

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：生活介護センターゆきぞの (施設名)	種別： 指定生活介護事業
代表者氏名：大村 正秀 (管理者)松本 保孝	開設年月日： 平成22年 4月 1日
設置主体：社会福祉法人 十百千会 経営主体：社会福祉法人 十百千会	定員：31名 (利用人数) 34名
所在地：〒861-4731 下益城郡美里町栗崎564	
連絡先電話番号： 0964 47 8381	FAX番号： 0964 47 8382
ホームページアドレス	http://www.yukizono.com/

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
生活介護事業	野外活動(花見、紅葉狩り等)、初詣、節分、七夕、夏祭り、ゆきぞの音楽祭、クリスマス会、餅つき会、忘年会、総合防災訓練等
居室概要	居室以外の施設設備の概要
なし	訓練・作業室、事務室、食堂、相談室兼多目的室、トイレ、更衣室

2 施設・事業所の特徴的な取組

利用者が、自立した日常生活や社会生活を営むことができるよう、利用者の身体的介護をはじめ、創作的活動や生産活動の機会を適切に提供されています。

利用者の希望や適性に合わせ、フルーツキャップ等の生産活動を提供し、生産活動に係る事業収入から必要経費を差し引いた額に相当する金額を工賃として、利用者に支払われています。

また、利用者の健康管理に配慮し、施設周辺の散歩や体を使ったゲーム、ラジオ体操等を行なうことにより、運動不足を解消し健康維持や体力の低下防止に取り組まれています。更に、自主性や個性を伸ばすことを目標に、手工芸や工作、折り紙、スケッチ、切り絵や塗り絵など、様々な創作活動が行われています。利用者の方々に楽しみながら利用していただくために、レクリエーションの時間を積極的に取り入れ、利用者同士のコミュニケーションの場をつくり、ゲーム、季節の行事、カラオケやDVD鑑賞、外出など、ルールの遵守や協調性を養いながら、明るく楽しい雰囲気でも過ごすことができるよう取り組まれています。

3 評価結果総評

特に評価の高い点

地域との交流を深める取組みや地域貢献が積極的に行われています。

利用者や施設が地域との交流を深めるために、「ゆきぞの音楽祭」を企画し、地域の交流センターで毎年開催されており、多数の来場者があります。キッズダンス、フラダンス、地元出身の有名人やミュージシャン等を招き、音楽やダンスを通じ、地域との交流を深められています。また、同法人の事業所で栽培した野菜等の物品販売も行われ、地域の保育園や老人ホームの利用者等、幅広い年齢の方が参加し楽しめるイベントとなっています。また、熊本県ロードクリーンボランティアに登録され

ており、毎月、職員や利用者が、事業所周辺の道路の清掃活動を実施されています。更に、地域の障がい者相談会「よんなっせ」に相談員として職員を派遣するなど、地域に対する貢献活動が積極的に行われています。

職員一人ひとりに対して、教育や研修を受ける機会が確保されています。

年間の内部研修や外部研修の予定が立てられており、全職員がスキルアップできる体制が整備されています。特に、外部研修の参加を希望する職員には、職責や役割に応じて可能な限り参加できるよう配慮されており、施設運営や業務に必要な国家資格や専門資格を取得する場合は、講座の費用や旅費等を施設負担とされています。また、外部研修への参加後は、復命書をもとに、研修で得られた情報や内容を各部門の会議やミーティング等で発表し共有され、参加できなかった職員への周知もされています。

○利用者一人ひとりに対する丁寧なアセスメントが行われ支援計画に反映されています。

意思伝達に制限がある利用者も多く、一人の職員で判断せず、朝・夕の職員会議で連絡事項含め利用者の変化等詳細に情報共有するという方針のもと、サービス管理者の指導による、サービス支援計画・プラン実施状況・目標達成状況等適切に運営管理されています。また、緊急に変更の必要性が発生した場合も即時作成されています。更に、支援計画の一連の業務の省力化を図るために、職員ひとり一人にパソコンが貸与され、情報のやりとりがスムーズにできるよう配慮されています。

改善を求められる点

理念や基本方針の実現に向け、長期計画の作成が望まれます。

毎年、法人全体の事業目標として、中期計画や単年度の事業計画は作成されていますが、長期計画は作成されていませんでした。制度改正や経営環境等の変化を予測し、速やかに対応できるよう、組織体制や設備面の整備、人材育成など、長期的な視点の計画が求められます。

苦情内容や解決方法、結果等を公表する体制が望まれます。

苦情解決の体制として、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員が設置されており、苦情受付から解決に至るまで、適切に対応されていますが、相談内容や検討内容等の公表が十分に行われていませんでした。苦情内容や解決方法、結果等は、申し出をした利用者や家族に配慮した上で、適切に公表し周知することが必要です。

○男女兼用のトイレについて今後の改善を期待します。

昭和56年建築の園舎を改造してあり、男性小便器3ヵ所、洋式トイレ3ヵ所が同じスペースにあり、男女兼用になっています。事業所側としては、トイレの使用時間をずらし、同性介助で対応されるなど工夫はされています。今後、身体状況に応じたトイレ設備や、プライバシー保護等の確保について具体的な改善を期待します。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント(400字以内)

(H31.3.26)

今回法人としては、2回目の福祉サービス第三者評価を受審し、法人の基本的な事業運営や生活介護事業所が提供している福祉サービスについて、専門的な視点や客観的な評価を頂きました。

評価結果については、課題が明確になり具体的な目標を設定する上での指標となり、改善が求められるところは検討し改善に努め、評価の高かった点は、今後ともさらに推進し、より良い施設運営を目指して努力していきたいと考えています。

