

(様式第6号 別紙)

## 長崎県福祉サービス第三者評価結果報告

### 1. 第三者評価機関名

特定非営利活動法人 福祉総合評価機構

### 2. 事業者情報

名称：グループホーム くわた	種別：障害福祉サービス事業
代表者氏名： 甲斐 千尋	定員（利用人数）：26名（名）
所在地：長崎県雲仙市瑞穂町伊福乙2578 Tel：0957-77-2180	

### 3. 総評

#### ◇特に評価の高い点

#### 1. 経営課題の明確化と組織的な事業計画の策定及び共有

母体である社会福祉法人南高愛隣会は昭和53年設立以来、「生かされた人間ではなく自ら生きる人間に」を理念に掲げ、5年ごとに方針を定めている。現在は平成30年に向けて「幸せを実感するようなサービスの提供を」を基本方針として事業展開を行っている。その中で共同生活援助事業所グループホームくわたは、法人の基本方針を基にして事業所の支援方針を決定し、サービス内容、人材育成、収入確保、業務改善等の現状と課題を明確化し、その改善のための意見を職員から吸い上げ目標や取り組む内容を定め組織的な事業計画を策定している。その事業計画は例えば職員のモチベーション向上の為の業務改善策として定期的にスローガンを決め、それに向かって職員一同が取り組む等、職員参画のもと事業計画に掲げた目標に向けて積極的に実行していることは、優れていると言える。

事業計画は毎月評価を行い、月次報告書として法人内情報回覧システムにより職員全員が共有でき、また感染情報システムも同ソフトを運用することで利用者が感染症に感染しているかどうか全て職員で判断できる等、システムを組織的に利用し共有化を図る仕組みは特質すべき点である。

#### 2. 個々の障害特性を理解したサービスの提供

入所前の面談で本人、家族から希望している生活、得意なこと・楽しみや気に入っていること等の把握に力を入れるとともに、本人に関わる全ての支援者の協力を得て障害特性の理解に努めている。

意思伝達に制限のある利用者には、手話ができる職員の配置や利用者自身の手話能

力が向上するよう研修を実施し、意思や希望が正しく理解できるよう取組んでいる。また、絵や写真を使って指差しだけで意思が伝わる日課表の作成、コミュニケーションが苦手な利用者の個室を家具の配置によって人の出入りが気にならない落ち着いたコーナーを作る等、至る所に利用者にとってより快適な環境づくりの工夫が見られ、基本方針である「幸せを実感するようなサービスの提供を」を実践していることが確認できる。

### 3. 自主性を尊重した側面からの支援

利用者の自主性を尊重するために個別支援計画を通じて職員間で利用者一人ひとりの介助についての着眼点の統一を行っており、それが利用者に対する側面的な支援に繋がっている。

特に余暇やレクリエーションについては毎年、利用者アンケートによる意向の把握を行い、コンサートやバスツアー、結婚推進室「ぶ〜け」の交流会案内等、利用者の興味がありそうな情報提供を行い、外出や外泊の計画についても利用者主体で作成できるよう交通情報の提供等で側面的な関わりを行っており、まさに利用者のエンパワメントすなわち人が本来持っている生きる力を湧き出させることを支援している。

## ◇改善を求められる点

### 1. 倫理綱領に基づく利用者支援の平準化に向けたマニュアルの再編成

世話人や担当職員に関しては、サービスの標準的な実施方法として「世話人業務ガイド」や各ホームに備え付けている「支援内容表」が個別対応マニュアルの役割を果たし、それに沿って日常の支援を行っている。「支援内容表」は職員に配布し、業務日誌に添付することで職員周知を図り、職員は毎月1回「業務の振り返りチェック表」で均一なサービスが提供されているかを確認する仕組みがある。

しかし、「支援内容表」はホームごとに様式が異なり、「世話人業務ガイド」についても職員全体に通じる標準的な実施方法とは言えない。

今後、質の高いサービスの提供を目指し倫理綱領を基にした標準的な実施方法のマニュアルの再編成を検討し更なる改善が望まれる。

### 2. PDCAサイクルを意識した評価、見直しの仕組み作り

各マニュアルや規程等、整備できていないものもあり完全とは言えない。特に完成したマニュアルの殆どは日が浅いことから評価や見直しができている状況である。今後は整備が必要なマニュアルの作成、及び完成したマニュアルの更なる職員への周知と定期的な評価・見直し等、PDCAサイクルを意識した取組みにより、利用者へのより質の高いサービスに繋がることを期待したい。

### 3. 虐待再発防止への取り組み

平成25年7月よりコンプライアンス、感染対策、虐待防止、交通安全対策、システム管理の5つの小委員会を統括する危機管理委員会が開催され、法人全体に係る様々なリスク管理上の実態把握と対策実施が行われている。小委員会は定期的に現状報告を行い、危機管理委員会より徹底事項等の指示を行う仕組みができており、特に虐待

について「法人内部における対応フロー」を作成し、法人全体で再発防止に向け力を注いでいる。

事業所の取組みとして行動抑制や身体拘束を行わないことを基本として、倫理綱領を唱和し、毎月虐待防止委員会を中心に不適切な事例集を用いて関わり方について教育を受けている。また、委員会が発行する広報誌や個々の職員が定期的に「業務の振り返りシート」で不適切な関わりの自己チェックを行う仕組みなど障害者虐待防止法を職員が身近に感じる取組みを行っている。

今後も事例検討や外部での強度行動障害に対する知識を深め対応方法の検討や再発防止に対しての職員の意識啓発に努めるとともに、管理者が指導的な立場をとり職員体制の現状や改善に努め職員の質を高めることで再発防止に繋がることを期待したい。

#### 4. 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回、初めて第三者評価を受けましたが、事業所がどのように評価されているのかということを知ることができ、大変良かったと思います。

自己評価の過程の中では、当事業所の良い所や改善すべきところに自分たちで気づけたこと、事業所の実情などをスタッフ全員で共有できたことが何よりの収穫でした。

加えて、個々人の力量によって左右されない「チームでのサービスの底上げ」を目指し、「サービスの標準的な実施方法（マニュアル）」についても、今後、積極的に取り組んでいきたいと考えます。

また、事業所の方針・事業計画などは、運営していくうえで大変重要なことでありながら、ご利用者様やご家族様に十分に伝わっていなかったこと、伝える工夫が足りなかった点については、今回をきっかけに整理を行いたいと思います。

今回の第三者評価が大変有意義なものであったと実感しており、評価だけで終わらせず、着実に改善につとめていきます。

#### 5. 各評価項目にかかる第三者評価結果

(別紙)

#### 6. 利用者調査及び書面調査の概要

(別紙)

## 第三者評価結果:長崎県福祉サービス共通評価項目

I 福祉サービスの基本方針と組織	
1 理念・基本方針	
(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	第三者評価
①理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b
<b>【コメント】</b> 法人理念である「生かされた人間ではなく、自ら生きる人間に」は、ホームページや事業所内に掲示している。また、基本方針である「幸せを実感できるサービスの提供を」は、中・長期計画に記載している。理念には「利用者にはできることはしてもらい、全てを支援するものではない」という意味が含まれており、利用者のみならず職員にも自分で考えて行動してほしいという気持ちが込められている。 基本方針には「自分で何でもできることが幸せを実感できる」という考えが込められている。これらのことから、理念と基本方針は整合性が取れており、職員の行動規範となるような内容となっていることが確認できる。 また、理念や基本方針はミーティングなどで職員へ説明し周知している。ただし、理念等の職員への周知状況の確認については、今のところ実施していない。更に、理念等の利用者や家族への周知のために、わかりやすく説明した資料の作成等の工夫も行っていない。今後の取組みに期待したい。	
2 経営状況の把握	
(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	第三者評価
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
<b>【コメント】</b> 社会福祉事業全体の動向については、福祉新聞の購読や雲仙市グループホーム協議会である「わ」の会に参加することで把握・分析している。福祉サービスのニーズや潜在的利用者に関するデータ収集など地域から行っており、短期入所施設の開設が望まれているが、職員や世話人不足によりなかなか実行できていない。また、福祉サービスのコスト分析や利用者の推移、利用率などは、毎月経営分析表で分析している。なお、地域の各種福祉計画の策定動向と内容についての把握と分析は、今のところ行われていない。今後の取組みが望まれる。	
②経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a
<b>【コメント】</b> 実施している福祉サービスの現状分析は、月1回の事業部長、事業所長が参加する会議や法人内情報回覧システムにより回覧し、毎月の事業を評価している。また、経営状況や改善すべき課題については、経営執行会議において役員間で共有しており、法人内情報回覧システムを活用し職員に報告している。なお、経営課題の改善に向けた具体的な取り組みとして、交通安全委員会からの発信で、事故が起こると保険料が上がるため、事故を減少させるためのキャンペーンを行っている。	
3 事業計画の策定	
(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
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
<b>【コメント】</b> 基本方針である「幸せを実感できるようなサービスの提供を」の実現に向けた目標として、地域での生活を支える仕組み、専門技術の向上、商品の質の充実、社会参画・生活の質の推進という4つの柱を策定している。また、中・長期計画は、経営課題や問題点を明文化するなど改善に向けた具体的な内容になっている。ただし、中・長期計画には年度ごとの目標や目標の数値化は行っておらず、更に、26年度策定以来見直しが行われていない。今後、数値化や見直し等が待たれる。	

