

(様式第6号 別紙)

## 長崎県福祉サービス第三者評価結果報告

### ① 第三者評価機関名

特定非営利活動法人福祉総合評価機構

### ② 事業者情報

名称：グループホーム 平山	種別：共同生活援助
代表者氏名：志賀 香里	定員（利用人数）：10名（7名）
所在地：長崎県諫早市平山町349番地2	
TEL0957-46-6031	

\*施設・事業所情報は、事業所プロフィール参照

### ③ 施設・事業所の特徴的な取組

1. 利用者1人1人の特性をよく理解しており、持っている能力を向上させる支援を行っている。
2. 利用者が毎日楽しく過ごせるように、毎日レクリエーションを行っている。
3. 住居内を清潔に保っており、利用者が快適に過ごせるようにしている。

### ④ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年7月3日（契約日）～ 令和5年3月22日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0回

### ⑤ 総評

#### ◇特に評価の高い点

#### ■ 利用者の自律・自立生活のための支援

職員は、利用者の自律・自立生活のための支援に努めており、入所後に食後の食器片づけや靴下履きができるようになり、今年是一年の期間をかけてベッドメイキングができるよう向上している。身だしなみについては、はみがきや髭剃りを行うとシールを貼る表を作成し、利用者のやる気を引き出している。洗濯物を干す場面では、まず利用者に干してもらい、職員がサポートしており、徐々にできることを増やしていくことで、本人が自身でできるようになった事柄が多く確認できる。

従来、家族が手伝っていたことが、利用者自身で行えるようになったことで家族からも感謝の声が届いている。

施設長をはじめ職員全員が「自宅にいるように過ごして欲しい」との意識を持っており、支援について必要に応じて職員間で改善点を協議している。自律・自立のための動機づけを着実にやっていることは、事業所の特筆すべき点である。

### ■ 利用者の障害の特性に応じた適切な支援

職員は、障害は特性であると捉え、支援においては感情的にならず、気を長く持つこととし、利用者に対して制止したり、急な声掛けは行わない支援に徹している。

アシスタントと称する世話人には、障害についての資料を配し、専門的な知識と支援方法を伝えている。また、月1回の職員会議や朝の申し送り等で、日々変化する行動障害等に対する支援方法を検討し見直しており、支援の質の向上に積極的に取り組んでいることが見てとれる。

更にこだわりの強い利用者が掲示板の全ての掲示物を剥がしてしまう症例には、事業所全体の壁に掲示物を貼らない対策を取っている他、居室内の洗濯干しの車輪の方向が気になる症例には車輪を隠す細工を施す等、障害の特性に応じて工夫を凝らし、支援していることは、高く評価できる。

### ■ 個別支援計画の共有化とスピーディーな見直し

入居希望者については、施設長が家族を交えて面談を行い、本人の好きなこと、苦手なこと、要望を聞き取っている。面談で聞き取った情報を基に、“課題（ニーズ）の整理表”を作成し、個別支援計画書へと繋げている。目標をモニタリング表に記録し、毎日の申し送りや個別支援会議にて現状の把握と課題点を明らかにしている。

個別支援会議は、日程にこだわらず問題が発生した時点で行い、スピーディーな解決を図っており、サービスの実施内容の変更もタイムリーに行っている。少人数の職員によりPDCAサイクルを確実に稼働していることは特長である。

## ◇改善を求められる点

### ■ 期待する職員像の明確化と職員育成

事業所では、職員の処遇に関して施設長と職員の定期的な面談はないものの、職員は少人数であり、それぞれの要望等は日頃から把握している。

ただし、法人の理念や基本方針に基づいた事業所の「期待する職員像等」は、明確に定めていない。また、人事管理は法人本部にて一括して行っているが、明確な人事基準や職務に対する貢献度等を評価する仕組みは確立されていない。

職員が自らの将来を描くことができる仕組みを確立するために、職員の意向や希望を体系的に把握する取組も必要と思われる。

施設長はその点を課題であると認識し、第一に各職員の目標設定に着手し、その半年後には個人面談を行い目標の進捗状況を確認するといった方針を立てている。

今後、組織として「期待する職員像」を明確に定め、職員育成の目標の設定及び達成度の確認を行う仕組みづくりが待たれる。

### ■ 利用者の権利擁護に関する取組み

事業所では利用者に対する暴言や身体拘束の事例は無い。利用者が万一暴れたりした際には落ち着くのを待つとともに、家族に対処方法を確認している。やむを得ない場合

の一時的身体拘束については、個別支援計画書と支援手順書に明記している。また、理事長は職員に長崎県内での虐待事例を伝えている。

一方で、権利擁護に関する規定・マニュアルの整備や、職員間で権利擁護について検討する機会は設けられていない。

利用者の権利擁護について、職員の高い意識が確認できるため、規定やマニュアルを整備して、職員間で検討する機会を設けることで更なる質の向上が期待できる。取組に期待したい。

#### ⑥第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当事業所が日々行なっている支援方法について高い評価を頂きありがとうございました。

できているところ、できていないところが明確に評価しており、とても参考になりました。強みは更に伸ばし、改善点は早急に取り組みたいと考えております。

#### 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。

#### ⑧利用者調査及び書面調査の概要

(別紙)

第三者評価結果

※すべての評価細目(46項目)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。

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。			
項目		評価	コメント
1	I-1-(1)-①	b	<p>法人の理念、「笑顔のために汗をかき、愛する喜びを分かち合い、愛される感動を得る」は、先代の理事長の思いを反映しており、事業所の名刺の裏に理念を記載し周知徹底を図っている。また、職員を採用した際は、法人本部でオリエンテーションを行い、理念についての説明を行っている他、年に2回実施している法人全体の研修では、理事長が理念についての講話を行っている。</p> <p>ただし、事業所内で理念が具現化しているかの振り返りの場はまだ設けていない。また、世話人は、法人本部での研修には、参加できていないため講話を聞く機会がない。</p> <p>今後、理念を利用者・家族、全職員に周知するとともに、職員間で定期的に振り返る取組みが望まれる。</p>

I-2 経営状況の把握

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	b	<p>施設長は、法人本部から届く社会福祉事業全体の動向の把握や行政からの情報を把握している。事業所の稼働率及び一日の利用者数については、施設長が集計しており事業報告書に明示している。更に、財務面でのコスト分析は、会計事務所の指導の下、把握を行っている。</p> <p>現在、空室があるものの利用者が全く面識がない人と協調できるか懸念があり、直接的な働きかけは行っていない状況である。</p>
3	I-2-(1)-②	b	<p>施設長は、毎週法人本部に出向き、理事長や事務長と経営課題の共有を行っている。令和4年度の事業計画に、共同生活援助の新規利用者の目標及び短期入所に係るひと月当たりの目標数を掲げている。</p> <p>理事長の指示で、サービス管理責任者を複数体制にする計画を立てており、職員2人が必要な研修を受講中である。施設長として職員間での情報共有を更に徹底させること、職員の育成のための研修を充実させたいとの思いがある。</p>

