

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。	○a・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。	○a・b・c
<p>・「知的障害児・者の尊厳を守り、より豊かで健全な生活が営めるよう支援に努め、一人一人の能力、特性、障害に応じた接遇と社会参加・自立に必要な支援を行うために、社会・地域における福祉の充実、発展を使命とする」との法人理念は事業計画書や法人が発行している広報誌に明文化されている。しかし、難解な文言が多いことから、職員や利用者の理解を深めるため現在、理事長や各園長、事務局長が分かりやすい文言を検討している所である。</p> <p>・基本方針は事業計画書に明文化されており法人理念との整合性がとれている。基本方針は「安全・安心・信頼を基底とした運営」「利用者とともに在ることを意識した運営」の二つに大きくわかれ、各々、4項目に具体化され、職員の行動規範となる具体的な内容になっている。</p>	
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	○a・b・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。	○a・b・c
<p>・理念と基本方針は事業計画書に明文化されている。4月1日の年頭式に事業計画書が配布され理事長が全職員に向けて講話を行っている。月1回の全体会議において理事長が理念の確認を行ない、年2回、基本方針の周知を目的とした虐待防止・感染防止等の研修を行なっている。職員は理念・方針に基づいた業務目標を作成し、自己申告書で周知状況を振り返り上司に報告している。</p> <p>・利用者が地域の中で普通の生活ができるように支援するという基本方針を利用者が理解できるようにイラストを使い、ルビをふった読みやすい冊子を作成し、世話人が夕食時に少しずつわかり易く説明している。</p>	

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 計画の策定が組織的に行われている。	a (b)・c
I-2-(2)-② 計画が職員に周知されている。	a (b)・c
I-2-(2)-③ 計画が利用者等に周知されている。	a (b)・c
<p>・3年間の中・長期計画が策定されている。その計画書には、中・長期的に取り組む事業が明確に記載されている。さらに、中・長期計画に基づいた事業計画が策定されている。</p> <p>・年度末に評議委員会や理事会で各事業所の事業報告会を開催している。そこで、前年度の目標を検討し、問題点を話し合い「事業報告書」が作成され、次年度の事業計画に反映されている。事業計画は理事長や各園長、事務局長で策定されている。計画の策定に職員が参画することにより利用者の意見を集約できることもある。今後は、職員参画のもとで事業計画の策定が行われることを期待する。</p> <p>・事業計画は4月の年頭式で配布され理事長が全職員に向けて講話を行っているが、職員や利用者にわかりやすく説明する資料は作成していない。職員や利用者の理解を促すための工夫が望まれる。</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。	(a)・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。	(a)・b・c
<p>・園長が管理者である。管理者は職務の内容を、すてっぷ運営規程に具体的に明記し配布している。有事における管理者の役割と責任は、法人の慈光園地区自衛消防隊編成表に明文化されており、総合訓練時等に口頭で表明している。</p> <p>・理事長が法令遵守の手引きを作成して職員に話しをしている。また、七つの部会の一つに法令遵守部会があり、毎月職員会議で報告している。虐待防止法や感染予防のDVDを諫早の保健所からかりて研修を行う等、全職員に対して遵守すべき法令の研修を順次行っている。</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。	(a)・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。	(a)・b・c
<p>・毎日、午後1時から行われる申し送りに管理者も参加し、そこで出た職員からの支援に関する意見や問題点に答えている。職員が作成したケース記録により課題を毎日把握し評価して、利用者が楽しく過ごせるように日々の課題はその日のうちに解決している。</p> <p>・経営や業務の効率化や人員配置については法人が一括して行っている。事業所としては節約・節電の取り組みや法人に毎年、洗濯機やエアコン等の備品の要望を上げる、事業所の勤務表作成は管理者や職員が参加して作成する等、職員が働きやすい環境に取り組んでいる。</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
<p>・理事長が社会福祉事業全体の動向について、行政やネットワークから情報を把握し、全体職員会議で毎回話をして職員へ周知している。法人の社会参加事業活動部会の会長である園長が特別支援学校へ事業所の説明に行き福祉サービスのニーズの把握に努めている。また、法人の相談支援センターが地域の特徴や福祉サービスのニーズを収集して事業所に報告している。</p> <p>・法人の経営会議（理事長・各園長・事務局長参加）において経営状況の分析を行っている。また、理事長・各園長・事務長・事務員で内部監査を行い、今後の方針を広報誌に掲載して経営状況や改善すべき課題について職員に周知している。</p> <p>・内部監査により経営状況の分析を行っている。今後は、専門家を通じて法人運営の透明性を確保し経営改善を実施することが望まれる。</p> <p>・公認会計士の監査は実施しているが、経営改善にいたる指導は現状おこなわれていない。</p>	