### 第三者評価結果：長崎県福祉サービス共通評価項目

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
<b>【コメント】</b> 単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した、重度の利用者を支えるという具体的な内容が示されており、工程表に沿って実行していくような実行可能な具体的内容となっている。また、単年度計画は数値目標や利用率などを設定することで実施状況の評価が行える内容となっている。	
(2) 事業計画が適切に策定されている。	
① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a
<b>【コメント】</b> 事業計画は、職員からの意見を吸い上げて策定しており、工程表に沿って実施している。事業計画は毎月評価し、月次事業報告を行っている。また、研修の回数やケース会議の回数を増やすなど評価の結果に応じ、毎月見直している。更に、事業計画は事業所の事務室にファイルとして配置しており、職員がいつでも見られるよう周知や理解を促すための取組みを行っている。	
② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c
<b>【コメント】</b> 事業計画の中でも職員体制は利用者の説明しているが、その他の内容は、文書の配布や掲示ではなく、利用者会や家族会での説明も行われていない。また、利用者へより理解しやすいような資料等も作成しておらず、利用者への周知や説明の工夫は行われていない。今後の工夫、検討に期待したい。	
4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	
(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。	
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。	b
<b>【コメント】</b> 福祉サービスの質の向上に関する取組みとして「気づき、即、改善」というスローガンを掲げ、業務の振り返りシートや相互研修チェックシートを利用した仕組みがある。年に1回の内部監査として、相互研修チェックを行い、評価する体制を整備している。ただし、職員一人ひとりによる評価基準に沿った自己評価は行われておらず、今回初めての第三者評価受審であるため、今後、評価結果を分析・検討する場を組織として配置し、実行することに期待したい。	
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。	c
<b>【コメント】</b> 法人主導の下、相互研修チェックシートによるグループホームごとの相互チェックは毎年実施しており、改善等については文書化し職員間で共有している。ただし、第三者評価受審は今回が初めてであるため、今後、本評価結果から明確になった課題について職員参画のもとで改善計画を策定することが望まれる。更に、改善に向けた事業所内の仕組みを構築し、改善計画の計画的な取組みが待たれる。	

## 第三者評価結果:長崎県福祉サービス共通評価項目

II 組織の運営管理	
1 管理者の責任とリーダーシップ	
(1) 管理者の責任が明確にされている。	第三者評価
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。	b
<b>【コメント】</b> 管理者は、パンフレットや事業計画に方針や取組みを記載し明確にしている。また、自らの役割と責任について業務分掌表に表明しており、会議等で職員へ周知している。更に、災害時や緊急時における管理者の役割や責任については「緊急時等における責任体制並びに指揮命令体制について」という文書に記載し明確化している。	
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。	b
<b>【コメント】</b> 管理者は、労働基準法や社会福祉法など遵守すべき法令等を理解しており、行政などと窓口を設けてやり取りを行うなど利害関係者との適正な関係を保持している。また、法令遵守の観点から危機管理委員会を設置し、研修会に参加している。更に、交通安全キャンペーンやクリーンキャンペーンなど環境への配慮も含む分野について遵守すべき法令等を把握し取組んでいる。遵守すべき法令等は、交通安全や虐待防止など、各通達の回覧や会議での説明等、職員へ周知するため取組んでいる。	
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	第三者評価
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
<b>【コメント】</b> 管理者は、月次事業報告により福祉サービスの現状を評価・分析している。福祉サービスの課題については、週に一度、管理者が現場に入り課題を見出している。福祉サービスの質の向上については、利用者から意見や要望等を収集し支援に結び付けている。また、2ヶ月に一度の面接により職員の意見を収集し、福祉サービスの質の向上に意見を反映させる仕組みがある。更に福祉サービスの質の向上のため、月に2回の内部研修を実施しており、世話人にも研修に参加させるなど職員の教育・研修の充実を図っている。	
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
<b>【コメント】</b> 管理者は経営や業務改善について、毎月の財務諸表を利用し分析している。労務に関しては、不定期に行われる理事会資料を用いて分析を行っている。また、毎月のスローガンを決めて働きやすい環境を整え、数人の職員でチームを作り、業務の実効性の向上に向け組織内に同様の意識を形成するために取組んでいる。	
2 福祉人材の確保・育成	
(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。	第三者評価
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
<b>【コメント】</b> 人員体制に関する基本的な考え方や福祉人材の確保と育成に関する方針については、方針が確立しており、事業計画に記載し計画に基づいた人材の確保や育成を実施している。また、効果的な福祉人材確保として、利用者アンケートを行う際に調査員として大学生の協力を得て、採用につなげるケースもある。ただし、専門職の配置、必要な福祉人材や人員体制についての具体的な計画は、今のところできていない。今後の検討が待たれる。	

## 第三者評価結果:長崎県福祉サービス共通評価項目

② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><b>【コメント】</b></p> <p>期待する職員像は、理念や中・長期計画に明記しており、更に毎月の理事長からの手紙にも記載され明確となっている。職務に関する成果や貢献度等の評価は、人事考課を活用していることが確認できる。職員処遇の水準は、今年から申請した処遇改善手当において日中系と入所系に分別するなど取組んでいる。また、年に一度、配属希望調査を実施し、職員の意向を収集し検討を行っている。更に、職員が自らの将来の姿を描くことができるよう、キャリアチャレンジ制度を設け、臨時・嘱託職員の正職員への登用のチャンスを広げている。尚、年に2回実施する人事考課の結果は、職員へ公表されていない。今後の検討を期待したい。</p>	
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	
① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	b
<p><b>【コメント】</b></p> <p>職員の就業状況については、事業部長がシフト等の管理を行い責任を明確にしている。職員の有給休暇の取得状況についても事業部長が確認し把握している。職員の健康と安全のため自己申告書を提出してもらい管理者はその内容を把握し、職員にも認識してもらっている。職員は半年に1回、上長と面談を行い悩みなどの相談する機会がある。また、法人内には法務相談室があり職員の悩み相談を受けている。法人内には、レクリエーション部を設置し、レクリエーション大会を行っている。懇親会の費用を一部事業所が負担したり、世話人へ食事会を設けるなど総合的な福利厚生を実施している。職員のワーク・ライフ・バランスに配慮し、宿直は週に1回と決めている。また、人材の確保や定着の観点からキャンペーン実施による表彰や入社後5年間は職場を変更できるよう取組んでいる。なお、夜勤体制や宿直体制に関しては、改善策を計画しているが実行できていない。今後の検討に期待したい。</p>	
(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	
① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b
<p><b>【コメント】</b></p> <p>職員一人ひとりの目標管理のため年に2回の面談を実施している。しかし、職員一人ひとりの目標項目、目標水準、目標期限など設定がなく適切なものとなっていない。また、目標に対する進捗状況の確認や目標達成度の確認は行われていない。今後、検討するとともに取組みが望まれる。</p>	
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
<p><b>【コメント】</b></p> <p>基本方針を基に「社会人としての基礎をもう一度見直そう」というスローガンを掲げ、職員が支援技術や職業倫理等の福祉事業者としてのあり方にとどまらず社会人として見直すことを明示している。必要とされる専門技術については、強度行動障害や罪に問われた障害者への支援技術など法人事業計画に明示している。また、策定した研修計画に基づいた研修の実施状況は研修報告書にて確認できる。なお、研修内容やカリキュラムの定期的な見直しは、今のところ行われていない。今後の取組みに期待したい。</p>	
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
<p><b>【コメント】</b></p> <p>個別の職員の資格取得状況等は職員配属表に記載され管理者は把握している。階層別研修や職種別研修の計画を作成しており職員の職務や必要とされる技術水準に応じた研修を実施している。また、外部研修については、情報回覧システムサイボウズにおいて情報提供を行い参加を奨励し、シフト調整などを行い職員一人ひとりが研修等に参加できるよう配慮している。しかし、新任向けの研修は用意されているが、習熟度に配慮した個別的なOJTは行われていない。今後の取組みに期待したい。</p>	

