

評価細目の第三者評価結果(障害福祉サービス)

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	コメント
I - 1 - (1) 理念、基本方針が確立されている			法人理念は、「明るく開かれた精神科医療(福祉)をめざし『人権擁護の精神』を尊重し社会福祉法人としての伝統と、人間愛の精神を持って運営」であり、事業所内に掲示してある。また、法人のリーフレットに事業所の運営方針として「入居者の意思と人格を尊重し、常に入居者の立場に立ってサービスを提供します」と明示されている。そして、基本方針は、運営規定第2条に「運営の方針」として明記されている。
	① 理念が明文化されている	Ⓐ・b・c	
	② 理念に基づく基本方針が明文化されている	Ⓐ・b・c	
I - 1 - (2) 理念、基本方針が周知されている			
	① 理念や基本方針が職員に周知されている	Ⓐ・b・c	近年、「運営の方針」の中にある「定期的な評価」に伴うPDCAを重視して取り組んでいる。そのため、職員ミーティングにおいて特に話し合われている。また、1年に1回、自己評価を行った後で、法人幹部との面談があり、この自己評価を行うことが、周知状況の確認や継続的な取り組みにつながっている。
	② 理念や基本方針が利用者等に周知されている	Ⓐ・b・c	

I - 2 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
I - 2 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている			
	① 中・長期計画が策定されている	a ・ b ・ c	<p>事業所としての目標は、年度末に全職員で振り返りをした上で立てている。平成26年度目標は、①期日までに個別支援計画を作成する。②虐待の芽をつみ、サービスの質の向上を図る。③利用者、職員と信頼関係を築き、やりがいのある職場づくりを目指す。④業務分担をし、効率的に業務を遂行する。⑤心と身体の健康を維持、増進する努力をし、自己の生活を充実させるとなっている。但し、中長期計画は、現在法人として作成中である。今後中長期計画が作成されることで、法人の目標を明確にし、その実現のために組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等に関する具体的な計画が整備されることが望まれる。</p>
	② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている	a ・ b ・ c	
I - 2 - (2) 事業計画が適切に策定されている			
	① 事業計画の策定が組織的に行われている	a ・ b ・ c	<p>事業計画の実施状況の把握、評価は、職員会議で行われており、そこで話し合われたことを踏まえ、管理者と法人幹部職員とで事業所の事業計画の見直しを行っている。事業計画に関しては、年度末及び年度初めの職員会議で話し合われていることを職員会議記録で確認した。事業計画をわかりやすくしたものとして、各年度の目標を文書化し、毎月の職員会議次第に明示している。</p> <p>事業計画をわかりやすく説明した資料はない。ただ、法人のリーフレットが今年度作成され、分かりやすいものになっているので、その活用を考えている。そのため、今後、利用者や家族への事業計画の説明資料として、法人のリーフレットと事業所の年度目標などを合わせて活用していくことが望まれる。</p>
	② 事業計画が職員に周知されている	a ・ b ・ c	
	③ 事業計画が利用者等に周知されている	a ・ b ・ c	

I - 3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果	コメント
I - 3 - (1) 管理者の責任が明確にされている			
	① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している	a ・ (b) ・ c	管理者の役割と責任については、運営規定で文書化されている。管理者は職員会議の司会進行役でもあり、職員会議や朝の申し送りの際に、リスクマネジメントや日々の支援に関することなどについて話し合うことで、自らの役割と責任についての表明につなげている。有事における管理者の役割は、災害マニュアルで明記されている。但し、広報誌等への管理者の自らの責任と役割についての表明の掲載はない。そのため、今後、例えばホームページなどの活用により、管理者の役割と責任の表明が望まれる。
	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	管理者は、事業者説明会や事業者集団指導などの法令遵守の研修に参加している。遵守すべき法令については、消防関係、エレベーター、電気保安関係、社会福祉関係、労働法関係など分野別に整理し管理している。平成26年2月に、防災対策とコンプライアンスの研修を受け、職員会議で伝達している。
I - 3 - 2) 管理者のリーダーシップが発揮されている			
	① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している	(a) ・ b ・ c	質の向上のための取り組みとして、全職員が「虐待のチェックシート」の記入を行っている。また、毎月の職員会議で、ヒヤリハットノートの分析を行っている。また、管理者は職員と同じ勤務シフトに入り、気になる点は毎朝の申し送りで討議し、意見を出し合っている。課題の把握の方法として、チェックシート、ヒヤリハットノート、月1回の入居者懇談会、月1回のグループワーク、年1回の家族との懇親会、年1回の家族及び本人との契約更新面談などを活用している。これらのことを年度末に職員会議で全職員で振り返り、次年度の目標を立て、その中に具体的な目標を明示している。
	② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している	(a) ・ b ・ c	管理者は、毎月財務に関する分析を実施し、法人運営課長会議に出席して業務報告を行うとともに、法人より経営分析、報告を受け、職員会議で報告・周知している。課長会議資料や職員会議録で会議への参加と運営費に関して検討されていることを確認した。

