

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：グループホームスクラム	種別：共同生活援助	
代表者氏名：寺部 美代子	定員（利用人数）：１３名（１２名）	
所在地：愛知県豊川市平尾町諏訪下１０番		
TEL：０５３３－８８－７５００		
ホームページ：https://www.apatheia.jp/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成２８年１０月 １日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 アパティア福祉会		
職員数	常勤職員：４名	非常勤職員：１１名
専門職員	（管理者）１名	（生活支援員）７名
	（サービス管理責任者）１名	（看護師）１名
	（世話人）７名	（社会福祉士）１名
	（介護福祉士）４名	
施設・設備の概要	（居室数）１３室	（設備等）

③理念・基本方針

★理念

- ・法人
すべての人を尊重し 寄り添い 支える
- ・施設・事業所
ともにいきる 彩彩のかがやき みち照らす

★基本方針

- ・一人ひとりが、主体的に自分の人生を生きることができるよう支援します。
- ・一人ひとりの尊厳が護られ、豊かに生活できるように支援します。
- ・一人ひとりが、社会を構成する一員である実感できるような、機会と場の支援をします。
- ・一人ひとりの思いに寄り添い、理解して、多様さを認め合えるような地域づくりに努めます。
- ・一人ひとりに誠実に向き合い、自分を磨き、貢献できるように成長します。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ①各ご利用者の「声」によるくらしの実現
「食べたいもの」「着たいもの」「行きたいところ」「やってみたいこと」を日々のくらしの何気ない場面で聞き取り、実現していきたいと思っています。
- ②ちょっと贅沢なくらし
せっかく食べるなら、「ちょっと良い調味料を使おう。」「体に良いものを食べよう。」
せっかく飲むなら、「インスタント」ではなく「バリスタ」でコーヒーを淹れよう。
せっかく行くなら、「ちょっと良いお店に行こう。」
- ③新しい体験を心掛けて、経験による選択肢の幅を広げよう。
「食べること」「飲むこと」「着るもの」「行くところ」定番も良いが、常に新しい提案をさせて頂き、経験を積み重ねることで、選択肢の幅を広げたい。
- ④居心地の良いすまいづくり
高齢であっても、強度行動障害であっても、その人にあった環境と支援を提供させて頂きたい。
- ⑤事業所内完結ではなく、地域にでかけること
- ⑥職員のアイディア（提案・協議）による支援や業務の工夫
- ⑦支援の基となる職員勉強会の定期的な実施

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6年 5月23日（契約日） ～ 令和 7年 3月28日（評価決定日） 【令和 6年12月 9日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	3 回 （令和 3年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆事業運営における組織的な取組み

グループホームにおける人員配置、体制の中での朝礼の実施、勉強会、面談実施、職員の育成計画等、組織的に行うべきことが、当たり前に行われる仕組みが確立している。

◆地域活動への参加

事業所内での完結を目指さず、地域資源の活用を目指しての情報収集を行い、活用に向けて取り組みをしている。ホーム内においても、家庭感を出しつつ職員の目指すべき像であったり、理念などが掲示されており、意識の高さが感じられる。

◆利用者主体の支援

利用者のニーズや希望に基づいた支援が行われており、十分な個別対応がなされている。利用者の声を積極的に取り入れ、支援内容に反映させている。

◆専門職との連携

P T（理学療法士）などの専門職からの助言を基に、リハビリを日常的に実施している。専門職への相談や連携ができる体制が整えられている。

◇改善を求められる点

◆外部への情報提供

地域資源の活用等、外部に出ていく動きは活発であるが、内部情報の提供機会は少ない。事業所独自の情報を、積極的に開示する機会を設けられたい。見学会の実施やボランティア等の受入れ機会など、バックアップ施設と連携して取り組む機会を増やすことが望ましい。

◆利用者の選択肢の拡大

利用者がさらに多様な活動に参加できるよう、活動内容の幅を広げる取組みが求められる。新しい経験の機会を提供することで、利用者の選択肢を増やすことが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

