

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： (施設名) 共生福祉会グループホーム	種別：障害福祉サービス事業 共同生活援助
代表者氏名：理事長 岡崎 誠子 (管理者) 管理者 塚本 嘉郎	開設年月日： 平成18年4月1日
設置主体：社会福祉法人 共生福祉会 経営主体：社会福祉法人 共生福祉会	定員：19名 (利用人数) 17名
所在地：〒〒861-1115 熊本県合志市豊岡2000-1653	
連絡先電話番号： 096—248—7273	F A X 番号： 096—248—7274
ホームページアドレス	http://www.kyoseifukushi.or.jp/

(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	夏祭り・社員旅行・合同忘年会・クリスマス会（コロナで中止）地域清掃活動、防火避難訓練
居室概要	居室以外の施設設備の概要
黒石原荘10室、泉ヶ丘ホーム（4室）、すずかけ台ホーム5室、全室個室・エアコン付き・押し入れ設置	スプリンクラー設置・黒石原荘、防犯カメラ設置 ・黒石原荘、防犯カメラ設置・黒石原荘、SECOM 火災監視・非常通報システム（全ホーム） AED（自動体外式除細動器）設置、公衆電話、食堂、 台所、リビング又は居間、浴室、脱衣所、トイレ、 洗濯機、乾燥機、洗面台

2 施設・事業所の特徴的な取組

<p>○障がい者が職場のある地域で職住近接のための地域移行を推進し、地域の中に複数のグループホームを設置し、利用者の社会参加やQOLの向上に寄与しています。開設当初から外部サービス利用型グループホームで定員19名（3ヶ所）の事業所であり、利用者が食事・入浴・排泄などの介護が必要な場合は外部の介護事業所に委託して行うことが可能となっています。</p> <p>社会福祉法人「共生福祉会」は、「障がい者と健常者が共に働ける場をつくる」という強い信念を持った創業者達の思いから、1977（昭和52年）年に「共同作業所ホープ印刷」として設立されています。その後、障がい者が地域で普通に働きながら暮らすという当たり前のことが困難な時代に「共に働ける場がないのであれば、自分たちでつくる」という、当法人の理念「希望をカタチに」の実現のため、1997（平成9年）年から、福祉工場、福祉ホームを整備され、2006（平成18年）年制度改正により、福祉工場は多機能型事業所として現在に至り、福祉ホームは共生福祉会グループホームとなり、利用者の職住の安定のために障がいがあっても無くても、自分の住みたいところに住み、やりたい仕事に就き、自らの選択に基づき人生を送るという、まさにノーマライゼーションの実現を実践しています。</p>
--

3 評価結果総評

◆特に評価の高い点

○多くのグループホームを設置し利用者を尊重した福祉サービスの提供が行われています。

障がい者の地域移行を推進し、地域の中に多くのグループホームを設置されたことは、利用者の社会参加やQOLの向上に寄与するものであり大いに評価できます。法人の理念や基本方針は、ホームページや施設の掲示板や会議室等多くの場所に掲示されており、さらに法人のパンフレットや広報誌にも掲載され周知されています。職員については、「共生福祉会ガイドライン～働いていく上での心得～」の中で、理念に対する心得を分かり易く丁寧に説明したものを配布（ウェブサイトでの閲覧も可）しています。

○利用者本位の福祉サービスの提供に独創的な工夫が見られます。

利用者の情報は職員間で共有するために、会議や研修はもちろんですがパソコンを活用し、確実に共有できるように配慮されています。また、利用者の尊重と権利擁護では、利用者が日常生活で「こまっことがあるけど、言い出せない・・・」「話すことが苦手・・・」「こっそり伝えたい・・・」など、思ったことや感じた事などを自由に匿名で意見が伝えられるスマートフォンを利用した「ちょっと聞いてよ」というQRコードでアクセスできる仕組みがとられています。

○管理者はリーダーシップを発揮し、施設運営や職員の支援の質の向上についても積極的に取り組む姿勢が伺われます。

職員会議や職員研修、広報誌「ひまわり」等において、自らの役割と責任を利用者や家族、職員に表明しています。また、業務省力化のために、会議や研修等でのペーパーレス化などの業務のデジタル化に積極的に取り組んでいます。SDGsを意識した全事業所の電灯をすべてLED電球への交換や電気の付けっ放しやコピーの使い過ぎ等にも気を遣っています。職員へは年2回の職員面談を行い、業務改善や人事、労務上の課題や悩みを把握され、個々人のライフスタイルの変化にも配慮し働きやすい職場環境の整備も行われています。

○職員の就業状況等の把握については、職員自己評価結果でも高評価を得ており、働きやすい職場であることが伺えます。

職員の年次有給休暇の取得促進やメンタルヘルスへの取組も実施され、独立行政法人福祉機構及び熊本県社会福祉協議会の退職共済に加入しています。また、勤労者福祉センターの利用料補助、社員旅行、資格取得などへの補助も行われています。産業医の導入で安心した施設管理ができるとともに、利用者や職員の心身の健康管理として毎月、臨床心理士と医師による相談支援体制が整えられており、産業医からの利用者への支援方法や健康状態への助言も有効です。

◆改善を求められる点

○中・長期計画の明文化が求められます。

障害者福祉に関して国の制度が変わり、中・長期の展望に立った「将来のあるべき姿」が描きにくい現状ですが、統括管理責任者は、長年のキャリアと理念に基づいた行動により、これから求められる法人のあり方についての将来像をすでに描き出されているので、それを明文化し、さらに職員の声を取り入れながら、法人としての中・長期計画の策定を期待します。

○行事等へのボランティアの受入れについては、最近は行われていません。

グループホームは居住施設ということでボランティアの受入れは難しい面がありますが、受入れに関する検討が望まれます。法人ではボランティアの受け入れに関する総合的なマニュアルが整備されていませんので、職員参画のもとに登録・申し込み手続き等を定めたマニュアルを整備し対応されることが望まれます。

○挙げた意見を利用者にフィードバックすることが望まれます。

評価の高い点に挙げている様々なツールを使用した幅広い利用者意見の聴取がされていますが、せっかく挙げた意見や要望に対する対応について、その進捗状況が利用者へフィードバックされていません。進捗状況がわかれば、利用者自身も先の目安がたつと思われまます。組織全体としての仕組みの構築が望まれます。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(R5. 3. 13)

