

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) 済生会グループホーム事業所	種別： 共同生活援助 短期入所
代表者氏名：支部長 副島 秀久 (管理者)：入江 宏	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) 84名
所在地：〒861-4127 熊本県熊本市南区内田町3552-1	
連絡先電話番号： 096-223-3330	FAX番号： 096-223-3429
ホームページアドレス	http:// sk-fukushi. jp/facility/grouphome/

（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（コロナ禍で中止している行事あり）
居室概要	居室以外の施設設備の概要
うちだ1番館 10名×2ユニット 1,828㎡ うちだ2番館 10名 516㎡ さいせい並建Ⅰ番館 6名 167㎡ さいせい並建Ⅱ番館 6名 172㎡ さいせい並建Ⅲ番館 6名 165㎡ さいせい並建Ⅳ番館 6名 165㎡ さいせい並建Ⅴ番館 7名 176㎡ さいせい並建東館 6名 147㎡ すずらん 6名 154㎡ あさがお 6名 118㎡ すみれ・さくら3名×2ユニット 118㎡	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

【2】 施設・事業所の特徴的な取組

○当該法人は総合的な医療、複数の福祉サービスの提供を行っています。障がい者の「親亡き後」の生活支援のために日中活動の場として「生活介護」、住まいの場として「グループホーム」（90名枠、14棟）を整備しサービスを実施しています。地域の中に複数のグループホームを設置することにより、障がい者の地域移行や社会参加及びQOLの向上に多いに寄与しています。また、グループホームは、障がい者の就労のために自宅（グループホーム）と職場の距離が近く、通勤も徒歩や自転車で可能となっており、まさに職住近接を実現しています。なお、必要な場合には設置本体である済生会熊本病院での医療が常に受けられるようになっています。

【3】 評価結果総評

◆特に評価の高い点

○済生会熊本福祉センターの人事考課制度体制が整備され、これに基づき客観的な基準による人事考課が定期的に行われています。

キャリアパス制度に基づく昇級・昇格試験制度や、キャリアアップ・スキルアップのための資格取得に関する報奨金制度も設けられています。また、法人としての「倫理綱領」及び「職員行動規範」が策定され、期待する職員像が明確にされています。なお、職員処遇の向上に当たっては、「福祉・介護職員処遇改善加算」の支給対象者を、事業所負担を行うことにより全事業所の職種に拡大支給し職員の処遇改善に努めています。

○職員の就業状況等の把握やメンタルヘルスへの取組も適切に行われています。

自己申告書兼目標管理表や管理者による定期的（年2回）な自己評価面接等が行われ、また、職員からの意見に対しては速やかな対応・改善が行われています。職員の年次有給休暇の取得開始時期の短縮や職員の悩み相談窓口（外部相談窓口も有り）を設置し、産業医の面談、通常健康診断に加え節目検診も導入され、メンタルヘルスへの取組も実施されています。

○関係機関とのニーズ把握を行う取組が行われています。

県内の支援学校や相談支援事業所等を定期的に訪問し、訪問内容をリスト化、データ化して、ニーズ把握や情報収集だけでなく、どうしたらできるのかを考え、実践として取組まれています。遠方の希望者へのオンラインや動画での施設説明会の実施などコロナ禍から生まれた新しい取組ではありますが、入居希望者や関係機関にとっても事業所を知る良いきっかけとなっており高く評価できます。

○感染症の予防や発生時における体制が整備されています。

感染症への対応は感染症ごとにマニュアル化されており、ゾーニングや消毒等の対応手順、必要物品等が細かく決められています。利用者にとっても分かりやすいよう、ポスターにイラストやひらがなを使うなどの工夫がなされています。感染症発生時の記録は整備されており、状況の報告や対応の見直しなどが、安全衛生委員会や職員会議を通じて行われています。

○利用者の健康管理や医療的支援の体制が整備されています。

利用者の健康管理や医療的支援は、看護師を中心としてマニュアルに沿って行われています。利用者ごとの医療面での情報や対応は、アセスメントシートや個別支援計画に記載されており、食事や入浴、排せつ時などの日常生活場面における異常の早期発見、慢性疾患やアレルギーへの対応などに反映されています。体調不良時など医療的な対応が必要な場合は、家族やかかりつけ医と事前に定めた手順に沿って病院受診の対応がなされるなどの体制が整備されています。

◆改善を求められる点

○法人では全事業所毎で3年毎に県の福祉サービス第三者評価を受審していますが、事業所で実施する自己評価の実施方法の改善が望まれます。

毎年、管理職員による自己評価を実施し、その結果はホームページにも掲載されるとともに、職員会議において職員間で共有され、周知されていますが、自己評価の実施メンバーの選定や評価方法等に課題が見られ、その改善策の検討が望まれます。

○事業所単体としての書類整備が望まれます。

福祉センター全体としての書類関係は整備されており、高く評価できます。しかしながら、事業所単体としての書類の整備について独自に作成を行ったり、全体から抜粋したりするなど、不十分な点が見られますので、事業所としての取組や思いを職員に短時間でピンポイントに伝えることができるよう、整備されることが望まれます。

○広報誌等への画像使用や携帯電話の使用方法についてのルール整備が望まれます。

利用者のプライバシー保護については、運営規定や権利擁護マニュアル、虐待防止マニュアル等に基づいて対応されており、居室や浴室、トイレ等の環境についても配慮がなされています。しかしながら、広報誌等への画像の使用や携帯電話の使用方法についての明確なルールが定められていないので、今後整備されることが期待されます。