自分たちが力を入れて取り組んできたことを評価して頂けて嬉しく思うとともに、より一層、伸ばしていきたいと思います。

そうした中で、今回、ご助言を頂きました、「外部への情報提供」や「ご利用者の選択の拡大」ということを自分たちの新たな課題として取り組ませて頂き、さらなるサービスの質の向上に努めさせていただきます。

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

※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	① ・ b ・ c
＜コメント＞ 事業所理念・方針を朝礼で唱和し、具体的な事例を踏まえて行動期間に落とし込んで支援している。昨年度から未来会議が設置され、新たな長期計画をスタートさせて目標達成に向けて取り組んでいる。理念等が個別支援計画に記載されていたり、ホーム内では毛筆で書かれた物が掲示されていたりと、自然と目に入る環境である。			

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＞ 県の知的障害者福祉協会の各研修に参加し、情報を収集している、また、管理者が福祉協会の研修企画に参画をしているため、自事業所だけの情報だけではなく多角的な視野を持ち、その内容を未来会議にて共有している。機関紙等での情報収集を行ったり、市・障害者グループホーム連絡会に参加し、情報収集や情報交換に努めている。			
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＞ 経営課題等は本部長とも共有しており、職員に周知をする事で現場目線も活かした解決、改善に向けた取り組みを行っている。未来会議で出てきた課題を重点項目として捉え、今後現場として目指す方向性と課題を見据えた対応を行っている。主任会議を随時行い、経営課題の検討をしている。			

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＞ 法人理念・方針・目標から現場に落とし込みがされ、職員参画の下でバックアップ施設のシンシア豊川の中・長期計画を策定している。当グループホーム事業所としては、シンシア豊川の中・長期計画に整合させる形で策定している。自分達で中・長期の計画を立てているので、目標達成への意識は高い。				
	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	② ・ b ・ c	
＜コメント＞ 単年度の事業計画に、職員全員が何らかの活動に参画をしている。各チームにより確実に実施されていること、またその活動状況について報告・振返りの機会を設けていることで、実施状況の把握ができる体制が整っている。				

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	① a . b . c	
<コメント> 未来会議にて事業計画の共有が行われ、毎月、計画に対してPDCAサイクルに沿って振り返る機会がある。毎年、定められた手順で事業計画の作成・見直しを行っている。事業計画の進捗状況も各職員に周知されている。			
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	② a . b . c	
<コメント> グループホーム内の掲示版に事業計画を掲示しており、目標等はパンフレットなどにも記載している。活動内容等は、ホームページのブログやInstagram等で公表しており、ホーム内での掲示物での情報発信も行っている。			

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 . b . c	
<コメント> サーベイランスが毎月行われ、サービスの質について定期的にチェック、改善を行う機会を作っている。月に1回、スクラム勉強会としてテーマを決めて学ぶ機会がある。			
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 . b . c	
<コメント> サーベイランスや各委員会活動、事業計画において課題が抽出され、未来会議を軸に取り組むべき課題を明確化している。さらに職員間で課題を共有し、改善計画を作成して取り組んでいる。また、グループウェアの有効活用も行い、情報共有も行っている。月に1回職員面談を行い、目標の達成に向けた取組みを行っている。			

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＞ 朝礼や未来会議において、事業所の運営や方針、管理者の責任や役割も周知されている。管理者が不在時であっても、管理者の発言内容を主任が伝えたり、福祉業界の情勢などもグループウェアを活用して職員に周知を図っている。			
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	① . b . c	
＜コメント＞ 管理者は、県・知的障害者福祉協会等の管理者向け研修を企画したり、SDGsの取組みを通して、行政や地域の企業、事業者とのつながりを作っている。自然栽培パーティに参画して共生社会の実現に向けた活動を行い、環境への配慮など、母体事業所であるシンシア豊川に連動して協働している。グループホームに必要な法改正等の情報は、市のグループホーム連絡会から取得している。			
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＞ 第三者評価を定期的に受審し、受審しない年は同じ基準を用いて自己評価を行い、定期的、継続的に評価、分析を行っている。課題は未来会議で報告し、職員参画の下で課題解消や改善の取組みを行っている。ヒヤリハット等からの検討や研修の実施、また月1回の勉強会を通して業務検討の機会としている。			
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＞ バックアップ施設であるシンシア豊川と協働し、未来会議にて「職員福祉像」を作成している。この作成に職員が参画、共有する事で、グループホームの進むべき方向性が明確になっている。職員も自らが参画をして作成をした福祉像なので、そこに向けての意識は高い。			

