

(様式第6号 別紙)

長崎県福祉サービス第三者評価結果報告

① 第三者評価機関名

有限会社 医療福祉評価センター

② 事業者情報

名称：障がい者支援施設 しらぬい学園	種別：施設入所支援、生活介護、短期入所
代表者氏名：武藤 養一	定員（利用人数）：40 名
所在地：諫早市高来町黒新田 260 番地 2	TEL：0957-32-2155

*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

しらぬい学園は、諫早市高来町の山の中腹にあり、周囲を森に囲まれた緑豊かな環境にある事業所である。入所施設、生活介護の作業場、B型作業所、実習生の宿舍等が敷地内に併設されており、敷地は広々としていてゆったりとした雰囲気である。

「和顔愛語（愛護）」（わげんあいご）を理念として掲げ、利用者一人ひとりの生活に寄り添い、利用者の自己決定を尊重した自立のための支援を目指している。

事業所が掲げている理念の通り、利用者の自己決定を尊重した支援を重視して行っていることが特徴である。外部からの訪問販売を取り入れたり、土日の入浴支援の体制など支援内容の変更をしたりする際は、「利用者の会」や随時必要に応じて、利用者に対して必ず事前説明と意思の確認を行った上で実施することを徹底している。

利用者の会にて意見があると手を上げた利用者に対しては、話を聞いてほしい職員を指名してもらい、後日相談する時間を設けて個別に意見を聞いており、利用者が意見を言いやすい環境に配慮している。

半年毎のモニタリングの際は、モニタリングシートその他、「生活満足度・意向確認表」を用いて好きな事、嫌いな事、したい事、悩んでいる事など項目ごとに確認して利用者の意向を引き出しやすい工夫をしながら、定期的に利用者の意向を確認している。また、職員間の情報共有に力を入れており、支援員会議やモニタリング会議などの会議録は全職員の押印欄を作るなど、必要に応じて関係職員の押印欄を設け、確実に関係職員に回覧されるような独自の仕組みになっている。

④第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 2 年 4 月 15 日 (契約日) ~ 令和 2 年 9 月 9 日 (評価結果確定日)
受審回数	今回が初めて

⑤総評

◇特に評価の高い点

1、利用者の意向を取り入れた支援

利用者への支援内容の変更があるときは、実施の前に必ず「利用者の会」や随時機会を設けて説明を行い、利用者の意向を確認することを徹底している。
また、半年に一度のモニタリングの際に、モニタリングシートの他に「生活満足度・意向確認表」を用いて利用者の生活や嗜好、悩み事などに関する意向の聞き取りをしている。聞き取りの際は、前回の内容を伝えて答えやすくしたり職員からの提案型にしたりという工夫をしながら、項目に沿って聞き取りを行い、より具体的な意向を確認している。

2、職員間の情報共有の徹底

個別支援計画立案会議、モニタリング会議、支援員会議などの会議録は議題に沿って詳細に分かりやすく記録されている。会議録の他にも、支援手順の変更の記録には支援時の写真や図を数枚添付し、具体的な支援内容がひと目で分かるようになっており、記録全般について丁寧で分かりやすい記録となっている。会議録等の記録の周知については、回覧する記録ごとに職員の押印欄を必要に応じて作成し、関係職員全員が押印する仕組みとなっており、職員間の情報共有が徹底されている。

◇改善を求められる点

1、地域の福祉ニーズの把握や連携

現在、管理者が長崎県知的障がい者福祉協会の監事を務め、支援課長が専門部会に所属しており、長崎県内の法人間の情報共有は積極的に行っている。今後期待する点としては、より身近な諫早地区や高来町の地域福祉について、地域福祉のニーズの把握とそれを解決・改善するための公益的な事業・活動を主体的に行っていくことで、諫早地区の福祉資源として、より地域に入り込んでいくことを期待したい。

⑥第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、初めて第三者評価を受審させていただき「評価対象の項目」ごとに答えていく中で、改めて福祉サービスの大切な要点となることを教えていただきました。評価された項目については、さらに良いものにしていけるように、そうでなかった項目については、改善していけるように努力していきたいと思えます。今後も利用者様・保護者様そして、地域の皆様のニーズに応えることができる福祉サービスの充実を目指し、精進して参ります。

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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none">・法人の理念、基本方針については、事業所要覧において、職員への周知が図られている。・ホームページにおいて、その内容の把握ができるようにしてあり、利用者においては、理念の内容や現在の取り組みなどを簡単な言葉などを用いながら理解してもらっている。・職員へは、キャリアパス評価シートや職場活性化シートにより、理解の確認を行い、継続した取り組みが行われている。		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none">・長崎県知的障がい者福祉協会の情報等より、障害福祉の動向の理解をしっかりと行い、税理士事務所からの会計に関する適切なアドバイスを活かして、事業の運営がなされている。・単年度の計画及び中期的な計画は社会福祉充実計画をもとに作成している。地域の状況を踏まえて、事業所の運営が行われている。		

