

## 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：障がい者サポートホームわらび （施設名）	種別：障害者支援施設
代表者氏名：管理者 菊川裕一 （管理者）	開設年月日： 昭和57年4月1日
設置主体：社会福祉法人 菊愛会 経営主体：社会福祉法人 菊愛会	定員：32名 （利用人数）33名
所在地：〒861-1682 熊本県菊池市重味2380 - 7	
連絡先電話番号： 0968-27-1381	F A X 番号： 0968-27-1461
ホームページアドレス	<a href="http://www.warabigakuen.or.jp">http://www.warabigakuen.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
施設入所支援・生活介護・短期入所・日中一時	わらびスポーツ大会・障がい者スポーツ大会・交流活動・きらめき大会・七夕・そうめん流し・バーベキュー・魚釣り・施設親善スポーツ大会・ナイスハート・一泊旅行・日帰り旅行・クリスマス会・望年会・イルミネーション見学・どんどや・豆まき・ボウリング大会他
居室概要	居室以外の施設設備の概要
一人部屋 17部屋 256.76m <sup>2</sup> 二人部屋 10部屋 174.12m <sup>2</sup>	食堂・厨房・医務室・静養室・浴室・便所・洗面所・支援室・事務室・作業棟・機械室・多目的室・相談・会議室他

### 2 施設・事業所の特徴的な取組

#### 【特徴的な取り組み】

サポートホームわらびは、菊池溪谷に程近い自然に恵まれた場所に位置しています。その自然に恵まれた絶好の生活環境の中で、利用者の方々が日常生活を通してより良い生活習慣の確立ができるよう支援を行なうと共に社会生活への適応を高める為、様々な支援を行なっています。日中帯の生活介護事業においては、生活支援、創作活動、作業活動、運動や音楽活動等の様々なサービス提供を行なっております。生活支援では、日常の基本的動作を支援しながら、本人のニーズに沿った支援展開を個別に行なう事で、Q0

Lの向上に繋げていきたいと考えています。臨床動作法、創作活動、運動や音楽活動等においては、情緒の安定を図り、健康で充実した生活を送って頂く為の支援を行なっています。作業活動等では、就労意欲を養い、自立していく為の支援を行ない積極的に地域との交流をする事で、障がい者を有される方々への理解を深めて頂くと共に地域に根ざした福祉（施設型福祉から地域型福祉）への改革に全力で取り組んでいます。

#### 【利用者処遇の向上に向けた取り組みについて】

運営規程に基づき、利用者の人格を尊重し、その人の特性に応じた支援に努めています。

苦情解決システムを活用し、質の高いサービスの提供に努めています。

利用者の自発的な活動及び利用者の思いを職員が柔軟に受け止めて行く感性を培いつつ利用者に対して様々な情報提供をすることに努めています。

施設内における日常生活のほか、地域資源等を利用しながら利用者の社会生活の場の拡大に努めています。

施設内の整理整頓や修理等を行い、生活空間をきれいにするとともに生活しやすい環境づくりに努めています。

#### 【施設の整備計画について】

平成23年度熊本県障害者自立基盤整備事業補助金により、個室化、バリアフリー化、トイレ等の改修工事、平成23年度熊本県障がい者福祉施設耐震化等特別対策事業でスプリンクラーの整備、平成25年度熊本県障がい者福祉施設整備事業補助金により、厨房、作業棟等の改修工事が終了しています。今後、施設の老朽化及び利用者の重度・高齢化に伴い創設の計画を進めている段階です。

### 3 評価結果総評

特に評価の高い点

#### 1 利用者の意思を大切にした支援

障がい者サポートホーム「わらび」は1982年4月設立された菊池郊外の閑静な場所に位置しています。利用者は20～80才代の知的障害、身体障害等の障がい度の高い人が多く入所されています。

その中で気持ちを言葉で表現出来ない人も多く、利用者の表情やジェスチャー等で変化や気持ちを汲み取り、「自己選択・自己決定」を大切にしながらサポートする取り組みが進められています。

#### 2 人権を尊重した支援

職員は、日常の重度障がい者への支援の中で、時として利用者軽視の行動に陥らないよう、毎日の朝礼で「法人理念」・「大切にしたい価値観」及び「虐待防止テーマ」を唱和しています。又「目指す職員像」8点を名刺大に印刷し、常に携帯して折に触れ確認しながら仕事をしています。

「倫理綱領に基づく具体的行動規範」の中で、職員が利用者に対し【さん、君をつけて呼ばず、呼び捨てやあだ名で呼ぶこと】【命令口調になったり、大声で叱責すること】などを具体的に挙げて禁止しています。

### 3 個別の支援計画が詳細で、状況を保護者に毎月報告

計画は利用者ひとり一人、個別に策定されており「わたしの希望・ニーズ整理表」や「わたしのチャレンジ計画」「個別支援モニタリング表」等、利用者のやりたい事、出来る事、困る事等が詳しく記入されています。家族の希望や状況も記載され、内容の評価や見直しは定期的（6ヶ月・1年）と必要時、随時に行われており、利用者への支援の充実に努められています。

毎月、保護者にチャレンジレターとして、利用者の健康状態・活動参加状況・必要な連絡事項を知らせ、返事を頂くこともあります。

### 4 余暇・レクリエーション活動の充実

余暇やレクリエーション、社会体験活動は利用者の希望を重視して行われており、内容は年間の行事計画の中に取り入れられています。

施設内の活動（障害の程度に合わせた3B体操・音楽活動・口腔体操等）や季節の行事（初詣・どんどや・豆まき・花見・七夕・クリスマス会等）・体を動かす行事（わらびスポーツ大会等）その他にもりんご狩り・バーベキュー・日帰り旅行等、豊富で積極的な内容になっています。

### 5 利用者の状態に合わせた食事サービス

ひとり一人の食事の内容は管理栄養士により計画されています。内容は利用者の身体状況、健康状態に合わせた食事の量や種類をはじめ、栄養補給、水分補給量等具体的な内容で用意されています。

・食事の介助は利用者に合わせて食事内容や食事形態（刻み食・ミキサー食等）更にひとり一人の状態に合わせて介助方法（見守り・一部支援・全支援）に沿って行われています。

