

長崎県福祉サービス第三評価結果報告

①第三者評価機関名

| |
|----------------|
| 有限会社医療福祉評価センター |
|----------------|

②事業者情報

| | |
|--------------------------|------------------|
| 名称：共同生活援助 佐世保中央 | 種別：共同生活援助 |
| 代表者氏名：田島光浩 | 定員（利用人数）： 35名 |
| 所在地：長崎県佐世保市万徳町5-9 中山ビル1階 | TEL：0956-23-5252 |

*施設・事業所情報は、事業所プロフィール参照

③施設・事業所の特徴的な取組

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・佐世保の街で豊かな生活ができるように、さまざまなタイプのホームを設置して、障がいの程度等に応じた住環境の選択肢がある。・個々を重視したライフプランを支援している。特にふれあいネットワーク、サン佐世保、婚活ぶーけ、里山クラブ等、外部との接触を多く持つことができるように視点を広げている。・「食」へのこだわりを追究している。食は生活を営む上で楽しみの一つであるという共通認識を高め、バランスの取れた食事を提供している。食事を配食する際は、敢えて半調理状態で実施して、利用者と一緒に作ることで、自立支援のスタイルをこの点でも徹底している。・地域の中で利用者が安心して生活できるように、地域の行事に参加したり、運営推進会議を開催して、地域の様々な立場の住民との意見交換や、周知活動に力を入れている。 |
|---|

④第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|---|
| 評価実施期間 | 平成28年9月8日（契約日）～ 平成28年12月20日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 0回 |

⑤総評

◇特に評価の高い点

【統治体制の確立】

法人として統治体制が整っており、経営層から実務者まで情報の共有ができるシステムが構築されている。実際に法人として目指す方向を向いて、利用者の支援にあたっている。

【計画的な事業運営】

事業運営や事業内容に計画性があり、1年間を通して事業の方向性が明確になっている。

【教育体系の充実】

法人として専門的な療育を学べる環境にあり、人材育成の一環として職員の研修体制が充実している。

【利用者支援の方針】

利用者を一地域住民として、可能な限り自立した生活を営めるよう専門的な視点と人間としてのぬくもりを持って、総合的に支援している。

【統一された支援の確立】

生活支援ガイドブックが、世話人用と生活支援員用との2種類からなっており、日々の支援にあたって利用者のエンパワメントとストレングスに視点をおき、支援の基本姿勢としての詳細なマニュアルとなっている。

【個別支援計画の共有】

個別支援計画が利用者のニーズに促しており、6か月に1回全職員でモニタリングを行い、情報共有した上で支援の妥当性を検証している。利用者35名の生活を全職員で支援していくという体制を構築している。

【利用者の社会参加支援】

ふれあいネットワーク、サン佐世保、婚活ぶーけ、里山クラブ等利用者の様々な活動の参加を推奨し、社会性を養えるように利用者の主体性を尊重している。

【利用者のノーマルな生活支援】

利用者の意思や希望がルールを基に尊重され、地域で自由に生活している。

【人権擁護の取組み】

不適切な関わりについて、職員は毎月業務の振り返りシートで各々チェックを行なっている。法人全体での研修も計画的に行われ、虐待防止委員会を中心に広報誌の発行も行い啓発に努めている。

◇改善を求められる点

【苦情の持続的な公表】

運営の透明性の確保に関して、苦情の公表は2013年度まではホームページに公表してある。2014年度以降も引き続き公表を期待したい。

【地域とのより一層の連携】

地域との関わりに関して、様々な団体への利用者個々の参加は盛んに取り組まれている。今後、運営推進会議等を有効利用しながら、一地域住民として自治会活動に積極的に参加する等、地域との密な関わりを期待したい。

【マニュアルのボリュームアップ】

マニュアルに関して、生活支援のガイドブックを、なお一層のよりよい支援ができるように、文言の追記やボリュームアップ等を期待したい。

⑥第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者による客観的な視点で事業所を評価していただくことで、当たり前に取り組んでいる業務がいかに重要なことであるのかを再確認することができた。

職員全員で自己評価を行ったことで、支援者も一つ一つの業務の必要性や根拠理解を深めることができた。

近年、マニュアル作成や分析に基づいた事業計画作成の取り組みについて法人本部と現場の連携によって強化されてきた。その取り組みも評価対象となっていることと知り、指示としてやるのではなく、必要性を理解して積極的に取り組まなければならないと痛感した。

この評価報告書を活用して全職員と共有をはかり、今後のサービスの質の向上に役立てたい。

⑦第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

⑧利用者調査及び書面調査の概要

(別紙)

(別紙)

第三評価結果

※すべての評価細目（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。

※評価細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・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none">・法人の基本理念は、法人で統一されたパンフレットに明文化し、利用者や関係機関は容易に確認することができるようになっている。・入職した職員が法人の基本理念を知る機会として、入職後に法人全体で実施し、新人職員研修等で周知する機会がある。また事業計画の中に法人理念や方針等を職員全員で確認する研修項目を設けており、定期的な周知活動を実施している。・利用者やその家族への法人理念の説明について、パンフレットを通じて説明することが中心となるが、見学等の際に具体的にイメージが湧くように、わかりやすく言葉や資料を用いて説明している。 | | |

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 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人全体の取組みとして、特に制度改定時期等に着目して、障がい者施策の分析を事業責任者会議等活用して実施している。 ・事業所の位置する市の障がい福祉計画に、利用者の数値的なデータや、必要としている福祉サービスの必要性等詳細に記してある。この数的データを詳細に分析して、法人の次事業計画の方向性を定める貴重な資料として活用している。 ・年度毎の利用者数、毎月の利用者数、利用者の特性等詳細に分析している資料を確認した。推移を「見える化」することで、次の事業展開や経営の効率化に活かしている。 ・特別支援学校との連携も意識しており、今後サービスが必要となる可能性がある対象者や、教育者とも情報の共有に努めている。 | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「地域密着型の安定的な生活支援を実現していくためには」という資料に、現在の強みと弱みを洗い出した上で、強みは活かして、弱みをチャンスにかえていくような取り組みを、「人」「物」「金」に分類した上で、分析と行動計画に繋げている。 ・事業分析については、SWOT分析を用いており、より論理的な視点から分析を行うことで、根拠のある経営ができるように毎年度取り組んでいる。 ・大卒の事業計画は法人主導で進行しているが、事業所の計画策定に当たっては、分析を職員全体で実施しており、KJ法等用いて、職員の参画とアイデア抽出に努めていた。 | | |

