

福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	評価結果	判断根拠・特記事項等
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。	a	理念や基本方針は、「一人ひとりの人生を価値あるものにしたい」という、利用者の人権の尊重や個人の尊厳に関わる姿勢が明確にされており、法人の事業計画書及びホームページやパンフレット等に掲載し、職員や外部への周知が図られています。また、職員へは入職時や年度初めの会議にても周知する他に、毎年行う職員定期試験において必ず出題することで、周知状況を確認し根付くようにしています。
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。	a	社会福祉事業全体の動向については、社会福祉法人経営協議会、茨城県心身障害者福祉協会等に参加し、会議・研修等に参加することで把握に努めています。経営状況については、理事会や、法人内で月2回行われる管理職会議で把握や分析を行っており、人件費率等はオンラインでのチェックもできるようになっています。また、税理士法人が会計関係についての監査等を行っています。
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	経営課題については理事会等において役員間で共有されており、施設長を通じて職員へ周知が図られています。経営課題の1つとして職員不足があり、法人として求人委員会が中心となり学校訪問を行うなど人材集めに力を入れています。また、オンデマンドでの研修を取り入れ職員の質の向上を図る等の具体的な取り組みが進められています。
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。	c	中・長期計画については、法人のものが事業計画書及びホームページに掲載されており、理念や基本方針の実現に向けた目標等が明記されていますが、グループホーム独自の中・長期計画を明文化するとともに、数値目標や具体的な成果等を設定することで実施状況の評価が行えるような内容となることを期待します。
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。	c	法人の中・長期計画を踏まえ、理事会にて課題の抽出を行っています。グループホームとしては、重度の障害を持つ利用者が多くなってきたこともあり、介護に対する支援力の課題が見えてきました。研修や内部でのスーパービジョンを実施し、具体的な支援の体制を整え、動き出していますが明文化したグループホーム独自の中・長期計画を踏まえた単年度の事業計画を策定することを期待します。
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	各事業計画は、各部門や委員会、係り担当に割り振り、それを取りまとめた上で策定しています。また、事業計画書は全職員へ配布し周知を図っています。話し合い（評価振り返り）は行っていますが、見直しを行うまでには至っていないので、見直しを行い、記録に残すことを期待します。
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。	b	事業計画書を家族等や利用者に配布し、周知を図っています。また、事業計画書の漢字にはすべてルビを振り、読みやすいように工夫しています。今後は外国人の利用者も想定し対応していくことを期待します。

福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	評価結果	判断根拠・特記事項等
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	年1回自己評価を実施し、職員会議や委員会毎に結果の分析・検討が行われています。文書化はされていませんが組織的にPDCAサイクルに基づく福祉サービスの質の向上に関する取り組みを行っています。今後は記録に残すなど明文化に向けた取り組みに期待します。
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。	c	自己評価の分析をし、事業所の課題抽出を行っています。課題を職員と共有し、計画的に改善の取り組みを行い、必要に応じて改善計画の見直しを行うことを期待します。
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	施設長の役割と責任については、事業計画書の職務分担表やキャリアパスの職務内容にて文書化されており、職員へ周知されています。また、施設長は銚田市社会福祉協議会の評議員として地域との繋がりも持っています。
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	法人として「ハラスメントは許しません！！」として文書を配布したり施設内に掲示するなどして徹底した対策を行っています。また、研修を積極的に受講し、遵守すべき様々な法令等に関する正しい知識の習得・理解に取り組んでいます。虐待についても、職員や利用者から話を聞き、疑わしい案件は通報するよう職員に伝えるなどの対応をしています。
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。	b	オンデマンド研修を取り入れたり、良いと思った研修を職員に勧めたりと職員の質の向上の為の支援を行い、よりよい福祉サービスが提供できるように取り組んでいます。また、施設長はABA研修に参加したことを活用し、実践しています。職員からの意見があった際、できることは迅速に取り入れるようにし、個別支援力を発揮しています。
II	1	(2)	②経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	b	子育てしつつ働いている職員も多く、働き方の希望を聞いて短時間勤務に変更するなど、それぞれのライフスタイルに合うような働きやすい環境を整備し、人材の確保や定着につなげています。また、業務に関しては、なくせる業務となくしてはいけない業務を職員と共に精査し、業務の実効性を高める体制を構築しています。
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。	a	法人として「求人委員会」を設置しており、人材の確保に計画的に取り組んでいます。また、国家資格の取得を推奨したり、全職員が強度行動障害研修を受けたりと、質の高い福祉サービスの実現のため、人材の育成に励んでいます。
II	2	(1)	②総合的な人事管理が行われている。	a	人事基準については、法人の人事考課規程にて職員へ周知されています。経験年数や立場の違いで一定の人事基準を定め、評価をして昇給や賞与、昇進、昇格等へ適正に反映しており、職員が自分の将来を描くことができるようなキャリアパス制度が整っています。年2回職員が提出する「業績目標・チャレンジシート」を基に面接を行っています。

