

福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス

②施設の情報

名称：指定障がい福祉サービス事業所 よなご大平園		種別：共同生活援助事業	
代表者氏名：施設長 増田 賢二		定員（利用人数）： 14名（13名）	
所在地：鳥取県米子市二本木1690			
TEL：0859-56-6226		ホームページ： https://www.med-wel.jp/keijin/	
【施設の概要】			
開設年月日：平成19年11月1日			
経営法人・設置主体：社会福祉法人 敬仁会 理事長 藤井 一博			
職員数	常勤職員：	5名	非常勤職員 7名
専門職員	管理者	1名	世話人 7名
	サービス管理責任者	1名	
	世話人	1名	
施設・設備 の概要	◆ビオラ棟		キッチン （各室）
	一人部屋	7室	浴室 （各室）
	◆パンジー棟		トイレ （各室）
	一人部屋	7室	食堂 （各棟1ヶ所）

③理念・基本方針

- ◆法人理念

仁は人の心なり
仁を以ってかかわるすべての人たちの幸せを追求し、地域社会とともに歩み続けます
- ◆行動規範

1 テンダーラビングケア (tender loving care)
「愛」とは、誰かの心に希望の灯りをともすことです
自分に何が出来るかをまず考えることです
(日野原重明著テンダーラブより)

2 スローライフ
丁寧に考えること誠実に対応すること
- ◆施設理念
 - ・ ノーマライゼーションの実現及びセーフティネットの一翼を担う施設
 - ・ 地域の財産となる施設
- ◆施設方針

- ・ ご利用者への懇切、丁寧、誠実な対応
- ・ 安全管理とコンプライアンスの徹底
- ・ 人間力の強化による柔軟な発想と行動

④ 施設の特徴的な取組

- ISO9001（品質マネジメントシステム）定期的に受審し、継続的なサーベイランス等、目標管理、是正処置等の内部監査が実施され、認証機関による適合確認が行われています。
また、福祉サービス第三者評価受審も行われています。
法人の内部サービス評価・満足度調査委員会、施設のサービス評価委員会による自己評価、利用者アンケート等の検証や改善計画等による更なる施設運営のサービス品質の向上への取組みが継続されています。
- グループホームのみならず就労支援B型・日中一時・生活介護等、多様な障害者に対応すべく多機能型施設であり内部循環型としての機能を発揮した利用者への支援が行なわれています。
- 施設近隣の海岸のごみ拾い等、地域美化に向けた活動を行う等、継続的に地域貢献に取り組まれています。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年6月3日（契約日）～ 令和7年1月20日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	10回（令和5年度）

⑥ 総評

- ◇ 特に評価の高い点
- ISO9001（品質マネジメントシステム）定期的に受審し、継続的なサーベイランス等、目標管理、是正処置等の内部監査が実施され、認証機関による適合確認が行われています。
また、福祉サービス第三者評価受審も行われています。
施設のサービス評価委員会による自己評価、利用者アンケート等の検証や改善計画等による更なる施設運営のサービス品質の向上への取組みが継続されています。
- 教育研修委員会による質の向上に向けた知識・技術スキル等の維持・向上に向けた研修計画や実施等の実行管理や研修後の復命、研修記録等のデータベース化が適切に行われています。
- 人事考課規定に基づき、職務基準書に沿って職能別の個人別目標計画が設定され、面談による目標設定確認や中間評価・年度末の総括評価が実施されています。
職員一人ひとりの期待するレベルの目標達成度の業績成果、業務遂行スキル、行動評価等に加えて、人材育成計画に反映されています。

◇改善を求められる点

○福祉人材の確保については、業界全体の共通課題であり、課題解決に向け更なる職場の魅力作りに邁進されることに期待します。

また、働きやすい職場となるよう努力されていますが、慢性的な人材不足による負担感を感じる職員もおられるようですので、改善に向けた取組みに期待します。

○グループホーム利用者の高齢化に伴い次のステップに進まれる為の健康面や意欲に課題が見られる方の増加についても今後の課題として取組まれることに期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設のコメント

