

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 4年 5月27日(契約日) ~ 令和 5年 3月30日(評価決定日) 【令和 5年 2月 7日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	2 回 (令和元年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆中・長期的ビジョンが示された計画

事業所の中長期計画は、法人の中長期計画と一体のものとなっている。「具体的表現10年先の方向性」と、2021年から2025年迄の「体制の構築・整備」、「職員の資質向上」、「事業拡大の取組」、「各施設の状況/修繕計画」、「収支計画」といった内容が記載されている。数値目標や具体的な成果等が設定され、取組みの評価を行える内容となっている。

◆職員確保の制度

職員確保の制度として、法人の「紹介制度」がある。正規職員や非正規職員を紹介し、その職員が一定期間(3か月)勤務すれば、紹介した職員に定められた報奨金が支給される。この制度は職員確保に一定の成果を挙げている。

◆丁寧なケース記録と情報共有

利用者に対する支援の状況は、「ケアカルテ」に記録されている。利用者の様子が毎日細かく記録されており、管理者も含めて職員間で情報共有が図られている。「申し送りノート」でも、その時々利用者の様子や業務の申し送りが行われている。月に1度世話人会議を行っており、情報共有を図って支援にあたっている。

◇改善を求められる点

◆評価を可能とする事業計画の策定

単年度の事業計画の記載項目は法人で統一され、記述式となっている。具体的な成果等の記述も見られるが、数値目標等が設定されておらず、実施状況の評価が適切に行える形になっているとは言い難い。また、事業計画に中長期計画の内容が反映されておらず、改善の余地がある。

◆職員を育成するためのOJTの実施

新人職員に対する人材育成を目的としたOJTも、職員不足から実施が困難な状態が続いている。新人職員に業務の手順書を読み込んでもらい、勤務初日から一人勤務となっている。事業所の重点課題として掲げている「人材確保」に加え、「人材育成」に関しても重点課題として取り組むことが望ましい。

◆利用者からの相談・意見の記録

利用者からの相談や意見などは、「申し送りノート」や「ケアカルテ」に記録している。急を要することであれば、サービス管理責任者へ電話連絡し、情報共有して判断・指示を仰いでいる。しかし、相談や意見に対して、対応した結果までは記録として残されていない。相談や意見に対しての対応マニュアルや、記録様式の整備などに改善の余地がある。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

細かい分析をして頂きありがとうございます。課題を確認し実践していきたいです。

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

※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> 法人理念はホームページとパンフレットに記載されている。年度初めの世話人会議では、法人の理念、事業所の理念・基本方針を確認している。また、ホーム内に法人理念が掲示されており、利用者や家族にも説明している。事業所の理念・基本方針がパンフレットやホームページに記載されておらず、今後の改善を期待したい。			

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> 社会福祉事業全体の動向は、県の障害福祉課や知的障害者福祉協会からのメール、文書等で情報を得ており、地域の状況は社会福祉協議会や自立支援協議会から情報を得ている。また、毎週、現況報告を法人の施設長会で行っており、稼働率、延べ定員、入院者、事故、苦情、購入、修繕といった内容が記載されている。			
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> あいさんハウス課長会議には理事長も参加し、各部署の報告が行われて経営課題について話し合いが行われている。そこで話し合われた内容は、世話人会議で報告され、職員に周知されている。経営課題は人員不足であり、正規職員は法人で、臨時職員は各事業所で採用が図られている。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 事業所の中長期計画は、法人の中長期計画と一体のものとなっている。「具体的表現10年先の方向性」と、2021年から2025年迄の「体制の構築・整備」、「職員の資質向上」、「事業拡大の取組」、「各施設の状況/修繕計画」、「収支計画」といった内容が記載されている。数値目標や具体的な成果等が設定され、評価を行える内容となっている。			
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> 単年度の事業計画の記載項目は法人で統一され、記述式となっている。具体的な成果等の記述も見られるが、数値目標等が設定されておらず、実施状況の評価を行える形になっているとは言い難い。また、中長期計画の内容が反映されておらず、改善の余地がある。			
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> 毎年1月に法人で骨子が示され、2月～3月に事業計画案を策定し、3月の理事会で承認を得た後、4月の世話人会議で周知が図られている。事業計画の策定や評価、見直しが組織的に行われているとは言えず、今後は、より多くの職員、世話人の参画を検討されたい。			

