

(別記)

(公表様式2)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準
 (障害者・児施設版(居住系、通所系、訪問系))

評価機関

名 称	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	平成26年10月16日～平成26年12月12日
評価調査者番号	第08-018
	第10-004
	第09-014

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 須古 博信 (管理者) 道端 由美子	開設年月日： 平成18年10月1日
設置主体：社会福祉法人 恩賜財団 済生会 経営主体：済生会熊本福祉センター	定員：90名 (利用人数：84名)
所在地：〒861-4127 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/work/grouphome.html .

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
共同生活援助(介護サービス包括型)、 短期入所、	宿泊旅行、忘年会、内田町夏祭り、地域清掃活動、防火避難訓練(年6回)、フットベースボール大会参加、アビリンピック熊本県大会参加
居室概要	居室以外の施設設備の概要
熊本市西部地区、並建町、内田町に合計14棟のホーム(全室個室)を有する。 内田町施設に短期入所専用の居室5室有り。 各居室...エアコン、押入れ設置	スプリンクラー設置...内田・並建ホーム(6棟) 防犯カメラ設置...並建ホーム(4棟) SECOM火災監視・非常通報システム(12棟)、AED(自動体外式除細動器)設置、公衆電話、食堂、キッチン、リビング又は居間、テレビ、浴室、脱衣所、トイレ、洗濯機、乾燥機、洗面台...各ホーム

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	
副管理者	1		介護福祉士	3	
サービス管理責任者	4		介護支援専門員	2	
生活支援員	5		社会福祉主事任用	4	
夜間専門支援員	4		看護師	1	
世話人		1 8	准看護師	1	
支援補助員		1	養護学校教諭 種	1	
事務員	2		ホームヘルパー 2 級	3	
			ホームヘルパー 3 級	1	
合 計	1 7	1 9	合 計	1 8	

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 評価結果総評

特に評価の高い点

法人理念や将来構想を実現するための中・長期計画が策定され、運営されています。

法人の中・長期事業計画を踏まえた、グループホーム事業所の年度毎の運営方針や事業計画が前年の評価・分析に基づき策定されています。具体的には、管理運営会議の伝達や進捗状況の確認、課題検討が行われ、3か月毎に計画の見直しが行われています。居住支援サービスとしてのグループホームの役割を充分認識した上で、年間・月間アクションプランの導入やPDCAサイクルによる経営管理など安定したホーム運営を目指した取り組みが行われています。

利用者ニーズに応じた多くのグループホームが設置・運営されています。

様々な形態のグループホームが地域に14棟設置・運営され、短期入所の受け入れ等利用者ニーズに基づく事業・活動が展開されています。障がい者の地域移行を先取りし、利用者の状態に応じた多様なグループホームを地域の中に設置されたことは、利用者の社会参加促進やQOLの向上のみならず、法人の居住支援サービスを実践する場として機能しています。

利用者一人ひとりの希望や意向を尊重されたサービス実施計画が策定されています。

サービス実施計画については、利用者の意向を基本に、策定マニュアルに従い、アセスメント、計画、実施、評価の各過程について期間を定め計画的に展開されています。特にホーム独自に作成されたアセスメントシートは細やかな情報収集ができるようになっており、課題の見落としや漏れを防ぎ、より個別性の高い実情に即したサービス実施計画が作成されています。また、計画の説明や同意、モニタリングの場面においても、利用者との協働と取り組まれており「利用者主体」の姿勢が評価できます。

改善を求められる点

職員への更なる説明の工夫や全ての職員への周知と、質の向上に資する取り組みに

期待します。

今回の管理者インタビューから、人事、労務、財務、人員配置の検証による職員の働きやすい職場環境の整備や業務の効率化による改善など素晴らしい取り組みを聞くことができました。短期間に沢山の資料が整備されたことは評価できます。しかし、職員の自己評価で「知らない」とか「実施されていない」「人事考課が反映されていない」という職員間の齟齬が見られ、更なる説明の工夫や全ての職員への周知が課題とされます。目的別・段階別職員研修や目標管理と人事考課、コンピテンシー評価の導入など、更に整備された資料を実行・分析され、質の向上に資する取り組みが行われることを期待します。

ボランティア受け入れマニュアルやボランティアチェックリストは作成されていますが(祭り等)、グループホーム独自の体制整備が不十分です。実習生の受け入れ体制を含めた今後の整備、実行を期待します。

