

## 福祉サービス第三者評価結果報告書 【障がい福祉分野】

### 【受審施設・事業所情報】

事業所名称	共同生活援助事業所 みんなの家フェロー	
運営法人名称	特定非営利活動法人 だんでらいおん	
福祉サービスの種別	共同生活援助	
代表者氏名	居宅支援部施設長 栗根 亮	
定員（利用人数）	15 名	
事業所所在地	〒 546-0022 大阪府大阪市東住吉区住道矢田6-5-27	
電話番号	06 - 6797 - 9916	
FAX番号	06 - 6797 - 8110	
ホームページアドレス	<a href="https://dandelions.jp/">https://dandelions.jp/</a>	
電子メールアドレス	<a href="mailto:dandelion@w2dion.ne.jp">dandelion@w2dion.ne.jp</a>	
事業開始年月日	平成18年10月1日	
職員・従業員数※	正規 18 名	非正規 12 名
専門職員※	社会福祉士 3人 介護福祉士 6人 栄養士 1人	
施設・設備の概要※	[居室] 居室1・2 各9.04㎡/居室3・4 各9.15㎡ 居室5 9.12㎡/トイレ4.84㎡/浴室4.04㎡ 洗面 3.45㎡/キッチン 5.62㎡	
	[設備等] エレベーター 火災報知器 スプリンクラー 衛生管理・空調管理の徹底のため センサー型手指消毒 石鹸ディスペンサー、次亜塩素酸除菌脱臭機 体調管理、転倒・転落防止のため各居室に見守りセンサーを導入	

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

### 【第三者評価の受審状況】

受審回数	0 回
前回の受審時期	年度

### 【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する事業所の同意の有無	有
---------------------	---

## 【理念・基本方針】

親亡き後、子が安心して暮らせる施設づくり  
①どのような障がいをもとうとも、人として当たり前前に自立した生活が送れ、安心して暮らせるために必要な支援に努力します。  
②自分らしく生きる＝自己実現はそれぞれの障がいをもつ方にとってどのようなことであるかを追求し、十分に発揮ができるような支援に努力します。  
③障がいをもつ方のニーズと社会資源を結びつけるためのケアマネジメントを行い、生活の質を高める支援に努力します。  
④障がいをもつ方の生活を確実に保障するために、地域の他施設や社会資源と連携し、障がいを持つ方を中心においた、地域支援ネットワークの構築に努力します。  
⑤一人ひとりの意思決定を支援することで自己決定を尊重し、必要に応じて新たな生活の場、活動の場を創造していきます。

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

当法人は、知的障がいの子を持つ親が「親亡き後、子どもが安心して暮らせる施設づくり」を理念に掲げ設立され、その理念のもとに施設・事業所が運営されています。  
障がい程度支援区分6及び5の利用者が中心で、強度行動障がいや自閉的傾向の強い人達が多く利用しています。  
また、そうした方々を支援・対応するために職員への研修、専門的な資格の取得に力を入れています。人権に配慮した支援を行おうとする姿勢が見られます。  
地域との関係を大切にして、近隣の道路や公園の清掃活動、地域の住民の拠点の場所として事業所の建物の一部を開放している事、情報誌等の地域へのポスティングや総合福祉セミナーなどを開催して社会福祉への理解を地域に広める取り組みを行っています。

## 【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人ほっと
大阪府認証番号	270051
評価実施期間	令和3年9月1日～令和4年1月31日
評価決定年月日	令和4年1月31日
評価調査者（役割）	1701B018（運営管理委員） 1801B007（運営管理・専門職委員） （ ） （ ） （ ）

## 【総評】

### ◆評価機関総合コメント

特定非営利活動法人「だんでらいおん」は、知的障がい児通園施設の卒園児童の保護者の活動によって平成17年3月に誕生しました。今回、評価を受けた共同生活援助「みんなの家」は、近鉄南大阪線「矢田駅」からは徒歩10分、地下鉄谷町線「喜連瓜破駅」からは徒歩20分の距離にあります。法人が行う多くの事業で系統的なサービスを実施し、親亡き後も安心して暮らし続けることのできる事業の一つとしてグループホームを展開しています。

