

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：三気の里グループホーム事業所 （施設名）	種別：共同生活援助
代表者氏名：理事長 松田 健 （管理者） 寺田 逸朗	開設年月日：平成16年3月22日
設置主体：社会福祉法人 三気の会 経営主体：社会福祉法人 三気の会	定員： 18名 （利用人数）18名
所在地：〒869-1217 熊本県菊池郡大津町森54-2	
連絡先電話番号：096—293—8100	F A X 番号：096—293—8101
ホームページアドレス	https://sanki.or.jp

（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）	余暇活動、旅行、法人事業への参加（運動会、開園記念祭、こども食堂）、地域行事への参加（先祖祭り、春秋区役、大津町防災訓練、町内会総会）
居室概要	居室以外の施設設備の概要
新（あらた）：定員5名 181.18㎡ ひだまり：定員5名 250.48㎡ 一（はじめ）：定員8名 280.56㎡	食堂、居間、浴室、トイレ、台所、職員室（見守り室）、倉庫、洗濯室

2 施設・事業所の特徴的な取組

三気の里グループホーム事業所は、平成16年3月、「地域の中にある一戸建てにおいて、一定の経済負担を負って生活を共にすることにより、『より家庭に近い環境で普通の生活を送る』ことを目指し、入居者一人一人の生活の安定（身辺自立・社会参加・就労等）を図る」ことを目的として設立されました。単に生活の場を移すだけでなく、自閉症という障がいがあっても、地域交流や社会参加をしながら地域で暮らすことができるよう「自分でできることはすすんでやろう、できることを少しずつでも増やしていこう」をモットーに日々支援をしています。
--

3 評価結果総評

◆特に評価の高い点 ○中・長期計画や年度計画が職員参加により作成・実施されています。 中・長期計画や年度計画が職員選抜で実施されており、職員の意見表出や計画へのコミットメントが図られています。多くの職員が関わることで、実行性の高い計画が策定され実施されています。特に、事業を取り巻く環境について分析手法を用いて職員による現状把握と課題抽出によって共通理解を促進し、次期計画の礎としているところが評価できま

す。

○地域を念頭に置いた地域性の高い事業所運営が実現されています。

地域との交流や連携が図られ、地域性の高い事業所運営を実現されています。グループホームとしての位置づけから地域を念頭に置かれ、地域のニーズ把握から事業の実施まで地域と共に行われている点が評価できます。

○標準的なサービス提供ができる質の高い仕組みが確立されています。

個別支援計画の作成前には、利用者や家族に対して、要望等の事前聞き取りを行った上で、アセスメントが行われています。作成された個別支援計画は、「グループホームマニュアル」の利用者個人の入浴や食事等の支援手順に反映され、標準的な実施方法まで定め、それに基づいてサービスが提供されています。実施状況は業務日誌に記入するとともに、各職員が「業務管理シート」に記入して確認するようになっています。職員が標準的なサービス提供ができる質の高い仕組みが確立されています。

○利用者や家族の意向を尊重した支援が行われています。

サービスを確認する仕組みとして、「サービス向上委員会」が設置され、満足度調査を年1回アンケート形式にて行い、調査結果は分析・検討して取りまとめています。また、利用者への聞き取りは、「話し合いの部屋」が毎月開かれ、意思疎通が難しい利用者には家族に対する聞き取りも行われています。そして、イベントやレクリエーションについては、「話し合いの部屋」や満足度調査で出された意見や希望を基に決められています。その他、家族会は年4回程度開催され、職員も毎回参加し、毎回家族の7割程度参加されており、事業所と家族の関係性の良さが伺えます。利用者や家族との意見聴取の機会が多く、意向を尊重した支援が行われています。

◆改善を求められる点

○福祉サービスの利用や選択に必要な最新の情報提供が求められます。

事業所を紹介するパンフレットは、写真やふりがなを入れ、誰にでも分かりやすく、法人全体として作成され、ホームページにより具体的な内容が記載されています。しかしながら、パンフレットは5年以上更新がなく、情報が古くなっているものもあり、活用が少なく、適切な情報提供がなされていない状況となっています。利用希望者が適切なサービス選択ができるためにも、早期のパンフレットの更新と利用希望者や家族等への情報提供が求められます。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

コロナ禍によって時間が止まったように思うことがあります。そして、コロナ後において急激な時代の変化を感じます。いままで大切にしていたことが無価値な物になってしまったような葛藤を感じました。払拭するために第三者評価を早急に受診すべきだと考えました。入所施設に関しては数回受審していただきましたので初めてGHを受審することにしました。改めてこういった視点・観点を持ち、サービス提供を行っていくべきかをフィードバック出来る良い機会となりました。今回の結果を真摯に受け止め、サービス向上に繋げていきたいと思えます。改善が求められる点は早急に改善していき、高い評価をいただいた点に関しても維持できるように再度考察し、修正していきます。利用者、家族、スタッフ、地域、関係機関の方々からの信頼や評価を得るように日々精進していきたいと思えます。今後も何卒宜しくお願い致します。

