

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : 暮らしサポートオフィス さざんかグループホーム
(共同生活援助)

評価実施期間 2023年6月9日 ~ 2024年3月31日

実地(訪問)調査日 2023年9月4日

2024年6月4日

特定非営利活動法人

はりま総合福祉評価センター

様式第11-1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

①第三者評価機関名

特定非営利活動法人 はりま総合福祉評価センター

②施設・事業所情報

名称：くらしサポートオフィス さざんかグループホーム		種別：共同生活援助
代表者氏名：野口 能史		定員（利用人数）： 85 名
所在地：〒 665-0815 兵庫県宝塚市山本丸橋4丁目76番1号		
TEL：0797-62-8211		ホームページ： http://www.sazankafukushi.org/
【施設・事業所の概要】		
開設年月日： 2007年10月		
経営法人・設置主体（法人名）： 社会福祉法人 宝塚さざんか福祉会		
職員数	常勤職員： 27 名	非常勤職員： 39 名
専門職員 ※（ ）はうち非常勤職員を指す	施設長 1名	事務員 1(1)名
	サービス管理責任者 3名	
	生活支援員 61(38)名	
施設・設備の 概要	丸橋ホーム	5室
	ゆりホーム	5室
	ひまわりホーム	5室

③理念・基本方針

1. 利用者とのコミュニケーションを大切にする。
支援員として利用者の特性理解に努め、一時の感情に左右されず傾聴の姿勢を保ち、想いを汲み取れるようにします。
2. 支援者間のコミュニケーションを大切にする。
利用者を知る為にも職員同士の情報共有に努め、支援の方向性の統一を図ります。また、自分の意見、価値観を相手に押し付けないように気を付けながらICT等を活用し、相談しやすい環境づくりを行っていきます。
3. 支援員の振り返りを大切にする。
自身が不適切な支援を行っている可能性があることを意識し、日々の支援の振り返りを行っていくようにします。また、全体でも振り返りの機会を行えるように定期的に虐待防止研修、事故防止部会の研修、職場外の研修への派遣等を行っていきます。

④施設・事業所の特徴的な取組

四季に応じたホームレクリエーション
通院支援や買い物支援のといった個別支援サービス。立替金サービス。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2023年 6月 9日(契約日)～ 2024年 3月 31日(評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	1回目(年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

- 法人の組織運営・経営体制が整備されて、事業所運営が有機的に連携されています。
法人の運営形態として、会議体、プロジェクト、委員会などを設置され、事業所の所長・課長・主任などが参加され連携されています。令和3年度より、法人の「トータル人事システム(人事評価制度)」が導入され、職員の「育成・評価・処遇」が互いに関係し合う仕組みづくりが構築されるとともに、システムの改良(ソフト化)により、職員一人ひとりの目標管理と評価が実施され、職員のやる気や元気に繋がる「新人事制度」が推進されています。また、「基礎研修・実践研修・実務研修・運営研修・フォローアップ研修」など、法人理念にもとづく「法人研修体系」を策定され、職員のスキルに合わせた「育成・評価・処遇」が連動した総合的な人事管理が行われています。
- 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取り組みが行われています。
法人として「検証・改善委員会(リスクマネジメント)」を設置され、「緊急対応マニュアル」が整備されています。事故発生時の対応は「事故報告書」で、ヒヤリハット(事例収集)の対応は「チャットワーク」により、月1回「検証・改善委員会」で発生要因の分析や対策が検討されています。また、感染症対策や災害時の対応体制についても各委員会や各会議で具体的な取り組みを検討され、評価・見直しが行われ、訓練や研修が実施されています。
- 個別支援計画のもと、利用者の自己決定と自立・自律に向けた個別支援が行われています。
丁寧なアセスメントのもと、利用者の心身の状況に合わせ、食事・排泄・入浴・整容の見守り、介助の支援が行われ、利用者ごとに詳細な支援マニュアルが準備されていました。また、利用者同士が集まって話し合う機会が設けられ、必要に応じて利用者同士が職員を交えて共同生活のルールなどを話し合い・決定する取り組みを行うとともに、外出支援や生活学習など利用者がグループホームでの生活の中で自立・自律にして生活するイメージが持てるように様々な取り組みが行われています。

