

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	2018年5月7日～2018年11月27日
評価調査者番号	① 第06-060号
	② 第06-002号
	③ 第17-005号

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：済生会グループホーム事業所 (施設名)：	種別： 共同生活援助、短期入所（併設型）
代表者氏名：支部長 副島 秀久 (管理者)：(道端 由美子)	開設年月日：平成18年10月1日
設置主体：社会福祉法人 恩賜財団 済生会 経営主体：済生会熊本福祉センター	定員：90名 (利用人数)：(82名)
所在地：〒861-4127 熊本県熊本市南区内田町3552番地1	
連絡先電話番号：096-223-3330	F A X 番号：096-223-3429
ホームページアドレス	http://sk-fukushi.jp/work/grouphome.html

(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） 短期入所	レクリエーション、日帰り旅行、忘年会 避難消火訓練（全体年2回・グループホーム 毎年10回）、地域行事への参加、地域自治 会、地域を考える会、町内一斉清掃等
居室概要	居室以外の施設設備の概要
熊本市内に14棟 (全室個室、エアコン、押入れ設置) うちだ 1番館・わかば 10室 うちだ 1番館・あおぞら 10室 うちだ2番館 10室、すみれホーム 3室 さくらホーム 3室、すずらんホーム 6室 あさがおホーム 6室、 さいせい並建Ⅰ番館 6室 さいせい並建Ⅱ番館 6室 さいせい並建Ⅲ番館 6室 さいせい並建Ⅳ番館 6室 さいせい並建Ⅴ番館 7室 さいせい並建東館 6室 さいせい並建東2番館 5室	浴室、食堂、トイレ、キッチン、リビング (又は居間)、脱衣所、洗濯機、乾燥機、 スプリンクラー設置7棟、火災監視・非常通 報システム、防犯カメラ4棟、AED（自動 体外式除細動器）、公衆電話、空調設備、 駐輪場

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	3	
サービス管理責任者	3		介護福祉士	3	
生活支援員	8		看護師	1	1
世話人	1	27			
事務員	2				
合 計	15	27	合 計	7	1

※ 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

一人ひとりを尊重し、共に生きる社会の実現を目指します。

基本方針

1. ライフステージに応じた自立を支援します。
2. 専門性と施設機能を活かし、地域社会に貢献します。
3. 利用者主体の福祉を実践します。

3 施設・事業所の特徴的な取組

・医療・保険・福祉という済生会の3本柱の1つである熊本福祉センターは、熊本市障がい者相談支援センター、福祉相談支援センター、児童発達支援センター、幼保連携型認定こども園、福祉サービス事業、熊本県地域生活定着支援センターなど、福祉サービスに関わる事業を幅広く展開しています。このため、各事業所の専門性を活かしながら法人内や自治体と連携を取ることで障害のある子どもから大人までを対象としたサービスの提供や継続的な支援が可能となっています。

・障害者を支える地域の事業として、14ヶ所のグループホームを運営されています。利用者の93%が一般就労や就労継続支援A型・B型、就労移行支援等の日中活動を行う他に、7%がデイサービスを利用されています。日中活動は清掃やカフェ、パンの製造、クリーニング、野菜のカット等多岐にわたる内容となっています。日中活動を行うことで、利用者が“地域で、その人らしく生きる”支援を行っています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年 5月 7日（契約日） ～ 平成31年 4月 19日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成27年度）

5 評価結果総評

◆特に評価の高い点

- ・管理者は、熊本県済生会福祉センター所長と熊本支部理事を兼任されていることもあり、福祉業界全体の現状や課題などの情報を幅広く把握されています。また、職員の職務改善や福利厚生について取組むなど働きやすい職場作りを取組んでいます。職員のキャリアパスについても「期待する職員像」を明確にした上で、職員一人ひとりが将来の目標に近づける様に配慮されています。
- ・事業所が開設以来実施している「済生会内田夏祭り」では職員や利用者、ボランティア、地域住民が太鼓やバザー、福引きなどの様々なイベントを通して交流を図っています。また、事業

所内のスペースや備品などを地域住民へ貸出し、事業所全体で地域交流、地域貢献に取り組まれています。

- ・利用者への医療面での支援が充実しています。緊急時は、各ホーム職員と看護師との連携体制が構築されているとともに、地域内に協力医療機関が確保され、迅速かつ適切な医療が受けられるようになっていきます。内服薬・外用薬などの取り扱いについても、処方から服薬までの一連の支援方法がマニュアル化され、内容の見直しも随時行うなど誤薬を予防するための体制が確立されています。
- ・14ヶ所のグループホームでは、それぞれ世話人による手作りの食事が提供されており、定期的に利用者の希望されたメニューが食卓に上るよう配慮されています。また、家庭菜園をグループホームの敷地内に作り、種まきから収穫まで利用者とともにやり、収穫した野菜は食事に取り入れられています。

