

(様式第6 号 別紙)

長崎県福祉サービス 第三評価結果報告

① 第三者評価機関名

有限会社 医療福祉評価センター

② 事業者情報

名称：社会福祉法人 南高愛隣会 HOME 東いさはや	種別：共同生活援助
代表者氏名：納谷 恵美	定員(利用人数) : 56 名
所在地： 諫早市福田町 357-15 TEL: 0957-22-2203	

＊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

HOME 東いさはやは、諫早市内に1 戸建ての共同生活のホームと、一般のアパート等の賃貸物件に利用者が共同または単身で生活している職員が巡回支援をする夜支援型等ホームを複数運営している共同生活援助事業所である。1 戸建てのホームには重度の障害や強度行動障害がある利用者を中心に生活しており職員が宿直で支援を行う他、専従の看護師がほぼ毎日健康状態の確認を行うなど手厚い支援を行っている。職員が巡回支援をする夜支援型等ホームは中軽度の障害がある利用者や自立度が比較的高い利用者を中心に利用しており、職員が各ホームを巡回して配膳や掃除等の支援を行っている。地域のニーズとしては需要に対して強度行動障害の方が入居できるグループホーム等が少ない中、利用者の貴重な受け入れ先となっている。また、強度行動障害の方中心のグループホームには短期入所を併設しており、ニーズに応じて短期の受け入れも行っている。

事業所では利用者が望む暮らしを叶えることを大切にした支援を行っている。具体的な事例としては、利用者から遠方の家族の近くで暮らしたいという強い要望があった際はご家族の受け入れの意思を確認しご家族の近くの事業所への移行支援を行ったり、一人での旅行が困難な利用者が遠方への旅行を希望した際は事業所主体で計画を立て職員同行で1泊2日の旅行を実施したり、自立生活への不安がある利用者に対して不安軽減に配慮した自立プログラムを計画して自立生活への移行を促したりする事例など、様々な支援を通して利用者の思いに寄り添った支援姿勢が伺える。どの事例も事業所や支援者都合の視点ではなく、どうすれば利用者の思いに寄り添えるかという視点で積極的に検討し支援を行っていることが共通しており、今後もこの支援姿勢を続けていくことを期待したい事業所である。

④第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年 6月 12日(契約日) ～ 令和7年 2月 28日(評価結果確定日)
受審回数	初回

⑤総評

◇特に評価の高い点

【 利用者の生きる力を活かした自立支援】

利用者の自律・自立生活についての意向と利用者自身が持っている力を総合的に判断し、自立生活に向けた支援を行っている。具体的な事例としては、令和7年2月に自立生活への移行を間近に控えている利用者について、利用者は当初、事業所の利用継続を希望していたが、車の運転ができ一般就労をしている利用者自身の能力の高さから事業所としては自立生活が可能と判断し、利用者の意向の再確認の上で自立プログラムを活用した自立生活への移行支援を行っている。自立支援の検討を行うにあたり、まず利用者への聞き取りを丁寧に行い、当初の自立生活を望まない背景として自立生活への不安感が大きいことが判明したため、利用者の不安軽減のために生活上で起こりうる具体的な事例を個別に検討し支援を行っている。検討の内容として、病院受診への不安に対して利用者と病院の連絡先を繋いだり、整理整頓への苦手意識に対してはゴミ出しや分別等の勉強会を実施したり必要であれば居宅支援へ繋いだりして利用者の不安軽減に配慮した支援を行っている。利用者の自立生活への移行について、利用者の表面上の意向だけでなく意向の背景にある利用者の思いや利用者が本来持っている力に着目し、利用者が自身の人生のためにその力を活かすための支援に繋げる姿勢に、法人理念の「生きる誇りへの、挑戦。」が表れている。

【 適正な運営と 透明性確保の体制づくり 】

法人全体の取組として運営の透明性に力を入れて取り組んでいる。運営状況の公開については法人のホームページにて事業計画・事業報告、予算・決算情報、第三者評価結果、苦情解決実施状況等が公開されており誰でも閲覧可能である。また、法人として毎年法人内の多岐にわたる事業所の中から事業所を抜粋して第三者評価の受審をしており、HOME 東いさはやは今回初めての受審となっている。

経営状況の透明性については外部の会計監査人として公認会計士の会計監査を依頼しており、理事長と公認会計士との年に1回の面談も行いながら法人の適正な運営に関して外部からのチェックを行っている。また法人の内部監査においても全ての会計データから抜き打ちで帳票と原本との照合を行うなど厳しいチェックを行っている。このように法人の外部からの公正な判断に加え、法人内部の相互チェック体制により、法人の適正な運営を確保するための組織としての仕組みが整えられている。

◇改善を求められる点

【 ボランティアの受け入れに関する取組】

利用者の生活の場としての支援を行っているグループホームの特性上、ボランティアの受け入れを行う場面が想定しづらいこともあり、現在事業所としてはボランティアの受け入れは行っておらず、今後もボランティア受け入れの方向性については検討段階とのことであった。事業所としてボランティアとの関わりが全く無いということではなく、法人内の障がいのある方向けの結婚推進室「ぶ〜け」のイベントに3〜5名のボランティアを受け入れており、そこに事業所の利用者を連れて行くことがあるため、現状ではそこでボランティアと接する機会となっている。

グループホームの特性上、利用者の生活の場に外部からのボランティアを受け入れることは難しいと思われるため、もし事業所の利用者同士の交流の場を設ける機会があればその運営等にボランティアを募集するなどして地域との交流を図る等の方法も検討を望みたい。事業所は社会福祉に関する知識と専門性を有する地域の社会資源としての役割を持つため、地域の学校教育施設や体験教室の学習等への協力がどのような形で行えるか検討を期待する。

【利用者への事業計画の説明】

事業所の事業計画については、ご家族への説明は家族会や運営推進会議にて簡単な説明を行っているが、利用者に対しては事業計画に関する説明は行っていない。現在は事業に関する利用者への説明としては今年度の各ホームの担当者が誰になるのか顔写真つきのお知らせを利用者へ配布したり各ホームへ掲示したりして説明を行っている。事業計画を利用者へ説明していない理由としては、利用者の理解が難しい場合があるほか、利用者へ説明するとかえって利用者の不安に繋がったり、逆に行事が気になって落ち着かなくなってしまうため、利用者に対する配慮もあり利用者全員への周知を控え、行事等の対象者のみへの連絡のみに留めている。

利用者への事業計画の説明については、利用者に対して配慮する事項がありどこまで周知するか難しいところもあると思われるが、事業所の目指す方向性は実際の支援にも繋がってくるため利用者の状態を考慮しながら支障のない範囲で利用者に周知する取組を行うことを期待する。

⑥第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当事業所の取り組みを、客観的な視点にて考える事ができたのはとても有意義な期間となりました。また、調査員の丁寧な聞き取りをもとに、サービスの質などについても改めて振り返りを行う機会となり、今後の取り組みの指針を示して頂き感謝しております。改善を求められる点については真摯に受け止め、更なるサービスの質の向上に努めてまいります。この度は多くのご教示頂きありがとうございます。

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	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	・理念、倫理綱領、行動指針は明文化されている。法人ホームページにミッションストーリー、ロゴストーリーの動画が公開されており、利用者に対する思いを理解する事ができる。 ・ご家族主催にて、毎月育成会が開催されており、折につけて説明し周知を図っている。 ・入社や中途赴任した世話人、生活支援員には基本方針、品質管理規程等をまとめたファイルを渡し法人の理念や行動指針を三か月間の実習期間に学ぶ事になっており、法人全体で行う「初任者研修」は、年二回行っている。 ・理念の浸透を図るため、ホームページで公開しているミッションムービーを研修の際見るようにしている。

