

(別記)

(公表様式2)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準
(障害者・児施設版(居住系、通所系、訪問系))

◎ 評価機関

名 称	NPO法人だれにも音楽祭
所 在 地	上益城郡益城町福富822番地
評価実施期間	H27年2月3日～H27年2月12日
評価調査者番号	①第09-003号 ④第13-012号
	②第10-010号
	③第13-011号

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称： (施設名) 第二大江学園	種別： 障害者支援施設
代表者氏名： (管理者) 施設長 塘林 丈明	開設年月日： 平成1年9月1日
設置主体： 社会福祉法人 肥後自活団 経営主体： 社会福祉法人 肥後自活団	定員： 施設入所 45人 (利用人数) 生活介護 60人
所在地：〒862-0970 熊本県熊本市東区渡鹿8丁目16番64号	
連絡先電話番号： 096-372-5252	FAX番号： 096-372-5257
ホームページアドレス	http://www.ooegakuen.jp/

(2) 基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事				
施設入所支援、生活介護、短期入所 日中一時支援	夏まつり、運動会、クリスマス会、 遠足、もちつき交流会、利用者旅行、 個別に園外活動 他				
居室概要	居室以外の施設設備の概要				
2人部屋 13室 4人部屋 7室	食堂、トイレ、浴室、相談室、活動支援・ 作業支援棟、体育館、洗面所その他				
職員の配置					
職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
施設長	1		社会福祉士	5	
事務員	2		介護福祉士	5	1
サービス管理責任者	2		保育士	16	2
看護師	1		社会福祉主事任用	5	
生活支援員	29	6	ホームヘルパー2級	4	1
			正看護師	1	

	医師（嘱託医）		2	栄養士	1	
	栄養士	1		調理師	4	1
	調理師	4	1	医師		2
	合 計	40	9	合 計	41	7

※ 資格の種別は、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

※ 複数の資格を持ち重複計上している場合があるため、職種と資格の数は必ずしも一致しません。

2 評価結果総評

◆ 特に評価の高い点

1 敷地面積が25,000㎡あります

第二大江学園は市内中心部を流れる1級河川白川の左岸に位置し、25,000㎡を超える敷地面積に、障害児入所施設大江学園と併設し立地しています。市内中心部に近く交通の便も良く、敷地内には体育館・プール・グラウンドなどの体育施設と作業棟や農園などがあります。利用者の運動能力の維持改善や、落ち着いて暮らせる優れた環境にある障害者支援施設です。本体施設と隣接したグループホーム「とろくガーデン」や「相談センターとろく」を開設し生活全般の支援の充実と地域からの相談支援事業を展開しています。

2 丁寧な日中活動支援

日中活動は6種類ほどの活動に分かれ、其々10人程度で行われています。

①EM活動は、40㎡ほどの新しい建屋で行われています。ぬかにEM菌パウダーと糖蜜を混ぜて作り一定期間熟成させ、最終的には1Kg200円ほどの製品として販売されます。②リサイクルは、保護者や職員の材料搬入の協力を得て、新しい40㎡の快適な部屋で4台の足踏み式空き缶つぶし機を使って、行われています。下洗いを行うなど徹底しています。③果物を包むフルーツキャップ作りも、④箱折作業と同じ作業棟で行われています。箱折は、正確に職人芸的なスピードで製作されています。本館では、⑤蠟燭づくり・ビーズ・ブレスレッド・包みボタン作りが、細かい手作業で根気よく行われています。⑥身体を動かすににくい利用者には体が固くなることを防ぐために、アロマオイルを使ったマッサージが行われています。⑦運動は昼食後の午後1時半から、利用者の状態に応じ体を支えたりしながら、建物周りのコースを1時間30分ほどの時間歩いておられます。施設周辺の道路を歩き、途中ドラッグストアで各人が買い物をして、身体のコントロール力を維持向上させることもあります。