今回の受審では評価委員の方々に詳細にいたるまでの貴重なご意見、アドバイスをいただき感謝しております。

(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（通所系サービス）版】

評価機関

名 称	一般社団法人熊本県社会福祉士会 福祉サービス第三者評価事業
所 在 地	熊本市東区健軍本町1-22東部ハイ ツ105
評価実施期間	平成30年11月26日～31年3月31日
評価調査者番号	第07-026
	第10-004
	第09-014

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：生活介護センターゆきぞの (施設名)	種別： 指定生活介護事業
代表者氏名：理事長 大村 正秀 (管理者)施設長 松本 保孝	開設年月日： 平成22年4月1日
設置主体：社会福祉法人 十百千会 経営主体：社会福祉法人 十百千会	定員：31名 (利用人数)34名
所在地：〒861-4731 下益城郡美里町栗崎564	
連絡先電話番号： 0964 47 8381	FAX番号： 0964 47 8382
ホームページアドレス	http://www.yukizono.com/

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事				
生活介護事業	野外活動(花見、紅葉狩り等)、初詣、節分、七夕、夏祭り、ゆきぞの音楽祭、クリスマス会、餅つき会、忘年会、総合防災訓練等				
居室概要	居室以外の施設設備の概要				
なし	訓練・作業室、事務室、食堂、相談室兼多目的室、トイレ、更衣室				
職員の配置					
職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
管理者	1		社会福祉主事	2	
サービス管理責任者	1		介護福祉士	1	
看護師	1		准看護師	1	
生活支援員	6				
医師		2			
管理栄養士	1				
調理員	1				

合 計	1 1	2	合 計	4
-----	-----	---	-----	---

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：「私たちはあなたの「ゆめ」「よろこび」「ゆたかさ」の実現のため全力でサポートします。」

利用者に対して一人ひとりの尊厳を守り、個人の自主性とプライバシーを尊重して社会的自立を目指しサービスを提供します。また、利用者が健康で豊かな生活がおくれるように、利用者主体の施設運営に努力します。さらに、地域に根ざし社会に開かれた施設として、積極的に地域福祉に取り組み、社会資源としての役割を担い地域社会に貢献します。

基本方針

(1) ご利用者中心主義

ご利用者を中心に物事を進めます

(2) 地域との共生

地域の方々とのコミュニケーションを大切にします

(3) 社会的使命と責任

信頼される組織づくりを目指します

3 施設・事業所の特徴的な取組

利用者が、自立した日常生活や社会生活を営むことができるよう、利用者の身体的介護をはじめ、創作的活動や生産活動の機会を適切に提供されています。

利用者の希望や適性に合わせ、フルーツキャップ等の生産活動を提供し、生産活動に係る事業収入から必要経費を差し引いた額に相当する金額を工賃として、利用者に支払われています。

また、利用者の健康管理に配慮し、施設周辺の散歩や体を使ったゲーム、ラジオ体操等を行なうことにより、運動不足を解消し健康維持や体力の低下防止に取組まれています。更に、自主性や個性を伸ばすことを目標に、手工芸や工作、折り紙、スケッチ、切り絵や塗り絵など、様々な創作活動が行われています。利用者の方々に楽しみながら利用していただくために、レクリエーションの時間を積極的に取り入れ、利用者同士のコミュニケーションの場をつくり、ゲーム、季節の行事、カラオケやDVD鑑賞、外出など、ルールの遵守や協調性を養いながら、明るく楽しい雰囲気でお過ごしことができるよう取組まれています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年 11月 26日（契約日）～ 平成31年 3月 21日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成19年度）

5 評価結果総評

<p>特に評価の高い点</p> <p>地域との交流を深める取り組みや地域貢献が積極的に行われています。</p> <p>利用者や施設が地域との交流を深めるために、「ゆきその音楽祭」を企画し、地域の交流センターで毎年開催されており、多数の来場者があります。キッズダンス、フラダンス、地元出身の有名人やミュージシャン等を招き、音楽やダンスを通じ、地域との交流を深められています。また、同法人の事業所で栽培した野菜等の物品販売も行われ、地域の保育園や老人ホームの利用者等、幅広い年齢の方が参加し楽しめるイベントとなっています。また、熊本県ロードクリーンボランティアに登録されており、毎月、職員や利用者が、事業所周辺の道路の清掃活動を実施されています。更に、地域の障がい者相談会「よんなっせ」に相談員として職員を派遣するなど、地域に対する貢献活動が積極的に行われています。</p> <p>職員一人ひとりに対して、教育や研修を受ける機会が確保されています。</p> <p>年間の内部研修や外部研修の予定が立てられており、全職員がスキルアップできる体制が整備されています。特に、外部研修の参加を希望する職員には、職責や役割に応じて可能な限り参加できるよう配慮されており、施設運営や業務に必要な国家資格や専門資格を取得する場合は、講座の費用や旅費等を施設負担とされています。また、外部研修への参加後は、復命書をもとに、研修で得られた情報や内容を各部門の会議やミーティング等で発表し共有され、参加できなかった職員への周知もされています。</p> <p>○利用者一人ひとりに対する丁寧なアセスメントが行われ支援計画に反映されています。</p> <p>意思伝達に制限がある利用者も多く、一人の職員で判断せず、朝・夕の職員会議で連絡事項含め利用者の変化等詳細に情報共有するという方針のもと、サービス管理者の指導による、サービス支援計画・プラン実施状況・目標達成状況等適切に運営管理されています。また、緊急に変更の必要性が発生した場合も即時作成されています。更に、支援計画の一連の業務の省力化を図るために、職員一人ひとりにパソコンが貸与され、情報のやりとりがスムーズにできるよう配慮されています。</p>
<p>改善を求められる点</p> <p>理念や基本方針の実現に向け、長期計画の作成が望まれます。</p> <p>毎年、法人全体の事業目標として、中期計画や単年度の事業計画は作成されていますが、長期計画は作成されていませんでした。制度改正や経営環境等の変化を予測し、速やかに対応できるよう、組織体制や設備面の整備、人材育成など、長期的な視点の計画が求められます。</p> <p>苦情内容や解決方法、結果等を公表する体制が望まれます。</p> <p>苦情解決の体制として、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員が設置されており、苦情受付から解決に至るまで、適切に対応されていますが、相談内容や検討内容等の公表が十分に行われていませんでした。苦情内容や解決方法、結果等は、申し出をした利用者や家族に配慮した上で、適切に公表し周知することが必要です。</p> <p>○男女兼用のトイレについて今後の改善を期待します。</p> <p>昭和56年建築の園舎を改造してあり、男性小便器3ヵ所、洋式トイレ3ヵ所が同じスペースにあり、男女兼用になっています。事業所側としては、トイレの使用時間をずらし、同性介助で対応されるなど工夫はされています。今後、身体状況に応じたトイレ設備や、プライバシー保護等の確保について具体的な改善を期待します。</p>

