

## 熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準（概要版）

### 1 福祉サービス事業者情報

#### (1) 事業者概要

事業所名称：熊本ライトハウスのぞみホーム	種別：障害者支援施設
代表者氏名：理事長 内村 公春 (管理者)：(施設長 原口 庄塑)	開設年月日：平成5年4月1日
設置主体：社会福祉法人 慈愛園 経営主体：社会福祉法人 慈愛園	定員：40名(利用人数：40名)
所在地：〒862-0908 熊本県熊本市東区新生1丁目23番11号	
連絡先電話番号：096-368-2013	F A X 番号：096-368-2019
ホームページアドレス	<a href="http://l-house.jiaien.or.jp/">http://l-house.jiaien.or.jp/</a>

#### (2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
生活介護・施設入所	4月 歓迎会 5月 家族会・バス旅行 6月 地域交流感謝の集い 7月 七夕お楽しみ会 8月 家族会 9月 バス旅行 10月 外食 11月 ふれあいバザー 12月 もちつき・クリスマス祝会 1月 バス旅行 2月 節分・バス旅行・家族会 3月 ひなまつり 誕生会(2ヶ月に1回)
居室概要	居室以外の施設設備の概要
1人部屋 6室 2人部屋 17室	食堂(60席)、医務室、デイルーム、 談話室(3)、プレイルーム、相談室、 多目的ホール、浴室(2)、洗面設備(5)、 トイレ(6)

### 2 施設・事業所の特徴的な取組

知的障害に併せ、視覚に障害をお持ちの利用者お一人お一人の個性を大切にしながら、家庭的な雰囲気の中で、地域を含む各方面からのご理解とご協力を得ながら、諸行事等を通して良質の福祉サービスが提供できるよう努めている。

### 3 評価結果総評

#### 特に評価の高い点

- 基本方針に「利用者の最善の利益を保障する」を謳い、利用者の人権と個性を尊重しながら、利用者一人ひとりに寄り添ったサービスの提供が行われています。職員倫理規程に基づく行動指針にも権利擁護と個性の尊重が明記され、施設内外の研修で繰り返し人権擁護や虐待防止、身体拘束等について学んでいます。そのほか個人情報遵守規定、写真掲載同意規定、個人情報利用同意規定等も整備され法令遵守の徹底が図られています。
- リスクマネジメントに関しては、「安心・安定・満足度の高い暮らし」を提供するため、職員の危機管理・安全管理意識の強化に力を入れられています。事故対応マニュアルが整備されており、利用者一人ひとりの健康管理票も作成されています。防災対策については、毎月リスクマネジメント委員会が開催され、防災・車両・施設設備などに関する点検や対応策の検討が行われています。また防災管理組織や自衛消防組織、避難誘導担当者も決まっており、避難緊急連絡網や避難通路、避難場所も明確です。避難訓練は夜間訓練も含め毎月行われています。緊急時の食品の備蓄も3日分確保されています。
- 月1回の利用者会議（自治会）では、職員のサポートを受けながら利用者が主体となってレクリエーション活動等の検討が行われています。また食事に関してもアンケートの実施や利用者参画の給食委員会を行うなど、利用者の意見が反映される仕組みがあります。誕生月には、本人が行きたいところに職員付き添いで外出できるバースデー外出等の取り組みが行われ、利用者の楽しみの一つとなっています。
- 地域との交流では施設が住宅街にあるため、病院受診やコンビニエンスストアへおやつを買いに行くなど日常的な関わりがあります。また「地域交流感謝の集い」では腹話術やフラダンスを披露したり、ライオンズクラブの協賛の下で開催される「ふれあいバザー」では出品するものについて地域の人たちと企画・検討したりしています。さらに今年度は敷地内に多目的交流センターが新築され、地域との更なる交流が期待されます。
- 視覚障害や重複障害のある方が多い中、生活能力の向上や利用者間の意思疎通の習得のために、様々なコミュニケーション手段を駆使して、利用者の思いを大切にした支援が行われています。新聞で作る汚物入れや穴開けパンチ作業の他に、トイレトペーパーが使えない人用の折りたたみペーパーの作業をしてもらうなど、それぞれの能力に応じた個別のプログラムが提供されています。

#### 改善を求められる点

- 社会福祉事業全体の動向や地域の福祉に対する需要の動向、利用者数・利用者像の変化、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等を市役所や県、福祉事務所、支援学校等と連携をとりながら情報収集し、分析と課題の抽出が行われています。その結果を単年度事業計画に反映しサービス提供につなげていますが、中・長期計画の策定には至っていません。事業の将来性や継続性を見通しながら安定した施設経営を行っていくため、今後は策定できることを期待します。
- ボランティアや実習生の受け入れが積極的に行われていますが、受け入れマニュアルや専門職の実習マニュアルが整備されていないようです。次世代の福祉人材の育成のためにも、マニュアルが整備されることを期待します。

- サービス実施計画は半期ごとにモニタリングが行われていますが、サービス計画書の見直しの際のアセスメントは行われていないようです。アセスメントに関する手順の再構築と帳票による管理について検討されることを期待します。
- ケース記録には利用者の心身の状況、行動、夜間の状況、こだわり、睡眠の状況などが記入されていますが、記録する職員により記録内容や書き方に差が見られます。今後は記録要領の作成やOJT研修の一環として個別指導を行うことで全職員が標準的な記録ができるのではないのでしょうか。
- 浴室は個浴槽になっていますが、利用者の高齢化も進んでいることから、ゆっくり安心して入浴できるように手すりの増設や転倒防止のための浴槽内滑り止めマットの設置等ができることを期待します。

#### 4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H28.6.3)

この度、当初の予定通り平成27年度内に、熊本県福祉サービス第三者評価を受審することができました。今回、熊本ライトハウスのぞみホームとしては、初めての受審であり、多少の不安がありました。