利用者への丁寧な行動、言葉遣いの徹底を期待します。

法人として、職員の利用者に対する接し方について、利用者をひとりの個人として尊重するための接遇マニュアルが作成されて研修も行われていますが、利用者を対象としたアンケート調査で一部の利用者から職員の接遇に対する不満の声もあがっております。今後接遇マニュアルに基づいた丁寧な行動、言葉遣いが徹底される取り組みを期待します。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント(400字以内)

(H27.1.13)

今回の福祉サービス第三者評価受審は、理念や基本方針、方向性といったものを、あらゆる人々へ周知していくことの大切さを痛感しました。

また、日々業務遂行する中で当然のように職員間、職員・利用者間のコミュニケーションを図りつつ、意思疎通しながらやってきていたつもりでしたが、一部のところでずれが生じているという事実を認識することができました。

今後は、そのようなところに真正面から向き合い職場環境改善に努めることに注力していきたいと考えています。人材の確保・育成におきましても、今回の評価を真摯に受け止め、組織全体が一体となった人事評価制度の更なる充実と人材育成プログラムを取り入れ積極的に実践していきたいと考えます。

一方で、全般的に高く評価を頂きまして、職員の自信、誇りにもつながったと思います。これからも社会的使命を自覚しつつ、地域福祉に貢献できるよう邁進していきたいと考えています。

4 評価分類別評価内容

評価対象 1 理念・基本方針	法人理念・基本方針は明文化され、基本方針を踏襲したグループホームの経営(運営)方針や倫理綱領、職員の行動規範とともにグループホーム事務所前玄関に掲示されています。また、理念や基本方針はパンフレットや広報紙に掲載され、職員や利用者及び家族、地域にも周知が図られています。 理念や基本方針の職員への周知は、グループホームの各種会議での確認(唱和)が行われ周知が徹底されています。基本方針には「ライフステージに応じた自立を支援します」や「利用者主体の福祉を実践します」という自己決定の支援と利用者主体のエンパワメント理念に基づいた援助がうたわれ職員の行動指針になっ
-------------------	--

	<p>ています。</p> <p>利用者、家族への周知として、各ホームには振り仮名をつけた文書を作成し、分かり易い言葉で説明するなど理解しやすい配慮を行い、各グループホームの玄関にも掲示して周知に努めています。家族にも封書での郵送や家族会での説明など周知が図られています。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>中・長期計画については、法人「済生会の第4次計画」を長期事業計画とし、済生会熊本福祉センターで中期事業計画（平成25年から29年度）が策定され、それを踏まえた済生会グループホーム事業所の年度事業計画が策定されています。組織の連携が謳われ、各事業所の管理者による管理運営会議が毎週行われ、進捗状況の確認や課題検討を行い、3か月ごとに計画の見直しが行われています。評価は次の計画修正に課題として継がれ、年間・月間アクションプランとしてPDCAサイクルを取り入れた計画が策定されています。事業計画は年度初めの広報誌に理念・基本方針、運営基本方針とともに掲載され職員、利用者、家族、地域にも発信されています。</p> <p>事業計画の職員への周知は、文書の配布や職員全体会議、グループホームの職員会議、世話人会議などで説明され、所内のイントラネットシステムでも見ることができます。</p> <p>利用者への周知は文書に振り仮名をふり、分かり易く口頭説明され各ホームに掲示されています。しかし、職員の自己評価によると利用者が理解するための更なる工夫が必要ではないかとの意見もでており、障害特性を踏まえた、認知しやすい方法を職員間で工夫されることが望まれます。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>管理者の役割と責任については運営規定や業務分掌、広報誌に明示されています。また、管理者自ら各会議や研修会等でその役割や責任を表明されており、職員自己評価からの受け止めも概ね良好です。</p> <p>遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みについては、管理者は済生会本部のコンプライアンス研修に参加され、職員に対してもコンプライアンス研修内容を伝達・共有され、施設全体としての取り組みが行われています。</p> <p>質の向上への意欲とその取り組みに指導力を発揮しているについては代表者会議、職員会議、委員会に出席した際に触れ、考え方や方針を発信されています。職員幹部研修会やステップアップ研修会、各種委員会活動などでも職員の意見を聞き、質の向上に努めておられます。「自分達の意見を取り入れて貰っている」と職員自己評価も良好です。</p> <p>経営や業務の効率化と改善に向けた指導力の発揮については、</p>

