

# 福祉サービス第三者評価結果

## ① 第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス

## ② 施設の情報

名称：養和会グループホームつばさ	種別：共同生活援助
代表者氏名：理事長 廣江 仁 管理者 大塚 明	定員：全体17名 (定員4名3ヶ所、5名1ヶ所)
所在地：本部：鳥取県米子市上後藤8-9-23 グループホームつばさ旗ヶ崎：米子市旗ヶ崎4-1-32 グループホームつばさ加茂：米子市両三柳987-3 グループホームつばさ安倍：米子市旗ヶ崎3-13-1 グループホームつばさ内浜：米子市旗ヶ崎2-19-5	
TEL：0859-48-0483	ホームページ： <a href="http://www.yowakai.com/">http://www.yowakai.com/</a>
【施設の概要】	
開設年月日：平成18年10月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 養和会	
職員数	常勤職員：3名 非常勤職員：7名
専門職員	管理者 1名 世話人 6名
	サービス管理責任者 1名 看護職員 2名
	生活支援員 1名
施設・設備 の概要	居室：全室個室 17室 風呂場 5か所
	食堂兼リビング 4室 事務室 3室
	洗面所 6か所 事務所兼当直室 1室
	トイレ 7か所 共有室 1室

## ③理念・基本方針

### 事業理念

養和会はご利用者の幸せ、地域の幸せ、職員の幸せを追求します。

### 基本方針

1. 人権を尊重しご利用者に「安心、安全、安らぎ」のある医療、介護、福祉を提供します。
2. 地域のつながり、職員、家族を大切にし、共に歩みつづける法人を目指します。
3. 人にも環境にもやさしい活動に取り組み、地域に貢献します。

## 目的

利用者が地域において共同して自立した日常生活又は社会性生活を営む事ができるよう、利用者の身体及び精神の状況並びにそのおかれている環境に応じて共同生活住居において、相談その他の日常生活上の援助を適切かつ効果的に行なうことを目的とします。

## 運営方針

関係法令を遵守し、他の社会資源との連携を図った適正かつきめの細かな共同生活援助サービスを提供致します。

## ④施設の特徴的な取り組み

グループホームは、家族と生活するのではなく、他の障害者とともに生活をするという点が異なるだけで、家庭と同じ様に過ごせるような心掛けておられます。

昼間はそれぞれ障害福祉サービス事業所やデイケア等へ通所します。帰ってきてからは、食事をしたりテレビを見たり今日あった事を話し合ったり思い思い自由に時間を過ごす事ができます。

このようにグループホームでは、楽しく充実した生活が送って頂けるよう心掛けておられます。お気軽な見学も行われています。

虐待防止の研修は必須研修とされ人権・虐待防止の意識啓発に法人全体で取り組まれています。

「目標管理シート」を今年度から全体研修時に各グループごとに他職員の目標管理シートを参考にし自分の目標の評価、見直し、再設定を行い福祉サービスの質の向上を図り職員一人ひとりの育成に向けた取組が行われています。

## ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和1年 月 日（契約日） ～ 令和1年10月30日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	初回

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

・利用者一人ひとりの働く力や可能性を尊重され意向や希望に向けた就労について移行支援事業所や就労継続B型事業所等関係機関につなげておられます。就労に向けて身だしなみや基本的な生活習慣などを支援されています。

・有給休暇や育児休暇等希望を聞き入れられています。検診年2回実施やインフルエンザ接種は法人が全額負担されています。メンタルチェックも年1回行われ職員の体調、精神面などを相談もできるなど働きやすい職場づくりに取り組んでおられます。

・地域行事や地区の防災訓練に参加され、地域交流が図られています。

#### ◇改善を求められる点

・利用者の高齢化や複数の課題を抱えた利用者増加等、グループホームの運営についても取り巻く環境の変化に対応していく必要があります。

職員一人ひとりについても、多様な知識・技術を身に付けるために研修等に参加され、支援にあたられることに期待します。

・職員の処遇改善や加配職員という課題の解消は非常に難しい状況です。

この件については、一法人だけの問題ではなく、行政（県、国）にも訴えかけなければならないと考えます。地域と共生していくためにも、地域の理解を深め、県独自の取組みも展開される事を望みます。

・自立者を増やせるよう、今後も生活プログラムを多く取り入れた支援の継続に期待します。

#### ⑦第三者評価結果に対する施設のコメント

ありがとうございました、高い評価を頂いたものは、これからも伸ばしていきたいと思っております、低い評価のもの、改善すべきものは今後の課題とし、評価が上がるように取り組んでいきたいと思っております、特に評価結果Cのものについては、早急に対策が必要と考えております。