○業務マニュアル等の見直しを定期的に行われることが望まれます。

標準的な実施方法は業務マニュアルに記載されており、見直しは、マニュアルごとのグループに分けた職員が担当して、利用者の意見や職員の提案をもとに随時行われています。見直しを行った期日、内容はマニュアルに記載され、個別支援計画への反映やミーティング等での周知も図られています。しかしながら、定期的に見直しを行う機会が無く、数年見直しを行った記録が無いマニュアルも存在するので、定期的に行われることが期待されます。

【4】 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

まずはコロナ禍により、受審日が2回にわたり延期となったにもかかわらず、丁寧にご対応いただきました評価機関に感謝申し上げます。

済生会グループホーム事業所は今回で3回目の受審となりますが、定期的な受審することで社会情勢や環境面の変化に応じた客観的な評価を得られるため、大変重要な機会として取り組んでおります。

今回も具体的なアドバイスがありましたので、全職員で共有し、PDCAサイクルを回しながら更なる質向上に向け取り組んでいきます。

(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7月14日～令和5年3月31日
評 価 調 査 者 番 号	① 09 - 014
	② 08 - 017
	③ 18 - 007

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) 済生会グループホーム事業所	種別： 共同生活援助 短期入所
代表者氏名：支部長 副島 秀久 (管理者)：入江 宏	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) 84名
所在地：〒861-4127 熊本県熊本市南区内田町3552-1	
連絡先電話番号： 096-223-3330	FAX番号： 096-223-3429
ホームページアドレス	http:// sk-fukushi. jp/facility/grouphome/

(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（コロナ禍で中止している行事あり）
居室概要	居室以外の施設設備の概要
うちだ1番館 10名×2ユニット 1,828㎡	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
うちだ2番館 10名 516㎡	
さいせい並建Ⅰ番館 6名 167㎡	
さいせい並建Ⅱ番館 6名 172㎡	
さいせい並建Ⅲ番館 6名 165㎡	
さいせい並建Ⅳ番館 6名 165㎡	
さいせい並建Ⅴ番館 7名 176㎡	
さいせい並建東館 6名 147㎡	
すずらん 6名 154㎡	
あさがお 6名 118㎡	
すみれ・さくら3名×2ユニット 118㎡	

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	5	
支援員	7		看護師	2	
支援員補助	3				
世話人		34			
事務員		1			
合 計	14	35	合 計	10	

※ 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めざします」
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現します。

3 施設・事業所の特徴的な取組

○当該法人は総合的な医療、複数の福祉サービスの提供を行っています。障がい者の「親亡き後」の生活支援のために日中活動の場として「生活介護」、住まいの場として「グループホーム」（90名枠、14棟）を整備しサービスを実施しています。地域の中に複数のグループホームを設置することにより、障がい者の地域移行や社会参加及びQOLの向上に多に寄与しています。また、グループホームは、障がい者の就労のために自宅（グループホーム）と職場の距離が近く、通勤も徒歩や自転車で可能となっており、まさに職住近接を実現しています。なお、必要な場合には設置本体である済生会熊本病院での医療が常に受けられるようになっています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年7月14日（契約日）～ 令和5年3月22日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3回（平成30年度）

5 評価結果総評

◆特に評価の高い点

○済生会熊本福祉センターの人事考課制度体制が整備され、これに基づき客観的な基準による人事考課が定期的に行われています。

キャリアパス制度に基づく昇級・昇格試験制度や、キャリアアップ・スキルアップのための資格取得に関する報奨金制度も設けられています。また、法人としての「倫理綱領」及び「職員行動規範」が策定され、期待する職員像が明確にされています。なお、職員処遇の向上に当たっては、「福祉・介護職員処遇改善加算」の支給対象者を、事業所負担を行うことにより全事業所の職種に拡大支給し職員の処遇改善に努めています。

○職員の就業状況等の把握やメンタルヘルスへの取組も適切に行われています。

自己申告書兼目標管理表や管理者による定期的（年2回）な自己評価面接等が行われ、また、職員からの意見に対しては速やかな対応・改善が行われています。職員の年次有給休暇の取得開始時期の短縮や職員の悩み相談窓口（外部相談窓口も有り）を設置し、産業医の面談、通常健康診断に加え節目検診も導入され、メンタルヘルスへの取組も実施されています。

○関係機関とのニーズ把握を行う取組が行われています。

県内の支援学校や相談支援事業所等を定期的に訪問し、訪問内容をリスト化、データ

化して、ニーズ把握や情報収集だけでなく、どうしたらできるのかを考え、実践として取組まれています。遠方の希望者へのオンラインや動画での施設説明会の実施などコロナ禍から生まれた新しい取組ではありますが、入居希望者や関係機関にとっても事業所を知る良いきっかけとなっており高く評価できます。

○感染症の予防や発生時における体制が整備されています。

感染症への対応は感染症ごとにマニュアル化されており、ゾーニングや消毒等の対応手順、必要物品等が細かく決められています。利用者にとっても分かりやすいよう、ポスターにイラストやひらがなを使うなどの工夫がなされています。感染症発生時の記録は整備されており、状況の報告や対応の見直しなどが、安全衛生委員会や職員会議を通じて行われています。

○利用者の健康管理や医療的支援の体制が整備されています。

利用者の健康管理や医療的支援は、看護師を中心としてマニュアルに沿って行われています。利用者ごとの医療面での情報や対応は、アセスメントシートや個別支援計画に記載されており、食事や入浴、排せつ時などの日常生活場面における異常の早期発見、慢性疾患やアレルギーへの対応などに反映されています。体調不良時など医療的な対応が必要な場合は、家族やかかりつけ医と事前に定めた手順に沿って病院受診の対応がなされるなどの体制が整備されています。