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
<p>・中・長期計画に「人材の育成・確保への取り組み」という項目があり人事制度の充実、人事施策の構築について具体的に示されている。</p> <p>・人事考課規程には、基本方針が明確に示されており、人事評価表に基づいて自己評価を行い、上司による面談を実施することで職員の成長を支援している。</p>	

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 職員の福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	(a)・b・c
<p>・職員の勤務表はサービス管理責任者が毎月チェックして事務局に提出している。勤務表により把握した就業状況によりサービス管理責任者が職員に声かけすることにより時間外勤務が減る等、成果を出している。また、サービス管理責任者が毎日、電話や手紙で職員の支援に対する意見や意向を聞き、その日の内に問題を解決する等、職員が相談しやすい環境を作っている。</p> <p>・福利厚生事業としては年1回の健康診断、ソウェルクラブへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。また、職員に対するメンタルヘルスケアに関する要綱を作成して相談窓口の設置や専門家を確保し解決に向けた体制が整備されている。</p>	
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
<p>・単年度事業計画の中に専門的人材の育成を明示している。利用者の加齢による重度化・精神障害等との重複化・高齢化への対応として専門資格取得を組織として勧めており、職員の専門資格取得に向けて勤務時間の調整を行っている。また、中・長期計画に人材育成についてのプランが示されている。</p> <p>・職能基準に基づいた研修計画があり各階層ごとに必要な研修が実施されている。</p> <p>・研修を終了した職員は報告レポートを作成し、職員会議や部会で発表している。報告レポートや発表により職員の意識が高まり、研修参加職員が事例を出し合い話し合おうと提案する等、次の研修計画に反映されている。</p>	

	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ている。	a・(b)・c
<p>・法人として、実習生の受け入れに関する基本姿勢や責任体制を明確にしたマニュアルが整備され、担当指導者に対する研修や学校との連携も行われている。すてっぴ事業所としての実習受け入れ体制はあるが現在までその実績はない。</p>	

Ⅱ-3 安全管理

	第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。	
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
<p>・過去1年間に安全確保の体制で1件問題が発生している。利用者の安全確保のために、担当者と連絡体制がありマニュアルも整備され職員に周知されている。問題発生後、直ちに事故状況を把握し解決している。事故は理事会に報告し、再発防止のために利用者への交通ルール教育や改善策として自転車通勤の中止を決定していることが確認できた。利用者一人ひとりの健康管理表が作成され、職員に対し救急法の研修も行っている。緊急に備えて警察や公共施設、消防署、医療機関、整備会社との連絡体制ができています。</p> <p>・地震、風水害、火災等の災害に関する対策要覧が整備され対応体制が明文化されている。安否確認の名簿点呼や非常通報装置の設置、地域の人にも連携を頼み、日々の生活の中で利用者に避難場所を教えている。調理室に乾パンや水等の備蓄を整備している。</p> <p>・過去1年間に安全確保で問題は発生していない。ヒヤリハット体験報告書で事例を毎月収集してリスクマネジメント部会で毎月事例を報告している。「事故のリスク程度評価基準」を策定し、事例を具体的な数値で客観的に表すことにより評価・見直しを行っている。利用者には月1回、ホームでの反省会や夕食時にサービス管理責任者や世話人が安全確保についてわかりやすく話しをしている。</p>	