### 第三者評価結果:長崎県福祉サービス共通評価項目

(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。		第三者評価
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。		c
<b>【コメント】</b> 事業所は実習生受入れの流れを文書化しており、受入れに関する注意事項などを明記している。また、指導者は実習を受入れる大学の研修会に参加している。ただし、現在のところ、実習生受入れに関する法人としての基本姿勢は明文化されていない。また、一校の大学の実習生受入れであるため、プログラムは大学が準備したものを使用するなど、専門職種の特性に配慮したプログラムとはなっていない。今後の検討が望まれる。		
<b>3 運営の透明性の確保</b>		
(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		第三者評価
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。		b
<b>【コメント】</b> ホームページ上に法人等の理念や基本方針、事業計画、事業報告を公開している。また、自治会長や民生委員等に法人の理念や基本方針等について、運営推進会議を通じて資料を配布し、法人の存在意義や役割について明確にしている。ただし、苦情等の体制や内容、又、その改善や対応についての公表は行われていない。今後の取組みに期待したい。		
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
<b>【コメント】</b> 事務、経理の取引に関しては、経理規程に基づきルールを明確化しており、経理等の権限や責任は業務分掌表に明記し、職員に周知している。数ヶ月に一度、会計事務所による監査が実施され、経理処理や取引など確認が行われるとともに、必要に応じてアドバイスを得ている。更に、年に一度、法人監事による内部監査が実施され、事業や財務に関する確認が行われている。		
<b>4 地域との交流、地域貢献</b>		
(1) 地域との関係が適切に確保されている。		第三者評価
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
<b>【コメント】</b> 事業所の事業計画には、更なる地域密着を目標とする取組を記載している。地域の情報等、地域の広報誌をホーム内に掲示するなどして情報を提供している。利用者が地域の行事に参加する際には、ヘルパーの協力が得られるよう体制が整っている。また、清掃活動や地域の祭りなどに参加することで、地域の人々との交流を深めており、利用者には散髪や買い物などをできるだけ地域の社会資源を利用するよう推奨している。		
② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。		c
<b>【コメント】</b> 現在のところ、ボランティアの受入れは行っておらず、ボランティア受入れに対するマニュアルは作成していない。今後の検討が待たれる。		



### 第三者評価結果:長崎県福祉サービス共通評価項目

(2) 関係機関との連携が確保されている。		第三者評価
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
<b>【コメント】</b> 地域の関係機関や団体など社会資源に関しリストを作成し掲示しており、会議で説明するなど職員間での情報の共有を図っている。また、運営推進会議にて、警察や福祉事務所、社会福祉協議会、地域包括センター等と年3回会議を開催し、道路等の草刈や累犯者についての説明など、共通の問題について具体的な取組みを行っている。また、グループホーム協議会である「わ」の会での会議に、年4回参加するなど地域でのネットワーク化に取組み、利用者が他法人へスムーズに移行するなど成果が出ている。		
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		第三者評価
① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。		b
<b>【コメント】</b> 毎年、自治会で説明し地域にチラシを配布するなど、地域住民との交流の場として事業所において秋祭りを実施している。また、地域住民の生活に役立つものとして、事業所にAEDの設置や防災訓練への参加を呼びかけている。災害時においては、避難場所として事業所の体育館が利用できることをチラシを配布し地域に知らせている。地域の活性化への貢献としては、地域のスポーツ大会や祭りへの参加があるが、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動など住民が自由に参加できる支援活動を行うことが今後の課題となっている。		
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。		c
<b>【コメント】</b> 運営推進会議や連絡協議会を通して、地域の福祉ニーズの把握に努め、ニーズの収集を行っているものの、現状はニーズに対応できる体制ができていない。法人としては、相談支援事業を活用するなど多様な相談に応じる機能を有している。また、把握したニーズに基づき、法人として結婚相談事業を行うなど地域貢献に関わる活動を実施している。		
Ⅲ 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		
(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		第三者評価
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
<b>【コメント】</b> 「生かされた人間ではなく、自ら生きる人間に」という理念には利用者を尊重する考えが含まれており、事業所に掲示するなど職員が理解し実践するための取組みを行っている。利用者を尊重した福祉サービスの提供に関しては、毎日のミーティングで倫理綱領を読みあわせるなど実践に向けて取り組んでいる。また、利用者の基本的人権への配慮については、不適切なケアの事例集をもとに研修を実施することで職員への教育を行い、更に毎月の業務の振り返りチェックにおいて状況の把握や評価を行っている。		
② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。		a
<b>【コメント】</b> 利用者のプライバシー保護については、倫理要領や利用契約書に記載され、研修により職員への理解が図られている。虐待防止に関しては、不適切なケアに対する研修を年に3回実施し、行動制限にかかる支援報告書により原因を分析し、改善策を検討し講じるなど取り組んでいる。居室は全て個室であり、居室内のトイレが外から見えなよう工夫し、利用者のプライバシーを守るための設備整備に努めている。また、利用者や家族に対しては、利用契約書を利用しプライバシー保護や権利擁護について説明している。なお、不適切な事案が発生した場合の対応方法については、虐待への対応フローに明示している。		

### 第三者評価結果:長崎県福祉サービス共通評価項目

(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。	第三者評価
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
<b>【コメント】</b> 利用希望者に向けて、事業所の情報を提供する手段として、法人ホームページに事業所の紹介を行い、日頃の様子などの情報を提供している。事業所の紹介には写真を使用するなど、分かりやすい内容となっている。利用希望者へは生活支援ガイドをもとに説明を行っている。また、パンフレットや生活支援ガイドは年に1度見直している。ただし、現在のところ見学や体験入所に関して対応ができていない。今後の検討が待たれる。	
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
<b>【コメント】</b> 福祉サービスの内容に関する説明は、利用契約書を分かりやすい言葉に置き換えている。また、耳の不自由な利用者へは手話を利用し説明を行い、利用者の署名を得るなど本人の自己決定を尊重している。なお、書名欄には意思決定が困難な利用者への配慮として、代行者書名欄を設けており、署名できない理由を記載できるよう工夫している。	
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
<b>【コメント】</b> 他の福祉施設や家庭への移行にあたり、移行先の事業所のケース会議に参加して利用者の状況説明を行うなど、福祉サービスの継続性に配慮している。また、福祉サービスの利用が終了した後も利用者や家族が相談できるよう、担当者やサービス管理責任者が窓口となり、事業所の携帯番号を教えるなど配慮している。ただし、利用終了後の相談方法や担当者についての内容を記載した文書は作成していない。今後の検討が望まれる。	
(3) 利用者満足の向上に努めている。	第三者評価
① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
<b>【コメント】</b> 平成19年より、長崎の大学のゼミ活動の一環として、雲仙地区のグループホーム利用者に利用者アンケートを実施しており、事業所は協力している。学生は意思を伝えることが難しい利用者に対して、絵やジェスチャー等を取り入れ工夫したり、面談は希望や意向が表出しやすいよう、時間をかけて調査している。分析結果は利用者が参加する会議を行い、一緒に検討している。検討の結果、財産管理について、利用者から現金等の残高を知りたいとの要請があり、報告を行うように改善した事例がある。なお、保護者会に職員が参加し、利用者家族からの意見等も収集している。	
(4) 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
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
<b>【コメント】</b> 苦情解決の体制として、受付担当者や苦情解決責任者、第三者委員などを設置している。苦情解決の仕組みはマニュアルを作成しており、利用者がいつでも見られるよう掲示している。事業所内に意見箱を設置しており、利用者本人はもとより職員が利用者の思いを代弁し意見箱に意見を投函するなど申し出しやすいよう配慮している。苦情や意見は記録して保管しており、意見等への対応策は必ず利用者や家族に報告している。また、意見等に関する解決までの情報公開は、本人・家族に配慮し意向を反映し、ホームページに公表している。更に、苦情解決後は世話人にも報告し、支援に繋げている。	

