

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準（概要版）

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：障害者支援施設 石路の里	種別：障害者支援施設
代表者氏名：理事長 山本 秀久 (管理者)：施設長 山本 恭永	開設年月日：昭和55年11月10日
設置主体：社会福祉法人 光輪会 経営主体：社会福祉法人 光輪会	定員：50名（利用人数：53名）
所在地：〒869-5563 葦北郡芦北町大字湯浦1505番地1	
連絡先電話番号：0966-86-0515	F A X 番号：0966-86-1194
ホームページアドレス	http://www.kourinkai.jp/outline.shtml

(2) 基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事
<ul style="list-style-type: none"> ・生活介護 ・施設入所支援 ・短期入所 ・日中一時支援事業（地域生活支援事業） 	4月：桜花見・諏訪祭見学 5月：バスハイク・親善風船バレー大会 遠距離ショッピング 6月：親善オセロゲーム 7月：納涼バーベキュー大会 8月：ソーメン流しバスハイク 10月：コスモス見学 11月：一泊旅行 12月：忘年会 1月：初詣ドライブ・どんどや・新年会 3月：宮崎野球キャンプ見学
居室概要	居室以外の施設設備の概要
<ul style="list-style-type: none"> ・個室 3室 ・2人部屋 3室 ・3人部屋 8室（内短期入所用2室） ・4人部屋 8室 	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">・ホール <li style="width: 50%;">・食堂（2） <li style="width: 50%;">・浴室 <li style="width: 50%;">・脱衣所 <li style="width: 50%;">・特殊浴室 <li style="width: 50%;">・洗面室 <li style="width: 50%;">・静養室 <li style="width: 50%;">・医務室 <li style="width: 50%;">・調理室 <li style="width: 50%;">・会議室 <li style="width: 50%;">・事務所 <li style="width: 50%;">・生活センター <li style="width: 100%;">・トイレ（男性用・女性用・障がい者用）

2 施設・事業所の特徴的な取組

<ul style="list-style-type: none"> ・利用者だけでなく職員の身体的負担にも配慮したノーリフト化（抱え上げない介護）を目指し、利用者の状態に応じたリフトの導入が確実に行われています。 ・浴室の老朽化、利用者の重度化に伴い寝浴・個浴ができる浴室を建築中です。 ・虐待を受けている障がい者を他機関と情報交換を密にしてシェルターとしての力も発揮しています。
--

3 評価結果総評

特に評価の高い点

- ・ 職員各人の名札の裏側に理念が記載され、職員が理念の意味を理解し、使命・意識を持って業務を遂行できる取り組みが行われています。
- ・ 建物や設備は昭和55年の設立時より随時補修や整備が行われており、明るく機能的で清潔も保たれています。入所者の重度化に伴い、新たに浴室を建築中で、利用者の状態に適宜対応されています。施設内の環境においては清潔保持や消臭対策のために、大型加湿除菌消臭機が各箇所に設置され暮らし良い環境を整えています。
- ・ 利用者の安心・安全のためのリスクマネジメントとして、幹線道路から川を隔てて施設が立地しているため、災害に備えて避難用ボートを準備し、井戸水（緊急時に使用）や十分な食料の備蓄があります。また、不審者の侵入に対応するために、防犯カメラの設置も検討中で、定期的な避難訓練や心肺蘇生法（2～3年に1度）の訓練も実施されています。
- ・ 食事は栄養士・介護士・看護師により協議がなされていて、療養食や安全に摂取できる検討をされています。
- ・ ノーリフト（抱え上げない介護）を目標に、要介護者の状況に合わせて据置式リフトや床走行式リフトが導入されており、利用者や職員にやさしい設備が整っています。

改善を求められる点

- ・ 中期計画や単年度計画は策定されており、計画に基づいて事業が確実に展開されていますが、長期計画は策定されていないようです。今後は、自らのビジョンを文書化していくことで現在進行している事業がより明確となり、実効性のある事業に繋がると期待されます。
- ・ 入所者の高齢化・重度化に伴い、利用者の自治会や地域行事への参加、長年続けてきた施設行事等が頓挫しているようです。また、地域資源の活用や発展に寄与するためにも、地域住民を対象としたボランティアの育成や受け入れ、担当職員の育成が望まれます。
- ・ 利用者の状況に応じたりハビリが日中活動として行われています。今後は一人ひとりが持っている力に視点をおき、公共交通機関の利用方法や小遣いの自己管理等を学習プログラムとして計画し、実施されることが期待されます。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H29.2.8)

今回初めて、第三者評価を受けさせて頂いて良かったと思っています。私共の法人は何が出来ていて、何が出来ていないのかが、今回はっきりさせることが出来ました。

3名の評価者の方々が、何より法人の良いところを見出すことを基本にした評価をしていただいたことに、大変満足しております。

今回の評価を受け、5年を長期ととらえ計画を策定し、中期3年・単年度計画を明確にして事業を行っていきたいと思います。

更に、利用者の自治会の活動を積極的に支援し、地域活動を推進し開かれた施設づくりを目指します。利用者様の日中活動のプログラムに、社会適応訓練等のプログラムを入れた活動を増やしていきます。今回評価がbだった項目をしっかりと職員で話し合い改善をしていきます。

(別記)

(公表様式1)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

【障がい児・者施設（居住系サービス）版】

評価機関

名 称	公益財団法人 総合健康推進財団九州支部
所 在 地	熊本市中央区保田窪1-10-38
評価実施期間	平成28年4月1日～平成28年11月8日
評価調査者番号	第06-060号
	第06-079号
	第15-007号