しかし、受審機関と第三者評価委員の方々の丁寧なご説明とご指導により、この度、概ね良好と思われる報告書を賜ることができました。但し、本施設の中・長期計画作成不足を端とする将来ビジョンの不明確さ、併せて、地域ニーズ掌握不足による本施設の社会的役割の展開不足、さらには、アセスメント手順の再考、ケース記録の標準化、事故防止のための入浴設備の点検等、今後における数多くの良きアドバイスを頂戴することができました。

つきましては、次回受審に向けて、順次、整備を行うことが出来ればと思っています。この度は、多くの気付きを賜り、誠にありがとうございました。

# 熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

## 【障がい児・者施設（居住系サービス）版】

### 評価機関

名 称	公益財団法人 総合健康推進財団九州支部
所 在 地	熊本市中央区保田窪1-10-38
評価実施期間	平成27年7月22日～平成28年3月19日
評価調査者番号	第06-060号
	第06-067号
	第15-007号

### 1 福祉サービス事業者情報

#### (1) 事業者概要

事業所名称：熊本ライトハウスのぞみホーム	種別：障害者支援施設
代表者氏名：理事長 内村 公春 (管理者)：(施設長 原口 庄塑)	開設年月日：平成5年4月1日
設置主体：社会福祉法人 慈愛園 経営主体：社会福祉法人 慈愛園	定員：40名(利用人数：40名)
所在地：〒862-0908 熊本県熊本市東区新生1丁目23番11号	
連絡先電話番号：096-368-2013	F A X 番号：096-368-2019
ホームページアドレス	<a href="http://l-house.jiai.or.jp/">http://l-house.jiai.or.jp/</a>

#### (2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
生活介護・施設入所	4月 歓迎会 5月 家族会・バス旅行 6月 地域交流感謝の集い 7月 七夕お楽しみ会 8月 家族会 9月 バス旅行 10月 外食 11月 ふれあいバザー 12月 もちつき・クリスマス祝会 1月 バス旅行 2月 節分・バス旅行・家族会 3月 ひなまつり 誕生会(2ヶ月に1回)
居室概要	居室以外の施設設備の概要
1人部屋 6室 2人部屋 17室	食堂(60席)、医務室、デイルーム、 談話室(3)、プレイルーム、相談室、 多目的ホール、浴室(2)、洗面設備(5)、 トイレ(6)

## 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	1	
副施設長兼事務長	1		介護福祉士	9	1
サービス管理責任者	1		理学療法士	1	
主任生活支援員	1		准看護師	2	1
看護師	2	1	社会福祉主事任用資格	4	
生活支援員	20	4	ヘルパー2級	2	2
栄養士	2		保育士	4	
調理員	2	2	栄養士	3	
事務員	2	1	調理師	2	2
補助員		1			
合 計	32	9	合 計	28	6

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 理念・基本方針

- 理念  
隣人を自分のように愛しなさい（マタイ22：39）
- 基本方針
  - ・ キリスト教の愛と奉仕の精神に基づき、利用者の最善の利益を保証する
  - ・ 家庭的な雰囲気のもとで、利用者が安心して生活できる場を提供する
  - ・ 地域に開かれ、地域に貢献する施設を目指す

## 3 施設・事業所の特徴的な取組

知的障害に併せ、視覚に障害をお持ちの利用者お一人お一人の個性を大切にしながら、家庭的な雰囲気の中で、地域を含む各方面からのご理解とご協力を得ながら、諸行事等を通して良質の福祉サービスが提供できるよう努めている。

## 4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年7月22日（契約日） ～ 平成28年6月3日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	初回（平成 年度）

## 5 評価結果総評

### 特に評価の高い点

- 基本方針に「利用者の最善の利益を保障する」を謳い、利用者の人権と個性を尊重しながら、利用者一人ひとりに寄り添ったサービスの提供が行われています。職員倫理規程に基づく行動指針にも権利擁護と個性の尊重が明記され、施設内外の研修で繰り返し人権擁護や虐待防止、身体拘束等について学んでいます。そのほか個人情報遵守規定、写真掲載同意規定、個人情報利用同意規定等も整備され法令遵守の徹底が図られています。
- リスクマネジメントに関しては、「安心・安定・満足度の高い暮らし」を提供するため、職員の危機管理・安全管理意識の強化に力を入れています。事故対応マニュアルが整備されており、利用者一人ひとりの健康管理票も作成されています。防災対策については、毎月リスクマネジメント委員会が開催され、防災・車両・施設設備などに関する点検や対応策の検討が行われています。また防災管理組織や自衛消防組織、避難誘導担当者も決まっており、避難緊急連絡網や避難通路、避難場所も明確です。避難訓練は夜間訓練も含め毎月行われています。緊急時の食品の備蓄も3日分確保されています。
- 月1回の利用者会議（自治会）では、職員のサポートを受けながら利用者が主体となってレクリエーション活動等の検討が行われています。また食事に関してもアンケートの実施や利用者参画の給食委員会を行うなど、利用者の意見が反映される仕組みがあります。誕生月には、本人が行きたいところに職員付き添いで外出できるバースデー外出等の取り組みが行われ、利用者の楽しみの一つとなっています。
- 地域との交流では施設が住宅街にあるため、病院受診やコンビニエンスストアへおやつを買いに行くなど日常的な関わりがあります。また「地域交流感謝の集い」では腹話術やフラダンスを披露したり、ライオンズクラブの協賛の下で開催される「ふれあいバザー」では出品するものについて地域の人たちと企画・検討したりしています。さらに今年度は敷地内に多目的交流センターが新築され、地域との更なる交流が期待されます。
- 視覚障害や重複障害のある方が多い中、生活能力の向上や利用者間の意思疎通の習得のために、様々なコミュニケーション手段を駆使して、利用者の思いを大切にした支援が行われています。新聞で作る汚物入れや穴開けパンチ作業の他に、トイレットペーパーが使えない人用の折りたたみペーパーの作業をしてもらうなど、それぞれの能力に応じた個別のプログラムが提供されています。

