

マニュアル」「虐待防止マニュアル」を定めて取り組んでいます。これらは、定期的に見直し検討される中で、職員への周知理解が図られています。また、虐待防止のための「5つのやくそく」を作成し、食堂兼リビングに掲示するとともに、利用者や家族等には「なかま会」や情報交換会で説明し取組を周知しています。 特に、虐待防止研修会では、外部講師を招いて、事例に基づく掘り下げた内容の研修を行い、職員アンケートも実施し、更なる取組につなげています。 不適切な事案が生じた場合の対応については、「虐待発生時の対応」フロー図を定め、取り組んでいます。プライバシー保護のための設備としては、個室を整備しています。		
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・c
＜コメント＞ 利用希望者が福祉サービスを選択するための必要な情報として、理念、基本方針、サービスの内容、事業所の特性等を、わかりやすいように写真や図等をできるだけ多く使って、パンフレットやホームページに掲載し、適宜見直しをしています。 また、利用希望者や事業所見学者には、パンフレットを渡し、日中の生活の状況も説明しながら見学をしてもらっています。 体験入所については、事業所への理解を深めてもらいたいと、空き部屋があるときは体験してもらっています。		
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・c
＜コメント＞ サービス開始・変更時の内容に関する説明にあたっては、利用者の自己決定を尊重することとし、暮らし方の意向確認には選択肢を設けるなど利用者・家族等にもわかりやすい工夫をしています。 入居時に、用意すべきものについても具体的な事例を示し、本人の納得の上徐々に準備されるよう説明しています。 意思決定が困難な利用者については、措置制度から契約制度に移行する時点から、成年後見制度の積極的な利用を図っています。		
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・c
＜コメント＞ 事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたっては、手順と引継ぎ書を定めた入退所マニュアルを策定し、サービスの継続性に配慮した対応を行っています。事業所を変更する場合は、実態調査票シート（基本的情報、アセスメント状況）やその他必要と思われる資料を提供しています。退居後の相談窓口は、サービス管理責任者・相談支援事業所とし、文書を渡して説明することとしています。また、何か相談ごとがあれば、退去後もいつでも相談に応じることを利用者家族に伝えています。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足度の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足度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・c
＜コメント＞ 満足度の向上を目的として、実態を把握するために、利用者満足度のアンケート調査を毎年実施しています。調査結果は、サービス管理責任者で取りまとめ、利用者や家族等に報告しています。 サービス管理責任者等は、「なかま会」に出席するとともに、情報交換会や個別支援に関わる面談（年3回）あるいは日常の支援の中で、利用者満足を把握するようにしています。 このような利用者満足の把握結果を踏まえ、サービス向上委員会で利用者満足の向上のた		

めの取組を行っています。 毎月開催される給食会議には利用者も参加しており、出席できない利用者は「なかま会」で要望を聞くなど、満足向上のための検討が行われるようになっています。		
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・b・㉔
<コメント> 苦情解決のための体制（解決責任者、受付担当者、第三者委員）を整備し、受付から解決までの手順、流れを定めた苦情解決マニュアルを策定しています。その解決の仕組みは、事業所内に掲示するとともに、利用者には、イラスト、写真入りのパワーポイントを使って分かりやすい説明に努めています。 記入カードを備えた苦情箱を事業所に設置するとともに第三者委員を直接紹介するなど、利用者や家族等が苦情を申し出しやすいように努めています。 第三者委員会は、年1回開催し、苦情等の状況を報告しています。 苦情があった場合は、検討内容、解決策は利用者や家族等にフィードバックされ、適切に記録保管されるとともに、サービスの質の向上につなげています。 ただ、苦情解決状況等については、現在、情報交換会で家族等に説明されています。 今後は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで公表されることが望まれます。		
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。	㉕・b・c
<コメント> 利用者が相談や意見・要望等を述べた時には、担当者以外にも複数の相手から選べること、また、意思疎通の状況に応じて支援体制があること等、相談しやすく、意見を述べやすい体制や方法を、写真やパワーポイント等でわかりやすく利用者や家族等に説明しています。 相談については、日常接する職員以外に、外部の相談機関等にもできることを、重要事項説明書等の文書で説明しています。意見、要望については、苦情箱の設置や「なかま会」や情報交換会での定期的な話し合いの他、今後は第三者委員による聞き取りに取り組むこととしています。 相談等のスペースについては、部屋や本体施設の談話室や相談室が確保され利用されています。		
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。	㉕・b・c
<コメント> 利用者からの相談、意見等に対しては、受けた後の手順や対応策の検討等について、「利用者意見に対するマニュアル」を定め、取り組んでいます。 事業所では、日常のサービス提供の中で、利用者が相談しやすく意見等を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見等の傾聴に努め、苦情箱の設置や絵文字3択での利用者満足度のアンケート調査の実施等、積極的に把握するよう取り組んでいます。 利用者からの相談や意見等に対しては、対応状況や対応策をフィードバックするとともに、日誌やケース記録に残し、福祉サービスの質の向上につなげています。		
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。	a・㉖・c
<コメント> リスクマネジメントに関する責任者を管理者とし、リスクマネジメント委員会を設置して体制を整備し、毎月、調整会議に合わせ開催し、ひやりハット、事故報告にもとづき発生要因の分析、改善策・再発防止策を検討・実施しています。事故報告等にあつたては、細な		

