

## 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 潮谷 義子 (管理者)：(施設長 内田 稔光)		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：096-368-9604
ホームページアドレス	<a href="http://l-house.or.jp/">http://l-house.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	歓迎会・地域交流感謝会・誕生会・ふれあいバザー クリスマス会・園外活動（日帰り）・お疲れ様会・バス外出 餅つき大会
居室概要	居室以外の施設設備の概要
1人部屋 5室 2人部屋 18室	食堂・医務室・デイルーム・プレイルーム・相談室 多目的ホール・多目的ルーム・浴室・シャワー室・談話室 洗面設備・便所・ショートステイ室・スプリンクラー 他

### 2 施設・事業所の特徴的な取組

<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所はキリスト教の精神を理念に開設され20年以上の歴史があります。環境は、住宅街に位置し、平屋の建物であることから広く開放的な雰囲気があります。事業所施設を地域住民が集う場として提供するなど地域に根差しています。</li> <li>・視覚障害のある利用者が多いため、事業者内の掲示物には点字の表記も行っています。日中活動の際には共用のホールに集い、多数用意されている点字の書物を読んだり、音楽を聞いたり、好みの場所で思い思いに過ごしています。食事の際には利用者がリクエストした音楽が流れるなど、明るく温かい雰囲気環境作りがなされています。</li> </ul>
---

### 3 評価結果総評

#### ◆特に評価の高い点

- ・利用者とのコミュニケーション方法は点字やジェスチャーの他、表情の読み取りなど多岐にわたり、工夫がなされています。施設建物は平屋で、バリアフリーが徹底されています。このため、視覚障害を持つ利用者や車いすの利用者がスムーズに移動ができるような構造となっています。点字ブロックや手すりなどの整備もされており、利用者の生活スタイルにソフト面・ハード面ともに配慮されています。
- ・事業所主催の「ふれあいバザー」や「地域交流感謝の集い」、「ふれあいランチ」は利用者と地域住民との交流の場となっています。また、地域に住む高齢者向けの弁当宅配事業にも取り組むなど地域住民と利用者、事業所の交流が積極的に行われています。この他、熊本地震の際には避難所として多目的ホールを提供し、被災した他事業所の利用者を受け入れ支援に当たるなど地域のみではなく広く社会に貢献する活動が行われています。
- ・食事は栄養ケアマネジメントが丁寧に行われ、一人ひとりの摂食機能や健康状態をチームで検討しながら食事を提供しています。食事は季節の野菜を多く取り入れた豊富なメニューが用意されています。また、食堂には利用者のリクエスト曲を順番に流すなど、楽しみながら食事ができる喫食環境が整えられ、利用者の楽しみの一つとなっています。
- ・遵守すべき法令の理解や支援方法について学ぶために施設内外の様々な研修に取り組んでいます。また、理念や基本方針を実現するための権利擁護や人権に関する教育の機会も設けています。利用者を「個人」として尊重し、寄り添ったサービスの実現とサービスの質の向上を図ると共に職員自身のスキルアップに力を注いでいます。
- ・利用者の口腔ケアに積極的に取組まれています。地域の歯科の協力医療機関による歯科検診や歯磨き指導の他、昼食後の歯磨きは職員が仕上げ磨きを行っています。仕上げ磨きの時間は、利用者の口腔内の状態の確認ができるとともに、利用者と職員が顔を合わせてコミュニケーションを図る時間となっています。

#### ◆改善を求められる点

- ・利用者会議や給食会議などで定期的に利用者の意見を聞き取る取組が行われています。しかし、利用者に役割を持ってもらうなど利用者主体の自治会運営には至っていません。今後は、エンパワメントを高めていくように利用者の意見を反映させた具体的な取組が活発な自治会活動に発展していくことに期待します。
- ・単年度の事業計画は、取り組むべき課題や目標、スケジュールなどが具体的に策定されています。しかし、中・長期計画は課題解決や目標達成に向けた具体的な内容とは言えません。今後は、特に単年度計画だけでは解決が難しい経営・人材育成などの課題を中・長期計画で取り上げ単年度計画に反映し、一貫した計画の策定が行われることに期待します。
- ・事業所の経営や運営のP（Plan・計画策定）→D（Do・実行）→C（Check・評価）

→A (Act・見直し) のP D C Aサイクルはできています。今後は運営をより円滑に行うため、組織運営に関わる評価・見直しの体制や仕組み作りに期待します。

#### 4 第三者評価結果に対する事業者のコメント (400字以内)

(2019. 6. 18)

今回2回目の受審となりました。前回指摘事項の改善に取り組むと共に、資料整理や自己評価をする中で振り返りをする時間となりました。しかし、改善が不十分な点もあり、その点については早急に取り組み、職員間の意識向上にも繋げなければならないと思います。また今回の結果から見えた評価点については職員にとってもモチベーションの向上につながるのだと受け止め更なる発展に繋げると共に、問題点についても検討しながら、利用者の方やそれを支える方々が安心できるような施設づくりに努めてまいりたいと思います。