評価対象 II 組織の運営管理

II - 1 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
II - 1 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している			
	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている	a ・ (b) ・ c	<p>社会福祉事業全体の動向は、全国組織の関係団体に所属することで把握している。事業所が位置する地域での特徴・変化や潜在的利用者に関するデータは、自立支援協議会などの活動や市の情報、そして併設されている相談支援事業所から得ている。</p> <p>把握された情報やデータが中長期計画や事業計画に反映されていることは確認できない。そのため、今後、中長期計画が作成される中で、情報やデータ把握に基づく具体的な取り組みが各計画に明示されていくことが望まれる。</p>
	② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている	a ・ (b) ・ c	<p>コスト分析等は、四半期ごとにときわ病院課長会議において収支報告されている。この報告は、職員会議で報告され、回覧することで職員へ周知している。</p> <p>改善に向けた取り組みは、職員会議で話し合われていることは会議記録で確認したが、事業計画に反映されていることは確認できない。そのため、今後、中長期計画や事業計画などに具体的な取り組みが反映されることが望まれる。</p>
	③ 外部監査が実施されている	(a) ・ b ・ c	<p>外部監査は、2か月に1度公認会計士による指導を受けている。「指摘事項」という文書で確認した。</p>

II - 2 人材の確保・養成

		第三者評価結果	コメント
II - 2 - (1) 人事管理の体制が整備されている			
	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している	a ・ b ・ c	<p>運営規定や契約書に人員配置の状況が記載され、事業計画には「地域の連携と質の向上」という文言はあるが、必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方や、人事管理に関する方針は確認できない。また、有資格職員の配置等、必要な人材や人員体制についての具体的なプランやプランに基づいた人事管理の実施は確認できない。</p> <p>人事考課は、法人全体として実施している。「勤務評定実施要領」に基づき実施され、この要領の中に目的等が明示されている。実施要領は全職員へ回覧され、要領の中に「評定の開示」として開示の方法が明示されている。</p>
	② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている	a) ・ b ・ c	
II - 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている			
	① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている	a ・ b) ・ c	<p>有給休暇や時間外に関するデータは、管理者がチェックし、「勤務状況調べ」にデータがファイルされている。分析・検討は、管理者、病院次長、事務局長で検討している。個別面談は、勤務評定時に病院次長と面談が実施される。また、全職員加入の労働組合があり、個別に相談可能である。そして、専門家による相談については、法人全体にメンタルヘルスに関する専門家が所属しており、その活用が可能であることと、労働組合に関わりのある専門機関にも相談できる就業環境である。</p> <p>但し、データの分析結果の改善策について具体的なプランへの反映は確認できない。そのため、現在作成中の中長期計画や各年度作成している事業計画に改善策が反映されることが望まれる。</p> <p>福利厚生センターへの加入は会員証で確認した。また、法人全体として、病院次長と看護部長が職員の相談窓口であることが周知されている。</p>
	② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる	a) ・ b ・ c	