(別記)

(公表様式1)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

【障がい者・児（居住系サービス）版】

◎ 評価機関

名 称	一般社団法人熊本県社会福祉士会 福祉サービス第三者評価事業
所 在 地	熊本市東区健軍本町1-22 東部ハイツ105
評価実施期間	令和6年12月24日～令和7年3月21日
評価調査者番号	① 第14-006号
	② 第09-013号
	③ 第10-007号

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：三気の里グループホーム事業所 (施設名)	種別：共同生活援助
代表者氏名：理事長 松田 健 (管理者) 寺田 逸朗	開設年月日：平成16年3月22日
設置主体：社会福祉法人 三気の会 経営主体：社会福祉法人 三気の会	定員：18名 (利用人数) 18名
所在地：〒869 - 1217 熊本県菊池郡大津町森54-2	
連絡先電話番号：096 - 293 - 8100	FAX番号：096 - 293 - 8101
ホームページアドレス	http://sanki.or.jp/

(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）	余暇活動、旅行、法人事業への参加（運動会、開園記念祭、こども食堂）、地域行事への参加（先祖祭り、春秋区役、大津町防災訓練、町内会総会）
居室概要	居室以外の施設設備の概要
新（あらた）：定員5名 181.18㎡ ひだまり：定員5名 250.48㎡ 一（はじめ）：定員8名 280.56㎡	食堂、居間、浴室、トイレ、台所、職員室（見守り室）、倉庫、洗濯室

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	5	
看護師		1	精神保健福祉士	1	
世話人	5	2	看護師	1	
生活支援員	3	1	調理師	3	

	合 計	10	4	合 計	12	
--	-----	----	---	-----	----	--

※ 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

運営理念

地域との連携を密にし、労働や共同生活を通して、その人らしい社会生活が送れるようにする。そのためには、個々が抱えている障がいに対して十分配慮すべきであり、かつ、医療、福祉、教育が結合、統合された特別療育生活施設として機能すべきである。

基本方針

- ・利用者第一主義
- ・社会参加へのチャレンジ
- ・地域との連携
- ・支援者の資質向上
- ・快適な生活の保障

3 施設・事業所の特徴的な取組

三気の里グループホーム事業所は、平成16年3月、「地域の中にある一戸建てにおいて、一定の経済負担を負って生活を共にすることにより、『より家庭に近い環境で普通の生活を送る』ことを目指し、入居者一人一人の生活の安定（身辺自立・社会参加・就労等）を図る」ことを目的として設立されました。単に生活の場を移すだけでなく、自閉症という障がいがあっても、地域交流や社会参加をしながら地域で暮らすことができるよう「自分でできることはすすんでやろう、できることを少しずつでも増やしていこう」をモットーに日々支援をしています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年12月24日（契約日） ～ 令和7年3月21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

○中・長期計画や年度計画が職員参加により作成・実施されています。

中・長期計画や年度計画が職員選抜で実施されており、職員の意見表出や計画へのコミットメントが図られています。多くの職員が関わることで、実行性の高い計画が策定され実施されています。特に、事業を取り巻く環境について分析手法を用いて職員によ

る現状把握と課題抽出によって共通理解を促進し、次期計画の礎としているところが評価できます。

○地域を念頭に置いた地域性の高い事業所運営が実現されています。

地域との交流や連携が図られ、地域性の高い事業所運営を実現されています。グループホームとしての位置づけから地域を念頭に置かれ、地域のニーズ把握から事業の実施まで地域と共に行われている点が評価できます。

○標準的なサービス提供ができる質の高い仕組みが確立されています。

個別支援計画の作成前には、利用者や家族に対して、要望等の事前聞き取りを行った上で、アセスメントが行われています。作成された個別支援計画は、「グループホームマニュアル」の利用者個人の入浴や食事等の支援手順に反映され、標準的な実施方法まで定め、それに基づいてサービスが提供されています。実施状況は業務日誌に記入するとともに、各職員が「業務管理シート」に記入して確認するようになっています。職員が標準的なサービス提供ができる質の高い仕組みが確立されています。

