

(別紙)

評価細目の第三者評価結果（共通）

※すべての評価細目（55項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ-1 理念・基本方針

	第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。	
I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	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>・法人の定期総会の資料、事業目標として「障がいのある人が仕事や活動を行い、個人や集団あるいは環境と適度な関わりを体験することで、地域住民として生活の質を向上させる。」とあり、法人の理念であると理解できる。 また、リーフレットには、理念を「いろいろな作業や活動を通して、ともに社会参加していきましょう。お互いの悩みを打ち明け合い、ともに楽な気分になりましょう。社会の中でたくさんの方のことをともに学び、考えていきましょう。」と、利用者にわかりやすい言葉で掲載しているが、理念の統一がされていない為、統一された理念の作成が求められる。</p> <p>・理念に基づく基本方針と明確にされてはいないが、事業計画書の事業目標として、「障がいのある人が安心して生活していただけるための地域づくりに向けてイベント等を計画し、住民への啓発活動を行う。」と明記している。 また、ふれあい雇用面接時説明事項の中のはまゆう会の目的にも「この法人は、身体、知的、精神障がい及びその家族に対して、地域生活を支援するとともに、その福祉活動を行い、地域への普及啓発と社会復帰の促進に寄与することを目的とする。」と、基本姿勢が明記されているが、理念同様統一された文言での基本方針の作成を期待する。</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>・年1回5月に行われる、定期総会には非常勤を含む全職員が参加し、事業計画書を基に事業目標の説明が行われ、共有が図られている。 ただし、理念や基本方針の文言が統一されておらず、職員は法人の理念や基本方針の明確な認識や理解が不足している。理念や基本方針を明確に表明し、確認・共有することで事業所の方針や方向性もさらに明確になることを期待する。</p> <p>・利用者や家族には、利用開始時に重要事項説明書にて事業の目的と運営の方針を説明している。リーフレットにもわかりやすい文言で説明している。任意加入の家族会には、総会資料を配布している。参加されない家族にはクリスマス会等の行事や個人面談時に説明をおこなっているが、一度きりでは理念方針の周知は十分ではないと思われるため、今後は継続的な取り組みを期待する。</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 計画が職員や利用者に周知されている。	a・ b ・c
<p>・ 定期総会において、事業所方針の実現に向けた目標は明確にされていて実施状況も説明している。新施設建設に伴う、5か年財務シュミレーションも策定しているが、中長期計画としてはまとめられていない。今後、財務シュミレーションに付随して体制、整備等を含めた中長期計画を策定していくとのことである。</p> <p>・ 定期総会において、法人の年度事業計画と収支予算書が報告されておりそれを基にふれあいの各年度の事業計画が策定されている。中長期計画は策定されていないので、各年度の収支報告書も財務シュミレーションを基に策定されている。</p> <p>・ 事業計画の基本的な骨格部分は、3か月に一度行われる経営会議にて理事長、管理者、正職員の3名にて検討しているが、毎月行われる職員会議提案される職員の意見をもとに評価、見直しが行われている。</p> <p>・ 定期総会には、非常勤を含め全職員が参加して、計画は総会資料として配布され周知されている。各職員がふれあい業務分担表にて担当を持ち、業務の見直しや改善を、毎月行われる職員会議で報告している。 利用者全員には、事業計画は配布されていないが、事業所内に年度目標をわかりやすい文言で掲示している。法人はまゆう会の会員の親には、総会資料として配布している。また、今年新たにアップされたホームページにも事業計画を掲載している。</p>	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。		Ⓐ・b・c
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。		a・Ⓑ・c
<p>・管理者は、ふれあい業務分担表を作成し、自らの役割と責任を表明し事業所に掲示している。また、年2回発行の法人の広報誌においても自己の役割や事業所の方向性等を表明している。</p> <p>・平成25年度、精神福祉関係者研修会やNPO法人会計基準説明会、中小企業診断士協会の研修に参加している。しかし、地域的に、外部研修の回数は少ないとのことである。職員には、研修会報告書を会議資料として回覧して周知している。また、必要な法令等の図書も揃えているが、法令等を把握し、リスト化する等への取り組みまでは至っていない。</p>		
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。		Ⓐ・b・c