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・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「平成 30 年度に向けた事業方針策定」という資料より現状と目標を確認することができた。内容は現状分析から課題抽出、改善に向けた具体的方法論、目標設定を記してあり、極めて実用性の高い事業計画となっている。 ・数値化について、利用見込者数や利用実績はもちろんのこと、職員の配置数、職員の年齢層等イメージしやすい計画となっている。 ・毎年度具体的に評価をしており、事業所内で進捗状況を評価して、次年度以降の計画に繋げている。何よりも経営に重きを置いた職員だけで評価することなく、事業所皆で状況把握できる仕組みを作っている。 | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「佐世保中央」の平成 28 年度事業計画書という資料を確認した。内容は中長期計画とリンクしており、利用者への支援内容、事業の方向性、人財育成、収益にかかる目標設定等、より一層具体的な内容が記してある。 ・単年度計画は、見栄えや聞こえのいい計画のための計画書ではなく、実行可能な目標作りを意識して作成することを意識している。実際にわかりやすい内容であり、具体的に数値化してあるため、一般職員でも理解しやすい工夫をしている。 ・実施状況については、毎月、管理者が取りまとめを行ったあとに、法人本部への報告と職員への周知の役割を担い、適切に報告がなされている。特に職員へは会議等を通じて実施となっている。 | | |

| | | |
|--|---|-------|
| 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。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・以前はトップダウン形式で事業計画が策定されていたが、現在は、事業所である程度、事業計画を職員参画のもと作成するフローが確立していた。 ・管理者は、毎月、事業計画の進捗状況を評価して、月次報告として法人本部に報告するとともに、職員会議等の場で職員全体へも周知できるような取組みを確認した。 ・平成28年度「佐世保中央」の事業行程表という一枚ものの表に、年度の動きが「見える化」しており、職員は翌月等、次の行動を予測して動ける体制が整っている。このように経営層だけではなく、事業所の職員皆が動きやすい状況であった。 | | |
| 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。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・育成会という、法人を利用者している利用者の保護者会にて、毎年度初めに、前年度の事業運営の状況報告や活動内容の報告を実施している。また新年度の方針も同様であった。「佐世保地区育成会資料」により確認した。 ・育成会と事業所はよりよいパートナーであるという考えのもと、様々な情報提供を行い、可能な限り参加率が上がるよう関係構築に努めている。また、参加できない家族等には資料を郵送して、事業の透明化を図っている。 | | |

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

| | | |
|--|--|-------------|
| | | 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人全体として明確なビジョンや福祉観を示して、その方向に則った中長期計画や事業計画に落とし込んで実践している。毎月法人全体で実施状況を把握、評価、修正等に繋げている。 ・実施状況の評価の部分については、事業所単位で分析後、経営層の参加する経営執行会議にて共有されている。 ・事業所として事業計画等の評価は定期的実践されているが、総合的なサービスの資質向上の一環として、今後、第三者評価の定期的な受審を期待したい。 | | |
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎年度、事業計画に基づく事業行程表にて、実施すべき内容の確認を行うようになって漏れがなくなってきた。この結果、評価も充実してきて、四半期毎の課題と対策という資料を見る限り、容易に理解できるような課題と対策を記している。 ・職員は職員会議の場で事業計画全体を見るとともに、単月又は四半期毎、半期、年度の実施報告に必要な情報提供を実施するとともに、浮かび上がった課題を把握できるような仕組みがとれている。 ・今回、事業運営全般の質の向上を目的として受審した第三者評価の結果を、職員皆で共有及び分析し、これから取り組むべき課題解決に向け、計画的に取り組むことを期待したい。 | | |

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。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人における管理職の役割分掌表にて、対象者像や責務等業務内容について明文化している。職員はこの一覧表を見ることにより、組織における役割分担がわかり、責任の所在が明確にわかるようになっている。 ・管理者は広報誌を通じて、自らの置かれた立場をわかりやすく利用者やその家族に発信している。 ・有事の際の役割等については、防災マニュアル等に権限を記載しており、事業所としての動きや、法人としての役割までわかりやすく記載してある。 | | |
| 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。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・障がい事業に纏わる法令ばかりではなく、職員関連での労働基準法や、車両を使うにあたり、道路交通法等様々な方面での基礎的な知識習得に努めている。 ・近年、法人として力を注いでいるのは利用者の人権の尊重に関する内容である。また、事業所として特に注視している内容は消防法である。利用者の居住する物件に安全基準上どこまで何が必要か。また、基準以上にできることはないか模索している。 ・職員に対するコンプライアンスの理解については、年間を通じて研修計画が充実しているため、この一環で行うこととしている。研修の資料をみると、知識習得だけではなく、事例を通じて考えることができるよう、また、グループワークを通じて意見を出せるよう工夫をしていた。 | | |

| | | |
|---|---|-------|
| 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・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者はリーダーシップを図る上で、現場の末端まで理念や方針計画を落とし込むことを重要視している。職員が同じ方向を向いていれば、自然と利用者への処遇につながると確信している。 ・事業所の課題については、法人本部に提出する月次報告等を通じて、定期的に見直しや分析ができているため、PDCA サイクルを確立した一連のフローを確認した。 ・サービスの質の向上については、会議の際等に職員とホワイトボードに書き出して、状況の把握や課題分析及び目標設定まで一連の流れを共有している。 | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は事業計画策定に深く関与していることから、広義の意味での経営に関するあらゆる分析を、SWOT 分析表のツールを通じて実践している。 ・管理者は全職員が理念の実現に目が向くように、事業運営の舵を切っている。特に職員が事業運営に主体的に参画できるような仕掛けを行い、強制的ではなく自然と参加しているような工夫を実践している。 ・会議録等には管理者自らのメッセージを残して、職員の事を気遣ったり、適正な事業運営が永続的にできるように軌道修正を行っている。一度言ったらそれまでではなく、常に職員目線で物事を考えている管理者という印象を持った。 | | |

II-2 福祉人材の確保・育成

| | | 第三者評価 結果 |
|--|---|-------------|
| 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・人材の体制や育成については、全て事業計画に明文化されており、人員体制に関する基本方針を確認することができた。また、「事業行程表」に採用時期や対象者像を記載してあることを確認した。 ・新卒については法人本部が一括管理しているため、一概に新卒の採用ばかりあるわけではない。但し、中途採用でも育成計画が確立している。 ・法人自体、長崎県内に多数事業所を展開しているため、適材適所有能な職員を異動等により配置できる強みをもっている。 ・法人に所属している一定の職種の職員に対しては、国家資格である介護福祉士の取得までは、目標として掲げるようにしている。職員それぞれのキャリアアップの1つの指標として、大変有益なことと考えられる。 | | |
| 15 | II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人におけるキャリアパスや等級別の着眼点により、職責等に応じた求められる人材像が明確になっている。 ・昇級昇進等の基準は就業規則に明文化しており、実施基準等において法人の職員であれば、容易に確認することができる。 ・「キャリアチャレンジ制度養成計画」という書類があり、職員の到達目標を設定して計画的にレベルアップできるような制度がある。また定期的に管理者は「成長支援面接」を実施して、職員の成長過程をモニタリングするようにしている。 ・人事管理の課題の一つに、評価者への指導が掲げられていたが、外部から講師を呼ぶ等して、一定程度基準に沿った面接技術ができるように取り組みを行っている。 | | |

| | | |
|--|--|-------|
| 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り組んでいる。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・労務管理に関する責任の体制は職務分掌表に明文化し、その責務を管理者は執行している。 ・職員の労働時間や制度の活用等については、一元的に管理者が管理しており、その情報を更に法人本部の総務部門が一括管理している。労務管理については知識に長けた法人本部で最終的にチェック機能が果たしている。 ・労務上の相談等は職員のその時の事情により、適宜受け付けているようだが、管理者は管理職の立場を理解して、面接等の機会を利用して、逆に困ったことはないか等確認するようにしている。 ・職員が面接で話した内容は一覧にまとめられ、その時々での職員の状況が把握できるようにまとめられている。また、出産や育児等家庭の事情を考慮した、柔軟な働き方も、エリア全体の事業所でフォローする等、多様な働き方ができるように努めていた。 | | |
| 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・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人が期待する職員像については、法人の目指すべき姿を描いた「これからの南高愛隣会」や、倫理綱領に明文化している。また、この基本方針に沿った職員個々の目標管理の仕組みも各書面にて確認することができた。 ・職員の育成は主に、自己振り返りシートや成長支援面接にて確認することができる。面接は昇級昇進時期等と合わせて年に2回実施し、成長の軌はその都度記録で確認ができる。 | | |

