

熊本市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 松永 一博	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：つくしんぼ11名 すぎな5名 （利用人数）15名
所在地：〒869-1231 熊本市菊池郡大津町大字平川2465番地	
連絡先電話番号： 096-293-1550	FAX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	GH交流会、ひまわりの種まき、どんどこや、GH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16室 （つくしんぼ11室、すぎな5室）	スプリンクラー、火災報知器、自動通報装置、消火器、防犯カメラ、洗濯機、乾燥機、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

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しています。利用者のニーズに応じた生活基盤を作り、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。

3 評価結果総評

◆特に評価の高い点

つくしの里の障害者支援施設（生活介護、施設入所支援、短期入所）との一体運営の中で、グループホームの運営が行われており、入居者それぞれの思いや希望に沿った適切な日常生活が送れています。

1. グループホームに対する利用者等や地域の理解を深めるため、情報公開が積極的に行われており、運営の透明性が確保されています。

法人ホームページに理念や基本方針をはじめ施設の特色や事業計画、決算報告、定期的に受審している第三者評価結果及び毎月発行している広報誌（「里だより」）を8年前分から載せて、グループホームが取り組んでいる様子が良く分かるようになっています。

また施設パンフレットを町役場や社会福祉協議会に配置して誰でも手に取りやすくしており、SNSでも施設の日常を発信しています。

2. 利用者と地域との交流が盛んに行われており、利用者のQOL（生活の質）を高めています。

法人の経営理念「地域社会に開かれ、愛される、信頼される施設」の実現を目指し、地域社会に根ざした施設運営を心がけ、利用者と地域との活発な交流を行っています。グループホームでは、近くの休耕田にひまわりの種をまいて、開花時期には近隣の住民にも知らせて鑑賞しています。またホームの主催行事としては、11月に地域住民を招いてバーベキュー大会を催すことにしており、その際にはホーム見学もしてもらう予定です。ここ数年これらの行事はコロナで中止していましたが、コロナの鎮静化に伴い、今年から順次再開されてきています。以前のような活発な交流の復活が待たれるところです。

3. 利用者を尊重した福祉サービスの提供が行われています。

法人理念に利用者尊重を明示し、5項目の倫理綱領（①生命の尊厳②個人の尊重③人権擁護④社会参加⑤専門的支援）を明示し、利用者に対する姿勢として「3つの約束」（①利用者が快適に過ごせるよう環境を整え、プライバシーを守る②利用者の気持ちや希望を大切にし、一人ひとりに合った支援を行う③笑顔で優しく接して分かりやすい表現で言葉を掛け合う）を定め、職員の行動規範とし、グループホームのリビング兼食堂に掲示しています。また毎月、利用者自治会（「なかま会」）でもこの約束が守られているか聞き取りを行い、全職員を対象とした虐待防止研修を実施しています。

各種マニュアルにも利用者尊重の基本姿勢を明記し、サービス向上委員会で定期的に利用者の権利が尊重されているか確認しています。

4. 職員、世話人が連携し利用者支援にあたっています。

作成された個別支援計画は職員、世話人への周知が図られ日常の生活支援の充実に取り組んでいます。事業計画の中でも職員・世話人との情報共有を図りより良い支援に努めることが掲げられています。

世話人会議の開催や虐待防止、救急法、感染症、各種マニュアルの見直しなど、毎月研修会を開催し利用者支援に活かしています。

5. 地域の中で温もりのある利用者支援が行われています。

施設本体から車で数分の場所に建つホームはすぎな棟とつくしんぼ棟と命名され15名の利用者が、ルールに則りながらゴミ出しやホーム庭先での交流会などを催し地域の一員としての生活を送られています。特にすぎな棟は民家改修型の建物であり地域の中の1軒家という雰囲気があります。経年もあり損傷も見られますが必要な改修を重ね安全に過ごせるようにしています。また、利用者が食事を楽しむつくしんぼ棟のダイニング食堂は家庭的な造りであり、世話人が調理する音や匂いを間近に感じることが出来ます。世話人も家庭的なエプロンを付けて調理に取り組んでおり、手作りの高菜漬けなどの一品は利用者に好評です。

それぞれの居室にはテレビや趣味の絵画作品、材料などが所狭しと置かれた部屋や思い出の写真の掲示など入居者が嬉しそうに案内されるやり取りからも満足度が伝わります。

◆改善を求められる点

1. グループホームとして「期待する職員像」を明確にされることが期待されます。

職員育成の取組は、職員一人ひとりが人事考課シートで半期ごとの目標を設定し、主任が面接し目標管理を行っています。

しかし、全職員に示すべき「期待する職員像」が明示されていません。職員自己評価では「期待する職員像が分からない」との声も上がっています。

今後は、就職活動用のチラシに書かれている「求められる人物像」などを参考にして「期待する職員像」を制定され、中長期計画や事業計画に明記し、職員に周知されることを期待します。

2. グループホーム独自のマニュアルの作成が利用者の生活により密着したサービスの提供につながるものと思われます。

本体では年間事業計画の中に各マニュアルの見直し時期を定め、施設や利用者の現状に即したものとなるよう担当者を中心に検討し、改訂した内容についてはメール送信で職員の誰もが最新の情報を取得できる体制としています。

ホームでは本体施設と同様の各マニュアルをサービスの基本として使用し、独自のマニュアルとしては利用者の生活に特化した“小遣いマニュアル”等が策定されています。しかしながらグループホームと施設入所はその目的や利用者の実態なども異なることから、双方に必要な共通部分にホーム独自の内容を追加検討し、新たなマニュアルの策定に着手さ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）

(R7.3.7)

今回、3回目の受審となりました。前回以上に、足を運んで、書面・聞き取りのみの審査ではなく、日常の支援や利用者さんの実態を見ていただきました。中長期計画において、定期的に第三者評価を受審し、その都度、改善する取り組みを行い、単年度の事業計画に落とし、毎年ブラッシュアップしていますが、利用者の実態が変化することで、サービス内容や支援方法も大きく変わりました。表出した課題も含め、見直していきます。また、マニュアル整備については、グループホームに、より特化したマニュアルになるよう整備していきます。

コロナ禍を終え、法人理念のもと、まずは「開かれた施設」であるように取り組んでまいりました。地域との交流については、ご近所の皆さまとの交流会も再開しましたので、ボランティア訪問も利用者の意見を確認し検討していきます。グループホームが地域社会の中で担う役割や意味、重要性を再確認していきます。

(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	特定非営利活動法人 あすなろ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	令和6年 3月30日～ 令和7年 3月29日
評価調査者番号	① 06-026
	② 13-001
	③ 17-011
	④ 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 松永 博	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：つくしんぼ11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	FAX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	GH交流会、ひまわりの種まき、どんどや、GH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16室(つくしんぼ11室、すぎな5室)	スプリンクラー、火災報知器、自動通報装置、消火器、防犯カメラ、洗濯機、乾燥機、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						
職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤	
管理者	1		社会福祉士	2		

