

(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：共生型グループホームさくらおか	種別：障害福祉サービス 共同生活介護
代表者氏名：管理者 伊達希代	定員：共生型グループホームさくらおか 5名 (利用人数) 同上 障害短期入所 1名 さくらんぼホーム 6名 みやたハウス 4名 合計 16名
所在地：宮城県登米市米山町字桜岡大又232-2 (共生型グループホームさくらおか) 宮城県登米市米山町字桜岡今泉68 (さくらんぼホーム) 宮城県登米市米山町西野字新四軒見通179 (みやたハウス)	
TEL：0220-55-5160	ホームページ：
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：1999年10月1日 (さくらんぼホーム) 2005年 8月1日 (共生型グループホームさくらおか) 2008年11月1日 (みやたハウス) 2019年 3月1日 (グループホームさくらおか 障害短期入所)	
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	(専門職の名称)
	介護福祉士 3名
施設・設備 の概要	(居室数) (設備等)
	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)「グループホームさくらおか」は、①共生型グループホームさくらおか（定員5名）②さくらんぼホーム（定員6名）③みやたハウス（定員4名）で構成されている知的障害者の施設・事業所である。立地は、登米市米山町にあり共通であるが、所在地地番は各々異にしており、建物の所有形態も①の自己所有から③の借り上住宅まで個々である。いずれも、社会福祉法人 槃特会が運営しており、指定生活介護事業所 はんとく苑（第二・第三）がバックアップ施設となっている。

(2)「グループホームさくらおか」は、通所施設である「第二・第三はんとく苑」との連携を図り、利用者の日中活動が充実することを主眼として設立されたものである。グループホームでの生活時間を利用者が心身とも安心して穏やかに過ごして頂くことが最大の目的となっている施設である。

(3)とりわけ、①共生型グループホームさくらおか（5名）が、共生型として認知症高齢者（8名）と一つ屋根の下で生活しており、双方の利用者に別様の支援が求められる中、どのように利害を調整し、かつ共生のメリットを発揮して行くか課題を有している。

5 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2020（令和2）年 10月 8日（契約日） ～ 2021（令和3）年 3月 29日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	初回（平成 年度）

6 総評

◇特に評価の高い点

○利用者の自己決定を尊重するエンパワメントの理念に基づく個別支援を大切にしている点

事業計画の目標に権利擁護の実践を掲げ、利用者の自己決定、自己選択を尊重するエンパワメントの理念に基づいた個別支援を大切にしている。日常生活での掃除、洗濯、入浴、調理などにおいて、利用者が話し合っ役割分担を決めている。職員は手順書の提供や環境整備を行い、利用者の自己決定を尊重し、寄り添いながら支援している。職員は「利用者の権利」を遵守し、利用者の個々の状況に応じた合理的配慮を行い、一人ひとりが自分で生活上の取組を選択し、自己決定へ繋げる個別支援を大切にしている。

◇改善を求められる点

○認知症のある高齢者と障害を持つ利用者との共生型グループホームとしての特色や共に暮らす上での支援方法が不明確な点

共生型グループホームさくらおかは、認知症のある高齢者と障害を持つ利用者が共に暮らすホームであることが明文化されており、共生型の良さに繋がる取組が求められる。しかし、事業計画書の支援の重点目標の多くは認知症のある高齢者への支援内容がほとんどを占め、障害者の個別の状況に応じた支援や共生型グループホームとしての多機能性などが示されていない。

今後は、障害者に係る充実した支援の重点目標や生活空間作りなどの目標を定め、高齢者や障害者が共に暮らす共生型グループホームとしての良さを共有する支援方法の一層の充実が望まれる。

7 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回初めての受審であったが、施設としての課題が明確になったと同時に、思いがけず良い評価を頂き、今後の励みになる非常に意義のある機会であった。今までの自分達の関わりが正しかったことについては自信を持ち、その反面、課題となった点は早急に修正していきたい。今後は職員間の共通理解の下、より良い施設作りに向け、期待に応えられるよう努力していきたいと思う。

