

愛知県福祉サービス第三評価事業 評価結果

①第三者評価機関名

NPO あいち障害者センター

②施設・事業所情報

名称：玉の井ホーム	種別：共同生活援助（短期入所併設）	
代表者氏名：川上 浩史	定員（利用人数）：19名	
所在地：愛知県一宮市木曾川町玉ノ井字大縄場三ノ切21-1		
TEL：0586（86）7541		
ホームページ：法人HP http://www.kisogawa-fukushikai.or.jp		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成14（2002）年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人きそがわ福祉会		
職員数	常勤職員：9名	非常勤職員 9名
専門職員	サービス管理責任者 1名	
	生活支援員（兼務）10名	
施設・設備の概要	（居室数）19部屋（短期入所 含） サテライト除く	（設備等）
		厨房

③理念・基本方針

1992年にきそがわ福祉会の基本理念を定め、その後、今日的な社会福祉を取り巻く状況等を踏まえ法人基本理念を以下のように見直した。

[1] わたしたちは、一人一人の利用者の人生が充実し、日々を生き生きと暮らしていけるような事業を営んでいきます。

[2] わたしたちは、利用者・関係者・地域の人々が、この地域で安心して暮らし続けるための社会、まちづくりに貢献します。

[3] わたしたちは、上記を実現していくためにも、実践・運動・経営に関して様々な事例を学び、社会福祉の諸制度等が前進していくための活動を大切にします。

④施設・事業所の特徴的な取組

社会福祉法人きそがわ福祉会の入居部門で、グループホームの事業を展開している。3住居に18名（サテライトは1名）、重度障害者15名を含むくらしの場である。平日は15時30分から翌朝9時、土日・祝日24時間体制で支援を行っている。職員体制は配置基準より厚く、昨年度4名増員し支援度のより高い利用者4人に1対1の対応を実施している。平成14年4月に玉の井第一ホーム、同10月玉の井第二ホーム、平成25年4月玉の井第三ホームを開所。重度障害者の受け入れ事業所が少ないなか、利用者・家族の「地域で安心してくらしたい」の声を積極的に受け止め、法人理念の具体化と実践をすすめている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年9月5日（契約日）～ 平成29年3月27日（評価決定日）
受審回数 （前回の受審時期）	2回 （平成 24 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・重度の身体・知的両方の障害などを持つ障害者の受け入れ事業所が少ない中、利用者・家族の「安心してくらせる場」の要望を積極的に受け止め、365日夜間を軸に職員体制を整備しホームでの生活を支えている。
- ・利用者を権利主体と位置付け、主体性と自主性の尊重を基本に表情、仕草に注視して見守りと支援、傾聴と会話、働きかけを重ねながら利用者の想いを汲み取っている。
- ・職員数は配置基準よりも多く、昨年度4人を増員して支援度の高い4人の利用者に1対1の対応を実施している。また、ヘルパー事業所の活用を図り利用者に関わるスタッフを増やして、安定した体制づくりをすすめている。利用者毎に担当職員を配置している。
- ・余暇活動、ホーム行事は利用者の要求を最大限取り入れ企画、実施している。
- ・障害特性の理解、虐待防止法、安全運転研修など権利擁護や法令順守、安全・安心を確保する学習会・研修を行うなど「安心して利用できる・託せる」事業所運営に努めている。
- ・1人暮らしを希望するホーム利用者の住まい確保では、サテライト型住居を開設し関係機関とも連携しながら地域移行のサポートをしている。
- ・利用者6名が参議院選挙の投票を行い、選挙権の行使を保障した。

◇改善を求められる点

- ・災害時の利用者の安全確保のために隣接する作業所や地域住民との連携・協力の推進、避難訓練の方法について検討が必要である。
- ・職員の介護や夜間支援の負担軽減を図るために女性職員を確保して安定的な体制整備と運営が必要である。
- ・現行の夜勤中心の勤務体制から日勤体制を組み入れた勤務シフトの具体化が求められる。日勤業務の内容等の検討に際しては法人全体の視点と対応が重要である。
- ・支援の質の向上と利用者満足は両輪の関係である。集団としての職員のスキルアップを図っていくうえで非常勤職員が参加しやすい会議や研修のあり方、体制保障について検討が必要である。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価のご指摘の通り、支援度の高い利用者を365日支える体制づくり、職員の質の向上、組織化が事業所の課題であり、今回の結果やアドバイスもふまえて今後さらに安定した事業運営に取り組んでいきたいと思っております。また災害対策や地域との関係なども重要な点ですので、さらに取り組みを進めていけるようにしたいと思います。

