

福祉サービス第三評価結果の公表様式〔障害者・児福祉サービス〕

①第三者評価機関名

一般社団法人 静岡県社会福祉士会

②施設・事業所情報

名称：グループホームコルティーホ		種別：共同生活援助	
代表者氏名：理事長 小林 律雄		定員（利用人数）： 17名	
所在地：静岡県伊東市岡 1244-41			
TEL：0557-38-5881		ホームページ：http://cuoop.jp/	
<p>【施設・事業所の概要】</p> <p>昭和 55 年、伊豆大島の「大島藤倉学園」で施設長をしていた故川合信道が定年退職後に、同氏が維持管理していた「川合農園」の地に、自費で「川合農園生活寮」を開所、地域生活支援という現在の主流となった地域での小さなコミュニティでの生活支援を実践しました。</p> <p>平成 14 年 1 月「川合農園生活寮」の運営を法人化、「特定非営利活動法人 生活寮コルティーホ」としました。</p> <p>平成 15 年 3 月 措置制度から支援費制度への法改正に伴い、無認可だった生活寮を、支援費制度のグループホーム認可事業所として運営を開始しました。</p>			
開設年月日 昭和 55 年			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人クープ			
職員数	常勤職員：	3 名	非常勤職員 10 名
専門職員	（専門職の名称） 管理者 1 名（サ ^レ 管兼務） サービス管理責任者 1 名		
施設・設備の概要	（居室数）コルティーホ 8 室 めいふる 4 室 （サテライト住居 1 室 R3.10 より） いちょうの木 5 室		（設備等） 木造 2 階建て 3 ホームとも食堂、風呂あり

③理念・基本方針

法人理念

共生（共活）、協働（共働）、笑顔（共楽）

「共に生きる」を願いとし、力を合わせて共に働き、共に楽しく笑顔あふれる生き方作り、生活作りをめざしています。

基本方針

(1) 思いやる優しい心と感謝の気持ちを大切にし、他と共に生きる姿勢を培う。

(2) 自らのよさを生かし、他と共に協力として活動する中で成長に向けて精一杯取り組む。

(3) 笑顔を大切に積極的に社会参加することで地域社会との繋がりを深める。

④施設・事業所の特徴的な取組

利用者支援における障害の多様さ（高齢化、疾病、金銭管理等への対応）への取り組みやスタッフの利用者への寄り添い方、支援の在り方等についての学びを引き続き深めていく。

毎月定例の全職員によるミーティング及び伊東・熱海地区の他法人グループホーム職員との連絡会などを通して、研修を重ねている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和3年5月18日（契約日） ～ 令和4年2月28日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	0回（ 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・総合的な人事管理では、2021（令和3）年度社会福祉法人クープ経営構想の中に職員姿「目指す職員像」としての記載があり、年に1度の理事長職員面接を実施し、キャリアデザインシートで評価分析を行って改善策を確認実施しています。
- ・毎月の全職員参加によるミーティングにおいて、職員間の「報連相」が密となり利用者の声や要望が即時対応できる仕組みになっています。
- ・身体的自立度の高い利用者が多く就労支援を中心に生活全般に自己管理・自己決定できる環境を整えています。言語での表現が難しい利用者に対しイラストカード使用や余暇活動の音楽などを取り入れ多職種で関わり、全ての利用者の意思や希望を職員間で共有できるようにしています。

◇改善を求められる点

- ・実習生やボランティアの受け入れについてマニュアルを準備して意義を明記していますが、利用者が日中就業のため、実現できていません。利用者の生活の質をより高めるための工夫と検討が望まれます。
- ・土砂災害時危険区域という立地条件下、地震等の災害において有事の対応についてはさらなる検討と備えが望まれます。
- ・支援の実施状況を振り返り（check）改善していく取組みとして、また個別支援計画の実施内容の記録として、サービスの質を検証するためにも個別ケース記録の整備が必要です。
- ・サービス提供の均一化や質の評価のために、標準的な実施方法についての手順書の作成や定期的な各種マニュアルの見直しが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

