

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：つくしの里グループホーム事業所 (施設名)	種別：共同生活援助事業所
代表者氏名：理事長 小川 眞司 (管理者)：施設長 小川 眞司	開設年月日： 平成13年10月1日
設置主体：社会福祉法人 清和会 経営主体：社会福祉法人 清和会	定員：15名（つくしんぼ10名） （すぎな5名） (利用人数) 15名
所在地：〒869 - 1231 熊本県菊池郡大津町大字平川2465番地	
連絡先電話番号： 096 293 1550	F A X 番号： 096 - 293 - 1579
ホームページアドレス	http://www.tsukushinosato.or.jp

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
グループホーム	G H交流会、ひまわりの種まき、どんどや、G H一泊旅行、買い物外出
居室概要	居室以外の施設設備の概要
1人部屋15室 (つくしんぼ10室、すぎな5室)	スプリンクラー、火災報知機、自動通報装置、消火器、防犯カメラ、洗濯機、冷暖房設備、キッチン、調理器具、セキュリティー(Qネット)

2 施設・事業所の特徴的な取組

<p>介護包括型の共同生活援助事業を実施し、重度の方も地域生活が送れるように支援しています。</p> <p>地域との関わりを積極的に行い、入居者の方が地域に根差した生活が送れるように支援しています。</p> <p>利用者のニーズに応じた生活基盤をつくり、希望する日中活動への参加、高齢・疾病が重くなっても、地域で生活できる体制を構築していきます。</p>

3 評価結果総評

<p>特に評価の高い点</p> <p>1. 生活介護や入所支援を行う本体施設とともに、地域社会に根差した運営に努めている事業所です。</p> <p>○本体施設から少し離れた山間の集落の中に、在宅支援として開設した「つくしの里グループホーム事業所」は、経営理念に「私達は地域社会に開かれた、地域社会に愛される、地域社会に信頼される施設であることを目指します。」と掲げ、日々の散歩や挨拶を通し近隣の人々と交流しており、毎年9月には地域交流会でバーベキューを実施しています。今年 は台風接近により止む無く中止となり、残念であったことが利用者や職員からも聞かれまし</p>

た。また、地域の自治会に加入し、草刈りに参加を申し出るなど、地域との連携に努めています。

小学校の運動会、休耕田でのひまわりの種まき、世話人の声掛けで夏まつりやどんどや等の行事への参加のほか、利用者と近隣の子供たちがハロウィンやクリスマスでのプレゼント交換など季節のイベントを楽しむ機会も持たれています。

地域の方から譲り受けた建物を改修したすぎな棟(5室)と、新築したつくしんぼ棟(10室)は隣接しており、双方を1軒の家として、時には一つ屋根の下で暮らす家族と捉え、地域の一員としての生活が送れるよう、職員や世話人が連携を図り必要なサポートが行われています。

- 中長期目標の基本構想の一つに掲げた「地域社会との連携」の中で、グループホームがより認知・理解されていることや、障がいへの理解を深める交流を行うことが10年後の達成目標として記されています。利用者アンケートの中に、「グループホームで、これからもずっと暮らしていきたい」と、記入した方もおられ、今後も地域の中でしっかりと、すぎなのように根を広げた事業所運営に努めていかれることを期待します。

2. 利用者一人ひとりが、生きがいを持って生活できるよう自律を尊重した支援が行われています。

日中活動が休みの日には、職員との外出支援によって、希望するスーパーや洋品店への買い物外出や、近くへのドライブ等でメリハリのある生活を支援しています。

- 自立を尊重し、食への関わり(盛り付け・配膳や下膳など)や当番制での掃除などできることをさらに伸ばしながら、ホームの一員としての役割を担うように導いています。

3. 利用者が意見や希望を出しやすい環境も整えています。

利用者自治会(「なかま会」)を月2回行い、利用者が意見等を出しやすい環境を整備しています。個別に相談や心配事がある場合には、夜間、1対1で話を聞く機会を設けています。また、家族が帰省や外泊などの送迎でホームを訪れた際は、本人の代弁者として気づいたことがあれば遠慮なく話してほしいと申し添えています。

特に評価の高い点

改善を求められる点

1. 中・長期計画を反映した事業計画及び収支計画の策定が期待されます。

事業計画には、具体的な事業を掲げて、留意点を明示しており、現場で具体的に動ける内容になっています。

今後は、法人理念を実現するために、中・長期計画の重点項目についてグループホームとして対応が必要な事柄を重点課題としたうえで、検証ができるようにできるだけ数値目標を設定しておくことが望まれます。また、事業遂行の裏付けとなる中・長期の収支計画の策定が期待されます。

2. 運営の更なる透明性と適切な福祉サービスを確保するため、苦情・相談の対応状況について公表されることが期待されます。

- 苦情解決のため、手順・流れを定めた苦情解決マニュアルに沿って対応が行われ、サービスの質の向上につなげています。

今後は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで公表されることが望まれます。

3 .事業所独自のマニュアルの作成により、より状況に応じたサービスにつながることを期待されます。

○現在、事業所では本体施設と同様のマニュアルを使用しサービスが実施されています。詳細な内容ではありませんが、グループホームと施設入所は、目的をはじめ利用者の実態なども異なることから、今後は、利用者の意見等を取り入れ、事業所独自の内容を追加したマニュアルの策定が必要と思われる。取組が期待されます。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(R2.1.22)

今回、福祉サービス第三者評価の受審は2回目となりましたが、この度は、評価項目一つひとつに対して何度となく施設に足を運び、書類上では見えてこない利用者の実態や実際の現場の様子の把握に努めていただき、普段あたり前と思っていたことや、できていると思っていた福祉サービスの質について、専門的かつ客観的な立場から、具体的な評価をいただきました。

この評価結果は、利用者一人ひとりが地域の中で生きがいを持って生活し、自律した生活がおくれるよう質の高い福祉サービスを提供するとともに、グループホームがより認知・理解され地域社会に根差した運営を行うための課題を明確にし、また、中長期計画においては、数値目標と収支計画の作成等、具体的な改善・目標設定を行う上での指標となりました。

尚、評価の高かった点は、今後さらなる推進を図り、また、改善を求められた点は、事業計画の重点取り組み課題として盛り込み、職員一丸となって福祉サービスの質の向上に努めていきたいと考えます。

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	特定非営利活動法人 あすなる福祉サービス評価機構
所 在 地	熊本市中央区南熊本3丁目 13 - 12 - 205
評価実施期間	平成30年 12月17日～ 令和2年 2月7日
評価調査者番号	06-026
	13-001
	15 - 004
	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：つくしの里グループホーム事業所 (施設名)	種別：共同生活援助事業所
代表者氏名：理事長 小川 眞司 (管理者)：施設長 小川 眞司	開設年月日： 平成13年10月1日
設置主体：社会福祉法人 清和会 経営主体：社会福祉法人 清和会	定員：15名 つくしんぼ10名 すぎな5名 (利用人数) 15名
所在地：〒869 - 1231 熊本県菊池郡大津町大字平川2465番地	
連絡先電話番号： 096 293 1550	F A X 番号： 096 - 293-1579
ホームページアドレス	http://www.tsukushinosato.or.jp

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事																								
グループホーム	G H交流会、ひまわりの種まき、どんどや、 G H一泊旅行、買い物外出																								
居室概要	居室以外の施設設備の概要																								
1人部屋15室 (つくしんぼ10室、すぎな5室)	スプリンクラー、火災報知機、自動通報装置、 消火器、防犯カメラ、洗濯機、冷暖房設備、 キッチン、調理器具、セキュリティー(Qネット)																								
職員の配置																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>職 種</th> <th>常 勤</th> <th>非常勤</th> <th>資 格</th> <th>常 勤</th> <th>非常勤</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>管理者</td> <td>1</td> <td></td> <td>社会福祉士</td> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>サービス管理責任者</td> <td>1</td> <td></td> <td>介護福祉士</td> <td>14</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生活支援員</td> <td>34</td> <td></td> <td>精神保健福祉士</td> <td>1</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	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	1		介護福祉士	14		生活支援員	34		精神保健福祉士	1	
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	1		介護福祉士	14																					
生活支援員	34		精神保健福祉士	1																					

