

(様式 1 - 第三者評価機関公表用)

宮城県福祉サービス第三者評価結果

1 第三者評価機関名

NPO 法人 介護・福祉サービス非営利団体ネットワークみやぎ

2 施設・事業所情報

名称：グループホームさくらおか	種別：障害福祉サービス
代表者氏名：管理者 伊達希代	定員（利用人数）： 共生型グループホームさくらおか 5名 さくらんぼホーム 6名 みやたハウス 4名 計 15名
所在地：さくらおか 宮城県登米市米山町字桜岡大又 232 番地の 2 さくらんぼ 宮城県登米市米山町字桜岡今泉 68 番地 みやたハウス 宮城県登米市米山町西野字新四軒見通 179 番地	
TEL： さくらおか 0220-55-5160 さくらんぼ 0220-55-2168 みやたハウス 0220-55-2531	ホームページ：
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：さくらおか 2005（平成 17）年 8 月 1 日 さくらんぼ 1999（平成 11）年 10 月 1 日 みやたハウス 2008（平成 20）年 11 月 1 日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 槃特会	
職員数	常勤職員： 14 名 非常勤職員 2 名
専門職員	介護福祉士 3 名
施設・設備の概要	さくらおか：個室 5 室、食堂、居間、浴室、トイレ さくらんぼ：個室 6 室、食堂、居間、浴室、トイレ みやたハウス：個室 6 室、食堂、居間、浴室、トイレ

3 理念・基本方針

【理念】

「さくらおか」は一人ひとりが自分らしくあり、地域との関わりを大切にして「共に暮らす家」を目指します。

【基本方針】

- ・人間としての尊厳を尊び、納得した時間を過ごせる場にするよう努力します。
- ・今まで暮らしていた生活に、できるだけ近い生活が送れるようにします。
- ・介護される生活ではなく、不自由なところの支援を受ける生活を目指します。

4 施設・事業所の特徴的な取組

1. 多様なグループホームの形態で地域生活を支援している。
グループホーム「さくらおか」は、認知症高齢者と障害者が年齢や障害に隔たりなく一緒に生活する共生型グループホームである。「みやたハウス」は、一軒家の居住空間において自立に向けたグループホームであり、「さくらんぼホーム」は、アパートタイプである。グループホーム入居希望者の体験利用も可能である。
いずれも少人数で生活する場であり、利用者の障害特性や状況に応じた支援が行われている。
2. 社会福祉法人槃特会の障害者支援施設・生活介護事業所・特別養護老人ホームのバックアップ体制が整っている。
利用者の一人ひとりの意向を踏まえ、日中活動が充実するように、グループホームでの生活時間は安心して穏やかに過ごせるよう連携した支援が行われている。
3. グループホーム利用者の高齢化に対応した支援を行いつつ、地域課題である高齢化にも今後を見据えて、グループホームの定員増や環境整備に取り組んでいる。

5 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2023年8月2日（契約日） ～ 2024年3月5日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（2020年度）

6 総評

◇特に評価の高い点

○利用者の障害特性に応じた支援の取り組み

利用者の障害特性に応じて、達成感や喜びを得られるきめ細かな個別支援を行っている。利用者を常に励まし「褒める」ことを基本に、「自立」「自律」を促している。利用者個々の目的を達成するまでのプロセスが理解できるように丁寧に説明することはもちろん、障害特性や状態に合わせ、利用者の能力が発揮できるように、支援するツール（「個別カレンダー」「個別の持ち物チェック表」）を手づくりしている。

利用者の不適応行動等の行動障害については、「第二・第三はんとく苑」と情報を共有して原因を探り、連携した対応を行っている。また、共生型グループホームでは、利用者の高齢化にも対応できる介護職員が支援している。

◇改善を求められる点

○人材育成と研修の整備

「職能資格規程」「人事考課規程」「面談規程」の仕組みはあるが、全職員の個別研修計画や研修の習得状況の記録は十分ではない。職員の知識・技術水準・専門資格の取得状況と連動した「人事考課規程」の運用と「めざす職員像」に基づく個別研修計画を作成して、施設全体として個々の職員育成に取り組まれることが望まれる。

7 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度2回目の第三者評価受審でしたが、事業所としてあるべき姿、現状の不十分な点を再確認し、改善すべき点などの気付きに役立ちました。又、思いのほか高い評価をして頂くことも多く、普段の支援の自信にも繋がりました。今回の評価を受け、課題となる項目が明確になったことで、職員間で共有し、改善に取り組みたいと思います。今回、大変有意義な機会を頂き、感謝いたします。ありがとうございました。

