

## 熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準（概要版）

### 1 福祉サービス事業者情報

#### (1) 事業者概要

|  |   |
|--|---|
| 事業所名称：グループホーム心陽                        | 種別：共同生活援助   |
| 代表者氏名：理事長 紫垣 洋伸<br>(管理者)：紫垣 文枝         | 開設年月日：平成8年1月1日  |
| 設置主体：社会福祉法人 富合福祉会<br>経営主体：社会福祉法人 富合福祉会 | 定員：62名<br>(利用人数 58名)                                    |
| 所在地：熊本市南区富合町木原字新御堂101番地                |   |
| 連絡先電話番号：096-358-6234                   | F A X 番号：096-358-6277                                   |
| ホームページアドレス                             | <a href="http://sinyou.or.jp/">http://sinyou.or.jp/</a> |

#### (2) 基本情報

|  |   |
|--|---|
| サービス内容（事業内容）   | 施設の主な行事   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・共同生活援助介護サービス包括型</li> <li>・短期入所（空所型）</li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・花見</li> <li>・夏祭り</li> <li>・クリスマス忘年会</li> <li>・新年会</li> <li>・どんどや</li> <li>・地域清掃活動</li> <li>・避難訓練</li> </ul>   |
| 居室概要   | 居室以外の施設設備の概要  |
| <p>熊本市富合町と城南町に8棟<br/>(全室エアコン完備)</p> <p>心陽ホーム西・東 各10室(全20室)<br/>南天1～5号 各 6室(全30室)<br/>木原荘 7室<br/>心陽ハイツ 5室</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・リビング(居室)</li> <li>・台所</li> <li>・浴室</li> <li>・脱衣所</li> <li>・洗面台</li> <li>・トイレ</li> <li>・洗濯機</li> <li>・乾燥機</li> <li>・防犯カメラ</li> <li>・非常通報システム</li> <li>・見守りセンサー</li> <li>・オゾン除菌脱臭機</li> <li>・アシストカー</li> <li>・AED(自動体外式除細動器)</li> </ul> |

### 2 施設・事業所の特徴的な取組

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・平成4年に旧知的障害者授産施設として開所以来、法人基本理念にあるように利用者や職員、地域住民とともに支え合い、共に生きる共生社会を目指し、利用者の自立を目指した支援・環境づくりに努めています。</li> <li>・事業所は豊かな自然に恵まれた環境にありながら商業施設や病院にも近いため、日常生活だけでなく余暇活動も楽しみながら自由に生活できる環境となっています。</li> <li>・事業所は地域行事やボランティア活動に積極的に参加したりするなど地域に密着した活動に努めています。グループホームの利用者や職員、地域住民は、熊本地震などの災害の際にはお互い声を掛け合って助け合う絆も生まれています。</li> </ul> |
|---|

### 3 評価結果総評

|  |
|--|
| <p>◆特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設管理者は、長く障害福祉に携わっていた経験と各種研修会や会議で収集した知識や情報をもとに、利用者へのサービスの質の向上に尽力されています。また、職場環境の整備などにも取り組みながら組織全体の成長を目指してリーダーシップを発揮されています。</li> </ul> |
|--|

- ・人材育成・定着に向けて、職員に対し研修などの学びの場を設けるとともに多様なシフトの導入など働きやすい環境、雰囲気づくりを大切にしています。職員の意向を確認しながら、職員が学び成長し、仕事とプライベートの両立ができるよう取り組まれています。
- ・利用者の余暇活動として地域の祭りや文化祭、清掃活動などの地域行事に参加するだけでなく、利用者と職員は地域行事の会場の設営に協力するなど積極的に地域交流を図っています。また、長年、買い物など普段の外出で地域の店やサービスを利用しているため、地域住民から親しまれ、良好な関係を築いています。
- ・利用者の希望や可能性を伸ばし、利用者の自立した生活を目指した支援が行われています。グループホームは、各棟機能が異なっており、利用者の希望と特性に応じて選択・転居できるようになっています。日常的な食事や掃除、買い物、外出などは可能な限り利用者自身が行い、各グループホームのルールも利用者間で決め、職員は見守りの姿勢で支援にあたっています。
- ・事業所が期待する職員像の一つに「気づきや発見ができ観察能力のある職員」が上げられています。職員は利用者をよく見ており、ちょっとした心身の変化に気づき、細やかな支援と心配りを行い、利用者が「困った」や「助けて」を伝えられるような雰囲気づくりに努めています。

#### ◆改善を求められる点

- ・中・長期計画や単年度計画は策定されていますが具体的な内容には至っていません。今後は、管理者が考えている事業所としての目標を具体的に明文化し、それにもとづく計画の策定が望まれます。具体的になった計画に対して評価・見直しの仕組みづくりを行うことが、組織の確実な成長・前進につながると期待します。
- ・組織図や職務分掌は作成されていますが、命令系統や責任の所在、組織としての意思決定の経過が不明確です。今後は、命令系統を明確にした組織図の作成を行うとともに、職員への周知徹底に努められることに期待します。
- ・福祉サービスの標準的な実施方法は書面に記載されていますが、各利用者の留意事項や支援方法は口頭での共有が主となっています。配慮事項をサービス実施計画書に記載するなど書面化することで、サービスの内容に職員間の差異がなくなると期待します。
- ・利用者の希望や思いを尊重した生活が送れるよう支援がなされています。事業所として利用者の高齢化を課題として認識されていることもあり、今後は利用者の希望に配慮しながらも年齢に対応できる環境構成や支援方法、プログラムへ取り組みに期待します。

#### 4 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント（400字以内）

(2021. 2. 26)

入所施設心陽学園の開設から28年、住まいの場を全面的にグループホームに移行して8年が経過しました。措置制度から契約制度へと変遷しましたが、「共に支え合い、共に生きる」という理念を持って、利用者を中心とした安心安全な暮らしを支えること、そして地域共生社会を実現することへの思いで活動して参りました。そのような中で当法人においてもこれまでの歩みや風土を大切にしつつ、変革する時代の要請に応え得る集団であり続けたいと思い、今回、第三者評価を受審致しました。新型コロナウイルス感染症の予防に努める中、11月4日から5日に訪問調査が実施され、和やかな雰囲気の中で貴重な機会になりました。今後は、特に評価の高い点、改善を求められる点、そして様々な評価結果を真摯に受け止めて、スタッフ一同、共通意識を持って福祉サービスの質の向上に繋げて参りたいと思います。

## 熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

## 【障がい児・者施設（居住系サービス）版】

## ◎ 評価機関

|         |                     |
|---------|---------------------|
| 名 称     | 公益財団法人 総合健康推進財団九州支部 |
| 所 在 地   | 熊本市中央区保田窪1-10-38    |
| 評価実施期間  | 令和2年11月4日～令和2年11月5日 |
| 評価調査者番号 | ① 第07-012号          |
|         | ② 第15-005号          |
|         | ③ 第19-005号          |