福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	評価結果	判断根拠・特記事項等
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。	a	法人の事業計画書内の中期計画の1つには、職員の働きやすい職場づくりの取り組みとして「職員処遇の向上」が掲げられています。また、1時間単位で取得できる有給休暇や、看護・介護休暇、育児短時間勤務等の働きやすい制度も充実しています。職員は子育て世代も多く、短時間勤務を利用し働いている職員も多くみられています。
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	就業規則に利用者に接する際の心構えについて明文化しています。職員それぞれが知識や経験に応じて「業務目標」「能力開発目標」を設定し、目標を明確にしています。年に2回の面接では、目標設定の話し合いや目標の進捗状況・達成度の確認をしており、職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っています。
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。	a	オンデマンド研修を取り入れているほか職員の職種や経験年数などにより、外部研修へも参加しています。ホームページにも掲載されていますが、法人として「資格取得支援」の助成や研修の費用面でのサポートを行うようになっており、より良い福祉サービスの提供ができるように職員のスキルアップを図っています。
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。	a	職員一人ひとりの職種や経験年数、それぞれの希望に合わせた内容がオンデマンドで受講できるように計画されています。また、その他にも興味関心がある研修は申告し、参加することが可能となっています。
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。	b	グループホームは日中利用者が不在になるため、グループホーム単体としては実習の受け入れに適しておらず、実習の依頼及び受け入れの実績はありません。法人内の他施設に実習の受け入れがあった際には、実習プログラム内にグループホームの見学も組み込み、グループホームの役割を説明し、施設ごとの機能の理解を促しています。
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	ホームページを通して、法人全体としての理念や基本方針、各施設の情報、事業計画、決算情報、苦情解決の体制と仕組み等を公開しています。また、広報誌は冊子以外にホームページでも公開されており、さらに多くの関係機関に目が止まるよう事業所の情報発信が行われています。
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。	a	事務、経理、取引等に関するルールは、運営規定や就業規則等にて明確にされており、また、法人の事業計画書や職務分担表において、事業所の事務や経理についての責任者を明確にしており、職員へは周知されています。また、法人として月に1回の税理士による外部監査が行われています。

福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	評価結果	判断根拠・特記事項等
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	法人の倫理綱領に社会参加の促進を掲げており、「スマイルフェスティバルIN銚田」にボランティアで参加したり、地域の秋祭りに参加する等、地域での交流の機会を広げる取り組みをしています。日常的には利用者の市内店舗への買い物や役所での手続き等、個々の利用者のニーズに応じて地域と交流する機会を設けています。また、隣接したバックアップ施設にて子どもたちとの交流などが行われた際に、グループホームの利用者も参加をしており地域住民との交流を深める機会もあります。
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	ボランティア受け入れアニュアルを整備していますが、利用者の特性上、受け入れられるボランティアも限られており、受け入れは難しいという現状があります。また、ここ数年は特にコロナ禍もあり受け入れの実績はありません。
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。	c	地域の事業所名簿やボランティア団体の名簿をリストアップし、福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にしています。グループホーム連絡協議会に加盟したり、地元銚田市の社会福祉協議会の委託や自立支援協議会の委員の委託をすることで、関係機関と定期的に連絡を取ることができていますが、一部の職員に限られているため、リストや資料について壁に貼りだしたり会議などで説明し、全職員へ情報の共有を図ることを望みます。
Ⅱ	4	(3)	①福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b	グループホームの特性上、事業所を活用した交流や講演・研修等はありません。施設長が、銚田市社会福祉協議会の評議員を努めており、障がい者の受け入れ等に携わり地域に還元しています。
Ⅱ	4	(3)	②地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	c	銚田市の社会福祉協議会の評議員や自立支援協議会の委員を務めたり、民生委員の会議に参加したりし、地域の福祉ニーズの把握に努めています。地域住民から相談事を受けた際は対応し、アドバイス等を行っています。バックアップ施設を利用しての地域住民との交流などを通じ、地域住民への福祉の理解や地域づくりのための取り組みを望みます。
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。	a	理念に「ひとりひとりの人生を、価値あるものにしたい」とし掲げています。倫理綱領についても「個人の尊重」・「人権の尊重」・「プライバシーの尊重」・「社会参加の促進」等を掲げ利用者を尊重する姿勢を明示しています。職員の年1回の定期試験において基本姿勢を確認できるようにしています。利用者の尊重や基本的人権への配慮について各種委員会や定期的な研修においても共通理解を図る取り組みが実施されています。

