

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：グループホームまがたま	種別：共同生活援助事業 (介護サービス包括型)
代表者氏名：管理者 斎藤浩子	定員（利用人数）： 5棟32名
所在地：松江市玉湯町玉造918-7	
TEL：0852-62-2535	ホームページ： http://kamiguchifukushikai.jp/publics/index/11/
【施設の概要】	
開設年月日：もえぎ 平成12年1月1日 さいか 平成14年4月1日 うぐいす 平成20年4月1日 こすもす 平成20年4月1日（福祉ホームから移行） さくら 平成30年4月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 上口福祉会	
職員数	
区分	常勤職員： 19名 非常勤職員： 9名
専門職員	管理者 1名 看護職員 2名
	サービス管理責任者 2名 世話人 1名
	生活支援員 14名
	世話人 6名
施設・設備 の概要	施設：
	設備：
	こすもす 定員 10名 特殊浴槽 1ヶ所
	さいか 定員 5名 浴槽 5ヶ所
	もえぎ 定員 5名
	うぐいす 定員 5名
さくら 定員 7名	

③理念・基本方針

◆事業理念

1. 心豊かな生活の実現

利用者さまお一人おひとりが、この地域で、心身ともに健やかに、その人らしい人生を送ることができるよう、サービスを提供することが最も大切な使命と心得ます。

2. 利用者さま第一の実現

私たちは、利用者さま個々の障害特性を理解し、安心と安全を確保し、自己決定に基づく自立を目指す支援と、最後まであきらめない支援を目指します。

3. 愛される施設の実現

地域との交流を深め、地域に開かれた施設、地域にとってなくてはならない施設、愛され続ける施設、事業運営を目指します。

◆基本方針

1. 障害福祉制度の方向に合った事業展開

2. 市町村の福祉計画に合った事業展開

3. 市場ニーズに合った事業展開

4. 財務の健全性に合った事業展開

◆基本姿勢

(1)利用者様に対して

- ・ 人権の尊重
- ・ 自己決定の支援
- ・ 家族様との信頼関係の構築
- ・ サービスの質の向上
- ・ 社会、地域との関係継続
- ・ 生活・ケア環境の向上

(3)職員に対して

- ・ 総合的な人材育成の実現
- ・ 働きがいのある職場の実現
- ・ 職員育成の充実
- ・ 働きやすい職場の実現

(2)社会に対して

- ・ 地域貢献
- ・ 説明責任の徹底
- ・ 行政との連携、協力の推進

(4)マネジメント

- ・ 法令遵守（コンプライアンス）
- ・ 組織統括（ガバナンス）の確立
- ・ 財務基盤の安定化
- ・ 経営管理者の役割の遂行

◆行動目標

1. 自身が向上する喜びを知る。
2. かけがえのない組織の一員であることを誇りとする。
3. 組織への貢献。
4. よりよい利用者支援。
5. 日々、自己研鑽に励む。

◆大切にしたい価値観

1. 個の尊厳
2. 生活の質（QOL : Quality of Life）
3. 利用者本位
4. お互いに与えあい、助け合う心
5. 人材と苦情が2大財産
6. 職員の和
7. 変わる勇気、変える勇気

④施設の特徴的な取り組み

社会福祉法人上口福祉会の知的障害者更生施設として、昭和62年4月に利用定員50名で開設されました。

平成11年に高齢者棟を増築し利用者定員を70名と変更されました。

平成29年、30周年を機に、「障害者支援施設まがたま」に名称変更が行われました。

施設入所（60名）、生活介護（80名）、共同生活援助「グループホーム」（32名）、短期入所（6名）、放課後等デイサービス（10名）、居宅系（居宅介護・行動援護、重度訪問介護、移動支援）、相談支援等のサービス提供が行われている施設です。

施設のまわりは、自然豊かな山々に囲まれ、ゆったり生活できる空間が広がり、近くには温泉街のある環境豊かな場所で障害者支援施設の運営が行われています。

地域における就労が困難な障がい者が利用して、「創作、音楽、スポーツ、書道、ガーデニング、環境美化」等の多種・多様な文化的活動及び「しめじ、パン、ミニとまとの生産・販売」等、各種生産活動、「リハビリ・マッサージ」等の機能訓練を行うことにより、障がい者の自立を目指し、一人ひとりのやりがい・生きがいを高めるための日常的な取り組みが行われています。