8 各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙のとおり

(施設の区分に応じ福祉サービス第三者評価結果票を添付する。)

(施設名：社会福祉法人 繁特会 グループホームさくらおか)

福祉サービス第三者評価結果票

【障害者・児福祉サービス版】

※ すべての評価項目（64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。

※ 評価項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。

評価対象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。	a
<コメント> 事業計画書の中に、「さくらおか」の「基本理念」「運営方針」「基本方針」が明記されている。毎月の職員会議で、職員全体で復唱している。保護者へは事業計画を郵送（コロナ禍で保護者会は開催できないでいる）しており、利用者へは施設内に掲示し、周知が図られている。		

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 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
<コメント> 利用者は、日中帯障害者就労支援事業所である「第二・第三はんとく苑」で過ごしているため、これらの施設との連携のもと、事業経営を取り巻く状況等の把握を「施設長等連絡会議」で行い、毎月の「職員会議」でも行っている。		
③	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
<コメント> 経営課題は、事業計画で明確になっており、年度末職員会議で次年度事業計画策定に向けた話し合いを行っている。年度初めの4月職員会議で、決算報告がなされている。収支については、毎月の職員会議で話し合っている。経営課題については施設長会議で話し合っており、稼働率を下げない取り組みや、経費削減について話し合っている。		

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
<p>〈コメント〉</p> <p>中・長期計画では、利用者及びその保護者の高齢化の問題が顕著に表れてきたとして、帰省や面会の在り方、親亡き後の柔軟な対応が求められるとしている。1) 財務基盤の確立 2) 利用者支援の向上 3) 人材確保と育成 4) ご家族、地域との連携及び社会貢献 5) リスク管理の行動の課題別に行動内容が明記され、年度ごとの評価を行うことになっている。グループホーム「さくらおか」の中・長期計画には、収支予算書がない。</p> <p>今後は、財務計画を明確にし、中・長期計画の課題実現が望まれる。</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。	a
<p>〈コメント〉</p> <p>係毎に協議し、事業計画に反映させている。事業計画だけでなく、具体的な係計画も作成している。事業計画は、(1) 入居者の思いを大切にした支援の取り組み (2) 人材育成 (3) 地域福祉サービスの展開 (4) 安定した経営の章立てになっている。毎年度末の職員会議で、具体的な事柄を話し合っていて進めている。</p>		
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。	a
<p>〈コメント〉</p> <p>単年度の計画策定にあたっては、年度末に係毎に協議し、次年度事業計画(案)を作成、他に係の計画も作成している。職員会議で、その具体化を話し合っている。</p>		
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
<p>〈コメント〉</p> <p>保護者には事業計画書を送付している。コロナ禍で、家族会は開催できていないが、利用者への周知は、「どんなことをしたいか？」等普段の会話の中で聞いている。利用者の要望に沿った行事などは、日中帯過ごす第二・第三はんとく苑と連携して行っている。</p>		

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。	a
<p><コメント></p> <p>毎月の職員会議で、PDCAサイクルによる福祉サービス向上の取り組みを行っている。保護者に対しアンケート調査、利用者にはオンブズマンの聞き取りがなされており、福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a
<p><コメント></p> <p>評価結果・そこからの課題・職員間での共有化は、職員会議で行われている。利用者及び家族の高齢化への対策として、グループホームの増床の検討についても、予算計上をしている。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
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
<p><コメント></p> <p>事業計画の中に、管理者の事務分掌が明確にされており、各災害時の施設管理者の役割が各マニュアル（地震・火災・風水害・感染症対策）の中に明記されている。</p> <p>施設長としての役割と責任について、広報誌等に掲載されておらず、今後の改善が望まれる。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>社会的な責任を伴う社会福祉施設として公正かつ倫理的な活動こそが望まれることから、障害者福祉・高齢者福祉等々の法令に則った法人内の「職員倫理規程」を始め諸規程、マニュアルが存在している。</p> <p>今後は、「障害者権利条約」「障害者基本法」「老人福祉法」などの基本法令等を熟知し、幅広い分野での把握をすることが望まれる。</p>		
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