#### 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。

平成27年度より判断基準(a、b、c)の考え方が、「よりよい福祉サービスの水準へ誘導する基準」となるよう以下のように変更になりました。

「a」 より良い福祉サービスの水準（質の向上を目指す際に目安とする状態）

「b」 「a」に至らない状態、多くの施設・事業所の状態（「a」に向けたと取組みの余地がある状態

「c」 「b」以上の取組みとなることを期待する状態

## 第三評価結果（グループホーム）

### 共通評価基準（45項目）

#### 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。	a
<コメント> 明文化された理念や基本姿勢は、各グループホーム内に掲示されています。 新人研修や全体研修で理念や基本方針の説明が行なわれています。 ホームページ、パンフレット、広報誌「恵」等で広く発信されています。 利用者、家族等へは、利用選択時等の重要事項説明書を用いて、理念・基本方針の説明が行なわれています。		

##### 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
<コメント> 社会福祉事業全体の動向、課題について全体研修で講師を招いて事業経営をとりまく環境と経営状況の把握、分析について学ばれています。 法人内の会計会議で法人全体の経営状況分析と各グループホームごとの分析も行われ収支、コスト管理、課題分析などを把握されています。 地域生活部会では各部署長が地域の課題や外部会議等に出席した情報をもとに話し合い、分析されています。		
3	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。	b
<コメント> 毎月各グループホーム毎の収支の報告を行われています。 会計会議で経営課題について分析を行われ問題点等話し合われています。 法人全体で経営コンサルタントの助言があります。 全体研修では職員全員に経営状況の報告等行われ周知されています。		

### 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の中・長期計画3～5年の目標を明確に定めてあり全職員に周知されています。</p> <p>事業計画の中から働きやすさ・利用しやすさ・分かりやすさをビジョンとした計画が策定されています。毎年度、事業計画、ビジョンの見直しも行われています。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中・長期計画の中から働きやすさ・利用しやすさ・分かりやすさのビジョンを基に単年度計画を策定されており、具体的な数字が設定されているので評価を行いやすくなっています。</p> <p>事業計画の達成状況は、毎月の連絡会議で報告され、達成状況の説明や報告が行われ、評価、見直しが行われています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各部署の課題を踏まえた単年度の計画を策定されています。</p> <p>事業計画について各部署の目標や課題の進捗状況の説明、掲示があり職員は理解されています。</p> <p>各事業所の代表者は目標や課題の進捗状況等の見直しを行われ次年度の事業計画に反映されます。全体研修会時に中長期計画及び単年度計画の策定を全職員に説明されています。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者、家族に対しては、事業計画の周知してもらえるような取組みは行なわれていません。</p> <p>今後利用者には、月1回ミーティングを利用する等、工夫され周知されることに期待します。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各部署内、各グループホーム毎で事業計画をもとにサービスの質の向上に向けた話し合いが行なわれ半期ごとの目標を設定されています。</p> <p>部門別実行計画について各グループホームは毎月目標の振りかえりを行われ改善等話し合われています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>部門別実行計画の課題について各グループホームごとの課題の見直しが毎月行われています。スタッフミーティングで改善策を話し合われています。</p> <p>課題の見直し、評価結果は文章化され職員会議で職員間の共有が行われています。</p>		

## 評価対象Ⅱ 施設の運営管理

### 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。		
10	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各のグループホームの責任者は法人の運営規定により責任体制を明確にした福祉サービスの質に向けた取り組みを行われています。</p> <p>職員会議等で施設の経営資源把握・方針の明示・浸透を職員に理解をされるよう図られています。防災、安全に関することについて職務分掌に明示されています。</p> <p>職員ミーティング等で周知されています。職務分掌に災害、有事について 管理者の役割や職務、不在時の担当についても明示されています。</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り組みを行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人研修会に参加され、虐待防止、コンプライアンス等遵守すべき法令等について理解され、職員ミーティング等で職員に周知されています。</p> <p>コンプライアンスについては、全体研修時に、職員に周知できるよう取り組まれています。必要があればマニュアルの変更も行われます。</p>		