I-3 事業計画の策定

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	c	<p>施設長は、数年間の目標としてショートステイの利用者増加を考えている。具体的には、放課後等デイサービスを利用している高校生を土、日に受け入れることから始め、法人内の障害者就労支援事業所への就労に繋げる構想を持っている。</p> <p>ただし、明文化していないため、今後、数値目標を伴った具体的な中・長期計画の策定に期待したい。</p>

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。	c	施設長の構想として、ショートステイに放課後等デイサービスを利用している高校生を受け入れるという計画があるものの、令和4年度の事業計画では確認できない。令和4年度の事業計画に示された利用率の目標や支援プログラム、また災害対策についての計画は実行可能な内容となっている。 今後、単年度の事業計画が、中・長期計画を反映した内容となるよう次年度以降の取組みが求められる。
<b>I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。</b>				
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。	b	事業所では、3月中旬に事業計画書を作成している。世話人を含む職員が意見を出し、施設長がまとめて理事長へ提出しており、計画の内容は年度初めの研修会で職員に周知している。 事業計画の達成度合いについては、年度末の事業報告書作成時に「取組みと効果」として評価を行っている。
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。	b	開設して1年であるため独自の家族説明会はまだ設けておらず、家族に向けて事業計画を説明する機会がない。家族との関係は良好であり、利用者の支援については詳細に情報を共有している。 今後は、利用者の生活に関わる事項もあるため、利用者・家族が理解しやすい資料を作成し、事業計画を説明する機会を持つことも必要であると思われる。 また、法人内の障害者就労支援事業所では家族説明会を行っており、グループホームの事業計画を説明することも可能と思われる。利用者・家族に事業計画を説明する工夫と体制づくりに期待したい。

**I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組**

<b>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。</b>				
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。	b	個別支援計画に沿って、定期的及び気づいた時に都度評価・見直しを実践していることから、PDCAサイクルが稼働する組織的な体制が確認できる。 第三者評価は、今回が初めての受審である。今後は、第三者評価受審後の評価結果の分析・検討、自己評価の実施等、更なる事業所全体の質の向上に向けた取組みに期待したい。
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。	c	第三者評価は今回が初めての受審であり、これまで組織的に自己評価を実施する仕組みは整えていない。 今後は、第三者評価結果に基づき更なる課題を明確化し、職員自身の自己評価等、組織として取り組むことに期待したい。

**II 組織の運営管理**

**II-1 管理者の責任とリーダーシップ**

<b>II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。</b>				
10	II-1-(1)-①	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	利用開始時に家族に配付する重要事項説明書に、職員の配置状況を示している。また、事業計画書には「組織体系図」として、事業所内の職員の配置を簡潔に記載している。 日常では、ほぼ全職員が同じ業務を行っている。従って施設長不在時は、サービス管理責任者が施設長の業務を担うよう口頭で指示している状況である。 今後、施設長の役割と責任を明記し、平常時のみならず、有事の際の権限委譲についても明確にすることに期待したい。
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	法令順守に関する情報は、全て法人本部から直接得ている。障害者を取り巻く法令に改正があった場合は、行政から法人本部に通達があり、本部から各事業所に情報を伝えている。 虐待防止に関する研修は、事業所での勉強会はないものの、年2回の法人全体研修で学んでいる。また、施設長は、労働基準法の改正や就業規則の改定についても法人本部から通達があり把握している。

II-1-(2) 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	<p>月1回事業所内の会議に限らず、利用者の支援方法について疑問が生じた時点で職員が集まり、話し合い、解決している。話し合いでは、職員それぞれが活発に意見を出し合っている。利用者の様子は、サービス提供記録や申し送り帳に記載し、共有を図っていることが確認できる。</p> <p>物品の購入希望は、施設長が本部理事長と事務長へ相談して反映しており、毎日の実践記録は、メールにて、本部に報告している。職員間の連絡はLINEを利用し、緊急にシフトを変更する場合や台風時の連絡に活用している。</p>
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	<p>事業所の人事や労務、財務に関しては、法人本部が中心となって方向性を定めている。施設長は、毎週本部へ出向き、経営に関する課題を確認したり、相談を行っている。</p> <p>現在、事業所内にて職員からの改善提案等を積極的に募る取組みには、至っていない。今後、職員全員で業務に関する提案等を共有し、協働する仕組みを構築することに期待したい。</p>

## II-2 福祉人材の確保・育成

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	<p>求人は法人本部で一括して行っている。本部での書類審査には施設長が同席する場合もあり、その後面接、施設見学の後に採用、という流れになっている。</p> <p>施設長には人材の育成面を強化したいという思いがある。今後、人材の確保や育成についての方針を明確にし、計画的な取組みに期待したい。</p>
15	II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b	<p>人事管理は法人本部にて一括して行っている。法人の理念や基本方針に基づく「期待する職員像等」は、明確に定めていない。また、明確な人事基準や職務に対する貢献度等を評価する仕組みは確認できなかった。</p> <p>職員の処遇に関しては、施設長と職員の定期的な面談はないものの、職員は少人数でもあり、それぞれの要望等は日頃から把握している。</p>
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。	b	<p>法人本部が労務管理を行っており、施設長は週1回本部に出向き連携を図っている。職員の希望休や育児休暇、有給休暇、長期休暇等の希望には、できる限り応じている。</p> <p>職員健康診断は年1回、夜勤者には年2回実施している他、ハラスメント等の相談等も本部にて体制を整えている。また、コロナ禍以前は、法人全体の忘年会を開催しており、福利厚生を実施していることが見てとれる。</p> <p>ただし、施設長が職員と定期的に個別面談を行う機会は設けておらず、今後必要であると施設長も課題としてあげている。更なる働きやすい職場づくりが望まれる。</p>
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。	b	<p>現段階では、個人面談を実施していないものの、今後、施設長は各職員の目標を設定し、半年後に個人面談を行い目標の進捗状況を確認するという具体的な方針を立てている。</p> <p>今後は組織として「期待する職員像」を明確にし、育成目標を明確にして目標達成度の確認を行う等、職員一人ひとりの育成に向けた取組が望まれる。</p>
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。	b	<p>職員の教育・研修については、理事長が研修と受講者を選定している。グループホームの位置づけが就労支援ではなく生活支援であるため、現実的に対象となる研修自体が少ないこともあり、事業計画には組織として必要な資格や研修等は明示していない。</p> <p>今後は生活支援のために必要な技術や資格等を明確化し、施設長が現場の運営で必要な研修等を検討し、事業計画書に明確化することが望まれる。</p>



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	<p>施設長は職員の技術水準や資格の取得状況を把握しており、新任職員に対しては経験のある職員によるOJTが適切に行われている。また、行政等から研修案内が届いた際は、職員に回覧し、受講希望があれば受講できるよう支援している。現在、サービス管理責任者の資格取得を目指している職員の存在も確認できる。</p> <p>ただし、組織として職員の職務や知識等に応じた教育・研修は行っていない。今後はニーズの複雑化や支援の困難化等により専門性が一層求められると考えられる。</p>
----	-----------	---------------------------	---	---