ものも上げて実態の把握に努めており、サービスの質の向上につなげる取組をしています。 事故防止及び事故発生時の対応と安全確保等については、法人の施設の「事故防止マニュアル」「緊急時対応マニュアル」に沿って対応しています。 リスクマネジメントに関する研修については、K Y T (危険予知トレーニング) 研修も含め実施しています。必要な救急法についても、消防署の協力を得て世話人と一緒に毎年実施しています。 利用者の施設外での災害や事故の時の連絡方法については、緊急時連絡表を作成して対応しています。また、緊急の際に、利用者の状態を的確に伝えることができるように、利用者一人ひとりの利用者実態調査票を作成しています。 今後は、グループホームで発生した事事例などをもとに、マニュアル内容を検討されることが必要と思われます。		
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。	㉓・b・c
＜コメント＞ 感染症対策については、管理者を責任者として、サービス向上委員会やリスクマネジメント委員会で、予防や発生時における利用者の安全確保対策について体制を整備し、本体施設のバックアップ体制のもと取組を行っています。 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等については、「感染症マニュアル」や「緊急通院マニュアル」を制定しており、毎年見直しの検討を行い、職員及び利用者に周知しています。 予防にあたっては、利用者、職員全員に事業所負担で予防接種を実施しています。 また、外からの持ち込み防止に力を注ぐとともに、発生時には、ホワイトボードを用いて注意喚起しています。		
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行っている。	㉓・b・c
＜コメント＞ 災害の対応体制は、本体施設と連携し、「災害対応マニュアル」にもとづき、火災に限らず災害全般について対応することとしています。また、災害発生時の出勤基準などを示した行動基準を定めて職員に周知しています。マニュアルは、熊本地震後見直しをするなど定期的に見直しが図られています。 本年度から、職員全員への緊急メールシステムを導入し、安否確認や出勤指示、情報の共有に活用することとしています。 防災訓練は、本体施設の年2回の総合訓練に合わせて実施しています。 地域交流会では、近隣の方に、一時避難場所の協力などいただけるよう働きかけており、熊本地震時には、区長から避難の声掛けがあっています。 災害備蓄は、利用者及び職員の3日分の食料や調理器具、配膳用品、衛生用品、照明等のリストを作成し、整備しています。		

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。	a・㉔・c
＜コメント＞ 中長期経営計画の基本構想の中に、1. 生活支援サービスの充実、(2) サービス内容の標準化を掲げ、サービス内容の標準化を目指すこととし、提供する福祉サービスについての標準的な実施方法(マニュアル)を、適切に文書化しています。 福祉サービス実施時の利用者の尊重、プライバシーへの配慮、権利擁護に関する姿勢等に		

