

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:天竜厚生会グループホーム(はばたき)		種別：共同生活援助	
代表者氏名：鈴木康利		定員（利用人数）：6名	
所在地：浜松市天竜区大谷 443-1			
TEL：053-583-1431		ホームページ： https://www.tenryu-kohseikai.or.jp/	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日 平成 15 年 2 月			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 天竜厚生会			
職員数	常勤職員：	6 名	非常勤職員 46 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 2 名
	生活支援員	4 名	世話人 45 名
施設・設備 の概要	（居室数）		（設備等）
	6 部屋		食堂（リビング）、トイレ 2 か所 風呂 2 か所、世話人室等

③理念・基本方針

(1) 理念

- 1) 法人基本理念 九十九匹はみな帰りたいけど、まだ帰らぬ一匹の行方訪ねん
- 2) スローガン わたしたちは「熱い心」「豊かな知識」「すぐれた技術で」「ひとりを」「すべての人を」アシストします。

(2) 基本方針

1) 経営方針

- 「1. ご利用者に関すること」「2. 地域に関すること」「3. 人材に関すること」
「4. 経営管理に関すること」

2) 事業の目的

ご利用者が地域において共同して自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、共同生活住居において、ご利用者個々の意向や障がい特性を踏まえ、適切かつ効果的な福祉サービスの提供を行います。

また、地域との結び付きを重視し、ご利用者の居住する地域の自治会や関係機関、就労先企業や日中活動先となる福祉サービス事業者、その他保健医療サービス等とも綿密な連携を図り、ご利用者の地域生活の定着に努めます。

④施設・事業所の特徴的な取組

- (1) 法人の中期経営計画第 7 期（2022～2024）を実現するために、事業所として取り組む具体的施策（3 カ年計画）を掲げ、職種ごとに年度ごと具体的な取り組みを策定し、達成状況を確認している。今年度はご利用者の満足度を高められる支援を検討している。
- (2) 合同行事（全体、拠点毎）を実施し、余暇活動支援に努めている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6 年 8 月 1 日（契約日）～ 令和 7 年 3 月 27 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0 回

⑥総評

◇特に評価の高い点

経営分析が的確に行われ、毎月経営成績表が作成され経営戦略会議の中でも周知・共有がなされています。職員への経営状況の周知については、必要に応じ職員会議内で管理者から伝えられています。経営課題の解決としては法人全体で中期経営計画の中で具体的に示され、各事業所が具体的な取り組みとして事業計画に落とし込まれています。

入居者が地域の一員として、主体的に自治会活動に参加できるように職員のサポート体制が整えられています。

「ISO 教育マニュアル」で個別支援計画の策定や検証について明記し、適切なアセスメントを実施し、個別支援計画に具体的なニーズを明示しています。また、個別支援計画の検証についても仕組みが構築され、支援困難ケースについても手順を踏んでサービスを実施しています。

◇改善を求められる点

サービスの利用開始時には本人の意思を確認し、重要事項説明書及び契約書を交わしています。説明にあたっては、分かりやすい言葉で表情を読み取りながら、内容の理解ができているか確認をしていますが、分かりやすく工夫した資料は作成しておらず、意思決定に配慮が必要な利用者のためのルール也没有ありません。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の受審で当事業所が提供しているサービスの質及び取組について、客観的な視点から知ることができる良い機会となり、課題の把握及び気づきを得ることが出来ました。

今回の評価結果を踏まえ、更なるサービス向上に繋がるよう、職員一丸となり、ご利用者が安心して生活ができる施設づくりに努めてまいります。

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・c
<コメント> 理念、基本方針を明文化し、冊子の配布や研修等で職員に周知しています。 利用者、家族へは、広報誌、ホームページ、事業所に書面を掲示し、口頭でも説明することで周知しています。	

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・c
<コメント> 月次経営成績表を作成し、法人全体で把握・分析が行っています。地域の各種福祉計画の策定動向と内容については、「運営会議」において情報の共有・課題の共有等を行っています。	
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。	㊤・b・c
<コメント> 経営戦略会議を毎月行って、経営成績表を作成し、周知・共有をしています。 職員への経営状況の周知については、必要に応じ職員会議内で管理者が伝えています。また、経営課題の解決については各事業所が取り組んでいます。	

