

(様式第6号 別紙)

## 長崎県福祉サービス第三評価結果報告

### ①第三者評価機関名

有限会社医療福祉評価センター

### ②事業者情報

名称：県央北	種別：共同生活援助
代表者氏名：田島光浩	定員（利用人数）：27名
所在地：長崎県諫早市八天町15-13 101号 TEL0957-22-2203	

\*施設・事業所情報は、事業所プロフィール参照

### ③施設・事業所の特徴的な取組

#### 【豊かな暮らしを地域の中で支援する取り組み】

法人としても事業所としても利用者がノーマルな生活を営むことができるように、必要な支援体制を整えている。これは法人として中長期計画に謳っている、サービスの質を支える取り組みのうち、「地域での生活を支える仕組み」を具現化しているものと言える。

#### 【自立を目指す利用者への支援】

特に県央北は自立を希望する利用者が多く、その支援体制確立に向けてプログラムを作成し、モデル事業を展開している。今後より一層支援体制の精度を高め、サービス終了後も地域の中で利用者を支援する仕組みを作っている。

#### 【職員間での密な情報共有の徹底】

事業所では朝と夕方と2回職員ミーティングを開催している。利用者の支援内容によってサービス提供時間が異なるし、職員も入れ替わるため、小さなことでも情報を共有することで、利用者に安心してもらえるようなサービスを提供するための取組みを日々繰り返している。

#### 【意見を出しやすい環境】

資料を確認していると、数多く職員からの申し送りや報告書を目にした。特に世話人は利用者支援の最前線にいて多くの情報を把握している。この情報を基に様々な提案をしてくれる。これは事業所の風通しが良いからでもあるし、そのような風土づくりに事業所全体が向いている証である。

④第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 28 年 9 月 8 日 (契約日) ~ 平成 29 年 3 月 1 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	0 回

⑤総評

◇特に評価の高い点

**【組織的に機能している取組み】**

法人として統制された情報の共有をはじめ、統制された仕組み作りが確立している。法人の理念を実践するために、中長期計画と単年度事業計画が充実しており、職員も計画策定の過程で参画する仕組みをとっている。その他、人事交流や教育研修体系も充実しており、より専門性の高い支援体制の構築を日々追及している。

**【利用者の希望する暮らしへのサポート体制の充実】**

事業所の特徴としてホームから自立したいと希望する利用者が比較的多いとのことであった。事業所としてホームからの自立に向けた支援と同時に、自立後の利用者支援にも主眼を置き、すでにモデル事業に着手している。この点も理念に向けた取組みの一つと言える。

**【密な情報の共有で統一した支援の実践】**

利用者の支援内容に伴って、支援を提供する時間で職員の勤務時間にシフト制をしている。この点は24時間365日を支援するという点で理に適うが、情報の共有が課題となる。利用者の状況は日々刻々と変化をするため、この課題を克服するために、原則として、朝と夕方と2回情報の共有を図る仕組みを作っている。利用者の小さな変化に気づき、何事も早めに対処できるように情報の共有に努めている。

**【事故発生防止への効果的な取組み】**

利用者と実務的に一番関わりの多い世話人から、利用者支援の在り方について数多く提案等がなされていることを書面から確認できた。その中でヒヤリハットに該当するような書面を多く目にする事ができた。これは事故が発生する前の予防線であり、この資料の多さこそが事故発生防止の1つとなり得る。このような提案や書面が多く出てくる要因として、職員が普段から意見を言いやすい環境作りに上位者が努めているからである。

◇改善を求められる点

**【地域の中で利用者が生活する上での更なる工夫】**

法人として事業所として、利用者が望む生活を支援するために、地域住民との連携、地域住民の理解は不可欠と考えられる。より地域密着して利用者支援を推進していくという観点から、地域住民への事業の周知は不可欠と考えられる。地域住民と顔の見える関係を構築するための更なる活動を期待したい。

**【利用者にわかりやすい書面の工夫】**

利用者へ配布するパンフレット等一通りの資料は整備されている。但し、利用者の特性を考慮すると、見やすい工夫、わかりやすい表現方法が必要と考えられる。文章ばかりではなく、画像を交える等シンプルかつ的確な表現方法の資料作りを期待したい。

⑥第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、第三者評価を受けさせて頂き、法人や事業所で組織的に取り組んでいることを評価して頂いたことで、今まで法人や事業所一丸となって力を入れていたことについては、今後も自信を持って取り組んでいきたいと思いましたが。より質の高い事業所を目指すためにも、地域の中で利用者が生活する上での更なる工夫、利用者にわかりやすい書面の工夫等について、事業所職員とも意見交換をしながら事業計画にも盛り込み、取り組んでいきたいと考えています。事業所の中だけで確認したり議論したりしているだけでは見えなかった部分が、今回、客観的な視点で見て頂けたことで、利用者支援にとって大切なことを気付かせて頂くことができました。特に、地域住民と顔の見える関係を構築することや、利用者に分かりやすい書面を工夫する等は、事業所の中だけや職員間だけで完結せず、利用者、家族、地域等の外に向けてより発信をしていくことが大切であるということ気付かせて頂きました。ありがとうございました。

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。

⑧利用者調査及び書面調査の概要

(別紙)

(別紙)

### 第三評価結果

※すべての評価細目（45 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 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・周知されている。		
1	I-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・①・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・法人の基本理念は、法人で統一されたパンフレットに明文化し、利用者や関係機関は容易に確認することができるようになっている。</li><li>・入職した職員が法人の基本理念を知る機会として、入職後に法人全体の新人職員研修や県央地区での会合が掲げられる。また事業計画の中に法人理念や方針等を職員全員で確認する研修項目を設けており、定期的な周知活動を実施している。</li><li>・職員が滞在する複数の部屋の壁に理念を掲示して、常に目に留まるような取り組みを行っている。</li><li>・利用者向けのパンフレットは法人全体用と事業所用と視認した。法人全体で統一したもので一般的に理解はできる内容ではあるが、事業所として初めてパンフレットを目にする利用者や家族にとって考えてみると、もう少し視覚に訴えてもいいような気付きを事業所として感じておられた。パンフレットのサイズアップや視覚に訴えるような書式の工夫を期待したい。</li></ul>		

## I-2 経営状況の把握

		第三者評価 結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会福祉事業全体の動向を反映させた30年度までの法人における中長期計画を資料の中から確認した。この事業計画に基づいて業態やエリア別に更に具体的な事業計画に落とし込んでいる。内容は『人』『物』『金』『管理』の部門にきれいに整理されており、とても理解しやすい内容となっている。</li> <li>・地域の福祉計画の目安として、『諫早市障害者福祉計画』の冊子をベースにして、ニーズや数値上の分析を図っている。県央という立地的な利点もあり、ニーズは増々高まる様相で今後の展開において共同生活援助の位置づけというものは注目されている。</li> <li>・地域、業態、事業所を総合的にSWOT分析して強みと弱みを明確にした上で、組織体制、職員体制、人材育成等の具体的計画を立案している。</li> <li>・法人として収支等の状況は所定のフォーマットに毎月入力していく仕組みをとっており、伴って利用者のサービス使用状況や利用率、基準上の職員の配置においても把握できるようになっていることを確認した。</li> </ul>		

