

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関名

株式会社 中部評価センター

②施設・事業所情報

名称：GHCかしの木	種別：共同生活援助	
代表者氏名：武田 信之	定員（利用人数）：61名（61名）	
所在地：愛知県一宮市祐久字屋敷裏93-2		
TEL：0586-85-8820		
ホームページ： https://www.kasinoki.jp/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成24年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 樫の木福祉会		
職員数	常勤職員：16名	非常勤職員：50名
専門職員	（管理者） 1名	（看護職員） 2名
	（サービス管理責任者）3名	
	（生活支援員） 13名	
施設・設備の概要	（居室数） 61室	（設備等）リフト付きホーム：1
	（設備等）リフト付きホーム：1	スプリンクラー設置ホーム：8
	法人所有ホーム：8ホーム	賃貸ホーム：5

③理念・基本方針

★理念

「ひとりひとりひかる」

人はみな、ひとりひとりに「違い」があります。その「違い」は、その人全体の価値を決めるようなことではありません。しかし、その「違い」はその人がその人らしく生きていくうえで、「障害」となることが多くあります。私たちは、「障害」がその人にあるのではなく、その人が生きる社会にあるのだと考えます。

私たちは、どんなに大きな「違い」があろうとも、その「違い」を認め、それぞれの自己実現を尊重し、できる限り楽しく、豊かに生きていけるための活動を行います。その活動を通して「人が人を理解する」という事の意味を考え続け、どんな人も受け入れて、共に生きる地域づくりを目指します。

★基本方針

1. 個人の尊厳を尊重します。
2. 自己選択、自己決定を尊重します。
3. プライバシーを尊重します。
4. 財産権を尊重します。
5. 知る権利を尊重します。
6. 体罰、暴力、身体拘束を行いません。
7. 質の高いサービスを受ける権利を尊重します。
8. 意見、質問、苦情を申し立てる権利を尊重します。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・できるだけご本人の要望をかなえていくこと。
- ・大人としての尊厳を守っていくこと。
- ・感染症対策。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年5月1日(契約日) ~ 令和8年3月13日(評価決定日) 【令和7年9月26日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	4回 (令和4年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆働きやすい職場への配慮

管理者はアルバイト職員を採用して職員配置を手厚くしたり、職員が休みを取りやすいように現場に入っている。また、子育て中の職員に配慮し、学校の長期休みについても希望に合わせて柔軟に対応している。ワーク・ライフ・バランスに十分な配慮があり、積極的に働きやすい環境整備を図っている。

◆利用者からの意見や要望への丁寧な対応

利用者からの意見や要望については、必要に応じて記録され、職員間で情報共有が行われている。早急な対応が求められる内容についてはメールで報告され、迅速な対応が図られている。また、SNSを活用した情報共有も行われており、職員間での連携が円滑に進められている。

◆障害特性に応じた支援

利用者の障害特性に応じて「スケジュール表」を作成するなど、利用者個々に適した支援を検討し、適切に対応している。支援にあたっては、手順書を作成し、利用者の様子を記録、共有することで、職員間で統一した支援が提供できるように配慮している。手順書については、毎月内容を確認し、状況に応じた支援が提供できるよう工夫している。

◇改善を求められる点

◆理念・基本方針・事業計画の周知

理念・基本方針の利用者や家族への周知は、9割が法人の事業所利用者ということもあり、事業所としては入居の時に説明をしているのみとなっている。また、事業計画も分かりやすく説明した資料は無いため、利用者への周知は改善の余地がある。

◆職員一人ひとりの育成

正規職員、準職員が目標管理を行い、事業所の課題を一人ひとりの目標としている。年に1回の面談で目標管理の達成状況を確認している。パート職員を含めた全職員の目標管理を実施することや目標項目、目標水準、目標期限が明確となるような目標管理の仕組みを構築されたい。

◆情報公開

事業報告、事業計画、苦情解決の仕組み、プライバシーを保護しながらの苦情の結果や第三者評価の受審結果も公表し、運営の透明性を図られたい。

◆利用者の現金の管理

利用者の現金の管理については、「日常生活金銭管理援助サービス契約書」で依頼を受けているが、マニュアルが整備されていないため改善が求められる。

◆マニュアル実践の確認

日課を基にした「業務マニュアル」と、利用者個々に対応した「支援マニュアル」が作成されており、それに基づいて支援が行われている。しかし、現場業務においてマニュアルに沿ったサービスが適切に実践されているかを確認する仕組みは十分とは言い難い。今後は、その実施状況を定期的に検証できる仕組みづくりが求められる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