**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。	c	<p>開設2年目であり、実習生の受け入れ実績はなく、実習生受け入れに係る基本姿勢の明確化、プログラムやマニュアルの整備は行っていない。</p> <p>福祉サービスに関わる専門職の研修・育成への協力は福祉施設の社会的責務の一つと考えられる。当事業所は生活介護の場であり、利用者の状況を判断しつつ、実習生受け入れが可能であれば基本姿勢を策定し、プログラムやマニュアルを整備するとともに実習生を受け入れることが望ましい。</p>
----	-----------	---	---	---

**Ⅱ-3 運営の透明性の確保**

**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。	a	<p>法人はワムネットに、現況報告書及び、財務諸表を公表している。また、ホームページに事業計画書を公表している。</p> <p>今回、第三者評価の受審は、初めてであるため、受審結果の公表もこれからの取組みとなる。</p> <p>苦情・相談の体制については、重要事項説明書に明記している。</p> <p>家族からの苦情は、事業所を開設してから発生していない。家族とは2週間に1度の割合で面談を行っており、その際、要望等がないかを聞き取り、コミュニケーションを図っていることが確認できる。</p> <p>家族の不安や希望を聞き取る機会を2週間に1回設け、支援の進捗状況等を共有していることは、透明性を確保するに十分な取組であり、事業所の特筆すべき点であるといえる。</p>
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	<p>事業所における事務、経理、取引等については法人本部で管理しており、定期的に行政の実地指導も受けている。また、職員は、事務、経理、取引について管理、責任者は施設長であることを認識している。</p> <p>本部では、毎月会計事務所による定期的な助言・指導を受け改善を図っている。</p> <p>今後、事業所としての職務分掌と権限・責任を明確にし、職員等に周知する取組みに期待したい。</p>

**Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献**

**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	<p>事業所は、令和3年開所後直ぐに自治会に加入している。地域との交流については「地域との交流と社会参加」として事業計画書に記載しており、事業報告書でも“取組みと効果”として評価を行っている。</p> <p>現状では、新型コロナ禍の影響で地域行事は開催されていないものの、盆、暮れには地域に挨拶に出向いている。新型コロナが収束した際に備え、地域の人々との交流を行う体制を整備しておくことに期待したい。</p>
----	-----------	----------------------------	---	--

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。	c	<p>開設2年目であり、現在はボランティアの受け入れは無い。事業所の開設時期が新型コロナ禍の中ということもあり行事等を行ってならず、ボランティア受け入れに係る基本姿勢の明文化やマニュアルの整備もこれからである。</p> <p>新型コロナ収束後は行事等が行われる可能性があるため、ボランティア受入れ時のトラブルや事故を防ぐ観点から受け入れ体制を明確にするとともに、事前説明等の手順を定めておく必要があると思われる。</p> <p>今後、ボランティア受入れに備え、基本姿勢の明文化及びマニュアルの整備に着手することが望まれる。</p>
<b>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>				
25	Ⅱ-4-(2)-①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b	<p>利用者は、法人内の就労継続支援事業所に通っていることから、法人内の事業所間で情報共有し、支援している。</p> <p>また、施設長は諫早市の他、長崎市と大村市等、複数の相談支援事業所と定期的に連携を図っている。</p> <p>事務所には社会資源を明示したリストを作成し、必要な関係先は電話の短縮番号に登録しており、事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携を適切に行っていることが確認できる。</p>
<b>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</b>				
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	<p>法人本部は市の福祉ニーズ等の情報を入手し、行政機関との連携や手続き等を担っている。</p> <p>利用者が就労する法人内の障害者就労継続支援事業所では、家族の声から生活課題等を抽出している。</p> <p>また、事業所では地域住民から入居に関する相談を受けた事例がある他、長崎市や大村市の各相談支援事業所とも連携し、地域の福祉ニーズ等の把握に努めている。</p> <p>事業所は、令和3年度の事業目標に「地域との交流と社会参加」を掲げ、自治会に加入し、地域交流を深める中で地域の福祉ニーズ等を把握していく予定であったが、新型コロナ禍により実施困難な状況となっており、収束後には再開することとしている。</p>
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	<p>法人としては現在、地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動は行っていないが、平成23、24、26年の3回に渡り、東日本大震災の被災者支援として「東北応援プロジェクト」にてそうめん流しを提供した実績がある。</p> <p>今後も、引き続き公益的な事業・活動において検討、取組みに期待したい。</p>

### 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

<b>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</b>				
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	<p>職員は、法人の全体会議で虐待防止及び身体拘束等の適正化に向けた体制整備について学んでおり、欠席者には資料で周知を図っている。また、施設長を中心に、職員間で定期的な会議の他、日々の支援の中でその都度、利用者のQOL向上を目指し積極的に話し合いを重ねる姿勢が見てとれる。</p> <p>深夜こだわり行動がある利用者には、無理強いせず見守り支援に徹している。</p> <p>ただし、支援内容においては、利用者との距離に職員間でズレがあり、近すぎると威圧感を与えてしまう等課題があり、施設長は統一が必要であると考えている。</p> <p>また、利用者を尊重した支援に関する倫理綱領や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組もこれからである。更なる取組みに期待したい。</p>



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	<p>女性利用者は洗濯物は居室内で干している他、トイレや浴室のドアは閉めるよう心掛ける等、利用者のプライバシー保護に配慮した支援に努めていることが見てとれる。</p> <p>また、週1回の家族への文書“グループホームでの過ごし方”では、利用者の様子を詳細に報告し、プライバシーに関する対応策も記入している。</p> <p>ただし、プライバシー保護についての規定・マニュアルは未作成であり、職員への研修等の実施は、これからである。今後の検討・取組みが望まれる。</p>
<b>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。</b>				
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。	b	<p>見学希望者には施設長が対応しており、入居が決定した後は、個別に一日の流れや約束事を分かりやすく記した資料を一人ひとりに合うよう作成し、渡している。</p> <p>ただし、法人が公開しているホームページに当事業所を紹介するサイトは確認できない。また、事業所はショートステイを希望する利用者に向けた資料は作成しているものの、入居希望者を対象とする資料はまだ作成していない。今後は、事業所の内容をわかりやすく記した資料の作成やホームページのサイト作成等、利用希望者が必要とする情報を積極的に提供する取組みが待たれる。</p>
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	<p>グループホームでの生活開始に当たっては、施設長が重要事項説明書を用いて、利用者・家族に説明している。一日の流れを示したタイムスケジュールも作成し、利用者や家族が理解しやすいよう工夫していることが確認できる。</p> <p>意思決定が困難な利用者には、選択肢を示して利用者が選択できるよう工夫している。ただし、重要事項説明書は、利用者にとってわかりやすいとは言い難い。今後、重要事項説明書の様式について、ルビやイラスト、写真等、利用者にとって、よりわかりやすいものとなるよう検討が望まれる。</p>
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	<p>これまでに家庭への退所の事例はある。体験入所中の利用者であっても、家庭への連絡用の文書は取り交わしており、家庭とのコミュニケーションを丁寧に図りたいという姿勢が窺える。</p> <p>開設以来、他事業所へ移行した事例がないため、引継の文書を発行した事例はない。</p>
<b>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。</b>				
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。	b	<p>職員は日常会話の中で両手を出して、利用者がどちらかを選択できる方法を取っている他、短い単語の使用や文字が読める利用者には文字やイラストを入れる等、さまざまな工夫により利用者の思いを汲み取り確認している。また、施設長は2週間に1度、利用者・家族と三者面談を実施しており、定期的に家族の声を聞き取っていることが見てとれる。</p> <p>ただし、嗜好調査に関しては、入居開始時のアセスメント時に聞き取ったのみで、全員を対象としたアンケートは行っておらず、施設長は課題と認識している。</p> <p>更なる利用者満足度の向上を目的とする仕組みづくりの検討、取組みが待たれる。</p>
<b>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。</b>				
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	<p>重要事項説明書に、苦情の申し出先を複数記載している。家族と毎週取り交わす手紙では、事業所側、家族側の情報や要望を双方で共有していることが確認できる。利用者が苦情を書面として提出することは困難であるため、職員が聞き取ったり、家族との手紙から利用者の気持ちを把握しており、利用者が生活しやすいように取り組んでいることは高く評価できる。</p>
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	<p>利用者からの相談は、話しやすいよう居室で聞き取っている。</p> <p>重要事項説明書に、事業所における相談先を複数明記しているものの、ルビをふったり、わかりやすい場所に掲示するといったことは行っていない。掲示物は利用者が剥がしてしまうという事情があるため、方法を考え、全利用者にとってわかりやすいものとなるよう工夫に期待したい。</p>