サービス管理責任者	1		介護福祉士	18	
生活支援員	32		精神保健福祉士	1	
			保育士	7	
合 計	34		合 計	26	

※ 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。」

【スローガン】

『めくばり、きくばり、おもいやり、ありがとう』

【運営の基本方針】

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。生活の場の1つとして、生活介護・就労・高齢者サービス等と連携を図り、入居者一人一人が希望する生活が送れるようにする。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。

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しています。利用者のニーズに応じた生活基盤を作り、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	令和6 年 3月 30日（契約日） ～ 令和7 年 3月 29日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3 回目（ 令和元 年度）

5 評価結果総評

◆特に評価の高い点

つくしの里の障害者支援施設（生活介護、施設入所支援、短期入所）との一体運営の中で、グループホームの運営が行われており、入居者それぞれの思いや希望に沿った適切な日常生活が送れています。

1. グループホームに対する利用者等や地域の理解を深めるため、情報公開が積極的に行われており、運営の透明性が確保されています。

法人ホームページに理念や基本方針をはじめ施設の特色や事業計画、決算報告、定

期的に受審している第三者評価結果及び毎月発行している広報誌（「里だより」）を8年前分から載せて、グループホームが取り組んでいる様子が良く分かるようになっています。

また施設パンフレットを町役場や社会福祉協議会に配置して誰でも手に取りやすくしており、SNSでも施設の日常を発信しています。

2. 利用者と地域との交流が盛んに行われており、利用者のQOL（生活の質）を高めています。

法人の経営理念「地域社会に開かれ、愛される、信頼される施設」の実現を目指し、地域社会に根ざした施設運営を心がけ、利用者と地域との活発な交流を行っています。

グループホームでは、近くの休耕田にひまわりの種をまいて、開花時期には近隣の住民にも知らせて鑑賞しています。またホームの主催行事としては、11月に地域住民を招いてバーベキュー大会を催すことにしており、その際にはホーム見学もしてもらう予定です。ここ数年これらの行事はコロナで中止していましたが、コロナの鎮静化に伴い、今年から順次再開されてきています。以前のような活発な交流の復活が待たれるところです。

3. 利用者を尊重した福祉サービスの提供が行われています。

法人理念に利用者尊重を明示し、5項目の倫理綱領（①生命の尊厳②個人の尊重③人権擁護④社会参加⑤専門的支援）を明示し、利用者に対する姿勢として「3つの約束」（①利用者が快適に過ごせるよう環境を整え、プライバシーを守る②利用者の気持ちや希望を大切に、一人ひとりに合った支援を行う③笑顔で優しく接して分かりやすい表現で言葉を掛け合う）を定め、職員の行動規範とし、グループホームのリビング兼食堂に掲示しています。また毎月、利用者自治会（「なかま会」）でもこの約束が守られているか聞き取りを行い、全職員を対象とした虐待防止研修を実施しています。

各種マニュアルにも利用者尊重の基本姿勢を明記し、サービス向上委員会で定期的に利用者の権利が尊重されているか確認しています。

4. 職員、世話人が連携し利用者支援にあたっています。

作成された個別支援計画は職員、世話人への周知が図られ日常の生活支援の充実に取り組んでいます。事業計画の中でも職員・世話人との情報共有を図りより良い支援に努めることが掲げられています。

世話人会議の開催や虐待防止、救急法、感染症、各種マニュアルの見直しなど、毎月研修会を開催し利用者支援に活かしています。

5. 地域の中で温もりのある利用者支援が行われています。

施設本体から車で数分の場所に建つホームはすぎな棟とつくしんぼ棟と命名され15名の利用者が、ルールに則りながらゴミ出しやホーム庭先での交流会などを催し地域の一員としての生活を送られています。特にすぎな棟は民家改修型の建物であり地域の中の1軒家という雰囲気があります。経年もあり損傷も見られますが必要な

改修を重ね安全に過ごせるようにしています。また、利用者が食事を楽しむつくしんぼ棟のダイニング食堂は家庭的な造りであり、世話人が調理する音や匂いを間近に感じることが出来ます。世話人も家庭的なエプロンを付けて調理に取り組んでおり、手作りの高菜漬けなどの一品は利用者に好評です。

それぞれの居室にはテレビや趣味の絵画作品、材料などが所狭しと置かれた部屋や思い出の写真の掲示など入居者が嬉しそうに案内されるやり取りからも満足度が伝わります。

◆改善を求められる点

1. グループホームとして「期待する職員像」を明確にされることが期待されます。

職員育成の取組は、職員一人ひとりが人事考課シートで半期ごとの目標を設定し、主任が面接し目標管理を行っています。

しかし、全職員に示すべき「期待する職員像」が明示されていません。職員自己評価では「期待する職員像が分からない」との声も上がっています。

今後は、就職活動用のチラシに書かれている「求められる人物像」などを参考にして「期待する職員像」を制定され、中長期計画や事業計画に明記し、職員に周知されることを期待します。

2. グループホーム独自のマニュアルの作成が利用者の生活により密着したサービスの提供につながるものと思われます。

本体では年間事業計画の中に各マニュアルの見直し時期を定め、施設や利用者の現状に即したものとなるよう担当者を中心に検討し、改訂した内容についてはメール送信で職員の誰もが最新の情報を取得できる体制としています。

ホームでは本体施設と同様の各マニュアルをサービスの基本として使用し、独自のマニュアルとしては利用者の生活に特化した“小遣いマニュアル”等が策定されています。しかしながらグループホームと施設入所はその目的や利用者の実態なども異なることから、双方に必要な共通部分にホーム独自の内容を追加検討し、新たなマニュアルの策定に着手さ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）

(R7.3.7)

今回、3回目の受審となりました。前回以上に、足を運んで、書面・聞き取りのみの審査ではなく、日常の支援や利用者さんの実態を見ていただきました。中長期計画において、定期的に第三者評価を受審し、その都度、改善する取り組みを行い、単年度の事業計画に落とし、毎年ブラッシュアップしていますが、利用者の実態が変化することで、サービス内容や支援方法も大きく変わりました。表出した課題も含め、見直していきます。また、マニュアル整備については、グループホームに、より特化したマニュアルになるよう整備していきます。

コロナ禍を終え、法人理念のもと、まずは「開かれた施設」であるように取り組んでまいりました。地域との交流については、ご近所の皆さまとの交流会も再開しましたので、ボランティア訪問も利用者の意見を確認し検討していきます。グループホームが地域社会の中で担う役割や意味、重要性を再確認していきます。