## 1 福祉サービス事業者情報

## (1) 事業者概要

|  |   |
|--|---|
| 事業所名称：グループホーム心陽                        | 種別：共同生活援助   |
| 代表者氏名：理事長 紫垣 洋伸<br>(管理者)：紫垣 文枝         | 開設年月日：平成8年1月1日  |
| 設置主体：社会福祉法人 富合福祉会<br>経営主体：社会福祉法人 富合福祉会 | 定員：62名<br>(利用人数 58名)                                    |
| 所在地：熊本市南区富合町木原字新御堂101番地                |   |
| 連絡先電話番号：096-358-6234                   | F A X 番号：096-358-6277                                   |
| ホームページアドレス                             | <a href="http://sinyou.or.jp/">http://sinyou.or.jp/</a> |

## (2) 基本情報

|   |   |     |     |                   |     |     |
|---|---|-----|-----|-------------------|-----|-----|
| サービス内容（事業内容）  | 施設の主な行事   |     |     |                   |     |     |
| ・共同生活援助介護サービス包括型<br>・短期入所（空所型）  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・花見</li> <li>・夏祭り</li> <li>・クリスマス忘年会</li> <li>・新年会</li> <li>・どんどや</li> <li>・地域清掃活動</li> <li>・避難訓練</li> </ul>   |     |     |                   |     |     |
| 居室概要  | 居室以外の施設設備の概要  |     |     |                   |     |     |
| 熊本市富合町と城南町に8棟<br>(全室エアコン完備)<br>心陽ホーム西・東 各10室(全20室)<br>南天1～5号 各 6室(全30室)<br>木原荘 7室<br>心陽ハイツ 5室 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・リビング(居室)</li> <li>・台所</li> <li>・浴室</li> <li>・脱衣所</li> <li>・洗面台</li> <li>・トイレ</li> <li>・洗濯機</li> <li>・乾燥機</li> <li>・防犯カメラ</li> <li>・非常通報システム</li> <li>・見守りセンサー</li> <li>・オゾン除菌脱臭機</li> <li>・アシストカー</li> <li>・AED(自動体外式除細動器)</li> </ul> |     |     |                   |     |     |
| 職員の配置   |   |     |     |                   |     |     |
|   | 職 種   | 常 勤 | 非常勤 | 資 格               | 常 勤 | 非常勤 |
|   | 管理者   | 1   |     | 看護師               | 1   |     |
|   | サービス管理責任者   | 2   |     | 介護福祉士             | 4   | 2   |
|   | 生活支援員   | 10  | 1   | 社会福祉主事任用資格        | 4   |     |
|   | 世話人   | 1   | 10  | 介護職員初任者研修<br>課程修了 | 5   |     |
|   | 夜間支援員   | 5   |     |                   |     |     |

|  |     |    |    |     |    |   |
|--|-----|----|----|-----|----|---|
|  | 合 計 | 19 | 11 | 合 計 | 14 | 2 |
|--|-----|----|----|-----|----|---|

※ 資格の種別は、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

※ 複数の資格を持ち重複計上している場合があるため、職種と資格の数は必ずしも一致しません。

## 2 理念・基本方針

### 法人基本理念

熱意・協調・努力 ～共に支え合い、共に生きる～

### 法人基本方針

1. 常に愛情と熱意を持って利用者に尽くします。
2. 常に地域住民や利用者から信頼される職員になります。
3. 常に服装や言語に注意し、笑顔を忘れず仕事で知り得た秘密を外部にもらさない事を約束します。
4. 常に仕事に対する責任を自負し誇りを持って行動します。
5. 常に社会の一員として地域住民と連携を持ち、福祉の意識を高めることに努力します。

## 3 施設・事業所の特徴的な取組

- ・平成4年に旧知的障害者授産施設として開所以来、法人基本理念にあるように利用者や職員、地域住民とともに支え合い、共に生きる共生社会を目指し、利用者の自立を目指した支援・環境づくりに努めています。
- ・事業所は豊かな自然に恵まれた環境にありながら商業施設や病院にも近いため、日常生活だけでなく余暇活動も楽しみながら自由に生活できる環境となっています。
- ・事業所は地域行事やボランティア活動に積極的に参加したりするなど地域に密着した活動に努めています。グループホームの利用者や職員、地域住民は、熊本地震などの災害の際にはお互い声を掛け合って助け合う絆も生まれています。

## 4 第三者評価の受審状況

|               |                                      |
|---------------|--------------------------------------|
| 評価実施期間        | 令和2年6月3日（契約日） ～<br>令和3年2月 日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 1回（今回初回）                             |

## 5 評価結果総評

### ◆特に評価の高い点

- ・施設管理者は、長く障害福祉に携わっていた経験と各種研修会や会議で収集した知識や情報をもとに、利用者へのサービスの質の向上に尽力されています。また、職場環境の整備などにも取り組みながら組織全体の成長を目指してリーダーシップを発揮されています。
- ・人材育成・定着に向けて、職員に対し研修などの学びの場を設けるとともに多様なシフトの導入など働きやすい環境、雰囲気づくりを大切にしています。職員の意向を確認しながら、職員が学び成長し、仕事とプライベートの両立ができるよう取り組まれています。
- ・利用者の余暇活動として地域の祭りや文化祭、清掃活動などの地域行事に参加するだけ

ではなく、利用者と職員は地域行事の会場の設営に協力するなど積極的に地域交流を図っています。また、長年、買い物など普段の外出で地域の店やサービスを利用しているため、地域住民から親しまれ、良好な関係を築いています。

- ・利用者の希望や可能性を伸ばし、利用者の自立した生活を目指した支援が行われています。グループホームは、各棟機能が異なっており、利用者の希望と特性に応じて選択・転居できるようになっています。日常的な食事や掃除、買い物、外出などは可能な限り利用者自身が行い、各グループホームのルールも利用者間で決め、職員は見守りの姿勢で支援にあたっています。
- ・事業所が期待する職員像の一つに「気づきや発見ができ観察能力のある職員」が上げられています。職員は利用者をよく見ており、ちょっとした心身の変化に気づき、細やかな支援と心配りを行い、利用者が「困った」や「助けて」を伝えられるような雰囲気づくりに努めています。