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。）

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。	b
<コメント> 法人の理念に基づき、当事業所の実情に応じた「理念」を明文化している。 施設の理念・方針は、事業計画、パンフレットに記載されている他、施設玄関に掲示し、利用者・家族に周知している。職員に対しては、年度初めに説明し、周知を図っている。また、地域の関係者にも「運営推進会議」において、毎年事業計画書を配布して説明・周知している。 今後は、「基本方針」に、理念に沿った職員の行動方針（職員の資質の向上など）を追加・充実させ、明文化することが望まれる。		

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> 地域の実情や課題等は、法人内他事業所（第二はんとく苑等）と連携し、把握している。また、コスト分析や利用率の分析などは毎月の法人内「施設長等連絡協議会」で行っている。法人策定の「中期計画」には、利用者・家族の高齢化を踏まえ、グループホームの増床を盛り込んでいる。		
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> 施設長等連絡協議会で協議した内容を、職員会議で周知している。事業計画書に記載している目標ないし改善すべき課題に対しては、職員会議で話し合い、生活用品や光熱費などのコスト削減に取り組んでいる。		

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・長期の目標として、5点を明確にしている。(1)財政基盤の強化 (2)利用者支援の向上と充実 (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 である。</p> <p>第5期中期計画(2018～2020年度)には、財務基盤の確立及び地域や利用者の状況を踏まえ、グループホームの定員増や短期入所(障害)の受け入れ等を記載しており、事業計画書に具体的な数値目標を設定している。</p> <p>今後は、具体的な成果等の見通しに基づいた収支計画を含めた中期計画の策定が望まれる。</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>単年度の事業計画は、中期計画の内容を踏まえて、施設経営・運営の重点目標に反映させており、(1)～(4)の大項目と各々の小項目に整理し、具体的な目標と方針を策定している。また、結果については「事業報告書」に記載することになっている。</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>職員会議で意見交換を行い、職務分掌や係り分担に基づき、振り返りを実施している。それを元に次年度の事業計画書を見直す手順となっている。事業計画書の職員への説明は、法人理事会で承認された後、管理者から全職員に説明を行っている。</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>例年、事業計画書は、家族に送付し、面談時に説明している他、施設玄関で常時閲覧可能となっている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>課題については、職員会議等で検討し解決に向けて取り組んでいる。また、認知症グループホームでは毎年「外部評価」を受審しており、その受審結果に基づく改善については、職員会議等中心に事業所</p>		

<p>全体で取り組んでいる。</p> <p>今後は、セルフチェックを定期で続けるとともに、自己評価や第三者評価受審を継続実施することが期待される。</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。	b
<p><コメント></p> <p>外部評価を受審しており、その受審結果に基づく改善に取り組んでいる。</p> <p>施設の重点目標については、職員会議において職務分掌や係り分担での反省をし、次年度の事業計画を見直す手順となっている。課題に係る予算についても、その執行状況に基づき要望し、施設整備に関しては、中期計画や年度計画に基づき予算計上している。</p> <p>今後は、改善策や改善の実施状況の評価を行うとともに、その記録を作成することが望まれる。</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>管理者の職務分掌は、事業計画書に記載されており、全職員・全保護者に配布されている。施設玄関で常時閲覧も可能となっている。また、各種マニュアルに管理者の役割・責任について記載がある。</p> <p>今後は、新しく着任した管理者として、自らの抱負や責任について積極的に発信することが期待される。</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>法人の「職員倫理規程」について、施設玄関に掲示し、職員新任研修で周知している。また、行動指針については、年度初めの職員会議で管理者より説明している。「障害者虐待防止法」にかかる虐待については、行政主催の研修等に参加して学習し、苦情相談窓口設置や自己点検シートの取組に活かしている。</p> <p>今後は、法人内の諸規程に止まらず、「障害者権利条約」「障害者基本法」などの基本的法令等に習熟し、遵守すべき法令等を幅広い分野で把握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
<p><コメント></p> <p>管理者は、利用者支援における課題等が発生した際は、支援方法についてサービス管理責任者等の協力を得て、職員と共に協議して実施している。</p>		

