

## 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：チャレンジめいとくの里		種別：障害者支援施設
代表者氏名：理事長 樺嶋 潤一郎 (管理者)：施設長 平川 貞俊		開設年月日：平成17年4月1日
設置主体：社会福祉法人 明徳会 経営主体：社会福祉法人 明徳会		定員（利用人数）：50名（50人）
所在地：〒861-5503 熊本市北区明徳町707番地1		
連絡先電話番号：096 215 9101		F A X 番号：096 245 2344
ホームページアドレス	http://www.meitokukai.jp	

#### (2) 基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事
施設入所支援事業・生活介護事業・自立訓練（生活訓練）・就労移行支援・就労継続支援B型・短期入所支援・日中一時支援	めいとくフェスタ・日帰り旅行・一泊旅行・誕生会・クリスマス会・餅つき・ディスコ・各種地域行事参加
居室概要	居室以外の施設設備の概要
一人部屋 36室、二人部屋 6室、短期入所個室 7室（全室個室）	作業・レクリエーション室 5室、調理実習室 1室、娯楽室、静養室、医務室 他

### 2 施設・事業所の特徴的な取組

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「安心・安全・安らぎ」という基本理念を軸に時代や需要に対応すべく変化・進化し続け、フレキシブルに対応ができる事業所です。</li> <li>・ 権利擁護に関して法人全体で取り組んでいます。障害者虐待や身体拘束について全職員が理解し、意識を持てるよう定期的に研修を行い、理解度を確認するアンケートやチェックリストも整備されています。</li> <li>・ 施設内通貨ミュー（μ）を取り入れ、利用者の個別の目標設定ややりがいを引き出し、賞賛や楽しみのために使う工夫をしています。グループでは対応できない個別支援は、スタークラブというクラブで選択制により、絵画、さをり、パソコン教室、温泉デー、ほたる見学、相撲見学等のイベントや教室を興味に応じて個別に参加する方式を施設内通貨と連携して実施しています。</li> </ul>
--

### 3 評価結果総評

#### 特に評価の高い点

- ・ 職員に基本理念が浸透し、事業運営に反映される仕組みが構築されています。基本理念や中・長期計画「VISION」が明確に掲げられ、単年度の事業計画は、年度ごとに理事長がから示された運営ポリシーを下に各グループや各委員会で検討し立案されています。
- ・ 創業の経緯や基本理念、倫理綱領や行動規範などが記載された「職員業務ガイドブック」が作成され全職員へ手渡されています。施設の期待する人物像と利用者一人ひとりの人権を尊重した支援の在り方が明確に示されており職員に浸透しています。
- ・ 利用者と担当職員で構成された5つのグループ、ファミリー制度を導入し、サービス提供に関わる責任を明確にしつつ、親身で家庭的な支援を目指されています。利用者一人ひとりの特性やニーズに細やかに対応するとともに、利用者の意見等がサービスに反映されやすくなっています。
- ・ 利用者の自治会があり、様々な場面で機能しています。自治会の会議の中で、要望や意見を述べたり、ドライブ外出やDVD鑑賞、カラオケなどを企画したりしています。要望として上がった飲み物の自動販売機の設置なども検討中です。
- ・ 地域との交流は積極的に行われ、施設開催の秋祭り「めいとくフェスタ」には地域住民の方が多く参加されています。また、地域清掃やボランティアに参加するなどの地域貢献にも取り組まれています。
- ・ ボランティアに関する広報活動に力を入れており、ボランティアの受け入れ実績も多くあります。また、事業所としては災害発生時に県の要請により職員を被災地に派遣する熊本災害派遣福祉チーム(熊本DCAT)に登録しています。

#### 改善を求められる点

- ・ 看護師が配置されており、利用者の健康状態や衛生管理に関する取り組みがなされています。今後は利用者の高齢化・重度化が課題となってくることが想定されるので、主治医や看護師等の医療職と支援員など職員全体で連携して利用者の健康に向き合うことが期待されます。
- ・ 利用者の日中活動について様々な取り組みがあり活発に活動されている様子が伺えます。しかし、生活空間では、日中活動ほど積極的な取り組みは少ない様です。日曜日や夜間などの余暇時間の過ごし方について、利用者が充実した時間を過ごすきっかけとなるような取り組みに期待します。

#### 4 第三者評価結果に対する事業者のコメント(400字以内)

(H 30.8.2)

今回で2回目の第三者評価受審となりました。

評価を受けるにあたり、資料整理や自己評価を行うことで普段なかなか手を付けることが出来ていないところ等を再確認することができました。また、客観的な評価や改善点を、身内ではなく外部から受けることはスタッフにとって貴重な体験でありモチベーションが上がると思います。当施設の取り組みを評価いただいたところもありますが、改善点の克服や更なるサービスの質の向上に向け、今後もスタッフ一同努力してまいりたいと思います。この度は、ありがとうございました。

(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	平成29年8月1日～平成30年3月30日
評価調査者番号	第07-012号
	第15-007号
	第17-007号

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：チャレンジめいとくの里	種別：障害者支援施設
代表者氏名：理事長 樺嶋 潤一郎 (管理者)：(施設長 平川 貞俊)	開設年月日：平成17年4月1日
設置主体：社会福祉法人 明徳会 経営主体：社会福祉法人 明徳会	定員：50名(利用人数：50名)
所在地：〒861-5503 熊本市北区明徳町707番地1	
連絡先電話番号：096 215 9101	F A X 番号：096 245 2344
ホームページアドレス	<a href="http://www.meitokukai.jp">http://www.meitokukai.jp</a>