II - 2 - (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている			
	① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている	a ・ (b) ・ c	<p>組織が目指す福祉サービスの実施は、運営方針、就業規則、職務規定にも示されている。必要な資格取得のために、勤務時間等には配慮を行う。今年度は、実習指導者養成研修に勤務として参加している。</p> <p>但し、専門職配置加算を取っており、専門職の配置に努力しているが、基本方針や中長期計画の中に組織が求める専門技術や専門職の明示は確認できない。そのため、例えば現在作成中の中長期計画等に明示することが望まれる。</p> <p>外部研修には、基本各職員1年に1回は参加して、研修報告書を提出し、研修の考察がされている。また、職員会議において伝達研修を行っている。個別の職員の技術水準等は、勤務評定で把握されるとともに、管理者は、現場レベルで各職員の技術水準等を把握している。また、県外大学の准教授を招いて家族支援の講演会や県内の他グループホームと勉強会を実施したりと研修に積極的に取り組んでいる。</p> <p>但し、研修計画は作成されておらず、研修の実施計画のみ作成している。また、評価・分析した結果を次の研修計画に反映したり、研修内容やカリキュラムを見直していることは確認できない。そのため、研修計画の作成や研修の評価・分析結果を研修計画へ反映させる取り組みが望まれる。</p>
	② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている	a ・ (b) ・ c	
	③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている	a ・ (b) ・ c	
II - 2 - (4) 実習生の受入れが適切に行われている			
	① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている	a ・ b ・ (c)	<p>実習受入れに関しては、グループホームでもあり、病院の看護実習生の実習プログラムの中の1日といった実習生の受入れであり、グループホーム主体の実習受入れはない。また、大学等からの直接の実習の申し込みもない。</p>

Ⅱ - 3 安全管理

		第三者評価結果	コメント
Ⅱ - 3 - (1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている			
	① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている	a ・ (b) ・ c	<p>管理者は、職員会議でヒヤリハットノートについて必ず検討を行っている。また、安全管理について朝の申し送り時に話をしたり、利用者との懇談会で安全管理について話をしたりとリーダーシップを発揮している。</p> <p>感染症に関するマニュアルが作成されている。また、通常、健康で日常生活は自立した方々が生活しているが、事業所として「緊急時を想定したシュミレーション」や「一次救命措置」という緊急時の対応が文書化されている。外出・外泊・帰宅時の災害等に関する連絡方法は、職員が持ち回りで携帯電話を所持し、利用者の方には、携帯電話の番号が書かれた紙を渡している。そして、利用者一人ひとりの個人ファイル(傷病者情報記録票)が作成されており、緊急の際には利用者の状況を的確に伝えることができる。</p> <p>平成25年11月に救急法について研修を実施している。今年度は、「緊急時を想定したシュミレーション」を作成し、職員会議等で全職員で確認している。平成25年8月には、消防署職員に講演をしてもらうなど、協力体制を作っている。施設賠償保険にも加入し、賠償資力の確保にも努めている。</p> <p>但し、緊急時対応マニュアルが確認できない。例えば、「緊急時を想定したシュミレーション」や「一次救命措置」などの文書をマニュアルとして整理していくなどの取組が望まれる。また、感染症に関するマニュアルの定期的な見直しは確認できない。その取り組みが望まれる。</p>

	② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている	① a ・ b ・ c	<p>災害時対策マニュアルは、法人全体として作成されている。災害発生フローチャート、災害対策組織表、緊急連絡網、関係機関一覧表、備蓄リストなどが作成されファイル化されている。備蓄の賞味期限の確認が行われていることも11月の職員会議記録で確認した。また、グループホーム専用の「社会復帰施設非常通報リレー図」も作成されている。今年度は2回防災訓練を実施しており、11月には病院と合同で、消防署立ち会いで総合訓練を実施している。</p>
	③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している	① a ・ b ・ c	<p>事例の収集や発生要因の分析は、「ひやりはっと」ノートをもとに、毎月の職員会議で討議されている。平成26年2月に防災対策、コンプライアンスをテーマとする県主催の研修に参加し、職員会議で伝達研修を実施している。評価・見直しは、毎月の職員会議で、「ひやりはっと」ノートやインシデント・アクシデントレポートに基づき実施されている。</p>