- ・職員研修の充実、情報の共有を常勤職員、非常勤職員を含めて徹底して行います。
- ・各種マニュアルを常に確認できるよう再整備し、各職員が把握しているかを定期的に確認します。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果

※すべての評価細目（64項目）について、判断基準（a・b・cの三段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する

【共通評価基準】

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	障1	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 基本理念である「『ひとりひとりひかる』地域の中で豊かな暮らしをめざして」がホームページに記載されている。職員には4月の職員会議で周知している。利用者や家族への周知は、9割が法人の事業所利用者ということもあり、事業所としては入居の時に説明をしているのみとなっている。利用者への周知は改善の余地がある。		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	障2	⑥ ・ b ・ c
＜コメント＞ 社会福祉事業全体の動向は、一宮市の集団指導や自立支援協議会の生活支援部会等で把握ができています。コストやグループホーム利用者の推移、利用率の分析という点は、法人の経営会議や管理者会議で情報共有が図られている。		
I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	障3	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 非常勤職員を含めた会議や研修のあり方、利用者の高齢化に伴う職員のスキルアップや環境整備、常勤職員の増員が経営課題となっている。正規職員には職員会議で周知しているが、非常勤職員を含めた各ホームの世話人会議が3～4ヶ月に1回の開催ため、周知が難しい。全職員への周知を図ることと併せ、経営課題の解決・改善にさらに取り組まれない。		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	障4	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 法人として、令和3年4月1日から令和8年3月31日までの中長期計画が策定されている。見直しに向けての会議が実施され、職員会議でも周知が図られている。事業所単位の中長期計画が作成されていないことと併せ、中長期の収支計画も作成されていないため、今後検討されたい。		
I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	障5	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 単年度の事業計画は具体的な成果が記載されている。しかし、終了時評価での達成状況が確認できるものとなるような数値目標は設定されていない。その点を踏まえたものになるよう、今後の事業計画の策定に期待したい。		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	障6	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 事業計画の評価・見直しは、年末の職員面談で意見の聴取を図っている。14ホームあるため、4つのグループに分けてSNSで事業計画の共有を図っている。全職員からの意見聴取と全職員への理解の確認という点で、事業計画について改善の余地がある。		

I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	障7	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 利用者へは行事計画を中心に説明をしている。事業計画は利用者への福祉サービス提供に関わる事項であり、分かりやすい事業計画の説明資料を作成する等、利用者を含めて家族に周知し、理解を促していただきたい。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	障8	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 第三者評価は3年に1度、自己評価は毎年実施している。職員との会話の中から利用者からの要望を抽出し、管理者と主任の打合わせで事業所の課題を検討している。役職者での話合いに留まっているため、組織として検討し、PDCAサイクルに沿った取組みを望みたい。		
I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	障9	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 第三者評価等の結果は職員会議で共有し、改善策が検討されている。何を、誰が、いつまでに、という具体的な改善計画は作成されていないため、継続的に改善を行う点で課題が残る状況になっている。今後の仕組みづくりに期待したい。		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	障10	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の「職務権限規程」に管理者の役割と責任が明記されている。また、事業計画において方針と取組みを表明している。不在時の権限委任は主任、担当という順になっているが、職務分掌も含め文書化はされていない。暗黙の了解ではなく、文書化を望みたい。</p>		
Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	障11	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>管理者は、遵守すべき法令等の情報を収集している。その内容については、派遣職員も参加する世話人会議で法令の内容を伝えている。参加できなかった職員には、資料を回覧して周知している。遵守すべき法令の職員周知はできている。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	障12	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>管理者は、ホーム運営や支援の内容をオープンにしたいという考えを持っている。利用者に対する不適切な支援について、他事業所から指摘があった場合等、職員間で共有して対応している。職員に向けて虐待防止の研修を実施している。利用者満足度調査に加え、職員満足度調査も実施し、サービスの質の向上につなげていただきたい。</p>		
Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	障13	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>管理者はアルバイト職員を採用して職員配置を手厚くし、職員が休みを取りやすいように現場に入っている。また、子育て中の職員に配慮し、学校の長期休みについても、職員の有給休暇の申請に合わせて対応している。積極的に働きやすい環境整備を図っている。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	障14	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>正規職員や準職員は法人が採用を行っている。就職フェアや人材紹介事業者、人材派遣事業者、ハローワーク、高校等への法人の説明会、職員が紹介をするリファラル採用といった様々な人材確保策をとっている。また、加算に必要な資格については、法人の資格取得制度もあり、資格の取得を奨励している。</p>		
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>人事評価は正規職員と準職員のみ実施されている。法人の基本方針に「期待する職員像」が記載され、人事基準は「就業規則」に明記されている。人事評価は検討中とのことだが、全ての職員に対して評価し、採用、配置、育成、報酬、評価等が総合的に実施されることを期待したい。</p>		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	障16	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>有給休暇は「年次有給休暇等届出台帳」で、時間外労働は事前申請による「超過勤務命令簿」で管理している。相談窓口は保険の事業者が運営する「相談ホット窓口」が利用でき、連絡先の記載されたカードが配付されている。法人の「互助会」では、冠婚葬祭の対応と職員交流会が行われている。ホームごとに有給休暇の取得状況や働きやすさの違いがあり、課題である。</p>		