### 改善を求められる点

- 社会福祉事業全体の動向や地域の福祉に対する需要の動向、利用者数・利用者像の変化、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等を市役所や県、福祉事務所、支援学校等と連携をとりながら情報収集し、分析と課題の抽出が行われています。その結果を単年度事業計画に反映しサービス提供につなげていますが、中・長期計画の策定には至っていません。事業の将来性や継続性を見通しながら安定した施設経営を行っていくため、今後は策定できることを期待します。
- ボランティアや実習生の受け入れが積極的に行われていますが、受け入れマニュアルや専門職の実習マニュアルが整備されていないようです。次世代の福祉人材の育成のためにも、マニュアルが整備されることを期待します。
- サービス実施計画は半期ごとにモニタリングが行われていますが、サービス計画

書の見直しの際のアセスメントは行われていないようです。アセスメントに関する手順の再構築と帳票による管理について検討されることを期待します。

- ケース記録には利用者の心身の状況、行動、夜間の状況、こだわり、睡眠の状況などが記入されていますが、記録する職員により記録内容や書き方に差が見られます。今後は記録要領の作成やOJT研修の一環として個別指導を行うことで全職員が標準的な記録ができるのではないのでしょうか。
- 浴室は個浴槽になっていますが、利用者の高齢化も進んでいることから、ゆっくり安心して入浴できるように手すりの増設や転倒防止のための浴槽内滑り止めマットの設置等ができることを期待します。

## 6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H28.6.3)

この度、当初の予定通り平成 27 年度内に、熊本県福祉サービス第三者評価を受審することができました。今回、熊本ライトハウスのぞみホームとしては、初めての受審であり、多少の不安がありました。

しかし、受審機関と第三者評価委員の方々の丁寧なご説明とご指導により、この度、概ね良好と思われる報告書を賜ることができました。但し、本施設の中・長期計画作成不足を端とする将来ビジョンの不明確さ、併せて、地域ニーズ掌握不足による本施設の社会的役割の展開不足、さらには、アセスメント手順の再考、ケース記録の標準化、事故防止のための入浴設備の点検等、今後における数多くの良きアドバイスを頂戴することができました。

つきましては、次回受審に向けて、順次、整備を行うことが出来ればと思っています。この度は、多くの気付きを賜り、誠に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。

(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	22	
	家族・保護者		
聞き取り調査	利用者本人		
	家族・保護者		
観察調査	利用者本人		

## 第三者評価結果

すべての評価細目について、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 福祉サービスの基本方針と組織

#### - 1 理念・基本方針

		第三者評価結果
- 1 - ( 1 ) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
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>「隣人を自分のように愛しなさい」(マタイ22:39)を基本理念とし、利用者一人ひとりの個性や人権を大切にしています。また方針として、「キリスト教の愛と奉仕の精神に基づき、利用者の最善の利益を保証する」「家庭的な雰囲気のもとで、利用者が安心して生活できる場を提供する」「地域に開かれ、地域に貢献する施設を目指す」を掲げ、職員倫理規程や行動方針も明文化されています。職員へは会議や研修の際に周知しています。利用者に対しては視覚障害の他にも重複障害を持つ方が多いことから、様々なコミュニケーション手法や点字を使って説明しています。家族に対しては広報誌以外にも機会あるごとに口頭で説明し周知を図っています。</p>		

#### - 2 経営状況の把握

		第三者評価結果
- 2 - ( 1 ) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	- 2 - ( 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>平成 24 年から始まった障害者総合支援法の基本姿勢である「基本的人権を享有する個人としての尊厳」を大切にしています。また事業全体の動向や地域の福祉に対する需要の動向、利用者数・利用者像の変化、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等も市役所や県・福祉事務所・支援学校等と連携しながら、適切に分析が行われています。</p>		
3	- 2 - ( 1 ) - 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> <p>経営上の課題を解決していくために、職員会議や日頃から職員の意見を聞いたり、職員同士の検討の場を設定したりするなど、組織的な取組が行われています。また障害者総合支援法で3障害が一体化されたことにより、精神障害がある方も入所されたことから、精神科病院とも密に連絡を取り合っ対応するなどの取り組みも行われています。</p>		

#### - 3 事業計画の策定

		第三者評価結果
- 3 - ( 1 ) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	- 3 - ( 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>障害者自立支援法から障害者総合支援法へと障害者に対する法が短期間に大きく変化し</p>		

<p>ていることもあり、中・長期計画が策定できていない状況です。経営環境等の把握・分析等を踏まえ、さらなる福祉サービスの充実を図るための目標を明確にし、その目標の実現に向けて組織体制や設備の整備等の具体的な中・長期計画が策定されることを期待します。</p>			
5	- 3 - (1) -	<p>中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。</p>	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  中・長期計画が策定されていない中、単年度計画は基本方針や運営方針にそって具体的に策定されており、委員会ごとに計画の目的や目標、スケジュール等も示されています。今後は中・長期計画を策定し、中・長期の事業計画と中・長期の収支計画の内容が、単年度の事業計画と単年度の収支計画に反映されていることを期待します。</p>			
<p>- 3 - (2) 事業計画が適切に策定されている。</p>			
6	- 3 - (2) -	<p>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。</p>	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  単年度の事業計画は、支援内容の向上や職員の資質の向上を図るため具体的な取り組みが示されています。委員会ごとに保健計画や給食計画、防災計画等を立て、毎年、各委員会で実施状況の評価を行い事業計画の見直しも行われています。また、事案ごとのヒヤリハット報告や再発防止のためのマニュアル化も行われています。単年度計画の評価は、次年度へのステップとなるだけでなく、中・長期計画の妥当性や有効性についての見直しの根拠ともなりますので、ぜひ活用していただきたいところです。</p>			
7	- 3 - (2) -	<p>事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。</p>	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  事業計画は、掲示板、広報誌、機関誌、パンフレット等に掲載されており、家族へは、事業計画を毎年5月に配布し周知されています。利用者については障害の程度により、伝達が困難な状況から苦労されている状況が伺われますが、今後も利用者の目線にたって周知や説明の工夫がなされることを期待します。</p>			