福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	評価結果	判断根拠・特記事項等
Ⅲ	1	(1)	②利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a	利用者のプライバシー保護や権利擁護については規程やマニュアルが整備されています。写真画像の肖像権使用についての可否を確認しています。グループホーム内は全室個室で利用者がプライバシーを守りながら生活が送れるようになっています。不適切な事案が発生した場合の対応方法等が服務規程に明示されています。
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。	a	事業所の理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容については写真を交えて漢字にはルビを振るなど分かりやすく表現してパンフレットやホームページで周知を行っています。ホームページの情報提供については必要に応じて見直しが行われています。施設見学や体験利用については随時対応し職員が付き添い丁寧な案内対応が行われています。
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	利用開始時の説明については重要事項説明書を用いて利用者の特性に合わせての文字盤の使用や絵カード、写真等を用いて理解しやすい丁寧な対応が行われています。希望に応じて入所前に体験利用を行い自己決定を尊重して入所につなげています。利用開始時には詳細なアセスメントが実施されています。
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	他事業所への移行については相談支援専門員を交えた担当者会議が開かれ、福祉サービスの継続性を配慮した丁寧な対応が行われています。高齢者施設への移行など事業所の変更については施設見学をするなど利用者の意向を尊重しながら進められています。利用者、家族等の承諾の下、求められれば定められた書式により移行先への情報提供を行っています。福祉サービスの利用が終了した後も利用者や家族等が相談できる担当者や窓口としてサービス管理責任者が対応することを記載した文書を作成し利用者、家族等に渡すことを期待します。
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。	c	サービス管理責任者が定期的に其々のグループホーム内を巡回し、その都度利用者本人から話を聴いています。また、日々支援している世話人や支援員からも様子を聴いています。「利用者懇談会」を実施して利用者の困っていること、疑問に感じていることなども含めて満足に関する聞き取りを実施しています。障害の程度から満足度の調査が困難な中で個別支援計画のモニタリングを通して、目標の達成度等も利用者満足の指数として捉えるのも有効と考えられます。
Ⅲ	1	(4)	①苦情解決の仕組みが確立してお、周知・機能している。	b	苦情解決の仕組みが整備され利用開始時に説明している他、第三者委員の連絡先がグループホーム内に掲示されたり、意見箱をそれぞれの居住スペースに設置するなど利用しやすい仕組みになっています。また出された苦情については、対応状況や結果について本人や家族等に伝えとともに、個人名を伏せてグループホーム内に掲示しホームページや法人機関誌で公表しています。

福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	評価結果	判断根拠・特記事項等
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	サービス管理責任者が毎週各グループホームを巡回し、利用者から話を聴き取る体制になっており相談・意見の多くはその際に上がっています。また、日々、世話人、生活支援員にも様々な要望・相談が上がってきており、気兼ねなく話ができる空気が出来上がっています。事業所以外の地域の相談機関を含めた相談窓口や複数の相談方法等を自由に選べることについて、わかりやすく利用者や家族等に説明した文書の作成や配布など今後の取り組みに期待します。
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る。	a	利用者からの相談や意見についてはケース記録に残し、相談のなかで苦情に該当するものについては苦情受付マニュアルに則して対応しています。また、出された苦情に対しては、対応状況や結果について本人や家族等に伝えるとともに、個人名を伏せてグループホーム内に掲示したり利用者へも伝えている他、ホームページや法人機関誌で公表しています。
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	事業所としてリスクマネジメント体制が構築されており、ヒヤリハット、事故などについては速やかにインシデントレポート、アクシデントレポートが作成され報告・共有されています。レポート作成時には緊急対応策を記載し、安全管理委員会において再精査する仕組みとなっています。
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。	a	感染症対策について責任者を明確にした管理体制を整備し、予防と発生時の対応マニュアルを作成しています。各バックアップ施設で感染症対策委員会を月1回開催したり、オンデマンド研修において全職員が感染症の基本を学ぶ等、感染症に対する知識を深め、予防と発生時に迅速な対応が出来るような体制を整備しています。必要に応じ随時研修会を実施して職員に周知徹底を図っています。感染症対策の一環として月に1回、利用者に居室で食事を食べる練習を行っています。
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	消防計画を策定している他、災害時の業務継続計画が作成されています。安否確認の方法が決められ安否コールを活用し、一斉メールにて職員間で情報の共有化、安否確認しています。食料や備品等の備蓄リストを作成し、各バックアップ施設が一体的に備蓄しています。消防訓練についてはバックアップ施設と合同で消防署立ち合いによる総合訓練を行っています。
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明文化され保育が提供されている。	a	事業所が提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が明文化されており、利用者一人ひとりの支援方法を写真などで図示するようなわかりやすい支援マニュアルも整えられています。配薬や服薬などの場面によってダブルチェックするなど、標準的な実施方法に基づいたサービスの提供が実施されているか確認する仕組みがあります。