◆改善を求められる点

○法人では全事業所毎で3年毎に県の福祉サービス第三者評価を受審していますが、事業所で実施する自己評価の実施方法の改善が望まれます。

毎年、管理職員による自己評価を実施し、その結果はホームページにも掲載されるとともに、職員会議において職員間で共有され、周知されていますが、自己評価の実施メンバーの選定や評価方法等に課題が見られ、その改善策の検討が望まれます。

○事業所単体としての書類整備が望まれます。

福祉センター全体としての書類関係は整備されており、高く評価できます。しかしながら、事業所単体としての書類の整備について独自に作成を行ったり、全体から抜粋したりするなど、不十分な点が見られますので、事業所としての取組や思いを職員に短時間でピンポイントに伝えることができるよう、整備されることが望まれます。

○広報誌等への画像使用や携帯電話の使用方法についてのルール整備が望まれます。

利用者のプライバシー保護については、運営規定や権利擁護マニュアル、虐待防止マニュアル等に基づいて対応されており、居室や浴室、トイレ等の環境についても配慮がなされています。しかしながら、広報誌等への画像の使用や携帯電話の使用方法についての明確なルールが定められていないので、今後整備されることが期待されます。

○業務マニュアル等の見直しを定期的に行われることが望まれます。

標準的な実施方法は業務マニュアルに記載されており、見直しは、マニュアルごとのグループに分けた職員が担当して、利用者の意見や職員の提案をもとに随時行われています。見直しを行った期日、内容はマニュアルに記載され、個別支援計画への反映やミーティング等での周知も図られています。しかしながら、定期的に見直しを行う機会が無く、数年見直しを行った記録が無いマニュアルも存在するので、定期的に行われることが期待されます。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

まずはコロナ禍により、受審日が2回にわたり延期となったにもかかわらず、丁寧にご対応いただきました評価機関に感謝申し上げます。

済生会グループホーム事業所は今回で3回目の受審となりますが、定期的に受審することで社会情勢や環境面の変化に応じた客観的な評価を得られるため、大変重要な機会として取り組んでおります。

今回も具体的なアドバイスがありましたので、全職員で共有し、PDCAサイクルを回しながら更なる質向上に向け取り組んでいきます。

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	84	
	家族・保護者		
聞き取り調査	利用者本人	0	
	家族・保護者		
観察調査	利用者本人	0	

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。	◎・b・c
<p><コメント> 法人の理念や基本方針は、各ホームの玄関にルビをふった分かり易い言葉で掲示されています。さらに法人及び施設のパンフレット、広報紙等にも掲載され周知されています。職員については、入所時オリエンテーション、ステップアップ研修や会議等で唱和するとともに、理念・基本方針・支援方針を記載したカードを名札とともに携行させ周知が図られています。グループホームの世話人に対しては、グループホームが各地に点在しているため、定期的に会議を開催し周知をしています。利用者や家族に対しては、「グループホームだより」等への掲載や家族会の事業報告等の説明にあわせ周知を図っています。</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・c
<p><コメント> 運営検討会議を月1回福祉センター全体で行い、経営状況把握を行われています。事業経営を取り巻く環境等の把握については、相談事業所との連携や県内全支援学校への訪問・懇談や実習などでマッチングを行い潜在的なニーズや利用者数等を把握しています。また、済生会本部・熊本県支部・熊本病院より情報収集を行うとともに、知的障がい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。</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・⑩・c
<p><コメント> 経営課題について、毎月の職員会議で、その実施状況の進捗報告を行い課題の見直しが行われています。また、利用者の推移や利用率、経営状況については、管理運営会議等で分析し対策が検討されています。その実施状況の進捗報告を行い課題の見直しが行われています。職員の自己評価では「分かりづらい」との意見が聞かれますので、職員の理解が深まるような周知の方法等の工夫が期待されます。</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・c
<p><コメント> 法人において第2期中期事業計画(2018~2022年度の5年間)が策定され、それをもとに支部、福祉センターの計画が策定されています。その中で経営の健全</p>		

