

(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（30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
コメント	
・言語による意思疎通が難しい利用者へは、「トイレ、食事、お風呂」等の簡単なジェスチャーを使ってコミュニケーションをとっている。また、他の利用者に合わせて動く（例えば、他の利用者がトイレに行く姿を見て、トイレに行く）という方もおり、一人一人に合わせた対応を行っている。	
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
コメント	
・日中活動時、落ち着かない等の理由で作業に取り組めない利用者がある時は、作業を無理に強制するのではなく、本人の希望にそった行動ができるよう配慮している。評価訪問時には、作業場へ行っても落ちつかなかった利用者が、施設内で職員の付き添いのもと好きな音楽を聞いている姿が見られた。また積み木並べが好きな利用者へは、施設内と作業内で使う積み木を分けて用意し、本人の気持ちを阻害しないよう配慮していた。	
・食事の際は自助具を活用する、箸が持てる利用者には、持ち方が悪くても箸を使ってもらい、入浴時はすべて介助ではなく、できる部分はやってもらう等の取組を行っている。職員としては原則見守りを行い、残存能力を生かしていきたいという考えであるが、今後利用者の高齢化が進み、医療的なケアが必要になってくると、どこまで見守りを行い、支援をしていくのかが、今後の課題である。	

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>コメント</p> <p>・エンパワメントの理念にもとづくプログラムはないが、一部の利用者はパソコンを習ったり、ちゃんぽん作りを体験する等、年6回大学の生涯学習講座に参加している。また希望者は月に1回、他事業所の利用者と一緒にエアロビクスを習えるようにしている。</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>コメント</p> <p>・他人への暴力や感染症の為、他人との接触をセーブする必要がある利用者に対しては、個別支援サービスの中の総合的な支援の方針に、「やむを得ない場合は行動抑制等を行う可能性もある」と記載されており、家族には説明の上で同意を得ている。現況で利用者全員の同意をとっているわけではないので、今後は必要と判断される利用者の家族へは、同意を得ていきたいとの意向であった。今後の取組を期待したい。</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>コメント</p> <p>・過去1年以内に、利用者と直接関わる支援員等の職員を対象に、「利用者に接する態度・言動・言葉づかいを振り返る」というアンケートを実施している。施設長から職員へ、「利用者は自分の家族という気持ちで接するように」との話があった。会議の際等常日頃から施設長は、虐待や暴力をしてはいけない等、職員への周知を十分にしているが、自分自身を振り返るという意味で、継続的に職員一人一人にアンケートを実施することを期待したい。</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。	a・b・ ③ c
2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a・ ③ ・c
2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a・ ③ ・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ サービス実施計画の中に、食事サービスの課題等が記載されている利用者はいないが、一人一人に合わせたサービスは提供されている。以前食事を拒否した利用者があり、まず病院を受診して身体的に問題があるかを調べてもらったが、異常なしとの結果で精神的な面からの拒否であったとの判断をしている。その際、まず刻み食からスタートし、その後ミキサー食へ、現在は一口サイズを受け入れるまでに回復をしているとのことである。 ・ 年1回の嗜好調査や、毎月開催される食生活改善委員会で出た意見を厨房の委託先へ伝え、できるだけ利用者の希望に添えるようにしている。また、年4回のバイキングの中で、利用者の希望を取り入れるようにしている。限られた食費の中で食事を提供することは、ある程度限界があると思うが、季節感を感じられるような食材が使われることを期待したい。 ・ 食事時間は1時間程と幅をもたせ、利用者が好きな時間に食事を食べられる体制をとっている。また、食堂には職員が切り抜きをした写真を飾ったり、クリスマスの時期には、クリスマスリースのイラストを貼る等の取組を確認できた。しかし、食事というのは利用者にとって楽しみの一つである為、食堂の環境をより明るくできるような取組が求められる。 	

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。		Ⓐ・b・c
2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。		Ⓐ・b・c
2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境整備は適切に行われている。		Ⓐ・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・てんかん等の発作転倒の危険がある利用者は、利用者のそばに常にマットを置いて、発作が起きた場合に怪我をしないよう配慮している。一人一人の介助方法については、「くらしを考える会」や日々の会議、朝礼等で職員全員が共通の認識をもてるように周知している。 ・入浴は週4回実施し、希望があれば土曜日も入浴できるようにしている。以前はシャワーのみの日もあったが、利用者からシャワーではなく、湯船で入浴したいとの要望もあり、現在では週4日お風呂を沸かしている。 ・身体を洗う為のシャワーを3つから5つへ増やす、浴槽の中の階段と階段下の浴槽の床が同じ色で、見分けがつかずに転倒の危険性があった為色を変える等、浴室内の改装を行い、利用者が入浴しやすい環境づくりを行っている。 		
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。		Ⓐ・b・c
2-(3)-② トイレは清潔で快適である。		a・Ⓑ・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・便秘の方や排泄管理が必要な利用者は、チェック表を作成している。日中はトイレへできるだけ誘導し、オムツは極力使用しないよう配慮をしている。 ・毎日1回～2回は職員がトイレを掃除し、汚れた場合にはその都度清掃を行っている。しかし、排尿動作がうまくできない場合、床や便器を汚すことがあり、臭気を十分に消すことはできていなかった。築30年以上たっている構造上の課題もあると思うが、利用者にとって清潔で快適なトイレを目指すための取組みが求められる。 		