#### - 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	
<p>- 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。</p>			
8	- 4 - (1) -	<p>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。</p>	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  福祉サービスの質の向上のためのP（Plan・計画策定） D（Do・実行） C（Check・評価） A（Act・見直し）は自己評価のみで、客観的な外部評価はできていなかったようです。今回、福祉サービス第三者評価を受審されたことを機に、福祉サービスの質の向上に向けた体制整備がなされ、機能していくことを期待します。</p>			
9	- 4 - (1) -	<p>評価結果にもとづき組織として取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。</p>	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  職員参画のもとで、各年度末に課題を明確にし、解決・改善に向けて計画的な取組みが行われています。しかし課題の中には、設備の改善や人員配置、予算的な課題等、単年度では解決できないものも想定されます。今後は必要に応じて目標や中・長期計画の中で、段階的に解決へ向かって取組めることを期待します。</p>			

### 評価対象 組織の運営管理

#### - 1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
<p>- 1 - (1) 管理者の責任が明確にされている。</p>		

10	- 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> <p>管理者は、施設長としての立場や役割を組織図や職務分掌で明確にしており、倫理綱領、人権侵害、不適切な行為の禁止、福祉サービス職員の心得、職員倫理規定に基づく行動指針等を具体的に定めています。また人権擁護の重要性や利用者との信頼関係の構築の大切さ、利用者の主体性の尊重等について、自らの言葉で広報誌に記載されています。さらに会議や職員研修の際にも、自らの役割と責任を職員に対して表明されています。管理者不在時の権限委任についても組織図に明示し周知されています。</p>		
11	- 1 -( 1 )- 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は職員の共通理解と連絡体制の充実及び危機管理の強化を実現するために、職員に機会ある毎に倫理・法令の遵守を説明するとともに、施設内外の法令研修を実施しています。また個人情報遵守規定、写真掲載同意規定、個人情報利用同意規定、事故報告書、ヒヤリハット等のほかに、緊急やむを得ない時の身体拘束に関する説明と同意、事故対応マニュアル等々、法令遵守の観点から詳細な規定が定められており、コンプライアンス（法令遵守）の徹底が図られています。</p>		
- 1 -( 2 ) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	- 1 -( 2 )- 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>視覚や聴覚と知的障害、その他の障害を併せ持つ成人の方々の生活の場となっていることから、管理者は、「一人ひとりの個性を大切に」「家庭的で豊かな生活を送る」をモットーに、共に生きる生活をサポートするための個別支援計画の推進や各種職員研修を実施しています。また「安心・安定・満足度の高い暮らし」を提供するためにリスクマネジメントに重点を置いて、運営委員会や各委員会で危機管理意識の強化を図っているほか、職員の意見を取り入れながら人権擁護や医療機関・嘱託医との連携、避難訓練を行うなど指導力を発揮しています。</p>		
13	- 1 -( 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>経営状況の分析については専門家の指導のもと法人全体で行われています。人員配置等についても職員の働きやすい環境整備の協議等が行われています。しかし、施設独自の人事分析、労務分析などは行われていないようです。今後は施設独自の経営改善や業務の実効性の向上に向けての取り組みがなされることを期待します。</p>		

## - 2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
- 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	- 2 -( 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>必要な福祉人材に関しては、職員倫理規程等に詳細な行動指針を示し、質の高い福祉サービスを提供できるよう努められています。そのために知識や援助技術向上の研修等が頻繁に行われています。今後は職員一人ひとりのさらなるスキルの向上を図るため、中・長期計画の中に人材確保と育成に関する方針を明確にした計画を策定し、専門職教育に必要な教育マニュアルの作成等に取り組まれることが望まれます。</p>		
15	- 2 -( 1 )- 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>総合的人事管理については、就業規則（人事評価制度、給与退職金規程、初任給格付け基準、職員経験加算基準、等級別標準職務表、昇進、昇格等々）に詳細に規定されています。また職員への周知として、毎年就業規則を提示し再確認等が行われています。今後は、効果的な人事考課を進めるために、職員の意識調査を取り入れた総合的人事評価制度の構築の仕組みができることを期待します。</p>		
<p>- 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
16	- 2 - (2) - 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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 法人全体として労務管理の専門家の指導を受け、ストレスケア研修、モチベーションアップ研修等により職員に対するメンタルヘルス対策を行い、働きやすい職場づくりに努めています。今後は次世代育成支援対策推進法にもとづく事業主行動計画の策定や、改正育児休業法への適切な対応、定期的な個別面接や聴取等が制度として確立していくことを期待します。</p>		
<p>- 2 - (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p>		
17	- 2 - (3) - 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; 施設内研修では、聖書研修・衛生研修・防災研修・AED研修・リスクマネジメント研修・人権擁護研修・感染予防対策研修・トロミ研修等が行われています。また施設外研修として、救急法研修・行動障害への支援研修・苦情解決研修・モチベーションアップ研修・キャリアアップ研修・ストレスケア研修・障害者虐待防止法研修等の参加を計画し、年間とおして職員のスキルアップに積極的に取り組んでいます。今後は教育・研修による職員育成に加えて、人事考課等で出てきた一人ひとりの職員の課題に注目しながら、職域に応じた目標達成型の育成に取り組まれることを期待します。</p>		
18	- 2 - (3) - 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; 年間の研修計画にそって教育・研修が行われており、研修後は報告書の提出により職員間の共有を図り、研修で得た知識・技術をサービス提供の場に反映させています。今後は、施設が職員に求める知識・技術や専門資格について具体的な目標を明示し、職員一人ひとりが自己目標を掲げ、必要な教育や自己研鑽ができるような教育体制を構築されることを期待します。</p>		
19	- 2 - (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; OJT研修やOFF-JT研修は積極的に行われ、職員全員が研修に参加できる機会が確保されています。今後は、個々の職員の知識、技術水準、習熟度に応じた研修を行い、研修成果の評価・分析が行われることを期待します。</p>		
<p>- 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。</p>		
20	- 2 - (4) - 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; 福祉サービスに関わる人材の育成のため、大学や中学校等との連携のもとで体験学習やボランティアを積極的に受け入れており、実習受け入れマニュアルも作成されています。しかし、福祉サービスに関わる専門職の実習生の受け入れ態勢は整っていないようです。今後は、各職種に応じて学校側と協力しながら教育・育成に向けたプログラムを整備するとともに、実習期間中にも継続的な連携に取り組まれることを期待します。</p>		