II - 4 地域との交流と連携

		第三者評価結果	コメント
II - 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている			
	① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている	Ⓐ ・ b ・ c	<p>地域との関わり方についての基本的な考え方は、運営方針や事業計画に明記してある。情報は、掲示板を利用したり、懇談会で説明したりしている。地域の活動や行事の際は、職員が付き添い支援を行っている。事業所として、利用者も地域住民の一員であることを認識してもらうため、地域行事等への参加に取り組んでいる。地域活動の状況は、「地域活動等」というファイルで確認した。地域活動の中で、トーンチャイムの活動については、企画段階から利用者の方々に参加している。</p> <p>講演会等の開催は、病院医師の講演会の開催や利用者・家族向け講演会を開催している。また、自立支援協議会を通して、小・中・高生への出前講座を行っている。地域に向けての理念や基本方針の説明は、法人リーフレットを民生・児童委員へ配布している。</p>
	② 事業所が有する機能を地域に還元している	Ⓐ ・ b ・ c	
	③ ボランティア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 ・ c	
II - 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている			
	① 必要な社会資源を明確にしている	Ⓐ ・ b ・ c	<p>ボランティアに関しては、「日中活動及び行事ボランティア受入要綱」があり、目的が明記され、登録、遵守事項等必要事項が記載されている。ボランティア希望者には、自立支援協議会で取り組んでいるメンタルヘルスボランティア養成講座に参加してもらっている。この講座には事業所職員も関わっており、事業所としてはボランティア育成という意味も含まれている。</p> <p>退去先としての高齢者施設や日中活動としての就労系事業所などの情報をファイル化し、事務所に置き、新しい情報は職員会議や朝の申し送りで報告している。また、「ざっくばらん会」という県内グループホームの集まりでの勉強会に定期的に参加している。地域の関係機関との協働としては、自立支援協議会での取り組みとして、メンタルヘルスボランティア養成講座や世話人の勉強会などの取り組みがある。</p>
	② 関係機関等との連携が適切に行われている	Ⓐ ・ b ・ c	
II - 4 - (3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている			
	① 地域の福祉ニーズを把握している	Ⓐ ・ b ・ c	<p>連携に基づく福祉ニーズの把握は、自立支援協議会の取り組みへの積極的な参加や、市の地域福祉計画や活動計画に基づく協働プロジェクトへの参加などにより把握している。また、相談支援事業所が併設されており、密に連携しており、ニーズ把握につながっている。</p>
	② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている	Ⓐ ・ b ・ c	

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	コメント
Ⅲ - 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている			
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	利用者を尊重した福祉サービスの実施については、基本方針に「利用者の思想及び人格を尊重して、利用者の立場に立ったサービス提供に努める」と明示してある。また、「個別支援計画の立て方」という事業所の文書にサービス提供に関する基本姿勢を示しており、これに基づき個別支援計画が策定されている。平成25年度、平成26年度ともに、権利擁護の研修に参加している。また、虐待チェックリストに基づき振り返りを行い、課題抽出し、その課題への取り組みを行っている。この取り組みの中で職員に対し身体拘束や虐待防止について周知している。法人の経営目標に、「患者様の社会復帰の促進を図るため、関連施設との連携及び地域生活支援事業への積極的取り組みを推進する」とあり、この具体的な取り組みの一つが、通過型のグループホームの運営である。	
② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している	a . b . c	個人情報保護規定があり、掲示もされている。利用者は基本的に日常生活は自立しており、意思決定も十分な方である。そのため部屋は個室であり、鍵も自己管理である。今年度、虐待・コンプライアンスというテーマで、プライバシーも含んだ研修に参加している。事業所として心がけていることは、個人的な話、相談に関しては、可能な限り他者に話が漏れない環境で対応するようにしている。但し、「他人の干渉を許さない、各個人の私生活上の自由」などについて明記したプライバシー保護に関する規程・マニュアルは確認できない。そのため、現在取り組んでいるプライバシー保護に関する支援について、文書化することが望まれる。	