3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・専門に実施している福祉サービスの取り巻く経営環境や、サービス内容、組織体制、設備、職員体制、人材育成、財務等現状分析においては、概ね事業計画にて内容を確認することができた。</li> <li>・毎年度法人として評議会や理事会にて事業所の経営状況や、課題について報告と共有を図っている。これらは法人としての意思決定の方法が統一されて、かつ情報の共有に関して、規定通りのプロセスを経ているからこそ成立しているものであった。</li> <li>・法人で策定された事業計画や事業所の事業計画の職員への周知においては、事業計画の内容を職員会議で周知できる仕組みを作っている。また、事業計画は毎年年初頃から年度末にかけて、事業計画の評価や新たな事業計画の策定に当たっている。このプロセスにおいて職員と意見交換を実施し、事業計画に反映させる等職員の参画も実践されている。</li> </ul>		

### I-3 事業計画の策定

		第三者評価 結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・平成30年度に向けた社会福祉法人南高愛隣会中長期計画という書面にて、『幸せを実感できるようなサービスの提供を』や、特に力を注いでいくテーマを確認することができた。また、その内容においては、重点項目から始まり、事業の変更点、各サービスの方向性等網羅されており、各項目において詳細に現状と課題と対策が記載されていた。</li> <li>・法人全体としても事業所としても、前年度の決算と対比して目標設定や予算の配分等を行っている。特にいい取り組みと感じた部分は、目標だけ先行して事業計画が絵に描いた餅にならないように、事業所単位で目標設定を話し合う場を持っているというところであった。経営する以上低すぎる目標では厳しい現状が待っているが、高すぎも職員のモチベーションを下げかねない。この微妙な数値を事業所の職員で話し合うというプロセスがあるところであった。</li> <li>・中長期計画の見直しに関しては、毎年定期的に見直す機会はあるが、経営環境が大きく変わるような事態が生じれば、法人全体として見直す仕組みは確立している。今のところ大きく経営環境が変わることもないため、抜本的な見直しはしていないとのことであった。</li> </ul>		

5	I-3-(1)-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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として事業所として統一した方法で、中長期計画から単年度計画に内容を落とし込む体制が確立している。内容についても、中長期計画の大枠の項目を詳細にまとめていて、支援の目玉、体制の変更点、事業の方向性、目標数値が記されていることを書面から確認した。</li> <li>・単年度計画においても中長期計画同様に職員参画の基、作成する仕組みが整っており、目標設定等において身の丈にあった現実的な内容であることを、ヒアリングの中から確認することができた。</li> <li>・事業計画の内容を基にして毎月の事業内容の振り返りを行っており、設定した数値目標や具体的な成果等に対して実施状況を評価して、法人本部に提出する仕組みを、ヒアリングの中から確認することができた。</li> </ul>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所として事業計画を策定する際は工程表も同時進行している。共に策定期期や見直し時期、評価時期を凡そ固定していて、見直しや評価時期には全職員に会議の場で意見を求めるようにしている。</li> <li>・毎週水曜日のお昼から全員参加型の会議を開催している。主にこの場を活用して、法人としての周知事項や留意事項を共有している。また、この機会に職員参画の基、事業計画に関する情報収集及び意見の集約を行って、皆で同じ方向を向いた経営を目指している。</li> <li>・事業計画を策定する際は、事業所の状況を分析した上で、同じ事業種の部長、所長による SWOT 分析を実施してから事業計画策定を行っている。この分析をする前の情報収集を職員会議の場で行っている。</li> </ul>		



7	I-3-(2)-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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画の主な内容について、利用者に向けては支援計画の説明の際等に口頭で凡その方針等説明している。一方、家族に向けては、育成会(家族会)において予め質問等ないか、投げかけた上で理解を得るようにしている。</li> <li>・事業内容を利用者や家族に口頭で、できる限りわかりやすく説明してはいるものの、利用者の特性等考慮すると事業計画の内容のうち、必要最低限の内容でも構わないので、わかりやすく説明した資料の作成と配布が望ましい。このような取組みが信頼や安心感へと連鎖していくと考えられる。</li> </ul>		

#### I-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
I-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	I-4-(1)-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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の取組みの一環として、月に1回『業務振り返り』という取り組みを行い、自らの振り返りを行った上で、サービスの質の向上について事業所内で意見交換を行っている。これらの取組みは主に利用者への援助内容に軸を置いた振り返りシートとなっており、職員個々の評価となっている。</li> <li>・この項目でいうところの取組み内容とは、幅広い改善活動が総合的かつ持続的に実施されているかどうかの確認事項であるため、今回受審した第三者評価の項目を幅広い全体的な評価ツールと位置付けて、今後自己評価とリンクさせながらオリジナルの評価として策定して、より一層質の向上につなげていくことを期待したい。</li> </ul>		

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人内、同一地域内、事業所内で、今何が課題となっていて、どのように対処していくか情報の共有は図られている。特にコンプライアンス面においては、虐待防止委員会という法人内の委員会で自己評価を分析して不適切な支援内容になっていないか確認する仕組みができています。</li> <li>・この項目における、評価結果に基づき組織として取り組む課題とは、狭義の課題ではなく、全体を見た上でピントを絞った課題のことを示す。現在、業務振り返りシートという資料があるため、このノウハウを応用させて、全体的な視点から見た質の向上につなげていくことを期待したい。</li> </ul>		

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価 結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は法人内の職務分掌表において明確に役割と職務内容を示されている。その一環として、事業計画に基づき事業所の全職員に向けて、方針と取組について職員会議の場等を活用して説明している。</li> <li>・緊急事態等有事の際における責任体制及び指揮命令体制については、文章化して配布した後定期的に説明を加えている。また管理者不在の際は、指揮命令を代替で執行する旨説明が加えてある。</li> <li>・管理者は自らの責任や役割等について、今のところ広報誌等にて表明することはしていない。毎月8月と12月に広報誌を発刊しているとの事であったため、これらの機会を活用する等して年度毎の目標等謳っていくことが望ましい。</li> </ul>		