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	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	・基本方針の中に今後の人口推移を予測し、将来の利用者数を予測している。 ・経営執行会議は毎月開催されており労務状況、加算データ比較表、サービス管理表、財務資料を基に今後の運営方針が決定される。決定事項は拠点経営責任者→管理者→所長→世話人、生活支援員へ伝達され改善に向けて行動し報告を行う事になっている。
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	・当事業所地区においても人口減少は進むと考えられ、障がい者の種類においても現在の知的障害者のみならず、精神障がい者や発達障がい者を徐々に受入れている。 ・分析した内容については、ミーティングを通じて生活支援員、世話人に伝えている。 ・毎月拠点ミーティングを開催しており、出てきた課題点を職員同士で話し合い解決している。 ・支援記録(ケアコラボ)、職員情報伝達システム(ガルーン)を駆使して情報の共有化を図っている。

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	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	・利用者の自立に向けての要望があった場合、自立支援プログラムを立ち上げ支援をしている。 ・基本方針の中に、中・長期計画が組み込まれており共同生活援助では、自立生活へ移行の実践と検証をあげている。 ・進捗状況の確認は、拠点ミーティングで毎月開催している各地区別の縦割り、共同生活援助の分野の横割りで報告を行い、縦割りにおいて各事業所の事業計画に遅れはないか、横割り分野別では自立とか、事業の再編についての進み具合について話し合いをしている。
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。	b	・人材育成については、長期計画を基に人材開発計画を作成しており、単年度の人材開発計画は、正規職員の新任職員に対する人材開発の枠組みや研修構成についても法人共通研修、階層別、分野別等について作成している。 ・中途赴任職員に対しては、OJTを含め新人研修を行い、事業所の全体を理解するようにしている。事業所では、一人での判断を求められる場合もあり、不安や疑問は早急に聞き解決できるようにしている。
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。	b	・事業所の再編など、大きな変更は理事長の許可が必要だが、毎月拠点ミーティングや分野別ミーティング内容を報告しており、事業所単位の軽微な変更は、拠点責任者の元に変更している。 ・中・長期計画に基づき事業所において具体的な支援計画を作成する。具体的には、事業所の利用者にあったイベントや各季節の行事等の提案は、現場の生活支援員、世話人の意見をもとに計画している。
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	・事業計画の内、今年度の担当生活支援員、世話人については、顔写真つきのお知らせを各事業所において掲示している。 ・事業計画の内容については、運営推進会議においてご家族に説明しているが、利用者には説明する事で不安に繋がったり、イベントが気になったりするので、機会を見て説明するようにしている。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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。	b	・福祉サービスの質の向上のための支援の振り返りを毎月実施している。職員はアプリを使って毎月の振り返りを入力して報告をしている。報告された「振り返り」は所長と管理者のみ確認することができる。 ・利用者アンケートも毎年実施している。実施に関しては、近隣大学学生の協力を得て対面にて行っている。集計されたアンケートをもとに、特に多かった要望、意見については、次年度の支援計画に活かすようにしている。
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。	b	・評価結果をもとに職員に関わる反省点や改善点について共有し支援に繋げている。 ・アンケート調査についての利用者への報告について改善項目の中に職員の支援姿勢があり、例えば利用者の呼び方については「〇〇さん」と呼ぶことが100%となっていた。 ・利用者アンケートの結果を分析してみると、生活支援員、世話人は十分出来ていた思っていた事でも利用者はそう感じていなかった事もあり、ロールプレイング研修を通じて改善を図っている。

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。				
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	・法人の執行組織の構成に関し、時代に合った効果的で効率的な法人運営を行う事で、事業の質の向上と持続可能性を確保するため、「執行組織規程」を定めている。 ・管理者以下役職者及び専門職にいたるまで役割を定めている。管理者の役割として事業所全体の把握、職員の労務管理、年2回面談実施等が求められている。 ・管理者が不在時にはサービス品質管理規程に則り所長・拠点経営責任者へ、代わりの判断をお願いしている。

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	・管理者として利用者を守る立場からまず虐待防止法を重要法令と考えている。管理者のみならず、職員と共に虐待防止と身体拘束等の適正化についての指針を基にして研修を行っている。 ・階層別の研修等については福祉一般職共通スキルマップが作成されており対象者、週40時間勤務職員には、理念と専門性に続きレベル0(基本的な知識・技術を知っている)からレベル4(他者に教えられる)までのスキルについて毎月本部からの研修項目に沿った研修を行いスキルアップを図っている。
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	・毎月第3水曜日は研修日と定められており、サービス推進課からの研修内容に沿って行われている。管理者は年2回10月と3月にサービス管理責任者との面談をして業務の遂行に支障がないか等のアドバイスをしている。 ・生活支援員、世話人に対しては、情報を共有して、一人で抱え込まないようにと伝え時折相談を受けている。 ・虐待に関連した状況については、された側の気持ちで虐待となりうる場合もあるので、ロールプレイ研修を実施している。
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	・経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、様々な加算の申請をして、安定的な運営を目指している。 ・職員全員で効果的な支援を目指すため、様々な勤務時間とする職員がいて、家庭の状況に合わせて勤務を組み合わせ、職員の働きやすい環境を整える工夫をしている。 ・現場把握のため所長が各事業所に赴く事がある。重度の利用者が利用する事業所において職員がスリッパを履いて支援していたが、利用者も裸足であった為、少しでも事故を未然に防ぐため、裸足で支援するよう指導した。 ・月に1回事業所ミーティングを行っており、事前に問題点を提出してもらう事でスムーズな会議が行われている。問題点の解決に当たっても管理者が熟慮する時間が持てるので、適格な解決ができている。

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	・福祉人材や人員体制に関する考え方は、人材開発計画に記載されており、中・長期計画から各年度での事業計画に組み込まれている。 ・新人職員には養成計画があり、大卒の新入職員は6ヶ月の使用期間があるので、その間個別支援計画のような形で研修を行う。 ・最初の3ヶ月間は先輩職員がしっかりとついて基本的な支援を指導する。 ・定年退職者の内所長経験者が行う「プラチナOJT」により新人職員に対して、悩みを聞いたりしたりして、事業所と新人職員の橋渡し役にもなっている。
15	Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b	・法人としての倫理綱領、行動指針が各分野で定められている。 ・期待される職員像として1等級～8等級まで各階級に応じた職員像が定められている。成長支援面談が(各職員が自己を振り返り、役職者による人事評価)年2回実施され、評価者からのアドバイスを基に年度の目標を作成し、より具体的に上級を目指す仕組みを作っている。 ・生活支援員、世話人自ら将来を描く事ができる仕組みにスキルマップ制度をもうけておりレベル0(基本的な知識・技術を持っている)～レベル4(他者に教えられる)まであらゆる技術や資格の取得に進めるようになっている。
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。	b	・出勤、退勤及び残業申請は事業所設置のタブレットやスマホより行われ、生活支援員、世話人の勤怠状況はパソコン等にて確認できる。終業時刻までに終われるよう、呼びかけ、働きかけを行っている。 ・利用者に職員の支援態度について問題があった時など、拠点に呼んでサビ管から面接を行い指導している。 ・ガルーン情報共有アプリで、個別に連絡する事もできるが、PCが苦手な世話人もおり、元気が無い時には、様子を見て直接管理者が話を聞くこともある。
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	・職員等級が定められており、各自目標設定をしている。年2回の面談前には、自己振り返りシートの記入を行い、反省点、今後について記入する。所長は成長支援面接で本人と面接しながら、達成状況を話し合う。上長から反省する点、期待する項目を、人事評価シートをもって評価し、次回の目標を設定を行っている。 ・40時間以上勤務職員はスキルマップを作成し、本人の目標管理を行っている。