法人設立より理念「共生 協働 笑顔」の実現に向けて体制を整えてきました。利用者が笑顔で楽しく、安心して生活できるよう、特に財務の安定化、各事業所の充実、職員の資質向上に力点を置いて運営を進めてきました。

今回、共同生活援助事業（グループホーム）を中心に経営状況の評価を受けました。まだまだ到らない点や今後更に充実を図らなければならない点、我々の評価基準をもっと上の段階にしなければならない点などが明らかになりました。

特に、①地域との交流、地域貢献 ②利用者本位の福祉サービス ③福祉サービスの質の確保 ④利用者の尊重と権利擁護 の4つの観点の合計15項目については、細部について検討し、法人全体で取り組む必要があります。どれも利用者に対するサービス内容の質や職員の姿勢資質が問われる内容であり、重く受け止め課題意識を高く持って改善に向かいたいと思います。

利用者支援の在り方については、個別支援計画の作成及びその更新、日常の表れの丁寧な記録、共通理解をベースに、個に応じたきめ細やかな支援を指摘されました。さらに、グループホームがその地域になくってはならない存在になるよう、努力したいことや実習、ボランティアについてのアドバイスを地域の皆さんにもいただき、視野を広げることも出来ました。

また、今回の評価を通して新たに作成したマニュアルや規則等については定着を図りたいと考えています。細部にわたる評価項目については、今まで実践してきた「クープ事業所自己評価」の内容に生かし自己評価の充実を図りたいと思います。

今後は、生活介護事業所や就労継続支援B型事業所での受審も考え、法人全体の充実に向け職員の意識を高めていきます。ご指導ありがとうございました。

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〔障害者・児福祉サービス〕

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

- a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
 b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態
 c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※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。

障害者・児福祉サービス版共通評価基準

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。		
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・b・c
<p>「理念」と「基本方針」「経営方針」は法人内部用として、年度当初に配付する「経営構想」に記載しています。しかし、ホームページには両方の記載がなく、パンフレットにも「理念」のみを掲載しています。機関誌に掲載している回数は少なく、周知状況の確認や継続的な取組には至っていません。</p>		

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。	a・b・c
<p><コメント> 利用者の移動が少ないグループホームのため、情報や傾向は役所や他のグループホームからの情報で把握しているものの、分析には至っていません。</p>		
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・b・c
<p><コメント> 管理者は毎月1回の法人の運営委員会に参加し、各事業所からの課題を法人全体で集約して話し合います。内容は事業所に持ち帰り、毎月1回のミーティングで職員に周知しています。法人は経営環境や福祉サービスの具体的な課題や問題点を明確化して組織体制や設備等の対応策として、施設の建替えを計画しています。</p>		

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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>中・長期計画は項目のみを5年分まとめて列挙し、成果もまとめて評価しています。今年5年も同様の計画ですが、具体的な収支計画は単年度のみで予算の裏付けがありません。中・長期計画についての見直しの規定はなく、単年度の計画の見直しと同時期に実施しています。</p>		
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・b・c
<p>法人の中・長期計画があり、その中から単年度計画として具体的に示し、事業計画表は「行事計画」とは分けてあります。昨年度の実施状況の評価して、今年度分を具体的に作成しています。数値目標はありませんが、経営書と照らし合わせて、具体的な成果の実施状況を確認しています。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画は、事業所の職員が、前年度計画内容の達成と未達成を評価しあい、未達成項目を本年度の計画に含めています。時期や手順を決めて評価し、結果や内容を周知して次年の内容に反映するなど、PDCAのサイクルができています。</p>		
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・b・c
<p>利用会や家族会はなく事業計画を事前に周知する機会は設けておらず、資料の配布や掲示もしていません。また、家族との連絡は得られにくい利用者が多いため可能な範囲で連絡をしていますが、説明資料について理解しやすい工夫等はしていません。直前の個別説明では理解度に合わせてわかりやすく説明して、参加を促しています。</p>		