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H31.3.26)

今回法人としては、2回目の福祉サービス第三者評価を受審し、法人の基本的な事業運営や生活介護事業所が提供している福祉サービスについて、専門的な視点や客観的な評価を頂きました。評価結果については、課題が明確になり具体的な目標を設定する上での指標となり、改善が求められるところは検討し改善に努め、評価の高かった点は、今後ともさらに推進し、より良い施設運営を目指して努力していきたいと考えています。

今回の受審では評価委員の方々に詳細にいたるまでの貴重なご意見、アドバイスをいただき感謝しております。

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。

（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	34人	
	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><コメント> 「ゆめ」、「よるこび」、「ゆたかさ」の実現のために全力でサポートするという法人全体の基本理念が策定されています。また、「ご利用者中心主義」、「地域との共生」、「社会的使命と責任」という基本方針が明文化されており、パンフレットやホームページに記載され、利用者や家族に周知されています。職員に対しても、入職時のオリエンテーションや定期的な全体会議等で説明を行い、全職員が周知できるよう取組まれています。</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><コメント> 管理者は、毎年開催される美里町地域福祉計画策定委員会の委員で、地域の自立支援協議会等にも参加されており、障がい者だけでなく、高齢者、生活困窮者等についての課題や福祉事業全体の動向・問題把握に努められています。そして、そこで得られた情報をもとに、年に4回開催される理事会で、現状の組織体制や設備の整備、職員体制や財務・運営状況等が分析されています。</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><コメント> 公認会計士より収支や財務指標等にもとづく経営分析が定期的に行われており、その内容や評価結果は、年4回開催される理事会で共有し検討されています。適正な収益性の確保に向け、コスト意識を高め、効率的な運営が行われるよう取組まれています。職員アンケート結果では、十分な情報共有がなされておらず、全職員の周知までは至っていない意見がありました。伝達方法を見直し、全職員が周知できる体制を整えることが望まれます。</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><コメント> 中期計画は、毎月開催される法人全体の運営会議で、各事業所の長や各部門の長と協議・立案し、理事会で承認され3年毎に見直されています。しかしながら、長期計画については制度改正等もあり、長期的な予想が難しいため策定されていません。 利用者の増減や人件費の増減等、中期的な視点だけでなく長期的な財務分析や収支計画の策定が</p>		

