

## 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：グループホームピース	種別：共同生活援助・短期入所	
代表者氏名：理事長 根本 裕治	定員（利用人数）： 18名・1名	
所在地：静岡県伊東市岡 1280-83		
TEL：0557-55-9501	ホームページ：cuoop@izu.tnc.ne.jp	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日		
経営法人・設置主体（法人名等）：		
職員数	常勤職員： 4名	非常勤職員 8名
専門職員	（専門職の名称） 名	
	管理者 1名	
	サービス管理責任者 1名	
施設・設備の概要	（居室数） ピース 9室+1室 いちょうの木 5室 めいふる 4室	（設備等） ピース 準耐火構造、スプリンクラー いちょうの木 木造2階建て めいふる 木造2階建ての2階

### ③ 理念・基本方針

『 共生・共創・共働・笑顔 』

「共に生きる」「共に生きる」を願いとし、他とのつながりを大切に、力を合わせて共に創り、働き、共に楽しく笑顔あふれる生き方作り、生活作りをめざす

### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 思いやる優しい心と感謝の気持ちを大切に、他と共に生きる姿勢を培う。
- 2) 自らの良さを生かし、他と共に協力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) 活動の見直しを常に進めると共に、豊かな発想で人、事、物との新しい関係を築く。

### ⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年8月7日（契約日）～ 令和8年2月6日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（令和3年度）

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

・「笑顔を大切に積極的に社会参加をすることで地域社会とのつながりを深める」との経営方針の実現のため、地域清掃への参加、ふれあい広場やクープショーを継続的に行っています。クープショーは平成 22 年より市内大型商業施設を会場に法人各事業所の紹介パネル展示や利用者によるパンフレット配布・授産品販売などを 5 日間に渡って行っており、地域の人々との交流と理解の促進の場になっています。

・感染症発生時には食事の部屋出しや消毒・検温等を実施して、完全隔離体制で対応をしています。施設移転に伴い感染症発生に備えトイレ付きの個室を完備し、感染者用の居室に当てています。

・法人の就労継続支援 B 型事業所、生活介護事業所などの社会資源を活用・連携していることで、利用者が地域で長く生活が送れるような支援となっています。

### ◇改善を求められる点

・経営課題を明確にし、中長期的に具体的な取組を進めている点や福祉人材の確保や育成については法人全体で取り組まれておりますが、管理者としてそれらを共有し事業所として具体的にされていませんでした。

・プライバシー保護、権利擁護に関する規定やマニュアルは整備しておらず、これらのテーマでミーティングや研修が行われた記録は確認できませんでした。また、プライバシーに配慮を具体的に反映した標準的実施方法の手順書は作成していません。

・リスクマネジメントに関する責任者は施設長ですが、委員会等の組織はなく施設設備や運営上の安心・安全について検討や事例の収集はしていません。防災や緊急対応のマニュアルはありますが、定期的な職員研修はなくマニュアルの読み合わせ等も行っていないです。

・標準的な実施方法を文書化したものはなく接遇マニュアルにも、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる項目はありません。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

共生社会参画への具体的な取り組みについて評価していただきました。引き続き利用者様の『笑顔』につながる法人として、各事業所間の連携を強化しながら推進してまいります。また、感染症対応についても、利用者様の生命を守ることを今後とも最重要事項としてとらえ、引き続き継続実施してまいります。

改善点につきましては、真摯に受け止め、プライバシー保護マニュアルを作成し、権利擁護のパンフレットを配布し、法人運営委員会で読み合わせ、周知、徹底を行いました。各事業所職員にも周知いたしました。

リスクマネジメントに関しましては、各事業所の情報を収集しておりまして、運営委員会で安心・安全について検討を行う予定です。研修についても今後行ってまいります。

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〔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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本理念・事業の目的は法人と施設の事業計画書やホームページに記載し、目指す方向、考え方を読みとることができ、行動指針もあり具体的な内容となっています。基本理念・事業の目的は職員総会での説明のほか、職員は年1回、面接時に職員の周知状況を確認しています。法人理念・スローガン等には解説が付き、掲示もしています。利用者や家族への周知についてはチラシ等を配布し周知が図られておりますが、周知状況を確認し継続的な取組を行っている確認ができません。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の各種福祉計画の動向については法人が担当し、熱海伊東地区地域自立支援協議会、グループホーム連絡会の委員として、伊東市の動向について把握、分析し事業計画に盛り込んでおりますが、社会福祉事業全体の動向の把握、分析や定期的な福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析はおこなわれていません。</p>		
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月の運営委員会や年一回の職員総会で、経営環境や経営状況等の現状分析に基づき課題を明らかにした結果、利用者の確保、職員研修の充実及び給与引き上げが行われていました。これらを回覧等により役員間での共有、職員へも周知が行われており、毎月のグループホーム運営委員会、スタッフミーティングでも周知、確認し具体的な話し合いが行われるなどの取組みがあります。課題解決・改善に向けての具体的な取組については、職責、職務</p>		