福祉人材確保に努めるとともに、働きやすい環境に配慮しつつ、職員定着を図ってきたい。

ご利用者の状態変化にあわせて支援方法の検討や施設変更の提案等、ご利用者個々に応じた対応を実施していきたい。

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。

平成27年度より判断基準(a、b、c)の考え方が、「よりよい福祉サービスの水準へ誘導する基準」となるよう以下のように変更になりました。

「a」 より良い福祉サービスの水準（質の向上を目指す際に目安とする状態）

「b」 「a」に至らない状態、多くの施設・事業所の状態（「a」に向けたと取組みの余地がある状態

「c」 「b」以上の取組みとなることを期待する状態

第三者評価結果（共同生活援助事業所）

共通評価基準（45 項目）

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

1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

		第三者評価結果
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。	a
＜コメント＞ 法人理念・方針に基づく施設理念・方針・目標を作成され、ホームページや広報誌、パンフレットに掲載し広く周知できるよう取組まれています。 職員に対しては、新年度の全体会議に於いて周知を行い、事務所内、各フロアに掲示し、名札の裏に携行し常に意識が出来るように工夫されています。 利用者に対しては、利用開始時の重要事項説明書による説明や新年度の自治会総会に於いて、施設側から、法人・施設の理念・方針を口頭、文書配布で伝え周知が図られています。 研修の機会に利用者の権利について職員で検討・理解、共有をされています。		

Ⅰ-2 経営状況の把握

2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

		第三者評価結果
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。	a
＜コメント＞ 国の障がい者施策の動向、鳥取県や各市町村の障がい福祉計画を基に障がい分野を取り巻く環境の把握・分析が行なわれています。 経営状況等については、毎月の運営会議に於いて、施設マネジメントレビューの報告・検討が行なわれています。 施設内では、全体会議、各事業部署で経営進捗状況の報告の機会を持ち職員への周知が図られており、欠席者には回覧して周知が図られています。		
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
＜コメント＞ 毎月の運営会議で話し合われた事業所運営、サービス内容について具体的な取組みが検討され、取組み内容について全体会議や各部署の係会議で周知され、取組みが行われています。 また、職員へのアンケート調査が実施されており、事業経営に対する職員の経営課題意識の把握や改善に向けた取組みが行われています。 課題に対して関係機関の相談するアクションを起こしておられます。		

I-3 事業計画の策定

3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

		第三者評価結果
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。	a
＜コメント＞ よなご大平園の理念や基本方針の実現に向けて中・長期的なビジョンを明確にされて、具体的な施策や目標数値を設定し中・長期計画が策定されています。 重点項目として、利用者へのサービス品質の向上、施設・設備、施設管理、職員管理、経営管理、地域貢献等に関する具体的な計画が策定されています。 中・長期事業計画に対する達成状況等を年度末に最終評価し、検証、課題についての分析による改善・見直し対策等に基づき、次年度へのビジョンへの反映による作成が行われています。		
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。	a
＜コメント＞ 前年実績を踏まえ、マネジメントレビューによる達成度評価に基づき、中・長期事業計画を踏まえた実行可能な具体的な内容の単年度事業計画が策定されています。 事業計画は、年度当初の全体会議で説明を行い、重点目標や各種施策等について職員に周知が図られています。 目標を数値化し評価、計画は解決、達成可能なものを設定しておられます。		

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。	a
＜コメント＞ I S Oマネジメントレビュー手順に基づき、定期的に実行状況の評価・見直しが適切に実施されています。 事業計画策定と実施状況の把握や評価・見直しについては、職員の面談時や職員アンケートの集約等、職員も参画し、事業計画の案など職員の意見も取り入れています。 全体会議で報告され、各係委員会にて進捗状況の確認が行われています。 策定された事業計画は、職員に資料配布し周知が図られています。		
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。	a
＜コメント＞ コロナ5類移行になり、再開された年度当初のグループホームの定例会において、今年度の方針性などを話す機会を設け、利用者に事業計画を周知できるよう図られています。 家族等へは、書面や広報誌等の送付による周知が行われ、地域に対しては、ホームページ掲載等で事業所への理解を深めて頂けるよう努めておられます。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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。

		第三者評価結果
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。	a
＜コメント＞ 福祉サービスの質の更なる向上を目指し、I S O手順による利用者へのサービス提供の実施、		

検証等の品質管理の実施も行われており、第3者評価も定期受審が行なわれ、フィードバックされた内容で質の向上に向けた取組みが行なわれています。 また、施設内の各種委員会による利用者・家族等の満足度調査や嗜好調査等が実施され検証・改善対策等のPDCAサイクルを活用し組織的にサービス向上に取り組まれており、評価体制が整備され実行されています。 自己評価・第三者評価を行うことで職員への意識付けが行われています。		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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。	a
＜コメント＞ ISO手順に基づいた評価結果を基に改善計画シート、是正報告書等で明確にされ改善に取り組まれています。 評価の結果を是正報告として書面化し、職員会でも共有され改善に取り組まれています。 更に第三者評価の結果を基に、更なる質の向上に向けて取り組まれています。 また、アンケート等の満足度調査を基に課題・問題点を明らかにし、サービス評価委員会が中心となり解決・改善対策が検討され、職員間で共有を図り、具体的な改善対策が策定され、課題の改善に向けての取組みが行われています。		

