

(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 ローカルネット日本評価支援機構

2. 事業者情報

名称: 社会福祉法人 悠久会 障害者支援施設 明けの星寮	種別: 障害者支援施設
代表者氏名: 永代 秀二郎	定員(利用人数): 30 名
所在地: 〒855-0041 長崎県島原市宮の町626番地1	

3. 総評

◇特に評価の高い点

①利用者のしあわせ

平成25年12月に耐震整備事業により全面改築改修された事業所である。旧施設の相部屋から個室対応に移行されている。利用者のプライバシーを確保することができ、孤立化の心配より私物の持ち込みで個室を楽しみ、個性が尊重されている。

バリアフリー化、冷暖房、ウォシュレットトイレ、スプリンクラーなどの設備も完備し清掃も行届き清潔で居心地の良い快適な施設になっている。特殊浴室や交流室開放で、来所者へお会いする機会も増え、言葉を交わし、心で感じるふれあいへ発展することに期待が持てる。

②積極的な地域との交流

年間を通して、地域のイベントへの出品や参加・清掃活動・社会奉仕活動・市主催の災害避難訓練等を経て地域住民の理解が深まり、地域消防団・地域住民参加の合同避難訓練や夜間訓練もできるようになった。施設開設当初に比べ、地域住民の理解が得られていることを実感されている。更に特殊浴室や2階の交流室をオープン化し、近隣自治会活動や子供会活動等に無料で提供され、更に地域に根差した施設へ変化していくことが期待される。

③自己評価への真摯な取り組み

今回、初めての福祉サービスの第三者評価受審であった。多忙な日々の中、自己評価作成は困難が多かったと思われます。施設長・職員は今回の第三者評価への取り組みの結果を受け止め、今後の施設の運営に生かすことを表明され、利用者の幸せのため更なる発展が期待されます。

◇改善を求められる点

①中・長期計画の策定

施設を取り巻く社会情勢や環境の変化に対応する施設になるには、確固たる中・長期計画の基に、単年度事業計画を作成し取り組むことが求められるが、中・長期計画は明文化されていない。目標達成のための中・長期計画は重要である。毎年度、事業計画の達成度の評価・見直し(PDCAサイクル)の取り組みが望まれる。

②職員の育成

利用者の高齢化・障害の複雑化など、サービス支援には、専門的な知識・高度な介護技術が要求される。今まで蓄積されたノウハウと共に、エビデンスに基づく福祉サービスの提供に向け、福祉の専門職として、職員の能力向上に向けた教育計画が組織的に計画・実践されることが望まれる。

③マニュアルの整備と定期見直しの仕組み

マニュアルはほぼ作成されているが、業務マニュアルや支援の基本となるサービスの標準的実施方法については取り組みがない。早期の取り組みを期待したい。作成されたマニュアルも定期的な見直しのルールがなく、改訂に繋がっていない。マニュアルの整備・定期的評価・見直しの手順を構築されるよう期待したい。

4. 第三者評価結果に対する事業者のコメント(事業所記入欄)

今回初めて第三者評価を受審しました。職員各自が自己評価を行うことにより、現況の支援体制等項目ごとに確認や見直しを行う機会が持てました。

特にご指摘頂いたことを省みると、支援記録や会議録等各種記録を残すことと検証することの重要性、それらを根拠にした中・長期にわたった事業計画や各種マニュアル等の作成、及び作成段階からの職員参加と周知徹底の重要性を痛感いたしました。その他ご指摘事項や改善を求められる点等、真摯に受け止め、利用者の視点にたって検討・見直しを図りながらサービス向上に向けて取り組んでいきます。

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)

評価細目の第三者評価結果（共通）

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	評価者コメント
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	事業所が目指す福祉サービスの理念をパンフレット、事業計画書に明文化し玄関口にはふりがな付の文書を掲示している。
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	理念に基づく基本方針2項目を事業計画書に明示し、方針に添った部門別の方針も策定されている。
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	c	理念を綴った事業計画書が全職員に配布されているが随時の話し合いは行われていない。定期開催の職員会議等での継続した取組に期待したい。
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	c	利用者全員参加の自治会及び年一度開催の父兄会総会時にふりがな付の理念を配布するとともに説明し理解を載している。自治会記録での確認を行う。父兄会の記録が不十分であり情報共有のためにも記録の徹底に期待したい。