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。		a・Ⓑ・c
<p>・管理者は、月1回行われる非常勤含め職員全員参加の職員会議において、利用者のカンファレンスや工賃についての継続的な評価、見直しを行っている。ふれあいでは、三障害に対応しており、処遇も様々で啓発研修会議としての役割も担うように企画している。</p> <p>・管理者は、職員会議の意見を基に分担表を作成し、人員配置や環境整備に取り組んでいる。また、ふれあい工賃算出基準にて、毎月工賃の見直しを図っている。工賃の見直しについては、6か月毎に利用者も参加し、工賃算出の理解を深めると共に就労へ向けて一層意欲が向上することを目的としている。</p> <p>・職員雇用時にふれあい雇用面接時説明事項にて目的や義務を説明し、共通した意識形成作りに取り組んでいる。</p> <p>・管理者は自ら工賃アップや商品の販売累計、経費節減等の計画を作成し、経営会議において検討し、職員会議の中の議題にとりあげ結果を議事録にて確認しているが、人事、労務、財務等の面からの分析までには至っていない。</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>・年2～3回開催される障害者団体連絡協議会や自立支援協議会に参加して社会福祉全体の動向を把握している。自立支援協議会の直下の専門部会（就労専門部会・相談部会）にも課題毎に参加して、地域における状況や課題も把握している。個人情報観点から潜在的利用者に関するデータ等の収集はできていない。</p> <p>・ふれあい工賃算出基準にて①評価の目的、②評価網目、③工賃算出方法で分析を行っている。利用者の就労に対する取り組みについては、毎月の職員会議で検討し6か月毎に評価している。商品の売り上げ・工賃アップへの取り組みについては、事業計画にも載せている。作業内容毎に売店事業・受注作業・自主作業として把握している。事業所1階の売店やフェリーのお土産店等で販路を広げている。現在ブームのご当地ゆるキャラをモチーフにした商品を発案し人気を得ている。課題に関しては、経営会議の内容を職員会議で周知している。</p> <p>・外部監査については、NPO法人になってから3年間は会計士に入ってもらっていたが、経費的な面で現在は行っていない。</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>・事業計画のもと、人員基準に則した人員体制の方針は確立している。有資格者も現在介護福祉士が1名在職している。サービス管理責任者の講習も推奨し受講している。</p> <p>今後の課題として賃金の保障を充実し、職員の安定を図り質を高めていく、という人材育成プランを構築していくとのことである。</p> <p>・人事考課の目的や効果は理解している。日々の業務に於いて、業務への意欲や遂行能力、利用者への接遇、職場での人間関係、出勤率等で考課を勘案している。相談が必要な者には、管理者が、随時個別面談を行っている。今後考課後の職員へのフィードバックが今後の課題である。</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 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a・(b)・c
<p>・ 現在、時間外労働はなく、有給消化率も毎月把握している。職員会議で自由な意見交換を行い、改善策も検討する場となっており、改善すべき事項は即実行している。管理者が業務分担表にて職員関係の担当となり、個別に相談や悩みがある職員との面談を行っている。主に利用者の処遇の仕方や勤務時間（非常勤職員）についての相談が多いとのことである。但し定期的には行われていない。協力提携クリニックが労働安全衛生法の協力医療機関として登録しており、健康相談等に携わっている。</p> <p>・ 職員の定期健康診断や予防接種も行っており、悩み相談も暫時、管理者が担当している。必要に応じて、理事長も相談にに応じている。今後相談窓口を業務分担表に記載して職員の悩み相談の解決に向けた体制作りを構築していくとのことである。</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>・事業計画には職員研修の充実が明示されているが、基本方針や中長期目標の中には明示されていない。平成25年度に諫早で行われたサービス管理責任者講習の受講時には、受講職員の勤務時間等変更して参加させている。</p> <p>・職員一人一人に添った研修計画の策定までは行われていないが、共に業務を行う上で個別の職員の技術水準・知識等は把握している。取得したい資格については、管理者が、一人一人個別面談をして意向を聞いている。 病院精神科のドクターの研修が定例年2回の全体研修となり行われている。昨年度は、虐待防止というテーマで行われ、勉強になったとのことである。1月には精神障害者等家族支援事業研修会も行われている。</p> <p>・研修を受講した職員は、出張復命書にて報告をし、研修内容は回覧にて他職員へ周知している。その後の評価・分析・反映までには至っていない。 今後は、個別の研修計画を作成し職員の質を高める人材育成プランの構築を図ることを期待したい。</p>	

Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。	第三者評価結果
Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a・(b)・c
Ⅱ-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	(a)・b・c
<p>・毎年、五島市からの依頼として大学の実習生を受け入れている。マニュアル等は作成していないが、通常の業務のプログラムに組み込まれている。責任体制は明確であり、管理者がオリエンテーションを行い、自ら実習指導にあたっている。また、養護学校の中等部、高等部の実習生や地域の中学校の実習生の受け入れも行っている。</p> <p>・各学校の実習生を積極的に受け入れて、通常業務のプログラムの中で作業内容に応じて、資格種別に応じた配慮がなされている。</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 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問題が発生していない。 管理者は、危機管理の担当として事故対応、災害対応、感染症対応、法令順守の窓口として業務分担表に明記している。施設内外の事故等対応マニュアル（送迎業務上の注意事項も含む）も整備され全職員へ配布し、事業所に掲示している。利用者一人一人の状態の把握は、アセスメントにより周知できている。施設がある建物が五島市健康政策課が管理していることもあり、他団体との連絡・協力体制はできている。今後定期的な検討会やマニュアルの見直しを期待する。</p> <p>・施設が入っている建物全体の総合非難訓練が年2回、自主訓練も年2回行っている。建物に耐震設備が施されている。海に近い為水害が心配されるが、港の海面の水深で避難警報が発令されるとのことである。建物が高いため地域住民の避難場所としても提供されるとのことである。</p> <p>・職員会議において事例をもとに未然防止策を検討している。今後はリスク管理について定期的な評価見直しを期待する。</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（事業所）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>・事業計画の事業目標に地域との関わりを明記している。年3回行われる、法人主催の地域との交流の場「和みカフェ」の開催を市の広報誌で呼びかけ、お茶を飲みながら障害者を持つ家族の方々の交流の場として相談等に行っている。12月に行われる「和い輪いまつり」が利用者と地域住民が一体となり行っている催しもので、事業所も毎年参加している。建物自体がメイン会場となり、下五島だけでなく上五島からも人が集まってくる。また、事業所の訓練の一環として、個々の利用者ニーズに応え買物訓練も行っている。</p> <p>・毎年地域住民への研修や記念講演を行っている。今年6月には奈留離島開発センターにて「障がい差別のない町づくり研修会・・・福祉のまち奈留で差別を考える～」と題しての研修会を開催している。他、実習生の受け入れやホームページでの情報発信も行っている。</p> <p>・ボランティアは、受け入れ確約書にもとづき受け入れている。以前は、ボランティア団体の会の方が来られていたが、現在高齢となり休止されている。マニュアル等の整備はなされていない。</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
<ul style="list-style-type: none"> ・他協力機関や社会資源との連携は図れているが、リストアップ等はなされていない。職員は、毎月行われる職員会議で、共有情報として把握している。 ・障害者団体連絡協議会や専門部会（就労支援）のケース検討会議に参加している。また、障害者相談支援事業所や介護施設、ヘルパーステーションとも積極的に連携を図り利用者のニーズにこたえている。 	
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。	
Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	(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
<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援協議会や専門部会に参加して福祉ニーズの把握に努めている。民生委員にも総会や研修会に参加してもらい意見交換を行っている。家族には「和みカフェ」にて、利用者には事業所の意見箱にてニーズへの取り組みを行っている。 ・今年8月には、福祉ニーズに基づき行政への要望書を提出している。内容として①法人運営に関して、②離島における就労継続支援事業所運営に関して、③障がい者に優しいまちづくりに関してである。 また、現在の施設が、行政建物の一角を借りての運営とのことで利用者の昼の休憩所も確保できておらず、要望にこたえ新施設建設の計画も行われている。 	

