

様式 1

福祉サービス第三者評価結果報告書
【障がい福祉分野】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	こねくとホーム柴島	
運営法人名称	株式会社KOSEI	
福祉サービスの種別	共同生活援助	
代表者氏名	代表取締役 難波 亮	
定員（利用人数）	60 名	
事業所所在地	〒 533-0033 大阪府大阪市東淀川区柴島2丁目23-20	
電話番号	06 - 6195 - 4664	
FAX番号	06 - 7635 - 8211	
ホームページアドレス	http://connect-home-senior.com	
電子メールアドレス	connectfarm.g.h@gmail.com	
事業開始年月日	令和5年2月1日	
職員・従業員数※	正規 11 名	非正規 10 名
専門職員※	介護福祉士 4名 社会福祉士 1名 精神保健福祉士 1名 看護師 1名	
施設・設備の概要※	[居室] 各部屋・ワンルームタイプ（浴室、トイレ、ベランダ） 居室60 共有スペース7	
	[設備等] 各部屋冷暖房完備、火災報知器	

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

【第三者評価の受審状況】

受審回数	0 回
前回の受審時期	年度

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する事業所の同意の有無	有
---------------------	---

【理念・基本方針】

【基本理念】

私たちは、障がいのある方一人ひとりの尊厳を大切にし、
「その人らしい人生」を地域の中で実現できる社会を創ることを使命とします。
重度の障がいがあっても、
安心して暮らせる住まいと支援があれば、人生は豊かになります。
こねくとホームは
人と人、地域と未来をつなぐ場所として、
思いやり（コンパッション）の精神を大切にしながら、
誰もが安心して暮らせる共生社会の実現に貢献します。

【基本方針】

1 利用者主体の支援
利用者一人ひとりの意思・人格を尊重し、その人の希望や生活スタイルを大切にした支援を行います。

2 安心・安全な生活環境
24時間支援体制と医療連携を整え、障がいがある方でも安心して生活できる環境を提供します。

3 尊厳を守る支援
身体的・精神的・社会的な尊厳を守り、虐待のない支援環境を徹底します。

4 専門性の高い支援
職員の継続的な研修と人材育成を通じて、専門性の高い支援体制を構築します。

5 地域との共生
地域社会との連携を大切にし、地域に開かれたグループホームとして共生社会の実現に貢献します。

6 継続的な質の向上
第三者評価や自己点検を活用し、サービスの質を継続的に改善していきます。

7 法令遵守と透明性
関係法令を遵守し、透明性の高い運営を行います。

【施設・事業所の特徴的な取組】

私たち株式会社KOSEIの運営するこねくとホーム柴島は淀川区・東淀川区・都島区で駅から徒歩圏内の好立地で人気のあるエリアでワンルームタイプのグループホームを運営しております。プライバシーの尊重を大切にした支援を心掛け一人暮らしに近い自立した生活を応援して支援しております。一人一人の個性や強みを各支援者が理解し苦手な課題を共に整理しながら更に社会で輝いて強く生きていける後押しをできるように各職員専門性のある介護福祉士や社会福祉士、看護師とも連携しながら利用者様の生活面仕事での目標を叶えていけるように努めております。
障がいがあっても強く前を向いていけるよう人生の土台となる住まいの環境を安定させ健康面も安心したサポート体制で支援してまいります。
毎月の食事イベントや年に1回の日帰りイベント、誕生日のお祝いなどを通して楽しく生活できる支援を心掛け職員一同団結して支援に取り組んでおります。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人 ほっと
大阪府認証番号	270051
評価実施期間	令和7年8月1日～令和8年3月10日
評価決定年月日	令和8年3月10日
評価調査者（役割）	1701B018（運営管理委員） 2101B023（運営管理委員） 2301B020（専門職委員） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