・嗜好を考慮した内容になっており、朝の主食はパン食かご飯を好みで選択出来て、適温の食事が提供されています。夕食時にビールを飲まれる利用者（禁止されている人はノンアルコールビール）はおつまみ（焼鳥・枝豆等）も事前に希望（有料）して用意してもらえる様になっております。その他施設内でのプロの出前調理等（すし・ラーメン等）楽しく食べる工夫等が行われています。

### 6 熊本地震の対応

4月の熊本地震の際には、亀裂が入り段差ができるなどの施設の被害がありました。地震を認識していない方も多い中、職員とともに、利用者全員がマイクロバスと10人乗りの車で避難し、地元の消防団も駆けつけ、怪我人を出すことなく、法人本部（コムサール）へ4月16日～29日の間、避難しました。

改善を求められる点

### 1 施設の安全に関する環境の改善

昭和57年に開設された本施設は34年を経過し、建物や設備の老朽化による対応が課題となっています。平成23年度から25年度にかけて個室化、バリアフリー化トイレ改修、スプリンクラー整備や作業棟、厨房の改修が実施されています。今回の熊本地震における施設被害により、利用者は2週間の避難生活を余儀なくされています。立地条件による安全面の改善すべき課題もあります。国道から約2kmの進入路の長さや、山間部にあるため冬期の路面凍結や積雪などの交通に関する課題があります。中長期計画において施設の老朽化、立地条件、利用者の重度・高齢化の課題対応のため移設が計画されています。職員による「わらび未来検討委員会」において検討されていますが、有識者や利用者、家族を含めた協議が期待されます。中長期事業計画及び収支計画に則した進捗状況確認による工程管理と職員の共通理解が期待されます。

## 6 第三者評価結果に対する事業者のコメント

(H 28.12.7)

今回、初めて第三者評価を受審することで、職員参画の下、役割分担(チーム)を決め、準備をして参りました。各チームで準備を進めているうちに、何が足りないのか、何が必要なかを職員一人ひとりが考えることによって、意識改革に繋がり、また職員の自覚、改善意欲の醸成及び課題の共有化が促進されたと感じました。新たに利用者支援のための委員会等を立ち上げられたことも良かった点でした。

評価結果において、指摘を受けた点を職員全員が共有し、協議を重ね早い段階での改善を目指し、この評価結果がスタート地点という理解のもとで、さらなるサービスの質の向上に繋げていきたいと考えます。

(別記)

(公表様式1)

## 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	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	H28年3月28日～H28年11月9日
評価調査者番号	第10 - 010号
	第13 - 011号
	第14 - 005号

#### 1 福祉サービス事業者情報

##### (1) 事業者概要

事業所名称：障がい者サポートホームわらび (施設名)	種別：障害者支援施設
代表者氏名：管理者 菊川裕一 (管理者)	開設年月日： 昭和57年4月1日
設置主体：社会福祉法人 菊愛会 経営主体：社会福祉法人 菊愛会	定員：32名 (利用人数) 33名
所在地：〒861-1682 熊本県菊池市重味2380 - 7	
連絡先電話番号： 0968-27-1381	F A X 番号： 0968-27-1461
ホームページアドレス	<a href="http://www.warabigakuen.or.jp">http://www.warabigakuen.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					
施設入所支援・生活介護・短期入所・日中一時	わらびスポーツ大会・障がい者スポーツ大会・交流活動・きらめき大会・七夕・そうめん流し・バーベキュー・魚釣り・施設親善スポーツ大会・ナイスハート・一泊旅行・日帰り旅行・クリスマス会・望年会・イルミネーション見学・どんどこや・豆まき・ボウリング大会他					
居室概要	居室以外の施設設備の概要					
一人部屋 17部屋 256.76㎡ 二人部屋 10部屋 174.12㎡	食堂・厨房・医務室・静養室・浴室・便所・洗面所・支援室・事務室・作業棟・機械室・多目的室・相談・会議室他					
職員の配置						
	職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
	管理者兼サービス管理責任者	1		社会福祉主事	1	

	事務員	3				
	生活支援員	21	1	介護福祉士	5	
				保育士	1	
				介護支援専門員	1	
				社会福祉主事	3	
	看護師	2		看護師	2	
	管理栄養士	1		管理栄養士	1	
	調理員	4		調理師	3	
	合計	32	1	合計	17	

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

### 1) 理念

法人理念【感・共・和】

【大切にしたい価値観】

1. 私たちは、感謝・感動・感激の心を最も大切にします。
2. 私たちは、繋がりと和を重んじ、共育・共栄に努めます。
3. 私たちは、常に向上心・探究心を持ち、自己研鑽に努めます。
4. 私たちは、地域づくり・地域福祉に貢献します。

【目指す職員像】

生命や出会いに対して感謝の持てる人

感謝の気持ちを伝えられる人

小さなことにも感動・感激し、与える事のできる人

人と人の繋がりの中で、ともに成長できる人

常に可能性を見出し、何事にも取り組み、諦めない人

一步先へ進む意欲を持ち、夢・目標に向かいチャレンジする人

地域の方から信頼され、行動力のある人

福祉の専門性を活用し、地域資源の活性化に努める人

### 2) 運営方針

利用者1人1人が快適な生活を送れるよう、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って課題やニーズを把握し個別支援計画を作成する。それについて利用者保護者の同意を得てサービスを提供する。また施設でもできる、明るく家庭的な雰囲気を提供できるよう日々探求し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村や保険・医療機関、その他の関係諸機関との密接な連携を図る。利用者及び家族等からの福祉サービスや人権に関すること等、いかなる相談・苦情についても、誠意を持って対応し、「運営規定」に基づき、中立・公平なルールに沿って、人権擁護・相談・苦情等の解決を図る。

- (1) 生活自立(自立)支援の為に効果的な福祉サービスを提供し、利用者の生きがいや幸福感等に配慮した支援を行う。
- (2) 利用者自身が日常生活の中で身体的・精神的・社会的及び文化的に満足できるよう支援する。

- (3) 身体が不自由な方や高齢者等については、情緒の安定を図ると共に、医療的サービスには特に留意し、支援体制の充実・強化を図りながら支援する。
- (4) 障害者総合支援法の理念に基づき、利用者が「地域社会の中で生活できること」を目的とし、利用者や家族個々のニーズや必要性に応じた主体的生活の充実を図れるよう支援する。