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。	㊤・b・c

<コメント> 中長期的なビジョンと計画を策定しています。中期では、法人基本理念を実現するため「取り組むべき4つの基本領域（1 利用者に関すること 2 地域に関すること 3 人材に関すること 4 経営管理に関すること）」を策定しています。長期計画では、資金計画「長期利益・資金・積み立て計画（40年）」「施設・設備投資計画（40年）」「投資支出計画（10年）」を策定しています。		
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。	㊦・b・c
<コメント> 中期経営計画をもとに事業所での具体的取り組みを策定しています。中期計画をもとに単年度の事業計画を策定し、事業内容や人材育成、新規事業、投資に関すること等の項目が盛り込まれています。		
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。	㊦・b・c
<コメント> 運営会議や内部打ち合わせ等で職員から上げられた意見を集約した事業計画を策定しています。事業計画は中間報告で必要に応じて見直しています。		
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・㊦・c
<コメント> 事業計画書は、所定の場所に常時掲示しており、行事やイベントの内容は利用者に周知しています。事業計画の主な内容をわかりやすく説明した資料はなく、入居者やその家族への説明の工夫はされていません。		

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。	㊦・b・c
<コメント> ISO9001 品質マニュアルに従い、評価を行う仕組みが整備され機能しています。指摘事項がある場合は、改善に向けた取り組みがなされています。		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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・c
<コメント> 評価の結果が、パフォーマンスレポート報告書として提示され、評価結果に基づき職員会議で改善の取り組みが検討され見直されています。		

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・⑩・c
<コメント> 事業計画書で、施設長が果たすべき責務を明示し、年度当初に行われる職員全体会議で周知を図っていますが、広報誌等での積極的な表明はされていません。		
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。	⑩・b・c
<コメント> 必要な法令情報は、法人管理職会議、運営会議内で情報を共有し、研修にも参加しています。		
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・⑩・c
<コメント> 利用者に対しては年1回、満足度調査を実施しています。職員に対しては自己評価、職員アンケートや面談を実施しています。サービスの質の向上はサービス管理責任者に任せている部分があり、管理者がフォローしていますが積極的に関わって。るとはいえませんが。		
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。	⑩・b・c
<コメント> 職員面談や職員アンケートを参考に、職員数の増員を行い働きやすい環境を整備しています。アイパッドを導入し業務の効率化を図っています。		

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。	⑩・b・c
<コメント> 人事制度要綱に人材育成の考え方や方針を明示しています。人材育成では、研修制度やキャリアパス制度により階層別、職種別の研修を行っています。運営に必要な資格や研修については、有資格者一覧で管理し、今後の資格取得計画を立案しています。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	⑩・b・c
<コメント> 期待する職員像は、「私たちの法人天竜厚生会」冊子の中で明記し、配付しています。人事制度要綱には、職種、等級、キャリアアップ等の説明がありキャリア意向調査が行われ		

ています。		
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・c
<コメント> 職員の就業状況や時間外・年次有給休暇の把握をしています。有給休暇を取得しやすいように管理者が声かけをしています。 法人内に「メンタルヘルス推進室」を設け、個別相談に応じることができる体制が整っています。		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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・㊤・c
<コメント> 「期待する職員像」については冊子「私たちの天竜厚生会」に明記しています。職種ごとの目標は定められていますが、職員一人ひとりの目標は定められていません。		
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・c
<コメント> 階層別研修を計画・実施し、それぞれの階層に応じて必要な力量を身に着けることができるような研修体系を組んでいます。 施設内研修については事業計画書で定め実施をしています。		
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・c
<コメント> 有資格者一覧表に受講記録を記載し管理しています。施設外研修については、職員が受講できるよう勤務調整を行っています。		
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。		
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・c
<コメント> 実習マニュアルを整備し、実習生を受け入れています。実習指導者には説明会を開催し、実習制度の改定等について最新の情報を伝えています。		

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。	㊤・b・c
<コメント> ホームページで法人理念や基本方針、ビジョンを明示しています。第三者評価の受審結果、苦情は法人ホームページ、広報誌「あかまつ」で公表しています。 広報誌を多くの機関に配布し、法人活動の理解促進に努めています。		

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・c
<コメント> 事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任を明確にして職員等に周知しています。外部の専門家による監査を受けており、指摘事項は是正しています。		

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・c
<コメント> 法人経営方針の「地域」の領域で基本的な考え方を明文化しています。 地域のイベントの情報は玄関横の掲示スペースで情報提供しています。 利用者が防災訓練・清掃活動・祭典等、地域の行事に参加する際には職員が付き添っています。		
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・㊦・c
<コメント> 学校教育については、法人全体で福祉教育を実施しています。グループホームとしてはプライベート空間ととらえているため受け入れをしたことはありません。		
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・㊦・c
<コメント> 浜松市の障害福祉サービスのしおりを活用し情報提供しています。緊急連絡先一覧は作成しています。事業所として地域に沿ったリストは作成していません。アフターケアについては他の部署が担当しているため関わっていません。		
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。	㊦・b・c
<コメント> 「浜松グループホーム連絡協議会」、「浜松市障がい者自立支援協議会 浜北・天竜エリア連絡会 浜北ネットワーク部会」に参画し、地域のニーズ把握に取り組んでいます。		
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。	㊦・b・c
<コメント> 福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報提供等、職員を講師として派遣しています。浜松市と福祉避難所の協定を結んでいます。		