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	・福祉一般職員は共通スキルマップが定められており、毎月本部から項目別のチェックシートが送られてきて、支援の振り返りを行い報告している。 ・基本方針や計画に基づいて教育・研修が適切に実施されているか報告の為、第一、第三水曜日に全員参加の事業所連絡会を開催している。会議内容として、本部からの伝達事項、今後の予定、クラブ関係及びCS、LSガイドブック(世話人の業務、生活支援員の業務)の確認等を話し合っている。 ・管理者は毎月チェック項目をサービス推進課から記録の項目や支援内容項目等が示され実施状況をチェックしている。
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	・中途赴任職員への研修は研修計画に基づいてベテラン職員がOJTを3ヶ月間行い、大学卒業の新人職員には、経験3年～5年の職員がプリセプターとして半年間付いてサポートしている。 ・1年目から3年目の職員には、サポート本部の面談があり、今後どのような職種に付きたいか、どの職種に興味があるか聞かれ勤務希望を述べることができる。
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。				
20	Ⅱ-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	・法人の実習生として受け入れて主たる実習先をグループホームとしているものの、日中の活動についても学んで貰うため、同法人の他の事業所(就労継続B型事業所)の様子も体験してもらうプログラムとなっている。 ・実習生は毎年受け入れており、主に県内大学生が来ている。実習期間は約1ヶ月となっていて、利用者やその関係者との援助関係の形成や、多職種連携及びチームアプローチの実践理解を学ぶようになっている。

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。	b	・ホームページを活用した情報公開をしており、法人、福祉施設、事業所の理念や基本方針を網羅している。財務に関わる情報もホームページから確認できるようになっており、運営の透明性を確保している。 ・見学に際しては、事前予約を基本にしているが、利用者、ご家族から直接連絡がある時は随時職員が対応している。 ・年2回運営推進会議を開催している。出席者に地域民生委員、他事業所介護支援専門員、利用者の家族が出席している。サービスメニューの説明や事業計画を説明し、出席者から意見を頂いている。
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	・監事監査の要領については、理事長が外部監査人の面談を毎年8月に受け、方針や方向性についての話し合いを行っている。 ・外部監査として公認会計士の監査を一年を通じて受けている。会計監査については、全データを全て渡した後、ロボット検索により、ランダムに選ばれた取引について帳票資料の開示を求められ照合の上適正かどうかのチェックを受けている。この監査に合格しないと、決算承認を受けることはできない仕組みとなっている。現在のところ指摘事項は受けていない。

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	・地域で行われるイベントへの参加を促し、地域の方々の施設見学の際には、AEDが設置されている事を説明している。 ・運営推進会議に地域の自治会会長、民生委員に出席してもらい会議の内容を通じて、地域の人たちに事業内容、事業所の状況を具体的に伝え、理解に繋がっている。 ・利用者が地域に出やすくする支援として、地域清掃活動を通じて、職員が利用者と地域の方々との橋渡しをしてお互いの理解を深めている。
----	-----------	----------------------------	---	--

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	・グループホーム事業所としてのボランティアの受け入れは行っていない。今後も方向性が検討段階であり決まっていない。 ・法人としては、ある事業所のイベントに3人～5人の大学生ボランティアを受入れ一緒に事業所の利用者と参加している。
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	・関連の法人の中には年金や財産管理をサポートする事業所があったり、一人利用者が家族のサポートが受けられない方に家族的な支援を行う事業所がある。 ・ケアコラボの中で各利用者毎に生活支援事業所、就労先、担当者等連絡先を情報としてまとめてあり、事業連絡会議において月に2回職員同士で共有している。 ・拠点にある多目的ホールを活用して、地域へ貸出を行い、地域との繋がりを継続している。

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	・拠点には多目的ホールが設置されており、地域住民への貸し出しを活発に行っている。 ・年2回開催している運営推進会議では住民の方の出席もあり意見を聞く場となっている。具体例として事業所へ接続道路は狭く出入りの際、スピードを出したままの運転を見かけるので注意して行うよう要望があった。避難訓練時には協力して実施しようとの意見もあった。 ・相談支援事業所もすぐそばにあるので、あらゆる事に対して相談する環境となっている。
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	・法人として様々な公益事業を行っているが、特に地域生活定着促進事業では、利用者の地域生活に寄り添う支援をしている。SNSトラブルに巻き込まれないよう支援指導を行っている。 ・災害時の対応に備えて、近隣住民には避難所として解放している。一通りの備蓄や水、電源など運営推進会議の時に、災害時のお風呂利用などの受入について説明した。

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

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。	a	・入社した職員一人ひとりに倫理綱領、行動指針が渡され内容の理解と行動が求められる。それによって福祉サービスの提供が確保されている。利用者の居室の片付けや利用者への話しかけの良し悪しについてロールプレイ研修を行い、職員が利用者へ支援する意識が高まっている。 ・利用者を尊重した福祉サービス提供に関して、アセスメントの重要性、倫理綱領、ガイドブックからの支援を伝え、支援意識を共有している。

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	・利用者のプライバシー保護を図るため、倫理綱領やガイドブックを作成し職員会議で職員に周知し理解を深めている。 ・個人情報に関する話を漏れるところでは、話さないようにして、ロールプレイ動画を作成して、職員を指導している。 ・毎年プライバシー保護に関するテーマを採り上げて説明はしていないが契約の都度ご家族に説明している。
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。	b	・相談支援事業所には、いろんなタイプのグループホームがある事の情報や当事業所への利用の希望があった際には、事業所が提供出来る福祉サービスかどうか希望者に伝え、短期利用にて事業所の生活を体験してもらうようにしている。 ・利用希望者はホームページ、相談支援事業所、直接事業所への訪問のいずれかであるため、公共施設にはパンフレットを配置していない。しかし、パンフレットの改訂は毎年4月に行われ、料金等の改訂に至っては都度行われている。
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	・事業所におけるサービスや料金の変更があった場合は、利用者に説明した上で変更通知書を渡し同意書をもっている。なお、諸物価高騰により最近では、半年に1回料金の見直しを行っている。 ・重要事項説明書の変更点について文字だけでは、理解が難しいので、変更事項を読み上げ利用者が理解出来るように説明している。
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	・事業所の変更にあたり、法人内及び他法人への変更の場合、「契約終了確認書」を取り交わすことになっている。 ・契約終了後における支援については、口頭による連絡は可能である旨口頭により伝えている。今後は書面においても地域・家庭への移行に係る生活の継続にかかせない、相談の拠り所として配慮した確認書としたいと考えている。 ・退去して自宅に戻った利用者から、家族には相談できない金銭的な相談や、ご家族から年金の申請に関する相談を受けている。

