

(別紙)

評価細目の第三者評価結果（共通）

※すべての評価細目（55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

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-(1)-①	理念が明文化されている。	Ⓐ・b・c
I-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none">・パンフレットに、「基本的人権の尊重、快適な生活環境の維持に努める」等6つの指導方針を明記している。・事業計画書に、「利用者が多くの体験をし、自己選択し、自己決定ができるように支援する」等5つの支援要綱が明記している。この支援要綱は、生活支援課長が、この施設にも基本方針が必要との思いから10年程前に作成している。		
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
I-1-(2)-①	理念や基本方針が職員に周知されている。	a Ⓑ c
I-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none">・基本方針を職員トイレに掲示する、4月の年度初めの全体会議の際に事業計画を配布し説明する等の取り組みは行っている。しかし、職員への聞き取りにおいて理念・基本方針の捉え方に違いがあった。全職員が統一した理念や基本方針の捉え方が必要である。・利用者には自治会において、家族には入所が決まった時などに資料を渡し説明している。		

I-2 計画の策定

I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	第三者評価結果
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a・b・ c
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a・ b ・c
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。	
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a ・b・c
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a ・b・c
I-2-(2)-② 事業計画が利用者に周知されている。	a ・b・c
<p>・利用者や家族、職員等から男子棟の建て替えの要望があり、理事会にて平成22年度頃から話し合いを重ね、現在立て替え中である。修繕や改築等の案が挙がらないと、計画書は作成しないとのことであるが、評価基準では、施設整備だけではなく、職員体制、人材育成等、ソフト面も含めた目標（ビジョン）を達成するための中長期計画の策定が求められている。</p> <p>・毎年事業計画書を作成し、委員会活動や利用者のクラブ活動、職員の職務分担表など細かく整備している。平成24年4月からは、新体系へ移行する為、委員会活動の見直しを行なうとのことである。</p> <p>・毎年、2月、3月の職員会議で事業計画の内容について、話し合いを行なっている。この事業計画は、4月に職員全員に配布されている。</p> <p>・年2回の家族会で、事業計画を配布し説明をしたり、毎月の学園だよりでも行事についてお知らせをしている。利用者へは、自治会で説明をしたり、園内に掲示するなどして周知している。</p>	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。		Ⓐ・b・c
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。		Ⓐ・b・c
<p>・赤木学園事務分掌表に、業務の統括および指揮監督に関することと、園長の責務を明記している。また、毎日朝礼に出席し、職員に対し常日頃から利用者の処遇について注意を促している。</p> <p>・知的障害者福祉協会に所属し、園長を初め職員が各種研修に参加している。障害者福祉法を始め、人権擁護に関する法令は特に重要視しているとのことである。</p>		
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。		Ⓐ・b・c
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。		Ⓐ・b・c
<p>・職員からスキルアップの為に研修に行きたいとの希望があれば、できるだけ参加できるように後押ししているとのことである。最近では、心肺蘇生方法の研修に参加したいとの要望もあり、職員3名が参加している。</p> <p>・常にコスト分析を行い、電気代が予算を超えている時には、園長から利用者に支障がない程度で節電するように伝えている。また、調理の手間と材料費のコスト面を考慮し、検食等の職員以外は昼食を持参するよう依頼している。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。		○a・b・c
Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。		○a・b・c
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。		○a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・佐世保市やその他の市と連絡をとりあい、定員を満たさない場合には、主に佐世保市に連絡をし、入所できるようにしている。 ・利用者の推移表を、事務の業務日誌に記載し把握している。 ・年3回税理士が訪問し、アドバイスを受けている。どんなことでも理事会で承認をとるようにと、アドバイスを得ている。 		

Ⅱ-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。		○a・b・c
Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。		a ○b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉主事や介護福祉士・社会福祉士等の資格取得を支援している。現在、社会福祉主事と介護支援専門員の取得に向けて勉強中の職員には、勤務を配慮したり学校に通学する場合には、有給を使えるようにしている。 ・無資格者が資格を取得した場合、または役職づきになった場合、毎年4月に給与規程に基づき、昇給を行っている。しかし、資格を有して入社してきた職員が、在職中に資格を取得しても昇給がなく、今後の課題であるという認識していた。この項目は、考課基準を明示し、客観性・公平性・透明性を確保した人事考課が求められている。 		