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	8 人	
	家族・保護者等		
聞き取り調査	利 用 者 本 人	3 人	
	家族・保護者		
観 察 調 査	利 用 者 本 人		

(別紙)

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
<コメント> 当法人は平成3年に、障がいを持つ子の保護者たちの“親なき後も幸せに”との思いで、知的障害者更生施設「つくしの里」として創設され、法人理念として、「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～を掲げ、相談支援事業やグループホーム事業等拡充を図られています。 理念はホームページやパンフレット、毎月発行の広報誌「里だより」に掲載し、施設内にも掲示されています。 また、職員の行動規範となる施設運営の基本方針も明文化し、理念や基本方針は、職員会議で施設長から説明するほか、新人職員には研修会においてパワーポイントで分かりやすく、伝えています。 入居者や家族には、入居者自治会（「なかま会」）や家族会で説明しています。また食堂内には理念や基本方針等が掲示されており、利用者や家族への啓発、世話人間での共有に繋がっています。		

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> 施設長は町の福祉計画策定委員に就任しており、地域福祉計画や障害福祉計画を通して、地域の福祉環境や動向についての的確な情報の把握及び分析を行っています。 また当法人での勤務も長く、当施設のサービス管理責任者を兼務しており、現場業務に従事する理事として、経営状況や経営環境、課題等についての総合的な把握、分析ができています。		
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。	a・Ⓑ・c
<コメント> 新型コロナ禍もあり、職員の離職率増加で人員不足が当面の課題となっていました。一昨年から若手職員をメンバーに入れた人材確保推進委員会での職員採用フェアや就・転職専用サイトの活用などの職員採用強化で採用に繋がり、本年度はコロナ以前の職員状態に戻ってきています。 経営課題については、中長期計画で環境整備等5項目があげられていますが、具体的な今		

後の取組について記載されていません。職員自己評価でも「経営課題と取組が明確にされておらず、評価しにくい」「課題を挙げてはいるが、具体的な取組はしていない」等の意見が上がっています。今後は、中長期計画に上げられた課題をもとに、具体的な取組を明示されることを期待します。

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a・ b ・c
＜コメント＞ 理念・方針の実現に向けて平成25年度からの10か年計画を平成25年度～29年度、平成30年度～令和4年度の5か年毎の実施計画を経て、令和3年度に10か年の中長期計画（令和4年度～13年度）を策定し、取り組まれています。 法人を取り巻く環境として、大津町の福祉関連状況や当法人各事業の運営実績推移、職員現況の分析を行うとともに法人の課題と今後の方向性について5項目と組織体制上の4項目及び施設建て替計画の10項目について10年間の計画を策定しています。しかしながら計画の一部を除き、具体的な行動計画・達成目標が定められておらず、計画の3年目となりますが、ここまで進捗管理・検証・見直しが明確ではありません。 今後は、経営課題や問題点の解決・改善に向け、具体的な数値目標などを掲げ、達成状況の評価・見直しが行えるような計画と共に収支計画の策定が求められます。		
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。	a・ b ・c
＜コメント＞ 単年度事業計画は、サービスの質の向上等5項目の重点課題を設け、部署ごとの方針や各会議の年間テーマ、スケジュール、各種訓練、職員研修計画等が記載されています。 重点課題の5項目については具体的な年間の取組が明示されており、項目ごとに月次での評価、見直しを行うようになっています。また、グループホーム事業所として、ホームの運営等10項目の「具体的な事業への取り組み」を掲げて、世話人会議やなかま会、施設・後見人・家族情報交換会の年間計画も示され、詳細な計画になっています。 しかしながら、中長期計画で課題としている5項目を踏まえた計画とは言えないようです。中長期計画での課題を踏まえた評価が可能な単年度計画の策定が期待されます。		
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。	a ・b・c
＜コメント＞ 単年度の事業計画は世話人会議の意見も踏まえ、ケース会議（主任と職員の班会議）で課題や改善、要望事項などを取りまとめ、調整会議（主任以上の参加）、役職会議（係長以上）での議論を経て、12月からの事業計画作成会議（主任以上）で評価、見直しを行い策定されています。 策定された事業計画は毎年3月に、全職員対象の職員会議及び世話人会議において、パワーポイントなどを交え分かりやすく説明され、職員の理解を促しています。		
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。	a ・b・c
＜コメント＞ 事業計画の説明は、入居者へは年度末の「なかま会」で、家族等へは施設・後見人・家族情報交換会で、資料とともにパワーポイントを使って説明されています。特に入居者の生活		

に密接に関わる事項については写真や具体例など分かりやすい資料を加えて説明しています。なお、すべての家族等に事業計画書を郵送し、周知を図っています。

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・b・c
<コメント> 法人理念を基に中長期計画及び単年度事業計画で福祉サービスの質の向上を重点課題として取り組んでいます。 サービス向上委員会は、分野別の10の委員会からなり、支援職員（常勤）はいずれかの委員会に所属しており、サービスの質の向上意識を高めています。また、入居者支援向上をテーマにした定例の世話人会議では入居者と意見交換も実施しています。毎月開催のなかま会は、入居者第一の「3つの約束」の唱和から始まり、入居者の想い、意見をくみ取る場となっています。毎年行っている満足度調査も家族等との情報交換会で結果を説明し、更なるサービス向上に向け意見交換を行っています。 当法人は福祉サービスの質の向上のため、中長期計画で第三者評価の定期的な受審を計画し、今回が3回目の受審となりましたが、評価結果はホームページで公表しています。		
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・b・c
<コメント> 福祉サービスの質の向上は、日々の取組とともに毎年の自己評価の実施や定期的な第三者評価の受審、苦情相談内容にもとづく継続的、計画的な改善活動の実施が求められています。 福祉サービスの質の向上を重点課題とし、サービス向上委員会での検討やなかま会及び、保護者との情報交換会などで要望を反映させながら福祉サービスの質の向上に取り組まれています。 しかしながら、第三者評価の結果分析はなされていますが、具体的な改善の動きは遅いようです。 今後は、職員参画のもとで、第三者評価結果の分析、改善策の検討を行い、継続的に改善に取り組まれることを期待します。		

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・b・c
<コメント> 職務分担表に施設長の役割を明記し、職務代行者も定められています。また、自らが責任者である役職会議をはじめ、参加する各種会議において、施設長としての経営・管理・サービスの取組、役割を伝えるようにしています。毎月発行する施設の広報誌「里だより」には冒頭に「施設長より」のコーナーがあり、施設の現状や自らの想い、姿勢、方針など分かりやすく説明されています。また、日々の活動のなかで、速やかに職員に伝えるべき事については、施設内LANにより全職員へメール配信するようにしています。		