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 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	(a)・b・c
II-4-(1)-② 施設が有する機能を地域に還元している。	a・(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)・c
<p>・夏祭りやソフトボール大会、公民館の掃除等の情報を地域の人や回覧板から収集している。利用者が職場で情報を得て参加することもあり、行事の際は必要に応じて職員が援助する体制がある。地域の人々を施設行事の忘年会や夏祭りに招待したり、町内の文化祭に作品を展示する等、地域との交流の機会を定期的に設けている。利用者の買物時に職場の人が車に乗せてくれる等、社会資源の活用も行われている。</p> <p>・地域に向けて、専門的な技術講習会や研修会の開催はないが、地域の人々からの介護相談や相談支援事業は法人として行っている。理念や基本方針が掲載された広報誌を駅のホームやスーパーに置き、配布して施設の情報を地域に発信している。</p> <p>・ボランティア受け入れに関する基本姿勢は規程集一覧に明文化されている。法人としてのマニュアルも整備しており施設の体制は整っているが、すてっぴ事業所での実績はない。</p>	

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)・b・c
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	(a)・b・c
<p>・地域の様々な機関や団体との連携のために利用者の状況に対応できる会社や学校、病院、東彼地区障害者支援センター等のリストを作成し、事務所に掲示して職員間で情報を共有している。</p> <p>・東彼地区障害者支援センターと、区分決定時や地域活動、利用相談等で定期的に連絡を行っており、問題を抱える家族の解決に向けて協働して具体的な取り組みを行っている。</p>	

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。	a・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。	a・b・c
<p>・法人の相談支援センターが収集している福祉ニーズの情報により把握に努めている。法人の評議委員の中に地区の民生委員がおり情報を収集しているが民生委員との定期的な会議は開催していない。</p> <p>・地域の福祉ニーズに基づき、グループホームやショートステイ等を設置運営している。今後は、民生委員等との定期的な会議や、夏祭り等のイベント時にアンケートを実施して具体的な福祉ニーズの把握に努め、福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動の中・長期計画や事業計画の中に明示することを期待する。</p>	

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>・理念に「知的障害児・者の尊厳を守り、より豊かで健全な生活が営めるよう支援に努める」と明示している。利用者尊重について職員間で共通理解を深めるために福祉サービスガイドラインを作成し、具体的な実施方法を提示している。障害の特性を知る勉強会や身体拘束、虐待防止の研修を実施し、組織の基本姿勢を踏まえた具体的な支援内容は日々のケース記録に記録している。</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>・プライバシー保護に関する基本的な姿勢は福祉サービスガイドラインに明文化している。利用者が、他の利用者やスタッフと距離を置きたい時には相談室を一時避難場所にする等、具体的な取り組みが行われている。日々の支援の中で折に触れ園長やサービス管理責任者が職員にプライバシー保護に関する話しをすることにより職員に周知され、職員一人ひとりのプライバシーに対する意識付けが高いとの自己評価である。大きな文字にルビをふり「個人の尊厳」「プライバシーの保護」を明記し、利用者にもわかりやすい表現で説明を行っている。</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、取り組みを行っている。	a・(b)・c
<p>・サービス管理責任者が、週1回午後7時頃に各グループホームを訪問して利用者への聴取により満足度を把握している。園の旅行行事後に、サービス管理責任者が個別に利用者とは面談して満足度を把握し、次回の旅行行事の内容を利用者と一緒に検討する等、具体的な改善を行っている。今後は利用者の満足度を把握するため家族への対応や利用者参画のもとでの検討会議の設置が望まれる。</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>・福祉ガイドラインの「相談・苦情申し立てについて」に文章にルビをふり支援体制をわかりやすく表現して、利用者や家族に配布している。日々の生活の中でも誰にでも相談できることを伝え相談室を設けている。</p> <p>・苦情解決の体制を整備し、規程集一覧と福祉ガイドライン、重要事項説明書に明記し玄関に掲示している。電話で苦情を受け付け施設で検討し、結果内容を家族にフィードバックしている。解決を図った記録は適切に保管され、園長が苦情内容及び解決結果を幹部会議で報告している。</p> <p>・福祉サービスガイドラインの「利用者の個別的な要求・利用者の希望や意見について」に報告手順や対応策の検討について規程したマニュアルを明記している。高齢の利用者から真夏に歩行するのが大変だという意見に対し、熱中症対策も兼ねて送迎車を利用する等、サービスの改善に反映している。今後は、マニュアルの研修により職員への周知し必要に応じて見直すことが望まれる。</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、改善策・改善計画を立て実施している。		a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・今回初めての第三者評価受審に向けて、サービス管理責任者を担当者として設置している。評価結果を職員会議で分析・検討することを組織としてすでに定めている。 ・今後は、評価結果に基づき、職員参画のもとで取り組むべき課題を明確にし、改善策や改善計画を策定し、実施状況の評価や計画の見直しを行うことを期待する。 		
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 提供する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
<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスガイドラインに、食事や入浴、排泄、衣類、睡眠、健康管理等の標準的な実施方法が利用者尊重やプライバシー保護の姿勢を含めたわかりやすい言葉で明示され、職員に配布し周知されている。実施状況は日々の日誌やモニタリングで確認している。 ・現時点では、標準的な実施方法の見直しは行われていない。今後は、サービスの実施方法を職員参画のもとで見直すことにより福祉サービスの質に関する職員の共通意識を育て、組織的に検討することが望まれる。 		