(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	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	2018年6月22日～2018年11月16日
評価調査者番号	① 第06-060号
	② 第06-079号
	③ 第13-005号

## 1 福祉サービス事業者情報

## (1) 事業者概要

事業所名称：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 潮谷 義子 (管理者)：(施設長 内田 稔光)	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：096-368-9604
ホームページアドレス	<a href="http://l-house.or.jp/">http://l-house.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	歓迎会・地域交流感謝会・誕生会・ふれあいバザー クリスマス会・園外活動（日帰り）・お疲れ様会・バス外出 餅つき大会
居室概要	居室以外の施設設備の概要
1人部屋 5室 2人部屋 18室	食堂・医務室・デイルーム・プレイルーム・相談室 多目的ホール・多目的ルーム・浴室・シャワー室・談話室 洗面設備・便所・ショートステイ室・スプリンクラー 他

## 職員の配置

職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
管理者	1		社会福祉士	1	
サービス管理責任者	1		介護福祉士	11	1
生活支援員	21	2	看護師	1	
栄養士	1		社会福祉主事任用資格	5	
調理員	5		保育士	4	1
事務員	2	1	ホームヘルパー2級	2	1
看護師	1		栄養士	1	
			調理師	5	
			理学療法士	1	

	合 計	32	3	合 計	31	3
--	-----	----	---	-----	----	---

※ 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

創立の精神であるキリスト教の「隣人愛」を基本に、一人ひとりの個性や人格を大切に心豊かに安心できる生活環境でサポートします。

### 基本方針

利用者がその人らしい生活が送れるよう生活支援の継続と寄り添った支援、必要とされるサービスの提供に努める。そのために「生活の質」「支援の質」そして「職員の連携」の向上を図る。

## 3 施設・事業所の特徴的な取組

- ・事業所はキリスト教の精神を理念に開設され20年以上の歴史があります。環境は、住宅街に位置し、平屋の建物であることから広く開放的な雰囲気があります。事業所施設を地域住民が集う場として提供するなど地域に根差しています。
- ・視覚障害のある利用者が多いため、事業者内の掲示物には点字の表記も行っています。日中活動の際には共用のホールに集い、多数用意されている点字の書物を読んだり、音楽を聞いたり、好みの場所で思い思いに過ごしています。食事の際には利用者がリクエストした音楽が流れるなど、明るく温かい雰囲気の環境作りがなされています。

## 4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2018年6月22日（契約日） ～ 2019年6月18日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成27年度）

## 5 評価結果総評

### ◆特に評価の高い点

- ・利用者とのコミュニケーション方法は点字やジェスチャーの他、表情の読み取りなど多岐にわたり、工夫がなされています。施設建物は平屋で、バリアフリーが徹底されています。このため、視覚障害を持つ利用者や車いすの利用者がスムーズに移動ができるような構造となっています。点字ブロックや手すりなどの整備もされており、利用者の生活スタイルにソフト面・ハード面ともに配慮されています。
- ・事業所主催の「ふれあいバザー」や「地域交流感謝の集い」、「ふれあいランチ」は利用者や地域住民との交流の場となっています。また、地域に住む高齢者向けの弁当宅配事業にも取り組むなど地域住民と利用者、事業所の交流が積極的に行われています。この他、熊本地震の際には避難所として多目的ホールを提供し、被災した他事業所の利用者を受け入れ支援に当たるなど地域のみではなく広く社会に貢献する活動が行われています。
- ・食事は栄養ケアマネジメントが丁寧に行われ、一人ひとりの摂食機能や健康状態をチー

ムで検討しながら食事を提供しています。食事は季節の野菜を多く取り入れた豊富なメニューが用意されています。また、食堂には利用者のリクエスト曲を順番に流すなど、楽しみながら食事ができる喫食環境が整えられ、利用者の楽しみの一つとなっています。

- ・遵守すべき法令の理解や支援方法について学ぶために施設内外の様々な研修に取り組んでいます。また、理念や基本方針を実現するための権利擁護や人権に関する教育の機会も設けています。利用者を「個人」として尊重し、寄り添ったサービスの実現とサービスの質の向上を図ると共に職員自身のスキルアップに力を注いでいます。
- ・利用者の口腔ケアに積極的に取り組まれています。地域の歯科の協力医療機関による歯科検診や歯磨き指導の他、昼食後の歯磨きは職員が仕上げ磨きを行っています。仕上げ磨きの時間は、利用者の口腔内の状態の確認ができるとともに、利用者と職員が顔を合わせてコミュニケーションを図る時間となっています。

◆改善を求められる点

- ・利用者会議や給食会議などで定期的に利用者の意見を聞き取る取組が行われています。しかし、利用者に役割を持ってもらうなど利用者主体の自治会運営には至っていません。今後は、エンパワメントを高めていくように利用者の意見を反映させた具体的な取組が活発な自治会活動に発展していくことに期待します。
- ・単年度の事業計画は、取り組むべき課題や目標、スケジュールなどが具体的に策定されています。しかし、中・長期計画は課題解決や目標達成に向けた具体的な内容とは言えません。今後は、特に単年度計画だけでは解決が難しい経営・人材育成などの課題を中・長期計画で取り上げ単年度計画に反映し、一貫した計画の策定が行われることに期待します。
- ・事業所の経営や運営のP（Plan・計画策定）→D（Do・実行）→C（Check・評価）→A（Act・見直し）のPDCAサイクルはできています。今後は運営をより円滑に行うため、組織運営に関わる評価・見直しの体制や仕組み作りに期待します。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(2019.6.18)