Ⅰ-2 計画の策定

	第三者評価結果	評価者コメント
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	c	単年度事業計画は策定されており、計画に基づく年度の事業報告書は作成されているが中長期の計画は管理者個々の想いは感じられるものの未策定である。今回を機に中長期を見据えた計画策定に期待したい。
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。	c	単年度の行事計画、事業規模に沿った職員定員確保計画、消防計画等具体的計画は策定されており実績報告書も作成されている。中長期の計画策定は今後の取り組みに期待したい。
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	c	計画は基本的に幹部職員を中心に策定されている。昨年度より各部門別に委員会を作り部門で話し合いを行っているが業務の性質上全員参加は難しい。今後は策定段階から職員参加による組織的な取組に期待したい。
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	c	職員に事業計画は配布され毎月末開催の職員会議等で随時話し合いは行われているが、周知の部分では不十分である。継続した周知活動に期待したい。
I-2-(3)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	自治会、父兄会で年間行事計画、職員異動、苦情相談等の話し合いは行われている。施設長より地域貢献等事業方針の説明はあるが明確な周知活動は今後の課題であり取り組みに期待したい。

Ⅰ-3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果	評価者コメント
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。	c	組織図、職務分担表を作成し事業計画書に添付し職員会議等の機会に説明されているが職員に対する周知、理解の面で具体的取組には改善が望まれる。緊急時、苦情解決時等の役割についても各マニュアルに記載されている。
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。	c	管理者は施設長研修会等の研修に参加し権利擁護、その他遵守すべき法令の理解に努め職員会議等を通じ説明されている。今後、遵守すべき法令の以て周知徹底の為に具体的取組に期待したい。

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	利用者支援の為に職員勤務体制見直し、設備面での紫外線消毒機器導入等管理者自ら積極的に職員、利用者中心の取組が行われている。又、リハビリ、自治会活動、身辺ケア、レクリエーション、環境美化活動等職員配置を決め話し合いを通じ指導を行っている。
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。	b	同一法人内3事業所で毎週開催の施設長会議、毎月開催の主任会議、課長会議にて法人全体の職員配置、業務改善に向けた環境整備、財務面での効率化の検討等話し合い、共有化に取り組まれている。

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	評価者コメント
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。(※)	c	全国、九州、県の福祉施設施設長会での行政サイドの説明等による情報収集を基に環境把握は行われている。把握した情報と事業計画とをリンクさせた取り組みに期待したい。
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。	c	数年前に外部の調査機関からのアドバイスは受けたものの定期的な分析は実施されていない。財政面での効率化、より良いサービス提供に向けた人員配置について実績に基づく検討会は行われている。今後は組織的な経営分析による問題点把握などの取り組みに期待したい。
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	c	行政の監査以外は未実施である。税理士による財務面の把握は行われている。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	評価者コメント
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。	c	指定基準に沿った有資格職員の育成、配置は行われている。医療処置に関し看護師指導による限定的な研修等は実施されているがキャリアアップ制度等事業計画に沿った具体的な人材育成の取り組みは今後の課題である。
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。	c	組織目標に基づき毎年一回職員独自の自己評価は行われているが管理者との話し合いは未実施である。人事考課は公平性、透明性が担保されるべきであり職員に対する明確な説明、人事考課システムの確立に向けた取り組みに期待したい。
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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。	c	有給休暇消化率、時間外労働のチェック等最終的には施設長が把握し管理指導を行っているが改善等の組織的な仕組み作りは今後の課題である。
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。	b	身体面では健康診断時に看護師との話し合い等の機会があるが、精神面では相談体制も確立していない。今後、職員相談窓口設置等の積極的な取り組みに期待したい。
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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。	c	昨年度サービス向上、地域貢献、権利擁護等各委員会を設置し職員配置の基、各セクションに適した研修に参加させている。今後は中長期を見据え事業計画との整合性に留意した取り組みに期待したい。
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。	c	法人内でテーマ毎に全体研修は行われているが職員のレベルに沿った個別の教育・研修計画は行われていない。今回を機に個別計画策定に期待したい。
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。	c	法人内研修、外部研修参加の職員は報告レポート作成、職員会議での内容発表は実施されているが組織として個別の教育・研修計画が明確でなく、見直しも含め今後質の向上に向けた体制作りを期待したい。
Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	実習生受け入れに当たりマニュアルを整備し担当者も明記されている。毎年介護福祉専門学校の生徒受入の実績がある。受入に当たっては事前打ち合わせ及び実習生と毎日のカンファレンスを行い目標に対する結果の話し合いが行われている。レクリエーション計画等実習生の自主性を尊重したプログラムも実施されている。