◆改善を求められる点

- ・中・長期計画や単年度計画は策定されていますが具体的な内容には至っていません。今後は、管理者が考えている事業所としての目標を具体的に明文化し、それにもとづく計画の策定が望まれます。具体的になった計画に対して評価・見直しの仕組みづくりを行うことが、組織の確実な成長・前進につながると期待します。
- ・組織図や職務分掌は作成されていますが、命令系統や責任の所在、組織としての意思決定の経過が不明確です。今後は、命令系統を明確にした組織図の作成を行うとともに、職員への周知徹底に努められることに期待します。
- ・福祉サービスの標準的な実施方法は書面に記載されていますが、各利用者の留意事項や支援方法は口頭での共有が主となっています。配慮事項をサービス実施計画書に記載するなど書面化することで、サービスの内容に職員間の差異がなくなると期待します。
- ・利用者の希望や思いを尊重した生活が送れるよう支援がなされています。事業所として利用者の高齢化を課題として認識されていることもあり、今後は利用者の希望に配慮しながらも年齢に対応できる環境構成や支援方法、プログラムへ取り組みに期待します。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(2021. 2. 26)

入所施設心陽学園の開設から28年、住まいの場を全面的にグループホームに移行して8年が経過しました。措置制度から契約制度へと変遷しましたが、「共に支え合い、共に生きる」という理念を持って、利用者を中心とした安心安全な暮らしを支えること、そして地域共生社会を実現することへの思いで活動して参りました。そのような中で当法人においてもこれまでの歩みや風土を大切にしつつ、変革する時代の要請に応え得る集団であり続けたいと思い、今回、第三者評価を受審致しました。新型コロナウイルス感染症の予防に努める中、11月4日から5日に訪問調査が実施され、和やかな雰囲気の中で貴重な機会になりました。今後は、特に評価の高い点、改善を求められる点、そして様々な評価結果を真摯に受け止めて、スタッフ一同、共通意識を持って福祉サービスの質の向上に繋げて参りたいと思います。

## 7 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。

(参考) 利用者調査の手法等

| 調査の手法   | 対象者    | 対象数(人) | 基準数に満たない場合の理由 |
|---------|--------|--------|---------------|
| アンケート調査 | 利用者本人  | 21     |               |
|         | 家族・保護者 |        |               |
| 聞き取り調査  | 利用者本人  | 37     |               |
|         | 家族・保護者 |        |               |
| 観察調査    | 利用者本人  |        |               |

## 第三者評価結果

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3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。

### 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。   |                                   |         |
| 1   | 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。 | Ⓐ・b・c   |
| <コメント><br>法人理念は、利用者と職員および地域住民が「共に支え合い・共に生きる」と明文化されています。基本方針の5項目全てには24時間365日を意図した「常に」が入り、法人として目指すサービス提供の姿勢を示すとともに、職員の行動規範となる内容となっています。職員は左胸に理念が書かれたユニフォームを着用しており、利用者も常に目にすることができます。理念と基本方針は月に2回職員が集まる機会に唱和し、確認を行っています。家族へは年に1回配布している広報誌に記載し、周知が図られている他、ホームページやパンフレットに記載し広く周知しています。 |                                   |         |

#### 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。  |   |         |
| 2  | 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。 | Ⓐ・b・c   |
| <コメント><br>事業経営をとりまく経営環境や事業所が提供するサービスの内容、組織体制、財務などの経営状況に関し、福祉医療機構の経営サポートセンターに分析を依頼し経営分析を行っています。また、熊本市障害福祉計画を確認し、利用者数やニーズなど福祉サービスの動向を把握するとともに、事業所として目指している福祉サービスにずれがないか管理者は常に確認・分析を行っています。                         |   |         |
| 3  | 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。       | a・Ⓑ・c   |
| <コメント><br>経営分析で明確になった課題は年に4回の理事会で議題として取り上げ、共有・検討されています。理事会にはサービス管理責任者も参加しており、検討された課題や改善に関わる取り組みは管理層の職員が各部署の職員に伝えて周知を図っています。現在は、建物の一部の老朽化を課題とし、その対策に取り込む予定です。今後は理事会での検討事項や課題を明文化することで取り組むべき内容の共有の徹底が図られることを期待します。 |   |         |

#### 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。 |                                       |         |
| 4                               | 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・Ⓑ・c   |
| <コメント>                          |                                       |         |



|   |   |       |
|---|---|-------|
| <p>中・長期計画は策定されていますが、計画実現のための具体的な内容には至っていません。今後は、管理者が考えている具体的なビジョンを計画として明文化し、数値目標や成果目標を設定することで実施状況の評価につながる事が望まれます。</p>   |   |       |
| 5   | 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・㉑・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>           単年度計画は策定されていますが、中・長期計画との関連が希薄で、実行可能な具体的な内容の記載には至っていません。今後は中・長期計画の内容を反映し、具体的な目標値を記載した一貫性のある計画の策定が望まれます。</p>   |   |       |
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。  |   |       |
| 6   | 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・㉑・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>           事業計画は職員参画のもと策定されていますが、計画の評価・見直しは十分には行われていません。計画内容の職員への周知は行われていますが、理解を促すまでの取り組みには至っていません。今後は、事業計画の内容を具体的なものにし、優先的に取り組む事案を明確に示すことで、評価・見直しが容易になると期待されます。また、職員の意見の集約方法や評価・見直しの時期・手順を定め、組織全体で取り組むことが職員の理解にもつながると期待されます。</p> |   |       |
| 7   | 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。                 | ㉑・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>           事業計画は年に1回行われている家族会総会で利用者および家族へ説明されています。フリガナつきの簡易版事業計画も作成され、利用者に理解が図れるよう配慮されています。簡易版は各グループホームの掲示板に提示し、毎月の行事計画は担当職員より説明を行っています。</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。  |   |         |
| 8   | 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・㉑・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>           平成28年度から、事業所内で自己評価を実施し、サービスの質の向上に向けた取り組みを積極的に行っています。自己評価の結果は、管理職会議や一般職員も参加する職員会議で分析・検討が行われていますが十分ではありません。今回、第三者評価を受審し、さらなるサービスの質向上を目指しています。今後は、例年実施している自己評価の結果や第三者評価の受審結果をもとに評価・分析・検討を行う組織的な体制づくりに期待します。</p>   |   |         |
| 9   | I-4-(1)-② 評価結果にもと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。 | ㉑・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>           事業所として取り組むべき課題は2か月に1回行われる法人会議で改善に向けて検討されています。検討された内容は事務連絡専用ノートを活用して職員に周知されています。取り組み内容に見直しが必要になった場合は、各委員会で検討し、職員参画のもとで改善策の提案・検討が行われています。課題の1つであった各グループホームの利用者間交流は定期的な親睦会開催を実施することで解決され、利用者への満足度向上につながっています。</p> |   |         |