	<p>管理者が兼務する済生会熊本福祉センター全体で毎週管理運営会議を開き経営状況やコストバランスを分析検証されています。人事、労務、財務、人員配置の検証を行い、職員の働きやすい職場環境整備など、経営や業務の効率化に向けた取り組みが計画されており、その実行性が今後の課題とされます。</p>
<p>評価対象 1 経営状況の把握</p>	<p>事業経営を取り巻く環境が的確に把握されていることについては、管理者は研修会への参加や先駆的施設見学を通じて社会福祉の動向把握に努め、事業経営を取り巻く環境を的確に把握しています。また、次年度のグループホーム利用者数を把握し事業所の利用計画を策定するなど、的確な事業経営状況の把握ができています。</p> <p>経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行なっていることについては、管理者は毎週管理運営会議を開き経営状況やコストバランスを分析検証して課題発見に努めています。しかし、地域の福祉ニーズや潜在的利用者データ等の動向把握等にも目を向け、分析・課題の抽出が望まれます。今回職員の自己評価では「知らない、分らない」という声も聞かれ、管理者と職員の格差が見られました。経営状況や課題について職員・世話人への周知の方法を工夫されることを期待します。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>人事管理体制の整備については済生会熊本福祉センターの諸規定の労働法規関係に規定され、法人全体で必要な人材や人員体制に関する基本的な考えが明確化されています。グループホーム管理者が済生会福祉センター長と兼務のため、定期採用計画、独自のキャリアパスに基づく昇格・昇級試験の実施、新人教育から階層別職員研修、リーダーシップ研修などOJTも含めた具体的なプラン（育成ビジョン）を策定されており、職員満足度アンケートと併せた人事管理の今後の実効性に期待します。</p> <p>人事考課については、法人全体で人事考課のシステムが構築され文書化されています。具体的には、個人別目標管理を行い職員が評価プロセスに参画し、前半の4月～9月自己申告・自己評価を行い人事評価・面接を通して他者評価を受け、後半の10月～3月インタビュー面接による個人別目標管理が行われ、レベルアップが図れるような客観的な基準に基づく人事考課が実施されています。また、キャリアパス制度やキャリアアップ、スキルアップの資格取得制度が設けられ、自己評価や満足度アンケートを踏まえたキャリアアップの制度は職員自己評価でも高く評価できますが、一部の職員から「人事考課があっても、一部の職員はボーナスに反映されていない」、「賞与を減らされるとき理由が不明」、など声が聞かれていますので、全ての職員の納得が得られるような説明と制度の検討が望まれます。</p> <p>職員の就業状況の配慮については、職員満足度調査や年2回の個別面談で話ができる体制が整えられています。意見には速やかに対応され、概ね好評です。職場復帰マニュアルやハラスメントフローなども整備され、内部のイントラネットで情報の共有は図</p>