障害者支援施設「まがたま」としての併設サービス事業は、第一種社会福祉事業としての「障害者支援施設（施設入所支援事業・生活介護事業）」及び第二種社会福祉事業としての「短期入所支援事業」「共同生活援助事業（介護サービス包括型）」「居宅系事業（行動援護・移動支援・居宅介護・重度訪問）」「相談支援事業」「放課後等デイサービス事業」が実施されています。

各種日中活動の場としての「パン・しめじ・トマトの作業場」「各種作業場・室（創作・絵画等）」「多目的ホール（絆）」「リハビリ室」「運動場」「体育館」及び快適な生活支援のための「居室」「浴室」「洗濯室」「医務室」「相談室」「厨房」「食堂（ダイニング）」「防災（用具）倉庫」等、穏やかに快適に過ごせる空間が完備されています。

- ・年齢や経験など幅広い人材を採用し、職員の個性や強みをサービスに繋がられています。
- ・同性介助を原則とされています（個の尊厳、性的虐待の防止）
- ・資格取得やスキルアップを図るための研修に多くの職員が参加できるように配慮されています。特に事業所で必要度の高い、強度行動障害者支援者養成研修の受講、介護福祉士資格の取得、喀痰吸引資格の取得に力を入れておられます。

- ・利用者の障害特性に合った居住環境、活動環境を整えています。(利用者個々に応じた居室の改修、車椅子対応浴槽や特浴の設置、ベッドサイドモニターの導入、日中活動の場の整備等)
- ・事故や災害に強い環境を整えられています。(長期災害時避難場所、備蓄倉庫、自家発電、感染症発生時の予備室の整備、防犯カメラ、草刈りの実施等)
- ・「施設の中は美術館、外は公園」。施設内には利用者、職員の作品を展示。敷地は芝生広場、花壇、噴水広場、まがたま神社、グラウンド、果樹園等を整備し、利用者、家族、来所者に喜んで頂ける環境を創り、地域住民にも開放されています。
- ・福祉サービスを必要とする人に、家庭的な雰囲気の中で、食事や排せつ、入浴等の介助を行なうと共に、地域の中にある普通の暮らしを実現するために、日常生活に必要な相談・援助棟を行なうことを目的とされています。

・利用者様お一人おひとりがこの地域で心身ともに健やかにその人らしい生活をする事ができるよう生活を支援されています。季節ごとに様々な行事が行われ、地域の皆様と親睦を深められる機会を提供されています。

・重点目標

- ① 虐待の再発防止に努める。
- ② 入居者の安心・安全を確保する。
- ③ 個別支援計画に沿って、統一した支援を行なう。
- ④ 家庭的で快適な居住空間を演出、提供する。
- ⑤ 強度行動障がい者の支援を充実する。
- ⑥ 移動支援サービスおよび行動援護サービスを利用した地域行事への参加、外出支援
- ⑦ 各ホームごとの行事
- ⑧ 人材の確保、職員育成

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 31 年 4 月 24 日 (契約日) ~ 令和 1 年 10 月 25 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

- ・四季を通じて様々な行事が企画され地域の皆様と親睦を深められグループホームで充実した生活を送ることができます。さくらの浴室には機械浴槽を完備され高齢や身体状況が変化されても安心、安全な入浴ができます。
- ・「身体拘束廃止に関する指針」を作成され職員会等で職員に周知され虐待防止に向けての取り組みが行われています。

今年、開設 32 周年記念となる障害者支援施設「まがたま」が掲げる理念「心豊かな生活の実現」「利用者さま第一の実現」「地域に必要とされ愛される施設の実現」及び基本姿勢であ

る①利用者に対する「人権の尊重」「自己決定」「家族との信頼関係」「サービスの質の向上」「社会、地域との関係継続」「生活・ケア環境の向上」②社会に対して「地域貢献」「説明責任」「行政との連携、協力の推進」③職員に対して「総合的な人材育成の実現」「働き甲斐のある職場環境」「職員育成の充実」「働きやすい職場の実現」④マネジメント「法令遵守（コンプライアンス）」「組織統治（ガバナンス）の確立」「財務基盤の安定化」「経営管理者の役割の遂行」等に加え、組織全体として「安全管理」「事業の継続」「サービスの向上」を事業の柱として、職員に対する「求める職員像」が明確に示され、各種の委員会組織及び事業単位の班構成による小規模集団活動等、職員間の連携意識の強化による利用者等と職員の相互の信頼性確保・拡大の取組みが行われています。