については、「入浴マニュアル」や「排泄マニュアル」等に明示されています。 マニュアルについては、定期的な見直しを検討する中で、理解を深め実践につなげるとともに、マニュアルに基づいて実施されているかの確認は、日常業務やOJTの中で上司が確認することとしています。 しかし、グループホームや利用者の実態とそぐわないものもあり、ホーム独自の内容を追加したマニュアルの策定が期待されます。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ マニュアルの検証・見直しについては、対象マニュアル、見直し時期（月毎）、担当者を定め、毎月2～3のマニュアルについて実施するよう組織的な仕組みづくりを構築しています。また、定期的に検証・見直しが継続される中で、PDCAサイクルによるサービスの質に関する検討が行われています。 利用者等からの意見や提案の反映は、「なかま会」や日常の支援の中で吸い上げ、職員の意見や提案は、会議等で反映することとしています。また、個別支援計画の内容についても、必要に応じてマニュアルに反映するようにしています。		
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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	㉠・b・c
＜コメント＞ 個別支援計画策定の責任者はサービス管理責任者と定めています。個別支援計画は、アセスメントに基づき策定されており、毎年度3月には、利用者実態調査票（状況シート）を見直す等、適切なアセスメントが実施されています。 個別支援計画の策定にあたっては、担当職員及び関係職員（サービス管理責任者、主任、看護師、栄養士）の合議、利用者・家族等の意向把握、同意を得る手順を定めた「個別支援計画マニュアル」に沿って実施しています。 サービスの適否を日常的にチェックし、計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みとしては、毎月ケース記録をまとめており、データを集計し、目標達成に対する評価を行い、適切なサービスの提供につなげています。		
43	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・c
＜コメント＞ 定期的な個別支援計画の評価・見直しは、「個別支援計画マニュアル」に基づき、利用者本位の視点に立って行われています。マニュアルは、見直しを行う時期、手順、利用者・家族等の意向や要望の把握等、個別支援計画策定の手順を組織として定め、実施しています。見直しによって変更された計画内容は会議等で周知されています。 計画を緊急に変更する場合は、サービス管理責任者が招集する個別支援会議を開催し、対応することとしています。 福祉サービス提供のマニュアルに反映すべき事項や、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等については、会議で協議し、福祉サービスの質の向上につなげることとしています。		
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、職員間で共有化している。	㉠・b・c
＜コメント＞ 利用者の身体状況、生活状況、行動の特徴、希望、意向等の状況は、所定の様式によって		

記録されています。個別支援計画に基づくサービスの実施状況は、各種日誌やケース記録により確認できるようになっています。記録にあったては職員により記録内容や書き方に差異が生じないようにするため、日誌・ケース記録マニュアルを策定し周知徹底を図っています。 事業所内における情報の共有については、世話人会議を定期的に開催しています。また、利用者一人ひとりの状況や個別支援計画の実施状況等は、パソコンのネットワークシステムにより適切に記録され、職員間での情報の共有が図られています。		
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・c
＜コメント＞ 利用者に関する記録の管理については、「特定個人情報取扱規程」及び「個人情報保護マニュアル」を定め、記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めています。記録管理の全体責任者は管理者とし、具体的には、所管と職責に応じて保管場所、鍵保管者を定めています。電子データについては、パスワード等による管理を実施しています。情報開示については、利用者や家族等からの申請様式等を定め対応しています。 書類の保存年限は5年とし、運営規程で定めるとともに、契約時に重要事項説明書で利用者、家族等に説明しています。 個人情報の取扱いについては、職員には、就業規則や入・退職時の誓約書で自覚を促し、研修で注意喚起を図っており、利用者、家族等には、契約時や年度初めの情報交換会で説明を行っています。		

評価対象Ⅳ

A-1 利用者の尊重

		第三者評価結果
A-1-(1) 利用者の尊重		
	A-1-(1)-① 職員の接し方について、利用者をひとりの個人として尊重する取り組みを行っている。	㉠・b・c
＜コメント＞ 法人理念の「畏敬と信頼」により、職員は利用者との日々の生活において互いの信頼関係の構築に努め、尊敬の念をもって支援にあたるよう努めています。 今年度は「めくばり・きくばり・おもいやり・ありがとう」を、スローガンとし、同じ屋根の下共同生活を営む上で、互いの尊重と感謝の言葉が不可欠としています。スローガンは事業所の理念や取組とともに、年間の事業計画に明記され、利用者に手渡されています。 利用者への言葉使いや接し方について、気づいたことは普段から話し合い、毎月の世話人会議の中でも法人研修の内容などを報告しながら、利用者とのかわり方については時間をかけ話し合いをしています。 各居室へのノックの徹底や、呼称は苗字にさん付けで対応しています。		
	A-1-(1)-② コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	㉠・b・c
＜コメント＞ 個別支援計画に利用者のコミュニケーション能力（コミュニケーションの手段や意思表示の程度、伝達の理解度など）が記載され、年度初めの世話人会議で計画内容を周知して、定期的なモニタリングで現状を把握しています。職員は日々の生活において、利用者の話に耳を傾け、食事中の会話にその日の出来事などを盛り込み、コミュニケーションを図っています。 個別の心配事や相談には夜間の時間を利用して1対1でゆっくり話を聞く時間を持っています。内容は職員間で共有し、その都度検討しながら必要なものを会議にあげています。 年度初めに利用者に渡される年間事業計画書は、利用者にわかりやすい表現に徹し、ひらがな表示にて作成しています。		