◇改善を求められる点

- 中・長期計画や事業計画を策定されていますが、数値目標や具体的な成果などを設定することにより、評価や見直しが行える内容にしていくことが望まれます。

「中・長期計画（3～5年）」は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっていますが、評価・見直しの仕組みは明確ではありません。今後は、年度ごとの数値目標や具体的な成果などを設定することにより、実施状況の評価や見直しを行える内容にしていくことが望まれます。また、法人の「中・長期計画（3～5年）」に沿って事業所の「中・長期計画（3～5年）」を明確にしていくことも望まれます。

- 福祉サービスの質の向上に向けた「自己評価」の仕組みづくりや評価結果にもとづく改善計画を明確にされ、サービスの質の向上の仕組みを構築していくことが重要です。

法人として、第三者評価は定期的に受審され、法人の運営体制の改善が図られていますが、事業所としての自己評価が行われていません。今後は、今回の第三者評価結果や自己評価で明らかになった課題について、会議や委員会などで分析・検討され、改善策や改善計画を策定し、必要に応じて改善を図っていく仕組みづくりが重要です。

- 意思決定支援や合理的配慮など、利用者の権利を高める取り組みが望まれます。

障害者虐待防止マニュアルに基づき、現場職員の虐待の発見から通告までの体制づくりができており、虐待防止のチェックリストを活用されるなど、権利侵害の防止についての取り組みは充実していますが、意思決定支援や合理的配慮など、利用者の権利を高めていく取り組みは明確ではありません。今後は、障害者権利条約の批准をはじめ、障害者基本法や障害者差別解消法などの理解とともに、利用者の合理的配慮や意思決定について明確にしていくことで、利用者の権利を高める具体的な取り組みが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

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

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。		
①	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。	b
<コメント> ○ 法人理念がホームページ、事業計画、パンフレット、広報誌などに明文化され、基本方針が法人・事業所の事業計画に記載されています。法人理念は法人・事業所の使命や目指す方向性（3項目）が具体的に示されており、事業所内に掲示され、年度初めの支援会議で周知がなされています。 ○ 今後は、法人理念や基本方針が、利用者・家族が理解できるよう、具体的な資料を作成（ビジュアル化）されるなどの工夫が望まれます。		

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。		
②	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。	b
<コメント> ○ 社会福祉事業全体の動向把握や各事業所の運営について、毎月2回開催される事業運営会議で検討され、分析されていることがうかがえます。また、地域の福祉計画（宝塚市第7次福祉計画）の説明会に参加され情報共有されています。毎月の利用率や人件費など福祉サービスのコスト分析は「収支計算書」で行われています。 ○ 今後は、地域における特徴や変化などのニーズや地域課題を把握することで、行動計画（中・長期計画）や事業所の事業計画などに反映されることが期待されます。		
③	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。	a
<コメント> ○ 毎月2回開催される事業運営会議で、経営環境や実施する福祉サービスの内容など、具体的な課題や問題点を明らかにされています。また、理事会や経営会議（役員、部長など）でも経営状況や改善すべき課題について共有されていることがうかがえます。事業運営会議や経営会議などの内容は、支援会議で職員にも周知され、経営課題の解決・改善に向けて具体的な取り組みが「取り組みのまとめ（事業報告）」で確認できました。		