株式会社として福祉の理念を大切に大阪市内（新大阪、東淀川、東三国、淡路、柴島1・2、都島）の7か所のワンルームマンションでのグループホームを実施して4年目になります。利用者の入所までの背景、家族関係、関係機関、個々の特性を理解し個別配慮を基本にしながら、自分でできることは自分でい、見守りの支援を基本にしています。「家族から一人立ちして自立して生活していく」ことを目標に、人権擁護の視点で作成した利用者一人ひとりの支援計画に基づき支援しています。各利用者は職員に支援されながら利用者自身が生活している姿を振り返り、他の利用者の暮らしを意識して自分の暮らしを組み立てています。

ワンルームマンションという特性を活かして、利用者は、一人の時間も保障され、また食事を伴うレクリエーション等一緒に集って食べる日が月1回あるのを楽しみにされています。家族との関係が難しくなる利用者も多い中で、就労も含め対人関係の悩み等、場合によっては他機関と連携して対応にあたっています。

利用者の自立に向け、利用者の自尊感情を大切に適切な距離感を持ちながら、丁寧できめ細やかな支援をすすめています。

◆特に評価の高い点

利用者アンケートからも利用者が職員に相談しやすい関係が伺えました。また、障がい特性の内部研修等も積極的に行っていることが確認できました。

支援計画作成時には、利用者を交え、将来的な展望が持てるような丁寧な支援を行っています。また利用者の相談内容に応じて、行政手続きの支援や医療機関の同行など利用者の要望にできるだけの支援を準備されていることが確認できました。

◆改善を求められる点

質の向上に向けた取り組みの強化

虐待防止マニュアルは明記され、虐待防止委員会が位置づけられていますが、今後は議事録を残し、研修だけでなく職員とともに虐待防止について振り返りと気づきの共有が求められます。

経営や管理に関する方針、責任の明確化

事業の経営や管理に関する方針を文章で明示し、職員に周知することが求められます。

利用者家族への周知

利用者の障がい特性もあり、利用者家族への事業の説明、理解を得る工夫に苦慮されています。利用者本人の理解、同意が基本ですが、ホームページの活用など利用者家族へのアプローチ方法の検討を望みます。

組織力の向上に向けて

今後は事業計画、研修計画、職員育成などについて計画策定、見直しなどの時期に職員の意見が反映できるような組織や職務分掌のあり方の検討が望まれます。またその取り組みを進めることが組織の透明性を高めることにつながります。

健康管理について

必要に応じて対応されている部分が多くみられましたが、日々の体調管理について血圧や体温等、利用者全体の健康維持に向けての取り組みを望みます。

生活環境について

利用者のほぼ全員が満足されていましたが、個室内の地震対策、ベランダ等、危険箇所の確認、対策を望みます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回初めて第三者評価を4年目で受けさせて頂き職員それぞれが事業所全体の評価をする中で気付いた点や回答するのがわかりにくく不慣れなので自己評価に苦戦しておりました。

事業所も7ホームある中で統括しチームをまとめていく難しさ、課題がたくさんある中でできていない課題の見直しに大変良い機会になりました。

監査対策で間に合わせて運営していくのではなく、余裕をもった運営体制をチームで更に団結して利用者様に安心して生活してもらえ自立してもらえる環境を作っていきます。経営の透明性や評価を受け課題を改善し次回の第三者評価を受ける際は課題をクリアしA評価に繋げられるように取り組んで参ります。

貴重な機会となりました。

有難う御座いました。

◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

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

		評価結果
Ⅰ-1 理念・基本方針		
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。	a
(コメント)	支援理念及び行動指針を明記し、職員会議や研修で理解共有に努めています。各ホームで利用者の目にふれる場所に掲示しています。ルビをつけるなどの表現は利用者の自尊心を傷つける場合もあり、個々の利用者にあわせた説明に努めています。	

