

(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

医療福祉評価センター
------------

②事業者情報

名称：さいごう	種別：共同生活援助
代表者氏名：田島光浩	定員（利用人数）： 39名
所在地：長崎県雲仙市瑞穂町西郷乙室田 26-1 TEL：0957-77-2180	

\*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

結婚して子育て中の家族、パートナー生活する男女、加齢に伴い介護の必要度が高まる高齢者など、多様なニーズがある御利用者に対応し複数の施設を整備したグループホームである。
---

④第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年2月1日（契約日） ～ 平成30年7月14日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	初回

⑤総評

◇特に評価の高い点 （組織的な事業計画運用） 全支援者が参加しSWOT分析による施設の現状分析を行い、その結果に基づき事業計画書を作成している。事業計画を実現するために工程表・職務分掌表を作成し、だれがいつまでに何を行うかを明確にしている。その進捗状況は毎月月次事業報告を作成し法人へ報告、年度末に事業報告書に結果をまとめている。 今回の自己評価も評価基準を読み込み客観的に厳しく実施していた。評価結果の報
--

告も全支援員を対象にすることを望まれており、サービスの質向上に全支援員が参加する意識の高い施設である。

(御利用者本位のサービス提供)

御利用者の生活の場である『さいごう』は、その気持ちを尊重し、やりたいことを自由にやってほしいという意識が高い事業所である。御利用者の活動に関しては、基本的に制限することがなく、その希望に対して、「どのようにしたらできるか。」を中心に全支援員が取り組んでいることが、高く評価できる点である。

◇改善を求められる点

(生活の場である施設の改善を定期的に)

グループホームさいごうは9つの異なるホーム(2棟増設予定)で運営されている。支援者が訪問する少人数対応の施設、夜勤・宿直を配置した重度の御利用者も生活できる施設など特性に応じた複数の施設がある。

居室・共同生活スペース、トイレ、浴室など、『さいごう』が目指す普通の暮らしを過ごす場所として、今の環境がベストであるかを御利用者・御家族・支援者・運営推進会議に参加する地域住民などの意見を集め定期的に検討する会議を開催し、過ごしやすい環境の改善に努めることが重要である。

(業務標準化によるサービスの質向上)

御利用者の支援を行う際に、事業所内会議やサービス管理責任者から支援員へのOJT、手順書の作成等より細かな支援を共通して行っている。しかし、全員が共有して理解しておくことが必要な『マニュアル』の整備がないものがある。例えば、入浴時のマニュアル、排泄支援のマニュアルなど。支援員が共通理解できるマニュアルの作成をすることで、より御利用者が安心して生活できる場になると思う。

#### ⑥第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

初めて第三者評価を受審させていただきました。

一つひとつの項目をチェックすることで、自事業所の支援内容や目標を改めて振り返ることができました。

利用者の方の「～したい」をサポートし続けるために、「支援の基本は何か」を支援者で共有していきたいと思えます。

#### 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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>平成30年度『生きる誇りへの、挑戦』というミッション（理念）を掲げ、その実現のために支援者の行動指針を作成した。周知するための取り組みとして事業計画書の目標に行動指針を明記、利用者御本人の『～したい』という気持ちを個別支援に記載するよう計画している。</p> <p>さらに、ミッションを実現するためにどのような取り組みをおこなっていくか支援者に考えさせるグループワークを行う予定である。</p>		

### 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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月行われる経営執行会議に統括部長が参加、平均利用日数、収益等の目標について分析が行われ事業部長にフィードバックが行われている。その後、支援者が参加する会議で結果の報告を行うことで施設の課題を共有している。</p>		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p>		

支援者の高齢化が進んでおり配置ぎりぎりです運営していることが施設の課題である。支援者の確保をはかるため、ハローワーク訪問・お仕事説明会（施設内）等行っているが支援者確保は厳しい現状である。

