

## 愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

### ①第三者評価機関名

株式会社 中部評価センター

### ②施設・事業所情報

名称：ユニオンワークス一色ハウス	種別：共同生活援助	
代表者氏名：三井 誠	定員（利用人数）：22名（22名）	
所在地：愛知県名古屋市中川区一色新町3丁目618番地		
TEL：052-302-0339		
ホームページ： <a href="http://www.unionworks.jp/">http://www.unionworks.jp/</a>		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日：平成24年10月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人大幸福社会		
職員数	常勤職員：6名	非常勤職員：12名
専門職員	（管理者）1名	（世話人）5名
	（生活支援員）12名	
施設・設備の概要	（居室数）22室	（設備等）居室、トイレ、洗濯機
		風呂、乾燥機、エアコン、掃除機
		防火カーテン、スプリンクラー
		自動緊急装置、火災報知器

### ③理念・基本方針

#### ★理念

##### ・法人

社会福祉法人大幸福社会では福祉サービスを必要とする人、誰もが生きがいを持ち、地域社会の一因として健やかに営んでいけるように支援することを目的として個人の尊厳を守り敬愛の心を持って社会福祉事業を展開してまいります。

##### ・施設・事業所

利用者ひとりひとりが安心安全で快適な生活を送ることができるように支援していきます。地域に根ざし、地域住民と利用者がとの交流を図っていきます。

#### ★基本方針

事業所としての基本的な方針は、地域の中で生活を送る上で支援者からの支援は必要最低限に留め利用者ひとりひとりの意思を尊重し、自分らしい生活を送ることを支援していきます。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

利用者ひとりひとりが安心安全に生活を送ることができるように夜間の職員を配置しています。また、体調等で日中の事業所の利用ができない場合は、日中も職員を配置して支援しています。医療機関の受診が必要は場合は職員が同行し付添っています。利用者自身で薬の管理が難しい方は、事業所側で鍵付きの服薬棚で管理し、特に誤薬に繋がらないように服薬のチェックシートを設けるなどして徹底しています。

利用者の高齢化・重度化が進んできているので、訪問歯科・訪問看護・訪問美容・訪問診療など医療との連携も強化しています。一部ですが、ICTを導入（見守りセンサー）し職員の負担軽減を図っています。

毎年、職員には虐待防止の研修に参加してもらったり、外部講師を呼んで虐待についての認識を全職員にもってもらおうように強化しています。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5年 7月22日（契約日）～ 令和 5年12月 1日（評価決定日）  【令和 5年 9月 4日(訪問調査日)】
受審回数 （前回の受審時期）	初 回 （平成 年度）

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆快適な居住環境

グループホーム内は、玄関から居間、食堂、居室、浴室、トイレなど、どれをとっても一般住宅に近く施設感がない。利用者へのアンケート調査の結果でも、満足度は高く、共同生活ではあるがプライバシーが保たれ、快適な条件が整えられた住環境にある。

##### ◆働きやすい職場づくり

就労意向調査と個別面談にて職員個々の意向を聞き取り、その意向が反映された就業環境となるよう取り組んでいる。また、各所の休暇・休業の取得に支障はなく、長時間にわたる勤務も行われていない。勤務シフト作成に当たっても、個々の希望や家庭事情等に配慮しており、その他福利厚生事業への加入や就業相談の実施など、職員目線の労務管理によりワーク・ライフ・バランスに配慮した職場づくりがなされている。

##### ◆安心安全への個別支援

検温や血圧測定等のバイタルや、入浴や排泄時の身体の確認等が個別に実施されている。月2回の訪問看護のデータは職員間で共有されている。防犯カメラを設置して安全確認が実施される他、必要な利用者には脈拍センサーの状況をパソコンでモニタリングし、変化を確認できる仕組みもある。利用者の健康の維持管理を徹底し、安心安全な生活を支援している。