<コメント> 管理者は、毎月の職員会議で、具体的な支援方法の課題・改善について、職員とともに討議し、取り組みを行っている。職員の教育・研修について、個々の職員の研修計画は策定されておらず、充分ではない。 今後は、職員の質教育・研修の充実を図ることが望まれる。		
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
<コメント> 業務改善については職員会議で、個人面談で丁寧に聞き取るようにしている。グループホーム「さくらおか」は別として、「さくらんぼホーム」「みやたハウス」の世話人は委託業務になっており、工夫しながら合意の形成を図っているが、充分ではない。 今後は、組織内に管理者と同様の意識を形成する取り組みの強化が望まれる。		

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。	a
<コメント> 事業計画の中に、「人材育成」の項があり、力を入れて取り組んでいる様子が伺える。10年以上の勤務年数の職員が多く、定着していることがわかる。新規職員を募集しても応募がないとの現状もある。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<コメント> 人事管理については、法人として「理念」「職員心得」の下、「職能資格規程」「人事考課規程」「面談規程」と諸規程があり、これらの規程に従って、人事管理が行われている。キャリアパスは、「給与体系」「人事制度」「職員のキャリア形成支援」が含まれる。キャリア形成支援が具体的ではない。 今後は、人事考課の結果について、職員への丁寧なフィードバックが望まれる。		
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り組んでいる。	a
<コメント> 非常勤職員も含めた福利厚生である「ソエルクラブ」への入会や、休暇の希望を事前に調整する仕組みにするなど、働きやすい職場づくりを目指している。疲労ストレスについても配慮し、年4回の虐待防止チェックリストを活用し注意深く見守りを行っている。		
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。	b

<コメント> 法人としての「期待する職員像」が、「職員心得」として明文化されている。「面接シート」には、本人が「職務目標」「態度意欲目標」について記載し、上司が確認することになっている。 今後は、職員一人ひとりの現在の力量、有している資格、目標、目標期限、そのための研修方法を明確にして取り組まれることが望まれる。		
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。	a
<コメント> 「事業計画」の「Ⅱ施設経営・運営の重点目標」の「(2)人材の育成・会議」に項に方針が書かれ、「Ⅶ研修・会議」には年間の職員会議・職員研修年間計画が掲載されている。これをもとに、毎月の職員会議の中で、研修が行われ、研修に力を入れていることがわかる。		
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
<コメント> 「職員心得」の下で、一人ひとりの職員の課題を管理者と個々の職員が共有し研修計画を作成、振り返りつつ進むことが必要である。「面接シート」の中には、専門資格取得状況を記載する欄がない。 今後は、職員一人ひとりの技術水準・専門資格の取得状況がわかるデータを作成し、職員との合意の下で、教育研修に参加できる配慮が望まれる。		
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研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
<コメント> コロナ禍以降、実習生は受け入れていない。 「実習生の研修・育成に関する基本姿勢」の明文化はされており、「基本マニュアル」「プログラム」も整備されている。 今後は人材確保の視点から、有資格実習生を受け入れることが望まれる。		

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
<コメント> 法人としてのホームページはあるが、施設のサイトが整備されていない。なお、法人ホームページは1ページ目は出てくるが、以降中に入っていけず、ホームページ管理者が点検をしていなかったとのことである。苦情については「事業報告」に記載している。地域に向けては、広報誌を配っている。 今後は、法人としてホームページサイトの更新・管理と、施設のホームページサイトの情報公開が望まれる。		

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
<p>＜コメント＞</p> <p>経理規程他諸規程は整備されている。会計事務所による「会計往査」が年6回行われており、施設経営上での改善策が提示されており、経営の透明性が保たれている。また、オンブズマンを導入しており、利用者の声を直接聞き取る取り組みが行われている。</p>		

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。	a
<p>＜コメント＞</p> <p>地域の社会資源を一覧化している。市の広報を毎月自由に供覧できるようにして地域の情報を提供している。参加したいと希望があれば、参加できるように援助している。地域の行事には、コロナ禍の影響で参加できなかったが、「はんとく苑」で行われる行事には参加し、交流をしている。</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。	a
<p>＜コメント＞</p> <p>ボランティアは法人全体で受け入れており、最初のオリエンテーションも法人で行っている。ボランティアに伝えていることは、利用者ができる事を認めてほしいということである。コロナ禍でボランティアを制限していたが、コロナ後にまだ申し込みがない。感染対策を行いながら、ボランティアとの交流ができることが期待される。</p>		
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。	a
<p>＜コメント＞</p> <p>地域との協定は法人で結んでいる（「はんとく苑」で確認済）。地域の会議の情報は、「はんとく苑」を通し伝えられる。会議の経過は職員会議で口頭で伝えている。職員会議は月1回第一水曜日を基本とし開催、会議記録はいつでも閲覧できるように事務所に備えている。皮膚科の往診など医療機関との連携を図っている。</p>		
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。	a
<p>＜コメント＞</p> <p>運営推進会議には、管理者、サービス管理責任者、支援員1名が参加して、情報や意見を聞いている。地域の会合や行事などの情報は、区長と共有している。認知症グループホーム連絡協議会に参加して情報交換している。共生型グループホーム連絡会はまだ開かれていない。社会福祉法人契特会宮城後援会や、地域の人たちが見守りしてくれていて、情報を寄せてくれる。</p>		