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。		①・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者を尊重した支援は、重要事項説明書の運営方針に明記しており、事業計画にも明示し、総会にて表明している。職員については雇用面接時説明事項にてふれあい職員の義務として示している。また、基本的人権への配慮については、随時研修会も行っている。 		
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・②
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が一人になりたい時にゆっくりくつろげる場として、多目的室を確保している。守秘義務である秘密保持も運営規定と契約書において明示しており、職員には採用時に周知している。日常業務上起こった具体的案件については、管理者が個別で指導したり、職員会議にて全員で検討している。規定・マニュアル等の整備がなされておらず今後の課題である。 		
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		第三者評価結果
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。		a・③・c
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。		a・③・c
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者には、半年に1回の個人面談を行い意向や満足度の確認を行っている。法人の家族会であるはまゆう会にも参加し、家族からの要望も聞き取りをしている。利用者本人から意向が聞き取れない方には、送迎時等に家族から代弁してもらうようにしている。満足度等に関する定期的な調査やアンケートは行われていない。 ・管理者が業務分担表にて、個人面談の担当となっておりそこででた要望の、外出したい、買い物に行きたい等の意向に沿って支援している。分析・検討の結果に基づいての改善までは、行っていない。 		

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
<ul style="list-style-type: none"> ・ 担当である管理者以外の他の職員や理事長への相談も、求めに応じて受け付けている。事業所内に苦情相談窓口の文書が掲示してある。相談しやすいスペースとして休憩所コーナーや栄養指導室を用意している。 ・ ふれあいにおける苦情解決に関する規定が策定されている。内部以外にも第三者委員が設置されており、苦情受付書・苦情受付報告書・苦情解決報告書と段階を追っての報告がなされている。 ・ 相談を受けた職員は、すみやかに管理者に報告して個別に対応できるケースと職員会議に於いて全体として周知、対応すべきものに分けて検討している。対応マニュアルの整備はなされていない。 	

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・ ③
Ⅲ-2-(1)-②	評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	a・b・ ③
Ⅲ-2-(1)-③	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a・b・ ③
<p>・今回が初めての第三者評価の受審である。今後、結果を基に取り組むべき課題について検討、実施していく予定である。</p>		
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		第三者評価結果
Ⅲ-2-(2)-①	個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a・ ② ・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・ ③
<p>・事業計画書や雇用面接時説明事項に作業内容や作業時間、利用者尊重は掲載している。また、職員会議や研修、個別指導により職員への周知もなされている。個々のサービスについての標準的な実施方法や確認の仕組みがなされていない。</p> <p>・3か月に一度の経営会議に於いて課題について検討するが、定期的な見直しは行っていない。今後、個々のサービスについてのマニュアルの作成・整備と職員への周知徹底、標準的な実施方法が行われているかどうかの確認や、利用者や職員の提案を取り入れた定期的な見直しの仕組み作りが期待される。</p>		

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		第三者評価結果
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。		Ⓐ・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・Ⓑ・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・Ⓑ・c
<ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画書による利用者一人一人のサービス実施記録は、様式が定められており、利用者の状態が具体的に記録されている。記録の仕方は、統一性を重視しており、管理者の指導によるものである。 ・業務分担表にて管理者が個人記録の担当となり、個人記録用紙の配布・回収・記録の保管・処分を規定通りに行っている。記録管理についての研修は行われていない。 ・利用者の状況や日々の申し送りを事業所内に伝言用ボードとして設置、確認後個別カードに各自押印するようにしている。情報共有の場として定期的な職員会議を行っている。パソコンでの情報共有の仕組みはない。 		

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。		Ⓐ・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。		Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・今年8月に新たに立ち上げたホームページやリーフレットに事業所の情報を積極的に紹介している。リーフレットはわかりやすいように写真入りの大きな文字で作成されている。見学、体験の希望にも対応している。 ・サービス開始前に事業内容をよく説明し、工賃等を理解してもらい、納得をされてから重要事項の説明を行っている。契約書もよくわかるように時間をかけて説明している。他の施設やサービスが望ましいと思える場合は、相談支援事業等を通して相談している。 		
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・Ⓑ・c
<ul style="list-style-type: none"> ・管理者が、通所契約の退所手続き担当窓口となっており、退所受付に伴い相談支援事業所と連携を図り継続性が保たれるように支援しているが、その内容を記載した文書の交付はなされていない。 また、地域移行を目指しグループホームの見学や調理実習、買い物訓練等を行っている。理事会や総会において退所者の支援組織作りを呼び掛けている。 		