化・人材育成の充実・施設整備・サービスの質の向上・社会的責任の活動の推進等のビジョンが明確にされています。		
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> 法人の第2期中期事業計画（5年間）に基づき、前年度計画の評価及び社会や福祉分野の状況を分析し、済生会熊本福祉センター事業計画が策定されています。計画の内容は数値目標、職員の役割や責任が明確化され、事業計画で定めた達成すべき数値目標等について、四半期毎にその実施状況の評価及び進捗管理を行っています。また、毎月のグループホーム職員会議内で進捗状況を報告し、目標達成状況や今後取組む内容等について協議検討が行われています。</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・見直しが行われ、職員が理解している。	㊟・b・c
<p><コメント> 事業計画は毎年、幹部職員が職員の意見を集約し、管理運営会議で検討され策定されています。その実施状況の把握や評価見直しについては、PDCAサイクルに基づき、毎月の進捗管理表で事業実績や課題が明らかにされています。また定期的に開催される管理運営会議等でその進捗状況の確認や課題検討が組織的に行われています。職員へは、グループホーム職員会議において周知されています。</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> 利用者等への周知については、分かり易い文書で各ホームのロビーや食堂への掲示、法人の広報誌「すまいるん」、家族会等でも周知しています。「すまいるん」では、簡潔にまとめられ利用者の理解が得やすいようにイラストの使用やルビをふるなどの配慮が伺えます。</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・㊟・c
<p><コメント> 法人では全事業所毎で三年毎に県の福祉サービス第三者評価を受審しています。また、毎年、熊本市が示す第三者評価基準に基づき、管理職員による自己評価を実施し、その結果はホームページにも掲載されるとともに、職員会議において職員間で共有され、周知されていますが、自己評価の実施メンバーの選定や評価方法等に課題が見られ、その改善策の検討が望まれます。</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・㊟・c
<p><コメント> 自己評価で得られた課題については、職員会議で明確にし、検討されています。会議では、職員の多様な働き方や利用者の高齢化への対応などが検討されています。しかしながら、職員の自己評価では、「やや計画性に乏しく改善までとはいかない。」「起きた内容に対応しているので計画的な改善につながっていない。」と意見も見られましたので、今後は、職員の理解や周知の徹底に取り組まれることが望まれます。更に、サービス向上委員会により改善策が作られ、その改善状況の評価が行われるとともに、次年度事業計画にも反映されるPDCAサイクルに基づき実施されることを期待します。</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。	a・⑥・c
<p><コメント> 毎日のミーティングや毎月の職員会議や研修会等において、管理者訓話の実施や研修会での挨拶などで事業所に必要な情報を発信し、自らの役割や責任について明確にしています。また、運営規程や業務分担表においても管理者の職務を明確にしています。しかしながら有事における不在時の権限委任等について明確化されていないので、それを文書にて明確化されることが望まれます。</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。	②・b・c
<p><コメント> 管理者は、法人本部や福祉協会の実施するコンプライアンス関連研修会に参加し幅広い分野での法令順守に努めています。職員については、管理者研修の復命研修、年2回のコンプライアンス・アンケート、人権セルフチェックなどを実施し、その結果について身体拘束・虐待防止委員会にて課題の検討を行い、改善策の検討を行っています。また、職員会議後に定期的にコンプライアンス研修を実施しています。</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。	②・b・c
<p><コメント> 管理者は、リーダーシップを発揮しサービスの質の向上について、四半期毎に事業所の事業の進捗状況を確認し管理しており、管理者として積極的に取り組んでいます。また、利用者満足度調査や法人の広報誌「すまいるん」への家族コメントの掲載など幅広い取組を実施し、サービス向上部会等の活動によりサービスの質の向上に取り組んでいます。特に新人職員育成に力を入れており、チューター制を導入し、職場に定着できるよう支援が行われています。</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。	②・b・c
<p><コメント> 施設経営や業務の効率化・改善については、済生会熊本福祉センター全体での管理運営会議（週1回）が行われ、人事管理・労務管理・財務管理等の検証が行われています。管理運営会議のもとに運営検討委員会・内田調整会議・職員会議、各委員会などの組織体制が構築され、管理者はそれらの活動に積極的に関わりを持ち取り組んでいます。</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。	②・b・c
<p><コメント> 済生会熊本福祉センターにおいて全体的な人材確保・育成についての人材育成方針が策定され、必要な人事異動等が実施されています。新人職員、中堅職員、リーダーと経験年数に応じた階層別研修が行われ、新人職員については職場定着やスキルアップのためにチューター制度も導入されています。職員採用活動については、法人のホームページへの掲載や県内の大学・専門学校への訪問、福祉人材センターの活用など広く人材確保に努めています。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	②・b・c
<p><コメント> 済生会熊本福祉センターの人事考課制度体制が整備され、これに基づき客観的な基準による人事考課が定期的に行われています。キャリアパス制度に基づく昇級・昇格試験制度や、キャリアアップ・スキルアップのための資格取得に関する報奨金制度も設けられています。また、法人としての「倫理綱領」及び「職員行動規範」が策定され、期待する職員像が明確にされています。なお、職員処遇の向上に当たっては、「福祉・介護職員処遇改善加算」の支給対象者を、事業所負担を行うことにより全事業</p>		

所の職種に拡大支給し職員の処遇改善に努めています。		
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・c
<p><コメント> 職員の就業状況等の把握については、自己申告書兼目標管理表や管理者による定期的（年2回）な自己評価面接等が行われ、また、職員からの意見に対しては速やかな対応・改善が行われています。職員の年次有給休暇の取得開始時期の短縮や職員の悩み相談窓口（外部相談窓口も有り）を設置し、産業医の面談、通常健康診断に加え節目検診も導入され、メンタルヘルスへの取組も実施されています。職員の自己評価では「半日・時間休で年休が取り易く年休消化しやすい」等の意見が出ています。</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> 職員は事業計画をもとに自己申告書兼目標管理表を作成し、年度当初に1年間の職員個々の目標を設定し、自ら進行管理を行っています。その目標については、年2回の定期的な自己評価面接が行われ、職員一人ひとりの目標管理をする仕組みが構築されています。面接は職員の要望・提言を聞く場でもあり、上司からの助言や指導も行われ、人事考課後は職員へのフィードバックも行われています。</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・c
<p><コメント> 職員の教育・研修に関する基本方針や計画については、法人の中期事業計画や済生会熊本福祉センターの事業計画及び済生会グループホーム事業計画に明示されています。教育・研修の実施については、研修委員会による年6回の研修会とブレインスター（社会保険労務士事務所）による年2回の階層別研修会を始め、施設内外で多くの研修が計画的に実施されています。外部研修への参加後は資料での伝達や報告書により復命が行われ職員への周知が図られています。</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> 研修委員会で年間・月別計画表が作られ、それを含めた個別の教育・研修計画が策定されています。研修参加が公平に行われるよう、職員別研修履歴となる数年分の「研修参加一覧表」が整備されているとともに、専門資格取得については、「職員資格一覧表」が作成され職員の資格取得への助言等が行われています。なお、専門資格の取得についての経費補助制度も整備されています。</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。	a・㊟・c
<p><コメント> 大学等からの実習生の受入れについては、受け入れマニュアルが整備され、具体的な手順や窓口担当者も明確にされています。大学等の実習生については、共同生活援助は夜間支援が中心であり、受入れ実績はありません。福祉センターとしては実習生の受入れは行っていますが、コロナ禍で中止されています。共同生活援助には社会福祉士が職員として配置されていますので、実習指導をされていくことが期待されます。</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。	㊟・b・c
<p><コメント> 法人の理念や基本方針は、各ホームの玄関にルビをふった分かり易い言葉で掲示されています。さらに法人及び事業所のパンフレット、法人の広報紙等にも掲載</p>		