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。	a・ b ・c
<コメント> 施設長は長年の当法人勤務で、福祉サービスを提供する組織として一貫して法令遵守に取り組んでいます。関連する研修や勉強会へも積極的に参加し、職員にフィードバックしています。 ただ施設・法人として遵守すべき法令等は社会福祉関係法令はもとより、事業運営に係る幅広い法令や規程、社会的ルール・倫理に至るまで正しい理解と遵守するための取組体制が求められます。 今後は、柱となる法令遵守規定（コンプライアンス規程）を策定し、担当部署や担当者を設け、基本的な関係法令等の理解と具体的な取組が求められます。		
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。	a ・b・c
<コメント> 施設長は中長期計画及び単年度の重点課題に福祉サービスの質の向上を掲げ、意欲的に取り組んでいます。入居者や家族等への事業計画の説明には、パワーポイントや写真を使って分かりやすく説明し、意見・要望が出やすい工夫をしています。職員との諸会議、世話人会議へも自ら参加し、また議題によっては入居者本人を世話人会議に参加してもらうなど、日々の取組状況の把握や課題解決に積極的に取り組み、サービス内容の向上に努めています。 施設長はサービス管理責任者としてグループホームの現場責任者でもあり、サービス向上への課題や改善、職員の意見反映や教育・研修に、現場に沿ったリーダーシップを発揮しています。		
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。	a ・b・c
<コメント> 施設長は、業務の実行性を高めるため業務改善職員アンケート行うなど職員に意見を求めて反映することに重点を置いています。本年度は予定の職員の採用も実現し、職員の要望に沿った環境整備にも着手しています。今後も職員アンケートや会議で職員の意見を積極的に取り上げ、業務の実効性を高めたいとしています。 また、地域における自立した生活を基本方針とするグループホームは地域住民の方の協力が不可欠であり、日頃から地域との交流促進を心がけ、地域行事への参加や主催行事での交流会に積極的に取り組んでいます。		

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。	a ・b・c
<コメント> 近年の離職者の増加を受け、人材確保・定着を最重点課題とし、昨年度から人材確保推進委員会（5人のメンバー）を中心に採用活動を強化しています。若手職員の意見を取り入れ、年間スケジュールを組んで、転職専用サイトの活用、就職フェアへの参加、定期的な学校訪問、施設見学の受け入れなど積極的な採用活動を展開しています。 さらにマイナビでの施設の紹介や職員の声、就業の様子など映像を交えて生の姿を発信するほか、Instagramで施設の日常を紹介するなど就業希望者に寄り添った人材確保に取り組む成果を上げています。また中長期計画に離職率2%以下を目標に掲げ、継続して就業環境の改善に取り組む、人材定着を図っています。		

なお、入居者の日々の生活に欠かせない世話人の確保に備え、地域との交流促進を継続する中で、世話人の計画的な採用にも取り組んでいます。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・ b ・c
<コメント> 令和5年度から大幅に見直した新しい人事評価制度を導入し、定着を図っているところです。人事考課シートによる個人の目標管理制度をもとに評価者の研修を行ったうえで年2回役職者による人事考課面接を実施しています。職員処遇面では顧問の社会保険労務士と協議して改善に努めています。 今後は法人の理念を反映した全職員向けの「期待する職員像」に加え、グループホームとしての「期待する職員像」を明確にされることが期待されます。		
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。	a ・b・c
<コメント> グループホームでは、本体施設の施設長が管理者とサービス管理責任者を兼務しており、入居者の生活支援や介助・相談支援は、本体施設の支援職員が担当し、調理、洗濯、掃除等の支援は、業務委託している世話人が行っています。 世話人等の有給休暇取得や勤務シフト作成には、本人の希望を反映するようにしておりワークライフバランスに配慮しています。 また施設長は、世話人の入職時には面談を行い、3～4日の業務体験をしてもらってスムーズに業務に入れるように配慮しています。 職員意見の中に「休みの希望や有休はとりやすい」「風通しが良くなっている」という声が出てきており、引き続き職員とコミュニケーションを図りながら、積極的に対応されることを期待します。		
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。	a・ b ・c
<コメント> 法人での目標管理は、職員一人ひとりが人事考課シートで、半年毎の目標を設定し、期限と到達時期を記入し、班主任が中間面接して目標管理表を作成し、年度明けに再度面接して施設長に報告するようになっています。また新人職員には6か月担当職員が付き、サービス管理責任者が定期的に面談を行って育成状況を確認しています。 グループホームでは、世話人会議（毎月開催、施設長及び本体施設のグループホーム担当主任、世話人、意見等がある入居者が参加）で世話人からの意向も聞き取っています。 「期待する職員像」は、就職フェア用チラシには「求められる人物像」として5項目（体力、自己管理、社交性、プライベート充実、事務処理能力）が書かれています。 しかし職員自己評価では「期待する職員像が分からない」との意見もあります。 「期待する職員像」は、人事管理や職員の育成でも不可欠です。今後は、この就職フェア用チラシを参考にして、中長期計画や事業計画に明記し、職員に周知したうえで法人のホームページにも載せられることを期待します。		
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。	a ・b・c
<コメント> 職員の教育・研修に関する基本方針は、中長期計画で、他施設への研修や専門性の強化が明記され、専門性の強化については介護福祉士等の各種資格取得についての数値目標も具体的に載せられています。 また事業計画には、毎月の階層ごとの研修内容が示されています。他施設への研修は、コ		

ロナでまだ行われていませんが、地域の同種施設での研修は、自施設を見ることができる貴重な機会であり、再開が待たれるところです。		
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
＜コメント＞ 職員の知識や専門資格の取得状況等は一覧表にまとめて把握しています。新入職員の研修は、担当職員を配置し、1か月毎に進行管理を行い、半年後に正式な職場配置となるように配慮しています。 内部研修は、全職員を対象とする障害者虐待防止や感染症対策などだけが集合研修で、コロナ禍を経て、研修はオンライン研修が主になっていますが、いつでもどこでも受講できると職員からは好評の声が多く寄せられています。 グループホームでは、世話人向けに障害者虐待防止や感染症対策についての研修の他、救急法（ダミーを使用しての心臓マッサージ、AEDの使用法）や委託している警備会社への緊急時の連絡等についての研修を行い、感染症や緊急時に円滑に対応できるように心がけています。		
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・c
＜コメント＞ 実習生受け入れマニュアルに、実習生等の教育・育成についての基本姿勢や利用者への配慮事項、実習生の留意事項などを明記し、オリエンテーションを実施しています。 実習生としては、歯科衛生士専門学校生徒の他専門資格取得を目指す福祉系の大学生を受け入れており、それぞれの職種に応じたプログラムも整備されています。 実習生は、本体施設での実習の際は、状況を知るためにグループホームも見学することになっています。 なお指導者についても社会福祉士や介護福祉士を目指す実習生を受け入れのため実習指導者研修を受講させる予定です。		