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：障害者支援施設 石路の里	種別：障害者支援施設
代表者氏名：理事長 山本 秀久 (管理者)：施設長 山本 恭永	開設年月日：昭和55年11月10日
設置主体：社会福祉法人 光輪会 経営主体：社会福祉法人 光輪会	定員：50名(利用人数：53名)
所在地：〒869-5563 葦北郡芦北町大字湯浦1505番地1	
連絡先電話番号：0966-86-0515	F A X 番号：0966-86-1194
ホームページアドレス	http://www.kourinkai.jp/outline.shtml

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
<ul style="list-style-type: none"> ・生活介護 ・施設入所支援 ・短期入所 ・日中一時支援事業(地域生活支援事業) 	4月：桜花見・諏訪祭見学 5月：バスハイク・親善風船バレー大会 遠距離ショッピング 6月：親善オセロゲーム 7月：納涼バーベキュー大会 8月：ソーメン流しバスハイク 10月：コスモス見学 11月：一泊旅行 12月：忘年会 1月：初詣ドライブ・どんどや・新年会 3月：宮崎野球キャンプ見学
居室概要	居室以外の施設設備の概要
<ul style="list-style-type: none"> ・個室 3室 ・2人部屋 3室 ・3人部屋 8室(内短期入所用2室) ・4人部屋 8室 	<ul style="list-style-type: none"> ・ホール ・浴室 ・特殊浴室 ・静養室 ・調理室 ・事務所 ・トイレ(男性用・女性用・障がい者用) ・食堂(2) ・脱衣所 ・洗面室 ・医務室 ・会議室 ・生活センター

職員の配置						
職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤	
施設長	1		介護福祉士	13	3	
事務長	1		社会福祉士	1		
サービス管理責任者	1	1	理学療法士	2		
理学療法士	2		社会福祉主事	1		
生活支援員	19	26	介護支援専門員	1		
看護師	6	1	看護師・准看護師	6	1	
栄養士	1		栄養士	1		
合 計	31	28	合 計	25	4	

資格の種別は、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

複数の資格を持ち重複計上している場合があるため、職種と資格の数は必ずしも一致しません。

2 理念・基本方針

法人理念 『誠心誠意』

法人基本方針

1. 私たちは、福祉サービスを通じて『利用するお客様』と『地域社会』のお役に立ちます。
2. 私たちは、福祉サービスを通じて『利用するお客様』と『地域社会』に感動を与え、支持されることを目指します。
3. 私たちは、福祉サービスを通じてスタッフの幸せと法人の発展を実現します。

3 施設・事業所の特徴的な取組

- ・利用者だけでなく職員の身体的負担にも配慮したノーリフト化（抱え上げない介護）を目指し、利用者の状態に応じたリフトの導入が確実に行われています。
- ・浴室の老朽化、利用者の重度化に伴い寝浴・個浴ができる浴室を建築中です。
- ・虐待を受けている障がい者を他機関と情報交換を密にしてシェルターとしての力も発揮しています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年4月1日（契約日）～ 平成29年3月13日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	初回（平成 年度）

5 評価結果総評

特に評価の高い点

- ・職員各人の名札の裏側に理念が記載され、職員が理念の意味を理解し、使命・意識を持って業務を遂行できる取り組みが行われています。
- ・建物や設備は昭和55年の設立時より随時補修や整備が行われており、明るく機能的で清潔も保たれています。入所者の重度化に伴い、新たに浴室を建築中で、利用者の状態に適宜対応されています。施設内の環境においては清潔保持や消臭対策のために、大型加湿除菌消臭機が各箇所に設置され暮らし良い環境を整えています。
- ・利用者の安心・安全のためのリスクマネジメントとして、幹線道路から川を隔てて施設が立地しているため、災害に備えて避難用ボートを準備し、井戸水（緊急時に使用）や十分な食料の備蓄があります。また、不審者の侵入に対応するために、防犯カメラの設置も検討中で、定期的な避難訓練や心肺蘇生法（2～3年に1度）の訓練も実施されています。
- ・食事は栄養士・介護士・看護師により協議がなされていて、療養食や安全に摂取できる検討をされています。
- ・ノーリフト（抱え上げない介護）を目標に、要介護者の状況に合わせて据置式リフトや床走行式リフトが導入されており、利用者や職員にやさしい設備が整っています。

改善を求められる点

- ・ 中期計画や単年度計画は策定されており、計画に基づいて事業が確実に展開されていますが、長期計画は策定されていないようです。今後は、自らのビジョンを文書化していくことで現在進行している事業がより明確となり、実効性のある事業に繋がると期待されます。
- ・ 入所者の高齢化・重度化に伴い、利用者の自治会や地域行事への参加、長年続けてきた施設行事等が頓挫しているようです。また、地域資源の活用や発展に寄与するためにも、地域住民を対象としたボランティアの育成や受け入れ、担当職員の育成が望まれます。
- ・ 利用者の状況に応じたりハビリが日中活動として行われています。今後は一人ひとりが持っている力に視点をおき、公共交通機関の利用方法や小遣いの自己管理等を学習プログラムとして計画し、実施されることが期待されます。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H29.2.8)