され周知されています。ホームページでは広報紙、法人や事業所の概要、事業報告書、決算報告等が掲載され多くの情報が公開されています。また、済生会熊本福祉センター年報も策定され、約 600 の関係先へ配布されています。		
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> 社会福祉法人審査基準等よる外部監査は責任監査法人トーマツにより全国の済生会の施設を対象に実施されています。また、内部監査においては、本部法人による監査、及び支部監事である公認会計士1名、税理士2名により業務及び会計について、詳細なチェックリスト等による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。	㊟・b・c
<p><コメント> 法人の基本方針の一つに「専門性と施設の機能を活かし地域社会に貢献します」とされ、地域貢献についての明文化がされています。法人の中期事業計画や事業計画等にも明示されています。地域との交流については、地域連携マップや関係機関リストが作成され、掲示板に写真入りで分かり易く表示されています。また、利用者が地域で買い物等が行えるよう、社会資源マップも作成されています。更に、法人の事業所全体での内田夏祭り（コロナ禍中止有）や地域主催の「どんどこや」には利用者とともに地域住民も参加されています。</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・c
<p><コメント> 「ボランティア受け入れマニュアル」を整備し、窓口担当も決め地域との関係に努めています。済生会熊本福祉センター事業計画にもボランティアの受入と地域貢献について明示されています。また、特別支援学校の実習生の受入れについては受入れマニュアルを整備し、短期入所を活用するなど積極的な受入れが行われています。なお、「内田夏祭り」（コロナ禍中止有）では、県内大学・高校、一般市民、地域の交通指導員などの多くのボランティアが参加しています。</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。	㊟・b・c
<p><コメント> 関係機関との連携については、関係機関リストや済生会地域連携マップが策定され関係機関との連携が図られています。このリストやマップは事業所に掲示され、職員会議等で周知され、利用者へも伝えられ、必要時に活用されています。また、南区の自立支援協議会やサービス管理者協議会、就労部会等で地域の問題についての協議も行われています。</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 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。	㊟・b・c
<p><コメント> 定期的に支援学校や相談支援学校を訪問し、情報収集やニーズ把握が行われています。訪問で得られた情報については、職員会議で報告・検討されています。施設見学について施設説明動画を作成し、コロナ禍でも施設見学を受け入れる体制が整えられています。</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。	㊟・b・c
<p><コメント> 地域の福祉ニーズについては、第三者委員会報告会、家族、夏祭り参加者</p>		

などへの参加者からのアンケート等により把握され事業内容に反映されています。また、法人では障害児の療育、保育、障害児・者の相談支援事業等を展開し、地域の幅広い福祉ニーズに対応しています。なお、熊本 DCAT や済生会 DCAT に登録し、日本財団夢の貯金箱事業への協力等の社会貢献的な活動も行われています。

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・c
<p><コメント> 利用者を尊重した福祉サービスの提供については、基本方針や倫理綱領、職員行動規範に明記されており、事業所内に掲示するとともに、毎日のミーティングや月1回の職員会議等で共通の理解を持つための機会を設けられています。また、職員研修や年2回のコンプライアンス・アンケートなど、権利擁護についての理解を深めるための継続した取組がなされています。加えて、身寄りのない利用者には、本人や行政などに成年後見制度の利用について働きかけが行われています。</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。	a・㊟・c
<p><コメント> 利用者のプライバシー保護については、運営規定に明記されており、権利擁護マニュアルや虐待防止マニュアル等に基づき、同性職員による入浴・排泄介助や各グループホームの巡回、郵便物の開封等の手続きが行われています。居室は鍵付きの個室となっており、浴室やトイレについてもドアが設置できない場所はカーテンを使用するなどの配慮がなされています。ただし、広報誌等への画像の使用や携帯電話の使用方法についての明確なルールが定められていないので、今後整備されることが期待されます。</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・c
<p><コメント> 福祉サービス選択に必要な情報については、ホームページやパンフレット、広報誌に掲載されており、パンフレットや広報誌は地域の関連事業所や支援学校に配布されています。ホームページやパンフレット等はイラストや写真を使い、分かりやすく工夫されており、事業所の雰囲気や設備がよりイメージできるよう紹介動画も作成されています。利用希望者に対しては、グループホームでの生活を体感できるよう、体験入所マニュアルに沿って見学、体験入所が行われており、体験入所の際の契約書や計画書、記録も作成されています。</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。	㊟・b・c
<p><コメント> 福祉サービスの開始・変更にあたっては、ルビをふった契約書や重要事項説明書が作成されており、口頭で説明する際には、難しい文言は分かりやすい言葉に置き換えられる等の配慮がなされています。また、イラストや写真を使ったパンフレットを提示するなどして、利用者が理解しやすく、自己決定ができるよう取組まれています。サービス内容が変更になる場合については、サービスの開始時に事前に説明がなされており、変更内容についての利用者や家族への説明会の実施、資料の配布等がなされています。</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・c
<p><コメント> 福祉サービスの継続性に配慮するため、サービス管理責任者が相談窓口となり、利用者や家族の意向を確認する体制が整えられています。事業所の変更や家庭への移</p>		

