

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：小国町社会福祉協議会 (施設名) (サポートセンター第二悠愛)		種別：障がい者支援施設
代表者氏名：会長 奴留湯 哲宣 (管理者) (施設長 椋野 正信)		開設年月日：平成23年4月1日
設置主体：小国町社会福祉協議会 経営主体：小国町社会福祉協議会		定員：40名 (利用人数：37名)
所在地：〒869-2501 熊本県阿蘇郡小国町宮原2617番地		
連絡先電話番号：0967-46-2616		FAX番号：0967-46-3514
ホームページアドレス	http://with-yuuai.or.jp/	

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
障害者支援施設 (施設入所支援、生活介護、自立訓練、短期入所)	誕生会、レクリエーション、親子旅行、花見会、焼き肉会、ふくし夏祭り、観月会、忘年会、小国町駅伝大会
居室概要	居室以外の施設設備の概要
一般棟 (悠希寮) 一人部屋4室、二人部屋5室、三人部屋2室 (全室冷暖房完備)	一般棟 (悠希寮) トイレ・洗面所 (男女別)、相談室 談話室、倉庫、宿直室
重度棟 (そよかぜ寮) 二人部屋12室 (全室冷暖房完備)	重度棟 (そよかぜ寮) 浴室 (男女別・入浴リフトあり) トイレ・洗面所 (男女別) ホール (床暖房)、職員室、倉庫 夜勤室
	管理棟 食堂 (大小2か所)、厨房、休憩室 事務所、施設長室、医務室、静養室 倉庫 (大小2か所)、トイレ (男女別) 会議室

2 施設・事業所の特徴的な取組

- 「障がい者が社会で生活する」ために、法人自らが各種事業を展開し、現在は6次産業まで事業展開されています。事業の方針は、社会背景も考慮しながら法人全体で決められ、事業所が作った商品のブランド化などを目指されています。地元農家と福祉の農福連携事業に取り組まれており、地域の耕作放棄地を利用し栽培された大豆を収穫し、豆腐や油揚げなどに加工し、販売も行われています。栽培された作物の関連商品の生産や開

発、営業、それを利用したレストラン経営など、利用者の就労先となる職場を作りながら事業を拡大しています。

・利用者に対する日常的な支援の中で、日中活動を重視し、「自立」をキーワードに利用者の持っている力を発揮できるよう取組まれています。住まいと職場を分ける職住分離の原則のもと、地域で暮らしながら就労が継続し生活できることを目指しています。

3 評価結果総評

◆特に評価の高い点

- ・経営母体が社会福祉協議会のため、公益性が高い法人です。福祉関連の施設を複数持ち子どもから、障害児者、高齢者までの幅広い年齢層を利用者とする複合経営を実施しています。このため、利用者に対する切れ目のない一貫した支援を継続的に提供することが可能となっています。
- ・常に利用者目線に立ち、管理者自らが常に「もっと良い支援を」と考え、利用者本位の支援を目指しています。管理者は、職員や利用者、その家族に寄り添い、「今、何ができるのか?」と考え、サービスの質の向上に向けて真摯に取り組んでおられます。職員も目指すべき目標を理解しており、サービスの質の向上に対する職員の意識レベルも高い事業所です。
- ・利用者の自治会や家族会などがあり、利用者の意見を事業所が積極的に聞き取り、事業所全体で前向きに取り組んでいます。利用者の苦情内容やその対応は紙面にて公開されています。利用者自治会で決まった内容も事業所で積極的に取り入れられています。
- ・職員の互助会があり、この互助会が労働委員会の役割も担い、職員の意見や処遇に関して積極的に法人と協議する体制が作られています。また、法人として職員の意見や希望を聞き取る機会も設け、内容や検討事項を各種会議で職員に説明するなど職員と法人双方に風通しが良く組織化された事業所です。
- ・職員研修の年間計画を立て、施設内外の研修を実施するなど全ての職員に教育の機会が設けられるよう取組まれています。研修や試験対策のために必要な時間は勤務時間の調整を行うなどの配慮もされ、試験合格の祝い金制度も整備されるなど職員教育に熱心な事業所です。

