

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : グループホーム めぐみ

(共同生活援助)

評価実施期間 2022年7月11日 ～ 2023年2月28日

実地(訪問)調査日 2022年10月3日

評価決定委員会開催日 2022年12月19日

2023年1月26日

特定非営利活動法人

はりま総合福祉評価センター

様式第11-1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

①第三者評価機関名

特定非営利活動法人 はりま総合福祉評価センター

②施設・事業所情報

名称： グループホーム めぐみ	種別： 共同生活援助
代表者氏名： 掃部 久美代	定員（利用人数）： 6名
所在地： 〒 669-5252 兵庫県朝来市和田山町竹田 2486-19	
TEL： 079-666-9102	ホームページ： http://www.kobeseirei.or.jp/publics/index/41
【施設・事業所の概要】	
開設年月日： 2021（R3）年 4月 1日	
経営法人・設置主体（法人名）： 社会福祉法人 神戸聖隷福祉事業団	
職員数	常勤職員： 3名 非常勤職員： 3名
専門職員	施設長 1名 生活支援員 2名
※（ ）はうち非常勤職員を指す	サービス管理責任者 2名 世話人 1名
施設・設備の概要	食堂 便所 3か所
	浴室 2室 支援員室
	洗面所 談話室
	洗面洗濯室 多目的室

③理念・基本方針

1. わたしたちは ご利用者の人権を尊重し 自ら選んで決めていただけるサービスを提供します
2. 私たちは ご利用者が生き生きと喜びをもって生活できる施設を目指します
3. 私たちは 自ら率先して話し合える職場づくりに努めます
4. 私たちは まちの声に応え 地域に貢献できる施設を目指します

④施設・事業所の特徴的な取組

地域の一員として共に暮らすことを目指し、自立した生活が営めるよう支援していきます。障害のある方が安心して生活ができ、一人ひとりの働く意欲を持ち続けるためにサポートしていくとともに安心、安全な生活環境が維持できるような生活の場を目指します。利用者が安定した生活が送れるよう家庭に代わる場として、家庭的な雰囲気のもと安心して暮らしていけるよう心掛けていきます。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2022年7月11日（契約日）～ 2023年3月31日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	1回目（年度）

⑥総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者個々の特性に応じた個別支援計画が策定され、計画に基づいた支援を行う仕組みが構築されています。 恵生園施設マニュアルに個別支援計画の策定手順が示されており、それに準じて、サービス管理責任者が中心となり、関係事業所や利用者家族との協力により、アセスメントが実施され、個々の特性に応じた個別支援計画が作成されています。また、計画策定後は、日常生活の様子や支援目標に対する状況などが生活支援日誌に利用者の記録が一元化され、世話人との連携のもと計画の進捗を確認するなど、計画に基づいた支援を行う仕組みが構築されています。 ○ 利用者が意見等を述べやすい体制が確立され、自立及び自律に向けた多様な活動が行われています。 日常的に利用者との面談の機会を多く持ち、利用者が抱える課題を日中の活動先や相談支援専門員と共有することで、課題解決に向けた検討が行うとともに、利用者の趣味や嗜好を楽しめるよう、生活での自由度も高く、自己決定の機会を多く持てるよう配慮されています。また、施設内レクリエーションや地域でのさまざまな活動の情報提供を行うとともに、土日を中心に健康作りのための体操の実施や世話人と一緒に食事づくりをするなど多様な活動を用意され、ご本人がどのようにしたいのかをうかがい、助言と一緒に取り組むことによって、自立に向けた支援が行われています。
<p>◇改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が明確ではありません。 利用者一人ひとりに対する特性等をまとめた一覧表が策定され、利用者の支援を行う手順を明確にされています。一方で福祉サービスの標準的な支援マニュアルは整備に向けて取り組まれています。支援の明文化やマニュアルの活用には至っていません。今後は、整備された支援マニュアルや支援計画、ケース記録の関連性や活用方法を整理することにより、施設としてスタンダードな支援を明確にしていくことが重要です。 ○ 利用者の生活意欲の動機付けや意思決定について支援していくことで、利用者の権利を高める取り組みが望まれます。 定期的に虐待防止や身体拘束廃止の委員会を開催するとともに、毎月1回施設として、虐待・不適切ケアに関する事例検討会が行われるなど、権利侵害の防止についての取り組みは充実していますが、意思決定支援や合理的配慮など、利用者の権利を高めていく取り組みは明確ではありません。今後は、障害者権利条約の批准をはじめ、障害者基本法における権利条項や障害者差別解消法による合理的配慮などの理解とともに、利用者へ伝えることにより、利用者の権利を高める取り組みが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