音楽クラブ・ドライブクラブ・チャレンジクラブ・スポーツクラブなどの余暇活動の充実も図られています。

意思表示が困難な状態もありますが、決して声を荒げたりせず、常に敬称を付け、丁寧な言葉で話しかけています。日中活動支援の計画・実施記録は、細くくなされています。

3 地域との交流と連携

理念に「地域で育む豊かな心（地域との共生）」を掲げ、地域に開かれた施設として交流に努める姿勢が示されています。夏祭りや運動会に近隣住民を招待し、行事の様子を掲示して周知に努めています。日常生活では外ショッピングや病院など地域資源を利用し、

「にしぼる桜まつり」や施設親善スポーツ大会に参加し交流を図っています。

施設機能の地域還元については、H26年度から「相談センターとろく」を開設し地域からの相談等に対応しています。市や社会福祉協議会と連携した福祉避難所として提供するなど積極的な活動があります。運動設備や交流ホールについては申出により開放しています。

基本姿勢を明確にしたマニュアルを整備し、校区女性の会の年間計画による支援や理容師会等による活動、夏祭りなど実習生による行事支援のボランティア受入れがあります。受入れにあたってはマニュアルに基づいて事前説明を行い入所者への配慮に努めています。

◆ 改善を求められる点

1. 自己評価を行い組織としての改善策・実施計画が期待されます。

「体制整備チェックリスト」「虐待防止チェックリスト」を通して、自己評価に取り組む段階にありますが、担当部署の設置、評価結果を分析・検討する場等の設置がありません。職員全体でサービス内容についての自己評価を行い、評価の結果に基づいた、改善策・改善実施計画を策定・実施することが期待されます。

2. 明和寮等の施設整備が期待されます。

25年前時点の基準により建てられた明和寮は、今日の視点では、居室を始めとする空間がやや狭い印象を受けます。いつも決まった場所で落ち着いて食事が出来るように食堂の拡張、高齢になっていく利用者にもより使いやすいトイレの増設、冬場はとくに寒い浴室、高い位置の浴槽の施設改良が、期待されます。第二大江学園の中・長期的な将来展望を示し、さらに利用者・職員に全般の課題を列記し、改修・改善計画に盛り込むことにより、職員・利用者ところを一つにした目標達成が期待されます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H27.3.10)

第二大江学園として、今回初めて第三者評価を受審するにあたり、職員が現状把握を行い、施設の状況を認識できたことは、まず大きな成果であったと思う。いろいろな項目の共通認識が図られると共に、問題意識を持つことによって次のステップへ進めるものとする。分析や見直し、いかに大切であるかを意識することができた。

今、福祉の現場においては、人材育成が大きな問題である。採用から教育・研修までのしぐみをさらに検討して、サービスの質の向上はもとより、安全で安心な福祉サービスが展開できるように努めていきたい。また、設備面に関しても、可能な限り利用者の状況をふまえて、充実した支援ができるように改修・改善計画をたてて対応していきたい。

福祉制度がめまぐるしく変わる中で、この受審によって、利用者及び家族と職員が協力し合って、良質なサービスが受けられる施設を目指して対応していきます。地域の中で信頼される社会福祉法人としてがんばる所存です。