評価対象Ⅱ 施設の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

1-(1) 管理者の責任が明確にされている。

		第三者評価結果
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。	a
＜コメント＞ 年度始めの全体会議に於いて、施設長の役割と責任を職務分掌として職員に対して表明を行い、周知しておられ、組織図等で明文化されています。 職員に対しフィードバック面接が行われ、役割と責任について説明が行なわれています。 広報誌に施設長としての施設運営に関する考えを掲載し、広く地域等に表明しておられます。 不在時の権利委任については、BCP、職務分掌等に記載があります。		
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
＜コメント＞ 施設長は、法人本部で開催される法令遵守部会や法令遵守の観点での経営に関する研修会や勉強会に参加され、参加後は、朝礼等で積極的に発信したり、全体会議で職員に説明を行い、掲示板にも貼り出されています。 毎年、虐待防止委員会によるコンプライアンス研修を開催し、全職員を対象に徹底を目指し取り組まれています。		

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。	a
＜コメント＞ よなご大平園全体の福祉サービスの質の更なる向上を目指し、施設内をラウンドし、職員や利用者の様子を確認し、気になれば声掛けや具体的な指導を心掛けておられます。		

各アンケートや外部の評価から出た課題や問題について分析し検討しておられます。 各種会議や各委員会開催時にも可能な限り参加し、必要な指導や助言が行なわれています。 福祉サービスの質の更なる向上を目指し、運営会議でも話し合われ、具体的な体制等の見直しや取組みについて明示されています。		
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
＜コメント＞ 定期的な運営会議、全体会議で情報を集約、課題の抽出・指導より運営・業務上の改善に努めておられます。 常に、コストバランスや人員配置等の課題・問題点の改善を図り、職場の環境改善に取り組まれています。 職員アンケートや職員面談を通して、職員の意見を拾い上げ職場環境改善に取り組まれています。 今年度もICT化が推進されており、よなご大平園に於いても職員の事務負担軽減の仕組み作りが検討されています。		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

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。

		第三者評価結果
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。	a
＜コメント＞ 事業計画の重点項目へ人材育成と職場定着を掲げた取組みが実施されています。 法人としての総合的な人材採用計画が策定され、ホームページやハローワーク、就職説明会等を通して人員確保に取り組まれています。 人材の定着として、新採用職員にはメンター制度を導入したOJTが行なわれています。 教育研修委員会による施設内外の研修や資格取得に向けた様々な施策が行われ、職員一人ひとりがキャリアアップできるようになっています。 福祉人材の確保については、業界全体の共通課題であり、課題解決に向け更なる職場の魅力作りに邁進されることに期待します。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
＜コメント＞ 法人の理念・基本方針に基づいた「期待する職員像」を明確にされています。 就業規則、給与規程、人事考課規程に基づき、総合的な人事管理が適正に実施されています。 人事考課制度を活用し各コースに分類スキルアップの仕方やと取組み方への意見等を聞いて行く仕組みを構築しておられます。 職員が将来を考えられる仕組みが作られており、就業規則に明記されています。		

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り組んでいる。	a
＜コメント＞ 身上報告書や職員アンケートによる就業意向や希望する研修等の確認が行われています。 時短勤務や職員の家庭の都合に合わせた勤務体制等働き方の選択や年次有給休暇、産休、育休等の各種休暇の取得等、職員一人ひとりの希望に沿った柔軟な勤務体制や業務調整等を行い、働		

きやすい職場作りとなるよう取組まれています。

産業医、衛生管理者が配置されており、心の相談実施要領に基づき、職員のストレスチェックや相談受付体制も整備され、メンタルヘルス、健康診断等、職員が健康に働ける取組みも継続されています。