### 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。	a・b・c
<コメント> 5年毎に中・長期の計画書を法人で作成している。（収支計画は作成されていない）計画書には『地域での生活を支える仕組み』が明記されており、地域の中で重度の御利用者を支える仕組みとして夜勤型のグループホームである『さいごう』が位置づけられている。中・長期の計画の評価・見直しは法人の経営層が行っている。		
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。	a・b・c
<コメント> 中・長期の計画書は施設の単年度の計画書を作成する際の基準になっている。平成30年度は3つの目標を設定、取組内容が具体的に明記されており実施状況の評価がおこないやすい内容である。		
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。	a・b・c
<コメント> 全支援者が参加しSWOT分析による施設の現状分析を行い、その結果に基づき事業計画書を作成している。事業計画を実現するために工程表・職務分掌表を作成し、だれがいつまでに何を行うかを明確にしている。その進捗状況は毎月月次事業報告を作成し法人へ報告、年度末に事業報告書に結果をまとめている。		
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
<コメント> 御利用者に直接関係する項目は支援者から説明している。御家族へは育成会行事の際に説明しているが、県外の御利用者が増加しており、御家族の参加が減少傾向である。評価基準では、事業計画の主な内容をわかりやすく説明した資料を作成するなど、御利用者・御家族がより理解しやすい工夫を求めている。		

### 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
<コメント> 事業計画書に今年度取り組む内容が明記され、毎月事業報告書を作成し進捗状況を確認している。これは、サービスの質の向上を組織的に評価する仕組みである。第三者評価の受審は今回が初めてであるが、評価の着眼点を確認し客観的に厳しく自己評価を行っていた。		
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
<コメント> 今回の自己評価の結果、課題の一つとして業務マニュアルの整備を挙げていた。課題を整理し事業計画に盛り込み改善活動をおこなうことが期待される。		

## 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
<コメント> ヒアリングによると自らの役割を『①支援者が働きやすい環境を整備する・②御利用者の満足度を高めること』と答えてくれた。職務分掌表が文書化され責任と権限が明確である。		
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。	a・b・c
<コメント> 法人に法務・労務を管理する部門があり法令遵守について内部監査が行われている。定期的開催される役職者連絡会議や法人内の電子掲示板で法令等の改定についての情報を入手している。		
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。	a・b・c
<コメント> 事業計画書を作成するために、支援者が全員参加しSWOT分析を行っている。支援者の本音を引き出すために、ファシリテーションの研修を受講している。支援		

者の意見を計画書に反映することにより組織全体の改善意欲を醸成している。		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>世話人の増員が経営改善に必要と位置づけ採用活動に積極的に関与している。支援者とのコミュニケーションを充実することも重視しており、昨年度施設内の離職者がひとりも出なかった。</p>		

## 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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>『御本人が地域社会で暮らし続けていけるよう、更なる地域密着へ』という目標を事業計画に掲げており、地域で生活している世話人の雇用を増やしている。専門職は（社員の資格取得も含め）法人で計画的に増員している。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>キャリアパスの仕組みを含んだ人事考課制度が整備されている。支援者は『自己振り返りシート』に基づき自己評価、その後上司評価が行われ、その結果をフィードバック（成長支援面接）している。成長支援面接の有効性を高めるために内部研修が実施されている。</p>		
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組んでいる。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎年法人（労務係）が支援者へアンケートを実施し、勤務時間帯・勤務場所など要望を調査し原則対応している。入社後定期的にリフレッシュ休暇の制度を整備するなど支援者の就業状況に配慮している。</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。		
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> <p>今年度『①（御利用者の）あるがままを、愛そう②ご本人に聴こう③ほっとかない』など10項目の行動指針が文書化され、期待する支援者像が明確になっている。支援者のモチベーションを高めるために、評価基準では支援者一人ひとりの目標設定及びその管理を推奨している。</p>		