前回の評価結果から、改善できていることもあれば、いまだ出来ていないことも多々あり、今回もたくさんの“気づき”をいただきました。

課題については特に「中・長期計画の明文化」です。単年度事業計画だけでなく、中・長期計画にそった単年度計画を作成していくよう改善していきます。また、それを職員だけでなく、利用者や家族とも一緒になって共有していけるように、情報発信面でも改善を重ねて参ります。

評価いただいた点においては、日々の支援を後押ししていただき、職員の励みとなりました。ただそのことに慢心せず、さらにより良くするためにはどう改善していくか、職員・利用者全体で一緒になって引き続き考えていきたいと思ひます。

今後は評価点・課題点の改善をしていくためにも、第三者評価の受審だけに頼らず、自分たちでも自己評価していく必要性をあらためて感じたところではす。

次回、また受審させて頂く際には、さらに成長した姿がみせられるように精進してまいります。今回は、ありがとうございました。

(別記)

(公表様式1)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

【障がい者・児（居住系サービス）版】

◎ 評価機関

名 称	一般社団法人熊本県社会福祉士会福祉サービス第三者評価事業
所 在 地	熊本市東区健軍本町1-22 東部ハイツ105
評価実施期間	令和4年12月21日～令和5年3月31日
評価調査者番号	① 08-021
	② 17-017
	③ 18-008

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称： (施設名) 共生福祉会グループホーム	種別：障害福祉サービス事業 共同生活援助
代表者氏名：理事長 岡崎 誠子 (管理者) 管理者 塚本 嘉郎	開設年月日： 平成18年4月1日
設置主体：社会福祉法人 共生福祉会 経営主体：社会福祉法人 共生福祉会	定員：19名 (利用人数) 17名
所在地：〒861-1115 熊本県合志市豊岡2000-1653	
連絡先電話番号： 096-248-7273	FAX番号： 096-248-7274
ホームページアドレス	http://www.kyoseifukushi.or.jp/

(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	夏祭り・社員旅行・合同忘年会・クリスマス会 コロナで中止) 地域清掃活動、防火避難訓練					
居室概要	居室以外の施設設備の概要					
黒石原荘10室、泉ヶ丘ホーム(4室)、すずかけ台ホーム(5室)、全室個室・エアコン付き・押し入れ設置	スプリンクラー設置・黒石原荘、防犯カメラ設置・黒石原荘、SECOMU火災監視・非常通報システム(全ホーム) AED(自動体外式除細動器)設置、公衆電話、食堂、台所、リビング又は居間、浴室、脱衣所トイレ、洗濯機、乾燥機、洗面台					
職員の配置						
	職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
	管理者	1		社会福祉士	1	
	サービス管理責任者		1	社会福祉主事	2	
	世話人	2	6	ジョブコーチ	1	
	合 計	3	7	合 計	4	

※ 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

○理念・希望（ゆめ）をカタチに

人は誰でも幸せに生きていきたいという希望があります。

そのためには社会が共に生きるためのカタチになっていかなければなりません。

私たちは働いて自立したいという希望を持っている人が、その意欲、能力を生かすためのカタチとして福祉工場を造りました。でもまだ小さいカタチでしかありません。

共に生きる社会にしていくためにはもっと多くの努力が必要で、もっと大きなカタチを創り出すことが求められています。

私たち一人ひとりの力は微力ですが、みんながいっしょになって力を合わせて共生する大きな力を育てていきたいと思えます。

○基本方針

1 創意工夫 多様な福祉サービスが利用者の意向を尊重して、総合的に提供されるよう創意工夫する。

2 個人の尊厳の尊重 利用者が個人の尊厳を保持しつつ、自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援する。

3 質の向上と透明性 自主的に経営基盤の強化を図り、その提供する福祉サービスの質の向上並びに事業経営の透明性の確保を図る。

4 地域福祉の推進

3 施設・事業所の特徴的な取組

○障がい者が職場のある地域で職住近接のための地域移行を推進し、地域の中に複数のグループホームを設置し、利用者の社会参加やQOLの向上に寄与しています。開設当初から外部サービス利用型グループホームで定員19名（3ヶ所）の事業所であり、利用者が食事・入浴・排泄などの介護が必要な場合は外部の介護事業所に委託して行うことが可能となっています。

社会福祉法人「共生福祉会」は、「障がい者と健常者が共に働ける場をつくる」という強い信念を持った創業者達の思いから、1977（昭和52年）年に「共同作業所ホープ印刷」として設立されています。その後、障がい者が地域で普通に働きながら暮らすという当たり前のことが困難な時代に「共に働ける場がないのであれば、自分たちでつくる」という、当法人の理念「希望をカタチに」の実現のため、1997（平成9年）年から、福祉工場、福祉ホームを整備され、2006（平成18年）年制度改正により、福祉工場は多機能型事業所として現在に至り、福祉ホームは共生福祉会グループホームとなり、利用者の職住の安定のために障がいがあっても無くても、自分の住みたいところに住み、やりたい仕事に就き、自らの選択に基づき人生を送るという、まさにノーマライゼーションの実現を実践しています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年12月21日（契約日） ～ 令和5年3月31日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成30年度）

5 評価結果総評

◆特に評価の高い点

○多くのグループホームを設置し利用者を尊重した福祉サービスの提供が行われています。

障がい者の地域移行を推進し、地域の中に多くのグループホームを設置されたことは、利用者の社会参加やQOLの向上に寄与するものであり大いに評価できます。法人の理念や基本方針は、ホームページや施設の掲示板や会議室等多くの場所に掲示されており、さらに法人のパンフレットや広報誌にも掲載され周知されています。職員については、「共生福祉ガイドライン～働いていく上での心得～」の中で、理念に対する心得を分かり易く丁寧に説明したものを配布（ウェブサイトでの閲覧も可）しています。

○利用者本位の福祉サービスの提供に独創的な工夫が見られます。

利用者の情報は職員間で共有するために、会議や研修はもちろんですがパソコンを活用し、確実に共有できるように配慮されています。また、利用者の尊重と権利擁護では、利用者が日常の生活で「こまっことがあるけど、言い出せない・・・」「話すことが苦手・・・」「こっそり伝えたい・・・」など、思ったことや感じた事などを自由に匿名で意見が伝えられるスマートフォンを利用した「ちょっと聞いてよ」というQRコードでアクセスできる仕組みがとられています。