総評にて評価頂いている通り、「グループホーム めぐみ」では、開所1年目は利用者、職員共にまずはホームの生活に慣れる事を考えていましたが、2年目が経過していく中で、各利用者の持たれている能力をいかに伸ばせるか、引き出せるか、それを今後の社会生活に活かして頂く為にはどう支援していくのかを意識して支援に努めています。その為に、利用者へのアセスメントで状況をしっかりと把握し、それを支援に繋げていく為の情報共有の場（世話人会議）は定期的に持ち、同じ方向性を持って、個別支援が実施できるように努めています。放デイ同様、事業が立ち上がった年目の施設となりますので、今回の受診結果を元に、マニュアルを含め、基礎となるものを作っていこうと考えています。

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

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。

第三者評価結果

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
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
<コメント> ○ 理念、基本方針に利用者を尊重する姿勢を明示され、支援者会議で定期的に周知が図られています。 ○ 今後は、利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に研修等を実施することで、利用者の権利を高めていく取り組みが望まれます。		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
<コメント> ○ 定期的に虐待防止や身体拘束廃止の委員会を開催するとともに、利用者の個別空間やプライバシーに配慮され、環境づくりや支援に取り組んでいます。 ○ 今後は、施設での生活におけるプライバシー保護についての考え方を明示し、不適切な事案が発生した場合の対応方法等を明確にしていくことが望まれます。		
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。	b
<コメント> ○ 事業所のパンフレットを作成され、公共施設や関係機関に設置し、希望者がいつでも見るができるような配慮が行われています。また、定期的にパンフレットの内容の検討が行われています。 ○ 今後は誰もが見やすいパンフレットを作成するとともに、新型コロナウイルスの状況を見ながら体験希望者の受け入れが期待されます。		
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
<コメント> ○ 福祉サービス利用時の説明を利用者や家族に丁寧に行われています。また、利用者・家族の意見を詳細に聞き取りし、利用者の自己決定や意向の尊重に努められています。 ○ 今後は、利用者や家族などがさらに理解しやすいような工夫や配慮を進めていくとともに、意思決定が困難な利用者へのルール化が望まれます。		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 契約終了時には、法人内の施設や他施設への移動について、引継書や説明書を用いて情報提供が行われ、サービスの継続性に配慮していることがうかがえます。 ○ 今後は、関係事業所への引継ぎ方法のマニュアルを整備するとともに、利用終了後も相談できる窓口を明確にしていくことが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者満足度調査を毎年1回実施されており、調査結果に基づき、世話人会議で検討され、満足度向上に取り組まれています。 ○ 今後は、さらなるサービスの質の向上に向け、利用者の会や家族交流会を通して、満足度のさらなる把握と職員による検討会の定期開催が望まれます。 		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確立されている。		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 苦情解決体制が重要事項説明書に明記され、苦情に関する記録の整備と苦情内容のフィードバックが、利用者や家族に対して行われています。また、恵生園において、年に2回、苦情解決委員会が開催されており、苦情の結果にもとづいた検証がなされていることがうかがえました。 ○ 今後は、アンケート実施や意見箱の設置など、利用者や家族が意見を述べやすい環境づくりが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 重要事項説明書に苦情や相談の窓口について記載され、世話人を中心に、相談や意見を述べやすい配慮がなされています。また、相談スペースとして、居室や相談室などプライバシーに配慮した相談場所を確保されています。 ○ 今後は、利用者の相談や意見を述べたりする場合の手順や選択方法について、わかりやすく説明した文書やフローチャートなどを作成し、配布・掲示していくことが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 相談や意見については、職員は傾聴に心がけ、出された意見を生活支援日誌に記録し、随時対応されています。 ○ 今後は、現在行われている相談や意見を受けた際の記録方法や報告の手順、対応策の検討などについて、「相談・意見対応マニュアル」を整備することで、対応の標準化を図っていくことが望まれます。 		