◆改善を求められる点

- ・ボランティアや実習生を積極的に受け入れています。マニュアル整備には至ってないようです。今後は、マニュアルの整備に取り組み、地域との連携や福祉業界の教育に関する次世代のリーダー、モデルとしてこれまで以上に力を発揮されることに期待します。
- ・パンフレットや契約書などは文章の記載が多く利用者や家族にとって理解しやすいものとは言えません。今後は、利用者や家族がより理解しやすい表記の資料へ変更するなどの工夫に期待します。
- ・個別支援計画などの記載方法は、指導担当職員により各職員に対して指導が行われているようです。しかし、記録の書き方などの統一は十分とは言えず、標準的な記載方法の確立には至っていません。

今後は、全職員が統一した方法で記録することで、より正確な情報伝達や効率化が図られることに期待します。

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. 5. 14)

平成30年度第三者評価を受審し、パンフレットや契約書など利用者や家族が理解しやすい資料への変更、また、記録の標準的な記載方法の統一など、改善すべき点としてご指摘をいただきました。その他、実習受入・ボランティア・相談支援などのマニュアル整備、役職や習熟度に応じた人材育成、個室化とプライバシー保護、サービス実施状況確認体制など、不十分であるという指摘でした。これを踏まえ、3年後の受審に向けて取り組んでいきます。日頃の支援業務の中で見過ごしてきた様々な改善点は、利用者の環境改善とサービス向上にとって、いずれも重要な事柄であると考えられます。その一方で、評価いただいた項目もあり、職員が自信を持って取り組んでいくことができます。最後に、遠方から小国郷まで来園していただき、的確な評価をいただきました評価機関に感謝申し上げます。

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7月6日～2018年9月27日
評価調査者番号	① 第07-012号
	② 第17-008号
	③ 第17-006号

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：小国町社会福祉協議会 (施設名) (サポートセンター第二悠愛)	種別：障がい者支援施設
代表者氏名：会長 奴留湯 哲宣 (管理者) (施設長 椋野 正信)	開設年月日：平成23年4月1日
設置主体：小国町社会福祉協議会 経営主体：小国町社会福祉協議会	定員：40名 (利用人数：37名)
所在地：〒869-2501 熊本県阿蘇郡小国町宮原2617番地	
連絡先電話番号：0967-46-2616	F A X 番号：0967-46-3514
ホームページアドレス	http://with-yuuai.or.jp/

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
障害者支援施設 (施設入所支援、生活介護、自立訓練、短期入所)	誕生会、レクリエーション、親子旅行、花見会、焼き肉会、ふくし夏祭り、観月会、忘年会、小国町駅伝大会
居室概要	居室以外の施設設備の概要
一般棟 (悠希寮) 一人部屋4室、二人部屋5室、三人部屋2室 (全室冷暖房完備)	一般棟 (悠希寮) トイレ・洗面所 (男女別)、相談室 談話室、倉庫、宿直室
重度棟 (そよかぜ寮) 二人部屋12室 (全室冷暖房完備)	重度棟 (そよかぜ寮) 浴室 (男女別・入浴リフトあり) トイレ・洗面所 (男女別) ホール (床暖房)、職員室、倉庫 夜勤室
	管理棟 食堂 (大小2か所)、厨房、休憩室 事務所、施設長室、医務室、静養室 倉庫 (大小2か所)、トイレ (男女別) 会議室

職員の配置						
職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤	
管理者	1名		看護師	1名		
サービス管理責任者	1名		管理栄養士	1名		
看護師	1名		介護福祉士	12名		
栄養士	1名		社会福祉主事	2名		
生活支援員	20名	4名				
管理当直	1名	1名				
合 計	25名	5名	合 計	16名		

※ 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

ご利用者がその人らしく幸せな人生をおくれるよう支援いたします。

基本方針

1. 人権の尊重

利用者の人権侵害を決して許さず、利用者の利益を最優先します。

2. 利用者主体のサービス提供

利用者一人ひとりの自己実現をめざし、利用者のニーズに基づく利用者主体のサービスを提供します。

3. 信頼性の確保

サービスの質を点検し自己評価を進めるとともに、第三者評価や苦情解決等の仕組みを積極的に活用してサービスの質の向上に努め、常に信頼を受ける存在となることをめざします。