○利用者や家族の意向を尊重した支援が行われています。

サービスを確認する仕組みとして、「サービス向上委員会」が設置され、満足度調査を年1回アンケート形式にて行い、調査結果は分析・検討して取りまとめています。また、利用者への聞き取りは、「話し合いの部屋」が毎月開かれ、意思疎通が難しい利用者には家族に対する聞き取りも行われています。そして、イベントやレクリエーションについては、「話し合いの部屋」や満足度調査で出された意見や希望を基に決められています。その他、家族会は年4回程度開催され、職員も毎回参加し、毎回家族の7割程度参加されており、事業所と家族の関係性の良さが伺えます。利用者や家族との意見聴取の機会が多く、意向を尊重した支援が行われています。

◆改善を求められる点

○福祉サービスの利用や選択に必要な最新の情報提供が求められます。

事業所を紹介するパンフレットは、写真やふりがなを入れ、誰にでも分かりやすく、法人全体として作成され、ホームページにより具体的な内容が記載されています。しかしながら、パンフレットは5年以上更新がなく、情報が古くなっているものもあり、活用が少なく、適切な情報提供がなされていない状況となっています。利用希望者が適切なサービス選択ができるためにも、早期のパンフレットの更新と利用希望者や家族等への情報提供が求められます。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

コロナ禍によって時間が止まったように思ってしまうことがあります。そして、コロナ後において急激な時代の変化を感じます。いままで大切にしていたことが無価値な物になってしまったような葛藤を感じました。払拭するために第三者評価を早急に受診すべきだと考えました。入所施設に関しては数回受審していましたが初めてGHを受審することにしました。改めてどういった視点・観点を持ち、サービス提供を行っていくべきかをフィードバック出来る良い機会となりました。今回の結果を真摯に受け止め、サービス向上に繋げていきたいと思います。改善が求められる点は早急に改善していき、高い評価をいただいた点に関しても維持できるように再度考察し、修正していきます。利用者、家族、スタッフ、地域、関係機関の方々からの信頼や評価を得るように日々精進していきたいと思っています。今後も何卒宜しくお願い致します。

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	
	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>

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> 法人の理念及び基本方針は本法人の創始者の「療養方針」や「指導方針」「自閉症についての5つのお話し」と共に中・長期計画や単年度の事業計画に掲載されています。また、施設概要や中・長期計画、職員の心得等が記載された施設要覧が全員に配付されていると共に、スタッフ室や玄関等の目に付く場所に掲示され周知が図られており、理解が深められています。毎年職員に対し理解度を確認するテストが実施されており、理念及び基本方針の浸透が図られています。		

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適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	Ⓐ・b・c
<コメント> 「三気の里中・長期計画」の策定においては、中期を3年、長期を10年として策定されています。また、法人が立地する地域の社会資源や関係機関の状況を、保健、福祉、医療の視点から網羅的に把握し、経営環境分析の手法を用いてニーズを捉え、今後の展望を提示して具体的な取組みが示されています。法人の事業所全体の計画の中には、共同生活ホームが位置付けられています。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 中・長期計画の策定に際し、経営分析手法が活用されています。職員によるBSC（バランススコアカード）による利用者、財務、業務、教育の視点から今後の見通しを求める分析やSWOT分析で本法人の強みと弱み、機会と脅威を明らかにし、現状分析及び課題の抽出が行なわれています。そして、分析結果から将来の見通しを導き出して経営戦略が講じられています。経営分析が法人職員全体のグループワークによって実施され、グループホームの職員も参加し、グループホームの現状や課題が盛り込まれた計画が策定されています。		

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。	Ⓐ・b・c

＜コメント＞ 計画改定取組において、現状分析では4つの視点から経営戦略マネジメントについて吟味されています。また、経営戦略シートによる強みと弱みの把握、期限を設け責任者のビジョン達成計画が策定されています。グループホームとしては、スタッフ会議等においてグループホームとしての中・長期計画が策定されており、目下の計画として施設の増築が掲げられ具体化されており、熊本県との協議が進められています。		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	㉑・b・c
＜コメント＞ 「三気の里中・長期計画」に示されているグループホームのモットー「自分でできることはすすんでやる、できることを少しずつ増やしていく」を受けて「グループホーム事業所事業計画」及び「委員会事業計画」が策定されています。直近のグループホーム単年度計画では「小さなことでも話し合おう」が年間の目標として設定され、年間を通した計画の基となっており、諸計画が策定されています。		
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。	㉑・b・c
＜コメント＞ 事業実施や予算執行については定期的に報告会議が開催され、事業運営及び経営状況の共通理解がなされており、必要に応じて見直しが行われています。報告会議は上半期9月、下半期1～2月の2回開催され、施設要覧に実施内容が記載されています。グループホーム会議においては前年度の課題や重点課題、新年度の取組方針が協議され、次年度に引き継いでいく体制が構築されています。		
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・㉒・c
＜コメント＞ 利用者に対し分りやすく工夫が心掛けてされており、文字を大きくし、ルビを振る等の工夫がなされています。掲示場所の工夫としては、廊下に掲示していますが、利用者のこだわりや掲示物への反応といった利用者特性もあり周知に関して課題として捉えられている状況があります。また、職員自己評価では、「利用者への周知が十分ではない」としている職員もあり、更なる工夫が望まれます。		