**(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。**

12	Ⅱ-1-(2)-① サービスの質の向上に意欲を持ち、その取り組みに指導力を発揮している。	b
<p>&lt;コメント&gt; サービス管理責任者は法人全体の研修や外部研修に参加されサービスの質の向上に取り組まれています。 質の向上については、事業計画策定委員会内で話し合い、事業計画内にも位置付けられています。</p>		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行を高める取り組みに指導力を発揮している。	b
<p>&lt;コメント&gt; 職員の働きやすい環境整備の一環として利用者の精神面や身体状況について把握され人員配置等について検討も行われます。 また、責任者は半年に1回職員面接を行われ半期ごとの目標達成度や仕事の悩み等相談も聞いておられます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt; 求人募集は法人で一括管理されハローワークへの職員募集、就職説明会、学校訪問等に出かけられています。 年間計画や「中・長期計画や事業計画」で資格の取得やサービスの質の向上に向けて取り組まれています。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt; 法人として人事考課制度により人事基準を明確にされています。 サービス管理責任者は職員階級や役割等を（パート職員含む）把握され人事管理を行われています。 人事評価性制度は職員に周知されています。</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り組んでいる。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の働きやすさについて事業計画で明記されています。就業規則・給与規定、各種研修会参加、各委員会等で働きやすい職場作りの取り組みの必要性や重要性を理解され働きやすい職場づくりに取り組んでおられます。</p> <p>法人で有給休暇取得状況を把握、確認されサービス管理責任者は就業状況把握のための面談等行われています。</p> <p>有給休暇や育児休暇等希望を聞き入れられています。</p> <p>年2回の検診実施やインフルエンザ接種は法人が全額負担されています。メンタルチェックも年1回行われ職員の体調、精神面などを相談できるなど働きやすい職場づくりに取り組んでおられます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「目標管理シート」を職員一人ひとりが作成し、半年に1度管理者との面談が行なわれています。今年度から全体研修時にグループごとに分かれ、他職員の目標管理シートを参考に自分の目標の評価、見直し、再設定が行なわれています。</p> <p>新人研修は医療法人と一緒にされています。「目標管理シート」を活用され職員の質の向上に向けた取組が行われています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>単年度の事業計画内に教育方針や方向性が盛り込まれています。</p> <p>年間研修計画に沿って研修参加や勉強会を実施されており、研修、勉強会の内容は職員会議等で周知されています。</p> <p>具体的な研修内容については、教育研修委員会があり検討されています。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の人事管理で資格取得や研修受講状況を把握され勤務年数に応じた研修が行われています。また、専門機関でのソーシャルワーク勉強会が年3回程度、サビ管研修などの外部研修について情報提供されています。</p> <p>世話人研修も聞く力・伝える力・コミュニケーションの向上について年1回行われています。階層ごとの研修を4月・9月に行われています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人で実習受け入れを行われ各部署で研修を行われています。</p> <p>学校のプログラムに沿って、実習生一人について半日程度の実習が行なわれ、利用者の関わり方、支援内容の説明、見学等を行われています。</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。		
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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページ、パンフレット等で情報発信されています。</p> <p>そして、本年度より社会福祉法人養和会独自の広報誌が発行され情報公開が行われています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月各グループホームつばさ毎の収支の報告を行われています。</p> <p>会計会議で経営課題について現状分析を行い問題点について話し合われています。</p> <p>法人全体で経営コンサルタントの助言あります。</p> <p>全体研修では職員全員に経営状況の報告等行われ周知されています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>季刊誌の発行や施設全体のイベントに地域の方の参加、自治会からの情報を掲示板に掲示や利用者ミーティングに参加できるイベントを利用者に呼びかけられています。また、職員と利用者が一緒に地域のイベントに参加されたり、お店等の場所が分からない場合には買い物同行支援、通院等では利用者の状況に応じて情報提供を行う等年間を通じて地域との交流を広げるための取組みが行なわれています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア受け入れマニュアルは作成されています。</p> <p>事業所の特性上馴染まない面も多く、積極的に受入れは行われていません。</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 施設として必要な社会資源を明確にし、関係機関等と連携が適切に行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>マニュアルを作成されています。地元消防署、警察、小中学校、電気、ガス、水道、病院等のリストを作成され各部署に設置し連携が行われています。サービス管理責任者はサービス事業所とサービス担当者会議で支援計画の個別ケースについて話し合う機会をもたれます。</p>		
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 施設が有する機能を地域に還元している。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所のスペースは住居ということもあり、地域との交流のためには活用されていません。</p> <p>法人で実施される合同施設祭り、はあつ祭りや一歩など地域の方に参加して頂くイベントが行われています。自治会の方とは、災害時の役割確認が行なわれています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>自治会の方と定期的な話し合いが行われ、地域の福祉ニーズについて情報収集に努められています。話し合いの中で福祉法人として地域にできる事や地域の方に協力してもらえる事等説明されています。</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