◆改善を求められる点

- ・経営からサービス提供、職員育成に関する内容について現状の把握を行い、計画、実行、評価、改善とPDCAサイクルを取り入れた運営が行われ、記録も作成・管理されています。今後は記載方法の振り返りや確認体制を設けるなど、より効果的な運用に期待します。
- ・利用者の安全に関する取組として、防犯カメラの設置や敷地内の整備などに取組まれています。しかし、利用者が日中活動などで施設敷地内を移動する際に車両との接触事故の危険性があると見受けられました。また、ハザードマップでは多くのグループホームが洪水避難地域になっていることや近くに用水路や川があることが懸念材料となっています。今後は、危険箇所が広範囲に及ぶようですので、中・長期計画を策定し、安全の確保ができることを期待します。
- ・利用者やその家族とのコミュニケーション方法として、アンケートの実施や広報誌などを活用されています。各グループホームの世話人とのコミュニケーションは日常的に図られている様ですが、職員への相談の機会や職員の接遇についてなど利用者からの要望もあるようです。今後は、利用者の特徴に合わせた話し方の確立や、各利用者とのコミュニケーションの機会を増やすなどの工夫も望まれます。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(2019. 5. 10)

済生会グループホーム事業所は第三者福祉サービス評価を2018年11月26日、27日の2日間で2回目を受審しました。3人の調査員より、管理面、地域貢献、サービス全般について、現場視察、書類審査、アンケート調査（利用者、御家族、職員）、ヒヤリング（管理者、サビ管、支援員、世話人、利用者）等を行っていただきました。多方面からの情報を下に、施設として取り組んでいるつもりでも利用者本位の福祉サービスとなると不足していることに気づかされ、日頃より利用者さん、御家族、職員間との信頼関係の構築が必要であると痛感しました。1回目より社会情勢や地震等の環境の変化、利用者さんの高齢・重度化によるニーズの変化に伴い、より具体的に対応することが求められました。今回、福祉サービスの標準化を示して頂いたことで、職員全体にフィードバックをして、事業所、各委員会、福祉センター全体で取り組むようにアクションプランを作成し、改善に取り組むことにしています。

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	29	
	家族・保護者	17	
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。

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> 社会福祉法人恩賜財団済生会の理念や基本方針はホームページやパンフレット、年報やグループホームの掲示板等に明記されています。理念、基本方針は職員会議、グループホーム3ヶ所がそれぞれに集まっての世話人会議、家族会にて職員や利用者・家族に説明・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> 「第5期熊本県障がい者計画」、「2018年度報酬改定」、「2018年度集団指導資料」等から、地域移行の拡大や在宅での自立に向けての指導、報酬改定といった福祉事業全体の動向について把握されています。今後の事業経営を取り巻く環境の変化から、新たなサービス拡大として重・軽度に分けての運営について検討されています。また、利用者状況や職員の就業状態、収支状況を毎月の管理運営会議やグループホーム会議で報告し、分析することで常に現状を把握されています。		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	Ⓐ・b・c
<コメント> 事業環境の変化もあり、「2017年度事業報告」から理事会・支部施設長会、熊本福祉センターの管理運営会議・運営検討委員会、グループホーム会議で空室の問題、家賃、人員体制、加算の見直しなど具体的な課題を明確にして共有されています。また経営安定化のために医療連携・夜間体制加算を計画・実施するとともに、毎年の実績の記録・報告・見直しを行う「重点項目カード」を利用して経営に関わる内容をデータ化し、事業活動収入・事業活動収支差額、経常利益、人件費率等を計画値と実績値で集計・分析を行っています。さらに、年度事業の目標に関する収支状況を上期・下期に報告することで情報共有や課題抽出を定期的に行う機会となっています。		

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。	Ⓐ・b・c

<p><コメント></p> <p>法人として「第1期中期事業計画」(2013年～2017年)を立て、実施、評価した結果を年次報告としてまとめ、「第2期中期事業計画」(2018年～2022年)に活かしています。2018年4月には熊本市障がい者相談支援事業を受託しています。また経営基盤を強化するために、「収支の5ヶ年計画」を作成し、組織体制・人事考課制度の見直しなどを2016年から開始し、2018年には改訂しながら取組んでいます。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>「第2期中期事業計画」から、新規事業、人事評価制度、昇格制度、研修補助制度等を盛り込んだ「2018年度福祉センター事業計画」を作成し、これを基に済生会グループホーム事業所の「2018年事業計画」の策定がなされています。単年度での推進すべき重点項目として自立支援援助や経営基盤の安定、高齢化・重度化への対応などがあります。経営基盤の安定については、具体的な数値目標の一つとして定数を90名に増員し、利用率97%などと具体的な内容になっています。</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・c
<p><コメント></p> <p>済生会グループホーム事業所の「事業計画」は管理運営会議やグループホーム会議などで上げられた職員からの意見も取り入れながら作成されています。事業計画は目指すべき姿、重点項目、評価指数、目標値、アクションなど具体的に作成されています。計画の定期的な実施状況の把握や評価は、利用状況、収支バランスなど毎月の管理運営会議で行われ、上期・下期に収支状況(年度事業の目標報告等)も踏まえ実施するなど、PDCAサイクルを取り入れた運用となっています。また職員へは、事業計画に沿った個人目標を設定することで、事業計画の周知と実効性を高めています。現在グループホーム会議と世話人会議を毎月3ヶ所に分けて実施し、職員の65%を占める非常勤職員(パート・嘱託職員)の意見を聴取されています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>済生会グループホーム事業所の事業計画は、広報誌「すまいるん」、「グループホームだより」にひらがなのルビを振り、配布や事業所内の掲示に加え、1月と4月に開催される家族会議にて管理者による説明がなされています。また利用者にも掲示するだけでなく、自治会での説明に加え、個々の質問に対しても丁寧に説明が行われています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービス第三者評価を定期的に受審し、評価結果はホームページに掲載して誰でも確認ができるようになってきました。また評価結果は管理運営会議、グループホーム会議などで全職員に内容を説明するとともに、年度事業計画へ反映するなどPDCAサイクルを取り入れた運用となっています。また2017年度は職員による自己評価を実施し、組織全体で課題を明確にするといった取組がなされています。この結果は第三者評価の書式を参照し、評価できる点・努力すべき点について「自己評価結果一覧表」にまとめ、2018年11月にホームページに掲載できるよう準備されていました。</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。	㉠・b・c