			保育士	7	
	合計	36	合計	25	

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

【法人理念】

「自律と自由」： それぞれの自律にのっとった自由。

「畏敬と信頼」： お互いの信頼関係に基づく畏敬の念。

【経営理念】

「私達は地域社会に開かれた、地域社会に愛される、地域社会に信頼される施設であることを目指します。」

【サービス方針】

「私たちは、誰からも満足いただける福祉サービスの提供・改善、情報の伝達に努めます。」

【基本方針】

運営にあたっては、入居者の特性を理解し、個別支援計画書に沿って、適切な支援を行うよう配慮する。

ホームの生活が生活の場の一つとして、就労・余暇活動などを通して、入居者一人一人の「個々の生きがい」と「潜在能力」の開発に努める為、基本理念を遵守し、活力ある生活の場の確保と自己研鑽に努める。

【スローガン】

『めくばり、きくばり、おもいやり、ありがとう』

3 施設・事業所の特徴的な取組

介護包括型の共同生活援助事業を実施し、重度の方も地域生活が送れるように支援しています。

地域との関わりを積極的に行い、入居者の方が地域に根差した生活が送れるように支援しています。

利用者のニーズに応じた生活基盤をつくり、希望する日中活動への参加、高齢・疾病が重くなっても、地域で生活できる体制を構築していきます。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 30 年 12 月 17 日（契約日） ~ 令和 2 年 2 月 7 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成 25年度）

5 評価結果総評

特に評価の高い点

1. 生活介護や入所支援を行う本体施設とともに、地域社会に根差した運営に努めている事業所です。

○本体施設から少し離れた山間の集落の中に、在宅支援として開設した「つくしの里グループホーム事業所」は、経営理念に「私達は地域社会に開かれた、地域社会に愛される、地域社会に信頼される施設であることを目指します。」と掲げ、日々の散歩や挨拶を通し近隣の人々と交流しており、毎年9月には地域交流会でバーベキューを実施しています。今年は台風接近により止む無く中止となり、残念であったことが利用者や職員からも聞かれました。また、地域の自治会に加入し、草刈りに参加を申し出るなど、地域との連携に努めています。

小学校の運動会、休耕田でのひまわりの種まき、世話人の声掛けで夏まつりやどんどや等の行事への参加のほか、利用者と近隣の子供たちがハロウィンやクリスマスでのプレゼント交換など季節のイベントを楽しむ機会も持たれています。

地域の方から譲り受けた建物を改修したすぎな棟(5室)と、新築したつくしんぼ棟(10室)は隣接しており、双方を1軒の家として、時には一つ屋根の下で暮らす家族と捉え、地域の一員としての生活が送れるよう、職員や世話人が連携を図り必要なサポートが行われています。

○中長期目標の基本構想の一つに掲げた「地域社会との連携」の中で、グループホームがより認知・理解されていることや、障がいへの理解を深める交流を行うことが10年後の達成目標として記されています。利用者アンケートの中に、「グループホームで、これからもずっと暮らしていきたい」と、記入した方もおられ、今後も地域の中でしっかりと、すぎなのように根を広げた事業所運営に努めていかれることを期待します。

2. 利用者一人ひとりが、生きがいを持って生活できるよう自律を尊重した支援が行われています。

日中活動が休みの日には、職員との外出支援によって、希望するスーパーや洋品店への買い物外出や、近くへのドライブ等でメリハリのある生活を支援しています。

○自立を尊重し、食への関わり(盛り付け・配膳や下膳など)や当番制での掃除などできることをさらに伸ばしながら、ホームの一員としての役割を担うように導いています。

3. 利用者が意見や希望を出しやすい環境も整えています。

利用者自治会(「なかま会」)を月2回行い、利用者が意見等を出しやすい環境を整備しています。個別に相談や心配事がある場合には、夜間、1対1で話を聞く機会を設けています。また、家族が帰省や外泊などの送迎でホームを訪れた際は、本人の代弁者として気づいたことがあれば遠慮なく話してほしいと申し添えています。

改善を求められる点

1. 中・長期計画を反映した事業計画及び収支計画の策定が期待されます。

事業計画には、具体的な事業を掲げて、留意点を明示しており、現場で具体的に動ける内容になっています。

今後は、法人理念を実現するために、中・長期計画の重点項目についてグループホ

ームとして対応が必要な事柄を重点課題としたうえで、検証ができるようにできるだけ数値目標を設定しておくことが望めます。また、事業遂行の裏付けとなる中・長期の収支計画の策定が期待されます。

2. 運営の更なる透明性と適切な福祉サービスを確保するため、苦情・相談の対応状況について公表されることが期待されます。

○苦情解決のため、手順・流れを定めた苦情解決マニュアルに沿って対応が行われ、サービスの質の向上につなげています。

今後は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで公表されることが望めます。

3. 事業所独自のマニュアルの作成により、より状況に応じたサービスにつながることを期待されます。

○現在、事業所では本体施設と同様のマニュアルを使用しサービスが実施されています。

詳細な内容ではありませんが、グループホームと施設入所は、目的をはじめ利用者の実態なども異なることから、今後は、利用者の意見等を取り入れ、事業所独自の内容を追加したマニュアルの策定が必要と思われます。取組が期待されます。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(R2.1.22)

今回、福祉サービス第三者評価の受審は2回目となりましたが、この度は、評価項目一つひとつに対して何度となく施設に足を運び、書類上では見えてこない利用者の実態や実際の現場の様子の把握に努めていただき、普段あたり前と思っていたことや、できていると思っていた福祉サービスの質について、専門的かつ客観的な立場から、具体的な評価をいただきました。

この評価結果は、利用者一人ひとりが地域の中で生きがいを持って生活し、自律した生活がおくれるよう質の高い福祉サービスを提供するとともに、グループホームがより認知・理解され地域社会に根差した運営を行うための課題を明確にし、また、中長期計画においては、数値目標と収支計画の作成等、具体的な改善・目標設定を行う上での指標となりました。

尚、評価の高かった点は、今後さらなる推進を図り、また、改善を求められた点は、事業計画の重点取り組み課題として盛り込み、職員一丸となって福祉サービスの質の向上に努めていきたいと考えます。

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	15	
	家族・保護者		
聞き取り調査	利用者本人	3	
	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 福祉サービスの基本方針と組織

- 1 理念・基本方針

		第三者評価結果
- 1 - (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
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></p> <p>法人の理念である「自律と自由」「畏敬と信頼」をもとに、施設運営の基本方針として『入居者の特性を理解し、ホームの生活が生活の場の一つとして就労・余暇活動などを通じて、入居者一人ひとりの「個々の生き甲斐」と「潜在能力」の開発に努めること』を事業計画に記載しています。</p> <p>事業計画は、月2回開かれるグループホーム利用者自治会（「なかま会」）でわかりやすく説明し、家族や後見人には、施設・後見人・家族情報交換会（年2回、4月と3月に開催「以下情報交換会」）で説明し、グループホーム「つくしんぼ」の食堂に掲示するとともに、利用者の各居室に備えているお知らせファイルにも綴じ込んで、利用者がいつでも見られるようにしています。</p>		