法人の福利厚生制度は充実しており、コロナ禍の中、中断されていた互助会による旅行や職員間の親睦会等の取組みも復活されました。

働きやすい職場となるよう努力されていますが、慢性的な人材不足による負担感を感じる職員もおられるようですので、改善に向けた取組みに期待します。

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
＜コメント＞ 法人の理念・基本方針に基づいた「期待する職員像」を明確にされています。 職員一人ひとりに対する職務基準書が作成され、職員の個人目標計画に基づき、職員への期待するレベルの目標が年3回の面談を通して共有されています。 職員一人ひとりの期待するレベルの目標が設定され、人材育成計画が策定され、職員一人ひとりの育成が行われています。 考課者研修も行われています。		
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
＜コメント＞ 法人の職員育成方針としての研修委員会要領に基づき、教育研修委員会による法人内の必須研修、施設内の教育研修委員会の職員研修計画が策定されています。 研修参加者は研修後の復命書の提出や研修内容の報告等による勉強会を実施されています。 e-ラーニングを活用した研修も継続されており、自己研鑽による知識や支援力の向上への取組みも行われています。		
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
＜コメント＞ 職員一人ひとりの経験・知識・技術水準等と併せ、教育研修委員会を中心に階層別研修、職種別研修、テーマ別研修、資格取得研修等が実施されています。 個々の職員の研修履修簿で管理され、必要な対象者への年間研修計画が作成され研修が実施されています。 新人職員・異動職員に対しては、メンター制度を導入したOJTによる充実した指導が行われています。		

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。	a
＜コメント＞ 実習生等受入れ手順に基づき、受入れ専任窓口の設置及び教育・育成担当者として介護福祉士養成実習指導者研修会修了者も配置されています。 実習生の受け入れ研修の目的、プログラム、注意事項等についても職員へ事前に周知され、事前に学校等との実習内容等の調整や連携が図られています。 実習に際しては、オリエンテーションの実施により、実習プログラム内容や実習記録の説明及び注意事項等についての周知が行われています。		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

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。

		第三者評価結果
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。	a
＜コメント＞ ホームページや広報誌を通して広く情報公開が行なわれています。 また、ISO9001の継続的なサーベイランスによる認証や福祉サービス第三者評価の定期受審を行い、結果についてもホームページ等で情報公開が行われています。 広くホームページを見て頂きやすいようパンフレットにQRコードを付ける工夫も行われています。 また、ワムネットに於いても財務状況の公開をされています。		
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
＜コメント＞ 内外部の監査を定期的に受け指摘があった部分の改善に取り組まれています。 法人としても会計監査法人による監査を受け、適正な経営・運営が行なわれています。 職務分掌、責任が明確にされ責任者の配置による適正な施設運営に向けた取組みが行われています。 規程に沿って業務に必要な事務経費の管理も行われており、定期的な内部監査が実施されています。		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

		第三者評価結果
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。	a
＜コメント＞ 事業計画の重点項目として、地域との良好な関係を構築するための地域交流・社会貢献等が掲げられており、実現に向けた地域交流が行われています。 利用者の買物や通院等、地域における社会資源を活用するよう推奨されています。 コロナ禍以前の地域の子ども会と合同企画した「夏まつり」、チューリップマラソンの給水ボランティア参加、グッドフェスティバル、栄養士によるクッキング実施等、5類移行に伴い、再開できるよう準備されています。 グループホームからよなご大平園に通う際の道路の清掃活動は継続して行われています。 また、利用者の買物や通院等地域における社会資源を活用するよう推奨しておられます。		
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。	a
＜コメント＞ ボランティア受入れ手順書に基づき、「施設案内」「施設利用者状況」「記名登録」「申込書類」等が準備されています。 事前打ち合わせ時やボランティア参加時に、トラブルや事故防止対策、個人情報保護等の注意事項が説明され周知されています。 状況を見ながら今後、従来のようにボランティア受入れを進めて行かれる予定です。		

4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

25	Ⅱ-4-(2)-① 施設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。	a
＜コメント＞ 事業所や利用者に関わる関係機関（相談支援事業所、医療機関、福祉事務所、米子市福祉課、米子市相談支援センター、消防署、警察等）のリストが作成され、職員にも事務所への掲示による周知がされています。地域で生活を希望される場合には、福祉サービス事業者、相談支援事業所等とサービス担当者会議を行なう等の状況共有や連携による適切なサポートができるよう取組まれています。		

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。	b
＜コメント＞ 地域の社会福祉法人連絡会や西部地区自立支援協議会等への参加及び行政、社会福祉協議会等からの地域の福祉ニーズの収集に努められています。 コロナ禍以前と同様に交流行事等の開催体制は整っています。 地域との交流を増やし地域の福祉ニーズの把握に取組まれる予定です。		
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。	b
＜コメント＞ 法人の取組みとして「あいサポート運動」研修への講師派遣、生活困窮者の相談支援事業「えんくるり事業」への参画や相談支援等が行なわれています。 よなご大平園本体が米子市の災害指定受入れ施設としての協定が締結され、災害時の西部エリアの災害対策チーム等への参加される事となっています。 災害時の備蓄も行われており、定期的に点検も行なわれています。 海岸清掃、地域交流室の貸し出しや講師の派遣等、可能な限りの地域貢献活動が現在も継続して行われています。		