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>・サービス実施計画に基づいたサービス内容は個別のケース記録により確認できた。福祉サービスガイドラインに記録要領が作成され、月1回のすてっぴの職員会議時に記録要領を指導している。</p> <p>・記録管理責任者はサービス管理責任者であり、利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規定や個人情報保護と情報開示の規程は規程集一覧に明記され、記録は各ホームの世話人室の鍵のかかる書庫に保管している。法人全体職員会議で毎回、理事長から職員に対し個人情報保護と情報開示の話があり、すてっぴの職員には1時からの申し送り時に園長が個人情報保護と情報開示について説明することで職員に周知されている。</p> <p>・利用者の状況に関する情報は職員会議や日々の申し送り時に共有している。情報の分別は理事長からの支持や園長の判断で行われ、パソコンで施設内の情報を共有する仕組みがある。</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>・ホームページや福祉サービス内容を写真や図、絵でわかりやすく紹介した広報誌を駅やスーパーに置き、利用希望者に情報を積極的に提供している。また、グループホームの空いている部屋を使用して体験入所や一日利用の希望に対応している。</p> <p>・サービス開始時には、重要事項説明書に沿って職員が利用者の特性に応じて大きな声で話したり、身振り手振りやわかりやすい表現で説明して同意を得ている。グループホームの空きがない場合や利用者が他のサービスを利用したい場合は、利用者や家族とよく話し合い相談支援センターを通して必要な手続きを行い確実に引き継ぐなど支援している。</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>・施設の変更、地域、家庭への移行にあたり、サービスの継続に配慮した引継ぎの手順や文書の内容は、規程集一覧に明記している。サービス終了後は法人の相談支援センターが窓口になっている。福祉サービスガイドラインにサービス終了後の相談方法や担当者について利用者や家族にわかりやすく書いてあり、終結記録の中にサービス終了後の相談方法や担当者を記録して家族に渡している。退所した利用者からの相談は相談支援センターに繋ぐ等、積極的に退所者を支援している。</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。		○a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・初回の聞き取りは、サービス管理責任者により家族と利用者から行い、フェースシートに記録している。アセスメントは①基本的な生活習慣②生活スキル③社会スキル④社会参加⑤コミュニケーション⑥健康管理の項目に沿って記録している。 ・アセスメントの見直しは、世話人からの聞き取りを踏まえ、園長、看護師、サービス管理責任者参加のモニタリング会議において一年に2回行っている。 		
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。		a○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。		○a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者のアセスメントやモニタリング会議を踏まえてサービス実施計画は作成されている。計画に基づいて、日々のケース記録へ残し職員間で共有できている。 ・現在、計画の作成に当たり、色々な工夫を取り入れ、全体の目標を掲げる試みを行いながら、改訂を模索中である。個々の計画に沿った支援が行えるよう、支援計画や、ケース記録の更なる工夫が期待される。 ・利用者の聞き取りや日常、接している世話人が感じ取った内容をくみ取り、踏まえた上でモニタリング会議を行い、一年に2回のサービス実施計画の評価、見直しを行っている。 		