<p>行 等にあたっては、利用者の生活の質が保たれるよう、相談支援事業所や関連事業所等と連携し、福祉施設・事業所の見学同行、サービス担当者会議への出席、フェイスシートやアセスメントシートを用いた書面での引き継ぎなどの取組がなされています。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
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・c
<p><コメント> サービス向上委員会による利用者満足度アンケートが年1回実施されており、アンケートの集計結果や改善内容については、広報誌やグループホームだよりで公表されています。また、モニタリング時や巡回時に利用者、家族から相談された内容や、利用者自治会に職員が参加して聴き取った意見、希望については、毎日のミーティングや月1回の職員会議で検討してサービス内容の改善につなげられており、利用者満足の上昇を図る仕組みが整えられています。</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> 苦情解決の仕組みや責任者、受付担当者については、契約書や重要事項説明書、運営規程に明記されており、利用者にも分かりやすいよう、イラストを用いたポスターを作成し、共有スペースに掲示されています。苦情解決にあたっては、苦情解決マニュアルに沿って記録を整備されており、職員会議等で対応を検討し、家族との連絡ノートや広報誌等でフィードバックされています。また、第三者委員報告会が年1回行われており、苦情解決についての助言を受ける機会を設けられています。</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、利用者等に周知している。	a・㊟・c
<p><コメント> 利用者からの相談等については、利用開始時の説明や苦情・要望受付ポスターにて、複数の職員や行政、第三者委員が対応できることを説明されています。また、日中活動時や巡回時に話しを聞いたり、サービス管理責任者の電話番号を伝えたりするなど、いつでも対応できるよう配慮されています。各ホームの玄関には苦情・相談受付BOXを設置し、いつでも投書できるようになっています。利用者とは話しをする際は、居室や空き部屋、事務所等にて行われています。しかしながら、利用者からは「もっと職員と話しがしたい。」「人が誰もいないところがいい。」といった声が聞かれ、職員からは「専用の相談室が欲しい。」といった意見も聞かれますので、利用者個人に応じた相談時間と場所の確保が望まれます。</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。	㊟・b・c
<p><コメント> 日中活動時や巡回時、モニタリング、苦情・受付BOX、利用者自治会や満足度アンケートなど、利用者、家族から相談や意見を伺う機会を確保されており、対応や記録の手順は相談対応マニュアルによって定められています。相談や意見の内容は、毎日のミーティングや月1回の職員会議で検討し、対応を利用者、家族に説明するとともに、個別支援計画や日々の支援につなげられています。対応が困難なケースについては、幹部職員による会議が開催され、第三者委員や相談支援事業所、行政等を含めて、問題解決に向け取組まれています。</p>		
<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。</p>		
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> 事故発生マニュアルにて、リスクマネジメント責任者はサービス管理責任者が担当するとされており、事故発生時の対応や記録等の手順についても定められています。事故等の状況については、インシデント・アクシデントレポートが作成され、毎日のミーティングや月1回の職員会議で対応を検討し、職員に周知されています。ま</p>		