4. 職員の資質、専門性の向上

社会福祉及び経済活動の専門性を高めるため、積極的に施設内外の研修等にてたゆまぬ自己研鑽に努めます。

5. 施設経営の透明性の堅持

計画性を持った健全で活力ある施設経営に励むとともに、情報公開に努め、施設経営の透明性を堅持します。

6. 地域福祉の推進

施設の専門性を生かしながら、地域社会の一員として、積極的に地域福祉を推進します。

3 施設・事業所の特徴的な取組

- ・「障がい者が社会で生活する」ために、法人自らが各種事業を展開し、現在は6次産業まで事業展開されています。事業の方針は、社会背景も考慮しながら法人全体で決められ、事業所が作った商品のブランド化などを目指されています。地元農家と福祉の農福連携事業に取組まれており、地域の耕作放棄地を利用し栽培された大豆を収穫し、豆腐や油揚げなどに加工し、販売も行われています。栽培された作物の関連商品の生産や開発、営業、それを利用したレストラン経営など、利用者の就労先となる職場を作りながら事業を拡大しています。
- ・利用者に対する日常的な支援の中で、日中活動を重視し、「自立」をキーワードに利用者の持っている力を発揮できるよう取組まれています。住まいと職場を分ける職任分離の原則のもと、地域で暮らしながら就労が継続し生活できることを目指しています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2018年7月6日（契約日） ～ 2019年5月14日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3回（平成27年度）

5 評価結果総評

◆特に評価の高い点

- ・経営母体が社会福祉協議会のため、公益性が高い法人です。福祉関連の施設を複数持ち子どもから、障害児者、高齢者までの幅広い年齢層を利用者とする複合経営を実施しています。このため、利用者に対する切れ目のない一貫した支援を継続的に提供することが可能となっています。
- ・常に利用者目線に立ち、管理者自らが常に「もっと良い支援を」と考え、利用者本位の支援を目指しています。管理者は、職員や利用者、その家族に寄り添い、「今、何ができるのか？」と考え、サービスの質の向上に向けて真摯に取り組んでおられます。職員も目指すべき目標を理解しており、サービスの質の向上に対する職員の意識レベルも高い事業所です。
- ・利用者の自治会や家族会などがあり、利用者の意見を事業所が積極的に聞き取り、事業所全体で前向きに取り組んでいます。利用者の苦情内容やその対応は紙面にて公開されています。利用者自治会で決まった内容も事業所で積極的に取り入れられています。
- ・職員の互助会があり、この互助会が労働委員会の役割も担い、職員の意見や処遇に関して積極的に法人と協議する体制が作られています。また、法人として職員の意見や希望を聞き取る機会も設け、内容や検討事項を各種会議で職員に説明するなど職員と法人双方に風通しが良く組織化された事業所です。

・職員研修の年間計画を立て、施設内外の研修を実施するなど全ての職員に教育の機会が設けられるよう取組まれています。研修や試験対策のために必要な時間は勤務時間の調整を行うなどの配慮もされ、試験合格の祝い金制度も整備されるなど職員教育に熱心な事業所です。

◆改善を求められる点

- ・ボランティアや実習生を積極的に受け入れています。マニュアル整備には至ってないようです。今後は、マニュアルの整備に取り組み、地域との連携や福祉業界の教育に関する次世代のリーダー、モデルとしてこれまで以上に力を発揮されることに期待します。
- ・パンフレットや契約書などは文章の記載が多く利用者や家族にとって理解しやすいものとは言えません。今後は、利用者や家族がより理解しやすい表記の資料へ変更するなどの工夫に期待します。
- ・個別支援計画などの記載方法は、指導担当職員により各職員に対して指導が行われているようです。しかし、記録の書き方などの統一は十分とは言えず、標準的な記載方法の確立には至っていません。今後は、全職員が統一した方法で記録することで、より正確な情報伝達や効率化が図られることに期待します。

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. 5. 14)

平成30年度第三者評価を受審し、パンフレットや契約書など利用者や家族が理解しやすい資料への変更、また、記録の標準的な記載方法の統一など、改善すべき点としてご指摘をいただきました。その他、実習受入・ボランティア・相談支援などのマニュアル整備、役職や習熟度に応じた人材育成、個室化とプライバシー保護、サービス実施状況確認体制など、不十分であるという指摘でした。これを踏まえ、3年後の受審に向けて取り組んでいきます。日頃の支援業務の中で見過ごしてきた様々な改善点は、利用者の環境改善とサービス向上にとって、いずれも重要な事柄であると考えられます。その一方で、評価いただいた項目もあり、職員が自信を持って取り組んでいくことができます。最後に、遠方から小国郷まで来園していただき、的確な評価をいただきました評価機関に感謝申し上げます。