11	II-1-(1)-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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人内外の様々な研修や各種委員会で、法令遵守に係る情報交換を行う場面があり、障がい者施策に関する法令ばかりではなく、生活に即したあらゆる法令の周知徹底を図っている。</li> <li>・大きな法人であることを活かして、通常であれば外部研修で話を聴くような講師を法人内に呼んで研修を開催している等、様々な法令に係る研修を受講している。</li> <li>・最近勉強した法令としては、障がい者差別解消法や権利擁護支援、労務管理に係るものが挙げられる。</li> <li>・今後、共同生活援助として知識を深めるべき法令としては、利用者が生活する物件を知らねばならないため、消防法や建築基準法が課題であることをヒアリングの中から確認することができた。</li> </ul>		
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	II-1-(2)-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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は事務的な仕事ばかりではなく、可能な範囲で利用者や職員と話す機会を多く設けたいという希望があり、その中から利用者の生活の質の向上や、職員の働きやすさを側面から支援していきたい思いがある。</li> <li>・利用者への支援内容の質の担保を図るために、利用者の個別支援記録や業務日誌を確認するようにしており、現状の把握と課題等に対するの分析と改善策の検討を実施している。</li> <li>・利用者への支援内容については、常に質の向上をベースに考えており、事業所内の研修計画や外部研修への参加等を積極的に行っている。実際に研修計画にあらゆる内容の研修が準備されており、人材育成に力を入れていることを確認することができた。</li> </ul>		

13	Ⅱ-1-(2)-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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は経営の現状や課題を把握するために、毎月の利用者のサービス使用状況や、職員の配置状況を確認する仕組みを作っている。</li> <li>・管理者はSWOT分析した結果を、実際の行動に移すため数値上の分析と重ねて行動するようにしている。特に事業所の将来像や継続性、人員配置については、管理者と事業所長で慎重に行って事業計画や県央3か年計画に盛り込んでいる。</li> </ul>		

## Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-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	Ⅱ-2-(1)-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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人内で職員に求められる知識というものが明確化されており、人事評価表にさまざまなコースが記してある。職員はこの表を見ることで今の自分がどのレベルに位置しているのか等一目瞭然であるため、目標設定が容易となっている。</li> <li>・加算の関係もあって専門職の配置等を特に基準以上となっているか確認することが重要となっている。</li> <li>・事業計画に則って採用計画も作成される。この計画においては、緻密な分析の結果ようやく採用人数等が確定する。採用人数が凡そ確定したら法人として求人説明会に参加して、現場の生の声や仕事のやりがい等を説明して、人材確保につなげる活動を持続的に行っている。</li> <li>・現在の課題としては世話人の数に余裕がないことと、比較的高齢化しつつあるため、うまくローテーションができるように工面しなければならないことを掲げられた。</li> </ul>		

15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の理念や方針に基づいて、『福祉専門職に求められる職員像』という表を作成している。これは経験年数をベースに初級から上級等に分類されており、この表を見れば職員自身のレベルと法人が求める像を対比することができるため、評価しやすい仕組みとなっている。</li> <li>・法人全体で人事基準を定め、この表に基づき、昇進や昇格等の判断を下している。また、専門職としてのあるべき姿や成果等についても明確に示されており、職員は将来を描きやすい仕組み作りが確立している。</li> <li>・職員アンケートを定期的実施することや、年に2回成長支援面接を実施することで、職員の就業意欲や意向、意見を集約している。全てを聞き入れることは困難ではあるが、優先度の高いものや改善を要するものは改善を図り、職員の勤労意欲の向上に努めている。</li> </ul>		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	Ⅱ-2-(2)-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り組んでいる。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・労務管理については、まず事業所の指揮監督官である管理者が職員の出勤簿を毎月確認して就業状況の把握に努めている。また、過度に時間外に労働することがないか、また有給休暇の取得状況を把握して必要時に応じる等気を配っている。</li> <li>・職員の心身の健康状態を保つため、定期的に健康診断を実施したり、数年に1回ストレスケアに関する研修を外部から呼んで実施したりしている。</li> <li>・職員と年に2回定期的に面談をしているため、この機会を利用して働き方や意欲、悩みごと等がないか確認するようにしている。このような場ででてきた働き方の要望については、職員のライフスタイルと可能な限り合致させる努力をしており、このような取組みがワークライフの均衡を保つ一つの法人努力となっている。</li> <li>・職員で組織している互助会で福利厚生に関する意見等を集約して、法人内で懇親会や運動会等、楽しみもてる余暇活動の企画と実行を推進している。職場を離れたところで職員同士が交流を図ることは、職員の精神衛生上有効的な手段と考えられる。</li> </ul>		

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	II-2-(3)-① 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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人内で職員に求められる知識というものが明確化されており、人事評価表にさまざまなコースが記してある。職員はこの表を見ることで今の自分がどのレベルに位置しているのか等一目瞭然であるため、目標設定が容易となっている。</li> <li>・職員1人1人が自ら目標設定するという機会は、今のところシステムとして確立していない。但し、評価基準を新たに作り直したばかりで、この機会を活かして個人の目標設定や、その進捗状況を確認する面接、年度末等に総合評価を行う仕組みは可能と考えられる。今後、職員の個別支援体制を確立する上でも、職員個々の目標設定を期待したい。</li> </ul>		
18	II-2-(3)-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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人内で職員に求められる知識というものが明確化されており、人事評価表にさまざまなコースが記してある。職員はこの表を見ることで今の自分がどのレベルに位置しているのか等一目瞭然であるため、目標設定が容易となっている。</li> <li>・『専門職に求められる知識・技術』という表に、職員の階層ごとに求められる技術を明示してあるため、組織が職員に求める水準を容易に確認することができる。</li> <li>・主に法人本部や各地区の代表のよって作成された教育研修計画に基づき、各事業所は独自に研修を実施したり、外部に参加して知識等習得する仕組みができている。</li> <li>・教育研修計画は、概ね1年に1度見直しを行い、年度初めに新たな計画を法人で共有することとなる。新たな計画においては各事業所からの要望も加味して作成されるようになっているため、一方的な計画ではなく事業所の声も配慮したものとなっている。</li> </ul>		

19	Ⅱ-2-(3)-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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・『専門職に求められる知識・技術』という表に、職員の階層ごとに求められる技術を明示してあるため、組織が職員に求める水準を容易に確認することができる。</li> <li>・新入職員については法人として基礎的な研修プログラムが準備されているように、階層別にレベルを分けた教育体系が確立している。また、事業所内においても新入社員には養成担当を選任して期間中 OJT を行うこととなっている。</li> <li>・内部研修だけでも十分な内容であり、相応の外部講師を招いているが、この研修に加えて外部研修にも積極的に参加させていることを、研修報告書から確認することができた。また、研修内容にもよるが外部研修の案内を事業所にて行い、自薦や他薦を経て参加できるように配慮している。</li> </ul>		
Ⅱ-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	Ⅱ-2-(4)-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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・主に福祉専門職に係る実習生の受け入れに関して、『2016 年度実習のしおり』に、基本姿勢を明文化してあることを確認した。</li> <li>・主に社会福祉士と精神保健福祉士の実習受け入れについて、『社会福祉士相談援助実習受け入れの流れ』と『社会福祉士・精神保健福祉士を受け入れるにあたって』という資料から、受け入れ手順と専門職に配慮した内容を確認した。</li> <li>・指導者への指導も法人内部で定期的に行っており、専門職の育成にも力を注いでいることを確認した。</li> </ul>		

