

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：サポートセンター悠愛 （施設名）第二悠愛日中グループホーム事業所	種別：日中支援型共同生活援助
代表者氏名：会長 奴留湯 哲宣 （管理者）桑原 尋美	開設年月日： 令和2年 10月 1日
設置主体：社会福祉法人 小国町社会福祉協議会 経営主体：社会福祉法人 小国町社会福祉協議会	定員：18名 （利用人数）18名
所在地：〒869-2501 熊本県阿蘇郡小国町宮原2611番地	
連絡先電話番号： 0967 46 2600	FAX番号： 0967 46 3514
ホームページアドレス	http://with-yuuai.or.jp

（2）基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事
・日中サービス支援型共同生活援助 ・短期入所支援	
居室概要	居室以外の施設設備の概要
「星野」：居室10室（男女別2ユニット） 「ブルースター」：居室8室 冷暖房完備、全施設バリアフリー	共通：ホール（食堂・作業所）、浴室、便所、台所、職員室（宿直室）、倉庫 洗濯乾燥室、看護師室（「星野」に設置）

【2】施設・事業所の特徴的な取組

事業所は、県下最大の23棟（定員110名）を有する第二悠愛グループホーム事業所において、最も新しく開設された日中サービス支援型グループホームで定員18名（2棟）の事業所です。共同生活援助の新たな類型として短期入所事業（定員4名）を併設し、地域で生活する障がい者の緊急一時的な宿泊の場の提供や障害者支援施設等からの地域移行の促進など、地域生活支援の役割を担うことを期待され開設されました。昼夜を通じて1人以上の職員を配置し、これまでに開設された介護サービス包括型に対して、より重度・高齢障がい者の地域移行の受け皿として、また利用者の日中活動サービス利用の促進を目指しています。中・長期計画の中で明確化されている障害者支援施設の解体による組織再編に基づき、日中支援型グループホームの先駆けとして令和2年10月に

「星野（定員10名）」が宮原地区に開設されました。さらに令和3年10月に「ブルースター（定員8名）」が宮原地区から車で20分程度の山間地区にあった高齢者施設をリノベーションして開設されました。他の21棟とともに自己負担が全国平均より安価に設定されるなど、障害基礎年金のみの受給者に対する経済的負担の軽減がなされ、重度障がい者の地域移行に寄与しています。

身体障がいのある利用者が多い「星野」は小国杉を使用した木のぬくもり溢れるホームで他の介護サービス包括型グループホームに隣接しており、緊急時を含めた連携がとりやすくなっています。また、「ブルースター」は元の高齢者施設の施設設備を余すことなく活用しており、高齢利用者への配慮が随所に見られます。さらに、山間部に独立して存在するため、朝は小鳥のさえずる声が聞かれ、夜は満天に輝く星空が見られるなど自然豊かな環境にあります。

【3】 評価結果総評

特に評価の高い点

重度障がい者の地域移行と地域分散、生活の質の向上に向け、平成30年度に制度新設された日中サービス支援型グループホーム事業に積極的に参入、挑戦されています。

全国的にも日中サービス支援型事業所及び利用者数は少なく、県下でも従来の介護サービス包括型や外部サービス利用型がほとんどです。その中で、より地域生活支援に視点をおいた事業を展開すべく、県の社会福祉整備事業補助金を活用して新たな類型である日中サービス支援型グループホーム事業に参入されています。

既存の介護サービス包括型グループホームや法人内の障害者支援施設（生活介護事業）との連携が図られています。

グループホームの新たな使命や役割を認識し、高齢障がい者や身体障がい者など常時介護を必要とされる利用者に対し、法人内事業所との緊密な連携により日中活動の充実を図りながら地域での多様な障がい者の暮らしを支えています。

○利用者にとって快適でくつろいで過ごせる環境が整備されています。

2つの日中生活支援グループホームは、「木」をふんだんに使用し温かみのあるしつらえになっています。また、各居室は、利用者が思い思いに過ごせるよう、希望や安全性を確保しながら、趣味の品やテレビ、電化製品、家具などが設置され、個性が感じられる居室環境となっています。また、食堂兼多目的ホールやキッチンもゆとりのスペースが確保され、快適に過ごせるように整備されています。

○「個別支援計画」はPDCAサイクルに基づき、個別性が高い内容になっています。

重度障がいや意思伝達に制限がある利用者も多いため、一人の職員で判断せずに、家族等の希望や関わる職員からの聞き取りも含め情報を広く集め、整理・分析を行ない、計画立案、実施、定期的な評価・見直しの各プロセスが展開されています。また「個別支援計画」の目標設定は、個別性が高く、利用者が「自分の目標」と捉えられるように分かりやすい言葉で表現されています。

○利用者の意見・要望をしっかりと聞き取る取組が展開されています。

令和2年度より、サービス管理責任者と職員で、生活場面での利用者とのコミュニケーションを通じて、利用者からの何げないつぶやき等を「報告ノート」（にこりほっと）に記載し、各職員がそれを共有することで利用者が潜在的に抱えている悩み等をキャッチし、利用者の全体像を理解するような取組が行われています。

改善を求められる点

介護サービス包括型を含めたグループホーム事業所独自の事業運営内容の発信が求められます。

サポートセンター第二悠愛として、入所施設、就労支援事業所等と事業計画や財務関係等が一体的に発信されているため、グループホーム事業所単体での基本方針や事業内容等固有性が見えにくくなっています。県下最大規模のグループホームであり、日中支援型グループホーム独自の特徴や目的、事業内容をより明確にした事業展開について、今後は更に地域や障がい者等に様々な広報媒体を通して発信することが期待されます。

地域移行の促進を目指した日中支援型グループホームの役割や使命に基づき、さらに多様なニーズに基づく独自性のある事業の展開が期待されます。

「星野」は1年強、「ブルースター」は2か月と開設から日が浅く、共同生活援助事業の新たな役割を模索し、試行錯誤しながら取組まれているところです。今後は法人内の障害者支援施設のみならず、精神科病院等からの地域移行の促進や在宅障がい者に対する緊急性に対応した短期入所事業の積極的活用などを通して、その役割や使命の明確化が期待されます。