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。	㉑・b・c
＜コメント＞ 計画に基づく実施や評価を通して課題を抽出し改善につなげるという、サービスの質の向上を目指した一連の取組が行われ、記録として残されています。そして、年2回自己評価を実施し、業務管理シートに記載し、管理者が評価するPDCAサイクルシステムが機能しています。また、世話人や生活支援員等の参画による「グループホームマニュアル」が作成され、組織的な取組がなされています。		
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。	㉑・b・c
＜コメント＞ 年度当初に立てられた計画は、実施過程において利用者の生活や施設運営において当初の想定と違った状況が生じた場合に、適宜見直しが行われ改善されています。具体的には、会議において職員により課題が報告され、課題の内容に応じてチームを編成し解決策を話し合い、改善を実行するという仕組みが構築され実践されています。スタッフ会議録は職員に周知され課題の共有化が図られています。		

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。	㉠・b・c
<コメント> 事業計画や施設要覧において、法人の考えが明文化され、職員が情報として受け取り確認できるようになっています。また、計画に記載されるだけでなく、毎月開催されるスタッフ会議において報告され共通理解を深める機会が設けられています。また、理事長により作成された文書を会議での配布やスタッフ室の掲示板に掲示するといった工夫により、職員がいつでも確認できる仕組みになっており、職員理解が促されています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 法令に関する研修において職員に対し周知され、研修報告により確認が行われています。法令等の変更についても、随時会議において周知されています。また、関係法令がリスト化されており、職員自ら確認できるように工夫されています。当該研修や勉強会は定期的に行われ、職員が参加する機会が保障できるよう計画されています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 三気の里の事業は、障害者支援施設、グループホーム事業所、相談支援事業所、就労支援事業所など多岐に渡り、組織も大きくなっています。その中で事業運営はチームとして推進されていることが窺えます。そこでグループホームに関する課題については、所属する職員による話し合いはもとより、「グループホーム運営（バックアップ）委員会」において支援する体制が整備されています。グループホームからも管理者やその他職員も会議に参加し、課題を共有し改善の取組がなされ、会議録に記載され共有されています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 三気の会の事業計画において、管理者によるグループホーム事業所事業計画が策定され、明文化されています。グループホームにおける利用者支援や利用者の生活環境について、一人ひとり支援することが明記されています。また家庭や地域との連携についての課題及び重点課題が明記されています。事業計画の内容はグループホーム会議で職員に周知され共有される機会が確保されています。		

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。	㉠・b・c
<コメント> 人材確保委員会が組織され、採用計画、広報ツールの開発及び活用、就職ポータルサイトの利用、学校との連携、採用試験の周知及び実施について企画され実施に努められています。また、初任研修や入職後三年目までの職員を対象とした新人研修が実施されていることに加え、業務中に実施されるOJT（オン・ザ・ジョブ・トレーニング）が制度として確立されて		

おり、OJTの実施マニュアルが策定されています。さらに、OJTの担当指導者に対する研修が実施され、指導力や指導技術の向上が図られています。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・㉔・c
<コメント> 法人の指針として作成されている「学びて求めて人たる道」と題した指導文書により、独自の目指す職員像を明確にされ、周知・共有されています。また、人事基準が定められており、業務管理シートを活用して記録されています。一方で、キャリアパスについては特に定められておらず、職員の心得として、自己研鑽に励むことが奨励されているに留まっています。職員が自ら将来の見通しをイメージできるような仕組みづくりを提示することは、職員の意欲の醸成にも資するものとなるので、具体的な提示が望まれます。		
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組んでいる。	㉔・b・c
<コメント> 理事長による個人面談が実施されており、職員一人ひとりの意見を聞く体制が構築されています。また、職員が自ら設定した目標の達成度の確認を人事管理部門も把握しており、人事管理の情報として活用されています。働きやすい環境整備としてレクリエーションの実施や急な休みを取っても業務が滞ることがないようにシフトの工夫等もなされています。		
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・㉔・c
<コメント> 職員は、一人ひとりの達成目標、現在の自分から成長したい姿のイメージや取得したい資格等を明示した「自分ケアプラン」を作成し目標管理されています。一方で、「自分ケアプラン」によって職員一人ひとりが目標を定め取り組んでいることが伺えますが、目標達成についての評価が明らかになっているとはいえず、達成度の把握についての工夫が求められます。		
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。	㉔・b・c
<コメント> 研修課の策定する研修計画や研修マニュアルが整備され、計画に基づいた研修会や講演会が開催されています。また、一人ひとりが作成した目標や自己実現に関する取組への支援が行われています。研修の実施については、一覧表で確認でき、実施状況に応じて次年度の計画に反映できるようになっています。		
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。	a・㉔・c
<コメント> 毎年度研修計画が策定され実施され、職員が取得したい研修を申告し受講することができます。研修を受講するにあたって、休暇取得やシフトの交代といった支援についても実施できる体制が構築されています。しかしながら、職員自己評価では、「研修が実施されても参加者が少ない」との意見も見られました。研修時期や内容について検討され、より実効性の高い工夫が求められます。		
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。	㉔・b・c
<コメント> 実習生受入マニュアルが整備され、周知、実践されています。また、実習記録が作成され保管されています。コロナ感染症による制限等による影響から実習人数が減少している現状があり、制限以前までの回復には至っていない状況ではありますが、受入体制が整っていることで、今後受入を増やしていく見込みであることが伺えます。		