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事					
施設入所支援事業・生活介護事業・自立訓練(生活訓練)・就労移行支援・就労継続支援B型・短期入所支援・日中一時支援	めいとくフェスタ・日帰り旅行・一泊旅行・誕生会・クリスマス会・餅つき・ディスコ・各種地域行事参加					
居室概要	居室以外の施設設備の概要					
一人部屋 36室、二人部屋 6室、短期入所個室 7室(全室個室)	作業・レクリエーション室 5室、調理実習室 1室、娯楽室、静養室、医務室 他					
職員の配置						
	職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
	施設長	1		介護福祉士	9	
	看護師		5	社会福祉士	6	
	生活支援員	31	19	精神保健福祉士	1	
	サービス管理責任者	2		看護師		5
	事務員	3				
	合 計	37	24	合 計	16	5

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

### 基本理念

「安心・安全・安らぎ」の福祉社会創造へチャレンジ！

### 経営思想

1. 総合的な快適環境の追求
2. 共生社会の実現
3. 人権擁護の確立と個人の尊重
4. 社会参加と地域交流の促進
5. 自立への挑戦
6. プロとしての職員資質向上
7. 人として、社会人として、明德会職員として

## 3 施設・事業所の特徴的な取組

- ・ 「安心・安全・安らぎ」という基本理念を軸に時代や需要に対応すべく変化・進化し続け、フレキシブルに対応ができる事業所です。
- ・ 権利擁護に関して法人全体で取り組んでいます。障害者虐待や身体拘束について全職員が理解し、意識を持てるよう定期的に研修を行い、理解度を確認するアンケートやチェックリストも整備されています。
- ・ 施設内通貨ミュー（μ）を取り入れ、利用者の個別の目標設定ややりがいを引き出し、賞賛や楽しみのために使う工夫をしています。グループでは対応できない個別支援は、スタークラブというクラブで選択制により、絵画、さをり、パソコン教室、温泉デー、ほたる見学、相撲見学等のイベントや教室を興味に応じて個別に参加する方式を施設内通貨と連携して実施しています。

## 4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年8月1日（契約日）～ 平成30年8月7日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成26年度）

## 5 評価結果総評

### 特に評価の高い点

- ・ 職員に基本理念が浸透し、事業運営に反映される仕組みが構築されています。基本理念や中・長期計画「VISION」が明確に掲げられ、単年度の事業計画は、年度ごとに理事長が示された運営ポリシーを下に各グループや各委員会で検討し立案されています。
- ・ 創業の経緯や基本理念、倫理綱領や行動規範などが記載された「職員業務ガイドブック」が作成され全職員へ手渡されています。施設の期待する人物像と利用者一人ひとりの人権を尊重した支援の在り方が明確に示されており職員に浸透しています。
- ・ 利用者と担当職員で構成された5つのグループ、ファミリー制度を導入し、サービス提供に関わる責任を明確にしつつ、親身で家庭的な支援を目指されています。利用者一人ひとりの特性やニーズに細やかに対応するとともに、利用者の意見等がサービスに反映されやすくなっています。
- ・ 利用者の自治会があり、様々な場面で機能しています。自治会の会議の中で、要望や意見を述べたり、ドライブ外出やDVD鑑賞、カラオケなどを企画したりしています。要望として上がった飲み物の自動販売機の設置なども検討中です。
- ・ 地域との交流は積極的に行われ、施設開催の秋祭り「めいとくフェスタ」には地域住民の方が多く参加されています。また、地域清掃やボランティアに参加するなどの地域貢献にも取り組まれています。
- ・ ボランティアに関する広報活動に力を入れており、ボランティアの受け入れ実績も多くあります。また、事業所としては災害発生時に県の要請により職員を被災地に派遣する熊本災害派遣福祉チーム(熊本DCAT)に登録しています。

### 改善を求められる点

- ・ 看護師が配置されており、利用者の健康状態や衛生管理に関する取り組みがなされています。今後は利用者の高齢化・重度化が課題となってくることが想定されるので、主治医や看護師等の医療職と支援員など職員全体で連携して利用者の健康に向き合うことが期待されます。
- ・ 利用者の日中活動について様々な取り組みがあり活発に活動されている様子が伺えます。しかし、生活空間では、日中活動ほど積極的な取り組みは少ない様です。日曜日や夜間などの余暇時間の過ごし方について、利用者が充実した時間を過ごすきっかけとなるような取り組みに期待します。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H 30.8.2)

今回で2回目の第三者評価受審となりました。  
 評価を受けるにあたり、資料整理や自己評価を行うことで普段なかなか手を付けることが出来ていないところ等を再確認することができました。また、客観的な評価や改善点を、身内ではなく外部から受けることはスタッフにとって貴重な体験でありモチベーションが上がると思います。当施設の取り組みを評価いただいたところもありますが、改善点の克服や更なるサービスの質の向上に向け、今後もスタッフ一同努力してまいりたいと思います。この度は、ありがとうございました。

7 第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

(参考) 利用者調査の手法等

調査の手法	対象者	対象数(人)	基準数に満たない場合の理由
アンケート調査	利用者本人	16	
	家族・保護者	25	
聞き取り調査	利用者本人		
	家族・保護者		
観察調査	利用者本人		

## 第三者評価結果

すべての評価細目について、判断基準(a・b・cの3段階)に基づいた評価結果を表示する。

評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

### 評価対象 福祉サービスの基本方針と組織

#### - 1 理念・基本方針

		第三者評価結果
- 1 - ( 1 ) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	- 1 - ( 1 ) - 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員は、施設設立の趣旨や理念が作られた経緯を理解しており大切にしています。理念の理解を深め、同じ方向を向いて仕事ができるように、理念は施設内に掲示されているほか、職員会議の際にも繰り返し説明されています。そのほか、事業計画書や広報誌へ掲載されたり、利用者や保護者には、契約時に丁寧な説明を行うなど、広く周知が図られています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>理事長や施設長は、外部の各種研修会に積極的に参加され、研修で得た情報は経営会議、企画会議等で共有されています。その後速やかに、各担当委員会、各長に伝達し、重要なものについては職員全体会議で取り上げ全職員で共有しています。地域においては、理事長が地域自立支援協議会の委員を委嘱され、関係機関と情報交換、連携を図っています。相談支援事業所では、積極的に地域に関わることで地域のニーズや課題、地域のネットワークなどの情報を掴んで分析しています。毎月の経営会議では、サービスごとに収支状況や利用率の変化などを定期的に発表し、地域動向を把握した事業経営が行われています。</p>		
3	- 2 - ( 1 ) - 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員会議で経営環境や実施する福祉サービスの内容、設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析を行っています。さらに、地域社会のニーズに照らし合わせながら経営課題を明確にし、理事、職員等にも報告が行われています。また具体的な取り組みを行うために経営、労務や人材育成については専門家のアドバイスを受けながら、より質の高いサービスが提供できるように努めています。</p>		