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 施設管理者の責任とリーダーシップ

|  |  |         |
|--|--|---------|
|  |  | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|

|  |   |       |
|--|---|-------|
| II-1-(1) 施設管理者の責任が明確にされている。  |   |       |
| 10   | II-1-(1)-① 施設管理者は、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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の運営規程や職務分掌には施設管理者の総括的な役割と職務内容が記載されていますが、具体的な役割や責任の表明として十分とは言えません。有事における管理者不在時の権限委譲はサービス管理責任者が代行することを職員に周知していますが、グループホームが分散していることを鑑み、より詳細な内容を取り決めることが望まれます。今後は事業所運営にかかわる管理者自らの役割や責任、権限委譲などを職務分掌に具体的に明記し、職員への周知が図られることに期待します。</p>  |   |       |
| 11   | 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、全国経営者協議会や日本知的障害者福祉会などの研修に参加して遵守すべき法令の理解や情報収集に努めています。関係法令の最新情報は職員にメール配信をして周知しています。また、新規職員採用時に「ハラスメントは許しません」という法人内研修を行い、各種ハラスメントへの注意喚起を行い、相談室の設置とその担当者も決めて組織的に取り組んでいます。</p>  |   |       |
| II-1-(2) 施設管理者のリーダーシップが発揮されている。  |   |       |
| 12   | 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所は旧知的障害者授産施設であったこともあり、管理者は障害福祉サービスに長く携わっています。これまでの経験を活かした助言や指導を日頃から行うなど指導力を発揮されています。また、管理者は自らの考えだけでなく、サービス管理責任者や生活支援員、世話人の意見を広く聞き取り、サービスの質の向上につなげています。職員研修では、実際に起こった事例について検討したり、理学療法士を招き体位変換の方法を学んだりするなどサービスの質に直結する研修の充実を図っています。</p>  |   |       |
| 13   | 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の経営分析は会計士や税理士、経営アドバイザーなどに外部委託されています。管理者はその結果をもとに経営の改善や業務の実効性向上に向けた取組の立案を行っています。立案した取組は、理事会にかけられ、決定された場合は管理職員から職員への周知がなされ、組織全体で共有が図られています。管理者は事業所内視察を行う中で、普段からサービス提供の様子や設備の状態を確認するなど業務の改善に努めています。職員の育成や人材定着につなげるため、経営上余剰金は人件費として活用するよう進言もされています。また、管理者は自ら県社会福祉協議会や経営者協議会に積極的に参加し、関係機関と情報交換や関係構築に努めています。</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。   |   |         |
| 14   | 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、「人材確保年間計画表」に基づき、欠員を出さないよう人材の確保に取り組まれています。事業所が定めている指定職員就業規則や要件などの人事基準を満たせば、非正規職員から正規職員への変更が可能となる「正規職員転換制度」を設けて人材の定着に努めています。また、職員の経験に応じた階層別研修やテーマ別研修を実施し、各職員の必要とする知識や技術の習得と育成が行われています。</p> |   |         |

|   |   |       |
|---|---|-------|
| 15  | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。                                | ㉠・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念や基本方針に基づいた「目指す職員像」が事業計画に明記されています。事業所には就業規則や給与規程、人事考課規程が整備されており、職員に周知され、職員の能力や貢献度を客観的に評価しています。また、各職員との面接を行い、職員の意向や自らが描くキャリアパスの把握を行うとともに教育・研修内容の見直しを図っています。</p>  |   |       |
| Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。  |   |       |
| 16  | 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。               | ㉠・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は入職時や定期的実施する面接で職員の就業状況に関する意向を確認し、希望に沿えるよう個別制シフトを導入しています。面接は職員の子育てや介護などによる環境や意向の変化、仕事との両立の方法などを把握・相談する機会ともなっています。組織全体で職員のワークライフバランスに取り組むことで、育児休暇取得後の復帰率は90%と人材定着につながっています。また、有休取得や時間外労働は数値化され、管理者やサービス管理責任者により把握・確認されています。その他、子育てサポート企業として「くるみんマーク」の取得や職員への健康増進への取り組みとして「ヘルスター健康宣言」を取得するなど職員の働きやすい環境づくりに取り組まれています。</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。  |   |       |
| 17  | 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・㉡・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員一人ひとりに目標が設定されており、目標の達成度は1年に1回面接で確認が行われています。この他、法人独自の評価表を用いて、自己評価・他者評価を行っています。さらに、自己の役割・自己の強みについてのアンケート調査も実施するなど職員一人ひとりの育成に力を注いでいます。しかし、得られた結果をまとめ、分析するには至っていません。今後は、目標管理シートを利用するなどして設定した目標の期限を明確にし、達成度の評価を行い、確実に職員がスキルアップしたと実感できるような取り組みに期待します。</p>  |   |       |
| 18  | 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。         | ㉠・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員は能力別に管理職・上級・中級・初級と4段階に分けられており、それぞれに「期待する職員像」が明示されています。福祉サービスを提供する職員に必要な内容の研修計画が立案され、この計画に基づき研修が実施されています。具体的には、正規・非正規区別無く入職5年未満の職員を対象行うスキルアップ研修や記録に関する研修、全職員対象の救命救急法、虐待・人権研修、感染症対策に関する研修、ノーリフト研修が計画・実施されています。</p>   |   |       |
| 19  | 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・㉡・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の職歴による知識や技術水準、専門資格の取得状況などは、研修参加後の報告レポートと一緒に個別ファイルにて整理され、職員一人ひとりの経験や能力などを把握できるよう管理されています。福祉経験のない新任職員には、経験2年以上の職員による現場教育を実施し、個別性に配慮したOJT研修が実施されています。また、各職員と面接を行い、本人の意向や能力などの把握とともにステップアップできる研修の情報提供も行われています。今後は職員一人ひとりに実施した研修の成果を評価・分析し、職員教育がより効果的なものとなることに期待します。</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。   |   |       |
| 20  | 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。 | a・㉡・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p>   |   |       |

実習生受け入れ窓口は、サービス管理責任者が担当し、受け入れマニュアルも整備されています。しかし、利用者は日中不在というグループホームの特性上、実習生の積極的な受け入れには至っていません。今後は、幅広い福祉人材の育成のため、グループホームの特徴を活かした教育プログラムの作成など積極的な活動に期待します。

### 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。  |   |         |
| 21   | 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。       | ㉑・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人のホームページや広報誌「しんよう」、施設内の掲示物を利用して事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、決算書などの情報が公開されています。苦情・相談窓口の体制や連絡先もホームページに明記されています。広報誌には理念や事業所の活動内容、情報公開が「全国社会福祉法人経営者協議会」並びに「WAMNET」で行われていることなどが記載されており、広く情報公開されています。</p> |   |         |
| 22   | 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。 | ㉑・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所内における事務・経理・取引などに関するルールは経理規程に明確に示され、職員への周知が図られています。会計処理は税理士による指導のもと行っており、外部の会計サポートも受けながら適正な経営運営に取り組まれています。</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。  |   |         |
| 23   | 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。                               | ㉑・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域との交流に関する方針や取り組み内容は、事業計画に明文化されています。さくら祭りや七夕カラオケ大会、富合文化祭など地域行事の情報を利用者に提供し、希望者は積極的に参加しています。富合文化祭では、参加するだけでなく職員と利用者とともに会場設営に協力するなど地域との交流を図っています。また、事業所主催の「心陽納涼夏祭り」では地域住民に参加を呼び掛けるなど地域交流に努めています。利用者の買い物や外出の際は、利用者の状況に応じて民間のサービスを利用し、一人で活動ができるよう支援を行い、地域での生活を推進しています。</p> |   |         |
| 24   | 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・㉑・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア受入れに関する方針は事業計画に明文化され、受入れ体制や配置、事前説明に関するマニュアルが整備されています。ボランティア受入れの際には配慮すべき利用者の特性なども共有しています。近隣の小中学生のボランティアを受け入れた際には、利用者とトランプや花壇の苗植えを一緒に行うなどの交流を行っています。今後はボランティア募集の告知や受付方法をホームページに掲載するなどの取り組みに期待します。</p>   |   |         |
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。   |   |         |
| 25   | II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な関係機関・団体等の機能や連絡方法を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。 | a・㉑・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所として各種団体や協議会に所属しており、適宜会議や連絡会に参加し、課題解決に</p>  |   |         |