### - 3 運営の透明性の確保

	第三者評価結果
--	---------

- 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	- 3 - (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>ホームページや広報誌にて理念や基本方針、運営方針、福祉サービスの内容等を積極的に情報公開されています。また「地域ふれあいバザー」の開催や社会福祉協議会の委託を受けて配食サービスに取り組むなど、地域に向けて事業所の取り組みを発信しています。また財務情報や事業報告書は法人全体のホームページに公開されています。今後は自施設のホームページにも福祉サービス第三者評価の受審結果や苦情・相談体制やその内容等を開示することで、さらに運営の透明性が確保されると期待されます。</p>		
22	- 3 - (1) - 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>法人全体としての事務、経理、取引等については、外部の専門家により監査等を実施されています。また施設においては法人顧問の専門家による相談助言体制の下、外部取引等の決済規定が整備され、内部監査も実施されています。よりいっそうの公益性、公正性の観点から、今後は外部監査を活用することも有効です。</p>		

#### - 4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
- 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	- 4 - (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> <p>地域との関わりは施設の理念に明確となっています。病院の受診やコンビニエンスストアへおやつを買いに行くなど、日常的に地域の方との関わりがあります。また「地域交流感謝の集い」では腹話術やフラダンスを披露したり、ライオンズクラブの協賛の下で開催される「ふれあいバザー」では出品するものについて地域の人たちと企画・検討したりしています。さらに今年度は多目的交流センターも新築され、地域との更なる交流が期待できます。</p>		
24	- 4 - (1) - 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> <p>積極的に学校の体験授業や中学校のボランティア体験、熊本県新規採用職員の福祉現場体験を受け入れています。今後は専門職の実習生受け入れについては、専門職育成の基本姿勢を明文化して職種ごとの教育マニュアルを作成するとともに、ボランティアや現場体験についても受け入れマニュアルを整備されることを期待します。</p>		
- 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	- 4 - (2) - 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が利用する医療機関や社会福祉協議会など関係機関を明示したリストや資料を作成してスタッフルームに掲示するなど、職員間で情報の共有が図られています。今後は関係機関や民生・児童委員、医療機関と定期的な連絡会を開催するなど、地域に施設や利用者の理解を深める取り組みや地域福祉の問題解決に向けての取り組みができていくことを期待します。</p>		
- 4 - (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	- 4 - (3) - 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設のスペースを活用して地域交流会や、ふれあいバザーが開かれており、障害を持つ方々への理解を得る機会となっています。新たに建設された多目的交流センターの活用につ</p>		

<p>いては、地域向けの講習会の開催や貸し出しを行う等ハード面の地域への還元が計画されています。今後はさらにソフト面においても自治体が行う保健指導に同行して家族にアドバイスを行う等、地域に根付いた活動ができることを期待します。</p>			
27	- 4 - ( 3 ) -	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
<p>&lt;コメント&gt;          現在、社会福祉協議会の委託事業として高齢者向けにふれあいランチ事業を展開しています。また県や市役所等と連携してニーズの把握に努め、介護給付に該当する短期入所や地域生活支援事業に位置づけられている日中一時支援事業を行っています。今後は短期入所や日中一時支援事業が必要な方を把握するために、公的機関だけでなく、地域の民生・児童委員と定期的に会合を行ったり、障害を持つ方のご家族のケア（例えばレスパイトケア）を行うなど、地域の福祉ニーズに基づいた取り組みができることを期待します。</p>			

## 評価対象 適切な福祉サービスの実施

### - 1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果	
- 1 - ( 1 ) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
28	- 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
<p>&lt;コメント&gt;          基本方針に利用者を尊重したサービスの実施について明示されており、倫理要綱も策定されています。また共通の理解を持つために、「人権侵害・不適切な行為禁止」が定められ、身体的虐待、性的虐待、ネグレクト、心理的虐待などが明示され、朝の会での確認のほか、施設内学習会を開くなどの取り組みを行っています。さらに昨年度から、職員と管理職との個別面談が実施されており、その際にも基本姿勢の確認が行われています。</p>			
29	- 1 - ( 1 ) -	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
<p>&lt;コメント&gt;          「職員倫理規程に基づく行動指針」や「利用契約書」の中に、プライバシーの保障が規定されており、個人情報に関する保護、許可なく所持品の確認を行わない、写真や作品の掲示・展示を行わない、了解の下の医療情報の収集や情報提供などが順守されています。また職員研修の中でも、「のぞみホームで働く福祉職員の心得」として周知・徹底が行われています。さらに不適切な事案が発生した場合の対応方法も整備されています。利用者が自由にくつろげる多目的ホールやコーナー、広い庭もあり、利用者のプライバシーを守れる工夫ができています。</p>			
- 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	- 1 - ( 2 ) -	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
<p>&lt;コメント&gt;          施設はホームページやパンフレットで理念やサービス内容を紹介し、誰でも自由に情報を取得することができます。またその内容も利用者の了解の下で写真やイラストを多用し、わかりやすい内容となっています。さらに利用希望者に対しては、個別に丁寧な説明を行い、サービス管理責任者が必要な日中活動のアドバイスを行っています。</p>			
31	- 1 - ( 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;          サービスの開始・変更に関しては、重要事項説明書や利用契約書にも明記されており、本人への説明に関しては、視覚障害以外にも様々な障害を持つ利用者が多いことから、多様なコミュニケーションの方法を用いて説明を行っています。また家族に対しては、口頭説明だけでなく、近況報告を普段からまめに行い、サービスの開始・変更に関して了承を得ていま</p>			