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設の理念・基本方針に利用者を尊重したサービス提供について施設内に掲示されています。利用者の尊重や人権について虐待防止委員会で検討され研修や会議等で理解周知されています。倫理綱領もいつでも閲覧できます。虐待防止委員会で職員一人ひとりチェックリストの記入、自己チェックを行い法人で集計後公表されています。虐待防止の研修は必須研修とされ人権・虐待防止の意識啓発に法人全体で取り組まれています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護マニュアルを作成されています。マニュアル内に羞恥心等対応方法が明示され実施されています。</p> <p>職員会議や施設内部研修、外部研修に参加され研修後全職員に周知され適切な支援を実施されています。</p> <p>利用者居室は全て個室の為プライバシーの確保が行われています。トイレや浴室は共同使用ですが、プライバシーは確保されています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページやパンフレット、重要事項説明書等で情報提供と福祉サービスの説明をされています。</p> <p>パンフレットはグループホーム内に備えてありサービスが分かりやすくされています。</p> <p>グループホームは見学の希望があればいつでも受け入れを行い、パンフレット等をもとに見学、説明が行われます。空室があれば体験ができます。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス開始前後にわかりやすく資料等（重要事項説明書等）を用いながら説明されており、理解しやすいよう配慮されています。その後、きちんとニーズの聞き取りを行い、自己決定についても促されています。</p> <p>契約内容の変更や利用料の変更がある時にも同様に利用者、家族へ変更の説明を行い、同意を得ておられます。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>移行の時は希望があれば入退所マニュアルに沿って引継ぎ書等を作成しサービスが継続できるよう情報提供されます。</p> <p>サービスが終了後も相談があればサービス管理責任者等が対応されます。</p> <p>必要な書類等の依頼があれば都度必要書類の作成が行われます。地域生活に移行されたときは退所後も訪問ができる体制があります。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>満足度アンケート調査が定期的に行われています。</p> <p>食事や世話人等について意見等あれば職員で検討後改善できるよう利用者満足の上昇に取り組まれています。</p> <p>アンケート結果を開示され改善策を掲示されています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情相談マニュアルを作成され全職員に配布され理解周知されています。苦情担当者や苦情解決の仕組みを各グループホーム内に掲示されており、重要事項説明書やフロー図を各グループホーム内に掲示してあり周知されています。</p> <p>意見等や意見箱に投稿された内容を検討され各グループホーム内に毎月掲示されています。</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、利用者に周知している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>意見箱も設置され意見等投稿できます。</p> <p>職員はいつでも誰でも意見を述べやすい環境づくりや声掛け等行われています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情相談マニュアルに沿って対応されます。意見等が出た場合は、各グループホーム内にて改善策を協議され決定されます。改善策は意見と共に掲示される場合もあります。</p> <p>相談、苦情等の返答に時間がかかる場合は家族にお知らせをされています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメントマニュアルや事故発生防止の指針を研修等で周知されています。ヒヤリハットや事故クレーム報告書をサービス管理者が作成し原因や対応策が検討されます。また、他事業所等の事例等も参考にされる等、職員間で対応策が検討され改善が図られます。</p> <p>転倒等事故発生した時は事故防止委員会で検討と再発防止策を話し合わせ対応されています。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染予防対策マニュアルを作成されています。</p> <p>感染症対策委員会・感染症対応研修・保健委員会・食中毒予防委員会等法人研修を行い、予防や安全の確保に努められています。インフルエンザ等感染症が発生時は生活分離を行うなど対応されています。</p> <p>消毒や換気は細目に行われています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>防災マニュアルも作成されており、BCP計画も作成中です。</p> <p>防災計画（原子力対策含む）を作成され施設内研修開催、災害時備蓄も確保されています。</p> <p>安全委員会中心に災害時の職員体制や災害時の連携等リストを作成されています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスに必要な支援マニュアル・個別支援計画・業務マニュアルが作成され、事業所内に設置されいつでも確認できるようになっています。</p> <p>個別支援計画については、職員間で共有され支援が行われています。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスに必要な支援マニュアル・業務マニュアルの見直しは必要時行われています。定期的な見直しに期待します。</p> <p>個別支援計画の見直しは6ヶ月に1回行われています。変更がある場合はケース会議を開催し見直しを行い個別支援計画の変更が行われます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス管理責任者は個別支援計画作成マニュアルに基づき定められた手法でアセスメントが実施されています。</p> <p>指定のアセスメントプランニング表を用い、サービス管理責任者及び担当職員が参加し本人の意向、希望や家族の希望等を協議が行なわれ、また、入所前の支援会議とサービス等利用計画を参考にしながら個別支援計画が作成されています。</p> <p>個別支援計画の支援内容の記録は各グループホームごとにパソコンで共有されています。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画作成マニュアルにより6ヶ月に1回モニタリングを実施しサービス内容の評価・見直しを行い、利用者に合ったものを作るよう心掛けておられます。</p> <p>利用者に変化があるときは計画の見直しを行い計画変更をされます。変更内容はケース会議や申し送り等で共有されます。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画、身体・生活状況、支援実施状況はパソコンに記録されています。</p> <p>各グループホームで個別支援計画、支援状況等の情報共有をされています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス管理責任者によって記録管理が行なわれています。利用者記録の保管に関する規定があり、それに従って保管管理されています。</p> <p>個人情報規定に基づき記録等はパソコンのパスワードで管理されています。</p> <p>職員は個人情報保護法等の研修を行い全職員が誓約書を提出しています。</p>		