<p>〈コメント〉</p> <p>前回の第三者評価結果で上がった課題は「今後事業所または法人全体で取組むこと」としてまとめられ、いつまでに誰が行うか担当者や実施時期を明確にし、策定されています。また第三者評価だけでなく、単年度目標の達成状態や継続課題も組織的に取り上げて、課題解決に向けて取組んでいます。</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) 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〉</p> <p>管理者は、熊本県済生会福祉センター所長、支部熊本県済生会の理事を兼任されています。そのため、自らの役割や責任、経営に関する方針などの発信の機会が多く、福祉センターのホームページや年報、行事の際の挨拶などでも表明されています。また、管理者の責任・権限は熊本県済生会福祉センターの「業務分掌規程」に基づき「運営規程」、「グループホーム職員業務分掌」に明文化されています。規程類は福祉センター事務所で誰でも確認できるように備えられ、不在時においては「連絡網」に管理者補佐や副主任に権限を委譲する旨の内容が明記されています。</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組を行っている。	㉠・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>管理者は、熊本県済生会の理事として法人の実施するコンプライアンス研修を受け、遵守すべき法令について理解されています。また職員についてもコンプライアンス関連研修を階層別実施し、理解を深める取組が行われています。具体的には、年1回のステップアップ研修で個人情報の適切な取扱いなど49項目について研修を行い、その後「コンプライアンスアンケート」を年3回、人権セルフチェックを年4回実施するなど、理解度を確認しています。回収率は98.1%に上り、職員の法令遵守に関する意識の高さが伺えます。また管理者は、利害関係者との契約については「取引業者との規約」「入札・契約マニュアル」「経理規程」「産業廃棄物運搬・処理契約書」に基づき、透明性を持った契約をしています。</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〉</p> <p>管理者は定期的に管理運営会議や職員会議、グループホーム会議に参加し、事業計画の進捗状況や入居状況など確認を行い、課題については職員とともに改善に向けて協議するなど指導力を発揮されています。</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。	㉠・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>管理者は運営検討委員会、主任会議、職員会議などの各委員会の機能と構成を一覧表に作成する等して経営改善の体制を構築しています。人事（人員配置・昇給・昇格・採用など）・労務（有給休暇消化など）・財務（収支）状況については、福祉センターの管理運営会議で毎週検討が行われています。設備改修や地震による被害、老朽化した施設の建て替えなどは事業計画に基づき理事会に予算を上げて承認を得ています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>新人事管理制度は、人事考課制度・キャリアパスなどについて、外部のコンサルタントを導入して運用または取組まれています。職員の人材確保計画・採用計画は退職者・産休、事業拡大を含めて策定され、この計画に沿って職員の採用活動が計画的に行われています。採用活動のために、対象学校や訪問予定日など具体的な内容の学校訪問計画を立て、取組んでいることで支援員の人材確保に繋がっています。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>「期待する職員像」は「倫理綱領」・「職員行動規範」にて内容を明確にしています。人事考課は「試験要領」に基づき登用試験（嘱託職→正職・一般職）、昇格試験（正職・一般職→総合職）や役職への認証試験を階層毎に実施しています。また見直し時期には職員からの意見を尊重し、昇格基準内の在籍期間等を短縮するなどの改善も行われています。さらに「国家資格などの取得を目的にした進学に係る支援規定」により国家資格・認定資格への補助を行い、職員が自らの将来像を描きやすいように支援しています。</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><コメント></p> <p>職員の就業状況は管理運営会議、グループホーム会議で確認を行い、有給休暇申請などは翌月の勤務表作成時期に受け付けるなど、積極的に付与しています。また、時間当たりの有給休暇申請も認めており、職員の有休消化状況を「年休・欠勤に関する請求表」で確認しています。職員に対しては、男女共同参画、ワークライフ・バランスについての研修や法人全体でハラスメント委員会と虐待防止委員会を組織し、年2回開催して職員の意見を把握できるように取組まれています。個人面談では上・下期に設定した個人目標の進捗状況を確認されています。2018年に改定された「ハラスメント防止規定」にパワハラ・セクハラ・モラルなど13項目を規定し、「人権セルフチェック」を支援員、事務員、作業支援員、パート、世話人が年2~3回実施しています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>個人育成目標は、年度初めに職員の作成した「自己申請書兼目標管理表」を用いて5月・10月の面談の際に、個々の職員との協議により個人目標の計画・見直しを行っており、管理者にとっては職員一人ひとりとのコミュニケーションを取る機会にもなっています。階層別研修として、フォローアップ研修、昇格時研修、考課者研修を行い、パート職員、夜勤者対象のステップアップ研修会や世話人を対象にコンプライアンス、障害者虐待防止法、人権擁護についての研修を実施されています。また、職員幹部研修会では上半期収支状況報告や上期目標達成状況の発表、2019年度事業検討を各事業所で発表するなどの研修を行なっています。</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・c
<p><コメント></p> <p>「事業計画」の中に人材育成に関する内容が明記されています。教育・研修の計画・見直しは研修委員会や安全衛生委員会、サービス向上委員会で共有し、年間職員研修計画に基づき実施されています。また、各研修は事前に参加職員の勤務日や時間に配慮し、日程を設定されています。</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。	㉠・b・c