| | | |
|---|---|-------|
| 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「福祉専門職に求められる知識、技術」という一覧表があり、法人として求める知識や技術、問題解決技法の習得等詳細に分類している。初級から上級まで4段階になっていて、職員は現在自分がどこにいるのか容易に判断ができる。 ・事業計画の中に教育研修の項目を位置付けており、法人として、一定程度管理された体系を敷いている。 ・研修は事業行程表にて見える化しており、職員は次に何があるのか等容易に確認することができる。 ・法人として毎年度教育や研修に纏わる事業内容の見直しと、改善を繰り返している。特に利用者保護の観点には重きを置いて、重点目標として丁寧に取り組んでいる。 | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人内で職員のデータベース化が進められており、勤続年数や取得資格、職責等一覧にしてある。 ・法人として毎年度、「職員研修一覧」をまとめて回覧している。階層別、事業所別に、いつどこで誰が参加するのか、担当するのかわかりやすくまとめてある。ここまで計画的になっていて、実効性が高いため、その効果は容易に判断できる。 ・新人用の「プリセプティ養成計画」という資料から、特に新入社員には重点的に教育が行き届いている。 ・外部研修への参加については、法人本部より社内回覧ツールを使って、適宜情報提供していることを確認した。 ・基本的に社内研修がとても充実しており、著名な講師を法人に招いて講習を開く等、内部研修でも十分に効果の得られる研修体系を確立している。 | | |

| | | |
|---|--|-------|
| 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「実習のしおり」に国家資格受験予定者の実習受け入れと、基本姿勢を明文化している。 ・「実習受け入れにあたって」という資料に手順を記したものを確認できた。 ・実習指導者に対する指導は、法人で一括して実施しており、効果的な実習ができるように法人としても力を入れている。 ・学校との関係は実習生の受け入れだけに留まらず、究極は就職という選択肢も十分に考えられるため、実習後も関係を確保して情報交換を行っている。 | | |

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・㉠・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本的に社会福祉法人として公表すべき情報については、ホームページを活用して実施している。 ・法人の理念や事業所の存在意義、事業内容の説明等については、ホームページやパンフレットにて実施している。特に最近では、地区で開催される年に3回の運営推進会議の場で説明する機会が増え、今後益々、周知活動の活発化が期待できる。 ・苦情処理の体制はホームページ等で確認することができた。但し、苦情の公表については、法人として、2013年度までの公表となっている。透明性の担保を図る上で、持続的な公表が望まれる。 | | |

| | | |
|--|--|-------|
| 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事務、経理に関するルールについては法人として一元的に行われており、入職した際に職員へ周知を図っている。 ・決裁規定等に基づき、決裁の流れが確立しており、職員はこの共通理解のもとに、必要な書類を上部に提出している。 ・事務、経理に問わず、職務分掌表にて、権限と責任が謳われており、その基準に則って適正な運営が図られている。 ・会計については、外部機関に一部委託して透明性を担保している。 | | |

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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域への事業内容の周知活動と同時に、利用者へも「より良く地域生活をする為に」という冊子を、利用者宅の目の届くところに掲示している。 ・利用者が活用できる社会資源の情報提供については、ホーム視察の際に、実際に掲示してある資料を確認した。特に外部で開催される様々な活動への参加内容が多く、社会参加、活動参加を促進していることが伺えた。 ・事業所として地域との接点を多く持つことが、利用者の安定した生活につながるという考えのもと、町内の球技大会に参加したり、年に3回ではあるが、運営推進会議に参加して、地域のあらゆる住民に情報発信と、障がい者への周知活動を持続的に行っている。 | | |

| | | |
|--|--|-------|
| 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た体制を確立している。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティアについては学生の受け入れを中心に、事業行程表の一覧に記載してある。 ・利用者アンケートの調査において、近隣の大学とタイアップした取り組みが、持続的に実施されている。 ・今後、事業計画等に、より一層明確なボランティアの位置づけ記載すると、現在、実際に実施している学生の活用等とマッチしていくと考えられる。 | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じた関係機関については、資料で準備して、必要に応じて利用者に配布したり、相談支援事業所等のネットワークは構築できており、概ねパソコン上で管理できている。 ・関係機関との連携の点で、今年度発足した運営推進会議が筆頭に挙げられる。公的な関係機関や住民等が一同に会して、障がい者支援事業の周知と、地域の中で障がい者を支えるにあたり、絶好の機会といえる。年に3回の開催ではあるが、地域密着型事業の促進に向けて更なる活用を期待したい。 | | |

| | | |
|---|--|-------|
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・総合防災マニュアルにおいて、有事の際の動きは確認できるようになっている。事業形態上、特に避難場所に設定されているわけではないが、避難場所等の確認はできている。 ・事業所の目標の目標であり、特色の一つに「障がい者が地域の中で暮らす取り組み」を事業所説明のパワーポイントの資料で確認した。今年度より少しずつ事業所と地域を結ぶ接点が増えてきたので、地域密着元年と位置付けて、地域の資源を活かした、多種多様な活動を期待したい。 ・事業所の物件の特性上、広く開放できるスペースがないため、今のところ交流を持つための活動ができていない状況である。また、今のところ専門的な講演依頼等はない状況である。但し、運営推進会議の場で子供会の関係者と何か協力体制が構築できればとの話にもなっているようなので、今後、会議等を通じてお互いの情報を共有し、つながりを期待したい。 | | |
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・年度毎の事業計画作成にあたり、分析の過程で地域の福祉ニーズ等の把握は実施しており、法人の特性上、公益性の高い事業を展開している。 ・今年度より開催している、運営推進会議には町内会長等も参加しており、今後、会議の場で民生委員や児童委員等との関わりも増大していくことになる。 ・地域貢献についての考え方は、まずは今以上に地域に事業所のことを知ってもらい、障がいサービスのことで困ったことや相談があれば、窓口になることができるように、少しずつ門戸を広げていく方針である。利用者が安心して生活を送るには地域住民の理解なしには進まない話なので、今後、地域との繋がり重要課題の一つと言える。 | | |

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

| | | 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。 | ㊦・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「障がいがあっても立派な人間に」「生かされた人間ではなく、自ら生きる人間に」「ふつうの場所で愛する人との暮らしを」を基本理念にして、倫理要綱に法人の提供する福祉サービスの基本的な考え方を明文化している。主に人間誰しもが生まれながらに持つ権利を簡潔にわかりやすくまとめている。 ・法人には「愛隣訓」という基準行動を記した冊子を職員全員に1冊ずつ渡して、定期的読み合わせを行っている。この冊子は法人のコンプライアンス委員会から発信されており、職員は月に1度振り返りシートにチェックして不適切な関わりをしていないか確認する仕組みを作っている。 ・会議の折等に、「愛隣訓」の読み合わせを行うようにして、定期的に職員で意識を高めるような仕掛けを作っている。目的は利用者本位のサービスが、永続的に実施できるように定期的に振り返ることで、このような日々の小さな取り組みが、利用者主体のサービスに繋がっている。 | | |