4 評価分類別評価内容

評価対象Ⅰ 1 理念・基本方針	「あなたらしく（人権の尊重）」、「地域で育む豊かな心（地域との共生）」、「あたたかい生活、あふれる笑顔（自立努力）」が基本理念として明文化されています。 「① 施設事業環境を整備し、生き生きした障害者福祉活動を目指す。②人権尊重、擁護につとめ、その人らしい自立した生活が送れるよう支援する。③個別支援プログラムを策定し生活の質の向上につとめる。④日常生活支援サービスを提供し、利用者の生活リズムの確保をはかる。⑤生活環境を整備し、身だしなみが行き届いた生活を確保する。⑥地域に開かれた施設であり相互交流をはかる。⑦職員の研修、自己啓発活動をすすめ、資質の向上をはかる。⑧災害対策、事故急病への対応をはかり、生命・財産の保護、協力体制を整える。⑨予算執行、経理の適正を期し効率化に努める。⑩報告、連絡、相談、確認を徹底し相互に信頼関係を築く。」を明示してあります。 周知については、各棟掲示や新任研修において周知を図り、全職員参加の毎月の職員会議において協議するなど継続的に取組まれています。 利用者等への周知については、掲示や毎年4月の家族会総会、各部署懇談会などの機会に周知を図っています。説明にはわかりやすい資料の作成などを期待します。
2 計画の策定	理念や方針に基づき組織体制、支援内容、設備、職員体制、人材育成などの現状を分析し課題と目標を示した、各年度の数値目標が設定された中・長期事業計画と収支計画の策定を期待します。 次年度事業計画は、現年度事業実績を踏まえて策定されています。単年度事業運営方針、各項目の指針と数値目標や質の向上に対する取組みが示されています。単年度事業計画の基礎となる中・長期計画と収支計画の策定を期待します。 次年度事業計画は、年度末において現年度の事業実績を主任以上の幹部会議において評価し、業務ごとの責任者、各種委員会の協議を経て策定されています。事業計画の見直しは4半期ごとの幹部会議と各種委員会の評価を踏まえて計画変更がなされています。 事業計画は、企画の段階から職員参画のもとに策定されています。策定後は職員会議、各種委員会や研修、掲示により周知を図っています。計画の進捗状況は、行事委員会や検証改善委員会により事業実績を評価し職員会議や主任会議、部署会議において継続的な周知に努めています。

3 管理者の責任とリーダーシップ	施設長は、職員会議や園内研修において役割と責任について説明しています。運営規程に通常業務と緊急時対応についての職責の規定がありますが、わかりやすく説明した文書において明確化されることが期待されます。 施設長は、施設運営に関する外部研修を受講するなど、管理者として関係法令遵守に努めています。人権サービス委員会や各種委員会を開催し法令順守の倫理を理解するための取り組みがあります。 サービスの質の現状把握については、職員の自己評価や事業計画の実績を評価し、検証改善委員会や各種委員会などで提案や課題を協議する具体的な体制を組織しています。 施設長は、事業計画の達成に向けて人事管理や業務管理などの現状分析と課題の把握に努めています。経営や業務の効率的運営と課題の共有化を図るため、各種会議や委員会などの具体的な体制が構築されています。
評価対象Ⅱ 1 経営状況の把握	事業経営に関する環境の把握については、施設長を対象とした知的障害者施設協会などの外部研修や知的障害者施設長連絡会等で全体的動向の把握に努めています。地域の福祉ニーズの把握については、「相談センターとろく」の各種相談や県、市の会議等により情報の収集を図っています。 経営状況は法人役員による内部経理監査を実施し、コスト分析や経営上の課題の把握に努めています。課題を踏まえて、中・長期計画を策定し職員会議等による継続的な周知が期待されます。 監査については法人役員による内部経理監査が実施されています。法人運営の透明性の確保を図る観点から定期的な外部監査の実施が期待されます。
2 人材の確保・養成	職員体制については、運営規程により職種等が規定され職務に応じた有資格者を配置し人事管理されています。採用は退職に伴う補充採用が主であり、県社協人材センター等のホームページなどに募集し職員定数確保に努めています。 人事考課については、年2回の自己評価と主任と施設長による1次及び2次評価を実施しています。人事考課は評価基準を示し段階評価により実施し、結果は職員にフィードバックされ人事管理情報として反映し組織の活性化を図っています。 就業規則により勤務時間、休暇等が規定され、有給休暇取得や時間外労働のデータを把握し就業状況が管理されています。職員の意向は施設長や主任との面談により把握されています。有給休暇の半日単位の新設など取得率向上についての取り組みがありま