望まれます。		
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><コメント></p> <p>単年度の事業計画は、中期計画で定めた重点項目と基本施策を具体化するために、社会的動向や事業方針にもとづき、年4回開催される理事会で重点目標を協議し、毎年2月～3月頃に策定されています。しかしながら、単年度計画のベースとなる長期計画が策定されていないため、中期計画のみをベースとした計画となっています。</p> <p>- 3 - (2) 事業計画が適切に策定されている。</p>		
6	- 3 - (2) - 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>毎年、2月～3月頃、各部署の長を中心に幹部職員でミーティングを行い、集約した内容をもとに事業計画を策定されています。</p> <p>事業計画の進捗状況や達成状況は、幹部職員や中心的な役割を担う職員と一緒に確認し、評価や見直しが行われています。しかしながら、職員アンケートの結果では、一部の職員が計画内容を理解しておらず、全職員の十分な周知はされていませんでした。計画の性質や内容に応じては、幹部職員だけでなく、中堅職員や一般の職員もミーティングに参加するなど、職員全体で策定し周知することが求められます。</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><コメント></p> <p>事業計画は、家族については、年に3回、開催される家族会等で説明し、周知されています。また、利用者については、必要な内容のみ平仮名や絵などを用いて、分かりやすく説明が行われています。しかしながら、職員アンケートの結果では、一部の職員から周知や理解という点では不十分という意見がありました。障がいの特性に応じた工夫や配慮を行い、可能な限り多くの利用者に周知されることが望まれます。</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><コメント></p> <p>人事考課で使用する「業務管理・評価シート」を用い、職員自身が自己評価を行い、目標を設定されています。また、法人全体での内部研修や年3回開催されるスキルアップ研修に参加されており、サービスの質の向上に向けた取組みをされています。6年前までは福祉サービス第三者評価の評価基準を用いて、毎年、全職員で自己評価を行い、適切な福祉サービスが提供できるよう取組まれていました。しかしながら、現在は継続されておらず、職員個人の評価が中心となっており、組織としてその評価結果をもとに分析・検討がされていません。今回の福祉サービス第三者評価の結果をもとに、課題となった内容を全職員で話し合い、サービスの質の向上に努める組織づくりを進めていくことが望まれます。</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><コメント></p> <p>課題や検討事項があれば、毎月開催される職員会議や各部門のミーティング等において、随時、評価・分析をされています。しかしながら、その検討内容を記録した議事録等の記載が確認できませんでした。今年度、福祉サービス第三者評価を受審されたことをきっかけに、評価結果を全職員に周知し組織全体で改善点を見直すことで、今後のサービスの質の向上に向けた新たな取組みが期待されます。</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><コメント></p> <p>管理者の役割や責任は、職務分掌や業務分担表、各業務マニュアルに記載されており、定期的に関行される各会議や研修会等で表明されています。特に有事(災害、事故等)における管理者としての役割や不在時の役割については、代替する担当者や代行者が明確化されており、高く評価できます。</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><コメント></p> <p>管理者は、法令遵守を正しく理解するために、積極的に県内・外の研修や会議に参加し、常に新しい情報が得られるよう努力されています。また、社会福祉協議会や、全国社会福祉法人経営者協議会等が主催する研修に、管理者、管理課長、総務担当者を中心に、各部門に関連のある研修をピックアップし、積極的に参加されています。特に、虐待防止や差別解消に対する意識は高く、利用者の人権に関する研修の企画や参加については力を入れています。外部研修で得られた情報は職員会議で報告し、全職員が周知できるよう取組まれています。</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><コメント></p> <p>管理者は、福祉サービスの質の向上を図るために、外部研修や内部研修を企画し、職員の教育や育成に取り組まれています。しかしながら、職員アンケートの結果では、一部の職員から「もう少し現場の意見を聞いてほしい」という意見がありました。職員の意見を積極的に聴取し、サービスの質に関する課題の把握や改善に向けた具体的な取組みを組織全体で明らかにしていく体制が望まれます。</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><コメント></p> <p>管理者は、理念や基本方針の実現に向けて、理事会や全体会議で人事、労務、財務等に関する分析や検討を行い、経営の改善や業務の実行性を高めるよう取組んでいます。しかしながら、分析結果や検討内容を書面で確認することができませんでした。また、職員アンケートの結果では、一部の職員から、経営改善に向けた新たな取組を期待するという意見がありました。今後さらにリーダーシップを発揮され、組織内に同様の意識を形成し、職員全体で効果的な運営を目指していくことが求められます。</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><コメント></p> <p>福祉サービスの質を確保するために、有能な人材を組織に定着できるよう、中期経営計画書の職員配置計画にもとづき明記されており、事業運営に支障をきたさないよう取組まれています。また、正規職員の割合が高く、障がい者の雇用も積極的に受け入れられています。しかしながら、一部の職種について職員不足が伺われ、職員の負担が増加する可能性があります。あわせて、職員アンケートの結果では、人材確保や定着に関する計画を把握しておらず、職員の増員を望む意見がありました。人員基準は満たしていますが、有給休暇の取得や急な欠員があった場合でも</p>		

対応できるよう、ゆとりのある人員配置が望まれます。		
15	- 2 - (1) - 総合的な人事管理が行われている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人が策定している倫理綱領の中に職員行動規範が明記されており、職員の基本的姿勢や責務等、「期待する職員像等」が明確にされています。人事管理については、現状の状況を分析し判断しながら職員の採用、配置、異動を決定されています。また、人事考課制度を導入されており、自己評価や今後の目標設定、個別面談等を適切に実施し、減点制ではなく加点として、昇級・昇格・賞与等に反映されています。</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り組んでいる。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職員の心身の健康と安全を確保するために、セクシャルハラスメントやパワーハラスメント、マタニティハラスメント等の防止規程が策定され、相談窓口が設置されています。</p> <p>また、職員の就業状況や意向は、「業務管理・評価シート」を用いた自己評価を行い、年2回実施される人事考課の際の面接で把握されています。更に、職員の福利厚生充実を図るため、熊本市中小企業勤労者福祉サービスセンターが運営する「ふれあう共済」や日本知的障害協会が運営する「さぼーと倶楽部」に加入されており、組織の魅力を高める取組をされています。</p> <p>有給休暇の取得率については5割、今後は平均で7割の取得率を目標とされています。</p> <p>しかしながら、職員アンケートの結果では、一部の職員からサービスの時間外労働があり、就業状況を見直し、改善してほしいという意見がありました。把握した意向や意見について分析・検討を行い、反映できるような体制の確立が望まれます。</p>		
- 2 - (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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><コメント></p> <p>年に2回の人事考課制度の中で、「業務管理・評価シート」を用いた自己評価や目標設定を行い、管理者が個別面談を実施されています。その内容をもとに、進捗状況や達成状況を2名の上司が確認・分析し、各職員の知識や経験に応じた評価やアドバイスが適切に行われています。</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><コメント></p> <p>単年度の事業計画で、職員の教育・研修の基本方針及び計画が策定されており、外部研修や内部研修の方針や内容は、毎年、OJTリーダーが見直し、年間計画を立て実施されています。内部研修については、年に3回(3月、8月、12月)実施されており、衛生管理、感染症対策、権利擁護、ストレスケア等について、全職員を対象とした研修内容となっています。外部研修については、個別支援計画の策定方法や障がい者総合支援制度、段階に応じたスキルアップ等研修、職員の適性や施設側の期待、本人の意向を考慮し、受講する研修を管理者が判断されています。</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><コメント></p> <p>外部研修に関する情報提供は随時行われており、各機関から研修の案内があった場合は、コピーし関係部署に回覧しており、参加を希望する職員には可能な限り参加できるよう配慮されています。施設運営や業務に必要な国家資格や専門資格を取得する場合は、講座の費用や旅費等を必要に応じて施設負担とされており、全職員がそれぞれの職責や役割に応じた研修に参加できる機会が確保されています。また、研修参加後は復命書をもとに、研修で得られた情報や内容を、各部門の会議やミーティング等で発表し共有されています。</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。		
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><コメント></p> <p>「実習生等受入事務取扱規程」や「実習受け入れマニュアル」が整備されており、受け入れに際しての職種や人数等を制限せず積極的に行われています。実習生を担当する指導者については、</p>		