家族のニーズに沿った「暮らし続けることの事業」を実践するとともに、将来的には社会福祉法人化への構想も具体的に示されています。

ただ、きめ細やかな福祉サービスを提供されていることから、職員集団としての組織は複雑化することも予想されます。

職員一人一人の役割や責任についてもマニュアル等での明文化をおこなうとともに、職員の現場での経験が専門性の構築につながるような振り返りや内部研修等の更なる充実を望みます。

### ◆特に評価の高い点

障がいの重い利用者支援・対応するために重度加算の基準を満たす職員配置以上に職員を加配している事に加えて、事業を再編し、より利用者に対して支援が行き届きやすい体制をつくっています。そして何よりも体調不調を訴えることが難しい利用者の健康状態の把握については、きめ細やかな支援を行っています。

職員へのキャリアアップを大切にして、研修等への積極的な参加の促進、専門的な資格の取得の推進に力を入れています。

職員への労務的管理についても、有給休暇の100%の取得を目指す事に加えて、就労時間の休憩の取得状況も把握されようとしています。管理職及び40歳以上の職員へは人間ドックの費用負担を行っています。

### ◆改善を求められる点

■苦情・事故報告書全般にわたり、謝罪文としての文書構成になっていました。事故 怪我等記録様式を統一化し、再発防止につながる記録に努め、事故後の対応・経過についても検証できる工夫が必要であると思います。

■看護師 栄養士を配置されていますが、日常的な利用者・家族との関りが薄いように感じました。利用者家族向けの学習会等、栄養指導や健康維持のための取り組みを専門家としての活用を望みます。

### ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価していただいた職員配置については、今後も手厚い配置を維持し、利用者様への支援の質を高めていきたいと思っています。また、ご指摘いただいた点については、随時改善していき、職員一人一人のスキルアップに繋がるよう研修計画等進めてまいります。法人理念や倫理綱領の職員への周知に関しても、一方的に伝えるだけでなく、定期的に理解度の確認を行うことで、職員一人一人の意識を高めていきます。当法人に足りない研修やマニュアルの情報提供など、評価以外でも大変お世話になりました。今回の評価をより良い支援に繋げられるよう尽力していきます。本当にありがとうございました。

### ◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

## 第三者評価結果

### 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

		評価結果
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。		
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)	理念、基本方針は確立されておりホームページ、パンフレット等の広報媒体にも記載されています。 職員への周知の努力も見られるがまだ、十分周知されている状況にはなり得ていません。	

		評価結果
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。		
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。	a
(コメント)	業界団体、地域の福祉関係の会合に積極的に参加し、業界新聞等からも情報、動向の把握に努めています。 経営状況や利用者の動向についても管理職会議等で状況の把握、分析が行われています。	
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。	a
(コメント)	管理職を中心とした会議で収支状況、職員、利用者の状況等の経営課題が論議され、問題点を明らかにして改善に向けての取り組みも行われています。 理事会、役員間での共有化についてもおこなわれています。	

		評価結果
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。		
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。	a
(コメント)	中・長期的なビジョンを作成されており、利用者のニーズに基づいた計画の実現を目指した事業の展開をしている姿が見られます。 見直しについても理事会や管理職会議等において確認・評価が必要に応じてされています。	
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
(コメント)	中・長期の計画を基に単年度における事業内容が具体化されています。 具体的な数値目標等も表記されており評価を行える状況にあります。 計画の報告についても、理事会や関係する会議等でされています。	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
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
(コメント)	事業計画は、各年度毎に職員の意見も反映して策定され、理事会などで報告され論議され見直しも行われています。職員への周知については、努力のあとが見られますがまだ、十分とは言えない部分があります。	
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。	c
(コメント)	家族などへの周知は、行われていますが利用者等についてはまだ、周知に向けての取り組みが行われていません。今後の努力が期待されます。	

		評価結果
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。		
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
(コメント)	利用者への支援や対応については、質の向上に対しての意欲が見られ第三者評価も受診されていますが、内部監査についての評価内容、評価記録が作成されていません。今後の改善に期待します。	
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
(コメント)	評価結果に基づいた課題が明確にされており、職員間でも共有化されています。課題の見直し、改善点の見直しも行われており改善されていますが、これらについて明文化されていません。	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
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。		
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。	a
(コメント)	管理職は、事業の経営と管理について役割と責任を明確にし意識を持って事業に取り組んでいる事がうかがわれます。非常時等における連絡先についても改善が図られています。	
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。	a
(コメント)	管理者は、遵守すべき法令等について把握する取り組みを行い、理解に努めています。必要に応じて社会保険労務士や税理士に相談できる体制もとっています。職員に対しても、遵守すべき法令等について周知を図る取り組みを行っています。	