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	第三者評価結果
Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a・b・c
Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・有給休暇取得状況表を活用し、有給を管理している。有給は1日休と半日休どちらかでとることができ、利用者の病院付き添い等で残業をした場合、他の日に代休がとれるようにしている。職員の聞き取りからも有給はとれやすいとのことである。 ・長崎県社会福祉協議会から福利厚生センターへの加入を勧められ、加入している。この事業によって、宿泊先を安く利用できたり、健康診断で細かいところまで検査ができることもあり、職員の利用率は高いとのことである。 	
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	第三者評価結果
Ⅱ-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a・b・c
Ⅱ-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	a・b・c
Ⅱ-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・運営規程に、『職員の資質の向上のために研修の機会を、「採用時研修採用後2ヶ月以内、継続研修年1回」設けるとし、執行体制についても検証、整備する』と明記している。 ・研修に参加する職員は、施設長が選任し、各職員のレベルに合わせた受講を促している。長崎県内の障害施設 6施設が集う夏季セミナーには、ほとんどの職員が参加し、他の施設の事例を聞いたり、知識や技術を学んでいる。 ・研修報告書や出張復命書を提出し、年2回～3回の職員会議で研修内容を発表している。評価基準では、さらに研修成果を評価し、次年度の研修計画に反映することまで求めている。 	

II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。	第三者評価結果
II-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備し、積極的な取組をしている。	(a)・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・保育士や介護福祉士資格取得のための実習生を受け入れ、実習オリエンテーションに基づいて説明を行なっている。実習生受け入れ窓口職員を2名で担当しており、実習中は各職員が担当している。利用者の日課表の流れに従って実習を行い、まずは障がい者について学ぶこと、慣れることを重点に置き指導をしている。 	

II-3 安全管理

II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組みが行われている。	第三者評価結果
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	(a)・b・c
II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行なっている。	a (b)・c
II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a (b)・c
<ul style="list-style-type: none"> ・内服薬管理マニュアル、誤薬防止対応マニュアル、てんかん発作対応マニュアル、夜間を想定した緊急時（誤薬・急病）対応マニュアルを看護師が作成し、職員がいつでも見ることができるようにしている。緊急時には、まず看護師に連絡するようになっており、看護師が休みの日でも連絡がとれる体制である。 ・防災管理マニュアルを整備し、月1回は夜間想定も含めた避難訓練を実施している。避難訓練には、消防署が年2回立ち合い、避難訓練を行っている。建て替え中の男子棟は耐震強化されているが、女子棟を含む園舎は建物の老朽化が進んでいる為、例えば耐震診断を受けて必要な場合には耐震措置を実施する等の取組みが必要である。 ・事故報告書に記載し、支援会議やケース会議で話し合い対応をしている。今後、ヒヤリハットも含め小さなことでも事例として取り上げ、検討した結果を職員へ周知するなどの取組みが必要である。 	

II-4 地域との交流と連携

		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。		
II-4-(1)-①	利用者地域とのかかわりを大切にしている。	Ⓐ・b・c
II-4-(1)-②	施設（事業所）が有する機能を地域に還元している。	Ⓐ・b・c
II-4-(1)-③	ボランティア受け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・b・Ⓒ
<ul style="list-style-type: none"> ・敬老のお祝いとして町内の高齢者がいる家庭を利用者・職員で訪問し、手作りのプレゼントを贈っている。また、年5回は近くの小学生との交流会を行っており、地域との連携を深めている。 ・利用者と一緒に地域の草刈作業を行ったり、学園祭や運動会に地域の方を招待している。 ・学園祭や運動会等にはボーイスカウトに協力してもらったり、学生ボランティアが月1回訪問し、カレンダー作りやひな祭りの壁画を作成している。まだ一般ボランティアを受け入れていないが、今後受け入れることが必要になれば、受入マニュアルなどの整備が必要であると思われる。 		

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		第三者評価結果
II-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	a・Ⓑ・c
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・福祉事務所や保健所、小学校などと常に連絡がとれる体制である。しかし必要な社会資源をリスト化されていなかった。どのような機関と連携をしているか職員に周知するためにも、必要な社会資源の見える化が必要である。 ・長崎県北地域の知的障害施設との集まり、県北校友会に所属し、年3回研修を行ったり、ソフトボール大会などに参加し連携を図っている。また、長崎県社会福祉協議会の研修に参加し情報を収集している。 		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	Ⓐ・b・c
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・長崎県から地域療育等支援事業の委託を受け、平成4年からコーディネーターが障害を持って在宅で生活している家庭を訪問している。コーディネーターの知り合いや、他の施設から「この家庭を訪問してほしい」との依頼があり、主に平日の夜や土日に家庭訪問を行なっている。その結果、当施設への入所やショートステイの利用が決まったり、他の施設へ入所につながっている。 		