○管理者はリーダーシップを発揮し、施設運営や職員の支援の質の向上についても積極的に取り組む姿勢が伺われます。

職員会議や職員研修、広報誌「ひまわり」等において、自らの役割と責任を利用者や家族、職員に表明しています。また、業務省力化のために、会議や研修等でのペーパーレス化などの業務のデジタル化に積極的に取り組んでいます。SDGsを意識した全事業所の電灯をすべてLED電球への交換や電気の付けっ放しやコピーの使い過ぎ等にも気を遣っています。職員へは年2回の職員面談を行い、業務改善や人事、労務上の課題や悩みを把握され、個々人のライフスタイルの変化にも配慮し働きやすい職場環境の整備も行われています。

○職員の就業状況等の把握については、職員自己評価結果でも高評価を得ており、働きやすい職場であることが伺えます。

職員の年次有給休暇の取得促進やメンタルヘルスへの取組も実施され、独立行政法人福祉機構及び熊本県社会福祉協議会の退職共済に加入しています。また、勤労者福祉センターの利用料補助、社員旅行、資格取得などへの補助も行われています。産業医の導入で安心した施設管理ができるとともに、利用者や職員の心身の健康管理として毎月、臨床心理士と医師による相談支援体制が整えられており、産業医からの利用者への支援方法や健康状態への助言も有効です。

◆改善を求められる点

○中・長期計画の明文化が求められます。

障害者福祉に関して国の制度が変わり、中・長期の展望に立った「将来のあるべき姿」が描きにくい現状ですが、統括管理責任者は、長年のキャリアと理念に基づいた行動により、これから求められる法人のあり方についての将来像をすでに描き出されているので、それを明文化し、さらに職員の声を取り入れながら、法人としての中・長期計画の策定を期待します。

○行事等へのボランティアの受入れについては、最近は行われていません。

グループホームは居住施設ということでボランティアの受入れは難しい面がありますが、受入れに関する検討が望まれます。法人ではボランティアの受け入れに関する総合的なマニュアルが整備されていないので、職員参画のもとに登録・申し込み手続き等を定めたマニュアル

を整備し対応されることが望まれます。

○挙げた意見を利用者にフィードバックすることが望まれます。

評価の高い点に挙げている様々なツールを使用した幅広い利用者意見の聴取がされていますが、せっかく挙げた意見や要望に対する対応について、その進捗状況が利用者へフィードバックされていません。進捗状況がわかれば、利用者自身も先の目安がたつと思われまます。組織全体としての仕組みの構築が望まれます。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(R5.3.13)

前回の評価結果から、改善できていることもあれば、いまだ出来ていないことも多々あり、今回もたくさんの“気づき”をいただきました。

課題については特に「中・長期計画の明文化」です。単年度事業計画だけでなく、中・長期計画にそった単年度計画を作成していくよう改善していきます。また、それを職員だけでなく、利用者や家族とも一緒になって共有していけるように、情報発信面でも改善を重ねて参ります。

評価いただいた点においては、日々の支援を後押ししていただき、職員の励みとなりました。ただそのことに慢心せず、さらにより良くするためにはどう改善していくか、職員・利用者全体で一緒になって引き続き考えていきたいと思ひます。

今後は評価点・課題点の改善をしていくためにも、第三者評価の受審だけに頼らず、自分たちでも自己評価していく必要性をあらためて感じたところです。

次回、また受審させて頂く際には、さらに成長した姿がみせられるように精進してまいります。今回は、ありがとうございました。

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	17	
	家族・保護者		
聞き取り調査	利用者本人		
	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。

<共通評価基準>

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。	a・ b ・c
<p><コメント> 法人の理念や基本方針は、ホームページや施設の掲示板や会議室等多くの場所に掲示されており、さらに法人のパンフレットや広報誌にも掲載され周知されています。職員については、「共生福祉会ガイドライン～働いていく上での心得～」の中で、理念に対する心得を分かり易く丁寧に説明したものを配布(ウェブサイトでの閲覧も可)しています。ただ、利用者や家族へは、広報紙「ひまわり」等への掲載で周知されていますが、利用者等へは分かり易い言葉に置き換えるなどの工夫をし、さらなる周知への取組が望まれます。</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。		
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。	a ・b・c
<p><コメント> 事業経営を取り巻く環境等の把握については、合志市障害者福祉計画で潜在的な利用者数やニーズ等を把握し、サービス向上研修会や県社会福祉法人経営者協議会や県知的障害者施設協会等の会議や研修会に参加して、その現況や施策の動向等の把握・分析に努めています。施設においては、月次収支や状況分析を経営会議で確認し、職員会議でも確認をしています。職員は、収支状況をいつでもウェブサイトでの閲覧ができます。</p>		
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・ b ・c
<p><コメント> 毎月開催される経営会議の中で、中・長期計画も含め検討されています。その中で収集された情報や課題について、職員会議で職員への周知は行われていますが、分析された経営状況や課題の具体的な改善への取組の進捗状況を分析・評価するなどしたものを文書化することが不十分と見受けられます。なお、SDGsを意識した全事業所の電灯をすべてLED電球への交換や電気の消し忘れ防止やコピーの使用枚数削減等に配慮されています。</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。		
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・ b ・c
<p><コメント> 中・長期計画の明文化が求められます。障害者福祉に関して国の制度が変</p>		