### 3 施設・事業所の特徴的な取組

#### 【特徴的な取り組み】

サポートホームわらびは、菊池溪谷に程近い自然に恵まれた場所に位置しています。その自然に恵まれた絶好の生活環境の中で、利用者の方々が日常生活を通してより良い生活習慣の確立ができるよう支援を行なうと共に社会生活への適応を高める為、様々な支援を行なっています。日中帯の生活介護事業においては、生活支援、創作活動、作業活動、運動や音楽活動等の様々なサービス提供を行なっております。生活支援では、日常の基本的動作を支援しながら、本人のニーズに沿った支援展開を個別に行なう事で、QOLの向上に繋げていきたいと考えています。臨床動作法、創作活動、運動や音楽活動等においては、情緒の安定を図り、健康で充実した生活を送って頂く為の支援を行なっています。作業活動等では、就労意欲を養い、自立していく為の支援を行ない積極的に地域との交流をする事で、障がい者を有される方々への理解を深めて頂くと共に地域に根ざした福祉（施設型福祉から地域型福祉）への改革に全力で取り組んでいます。

#### 【利用者処遇の向上に向けた取り組みについて】

運営規程に基づき、利用者の人格を尊重し、その人の特性に応じた支援に努めています。

苦情解決システムを活用し、質の高いサービスの提供に努めています。

利用者の自発的な活動及び利用者の思いを職員が柔軟に受け止めて行く感性を培いつつ利用者に対して様々な情報提供をすることに努めています。

施設内における日常生活のほか、地域資源等を利用しながら利用者の社会生活の場の拡大に努めています。

施設内の整理整頓や修理等を行い、生活空間をきれいにするとともに生活しやすい環境づくりに努めています。

#### 【施設の整備計画について】

平成23年度熊本県障害者自立基盤整備事業補助金により、個室化、バリアフリー化、トイレ等の改修工事、平成23年度熊本県障がい者福祉施設耐震化等特別対策事業でスプリンクラーの整備、平成25年度熊本県障がい者福祉施設整備事業補助金により、厨房、作業棟等の改修工事が終了しています。今後、施設の老朽化及び利用者の重度・高齢化に伴い創設の計画を進めている段階です。

#### 4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年3月28日(契約日) ~ 平成28年11月9日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	1回(平成 年度)

#### 5 評価結果総評

特に評価の高い点

##### 1 利用者の意思を大切にした支援

障がい者サポートホーム「わらび」は1982年4月設立された菊池郊外の閑静な場所に位置しています。利用者は20～80才代の知的障害、身体障害等の障がい度の高い人が多く入所されています。

その中で気持ちを言葉で表現出来ない人も多く、利用者の表情やジェスチャー等で変化や気持ちを汲み取り、「自己選択・自己決定」を大切にしながらサポートする取り組みが進められています。

##### 2 人権を尊重した支援

職員は、日常の重度障がい者への支援の中で、時として利用者軽視の行動に陥らないよう、毎日の朝礼で「法人理念」・「大切にしたい価値観」及び「虐待防止テーマ」を唱和しています。又「目指す職員像」8点を名刺大に印刷し、常に携帯して折に触れ確認しながら仕事をしています。

「倫理綱領に基づく具体的行動規範」の中で、職員が利用者に対し【さん、君をつけて呼ばず、呼び捨てやあだ名で呼ぶこと】【命令口調になったり、大声で叱責すること】などを具体的に挙げて禁止しています。

##### 3 個別の支援計画が詳細で、状況を保護者に毎月報告

計画は利用者ひとり一人、個別に策定されており「わたしの希望・ニーズ整理表」や「わたしのチャレンジ計画」「個別支援モニタリング表」等、利用者のやりたい事、出来る事、困る事等が詳しく記入されています。家族の希望や状況も記載され、内容の評価や見直しは定期的(6ヶ月・1年)と必要時、随時に行われており、利用者への支援の充実に努められています。

毎月、保護者にチャレンジレターとして、利用者の健康状態・活動参加状況・必要な連絡事項を知らせ、返事を頂くこともあります。

##### 4 余暇・レクレーション活動の充実

余暇やレクレーション、社会体験活動は利用者の希望を重視して行われており、内容は年間の行事計画の中に取り入れられています。

施設内の活動(障害の程度に合わせた3B体操・音楽活動・口腔体操等)や季節の行事(初詣・どんどや・豆まき・花見・七夕・クリスマス会等)・体を動かす行事(わらびス



ポーツ大会等)その他にもりんご狩り・バーベキュー・日帰り旅行等、豊富で積極的な内容になっています。

## 5 利用者の状態に合わせた食事サービス

ひとり一人の食事の内容は管理栄養士により計画されています。内容は利用者の身体状況、健康状態に合わせた食事の量や種類をはじめ、栄養補給、水分補給量等具体的な内容で用意されています。

・食事の介助は利用者に合わせて食事内容や食事形態(刻み食・ミキサー食等)更にひとり一人の状態に合わせた介助方法(見守り・一部支援・全支援)に沿って行われています。

・嗜好を考慮した内容になっており、朝の主食はパン食かご飯を好みで選択出来て、適温の食事が提供されています。夕食時にビールを飲まれる利用者(禁止されている人はノンアルコールビール)はおつまみ(焼鳥・枝豆等)も事前に希望(有料)して用意してもらえるようになっております。その他施設内でのプロの出前調理等(すし・ラーメン等)楽しく食べる工夫等が行われています。

## 6 熊本地震の対応

4月の熊本地震の際には、亀裂が入り段差ができるなどの施設の被害がありました。地震を認識していない方も多い中、職員とともに、利用者全員がマイクロバスと10人乗りの車で避難し、地元の消防団も駆けつけ、怪我人を出すことなく、法人本部(コムサール)へ4月16日~29日の間、避難しました。

改善を求められる点

### 1 施設の安全に関する環境の改善

昭和57年に開設された本施設は34年を経過し、建物や設備の老朽化による対応が課題となっています。平成23年度から25年度にかけて個室化、バリアフリー化トイレ改修、スプリンクラー整備や作業棟、厨房の改修が実施されています。今回の熊本地震における施設被害により、利用者は2週間の避難生活を余儀なくされています。立地条件による安全面の改善すべき課題もあります。国道から約2kmの進入路の長さや、山間部にあるため冬期の路面凍結や積雪などの交通に関する課題があります。中長期計画において施設の老朽化、立地条件、利用者の重度・高齢化の課題対応のため移設が計画されています。職員による「わらび未来検討委員会」において検討されていますが、有識者や利用者、家族を含めた協議が期待されます。中長期事業計画及び収支計画に則した進捗状況確認による工程管理と職員の共通理解が期待されます。