今回初めて、第三者評価を受けさせて頂いて良かったと思っています。私共の法人は何か出来ていて、何が出来ていないのかが、今回はっきりさせることが出来ました。

3名の評価者の方々が、何より法人の良いところを見出すことを基本にした評価をしていただいたことに、大変満足しております。

今回の評価を受け、5年を長期ととらえ計画を策定し、中期3年・単年度計画を明確にして事業を行っていきたいと思います。

更に、利用者の自治会の活動を積極的に支援し、地域活動を推進し開かれた施設づくりを目指します。利用者様の日中活動のプログラムに、社会適応訓練等のプログラムを入れた活動を増やしていきます。今回評価がbだった項目をしっかりと職員で話し合い改善をしていきます。

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。

(参考) 利用者調査の手法等

調査の手法	対象者	対象数(人)	基準数に満たない場合の理由
アンケート調査	利用者本人	36	
	家族・保護者		
聞き取り調査	利用者本人		
	家族・保護者		
観察調査	利用者本人		

第三者評価結果

すべての評価細目について、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 福祉サービスの基本方針と組織

- 1 理念・基本方針

		第三者評価結果
	- 1 - (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	
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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>理念、基本方針のほか、「価値ではなく、心の見えるサービスを。気持ちが伝わることを大切にす人であれ。」等のスタッフの心得十二箇条が明文化されています。理念や基本方針は法人内に掲示するほか、職員一人ひとりの名札裏にも記載されています。また、事業計画書や広報誌への掲載や、職員会議の際にも周知徹底されており、一丸となつての取り組みが行われています。加えて利用者や家族には、契約時に丁寧な説明を行い、周知がなされています。</p>		

- 2 経営状況の把握

		第三者評価結果
	- 2 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	
2	- 2 - (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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>身体障害者施設として昭和55年に開設してから36年間蓄積してきた歴史や活動を大切にしながら、施設長は全国、九州、県の各研修会に積極的に参加され、経営環境の分析をされています。地域においては、地域自立支援協議会の委員として、関係機関と情報交換、連携をしながら、法人サービスの内容の数値分析を行い、近隣市町村を含めた地域動向を把握した上で事業経営が行われています。</p>		
3	- 2 - (1) - 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職員会議で経営環境や実施する福祉サービスの内容、施設・設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析を行うと共に、地域社会ニーズにも照らし合わせながら経営課題を明確にされています。分析結果や経営課題は理事と職員等に報告が行われています。また、具体的な取り組みを行うために経営、労務(人材育成)については専門のコンサルタントのアドバイスを受けながら、より質の高いサービスが提供できるように努められています。</p>		

- 3 事業計画の策定

		第三者評価結果
	- 3 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	
4	- 3 - (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 ・ b ・ c
<p><コメント></p>		

<p>利用者のより良い生活環境を作るためにノーリフトの推進、寝浴・個浴を導入するために新たに浴室の建築、居室の増築が計画されています。ノーリフトの導入は職員の身体的負担軽減など健康管理対策の一つにもなっています。また、厚生労働省が提言する職員の専任化など、組織再編も含めた中期計画が明確に示されています。しかし中期計画はあるものの、長期計画は策定されていない状況です。今後は、すでに構想にある施設の改修や利用者や職員の処遇改善等を長期計画として文書化されることを期待します。</p>		
5	- 3 - (1) - 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 ・ b ・ c
<p><コメント> 中期計画に基づいて単年度の計画を策定し、居住アメニティの改修・新築の他、社会福祉協議会や各団体から外部講師を招聘しての内部研修や外部委託による研修など、多面的に計画が策定されています。また各部署の行動指針マニュアルに具体的な職員の行動指針が策定され、職員会議等に報告され検証が行われています。今後は中期や単年度の計画だけでなく、長期計画を策定して単年度の計画に結び付けられることを期待します。</p>		
- 3 - (2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	- 3 - (2) - 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 ・ b ・ c
<p><コメント> 事業計画は、週1回の定例会議、各部署会議、リーダー会議、全職員が参加する職員会議で計画が立案された後に、運営会議で検証・決定がなされ、各部署に決定内容が報告されています。また年度終わりにも各部署で評価を行った後に、運営会議で検討がなされ次年度の計画に活かされています。</p>		
7	- 3 - (2) - 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 事業計画は家族に対しては家族会議や個別面談にて丁寧に説明がなされています。今後は利用者の理解を深めるために、入所棟内に掲示板等を設置して周知するような工夫を期待します。</p>		

- 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
- 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	- 4 - (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> 障害者総合支援関係部門と介護保険関係部門に別れて職員会議が開催され、計画に沿って業務が遂行されており、職員会議や委員会で評価を行う等、P D C Aサイクル(Plan(計画) Do(実行) Check(評価) Act(改善))がきちんと行われています。また今回の福祉サービス第三者評価も計画的に受けるなど、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みが組織的に実行されています。</p>		
9	- 4 - (1) - 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 D C Aサイクルを展開する中で導き出された課題は、再度アセスメントを行い、明確になった課題は、複数の職員が参画して行われるケア会議の中で改善策が検討されています。</p>		

評価対象 組織の運営管理

- 1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
- 1 - (1) 管理者の責任が明確にされている。		