<p>わり、中・長期の展望に立った「将来のあるべき姿」が描きにくい現状ですが、管理者は、長年のキャリアと理念に基づいた行動により、これから求められる法人のあり方について将来像をすでに描き出されているので、それを明文化し、さらに職員の声を取り入れながら、法人としての中・長期計画の策定を期待します。</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・ ⑥ ・c
<p><コメント> 明文化した中・長期計画に基づく単年度事業計画の策定が求められます。単年度の事業計画は中・長期計画との関連性が求められますが、管理者が想定している中・長期計画の幾つかの項目については中・長期計画の内容が事業計画の基本方針等へ十分に反映された状況とは言えません。例えば、グループホーム利用者確保の方法、職員の人材確保・育成等の項目が単年度事業計画ではありません。中・長期計画の明文化とその内容に沿った単年度事業計画の策定が求められます。</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。	⑦ ・b・c
<p><コメント> 事業計画は各部署で職員参画のもとに年度末に評価し新年度事業計画を策定しています。職員へは年度当初の職員会議で事業計画書を配布し（ウェブサイトでの閲覧も可）説明を行い、また、グループホームではパート職員が入った毎月の定例会において、事業等の進捗状況の報告をしています。</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。	a・ ⑧ ・c
<p><コメント> 事業計画を利用者に周知する取組の工夫が求められます。家族等に対しては、年度当初の広報誌で事業の一部については掲載し周知を図っていますが、不十分な状況になっています。また、利用者への周知については、職員自己評価結果によると、ほとんど説明がなされていない状況が伺えます。多様な利用者に簡略化した言葉や文章な写真等を使った簡潔版を作成し、各利用者の集会での説明や、年度当初に各事業所において担当職員と計画についての話し合いを持つなどして理解を促すことが求められます。</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・ ⑨ ・c
<p><コメント> 毎月開催されるサービス向上委員会では、事業で発生した苦情や事故などを共有し改善策等が協議・検討され、サービスの質の向上に取り組んでいます。職員へは、その結果が職員会議や定例会議で周知されるとともに、職員のグループLINE、ウェブでも発信されています。サービスの第三者評価は5年毎に定期的に受審されています。第三者評価については、評価後の結果分析に基づく改善が見られますが、今後は、更に県で示す第三者評価基準に基づく職員による自己評価の実施や評価結果の分析、そして改善への取組を行い、確実にPDCAサイクルを実施していくシステム作りが望まれます。</p>		
9	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。	a・ ⑩ ・c
<p><コメント> 各事業等で発生した苦情や事故などは、毎月開催されるサービス向上委員会で共有し改善策等が協議・検討され、取組むべき課題が抽出され、職員へは、その会議の結果が職員会議や事業所の定例会議で周知されるとともに、ウェブでも発信され共有化が図られています。今後は、組織的な評価として、職員による自己評価の実施結果や5年毎の第三者評価等の外部評価の結果を有効に活用し、評価内容に対する課題の共有と改善に向けた取組の事業計画及び中・長期計画への反映などが望まれます。</p>		

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。	㉠・b・c
<p><コメント> 管理者はリーダーシップを発揮し、施設運営や職員の支援の質の向上についても積極的に取り組む姿勢が伺われます。また、職員会議や職員研修、広報誌「ひまわり」等において、自らの役割と責任を利用者や家族、職員に表明しています。さらに業務省力化のために、会議や研修等でのペーパーレス化などの業務のデジタル化を積極的に取り組んでいます。定款細則、事務分掌表においても管理者の職務を明確にしています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> 遵守すべき法令等の理解への取組については、管理者は社会保険労務士事務所の有料会員となり定期的に参加される各種法令の研修会や会議に参加し、必要な情報を取得し、職員会議等で職員にも伝達されています。また、全国経営協議会からのメール配信等による最新情報の収集、関係法令集も整備し、常に新しい法令を把握しています。虐待対応、各種ハラスメント防止規程も策定されています。なお、職員行動指針や行動規範にも遵法についての規程が設けられています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> 管理者は、障害者福祉に関する専門的な知識や経験に基づき、利用者一人ひとりのニーズに応えるためにきめ細やかな指導が実施されています。研修委員会が中心になり、毎月数回のペースで職場内外の研修を実施し、サービスの質の向上に向けた職員教育の実施を図っています。さらに、業務上のトラブルや課題については、すぐにサービス向上委員会や安全衛生委員会などで組織的に検討し、サービスの質の向上に取り組んでいます。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	㉠・b・c
<p><コメント> 管理者は、施設経営や業務の効率化等の課題を抽出し、経営会議で改善策を協議し、管理的職員で意識の共有化を図っています。次に管理的職員で共有された課題について、職員会議で報告され、職員の意見も聴取されており施設職員全体で改善に取り組むことになっています。管理者による年2回の職員面談が行われており、その際には業務改善のことや、人事、労務上の課題が把握され、個々人のライフスタイルの変化に応じた雇用形態への配慮や働きやすい職場環境の整備も行われています。</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・㉠・c
<p><コメント> 法人の中・長期計画において全体的な人材確保・育成についての考え方や人材育成方針が策定されておらず課題がみられます。質の高いサービスを実現するためには、必要な人材の確保や人員体制の整備が望まれます。福祉人材不足が社会問題となっている現状がある中で必要な人材確保については、同計画や単年度事業計画等で具体的な計画を策定され実行されることが望まれます。なお、人材育成については、エルダー・メンター制度の導入や高齢者雇用の実践などの人材確保や定着に向けた取組が行</p>		

われています。また、資格取得支援制度も確立しています。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・㉔・c
<p><コメント> 職員給与規則及び職能等級表が整備され、これに基づき客観的な基準による人事管理が定期的に行われています。従来まで行われていた人事考課（査定）については、現在は行われておらず、自己評価表（職員用）による管理者の年2回の自己評価面談が行われ、その中で期待するところや課題等も踏まえ個々の職員と向き合い、それを総合的に判断し人事評価を行っています。ただ、職員自己評価結果では、本項目については低い評価となっていますので、職員への更なる周知が望まれます。</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り組んでいる。	㉔・b・c
<p><コメント> 職員の就業状況等の把握については、職員自己評価結果でも高評価を得ており、働きやすい職場であることが伺えます。セクハラ、パワハラに関する規程も整備され、職員の年次有給休暇の取得促進やメンタルヘルスへの取り組みも実施されています。独立行政法人福祉機構及び熊本県社会福祉協議会の退職共済に加入しています。また、勤労者福祉センターの利用料補助、社員旅行への補助等も行われています。なお、職員の悩み等については、臨床心理士や産業医・保健師への相談も可能となっています。</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。	㉔・b・c
<p><コメント> 組織として「期待する職員像」を明確にしたうえでの管理者による個別面談が実施され、職員個々の目標の設定が行われています。職員個々の目標の自己評価表を整備し、職員個々による目標が設定され、それについての管理者による定期的な自己評価面談(6ヶ月毎)が行われ、職員一人ひとりの個人目標の進捗管理をする仕組が整備されています。</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。	㉔・b・c
<p><コメント> 教育・研修の実施については、毎月1回の職員研修会を始めとして、施設内外で多くの研修が実施されています。就業規則52条では、「法人は職員に対し、技能の開発及び資質向上のために必要と認める場合は教育訓練を実施し、又は外部受講を指示する」とされたとともに単年度事業計画にも「職員の資質向上（外部研修・委員会活動）が明示されています。また、ジョブメドレー研修動画の利用でいつでも作業所内チームを作り必要な研修が受講できる環境が整備されています。</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。	㉔・b・c
<p><コメント> 職員に対する教育・研修は毎月実施され、職員一人ひとりの研修機会が確保されています。新任職員に対しては、エルダー・メンター制度を導入し、個別的なOJTが行われ、階層別研修や職種別研修については、熊本県社会福祉協議会が実施する研修会に参加させています。また、多くの種別の研修がジョブメドレー研修動画を活用し、オンラインで受講できるよう整備されており、職員一人ひとりのキャリアアップや意向に沿った教育・研修機会の提供が行われています。なお、研修終了後はすぐに研修結果がウェブでフィードバックされ、職員は研修内容を共有できるようになっています。</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・㉔・c
<p><コメント> 特別支援学校等から多数の実習生を受け入れています。社会福祉士受験のための実習生についても、実習指導者を2名養成し受け入れています。受入れに当たっては、専門職種の特性に配慮したプログラムが用意されています。ただ、実習受入マニュアルは整</p>		