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。	a	<p>利用者が、積極的に意見を述べることは難しいが、日常の会話の中で相談や要望等があった場合は、職員がサービス提供記録に記載するとともに、その場で話し合い、迅速に解決する体制を取っている。詳細は、申し送り事項に記載し、全職員が情報を共有している。</p> <p>利用者一人ひとりの支援実施書には、「コミュニケーションが困難な場合には、選択肢を示して意思の疎通を図る」とあるように、職員間では、日常の会話をスムーズに行う方法として共通認識のもと支援していることが確認できる。</p> <p>職員が、さまざまな障害特性の各利用者をより理解しようと情報共有を密にしてチームとして支援していることは優れた点であるといえる。</p>
<b>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。</b>				
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	<p>リスクマネジメントの責任者は、施設長である。事業所は、ヒヤリハット事例の収集を行っており、多くは利用者間のトラブルに関するものであり、詳細に記録を行い対応策について記載していることが確認できる。</p> <p>ただし、事故が発生した場合の消防署への連絡メモや緊急連絡網は整備しているものの、事故防止に関する研修は行っていない。</p> <p>今後、研修を実施するとともにリスクマネジメント体制を整備することが待たれる。</p>
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	<p>過去1年間で、安全確保の体制で問題は発生していない。</p> <p>新型コロナに関する対応策については、法人本部を通じて、県から資料が届いている。抗原検査キットを使用して、利用者が新型コロナに感染したことが判明している。その後は自宅療養となり、濃厚接触者は、事業所内で隔離処置を行っている。世話人が掃除と消毒を実施し、特にトイレは毎日2回清掃し、「掃除点検表」を用いて管理を行っており、事業所内の環境が清潔に保たれていることが確認できる。</p> <p>ただし、感染症対応マニュアルの整備は、これからである。今後マニュアルを作成し、職員に周知を図る取組みが待たれる。</p>
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行っている。	c	<p>事業所は、災害時用として職員間で緊急連絡網を作成している。また、食料品等の備蓄は、乾麺やレトルトのカレー等を備えている。ただし、水の備蓄は行っておらず、備蓄食品一覧表の作成はこれからである。</p> <p>自治会に加入し、会長や班長とは日頃からコミュニケーションを図っており、良好な関係であることがわかる。災害時、事業所だけでは利用者の安全確保は難しく、今後は自治会に訓練への参加を依頼する等の働きかけが必要であると思われる。</p> <p>利用者の命を守るため、対応方法を早急に定め、BCPの策定、地域住民と連携した訓練の実施等が待たれる。</p>
40	Ⅲ-1-(5)-④	不審者の侵入時などに対応できるマニュアルが整備されており、その対応方法について、全職員に周知されている。	c	<p>過去1年間に不審者が侵入したという事例はない。また近隣に不審者がいるという情報もない。</p> <p>そのため、不審者侵入時の対応を記したマニュアルの整備、訓練は確認できない。</p> <p>利用者が職場から戻った後は施錠しており、施錠確認表に記録している。所定の場所からモニターで来客の様子を確認できるものの、防犯カメラや警備会社と契約はこれからである。</p> <p>リスクマネジメントの観点から、マニュアルを整備し、緊急連絡先の確認及び訓練を重ね、万が一に備えることが求められる。</p>

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

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。				
41	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	<p>標準的な実施方法は支援実施書としてまとめている。サービス管理責任者である施設長が、利用者と家族から聞き取りを行い作成しており、支援内容として20項目を設定し、各利用者ごとに必要な配慮や具体的支援方法を記入している。この支援実施書の内容は職員間で共有しており、個別支援計画やアセスメント表を作成する際に内容の確認を行っている。</p> <p>支援実施書には標準的な支援の実施方法を明示していることが確認できる。今後は、利用者の尊厳、プライバシー保護や権利擁護に関わる姿勢を明確にするとともに、技術的な部分に留まらず、利用者のプライバシーへの配慮を含んだ項目を設定し、更に支援のレベルアップを図ることに期待したい。</p>
42	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	<p>標準的な実施方法を記載した支援実施書は、利用者ごとに作成し、これを基に日々のサービスを提供している。サービスの実施内容の検証は、支援計画書を半年に1回作成する際とモニタリング表に目標が達成したかどうかを記載する際、及び利用者の生活や行動に関するアセスメント調査を行った際に、随時行っている。</p> <p>サービス提供記録作成時にこれらの課題を把握し、必要に応じ支援実施書の内容を変更しており、このような丁寧な支援が大きなトラブルのない日々の生活に結びついている。</p> <p>家族と“グループホームでの過ごし方”を毎週取り交わすことにより、利用者や家族の意見等が反映される仕組みがある。個別支援会議を問題が発生した際に迅速に開催しており、時間を置かずに検証・見直しを行っていることは、事業所の強みである。</p>
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。				
43	Ⅲ-2-(2)-①	アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a	<p>入居希望者には施設長が家族を交え、面談を行い、利用者の好きなこと、苦手なこと、要望を聞き取っている。面談で聞き取った情報を基に、“課題（ニーズ）の整理表”を作成し、個別支援計画書へと繋げている。目標はモニタリング表に記録し、毎日の申し送りや支援会議で現状の把握と課題点を明らかにしている。</p> <p>支援が困難なケースでは、決して感情的にならずに利用者本人が行いたいことを最優先に、じっくり待つ姿勢を守っている。</p> <p>洗濯物を干す場面では、職員がサポートしながら、利用者のできることを徐々に増やしている。個別支援会議は、日程にこだわらず問題が発生した時点で開き、スピーディーに解決しており、少人数の職員によりPDCAサイクルが稼働していることが見てとれ、アセスメントから指導計画を作成し、確実に支援に繋げ実行していることは優れている点である。</p>
44	Ⅲ-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	<p>サービス実施計画の評価・見直しは、個別支援会議を中心にしている。個別支援会議は、開催時期をあえて定めず、問題が生じた場合に随時開催している。これに伴い、サービスの実施内容の変更もタイムリーに行われている。個別支援会議には、サービス管理責任者である施設長が必ず出席しており、責任者に求められる総合的な視点での情報管理も行っている。</p> <p>サービス提供記録の作成時に、利用者の日々の観察やモニタリングにより把握した課題を検討することで、サービスの質の向上に結び付けている。</p> <p>評価・見直しを時間を置かずに次のサービス提供に反映させていることは、事業所の特長である。</p>