## 6 第三者評価結果に対する事業者のコメント

(H 28.12.7)

今回、初めて第三者評価を受審することで、職員参画の下、役割分担(チーム)を決め、準備をして参りました。各チームで準備を進めているうちに、何が足りないのか、何が必要なのかを職員一人ひとりが考えることによって、意識改革に繋がり、また職員の自覚、改善意欲の醸成及び課題の共有化が促進されたと感じました。新たに利用者支援のための委員会等を立ち上げられたことも良かった点でした。

評価結果において、指摘を受けた点を職員全員が共有し、協議を重ね早い段階での改善を目指し、この評価結果がスタート地点という理解のもとで、さらなるサービスの質の向上に繋げていきたいと考えます。

## 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。

(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	32	
	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	6	

## 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>法人理念を【感・共・和】とし、共生社会の実現に向けて大切にしたい四つの価値観として「1.感謝・感動・感激の心を最も大切にします。2.繋がりと和を重んじ、共育・共栄に努めます。3.常に向上心・探究心を持ち、自己研鑽に努めます。4.地域づくり・地域福祉に貢献します。」を掲げています。職員行動規範として「感謝の持てる人、感謝の気持ちを伝えられる人、感動・感激し与えることのできる人、ともに成長できる人、何事にも取り組み、諦めない人、夢・目標に向かいチャレンジする人、地域の方から信頼され、行動力のある人、地域資源の活性化に努める人」を目標としています。法人全体会議や朝礼による唱和、職員全体会議等における継続的な取組みにより理解を深め、利用者会議や家族説明会において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>法人理事長は日本知的障害者福祉協会の政策委員や県知的障害者施設協会役員として社会福祉事業全体の動向について把握に努めています。施設長は県関係団体や市障害福祉計画策定に参画し、地域における情報収集と経営課題の分析に努めています。</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>法人において「経営企画会議」や「運営管理委員会」を組織し、経営状況の把握・分析に基づく具体的な課題の共有化が図られています。昭和57年に開設された本施設は、老朽化に伴い平成23年度から平成25年度にかけての改修工事が終了しています。今回の熊本地震による施設被災により、利用者は法人内施設への一時避難生活を余儀なくされました。「わらび未来検討委員会」を立ち上げ利用者の重度・高齢化に向けた取り組みと施設移設に向けた計画策定の具体的な取組みがあります。</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;  中長期計画は法人全体の基本理念、運営方針、基本方針と施設の基本方針、現状と将来、重点課題、収支見通しから構成されています。重点課題として障がい者総合支援法の基本理念に基づく地域社会における共生を掲げています。地域福祉の核となり高齢者に特化し将来グループホームに移行できる施設への移設が計画されています。重度・高齢化へのハード面からの対策や人材育成対策として介護技術の標準化と個別対応のスキルアップが課題として明確化されています。</p>		
5	- 3 - ( 1 ) - 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
<p>&lt;コメント&gt;  事業計画は運営方針、重要取組事項、生活介護活動計画、行事計画、短期入所・日中一時支援計画、医務、給食事業、事務分掌、収支予算の各項目により構成されています。事業計画は数値目標等により具体的に示され、全体計画と業務ごとに策定されています。</p>		
- 3 - ( 2 ) 事業計画が適切に策定されている。		
6	- 3 - ( 2 ) - 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
<p>&lt;コメント&gt;  事業計画は業務ごとの職員により年度末において事業実績見込みを評価し、次年度への継続事業と新規事業が策定されています。毎月の職員全体会議による評価と見直しにより周知の徹底が図られています。</p>		
7	- 3 - ( 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;  事業計画は利用者会議や家族総会において説明し、掲示や毎月の家族あてのチャレンジレターにより共通理解に努めています。</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
- 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	- 4 - ( 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;  施設の各業務の評価を基に全体会議、主任会議、支援者会議において検討し、法人の経営管理委員会において、各施設の協議がなされています。</p>		
9	- 4 - ( 1 ) - 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。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  各業務の職員参画の下、事業ごとの年度計画が策定され、改善策が実施されています。毎月の全体会議等において実施状況の確認と見直しが行われています。</p>		

### 評価対象 組織の運営管理

#### - 1 施設管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
- 1 - (1) 施設管理者の責任が明確にされている。		
10	- 1 - (1) - 施設管理者は、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>施設長は中長期計画や単年度事業計画において管理運営方針を明確にし、広報や各種会議において職責の周知に努めています。</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>施設長は苦情解決研修会や障がい者差別解消法研修会を受講するなど、管理者として関係法令の遵守に努めています。虐待防止委員や人権管理委員を指定し全職員を業務分担表により関係法令の周知徹底を図っています。</p>		
- 1 - (2) 施設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>施設長は個別支援会議や全体会議を通じて、業務の課題を協議するなど継続的な評価と具体的な取組に努めています。「わらび未来検討委員会」を組織し中長期計画の実施に向けての取り組みや、重度高齢化への対策委員会を設置しサービスの向上を図っています</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>キャリアパスシステムによる人事労務管理の徹底が図られています。職員による個人目標の設定と1・2次評価と最終評価を個人面談によりフィードバックし、相互理解が図られています。職員担当制を構築し業務の実効性の向上に努めています。</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>法人本部において将来構想委員会を組織し、福祉人材採用促進事業の取組み、県社協などと連携した採用活動や、研修企画委員会による人材育成体制の充実が図られています。</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>基本理念に「目指す職員像」として行動規範を示し意識の共有化に努めています。キャリアパスシステムによる人事基準により、個別目標管理と面談による評価に基づく人事管理体制があります。</p>		
- 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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組んでいる。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p>		