### 第三者評価結果:長崎県福祉サービス共通評価項目

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
<b>【コメント】</b> 利用者が意見等を述べ易くするため、相談受付用紙を意見箱の横に設置している。相談受付用紙には意見等を表出する際の複数の方法や相手を自由に選ぶことが記載されている。月に1度、利用者や家族に対して相談受付用紙や意見箱について説明している。更に利用者や家族が相談しやすいよう相談室を設けている。	
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。	b
<b>【コメント】</b> 利用者から意見等が出た際の記録方法や報告の手順等については、苦情解決マニュアルに記載されている。利用者からの意見に関しては、利用者アンケートや意見箱の設置により把握している。把握した意見については、迅速に所長に報告し対応する仕組みが構築されている。なお、苦情解決マニュアルの定期的な見直しは現在のところ行われていない。今後の取組みが待たれる。	
(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。	第三者評価
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。	b
<b>【コメント】</b> 過去1年間に安全確保の対策では、所在不明が2件、利用者から職員が暴行を受けた事例が1件ある。リスクマネジメントに関しては、危機管理委員会を法人内に設置しており、責任者である委員長も決まっている。 事故発生時の対応と安全確保については、事故に関する基本対応マニュアルに記載しており、読み合わせを行い職員に周知している。利用者の安心安全を脅かす事例はヒヤリハットとして収集し、コンプライアンス委員会で検討している。検討した改善策等は、コンプライアンス通信にて職員に発信している。また、安全確保や事故防止に関して、職員へは昼礼の際にその日に起こったヒヤリハットを報告している。更に、事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性については、各委員会で定期的に評価・見直しを行っている。	
② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a
<b>【コメント】</b> 過去1年間に安全確保の体制で問題は発生していない。 感染症対策については、責任と役割を明確にした感染症対策委員会を設置し、感染症予防と発生時の対応マニュアルを作成し職員に周知し、感染状況確認システムで感染したかどうかを確認できる仕組みがある。年2回、保健所から講師を招き感染症の研修を実施している。感染症の予防策として、5月から9月にかけて食中毒月間としてチェックシートにて予防を行い、重度の利用者の居室には空気清浄機の設置やアルコール除菌、ゴム手袋の設置などを行っている。更に感染症対応マニュアルについては、年に一度、委員会にて見直しが行われている。	
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。	b
<b>【コメント】</b> 災害時の対応体制としては防災防火対策委員会を設置し、委員長には事業部長が任命されている。立地条件から台風、地震、火災などの災害を想定しており、現在、必要な対策として非常用持ち出し袋を玄関に準備している。利用者の安否確認には、点呼簿を準備しており全職員に周知している。備蓄に関しては、非常用持ち出し袋の準備に留まっており、完備するまでには至っていない。また、災害訓練は消防署と地域住民に呼びかけた火災の際の避難訓練であり、風水害等総合的な防災訓練の実施までは行われていない。更に消防署、警察、関係機関との連携も必要であり、様々な災害を想定した利用者の安全確保のための取組みが待たれる。	

第三者評価結果:長崎県福祉サービス共通評価項目

2 福祉サービスの質の確保	
(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。	第三者評価
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。	b
<p><b>【コメント】</b>                      提供しているサービスについては「世話人業務ガイド」に標準的な実施方法を文書化している。更にホームごとに時系列で日課を記入し、利用者の日常的な流れとそれに対する職員の動きが「支援内容表」によって文書化され、個別対応マニュアルの役割を果たしている。                      「支援内容表」は職員に配布されるとともに、毎日記載する業務日誌に添付することにより周知が図られ、職員は個別に毎月1回「業務の振り返りチェック表」で均一なサービスが提供されているかを確認する仕組みがある。                      ただし、ホームごとに「支援内容表」の様式が異なっており、「世話人業務ガイド」についても職員全体に通じる標準的な実施方法という観点から倫理綱領を基にした再編成を検討し、更なる改善を進めることが望まれる。</p>	
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。	b
<p><b>【コメント】</b>                      標準的サービスの実施方法については基本的には新年度に年1回、検証・見直しを行っている。また個別の利用者の「支援内容表」についても利用者に変更がある場合、修正加筆を行っている。その際、例えば利用者からの入浴順番の希望や職員からのハウスキーピングの範囲がわからない等の意見を反映する仕組みが確認できる。</p>	
(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。	第三者評価
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。	b
<p><b>【コメント】</b>                      個別支援計画の策定責任者はサービス管理責任者と定めている。                      個別支援計画作成の手順は、相談支援施設から紹介された利用希望者のプロフィールを基にアセスメントし、サービス管理責任者や担当になる職員が自宅を訪問し、本人・家族から聞き取った内容でアセスメントの肉付けを行っている。作成したアセスメントに基づき、担当者が個別支援計画を作成し、サービス管理責任者が確認、指導を行うという流れがある。                      個別支援計画は、利用者一人ひとりについて具体的な内容を記載しており、利用者のニーズに沿った計画であり、半年に1回モニタリングを行い、支援実施の内容の検証を行っている。                      支援困難なケースについてはケース会議を開き、日中活動先の所長等利用者に関わる支援者が集まり協議を行う場合もある。このような実践の事実から各利用者にとっての生活の質の向上・QOLを重視したサービス提供が行われていることが確認できる。                      ただし、障害の特性に応じたアセスメント手法については、これからの課題となっており、検討、取組みが待たれる。</p>	
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。	b
<p><b>【コメント】</b>                      個別支援計画の見直しは半年に1回、サービス管理責任者、担当者、日中生活活動担当者、所長が出席する他、可能な限り本人が同席して実施し、利用者には特別変更がない場合でも行う仕組みがある。                      変更内容は担当職員は周知しているが、関係職員が周知する手順や、緊急な計画変更についてのルール作りは今後の課題となっている。早期の取組みに期待したい。</p>	

### 第三者評価結果:長崎県福祉サービス共通評価項目

(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	第三者評価
① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	b
<p><b>【コメント】</b></p> <p>利用者の身体や生活の状況は、個人状況記録や夜間報告書に記録しており、個別支援計画に基づくサービスの実施状況も確認できる。現在、日常の記録と個別支援計画にあげたサービスの実施状況が更に繋がるよう、統一した記録フォームや書き方について検討中である。</p> <p>必要な情報は、正規職員の生活指導員はパソコンのネットワークシステムを利用し、非常勤の生活指導員等もインターネットソフトを活用し共有化する仕組みを整備している。</p> <p>また、2ヶ月に1回事業責任者会議やグループホームの所長が参加する部門横断での会議等、情報共有を目的とした会議を法人が実施しており、管理者や所長が参加している。</p>	
② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b
<p><b>【コメント】</b></p> <p>利用者に関する記録の管理については個人情報保護規定に基づき就業規則、倫理綱領、契約書等に明示している。</p> <p>具体的には利用者や家族と個人情報使用に関する同意書が交わされ説明を行っている。また、職員と誓約書を交わし個人情報の不適切な使用や漏えいを防止している。各ホーム、個人情報が記載された書類は利用者の目に触れない場所に保管している。</p> <p>今後は記録管理責任者の設置や職員に対する教育や研修の実施を期待したい。</p>	