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。

きそがわ福祉会 玉の井ホーム・評価項目（細目）の評価結果

（玉の井第一ホーム、玉の井第二ホーム、玉の井第三ホーム・サテライト型住居1カ所）

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。	共1	① ・ b ・ c
<コメント> 理念、基本方針が明文化され年度当初の新入職員オリエンテーションなどで説明。事業所内に掲示し職員への周知を図っている。			

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。	共2	① ・ b ・ c
<コメント> 毎月の法人管理職会議で社会福祉事業の全体動向や一宮市の福祉施策について情報共有をし、事業所の経営状況の把握・分析が行われている。自立支援協議会の「ホーム連絡会」に参加し情報・意見交換を行っている。			
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。	共3	① ・ b ・ c
<コメント> 法人の管理職会議の内容は職員会議で報告、共有化に努めている。この間職員を4人増やし重度の障害を持つ仲間の1対1の支援体制を築き上げてきている。非常勤職員を含めた検討の場や合意づくりが課題である。			

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。	共4	① ・ b ・ c
<コメント> 法人で中・長期計画が策定されている。			
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。	共5	① ・ b ・ c
<コメント> 単年度計画が策定されている。			
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。	共6	① ・ b ・ c
<コメント> 職員の意見集約を基本に事業計画を策定し文書で配布。定例の職員会議で実施状況の把握・意見集約を行っている。			
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。	共7	① ・ b ・ c
<コメント> 毎月、家族（利用者）が参加する法人のホーム運営委員会で報告、交流している。利用者家族には通所事業所の保護者会で事業計画を配布し、ホームの状況を含め理解を促している。			

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。	共8	①	・ b ・ c
<p><コメント> 法人研修計画、個人の研修計画を立て実施している。モニタリングや職員会議でのケース検討など支援の評価・見直しが組織的に行われている。非常勤職員の参画と理解を深める努力が必要。第三者評価を継続受審している。</p>			
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。	共9	①	・ b ・ c
<p><コメント> 法人全体で実施している職員の「ふり返りチェックシート」で課題などを明らかにし、必要な面談や助言を行っている。自己評価、第三者評価結果についての情報共有と個別課題の改善の取り組みがされている。</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。	共10	a	・ ① ・ c
<p><コメント> 運営規定に明記されている。事業所の方針や求められる職員の資質等について職員会議や年度初めに書面化して交流を図っている。会議参加ができない職員への対応に工夫の余地がある。</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。	共11	①	・ b ・ c
<p><コメント> 法人実施の研修や外部研修に参加し関係法令の理解に努めている。非常勤職員に虐待防止の資料を配布したり、必要な情報を伝え法令順守の理解を促している。</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。	共12	a	・ ① ・ c
<p><コメント> 福祉サービスの向上に意欲を持ち、業務の振り返りシート、研修などを実施している。毎週のミーティング、毎月の全体会議などで職員集団の力量アップと支援の質的向上に取り組んでいる。職員との対話時間を確保するなどして更なるリーダーシップを期待したい。</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。	共13	①	・ b ・ c
<p><コメント> 開所14年目の昨年、職員4人を増員して重度障害者への1対1の支援を実現した。支援の必要度と職員配置に見合う報酬単価になっていないため経営的には厳しい状況である。夜勤可能な女性職員の確保・育成を目標に取り組んでいる。</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。	共14	a	・ ① ・ c
<p><コメント> 法人の管理職会議で検討し職員確保の努力はされているが、計画通りに進んでいない。職員の定着は安定しているものの、夜勤が可能な女性職員の確保に取り組んでいるが苦慮している。</p>			
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	共15	a	・ ① ・ c
<p><コメント> 職員行動指針(案)、人事基準が職員に周知され教育・研修制度などが具体化されている。他方、職員の間接評価と非常勤を含む集団としてのスキルアップが求められる。</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り組んでいる。	共16	① ・ b ・ c
<p><コメント>施設長、サービス管理責任者が勤務負担の軽減や職員とのコミュニケーションを図って環境づくりを大切にしている。職員の就業に関しては法人が「意向アンケート」と面談を実施し、移動先や時期など職員の意向に配慮した職員配置を行っている。夜勤に伴う課題の検討も行われている。</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。	共17	a ・ ① ・ c
<p><コメント> 法人独自に研修計画を立て実施している。年度の振り返りのまとめで各人が目標と課題設定、研修計画をもとに具体化しているが、中間段階での面接や取り組み状況の確認など組織的、計画的な取り組みが課題である。</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。	共18	① ・ b ・ c
<p><コメント>法人実施の研修内容は基本的に管理職会議で検討・実施されている。今年度は入職1年未満、3年未満、3年以上、全職員向けの研修が行われた。事業所では非常勤を含め安全運転の研修が実施された。</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。	共19	a ・ ① ・ c
<p><コメント> 全職員に法人内研修、外部研修の案内と参加が呼び掛けられている。また個人の研修計画に沿った業務内研修が実施されている。非常勤職員への時間外保障を実施しているが、時間帯や方法など改善が必要。</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。	共20	a ・ ① ・ c
<p><コメント> 法人の研修プログラムに基づき通所事業所で実習生の積極的な受け入れを行っている。その一環としてホームでの実習生の受け入れを行っている。</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。	共21	① ・ b ・ c
<p><コメント> ホームページ等を活用して施設・事業所情報、事業報告などを適切に公開している。また「福祉会だより」が保護者・関係者に印刷・配布されている。</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。	共22	① ・ b ・ c
<p><コメント>事業所の事務、経理、取引などに関する担当者と権限・責任が明確にされている。</p>		