Ⅲ－１－（３） 利用者満足の向上に努めている。				
33	Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b	・利用者満足に関する利用者アンケートを長崎県内の大学の学生に協力を得て定期的に行い分析を行っている。 ・利用者アンケートは実施した日に役職者へ届けられることになっており対応としては1ヶ月以内を目指している。 ・アンケート調査によって、「利用者が支援に相談を持ち掛けても聞いてくれない」という課題が挙がっている。職員に事情を聴取し、すぐに解決出来ない場合は、時間を設けるということを必ず利用者に伝え、出来る限り利用者の話を聞く体制を取っている。
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	・苦情解決マニュアルに基づいて実施している。苦情申請に関しては、QRコードを使ったアプリから申請する方法、利用者から直接伺う方法、ご意見・相談・苦情受付用紙に直接記入してもらい、「ご意見・相談・苦情受付ポスト」へ投函する方法があり、苦情受付担当者がフォームに登録した後苦情解決責任者によって事実確認を行った上で解決するようにしている。 ・苦情の具体例として、職員の声掛けがきついか、同居利用者と性格が合わない等の苦情が寄せられており、法人全体で共有し、事業所に関するものについては連絡会議のロールプレイ研修を行い職員全員で考え再発防止策を話し合い、注意喚起をおこなっている。 ・苦情解決実施状況については、法人のホームページ上にて公開している。
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	・相談方法については、直接相談、紙面での申し出、QRコードからの申し出等、いつでも相談出来る状況をもっている。 ・相談を受けるスペースにおいては、拠点であったり、内容によっては利用者の居室で聞くこともある。 ・常に利用者が相談や発言をしやすくするため、利用者へは「お変わりないですか」「困りごとはないですか」などと声掛けを行っている。利用者にとって聞いてもらえる事に安心感をもっている。
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	・苦情解決マニュアルに沿って実施している。各事業所ごとに意見ポストを設置しており、相談はいつでも受け付けている。 ・苦情相談を察知することを苦情受け付け担当者が行うことになっている。苦情相談の振り分けは所長が行い、苦情の対応は管理者がおこなっている。解決後、苦情の公開を法人ホームページにて公開しており、誰でもが見れるようになっている。

Ⅲ－１－（５） 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。

37	Ⅲ-1-(5)-①	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b	・R6年11月、事業所の利用者が他事業所の利用の帰りに無人駅の待合室で煙草の不始末による火災を起こし、駅舎を全焼させた事例がある。事業所利用中の事故ではないが事業所にて事故報告書を作成し、その後は該当の利用者に対し個別に1週間毎のマナー研修を行い、煙草の適切な扱い方などについて定着を図る支援を継続中である。 ・利用者が交際中のパートナーの家に無断外泊し、意図的に携帯電話の電源を切るなどして24時間近く連絡が取れず所在不明の状況が続いた事例があった。利用者は透析をしており、この時は透析のため病院受診をしに戻ってきたが、この事例の他にも過去にパートナーとテーマパークへ無断で外出し連絡を絶つなど無断外泊・外出を何度か繰り返している。事業所から県外のご家族にも連絡して事業所まで来てもらい利用者とは話をすることで、以前より改善が見られている。 ・法人共通のアプリでヒヤリハットの事例を入力し、法人内で情報共有をしている。事業所内でもアプリの他に毎日の終礼で報告を行い当日中に対策を検討している。 ・法人の取組として危機管理マニュアルの配布や安全推進室からの毎月の通知があり書面での取組は行っているが、安全確保・事故防止の研修の実施など各職員への直接の周知の取組が見られないため、書面以外での周知の方法を検討することを期待する。
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	・過去1年間で集団感染や食中毒などの感染症に関する安全確保の体制についての問題は発生していない。 ・新型コロナやインフルエンザの個別の感染の事例はあったが、適切に対処し周囲への感染拡大は防ぐことができた。通常、感染が発生した場合は職員から利用者への電話による容体確認、看護師による対応、テーブル等によるゾーニングを行う等の対応を行っている。現在は電話による容体確認を行っているが、利用者の様子がより分かりやすい確認方法としてラインのビデオ通話機能の活用を検討中である。 ・訪問調査日当日も夜支援型ホームの単身居室の利用者がコロナ陽性になったということで報告があった。身体障がい者のため生活上の支援が必要な利用者ということで、マスクとフェイスシールド等の感染対策を行った上で看護師が居室を訪問するなどの対応を行った。 ・毎年感染症研修を実施しており、今年は5月と6月に研修を実施している。
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。	b	・災害発生を想定した避難訓練を年間の予定を立てておおむね予定通り実施している。今年度は5月に部分避難訓練、6月に大雨土砂災害、8月に大規模自身想定グループホーム合同訓練、11月に総合防災訓練を実施した。 ・避難訓練は職員と利用者参加にて実施している。災害時の役職者の避難訓練では、利用者の安否確認にかかる時間を実践を通じて確認するなど、役職者の動きを確認している。利用者の安否確認の方法として現在は各ホームとの連絡や利用者への電話などを行うが、今後の安否確認時間短縮のための案として、事業所より利用者の個人ラインへ斉通知を送り、それに返事をしてもらう方法を検討しており、避難訓練にて試験的に実践したところ確認時間が5分短縮できている。利用者の中には事業所と個人のアカウントが直接繋がることに抵抗を感じる利用者もいるため、そのような利用者の安否確認の改善方法については今後の検討事項となっている。
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。	b	・過去1年間で不審者による侵入の事例は発生していない。 ・通常、防犯訓練を毎年実施しているが、今年度は最近多発している強盗傷害・殺人事件や闇バイトなどに重点を置き、それらに関する利用者向けのお知らせを作成して利用者への説明と各居室への掲示を行ったことや、毎月のように各分野の避難訓練を実施している状況を考慮し、防犯訓練は実施していない。昨年度の訓練では実施の日程のみ利用者に連絡し、抜き打ちで単身型の居室の利用者含め職員が各居室を回り、名乗らずにドアを叩く、職員手作りの偽物の刃物で脅す、鍵が開いているベランダから侵入するなど、実際に想定される不審者を演じて利用者がどのように対応するか訓練を行い訓練後は利用者とともに対応内容や普段の防犯意識について振り返りを行った。

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。	a	・法人では世話人をCS（コミュニティサポーター）、生活支援員をLS（ライフサポーター）という独自の呼称をつけ、職員の支援姿勢や支援内容について記した「CSガイドブック」、「LSガイドブック」を作成している。また共通の手順書として「ハウスキーピングガイドブック」を作成している。ガイドブックは入社時に職員に配布し、事業所の毎月の職員ミーティングにて、その時期に特に重視する項目の振り返りを行っている。例えば帰省の時期前のミーティングでは利用者の身だしなみのチェック内容についてガイドブックをもとに振り返りを行っている。また、ロールプレイ研修の際にも内容の振り返りを行い、ガイドブックの内容に立ち返って実際の支援を振り返る機会を設けている。 ・法人で定めている「サービス品質管理規程」では、支援姿勢や支援の基本事項について、サービス内容に関わらず全職員に共通して求める最低限の標準を定めている。 ・強度行動障害など特に配慮が必要な利用者については、個別支援計画書とは別様式で一日の支援の流れや支援内容毎に使用する備品や声掛けの仕方など具体的な留意点を示した「支援手順書（1dayシート）」を作成しており、職員共通で標準的な支援を行う体制を整えている。 ・CS・LSガイドブック、サービス品質管理規程にはそれぞれ利用者の人権養護、虐待防止についての姿勢が明示されている。ガイドブック等は入社時の配布だけでなく職員ミーティングやロールプレイ研修など機会を設けて定期的に振り返り、組織として支援の定着へ繋げる取り組みを行っている。
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。	b	・CSガイドブック、LSガイドブック、ハウスキーピングガイドブックについては、法人内グループホームの共通のガイドブックとなっている。毎年3月～5月を目途に法人内のグループホームで話し合いの上、各ガイドブックの見直しを行い現状に沿った内容に変更している。 ・支援手順書は個別支援計画書と内容を連動させているため、半年に1度のモニタリング時には内容の確認と見直しを行うほか、状況が変わり次第随時変更を行っている。
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。	b	・現在の利用者が56名のため事業所のサービス管理責任者を2名配置しており、個別支援計画書の責任者として定めている。 ・法人共通のアセスメントシートの書式を使用してアセスメントを行っている。アセスメントは担当職員の意見をもとにサービス管理責任者が最終判断を行う流れとなっている。 ・個別支援計画書には利用者及びご家族の意向と、意向に基づいた総合的な援助の方針が示されており、意向を叶えるための課題（ニーズ）、ニーズを達成するための長期目標、それを短期の小さなステップにした短期目標、短期目標達成のための支援内容を記載している。利用者やご家族の意向が実際の支援内容まで段階的に落とし込まれ、移行と支援の繋がりが見える個別支援計画書となっている。 ・諒早の拠点にある8つの事業所で支援困難事例を挙げ、事例について各拠点が関わって対応する取り組みを行っている。拠点内の別のグループホームから挙げた事例としては、軽度の利用者の金銭管理について、利用者が自ら〇〇ペイ等のキャッシュレス決済を利用してリボ払いを重ねてしまう事例が挙げられている。この事例については具体的な解決には至っていないが、時代の流れとしてキャッシュレス化が進む中で、キャッシュレスへの対応についての難しさについて事業所間の情報共有と課題解決の方法を検討中である。