- 2 経営状況の把握

		第三者評価結果
- 2 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	- 2 - (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></p> <p>法人で「中・長期目標」（平成25年度から10年間）と題する中・長期計画が策定されています。この中で社会福祉法人に求められる福祉サービスの多様化等について記載し、管理者（施設長）が計画策定委員になっている町の地域福祉計画で人口や障がいの種類ごとの障がい者数の推移を把握し、毎月、利用者数や利用率を前年同期と比較して分析しています。</p> <p>社会福祉事業全体の動向については、例えば県の地域福祉支援計画に記載されている社会保障制度改革の動きや地域福祉を取り巻く状況等を参考にすることで、より具体的になると考えられます。</p>		
3	- 2 - (1) - 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></p> <p>中・長期計画で、法人の経営課題（目標）として、4項目（建物の老朽化に伴う改修 人材の育成と確保 利用者サービス内容の向上と創出 伝統の継承と新たな役割の創造）を上げ、それぞれについて必要性や方向性が明記されています。グループホームでは、新設する場合のコンセプトの確立や利用者の変化に応じた支援や設備の充実が記載されています。</p> <p>中・長期計画は、理事や評議員にも説明、配布され、職員会議で全職員に説明しています。また役職者会議（毎月開催、係長以上の役職者）で見直しがなされています。</p>		

- 3 事業計画の策定

		第三者評価結果
- 3 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	- 3 - (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></p> <p>法人の中・長期計画の基本構想で、重点項目の一つに「地域社会との連携」を掲げており、グループホームは利用者が生活していくうえで、「地域との密接な関係を築くことが必要であり、社会資源としての意識を強く持つこと」が方針として明記されています。</p> <p>今後は、中・長期計画の達成目標等には、年度ごとの検証や進行管理ができるように、数値目標（利用者定員等）を設定し、収支計画も策定されることが期待されます。</p>		
5	- 3 - (1) - 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・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画には、利用者支援体制の充実、利用者のQOL（生活の質）の向上、事故防止等を掲げており、具体的な取組が示されています。</p> <p>また、中・長期計画を反映した地域交流の推進を明記して、地域行事への参加等の実施内容が記載されています。</p>		
- 3 - (2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	- 3 - (2) - 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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画の策定は、主任が職員や世話人の意見を吸い上げ、事業計画作成会議（主任以上の役職者が参画し、12月から1月にかけて開催）で協議して策定され、世話人会議（月1回開催、管理者、サービス管理責任者、担当職員が参加）で説明して、周知されています。</p> <p>実施状況は、法人の年3回の役職者会議で確認し、10月には中間報告書を作成して評価、見直しを行い、理事会にも説明しています。また、職員には主任が中間報告書の説明を行い周知がなされています。</p>		
7	- 3 - (2) - 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者への事業計画の説明は、3月の「なかま会」で行い、保護者等へは施設・後見人・家族情報交換会で説明しています。</p> <p>利用者へ配布する資料は、分かりやすいように法人理念や今年度のスローガンや取組をひらがなで書く等の工夫がされています。</p>		

- 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
- 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	- 4 - (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・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの向上については、サービス向上委員会（12委員会に分かれ、職員はいずれかの委員会に参画している）で取り組んでおり、半期ごとにPDCAサイクルによる運営シートで、サービスの実施状況をチェックし、改善策を検討しています。</p> <p>第三者評価を定期的に受審しており、グループホームは今回が2回目となりますが評価基準を用いて、毎年職員全員が自己評価を行ない、集計したものを事業報告としてまとめ、2月の役職者会議で評価し、次年度の改善に活かしています。</p>		

今回の第三者評価受審にあたり、法人内研修会や評価機関との研修会には、世話人も参加し、職員と共有を図り、自身の業務を振り返る機会とされました。			
9	- 4 - (1) -	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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>組織として取り組むべき課題については、運営シートに分析した課題や具体的な対応方法を明記しています。</p> <p>その内容は、主任が職員に説明して課題と対応策を共有しています。また、改善の実施状況の評価や見直しは役職者会議で行なわれています。</p>			

評価対象 組織の運営管理

- 1 施設管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果	
- 1 - (1) 施設管理者の責任が明確にされている。			
10	- 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>管理者は、毎月発行している広報誌（「里だより」。ホームページで過去数年分が閲覧できる）で、運営や重要事項（施設改修やインフルエンザの防止等）について方針を記しています。また、参画する職員会議や役職者会議等で積極的に考えを述べ周知を図るほか、時々話題（利用者との1泊旅行等）を捉えて、自分の意見や感想を表明しています。</p> <p>管理者の役割は職務分担表に記載し、不在時の権限の委任も明記されています。</p> <p>グループホームは、施設よりさらに地域と密接な関係が必要となることから、社会資源としての意識を強くもって業務にあたることなどを指導しています。</p>			
11	- 1 - (1) -	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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>管理者は、社会福祉法人経営者協議会の研修会に参加し、月刊誌（「サポート」等）を購読して法令等の理解に努めており、適宜、職員会議や職員研修で周知しています。</p> <p>今後は、福祉関係以外の消費者契約法等の法令も含めた法令リストを作成し、それらの法令の要点をまとめて職員へ周知されることを期待します。</p>			
- 1 - (2) 施設管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	- 1 - (2) -	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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>管理者は、サービス向上委員会に参画し、職員自己評価についての分析や評価を通じて、積極的に助言し、絵文字を使って分かり易くした利用者満足度調査も行っています。</p> <p>施設内にはLANネットワークを完備し、職員はメールで提案ができるようになっています。</p> <p>また、職員の資格取得のための研修受講を奨励しており、職員自主研修等補助金規程（平成29年4月施行）で受講料や旅費の補助を行ってバックアップしています。</p> <p>施設本体と事業所は別の場所にあることから、管理者は小まめに訪れる機会は少ないようですが、訪問した際は、エプロンをつけ夕食の準備を手伝う当番姿の利用者など、日中とは異なる様子や事業所内の環境を確認しています。</p>			
13	- 1 - (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。	a ・ b ・ c

<コメント>	
<p>中・長期計画の基本構想に掲げている「経営基盤安定の取組」を実践するため、委託している税理士が毎月来所し、財務を分析しており、事務局が作成する労務関係指標についても分析・把握しています。</p> <p>働きやすい環境整備は、参画している衛生管理委員会で職員の処遇改善や福利厚生等に取り組んでいます。</p> <p>この衛生管理委員会活動の一つとして、委託している産業医の1カ月おきの職場巡視があり、産業医が保健師と共に来所し、危険個所改善等の指摘がなされています。</p> <p>この指摘には、衛生管理委員会で対応を協議して改善がなされていることが委員会議事録で確認されました。</p>	

- 2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
- 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	- 2 - (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・b・c
<コメント>		
<p>福祉人材の確保や育成については、中・長期計画の基本構想に「人材育成と職場環境の整備」で基本方針を明記しており、10年後の目標として、職員意識の定着、研修体系の確立及び離職率を5%までに抑えることを掲げています。</p> <p>この目標に向かって、人事考課体制を検討したり、人材確保推進委員会で幅広い就職セミナーへ参加し、また郡・市の施設が協力し合って施設見学会の実施等に取り組んでいます。</p> <p>今後は、更に具体的な取組推進のために、中・長期計画に世話人も含めた人員体制の具体的な数値を記述されることが望まれます。</p>		
15	- 2 - (1) - 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<コメント>		
<p>職場研修実施要綱で、理念や基本方針に基づく「期待する職員像」を支援員や相談員等の職種ごとに明示しています。</p> <p>在級年数を職務・職能資格基準表で明記しており、キャリアパスとして機能しています。また、給与規程に定めている人事基準は、LANネットに載せてあり、職員はいつでも閲覧できます。</p> <p>人事評価は、Dcapシートによる自己評価に基づき、年2回の各班主任による個別面談も交えて1次評価を行ない、サービス管理責任者及び副施設長による2次評価を経て施設長が決定する仕組みになっています。また、非常勤職員については、年1回面談を実施し、意見は役職者会議で検討がなされています。また2回実施している職員アンケートでの意見は、役職者会議で協議して活かすようにしています。</p>		
- 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	- 2 - (2) - 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。	a・b・c
<コメント>		
<p>事務分担表で労務管理の責任体制を明確にしており、有給休暇取得やタイムカードによる時間外労働のデータは、毎月記録して、職員に知らせています。</p> <p>職員の心身の健康確保のため、産業医が年1回マークシート方式で全職員にストレスチェックを行い、分析した結果が通知されています。</p> <p>悩み相談は支援課長、1班主任のほか相談しやすいように再任用職員も窓口となり、保険会社の電話相談も受けられるようにしています。</p> <p>福利厚生は、「ふれあうきょうさい」(熊本市勤労者福祉センターが実施)に全職員が加入し、買い物や旅行等で利用されています。また、バースデー休暇や勤務割の希望に沿う変更</p>		