<p>今後は、障害についての理解を深め、共生型グループホームにおける障害者福祉サービスの質の向上にさらに指導力を発揮して取り組むことが期待される。</p>		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a
<p>＜コメント＞</p> <p>利用者の生活時間に合わせ、職員を厚く配置し、スムーズな登苑・降苑が出来るよう努めている。また、生活支援員の負担軽減を図るため、調理担当職員を確保している。職員に経営に対する意識を持ってもらうため、職員会議で収支状況について説明している。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
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
<p>＜コメント＞</p> <p>事業計画書の重点目標である「人材育成」を踏まえ、ハローワークと連携して人員確保に努め、専門性を高めるための研修の実践等に取り組んでいる。研修は、年間研修計画に基づいて、職場内だけでなく職場外研修への参加を進めている。現在、介護福祉士3名であるが資格取得を奨励している。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>＜コメント＞</p> <p>人事基準については、職員就業規則、職能資格制度規程、面談制度規程、人事考課制度規程、役職登用規程等に定め、例規集は事務室内にあり常時閲覧可能となっている。</p> <p>人事管理は「面談シート」により職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する意欲等を評価して行っている。年1回の統括苑長による面談があり、異動等の希望調査も行われている。</p> <p>今後は、法人とともに「期待する職員像」を明確にし、職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組づくり（＝キャリアパス）の作成が望まれる。</p>		
<p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
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
<p>＜コメント＞</p> <p>勤務状況については3か月に1回程度有給休暇の取得状況を確認し、年間5日以上の有給取得に努めている他、毎月の時間外労働を集計し、業務量過多な場合には、職務の分散など実施している。令和2年度から全職員に、1時間単位での有給取得を可能とし、特別休暇の範囲拡大、ソエルクラブなどの福利厚生も対象としている。</p> <p>また、育休・育児短時間、介護休暇、週休3日、柔軟な勤務形態（時短勤務や時間帯の融通）を実施し、有期職員から正職員への積極的登用を進めている。</p> <p>なお、ワーク・ライフ・バランスに配慮して、月1回の職員セルフチェックやストレスチェックを実施し、年1回の統括苑長面談を実施している。</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><コメント></p> <p>職員一人ひとりの目標の設定は、「面談シート」により実施されており、職務目標及び態度意欲目標を記載し、達成結果について随時上司の評価・確認をすることになっている。一方、「期待する職員像」は、現在のところでは不明確となっている。</p> <p>今後は、「期待する職員像」について、法人と協力して明文化することが望まれる。</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。	a
<p><コメント></p> <p>研修の目的を明確にして、基本方針や計画を策定している。研修には、職場内研修・定例研修・派遣研修がある。この中で、中堅職員研修（毎月1回第4火曜日）を重視して取り組んでおり、中期計画の「人材確保と育成」で、中堅職員の役割を明確にしている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>事業計画に研修計画を明記しており、毎月の職員会議において、内部研修を実施している。外部研修については、宮城県介護研修センター主催の研修一覧にて参加希望を募っている。また、新任職員及び経験の少ない職員に対しては、主にリーダーよりOJTが日常的に実施されている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>実習生受け入れマニュアルを整備している。実習受け入れでは、グループホーム全体で実習の対応をしている。実習については職員に周知しており、実習日誌のコメント記入やアドバイスを実施している。また、養成校との連絡調整や巡回指導等の対応をしている。</p>		