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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。	a
(コメント)	管理職は、実施する利用者への対応や支援に対して評価・分析を行い課題に対して適切な改善策を講じている事がうかがわれます。 職員への教育・研修についても充実を図っている様子があります。	
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。	a
(コメント)	管理職は、各種会議等で経営状況などの分析を行い、業務の実効性の向上に取り組まれている事がうかがわれます。 職員への働きやすい環境整備についても、有給休暇の取得など働きやすい環境整備に努めています。	

	<b>評価結果</b>
--	-------------

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。		
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)	必要な人材、人員体制について利用者支援の質を担保するための育成について計画が作成されています。計画に基づいての育成が実施されていますが、人材の確保については、努力されている事がうかがわれます。	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	法人の理念・基本方針に基づき職員の経験年数や職責に合った必要とされるスキルを明確にしています。職員の評価についても周知され、一定の人事基準に基づき評価されています。	
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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。	b
(コメント)	職員の就業状況の把握が出来ており、有給休暇の取得の促進、休憩時間の取得ができています。職員の健康管理にも努力されています。 職員との面談も行われており、意見の聴取も行われています。 時間外労働の常態化については、更に配慮が必要だともわれます。	
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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
(コメント)	職員の実態に合わせた課題が明確にされており、設定された目標に向けての対応ができるようになっていきます。 職員面談においても課題や到達が話し合わせられ目標達成のための確認がおこなわれ必要に応じて指導も行われる体制があります。	
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)	法人の理念等を基に、職員に求められるスキル等が明確にされています。 職員の実態に合わせた必要とされる専門技術や資格が明確にされており教育研修が実施されています。 職員面談等の中で定期的に評価と見直しが行われています。	
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
(コメント)	年に数回の内部研修、職員の役職や経験年数に合わせた専門知識や資格が明確にされており、正規職員・非正規職員共に研修への参加が推奨されています。 職員が、教育・研修の場に参加できるように配慮もされています。	

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。		
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
(コメント)	介護福祉士及び社会福祉士の実習生マニュアルが明文化されており積極的に実習生を受け入れています。 近隣の学校とも連携が出来ており実習生を受け入れる体制が取られています。	

## 評価結果

## 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。		
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)	パンフレット、ホームページ等で法人、各事業の理念、事業計画・報告、予算・決算が公開されています。第三者評価の受審結果は公開されていますが、苦情・相談体制や内容に基づく改善・対応の公開がされていません。今後の改善を期待します。	
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。	b
(コメント)	経理や取引に関しては経理規定に基づき取り組まれるよう努力されており、職員にも周知がはかられています。外部の専門家による支援も受けられる体制もあります。内部監査については、監査内容と監査結果が明文化されておらず、今後の改善を望みます。	

## 評価結果

## 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。		
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
(コメント)	自治会への施設の開放、地域の関係団体との福祉関連セミナーの開催、他団体が行うイベントへの参加等を機会と捉えて交流が行われています。 地域清掃、各戸ポスティング等を通して地域との繋がりに努力されています。 今後は、地域との関わりについての基本方針の明文化が求められます。	
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
(コメント)	ボランティア受け入れ規定及びマニュアルを明文化され基本姿勢が明らかにされています。担当者も明確にされており、積極的にボランティアを受け入れる姿勢が見られます。	
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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
(コメント)	業界団体や地域の自立支援協議会等に積極的に参加し連携を図っています。 関係機関や団体とのリスト化と職員間での共有化は、十分とはいえません。	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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
(コメント)	業界団体や地域の自立支援協議会等に積極的に参加し連携を図り課題やニーズを把握されようとしています。 他団体との共催で福祉セミナーの開催や地元自治会等を通して地域の情報やニーズの把握にも努めようとしています。	

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。	a
(コメント)	他団体との共催で、福祉セミナーを公開で開催されたり、自治会などへの施設の解放や地域の公園の清掃等に取り組んでいます。 大阪コミュニティー財団の事業として、福祉・防災相談事項の受け入れ、災害時の避難所、資材の備蓄に取り組んでいます。	