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。	共23	① ・ b ・ c
<p><コメント> 町内会のごみ当番やごみ捨てを利用者と一緒に行ない、町内・近隣住民との関わりを大切にしている。法人全体としては「ほのぼの祭り」が地域との最大の交流の場となっている。</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。	共24	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント>法人として基本姿勢を明確にし、ホームページに募集案内のコーナーを設けている。希望する人は受け入れているが、事業所単独で募集チラシを配布したりはしていない。</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。	共25	㉕ ・ b ・ c
<p><コメント>毎月、一宮市障害者自立支援協議会に参加し交流を深めている。その他に相談支援事業所、通所やヘルパー事業所、医療機関などと連携を図っている。</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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	共26	㉖ ・ b ・ c
<p><コメント>一宮市障害者自立支援協議会の生活支援部会、ホーム連絡会に参加し、地域の課題解決の取り組みをすすめている。利用希望者も見学、新規利用者の受け入れも積極的に進めている。福祉避難所に指定されている。</p>		
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。	共27	㉗ ・ b ・ c
<p><コメント>町内会から災害時の住民の避難場所として使用できないかとの相談が寄せられている。事業所の機能や専門性を活かした情報発信や助言など、何ができるのかを含め今後の協議を見守りたい。</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。	共28	㉘ ・ b ・ c
<p><コメント> 法人基本理念及び職員行動指針（案）に利用者主体の姿勢を明示している。業務の振り返りチェックシートの取り組みや内外の研修会への参加などを通して共通理解を図っている。</p>		
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。	共29	㉙ ・ b ・ c
<p><コメント> 法人の虐待防止委員会は施設管理者、サービス管理責任者を虐待防止マネージャーに位置づけ、ヒヤリハットや気になることの交流を行っている。広報誌や取材写真等の掲載については本人意向確認を行った上で、その都度必要に応じて適切に対応している。成年後見制度も活用している。</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。	共30	㉚ ・ b ・ c
<p><コメント> 利用者家族の意向を十分に尊重し、積極的に情報を提供している。社協、ハローワーク、相談支援事業所と連携しながら対応している。</p>		
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。	共31	㉛ ・ b ・ c
<p><コメント>福祉サービスの開始・変更にあたっては、利用者家族の意向を十分に尊重し、できるだけ分かりやすい説明と同意を得られるようにしている。</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。	共32	① ・ b ・ c
<p><コメント>利用者家族の意向を十分に尊重し、社協、ハローワーク、相談支援事業所と連携してサービスの確保に留意している。短期入所希望者にホーム見学や情報を提供している。</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。	共33	a ・ ② ・ c
<p><コメント>丁寧な傾聴、働きかけで利用者の想いを汲み取る支援を行っている。ホームの行事や余暇活動は毎回利用者の声を反映した企画を実施している。職員会議でケース検討・支援の見直し、情報の共有化がされている。非常勤職員を含めた取り組みを模索している。</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。	共34	① ・ b ・ c