また、適切な事業運営を図るために職員一人ひとりに携帯マニュアルを提供し（定期的な改善・見直しによる職員周知等）適切な業務推進への取組みが行なわれています。

また、人事考課制度（目標による管理）が導入され、職員一人ひとりへの「ステップアップノート」による目標の設定・評価（上長等の面談）が組織的に行われています。

年間を通したレクリエーションやイベント及び日々の日中活動や生産活動を通じて、利用者一人ひとりの心身の状況に沿った活動及び一般的な社会生活環境へのアプローチ等がなされ、まさに「ノーマライゼーションの実現」に向けた地域交流の取組み等が計画的に行われています。

◇改善を求められる点

障害者支援施設としての事業理念に込められた福祉三原則である「自己決定権」「生活の持続性」「残存能力の活用」におけるサービスの質と量の充実及び地域で活動する法人や団体（自治会含む）、ボランティア等の連携による福祉サービス事業の社会的価値の向上に向けた各種取組みが行われています。

社会・時代の変化や障がい特性の多様化、重度化、高齢化等に対する医療・支援・援助（介護・介助）等多岐に渡る知識・技術に裏付けられた細心の心配りなどによる取組みが求められます。

その一翼を担う施設として、職員への人事考課制度が（人事基準等）既に導入されていますが、更なる意識の醸成を高めるために、職員一人ひとりの自己目標設定（目標計画書等）が、組織的に体系化され、現行の考課制度の更なる進化（充実）及び改善が継続的に行なわれること望みます。

職員が「社会貢献」及び「業務へのやりがい・達成感・責任感」を実感するために、事業所は人事考課を反映し、更なる事業運営サービスの質の向上へとつなげていく取組みを期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設のコメント

各グループホームも高齢化、多様なサービスを必要とする利用者が増えておられます。限られた職員での対応の中、様々なニーズへのサービスの提供が難しいと感じる場面もあります。

今回第三者評価を受け、評価して頂き、良い点は伸ばし、至らぬ点は改善し、職員一同、家族様、関係機関と連携を取りながら、今後のサービス向上に向けて取り組んでいきたいと思っております。