|  |  |       |
|--|--|-------|
| <p>向けて協働するなど関係機関との連携を図っています。関係機関や行政の連絡先を記載したリストを作成し、連絡方法などを明確にしています。参加した会議の内容は職員会議で説明し、職員へ周知しています。ほとんどの利用者が同法人内の通所サービスを利用しているため、今後は他の事業所との連携・協力による提供可能なサービスの拡充を図っていくことが望まれます。</p>              |  |       |
| <p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>  |  |       |
| 26   | 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。      | ㉑・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         グループホームは利用者の生活の場であるため、施設の機能を地域住民に開放する取り組みは行っていません。しかし、地域住民みなで行う町の清掃活動など地域の行事や活動に積極的に参加しています。また、スポーツ大会や駅伝の応援、チャリティ活動に参加するなど余暇時間を利用して地域の活性化につながる活動も積極的に行われています。</p> |  |       |
| 27   | 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。 | ㉑・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         グループホームを退去された方に継続して関わりをもち、退去者や地域の高齢者・子どもに対して、利用者が生産した野菜や米をフードバンクとして提供しています。また、スーツなどの衣料無料貸出を行っています。その他にも、生活困窮者レスキュー事業に取り組むなど地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われています。</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 |
| <p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>  |  |         |
| 28  | 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・㉑・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         理念や基本方針は広報誌や職員ユニフォームに記載され誰でも確認ができ、職員参加の会議などで唱和するなど職員への周知も図られています。毎年行っている施設内研修では、利用者尊重や基本的人権に関する研修を実施しています。福祉サービス提供の評価は「職員セルフチェックリスト」による自己評価の実施や管理者との面接、職員相互の支援方法の評価により組織全体で共通の理解が図れるよう取り組んでいます。組織全体として職員間のコミュニケーションを図りながら利用者に配慮した関わりをしています。今後は標準的な支援方法を具体的に明記し、一定水準のサービス内容が確保されるような取り組みに期待します。</p> |  |         |
| 29  | 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。  | ㉑・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         利用者のプライバシー保護や個人情報保護については重要事項説明書や契約書に記載され、利用者に説明されています。職員に対して個人情報保護マニュアルを用いて説明され、権利擁護に関する研修を行うなど理解が図れるよう取り組まれています。利用者の居室は全員個室であり、外からの施錠・解錠ができないようになっています。入室時は、ノックや声かけなどをして利用者の許可が得られたら入室するよう心がけています。</p>  |  |         |
| <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。</p>  |  |         |
| 30  | 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。      | ㉑・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、活動状況を記載したパンフレットやリーフレットを定期的に刊行し、近隣の区役所や公共施設に設置しています。ホームページには</p>  |  |         |

|   |   |       |
|---|---|-------|
| <p>事業内容やサービス内容の記載はもちろん、写真や絵を用いて事業所の雰囲気や伝わるよう工夫されています。見学・体験利用は希望者の入居後の状況を想定しながら、納得した形で入所してもらえるよう複数回の体験を推進しています。利用希望者に説明を行う際は、動画や写真など具体的なイメージが持てるような資料を準備しています。</p>   |   |       |
| 31  | 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・㉔・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>サービスの開始・変更に伴う説明はフリガナ付きの資料や契約書を準備し、分かりやすい言葉に置き換えて説明するなど、本人の理解と決定を尊重するよう努めています。これらの対応が慣例的であったり職員の個別判断で行われたりしているため、今後は利用者の状況に応じた方法を具体的にルール化するなど誰でも分かりやすく適切な説明ができるような取り組みに期待します。</p>  |   |       |
| 32  | 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。 | a・㉔・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>グループホームを退居した利用者に対して退去後も連絡をとり、生活の様子を確認したり、夏祭りに招待したりするなど関係の維持を図っています。サービス利用後の相談窓口はサービス管理責任者が担当し、福祉サービスの継続性を確保しています。また、地域生活への移行を目指す利用者には社会福祉協議会と連携し、家賃の相談などができる体制を整えています。今後は退居者や他事業所への変更があった際に引き継ぎ文書を作成し提供するなど途切れない支援が行える取り組みが望まれます。</p> |   |       |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。   |   |       |
| 33  | 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。                 | ㉔・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>グループホーム各棟の余暇活動は、利用者の希望を聞き取り季節に応じたイベントの実施に取り組んでいます。年1回「休みの日アンケート」や「満足度アンケート」を実施し、利用者の趣味趣向を把握し、満足感を高めるような活動の立案や実施に努めています。</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。  |   |       |
| 34  | 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。                      | ㉔・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>苦情解決責任者を管理者とし、窓口や第三者委員を設置するなど苦情解決の体制が整備されています。さらに、「苦情解決委員会規定」や「苦情対応マニュアル」を作成し、口頭・紙面にて苦情を受け付けています。世話人が直接聞き取った日常的な不満なども会議で共有し、利用者満足の上昇に努めています。苦情解決の結果については本人に説明が行われ、フリガナ付きの回答書を作成・掲示し、利用者等に配慮した形で公開しています。</p>                           |   |       |
| 35  | 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。              | ㉔・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>グループホーム内には相談の場所は設けられていませんが、各利用者の居室や近隣にある法人内の談話室などの相談場所を確保しています。日常的には世話人への相談が多いようですが、他の職員にも相談しやすいような関わりに努めています。また、意見箱の設置や「なんでも相談日」を設けるなど、複数の相談方法を用意し、利用者等に困りごとなどが無いように積極的に問いかけています。</p>  |   |       |
| 36  | 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。                 | ㉔・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>利用者からの相談や意見は世話人だけでなく、サービス管理責任者や各職員が常時受け付け、内容については朝礼・昼礼にて共有し、迅速に対応しています。スピード感を持って対応することが利用者の安心や「困った」、「助けて」を伝えやすい雰囲気につながっています。</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。  |  |       |
| 37   | 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。  | ㉑・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事故発生時の対応について事故対応マニュアルや緊急時対応マニュアルが整備されています。事故が発生した際には原因の追及を行い、分析と再発防止策を検討し職員へ周知する体制が構築されています。緊急時には利用者情報がすぐに持ち出せるよう、メディカルシートを作成しています。利用者が一人で外出する際には、ヘルプカードを携帯してもらい緊急時に対応できるよう体制を整えています。職員に対して救急法やAEDの使用方法を施設内研修に取り入れ緊急時対応ができるよう備えています。また、夜勤職員は携帯電話を持ち、夜間の緊急時にもすぐに連絡ができる体制をとり、屋外には警備カメラを設置し、出入りする人物の確認を行っています。</p> |  |       |
| 38   | 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。 | ㉑・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症の予防や発生時などの対応マニュアルを作成し、これに従って対応されています。2020年度は特に新型コロナウイルス感染症への対応として、感染予防・対策の実践的な研修を施設内研修に取り入れ、毎日の消毒と手洗い・うがいにつなげています。ノロウイルスや食中毒への対処方法も研修に取り入れ、嘔吐などが発生した際には即座に対応できるよう準備されています。希望した利用者や職員を対象にインフルエンザ予防接種を実施しています。</p>   |  |       |
| 39   | 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。           | ㉑・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害を想定した事業継続計画（BCP）を作成し、非常時における支援体制や食料品の備蓄を整備しています。事業所の立地条件などを踏まえ、土砂崩れ・水害・地震を想定した避難訓練を毎月行うことで利用者の特性への配慮事項や問題点を確認しています。避難時に誰でも利用者・職員の確認ができるよう写真付きのリストも用意されています。</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。  |   |         |
| 40   | 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・㉑・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>提供する福祉サービスの実施方法や権利擁護、プライバシー保護に関わる文書が策定され、明示されています。また、権利擁護やプライバシー保護に関する研修を実施することにより理解を深めています。利用者の特性に応じた支援方法や配慮事項は、ミーティングなどで共有されています。今後は、各職員が行っている支援方法の視点や内容を個別支援計画に明記するなどして全職員が同じ水準のサービスが提供できるような工夫に期待します。</p> |   |         |
| 41   | 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・㉑・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の状態の変化は毎日の朝礼・昼礼やグループホーム全体の会議にて共有し、サービスの実施方法の見直しや変更について随時検討されています。今後は、標準的な実施方法の評価・分析・見直しを行う機会を定期的に定めることに期待します。</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。  |   |         |
| 42   | 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。        | a・㉑・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p>  |   |         |