<p><コメント>苦情解決の窓口や担当者について重要事項で説明するとともに、事業所内に掲示をしている。日常的に仲間の意見、要望を汲み取り支援に反映されている。また仲間・家族からの苦情、要望は職員会議で検討・改善が行われている。</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。	共35	① ・ b ・ c
<p><コメント>利用者毎に職員担当者を決めて利用者・家族に周知している。今回実施した家族アンケートの「不満・要望などを職員に気軽に相談できるか」では、10名中3名が「いいえ、どちらでもない」と回答している。今後も家族との意思疎通に努めていただきたい。</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。	共36	① ・ b ・ c
<p><コメント>担当者を相談窓口としてサービス管理責任者、施設管理者を中心に対応している。</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。	共37	a ・ ② ・ c
<p><コメント>今年度から法人内に安全運転委員会が設けられ、ホームの全職員対象に研修を実施して安全運転への意識向上に努めている。業務の振り返りシートや事例報告の要因分析、対策面で改善の余地がある。</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。	共38	① ・ b ・ c
<p><コメント>法人作成の「感染症予防対策」を運用している。希望する利用者には通所している事業所でインフルエンザの予防接種を実施している。今年度は職員の予防接種に費用の一部補助を実施した。必要な情報を収集し職員に発信している。</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している。	共39	a ・ ② ・ c
<p><コメント>災害時の受け入れ施設としての機能を有し、今年度は愛知県障害福祉課の様式を参考に災害計画の見直しをすすめている。避難訓練は避難経路、消火器の位置など職員による確認と避難シュミレーションを実施。重度の利用者が多く、その安全確保のために隣接する作業所や地域住民の協力や訓練方法の検討が必要。</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。	共40	① ・ b ・ c
<p><コメント>基本的な業務の流れや留意点のマニュアルが文書化され必要な支援を行っている。</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。	共41	① ・ b ・ c
〈コメント〉 標準的な実施方法についての見直しは年度末に職員会議で確認及び見直しが図られている。		
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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	共42	① ・ b ・ c
〈コメント〉 フェイスシートに基づきサービス管理責任者と利用者のケース担当職員を中心に実施計画を策定している。実施計画は利用者・家族との懇談で説明、確認を行っている。		
Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	共43	① ・ b ・ c
〈コメント〉 仲間の変化に応じて、または決められた6か月毎に定期的に評価・見直しが行われている。		
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、職員間で共有化させている。	共44	① ・ b ・ c
〈コメント〉 サービス提供記録や申し送りで仲間の状況、支援の留意点を適切に記録し、情報の共有化が行われている。		
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。	共45	① ・ b ・ c
〈コメント〉決められた書庫に保管し、施設長が管理している。運営規程及び法人規定に定められている。		
Ⅲ-2-(4) 利用者の地域生活への移行支援を行っている。		
Ⅲ-2-(4)-① 利用者の地域生活への移行支援を積極的に行っている。	障46	① ・ b ・ c
〈コメント〉相談機関と連携を取り合い、積極的に支援を行っている。昨年度からサテライト型住宅を開設し、1人暮らし希望のホーム利用者の地域移行に向けて取り組んでいる。		