### 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
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。		
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
(コメント)	倫理綱領を職員全員に配布、理念に基づいた実践を職員全員が意識し、働いています。また、利用者の意思を尊重した福祉サービスの提供を行っています。コロナのため定期的な家族会は最近開催されていませんが、利用者・家族アンケート等の定期的な実施をしています。	
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
(コメント)	グループホームで各部屋に温度センサーや離床センサーを設置して、各入居者の部屋に入って確認する等の頻度を減らしながら、利用者の快適性や安全性の確保に努めています。	
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。		
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。	a
(コメント)	事業所情報を支援学校、行政機関等幅広く提供されています。パンフレットも写真を多く使用し、目で見てわかるように工夫がみられます。また、QRコード読み取り式の新しく音声付パンフレットの仕様が追加されて、より一層配慮されたものになっています。	
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
(コメント)	契約書・重要事項説明書にはルビが振ってあり、視覚に訴えるなど障がいに応じて柔軟に対応されています。利用者のためにグループホームの各部屋に、視覚に訴える1日のスケジュール表が貼っています。	
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
(コメント)	現在のところ、グループホームの退去者がいないが、他の部署の生活介護、行動援護、計画相談と連携をとりながら、現状の福祉サービスを継続できるよう努力されています。今後、事業所の変更や移行に備え、対応を書面で記載して、利用者や家族に説明することを想定する必要があります。	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
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。	a
(コメント)	半年に1回のモニタリングの際、利用者様の満足度・充足度の確認を行っています。フェイスシート、アセスメントシートも半年ごとに、最新の情報に基づき見直しをしています。家族と懇談を行い、利用者の満足度・充足度の分析・検討を行っております。	

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。

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
(コメント)	苦情解決の体制を整備し、契約時に説明もしており、またわかりやすく示したものを掲示しています。苦情発生時には、受付簿に記入し、家族等に必ずフィードバックしています。第三者委員にも必ず報告・相談しています。しかし、より客観的な利用者等にとって良いサービスのため、第三者委員の複数化を早急に実現してほしいと考えます。	
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
(コメント)	グループホームから自宅に帰宅時の連絡ノートや職員の対応などで、直に入居者等から意見を随時間聞いて問題点があればその都度見直しされています。	
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
(コメント)	利用者支援の基本的な対応マニュアルやタイムチャートに沿って対応できています。家族などが意見を表明できる、ホームの意見箱の設置があるが、出来れば鍵付きの意見箱が望ましいと考えます。	

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。

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)	苦情事故、ヒヤリハットの報告・検証は職員会議で共有認識を深め、再発防止努められていますが、過去の事故内容や件数を一覧にして、まとまった形での検証・経過についての振り返りの取組み・検討を期待します。	
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
(コメント)	感染予防マニュアルの整備もされています。また、グループホーム内に、空気清浄機・次亜塩素酸空間除菌脱臭機を備えて、コロナウイルス感染症対策を徹底されています。各所に、センサー式ハンドソープ・消毒液、歯ブラシの除菌器を設置もされています。	
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
(コメント)	業務マニュアルに地震、火災等についてのタイムチャートを作成し、職員に周知徹底するとともに、年3回の避難訓練を実施されています。事務器具等の転倒防止策も十分できています。また大和川の氾濫に備えてのマニュアルも作成中です。	

		評価結果
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。		
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
(コメント)	グループホームの入居者それぞれの障がい特性に対する対応方法は、マニュアル化して統一した支援をしています。より良い統一化した支援をするため、会議などで入居者の支援のあり方について話し合いがなされ職員全員に周知されています。	
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
(コメント)	6ヵ月毎の個別支援計画作成時に、入居者、家族からの細かな要望もできるだけ取り入れています。例えば、食事のご飯の量やおやつに関する量についての各々の入居者の意見を取り入れて支援を行っています。	
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。		
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。	a
(コメント)	フェイスシート・アセスメントもモニタリング時期に、サービス管理責任者、担当職員などが集まり、個別支援計画を策定して、入居者の家族等と懇談を行い、見直しており、適切なアセスメントにもとづく個別支援計画が策定されています。	
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)	6か月に1回の見直し時期を定めており、入居者、家族と懇談を行い、意向把握と同意を得る手順を定めています。個別支援計画の変更内容については、共有フォルダ、原簿記録から全職員が閲覧できている状況を整えています。	
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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)	職員間では、職員会議や社内ネットワークにて情報の共有を図っています。非常勤職員については、通達文書、年度初めの上司との個別面談で話して共有化をしています。	
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)	個人情報保護規定に基づいて、入居者の記録、保管、保存に関しては適切に保管されています。今後、適切に文書管理するためにも文書管理規定の書面の準備をお願いしたいと考えます。	