内容により研修の見直し計画を立て受講しておりましたが、他の課題についての具体的な取組がありません。

### 1-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
1-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	1-3-(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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>2021年（令和3年）～2025年（令和7年）の5年間の中期・長期計画は目標を明確に掲げ、利用者の確保、職員研修の充実及び給与引き上げ等の課題や問題点の解決、改善に向けた具体的な数値目標を掲げております。見直しと評価も行っております。</p>		
5	1-3-(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>&lt;コメント&gt;</p> <p>令和7年度の事業計画は、中・長期計画より事業内容を反映されたものになっているが、実行可能な具体的な内容や数値目標が確認されない項目がありました。</p>		

1-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	1-3-(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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は、毎年3月に理事長の全職員との面談等により意見が集約、反映されておりますが、実施状況や評価が行われていませんでした。4月の職員総会にて全項目を配布、説明を行っています。</p>		
7	1-3-(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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は「さわらび通信」にて年度初めにご利用者、ご家族に配布しています。書面だけでは理解できないご利用者には、わかりやすく言葉で説明し工夫していますが、家族会等での説明や、ご利用者等の参加を促す観点からの周知、説明の工夫は行っていません。</p>		

#### 1-4 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
1-4-(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	1-4-(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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の自己評価年1回実施し、9月に理事長が全職員面談しながら進捗状況等の確認を図っています。事業所自己評価は年1回行い前年度との比較を行い評価しています。</p>		
9	1-4-(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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所自己評価結果の分析から課題を明示し事業計画に反映して、職員総会で配布され職員間で共有しています。事業所内のミーティングにて評価を基に改善計画作成しています。自己評価については、3月に作成し9月に見直しを行っています。</p>		

## 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等については文書化し、職員総会等を通じ、周知を図っていますが、経営、管理に関する方針や取組について掲載等はありません。また、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任については明確にしておりません。</p>		
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。	b

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、年1回経営に関連する研修に参加していますが、利害関係者との適正な関係を保持しうる資料の確認ができませんでした。また、遵守すべき法令等を把握し、職員に対しても周知している取組は行われていません。</p>		
<p>II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
12	<p>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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者自身も自己評価シートを用いて自己評価をし「福祉現場のチームづくり」等の研修にも参加しています。また、事業所内のミーティングにて職員の意見を収集して各種研修を通じて職員のスキルアップを行っています。しかし、管理者として福祉サービスの定期的な評価、分析を行い、課題を把握して改善していません。</p>		

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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所内のミーティングにて職員との話し合いの場を持ち意識形成を行っていますが、管理者としての人事、労務等について分析、人事配置、体制等がなされていません。</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。		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の経営構想、事業計画で「目指す職員像」を明示し、「記録管理表」にて有資格者の配置との計画を示し、研修計画に基づき人材の育成が行われています。しかし、人材確保では、ハローワーク等を活用していますが、より効果的な福祉人材確保がなされていません。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の経営構想、事業計画で「目指す職員像」を示し、自己評価や理事長面談等により職員評価を行っています。子育て手当や子どもの介護休暇等職員の意見を取り入れ実施しました。将来像の描き方としてキャリアデザインシートを活用しています。しかし、明確な人事基準や処遇改善の必要性を評価・分析するための取組はありません。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は就業状況、有給休暇取得状況、時間外勤務を把握するとともに、職員は体調に合わせた勤務変更届が出せ、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っています。年1回、理事長が全職員と個別面談し、相談窓口も設置しています。しかし、総合的な福利厚生の実施等の具体的な取組の確認はできません。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の「目指す職員像」を示し、年度当初に自己評価し目標を定め9月に半年間の評価と達成度とその後の課題を提出しています。年1回は理事長が全職員と面談して達成度等の確認を行っています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の経営構想、事業計画で「目指す職員像」を示し、研修計画を作成し実施しています。しかし、定期的な計画や研修内容の評価と見直しが行われていません。</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。	b