<p>法人総務部の労務管理において就業状況を把握する体制があり、キャリアパスシステムによる個別面談などにより意向把握に努めています。健康診断や婦人がん検診、予防接種の補助制度があります。平成 27 年度以降、休暇取得の促進、短時間労働の導入、時間外労働の削減等への取り組みを行なっています。</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; 「目指す職員像」を示しキャリアパスシステムにより目標管理が明確にされ、個別目標の設定と管理を評価と面談により確認し、相互理解による職員育成の仕組みが構築されています。</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; 基本理念に「目指す職員像」を示し、法人の研修企画委員会による体系的な計画管理と評価が実施されています。重度障害者支援加算に伴う強度行動障害支援者養成研修などの制度改正に対応した中長期計画があります。</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; 研修企画委員会により各施設の資格取得者、受講修了者が把握されています。中長期計画において資格取得とスキルアップのため継続的な自己啓発が求められ、社会福祉事業大学入学支援など法人の積極的な取組が見られます。</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; 実習担当者を配置した養成校からの受入れ体制があります。福祉の人材育成への協力のため基本姿勢、連絡窓口、事前説明、実習方法、養成校との連携などを示した実習受入れマニュアルの整備が、なされています。</p>		

### - 3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
<p>- 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。</p>		
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; 法人の広報委員会の作成によるホームページ、広報誌「ぼっとまむ」、パンフレットにより法人全体と各事業所の情報が適切に公開されています。直近の広報誌では熊本地震、法人全体会議、各事業所特集が掲載され地域に向けての積極的な情報提供があります。</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; 諸規定による職務分掌と権限が明確にされ、業務の執行や財務管理の組織体制が構築されています。法人役員による内部監査体制と公認会計士等への業務委託による指導、助言を得</p>		

て経営改善を図っています。

#### - 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 ) - 利用者との交流を広げるための取組を行っている。	a ・ b ・ c
<p>施設運営方針に「地域との共生」を掲げ、利用者が「地域社会の中で生活できること」を目的とし、主体的生活の充実を図っています。校区夏祭りへの参加や施設の納涼祭、ドンドヤへの案内、自治区の清掃作業への参加など積極的な相互交流が見られます。買い物など日常生活においては個別園外活動計画書により、見守りや支援を心掛けています。</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; ボランティア対応マニュアルにより意義や手順を定め受入れ体制を整備しています。中学生の福祉体験学習や納涼祭での音楽クラブとの交流、隣接する学校林育成への協力活動があります。</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関係機関・団体等の機能や連絡方法を明確にし、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; 社会福祉施設連絡協議会や定期的な各種連絡会に参画し情報の共有に努めています。法人内の相談支援、生活介護、在宅支援事業と連携し協働化が図られています。重度高齢化に対応し医療、福祉、消防、警察などの関係機関との連携強化に努めています。</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; 法人内における講演会輝なっせフォーラム開催や一時避難場所の提供、生活困窮者支援事業など積極的な取組みがあります。職員による地域の高齢者に対する買い物、移動支援活動の計画化に取り組んでいます。</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; 法人において自治体や関係機関、職員が参画する地元団体との連携を図り、相談支援事業により福祉ニーズに基づく障害者、高齢者、児童福祉等の総合的な事業が展開されています。生活困窮者の就労支援や短期入所、日中一時支援事業など生活課題、福祉課題の支援事業により地域貢献が図られています。</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;</p> <p>法人理念【感・共・和】や【大切にしたい価値観】として、1 感謝・感動・感激の心、2 共育・共栄、3 自己研鑽、4 地域福祉への貢献を挙げ、【目指す職員像】8 点と共に会議室に掲げ、朝礼やミーティングの際、唱和確認しています。</p> <p>「倫理綱領」それに基づく「具体的行動規範」が規定され、入職時に配布されています。職員会議、研修、勉強会、法人が発行する機関誌などで、職員への周知を図っています。</p> <p>個別支援計画書などの作成の際、個々の利用者に合わせて、写真やひらがな等を使った分かり易い表記の書類と、家族用の書類の 2 種類を発行しています。</p> <p>法人で「虐待についての研修会」を年 1~2 回行っており、毎回多数の職員が参加しています。</p> <p>月 1 回「虐待防止チェック」を行い、職員会議で検討し、職員の意識向上に努めています。</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;</p> <p>「プライバシー保護等マニュアル」として、【知的障害のある方を支援するための行動規範】等を整備し、職員には入職時研修・法人内研修が行われています。</p> <p>施設には個室以外に 2 人部屋も使われていますが、ベッド等の配置に留意し、一人になりたい時の、くつろぎのスペースにも配慮があります。</p> <p>又入浴の際、大きな浴槽を怖がる方には、家庭でのような浴槽で、一人ずつゆったりした支援が行われています。トイレの便座の高さを変えて設置しているほか、和式トイレも設置されています。</p> <p>これらの取り組みについて、月 1 回の「利用者会議」で説明・周知され、家族の方には年 1 回の「家族会総会」で説明しています。</p> <p>玄関前に「人権侵害ゼロの誓い」を掲示し、職員全員が署名を行っています。</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;</p> <p>県下の市町村役場や関係各所に、写真や絵などで分かり易く、法人の各事業所を紹介したパンフレットを置いています。</p> <p>利用希望者などの見学については、ご本人・ご家族に対し施設内の案内、利用内容の説明など詳しく行っています。利用の希望者には施設での生活体験も行っています。</p> <p>ホームページ・パンフレットの見直し、改善を適宜おこなっています。</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;</p> <p>サービス開始時には、重要事項説明書をお渡しして、利用者・ご家族に説明しています。昼間運動がしたい、仕事をしたいなどの希望がある利用者には、ニーズを聞き取り、自己決定を尊重しています。</p> <p>利用者が理解し易いように作成された、「意思決定支援についての考え方、ルール等」でイラスト・写真などを用いて説明し、また体験もしていただき、理解しやすい工夫・配慮を行っています。</p> <p>サービス開始・変更時の同意書を受け、管理されています。</p> <p>意思決定が困難な利用者への配慮には「意思決定支援マニュアル」を作り運用しています。</p>		