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 ・ ㉑ ・ c	
＜コメント＞ 人材育成・定着等に対しては、採用活動の計画的な実践や研修等が行われている。人材確保については、現状の課題として挙げられている通り、ブログやInstagram、就職フェアへの参加等の活動をしている。しかし、今後さらに厳しい状況が予測されるため、人員確保・地域格差の解消・夜勤職員の充足等の課題に、新たな取組みの工夫が求められる。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	㉑ ・ b ・ c	
＜コメント＞ 「期待する職員像」を作成し、人事考課で専門性や職務遂行能力、成果や貢献度など、職員自身も目標に対してのフィードバックを行っている。また、人事考課の内容の評価内容の見直しを行うなど、専門性だけでなく資質を問う人事管理を目指している。			
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	㉑ ・ b ・ c	
＜コメント＞ 安全衛生委員会を組織し、ストレスチェックを実施するなど、産業医とも連携を取って職員の健康管理にあたっている。法人特有の福利厚生を充実させるなど、職員個々に対して健康ケア等の対応を行っている。月に1回面談を行い、管理者や主任と情報を共有して働きやすい職場づくりに取り組んでいる。			

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> 事業所の期待する職員像を明確化し、人事考課や定期面談を行う際の基準の指標となっている。職員一人ひとりの目標を立て、毎月の面談で振り返り、フォローアップやアプローチを行っている。研修計画が立てられており、職員個々に合わせた育成を目指した取組みを行っている。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 期待する職員像、人事考課、定期面談等によって抽出された課題に基づき、教育・訓練が実施されている。法人内の事業所内留学を実施し、他の支援現場を体験することで視野を広めている。月に1回の勉強会が継続して行われている。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 外部研修、階層別研修、職種別研修だけでなく、職員個々に合わせた研修計画を立てている。「目標シート」に自分が受けた研修を記載しており、介護福祉士や社会福祉士などの資格取得をサポートする研修もある。対象研修の受講費の貸付けや資格取得時の一時金支給制度がある。			
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> 共同生活援助事業所（障害者グループホーム）における実習が、養成校において実習単位として認められていないことから、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	① ・ b ・ c	
<コメント> 適宜、パンフレットの更新を行っている。ホームページの活用を行い、ブログやInstagram等で活動内容の紹介を積極的に行っている。市の広報誌へ掲載するための動きがあり、地域の障害者理解や共生社会に繋がることを目的として活動をしている。			
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	① ・ b ・ c	
<コメント> 会計事務所や社会保険労務士事務所の外部専門家を使い、公正かつ透明性の高い運営のために指導を受けている。人事・労務的な事項について、相談することも可能である。内部監査等に関する規程を完備し、年2回（前期・後期）実施される内部監査の報告も適切に行われている。			

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	① ・ b ・ c	
＜コメント＞ 利用者の生活が事業所内で完結しないよう、できる限り地域資源の活用やイベントへの参加などのための情報収集を行っている。町内会への加入や地域の祭りへの参加など、積極的に取り組んでいる。			