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
＜コメント＞ 法人ホームページに理念や基本方針、施設の特色、事業計画、第三者評価結果、決算報告及び里だより（8年前分から）載せて、公開しています。 また苦情や相談については、法人ホームページに件数を載せており、前年度苦情はなかったものの要望は利用者・家族、外部から10件となっており、定期的を開催する第三者委員会にも報告しています。 また、分かりやすく書かれた施設パンフレットを地元町役場（電光掲示板利用）や社会福祉協議会等に配置し、SNSでも施設の日常を投稿しています。		
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
＜コメント＞ 事務分担表や経理規程で職務分掌や権限、責任を明記しており、職員はパソコンで確認できるようになっています。		

経理については、法人が委嘱している税理士が毎月収支を確認する他、法人監事が年1回（理事会開催前）、監査担当理事が年2回内部監査を行った結果が、理事会や評議員会に報告され改善が実行されています。

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
<コメント> 法人の経営理念である「地域社会に開かれ、愛される、信頼される施設」を目指し、中長期計画で「地域社会に根ざした施設運営」を掲げて、活発な地域との交流を行っています。 多様な社会資源リストを作成し、利用者の外出や買い物等の際には、イラストや写真も用いて必要な情報を提供しています。 グループホームでは、近くの休耕田にひまわりの種をまいて、開花時期には近隣の人たちにも知らせて鑑賞しており、また主催行事としては、この11月に地域住民を招いてバーベキュー大会を催すことにしており、その際にはグループホームを見学もしてもらう予定です。 ここ数年、これらの行事等はコロナで中止されていましたが、職員からも復活を望む声が多く寄せられており、今年から順次再開されてきています。以前のような活発な交流の復活が待たれるところです。		
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。	a・㉡・c
<コメント> ボランティア等の受入れについては、本体施設同様のマニュアルで基本姿勢や研修を明文化し、事前研修で資料により説明を行い、円滑に利用者との交流をおこなうこととしていますが、これまでグループホームへのボランティア等を目的にした訪問は行なわれていません。今後はホームとしてどのようなボランティア訪問が受け入れ可能かなどを検討され、実現されることが期待されます。土・日曜を活用したボランティア訪問、交流は有効かと思われます。 近くの小学校とは利用者と児童との活発な交流が行われ、運営協議会委員となっている施設長が障がいへの理解を深める講話も行っており、今後は学校教育への協力についての基本姿勢を中長期計画や事業計画に明文化することが望まれます。		
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
<コメント> 公共職業安定所等の各種行政機関や地域の関連事業所をはじめ利用者が日頃利用する飲食店や商店、娯楽施設、医療機関等の詳細な社会資源リストを作成しており、このリストはネットワークで職員にも周知が図られています。このリストは、グループホーム入居者が休日に食事や買い物での外出やドライブ旅行に行く際にも活用されています。 また、郡市自立支援協議会や福祉施設連絡協議会に参画し、施設長は近くの小学校の運営協議会委員や町社会福祉協議会評議員に就任しており、定期的会合で情報交換や課題解決に取り組んでいます。		

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。	㉑・b・c
<コメント> 地域の福祉ニーズや生活課題は、施設長が就任している町の福祉計画策定委員としての情報収集や法人の相談支援センターに寄せられるニーズ、敬老の日の弁当無料配布での高齢者宅訪問、地域の区役（草刈りや防災訓練）参加で把握しています。 また、来年度から地域連携推進会議が障害者支援施設及びグループホームに設置が義務付けられるのに備え、現在準備中ですが、この協議会には地域の代表者等の参加も見込まれており、地域の福祉ニーズや生活課題の把握がさらに充実されることと思います。		
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。	㉑・b・c
<コメント> 法人では公益的な活動として、近くの小学校との活発な交流を行っています。下校時の児童見守りで横断歩道での旗振りを職員と利用者が一緒に行ったり、当施設の行事の際には小学校駐車場の開放協力を得ています。また、敬老会での地区の高齢者への無料弁当配布を行い、感謝されています。 本体施設は町の福祉避難所となっており、生計困難者レスキュー事業にも取り組んでいます。		

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。	㉑・b・c
<コメント> 法人理念に利用者尊重を明示し、倫理綱領に具体的な5項目（①生命の尊厳②個人の尊重③人権擁護④社会参加⑤専門的支援）を掲げ、職員が利用者に約束する「3つの約束（①利用者が快適に過ごせるよう環境を整え、プライバシーを守る②利用者の気持ちや希望を大切にし、一人ひとりに合った支援を行う③笑顔で優しく接して分かりやすい表現で言葉をかける）」を定め、職員の行動規範となっています。 この3つの約束は、グループホームのリビング兼食堂に掲示し周知徹底されています。また、毎月の「なかま会」でも3つの約束が守られているかどうか聞き取りを行い、保護者にも周知されています。 また、各種マニュアルには、利用者尊重の基本姿勢を明記し、サービス向上委員会で定期的に利用者の権利が尊重されているか確認し、職員に周知されています。		
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・㉒・c
<コメント> 利用者のプライバシー保護については人権擁護プライバシー保護マニュアルが整備され、利用者には「なかま会」で周知し、満足度調査でも取り上げており、状況については家族へも知らせています。 またプライバシー保護については、本体施設での調整会議で毎回議題としており、各班のケース会議でもプライバシー保護の状況確認や検討が行われています。 脱衣所の暖簾の使用方法等気になる点が見られ、職員自己評価でも、「職員個人によって実践に差がある」「実際の支援場面では意識が薄い」という声もあり、今後、現場での意識を徹底されることを期待します。		