| | | |
|--|---|-------|
| 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人で作成した基準行動を記した「愛隣訓」に、利用者のプライバシー保護の分野を記しており、広義に捉えると権利擁護も含めて、あるべき姿や注意事項が記されている。倫理要綱やこの愛隣訓等を用いて、職員は定期的に読み合わせや研修、あるある話を通じて、共通理解を深めている。 ・特に利用者と居住地で関わることの多い世話人には、世話人用のガイドブックを準備しており、特にわかりやすくプライバシー保護の意味や、行動基準が記されている。基本的に利用者の同意なしに立ち入ることはできない取り決めとなっている。 ・利用者一人一人の生活の場に職員が立ち入るため、特にプライバシーの観点は重要視しており、特に注意すべきことや、障がいの特性上把握しておくべきことは、個別支援計画に位置付けられている。 ・賃貸アパートの中には、2名1ペアで生活している利用者もおり、個々人のプライバシー保護の取組みとして、カーテンを新たに設置したりすることもある。また、お互いがセパレートした空間を確保するために、ふすまのところにタンスを置いたりして、お互い行き来できないようにする等、与えられた環境下でどうにか工夫している。 ・万が一、職員が権利擁護に反する行為やプライバシー保護違反を犯した場合は、事前に説明があることを前提に、法人内に組織として設置されている懲戒審査会に諮問され、処分の有無等協議される仕組みとなっている。 | | |

| | | |
|---|---|-------|
| 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所のパンフレットは、大きいサイズに印刷してわかりやすい様式となっていた。料金や職員の紹介に加えて、事業所の特徴を簡潔にまとめて書いてあり、居住するホームの外観も写真で確認できるようにしていた。総じて、パンフレットは言葉だけではなく、ほとんどの項目について写真や絵を活用することで、利用者に理解しやすい工夫であった。 ・サービスの利用に際して、希望があれば職員が事業所や法人のパンフレットを用いて説明している。また、実際のサービスがどのようなものか見学をすることができ、利用者やその家族はイメージしやすい取組であった。 ・利用者に配布するパンフレットは、概ね1年に1度見直す機会を設けている。特に利用料金やサービス内容については法の改定毎に必ず見直すようにしている。 | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス実施にあたっては、利用契約書と重要事項説明書の文言をわかりやすく説明して、特に不明な点等なければ、そのまま利用開始とつながる。この書式は文言ばかりなので、パンフレット等を用いながら保護者にも伝えるようにしている。 ・利用契約書や重要事項説明書の文言を説明した上で、契約内容に合意した場合は、契約書等の末ページにある同意欄に記名捺印をもらうようにしている。 ・利用者が契約書や重要事項説明書の内容をうまく理解できない場合は、基本的には保護者に説明をして代行者の欄に記名押印してもらうようにルール化している。 | | |

| | | |
|--|---|-------|
| 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者のサービス変更にあたり、利用者保護の観点より、サービスが終了するからといって、契約終了の時点で相談を受け入れないというのではなく、サービス終了後も必要に応じて相談受入れや助言等実施している。また、サービスが変更となる過程で必要な情報を利用者や家族に提供したり、相談支援事業所と連携を図ったりする等、移行にあたってはきめ細かい情報の伝達を実施している。 ・サービス終了するとわかった時点で、必要な情報については、利用者の同意を得た上で、アセスメントシート等を相談支援事業所等の関係機関に提供して、切れ目のないサービスが提供できるように定めている。また、場合によっては関係者が一同に会して、この機会に情報を共有し合ったり、利用者の説明を交えたりしている。 ・利用者が家庭復帰等でサービス終了した後は、必要に応じた関係機関一覧を作成して渡したことがあった。利用者は生活の困りごとの際にも、どこに相談したらよいか判断が付きやすくなるので、有益な取組みと言える。 | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者満足度については、平成19年度から大学と連携して継続的かつ定期的実施できている。より一層客観性を担保するために、聞き取る側に第三者を選定した上で、個別に実施しているため、事業所が実施するよりも本音を導き出せている。この結果について、必要な部分は改善につなげ、常に利用者の生活の質の向上に主眼を置いている。 ・公表について、利用者の当事者団体の総会や育成会部会長会議の際にも、アンケートの結果報告を行っている。アンケートの内容については、すぐにできること、時間を要すること等に分類して対応をしている。最近の希望として、「自分の部屋にエアコンの設置をしてほしい」、「買い物の内容をいちいち聞かないでほしい」、「食器乾燥機を購入してほしい」等が挙げられる。職員がすぐにできることは改善している。普段言い難いこともこのような機会を通じて、意見として発する機会を十分に設けている。 | | |

| | | |
|---|--|-------|
| 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者やその家族は苦情解決の体制、責任者の設置、受付担当者、第三者委員の整備については、重要事項説明者等で確認できるようになっている。 ・苦情受付の体制については、外部機関の協力も得ながら、公平性を担保した取り組みを徹底している。法人で統一されたマニュアルに沿って手順が示されており、苦情が出た場合の対応方法はかなり詳細に記している。 ・苦情の内容は「ご意見・相談・苦情受付メモ」に記載して、どのように解決に至ったのかを追えるような仕組みをとっている。苦情の内容によっては、理事長まで上がっていくこともあり、真剣に向き合っている。また、職員同士の共有も図り、同じような苦情が拳がらないようお互い注意し合う取り組みを行っている。 ・公表について、内容によっては開示を制限しないといけない状況もあり得る。このような場合は、利用者に不利益なことが生じないようにすることが多い。基本的にはスタンスとして、個人が特定できないようにして公表するようにしている。 ・苦情をサービスの質の向上に役立てる取組みとして、職員は会議の際等を利用して、定期的に内容をまとめて分類したり、解決方法を皆で共有したりして、苦情を大切に扱っている。 | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の相談先を複数見出す取り組みとして、ホームの掲示物等に相談先の記載や、言い難いことは文面でも、職員が出向いても構わない等複数の手段があることを示している。 ・相談するスペースとして、ホームにて実施することもあるようだが、事業所の相談室もプライバシーを確保しており、相談する環境としては申し分ないものといえる。 | | |

| | | |
|---|---|-------|
| 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。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「ご意見、相談、苦情受付」に係るマニュアルを確認した。このマニュアルは一般的な内容に加えて、「ご意見・相談・苦情受付」の記入例まで綴じてあり、初めて記入する職員でも、どのように記載すればよいか容易に判断できるようになっていた。 ・「ご意見、相談、苦情受付」に係るマニュアルは法人本部で管理しており、委員会も連動して定期的に見直しができている。特にスピードが勝負と言われる苦情解決においては、苦情発信者への進捗状況の報告も重要視している。 ・アンケートの実施については、大学とコラボレーションして平成19年度より継続して実施されている。第三者の介入で、より本音に近い意見を集約できているとのことで、利用者への説明、公表まで一元的に実施している。 ・普段の関わりの中での意見、苦情、相談内容、アンケートについて、発信源はほぼ利用者からである。この一言一句を大切に取り扱い、日々利用者へのサービス向上に努めていることを、ヒアリングの中から確認することができた。 | | |

| | | |
|---|---|-------|
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・過去1年間に重篤な安全確保上の問題は発生していないことを、ヒアリングの中から確認することができた。 ・ここ最近の傾向として、利用者の高齢化に伴い、身体機能の低下による転倒や転落が想定されるということであった。ホームが一般の賃貸借物件であるため、大掛かりな対処は困難なケースもあるが、可能な限りハード面の改善や、利用者の身体機能を配慮したホームの検討等を行っている。 ・事故発生時の対応に関するマニュアルは整備されており、職員会議の場等で定期的に手順の確認を行っている。基本的に法人に設置されている危機管理委員会に属する小委員会を通じて、様々な情報が入ってくる仕組みができています。 ・法人の中で設定されている佐世保事業合同会議の中で、他の事業所も含めたアクシデントやヒヤリハットの事例が収集し、発生のメカニズムや再発防止策等分析している。この結果を各事業所に持ち帰って、職員会議等の場で情報を共有する仕組みができています。 | | |