## II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価 結果
II-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	II-3-(1)-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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人のホームページに法人の基本情報や理念や基本方針を確認することができた。社会福祉法人である以上事業報告、予算、決算情報も公開されている。</li> <li>・地域の関係機関等に向けては、事業所のパンフレットや広報誌等を配布して、事業内容や事業の進捗状況を公表していることを、ヒアリングの中から確認することができた。</li> <li>・苦情等に関する公表については、近年の公表がホームページ上にアップされておらず、近日中に実施するとの回答であった。今後、個人が特定されないような表現で、苦情内容の公表を定期的実施していくことを期待したい。</li> </ul>		
22	II-3-(1)-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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事務、経理、取引等に関しては法人の財務部が担当部局となってルールやマニュアルを作成していることを確認した。また事業所内においても会計担当と、会計責任者を明確にして体制を整えている。</li> <li>・法人内部の取組みとして、法務相談室による業務監査を定期的受けることで、第一段階の適正化事業を形としていることを、ヒアリングの中から確認することができた。</li> <li>・利害関係のない外部の税理士による外部監査を定期的受けており、この結果は法人における評議会や理事会にて報告されていることから公平かつ透明性の高い取組みを実践していると言える。</li> </ul>		



## II-4 地域との交流、地域貢献

		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。		
23	II-4-(1)-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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者と地域との共存について『世話人ガイド』という資料に、わかりやすく関わり方や注意事項等記されている。主に利用者と関わる世話人向けに作成されたガイドで、生活全般における注意事項をまとめたもので、とてもわかりやすい内容となっている。</li> <li>・利用者による当事者団体『ふれあいネットワークピア』による、様々な活動の案内を利用者の居住地の掲示スペースから確認することができた。この情報以外に、地域のお祭りであったり、バスハイク、地域のゴミ拾い等地域の行事の案内を定期的に入れ替えている。</li> <li>・地域住民との定期的な交流の機会について、意図的にできていない状況である。今後地域との関わりは利用者の自立した生活支援に大きく影響されるため、小さな行動からでもいいので、持続的に実践していくことを期待したい。</li> </ul>		
24	II-4-(1)-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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所として、お祭りの際の踊りの練習にボランティアの受け入れを行った実績は、ヒアリングの中から確認することができた。</li> <li>・県下の福祉系大学等におけるボランティアの受け入れは、定期的とは言えないが機会があれば実施していることを、ヒアリングの中から確認することができた。</li> <li>・ボランティアに関する基本姿勢の明文化を確認することができなかった。今後、法人として、また事業所として受け入れを検討しているのであれば、受け入れる目的や担当者、実施にあたり注意事項等をまとめておくことが望ましい。</li> </ul>		

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の関係機関は、利用者支援を中心とした行政の機関や事業所が中心となっている。利用者が関わっている機関については、事業所の職員で共有することとなっており、基本的には利用者の記録ファイルに保存している。</li> <li>・主に関係が深い機関として相談支援事業所や、自立支援協議会、精神科ソーシャルワーカーや医療ソーシャルワーカー等が掲げられる。</li> <li>・利用者のアフターケアについては、現在法人独自にモデル事業を進行中で、今後の利用者の自立支援により一層期待が高まる。</li> </ul>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	II-4-(3)-① 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・㉡
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・業態上、地域住民が事業所を利用して交流を図るような取り組みは、今のところなされていない。地域との関わりは事業計画にも盛り込んでいる重要項目でもあるため、今後法人全体や共同生活援助を知ってもらうことからでもいいと思うので、事業内容を知ってもらうきっかけ作りを期待したい。その延長線上に地域との共生が存在する。</li> </ul>		
27	II-4-(3)-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。	a・㉢・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・共同生活援助のサービスの利用が中止となった利用者の件で、地域の民生委員と関わりを持った一例があった。また、逆に、新しくサービスを利用するようになった利用者のことを民生委員に報告というか紹介することもあった。</li> <li>・諫早市の自立支援協議会や定着支援センターの連絡協議会等へ参加して、地域のニーズの把握に努めている。</li> <li>・事業所の機能を地域に還元したり、地域住民に対する相談事業を開催する等、事業所の強みを地域に還元できていない状況である。まず、共同生活援助として、地域に何ができるのか職員間で協議されて、小さなことからでもいいので、地域に向けて『できること』を永続的に実践していくことを期待したい。</li> </ul>		

### 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
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の理念を『障害があっても立派な人間に』『生かされた人間ではなく自ら生きる人間に』と定め、第8次整備5か年計画のテーマを『幸せを実感できるようなサービスの提供を』と銘打っている。まさに利用者の尊厳に留意した文言を職員は常に意識しながら、日々利用者との関わりの中で実践している。</li> <li>・利用者の人権を尊重した規定としては『倫理綱領』が位置付けられる。職員は入職した際に目に触れることとなるが、この綱領に類似した内容の資料として、法人内の虐待防止委員会から年に数回発行される、ジビットという人権啓発資料や、愛隣訓という、より良い支援のためのガイドライン等が存在して、常に意識できるような取り組みを法人として行っている。</li> <li>・職員に対して人権意識を高めるような取り組みをインプットさせるばかりではなく、まずは職員に自己評価をさせている。この振り返りの際に使用するツールとして、『業務振り返りチェックシート』を活用している。このシートは不適切な言動が支援内容の中にないか自己評価する仕組みとなっていて、この取り組みを行うことで、利用者本位の支援ができるように体制作りを行っている。</li> </ul>		

29	Ⅲ-1-(1)-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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・倫理綱領の(5)に『プライバシーを尊重します。』という項目があり、行動規範として5つの文言が記されている。この文言をわかりやすく職員に向けて発信している資料が『愛隣訓』という虐待防止委員会が策定したものである。</li> <li>・利用者のプライバシー保護や虐待防止に関する資料として、『倫理綱領』や『愛隣訓』、『ジビット』等が該当する。事業所単位でこれらの資料を基にして、職員会議等の時間を活用しながら研修を行っている。</li> <li>・ホームの各居室のプライバシー保護に関しては、法人内の安全管理推進課が環境面のチェックを行う仕組みをとっており、客観的な目で設備面の確認を行う仕組みがある。</li> <li>・利用者や家族に向けた人権擁護の周知については、重要事項説明書に虐待や不適切な行為があった際の体制や、担当者を明記している。利用者や家族は万が一不適切な関わりがあった際等の通報先を、サービス利用前に知ることができている。</li> </ul>		
Ⅲ-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	Ⅲ-1-(2)-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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人のパンフレットや事業所の資料については、相談支援事業所で入手できるようにしている。他の事業所の資料も手に取ってサービス内容を対比できるようになっている。</li> <li>・事業所のパンフレットは利用者が生活している様子の写真や、地図、図表を用いて、できるだけわかりやすい形で説明できるように工夫している。法人のパンフレットと、この事業所の資料をもとに、言葉も交えながら利用者や家族に説明している。</li> <li>・共同生活援助のサービスを検討している利用者がいた場合、実際の様子を見ることができるように見学できるようにしている。</li> </ul>		