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。	b	・個別支援計画は半年に1度、定期的な見直しを行っている。個別支援計画の作成、見直し、留意点等についてはサービス品質管理規程に定められている。 ・個別支援計画の見直しの手順は個別支援計画マニュアルやLSガイドブックにて定めている。個別支援計画の作成についてはサービス管理責任者が最終判断を行うが、基本案の作成には直接の支援を行う生活支援員が作成に関わることもある。 ・定期的な見直しのほかに必要に応じて随時個別支援計画の見直しを行う時は定期的な見直しと基本的には同じ流れで変更手続きを行う。直近の具体的な事例としては、「本州のご家族の近くで暮らしたい」という利用者の強い要望が出たため、ご家族の受け入れの意向を確認し、急遽個別支援計画の内容を本州のグループホームへの移行支援に変更した事例がある。
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。	a	・利用者のプロフィールや個別支援計画、日々の支援記録は法人共通の記録アプリで記録している。法人内の事業所を併用している利用者については関係事業所間で相互の記録が閲覧できるため、スムーズな申し送りや情報共有ができる体制となっている。 ・サービス品質管理規程には、記録の目的や前提としての姿勢、記録の記載内容の基本的事項などを記載しており、スキルマップに沿って目標レベルを設定し研修を行い職員の記録の標準的な書き方の定着を図っている。 ・支援記録の内容については主にサービス管理責任者が主に確認し、必要に応じて個別に指導している。個別指導を行う事例としては、表現方法が不適切な場合や支援記録に個人の感情が入っている場合、記録内容が不足していたり文章の主語が不明な場合などについて指導を行っている。
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	・利用者に関する記録の取り扱いについては、全職員に共通する基本的な姿勢をサービス品質管理規程にて定めている。 ・利用者の個人情報の取扱いについては「愛隣訓」に記載しており、利用者の記録の取扱いの他、利用者に関する情報を口頭にて伝達する場面での留意点や、事業所外での個人の特定に繋がる話題の禁止など書面の取扱いのみに限らず個人情報の取扱いに関する法人の姿勢を定めている。 ・新入社員の3ヶ月プログラムの職員研修の中でサービス品質管理規程や愛隣訓の研修が組み込まれており、記録の管理については入社時に職員に周知されている。 ・個人情報の取扱いに関しては利用者のご家族より同意書をもっている。グループホーム外に写真を公開する事例がパンフレットへの使用以外ではほぼないためあまり事例はないが、写真を使用する際は都度個別に連絡をして許可をもっている。 ・法人内のアプリによる支援記録は家族への公開を行っており、写真を添付する際はできるだけ利用者本人のみの写真を使用するようにしている。直近の記録に関する問題が起こった事例としては、家族公開の支援記録に添付する写真を誤って他の利用者の写真を添付した事例がある。ご家族から指摘があり判明したためご家族へ謝罪しすぐに写真の差し替えを行った。支援記録はサービス管理責任者等の管理職が確認するため今後の対策としては管理職が早急に記録を確認することとしている。

【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。	b ・ 整理整頓が苦手な利用者について、法人で安全管理を担う職員が菌の数を測定する機械を使って菌が多い場所や拭き掃除等の効果について具体的な数字で示し、衛生環境を保つ重要さについて利用者の意識の変化を促している。また利用者の「居室の片付けをして使いやすい部屋にしたい」という希望に対してゴミ箱や冷蔵庫の配置を変えたり、物の置き場所を決めるなど利用者自身で片付けができる仕組み作りの支援を行っている。 ・ 自閉傾向にある利用者の一日のルーティーンに対するこだわり（18時に夕食を食べ始める、お風呂の前にトイレに行くなど）を他の利用者との共同生活の中で実現できるように利用者と一緒に一日の流れを組み立てる支援を行っている。 ・ 利用者の中には喫煙者がいるため、近隣の地域住民や共同生活をしている利用者との関係を保つためにマナー講習などを通じて喫煙は換気扇の下で行うように定期的に伝えている。マナー講習では他にもキャッシュレスやSNSの使い方について勉強会をしており、利用者の生活の中で問題が発生した場合には消費者センター等の関係機関に相談しながら支援を行う場合もある。
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 ・ 過去1年間で利用者に対する暴力や脅かしなど職員による不適切な関わりの事例は発生していない。 ・ 過去1年間の行動制限の事例の一部としては、令和6年6月に利用者が病院の待ち時間が長いことで待合室や廊下を歩き回った時に医療器具がある部屋へ入ろうとした際に利用者の安全確保のために腕を掴んで方向転換させた事例がある。改善策としては待ち時間の長さで集中力が切れてしまうため予約時間に余裕を持たせず到着し、しばらく車の中で待機することで対応している。 - また、令和6年4月に点耳薬を差すときに耳に薬が行き渡るまでの数秒間頭を押さえた事例がある。点耳薬は治療の一時的なもので現在は使用していないが、改善策としては利用者の状態を見ながら落ち着いたときに薬を差すこととしている。 ・ 身体拘束や行動制限が発生した場合、法人内のアプリに記載し法人内で情報共有を行っている。記録内容は役職者が支援内容について適切かどうか確認し、必要があれば個別支援計画への支援内容の反映を行っている。 ・ 職員は全員、事業所のスマートフォンのアプリより毎月の支援の振り返り入力している。振り返りの内容は利用者への支援態度や行動制限、利用者との業務外の私的なやり取りの有無など権利擁護に関する項目となっており、入力された内容は事業所の管理職が確認し、支援の状況把握を行っている。毎月の振り返りはアプリの活用を始める前から長期に渡り行っている取組で、例えば利用者に対する「ちゃん」「くん」付けは不適切という意識の定着が職員の中に見られるなど意識の変化が見られている。