	<p>られています。一部の職員からは時間外労働についての不満の意見もあり、今後の更なる工夫・配慮が望まれます。</p> <p>職員の福利厚生は年1回の検診による健康管理体制、熊本市ふれあい共済の加入、慶弔規定や施設職員互助会の取り組み、産業医や安全衛生委員会によるメンタルヘルス対策など充実した取り組みが行われるなど積極的な取り組み姿勢が伺えます。</p> <p>職員の質の向上にむけた体制としては、研修委員会で年間・月別計画表を作成し、年6回の研修や個別の教育・研修計画が策定されています。自己評価の目標管理欄に自己のスキルアップを目指した記入欄があり、面談で確認し支援が行われます。施設内、外の研修参加など基本姿勢が示され、事業計画にも明示されています。新たに年間目標を通した公平な研修機会の提供、全職員の資質向上を目指す取り組み、研修費比率やコンピテンシー評価の導入計画にも期待が持てます。</p> <p>実習生の受入については、専門学校や大学の実習生受入体制はマニュアル化され、その社会的責任を認識されていますが、居住施設ということで単独での受入は稀なケースで、他の事業所の実習生を間接的に受け入れるのが殆どで、今後の受入体制の整備が望まれます。</p>
3 安全管理	<p>利用者の安全を確保する取り組みとして、グループホーム事業所の緊急時の利用者対応マニュアルや感染症マニュアルが作成されています。グループホーム事務所前玄関に「AED」が設置され緊急時に使用できるよう説明会が救急法の研修と併せ実施されています。また、インシデント・アクシデント事例の検討や施設点検リストによる点検など、安全対策に努めています。利用者は外出の際は身分カードを持ち緊急時に備えています。また、協力医療機関や緊急連絡網の一覧が作成され、見えるところに貼り、利用者の安全確保の体制が図られています。</p> <p>消防計画書や避難訓練マニュアルが作成され、年2回（7月と2月）避難訓練が実施され、終了後は実施報告書を作成し振り返り評価を行っています。ホームにはスプリンクラーやSECOM火災監視・非常通報システムが設置されホーム内消火設備に対しても、毎月「安全点検管理票」を用いて建物や設備の点検が実施されています。</p>
4 地域との交流と連携	<p>地域との関係の適切な確保については、地域連携マップ・社会資源マップが作成され各グループホームに掲示されています。利用者が地域の行事や活動に参加する時はガイドヘルパーの利用や職員の同行による地域交流が行われています。地域住民の集いへの参加等利用者と地域との関わりを大切に交流が行われています。</p> <p>法人の夏祭りは毎年大勢の参加があり、事業所の機能を地域に還元されています。他にも地域主催のどんどやに参加し交流をはかっています。また、体験入所の受け入れやショートステイの受け入れ、高齢者施設との地域連携会議の開催など、施設の有する機能が提供</p>

	<p>されています。施設の理念や基本方針、施設で行っている活動などを紹介した広報誌は施設界隈の天明、飽田支所、ガソNSTANDなどに配布して地域への周知が図られています。</p> <p>ボランティア受け入れマニュアル、ボランティアチェックリストは作成されていますが(祭り等)、明確な体制整備はできていないので今後の整備、実行を期待します。</p> <p>地域の福祉ニーズを把握について、アンケート調査では「分からない」が多くありましたが、障がい者の地域移行を推し進め、地域の中に多くのグループホームを設置されたことは、利用者の社会参加やQOLの向上に寄与するものであり大いに評価できます。</p>
<p>評価対象 1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>法人の理念に「一人ひとりを尊重し、共に生きる社会の実現を目指します」と利用者尊重の姿勢が明示されており、具体的な取り組みについては、規定やマニュアルからも読み取れます。特に権利擁護や虐待防止の取り組みについては、研修会の実施や組織独自に「コンプライアンスアンケートシート」を作成され、職員のコンプライアンス意識の向上に努めておられます。</p> <p>プライバシー保護に関するマニュアルも整備されており、特に入浴・排せつ時等生活場面におけるプライバシー保護については原則同性介助を前提に手順等詳細に記載され、羞恥心に対する配慮も伺えます。</p> <p>居室は一人部屋で、自由に過ごせるスペースが確保されており、鍵使用可でプライバシーが守られる環境になっています。</p> <p>利用者満足度の向上に向けた取り組みについては、法人内に「利用者満足度向上委員会」が設置され、サービス内容についてのアンケートを実施し、その結果について、利用者・職員・ご家族へ周知され、委員会にて改善に向けての検討がなされています。</p> <p>利用者が相談や意見を述べやすい環境づくりとして、利用開始時に複数の相談方法や相談相手の中から自由に選択できることを利用者、家族に文書を用いて説明がなされています。またその内容を記した文書がホーム内に掲示されています。具体的な取り組みとして、利用者との個別面談や各ホーム内で開催されているホーム会議(自治会)への職員の参加や世話人からも利用者からの意見等を記載した「世話人日誌記録」を通じて対応する仕組みが整備されています。</p> <p>苦情については苦情解決の体制が整備され、ホーム内に掲示がなされています。苦情の受付として、苦情受付箱の設置以外にも、各ホーム内の巡回訪問、ホーム会議、帰省時の際に家族に記入していただく「帰省連絡帳」の活用等、具体的な取り組みが展開されていきます。利用者・家族の意見をくみ取る仕組みが確立されています。また苦情受付から解決までの記録もマニュアルに従い適切に処理されており、苦情内容及び解決結果についてもホームページ、広報誌等で公表されており、組織として積極的な姿勢がうかがえます。</p>