備されていますが、マニュアルの中に実習生指導の基本的な姿勢や利用者や家族への事前説明の実施方法等の項目の挿入についての検討が望まれます。

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。	㉠・b・c
<p><コメント> 法人や施設の概要、定款、広報紙、決算報告等については、ホームページや施設玄関で閲覧できる方法で公開されています。また、年度当初の広報誌配布に当たって財務諸表を全利用者の世帯へ配布し事業の状況を公開しています。苦情についての相談内容やその改善・対応状況についても、事業報告書で公開されています。毎年6月の広報誌に決算書類を入れて行政機関や学校等の関係機関へ配布しています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> 会計事務所と契約をし、定期的に会計科目や決算のチェックが行われています。また、職員2名により毎月の事業の状況について、社会福祉法人監事監査の手引きによる内部統制質問書（障害者支援施設編）を参考に詳細なチェックリストによる内部監査が実施されており、適正な経営・運営の確保が図られています。</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。	a・㉠・c
<p><コメント> 法人の基本方針の一つに「地域福祉の推進」が掲げられ地域交流についての取組が行われていますが課題も見られます。コロナ禍で現在は中止されているが、毎年実施されるサンシャインワークスフェスタへは利用者等とともに多くの地域住民も参加されています。また、利用者は地域の各種行事に参加し地域住民との交流が行われています。なお、グループホーム利用者と地域住民の交流については、地域の清掃作業等の地域活動への参加などの機会はあるが交流は不十分な状況になっています。地域の自治会等との利用者や地域との関わり方や交流についての協議等が望まれます。また、法人としての地域との関わり方の基本的な考え方や実践方法等について、単年度事業計画での明文化が望まれます。</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・b・㉡
<p><コメント> 行事等へのボランティアの受入れについては、最近では行われてはいません。地域との交流を図る意味からも受入れの工夫が望まれます。また、ボランティアの受入れに関する総合的なマニュアルが整備されていませんので、職員参画のもとに登録・申し込み手続き等を定めたマニュアルを整備し対応されることが求められます。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> 地域の関係機関、各種団体のリストを整備し連携に努めています。合志市社会福祉協議会が主催される「地域プラットホーム会議」（地域の施設・病院・学校等の約15団体が法人間の連携を目的とする共同推進事業）に参加し地域の関係機関との連携を深めています。また、熊本県社会就労センター協議会、熊本県社会福祉法人経営者協議会、熊本県手をつなぐ育成会事業所協議会等へも参加しています。利用者のケース事例を通じ関係機関を招集した検討会や、特定相談支援事業所の相談事例でも支援の検討</p>		

会を開催しています。		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	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・ ⑥ ・c
<p><コメント> 各支援学校や相談事業所等からの体験入所を受入れ、積極的に事業所の機能を地域へ還元しています。上述の「地域プラットホーム会議」（地域の施設・病院・学校等の約15団体が法人間の連携を目的とする共同推進事業）に参加し地域の福祉ニーズを把握し、共生福祉会グループホームに積極的に繋げる取組が行われています。法人では合志市と「災害発生時における福祉避難所の設置運営に関する協議書」を締結し、災害時の福祉避難所にも指定されています。なお、将来的には短期入所の実施や日中サービス支援型グループホームへの取組も期待します。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a・ ⑥ ・c
<p><コメント> 法人では施設における地域の学習教室（ひとり親子ども支援学習会）の定期開催、スマイル劇団による地域の祭り等への出演、ハンセン病療養所「恵楓園」のボランティアガイド等の公益的活動が実践されています。上述の「地域プラットホーム会議」でのニーズ把握は行われていますが、今後は、新たな地域の福祉ニーズへの対応のために、例えば、地域の民生児童委員会や校区社会福祉協議会、自治会等の会合の際の意見聴取や、施設や地域のイベント等でアンケートを徴する等により新たな福祉ニーズを把握し対応することも望まれます。</p>		

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。		
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。	① ・b・c
<p><コメント> 運営規程やホームページ、目につきやすい会議室の壁にも、「理念→基本方針→職員行動規範→職員心得」と一貫した考え方が明示されています。虐待防止委員会から名称を変更したサービス向上委員会が企画して「ガイドライン」の冊子を使用し、新入職時と年に1回、利用者尊重や基本的人権への配慮について研修及び自己評価が実施されています。研修には全員参加が可能になるように工夫がされています。成年後見制度を利用されている利用者はいませんが、必要に応じて対応できるように準備はされています。</p>		
29	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。	① ・b・c
<p><コメント> プライバシーの保護や権利擁護については運営規程に盛り込まれ、職員行動規範にも明示され周知されています。職員は入職時に誓約書を記入し、サービス向上委員会による研修会も行われています。世話人には冊子「グループホームの手引き」を配布し、プライバシー保護について周知を図っています。また利用者には「約束ごと」として食堂の目につく場所に張り出し周知されています。浴室には鍵を設置し、全員鍵付きの個室で自由にくつろげるスペースが確保されており、不安のある利用者は希望により緊急連絡装置の個室設置も可能で、権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われています。</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。		
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。	① ・b・c
<p><コメント> 広報委員会を中心にして作成されたパンフレットや広報誌は写真を多用し、ルビをふって見やすく分かりやすい工夫がされています。また、随時見直して、改良を重ね、ホームページに掲載し、情報発信につなげています。利用希望者や特別支援</p>		