Ⅲ－２－（３） 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。				
45	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、職員間で共有化している。	b	<p>サービス提供記録は担当職員が入力し、職員間で共有している。建物の1、2階ではあるものの職員間での口頭による情報共有は十分に行われている。</p> <p>一方で、非常勤職員がサービス提供記録を確認する仕組みが無い。施設長は、非常勤職員にサービス提供記録を閲覧してもよいことを伝えているが、仕組みとして確立していない状態である。また、利用者の支援内容は個別対応の場合が多く、記録内容や書き方は統一しているとはいえない。</p> <p>今後は新任の職員へ指導する機会もあると考えられる。記録内容や書き方について職員間で差異がないよう統一できる部分は統一することが望ましい。</p> <p>また、非常勤職員がサービス提供記録を確認することで、申し送り漏れ等にも対応できる体制構築に期待したい。</p>
46	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	<p>重要事項説明書に、利用者の記録や情報の管理、開示について適切に行う旨を明示している。職員の採用時には、守秘義務についての誓約書の提出を義務付けている。記録管理の責任者は施設長であり、利用者の個別支援計画、記録の他、アセスメントやモニタリングに関する書類、フェイスシートや通院記録等の個人情報に関わる記録は、所定の場所にて適切に保管している。更に、職員には利用者の書類をリビングに持ち込まないよう指導を行っている。職員室のパソコン内に入っている書類は、誰でもが閲覧できる環境にある。</p>



【障害（児）者・評価項目による評価結果】

A-1 利用者の尊重と権利擁護

A-1-(1) 自己決定の尊重			
項目		評価	コメント
1	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。
		a	<p>職員は利用者の支援にあたり、本人が行いたいことを最優先し、じっくり待って見守る姿勢を大切にしている。洗濯物を干す際は、干し方を教えながら自分でできることを行うよう導いている。ベッドメイキングや靴下履きを職員が根気強く支援し、自身で行うことができるようになり、家族から喜ばれている。</p> <p>また、本人が好みの音楽CDやフィギュア等を部屋に飾る他、利用可能な人にはコンビニエンスストアでの買い物を支援している。</p> <p>日常生活のルール等は、利用者と職員が話し合い、利用者が自分でできることから支援している。一方でこだわりの強い利用者に対しては、台所やリビングに物を置かないように配慮したり、廊下に掲示物を貼らない等の工夫があり、合理的配慮に努めていることが確認できる。</p> <p>多様な事例が示すように、一人ひとりの利用者の自己決定を尊重し、個別支援を行っており、優れた点といえる。</p>
A-1-(2) 権利擁護			
2	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	<p>事業所では利用者に対する暴言や身体拘束の事例は無い。利用者が万一暴れたりした際には、落ち着くのを待つとともに、家族に対処方法を確認している。やむを得ない場合の一次的身体拘束については、個別支援計画書と支援手順書に明記している。理事長は職員に対し、県内での虐待の事例紹介等の話を行っている。</p> <p>現場では職員が利用者の権利擁護について高い意識を持っていることが確認できる。一方で、権利擁護に関する規定・マニュアルの整備や、職員間で権利擁護について検討する機会は確認できなかった。</p> <p>今後は、規定やマニュアルを整備するとともに、職員間で検討する機会を設ける等取り組むことで、権利擁護に関する仕組みが構築できると考えられる。今後の取組に期待したい。</p>

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本			
3	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。
		a	<p>職員が丁寧に援助を継続した結果、利用者の自立については食後の食器片づけや靴下履きができるように課題解決しており、今年是一年かけてベッドメイキングを行えるようになる等、支援から自立へと改善した事例が多く確認できる。</p> <p>身だしなみについては、はみがきや髭剃りを行うとシールを貼る表を作成し、従来家族が行っていたことが利用者自身で行えるようになっており、家族からも感謝の声があがっている。</p> <p>施設長をはじめ職員全員が「自宅にいるようにして過ごしてほしい」と考えており、支援について必要に応じて職員間で改善点を協議している。自律・自立生活のための動機づけを着実にしていることは、特筆すべきである。</p>



4	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。	a	<p>利用者が職員に話しかける際、言葉で伝わりにくい場合は文字や絵を用いる等、利用者の状況に応じてコミュニケーションを確保している。職員は専門家等の指導は受けていないが、絵や文字を使うことで利用者が短い単語を言えるようになった事例がある。</p> <p>また、職員の名前が言えなかった利用者の掌に名前を書いて教えたところ、名前を言うことができるようになった等、利用者のコミュニケーション能力を高めるための工夫は特筆すべきである。</p> <p>絵が好きな利用者に対し、家族に色鉛筆を用意してもらい好きな絵を描くことができるよう支援を行っており、コミュニケーション手段の確保と必要な支援を十分に行っていることが確認でき、利用者の心身の状況に合わせ、毎日が楽しい生活となるよう職員が工夫し、根気強く援助していることは、高く評価できる。</p>
5	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	<p>利用者が週末自宅に帰宅する際に、職員の手書きによる文書“グループホームでの過ごし方”を渡し、1週間の利用者の状況を家族に伝えており、家族記載欄には、毎回丁寧な返答が届いている。</p> <p>また、2週間ごとに三者面談を実施し、個別に利用者や家族の声を汲み取る機会を設けていることから、利用者、家族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ことが確認でき、高く評価できる。</p> <p>ただし、職員会議に世話人は参加しておらず、口頭による伝達となっているため、相談内容について職員間の理解・共有には課題があるといえる。今後の改善への取組みが待たれる。</p>
6	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。	a	<p>事業所では、毎日夕食後の30分間、卓球やトランプ等のレクリエーションを取り入れている。また、月に1度の誕生日会や外出行事等余暇活動を実施し、個別支援計画に基づき、本人の希望を反映した日中活動の支援を行っている。</p> <p>利用者は自分の思いを表出することが困難であるため、職員は家族からの情報に重点を置き、2週間毎の三者面談や週1回の利用者の様子を文書により家族に渡す等仕組みを構築していることは特長である。</p> <p>更に、定期的な個別支援計画の作成、モニタリングによる評価・見直しの他、日々の話し合いから支援内容を変更し取り入れるといった、スピーディーでチームワークの取れた取組みは事業所の特筆すべき点といえる。</p>
7	A-2-(1)-⑤	利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	a	<p>職員は障害は特性であると捉え、支援においては感情的にならず、気長に持つことを心掛け、利用者に対して制止したり、急かす声掛けを行わないよう徹底している。</p> <p>世話人には、障害についての資料を渡し、専門的な知識と支援方法を伝えている。また、月1回の職員会議や朝の申し送り等の中で、日々変化する行動障害等に対する支援方法の検討・見直しを行っており、支援の質の向上に積極的に取り組んでいることが見てとれる。</p> <p>更に、こだわりが強い利用者のあらゆる掲示物を剥がしてしまう症例には、事業所全体の壁に掲示物等を貼らないよう対策を取っている他、居室内における洗濯干しの車輪の方向が気になる症例には、車輪を隠す細工を施す等、障害の特性に応じて工夫を凝らし支援していることは高く評価できる。</p>