## 内容評価基準（18項目）

### 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントや利用者、家族、後見人から意向、希望等を伺い利用者の自己決定を尊重した個別支援計画を作成されています。</p> <p>個別支援計画より自己決定を尊重し日中はそれぞれ福祉サービス事業所やデイケア等に通われます。帰ってきてからは食事をしたりテレビを見たり他利用者や職員、世話人とその日のことを話しあわれるなど思い思いの過ごし方をされています。</p> <p>日曜日はそれぞれ外出や自分の時間を大切に過ごされています。退所後の生活の場についても本人の希望に沿いながら支援を行われています。</p> <p>月1回利用者全員のミーティングを行い課題やルール、マナー等話し合わせ全員の了承を得られます。</p>		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	A-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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>虐待防止マニュアルが作成されています。</p> <p>虐待防止委員を設置され定期的な報告、研修の機会が設けられ自己の振り返りや検討ができる取り組みが行われています。</p> <p>利用者入所時に虐待防止についてリーフレットを用い説明が行われています。また、事業所内に権利侵害の防止のポスターも掲示されています。</p> <p>虐待防止委員会は定期的に全職員に虐待早期発見チェックリストを使用され虐待予防に努めておられます。勉強会等を行い職員は理解、周知されています。</p>		

## A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本		
A③	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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>世話人による夕食の家事援助や日常生活は生活支援員の支援を受けながら共同生活をされています。</p> <p>また、他の利用者と共に生活をされているのでルール、マナーを守り共同生活をされています。</p> <p>職員、世話人は家庭的な雰囲気です。</p> <p>服薬管理、金銭管理、洗濯、掃除等は利用者自身で行われます。</p> <p>できないところは職員、世話人の手助けを受けられる方もおられます。モニタリング、評価、見直しは6ヶ月に1回行われています。</p> <p>職員は見守りを行いながら利用者の生活習慣やのぞむ生活等を理解し自立生活ができるよう「自分でできること」大切に支援を行っています。</p> <p>グループホームでは養和病院の精神科デイケア・訪問看護の利用・就労移行支援と就労継続B型福祉サービス事業所等があり地域生活を支援するため複数のサービス事業所につなげていくことができます。</p>		
A④	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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の障害の特性を十分理解され声かけのタイミングやこだわり、日々の言動、表情などから支援に繋がられています。</p> <p>法人は多くの催し物を開催され利用者が多くコミュニケーションが取れるよう支援されています。</p>		
A⑤	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の意思を尊重する支援や相談等状況に応じて適切に行われています。</p> <p>サービス管理責任者や生活相談員と面談等行われの意思確認が行われています。</p> <p>相談内容は経過記録の記入を行い職員会議で支援の共有が行われます。</p> <p>必要時スタッフミーティングやケース会議等行い支援内容の検討も行われています。</p>		