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> <p>前述した行動指針に基づき今年度の研修計画が作成されている。その他福祉専門職としての支援・技術取得の研修や階層別の研修計画があり、施設内でだれが参加するか決められており、その出欠も管理されている。</p>		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>今年度定期採用者が11名あり(法人全体)各々に養成責任者、プリセプター(入社3年目で採用者の支援者)が付き組織的に社員研修が行われている。『さいごう』にも定期採用者が配置され、法人の教育・研修に貢献している。</p>		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生の要望を聞き取り、法人内の複数の施設を巡回しながら経験を積めるようプログラムを作成している。御利用者・御家族、支援者への事前説明など、受入れを標準化するための手引書が整理されている。</p>		

### 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> <p>法人の理念・方針・事業計画・決算情報・第三者評価の受審結果・苦情相談の対応結果など、最新の情報がホームページで開示されている。</p>		
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> <p>法人全体で社会保険労務士・監査法人など専門家による定期的な監査を受け経営改善の助言を受けている。『さいごう』に関する指摘は直近ではないとのこと。</p>		

### 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
<コメント> 地域密着の推進が事業計画の目標に掲げられ、運営推進会議の回数を増やし地域との交流を活発にするよう計画している。地域住民を積極的に雇用することにより、地域の行事や清掃活動の機会が増え、地域住民の評判もよくなっている。		
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
<コメント> ボランティアの受入れは本部で一括管理している。ボランティアを増やしていくことを法人の課題と位置づけ、ボランティア講座を開設し潜在的なボランティアの掘り起こしを検討している。地域の小・中学校の職場体験を受け入れているが、サービスの特性上グループホームである『さいごう』にはボランティアの派遣は少ないとのこと。		
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。	a・b・c
<コメント> 日中の活動は御利用者の選択を重視しておりグループ外の日中支援のサービスの利用もある。御利用者が利用している医療機関・福祉関連施設・行政関係者などはリスト化され整理されている。		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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・c
<コメント> 『さいごう』は御利用者の生活の場所であることを重視しており、地域に施設が有する機能を還元することは行っていない。こども食堂や新施設に地域交流スペースを開設するなど法人では地域還元積極的にある。		
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・b・c
<コメント> 運営推進会議で学童施設を開設してほしいとの意見があり法人にフィードバックし開設の検討を行っている。地域のニーズ聞き取りに運営推進会議が有効である。		

### 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

		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。	a・b・c
<コメント> (新人にもわかりやすい)よりよい支援をおこなうためのガイドライン『愛隣訓』が支援者に配布され法人全体で御利用者を尊重する姿勢を示している。毎月全支援者に業務の振り返りシートが配布され、『利用者さんを〇〇さんと呼んでいる』など具体的な項目をセルフチェックすることにより支援者が気づききっかけを作っている。		
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。	a・b・c
<コメント> 『愛隣訓』には御利用者のプライバシーに配慮する項目も含まれている。また、法人に虐待防止委員会があり毎月の会報で虐待防止・プライバシー保護に関する情報が提供され、さらに委員会主催の事業所内研修に参加している。 居室に入室する際は必ず御利用者の同意を得るよう徹底している。		
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。	a・b・c
<コメント> 『さいごう』独自のパンフレットを作成、家族や恋人同士、重度の障害がある御利用者も普通に暮らすことができることを写真入りでPRしている。御利用希望者には体験入所をお勧めし、自身の生活に合う施設であるか確認する時間を設けている。		
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
<コメント> 重要事項説明書、契約書を整備し御利用者・御家族に同意を得た上でサービスを開始している。意思決定の困難な身寄りのない御利用者については後見人等へ説明を行っている。		
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
<コメント> 自立のための支援プログラムがあり地域・家庭・自立への移行支援に力をいれて		