た、安全衛生委員会にて集計、分析を行い、組織全体での再発防止に取り組まれているとともに、職員の意識向上に向け、リスクマネジメント研修が行なわれています。		
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> 感染予防マニュアルにて、感染症の予防や発生時の責任者は管理者とされており、対応や記録等の手順についても定められています。新型コロナウイルス感染症については、行動指針が別個に定められており、ゾーニングや消毒等の対応手順、必要物品等が細かく決められています。利用者に対しては、分かりやすいイラストやひらがなを使ったポスターを掲示して、周知を図られています。感染症発生時の状況は看護記録に記載されており、状況の報告や対応の見直しについては、安全衛生委員会や職員会議で行われています。また、感染症発生時の対応についての職員研修も行われています。</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。	㊟・b・c
<p><コメント> 災害時の対応体制については、災害対応マニュアルにて、安否確認や避難方法・場所等が定められており、緊急連絡網も整備されています。また、火災や水害、地震等に対するBCPが策定されており、福祉センター全体で年2回、ホーム毎に年2回の防災訓練が実施されています。非常食や持ち出し備品等は備蓄されており、定期的に賞味期限や在庫の確認が行われています。</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> 福祉サービスについての標準的な実施方法は、業務ごとにマニュアルとして文書化されており、個別性への配慮や生活の質の向上についても記載されています。また、権利擁護マニュアルにて、利用者の尊重やプライバシーの保護、権利擁護に関わる姿勢についても明示されています。標準的な実施方法については、職員研修やミーティング等で周知が図られており、サービスの実施状況は、利用者ごとのケース記録にて確認されています。</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。	a・㊟・c
<p><コメント> 標準的な実施方法の見直しは、業務マニュアルの見直しにより行われています。見直しは、職員を業務マニュアルごとに担当グループ分けし、モニタリングや利用者自治会等で聴き取った利用者の意見、ミーティングや職員会議等での職員の提案をもとに随時行われています。見直しを行った期日、内容はマニュアルに記載されており、個別支援計画への反映やミーティング等での周知も図られています。しかしながら、定期的に見直しを行う機会が無く、数年見直しを行った記録が無いマニュアルも存在しますので、今後は計画的に行われることが期待されます。</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支援計画を適切に策定している。	㊟・b・c
<p><コメント> 個別支援計画の作成は、個別支援計画作成マニュアルにアセスメント、作成、モニタリングといった一連の手順が定められており、サービス管理責任者と担当職員が中心となって行われています。アセスメントシートは、サービス管理責任者が利用者や家族の意向を確認し、多職種による検討会議を通して作成されています。また、利用者のニーズや支援目標については、個別支援計画の中に具体的に記載されており、計画どおりのサービスが実施されているかについては、ケース記録や毎日のミーティング等で確認されています。</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。	㊟・b・c
<p><コメント> 個別支援計画の評価・見直しの手順については、個別支援計画作成マニュアルにて定められており、概ね6ヶ月に1回行われています。サービス管理責任者が中心となり、利用者、職員からの聴き取りやケース記録等の情報に基づいてモニタリングを行い、担当職員や世話人等の参加するケース会議にて見直しを検討されています。見直しをした内容は利用者、家族に説明し、同意を得られています。また、利用者の状態変化やサービス内容の変更により、早急に個別支援計画の変更が必要になった場合も、ケース会議を通して検討されています。</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、職員間で共有化されている。	㊟・b・c
<p><コメント> 利用者の身体状況や生活状況の記録については、パソコン上の支援システムにて、ケース記録、日誌等として作成されており、書式は統一されたものとなっています。支援システムへの入力方法や記録の内容、書き方については、個別支援計画マニュアルにて示されており、記録の書き方についての研修会も行われています。ケース記録を入力する際には、支援目標が表示されるようになっており、個別支援計画に基づいたサービスの実施記録がなされるよう工夫されています。記録は毎日のミーティングや職員会議で共有されており、閲覧についてもネットワーク上に加え、印刷してファイリングされる等、いつでもできるように整備されています。</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・c
<p><コメント> 済生会福祉センター全体での個人情報の取り扱いについての方針が定められており、所長が責任者となって、事業所ごとの管理体制や相談窓口が整備されています。利用者に関する記録については、文書取扱規定や重要事項説明書にて、保管、保存、廃棄、情報提供について取決められており、漏洩防止のため、パソコン上の支援システムは職員毎にパスワードが設定され、書類については鍵付きのキャビネットにて保管されています。利用者や家族に対する個人情報の取り扱いについての説明は、契約時に行って同意を得るとともに、ポスターや広報誌を通して、継続的に周知を図られています。また、職員による個人情報の不適正利用については就業規則で禁じられており、個人情報保護に対する意識向上のための研修を開催されています。</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。	㊟・b・c
<p><コメント> 利用者の自己決定の尊重については、利用者自治会で話し合われた生活のルールやイベント等に対して、サポートする職員がホームごとに決められており、利用者の主体的な活動実現に向け、具体的な計画の作成や準備等を支援されています。また、利用者の趣味活動や衣類等については、サービス管理責任者が利用者の意向を確認する機会を設けており、個別支援計画への反映や毎日のミーティング等での情報共有が行われています。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		
A②	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。	㊟・-・c
<p><コメント> 利用者の権利擁護について、権利擁護マニュアルが整備されており、権利侵害への対応ややむを得ず身体拘束を行う場合の手続き、行政への報告等の手順が定められています。職員の意識向上のため、人権研修や年3回の人権セルフチェック、年2回のコンプライアンス・アンケート等の取組が行われており、利用者、家族には契約時の資料配布や広報誌、ポスター等で周知を図られています。また、権利擁護についての取組については、年2回身体拘束・虐待防止委員会で検討されています。</p>		

A-2 生活支援

		第三者評価結果
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。	㊟・b・c
<p><コメント> 利用者の心身の状況、生活習慣等はアセスメントにて把握されており、清潔保持や時間の管理、排便状況の把握等の生活の自己管理が自力や見守りのみで行うことができるよう、個別支援計画に盛り込まれています。支援はチェック表やイラスト表等を用いて、利用者が自力で行いやすいよう工夫されており、生活や活動の範囲が拡大できるよう、買い物や金銭管理、公共交通機関の利用等の支援も行われています。また、利用者が誤ってクレジットカードを作成してしまう等、支援が必要となった場合には迅速に対応されており、不利益が生じないよう配慮されています。</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。	㊟・b・c
<p><コメント> 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーションについては、アセスメントにて把握されており、支援方法と目標とするコミュニケーション方法が個別支援計画に盛り込まれています。利用者に応じたコミュニケーションボードやイラストカードが準備されているほか、筆談やジェスチャー、写真を使用する等、個別性に配慮したコミュニケーションが行われています。必要に応じて筆記の練習や外部の言語聴覚士による訓練を導入する等、利用者のコミュニケーション能力の向上も図られています。</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・c
<p><コメント> 利用者の相談については、サービス管理責任者や担当職員がモニタリング時に行っており、日常生活の中でも職員や世話人が意見や希望の聴き取りが行われています。相談内容についての共有と対応の検討は、毎日のミーティングや職員会議、ケース会議等で行われ、利用者の意思が支援の方針や個別支援計画に反映されるよう取組まれています。</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。	㊟・b・c
<p><コメント> 日中活動とその利用支援については、サービス管理責任者が相談支援事業所と連携するとともに、利用契約時やモニタリング時に利用者の意向やニーズを確認してアセスメントを行い、個別支援計画に反映されています。イベントやレクリエーションについては、利用者自治会や満足度アンケートで出された意見や希望が反映されており、地域の行事や文化講座、スポーツ教室等の情報を利用者に提供し、必要に応じて申し込みや連絡調整等の支援が行われています。</p>		
A⑦	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。	㊟・b・c
<p><コメント> 利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行うため、年間計画で定められた職員研修が事業所内で実施されており、強度行動障害等の外部研修にも積極的に参加させる等、職員の知識・技術の向上を図られています。利用者の行動や生活状況は、ケース記録にもとづき、毎日のミーティングや月1回の職員会議で共有され、必要に応じて支援方法の検討や見直しが行われています。</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・c
<p><コメント> 利用者への日常的な生活支援については、利用者や家族の意向を確認し、アセスメントにより把握されたニーズや利用者の能力から支援目標が設定されており、個別支援計画に反映されています。また、生活支援は食事、入浴、排せつ等の各種マニュアルに沿って行われています。食事については、県産食材や事業所内の畑で収穫された食材を使用されています。入浴は毎日利用が可能で、介助や見守りが必要な場合は同</p>		