福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	評価結果	判断根拠・特記事項等
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	福祉サービスの実施方法として各生活支援の場面ごとにマニュアルがあり、一人ひとりの支援マニュアルも整備されており、より良い支援ができるようにしています。要望や状態変化があった場合には、その都度検討し見直しが行われる仕組みとなっています。
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。	a	サービス管理責任者が利用者と面談し、家族等からの要望を踏まえ、生活支援員や看護師、管理栄養士等支援スタッフとの計画策定会議を経て策定しています。支援困難ケースについては必要に応じて、家族等、相談支援専門員、行政を交えてサービス担当者会議を開催しています。個別支援計画には利用者の意向、解決すべき課題（ニーズ）、長期、短期目標、支援内容、留意事項等も具体的に明記されています。
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。	a	月末毎に支援担当者が個別支援計画の進捗に係る月間評価をまとめ、それらを踏まえてサービス管理責任者が半年毎にモニタリング、支援会議を経て計画策定や変更を行っています。個別支援計画に緊急変更があるときは支援記録ソフトの施設連絡欄に記載し直ちに周知できるようになっています。
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	利用者個々の個別支援計画にもとづく福祉サービスの実施状況の記録は日々パソコン上で管理され、ネットワークシステムの利用により職員間での情報の共有が図られています。職員間での差異が生じないように入職時に指導するほか、書式が整理され漏れのないように工夫されています。朝と夕の申し送りにおいてもパソコン上の記録をもとに情報の共有が図られています。全職員がインカムを装着しているので、申し送りを含め随時重要事項を共有できる体制になっています。
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。	a	個人情報保護に関する基本方針が策定されており、利用者本人や身元引受人に対しても重要事項説明書などで説明しています。個人情報保護規程により記録管理の責任者を定めて利用者に関する記録の管理体制を整えています。職員は研修等で個人情報保護規程等を理解し個人情報の流出がないよう取り組んでいます。また情報漏洩管理ソフトを導入し抑止力を働かせています。
内	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	利用者の自己決定の尊重やエンパワメントの理念に基づく個別支援が行われています。利用者の障害特性による音、光に対する感覚過敏や強いこだわりに合わせて環境を整えたり、見える化することで理解しやすいように構造化する工夫が行われています。グループホーム内の生活におけるルールにおいては、随時話し合い結果を掲示して分かり易く対応しています。利用者の被服、嗜好品等は職員付き添いのもと、買い物に行ったり、注文を取って購入するなどして支援しています。