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・c
<コメント> 理念・基本方針に利用者を尊重したサービスの実施について明文化し、サービス実施における基本姿勢については、支援の心得に反映し文書化しています。年に1回施設の自己評価を、年に2回虐待防止セルフチェックを実施し、利用者への支援や配慮について職員会議で見直しをしています。		
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・㊦・c
<コメント> 支援の心得に基づいてプライバシーに配慮したサービスを提供し、快適な環境を提供することに加えて、生活上のプライバシーが守られるよう設備を整えています。しかし、利用者や家族に周知しているプライバシー保護については、個人情報保護についてであり十分ではありません。		
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・c
<コメント> 近隣の事業所や相談支援事業所を中心に配付している事業所のパンフレットは、より多くの人が見るできるようホームページで閲覧とダウンロードをすることができます。またサービスの利用を希望する人には希望に応じて個別に対応しています。		
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・㊦・c
<コメント> サービスの利用開始時には本人の意思を確認し、重要事項説明書及び契約書を交わしています。説明にあたっては、分かりやすい言葉で表情を読み取りながら、内容の理解ができているか確認をしていますが、分かりやすく工夫した資料は作成しておらず、意思決定に配慮が必要な利用者のためのルールもありません。		
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・c
<コメント> 福祉サービスを変更する際は、生活の質が落ちないように十分配慮しています。また、他の施設や地域移行にあたっては、相談支援事業を経由して必要な情報を定められた書式で提供しています。サービスが終了する人には、終了後にも相談ができることと相談窓口を記した契約解除（終了）通知書を渡しています。		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	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。	㊤・b・c
<コメント> 毎年利用者満足度調査を実施しています。調査の結果は集計・分析し、改善が必要な事項については会議で検討をしています。また、毎週1回利用者ミーティングと個別相談会を実施していますが、結果としてその中で利用者の満足度を把握できることがあります。		
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。		
34	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。	a・㊤・c
<コメント> 苦情解決の体制と苦情対応マニュアルを整備しています。苦情を受けた際は、サービスの質の向上に向け検討を行い、改善に向けた取組をしています。利用者が苦情を申し出しやすいよう毎週1回個別相談を受ける時間を設定していますが、苦情解決の仕組みを記した文書は利用者に配付していません。		
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。	㊤・b・c
<コメント> 相談ができる人の顔写真を載せた書面を用意し口頭で説明をしています。グループホームには相談ができる人や窓口等を記した書面をファイリングしていつでも誰でも閲覧ができるようリビングに置いています。相談をする際は、グループホームの自室や事務所等、利用者が希望する環境を提供しています。		
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・c
<コメント> 利用者アンケートを毎年実施し、各グループホームで毎週1回個別相談を受ける時間を設定する等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っています。相談や意見を受けた際は、「障がい者関係施設職員支援の心得」に沿って迅速に対応し、サービス向上に向けた取組をしており、「支援の心得」は定期的に見直しをしています。		
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。		
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。	㊤・b・c
<コメント> リスクマネジメントに関する委員会を法人で整備し、毎年3回リスクマネジメント委員会を開催して改善策と再発予防策を検討、実施しています。また、事故発生時の対応と安全確保については、内部研修を年6回実施し、実施状況や実効性については毎月評価及び見直しをしています。		
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・c
<コメント> 感染症に関するマニュアルと管理体制は法人で整備し、毎年マニュアルの見直しをしていま		

す。感染症対策委員会を毎月、勉強会も年2回実施し、感染症の予防と発生した場合適切に対応ができるよう体制を整えています。		
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やっている。	㊦・b・c
<コメント> 災害時の対応体制については、事業計画及び消防計画で定めています。立地条件から予測できる災害の予防策を講じています。備蓄品は法人全体で管理し、各グループホーム及び事務所で保管しています。自治会の防災訓練に参加するとともに、グループホームでの防災訓練を実施し、安否確認の方法を確認しています。		

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・㊦・c
<コメント> 「IS0 教育マニュアル「障がい者関係施設職員支援の心得」に標準的な実施方法と姿勢を明記し、3年に1回、内部監査によって標準的な実施方法に沿ってサービスが実施されているかチェックを行っています。しかし、標準的な実施方法の見直しがされた際に職員が必ず確認しているかの把握はしていません。		
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・㊦・c
<コメント> 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しについては、各委員会での見直しを含めて定期的に実施をしています。ただし、法人で検証及び見直しを行っているため、個別支援計画の内容や利用者等からの意見や提案が反映されにくくなっています。		
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。		
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。	㊦・b・c
<コメント> 「IS0 教育マニュアル」で個別支援計画の策定や検証について明記し、適切なアセスメントを実施し、個別支援計画に具体的なニーズを明示しています。また、個別支援計画の検証についても仕組みが構築され、支援困難ケースについても手順を踏んでサービスを実施しています。		
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。	㊦・b・c
<コメント> 個別支援計画の見直しについては「IS0 教育マニュアル」に定められ、手順に沿って実施し、課題等も明確になっています。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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・㊦・c