## 第三者評価結果:長崎県福祉サービス個別評価項目

A-1 利用者の尊重	
(1) 利用者の尊重	第三者評価
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>【コメント】</b> 職員は利用者とのコミュニケーション手段として、本人固有の言葉を聞き逃さないことや動作によるサインを見逃さないように努め、発見したサインは業務日誌等に記録し、職員間で情報を共有している。 意思伝達に制限のある利用者に絵や写真を利用した日課表を作成し、言葉では伝わらなかった1日の流れが理解できるようになり利用者の気持ちの安定に繋がった事例がある。 また、利用者の意思や希望が正しく理解できるように、手話ができる職員の配置や利用者自身の手話能力が向上するよう研修を実施している。	
② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a
<b>【コメント】</b> 利用者の主体的な活動の場として自治会がある。利用者だけでは難しい課題検討や進行については、職員が選択肢を準備する等の方法で見守り、支援している。自治会役員は施設の総会で、施設役員と芸術祭や運動会等行事について、定期的に協議をする機会を持っている。 また、利用者は別施設の兄弟や結婚推進室「ぶ〜け」での活動等で、施設外の人と自由に交流する機会がある。	
③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	a
<b>【コメント】</b> 利用者・家族と話し合い、日々の生活の中で食事当番、ゴミ出し当番、玄関掃除当番等、生活に必要な役割を分担しており、職員が見守りや支援を行っている。 利用者の主体性を尊重するため、個別支援計画を通じて職員間で一人ひとりの介助についての着眼点を統一し、日常生活で必要なことは「まず、して見せて、次に自力でしていただく」という過剰な支援にならないスタンスで見守りを意識して支援している。 自力で行う行為を助けるため、トイレウォシュレットを設置したり、絵や写真を利用した指差だけで意思が伝わる日課表等を作成し、職員からの声掛けがなくても利用者自身が自力で動けるような工夫が見られる。	
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。	b
<b>【コメント】</b> 事前に広告等を利用して物の値段について学習したり、公共交通機関を利用して買い物を体験する機会を設けているが、利用者のエンパワメントに基づく社会生活力を高めるための学習・訓練プログラム作成については現在、検討中である。 利用者の自己表現については、人との距離の取り方を絵を利用して説明したり、異性との関わり方への助言等、利用者に応じて支援している。 人権週間期間時に事業所内に利用者が見てわかりやすいよう工夫したポスター等掲示を行い、利用者の意識を高めるための情報提供を行っている。	

**第三者評価結果:長崎県福祉サービス個別評価項目**

<p>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。</p>	
<p><b>【コメント】</b>                  ※虐待事例再発防止の取扱い中であるため判定結果の評価対象外とする</p> <p>平成25年7月より各小委員会を統括する危機管理委員会が設立し、その小委員会のひとつである虐待防止委員会で、毎月現状報告を行い危機管理委員会より再発防止の徹底や指示が行われている。                  行動抑制や身体拘束を行わないことを前提に、倫理綱領の唱和や虐待防止委員会を中心に利用者に直接関わることが多い世話人を含めた定期的な職員研修を行っている。                  利用者の特性から、やむを得ない場合に行動抑制や身体拘束を行う可能性のある利用者に関しては、予め利用者に理解できるようにルビをつけた行動制限実施同意書を利用者本人や家族と交わし、行動支援計画に明確な理由を記載し3ヶ月毎に見直しを行っている。                  例えば物を投げたり、地域住民に迷惑を掛けるなど、やむを得ず行動制限をした場合は、その内容を支援報告書に記載し原因分析や利用者の特性を職員間で話し合い、再発防止に取り組むとともに家族への説明を行っている。                  今後も事例検討や外部での強度行動障害に対する知識を深め、対応方法の検討や再発防止に対しての職員の意識啓発に努めることを期待したい。</p>	
<p>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。</p>	
<p><b>【コメント】</b>                  ※虐待事例再発防止の取扱い中であるため判定結果の評価対象外とする</p> <p>法人の虐待防止委員会が毎月「GBiT」という広報誌を発行しており、事例やQ&amp;Aを掲載し障害者虐待防止法を職員が身近に感じる取組みがある。事業所では、その「GBiT」を職員で読み合わせたり、Q&amp;Aについて倫理綱領を確認するなどの取組みを行っている。また個々の職員が定期的に業務の振り返りシートで不適切な関わり方がなかったかの自己チェックを行う仕組みがある。                  利用者には虐待防止委員会が作成した、イラストの入ったわかりやすいポスターを各ホームに掲示し、相談方法や窓口を知らせている。                  職員は、毎月不適切な事例集を使ったグループワークで、関わり方についての教育を受けるとともに、倫理綱領や就業規則について再確認する機会を持っている。また虐待への法人内部における対応フローを作成し、再発防止に向け法人レベルで力を注いでいる。今後も管理者が指導的立場に立ち、職員体制の現状や改善に努め職員の質を高めることで、再発防止に繋がることを期待したい。</p>	
<p><b>A-2 日常生活支援</b></p>	
<p>(1) 食事</p>	<p>第三者評価</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>
<p><b>【コメント】</b>                  食事は法人の別施設の配食サービスを利用しており、世話人用の業務ガイドには健康上の食事に関する注意事項、栄養面、衛生面での留意点を記載している。                  個別支援計画に基づいてホームごとに個別マニュアルとなる支援内容表があり、例えば魚の骨があった場合取り除くことや、食べにくいパン等は焼いたりジャムを塗る等、利用者個々の身体状況に応じた細やかな支援方法を実践している。また、利用者の体調に応じて、おかゆ、きざみ食等を提供し、脱水症状になりやすい季節は水分摂取量に留意している。                  マニュアルについての研修は行われていないが、個別マニュアルは業務日誌に添付され、職員で共有し、年に1回及び利用者に変更があった場合、見直している。</p>	

## 第三者評価結果:長崎県福祉サービス個別評価項目

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。	b
<p><b>【コメント】</b></p> <p>「温かい物は温かい内に、冷たい物は冷たい内に」と利用者がおいしく食べられることを基本として、職員は料理に合う食器を選び、利用者に温めを一緒に行い、ゆっくり食べるよう声掛けを行ったり、音楽や会話等で楽しく食事ができるよう雰囲気作りに努めている。</p> <p>嗜好調査は、配食サービス施設がアンケートを実施しており、結果から嗜好やアレルギーへの対応、若い利用者の要望で、ボリュームがある食事等を選択できるよう改善している。</p> <p>食事の内容は四季折々の季節感のある旬の献立を取り入れており、食材が書かれた献立表がホームの冷蔵庫等に貼ってあり利用者の楽しみとなっている。</p> <p>定期的に配食サービス施設と事業所による食事に関する検討会はあるが、現在のところ利用者の参加はない状況である。</p> <p>また、調味料や香辛料についても健康上必要以上の摂取を避けるため、必要に応じて職員が配慮し食卓には置いていない。</p>	
③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	b
<p><b>【コメント】</b></p> <p>利用者はそれぞれ日中活動から帰る時間が違うため幅のある時間帯で食事ができる。また利用者の特質から自室での食事を望む場合にも対応している。</p> <p>現在、喫食の場に関する検討会議は特別に行っていないため、定期的に食事の場について設備や雰囲気、改善点等話し合う場を設け、利用者にとっての「食」がより楽しく、より豊かになるような取組みに期待したい。</p>	
(2) 入浴	第三者評価
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。	b
<p><b>【コメント】</b></p> <p>入浴に関して特に注意を要する利用者については、血圧測定等、個別支援計画に応じて支援している。</p> <p>基本的に、入浴は自立しているため、見守り支援を行っている。世話人はマニュアルとなる世話人用の業務ガイドに沿って支援しているが、マニュアルについての研修等周知活動がなく、入浴支援チェックリストについても周知や活用が十分とは言えない。今後の取組みが望まれる。</p>	
② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b
<p><b>【コメント】</b></p> <p>利用者の体調を考慮し、入浴が可能であるか判断を行い、時間帯、回数等、利用者と相談して可能な限り希望に沿う支援が行われている。</p> <p>更に失禁や汗をかいた場合等は、必要に応じてその都度入浴支援を行っている。</p>	
③ 浴室・脱衣場等の環境整備は適切に行われている。	b
<p><b>【コメント】</b></p> <p>各ホームは限られた環境の中で、浴室・脱衣場に夏は扇風機、冬はヒーターを置き温度差をなくす等、利用者の健康に配慮している。また、衛生面では足拭きマットは定期的に交換を行う業者を利用している。</p> <p>利用者のプライバシーに配慮し、浴室入口にのれんを掛けたり、窓に影が映らないよう工夫を実践しているが、特に設備面での検討会議等を行っていない。今後の取組みが待たれる。</p>	