##### ◇改善を求められる点

##### ◆目標管理による育成

職員が支援業務にあたる上で、業務上の目標を持って達成に向けて取り組むことで、個々の育成と支援の向上がなされる。管理者が、職員個々の目標を聞いてアドバイスやコーチングを行っているが、これを目標設定から実施、評価、改善といったPDCAサイクルの仕組みに沿って体系化した目標管理とすることで、より大きな効果が見込まれる。改善を検討されたい。

◆ボランティアの活用

ボランティアによる支援を受けていない現状であるが、利用者の余暇時間を利用して生活や自立に必要な知識や技能を習得するため、その機能を外部のボランティアに託すことはできないか、検討に値する。このことで、利用者個々の生活をより豊かにし、社会との接点であるボランティアとふれ合い、社会性を伸ばすことなど、職員が業務内で支援できない部分の有用性を期待できる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、受審したことによって大きく2つの点に気付くことができた。1点目は、地域との交流が少なく、職員や移動支援事業所による支援に重点が置かれていることである。自立支援協議会など外部機関との関りを持ち、利用者支援に活かせる情報を入手し地域との交流の場を確保できるように努めていきたい。2点目は、職員の質の高いサービス提供である。職員個々の目標や課題を明確にし、より質の高いサービスが提供できるように取り組んでいきたい。

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。

## 第三者評価結果

※すべての評価細目（64項目）について、判断基準（a・b・cの三段階）に基づいた評価結果を表示する。

※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

### 【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。			
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。	障1	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 理念や運営方針については、入職時に全職員に文書を渡して説明している。しかしながら、周知へ向けての継続的な取組みはなされていない。「倫理綱領」は別に定められ、こちらも入職時の説明があるが、その後の周知は定かでない。利用者へは、特に説明されることは無く、特別な資料も作成されていない。			

##### 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。			
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。	障2	① ・ b ・ c
<コメント> 毎月の管理者会議では、市の福祉動向や各事業所の現況などが共有され、運営上の課題は協議されている。また利用率や収支状況については、本部の事務方が把握しており、内容については職員会議で報告されている。			
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。	障3	① ・ b ・ c
<コメント> 法人の障害部門の管理者による管理者会議が毎月2回開催されており、運営上の課題に関して意見交換や協議がなされている。具体的な改善や解決に向けては、職員会議の場で協議の上、共通認識を以って取り組んでいる。			

##### 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。			
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。	障4	a ・ b ・ ③
<コメント> 管理者会議では、ホームの増設計画などが話し合われてはいるものの、法人としての明確なビジョンや計画は策定されておらず、また事業所についても中長期の計画は未策定である。生活施設としての将来計画があるので、入居者の生活向上や事業の発展と適正化に繋がるための方向性を示す指針として、策定に向けて早急な対応が求められる。			
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。	障5	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 中・長期計画が無い場合、単年度の事業計画を基に事業が進められているが、この計画は具体性に乏しく、数値目標などの設定もないため進捗評価や成果測定がしづらい。実効性のある内容への変換を検討されたい。			

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。	障6	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 職員会議にて、職員意見を聴取して年度総括を行い、管理者が次年度計画を作成している。ただ、期中での評価や見直しがなされておらず、計画そのものの妥当性が不明瞭な点は否めない。		
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。	障7	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 利用者に対しては、年度当初に職員の変更、事業所の修繕、行事内容等について説明がなされているが口頭での説明であり、分かりやすい資料など、理解促進への配慮が望まれる。保護者へは説明書が配布されている。		

#### 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。		
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。	障8	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 毎月の職員会議の場で、各職員から業務の執行状況と各ケースの状況を聞き、検討を行っている。サービスのチェック体制としては、職員はセルフチェックによる不適切対応の牽制を、利用者はモニタリング時に支援状況や意向を聞き取っている。サービス全般の評価・改善に関しては、今回の第三者評価以外に無いため、定期的な分析・検討の場が必要である。		
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。	障9	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 利用者個々のケース対応に関しては、改善に向けてのPDCAサイクルが機能している。しかし、サービス内容全般やサービス向上に向けては、分析や改善計画など明確に示されるものは無く、職員会議での話し合いにより改善していくという形をとる。方策や行程を明らかにし、計画的な課題改善を進められたい。		