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マネジメント体制が構築されている。	b
<コメント> ○ リスクマネジメントに関する対応と安全確保について、本体施設と合同で、「事故防止対策委員会」が設置され、世話人会議などで周知されています。また、事故報告書やヒヤリハット事例の収集も行われています。 ○ 今後は、グループホームにおけるリスク管理についてマニュアルを整備するとともに、安全対策の評価・見直しが行われることが望まれます。		
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
<コメント> ○ 感染症対策について、本体施設と合同で「感染症委員会」の設置や「感染症マニュアル」が整備され、勉強会の開催や予防策の検討など対策が実施されています。 ○ 今後は、グループホームにおける「感染症マニュアル」を整備し、予防と対策を具体化していくことが望まれます。		
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
<コメント> ○ 地域の防災連絡協議会、市町村の防災対策委員会に参加し、避難場所や施設内の安全確保経路の確認、ハザードマップの掲示など災害発生時の準備が行われています。また、隣接する高齢者施設と合同で「備蓄食品在庫表」を作成し、備蓄が行われています。 ○ 今後は、利用者及び職員の安否確認の方法や施設外避難時の場所、経路を確認し、マニュアル化され、地域住民や関係機関などと連携した、消防訓練や避難訓練の実施が望まれます。		

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。	c
<コメント> ○ 利用者の障害特性に合わせた支援が行われていますが、サービスの評価には至っていません。今後は、世話人をはじめ、支援者が統一した支援が行えるようグループホームにおける支援マニュアルを作成されることが重要です。		
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。	c
<コメント> ○ 利用者の障害特性に合わせた支援に見直しが行われていますが、サービスの標準化の検証には至っていません。今後は、グループホームにおける支援マニュアルを定期的にチェックし、見直していくことが重要です。		

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
<コメント> ○ サービス管理責任者が中心となり、関係事業所や利用者家族との協力により、アセスメントが実施され、個別支援計画が作成されています。また、計画策定後は、世話人との連携のもと計画の進捗を確認されていることがうかがえます。 ○ 今後は、アセスメント段階で利用者に関わる職員が関与できるような仕組みを構築していくとともに、アセスメントを书面化することで、ニーズを導き出す手順を明確にしていくことが望まれます。		
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
<コメント> ○ 恵生園施設マニュアルに個別支援計画の策定手順が示されており、6か月に1回の見直しの仕組みと職員への周知していく手順が明確になっています。また、個別支援計画の見直しについては、個別の困難事例について世話人会議などで検討が図られていることが確認できました。 ○ 今後は、個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みについて、明確にしていくことが望まれます。		
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
<コメント> ○ 記録支援システムを導入され、日常の生活の様子や支援目標に対する状況などが生活支援日誌に利用者の記録が一元化され、定められた様式で入力されていることが確認できました。また、勤務開始前に記録を確認することや世話人会議により利用者の情報を共有されています。 ○ 今後は、施設として言葉を揃えたり、記載する視点を揃えるなど、記録の差異が生じないよう、標準化の取り組みが望まれます。		
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
<コメント> ○ 個人情報管理台帳に人事や総務、利用者処遇や会計についての文書に関する責任者と保管年限が示されており、個人情報管理規程に情報漏えいに関する条文が定められています。また、記録の保管状況についてチェックする仕組みが定められています。 ○ 今後は、個人情報の取り扱いについて、研修などを通じて、世話人をはじめ職員全体に周知していくことが望まれます。		

評価対象A 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
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	b

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の思いや意見を大切に支援していくことをベースに、個別の支援方針を世話人会議などで確認されています。また、利用者の趣味や嗜好を楽しめるよう、生活での自由度も高く、自己決定の機会を多く持てるよう配慮されています。 ○ 本体施設と合同で、虐待・不適切ケアに関するマニュアルを作成され、世話人会議で起こりそうな虐待や不適切ケアに関する事例など、日々の支援を振り返る取り組みが行われています。 ○ 今後は、共同生活のルールを利用者間で話し合う機会を設けるとともに、職員が研修や会議を通じて利用者の権利について理解することにより、利用者の権利を高める取り組みを明確にしていくことが望まれます。

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
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
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
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
A⑦	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
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
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
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
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

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。	非該当
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
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。	b
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。	c