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

第三者評価結果（共同生活援助）

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。	b
<p><コメント></p> <p>理念・基本方針による組織運営が行われ、明文化された理念・基本方針等が施設内各所へ掲示及び広報誌（機関紙）、ホームページ（まがたま通信）等により地域に広く紹介されています。</p> <p>また、施設利用開始時に、重要事項説明書に掲載（理念・基本方針等）された施設の運営使命・目的や考え方が明記されたものにより適切に利用者・家族等に説明が行われています。</p> <p>職員一人ひとりへ「携帯マニュアル」が配布され、適切な各種業務対応等（利用者援助含む）の徹底が行われていますが、その携帯マニュアル冊子の最初に理念・基本方針が明記され、いつでもどこでも理念に立ち返ることができる取組みが行われ、新入職員への研修等で最初に学ぶ理念・基本方針の意識の醸成の説明が行われています。</p> <p>毎年の家族研修会（年1回）で、事業運営説明等の資料へ理念・基本方針を明記して、職員の行動規範等を含めて理解いただく為の周知や説明が行われています。</p> <p>利用者に対しての周知については、工夫を重ね実施していかれることに期待します。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人本部からの情報や障がい者福祉協会等関係団体の会議、外部研修、福祉新聞や機関紙等より社会福祉事業の動向について把握されています。</p> <p>事業所責任者は毎月事業所毎の収支の報告を行われています。中間事業計画、中間資金収支予算の説明を行われています。</p> <p>また、理念の振りかえりも行われています。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>毎月事業所毎の利用率、収支報告の分析を基に取組みは行われています。</p> <p>定期的に（年度内4回以上）理事会を開催され経営状況の報告等が行なわれています。</p> <p>職員会で全職員に経営状況の報告等行なわれ周知されています。職員によっては理解が不十分な面も見られますので、工夫に期待します。</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。	b
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針に沿った中期事業計画（2018年度から2020年度）が策定されています。</p> <p>職員によっては理解が不十分な面も見られますので、工夫に期待します。</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。	b
<p><コメント></p> <p>中期事業計画に基づき、事業所や班ごとに提出された案を集計され、単年度の計画は策定されています。</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><コメント></p> <p>各事業所ごとの実施状況の把握や見直しを行われ次年度の事業計画に反映されます。</p> <p>職員会議で中長期計画及び単年度計画を全職員に配布、説明されています。</p> <p>職員の意見の吸い上げが不十分な面も見られますので、工夫に期待します。</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
<p><コメント></p> <p>利用者は障害が重い方が多く説明が出来ていないため家族会総会で家族に行事案内、日中活動（創作、音楽、スポーツ、書道、水彩画、クッキング、個別ワーク、リハビリ・マッサージ、バルーンアート、アグリカルチャー、リサイクル、ガーデニング）生産活動（しめじ、パン、トマト）生産活動班親睦会（小旅行、グランドゴルフ、バーベキュー）等の説明を行われています。</p> <p>利用者に分かりやすい資料の事業所内掲示等の工夫に期待します。</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><コメント></p> <p>事業責任者会議や班長会議でサービスの質の向上に向けた話し合いをされ、職員会で説明されています。</p> <p>P D C A サイクルに基づき現在も仕組みの充実に取り組まれています。全体では運用が不十分な面もまだありますので、更なる工夫を望みます。</p> <p>職員はステップアップノートを活用し日々のサービスの振り返りが行われています。</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><コメント></p> <p>ケース会議や班長会議で各課題の評価を行ない、個別支援計画に反映できるよう取り組まれています。</p> <p>評価結果に基づく課題の把握において更なる工夫に期待します。</p> <p>「身体拘束廃止に関する指針」を作成され職員会等で職員に周知、実施され毎月虐待防止に向けての評価を行い、改善策を検討されています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>職員会で方針を表明されると共に文書化し周知されています。施設の経営資源把握と調整戦略の策定、方針の明示・浸透（施設計画の進捗に基づく判断）管理・管理者育成・計数管理（経営指標に基づく判断）・防災、安全に関することについて職務・任用要件について明示されています。</p> <p>事務文書等に災害、有事について 施設長の役割や職務、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><コメント></p> <p>施設長は虐待防止の研修会等はじめ各種の研修会や勉強会に参加され、必要なものに関しては、職員に対して説明会やマニュアルの見直しが行なわれています。また、各委員会で話しあわれ職員会等で職員に周知されています。</p> <p>携帯マニュアルも全職員に配布され、理解、周知が図られています。マニュアルの見直し、変更があれば差し替えをされ職員の理解を図られています。</p>		
Ⅱ-1-(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><コメント></p> <p>施設長はユニフォームを着て施設内をラウンドされ、利用者や職員の意見・要望を聞くように心掛けておられます。</p> <p>施設長はサービスの質の向上に意欲的に取組まれ、利用者第一の考えを周知されています。時としてトップダウンになりやすい場合もあるもので職員の意見を吸い上げながら取り組みを進められる事に期待します。</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><コメント></p> <p>職員の働きやすい環境整備作りに努められています。</p> <p>不必要な物品は購入せず、必要なものに対しては投資するスタンスで臨まれています。</p> <p>利用者の重度化に伴う対策や全体的な人員配置等についても検討されていますが、不十分な面も見られますので改善を望みます。</p> <p>施設が公共交通機関の不便な場所に立地しているため交通費を手厚く支給され、働きやすい職場となっています。</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
<p><コメント></p> <p>求人募集はまがたま単独で行われています。就職フェアに参加、職員知人の紹介、学校訪問、地域からの入職、ハローワーク求人を行われ人材の確保に努めています。</p> <p>ステップアップノートを作成され全職員に配布し、職員一人ひとりの年間目標や資格の取得の管理等、質の向上に向けて取り組まれています。</p> <p>ステップアップノートの活用を進め人材育成に繋がられる事を期待します。</p>		