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。	㉖・b・c
<コメント> 法人ホームページに基本方針や理念をはじめグループホームの状況、サービス内容を公開しており、里だよりではホームを含めた施設の現況や運営状況をこまめに報告しています。 法人パンフレットは、町役場（電子掲示板）や社会福祉協議会に配置しており、利用希望者に対しては写真やイラストを多用したパワーポイントで丁寧に説明し、ホーム見学の他体験入所や一日利用も実施しています。		
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。	㉖・b・c
<コメント> サービスの開始に当たっては、利用者の自己決定が尊重され、重要事項説明書や運営規定などを使い利用者や家族等へわかりやすい説明を心がけています。グループホームは地域にある一軒の家のように地域社会に開かれ愛され、信頼される運営を目指しており、ホームの方針や地域との関係性についても説明を行い、集団生活上の個別のルールやホーム内の使い方なども利用者、家族等と一緒に決めていくこととしています。入居に必要な物品についても用紙にリスト化し、一度に持ち込む必要がなく、徐々に準備してもらうよう伝えています。		
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。	a・㉖・c
<コメント> グループホームを拠点に本体施設での生活介護や他事業所、福祉施設などを利用される方もおられます。事業所の変更、家庭への移行に当たっては、手順や引き継ぎ書を定めた入退所マニュアルが策定されており、サービスの継続性に配慮しています。 高齢化に伴い福祉施設へ移行された際には移行先との引き継ぎ会議で「実態調査シート」を提供し、利用者の基本情報や現状を伝えています。利用者、家族等には退所後の相談窓口としてサービス管理責任者や相談支援事業所の存在と、継続して相談などに応じる旨を伝えています。書面での手渡しなどには至っていません。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 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・㉖・c
<コメント> 利用者は法人での満足度調査を受けており、質問事項に対して利用者自身が答えやすい絵文字を使うなど工夫されています。給食委員会による嗜好調査とともに利用者の満足度の向上を目的として実態把握に努め、集計結果を利用者、家族等に報告しています。サービス管理責任者は「なかま会」に参加し、利用者の意見や要望を直接聞きながら運営に反映するようにしています。現在つくしんぼ11名、すぎな5名、計16名の入所ですが、グループホーム単独でのアンケートの必要性も感じています。		
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・㉖・c
<コメント> 苦情解決の仕組みが確立しており、解決責任者、受付担当者、外部有識者による第三者委員と苦情受付から解決までの手順や流れをマニュアルに定め、苦情解決の流れが示された掲示物をリビングに貼っています。 また意見箱の設置を利用開始時に説明していますが活用には至っていない様です。 職員アンケートには苦情解決の仕組みが利用者にはわかりづらく、胸の内を発言すること		

の難しい利用者のフォローにもっと力を入れる必要性を感じるなどの意見も聞かれました。苦情解決のみならず利用者に理解が難しい事柄については、くり返しの説明や情報提供が重要と思われます。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 日中は本体施設で利用者の意見や相談事に応じ、グループホームに帰宅後は当直者が1対1で話を聞くようにしています。利用者一人ひとりに担当職員がおり、担当者に相談事をされる方もおられるようです。職員は相談を受ける姿勢が大事であるとして利用者が気軽に話が出る体制を重要視しています。入浴について出された意見には「たまには一人でお風呂に入りたい」との利用者の率直な思いが出されており、個別支援の必要性とともに検討事項として全員で取り組んでいく意向を示しています。		
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
＜コメント＞ 利用者は法人でのアンケート調査や嗜好調査に参加する他、グループホームでは「なかま会」を通じて意見や要望を発言しています。出された意見等については議事録に残し、利用者が何時でも見られる状況にしています。同様に日誌や個人のケース記録に残すとともに対応策を検討し、内容によって時間を要する場合には途中経過や今後について説明を行い、利用者に安心してもらうこととしています。		
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・c
＜コメント＞ リスクマネジメントについての責任者を施設長と定め、本体に委員会を設置して体制を整え、職員は毎月の会議で事故及びヒヤリハットについて報告し、課題分析及び再発防止に努めています。事故防止マニュアルや緊急時対応マニュアルは本体施設と同様の物を使用し、緊急時対応の訓練時には消防署からの緊急蘇生法の指導などが実施されています。		
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
＜コメント＞ 感染症対策の責任者を施設長としてリスクマネジメント委員会やサービス向上委員会で予防及び発生した場合における利用者の安全確保、対策を整備しています。当グループホームで感染症が発生した際にはBCP（事業継続計画）に基づき対応を検討し、本体職員及び家族等に周知しクラスターに拡大した際にはホームページで感染状況及び対策を告知するなどホームの現状を明らかにしています。		
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やっている。	㉠・b・c
＜コメント＞ 本体施設では毎月何らかの防災訓練及び防災機器の取り扱いや備蓄品の確認などが実施されており、災害に向けた職員の意識は高くグループホームでも独自に年2回の総合訓練を実施しています。日中は他事業所などに外出している利用者や世話人などが揃う時間帯に行うなど、本体との関係や時間帯を見直し、ホーム独自での訓練が来ています。避難方法や経路の確認などを通して利用者自身で体感してもらうようにしており、災害備蓄はリスト化し食品や調理器具、衛生用品、照明などをつくしんぼ2階に確保し、食品については保存期限前に皆で食することとしています。		

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。	a・b・c
＜コメント＞ 法人が掲げるサービス内容の標準化は利用者の尊重やプライバシーの配慮、権利擁護に対する姿勢が盛り込まれた各マニュアルに文書化され、食事や排泄、入浴といった日々の支援に活かされています。しかしながらマニュアルについては本体との環境の違いや利用者の実態にそぐわないものもあり、グループホーム独自のマニュアルの必要性を感じています。		
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・b・c
＜コメント＞ 標準的实施方法については各マニュアルの検証、見直しの責任者を定め、計画的かつ組織的な仕組みが構築しています。マニュアルの中にはグループホーム独自に利用者の生活に特化した小遣いマニュアルなどが策定されています。		
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。	a・b・c
＜コメント＞ 個別支援計画策定の責任者をサービス管理責任者と定めています。毎年3月に利用者のアセスメントの見直しが行われていますが、必要があればその都度見直しの機会を持っています。利用者、家族等の意向や現状を分析し、グループホームでの暮らし方について利用者の「今の生活を続けたい」とのニーズに外出や旅行先への要望を盛り込みこれまでの生活の延長をあげています。当直者や利用者を近くで支える世話人からの情報は記録に残し、職員は毎月の世話人会議の中でサービス内容の適否を判断して計画書の評価までを行っています。		
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。	a・b・c
＜コメント＞ 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、利用者の視点に立って実践されています。マニュアルは見直しの時期や手順、利用者、家族等の意向の把握が明記され、計画策定の手順書としています。計画の変更にあたってはサービス管理責任者が招集する個別支援会議にて対応しています。		
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。	a・b・c
＜コメント＞ 利用者の身体状況及び行動の特徴、意向などの状況は実態調査シートに記録されています。職員は個別支援計画に基づくサービスの実施状況を日誌やケース記録より確認し、毎月の世話人会議で利用者の情報を共有する他、個別支援計画に基づいたサービスの状況についてモニタリングを行い、世話人の意見も反映されています。		

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
＜コメント＞ 個人情報の保護、管理については個人情報保護マニュアルの中に明示しています。本人、家族等については入所時に個人情報保護に関するグループホームの方針をわかりやすく説明したうえで文書を取り交わし、職員の入退職に伴い事前に誓約書を交わして情報漏洩に対する危機管理に努めています。また利用者に関する記録の管理については同マニュアルで責任者を施設長として記録の保管、廃棄、情報の提供に対する規定を定めています。書類の保存期間は5年間とし利用者、家族等からの申請により情報開示について対応しています。		