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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業所として改善点を探り、結果をもとに次回に生かす取り組み(PDCA)を実施し、結果は委員会記録にまとめています。また、今年度より虐待のチェックシートの活用を始めました。法人では事業所自己評価のチェックを数値化してまとめ、次年度の事業計画に生かしています。また、第三者評価調査の受審は今回が初回です。</p>		
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。	a・b・c

<コメント>

「事業所自己評価結果」は法人がまとめて数値化・分析を行い、課題を文章化して次年度の事業計画に反映し、職員間で共有しています。職員は評価結果のまとめの段階で話し合い、法人に提出します。その後、法人本部会議に管理者が参加し、改善計画を策定します。改善計画の実施状況は年1回の事業所自己評価にまとめているため、見直しは次年度計画策定時に行っています。

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。	a・b・c
<コメント> 法人に有事の管理者の役割と責任に関する書面があり、分掌等については定款施行細則や職員組織図はありますが、一般職員向けの分掌表や配布はありません。また、管理者が自らの役割と責任について表明した書面等はありません。		
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・b・c
<コメント> 法令事務は法人の事務員が担当しています。事業所は行政との関係や少額の取引では適正な関係を保ち、zoomによる「予算管理基礎講座」への参加や成年後見制度の理解と利用を推進するなどしています。法人の運営委員会から出される差別解消法・合理的配慮・虐待防止法・障害者総合支援法等の資料を事業所に配付し、ミーティングで説明して、職員等に周知を図る取組みをしています。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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・b・c
<コメント> 小規模事業所のため意見が出しやすく、現場への反映が直ちにできています。管理者は課題把握のためアンケートやミーティングで協議し、研修会を実施しています。法人は「事業所自己評価」を毎年実施して職員の質の向上を図っています。しかし、リーダーシップの発揮として、提供する福祉サービスの質の向上に対する組織内の体制の構築や教育の充実などの取組等は十分とは言えません。		
13	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。	a・b・c
<コメント> 法人にはグループホーム3棟を1棟に統合する計画があるため、3人のリーダーが業務の実効性の向上について相談して取組んでいます。管理者は行動の支援や、職員全体の支援体制を構築しています。また、出勤時に申し送りをし、内容はミーティン		

グで取り上げ、自らも職員のミーティングに積極的に参加していますが、分析には至っていません。

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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人全体の方針は「経営構想」に記載がありますが、事業所が提供する福祉サービスに必要な人材計画や育成計画はありません。福祉人材や人員体制の計画は研修計画に含まれているなど、人材の確保に関する計画はなく、個別の育成計画もありません。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<p>2021年度「経営構想」に「目指す職員像」の記載があります。法人は人事基準を定め、職員は自己評価シートを年2回提出し、理事長がコメントや個別面談をしています。法人は結果を分析評価し改善策等を協議していますが、その記録はありません。また、職員はキャリアデザインシートを作成し理事長が実践状況を確認していますが、職員自らが目標を持ち将来像を描ける仕組みには至っていません。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>労務管理体制は法人の就業規則に記載があり、各職員の意向を把握してシフトを作成しています。職員の心身の状況を出勤時にチェックし、体調管理に注意を払っています。法人は勤務環境に配慮し相談できる雰囲気作りに取り組んでいますが、相談窓口の設置と定期的な個別面談はありません。勤務時間が少ない職員が多く、全職員の健康診断や、総合的な福利厚生は実施していません。</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。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>2021年度経営構想に「目指す職員像」としての記載があり、職員は自己評価シートに目標を設定しています。理事長は自己評価シートの内容を評価し達成度の確認等の面接を年度中期に行っています。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>法人が策定した教育・研修計画がありますが、コロナ禍により実施が延期になったものもありました。また、職員が取得している資格の明示はありますが、更なる資格取得目標や研修内容、カリキュラム等の定期的な評価と見直しはしていません。</p>		