○サービスの質の担保や更なる質の向上を目指す為にも支援マニュアル等の定期的な見直しを期待します。

提供する福祉サービスの標準的な実施方法や感染の予防と発生時の対応、事故防止対策等がマニュアルとして整備され、回覧し職員が共有できるようになっています。しかしながら、定期的な見直しや検証への取組が十分ではありません。サービスの質の担保の為にPDCAサイクルを活用し、定期的な支援マニュアル等の見直しを実施されることを期待します。

【 4 】 第三者評価結果に対する事業者のコメント(4 0 0 字以内)

新類型である日中サービス支援型GHに参入して運営している点や、最重度障がい者の暮らしが、個性的な住環境とゆとりあるスペースが確保されていると高い評価をいただきました。その一方で、グループホーム事業所としての事業内容や固有性が明確でない点、日中サービス支援型GHの役割や使命を明確にして発信すること、マニュアル等の見直しが不十分であること等のご指摘がありました。また、介護福祉士等の実習受入や事業所単位での財務状況公表、利用者の自己決定支援につながるわかりやすい情報提供など、情報を共有しながら組織力を高める工夫など課題が明らかになりました。

今後、この結果を踏まえて、「ご利用者がその人らしく幸せな人生をおくれるように」改善に向けて尽力していきたいと思えます。第三評価を実施頂いた一般財団法人熊本県社会福祉士会の皆さんには、大变的確なご指摘をいただき、心から感謝申し上げます。

(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	熊本県東区健軍本町1-22 東部ハイツ105
評価実施期間	令和3年11月9日～令和4年3月15日
評価調査者番号	第10-005号
	第10-004号
	第17-017号

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：サポートセンター悠愛 (施設名) 第二悠愛日中グループホーム事業所	種別：日中支援型共同生活援助
代表者氏名：会長 奴留湯 哲宣 (管理者) 桑原 尋美	開設年月日： 令和2年 10月 1日
設置主体：社会福祉法人 小国町社会福祉協議会 経営主体：社会福祉法人 小国町社会福祉協議会	定員：18名 (利用人数) 18名
所在地：〒869-2501 熊本県阿蘇郡小国町宮原2611番地	
連絡先電話番号： 0967 46 2616	F A X 番号： 0967 46 3514
ホームページアドレス	http://with-yuuai.or.jp

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
・日中サービス支援型共同生活援助 ・短期入所支援	
居室概要	居室以外の施設設備の概要
「星野」：居室10室(男女別2ユニット) 「ブルースター」：居室8室 冷暖房完備、全施設バリアフリー	共通：ホール(食堂・作業所)、浴室、便所、台所、職員室(宿直室)、倉庫 洗濯乾燥室、看護師室(「星野」に設置)

職員の配置

職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
管理者	1名		介護福祉士	8名	
サービス管理責任者	1名		看護師	1名	
生活支援員	3名		保育士	6名	
世話人	3名		社会福祉主事	2名	
看護師	1名		栄養士	1名	
栄養士	1名				
夜間支援員	3名				
合 計	13名		合 計	18名	

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】

ご利用者がその人らしく幸せな人生をおくれるよう支援いたします。

【基本方針】

1．人権の尊重

利用者の人権侵害を決して許さず、利用者の利益を最優先します。

2．利用者主体のサービス提供

利用者一人ひとりの自己実現をめざし、利用者のニーズに基づく、利用者主体のサービスを提供します。

3．信頼性の確保

サービスの質を点検し自己評価を進めるとともに、第三者評価や苦情解決等の仕組みを積極的に活用してサービスの質の向上に努め、常に信頼を受ける存在となることをめざします。

4．職員の資質、専門性の向上

社会福祉及び経済活動の専門性を高めるため、積極的に施設内外の研修等にてたゆまぬ自己研鑽に努めます。

5．施設経営の透明性の堅持

計画性を持った健全で活力ある施設経営に励むとともに、情報公開に努め、施設経営の透明性を堅持します。

6．地域福祉の推進

施設の専門性を生かしながら、地域社会の一員として、積極的に地域福祉を推進します。

【運営方針】

共同生活援助計画に基づき、利用者の人権を尊重し、利用者一人ひとりの自己実現に向けた専門的支援・援助を行う。

3 施設・事業所の特徴的な取組

事業所は、県下最大の23棟（定員110名）を有する第二悠愛グループホーム事業所において、最も新しく開設された日中サービス支援型グループホームで定員18名（2棟）の事業所です。共同生活援助の新たな類型として短期入所事業（定員4名）を併設し、地域で生活する障がい者の緊急一時的な宿泊の場の提供や障害者支援施設等からの地域移行の促進など、地域生活支援の役割を担うことを期待され開設されました。昼夜を通じて1人以上の職員を配置し、これまでに開設された介護サービス包括型に対して、より重度・高齢障がい者の地域移行の受け皿として、また利用者の日中活動サービス利用の促進を目指しています。中・長期計画の中で明確化されている障害者支援施設の解体による組織再編に基づき、日中支援型グループホームの先駆けとして令和2年10月に「星野（定員10名）」が宮原地区に開設されました。さらに令和3年10月に「ブルースター（定員8名）」が宮原地区から車で20分程度の山間地区にあった高齢者施設をリノベーションして開設されました。他の21棟とともに自己負担が全国平均より安価に設定されるなど、障害基礎年金のみの受給者に対する経済的負担の軽減がなされ、重度障が

い者の地域移行に寄与しています。

身体障がいのある利用者が多い「星野」は小国杉を使用した木のぬくもり溢れるホームで他の介護サービス包括型グループホームに隣接しており、緊急時を含めた連携がとりやすくなっています。また、「ブルースター」は元の高齢者施設の施設設備を余すことなく活用しており、高齢利用者への配慮が随所に見られます。さらに、山間部に独立して存在するため、朝は小鳥のさえずる声が聞かれ、夜は満天に輝く星空が見られるなど自然豊かな環境にあります。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和3年 11月 9日（契約日） ~ 令和4年 3月15日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0回（ 年度）