II-3 安全管理

	第三者評価結果	評価者コメント
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。	c	26年3月29日テイルームにて転倒事故発生、直ちに救急搬送し病院受診及び家族への報告が行われた。事故を受け全職員で話し合い再発防止策として利用者の移動動線上に障害となるような物の配置変更が行われた。近隣住民の避難訓練への参加、地域自治会、消防団へ事業所見取図、職員勤務体制の提供等地域との連携体制も構築されている。自然災害防災マニュアル等各種マニュアルは完備されているが定期的見直しは今後の課題である。
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。	b	毎年2回夜間想定も含め全利用者、職員、地区住民、地域消防団等の参加の基、総合避難訓練が実施されている。緊急時の食料、備品類の備蓄については26年5月に栄養士の助言を得て見直しを行い適量が確保されている。
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。	c	25年10月30日利用者の無断外出事故が発生、事例報告を行い全員で問題点と改善策を協議し所在確認の方法を見直し、一日三回定時の所在確認を実施する改善が行われた。

II-4 地域との交流と連携

	第三者評価結果	評価者コメント
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。	b	毎年度の事業計画に地域行事への参加、事業所二階交流室の地域への開放を明文化すると共に実践に繋げている。利用者の希望に沿い臨機応変な社会資源の活用も行われているが、各種の広報活動を通じて把握した地域社会資源について利用者への周知、提供活動は不十分と思われ今後の取組に期待したい。
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。	b	事業所二階の交流室を自治会要望により役員会、子供会活動等へ無料で提供すると共に地域内要所に法人パンフレットを配布し広報活動を行っている。が、交流室提供等の具体的記述はなく、今後見直しが必要と認識されている。
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。	c	事業計画にボランティア受入について明文化され、法人全体の行事にボランティアの参加もあるがマニュアルは最近整備の状態であり目的・職員対応も含め明確化と継続した取組による体制整備に期待したい。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	c	利用者個々の受診医療機関の一覧は作成されているが、連携が必要と思われる消防署、警察、公共施設、交通機関等の詳細は明示されていない。周知に向け組織的な取り組みに期待したい。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	c	行政及び圏内社会福祉事業所等が参加する勉強会（まなぼう会）への職員参加を通じ関係先との情報交換活動、連携体制は出来ている。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	c	同一法人が行っている相談支援事業所と連携し地域ニーズの把握に努めている。但し事業所としてのニーズ把握活動は送迎・入浴サービスのパンフレットを作成し配布段階であり今後積極的な取り組みに期待したい。
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。	b	利用者の要望を受け在宅支援事業の一環として入浴支援の為にストレッチャー、特殊浴槽の導入が行われた。今後の継続した取り組みに期待したい。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

	第三者評価結果	評価者コメント
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
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組を行っている。	c	運営規定、事業計画書に利用者尊重の取組を明記すると共に定期的にサービス向上、権利擁護、研修委員会等を開催し職員への意識付けが行われている。今後、周知徹底の為に継続した取り組みに期待したい。
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。	c	職務の基本原則の中に守秘義務、プライバシー保護について明示されている。環境面では事業所新築に当たり全個室となりプライバシーが強化された。各種支援場面でのプライバシー保護に関する規程は作成されているが定期的見直し、利用者への周知活動は今後に期待したい。

Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	c	毎月、利用者自治会等を通じ職員との意見交換を行っているが重度化に伴い意向把握が難しい面もあり満足度の点で十分な取組には至っていない。父兄会も毎月最終日曜日に開催しているが出席者が限定的である。各種支援場面を通じ表情、態度の観察、選択肢を増やしての意向把握については日々努力されている。
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。		
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。	c	利用者ごとに担当職員を決め、話しやすい雰囲気作りが行われている。把握した情報は申し送り、支援記録に記録し共有化を図っている。相談室も確保されており、契約時に苦情相談窓口、第三者委員会の説明を行い、複数の相談方法の説明も行われている。玄関正面に苦情箱も設けてある。
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。	c	各種苦情については随時職員間で話し合い、解決策を協議すると共に必要に応じ利用者等への説明も行われている。苦情受付書に記録もあるが回覧等による全職員への周知活動は不十分と思われるので今後の取組に期待したい。
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。	c	日常支援活動の中で要望を受けての支援は担当職員を中心に対応されているが組織的な対応マニュアルは整備されていない。高レベルな職員育成も含め早急なマニュアル整備を期待したい。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	評価者コメント
Ⅲ-2-(1) 質の上昇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。	c	毎年度、事業計画と事業報告書は作成されているが、事業計画に基づいた定期的な評価と評価に基づいた次年度への反映に繋がる仕組みはない。尚、第三者評価受審は今回が初めてである。
Ⅲ-2-(1)-② 評価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・改善実施計画を立て実施している。	c	今回の事業所挙げての自己評価は、日常の業務の振り返りと意識づけに大いに役立つ取り組みになっている。気付きや課題が明確になったこの時期を大事にされ、評価結果に対する一連の取り組み手順を確立されることが期待される。
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
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。	c	利用者一人ひとりに応じた個別対応は記録されているが、提供するサービスの標準的な実施方法に基づき実施されているかどうかを確認する仕組みが未整備である。標準的な実施方法をマニュアルとして整備されることが望ましい。
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。	b	利用者によって障害のレベルが異なり、標準的な方法として文書化することは困難と思われるが、今後整備され、定期的に現状を検証し、必要な見直しを組織的に行う仕組み作りが望まれる。
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
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	記録は経時的に行われ、独自のリハビリチェック表に記録されているが、利用者一人ひとりのサービスの実施状況との連動性が確認できなかった。今後はサービスの実施状況が組織の規定に従い、統一した方法で記録されることが望まれる。
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。	c	管理体制の信憑性を考慮して管理責任者を明確にされることが望まれる。ファイル化された記録は事務所で適切に保管・管理されている。記録等に関する個人情報保護と情報開示に関する規定はあるが、その他の記録管理についての規定を整備されることが期待される。
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。	b	パソコンを利用した情報提供・収集に加えて、日常業務の流れとして、朝礼・終礼・申し送りで職員間の情報を共有化されている。パソコン使用時は二重にパスワードを登用されるなどのセキュリティ面での慎重な対応が望まれる。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	評価者コメント
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	法人のホームページが作成され、事業内容・サービス・行事の様子が掲載されている。パンフレットも作成され、公共施設等の多数の人が手にする場所に配布されている。又見学や体験入所など、利用者や家族の希望に応じた対応で情報提供を行っている。又、23年11月より法人では相談事業を展開され、更なる相談や情報提供に取り組まれている。
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	サービス開始にあたり、担当者が利用者・家族に「重要事項説明書」に沿って説明・確認し契約書を交わしている。柔軟な対応や説明は丁寧に時間をかけている。今後は利用者の理解が得られやすいような工夫が望まれる。
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
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。	b	サービス移行の実績があり、移行にあたりプロセスが記録されていた。退所後の相談窓口も法人で一本化されて対応されている。今後は、サービスの継続性に配慮した手順書の作成が望まれる。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	評価者コメント
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	統一されたアセスメントシートに沿って、生活習慣・生活スキル・社会スキル・社会参加・コミュニケーション状況が項目別に把握されている。規定に沿って定期的な見直しも行われている。
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。	b	統合アセスメントが反映された個別支援計画が作成され、サービス管理者が責任者となって、ケース会議の開催や利用者・家族の意向を確認する仕組みになっている。目標は長期・短期に分けて作成され、担当者全員が参加し策定されている。今後は、職員全員が計画書策定に介入できることが望ましい。
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	モニタリングの結果に基づき、3か月毎に見直しを実施されている。変化がある時はその都度変更されているが、職員への周知が問題となっている。今後は変更したサービス計画が、周知できる手順を整備されることが望ましい。