15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>就業規則・給与規定に設けられています。全職員はいつでも見ることはできますが細部の説明や周知の面については不十分な面も見られますので今後の工夫に期待します。</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><コメント></p> <p>事業所としては「働きやすい職場作り」の取り組みの必要性や重要性は理解されています。有給休暇や育児休暇等希望を聞き入れられやすい環境となっています。休暇の取得もしやすくなっています。</p> <p>職員の体調、精神面などを相談できメンタル面では産業医又は自分で受診しやすい医療機関を受診することができるようになっていきます。インフルエンザ接種は休職中の職員も含め費用の一部を事業所が負担されています。</p> <p>健康管理の面については、近年の異常気象についても、更なる対策をされる事を望みます。</p> <p>新任職員にエルダー制を1年間取り入れ働きやすくされています。</p> <p>コースの選択可能な職員旅行が企画されリフレッシュできる機会となっています。</p> <p>職員の誕生日に有給で、特別休暇を取得することができます。</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><コメント></p> <p>「求める職員像」について個人面談で、1～2月に1回振り返りを行ない、次年度に向けて質の向上と育成に取り組まれています。</p> <p>ステップアップノートも導入され、自己評価表は3ヶ月に1回評価見直しが行われ質の向上に取り組まれています。</p> <p>ステップアップノートの活用を進め人材育成に繋げられる事を期待します。</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
<p><コメント></p> <p>中期計画に各種研修や専門資格の取得等について明示されています。</p> <p>年間研修計画に沿って研修に参加されます。研修後、職員会や勉強会で周知されています。</p> <p>研修内容・カリキュラムについては内容については評価を行い見直されると良いと思います。</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
<p><コメント></p> <p>事業所の人事管理（取得管理一覧表）で資格取得や研修受講状況を把握されています。</p> <p>年初に研修目的や計画を作成され、年間の研修計画に沿って参加されています。</p> <p>階層別研修にも取り組まれ、なるべく多くの職員に研修機会が与えられるよう工夫されていますが、勤務体制等によっては、参加が難しい職員も見られますので工夫に期待します。</p> <p>新任職員にはエルダーを付け、OJTで育成、指導されています。</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><コメント></p> <p>実習生受入れマニュアルを整備されており、受け入れ方針も明文化されています。</p> <p>受け入れ担当者も決められています。</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><コメント></p> <p>法人ホームページや広報まがたまを活用して情報公開されています。</p> <p>決算報告やサービス各事業所の活動等を公表されています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>経理規定に、事務、会計、取引等について明記されています。</p> <p>法人の内部監査も行われており、会計事務所のアドバイス等も頂かれています。</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><コメント></p> <p>年間を通じて地域との交流、行事、イベント等交流を深められ参加されています。</p> <p>各グループホームの日中活動に参加される利用者は施設の行事等、地域のイベントで交流が行われています。</p> <p>利用者が使用できる地域の社会資源の利用ができるようされています。</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><コメント></p> <p>マニュアルを作成されています。</p> <p>まがたま祭りにボランティアの方が多数来られ親睦や交流が行われています。</p> <p>ボランティアの方の受け入れについて事前説明会を行い名簿を作成され適切に受け入れが行われています。</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 施設として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b
<p><コメント></p> <p>社会資源のリストが作成されています。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、各ホーム内に設置し連携が行われています。</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 施設が有する機能を地域に還元している。	b
<p><コメント></p> <p>施設全体で親子パンづくり教室、放課後デイサービス、物づくり体験、研修会の会場、グランドゴルフ大会にグラウンドの貸し出し等行われています。</p> <p>グループホームではまがたま祭りや行事等で地域の皆様と親睦を深める機会を提供されています。</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><コメント></p> <p>施設では新事業開始の説明に地域に出かけています。</p> <p>パン作りに施設の提供、宍道湖清掃参加等相互交流が行われています。</p> <p>まがたま祭りや行事等で地域の皆様と親睦を深める機会を提供されています。</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><コメント></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揭示・明示されています。</p> <p>倫理綱領にもプライバシー保護、虐待防止、身体拘束廃止、人権侵害ゼロ宣言等明示され、また、施設内に掲示されています。倫理綱領は定例班会議で唱和が行われています。</p> <p>利用者の希望により写真を広報誌等に載せない事は家族に文章で提示され取り組まれています。外部及び法人内の人権・虐待等の研修に積極的に参加し意識啓発に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。	b