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><コメント></p> <p>・経営状況の把握等については、理事会、評議会において審議検討を行い、経営課題についての具体的な取り組みを決めている。具体的な取り組み等については、職員会議において説明報告を行い、職員への周知をしている。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>・中長期的な計画として、平成29年度から平成33年度までの社会福祉充実計画を作成し、目標設定がなされている。数値的な目標も上げて、社会状況などによっても見直しを行い、取り組みを行っている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>・社会福祉充実計画をもとに、単年度の計画を作成している。中長期計画を踏まえた単年度の計画において、より具体的な計画になっており、数値や具体的な取組の成果について評価を行い、実施状況や達成度を踏まえて次年度の計画を策定している。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>・次年度の事業計画は、年度末の職員会議において、職員から意見を聞くなど、職員の参画のもと作成されている。事業計画の実施においては、職員への説明を行い、組織的に行われている。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a)・b・c
<p><コメント></p> <p>・事業計画については、家族会、利用者の会において、説明している。コミュニケーションが難しい利用者においては、分かりやすい言葉や具体的な内容を示しながら、より理解できるような工夫を行っている。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価 結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスの質の向上については、支援会議等で、支援の方向性を話し合い、実行しながら、検証を行っている。行事についても、計画、実施、反省を繰り返し、より質の高いサービスを提供できるようにしている。 ・職員に対して、虐待・人権養護に関するアンケートを無記名で実施する予定で、7月に配布と回収、8月に結果集計、集計をもとに9月に研修を行うとのこと。まだ実施していないものの、人権養護に関する職員の意識、支援の現状を把握し、改善に向ける取り組みとして計画中である。 ・第三者評価は初めての受審であり、評価結果に基づく自己評価をしている現状ではない為、今後は継続的な取り組みを期待する。 		
9	I-4-(1)-② 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><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスにおいての評価に関しては、施設内においては毎月第4水曜日に職員会議を開催し、個別的な支援の課題について職員間で改善案の検討と支援の検証を繰り返しながら、自己評価を行っている。職員会議録の回覧をすることで、職員間でも課題の共有がなされている。 ・今回初めて、第三者評価を受審し、今後はこの第三者評価をもとに継続的に自己評価に取り組むことを期待する。 		

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。	Ⓐ・b・c
<コメント> ・管理者は、会議や広報誌等において、経営方針、経費の経営、管理に関する方針 や取り組みを明確にしている。有事等における役割と責任も、防災体制組織表を作 成し、職員へも周知して、危機管理が行われている。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> ・管理者は、福祉、労働、防災、環境などの法令において、税理士事務所からの助 言を受けたりしながら、法令の遵守にあたっている。各職員へも各研修会を実施し ながら、周知している。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> ・福祉サービスの質に関して現状においては、職員からの定期的な報告や実際の現 場の確認等を行い、定期的な評価、分析を行っている。現状を考えて、内部検証を 行い、特に車の事故防止、ハラスメント、虐待・人権の研修などが適時行われてい る。常に、職員の意見を反映させながら、福祉のサービスの質の向上を目指して行 われている。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> ・管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上のために、税理士事務所との契約の 中、人事、労務、財部等の分析を行っている。そのような中、理念や基本方針の実 現に向けて、職員へのタブレット端末の導入や勤務時間に関する試案や変更などを 取り入れている。		

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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>・福祉人材や人員体制に関する方針の計画が作成されている。計画は、話し合いにより作成されている。人材の確保や育成に関しては、資格取得のための奨励及び取得しやすいような給与規定の改正が行われている。処遇改善加算を積極的に取り入れ、その対象以外の職員に対しても費用の確保を行い、人材の維持及び確保に前向きである。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>・法人の理念、基本方針に基づいた職員像を事業所要覧の中に明示し、職員全員に配布している。人事基準においては、キャリアパス制度の導入により、キャリアパス表で職員が自らの将来の姿を描くことができるようにしている。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>・職員の就業状況は、職員へのアンケートを実施しながら、状況の把握を行っている。働きやすい環境づくりのために、有給休暇の取得の呼びかけやストレスチェック、育児休業、短時間勤務、看護休暇申請、ハラスメント研修の実施等、さまざまな工夫を行っている。休みなどを取りやすい雰囲気づくりも職員の調整をうまく行いながら実施している。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>・施設の期待する職員像を明確にし、キャリアパスシートにより一人ひとりの目標の設定がなされている。目標の達成には、職員に中間面接を行い、現在の状況を把握しながら、目標達成度の確認を行っている。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>・基本方針において期待する職員像を明記し、キャリアパス表において施設が職員に必要とする専門技術、専門資格を明確にしている。事業計画書に教育・研修計画が計画されており、本年度実施予定として新人職員研修、中堅職員研修、OJT 担当者研修などが入っている。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>・個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得のために、職員に施設からの研修参加の打診を行う一方、職員から希望する研修を聞き、参加研修を決定している。外部研修においては、会議等での報告の中、情報共有を行っている。</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・㉠・c
<p><コメント></p> <p>・大学の実習生は、定期的に受け入れを行っている。専門職種の特性に配慮したプログラム及び施設内の実習指導者への研修も行っており、より専門的な実習が行われている。現在も、学校との連携を図りながら行われているが、より専門的、効果的な実習を行うための今後の取り組みとして、実習受け入れに関する基本姿勢及びマニュアルの作成を期待する。</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
<コメント> ・ホームページ、パンフレット、広報誌等において、法人の理念、基本方針、提供する福祉サービス内容等は、公開されている。地域社会において、施設のまつりの行事に地域の人たちの参加もあり、施設の理解のためのビデオをみてもらったり、展示品をみてもらったりしながら、地域からの理解を促している。		
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
<コメント> ・法人内の事務、経理、取引などは経理規定にて、ルール化されている。事業、財務の状況は、外部の税理士事務所に毎月チェックをしてもらうことで確認できており、法人運営に関しては意見をもらい、改善にあたっている。		