今回2回目の受審となりました。前回指摘事項の改善に取り組むと共に、資料整理や自己評価をする中で振り返りをする時間となりました。しかし、改善が不十分な点もあり、その点については早急に取り組み、職員間の意識向上にも繋げなければならないと思います。また今回の結果から見えた評価点については職員にとってもモチベーションの向上につながることだと受け止め更なる発展に繋げると共に、問題点についても検討しながら、利用者の方やそれを支える方々が安心できるような施設づくりに努めてまいりたいと思います。

## 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	3	
	家族・保護者	17	
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>創立の精神である基督教の「隣人愛」を基本に、理念が明示され基本方針が策定されています。これまでの基本方針は、法人内の併設している施設と共通のものでしたが、今年から事業所独自の基本方針が策定されています。理念や基本方針は会議や研修の際に職員に周知され、利用者には障害特性に応じたコミュニケーション手法を用い、理解が図れるよう工夫しながら説明されています。家族に対しては契約時の書類や広報誌の他イベントなどの際に説明して周知を図っています。</p>		

#### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a・Ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業経営に関わる福祉業界全体の動向は、自治体や福祉事務所、支援学校などの各機関と連携しながら利用者数・利用者像、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関する情報の収集が行われています。事業所の経営状況は、法人の事務職員と専門家による会計処理により適切に把握されていますが分析までには至っていないようです。今後は、人材確保を含めた財務状況の把握・分析を行うことで、地域や福祉業界の変化やそれに伴う事業展開へ繋がることに期待します。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・Ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営課題は運営委員会やリーダー会で議題に上げ検討するなど、組織全体で解決・改善に向け取組まれています。しかしながら、課題内容やその取組は職員には十分理解されていない部分もあるようです。今後は課題について検討された内容を文書化し、重要項目に色づけするなど確実に職員に周知する方法を検討されることに期待します。</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・Ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中・長期計画はあるようですが、具体的な目標(ビジョン)を明確にした中・長期計画の</p>		

策定には至っていません。今後は計画の中でビジョンを明文化し、具体的な数値目標や成果目標を設定することで、現在事業所が抱える課題解決の糸口になることに期待します。		
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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>単年度計画は委員会ごとに目的や目標、スケジュールなどが具体的に策定され単年度で事業所として取り組むべき課題は明確にされていますが、中・長期計画の内容を十分反映した計画とは言えません。また、単年度計画だけでは解決することが難しい課題もあるので、今後は、中・長期計画のビジョンが落とし込まれた単年度計画を策定することで、これまでより具体的で一貫性のある計画となることに期待します。</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。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は年度の重点目標を掲げ運営や支援内容、職員のスキルアップなどについて具体的に記載されています。事業計画は運営委員会やリーダー会、職員会などで取り上げ、職員全体に周知されており、振り返りについても随時行われています。</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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は掲示板や広報誌などに掲載され、利用者会や家族会で説明も行われています。利用者の状態により伝達方法を工夫し、利用者への周知に努められていますが全ての利用者への周知は難しく、苦慮されているようです。今後も、掲示物や配布物の構成・内容、説明方法などを引き続き工夫し、利用者に寄り添った物にすることで、より利用者の理解が深まることに期待します。</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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>前回受審した第三者評価の結果をもとに、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）サイクルが構築されています。しかし組織的な評価体制は未完成的な状況にあります。今後はサービスの実施状況の評価体制を整備するとともに、評価内容の分析やそれに伴う改善・検討項目を明確にすることで職員の知識や技術力のアップに繋がることと、福祉サービスの質の向上が期待されます。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>改善すべき課題は、職員参画のもと事業所全体で改善に向けて取組まれています。しかし、組織的な評価体制が未完成であるため、分析結果の記録や課題の文書化には至っていません。今後は、分析結果や課題を記録として残すことが、職員間の情報共有、意識向上につながり、課題へ段階的に取り組むことでサービスの質の向上が図られることに期待します。</p>		

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 施設管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 施設管理者の責任が明確にされている。		