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。		
4	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人の第2期行動計画（令和2年度～令和6年度）が策定され、法人の中・長期目標や重点課題が示されています。また、第2期行動計画などは、経営会議、事業運営会議、行動計画策定委員会などで検討が行われていることがうかがえます。 ○ 今後は、法人の行動計画（中・長期計画）に年度ごとの数値目標や具体的な成果などを設定することにより、実施状況の評価や見直しが行える内容にしていくことが望まれます。 		
5	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人の第2期行動計画（令和2年度～令和6年度）や事業計画にもとづき、事業所の「単年度事業計画」が策定されています。また、単年度の事業計画は、「基本方針、重点目標、目標達成のための対応やとりくみ」など実行可能な具体的な内容となっています。 ○ 今後は、単年度の事業計画を数値化するなど、できる限り定量的な分析が可能にしていくことで、実施状況の評価や見直しを期間ごとに行われることが望まれます。 		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業計画の策定は支援会議などで職員の意見（提案書など）を収集し、それらを基に課題や問題点の解決に向けた事業計画が立てられています。また、事業計画の実施状況や評価が、「個人目標シート」にもとづいて、年2回（8月、1月）ヒヤリングが行われていますが、必要に応じた見直しには至っていません。 ○ 今後は、事業計画の実施状況を把握し、評価や見直しなどが、PDCAサイクル（改善に向けたサイクル）に基づいて行われることを明文化していくことが期待されます。 		
7	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業計画や「取り組みのまとめ（事業報告）」を利用者・家族に配布され、毎月の保護者会や2か月1回の保護者全体会で説明がなされていることがうかがえます。 ○ 今後は、利用者・家族が理解されるよう、事業計画の主な内容などを分かりやすく説明した資料を作成して、周知していくことが望まれます。 		

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。		
8	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉サービスの質の向上に向けた取り組みとして、事例検討委員会や支援会議で話し合いが行われ、ICTの活用（チャットワークなど）の取り組みがうかがえます。 ○ 今後は、福祉サービスの質の向上について組織として評価基準を定めて、毎年1回以上の自己評価を行うとともに、評価結果を分析・検討する場（会議、委員会など）を組織としていくことが望まれます。 		
9	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。	c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 評価結果を分析した結果やそれに基づく課題の文書化が確認できませんでした。今後は、今回の第三者評価結果や自己評価で明らかになった課題について、会議や委員会などで分析・検討され、改善策や改善計画を策定し、必要に応じて改善を図っていく仕組みづくりが重要です。 		

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。		
10	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 所長（管理者）は、年度初めに事業計画書や「取り組みのまとめ（事業報告）」などで、事業所の経営・管理に関する方針と取り組みなどを明確にされています。また、自らの役割や責任などを含む「事務分掌・業務・役割分担」や「事業所職務分担・職員担当表」が作成され、支援会議で周知がなされていることがうかがえます。 ○ 今後は、有事（災害、事故等）のみならず、平常時における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任などを含め明確にしていくことが望まれます。 		
11	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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 所長は、法人の経理規定などに定められたルールに則り利害関係者との適正な関係を保持されています。経営に関する研修には随時参加され、職員全員に遵守すべき法令について、研修や支援会議で説明が行われていることがうかがえます。また、所長が参加する会議などでは、法人全体で「SDGs（持続可能な開発目標）」をテーマとした取り組みがうかがえます。今後は、福祉分野に限らず、消費者契約法や消費者関連法令、さらには雇用・労働や防災、施設周辺の環境などの法令をリスト化するなど具体的な取り組みが期待されます。 		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 所長は、福祉サービスの質の現状（虐待の芽チェックなど）や課題について、毎月開催される支援会議などで、実施状況を把握して改善に向けて指導力を発揮されています。また、福祉サービスの質の向上について、「振り返りシートなど」を活用して職員の意見を反映する取り組みもうかがえました。 ○ 今後は、福祉サービスの質の向上について評価基準を定め、毎年自己評価を継続的に行い、評価・分析する仕組みづくりとともに、所長自らも年1回以上の自己評価を行っていくことが期待されます。 		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 所長は、経営の改善や業務の実効性について、毎月、資金収支内訳表や月次推移表などを把握して、人事、労務、財務などの分析がなされています。毎月の支援会議や月2回の事業運営会議でも人員配置に関する内容や稼働率などの確認・検討が行われて、働きやすい環境整備に取り組まれていることがうかがえます。また、経営の改善や業務の実効性を高めるために、持続可能な事業運営（SDGs）について、事業運営会議や行動計画策定委員会などに提案されていることがうかがえます。 		