## 障がい福祉分野の内容評価基準

		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		
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
(コメント)	全体職員会議やグループホームの事業所別会議で利用者の目線、利用者の権利等について議論する機会を設けて、入居者の自己決定を尊重した個別支援と取組みが行われるように努力されています。ホームでは、週末の行き先や、昼食の内容や購入したいものを確認して、各々の入居者の希望を尊重するように努めています。	
A-1-(2) 権利擁護		
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。	b
(コメント)	虐待防止・身体拘束適正化委員会を設置し、定期的に会議の場を設けています。一時的に身体拘束しないと支援できない場合は、同会議で拘束しない方法でできるよう検討をしています。虐待防止マニュアルだけでなく、権利擁護のマニュアル作成も望まれます。	

		評価結果
A-2 生活支援		
A-2-(1) 支援の基本		
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
(コメント)	半年に1回の利用者・家族との懇談の際にどの程度の支援・介助を行うか基準を確認しています。入居者が自分でできることを増やすように職員が心掛けています。	
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
(コメント)	入居者に応じて、声掛け・視覚的要素（絵・写真）・筆談等の手段を用いてより良いコミュニケーションが取れるよう支援を行っています。新しい職員の場合は、利用者との関係性を築くために、必要に応じて熟練した職員が間に入る配慮もされています。	
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)	常に利用者に声掛けをしており、コミュニケーションをとりづらい人に関しても、表情や行動、家族の意向をもとに利用者の意思を確認しています。レクリエーション等の行事の参加も、アンケートを通じて行きたい場所ややりたいことを利用者自身で決められるような配慮もされています。	
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。	a
(コメント)	土曜日、日曜日、祭日などに、入居者が生活介護への通所がない場合やご自宅に帰宅しない場合、ホームでドライブや昼食の買い物などの外出の機会を設けて支援しています。また、法人内の行動援護事業所と連携して、入居者の意思を尊重した社会参加を支援しています。	
A-2-(1)-⑤	利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行っている。	a
(コメント)	キャリアアップ支援制度を使い、職員に行動援護従業者養成研修、強度行動障がい支援者養成委研修の受講を行い、重度の障がい者の適切な支援が行えるよう組織を整えています。重度の障がいをもった人達には支援計画シート・支援手順書を作成し、それらに基づき支援を行っています。	

A-2-(2) 日常的な生活支援

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。	a
(コメント) ホームの食事については、栄養士の栄養バランスをなどを重視した献立に基づき支援員が調理を行っています。また、食事ごとに職員が検食を行い、味・分量、バランスなどを検証することにより、食事の質の向上を図っています。入浴・排泄・移動の支援については、個別支援計画書・支援手順書等に基づき支援を行っています。	

A-2-(3) 生活環境

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) 空間除菌脱臭機の設備を導入してで利用者が快適に過ごせるよう配慮しています。また、コンデションセンサーを導入して、各居室の温度、湿度が把握でき、より細かな空調調整を行っています。利用者が不安定になった場合、できるだけ本人に寄り添い本人の代弁者として対応できるように配慮しています。	

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練

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) 医師・理学療法士等の指導・助言のもと、入居者に応じた機能訓練・生活訓練を行っています。入居者に万歩計をつけてもらい、日々の運動量の把握につとめています。また、夕方の散歩の定期化等を法人内の行動援護事業所と連携を取りながら、日々の健康のため運動量の増大に努めています。	

A-2-(5) 健康管理・医療的な支援

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) 月に1回の医師と看護師による入居者への健康診断を行っており、異常があった際には、連携医療機関に連絡がとれる体制になっています。各居室に見守りセンサーを設置し、入居者の心拍や体動、睡眠状態などをモニターを通じて把握して入居者の健康管理に努めています。	
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) 医療に関するマニュアルを管理されています。服薬ミスが起きないように、入居者の服薬内容も記載している、顔写真付き薬袋を用意するなど工夫を行っています。服薬マニュアル作成して、誤薬時の対応に基づき、適切な対応をしています。	