<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>サービスの質の向上にむけた取り組みについては、職員は、年に2回「自己申告書兼目標管理票」に定められた評価基準に基づいて自己評価を行い、その後上司と面接を通じて自らの実践の振り返りができるしくみが整備され、職員のサービスの質の向上を目指されています。</p> <p>事業計画の進捗管理については、代表者会議や職員会議等で進捗状況の報告がなされ職員間で「現状・課題」の共有化が図られる体制が整えられていますが、改善計画の策定、改善に向けての取り組みについては今後の課題であると捉えられてあり、今後の取り組みに期待が持てます。</p> <p>個々のサービスについては実施方法の業務手順が明記されたマニュアルが整備されており、入浴・排せつについてはプライバシー保護の視点に基づき作成されています。聞き取り調査では全職員の周知徹底の方策が十分ではないとの事ですので今後の取り組みを期待します。</p> <p>マニュアルに基づくサービスの提供については、毎日の職員ミーティングにて情報交換が行われています。マニュアルの見直しについては随時利用者や職員の意見、提案により更新されていますが、組織として見直しに関する時期の定めがありませんので、サービスの質の向上の為に定期的に検証されることを期待します。</p> <p>サービスの実施の記録については実施状況が適切に記録され、個人毎に保管してあり、記録管理に関する規定も定められ、適切に管理が行われています。記録の情報開示については利用者・家族の求めに応じて対応ができ、個人情報保護についてもミーティングにおいてサービス責任者より職員に対し指導が行われております。利用者の状況等に関する情報の共有化については福祉センター内でパソコンのネットワークシステムを利用し、職員全員がパスワードにて会議録、必要事項等閲覧できる仕組みが構築されています。</p>
<p>3 サービスの開始継続</p>	<p>施設の情報はホームページ等により公開されており、パンフレットも作成され、関係機関等に設置されています。各ホームの外観の写真や広さ、室料等の資料も作成され情報提供も行われています。サービス開始にあたっては、契約書、重要事項説明書に基づく丁寧な説明に努められています。契約に関する説明書も文字を大きくしたり、ふりがなを振ったりと利用者への配慮がなされています。事業所の変更や家庭への移行については、組織としての手順と引き継ぎ文書が作成され、サービスの継続性に配慮した対応がなされています。</p>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<p>利用者の身体状況・生活状況の把握に関しては、利用者聞き取りや家族の要望の聞き取りをベースに、独自に作成されたアセスメントシートを使用し、丁寧なアセスメントが行われ、生活課題の抽出につながられています。</p>

	<p>サービス実施計画策定については、責任者が設置されており、手順に基づき、利用者一人ひとりのニーズや課題に応じた計画の策定が行われ、半年毎に担当者会議を開催し、現状把握と目標の共有、役割分担等確認していく仕組みが構築されています。</p>
<p>評価対象 A - 1 利用者尊重</p>	<p>虐待防止に関しては虐待防止委員会設置やマニュアルが整備され、ホーム内にも掲示がされています。具体的な取り組みとして法人独自で職員に対する、「コンプライアンスアンケートシート」を作成され、その内容は、職員と利用者だけでなく、職員同士も含めた設問になっており、組織として虐待防止への積極的な取り組みが展開されています。</p> <p>職員の利用者に対する接し方として、入浴・排せつ介助に関しては原則同性介助が基本とされ、マニュアルも作成されています。コミュニケーションが必要な利用者については、支援計画等に具体的な支援内容と方法が記載されています。また世話人への接遇研修も実施されています。コミュニケーション手段を確保するための支援として、利用者の状態にあわせ絵カードや写真、交換ノート、サイン、メール等様々な手段を用いてその人の意思をくみ取る工夫がなされています。しかしながら、一部の利用者から職員の言動に対する不満の声も上がっています。今後、利用者接遇に関する更なる取り組みを期待します。</p> <p>利用者のエンパワメントの関しては、社会生活力を高めるために社会のルールや社会人として身に付けておくべきマナー「電話の対応」等の支援や休日・余暇の活動が利用者自身で選択できるように交通機関の利用方法・買い物・お金の使い方・家事等の学習・訓練が行われています。またホーム会議の機会を利用して利用者自身が人権意識を高められるように、職員より情報提供がなされています。</p>
<p>A - 2 日常生活支援</p>	<p>食事に関しては、療養食が必要な利用者等に対し、管理栄養士資格を有している生活支援員監修の調理方法や留意点等を記載したマニュアルが作成されており、ホーム内で調理しやすい配慮がなされています。</p> <p>食事が美味しく楽しく食べられる工夫として弱視の方に対し皿の色を変え、誤嚥しやすい利用者には小さめのスプーンにする等実施され、支援方法について文書化されています。定期的に嗜好調査も実施され、利用者・職員・世話人へ報告されています。献立等はホーム会議で利用者と世話人が一緒に話し合い選択できるようになっています。</p> <p>法人として食への関心や興味を持てるよう稲作、季節の野菜等を栽培され収穫後、利用者の食材として提供しています。</p> <p>入浴の支援については、必要な利用者はサービス実施計画に留意事項が記載され、支援経過への記録がなされています。またプライバシー保護を含めたマニュアルが作成されています。</p> <p>浴室・脱衣場も清潔に保たれており、事故防止のため設備等の「安全点検表」を作成し、世話人による定期点検が実施されています。</p>