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

1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

		第三者評価結果
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。	a
＜コメント＞ 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践できるよう取り組まれており、スローガンを掲示し周知されています。 職員の行動指針としての倫理要領、コンプライアンス規程、虐待防止対策規定等の諸規定に基づき、利用者への基本的人権を尊重する取組みが行われています。 また、コンプライアンス研修、虐待防止研修、人権研修の実施や虐待アンケートによる職員の共通認識を深める取組みが行われています。 全体会議等でも利用者の人権尊重に関する理解を深めておられます。		

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。	a
＜コメント＞ プライバシーマニュアルが作成されており、利用者のプライバシー保護を目的とした勉強会、研修を実施し、職員の理解を深めておられます。 同性介助、公用車名無表示、広報誌等への写真掲載に向けた本人同意書の取得が実施されています。 グループホームの居室は、アパートタイプの個室となっており、プライバシーが確保されています。		

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。	a
＜コメント＞ ホームページ、パンフレット、広報誌等で利用者・家族等に対して施設案内、サービス実施内容等の情報提供が行われています。 ホームページの更新も積極的に行われています。 利用の希望時には、見学や体験受入れ等も行われています。 米子市が作成した「サービスハンドブック」にも事業所の紹介、特色等も公開されており多くの方に見て頂ける機会が増えました。 福祉セミナーでも情報公開しパンフレットや事業者別の資料も作成し必要時配付しておられます。		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。	a
＜コメント＞ サービス開始時には、利用受入れ手順に沿って利用者・家族等に対して、重要事項説明書、契約書や必要な方には写真やルビ付きの分かりやすい資料を使用し丁寧な説明が行なわれ同意を得ておられます。 また、個々の課題に基づいた個別支援計画を作成し分かりやすく説明しておられ、利用者の同意を得て適正な対応が行われています。 重要事項説明書や個別支援計画の変更時に於いても、利用者・家族等へ変更内容等の説明が行われます。 意思決定が困難な利用者等については、必要に応じて成年後見人制度等を活用しておられます。		
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。	a
＜コメント＞ 在宅や他施設への移行については、本人に不利益が生じないように相談支援事業所と協議、連携を行い切れ目のない支援が行われています。 家庭や他施設への移行の場合は、引き継ぎに向けた移行支援会議が開催され、現状の心身状況や支援・サービス内容等の検討や調整が行なわれています。 サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書が定められており、変更後については一定の期間施設側からの対応が行なわれます。 利用終了後も相談出来る窓口、担当が設置されています。		

1-(3) 利用者満足の向上に努めている。

33	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。	a
＜コメント＞ 満足度調査、嗜好調査、意見箱等、様々なアンケートを実施し、分析結果から、改善策の検討やサービス提供への反映が行われています。 日常の担当職員による対応や月1回の定例会に於いても、利用者の意見・要望の収集が行われ、必要な改善や対応が行われています。 頂いた意見・苦情等に対する改善対策が検討され、対応記録等によって職員間の共有も図られています。 苦情解決委員会の設置もあり、意見や苦情に対して迅速に対応できるよう努めておられます。		

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。

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。	a
＜コメント＞ よなご大平園内に苦情解決委員会（苦情相談窓口、協議検討、責任者、第三者委員等）の体制が確立されており、重要事項説明書への解決フロー掲載や施設内の食堂、玄関へのポスター掲示等、利用者へ説明・周知が行われています。 ホームページに於いても利用者・家族等に対して、苦情解決手順に沿った苦情内容等の検証・検討等の解決方針が掲載されています。 苦情内容に関する検討内容や対応等については、苦情解決委員会を中心に利用者・家族等に説明・周知が行われています。		
35	Ⅲ-1-(4)-②の 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。	a
＜コメント＞ どの職員でも気軽に意見・相談が出来る事について説明されており、他者の目が気になる場合には、別室を用意できる事も案内されています。 ご意見箱の設置は分かりやすい所に設置され周知されています。 グループホーム定例会（毎月）の開催でも確認しておられます。		
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。	a
＜コメント＞ 職員間の報告・連絡・相談で解決に向け取り組まれています。 必要時各事業所で職員から利用者に説明されています。 利用者からの相談・意見に対して重要度に応じてフロア会議、運営会議等で検討・対応をされています。 相談内容は記録に残し、施設長にも報告され対応が行われています。 また、施設現場での解決が難しい案件は、苦情や相談・要望等の要因等が法人の苦情解決委員会へ報告され、法人本部での検証・対策による回答結果等、利用者等へのフィードバックが実施されることとなっています。 利用者等へ相談や意見等に対する検討に時間がかかる場合は、途中経過等の報告が行われます。		