外部研修等を受講した職員が担当し、質の高い実習が確保できるよう取組まれています。しかしながら、実習内容については、依頼された学校や機関の意向を反映されていますが、実習目的や職種に考慮したプログラムは作成されていませんでした。各専門職における実習プログラムを整備し、効果的な育成が望まれます。

- 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><コメント> 事業内容や財務状況については、ホームページや年に2回発行される広報誌等に掲載し公表されています。ホームページでは、法人理念、基本方針、施設概要、事業報告、決算報告、財産目録を誰でもダウンロードし、閲覧することができます。広報誌には、事業所の活動内容が掲載されており、保護者や地域の関係機関等に配布し周知されています。</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><コメント> 事業所における事務、経理、取引等については、事務・経理に関する規程をもとに事務職員や担当職員に周知されており、適正な経営・運営が行われています。また、職員代表による年2回の内部監査も実施されています。法人の監事は公認会計士が担っており、定期的に財務等におけるチェックやアドバイスをもとに、経営改善や運営の適正性を確保する取組がされています。</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><コメント> 法人全体で企画・開催する大きなイベントとして、毎年11月に、「美里町文化交流センターひびき」で「ゆきその音楽祭」が開催されています。町内からの協賛もあり、同法人の事業所で栽培した野菜等の物品販売や、利用者や職員による出し物、キッズダンス、フラダンス、地元出身の有名人などを招き、保育園や老人ホーム等の利用者など、地域の多数の方が参加され、誰もが楽しめるイベントとなっています。また、12月に開催される餅つき会も、ライオンズクラブや婦人会(たんぼぼの会)の協力があって実施されており、事業所や利用者との地域交流が深められています。</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><コメント> ボランティア受入れマニュアルが整備されており、様々な分野のボランティアを受入れる体制があります。担当者は課長から1年毎に任命され、支援員が交代で担当しています。ボランティア開始時には、担当者がマニュアルを用いてオリエンテーションを実施し、利用者との交流を図る上で必要なアドバイスや研修が行われています。小学生は、トマトや椎茸の収穫、中学生のワークキャンプや職場体験学習、高校生のインターンシップ等を積極的に受け入れられています。</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><コメント> 町の福祉課や社会福祉協議会、地域包括支援センター等の関係機関とは、必要に応じ連携が図られています。しかしながら、定期的な連絡会等は、法人内にある相談支援事業所を中心に行</p>		

<p>われているため、事業所としての実施や参加はされていませんでした。来年度は、法人として地域生活支援拠点事業を行う予定であるため、関係機関との連携を深め、地域でのネットワーク化を積極的に図ることが期待できます。</p>		
<p>- 4 - (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
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><コメント> 熊本県ロードクリーンボランティアに登録されており、毎月、職員や利用者が、事業所周辺の道路の清掃活動を実施されています。また、施設長は、宇城市自立支援協議会の権利擁護部会長に就任されており、障がい者差別解消法に関する講演等を通して、地域に住む障がい者の権利擁護推進に貢献されています。更に、地域の障がい者相談会である「よんなっせ」の相談員として、毎月、職員を派遣し、障がい者に関する相談や障がい者向けのレクリエーションの実施されています。</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><コメント> 法人内に相談支援事業所が設置しており、その取組の中で知り得た情報や毎月開催される社会福祉協議会の定例会や出張相談会に参加し、意見交換やニーズの抽出に努められています。しかしながら、一部の意見やニーズが中心となっており、地域のニーズ把握の内容までは至っていませんでした。地域住民からの幅広い意見や要望を把握するためには、地域交流のイベント時にアンケートを実施するなど、事業所が主体的になって新たな福祉ニーズを把握し対応することが望まれます。</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
<p>- 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
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><コメント> 利用者を尊重したサービスを提供するために、法人の倫理綱領が策定されており、冊子化し全職員に配布されています。その内容の理解を深めるために、新任職員は、入職時に熟読し清書することを求められています。また、年間研修の中に利用者の基本的人権や権利擁護、身体拘束廃止や虐待防止に関する研修が計画されており、全職員に周知されています。しかしながら、職員アンケートの結果では、一部の職員から、利用者を尊重するための共通理解が図られていないという意見がありました。定期的に状況の把握や評価を行い、全職員が共通理解を持つための取組が望まれます。</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><コメント> 利用者のプライバシー保護については職員行動規範に明記されており、毎年、全職員を対象とした権利擁護に関する研修の中で、虐待防止に関する内容とともに周知されています。また、全国社会福祉協議会「障害者の虐待防止に関する検討委員会」の「職員セルフチェックリスト」を用いて、全職員が毎年チェックし、利用者の権利擁護に対する職員の意識向上や理解が深まるよう取組まれています。</p>		
<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。</p>		
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><コメント> ホームページやパンフレットが作成されており、役場やハローワーク、各支援学校等に設置されています。利用希望者に対しては、随時、見学や体験利用を受付けており、事業所が休みの場合</p>		