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。	a
<p><コメント></p> <p>法人ホームページを開設し、理念・基本方針について事業計画書に明示している。事業計画書は、運営推進会議での配布するほか、施設玄関で閲覧可能となっている。また、決算報告書についても施設玄関で閲覧可能となっている。苦情内容は事業報告書の中で公表している。なお、第三者評価の受審は、同法人運営の障害福祉サービス共同生活介護事業所としては今回が初めてである。</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。	a
<p><コメント></p> <p>職務分掌、事務決裁規程、経理規程、専決権限等は、法人諸規程や事業計画書等に明記しており、全職員に配布し、職員会議等で周知している。事務、経理、会計については、法人の監事監査の他に、年間6回の「会計往査」を実施し、指摘があった内容は次回往査まで検討・修正することとしている。</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>登米市の冊子である「障がい福祉のしおり」等を掲示し利用者に地域活動の情報などを提供している。地域の障害者スポーツ大会等への参加には職員も同行し、利用者が安心して参加できる体制を整えている。また、「第二・第三はんとく苑」で開催の行事にも参加し、地域の人々と交流している。</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>「ボランティア受け入れマニュアル」を整備し、基本姿勢を明文化している。ボランティア受け入れ前には、事前オリエンテーションを開催し、トラブルや事故を防ぐための説明を行うと共に、受け入れの手順や事前説明の仕組みを周知し、利用者の安全への配慮など受入体制を整えている。</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>相談支援事業所や福祉事務所など利用者の状況に対応できるよう、社会資源を明示したリストや資料を作成している。地域の実情や保護者の高齢化、親亡き後の問題、グループホームなどの地域移行への希望、短期入所の受け入れのニーズ等を関係機関の部会などで情報交換を行い、検討するなど協働して取り組んでいる。</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>年6回開催の「運営推進会議」には、行政区長、民生委員、商工振興会監事、市職員、地域包括職員、利用者の代理人等が参加しており、意見交換の中で地域の福祉ニーズの把握に努めている。地域住民との交流活動として、令和元年8月11日に3ホーム合同の流しそうめん・バーベキュー交流会を地域の方々とともに実施した。近くのスーパーに買い物に行く等、地域に出た活動がある。</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>利用者個別の希望で独居老人宅への配食サービスや見守り活動に取り組んでいる。江浪自主防災会、グループホーム米山、相ノ山自主防災会、桜岡商工振興会などとの「災害応援協定」(7団体)に基づき、合同防災訓練を実施している。車椅子の指導や福祉車両の扱い方についてのノウハウを地域に伝える取組を行うなど地域貢献に取り組んでいる。</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>利用者を尊重した福祉サービス提供に関する「倫理規程」を整備し、事業計画の重点目標に明示している。職員会議において定期的に研修等を行い、利用者を尊重した福祉サービスの提供について、共通の理解を持つための取組が行われている。また、マニュアルに利用者を尊重した基本姿勢を明示し、福祉サービスの向上へ繋げている。</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>「倫理規程」「プライバシー保護マニュアル」を整備し、新任研修や職員会議時の研修により理解が図られている。生活場面においては、入浴支援、着脱衣支援、排泄支援、通信・面会等でのプライバシー保護に配慮した福祉サービスに努めている。</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>施設の概要は法人のホームページに掲載し、ホームの玄関に置いてあるパンフレットには、写真を使用した大きな文字で分かりやすく紹介している。見学、利用等の希望には個別に対応し、体験入所の際は、具体的な状況に応じた説明を行っている。</p> <p>今後は、多くの人が情報を入手出来るように公共施設等へパンフレットを配置し、より積極的な情報提供が望まれる。</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>福祉サービスの開始時は、契約書及び重要事項説明書で内容を説明し、同意を得ている。説明にあたっては、写真などで分かりやすい内容に配慮し、利用者の個々の状況に応じた対応を行っている。変更時には、相談支援事業所を通し関係機関との調整を行っている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>継続性のあるサービス提供が出来るよう、関係者間での情報共有を行っている。他の施設へ移行する際は、サービス管理責任者が担当窓口となり、相談支援事業所と連携を図って変更後も相談出来る体制を整えている。</p> <p>今後は、引継ぎ文書を標準化して、福祉サービスの継続性に配慮した取組が望まれる。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
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> <p>利用者満足度調査としては、写真を使用した嗜好調査を行い、利用者の意見を献立に取り入れている。しかし、把握した結果を分析・検討するために利用者が参画する検討会議等は設置されていない。</p> <p>今後は、定期的に利用者満足の上昇を図る仕組（アンケート実施など）を整備することが望まれる。</p>		
<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。</p>		
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>苦情解決の仕組みは、「苦情対応規程」に定められている。重要事項説明書で、相談・苦情窓口担当者、第三者委員、行政、社協の窓口を明示するとともに、ホーム内に困りごと相談ポスターを掲示し、利用者、家族に周知している。苦情の申し出があった際には、担当者並びに管理者に報告し、苦情解決に向けて迅速に取り組んでいる。</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>入居時に、重要事項説明書や契約書に相談・苦情窓口を明示し、第三者委員名も記している。ホーム内にもわかりやすく掲示している。日中活動中は、通所施設（第二・第三はんとく苑）において相談希望者を募り、第三者委員に相談している。ホームでは、いつでも相談しやすい雰囲気作りに努め、利用者が安心して相談出来る関係性を築いている。</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>日常の福祉サービスの中で、利用者一人ひとりにあった接し方を心がけ、傾聴に努めている。相談や意見があった時は、職員で話し合っって迅速に改善に繋げている。意見箱の設置や「相談対応マニュアル」</p>		