5 評価結果総評

特に評価の高い点

重度障がい者の地域移行と地域分散、生活の質の向上に向け、平成30年度に制度新設された日中サービス支援型グループホーム事業に積極的に参入、挑戦されています。

全国的にも日中サービス支援型事業所及び利用者数は少なく、県下でも従来の介護サービス包括型や外部サービス利用型がほとんどです。その中で、より地域生活支援に視点をおいた事業を展開すべく、県の社会福祉整備事業補助金を活用して新たな類型である日中サービス支援型グループホーム事業に参入されています。

既存の介護サービス包括型グループホームや法人内の障害者支援施設（生活介護事業）との連携が図られています。

グループホームの新たな使命や役割を認識し、高齢障がい者や身体障がい者など常時介護を必要とされる利用者に対し、法人内事業所との緊密な連携により日中活動の充実を図りながら地域での多様な障がい者の暮らしを支えています。

○利用者にとって快適でくつろいで過ごせる環境が整備されています。

2つの日中生活支援グループホームは、「木」をふんだんに使用し温かみのあるしつらえになっています。また、各居室は、利用者が思い思いに過ごせるよう、希望や安全性を確保しながら、趣味の品やテレビ、電化製品、家具などが設置され、個性が感じられる居室環境となっています。また、食堂兼多目的ホールやキッチンもゆとりのスペースが確保され、快適に過ごせるように整備されています。

○「個別支援計画」はPDCAサイクルに基づき、個別性が高い内容になっています。

重度障がいや意思伝達に制限がある利用者も多いため、一人の職員で判断せずに、家族等の希望や関わる職員からの聞き取りも含め情報を広く集め、整理・分析を行ない、計画立案、実施、定期的な評価・見直しの各プロセスが展開されています。また「個別支援計画」の目標設定は、個別性が高く、利用者が「自分の目標」と捉えられるように分かりやすい言葉で表現されています。

○利用者の意見・要望をしっかりと聞き取る取組が展開されています。

令和2年度より、サービス管理責任者と職員で、生活場面での利用者とのコミュニケー

ションを通じて、利用者からの何げないつぶやき等を「報告ノート」(にこりほっと)に記載し、各職員がそれを共有することで利用者が潜在的に抱えている悩み等をキャッチし、利用者の全体像を理解するような取組が行われています。

改善を求められる点

介護サービス包括型を含めたグループホーム事業所独自の事業運営内容の発信が求められます。

サポートセンター第二悠愛として、入所施設、就労支援事業所等と事業計画や財務関係等が一体的に発信されているため、グループホーム事業所単体での基本方針や事業内容等固有性が見えにくくなっています。県下最大規模のグループホームであり、日中支援型グループホーム独自の特徴や目的、事業内容をより明確にした事業展開について、今後は更に地域や障がい者等に様々な広報媒体を通して発信することが期待されます。

地域移行の促進を目指した日中支援型グループホームの役割や使命に基づき、さらに多様なニーズに基づく独自性のある事業の展開が期待されます。

「星野」は1年強、「ブルースター」は2か月と開設から日が浅く、共同生活援助事業の新たな役割を模索し、試行錯誤しながら取組まれているところです。今後は法人内の障害者支援施設のみならず、精神科病院等からの地域移行の促進や在宅障がい者に対する緊急性に対応した短期入所事業の積極的活用などを通して、その役割や使命の明確化が期待されます。

○サービスの質の担保や更なる質の向上を目指す為にも支援マニュアル等の定期的な見直しを期待します。

提供する福祉サービスの標準的な実施方法や感染の予防と発生時の対応、事故防止対策等がマニュアルとして整備され、回覧し職員が共有できるようになっています。しかしながら、定期的な見直しや検証への取組が十分ではありません。サービスの質の担保の為にPDCAサイクルを活用し、定期的な支援マニュアル等の見直しを実施されることを期待します。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント(400字以内)

新類型である日中サービス支援型GHに参入して運営している点や、最重度障がい者の暮らしが、個性的な住環境とゆとりあるスペースが確保されていると高い評価をいただきました。その一方で、グループホーム事業所としての事業内容や固有性が明確でない点、日中サービス支援型GHの役割や使命を明確にして発信すること、マニュアル等の見直しが不十分であること等のご指摘がありました。また、介護福祉士等の実習受入や事業所単位での財務状況公表、利用者の自己決定支援につながるわかりやすい情報提供など、情報を共有しながら組織力を高める工夫など課題が明らかになりました。

今後、この結果を踏まえて、「ご利用者がその人らしく幸せな人生をおくれるように」改善に向けて尽力していきたいと思えます。第三評価を実施頂いた一般財団法人熊本県社会福祉士会の皆さんには、大変的確なご指摘をいただき、心から感謝申し上げます。

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	18人	
	家族・保護者		
聞き取り調査	利用者本人		
	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。

< 共通評価基準 >

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>理念、基本方針が明文化され、事業所でも朝礼時に復唱するなど職員への周知が図られており、サポートセンター第二悠愛としての事業計画にも記載されています。しかしながら、利用者への周知に対する取組は十分とは言えません。グループホーム事業所のサービス内容や利用者の特性を踏まえた具体的内容を事業所単位のパンフレットや事業所通信を作成するなどして示すとともに、利用者にもわかりやすい言葉に置き換える等の工夫が求められます。地域生活支援の中核的役割を担う事業所として地域への積極的発信が望まれます。</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>障害福祉を取り巻く動向や状況を多角的に把握し、収支予測やコスト分析等が中・長期計画に反映されています。法人内の障がい者の地域移行に関するニーズを積極的に把握され、グループホームの定員や障がい支援区分による職員配置、加算を含めた報酬等が細かに分析されています。その中で、法人内障害者支援施設からの地域移行の推進に沿ったグループホームの拡充等、新たな課題について問題提起されています。</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>月に1回のグループホーム連絡協議会において、定員充足の管理を含め、経営状況や課題が共有化されています。また、「サポートセンター悠愛」における主任以上が参加する運営会議や職員全体会議である合同会議にて経営課題が報告されており、世話人や夜間支援員には委託更新時に説明がなされています。世話人や夜間支援員の人員確保や専門性の担保等、喫緊の課題については、今後は役員や管理的職員だけでなく、広く業務委託職員等からも意見を聴取する等、組織全体での課題解決が図られることが期待されます。</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