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＞ 事故防止委員会を設置し、ISOの事故発生手順に沿って対応した施設運営や福祉サービスに関する安心・安全対策が行なわれています。 ヒヤリハット、事故ヒヤリの報告書を分析され安全確認に努めておられます。 委員会を中心にレベルゼロのヒヤリハットを集め、分析・予防に努め、改善策を講じておられます。 年に数回ヒヤリハット月間を設け、気付きを促しておられます。 委員会によるリスクマネジメント研修、普通救命講習の実施や設備の安全点検、職員へのKYT（危険予知）訓練等、ヒヤリハット事例・事故事例等、職員に対する安全確保、事故防止に関する研修や対策が実施されています。		
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＞ 感染対策委員会を定期的に開催し、体制の見直しが行われています。 委員会を中心に研修、感染予防を呼び掛け、留意しなければならない感染症に対して勉強会が行われています。 予防策を講じ、発生時にはマニュアル通りに行動されています。 感染症BCP（事業継続計画）が作成されています。		
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行っている。	a
＜コメント＞ 被災防止・災害時対応手順に基づき、防災対策等の検討や緊急連絡網訓練等が実施されています。 災害時の対応策として、管理責任者の配置や職員の安否確認方法、備蓄リストを作成されています。 防災計画に基づき、避難訓練、通報訓練、消火訓練等も行われています。 自然災害BCP（事業継続計画）が作成されています。		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

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。

		第三者評価結果
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。	a
＜コメント＞ ISO手順書により提供する福祉サービスの各種手順書が作成され、職員によるバラツキのないサービス提供が行なわれています。 職員が共通の理解をするため職員一人ひとりに応じた研修も定められています。 また、一人ひとりの利用者に対応する為、個別支援計画の留意点についても共有されています。		
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。	a
＜コメント＞		

ISO9001マネジメントレビューに従い各種手順書は定期的に検証・見直しが実施されており、職員へ周知が行われています。

利用者の個別支援計画作成についても変更手順に沿って、半年に1回評価・見直しが行われ、変更点等については職員間で共有しておられます。

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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a
＜コメント＞ ISOの個別支援計画作成・変更手順書に沿って、所定のアセスメントシートへ利用者、家族等からの意見・要望等について聞取りが行われ、利用者への支援に必要な基本情報等の把握が実施されています。 アセスメント、カンファレンスの実施予定月が定められています。 それに基づく個別支援計画がサービス管理責任者を中心に適切に策定されています。 関係機関との調整やサービス担当者会議の開催を通して、個別支援計画書本案が作成され、利用者一人ひとりに適応する福祉サービスの提供が行われています。 また、困難事例に対しては多職種を交えケース検討会議が開催されています。		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a
＜コメント＞ 個別支援計画書作成・変更の手順書に従って、毎月モニタリングが行なわれています。 月単位で見直し予定表を作成し、サービス管理責任者が中心となり、事前の資料に基づき、多職種でカンファレンス会議を実施し、半年に1回評価・見直しが行われています。 利用者の急変時には、手順書に沿って随時の評価・見直しが行われています。		

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
＜コメント＞ 利用者一人ひとりのケースファイル（ISO登録様式使用）が用意され、個別支援計画の実施状況については青字記録、医療に関する事柄は赤字記録、日常生活に関する事は黒字記録と確認しやすい様に記載されています。 毎月ケースファイルが回覧されており、全体周知が必要な事柄や特記の場合は職員会にて周知しておられます。 記録の書き方研修を年度初めに行い、フロア日誌、施設日誌、作業日誌、各事業日誌等が記録され、モニタリング、ミニカンファレンス等により職員間で共有が図られています。 また、記録の書き方については、職員よって記録内容に差異が生じないよう「フォーカスチャータリング書き方研修等」による職員間の共通した書式内容等の統一化に向けた取組みが実施されています。		
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。	a
＜コメント＞ 個人情報保護規定が整備され、職員としての採用時の業務で知り得た個人情報保護、守秘義務に関する誓約書の提出が実施されています。 手順に沿って利用者の個人情報記録等の適正な管理体制が確立し、鍵の掛かる棚に収納され、利用者の個人ファイルが整理・整頓され、保管・保存・廃棄規程に従って処理されています。 利用者・家族等には、利用開始時に重要事項説明書を使用して、個人情報の取扱いに関する説		