す。今後は障害の状況に応じて点字・写真・イラストなどのツールを用いるなど、利用者がより理解しやすくなるような取り組みを期待します。		
32	- 1 -( 2 )- 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> <p>看護師が担当者・窓口となり、家族に施設に出向いてもらって福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等に対して、障害状況や健康状態、こだわりや落ち着く環境などを説明しています。また次のサービス事業者や医療機関には、口頭で状況をつないでいます。今後は利用者の不利益が生じないように、手順書や引き継ぎ書等のマニュアルを作成するとともに、利用者や家族に対してはその後の相談方法や担当者等を文書化して提示するなどの工夫を期待します。</p>		
- 1 -( 3 ) 利用者満足の向上に努めている。		
33	- 1 -( 3 )- 利用者満足の向上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;</p> <p>月に1回、利用者会議（自治会）を行っているものの、重度の重複障害を持つ利用者が多く入所されていることから、職員のサポートが入っても会議が十分に行えない状況にあります。また利用者の家族も高齢化に伴い、面会や外泊の機会が少なくなり、具体的な意見を聞くことができないようです。しかし、食事に関してはアンケートや利用者も参画しての会議を行い、楽しい食事の提供に活かしています。さらに誕生月には、本人が行きたいところに職員が付き添って外出できるバースデー外出等の取り組みが行われています。</p>		
- 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	- 1 -( 4 )- 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;</p> <p>自分の意見を言葉で表せない方に対しても、それぞれの個性に合わせたコミュニケーションツールを駆使して、不満や苦情を把握するように努めています。さらに苦情に関する書類には受け付けた職員、内容、対応者や対応内容だけにとどまらず、対応後の職員や利用者の変化、利用者の満足具合も追跡調査を行い、会議で公表しています。さらに苦情解決第三者委員会を設置して報告・検証を行っています。</p>		
35	- 1 -( 4 )- 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;</p> <p>利用者の相談には、担当職員以外にも複数の職員がかかわって随時対応するだけでなく、意見を述べやすい環境づくりのために相談室を設けてあるほか、月1回の利用者会議も開かれています。今後は利用者会議の開催や相談室があることを掲示したり、たよりやホームページの中に掲載するなどの工夫を期待します。</p>		
36	- 1 -( 4 )- 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;</p> <p>意見箱は玄関に設置しており、相談窓口も整っています。また視覚障害、知的障害の他にも様々な障害を重複する利用者が多い中、職員は利用者の意見に耳を傾け、真摯に対応していますが、相談や意見に対する対応マニュアルが整っていないようです。現在しっかりと利用者寄り添う支援ができていることから、今後はマニュアルを整備できることを期待します。</p>		
- 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	- 1 -( 5 )- 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> <p>リスクマネジメントに関しては、「事故対応マニュアル」が整備されており、その中には事故防止、事故・急病時緊急等の対応、異常事態・事故発生時の対応、緊急連絡網、緊急時</p>		

の必需品などが記載されています。また利用者一人ひとりに健康管理票が作成されており、緊急の際に対応できるように職員はA E D研修を含め救急法の研修を受けています。さらに緊急時に備えて消防署や医療機関等との情報交換や協力体制も整備されています。			
38	- 1 - ( 5 ) -	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。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症対策として、施設のいたるところに消毒液が設置されており、エアドライタオルも設置されています。また健康管理や感染症対策は看護師を中心として管理体制が整備されており、感染対策予防委員会を立ち上げ、手洗い、感染の遮断、日常の観察、行政への報告などを行うとともに、勉強会を月1回開催し、全ての職員の意識統一に努めています。さらに「事故対応マニュアル」が整えられ、適宜見直しも行われています。</p>			
39	- 1 - ( 5 ) -	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>災害時の対策として月に1回リスクマネジメント委員会が開催されており、防災・車両・施設設備などに関する点検や対応対策が検討されています。また防災管理組織や自衛消防組織、避難誘導担当者も決まっており、避難緊急連絡網や避難通路、避難場所も明確です。さらに防災委員会が主となって毎月の避難訓練、建物等検査(年2回)、火気使用設備検査(年4回)、消防設備等検査(年4回)を行っています。緊急時の食品の備蓄も3日分確保されています。加えて泉ヶ丘校区の「こどもひなんじょ」の役割も担っています。</p>			

## - 2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	
- 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	- 2 - ( 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>福祉サービスの標準的な実施方法は重要事項説明書や利用契約書に明示されており、理念や基本方針、運営方針にもプライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されています。また施設内で行われる自主学習会や施設外研修の開催、あるいはサービス管理責任者や施設長からも個別の指導があるほか、ミーティングで検証が行われています。</p>			
41	- 2 - ( 1 ) -	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>サービス実施計画は、自分の意見や意思を自己開示できない利用者が多いことから、本人の状態や日頃の様子に加え、担当職員とも検討しながらサービス管理責任者が作成し、半年ごとに見直しが行われています。また急な体調や精神の変化においては、ミーティング等で検討した後に個別に実施計画を見直しています。さらに見直し後は、ミーティング帳に記載して、職員に周知する体制がとられています。</p>			
- 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	- 2 - ( 2 ) -	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>アセスメントはパソコンソフトを用いて、A D L 健康 社会生活スキル コミュニケーション 日中活動 精神・行動傾向 家族支援に区分して実施されています。しかし、入所時のアセスメントだけで、プラン見直しのためのアセスメントがないことや、鉛筆書きであること、パソコンソフトへの移行が十分ではないことから、早急な取り組みが望まれます。</p>			
43	- 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。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの管理手法の一つとして、P D C Aサイクルが取り入れられ、サービス管理責任</p>			