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。		Ⓐ・b・c
Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。		a・Ⓑ・c
<p>・管理者が個人面談、個別計画の担当であり、初回面談時（サービス利用開始時）にアセスメントをおこないニーズを把握し、フェースシートに整理している。その場合、面談記録に必ず記載している。半年に1回のモニタリング時にアセスメントの見直しもおこなっている。</p> <p>・見直し時に使用されるのが必須チェック項目で利用者の自己評価となっている。大項目が以下の3つに分かれており（Ⅰ日常生活Ⅱ働く場での対人関係Ⅲ働く場での行動・態度）それがまた細分化されている。これにより利用者の課題が明確になっている。ワンクールのチェックが終了するとチェックリスト経過記録表に記入する。これにより利用者の課題への取り組み状況の推移が伺える。</p> <p>また、プランにのっている様々な職種（相談支援事業所・訪問看護・栄養士・社会福祉協議会等）がアセスメントに関する協議に参加している。今後サービス実施計画を充実させる為に、サービスの適否の日常的なチェックと計画通りに行われているかを確認する仕組みの構築を期待する。</p>		
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。		a・Ⓑ・c
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。		Ⓐ・b・c
<p>・管理者が個別支援計画策定の責任者であり、利用者や家族の意向を支援の全体目標としている。相談支援事業所のサービス等利用計画を基に関係職種が集まり、サービス担当者会議が開催される。その内容はケース会議録に記載している。そのうち、事業所の個別支援計画書とサービス提供計画書が策定されている。</p> <p>計画には、利用者一人一人の具体的な支援内容や留意点が記載されている。実施計画どおりにサービスが行われているかどうか、日常的に確認する仕組みはできていない。</p> <p>・通常はモニタリングを年に1回行い、個別支援計画の見直しを行っている。課題が発生し、プラン変更時には関係職種を招集し、ケース会議を開き利用者の意向を中心に検討している。その場合ケース会議録の回覧により周知を図っている。利用者に事業所の健康診断で異常があったと市から連絡を受けて利用者と一緒に市へ赴き、内容に応じて関係職種とカンファレンスを開き、緊急にプラン変更に対応したケースもあったとのことである。</p>		

(別紙)