	す。 福利厚生については、各種保険や退職共済、福利厚生センターに加入しています。法人内に産業医、衛生委員会を設置し職員の相談対応や健康管理に努め、特殊入浴設備の導入により職員の腰痛対策が図られています。 研修については、各種委員会による内部研修や外部研修が実施されています。資格取得については各棟主任により勤務について配慮されています。運営方針に研修に関する基本姿勢を示してありますが専門技術や専門資格を体系的に明示した中・長期計画の策定が期待されます。 新任研修、勤続4年未満研修や主任研修等が職務に応じた研修計画により実施されています。外部研修や外部講師による施設内研修が実施されています。 研修修了者は、レポートにより職員会議や部署会議等で発表し情報の共有化を図っています。研修成果を評価するため個別研修履歴の作成を期待します。 実習生の受入れに関しては、マニュアルにより基本姿勢を示し支援課長が連絡窓口となり、事前説明や学校と協議のうえ育成プログラムを作成し責任体制を明確にしています。実習指導者は研修を修了し実習生受入れと育成に努めています。
3 安全管理	事故や感染症の発生による緊急時対応には、安全衛生計画を定め施設長を責任者とした対応マニュアルが整備されています。衛生委員会、保健給食委員会を設置し、救急蘇生法など安全管理の研修を定期的実施し職員と利用者の周知に努めています。利用者は個別健康管理カードにより支援方法が管理され、園外活動においても関係機関と連携が図られています。 火災や自然災害については防災対策委員会を設置し、訓練マニュアルにより消防署と連携して自然災害、火災、停電などの立地条件に即した総合避難訓練が実施されています。夜間避難訓練を実施し備蓄飲食料品を活用した炊き出しなど実効性の高い訓練により周知の徹底が図られています。 安全を脅かす事例の対応については、防災対策委員会を設置し自主点検により施設内のヒヤリハット事例を収集し周知する仕組みがあります。事故については検証改善委員会による発生要因分析と再発防止策の検討、職員と利用者に対する研修を実施しています。防災、防犯などの安全設備については業者委託による保守点検を実施し、安全確保に努めています。

4 地域との交流と連携	理念に「地域で育む豊かな心（地域との共生）」を掲げ、地域に開かれた施設として交流に努める姿勢が示されています。夏祭りや運動会に近隣住民を招待し、行事の様子を掲示し周知に努めています。日常生活ではショッピングや病院など地域資源を利用し、「にしばる桜まつり」や施設親善スポーツ大会に参加し交流を図っています。 施設機能の地域還元については、H26年度から「相談センターとろく」を開設し地域からの相談等に対応しています。市や社会福祉協議会と連携した福祉避難所として提供するなど積極的な活動があります。運動設備や交流ホールについては申出により開放しています。 基本姿勢を明確にしたマニュアルを整備し、校区女性の会の年間計画による支援や理容師等による活動、夏祭りなど実習生による行事支援のボランティア受入れがあります。受入れにあたってはマニュアルに基づいて事前説明を行い入所者への配慮に努めています。 「相談センターとろく」を開設し職員3名を配置して、関係機関や各種団体と連携した計画相談等に対応しています。各種委員会や会議を開催し、関係機関の機能等を明示した資料により、職員の情報共有化を図っています。 県や市の福祉施設長連絡会の障害関係施設としてネットワークに参画しています。地域においては役員として自治協議会に参画し防犯、防災、福祉、学校等の関係機関と連携し具体的に対応しています。 自治協議会への参画や民生委員の活動などにより福祉ニーズの把握に努めています。「相談センターとろく」の相談事業により具体的なニーズの把握に努めています。 施設入所支援、生活介護、短期入所及び日中一時支援事業など福祉ニーズによる事業が実施されています。本体施設と隣接したグループホーム「とろくガーデン」や「相談センターとろく」を開設し、利用者家族のニーズに対応し事業計画に基づいた福祉サービスが展開されています。
評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス	利用者尊重や人権擁護については、「あなたらしく（人権の尊重）」を理念とし、運営方針に個人の主体性を重んじ、自立した生活への支援を掲げています。標準的な支援計画には具体的な支援内容ごとのマニュアルが整備されています。職員の共通理解の取組みとして職員会議や人権サービス委員会、検証改善委員会により虐待防止や身体拘束について周知の徹底を図っています。 プライバシー保護については、マニュアルが整備され入所時に