	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
<p><コメント> 事業計画はホームに掲示され、世話人から利用者に説明が行われている。ルビを振る等の工夫はされているが、分かりやすく説明した資料となっていない。また、家族には郵送をしているとのことであるが、事業計画は利用者、家族と直接関わるものであるため、周知の方法について検討されたい。</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。			
	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
<p><コメント> 第三者評価は3年に1度の受審であり、受審のない年は自己評価を行っている。受審時は職員で検討が行われているが、自己評価は一部の職員の評価となっている。より多くの職員の参画を図り、評価結果を分析・検討することが組織的に行われ、PDCAサイクルの活用で改善へとつなげていただきたい。</p>			
	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
<p><コメント> 評価結果から得た課題が、文書化されていることが確認できなかった。世話人会議で評価結果の共有化が図られているが、改善計画策定には至っていない。責任者の設定や、期限、実施方法といった具体的な計画を策定される等、今後の取組みに期待したい。</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。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 管理者の役割は、法人の「給与規程<階層別>業務ガイド能力基準表」に示され、「法人規程等閲覧用」 ファイルに綴じてある。管理者は10月に異動したばかりであるが、あいさんハウスの職員会議で方針等を 話し、議事録にも記載されている。不在時の責任・権限等の委任先は、「組織図」や「あいさんハウスにお ける非常災害対策版」に記載されている。			
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	・ ② ・ c
<コメント> 事業運営に関連する法改正等があれば、法人の内部統制室から情報提供がある。また、課長会議でも報告 があり、それらを世話人会議で伝達している。職員一人ひとりが理解をしているかどうかを確認するとい 点で、改善の余地がある。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 世話人会議で話し合われたことが、サービス管理責任者から管理者へと報告される。利用者からの声を記 録支援ソフトである「ケアカルテ」や「申し送りノート」に記載し、全職員で共有している。利用者の体力 低下を改善する取組みとして外出を再開する等、指導力を発揮している。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 管理者は職員が働きやすいように、要望に応じてホームの職員配置等を調整している。世話人会議では、 意見が言いやすい雰囲気づくりをしている。職員確保の制度として、法人の「紹介制度」があり、紹介した 職員には報奨金が支給されている。この制度は職員確保に一定の成果を挙げている。			

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	・ ② ・ c
<コメント> 事業計画に「人材確保に向けた取組み」が明記されている。紹介関連会社と連携すると共に、「紹介制 度」も効果を挙げているが、ホームの人材確保は難しい状況が続いている。また、人材育成のOJTも、人 材不足から業務の手順書を読み込んでもらい、勤務初日から一人勤務となっている。「人材確保」に加え、 「人材育成」も今後の課題とされたい。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	・ ② ・ c
<コメント> 「期待する職員像」は「資格評価表(障害福祉)」に記載されている。人事考課は、正規職員はS、A、 B、Cの評価を行い、結果は次年度の昇給と昇格に反映されている。また、非正規職員はS、A、Bの評価 となっており、結果は時給に反映される。面談で結果の説明をし、以降の業務や支援につなげているが、自 らの将来の姿を描くまでには至っていない。			
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組 んでいる。	障16	①	・ b ・ c
<コメント> 有給休暇の取得状況と超過勤務の状況は、管理者が毎月確認している。産業医も配置され、内部統制室に 相談を受け付ける窓口が設置されている。親睦会である「さんさん会」があり、法人全体の忘年会を行っ ている。その場で10年、20年の永年勤続表彰が行われ、非正規職員である世話人も勤続年数に応じて表彰 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	① ・ b ・ c
<コメント> 「自己評価」に、課題の達成、勤務姿勢、責任感、協調性、仕事の質、仕事の量、規律性、理解力、対応力という項目があり、年間目標もある。年度初めの面談で目標を設定し、期中の中間面談で進捗状況を確認し、年度末の面談で達成の確認が行われている。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 年間の研修計画が設定され、世話人会議で研修を行っている。感染症、虐待防止、事故、防災といった内容となっている。また、外部の研修は「受講シート」を提出しているが、研修の感想にとどまっているため、事業所の支援に生かせるよう、PDCAサイクルの活用を期待したい。		
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 ・ ③ ・ c
<コメント> 職員一人ひとりについて、資格証明書の管理を行っている。外部研修に関しては、世話人会議の中で参加を推奨している。指導する職員の配置が困難で、個別的なOJTはできていない。新任職員の不安を解消するために、また業務の基本を身に付けてもらうために、OJTの充実を検討されたい。		
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> グループホームにおける教育実習が、履修単位として認定されないため、この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 ・ ① ・ c
<コメント> 法人広報誌「燦めき（きらめき）」を、年4回発行している。ホームページで理念、方針、事業報告、予算・決算情報が公開されている。しかし、事業計画や苦情は公開されていない。事業運営の透明性を担保するために、今後の取組みに期待したい。		
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	② ・ b ・ c
<コメント> 経理や現金出納等は「経理規程」に基づいて行われており、法人本部が内部監査を実施している。毎月、会計事務所のアドバイスをもらっている。また、会計監査法人と契約を行っている。適正な経営・運営のための取組が行われていると言える。		