10	Ⅱ-1-(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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は自らの役割と責務を職務分担表に明記し、職員に周知しています。また、有事における管理者の役割と責任についても、防災管理組織編成表や自衛消防組織編成表などに明記し、管理者不在時の責任者も周知しています。管理者は、要望・苦情、虐待防止に関する責任者を担い、利用者やその家族に対して同じ目線で話をしながら関わるなど積極的に問題解決に取り組まれています。</p>		
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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は利用者一人ひとりの個性や人権を大切にするという理念を基に管理者は権利擁護に努められています。職員を対象とした権利擁護の内部研修を行い、振り返りとして自己評価を行うなど職員の理解を深めるための取組を行っています。また、事業所として「倫理綱領」や「人権侵害・不適切な行為防止」、「職員倫理規程に基づく行動指針」にて権利擁護に関する職員の姿勢を書面に明記し、職員に周知しています。その他、施設内外の各種研修に参加し、遵守すべき法令の理解を図るとともに研修後にはミーティングでの報告とその報告書を職員に回覧するなど周知への努力も見られます。</p>		
Ⅱ-1-(2) 施設管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a・㉒・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は今年から、障害児入所施設である併設施設と共に組織委員会を立ち上げ一体的な運営による福祉サービスの質の向上を目指しています。年2回実施する職員面談では、職員自身が感じている課題や努力していることなどに耳を傾け、意見の聞き取りを行っています。今後は、職員から聞き取った内容を参考にしながら、施設の課題でもある「職員の資質向上」のために、職員一人ひとりの職能評価や修得すべき知識・技術、勤務年数に配慮した教育・研修体制を構築する取組に期待します。</p>		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a・㉒・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営に関わる財務や人事、労務に関する分析は、専門家である会計士や労務管理士のアドバイスを受け、法人全体で行われています。人員配置や労働環境の整備についても職員の希望を聞くなど働きやすい環境作りを取組まれています。平成29年度より管理者になられていますが「力不足で葛藤の日々」と自らの指導力について謙虚に捉えておられます。今後は管理者のビジョンを中・長期計画へ具体的に反映し、人材の確保・育成・職員への意識付けへリーダーシップを発揮されることに期待します。</p>		

## Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a・㉒・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人材定着の取組として事業計画に「人事評価の見える化」や「有給休暇取得率」の具体的な目標を掲げて明記されています。職員が働きやすく働き甲斐のある職場を目指して、資格取得や研修の機会を設けて職員自身のキャリアアップへの取組も実施されています。人材の確保はハローワークへの求人その他、実習生を受け入れて今後の就労につながるよう努めています。今後は、人材の定着や育成に向けて、具体的な方針と計画の策定に期待します。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・㉒・c

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>総合的な人事管理は、就業規則に規定され周知されていますが、職能評価や人事考課については基準が統一化されていないようです。人事管理や職能評価への職員の意見や意向を聞き取り、改善策を検討する取組は行われています。今後は、一定の組織的な評価体制を整えることで職員の専門性や資質向上を図り、「期待する職員像」に繋がれることに期待します。</p>		
<p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員との面談の実施や職員が相談しやすい環境作りを行い、職員の就業状況や意向の把握に努められ、把握した内容を福利厚生へ反映させるなどの職場環境改善に対する前向きな姿勢が伺えます。</p>		
<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。</p>		
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a・Ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所内外において様々な研修が実施され、職員のスキルアップや育成に向けた取組が行われています。年2回、職員一人ひとりと面談を行い、目標に対する進捗状況の確認が行われていますが職員に対する個別の取組には至っていません。今後は「期待する職員像」を具体的に示し、職員が目指すべき目標を明確にし、一人ひとりに対して目標達成ができるような取組に期待します。</p>		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a・Ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の教育・研修は基本方針に掲げられ、これに基づき計画を作成し、実施されています。今後は、職員一人ひとりのスキルアップが図られるような教育体制の構築や資格取得への支援などを事業所として検討されることに期待します。</p>		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a・Ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員に対するOJT研修やOFF-JT研修は積極的に行われ、研修参加への情報提供も行われています。今後は、教育・研修後の評価・分析により、職員の知識や技術を把握することで、職員一人ひとりの能力に応じた教育、機会が実施できるよう期待します。</p>		
<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。</p>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生を受入れるにあたり、宿泊室を用意したり、実習指導のための職員研修を実施したりするなど積極的な取組が行われています。現在、介護福祉士を目指す学生の実習受け入れに関する教育プログラムは構築されています。今後は、現在構築に至っていない様々な職種についても教育・育成プログラムが整備されることに期待します。</p>		

### Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
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・Ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所のホームページでは基本理念を、広報誌では理念や基本方針、運営方針、福祉サービスの内容などが掲載され、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</p>		

<p>います。本事業所は福祉サービス第三者評価の受審も今回が2回目で、サービスの向上や運営の透明性に積極的に取り組まれています。今後はホームページに福祉サービス第三者評価の受審結果や苦情・相談体制などの公開方法を工夫することで、これまで以上に透明性のある運営となることに期待します。</p>		
22	<p>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。</p>	<p>a・<b>⑥</b>・c</p>
<p>〈コメント〉</p> <p>事業所運営に関わる事務・経理・取引などのルールは法人全体で明確にされており、その内容に従って運営されています。また、各分野の専門家と契約し、相談・助言を受ける体制も確立されています。来年度に導入予定の外部監査を活用することで、より透明性のある経営へ繋がることに期待します。</p>		

## Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
<p>Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p>		
23	<p>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。</p>	<p><b>⑨</b>・b・c</p>
<p>〈コメント〉</p> <p>運営方針に地域社会との連携に関する内容が記載されています。事業所主催の「ふれあいバザー」や「地域交流感謝の集い」、月2回実施している「ふれあいランチ」などの実施により、利用者が地域住民と触れ合う機会があります。また、委託事業として、地域の高齢者への弁当の宅配事業も定期的実施されています。事業所内の園庭も開放されて地域住民が気軽に立ち寄れる環境が作られています。</p>		
24	<p>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。</p>	<p><b>⑨</b>・b・c</p>
<p>〈コメント〉</p> <p>ボランティア受け入れに関するマニュアルが整備され、その内容からボランティアは地域と事業所をつなぐ柱として位置づけられていることが伺えます。現在のボランティアの受け入れは散歩や本の読み聞かせ、アニマルセラピー、学校の交流体験などの慰問が主です。今後も引きつづき地域や学校からのボランティア受け入れが行われることに期待します。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
25	<p>Ⅱ-4-(2)-① 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。</p>	<p><b>⑨</b>・b・c</p>
<p>〈コメント〉</p> <p>利用者に関わる関係機関の連絡先は職員がいつでも確認ができる場所に掲示されています。地域の関係機関や団体と協働することで地域の問題を明確にし、解決のために取り組んでいます。また、定期的な連絡会への参加も行われています。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
26	<p>Ⅱ-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。</p>	<p><b>⑨</b>・b・c</p>
<p>〈コメント〉</p> <p>平成27年に開設された多目的交流センターは、地域住民が集う場所として提供され、「地域交流感謝の集い」や「ふれあいバザー」を主催するなど地域交流の機会になっています。今後はより多くの地域住民に利用してもらいたいとの構想もあるので、地域との関係がより深まるような活動に今後も期待します。事業所として災害や有事の際に備えて備蓄が行われており、熊本地震の際には避難所として多目的ホールを提供する他、地域住民や被災した他事業所の利用者を受け入れ、支援に当たるなど事業所が有する機能を広く社会に還元しています。</p>		
27	<p>Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。</p>	<p><b>⑨</b>・b・c</p>

<p>〈コメント〉</p> <p>地域に民家や商店が少なかった設立時から近隣の建物が増えた現在まで、変わらずに地域住民が施設に自由に出入りできる環境を作られています。事業所主催のバザーなどのイベントの実施や事業所施設の提供など、地域貢献に関わる活動を行っています。高齢者への宅配弁当事業は長年にわたり実施されており、地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動がなされています。この他、クリスマスの時期には、利用者が作成したキャンドルを販売するなど事業所の特徴的な活動が実施されています。</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
<p>〈コメント〉</p> <p>事業所の理念に「一人ひとりの個性や人格を大切に」と掲げ、事業計画や倫理綱領にも「個人の尊重」、「人権の擁護」が明記されています。重要事項説明書・利用契約書にも個人の尊厳や尊重に関する具体的に内容が記載されています。さらに組織内で共通理解を図るために「倫理及び法令順守」を題目に職員研修が行われています。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	㉠・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>利用者のプライバシー保護については、重要事項説明書や利用契約書の他に身体拘束廃止マニュアル、倫理マニュアルにも記載されています。また職員に対しては、プライバシー保護に関する研修も行われています。入所時に利用者とその家族と面談を十分に行い、プライバシー保護などの権利擁護に関する周知への取組が行われています。</p>		
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
<p>〈コメント〉</p> <p>パンフレットやホームページなどで事業所の情報発信を行っていますが、事業所の資料を広く配布するなどして多くの方が入手できる取組は十分とは言えません。今後は、公共施設などにパンフレットを設置するなど、より広く施設のサービス内容を発信されることに期待します。</p>		
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
<p>〈コメント〉</p> <p>サービスの利用や変更の際は、サービス管理責任者が主となって説明・対応しています。必要に応じて、ジェスチャーや分かりやすい言葉に変えて重要事項説明書や契約書の説明が行われています。また、サービス利用開始前には、施設見学や体験利用を通して実際に利用する際のシステムを十分に理解してもらえよう努められています。個人の家具の持ち込みや生活習慣への配慮についても丁寧に説明し、利用者やその家族は理解・納得した上での利用となっています。</p>		
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。	㉠・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>現在のところ家庭へ移行する方はほとんどいませんが、入院の際など看護部より病院に対し疾患や内服管理の状況などの情報提供を行っています。また、病院から事業所に戻ってくる際にも、入院中の様子が情報として返ってきます。必要に応じて、事業所の看護師が直接病院に出向き、情報の交換を行うなど継続性に配慮した対応が行われています。在宅や他施</p>		