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>サービスの変更・終了時には、「サービス事業所の変更、地域・家庭への移行時手順マニュアル」に沿って、利用者・ご家族及び関係職員の話し合いを経て、利用者に不利益が生じないように配慮されています。</p> <p>相談窓口は担当支援員・担当主任としています。「退所される方へ」の中で窓口・相談方法などについて、イラストを含めて明記しています。</p> <p>現在「退所者の会」のような組織の育成はしていませんが、いずれ市街地でグループホームなどに移行した後、「入居者の会」は必要か等について、利用者会議の議題として提案をしています。</p>		
- 1 - ( 3 ) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	- 1 - ( 3 ) - 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;</p> <p>「利用者満足推進委員会」を組織し、利用者・御家族へのアンケート調査に年1回取り組んでいます。また利用者会議が月1回行われ、推進委員をはじめ支援員が数名参加し、利用者の意思表示や自己決定の援助を行っています。家族会総会は年1回開かれ、利用者及びご家族が参加し、職員も参加しています。</p> <p>「利用者満足推進委員会」での調査の結果、買い物、グループ旅行、野球観戦、美容室利用などを聞き取っています。これについてヘルパー利用、居宅介護事業所、ご家族などと連携を図りながら実現に取り組んでいます。</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>苦情解決の体制が整備され、その仕組みを分かり易く説明した掲示物が張り出されています。「ご意見箱」がログハウス・玄関入り口に設置され、出された内容は、受付簿に記入されています。</p> <p>苦情記入カードを設置し、匿名でのアンケートを年1回行っています。苦情と共に要望なども出され、受付と解決を図った記録が「苦情解決結果報告書」として保管され、個別支援計画に反映されています。</p> <p>苦情内容の検討・対応については、「意見・要望・苦情・不満を解決するための手順書」に沿って行われ、利用者会議・家族会総会でフィードバックされています。現在まではご家族がHP上での公表は拒否されており、インターネット上の公表はされていません。</p> <p>苦情・要望共「利用者満足委員会」や職員会議で検討し、勉強会・OJTにも盛り込み、福祉サービスの質の向上に取り組んでいます。</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>利用者が相談したり意見を出したりしたい時、どうすれば良いかについて、「ポスター」を作成・掲示しており、利用者会議で繰り返し説明しています。</p> <p>相談室を設け個別に職員と相談ができ、談話室になっているログハウス、支援室でも気軽に相談できます。</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

<b>&lt;コメント&gt;</b> 「意見・要望・苦情・不満を解決するための手順マニュアル」を整備し、毎年見直しを行い、職員に配布しています。 ほとんどの利用者は重度の知的障害を持っておられ、要望・意見を言葉に表せませんが、表情や行動などから、職員が気づき寄り添った支援がされています。		
- 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
<b>&lt;コメント&gt;</b> リスクマネージャーを配置し、委員会の設置をしています。「事故防止マニュアル」を整備し、緊急事故への対応、与薬の事故、など知的障がいのある利用者の命を、不測の事態からどう守るかについて纏め、各部署に置き職員に周知されています。 日常生活の中での「ヒヤリハット報告書」は「リスクマネジメント委員会」会議で分析し、全体会議で報告し、再発防止に務めています。 月 1 回 OJT での勉強会・職員会議で、事故防止・安全確保についての研修が行われています。 「健康マニュアル」に従い、健康管理表・カードを作成しています。		
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
<b>&lt;コメント&gt;</b> 「感染症マニュアル」を整備し、2名の看護師を中心とした「感染症対策委員会」により、年数回その予防・対応について利用者、職員合同勉強会を行っています。法人医務委員会でも、実践的研修が行われています。 予防策として、流行期には、1日2回ソリューションウオーターの噴霧を行い、感染症発生の際は、隔離し、看護師の指導により対応を行っています。		
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
<b>&lt;コメント&gt;</b> 「風水害・台風・地震等防災計画」・「大規模地震に対する防災マニュアル」などマニュアルを整備し、担当者・連絡網など対応体制を整えています。 当施設は山間地にあり、避難道路が1つしかないので、地元消防団との密接な連携を図り、素早い避難ができるよう体制を作っています。 食料の備蓄については、災害後3日間分を目安に、管理栄養士が管理しています。備品はリストにして、副防火管理者により管理されています。 毎年2回消防署立ち合いによる避難訓練を行い、地元消防団との連携をしています。		

## - 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
<b>&lt;コメント&gt;</b> 「重要事項説明書」にサービス提供内容が記載され、個々の利用者のニーズに合わせたサービスは、「個別支援計画」を作成し、行われています。 「個別支援計画」は「倫理綱領に基づく具体的行動規範」「個人情報保護マニュアル」や「虐待防止マニュアル」等を踏まえて作成されています。		

<p>年2回のキャリアパスでの個人指導、法人内外での研修会、OJTを活用した研修会などで、職員に周知しています。</p> <p>「個別支援計画」は毎月評価を行い、状態に変化がなければ、半年ごとにモニタリングを行い、見直しを行っています。</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>「個別支援計画」に基づき、毎月評価を行っています。状況変化のある利用者については、毎月行われる支援者会議・ケース会議で、サービス管理責任者に報告し、見直し検討を行っています。</p> <p>「個別支援計画」の見直しにあたっては、利用者のニーズを聞き取り、アセスメントを行い、「私のチャレンジ計画（利用者の目標・ニーズをまとめたもの）」を担当者が作成し、サービス管理責任者により、「個別支援計画」の見直しを行い、月1回チャレンジレターで家族へ報告し、利用者・家族の同意を得ています。</p> <p>職員提案箱の設置をし、職員からの意見・提案を受け、リスクマネジメント委員会でも、提案・検討されています。</p>		
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>施設長がサービス管理責任者として、福祉サービス実施計画策定の責任者となっており、各担当者がアセスメントを行っています。</p> <p>アセスメントの協議は、看護師・管理栄養士・支援主任・担当職員の参加により行われています。必要に応じて、医師の意見を聞いたり、家族・成年後見人、市役所の担当者などが参加して行われたりすることもあります。</p> <p>支援困難ケースへの対応について検討が行われています。精神面で不安定が激しくなり、叫んでしまうような利用者は、短期的に他の施設に入所したり、ガラスを割ってしまったりする利用者の危険防止策として、ガラスの代わりにアクリル板を使用するなどの計画が策定されています。</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>「個別支援計画」の見直しは利用者本位の視点で行われ、状態に変化がない場合は、半年ごとにモニタリングを行っています。サービス管理責任者・看護師・栄養士・支援主任・利用者担当支援員が参加して行われ、利用者・家族の同意を得ています。緊急時に変更が必要な時にも、同じ手順で行われています。</p> <p>その内容は、個人ファイル並びにパソコンで管理され、関係職員に周知されています。</p> <p>「個別支援計画」は、利用者にとって取り組みやすいことを盛り込み、スモールステップ方式を実施し、月の評価により課題や支援内容について明確にしています</p>		
- 2 -( 3 ) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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、職員間で共有化している。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「生活する上での可能性・支援の必要性の確認」の書式を使って、アセスメント記録をし「私のチャレンジ計画」でも利用者の目標・希望などについて把握し記録しています。</p> <p>職員の記録への指導については、リーダーによる第一チェック、主任による第二チェックを通して行われています。</p> <p>パソコンのネットワークシステムは「煌き日誌」として整備され、情報の共有ができてい</p>		

