

(様式第3号)



岡山県福祉サービス第三者評価受審証明書

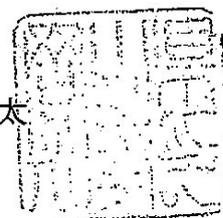
事業者名 社会福祉法人慶光会

上記の者は、岡山県福祉サービス第三者評価実施要領に基づく福祉サービス第三者評価を受審したことを証明する。

- | | |
|-----------|---|
| 1 サービス種別 | 共同生活援助（事業所名 グループハウスかわかみ） |
| 2 評価受審年度 | 令和3年度 |
| 3 評価年月日 | 令和3年12月31日 |
| 4 公表期間 | 令和4年4月12日から令和7年3月31日まで |
| 5 評価機関名 | 有限会社アウルメディカルサービス |
| 6 評価結果の公表 | 独立行政法人福祉医療機構が運営する「福祉保健医療情報ネットワークシステム（ワムネット）」及び岡山県（指導監査室）ホームページに掲載 |

令和4年5月10日

岡山県知事 伊原木 隆太



(様式第2号)

福祉サービス第三者評価結果報告書

①第三者評価機関名

有限会社アウルメディカルサービス

②施設・事業所情報

名称：グループハウスかわかみ	種別：障害者支援施設（共同生活援助）
代表者氏名：立岡 一夫（管理者）	定員（利用人数）：33（26）名
所在地：岡山県真庭市蒜山上福田1201番地23	
TEL：0867-66-4060	ホームページ：www.keikoukai.net
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成 26 年 6 月 1 日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 慶光会	
職員数	常勤職員：12名 非常勤職員 8名
専門職員	管理者 1名 (生活支援員) 6.1名(常勤換算)
	サービス管理責任者 2名
	(医師：嘱託) 2名、(看護師) 1名
施設・設備の概要	居室33室 (個室33室・2人部屋0室・4人部屋0室) 鉄筋コンクリート造 2階建(耐火建築物・耐震構造)、スプリンクラー設備

③理念・基本方針

「私たちが目指すもの」として

- ・障害を持つ人も、その人間としての尊厳が尊重される生まれながらの権利を有しているという視点に立ち、あらゆる差別や偏見のない、一人の人間として尊重されるような社会の実現に向けて努力する。
- ・その障害の種別や程度にかかわらず、地域に住み、地域で生きがいをもって暮らすことができるように私たちの援助活動を充実、発展させていく。
- ・「障害者の権利に関する条約」第19条の「障害者が、他の者との平等を基礎として、居住地を選択し、及びどこで誰と生活するかを選択する機会を有すること並びに特定の生活施設で生活する義務を負わないこと」を大切に受け止め、権利に値するという視点からの事業運営を目指す。
- ・私たちは、障害を持つ人たち、家族、関係者の切実な願いや要求に応え、専門的な深い洞察力と温かい目、そして知識と技術に裏づけられた人間的なやさしさをもって必要な援助にあたり、常に研究と検討を重ね、地域に開かれた創造的な事業の推進に努力していく。

「事業指針」

- ・社会福祉をしあわせづくりと心得、もっとも困った人、もっとも深刻な事柄に注目し、事業をすすめる。
- ・人間の権利と尊厳を重んずる立場から、障害者の働く場、生活する場を広げる。
- ・常識と良識に基づいた行動を重んじる。
- ・専門家としての誇りと自信をもって行動できるよう最善の努力をする。
- ・すべての人々は対等平等であるという考え方に立ち、礼儀をわきま接する。
- ・職員が福祉にかかわる仕事を志してよかったといえる事業になるよう、最善の努力をする。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・高齢化により身体機能の低下した利用者にも安心して暮らしていただけるよう重度・高齢化に対応したバリアフリーな住環境を提供しています。
- ・若く、元気な方と、高齢で身体機能の低下した方のフロアを分ける等利用者個々の状況（年齢、障害特性、身体機能等）に合わせた暮らしの場を提供しています。
- ・職員の専門性を高め、個々に合わせた支援の統一を進めています。
- ・現在利用されている利用者の生活を第一に考えた上で新たなニーズの受け入れを行っています。
- ・職員の基本姿勢として居室を訪問する際にはノックをするという常識的な行動の上、静かに戸を開ける等、支援の中で常にその人を思う行動を心がけています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 3 年 9 月 7 日（契約日） ～ 令和 3 年 12 月 31 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	初回（ 令和 3 年度）