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> ・地域との関わりについては、経営方針、事業所要覧に明記されている。定期的に施設行事で地域の人たちの参加も募り、交流が図れている。また、地域の文化祭への参加もあり、地域に出ていく活動も行われている。		
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> ・ボランティアに関しては、施設の行事のときに学校や民生委員の人に来てもらい、施設の利用者に関わってもらうことで、施設や利用者の理解につながっている。ただ、ボランティア受け入れの基本姿勢やマニュアルの整備がされていないので、今後、整備されることを期待する。		

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
<p><コメント></p> <p>・管理者が長崎県知的障がい者福祉協会の監事を務めており、協会からの情報や協働しての各種行事、会議等を行っている。ただ、地域との関係団体との連携においてネットワークづくり、社会資源のリストの作成等があれば、より地域との連携ができると思われるため、実施を期待する。</p>		
Ⅱ-4-(3) 地域福祉の向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a・b・ c
<p><コメント></p> <p>・諫早市の働く喜びサポート事業やふれあい交流のつどいに参加しており、市との連携はあるものの、今後は施設がある町等との連携をより深め、地域の福祉ニーズや課題などの把握に努めていくことを期待する。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a・b・ c
<p><コメント></p> <p>・地域の会社から利用者の仕事を頂いたり、地域の道路の草刈りを行ったり等、地域社会への貢献を行っている。今後の取り組みとしては、地域コミュニティや活性化、町づくり、地域の防災対策、避難時の福祉的な支援等、地域社会の公益的な活動及び事業等が積極的に行われることを期待する。</p>		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価 結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	㉠・b・c
<コメント> ・理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスについて明示されている。事業所要覧を職員に全員に配布したり、毎週月曜日の朝礼時に行動規範の朗読を行ったりしながら、職員が理解し実践できるようにしている。人権擁護、虐待防止の研修を開催し、利用者の尊重や基本的人権への配慮ができるようにしている。		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	㉠・b・c
<コメント> ・利用者のプライバシーの保護に関しては、行動規範にて明記し、職員へは守秘義務誓約書の提出の上、職員への研修を行いながら、プライバシーを守れるような取り組みが行われている。利用者の生活の場におけるプライバシーの保護においては、空き部屋を使うなどの工夫をしながら、いろいろな状況下で対応している。		
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・㉠・c
<コメント> ・施設の理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容などは、ホームページにおいて公開されている。パンフレットやホームページは写真等も使いながら、わかりやすく作成しており、理解しやすくできている。情報提供に関しては、ホームページなど随時、見直しを行い変更されている。		
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。	㉠・b・c
<コメント> ・サービスの開始、変更に関しては、ことばや絵、写真などを使い、わかりやすく説明している。利用者や保護者へは、利用契約書や重要事項説明書、個別支援計画書等の説明の同意をもらい、書面に残している。意思決定が難しい利用者も意思決定支援を行いながら、適切な理解や決定ができるようにしている。		

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・他事業所や家庭への移行するケースはほとんどないが、利用者の体調の変化等により病院へ移行する場合は、必要に応じて相談支援事業所等と相談しながら対応している。文書化はしていないが、口頭での説明は行っている。今後、他事業所や家庭、病院等へ移行する場合を想定して、伝え漏れなどを防ぐため、引継ぎ手順や移行先へ、文書を作成することを期待する。 ・福祉サービス終了後の相談窓口として支援課長が対応しており、相談支援事業所等から求められた際には情報提供書を渡している。 		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の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><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・6カ月に1回のモニタリング会議と同時期に利用者の意向調査を実施している。意向調査の際は「生活満足度・意向確認表」で利用者に聞く項目が決められており、利用者の意向の把握もれを防ぎ、また、前回との意向の変化の比較がしやすくなっている。 ・利用者満足に関する調査の担当者は、各利用者の個別支援担当者とサービス管理責任者が務めており、「生活満足度・意向確認表」には個別支援担当者とともに聞き取り担当者として記名、押印している。 		