<p>等を行い、ワークライフバランスに配慮しています。</p> <p>人材の確保・定着のため、資格手当を創設し、介護器具導入や書類の様式化で書類作成の減少を図る等の改善に取り組んでいます。</p>		
<p>- 2 - (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p>		
17	- 2 - (3) - 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職場研修実施要綱で期待する職員像を明確にしており、職員一人ひとりがD capシートで目標を設定し、各班では月間目標が示されています。また、利用者の直接処遇に当たる支援部職員は、生涯研修（学習）計画シートを作成し、能力開発における取組課題（資格取得や研修等）が明確に示されています。</p> <p>進捗状況は、生涯研修（学習）計画シートは、D capシートによる年2回の人事面接の際にも参考にされ、また支援課長が年1回面接して生涯研修（学習）計画シートの進捗状況を確認し、シートを更新しています。</p>		
18	- 2 - (3) - 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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職員の教育・研修の基本方針は、職場研修実施要綱に明記しており、OJT、Off-JTやSDS（自己啓発援助制度。職員自主研修等補助金が該当する）を実施しています。</p> <p>年間計画による内部や外部研修のほか、町内の他の施設見学や交流研修も行われています。専門資格取得に当たっては、有給休暇取得や受講料・旅費補助がされています。</p> <p>今後は、更に職員に分かり易いように基本方針等に職員に必要とされる専門技術や資格を明示することが期待されます。</p>		
19	- 2 - (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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職員一人ひとりの教育・研修のため、個人ごとの生涯研修（学習）計画シートに専門技術の取得状況等が記載されており、OJTが実施されています。年間計画で毎月、内部研修を行い、外部研修は本人の希望に沿って参加を奨励しています。</p> <p>研修結果は、参加者が広報誌（里だより）で要点を文書報告し、また、年1回以上研修報告会を開催して全職員にフィードバックして周知され、研修資料はメール配信してだれでも閲覧できるようにしています。</p>		
<p>- 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	- 2 - (4) - 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>実習生等の教育・育成についての基本姿勢や方針を、「実習生受け入れマニュアル」に明記し、専門職種に配慮したプログラムを作成しています。</p> <p>本体施設で介護福祉士や社会福祉士資格取得を目指す学生等や歯科衛生士専門学院生徒の実習を受け入れており、グループホームでの受け入れはありませんが、宿泊希望の実習生の場合は、職員当直室を提供し、利用者と食事を共にすることで利用者の理解につながるような取組を行っています。</p>		

- 3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
<p>- 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	- 3 - (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 ・ b ・ c

<コメント> ホームページで理念や基本方針をはじめ、事業計画、事業報告等を公表し、広報誌にも予算、決算等載せて運営の透明性を確保しています。 また、理念や基本方針を明記したパンフレットを役場や支援学校、社会福祉協議会に配置し、広報誌は毎月、市町村や福祉事務所、民生委員等に配布しています。広報誌による毎月の情報発信でグループホームの存在意義や役割を伝えています。 今後は、運営の透明性を確保するために苦情や相談の対応状況についてもホームページ等で公表されることを期待します。		
22	- 3 - (1) - 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 ・ b ・ c
<コメント> 事務分担表や経理規程で、事務や経理等についての権限や責任を明確にしています。 内部監査も法人理事によって年2回（中間と決算）行われています。 外部監査は委託している税理士が行っており、それらの結果は理事会や評議員会に報告され、改善が実行されています。		

- 4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
- 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	- 4 - (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 ・ b ・ c
<コメント> 「親亡き後も幸せに」との想いで開設され、地域に受け入れられた法人・事業所は、経営理念に「私達は地域社会に開かれた、地域社会に愛される、地域社会に信頼される施設であることを目指します。」と掲げ、また、中長期経営計画基本構想にも重点項目の一つとして、「4. 地域社会との連携」を掲げて、地域との交流を深めるよう努力されており、地域の自治会に加入し、清掃活動の一環としての草刈りに参加するなど、地域との連携に努めています。また、地域の方々と鉄板焼きを囲む地域交流会や小学校の運動会、休耕田でのひまわりの種まき、世話人の声掛けでの夏まつりやどんどや等の行事への参加など、地域住民との交流にも取り組んでいます。 現在は、利用者と近隣の子供たちとの挨拶や声掛け、ハロウィンやクリスマスでのプレゼント交換が行われています。		
24	- 4 - (1) - 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 ・ c
<コメント> ボランティアの受入れは、地域社会と事業所とをつなぐ柱の一つとして位置づけられており、「ボランティア受入れマニュアル」に、目的（基本姿勢）、申込、事前研修、受入れ時のコーディネート等を定め、体制を整備しています。 また、地域の学校教育等への協力については、地元小学生と利用者との交流を図る中で、障がいへの理解を深めるための講話や車椅子等の介護体験、小・中学生のワークキャンプを受け入れる等、本体施設と一体となって取り組んでいます。 今後は、地域の学校教育等への協力についての基本姿勢を明文化して取り組まれることが期待されます。		
- 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	- 4 - (2) - 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。	a ・ b ・ c
<コメント>		

<p>圏域内の行政機関、病院等の関係機関・団体を機能別にまとめた「社会資源・関係先リスト」を、支援局（職員室）に置いて、就労体験を希望する利用者の実習先や高齢者施設の検討等に活用できるようにしています。</p> <p>また、町の支援協議会・相談支援部会や、種別を超えて構成される菊池郡社会福祉施設連絡協議会等に定期的に出席するなど、他の関係機関等との連携も図られ、情報等は会議等で職員に周知されています。</p>		
- 4 - (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	- 4 - (3) - 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>障がいについての専門的な知識・技術や情報の提供は、本体施設と一体となって取り組んでおり、小学生に対する障がいへの理解を深めるための管理者の講話や、介護福祉士会への研修講師の派遣等の取組を行っています。</p> <p>ただ、事業所が有する機能の地域への還元については、地域交流会等の機会を捉えての更なる取組が期待されます。</p>		
27	- 4 - (3) - 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人では、現在、生計困難者レスキュー事業に取り組むほか、地域の具体的な福祉ニーズの把握については、町の地域福祉計画策定委員への就任や併設している相談支援事業や短期入所事業（ショートステイ）の実施に伴う情報等により取り組んでいます。</p> <p>ただ、地域の具体的な福祉ニーズを更に把握するために、地域の情報に詳しい区長や民生委員等と話し合いの機会が期待されます。</p>		

評価対象 適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
- 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	- 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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は、法人の理念に「自律と自由」、「畏敬と信頼」を掲げ、また、サービス提供方針、施設運営の基本方針にも、誰からも満足いただける福祉サービスの提供・改善、入居者一人一人の「個々の生き甲斐」と「潜在能力」の開発に努めるなど明示しています。</p> <p>また、「倫理綱領」を策定し、支援局（職員室）に掲示するとともに、当直日誌に明記し、毎朝礼時に項目ごとに読み上げ、職員への周知徹底を図っています。</p> <p>この基本姿勢は、個々の福祉サービスの標準的な実施方法（マニュアル）にも反映されています。</p> <p>利用者の尊重や基本的人権への配慮については、毎年研修を実施するとともに、虐待防止委員会での職員へのアンケートや部外者からのアンケート結果にもとづき、状況の把握、評価等を行い、必要な対応を図っています。</p> <p>また、成年後見制度の活用により、利用者の権利擁護に努めています。</p>		
29	- 1 - (1) - 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護や虐待防止等の権利擁護については、「人権・プライバシーマ</p>		