	A-1-(1)-③ 利用者の主体的な活動を尊重している。	a・ b ・c
＜コメント＞ 「なかま会」は、利用者主導で行われ、生活改善に向けた意見や、外出への希望などがあがっています。 今後は法人からも参加する機会を設け、事業所や利用者の生の声を聞くことも必要と思われます。 本年度の事業計画の中には、「15人でなかよくすごせるルールをはなしあいます」とあり、一人一人ができることで力を発揮し、ホーム運営に関わることを目的としています。 利用者の提案から大分への1泊旅行なども実現しています。		
	A-1-(1)-④ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	a ・b・c
＜コメント＞ 事業所運営の基本方針に、利用者の特性を理解し、「個々の生きがい」と「潜在能力」の開発に努め、活力ある生活の場を確保するとしています。毎朝のカーテンや窓の開閉、居室、共有空間（トイレやリビング）の掃除や片付けなどに利用者にも関わってもらうことで、事業所の一員としての役割を担ってもらうようにしています。 更衣時は自ら服を選ばれており、職員は季節感やバランスなどについてアドバイスをを行い、身だしなみへの配慮を心がけています。		
	A-1-(1)-⑤ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a ・b・c
＜コメント＞ 事業所は山間の集落の一角にあり、在宅支援の事業所として、日々の散歩や挨拶を通し近隣の人々と交流しています。9月には地域交流会でバーベキューを実施していますが、今年は台風接近により止む無く中止となり、残念であったことが利用者職員からも聞かれました。 地域資源を活用し3人程での外出を利用者自身が企画し、地域に出る機会や本体施設や他の事業所のデイサービスでの活動を通じ、相互交流の機会を持っています。 本体施設の委託事業に携わる利用者にとっては、作業を通じて得られる賃金は何よりの励みであり、個々の生活の自信となっています。		

A-2 日常生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 食事		
	A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a・ b ・c
＜コメント＞ 個々に応じた食事支援は法人管理栄養士の立てたメニューに沿って、体重や病状に応じた健康管理や食事形態などが、個別支援計画に明示されています。また、月1回開催される世話人会議の中で、食事提供に関する共有の機会を持っています。高脂血症の方には、マヨネーズを使用しないメニューや、義歯の方には一口やキザミなど、個々に応じた食事形態で提供されています。 歯痛や行事が続き食べ過ぎて胃腸に負担がかかっているなど、体調が悪く申し出があった場合や職員からの伝達には、世話人がおかゆの準備をするなど、臨機応変な対応が取られています。 食事支援に関するマニュアルについては、本体施設と同様のものが使用されていますが、食器や食堂内の雰囲気をはじめ、日中の支援とは異なることも多く、今後はグループホーム独自の内容を追記したマニュアルの整備が必要と思われます。		