10	- 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設長の立場や役割は組織図や職務分掌で明確になっており、職員会議や職員研修の際にも、自らの役割と責任を表明されています。また、広報誌では施設理念の人権擁護の重要性や職員と利用者の信頼関係の構築の大切さ、利用者の主体性の尊重等について自らの言葉で語られています。</p>			
11	- 1 - (1) -	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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設長は県や自治体・関連機関で行われる倫理・法令遵守に関する研修や会議に率先して参加し、その結果を定例会議、各部署会議、職員会議、研修の場で職員に話すなど、法令遵守に積極的に取り組まれています。また広報誌等で施設の情報公開にも努められています。</p>			
- 1 - (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	- 1 - (2) -	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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設長は職員との会話に重きを置き、三者面談の他にも日常のコミュニケーションの中からサービスの質に関する課題等を把握するように努め、それに応じて必要な教育・研修の充実を図っています。また各部署の代表者からも、職員の意見を吸い上げていく体制ができています。</p>			
13	- 1 - (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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>専門家の指導のもと、労務コンプライアンス(労働関係法令の遵守)に沿った分析を行い、人事、労務、財務等を踏まえて経営の改善に取り組んでいます。また現場への実行性を高めるため、定期的に各部署のリーダーに執務態度考課を行ってもらい、評価結果に基づき施設長が個人面談を実施するなど、職員の資質向上に向けた具体的な取り組みがなされています。</p>			

- 2 福祉人材の確保・育成

			第三者評価結果
- 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	- 2 - (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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>人材確保については苦慮されているようですが、必要な福祉人材や人員体制については資格取得や技術習得度に応じて正社員になれる等の規定が整備されています。また、再雇用制度(65歳までの継続再雇用・離職者の再雇用)や介護の身体的負担軽減のためのノーリフト事業の推進、労働安全衛生法の面からの人間ドッグの受診費用の援助の積極的導入、メンタルヘルス推進計画に基づくストレスチェック制度の運用等、職員定着のための対策に積極的に取り組まれています。今後は人材確保のための具体的なプラン等を構築した上で文書化し、プランに基づく人事管理ができることを期待します。</p>			
15	- 2 - (1) -	総合的な人事管理が行われている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>人事基準(採用、配置、異動、昇進、昇給等)は、就業規則に明確に記載されており、職員にも周知されています。職員の人事考課については、三者面談後に客観的評価をもとに非正規職員から正職員に雇用体系が変わるなど、職員が自らの将来の姿を描くことができるような仕組みが整っています。また社会保険労務士の指導の下、障害者総合支援法の改正に伴う人員配置基準等の対策にもいち早く対応されています。</p>			

- 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	- 2 - (2) - 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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>労務管理については、職員が相談しやすいように、人事考課を含めた個人面談が行われています。またOJT研修(職場で実務研修を行う)だけでなく、各部署の主任が技術面に加えてメンタル面についても細やかにサポートを行っています。さらにワーク・ライフ・バランス(仕事と生活の調和)のために、有給休暇の消化率を把握して計画的な取得を奨励したり、労働安全衛生法に基づいてストレスチェックを第三者機関に委託して実施したりするなど、働きやすい職場づくりに取り組まれています。</p>		
- 2 - (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	- 2 - (3) - 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「期待する職員像」が明確に定められており、目標管理シートにそって三者面談で半年間の目標を聞き取るなど、目標管理のシステムが構築されています。また経年勤務者においては、年度ごとに自己が設定した目標の達成状況の評価も行われています。</p>		
18	- 2 - (3) - 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>就業規則に「期待する職員像」が示され、職員一人ひとりの能力に応じて、自己啓発研修(SDS)に積極的に参加するなどの取組が行われています。また施設内研修においては障がい者の権利擁護、介護技術といった利用者本位のサービスを目指した研修が行われており、定期的に研修内容やカリキュラムの見直しも行い、施設内研修の充実に努められています。</p>		
19	- 2 - (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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>正職員から非正規職員まで全職員がスキルアップできるように、できるだけ研修には参加させたいという施設の考えがありますが、中心市街地に遠いなどの地理的な要因から外部研修に参加するには限りがあります。そこで全国社会福祉協議会、熊本県社会福祉協議会、教育機関の専門講師を施設に招き、年間を通して教育・研修が実施されています。また新任職員には、労務管理の概要、介護マニュアル等に関する知識技能、医務に関する知識、リフト操作に関する研修等を実施し、現場に入ってから段階的に経験や習熟度に応じた個別のOJT研修が実施されています。</p>		
- 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	- 2 - (4) - 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>福祉系高校の実習生を積極的に受け入れています。実習要領、自己紹介シート、個人計画シート、誓約書、損害賠償責任保険等も整備されています。しかし専門職ごとの教育マニュアルの作成までには至ってないようです。今後は施設の基本姿勢を明記し、実習指導者研修を修了した職員を中心に、教育・育成に向けたプログラムの構築を期待します。</p>		

- 3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
- 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	- 3 - (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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人全体のホームページに事業報告書や決算書等が公開されています。また、広報誌「つ</p>		

わぶき」を発刊し、家族や地域に積極的に情報開示がなされています。個人情報の管理については、情報管理基本方針に従い適切に取り扱われています。		
22	- 3 -(1)- 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・b・c
<p><コメント></p> <p>事務、経理、取引については専門家の指導を受けており、内部監査等も実施されていますが、外部監査までには至ってないようです。今後は公正性と透明性の観点から5年に1回程度の外部監査が行われることを期待します。</p>		