<p>者が計画(plan)を作成し、職員が利用者と関わりながら実行(do)して、ミーティングで評価(check)・改善(act)を適切に行っています。また計画は、年2回(3月と9月)に検証や見直しを行うほかにも、急な見直しの際にも、ミーティングを開催して新たに課題を抽出したり、優先順位を変更したりするなどの取り組みが行われています。</p>			
<p>- 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	- 2 - ( 3 ) -	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、職員間で共有化されている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          実施時の記録は利用者の心身の状況、行動、夜間の状況、こだわり、睡眠の状況などがケース記録に記入されており、サービス実施計画に基づくサービスが実施されています。また情報の共有を図るためにミーティングも開催され、欠席者はミーティング帳で内容を確認でき、パソコンでも閲覧が可能な状況にあります。しかし、記録する職員により記録内容や書き方に差が見られます。今後は記録要領の作成やOJT研修の一環として個別指導を行うことで記録力を向上させるとともに、現在作成しているサービス実施計画書に、日中活動サービスの内容を入れ、利用者もしくは家族から確認印をもらうなどの取り組みができることを期待します。</p>			
45	- 2 - ( 3 ) -	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          オプトアウト(利用者の同意を得ずに、個人情報を第三者に提供すること)がないように、契約書の中にも個人情報の取り扱いが明示されています。また個人情報の扱いは本人や家族に丁寧に説明が行われており、職員に対してもサービス管理責任者からOJT研修の中で行われています。5年間の書類の保管も確認しました。今後は使用しているパソコンにパスワードがないことから、外部への情報流出も懸念されるので、管理体制の強化に取り組まれることを期待します。</p>			

## 評価対象

### A - 1 利用者の尊重

		第三者評価結果	
A - 1 - ( 1 ) 利用者の尊重			
46	A - 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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          職員の接し方については、新任研修時に行動マニュアルに沿って説明が行われています。また、利用者を一人の個人として接するために各部署の代表者が倫理精神を朝礼で確認しています。さらに利用者尊重のあり方について「職員早期セルフチェック」を用い、身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待、ネグレストなどの項目に沿って毎年実施し、振り返りもきちんとは行われています。</p>			
47	A - 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
<p>&lt;コメント&gt;          点字・手話・指文字、筆談などコミュニケーション手段について個別支援計画やサービス実施計画に記載されています。また、表情や行動を観察したり、視覚化したツールを用いたりして情報提供するなどの工夫がみられます。さらに夜間は、部屋のドアの呼び鈴で出入りを確認し手を引くなどの誘導がなされています。</p>			
48	A - 1 - ( 1 ) -	利用者の主体的な活動を尊重している。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          利用者の主体性を尊重するために、利用者会議が月1回開催されており会議録も整備されています。また、受け持ち担当者は、利用者3人の支援が任されており、日々の観察や関わりの中で表出した利用者の楽しみを探し、話し合いで具体的な援助につなげるように配慮さ</p>			

		れています。	
49	A - 1 - ( 1 ) -	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 ・ b ・ c
<コメント> 視覚に障害がある利用者が多いため、移動支援に支障がないように、手すりに布を巻く工夫を行ったり、見守りを行ったり、あるいは手を引いて目的地まで誘導するなどの支援体制が確立しています。また、自傷行為がある利用者に対しては家族同意のもとで抑制帯を使用しているケースがありますが、利用者の主体性を尊重した自立支援の体制がとられています。			
50	A - 1 - ( 1 ) -	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
<コメント> 新聞で作る汚物入れや穴開けパンチ作業の他に、トイレットペーパーが使えない人用の折りたたみペーパーの作業をしてもらうなど、それぞれの能力に応じたプログラムが個別支援計画に策定されています。また、利用者会議の司会を利用者が担当するなど、エンパワメントの理念に基づく支援もできています。近隣のコンビニエンスストアでの買い物により金銭感覚を育成する支援も実施されています。			

## A - 2 日常生活支援

			第三者評価結果
A - 2 - ( 1 ) 食事			
51	A - 2 - ( 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
<コメント> 栄養支援マニュアルがあり、栄養士が栄養支援プログラムを年2回作成し、モニタリングは高リスクの人は1か月毎、中リスクの人は2か月毎、低リスクの人は3か月毎に実施されています。今後も体調の維持管理と食事の楽しさを提供されていくことと期待しています。			
52	A - 2 - ( 1 ) -	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
<コメント> 嗜好アンケート調査が年2回実施されています。月1回の給食会議には利用者2名が参加しており、献立についての意見の聴き取りも行われています。その内容は調理スタッフも共有されています。また、個別の身体状況に合わせた食事の提供にも工夫が見られます。			
53	A - 2 - ( 1 ) -	喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a ・ b ・ c
食堂は隣接する障害児入所施設と時間差で利用されていますが、清潔に清掃されて静かで明るい雰囲気です。健康管理が必要な方や、視覚に障害がある方が多いことからおやつは設定せずに、三食ごとにデザートを付ける献立になっています。また、体調不良の方は居住棟にて電子レンジで温めた食事を摂ることができます。			
A - 2 - ( 2 ) 入浴			
54	A - 2 - ( 2 ) -	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
<コメント> 個別支援計画やアセスメントシートに介助方法等が記載されているとともに、チェックリストがあり状況が記載されています。また、安全面やプライバシーの保護のため、浴室の洗い場と床暖房や室温にも配慮されています。今後は、利用者の高齢化に伴い転倒のリスクが高くなると想定されることから、より安全な環境を確保するため浴槽の高さの調整や手すりの設置等の検討が望まれます。			
55	A - 2 - ( 2 ) -	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a ・ b ・ c
<コメント>			