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 ・事業所では現在6名の利用者の預り金があるが、過去1年間で預り金関係の問題は発生していない。 ・自立生活を希望する利用者には利用者向けの自立マニュアルを活用した勉強会を行い自立生活に向けた支援を行っている。 ・令和7年2月に自立予定の利用者については現在、自立プログラムを実行中である。この利用者については一般就労で勤務し、車の運転も可能で自立度が高いにも関わらず、利用者本人が事業所での生活の安心感から当初は自立を望まなかった。事業所としては利用者の自立能力から単独での自立生活が可能と判断し、利用者と共に勉強会をすることで利用者の不安を軽減しながら自立を促す形をとっている。 ・自立予定の利用者への具体的な支援内容として、自立後の病院受診に対する不安に対して事業所から病院に連絡を取り利用者と繋げる支援を行ったり、整理整頓が苦手ということでゴミ出しや分別の仕方の勉強会を行ったり、自立後に居宅介護が必要であれば繋ぐ体制を準備している。利用者の自立生活の目標としては、全てのことを完璧に行うことではなく、利用者の能力に応じて目標ラインを達成でき、必要があれば自ら福祉サービスや周囲の力を借りながら生活できることを目指している。 ・利用者の事業所継続利用の意向の裏にある自立生活への不安を汲み取り、利用者の本来持っている能力を適切に判断しながら自立生活への後押しを行う支援姿勢が見られる今回の事例は、法人理念の「生きる誇りへの、挑戦」が支援の現場に浸透していることが分かる良い事例である。
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。	b ・利用者の得意・苦手やこだわりに応じてコミュニケーション手段を選んで支援を行っている。 ・具体的な事例として、自閉症の利用者については一日の予定時間を過ぎるとパニックになるためアラームやタイマーを活用して一日の流れがずれないようにしたり、急遽予定が変更になる場合は予定変更が分かった時点で早めに利用者に事前に説明し納得してもらうようにしている。 - また、口頭での会話が苦手な利用者について、自分の主観を頭の中で組み立てて言葉にして話すのが苦手なため、職員との会話の中で話しづらそうな様子があった場合は、ラインなどのメッセージアプリを活用して文章によるコミュニケーションに切り替えている。 ・会話によるコミュニケーションが難しい利用者は目の動きやジェスチャーで分かりあうことを心掛けている。利用者にあった形でのサービスの提供が利用者の安心に繋がるため利用者に応じた支援の工夫を行っている。
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 ・半年に一度のモニタリング時に利用者との面談の機会を設けている。定期的な面談以外にも軽度の利用者を中心にほぼ毎日のように電話等で腹痛や体調の異変など生活上の相談があっている。 ・利用者との個別の相談がある場合は相談内容等に応じて相談場所を使い分けている。拠点の個室を利用する事例としては、例えば共同生活をしている利用者の場合、利用者の恋愛や性の問題については他の利用者に聞かれないため、また自立生活の勉強を行う場合は利用者の集中のため、地域の苦情を伝える場合はしっかり利用者に伝えるために利用している。利用者自身の問題の場合や共同生活の他の利用者との関係調整の場合は利用者の居家で話を聞くようにしている。 ・利用者からの相談内容は法人共有の記録アプリへ記録し、職員間で情報共有している。利用者から「他の職員には秘密にしてほしい」旨の意向がある場合には、記録に利用者の秘密にしたい意向を追記し、利用者の意向を含め情報共有を行っている。

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。	b	・利用者は基本的に日中は日中活動の事業所や就労先で活動し、グループホームは生活の場としての事業所となっている。公休日の日中支援については、移動支援を利用している利用者は利用月の前～前々月に個別対応で利用者と移動支援利用の計画を立て事業所からヘルパーに依頼しており、移動支援を利用していない利用者については職員が洋服購入の同行やバス・公用車での移動の支援を行っている。 ・事業所にて利用者へアンケートを行い、利用者の趣味や経歴、好きなことに応じて情報提供を行っている。利用者の中には個人で知的障がい者のバスケクラブに入ったり、法人で運営している和太鼓クラブ「一心太鼓」やアートクラブ「アールブリュット」で活動したりするなど、利用者の希望により様々な余暇活動を行っている。事業所は余暇活動を通して利用者が「仲間づくり」をできることを目指している。
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。	b	・事業所には強度行動障害の利用者が13名いるため、強度行動障害の利用者については1日の流れと支援時の留意事項を示した「支援手順書（1dayシート）」を個別に作成している。支援手順書は個別支援計画と連動した内容となっており、必要に応じて随時の見直しを行い、最長でも半年に1度のモニタリング時に見直しを行っている。 ・強度行動障害の利用者を直接支援する職員を優先に年度ごとに強度行動障害者研修（基礎・実践）を受講し、職員の強度行動障害への理解を促している。

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。	b	・入浴支援が必要な利用者については主に生活介護の場で入浴してくるため、基本的には休日のみ生活支援員が入浴支援を行っている。 ・排泄支援が必要な利用者については拭き取り支援や小便所からのほみ出しの処理、オムツ利用の方の支援など個別に対応している。 ・支援時の配慮すべき事項については支援手順書（1dayシート）に記載し、職員全員がいつでも法人のアプリより確認することができる。 ・食事支援については、法人内の就労A型事業所の配食を朝晩で利用している利用者が多く、夕方に夕食と翌日の朝食が各ホームへ届けられ、世話人が朝食と夕食の時間にホームを巡回して配膳や刻み食対応などを行っている。刻み食については写真で刻みの大きさの写真を台所に貼り、刻みの大きさに差異が出ないようにするなど支援の安全性に配慮している。配食の献立は管理栄養士が作成しているため栄養バランスが整った食事となっている。 ・重度の利用者が利用しているホームには日曜日を除いて毎朝、事業所専属の看護師が利用者の健康状態の確認のため訪問している。
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。	b	・毎日の安全点検として、「自主点検表」をもとに世話人と利用者でIHの電源、避難経路の確保、鍵の施錠の確認を行っている。単身の居室の利用者は利用者自身で確認を行っている。 ・また、毎月「危機管理チェック表」に基づいて防災対策全般や消防対策全般について確認を行っている。確認は職員が行うが、自立生活を目指す利用者が自立後に自ら確認することができるように職員と利用者と一緒に確認を行う場合もあり、安全確保の取組とともに利用者の危機管理についての自立支援も行っている。 ・共同世帯の利用者の居室の掃除は毎日世話人やハウスキーパーが行い、単身の居室の利用者の場合は可能な限り利用者本人がいるときに一緒に掃除をするように努めている。 ・利用者の中には整理整頓が苦手な利用者もいるため、利用者に合わせた形で部屋の整理整頓への意欲を向上させるように働きかけている。具体例としては、カフェが好きな利用者に対してカフェのような部屋づくりを目指す働きかけをしたり、利用者が好きなアイドルグループの写真を居室に飾ったりしている。このような働きかけを通して、利用者自身が部屋の環境に関心を持てるように促している。
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	・利用者の自立を目指す「自立マニュアル」を活用して利用者の特性に応じて自立プログラムを作成し支援を行っている。自立マニュアルは金銭管理、健康、相談の項目があり、実際に利用者の状況に応じて内容を記入しながら取り組む形式となっている。支援の具体例としては、相談の項目では自立プログラムの最終段階として利用者が自分で相談に行けるように、職員が利用者と一緒に実際に福祉相談の窓口へ行ってみたい、金銭管理の項目では最終的には利用者自身で収支報告書を書くことを目標に、通帳と一緒に見ながら支出を確認している。また、利用者ごとに個別の場面を想定して利用者に必要な連絡先の情報提供を行っている。 ・事業所には専従のフルタイムの看護師が2名、時短の看護師が1名勤務しており、生活支援員や世話人からの提案をもとに看護師が医療の視点から助言し、利用者の腰痛体操や座ったままでもできる体操、エアロバイクの導入などを行っている。