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護に関するマニュアルも作成されており、適切な支援の指針が明示され実施されています。</p> <p>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。各グループホームは、全室個室のためプライバシーは守られています。</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><コメント></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説明をされています。</p> <p>パンフレット等を各グループホーム玄関に設置してあります。</p> <p>施設見学の希望があればいつでも見学、説明が行われています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>サービス開始時に重要事項説明書でサービス内容を利用者の家族に説明を行い、同意を得ておられます。</p> <p>契約内容の変更があった場合は保護者へ変更の説明が行なわれ、同意を得ておられます。</p> <p>利用料の変更がある時にも、利用者・家族等にも説明されています。</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
<p><コメント></p> <p>移行の時は希望があれば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ています。</p> <p>サービスが終了後も相談窓口があり家族や他施設から相談があれば対応し必要な書類等の依頼があれば都度必要書類の作成も行われています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>家族面会、行事やまがたま祭りなど利用者、家族からサービスの満足度について伺われます。</p> <p>利用者の意思疎通ができる方には、職員が日々の暮らしの中で伺う様にされています。伺った意見等については、会議で個別支援計画の見直しが図られています。</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。	b
<p><コメント></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。</p> <p>各グループホーム毎に重要事項説明書で苦情解決の仕組みを説明されています。</p> <p>利用者、家族に苦情担当者名やフロー図を入所施設玄関等に掲示されています。</p> <p>各グループホームまがたまにも苦情担当者名やフロー図を掲示されています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者、家族等には、常時、どの職員に対しても相談、意見を述べる事ができることも、利用者・家族にも説明を行なわれています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>苦情相談解決マニュアルも作成されています。</p> <p>頂いた相談や意見については、上席に報告し、回答をされます。必要に応じ職員会議等でも話し合われます。</p> <p>相談、苦情等の返答に時間がかかるときは家族にお知らせをされています。</p> <p>帰省時家族より帰省連絡表から苦情等の該当がある時はサービス管理責任者等が対応されます。</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><コメント></p> <p>リスクマネジメントマニュアルも整備されており、事故防止委員会を設置されています。事故発生防止の指針については職員会や施設内研修等で周知されています。ヒヤリハットや事故報告書を作成し事故防止委員会を中心に検討と再発防止策を話し合わせ対応されています。台風接近時等は、被害を未然に防ぐ対応について都度話し合われています。</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><コメント></p> <p>感染予防対策マニュアルが作成されており、感染症対策委員会も設置されています。看護師を中心に感染症対応研修、保健委員会・給食委員会等、施設内研修を行い予防や安全の確保に努められています。消毒や換気はこまめに行われています。インフルエンザ等感染症の発生時は生活分離を行うなど対応されています。</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><コメント></p> <p>マニュアルを作成されており施設内研修が開催されています。安全委員会を中心に情報収集が行われています。防災訓練・炊き出し訓練・避難訓練は消防署・警察と連携し定期的に行われています。炊き出し訓練は年1回行われています。防災倉庫や備蓄倉庫が設置され災害時に備えた用品や非常食が準備されています。それらは訓練により職員に周知されています。各グループホームの防災訓練・避難訓練に利用者、職員も参加されます。</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><コメント></p> <p>サービスに必要な支援マニュアル・業務マニュアル・個別支援計画が作成され各部署に設置されており、職員はいつでも確認でき、支援は職員間で共有して行われています。新任職員にはエルダー制制度が導入され、OJTで育成、指導されています。</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
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の見直しは最低6ヶ月に1回行われています。</p> <p>変更がある場合はケース会議を開催し見直しが行われています。</p> <p>各種マニュアルの見直しは必要時行われていますので、定期的に点検され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。	b
<p><コメント></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、指定のアセスメント表を用い各部署及び担当職員がケース会議に参加し本人の聞き取りや家族の希望等を協議し個別支援計画は作成されています。</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
<p><コメント></p> <p>個別支援計画作成マニュアルに従い、最低6ヶ月に1回評価・見直しが行なわれています。</p> <p>利用者に変化がある時には、随時の計画の見直しを行い計画変更が行なわれています。</p> <p>変更内容はケース会議等で共有されています。</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、職員間で共有化している。	b
<p><コメント></p> <p>身体・生活状況、支援実施状況はパソコンネットワークを利用して記録されており、情報を共有されています。</p> <p>各ホーム等で、支援状況等は情報共有されています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>記録管理責任者を設置されています。</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おられます。</p>		