Ⅲ - 1 - (2) 利用者満足の上昇に努めている			
	① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている	a ・ (b) ・ c	<p>利用者の満足を把握する目的で、月1回の懇談会が実施されている。また、個別支援計画策定時や契約更新時においても希望や要望の把握のための面談が行われている。把握された希望や要望は、職員会議で検討され、再度懇談会に提案される体制となっている。また、今年度は毎年行っている行事に関するアンケートに、「生活の満足度」の項目を加えたアンケートを実施している。</p> <p>但し、利用者満足に関する調査の担当者・担当部署を明確にすることと、把握した結果を分析・検討する仕組みを明確にする取り組みが望まれる。</p>
Ⅲ - 1 - (3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている			
	① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している	a ・ (b) ・ c	<p>苦情解決の体制に関しては、重要事項説明書に文書化されるとともに、分かりやすく掲示することで、複数の人に苦情に関し申し出ることができることが示されている。また、相談しやすいスペースとして、相談室があり、必要に応じて事務所でも相談に応じている。日々の相談の状況は、基本自己決定できる方が入居しているので、医師、看護師、精神保健福祉士、日中活動事業所の職員、世話人、相談支援専門員、個別支援計画作成担当者などで選択して相談している。</p> <p>但し、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べること、意思疎通の状況に応じて支援体制があることをわかりやすく説明した文書は確認できない。</p>
	② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している	(a) ・ b ・ c	<p>苦情解決規定が作成され、記録はこの規定に基づき作成されている。苦情の体制に関しては、契約書や重要事項説明書に記載され、1年に1回の契約更新時に説明されている。意見箱を設置するとともに、月1回の懇談会で公表できるものは公表し、意見を出し合うなどの対応をしている。苦情対応の記録は、「苦情解決」としてファイル化されている。利用者や家族へのフィードバックは、9月19日の記録で確認した。</p>
	③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している	a ・ (b) ・ c	<p>利用者からの意見への対応は、苦情解決と同じ体制で対応している。苦情や意見は、毎朝の申し送りや職員会議においてその都度話し合われており、福祉サービスの改善に反映している。</p> <p>但し、マニュアルの定期的な見直しは確認できない。定期的な見直しの取り組みが望まれる。</p>

Ⅲ - 2 サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
Ⅲ - 2 - (1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている			
	① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している	a ・ (b) ・ c	今年度から自己評価を行い、第三者評価を受審し質の向上を図ろうとしている。次長、管理者が第三者評価の担当となり、進めているが明文化はされていない。評価結果の分析は未実施である。
	② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している	a ・ (b) ・ c	
Ⅲ - 2 - (2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している			
	① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている	a ・ (b) ・ c	通過型のグループホームのため、介護サービスの提供はない。利用者の生活指導やメンタルヘルス等の支援を行っているが標準的な実施方法について文書化はされていない。提供しているサービスについては管理者を中心に毎朝のミーティングや職員会議をつうじて検証が行われている。 サービスの見直しは毎朝のミーティングや職員会議、利用者との懇談会等をつうじて検証を行っているが文書化はされていない。
	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	
Ⅲ - 2 - (3) サービス実施の記録が適切に行われている			
	① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている	a ・ (b) ・ c	マニュアルに沿って個別支援計画が作成されている。計画は半年に一度見直し更新している。サービス提供記録は個人ファイルにつづられている。記録は管理者がチェックし記入方法の指導をしている。 個人情報保護規定があり、記録の保管体制について規定されている。利用者に関する記録は、施錠できるキャビネットに入れられて保管している。入職時、個人情報についての研修を受けている。 毎朝、毎月の職員会議で情報の共有を図っている。また、個別支援計画は一人につき年2回策定するため、事業所内では利用者一人につき少なくとも年に2回、計画の検討会議を開催している。また、それ以外にも懇談会、グループワーク等をつうじての情報共有の取り組みも行われている。
	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	
	③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している	a ・ (b) ・ c	