#### - 3 事業計画の策定

		第三者評価結果
- 3 - ( 1 ) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	- 3 - ( 1 ) - 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念を基に、中・長期計画「VISION」を策定し、「地域で必要とされる総合的な福祉の</p>		



<p>拠点を目指す、先駆的でオンリーワンのサービスを複数構築」という目標を設定しています。また、中・長期計画は節目ごとに現状と照合し、見直し修正を行う仕組みが構築されています。</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;          目標を達成するために毎年運営ポリシーを策定し、経営的・運営的な課題と方向性を示して、施設及び一職員としてやるべきことは何か、どう行動するべきかを明確にした書面が作成されています。単年度の計画は、「VISION」を踏まえ、「GO TO THE NEXT 進化しよう!」という単年度の運営ポリシーを基に、法人、施設単位、サービス単位、その他各委員会などすべての活動体で事業計画を策定しています。</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>&lt;コメント&gt;          事業計画は各部署で、担当者のヒアリングやプレゼンテーションを行い、課題の確認や討議、役員からのアドバイスを受けて事業計画を文書化し全職員で共有されています。また、毎月の会議で実施状況の進捗を確認しています。事業計画の見直しについては随時または月に1回実施される企画会議や入所支援会議で検討するほか、職員の個人目標シート「チャレンジシート」の聞き取り時に現状の評価が行なわれています。問題のある事項が優先となっているので総合的な見直しを課題とされています。</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;          利用者に関係する事業計画は、利用者の目線に立ち伝え方や伝えるタイミングを工夫して利用者へ周知しています。例えば、毎月行われる利用者全体集会「ふるさと会」や定期的開催される家族会で、理事長、施設長、サービス管理責任者等が福祉制度の改正や事業計画等について今後の施設の方向性も踏まえて丁寧に説明しています。</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
<p>- 4 - (1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。</p>		
8	- 4 - (1) - 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;          本施設では権利擁護を最重要事項の一つと考えており、権利擁護は経営思想を始めあらゆる支援やサービス全てと繋がっていると考えています。取り組みとしては、年に4回、権利擁護に関する研修を開催したり、グループ会議等で定期的に議題として取り上げたりしています。サービスに対する姿勢を職員業務ガイドブックに記載し共通認識を図っています。ガイドブックには権利擁護や虐待防止に関する事項が明記され、朝礼時に行動規範を一日一項目ずつ代表者が読み上げ、それに対して振り返りや意思表示などを行っています。福祉サービス第三者評価についても定期的に受審し、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ています。</p>		
9	- 4 - (1) - 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・c
<p>&lt;コメント&gt;          自己評価や利用者アンケート、ES アンケート(職員満足度に関するアンケート)、職員の個人目標管理シート「チャレンジシート」、虐待防止アンケート等、様々なサービス評価に取り組まれています。これらの結果をもとに、組織として取り組む課題を明確にし、重要課題や優先順位を整理して施設運営に反映しています。また評価結果から早急に取り組むべき課題を集約・検討し研修や支援へ役立てています。さらに、ES アンケート等でボトムアッ</p>		

ブされた課題は、再度、検証やアセスメントを行い、明確になった課題は複数の職員が参画して行われるケア会議で改善策が検討されています。その後、トップダウンで周知が図られています。

## 評価対象 組織の運営管理

### - 1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
- 1 -( 1 ) 管理者の責任が明確にされている。		
10	- 1 -( 1 )- 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者である法人理事長及び施設長は、毎月定例の職員会議にて、それぞれの役割ごとに経営・管理に関する方針や取組状況について示しています。また、理事長及び施設長は、年度当初の職員会議で自らの権限を職務分掌等の文書にて示しています。職務分掌には不在、有事の際の権限委任についても明記してあります。職員へは資料を配布しプロジェクターを利用した方法で視覚的にも分かりやすい方法で周知しています。</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>法令や制度等、職員が遵守すべき事項については、さらなる周知徹底のため施設内研修を実施されています。これに加え、日本知的障害者福祉協会や熊本県の虐待防止研修会等の施設外研修に理事長や施設長等も積極的に参加し、職員へさらなる理解のためのフィードバックが行われています。また、事業所内外で起こった利用者に対する事故や虐待事例を職員朝礼や職員会議等で職員に紹介し、法令を正しく理解をする具体的な対応や対策の検討を行い利用者への支援へ反映されるよう取り組まれています。</p>		
- 1 -( 2 ) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	- 1 -( 2 )- 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの向上については、ヒヤリハット報告や家族からの苦情・意見等をもとに日々の課題を整理し対応策を立てています。事業報告についても利用者及び家族や職員からのアンケート調査をもとに課題を明確にし、優先順位をつけ取り組んでいます。また、理事長及び施設長は全国社会福祉法人経営者協議会での研修会に参加する他、利用者の事例研修会を実施しています。地域では子育てネットワークに参加し、施設では各部署の代表者から職員の意見を吸い上げていく体制を作るなど指導力を発揮しています。</p>		
13	- 1 -( 2 )- 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営や業務の状況は日々チェックし各担当者と意思疎通を行い、管理者会議では理事長が資料を作成し問題点、改善事項を報告しています。利用率の推移等は、毎月事務課長から提出を受け検証がなされています。また、管理者は年度当初の職員会議のほか毎月の職員会議や毎日の職員朝礼で、組織の理念や基本方針の実現に向け、業務推進について全職員の合意形成が図られるよう常に発信しています。そのほか専門家の指導のもと、労務コンプライアンス（労働関係法令の遵守）に沿った分析を行い、人事、労務、財務等を踏まえて経営の改善に取り組んでいます。分析結果を現場に活かすため定期的に各部署リーダーに執務態度考課をさせ、評価結果に基づき施設長が個別面談を実施し職員の資質向上に向けた具体的な取組がなされています。</p>		