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	障17	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>正規職員、準職員が目標管理を行い、事業所の課題を一人ひとりの目標としている。年に1回の面談で目標の達成状況を確認している。全職員の目標管理を実施することや、目標項目、目標水準、目標期限が明確となるよう、目標管理の仕組みの見直しを検討されたい。</p>		
II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	障18	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>「法人内研修スケジュール」が作成され、それを基に研修が実施されている。研修後は「研修報告書」が提出され、職員会議で報告をしている。研修受講後の効果測定は行なわれていないため、今後の取組に期待したい。</p>		
II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	障19	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>職員の専門資格の取得状況は、法人本部が管理をしている。新任職員には4回ほど複数で職員の配置を行い、先輩職員を中心にOJTを実施している。OJTの内容も含め、職員一人ひとりに適切に教育、研修を行なうことを期待したい。</p>		
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	障20	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>非該当</p>		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	障21	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページに、基本理念としての「『ひとりひとりひかる』地域の中で豊かな暮らしをめざして」や、檜の木福祉会の各種サービス、決算書類の情報が掲載されている。事業報告、事業計画、苦情解決の仕組み、プライバシーを保護しながらの苦情の結果や第三者評価の受審結果も公表し、運営の透明性を図られたい。</p>		
II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	障22	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の「経理規程」に事務や経理等のルールが定められている。毎月、会計士が財務チェックを行い、社会保険労務士が経営管理のアドバイスを行っている。利用者の現金の管理については、「日常生活金銭管理援助サービス契約書」で依頼を受けつけているが、マニュアルが整備されていないため、改善が求められる。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	障23	⑧ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>地域との関わり方についての基本的な考え方は、法人の理念や事業計画、「職員の倫理綱領」に記載されている。法人としては「檜の木盆踊り大会」や「かしの木フェスティバル」等、利用者と地域との交流に取組んでいる。事業所としては、町内会に全ホームが加入しており、地域の総会への参加やゴミ当番、神社掃除を行っている。</p>		