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。		
14	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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 必要な福祉人材の確保・定着などに関する基本的な考え方は、法人や事業所の事業計画に示されています。また、職員（常勤・非常勤）の採用・育成・人事管理は法人一元管理で実施されています。法人内には「人材確保・育成・定着プロジェクト」が設けられており、福祉人材育成校へのアプローチや、就職フェアへの参加、地域に向けた求人の発信、法人職員に向けた人材紹介制度の導入などで、効果的な採用活動が実施されています。 ○ 今後は、採用や人事管理について、法人の一元管理に加えて、事業所に関する必要な福祉人材の具体的な計画（専門職・有資格職員配置などの人事プラン）を策定し、法人と一体的に行われることが期待されます。 		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「期待する職員像等」は、法人理念や職員行動規範に位置づけられています。令和3年度より「法人トータル人事評価システム（人事考課）」が実施されており、職員の育成・評価・処遇に関する仕組みが構築されています。令和4年度からは外部事業者と連携され、ソフト化による「個人目標」「コンピテンシー評価（行動特性）」などを多面的に評価される「新人事制度」となっています。また、就業規則別表により人事基準や処遇水準を明確にされ、職員のスキルに合わせて「育成・評価・処遇」が連動して、意欲・能力を十分に発揮できるよう、総合的なシステムとなっています。 		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	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組んでいる。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 労務管理は、所長が中心となって職員の就業状況や意向把握などの責任体制を明確化されています。また、年2回の健康診断や年1回のストレスチェックを実施され、「新人事制度」により年2回の所長ヒヤリングもされています。社会福祉協議会の共済に加入されて総合的な福利厚生を実施するとともに、働きやすい、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取り組みにも努められています。 ○ 今後は、組織の魅力を高める取り組みや働きやすい職場づくりに、次世代育成支援対策推進法にもとづく事業主行動計画の策定や改正育児休業法への適切な対応などが制度として確立していることが期待されます。 		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	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。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「期待する職員像等」は、法人理念や職員行動規範として位置づけられ、「新人事制度」にもとづく「個人目標管理」を制度として具体的に取り組まれています。また、「個人目標シート」により、所長による半年に一度、進捗状況の確認面接や年度末の目標達成の確認面接が実施されています。 		

18	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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人研修体系では「基礎研修・実践研修・実務研修・運営研修・フォローアップ研修」などが、職員のスキルに合わせて実施されています。また、法人研修体系の内容やカリキュラムの評価・見直しは「人材確保・育成・定着プロジェクト」で行われていることがうかがえました。 		
19	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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 職員一人ひとりの知識、技術水準、専門資格の取得状況などを「職員資格取得一覧表」で把握され、研修履歴が個別に一覧化されています。新任職員のOJT（職務を通じた研修）については、グループホーム独自のカリキュラムを作成され実施されています。また、法人の研修体系により「基礎研修・実践研修・実務研修・運営研修・フォローアップ研修」などが職員のスキルに合わせて実施され、外部研修に関する情報提供がチャットワークを活用して参加を勧奨されています。 		
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。		
20	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人の事業計画（地域貢献について）で、現場実習や障害福祉分野での講師派遣などの取り組みが明記されています。事業所では、取り組み実績はありませんが、指導者の人材は確保されています。 ○ 今後は、福祉の専門職の研修・育成への協力は、事業所の社会的責務の一つとして、地域の特性や事業所の種別、規模、状況にあわせて、その体制が整備され、効果的な育成や受け入れを実施されることが望まれます。 		