### - 2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果

		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>人材確保や専門職の配置については組織計画をもとに、配置基準を満たした配置を実施しています。人材の育成計画については年間計画を立てて実施していますが、特に新人職員の教育のために28年度より「新人育成統括」の設置や「チューター制度」を導入し、新人職員の教育を手厚する工夫がなされています。中堅職員の育成についてはキャリアアップの研修等はなされていますが、個々の課題を明確化した人材育成は十分とは言えません。次世代のリーダー、管理職の育成の具体化に期待します。人材確保については、採用のためのマニュアル作成やSNSを利用して職員の働く様子を発信する等の工夫により人材確保に努められています。</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>採用、配置、異動、昇進、昇給等の人事基準は、就業規則に明確に記載・書面化されています。職員業務ガイドブックを作成し、理念を基に倫理規定・職務規程によって職員のあるべき姿を周知徹底されています。表彰規定を策定し、モチベーションアップと意識改革の動機付けのために「めいとく人大賞」を職員が推薦する形で表彰しています。また、社会保険労務士等の専門家の指導の下、法改正に伴う対策にもいち早く対応されています。人事評価については、経営会議にて経営状況や各事業、他施設等の求人条件も参考にしながら処遇改善を行うと同時に、個人目標管理シート「チャレンジシート」をもとにした面接やESアンケート（職員満足度に関するアンケート）で職員の意見を吸い上げ、評価・分析が行われています。今後は専門性や職務遂行能力についても客観的な人事評価基準に基づいた評価・分析を期待します。</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>就業状況や労務管理についてはESアンケートや働き方アンケートを集約し、経営会議で把握が行われています。職員の労働時間についてはタイムレコーダーの記録を集計し分析しています。職員の心身の健康と安全確保への取り組みとしてストレスチェックを行うと共にストレスケアやアンガーマネジメントの研修を行い、セルフケアを推奨しています。働き方改革として、妊娠中の職員や療養しながら働く職員が利用できるライフイベントに際しての特別休暇制度やワーク・ライフ・バランスを考慮した短時間勤務の実施に取り組まれています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人目標管理シート「チャレンジシート」を使って、目標管理の仕組みが構築されています。毎年度、職員一人ひとりの目標設定を行い、中間・最終の年2回の個人面接で上長が評価を行っています。「期待する職員像」が職員業務ガイドブックにも示され、職員の資質向上に努められています。</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;</p> <p>職員全体の意識向上を目的とし年間研修が計画に基づき実施されています。外部講師を招聘して、障がい者の権利擁護、介護技術といった利用者本位のサービスを目指した内部研修のほか、外部研修も活用されています。毎年、研修内容やカリキュラムを見直し、研修の充実に努めています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>正職員から非正規職員まで全職員がスキルアップできるように法人内外の研修会を年間通して受講する機会を設けています。福祉職員生涯研修・課題別研修・強度行動障害者支援養成研修・就労関係研修・SDS 自主研修・運営ポリシー研修・新人育成研修等さまざまな研修に取り組んでいます。また新任職員には、労務管理や介護、医務に関する知識・技能、リフト操作に関する研修等、段階的に職員の経験や習熟度に配慮した個別的な OJT 研修が実施されています。今後はさらに、職員一人ひとりの計画策定に期待します。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生向けに実習の手引や実習プログラミングシート、実習計画書や個別シートが用意され、実習生のニーズに沿ったプログラムが提供できるように配慮しています。学校等との連携に関しても、学校主催の連絡会に実習担当者が積極的に参加され、関係の構築に努めています。しかし、職員向けの専門職教育マニュアル等の作成までには至ってないようです。今後は施設の基本姿勢に基づいた教育・育成にむけたマニュアルの構築に期待します。</p>		

### - 3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
- 3 - ( 1 ) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	- 3 - ( 1 ) - 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページ、ブログ、フェイスブック、インスタグラムを使い分け情報の公開を行っています。公開している情報の内容として、財務状況のほか苦情事案や福祉サービスの自己評価、利用者や職員のアンケート結果などです。施設内には公開情報をまとめたファイルを設置しています。広報誌「チャレンジニュース」は、年5回発行し地域や関係機関へも配布されています。広報誌の1回の発行部数は600部にもなります。</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;</p> <p>統括総務事務部により経理規定や就業規則等の規定を随時確認し、行政からの監査に対して透明性を確保しています。職務分掌は各職種、雇用形態により作成され、社会保険労務士と委託契約を行い職員の労働環境改善に取り組んでいます。また、経理については担当者ごとに責任を明確にし、理事長による毎日のチェック体制や弁護士、協会の顧問公認会計士への指導相談を随時行っています。定款や役員報酬規程など主な規定はホームページ等で公表されていますが、施設独自の外部監査までには至ってないようです。今後は公益性、公正性の観点から努力義務ではありますが、5年に一度の外部監査ができることを期待します。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域貢献の一環として地域交流スペースを地域へ提供されています。施設で高齢者の健康支援に関するイベントを開催したり、キッチンや会議室を子育て支援団体に開放・提供されたりしています。災害時の福祉避難所として熊本市と協定を結ばれており、熊本地震の際に</p>		