<p>いる。他施設や自立が決定した御利用者について、医療・生活・社会性などを記載したプロフィールを作成し、御利用者が新しい環境になじめるよう配慮している。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 福祉系大学と協力し法人の御利用者を対象にアンケートを実施、ヒアリングを重視し本音をひきだすよう工夫している。『さいごう』の御利用者の要望をシートにまとめ、対応することが難しい場合は理由もきちんと説明するなど、対応した記録を残している。外出・外泊支援に積極的である。</p>		
<p>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。</p>		
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・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 苦情解決のマニュアルが整備されており、ポスターを施設に掲示ご意見箱を設置している。苦情対応の記録が維持され結果をホームページで公表している。</p>		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 相談・意見は待ちの姿勢では件数が増えないため、苦情受付担当者がグループホームを巡回し相談・意見を積極的に聞くようにしている。相談はプライバシーに配慮し居室や相談室で受けるよう配慮している。</p>		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt; サービス向上委員会があり相談・苦情対応についてマニュアルや記録様式の見直しを定期的に行い相談・意見が法人にも伝わるよう風とおしのよい環境づくりに積極的である。</p>		
<p>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。</p>		
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; 御利用者の安心・安全を脅かす大事故の発生を防ぐにはヒヤリハットの事例を多く集め原因対策を検討することが重要であると考え、毎日のミーティングで事例を発表しあい件数増加に努めている。担当者によってヒヤリハットの件数にバラツキがあるため、日々の支援記録からヒヤリハット事例を指摘し理解を促す教育も実践している。</p>		
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	a・b・c

	確保のための体制を整備し、取組を行っている。	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症対策委員会がありマニュアルの見直しや感染症の情報発信があり予防に力を入れている。『さいごう』には3名の看護師が配置されており、感染症発生時の対応にも力を入れている。</p>		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>防火防災対策委員会がありマニュアルの見直し、災害対策の啓発活動が行われている。火災想定だけでなく、不審者・水害・津波を想定した訓練も実施している。危機管理チェック表を作成し建物・備品の劣化、消火器・火災報知機の動作確認・非常用リュックの賞味期限など毎月チェックしている。</p>		

### 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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画により、支援内容が実施されている。支援の実施に関しては、支援員が中心で行うが、サービス管理責任者が一緒に支援する機会をつくることで、支援の充実と共通理解を図るようにしている。個別支援計画の作成においては、御利用者のニーズを中心につくられているが、すべての計画には、プライバシーの保護や権利擁護の姿勢が明示されていないこともある。</p>		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画の見直しにおいては、原則6か月に1回はモニタリングとして目標の達成及び計画の見直しを行っている。御利用者の心身の状況などが変われば、その都度の変更を行うようにしている。具体的な実施支援の内容については、定期的に検証や見直しが行われている。</p>		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画のモニタリングにおいて、見直しを行う際に、アセスメントの把握</p>		

<p>をその都度行い、次の計画に反映するようにしている。その際、関係機関との連携の上で、さまざまな面からの検証が行われている。</p> <p>支援が困難なケースにおいては、支援の実施のときに手順書を作成し、支援員が共通してより細かな支援が行えるようにしている。</p>		
43	<p>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。</p>	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画のモニタリングは、定期的に行われている。モニタリングにおいては、再度御利用者のニーズ等を取り入れて行われている。変更の計画については、関係支援員へ事業所内会議において周知している。</p> <p>計画の緊急な変更においては、変更の必要性を各関係機関が考え、御利用者の意向も十分取り入れたものとなっている。</p>		
<p>Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</p>		
44	<p>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。</p>	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ケアラボ支援記録ツールを使って、支援者間で共有できる記録を用いている。記録の書き方についても、事業所内の研修が行われている。しかし、ケアラボ支援記録ツールにまだ慣れていないところもあり、これから記録の内容や書き方に差異がないようにしていくとよりよい記録になっていき、実際の現場の支援に活用できる記録になる。</p>		
45	<p>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。</p>	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報使用同意書において、御利用者と家族に意向を確認している。記録管理の責任者の設置もあり、個人情報の保護に関しては、規定により定められている。今後、ケアラボ支援記録ツールの利用を行っていく中でも、厳重なセキュリティの中、記録に関する保護は行っていく。</p>		