明を行い、個人情報の施設としての使用、情報開示に関する同意を得ておられます。

内容評価基準

(共同生活援助、15 項目)

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。	a
〈コメント〉 毎月のモニタリング、3か月に1度の見直しカンファレンス、半年の一度のカンファレンスによって個別支援計画に基づき支援が行なわれています。 定期のアセスメントによる利用者・家族等の要望や利用者の障がい特性等が把握され、利用者一人ひとりの能力向上や持てる力を活用し自己決定となるように、利用者等の意見や要望を尊重した個別支援計画に沿った個別支援が行われています。 毎月のグループホーム定例会等で、意見・要望を出し合い、ホームでのルール作りも行われており、定時連絡当番や生活環境に関する要望等についてもホーム内で話し合い意識の共有による取り組みが行われています。 グループホームは、日常生活が個室での暮らしであることから自らの意識で活動する場面が多くあり、利用者個々の状況に応じた支援が行われています。		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a
〈コメント〉 虐待防止、身体拘束防止やプライバシー保護マニュアルが整備され、利用者一人ひとりへの人権尊重の取り組みが行なわれています。 職員の必須研修として、法人の虐待防止委員会による虐待防止、人権擁護、コンプライアンス研修が実施されています。 施設内に於いても、虐待防止委員会による虐待・権利擁護等に対するアンケートを実施し、虐待に対する認識を深める取り組みが行われています。		

A-2 生活支援

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。	a
〈コメント〉 利用者一人ひとりの特性を踏まえ、自立に向けた個別支援計画が作成され、日々の訪問や定時連絡による日常生活に必要な支援が行われています。 利用者個々の障がい特性等に沿った見守りが行われ、医療機関、行政申請等、ホーム行事、買い物等の対応や同行・代行等の日常生活に必要な自立に向けた支援が行われています。 自立生活のための支援は行われていますが、利用者の高齢化が進み、持病があったり、自立した生活が難しくなって来られた方もあり、行政と連携を図りながら、次のサービスへとつなげることも考慮されています。		

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。	a
＜コメント＞ 職員の訪問時や各種のレク行事、食事・調理のあらゆる機会を通して、自らの発信が苦手な利用者一人ひとりの心身状況に応じた思いを引き出せる聞き方、会話のスピードの工夫等のコミュニケーション支援の工夫が行われています。 発信の少ない方については聞き出しやすい環境設定から取り組み、見える化などの工夫もされています。 また、本人のルーティンを崩さず取り組める方法を考え取り組まれています。 グループホームの定例会に於いて、利用者個々に応じたコミュニケーション手段で他者との意思の疎通が行われています。		
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。	a
＜コメント＞ 日常の定時訪問や生活支援等の声掛けによるラポール形成や個別での対応によって、職員に相談しやすい環境作りに取り組まれています。 平日の支援時間だけでは十分に時間が確保できない時には休日も活用されています。 定期のアセスメント時に利用者意思の聞き取りや日頃の相談等を踏まえた個別支援計画への反映や家族や関係機関への情報提供等の共有が行われています。		
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。	a
＜コメント＞ 「個別支援計画」に基づき、利用者一人ひとりに対する生活支援等の日中活動支援が行われています。 アセスメント等で希望を聞き取り、コロナ禍以前のように行事や活動が再開されつつあり、日帰り旅行や外出にも出掛けられました。 今後も感染予防に気をつけながら、利用者の要望に応じられる行事・余暇活動に取り組めるよう準備しておられます。		
A⑦	A-2-(2)-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。	a
＜コメント＞ 利用者一人ひとりの心身の障がい特性に応じた支援方法等が職員間で共有され支援が行われています。 個々により自分でやれることが違っているので、個別に応じた支援が行われています。 障がい特性に応じた専門知識習得の為、各種研修が実施され、利用者一人ひとりのレベルに合わせ、共同生活の中での利用者間の関係について十分配慮された支援が行われています。		
A-2-(2) 日常生活的な生活支援		
A⑧	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常生活的な生活支援を行っている。	a
＜コメント＞ 体調管理、金銭管理や服薬管理等、個別支援計画に基づき支援が行われています。 利用者一人ひとりの生活レベルや能力に応じた「個別支援計画」が策定され支援が行われており、定期的（６ヶ月）に必要な見直しが行われ、利用者一人ひとりの特性、生活レベルや能力に応じた見守りと助言を中心した支援が行われています。 外出自粛も徐々に解除されており、平日の夕食は食材セットの配達を活用され様々なメニューを提供され、休日・平日の朝は好みの物を自己選択されています。 また、誕生日には希望の品をメニューに追加し、提供されています。		