<コメント> 記録システム「ケアカルテ」等、法人内でネットワークが構築され、パソコン上で情報を共有できるよう整備されています。記録の書き方は、「障がい者関係施設職員支援の心得」に明記されていますが、記録の差異の解消には至っていません。		
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。	㊤・b・c
<コメント> 記録管理の責任者は施設長で、「個人情報管理規程」及び「文書・記録管理規程」に保管、保存、廃棄等について明記しています。個人情報保護規程については、採用時と必要時に研修を行い、理解を促しています。個人情報の取り扱いについては、利用者及び家族に説明をするとともに、同意書を得ています。		

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・c
<コメント> 利用者の権利について職員の共通理解が得られるよう研修を実施しています。利用者の意向が利用者の活動や支援に反映され、結果合理的配慮が具体化されています。		
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。	㊤・b・c
<コメント> 権利擁護についてのマニュアルを整備し、虐待防止及び身体拘束について利用者に説明をしています。利用者との面談や満足度調査、年に2回の虐待セルフチェックを実施、権利侵害の防止と早期発見に努めています。また、虐待防止委員会を定期的に開催し、権利擁護のための取組みについて検討しています。		

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。	㊤・b・c
<コメント> 障がい者関係施設職員の支援の心得と個別支援計画に基づき、利用者一人ひとりに配慮した支援を実施しています。通所や受診等生活に必要な行為は原則利用者が自分で行っています。利用者からの依頼があったり、必要時には金銭管理の支援や、各種手続きに同行をしています。		
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・c
<コメント> 利用者ミーティングや個別相談を行うことでコミュニケーション能力を高めることに繋がっています。携帯電話等コミュニケーション機器の活用を支援しています。利用者は言葉でのコミュニケーションができますが、約束事は分かりやすいように掲示しています。意思表示や伝達が困難な利用者やコミュニケーションが十分でない利用者は現在グループホームにはいませんが、マニュアルを整備し対応ができる体制は整っています。		
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。	㊤・b・c

<コメント> 週に1回、夜間に個別相談や利用者ミーティングの時間を設けています。通常、職員は利用者を見守り、利用者の意思決定を尊重していますが、利用者からの相談があれば記録システムや日誌等で情報を共有し、検討して個別支援計画に反映させています。		
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。	㊤・b・c
<コメント> 利用者のニーズに合う日中活動先を提示できるよう情報を得、必要があれば個別支援計画で見直しをしています。余暇活動については、地域の行事やカルチャーセンターを紹介し、依頼があれば参加するための支援をしています。		
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。	㊤・b・c
外部の研修に参加するなど、障がいに対する知識の習得や支援の向上をはかっています。利用者の状況に応じて、世話人会議や職員会議で実施方法の見直しや検討をしています。		
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。	㊤・b・c
<コメント> 利用者の嗜好や状況に合わせた食事を提供しています。利用者の心身の状況に合わせた入浴や排泄支援をし、受診が必要な場合は同行をしています。		
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。	㊤・b・c
<コメント> グループホーム内は清潔が保たれ、過ごしやすい雰囲気を保っています。居室のカギは利用者が管理し、安心に配慮しています。利用者の意向を確認したり、個別相談を受けるために、夜間訪問を実施しています。		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	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。	a・㊤・c
<コメント> 機能訓練を必要としている利用者は在籍していません。洗濯や買い物等の日常生活動作が結果的には訓練につながっていますが、特別な工夫がされていわるわけではありません。		
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。	a・㊤・c
<コメント> 健康診断を受けたり、毎日の検温で健康状態の把握に努めています。感染症対策委員会を設置し、ノロや食中毒に関する研修を繰り返し行っています。利用者の体調変化等における対応は障がい者関係施設職員支援の心得に沿って行い、医療機関と連携して適切に対応をしています。		

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。	a・⑩・c
<コメント> 医療的な実施手順については。障がい者関係施設職員支援の心得に載っており、世話人室での薬の管理及び服薬確認については個別支援計画に明記しています。		
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。	⑨・b・c
<コメント> 外出や外泊に制限はありません。体験の機会として、法人内で行うカルチャー教室の案内をしています。		
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。	⑨・b・c
<コメント> 個別支援計画で利用者の意向を確認し、課題とともに具体的な支援の方法を記載しています。相談支援事業や通所先の事業所と連携・協力をしています。		
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・⑩・c
<コメント> 家族と連絡を取る際は、利用者の意向を確認しています。利用者の体調の急変時にはホームの担当者が連絡を入れることになっていますが、明確なルールは確認できません。		

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＞		