<コメント> 「サポートセンター悠愛 第二期中長期計画（令和2年度～6年度）」により具体的に策定されています。法人内の障害者支援施設解体（令和6年度までの全入所者の地域移行）の実現を目指して、障がい者の重度化や高齢化に応じた日中サービス支援型グループホームの段階的開設等、収支計画も含めて具体的かつ丁寧な計画が策定されています。		
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
<コメント> サポートセンター第二悠愛として単年度の事業計画が策定されており、その中に第二悠愛日中グループホーム事業所も含まれていますが、事業所単体としての事業計画が十分ではありません。「サポートセンター悠愛」としての横断的な委員会での活動や研修計画のみならず、中長期計画に基づいたグループホーム事業所全体に係る当該年度の具体的目標や事業内容の明確化が求められます。また、事業所としてスタートしたばかりではありますが、日中サービス支援型事業所として、その使命や役割を具現化した計画の策定を期待します。		
- 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
<コメント> 事業計画は事業所や委員会毎に策定され、担当職員の意見を聞きながら実施し、合同会議での報告や計画書の回覧などを通して職員に報告されています。しかしながら、策定や見直し・評価においては担当職員や管理的職員が中心であることから、非正規職員や世話人など委託業務職員等の理解が不十分であるとの意見が聞かれます。コロナ禍で会議の縮小や人数制限がありますが、多様な雇用形態の職員に向け、グループホーム事業所として具体的事業内容の策定と見直しに係る職員の参画と周知に工夫が求められます。		
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
<コメント> 年度末の三者面談において利用者や保護者に対して報告され、簡易版の文書の配布が行われています。すべての利用者へ周知され、理解されることは容易ではないと思われませんが、利用者自身の生活の場である事業所として、計画内容が利用者にとどのように関連しているのか等、利用者中心の事業計画に落とし込む必要があります。簡略化した言葉や文章、写真の活用等さまざまな手段を講じて、利用者への理解・周知に向けた工夫や取組を丁寧に、機会を捉えて繰り返し行っていくことが期待されます。		

- 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
<コメント> 事業所として第三者評価は今回が初めての受審となりますが、主任以上が参加する毎月の運営会議やケース会議、グループホーム連絡協議会などを通して、グループホーム事業所全体で課題の共有と改善策の検討が行われています。また、日中支援事業所の担当職員が週に1～2回、ホームを訪問し、生活支援員や世話人と課題の抽出や情報の共有を行う等、「サポートセンター悠愛」全体で組織的に質の向上に向けた取組が行われています。		
9	- 4 - (1) - 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> リスク管理や支援内容等に関する課題については、改善に向けて月1回のケース会議や担当者会議などで改善策が講じられ、「業務改善命令」の発出という形で掲示され、職員に周知されます。第三者評価の受審は今回初めてで、グループホーム事業所に対する行政監査も		

実施されたのは数年前とのことですので、今後は事業所の福祉サービスの質に係る課題の明確な抽出に向け、第三者評価や行政監査基準に基づく自己評価等の活用が期待されます。また、今後は行政が設置する協議会での活動状況報告を通じて課題の明確化や周知、改善に向けての事業所としての具体的取組が求められます。