| | | |
|--|--|-------|
| 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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・過去1年間に重篤な衛生管理上の問題は発生していないことを、ヒアリングの中から確認することができた。 ・感染症や衛生管理面については、法人として感染症対策委員会を発足する等、統治体制が整っており、この大きな枠のもと、分化して各事業所に管理体制が敷かれている。「感染防止、対策マニュアル」に予防の観点と、発生時、まん延防止の点に分類している。 ・マニュアルの見直しと周知活動については、毎年度職員会議の際に、付け合わせを行うようにしている。特に流行期の1, 2か月前に実施するようにしており、所属の看護職員が中心となって、意識を高める工夫をしている。 ・マニュアルの定期的な見直しについては、法人本部の管轄委員会が実施するようになっている。但し、マニュアルの見直しを事業所側から提案することもできるため、他のマニュアルも含め、活かしたマニュアル整備に努めている。 ・職員のインフルエンザの予防接種については、福利厚生の一環で実施されている。利用者においては、流行期前に説明と同意の上で、実施するように啓発している。 | | |

| | | |
|---|--|-------|
| 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。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・激甚災害等の場合は、法人本部にて早急に危機管理委員会を立ち上げて、法人全体へ向けた指示系統が確立している。事業所は独自の判断ではなく、法人としての方針に沿って行動するため、動きやすい体系が整っている。 ・地区のハザードマップにより、想定される災害を認識している。立地条件を鑑みて、事業所に甚大な被害は想定されないが、点在する利用者のホームによっては、特に注意が必要な個所もあるようなので、災害発生における対応方法を明確にしている。加えて連絡体制の整備が重要であるため、このラインを途絶えさせないように、普段から気掛けている。 ・備蓄として「防災持出し袋」を利用者の人数分確保している。この中には乾パンや飲料水等が入っており、有事に備えた対応はできている。また、この中の食料品については、危機管理チェック表を活用し、定期的に点検をして入れ替えを行っている。また、想定される災害が迫ってくることが想定されたら、各ホームに簡易の飲食料品等の備蓄をしておくように指示を出している。 ・今年度から運営推進会議を開催することとなっており、この場で危機管理の項目においても訓練の有無や、どのような対策を講じているか質問が出るため、意見交換し、必要であれば関係機関と連携して模擬訓練を実施していく等、今後の動きに幅が広がってきた。 | | |

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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 生活支援ガイドブックがマニュアルとして活用しており、生活支援員用と世話人用の2種類から成っている。 生活支援ガイドブックには、入浴・食事・排泄等の直接処遇の他、利用者の自立を促し社会性を高めたり、利用者の尊重・プライバシーの保護・権利擁護を記している。 生活支援ガイドブックは、全職員が持っており新入職員研修時に周知している。また知的障害・発達障害・てんかん等についての研修を、法人で統一されたマニュアルをもとに管理者が講師に立ち、事業所内研修としてパワーポイントで毎月行っている。毎週火曜日には全職員が参加する佐世保中央会議を開き、支援についての周知を行っている。 支援の確認は管理者が現場を回り目視で確認し、業務日誌・夜間支援報告書でリアルタイムに把握する他、日々の支援記録とホームの運営状況が月例報告としてまとめて提出し、その決裁時にも確認を行っている。朝礼・昼礼で職員には申し送りとして確認している。職員個人では、成長支援面談時に自己振り返りシートにて確認を行っている。 | | |

| | | |
|--|--|-------|
| 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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 生活支援ガイドブックは法人のグループホーム全体のマニュアルであり、組織的に見直しを図っている。 生活支援ガイドブックには昨年度の改訂版もあり、見直しが定期的に行われている。 月次報告の中の課題を朝礼や昼礼で提示し、職員全体で利用者のモニタリングを行い変更が生じた場合には、個別支援計画書に反映している。 モニタリング（評価）及び会議録に「落ち着いた穏やかな生活・余暇を楽しく・食事を楽しく」等の利用者の意見や提案を記載している。 | | |
| 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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 個別支援計画策定の責任者は、サービス管理責任者2名となっている。 入居時、相談支援専門員からの基本情報をもとに、個別の利用者プロフィールアセスメントシートにてアセスメントを行っている。 各ホームの担当は決まっているが、利用者35名を全職員で支援していくというチーム支援の観点より、モニタリング協議にも全職員が参加している。 「グループホームから自立し一人暮らしをしたい」との利用者意向には、個別支援計画書に家事能力の向上や服薬自己管理の支援等を載せている。 個別支援計画書の作成はサービス管理責任者が中心となっているが、世話人の意見を反映し、生活支援員も合議し作成を行っている。 6か月に1回行うモニタリングには全職員が参加し、利用者が抱える課題について共通認識を得て、個別支援計画書に反映できるように検討している。 佐世保中央会議の第1週目に支援困難ケースの検討介護を行っている。第2週目が事例検討会となっている。 | | |

| | | |
|---|--|-------|
| 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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・日々の支援より利用者の意向を把握し、6か月に1回全職員参加にて個別支援計画書のモニタリングにて見直しを行っている。 ・個別支援計画書は佐世保中央会議にて、職員へ周知している。 ・定期的なモニタリング以外に現場職員からの緊急な利用者の特変や気づきが、相談支援専門員へ情報提供としていき、担当者会議が開催されている。変更後の個別支援計画書は朝礼・昼礼にて職員へ周知している。 ・モニタリング（評価）及び会議録に実施状況・効果・サービス量・満足度・今後の対応・新たなニーズが記載されている。 | | |
| 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、職員間で共有化している。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援記録（サービス提供記録・特記事項）、個別支援記録チェックシート、健康チェック表、ボデイケアチェック表、夜間支援報告書、業務日誌等で利用者の状況を把握し記録している。 ・個別支援記録（サービス提供記録）や個別支援記録チェックシートにてサービス提供が確認できる。 ・事業所研修にて「記録の書き方」が行われ、マニュアルとなっている。 ・法人全体で各種通知ファイルがあり、全事業所でリンクできるネットワークシステムにて法人から各事業所へ一斉配信され、情報共有をしている。 ・佐世保中央会議にて、全職員が参加し実施状況の記録等の情報共有をしている。 ・各種通知ファイル、ネットワークシステムにて事業所内の情報を共有している。 | | |

| | | |
|---|----------------------------------|-------|
| 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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用契約書や個人情報使用同意書に規定を定めている。 ・法人全体で愛隣訓（個人情報の取り扱い）というマニュアルがある。生活支援ガイドブックの中にも規定されている。 ・管理者が記録管理の責任者として、役職者の役割分掌表に記載されている。 ・職員は愛隣訓（個人情報の取り扱い）を各自1冊持ち、会議で周知・理解し遵守している。 ・利用者や家族には利用契約時に説明し同意を得ている。 | | |