31	Ⅲ-1-(2)-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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用開始前に、利用者や家族等に対して利用契約書や重要事項説明書に基づき、サービス内容をできるだけわかりやすく、口頭でも補足を交えながら説明している。またサービスの変更があった場合は、法人で統一された変更同意書に基づいて説明を行っている。</li> <li>・サービスの開始時や変更時においては、利用者や家族が今よりも理解しやすいような資料の作成等工夫の余地があるとのことであった。今後わかりやすい資料の作成や、意思決定が困難な利用者等への配慮として、説明マニュアルに意思決定困難者への説明方法を追加する等の工夫を期待したい。</li> </ul>		
32	Ⅲ-1-(2)-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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス内容の変更に際して、法人で利用者個々のプロフィールやチェックリストを作成しており、このチェックリストに基づいて家族や事業所間との引継ぎや、申し送り事務手続き等の分野において、利用者や家族が不利益を被ることがないように取り組みを行っている。</li> <li>・平成28年度より事業所では、自主事業として『自立生活援助事業』という活動を行っている。内容としては共同生活援助のサービスを経て一人暮らしを開始した利用者に対して、生活上の不安な点や不明なことがあった場合の相談窓口として機能を果たしている。まさに項目で求められているように、サービスが一旦終了しても利用者の自立した生活を支援する仕組みを、時代のニーズに答える形で法人独自に行っている。</li> </ul>		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎年利用者アンケートを近隣の大学の協力のもと実施しており、全体的な視点としての傾向について実行委員会を中心に分析している。内容によっては個別に対応するようにしており、この点を説明したり、改善していくことでサービスの質の向上につなげている。</li> <li>・アンケートは第三者が聴取するため、利用者にとって職員が実施するよりも、本音に近い意見を聴きとることができるようになってきたと、事業所では分析している。</li> <li>・アンケートの結果や対応方法が概ね終了した時点で、利用者の当事者団体ピアの代表に結果報告を行うことで、アンケートの本来の目的を果たし、より質の向上に努める工夫を定期的実践している。</li> </ul>		
Ⅲ-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	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a・㉒・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情解決の体制については、利用者にとって身近な担当者や責任者、第三者委員(法人評議員・法人監事)を選定して、利用契約書や重要事項説明書に明文化している。</li> <li>・利用者に向けて『ひとりで悩みを抱え込んでいませんか』や『ご意見・相談・苦情受付』の資料にて確認した。書類の内容を見ると漢字にはフリガナも振ってあり、利用者が理解しやすいような工夫がなされていた。</li> <li>・利用者から提出された意見、要望、苦情受付用紙については対応記録表にてまとめられており、解決の対応者や課程、結果の報告まで簡潔にまとめてある。このような対応記録表を分析して、職員間で周知図っている。内容によって回避できるような苦情は早期対応することで信頼関係の構築を図っている。</li> <li>・苦情等に関する公表については、近年の公表がホームページ上にアップされておらず、近日中に実施するとの解答であった。今後、個人が特定されないような表現で、苦情内容の公表を定期的実施していくことを期待したい。</li> </ul>		

35	Ⅲ-1-(4)-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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所として苦情受付担当者を設置しているが、身近な世話人等話しやすい職員でも対応可能であることを、利用者に関わりやすく説明している。</li> <li>・利用者に向けて『ひとりで悩みを抱え込んでいませんか』や『ご意見・相談・苦情受付』の資料にて確認した。書類の内容を見ると漢字にはフリガナも振ってあり、利用者が理解しやすいような工夫がなされていた。</li> <li>・利用者からの相談に関してはプライバシーに配慮して、個別対応ができるように事務所の横にあるフリースペース(自由館)を利用することで、他の利用者に相談内容を聴かれることのないように工夫している。</li> </ul>		
36	Ⅲ-1-(4)-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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・意見、要望、苦情対応マニュアルという資料があり、この内容はとても充実しており、具体的な対応方法やフローチャート、利用者からの意見に対する記入例も詳細に記してある。</li> <li>・利用者支援の基礎となる個別支援計画書のモニタリングを行う際に、職員は自然な形で相談等ないか意図的に確認するようにしている。</li> <li>・利用者から意見等を得る主な機会として、直接支援している際に口頭で伝える方法や苦情受付ポストの設置、利用者アンケートが挙げられる。この方法に関して得られた情報は、全て記録として確認することができた。</li> <li>・利用者から提出された意見、要望、苦情受付用紙については対応記録表にてまとめられており、解決の対応者や課程、結果の報告まで簡潔にまとめてある。このような対応記録表を分析して、職員間で周知している。内容によって回避できるような苦情は早期対応することで信頼関係の構築を図っている。</li> </ul>		

Ⅲ-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	Ⅲ-1-(5)-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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・過去1年間に安全管理上の問題で重大な問題は発生していない。</li> <li>・リスクマネジメントの分野においては、法人内のコンプライアンス委員会が担当していて、ヒヤリハットの活用や事故報告体制、事故報告マニュアル等関連する資料の統括を行っている。事故報告マニュアルに基づいて、法人全体で事故発生に関する事例の収集と分析がなされている。分析に関してはSHELL分析の結果を資料で確認することができた。このように法人全体で事故発生事例やヒヤリハット報告を共有できるため、事故発生前に予防線を張ることができる仕組みができています。</li> <li>・職員への事故発生に関する研修内容としては、マニュアルの確認や緊急時の連絡体制のデモンストレーションをする等、定期的に事業所内で付け合わせを実施している。</li> <li>・安全確保の視点でいうと、法人内にある『安全管理推進課』という部門が利用者の居住環境をチェックして、危険が及びそうな箇所の指摘や是正勧告を行う等、物的環境面におけるリスクマネジメントも行っている。</li> </ul>		



38	Ⅲ-1-(5)-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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・過去1年間に安全管理上の問題で重大な問題は発生していない。</li> <li>・感染症対策の分野においては、法人内の感染症対策委員会が担当していて、感染症対策マニュアルの策定や、発生状況の把握、まん延する時期に注意喚起等年間を通して活動を行っている。</li> <li>・法人内の職員で構成された感染症対策委員会を立ち上げており、感染症に関する法人内の情報集及び周知活動を司っている。</li> <li>・感染症対策委員会より、感染症の流行期に合わせて各事業所で、感染症の予防やまん延防止に関する周知活動を推進する等情報を発信する。凡そ情報が来る時期は決まっているので、この時期に合わせて各事業所で研修を行っている。</li> <li>・感染症の予防的措置として、食中毒チェックリストを作成して、各利用者の居住環境の確認を行うようにしている。</li> <li>・感染症対策委員会は法人内の各エリアより看護師が選出されている。年に1度はマニュアルの見直しを行っており、機会を設けて、実態に応じた内容にするため、資料を追加したりして感染症の発生予防に努めている。</li> </ul>		