評価細目の第三者評価結果（障害者・児施設）

A-1 利用者の尊重

	第三者評価結果	評価者コメント
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。	c	利用者のコミュニケーション手段やサイン・表情等を理解した対応に心掛けて、単語一言でも発せられるような、意思表示の確認につながるような機会や対応に努められている。意思疎通の困難な利用者を前提とした対応は全職員の課題でもある。
1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	b	利用者自治会があり、不定期ではあるが職員がサポートをしながら運営されている。全利用者が参加され、職員は司会・進行・記録を担当している。食事・外出・レクリエーション・行事等に関することが多く、記録にも利用者の意見が残されている。施設の理念説明・利用者の意見や希望を聞く機会になっている。施設で企画される、外出やレクリエーションの参考にされている。
1-(1)-③ 利用者の自力で行なう日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	c	食事支援では、利用者のペースを大事にされ、自助具や残存能力を生かした支援を確認できた。日常生活支援では、可能な限り自室や廊下や階段などの清掃、整理整頓など見守りながら最後までやり遂げるように支援されている。利用者の「したい」「やりたい」を「可能」へ発展させる取り組みが計画的・継続的に支援されることに期待したい。
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。	c	調理実習やお買い物や外出など実施しているが、全利用者が参加したり、公共交通機関を利用することができない状況である。今後は安全に配慮され、生活訓練プログラムが計画的・継続的に実施できるような工夫が望まれる。
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。	c	事例(利用者が外的な要因なく急に暴れたので、落ち着かれるまで背後から抱きしめて対応された。その後も同状況が発生)を検討・分析し、身体拘束の範疇と鑑み、家族の同意を得るようになった。全職員で身体拘束や虐待防止の研修を行い、身体拘束や虐待防止に取り組んでいる。今後はマニュアルの整備が望まれる。
1-(2)-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。	c	利用者の呼称には「くん・ちゃん」付けの廃止、「～さん」付けの徹底に取り組んでいる。今までの関わりから撤廃には至っていない。不適切なかかわり防止の為に、チェックシートを活用して自己評価を行い自己規律を促している。全職員がこの取り組みを真摯に実践され、お互いに注意しあえる職場環境になるように期待したい。

A-2 日常生活支援

	第三者評価結果	評価者コメント
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。	b	利用者の身体状況の変化や体調に応じて食事が提供されている。支援が必要な利用者には、留意点や支援内容が明示された個別支援計画を確認できた。きめ細やかな支援を実施するために、今後は食事支援のマニュアルの整備が望まれる。
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。	b	季節・行事・利用者自治会での御意見等を反映したメニューを栄養士と委託業者間で話し合っただけでなく、献立作成がなされている。利用者の状況に応じた介助を行っていただけることを確認できた。只、利用者の嗜好調査は実施されているが、実施方法を検討されることに期待したい。
2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	b	利用者の身体状況やペースに合わせて食事時間にゆとりを持たせて、利用者の相性や行動ペースに合わせた席を設定されていた。夕食時間が早いと認識されているように、今後は検討されるように期待したい。
2-(2) 入浴 ※【通所施設を除く】		
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。	c	入浴前の検温を行い体調を確認して、同性介助の支援が行われている。入浴マニュアルはあるが、支援方法が明示されておらず、今後は評価や見直しの検討が望まれる。
2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	基本的に週3回の決まりではあるが、汗をかいたり・失禁等の場合、必要に応じて入浴・シャワー浴ができる。一人での入浴も可能で、居住スペースにもシャワールームがあり、利用者にとってタイムリーに利用できる設備が確認できた。特殊浴室も整備されていた。
2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境整備は適切に行われている。	b	暖房が完備され、明るく衛生・安全管理が行われている。ドアを閉め忘れてもプライバシーが保護されるようにスクリーンを利用されている。
2-(3) 排泄		