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＞ 事業内容についてはグループホームの事業報告、広報誌「たんぽぽ」への記載、ホームページ等で公開がなされています。また、会計情報についても、ホームページの他、福祉医療機構の情報公開ページ（ワムネット）において毎年度公開されており、誰でも閲覧できる状態にあります。		
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。	a・㉡・c
＜コメント＞ 会計情報は公認会計士により毎月チェックされており、チェック様式に基づいて結果が記録され保管・管理されています。また、事業の進捗状況に応じた予算管理が行われており、グループホーム会議で必要に応じ報告され確認されています。しかしながら、チェック項目が選択式で文書での記入方式となっていないため、チェックが分かりづらいものとなっています。指摘事項がない場合でも、指摘がないことが明確であるような方法を採用することが望まれます。		

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＞ グループホームは町内の構成員に位置付けられており、町内会の総会といった会議に参加しています。住民との役割分担がなされ、区役にも積極的に参加されています。また、町内会の行事に参加することにより住民との交流が深められました。その結果として地域ニーズを捉える事になり、地域の婦人会との共同でこども食堂の設置につながりました。		
24	Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	㉠・b・c
＜コメント＞ コロナ感染症による制限以前は、月1回の頻度で歯科衛生士によるブラッシング指導や音楽講座の実施、生け花の提供といったボランティアを受け入れ実績があります。また、「開園祭」や「運動会」といった法人の行事が来場者1000人規模で開催されており、複数のボランティアを受入れていました。現在は行事の規模が縮小されている状況が続いている実態がありますが、今後は再び規模を回復し、ボランティアの受入についても促進していく見通しが示されています。		
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＞ 行政、利用関係、関係業者等について、連絡先をリスト化し各グループホームに備え付けられています。また、消防に関しては、火災時緊急避難マニュアルや自衛消防隊組織図に消防署の連絡先が記載されて緊急時の対応ができるようになっています。そして、医療関係については、定期的な健康管理のため連携している協力医との連携体制はもとより、利用者の主治医等の機関との連絡体制も一覧表として作成されるなど、活用に繋がる整備がなされています。		

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。	㉠・b・c
<コメント> 「グループホームは、その存在がすでに地域である」との信念のもと、地域との交流や連携が模索され実践されています。グループホーム以外の法人事業で把握された地域のニーズに関して、会議において情報共有され、他事業の展開の際に協力という形で関わりが持たれている体制が構築されています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 地域住民との散歩時のあいさつや回覧板の送付、地域の清掃作業における会話といった日常的な交流や連携が実践されています。その中で把握したニーズに対して、グループホームの事業として明確な位置付けがなされている事業はありませんが、子ども食堂や運動会、開園祭といった法人事業への参加、町内会への位置付けを通して、公益的な事業が展開されています。		

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	㉠・b・c
<コメント> 理念や基本方針は、毎年全職員に配布される法人の「倫理綱領」に明示され、朝礼や会議等で確認し、共通理解が図られています。また、利用者を尊重した福祉サービスの提供については、「サービスガイドライン」が策定され、職員の行動指針として活用が図られています。これらは、常に各職員が確認し、「チェックリスト」による振り返りを行うとともに、年度末には、研修会を実施し、利用者の人権を尊重した共通の理解を図る取組が行われています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 利用者のプライバシー保護については、「サービスガイドライン」に規定され、具体的には「プライバシー保護マニュアル」に記載されています。また、居室は、全室が個室化され、トイレや風呂、脱衣室はドアで仕切られ、物の整理棚も整理・整頓できる工夫がなされています。そして、居室のベッド、タンス等の家具は持ち込みが可能となっており、プライバシー保護に配慮した生活の場にふさわしい快適な環境づくりが行われています。		
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。	a・㉡・c
<コメント> 事業所を紹介するパンフレットは、写真やふりがなを入れ、誰にでも分かりやすく、法人全体として作成されています。また、ホームページには、より具体的な内容が記載され、満床に関わらず、利用や見学の希望者への対応がなされています。しかしながら、職員自己評価では、「パンフレットはない」、「パンフレットは古くなっている」等の意見がありました。パンフレットが古くなっているため、存在自体を理解していない職員も見られ、早期のパンフレットの更新と職員や利用者等への情報共有が求められます。		
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。	㉠・b・c