性職員により行われています。排せつや移動の支援については、高齢化等により、リハビリパンツや歩行器等が必要な方には丁寧に説明を行い、了承を得た上で導入されています。		
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・c
<p><コメント> 利用者の居室は、全室が鍵付きの個室となっており、エアコン、収納スペースが完備されています。テレビや家具類は使い慣れた物や好みの物の持ち込みが可能で、プライベートな空間が確保されています。また、共有スペースにはテレビやソファが置かれており、くつろげる空間となるよう整備されています。各ホームや居室の設備については、月1回職員が利用者とともに安全点検を行っており、点検の結果は施設安全点検表に記録され、不具合があった場合は早急に対応されています。防犯・防災のため、インターホンや防犯カメラが設置されており、職員の巡回や警備会社との契約も行われています。</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・c
<p><コメント> 利用者の心身の状況に応じた生活訓練として、個別支援計画にもとづき、金銭管理や掃除・洗濯・調理の練習、文字や計算の練習等のプログラムを作成されており、職員が日常生活内で支援する形で実施されています。また、体力作りや運動支援として、椅子に座ってできる体操や歩行練習が行われています。機能訓練が必要な利用者は、介護保険サービスを利用されており、必要に応じて生活上の動作や注意点について、リハビリ専門職の助言を受けています。</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・c
<p><コメント> 利用者の健康管理については、健康管理マニュアルに沿って体温や血圧等の体調確認が行われており、入浴や排せつ時等の日常生活場面での異常の確認も行われています。利用者の通院には職員が同行し、利用者の健康相談の支援や医療機関との連携が図られています。利用者に体調変化があった場合は、看護師が報告を受け、家族やかかりつけ医と事前に定めた手順に沿って病院受診等の対応が行われています。また、利用者の健康維持、増進のため、健康診断、予防接種の支援が行われており、健康管理や救急蘇生法についての職員研修も行われています。</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。	㊟・b・c
<p><コメント> 医療的支援については、マニュアルが作成されており、看護師が責任者と定められています。服薬の管理については、服薬管理マニュアルに沿って行われており、誤薬等のミスを防ぐため、準備する職員と服薬する職員によるダブルチェックや利用者の顔写真が付いた袋で管理する等の取組がなされています。また、内服薬・外用薬は鍵のかかる場所に保管されています。利用者の慢性疾患やアレルギーへの対応については、家族や医療機関からの情報にて把握され、アセスメントシートや個別支援計画に記載されており、食事や排せつ等の日常的な支援に反映されています。</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。	㊟・b・c
<p><コメント> 利用契約時やモニタリング時に、利用者や家族等に社会参加や学習についての希望や意向を確認し、買い物や金銭管理、公共交通機関の利用等の支援が行われています。また、図書館等の公共施設や教養講座、スポーツクラブ等についての情報を提供し、利用方法や申し込み方法の指導、連絡調整等の支援が行われています。地域のお祭りや清掃・廃品回収等の情報についても提供し、地域の一員として参加できるように同行等の支援が行われています。外出・外泊については、利用者の申出により基本的に自</p>		

由に行うことが可能となっており、より安全に行うことができるよう、家族や行き先への事前の連絡、感染症予防策についての説明、金銭やヘルプカード等の所持品の確認等の支援が行われています。		
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。	②・b・c
<p><コメント> 地域生活への移行等については、利用契約時やモニタリング時に、利用者や家族等の希望や意向を把握して支援目標を明確にし、個別支援計画に反映されています。個別支援計画にもとづき、金銭管理等の生活訓練が行われるとともに、居住先や利用可能なサービス、相談できる場所等の情報を提供し、利用者の意欲を高め、不安を軽減することができるよう取組まれています。また、地域生活への移行にあたっては、相談支援事業所や行政、他のサービス事業所等と連携し、生活状況の確認や情報共有等の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。	②・b・c
<p><コメント> インテークやモニタリングの際に、利用者と家族の関係性を把握するとともに、緊急時の対応についても確認されており、連絡先や連絡方法は利用者の意向に沿って決められています。利用者の生活状況の報告や意見交換、家族からの相談対応については、モニタリング時や電話連絡に加え、帰省時の連絡ノートやグループホームだよりなどを活用して行われています。コロナ禍により利用者家族会主催の懇親会は中止されていますが、感染状況を確認しながら、面会や居室掃除、衣替えのお願いをされる等、連携・交流の場を維持するための取組がなされています。</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
<p><コメント> 非該当</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。	a・b・c
<p><コメント> 非該当</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。	a・b・c
<p><コメント> 非該当</p>		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（Ⅰ～Ⅲ）	37	8	0
内容評価基準（Ⅳ）	15	0	0
合 計	52	8	0