＜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。	㉑・b・c
＜コメント＞ 法人理念に掲げる「畏敬と信頼」の精神に添い、職員は利用者との信頼関係の構築に努め、改まった機会だけではなく、普段の関わりから意向の確認に努めています。また、生活に関わるルール等については、アンケートの実施や「なかま会」を中心に意見を引き出す他、世話人会議には必要に応じて利用者も参加しています。 衣服については外出時に衣服の購入をされる方やカタログを見ながら選びネット購入をされる方もおられます。理美容については本体施設での訪問カットを利用したりカットに外出される方もおられるなど自己選択・自己決定を尊重し支援しています。		
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。	㉑・-・c
＜コメント＞ 法人で法令遵守を掲げ、虐待防止、人権・プライバシーマニュアルを整備し、年間研修計画の中で障がい者虐待防止と虐待防止実践論を年度初めに行い、職員の共有と理解を図っています。 「3つの約束」は、毎月開催される「なかま会」で開始前に必ず読み上げ、守られているかを聞き取りした後、利用者からの意見、要望を聞き取っています。また、虐待防止委員会で虐待防止、身体拘束についてグループホームの現状を話し合い、周知や理解に繋げています。 事業計画の中にも【人権の擁護】として意思決定支援の安定、人権やプライバシーが守られた利用者支援の充実を掲げています。		

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。	㉓・b・c
<コメント> 本人の出来ることを生かした自立支援を目標に掲げ、利用者が自力で行う生活上の行為は見守りを基本とし、必要な時に必要な支援を行っています。利用者の自律・自立生活のための支援への取組については、世話人会議をはじめ個別に検討しています。 区分更新や年金の手続きなど、行政手続、生活関連サービス等の支援も個々に応じて適切に行われています。		
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。	㉓・b・c
<コメント> コミュニケーションの取れる利用者が殆どであり努めてその時々表情に合わせてゆっくりとした会話を心掛けています。また世話人会議などで情報を共有したり、ケース会議の中でも個々に応じたコミュニケーション手段に関する意見や共有が図られています。 職員研修は経験年数に応じてテーマを設定しており、1～3年目の職員には障がいの種類やコミュニケーション手段の確保につながる内容が含まれています。		
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。	㉓・b・c
<コメント> 本体施設同様グループホームにおいても障がい者（利用者）の意思決定支援の推進、個別支援計画等への反映について協議されており、「利用者の意思決定について考える」の内容で職員研修が組まれています。 利用者からの相談は主に食堂や居室をはじめ、日中活動中であれば施設内の適切な場所で傾聴しており、内容を記録に残し、サービス管理責任者をはじめ栄養課など関係職員と検討し理解や共有が図られ、相談内容をもとに個別支援計画へ反映されています。 サービス管理責任者や主任は、施設入所者とは異なる相談事もあるとし、一軒の家で共に時間を過ごす中で足を止め、耳を傾ける姿勢を大切にすることが重要であるとして会議や研修の際伝えていきます。利用者と職員は馴染みの関係が構築されており、「〇〇さん！あのですわね～！」と気持ち良く入浴を終えた利用者が職員に相談後を持ちかける光景がありました。 定期的に開催されるなかま会も利用者が職員へ話したいことを話せる機会の一つと捉えています。		
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。	㉓・b・c
<コメント> 個別支援計画にもとづき利用者の希望やニーズにより選択できる日中活動が用意されています。 希望や要望をはっきり伝えられる方も多く、「〇〇に行ってみたい！」などには、旅行会社を活用しこれまで、天草や阿蘇、菊池などへの日帰り旅行や大相撲観戦、サーカス観覧等が実現しています。 今後も地域行事やスポーツイベントなどの情報を収集し、利用者の日中活動の範囲を広げる事やなかま会や満足度調査などで出された意見や希望を反映し、グループホーム独自のイベントやレクレーション活動に取り組みたいとしています。		

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。	a・b・c
<コメント> 職員研修は経験年数や役職別に障がいに関する専門知識の習得と支援の向上を図るための内容が組まれています。 利用者の障がいによる行動や生活状況などを把握し、支援方法など会議や法人内メールで共有を図っています。研修は本体施設で開催されており世話人へは世話人会議や必要な研修に参加する他利用者やグループホームに関係のある書類（研修記録を含め）を回覧し共有を図っています。		
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。	a・b・c
<コメント> 食事 献立は年代別に集計されるアンケートや「なかま会」、給食会議などで出された意見や要望をもとに管理栄養士が作成した本体施設と同じものに沿って世話人により調理、提供され、電子レンジやオーブントースターも備わっており、自由に使用することができます。 家庭的な台所や食堂であり、調理の匂いや音を間近に感じられることも食欲や楽しみに繋がっています。 グループホームで使用する食材は本体施設厨房で鮮度や地元産のものに配慮し仕入れています。翌日の朝食の食材は利用者が施設から帰宅する際の車両に積まれホームに届けられるものもあります。野菜は近隣からの差し入れを活用したり、世話人さん特製の高菜漬などが一品として食卓にのぼることもホームならではの取組であり、利用者も楽しみにされています。 食事はつくしんぼ棟で摂っており、席の配置は身体状況や相性などを世話人とともに検討して、数日間様子を観ることで状況を把握し、互いが過ごしやすい共用空間を提供しています。 食事形態や苦手な食材へも個々に応じて対応しており、聞き取りやアンケートにも「とても美味しく楽しみ」「美味しいと本人が話してくれます」など本体施設同様満足度の高さが窺えました。 入浴・清拭 入浴はつくしんぼ棟の浴室で支援されており、清潔保持に加え利用者にとって寛ぎや楽しみな時間の一つとなるよう、浴室の環境を整え個別支援計画に沿って対応されています。前回の評価結果を踏まえ暖簾の使用法など改善が図られています。 入浴回数は基本的に週3回（男性＝月・水・金、女性＝火・木・土）、発汗時や失禁時にはシャワー浴や清拭を取り入れ不快なく過ごせる様支援しています。シャンプー類は好みの香りや使い慣れた品などを準備される方もおられます。季節湯として菖蒲や柚子湯が継続されています。 排泄 現在、日中は全員が布パンツを使用され自立で排泄をされていますが、支援を必要とする際はプライバシーに配慮し、迅速かつ適切に行うこととしています。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、当番の利用者と職員が定期的に破損等を含め確認しています。 排泄用品布も布パンツやリハビリパンツ、ポータブルトイレなど個々に応じて対応しています。 移動・移乗		