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が苦情を申し出る方法として事業所内に投書箱を2ヶ所設置する他、月に1度の「利用者の会」にて利用者が話を聞いてほしい職員を指名して、後日個別に意見を言う機会を設けている。 ・家族の意向等は年に2回の「家族会」で、まず家族だけが参加する会を開催し、出た意見を事業所に伝えている。家族のみの家族会の後、職員も参加して家族会を行い情報共有している。 ・苦情内容とその後の対応については、事業所内に掲示したり利用者へ口頭で説明したりして利用者へのフィードバックを必ず行っている。ホームページでの記載等、外部への発信は行っていないので、今後の取組として検討を期待する。 		
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><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が職員に相談する機会として、随時利用者からの意見を聞く他に、月に一度開催される「利用者の会」で利用者が相談したい職員を指名し、後日個別に相談する機会を設ける取組を行っている。 ・苦情解決の仕組みについて利用者に分かりやすいように、流れをフローチャートで示し、ふりがなをふったり絵をつけたりして工夫した「苦情解決の仕組み」の図を作成している。「苦情解決の仕組み」は事業所内に掲示し、利用者がいつでも見られるようにしている。 ・苦情解決の仕組みについては、利用者と保護者に「利用者の会」等にて口頭で説明している。現在の苦情解決の仕組みは今年の4月からの取組なので、家族への説明は次回以降の家族会で行う予定となっている。 ・「利用者の会」で意見がある利用者に挙手してもらい、後日個室で職員が個別に意見を聞いている。利用者の相談を聞く際は、利用者の居室を主として、相談室等、利用者が意見を述べやすい場所を確保している。 		

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><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・意見箱を娯楽室と玄関横に設置し、毎月の月初めに確認している。字を書ける利用者が少なく投書はほとんど入ったことは無いが、口頭での相談等が多く、随時対応している。 ・毎月の「利用者の会」の後、個別の意見聞き取りの際に利用者から出た意見については「苦情・要望受付書」を作成し、相談内容を記載している。改善方法については職員間で検討し、支援内容の変更の有無に関わらず、検討結果を利用者に必ず伝えている。 ・苦情対応のワークフローなど利用者に対する説明資料は分かりやすく、現状に沿ったものを作成している。しかし、相談や意見に対する具体的な検討・対応方法、記録方法、経過と結果の説明、公開方法など、職員に対して手順を示した資料が作成されていないので、今後の取組として、利用者からの相談や意見を効果的に福祉サービスの改善に役立てるため、対応マニュアルを作成するなど、組織として具体的な手順を確立することを期待する。 		

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とする リスクマネジメント体制が構築されている。	a・ ㉑ ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・過去1年間で誤薬事故1件、業務中の追突事故1件、利用者の所在不明2件、負傷（捻挫）1件が発生している。 ・誤薬事故については、利用者1名に朝食後の服薬支援時に夕食後の薬を誤って服薬させたもので、幸いにも朝食後と夕食後の服薬内容が全く同じだったため大事には至らなかった。その後の事故防止委員会で再発防止のための改善策を検討し、医務室での薬の準備の時に薬の保管場所の変更や、朝、昼、夕の薬の保管袋の色分けをして誤薬防止に努めている。 ・追突事故については、訪問調査実施の数週間前である6月10日に、利用者のドライブ中に前方の車への追突事故を起こしている。事故の1週間後に全職員対象に事業所内研修を行い、注意喚起を行っている。 ・利用者の所在不明については、昨年11月19日夜間に20分ほど、今年1月15日の日中に30分ほど同じ利用者が所在不明となっている。消防車が苦手な利用者が避難訓練の実施に気づき、逃げようとしたことが原因と見られる。既に職員間での情報共有はしていたが、改めて職員間の意識を統一するため再度周知をしている。 ・負傷（捻挫）については、風呂場のトイレで手引きでの支援中に床が濡れていたため利用者が足を滑らせて転倒し負傷している。便器の下の床が濡れていることに職員が気づかなかったことが原因のため、トイレの床に滑り止めとして浴室用マットを敷き改善している。 ・ヒヤリハットは年間20件以上出ており、職員間ではヒヤリハット報告書を事業所内に掲示したり職員会議で周知したりして情報共有している。 		

38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・過去1年間、インフルエンザや新型コロナウイルス、食中毒等の感染症で問題は発生していない。 ・感染症対応マニュアルは職員全員に配布し、職員への周知徹底をしている。今年4月にマニュアルを改定しており、職員へ配布した分も差し替えている。 ・新型コロナウイルスの感染予防策として、関係者以外立入り禁止として利用者の外出を避け、三密を避けるため日中のグループ活動を中止したりする他、現場職員が事業所内を1日4回アルコール消毒して対応している。また、職員はマスクとフェイスシールドを着用し、6月からはフェイスシールドを外しているが必ずマスクを着用している。職員の出勤時は必ず検温を行い、37.5℃以上の職員は出勤停止とするなど対応をしている。その他、職員に対しては県外への外出自粛を要請している。 ・インフルエンザが流行る時期は毎年うがいと手洗いを徹底し、感染予防を行っている。 ・食中毒に対する対策は事業所の管理栄養士が給食の管理をしており、職員が記入する検食簿には記入欄に新しく「におい」の項目を設けて給食の安全性を確認している。調理従事者の検便も定期的に行っており、厨房内には検便を行った職員以外の立ち入りを禁止している。 		