障害者（児）施設・事業版

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。	a・ <input type="checkbox"/> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>コミュニケーションの支援に関しては、御利用者に応じて、メール、タブレット、絵カードなどのさまざまな手段を用いて、コミュニケーション能力の向上を図っている。支援者間の共有に応じては、ケアラボ支援記録ツールを用い記録をそれぞれが読むことで、共通理解をタイムリーにできるようになっている。個別支援計画に、それぞれのコミュニケーション能力向上のための目標が必要に応じて計画されているが、御利用者のコミュニケーション能力を意識した支援のマニュアル自体は作成されていない。</p>		
	1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a・ <input type="checkbox"/> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>当事者団体であるふれあいネットワークピアの活動に、支援者を配置して支援を行っている。御利用者の活動においては、基本的に制限することはなく、どういう風にしたら御利用者がやりたい活動をできるか考える支援を基本としている。</p> <p>障害が重度の御利用者についても外に出る活動を好むので、1か月に1回はカラオケや映画に行くなど、外に出る活動を設けるようにしている。しかし、御利用者の自治活動などについては、協議する機会を具体的な活動としては行えていない。</p>		
	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・ <input type="checkbox"/> ・c
<コメント>		

<p>御利用者の支援においては、事例検討会を2か月に1回行い、支援の共通理解を図っている。</p> <p>御利用者の支援に関しては、サービス管理責任者と一緒に支援員が見守りや支援しており、OJTにおいて支援員へやり方を教える体制がある。</p>		
1-(1)-④	<p>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。</p>	a・ <input type="checkbox"/> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>社会生活力を高め自立するための支援プログラムの作成を行っている。法人全体の取り組みにおいて、社会マナー、地域マナー、ATMの使い方、スマホの使い方、警察からの話を聞くなどを開催し、社会生活力を高める学習の機会を設けている。事業所においては、御利用者がやりたいことを行う機会を考え、個別に自立できるための生活援助を行っている。そのような中、一人ひとりの御利用者が人権に対する意識を高められるような取り組みがあるとさらによい。</p>		
1-(1)-⑤	<p>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>	a・ <input type="checkbox"/> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>行動抑制や身体的拘束を行わなければならないときの行動制限同意書を取り、家族等の同意を得ている。過去一年間に行動制限や身体的拘束は行われていない。行動の制限を行った場合は、記録の作成を行い、行動制限や身体的拘束の方法をとらなくてよい支援の方法の検討も行っているが、代替支援に関しては十分でない場合もある。</p>		
1-(1)-⑥	<p>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>	a・ <input type="checkbox"/> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>暴力、人格的辱め、心理的虐待などの不適切な関わりについては、過去1年間問題は発生していない。不適切な支援の振り返りについては、毎月会議を行い、支援員にそのようなことが起きないように徹底している。不適切な関わりについては、役職者が研修（SSTや強度行動障害への支援）などにより援助技術の学びを行っているが、支援員に対しての習得についてはまだ十分でないこともある。御利用者への周知については、ピアの会において、具体例などを出して、御利用者も理解してもらうようにしている。</p> <p>不適切な支援については、懲戒等の基準が明確にされており、法人内には虐待防止受付責任者がいて、対応できるようにしている。支援員が不適切な支援については、より誰かに相談できやすい人や環境がより整ってくるという。</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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事に関しては、配食サービスの利用をしている。それぞれの御利用者においては、配食サービスの食事において、きざみ、とろみ、アレルギー等への対応を行っている。食事の介助などにおいては、食事の介助の支援手順書などを作成し、共通理解している。支援の手順書については、研修や会議などで支援員へ周知して行われている。個別支援計画書において、必要に応じて、食事の支援を計画に入れている。</p>		
	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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事においては、適温の食事を提供できており、献立・食材に季節感があり、食器も陶器のものを中心に使われているが、割れないものを使う等の工夫もされている。調味料や香辛料も複数準備して、それぞれの御利用者が好みに応じて使えるようにしている。</p> <p>年1回の嗜好調査のアンケートを行い、御利用者の意向を取り入れている。食事における検討会議等は、配食サービスや事業所の支援者だけで行われ、御利用者の参加はない。会議等にも御利用者が参加できる工夫があればその意向がより反映されると思われる。</p>		
	2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>喫食環境に関しては、大きいテーブルに御利用者が向かい合って楽しく食べられる環境の工夫がされている。食事を食べる準備ができている御利用者から食べられるように、幅のある時間帯でゆっくり食事を楽しめる配慮がなされている。</p> <p>食事の場の整備や環境に関しては、必要があればその都度対応を行っている。定期的な検討会議を開いて、環境や雰囲気等についてのよりよくしていく意識と改善を持てたらさらによい。</p>		
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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入浴に関しては、一人ひとりの健康状態のチェックを行い、入浴するかどうかを決めている。健康状態は、ケアラボにおいて、支援者全てがすぐに確認できるようにしている。入浴するときは、必ず支援者やヘルパーと一緒に浴室に入り、入浴介助や支援を行っている。鍵は、支援員が必ずかけるようにしている。広さが違う</p>		