ます。		
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;</p> <p>利用者の記録の保管・保存・廃棄・情報の提供について、法人で整備している「個人情報保護マニュアル」・「個人情報保護・管理規定」に基づいて、適切に行われています。</p> <p>個人情報の不適正な利用・漏洩に対する対策と対応方法についても、上記により規定されています。</p> <p>記録の管理についての、職員に対する研修は、年1回法人で定期的に行われています。</p> <p>個人情報の取り扱いについて、利用者や家族への説明をした上で、「個人情報使用同意書」を頂いています。</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;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者に対する接し方や権利を擁護する事項は「虐待防止対応規程」の中に整備されています。</li> <li>利用者を苗字で「〇〇さん」付けして対応する事は掲示や毎日の朝礼で唱和され、丁寧な言葉遣いや接し方に努められています。</li> <li>入浴介助（3人で介助）、排泄介助も同性介護の原則が守られており、接遇の職場内研修や外部研修も行われています。</li> </ul>		
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;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者のコミュニケーションを高めるための具体的な方法は「わたしの希望ニーズ整理表」や「わたしのチャレンジ計画」「個別支援モニタリング表」等が写真も入れて記録されており、利用者のやりたい事や出来る事等詳しく策定されており、</li> <li>モニタリング表は6ヵ月に1回の見直しが行われており、利用者、家族の希望や状況、長期目標、短期目標等が記録されており、具体的な支援方法に沿って行われています。</li> <li>意志の伝達に制限のある人は日常の支援の中で利用者の表情や反応、ジェスチャー等の表現に心がけて、意思伝達出来るだけ理解出来る様に努められています。</li> </ul>		
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;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の意向を尊重した主体的な活動は「自己選択・自己決定」を大切にする方法で行なわれています。</li> <li>毎月1回の利用者主体の会議があり、職員は側面的にサポートしています。主に食事や余暇活動レクレーションに関する事が多く出されています。</li> <li>利用者から出された要望は出来るだけ年間行事の中に計画されています。具体的に施設外交流（老人ホーム）や地域行事（どんどや・夏祭り等）プロの出前調理（すし・ラーメン等）が行われています。</li> </ul>		

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が自力で行う日常生活の支援は見守りの姿勢で努められています。介助が必要になった時は利用者（必要時家族）との話し合いで行われています。</li> <li>・施設の整備は平成 23 年バリアフリー化とトイレの改修や平成 25 年に厨房、作業棟の改修、熊本地震による改修工事等が施工されており、利用者が自力で活動の範囲を広げられる様に整備されています。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会生活力を高めるために年間行事計画の中に学習や体験のプログラムが用意されています。</li> <li>・施設外の体験は初詣、どんどや、スポーツ大会、温泉バイキング等豊富な内容が計画されて実施されています。情報は廊下の掲示板に表示されて利用者に提供しています。</li> </ul>		

## A - 2 日常生活支援

		第三者評価結果
0A - 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食事は管理栄養士による「栄養ケア計画書」が策定されており、利用者ひとり一人の健康状態に合わせた栄養補給の具体的な内容が記載されています。</li> <li>・内容は水分補給、準備（エプロンを使用・食器の内容）介助の方法（見守り・一部支援・全支援）等が明示されています。</li> <li>・利用者の体調の変化や身体状況に応じて個別の食事内容が用意されています。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食事の嗜好は6ヶ月に1回利用者会議の中で嗜好調査が行われています。朝の主食はパン食かご飯を好みで選ぶことが出来て、適温の食事が提供されるよう努められています。</li> <li>・介助が必要な人は誤飲、誤嚥しないように注意しながら支援が行われています。</li> <li>・夕食時にビールを飲まれる利用者のおつまみ（焼鳥・枝豆・チキンバー等）も事前に希望（別料金）して一緒に用意してもらえるようになっており、楽しく食べられる工夫が行われています。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食事はある程度の幅で利用者の好きな時間に食べられるようになっています。食堂の2～6人掛けのテーブルは気の合った人同士が同じテーブルで食事出来る様に配慮されています。</li> <li>・給食委員会が月1回行われて、食堂の喫食環境等の話し合いや改善が図られるよう努められています。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入浴介助は3人の同性支援員により、行われています。ひとり一人の介助内容、方法は「支援マニュアル」に記載（洗体・洗髪・ひげそり・着替え等）してあり具体的な内容が記録されています。</li> <li>・浴室内の浴槽も大浴槽（200×150 cm）と小浴槽（110×70 cm）があり、利用者の好みや障害程度等で利用できるようになっています。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入浴は14時から体調変化がない限り毎日行われています。</li> <li>・失便、尿失禁等の時は必要に応じて浴室で洗浄や入浴、更衣が行われています。</li> <li>・入浴時間は利用者との話し合いで決められて利用出来る様になっています。</li> </ul>		
56	A - 2 - ( 2 ) - 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・浴室の出入り口はプライバシー保護のため、ドアとカーテンで仕切られて工夫され、窓を開放にしたままにしない等の配慮が行われています</li> <li>・浴室には手すりが設置され、床はバリアフリーになっており車いすの出入りも対応出来る様な設備の工夫が見られます。</li> </ul>		
A - 2 - ( 3 ) 排泄		
57	A - 2 - ( 3 ) - 排泄介助は快適に行われている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・排泄介助は「支援マニュアル」の中に支援内容（見守り・一部支援・全支援・おむつ利用等）が記載されており、内容に基づいて実施されています。</li> <li>・バルンカテーテル留置の利用者は2名で注意事項が記載されており、採尿時間や接続部の消毒等感染予防や方法等の周知に努めています。</li> <li>・排泄記録用紙があり、経時的に水分摂取量とも一緒に記載出来るようになっています。</li> </ul>		
58	A - 2 - ( 3 ) - トイレは清潔で快適である。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・トイレの入口はドアやカーテンで仕切られて、プライバシーの保護や清掃は毎日と汚れた時は直ちに対応し清潔に努められています。</li> <li>・防臭については換気扇を常時使用して必要に応じて消臭剤スプレー（市販）等を利用しています。冬の寒い時期は電気温風ヒーターで対応しています。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・衣類は利用者の好みを尊重して選択し、季節の変化に応じて衣替えが行われています。</li> <li>・利用者の衣類の購入希望があれば、一緒に菊池市内等での買い物支援に応じています。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・衣類が汚れた時や着替えの希望があれば対応して、身だしなみや清潔に努められています。</li> </ul>		