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>管理者は各種会議や職員面談時に自らの役割や責任について表明するとともに、様々な機会を捉えて職員への周知が積極的になされています。しかしながら、サポートセンター第二悠愛グループホーム事業所における業務分掌では「主査」「副査」の業務内容が線引きされておらず、主任（サービス管理責任者）との業務分担内容が明確化されていません。20棟強のグループホームの管理者であり、複数の主任（サービス管理責任者）が配置されていることから、有事の際に誰に何を権限委譲し対応するのか等、具体的かつ明確に文書化するなどして職員へ周知を図ることが望まれます。</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>事業所内には所属する日本知的障害者福祉協会が定めた倫理綱領や「サポートセンター悠愛 職員行動指針」が掲示され、その中で「社会的ルールの遵守」が明記され、コンプライアンスに係る外部講師による研修が開催されています。「サポートセンター悠愛」においては障がい福祉に係る多様なサービスが提供され、さらにグループホーム事業所では合計100名を超える障がい者が利用されています。今後は社会福祉関係や職業倫理のみならず関係法令を含めたコンプライアンス規程の策定とともに、担当窓口の設置や法令のリスト化等による遵守に向けた積極的な取組が期待されます。</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>管理者はより良いサービスの提供に向け、利用者の生活支援において職員へ具体的指示による直接指導を行ったり、施設内外の研修や自主研修参加への促進を図ったりするなどしてリーダーシップを発揮しています。また、年度当初に発行される法人機関紙「おぐに社協だより」の中でも、日中サービス支援型グループホームが「医療職の配置を通して最後まで本人らしく暮らせるターミナルケア」の機能を目指していることを明言されています。職員の自己評価からも管理者がサービスの質の向上に向け、高い理想と意欲を持っておられることがうかがえます。令和2年度から法人全体でスタートした利用者のストレングスへの気づきを促す「にこりほっと」の活用も積極的に行われています。</p>		
13	- 1 - (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
<p><コメント></p> <p>管理者としては4年目ながら、グループホーム連絡協議会等において空室管理を行い、徐々に拡大するグループホーム事業所における経営の改善等、障がい者を取り巻く社会情勢や事業所の実態の把握に努めています。また、新たな取組でもある日中サービス支援型グループホームの運営に関しても主任との話し合いや職員との面談を通して、コストバランスや効率化にも配慮しながら運営されています。</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
<p><コメント></p> <p>中長期計画の組織再編計画において、新たに開設されるグループホームの生活支援員や世話人、業務委託契約の夜間支援員等の具体的採用数が計画されています。グループホームの拡大に伴い、現在は世話人の確保・養成が困難な状況ではありますが、人材育成委員会で毎月、会議や研修会を行う等、「サポートセンター悠愛」として人材の確保や育成に関する取組が行われています。また、コロナウイルス感染症発生前は積極的に専門学校へ訪問も行われており、さらに、償還免除規定のある無利子の「資格取得資金貸付制度」や資格取得による正規職員への登用等が法人（小国町社会福祉協議会）全体で取組まれています。</p>		
15	- 2 -(1)- 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人（小国町社会福祉協議会）全体で就業規則や給与規程、人事評価に関する詳細な内容や昇格の基準などが定められた職能等級規程が策定されるなど、事業の拡大に伴い一体的な人事管理が行われています。人事考課制度においては前期と後期の2回、人事考課表を基に職員との面談により評価され、業績賞与として5段階で加給されます。しかし、評価内容（段階）は支給された金額によって職員が認識・把握するにとどまっています。より客観性や透明性を担保する観点からも、項目の評価内容について人事考課後に個別に面談を実施するなどして職員全員にフィードバックすることが望まれます。</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組んでいる。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>正規職員は定期面接時に、臨時職員等は契約更新時に管理者との面談を通して職員の希望や意向を把握し、個々の状況に応じて法人内異動を含めた雇用形態への配慮がなされています。法人として各種ハラスメント防止規程を整備し、内部に相談窓口を設置して対応しています。また、衛生委員会において年1回ストレスチェックを実施し、メンタルヘルス対策を講じています。さらに、事業所においては、「常に機会を捉えて積極的に職員と話し合いがなされ、就業に関する改善がされている」、「子育てがしやすい労働環境に配慮されている」等、職員の自己評価からも肯定的な意見が多数述べられています。</p>		
- 2 -(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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>新人職員へのメンター制度によるフォローアップ、人材育成委員会を中心とした事業成果・提案発表会の実施等、人材育成に関する様々な取組が行われています。また、職員は「パワーアップシート」を用いて自身の目標管理を行ない、年2回の上司との面談時に評価、振り返りが行われています。しかしながら、臨時職員や世話人等、支援にかかる全ての職員の目標管理としては十分ではありません。第二悠愛グループホーム事業所として、事業所の使命や目的、利用者状況に即して「期待する職員像」を示し、経験年数や職種、雇用形態等に応じて内容を変更するなど、「パワーアップシート」を更に深化させ、職員一人ひとりに応じた目標設定および目標の管理が期待されます。</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>「サポートセンター悠愛」として、職員教育・育成に関する基本方針は事業計画の中で専門的資格の取得や専門知識・技術の向上に向けて具体的に示されています。また、研修委員会を中心に外部講師を招聘して年10回以上のテーマ別研修が行われています。さらに、</p>		

人材育成委員会による虐待防止に係る事例検討会や衛生委員会や防災安全委員会による感染予防や救急救命講習など、勤務シフトに配慮しながら法人全体で積極的な教育・研修が実施されています。		
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>「サポートセンター悠愛」として、外部講師による施設内研修（スキルアップ研修）が年10回以上開催されています。また、研修への参加の機会を確保するために金曜日の夕方と翌土曜日の午前中の2回に分けて同様の研修を行う等、職員の勤務形態に応じた配慮がなされています。さらに、新任職員へのメンターによる教育や自己啓発研修が制度化され、職員一人ひとりのキャリアアップや意向に沿った教育・研修機会の提供が行われています。事業所では業務委託の世話人や夜間支援員に対しても救急法講習や虐待防止研修が行われています。</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。		
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>「サポートセンター悠愛」として「実習受入マニュアル」が作成されていますが、実質は障害児入所施設での運用となっており、その他の福祉サービス事業所へは視察・見学にとどまっています。実習生もほとんどが保育士であり、障がい者支援事業所への実習希望者がいない現状です。養成校が少ないという地域性やコロナ禍での受入れ制限等も考慮しなければなりません。日中サービス支援型グループホームには身体障がい者や高齢障がい者等の利用者が多いことから、今後は介護福祉士等の実習受入れに関して、福祉人材確保の観点からも宿泊の便宜を図る等の創意工夫による取組を期待します。</p>		

- 3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
- 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	- 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
<p><コメント></p> <p>ホームページにおいて、理念や基本方針、施設概要が公開されており、法人（小国町社会福祉協議会）のホームページや法人機関誌において、法人全体の業務や財務に関する情報が公開されています。また、苦情等については年2回第三者委員へ報告がなされていますが、事業所単位での事業計画や資金収支計算書等の財務状況について、地域社会に対する公表が十分ではありません。20棟以上のグループホーム事業所が小国郷に点在して、多くの障がい者に対する地域生活支援が行われています。このことから、事業所としての事業計画の概要や苦情や虐待等に対する相談体制等について、事業所通信を含め多様な広報媒体を用い、さらに地域社会へ積極的に情報公開されることが望まれます。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>法人として障がい児者福祉や高齢者福祉、地域福祉や公益的活動等、多様で広範囲な事業を展開されており、適正な経営や運営に関しては、法人監事による内部監査が実施され透明性が担保されています。また、社会保険労務士との契約による労務管理が行われ、財務に関しては税理士による助言等も活用し事業運営の適正化が図られています。</p>		