⑥総評

◇特に評価が高い点

理念・経営方針の内容を職員は理解し、実現するための中・長期に渡る事業所計画の明確化されており、数年後の課題に向けた取り組みを行おうとしている。管理者は本部や職員との連携を重視しており、職場の風通しも良く、家族や利用者からの苦情に対しても、すぐに解決できるように取り組む姿勢が素晴らしく、アンケート調査においても満足度が高かった。また、本人の生活環境に配慮して、居室の移動を勧めたり、利用者の状態に合わせた食形態の選択や療養食の提供を行ったりしているところに工夫が見られた。利用者の特性を十分に理解し、生活に負担がかからないよう考慮した取り組みを行っていた。

◇改善が求められる点

コロナ禍で地域の関わりが少なくなっている現状だが、コロナ終焉後に向けた施策を今から考えていき、終焉後に実施することに期待しています。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回初めて第三者評価を受けたが、受審するにあたり、必要な調査票等を作成する中で当事業所は法人の掲げる基本方針に基づきながら、これからの大きな課題となってくる、障害のある方の高齢化について向き合い、安全面だけでなく、豊かな暮らしを作り、支えていくことを法人の中でも最前列に立って考えるべき事業所だと再認識できた。第三者評価の結果を職員全体で共有し、できているところについては自信をもってさらに良い支援や業務を目指し、指摘された部分については真摯に受け止め改善を図っていきたい。コロナにより停滞、後退した面についてはコロナの状況、社会状況の改善に合わせ、滞りなく、元に戻すと共に前進していきたい。

⑧第三者評価結果（別紙）

第三者評価結果

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。	○a・b・c
<p><コメント></p> <p>ホームページやパンフレット等には「私たちが目指すもの」としてわかりやすい文章で掲載している。職員には毎年度当初の全体の会議の場で周知し、中途採用者にも初任者研修の場で伝えている。また、中途採用者に対しても研修の場を設けている。利用者に向き合うために、経営方針をかみ砕いて説明し、職員にわかるように工夫している。</p>		

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	事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	○a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人本部・総務部が中心となり、法人全体の経営状況を把握し、毎月各事業所に分析結果の周知、今後の運営に対する指南を行っている。</p>		
Ⅰ-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	○a・b・c
<p><コメント></p> <p>経営状況の詳細については全ての職員（契約職員、パート等含む）への詳細な周知までは行っていない。改善すべき課題は実際の支援等の状況に合わせて伝えている。外部を交えて、第三者委員会を開催することで、外からも見えるように工夫している。</p>		

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。		○a・b・c
<p><コメント></p> <p>昨今の福祉・社会情勢を踏まえ、ビジョンが明確化できるようにして、法人、事業所として中期的な目標を単年度の事業計画に盛り込み、それを基に事業を進めている。地域支援、高齢化に向けて、論議を重ねて、数年後の課題に向けて取り組んでいる。</p>		
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。		○a・b・c
<p><コメント></p> <p>中期計画を理解した上で単年度で実現できること、次年度以降につないでいくことを事業計画にできるだけ具体的に反映している。経営の議事録を作成して、保存している。過去の事業計画との比較を行うことで計画を策定しやすくしている。</p>		