Ⅲ - 3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果	コメント
Ⅲ - 3 - (1) サービス提供の開始が適切に行われている			
	① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している	○ a ・ b ・ c	<p>ホームページは法人全体で整備されている。事業所としてはその中でブログを活用しより細やかな情報提供を行っている。民生委員、見学者には法人のリーフレットを配布したり、制度上の限界はあるが、できる限り見学や体験利用に対応している。</p> <p>契約利用施設であるので、必ず利用者、家族に重要事項説明を行い契約を交わしている。通過型のグループホームのため、契約期間は一年で更新しており、その都度利用者の状況や状態の変化を見ながら、必要であれば他のサービスへつなげている。</p>
	② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている	○ a ・ b ・ c	
Ⅲ - 3 - (2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている			
	① 事業所の変更や家庭への移行などにあたり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>移行にあたっては、退去時チェックリストに基づいてサービスの継続性に配慮している。退去時のカンファレンスで利用者に説明するとともに、退去後も訪問看護や、デイケアと連携しながら利用者を支えている。</p>

Ⅲ - 4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果	コメント
Ⅲ - 4 - (1) 利用者のアセスメントが行われている			
	① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている	Ⓐ ・ b ・ c	個別支援計画作成マニュアルがあり、利用開始時には「グループホーム入居に関する調査書」で利用者のADLや生活状況、希望などについてアセスメントしている。利用者の課題や支援の内容などを職員会議で検討し、個別支援計画をまとめ上げている。
Ⅲ - 4 - (2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている			
	① サービス実施計画を適切に策定している	Ⓐ ・ b ・ c	サービス管理責任者が計画策定の責任者となっているが、職員全員が計画策定に携わっている。モニタリングは特に大きな変化がなくても半年に一度行い、丁寧に生活状況を把握し、新しい計画を作成している。また、利用者に変化があればその都度、検討会議を開催し計画の見直しを行っている。 見直しは利用者の確認のもとに、利用者の希望を記載する書式となっている。検討会議には利用者が検討会議に参加してもらうこともある。個別支援計画作成のマニュアルが作成されていて、策定責任者が検討会議を開催し実施している。検討の際には利用者のニーズに沿って、本人に変わることを強く求めないことを注意しつつ、できるところに着目し今の本人を認めながらエンパワーメントの理念に基づいた利用者本位の計画を作成している。
	② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている	Ⓐ ・ b ・ c	

評価細目の第三者評価結果(障害福祉サービス)

評価対象 A - 1 利用者の尊重

A - 1 - (1) 利用者の尊重

	第三者評価結果	コメント
① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている	a ・ (b) ・ c	基本的にコミュニケーションのとれない人はいないが、毎月の懇談会や、井戸端会議(グループワーク)などで利用者の思いをくみ取り、必要な人には個別支援計画を作成している。
② 利用者の主体的な活動を尊重している	(a) ・ b ・ c	グループホームは自主管理となっている。月に一度の懇談会や必要に応じテーマごとに利用者が集まり職員と一緒に協議して生活している。
③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている	(a) ・ b ・ c	掃除、お金の管理、薬の管理、食事の用意等について支援の必要な人には毎日の申し送りや職員会議で検討している。
④ 利用者のネンパワメントの理念にもとづくプログラムがある	a ・ (b) ・ c	学習・訓練プログラムはないが、個別支援計画に沿った支援を行っている。買い物、外出時の交通機関利用、退去後に利用する施設の見学等自立に向けた支援を行っている。

評価対象 A - 2 日常生活支援

A - 2 - (1) 食事

	第三者評価結果	コメント
① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている	a ・ b ・ c	食事サービスは提供していないので評価対象外
② 食事は利用者の嗜好を配慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるよう工夫されている	a ・ b ・ c	
③ 食事環境(食事時間を含む)に配慮している	a ・ b ・ c	

A - 2 - (2) 入浴

	第三者評価結果	コメント
① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している	a ・ b ・ c	入浴介助は行っていないので評価対象外
② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている	Ⓐ ・ b ・ c	入浴も利用者の自主管理となっている。風呂は隔日であるがシャワーは毎日利用可能。
③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である	Ⓐ ・ b ・ c	大きめの浴槽で一人ひとり入浴している。浴室は明るく、清潔で空調設備も整っている。