- 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
<p><コメント></p> <p>コロナ禍で規模縮小や中止を余儀なくされていますが、これまでは「ふくし夏祭り」や地域のイベント参加等で地域住民との交流が積極的に図られてきました。また、土日には利用者の要望に応じてヘアカットや買い物などを通して地域の社会資源が活用されています。「星野」と「ブルースター」はそれぞれ立地が異なり、特に「ブルースター」は移動の利便性に欠けるため、パンの移動販売等の活用により交流機会の確保への配慮も行われています。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>地域的に学生が少ないうえに専・兼農業従事者が多いためボランティア受入れが困難で、現在はグループホーム事業所での受入れはないとの事ですが、法人(小国町社会福祉協議会)において「ボランティア受入規程」が作成され、ボランティア研修会も開催されています。規程では事業所毎に具体的に活動内容を明記、活動の対価として地域通貨(「ゆう」:1時間=50円相当)が発行されるなど受け入れ体制は整備されています。</p>		
- 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
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりに対しては、法人内の日中支援事業所とのケア会議や相談支援事業所との担当者会議等を通じて関係機関との連携に努めています。また、地域生活を支えるため、通院先である医療機関や小国町をはじめとした行政機関、合同訓練を通じた消防団との連携も図られています。今後はこれら関係機関や団体との円滑な連携と活用に向けてグループホーム毎にリスト化、掲示するなどして、世話人や夜間支援員などの職員にも周知し、必要時に適切に活用できるようにすることが望まれます。</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) - 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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人内の第二悠愛相談支援センターの相談支援専門員が自立支援協議会へ参加し、阿蘇圏域の障がい児者にかかる地域の福祉ニーズを把握し、「サポートセンター悠愛」が有する様々なサービス事業に積極的につなげるなどの取組が行われています。また、自立支援協議会のブロック会議等で法人が展開するサービス事業について情報提供し、地域の福祉ニーズとの調整が図られています。</p>		
27	- 4 - (3) - 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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>地域福祉を推進するという法人(小国町社会福祉協議会)の性格上、地域のニーズを積極的に把握し、主にひとり親世帯への支援として、地域食堂「ゆうあい」の小国町隣保館での開催や高齢者世帯への配食サービスが行われています。また、法人内施設が災害時の避難所として活用されており、有事の際の地域住民の積極的な受入れ等、公益的な機能を果たしています。さらに生活困窮レスキュー事業においてコロナ禍での失職者を把握し、職員として採用するなど人材確保につなげています。</p>		

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>サポートセンター第二悠愛として、利用者尊重を念頭に、理念・運営方針・利用者支援方針が明記されています。また福祉サービス提供についての共通の認識及び周知を図るために新任職員研修や施設内研修等が計画・実施されています。更に、平成30年度より「人材育成委員会」を立ち上げ、利用者尊重やQOLの向上を目指した自主勉強会や先駆的な取組を行っている事業所への視察研修等の取組も行われています。</p>		
29	- 1 - (1) - 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護に関しては、「サポートセンター悠愛」としてプライバシー保護に関する規程・マニュアルが整備されています。そのマニュアルに沿って、入浴や排せつ介助等のサービスが行われています。また、提供の前提として、新任職員研修での教育や利用者・家族等への周知も図られています。さらに個室対応によって、障がいの特性に応じた環境が整えられています。</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)が適切におこなわれている。		
30	- 1 - (2) - 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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用希望者に関しては、見学や体験入所等随時受け入れる体制が整えられています。サービス選択に必要な情報の提供については、「サポートセンター悠愛」としてのパフレットやホームページは作成済みですが、利用者の視点に立った情報としては不足しています。障がいの特性を考慮したうえで、利用者の自己決定支援に繋がるような言葉遣いや写真・図・絵など用いたりする工夫が求められます。</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>福祉サービスの開始等の説明については、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書を用いて、利用者・家族へ説明が行われ、契約書が取り交わされています。サービス変更時には、利用者・家族へ、組織が定めた様式に基づいて説明し、同意を得ています。そして、その内容は個別支援計画や支援記録に記載されています。しかしながら、説明に用いる資料は利用者等には理解しにくい内容となっています。利用者の自己決定を支援するためにもわかりやすい言葉遣いや写真・図・絵を加える等の検討を期待します。</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>福祉サービスの継続性への対応については、利用者・家族の意向をサービス管理責任者が窓口となり窓口となり、相談できる体制が整えられています。また、事業所の変更、地域・家庭への移行に関しては継続した生活の質が保たれるように、相談支援事業所や関係機関等と連携を図り、福祉サービスの継続性に配慮した引継ぎシート等も作成されています。</p>		
- 1 - (3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	- 1 - (3) - 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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者満足向上については、意思疎通が困難な利用者も多く、職員から積極的に声掛けを行う姿勢で臨まれています。そして、言葉だけでなく、表情や行動等の観察を行い、提供しているサービスの満足度を把握・確認し、職員会議等でサービス改善に向けた話し合いが行われています。また、年度末に行われる利用者・家族・職員との三者面談を通じ、提供しているサービスに関する聞き取りが行われています。組織として対応策が必要な場合は、運営</p>		