- 4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
- 4 -(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	- 4 -(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・b・c
<p><コメント></p> <p>施設内で企画する行事は多彩です。他施設とのオセロ大会や消防団・自治会が参加してのバーベキュー大会の開催、地区の子ども会の訪問、地域の夏祭りの子供みこしの訪問、敬老会や演奏会への参加等、地域との交流の場があります。入所者の高齢化・重度化に伴い、長年続けてきた夏祭り等の施設行事が頓挫しているようですので、地域との関係性の維持のためにも復活が望まれるところです。</p>		
24	- 4 -(1)- 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・b・c
<p><コメント></p> <p>ボランティア受け入れのマニュアルが整っており、内容も 直接連絡ボランティア 社会福祉協議会幹旋ボランティア 行事関係ボランティア 学生ボランティアに区分されています。現在ボランティアに関する直接窓口は設置されていませんが、ボランティアの要請は社会福祉協議会のボランティアコーディネーターを通して派遣を依頼されている状況です。今後はマニュアルを活用しながら、ボランティア希望者に対して障害に関することや直接的・間接的な援助の方法等の研修を行うことで、ボランティアの成長が期待され、継続的なボランティアの確保につながるのではないのでしょうか。</p>		
- 4 -(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	- 4 -(2)- 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・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉施設・事業所として必要な社会資源は明確にされており、福祉に関する法律の変更事項や自施設のサービスに関することなどは、職員会議や回覧で職員に周知されています。また関係機関との会議などには施設長やサービス管理責任者が出向き、必要と判断した場合は、看護師が関係団体（医療機関）と直接会うなど連携が適切に行われています。</p>		
- 4 -(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	- 4 -(3)- 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> <p>地域で発生する災害時の要支援者に対する一時避難施設となっており、1人暮らしの高齢者に対して避難場所を提供するなどの取り組みが行われています。また相談支援事業所から地域に出向いて、講演活動も実施されています。今後は地域の民生・児童委員等との情報のやり取りを密にしながら、これまで以上に地域の福祉向上に取り組まれることを期待します。</p>		
27	- 4 -(3)- 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> <p>相談支援事業や各関係機関との会議等を通して事業展開をするばかりでなく、虐待を受け</p>		

た障がい者の緊急シェルターとして他機関と連携しながら受け入れるなどの特徴的な取り組みが行われています。今後は、それらの活動を計画的に実施していけるように、中・長期計画にも盛り込んでいくと、単年度あるいは緊急時によりスムーズに対応できると思われま

評価対象 適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
- 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	- 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・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の理念、基本方針、スタッフの心得十二箇条が明文化され、新人教育や月1回の職員会議で復唱するばかりでなく、スタッフ個々の名札の裏にも記載されています。新人からベテランまでの職員への聞き取りの際にも浸透していることが確認できました。また外部講師を招いての研修では、福祉職としての基本姿勢、施設の職員としての待遇、利用者・家族の満足度を得る支援など充実したカリキュラムとなっています。</p>		
29	- 1 - (1) - 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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護については、重要事項説明書等に記述されており、規定に基づいたサービスが提供されています。ハード面では脱衣所の設置、トイレの改修、居室環境の整備など段階的かつ速やかに改善が行われています。また、施設長は虐待防止に関する研修に参加し、職員に周知するなど施設全体でプライバシーの保護に努めています。</p>		
- 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	- 1 - (2) - 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・b・c
<p><コメント></p> <p>現在、利用希望者や家族に対しての見学は随時行っており、その際にパンフレットを用いて入所説明が行われています。また、訪問者が気軽に情報を入手できるように玄関のわかりやすいところにパンフレットが備えられ、ホームページも作成されています。今後は、より多くの利用希望者に情報が届くよう、自治体や社会福祉協議会、関係する病院等にもパンフレットを置いてもらう等の検討を期待します。</p>		
31	- 1 - (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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者が重度化する中、利用者本人に解りやすく説明することに苦慮しつつも、家族との話し合いを大切にしながら指定の様式を用いて、自己決定を促すよう努められています。また苦情対応については経過記録や結果を丁寧にまとめた上で、家族会等で報告が行われています。今後は点字やイラスト、写真等を用いた説明書等を作成し、自己決定が困難な利用者にも、サービスの開始や変更等の際に理解できるような取り組みを期待します。</p>		
32	- 1 - (2) - 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・b・c
<p><コメント></p> <p>ほとんどの利用者が最後まで同施設で暮らしていますが、体調次第では医療機関に移行する場合もあるようです。必要に応じて医療機関に経過記録も含めて医療的な情報提供は行われていますが、生活の様子や援助計画書の引き継ぎ等は簡素なもので終わっています。今後はよりスムーズにサービスが引き継げるよう、引き継ぎに関するマニュアルを作成されることが望まれます。</p>		
- 1 - (3) 利用者満足の向上に努めている。		