を整備している。		
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。	a
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメント体制は管理者の責任に基づいて構築されている。「初動捜査マニュアル」「危機管理マニュアル」等が整備されている。毎月の職員会議において、ヒヤリハット報告・事故報告が収集され、要因分析と改善策、再発防止策の検討等が行われている。現在、法人でプロジェクト会議を毎月開催し、法人内のマニュアルの見直しや新規作成を進めている。</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>「感染症マニュアル」「食中毒マニュアル」等が整備され、食中毒予防や感染症防止についての内部研修を行っている。新型コロナウイルス感染予防の内部研修を全体会議で行っている。予防策として、手洗い、手指消毒、事業所内の清掃・消毒等を実施している。感染症が発生した際の対応（特に嘔吐）はマニュアルに沿って実施している。</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>災害時の対応・体制については、既存の各種危機管理対応マニュアルに記載されている。毎月避難訓練を行うとともに、年に一度、地域7団体の「災害応援協定」に基づき、消防署員、消防団、婦人防火クラブ、福祉関係団体等と連携しながら合同防災訓練を実施している。登米市のハザードマップに基づき、有事の際の対応・訓練が行われている。マニュアルの見直しも行っている。</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文書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>標準的な実施方法は、各種規程や各マニュアルに定めており、研修や個別の指導等によって職員に周知されている。また、何時でも事務所で閲覧可能となっている。日常の各利用者の個別的な支援については、中堅職員がリーダーとなり、サービス提供状況を確認し、支援方法の共有を図っている。</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。	a
<p><コメント></p>		

個別的な支援にかかるマニュアルについては、定期的な見直しの他、利用者の身体状況等に応じて不定期でカンファレンスを実施して見直している。課題と思われることに関しては、個別支援計画の内容にも反映している。

また、法人事業所全体に共通のマニュアルについては、プロジェクト会議にかけて検討し、全体会議で改定等している。

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。

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
----	---------------------------------------	---

<コメント>

福祉サービスの実施計画策定の責任者には、サービス管理責任者を配置している。宮城県で推奨されている流れに基づいて、利用者一人ひとりの具体的なニーズを把握し、利用者・家族の意向調査等を行い、アセスメントを実施している。個別支援計画の作成は、相談支援事業所と連携し、個別に作成し、関係職員全員の合議で決めている。

支援困難ケースについては、管理者とサービス管理責任者が参加して、適切な福祉サービスの提供が行われている。

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
----	------------------------------------	---

<コメント>

個別支援計画は、年2回定期に見直しており、アセスメント・意向調査・モニタリングなど手順を定めて適切に行っている。職員会議では、ケアカンファレンスを行うとともに、毎月開催されている地域生活支援部会からの利用者の様子と課題整理について情報が共有されている。

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

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
----	---	---

<コメント>

利用者のケース記録には、所定の書式を定めている。個別支援計画の目標について定期的に評価し、ケース記録に反映している。ケース記録の記載の仕方については、マニュアルにて周知している他、日常的に職員間で評価の上、朱印で修正している。利用者の状況等は通所施設（第二・第三はんとく苑）との申し送りノートや電話連絡でこまめに情報共有している。なお、パソコンのネットワークシステムが機能しており、システム上で利用者の様子がいつでも閲覧できるようになっている。

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
----	----------------------------------	---

<コメント>

個人情報の取り扱いについては、「個人情報管理規程」により行われており、入職時に誓約書を交わし、新任職員研修で周知している。個人情報保護責任者は、管理者であり、書類は施錠のあるキャビネットに保管されている。また、利用者や家族には重要事項説明書で説明し、同意を得ている。