2-(3)-① 快適な排泄ができるよう介助に配慮している。	c	排泄記録表を活用し、利用者の排泄状態の把握に努めている。車いす利用の利用者には、バリアフリーで広くなり使用しやすくなった。認識されているように、排泄介助マニュアルを整備されることが望まれる。
2-(2)-② トイレは清潔で快適である。	b	毎日清掃者が実施している。汚染時は都度職員は行うことを実施している。明るく、広々として換気もよく防臭効果も得られている。
2-(4) 衣服 ※【通所施設を除く】		
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	起床後、利用者が自主的に決めている。迷っている時は、選択肢を示し、自己決定できるように支援している。購入の際は、同行して相談に応じている。
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。	b	着替えの希望時は利用者の意思や気持ちを尊重している。ボタンが取れたり、ほつれたりしたら職員へ申し出ている。
2-(5) 理容・美容 ※【通所施設を除く】		
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。	c	髪型は利用者の思いを尊重している。美容・理容に関する情報提供は少ない。
2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a	利用者の希望に沿って行きつけの美容室や理容室との連絡調整を行い、同行・送迎支援を行っている。それぞれのお店とは、顔なじみになって、理解や協力が得られている。
2-(6) 睡眠 ※【通所施設を除く】		
2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	b	居室は個室で、利用者の私物が持ち込めるようになっている。夜間の個別支援については記録がなされている。睡眠に関するマニュアルは整備されていない。今後は統一した対応ができるように整備されることが望まれる。
2-(7) 健康管理		
2-(7)-① 日常の健康管理は適切に行われている。	c	施設内には医務室があり看護師が配置されている。毎日のバイタルチェック、1回/月の体重・身長・血圧測定は実施されている。予防接種、健康診断等はなされているが、口腔ケアを含む一般的な健康管理マニュアルはなく、研修も行われていない。今後整備されることを期待したい。
2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	b	体調の変化時は看護師へ相談し助言を受けている。かかりつけ医とは夜間も含め連携ができています。
2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	c	2/14に誤薬のインシデントが発生している。内服の追加マニュアルを作成されマニュアルの遵守と内服のダブルチェックの徹底を行うようになった。しかしマニュアルの定期的見直しの規定はなく、今後は定期的見直しと研修・指導が継続的に行われることに期待したい。
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。	b	利用者自治会で職員が情報を提供し、利用者のご意見を参考に、季節を感じるドライブ・散歩・カラオケ・DVD鑑賞など行っている。カラオケやDVDは利用者のご希望を尊重している。地域のイベント情報はポスターなど掲示したり、声かけ支援を行って関心を高めるように心がけている。

2-(9) 外出、外泊 ※【通所施設を除く】		
2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	c	外出は届出制になっている。ニーズの高い外出は、コンビニ、スーパー、ファーストフード店などプチ外出の機会が多い。外出支援時の不測の事態に対応するための連絡先カード記載を、個人情報保護の法令との関連を考慮して検討中である。
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。	b	外泊は届出制になっている。利用者の希望に添えるよう、家族との調整を行い支援している。現実的に利用者、家族の調整に苦慮されることもある。
2-(10) 所持金・預かり金等の管理		
2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	b	法人で統一された預り金管理規定があり、入出金の出納簿を作成し、利用者・保護者には3か月毎に残高報告を行っている。今後、利用者の自己管理への具体的な支援が望まれる。
2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	b	利用者の希望に応じて自室にテレビやラジオを設置されたり、好きな雑誌等は購入されている。テレビの共同利用で、ルールはあるがチャンネル争いが起こることもある。
2-(10)-③ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	c	入所時の重要事項にて、施設内禁煙を徹底している。喫煙の利用者はいない。飲酒は、クリスマスや旅行時にたしなむ程度である。

A-3 安全・衛生・事故防止

	第三者評価結果	評価者コメント
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。	c	緊急時対応マニュアル・事故対応マニュアル・事故処理マニュアル・無断外出マニュアル・健康危機管理マニュアル・感染症マニュアル・与薬マニュアルは作成されているが定期的見直しが行われておらず、健康危機マニュアル・感染症マニュアルは現実的なものになっていない。法人作成の衛生管理マニュアルは食中毒予防と厨房に関する記述に留まっている。マニュアルはファイル化し職員へ配布している。今後はマニュアルの見直しと整備、職員への周知研修を計画・継続されることに期待したい。
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。	c	無断外出の事例あり。職員が気づき事故回避できた。定時の所在確認を徹底している。避難訓練は計画に沿って行われている。今年度からリスクマネジメント委員会の業務内容を明確化し活性化させる取り組みが始まっている。今後は委員会活動の充実と共に、ヒヤリハット報告の共有・安全教育の継続に期待したい。

事業所情報（障害者・児施設版）

（平成 26年 6月 1日現在）

施設名 障害者支援施設 明けの星寮

1.基本情報

郵便番号	855-0041		
所在地	長崎県島原市宮の町 626-1		
TEL	0957-63-7280	ホームページ	
FAX	0957-63-7275	E-MAIL	
施設までの利用交通手段	宮の丁バス停より徒歩 3分 島原駅より徒歩 5分		
開設年月	昭和 47年 4月	開所時間	施設入所支援 生活介護 9:00~16:00 就労継続支援 B型 9:00~16:00
敷地面積	1,629.72 m ²	建物面積	1,999.41 m ²
経営主体	社会福祉法人 悠久会	施設長名	永代 秀二郎