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。		
21	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人のホームページなどの活用により、法人理念や福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、決算関係や第三者評価の結果などが公開されています。また、地域に向けて法人や事業所の活動など説明した「法人広報誌」が年2回発行され配布されています。 ○ 今後は、運営の透明性を確保するための取り組みとして、法人のホームページなどに第三者評価の受審結果と併せて、改善・対応や苦情や相談内容に関する状況などの情報公表を積極的に行うことが期待されます。 		

22	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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人の定款施行細則や経理規定などにより、取引などに関するルールが明確に定められています。また、「事務分掌・業務・役割分担」が作成され、職員などに周知されています。定期的に監事や部長による内部監査が年2回行われており、必要に応じて公認会計士・社会保険労務士など外部の専門家に相談や助言を得られる体制があります。 		

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。		
23	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域との関わり方についての基本的な考え方は、法人理念に明文化されています。地域の情報は、職員から利用者にわかりやすく説明されています。現在は、コロナ禍の影響もあり地域との交流は行われていませんが、利用者のニーズに合わせて買い物や通院支援など個別支援サービスの事例がかがえました。 ○ 今後は、利用者と地域の人々との交流は、地域と事業所の相互交流を促進するという意味からも、事業所が地域社会の一員としての社会的役割を果たすとともに、利用者の地域での活動参加や交流機会などを促進していくことが期待されます。 		
24	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉人材の育成・養成・啓発のための現場実習など学校教育への基本姿勢について、法人の事業計画の中に明示されていますが、ボランティアの受け入れについては明示されていません。 ○ 今後は、ボランティア活動は、地域社会と事業所をつなぐ柱の一つとして位置づけ、ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化して、受け入れ体制を整備していくことが期待されます。 		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ネットワークが必要な相談支援事業所や訪問看護事業所との情報共有や地域の「障がいと介護の連携支援会議」などに参加され、問題解決に協力されています。 ○ 今後は、利用者の暮らしに役立つ社会資源リストや資料を作成して、職員間で共有が図られることが望まれます。 		