	A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a・㉔・c
＜コメント＞ 法人の管理栄養士が立てた献立を基本としながら、利用者の体調や状況によっては臨機応変に変更しています。世話人を中心に台所で調理し、朝・夕、作り立ての食事提供に努めています。嗜好調査には本体施設に出向く利用者のみに実施されるため、漏れている利用者の意見が反映する様ホームの取組みが期待されます。食材は本体施設で一括購入したものを使用しており、日中本体で過ごす利用者の役割として食材を持ち帰っています。ホーム敷地内には菜園スペースがあり、収穫したものや地域からの差し入れ野菜は、新鮮で季節感ある料理が提供されています。 献立は台所に掲示し、利用者がいつでも確認できるようにしています。 食器をはじめ鍋なども一般家庭で使用するものを中心に準備しており、料理に適した器に盛りつけ、提供されています。 ソースや香辛料などメニューに応じて準備し、個人で副食（海苔瓶など）を備えている利用者もおられますが、過度な摂取にならないよう配慮しています。また、夕食時に飲酒を希望される方には、個別で相談に応じ支援しています。		
	A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	㉔・b・c
＜コメント＞ リビング食堂は家庭に近い雰囲気になるよう、食器棚や食台、椅子やソファなどを配置しています。 食事はつくしんぼ棟に集まって、利用者同士や職員との会話を楽しみながら摂っており、食事中は利用者自らテレビを消されるようです。基本的に全利用者が集まって食事を開始していますが、居室で楽しみなテレビ番組を見終えてから食堂に来られる方や身体状況によっては時間をずらしたり、部屋での食事にも対応しています。 下膳は利用者自身で行う他、女性利用者は個人のエプロンを準備し、盛り付けを手伝うなど、できることで食への関わりが持たれています。		
A-2-(2) 入浴		
	A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	㉔・b・c
＜コメント＞ 個別支援計画の中には、短時間で入浴を済ませてしまう方や、洗いが雑になってしまわれる方など、個別の課題と支援内容が記され、職員間で周知が図られています。 安全やプライバシーの保護を含めて、入浴介助や助言方法などについてマニュアルを整備し、個々に応じた支援が行われており、同性介助や見守り・声掛けの配慮事項などについて、聞き取りからも確認されました。		
	A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	㉔・b・c
＜コメント＞ 入浴は基本的に週3回の支援のほか、発汗時のシャワーをはじめ、夜間失禁の場合は、清拭やシャワー浴により清潔保持に努めています。 入浴の回数などは利用者の希望を聞き取っており、中には数名で入られることもあるようです。		
	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a・㉕
＜コメント＞ 入浴はつくしんぼ棟を利用し、支援が行われています。 浴室や脱衣所の設備などについては、利用者の意見や職員の気づきなどを反映しながら改善に努めており、浴槽のまたぎが楽にできる福祉用具が取り付けられました。また、鏡の設置やシャワーヘッドの交換、立位による着替えが困難になられた利用者に椅子を備えるな		

ど、利用者の要望や身体状況に応じた改善に取り組み、安全で楽しみとなる入浴支援に努めています。 浴室、脱衣所は状況に応じて温度管理をしており、空調設備を設置するなど必要な改善が行われています。 外から脱衣所や浴室が見えないよう工夫が施されていますが、カーテンの長さが少し短いように思われました。実際の時間帯で外部からの浴室や脱衣所の様子（民家の中にある事業所のため、声の聞こえ具合なども含めて）を確認する機会を再度持たれることを期待します。 今後、本体施設とは入浴設備や支援時間なども異なることから、グループホームの内容を追記したマニュアルの作成が必要と思われます。		
A-2-(3) 排泄		
	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	㉠・c
〈コメント〉 排泄はほぼ自立されており、誘導や確認が必要な利用者には、個別支援計画に定め支援されています。 安全やプライバシー、失禁時の対応などに関するマニュアルについては、施設本体と同様のものを使用しています。		
	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	㉠・c
〈コメント〉 トイレはつくしんぼ棟に6か所（1階3、2階3）、すぎな棟に1か所設けられており、掃除は毎日当番の利用者が行う他、月2回職員が細かに確認しながら行っています。また、職員は利用者と同じトイレを使用することで、使い勝手や臭気などを確認し、気づいた汚れなどはその都度洗浄を行っています。 法人マニュアルの中には掃除チェックリストなどトイレ管理についても詳細に記されていますが、トイレの設備なども異なることから、今後はグループホームの内容を追記したマニュアルの作成が必要と思われます。		
A-2-(4) 衣服		
	A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	㉠・b・c
〈コメント〉 衣類の選択は利用者自身でされており、TP0に応じているか、重ね着の仕方や組み合わせ、外出時の衣類など必要に応じて職員が助言しています。 衣類の購入は外出支援時に選んだり、職員が代行しての購入や、中には帰省時に家族が準備した衣類を持ち帰られています。 衣類の購入や選択では、本人が購入している雑誌を参考にされる利用者もおられるようです。		
	A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	㉠・b・c
〈コメント〉 着替えは利用者自身で行われており、こだわりにより着替えをされないかたや、逆に頻回に着替えられる利用者などサポートが必要な場合は、意識づけのための貼り紙が居室に掲示されています。 また、汚れなど職員や世話人が気づいた場合は、さりげない声掛けを行っています。		
A-2-(5) 理容・美容		