排せつ介助に関しては、マニュアルを作成され、所定の様式にて記録がなされています。またカテーテル使用の利用者に対し「尿路感染症排尿誘導対応マニュアル」も作成され利用者の個人的事情や健康状態への配慮がなされています。

衣類に関しては、基本本人の意志で選択されていますが、選択が難しい利用者には職員がアドバイスや購入の際の同行支援が行われています。また、着替えや衣類管理に関するマニュアルが作成され本人の自己選択を尊重する仕組みが整えられています。

理美容に関しては、就労先のルールを守るようにアドバイスを行うほかは利用者の自己選択とされています。自力で理美容店に行けない利用者に関しては職員が同行する等の支援が行われています。また社会人としてふさわしい身だしなみを身につけるために朝の「身だしなみチェック表」を作成され、ひげそりや髪の乱れ、衣類の点検等利用者自身で確認でき習慣化されるような工夫がなされています。

睡眠に関しては、基本1人部屋であり、他者への影響はありませんが、就寝に関するマニュアルが作成され、室温調整、状態確認など利用者が安眠できるような支援が実施されています。

健康管理に関しては「健康管理マニュアル」「通院支援マニュアル」が整備され、マニュアルに沿って日々の健康管理が行われています。さらに健康の維持・増進の為看護師が、各ホームを巡回し、健康相談やアドバイスを受けられる体制があり、緊急時対応方法の手順等も整備されています。内服薬等の取り扱いも「服薬マニュアル」が整備され、内服のミスを防ぐために、職員がチェックするシートだけではなく利用者の自己管理の意識を高めるために利用者自身で記入するお薬自己申告シートも作成されており、組織として健康管理に関する積極的な取り組みが行われています。

余暇・レクリエーションに関しては、各ホーム内で行われるホーム会議において利用者同士で協議し内容の検討が行われています。そこに支援員も参加し、希望の把握やその実現に向けて、できないことをフォローする側面的な支援が行われています。

外出・外泊については利用者の希望に応じて行われており、マニュアルも整備されています。また外出先での不測の事態に備えてホームの連絡先を明記したカードを準備し渡されています。

金銭の管理に関しては、一部の利用者から管理に関する不満の意見も上がっていますが、預り金規定に基づき適切な管理体制が整えられています。自己管理できる利用者については経済的な対応能力を高めてもらえるように小遣い帳の記入や計算の練習等利用者の状況に応じた支援が行われています。

社会適応訓練等に関しては利用者の心身の状況に応じたサービス実施計画が作成され、事前に利用者へ説明し、同意のもと実施されています。また家族に対しても家庭訪問による相談支援や家族との懇親会の開催、情報誌（年4回）の発送等交流・連携を

	図られています。
A - 3 施設・設備	施設に関しては、各ホーム毎、建物の様式が異なりますが、室内はスムーズに移動できるようになっています。世話人や利用者によって掃除が行われ清潔な環境となっています。利用者の状態に応じて、椅子も高さや大きさ等何種類か揃えてあり選択できるようになっています。自室がわかりにくい利用者に対しては入口に顔写真を掲示する配慮がなされています。組織独自に安全点検表を作成し、建物内部・外部の定期点検（月1回）実施や、安全衛生委員会において環境について検討する場が設けられています。

（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	35人	
	家族・保護者	0人	
聞き取り調査	利用者本人	0人	
	家族・保護者	0人	
観察調査	利用者本人	0人	