## 第三者評価結果:長崎県福祉サービス個別評価項目

(3) 排泄	第三者評価
① 快適な排泄ができるよう介助に配慮している。	b
<p><b>【コメント】</b>            利用者の健康状態を医療マニュアルを基に毎日チェックを行い、特別な介助が必要な利用者にはその人だけのマニュアルにて職員に周知を行い支援している。            マニュアルとなる世話人用の業務ガイドや個別支援マニュアルである支援内容表には排泄介助についての安全、プライバシー、便意、尿意、失禁への対応等についての記載はなく、そのため定期的な見直しも行われていない。            排泄介助の結果は日報に記載し日々の支援に役立てている。</p>	
② トイレは清潔で快適である。	b
<p><b>【コメント】</b>            それぞれのホームのトイレは手摺り、ウォシュレットや温便座等、利用者の障害や必要性に応じて改善を行っている。            居室内にトイレがあるホームの場合、目隠しの壁を設置したり、のれんで対応する等、プライベートに配慮した工夫が見られる。照明や換気も適度であり、気になる臭気もなく清潔を保持している。</p>	
(4) 衣服	第三者評価
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
<p><b>【コメント】</b>            自分の好きな服を自分で選んで着て、ヘルパーとの買い物時に好みの服等を揃える利用者もいる。衣類について職員はTPOや年齢に応じたアドバイスすることをマニュアルである世話人用の業務ガイドに記載しており、利用者の必要に応じて支援を行っている。特に日中活動先により服装を選択したり、着替えが必要な場合があり、その都度支援を行っている。また、衣類購入の際は事前に広告等を提供したり、デート前の服装について相談等に応じている。</p>	
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。	b
<p><b>【コメント】</b>            着替えについては体調に配慮し、強いこだわりがある場合を除き、希望に応じて意志を尊重している。            利用者が自ら着替えることを目標にしているため、職員は見守りを行い利用者が着替えた後に確認し、手直し等を支援している。またその際、汚れや破損についても気づき次第、適切に対応しているものの、業務手順としての整備してはいない。今後の取組みに期待したい。</p>	
(5) 理容・美容	第三者評価
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。	b
<p><b>【コメント】</b>            利用者の髪型は本人や家族からの要望に応じて自由を尊重している。            マニュアルとなる世話人の業務ガイドにも、おしゃれや身だしなみのアドバイスの支援を明記しており、職員は利用者の個性や好みを尊重しながら化粧品選びや理容、美容に関する広告等で情報提供し、その都度、相談に応じている。</p>	

## 第三者評価結果:長崎県福祉サービス個別評価項目

② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	b
<b>【コメント】</b> 地域の理髪店や美容院を利用し、必要に応じて行動援護や移動支援のヘルパー利用の調整を行っている。 また、理髪店や美容院の予約時に利用者の特性を伝え、理解と協力をお願いする支援を行っている。	
<b>(6) 睡眠</b>	第三者評価
① 安眠できるように配慮している。	b
<b>【コメント】</b> 全棟個室であり、寝室の光や音については、個々の利用者の好みで調整し、就寝時は本人の希望に沿い、灯りを点けていたり、音楽を流したり眠りにつきやすい方法で支援している。 また、壁にもたれることで安眠できる利用者には、寝具の位置に配慮が見られる。寝具は利用者の私物を使用している。 ホームごとの業務日誌に添付された個別支援マニュアルとなる支援内容表で、利用者それぞれの安眠方法や不眠者の対応や夜間行動を特記しており、関係職員間で周知が図られ毎日の支援内容の記録を行っていることが確認できる。個別支援マニュアルは新年度に見直しを行い、年度途中で利用者の入れ替わりがあればその都度見直している。 現在、体位交換やおむつ交換の必要な利用者がいないため、特にマニュアルは文書化していない、また、マニュアルについての研修等、行われていない。今後の取組みが待たれる。	
<b>(7) 健康管理</b>	第三者評価
① 日常の健康管理は適切に行われている。	b
<b>【コメント】</b> 利用者の日常の健康管理は、世話人用の業務ガイドに記載している健康に関する支援に基づき、毎日目視での健康チェックを行い、必要な利用者には血圧や体温を計り、医療マニュアルや感染症マニュアルを参考に早期発見、早期治療に心がけている。 マニュアルは年度ごとに点検し、必要に応じて見直しが行われているが、健康に関する全てのマニュアルの研修等、周知活動には至っていない。 週1回木曜に看護師の巡回があり、健康面での利用者や職員からの相談に応じ、必要な利用者には病院への受診同行も行っている。 予防接種については、同意書及び委任状での承認を得て実施している。 世話人用の業務ガイドには利用者の健康の維持、体力増進についても記載されており、日常的に、きんぎょ運動やうがい習慣等、アドバイスをを行っている。 定期的な歯科受診には新規職員が同行し、ブラッシング指導等を受け、食後に利用者の歯磨きの点検やブラッシングを実施している。	
② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	b
<b>【コメント】</b> 利用者の体調に変調がある時は「急変時は緊急事態等における責任体制並びに指揮命令体制」及び医療マニュアルに沿って対応する体制が整っている。 マニュアルについては毎年定期的に見直しを行い、責任体制については各ホームに掲示され職員の共有化を図っているが、マニュアルについての研修など更に周知を図る取組みは行われていない。 事業所から車で20分圏内にある協力医療機関と契約しており、受診時には職員、看護師が同行し医療機関と連携を取るよう努めている。	

## 第三者評価結果:長崎県福祉サービス個別評価項目

③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	b
<b>【コメント】</b> 利用者の薬の内容については、ホームごとの日報に写真や処方箋が綴り込んであり、職員に周知を図っている。 薬の管理及び取り扱いは、医療マニュアルに沿って実施しており、頓服管理表や服薬簿で使用状況を管理している。 事故報告書には、日付や朝夕の配薬間違いや薬を拒否する利用者の事例が挙げられており、日頃より服薬に関するマニュアルの読み合わせを行い、内容を再確認し再発防止に向けて取組んでいる。 マニュアルは年度ごとに点検、見直している。	
(8) 余暇・レクリエーション	第三者評価
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>【コメント】</b> 平成19年より、長崎の大学のゼミ活動の一環として、雲仙地区のグループホーム利用者に利用者アンケートを実施しており、事業所は協力している。学生は意思を伝えることが難しい利用者に対して、絵やジェスチャー等を取り入れ工夫している。面談により希望や意向が表出しやすいよう、時間をかけて調査し、分析結果は事業所が利用者の意向把握として役立てている。 日常的には、盆、正月等の過ごし方の相談に応じたり、好きな芸能人のコンサート情報、バスツアー参加、結婚推進室「ぶ〜け」の交流会案内、他事業所の行事案内等、利用者の興味のありそうな情報提供を行っている。 利用者の主体性を尊重し、個々の外出計画を利用者主体で作成できるよう交通情報等、側面的な関わりで支援を行っている。 行事等では地域の店を利用し、保護者参加のバーベキューや秋祭りに地域住民に露店を出してもらおう等、外部の協力を積極的に得ている。	
(9) 外出、外泊	第三者評価
① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	b
<b>【コメント】</b> 利用者の外出については特に制限はなく、事前に外出計画を提出することをルールとしている。また、必要に応じてヘルパーを利用して外出できる体制を整えている。 外出時に提供できるマップ、交通機関、イベント等の情報収集に努め、利用者の外出がスムーズにできるよう支援を行っている。外出の際、利用者の基本情報を明記した「安心、生活カード」を必ず財布やリュックに携帯するルールがあり、浸透している。	
② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	b
<b>【コメント】</b> 外泊は外出同様、外泊計画を提出するルールがあり、特に制限はなく自由である。 利用者からの外泊希望がある場合、職員は利用者と家族の調整ができるよう個別の対応を行っている。盆や正月の外泊についても事業所側からの強制や要請等行っていない。 帰省先がない利用者に関しては、元職員が利用者を受入れる等の協力がある。	