<p>マニュアル」「虐待防止マニュアル」を定めて取り組んでいます。これらは、定期的に見直し検討される中で、職員への周知理解が図られています。また、虐待防止のための「5つのやくそく」を作成し、食堂兼リビングに掲示するとともに、利用者や家族等には「なかま会」や情報交換会で説明し取組を周知しています。</p> <p>特に、虐待防止研修会では、外部講師を招いて、事例に基づく掘り下げた内容の研修を行い、職員アンケートも実施し、更なる取組につなげています。</p> <p>不適切な事案が生じた場合の対応については、「虐待発生時の対応」フロー図を定め、取り組んでいます。プライバシー保護のための設備としては、個室を整備しています。</p>		
<p>- 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。</p>		
30	- 1 - (2) - 利用者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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者希望者が福祉サービスを選択するための必要な情報として、理念、基本方針、サービスの内容、事業所の特性等を、わかりやすいように写真や図等をできるだけ多く使って、パンフレットやホームページに掲載し、適宜見直しをしています。</p> <p>また、利用者希望者や事業所見学者には、パンフレットを渡し、日中の生活の状況も説明しながら見学をしてもらっています。</p> <p>体験入所については、事業所への理解を深めてもらいたいと、空き部屋があるときは体験してもらっています。</p>		
31	- 1 - (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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>サービス開始・変更時の内容に関する説明にあたっては、利用者の自己決定を尊重することとし、暮らし方の意向確認には選択肢を設けるなど利用者・家族等にもわかりやすい工夫をしています。</p> <p>入居時に、用意すべきものについても具体的な事例を示し、本人の納得の上徐々に準備されるよう説明しています。</p> <p>意思決定が困難な利用者については、措置制度から契約制度に移行する時点から、成年後見制度の積極的な利用を図っています。</p>		
32	- 1 - (2) - 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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたっては、手順と引継ぎ書を定めた入退所マニュアルを策定し、サービスの継続性に配慮した対応を行っています。事業所を変更する場合は、実態調査票シート（基本的情報、アセスメント状況）やその他必要と思われる資料を提供しています。退居後の相談窓口は、サービス管理責任者・相談支援事業所とし、文書を渡して説明することとしています。また、何か相談ごとがあれば、退去後もいつでも相談に応じることを利用者家族に伝えています。</p>		
<p>- 1 - (3) 利用者満足の向上に努めている。</p>		
33	- 1 - (3) - 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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>満足度の向上を目的として、実態を把握するために、利用者満足度のアンケート調査を毎年実施しています。調査結果は、サービス管理責任者で取りまとめ、利用者や家族等に報告しています。</p> <p>サービス管理責任者等は、「なかま会」に出席するとともに、情報交換会や個別支援に関わる面談（年3回）あるいは日常の支援の中で、利用者満足を把握するようにしています。</p> <p>このような利用者満足の把握結果を踏まえ、サービス向上委員会で利用者満足の向上のた</p>		

<p>めの取組を行っています。</p> <p>毎月開催される給食会議には利用者も参加しており、出席できない利用者は「なかま会」で要望を聞くなど、満足向上のための検討が行われるようになっています。</p>		
<p>- 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	- 1 - (4) - 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>苦情解決のための体制（解決責任者、受付担当者、第三者委員）を整備し、受付から解決までの手順、流れを定めた苦情解決マニュアルを策定しています。その解決の仕組みは、事業所内に掲示するとともに、利用者には、イラスト、写真入りのパワーポイントを使って分かりやすい説明に努めています。</p> <p>記入カードを備えた苦情箱を事業所に設置するとともに第三者委員を直接紹介するなど、利用者や家族等が苦情を申し出しやすいように努めています。</p> <p>第三者委員会は、年1回開催し、苦情等の状況を報告しています。</p> <p>苦情があった場合は、検討内容、解決策は利用者や家族等にフィードバックされ、適切に記録保管されるとともに、サービスの質の向上につなげています。</p> <p>ただ、苦情解決状況等については、現在、情報交換会で家族等に説明されています。</p> <p>今後は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで公表されることが望まれます。</p>		
35	- 1 - (4) - 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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者が相談や意見・要望等を述べた時には、担当者以外にも複数の相手から選べること、また、意思疎通の状況に応じて支援体制があること等、相談しやすく、意見を述べやすい体制や方法を、写真やパワーポイント等でわかりやすく利用者や家族等に説明しています。</p> <p>相談については、日常接する職員以外に、外部の相談機関等にもできることを、重要事項説明書等の文書で説明しています。意見、要望については、苦情箱の設置や「なかま会」や情報交換会での定期的な話し合いの他、今後は第三者委員による聞き取りに取り組むこととしています。</p> <p>相談等のスペースについては、部屋や本体施設の談話室や相談室が確保され利用されています。</p>		
36	- 1 - (4) - 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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者からの相談、意見等に対しては、受付後の手順や対応策の検討等について、「利用者意見に対するマニュアル」を定め、取り組んでいます。</p> <p>事業所では、日常のサービス提供の中で、利用者が相談しやすく意見等を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見等の傾聴に努め、苦情箱の設置や絵文字3択での利用者満足度のアンケート調査の実施等、積極的に把握するよう取り組んでいます。</p> <p>利用者からの相談や意見等に対しては、対応状況や対応策をフィードバックするとともに、日誌やケース記録に残し、福祉サービスの質の向上につなげています。</p>		
<p>- 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	- 1 - (5) - 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・b・c
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメントに関する責任者を管理者とし、リスクマネジメント委員会を設置して体制を整備し、毎月、調整会議に合わせ開催し、ひやりハット、事故報告にもとづき発生要因の分析、改善策・再発防止策を検討・実施しています。事故報告等にあつたては、細な</p>		

<p>ものも上げて実態の把握に努めており、サービスの質の向上につなげる取組をしています。</p> <p>事故防止及び事故発生時の対応と安全確保等については、法人の施設の「事故防止マニュアル」「緊急時対応マニュアル」に沿って対応しています。</p> <p>リスクマネジメントに関する研修については、KYT(危険予知トレーニング)研修も含め実施しています。必要な救急法についても、消防署の協力を得て世話人と一緒に毎年実施しています。</p> <p>利用者の施設外での災害や事故の時の連絡方法については、緊急時連絡表を作成して対応しています。また、緊急の際に、利用者の状態を的確に伝えることができるように、利用者一人ひとりの利用者実態調査票を作成しています。</p> <p>今後は、グループホームで発生した事事例などをもとに、マニュアル内容を検討されることが必要と思われます。</p>		
38	- 1 - (5) - 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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>感染症対策については、管理者を責任者として、サービス向上委員会やリスクマネジメント委員会で、予防や発生時における利用者の安全確保対策について体制を整備し、本体施設のバックアップ体制のもと取組を行っています。</p> <p>感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等については、「感染症マニュアル」や「緊急通院マニュアル」を制定しており、毎年見直しの検討を行い、職員及び利用者に周知しています。</p> <p>予防にあたっては、利用者、職員全員に事業所負担で予防接種を実施しています。</p> <p>また、外からの持ち込み防止に力を注ぐとともに、発生時には、ホワイトボードを用いて注意喚起しています。</p>		
39	- 1 - (5) - 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>災害の対応体制は、本体施設と連携し、「災害対応マニュアル」にもとづき、火災に限らず災害全般について対応することとしています。また、災害発生時の出勤基準などを示した行動基準を定めて職員に周知しています。マニュアルは、熊本地震後見直しをするなど定期的に見直しが図られています。</p> <p>本年度から、職員全員への緊急メールシステムを導入し、安否確認や出勤指示、情報の共有に活用することとしています。</p> <p>防災訓練は、本体施設の年2回の総合訓練に合わせて実施しています。</p> <p>地域交流会では、近隣の方に、一時避難場所の協力などいただけるよう働きかけており、熊本地震時には、区長から避難の声掛けがなされています。</p> <p>災害備蓄は、利用者及び職員の3日分の食料や調理器具、配膳用品、衛生用品、照明等のリストを作成し、整備しています。</p>		