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	① a . b . c
<コメント> ボランティアの受入れに対しての手順や記録等について、適切な整備状態である。インターンシップの受入れ体制など、継続的に実施できる体制が取られている。愛知県事業を受託し、シンシアcaféをシンシア豊川と協働実施し、学生ボランティアの受入れを行っている。		
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	① a . b . c
<コメント> 市のグループホーム連絡会に参加をし、地域活動の課題共有や勉強会を実施している。社会資源については、事業所単位ではなく、社会資源の活用を目的として、個々の利用者のニーズ合わせた情報を提供できる体制を作っている。		
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	① a . b . c
<コメント> 市の自立支援協議会やグループホーム連絡会、自然栽培パーティ全国協議会等の連携により情報を取得している。愛知県事業を受託し、シンシアcaféをシンシア豊川と協働実施することで、ニーズを把握するための機会になっている。		
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	① a . b . c
<コメント> 愛知県事業である「障害及び障害者に対する県民理解促進事業」を受託し、シンシアcaféを実施している。地域の障害者理解を促進し、合理的配慮の提供に関するイベントを実施している。また、合理的配慮に関する絵本の作成を行い、事業所より情報発信をする活動が行われている。A E Dを設置し、設置施設として表示をしている。		

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	① ・ b ・ c	
＜コメント＞ 理念や基本方針は、朝礼で読合わせを実施している。また、職員会議の中でその時の課題をテーマとして挙げて話し合いを行っている。パート職員を含め、権利擁護に関する研修や半年に1度の人権セルフチェックを行い、職員が定期的に共通理解を持つための取組が行われている。			
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	① ・ b ・ c	
＜コメント＞ プライバシー保護に関する規程が整備されており、入職時にはプライバシーに配慮した支援について研修が実施されている。利用者の生活環境も個室となっており、入浴や排泄の場面でもプライバシーが守られる環境が整っている。現在、職員配置上同性介助ができない場面があり、今後は異性介助に関して、利用者へ同意を得るための説明と同意書の作成を検討している。			
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 ・ ② ・ c	
＜コメント＞ 体験利用やホーム見学など、希望があれば随時実施をしている。事業所の活動はホームページやSNSなどを活用して発信している。シンシア豊川のパンフレット内に当該ホームが紹介されているが、十分な情報提供とは言い難い。事業所独自の紹介資料を作成するなど、更なる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	① ・ b ・ c	
＜コメント＞ サービスの開始、変更にあたっては、利用者や家族に説明し、サインにて同意を得た上で文書を残している。内容の説明は主に口頭ではあるが、利用者の反応を見ながら説明したり、写真やイラストを用いて説明するなどの配慮が見られる。			
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 ・ ② ・ c	
＜コメント＞ 事業所の移行にあたっては、相談支援事業所と連携して進めている。移行後も、必要に応じて従来と同様に利用者のフォローを行っており、スムーズな移行ができている。移行にあたっての手順を明確にしたマニュアル等はない。移行を進める中で、マニュアルの整備が必要と感じ、現在作成を進めている。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
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。	障33	a ・ ② ・ c	
＜コメント＞ 毎月、利用者に対し、生活の中での希望についての聞き取りを行い、可能な限り生活に反映させている。今年度、利用者の生活満足度を測る調査を試行したところ、普段聞けない意見を聞くことができた。そのため、今後も満足度調査の実施を検討している。意見を集めるだけでなく、結果を分析し、更なる利用者の満足度向上に向けた取組が求められる。			
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	① ・ b ・ c	
＜コメント＞ 苦情解決の仕組みが整備されており、契約時に利用者、家族へ説明されている。また、ホームにも苦情解決についての掲示物を掲示して周知をしている。苦情にまで至らないものに関しても、「ご意見ご要望シート」で同等の扱いにて対応している。			