## 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。			
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。	障10	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 管理者は、入職時に理念や基本方針、倫理綱領、就業規則などを説明している。また、職員会議の場では支援に対する方針や方向性を示し、職員間でプレが無いようにしている。職務分掌、または業務分担など、職員個々の職責を明らかにする文書は確認できなかった。			
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。	障11	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 管理者は、管理者会議や行政からの情報により最新の法令等を把握している。必要に応じて職員会議で説明したり、あるいはグループラインで共有するなど、内容や緊急度等に応じて周知を図っている。特に、虐待防止に関しては、徹底した取組みを実施している。ただ、コンプライアンスに関してのセミナーや研修などへの参加の機会はほとんどない。			
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。	障12	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 主に職員会議の場でサービスの提供状況を共有し、改善に向けたスーパービジョンを示している。また、全職員との個別面談を実施し、その意見を反映すべく取り組んでいる。人員配置の厳しい中であって、職員をキャリアに応じて研修へ参加させ、研修内容を報告会で共有している。			
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。	障13	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 労務管理では、特定の職員に負荷がかからないような業務分担やシフトの調整を行っている。面談により、各職員の就労意向を把握して調整するなど、労務環境の向上を目指している。経営改善の視点では、管理者会議と職員会議による双方向の機能を重視し、実効性のある運営を進めている。			

### 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。			
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。	障14	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> ウェブや人材派遣、ハローワークなど、様々な媒体を用いて求人を進めているが、人材の確保に関する方針や計画は不明瞭であり、欠員の補充が中心となっている。慢性的な人材不足の現状であるからこそ、一層計画性のある対策が求められる。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> かつては「人事考課規程」に沿った人事考課がなされていた。しかし、現在は実施されておらず、次年度に向けて「給与表」の改訂と共に制度そのもの見直しを予定している。制度設計にあたっては、異動、昇格等の人事基準はもとより、キャリアパスを整備し、その基準に沿った人事制度とすることが望ましく、職員のキャリア設計を可能とする仕組みとされたい。			
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り組んでいる。	障16	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 就労意向調査と個別面談を実施し、職員の意向を尊重した労働環境を目指している。各種の休暇・休業の取得や長時間労働などにも不備な点はなく、福利厚生事業の推進として外部機関にも加入している。勤務シフトの作成にあたっては、職員個々の希望や生活事情が配慮されており、ワーク・ライフ・バランスを意識した職場づくりがなされている。			

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。	障17	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 管理者は、個別面談時に職員個々の目標を聞いてアドバイスを行っているが、体系的な目標管理として実施されておらず、その効果は不明瞭である。目標設定から実施、評価、改善というPDCAサイクルに沿った職員育成の仕組みを構築することが望ましい。		
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。	障18	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 事業所独自の研修計画に替わるものとして、社会福祉協議会の研修予定を代用している。それ以外の研修参加については、職員のキャリアなどを考慮した上で参加者を選定している。事業所の特性や職員のスキル等に応じた独自の研修計画の策定が望まれる。		
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。	障19	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 法人内での研修の実施は少なく、外部研修を利用している。研修受講後には参加者による報告会を実施し、情報共有している。研修参加の適正化に向けては、職員個々の研修受講履歴を作成することを期待したい。OJTに関しては、明確な仕組みは無く、目標設定や評価も実施されていないため、改善の余地がある。		
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。	障20	a ・ b ・ c
<コメント> 共同生活援助（障害者グループホーム）における教育実習が、養成校における実習単位の取得として認められていないため、本項目を非該当とする。		