<p>学校の生徒にはパンフレット等を渡されています。利用者や家族の希望があれば体験入所や一日利用も受け入れています。一人暮らし希望の利用者には外部サービスの紹介や連携についての情報を提供しています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> サービス開始時、利用契約時には、利用者に重要事項説明書を用い、十分な説明を行うとともに個人情報保護についても同意を得ています。また面接はアセスメントから個別支援計画を立て同意の下、実施されています。見直しや変更にあたり、ルビをふった書面で分かりやすく説明し同意を得ています。他の施設やサービスの利用希望については、福祉支援の枠組みから漏れないよう丁寧な説明が行われています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> サービスの内容変更にあたっては本人と家族を交え話し合い、同意を得ています。また、他事業所への変更にあたりフェースシートや個別支援計画の一部を基本情報として書面で情報の引き継ぎを行い、継続性に配慮した支援が行われています。移行後も相談支援事業所等関係機関と連携しながら実施されています。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>		
33	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。	㉠・b・c
<p><コメント> サービス向上委員会により年1回、利用者全員にグループホームや世話人についてのアンケートが実施され、個別支援計画更新時の面談時にも満足度向上を目的とした聞き取りを実施しています。また、一ヶ月分の意見集約用紙（苦情・要望・ヒヤリハット報告）も使用されています。意見箱だけでなく、利用者個々のスマートフォンでQRコードを読み取り、意見を拾う工夫もされています。様々な方法で聴取した意見の結果を分析し、職員全員の共有が図られています。更に、サービス管理責任者と各ホームの世話人が集まり改善策を検討する取組が組織的に行われています。</p>		
<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。</p>		
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。	㉠・b・c
<p><コメント> 組織としての苦情解決の仕組みは確立し周知もされています。「福祉サービスに関する苦情解決規程」が作成され、管理者を苦情解決責任者にサービス管理責任者を苦情受付担当者とし、第三者委員も選定され、意見箱（鍵付き）の設置、匿名の投稿ができるQRコード（ちょっと聞いてよ）が使われており多数の投稿がされています。寄せられた意見については「サービス向上委員会」で検討されサービスの改善に努めています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> 利用者の相談対応としてはサービス管理責任者が受けていますが、管理者や他職員にも相談していいことを常日頃から説明し、「一人で悩まない」「わからないことは聞く」という姿勢で周知が図られています。相談場所もグループホームの相談室や本部の相談室や会議室で対応され、意見箱やQRコード（ちょっと聞いてよ）の利用についても説明をして周知が図られています。また、毎月1回臨床心理士や産業医などへの面談時間も用意され、意見が述べやすい環境作りができています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> 利用者からの相談はプライバシーに配慮して相談室や誰もいない部屋を使い、主にサービス管理責任者が対応されています。何かあったら、いつでも相談に来て</p>		

いいこと、他の職員でもいいこと、秘密は守られることを常日頃から周知され、相談等はすぐに対応され、法人の苦情受付担当者へも報告されます。また、苦情を Teams で共有し、「サービス向上委員会」でも検討するなどの組織的で迅速な対応ができています。		
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。	㉠・b・c
<p><コメント> 管理者が責任者として配置されており、リスクマネジメント体制として安全衛生委員会が設置されています。安全マニュアルが設置され、毎日の振り返りやミーティングの中で確認し合いヒヤリ・ハット票に挙げ、各事業定例会に報告し対応が検討されています。毎月開催される安全衛生委員会でも原因や課題の抽出が行われ改善策が図られています。ヒヤリ・ハット事例報告会で全職員にも共有され、産業医のアドバイスも有効でリスクマネジメント体制は機能しています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> 感染症についての対応については、新型コロナウイルス感染症についてのBCP計画が策定され、計画に沿った対応が行われています。また、安全衛生委員会により毎月定期的な見直しも行われています。BCP計画は職員や利用者にも周知され、ホーム内にも掲示されています。インフルエンザや食中毒の注意を喚起する絵入りポスターの掲示やマスクの着用、消毒、除菌製品を活用して感染防止に努めています。発生したら緊急通報マニュアルに従い職員と家族に連絡されるとともに、緊急時は近隣医への受診やかかりつけ医との連携、他利用者の隔離等安全確保が図られています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> 法人全体の防災計画が作成され、消防署の指導のもと年2回法人全体の避難訓練と年1回の地震訓練が実施されています。法人本部は福祉避難所となっており、先の熊本地震の際は利用者やその家族を多目的室に受け入れています。災害発生時は職員連絡網とラインの活用で一斉送受信ができ迅速な安否確認や把握ができており、安全確保の組織的な関りが行われています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> 業務の手引きとして標準的な実施方法が、リニューアルされた法人の「ガイドライン」に文書化されています。前回の第三者評価の受審後に新たに立ち上げたサービス向上委員会（メンバーは法人内の各事業所職員で横断的に構成）が、「ガイドライン」を用いて1~2ヶ月に1回開催の職員研修で使用し、職員全体に周知しています。また、「ガイドライン」はいつでも閲覧できるようになっており、日常的に活用されています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> ホームごとにサービス管理責任者と世話人が適宜面談を行い、実施方法の見直しが行われています。利用者からの意見は「ちょっと聞いてよ」という見出しでQRコードを添付し、自分のスマートフォンで読み込んで、気軽に伝えやすい方法も示しています。また月に1回のグループホームでの定例会では、1ヶ月の利用者の様子をサービス管理責任者と世話人で話し合い、挙げた意見をまとめた会議録はパソコン内に挙げ、瞬時に職員間で共有できる仕組みになっています。またサービス向上委員会により月に1回話し合いが行われ、内容の見直しにつなげるなど、組織的に取り組まれています。</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支援計画を適切に策定している。	㉓・b・c
<p><コメント> 利用者の身体状況や生活状況からニーズを明らかにできるアセスメント票を用いた面接を実施し、ニーズ把握を行い、サービス管理責任者によって、個別支援計画が策定されています。計画は利用者とともに目標を決め、定期的に6ヶ月毎の見直しが行われ、職員会議で共有し、利用者の同意のもと実施されています。計画は個別化が図られ適切な福祉サービスの実施計画が策定されています。</p>		
43	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。	㉓・b・c
<p><コメント> 生活の場であるグループホームでの個別支援計画は、利用者が達成可能な目標を立てることを主にして策定されています。計画は6ヶ月毎の見直し時期に、利用者自身も達成の有無やその理由等を自己評価し、サービス管理責任者は日々の日報や個人の記録を参照にして、計画の見直しや変更をしています。その後、適切な見直しを6ヶ月毎に行い新たに策定されています。また、利用者に変化があるときや利用者からの申し出があったときは適宜見直しが行われています。</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、職員間で共有化されている。	㉓・b・c
<p><コメント> 個別支援計画はそれぞれのケース記録に綴じられ、計画に沿った内容を所定のサービス提供記録に記録されています。また、ひと月に計画書を作成する人数が偏らないように、利用者を3~4人程度に均衡にし、細かい視点で観察や話し合いができるように工夫されています。計画書は利用中の就労支援事業所のサービス管理責任者の意見も聴取して作成されています。書き方の統一においては、ホーム会議でサービス管理責任者が作成した記録の書き方を文章で示し視覚化して統一した書き方の研修をされていることは評価できます。毎月の職員会議で各ホームから報告があり、紙媒体やSNS等を利用したツールを用い、職員間で共有されています。</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。	㉓・b・c
<p><コメント> マニュアルに個人情報保護責任者を定め、適正管理やルールを含めた事故防止・ルールの記載、また、例を挙げたQ&Aで理解しやすい工夫をされています。鍵の責任者は管理者かサービス管理責任者とし、個別のケース記録は支援員室の鍵付きロッカーに保管されていますが、必要な書類は各グループホームに保管されています。日報は振り返りが可能なように世話人用に1ヶ月分コピーし保管されていますが、不要になればシュレッダーで廃棄する流れが確立されています。ケース持ち出しルールを決め、ケースを無造作に置かない、持ち帰らない等、ケース記録の表紙にも注意喚起のラベルが張られ、丁寧な取り扱いが行われています。</p>		