<p><コメント></p> <p>各職員の目標や研修成果は「ゴールシート（ビジョンとゴール）」や「学習履歴シート」に記載され、これを基に公平な研修が実施されるように努められています。新人職員に対する教育はOJT研修の他、福祉センター内の他施設にて研修を実施し、3ヶ月後に新人担当の職員と習得状況を確認しています。また年2回行う個人面談の中で、研修の「年度スケジュール」が作成され、個人の意見を尊重しながら、サービス管理責任者研修や社会福祉士の資格取得のための教育・研修の機会が確保されています。また、公益財団法人社会福祉振興・試験センター主催の「平成29年度民間社会福祉施設職員等海外研修」に職員1名が参加されています。さらに職員の配置転換の際は、指導担当者を決めOJT研修を行なっています。</p>		
<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。</p>		
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・c
<p><コメント></p> <p>実習生受け入れに関する学校との協議は、同法人の「済生会ほほえみ」や「済生会熊本福祉相談支援センター」が行ない連携を図っています。福祉センターで「施設職員実習マニュアル」が作成され、2017年12月に改定するなど随時更新されています。実習のプログラムは養成学校と密に連絡を行いながら作成され、事業所独自の資料やマニュアルも利用しながら、福祉人材の育成に寄与しています。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
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></p> <p>ホームページで、事業所の概要、年度事業報告、年度決算報告書、各事業所の熊本県福祉サービス第三者評価結果などを公開しています。苦情解決結果は第三者委員会に報告の上、改善点を検討した内容を掲載した「グループホームだより」や「年報」、「すまいるん」を地域、行政、関係機関等に配布されています。「年報」は2017年度より作成し、済生会関係、県内福祉施設、行政、支援学校、地域関係機関などに配布し、部数は600部にも上ります。</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></p> <p>福祉センターとして「済生会経理規定」、「決裁規定」及び「済生会福祉センター入札契約マニュアル」、「業務分掌規程」、「グループホーム職員業務分掌」などが整備され、これに基づき事業所は運営されています。本部法人の監査を2018年1月に受け、「平成29年度済生会熊本福祉センター事業報告会」で第三者委員3名、特別顧問、税理士法人の監事、支部長へ報告されていました。独立監査法人による監査も実施され、公正かつ透明性の高い経営に取り組んでいます。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
<p>II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p>		
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・c
<p><コメント></p> <p>地域との交流を深めるため、14ヶ所のグループホームが存在する各地域からのご案内やイベント情報を利用者に開示して希望者が参加しています。また、開設以来14年間開催している「済生会内田夏祭り」では花火やバザー、福引き、太鼓や踊りなどの出し物が盛大に行われています。この祭りは、職員や利用者、その家族、ボランティアや地域の方々が参加</p>		