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	a ・ ① ・ c
<コメント> 地域との関わり方の基本的な考え方が、文書では確認できなかった。町内会に加入しており、社会資源や地域の情報は掲示板で知らせている。ホームによっては、利用者が地域の草取りや地域清掃に参加している。「あいさんフェス」が地域との交流の場であったが、コロナ禍で中止となっている。		

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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> 「ボランティア受入れマニュアル」は策定されているが、ボランティアの受入れの基本姿勢は明確になっていない。地域の学校教育等への協力については、中学生の福祉体験の受入れを行なっている。		
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	㉒ ・ b ・ c
<コメント> 社会資源については「社会資源一覧表」が策定され、職員間で情報の共有が図られている。市の自立支援協議会に参加することで、地域課題や情報の共有化が図られ、関係機関との連携もとられている。		
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	㉓ ・ b ・ c
<コメント> グループホームの中でも、町内会がある「江西」は町内会に加入している。地域の草取りや清掃、防災訓練の時などに地域との交流があり、福祉ニーズを聞き取る機会となっている。法人内の相談支援事業所を通して、ニーズの把握ができています。		
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。	障27	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> バックアップ施設であるあいさんハウスが福祉避難所となっている。また、地域のニーズに応じてグループホームの定員増をする予定となっている。ただ、地域貢献事業としては、具体的な取組みが計画に盛り込まれておらず、改善の余地がある。		

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	Ⓐ	・ b ・ c
<コメント> 「倫理綱領」がホーム内に掲示してあり、法人の理念と基本方針に基づく共通理解をもって支援がなされている。正職員のみならず世話人に至るまで権利擁護に関する研修を実施し、研修後には参加者へのレポートにて効果測定を行なっている。			
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	Ⓐ	・ b ・ c
<コメント> 「プライバシー保護マニュアル」や「守秘義務（個人情報保護）マニュアル」が整備されており、家族への説明も行われている。世話人会議でも、プライバシーに関しての職員教育が実施されており、利用者のプライバシーに配慮した支援がなされている。			
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> 現在満床ではあるが、希望に応じてホームの見学等も行っている。法人でホームページやパンフレットが用意されており、各事業所のページが設定されているが、グループホームに関してのページ、サイトはない。利用希望者が情報を入手しやすいよう、当該事業所に関してのより多くの情報発信が望まれる。			
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	Ⓐ	・ b ・ c
<コメント> サービス開始、変更にあたっては、利用者、家族へ丁寧に説明し、同意を得た上で文書を残している。意思決定が困難な場合には、保護者や後見人にも説明して同意を得ようになっているが、現在は本人への説明で同意を得られている。「重要事項説明書」のひな型がホームに掲示してあり、内容に変更があった場合には、その都度差し替えを行っている。			
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> サービス終了後も相談支援事業所と連携し、利用者や家族へのサポートができるようになっている。ただ、利用者の移行等があった場合の、引き継ぎや申し送り等の手順や文書などが定められていない。移行時の仕組みを整えておくなど、改善の余地がある。			
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	a	・ Ⓑ ・ c
<コメント> 担当者会議や月に1回の家族連絡会が開催されており、利用者、家族から要望を聞く機会が設けられている。その中で出た意見を、日頃の支援やイベント企画に反映させている。また、家族から出た意見などは記録に残し、職員間で共有して対応している。今後は、満足度調査などから、支援の質の向上に向けた取組みにつなげることを期待したい。			
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。	障34	Ⓐ	・ b ・ c
<コメント> 苦情解決の仕組みが整備されており、苦情解決についての文書を掲示して利用者へも周知している。苦情があった場合には、解決までの対応記録が適切に保管されており、その内容についても家族連絡会で報告されている。			