		評価結果
Ⅰ-2 経営状況の把握		
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。	a
(コメント)	社会福祉事業全体の動向について情報収集し、事業の将来性や継続性について分析し、職員会議などで報告共有しています。ワンルーム型のグループホームの事業展開には マンションのオーナーや管理会社の理解が必須であり、理解を得る努力を重ねています。	
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。	b
(コメント)	ホーム単位の収支分析を月次でおこない、利用や空き状況および課題について職員会議で周知しています。さらに経営課題の解決のために職員の意見を聞いたり、職員同士の検討の場を設ける等組織的な取り組みの検討が必要です。総合的な組織力を活用されることを期待します。	

		評価結果
Ⅰ-3 事業計画の策定		
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。	b
(コメント)	中・長期計画は策定され、職員会議で共有されています。今後は策定過程や見直し過程についても議事録等で丁寧な共有の工夫が望まれます。	
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
(コメント)	次年度計画は職員会議で共有され、新規ホームの開設の実現にむけて努力されています。新規ホーム以外の事業計画の内容について具体化をさらにすすめ、職員と共有されることを望みます。	

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。	b
(コメント)	事業計画は職員会議で共有されています。今後は会議や面談や職員アンケート等を活用して職員の意見を反映できる機会を増やし、評価や見直しに活かしていくことが課題です。	
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。	c
(コメント)	利用者の特性から一律に掲示する方法が取りにくいですが、事業計画の主な内容をまとめた資料を用意する等、利用者の理解を促すための取組をさらに検討してください。利用者が参加する計画等は、意図とともに理解を広げる工夫が望まれます。	

		評価結果
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組		
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。	b
(コメント)	職員会議や苦情・事故の対応の共有、研修の実施などを通じて福祉サービスの質の向上に努めています。日々の申し送りはグループライン等ですみやかに共有されています。評価と見直しを意識し、PDCAサイクルを継続して実施することでさらに質の向上に努めてください。	
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。	c
(コメント)	今回の第三者評価の取組と結果を活用して課題を整理し、さらに組織的・継続的な取組に繋げてください。また自己評価の取り組みを整備し、利用者の声や職員の意見も反映しつつ、計画的に改善が継続し、サービス向上につながっていくことを期待します。	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ		
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。	b
(コメント)	管理者は職員会議、全体研修等で経営・管理の方針を職員に伝えています。緊急時の対応マニュアルは各ホームに整備し、明確にしています。今後は日常の運営や行事、研修等も職員の役割や責任をわかりやすくし組織的に取り組んでいくことを期待します。	
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)	近隣との良好な関係づくりのため、騒音や喫煙・自転車走行などのマナーについて利用者への理解を促しています。また利用者の生活を守るため経済的な問題などについて、必要な時は専門家を紹介し解決に寄り添っています。	

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。	a
(コメント)	利用者満足度調査を実施し、積極的に利用者の声を集め、分析しています。また各ホームへ出向き、利用者の様子を職員とともに把握し気づきや対応を共有しています。利用者の意見箱の意見や相談に応じ、管理職も対応にあたっています。	
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。	b
(コメント)	職員会議、研修は正規・非正規職員とも参加し、課題や支援力の向上に向け、共通理解をすすめ、チーム力の向上に努めています。さらに組織としての共通認識を持ちながら業務をすすめ、職員同士での育成にも取り組むことが望まれます。	

		評価結果
Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成		
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。	b
(コメント)	人材確保のために求人媒体を活用し、社会福祉士や精神保健福祉士の配置もおこなっています。職員の定着をすすめ、離職率を下げるために職員面談を年2回行い、個々の職員に応じたアドバイスや育成方針を検討しています。さらに事業計画実現のために必要な人員を計画的に確保できるよう努めてください。	
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	支援行動指針やキャリアパスを明確にし、研修を実施しています。昇進・昇格のフローやスキルアップしていける職場環境であることを職員に伝えています。職員は自身の強みを意識して自己目標を設定し、業務に努めています。管理者との面談で意見交換し個々の職員の課題を共有しています。	
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組んでいる。	a
(コメント)	定期的に職員の個別面談を実施し、対話を通じて個々の職員との共感や課題の共有をすすめ、安心して相談できるよう配慮しています。またセルフチェックを実施し、メンタルヘルスの確認を行っています。必要な場合は診療機関の情報を伝えています。	
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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)	組織として支援理念と支援行動指針を策定しています。職員は自身のストレスを意識し、自ら目標を設定し支援にあたっています。振り返りは管理者の面談を通して行い、利用者の声も反映し評価につなげています。	
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)	障がいの特性や支援のあり方、虐待・ハラスメント防止、感染症予防など計画的に策定されています。個々の職員のキャリアに応じて資格取得のための研修にも計画的に送り出しています。随時研修の見直しを行い、研修機会の保障に努めています。	