A-2-(2) 日常的な生活支援				
8	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	<p>入居時のアセスメントにおいて、家族から利用者の嗜好を聞き取り、献立に反映している他、ショートステイの場合も、食事の好みは詳細に聞き取っている。メニューは、法人の栄養士が作成した献立に沿っている。</p> <p>調理担当の世話人が冬は温かいもの、夏は冷たいもの、旬の果物等、適温で季節を感じながら食べられるように配慮している。誕生日会の前にも、食べたい物を聞き取り、手作りケーキで祝っている他、焼きそばを作って楽しめる行事も企画し行っている。検食は職員や世話人が行い、美味しく食べられるよう取り組んでいる。</p> <p>入浴や排泄の支援が必要な利用者に対しては、それぞれの個別支援計画により詳細な内容であることが確認できる。利用者の心身の状況に応じた個別計画に基づいた支援は、事業所の優れた点である。</p>
A-2-(3) 生活環境				
9	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。	a	<p>事業所は昨年6月に開設しており、住みよい快適な環境である。世話人が朝夕、毎日2回トイレ掃除を行い、浴室や各居室、フロア等も掃除が行き届き、採光・空調管理、寝具の交換等にも配慮し、清潔・適温で明るい雰囲気を保っている。</p> <p>居室には、指はさみ防止引き戸を取り付け安全に配慮しているとともに、玄関入口のスロープやエレベーター等バリアフリー設備が確認できる。</p> <p>また、居室はテレビやDVD観賞、お気に入りの飾り物等、個性的で本人の居心地のよい空間であることが見てとれる。更に、事業所では夜勤職員を配置しており、夜間に3回巡回し、深夜も安眠できる支援体制であることは強みである。</p> <p>利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境を確保するための取組は特筆すべき点である。</p>
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練				
10	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	<p>職員は、洗濯物干しやシーツたたみ、居室の掃除、食事の下膳を通じて、利用者の生活訓練の場を設けている。また、体の一部に麻痺のある利用者にはリハビリボールの使用を勧めており、時には職員が手助けしながら、見守っている。</p> <p>また、朝のテレビ体操を日課としている他、夕食後のレクリエーションでは卓球の練習に励む等、機能訓練・生活訓練支援に積極的に取り組んでいることが確認できる。</p> <p>現状では、利用者の障害の状況に応じた専門職の助言・指導による機能訓練・生活訓練の実施には至っていないため、今後は相談支援事業所等と連携しながら適切に支援していくことが求められる。</p>
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援				
11	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	<p>職員は“支援実施書”に沿い、利用者の健康状態の把握に努めている。入浴時には、利用者の体に変化がないかを確認している。排せつの状況は、サービス提供記録に記載している。</p> <p>週末に利用者が帰宅する際、家族への手紙に体調について詳細に記載し伝えている。また縄とびやウォーキング等の運動を取り入れて体重を管理する等、健康の維持・増進のための工夫も行っている。</p> <p>ただし、障害者の健康管理等について、職員研修や職員への個別指導等を定期的には実施していないことは、課題といえる。特に、夜間時に、緊急な体調変化時における迅速な対応のための手順を確立する取組みが待たれる。</p>

12	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	<p>事務所にポケット付き服薬カレンダーを貼り、家族から預かった薬を管理しており、家族が日付ごとに小分け袋に準備し、職員と世話人で確実に与薬するよう努めている。</p> <p>協力医による医療的な支援としては、利用者が就労先より帰宅後足の腫れがあり、協力医を受診した事例がある。その他、特に大きな事故や怪我の症例はなく、基本的に通院は家族同行となっており、事業所は病院受診後の報告を受けている。</p> <p>ただし、医療的な支援に関する職員研修や健康管理マニュアル等の作成はこれからである。今後の取組みに期待したい。</p>
<b>A-2-(6) 社会参加、学習支援</b>				
13	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	<p>事業所では毎週休業日を設けており、一部の利用者は自宅に帰って1泊した際に、商店街へ買い物に出掛けたり、定められた区間の交通機関を利用する等、自立した生活を送っている。</p> <p>職員は、外出行事を企画し、弁当購入やコンビニエンスストアに立ち寄り等、利用者の希望と意向を把握し、社会参加に向けた学習・体験の機会を提供している。また、除草作業等、仲間と共に取り組み、達成感等を経験できる機会も設けている。</p> <p>ただし、上記に該当するのは少数の利用者で、意思決定が困難な状況である利用者も多く、思いや意向を把握し、学習の意欲を高める支援を実施することは容易ではない現状である。</p> <p>今後も利用者一人ひとりの障害に合わせた可能な限りの取組を検討されたい。</p>
<b>A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援</b>				
14	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。	b	<p>事業所で生活するという事は、自宅での家庭生活を離れ、地域の中で共同生活を送る「地域生活への移行」と捉えることができる。玄関前には、理事長考案の白でデザインされたネームプレートを設置し、夜間にはライトアップしており、従来の福祉施設にある「看板」ではなく、地域に自然に溶け込むようにとの思いが窺える。</p> <p>また、入居時は苦手だった靴下の着用やベッドメイキングを習得する等、職員は利用者の生活力が高まるよう積極的に支援していることがわかる。</p>
<b>A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援</b>				
15	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。	a	<p>利用者が週末に帰宅する際、事業所から家族へ“グループホームでの過ごし方”を渡している。一週間の利用者の生活の様子を記したものであり、利用者が事業所に戻る際には、家族が丁寧に返事を記している。夜に眠れない利用者について事業所と家族との間で、接し方について話し合っている事例がある。</p> <p>施設長は、家族へ伝える内容はできるだけ前向きな表現となるよう心掛けている。また、2週間毎に、利用者、家族、職員との三者面談を実施し、直接利用者と家族の声を汲み取る機会を設けている。</p> <p>事業所と家族と双方向のやりとりの中で、利用者にとって、最善の方法を見つけようとする事業所の取組みは、優れている点である。</p>

## 事業所プロフィール（障害者（児）施設・事業）

1. 事業所名称：グループホーム平山
2. 種別：共同生活援助
3. 当該事業の開始年月日： 令和3年 6月 1日
4. 事業所の長の氏名（施設長等）： 志賀 香里
5. 運営主体： 社会福祉法人 つかさ会
6. 事業所所在地：長崎県諫早市平山町 349 番地 2
7. 連絡先  
電話番号： 0957-46-6031  
Fax 番号：0957-46-6032  
Eメール：grouphome-hirayama@dune.ocn.ne.jp  
ホームページ：
8. 同一事業所（同一敷地内または同一建物内で行われる事業を指す）で実施している同一運営主体の主な福祉サービス事業