(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を高めるため、日頃の関わりから利用者の気持ちを汲み取り、根気強く待ちの姿勢で、思いを聞くように心がけている。個々に応じた対応をすることで意思の疎通を図る支援を行っている。例えば、日頃、意思疎通に支障はなく、コミュニケーションに不具合はないが、言葉がでない利用者、親戚の人で唯一会話するという情報があれば、そこへ連れて行き、話すことの試みを行うなど、出来る限りの支援を行っている。</p> <p>・言葉が出ない利用者にはメモでの会話を行い、必要に応じてPECSカードを用いることもある。意思の疎通に訓練や通院は今のところ必要に迫られないため、専門家の配置は設けていないが、今後必要であれば対応する用意はある。</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>・利用者が主体となって活動する「虹の会」を3年前に立ち上げており、利用者自身の立候補で会長を決め、会長が副会長、役員を決定し忘年会や年に一度の旅行などの話し合いを行っている。職員は利用者の自主性を尊重し支援を行っている。</p> <p>・スポーツや踊りなど、本人がやりたい習い事をし、地域の文化祭への参加、全国スポーツ大会への参加を積極的に支援している。また、旅行を兼ねた九州地区地域生活者交流会への参加で他の施設の利用者との交流を行う機会も設けている。</p> <p>・利用者自身が自力で出来ることは積極的に見守り、その様子を毎日の申し送り時に職員間で確認をし、介助、支援が必要であると判断した場合は、迅速に対応している。買い物の付き添いは、単に付いて来て欲しいのか、介助が必要であるかの見極めに注意しながら、支援を行っている。また、帰省で支援が必要であると判断した場合には、職員間で連携を取って同行したり、家族との連絡を取りながら乗り物に乗せるなど、利用者の状況に応じた対応を行っている。</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"> ・ 社会生活力を高めるために、生活習慣の習得、基本的社会のルールを記したガイドライン「より良い地域生活を送るために」を作成し、利用者に配布するとともに、利用者の能力を活かし、その場面に応じて学習できるよう支援している。 ・ 外出の際、行き先の送迎バスの情報や交通機関の時刻表などの提供や、利用方法についての支援を行っている。また、帰省の際も家族と連携を取りながら、利用者の能力に応じた方法で交通機関を利用するような対応がなされている。 	
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"> ・ 身体拘束等行動制限について運営規定で定め、行動制限検討会議が行われている。利用契約書に身体拘束の禁止を記し、利用者に説明を行っている。やむを得ず行う場合の同意書も作成し、万が一に備えてはいるが、身体拘束を行った事例はない。 ・ 職員は行動制限・身体拘束の廃止を実現するための法人内での伝達研修を受けており、常に職員が意識を持って支援を行えるよう努めている。 	
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"> ・ 職員の意識を高めるため、不適切な関わりの防止について虐待研修を行っている。職員の記録や日誌で心無い行動や発言がないか、また、利用者の行動や表情、訴えからサインを見逃さないよう、早期発見に努めている。 ・ 不適切な関わりに触れそうな言動があった場合には、職員間で注意し合い、職員会議においても情報を得て注意を行っている。「虐待防止要綱」に明文化され、それに基づいて処分を行う仕組みもある。 	