<p>・介助が必要な場合は「支援マニュアル」に沿って行われ、支援内容（衣服の着脱・靴下の着脱・洗濯等）が具体的に記載されています。</p>		
<p>A - 2 - ( 5 ) 理容・美容</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・歯みがきは毎食後に行い、誘導や介助で実施されております。爪切り、髭剃り等介助が必要な利用者には支援を行っています。</li> <li>・理容は月1回理容師の施設訪問で利用者の個性や希望を尊重して実施されています。</li> </ul>		
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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設外の美容院での毛染めやカット、マニキュア等の利用者からの希望や相談があれば職員が連絡調整を行い、送迎や同行して支援が行われています。</li> </ul>		
<p>A - 2 - ( 6 ) 睡眠</p>		
63	A - 2 - ( 6 ) - 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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の寝具は好みで私物を使用する人もいます。 好みに合わせて、タミカベッドを選ぶ事が出来て、ベッド希望をする人は個人で購入したもののや、身体状況に合わせて、電動ベッド（レンタル）を利用されています。</li> <li>・夜間の個別支援は「支援マニュアル」に基づき介助が行われており、夜勤日誌に（健康面・てんかん発作等）記録されています。</li> </ul>		
<p>A - 2 - ( 7 ) 健康管理</p>		
64	A - 2 - ( 7 ) - 日常の健康管理は適切である。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日常の健康管理は「健康管理マニュアル」が整備され、日々、週間、月間、年間の健康管理内容が記載されています。</li> <li>・インフルエンザ予防接種は利用者の同意（必要時家族）を得て実施されています。</li> <li>・家族には毎月1回利用者の健康状態や生活についての内容を封書で送り、知らせる取り組みがあります。</li> <li>・口腔ケアについては毎食後の歯みがきや歯磨き用ウエットティッシュで清潔に努められています。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・体調の変化時に対応出来るように、全職員の研修として2年に1回消防署での救急救命の実施講習が行われています。</li> <li>・「緊急時対応マニュアル」が用意され、医療機関との連携（菊池中央病院・菊池郡医師会立病院・菊池病院・等）が図られています。</li> <li>・アクセス時間は、「おおむね20分程度」と思われます。</li> </ul>		
66	A - 2 - ( 7 ) - 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に使用される薬物の管理は「薬の管理マニュアル」があり、薬の管理は看護師が行う内容になっています。</li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者のほとんどが薬を内服されており、使用確認は利用者の顔を見て名前の確認等の二重の確認に努められています。</li> <li>・服薬拒否時は与薬する人を変えたり、少し時間をずらしたり、時に食事に混ぜ込んだりする等の方法で与薬が行われています。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・レクリエーションは利用者の希望を重視して、利用者会議での要望等を考慮した、年間の行事計画に取り入れられています。</li> <li>・内容は季節の行事（初詣・どんどや・花見・納涼祭・クリスマス会）や体を動かすスポーツ（わらびスポーツ大会・障がい者スポーツ大会）や1日旅行等豊富で積極的な内容になっています。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・外出は外出届を出して月1回を目指して、買い物等の外出援助が行われています。外出先では体験（レジに並ぶ・お金を払う等）を通して必要な学習が行われています。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・外泊は家族の事情を優先して実施されています。利用者の希望に応じる外泊は家族の高齢化が進み、世話をする人も両親から兄弟、姉妹、従兄弟や遠方に住んでいる人等、様々な状況に応じて調整を行っています。</li> </ul>		
A - 2 - ( 1 0 ) 所持金・預かり金の管理等		
70	A - 2 - ( 1 0 ) - 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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の預かり金は「利用者預かり金等管理及び取り扱い規定」の中に管理方法、金銭出納方法、預かり金の報告等の規定が記録されています。</li> <li>・金銭を自己管理出来る利用者は少なく、必要時に必要なおかねを出して、個別に買い物等の体験学習の支援に努められています。</li> </ul>		
71	A - 2 - ( 1 0 ) - 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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設内で毎日、朝刊、スポーツ新聞を提供し、多目的ホール（ログハウス）には2台のテレビが設置してあります。</li> <li>・利用者の希望に合わせて、居室内での個人のテレビやラジオを所有する事が出来るようになっており、意思を尊重して、好きな番組や音楽を楽しめるようになっています。</li> </ul>		
72	A - 2 - ( 1 0 ) - 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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・たばこは屋外の決められた場所で喫煙し、アルコールは食堂で夕食時に認められています。アルコールが禁止されている利用者にはノンアルコールビールを使用し、配慮が行われて</li> </ul>		



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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会適応するための訓練内容は個人記録の「わたしのチャレンジ計画」や「わたしのきぼう」の中で利用者が希望する暮らしや目標、実施内容等が記録されています。</li> <li>・社会適応訓練で初めて行く所で不安がある時は事前の見学や説明を行い、同意や理解を促しています。</li> <li>・具体的な内容はパチンコ台の解体や法人事業所内の米作り（米粉パン用）、収穫、草取り等行われています。</li> <li>・利用者家族と支援者との交流は、1泊旅行等を図っています。</li> </ul>		

### A - 3 施設・設備

		第三者評価結果
A - 3 - ( 1 ) 施設・設備		
74	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者がスムーズに移動出来るように、廊下の手すりやトイレ、洗面所、浴室、食堂等のバリアフリー化等が整備されています。</li> <li>・広さも浴室（25 m<sup>2</sup>）食堂（72 m<sup>2</sup>）多目的広場（80 m<sup>2</sup>）十分な広さが確保されています。</li> </ul>		

（参考）

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象 ~ ）	4 5	0	0
内容評価基準（評価対象A）	2 9	0	0
合 計	7 4	0	0