<内容評価基準>

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A①	A-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・㉔・c
<p><コメント> 利用者個々にバスの乗り方の指導支援やバイク購入時の際のサポートをし、利用者の自立支援を高める取組がされています。他には、月に1回夕食後の約30分「利用者の会」を開催し、共同生活の決まり事の取り決めや現在困っていることを抽出する機会を設けています。会にはオブザーバーとして職員が同席し、意見を聴取、内容は記録されています。決まり事は目につきやすい共用空間に張り出されていて、世話人等とも情報共有ができています。また、利用者毎に1月分を「苦情・要望・ヒヤリ・ハット票」に記録に残し、会議にあげて検討する仕組みができています。しかしながら、あ</p>		

<p>がった意見に対しての職員の取組の進捗について利用者にフィードバックができていません。職員・利用者の情報共有の工夫が望まれます。</p>		
<p>A-1-(2) 権利擁護</p>		
A②	<p>A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。</p>	<p>㉠・b・c</p>
<p><コメント> 権利侵害の防止等を目的とした「サービス向上委員会(旧虐待防止委員会)」も設置され、早期発見や不適切な対応を防止する取組が行われています。人権擁護、虐待防止、身体拘束については運営規程やマニュアル等で整備され、『これって虐待になるの?』と虐待の入り口を月に1回のサービス向上委員会においてディスカッション形式で実施されています。意識や理解を深める意味で新聞の切り抜き等を示すなど虐待防止の場が日常的に設けられています。身体拘束防止の取組については、パソコン内に流れが理解しやすいようなフローチャートで示され、再発防止に努めています。</p>		

A-2 生活支援

		<p>第三者評価結果</p>
<p>A-2-(1) 支援の基本</p>		
A③	<p>A-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。</p>	<p>㉠・b・c</p>
<p><コメント> 利用や家族等の希望を勘案して目標を設定した個別支援計画にもとづき、支援が行われています。また利用者個人の人々の能力等も勘案し、過剰な支援にならないよう、主体性・自主性を重んじ見守る姿勢での支援が行われています。日常生活はおおむね自立しているが、金銭管理の支援が必要な利用者がおられ、2日に1回→1週間に1回→2週間に1回と間隔をあけてお金を渡していくなど工夫をされています。また、部屋の掃除は世話人とともに実施し、希望者には精神保健福祉手帳等の更新手続に区役所へ同行して行政手続の支援などもされています。</p>		
A④	<p>A-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。</p>	<p>㉠・b・c</p>
<p><コメント> 利用者のほとんどが言語のコミュニケーション及び、文字でのやりとりも可能です。日中は就労されている利用者が大半であるため、利用者によっては自分のスマートフォンでSNSを使用し、サービス管理責任者と簡単な連絡事項の共有をしたり、面談設定の伺いをタイムリーなコミュニケーションで希望されたりしています。また、その希望には適宜応じられています。</p>		
A⑤	<p>A-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。</p>	<p>㉠・b・c</p>
<p><コメント> 利用者には様々なツールで利用者からの相談を受けつける体制が整えられています。話したいことや相談等を自己発信が可能な利用者はスマートフォンでSNSを使用されますが、最低でも個別支援計画更新時期の半年ごとの面談では、意見をそれぞれに聴取されています。なかには仕事中に相談を希望する利用者もおられ、柔軟に対応されています。他に月に1回の臨床心理士への相談を希望する利用者にも対応されています。利用者の同意を得たものに関しては、内容を共有し、世話人も含めて検討する仕組みを構築されています。</p>		
A⑥	<p>A-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。</p>	<p>㉠・b・c</p>
<p><コメント> 日中に就労しているため日中のサービスはありませんが、休日に開催される地域のイベント内容を紹介し参加を働きかける取組をされています。「利用者の会」で数年前は天草旅行を企画したり、地域の花火大会に参加したりしたこともありましたが、現在はコロナ禍でイベントは中止しています。最近では、同じく温泉行きを企画して少人数で開催されています。他には個別支援計画に基づき、定期的に地域清掃に世話人と利用者で参加されています。</p>		
A⑦	<p>A-2-(1)-⑤ 利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行っている。</p>	<p>㉠・b・c</p>