33	- 1 - (3) -	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 ・ b ・ c
<コメント>			
余暇時間の充実に向けて、障害者支援施設対抗オセロ大会や野球キャンプ見学、様々な季節行事などが行われています。また、栄養士や給食委員会で嗜好調査も行われています。しかし自己主張が困難な利用者が多くなったこともあり、利用者主体で開催される自治会は中断している状況です。今後は施設内の委員会として設置されているサービス委員会が独自の取り組みを提案し、利用者の満足の向上に取り組まれることを期待します。			
- 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	- 1 - (4) -	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a ・ b ・ c
<コメント>			
苦情は意見箱のほか、サービス管理責任者、事務所、電話、メール等で直接受け付けられており、苦情処理第三者委員（大学教授・税理士）等を交えて検討と対応が行われています。苦情内容や対応状況は職員会議や家族会で報告されています。職員に対する苦情があった場合は、施設長を交えて個人面談が行われています。			
35	- 1 - (4) -	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 ・ b ・ c
<コメント>			
利用者の相談事は職員やサービス管理責任者が直接利用者から受け付ける方法と、家族から代行して伝えてもらう方法が主となっています。言葉による主張が困難な利用者が多い中、職員は五感を研ぎ澄まして利用者に寄り添いながら、声の強弱や抑揚、まなざし、仕草や目線などから相談事や意見を把握する努力をしています。今後は相談窓口等を入所棟にも大きく掲示して知らせるなど、利用者に相談方法をわかりやすい形で周知されることを期待します。			
36	- 1 - (4) -	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 ・ b ・ c
<コメント>			
組織図の中には苦情処理第三者委員が位置づけられており、利用者からの意見や苦情に対して冷静な判断ができるような体制ができています。しかし記録方法や、対応策、報告手順を定めたマニュアルの整備には至っていません。現在相談事業所も含めた対応が行われていることから、対応マニュアルを作成することで、より迅速で確実な対応ができると期待されます。			
- 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	- 1 - (5) -	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
<コメント>			
施設では利用者の安全ばかりでなく、職員の身体的負担の軽減のための抱え上げない介護（ノーリフト）を目標に、各部屋に必要な移動式のリフトや天井式リフトを設置し、今年度ほぼ充足した状況です。また安全管理委員会、虐待防止委員会、リスクマネジメント委員会が設置され、職員会議を通して安心・安全なサービス提供について職員に周知されています。			
38	- 1 - (5) -	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 ・ b ・ c
<コメント>			
感染症の予防等に関するマニュアルが整備されており、消毒剤もいたるところに設置されています。また医療機器や福祉用具は看護師が毎日消毒を行い、清潔が保たれています。加えてこれまでの開閉式のドアから自動ドアへの変更、大型加湿除菌消臭機を設置するなど、感染ルートを遮断する工夫も見られます。			
39	- 1 - (5) -	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 ・ b ・ c
<コメント>			

施設裏は高い崖となっておりますが、崖崩れ防止用のブロックが積まれており安全が確保されています。また不審者の侵入に対応するために、防犯カメラの設置を検討中です。定期的な避難訓練や心肺蘇生法（2～3年に1度）の訓練も実施されています。さらに川を渡らないと国道まで行けないことから、避難用ボートや食料、緊急時の井戸水の確保もできています。

- 2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
- 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	- 2 - (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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法が重要事項説明書に記載されており、各部署のサービスステーションにも掲示されています。また、施設長が入所棟や日中活動の場に出向き、利用者や職員に気軽に声をかけて、より良いサービスの提供に努めています。</p>		
41	- 2 - (1) - 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><コメント></p> <p>重要事項説明書に記載されている標準的なサービスは、措置制度から支援費制度に移行した時と障害者総合支援法に移行した時に見直しが行われています。現在実施されているサービスは、各部署もしくは運営会議や業務改善会議等で検証が行われています</p>		
- 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	- 2 - (2) - 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>アセスメントは受持ちの職員が当事者独特のサインや注意事項も加えて情報を収集すると共に、各部署の職員やサービス管理責任者と検討を行ってパソコンに入力し、その後受持ち職員とサービス管理責任者が検討を重ねて、A D L、健康、社会生活スキル、コミュニケーション、日中活動、精神・行動傾向等について個別支援計画が策定されています。</p>		
43	- 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>サービスの管理手法の一つとして、P D C Aサイクルが取り入れられ、サービス管理責任者が計画(plan)を作成し、職員が利用者と関わりながら実行(do)して、ミーティングで評価(check)し改善(act)を適切に行っています。また個別支援計画は、半年に1度見直しが行われており、急変等に伴う変更も医務・給食・リハビリ・介護職が集合して随時行われています。</p>		
- 2 - (3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	- 2 - (3) - 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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>実施時の記録は利用者の心身の状況、行動、夜間の状況、こだわり、睡眠の状況などが経過記録に記入されており、個別支援計画に基づくサービスが実施されていることが確認できました。また情報の共有を図るためにミーティングが開催されており、欠席者は閲覧帳で内容を確認できています。</p>		
45	- 2 - (3) - 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の記録の保管、保存、破棄等はサービス管理責任者が主体となって、法規定に沿って適切に処理されています。今後は個人情報に関する取扱いを徹底するために、職員が携帯するU S Bメモリーの徹底管理を行うなど、情報漏洩のリスクを回避できる取り組みが望ま</p>		

れます。

評価対象

A - 1 利用者の尊重

		第三者評価結果
A - 1 - (1) 利用者の尊重		
A - 1 - (1) -	職員の接し方について、利用者をひとりの個人として尊重する取り組みを行っている。	a・b・c
<コメント> 丁寧な行動や言葉遣いが徹底されるよう、「障害者虐待と権利擁護について」の研修が今年度は施設内研修として行われています。職員セルフチェックや接遇に関する研修も職員会議の中で定期的に行われています。今後は、虐待防止等に関するマニュアルが整備されることを期待します。		
A - 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
<コメント> 個々の利用者の特性を把握した上でのコミュニケーションに取り組まれており、個別支援計画にはコミュニケーションの方法が図式化されています。独自に工夫し作成されたコミュニケーションの道具を使うことで、意思伝達に制限のある利用者に負担が生じないよう配慮されています。		
A - 1 - (1) -	利用者の主体的な活動を尊重している。	a・b・c
<コメント> 施設内外行事（買い物・旅行・地域交流等）の情報提供が行われています。食事に関しては利用者懇談会の場を通じて施設との意見交換をされています。今後は中断している自治会が復活し、利用者が自主的な運営ができるように活動を支援されることを期待します。		
A - 1 - (1) -	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・b・c
<コメント> 利用者の身体機能の変化に応じ細やかな対応がなされています。日常的な支援の変更については、部署会議で検討がなされており、必要に応じて他部署との連携も図られています。部署会議・運営会議・職員会議と段階を追って案件が検討されており、検討事案が整理されて行く仕組みが作られています。		
A - 1 - (1) -	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
<コメント> 利用者の希望で買い物等の社会参加ができる環境が整えられており、買い物時の現金の扱いなどは、利用者の能力に応じて職員が見守りや介助により支援されています。地域や社会資源の情報が自然に施設に届くなど地域の方々と施設との良好な関係性が築かれていることが伺えます。今後はこのことを個別支援計画に記載されるなど計画に反映されるとより良いものになると期待されます。		