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。		○a・b・c
<p><コメント></p> <p>前年度の状況、職員の意見、評価等を反映した上で策定している。年度当初の職員会議にて全職員に書面及び口頭で周知している。事業計画は、理事会にて決定するので、その際に出た意見も参考にしている。</p>		
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・○b・c
<p><コメント></p> <p>コロナ前は、保護者会（家族会）の総会に置いて書面、口頭での説明を行っていた。コロナ終焉後には、随時説明をしていく予定。その際に、利用者の特性に合わせた、伝え方をするようにしている。</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。	○a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人内で監査委員会を設置し、各事業所の運営状況やサービスの質に関わる取り組みを把握したり、事業所の悩み等を汲み取ったりしている。毎年、自己評価を行い、今年度は初めて第三者評価を実施した。</p>		
I-4-(1)-②	評価結果に基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。	○a・b・c
<p><コメント></p> <p>監査委員会から評価をまとめたものが各事業所ごとに文書で配布している。それを基に、事業所内の会議で課題を共有したり、実践したりしている。</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。	○a・b・c
<p><コメント></p> <p>職務分掌表を作成し、全体に周知している。有事については役割分担を明示しているので、基本的に不在であっても業務携帯への連絡で対応ができています。</p>		
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。	○a・b・c
<p><コメント></p> <p>わからないことは社労士や弁護士に相談し、意見を取り入れている。毎月の管理職会議にて、労務やパワハラについての研修を行い理解を深めている。有給休暇の取得もできている。</p>		

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。		○a・b・c
<p><コメント></p> <p>各部署の会議（話し合い）の場の設定や、職員個々の状況に応じた個人面談等を行い、質の向上を図っている。管理者は事業所内での課題を見つけ、法人全体に報告しているので、安心して現場を任せることができている。</p>		
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。		○a・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は、業務の実効性を向上するため、分析を行っている。何かあれば、本部にて会議を行い、改善できるように取り組んでいる。</p>		

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。		○a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人人事部が中心となり、実践現場（事業所）と連携して人材確保、育成を行っている。</p>		
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。		○a・b・c
<p><コメント></p> <p>昇格基準については主任への基準が明示された。また、契約職員から正規職員への登用についても課題設定がされている。他の役職等への基準も明確化がすすめられている。</p>		
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。		○a・b・c
<p><コメント></p> <p>有給取得の状況や、職員の心身の健康面の把握は随時行っている。何かあれば社労士に相談し、意見を頂いている。</p>		

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。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>人事部が新任・中堅職員を中心に基本研修、目標設定、振り返りのカリキュラムを策定し、各事業所の管理者が個別面談・目標達成度や課題設定の確認を行っている。</p>	
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)・b・c
<p><コメント></p> <p>人事部が新任・中堅職員を中心に基本研修、目標設定、振り返りのカリキュラムを策定し、各事業所の管理者が個別面談・目標達成度や課題設定の確認を行っている。(上記に同じ)</p>	
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)・b・c
<p><コメント></p> <p>新任職員には経験年数3年程度のメンターをつけ、相談・指導がしやすい環境を作っている。メンターについては管理者や幹部職員が指導状況や業務の習熟度の確認を随時行っている。研修項目も事業計画に盛り込んでいる。人材育成も組織的に行っている。</p>	
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。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>実習生の受け入れは定期的に行っている。オリエンテーションの書類をマニュアルとして使用し、1日の振り返りの場を設けている。現職員に対しては、研修、資格を進めており、キャリアアップの形成に力を入れている。</p>	

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。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>ホームページやパンフレットを活用し、情報公開をしている。法人全体としては、ワムネットへの記載もしている。頂いた苦情に関しても広報誌等で情報開示もしている。</p>	

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・b・c
<p><コメント></p> <p>経理規定等は事務・総務担当職員が熟知しており、必要に応じて周知している。</p>	

II-4 地域との交流と連携・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。	○a・b・c
<p><コメント></p> <p>感染症対策により、地域交流は限定されたものになっているが、利用者への情報提供は時期や地域の特性などを勘案して、確認したものを一部提供するようにしている。</p>	
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・○b・c
<p><コメント></p> <p>コロナ終息後には、いつでも受け入れ態勢ができ、企画し支援する段階である。</p>	
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。	○a・b・c
<p><コメント></p> <p>地元地域の地区社協に所属している。</p>	
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。	○a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人として各種地域支援事業に参画している。</p>	

Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>現在、空室がある状況の中で、当GHを公益的な資源と捉え、地域ニーズを拾い上げるため、岡山県内の相談支援機関等を回り、状況説明を行った。</p>	