- 2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
- 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	- 2 - (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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>中長期経営計画の基本構想の中に、1.生活支援サービスの充実、(2)サービス内容の標準化を掲げ、サービス内容の標準化を目指すこととし、提供する福祉サービスについての標準的な実施方法(マニュアル)を、適切に文書化しています。</p> <p>福祉サービス実施時の利用者の尊重、プライバシーへの配慮、権利擁護に関する姿勢等に</p>		

<p>については、「入浴マニュアル」や「排泄マニュアル」等に明示されています。</p> <p>マニュアルについては、定期的な見直しを検討する中で、理解を深め実践につなげるとともに、マニュアルに基づいて実施されているかの確認は、日常業務やOJTの中で上司が確認することとしています。</p> <p>しかし、グループホームや利用者の実態とそぐわないものもあり、ホーム独自の内容を追加したマニュアルの策定が期待されます。</p>			
41	- 2 -(1)-	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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>マニュアルの検証・見直しについては、対象マニュアル、見直し時期（月毎）担当者を定め、毎月2～3のマニュアルについて実施するよう組織的な仕組みづくりを構築しています。また、定期的に検証・見直しが継続される中で、PDCAサイクルによるサービスの質に関する検討が行われています。</p> <p>利用者等からの意見や提案の反映は、「なかま会」や日常の支援の中で吸い上げ、職員の意見や提案は、会議等で反映することとしています。また、個別支援計画の内容についても、必要に応じてマニュアルに反映するようにしています。</p>			
- 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	- 2 -(2)-	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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画策定の責任者はサービス管理責任者と定めています。個別支援計画は、アセスメントに基づき策定されており、毎年度3月には、利用者実態調査票（状況シート）を見直す等、適切なアセスメントが実施されています。</p> <p>個別支援計画の策定にあたっては、担当職員及び関係職員（サービス管理責任者、主任、看護師、栄養士）の合議、利用者・家族等の意向把握、同意を得る手順を定めた「個別支援計画マニュアル」に沿って実施しています。</p> <p>サービスの適否を日常的にチェックし、計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みとしては、毎月ケース記録をまとめており、データを集計し、目標達成に対する評価を行い、適切なサービスの提供につなげています。</p>			
43	- 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>定期的な個別支援計画の評価・見直しは、「個別支援計画マニュアル」に基づき、利用者本位の視点に立って行われています。マニュアルは、見直しを行う時期、手順、利用者・家族等の意向や要望の把握等、個別支援計画策定の手順を組織として定め、実施しています。見直しによって変更された計画内容は会議等で周知されています。</p> <p>計画を緊急に変更する場合は、サービス管理責任者が招集する個別支援会議を開催し、対応することとしています。</p> <p>福祉サービス提供のマニュアルに反映すべき事項や、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等については、会議で協議し、福祉サービスの質の向上につなげることとしています。</p>			
- 2 -(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
44	- 2 -(3)-	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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況、生活状況、行動の特徴、希望、意向等の状況は、所定の様式によって</p>			

<p>記録されています。個別支援計画に基づくサービスの実施状況は、各種日誌やケース記録により確認できるようになっています。記録にあつたては職員により記録内容や書き方に差異が生じないようにするため、日誌・ケース記録マニュアルを策定し周知徹底を図っています。</p> <p>事業所内における情報の共有については、世話人会議を定期的開催しています。また、利用者一人ひとりの状況や個別支援計画の実施状況等は、パソコンのネットワークシステムにより適切に記録され、職員間での情報の共有が図られています。</p>		
45	- 2 - (3) - 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者に関する記録の管理については、「特定個人情報取扱規程」及び「個人情報保護マニュアル」を定め、記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めています。記録管理の全体責任者は管理者とし、具体的には、所管と職責に応じて保管場所、鍵保管者を定めています。電子データについては、パスワード等による管理を実施しています。情報開示については、利用者や家族等からの申請様式等を定め対応しています。</p> <p>書類の保存年限は5年とし、運営規程で定めるとともに、契約時に重要事項説明書で利用者、家族等に説明しています。</p> <p>個人情報の取扱いについては、職員には、就業規則や入・退職時の誓約書で自覚を促し、研修で注意喚起を図っており、利用者、家族等には、契約時や年度初めの情報交換会で説明を行っています。</p>		

評価対象

A - 1 利用者の尊重

		第三者評価結果
A - 1 - (1) 利用者の尊重		
	A - 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人理念の「畏敬と信頼」により、職員は利用者との日々の生活において互いの信頼関係の構築に努め、尊敬の念をもって支援にあたるよう努めています。</p> <p>今年度は「めくばり・きくばり・おもいやり・ありがとう」を、スローガンとし、同じ屋根の下共同生活を営む上で、互いの尊重と感謝の言葉が不可欠としています。スローガンは事業所の理念や取組とともに、年間の事業計画に明記され、利用者到手渡されています。</p> <p>利用者への言葉使いや接し方について、気づいたことは普段から話し合い、毎月の世話人会議の中でも法人研修の内容などを報告しながら、利用者とのかわり方については時間をかけ話し合いをしています。</p> <p>各居室へのノックの徹底や、呼称は苗字にさん付けで対応しています。</p>		
	A - 1 - (1) - 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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画に利用者のコミュニケーション能力(コミュニケーションの手段や意思表示の程度、伝達の理解度など)が記載され、年度初めの世話人会議で計画内容を周知して、定期的なモニタリングで現状を把握しています。職員は日々の生活において、利用者の話を傾け、食事中の会話にその日の出来事などを盛り込み、コミュニケーションを図っています。</p> <p>個別の心配事や相談には夜間の時間を利用して1対1でゆっくり話を聞く時間を持っています。内容は職員間で共有し、その都度検討しながら必要なものを会議にあげています。</p> <p>年度初めに利用者へ渡される年間事業計画書は、利用者によりわかりやすい表現に徹し、ひらがな表示にて作成しています。</p>		

	A - 1 - (1) - 利用者の主体的な活動を尊重している。	a・b・c
<p><コメント> 「なかま会」は、利用者主導で行われ、生活改善に向けた意見や、外出への希望などがあがっています。 今後は法人からも参加する機会を設け、事業所や利用者の生の声を聞くことも必要と思われます。 本年度の事業計画の中には、「15人でなかよくすごせるルールをはなしあいます」とあり、一人一人ができることで力を発揮し、ホーム運営に関わることを目的としています。 利用者の提案から大分への1泊旅行なども実現しています。</p>		
	A - 1 - (1) - 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。	a・b・c
<p><コメント> 事業所運営の基本方針に、利用者の特性を理解し、「個々の生きがい」と「潜在能力」の開発に努め、活力ある生活の場を確保するとしています。毎朝のカーテンや窓の開閉、居室、共有空間（トイレやリビング）の掃除や片付けなどに利用者にも関わってもらうことで、事業所の一員としての役割を担ってもらうようにしています。 更衣時は自ら服を選ばれており、職員は季節感やバランスなどについてアドバイスをを行い、身だしなみへの配慮を心がけています。</p>		
	A - 1 - (1) - 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。	a・b・c
<p><コメント> 事業所は山間の集落の一角にあり、在宅支援の事業所として、日々の散歩や挨拶を通し近隣の人々と交流しています。9月には地域交流会でバーベキューを実施していますが、今年台風接近により止む無く中止となり、残念であったことが利用者職員からも聞かれました。 地域資源を活用し3人程での外出を利用者自身が企画し、地域に出る機会や本体施設や他の事業所のデイサービスでの活動を通じ、相互交流の機会を持っています。 本体施設の委託事業に携わる利用者にとっては、作業を通じて得られる賃金は何よりの励みであり、個々の生活の自信となっています。</p>		