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><コメント></p> <p>職員、世話人は、日頃から利用者が意見を述べやすいような雰囲気づくりに努めている。居室は個室となっており、個別で相談しやすい環境となっている。相談の内容については「申し送りノート」等に記録し、職員で情報共有している。しかし、利用者に向けて相談方法を分かりやすく説明した文書や掲示等がないため、利用者周知についての取組みに期待したい。</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><コメント></p> <p>利用者からの相談などは、「申し送りノート」や「ケアカルテ」に記録を残し、急を要することはサービス管理責任者へ電話連絡して情報共有している。しかし、相談や意見に対して、対応した結果までが記録として残されていないこともある。相談や意見に対しての対応マニュアルや記録様式の整備など、改善の余地がある。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設内で、年2回事故防止のための研修が行われており、研修後にはレポートにて効果測定を行っている。事故発生時のマニュアルや記録様式も確認でき、事故発生時の対応が明確になっている。毎月事故防止委員会を開催し、ヒヤリハットや「事故報告書」の内容を確認、分析をしている。</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><コメント></p> <p>感染症対策、対応についてのマニュアルが整備されている。最近では、新型コロナウイルスに関するマニュアルも作成されており、都度必要なマニュアルを整備している。しかし、マニュアルの作成日や改定日、変更箇所が記録されておらず、最新版管理を確実にするために改善の余地がある。</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><コメント></p> <p>非常災害対策計画が作成されており、災害時の体制が整備されている。備蓄品についても、リストを基に管理されている。災害時には、安否確認の連絡網が整備されており、避難訓練も年2回実施されている。ホームの目につく場所に、ハザードマップが掲示されている。しかし、地域との連携体制が十分ではないため、今後の関係構築に期待したい。</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><コメント></p> <p>標準的な実施方法を文書化した「支援マニュアル」があり、マニュアルに沿って日々の支援が行われている。支援実施後には実施者がサインし、記録を残すようになっている。権利擁護に関する研修も行われており、研修後には効果測定も実施されている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の状況に合わせて支援し、マニュアルとの齟齬があれば、検討した上で「支援マニュアル」の見直しを行い、必要な変更、更新が行われている。「支援マニュアル」には更新日を明記し、見直し箇所を赤字で記載することで、変更点を視覚的に分かりやすい様にしており、世話人へ周知を行っている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者、保護者への聞き取りにてアセスメントが作成されている。利用者毎に、アセスメントや本人・保護者等の意向が反映された個別支援計画となっている。計画内容に関しては、利用者、保護者へ説明し、同意の上で確認のサインをもらっている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>半年に1度、担当者会議にて利用者の意向や支援員の意見に基づいて個別支援計画の検証、見直しを行っており、会議の記録も確認できた。利用者の状況に変化があれば、その都度担当者会議を開催し、見直しも行うことになっている。更新された新たな計画は、毎月実施されている世話人会議で周知されている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者への支援の状況は、「ケアカルテ」に記録している。利用者の様子が毎日細かく記録されており、管理者も含めて職員間で情報共有がされている。また、「申し送りノート」でも、その時々利用者の様子や業務の申し送りが行われている。月に1度世話人会議も行われており、情報共有を図って支援にあたっている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の個人情報の取扱いについても、「個人情報使用同意書」を利用者から取っており、個人情報の取扱いが適切に行われている。利用者への支援の状況が記録されている「ケアカルテ」にも、ログインには職員ごとにパスワードが設定されている。モラル向上委員会が主導し、個人情報に関する研修も行われている。</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> 地域の理美容の利用や個人外出の実施など、地域との関わりに関しても、利用者の要望に沿った支援を行っている。それらの利用者のニーズは個別支援計画に基づくもので、利用者の意思や希望が尊重されたものとなっている。時には家族に話を聞いたり、担当者会議の中で話し合いを行いながら、利用者の意思を尊重したサービスが提供されている。			

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	a ・ ② ・ c	
<コメント> 虐待防止委員会が組織されており、毎月委員会が開催されている。世話人会議でも、権利擁護に関する研修を行っている。現在、虐待等の事例はないが、虐待発生時の対応マニュアルやフローチャート、報告書類の様式などは整備されている。ただ、権利擁護に関する指針について、家族への周知ができていないため、今後周知方法について検討されたい。			