Ⅲ-3 障害者福祉施設の固有サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) 利用者を尊重している。		
Ⅲ-3-(1)-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。	障 47	① ・ b ・ c
〈コメント〉支援計画等に明示され、意思疎通の支援がされている。利用者の障害特性に応じて写真やカード、スケジュールボードなどを活用し、また日常的に表情やサインから仲間の意思を汲み取っている。		
Ⅲ-3-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	① ・ b ・ c
〈コメント〉利用者毎に担当職員を決めて利用者の意思や希望を汲み取り、主体的な活動を促している。		
Ⅲ-3-(1)-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。	障 49	① ・ b ・ c
〈コメント〉利用者の気持ちや自力で出来ることを尊重し、時間がかかっても見守りや支える事を大切にしている。職員体制も基準より厚い配置となっている。		
Ⅲ-3-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	障 50	① ・ b ・ c
〈コメント〉利用者がゆったりと穏やかにホームで過ごすことを基本に支援に取り組んでいる。意思表示が不十分な利用者にはノートやボードを使って意思表示の力を養っている。外出支援を通して社会生活の経験を積み上げている。利用者6名が参議院選挙の投票をし政治参加を保障している。		

Ⅲ-3-(2) 食事の支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(2)-① 個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。	障 51	① ・ b ・ c
〈コメント〉個別支援計画に基づきアレルギー、好き嫌い、食事量、刻み食など個別に配慮した食の提供を行っている。		
Ⅲ-3-(2)-② 食事は利用者の嗜好を考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に工夫されている。	障 52	① ・ b ・ c
〈コメント〉食事は利用者・家族へのアンケートを行い、見直しをしている。クリスマスなどの行事企画の際にはリクエストメニューを提供している。仲間の声に応えた朝食「喫茶店のモーニング」でサンドイッチなどをつくり好評を得ている。		
Ⅲ-3-(2)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	① ・ b ・ c
〈コメント〉利用者の状況や希望によって食事時間や部屋食を選択している。		
Ⅲ-3-(3) 入浴の支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(3)-① 入浴、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。	障 54	① ・ b ・ c
〈コメント〉個別の障害特性に配慮した入浴支援を行っている。		
Ⅲ-3-(3)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 55	① ・ b ・ c
〈コメント〉毎日入浴。入浴の順番は最大限希望を取り入れている。		
Ⅲ-3-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	① ・ b ・ c
〈コメント〉適切な環境である。職員、利用者の意見を踏まえ手すりを追加設置し、環境の向上を図っている。		
Ⅲ-3-(4) 排泄の支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(4)-① 排泄介助は快適に行われている。	障 57	① ・ b ・ c
〈コメント〉排泄記録が必要な利用者のチェックを実施している。オムツを着用していてもトイレで排泄できるよう促している。		
Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	① ・ b ・ c
〈コメント〉毎日の掃除が行き届き清潔である。エアコンが設置されている。		
Ⅲ-3-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(5)-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。	障 59	① ・ b ・ c
〈コメント〉利用者や家族と相談しながら支援している。		
Ⅲ-3-(5)-② 衣服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。	障 60	① ・ b ・ c
〈コメント〉身だしなみは常に注意をし、衣服の交換も適切に行っている。		
Ⅲ-3-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(6)-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。	障 61	① ・ b ・ c
〈コメント〉職員やヘルパーが付き添い、当人の希望を店側に伝えるなどの支援を行っている。また移動美容、ボランティアによる理・美容も利用している。		

Ⅲ-3-(6)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 62	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉職員やヘルパーを配置し利用者の希望に応じている。		
Ⅲ-3-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(7)-① 安眠できるように配慮している。	障 63	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉精神が高ぶらずにゆったり過ごせるようにしている。声掛けや消灯など個室の見回りをして安眠できるように配慮している。「睡眠障害」を持つ利用者の対応では医者と相談をしながら記録、環境整備、職員の添い寝、発作対応、体位交換など連夜の支援が続いている。		
Ⅲ-3-(8) 健康管理が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(8)-① 日常の健康管理は適切である。	障 64	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉日常的に通所事業所の看護師等と利用者の情報交換を行っている。口腔衛生のアドバイスを受けてホームで実践している。毎朝、健康チェックが行われている。		
Ⅲ-3-(8)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 65	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉利用者のかかりつけ病院・薬局、ホームの協力医療機関との連携で必要時には、迅速かつ適切な医療が受けられるよう連絡体制が整えられている。		
Ⅲ-3-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 66	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉服薬等の情報把握、個別ケースでの保管、飲みこぼしや飲み忘れがないよう職員間で確実にしている。		
Ⅲ-3-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。		
Ⅲ-3-(9)-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。	障 67	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉利用者の希望等を元に余暇活動を実施している。土日の過ごし方では、できることから着手している。		
Ⅲ-3-(10) 外出、外泊が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 68	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉個別の外出はヘルパーを活用して利用者の要求に応じている。		
Ⅲ-3-(10)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	障 69	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉帰省は本人、家族の希望を考慮し特別な事情が生じない限り希望に即している。		
Ⅲ-3-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(11)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	障 70	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉グループホームの金銭管理規定に従って管理されている。毎月、本人または家族の確認を得ている。		
Ⅲ-3-(11)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	障 71	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉食堂や各自の部屋でテレビ等が利用できる。新聞・雑誌は自費負担が基本。		
Ⅲ-3-(11)-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、利用者の意志や希望が尊重されている。	障 72	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉喫煙者1人。利用者の意向を尊重しながら健康面のアドバイスや支援を行っている。定められた場所で喫煙をしている。		