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・b・c
<p><コメント></p> <p>法人は職員一人ひとりの知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握しています。職員と世話人の仕事内容が異なるため、グループホームの世話人向けに、特性に応じた問題解決、理解の研修会を実施しました。外部研修の参加の推奨は運営委員会で決め事務局より職員個人へ情報を提供し、参加しています。事業所は利用者人数が少なく、日中利用者はほとんど不在のため職員はほぼ一人の交代勤務となるため業務内容の手順と説明のみで、OJTは実施していません。</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。		
20	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>実習生等の福祉サービスに関わる研修・育成に関する基本姿勢を「実習受け入れマニュアル」に明文化していますが、専門職に関するものではありません。職種の特性に配慮したプログラムを用意や、指導者に対する研修は実施していません。事業所としては利用者が日中は就業のため、実習生の受入れはしていません。</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。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>ワムネットに法人全体と事業所について理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算決算の概略を掲載しています。第三者評価の受審は今回が初めてのため公表はこれからで、苦情についての公表もしていません。法人の事業や活動を知らせる機関紙等がありますが、当事業所を特化した記事はなく、事業所の広報としては不足しています。活動は広報誌の他、伊東市、社協、法人間、事業者間、支援者等を通じて発信しています。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>法人に福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関する規定があり、権限や責任を書面化してありますが、職員全員への周知には至っていません。法人は外部会計事務所と契約し、法人内には事業・財務の監査役を設け内部監査を実施して助言を受けています。監査内容は理事会に報告し議決を受けるなど、経営改善に生かしています。</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。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の「経営構想」に、地域との関わり方を明文化しています。職員は利用者が余暇活動情報を把握し、行事や活動の参加の機会を利用者に提案しています。参加の際には交通の便が悪いため、利用者の買い物や通院等日常的な活動も含め、必要に応じて職員が同行支援する体制が整っています。また、利用者は町内会に入り、地域の人々と随時の交流をしています。</p>		
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・b・c
<p>「ボランティア受け入れマニュアル」を整備して基本姿勢や事務手順を明示していますが、受入れ体制として十分とは言えません。また、地域の学校教育等への協力についての基本姿勢の明文化はなく、学校教育への協力は行っていません。事業所においては、日中は就業、休日は各自が家事等を実施するなど利用者の自立度が高いためボランティアの受入れはしていません。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>熱海・伊東地区 障害福祉サービス事業所一覧表」がありますが、職員間での情報の共有はしていません。年に1回、グループホームの連絡会で他施設との情報共有をしていますが、今年度はコロナ禍のため実施していません。関係機関・団体との定期的な連絡会はなく地域のネットワーク化など協働しての取組はしていません。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人は地域住民に対しての啓発活動や利用者の作品販売をしていますが、講演会や研修会等の開催はしていません。利用者の特性から地域住民との交流が難しい方もあり、事業所内での取組みはありません。また、事業所が災害時危険地域に指定されており利用者の安全確保が第一で、役割を担える状態ではありません。</p>		
27	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人は、地域に根付く為に地域のイベントに参加、クーポンショーや機関紙等で周知し活動を実施していますが、事業所としては特に行っていません。また、民生委員・児童委員等と定期的な会議はなく、相談事業については入所相談のみの対応で、地域の福祉ニーズへの対応や専門的な情報の還元には至っていません。</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。	a・b・c
<p>「接遇マニュアル」に基本姿勢はありますが、「倫理綱領」や規定集はありません。個々の福祉サービスの標準的な実施方法等は作成しておらず、随時の対応になっています。管理者は職員アンケートから利用者との接し方を課題に取り上げ、職員の利用者理解と実践のために「問題行動の理解と解決について」の研修会を実施しています。</p>		
29	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・b・c
<p>利用者の生活自立度は高く、各自で清掃するなどして個室内を管理し、施錠も可能です。職員は留守中の洗濯物の取込みのみを支援しています。しかし、プライバシー保護については規定がなく「個人情報の保護」「接遇マニュアル」等にもそれに関する項目はありません。また、利用者・家族に対しての周知の取組みも十分とは言えません。</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。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>施設を紹介する資料は市役所・エリア内各区のコミュニティーセンターや社会福祉協議会に設置していますが、言葉遣いの工夫等で誰にでもわかりやすいものとは言えません。事業所案内資料に不足を感じた時は手直しをしていますが、内容の検討は定期的ではありません。体験希望者には生活支援員が対応し、R3年10月は1名の実績がありました。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>サービスの開始・変更の開始及び福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者や家族他、後見人等の同意を得たうえで、その内容を重要事項説明書・契約書・同意書により利用者等の自己決定を尊重し、書面で残しています。また、サービスの開始・変更時の説明にあたって、意思決定が困難な利用者や家族のために配慮し、把握している範囲で個別の理解度を考慮し説明していますが、特にわかりやすく工夫した資料の用意や、特別の配慮はなくルール化には至っていません。</p>		
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・b・c
<p>福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように、生活内容や待遇についてヒアリングで確認しています。他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行や終了時の利用者や家族等に対する説明は、口頭でしてい</p>		