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。	b
(コメント)	すべての職員を対象に研修を実施しています。研修後は報告書を作成し振り返り、共有されています。職員の希望も尊重しキャリアアップ研修や外部研修の参加など多様な学びの機会も提供しています。 職員の経験年数が浅く、階層別研修の実施ができていませんが、今後は計画的に実施されることを期待します。	
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。		
Ⅱ-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
(コメント)	実習生の受け入れ方針、受け入れ基準を明確にしたマニュアルを策定し、実習プログラムも作成しています。受け入れる場合の指導者研修を検討し、利用者が安心できる実習受け入れとなるよう、さらに検討を加えてください。	

		評価結果
II-3 運営の透明性の確保		
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。	b
(コメント)	ホームページには基本理念やスローガン、スタンスが明記されています。また運営するグループホームの情報や利用可能な主なサービスも具体的に掲載されています。今後は事業計画や財務情報などの公開も検討し、より一層の透明性の確保に繋げてください。	
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。	b
(コメント)	社労士に労務環境のチェックを受け、経理処理は委託しています。各ホームに現金を置かず消耗品等の購入に関してはクレジットカード支払いとし、取り扱いマニュアルを定めています。さらに内部統制を高めるためにチェック体制を確立し、透明性の高い経営に努めてください。	

		評価結果
II-4 地域との交流、地域貢献		
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。	b
(コメント)	利用者の障がい特性等で地域との関わりに配慮が必要ですが、施設の基本的な考え方を話す機会をつくるためにも、地域の中で活用できる社会資源や情報を収集して利用者に掲示することに、さらに努めてください。 地域清掃は職員が担っており、利用者も参加することで意識的に交流する機会をつくっていくことを期待します。	
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
(コメント)	ボランティア受け入れを明文化しマニュアルは作成されています。利用者の個人情報等の課題はありますが、ボランティアに対して利用者との交流を図る視点で必要な研修を企画することを期待します。	

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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
(コメント)	個々の利用者に応じて 必要な関係機関と連携をはかっていますが、組織的に社会資源の情報の共有や各関係機関の役割を理解し、職員も対応できるように努めてください。	
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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)	他事業所との連絡会などに参加し市町村の課題などを確認しあい、把握に努めています。今後は地域の福祉ニーズを把握するために民生委員や自治会とのつながりを広げていくことを期待します。	
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。	c
(コメント)	グループホームが地域にとって必要不可欠な存在になるよう、さらなる工夫を望みます。 災害時地域に貢献できるよう、AEDや備蓄を充実させて地域との連携強化を期待します。	

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
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。	a
(コメント)	理念や個別支援に対する指針等を各ホームに掲示し、人権に対する配慮についての研修も年間計画に盛り込み、研修を行っています。個々の支援計画も利用者の同意のもとに作成されています。	
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。	a
(コメント)	利用者のプライバシー保護のマニュアルを作成しています。職員への研修でも個人情報保護の周知をしています。利用者の人権を尊重し、食事の提供等生活に関しても個々に応じてプライバシーに配慮しています。	
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。		
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)	ホームページやパンフレットで必要な情報を公開しています。また見学や体験利用も気軽に出来るように柔軟に対応しています。	
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
(コメント)	利用者の障がい特性に応じて複数の職員で対応する等わかりやすい説明に努め、利用者の同意のもと作成した支援計画に基づき、適切な支援に努めています。 今後は意思決定が困難な利用者への配慮について明確にし、同意を得る努力を重ねてください。	