|  |  |       |
|--|--|-------|
| <p>利用者のニーズや健康状態、日常生活動作（ADL）は、普段支援にあたっている複数の職員からの情報収集や利用者からの聞き取りを行って把握しています。得られた情報をもとに、支援方法や長期目標、短期目標などを盛り込んだ個別支援計画を作成しています。しかし、計画通り支援が行われているか確認する方法が明確に定められていません。今後は、目標や支援内容を具体的に明記し、職員への周知を徹底することで利用者に対する支援方法や評価の統一が図られることに期待します。</p> |  |       |
| 43   | 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。             | ㉠・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>サービス実施計画の評価・見直しは6ヶ月毎に行われています。評価・見直しは、利用者や職員が参加するモニタリング会議で達成状況や利用者の変化、ニーズについて両者からの意見を聞きとり、行なっています。会議は利用者に配慮しながら進められ、具体的な内容を把握するよう努めています。計画の見直しは、担当者会議で複数の職員による情報確認、共有にもとづき行っています。</p>                               |  |       |
| Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。   |  |       |
| 44   | 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、職員間で共有化している。 | ㉠・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>利用者の状況やサービスの実施状況は統一された様式に記録されています。記録などの情報は法人のネットワークシステムで集約・管理されており、パソコンやタブレットにて必要時いつでも最新の情報が閲覧できる仕組みが整っています。記録の記載方法は、年1回研修を行い、職員間で差異が出ないように確認し、職員間の理解・技能の標準化を図っています。</p>   |  |       |
| 45   | 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。                   | ㉠・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>運営規定の「秘密の保持」や「記録の整備」にて個人情報保護に関する情報の取り扱いについて定めています。また、「重要事項説明書」、「個人情報使用同意書」、「契約書」において、個人情報の使用方法や管理について明記し、利用者・家族に説明しています。</p>   |  |       |

## 評価対象Ⅳ

### A-1 利用者の尊重

|  |   |         |
|--|---|---------|
|  |   | 第三者評価結果 |
| A-1-(1) 利用者の尊重   |   |         |
|  | A-1-(1)-① 職員の接し方について、利用者をひとりの個人として尊重する取り組みを行っている。 | ㉠・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>利用者接遇には事業所内研修にて計画的に取り組まれています。毎年11月に職員を対象とした人権、虐待防止へのセルフチェックが実施され、言葉遣いや入室の際のマナーなど職員自身の振り返りや啓発が図られています。また、同様の研修は新人研修の際にも実施されています。利用者への呼称は入所時に確認し、希望に応じて対応しています。排泄や入浴は同性介助を基本として介助されています。</p> |   |         |
|  | A-1-(1)-② 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。        | ㉠・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>利用者とのコミュニケーションは特性に応じて動画やイラスト、筆談など様々な方法を用いて行われています。利用者との日常的な関わりを通じて発見されたサインは、職員間共通の留意点として共有されています。</p>  |   |         |
|  | A-1-(1)-③ 利用者の主体的な活動を尊重している。                      | ㉠・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>グループホームの各棟では、担当職員やサービス管理責任者が利用者主体の活動を支援し</p>   |   |         |



|   |  |              |
|---|--|--------------|
| <p>ています。利用者の活動内容や意向は、毎年実施される利用者アンケートと毎月行われている利用者間の話し合いで確認され、解決のための協議も行われています。具体的には、掃除当番やレクリエーションの内容などを職員立ち合いのもと決められています。</p>  |  |              |
|   | <p>A-1-(1)-④ 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。</p> | <p>㉠・b・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         利用者の日常生活上の行為は声かけと見守りの姿勢を保ち、過介助にならないよう支援方法がマニュアル化され、その内容は法人全体の研修で確認をしています。法人内の9つのグループホームは設備や機能がそれぞれ異なり、利用者の自立度に応じた入居ホームの選択により過介助を防止しています。現在、支援の必要が無くなり、自立した生活を送られている利用者もいます。</p>            |  |              |
|   | <p>A-1-(1)-⑤ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。</p>            | <p>㉠・b・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         利用者の希望に応じて社会生活力を高めるために買い物や調理、園芸、金銭管理、公共交通機関の利用など実体験から学ぶことができるプログラムが用意されており、利用者の希望や強みに応じて実施されています。例えば、一人で外出を希望される利用者には公共交通機関の利用についての支援や調理を行いたいという希望については、買い物から調理まで職員と一緒に体験する支援が行われています。</p> |  |              |