＜コメント＞ 福祉サービスの開始・変更にあたっては、サービス利用契約書作成時に、大きな文字で簡潔にまとめられた重要事項説明書を使用し、丁寧に説明されています。また、利用者や家族等への説明は、絵や図等を使用した資料を用いられており、理解が困難な利用者には家族へ丁寧な説明をして同意を得ています。個別支援計画の変更時は、業務日誌に記入され、ケース記録に内容が残されています。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 福祉施設・事業所の変更については、「引き継ぎマニュアル」に規定された「引き継ぎ文章」を作成し、利用者に不利益が生じないような対応が行われています。また、サービスの利用が終了した時にも、担当者がその後の相談方法を説明の上、文章を渡すこととなっています。現在まで家庭への移行の実績はありませんが、福祉サービスの継続性に配慮する体制は整えられています。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	㉠・b・c
＜コメント＞ 仕組みとして、「サービス向上委員会」が設置され、満足度調査を年1回アンケート形式にて行い、調査結果は分析・検討して取りまとめています。また、利用者への聞き取りは、「話し合いの部屋」が毎月開かれ、意思疎通が難しい利用者には家族に対する聞き取りも行われています。その他、家族会は年4回程度開催され、職員も毎回参加し、家族との信頼関係の構築と利用者の満足度の把握に努められています。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 法人として、苦情解決の体制が整備され、苦情受付担当者6名の内、グループホーム職員1名が含まれています。また、各担当者の写真が入ったわかりやすい掲示物が作成され、各グループホームの入口正面に掲示し、周知が図られています。苦情が出た際には、苦情解決責任者を中心に課題の確認・解決に取り組み、苦情を申し出た利用者や家族に配慮した上で公表する仕組みが確立し、機能しています。		
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＞ 利用者が相談や意見が述べられる機会として、「話し合いの部屋」が毎月設けられ、苦情だけでなく、やりたいことや嬉しいこと等、何でも話せる機会として利用者に周知し、取り組まれています。また、小規模の事業所のため、「グループホームマニュアル」にて個別の対応を確認し、全職員が日常的な会話や態度から相談や意見を把握できるように努められています。その他、随時個別相談を実施し、必要に応じてスタッフ会議で検討する体制が整備されています。		
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＞ 「苦情受付マニュアル」が作成され、日常的な相談や意見を含め、職員間で共有し、必要に応じてスタッフ会議で検討されています。また、個別支援計画の作成前には、利用者や家族に対して、要望等の事前聞き取りを行っており、計画に反映されています。そして、意見箱は各グループホームの食堂付近に置かれ、提出する用紙は「ご意見・ご要望承り書」となっており、様々な内容に対応する姿勢が伺われます。		
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	㉠・b・c

	マネジメント体制が構築されている。	
＜コメント＞ 「事故・ニアミス報告書」があり、小さな事故やミスでも必ず報告し、「危機管理委員会」においてレベル分けされ、要因分析や再発防止策等の検討がなされています。そして、収集した事例は、「ヒヤリハットメモ集」としてまとめられ、職員への周知が図られています。また、職員に対しては「危機管理研修」が毎年実施され、リスクマネジメント体制が構築されています。		
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＞ 感染症の予防策や発生時の「感染症対応マニュアル」が作成され、職員や利用者に周知されています。さらに、令和6年度より「感染症対策委員会」を発足させ、コロナやインフルエンザ等の感染症の対応の強化が進められています。また、職員や家族等が感染症にかかった場合の対応含め、事業継続計画（BCP）も適切に作成され、感染症に対する体制整備と取組が行われています。		
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＞ 地震や水害、火災等の発生時の「危機管理マニュアル」が策定され、職員や利用者に周知されています。また、利用者や職員の安否確認のための連絡網とともに、法人として備蓄リストが備えられ、事業継続計画（BCP）も適切に作成されています。そして、避難訓練は、内容を変え、グループホーム独自で年2回実施され、地域の消防署、警察、自治会と連携した取組が行われています。		