### 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。		
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。	障21	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> ホームページやフェイスブックに様々な情報を開示している。今後に向けては、第三者評価結果や苦情の状況などについても公表し、一層の透明性を確保されたい。また、広報誌など紙媒体での情報公開も、パソコンなどが苦手な地域の方などには有効であり、こちらにも注力することが望ましい。		
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。	障22	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 法人本部による会計チェックや監事監査により、財務の透明性は一定確保されている。事業所で扱う小口現金や利用者預かり金についても、毎月管理者のチェックが実施される。課題としては、職務分掌による職責の明確化、監査法人等による外部監査（法人）の実施があげられる。		

### 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。		
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。	障23	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 「地域に根差し、地域住民と利用者との交流をはかる」という理念の下、事業所開設来、地域との関係を大切にしている。新型コロナウイルス感染症の5類への移行により、今年度は秋に法人による交流事業を実施予定である。利用者は日常的に、買い物や外食、通院等で地域住民との接点は多く、支援上の目的の一つになっている。		

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。	障24	a ・ b ・ ㉔
<コメント> ボランティアの受入れは行っておらず、事業方針や事業計画等にもボランティアに関する記載はないため、基本姿勢は明確となっていない。ボランティアは地域の重要な社会資源でもある。例えば、休日の余暇活動や趣味の支援など、区・社会福祉協議会との連携も含め、活用の機会を探られたい。		
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。	障25	a ・ ㉕ ・ c
<コメント> 自立支援協議会に参画し、様々な地域情報を得ている。利用者にとっては、特に地域の医療機関は必須の社会資源であり、また訪問診療・訪問看護といった資源の利用も開始している。視点を変えれば、事業所自体も地域資源の一つであり、地域団体への参加や地域問題へのアプローチなど、一歩進んだ関わりが期待される。		
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。	障26	a ・ ㉖ ・ c
<コメント> 相談支援事業所や自立支援協議会から、地域の福祉ニーズを拾っている。法人以外の関係団体が少ないが、地域で生活する利用者に必要な様々な情報などは、常にアンテナを張って取り入れ、利用者支援に役立てることが望ましい。		
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。	障27	a ・ ㉗ ・ c
<コメント> 防災面では、地域の消防署と連携して訓練を実施している。ただ、実際の災害時における地域の支援の必要性は論じられているが、具体的な動きはない。地域との合同訓練の実施など、日頃より連携の必要性は高い。また、事業所や入居者ができうる地域貢献についても、住民の立場で考えて行くことを期待したい。		



## 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。				
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。	障28	a	ⓑ	c
<コメント> 研修参加や勉強会等を通して、利用者尊重を根付かせる取組を行っており、その内容が毎月のミーティング等で報告されている。今回の調査において、利用者尊重の姿勢が示されている倫理要領が確認できなかった。				
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。	障29	a	ⓑ	c
<コメント> 着替えや排泄、入浴支援などの日常的な支援現場におけるプライバシーへの配慮は行われている。ただ、プライバシー保護についてのマニュアルは作成されていない。これを整備することで、プライバシー保護の考え方や支援方法を明確にすることが望ましい。				
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。	障30	a	ⓑ	c
<コメント> パンフレットやホームページ上で、事業所案内をしている。パンフレットは写真やイラストを用いて視覚的に分かりやすく工夫がされている。今後は情報発信の手段として、公共の施設等への設置や内容の更新が適宜なされることを期待したい。				
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。	障31	a	ⓑ	c
<コメント> 利用者本人・家族への説明は「重要事項説明書」や「利用契約書」等を通して説明がなされている。本人の意思が汲み取りにくい場合は、家族や成年後見人など身近な立場の方の協力を得ている。説明内容や同意に至るまでの経過が、さらに詳細に書面に残すことが望ましい。				
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。	障32	a	ⓑ	c
<コメント> サービス内容に変更等があった場合は、窓口の相談員と連携して対応している。変更が生じた場合、その後の継続性に関する引継ぎ文書、またサービスが終了した場合の相談方法等については口頭では説明されているが、文書として残すことを期待したい。				
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。				
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。	障33	Ⓐ	b	c
<コメント> 日々の支援中での聞き取りや保護者会等での聞き取りで、利用者の要望確認が行われている。また2ヶ月に1度、利用者参画の下での検討会議において内容を確認している。その内容は「業務日誌」や「申し送りノート」に記録され、職員間で情報共有されている。				
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。	障34	a	ⓑ	c
<コメント> 苦情に関する情報は「運営規程」や「重要事項説明書」等に記載され、掲示がされている。出された苦情に対しては、利用者・保護者に説明しているが、口頭での説明に留まり周知の範囲が限定的である。				