	基本的姿勢を説明しています。基本的人権の尊重については、各委員会や職員会議で姿勢や意識の向上と保護に関する留意事項の周知を図っています。年2回の支援計画策定時に内容の検証を行っています。 利用者満足を把握するため、入所者や保護者の意向を入所時に個別面談で把握し、入所後は家族会や奉仕作業時の意向把握に努めています。個別支援会議を担当支援員と主任により4半期ごとに実施しています。把握した結果については、各委員会で検討され、トイレや手すりの改修などが実施されています。 相談や意見に対しては、各寮に窓口の配置やわかりやすい説明書を掲示し相談相手を選べるよう配慮してあります。入園時の個人面談や家族会などで園の姿勢を説明しています。電話や郵便による相談などができるよう配慮されています。 苦情解決の仕組みは、規程により受付担当者と解決責任者を配置し、第三者委員を設置し体制を整備しています。利用者や家族と相互理解を図るため入所時の説明と年度当初の掲示により周知を図っています。受付けた苦情・意見等については記録し結果を伝え、会議と回覧により公表しています。受け付けた事案については第三者委員への結果の報告が期待されます。 利用者や家族による意見要望等については、苦情解決マニュアルを準用した手順で対応しています。各種委員会で検討し検討結果を説明して理解を得ています。受付から結果報告までの経過を記録し周知を図っています。
2 サービスの質の確保	「体制整備チェックリスト」「虐待防止チェックリスト」を通して、自己評価の取組み段階にありますが、全体としては出来ていない状況です。評価に関する担当者・担当部署の設置が無く、評価結果を分析・検討する場が定められていません。サービス内容について、自己評価など定期的に評価を行う体制の整備が望まれます。 職員の行動規範・倫理綱領があり、外部講師による研修、法人としての新任職員研修を実施しています。提供するサービスは、「施設障害福祉サービス計画書」に基づいて行っており、3ヶ月～半年に一度確認し評価・修正を行っています。 サービス計画の見直しに当たっては、支援員の提案、意見が出せる利用者からの聞き取り、年一回のサービス管理者と保護者の面談により、出された提案・意見等が反映されています。 利用者の生活の記録・日中の個人別活動目標及びその状況の記載をしています。記録については、利用者の様子だけでなく、職員がした援助を合わせて記載するよう指導しています。

	利用者の記録については、大江学園から引き継いで30年保存しており、捨てられない状況となっています。廃棄に関する規定の策定が望まれます。 ケアカンファレンスは、担当職員・主任・サービス管理責任者が出席し、毎週木曜日に行われその情報は、施設長・各主任が出席する主任会議の情報と合わせ、朝礼・会議録により共有されています。 パソコンのネットワークシステムは、現在は仕組みが出来ておらず、導入が期待されます。
--	---

3 サービスの開始 継続	ホームページの公開、パンフレットの作成をしています。体験入所・一日利用などの希望はありませんが、短期入所の受入に対応しています。パンフレットは来園された方にのみお渡ししています。 サービス開始に当たり、重要事項説明書を用意して説明しており、利用契約書を取り交わし、サインを頂いています。説明に当たり利用者や家族などが理解しやすいように、「地域福祉権利擁護事業」などを活用し、改善が望まれます。 他の施設・地域・家庭への移行に当たり、手順と引継ぎ文書の定めが無く、サービス終了時にその後の相談方法や、担当者についての内容を記載した文書を渡していません。今後は、これらの文書作成が望まれます。 地域生活への移行は難しい利用者が殆どです。グループホーム「とろくガーデン」を開設し、8名の利用者が生活し、うち7名は日中当施設の生活の支援をうけ、1名は他事業所に通所しています。
4 サービス実施 計画の策定	利用者の身体状況、生活状況、行動の特徴などを基礎データとして把握しています。個別支援計画の見直しは、半年ごとに施設長・サービス管理責任者・支援員・看護師等の参加で行ない、利用者のニーズが明記されています。 毎週行っている支援会議を待たず、サービス実施計画を緊急に変更する場合は、サービス管理責任者が施設長との協議の上、行われています。
評価対象Ⅳ A-1 利用者尊重	・虐待防止マニュアルを作成し、虐待防止推進委員が勉強会を年3回開催しています。外部講師による研修が行われ、多くの職員が参加し、OFF-JTでも研修を受ける職員も多い反面、丁寧な行動、言葉遣いの統一が、すべての職員には浸透していない様です。職員全体が利用者を尊重する取り組みが望まれます。