•

9. 事業所が大切にしている考え方（事業所の理念や基本方針等を簡潔にお書きください。  
リーフレット等の資料を添付していただいても結構です。）

利用者が個人の尊厳を保持しつつ、心身ともに健やかに地域社会において自立した日常生活を営む事ができるよう適切な共同生活援助を提供する。

10.現在の職員数（令和 4 年 8 月 22 日現在）

常勤職員数： 3 人 非常勤職員数： 3 人 （常勤換算： \_\_\_人）

単位：人

職種 形態	施設長	事務員	サビ管	生活支 援員	支援員 補助	職業指 導員	就労支 援員	社会福 祉士	介護福 祉士
常勤	1		1	1					
非常勤				3					

単位：人

資格 形態	看護師	准看護師	知的障害 援助専門 員	嘱託医	栄養士		
常勤							
非常勤							

11.定員及び現在の利用者等（令和 4 年 8 月 22 日現在）

グループホーム名：グループホーム平山

- (1) 対象地域： 諫早市・大村市・長崎市
- (2) 対象年齢：28 歳～61 歳
- (3) 定員及び利用者数

	定員(人)	利用者数(人)
共同生活援助	10	7
その他（単身者用）	2	0
計	10	7

12.サービス内容(事業内容)

食事提供、健康管理の援助、職場等との連絡・調整、入浴・排泄の支援 緊急時の対応、余暇活動の支援
--



開所時間： 6時～10時、15時～21時、21時～6時

施設入所支援：

休日： 土曜日

健康管理：

食事：朝食 7時～ 昼食 時～ 夕食 18時30分～

地域との交流：

保護者会活動：

主な行事： 誕生会、お楽しみ会、クリスマス会

### 13.現在のサービス提供能力（利用状況）と利用者数

（以下のいずれかに○印をおつけください）

（1）サービスを希望しながら待っている人がかなりいる。

（2）ほぼサービス提供能力に見合った利用者数で、待っている人はほとんどいない。

③ サービス提供能力に余力があり、希望者があれば受け入れたい。

### 14.施設の状況

（1）敷地面積： 約 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> / 建物面積： 延約 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

（2）施設の設置形態

・単独設置の場合

・他施設と併設の場合

（ 2階建 一部 階建）

併設施設種別：

施設の使用階数： \_\_\_\_\_ 階部分

・建築（含大改築）後の経過年数：（本館築約 1年、新館築 年）

・3年以内の大改築計画の有無：（ 有 ・  無 ）

（3）施設設備の概要

〈住居1〉 個室(1人部屋)8室：冷暖房完備・バス2カ所・トイレ4カ所  
台所・食堂

〈住居2〉 個室(1人部屋)2室：冷暖房完備・各居室にバス・トイレ付

（4）立地条件など

① 交通の便： \_\_\_\_\_ 駅から 徒歩・バス・その他( )で \_\_\_\_\_ 分  
平山団地バス停から  徒歩 ・その他( )で 0分

② 近隣の環境（周辺道路の状況、近隣の施設や建物、公園までの距離など）

平山団地の入り口

15. 苦情解決の体制について

(1) 第三者委員設置の有無

- ・ 設置している (委員数 2 人)      ・ 設置していない

(2) 第三者委員の活動状況 (定期的な訪問を依頼しているような場合その訪問頻度等)

活動なし

(3) その他苦情解決に向けての取組み (意見箱の設置、オンブズマンの導入等) についてご記入ください。

意見箱等の設置なし

16. 各種マニュアルの整備

- (1) 基本業務実施マニュアル ( 整備している  整備していない  )  
(2) 感染症対応マニュアル ( 整備している  整備していない  )  
(3) 事故発生対応マニュアル (  整備している  整備していない )  
(4) その他のマニュアル類がありましたらご記入ください

17. 事業所の特徴：サービス面で、他の事業所と比較をして優れていると思われる点、特徴があると思われる内容を3つ以内でお書きください。

利用者 1 人 1 人の特性をよく理解しており、持っている能力を向上させる支援を行なっている。

利用者が毎日楽しく過ごせるように、毎日レクリエーションを行なっている。

住居内を清潔に保っており、利用者が快適に過ごせるようにしている。

# 長崎県福祉サービス第三者評価 利用者調査結果(障害者(児)施設・事業)

評価機関名	福祉総合評価機構
-------	----------

事業所名称	グループホーム平山
-------	-----------

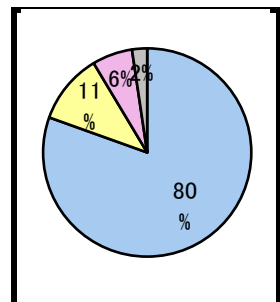
調査の対象・方法	<p>対象： グループホーム平山の入所者・利用者</p> <p>方法： 対象者へ調査用紙を配布。 各自記入の上、評価機関へ直接郵送回収。</p>
----------	--

調査実施期間	令和 4年 7月 6日から 令和 4年 7月 20日まで
--------	------------------------------

アンケート結果平均（無回答・無効・非該当を除く 128 件内）

利用者総数	7 人
調査対象者数	7 人
有効回答数	6 人
回収率	86 %

はい	103 件	80%
どちらともいえない	14 件	11%
いいえ	8 件	6%
わからない	3 件	2%



総 評	<p>本アンケートは調査対象者数7人中、6人の回答を得て86%と高い回収率となった。</p> <p>アンケートは、職員が利用者・家族へ配付し、直接評価機関へ郵送する方法で実施した。</p> <p>調査結果は、問3「職員は親切、丁寧に対応してくれますか」、問4「職員は何かにつけ気軽に声をかけてくれますか」、問5「あなたが秘密にしたいこと」を他人に知られないように配慮してくれますか」、問7「職員はあなた(あなたの意思)を大切にしてくれますか」、問8「施設の中では「自分のしたいことができる雰囲気」がありますか」、問20「食事はおいしく、楽しくたべられますか」、問21「入浴や排泄、身だしなみ等について、あなたの希望に応じてくれますか」が100.0%と最も高い。これらを含め、設問項目数の9割が50%を超える満足度であることは、利用者にとって住みやすく、職員が利用者を尊重していることに満足している様子が窺える。</p> <p>一方、最も回答率が低かった項目は、問23「小遣い等必要な金銭については、自分の考えでつかうことができますか」33.3%である。</p> <p>これらの結果を基に、強みをさらに伸ばし、取り組むべき課題については検討、改善に期待したい。</p>
-----	---