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>・栄養計画の中に栄養量、形態など利用者の状態に応じた内容を明示している。それらを基にモニタリングを行い、食事量や食事の速度など、注意すべき点をあげ、モニタリング表に記載している。世話人は、管理栄養士の献立を基に調理を行うが、各ホーム内にそれぞれの利用者の留意点を掲示し支援を行っている。しかし、食事の支援に関するマニュアルが整備されていない。食事の支援方法についてのマニュアルは、今後、様々な場面で介助や支援が必要になると思われる。今後マニュアルの整備と、マニュアルについての職員の研修、周知が求められる。</p> <p>・管理栄養士が一年に2回、利用者にアンケートを取り、取り入れて欲しいメニューなどの要望を献立に活かしている。各ホームの調理では、季節の果物を取り入れたり、盛りつけを工夫するなど季節感を味わえる食事を提供している。誕生日には本人の希望を聞き、メニューの変更や、外食を行うこともある。</p> <p>・食事は、利用者のペースに合わせ様子を見ながら見守り、急いで食べることがないように声かけを行っている。食事時間は時間を決めてはいるが、帰宅が遅かったり、休日の利用者が好きな時間に食事ができるよう配慮している。遅れた利用者には、食事を温め直すなど、常に温かい食事を提供するよう支援している。</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>・利用者のその日の体調や通院報告書を確認し、入浴に関する留意事項を把握した上で、入浴の順番にも配慮しながら支援している。しかし、安全面やプライバシー保護を考慮した具体的な支援方法のマニュアルが整備されていない。今後、入浴介助や支援・助言方法についてのマニュアルの整備、それに伴う職員研修を行うことが望まれる。</p> <p>・毎日の入浴を基本とし、各ホームで利用者との話し合いにより、入浴時間を決めている。時間外で、必要な場合はシャワー浴なども可能である。</p> <p>・浴室、脱衣所の冷暖房の設備は備えていない。床の張替えやカビの掃除など業者が必要だと思われるときは、申し送りや職員会議で把握し、随時対応している。利用者の掃除は当番や係りで行っており、行き届かない場合は再度掃除を行ったり、職員が手伝うこともある。</p>		
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>・現在、介助を必要とする利用者がいない。しかし、今後、病気やケガなど介助を要することも考えられる。安全面やプライバシーの保護を考慮した具体的な支援方法や注意点が記載されているマニュアルの整備が必要と思われる。</p> <p>・各ホームでトイレ掃除の当番を決定し、利用者が掃除を行っている。職員が確認し、掃除が行き届いてない場合は、可能であれば本人がやり直したり、職員が手伝うこともある。また、トイレの設備においては、職員会議で話し合い、手すりの設置など、必要に応じて対応している。</p>		

2-(4) 衣服 (居住系事業の共同生活介護は対象外であるが、参考の為評価する)	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><参考></p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎日の衣服の着替えは、本人の好みに自由に行っている。衣類の購入は、利用者自ら買い物に出かけ好みのものを購入している。希望があれば、スーツなどの購入時に職員が付き添うこともある。また、サイズ間違いで購入した場合は、職員が対応し返品、交換の対応を行っている。 ・衣類の破損やサイズ直しは、家族に連絡して、自宅に送ったり、希望により施設内で処分している。衣替えは各ホームで世話人が確認しながら支援している。 	
2-(5) 理容・美容 (居住系事業の共同生活介護は対象外であるが、参考の為評価する)	
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><参考></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の好みの髪型を好みの理髪店、美容院で行っている。相談を受ければ職員がアドバイスを行うこともある。 ・毎朝、世話人が点検し、必要であれば理容室への促しをしたり、髪を結んだりする手伝いを行っている。 ・職員が美容室の予約を入れたり、家族からの希望で美容室に同行する場合もある。理容店、美容院の場所や料金などの情報の提供も行っている。 	
2-(6) 睡眠	
2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a・(b)・c
<ul style="list-style-type: none"> ・消灯は平日22時、休日23時と定め、消灯後、職員は他の利用者の睡眠の妨げにならないように各部屋の電気と音楽の音、テレビ等の確認を行っている。 ・寝具は自分の好みにあったものを各自で用意し、持ち込んでいる。 ・睡眠リズムの乱れや、不眠者への対応等のマニュアルの整備がなされていない。今後、マニュアルの整備とそれについての研修、見直しの検討することも重要である。今後に期待したい。 	

