

福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン

①第三者評価機関情報

評価機関名： 有限会社 保健情報サービス

②事業者情報

名称： グループホームよなご大平園	種別： 共同生活援助	
代表者氏名： 施設長 古志 賢次	定員（利用人数）： 13名	
所在地： 鳥取県米子市佐陀1976-3、佐陀1977		
TEL： 0859-56-6226	ホームページ： https://www.med-wel.jp/yonago/	
【施設・事業の概要】		
開設年月日： 平成19年11月 1 日		
職員数	常勤職員： 4 名 非常勤職員： 1 名	
専門職員	管理者： 1 名 世話人： 1 名	
	サービス管理責任者： 1 名	
	世話人： 2 名	
施設・設備の概要	(部屋数) (設備等)	

③理念・基本方針

<p>施設方針『ご利用者の満足・家族の安心・地域の信頼・笑顔の職場』</p> <ol style="list-style-type: none">1. ご利用者への最高品質のサービスの提供2. ご利用者への懇切、丁寧、誠実な対応3. 組織的業務の推進4. 健全経営とコンプライアンスの徹底5. 誇りと働きがいと風通しのよい職場

④施設・事業所の特徴的な取組

<p>民間のアパートを2棟借りて実施しています。障がい者が、社会の中で自立した生活を送るための中間施設として、生活や社会性の訓練機能に重点を置いた運営がされています。</p>

⑤第3者評価の受診状況

評価実施期間	平成26年10月1日（契約日）～ 平成27年3月 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0 回（平成 年度）

⑥総 評

◇特に評価の高い点

鳥取県西部地域の勤労意欲のある障がい者への支援と、在宅で暮らす障がい者の自立促進、生活の質の向上を目的とし、平成18年より事業を展開されています。
事業者の理念、ビジョン、使命などが明確にされており、ISO審査基準を満たされています。外部調査としてISO審査や福祉サービス第三者評価、鳥取県監査を受け、法人内ではISO評価や職員意見等に基づく改善、自己評価、会計監査、研修など常に質の向上を目指し職員全体で研鑽されています。
グループホームとして、民間のアパートを2棟借り、個々の住居と共有室を組み合わせながら新しい取り組みを実践されています。地域における様々な問題に直面しつつ、地域や関係機関との交流や連携を図る努力が見られます。改善策については、担当職員だけでなく事業所全体で改善策を検討されており、高い評価が得られています。

◇改善を求められる点

個々に必要な自立に向けた支援の継続とともに、地域の行事等（地域の火災訓練等含）に積極的に参加するなど、緊急時の地域との協力体制を確立し、地域の理解や認知度を高めることに期待します。夜間職員が不在のため、利用者からの連絡がなければ対応できない点において緊急通報システム等の構築も必要と考えます。

⑦第三者評価結果に対する事業者のコメント

地域の中で生活していることを意識してもらいながら、地域貢献も続けていきたいと考えています。
災害時の地域との協力体制や地域の理解、認知度を高めることについて今後できる所からひとつづつ取組んでいきたいと思えます。
平成27年度は各居室に簡易スプリンクラーを増設し、平成28年度以降に自動火災報知設備についても予算化し取組む方向です。

⑧各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙のとおり

福祉サービス第三者評価結果

※すべての評価項目（45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

評価項目	第三者評価結果	コメント
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	法人の理念、方針及び施設運営方針は、ISO品質マニュアルに明示されている。 法人理念の使命や役割を反映した施設運営方針になっている。2ヶ月に1回発行の施設機関紙や重要事項説明書、施設パンフレット、ホームページにも明文化されている。今年度法人全体でホームページをリニューアルされている。 職員に対して、前年度末の全体会議で資料配布し、法人の理念や施設運営方針について説明されている。職員会での復唱や職員名札裏面に運営方針を入れるなど周知に努められている。施設内にふりがなをつけた法人、施設の運営方針が掲示されている。利用者、家族にも事業計画と合わせて配布し、ミーティングや毎年6月に開催される家族懇話会で説明されている。利用者個々の能力に違いがあるため全員が理解できるかどうか難しいが、周知に努められている。

Ⅰ-2 経営状況の把握

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に対応している。		
2 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	障害福祉計画等を参考にしながら事業計画を検討している。市町村、民生委員、警察、消防署等の関係機関と連携を図り情報収集に努めている。予算執行状況や利用者状況等について運営会議、全体会議で報告し、検討されている。
3 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	中長期計画に沿った単年度の計画が策定されている。前年度の達成状況を確認しながら、随時見直しを行っている。