内容評価基準（障害者・児福祉サービス版）

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。	b
<p><コメント></p> <p>アセスメントを基に利用者、家族、後見人から意向、要望を聞き取り個別支援計画が作成されています。個別支援計画に沿って支援を行うようにされています。</p> <p>食事については選択メニューの導入、整容について自己の希望を聞きつつ選択して頂いています。</p> <p>個別支援計画より自己決定を尊重し日中活動の中からはリハビリ・マッサージ、書道、音楽、クッキング等支援が行われています。</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><コメント></p> <p>虐待防止マニュアルを作成されています。</p> <p>施設長より施設理念、権利侵害についての講話があり職員は理解されています。</p> <p>権利侵害の防止のポスターも掲示されています。</p> <p>施設内研修や虐待早期発見チェックリストを使用され虐待予防の勉強会があり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><コメント></p> <p>個別支援計画に沿って支援が行われています。</p> <p>食事・入浴・排泄等のマニュアルに沿って支援されています。</p> <p>送迎バスでまがたまに行き、日中活動や地域との交流を通じて生きがいを持てる支援が行われています。</p> <p>グループホームさくらは、全面バリアフリーで浴室は機械浴槽も完備され座った姿勢が安定しない方でも安心、安全に入浴できます。</p> <p>職員は見守りを行いながら利用者の生活習慣や望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」大切に支援が行われています。</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><コメント></p> <p>個別支援計画に沿って支援を行うようにされています。</p> <p>コミュニケーション手段は絵カード、視覚カードホワイトボード、ふりがな等の利用また、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>事業所は多くの催し物を開催され職員、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><コメント></p> <p>個別支援計画に沿って支援を行うようにされています。</p> <p>意志決定支援ガイドラインに沿って利用者の意思を尊重する支援や相談等適切に行われています。</p> <p>個別面談やケース会議等行い利用者から相談された内容は管理者、リーダー等へ報告されます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>個別支援計画に沿って支援を行うようにされています。</p> <p>利用者や家族より希望や意向を聞き個別支援計画に反映されています。</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><コメント></p> <p>個別支援計画に沿って支援が行われています。</p> <p>マニュアルを作成されており、施設内研修や外部研修に参加され研修後は職員に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等で行動の分析、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>		
A-2-(2) 日常生活的な生活支援		
A⑧	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常生活的な生活支援を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>食事マニュアル・排泄マニュアル・入浴マニュアル等が作成されており、個別支援計画に沿った支援が行なわれています。</p> <p>昼食は日中活動に通われる時は施設の食堂で食べられます。</p> <p>作業等の無い日は世話人が食事作りをされ、ホームで食べられます。</p> <p>全室個室の為プライバシー保護は保たれています。</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><コメント></p> <p>各グループホームの毎日の清掃は、職員が利用者の居室や共有スペース、トイレ、洗濯室、浴室等掃除をされ清潔で快適な生活を送ることができるよう心がけておられます。</p> <p>利用者が安全・安心して暮らせるように、使い易いように改装したり、不審者対策にも力を入れて取り組んでおられます。</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><コメント></p> <p>個別支援計画に沿った支援が行われています。</p> <p>心身の状況に応じた、リハビリ、マッサージ等機能訓練等が行われています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>個別支援計画に沿った支援が行われています。</p> <p>看護職員、生活支援員、世話人は食事、排泄、入浴等で利用者の健康状態の把握をされ異常の早期発見に努めています。</p> <p>体調変化時は管理者、看護職員、家族に連絡され医師と迅速な対応をされます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>個別支援計画に沿って支援が行われています。</p> <p>医療的なケアが必要な支援は医師の指示のもと看護職員が対応されています。</p> <p>服薬管理はマニュアルに沿って看護職員指導のもと誤薬が無いよう利用者と内服の確認を行なわれています。</p> <p>アレルギー疾患等除去食は栄養士が食材の確認や献立表の作成をされます。</p> <p>食事は施設入所の食堂で食べられる昼食・ホームの朝・夕食時のホーム職員や施設職員により見守りで安全安心に食事ができます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>個別支援計画に沿って支援が行われています。</p> <p>地域のスーパーやコンビニ等へ買い物外出されます。</p> <p>地域のイベント行事に参加され交流が行われています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>個別支援計画に沿って支援が行われています。</p> <p>地域移行を目指して支援が行なわれていますが、障がいの状況を勘案すると難しい状況の利用者が多いのが現状です。施設入所者でグループホームへ移行を考えている方がおられます。</p> <p>外出活動や金銭管理など等、地域生活への移行に向けた支援の体制もあります。</p> <p>生産活動やリハビリ・マッサージ等、グループホームから日中活動に通われ生きがいが持てる生活を送られています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>家族等の面会や個別支援計画作成、更新時などより連携・交流の家族支援を行っておられます。</p> <p>利用者の体調不良や急変時にはホーム看護職員、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。	非該当
<p><コメント></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。	非該当
<p><コメント></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。	非該当
<p><コメント></p>		

A⑩	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。	非該当
<コメント>		