	・コミュニケーションがとりにくい利用者については、意思をくみ取るなどを支援計画書に組み込んでいます。名前のカード・カギの絵カード・本のカード・入れ歯のカード等の絵カードを使い確認に心掛けています。 ・日中の作業として、箱折り・フルーツキャップ・EM 活動・リサイクルなどを用意し利用者に合った作業をして頂き、昼食後は、それぞれのペースで、ウォーキングが行われています。又週一回はドライブクラブ・音楽クラブ・チャレンジクラブ等のクラブ活動を行っています。 ・利用者自治会を春・夏・１２月・年度末の年４回行い、会長・副会長・書記を選出し、職員のサポートを受けながら活動しています。 ・自治会と施設長とが定期的又、随時協議する機会は出来ていませんので、利用者の主体的な活動の尊重の為にも改善が望まれます。 ・日常生活の様々な場面で介助が必要な利用者が殆どですが、自助努力・残存能力を尊重した介助を心掛けています。自力行為による活動の範囲を広げるための施設の検討は、難しい現状となっており、長期的な視野での検討が期待されます。 ・木曜日のクラブ活動は、チャレンジクラブでは、調理・スタバやサーティーワンへの買い物・カラオケ・節分のお面作り・ボウリングなどを行っています。ドライブクラブは学園のマイクロバスで、大津・旭志・西原萌の里などに出掛け、音楽クラブは、月３回、２０年にわたりボランティアの訪問が有り、ピアノに合わせて歌ったり楽器を演奏したりして、楽しんでいます。「くまの子会」（音楽療法の会）の方々も月１回訪問が有り、ピアノの演奏をし、リズムに合わせて出来る動きをしながら、情緒の安定を図るプログラムをしています。 ・グループホームの利用者の中には趣味の「健康体操」に参加の為、週１回路線バスに乗り一人で出掛ける方もいます。自己表現についての支援、人権意識を高められる情報や資料の提供などにおいては、更なる工夫が求められます。
A－２ 日常生活支援	・「食事についてのマニュアル」があり、栄養士により工夫されたメニューで、主食は、ご飯・五分炊きのお粥・ミキサー食の用意があり、副食には普通食・一口大・あらきざみ・きざみ・極きざみ・ミキサー食を用意し、利用者に合った食事サービスを提供しています。 ・給食委員会を年３回開催し、嗜好調査を行い、セレクトメニュー・ハーフ&ハーフメニューなど利用者の希望を取り入れた食事を提供し、週２回はクリームパン・総菜パン・ハンバーガー等のパン食の提供があります。利用者の希望を聞き取る努力をしていますが、給食委員会への利用者参加はありませんので、改善が期待されます。食卓に調味料・香辛料は置けないので、必要な時は