Ⅰ-3 事業計画の策定

評価項目	第三者評価結果	コメント
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。	a	ビジョンを明確にした中長期計画が策定されている。収支・利用率・職員比率、利用者へのサービスの提供他（6項目）を具体的に示した中長期計画となっている。 来年度は中長期計画の見直し時期であり、各施設の情報をもとに共通様式で策定されている。
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	中長期計画に沿った単年度の計画が策定されている。前年度の達成状況を確認しながら、随時見直しを行っている。

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	職員アンケート等からの意見をまとめ、それに対して施設長がコメントしたものを運営会議で検討し、全員に資料を配布して12月の全体会議でフィードバックされた。部門目標の達成度評価についての見直しや進捗管理を行なわれている。
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。	b	利用者、家族へは資料を配布し、ミーティングや家族懇話会で説明を行い周知が図られている。利用者全員が理解されるよう努力はされているが難しい面も見える。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

評価項目	第三者評価結果	コメント	
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	顧客満足度調査実施手順に基づき、利用者の満足向上に努められている。実地指導、ISOサーベイランス、監事監査、ISO内部監査、サービス内部評価等を受審し、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。
9	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。	a	内部、外部評価や監査等の指摘事項については是正処置報告書や改善計画書を作成し、迅速に改善に取り組んでおられる。自己評価は毎年実施されているが、今年度初めて福祉サービス第三者評価を受審された。今後は各事業所が定期的を受審できるよう計画される予定ある。

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

評価項目	第三者評価結果	コメント	
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。	a	施設長の方針を示し、業務分掌にて役割と責任を明確にしている。職員会や機関紙等で表明されている。災害時の事業継続計画についても表明されている。
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。	a	ISO外部文書管理台帳、遵守すべき法令等を示し管理されている。施設長自ら勉強会を開催し、法令について一口豆知識の文書等を配布するなど、職員が理解しやすい工夫を行い周知を図っておられる。法人の法令順守部会での取り組みも行われている。
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。	a	各種要綱の提案や見直し、専門的知識や経験に基づきケース検討会でのスーパーバイザーとして管理者自ら意欲を持ち、取り組んでおられる。職員アンケート内容は中長期計画の項目に合わせ具体的に書いてもらい、職員会議や運営会議で質の向上に生かされている。
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	収支状況についても運営会議や毎月の全体会議で報告し、原因や今後の課題等を明確にして職員全体での取り組みとなるよう指導されている。管理者は話しやすい雰囲気があり、職員からの信頼厚い。

II-2 福祉人材の確保・育成

	評価項目	第三者評価結果	コメント
	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	法人の配置基準により、職員を配置している。有資格者の配置について施設でも検討し、採用時の確認をしている。サービス管理責任者等の資格取得にも努めている。今年度、職員の福祉人材確保と定着のため、職員の処遇や産後の勤務体制について人事制度が見直された。職員の意見が反映され、産後子育て期間中の夜勤免除や研修や資格を取得した職員への手当て等、さらに働きやすく、働き甲斐が持てる環境が整備されたことは高く評価できる。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a	法人の人事考課規定により評価し、評価者についての研修も実施されている。能力については職務基準書、教育訓練や目標管理手順により実施されている。定期的な面接やフィードバックも実施されている。
	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組んでいる。	a	身上報告書や提案制度により意向等を把握している。毎月の有給消化の把握や時間外勤務時間を月3回確認しながら、必要に応じて指導している。法人互助会とは別に施設の互助会があり慶弔等行なっている。職員旅行（コース選択）運動会、予防接種や腰痛検査、大腸がん検診等への補助制度がある。また、施設独自のクラブ、サークル設立等の提案制度や全体会議での検討もある。職員のメンタルヘルスケアは、心の健康相談実施要綱に基づき自己チェックの実施や疲労蓄積度自己診断チェックリストを年2回実施されている。嘱託医（精神科医）、精神福祉士3名、27年2月より産業医も配置され職員が相談しやすい環境が整備されている。
	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。	a	職員教育の方針について、施設長の方針が事業計画等に明示されている。新規採用職員等の育成支援実施要綱に基づき、サポーター職員を付けて職員育成に努められている。
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	法人の研修委員会により階層別の研修等が実施され、県外研修も計画的に参加されている。養護学校教員等を講師に招き、施設内で研修する機会も取り入れられている。研修参加後は復命書により研修の成果、効果をもとに評価し、伝達研修や復命書を全員へ回覧されている。
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。	a	職員一人ひとりが希望が言える体制を整備されている。職務基準書から目標管理表へ落とし込み、弱い部分を目標として取り組まれている。施設内では研修計画に沿って全員が研修を受けられるシステムの構築がある。
	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教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a	受入責任者を配置し、手順に沿って受入れを行っておられる。個人情報保護の観点から念書を取り、学校等の目的に沿った計画を作成されている。介護福祉士科の見学実習、教員免許取得のための介護体験等を受入れることで、職員の質の向上も図られている。また実習受入れにあたり指導者研修にも参加されている。