<p>Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。</p>	障24	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 法人の「ボランティア受け入れ要綱」にボランティア受入れの基本姿勢が記載されている。また、マニュアルが整備されている。ただ、ボランティアの受入れは無いため、第三者の目を入れることや利用者の暮らしの豊かさを追求するために、受入れを検討していただきたい。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。</p>	障25	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 自立支援協議会や町内会の会議に参加し、地域の連携を図っている。利用者に対応できる社会資源を明示したリストについては、作成に至っておらず、職員が利用者に相談された時に対応できるよう、今後の取組みに期待したい。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。</p>	障26	㉕ ・ b ・ c
<p><コメント> 法人として一宮市や稲沢市の自立支援協議会に参加し、地域ニーズの把握に努めている。また、緊急性の高い一時保護についても対応が可能である。地域住民も参加するイベントを通じて、地域の福祉ニーズを把握している。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。</p>	障27	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 事業所で実施している短期入所事業は、地域移行を目標に社会経験を積む機会ともなっている。また、一宮市が開催する「ミズベリング138」への参加等、地域コミュニティやまちづくりを盛り上げている。グループホームへの入居相談を受け付けているが、公益的な事業・活動を行うところまでには至っていない。</p>		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果		
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。				
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	障28	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>新人研修や職員会議を通じて、法人の理念および基本方針の周知を図っている。利用者への支援においても、理念に基づいた対応が行われるよう努めている。一方で、非常勤職員への理解の浸透については、十分に行き届いていないと感じる場面がある。今後は、職員の理解度や日々の支援への反映状況が確認できる仕組みを構築されたい。</p>				
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	障29	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護に関する規程が整備されており、利用者や家族への周知、職員への教育も行われている。利用者の居室は個室となっているため、プライベートな空間が確保されている。支援にあたる職員も、利用者のプライバシーに配慮した対応を心がけており、安心して生活できる環境づくりに努めている。</p>				
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。				
Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	障30	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>ホームページやSNSを活用し、事業所の活動やサービス内容について積極的に情報発信を行っている。パンフレットも用意されており、見学希望があれば案内するホームに合わせて利用者向けの案内を作成し、丁寧な説明を行っている。また、相談支援専門員を通じた見学依頼に加え、直接ホームへ連絡をしてくれる利用者への対応も随時行っている。</p>				
Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	障31	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>サービスの開始や変更にあたっては、利用者および家族への説明が行われている。説明の際には、利用者の障害特性に合わせて写真を活用する等、丁寧に説明している。意思決定が困難な利用者に対しては、複数の職員で対応することで、本人の思いを汲み取る工夫をしている。今後は、明確な手順や判断基準を定め、対応のばらつきを防ぐための仕組みの整備が望まれる。</p>				
Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	障32	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>利用者の移行に際しては、利用者本人や家族に加え相談支援専門員等の連携機関も含めた話し合いを重ねて進めている。移行後も、管理者およびサービス管理責任者が問合わせ窓口として対応し、面談等を通じて、継続的な支援が行われている。今後、引継ぎ文書を活用する等、生活の場の変更等によって利用者へ不利益が生じないように、さらなる取組みが求められる。</p>				
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。				
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	障33	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>利用者との面談の機会や日頃のコミュニケーションを通じて得られた意見は、職員間で共有されている。しかし、利用者がホームでの生活に満足しているかを把握するためには、現状の取組みだけでは十分とはいえない。定期的なアンケート調査の実施等、利用者の声を客観的に収集、分析できる仕組みの導入といった新たな取組みを期待したい。</p>				
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。				
Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	障34	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みが整備されており、対応に関する内容は「重要事項説明書」に記載され、利用者、および保護者等へ説明が行われている。また、事業所内には意見箱を設置し、利用者が意見を申し出やすい環境づくりに配慮している。</p>				

Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	障35	① ・ ② ・ ③
<p><コメント></p> <p>利用者からの相談には、希望に応じて柔軟に対応している。居室が個室であるため、話しにくい内容についてもプライバシーに配慮した環境で対応が可能となっている。当日ホームを担当する職員はもちろん、サービス管理責任者へ直接電話で相談することもできるようになっている。</p>		
Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	障36	① ・ ② ・ ③
<p><コメント></p> <p>利用者からの意見や要望については、必要に応じて記録され、職員間で情報共有が行われている。早急な対応が求められる内容についてはメールで報告され、迅速な対応が図られている。また、SNSを活用した情報共有も行われており、職員間での連携が円滑に進められている。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	障37	① ・ ② ・ ③
<p><コメント></p> <p>法人内には安全衛生委員会が設置されており、情報収集および検証が継続的に実施されている。また、毎月事業所内での会議で事例検討も行われている。事故発生時の対応に関するフローチャートの整備や、職員への教育も実施されているが、職員の理解度を測定する取組みについては課題が残る。今後のさらなる取組みに期待したい。</p>		
Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	障38	① ・ ② ・ ③
<p><コメント></p> <p>ホーム内では、マスクの着用や消毒等、基本的な感染対策が実施されている。注意喚起の掲示についても、社会情勢およびホーム内の状況を踏まえて適宜行われている。現在、「感染症対応マニュアル」の整備が進められており、今後は職員への教育や訓練を通じて、感染症対策の徹底を図ることが求められる。</p>		
Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	障39	① ・ ② ・ ③
<p><コメント></p> <p>災害時の対応に関するマニュアルは整備されている。避難訓練も毎月実施されており、職員および利用者が有事の際に迅速に行動できる体制が整っている。安否確認については、メールやSNS等の通信手段を活用することで、職員間での情報共有が可能となっている。今後は、地域との連携を強化することで、より安全な体制を整えられたい。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	障40	① ・ ② ・ ③
<p><コメント></p> <p>日課を基にした「業務マニュアル」と、利用者個々に対応した「支援マニュアル」が作成されており、それに基づいて支援が行われている。しかし、現場業務においてマニュアルに沿ったサービスが適切に実践されているかを確認する仕組みは十分とは言えず、今後はその実施状況を定期的に検証できる仕組みづくりが求められる。</p>		
Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	障41	① ・ ② ・ ③
<p><コメント></p> <p>「業務マニュアル」および「支援マニュアル」については、年1回の見直しの機会が設けられている。また、内容の更新が必要な場合には、その都度職員会議で話し合いが行われ、変更点が決定された後、職員全体への周知が図られている。</p>		