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	・専従の看護師が重度の利用者・中軽度・精神障害の利用者を中心に定期的に事業所を巡回し、利用者の健康状態の確認を行っている。 ・主治医より看護指示書を受けている利用者は事業所に14名おり、重度の利用者が入居しているホームはほぼ毎日、他のホームについては月に2〜3回程度、看護師による確認を行い健康状態の継続的・定期的な把握をしている。 ・看護師による健康状態の記録は法人内の記録アプリに記録している。また世話人が重度の利用者を中心に食事と排泄の記録をアプリに入力しており、事業所の職員はアプリより互いに記録内容の確認をして利用者の健康状態について職員間の情報共有を行っている。
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	・現在、服薬管理をしている利用者は14名となっている。 ・過去1年間の服薬事故は発生していない。自身で薬を取り出し服薬する利用者については、薬に記入している日付を取り違えて服薬することがあるが、記載の日付を前後しても服薬内容は変わらないため問題となった事例はない。 ・服薬の確認については、職員がホームの巡回の際に薬を飲み終えたあとのゴミを確認している。その時に朝の薬の飲み残しを発見することがあるが、薬の飲み残しがあったときの対応は、事前に医師の指示を仰ぎその指示に沿った対応を行っている。 ・法人共通の記録アプリにて既往歴や疾患、アレルギー等の利用者の医療面の情報を登録しており、内容に変更があれば随時更新を行っている。事業所の職員は端末よりいつでも内容を確認することができる。また、日々の支援日誌とは別で利用者について特記事項がある場合の「申し送り」項目がある。申し送りを讀んだ職員が各自でアプリの確認ボタンを押すことで情報共有の状況を把握している。
A-2-(6) 社会参加、学習支援				
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	・地域のイベントや地域清掃等、地域行事に職員と利用者で一緒に参加をして、積極的に地域と関わる取り組みを行っている。具体的な事例としては、のんのこ諺早まつりの「のんのこ街踊り」に参加し、これまでに二度、部門最上位の金皿賞を受賞している。また、福田町の夏祭りやアーケードのマルシェ等にも参加している。地域清掃は障害者の当事者団体NPOふれあいネットワーク・ピアの利用者と職員が一緒に参加している。 様々な活動を通して様々なアプローチで事業所や利用者が地域に参加する支援を行っている。 ・外出については軽度の利用者は個人的な外出はほぼ毎日している。外泊については外泊計画書を事業所に提出して外泊することとなり、中にはツアーを自ら予約して旅行に行ったり、県外へ知人に会いに行く利用者もいて外出や外泊については利用者の要望に応じている。 ・利用者の外出の要望を叶えるため事業所として支援した事例もある。中度の障害がある利用者からUSJに行きたいという要望があったため、計画を事業所主体で作成し、生活介護の職員が同行して1泊2日で行っている。この事例は、利用者の要望に対して「どのような形だったら要望を叶えられるか」を前提にして支援している事業所の姿勢が伺える事例であり、法人理念の「生きる誇りへの、挑戦」に繋がる取組である。

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援				
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	・令和7年2月に自立生活への移行予定の利用者が1名おり、自立にむけて事業所として調整を行っている。利用者の自立生活への移行の条件として「生活の場を変えない」ことが利用者の要望として挙がっていたが、事業所内で同じタイミングで現ホームの閉鎖と借り換えによる移転を検討していたため、ホームとしては閉鎖し他の利用者を移動、自立生活へ移行する利用者本人はホームではなく通常の賃貸として同じ部屋に住み続けるとすることで、要望を叶える形となっている。 ・自立生活への移行が目前になった利用者については、関係者で月1回の進捗会議を行い、加算取得や相談支援事業所、障害者就業・生活支援センターとの連携などについて定期的な状況確認を行っている。また、ご家族からのサポートが弱いなどの利用者については、任意後見人の「あんしん家族」の契約を行うなど、利用者の自立生活に必要な支援を入念に行っている。
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援				
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。	b	・法人共通の記録アプリにより利用者の支援記録をご家族へ公開しており、日々の支援の記録はリアルタイムで情報共有することができる。記録に写真を添付すると利用者の様子がより伝わりやすいということで他利用者のプライバシーに配慮しながらご家族へ積極的に写真を共有している。支援の記録は基本的にご家族へ公開することとなっているが、利用者がご家族への記録の公開を希望しない場合は利用者の要望を優先としてアプリとご家族の連絡先を繋げていない。現状では全利用者の約半数のご家族がアプリを通して支援記録を確認している状況である。 ・記録アプリによる情報共有を行っていないご家族との連携については、電話やメールによる連絡を随時行っている。 ・利用者の中にはご家族との連絡がとれない方もいて2～3名については絶縁状態となっている。また、利用者の高齢化によりご家族も高齢となり入院のため連絡がとれなくなった等の事情も発生している。このような状況もあり、利用者のうち4名は任意後見人のあんしん家族を契約している。 ・ご家族の中には利用者との接し方について悩みがある場合もあり、ご家族の相談を聞き、事例によっては利用者の帰省を見送る対応も行っている。事業所としてご家族と密にコンタクトを取りながら、利用者ご家族との「家族の絆」を大切にす姿勢で支援を行っている。

A-3 発達支援

A-3-(1) 発達支援				
16	A-3-(1)-①	子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。		・評価対象外

A-4 就労支援

A-4-(1) 就労支援				
17	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。		・評価対象外
18	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。		・評価対象外
19	A-4-(1)-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。		・評価対象外

基本情報シート I（障害者・児福祉サービス版）

令和 6 年 9 月 1 日現在

1. 福祉施設・事業所情報

（１）基本情報

①名称	HOME 東いさはや
②施設・事業所種別	共同生活援助
③代表者（施設長等）氏名	納谷恵美
④定員（利用者数）	56名
⑤所在地	諫早市高来町黒崎21-1
⑥電話番号	0957-22-2203
⑦ホームページ URL	https://www.airinkai.or.jp

（２）福祉施設・事業所の概要

①開設年月日	平成 1 8 年 1 0 月 1 日			
②経営法人・設置主体（法人名等）	社会福祉法人 南高愛隣会			
③職員数				
※常勤職員とは、福祉施設・事業所の所定の労働時間を通じて勤務する者。非常勤職員は、所定労働時間のうち一部を勤務する者。				
※雇用形態（正規・非正規等）は問わない。				
		男性	女性	合計
常勤職員	6	1 3	1 9	
	(内兼務 4 名)	(内兼務 2 名)	(内兼務 6 名)	
非常勤職員	7	1 6	2 3	
計	1 3	2 9	4 2	
④専門職の人数				
※社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、栄養士、調理師等の専門職（有資格職員）等を記入。				
	専門職の名称	人数		
	社会福祉士	6		
	介護福祉士	8		
	看護師	4		
	保育士	4		
⑤福祉施設・設備の概要				
* 施設の平面図等は、別途添付				
	居室・設備等	定員・面積等		
	1 9 (5 6)	5 6 名		

2. 理念・基本方針（法人・施設）

（１）理念	「生きる誇りへの挑戦」
（２）基本方針	人生は楽しい ・ 人生にドキドキを ・ 地域に元気を ・ 時代に勇気を

3. 福祉施設・事業所の特徴的な取組として考える事項

：福祉サービスの質の向上に関する取組、PR 事項等

「一人ひとりの「～したい」に寄り添い、望む暮らしの実現を」
 利用者一人ひとりの障がい特性やニーズに応じた支援を通して、地域で豊かな生活を送ることができるよう、望む暮らしの実現に向けてサポートいたします。