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

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	第三者評価結果
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a・b・c
<p>・事業計画の支援要綱に、「利用者が多くの体験をし、自己選択し、自己決定できるように支援する」「利用者の表情や行動・サインといった表情の意思表示ができるように利用者とのコミュニケーションを大切に、より良い支援を目指す」と記載している。施設内に権利擁護推進委員会を立ち上げ、職員が講師となり利用者の人権擁護、虐待防止等についての研修を行なっている。</p>	
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a・b・c
<p>・基本的に同姓介助を行なっている。1人で入浴したいと希望する利用者は、見守り介護を行なうなど配慮している。権利擁護推進委員会の研修で、プライバシー保護を含めた規程や資料の配布があったが、今後はこの資料などをもとに、この施設での必要なことを点検し、見直すことが必要であると思われる。</p>	
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。	第三者評価結果
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a・b・c
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a・b・c
<p>・月1回の自治会の話し合いで利用者から意向を聞き取っている。以前はバレンタインの日にお菓子をやりとりしていたが、阪神・淡路大震災を期に募金を募りたいとの意向が挙がり、現在も継続中である。また、各担当が利用者一人一人に要望を聞きとる機会を設け、外食や買い物に行きたいとの希望があり、最近では月1回の頻度で外食の機会を設けている。</p>	

Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	第三者評価結果
Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	○a・b・c
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	○a・b・c
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	○a・b・c
<p>・意見箱を設置しており、以前「外出したい」と投函した利用者がいたとのことである。また、要望・意見窓口は基本的に担任であるが、他の職員にも話ができる体制である。</p> <p>・苦情窓口担当者・苦情解決責任者・第三者委員の氏名を重要事項説明書に記載し、利用者または家族に渡している。意見箱に入っていたもの、利用者から直接聞く要望などは、改善結果報告書に記載し、すぐに対応をしている。</p> <p>・利用者から聞いた要望や苦情の中で、担任で解決できない場合は、主任や副主任が対応をしているケースもある。</p>	

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a (b)・c	
Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	a・b・(c)	
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a・b・(c)	
<p>・福祉サービス第三者評価は今回初めての受審であるが、平成24年度から「業務上の責任をきちんと果たしているか、言われなくても自分で考え行動できるか」等の項目をまず各職員が自己評価し、その自己評価をもとに主任と副主任が面接をする予定である。今後の取組を期待したい。</p>		
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		第三者評価結果
Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	(a) b・c	
Ⅲ-2-(2)-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) b・c	
<p>・ケース会議で、職員の支援の仕方を統一する為、利用者個人への対応方法について話し合いを行なっている。最近、新体系への移行によって移行期間が過ぎると、別の施設へ変更しないといけないという利用者があり、精神的なサポートが必要との認識である。</p>		

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	第三者評価結果
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a・b・c
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・b・c
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a・b・c
<p>・看護師、夜勤者、日勤者が業務日誌を記録し、その日誌をもとに担当が支援内容を記録している。職員に対し、記録は正確に、プライバシーを配慮して記載するよう指導している。</p> <p>・利用者の記録は、支援室の鍵つきのロッカーで保管しており、利用者や家族から申し出があれば、記録を開示することもある。運営規程に、「利用者に対する入所の提供に関する諸記録を整備し、入所を提供した日から5年間保存する」との規程は定めているが、廃棄に関する規程がなかった。以前、強風で記録を保管していた倉庫が倒れ、記録を廃棄したという事例もあり、万が一のための廃棄の規程の作成が求められる。</p> <p>・朝礼や支援会議、ケース会議等で常に職員へ情報が伝わるようにしている。また会議などに参加していない職員へは、回覧してきちんと情報が伝わるような仕組みである。</p>	