39	Ⅲ-1-(5)-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。	㉓・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・災害時の体制として『現場で活かせる総合防災マニュアル』に台風や大雨、地震等に分別して詳細が記されている。</li>   <li>・地域の『ハザードマップ』や『広域避難場所への避難経路』を確認した上で、避難計画等策定している。地域柄、数十年前に水害も発生しているエリアであり、市内を流れる川の付近に事業所等もあるため、氾濫したときのことも想定して動きを確認している。</li>   <li>・利用者や職員の安否確認の方法については、緊急連絡網を活用するようになっているが、平成28年の九州地方の地震の際には電話が繋がらず、利用者宅を1軒1軒回って安否確認を行った。この点は経験を基に今後の対策が急がれる。</li>   <li>・備蓄品に関しては、利用者の人数分リュックサックに、災害時に必要な最低限の物品を入れて保管している。</li>   <li>・以前、ホームの避難訓練を地域住民や警備会社、消防署と連携して実施したことがある。一緒に実行したことで第三者の視点で助言をもらったり、日頃から声を掛け合う体制を築くことができていた。</li> </ul>		

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価 結果
Ⅲ-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	Ⅲ-2-(1)-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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・標準的な実施方法について、法人独自で作成された“グループホームの世話人さんの業務ガイド”を全職員に配布している。配布された業務ガイドは、主な支援項目として12項目に分けられ、具体的なポイントやアドバイスが記されており、わかりやすいものとなっている。</li> <li>・月一回の全体会議の中で、業務ガイドの読み合わせを行い、利用者の尊重、プライバシーの保護、権利擁護等の周知徹底に努めている。</li> <li>・個別支援内容表に沿って、職員は支援を行い、個別支援記録チェック表に記録を行っている。</li> </ul>		
41	Ⅲ-2-(1)-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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日々の支援の中での気づきや利用者からの要望があった場合には、事業責任者会議において、内容を検討し業務ガイドの見直しや追加を行っている。</li> <li>・見直した内容は、年に一回、研修を行い職員に周知を図っている。</li> </ul>		
Ⅲ-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	Ⅲ-2-(2)-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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・体験入居時に、アセスメントを行い、プロフィール用紙に落とし込んでいる。</li> <li>・アセスメントはサービス管理責任者が行い、利用者とのモニタリングにより、支援計画に反映出来るよう検討している。</li> </ul>		

43	Ⅲ-2-(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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画は、サービス管理責任者を中心に、担当職員と修正すべき点を話し合い、利用者の意見を取り入れ検討しながら見直しを行っている。</li> <li>・定期的な見直しは、半年に一回であるが、緊急な変更が必要な場合には、全体会議を開き、変更の内容を全職員が周知し、支援にあたっている。最近の緊急の変更としては、住居移動のプラン変更があった。</li> </ul>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-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、職員間で共有化している。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画に沿ったサービスが実施されていることを個別支援記録により確認できた。記録はチェックリストと文章による記録が実施されている。</li> <li>・記録の書き方において、年に一回、全体会議の中で研修が行われており、記録の際、特記がある場合には、色分けする工夫がなされている。</li> <li>・日々のミーティングや回覧により、支援の実施内容や必要な情報において、職員間で、共有出来ている。また、総務企画部からの連絡により、必要な情報の伝達もれないような仕組みが整備されている。</li> </ul>		
45	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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重要事項説明書及び利用契約書に記録の保管と個人情報の保護、利用目的を明記し、説明を行っている。また、個人情報の利用について、同意を得ている。</li> <li>・記録管理は、管理者が責任者となり、職員は個人情報の取扱いについて、愛隣訓を用い会議での研修を行い個人情報の保護の徹底を図っている。</li> </ul>		

第三評価結果

※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。

※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。

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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画に、日常的な関わり合いの中でのコミュニケーションの方法を明記し、実施を行っている。利用者の好きなことや楽しみ等を通して、例えば“かるたとり”など一緒に関わる時間の中でコミュニケーションを図っている。</li> <li>・意思伝達において、聞き取りが困難な場合には、ジェスチャーや利用者独自の言葉を十分に理解したうえで、職員からの問いかけで意思の確認を行っている。</li> <li>・手話ができる職員もおり、今後、必要な場合には対応できる体制である。</li> </ul>		
	1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者主体の NPO 法人ピアの活動があり、町内の清掃やお祭りへの参加、イベントの企画、定時制高校との交流などを行っている。ピアの活動には役員会があり、法人内の事業所長が会議に参加し、活動においても担当の職員 2 名がサポートを行っている。</li> <li>・週一回のクラブ活動を行っている。太鼓、バスケットボール、バドミントン等があり、余暇を楽しむことが出来ている。</li> </ul>		

	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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・週一回の事業所会議の中で利用者の病院受診、居室の整理、入浴支援等、日常生活上の見守りについて検討を行っている。</li> <li>・利用者が、自力で起床し出勤する場合に、毎朝の見守りで自転車の有無により出勤状況を確認し、適切な支援を行っている。</li> <li>・病院受診は、利用者が職場帰りに職員と病院で待ち合わせる等、自力で病院へ行けるよう促している。</li> <li>・必要に応じて、利用者の勤務先へ職員と出向き、上司との面談を行い、問題点に迅速に対応する支援を行っている。</li> </ul>		
	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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・単身型のグループホームからの自立に向けて、整理整頓や食事などのプログラムがあり、実践を行っている。</li> <li>・自立に向け、生活費のやりくりの仕方、銀行のキャッシュカードの使い方や注意点について、勉強会を行っている。</li> <li>・帰省する際の JR の切符の買い方や交通機関の利用の仕方、市役所での住民票取得の方法などの支援も行っている。</li> <li>・利用者の人権について、全国育成会の宣言文を受け、理事長からの人権についての手紙を利用者に渡し、読み上げを行った。</li> </ul>		

	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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・年に一回、全体会議の中で、身体拘束、行動制限についての研修を行い、職員に周知徹底を図っている。</li> <li>・やむを得ず、身体拘束を行う場合には、本人と家族の同意を得て行うようにしている。利用契約説明時のためのマニュアルに、“利用者にわかりやすい言葉で説明すること、身体を抑え込んだり身体拘束を行わないこと、安全を守るためにやむを得ず行動の制限を行う場合があること、記録を残すこと“が記されてあるのを確認出来た。</li> </ul>		
	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・㉒・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の虐待防止委員会が発行している“G-b i t”通信に、不適切な関わりについて具体的な事例が記載されており、職員に周知されている。</li> <li>・職員は毎月、虐待防止について研修を行うとともに業務の振り返りシートのチェックを行い、不適切な関わりがなかったか確認する仕組みがある。</li> <li>・職員は、不適切なかかわりについて利用者の訴えやサインを見逃さないよう毎日のミーティング時に気づきを出し合い、それらを共有し、迅速な対応に努めている。しかし、利用者に対して、不適切な関わりの防止についての具体的な例を示して周知を行っているかについては十分とは言えない。今後検討を期待したい。</li> </ul>		