<p>ます。その手順書や引継ぎ書はなく、組織として利用終了後の相談窓口や担当者も設置していません。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
33	<p>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。</p>	<p>a・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>利用者満足を把握する目的で個別の相談面接を実施していますが、定期的ではなく、保護者懇談会も実施していません。利用者との面談で散歩が不足していることが分かり、月例ミーティングで話し合い実施した事例がありますが、その会議録や実施状況の記録はありません。</p>		
<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。</p>		
34	<p>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。</p>	<p>a・b・c</p>
<p>苦情解決規定により、苦情受付担当者（世話人）、苦情解決責任者（管理者）、第三者委員（弁護士・元中学校校長、伊東市社会福祉協議会次長）3名設置し、それを明記したポスターを玄関先に掲示しています。苦情解決の仕組みについては、入居時の契約・重要事項説明の際に別紙として説明をしていますが、わかりやすい書面としては不十分です。意見箱を食堂前に設置してありますが、苦情記入カードの配付やアンケートの実施はなく、申し出しやすい工夫としては不十分です。</p>		
35	<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。</p>	<p>a・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>入居時に、重要事項説明書で「職場における悩みなどの相談に応じる」ことや相談相手を選択できるなどを説明していますが、わかりやすい説明書の作成はしていません。</p> <p>常設の相談室はありませんが、職員が日々の声掛けを行い、状況に応じてプライバシーが保たれた居室を使用するなどの対応をしています。</p>		
36	<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。</p>	<p>a・b・c</p>
<p>相談や意見への対応マニュアルは整備していませんが、苦情解決規程に則った対応をしています。日々の声掛けにより把握した相談や意見については日誌に記入し、職員間で情報共有しその都度対応しています。また、意見箱は食堂前に設置していますが（記入ゼロ件）、アンケートは実施していません。</p>		
<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。</p>		
37	<p>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。</p>	<p>a・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>危機管理対応マニュアル、緊急時対応マニュアルの中に「事故」に関する対応フローを掲載し、マニュアルは職員が閲覧できる場所に設置しています。事例発生時は日誌に記載し、職員間で共有を図っています。ヒヤリハットや事故報告書などの書類を整備し、年1回の第三者委員会に報告する体制をとっています。しかし、それらを確認できる記録の集積がなく、</p>		