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。	
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a・b・c
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a・b・c
<p>・写真つきのパンフレットを整備し、施設見学者へ渡している。今後新体系へ移行する為、新しいパンフレットの作成が必要だと思われる。現在男子棟の建て替え中であり、建て替え終了後、新しいパンフレットとホームページ作成を検討しているとのことである。今後の取り組みを期待したい。</p> <p>・入所が決まった利用者へは、重要事項説明書と契約書を用い説明を行なっている。ショートステイの利用者へは、ショートステイ利用者プロフィールに性格・服用している薬などを記載し、情報を得ている。</p>	
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a・b・c
<p>・以前他の事業所に移行した人は、施設間の集まりなどで会う機会があり、その際に現在の状況を確認している。現状では、他の事業所へ変更や家庭に戻るケースが頻繁にはないが、今後そのような場合を想定し、他の施設や家庭への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めるなどの取組が必要であると思われる。</p>	

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。		Ⓐ・b・c
<p>・利用者の状況（生活動作等支援、社会参加等支援）の所定の書式に担当が記録している。利用者の状況は、項目に基づき本人の状況とその環境、援助のレベルまで記載可能である。利用者の状況は、毎年1回見直しを行なっている。</p>		
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。		Ⓐ・b・c
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。		Ⓐ・b・c
<p>・担当がサービス計画書1（利用者及び家族等の意見、総合的な支援の方針）とサービス計画書2（ニーズ、長期援助目標・短期援助目標、支援内容）を作成している。グループ長に確認後、主任・副主任が確認する体制である。サービス計画書1で、在宅で生活がしたいという意見が利用者から挙げた場合、サービス計画書2の援助内容に、身の周りのことができるよう調理実習等に参加する等具体的な援助方法が記載されている。</p> <p>・年2回サービス担当者会議を行ない、サービス計画書について検討している。この会議には、看護師・栄養士も参加し、様々な角度からの意見を取り入れている。</p>		

(別紙)

評価細目の第三者評価結果（障害者・児施設）

※すべての評価細目（28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

	第三者評価結果
1-(1) 利用者の尊重	
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・ b ・c
<p>・利用者とのコミュニケーションについては、事業計画の中の基本方針で重要視されている。毎年年度初めの会議で、職員皆で共有化出来る様に対応している。言葉に出来ない利用者に対しては、写真やカードを用いたり、日頃から表情、動作、行動等の観察を行い、異常の早期発見に努めている。</p> <p>・今後、利用者のコミュニケーション能力の向上や、職員皆で一人ひとりの利用者にあったコミュニケーション手段が共有化できる様に、個別支援計画の中に反映できるような取組が必要である。</p>	
1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a ・b・c
1-(1)-③ 利用者の自力で行な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
<p>・利用者全員が会員となり自主的に運営している自治活動「もみじ会」がある。この会の目的は「お互いが協力して明るい学園を作り、楽しく豊かな生活を送れること」である。自治活動は月1回開催され、今年度は、誕生会の企画を自主的に行ったり、運動会や学園祭等の学園行事にも役員として、積極的に参加している。自治活動の中で寄せられた、利用者からの要望については随時職員間で検討し対応している。</p> <p>・利用者が出来る事は自力で出来る様に見守りの姿勢で、出来ないところを介助し、個別に応じた対応を支援している。</p> <p>・全職員による支援会議や数人に分かれてのグループ会議で、利用者の支援内容について話し合い、個別支援計画に反映されている。</p>	

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)・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・就労支援に向けて、個々人の能力の幅が広がるように支援している。利用者毎に、個別支援計画書を策定し、社会生活を高められる様に取り組んでいる。 	
1-(1)-⑤ 利用者に対して緊急やむを得ない場合を除き、行動抑制や身体的拘束は行わないようにしている。	(a)・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束マニュアルが整備されている。緊急やむを得ない場合は、利用者・家族へ説明し、同意を得て行っている。 	
1-(1)-⑥ 利用者に対する暴力、言葉による脅かし等の不適切な関わりの防止と早期発見に取り組んでいる。	a・(b)・c
<ul style="list-style-type: none"> ・不適切な関わりを防止するために、普段から利用者からの訴えやサインを見逃さない様に、日々の引き継ぎの中で注意している。しかし、不適切な関わりの起こりやすい状況や、場面についての研修は実施されていない。今後、様々な状況を想定した研修や、職員間での話し合いを行い援助技術を習得出来る様な取り組みが必要である。 	