でも可能な限り対応されています。利用者や家族等の意見や考えを尊重するため、見学や体験利用を行った上で決定し、安心して利用できるよう配慮されています。		
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><コメント></p> <p>サービスの利用開始や変更については、担当の職員が時間をかけて契約や重要事項の内容を分かりやすく説明し、利用者や家族に同意を得た上で利用につなげています。しかしながら、契約書や重要事項説明書は口頭での説明が中心となっており、障がいのある方にとって分かりにくい文章でした。ふりがなの活用や写真、図、絵など、誰にでも分かるような資料を用いながら説明することが望まれます。</p>		
32	- 1 - (2) - 福祉施設・事業所の変更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> <p>事業所の変更や家庭への移行を希望された場合は、利用者や家族に同意を得た上で、必要な情報を口頭や書面で適切に提供されています。また、介護保険制度への移行や障がい者福祉サービスとの併用など、状況に応じた関係機関との連携が図られており、その内容は個別支援計画書にも細かく記載されています。</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、取り組んでいる。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の家族との交流を深めるために家族会が設置されており、職員との情報交換が行われています。その中で、利用者満足に関する調査が行われています。しかしながら、口頭での聞き取りが中心となっており、その内容にもとづいた分析や検討が十分にできていませんでした。また、利用者についても個別での調査は行われていますが、口頭のみでの調査となっていました。利用者満足に関する担当者を設置し、定期的に行った調査結果を分析・検討する取組が求められます。</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><コメント></p> <p>苦情解決の体制として、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を2名設置し、苦情受付から解決に至るまでの苦情解決規程が整備されています。年に3回、第三者委員会が開催されており、苦情・要望等の記録内容をもとに客観的な視点で協議し、改善が必要な事項は速やかに対応されています。また、苦情解決の取組内容は、各年度の事業報告書の中で、苦情解決委員会事業として文書化され報告されています。しかしながら、苦情内容に関する相談内容や検討内容、今後の対策については、プライバシーの観点から十分な公表ができていませんでした。苦情内容や解決方法、結果等は、申し出をした利用者や家族に配慮した上で、適切に公表することが望まれます。</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><コメント></p> <p>現在、苦情解決責任者は管理者、苦情受付担当者は看護師がされており、担当者については、2年毎に、全職員の中から選任されています。相談室が整備されており、利用者のプライバシーも確保され、安心して相談できる環境があります。利用者の目につきやすい場所に、相談受付の方法や苦情解決までの流れが掲示されており、文章もふりがなを活用し、担当となる相談者の顔写真や絵などを用いて分かりやすく記載してあります。</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><コメント></p> <p>利用者の意見や要望について迅速に対応するために、利用者の目につきやすい場所にご意見箱が設置されており、担当の職員が投函状況をこまめにチェックされています。ご意見箱で得られた意見や要望については、苦情解決委員会や第三者委員会の中で確認・協議し、可能な限り利用者</p>		

の要望に応え、信頼が得られるよう取組まれています。		
- 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
<p><コメント></p> <p>利用者の安心と安全を確保するために、リスクマネジメント実施規程にもとづき責任者が明確化され、リスクマネジメント委員会を設置し、3ヶ月に1回、会議が開催されています。</p> <p>「ヒヤリ・ハット報告書」や「事故報告書」の提出をもとに、発生件数や属性別件数、発生曜日等を集計し、それぞれの内容に対してリスクアセスメント実施一覧表が作成されています。その中で得られた情報をもとに会議の中で分析し、改善策や再発防止策を検討されています。検討内容はリスクマネジメント会議録に明確に記載され、リスクマネジメント委員会の長である施設長が細かく評価されています。また、その他の取組として、施設にはAEDが2台設置されており、職員の中に救急救命士の資格取得者が所属しており、その職員を中心にAED等を用いた救急蘇生法の訓練が毎年行われています。</p>		
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><コメント></p> <p>感染症予防マニュアルが整備されており、毎年、全職員を対象に、インフルエンザやノロウイルス等の感染症予防に関する内部研修が実施されています。必要に応じて、保健所から講師を招き、感染を防止するための手洗い方法や消毒・清掃方法など、現場に精通した講義も開催されており、安全確保に対する意識の高さが窺えます。</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><コメント></p> <p>火災やその他の災害を想定して、防災対策規定が策定されており、毎月の避難訓練や年に一回の消火訓練が適切に実施されています。また、災害時のマニュアルが整備されており、内部研修や職員会議などを通して、全職員に周知されています。更に、災害時における取組みとして備蓄リストを作成し、3日分の食品や消耗品等が備蓄されています。また、全職員がフリーメールを活用し、災害時のスムーズな情報共有や連携が速やかに行えるよう整備されています。特に、震度6以上の地震が発生した場合は、災害伝言ダイヤルを活用し、安否の状況や施設からの情報を入れておくことを家族に対して周知されており、防災に対する意識の高さが窺えます。</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><コメント></p> <p>標準的な各種マニュアルが整備されており、各マニュアルをもとに適切なサービスが提供されています。マニュアルでは対応できない個別的な支援に関しては、個別支援計画の作成時や見直しの時期に検討し、決定した内容は、毎月開催される職員会議等で全職員に周知されています。また、制度の改正や利用者の急激な変化等で、急なサービスの見直しが必要な場合は、その都度ミーティングを行い、適切なサービスが提供できるよう検討されています。</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><コメント></p> <p>各業務マニュアルが整備されており、適宜、全支援員で見直されており、事業所長の承認で策定されています。しかしながら、見直しを行う時期や方法等が明確になっておらず、検討会議の議事録や改訂記録等を確認することができませんでした。</p> <p>定期的に現状のマニュアルを検証し、職員だけでなく利用者等からの意見や提案にもとづき、必要な見直しを行うとともに、話し合った改定記録や検討会議の議事録等を、書面で残すことが求められます。</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><コメント></p> <p>利用開始にあたり、利用者や家族の意向・要望を確認し、適切にアセスメントが実施されており、その結果をもとに全職員で協議し、個別支援計画書が策定されています。</p> <p>利用者の特性や生活状況、ニーズにもとづき、利用開始から1年間は3ヶ月ごとに作成し、1年以後は6ヶ月ごとに作成されています。利用者の個別性を尊重した計画内容となっており、本人も同席のもと内容の確認や同意が行われています。</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><コメント></p> <p>福祉サービスの評価や見直しについては、全職員が検討会議に参加し、支援員からの情報や意見を聴取した上で、サービス管理責任者が作成されています。また、計画内容は、状況や必要に応じて変更や見直しが行われており、適宜、検討会議を開催し、利用者の意向や考え等を確認した上で、内容を見直す仕組みが整備されています。</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、職員間で共有化されている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「利用者支援システム」を導入されており、毎日の記録は、組織が定めた統一した様式によって、利用者の身体状況や生活状況等を細かく記録されています。システムについては、支援員全員に貸与されており、いつでも支援員が事業所内で記録を作成し、情報共有できるよう整備されています。また、記録内容はサービス管理責任者が毎日チェックし、気になる点があれば適切に指導されています。</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><コメント></p> <p>利用者及び職員の個人情報保護規程が策定されており、利用者の記録の保管、保存、破棄、第三者への情報提供に関する内容が記載され、全職員に周知されています。また、毎年開催される権利擁護における研修会の中でも、個人情報保護規程に関する研修が行われており、管理者が記録管理責任者となり、個人情報を適切に取り扱うための、職員に対する教育や周知徹底が行われています。やむを得ず、医療機関への受診や他事業所への移行等の理由で第三者へ情報提供する場合は、利用者や家族に同意を得て実施されています。</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		
	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><コメント></p> <p>法人で「倫理要領及び職員行動規範」が作成され、基本的姿勢・具体的遵守事項等明文化されています。特に厳守事項の項目には(1)利用者への虐待(2)利用者への差別(3)プライバシーの侵害(4)人格無視(5)利用者への強要(6)利用者への制限等具体的に記載されています。また入職時には施設長からの研修も行われ、職員へ配布されています。しかしながら職員アンケートでは一部、人権尊重の意識の徹底が十分でないという意見もあり、今後の取組を期待します。</p>		
	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><コメント></p> <p>利用者へのコミュニケーション手段については、日常の関りを通じて、サインやジェスチャー等</p>		