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	障42	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>アセスメントや個別支援計画はサービス管理責任者が作成しており、利用者の意向や要望に加え、保護者や現場職員の意見も反映されている。計画の内容については、利用者および保護者に説明した上で同意を得ている。今後は、より幅広い視点から計画を立てるために、多職種の意見も取り入れ、多様なニーズに応じた支援につながる計画づくりが望まれる。</p>		
Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	障43	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>半年ごとにモニタリングを行い、計画の評価と見直しを行っている。利用者や職員の意見はケース検討会議で共有され、計画の修正が行われている。利用者の状況に変化があった場合にも随時見直しを行い、変更内容は会議や議事録を通じて周知され、支援に反映されている。今後は、作成時同様に多職種の意見を取り入れた見直しや評価の仕組みを構築されたい。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	障44	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の日々の様子は所定の書類に手書きで記録されている。ホームごとに記録しやすいような工夫があり、「記入マニュアル」によって、記録のばらつきが生じないように配慮している。記録内容は出勤時に職員が確認し、情報共有に活用されている。手書きの利点もあるが、今後は効率化やデジタル化の流れに合わせた記録管理の仕組みの導入も検討されたい。</p>		
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	障45	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>書類は施錠可能な場所に保管されており、パソコン内のデータはパスワード設定により、限られた職員のみが閲覧できるよう管理されている。個人情報保護に関する規程も定められており、新人研修や職員会議を通じて、取扱いに関する教育と周知が行われる機会もある。今後は、非常勤職員も含めた全職員を対象に、より一層の周知と教育の充実が求められる。</p>		

【内容評価基準】

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	障46	① ・ b ・ c
<コメント> ヘルパーを利用した外出の調整や、個人外出のルールづくり等、利用者の要望や意向を確認しながら、利用者が主体的に活動できるように個別支援が積極的に行われている。ホーム内の生活ルールについても、利用者同士が話し合って決定できるよう、職員がサポートしながら利用者それぞれの考えを尊重した支援が行われている。		

A-1-(2) 権利擁護

A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	障47	a ・ ① ・ c
<コメント> 虐待防止委員会が設置され、研修等を通じて職員教育の機会は設けられている。しかし、研修の効果を測定する仕組みがなく、支援の場面でも理解が十分に浸透していないという状況も見受けられる。会議等で職員へのフィードバックは行われているが、理解の定着と支援への反映のため、職員の理解度を把握できるような取組みが求められる。		

A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	障48	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者の要望や障害特性に基づき、利用者主体の支援が行われている。各利用者の課題を把握し、それに応じて段階的な支援が実施されている。また、利用者の要望については会議等を通じて職員間で情報共有が図られており、個別の対応にも可能な限り応じている。		
A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	障49	① ・ b ・ c
<コメント> 基本的な言葉でのコミュニケーションをはじめ、相手が応答しやすいように質問の仕方を工夫している。ジェスチャーや時計、タイマーの使用等、視覚的、聴覚的な配慮もされている。また、発語がない利用者についても、日々の行動の様子を観察し、職員間で情報を共有することで、利用者の訴えに対して適切に対応できるよう努めている。		