ホームの定例会での話し合いの場も再開されました。 ホーム内の生活支援として、身だしなみ、清掃、調理、金銭管理、買い物代行、服薬管理、食事制限が必要な利用者への助言等の支援が行なわれています。		
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。	b
＜コメント＞ アパートを借上げたホームで、台所、浴室、トイレが完備された個室となっており、利用者もプライバシーも確保された生活環境となっています。 平日・休日とも職員の訪問による安心・安全な生活を営むための取組みが行われています。 家庭的な雰囲気による食事ができるよう食堂で、当番制による夕食の調理が行われ、利用者が食事を共にする共同生活支援が行われています。 年2回の防災訓練、災害用避難袋の点検を行い、年1回消防訓練が行われています。 毎月1回利用者と共に自室の清掃チェックと火災報知器やスプリンクラーの点検も実施されています。 建物の老朽化やバリアフリーでない為、高齢化も進み、身体的に障がいのある方も利用しやすい新しいアパートを探すことが現在課題となっています。		
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。	a
＜コメント＞ 「個別支援計画」を基に利用者一人ひとりの心身状況に応じた生活訓練の実施に取り組み、支援が行われています。 利用者は生活訓練として届いた食材により夕食を調理されています。 日々の暮らしの生活習慣の習得に加えて、室内で出来る運動や朝夕の身支度、自転車の点検、乗り方練習や健康面への助言や支援の取組みが行われています。		
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。	a
＜コメント＞ 日常の体調管理として毎朝の検温が実施され、利用者個々に合わせた服薬及び管理方法で確認が行われています。 利用者の定期通院や必要時の受診等も行われ、関係医療機関との連携も図られています。 また、協力病院からの訪問看護も行われており、体調変化時には看護師に相談し指示を仰がれています。 訪問看護による健康相談や健康面での説明の機会を月に一度設けておられます。 体調不良時は、職員が居宅への訪問数の増やしたり、随時救護施設看護師に相談できる体制も整えられており、緊急時は、協力病院への連絡による迅速な対応等による受診が行われています。		
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。	a
＜コメント＞ 緊急対策マニュアルが整備され、特に緊急時の救急車要請や家族連絡等の手順に沿って迅速に対応を実施することとなっています。 定期的な必要な通院支援が実施され、慢性疾患、アレルギー疾患等、医療支援が必要な利用者		

には、「個別支援計画」へ反映した安全管理等を適宜確認する等の支援が行われています。 また、服薬管理等、誤った服薬方法や管理とならないよう支援しておられます。 緊急時・夜間には救護職員への応援体制が整えられています。		
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
＜コメント＞ ５類移行に伴い、少しずつ社会参加のできる状況になってきており、毎月の定例会も再開され、スポーツ大会への参加も行われています。 今後も利用者の希望、意向に沿う形になるよう社会参加の支援を続けて取組まれる体制は整っています。 家族のもとへ帰られる外出・外泊は制限がなくなりましたが、外出時には感染予防をし気を付けて行動して頂いています。		
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支援を行っている。	a
＜コメント＞ 利用者の現状や希望を踏まえた上で、相談支援事業所等の関係機関と連携を図りながら地域生活に向けた情報収集や日常生活の実体験の社会生活に必要な学習や事前準備の支援が行われています。 移行の際には、関係機関へ報告し連携や協力等を適切に行うこととされています。 また、移行後も地域生活に困った事等、利用者がいつでも相談できる窓口が周知されています。 支援体制は整っていますが、依然として感染対策の為地域生活の移行は思うように行えない状況です。		
A-2-(8) 家族との連携・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
＜コメント＞ 利用者の体調等の変化等による通院後等、必要時には家族への連絡や連携が図られています。 また、広報誌（年４回）によるホームでの暮らしや各種行事、イベントの計画や実施状況等の情報提供が行われています。 施設が計画する施設全体年間の行事へ参加を頂き、家族間の相互交流による連携が図られるように心掛け、家族から気軽に相談が出来る環境に取組まれています。 グループホームへの家族の訪問は制限が緩和され、現在は共有部屋で面会できるようになりました。		

A-3 発達支援

A-3-(1) 支援の基本		
A⑯	A-3-(1)-① 利用者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。	評価対象外
＜コメント＞		

A-4 就労支援

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。	評価対象外
＜コメント＞		
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。	評価対象外
＜コメント＞		
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。	評価対象外
＜コメント＞		