事故防止等の安全確保策の実効性の評価やマニュアルの見直しも行っていない。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>感染症予防・対応マニュアルを作成し、発生時の対応等感染症の勉強会を年1回開催しています。しかし、感染症予防対応マニュアルには責任と役割を明確にした記載はなく定期的な見直しもされていない等、感染症対策の管理体制は十分とは言えません。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>消防計画・危機管理対応マニュアルに対応について定めています。地域の協力を得て、避難訓練を行っています。職員連絡は一斉メール配信で実施を想定しています。設備のチェックも定期的に行っています。所在地が土砂災害危険区域にあることから、備蓄リストなどを含めた今後事業継続に向けた対策を講じることを課題としています。</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。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者支援は日課表に沿って提供しており、標準的な実施方法を文書化したものではありません。日課表は職員室に配架し、日常的に確認できます。個別支援計画策定プロセスの中で日課表と併せて標準的なサービス提供を確認していますが、根拠となる手順書や仕組み等はありません。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法が文書化されておらず、見直しの仕組みもありません。</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。		
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。	a・b・c
<p>支援計画を作成する際には、手順をもとに担当者のみならず他スタッフも参加して作成しています。また、利用者本人の意向・保護者の思いなどを聞き取り計画に反映しています。月例ミーティングやモニタリングによってサービス提供の確認をしています。しかし、アセスメント記録がH28以降のものはありません。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>「個別支援計画作成手順」があり半期ごとに個別支援計画の見直しを行っていますが、手順書の内容が不十分で組織的な仕組みとは言えません。</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。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の生活状況や身体状況を把握するものとしては、「アセスメント表」がありますがH28年以降更新されていません。(今後別の様式を検討中とのこと)利用者に関する生活記録については、業務日誌に記載しています。その他申し送り等は職員用の連絡帳に記入するという仕組みがあります。日々の情報は日誌・連絡帳を通じて、全職員が共有しています。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>「個人情報保護に関する方針等について」によって個人情報の保護を図るとともに、「文書管理規定」にて記録の管理体制を定めています。しかし、管理責任者の具体的な明示はなく、廃棄方法や漏洩に対する対策と対応方法は規定されていないなど内容が十分とは言えません。取り扱いについては担当者間で口頭にて申し送りをする方法がとられています。利用者・家族に対しては、入居時に「個人情報使用同意書」にて説明・署名をとっています。</p>		

障害者・児福祉サービス版内容評価基準

評価対象 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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の自立度が比較的高く、個別の聞き取りを丁寧に行うことで支援計画に反映させています。本人が主体的に生活できるよう見守りを中心とした支援とし、生活における選択肢を用意またはその都度対応しています。利用者同士の話し合いについては、要望があった際に随時対応としています。</p>		
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・c
<p><コメント></p> <p>虐待防止規定によりフローや通報窓口は明確化していますが、防止のための計画作りやチェック体制の整備は未実施です。今年度より、職員の自己評価に「虐待チェックシート」を設け、気になる点があった場合は月1回開催されるミーティングで課題提起し、職員間で共有・検討しています。身体拘束は原則禁止という認識は職員間で周知共有していますが、開始に至るプロセス、解除に向けた取組等の明文化はしていません。</p>		

評価対象 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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>日中就労の利用者が多く、生活全般において自己管理・自己決定ができる環境を整えています。「見守り」を中心とした支援を展開し、必要時には行政手続きなどを支援しています。支援計画作成時には、本人の意向を引き出し具体的な目標を設定するなどしていますが、心身の状況や生活状況などの情報を集約し共有できる書類が未整備です。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>言語での表現が難しい利用者に対しては、身振りやイラストカードを使用し、表情から汲み取っています。また、担当のみならず多職種が関わることで利用者の意思や</p>		