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><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の立地条件として考えられる災害は土砂崩れであるとのこと。危険箇所のハザードマップを入手し、避難計画に添付して明示している。危険箇所として運動場の北側の急斜面と、事業所の建物の裏側の急斜面があり、利用者には雨が多い日には急斜面に近づかないように周知している。専門業者に危険箇所の確認を依頼したところ、側溝に詰まった葉や泥を取り除いて水はけを良くするように指導を受け、大雨の際に対策をしている。 ・食料や備品等の備蓄内容は地震防災計画に記載されているが、実際は食料の備蓄については防災計画どおりではなく、災害用の食料の備蓄のほかローリングストック法で通常の食材の備蓄をしているので必ず同じ食材で一定の在庫を確保されている状態ではないとのこと。 ・避難訓練については、災害の状況や怪我人など細かな設定を設けて、具体的な避難訓練を実施しているのが特徴的である。避難時に万全ではない状況を想定しての実施と詳細な実施記録により、後日の会議で検討することで、形式的ではなく実際の災害時に何が必要かなど課題を明確にして改善することができている。実際に避難訓練の際に必要性を感じたとのことで、後日の防災委員会で検討し、トランシーバーとホワイトボードを導入している。 		

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 不審者の侵入時などに対応でき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><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・防犯対策マニュアルには、安全管理責任者の設置と緊急時における職員の役割分担を明示している。マニュアルには不審者が侵入した場合の緊急時の具体的な対応方法のほか、普段から地域や関係機関との連携が必要であることなど事業所の方針を記載している。マニュアルの他、添付資料として「不審者への緊急対応の例」のフローチャートと「防犯設備チェックリスト」を作成している。ただ、平成29年4月にマニュアルの初版を作成以降、見直しや改定をしていないので事業所や時代の状況の変化に合わせて見直しをする機会を設けることを期待する。 ・不審者侵入に対する防犯訓練は防犯マニュアルでは毎年9月、3月の年2回行うことになっているが、平成28年9月の防犯訓練以降、実施していない。今年は県の監査で指導を受け9月に実施する予定だが、新型コロナウイルスの状況を考慮しながら実施の有無について判断するとのこと。 ・過去1年間で不審者の侵入は発生していない。 		
41	Ⅲ-2-(1)-② 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><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・標準的な実施方法を示した書類として、一日の活動内容（支援内容）と職員のサービス手順を一日のスケジュール形式で記載した「支援手順書兼記録用紙」を利用者ごとに作成している。具体的なサービス手順を示すことで、支援する職員が変わっても支援中の確認内容、注意点などに漏れがなく、一定のサービスが提供できる仕組みとなっている。支援手順書は記録用紙も兼ねているので、支援後のチェックと利用者の様子の記入欄があり、支援ごとに記録をすることができる。 ・職員への周知はモニタリング会議での周知と、モニタリング会議録の回覧にて行っている。 ・入浴・排泄・食事支援についてはこれまで口頭での指導や引き継ぎという形だったので、今年度中にマニュアルの完成を目標にして取り組みたいと考えているとのことであった。 		

42	Ⅲ-2-(1)-③ 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 標準的な支援手順を示している「支援手順書」は半年に1回のモニタリングと同時に見直しを行っている。強度行動障害の支援手順書についても、モニタリング会議で内容の見直しと継続の検討を行っている。 モニタリング会議、個別支援計画書、支援手順書の内容の検証と見直しは一つの流れになっており、それぞれの内容が連動する仕組みとなっている。 		
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。		
43	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> アセスメントシートの書式は、生活基盤、健康管理、日常生活動作、社会生活、活動・交流など、生活状況全般について広範囲の項目があり、その中でさらに細分化した支援項目と、4段階の支援度、特記事項の記入欄を設けている。このチェックシートでは特記事項の記述量が多く、利用者の動作や意思疎通など項目に沿った能力の有無の確認だけでなく、利用者の生活環境や支援時の留意点、具体的な状況の変化による利用者の変化も把握することができるのが特徴的である。 事前に行ったアセスメントをもとに、サービス管理責任者、准看護師、管理栄養士、相談支援事業所の職員など、さまざまな職種の関係職員が参加する個別支援計画書立案会議を行っている。作成した個別支援計画は半年に1回のモニタリング会議で支援内容の検証と見直しを行っている。 		
44	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 半年に1度のモニタリング対象月を利用者7名の6グループに分け、毎月7名ずつモニタリングを行っている。個別支援計画書立案会議の内容は全職員の回覧にして職員に周知している。 短期入所から施設入所へサービス変更した利用者の事例では、個別支援計画書立案会議において、短期入所時のニーズと目標、様子（変化と現状）や、家族と利用者本人の希望を踏まえて、施設入所の個別支援計画書の目標を設定している。 		