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>事業計画の目標の一つに権利擁護の実践を掲げ、利用者の自己決定、自己選択を尊重するエンパワメントの理念に基づいた支援を行っている。掃除や食事作り、洗濯、入浴などの生活ルールは利用者間で役割分担を決め、職員は取り組みやすいよう手順書の提供や環境整備を行い、利用者の自己決定を尊重し、寄り添いながら支援している。職員自ら作成した「利用者の権利」を遵守し、利用者の個々の状況に応じた合理的配慮を行い、一人ひとりに沿った支援をしている。</p>		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
47	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。	a
<p><コメント></p> <p>「身体拘束廃止に関する指針」や「虐待防止マニュアル」を整備し、会議ごとに「職員心得」を唱和し、虐待防止の研修時にセルフチェックを行うなど日常的な虐待防止への意識は高い。利用者や家族への周知は分かりやすい文章や絵で丁寧に説明し、周知している。</p> <p>法人の「虐待防止に向けた委員会」に参加し、委員会では権利侵害が起きた場合の検証や再発防止策の検討する仕組みを整えている。所管行政への虐待の届け出・報告の手順なども明確にし、職員間で共有するなど、利用者の尊重や権利擁護を周知徹底し、取り組んでいる。</p>		

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>個別支援計画に基本的な生活習慣、健康・情緒面、社会性、帰宅支援ごとに目標を設定し、自律・自立に配慮した個別支援を行っている。居室の整理整頓や季節ごとの衣類整備、健康維持など自分で出来る活動は職員が見守りし、出来た時は思い切り褒め、次の意欲に繋がるよう支援している。</p> <p>また、小遣い帳で金銭管理を行い、職員は電卓の使い方を教えるなど利用者の状況に応じて支援している。日常生活自立支援事業や成年後見制度活用などは相談支援事業所と連携しながら支援を行っている。</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>意思疎通が困難な利用者に対して、誕生会のお菓子や料理選びには広告チラシを見せ、指差しで希望</p>		

を把握し、正月に帰省が困難な利用者には年賀状の書き方支援や電話での家族との交流を支援している。また、友人とのコミュニケーション継続を目的に、職員は手紙の書き方に寄り添い、少しでもコミュニケーション能力が高められるよう工夫をしている。行動障害の利用者に対しては個別の特性に配慮し、言葉がけの際は、声のトーンや語尾に注意し、表情を観察しながら受容の気持ちが伝わるコミュニケーションに努めている。

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
----	--	---

<コメント>
 日常の支援の中で、利用者間のトラブルや不安定な言動からも本人の心情を読みとり、話したいこと、相談したいことに向き合い、利用者の意思を尊重した解決に繋げている。相談内容によっては個別支援計画の見直しや人的・物理的な環境整備を行い、支援の調整を図っている。また、サービス管理責任者は定期的に法人の地域生活支援部会に参加し、相談内容に関する利用者個別の状況や課題を把握し支援に繋げている。

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。	b
----	---------------------------------------	---

<コメント>
 個別支援計画に基づき、基本的な生活習慣、健康・情緒面、社会性 入院時対応、帰宅支援など利用者のニーズや目標に沿って支援している。利用者は同法人の「はんとく苑」へ通所し、農耕、菜園栽培、パン製造などの日中活動を行っている。サービス管理責任者は、「はんとく苑」と情報共有しながら、一日の生活のリズムの安定を基軸に利用者の意向を尊重し県障害者スポーツ大会参加やなわとび、ゲーム、カラオケなどの余暇活動を充実させ、利用者が満足感を得られるよう支援している。
 今後は、休日や盆、正月などホームで全日過ごす時の支援プログラムなど年間の利用者の生活環境の変化に応じた多様な支援が望まれる。

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>
 知的障害、自閉症や行動障害など障害の理解と支援の研修は新任研修や内部研修などで専門知識を習得し、日常の支援の向上に活かしている。イライラや突然の強い口調などの行動障害には、利用者の個々の状況を受容し、行動障害の誘因や人的、物的環境を検証しながら支援方法を話し合い、個別支援計画に反映させている。会話拒否の利用者に対しては、会話の場面設定の工夫や人間関係の調整、そして楽しく過ごせる雰囲気作りなどで不適応行動を起こさずに、自分の意思で動き、満足感が得られる支援に繋げている。

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>
 毎年嗜好調査を実施し、利用者の希望や摂取量を勘案し、メニューを決め、準備や片付けなどは利用

者も職員と一緒にいき、楽しく食事ができるよう支援している。嚥下障害のある利用者は、とろみやミキサー食で対応している。入浴は、毎日実施し、時間や湯温も選択できる。排せつは、個別に対応して尊厳を損ねないよう支援している。移動・移乗支援は、送迎車の乗車方法や座席の配置を工夫し、安心・安全に移動できるよう支援している。