障害者（児）施設・事業版

第三評価結果

※すべての評価細目（30 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。

※評価細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。

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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「定期的に利用者の話を聞き相談にのり、コミュニケーションを図る」ことを個別支援計画書に記載しているケースがある。 ・筆談等を必要とする利用者の該当はないが、日々の支援の関わり中で利用者が出すサインに気付けるように留意している。 ・言葉で伝えるだけでなく掲示物や手紙を出し、できるだけ視覚に訴えられるようにしている。 ・個別支援計画書で利用者の意向を確認し、モニタリング時に全職員で検討している。利用者と共に楽しみ、理解が出来るようにと取り組んでいる。 ・家族へ電話をかけたい時には職員が仲介に入り、支援している。事業所の職員と話がしたい時にも電話で対応している。職員全員で利用者との信頼関係を構築し、言葉にできない思いや背景を代弁し、思いに添った支援を展開できるようにしている。 | | |

| | | |
|---|--|-------|
| | 1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の会として、ふれあいネットワークピアの会がある。 ・事業所長他、男性職員1名が担当となり当事者団体である、ふれあいネットワークピアの支援を行っている。 ・ふれあいネットワークピアの予定表は当事者が作成している。利用者の意向を尊重し、実行を支援する体制を確保している。困難な場面では援助を求め活用しているように促している。 ・育成会が運営しているサン佐世保や、法人が主催している交際等の支援を行うぶーけの行事に参加できるように情報提供を行っている。 ・平成28年7月より地区に於いて運営推進会議を発足し、1年に3回の開催を予定している。障害者に対する地域の理解や関係機関が共通認識を得ることで、「ふつうの場所でふつうの暮らし」ができるように、障害者が自らの生活のありようについて決定ができるように自己決定の支援等について協議を行っている。運営推進会議にはふれあいネットワークピアの支部長や会員・町内会長・育成会代表・大学教授が参加し、オブザーバーとして市の障害福祉課の職員が参加している。法人からも統括部長・事業部長（管理者）・事業所長が参加している。 | | |
| | 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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・モニタリング時や事例検討会議にて、本人の主体性をどのように発展できているかという課題の検討を行っている。気持ちが不安定な利用者には、「その気持ちの受容をし、見守りを行う。」ことを個別支援計画書に記載している。 ・個別支援計画書作成時に利用者の意向を確認し、料理や部屋の掃除片づけ等基本は見守りを行い、必要に応じて声掛け助言の支援を行っている。 ・生活支援ガイドブックの読み上げにて職員対応の確認や、モニタリングにて目標達成の確認・成果の検証を検討している。施設整備も日々のチェック表にて確認している。 | | |

| | | |
|---|--|-------|
| | 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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「自立した生活を希望している」利用者には、公共機関を利用できるように、銀行や役所の活用方法の同行支援を行っている。その後評価や課題をフィードバックし、自分にできることできないことを具体的に認識できるように支援している。利用者はふれあいネットワークピアにて自分のできること等の勉強会を行い、事業所はサポートを行っている。 ・「一人暮らしを希望している」利用者には、必要な社会資源の情報提供や整理を行ない、職員と一緒に相談支援事業所に出向いている。 ・「自分の気持ちや意思表示が出来るようになる」、「丁寧な言葉遣いが出来るようになる」ことを個別支援計画書の課題に掲げて目標に向けての支援を行っているケースもある。 ・法人の理事長が利用者に宛てた手紙にて、偏見や差別の不合理性を排除し、一人の人間として普通に安全に生活していけることを述べている資料がある。 | | |
| | 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・①・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者に怪我等の危険が生じる場合に手を繋いだり、肩をおさえたりして一時的に行動を制限することを個別支援計画書に記載し同意を得ている。 ・行動制限にかかる支援報告書や個別支援記録にて支援内容を残し、状況の報告や明確な理由を記している。法人全体での危機介入虐待防止マニュアルがある。 ・行動制限にかかる報告書に、より良い対応の改善に努めることを記している。 ・県の強度行動障害支援者養成研修に参加し、それを以て佐世保中央会議時に職員に周知し実践している。 ・過去1年間、緊急やむを得ずの行動抑制や身体拘束は行われていないが、個別支援計画書に載せ、利用者や家族の同意を得て行なわれた身体拘束はある。 | | |

| | | |
|--|--|-------|
| | 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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・虐待に関しては法人全体で取り組んでおり、GBiT と呼ばれる虐待防止委員会が虐待に関して啓発している通信紙を発行している。職員用の啓発ポスターを事業所内に掲示し、不適切な関わりの防止に努めている。 ・わかりやすいように表記された利用者用の啓発ポスターも、グループホーム内に掲示しており、利用者へ周知している。 ・日々の支援に於いて利用者の話を傾聴したり、苦情受付のポストを設置している。ご意見・相談・苦情受付メモにも迅速に対応している。 ・毎月1回全職員で虐待防止の研修を行ない、業務の振り返りシートを記入し自己啓発に努めている。 ・法人全体の研修マニュアルの「しごと・ひと・支援を創る」～利用者との関係を通して～を用いて援助技術の習得を図っている。 ・虐待発生時のフローチャートにもとづき、連絡体制が明文化されている。 ・就業規則と倫理要綱の規程があり、緊急時には法人で審査会が招集される仕組みとなっている。 | | |

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。 | ④・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・好き嫌いや偏食を無くすように、栄養バランスの摂れた食事提供を個別支援計画書に記載している。 ・生活支援ガイドブックに食事についての支援手順がある。 ・生活支援ガイドブックは全職員が1冊保持し、会議等で読み上げを行っている。 ・佐世保中央会議にて支援内容の検討を行い、昨年度の改訂版も確認ができています。 ・食材は利用者が食べやすい大きさに調整し、誤嚥を防止したり、できるだけ利用者自身で食事摂取が出来るように声掛け支援している。 | | |

| | | |
|--|--|-------|
| | 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。 | ①・b・c |
| <p style="text-align: center;">〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事提供は同法人の就労支援事業所の給食部が行っており、食に関するアンケートをもとにメニューに反映している。今後グループホームとしても嗜好調査を行うことを検討している。 ・土曜日曜は利用者と職員が相談し、一緒にメニューを決めて表にしたものを掲示している。 ・朝食夕食とも適時適温にて食事提供を行っている。給食部から配達された食材に利用者や職員が手を加えて、より家庭的で季節感がある食事提供を行っている。 ・グループホームが民間の家屋やアパート利用にて、ダイニングは一般家庭様で通常使用している調味料が置かれている。 ・給食部からの毎月の献立表と土曜日曜のメニュー表が、ダイニングに貼っている。 ・時間に制限されることなく、利用者自身のペースで食事摂取ができるように支援している。利用者が不安定時には、時間帯や場所を変更してできるだけストレスを溜めずに食事ができるように配慮している。 | | |
| | 2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。 | ①・b・c |
| <p style="text-align: center;">〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・佐世保中央会議にて、喫食環境等設備案件ごとに検討している。フローリングで食事摂取していた利用者が膝を痛めるとの報告にて、テーブルに変更した経緯がある。 ・利用者の精神状態に合わせて、食事が摂れる配慮を行なっている。 | | |

| | | |
|--|--|-------|
| 2-(2) 入浴 | | |
| | 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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・入浴に関して、利用者の意向を受け個別支援計画書に「衛生面で気持ちよく過ごしたい」と記載している。入浴時にはボディケアチェック表にて確認をし、個別支援記録表にて記録を行っている。宿直型ホームに於いては、てんかん等の持病がある方への配慮を支援申し送りとして行なっている。 ・生活支援ガイドブックや宿泊型ホームの申し送り等のマニュアルがある。 ・事業所内研修にて、てんかん等の研修を行ない、個々の障害特性や健康状態に応じた対応を支援者間で共有している。 ・生活支援ガイドブックの昨年度の改訂版にて、点検見直しの確認ができています。 ・ボディケアチェック表と個別支援記録表にて記録を行っている。 | | |
| | 2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・浴室を利用して、入浴時間以外でもシャワー浴等の利用は可能である。 ・入浴順番については、話し合いの場を持ちできるだけ利用者の意向を尊重している。入浴順番表にてトラブルなく入浴できている。 | | |
| | 2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境整備は適切に行われている。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体の障害により、個別での物品準備やバスボード等の購入をし、その都度対応している。 ・入浴前に共有部分の空調をつけ浴室に適温の空気を流し、季節に応じた配慮を行なっている。冬場は浴室をあらかじめシャワーの熱気で温めておいて入浴を促している。 ・浴室は民間家屋にて個室で扉もあり、プライバシーの保護は保たれている。 | | |