され、利用者と地域との交流を図る場となっています。その他に地域の清掃ボランティアへ参加するなど、地域との交流が活発に行われています。		
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画の中にボランティアに関する計画が組み込まれ、理美容・バルーンセラピー・音楽など多岐にわたるボランティアを受け入れています。夏祭りに訪れるボランティアに対しては感謝状も贈呈されています。また、ボランティア受け入れに関する取組としては、ボランティア活動保険や受け入れマニュアルの整備を行っています。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>地域の関係機関や団体をまとめた地域連携マップを作成し、連絡先もリスト化されています。関係機関には、法人が持つ医療的な機能に加え法人内・外の様々な関係機関と随時連携を図っています。また、自治体とも連携を図りながら利用者の特性や年齢に応じた適切な支援が行われるよう努められています。</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 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><コメント></p> <p>事業所のスペースを地域で行われている太鼓の練習場として開放するほか、公用車の貸出などを行っています。また、先の熊本地震などの大規模災害や大規模事故時に被災地や事故現場へ派遣される福祉専門要員のチーム「済生会D-CAT」が稼働するなど、事業所の所有する財産を地域に還元しています。また、事業所は災害時の福祉避難所としての指定を受けており、管理者は熊本市ブロック施設長会議に参加して「熊本市避難所マニュアル」の再構築にも尽力しています。また地域活動としてサークル活動や清掃活動に参加し、熊本城マラソンでの草刈りや応援、どんどやと多岐にわたり事業所の有する機能を地域に還元しています。</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。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <p>事業所は法人内にある就労、生活介護、相談支援事業所やこども園などの総合的な福祉事業の機能を活かして地域住民の多様なニーズや相談に応じ、レスパイトケアとして短期入所に積極的に取り組んでいます。また就労継続支援（A型・B型）の機能を活かして、清掃、食品カット、パンの製造・販売、クリーニング、カフェなど利用者の日中活動の場が事業活動として地域に根ざし行われています。今後は相談支援事業所などで得られた福祉ニーズを地域に還元するためにも、熊本地震で中断している学校・婦人会・老人会等への出張講座が再開できることに期待します。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針をパンフレットや広報紙、職員会議の資料に掲載するほか、職員は理念・方針が記載されたカードを携帯しています。また、コンプライアンス（法令順守）アンケー</p>		

トの実施や世話人とパート職員を対象に人権研修も行われており、サービス提供について職員全体の意識の統一を図っておられます。		
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・ ㉔ ・c
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護について、プライバシー保護規程や個人情報保護マニュアルなどが整備されています。規程やマニュアルは、職員の入職時や職員会議で周知され、さらに人権セルフチェックやコンプライアンスアンケートを定期的実施することで職員の理解度も定期的に確認されています。利用者の居室は個室となっており、生活空間のプライバシーも保たれています。しかし携帯電話を使用する利用者の中には、SNSによる中傷に困っている方もいるようです。通信機器、IT、AIの進歩は著しく、状況に応じての対応は困難である部分も多いでしょうが、今後も通信機器におけるプライバシー保護や権利擁護に配慮した取組みに期待します。</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。	㉕ ・b・c
<p><コメント></p> <p>情報提供の方法としてホームページや掲示板の活用他、「グループホームだより」は家族に年6回郵送し、年3回発行の「すまいるん」は、地域のガソリンスタンドや支所などにも配布しています。また「済生くまもと」は、広く地域に提供してあり、写真やイラストで誰にでもわかりやすいような工夫が見られ、見学者や体験入所の希望者にも、適宜対応されています。</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。	㉕ ・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの開始・変更にあたっては、相談支援事業所の担当より重要事項説明書や契約書にはフリガナをふり、口頭説明時にもわかりやすい言葉に置き換えて説明しています。またサービス内容の変更の際には利用者説明会や家族説明会も実施し、グループホームでの補足も随時行っています。</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。	㉕ ・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの内容変更や施設・事業所の変更の際には、相談支援専門員やサービス管理責任者が本人や家族からの希望を聞き、ケース記録を参考に対応しています。さらに、利用者の細やかな相談ごとは、グループホームの世話人が普段から聞いているため、日々の状態や本人の気持ちなどを担当の世話人を通して把握するなど細やかな対応を行っています。また、体調面に関しても、医療機関だけでなく事業所内に配置された看護師からも情報を得ています。他の施設・事業所や家庭へ移行する場合はこれらの情報を関係機関に提供し、サービスの継続に配慮した対応が行われています。</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。	㉕ ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人全体のサービス向上委員会が実施する満足度に関するアンケートを毎年10月に利用者・家族に対して行い、集計結果は広報紙（すまいるん・グループホームだより）にて公表しています。また年1回の家族会や年6回の家族役員会のほか、利用者自治会に職員が参加するなどして利用者の満足を把握するように努められています。グループホーム内田では自由に参加できる「夜の集い」を開催し、利用者満足につながられています。</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・ ㉔ ・c

<p><コメント></p> <p>本人・家族からの苦情に関しては、苦情解決の体制が整えられ、長く続く案件に対しても丁寧に対応されています。現在、苦情解決の仕組みはホームページや掲示板等で説明されていますが、今後は、利用者が分かりやすいようイラストや文字の大きさに配慮した資料を作成するなどの工夫に期待します。</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。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <p>利用者へアンケートを実施するなどして意見を把握できるよう取組まれています。また、相談は随時受け付けており、苦情解決制度に関する案内を掲示するなどして周知しています。グループホームは全室個室になっており、食堂などの共有スペースも確保され利用者の好みに応じて相談できる環境が整えられています。しかし、中には職員とゆっくり話したいと感じている利用者もいるようです。日中活動の場に出向く利用者が多いことから、今後は職員と1対1でゆっくりと話ができるような取組が望まれます。</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><コメント></p> <p>相談・苦情マニュアルや電話相談対応記録簿などが整備され、利用者からの意見や相談、苦情に随時対応をされています。利用者間に発生した大きな問題に関しては、第三者委員会、熊本市に報告するとともに、必要時には警察も含めて対応が行われています。</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。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <p>事故対応マニュアルや緊急時の対応マニュアルなどが整備され、一人ひとりの障害や特性に応じた安全対策が立てられています。またインシデント・アクシデント報告も作成されています。今後は、日中活動の場や地域・施設敷地へ移動の際の交通事故防止対策やマニュアルの作成など行うと共に、利用者がより安全に過ごす事ができるよう、敷地内の車両速度の制限や各グループホームの駐車枠の設置などの環境整備が望まれます。</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。	㉔・b・c
<p><コメント></p> <p>感染予防マニュアルが作成されており、うがい・手洗いが遂行されています。またインフルエンザの予防接種も利用者・職員の全てが行っています。感染予防の手指消毒液もグループホームの各所に設置してあります。</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・㉔・c
<p><コメント></p> <p>ハザードマップでは多くのグループホームが洪水避難地域になっていることや、近くに用水路や川があることにも配慮して、災害対策マニュアルや防災訓練マニュアルが整備され、火災や地震・津波の訓練も行われています。今後は津波の避難訓練などの事後記録を保管できることを期待します。</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。	㉔・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス提供についての業務マニュアルに標準的な実施方法が文書化され、権利擁護マニ</p>		