27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。	a
<p>＜コメント＞</p> <p>法人で行っている配食サービスへ参加している他に、日曜日の午前中に地域のゴミ拾いを行っている。地域の催しの案内は利用者に伝え、希望のある方に参加してもらっている。地域の防災訓練も同様である。</p>		

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。	a
<p>＜コメント＞</p> <p>法人理念に基づいて、利用者を尊重した支援を全職員で取り組んでいる。虐待防止検討委員会設置を整備している。現在は、「はんとく苑」の運営会議に参加し虐待防止について研修・検討している。身体拘束廃止検討委員会は3カ月に1度開かれ、自施設での事例が無いため他施設の事例を見て模擬検討している。</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。	a
<p>＜コメント＞</p> <p>プライバシー保護に関する研修があり、研修に参加できなかった職員へは、研修記録を通して、確認している。生活場面に関する各種標準マニュアルには、プライバシー保護に関する記述もあり、プライバシー保護に努めている。</p>		
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
<p>＜コメント＞</p> <p>パンフレットは福祉事務所や法人相談支援事業所「ふらっと」に置いている。「はんとく苑」のホームページはあるが、「グループホームさくらおか」のページは整備されていない。</p> <p>今後は、ホームページの完成と地域の方が集まる場所へパンフレット配置するなど、広く情報提供を行うことが望まれる。</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。	a
<p>＜コメント＞</p> <p>利用にあたって、ルビをふっている重要事項説明書を用いて説明している。希望者には見学しながら説明、体験希望があれば体験もしてもらい、段差や部屋の様子を確認してもらっている。その上で、利用希望を確認し契約に進んでいる。</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。	a
<p>＜コメント＞</p> <p>変更にあたっては、相談支援事業所にフェイスシートやアセスメントシート等、必要な情報を渡し支援が滞らないように努めている。</p>		
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。	a
<p>＜コメント＞</p> <p>オンブズマンを導入し、利用者への聞き取りや嗜好調査をし、利用者満足の上昇を図る取組を行っている。</p>		
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。	a
<p>＜コメント＞</p> <p>苦情解決の仕組みが整備され、契約の段階で説明をしている。苦情の公表は、運営推進会議で報告するとともに、事業報告書の中に簡単に記載している。</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。	a
<p>＜コメント＞</p> <p>苦情に発展する前に毎日の会話で気持ちを把握し、声をかけ聞き取って対策をとるようにしている。個室になっているので、安心できる環境で話を聞くようにしている。オンブズマンが来る予定をお知らせし、希望があればオンブズマンが話を聞いてくれる取組を行っている。</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>＜コメント＞</p> <p>苦情の受付対応について、流れがフローチャートに明示されている。申し送りノートがあり、世話人で情報を共有、業務日誌にも記載されている。急ぐときは、口頭で報告し通所との情報共有で、スピードを持って対応するようにしている。</p>		
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。	a
<p>＜コメント＞</p> <p>事故報告書、ヒヤリハット報告書で職員会議に毎回報告、事故防止等の評価・見直しを行っている。内容はパソコンのネットワークシステムで確認でき、力を入れて取り組んでいる。</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。	a
<p>＜コメント＞</p> <p>感染予防と発生時マニュアルが丁寧に作成されていて、年 2 回食中毒予防と感染症予防の研修を行っている。BCP の見直しを定期的に法人で行っている。</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。	a
<p>＜コメント＞</p> <p>備蓄リストは、各ホームにあり、世話人が管理対応している。「みやたハウス」は水害、「さくらおか」は駐車場の土砂災害、歩いて通所する場合の危険も想定されている。注意報が出た場合は、法人全体で調整し安全を図るようにしている。</p>		