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)・b・c	
<p><コメント></p> <p>年1回の職員セルフチェックを行っている。その回答の内容により、検討や評価、注意喚起等を行っている。</p>		
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)・b・c	
<p><コメント></p> <p>年度当初の職員会にて文書を配布し、口頭で周知したり、マニュアルに基づいて支援をしたりして実施している。虐待記事をまとめて、職員に注意するように促している。また、プライバシーに配慮して、呼称は苗字に「さん」付けで呼ぶのを基本としている。</p>		
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。	a・(b)・c	
<p><コメント></p> <p>パンフレットの配布や施設内の見学を実施することで、理解を深めて頂けるようにしている。しかし、パンフレットの中身が、ルビがないことや文字が大きくないこともあり、重度の障害の方には理解が難しく、写真はあるが全て写真で理解できる状態ではない。</p>		
Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更に当たり利用者等にわかりやすく説明している。	a・(b)・c	
<p><コメント></p> <p>利用者の意思決定については法人内のモデルケースを研修にて提示したことはあるが、ルール化まではできていない。ご本人が納得した上で次の説明を進めるようにしている。</p>		

Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等に当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。	a・(b)・c
<p><コメント></p> <p>サービス終了後は関係する相談支援期間との連携を取りながら事業所単体での動きにならないよう必要に応じて相談を受けている。</p>	
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。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>定期的なモニタリングの際、本人の思いを聞き取り、以降の支援（計画）に反映するようにしている。</p>	
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。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>各事業所にて、苦情の掲示をされていて、家族には書面で通知している。利用者の特性を考慮して、苦情BOXを置かないようにしているので、何かあればその都度、話をして対応している。</p>	
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。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>何かあればその都度意見を聴取している。電話、相談室を活用したり、電話連絡したりすることで、意見を聴取しやすい環境を整えている。また、家族には文章で通知している。</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。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>マニュアルも整備されていて、法人に上がってくる相談や意見については、迅速に対応ができています。</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。		(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>法人としてコンプライアンス・リスクマネジメント委員会を設置、毎月のヒヤリ・ハット、事故について各事業所管理者、サビ管が報告を行い、要因分析、防止策の検討を行い、各事業所会議にて他事業所の例も含めて伝え、改善策については統一支援マニュアル等を用い周知を図っている。</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。		(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>新型コロナウイルス感染症等重篤な症状の可能性の高い感染症については法人で感染症対策本部（本部長：理事長）が設置され、マニュアルに基づく指示のもと対応を行っている。</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。		(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>消防計画を1年に1回提出している。昼夜想定で年2回実施し、消防署が来てくれる際には、水消火器にて訓練を行った。地域の消防団に加入している職員がいる。避難経路は事務所に貼ってある。また、備蓄食料については入所施設にて保管している。</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。		(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>重要事項説明書に記載している。利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護には配慮している。研修や個別の指導等によって職員に周知するようにしている。</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。		a・(b)・c
<p><コメント></p> <p>出た意見は、職員会議で聴取して、本部で確認をしているが、定期的な見直しができていない。</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	アセスメントに基づく個別支援計画を適切に策定している。	○a・b・c
<p><コメント></p> <p>アセスメント（モニタリング）時に関係職員の情報・意見を把握し作成している。個別支援計画策定会議の際にはサビ管及び支援員が中心となり計画を策定している。</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。	○a・b・c
<p><コメント></p> <p>基本的な個別支援計画の見直し時期を3月、9月、新たな個別支援計画の実施を4月、10月としている。中途利用や、緊急に計画を変更する場合は、随時見直しをしている。</p>		
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>各事業所の支援員会議に別事業所の代表職員が出席し、横断的に情報共有できる仕組みを作っている。</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。	○a・b・c
<p><コメント></p> <p>年度当初の会議にて文書を配布して、説明を行っている。</p>		

評価対象Ⅳ 具体的なサービス内容

Ⅳ-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
Ⅳ-1-(1) 自己決定の尊重		
Ⅳ-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。	a・○b・c
<p><コメント></p> <p>基本的に自己決定を尊重した支援に取り組みがまだ十分とは言えない。しかし、居室は個室となっており、個々の趣味趣向にあった居室づくりがなされていた。</p>		

IV-1-(2) 権利侵害の防止等		
IV-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)・b・c
<p><コメント></p> <p>権利侵害の防止に関する検討については会議の場で不定期に話し合っている。居室には鍵を掛けることができプライバシーに配慮した空間づくりがなされている。</p>		