A-2 日常生活支援

	第三者評価結果
2-(1) 食事	
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
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・b・c
2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a○b・c
<p>・給食会議は月に1回、翌月の誕生者と、栄養士、支援員が集まり、改善して欲しい事、翌月の誕生者が希望される献立を聞いて、翌月の献立に「誕生者メニュー」として取り入れる様にしている。また、健康診断の結果について、看護師と検討し、食事の量を減らしたり、低カロリーのゼリーへ変更している。</p> <p>・美味しく、楽しく食べられる様に、学園の農耕班で利用者が作った米や、野菜を収穫し献立に取り入れている。利用者自身が、収穫した喜びを味わいながら食している。利用者の健康状態に応じて、食事の形態や献立内容について変更が可能である。常に消化が良い食材を準備し、安心である。 咀嚼・嚥下状態の悪い利用者については、特別食（ミキサー・きざみ食等）で対応している。</p> <p>・食事介助が必要な利用者は、職員が側に付き添い見守り・支援を行ない、ゆっくり食べる事が出来る様に配慮している。 食事時間は規定時間があり、利用者の食事摂取状況やその日の体調に応じて、幅を持たせている。 喫食環境は、利用者の状況にもより、家庭的な雰囲気をつくりづらいが、今後新しく建て替える際には、家庭的な雰囲気に近づける様な取り組みを期待したい。</p>	

2-(2) 入浴	第三者評価結果
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。	(a)・b・c
2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	(a)・b・c
2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境整備は適切に行われている。	a (b) c
<p>・利用者の障害程度に応じて介助を行うが、なるべく自分で出来る事は自力で行ってもらい、出来ない事を手伝う様に支援している。入浴前には看護師が体調確認を行う、バイタルサインを測定する等、安全に入浴が出来る様に配慮している。</p> <p>・入浴は極力利用者の希望に添える様に対応しているが、基本は週3日で、夏場は毎日対応している。作業後や職場実習、失禁等、必要に応じて対応出来る様に、浴室は小さな浴槽と大きな浴槽と2つ設置している。</p> <p>・現在の浴室は、段差があり車椅子の利用者、視力低下のある利用者等は、使いづらい環境である。また、照明が暗い、換気が悪い、冷暖房設備がない等、利用者・職員共に快適な環境とは言えない。現在、建設中の新館では、これらの問題点が解消される環境になる事を期待したい。</p>	
2-(3) 排泄	
2-(3)-① 快適な排泄ができるよう介助に配慮している。	(a)・b・c
2-(2)-② トイレは清潔で快適である。	(a)・b・c
<p>・便意や尿意を訴える事が出来ない利用者については、時間を見ながら排泄を促している。排泄チェック表を記録しており、看護師が随時確認し、異常がないか把握している。</p> <p>・現在、オムツを利用している利用者が数名いるが、日中はオムツを外しトイレ誘導を行っている。排泄介助においては、プライバシーに配慮した介助が行われている。トイレは毎日掃除をしている。汚れがある時は、その都度掃除している。防臭対策として、消臭剤を設置していたが、利用者が食べ物と勘違いして食べる事があるため、現在は消臭スプレーで対応している。便器は洋式と和式があり、利用者の状況に応じて対応出来る様にしている。</p>	

2-(4) 衣服	第三者評価結果
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)・b・c
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)・b・c
<p>・衣類購入については、利用者が希望する衣服を購入する様にしている。購入時は利用者も一緒に外出し、利用者が目で見て選択出来る様に取り組まれている。利用者も外出して選べる楽しみがあり、外出は毎月1回～2回実施している。 意思疎通が難しい利用者は、職員が見合った衣服を選択し、購入している。</p> <p>・着替えは自由にでき、介助が必要な利用者については、職員が介助している。作業後や食後等、衣服の汚れた時、随時声かけをして更衣を促したりしている。利用者の強いこだわりで、着替えをしない利用者も中にある。利用者の意思を尊重し対応している。</p>	
2-(5) 理容・美容	
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)・b・c
2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	(a)・b・c
<p>・身だしなみは、個々の好みを尊重し対応しており、髪型や化粧等は、利用者の意思で決めている。理容や美容に関する雑誌を、希望に応じて提供や購入を行っている。 特に女性の利用者は、TPOに応じて自分で化粧を行っている。</p> <p>・ボランティアの方が、月に数回来園し整髪している。利用者の希望で、外部の美容室を希望する場合は、職員が送迎等の支援を行っている。 現在、建設中の新館にも、理容室が準備されている。</p>	
2-(6) 睡眠	
2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	(a)・b・c
<p>・不眠に対するマニュアルは整備されていないが、安眠出来る様に、利用者の好む寝具を準備している。睡眠状態、夜間の状態については、職員間で伝達・記録し対応している。 同室者が安眠を妨げる恐れがある場合は、居室移動を行う等工夫している。</p>	