## 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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養士と利用者本人との話し合いにより、利用者の状況に応じた食事の提供を行っている。利用者の体調に応じて減量食やがつつりメニュー等があり、おかゆや一口大に切った食事の提供も個別に対応している。</li> <li>・月一回の全体会議の中で食事についてのマニュアルの読み合わせを行い、必要に応じて見直しを行っている。</li> </ul>		
	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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人内の配食サービスを利用しており、住居内で盛り付けを行い温めたものを提供している。</li> <li>・食事支援は本人のペースや状況に合わせて魚の骨を取ったり、一口大に切る等、見守りながら行っている。</li> <li>・食事についての満足度や要望は利用者アンケートを行っている。</li> <li>・配食サービスの嗜好調査も行っており、減量食やがつつりメニュー等の選択が可能になっている。また、随時リクエストメニューも受け付けている。</li> <li>・献立は一週間分を住居内に掲示している。</li> <li>・利用者の病気の状態や食事の内容について、所長、担当職員、利用者の参加のもと、ケース会議が開かれているのを確認出来た。</li> </ul>		



	2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	㉠・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>安全衛生管理業務の担当者2名が年に一回、チェックを行い、食堂の設備や衛生面において“グループホーム安全衛生チェック報告書”にコメント付きで改善すべき点を挙げ、迅速に対応すべき箇所がわかるよう、ABCのランク付けで記す工夫がされている。</li> <li>食事は利用者の好きな時間に摂っており、温めて提供されている。</li> </ul>		
2-(2) 入浴		
	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。	a・㉡・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>個別支援計画に利用者の健康状態や入浴の仕方を明記し実施している。</li> <li>生活支援員ガイドブックに入浴に関する基本姿勢が記されている。しかし、入浴に関する安全面やプライバシーについて職員の研修、周知としては十分とは言えないと思われる。入浴介助・支援マニュアルの安全面やプライバシーに関する内容を検討し、職員の周知にも取り組んでいくことを期待したい。</li> </ul>		
	2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	㉠・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入浴は毎日行い、利用者の希望や帰宅時間に応じて順番を決めている。</li> <li>入浴時間は浴槽内で寝てしまう等の危険性を考慮し、職員の見守りが出来る時間帯までに入浴を済ませるよう話し合いを行い実施している。</li> <li>夏場や休日など必要に応じて自由にシャワーを浴びることが出来ている。</li> </ul>		
	2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境整備は適切に行われている。	a・㉡・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>安全衛生管理業務担当による“業務安全サポートチェック”により浴室、脱衣所の設置の安全面のチェックと改善を行っている。</li> <li>プライバシーを確保できるよう脱衣所は扉が設けてある。しかし、冷暖房の設備等がないため、身体的状態を考慮し今後、室内との温度差を調整できる工夫の検討を行うことを期待したい。</li> </ul>		

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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎日の健康チェック表に排泄の有無を記録している。</li> <li>・今現在、排泄用具の使用や排泄の介助が必要な利用者はいない。</li> <li>・生活支援員ガイドブックの中に排泄介助の基本姿勢が記されている。しかしながら、今後、利用者の高齢化等も考慮の上、具体的な排泄に関する介助マニュアルとそれに関する研修を全職員対象に行うことが必要だと思われる。</li> </ul>		
	2-(2)-② トイレは清潔で快適である。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・安全衛生管理業務サポート報告書により、定期的な点検と改善のための検討が行われている。</li> <li>・トイレは利用者の清掃に加え、休日に職員が一緒に行うことで清潔を保てるよう支援している。</li> <li>・冷暖房の設備はないが、利用者の希望で暖房便座の設置を検討中とのことであった。</li> </ul>		
2-(4) 衣服		
	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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>対象外のため、評価なし</p>		
	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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>対象外のため、評価なし</p>		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>対象外のため、評価なし</p>		

	2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a・b・c
<コメント> 対象外のため、評価なし		
2-(6) 睡眠		
	2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a・ <u>b</u> ・c
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> <li>・就寝前に見回りを行い、寝室の光や騒音などの確認を行っている。</li> <li>・寝具は利用者の好みの物を使用し、季節に応じて配慮している。</li> <li>・健康状態により、就寝中の咳込みや咽る利用者への対応は、業務日誌に明記している。</li> <li>・業務ガイドの中に寝具の管理アドバイスが記載され、職員は月一回の会議で読み合わせを行うことで周知出来ている。</li> <li>・不眠等により、同居住者に影響を及ぼす場合の配慮として、現在は一時的な他室の使用が出来るまでには至っていないとのことであった。</li> </ul>		
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。	<u>a</u> ・b・c
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎日、自己健康チェック表に記録し、利用者の健康状態の把握に努めている。</li> <li>・医療マニュアルを整備しており、職員の研修を行っている。必要に応じ見直しを行い、年に一度改訂されている。</li> <li>・看護師が利用者一人当たり、月一回程度の巡回を行っており、健康相談を受けることが出来ている。</li> <li>・それぞれのかかりつけ歯科の受診を定期的に行い、必要に応じて職員も同行し、口腔衛生の指導を受けている。</li> <li>・日常生活に簡単なストレッチを取り入れている。</li> </ul>		

	2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療マニュアルが整備され、体調急変時の具体的な対応手順について記されている。対応手順は職員が各自手帳に貼り、持参している。</li> <li>・急変時の連絡体制も整えられており、連絡用の携帯電話も備えている。</li> <li>・マニュアルについて、年に一回研修を兼ねて全職員で読み合わせを行っている。</li> </ul>		
	2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a・㉒・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各住居のファイルに薬の説明を写真付きで整備している。</li> <li>・服薬ミスに関する対応について、職員は研修を行っている。</li> <li>・医療マニュアルに薬に関する内容が明記されている。</li> <li>・過去一年間で、薬の飲み忘れがあった。一日一回のみの服用の飲み忘れであったが迅速に医師に確認を行い、時間遅れでの服用で大事に至らず対応できた。</li> </ul>		
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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者アンケートを実施し、その中で休日や夜の時間の過ごし方について希望や要望を聞くしくみがあり、利用者の意向を把握している。</li> <li>・利用者主体のピアの活動でバスハイクの計画が立てられ、職員は側面的に支援を行った。</li> <li>・地域のお祭りへ参加する際、準備段階より大学生のボランティアを受け入れた。</li> <li>・図書館やパソコン教室、プール、トレーニングジム等を利用し、クラブ活動時にも地域の体育館を利用している。</li> </ul>		