## A-2 日常生活支援

|  |   |                |
|--|---|----------------|
|  |   | <p>第三者評価結果</p> |
| <p>A-2-(1) 食事</p>  |   |                |
|  | <p>A-2-(1)-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。</p>                   | <p>a・㉠・c</p>   |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         食事介助の方法のマニュアルが作成され、新人研修の際に活用されています。また、食事介助の研修も毎年行われており、食事サービスの向上に組織的に取り組んでいます。各利用者の食事形態や水分量、水分補給の時間などは心身状態や持病に合わせ決められ、個別支援計画書に記載されています。法人には栄養士が配置され、利用者の体調が悪い日には栄養バランスに配慮しながらも、代替え食を提供するなど体調に合わせた食事の提供に取り組まれています。事業所として利用者の高齢化が今後の課題と認識されていますので、今後は栄養コントロールも視野に入れた食事サービスへの取り組みに期待します。</p> |   |                |
|  | <p>A-2-(1)-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。</p> | <p>㉠・b・c</p>   |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         毎日の食事は1週間毎に献立が立てられ、各ホームに掲示し予め利用者に周知されています。食事に利用される食材は、利用者が育てた野菜や地元の食材が使用されるなど地産地消に取り組まれています。また、旬の食材を利用し、月見団子や恵方巻などが提供されるなど食を通して季節や食文化を体験できる工夫もあります。温かいものは温かく冷たいものは冷たくして提供するよう保温器を活用しながら適温での食事提供がなされています。</p>  |   |                |
|  | <p>A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。</p>                          | <p>㉠・b・c</p>   |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         食事の提供時間は利用者の希望する時間に食事ができるよう配慮されています。リビングには季節に合わせた飾り付けがなされ、食器は家庭用のものを利用するなど楽しく家庭的な雰囲気づくりを心掛けています。食事場所は自由席となっていますが、利用者の状況に応じて席の固定化や食事時間の変更、自室での食事提供など随時対応されています。また、簡単な軽食を自由に食べられるようにやかんや鍋が準備されています。</p>   |   |                |
| <p>A-2-(2) 入浴</p>  |   |                |
|  | <p>A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的</p>                         | <p>㉠・b・c</p>   |

|   |  |       |
|---|--|-------|
|   | 事情に配慮している。                               |       |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>入浴介助・支援マニュアルが作成されており、手順にそって入浴支援を行っています。各利用者の健康状態や留意事項は個別支援計画書に記載されており、体調の変化によっては入浴の可否を看護師が判断しています。入浴支援は同性介助で行われ、入浴状態をタブレットで記録しています。</p>   |  |       |
|   | A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。          | ㉑・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>利用者は毎日の入浴が可能となっており、16時から20時の間であれば浴室を自由に利用できるようになっています。利用者の会で「浴室の待ち時間が嫌だ」、「足を伸ばして入浴したい」などの意見が出たため、女性（火、木、土）、男性（月、水、金）を基本とし、隣接した法人施設の大浴場で入浴ができるように対応されています。汗をかいた際など必要に応じて時間外の利用も可能です。</p>     |  |       |
|   | A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。              | a・㉒   |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>各ホーム内の浴室はバリアフリーとなっています。入り口に「入浴中」の札が設置され、施錠も可能です。隣接した法人施設の大浴場は冷暖房が整備されています。大浴場の床段差のリスクについて職員から意見が出たため、段差解消がなされています。しかし、大浴場の脱衣所と浴室の間には段差があります。利用者が高齢化した際、転倒の危険性が高いため、今後の更なる工夫に期待します。</p>      |  |       |
| A-2-(3) 排泄  |  |       |
|   | A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。                | ㉑・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>排泄介助マニュアルが整備され、個別支援計画書に記載された方法で個別に対応されています。排便状況は、各利用者が便タイプを7段階に分けた絵を確認し、排便シートに記載することで利用者自身の健康意識を高めています。排便が確認できない人には声掛けをして確認し、記録・管理を行っています。</p>  |  |       |
|   | A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。                  | ㉑・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>トイレの清掃は毎日行い、エタノールなどで消毒し、防臭予防も行っています。トイレには点検記録用紙が設置され、点検結果が記載されています。男女別にトイレは男女の区別が分かりやすく表記されています。温便座やウォシュレット、手すりはありませんが冷暖房はありません。毎月安全点検も実施され、改善点を見つける取り組みが行われています。</p>                       |  |       |
| A-2-(4) 衣服  |  |       |
|   | A-2-(4)-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。 | ㉑・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>利用者は好みの衣服を自分で選択して着用されています。自分で選べない利用者は前日に職員と一緒に選んでいます。衣服の購入は衣替えの時期や希望に応じて近所の店に職員が同行し、買い物や相談にのるなど好みの洋服が購入できるよう支援しています。</p>  |  |       |
|   | A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。  | ㉑・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>衣服の着替えは基本的に利用者が自分で行っています。衣服が汚れた際や同じ衣服着用が気になる際には職員が声を掛けて着替えを促しています。利用者が衣服にこだわりがあり、同じものの着用を望まれる場合には短時間で洗濯をしたり同じものを数枚購入したりするなど衣服の清潔を保つよう柔軟に対応されています。衣服の破れやボタン付けは自分で繕いできるように裁縫などの支援も行っています。</p> |  |       |
| A-2-(5) 理容・美容   |  |       |