1名の方が歩行器を使用され、他の利用者は独歩で活動されています。福祉用具の使用に関する相談や質問はその都度本体施設に理学療法士来所時に行い、心身の状況に応じ適切な器具の使い方を支援しています。		
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
<コメント> 民家改修型の棟と新たに建てられた棟であり室内の配置や雰囲気は異なりますが、居室や日中活動の場は安心・安全に配慮され充実したものとなるよう、「なかま会」での聞き取りやサービス向上委員会を中心に対応されています。また、必要に応じて理学療法士による生活環境についてもアドバイスを受けています。グループホーム内で事故が発生した場合は報告書や防犯カメラの活用等により、事故原因の分析を行い、再発防止に努めています。 居室、食堂、浴室、トイレ等は清潔や適温に心掛け、コロナ禍においては特に消毒を含め感染対策が取られています。掃除は職員や利用者もできるところは日中活動の中で取り組んでいます。 建物（特にすぎな棟）は経年による老朽化は否めず完全バリアフリーでない箇所もありますが世話人と連携しながら家庭的な雰囲気を大切に利用者が安心して過ごせるよう努めています。大がかりな設備・整備については年度で計画しており、今年度はすぎな棟の屋根補修や居室のエアコン整備があがっています。 居室替えは基本的に行われていませんが、トラブルが発生したり相性など状況に応じて居室替えが検討されています。居室にはテレビやラジオ、趣味の道具や本、色鉛筆画の作品の掲示など思い思いに過ごせるような品が配置されていたり、物品がない方が安心されるなど個々に応じて対応されています。 快適な睡眠が守られるよう家族の協力を得ながら季節に応じた布団の出し入れや寝具のクリーニング、必要な方にはエアコンの調整が行われています。特に天候の良い日は寝具の日光干しにより安眠に繋げています。		
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
<コメント> 個別支援計画に基づき、掃除や洗濯、趣味や特技の制作活動などが支援されています。また、グループホームの外周を歩いたり、草取りなども生活訓練の一つとして希望に応じ楽しみながら取り組めるようにしています。居室に掃除道具が置かれた部屋や日中活動から帰宅後、洗濯物やハンガーを手にし、「今から干すところですよ～」と職員に語る利用者の姿が見られました。また、本体施設で受けるPTによる指導も日常的生活の中で取り入れています。		
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
<コメント> 支援員、世話人が協力して健康管理を行っています。毎日の検温や血圧測定（医師からの指示のある方）、薬の処方に応じ定期的な受診を支援しています。家族からも定期的な訪問歯科診療、健康診断や通院支援等結果報告を受けており安心できるとのアンケート内容がありました。 本体施設同様入浴や排泄、食事支援など様々な場面を通じて、利用者の健康状態の把握に努めています。特に食事においては食欲、食事中のむせ、飲み込み具合など世話人が気づいたことは職員に伝え今後の状態観察に繋げています。プライバシーに配慮しながら入浴前に発疹や内出血の確認も行っており、マニュアルの中にも、入浴前に利用者の体調確認に努め		

ることが記されています。また何か異常や気になる事があれば速やかに本体施設に連絡し指示を仰いでいます。状況によっては大事を取り施設での宿泊対応としています。 本体施設や他のサービス事業所から帰宅した後は、自由に活動されており庭先で運動したり休日は散歩や理学療法士から受けたアドバイスをもとに掃除や洗濯干しなど生活リハビリに取り組み、利用者の障がいの状況に合わせた健康の維持、増進を図れるように努めています。		
A⑫	A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	a・b・c
＜コメント＞ 医療的な支援の実施については、個々に応じて必要な内容が計画書に記入されています。今後マニュアルなどの中に医療的な支援の実施についての考え方（方針）や管理者の責任を明確にしておくことが必要と思われます。 服薬に関しては事業計画の中で事故防止に向けた取組内容の一つに掲げ、本体施設のマニュアルを使用しながら、配薬手順を見直すなどグループホーム独自で誤薬の改善に努めています。 アレルギーや慢性疾患のある利用者への対応については、コロナ禍に配慮し近年はWEB研修も取り入れています。今後はホーム独自のマニュアルの作成が期待されます。		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A⑬	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	a・b・c
＜コメント＞ 選挙権の行使は本体施設同様のマニュアルに沿って、利用者の選挙権行使を支援しています。 グループホームは地域の中にあることから、日常生活で出るごみは事業所内に分別ボックス（燃える可燃、ビン・カン・紙）を用意し、地域のルールに則り所定の場所へ利用者も一緒にゴミ出しを行っています。 個別支援計画更新の際や面談、なかま会の中で利用者の意向や希望を確認しており、買い物外出や絵画の制作をはじめ今年度は、利用者2名職員2名で佐賀県嬉野への旅行が実現しています。 自宅への帰省、外泊への要望には家族等とも随時連携を図りながら対応しています。外泊については家族等の高齢化もあり、利用開始時のように本人が希望する頻度での対応は難しくなっている例もあるようです。		
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。	a・b・c
＜コメント＞ 利用者の希望や意向を尊重した地域生活のため、日頃からの近隣地域との交流を通して関係を築いていくことや法人をはじめ地域の相談支援事業所、福祉施設などとの連携、社会資源等との連絡・調整を進めています。 地域が主催する花苗植えに利用者と共に参加したり、12月に開催される花火大会はグループホームからも良く見え夏とは違った冬の夜空に上がる花火を楽しまれており、法人として協賛金の協力を行っています。また、ホーム主催の交流会では、コロナ禍以前はバーベキュー大会が恒例となっていましたが、ここ数年は状況を見ながら計画しています。 また、個別支援計画書作成や見直しの際は、地域生活についての要望などを聞き取り検討が必要な内容であれば速やかに対応しています。		

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。	㉓・b・c
<コメント> 定期的な面談や情報交換会の中で家族等からの相談を受けたり意見交換を行う他、生活状況等を報告する機会を設けており、必要に応じて助言などの家族支援が行われています。また、家族等から直接ホームに電話がかかってくることもあり、時間帯に応じ職員や世話人が質問や本人への連絡に応じています。 利用者の体調不良や急変時、緊急の受診等の際はマニュアルに沿って対応されています。 家族等との連携の一つとして毎月広報誌が発行されており、紹介される法人の行事やイベントなどの情報を通して里の秋まつりや保護者会主催のイベント（コンサート）への参加は他の家族等との交流の機会にもなっています。 グループホームは本体施設から少し離れた山間の集落の中にあり、すぎな棟は特にもともと民家改修型の建物であり、地域に馴染んだ外観は落ち着き家族も訪れやすい雰囲気であると思われます。		

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
<コメント> 該当がないため表記していません。		

㉓-4 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
<コメント> 該当がないため表記していません。		
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
<コメント> 該当がないため表記していません。		
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
<コメント> 該当がないため表記していません。		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（Ⅰ～Ⅲ）	3 2	1 3	0
内容評価基準（Ⅳ）	1 4	1	0
合 計	4 6	1 4	0