A - 2 日常生活支援

		第三者評価結果
A - 2 - (1) 食事		
A - 2 - (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
<コメント> 個別支援計画において個人の栄養量、食事形態などが細かく明記されており、医師の指示のもと個別の食形態が提供され、定期的にデータを分析して見直しもされています。また栄		

<p>養管理日誌は、安全に食事が提供できるように必要事項が一目でわかるよう記載されており、マニュアルも整備されています。</p>		
	A - 2 - (1) - 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
<p><コメント> 嗜好調査は月1回実施され、利用者懇談会で出された意見や、随時聞き取った意見なども加えて丁寧に献立が立てられています。また適温給食が提供されていますが、火傷への配慮からあえて保温食器は使用されていません。刺身やちらし寿司の日を設定したり、誕生日には利用者の希望を反映したりと献立にさまざまな工夫が見られます。現在外注で食事が提供されていますが、地産地消の観点から地元の食材も使用するなど施設の考えが反映されています。</p>		
	A - 2 - (1) - 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 日当たりの良い明るい食堂が2か所あり、車椅子でもゆったりした雰囲気です。また個々の食事のペースによって食事開始の時間をずらすなどの配慮があり、利用者はそれぞれの席につき、思い思いに食事を楽しまれています。</p>		
A - 2 - (2) 入浴		
	A - 2 - (2) - 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
<p><コメント> 入浴については一人ひとりの健康状態や留意事項が的確に把握されており、個別支援計画書に具体的目標とともに明示され、実施記録も適切になされています。同性介助が行われ、プライバシー保護の観点から脱衣所の仕切り等にも工夫が見られます。</p>		
	A - 2 - (2) - 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 週3回の入浴日以外にも、必要に応じてシャワー浴などが行われています。その都度、心身の状況に応じての介助が実施されているとともに、入浴時間や順番などが偏らないように工夫されています。現在建築中の浴場は、個浴・特殊浴が複数準備されており、希望の時間に他の利用者に気兼ねすることなく入浴ができると利用者や職員から期待が寄せられています。</p>		
	A - 2 - (2) - 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a ・ c
<p><コメント> 浴室は機械浴、一般浴など身体状況や体調に合わせ安全に入浴できるように設備が整えられています。失禁等にはシャワーで対応されています。また脱衣スペースが手狭となったことに対して、廊下の一部をカーテンで仕切るなどの工夫によりプライバシー保護と安全確保がなされています。</p>		
A - 2 - (3) 排泄		
	A - 2 - (3) - 排泄介助は快適に行われている。	a ・ c
<p><コメント> 利用者のニーズや身体状況によって種類の違うトイレが利用でき、排泄介助の状況は、所定の記録用紙にチェックされています。またオムツの当て方は、講習会を活用しながら身体状況に合わせた工夫がなされています。支援方法に変更がある場合は、その都度個別支援計画や申し送りノートに記載し、職員間で情報の共有が図られています。</p>		
	A - 2 - (3) - トイレは清潔で快適である。	a ・ c
<p><コメント> 身体状況に応じて利用できるように、高床式トイレや洋式トイレが設置されており、便座の高さや、手すりの位置など様々な工夫が見られます。「できるだけ自分で排泄したい」との希望を叶えるために、トイレには扉を設けず、安全面を考えながらカーテンを設置してプライバシーが確保されています。またヒートショックに対応するために、冷暖房が完備され、</p>		