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。	障35	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者からの相談は、主に担当職員に直接寄せられる傾向にある。その内容は「申し送りノート」等で情報共有されている。相談先については「重要事項説明書」に記載されて掲示されているものの、利用者にとって、その仕組みがより理解しやすくなるような工夫が求められる。</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。	障36	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者・保護者からの相談や意見に対しては、事業所内で情報共有して、都度適切な対応がなされている。相談を受けた場合の記録方法や対応手順について、具体的なマニュアルの整備が求められる。</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。		
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。	障37	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ヒヤリハット事例や「事故報告書」、それを基にした会議録が作成され、未然防止や再発防止に向けて検討されている。当該事業所の職員の中には、リスクマネジメントに関連する研修への参加実績はないため、今後の参加を検討されたい。また、関連規程の整備も求めたい。</p>		
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。	障38	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症予防および発生時への対応については、専門職の下で勉強会が設けられ、職員間で周知されている。事業所としての対応マニュアルについては、内容を明確に示したものを整備することを期待したい。</p>		
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。	障39	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害発生時の対応として、ハード面では備品の落下防止策や浄化設備の整備、非常食の備蓄がなされている。また、避難訓練や消火訓練が定期的に行われている。一方、地域の関係機関との連携やBCP(事業継続計画)等のソフト面での充足が求められる。</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。		
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。	障40	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者ごとの「支援マニュアル」については、利用者個々に作成され個別支援計画に反映されている。また、実施方法が記載された資料は、職員がいつでも確認できるように配慮されている。</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。	障41	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの実施方法に変更があった場合は、毎月の支援会議において検討・見直しが行われており、変更事項は個別支援計画に反映されている。改定日時の記載が盛り込まれることを期待したい。</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。		
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。	障42	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>担当職員からの情報も含め、サービス管理責任者が中心となってアセスメントを行っている。部門を横断した他職種の職員が面談等に参加し、より充実したアセスメントが実施されることを期待したい。</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。	障43	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>最低年2回の個別面談を通してモニタリングを行い、個別支援計画の見直しが生じた場合は、会議を実施して検討している。その結果は職員間で共有されている。</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。		
Ⅲ-2-(3)-② 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。	障44	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日々の支援におけるサービスの実施状況は「ケース記録」に記載され、その内容は職員間でいつでも確認できるようになっている。また「申し送りノート」を活用して情報取得の遅れが無いようにしている。</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。	障45	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者に関する記録の管理については、パソコンで管理されている。しかしながら、限られた台数を複数のスタッフが共有して使用していることもあり、担当利用者のデータはそれぞれ外部メディア（USBメモリー）にて管理されている。これに対しての紛失やデータ破損、情報漏洩等の対策が求められる。</p>		

## 【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			
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。	障46	① ・ b ・ c
<コメント> 雑誌の購読やテレビの視聴、インターネットの利用、衣服の購入支援や訪問散髪など、利用者一人ひとりの希望に添えるよう支援の体制が整えられている。			

### 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。	障47	① ・ b ・ c
<コメント> 虐待防止委員会の下、権利擁護に関する研修が計画され、職員が参加している。「セルフチェックシート」の活用が図られ、虐待を疑われる場合の通報義務について学習がなされている。			