	職員が掛けています。 ・2週間分の献立表が掲示されています。文字が理解しにくい利用者も居られるので、メニューを日替りでイラストにするなどの工夫があれば、より分かり易いかと思われます。 ・食事を地域交流ホールで食べている方々は、ホールで会議や行事がある時は、食事場所が変更するとの事ですが、決まった落ち着ける場所で食べる事が出来る様な配慮が望まれます。 ・入浴は体調に問題が無い限り毎日行っています。「入浴・シャワー浴・清拭のチェックリスト」「入浴についてのマニュアル」が整備され、支援・助言など支援計画書に一人一人位置づけ支援しています。 ・失便の際はその都度シャワー浴をし、寝起きの失禁・汗の場合は清拭をしています。 ・脱衣室はエアコンが有りますが浴室には無く、床がコンクリートの為冬は寒く、お湯もすぐ冷める状態です。手すり・椅子などで安全を計っていますが、浴槽の段差がきつく利用者・職員ともに負担が大きい状態です。 ・排便管理表が有り、必要に応じ看護師を通して医師に伝えています。排尿はトイレの表に記入しどちらも生活の記録に記入されています。 ・トイレの清掃は毎日行われ防臭対策もしていますが、建物がやや古く臭気が有ります。冷暖房設備が無く、介助体制をとるために、ドアがなくカーテンにしていますが、改善を期待する声もあるようです。又女子トイレが16名の利用者に和・洋一つずつしか無く、少なく感じられました。 ・食堂・浴室・トイレともに職員の共通理解のもと、中・長期的な改善計画に盛り込まれることが期待されます。 ・睡眠についての支援は、それぞれの個別支援計画に盛り込まれ、実施されていますが、「夜間就寝中の対応に関するマニュアル」は無く、その作成が望まれます。 ・健康管理表が整備され、「救急対応マニュアル」「緊急時対応マニュアル」「感染症対応マニュアル」が用意されています。内科・精神科各嘱託医の回診が月1回あり、看護師は利用者の健康に気を配っています。歯科衛生士の実習訪問が有り、口腔衛生に努めています。 ・健康の維持・増進の為、週5日全員が、それぞれに合わせた3通りのコースで、ウォーキングに取り組んでいます。一つは1時間半程歩く立田山へのコース、二つ目は施設裏の白河河川敷を休憩しながら歩くコース、三つめは交流ホールを拠点として歩くコースで、好きな人と手を繋いだり、好きな音楽を聞きながら無理のない程度に取り組んでいます。 ・内服薬の服用・使用確認に至るまでの「服薬の手順」に沿って確認を繰り返し確実に取り扱っています。「定期薬チェック表」に点眼薬・外用薬など、不定期な薬も書き込みチェックしていま
--	---

	す。 ・「事故が起きた際の対応」マニュアルがあり、誤薬の場合や飲ませ忘れ等、薬物使用に誤りがあった時の対応に備えています。 ・余暇・レクリエーションについて、自治会を年4回行い希望が出され、ケース会議でも意向に配意し、鶴屋・スタバ・サーティーワン・ボウリング・各地道の駅などへの外出が行われています。 ・行事はクリスマス会・夏祭り・運動会・バーベキュー大会・花見等が行われ、町内の「女性の会」の方々が見え、日中の活動と一緒にする中で製作したブレスレットなどを夏祭りに出品するなど、地域との交流があります。又実習での関わりのある学生などが、ボランティアとして協力しています。 ・外泊は、年末年始・お盆に帰省期間としてお知らせし、保護者の希望に沿っています。日帰り、短時間の帰省もあり、時には、帰省できない利用者は職員が一泊や日帰りで家に招待して、季節の雰囲気を味わって頂いています。 ・預り金については「利用者預り金管理規程」があり、複数の職員がチェックした上で、施設長の確認を受けています。小口現金を持つ利用者もいます。自己管理に向けた学習などは為されていませんので改善が望まれます。 ・たばこについては、屋外に設置した喫煙場所で吸っており、酒類は、バーベキュー大会などの行事の際に、薬服用などを考慮して分けて飲んでいきます。 ・グループホームでは月に1回鍋・お好み焼き・手巻き寿司など利用者が作って食べる夕食会の際には、ビールなども出ています。 ・社会適用訓練については、サービス管理責任者を中心に、利用者・家族との面談交流を経て実施計画を作成し、適時見直しが行われています。
A-3 施設・設備	・施設はバリアフリーにはなっておらず、利用者・ご家族とも高齢になり、移動の不便さがあります。体育館・記念館に洋式トイレが無い事、居住棟の洋式トイレの不足、浴室の段差の高さなど問題が出ていると思われます。「問題表面化カード」に記入し、職員会議などで提案がありますが、改善に至らないようです。施設・設備の改善は困難な面が多いですが、中・長期的な計画の中で、取組まれることが望まれます。

(参考) 利用者調査の手法等

調査の手法	対 象 者	対 象 数(人)	基準数に満たない場合の理由
アンケート調査	利 用 者 本 人		
	家 族 ・ 保 護 者	40	
聞き取り調査	利 用 者 本 人	6	
	家 族 ・ 保 護 者		
観 察 調 査	利 用 者 本 人	6	