<p>を活用して意思確認がされ、個別支援計画にも明記されています。特に支援が必要な利用者については時間をかけスキルの高い職員の対応等の方法がとられています。朝夕の会議でも利用者の支援について共通認識を図る時間が設けられていますが、職員のアンケート結果では、十分ではないという意見があり今後の取組を期待します。</p>		
	A - 1 - (1) - 利用者の主体的な活動を尊重している。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 午前中は個人の能力に応じた作業療法、午後は日毎に活動プログラムが準備され、その日の担当者が決められています。現在 100 近い活動プログラムがあり実施されています。利用者の会は利用者の住まいのグループホームで運営され、内容については情報の共有がなされ活動プログラムにも反映されています。利用者アンケート結果からは、違う作業療法や活動をしてみたいという意見もあり、今後の検討を望みます。</p>		
	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><コメント> 利用者の年齢構成が 20 歳から 76 歳と幅広く、平均年齢は 40 歳代。男女比はほぼ同比率。過剰な関りではなく、出来る事は自分で行えるような支援方針を基本にされています。支援の偏りが無いように、朝夕の職員ミーティングで利用者の状況について報告し、職員同士支援の方法を確認されています。また身体状況の変化により、必要な介助を行う場合は、利用者家族に連絡を行い、了解の上行われています。</p>		
	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><コメント> 社会生活力を高めことを目標に月 1 回外出の機会、2 ヶ月に 1 回外食の機会を設けてあります。その際には事前に利用者の希望を聞き、希望に応じた外出場所を選出し、レジ等での金銭学習も含めトータルな計画実行が行われています。それ以外では、日中活動の中で、社会人としての最低限度のマナー、挨拶、時計の見方等のプログラムも行われていますが、利用者自身人権意識を高められるような情報が不足しています。今後、利用者の主体性を尊重していく姿勢を言葉だけでなく、利用者や経験の浅い職員も理解できるような方法・表現（例えばイラスト等で可視化）の検討を望みます。</p>		

A - 2 日常生活支援

		第三者評価結果
A - 2 - (1) 食事		
	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><コメント> 法人の直営で食事サービスが提供され、管理栄養士による栄養管理が行われています。利用者毎の嗜好、健康状態、年齢など勘案し食事の量、形態を変えてあります。また栄養士も喫食状況についてミールラウンドされ確認されています。細かい配慮等なされていますので、さらに食事支援マニュアル等整備される事を望みます。</p>		
	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><コメント> 季節感のある行事食や旬の食材を取り入れた献立が提供され、サプライズ献立やリクエスト食など利用者満足度を高める取組がなされています。また、食材の仕入れは出来るだけ地元業者へ依頼されています。食事に関しても利用者をせかさないう、利用者のペースで食べられるように配慮されています。食堂の隣室が調理室であり適温の食事が提供されています。利用者の多くがグループホームの利用者であるため、グループホームの中で食事の検討がされており、通所での献立に反映されています。利用者アンケートでも「おいしい」との意見が多数聞かれています。</p>		
	A - 2 - (1) - 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a ・ b ・ c