<コメント>

資格取得状況は職員資格・研修履歴表にて把握し、各種研修については県社会福祉協議会等の研修資料を配付するとともに、声掛けや会議で知らせ、参加者を募っており、研修は有給扱いとし、遠方での研修参加には日当も出しています。しかし、新任職員へのOJTは行われておりません。

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。

b

<コメント>

法人の「実習生受け入れマニュアル」に基本姿勢を示し、専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されていますが、実習生の受入れはしていません。

## 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人のホームページに理念・基本方針・決算情報等を公開し、地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容、苦情対応についても室内に掲示しています。また、法人機関紙の「クーピース」を家族に送付し、地域、行政、社協等にも配付、地域のイベントにも参加し法人ブースにもポスター等を掲示しています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人、事業所の事務分掌や経理規程で金額等により権限が示されており、職員に配布し周知しています。内部監査は年2回で実施し、外部の公認会計士による確認を毎年実施していますが、その結果を受けた経営改善の実施状況が確認できません。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;「社会福祉法人クープの経営構想」の経営方針に「笑顔を大切に積極的に社会参加をすることで地域社会とのつながりを深める」とあります。地域清掃への参加、ふれあい広場やクープショーは継続的に行われ、地域の人々の理解の促進や交流の場になっています。その際には職員が同行し、利用者が安心して参加できる体制が整っています。個々のニーズに応じてヘルパー利用の実績はありますが、利用者にとっての地域資源の位置づけの検討はしておらず、地域の資源把握も十分とは言えません。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;「ボランティア受け入れマニュアル」には趣旨や意義として基本姿勢を明文化し、受入れについて手順を明示し、担当者、募集、登録手続などの項目があります。しかし、ぴーすとしてどのようなボランティアを必要とし依頼したいのか等の具体的な検討をしておらず、ボランティアの配置や事前説明等ぴーすの実情にあった項目や内容が十分ではありません。また、マニュアルには学校教育への協力の項目はなく、現在の所、検討もされていません。これまでに年に1-2回のレクダンスのボランティアを受入れていますが、施設としての研修は行っていません。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;社会資源として利用しているのは移動支援のヘルパーで、連携の関係機関として</p>		

<p>は市の相談支援センターがあります。地域資源のリストとして関係機関の電話番号と担当者名を記したものがありますが、十分とは言えません。関係機関との連携の機会として、熱海伊東地区の「グループホーム連絡会」市主催の「地域自立支援協議会」等があり、職員が出席しています。食糧費の高騰策を協議し、具体的な工夫を取り入れました。現在、不足しているサービス資源は検討しておらず、アフターケアまでの提供ケースもないため地域の関係機関とのネットワーク化には至っていません。</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>		
26	<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>	C
<p>&lt;コメント&gt;本年度より法人主催で「地域連携推進会議」を年に1-2回の予定で開催し、施設に対する意見や助言を得て地域の方との連携を深めていきます。しかし、地域連携推進会議の実施要綱等はなく会議の目的や構成員等を明文化しておらず、地域の福祉向上を目的とする会議かは不明確です。また、現状では施設が移転して間もないため地域を知る機会や地域住民との交流は少なく、地域福祉の課題やニーズの把握には至っていません。</p>		
27	<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>	C
<p>&lt;コメント&gt;令和5年12月に現在地に移転したため地域コミュニティへの参加の機会が少なく、地域の福祉ニーズの把握や具体的活動の実施には至っていません。今年9月に第1回地域連携推進会議を開催し、災害時の施設利用についての意見があり、今後検討していく予定です。地域連携推進会議の実施要綱などではなく、会議の目的や意義が明確にされていません。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;入職時には、運営構想や経営方針などの資料により理念や基本方針を説明し「目指す職員像」を示しています。また、「目指す職員像」には福祉サービス提供に関する基本姿勢が示されています。しかし、「倫理綱領」や規定は策定されておらず、接遇マニュアルにもマナーや動作のみで利用者尊重や基本的人権への配慮の具体的な文言は見当たりません。これらのテーマでの研修会やミーティングの記録は確認できず、全職員が理解し実践するための取組としては不十分です。またサービス提供を行う際の、利用者尊重の基本姿勢を反映した行動指針や標準的実施方法の手順書は作成していません。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;プライバシー保護、権利擁護に関する規定やマニュアルは整備しておらず、これらのテーマでミーティングや研修が行われた記録は確認できませんでした。また、プライバシーの配慮を具体的に反映した標準的実施方法の手順書は作成していません。設備環境は、全部屋個室で、洗濯機は各階に2台、お風呂各階1か所、トイレ各階3か所あり事故の場合に外から開閉できるドアを採用しており、常識的な範囲でのマナーとしてのプライバシーは守られています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;パンフレットは市役所や相談支援センターに配架、ふれあい広場やクープショーで配布しており、ホームページの掲載もあります。パンフレットの見直しはしていませんが、写真や色使いの工夫があります。しかし、わかりやすさや施設の特徴のアピール等にはさらなる工夫が必要です。</p> <p>利用希望者への説明の手順や必要書類等を示したマニュアルはなく、個別ケース記録からも説明の状況は確認できませんでした。</p> <p>見学や体験入所・短期入所等の希望者を受け入れています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;福祉サービスの開始や変更時の説明と同意や自己決定の尊重に関する手順書やマニュアルはなく、個別のケース記録でもその記述の確認はできませんでした。意思決定が困難な利用者もいますが、パンフレットの他はわかりやすい資料の作成はありません。また、配慮などをルール化したものはなく職員個々の心がけや裁量で行っています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;サービス内容の変更に当たっては本人や家族の希望を面接や手紙などで伺い、職</p>		