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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 標準的な実施方法は、「サービスガイドライン」に明記され、さらに「グループホームマニュアル」にて個別の標準的实施方法まで定め、それに基づいてサービスが提供されています。利用者の尊重やプライバシーの保護、権利擁護に関わる職員の姿勢は、各種マニュアルに明示され、研修や個別指導等により標準化が図られています。実施状況の確認については、各職員が「業務管理シート」による確認するようになっており、世話人や生活支援員等の職員による標準的なサービス提供ができる質の高い仕組みが確立されています。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 標準的な実施方法は、各委員会や運営会議において、年2回見直しの検討が行われています。また、「グループホームマニュアル」も、法人の方針や利用者の状況変化に合わせ、各グループホームにおいて、随時話し合いが行われ、見直しの検討がなされています。そして、個別支援計画の内容に変更があった場合も、同様に修正の検討が行われ、見直しの仕組みが確立されています。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ サービス管理責任者を責任者として、看護師や法人の栄養士等の多職種が参加する個別支援計画作成会議において、利用者一人ひとりの計画が策定されています。作成前には、利用		

者や家族に対して、要望等の事前聞き取りを行った上で、アセスメントが行われています。作成された個別支援計画は、「グループホームマニュアル」の利用者個人の入浴や食事等の支援手順に反映され、定期的なモニタリングにおいて実施状況が確認されています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 個別支援計画は、6か月ごと、再度利用者や家族の意見も取り入れて評価・見直しが行われています。その後は、再度利用者や家族に十分な説明が行われ、利用者本位の視点に立った見直しが行われています。また、関係職員へは個別支援計画を回覧し、情報の共有化が図られています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 福祉サービスの実施状況は、世話人や生活支援員等の職員が、毎日業務日誌に各利用者の実施状況を記入しており、その内容が各利用者のケース記録に転記されるシステムとなっています。パソコンによるネットワークシステムが確立され、各職員はケース記録の閲覧ができ、職員間の情報の共有化が図られています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 「サービスガイドライン」に沿って「個人情報保護規程」が定められ、理事長を記録管理責任者にして、職員に対する研修や教育が行われています。そして、利用者や家族に対しても、個人情報取り扱いについて、家族会や広報誌において周知が図られています。また、ケース記録等の重要書類は、法人の事務所の鍵のかかる保管場所にすべて保管・管理されており、記録の管理体制が確立されています。		

<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。	㉠・b・c
<コメント> 毎月の「話し合いの部屋」は、利用者の意向を聴くとともに、利用者同士の話し合う機会となっており、余暇や趣味活動の計画等が決められています。また、衣類やシャンプー等の日用品は、各利用者の好みによって自己決定し、購入されており、エアロバイクや空気清浄機を購入された利用者もいます。そして、支援が必要な利用者に対しては、買い物に同行し、意思決定支援が行われています。		
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。	㉠・ - ・ c
<コメント> 利用者の権利擁護については、「権利擁護・虐待防止対応規程」が定められ、「人権擁護委員会」にて具体的な対応が検討され、研修や教育が行われています。また、日常的な支援においては、身体状況を記入するチェック表は入浴や排せつの支援の都度記入することになっ		

ており、早期発見の取組が行われています。さらに、やむを得ない場合の身体拘束を行う場合の指針や、万一の虐待の届出・報告の手順も明確に決められており、権利擁護に関する取組が徹底されています。

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。	㉠・b・c
<コメント> 利用者の自律・自立生活のための支援については、個別支援計画の作成時に検討され、具体的には、「グループホームマニュアル」に記載され、日々の支援が行われています。利用者の状態に応じて、身の整理・整頓、身だしなみや清潔保持、日常のスケジュールの管理等、各利用者の目標を決め、生活能力を高める支援が実践されています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> コミュニケーション支援についても、個別支援計画の作成時に検討され、具体的には、「グループホームマニュアル」に記載され、日々の支援が行われています。意思伝達が苦手な利用者には、日々の関わりの中で固有の表現を見つけ、家族からも情報を得て、検討がなされています。具体的には、文字や絵を書いて伝える方法やジェスチャー、ベル等の様々な方法による支援が行われています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 利用者の相談については、サービス管理責任者や担当職員がモニタリング時に行っており、日常生活の中でも職員による聴き取りが行われています。また、「話し合いの部屋」においても、相談や苦情などが自由に話せる機会として定着しています。そして、相談等によって意思が汲み取られた場合、毎日のミーティングやスタッフ会議等で情報共有され、個別支援計画の修正の検討が行われています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 日中活動と利用支援等については、個別支援計画の作成前に、利用者や家族に対して、要望等の事前聞き取りを行った上で、アセスメントが行われ、計画が作成されています。また、日中活動支援の事業所と連携を密に取り、その計画も参考にしながら支援が行われています。そして、イベントやレクリエーションについては、「話し合いの部屋」や満足度調査で出された意見や希望を基に決められ、実施されています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行うため、精神科医師等の外部講師による職員研修が定期的実施されており、「強度行動障害支援者養成研修」等の外部研修にも職員が積極的に参加しています。また、法人として「ケース検討会議」が毎月2回実施され、職員の知識・技術の向上が図られています。そして、利用者の行動や生活状況は、ケース記録に記載するとともに毎日のミーティングで共有され、適切な支援が行われています。		
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。	㉠・b・c
<コメント>		