<p>浴室が2つあるので、御利用者の状況などに応じて、使い分けている。個々の御利用者の介助や支援においては、マニュアルを作成していないので、マニュアルにより共通理解を図ることで、安全やプライバシー等にもより配慮した支援が行えるようになる。</p>		
	2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 入浴の時間帯や週の回数は、利用者の意向に伴い行っている。2つの浴室をうまく使いながら、希望に添えている。</p>		
	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・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 入浴の環境においては、脱衣場に床暖房の設備があったり、手すりをつけたりしており、身体的状態への配慮が行えている。浴室・脱衣場の設備や入浴器具の設備等については、その都度会議をもって対応している。定期的に検討する会議で改善していく方向があればさらによい。</p>		
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・c
<p>&lt;コメント&gt; 個別支援計画において、一人ひとりの排泄における支援は行えている。個々の支援においては会議等で共通理解は図れているが、排泄介助におけるマニュアル（安全、プライバシー、便意・尿意・失禁への対応）については、共通理解できるツールとして作成しておいたほうが望ましい。</p>		
	2-(2)-② トイレは清潔で快適である。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt; ハウスキーピング担当支援員の雇用があり、トイレは清潔に保たれている。トイレには床暖房の設備もあり、快適な環境である。今後、トイレの環境や点検・改善のための検討する会議を定期的に行い、より快適なトイレの環境を考えていくことがよい。</p>		
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; 衣服は御利用者を選んでもらっている。衣服の相談があれば、支援員が話を聞いて、相談にのるようにしている。また、支援者と一緒に衣服の買い物に行き、自分で選ぶことができるようにアドバイスをするようにしている。</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; 支援者は、TPOや季節に応じた衣服の調整などの支援を行っている。御利用者の</p>		



意向にそって支援している。汚れや破損が生じた場合はどのようにするか、御利用者の意思を踏まえて対応するマニュアルでの手順が用意されているとなお良くなると思われる。		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>髪型や化粧などは御利用者の意思に任せており、相談があったり、必要だったりするときは、御利用者の気持ちを尊重しながら、支援を行っている。メイクアップ講習会などを実施している。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の理髪店や美容院を利用している。一人で利用されている方もいる。一人の利用が難しい御利用者は、ヘルパーの利用や支援者が一緒にいくなどしている。地域の理髪店や美容院とは、理解と協力を頂いている。</p>		
2-(6) 睡眠		
	2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画において、それぞれの睡眠に関する支援を行っている。寝具は御利用者の好みにより用意されている。それぞれの部屋の環境においては、各室エアコンがあり、自分で温度、湿度などの調整が行えるようになっている。安眠に基づく環境づくりや支援のマニュアルがあれば、より支援者が共通理解した支援及び配慮が行える。</p>		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>医療マニュアルが整備されている。3人の看護師がケアラボで情報の共有をタイムリーに行えている。また、支援者においても医療マニュアル及びその日の状況をケアラボでみながら支援が行われている。</p> <p>医療マニュアルの見直しにおいては、看護師などから提案があり、随時必要なことは変更、追加が行われている。</p> <p>御利用者の年齢が上がってきている中、生活習慣病の予防などは法人全体のクラブ活動に参加するなど、個々の御利用者の好みに応じて身体を動かす工夫を行っている。しかし、十分でないこともあり、日常生活の中に入れるプログラムなどが工夫されるとさらによい。</p>		
	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