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
45	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の身体状況や生活状況はサービス利用開始時のアセスメントシートやフェースシート、支援グループごとに記録されている支援記録等、事業所で統一された書式で記録している。 ・記録のとり方について事業所内研修を行っている。前回の研修は昨年12月に実施しており当日勤務の職員は可能な限り参加している。勤務の都合上、研修に参加できなかった職員についても研修報告書の全職員回覧によって全職員に周知している。 ・事業所内の情報共有については、書類や記録ごとに職員回覧の押印欄を必要に応じてその都度作成し、関係職員が確実に確認するような仕組みとなっている。 		
46	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所で「文書取扱規程」を定めて個人情報の取り扱いや保存について明示しており、書類ごとの保存年数を示した「文書保存基準」の一覧表を添付している。 ・職員の労働契約時を結ぶ際に「利用者の個人情報保護に関する誓約書」を作成し、職員が在職中や退職後、利用者や家族の個人情報を漏らさないことを文書で誓約している。 ・利用者の入所時に個人情報の取り扱いについて同意書をとっている。また、障害者自立支援法の施行時にサービスが切り替わった際、利用者全員に同意書を取り直している。 ・今年の6月に、3年目以内の新人職員を対象にして、個人情報の保護についての内容も含めた新人研修を行っている。 		

第三評価結果

※すべての評価細目（19 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 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「生活満足度・意向確認書」を半年に1度のモニタリングと同時期に行い、利用者の意向を確認している。意向確認書は確認項目が決まっており、担当者によって意向の確認方法に差が出にくく、聞き取り方法も聞き取り担当者が提案型で聞いたり、前回の意向の内容を伝えたり利用者が意向を伝えやすくなる工夫を行っている。 ・グループ担当職員の自主的な会である「さくら会議」を行ったあと、職員が個別に利用者に話し合いの内容の確認と聞き取りを行っている。利用者からの聞き取り内容と普段の様子をもとに今後の職員の支援について検討し、利用者のプラスの面に着目した「にやりホット」と改善点を示した「ヒヤリハット」を笑顔マークと汗マークの使い分けで記録している。利用者の支援について改善点だけでなくプラス面にも着目した記録となっているのが特徴的である。 		

A-1-(2) 権利侵害の防止等		
	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	Ⓐ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・過去1年間での行動抑制、身体拘束および権利侵害等の不適切な関わりは発生していない。 ・虐待の具体的な例と、被害にあったときの対応方法を示した虐待防止ポスターを事業所の廊下にある掲示板に掲示し、利用者へ周知している。 ・財団法人日本知的障害者福祉協会が作成している「障がいのある方を支援するための行動規範」を毎週月曜日に職員で読み上げている。 ・虐待防止マニュアルは平成20年に作成以降、計4回改正されている。直近では今年の4月の改正となっており、マニュアルの見直しは定期的に行われている。 		

A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・過去1年間で預り金の問題は発生していない。 ・入所時にアセスメントシートを作成し、利用者ができる範囲、支援が必要な範囲を特記事項で具体的に記入して把握している。アセスメントシートをもとにした個別支援計画書は、半年に1度のモニタリングと生活満足度調査票で見直しし、利用者の能力と希望に沿った支援を行っている。 ・日中活動の一つとして体力維持の訓練を取り入れている利用者については、利用者と共に理学療法士の指導を受け、訓練の際に改めて理学療法士の指導内容と目的を伝え、「一緒にがんばりましょうね」等の声掛けをすることで、訓練に対する利用者の意欲を引き出している。 		

	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者ごとにコミュニケーションの対応を変えている。具体的な事例として、ろうあ者の利用者に対してはジェスチャーと絵カードでほぼ全てのコミュニケーションを図っている。絵カードは複数用意し、利用者自身に選択してもらうことで意思を確認している。 ・約20名の利用者について強度行動障害手順書を作成しており、職員は手順に沿ってコミュニケーションを図っている。随時の手順の変更があるときは、職員間で情報共有するよう呼びかけている。基本的には個別支援計画書の変更時に見直しを行うので、定期的に全職員への周知ができる仕組みとなっている。 		
	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎月開催している「利用者の会」や、半年毎の「生活満足度・意向確認表」作成時の個別面談など、利用者が職員に意見を言ったり相談したりする機会を定期的に設けている。その他にも随時、利用者からの相談を受けている。具体的には、他害行為をする利用者に対して不安があるという相談に対して、「現在、職員が支援を検討しながら取り組み中である」ことを伝えて納得してもらったり、トイレのスリッパの並べ方が履く時に不便だという意見を受けて、並べ方を変えて目印をつけるなど改善したりしていることを支援記録にて確認することができた。 		