| | |
|--|-------|
| 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・㉞・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画書にて排泄に関する支援が必要な方に於いては、留意点を記載している。健康チェック表や排便表を記録し、活用している。 ・生活支援ガイドブックが、マニュアルとして用意されている。 ・排泄用具を使用している利用者の該当はなし。 ・マニュアルについての研修は、生活支援ガイドブックの読み上げを行っている。宿直型ホームに於いては、健康チェック表の活用により日中事業所との情報共有を図っている。 ・生活支援ガイドブックの昨年度の改訂版で確認ができています。 ・健康チェック表にて記録されている。 | |
| 2-(2)-② トイレは清潔で快適である。 | a・㉞・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員が毎日ホームの点検に訪問している。環境整備のための物品購入も行っている。 ・民間家屋のトイレにて一人専用の扉付きにて、プライバシーは保たれている。 ・衛生管理用の物品は、常時購入している。 ・トイレは清潔な状態を保つよう、通い型ホームに於いては、適宜確認と助言を行い、宿直型ホームでは、職員が毎日掃除を行っている。 ・民間家屋にて一般的な明るさの照明が取り付けられている。 ・トイレ自体に冷暖房設備はないが、ホームによっては暖かい便座があるトイレがあるが、全施設ではない。 | |

| | | |
|--|--|-------|
| 2-(4) 衣服 | | |
| | 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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・衣類は基本的に利用者の意向を尊重している。 ・利用者より医療に関して相談があれば、必要に応じ助言確認を行っている。 ・衣類購入の際には、職員があらかじめ店舗へ赴き値段を調べ写真を撮り、スムーズに買い物同行ができるような支援も行っている。移動支援や行動支援などの他の福祉サービスを利用する場合にはサービス事業所へ必要な情報提供を行っている。 | | |
| | 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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・衣類の着替えは利用者の意思を尊重し、必要に応じ対応している。 ・暑くなって来たので自分で涼しい服に着替えた、との記録も個別支援記録にて確認できている。 ・利用者本人の判断が困難な方には、家族に了承をもらい衣類の購入等対応している。 | | |
| 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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者本人より「散髪の希望あり。」調整を行う、との個別支援計画がある。 ・髪形や化粧については、出来るだけ個性や好みを理解したうえで、助言を行っている。一人でパーマをあてに行きたいとの利用者希望にて、道順や手順をかわいい図で示し一人でできる仕掛け作りも行っている。 ・生活支援ガイドブックに理美容に関するアドバイスがあり、身だしなみチェックも行っている。 | | |

| | | |
|---|-------------------------------|-------|
| | 2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。 | ①・b・c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初めて利用する理美容室には、下見に行ったりして、職員による同行支援を行っている。 ・必要に応じて利用する店の情報提供や挨拶をしに、訪問している。 | | |
| 2-(6) 睡眠 | | |
| | 2-(6)-① 安眠できるように配慮している。 | ①・b・c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「落ち着いた気持ちで生活したい。」との意向の個別支援計画書に、夜間はゆっくりと眠っていただけるよう、環境（居室の室温、照明の調整など）を整えますと支援内容に記したケースがある。 ・個別支援計画書に不眠時の課題を記し、医療マニュアルに沿い頓服マニュアルにて対応している。 ・マニュアルは、佐世保中央会議にて研修し、職員へ周知が図られている。 ・マニュアルの変更時には朝礼や昼礼会議等で読み上げ、発信を行っている。 ・夜間の個別支援は宿直型ホームのみで行われ、夜間支援報告書にて記録され翌朝FAXにて即日報告されている。 ・寝具は全て私用である。生活支援ガイドブックにも寝具のアドバイスが記載されている。 ・不眠・不穏により共有スペースで就寝するケースや別のホームに避難するケースがあるとのこと。 | | |

| | |
|--|-------|
| 2-(7) 健康管理 | |
| 2-(7)-① 日常の健康管理は適切に行われている。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・健康自己チェック票があり、自立支援も兼ね利用者が毎朝自分で服薬や体温や排便を記している。自己チェックが出来ない方には、看護師が健康チェック表にて毎日測定している。 ・健康管理マニュアルとして医療マニュアルがある。生活支援ガイドブックにも医療に関するアドバイスがある。 ・佐世保中央会議にて看護師も参加し、研修と周知を行っている。 ・医療処置や頓服変更時には看護師を中心とし、変更の資料を配布しマニュアルの変更対応としている。 ・看護師が各施設を回り、健康相談等を行っている。「健康に過ごしたい。」という意向を載せた個別支援計画書をもとに、看護師と話をする機会を設けることを支援内容としているケースがある。 ・インフルエンザ予防接種等は、同意書及び委任状にて対応している。 ・個別支援記録に生活習慣病の健康管理アドバイスを行っている記録がある。個別支援計画書にも減量を目指すニーズに対して、ウォーキングを支援内容に取り入れているケースがある。 ・病院受診報告書に定期的な歯科受診の報告書がある。 | |

| | | |
|--|--------------------------------|-------|
| | 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 |
| <p style="text-align: center;">〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療マニュアルや生活支援ガイドブックにも救急車を呼ぶ手順があるが、別途緊急時対応マニュアルが、各ホームに掲示され緊急時における指揮命令体制が記載されている。 ・佐世保中央会議にて研修を行ない、職員へ周知している。 ・ケースに応じて検討され、見直しが図られている。 ・嘱託医は徒歩5分圏内に位置している。 ・事業所より100m圏域に嘱託医・歯科・外科が点在しており、医療面での迅速な対応が可能であり、連絡調整も図られている。 | | |
| | 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 style="text-align: center;">〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診後服薬に関する報告書を作成し、全職員回覧にて周知している。それをもとに服薬簿にて服薬管理を行っている。 ・頓服マニュアルと生活支援ガイドブックがある。 ・服薬ミス時の対応マニュアルがある。 ・過去1年間職員管理の服薬ミスはないが、利用者自己管理の薬の飲み忘れは発生している。今後、自己管理分の服薬ミスをなくす予防策の検討を期待したい。 ・佐世保中央会議にてマニュアルの研修と周知を行っている。誤薬等発生した場合には朝礼や昼礼にて周知を図っている。 ・服薬ミス後は、会議で検証が行われ、繰り返さないための対策が講じられている。 ・服薬簿によって管理され、宿直型ホームでは職員の二重チェックにて服薬支援が行われている。 | | |

| | | |
|--|--|-------|
| 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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・日々の支援の中や大学の福祉学科の生徒による利用者意向調査にて、利用者の意向を把握している。 ・里山クラブ（一般の民間クラブにて畑仕事を行い自給自足にて、そこで採れた野菜等を調理したり、バーベキュー等を楽しむ）や、サンSASEBO・スペシャルオリンピック等の情報を提供し、社会性を広げ高めていけるように支援している。 ・利用者が主体となり、ふれあいネットワークピアの予定表を作成している。生活支援ガイドブックにも余暇活動の推奨を載せている。 ・グループホームサポーター登録個人台帳にボランティア登録を受け付け、行事等必要時に連絡を取り空いている時間に支援をお願いしている。法人より保険加入をしている。 ・公民館等を利用し、町内会との関わりを積極的に持ち、「地域の中で暮らす取り組み」を行っている。 | | |
| 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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「余暇を楽しく過ごしたい・休日を充実させたい。」との意向を載せた個別支援計画書をもとに、休みの日の予定を職員と一緒に立て、意向どおりに過ごせるように支援している。生活支援ガイドブックにルールがあり、外出・外泊・帰省計画書の事前提出がある。 ・必要に応じて行動援護や移動支援ができる事業所との連絡・調整を図っている。利用者も外出支援が受けられるように個別支援計画書に記載し、障害福祉サービス受給者証の取得もしている。 ・県の視覚障害者協会のアイヘルプというボランティア団体から、長崎ビジョンフェスタ等を通じて地域の行事等の情報を収集している ・安心安全カードを各自携帯しており、外出時に必ず持参している。法人内のグループホーム全体に推奨しており、毎年4月に更新している。 | | |