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	20	
	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>理念は日常業務中でも職員が再確認できるように、各棟の職員室に掲示されています。また、事業所内研修の際に紙面で配布するなど職員全体へ周知が図られています。利用者への周知は、毎年3月に開催される利用者と家族との三者面談の中で担当者とサービス管理者により説明が行われています。事業所の事業拡大が急速に行われているため、現状のパンフレットには理念が載っていません。パンフレットの更新が予定されているので、理念の記載と、利用者本人や家族などが理解できるような表記への取組に期待します。</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 ・b・c
<p><コメント></p> <p>事業経営をとりまく環境については、社会福祉関連の国の施策を随時把握するとともに、これまでの事業所の経験も踏まえ、今後の動向を見据えしっかりとした根拠をもって分析が行われています。把握・分析された情報は、資料が作成され事業計画や事業報告作成の際に用いられています。また、法人全体の経営分析は、外部の専門家に依頼し、分析が毎年行われています。分析内容は、事業報告書に記載され、公開されています。</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 ・b・c
<p><コメント></p> <p>経営課題については福祉関連全般を網羅する法人として年1回法人母体を中心に法人全体の収支バランスや国の補助金を含めた多角的な視点で分析が行われています。分析の結果、明確になった課題により5ヶ年計画は見直され、文書化し、職員に配布・共有化されています。今後取組むべき課題の一つに居室の課題が上げられています。現状では、共有の居室が多く、集団生活を想定した生活環境となっています。現在の利用者は、強度行動障害のある利用者が多く、利用者間のトラブルによる事故が多いため、リスク軽減のための具体的対策として定員数を減らし、居室の個室化により利用者の精神的な安定を図ることを計画しています。</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	a ・b・c

	いる。	
<p><コメント> 中・長期計画は法人全体で福祉関連事業の政策や地域をとりまく福祉の状況に沿って平成27年度～31年度の5年間で作成されています。現在、計画はほぼ予定通りに実行されていますが、単年度で明確になった問題点や課題は単年度計画の中で見直し・修正が図られています。中・長期計画には、居室の個室化推進や重度者向け入居施設の建設、人材育成について具体的に明記されています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> 単年度計画は中・長期目標に沿って計画され、委員会活動などの具体的な計画が立てられています。長期の目標に上げられていた新規事業の開設、利用者の増員などはほぼ予定通り進捗しています。年度毎に法人で予算や事業ごとの数値目標が立てられ、達成状況をもとに今後の課題を自己分析されています。さらに月毎の経営分析に取り組む意欲があり、今後に期待されます。</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・c
<p><コメント> 毎年度の事業計画は、各委員会で出された報告内容や意見を集約・検討し、策定されています。前年度の計画と比較しての評価結果や見直した根拠が記載された書面もあり、事業計画が職員の意見を反映したものであることが確認できます。策定された計画書は法人本部にて専門家や理事会による確認後、管理者から職員へ資料をもとに周知されています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> 利用者家族に対する事業計画の説明は、3月の家族総会で説明が行われています。さらに、三者面談の際には担当職員とサービス管理責任者から利用者とその家族に個別に説明しています。しかし利用者には重度の障がい者が多いことから、利用者への周知や理解には苦慮されているようです。今後は、利用者や家族の理解が深まるような計画書や説明方法の工夫に期待します。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> 毎月実施の運営会議の中で、その月に発生した事故や苦情に対する改善策を検討するなど、課題には組織的に速やかに取組む姿勢が伺えます。第三者委員も出席するサービス向上委員会が年2回開催され、福祉サービス第三者評価は3年毎に受審しています。利用者の処遇改善を目的とした職員研修は、研修委員会で計画し実施されており、事業所全体でサービスの質の向上に取り組まれています。</p>		
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。	㉠・b・c
<p><コメント> 自己評価や第三者評価を実施した結果、明確になった課題に対して解決・改善策を検討後「事務連絡」や「業務改善命令」として職員へ周知する仕組みが確立されています。また、課題の解決・改善策は職員で構成された各委員会によりマニュアル化され、サービスの質の向上へとつなげられています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は職員に対して事業の報告や計画の説明を行う際に、事業所運営に関わる自らの役割や責任について周知しています。また、広報誌や組織図、職務分掌などにも明記しています。管理者不在時は副施設長が代行すると明確にされており、職員への周知も図られています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は実務経験も長く、順守すべき法令などの情報収集は自らの経験も踏まえ積極的に行い、正しく理解するよう取組まれています。また、制度改正の際には内容の説明を管理者自ら全職員が参加する会議の中で説明し、職員が正しく理解するための取組も行われています。権利擁護や性問題などの倫理や遵守すべき事項に関する職員研修も年間計画を立て実施されています。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>福祉サービスに関する課題は、担当者をおきケア会議を随時開催しており、管理者や職員を含め組織全体で質の向上や改善に向けた積極的な取組が行われています。状況に応じて、管理者が利用者から直接ヒアリングを行い、状況把握を行うこともあるようです。サービス向上委員会は年2回行うほかサービスの向上を目的とした施設外の研修への参加も行っています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>法人全体の経営分析は外部に委託し、その結果をもとに、経営の改善や業務の実効性を高める取組を行っています。取組内容は、事業所の主任以上の管理職によって実施される運営会議で毎月検討されるなど具体的な体制を構築し、管理者自ら取組んでいます。管理者と職員による面談が年2回実施され、管理者はその意見をもとに職場環境の改善や業務の効率化など積極的に取組んでいます。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>平成30年度より人材確保を目的とした人材育成委員会が職員発案により発足・稼働しています。事業所の人材確保と育成に関する方針や計画が策定されており、委員会はこれに基づいて人材確保・育成に取り組んでいます。人材育成は、研修委員会により計画的な園内研修が実施されるとともに、異業種から入職した職員には個別に専門的な知識を教育しています。管理職やサービス管理責任者などの有資格者を増やす計画が立てられ、合格者への祝い金制度の新設や非常勤から正職員へ雇用形態を変更できるシステムの構築など様々な取組</p>		