	A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・体操、口腔体操などグループ全体の毎日の日中活動の中で、利用者ごとの目的に応じた個別活動を個別に週2回取り入れている。 ・事業所内でも季節を感じる事ができる年間行事を多く行っている。具体的には、節分や、笹を飾って七夕をしたり、手作りのひな壇を飾ってのひな祭り、玄関前の桜の下でお弁当を食べながら花見をしたりなど、職員の工夫を凝らした手作り感のある行事となっている。 ・相撲が好きな利用者が多いことから、利用者4名の外出支援として一泊旅行で大分の相撲に行ったり、職員と利用者20名弱での日帰りで諫早の相撲を観に行ったりしている。車椅子の利用者も旅行に行くため、一泊旅行の際は事前に宿泊先のバリアフリーや車椅子対応トイレ等を確認したり、相撲を観る際は車椅子席を確保したりするなどの配慮をしている。 ・毎年11月の文化の日に地元で高来町文化祭が開催されており、利用者の作品の出品や歌の披露での出演という形で参加している。事業所内で利用者の音楽クラブがあり、利用者は毎年、高来町文化祭での出演を目標に練習している。現在は歌を歌う他、タンバリンなどの楽器も練習している。 		
	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・過去一年間のうちに、外部研修では全国知的障害福祉関係職員研究大会や強度行動障害支援者養成研修に参加し、事業所内研修では弁護士を読んでハラスメント研修や記録のとり方研修を行っており、職員の知識の習得とサービスの向上に努めている。特に強度行動障害支援者養成研修については、夜勤職員を含め職員全員が受講することとしている。 ・特別な支援が必要な強度行動障害については、個別に「強度行動障害支援手順書」を作成し、モニタリングと同時期に半年に1度定期的な見直しを行っている。 		

A-2-(2) 日常的な生活支援	
A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・給食は外部委託ではなく事業所内の厨房で調理しており、作業風景を食堂から見る事ができる。月に1度、職員と利用者で給食会議を行い、利用者からの給食の要望を聞いたり、職員から利用者へ給食の取り組みなどの情報提供を行ったりしている。ラーメンやシュウマイなど給食会議で出た利用者からの要望は管理栄養士が積極的に献立に取り入れている。 ・食堂には利用者の食事量等を記録する用紙が置かれており、残食などがあつた利用者の喫食率の記録等を随時記入している。日々の食事量の記録は利用者ごとに「個人別摂取栄養価」の表にまとめている。「個人別摂取栄養価」表では、献立の栄養価をもとに、毎食の喫食率に応じて実際に利用者の摂取した栄養価を算出しており、一ヶ月間で利用者が実際に摂取した栄養量を把握することができる。 ・「時間別排泄パターン分析」で一ヶ月間の時間ごとの排泄パターン（排泄量、回数、支援内容他）をグラフ化して把握している。排泄の定時誘導では、トイレに行くことを前提にした職員都合の声掛けではなく、利用者の自己決定を尊重するために「行きましょうか？」と利用者の意思確認をする取り組みを行っているところである。排泄支援時はドアを閉めて外から見られないように配慮している。 	

A-2-(3) 生活環境		
	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所内は全館バリアフリーになっており、廊下の幅は車椅子が余裕を持ってすれ違うことができるほど広々としている。事業所内の窓ガラスは強化ガラスを使用しており利用者の安全に配慮している。 ・事業所の掃除は毎日、日中活動の後の16時頃から17時の間に職員が行っており、日によって掃除機やモップがけを行っている。掃除担当者はその日の勤務体制で担当割にして決めている。事業所内が特別に汚れていなければ、職員のデスクワークの時間確保のために火曜日と木曜日を簡易掃除にして職員に対する配慮をされている。 ・入浴支援の直前に担当職員が浴槽の塩素と温度を確認し、記録表に記録している。浴槽の温度は温度調整が難しいので職員が確認後に41～42度前後を目安に浴槽の温度調整をしている。 ・利用者が風邪を引いたり発熱したりした場合、他の利用者から離すためにショートステイの部屋や空いている居室を使用して個別空間を作っている。現在、興奮から落ち着くために個別空間を必要とする利用者はいないとのこと。 ・居室は1人部屋と2人部屋があり、2人部屋は利用者同士の相性や利用者本人の希望を考慮し必要に応じて居室を変更している。 		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
	A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が主体的に機能訓練・生活訓練に取り組むためにトークン支援を取り入れている。具体例としては、訓練の1種目を1ポイントとして累計5ポイント貯まったら利用者が好きなものを提供するようにしている。以前は訓練を嫌がっていた利用者がトークン支援を始めてからは自主的に訓練をするようになるなど、利用者の意欲の向上が見られたとのこと。 ・実施内容については個別支援計画書で計画しており、半年毎のモニタリングで定期的に取り組みの見直しを行っている。 		

A-2-(5) 健康管理・医療的な支援	
A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・検温は毎日朝、昼、夕の3回実施行い、バイタル（血圧、脈拍）、体重、食事摂取量を全利用者について記録し、利用者の健康状態を把握している。バイタルと体重は計測結果をグラフにしており推移をひと目で確認できる。 ・利用者の通院支援は准看護師が行い、結果を職員へ共有している。 ・利用者の夜間や休日の体調の急変については、職員がまず看護師へ対応の確認をして必要があれば病院へ連絡することとなっている。夜間対応は嘱託医が行っている。緊急時にすぐ連絡できるよう、電話の横に看護師、嘱託医、副管理者の電話番号を貼っており、関係機関や職員、家族等緊急連絡先の電話番号は固定電話の電話帳に登録している。 	
A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	a・㉡・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所では服薬管理を行っているが、喀痰吸引や経管栄養など医療的ケアの対応が必要になった場合は他の施設への移行支援を行っている。 ・今年の1月20日、利用者1名に対し、朝食後に夕食後の薬を誤って投薬するという誤薬事故が1件発生している。誤薬発見後はすぐ看護師へ対応方法について相談し、朝食後と夕食後の薬が全く同じであったため問題なしとのことで対応した。その後事故報告書を作成し、県へ提出している。誤薬事故を受けて、2月4日に職員に対し誤薬防止研修を行った。誤薬発生後は医務室での薬の管理方法について、色分けや保管場所を変えて改善している。 	