<p>員ミーティングを実施します。他事業所や家庭への移行事例がないため移行の手順や引継ぎ文書様式などの作成はしておらず、窓口や担当者の設定もしていません。</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>	c
<p>&lt;コメント&gt;日常的な会話で本人の要望を聞き取り「利用者の気づきメモ」等のノートを使用し職員間で共有しています。利用者の個別面談は半年に一度行っていますが、満足度を把握する目的とは言えません。また、利用者満足度調査は実施しておらず、保護者懇談会や利用者会、家族会等の組織はありません。</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>	b
<p>&lt;コメント&gt;苦情解決の体制は整備されており、施設1階の廊下に仕組みの図を掲示していますが利用者への資料配布や説明は実施していません。食堂に意見ポストを置いているが、意見が入っていたことはなく、苦情記入カードやアンケートの配布など利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫は不十分です。苦情はH30年に1件あったのみで、対応マニュアルはありますが研修等はなく、内容検討や対応策、フィードバックの仕組みが十分に機能するかは疑問です。</p>		

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。	C
<p>&lt;コメント&gt;普段の会話や生活の様子を見て利用者の心身状況を察し必要があれば個人的に話す場を設け、「利用者の気づきメモ」に記述して職員間で共有して対応しています。</p>		
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>&lt;コメント&gt;意見箱は食堂に置いてありますが意見が入っていたことはなく、アンケートも実施していません。利用者の様子から声掛けや会話をして、意見や気持ちを把握しています。相談マニュアルは作成しておらず、相談や意見の記録は個別の日誌や「利用者の気づきメモ」に記録しています。すぐに解決できない相談や意見などは職員ミーティングで検討(職員連絡ノートで共有)し、すみやかに対応しています。</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。		
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。	C
<p>&lt;コメント&gt;リスクマネジメントに関する責任者は施設長ですが、委員会などの組織はなく施設設備や運営上の安心・安全についての検討や事例の収集はしていません。防災・不法侵入・危機管理・緊急対応のマニュアルはありますが、定期的な職員研修はなくマニュアルの読み合わせなども行っていません。日々の点検として日勤職員が帰宅時に火元や施錠、電源などを確認していますがチェック表はなく、ヒヤリハットに関する記録もありません。施設が新しいため安全性に不安のある部位はなく、評価や見直しは行っていません。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;感染症対策についての責任や役割を明確にした管理体制はなく、職員全員で対応しています。感染症予防・対応マニュアルはありますが、職員への周知のための学習会やマニュアルの読み合わせ、見直しなどはしていません。感染症発生に備えトイレ付きの個室を完備し、感染者用の居室に当てています。食事の部屋出し、消毒、検温などを実施し、完全な隔離体制で適切な対応をしています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;消防防災計画を主軸とした防災計画を整備し、洪水時の避難計画の中に災害時の組織図に、役割と担当者を明記し対応体制が決められています。施設は耐震構造でスプリンクラーを設置し、備蓄品を備えています。安否確認の方法として職員の連絡網はありますが、利用者のは作成していません。年に2回の防災訓練では民間の静岡防災の協力を得て、消火器の使い方の講習を受けていますが、地元の自治会等関係団体との連携はありません。</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。	C