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
<ul style="list-style-type: none"> ・毎朝、利用者の健康チェックを行い検温、血圧、体重を「服薬・バイタルチェック表」に記入している。 ・協力医と一年ごとの更新契約を交わしており、健康面に変調があった場合には看護師が通院の同行を行っている。病院へかかる判断基準も設けてある。 ・毎年、家族の同意を得て、インフルエンザの予防接種や、町の健康診断を受けており、家族に対して、①医療費の参考例②市町減免制度対象の資料を送付し、医療費の参考となるような配慮がされている。 ・通院は、世話人が記入した利用者通院前報告書を看護師が確認し、それをもとに、受診し、受診後は看護師の記録した通院報告書により、世話人が確認することで、利用者の病状を把握している。通院に同行した看護師が、お薬表に従って服薬管理を行い、各ホームでは世話人が申し送りにより、服薬に関して把握し、薬の管理を行っている。 	
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。	(a)・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・各ホームで夕食時や日々の会話の中で、利用者のやりたいことを聞き取っている。その中で誕生会や運動会の話し合いを行っている。 ・職員は地域の催し物やそれについての交通情報などを提供している。また、足湯の利用や、国体への参加、その準備の、のぼりやプリンターの設置作業のボランティアも行き、地域との関わりを積極的に支援している。 ・職員は、利用者主体の虹の会の活動を見守り、旅行や忘年会などについての側面的な支援を行っている。 	

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。		(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>・ 外出のルールは利用者と職員で話し合って決定している。利用者にバスの時間や帰宅時間を守ることを、遅れる場合は連絡を入れることを心がけるよう支援している。必要な場合には世話人や職員が付き添うこともある。必要な利用者は、療育手帳やメモ、筆記用具を持参している。</p> <p>・ 地域の防災無線でのお知らせアナウンスを聞けるよう、各ホームの家の中に機械を設置し、情報を得ることが出来るようにしている。</p> <p>・ 利用者の希望に合わせ、外泊届けは、一週間前に提出してもらい、家族にも連絡し外泊を支援している。盆、正月に家庭の事情で帰省できない利用者には、行きたいところや墓参りなどに連れて行くなどの配慮をしている。</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>・ 預かり金管理規定により、預り金担当者の管理のもと事務所で利用者の給料、年金等の通帳、印鑑を管理、保管し、事故の生じない体制を整えている。利用者の必要に応じて、出金依頼書を提出し、出入金を行っている。</p> <p>・ 利用者の収入に応じたお小遣いの金額がそれぞれに決まっており、その中で、預金している利用者もあり、お小遣い帳を活用して自己管理の学習となるよう、支援を行っている。</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>・ 新聞、雑誌等は、各利用者のお小遣いや、家族負担で自由に購入している。テレビやラジオにおいても自分の希望のものを購入し、各部屋に置いている。共有のテレビ等は、利用者が自分たちで決まりごとを決め、音量やつけたままにならないよう、お互いに協力しながら使用している。</p>		
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>・ 医師の指示で、嗜好品を避けなければならない利用者以外は、本人の希望により使用している。たばこについては、喫煙場所を設けている。アルコールについても、仕事に差し支えることのないよう、健康面も配慮して、週末の食後に飲むよう利用者との話し合いでルールを決め、支援している。</p> <p>・ 利用者が嗜好品の体への害についての認識を持てるよう、町の健康診断後の保健師の話をもとに職員が説明をする取り組みを行っている。</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
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が自転車で出勤中、車との接触事故を起こしており、大事には至らなかったが、腕のしびれを訴え、通院した。再発防止に向け、天候や体調を見て、自転車通勤を行うこととしたが、現在は自転車通勤はやめている。 ・衛生管理マニュアルは、法人では備えてあるが、持ち出し禁止となっており、事故や災害等の発生時における対応マニュアルの整備がなされていない。ノロウイルスについては、職員の研修を行っている。今後、マニュアルの作成と整備、それに関する職員の研修が行われ、周知できる体制を整えることを期待したい。 		
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
<ul style="list-style-type: none"> ・事故防止に向け、日課の安全チェックリストを記入し、ヒヤリ・ハットの事例をもとに、事例研修会を月一回行っている。評価、見直しについては今後行う予定であるとのことである。 ・利用者に対する安全教育は定期的に行うことが望ましい。今後、検討されることを期待したい。 ・事故防止に向けたマニュアルの整備も必要である。また、利用者に対する定期的な安全教育も合わせて検討し、実施に向けて取り組むことを期待したい。 		