A-2-(6) 社会参加、学習支援		
	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・昨年12月に地域の衣料販売店と連携し、事業所内での洋服の訪問販売を行っている。訪問販売の実施前には利用者の会で利用者の意向を確認している。地域の店舗を利用し、利用者自身が選んで買い物をする事で利用者と地域の関わりや利用者の社会参加への支援につながっている。 ・昨年12月のクリスマス会では駄菓子屋の模擬出店をして利用者が好きな菓子やジュースを選び、職員の支援を受けながら利用者自身で計算し支払いを行う体験を行っている。模擬店では利用者が自分でできる範囲の事を行い、できなかったことを職員が支援することで、利用者自身の力を生かして商品を選び支払うまでの買い物体験ができています。 		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
	A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の衣料販売店の訪問販売を計画したり、日常生活において利用者のニーズに応じて地域の美容室や病院の利用をしたりすることで、利用者と地域との関わりをつくり、利用者の地域生活への関心を高める支援をしている。 ・利用者の買い物支援や通院支援などの際に車椅子の通りづらさなどの地域の環境面での課題を感じているとのこと。社会見学旅行の際は後日反省会を開き、実際に利用してみての使いづらさなどの情報を職員会議で共有し記録として残している。 		

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	
A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	㉠・b・c
<コメント> ・盆帰省前の8月と正月帰省前の12月の年2回、利用者の家族が集まって家族会を実施している。 ・利用者の要望があれば電話をかけるなど家族への連絡をとっており、その際に利用者の面会の希望や事業所での様子を伝えている。月に1度、家族と電話をする利用者もいるとのこと。また、利用者の状態に変化があった場合などは随時家族への連絡を入れている。 ・利用者全員が家族への年賀状を出している。字を書けない利用者の年賀状は職員が利用者の現状の報告を書いて家族へ送っている。家族から利用者への手紙が来たときは、字を読めない利用者の場合は利用者に代わって職員が読み上げている。	

A-3 発達支援

A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	a・b・c
<コメント> 非該当	

A-4 就労支援

A-4-(1) 就労支援	
A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	a・b・c
<コメント> 非該当	
A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	a・b・c
<コメント> 非該当	

	A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	a・b・c
<コメント> 非該当		

事業所情報（障害者・児施設）

（令和2年6月4日 現在）

施設名 社会福祉法人 しらぬい福祉会 しらぬい学園

1. 基本情報

郵便番号	859-0142		
所在地	長崎県諫早市高来町黒新田 260 番地 2		
TEL	0957-32-2155	ホームページ	http://shiranui-gakuen.or.jp/
FAX	0957-32-3613	E-mail	siranui-gakuen@ia5.itkeeper.ne.jp
施設までの利 用交通手段	JR 長崎本線 湯江駅より車で 10 分		
開設年月	昭和 45 年 12 月 1 日	開所時間	24 時間（施設入所）
経営主体	社会福祉法人 しらぬい福祉会	管理者名	武藤 養一

2. 職員体制（複数の資格取得している場合は、重複計上してください）

専門職	常勤	非常勤
管理者	1 名	
事務員	3 名	
生活作業員・作業指導員	0 名	
看護師（准看護師）	1 名	
栄養士（管理栄養士）	1 名	
調理員	5 名	
嘱託医		1 名
生活支援員	20 名	9 名

3. 施設の理念・方針

別紙参照

4. サービス内容

対象地域	諫早市（通常の実施地域以外の利用希望者に対し実施する場合もある。）
対象年齢	18歳以上
定員	40名

サービス名	備考
健康管理	常に利用者の健康の状況に注意するとともに、健康保持のための適切な措置をとるものとする。
食事	利用者の希望に応じ、食事の提供を行う。
休日	土曜日、日曜日など日中のサービスの生活介護が提供されない日においても、適切にサービスを提供します。
地域との交流	しらぬいまつりの開催 高来市民体育祭への参加 高来文化祭への参加
保護者会活動	夏期・冬期の家族会の開催 各種行事への参加

5. 事業所から利用者（希望者）の皆様へ

四季折々の自然の美しさに囲まれた静かな環境で、皆さん和気あいあいと過ごしています。ぜひ、一度見学にお越しください。

6. 施設の公開、実習生、ボランティアの受入について

施設の公開・見学	実習生の受入	ボランティアの受入
月曜日～金曜日 9：00～17：00		利用者へのより効果的な支援を提供するためや、より多くの方に障がい者への理解を深めてもらい、交流の輪が広がるように展開を図る。