II-3 運営の透明性の確保

評価項目	第三者評価結果	コメント
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	法人ホームページにて、よなご大平園の昨年度の各施設での事業実施内容、事故や苦情等の情報を掲載されている。また、年6回発刊のよなご大平園の広報誌「こころの花」でも情報を発信されている。 法人としても、年4回発刊の広報誌やホームページ上を通し、財務状況や各事業所の事業内容が情報公開されている。
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	法人監事機関による監査、経理監査を年1回受けられており、適正な経営が行われている。 ISO手順により、事務、経理、取引等がルール化されており、職員にも周知されている。

II-4 地域との交流、地域貢献

評価項目	第三者評価結果	コメント
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	近隣との良好な関係維持の目的も含め、近隣への「あいさつ運動」「ゴミ拾い運動（月1回）」等を実施された。自治会企画のクリーン活動による地域の環境美化や地域交流行事等で施設を理解して頂けるように機会を設けている。地域で生活する上でのルール、マナーの習得や入居者間で協力し合える関係づくりに取り組んでいる。地域住民を対象とした、あいサポート研修を行なった。
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	ボランティア、施設見学等は担当者を決めて受入れしており、参加者の方には個人情報等誓約書を依頼している。 職場体験やイベント時の屋台等協力ボランティアも増えてきているものの、ボランティア募集しても来られない現状がある。
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	関係機関・事業所等の一覧を作成されている。 相談支援事業所、養護学校、振興センターやハローワーク等と連携を図り、就労支援等を行なわれている。急患もあり、消防署と連携されている。問題ケースについては関係機関を含めての事例検討会を開催されている。サービス担当者会議等にも参加し、情報の共有を図られている。 米子市社会福祉協議会理事・鳥取県立米子養護学校関係者評価委員会委員（施設長）鳥取県知的障害者福祉協会理事（課長）鳥取県特別支援学校における医療的ケア運営委員会委員（看護師）として参画されている。

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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a	こども会との合同企画の夏まつり、地域住民を対象とした栄養士によるクッキングや看護師による健康教室の実施。公民館としての会議室の開放や備品の貸し出しを行なっている。災害時の地域住民の受け入れ先として、米子市と3月11日に締結した。11月15日に地域住民を対象とした、あいサポート研修を行なった。
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a	災害時の地域住民の受け入れ先として、米子市と3月11日に締結した。11月15日に地域住民を対象とした、あいサポート研修を行なった。養護学校教員研修や保護者の見学、民生委員の見学の受入れ等を行っている。地域自治会でのグループホームの参加は、高齢化などにより活動内容が合わない状況もある。清掃活動など単独で実施されているが、今後も交流しながらできる内容であれば参加していく方向である。

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

評価項目	第三者評価結果	コメント	
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	基本方針に明示し、職員会にて復唱することで徹底を図られている。人権や接遇についての研修が実施されている。また、障害者虐待防止委員会を設置し、アンケート結果をもとに研修等を実施されている。法人のプライバシーポリシー、施設内での取り扱いや職員服務規範に明示し、職員には誓約書、実習生やボランティアには念書を取られている。利用者に係る虐待防止要綱も整備されている。
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。	a	「緊急やむを得ないときの身体拘束に関する説明書」で説明し、了解を取られている。身体拘束の同意を家族に得ながら実施意識を持ってもらうようにされている。職員の虐待チェックリスト作成されている。身体介助が必要な場合には同性介助を心掛けているが人員体制上難しい場合もある。
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。	a	ホームページや施設パンフレットがあり、施設見学や事前面接も実施されている。施設見学や事前面接時には重要事項説明書をもとに説明を行っておられる。
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	利用受入手順に基づき、重要事項説明書、契約書を丁寧に説明し同意を得るようにされている。また、個別支援計画書にも同意を得られている。
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	事業所の変更等はあまりないが、法人内事業所での変更はある。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、関係機関と連携を図り、情報提供されている。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
33	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	年1回利用者満足度調査を実施し、結果をフィードバックしている。毎月の定例の利用者との朝会やご意見箱、カンファレンス、連絡ノート等にて意見を吸い上げ、対応している。障害に対する研修を行い、障害の特性を理解した上での支援に努めている。