A-2-(6) 社会参加、学習支援

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
(コメント) 東住吉区自立支援協議会に参加し、入居者の社会参加に関する情報を収集し、役立てています。法人内の行動援護事業所と協力して、入居者の外出の行き先に体験施設や博物館や防災センター等を取り入れ、社会参加や学習の機会を作っています。	

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

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) 地域生活や住環境の変更も視野に入れて対応されています。グループホームを終の棲家として希望する入居者に対しては、高齢化に対応できるよう環境整備を行い、介護保険との併用も視野に入れて考えています。	

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

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) 送迎時や連絡帳、ケース記録を通じて入居者の情報共有を行っています。半年ごとの支援計画更新時に、家族等に意見を聞いています。家族等の状況に合わせて柔軟に対応するなど家族の支援も心掛けています。	

		評価結果
A-3 発達支援		
A-3-(1) 発達支援		
A-3-(1)-①	子どもの障がいの状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	
(コメント)	評価外	

		評価結果
A-4 就労支援		
A-4-(1) 就労支援		
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。	
(コメント)	評価外	
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。	
(コメント)	評価外	
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。	
(コメント)	評価外	

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	『みんなの家』利用者・保護者を対象
調査対象者数	15人
調査方法	共同生活援助『みんなの家』を利用している方の保護者15名を対象にアンケート調査実施。調査票は施設から配布してもらった。回収は、利用者・保護者から評価機関へ直接郵送する方法を取りました。

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

調査対象者15名中11名の返送がありましたので、回答率74%

利用者の満足度についてはほとんど項目で満足感を感じていました。特にコロナ禍中での生活変化については、運動量の確保や健康管理に注意を払い、利用者全員が不安にならないようにも工夫をされていました。

また利用者家族に対しても生活状況の連絡等ホーム内での生活が見えるような努力もされ、家族からも信頼も高いことが明確になっていました。

食事提供も開所当時の職員が、利用者の嗜好に沿った形で提供されており、アンケートの満足度も非常に高い結果が得られました。

入浴に関しても「気持ちよくゆっくり入ることができるか」という問いに対しても満足度は高く、風呂場の清潔管理にも満足をされている結果がでていました。

#### 満足度が低い項目

◎ 全項目で「いいえ」の回答は無かった。

◎ 「あなたのやりたいことができるように必要な介助や支援をしてくれますか？」という問いに対して回答者全員が「はい」との回答でしたが、ホーム内での自由度を尋ねたテレビ 新聞 雑誌 電話 お酒 たばこに関する質問では 制限を受けていると感じられている人が2名いらっしゃいました。

個人のプライバシーを最大限に守り、利用者の嗜好に添えていく姿勢が感じられる中、飲酒、喫煙、電話等に対する制限については、ある意味「必要な支援」ではあると思いますが、一方通的な制限ではなく、利用者の自律に向けて、利用者自らが向きあっている、精神的なストレスに繋がらないような工夫が望まれます。

#### 文章記述による回答

◎文章回答からも利用者・家族の満足度は非常に高く事業所・職員に対する信頼度の高さが感じられました。

唯一の不安として、職員の交代についての記述がありました。「難しいとは思いますが、職員さんの交代をなるべくしないでほしい。本人が不安になると思います。」とありました。

今後とも利用者・家族に寄り添った支援を望みます。

## 福祉サービス第三者評価結果報告書【受審施設・事業所情報】 における項目の定義等について

### ①【職員・従業員数】

●以下の項目について、雇用形態（施設・事業所における呼称による分類）による区分で記載しています。

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

・パート、アルバイト、労働者派遣事業所の派遣社員、契約社員、嘱託などと呼ばれている人の人数。

### ②【専門職員】

●社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、訪問介護員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、社会福祉主事、医師、薬剤師、看護師、准看護師、保健師、栄養士等の福祉・保健・医療に関するものについて、専門職名及びその人数を記載しています。

### ③【施設・設備の概要】

●施設・設備の概要（居室の種類、その数及び居室以外の設備等の種類、その数）について記載しています。特に、特徴的なもの、施設・事業所が利用される方等にアピールしたい居室及び設備等を優先的に記載しています。併せて、【施設・事業所の特徴的な取組】の欄にも記載している場合があります。

	例
居室	●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等
設備等	●保育室（0才児、1才児、2才児、3才児、4才児、5才児）、調乳室、洗面室、浴室、調理室、更衣室、医務室、機能訓練室、講堂 等