| | | |
|--|--|-------|
| | 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。 | ①・b・c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外泊に関して、利用者の意向にて盆の帰省時に面談を行い、報告書が作成されているケースがある。外泊も外出時と同様に外出・外泊・帰省計画書の事前提出となっている。 ・利用者本人や家族の立場に立って了解を得て計画している。 ・盆や正月の帰省が出来ない利用者には、楽しみとなるような計画を立てている。 | | |
| 2-(10) 所持金・預かり金等の管理 | | |
| | 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。 | ①・b・c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・預り金管理規定を定め、責任の所在を明確にしている。 ・金銭管理は基本自己管理であるが、困難な利用者に対して、事業所にて預り金等管理依頼書にて同意を得て、1か月の収支報告書・共益費出納報告書にて管理を行っている。必要に応じて出金準備の依頼用紙にて払い出しを行う。利用者には小遣い帳をつけてもらい自身の小遣いの管理からを指導している。 ・自己管理できる利用者にも金銭等の保管場所を提供しており、金品預かりチェック表にて入庫・出庫を確認している。金庫には通常の金庫と職員不在時に投入できるポスト式金庫を用意している。 ・個別支援計画書にて金銭管理を課題に挙げ、取り組んでいる。法人主催の「知的障害者等に対する金融教育講座」も開催している。 | | |
| | 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。 | ①・b・c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新聞雑誌を個人で購買し、TVやラジオ等を個人で所有できるよう便宜を図っている。購入履歴は個人の収支報告書へ記入し、領収書等は小遣い帳を活用している。 ・新聞・雑誌・TV等の共同利用についてはグループホーム内での話し合いに基づきルールを決めて利用している。 | | |

| | | |
|---|---|-------|
| | 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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・嗜好品については「ふつうの場所でふつうの暮らしを」をもとに基本、利用者の主体性に任せて自由としている。嗜好品を希望する利用者に対しては、個別に健康上の影響や安全性のアドバイスをを行っている。 ・現在、喫煙者もグループホーム内での飲酒をする利用者もいないが、生活支援ガイドブックに危険物の管理や安全性のアドバイスが載せてある。重要事項説明書にも喫煙は所定の場所で行う、とのルールが定められている。 | | |

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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人全体で危機管理委員会があり、地震・大雨洪水・台風・火災等のマニュアルがある。緊急時対応マニュアルも各事業所に掲示している。各グループホーム内での自主点検も毎日行われている。 ・感染症等に対する衛生管理マニュアルも整備されている。食中毒予防対策チェック表も行っている。 ・佐世保中央会議にてマニュアルの研修と検討が行われている。 | | |

| | | |
|--|--|-------|
| | 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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・安全衛生管理のホーム担当者が、危機管理チェック表を毎月チェックし、その後防火管理者がチェックを行うという二重チェック体制を整備している。また、ヒヤリハットの事例をできるだけ多くだしてもらい、事故を未然に防ぐための事例検討を行っている。 ・ヒヤリハットが発生した場合には、その都度昼礼等で職員へ周知している。ヒヤリハットの検証を行い、コンプライアンス委員会がデータを入力し法人本部とネットワークで情報を共有している。法人本部は、事故を未然に防ぐためにヒヤリハットが多く上がっている事業所を推奨している。 ・事故防止の為ヒヤリハットの事例を活用し、定期的に研修を行なっている。 ・安全衛生管理者と防火管理者がチェックした危機管理チェック表を管理者が毎月確認し、翌月に改善が成されているかの評価見直しを行っている。 ・危機管理チェック表と自主点検表があり、活用している。 ・利用者に対しては、年に2回の避難訓練を定期的に行い、安全教育を実施している。 | | |

事業所情報（障害者・児施設）

（平成28年12月18日 現在）

| | | |
|-----|-------------|-------|
| 施設名 | 社会福祉法人南高愛隣会 | 佐世保中央 |
|-----|-------------|-------|

1. 基本情報

| | | | |
|-----------------|-----------------------|--------|---|
| 郵便番号 | 857-0034 | | |
| 所在地 | 長崎県 佐世保市万徳町 5-9 拠点事務所 | | |
| TEL | 0956-23-5252 | ホームページ | http://www.airinkai.or.jp |
| FAX | 0956-23-5280 | E-mail | b-sasebo@airinkai.or.jp |
| 施設までの利 用交通手段 | JR 佐世保駅からバスで約10分 | | |
| 開設年月 | 2006年10月1日 | | |
| 経営主体 | 社会福祉法人 南高愛隣会 | 管理者名 | 平山健二郎 |

2. 職員体制（複数の資格取得している場合は、重複計上してください）

| 専門職 | 常勤 | 非常勤 |
|-------------|-----|-----|
| 管理者 | | 1人 |
| 事務員 | 1人 | |
| 生活作業員・作業指導員 | 11人 | 2人 |
| 看護師 | 1人 | |

3. 施設の理念・方針

障がい者に住居を提供し、日常生活上の支援、日中活動の支援、余暇活動等の支援を行うことにより、自立生活と社会参加を助長し、安心して普通の暮らしができるよう支援します。

4. サービス内容

| | |
|------|--------------|
| 対象地域 | 佐世保市 |
| 対象年齢 | 18歳から原則65歳まで |
| 定員 | 34名 |

| | |
|--------|--|
| サービス名 | 備考 |
| 健康管理 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 年1回の健康診断にて健康維持に努めます。 ○ 利用者の健康状況に注意し、協力医療機関等を通じて健康維持のための適切な支援を行います。 ○ 利用者の病状急変等の緊急時は、必要により協力医療機関又は緊急の医療機関へ責任を持って引き継ぎます。 ○ 緊急時には、ご家族、関連機関等に速やかに連絡を行います。 |
| 食事 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の状況に応じ、食事準備から片付けまでを支援します。 ○ 利用者の希望に応じて「わーくさせば」による宅配給食も利用できます(有料)。 |
| 休日 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 休日・余暇の過ごし方は、各自の希望によります。 ○ 地域の社会資源の活用、イベント情報などを利用者に提供し、必要に応じて各種活動行事への参加のための支援をします。 |
| 地域との交流 | 休日同様 |
| 保護者会活動 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 定期的に行われる保護者会行事には事業所も積極的に参加いたします。 ○ 定期的な意見交換会の開催を実施します。 |

5. 事業所から利用者（希望者）の皆様へ

施設の理念、方針に基づいて利用者の皆様のニーズにお応えできるようご支援いたします。

利用者の皆さんそれぞれが希望する自分の人生を少しでも満足に近づけられるよう、個別支援計画と一緒に考え伴走者としてお手伝いいたします。

6. 施設の公開、実習生、ボランティアの受入について

| 施設の公開・見学 | 実習生の受入 | ボランティアの受入 |
|----------|--------|-----------|
| 随時 | 随時 | 随時 |