IV-2 生活支援

		第三者評価結果
IV-2-(1) 支援の基本		
IV-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)・b・c
<p><コメント></p> <p>自律（又は機能維持）のため、見守りの姿勢を原則とするが、高齢化が進み、直接支援の機会が多くなっている。できることまで先回りしないよう、会議の場で事例を挙げ確認している。行政手続等の事務手続きは事業所が代行している。利用者の個性を大切に居室内の家具の配置や装飾品など安らぎのある空間づくりとなっている。</p>		
IV-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)・b・c
<p><コメント></p> <p>言語での意思疎通が難しい場合はジェスチャー等で意思疎通を図っている。グループホームの世話人の勤務、支援員の勤務状況を週単位の表にしている。また、文字だけでなく顔写真を貼り付けることでわかりやすい表現で表示している。</p>		
IV-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)・b・c
<p><コメント></p> <p>管理人世話人の詰所（事務所）のドアは常にオープンしいつでも相談しやすい環境を整えている。他のグループホームの世話人さんもローテーションでフロアの清掃を行い、グループホームを利用する全ての利用者さんについて気配りをしている。</p>		
IV-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。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>コロナ禍のため、実施が難しい外部の情報については情報提供を控えているが、実施できるものについては情報提供を行っている。町内会の清掃活動や行事などできる限り参加するようにしているが、強制とならない様に利用者さんの体調や意思確認を行い参加している。</p>		

IV-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・b・c
<p><コメント></p> <p>行動障害について、研修の参加、ケースの検討等を行っている。地域の活動に参加する場合など職員と一緒に参加し利用者の状況など地域の方に理解してもらいながら地域に根付ける支援を行っている。</p>	
IV-2-(2) 日常的な生活支援	
IV-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・b・c
<p><コメント></p> <p>食事は嗜好調査を定期的実施。個別の嗜好が献立と合わない場合は、個別対応もしている。利用者個々の状態に合わせ、食形態の選択や療養食の提供も行っている。重度化に伴い今後リフト入浴・特浴など検討課題として取り組んでいる。</p>	
IV-2-(3) 生活環境	
IV-1-(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・b・c
<p><コメント></p> <p>バリアフリーとなっており、車いすでの移動も可能である。また、エレベータも配置されている。共用スペースは、できる限りスペースを開け安全に配慮されている。</p>	
IV-2-(4) 機能訓練・生活訓練	
IV-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・b・c
<p><コメント></p> <p>高齢等で身体機能の低下した利用者について、無理のない範囲で機能訓練を行っている。今後、定期的にモニタリングを行い、専門職の助言等も取り入れながら向上させていく。</p>	
IV-2-(5) 健康管理・医療的な支援	
IV-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・b・c
<p><コメント></p> <p>法人看護師による健康管理が適切に行われており、日中活動での健康管理情報が世話人や支援員に行き届くシステムとなっているため安心して生活が行える。</p>	

IV-1-(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 · b · c
<p><コメント></p> <p>服薬については、利用者全員が職員管理としている。服薬に関する危険予知トレーニング等の講習を看護師主導で必要に応じ開催している。</p>	
IV-2-(6) 社会参加、学習支援	
IV-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。	○ a · b · c
<p><コメント></p> <p>コロナ禍では、実施できない期間もあったが、基本的には、外泊・外出等は基本的に利用者の意向に沿って実施している。</p>	
IV-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	
IV-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。	○ a · b · c
<p><コメント></p> <p>法人内の別事業所へ移動することで、他の体験ができるようにしている。</p>	
IV-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	
IV-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 · b · c
<p><コメント></p> <p>「家族通信」を作成し、利用者の生活の様子を写真や文章にした手紙を、年に2回家族に送っている。事業所だけの一方的な判断や思いにならないよう、支援変更等の重要な事柄については担当の相談支援機関と連携を取りながら、家族との連絡を行っている。</p>	

IV-3 発達支援

	第三者評価結果
IV-3-(1) 発達支援	
IV-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
<p><コメント></p> <p>非該当</p>	

IV-4 就労支援

		第三者評価結果
IV-4-(1) 就労支援		
IV-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> 非該当		
IV-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> 非該当		
IV-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> 非該当		