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> アセスメントを反映した個別支援計画に基づいて支援を行っており、介助の内容についても個々に対応方法が明記されている。世話人の「業務チェック表」には、利用者一人ひとりに対する支援内容が記載されており、丁寧に対応されている。利用者のできることを、できないことを把握し、場面に応じて自立生活を送るための支援を行っている。			
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> 利用者の障害特性や程度に合わせて、筆談やジェスチャーにてコミュニケーションを行っている。時には絵カードを使用することで、利用者へ情報内容を関連付ける工夫も行っている。職員が利用者の障害特性を十分に理解し、利用者の気持ちを汲み取って支援するよう努めている。			

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> 担当者会議にて、利用者に対するサービス管理責任者、世話人による聞き取りを行っている。日々の利用者の相談等も記録を残し、管理者からサービス管理責任者、世話人に至るまで情報共有されている。また、日中の支援をしている事業所、就労施設とも連携することで、相談等に迅速に対応することが可能となっている。			
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	① ・ b ・ c	
<コメント> グループホームということで、日中活動は支援の中心ではないが、コロナ禍でも利用者のニーズの実現に向けた活動をしている。月に1回季節行事を行っており、内容は利用者に関心を持って行い、企画、実施している。個別支援計画に基づき、個別外出などの利用者個々の希望実現に向けた支援が行われている。			
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> 利用者のこだわり行動に配慮し、パニック等が起きないように「業務チェック表」に沿って支援を行っている。日頃から利用者の様子を細かく記録して共有しており、利用者の様子に変化があれば支援方法を会議等で検討し、対応方法を世話人へ周知している。利用者間の相性によっては、必要に応じてホームの変更を行う等の配慮もある。			

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 a . b . c
<p><コメント></p> <p>利用者の日中生活の場がまちまちで、生活リズムが違う中でも、利用者個々の状況に合わせた支援が行われている。食事の時間も利用者によって異なるが、喫食時には適切な温度で提供し、より美味しく食べられるように配慮している。入浴や排泄介助も「業務チェック表」に沿い、適切に支援が行われている。</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 a . b . c
<p><コメント></p> <p>居室はすべて個室となっており、利用者の意向が取り入れられた居室となっている。居室やリビング、浴室等、世話人によって清掃、整理整頓がされており、清潔な環境が保たれている。またホーム内で修繕の必要な箇所については、その都度、早期対応をしている。</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	① a . b . c
<p><コメント></p> <p>グループホームは訓練の場ではないが、ホームでは1日2回、朝と夕方に散歩に出かけ、身体機能の維持に努めている。また、利用者の状況に応じて訪問看護を利用し、毎週1回リハビリ訓練も行っている。</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 a . b . c
<p><コメント></p> <p>毎日バイタルを測定し、「ケアカルテ」に結果を記録している。さらに、入浴状況から排泄の状態まで、利用者の健康状態が記録されており、職員が把握できるようになっている。病院受診が必要な利用者には、世話人やサービス管理責任者が同行している。</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	① a . b . c
<p><コメント></p> <p>衛生管理感染委員会が設置されており、定期的に研修が行われている。薬は施錠可能なキャビネットで保管されており、毎回手順書の内容に沿って施薬が実施されている。また、アレルギー疾患等がある利用者には、医師の指示の下に適切な支援や対応を行っている。</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 a . b . c
<p><コメント></p> <p>利用者の希望に沿った外出を支援しており、外出の際には「外出カード」の記入を求め、必要に応じて世話人も外出に付き添っている。ホームでは平仮名や漢字の練習、計算機の使用方法などの学習支援も行っている。利用者が地域の清掃活動などの町内会行事にも参加し、社会参加の機会としている。</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	① a . b . c
<p><コメント></p> <p>地域移行の希望がある利用者へ、買い物や掃除、料理などの家事業務や公共料金の支払い手続きなどの学習機会を提供している。また、駅などにあるチラシに記載されているイベント情報等を伝え、利用者の参加希望があれば、それに合わせた外出支援を行っている。</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> 月に1回、家族連絡会を開催している。また、半年に1回、担当者会議に参加してもらい、意見交換する機会を設けている。その他、利用者について相談事などがあればその都度保護者に連絡し、必要に応じて面談を実施している。体調不良や急変時にはサービス管理責任者が家族へ電話連絡し、情報共有を図っている。		
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		