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 リスクマネジメント委員会の設置と担当者を明示されている。福祉サービス処理要領により対応されている。重要事項説明書に相談窓口等のフローチャートを示してわかりやすく明示されている。 施設で対応ができないものについては、法人の苦情解決委員会による第三者委員による対応がされる仕組みとなっている。
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 直接相談、意見箱、アンケート等意見を述べやすい環境を整備されている。本人が書ける場合は本人に書いて頂く。また、書けない方については職員が相談しやすい雰囲気心がけ聞き取りなどの対応されている。利用者や家族相談・意見等は、意識してその都度聞くようにされている。家族からは直接意見を頂くようにされている。嗜好調査は管理栄養士が実施される。
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 朝会、意見箱、アンケートやカンファレンス等にて吸い上げ、組織的に迅速に対応している。利用者、家族からの意見要望には、話し合意の場を持ち、意思疎通を図り利用者満足の向上に努められている。
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 法人・施設のリスクマネジメント委員会を設置し、感染症や緊急時対応等のマニュアルや事故・ヒヤリハット報告を整備されている。 法人のリスクマネジメント委員会での水平展開や研修会を実施されている。
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 普通救命講習会や図上訓練等も実施されている。 感染症など緊急問題が生じれば、看護師、嘱託医、施設長が中心となり周知確認が迅速に対応されている。 事故・ヒヤリハットを集計分析し、予防に努められている。 予防の安全確保体制も嘱託医等と協力し整備されている。
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 夜間は救護施設と定時連絡を実施され、体調が悪い利用者等については救護施設へ一時的受入も可能である。急病時には救護施設職員による緊急受診等の対応も可能である。なお、緊急受診時に備え、看護連絡票を常備されている。(救護施設職員がバックアップ施設。) 緊急時や災害時の流れを各居室に掲示し、周知されている。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

評価項目	第三者評価結果	コメント
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 各手順書に基づいて提供し、日課、各手順書、品質マニュアル、運営便覧等により明示されている。
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 毎年4月の運営会議にて文書レビューを実施し、随時変更を行っておられる。ISO確認書を参考に、書類の確認や見直しを常に行っておられる。

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。	a	個別支援計画作成・変更手順により、アセスメント、モニタリング、カンファレンス等を実施し、課題等を把握しながら支援にあたられている。相談支援事業所と連携を図りながら、サービス等利用計画をもとに個別支援計画書を作成されている。 支援計画は「健康でただ生きている」ということでなく、『自分なりの長期目標を自覚し、生き生きと生活している』内容になるような目標設定を検討されると良いと思われる。
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。	a	6ヶ月ごと定期的に評価・見直しが行われている。アセスメントより意向、要望を聞き、見直しの支援計画は作成されている。状態変化の時は緊急に支援計画の変更が行われている。
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	利用受付手順・個別支援計画書作成変更手順に基づき記録されている。サービス経過、個別支援計画書等の個人ケースファイルや各日誌等に記録されている。 職員間は、職員会や連絡ノートでの周知により情報の共有を図り、記録の勉強会も実施されている。
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	情報開示については法人の個人情報保護規定により対応されている。個別支援計画に基づくサービスを提供し、上席が毎月記録を確認されている。 管理についてはプライバシーポリシー、施設での取り扱いや品質記録リストにて規定されている。

福祉サービス第三者評価結果 (付加基準－障害者・児施設版－)