設からの移行に関しては、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように、事業所間で連携を図っています。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者への満足度調査の一環として、栄養部による嗜好調査が実施されています。利用者には、自らの意見を言葉で表すことが難しい利用者が多いことから、支援部では利用者の眼差しや表情、身振りや手振りなどでニーズを把握するとともに、利用者一人ひとりに対して異なるコミュニケーションツールを用いて確認を行っています。また家族の面会時や家族会では家族の意見や希望を聞き取るなどの取組にも力を入れています。収集した情報は、支援員会議や運営会議での共有や検討が行われ、食事メニューやケアの見直しに活かされています。また、随時普段の様子から気づいた課題や家族へのアンケート結果にも対応され、内容も公表されて、より利用者の満足向上につながるよう努められています。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の体制は整備され、その仕組みや受付方法などの手順は重要事項説明書に記載されています。第三者委員の設置もあり、法人全体で苦情の解決に向けて取組んでいます。苦情内容は、日付・内容・対応方法など記録・管理されています。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の玄関に意見箱が設置されており、利用者や家族がいつでも匿名で意見が出せるようになっています。また、家族会や相談室での個人面談、毎月実施される利用者会議で利用者や家族の意見を汲み取るよう取組まれています。利用者や職員の間にはいつでも相談できる信頼関係が構築されており、相談日を決めずに気軽に相談できる雰囲気を作られています。利用者の個人的な相談には随時対応されています。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a・㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>意見や要望への対応マニュアルが整備され、職員間で共有し、協議する仕組みが整備されています。定期的に要望調査なども実施されており、利用者の思いを家族が代弁して伝える機会も設けられています。今後は、マニュアルの見直しやその仕組みの整備に期待します。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事故再発防止を重要課題として、事故・ヒヤリハット報告書の提出を積極的に促しています。各部長が中心となりリーダー会議で月毎にまとめた結果を基に、事故などの原因を分析し、再発防止の検討会を行っています。検討内容は、各部署に持ち帰り、周知を図っています。事故発生時の対応と安全確保についてのマニュアルも整備されています。年間で計画されている職員研修には、事故防止、感染症及び食中毒防止、救急救命、非常災害訓練の内容を組み込むなど職員への教育にも力を入れています。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症対応マニュアルが整備され、法令に順じての検便や浴室の湯の検査などが実施されています。インフルエンザの流行時期には県内インフルエンザ警報を参考に予防対策をとっています。マスク着用や手指消毒などの徹底、加湿器の設置、給水点検の実施、居室の清掃</p>		

と衛生管理の徹底など感染拡散の防止に尽力しています。感染症対策に関する責任と役割は運営規定に明記されており、各部それぞれに担当者が決まり役割を果たしています。		
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している。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の緊急連絡網が各部に掲示してあり、消防法に規定されたハード面も整っています。防災マニュアルが整備され、スプリンクラーの設置など設備的にも環境が整っています。また消防計画を策定し、年2回の避難訓練が行われています。火災・地震・風水害の対応マニュアルもあり、自治体やライフラインの連絡先も一覧表にまとめられています。</p>		

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	㉠・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各部署でマニュアルを作成されています。それぞれのマニュアルや計画書には利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に配慮した文章が随所に見られ、職員への周知はOJT研修にて実施されています。</p>		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス管理責任者が作成する個別支援計画書の見直しは各部門の担当職員が共同し定期的に行っています。また実施中の支援計画の中で起こった利用者の心身の変化は、各担当部署で事前に検討が行われており、PDCAサイクル(Plan(計画)→Do(実行)→Check(評価)→Act(改善))がきちんと機能しています。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントは事業者指定のアセスメント表を用いて担当職員やサービス管理責任者が行っています。聞き取りの際、利用者本人の意向を伝えることが難しい利用者からは職員が視線や表情を見ながら情報を汲み取っています。支援方法の課題や困難なケースが発生した際には外部の勉強会などに積極的に参加することで支援の幅や可能性を広げる取組がなされています。</p>		
43	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>&lt;コメント&gt;</p> <p>半年毎に個別支援計画の評価・見直しは原則実施してあり、支援内容の変更や継続の判断を行っています。支援実施による利用者の心身状態の推移は記録され、確認できるようになっており、評価見直しの際に役立てられています。入所者全体の状況は支援日誌に記録され、入院後などの状況に応じた見直しも随時行われています。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に基づいたサービスの実施状況や支援の様子は記録により確認できました。実施されているケアカンファレンスや担当部署会議、朝のミーティングの際に記録を基に引き継ぎや申し送りが実施され、利用者の情報は職員間で共有化が図られています。パソコンのネットワーク化により、これまでより詳細に情報の共有化が図られています。</p>		

45	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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>記録の管理は個人情報保護規定が整備されています。この規定に基づき記録の保管などが行われ、保管場所や保管方法は記録の種類によって定められています。職員は採用時に、就業中ならびに退職後も含めた情報漏えいの禁止に関する取り決めの確認を行い、情報管理に関する責任を遂行しています。</p>		