2-(7) 健康管理	第三者評価結果
2-(7)-① 日常の健康管理は適切に行われている。	(a)・b・c
2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	(a)・b・c
2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a (b) c
<p>・健康診断は年に2回実施しており、癌検診については希望者のみ行っている。毎朝、バイタルサインの確認、体調確認を行い健康管理に努めている。看護師が常勤で勤務し、主治医との連携、通院介助、服薬管理、健康相談等に応じている。家族へは年に2回、健康面について本人状況便りを作成し報告している。</p> <p>・健康マニュアルを作成し、全職員へ配布している。マニュアルの内容は、病院電話表、夜間緊急マニュアル、内服薬マニュアル、利用者年齢表・利用者体重表、入院時マニュアルとなっている。利用者の既往歴についてもまとめてあり、緊急時にスムーズに対応出来る様に工夫されている。インフルエンザの予防接種は全利用者実施している。</p> <p>・内服薬は施錠した棚で保管し、誤薬がない様に、職員3人で確認し服用している。体調不調を訴える事が出来ない利用者は、普段から日頃の状況を観察し、異常の早期発見に努めている。特に2、3月は体調不調を訴える利用者が多いため、注意している。</p> <p>・救急マニュアルやてんかんマニュアルはあるが、定期的な見直し、全職員への周知については不十分な点がある。また集団生活の場であるが、感染症についての研修が実施されていない。全職員への周知活動が行われる様、今後の取り組みに期待したい。</p>	
2-(8) 余暇・レクリエーション	
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。	(a)・b・c
<p>・利用者の希望については、毎月1回開催される自治活動の中で聞いており、毎月行われる誕生会、クラブ活動、運動会、学園祭等は利用者の希望を聞いて対応している。</p> <p>・利用者が好みそうな歌手のコンサートや、行事について職員が情報提供し、また毎年学生ボランティアを受け入れ、利用者と交流を積極的に行っている。</p>	

2-(9) 外出、外泊		
2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。		a・ b ・c
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・ b ・c
<p>・外出、外泊についてのルールは特に定めておらず、利用者の希望に応じて外出・外泊ができるようになっている。 外泊時は家族の協力を得ており、お互いに情報交換し、安全に外泊が出来る様に対応している。しかし、最近では外泊する利用者も減少し、帰れない利用者については、精神的に落ち込みがない様に注意している。</p>		
2-(10) 所持金・預かり金等の管理		第三者評価結果
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。		a ・b・c
<p>・預かり金管理規程があり、管理規程に基づき、出納担当の職員と、支援員が連携して対応している。利用者別に小遣い帳を作成し、収支を記録し、3ヶ月に1回保護者へ報告している。</p>		
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 ・b・c
<p>・各居室に個人所有のテレビ・ラジオ等があり、それぞれ好きな番組を見ている。雑誌については、希望する利用者のみ購入している。</p>		

	第三者評価結果
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) b・c
<p>・施設内でお酒を飲む利用者はいないが、行事の打ち上げの際に飲む機会がある。利用者の意思を尊重し、支援している。現在、喫煙者はいないが、喫煙を希望する場合、喫煙場所以で対応する。火気は職員が管理している。</p>	

A-3 安全・衛生・事故防止

	第三者評価結果
3-(1) 安全・衛生・事故防止	
3-(1)-① 安全確保や衛生管理又は事故防止に関するマニュアルが整備されており、その対応方法について、全職員に周知されている。	a (b) c
<p>・衛生管理マニュアルや防災管理マニュアルは整備されている。毎月避難訓練を実施し、夜間想定訓練も行っている。マニュアルは全職員へ配布されているが、内容についての周知は十分ではない。急なてんかん発作を起こす利用者もいるため、危険個所についての整備を定期的に行い、利用者の安全が確保できる様な取り組みに期待したい。</p>	
3-(1)-② 事故防止のためチェックリスト等があり、事故防止に向けた具体的な取組を行っている。	a (b) c
<p>・事故防止のためのチェックリスト等は整備されていないが、普段から事故がない様に、職員間で朝の引き継ぎの中で確認している。 今後、職員間でヒヤリ・ハットを記録し、月1回開催される支援会議の中でヒヤリ・ハットの事例について意見交換を行い、事故を未然に防ぐ様な取り組みを期待したい。 また、事故報告書はあるが、今後の対策についても検討し、見直しができる様に努力して欲しい。</p>	