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の希望による遠出の外出は、“外出・外泊・帰省計画書”に行先や経路、食事の有無を記入し提出してもらうことで把握している。希望により、職員の付き添いが必要な場合には、対応している。</li> <li>・普段の外出は、21時を目安に所在を確認するよう支援している。</li> <li>・法人内のイベントや地域のイベントの情報はその都度行い、利用者の希望に添えるよう支援している。</li> </ul>	
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・帰省等による外泊は、本人の希望と家族の希望を聞き、調整を取りながら行っている。</li> <li>・車で一人旅の計画を立て、2～3泊の旅行を楽しんでいる利用者もあり、その場合には、途中で電話連絡を取れるようにしている。</li> </ul>	
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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・預り金については、預り金等管理規定を定め、事業所の管理者を責任者として体制を整えている。</li> <li>・基本的には、金銭は自己管理としているが、利用者の状況に応じて手提げ金庫の置き場所や鍵の確認等の支援も行っている。</li> <li>・月に一回利用者と一緒に収支報告書を作成したり、お小遣い帳を活用するなど金銭の自己管理が出来るような取り組みを行っている。</li> <li>・利用者が平日の仕事で銀行に行けない場合は、出金準備用紙に記入してもらい、週一回、職員が2人体制で代行している。代行後は事業所での確認を行い、利用者は受け取り確認とサインをするようにしている。</li> </ul>	

	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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新聞は住居単位で購入しており、自由に閲覧できる。希望者は個人で新聞・雑誌を自由に購入している。</li> <li>・テレビは、それぞれの居室に設置している。共有で使用するテレビについては住居内での話し合いにより視聴時間等を決めている。</li> <li>・住居内の話し合いには、職員も参加し、居室のテレビの使用について、周りの迷惑にならないよう、音量やイヤホン使用についてルールを決めている。</li> </ul>		
	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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重要事項説明書に、飲酒、喫煙は利用者主体性が基本であるが、身体的健康状態や他の利用者への影響から制限することがあるとの説明がされている。また、喫煙は、決められた場所で行うことも合わせて説明している。</li> <li>・主治医からの飲酒、喫煙の注意説明がある場合、職員が同行し一緒に説明を受け、支援にあたっている。</li> </ul>		

### 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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事故や災害の発生時における対応マニュアルとして、“総合防災マニュアル” “衛生管理マニュアル” が整備されている。</li> <li>・月一回の全体会議にマニュアルについて研修が行われており、必要に応じてその都度マニュアルの見直しを行っている。</li> <li>・緊急時連絡体制表が作成され、全職員に配布している。</li> </ul>		

	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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月、法人全体の事故発生状況の事例報告があり、全体会議の中で話し合いが行われている。職員はそれらを回覧により周知している。</li> <li>・ヒヤリハットの事例の検証や未然防止策の検討を行い、日々の支援の中で利用者に声かけするなど、事故防止に努めている。</li> <li>・ピアの活動の中で弁護士による交通事故に関する勉強会を実施したり、携帯電話における問題について電話会社の方より話をしてもらう機会を設けている。</li> </ul>		

# 事業所情報（障害者・児施設）

（平成 28 年 12 月 26 日 現在）

施設名 社会福祉法人 南高愛隣会 県央北
-------------------------

## 1. 基本情報

郵便番号	854-0011		
所在地	長崎県諫早市八天町 15-13		
TEL	0957-22-2203	ホームページ	<a href="http://www.airinkai.or.jp/">http://www.airinkai.or.jp/</a>
FAX	0957-21-0450	E-mail	b-kennou@airinkai.or.jp
施設までの利用交通手段	長崎駅から諫早駅まで JR で 20 分～30 分 諫早駅から所在地までバスで 15 分		
開設年月	2006 年 10 月 1 日	開所時間	概ね 8:30～21:30
敷地面積	各ホームごとに異なる	建物面積	各ホームごとに異なる
経営主体	社会福祉法人 南高愛隣会	施設長名	管理者 馬渡 久乃

## 2. 職員体制（複数の資格取得している場合は、重複計上してください）

専門職	常勤	非常勤
施設長(管理者) (サービス管理責任者)	1 1	
事務員	0	
生活作業員・作業指導員	13	
看護師	1	
栄養士	0	
調理員	0	
嘱託医	0	



### 3. 施設の理念・方針

「障がいがあっても立派な人間に」「生かされた人間ではなく自ら生きる人間に」を理念とし、障がいのある方が地域の中で普通の暮らしを営みながら幸せを実感して頂けるようなサービスに努めています。特に県央北では利用者本人の主体性に焦点を当て、自らの持てる力を十分に発揮して頂くことを心掛けており、今年度からはサテライト型グループホームを新設し、グループホームからの自立を希望される方への支援としての体制を整えております。

### 4. サービス内容

対象地域	諫早市
対象年齢	18歳以上
定員	30名

サービス名	備考
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 年1回の健康診断にて健康維持に努めます。</li> <li>○ 利用者の健康状況に注意し、協力医療機関等を通じて健康維持のための適切な支援を行います。</li> <li>○ 利用者の病状急変等の緊急時は、必要により協力医療機関又は緊急の医療機関へ責任を持って引き継ぎます。</li> <li>○ 緊急時には、ご家族、関連機関等に速やかに連絡を行います。</li> </ul>
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者の状況に応じ、食事準備から片付けまでを支援します。</li> <li>○ 利用者の希望に応じて「ブルースカイ」による宅配給食も利用できます(有料)。</li> </ul>
休日	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 休日・余暇の過ごし方は、各自の希望によります。</li> </ul>
地域との交流	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域の社会資源の活用、イベント情報などを利用者提供し、必要に応じて各種活動行事への参加のための支援をします。</li> </ul>
保護者会活動	<ul style="list-style-type: none"> <li>○保護者会としてコロニー雲仙連合育成会と各地区の部会があり入会の推奨と必要に応じて活動のサポートを行っている。</li> </ul>

#### 5. 事業所から利用者（希望者）の皆様へ

「あなたの希望する暮らしを一緒に叶えましょう」をモットーに、一人ひとりの希望に合わせた住居を提供し、地域の中でより豊かに暮らすために、日常生活上の支援、社会生活に関わる支援、保健医療のサービスなどを行います。2～3人の少人数の共同生活から、二人暮らし、一人暮らしまで様々な生活形態のホームがあるため、一人ひとりの希望や状況に合ったホームで自分の力を試してみながら、次の目標に向かって一つひとつステップアップすることができます。

#### 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
常時受け付けております。グループホームのため入居者の了解を必要とする場合があります。事前にご連絡ください。	常時受け付けております。受け入れ担当者や受け入れ場所等の調整をさせていただきます。事前にご連絡ください。	常時受け付けております。受け入れ担当者や受け入れ場所等の調整をさせていただきます。事前にご連絡ください。