会議やケース検討会議等で検討する仕組みが整えられています。		
- 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	- 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>苦情解決の仕組みについては、事業所で苦情受付担当者・苦情解決責任者・第三者委員が設置されています。重要事項説明書にも明記され、事業所内にもその体制を掲示し、周知が図られています。なお、「サポートセンター悠愛」として「サービス向上委員会」(虐待防止委員会)が設置され、第三者委員を交え、苦情に関する内容分析、改善策の検討が行われています。職員へは苦情・要望の内容について回覧やケース会議等で周知が図られています。</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>利用者の相談体制については、自発的に発言することが困難な利用者もおられることから、定期的に利用者とは話す機会を設け、意向や思いをくみ取るようにされています。その他グループホームの世話人や夜間支援員も含めて、支援に関わる全ての人々が相談を受け付ける体制が整えられています。その内容はケース会議等で共有し、必要があれば外部の関係機関等につなぎ、利用者へフィードバックされています。</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>相談や意見への対応については、三者面談や面会の際に利用者・家族等から聞き取りが行われ、日常の関わりの中での対話や表情・態度等から勘案し、組織として対応されています。また、「サポートセンター悠愛」として、苦情も含めた意見要望に関する対応マニュアルを作成し運用されています。さらに、グループホーム連絡協議会や世話人の連絡会を通じて意見等聴取する機会が設けられています。しかしながら、対応マニュアル等の定期的な見直しについては行われていません。今後、福祉サービスの質の向上を図る為には見直しが望まれます。</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。		
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体制については、「サポートセンター悠愛」として、相談・苦情・事故対応マニュアルが作成され、受付から、発生時の対応、処理後の報告などの手順が明記されています。また毎月実施されている危機管理委員会で、要因分析と改善策・再発防止策の検討が行われています。年度末には年間を通じたヒヤリハット・事故報告や事例などの集計・分析報告書を用いて、職員研修の実施等組織的な取組が行われています。</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>感染症等への対応については、「サポートセンター悠愛」として、各感染症の予防と発生時の対応マニュアルが作成され、定期的に職員研修が行われています。現在はコロナ感染に対する体制の強化が図られ、利用者への感染対策(手指消毒・検温、公用車の消毒・換気)の対応の徹底や発生した場合の対応(ゾーニングによる環境整備)及び事業継続の観点から職員や職員の家族も含めた対応など詳細な対策が講じられています。</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>災害時における取組については、「サポートセンター悠愛 消防・防災計画」が策定され、備蓄に関することも含めた防災管理業務に関して必要な事項が明記されています。また、「防災委員会」が設置され、夜間を想定した訓練や地元消防団の協力による訓練、防災機器の定</p>		

期点検等が毎月行われています。その他、施設の立地条件等を鑑み、「風水害・台風・地震等防災計画」(対応マニュアル含む)も策定されています。平常時における対応のみならず、大雨や台風接近、地震発生等の自然災害発生時の警戒レベルごとの対応について、管理者の責任や職員の行動基準等が明確に示されています。行政、各関係機関や職員の連絡先など体制が整備され、避難準備発令の際の緊急防災会議の招集等についてもフローチャートにて示されています。

- 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>提供する福祉サービスについては、標準的な実施方法が文書化され、対応マニュアルとして整備、いつでも職員が閲覧できるようになっています。また、プライバシー保護に関しても「サポートセンター悠愛 プライバシー保護マニュアル」が策定され、基本的な考え方や入浴介助や排せつ介助等の具体的な場面での対応等が規定されています。新任職員研修やメンター制度でOJTを通じて、職員へ周知する取組が行われています。</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>サービスの実施方法の見直しについては、提供されている各サービスの対応マニュアルは作成されていますが、事業所全体で該当するマニュアルの検証・見直しはなされていません。利用者が必要とするサービスの内容の変化や新たな知識・技術等の導入を踏まえ、定期的に現状を検証し、必要な見直しを行うことが求められます。今後は組織として標準的な実施方法を定期的に検証・見直しする取組を期待します。</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支援計画を適切に策定している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の策定については、サービス管理責任者を中心にアセスメントから計画の作成、実施、評価・見直しに至るプロセスが定められています。サービス管理責任者は、利用者・家族から生活に関する希望・意向を確認し、各担当職員からの情報を集約・調整し分析を行い、個々の生活上の課題が明確にされています。その後、利用者の望む暮らしについてわかりやすい表現で生活目標や支援方法が記載され、個性が高いものになっています。</p>		
43	- 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
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の見直しについては、PDCAサイクルに基づき6ヶ月毎に立案し、定期的に評価されています。見直しの時期以外でも、心身状況の変化が生じた場合等、サービス管理責任者を中心に担当職員等と話し合いの上、サービス内容を検討し修正が行われます。その後、ケース会議等で共有し、改めて利用者・家族へ説明する等の取組が行われています。</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、職員間で共有化されている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>サービス実施状況の記録については、利用者支援システムを導入し個別支援計画の実施状況・変化の情報、利用者に関する日々の情報等パソコンにて入力記載されています。グループホームの特徴として、一日を通して支援に関わる職員が異なり、利用者の状態の変化やサービス内容の不具合等に対して、速やかな対応を行うため、詳細なエピソードも記載することが推進され、職員間で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> 利用者に関する記録の管理については、法人全体で作成された個人情報保護規程により、記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する内容が明記されています。また、記録の管理も含めた職員研修も実施されています。個人情報の取扱いについては、利用者・家族に重要事項説明書等を用いて、個人情報保護と情報開示の管理体制についての説明を行い、同意を得る仕組みが整えられています。</p>		

4

< 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		
A	A - 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。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 利用者の自己決定の尊重については、令和3年度事業計画の運営方針に、「主従関係による指導者としての見地から脱却し、本人の主体性を尊重する支援者として信頼関係を構築して行きます。」と表記されています。この目標の実現を目指し、可能な限り、「生活に関わる活動等、利用者の希望や意思を確認し提供することとされています。例えば、障がい特性に応じて絵カード等を活用し、嗜好品の購入や理美容、衣服選択等自己決定につながるように側面的にサポートされています。また、利用者調査でも「好きなお菓子を言うと次のおやつ時にはでてくる。」「してほしいことは職員に伝えるとすぐに行動してくれるのでうれしいです。」等の意見が述べられています。</p>		
A - 1 - (2) 権利擁護		
A	A - 1 - (2) - 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a ・ ・ c
<p><コメント> 利用者の権利擁護については、「サポートセンター悠愛」で規程・マニュアルが策定され、グループホーム連絡協会・職員会議・研修等で検討し、理解を深める機会が設けられています。利用者の生命又は身体の保護のため一時的に身体拘束を行う場合も、代替方法等を検討したうえで実施し、家族等への説明・同意等、マニュアルに沿った手続きが実施されています。また、権利侵害の防止を目的とした「サービス向上委員会（虐待防止委員会）」を設置するなど組織的な取組が行われています。</p>		

A - 2 生活支援

		第三者評価結果
A - 2 - (1) 支援の基本		
A	A - 2 - (1) - 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 自律・自立生活のため支援については、利用者の状態像が軽度の方から重度障がいの方、また年齢層も幅広い状況です。できることは見守りの姿勢を基本とし、利用者一人ひとりの心身の状況や、望む生活の聞き取りや観察を通じ、ケア会議等で検討し、「できること」を妨げず、本人がしたいことを大切にの方針で、個別支援計画を策定されています。</p>		