は地域住民の方へも一時的に避難場所として開放するなど地域との連携に積極的に取り組まれています。また「地域の縁側」や「地域避難の家」事業として登録を行っており、地域活動に参加しています。		
24	- 4 - ( 1 ) - ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>社会福祉協議会を通じて、ボランティアにどのような活動を行いたいのか個別のニーズの把握に努めています。ボランティア登録者には希望するボランティア活動を担当してもらっています。ボランティア受入れに関するマニュアルも整備されています。</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社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、さまざまな団体に所属し、情報収集を行っています。相談の電話があった際は、熊本市のホームページを参考に適切と考えられるサービスや事業所を紹介しています。しかし、事業所間の連携が十分ではないため紹介先が適切であるかの検証は難しいようです。</p>		
- 4 - ( 3 ) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	- 4 - ( 3 ) - 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設内の会議室は、当法人が使用していない時間を地域の民生委員の会議場所として提供したり、選挙の際は投票所として提供したりしています。熊本地震の際にも2家族の避難場所として提供した実績があります。また、施設のホールにおいては、地域のダンススクールの練習場所として夜間8時まで開放するなど地域貢献に努めています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の子育て支援センターのメンバーとして、病院の医師、学校の先生、自治会の方と意見交換等行い、何が必要なのかを常に意識して行動しています。また、情報を共有することで、さまざまな問題の解決にもつながっているようです。</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>権利擁護は「人権擁護の確立と個人の尊重」と経営思想に掲げ、最重要事項の一つとされています。職員を対象とした利用者の権利擁護に関する研修を年に4回開催するなど、職員の意識付けに力を入れています。また、「明徳会権利擁護原則」を基に権利擁護に関する理解・意識調査として職員アンケートを実施しています。この結果に基づき、取り組んできた内容を振り返り見直しを行っています。今後は、アンケートが記名式であるため記入し辛い場合も想定されるため、アンケート実施方法の工夫に期待します。</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>プライバシー保護や権利擁護に関するマニュアル等が整備され福祉サービスは手順に沿って実施されています。施設は解放的でありながらもプライバシーは守るという環境を目指しており、居室の窓は以前より小さくする等プライバシーに配慮されています。トイレのド</p>		

<p>アが壊れている箇所は熊本地震のため修理業者が見つからないこともありカーテンでの代用となっているため早急な改善が望まれます。</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>&lt;コメント&gt; ホームページ上で施設の活動内容等を発信し、SNS(フェイスブック等)を利用し日々の細かな情報を提供しています。施設見学は随時受け付けており、約1時間かけ専用のパンフレットの提供や施設内を案内するなど丁寧な説明を行っています。入所希望者に関しては、待機順位が上位になった際に体験の機会が提供できるように配慮されています。広報誌も年間5回発行され、利用者の家族、関係機関、地域の方々にも配布しています。</p>		
31	- 1 - ( 2 ) - 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; サービス利用開始前にサービス内容を利用者に対して口頭と書面で細かく丁寧に説明されています。サービス変更の際は利用者と家族との協議内容を記録に残し職員が共有しています。説明の際に使用する資料や提示方法を利用者にとってより分かりやすくすることを今後の課題とされています。</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; 通所から入所への移行相談の場合は、必要に応じて施設の見学に職員が同行しています。移行時には、施設が把握している利用者の特性等の詳細を書面にて伝えることでスムーズな移行が行われています。</p>		
<p>- 1 - ( 3 ) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
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>&lt;コメント&gt; 利用者満足度アンケートを年に1回実施し結果は公表され、管理者は結果の評価・分析を行い改善項目について検討しています。個別支援検討会議「ひまわりトーク」では、個別支援計画を利用者一人ひとりの障害福祉サービス支給期間に合わせて策定することが決められています。策定期間を利用者に合わせることで、担当者や計画相談員、サービス管理責任者が利用者や家族の意見を十分に聞き取ることができ、より利用者寄り添った計画策定に繋がっています。意見箱の設置のほか家族会や家族役員会に職員が出席しており、互いの意見を交換したり、要望を聴取したりする機会となっています。利用者の自治会「ふるさと会」があり、自治会長は利用者の立候補による選挙制度を導入しています。選出された役員で活動を行うことで、利用者の主体性も出て満足度につながっています。</p>		
<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。</p>		
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; 苦情受付、担当者、第三者委員会の設置等受付から解決にいたるまでの手続き、必要書類については、きちんと整備されています。また、苦情解決の流れは掲示板に掲示しており、全体集会や利用者自治会の中で説明を行うなどして周知されています。苦情発生時はマニュアルに沿って状況等事実確認と防止策の検討を行い、報告書にまとめて回答を行い問題解決に努めています。また、苦情の内容は年2回の第三者委員会で報告しホームページ等でも可能な限り情報開示しています。</p>		
35	- 1 - ( 4 ) - 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 利用者の相談内容によって担当職員が決められており、利用者が相談しやすいように担当</p>		