<p>マニュアルにも利用者の尊重やプライバシー保護・権利擁護に関わる姿勢が記載されています。またサービスの実施に当たっては、職員研修や各グループホームで毎月ミニ研修が行われています。</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。	㉑・b・c
<p><コメント> サービスはマニュアルに基づき標準的な方法で実施されています。発生した苦情やインシデント・アクシデント等に対しては職員会議やミーティングで課題として取り上げ、話し合いが随時行われています。これに伴い、マニュアルの見直しが行われて、サービス提供の方法や留意事項に変更があった場合は、改訂も行われています。</p>		
<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。</p>		
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。	㉑・b・c
<p><コメント> アセスメントでは利用者の健康状態やADL（日常生活動作）、IADL（手段的日常生活動作）が細かく把握されています。また個別支援計画では、総合的な支援の方針や長期目標、短期目標、身体的な課題、本人の役割、支援内容、支援期間、担当者、優先順位などが記載されています。作成の際には、検討会議も行われ、医療連携体制や夜間支援体制の計画書も検討されています。</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。	a・㉑・c
<p><コメント> 利用者に対するモニタリングは概ね6ヶ月ごとに行われ、サービス提供上の課題、達成状況の評価、変化の状況、今後の対応などが記録されています。モニタリングや担当者会議では関係職員が集まり、情報を共有し個別支援計画の評価・見直しが行われています。今後は、利用者の高齢化により介護保険の利用に伴うサービス実施計画の見直しも想定されます。介護保険の利用に至った経緯について要介護認定、介護保険証、介護支援専門員が作成した個別援助計画書などの管理方法を工夫するなどサービスの移行がスムーズにできるような取組に期待します。</p>		
<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。</p>		
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・㉑・c
<p><コメント> 利用者は全員が日中系のサービスを利用しているためケース記録はネットワークシステムに入力して共有化が図られています。しかし記録内容の一部に不十分な箇所が見受けられました。今後は、各利用者の個別支援計画を職員一人ひとりが理解し、サービスの実施状況を職員が適切な方法で記録することと、チェック体制の見直しを行うことで情報の内容や利用者の変化を明確にし、共有化されることが期待されます。</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。	㉑・b・c
<p><コメント> 個人情報保護規定により、利用者の記録の保管、保存、破棄、情報提供に関する規定が定められています。また重要事項説明書にも個人情報の保護に関する記載があり、利用者・家族に説明を行い、了承を得ています。</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		
46	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。	a・㉑・c

<p><コメント></p> <p>利用者の権利擁護や、接遇についての様々な研修の実施や人権セルフチェックリストによる職員自身の支援に対する定期的な振り返りを行うなど、利用者をひとりの個人として尊重する意識の高さが伺えます。そのため相談件数も増加しています。課題として一部の利用者から職員の言葉遣いや相談の機会に対する要望が聞かれますので今後の取組に期待します。</p>		
47	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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>各利用者とのコミュニケーションの方法は、アセスメントを実施し把握されています。各利用者に応じてカードやイラストを利用するなど工夫も多く見られます。コミュニケーションボードの作成などの新たなツールも検討され、日々努力されています。</p>		
48	A-1-(1)-③ 利用者の主体的な活動を尊重している。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の主体的な活動の支援を担当する職員が各ホームで決められています。ホーム毎の自治会では、生活のルールや行事などを検討されています。ここで決められた日帰り旅行や忘年会が今年度も具体的に計画し、実施されています。職員は、利用者の主体的な生活の実現に向けて、側面的な支援に徹しておられます。</p>		
49	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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の強みを大切にし、利用者の主体性を尊重しつつ生活の活動範囲が広がるよう、利用者の自立に向けた個別支援計画が作成されています。また、事業所単位、ホーム単位での職員会議にて随時利用者の情報共有がなされ支援に活かされています。職員は、利用者ができることは自力で行うよう促し、難しいことでもできるようになる仕組みを作るなど日常生活上の行為に対する見守りと、支援の体制が整えられています。</p>		
50	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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者自身の能力が高められるように特性に合った個別支援計画が作成されています。この計画に沿った自立支援プログラムがあり、洗濯や買い物など利用者にあった訓練プログラムが実施されています。買い物や金銭管理に関するプログラムでは預金小遣い渡しチェック表を用いて社会生活力を高めるための支援が行われています。</p>		