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	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。	c
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 地域の福祉ニーズなど把握する取り組みでは、事業所エリアの「第4地区地域支援会議」に参加されていますが、事業形態から関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じての地域の福祉ニーズや生活課題などの把握には至っていません。今後は、実施する事業の関係機関などとの連携や地域との連携により、地域の福祉ニーズを把握し明文化していくことが望まれます。</p>		
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	c
<p>〈コメント〉</p> <p>○ コロナ禍の影響もあり、地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業や貢献事業はできていません。事業所の避難訓練時には近隣への声掛けやポスティング（案内の投函）を行い、周知されていますが、地域の防災対策への取り組みまでには至っていません。</p> <p>○ 今後は、地域の各種会合（民生児童委員会、自治会など）への参加や地域住民との交流活動などを通じて、地域コミュニティの活性化など具体的な事業・活動を事業計画などに明示していくことが望まれます。</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。		
28	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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者を尊重した福祉サービスの実施について、「職員倫理要綱」・「職員行動規範」を策定し、職員に対して、周知されています。 ○ 今後は、利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施するとともに、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されることが望まれます。 		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者のプライバシー保護、虐待の防止について適切な対応が行われています。また、虐待防止マニュアルとチェックリストを整備し、不適切な事例の発生時などの対応方法などが明文化されています。 ○ 今後は、利用者のプライバシー保護に関する取り組みの明文化が望まれます。 		
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。		
30	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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業所のパンフレットは、写真や図、カラーリングを施し、わかりやすい工夫がなされています。また、見学者を積極的に受け入れ、福祉サービスの利用を促進しています。 ○ 今後は、利用希望者が資料を手に入れやすいよう、公共機関への設置や内容の定期的な更新が望まれます。 		
31	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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 重要事項説明書などに基づいて、福祉サービスの内容を利用者・家族に説明し、同意のもとサービスの提供が行われています。また、見直し時には説明を行い、同意を取り直すことで利用者の自己決定が反映されるように配慮されています。 ○ 今後は、意思決定が困難な利用者への配慮について明文化され、さらにわかりやすい説明と同意の取り組みが期待されます。 		
32	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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業所の変更や家庭への移行等にあたり、利用者が不利益にならないよう、配慮され、変更箇所の詳細な説明などが行われています。 ○ 今後は、福祉サービス利用終了後のアフターフォローの仕組みづくりが望まれます。 		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者満足の上昇を目的として、職員が保護者会に出席し、利用者満足度の調査を含めて意向の確認が行われています。また、必要に応じて利用者や家族の個別面談の機会が設置されています。 ○ 今後は、利用者満足度調査のアンケートや利用者への聞き取りなど、定期的な調査の実施が望まれます。 		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確立されている。		
34	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 苦情解決体制が「苦情対応規程」に定められ、重要事項説明書に明記することで、利用者・家族などに詳しく説明されています。苦情に関する記録（苦情受付簿）を整備され、苦情に対するフィードバックについても、必ず行われています。また、苦情内容及び解決結果などは「保護者会」で説明されています。 ○ 今後は、利用者・家族などが苦情を申し出しやすい工夫や苦情内容及び解決結果など匿名に配慮して、ホームページなどに公表していくことが期待されます。 		
35	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 重要事項説明書に苦情や相談窓口について記載されています。相談や意見を述べやすいスペースが2か所確保され、利用者の自室での対応も行われています。 ○ 今後は、利用者・家族などの相談や意見を述べたりする場合の手順や選択方法について、わかりやすく説明した文書やフローチャートなどを作成し、配布や掲示が望まれます。 		
36	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者に対する適切な相談対応についての姿勢が法人理念に明示されています。利用者の相談や意見があったときは「業務日報」や「チャットワーク」で情報を共有し、迅速に対応されています。「苦情対応規程」は整備されていますが、「相談・意見対応マニュアル」などの整備には至っていません。 ○ 今後は、相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討などについて定めた「相談・意見対応マニュアル」の整備や利用者・家族などの意見を収集するための組織的な取り組みとして、意見箱の設置やアンケートの実施などが望まれます。 		

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。		
37	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。	a
<コメント> ○ 法人として「検証・改善委員会(リスクマネジメント)」が設置され、「緊急対応マニュアル」が整備されています。事故発生時の対応は「事故報告書」で、ヒヤリハット(事例収集)の対応は「チャットワーク」により、月1回「検証・改善委員会」で発生要因の分析や対策が検討されています。また、毎月の支援会議でも事故防止委員会として再発防止など評価・見直しが行われています。		
38	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。	a
<コメント> ○ 感染症対策についての管理体制は「感染症対策委員会」が設置されています。予防と発生時の対応について「感染症マニュアル」や「緊急対応マニュアル」を整備されて、「防護服着用方法など」の研修が実施されています。また、コロナ陽性者が出た際は、別の施設を活用して隔離、療養対応などが行われています。今後は、新型コロナウイルス感染症対策などに加えて、既存の「感染症マニュアル」も定期的な見直しが期待されます。		
39	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している。	b
<コメント> ○ 災害時の対応体制は、「緊急対応マニュアル」を整備されるとともに、立地条件から「洪水時の避難確保計画」が策定されています。また、BCP(事業継続計画)の策定もなされ、利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、周知されています。食料や備品などの「備蓄リスト」を作成し、担当職員を決めて管理されています。 ○ 今後は、福祉サービスを継続するために、地域との協力体制や他事業所との連携を講じるとともに定期的な合同訓練などが望まれます。		