<p>&lt;コメント&gt;標準的な実施方法を文書化したものはなく、接遇マニュアルにも、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる項目はありません。利用者への接し方等は、職員間で気づいたこと気になる態度等を、ミーティングで話し合っています。</p>		
41	<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。</p>	C
<p>&lt;コメント&gt;標準的な実施方法の文書を作成していないため、評価ができません。</p>		
<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。</p>		
42	<p>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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt;サービス管理責任者が、日頃の活動の中で職員から聞き取った情報を踏まえ、半年に一度利用者と面接して個別計画を作成しています。手順の定めはなく、関係者が参加しての合議はしていませんが、日中活動の通所事業所や保護者には電話などで聞取りをしています。</p>		
43	<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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt;個別支援計画はサービス管理責任者が半年毎に見直しをしていますが、検討会議や利用者の意向把握と同意を得るための手順などの組織的な仕組みはありません。変更があった場合の職員への周知は「連絡ノート」を使用し、緊急に変更する場合の仕組みはなくその時々に応じて対応しています。個別支援計画の様式には新しいニーズや今後の方針の欄があり、福祉サービス提供の課題として明記しています。</p>		
<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。</p>		
44	<p>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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt;          利用者の日々の記録は専用日誌に記録し、個々の過ごし方を午前と午後の記載内容を分けて示すことで、個別の支援内容が大まかに一日の流れで把握がしやすいようにされている。又、食事メニューも個別に記載されており、個々の健康管理に気を配っている。運営委員会、事業所内でのミーティングで日誌等を回覧し活用することで、部門間や職員間での情報の共有がなされています。ただ、記録要領がなく記録の書き方に差異があります。</p>		
45	<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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt;          全職員へ「個人情報等に関する誓約書及び職員情報利用等への同意書」への誓約をとり、且つ利用者の個人情報に関する書類を鍵のかかるロッカーに保管し管理している。ご利用者、ご家族には、契約時や介護保険更新時に重要事項説明書や「個人情報使用同意書」等の文書を用いて説明をしています。ただ、記録管理の責任者を設置せず、職員に対しての教育等が行われていませんでした。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;「得意なこと」「好きなこと」「他サービス利用」などの項目を盛り込んだアセスメントシートを用いて、利用者及び世話人に聞き取りをし、個別支援計画を作成しています。趣味活動として市民マラソンへの参加、教会への訪問などひとり一人の目標や意向にあわせて支援しています。生活に関わるルール等については、相談や意見箱に提案があった場合に当事者間で検討する場を設けていますが随時の対応にとどまっています。モニタリングのタイミングで支援の状況を確認していますが、利用者の権利に関する配慮までに至っていません。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;法人の虐待防止規定に沿った運用をしています。行政への届出・報告の手順は規定内に「虐待解決のスキーム図」として明確にしてあり、再発防止についても、虐待防止委員会内で協議することが明記してあります。職員への理解・促進の取り組みはなく、権利擁護のための具体的な取り組みも、利用者や家族に周知していません。(通報先は重要事項説明書に明記してあります。)早期発見のための取り組みも未実施であり、身体拘束を一時的に行う際や解除の手続きも規定にありません。</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
<p>&lt;コメント&gt;個別支援計画では、「生活支援」「社会生活」「健康(その他)」の項目にてそれぞれ本人の希望と事業所の支援内容を明示して支援にあたっています。必要に応じて行政機関や医療機関へと同行するなど、他機関へつなげる支援も行っています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;個別支援計画には、ジェスチャーやイラストカード、言い換えなどの具体的な支援方法が記載されています。また、他機関職員、後見人、家族などから聞き取りを行うなどの支援をしています。コミュニケーション能力を高める機会として、ボランティアによる歌会や体操実施など提供していますが、定期的な実施はなく不定期です。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;定期で相談日を設定するなどの取り組みはありませんが、利用者の相談には都度</p>		