2.職員体制

専門職	常勤	非常勤
施設長名	1名	名
事務員	1.5名	名
生活支援員	生活支援員 15.5名 職業指導員 3名	3名
看護師	1.5名	名
栄養士	1名	名
調理員	名	名
嘱託医	名	1名
理学療法士	名	1名

3.施設の理念・方針

1(地域社会への貢献)社会福祉法人の果たすべき使命を自覚し、利用者支援、事業活動を通じて市域社会への貢献を行います。2(利用者の尊重)利用者の希望や個性を尊重し、利用者の立場に立ったサービスを提供します。3(自立支援)利用者の持つ能力を引き出せる支援を行い、地域で自立したその人らしい生活を送ることができるよう支援します。4(新たな福祉ニーズへの対応)地域に埋もれた潜在的ニーズの掘り起こし、積極的取り組みを行います。5(サービスの質の向上)利用者に提供するサービスの質を向上させるために、常に業務改善に取り組むとともに、人材の質の向上を行います。6(最善の支援)理念の実現、信頼と納得の得られるサービスの提供を行うために、現状で取り得る最善・最良の支援を行います。7(地域との交流)地域との交流を積極的に行い、地域との関わりを大切にします。8(開かれた施設)社会資源の一つとして、その機能を地域へ積極的に開放し地域に開かれた施設作りを目指します。9(関係諸機関との連携)関係諸機関との連携を積極的に行い、利用者支援に活かします。10(安心した生活)利用者や家族が安心して充実した生活が送れるよう支援します。

4.サービス内容

対象地域	島原市内及び近郊
対象年齢	18歳以上
定員	施設入所支援 30名 生活介護 40名 就労継続支援B型 20名 短期入所併設型 5名

サービス名	備考
健康管理	・
食事	・
休日	・
地域との交流	・
保護者活動	・

5.事業所から利用者(希望者)の皆様へ

利用者の皆さんにはとにかく楽しんで暮らしてもらえるようにスタッフ一同毎日趣向を凝らして活動しています。入居も日中もみんなで楽しい時間を共有できるよう頑張っています。はじめの一步は見学、体験からでも大丈夫です。自分のおうちのつもりでいいですよ。ぜひ一度遊びに来てください。みんなでやる気、元気、明けの星、皆さんのおいでをお待ちしています。

6.施設の公開、実習生、ボランティアの受入について

施設の公開・見学	実習生の受入	ボランティアの受入
地域交流を主観として地域に根付いた施設を目指し、常時施設の公開・見学を受け付けています。	福祉、医療、教育等の実習並びに特別支援学校の実習生を受け入れています。	法人上げての行事の際に募集をかけ協力していただきました。行事の際だけでなく常時ボランティアは受け付けていますが、地域に広くは知られていないのが現状です。

長崎県福祉サービス第三者評価 利用者調査結果

評価機関名 特定非営利活動法人 ローカルネット日本福祉医療評価支援機構

事業所名称	障害者支援施設 明けの星寮
-------	---------------

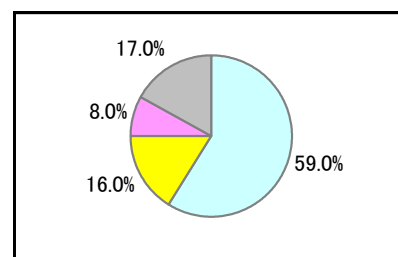
調査の対象・方法	<p>対象：障害者支援施設 明けの星寮</p> <p>方法：利用者の一部に直接聞き取り 調査用紙をまとめて事業所より評価機関へ郵送、回収。</p>
----------	---