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明文化され福祉サービスが提供されている。	a
<p>＜コメント＞</p> <p>福祉サービスの標準的な実施方法については、各種マニュアルがある。職員会議等で、マニュアルを使用して共有しており、職員への周知が図られている。法人の地域生活支援部会を月 1 回開催し、グループホームの職員と世話人が参加して、個別支援の状況を共有して確認している。欠席者への申し送りや世話人への指導も行われている。</p>		
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
<p>＜コメント＞</p> <p>グループホームや各苑より担当者を集めて、法人全体でマニュアルの見直しを行っている。標準的な実施方法は、各事業所によって異なるためグループホームで活用できるように調整しているが、職員間で検討した記録は不明確である。</p> <p>今後は、マニュアルの見直し時期や検討方法などについて明文化するとともに、グループホームの職員間で作成したマニュアルを確認、共有することが望まれる。</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。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントに基づく個別支援計画を適切に策定している。	a
<p>＜コメント＞</p> <p>アセスメントやサービス実施計画については、地域生活支援会議で話し合っている。困難ケースの事例検討も同様に地域生活支援会議で話し合われている。</p>		

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。	a
<p><コメント></p> <p>個別支援計画は、年 2 回評価を基に見直しを行っている。緊急に変更が必要な時はその都度カンファレンスを開催し検討見直しが行われている。</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。		
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。	a
<p><コメント></p> <p>個別支援計画やサービス実施記録はパソコンのネットワークシステムで閲覧することができる。毎日のケース記録（サービス実施記録）があり、それをもとに評価し支援計画に反映させている。システムの記録に記録者の氏名がない。今後は、必要な情報が的確に共有されることが望まれる。</p>		
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。	a
<p><コメント></p> <p>文書保管規程通り保存され、事務所の書庫が保管場所になっている。パソコンの管理は、管理者が行っている。職員の誓約書は、法人に提出され法人で管理している。個人情報はどうのときに使われるかを明示した文書あり、利用者、家族の同意を得ている。</p>		

評価対象A 福祉サービスの内容

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		
46	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><コメント></p> <p>職員倫理規程と行動指針には、利用者の主体性、個性を尊重し、「利用者が意思決定できる機会を増やして自己実現に向けた支援を行うこと」が明文化されている。地域生活支援部会では、個別支援計画書をもとに、利用者の生活の様子や課題を職員間で共有している。職員は、利用者の意思を聴く姿勢で関わり、自己決定を促している。希望により散髪できることやグループホーム内での役割分担を決めている。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		
47	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。	a
<p><コメント></p> <p>身体拘束適正化のための指針と虐待防止対応規定があり、マニュアルを整備し、職員研修が行われている。身体拘束廃止委員会で、身体拘束の事例検討を行</p>		

い、職員会議で注意喚起や定期的に職員のセルフチェックが行われている。

A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
48	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><コメント></p> <p>アセスメントを基に、社会性や共同生活に必要な目標を掲げた個別支援計画を作成し、地域生活支援部会で、複数の職員と共有して課題整理や検討が行なわれている。利用者への声掛けや見守り等を行い、利用者ができたことを「見える化」して、意欲増進を図っている。法人内の各事業所と連携して、利用者に行き添って行政等の手続支援をしている。</p>		
49	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><コメント></p> <p>言語によるコミュニケーションが困難な利用者に対して、職員は、手作りでコミュニケーションツールを作成している。利用者の好きな物の絵を用いたカードやカレンダーで、意思疎通を図っている。こだわりの強さ、文字や数の理解も利用者により異なるが、利用者の得意なことや好きなことを把握している。</p>		
50	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。	a
<p><コメント></p> <p>職員は、毎朝・毎夕に利用者の言動に意識を傾け、日常的に利用者の心配事や悩みごとを各自の居室で話を聴いている。個別のカレンダーには、定期的なオンブズマンの来訪等も示し、相談できることを伝えている。相談内容は、健康面や対人関係、生活状況とともに、利用者の意向や希望を把握している。また、世話人も参加した地域生活支援部会で検討や共有をしている。日中の時間帯、利用者は、「第二・第三はんとく苑」で活動しており、利用者の状況を共有した支援が行われている。</p>		
51	A-2-(1)-④ 個別支援計画に基づく日中活動と利用支援等を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>個別支援計画書の基本的な生活習慣や社会性について、達成可能な目標設定をしている。また、法人内の多様な行事予定を示し、積極的な日中活動への参加を促している。利用者は好きなことができる活動に参加し、職員は、社会的なルールの習得や生きがいを感じられるように支援している。利用者同士が、地域イベント等の情報を共有することもあり、その場合には見守り支援をしている。</p>		
52	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