特記事項

- 見守りの姿勢を基本とし、支援が必要な時には、ご本人がどのようにしたいのかをうかがい、助言や一緒に取り組むことによって、自立に向けた支援が行われています。
- 日常的に利用者との面談の機会を多く持ち、利用者が抱える課題を日中の活動先や相談支援員と共有することで、課題解決に向けた検討が行われています。
- 利用者に施設内レクリエーションや地域でのさまざまな活動の情報提供を行い、土日を中心に健康作りのための体操の実施や世話人と一緒に食事づくりをするなどの活動が設定されています。
- 管理栄養士作成の献立にもとづいて、普通食のほか、アレルギーや疾病に配慮した食事形態を用意するなど、利用者個々の状況について最適な食事を提供されています。その他、休日は利用者個々の障害の状況に応じて、自炊の様子をうかがい援助するなど、利用者の自立に向けた取り組みが行われています。
- 利用者の日常生活動作の習得や経験を増やすため、グループホームでもできる事がないかを確認し、日常生活をベースにした訓練が行われています。また、適切な動作が行われているかを理学療法士など専門職の指導を受ける機会が設けられています。
- 新型コロナウイルス感染症の影響から外出支援ができない状況下にあっても、利用者の意向や希望を尊重し、社会参加や外出が気軽に行えるよう柔軟な対応が行われています。
- 今後は、勉強会や茶話会などを活用し、施設と利用者の家族が定期的に対話・交流する機会について検討していくことが望まれます。
- 今後は、利用者自治会の設置などを通して、利用者の生活意欲の動機付けや意思決定について支援していく具体的な取り組みが期待されます。

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 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	非該当

特記事項

--

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。	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。	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。	非該当

特記事項

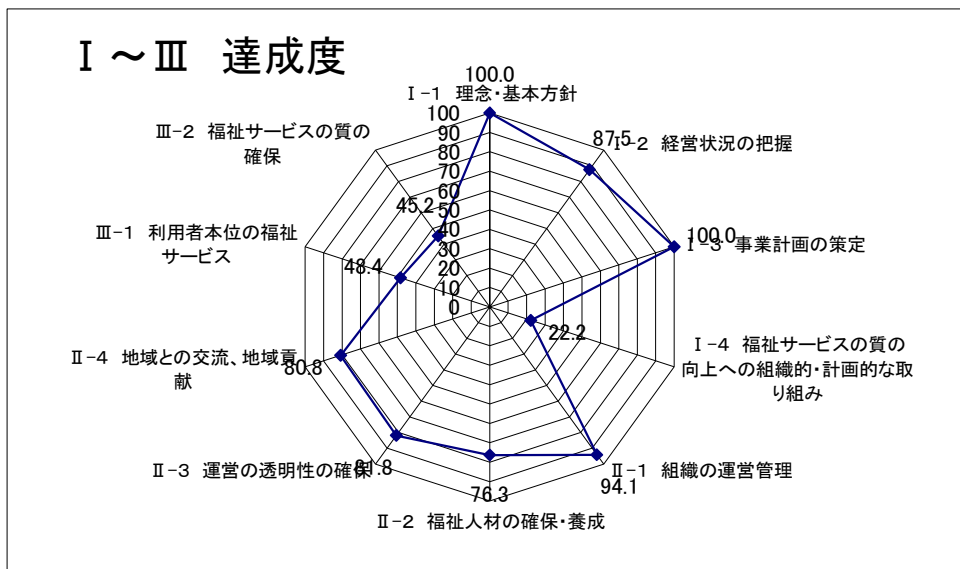
<p>○ 就労支援の項目は、共同生活援助は対象外ですが、利用者からの就労についての相談の受付や就労に向けての面接等の進捗状況の確認が行われています。また、グループホームとして提供できる就労に向けての支援として、在宅ワークの検討が行われています。</p>
--

(別紙2)

各評価項目に係る評価結果グラフ

I～III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	6	100.0
I-2 経営状況の把握	8	7	87.5
I-3 事業計画の策定	17	17	100.0
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取り組み	9	2	22.2
II-1 組織の運営管理	17	16	94.1
II-2 福祉人材の確保・養成	38	29	76.3
II-3 運営の透明性の確保	11	9	81.8
II-4 地域との交流、地域貢献	26	21	80.8
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	31	48.4
III-2 福祉サービスの質の確保	31	14	45.2
	227	152	67.0



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1-(1) 自己決定の尊重	6	2	33.3
1-(2) 権利侵害の防止等	6	3	50.0
2-(1) 支援の基本	26	12	46.2
2-(2) 日常的な生活支援	5	3	60.0
2-(3) 生活環境	5	3	60.0
2-(4) 機能訓練・生活訓練	5	3	60.0
2-(5) 健康管理・医療的な支援	5	3	60.0
2-(6) 社会参加、学習支援	4	2	50.0
2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	5	3	60.0
2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	6	0	0.0
	73	34	46.6
	300	186	62.0

A 達成度