<p>職員の顔写真等を掲示板に貼り相談窓口の周知に努めています。毎月1回開催される利用者自治会は職員が参加メンバーとなっているため利用者と職員双方の重要な連絡事項の伝達や普段相談できない内容等の意見交換の場となっています。また、相談窓口として意見箱の活用を促すために意見用紙を配布したり、分かりやすい場所に設置したり、全体集会、利用者自治会を通して周知するなどの工夫が見られます。しかし、利用者一人ひとりが相談の方法を理解するまでには至っていないようです。</p>			
36	- 1 - ( 4 ) -	利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          利用者と担当職員で構成されたグループを作り、様々な活動に取り組むファミリー制度を導入しています。このため利用者の意見等がサービスに反映されやすくなっています。利用者の意見や相談への対応に関するマニュアルの策定には至っていませんが、職員の対応について人により受け止め方が違ったりする事例（挨拶の声が小さい、会釈の仕方が悪い等）については適宜対応しています。今後は、利用者の要望等に対する職員の対応マニュアル策定に期待します。</p>			
- 1 - ( 5 ) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。			
37	- 1 - ( 5 ) -	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          リスクマネジメントについては事業所の消防・危機管理委員が管轄し担当職員が明確にされています。前月の事故、ヒヤリハット事例を月に1度収集し、委員とサービス管理責任者で会議を開き、分析や防止策について検討、その後の評価も行っています。会議の内容は、事業所会議にて報告、周知されるなどの体制が構築されています。</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>&lt;コメント&gt;          感染対策マニュアルが整備されヒヤリハット報告も行われています。定期的に医務室ミーティングや健康促進・感染症対策会議を開き、感染症の発生状況、予防について分析・検討が行われています。さらに、年に2回感染対策研修を全職員対象に実施しています。感染予防や拡大防止のため、定時のオゾン水配布やジェスパを用いた消毒の励行、吐物処理セットの設置、次亜塩素酸消毒セットの設置を行っています。</p>			
39	- 1 - ( 5 ) -	災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          利用者の安全確保のための災害対応マニュアルが整備されています。また、年間5回の避難訓練が実施され、7月は台風、1月は地震、他3回は火災を想定した訓練が行われています。火災場所も毎回違う場所を設定し、誘導は新人職員がマニュアルに沿って行うこととしています。このため、職員全員が災害時の対処方法を心得ています。さらに風水害マニュアルも策定済みです。熊本地震の際には利用者の顔写真をそれぞれの家族に送り安心してもらえるような配慮がありました。また、職員についても、一斉メールを配信して、情報共有に努めています。緊急時に備え、備蓄を行い備蓄品リストも整備されています。さらに炊き出し訓練も実施しています。しかし、消防署や警察、自治会等と連携した訓練の実施はできていないため、今後の取り組みに期待します。</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
<コメント>			

<p>基本的なサービスについては共通認識が図られるよう職員業務ガイドブックが整備され、権利擁護や虐待防止に関する事項もガイドブック内に明記されています。現在のガイドブックは、5年前作成であるため今後の見直しや改善に期待します。</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; サービスの実施方法については企画会議や入所支援会議、職員の個人目標管理シート「チャレンジシート」のヒアリング時に現状の確認・見直しを行っています。また、利用者の個別の見直しは個別支援検討会議「ひまわりトーク」やニーズ整理会議で随時行われるなど、利用者がより質の高いサービスを受けるための見直しのしくみは定着しています。個別の見直しの仕組みはありますが、標準的な実施方法について見直しをする仕組みの検討が望まれます。</p>		
<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。</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; 個別支援計画の作成にあたっては、サービス管理責任者、担当支援員、必要により看護師、管理栄養士も含め複数でニーズ整理会議を実施しています。さまざまな視点を盛り込んだ個別支援計画が作成されています。その後、年に1度、利用者、家族、担当支援員、サービス管理責任者の4者による個別支援検討会議「ひまわりトーク」で説明を行ったり、意見や要望を聞き取ったりしています。</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; 個別支援計画は6か月に1度、実施状況の評価し、利用者や家族からニーズを聞き取り、見直しを行っています。施設入所支援事業計画にも個別支援計画作成や見直しのスケジュールが記載されています。</p>		
<p>- 2 - ( 3 ) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</p>		
44	- 2 - ( 3 ) - 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; ケース記録や個別支援計画は、職員が共有できるようにシステムが構築されています。記録内容の記入方法に差異が生じないようにテンプレートを使用するなどの工夫がなされ、施設全域にWi-Fi、PHS電波を整備し情報の共有体制が整備されています。また、紙媒体の個人台帳も随時閲覧できるようになっています。</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>&lt;コメント&gt; 利用者の記録などの情報は個人情報保護マニュアルに沿って取扱いしており、保管体制も定められたとおりに行われています。サービス管理責任者が管理責任者となり保管、保存、廃棄に関する対応などを行っています。また、個人情報の取り扱いについては重要事項説明書の中で明記され利用者、家族へ説明を行い、開示請求に対しても対応できるような体制となっています。</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
<コメント>		



<p>利用者尊重については施設の基本理念の中にも記載され、全職員に配布の職員業務ガイドブックにも記載されています。職員採用時には虐待や身体拘束について新人職員育成係より説明が行われるほか理事長の講話でも話されています。各事業所から1名参加し法人全体で独自の権利擁護委員会を毎月実施し、委員会で出た内容は各施設で伝達されています。利用者に対する待遇、尊厳、プライバシーの保護等に関するアンケートが年4回職員全員を対象に行われ、集計分析されたものが施設に掲示され、家族会代表からなるオンブズマンにも渡されています。</p>		
47	A - 1 - ( 1 ) - コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 個別支援計画書には発語できない利用者には絵カードの利用やゼスチャーにより利用者ごとに理解できるようなコミュニケーション方法が記載され、職員で統一しています。また家族からの聞き取りにより利用者のサインを理解しようとしています。今後はさらに専門的な意見を取り入れた取り組みに期待します。</p>		
48	A - 1 - ( 1 ) - 利用者の主体的な活動を尊重している。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt; スタークラブという名称で「さおり織」や「温泉デー」「パソコン教室」「ドライブデー」「1日外出」等の企画をしており、利用者本人の希望で参加していただけるようになっています。利用者の「生きがい」「やりがい」の部分の引き出すため、施設内通貨ミュー(μ)を発行しています。日常生活の中での手伝いとして、例えば「台拭き」をすると紙幣がもらえ、紙幣が溜まったら好きなイベントに参加したり買い物をしたりすることができます。利用者自治会に職員が毎回参加し、要望として上がった飲み物の自動販売機の設置や利用者の名前の呼び方等が協議された記録も確認できました。</p>		
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; 日常生活での見守り支援としてマニュアル化されたものがあり、申し送りノートには夜間のトイレ誘導方法等が記載されています。個別支援計画の中にも見守り支援の方法が記載されています。通院や理美容院に一人で福祉タクシーを利用し出かけられるよう、また買い物などの外出の際には、職員が前もって関係者に協力要請を行っています。</p>		
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; 利用者自治会や施設内通貨、スタークラブなど利用者の主体性を尊重したエンパワメントの理念に沿った様々な取り組みがあり、利用者のモチベーションの維持向上につながっています。また、家族会の代表がオンブズマンとして2人配置され、年2回は利用者から話を聴く機会が設けられています。意見箱の設置について家族会や利用者本人に施設側から説明がなされ、利用者が分かりやすいように苦情窓口は顔写真入りで廊下に掲示されており、利用者の人権が守られていることも記載されています。</p>		