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)	利用者が退所した後も気軽に相談に乗れる柔軟な対応をしています。相談内容の記録を残し、福祉サービスの継続性に配慮しています。	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
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
(コメント)	利用者満足度を把握するため定期的にモニタリングし、個別での相談面談は随時行っています。把握した内容を調査・分析し、具体的な改善を行っています。今後は利用者の参画のもと、利用者満足の上昇を目的とする仕組みを検討してください。	
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。	b
(コメント)	苦情解決マニュアルを各ホームに置き苦情解決対策委員会が設置されています。苦情に関して現場より内容を速やかに上げる体制をつくっています。今後は丁寧な議事録の整備に努め、改善策や気づきの共有をさらに進めてください。苦情解決結果については苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえでホームページ等での公表を検討してください。	
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。	a
(コメント)	利用者が意見相談の内容を文章で記入し、意見箱が活用されています。相談には臨機応変に対応し、安心して相談できる環境にあります。相談記録も整備されています。	
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
(コメント)	意見箱を各ホームに設置し、1ヶ月に1回月末に内容を確認し職員会議で情報を共有し、必要に応じて個々の職員と具体的な対応について意思統一して支援にあたっています。さらに対応マニュアルの見直しを組織的に継続して行うことを期待します。	
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。		
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。	b
(コメント)	リスクマネジメントマニュアルを作成し各ホームにおいています。ヒヤリハットを積極的に報告するように管理者は指導していますが報告件数が少ないです。服薬管理については訪問看護事業所と連携しています。今後もヒヤリハットの情報共有を徹底し、リスクマネジメント委員会で事故報告の原因や分析、改善に向けて取り組むことを期待します。	
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。	b
(コメント)	感染症予防マニュアルを作成し、感染症対策委員会を設置し職員に周知しています。年間研修に感染症研修を入れ、各ホームで研修を行うリーダー職員は外部研修に参加し学習するようにして感染症予防に努めています。今後も感染症が発生した時の対応を定期的にホーム内で研修する等職員周知を期待します。さらに利用者の個室の衛生状態の把握に努めてください。	

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。	b
(コメント)	地震や火災等の災害時に対してBCP（事業継続計画）を策定し各ホームの備蓄を定期的に確認しています。今後は設備等の落下防止措置を講じ、耐震や消火設備を充実させ、定期的な訓練から課題や問題点の把握や見直しを期待します。	

		評価結果
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保		
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。	a
(コメント)	福祉サービスのマニュアルや手順書を各ホームに整備し誰が対応しても同じ支援が出来るように職員で周知しています。また利用者の尊重、プライバシー保護や権利擁護の姿勢が明示されています。マニュアルに基づいた支援の中で不明点があればすぐに問い合わせをして確認出来るような環境づくりをしています。	
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
(コメント)	個別支援計画や定期的なモニタリングで利用者の意見や状況をふまえ、マニュアルや手順書等で変更点があれば見直し随時修正しています。今後会議等で職員で話し合い、検証や見直した日付を明記し、さらなるサービスの質の向上を期待します。	
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。		
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。	a
(コメント)	個別支援計画は複数のサービス管理者を配置し担当化し、アセスメントから利用者の状況を把握し、利用者の意向把握と同意をもとに作成しています。利用者のケースにより、他の関係機関と連携して、その情報も計画に活かしています。	
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
(コメント)	個別支援の見直しを図れるように検討会議参加職員との合議や利用者の意向把握と同意の手順で見直しを実施し運用にあたっています。今後見直しによって変更した内容を関係職員に周知する手順を定め明確化しさらなる福祉サービスの質の向上に期待します。	
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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。	b
(コメント)	月1回職員会議を実施し情報共有をしています。記録は記録支援ソフトを導入し、各職員との連携はグループラインを利用して円滑な情報共有をし、グループラインの取り扱いのガイドラインも設定をしています。今後情報の流れや整理について必要な情報が的確に処理できるよう望みます。	
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
(コメント)	個人情報の規定やガイドラインは各ホームに設置し記録管理者を設けています。職員会議や研修等で教育を行っています。今後は文書管理規定を整備し、個人情報の保護に更に努めてください。	