A	A - 2 - (1) - 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	a ・ b ・ c
<コメント> 利用者との意思疎通については、強度行動障害を有する利用者も多いため、絵カードや写真等を活用するなど個別的な配慮がされています。また、日頃の状態観察を通じ、変化のサインを発見し、職員間で共有し、深刻な事態を防ぐような支援が行われています。		
A	A - 2 - (1) - 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。	a ・ b ・ c
<コメント> 利用者の相談については、担当職員とサービス管理責任者との情報の共有は随時行われています。また、一番身近な支援者である世話人も利用者からの意見・要望の聞き取りを行い、サービス管理責任者や担当職員へ報告する体制になっています。また相談場所も落ちついて相談ができるように居室内で行うなど環境面からも配慮がなされています。		
A	A - 2 - (1) - 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。	a ・ b ・ c
<コメント> 日中の活動や支援等については、利用者の希望や家族を含めた三者面談で聞き取り、担当職員によるアセスメントに基づき、個別支援計画に反映されています。できるだけ利用者の希望に沿うように配慮されていますが、現在のプログラムにない希望についても事業所内で把握し、サービス管理責任者を中心に新たな活動づくりに向けた取組の検討が行われています。		
A	A - 2 - (1) - 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> 利用者の障がいの状況に応じた支援の質の向上を図るために、「サポートセンター悠愛」で年間の職員研修計画を策定し、同じプログラムを2回実施し、全職員が受講できる体制となっています。強度行動障害を有する利用者も多いため、医療機関からのアドバイスを得て、支援方法の検討・見直しや環境整備等、早め早めに調整が行われています。		
A - 2 - (2) 日常的な生活支援		
A	A - 2 - (2) - 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 日常的な生活支援については、各支援内容に応じたマニュアルが作成され、個別支援計画にもとづき、利用者の心身の状況に応じて提供されています。食の提供については、できる限り地元の食材を活用されています。また、入浴は毎日の利用が可能となっています。その際、介助が必要な方の移乗・移動については、写真等で視覚的に手順を明確化し介助の方法の統一が図られるよう工夫されています。排泄支援については、排便チェック表を作成、排せつリズムの把握と運動や水分摂取等の把握等、快適な排せつのための取組が行われています。		
A - 2 - (3) 生活環境		
A	A - 2 - (3) - 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。	a ・ b ・ c
<コメント> 生活環境については、個人の居室と食堂・多目的ルーム等のパブリックスペースが整備されています。居室は希望に応じてTVの設置や趣味や好みの私物等が置かれてプライベートな環境となっています。壁や床は県産木材が使用され温かみのある雰囲気となっています。なお、トイレ・浴室は共有のため、職員が定期的に点検・清掃し、清潔な状態が保たれています。		
A - 2 - (4) 機能訓練・生活訓練		
A	A - 2 - (4) - 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。	a ・ b ・ c

<コメント> 非該当		
A - 2 - (5) 健康管理・医療的な支援		
A	A - 2 - (5) - 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。	a・b・c
<コメント> 利用者の健康管理については、対応マニュアルに基づき、毎日職員が検温等健康チェックを実施、異常があれば看護師による状態の観察や必要に応じて協力医療機関へ受診が実施されています。また、高齢障がい者や重度障がい者も多いため、訪問歯科の往診で口腔内の健康管理も対応されています。その他、精神科等への相談も適宜行われ、健康管理に対する職員教育も年間研修の中で計画・実施され、世話人も緊急時対応等の研修に参加し、利用者が有している疾患や内服薬、禁忌事項等の情報を共有されています。		
A	A - 2 - (5) - 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> 医療的な支援については、対応マニュアルが作成されています。日常的な内服の管理については、利用者の誤薬等のトラブルを防ぐため、薬等の保管場所は利用者が立ち入りできないように施錠等で管理されています。また、服用の拒否や重複、服用忘れがないように呼名して配薬し、服用するまで目視確認されています。		
A - 2 - (6) 社会参加、学習支援		
A	A - 2 - (6) - 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> 利用者の社会参加等については、グループホームの利用者は重度障がいのある方も多く、利用者の希望や意向の聞き取りが難しい状況にあります。地元での買い物支援や地域への行事参加、旅行（日帰り、一泊）ドライブ等、利用者が選択しやすいように複数の体験メニューを準備し、場合によってはボランティアを募集、協力してもらえよう取組が行われています。		
A - 2 - (7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A	A - 2 - (7) - 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> 地域生活への移行や地域生活の継続支援については、利用者の家族等と面談を行い、生活への希望や不安等を聞き取り、説明や報告がなされています。グループホームの変更など現在のグループホームでの生活の継続が難しい場合は、相談支援事業所、行政等と調整・連絡のもと、利用者の意向や障害の状況に応じた生活環境が確保できるように支援する体制が整えられています。		
A - 2 - (8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A	A - 2 - (8) - 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	a・b・c
<コメント> 家族等との連携・交流については、利用開始時の面接、年に一回の三者面談、家族面会等を通じて、情報交換や意見要望の聞き取り等を行い、2ヶ月に1回機関誌を家庭へ発送し情報提供されています。現在は、新型コロナウイルス感染拡大の影響で実施されていませんが、家族会（手をつなぐ会）での研修旅行や忘年会・親子旅行等の開催を通じ、相互理解を深める取組も行われています。		

A - 3 発達支援

	第三者評価結果
--	---------

A - 3 - (1) 発達支援		
A	A - 3 - (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> 非該当		

A - 4 就労支援

		第三者評価結果
A - 4 - (1) 就労支援		
A	A - 4 - (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> 非該当		
A	A - 4 - (1) - 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> 非該当		
A	A - 4 - (1) - 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> 非該当		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準 (~)	28	17	0
内容評価基準 ()	14	0	0
合 計	42	17	0