<p>医療マニュアルの手順に基づき、健康面に変調があった場合は、速やかに対応ができています。医療マニュアルについては、新しい支援者に対しては、説明の機会を設け、内容の周知を行っている。定期的にドクターとの話を設けて、連携を図っている</p>		
	2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a・ <input type="checkbox"/> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>薬に関しては、御利用者や家族から薬の目的や性質、効果、副作用、注意事項などを聞き、薬の情報を得ている。服薬の管理については、マニュアルが用意されていて、正しく管理されている。服薬に関しては、誤薬などが生じないように見守り、確認が行えている。万が一の服薬ミスがあった場合の報告書も整備されている。過去1年間において、薬の使用の誤りがあったが、事後処理が適切であり健康に影響はなかった。その対応を変えて、間違いがない対処で行っている。</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・ <input type="checkbox"/> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>余暇の希望については、アンケートをとったり、個別支援計画作成のときに聞いたりしながら、御利用者の意向を把握している。希望に応じて、移動支援などのサービスを利用したり、季節にあわせての行事をおこなったりしながら、余暇活動ができるようにしている。外部からのボランティアの受け入れに関しては、まだ十分でない状況である。今後地域のボランティアの開拓が必要であると感じているとのことである。</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。	<input type="checkbox"/> ・b・c
<p>外出については、御利用者の希望に応じて行っている。障害が重い御利用者もヘルパー等を利用する機会を持ち、外出支援を行っている。</p> <p>外出自体のルールはないが、個々の御利用者との約束として、それぞれにあわせて行っている。外出中災害にあつたり、急病等の緊急事態になったりした時に、迅速な処置や緊急の連絡をとってもらうための安全・生活カードを持つようにしている。</p>		
	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。	a・ <input type="checkbox"/> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>外泊については、希望に応じて行っている。御家族がおらず帰省できない御利用者の過ごし方も、利用者と話し合いながら他のサービスなども利用し、希望に応じて行っている。</p> <p>外泊のルールはないが、一人ひとりと話をしながら、それぞれが外泊の約束を守るようにしている。</p>		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所自体では、御利用者の預り金はしていないが、金銭管理マニュアルを定めている。現在、それぞれが部屋に金庫を持っていて、お金、通帳の管理は行っている。金銭管理技能を含む自立プログラムを作成し、実施している。過去1年間の預かり金の問題は発生していない。</p>		
	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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>新聞は事業所で購入して、御利用者が自由にみれるようにしている。リビングのテレビも利用者が自由にみて、番組も選んでいる。</p>		
	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>&lt;コメント&gt;</p> <p>喫煙や飲酒においては、それぞれの希望により自由である。御利用者を含めた話し合いの中でのルールは作成していないが、状況に応じて個別に支援を行っている。お酒やたばこの害についての理解も、個別に対応している。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>防火防災対策マニュアル、衛生チェック、危機管理チェック等の作成があり、事故や災害時の対応マニュアル、衛生管理マニュアルがきちんと整備されている。マニュアルについては、毎年見直しをしている。過去1年間に事故や災害、衛生管理の問題は発生していない。</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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事故防止のチェックリスト、ヒヤリハットの報告などにより、事故防止における評価を定期的に行っている。1年に1回、事業所内での研修を行い支援者に対しての周知を行っている。御利用者に対して、安全教育を定期的実施することで、支</p>		

援者及び御利用者とも安全に関する意識がより高まる。