※評価機関・評価調査者は、当該事項の記載内容を踏まえ、評価した後、公表様式に記載する。

4. 第三者評価の受審状況

受審の有・無	・ 受審あり ・ 受審なし（今回がはじめて）
--------	---

基本情報シートⅡ（障害者・児福祉サービス版）

令和6年9月1日現在

（施設・事業所の概況）

（１）利用者の人数と年齢、平均入所（利用）期間

現在の利用者	男性	女性	合計
利用者数	43	13	56
平均年齢	44.2	44.3	44.3
平均入所（利用）期間※	（7）年（4）月	（8）年（4）月	（7）年（9）月

※通所及び、訪問（居宅）サービス等については平均の利用期間を記入

（２）障害支援区分等の分布

①障害支援区分

	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	平均障害 支援区分
人数	1	15	18	9	4	9	3.5
	その他						
人数	0						

※ 障害支援区分の認定申請中の利用者等

②手帳の交付がある利用者（人数）

※複数に該当する場合は、それぞれでカウントする。

身体障害者手帳	療育手帳	精神障害者保健福祉手帳
3 人	51 人	8 人

（３）利用者の動向

①前年度の新規利用者数	8 人														
②前年度の利用終了者数（理由）	4 人 内訳 <table> <tr> <th>理由</th><th>人数</th></tr> <tr> <td>他の福祉施設等への入所</td><td>0</td></tr> <tr> <td>他の事業所等の利用</td><td>4</td></tr> <tr> <td>在宅への移行（復帰）</td><td>0</td></tr> <tr> <td>病院への入院</td><td>0</td></tr> <tr> <td>死亡</td><td>0</td></tr> <tr> <td>その他</td><td>0</td></tr> </table>	理由	人数	他の福祉施設等への入所	0	他の事業所等の利用	4	在宅への移行（復帰）	0	病院への入院	0	死亡	0	その他	0
理由	人数														
他の福祉施設等への入所	0														
他の事業所等の利用	4														
在宅への移行（復帰）	0														
病院への入院	0														
死亡	0														
その他	0														
③現在の利用待機者数	0 人														

(4) 個別的な配慮や支援を必要とする利用者（人数）

※複数に該当する場合は、それぞれでカウントする。

① 個別的な配慮や支援を必要とする利用者

心身の状況	人数	心身の状況	人数
医療的ケアが必要な利用者	0	被虐待経験がある利用者	2
慢性疾病・疾患がある利用者	4 5	家族（保護者）支援が必要な利用者	8
重複障害がある利用者	7	就学への配慮・支援が必要な利用者	0
行動障害等がある利用者	1 2	就労のための配慮・支援が必要な利用者	3 8
意思疎通が困難な利用者※	9	就職支援等が必要な利用者	1

② その他：個別的な配慮や支援を必要とする利用者

配慮・支援事項	人数	配慮・支援事項	人数
医療との連携	2		
自立生活への支援	3		
訪問看護との連携	3		

2. 職員の状況（詳細）

(1) 常勤職員の平均年齢 （ 58.8 ） 歳

平均在職年数 9.4 年

※平均在職年数については、同一法人内の他施設・事業所での在職年数を通算する。

(2) 常勤換算職員数（非常勤職員のみ） （ 9.9 ） 人

※非常勤職員…雇用形態（正規・非正規等）を問わず、所定労働時間のうち一部を勤務する者

※非常勤職員の常勤換算＝「非常勤の職員の勤務時間＊」÷「常勤職員の勤務時間＊」

＊勤務時間は、「1日の勤務時間数×1週間に勤務する日数×週（4週で計算）」

(3) 非常勤職員等の業務内容等

①非常勤職員

非常勤職員の職種	勤務形態	業務内容等	人数
世話人	非常勤	生活全般の支援	2 1

(4) 業務委託の有無・業務内容

業務委託の有・無	・業務委託している。 ・業務委託していない。
----------	---

(5) 前年度の職員の採用・退職・異動の状況

	常勤職員	非常勤職員	合計
採用	3	2	5
退職	1	0	1
法人内の異動（他施設等へ異動）	2	0	1
法人内の異動（他施設等から異動）	2	0	2

3. 組織・運営管理に関する事項

(1) 事業経営上の課題、苦慮している事項

※優先順位をつけて、3～5 項目記入

1	人材育成と採用
2	個別支援の質の向上
3	地域密着の推進

(2) 中長期（3～5 年）の目標（ビジョン、組織全体が目指す姿）

第 1 期（令和 3 年度から概ね 3 年間）：品質官営の基盤整備・次代のサービス体制づくりに着手
第 2 期（令和 6 年度から概ね 3 年間）：品質管理の定着と新たな利用者ニーズ対応の準備・既存事業の再編
第 3 期（第 2 期以降令和 12 年度まで）：令和 12 年度以降に対応する時代のサービス体制の完成

【中長期計画の策定状況】

○策定している（ ○ ）

⇒法人として策定（ ○ ）・施設・事業所として策定（ ）

⇒策定年度 平成（ ）年度

(3) 福祉施設・事業所における福祉サービス提供や質の向上に向けた課題

※主な事項を 3～5 項目記入

1	利用者の特性やニーズ、希望に応じた個別支援の充実
2	支援者一人ひとりのサービス提供の質の向上
3	地域で暮らす一員として、グループホームでの生活の在り方
4	障がいの特性に応じた環境設定

(4) 福祉サービスの質の向上の取組、特に重要と考えている事項

※主な事項を 3～5 項目記入

1	障がいの特性の更なる理解を深め、個別支援の質の向上を図る
2	基本的支援姿勢の徹底
3	運営推進会議の開催を行う事で、地域に根付いた事業所作り
4	各々の障がいの特性に配慮した住居の確保

(5) 苦情相談の体制等

第三者委員の設置の有無	☒ 設置している (委員数 3 人) ☐ 設置していない
第三者委員の活動状況 (訪問頻度、活動内容等)	
苦情解決状況の公表	☒ 公表している ☐ 公表していない

(6) 職員の確保と定着、育成に関する基本的考え方と主な取組

【基本的な考え方・課題等】 グループホームは地域の中で展開しており、利用者や事業所との地域の架け橋としての役割を担っていただく事も多い為、地域の方の採用を行っている。 利用者へ「寄り添う」という視点大事にし、基本的支援姿勢について考える機会を設け、支援者一人ひとりの強みを活かしチームで支援を展開している。 【具体的な取組】 年 2 回のお仕事説明会や職員募集の発信を行う事で、随時見学の機会を設けている。 事業内容、業務内容、事業所の雰囲気などを感じてもらう機会を設け、必要な人材確保に努めている。
--

(7) 地域の福祉ニーズとして把握している事項と施設・事業所としての具体的な取組

【地域の福祉ニーズ・背景】

- ・強度行動障がいの方の入居できるグループホームや施設が少ない。
- ・他地区に比べると社会資源も豊かである。利用者の自立生活も多様なサービスを利用することで実現する可能性も高い。

【具体的な取組】

- ・強度行動障がい者の方のグループホームにて短期入所を併設している。
- ・自立生活を希望する利用者の方へ生活スキルの向上を図るとともに、本人を取り巻くキーパーソンとの連携を行う事で自立生活の促進を目指している。