# 長崎県福祉サービス第三者評価 利用者調査結果(障害者(児)施設・事業)

事業所名称	グループホーム平山	有効回答数	6人
-------	-----------	-------	----

評価対象	No	質問項目	回答	回答数	(%)
全サービス共通項目					
施設の理念・基本方針	1	施設の理念や方針について、知っていますか。	はい	4件	66.7%
			どちらともいえない	1件	16.7%
			いいえ	0件	0.0%
			わからない	1件	16.7%
			無回答・無効	0件	0.0%
	2	【はいの場合】施設の方針は、自分にとって適切だと思いますか。	はい	4件	66.7%
			どちらともいえない	0件	0.0%
			いいえ	0件	0.0%
			わからない	0件	0.0%
			無回答・無効	0件	0.0%
非該当	2件	33.3%			
職員の対応	3	職員は親切、丁寧に対応してくれますか。	はい	6件	100.0%
			どちらともいえない	0件	0.0%
			いいえ	0件	0.0%
			わからない	0件	0.0%
			無回答・無効	0件	0.0%
	4	職員は何かにつけ気軽に声をかけてくれますか。	はい	6件	100.0%
			どちらともいえない	0件	0.0%
			いいえ	0件	0.0%
			わからない	0件	0.0%
			無回答・無効	0件	0.0%
プライバシーへの配慮	5	「あなたが秘密にしたいこと」を他人に知られないように配慮してくれますか。	はい	6件	100.0%
			どちらともいえない	0件	0.0%
			いいえ	0件	0.0%
			わからない	0件	0.0%
			無回答・無効	0件	0.0%
	6	職員が居室にはいるときにノック又は了解を求めますか。	はい	3件	50.0%
			どちらともいえない	1件	16.7%
			いいえ	1件	16.7%
			わからない	0件	0.0%
			無回答・無効	1件	16.7%
利用者の意向の尊重	7	職員はあなた(あなたの意思)を大切にしてくれますか。	はい	6件	100.0%
			どちらともいえない	0件	0.0%
			いいえ	0件	0.0%
			わからない	0件	0.0%
			無回答・無効	0件	0.0%
	8	施設の中では「自分のしたいことができる雰囲気」がありますか。	はい	6件	100.0%
			どちらともいえない	0件	0.0%
			いいえ	0件	0.0%
			わからない	0件	0.0%
			無回答・無効	0件	0.0%
9	困ったことを相談できる職員がいますか。	はい	5件	83.3%	
		どちらともいえない	1件	16.7%	
		いいえ	0件	0.0%	
		わからない	0件	0.0%	
		無回答・無効	0件	0.0%	

# 長崎県福祉サービス第三者評価 利用者調査結果(障害者(児)施設・事業)

事業所名称		グループホーム平山		有効回答数	6人
評価対象	No	質問項目	回答	回答数	(%)
苦情受け付けの方法等	10	苦情がある場合の受け付けや解決の仕組みについて、説明がありましたか。	はい	4件	66.7%
			どちらともいえない	1件	16.7%
			いいえ	1件	16.7%
			わからない	0件	0.0%
			無回答・無効	0件	0.0%
不満や要望への対応	11	不満や要望を気軽に話すことができますか。	はい	5件	83.3%
			どちらともいえない	1件	16.7%
			いいえ	0件	0.0%
			わからない	0件	0.0%
			無回答・無効	0件	0.0%
	12	職員は不満や要望に対してきちんと対応してくれますか。	はい	5件	83.3%
			どちらともいえない	1件	16.7%
			いいえ	0件	0.0%
			わからない	0件	0.0%
			無回答・無効	0件	0.0%
職員間の連携・サービスの標準化	13	あなたが要望したことが他の職員にも伝わっていますか。	はい	4件	66.7%
			どちらともいえない	2件	33.3%
			いいえ	0件	0.0%
			わからない	0件	0.0%
			無回答・無効	0件	0.0%
	14	職員はみな同じように接触してくれますか(職員によって言うことやすることに違いがありませんか)。	はい	5件	83.3%
			どちらともいえない	1件	16.7%
			いいえ	0件	0.0%
			わからない	0件	0.0%
			無回答・無効	0件	0.0%
事故の発生	15	施設の中で怪我をしたことがありますか。	はい	0件	0.0%
			どちらともいえない	1件	16.7%
			いいえ	5件	83.3%
			わからない	0件	0.0%
			無回答・無効	0件	0.0%
	16	【はいの場合】怪我をした後の対応は適切でしたか。	はい	0件	0.0%
			どちらともいえない	0件	0.0%
			いいえ	0件	0.0%
			わからない	0件	0.0%
			無回答・無効	0件	0.0%
非該当	6件	100.0%			
入所・利用に当たっての説明【過去1年以内に利用開始した場合】	17	この施設の利用を始める前に、施設での生活や支援の内容についてわかりやすい説明がありましたか。	はい	5件	83.3%
			どちらともいえない	1件	16.7%
			いいえ	0件	0.0%
			わからない	0件	0.0%
			無回答・無効	0件	0.0%
	18	実際に入所・利用してみて、説明どおりでしたか。	はい	5件	83.3%
			どちらともいえない	1件	16.7%
			いいえ	0件	0.0%
			わからない	0件	0.0%
			無回答・無効	0件	0.0%



# 長崎県福祉サービス第三者評価 利用者調査結果(障害者(児)施設・事業)

事業所名称		グループホーム平山			有効回答数	6人	
評価対象	No	質問項目	回答		回答数	(%)	
内容サービス項目							
進路や地域生活移行への支援	19	職員は進路や家庭での生活等、あなたの今後について、支援や相談に応じてくれますか。	はい	[Bar chart showing 5 responses]		5件	83.3%
			どちらともいえない	[Bar chart showing 1 response]		1件	16.7%
			いいえ	[Bar chart showing 0 responses]		0件	0.0%
			わからない	[Bar chart showing 0 responses]		0件	0.0%
			無回答・無効	[Bar chart showing 0 responses]		0件	0.0%
食事	20	食事はおいしく、楽しく食べられますか。	はい	[Bar chart showing 6 responses]		6件	100.0%
			どちらともいえない	[Bar chart showing 0 responses]		0件	0.0%
			いいえ	[Bar chart showing 0 responses]		0件	0.0%
			わからない	[Bar chart showing 0 responses]		0件	0.0%
			無回答・無効	[Bar chart showing 0 responses]		0件	0.0%
入浴、排泄、衣類、理容等	21	入浴や排泄、身だしなみ等について、あなたの希望に応じてくれますか。	はい	[Bar chart showing 6 responses]		6件	100.0%
			どちらともいえない	[Bar chart showing 0 responses]		0件	0.0%
			いいえ	[Bar chart showing 0 responses]		0件	0.0%
			わからない	[Bar chart showing 0 responses]		0件	0.0%
			無回答・無効	[Bar chart showing 0 responses]		0件	0.0%
医療、服薬の管理等	22	病気やケガの時には、薬を飲ませてくれたり、病院に連れて行ってくれますか。	はい	[Bar chart showing 5 responses]		5件	83.3%
			どちらともいえない	[Bar chart showing 0 responses]		0件	0.0%
			いいえ	[Bar chart showing 0 responses]		0件	0.0%
			わからない	[Bar chart showing 1 response]		1件	16.7%
			無回答・無効	[Bar chart showing 0 responses]		0件	0.0%
所持金・預かり金の管理	23	小遣い等必要な金銭については、自分の考えでつかうことができますか。	はい	[Bar chart showing 2 responses]		2件	33.3%
			どちらともいえない	[Bar chart showing 1 response]		1件	16.7%
			いいえ	[Bar chart showing 1 response]		1件	16.7%
			わからない	[Bar chart showing 1 response]		1件	16.7%
			無回答・無効	[Bar chart showing 1 response]		1件	16.7%