### A-2 生活支援

		第三者評価結果	
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。	障48	① ・ b ・ c
<コメント> 個別支援計画に則り、利用者本人ができることは見守りを基本とし、必要な部分については支援をする姿勢をとっている。金銭管理や行政手続き、通院支援など、支援が必要なところは事業所が代行する等の役割を担っている。			
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。	障49	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者の状況に応じて、文字での意思疎通やカレンダーによる予定の確認、指差しによる意思確認や表情から意思を読み取るなどの対応がされている。機器の活用はないが、保護者からの聞き取りも参考にして支援に活かしている。			

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。	障50	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者からの相談には、個室に限らず相談しやすい場所で受け付けている。またサービス管理責任者の他、担当職員への相談も自由にできる体制がある。聞き取った内容は責任者（管理者、サービス管理責任者）に伝達し、必要に応じて対策を講じている。			
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。	障51	a ・ ① ・ c
<コメント> 利用者の要望で、休日を利用してプールに行ったり地域のイベントに参加する機会があったが、コロナ禍によってそれらの機会が減少している。利用者の参加が可能なイベント情報の提供や、実施に移すための支援を期待したい。			
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。	障52	① ・ b ・ c
<コメント> 強度行動障害の利用者支援や、専門職を講師にした排泄に関する研修参加などを通し、利用者個々の状況に応じた支援スキルの向上や支援体制の強化に取り組んでいる。			

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。	障53	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  希望する利用者には、毎週の訪問歯科による口腔ケアおよび助言が行われている。宅配サービスの利用により、栄養が偏らないよう配慮した食事を提供し、また自助具利用での入浴や排泄支援等々、個別支援計画に基づき支援している。</p>		
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。	障54	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  居室や食事場所、浴室、トイレなどは明るく衛生的に整備されている。また、防犯カメラの設置での安全確認を実施している。必要な利用者には、脈拍センサーを使用して常に体調をパソコンでモニタリングしており、体調の変化を素早く確認できる仕組みもある。</p>		
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。	障55	a ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  清掃や衣類の着脱、また食事や入浴などの生活訓練を中心に支援が提供されている。若干名の利用者には、通院でのリハビリテーションが行われている。将来的な備えとして、マッサージをはじめ体調維持のためのリハビリ訓練の体制づくりがなされることを期待したい。</p>		
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。	障56	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  午前と午後の検温や血圧測定、入浴や排泄時の身体の確認等、バイタルチェックが個別に実施されている。また、月2回の訪問看護の際は、専門職から受けた助言等を「看護ファイル」等に記録し、職員間で共有している。</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。	障57	a ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  服薬管理については、事業所が一括管理している。服薬についての取扱いの注意事項は薬庫に明示されており、その内容に従いダブルチェック体制で与薬を行っている。しかしながら、誤薬等の発生事案が皆無ではなく、安全のための管理体制の見直しが求められる。</p>		
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。	障58	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  利用者・家族の要望に応じて、ヘルパーとの外出や職員と帯同しての買い物などが行われている。また、家庭への帰宅や短期入所利用者の友人との外出など、社会に出て様々な環境を経験できる支援がなされている。</p>		
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。	障59	a ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  地域生活へ移行したいという要望の事例はない。グループホームでの生活が安心・安全に維持できるよう、関係機関との連絡調整体制がとられている。グループホームを最終の着地点とせず、自立や独り暮らしを目指す、利用者の意識の醸成を図る支援を期待したい。</p>		

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。	障60	① ・ b ・ c
<コメント> 家族との日常的な連絡・相談は、電話や「連絡帳」、またはSNS等を活用して情報のやり取りが行われている。急な体調不良や怪我などが発生した場合は、速やかに家庭と連絡を取り、通院の状況やその後の報告が適切になされている。		
A-3 発達支援		
		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
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。	障61	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当		

#### A-4 就労支援

		第三者評価結果
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。	障62	a ・ b ・ c
<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。	障63	a ・ b ・ c
<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。	障64	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当		