A - 2 - (3) 排泄

	第三者評価結果	コメント
① 排泄介助は快適に行われている	a ・ b ・ c	排泄介助は行っていないので評価対象外
② トイレは清潔で快適である	Ⓐ ・ b ・ c	トイレの清掃も利用者の自主管理となっているが、高所や細かなところは定期的に職員が清掃している。二階は男性、三階は女性のフロアとなっていて、プライバシーも保持されている。

A - 2 - (4) 衣服

	第三者評価結果	コメント
① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している	Ⓐ ・ b ・ c	利用者の要望があれば相談に乗ったり、一緒に買い物に行くこともあるが基本は自由になっている。
② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である	Ⓐ ・ b ・ c	着替えの支援は行っていないが、汚れが気になる人の場合、さりげない声かけをして更衣を促している。

A - 2 - (5) 理容・美容

	第三者評価結果	コメント
① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している	a ・ b ・ c	利用者の自己管理で行っているため評価対象外
② 理髪店や美容院の利用について配慮している	a ・ b ・ c	

A - 2 - (6) 睡眠

	第三者評価結果	コメント
① 安眠できるように配慮している	a ・ b ・ c	個室で就寝についての制限もない。評価対象外

A - 2 - (7) 健康管理

	第三者評価結果	コメント
① 日常の健康管理は適切である	Ⓐ ・ b ・ c	健康診断を毎年実施し、記録を保存している。併設の精神科とは常に連携をとりながら健康管理をしている。訪問看護とも、訪問後は情報交換を行っている。利用者が通院するときには職員が通院同行することもある。
② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる	Ⓐ ・ b ・ c	精神科は併設されているので緊急対応も可能である。内科医院も10分でアクセス可能な場所にある。医療機関とは日頃から密に連絡を取っている。
③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている	Ⓐ ・ b ・ c	薬剤情報は個人ファイルに綴り、職員は確認している。服薬は空包確認を行いチェックしている。誤薬や服用忘れがあった時には病院と連絡を取り対応している。

A - 2 - (8) 余暇・レクリエーション

	第三者評価結果	コメント
① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている	Ⓐ ・ b ・ c	利用者が主体的に行うことを原則としているが、懇談会、井戸端会議、利用者アンケートをつうじて以降の把握を行い行事に反映している。

A - 2 - (9) 外出・外泊

	第三者評価結果	コメント
① 外出は利用者の希望に応じて行われている	Ⓐ ・ b ・ c	外出・外泊とも利用者の自由に行っているの、届出のみしてもらっている。買い物時の送迎支援を職員が行うことがある。ルールが必要な時には、利用者間で話し合い、利用者がルールを決めている。
② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている	Ⓐ ・ b ・ c	

A - 2 - (10) 所持金・預かり金の管理等

	第三者評価結果	コメント
① 預かり金について、適切な管理体制が作られている	Ⓐ ・ b ・ c	お金を預るのではなく、利用者がお金を保管する金庫のカギを預り、利用者がお金を出し入れするときに職員が立ち会えることにより、浪費したり無駄遣いしないような支援を行っている。金庫の鍵管理に関する委任状を出してもらい、一年更新で管理している。
② 新聞・雑誌の購読やテレビ等の利用者の意思や希望に沿って利用できる	Ⓐ ・ b ・ c	居室内でのテレビ、ラジオ、新聞購読等の制限は全くない。リビング等共同利用の場所での利用については利用者間で話し合っ決めて決めている。
③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている	Ⓐ ・ b ・ c	喫煙は場所を決めて吸ってもらっている。飲酒については主治医に確認して個別対応となるが、その弊害については利用者には十分注意している。

A - 2 - (11) 就労支援

	第三者評価結果	コメント
① 本人のニーズに合わせて就労支援を行っている	Ⓐ ・ b ・ c	事業所のパンフレット等の情報提供をしたり、就労支援事業所へ利用者と見学に出かけたり、ハローワークに向くなどの支援をしている。退去後も相談支援専門員が関わっている。
② 就労支援を行うにあたり事業所の環境に配慮している	a ・ b ・ c	作業は行っていないので評価対象外