<コメント> 食堂は清潔に保たれています。テーブルの席の配置は利用者の希望等に応じて定期的に席替えを行っています。誕生会のボードを作ったり、手作りケーキを提供したりと楽しく食べてもらえる工夫がなされています。食事の時間は12時開始で、終了は利用者のペースに応じてせかさないう事を大事に支援がなされています。食事前の手洗いも徹底されており感染予防対策が図られています。ただ食事中、職員の方々が傍で立って見守りをされていたましたが、利用者の目線に合わせた見守りの工夫が望まれます。		
A - 2 - (2) 入浴		
	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> 通所のため該当なし		
	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> 通所のため該当なし		
	A - 2 - (2) - 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a・c
<コメント> 通所のため該当なし		
A - 2 - (3) 排泄		
	A - 2 - (3) - 排泄介助は快適に行われている。	a・c
<コメント> 同性介助を基本とし、利用者の状態に応じて衣類の汚染や臭いに気を配り、発見した際は素早く対応されています。排泄介助の結果は日誌に記載し、支援経過記録にも記載がなされています。またグループホームの利用者も多いため、ホームとの情報交換もされ日中の観察につながっています。しかしながら、排泄支援マニュアルは整備されておらず、サービスの質の担保やリスクマネジメントの観点からも今後作成されることを望みます。		
	A - 2 - (3) - トイレは清潔で快適である。	a・c
<コメント> トイレは臭いもなく清潔に保たれています。しかし、トイレが男女兼用であり、プライバシーの確保が十分ではない状況であります。トイレの数は男性用小便器が3ヵ所、洋式便座が3ヵ所ありますが、職員アンケート結果から数が少ない等の意見が挙がっています。ハード面の改修は難しいと思われませんが、トイレへの出入り口にカーテンなどの目隠し等プライバシーの配慮を高める取組や工夫が望まれます。併せて高齢の方も利用されており、空調設備等でヒートショック対策やナースコールの導入等快適に排泄できる環境作りについて検討が求められます。		
A - 2 - (4) 健康管理		
	A - 2 - (4) - 日常の健康管理は適切である。	a・c
<コメント> 健康管理に関するマニュアルが整備され、利用者は利用開始時に血圧等の健康チェック、看護師による状態の観察が行われています。また、体重測定含め個人毎に記録が残されており、連絡帳を通じて家族へ健康状態を伝えるシステムになっています。看護師はインフルエンザワクチン接種の必要性など利用者家族へ説明し実施されています。さらに利用者毎のかかりつけ医との連携体制も図られ、緊急時の対応方法など整備されています。その他の取組として活動時の歯磨きは必ず看護師、職員で確認され口腔ケアの習慣が身につくように行われています。		
	A - 2 - (4) - 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a・b・c
<コメント> サービス開始時に、本人・家族へ協力医療機関について説明を行い、急変時の対応について確認して記録し体制を整えています。また健康面での変調があった場合の対応の手順はマニュアルとして整備され、地域内に協力医療機関、歯科、内科の確保が来ています。さらに皮膚科、整形外科、眼科の医療機関との連携も図れており、異常の早期発見ができるように家族、職員間での連携のもと、迅速・適切に対応する体制が整えられています。		

	A - 2 - (4) - 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a ・ c
<コメント> 薬は鍵のかかる場所（職員室）に保管され、看護師により管理されており、内服薬や外用薬の取り扱いについては、内服マニュアルの中に記載されています。また、誤薬が発生しないように、与薬一覧表を作成し、内服直前に配薬し確実に服用出来たかその日の担当職員が目視確認しています。		
A - 2 - (5) 余暇・レクリエーション		
	A - 2 - (5) - 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
<コメント> 地域性もあり、外部からの協力者（ボランティア）の受け入れは少ない状況ではありますが、その分職員の創意工夫により日々の活動の充実と自立性が高められるよう、毎月新しいプログラムが作成されています。また、利用者の希望を把握しながら職員間で月間スケジュールを立案し、その後利用者には理解しやすいように週間スケジュールとし掲示されています。		
A - 2 - (6) 外出		
	A - 2 - (6) - 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a ・ b ・ c
<コメント> 外出の機会を通じて社会性を身につけるために、利用者の希望を確認し、月1回程度、目的に応じてグループ編成し、職員の支援により行われています。主に隣町のショッピングタウンでの買い物や2ヶ月に一度の夕食会等、また町主催のイベント等に可能な限り、利用者の希望を確認して参加されています。外出を楽しみにしている意見も利用者から挙がっています。中山間部であり外出も負担が大きいと思われそうですが、計画的に実施されています。		
A - 2 - (7) 所持金・預かり金の管理等		
	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
<コメント> 原則、現金の預かりは実施しないが、夕食や買い物行事の場合は現金を預かり受領証を渡されています。また、買い物支援の際は、事前に購入したい物を利用者に確認し、利用者自身が品物の選択から支払いまで行い、金銭管理能力を高められるような支援が行われています。また、その際は家族への報告も適宜行われ、適切に取り扱いが行われています。		
A - 2 - (8) 社会適応訓練等		
	A - 2 - (8) - 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> 家族との連携のもと、社会人としての一般常識、マナーを身に付ける事や様々な活動を通して楽しみある生活が送れるよう配慮されています。その内容として午前の活動は個人の能力に応じた作業療法、午後の活動は、学習療法やレクリエーション、体操など毎日メニューを変え、毎月新しいプログラムの開発を担当職員が行い、利用者が飽きずに楽しめるよう100近いプログラムが常にストックされています。		

A - 3 施設・設備

		第三者評価結果
A - 3 - (1) 施設・設備		
	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> 築36年の建物で以前は入所施設であった場所を生活介護事業、グループホーム、就労継続支援B型事業などに活用されています。利用者の方々も慣れた場所であり案内表示等は必要ないと思われそうですが、来所者や新規の利用者には場所がわかりづらい環境になっています。廊下にある案内表示等は、一部剥がれていたり、文字が小さかったり、似たような内容の掲示物が数枚見受けられる状態でした。今後、掲示物や案内表示等については利用者の目線の高さや掲示方法等の工		

夫を検討される事を期待します。

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象 ~ ）	26	19	0
内容評価基準（評価対象A）	9	7	2
合 計	35	26	2