障がい福祉分野の内容評価基準

		評価結果
A-1 利用者の尊重と権利擁護		
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。		a
(コメント)	個別ケース会議、必要に応じての関係機関との会議と当事者を交えた会議を丁寧に行っていることが伺えました。また、利用者の障がい特性に応じた内部研修等を開催し、職員間での理解・情報の共有をする機会が設けられています。	
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。		b
(コメント)	権利擁護についての規定・マニュアルは確認されましたが、抽象的な文言のみでの記述でした。今後は利用者・職員にとってもわかりやすい文章で、具体的な規定・マニュアルについての整備をおこない、職員間での更なる共通認識が持てるような工夫を望みます。	

		評価結果
A-2 生活支援		
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。	a
(コメント)	自己決定を尊重し、個別ケース検討会議も丁寧に行われています。また利用者聞き取りの際にも自立生活に向けて、出納帳の作成支援や各種行政手続等、具体的な丁寧な取り組みが確認されました。	
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
(コメント)	利用者の心身の状況に変化が生じたときに、管理者に情報が集中し、支援内容の変更等、きめ細やかな支援を行っていることが伺えました。今後は配慮が必要な事案が発生した時に、スピード感をもって支援内容の変更、変更後の対応記録を残すことを望みます。	
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
(コメント)	利用者アンケートが年に1回実施され、満足度を測る目安となっていますが、具体的な要望を聞き取れるような質問項目を入れたアンケートの実施を望みます。また個別に丁寧な相談が行われており、記録も確認できましたが、利用者聞き取りの中では、日常会話での要望や意見が通っていない部分があるとの意見もあり、今後は職員間での利用者の声について情報共有する意識をさらに高めることを望みます。	
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
(コメント)	全ホームでのクリスマス会や各種行事計画は計画書に基づいて実施されており、そこには利用者の希望やニーズに応えていくことの重要性も明記されていました。今後は事業所内の取り組みだけでなく、地域の情報を掲示するとともに参加を促し、居住地域での文化的な生活が送れるような支援を望みます。	

A-2-（１）-⑤	利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行っている。	a
（コメント）	障がい特性については、パーソナリティ障がいや、知的障がい、発達障がいについての内部研修を実施し、情報の共有も行っています。また、職員向けに職務や虐待防止についての研修等も年間計画を作成し、実施されています。利用者間の関係についても、行事計画の中で社会性や協調性についての支援を実践されていることが確認できました。	
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。	b
（コメント）	個別支援計画の作成については、関係機関、当事者を交え、当事者の意思のもと作成されています。食事提供に関しては、多くのメニューから選択できるような形態ではありませんが、ごはんや汁物に関しては量を選ぶことができるようになっています。ワンルームマンション形式なので、日常的には入浴支援や排泄支援は行われていませんが、状況に応じて見守りや声かけ、部屋の清掃状態の確認等、本人了解のもとで支援を行っています。	
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。	b
（コメント）	ワンルームマンション形式のため、プライバシーの保護、快適性には十分な配慮がなされ、利用者の人たちもほとんどの方が満足されていますが、その反面、見えない部分も確認されました。プライベートな空間としてどこまで、支援を行っていくのかは難しい判断になると思いますが、職員全体で危険箇所の再確認をおこない、ベランダの安全対策や地震の際でのタンス・衣装ケース等の転倒防止策等、安全に配慮すべき所の見直しと順次の改善を望みます。	
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。	b
（コメント）	基本的には専門家を交えた機能訓練・生活訓練は行われていませんが、炊事・洗濯・出納帳の作成については職員が担当して行われています。今後は専門家を交え、外部の意見も考慮した取り組みを期待します。	
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。	b
（コメント）	利用者の障がい特性に応じて、体調管理等が行われていますが、見た目での判断ではなく、体重・血圧・体温等、数値的な変化等の記録（体調管理チェックシートなど）の作成・管理を望みます。	
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。	b
（コメント）	必要に応じて、服薬管理等は適切に行われています。 感染症対策の研修は行われていますが、今後は緊急時の対応や癲癇の研修、AEDの設置等の検討を望みます。また、医師の助言のもとに服薬について不測の事態に備えた対応策等の検討を望みます。	
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。	b
（コメント）	支援計画は利用者の意思を尊重した支援計画が作成され、自立に向けて金銭管理や生活力の積み重ねを後押しされていることが伺えました。 今後は利用者向けの学習会や社会参加を促す取り組みの充実を望みます。	