## A - 2 日常生活支援

		第三者評価結果
A - 2 - ( 1 ) 食事		
51	A - 2 - ( 1 ) - サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 現在、食事介助が必要な利用者はいないため、食事サービスに関する一般的なマニュアルは有りませんが、常勤の管理栄養士により栄養ケアの計画書が立てられています。また、食事サービスの内容について、月1回、言語聴覚士、嘱託医師や歯科医師などの多職種に関わってもらい、多方面からの意見を参考に3か月に1回の見直しが行われています。記録には</p>		

利用者一人ひとりについて食事形態からカロリー、食事姿勢などの細かな支援内容が記載されています。		
52	A - 2 - ( 1 ) - 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>給食会議は2か月に1回行われ、嗜好調査や菓子導入の検討、健康面への配慮などについて話し合われています。嗜好調査の人気メニューのランキング結果は利用者自治会で発表を行ったり、廊下の掲示板に張り出したりして公開されています。献立はわかりやすく掲示し、月2回は2種類のメニューから選択できるよう写真付きで表記するなどの工夫も見られます。調理は外部委託され、健康に配慮した食材を利用しています。年間計画で郷土料理や他の地域の文化が伝わる行事食が毎月組まれています。</p>		
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> <p>食事時間は1時間と設定しており、自分のペースで食事ができるようになっています。食事の時間は音楽が流れくつろげる雰囲気となっています。介助が必要な利用者には一人ひとりの状態に応じた介助を行っています。決められた時間内に利用者それぞれが自由に食事をとるといった雰囲気なので、多人数の中でも家庭的な雰囲気が少しでも感じられるような工夫に期待します。</p>		
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> <p>標準的なマニュアルは整備されていますが、個別の支援方法についての記載は統一されていません。介助や支援が必要な利用者には、きちんと申し送りがなされています。今後は皮膚疾患等のある利用者について医療職と連携したり、個別の支援方法について、職員間のケアの統一が図られるような取組を期待します。</p>		
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> <p>毎日2時間の設定された時間帯で入浴できるようになっていますが、入浴回数は希望に応じ提供されています。失禁等には随時職員がシャワーで対応されています。</p>		
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> <p>毎月行われる防火管理者会議やヒヤリハットの会議の中で、脱衣室にある椅子の転倒防止や洗剤の収納管理等について検討されています。浴室・脱衣場は冷暖房が完備され、職員が季節に合わせて調整しています。入浴時は、湯温度計を使用し、やけど防止の対策も取っています。女性棟の浴室清掃に男性職員が入る際は、女性利用者から男性職員が見えないように衝立を立てるなどの工夫をしています。脱衣所には利用者の下着を含め着替えが保管してあるため、着替えの保管場所や保管方法について工夫を期待します。</p>		
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> <p>同性介助を基本としトイレに入る際は外から見えないような工夫がなされています。排便チェック表が事務所に掲示され全ての職員が見える形になっています。基本的な支援マニュアルはありませんが、利用者一人ひとりの状態に応じて個別に対応しています。</p>		
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> <p>重要な生活スペースであるトイレの掃除は職員が行うほか、1日2回、委託業者が防臭対策としてオゾン水をした清掃も行っており、清潔で快適に過ごすことができます。設備点検は防火管理者が行っています。今後はセラミックヒーターの設置や将来的には温水便座</p>		

への移行等を検討されています。		
A - 2 - ( 4 ) 衣服		
59	A - 2 - ( 4 ) - 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本的には職員が利用者にどの衣服にするか意向を聞いていますが、同じものを着ようとする方には希望を聞きながら衛生面を確認して対応しています。衣服購入の際には担当者と一緒に買い物に出かけています。現在、おしゃれに関して施設としてどう考え支援していくかを検討されており、個性や好みを尊重したメリハリのある生活への取組が期待されます。</p>		
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> <p>衣服が汚れているときは、利用者に状況を伝え更衣を提案して支援しています。裸になる利用者には常にガウンを用意し、他の人から見えない場所へ誘導して更衣介助を行っています。衣服破損時には適宜職員が家族に電話し対応しています。職員の統一した支援が必要な方には申し送りにより対応されていますが、施設としての手順書やマニュアル作成には至っていません。</p>		
A - 2 - ( 5 ) 理容・美容		
61	A - 2 - ( 5 ) - 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>朝の整容時に髭剃り介助が必要な利用者やマニキュアを希望する女性利用者には職員が手伝い個別に支援しています。化粧をするプランが個別支援計画に組まれた利用者へは、利用者の希望を聞きながら援助されています。</p>		
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> <p>美容師が施設に月1回の定期訪問をし、利用者はカットを受けています。希望者には写真を提示しイメージが伝わりやすくするなどの支援が行われています。数人の方が外部の美容院を利用されていますが、美容院へ行く場合には職員が店の人やタクシー会社に事前に協力依頼をして、一人で行けるように手配されています。</p>		
A - 2 - ( 6 ) 睡眠		
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> <p>寝具は利用者の安眠に配慮し、家族と相談し馴染みの寝具を持ち込んでもらっています。リネン交換は週1回と決められていますが、汚染時には随時交換しています。夜間に眠れない方には職員がそばに寄り添ったり、鳥目の利用者には光の調整を個別に行うなど利用者に合わせて様々な配慮がなされています。リネン交換の支援記録や夜間の支援記録、夜間の光調整等のマニュアルがあり、職員に共有されています。</p>		
A - 2 - ( 7 ) 健康管理		
64	A - 2 - ( 7 ) - 日常の健康管理は適切である。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者は年に2回、2月と7月にヘルスセンターにて健康診断を受け、結果は家族と共有されています。基本的な健康管理として看護師による観察や血圧、体温、体重などの計測が日々行われ、体調の変調や異常の早期発見に努めています。排便の管理表や健康相談、医療的な注意点等も適切に記録されています。また、嘱託医の定期回診のほか、特に口腔ケアに関しては力を入れており、毎週木曜日に協力歯科医の診察や歯科衛生士の口腔ケアが実施されています。今後は得られた情報を活用し、病気等の特性を考慮した介護予防プログラムが日常生活のプログラムに連動されることに期待します。</p>		
65	A - 2 - ( 7 ) - 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a ・ b ・ c