評価細目の第三者評価結果

【 障害者・児施設（居住系）版 】

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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
Ⅰ－１－（２） 理念、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。	Ⓐ・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・Ⓑ・c

Ⅰ－２ 事業計画の策定

	第三者評価結果
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。	a・b・Ⓒ
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・Ⓑ・c
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。	Ⓐ・b・c
Ⅰ－２－（２）－② 事業計画が職員に周知されている。	Ⓐ・b・c
Ⅰ－２－（２）－③ 事業計画が利用者等に周知されている。	Ⓐ・b・c

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。	a・Ⓑ・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組を行っている。	Ⓐ・b・c
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組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組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c

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。	Ⓐ・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組を行っている。	a・Ⓑ・c
Ⅱ－１－（１）－③ 外部監査が実施されている。	a・b・Ⓒ

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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
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。	Ⓐ・b・c
Ⅱ－２－（２）－② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	Ⓐ・b・c
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。	a Ⓑ 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組が行われている。	Ⓐ・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・Ⓑ c
Ⅱ－２－（４） 実習生の受入れが適切に行われている。	
Ⅱ－２－（４）－① 実習生の受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・c

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組が行われている。	
Ⅱ－３－（１）－① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	Ⓐ・b・c
Ⅱ－３－（２）－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・c
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。	Ⓐ・b・c

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 利用者と地域との関わりを大切にしている。	Ⓐ・b・c
Ⅱ－４－（１）－② 事業所が有する機能を地域に還元している。	Ⓐ・b・c
Ⅱ－４－（１）－③ ボランティア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。	Ⓐ・b・c
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c

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。	
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。	Ⓐ・b・c
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。	Ⓐ・b・c
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。	Ⓐ・b・c
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。	Ⓐ・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・Ⓑ・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。	Ⓐ・b・c

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組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・Ⓑ・c
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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a・Ⓑ・c
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。	Ⓐ・b・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。	Ⓐ・b・c
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・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

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。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・c
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。	a・Ⓑ・c

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－（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・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

評価対象Ⅳ

A－１ 利用者の尊重

	第三者評価結果
A－１－（１） 利用者の尊重	
A－１－（１）－① 職員の接し方について、利用者をひとりの個人として尊重する取り組みを行っている。	a・Ⓑ c
A－１－（１）－② 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
A－１－（１）－③ 利用者の主体的な活動を尊重している。	a Ⓑ c
A－１－（１）－④ 利用者の自力で行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・Ⓑ c
A－１－（１）－⑤ 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 Ⓑ c

A－２ 日常生活支援

	第三者評価結果
A－２－（１） 食事	
A－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
A－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 Ⓑ c
A－２－（１）－③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a・Ⓑ c
A－２－（２） 入浴	
A－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
A－２－（２）－② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	Ⓐ b・c
A－２－（２）－③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a ・ Ⓒ
A－２－（３） 排泄	
A－２－（３）－① 排泄介助は快適に行われている。	Ⓐ ・ c
A－２－（３）－② トイレは清潔で快適である。	a ・ Ⓒ

A-2-(4) 衣服		
	A-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
	A-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
A-2-(5) 理容・美容		
	A-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
	A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	Ⓐ・c
A-2-(6) 睡眠		
	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	Ⓐ・c
A-2-(7) 健康管理		
	A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	Ⓐ・c
	A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	Ⓐ・b・c
	A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	Ⓐ・c
A-2-(8) 余暇・レクリエーション		
	A-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・c
A-2-(9) 外出、外泊		
	A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	Ⓐ・b・c
	A-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
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
	A-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
	A-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。	Ⓐ・c
	A-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
A-2-(11) 社会適応訓練等		
	A-2-(11)-① 社会適応訓練等に関しては、利用者の状態に応じた支援を行っている。	a・Ⓑ・c

A-3 施設・設備

		第三者評価結果
A-3-(1) 施設・設備		
	A-3-(1)-① 施設・設備に関して、利用者や来所者が利用しやすいよう配慮されている。	Ⓐ・b・c

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象Ⅰ～Ⅲ）	37	14	2
内容評価基準（評価対象A1～A3）	19	8	2
合 計	56	22	4