日常的な生活支援についても、個別支援計画の作成前に、利用者や家族に対して、要望等の事前聞き取りを行った上で、アセスメントが行われ、計画が作成されています。また、食事、入浴、排せつ等の生活支援は、「グループホームマニュアル」に沿って世話人や生活支援員による個別支援が行われています。具体例として、食事支援は形状や量等、入浴支援は浴槽の工夫や洗い上げ介助等、排せつ支援は便器の工夫や拭き上げ介助等、利用者の状況に応じた生活支援が実施されています。		
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	㉠・b・c
<コメント> 利用者の居室は、全室がエアコン完備の個室となっており、プライベートな空間が確保されています。また、テレビや家具類は使い慣れた物や好みの物の持ち込みが可能で、共有スペースには、テレビやソファが置かれており、くつろげる空間となっています。その他、空気清浄機を導入し、温度や湿度の管理をしつつ、利用者の転倒や異食等に配慮した物品の配置の工夫も行われています。		
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> 生活訓練としては、個別支援計画に基づき、掃除、洗濯、入浴、歯磨きなど、職員が日常生活内で支援する形で実施され、能力に応じて、当番制で配膳や掃除等を行う場合もあります。また、機能訓練が必要な利用者は、看護師が医師や理学療法士と連携して支援し、訪問リハビリテーションを利用されている利用者や、自主的にエアロバイクを持ち込み体重コントロールに努めている利用者も見られます。		
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> 利用者の健康管理については、世話人や生活支援員による生活支援の一環として、毎朝の体温や血圧等のバイタルチェック、入浴時のボディチェック、排せつ時の排せつチェックにより健康状態の把握が行われています。また、令和6年度よりグループホーム専属の看護師を採用し、利用者に体調変化があった場合は、家族や協力医と連絡を取り、病院受診等の対応が行われています。その他、毎日のラジオ体操とともに、利用者の状態に応じ、ストレッチ、踏み台昇降、エアロバイク等の利用者の健康維持・増進のための工夫も図られています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 医療的な支援については、看護師が責任者として定められ、利用者の慢性疾患やアレルギー等は、「グループホームマニュアル」に特記事項として記載され、食事や排せつ等の日常的な支援に反映されています。また、薬は事務室で鍵のついた保管庫で管理され、誤薬等のミスを防ぐため、毎食時、個人の投薬箱に入れ、チェック表を活用して確実に行われています。その他、法人として、救急救命や感染症等に関する職員研修が定期的に行われています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 個別支援計画の作成前には、利用者や家族に対して、要望等の聞き取りが行われ、日常的関りからの聞き取りを含め、支援が検討されています。特に、毎月利用者の中から企画担当者を決め、利用者の意向から外出やドライブが計画・実施されています。また、毎年地域の福祉まつりに参加し、可能な限り地域の図書館や役場等の社会資源の活用に向けた支援が行		

われています。		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A⑭	A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	a・㊦・c
<コメント> 地域生活のための支援については、利用者や家族等の希望や意向の聞き取りを基に、支援目標を明確にし、個別支援計画に反映されています。具体的には、日用品の買い物や調理実習等の生活訓練が行われています。しかしながら、一人で暮らすことを想定した支援は行われていますが、地域生活の移行を考慮した具体的な支援には至っておらず、職員自己評価においても、「現実的に難しいと感じ、具体的な移行支援はできていない」「不十分もしくはできていない」等の意見が見られました。地域生活への移行は、利用者の状態から難しい現状もあるかと思いますが、地域や法人の社会資源と連携の上、地域生活への移行を検討する会議体の設置などの体制の整備が望まれます。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 利用者や家族等の希望や意向の聞き取りの際は、利用者と家族の関係性を把握するとともに、緊急時の対応についても確認されています。そして、家族へは定期的に連絡するとともに、体調不良等の問題が発生した場合は、発生時、途中経過、解決時に連絡することが取り決められています。また、家族会が年4回、家族交流会が年1回実施され、毎回7割程度の家族が参加されており、事業所と家族の関係性の良さが伺えます。		

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> 非該当		

A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A⑰	A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	a・b・c
<コメント> 非該当		
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> 非該当		
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> 非該当		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（Ⅰ～Ⅲ）	39	6	0
内容評価基準（Ⅳ）	14	1	0
合 計	53	7	0