大型加湿除菌消臭機の設置や毎日の清掃で清潔が保持されています。		
A - 2 - (4) 衣服		
	A - 2 - (4) - 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
<コメント> 衣服は、利用者本人の希望により買い物などを計画し、職員同行の上で本人が好みのものを選択して購入されています。		
	A - 2 - (4) - 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
<コメント> 発汗や失禁などの汚染には随時対応されています。破損した衣服は職員の手で補修されています。破損が起きた場合の対応手順書はありませんでしたが、破損や補修に関わる事柄は全て利用者本人の同意を取られています。		
A - 2 - (5) 理容・美容		
	A - 2 - (5) - 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
<コメント> 施設へ訪問理容を行っている町の理容組合があり、希望者数がまとまったところで職員が依頼をかけています。ヘアスタイルは利用者自身の好みにより決められています。また美容関係では、ビューティーヘルパーが訪問した際に好きな髪型にしたり、買い物日に化粧品を購入したりして、おしゃれを楽しまれています。		
	A - 2 - (5) - 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a ・ c
<コメント> 利用の希望がある時は、担当職員が理美容店へ予約を入れ、送迎と利用中の介助や支払いのサポート等を行っています。施設と理美容店とは長年の付き合いで良好な関係が築かれており、利用者は好きな理髪店や美容院を利用されています。		
A - 2 - (6) 睡眠		
	A - 2 - (6) - 安眠できるように配慮している。	a ・ c
<コメント> 就寝中のサービスマニュアルが整備され、経過記録に夜間の様子が記録されています。寝具は利用者の好みのもので使用されており、床頭台の照明などは利用者の状態に合わせて調整が行われ、廊下も騒音吸収剤を貼るなど安眠に対する工夫がなされています。不眠等により同室者に影響を及ぼす場合は、防音室の使用を勧めるなどの配慮もされています。		
A - 2 - (7) 健康管理		
	A - 2 - (7) - 日常の健康管理は適切である。	a ・ c
<コメント> 7名の看護師が常勤し、利用者健康管理マニュアル・利用者使用薬剤管理マニュアル・利用者の事故への対応マニュアル等が整備されています。看護師のオンコール体制が整えられているので、急変時は看護師とスムーズに連絡がとれ、介護職と連携しながらきめ細かな健康管理が行われています。医師とは施設内カルテ・看護日誌・医務内連絡ノートにより健康管理の情報を共有されています。また、年に2回の健康診断、年に1回の胸部レントゲンが実施されており、外部歯科医師による口腔指導のほか、各科の通院支援も行われています。		
	A - 2 - (7) - 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a ・ b ・ c
<コメント> 健康面に不調があった場合のマニュアルが整備されています。嘱託医による定期回診が行われており、緊急時は随時、嘱託医や連携医に連絡して受診できる体制が整えられ、往診・通院・入院も迅速に行われています。また外部受診する場合は、近隣の医療機関のほか、必要に応じて看護師の付き添いにより八代など遠方に出向く場合もあります。		
	A - 2 - (7) - 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a ・ c

<コメント>		
服薬管理は医務室で看護師を中心に行われています。また疾患を抱える利用者が多いこともあり、配薬・与薬マニュアルが整備され、誤薬防止のために二重確認や薬袋へのフルネームの記載、指差し呼称による確認などが行われています。さらに内服薬のセットを行った看護師と与薬支援を行った職員はそれぞれ記録にサインを残しています。		
A - 2 - (8) 余暇・レクリエーション		
	A - 2 - (8) - 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
<コメント>		
余暇・レクリエーション活動は、利用者ごとに参加の可否を確認し、行き先などは口頭で伝えられています。また、地区の子ども会の訪問や地域の夏祭りの際の子供みこしの訪問、敬老会や演奏会に出向くなど、地域との交流が図られています。今後は、屋外活動の際には出発時間やスケジュールなどの掲示等が望まれます。また、自治会を復活して利用者とともに余暇・レクリエーション活動を計画されることを期待します。		
A - 2 - (9) 外出、外泊		
	A - 2 - (9) - 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a・b・c
<コメント>		
障害者施設として長く町民に親しまれており、外出した際には自然発生的に介助や支援、助言を受けられるなど地域との馴染みの関係が構築されています。また行事等での外出は、利用者の同意のもとで実施されています。今後は社会的活動の幅を広げる意味でも、外部ボランティアの活用も検討されることを期待します。		
	A - 2 - (9) - 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
<コメント>		
盆や正月を含め外泊は、利用者と家族の希望にそって実施されています。外出や外泊は個別支援計画書にあげられ、計画的に行われています。		
A - 2 - (10) 所持金・預かり金の管理等		
	A - 2 - (10) - 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
<コメント>		
預かり金規約があり、個々の預り金は専用の金庫に保管され、複数の職員が管理に関わる体制となっています。		
	A - 2 - (10) - 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・c
<コメント>		
共用の場に置かれたテレビや個人所有のテレビの他に、施設から個別に貸し出すサービスもあります。また、ラジオや新聞、雑誌なども自由に利用されています。今後は設置してある漫画や雑誌を定期的に入れ替えたり、町の移動図書館を利用したりするなどの工夫を行うことで、より希望に沿ったサービスが提供できると期待されます。		
	A - 2 - (10) - 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・c
<コメント>		
嗜好品（酒・たばこ等）についてはルールが設けられ、可能な限り利用者の希望に沿うように配慮されています。健康上の問題がある方については、囑託医に相談し数量を制限した上で可能とする場合もあります。		
A - 2 - (11) 社会適応訓練等		
	A - 2 - (11) - 社会適応訓練等に関しては、利用者の状態に応じた支援を行っている。	a・b・c
<コメント>		
利用者の希望や心身の状況をもとにリハビリテーション実施計画書が作成され、個別の理		

学・作業療法プログラムが展開されており、3ヶ月に1回のモニタリングも実施されています。しかし公共交通機関の利用方法や小遣いの自己管理、電話のかけ方等を学習するプログラムはないようです。今後は利用者や家族と話し合いながら社会適応訓練等の計画が策定されることを期待します。

A - 3 施設・設備

		第三者評価結果
A - 3 - (1) 施設・設備		
	A - 3 - (1) - 施設・設備に関して、利用者や来所者が利用しやすいよう配慮されている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 施設内はバリアフリーで、明るく広いリビングがあり、居室には植物の名前が付けられるなど温かさが感じられます。施設や設備に不都合がある場合は、部署会議で意見をまとめ、その後に運営会議で検討し、随時改善が行われています。さらに予算編成時期には、各部署からの施設・設備に関する改修案を汲み上げ、優先順位を付けて計画的に改善できるような仕組みとなっています。浴室の増築やノーリフト化、大型加湿除菌消臭機導入、自動ドア設置などが確実に実行されています。</p>		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準 (評価対象 ~)	28	17	
内容評価基準 (評価対象 A)	23	6	
合 計	51	23	