<b>&lt;コメント&gt;</b> 緊急時はすぐに看護師が同行し受診ができるように協力医療機関と連携をとられています。受診後は看護師から家族や施設に利用者の病状や受診状況などの情報が伝えられています。		
66	A - 2 - ( 7 ) - 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a ・ b ・ c
<b>&lt;コメント&gt;</b> 配薬ミス防止のために処方薬マニュアルを作成し、看護師が配薬作業を集中してできるよう医務室内で準備し、鍵をかけて管理しています。また、携帯電話のビデオ機能を活用し配薬作業を録画し検証するなどミスを無くすための工夫により成果を上げています。今後は、更に各利用者に対する個別化したマニュアルができるような工夫を期待します。		
A - 2 - ( 8 ) 余暇・レクリエーション		
67	A - 2 - ( 8 ) - 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	a ・ b ・ c
<b>&lt;コメント&gt;</b> 利用者自治会での話し合いによりドライブ外出や DVD 鑑賞、カラオケを利用者が企画しています。企画したレクリエーションへの参加を促すためにイラストで表示したものを掲示板等に張り出すなどの工夫も行われています。地域のどんどやや夏祭りに参加し、また施設に竹細工、コーラスなどのイベントにボランティア等が来訪するなどの企画もあります。様々なレクリエーション等の取組が希望に沿い行われていますが、職員の配置等の兼ね合いから全員の希望に沿っていないことや休日の企画が少ないことを課題とされています。		
A - 2 - ( 9 ) 外出、外泊		
68	A - 2 - ( 9 ) - 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a ・ b ・ c
<b>&lt;コメント&gt;</b> 外出のルールは決まっておらず、外出の希望があった場合には一人で外出できる利用者はその都度外出されています。介助が必要な利用者には担当職員が勤務状況を勘案して外出日を設定し、職員同行により外出されています。イベント参加についてはポスターを掲示し、声かけを行っています。外出に伴う安全確保のマニュアルはありませんが、一人で外出する際には職員の名刺を持たせる等の工夫が行われています。今後は、職員以外のボランティア等の活用や安全確保のマニュアル作成を行うなどして、できるだけ利用者の自由な外出支援ができるような取り組みに期待します。		
69	A - 2 - ( 9 ) - 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a ・ b ・ c
<b>&lt;コメント&gt;</b> 外泊についての利用者主体のルールは決められていませんが、家族から施設指定の外出予定表を提出してもらい外泊に対応しています。常に家族や利用者の意向に沿った外泊への支援をしており、施設行事で外泊をお願いする以外は外泊を強要することはありません。		
A - 2 - ( 10 ) 所持金・預かり金の管理等		
70	A - 2 - ( 10 ) - 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a ・ b ・ c
<b>&lt;コメント&gt;</b> 預かり金の取扱いに関する規約、マニュアルに沿って適切に管理されています。利用者本人が金銭管理でできることは自分で行えるよう個別支援計画に盛り込んであります。たとえば自分で電話代を支払ったり、小遣い帳で管理している利用者もいます。		
71	A - 2 - ( 10 ) - 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	a ・ b ・ c
<b>&lt;コメント&gt;</b> 利用者の希望に応じて新聞購読やテレビ、ラジオの持ち込みが可能です。共同でのテレビや新聞等に関しては争いの火種にならないよう、利用方法について利用者自治会の中で話し合い決められています。		
72	A - 2 - ( 10 ) - 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重さ	a ・ b ・ c

	れている。	
<コメント> 酒、たばこに関しては、健康上問題がない方には制限されていません。喫煙者は個別に喫煙場所や時間等を決めており、周囲に迷惑をかけることなく楽しんでいます。アルコールに関しては3か月に1回程度、夜間のイベントにおいて希望者に提供されています。		
A - 2 - ( 1 1 ) 社会適応訓練等		
73	A - 2 - ( 1 1 ) - 社会適応訓練等に関しては、利用者の状態に応じた支援を行っている。	a・b・c
<コメント> 利用者の個別支援計画の中に社会適応訓練が記載されています。計画書に記載された訓練内容は家族や利用者に説明を行い同意を得ていることが確認できました。また、見直しに関する記録もあります。年6回は家族会を開催し理事長や幹部職員も同席し担当職員と交流を図る機会を設けています。更に日頃から連絡帳や電話連絡などを利用して家族との積極的な交流を心がけています。		

### A - 3 施設・設備

		第三者評価結果
A - 3 - ( 1 ) 施設・設備		
74	A - 3 - ( 1 ) - 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> 各種の委員会等で設備面の安全性が議論された内容やアンケート結果を現場に活かしています。施設内はバリアフリーになっており、手すり等も設置してあります。浴室の設備に関して現在は利用者の年齢が若いため、あまり支障はないようですが、今後利用者の身体機能が低下した際に安全な入浴環境の確保が課題となってくると思われます。また、来訪者にとってトイレの場所や食堂の利用方法が分かりにくいいため、施設案内を工夫するなどの取り組みに期待します。		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準(評価対象 ~ )	33	12	
内容評価基準(評価対象A)	23	6	
合計	56	18	