A - 2 日常生活支援

	第三者評価結果	
A - 2 - (1) 食事		
	A - 2 - (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。	a・b・c
<p><コメント> 個々に応じた食事支援は法人管理栄養士の立てたメニューに沿って、体重や病状に応じた健康管理や食事形態などが、個別支援計画に明示されています。また、月1回開催される世話人会議の中で、食事提供に関する共有の機会を持っています。高脂血症の方には、マヨネーズを使用しないメニューや、義歯の方には一口やキザミなど、個々に応じた食事形態で提供されています。 歯痛や行事が続き食べ過ぎて胃腸に負担がかかっているなど、体調が悪く申し出があった場合や職員からの伝達には、世話人がおかゆの準備をするなど、臨機応変な対応が取られています。 食事支援に関するマニュアルについては、本体施設と同様のものが使用されていますが、食器や食堂内の雰囲気をはじめ、日中の支援とは異なることも多く、今後はグループホーム独自の内容を追記したマニュアルの整備が必要と思われます。</p>		

	A - 2 - (1) - 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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の管理栄養士が立てた献立を基本としながら、利用者の体調や状況によっては臨機応変に変更しています。世話人を中心に台所で調理し、朝・夕、作り立ての食事提供に努めています。嗜好調査には本体施設に出向く利用者のみを実施されるため、漏れている利用者の意見が反映する様ホームの取組みが期待されます。食材は本体施設で一括購入したものを使用しており、日中本体で過ごす利用者の役割として食材を持ち帰っています。ホーム敷地内には菜園スペースがあり、収穫したものや地域からの差し入れ野菜は、新鮮で季節感ある料理が提供されています。</p> <p>献立は台所に掲示し、利用者がいつでも確認できるようにしています。</p> <p>食器をはじめ鍋なども一般家庭で使用するものを中心に準備しており、料理に適した器に盛り付け、提供されています。</p> <p>ソースや香辛料などメニューに応じて準備し、個人で副食（海苔瓶など）を備えている利用者もおられますが、過度な摂取にならないよう配慮しています。また、夕食時に飲酒を希望される方には、個別で相談に応じ支援しています。</p>		
	A - 2 - (1) - 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>リビング食堂は家庭に近い雰囲気になるよう、食器棚や食台、椅子やソファなどを配置しています。</p> <p>食事はつくしんぼ棟に集まって、利用者同士や職員との会話を楽しみながら摂っており、食事中は利用者自らテレビを消されるようです。基本的に全利用者が集まって食事を開始していますが、居室で楽しみなテレビ番組を見終えてから食堂に来られる方や身体状況によっては時間をずらしたり、部屋での食事にも対応しています。</p> <p>下膳は利用者自身で行う他、女性利用者は個人のエプロンを準備し、盛り付けを手伝うなど、できることで食への関わりが持たれています。</p>		
A - 2 - (2) 入浴		
	A - 2 - (2) - 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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の中には、短時間で入浴を済ませてしまう方や、洗い方が雑になってしまわれる方など、個別の課題と支援内容が記され、職員間で周知が図られています。</p> <p>安全やプライバシーの保護を含めて、入浴介助や助言方法などについてマニュアルを整備し、個々に応じた支援が行われており、同性介助や見守り・声掛けの配慮事項などについて、聞き取りからも確認されました。</p>		
	A - 2 - (2) - 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>入浴は基本的に週3回の支援のほか、発汗時のシャワーをはじめ、夜間失禁の場合は、清拭やシャワー浴により清潔保持に努めています。</p> <p>入浴の回数などは利用者の希望を聞き取っており、中には数名で入られることもあるようです。</p>		
	A - 2 - (2) - 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a・c
<p><コメント></p> <p>入浴はつくしんぼ棟を利用し、支援が行われています。</p> <p>浴室や脱衣所の設備などについては、利用者の意見や職員の気づきなどを反映しながら改善に努めており、浴槽のまたぎが楽にできる福祉用具が取り付けられました。また、鏡の設置やシャワーヘッドの交換、立位による着替えが困難になられた利用者椅子を備えるな</p>		

<p>ど、利用者の要望や身体状況に応じた改善に取り組み、安全で楽しみとなる入浴支援に努めています。</p> <p>浴室、脱衣所は状況に応じて温度管理をしており、空調設備を設置するなど必要な改善が行われています。</p> <p>外から脱衣所や浴室が見えないよう工夫が施されていますが、カーテンの長さが少し短いように思われました。実際の時間帯で外部からの浴室や脱衣所の様子(民家の中にある事業所のため、声の聞こえ具合なども含めて)を確認する機会を再度持たれることを期待します。</p> <p>今後、本体施設とは入浴設備や支援時間なども異なることから、グループホームの内容を追記したマニュアルの作成が必要と思われます。</p>		
A - 2 - (3) 排泄		
	A - 2 - (3) - 排泄介助は快適に行われている。	a ・ c
<p><コメント></p> <p>排泄はほぼ自立されており、誘導や確認が必要な利用者には、個別支援計画に定め支援されています。</p> <p>安全やプライバシー、失禁時の対応などに関するマニュアルについては、施設本体と同様のものを使用しています。</p>		
	A - 2 - (3) - トイレは清潔で快適である。	a ・ c
<p><コメント></p> <p>トイレはつくしんぼ棟に6か所(1階3、2階3)すぎな棟に1か所設けられており、掃除は毎日当番の利用者が行う他、月2回職員が細かに確認しながら行っています。また、職員は利用者と同じトイレを使用することで、使い勝手や臭気などを確認し、気づいた汚れなどはその都度洗浄を行っています。</p> <p>法人マニュアルの中には掃除チェックリストなどトイレ管理についても詳細に記されていますが、トイレの設備なども異なることから、今後はグループホームの内容を追記したマニュアルの作成が必要と思われます。</p>		
A - 2 - (4) 衣服		
	A - 2 - (4) - 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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>衣類の選択は利用者自身でされており、TPO に応じているか、重ね着の仕方や組み合わせ、外出時の衣類など必要に応じて職員が助言しています。</p> <p>衣類の購入は外出支援時に選んだり、職員が代行しての購入や、中には帰省時に家族が準備した衣類を持ち帰られています。</p> <p>衣類の購入や選択では、本人が購入している雑誌を参考にされる利用者もおられるようです。</p>		
	A - 2 - (4) - 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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>着替えは利用者自身で行われており、こだわりにより着替えをされないかたや、逆に頻回に着替えられる利用者などサポートが必要な場合は、意識づけのための貼り紙が居室に掲示されています。</p> <p>また、汚れなど職員や世話人が気づいた場合は、さりげない声掛けを行っています。</p>		
A - 2 - (5) 理容・美容		