|   |  |       |
|---|--|-------|
|   | A-2-(5)-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。    | ㉠・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>8割の利用者は出張美容師を利用し、2割の利用者は自由に地域の理美容院を利用しています。普段の髪型や化粧などは利用者自身が自由に決めています。外出や行事に参加する際はカタログを用いて情報提供を行いながら職員が相談に応じて手伝っています。</p>  |  |       |
|   | A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。          | ㉠・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の理美容院の利用を利用者が希望した際は、職員が連絡調整するとともに必要に応じて同行しています。外出しての理美容院を希望されない利用者は、週に1回の地域美容院の来所サービスを利用しています。利用者には髪型のカタログを準備して美容師に希望が伝えやすいように工夫しています。</p>   |  |       |
| A-2-(6) 睡眠  |  |       |
|   | A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。                | ㉠・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>就寝時の環境は、利用者の希望や状況によって遮光シートや防音ゴムの利用、スリッパの材質を変更するなどして夜間の光や音に対応しています。その他居室には畳の部屋もあるため、利用者の希望に応じて部屋変えを行うなどの配慮もされています。寝具は利用者の希望で購入されています。夜間の職員巡回にはマニュアルが作成され、ライトの当て方や職員の歩行音が出ないように工夫されています。</p>   |  |       |
| A-2-(7) 健康管理  |  |       |
|   | A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。                 | ㉠・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎朝の体温、体調、排便の有無、月に1回の体重測定などは健康管理表に記録され、事業所内のシステムで管理されています。健康管理マニュアルも整備され、健康診断やかかりつけ医による検査結果は利用者毎に管理されています。利用者は看護師による健康相談を受けることができ、11月実施のインフルエンザ予防接種の説明も家族や利用者に対して看護師が行っています。健康の維持・増進のために毎朝の体操や休日の散歩を行うなどのプログラムが用意されています。毎年6月には協力歯科医によるブラッシング指導が利用者と職員を対象に行われ、口腔ケアへも取り組まれています。</p> |  |       |
|   | A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。          | ㉠・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>健康面に不調があった場合の対応マニュアルが整備されています。地域には自動車ですぐに10分程度の場所に内科、歯科などの医療機関があります。協力医療機関へは利用者が定期健診として普段から受診しており、緊急時にも対応できるように連携をとっています。日中・夜間ともに利用者の体調に変化があった場合は、職員と看護師の連携により適切な医療機関を受診できるよう体制が構築されています。</p>  |  |       |
|   | A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。         | ㉠・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>服薬の管理マニュアルは写真付きで作成され、健康管理ファイルには各利用者の服薬情報が保管されています。日々の服薬管理は1日毎の服薬台帳を作成し、飲み忘れがないよう管理されています。また、自分で服用できる利用者には居室に服薬カレンダーを設置し、可能な限り自分で管理ができるよう工夫されています。薬の保管は鍵付の棚に保管され、職員はマニュアルに沿って配薬を行っています。病院で薬を処方される際に氏名や日付、服薬時間などを記載してもらい、配薬の際の誤配や誤飲がないようにダブルチェックしています。</p>                         |  |       |
| A-2-(8) 余暇・レクリエーション   |  |       |
|   | A-2-(8)-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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p>   |  |       |

|  |  |              |
|--|--|--------------|
| <p>クリスマス会や新年会、花見などの余暇活動は、利用者満足度調査や利用者、職員の意見をもとに企画・立案されています。外出や旅行の計画を立てる際は、いくつかプランを提示した利用者アンケートを実施し、その結果をもとに計画が立てられています。普段から卓球や外食など希望に応じて行われており、利用者間の交流を積極的に行っています。また、地域の夏祭り参加やボランティア受け入れなど地域住民との交流にも積極的に取り組んでいます。</p>  |  |              |
| <p>A-2-(9) 外出、外泊</p>   |  |              |
|  | <p>A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。</p>                                | <p>㉠・b・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         利用者の特性に応じて外出に関するルールが定められています。一人で外出できる利用者には交通ルールや公共交通機関の利用方法などを学んでもらい、連絡先を明示したカードを持参し自由に外出しています。外出に介助が必要な利用者は福祉タクシーを利用し外出しています。主な外出先は映画やボウリングなどで、グループで外出する際は職員が同行する場合があります。地域のイベント情報を収集し、利用者に提案し参加者を募るなど積極的な活動が行われています。</p>      |  |              |
|  | <p>A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。</p>                             | <p>㉠・b・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         外泊は基本的には自由にできる環境です。お盆や正月の帰省は、利用者と家族の希望に沿って行えるよう職員が調整を行っています。利用者の中にはお金を貯めて一人で外泊をする利用者もいます。</p>   |  |              |
| <p>A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等</p>   |  |              |
|  | <p>A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。</p>                           | <p>㉠・b・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         預かり金の取り扱いについては、金銭管理規定を定めこれに沿って行われています。通帳や年金証書は施設の金庫に鍵をかけ保管されています。利用者毎に金銭管理台帳を作成し、定期的な本人への報告と家族が来所された際に現金出納帳を確認してもらっています。自己管理を希望される利用者には小遣い帳を作成し、可能な限り自身で管理できるように職員がサポートしています。</p>   |  |              |
|  | <p>A-2-(10)-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。</p>                  | <p>㉠・c</p>   |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         新聞や雑誌は利用者が自由に購入されており、希望者には定期購読や購入などの支援がなされています。テレビやラジオ、ゲーム機も利用者の希望で自由に持ち込まれ楽しまれています。リビングには市政だよりや県だよりが置かれ、新聞や雑誌の設置については利用者との話し合いで決められています。</p>   |  |              |
|  | <p>A-2-(10)-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。</p> | <p>㉠・c</p>   |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         酒やたばこなどの嗜好品については各利用者と話し合い、ルールを定めて認められています。飲酒は自己管理で行ってもらい、喫煙については場所を指定しマナーを守りながら嗜んでいます。看護師が定期的に喫煙や飲酒に関する話を利用者に行い、正しい認識を持って利用されるよう支援しています。お菓子やパンのなどは利用者が個人的に地域の店で購入したり、職員の同行により購入されたりしています。その他、店の移動販売を利用するなど利用者自身が自由に購入しています。</p> |  |              |
| <p>A-2-(11) 社会適応訓練等</p>  |  |              |
|  | <p>A-2-(11)-① 社会適応訓練等に関しては、利用者の状態に応じた支援を行っている。</p>                   | <p>㉠・b・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p>  |  |              |

利用者の希望や心身の状況、生活環境に応じてサービス実施計画が作成されています。公共交通機関の利用やお金の使い方など自立に向けた支援が計画書に沿って実施され、定期的に評価、見直しが行われています。また、地域スーパーでの買物や調理体験などを年間通して行うことで利用者の可能性が広がっています。実際に一人で買物に出掛けることができるようになった利用者もいます。

### A-3 施設・設備

|  |                                    |         |
|--|------------------------------------|---------|
|  |                                    | 第三者評価結果 |
| A-3-(1) 施設・設備  |                                    |         |
| A-3-(1)-①  | 施設・設備に関して、利用者や来所者が利用しやすいよう配慮されている。 | Ⓐ・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         複数あるグループホームの各棟は利用者の特性に応じ機能が異なっています。2階建ての民家を活用した建物は社会で自立した生活を目指している利用者向けのグループホームとなっており、家庭的な構造となっています。法人本部に隣接した複数のホームはユニバーサルデザインで設計されており、利用者が無理なく生活できるよう設計されています。法人本部の2階にあるグループホームは、支援が必要な利用者向けとなっています。利用者の希望や特性、支援の状況に応じて転居が可能です。ホームには手すりの設置のほか、文字が読めない利用者にも分かりやすい案内板が設置されるなど配慮されています。</p> |                                    |         |

(参考)

|                 | 第三者評価結果 |    |   |
|-----------------|---------|----|---|
|                 | a       | b  | c |
| 共通評価基準（評価対象Ⅰ～Ⅲ） | 28      | 17 | 0 |
| 内容評価基準（評価対象A）   | 27      | 1  | 1 |
| 合計              | 55      | 18 | 1 |