<コメント>		
標準的サービス提供マニュアルや個別支援計画書には、利用者の行動と職員の対応や留意点を明記している。地域生活支援部会で、個別ケースの振り返りや対応等について職員間で共有し、「第二・第三はんとく苑」とも連携して支援している。職員は、利用者の障害特性に合わせたカレンダーやカードを作り、利用者が迷わないで生活の日課や日中活動へ取り組めるよう支援を行っている。利用者間の関係つくりのために、ルール化して理解しやすいように説明している。		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
53	A-2-(2)-① 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っている。	a
<コメント>		
各種基本的支援方法はマニュアル化されている。基本的な生活習慣について、具体的で利用者が達成可能な目標を掲げて実施している。週1回のバイキング方式の給食や、利用者の嗜好や残菜調査を行う等、利用者が楽しく食事をできるように支援している。利用者により、入浴の見守りを実施している。「第二・第三はんとく苑」への通所方法は、車送迎や徒歩移動など、利用者の状況や居住地により個別に検討して支援している。		
A-2-(3) 生活環境		
54	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
<コメント>		
「共生型グループホームさくらおか」「みやたハウス」「さくらんぼホーム」はそれぞれの特性があり、利用者は、身体状況や障害の状況や希望により入居している。共有部分や庭の整備は、職員が役割分担して行い、冷暖房設備を整え、温・湿度の管理が行われている。防犯カメラの設置や非常事態の避難等、各種マニュアルを整備して安全を確保している。夜間は静かに過ごすように利用者への声掛けをして、利用者が安眠できるよう支援している。		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
55	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。	a
<コメント>		
毎日、朝夕の日課に運動を取り入れ計画的に実践している。目標チェック表を作り、成果は印をつける等「見える化」を図り、利用者の運動意欲が促進されるよう支援を行っている。ぜんそくや肩の痛み等、疾病のある利用者については、看護師へ相談・助言を得て実施している。歯磨きの仕方等は、世話人へも指導を行いながら職員間で共有、検討や改善を行い支援している。		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
56	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。	a
<コメント>		
健康診断や疾病に関する管理は、法人の医務部と連携して支援が行われている。各種の生活支援マニュアルには、利用者の健康状態をチェックするよう明記している。定期的に利用者の身長や体重を測定し、グラフを作成して管理し		

ている。日々の健康状態の観察と体調変化を把握して、看護師と管理者の指示のもとに職員が通院同行をしている。受診後の情報は職員間で共有し、疾病やケガに関わることは、看護師から家族へも連絡している。

57	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。	a
----	---	---

＜コメント＞
 服薬方法マニュアルにより手順を明確にしている。法人の医務部と連携して、利用者の状態把握や管理が行われ、職員が地域生活支援部会や毎日の打ち合わせで共有を行っている。薬局とも協力体制をつくり、職員が3回服薬チェックを行っている。「事故およびひやり・はっと報告」で振り返り改善を行っている。

A-2-(6) 社会参加、学習支援

58	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
----	--	---

＜コメント＞
 地域や家族と交流の機会であったスポーツ大会や家族旅行は、新型コロナ感染防止のために中止となっている。法人内で開催している夏祭り、レクリエーション大会、ステージ発表会等の行事には参加し、利用者の社交・交流の場を確保している。利用者自身で工賃の計算をして自分で欲しいものを購入する等の支援が行われている。
 今後は、余暇活動で利用できる地域資源を整理して可視化し、利用者へ情報提供する工夫と計画的な支援が望まれる。

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

59	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
----	--	---

＜コメント＞
 グループホームへの入居希望、相談がある。利用者個別の課題や地域課題について、法人の地域生活支援部会で情報を共有し、入居希望者の見学や体験を通じた受け入れをしている。利用者が地域で生活しやすいように、近隣住民へのあいさつ実践や行きたいところへの買い物同行支援等を行っている。利用者の意向や困りごと等は、日常の支援の中で話を聴き、実行可能なことは積極的に支援を行っている。

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

60	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
----	--------------------------------------	---

＜コメント＞
 個別支援計画の作成や更新時期には、家族へ連絡を行い、家族の意向や意見の把握を行っている。自分で生活状況を家族に伝えられるよう支援を行っている。行事や活動の様子がわかる写真入りの広報紙「さくらおか」「さくらんぼホーム」「みやたハウス」をそれぞれ作成して家族へ配布し、法人の医務部や相談支援事業所「ふらっと」とともに家族連携が行われている。

A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
61	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
〈コメント〉		

A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
62	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
〈コメント〉		
63	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
〈コメント〉		
64	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
〈コメント〉		