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。		
40	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。	b
<コメント> ○ 「業務確認書」により、支援員の標準的な支援方法が明記されています。また、「業務確認書」をもとに支援項目ごとの標準的な手順の指導が行われています。 ○ 今後は、標準的な支援の実施確認の仕組みづくりと標準的な実施方法に利用者の尊重、プライバシー保護など権利擁護に関する内容を明示していくことが望まれます。		

41	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 標準的な実施方法の検証・見直しの時期は定められていませんが、法人としてサービス提供会議を定期的開催し、福祉サービスの標準化における検証・見直しが行われています。 ○ 今後は、標準的な支援方法の見直しに際し、利用者からの意見や提案を反映していく仕組みづくりが望まれます。 		
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。		
42	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置し、アセスメント行う際のフォーマットを準備され、関係職種と連携したアセスメントが行われています。また、細やかなアセスメントを行うことにより、支援困難ケースの原因の究明と支援方法の見直しが積極的に行われています。 ○ 今後は、計画の策定に際し、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を明確にするとともに、計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みづくりが望まれます。 		
43	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個別支援計画の見直しについて、定期的に見直しが行えるよう時期を定め、見直しの手順を明確にされています。また、見直し時には前回の計画における課題点の達成状況の評価や利用者のニーズを聞き取り、反映されるように配慮されています。 ○ 今後は、見直した内容が職員に周知される仕組みと緊急的に個別支援計画の変更を行うための手順を明確にしていくことが望まれます。 		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の身体・生活状況をグループホームとして統一された様式を用いて日報という形で記録し、データ化が行われています。また、職員間の情報共有に電子システムでの引継ぎを行い、主幹となる職員が把握、情報整理が行えるよう仕組みが構築されています。 ○ 今後は、計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる仕組みを構築することで、さらなる情報の共有化が図られることが望まれます。 		
45	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 職員及び支援員に個人情報の取り扱いについて指導を行い、利用者の記録の保管場所、保管期間などが、ファイルごとに記されており、保管時の管理の状況も適切な保管が行われていました。 ○ 今後は、個人情報取り扱いの規定の整備や不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法の明確化が望まれます。 		

評価対象A 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		
A①	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。	b
A-1-(2) 権利擁護		
A②	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。	b

特記事項

- 利用者の自己決定と尊厳に配慮された個別支援が行われています。また、利用者同士が集まって話し合う機会が設けられ、必要に応じて利用者同士が職員を交えて共同生活のルールなどを話し合い・決定する取り組みがうかがえました。
- 身体拘束の取り扱いについて、指定基準以上の取り組みが行われており、半年に1回以上の見直し、職員による権利侵害を防止するための指導などが行われています。
- 権利侵害の防止の取り組みは見られましたが、利用者の権利を高める取り組みはうかがえませんでした。今後は、利用者の権利について、利用者個々の合理的配慮の明確化や障害者権利条約等を踏まえた検討の機会の設置が望まれます。

A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A③	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。	b
A④	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。	b
A⑤	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。	b
A⑥	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。	b
A⑦	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。	b
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧	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。	b
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	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。	a
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	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。	b
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A⑪	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。	b

A⑫	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。	非該当
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A⑬	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。	b
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A⑭	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。	b
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A⑮	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。	b

特記事項

○	利用者の心身の状況、生活習慣や望む生活等を理解し、利用者がグループホームでの生活の中で自立・自律にして生活するイメージが持てるように様々な取り組みが行われています。
○	自閉症の利用者へ写真カードでの提示をしたり、ろうあの利用者へ手話で会話をしたり、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支援が行われています。
○	外出の要望の多様化に応じて、ヘルパーサービスを利用するなど、専門的かつ個別的に余暇支援の充実に取り組んでいます。
○	利用者の心身の状況に合わせ、食事・排泄・入浴・整容の見守り、介助の支援が行われています。また、必要とされる支援を想定し、利用者ごとに詳細な支援マニュアルが準備されていました。
○	利用者の趣味、志向に合わせた居室環境作りを行い、利用者の快適性と安心・安全に配慮した工夫や取り組みが行われています。
○	利用者が買い物などを行う際には、金銭利用の方法や手順などを利用者に学んでもらい、活動を通して意図的に学習する機会づくりが行われています。
○	保護者会の開催や家族との面談の機会づくりが行われ、家族と情報共有・相談が行いやすい仕組みづくりが行われています。
○	今後は、利用者の健康管理について、看護師など専門職との更なる連携と職員への健康管理に関する研修の機会づくりなど、取り組みの充実が望まれます。
○	今後は、情報の提供、理解や解釈、意思の表明（決定）に至る利用者の意思決定の支援のプロセスを明確にしていくことが望まれます。