※すべての評価項目（26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。

A-1 利用者の尊重

	評価項目	第三者評価結果	コメント
A-1-(1) 利用者の尊重			
1	A-1-(1)-① 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。	a	各種委員会、毎月の在宅支援係会議で検討、指示されたことで、必要なことをフィードバックされている。3ヶ月に1度、担当職員によるグループホーム会議を開催し、コミュニケーション手段を確保するための支援や改善点について検討されている。 利用者間での虐待や不適切な支援については、状況確認や配慮した対応を行っている。利用者の個別性（障害特性）を的確に把握し、利用者間の意見交換も参考に個別支援計画書を作成し支援されている。
2	A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	自己決定を尊重し、自主的な取り組みを支援されている。個室やキッチンが確保されているため、ある程度プライバシーは確保されている。利用者の誕生日には誕生者の意見をもとに、グループホームで誕生会を開催される。年1回の満足度調査を実施し、意見を反映させている。成年後見制度や日常支援事業に関する情報は必要に応じ提供される。
3	A-1-(1)-③ 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	毎月1回の利用者グループホーム担当職員との定例会において、コミュニケーションを図ったり、制度の説明をしたり、運営への希望や意見を聞いたりしている。 また、利用者の個別性に依拠して、毎週2回の個別面接の実施や制度の利用について関係機関と連携したりしている。 自立支援実施要綱をもとに、担当者支援会議を重ね、意向や自立に向けた目標を個別支援計画にあげ支援している。
4	A-1-(1)-④ 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	毎月1回の利用者グループホーム担当職員との定例会において、コミュニケーションを図ったり、制度の説明をしたり、運営への希望や意見を聞いたりされている。 また、利用者の個別性に依拠して、毎週2回の個別面接の実施や制度の利用について関係機関と連携したりされている。 なお、個別支援計画の策定はISOの手順書に基づき、利用者の同意を得られている。

A-2 日常生活支援

	評価項目	第三者評価結果	コメント
A-2-(1) 食事			
5	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	朝食は各部屋で摂られ、夕食は食堂となっている部屋に集合し摂られる。夕食（月から金）朝食（土、日）嗜好調査や不足している内容を管理栄養士がチェックされている。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。
6	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	利用者間で忘年会をしたいという意見を基に忘年会のメニューを決められたり、食事のメニューなど楽しく食べる工夫がされている。誕生日や希望でお弁当、外食など行事として楽しめることもある。金銭管理について助言されている。
7	A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a	火災防止のため、電磁コンロをIHクッキングヒーターに取り換えられた。食堂の設備や雰囲気について、利用者の意見を取り入れ改善されている。朝食は各部屋で摂られ、夕食は食堂となっている部屋に集合し摂られる。
A-2-(2) 入浴			
8	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。	非該当	
9	A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	非該当	
10	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	月1回居室の掃除チェックを実施し、浴室、脱衣場は利用者が掃除をしており、様子を見ながら指導されている。必要な方は支援に入り、一緒に行っている。
A-2-(3) 排泄			
11	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	非該当	
12	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	個々の個人部屋については、トイレを確認し、綺麗に清掃するよう促されている。防臭対策もされている。

A-2-(4) 衣服			
13	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。	a	自分で衣類の購入については、本人が選択ができるよう任せるようにされている。支援の必要な利用者の場合には支援される。
14	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。	a	極端に不潔な衣類は本人の理解を求め、処分される。衣類の清潔維持に支援の必要な方は洗濯の支援されている。
A-2-(5) 理容・美容			
15	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。	a	よなご大平園の救護施設に移動理美容の車が来るので、それを利用される方が多い。
16	A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	非該当	
A-2-(6) 睡眠			
17	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a	布団やタオルケットなど季節の応じた寝具を使用できるよう支援されている。天気の良い日には寝具を干したり、定期的にシーツの洗濯、シーツの洗濯交換の声掛けをされている。
2-(7) 健康管理			
18	A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	夜間は救護施設と定時連絡を実施され、体調が悪い利用者等については救護施設へ一時的受入も可能である。急病時には救護施設職員による緊急受診等の対応も可能である。なお、緊急受診時に備え、看護連絡票を常備されている。(救護施設職員がバックアップ施設。) 緊急時や災害時の流れを各居室に掲示し、周知されている。安全確認など朝来ていない方の確認も行なわれる。気にして欲しいことや注意事項は、紙に記載し意識づけをされている。
19	A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	必要な場合はスタッフに連絡してもらおうよう日頃から伝えている。朝、集合した時、体調に異常があれば職員に連絡することになっている。
20	A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a	薬箱に本人が保管されている。空き袋を入れてもらい、職員によって服薬の確認が実施されている。

A-2-(8) 余暇・レクリエーション			
21	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。	非該当	
A-2-(9) 外出、外泊			
22	A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a	地域で行われる行事や地域の運動施設、娯楽施設などの情報を提供し、利用者希望には必要に応じて支援を行っておられる。グループホームとしてボーリング、紅葉狩りなど実施されている。外出用の買い物等は利用者の方に任せるようにされている。
23	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。	該当なし	
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等			
24	A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	該当なし	
25	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。	a	利用者の意思や希望に沿い、利用方法を検討される。
26	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。	a	煙草の害があることを利用者が理解できるよう話されている。 安全の為に喫煙場所を室外に用意したいが、近隣からの苦情も考えられるため室内となっている。