## 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		
46	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・㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「職員倫理規程に基づく行動指針」などに禁止事項を明記し説明することで、職員の丁寧な行動や言葉使いを徹底するよう取組まれています。呼称の統一は職員目標として取り上げており、現在改善途上にあるようです。今後は、接遇に関する研修の実施や実施状況の把握への取組に期待します。</p>		
47	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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者とのコミュニケーションは点字や筆談、ジェスチャーなど利用者の特性に応じた方法で支援されています。意思伝達が難しい利用者に対しては、表情や動作などを読み取り意思を理解しようと努力されています。また、視覚障害を伴う利用者とのやり取りにはボディータッチや名前の呼びかけなど、分かりやすい伝え方に努められています。</p>		
48	A-1-(1)-③ 利用者の主体的な活動を尊重している。	a・㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者会議が毎月1回行われ、利用者の司会のもと、職員が側面的に支援して意見を発表されています。利用者から出された外出や生活への要望などは行事計画や個別支援に活かされるよう工夫されています。今後は、利用者窓口としての担当職員を決め、定期的な管理者との協議の場を設けるなど利用者主体の活動がさらに発展して行くことに期待します。</p>		
49	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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者本人のできる部分を大切に、必要な時に介助するという基本姿勢が職員に周知されています。本人への意思確認や様子の観察を丁寧に行われています。視覚障害のある利用者が多いことから職員に疑似体験をしてもらうことで利用者の困りごとや助けてほしい内容を具体的に感じ取れるような取組も行われています。</p>		
50	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・㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画を通じ社会生活力を高めるプログラムとして調理・洗濯物たたみ・買い物などのプログラムが提供されています。外部のイベントなどの情報提供については、利用者一人ひとりに応じた情報提供を行うなど配慮されています。また自己表現の支援についての振り返りも個別に行われています。今後は、利用者自身の人権意識を高めることができるようなプログラムにも期待します。</p>		

### A-2 日常生活支援

		第三者評価結果
--	--	---------

		果
A-2-(1) 食事		
51	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>栄養ケアマネジメント・モニタリングは栄養士・看護師・担当支援員・サービス管理責任者の協議のもと、個別的な計画に落とし込まれ実施する体制が整えられています。利用者の食事時間には栄養士による巡回が行われ、利用者の変化に細やかに対応するよう努められています。</p>		
52	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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>月1回の給食会議には利用者も参加し意見を出せる機会が作られています。新鮮な食材を使い、副菜の種類が多く用意されています。また、行事食などで季節を感じるができるように配慮されています。利用者の高齢化の中、咀嚼・嚥下に配慮したメニューや調理の工夫もなされています。</p>		
53	A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事時の音楽は利用者一人ひとりが選んだ曲を1週間ずつ順番に流すように取組まれ、利用者の楽しみの一つとなっています。食事時間は各利用者の特性や介助量などに合わせ幅のある時間帯で提供されています。摂食機能に影響する食事姿勢について、椅子の高さや形状の調整を理学療法士や支援スタッフが行っています。利用者の障害特性に応じて食事場所を分けたことで、利用者は落ち着いた雰囲気の中でゆったりと食事を取られています。</p>		
A-2-(2) 入浴		
54	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。	a・㉠・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入浴は利用者の身体状況などに応じた介助が行われています。アセスメントシートや支援マニュアルに個別の介助方法の記載はありますが、口頭での伝達が主になっています。より実用的な視覚化された伝達方法の工夫が望まれます。</p>		
55	A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a・㉠・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入浴の頻度は週3回となっており、シャンプー・リンスなどは個人の好みの物を使うように配慮されています。利用者の希望時や必要時には随時シャワーや清拭が行われています。家族からは夏場のシャワー浴の要望も上がっていますが、浴槽に入るこだわりがある方への支援時間確保や日中活動の時間確保など様々な理由で対応できていない状況です。</p>		
56	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	㉠・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>浴室内、脱衣所には冷暖房設備や扇風機を設置するなど気温や利用者の身体状況に応じて適切な環境に調節ができるよう整備されています。また、前回の受審後、改修工事が施工され、脱衣室に床暖房を設置したり、脱衣スペースを拡大したり、洗い場の床材を滑らない素材に変更するなど改善されています。</p>		
A-2-(3) 排泄		
57	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a・㉠
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>オムツ使用の場合でもトイレでの排泄を優先した支援が行われています。排泄介助のマニュアルはありますが、支援方法は口頭での伝達が主になっているため、今後の取組が望まれます。</p>		
58	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	㉠・c