<p><コメント> 職員の資質向上のため、研修委員会主催の全体研修の他に、月に1回ジョブドレー研修も今年度より実施されています。世話人にも受講を勧められていて、幅広い知識の習得を組織全体として取組まれています。普段の支援内容については日に2回の約15分ずつの世話人とサービス管理責任者とのミーティングで把握されています。大きな議題は定例会で検討し、管理者や相談支援事業所の相談支援専門員とも話し合い、必要に応じて第三者委員にも報告されています。また自傷行為等の不適応行動がある利用者には、パニック時にはクールダウンできる部屋も用意されています。</p>		
<p>A-2-(2) 日常的な生活支援</p>		
A⑧	A-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。	㉑・b・c
<p><コメント> 休日の朝・夕食、平日の朝食と夕食の野菜類などの副菜は世話人が調理し、平日の夕食は献立が決まっています。携している「おれんじかふえ」からメイン料理が届くシステムになっています。食材は世話人が近隣のお店から旬のものを選択し購入されています。献立は「何を食べたい？」と利用者の希望をダイレクトに聞く形で提供されています。利用者は各自で茶碗を準備し、食後は自身で皿洗いをするなど、できることは利用者自身で実施されています。帰宅時間が遅い場合は冷蔵庫等で管理し、電子レンジで温めてから提供されています。</p>		
<p>A-2-(3) 生活環境</p>		
A⑨	A-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。	㉑・b・c
<p><コメント> 現在本部に隣接して建てられた黒石原荘と同町内の民家を利用した泉ヶ丘ホーム、すずかけ台ホームの3棟があり、全棟にセキュリティー会社が入っています。希望すれば個室に警備会社の緊急連絡装置を設置できる選択肢も設けられ安全・安心な環境と清潔で、家庭的な雰囲気のあるホームとなっています。1階の浴室は男女共用ですが、自分達で入浴ルールを決めスムーズに実施され、換気も実施し、当番制で掃除もされています。手指消毒液が玄関付近に設置され、共用部分である手すり等は世話人により、特に丁寧に消毒されています。また、テレビの音量や遅い時間での洗濯機の音がトラブルにならないように注意され、利用者の要望や世話人の気づきで必要物品をスピード感持って購入できる仕組みもできています。</p>		
<p>A-2-(4) 機能訓練・生活訓練</p>		
A⑩	A-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。	㉑・b・c
<p><コメント> 利用者の心身の状況や置かれている生活環境をアセスメントして、本人の希望を取り入れ、説明に理解や同意を得た上で個別支援計画を作成し、実施しています。生活訓練の例として、利用者の当番制の掃除に加え、昼食に弁当を手作りしたいと希望する利用者にはキッチンを開放し、世話人の見守りの下、実施されたり、他にも掃除が苦手な居室の清掃が行き届かない利用者にも自主的に取り組めるようにサポートされたりしています。また、6ヶ月毎に見直し評価を行い次の策定を行うPDCAサイクルによる体制が整備されています。専門職との連携も重視され、希望者には産業医や臨床心理士との面談の機会を設け、利用者の同意を得られた場合は情報を共有されています。</p>		
<p>A-2-(5) 健康管理・医療的な支援</p>		
A⑪	A-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。	㉑・b・c
<p><コメント> 様々な場面に応じた「事故防止マニュアル」が策定されており、マニュアルに沿って対応されています。毎朝体温チェックが行われ、入浴の有無の確認も日報に記録されています。産業医は隣接する作業所利用者のみ対応ですが、健康診断の実施の他に体重の増減チェックがされています。グループホームの中には、合志市の健康診断を受けて体調を確認する利用者や、世話人とともに冷蔵庫や居室内に管理している食品の賞味期限を確認支援する利用者もおられます。世話人による食事提供時、アレルギー対応で代替食を摂取する利用者もおられますが、自ら判断可能なために申告制になっています。</p>		

A⑫	A-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。	㉑・b・c
<p><コメント> 医務マニュアルも含む「事故防止マニュアル」には、詳細に記載されています。支援については世話人日報に記載され、サービス管理責任者が内容の把握をする管理体制ができています。服薬支援を実施している人数は5名ほどですが、身体への塗り薬支援、服薬確認のために空袋の確認支援も含まれています。他に世話人不在の夜間や休日に体調に変化があった場合には、玄関付近に固定電話が設置され、医療機関の一覧が掲示されているため、利用者自身で連絡ができるような体制になっています。研修は玄関にも設置してあるAED使用の訓練、心肺蘇生訓練をいずれも年に1回ずつ実施されています。</p>		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A⑬	A-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。	㉑・b・c
<p><コメント> 個別支援計画更新時の面談や、利用者の会等の様々な機会に利用者の希望や意向を確認し、「車の免許をとりたい」の希望にサポートして入校したケース、「熊本城マラソンにエントリーしたい」の希望にネットでの参加申し込みサポートしたケースがありました。基本的に所在を明らかにすれば外出や外泊、他寮の利用者との交流は自由です。他にも地域イベントはコロナ禍で減少傾向ですが、市主催のウォーキングイベント、地域の清掃参加等の案内は継続してされています。コンサート参加希望者には移動支援を行うなど、社会参加に対して個別性の高いものになっています。</p>		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A⑭	A-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。	㉑・b・c
<p><コメント> 個別支援計画の更新時期に合わせて利用者と面談し、地域生活への希望等の意向を確認されています。世話人とも協議し、主に「一人暮らし」が可能と思われる利用者を中心に支援の声かけをされていますが、特に「一人暮らし」にこだわらず、地域生活に必要な社会資源（イベント情報等）を提供するとともに、課題に挙げられる内容を一緒に検討していく仕組みができています。相談する際には、相談支援事業所の相談員のみならず、必要に応じて職場の方、職業センター、子ども・若者支援センターや主治医などもメンバーに加え、安心した生活環境への配慮や支援が行われています。</p>		
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A⑮	A-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。	㉑・b・c
<p><コメント> 家族等には法人の年に1回発行の広報誌を送付されています。また、個別支援計画更新時の6ヶ月ごとのモニタリング時に、利用者含めて家族等と意見交換を実施しています。また利用者が体調を崩した時には、管理者やサービス管理責任者より家族等に電話や手紙にて連絡を入れています。最近は同意を得、SNSも活用し、スピーディーな連携がなされています。利用者の意向と親族関係に配慮した報告も実施されています。グループホーム利用者の多くは、毎週末帰省していますが、個別性に配慮し必要に応じて成年後見制度の活用も勧められています。</p>		

A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A⑯	A-3-(1)-① 子どもの障がい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> 非該当</p>		

A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A⑰	A-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		
A⑱	A-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		
A⑲	A-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		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準 (I～III)	31	13	1
内容評価基準 (IV)	14	1	0
合計	45	14	1