	A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	㉠・b・c
＜コメント＞ 理美容支援については、利用者の意思で決定されており、整髪や化粧など要望があれば職員が手伝ったり、相談に応じています。 法人施設で訪問カットを受ける利用者については、施設に置かれている雑誌などから好みの髪形を選ばれる利用者もおられ、自己決定の場を作っています。		
	A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	㉠・c
＜コメント＞ 希望に応じ、本体施設での訪問カットや地域の理美容店への引率、日中利用されている他の事業所で散髪をされる利用者など、本人が希望した場所で支援が受けられるようにしています。利用者の中には職員によるカットを希望される利用者もおられ、1対1で利用者の希望を聞きながらコミュニケーションが図られています。		
A-2-(6) 睡眠		
	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	㉠・c
＜コメント＞ “すぎな棟”と“つくしんぼ棟”の居室は造りや広さ、採光などは異なりますが、利用者の好みや使い勝手に配慮してレイアウトを共に考え、安心して休めるよう個別支援に努めています。 現在1名の方がベッドを使用され、他の方は布団を使用されており、夕食後や就寝前に敷かれているようです。寝具は季節や好みで調整されていますが、困難な方には空調管理を含め職員が支援を行うほか、シーツの洗濯や布団類の日光干しにより清潔に管理して安眠につなげ、季節外の寝具は、圧縮してホームで管理を行っています。 「夜間・睡眠マニュアル」は、法人施設と同様のものが使用されています。		
A-2-(7) 健康管理		
	A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	㉠・c
＜コメント＞ 事業所は古民家を改修した“すぎな棟”と新たに建てられた“つくしんぼ棟”が庭を囲んで建っています。就寝はそれぞれの棟ですが、食事や入浴はつくしんぼで行われ、職員は普段の利用者の表情や行動から異常を見極め、早期受診につなぐように努めています。 法人の「健康管理マニュアル」に沿って、朝夕の検温や、血圧チェックを実施していますが、個人で体温計を所持し、自身で計る利用者もおられます。法人本体が休みの時には地域を歩いて施設へ出向き、広い敷地で体を動かしたり、中にはライオンズクラブ主催の駅伝大会に出られた利用者もおられます。 インフルエンザの予防接種は本人・家族の同意のもと実施し、職員は法人研修会で得た情報をホームで共有して、日々の支援に反映させ、精神面へのフォローや会話を通し、利用者同士のトラブルの回避や再発防止に努めています。 「健康管理マニュアル」については、本体施設とは別にグループホームの内容を追加したマニュアルを整備する必要があると思われます。		
	A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	㉠・b・c
＜コメント＞ 日中は個別支援計画に沿って本体施設で箱作りなどの委託事業に関わる利用者や、他の事業所のデイサービスなどへ通う利用者がおられ、利用者の所在先で異常があれば互いに連絡し、情報を共有した後、協力医への受診などを行っています。 地域で過ごす利用者にとって健康で意欲的に仕事や余暇活動に参加できることは特に重要であり、職員は世話人会議や研修を通じて情報の共有を図り、利用者の普段の状態を把握		

した上で、少しでも異常があれば本体施設職員への早期の相談や、病院受診につなぐよう努めています。		
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。		a・㉔
<コメント> 利用者の中には慢性の疾病などが心配される利用者もおられます。個別に服薬チェック表で確認し、渡し忘れや飲み忘れ、重複などが生じないように注意を払っていますが、服薬ミスも発生しています。今後も薬の管理や、利用者が飲み終えるまでの最終確認の徹底を会議などで再度周知徹底されることが望まれます。 今後は、服薬支援にかかわるグループホームの内容を追加したマニュアルの整備が必要と思われる。		
A-2-(8) 余暇・レクリエーション		
A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。		㉕・b・c
<コメント> 「なかま会」の中で少人数での外出や1泊旅行の計画などを行い、利用者の意見を最優先にしながら職員も提案を投げかけるなど側面から支援し、実現までの流れも共に楽しい時間となっています。 本体施設での各行事に参加し、入所者や関係者との時間を共有しています。 地域資源を活用して衣類や下着などの買い物に出かけ、中には雑誌を見て希望の品を購入する利用者もおられるようです。 障がい者や高齢者向けに運営している旅行の企画会社から送られるパンフレットなどから旅の情報を収集し、個人的に外出を支援しています。		
A-2-(9) 外出、外泊		
A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。		a・㉖・c
<コメント> 利用者は「なかま会」で個別の外出を計画し、町内の商業施設での買い物などを通じ、地域へ出る機会を作っています。法人施設での行事には職員や時には家族も共に参加し、秋の里まつりは、法人の一大イベントとして定着しており、利用者の楽しみとなっています。 地元小学校の運動会の応援、行政主催の福祉祭りや阿蘇菊池ブロックのきらめきフェスティバルへの参加など、地域交流の機会としても主要な行事となっています。 新年には歩いて近くの神社へ参拝し、地域の中の事業所として活動しており、今後は安全確保や緊急時などを想定したグループホームに必要な内容を追加したマニュアルを作成し、利用者にとって外出がより身近で安心なものとなるよう、取組が期待されます。		
A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。		A・㉖・c
<コメント> 外泊は利用者・家族の意向に沿って行われており、遠方の家族の帰省に合わせて自宅に帰る方や、長期(1週間)に自宅に帰る方など、職員は希望日の調整や利用者の体調を見ながら支援しています。帰宅後には外泊時の出来事を嬉しそうに職員に話される等、家族との有意義な時間を後押ししています。 盆・正月の外泊を強制したり、利用者家族の事情を考慮せず無理に要請するようなことは行われておりません。 ただ、外出と同様外泊についても事業所の姿勢やルールに則ったマニュアルが必要と思われます。		
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られて		㉗・b・c