評価細目の第三者評価結果

【 障害者・児施設（居住系）版 】

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、基本方針が確立されている。		
	Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	○a・b・c
	Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	○a・b・c
Ⅰ-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。		
	Ⅰ-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	○a・b・c
	Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	○a・b・c

Ⅰ-2 事業計画の策定

		第三者評価結果
Ⅰ-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
	Ⅰ-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	○a・b・c
	Ⅰ-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	○a・b・c
Ⅰ-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
	Ⅰ-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	○a・b・c
	Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	○a・b・c
	Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a・○b・c

Ⅰ-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅰ-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
	Ⅰ-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	○a・b・c
	Ⅰ-3-(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
Ⅰ-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
	Ⅰ-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	○a・b・c
	Ⅰ-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	○a・b・c

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
	Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a・○b・c
	Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	a・○b・c
	Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	○a・b・c

II-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
	II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	Ⓐ・b・c
	II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a Ⓑ・c
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a Ⓑ・c
	II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	Ⓐ・b・c
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
	II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	Ⓐ・b・c
	II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され、計画に基づいて具体的な取組が行われている。	a Ⓑ・c
	II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a Ⓑ・c
II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
	II-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	a Ⓑ・c

II-3 安全管理

		第三者評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		
	II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	Ⓐ・b・c
	II-3-(2)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	Ⓐ・b・c
	II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	Ⓐ・b・c

II-4 地域との交流と連携

		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。		
	II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	a Ⓑ・c
	II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	Ⓐ・b・c
	II-4-(1)-③ ボランティア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
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
	II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	Ⓐ・b・c
	II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	Ⓐ・b・c
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
	II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a Ⓑ・c
	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	Ⓐ・b・c

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。		
	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した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
	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a・○b・c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。		
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	○a・b・c
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
	Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	○a・b・c
	Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され、十分に周知・機能している。	○a・b・c
	Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	○a・b・c

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
	Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	○a・b・c
	Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	○a・b・c
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
	Ⅲ-2-(2)-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化され、サービスが提供されている。	○a・b・c
	Ⅲ-2-(2)-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
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	○a・b・c
	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。	○a・b・c
	Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	○a・b・c

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
	Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	○a・b・c
	Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている。	○a・b・c
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
	Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	○a・b・c

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
	Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	○a・b・c
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
	Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	○a・b・c
	Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	○a・b・c

評価対象Ⅳ

A-1 利用者の尊重

		第三者評価結果
A-1-(1) 利用者の尊重		
	A-1-(1)-① 職員の接し方について、利用者をひとりの個人として尊重する取り組みを行っている。	○a・b・c
	A-1-(1)-② コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	○a・b・c
	A-1-(1)-③ 利用者の主体的な活動を尊重している。	○a・b・c
	A-1-(1)-④ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	○a・b・c
	A-1-(1)-⑤ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	○a・b・c

A-2 日常生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 食事		
	A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	○a・b・c
	A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	○a・b・c
	A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	○a・b・c
A-2-(2) 入浴		
	A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	○a・b・c
	A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	○a・b・c
	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	○a・c
A-2-(3) 排泄		
	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	○a・c
	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	○a・c
A-2-(4) 衣服		
	A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	○a・b・c
	A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	○a・b・c

A-2-(5) 理容・美容		
	A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	Ⓐ・b・c
	A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	Ⓐ・c
A-2-(6) 睡眠		
	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	Ⓐ・c
A-2-(7) 健康管理		
	A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	Ⓐ・c
	A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	Ⓐ・b・c
	A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	Ⓐ・c
A-2-(8) 余暇・レクリエーション		
	A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	Ⓐ・b・c
A-2-(9) 外出、外泊		
	A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	Ⓐ・b・c
	A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	Ⓐ・b・c
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
	A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	Ⓐ・b・c
	A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	Ⓐ・c
	A-2-(10)-③ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	Ⓐ・c
A-2-(11) 社会適応訓練等		
	A-2-(11)-① 社会適応訓練等に関しては、利用者の状態に応じた支援を行っている。	Ⓐ・b・c

A-3 施設・設備

		第三者評価結果
A-3-(1) 施設・設備		
	A-3-(1)-① 施設・設備に関して、利用者や来所者が利用しやすいよう配慮されている。	Ⓐ・b・c

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象Ⅰ～Ⅲ）	40	13	0
内容評価基準（評価対象A1～A3）	29	0	0
合 計	69	13	0