A-2 日常生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 食事		
51	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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画、食事提供マニュアルにより、ご飯の量や食事の形態など利用者の状態に応じた食事が提供されています。体調不良時は世話人が看護師に電話連絡を行い、おかゆに変更するなど速やかに対応しており連携体制が確立されています。</p>		
52	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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>各ホームに外部業者から食材が配送され、ホーム内のキッチンで手作りの温かい食事が提供されています。利用者の嗜好調査を参考にしながら、定期的にリクエストメニューも提供しています。また事業所内で利用者と世話人が一緒に育てた野菜が食材として利用されることもあり、食への関心や食べることの楽しみ、食の安全にも配慮した支援が行われています。</p>		

53	A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>自治会で出た意見を踏まえ、一人ひとりの状態に合った椅子や食器などを用意した喫食環境が整えられています。また、食事時間は利用者の障害特性や就労状況に合わせた食事提供を行うなど個別での対応がなされています。</p>		
A-2-(2) 入浴		
54	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事情に配慮している。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>入浴サービスは、利用者の身体機能や健康状態などを踏まえた個別支援計画に応じて提供されています。日々の入浴状況は日誌に記録されています。また、安全面やプライバシー保護、基本的介助方法が記された入浴支援マニュアルが用意されています。利用者に対する個別の留意事項についてもマニュアルにて確認ができるようになっています。</p>		
55	A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>ホーム毎に検討された入浴のルールがあり、個々の利用者の希望が尊重された入浴が提供されています。また、失禁などの際には入浴とは別にシャワーで対応されたり、女性利用者においては状態に応じて最後に入浴してもらったりするなど個別に対応されています。</p>		
56	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	㉠・c
<p><コメント></p> <p>脱衣所は季節に応じてエアコンや扇風機、ヒーターなどを設置し温度調節ができるよう工夫されています。また、利用者の状況や年齢に応じて手すりを設置するなど各ホームの環境に応じて工夫されています。設備などの点検は施設安全点検表を用いて職員や世話人が、定期的に行っています。浴室の設備や入浴機器の改修については検討会議の記録からも確認できました。</p>		
A-2-(3) 排泄		
57	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	㉠・c
<p><コメント></p> <p>排泄介助は個別支援計画に沿った支援が行われ、必要に応じてチェックリストを活用するなど利用者の特性に応じて行われています。また安全面や、プライバシー保護、排泄機器の使用方法が記された排泄支援マニュアルも用意されています。排泄の状況は、日誌に記録され、排泄面で異常が見られたときは看護師に報告し、指示を仰ぐなど健康面への配慮がなされています。</p>		
58	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	㉠・c
<p><コメント></p> <p>トイレには手すりやウォシュレット、温便座が設置されています。施設安全点検表を用いてトイレの点検を行い改善点について検討されています。またトイレの掃除は毎日行い、換気もいきとどいており、清潔なトイレ環境が確保されています。</p>		
A-2-(4) 衣服		
59	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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>衣類については、身だしなみ支援マニュアルに沿って支援されています。利用者の好みに応じて選択してもらい、選択が困難な利用者には、職員が服を見せて、本人に確認してもらいながら選ぶなど利用者の意見が尊重されています。衣類の購入については、必要に応じて情報提供を行い、支援されています。</p>		
60	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。	㉠・b・c
<p><コメント></p>		