<p>対応しています。相談内容に応じて行政の案内やイベント情報など資料を見せながら、本人に選択・決定をしてもらうよう支援しています。日々の支援の中での相談等は、「利用者の気づきメモ」に残し、日誌に記載することにより職員間で共有する仕組みがあり、サービス管理責任者は相談内容に応じてミーティングを開催し、個別支援計画に反映させています。</p>			
A⑥	A-2-(1)-④	<p>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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt;個別支援計画に沿って、通所・就労支援などの利用をサポートしています。モニタリングの際に本人に意向を確認し、活動の頻度や目標など再検討しています。移動支援を利用する方が増えており、買い物や映画、運動に出かけるなど行動範囲が拡大しています。食堂スペースに掲示板を設置し、地域のイベント情報をお知らせしています。</p>			
A⑦	A-2-(1)-⑤	<p>利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt;職員は、法人の研修計画に基づいて外部研修に参加しています。研修内容の共有の場として全体ミーティングがありますが、資料の添付のみとなっています。支援方法の検討・共有はミーティングを通じて行われています。日々の様子については日誌を共通ツールとし、「利用者の気づきメモ」や連絡ノートに特記を加え共有し、食席等の配置換えや入浴の順番、同法人内の別の事業への移行など調整をしています。</p>			
<p>A-2-(2) 日常的生活支援</p>			
A⑧	A-2-(2)-①	<p>個別支援計画にもとづく日常的生活支援を行っている。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt;食事のメニューについては、聞き取りにより献立に反映させ提供しています。利用者間の関係を見ながら食席を調整するなど環境面に配慮しています。また高齢者の利用者には食べやすい形状に刻むなど、心身の状況に応じて支援しています。入浴や排泄等の支援は、声掛けや見守りが中心となっていますが、必要に応じ着替えの支援や福祉用具使用など個別支援計画に沿って支援しています。</p>			
<p>A-2-(3) 生活環境</p>			
A⑨	A-2-(3)-①	<p>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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt;利用者居室は個室になっており、家具等の配置は本人に確認しながら決定するなど快適に過ごせるよう配慮しています。毎日の清掃を基本とし、食堂・トイレ・浴室等製法が保たれています。安全の配慮については、点検・施錠等のルール、記録はなく、防犯の観点から検討が必要です。</p>			
<p>A-2-(4) 機能訓練・生活訓練</p>			
A⑩	A-2-(4)-①	<p>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
<p>&lt;コメント&gt;専門職による機能訓練は行われていませんが、洗濯・掃除などの生活訓練が、個別支援計画に位置づけられています。成果を褒めるなど声掛けを工夫し、主体的に取り組めるよう支援しています。医師からのアドバイスを受け、日中の活動量を定める利用者もいます。計画作成担当者や世話人のほか、就労先の相談職・専門職等からも意見を確認するなど連携してかわり、モニタリングのタイミングで計画の見直しをしています。</p>			

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
<p>&lt;コメント&gt;利用者の健康状態は、毎朝の検温にて把握のほか、普段の会話や声掛けの中で状態を見えています。かかりつけ医への定期受診に同行することや、伊東市による特定検診を受診し、健康管理を行っています。健康の維持を目的とした散歩やリズム体操参加など個別に対応しています。体調変化に対応するための手順として、危機管理マニュアルに沿った対応としていますが、それらについての研修記録はありません。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;服薬については服薬マニュアルに沿って対応していますが、薬剤の保管等は自己管理を基本としており、共有スペースである食堂にまとめて置いてあるなど安全管理の観点からは検討の余地があります。個別に定期受診に同行し、医師の助言を得るなど医療との連携は行われており、個別支援計画に反映しています。医療的ケアは対象者がおらず、責任を明確にした文書等もありません。研修も実施していません。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;地域や法人で行うイベント案内を、掲示板に掲示し参加への声掛けをしています。外出・外泊など申し出があった際は、移動支援を利用するなどの対応をしています。個別支援計画において目標を設定する際にも、スモールステップで課題をクリアしていくことでやる気を引き出す等の工夫をしています。学習のための支援については今後の課題としています。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;グループホームでの生活継続を目的とした計画を作成し、地域生活を支援しています。情報提供の場や学習・体験の機会提供については、食堂掲示板にて地域の祭りなどのイベント案内のみにとどまっております。一般就労へ移行した事例では、本人の意向にあわせ関係機関と連携し支援しています。体調に不安があるときには、短期入所の利用を支援するなど柔軟に対応をしています。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;利用者の希望に応じて、帰省等実施しています。帰宅する利用者は、連絡ノート事業者・家族が双方書き込む形で情報共有するなどし対応しています。意見交換の場としては、個別支援計画のモニタリングのタイミングとしており意見等聴取しています。相談があった際の記録については、明確な書式はなく、日誌・気づきメモ等で共有する程度にとどまっています。体調不良の報告の手順は、法人の危機管理マニュアルに沿って対応していますが、マニュアル等の読み合わせの記録はありません。</p>		

### 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〉		