A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A⑯	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。	非該当

特記事項

--

A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A⑰	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。	非該当
A⑱	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。	非該当
A⑲	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。	非該当

特記事項

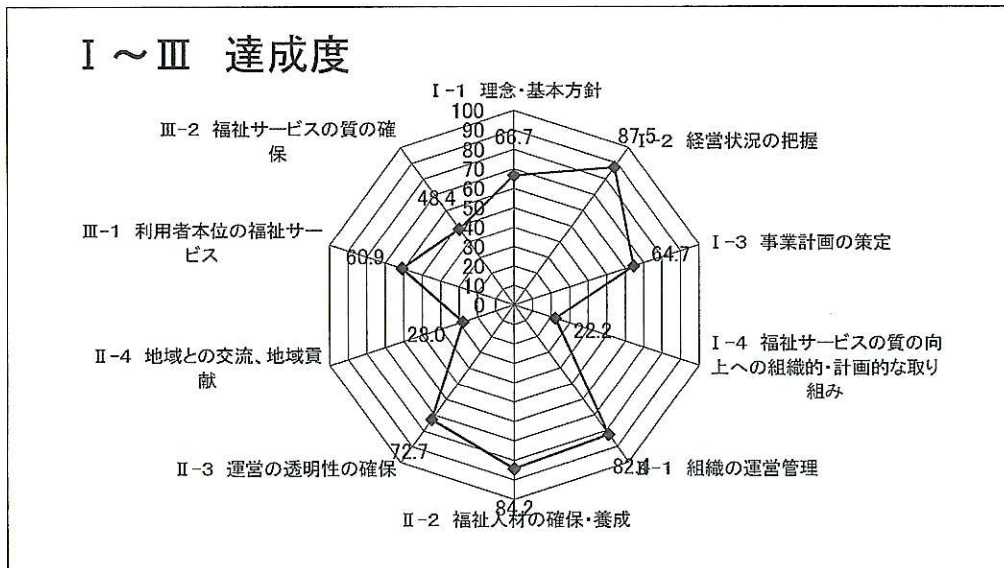
--

(別紙2)

各評価項目に係る評価結果グラフ

I～III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	4	66.7
I-2 経営状況の把握	8	7	87.5
I-3 事業計画の策定	17	11	64.7
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取り組み	9	2	22.2
II-1 組織の運営管理	17	14	82.4
II-2 福祉人材の確保・養成	38	32	84.2
II-3 運営の透明性の確保	11	8	72.7
II-4 地域との交流、地域貢献	25	7	28.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	39	60.9
III-2 福祉サービスの質の確保	31	15	48.4
	226	139	61.5



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1-(1) 自己決定の尊重	6	4	66.7
1-(2) 権利擁護	6	3	50.0
2-(1) 支援の基本	26	17	65.4
2-(2) 日常的な生活支援	5	4	80.0
2-(3) 生活環境	5	5	100.0
2-(4) 機能訓練・生活訓練	5	2	40.0
2-(5) 健康管理・医療的な支援	5	2	40.0
2-(6) 社会参加、学習支援	4	3	75.0
2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	5	2	40.0
2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	6	2	33.3
	73	44	60.3
	299	183	61.2