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	① ・ b ・ c
＜コメント＞ 毎月、利用者の自治会を開催し、定期的に利用者が意見を述べる機会を設けている。利用者が生活する空間に職員がいることで、相談しやすい雰囲気が作られており、居室は個室となっているため、なにかあれば個別で相談しやすい環境が整っている。		
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	① ・ b ・ c
＜コメント＞ 利用者から出た意見については、必要に応じて職員会議の議題として挙げて対応を検討し、支援へ反映させている。自治会での意見についても、自治会の手順書に基づいて対応が行われ、利用者にフィードバックし、対応完了までの確認をしている。		
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	① ・ b ・ c
＜コメント＞ ヒヤリハット委員会が設置されており、ヒヤリハット事例に関して要因分析や対応案について話し合っている。リスクの高い内容については、是正処置を行うことで事故の未然防止に努めている。日々の支援の中で、職員への安全面での意識付けを行っている。さらに、事故防止や安全確保についての研修の実施を検討している。		
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	① ・ b ・ c
＜コメント＞ 新型コロナウイルスやインフルエンザなどの感染症に対応するためのマニュアルが作成がされており、予防から対応までの研修が実施されている。また、感染対策委員会で決定した内容が職員へ周知され、適切に対応が行われている。感染症の手引きの見直しは看護師が担当しており、変更があれば都度研修にて職員へ周知されている。		
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 ・ ② ・ c
＜コメント＞ B C P（業務継続計画）が作成されており、避難訓練も年2回実施されている。災害時の訓練を行うことにより職員への教育は実施されているが、「備蓄品リスト」の作成や安否確認の方法等がまだ整備されていない。災害時における安全確保のため、早急な対応が求められる。		

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	① ・ b ・ c	
＜コメント＞ 基本的な業務マニュアルや手順書が整備されており、それに基づいてサービスが提供されている。また、利用者に対して支援統一を図るために別紙で「支援シート」が作成され、より細部まで支援が行き渡るようになっている。内容は会議等で周知が図られている。			
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 ・ ② ・ c	
＜コメント＞ 業務マニュアルや手順書は、必要に応じて見直しと変更を行い、内容は会議や「申し送りノート」にて周知が図られている。業務マニュアルの更新や変更は必要に応じて随時行われているが、定期的な見直しが実施されていない。定期的な見直し時期と方法を定め、現状の業務に適したサービス提供が行われていることを評価する仕組み作りが求められる。			

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	㉖ ・ b ・ c
<コメント> アセスメントや個別支援計画はサービス管理責任者によって作成されており、利用者の意向や要望に加え、保護者や看護師、生活支援員、世話人の意見も反映されている。計画内容については、利用者本人および保護者に説明し、同意を得た上でサインをもらっている。		
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	㉖ ・ b ・ c
<コメント> 個別支援計画の実施状況は、半年ごとにケース会議を実施して見直し、必要に応じて修正を行い、利用者のニーズに柔軟に対応している。身体状況などに変化があった場合にも、再アセスメントを実施している。変更内容は、会議での周知や議事録の回覧などを通じて行い、支援に反映させている。		
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	㉖ ・ b ・ c
<コメント> 日々の利用者の状況は、支援ソフト「ケアカルテ」に記録し、職員へ情報共有が図られている。その他にも、業務の申送りは「申し送りノート」を活用して共有が図られている。記録の入力方法については、サービス管理責任者によって指導が行われ、記録内容に差異が生じないように留意している。		
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	㉖ ・ b ・ c
<コメント> 記録の保存期間や破棄など、個人情報保護についての規程が定められており、その内容は研修や会議内で周知のための教育が行われている。個人情報を含んだ書類は、鍵のかかる場所に保管されている。パソコン内のデータは使用の際にパスワード入力の設定されており、特定の職員しか閲覧できないようになっている。		

【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＞ 利用者の要望や意向を確認しながら、利用者が主体的に活動できるように支援している。利用者の希望に沿った提案をすることで、より選択の幅を広げられるように職員からも働きかけている。利用者自身で訴えることができない場合には、職員が日々の様子を基に支援の検討を行い、できる限り利用者の意思を尊重した支援となるよう配慮している。			

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 a b c
<コメント> 虐待防止や身体拘束に関して委員会が設置されている。委員会には利用者も参加し、権利擁護について話し合う機会を設けている。また、職員へ年2回「人権セルフチェック」を実施し、具体的な場面における人権に配慮した支援の検討を行っている。それらの取組みを通じて、職員が共通認識の下で日々の支援にあっている。			