週3回の入浴日が設定されていますが、失禁や汗をかいた場合や利用者の希望により臨機応変に対応されています。		
56	A - 2 - ( 2 ) - 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a ・ c
<コメント> 浴室は身体状況に応じて温度調整をされています。脱衣所や浴室洗い場には床暖房が設置されるなど適切な環境が整えられています。		
A - 2 - ( 3 ) 排泄		
57	A - 2 - ( 3 ) - 排泄介助は快適に行われている。	a ・ c
<コメント> 排泄支援マニュアルがあり、個別支援計画やアセスメントシートにも介助方法が記載されています。排泄チェックリストでは健康面も把握できるように記録され適切な支援がなされています。		
58	A - 2 - ( 3 ) - トイレは清潔で快適である。	a ・ c
<コメント> 視覚障害がある方が多いため、動線には物を置かないことになっています。また、身体能力に応じた設備となっています。こだわりがあってトイレットペーパーが切れない方には、折りたたんだペーパーも用意されています。清潔に清掃されプライバシーにも配慮した環境が整えられています。		
A - 2 - ( 4 ) 衣服		
59	A - 2 - ( 4 ) - 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
<コメント> 年齢に応じて衣類の提供がなされています。本人の要望に応じて選択できるように配慮しています。自分での衣類調整が難しい利用者には職員がアドバイスを行い選んでもらっています。		
60	A - 2 - ( 4 ) - 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
<コメント> 毎日着る衣類については、利用者が選択できるよう支援されています。また、汚れ等がある場合はその都度更衣できるように支援されています。		
A - 2 - ( 5 ) 理容・美容		
61	A - 2 - ( 5 ) - 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
<コメント> 日々のかかわりの中で、理容・美容に関する利用者の好みや希望を聞き取り、カット時にはその意見を尊重されています。		
62	A - 2 - ( 5 ) - 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a ・ c
<コメント> 職員が同行して、地域の理・美容室を利用されています。また順番待ちに待機できない利用者に対しては、短時間で終わるカットサロンを利用することで満足されているようです。		
A - 2 - ( 6 ) 睡眠		
63	A - 2 - ( 6 ) - 安眠できるように配慮している。	a ・ c
<コメント> 就寝前には、騒がせないように興奮させないように配慮したり、テレビの音を小音にしたりするなど睡眠導入しやすい環境づくりを工夫されています。また、居室も整頓され個人に合った寝具が用意されています。		
A - 2 - ( 7 ) 健康管理		
64	A - 2 - ( 7 ) - 日常の健康管理は適切である。	a ・ c

<b>&lt;コメント&gt;</b>		
利用者の健康管理票があり、健康管理マニュアルが整備されています。毎日2回のバイタルチェックが行われ、表情・行動等から病状の変化に対応できるようにされています。また、普段から手洗いやうがい等予防に取り組まれています。インフルエンザ等の予防接種は利用者家族の承諾書を取り実施されています。インフルエンザの罹患者が発生した場合は、感染防止のために個室に隔離されています。		
65	A - 2 - ( 7 ) - 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a ・ b ・ c
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
近医の医療機関、総合病院、内科、精神科、歯科等協力医療機関が複数あり、緊急時の体制が整備がされています。医務室にはA E Dが設置されA E D研修も行われています。		
66	A - 2 - ( 7 ) - 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a ・ c
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
薬は医務室で看護師が一括して投薬箱で管理しています。また、内服時の誤薬がないようにチェックリストがあり、担当職員が確認・チェックするダブルチェック体制ができています。		
A - 2 - ( 8 ) 余暇・レクリエーション		
67	A - 2 - ( 8 ) - 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
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
利用者会議でレクリエーション活動が検討され、利用者の思いや意向に沿えるように計画されています。レクリエーションでは、アニマルセラピーや音楽療法、牧師の講話、動植物園への散歩などが企画されており、外部とのふれあいの機会にもなっています。		
A - 2 - ( 9 ) 外出、外泊		
68	A - 2 - ( 9 ) - 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a ・ b ・ c
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
利用者全員を対象に年3回の外出企画があり、阿蘇や天草、温泉施設などに出かける機会があります。また、個別支援としてバースデー外出があり、5,000円以内で担当職員と計画を立て外出されており、昨年はカモメを見に島原に行った方もいます。その他にも日用品の買い物等、要望に応じて支援されています。		
69	A - 2 - ( 9 ) - 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a ・ b ・ c
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
外泊については重要事項説明書に記載されていますが、受け入れ側の家族が高齢であることもあり、利用者が希望してもなかなか応じられないことが増えてきている状況です。希望する利用者については、家族の面会の機会を少しでも増やしていただけるよう働きかけをするなどの工夫に期待します。		
A - 2 - ( 10 ) 所持金・預かり金の管理等		
70	A - 2 - ( 10 ) - 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
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
預かり金管理規定にそって、受け持ち職員が収支の管理を行なっています。また、現金の保管に関しては、所定の金庫に保管されています。		
71	A - 2 - ( 10 ) - 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 ・ c
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
個人の希望により雑誌等は購入されています。施設のいたる所にラジオを設置して、耳で情報収集ができるよう配慮してあります。また、テレビやラジオは同室の人の迷惑にならないように設置場所に配慮しています。		
72	A - 2 - ( 10 ) - 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	a ・ c

	れている。	
<コメント> 喫煙する人はいませんが、焼酎の晩酌を楽しまれている方はいらっしゃいます。飲酒については持病や健康面を考慮して担当医と相談しながら支援しています。また衛生面に配慮して冷蔵庫での管理をサポートされています。		
A - 2 - ( 1 1 ) 社会適応訓練等		
73	A - 2 - ( 1 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・b・c
<コメント> 社会適応訓練プログラムは作成されていませんが、可能な限り買い物や理・美容利用時の外出先での環境適応支援が行われています。今後、利用者一人ひとりの心身の状況に応じた計画や評価、見直しが行われる体制が整備されることを期待します。		

### A - 3 施設・設備

		第三者評価結果
A - 3 - ( 1 ) 施設・設備		
	A - 3 - ( 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。	a・b・c
<コメント> 閑静な住宅街にあり、北欧の施設を思わせる平屋建ての福祉施設で、緑が多く鳥のさえずりも聞こえる環境です。施設内はバリアフリーになっており、視覚障害に配慮した点字ブロックや手すりも工夫されています。各人の部屋の入口は段差がありますが、転倒もなくその部屋に合わせて生活をされています。また利用者の高齢化に伴い、リスクマネジメント委員会で手すりや段差等の課題に向けて検討されているようです。今後の取り組みに期待します。		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象 ~ ）	18	25	2
内容評価基準（評価対象A）	25	4	0
合 計	43	29	2