## 第三者評価結果:長崎県福祉サービス個別評価項目

(10) 所持金・預かり金の管理等	第三者評価
① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	b
<p><b>【コメント】</b>            預り金等管理規定があり、取り扱い責任者は事業所の管理者と明記している。            基本的に預り金はなく、利用者各自、金庫とその鍵を所有しており、工賃収入については自己管理を行っている。            世話人の業務ガイドには職員の基本ルールとしてキャッシュカードの預かりを禁止しているため、自己管理が可能な利用者にはキャッシュカードについての勉強会を実施しており、キャッシュカードを携帯している利用者もいる。            金銭管理に関する決められた学習プログラムはない。            自己管理には小遣い帳を利用し、レシートの貼り方や記入方法、紙を利用して貨幣を置けば残金がわかるような工夫も行っている。            使い過ぎないように、小遣い帳は定期的にチェックし、金銭感覚が身につくよう支援している。</p>	
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。	b
<p><b>【コメント】</b>            新聞を毎日購読している利用者があり、雑誌については各々外出時に自由に購入ができる。            テレビやラジオ、カセット等、個人で使用している居室も見られる。            リビングでのテレビ等の共同利用についても基本的にルールは設けてなく、トラブル時に職員が仲介しその場で利用者同士の話し合いで解決している。</p>	
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。	b
<p><b>【コメント】</b>            喫煙、飲酒については重要事項説明書に身体的健康状態または他利用者への影響を考慮した制限があることを明記し、事業所の基本としている。            特に喫煙については利用者自治会での話し合いで部屋では吸わないというルールを決め、外にベンチ等を設置して喫煙場所を設けている。</p>	

## 第三者評価結果:長崎県福祉サービス個別評価項目

A-3 安全・衛生・事故防止	
(1) 安全・衛生・事故防止	第三者評価
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。	b
<p><b>【コメント】</b></p> <p>過去1年間に事故や災害、衛生管理等の問題は特に発生していない。</p> <p>安全確保、衛生管理、事故防止については小委員会を設置し、マニュアルを整備している。マニュアルについての研修は、保健所関係者による感染症予防研修会を行い、職員に周知しているが、マニュアルについての定期的な見直しには至っていない。</p> <p>小委員会については、法人レベルの危機管理委員会が統括し、問題発生時は対策本部として機能する仕組みを作っており、危機管理委員会の運営フローチャートが各ホームに掲示してある。</p>	
② 事故防止のための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
<p><b>【コメント】</b></p> <p>ヒヤリハットについてのマニュアルが整備され、ヒヤリハットメモや月間報告書の詳しい記載方法を掲載している。月間報告書は各事業所で記入後、法人全体での情報を一元化し、検証を行い改善に繋げたり、どんな小さなことでも事故に繋がる気づきを共有する仕組みが整っている。</p> <p>事業所内のヒヤリハットの内容はミーティング等で共有を図っている。また、コンプライアンス委員会が発行する他事業所のヒヤリハットや虐待防止委員会が毎月発行する「GBiT」を読み合わせ、日常的な利用者の事故防止に関する気づきとして活用している。</p> <p>毎月、自己点検票や危機管理チェック表を基に、事故防止についてのチェックを実施している。</p> <p>また、利用者には自治会主催の研修で、携帯電話の使い方や注意等をテーマにした安全教育を実施している。</p>	

## 事業所プロフィール（障害者（児）施設・事業）

1. 事業所名称： くわた
2. 種別： 共同生活援助
3. 当該事業の開始年月日： 18年 10月 1日
4. 事業所の長の氏名（施設長等）： 甲斐 千尋
5. 運営主体： 社会福祉法人 南高愛隣会
6. 事業所所在地： 長崎県雲仙市瑞穂町伊福乙 2578
7. 連絡先  
電話番号： 0957-77-2180  
Fax 番号： 0957-77-2202  
Eメール： b-unzen@airinkai.or.jp  
ホームページ： <http://www.airinkai.or.jp/>
8. 同一事業所（同一敷地内または同一建物内で行われる事業を指す）で実施している同一運営主体の主な福祉サービス事業

- 同一敷地内の空きホームを生活介護の活動所として、使用している

9. 事業所が大切にしている考え方（事業所の理念や基本方針等を簡潔にお書きください。リーフレット等の資料を添付していただいても結構です。）

パンフレット添付

10.現在の職員数（平成27年7月24日現在）

常勤職員数：7人

非常勤職員数：11人

（常勤換算：12.05人）

単位：人

職種 形態	施設長	事務員	サビ管	生活支 援員	世話人	嘱託医	看護師	栄養士	調理員
常勤				2	5				
非常勤	1		1	5	4				

単位：人

資格 形態	社会福祉 士	介護福祉 士	看護師	准看護師	知的障害援 助専門員		
常勤	2	4					
非常勤	1	3	1		2		

11.定員及び現在の利用者等（平成27年7月24日現在）

(1) 対象地域：定めなし

(2) 対象年齢：定めなし

(3) 定員及び利用者数

	定員(人)	利用者数(人)
共同生活援助	26	26
計		

## 12. サービス内容(事業内容)

- 1.日常生活のサービス
- 2.社会生活に関わる支援
- 3.保健医療のサービス

開所時間：24 時間

休日： なし

健康管理：定期的な通院、その他緊急時にも対応

食事：朝食と夕食は同法人のA型事業所より配達（日曜日は昼食の配達あり）

地域との交流：自治会の清掃活動や祭りなどに参加

保護者会活動：育成会活動

主な行事：新年会、運動会・文化祭（法人全体）、秋祭りなど

## 13. 現在のサービス提供能力（利用状況）と利用者数

（以下のいずれかに○印をおつけください）

- ① サービスを希望しながら待っている人がかなりいる。
- ② ほぼサービス提供能力に見合った利用者数で、待っている人はほとんどいない。
- ③ サービス提供能力に余力があり、希望者があれば受け入れたい。

## 14. 施設の状況

（1）敷地面積： 約 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> / 建物面積： 延約 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

（2）施設の設置形態

・単独設置の場合

（ 階建 一部 階建）

・他施設と併設の場合

併設施設種別：

施設の使用階数： \_\_\_\_\_ 階部分

・建築（含大改築）後の経過年数：（本館築約 \_\_\_\_\_ 年、新館築 \_\_\_\_\_ 年）

・3年以内の大改築計画の有無：（ 有 ・  無 ）

（3）施設設備の概要

居室、浴室、トイレ、食堂、居間など

（4）立地条件など

① 交通の便： 大正駅から 徒歩・バス・その他（車）で 約5分  
大正駅前バス停から 徒歩・その他（車）で 約5分

② 近隣の環境（周辺道路の状況、近隣の施設や建物、公園までの距離など）

- ・国道251号線を山手へ約5分
- ・同一法人の事業所（生活介護、就労継続B型、自立訓練等）が徒歩10分圏内にある
- ・近くの商店までは徒歩で行くことは難しい



15. 苦情解決の体制について

(1) 第三者委員設置の有無

- 設置している (委員数 3人)
- 設置していない

(2) 第三者委員の活動状況 (定期的な訪問を依頼しているような場合その訪問頻度等)

特になし

(3) その他苦情解決に向けての取組み (意見箱の設置、オンブズマンの導入等) についてご記入ください。

各ホームに意見箱を設置している

16. 各種マニュアルの整備

(1) 基本業務実施マニュアル ( 整備している                      整備していない )

(2) 感染症対応マニュアル ( 整備している                      整備していない )

(3) 事故発生対応マニュアル ( 整備している                      整備していない )

(4) その他のマニュアル類がありましたらご記入ください

事務マニュアル、苦情解決について、ヒヤリハットについて  
服薬に関する報告について、総合防災マニュアル など

17. 事業所の特徴：サービス面で、他の事業所と比較をして優れていると思われる点、特徴があると思われる内容を3つ以内でお書きください。

重度の方の生活を支えるため、7棟中、3棟の宿直型のホームを運営し、夜間の安心な暮らしに努めています。また、グループホームも隣接しており、緊急時には連携が取りやすいのも特徴です

強度行動障がいの方であっても、グループホーム(少人数)での暮らしを提供し、本人さんたちの人的・物的な刺激を減らし、落ち着いた暮らしを送れるよう目指しています

# 長崎県福祉サービス第三者評価 利用者調査結果(障害者(児)施設・事業)

評価機関名	福祉総合評価機構
-------	----------

事業所名称	くわた
-------	-----

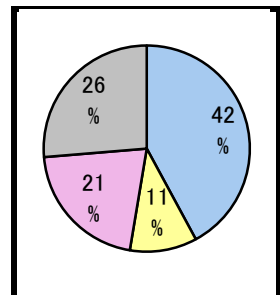
調査の対象・方法	<p>対象： くわたの入所者・利用者</p> <p>方法： 対象者へ調査用紙を配布。 各自記入の上、評価機関へ直接郵送回収。</p>
----------	--