福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	評価結果	判断根拠・特記事項等
内	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。	a	利用者の権利擁護について、マニュアルが整備され、職員に理解が図られています。虐待防止委員会を設置して権利侵害の防止に関する取り組みを徹底しています。委員会において身体拘束の実施状況の確認や廃止に向けての検討を行っています。不適切支援が確認された際は行政へ報告しています。利用者に対しては「こんなことをされたら黙っていなくていいんだよ」ということを常に伝えています。
内	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	グループホーム内での生活は食事時間帯以外は基本的に自由で、リビングや各自の個室で自由に過ごしています。利用者の能力に応じた家事の分担を含め生活の自己管理が出来るよう職員は見守りを基本姿勢に支援を行っています。
内	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。	a	利用者の心身の状況に応じて、様々な機会や方法によってコミュニケーションが図られています。言語のコミュニケーションが困難な利用者には絵カードや文字盤、指差しなどによりコミュニケーションを図っています。さらに日常生活の中から、こだわりや得意・不得意、好き・嫌い、快・不快、嗜好などを理解し共有し、コミュニケーションが十分でない利用者への個別的な配慮としています。
内	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。	a	サービス管理責任者が毎週各グループホームを巡回し、利用者から話を聴き取る体制になっており相談・意見の多くはその際に上がっています。日常的にも世話人・生活支援員とも個別に話せる機会が設けられています。相談内容についてサービス管理責任者と関係職員による検討と理解・共有が行われています。
内	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	個別支援計画にもとづく日中活動として軽作業や創作活動等の個別メニューで行われています。法人外の事業所を希望する利用者に対しては情報提供や事業所見学に職員が同行したりしています。現在は2名の利用者が他法人の就労事業所に通所しています。県や市で開催するスポーツ大会や近隣地域の行事に参加しています。
内	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。	a	知的障害に関わる職員の大多数が強度行動障害支援者養成研修を修了するなど、職員は障害に関する専門知識の習得と支援の向上を図っています。オンデマンド研修で自主学習も可能となっています。行動障害のある利用者に対しては個別支援計画と別に支援計画シートを作成し、環境設定や配慮事項等の支援方法の共有化を図っています。
内	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。	a	利用者個々の障害特性、心身の状況を考慮した個別支援計画が策定され、計画に基づいた日常的な生活支援が行われています。毎月給食委員会が開かれ利用者の嗜好を考慮した献立を基本にバランスの良い食事の提供が行われています。食事・入浴・排泄・移動支援については其々のマニュアルが詳しく作成され個々の生活支援が行われています。

福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	評価結果	判断根拠・特記事項等
内	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。	a	グループホームは全室個室になっており一般家庭に近い環境、雰囲気です。安心して生活が送れるように配慮されており、共用スペースには掘り炬燵が備えられ寛げることができます。居室は利用者の好きなように家具等を配置したり、ポスターを貼ったりして居心地良い空間となっています。利用者が不安定になりグループホームでの生活が困難な状況にある時は一時的にバックアップ施設で生活するなどフォローが受けられるようになっています。
内	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。	b	グループホームでの生活では可能な限り自分のことは自分で行うよう生活動作や行動の中で、意図的な機能訓練・生活訓練の支援が行われています。日中活動時には各事業所の理学療法士や作業療法士がリハビリ計画を策定しメニューに即した機能訓練・生活訓練が行われています。リハビリ計画は定期的にそれぞれの専門職によって評価、見直しが行われています。
内	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	日中活動先の看護師とは日中活動時やグループホームでの生活状況等は情報の共有がされています。利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等が適切に行われ情報の共有と夜勤者への引継ぎ等適切に行われています。健康相談や医師の回診、定期健康診断時の数値の変化等で必要に応じて医療機関の受診につなげています。
内	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	日中活動事業所と一体的に健康管理体制が形成されています。管理者を明確にして適切な管理体制が取られています。利用者の服薬については服薬管理マニュアルに基づき氏名を読み上げたりダブルチェックを行っています。慢性疾患やアレルギー疾患等のある利用者については家族等と連絡を密に取り、医療的ケアを実施する場合は医師による「指示書」を基に看護師が実施して安全確保を図っています。医療的な支援に関する職員研修が定期的に実施されています。
内	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	利用者一人ひとりの希望と意向を尊重した学習支援が実施されています。地域行事案内で周知し地域で開催されるイベント等に出かける機会を作って社会参加の機会としています。利用者の個人的な要望による外出やイベントの参加希望があればプライベート支援という形で職員が同行付き添いの支援が行われています。
内	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	地域生活への移行や地域生活について個別支援計画見直し時に確認したり利用者の意思や希望が尊重されています。日常的に情報提供が行われたり事業所の見学等に同行するなどの個別支援が実施されています。現在は2名の利用者が他法人の就労事業所に通所しています。

福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	評価結果	判断根拠・特記事項等
内	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	担当者が年数回写真付きで利用者の生活状況を伝え、通院した場合は結果を電話で報告しています。利用者の希望で家族等に電話をかけたり面会や外泊の調整を行ったり、また相談等にも応じています。利用者の体調不良時や急変時には速やかに電話・メール等で連絡しています。家族会の会合時にはグループ情報交換の場を設けて連携を図っています。
内	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。	評価外	
内	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。	評価外	
内	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。	評価外	
内	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。	評価外	