希望を共有するようミーティングを行っています。コミュニケーション能力を高めるための支援として余暇活動（音楽）の提供を行っています。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の意思を尊重する仕組みとして、毎日職員が挨拶を交わし体調確認をすることを必須としていますが、利用者にとって相談しやすい環境(人・時間・場所)などさらなる工夫が必要です。</p> <p>半年に1度のモニタリングの際は、世話人・サービス責任者とともに本人と面談を行っています。利用者からの相談は、ミーティングで検討・共有を図っています。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>本人の要望を反映した個別支援計画の中に、デイサービスやヘルパー付き添いのもとで運動支援を計画して、実施しています。しかし、既存の制度利用にとどまっております。メニューやプログラムの創設や多様化を図る取組みが課題です。コロナ禍によって今年度は地域での活動を停止していますが、自粛期間中でも屋内で交流できるよう、感染対策を徹底し場を提供しています。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>研修計画に基づいて法人研修やグループホーム連絡会での研修や伝達研修を開催し、専門的知識の習得を図っています。月例ミーティングによって個別の支援方法の検討・共有を図り、不適応行動がある利用者に対しては、行政や計画相談事業所参加のもとケース会議を開き、支援方法を検討しています。また利用者間の調整として、食席の工夫や居室変更・同法人内事業所への移動などで対応しています。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>食事については、利用者への聞き取りをもとに献立を作り、世話人が調理するなど家庭的な雰囲気のもと食事を提供しています。人間関係に配慮し食席を工夫し、席替えを実施しています。高齢の利用者に対しては刻み食にするなど心身の状況に応じて提供しています。身体的に自立している利用者が大多数であるため、入浴支援・排泄支援は声掛けにとどめ見守り中心となっています。個別支援計画に基づき福祉用具などを準備しています。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>全室個室を用意し、年齢や性別に配慮し本人の意向を汲んで配置しています。居室内の清掃や家具の配置は本人に任せることで思い思いの部屋になっており、自由度が高くなってい</p>		

<p>ます。食堂・浴室・トイレは職員とともに清掃することで清潔を保っています。しかし、定期的な見回りや点検など防犯や設備面での安全策には検討の余地があります。</p>		
<p>A-2-(4) 機能訓練・生活訓練</p>		
A⑩	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>生活訓練は、一人ひとりの生活ニーズに応じて対応しています。声掛け・見守り中心で利用者にかかわっています。コロナ禍において外出自粛中ではありましたが、近隣の散歩など体を動かす機会を設けています。専門職の助言・指導の下での機能訓練・生活訓練は行われていません。</p>		
<p>A-2-(5) 健康管理・医療的な支援</p>		
A⑪	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>毎日の検温を検温ノートに記すとともに、本人への体調聞き取りを中心にした健康管理を行っています。個別の健康管理票は整備していません。健康診断は事業所嘱託医のもとで行い、市の特定検診にも参加して結果票は、個人ファイルに保存しています。看護師が健康相談の中心となり助言や相談を行っています。体調変化への迅速な対応としては緊急時対応マニュアルを整備し、適切に対応できるよう準備しています。</p>		
A⑫	<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。</p>	a・b・c
<p>服薬のマニュアルに沿って支援していますが、薬の保管等は各自に任せているため適切な管理体制の検討が必要で、夜間の人的対応の欠如等安全管理体制を構築しているとは言えません。職員の疾患に対する研修は、申し送り程度にとどまっています。</p>		
<p>A-2-(6) 社会参加、学習支援</p>		
A⑬	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>本人への聞き取りにより希望や意向を把握し、情報提供を行っています。地域イベントや法人内での教室などを提案し、実施しています。外出・外泊等の交流については、個別で対応し門限設定や同行等で対応しています。希望に応じて就労支援担当者と協議するなどして、学習支援計画に取り入れています。</p>		
<p>A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援</p>		
A⑭	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画作成時に意向や希望を聞き、移行支援を行っています。地域への移行希望があった利用者には個別支援計画に盛り込み対応しています。本人の状態変化により、病院（リハビリ目的）や入居施設へと移行するケースが多い中、今年度はサテライト型に取り組む利用者があり、就労相談の相談員や金銭管理の社会福祉協議会の</p>		

関係職員と連携して支援しています。		
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。	a・b・c
<コメント> 家族との連携にあたっては、本人の意向を尊重して対応しています。希望に応じて帰省する利用者には家族へ連絡帳を活用するなどして情報の共有を行っています。家族との意見交換の場は設けてはいませんが、モニタリングの際に電話やメールにて状況報告や意向確認を行っています。急変時等の連絡については、法人の危機管理対応マニュアルに沿って対応しています。利用者の約半数が単身者・後見人対応の状況で、家族支援への工夫については今後の課題としています。		

評価対象 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。	a・b・c
<コメント>		

評価対象 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。	a・b・c
<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。	a・b・c
<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。	a・b・c
<コメント>		