	A - 2 - (5) - 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。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 理美容支援については、利用者の意思で決定されており、整髪や化粧など要望があれば職員が手伝ったり、相談に応じています。 法人施設で訪問カットを受ける利用者については、施設に置かれている雑誌などから好みの髪形を選ばれる利用者もおられ、自己決定の場を作っています。</p>		
	A - 2 - (5) - 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a ・ c
<p><コメント> 希望に応じ、本体施設での訪問カットや地域の理美容店への引率、日中利用されている他の事業所で散髪をされる利用者など、本人が希望した場所で支援が受けられるようにしています。利用者の中には職員によるカットを希望される利用者もおられ、1対1で利用者の希望を聞きながらコミュニケーションが図られています。</p>		
A - 2 - (6) 睡眠		
	A - 2 - (6) - 安眠できるように配慮している。	a ・ c
<p><コメント> “すぎな棟”と“つくしんぼ棟”の居室は造りや広さ、採光などは異なりますが、利用者の好みや使い勝手に配慮してレイアウトを共に考え、安心して休めるよう個別支援に努めています。 現在1名の方がベッドを使用され、他の方は布団を使用されており、夕食後や就寝前に敷かれているようです。寝具は季節や好みで調整されていますが、困難な方には空調管理を含め職員が支援を行うほか、シーツの洗濯や布団類の日光干しにより清潔に管理して安眠につなげ、季節外の寝具は、圧縮してホームで管理を行っています。 「夜間・睡眠マニュアル」は、法人施設と同様のものが使用されています。</p>		
A - 2 - (7) 健康管理		
	A - 2 - (7) - 日常の健康管理は適切である。	a ・ c
<p><コメント> 事業所は古民家を改修した“すぎな棟”と新たに建てられた“つくしんぼ棟”が庭を囲んで建っています。就寝はそれぞれの棟ですが、食事や入浴はつくしんぼで行われ、職員は普段の利用者の表情や行動から異常を見極め、早期受診につなぐように努めています。 法人の「健康管理マニュアル」に沿って、朝夕の検温や、血圧チェックを実施していますが、個人で体温計を所持し、自身で計る利用者もおられます。法人本体が休みの時には地域を歩いて施設へ出向き、広い敷地で体を動かしたり、中にはライオンズクラブ主催の駅伝大会に出られた利用者もおられます。 インフルエンザの予防接種は本人・家族の同意のもと実施し、職員は法人研修会で得た情報をホームで共有して、日々の支援に反映させ、精神面へのフォローや会話を通し、利用者同士のトラブルの回避や再発防止に努めています。 「健康管理マニュアル」については、本体施設とは別にグループホームの内容を追加したマニュアルを整備する必要があると思われます。</p>		
	A - 2 - (7) - 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 日中は個別支援計画に沿って本体施設で箱作りなどの委託事業に関わる利用者や、他の事業所のデイサービスなどへ通う利用者がおられ、利用者の所在先で異常があれば互いに連絡し、情報を共有した後、協力医への受診などを行っています。 地域で過ごす利用者にとって健康で意欲的に仕事や余暇活動に参加できることは特に重要であり、職員は世話人会議や研修を通じて情報の共有を図り、利用者の普段の状態を把握</p>		

<p>した上で、少しでも異常があれば本体施設職員への早期の相談や、病院受診につなぐよう努めています。</p>		
	A - 2 - (7) - 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a・c
<p><コメント> 利用者の中には慢性の疾病などが心配される利用者もおられます。個別に服薬チェック表で確認し、渡し忘れや飲み忘れ、重複などが生じないように注意を払っていますが、服薬ミスも発生しています。今後も薬の管理や、利用者が飲み終えるまでの最終確認の徹底を会議などで再度周知徹底されることが望まれます。 今後は、服薬支援にかかわるグループホームの内容を追加したマニュアルの整備が必要と思われるます。</p>		
A - 2 - (8) 余暇・レクリエーション		
	A - 2 - (8) - 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。	a・b・c
<p><コメント> 「なかま会」の中で少人数での外出や1泊旅行の計画などを行い、利用者の意見を最優先にしながら職員も提案を投げかけるなど側面から支援し、実現までの流れも共に楽しい時間となっています。 本体施設での各行事に参加し、入所者や関係者との時間を共有しています。 地域資源を活用して衣類や下着などの買い物に出かけ、中には雑誌を見て希望の品を購入する利用者もおられるようです。 障がい者や高齢者向けに運営している旅行の企画会社から送られるパンフレットなどから旅の情報を収集し、個人的に外出を支援しています。</p>		
A - 2 - (9) 外出、外泊		
	A - 2 - (9) - 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a・b・c
<p><コメント> 利用者は「なかま会」で個別の外出を計画し、町内の商業施設での買い物などを通じ、地域へ出る機会を作っています。法人施設での行事には職員や時には家族も共に参加し、秋の里まつりは、法人の一大イベントとして定着しており、利用者の楽しみとなっています。 地元小学校の運動会の応援、行政主催の福祉祭りや阿蘇菊池ブロックのきらめきフェスティバルへの参加など、地域交流の機会としても主要な行事となっています。 新年には歩いて近くの神社へ参拝し、地域の中の事業所として活動しており、今後は安全確保や緊急時などを想定したグループホームに必要な内容を追加したマニュアルを作成し、利用者にとって外出がより身近で安心なものとなるよう、取組が期待されます。</p>		
	A - 2 - (9) - 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	A・b・c
<p><コメント> 外泊は利用者・家族の意向に沿って行われており、遠方の家族の帰省に合わせて自宅に帰る方や、長期(1週間)に自宅に帰る方など、職員は希望日の調整や利用者の体調を見ながら支援しています。帰宅後には外泊時の出来事を嬉しそうに職員に話される等、家族との有意義な時間を後押ししています。 盆・正月の外泊を強制したり、利用者家族の事情を考慮せず無理に要請するようなことは行われておりません。 ただ、外出と同様外泊についても事業所の姿勢やルールに則ったマニュアルが必要と思われます。</p>		
A - 2 - (10) 所持金・預かり金の管理等		
	A - 2 - (10) - 預かり金について、適切な管理体制が作られて	a・b・c

	いる。	
<p><コメント> 所持金・預り金について、法人のマニュアルに照らし利用者が個別に管理し、夕食後のお金のチェックを世話人と一緒に行っています。月1万円の小遣いは、利用者の嗜好品（タバコ・アルコール）や菓子類、雑誌などの購入に充てられ、小遣い帳を使って自己管理することで、社会適応訓練の一つとしています。 収支報告は情報交換会や面談時などに行い、適正に管理されています。</p>		
	A - 2 - (1 0) - 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。	a ・ c
<p><コメント> 雑誌は外出時に個人で購入されていますが、新聞は「昼間は施設に行ってみるから要らない」と職員に話され、個人購読されている利用者は現在おられません。 テレビやラジオ、キーボードなど個人で持ち込まれている利用者もおられ、特にテレビは夕食前や休日、好きな番組を楽しんでいます。タブレット端末を所持されている方とは、週末の使用を職員と話し合っています。</p>		
	A - 2 - (1 0) - 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。	a ・ c
<p><コメント> 嗜好品については、利用者と個別でルールを決めて支援しています。 喫煙をされる利用者の個別支援計画の中には、ルールやマナーを守りながら、ペースを維持しながら喫煙を楽しみ、眠い時は控え、ゆっくり休むようにすることなどがあげられています。 飲酒も同じくルールを決めて支援し、夕食時のビールを楽しみにされている方もおられます。アルコール類については、台所で職員が管理しています。</p>		
A - 2 - (1 1) 社会適応訓練等		
	A - 2 - (1 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。	a ・ 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把握し、個別支援計画を作成しています。 個別支援計画は、利用者や家族への説明のあと、同意を得て訓練などを実施しており、状況に応じて適宜必要な見直しが行われています。 家族とは法人施設の行事をはじめ、交流する機会を持っており、相談ごとや質問にはいつでも応じられる体制をとっており、日中は本体施設に電話で尋ねられることが多いようです。</p>		

A - 3 施設・設備

		第三者評価結果
A - 3 - (1) 施設・設備		
	A - 3 - (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> 周囲に民家が点在し、先に事業を開始した“すぎな”は、もともと古民家改修型のホームです。 新たに創設されたつくしんぼと合わせて15室の運営を行っていますが、経年劣化や使い勝手を考慮し、必要な改修や改善が行われています。行政指導による補強筋のないブロック塀の撤去や、建物内は特に浴室や脱衣所が使いづらく、風呂場への空調や腰掛用の椅子の設</p>		

置、2階窓に手すりを取り付けるなど、職員の意見から利用者の使いやすさと安全面の確保から改善されています。また、ひやりハットや事故報告があった場合は、早急に改善を検討し、玄関ポーチの拡張工事が行われています。

現在、待機者も多くおられることから、新たなホームの建設が計画されており、利用者や家族への更なる支援の拡充が期待されます。

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象 ~ ）	3 4	1 0	1
内容評価基準（評価対象 A ）	2 2	5	2
合 計	5 6	1 5	3