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>トイレは毎日清掃され、清潔・防臭に努められています。利用者の身体状況や障害特性によってアームレスト付きポータブルトイレを活用したり、カーテンとドアの個室トイレの使い分けを行ったりするなど個別に支援されています。</p>		
<p>A-2-(4) 衣服</p>		
59	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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>衣服は利用者の意思で選択してもらい、必要に応じて職員がアドバイスや調整をされています。誕生日外出や買い物行事などを活用し、可能な限り利用者と同行して衣類購入の機会を作られているほか、職員が依頼を受けて購入する場合があります。意思表示が難しい利用者についても普段の様子から素材や肌触りなど本人の好みや意思をくみ取るよう努められています。</p>		
60	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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>衣服が汚れた際には、その都度更衣できるように準備をしています。着衣へのこだわりや破衣行為のある利用者へは、利用者本人の状況、特性に応じた支援が個別に実施されています。</p>		
<p>A-2-(5) 理容・美容</p>		
61	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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理・美容に関する選択については意思表示できる方は利用者自身による選択を促したり、日頃の会話の中から好みを聞き取る工夫をされています。必要に応じて、職員が相談に応じています。意志表示が難しい方には年齢や体型、雰囲気などを考慮した支援が行われています。</p>		
62	A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が地域の美容室や理髪店を選択して利用できるように支援されています。利用の際には職員が同行し、安全に利用できるように美容室などとの連携が図られています。</p>		
<p>A-2-(6) 睡眠</p>		
63	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>夕食後はゆっくりとリラクゼーションできる雰囲気作りや好みの飲み物を用意するなど、入眠へのリズム作りに配慮されています。寝具は私物使用が認められており、利用者のベッドやマットレスなどは身体状況に応じて調整されています。介護用ベッドも備品として用意されています。睡眠困難な方には医師の処方のもと睡眠導入剤の服薬支援が行われています。</p>		
<p>A-2-(7) 健康管理</p>		
64	A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎日2回のバイタルチェックが実施され、体調変化の早期発見に努められています。通院介助を通じて看護師が医療機関と連携する体制が取られています。また、インフルエンザ予防接種の集団接種や昼食後の歯磨き介助、訪問歯科の受診など積極的に健康管理の取組が行われています。</p>		
65	A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>土日など看護師が不在の場合は、オンコール体制が取られています。複数の協力医療機関</p>		

と連携し、緊急時の対応が取れる体制を作り、必要時には緊急車両の要請も行われています。またAEDが設置され定期的に救急対応研修も行われています。		
66	A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>内服薬・外用薬ともに薬は看護師が医務室で管理しています。服薬支援マニュアルがあり、与薬忘れや誤薬を防ぐためのチェック表を活用し、記録も行われています。与薬忘れなどがあった場合はインシデント報告が上げられ対策を取るなどの体制が整えられています。</p>		
A-2-(8) 余暇・レクリエーション		
67	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。	a・㉒・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>余暇・レクリエーションは利用者会議で上った要望を参考に行事や外出の企画が立てられています。また、好きな音楽を聴くなどの音楽療法やアニマルセラピー、点字図書館の利用など余暇活動の工夫も見られます。今後は利用者自身が主体的に企画立案するような取組を期待します。</p>		
A-2-(9) 外出、外泊		
68	A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a・㉒・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の外出は全体外出の他、誕生日外出や買い物外出など利用者の好み、体力に応じて選択できるよう個別性に配慮して企画されています。またボランティアの協力を得て宿泊旅行なども実施されています。外出先での不測の事態に備えた手順が明確にされていないので、今後は手順書やマニュアルの作成を行うなど明文化されることが望まれます。</p>		
69	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。	a・㉒・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>本人の希望や家族の事情に配慮し、事業所が調整役となり外泊をサポートされています。家族の高齢化に伴い外泊の機会が得られない方には、ボランティアの協力を得ての宿泊旅行が企画されています。利用者主体の外泊のルール作りには至っていないため、今後は自治会活動の活性化と共に取組まれることを期待します。</p>		
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
70	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・㉒・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>預かり金管理規程が整備され複数の職員で管理する仕組みが整えられています。預かり金の管理方法と仕組みについては、管理規程と重要事項説明書に明記されています。自分で金銭管理できる利用者には財布を持ってもらい1000円程度の小遣いを自己管理してもらう取組が行われています。今後は、視覚障害などにも配慮した小遣い帳の作成や金銭管理に関する学習支援などの取組に期待します。</p>		
71	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。	㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>居室は、利用者の希望により個人で新聞や雑誌、テレビなどを購入し利用できるように環境が整えられています。共有スペースでのテレビの視聴は、他の利用者がいることもあり希望に沿っての利用は難しい場合もあるようですが、他に視聴ができるスペースを設けるなどできる限り希望通りに利用できるよう工夫されています。また、視覚障害の利用者が多いこともあり、点字番組表の取り寄せや点字雑誌の提供なども行われています。</p>		
72	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。	㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設内は基本的に全館禁煙となっています。現在、煙草を希望される利用者はいませんが、</p>		

晩酌を希望する方に対しては健康管理や他の利用者にも配慮しながら提供されています。		
A-2-(11) 社会適応訓練等		
73	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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 社会適応訓練は、様々な障害特性のある利用者に対して個別的な計画を立て実施されています。それぞれの利用者のニーズに合わせ、買い物などの社会体験や事業所内での日中活動や身体機能の低下を予防する運動プログラムなどが行われ、本人を交えた振り返りなども丁寧に行われています。		

### A-3 施設・設備

		第三者評価結果
A-3-(1) 施設・設備		
74	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
<コメント> 視覚障害のある利用者には、点字による案内表示、点字ブロックや手すりなどの設置がなされています。また、車いす利用者にはトイレや浴室、洗面所の段差解消などのバリアフリーへの環境整備が行われています。リスクマネジメント委員会が月1回実施されており、設備や建物に関する整備について毎回議題として取り上げられています。職員参加のもと、課題の早期解決について協議され、施設・設備のより良い環境整備に取り組まれています。		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象Ⅰ～Ⅲ）	26	19	0
内容評価基準（評価対象A）	18	10	1
合計	44	29	1