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> アセスメントや個別支援計画に基づいて、見守りを基本とした支援に努めている。職員による援助は必要最小限に留め、利用者主体の支援が行われている。掃除や買い物、小遣い管理など、利用者からの「やってみたい」という声を尊重し、個別対応も行っている。今後は調理体験も検討しており、利用者の声を積極的に支援へ取り入れている。			
	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> 言葉だけではなく、筆談やモバイル機器を使用し、さらに写真や映像を活用するなど、多様な方法で利用者に合わせたコミュニケーションを取っている。自ら意思表示が難しい利用者に対しても、職員が利用者の特性を理解し、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 a b c
<コメント> 利用者には、相談事があればいつでも話を聞くことを伝えており、個別の相談にも対応している。相談内容は管理者やサービス管理責任者に報告し、対応を検討した上で職員へ周知して支援に反映させている。対応が難しいケースには、利用者の理解や納得が得られるように丁寧に説明している。			
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 a b c
<コメント> 活動内容は、主に自治会にて利用者に間取りをして取り組む活動と、職員から提案して新しいことを体験する活動が提供されている。創作活動や散歩などの運動活動、野菜作りなど、多様な活動を実施しており、創作活動で作られた作品は作品展に出展する機会も設けている。			
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 a b c
<コメント> 月1回、職員の勉強会を実施し、問題行動について意見交換を行う場を設けており、それを支援に活かしている。また、利用者の障害特性（問題行動）によって他利用者へ不利益が生じないように、利用者同士の関係にも配慮し、問題が発生した場合にはケース会議にて話し合い、支援方法の見直しが行われている。			

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
<コメント> アセスメントに基づき、利用者一人ひとりに合わせた支援が提供されている。食事形態の調整や食べやすい食器への変更など、利用者に適した形で提供されている。利用者の状態に変化があれば支援の見直しを行い、状態に合わせて安全な生活が送れるように支援している。			
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
<コメント> ホーム内でケガが懸念される場所には、安全面の工夫が施されており、利用者の障害特性に配慮した環境整備が行われている。ホーム内は清潔に保たれ、プライバシーが守られる環境である。新たに脱衣場にもエアコンが設置され、生活の中で整備が必要と思われる場合には随時対応がなされている。			
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 ・ b ・ c
<コメント> 足の筋力維持のために散歩を行い、嚥下機能維持のために食事前に発声練習を行うなど、PT（理学療法士）などの専門職からの助言を基にリハビリが日常的に実施されている。利用者の支援において、専門職への相談や連携ができる体制が整えられており、根拠に基づいた対応がなされている。			
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
<コメント> 利用者の健康状態を記録し、必要に応じて看護師にも報告している。また、入浴時には外傷等がないか確認も行っている。内科と精神科に定期受診しており、利用者の日々の様子を報告し、医療機関と連携して支援している。緊急時の対応については、勉強会にて適切な対応の手順を確認し、職員間で共有している。			
	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 ・ b ・ c
<コメント> 医療的ケアが必要な利用者については、基本的には看護師が対応しているが、発作時の対応や感染症対応と同様に、理解を深めるために職員への教育も行われている。薬剤は看護師によって管理されており、内服薬などに変更があれば、朝礼や「申し送りノート」等で職員へ周知、伝達されている。			
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	a ・ ② ・ c
<コメント> 利用者の希望に応じて、外食や散髪など、地域に出かける機会を作り、外出を通じてお金の使用方法や管理について学ぶ機会を設けている。地域のイベントにも積極的に参加しているが、今後はさらに新しい経験を重ねることで、利用者の選択肢を増やす取組みが望まれる。			
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 ・ b ・ c
<コメント> ホームでの生活においては、利用者ができることを増やせるよう支援している。一人暮らしを希望する利用者には、生活に必要な能力を身に付けることができるよう、ホームでも自立のための支援を行っている。相談支援事業所とも連携しながら進め、その結果、希望に沿った移行が実現している。			

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> 年に1回、個別懇談会を実施し、利用者のホームでの生活を伝える機会を設けている。保護者の高齢化に伴い、以前に比べて帰省や面会は減少しているが、体調不良時など利用者に変化があった際には都度連絡を取っている。また、相談支援事業所とも連携し、後見人制度の利用についても対応し、家族支援も行っている。			
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			