が行われています。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・ ㉔ ・c
<p><コメント></p> <p>人事基準が明確にされ、職員へ周知されるとともに、人事考課制度を導入しています。就業規則を職員の意見を基に変更する場合には労働委員会も担っている職員互助会（コスモス会）の代表が管理者と協議しています。「期待する職員像」は明記・周知されていますが、今後はより具体的な表記により職員の理解が深まるような工夫に期待します。</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り組んでいる。	㉔ ・b・c
<p><コメント></p> <p>職員の心身の健康維持を目的として衛生委員会の計画のもと、年2回の健康診断やストレスチェックを行い職員の状況把握とその対応を行っています。福利厚生や職場改善に関する取組はコスモス会が行っています。各種サービスが会員価格で利用できる福利厚生センターに全職員が加入しています。年2回行われる個別面談では、職員の様々な意見・希望を聴取して、職員の働きやすい環境づくりに努められています。</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。	㉔ ・b・c
<p><コメント></p> <p>職員一人ひとりの個人目標を明記したパワーアップシートが作成され、目標を明確にするとともに、進捗状況を確認するなど目標管理の体制が構築されています。また、管理職による個別面談の際には、目標に対する達成度などの確認が行われています。目標達成に向け、希望する職員には自己啓発の研修に出向かせるなどの取組がなされています。研修や試験対策などの時間は、勤務時間を調整するなど配慮されています。資格取得のための貸し付けや合格祝い金などの制度も整備されています。「期待する職員像」を文書化したものを職員に配布し周知されています。今後は、より具体的に周知する必要があると管理者も感じておられるため、その取組に期待します。</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。	㉔ ・b・c
<p><コメント></p> <p>基本方針に「職員の資質・専門性の向上」と期待する職員像について明記されています。施設内研修は、研修委員会により年度ごとに研修計画が立てられ、実施・見直しが行われています。また、施設外研修や業務に必要な国家資格の受験などは職員個人の目標や希望によりチャレンジできるように支援しています。</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・ ㉔ ・c
<p><コメント></p> <p>年10回開催されている施設内研修に加え、施設外研修も職員が参加しやすいように勤務時間に配慮するなど職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されています。しかし、法人全体の事業拡大によって職員数が増加しているために、職員の経験や習熟度に応じた個別的な教育訓練の実施までには至っていないようです。今後は、新しい職員や経験のある職員など、職員一人ひとりの能力に応じた研修を行うことで職員の知識や技術水準の底上げに繋がると期待されます。</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・ ㉔ ・c
<p><コメント></p> <p>実習生受け入れ窓口は母体である社会福祉協議会が行い、事業所と連携し実習生の受け入れを行っています。受け入れの際に必要な基本姿勢やマニュアルは、学校のものを使用しており、事業所独自のマニュアルはありません。これまでの実績と経験があるため、現在は問題となるような事例は起こっていませんが、今後は実習生の教育、育成に関わる実習現場と</p>		