評価細目の第三者評価結果（障害者・児施設）

※すべての評価細目（28項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

A-1 利用者の尊重

	第三者評価結果
1-(1) 利用者の尊重	
1-(1)-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	a (b) c
<p>・現在は発語の困難な利用者はいないが、意思伝達に制限のある利用者は親との連絡帳で意思を確認する、疾病により本音の把握が困難な場合は相談支援センターと連携をとる等、利用者の意思や希望の理解、把握に努めている。</p> <p>経営会議の中で、コミュニケーションの手段確保として会話訓練や断る練習の実施を検討している。今後は利用者のコミュニケーション手段を確保するための具体的な支援内容と方法をサービス実施計画に明示することを期待する。</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>・クリスマス会や調理実習では、献立は何にするか、材料はどうするか、何を準備すればいいかを利用者間で話しあい、利用者の主体的な活動を職員や社会福祉協議会のボランティアで支援している。社会福祉協議会が主催する配食サービスボランティアにも調理実習ボランティアとして参加している。</p> <p>また、作業や生活訓練時、集中できない利用者への声かけや、集中し過ぎる利用者には職員が休むタイミングを図る、体力が維持できない利用者には休憩をとる等、配慮している。</p> <p>長崎国体への出店や和い輪いまつりへの参加により他の施設との交流を図っている。今後は、退所後の生活状況の把握も兼ねて施設のOBを含めた利用者の会を検討したいとの希望である。</p> <p>・見守りの姿勢方針を、スタッフ会議や採用時に理事長が職員に伝え確認している。個人面談時や、日々の生活の中で「困ったことがあればいつでも声をかけて、待ってるよ」と常に利用者に話しをしている。車イスの利用者が調理実習を容易にできるように業者に依頼して机の高さを調整する、買いたいものを事前に話し合い目標を持って車で買物に出かける等、自力で行う活動範囲が広がるように対応している。</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
<p>・社会生活力を高めるために調理実習や買物、交通機関利用時の乗降の注意等、生活訓練メニューを作成している。また、土曜日、日曜日に地域活動支援センターが行っている絵や書道等の活動にも参加を促している。</p> <p>言語訓練が必要な利用者を言語聴覚士に繋ぐ努力や機能訓練室で鏡を見ながら歩行姿勢の訓練をする、作業療法士による車イス利用者のトイレ移乗の訓練等、必要に応じた支援を行っている。人権意識を高めるために、人権週間のポスターを掲示、回覧してサービス管理責任者が利用者へ人権に関する話を分かり易く伝えている。</p>	
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
<p>・運営規程や契約書に身体拘束の禁止や利用者の心身状況、緊急やむを得ない理由の記録が明示されているが、現在、利用者全員が身体的に自立しているため同意は得ていない。</p> <p>過去に、協力医療機関への受診や市の健康政策課と連携をとった例はあったが身体拘束には至っておらず、過去1年間にも行動制限や身体拘束は行われていない。今後は、「人権侵害チェックリスト」による自己チェックや身体拘束のマニュアルの整備と同意、職員への研修等の取り組みが期待される。</p>	
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
<p>・運営規程や利用契約書に虐待防止を明記しており、利用者や家族には利用開始時に分かり易く説明している。不適切な関わりを防止するため、医師を外部から招き「健常者と障害者の明らかな違いは何か?」「障害を認めたくない人への対応は?」「統合失調症とは何か?」具体的な対応や接し方等を指導することにより虐待に対する職員の意識付けは高い。</p> <p>日々の生活の中でも折に触れ嫌なことはないかと利用者へ声をかけており、医師との連携もとれている。障害者虐待防止法の内容読み合わせや発見と通報の重要性の研修を行っている。また、保健所が開催する援助技術の習得研修にも参加している。不適切な関わりを防止するために、サービス管理責任者が職員に対して日々の支援の中で利用者への関わり方について迅速に対応、指導しているため、過去1年間に問題は発生していない。今後は、就業規程の中に不適切な関わりがあった職員に対する処遇の策定が望まれる。</p>	

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。	
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。	
2-(1)-③	喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	
<ul style="list-style-type: none"> ・食事に関する支援は行っていない。弁当持参や購入が前提となっている。 		
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。	
2-(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	
2-(2)-③	浴室・脱衣場等の環境整備は適切に行われている。	
評価対象外		
2-(3) 排泄		
2-(3)-①	快適な排泄ができるよう介助に配慮している。	a・b・ ③
2-(2)-②	トイレは清潔で快適である。	③ ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・全利用者は身体的に自立しているため介助の必要はないが、時に失禁があった場合はプライバシーに留意して迅速に対応している。現在、該当者はいないが、今後、排泄介助や安全な排泄器具の使用方法、プライバシー保護に考慮した具体的な支援方法や注意点を定めたマニュアルの作成と研修や見直しが行われることを期待する。 ・現在、事業所は市が経営する五島市福江総合福祉保健センターの一室を使用している。車イスでの利用可能な広さが確保され、ドアも大きくプライバシーに配慮した構造になっている。採光や照明も適切である。清掃や換気、適切な薬品は、市が依頼している清掃会社が行っているが、汚れた場合は職員が直ちに対応している。 		

2-(4) 衣服		第三者評価結果
	2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	
	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。	
評価対象外		
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。	
	2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	
評価対象外		
2-(6) 睡眠		
	2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	
評価対象外		