<p>利用者の希望に応じて衣類の着替えの支援が行われています。衣類の汚れに関しては、利用者に確認後、各ホームでの洗濯またはクリーニングにて対応しています。衣類に破損があった場合は、法人内のクリーニング作業班に依頼することで修理ができる様な仕組みもあります。衣類管理に関するマニュアルも用意されており、必要時、速やかな対応ができるよう体制が整えられています。</p>		
<p>A-2-(5) 理容・美容</p>		
61	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><コメント> 髪型や化粧については、基本的に個人の好みを尊重し、利用者自身で選択できるように、支援を行っています。また、必要に応じて整髪や化粧を各グループホームの世話人が手伝うなど、利用者と一緒に身だしなみを整えています。</p>		
62	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><コメント> 理美容院の利用は、料金などの情報提供を行い、利用者の希望する店を利用できるよう支援されています。また、初めて利用する店については、職員による同行や留意点の伝達が行われ、利用者が気兼ねなく利用できるように配慮されています。移動が困難な利用者には訪問理美容を利用するなど各利用者のニーズに応じた支援がなされています。</p>		
<p>A-2-(6) 睡眠</p>		
63	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	㉠・c
<p><コメント> 寝室環境は、個室になっており、寝具類は利用者が私物を準備するなど安眠できる環境が整っています。また、一部のグループホームには夜勤専門員が配置され、就寝時も支援が行われています。夜間の介助方法については、睡眠支援マニュアルが用意され、各利用者に必要な設備や備品の取り扱い方法が記載されています。夜間の支援状況は日誌に記録されるなど、夜間の支援体制が構築されています。</p>		
<p>A-2-(7) 健康管理</p>		
64	A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	㉠・c
<p><コメント> 日常の健康管理については、健康管理マニュアルと健康管理ファイルが用意されており、毎日健康チェックが行われています。必要に応じて血圧測定や体重測定も実施されています。職員や世話人が利用者の体調が優れないと判断した場合は状態に応じて看護師による巡回を行うなど、グループホーム事業所全体での連携体制が確立されています。また、本事業所は協会けんぽのヘルスター健康宣言を行い、健康づくりへの取組として職員のみならず利用者へも体操を取り入れるなど健康の維持増進に向けた積極的な取組がなされています。</p>		
65	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><コメント> 利用者の健康面に変調があった場合の対応手順は健康管理マニュアルに明示されており、緊急時は各グループホームの職員と看護師が連携して対応できるように体制が構築されています。また地域内に協力医療機関も確保され、緊急時に迅速かつ適切な医療が受けられるようになっています。</p>		
66	A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	㉠・c
<p><コメント> 内服薬・外用薬などの取り扱いについては、処方から服薬までの一連の支援方法が示された服薬管理マニュアルに沿って、徹底されています。誤薬を予防するため、過去のインシデント・アクシデント報告書による改善策にのっとり与薬が行われています。特に、服薬の際は、個別の服薬ボックスの使用や、服薬チェック表にて準備者と提供者によるダブルチェックができるようになっており、慎重な対応がなされています。</p>		
<p>A-2-(8) 余暇・レクリエーション</p>		

67	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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>余暇・レクリエーションについては、自治会で出た意見や利用者満足度調査を参考にし、グループホーム毎に利用者及び職員、世話人などで検討して希望に沿った行事計画が立てられています。また、ボランティアによるバルーンセラピーなども積極的に受け入れることで外出が困難な利用者の満足にも繋がっています。さらに地域食堂やフラダンスなど地域のイベント等の情報を利用者へ提供し、希望者には積極的に参加してもらえるように支援されています。</p>		
A-2-(9) 外出、外泊		
68	A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>外出については、各グループホームのルールがあり、外出簿や外出報告で利用者の外出が把握できるようになっています。外出支援は必要に応じて行き、職員の同行なしで外出する利用者については、連絡先を明記した緊急時連絡カードを携帯してもらい、安全確保や不測の事態に備えています。</p>		
69	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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>外泊については、各グループホームのルールがあり、利用者は事前に外泊届けを提出する決まりとなっています。盆や正月の外泊については、利用者や家族の希望に応じて行われ、担当職員が健康状態を見ながら、就労時間や食事を調整するなどの対応を行っています。</p>		
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
70	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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>預かり金については、預かり金規程及び預かり金管理マニュアルにより、責任の所在を明確にしています。金銭の自己管理ができる利用者に対しては、定期的に利用者と職員とで相談しながら必要な予算を組み、個別の出納帳で管理されています。また、支援が必要な利用者には、小遣い帳を活用した金銭管理の学習がなされているなど金銭管理体制が構築されています。</p>		
71	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。	㉑・c
<p><コメント></p> <p>新聞・雑誌の購読やテレビなどについては、利用者の希望に応じて個人で購入し、所有できるようになっています。また共有スペースでのテレビや新聞などの利用についても、各ホームで利用者の意見を尊重しながら対応されています。</p>		
72	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。	㉑・c
<p><コメント></p> <p>酒、たばこ等の嗜好品については、グループホーム毎に利用者と職員で検討しルールが決められています。利用者は、喫煙場所や火の始末などルールに沿って自由に嗜んでおられます。</p>		
A-2-(11) 社会適応訓練等		
73	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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>社会適応訓練については、個別支援計画に沿って利用者ごとに実施されています。一人暮らしを希望される利用者については、自立生活を行うためのプログラムに加え、「生活状況表」を用いて、自身の課題が明確になるような取組も行われています。</p>		

A-3 施設・設備

		第三者評価結果
A-3-(1) 施設・設備		
74	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>施設・設備については、ホーム毎に築年数に差はあるものの、施設内での移動は手すりの設置や十分なスペースを確保することで車いすや歩行が難しい方でもスムーズに移動できるようになっています。また、トイレや浴室、食堂は利用者の使い勝手や体勢に配慮し、利用しやすい設備であり、掃除も行き届いています。居室も利用者に分かりやすいよう顔写真を掲示する等の工夫もみられます。しかし、ホームによっては、築年数が古い建物もあり、冷暖房設備や、トイレと浴室の仕切りや、脱衣所の仕切りがないなどプライバシーの面で新しいホームと差があります。全面的な改修・改築ができない物件もあることから、利用者とし合いながら、設備面の工夫・改善の検討が期待されます。</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）	37	8	0
内容評価基準（評価対象A）	27	2	0
合 計	64	10	0