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。	a
（コメント）	自立に向けて個別に具体的な支援計画が作成され、利用者も具体的なイメージが持てるような支援も行われています。外部の訪問看護事業者とも連携し支援を行っています。また退所された方の支援も継続性を持ち、フォロー記録をケースファイルに記録されています。	

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。	b
（コメント）	利用者本人とも意思確認を行い、家族への連携・交流は必要最小限にとどまっています。緊急時の連絡方法は確立されていますが、家族との連携した支援については今後検討すること望みます。	

		評価結果
A-4 就労支援		
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。	—
（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。	—
（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。	—
（コメント）	非該当	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	各ホーム（7か所）の12名の利用者から聞き取りしました。
調査対象者数	12 人
調査方法	各ホーム訪問時に1名もしくは2名、計12名の方から30分程度の聞き取りを行いました。大阪府の利用者チェックリストを基本に聞き取りをさせていただきました。

利用者への聞き取り等の結果（概要）

人権の配慮については、15の質問をさせていただきました。
基本的人権への配慮についてはほとんどの方が満足されていますが、プライバシーに関しては一部不安を感じている利用者もいました。各ホームの約束ごとについて言葉かけがきついと感じられている利用者も一部ありました。

個人支援プログラムについては、7つの質問をさせていただきました。
支援計画の作成については丁寧に本人を交え、作成されています。また、目標も設定しており、利用者が自立に向けて踏み出している様子が伺えました。

日常支援の項目については、14の質問をさせていただきました。
基本的に自立されている方が多い中、食事に関しても各利用者で対応を変え、工夫をされていることが伺えました。

施設サービスについては、職員が話を聞いてくれるという点では聞き取りをした12名の方が全員満足をされていました。食事に関しても、利用者とメニューを考え、ホームとして料理を提供する機会を作っていたりと、事業所の工夫で、利用者の生活を豊かにする取り組みも評価されていました。

ただ、ホームのルールの明確化（服薬管理や事業所からのお知らせ等）と掲示の工夫、環境の安全対策の見直しを求めます。

福祉サービス第三者評価結果報告書【受審施設・事業所情報】 における項目の定義等について

①【職員・従業員数】

●以下の項目について、雇用形態（施設・事業所における呼称による分類）による区分で記載しています。

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

・パート、アルバイト、労働者派遣事業所の派遣社員、契約社員、嘱託などと呼ばれている人の人数。

②【専門職員】

●社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、訪問介護員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、社会福祉主事、医師、薬剤師、看護師、准看護師、保健師、栄養士等の福祉・保健・医療に関するものについて、専門職名及びその人数を記載しています。

③【施設・設備の概要】

●施設・設備の概要（居室の種類、その数及び居室以外の設備等の種類、その数）について記載しています。特に、特徴的なもの、施設・事業所が利用される方等にアピールしたい居室及び設備等を優先的に記載しています。併せて、【施設・事業所の特徴的な取組】の欄にも記載している場合があります。

	例
居室	●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等
設備等	●保育室（0才児、1才児、2才児、3才児、4才児、5才児）、調乳室、洗面室、浴室、調理室、更衣室、医務室、機能訓練室、講堂 等