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されている。	a ● (b) ● c
<p>・重要事項説明書に、保健医療にかかわる支援として、健康管理、服薬管理、通院・治療の支援内容と地域内の協力医療機関が明記されている。利用者の健康状態について毎日声かけを行い把握し、発熱等異変があれば利用者のかかりつけ医や協力医療機関と連携を取り受診している。利用者はかかりつけ医や市の健康政策課にいつでも健康相談ができる体制があり、インフルエンザ等の予防接種の促しを行っている。</p> <p>利用者の健康維持・増進のために、作業を休んで運動をする日を決め、ホールでボール回しや軽運動、お昼休みに散歩やソフトボールを行っている。また、年に1回の健康診断時に口腔指導を受けている。応急処置マニュアルが用意されており、職員に配布して周知されている。今後は、利用者の健康管理表や健康面に変調があった場合の対応や手順を示す健康管理マニュアルの策定、職員への研修、見直しが行われることを期待する。</p> <p>・「薬の管理方法について」「与薬について」「誤薬発生時の対応について」の服薬マニュアルは用意されているが、現在は全利用者が自己管理できるため、職員は服薬時間の促しや服薬できたかを利用者への声かけにより確認している。個人ファイルに利用者が服薬している薬の薬情があり、薬の適切な情報を得ている。全利用者が薬を自己管理できるため過去1年間に薬物使用の誤り等の問題は発生していない。今後は、服薬状態が確認できる様式の作成とマニュアルについての研修や見直しが望まれる。</p>	
2-(8) 余暇・レクリエーション	
2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	(a) ● b ● c
<p>・和い輪い祭りやクリスマス会、調理実習、カラオケ等、利用者が自主的に行う行事は、アンケートや聞き取りで利用者の意向を把握し、行事に生かしている。文化会館のイベントや長崎国体、絵の展示会、地域の祭りの情報は掲示や回覧板で提供している。お昼休みに散歩やソフトボール、買物訓練をしたい、レクリエーションとして外食をしたいの要望を受けて職員が側面的な支援をしている。調理実習時や編み物をしたいという利用者の要望を受けて調理実習時のボランティアや編み物を教えるボランティアを受け入れている。</p>	

2-(9) 外出、外泊		
	2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	
	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。	
評価対象外		
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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の金銭は用意されているロッカーで各自、自己管理しており、過去1年間に金銭に関しての問題は発生していない。自己管理に支援を要する利用者は、同じ建物内1階にある社会福祉協議会の金銭管理係りが通帳等を預かり、利用者は社会福祉協議会と契約を結んでいる。買物訓練の中で経済的な対応能力が高まっており、利用者自身で自主的にこづかい帳をつけている人が多い。 		
	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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・事業所は通所施設であるため、新聞・雑誌の個人購入やテレビやラジオの個人所有はない。テレビ利用時は利用者同士で話し合い、お互いに了承してチャンネル等決定している。 		

	第三者評価結果
2-(10)-③ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	Ⓐ・b・c
<p>・通所事業所であり、就労作業があるため酒は禁止している。建物は市が所有しているため、喫煙場所は市で決められている。利用者との話し合いにより、お茶の時間（11：00、14：00）とお昼休みに喫煙している。喫煙場所には吸殻入れに水を張る等の配慮がなされている。家族や医師の指導によりたばこの害について利用者本人は自覚しているが、つい吸い過ぎる利用者に対してはタバコを預かり、「吸いすぎは身体に悪いから1日に3本ね。」と声かけをして渡している。</p>	

A-3 安全・衛生・事故防止

	第三者評価結果
3-(1) 安全・衛生・事故防止	
3-(1)-① 安全確保や衛生管理又は事故防止に関するマニュアルが整備されており、その対応方法について、全職員に周知されている。	a Ⓑ c
<p>・施設内外の事故等対応マニュアルは整備されている。また、非常災害等の対策は重要事項説明書に明記されている。五島市福江総合福祉保健センター内に事業所があるため市の定めるマニュアルに沿って対応している。衛生管理マニュアルは整備されており、過去1年間に自己や災害、衛生管理の問題は発生していない。今後は、マニュアルの研修や見直しが望まれる。</p>	
3-(1)-② 事故防止のためチェックリスト等があり、事故防止に向けた具体的な取組を行っている。	a・b・Ⓒ
<p>・施設内外の事故等対応マニュアルは整備されているが、事例の収集や事故防止のチェックリストは作成されていない。自転車で通勤している利用者には安全教育を日々の生活の中で行っている。今後は、事故防止のチェックリストの作成やヒヤリハット等の事例を収集して職員参画のもと原因の分析、防止に向けた取り組み、利用者に対する定期的な安全教育の実施が待たれる。</p>	