A⑥	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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に沿って支援が行われています。</p> <p>利用者や家族より希望や意向を伺われています。</p> <p>世話人による夕食の家事援助や日常生活は生活支援員の支援を受けながら共同生活をされています。</p> <p>養和病院の精神科デイケアで機能訓練や訪問看護の利用、日中は就労移行支援事業所や就労継続B型事業所に通われ作業等が行なわれています。</p>		
A⑦	A-2-(2)-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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員は施設内研修や外部研修に参加され研修後は伝達され理解されています。</p> <p>個々の状況や支援について必要に応じてケース会議や班会議で行動の分析、個別対応方法の検討、見直しが行なわれ障害の状況に応じた支援が行われています。</p> <p>利用者間のトラブルも時にはあり職員が間に入り個別に面談を行い解決に向けておられます。</p> <p>居室は各自で調整を行われ職員は障害の状況に応じた支援が行われています。</p> <p>職員は施設内研修や外部研修に参加され研修後の勉強会等で孤立の防止、生活の不安の軽減、共同生活による身体、精神状態の安定に向けた支援が必要な事など伝達されています。</p> <p>利用者間のトラブルには職員が間に入り個別に面談を行い解決に向けておられます。</p>		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に沿って支援が行われています。</p> <p>世話人による夕食の家事援助を受けられています。</p> <p>日常生活は生活支援員の支援を受けながら共同生活をされています。</p> <p>日中はそれぞれ福祉サービス事業所やデイケア等に通所され作業等おこなわれています。</p> <p>トイレや浴室は共同使用です。浴室は個浴浴槽でゆっくり入浴ができます。プライバシー保護に努められています。食事・排泄・入浴の支援が必要な方は障害の状況に合わせて見守り・支援が行われています。</p> <p>食事マニュアル・排泄マニュアル・入浴マニュアルを作成されています。</p>		

A-2-(3) 生活環境		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>居室は個室のため本人が掃除、整理整頓されます。</p> <p>居室は各自で調整を行われるよう障害の状況に応じた支援が行われています。</p> <p>共有スペース、共同トイレ、浴室等の掃除は当番を決め掃除され清潔で安心して利用できます。</p>		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に沿って支援が行われています。</p> <p>デイケアに通い食事・排泄・入浴等の自立した日常生活を送る事ができるよう訓練や相談、助言、その他必要な支援が行われています。</p>		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>健康チェックが行われ普段の体温等の把握をされ必要に応じて声掛け等も行われ健康状態の把握が行われています。</p> <p>職員は食事、排泄、入浴等で利用者の健康状態の把握をされ異状の早期発見に努めています。</p> <p>職員は体調変化があれば看護職員、サービス管理責任者、生活相談員に報告し医療等必要な対応をされます。</p> <p>また、家族へも連絡が行われます。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>看護職員による支援が行なわれています。</p> <p>養和病院への定期的な通院（かかりつけ医がおられる方はかかりつけ医へ）や体調不良時の通院付き添い、必要な利用者に対しては服薬管理の支援、検温、血圧測定等バイタルチェックや体重測定が行われています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域のイベントに参加やスーパー等に買い物に出かけられる事や日中の外出は自由に行われ、公共交通機関の利用など自立に向けた支援が行われています。</p> <p>外泊について本人の意向を尊重され希望に添えるよう行われています。外泊先を事前に知らせてもらっています。</p>		
A-2-(7) 地域生活への意向と地域生活の支援		
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支援を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域生活に必要なマナーや自治会のルール等の情報を伝えておられます。</p> <p>地域生活への移行について利用者と話しあわれ心配ごとや不安等の支援が行われています。</p> <p>利用者の希望される地域での生活に向けてケースカンファレンスで具体的な内容等話し合われ職員は共有されています。</p>		
A-2-(8) 家族との連携・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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>家族等に利用者の意向を尊重され地域生活に向けた対応ができるよう連携に努めておられます。</p> <p>利用者の様子について家族と情報や安心感が持てるよう連携に努めておられます。</p> <p>定期的に面会等がある家族や外泊受け入れの家族には地域生活に向けた話をされています。</p> <p>利用者の体調不良や急変時には家族等への報告・連絡が行なわれ連携されています。</p>		

### A-3 発達支援

A-3-(1) 支援の基本		
A⑯	A-3-(1)-① 利用者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。	評価対象外
<p>&lt;コメント&gt;</p>		

#### A-4 就労支援

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者一人ひとりの働く力や可能性を尊重し意向や希望に向けた就労について移行支援事業所や就労継続B型事業所等関係機関につなげています。</p> <p>就労に向けて身だしなみや基本的な生活習慣などを支援されています。</p> <p>利用者の面談等で就労に向けて意欲を伺いながら相談支援事業所や通所先等に本人の意向を伝え就労支援を行うこともあります。</p>		
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。	評価対象外
<p>&lt;コメント&gt;</p>		
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。	評価対象外
<p>&lt;コメント&gt;</p>		