調査実施期間	2014年5月23日～2014年7月22日
--------	-----------------------

アンケート結果平均

利用者総数（人）	47
調査対象者数（人）	47
有効回答数（人）	18
回収率（％）	38

はい	218件	59.0%
どちらとも いえない	58件	16.0%
いいえ	28件	8.0%
わからない	64件	17.0%



総 評	<p>福祉サービス第三者評価を実施するにあたり、利用者へのアンケートを実施したところ、対象者 47人中 18人の有効回答であった。本人からの回答1名、ご家族からの回答17名である。意思表示が困難な利用者や、自ら記載する事が難しい利用者が多く、現状では半数を超える有効回答を得る事が出来なかった。</p> <p>有効回答数は少なかったが、全体的に「はい」の回答が多く、特に「医療、服薬の管理」については100%であり、利用者の命に関わる重要なサービスを提供している事が窺える。</p> <p>一方、「事故の発生」の怪我後の対応や「入所・利用にあたっての説明」の説明通りのサービスを提供しているかについては「わからない」の回答が、「はい」より多かった。利用者様が事故にあった時は、ご家族の方へのより詳細な説明をされる事が望まれる。今後、より一層改善に取り組まれる事に期待したい。</p>
-----	---

長崎県福祉サービス第三者評価 利用者調査結果（障害児・者施設用）

事業所名称	障害者支援施設 明けの星寮	有効回答数	18 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		11 件	61 %
			どちらともいえない		1 件	6 %
			いいえ		2 件	11 %
			わからない		3 件	17 %
	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		7 件	39 %
			どちらともいえない		4 件	22 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		2 件	11 %
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		14 件	78 %
			どちらともいえない		3 件	17 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		0 件	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		14 件	78 %
			どちらともいえない		2 件	11 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		1 件	6 %
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		12 件	67 %
			どちらともいえない		2 件	11 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		3 件	17 %
	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		6 件	33 %
			どちらともいえない		5 件	28 %
			いいえ		1 件	6 %
			わからない		5 件	28 %
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		12 件	67 %
			どちらともいえない		4 件	22 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		1 件	6 %
	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		10 件	56 %
			どちらともいえない		3 件	17 %
			いいえ		1 件	6 %
			わからない		3 件	17 %
	9	困ったことを相談できる職員がいますか。	はい		7 件	39 %
どちらともいえない				5 件	28 %	
いいえ				0 件	0 %	
わからない				5 件	28 %	

長崎県福祉サービス第三者評価 利用者調査結果（障害児・者施設用）

事業所名称	障害者支援施設 明けの星寮		有効回答数	18 人	
苦情受け付けの方法等	10	苦情がある場合の受付や解決の仕組みについて、説明がありましたか。	はい		8 件 44 %
			どちらともいえない		2 件 11 %
			いいえ		2 件 11 %
			わからない		5 件 28 %
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		8 件 44 %
			どちらともいえない		4 件 22 %
			いいえ		2 件 11 %
			わからない		3 件 17 %
	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		10 件 56 %
			どちらともいえない		3 件 17 %
			いいえ		1 件 6 %
			わからない		2 件 11 %
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		6 件 33 %
			どちらともいえない		2 件 11 %
			いいえ		2 件 11 %
			わからない		7 件 39 %
	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		7 件 39 %
			どちらともいえない		3 件 17 %
			いいえ		2 件 11 %
			わからない		4 件 22 %
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		10 件 56 %
			どちらともいえない		0 件 0 %
			いいえ		5 件 28 %
			わからない		2 件 11 %
	16	【はいの場合】怪我をした後の対応は適切でしたか。	はい		5 件 28 %
			どちらともいえない		2 件 11 %
			いいえ		1 件 6 %
			わからない		1 件 6 %
入所・利用に当たっての説明【過去1年以内に利用開始した場合】	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		8 件 44 %
			どちらともいえない		1 件 6 %
			いいえ		2 件 11 %
			わからない		3 件 17 %
	18	実際に入所・利用してみて、説明とおりでしたか。	はい		7 件 39 %
			どちらともいえない		1 件 6 %
			いいえ		0 件 0 %
			わからない		4 件 22 %

長崎県福祉サービス第三者評価 利用者調査結果（障害児・者施設用）

事業所名称	障害者支援施設 明けの星寮	有効回答数	18 人
-------	---------------	-------	------

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		9 件	50 %
			どちらともいえない		3 件	17 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		3 件	17 %
食事	20	食事はおいしく、楽しくたべられますか。	はい		14 件	78 %
			どちらともいえない		2 件	11 %
			いいえ		1 件	6 %
			わからない		0 件	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		11 件	61 %
			どちらともいえない		4 件	22 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		2 件	11 %
医療、服薬の管理等	22	病気やケガのときには、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		18 件	100 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		0 件	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		4 件	22 %
			どちらともいえない		2 件	11 %
			いいえ		6 件	33 %
			わからない		5 件	28 %