調査実施期間	平成27年6月25日から 平成27年7月24日まで
--------	---------------------------

アンケート結果平均（無回答・無効・非該当を除く 19 件内）

利用者総数	10 人
調査対象者数	10 人
有効回答数	1 人
回収率	10 %

はい	8 件	42%
どちらともいえない	2 件	11%
いいえ	4 件	21%
わからない	5 件	26%



総 評	<p>本アンケートは10人中1人という極めて低い回答数であり、10%の回収率となった。アンケートは、職員が利用者へ配布し、直接評価機関へ郵送する方法で実施した。</p> <p>調査結果は、1人の回答であるため、当事業所の利用者の声とは言い難い。ただし、事業所は独自で利用者アンケートを行っている。そのため、独自の利用者アンケート結果を基に、課題の抽出と今後の取り組みに期待したい。</p>
-----	--

# 長崎県福祉サービス第三者評価 利用者調査結果(障害者(児)施設・事業)

事業所名称		くわた			有効回答数	1 人	
評価対象	No	質問項目	回答			回答数	(%)
全サービス共通項目							
施設の理念・基本方針	1	施設の理念や方針について、知っていますか。	はい			0 件	0.0%
			どちらともいえない			0 件	0.0%
			いいえ	■		1 件	100.0%
			わからない			0 件	0.0%
			無回答・無効			0 件	0.0%
	2	【はいの場合】施設の方針は、自分にとって適切だと思いますか。	はい			0 件	0.0%
			どちらともいえない			0 件	0.0%
			いいえ			0 件	0.0%
			わからない			0 件	0.0%
			無回答・無効			0 件	0.0%
			非該当	■		1 件	100.0%
職員の対応	3	職員は親切、丁寧に対応してくれますか。	はい			0 件	0.0%
			どちらともいえない			0 件	0.0%
			いいえ			0 件	0.0%
			わからない			0 件	0.0%
			無回答・無効	□		1 件	100.0%
	4	職員は何かにつけ気軽に声をかけてくれますか。	はい			0 件	0.0%
			どちらともいえない	■		1 件	100.0%
			いいえ			0 件	0.0%
			わからない			0 件	0.0%
			無回答・無効			0 件	0.0%
プライバシーへの配慮	5	「あなたが秘密にしたいこと」を他人に知られないように配慮してくれますか。	はい	■		1 件	100.0%
			どちらともいえない			0 件	0.0%
			いいえ			0 件	0.0%
			わからない			0 件	0.0%
			無回答・無効			0 件	0.0%
	6	職員が居室にはいるときにノック又は了解を求めますか。	はい	■		1 件	100.0%
			どちらともいえない			0 件	0.0%
			いいえ			0 件	0.0%
			わからない			0 件	0.0%
			無回答・無効			0 件	0.0%
利用者の意向の尊重	7	職員はあなた(あなたの意思)を大切にしてくれますか。	はい			0 件	0.0%
			どちらともいえない	■		1 件	100.0%
			いいえ			0 件	0.0%
			わからない			0 件	0.0%
			無回答・無効			0 件	0.0%
	8	施設の中では「自分のしたいことができる雰囲気」がありますか。	はい	■		1 件	100.0%
			どちらともいえない			0 件	0.0%
			いいえ			0 件	0.0%
			わからない			0 件	0.0%
			無回答・無効			0 件	0.0%
	9	困ったことを相談できる職員がいますか。	はい			0 件	0.0%
			どちらともいえない			0 件	0.0%
			いいえ			0 件	0.0%
			わからない	■		1 件	100.0%
			無回答・無効			0 件	0.0%

# 長崎県福祉サービス第三者評価 利用者調査結果(障害者(児)施設・事業)

事業所名称	くわた	有効回答数	1人
-------	-----	-------	----

評価対象	No	質問項目	回答	回答数	(%)	
苦情受け付けの方法等	10	苦情がある場合の受け付けや解決の仕組みについて、説明がありましたか。	はい		0件	0.0%
			どちらともいえない		0件	0.0%
			いいえ		1件	100.0%
			わからない		0件	0.0%
			無回答・無効		0件	0.0%
不満や要望への対応	11	不満や要望を気軽に話すことができますか。	はい		0件	0.0%
			どちらともいえない		0件	0.0%
			いいえ		1件	100.0%
			わからない		0件	0.0%
			無回答・無効		0件	0.0%
	12	職員は不満や要望に対してきちんと対応してくれますか。	はい		0件	0.0%
			どちらともいえない		0件	0.0%
			いいえ		1件	100.0%
			わからない		0件	0.0%
			無回答・無効		0件	0.0%
職員間の連携・サービスの標準化	13	あなたが要望したことが他の職員にも伝わっていますか。	はい		1件	100.0%
			どちらともいえない		0件	0.0%
			いいえ		0件	0.0%
			わからない		0件	0.0%
			無回答・無効		0件	0.0%
	14	職員はみな同じように接触してくれますか(職員によって言うことやすることに違いがありませんか)。	はい		1件	100.0%
			どちらともいえない		0件	0.0%
			いいえ		0件	0.0%
			わからない		0件	0.0%
			無回答・無効		0件	0.0%
事故の発生	15	施設の中で怪我をしたことがありますか。	はい		0件	0.0%
			どちらともいえない		0件	0.0%
			いいえ		0件	0.0%
			わからない		1件	100.0%
			無回答・無効		0件	0.0%
	16	【はいの場合】怪我をした後の対応は適切でしたか。	はい		0件	0.0%
			どちらともいえない		0件	0.0%
			いいえ		0件	0.0%
			わからない		0件	0.0%
			無回答・無効		0件	0.0%
非該当	1件	100.0%				
入所・利用に当たっての説明	17	この施設の利用を始める前に、施設での生活や支援の内容についてわかりやすい説明がありましたか。	はい		0件	0.0%
			どちらともいえない		0件	0.0%
			いいえ		0件	0.0%
			わからない		0件	0.0%
			無回答・無効		1件	100.0%
【過去1年以内に利用開始した場合】	18	実際に入所・利用してみて、説明どおりでしたか。	はい		1件	100.0%
			どちらともいえない		0件	0.0%
			いいえ		0件	0.0%
			わからない		0件	0.0%
			無回答・無効		0件	0.0%

# 長崎県福祉サービス第三者評価 利用者調査結果(障害者(児)施設・事業)

事業所名称		くわた			有効回答数	1 人	
評価対象	No	質問項目	回答		回答数	(%)	
個別サービス項目							
進路や地域生活移行への支援	19	職員は進路や家庭での生活等、あなたの今後について、支援や相談に応じてくれますか。	はい		0 件	0.0%	
			どちらともいえない		0 件	0.0%	
			いいえ		0 件	0.0%	
			わからない		1 件	100.0%	
			無回答・無効		0 件	0.0%	
食事	20	食事はおいしく、楽しくたべられますか。	はい		0 件	0.0%	
			どちらともいえない		0 件	0.0%	
			いいえ		1 件	100.0%	
			わからない		0 件	0.0%	
			無回答・無効		0 件	0.0%	
入浴、排泄、衣類、理容等	21	入浴や排泄、身だしなみ等について、あなたの希望に応じてくれますか。	はい		0 件	0.0%	
			どちらともいえない		0 件	0.0%	
			いいえ		1 件	100.0%	
			わからない		0 件	0.0%	
			無回答・無効		0 件	0.0%	
医療、服薬の管理等	22	病気やケガの時には、薬を飲ませてくれたり、病院に連れて行ってくれますか。	はい		1 件	100.0%	
			どちらともいえない		0 件	0.0%	
			いいえ		0 件	0.0%	
			わからない		0 件	0.0%	
			無回答・無効		0 件	0.0%	
所持金・預かり金の管理	23	小遣い等必要な金銭については、自分の考えでつかうことができますか。	はい		1 件	100.0%	
			どちらともいえない		0 件	0.0%	
			いいえ		0 件	0.0%	
			わからない		0 件	0.0%	
			無回答・無効		0 件	0.0%	