	いる。	
＜コメント＞ 所持金・預り金について、法人のマニュアルに照らし利用者が個別に管理し、夕食後のお金のチェックを世話人と一緒に行っています。月1万円の小遣いは、利用者の嗜好品（タバコ・アルコール）や菓子類、雑誌などの購入に充てられ、小遣い帳を使って自己管理することで、社会適応訓練の一つとしています。 収支報告は情報交換会や面談時などに行い、適正に管理されています。		
	A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	㉠・c
＜コメント＞ 雑誌は外出時に個人で購入されていますが、新聞は「昼間は施設に行ってみるから要らない」と職員に話され、個人購読されている利用者は現在おられません。 テレビやラジオ、キーボードなど個人で持ち込まれている利用者もおられ、特にテレビは夕食前や休日、好きな番組を楽しんでいます。タブレット端末を所持されている方とは、週末の使用を職員と話し合っています。		
	A-2-(10)-③ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	㉠・c
＜コメント＞ 嗜好品については、利用者と個別でルールを決めて支援しています。 喫煙をされる利用者の個別支援計画の中には、ルールやマナーを守りながら、ペースを維持しながら喫煙を楽しみ、眠い時は控え、ゆっくり休むようにすることなどがあげられています。 飲酒も同じくルールを決めて支援し、夕食時のビールを楽しみにされている方もおられます。アルコール類については、台所で職員が管理しています。		
A-2-(11) 社会適応訓練等		
	A-2-(11)-① 社会適応訓練等に関しては、利用者の状態に応じた支援を行っている。	㉠・b・c
＜コメント＞ 利用者の心身の状況や置かれている生活環境を把握し、個別支援計画を作成しています。 個別支援計画は、利用者や家族への説明のあと、同意を得て訓練などを実施しており、状況に応じて適宜必要な見直しが行われています。 家族とは法人施設の行事をはじめ、交流する機会を持っており、相談ごとや質問にはいつでも応じられる体制をとっており、日中は本体施設に電話で尋ねられることが多いようです。		

A-3 施設・設備

		第三者評価結果
A-3-(1) 施設・設備		
	A-3-(1)-① 施設・設備に関して、利用者や来所者が利用しやすいよう配慮されている。	㉠・b・c
＜コメント＞ 周囲に民家が点在し、先に事業を開始した“すぎな”は、もともと古民家改修型のホームです。 新たに創設されたつくしんぼと合わせて15室の運営を行っていますが、経年劣化や使い勝手を考慮し、必要な改修や改善が行われています。行政指導による補強筋のないブロック塀の撤去や、建物内は特に浴室や脱衣所が使いづらく、風呂場への空調や腰掛用の椅子の設		

置、2階窓に手すりを取り付けるなど、職員の意見から利用者の使いやすさと安全面の確保から改善されています。また、ひやりハットや事故報告があった場合は、早急に改善を検討し、玄関ポーチの拡張工事が行われています。

現在、待機者も多くおられることから、新たなホームの建設が計画されており、利用者や家族への更なる支援の拡充が期待されます。

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象Ⅰ～Ⅲ）	34	10	1
内容評価基準（評価対象A）	22	5	2
合 計	56	15	3