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。	b
----	---	---

<コメント>
「さくらおかのリビング」は、高齢者との共有で、家庭的な雰囲気に溢れ、居室は利用者の個性が發揮されている。「みやたハウス」は、一軒家で庭園があり、四季折々の風情が楽しめ、リビング・トイレなどの共用空間と居室も清潔で明るい。旧アパートを活用した「さくらんぼホーム」では、食器棚の転倒防止や電気器具・ガス器具の自主検査チェック表の整備など安全に配慮している。一方、「みやたハウス」や「さくらんぼホーム」は、建物の老朽化による設備の不具合もある。
今後は、設備やライフラインなどに関して管理体制を整備し、利用者からの要望などを早急に改善し、快適で安全に過ごせる対策が求められる。

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>
個別支援計画に基づき、起床から就寝までの日常の取組の中で、基本的な生活習慣や健康維持のニーズに応じた、機能訓練・生活訓練を行っている。口腔ケアの機能が弱い利用者には、声がけしながら口腔の筋力を向上させる訓練や、喘息発作が懸念される場合には看護師の指導で肺活量をアップする運動などを支援し、機能の改善に繋げている。また、職員は、利用者の希望した調理の補助や後片付け、室内外の掃除を通じ、主体的に生活訓練を行うよう取り組み、障害の状況を見ながら、使用する用具の選択や使用方法を工夫して支援している。

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。	b
----	--	---

<コメント>
毎月1回の体重測定、毎日の血圧・検温を実施し、高血圧や体調不良の利用者には、更に夕方にバイタルチェックや排便の有無を確認するなど日常的に健康状態を把握し、健康管理を行っている。月に1回「はんとく苑」と連携し、医師の巡回相談や総合健診の受診にも対応している。一方、バックアップ施設である「はんとく苑」と特別養護老人ホーム「さーらの樹」とは、体調変化時や緊急時の協力体制が築かれている。
今後は、利用者の日常の健康維持・増進を図る上で必要な「健康管理マニュアル」の策定が早急に望まれる。

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
<p><コメント></p> <p>法人の看護師が「服薬マニュアル」に基づき、薬の保管・服用・使用の確認などの管理を行っている。朝と夜の服薬は、職員がマニュアルの実施手順に従って行い、日中活動中は「はんとく苑」の看護師が適切に管理を行っている。誤薬や誤飲、重複服用がないよう、職員は使用状況を確認し、記録するなど安全に留意している。糖尿病、慢性疾患、アレルギー疾患の利用者は、主治医や専門医の指導や助言により、個別に対応している。年1回消防署員による心肺蘇生法の研修会を実施し、緊急時の利用者の生命・身体への影響の大きさを認識し、安全管理体制を整えている。</p>		
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。	a
<p><コメント></p> <p>利用者が自らの希望で地域のマラソン大会や県障害者スポーツ大会へ参加し、入賞を果たすなど「やりがい」を感じられるよう個々に支援を行っている。また、「はんとく苑」と連携し、地域の高齢者への配食サービスや道路清掃、雪かきなどのボランティア活動に取り組む利用者もいる。「計算を覚えたい」「手紙を書きたい」「字を書きたい」などの要望に対しては、日常生活の中で工夫しながら学習意欲を尊重した支援を行っている。また、利用者に架かってきた友人・知人からの電話は、必ず取り次ぎ、交流の継続を支援して社会性の保持に努めている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>ホーム入居希望者には見学や体験入所を行い、利用者の迷いや意向に耳を傾けており、課題把握や支援方法は法人の地域生活部会と連携し、安心して地域生活が出来るよう支援している。令和2年は1名の体験入所があった。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>コロナ禍以前に行っていた個別支援計画作成時や行事などでの交流は、実施が困難となり、現在は感染予防対策のため、ほとんど電話での交流である。また、遠隔地の家族とのオンライン面会も行い、喜ばれている。一方、家族の高齢化が進み、電話での会話が困難となった家族もあり、拡大文字の郵便を出すことで交流が叶った事例もある。</p> <p>今後は、家族支援の方法を工夫し、利用者と家族が安心して交流できる取組が求められる。</p>		

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〉		