A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	障50	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者から直接相談があった場合には随時対応し、すぐに対応できない場合でも対応可能な時間を明確に伝え、見通しが持てるよう配慮している。利用者が職員へ業務用電話で直接連絡、相談できる体制が整えられており、職員も利用者の様子を見ながら積極的にアプローチを行っている。相談内容は記録し、職員間で共有され、必要に応じて会議で対応方針が決定されている。		
A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	障51	a ・ ① ・ c
<コメント> 日中は他事業所等で生活している利用者が多く、移動支援の調整や個別での外出対応、スポーツ観戦等、利用者から希望があった際には適宜対応している。毎月の誕生日会の実施等、家庭での生活に近い環境づくりにも取り組んでいる。今後は、積極的に情報を提示することで、新たな活動が利用者を受け入れられ、選択肢を広げられるような工夫が期待される。		
A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	障52	① ・ b ・ c
<コメント> 障害特性に応じてスケジュール表を作成する等、利用者個々に適した支援を検討して対応している。支援にあたっては、手順書を作成し、利用者の様子を記録して共有することで、職員間で統一した支援が提供できるように配慮している。手順書については、毎月内容を確認し、状況に応じた支援が提供できるよう工夫している。		

A-2-(2) 日常的な生活支援				
A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	障53	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>入浴や排泄においては、広いスペースの確保や機械浴の設置により、利用者の状況に応じた対応が可能である。状態に変化があった場合には、その都度、支援内容の見直しが行われている。食事は、形態や偏食、アレルギーに配慮して提供されている。利用者ごとに苦手なメニューを把握しているが、嗜好調査の実施には至っておらず、今後の取組みが期待される。</p>				
A-2-(3) 生活環境				
A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	障54	ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>ホーム内は清潔に保たれており、利用者の身体状況や障害特性に応じ、居室等の生活環境が整えられている。居室は個室であり、プライベートな空間も確保されている。また、リフォームによる手すりの設置や、利用者の状態に合わせてホーム間の移動等、利用者が安心安全な生活を送れるよう配慮している。</p>				
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練				
A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	障55	ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>日中過ごす事業所と連携し、機能訓練や定期通院時の医師・訪問リハビリからの助言を基に情報共有を行い、支援に反映させている。ホーム内では、利用者の負担とならないように利用者の情緒面に配慮し、声かけにも工夫するなど、利用者自身が自発的に取り組めるよう支援が行われている。</p>				
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援				
A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	障56	ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>毎日バイタル測定を行い、体重測定等の個別での対応も実施している。排泄状況も確認し、健康状態の把握に努めている。体調に変化があった場合にはサービス管理責任者へ報告し、通院等の対応を行っている。日々の様子は記録で共有し、特別な配慮が必要な場合にはSNSでも情報を伝達している。</p>				
A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	障57	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>新たに医療的な支援が必要な利用者が発生した場合には、看護師による研修を実施し、職員が必要な対応スキルを習得できるようにしている。薬はスタッフルームで管理しているが、服薬管理に関するマニュアルが未整備であり、職員間での対応の統一と安全性確保のためにも、早急な整備が求められる。</p>				
A-2-(6) 社会参加、学習支援				
A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	障58	ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>利用者の要望に応じて、移動支援の調整や個人外出を希望する際には共にルール作りを行うことで、安全な外出と自己管理能力を身につけられるよう支援している。また、お金の使い方を段階的に学べる仕組みや、男女の関わりについての教育等、利用者の課題に応じた支援を実施している。</p>				
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援				
A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	障59	ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>地域移行に関しては、面談にて利用者の希望調査を行い、希望に応じて相談支援専門員と連携しながら対応を進めている。一人暮らしを希望する利用者には、家事能力を身につけるための取組みを行うとともに、アセスメントに基づいて目標を設定し、その達成に向けた支援を実施している。</p>				

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
	A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	障60	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 帰省時には「連絡帳」を通じて利用者の近況を報告しており、個別支援計画や支援内容に関する相談や報告についても、定期的に面談や意見交換の機会を設けている。また、ケガや体調不良等の変化があった際には随時連絡を行っている。しかし、ホームごとの対応に差異があるため、今後は統一した対応が図れるよう体制の整備が求められる。			
A-3 発達支援			第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援			
	A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	障61	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当			

A-4 就労支援

			第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援			
	A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	障62	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当			
	A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	障63	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当			
	A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	障64	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当			