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。	Ⓐ・b・c
2-(4)-②	衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	Ⓐ・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2ヶ月に1回、ドライブ、買い物、喫茶グループに分け、希望者はそれぞれのグループで外出をしている。買い物グループで外出する時に、衣類等を自由に購入している。 ・同じ色のズボンを好む方は、10枚程度準備して、毎日着替えや洗濯ができるよう配慮している。また、洗濯物を干したり畳んだりすることができる利用者には自分でしてもらう等、できる部分はしてもらっている。 		
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。	Ⓐ・b・c
2-(5)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	Ⓐ・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・髭剃りが難しい利用者へは、職員が手伝っている。身だしなみに関して、制限はしておらず、利用者本人の意思に任せている。 ・カットは月1回の理美容師訪問や、2ヶ月に1回ボランティアで訪問される理美容師を利用している。また、カラーやパーマ等は訪問理美容ではできない為、希望者は近隣の理美容店へ予約して、職員が付き添って利用している。 		
2-(6) 睡眠		
2-(6)-①	安眠できるように配慮している。	Ⓐ・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夜間、不眠気味や徘徊等の行為がある利用者へは、昼夜逆転にならないよう昼間は眠らないように促したり、声をかけている。 		

2-(7) 健康管理	第三者評価結果
2-(7)-① 日常の健康管理は適切に行われている。	(a)・b・c
2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	(a)・b・c
2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a (b)・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎日、日中活動中にバイタルチェックを行い、入浴前にも必ずバイタルチェックを行っている。利用者のかかりつけ医と疾病は、毎年看護師が一覧表に更新をして、一目でわかるように整備されていた。歯科検診は年1～2回行い、さらに職員と看護師で週2回食後の磨き直しを行い、歯の清潔、健康を守っている。 ・通院は看護師や職員が付き添い、嘱託医、かかりつけ医とは常に連携をとっている。また緊急時には素早く対応ができる仕組みを整備している。 ・過去1年の間に、投薬ミス等服用に関する事故報告書が3件報告されている。薬は医務室で保管し、看護師が個人分のセットを行う。その後、職員がチェック表を基に、薬があるか確認を行う。食堂では並べられた薬を職員が確認をし、「〇〇さんの薬」と名前を呼んで、もう一人の職員が薬に記載されている名前を目視で確認し、服薬するまでに4人の職員が関わるようにしている。薬は一步間違えれば害になる為、服薬に関しては注意がとて必要である。事故報告書に挙げたケースは、再発防止を見直し、誤薬がないような仕組みを再度考察することが求められる。 	
2-(8) 余暇・レクリエーション	
2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	(a)・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の夏祭りや運動会、敬老会等の招待行事へは、積極的に参加をし、外出やレクリエーションはできるだけ利用者の希望を聞き、実施している。施設での行事（夏祭りや餅つき等）は、学生ボランティアや利用者の親にも協力してもらい、外部の力も借りながら実施している。 	

2-(9) 外出、外泊		
2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。		Ⓐ・b・c
2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。		Ⓐ・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員の勤務時間外に、利用者が希望する職員と個別で、外食したり温泉に行く等の対応を可能とした「ときめきの旅」を実施している。月4～5件実施され、利用者には好評である。 ・ 利用者の約半数がお盆や正月に、自宅や親せき宅へ外泊をしている。原則的に、利用者の意向を考慮しているが、家族へ相談してどうしても外泊の受け入れが難しい場合もあり、全てが利用者の希望どおりにはならないという現状である。 		
2-(10) 所持金・預かり金等の管理		第三者評価結果
2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。		a Ⓑ c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 平成23年度長崎県の指導監査の際、不適切な取り扱いがあったということから、チェック機能をさらに強化する為、事務長が適宜チェック、施設長が職員へ抜き打ち検査を行うように改善をしている。平成24年から金銭管理を行っている職員全員へ抜き打ち検査を行うようにし、適切に金銭管理ができるようにしている。利用者の大切な金銭を預かっているという意識を担当職員が認識し、金銭管理において事故が起きないように今後の取組みを期待したい。 		
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
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ テレビやCDコンポ等の持ち込みを可能とし、制限を設けていない。また新聞や雑誌も個人購読ができるようにしている。 		

	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。	(a)・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・以前喫煙者がいた時には、スタッフルームで喫煙するようにし、タバコやライター類は、職員が管理し利用者本人には保管させないようにしていた。嗜好品は、原則利用者の希望を尊重するが、健康上の問題もあり、喫煙や飲酒の要望がある場合には、看護師や栄養士と相談する体制をとっている。 	

A-3 安全・衛生・事故防止

	第三者評価結果
3-(1) 安全・衛生・事故防止	
3-(1)-① 安全確保や衛生管理又は事故防止に関するマニュアルが整備されており、その対応方法について全職員に周知されている。	a (b) c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・運営マニュアルの中に、緊急時の対応マニュアルを整備している。月に2回開催される「くらしを考える会議」で、緊急時に対することやマニュアルについて話をしているが、このマニュアルを職員全員が持っていないため、浸透していない。マニュアルは2003年に作成され、その後見直しを行っていないとのことで、再度マニュアルを見直し、職員全員へ周知することが必要である。 	
3-(1)-② 事故防止のためチェックリスト等があり、事故防止に向けた具体的な取組を行っている。	a (b) c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事故防止の為にチェックリストは作成していないが、インシデント(事故に至る可能性がある事例) 報告書や事故報告書を整備し、小さなことでも報告をするようにと職員へ伝えられている。インシデント報告書や事故報告書の内容は、次回に向けての検討課題となっている。 	