して事業所独自のマニュアルやプログラムの作成などに取組み、そのことが事業所全体の職員教育にも繋がることに期待します。

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。	㉠・b・c
<コメント> 法人のホームページや機関紙「木もれ陽」により、財務等に関する情報が公開され、機関誌は住民にも配布されています。苦情や相談の内容については、プライバシー保護の観点から公表されていませんが、年2回のサービス向上員会で第三者委員に報告しています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 法人本部で規定などの整備、適正な経営・運営のための取組みが行われています。内部監査や外部監査も行われ、指摘事項に対しては改善後、実施状況を公表しています。今後は、収支予算管理システムを導入し、財務状況を更に細分化することでより明確に収支バランスを図ることを目標とされています。		

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・㉠・c
<コメント> 運営方針に利用者は地域の住民であるとの記載があり、利用者は地域や法人が主催する花見、すぎの子運動会、焼き肉会、ふくし夏まつり、観月会、すぎの子祭り、クリスマス会などを通して地域との交流が図れるよう支援しています。事業所は、農福連携や配食サービス、レストランなど利用者が日中活動を通して地域住民と交流は図れるような事業も展開されています。今後は、利用者自身が発案から企画まで参加できるような工夫に期待します。		
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・㉠・c
<コメント> 事業計画の中に、ボランティアの受入れを積極的に行うと明記されています。法人として、「ふくし夏まつり」を実施にあたり、ボランティアの受け入れも予定されています。ボランティア受け入れの登録手続きや配置、事前説明等のマニュアルは法人作成のものがありますが、事業所としての作成には至っていないようです。今後は、事業所の特徴を反映したマニュアルの整備に期待します。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 相談支援専門員が中心となり、熊本県内の各種事業所や相談事業所などの関係機関との連携が積極的に図られています。この他、ハローワークとの連携による就労支援なども実施されています。		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	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。	㉠・b・c

<p><コメント></p> <p>地域住民に対して、事業所が所有する多目的ホールやマイクロバスの貸し出しの他、法人主催の講演会を開催するなどの取組が行われています。ほぼ全ての利用者は日中活動で木工や陶芸、草木染などの作業所に通っており、ここでの製作物が小国町のふるさと納税の返礼品の一つとして取り扱われているなど、事業所の有する機能を地域に還元しています。</p>		
27	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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>法人内外の関係機関と連携し、地域の福祉ニーズの把握とそれに基づく公益的な事業に取組まれています。地域活動支援センターでは専任の職員が配置され、日常生活の中で利用者が地域との交流が図れるような活動が実施されています。地域で生活している障がい者で構成された「どげん会」の活動を通して、障がい者同士のコミュニケーションも支援しています。その他、経済不安のためサービス利用ができない対象者に対する相談事業である生活困難者レスキュー事業や高齢世帯への配食サービスなどに取組まれています。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針に利用者を尊重したサービスの提供について明記されており、職員が通常業務の中でも目にすることができるよう各事務所にも掲示されています。このため、職員は、利用者一人ひとりの自己実現やニーズに基づくサービス提供を目指されています。利用者の人権に関する研修も定期的実施されています。利用者の多くが重度の障害を持っているため、コミュニケーションをとることが難しい場合もあるようです。しかし、事業所全体として可能な限り利用者の気持ちを理解し支援していく姿勢が見られます。</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。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護や権利擁護について、基本方針や重要事項説明書に明記され、マニュアルも整備されています。居室は、利用者の身体状況に応じて一部個室化し車椅子に対応した部屋もありますが、居室すべての個室化には至っていないようです。また、居室には窓から部屋の内部が見える部屋も一部見受けられました。今後はできるだけ個室化ができるような環境整備とプライバシー保護への配慮が求められます。</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・㉒・c
<p><コメント></p> <p>月1回の広報誌「悠愛だより」と「快晴」が発行され、事業所の情報発信が行われています。ホームページも分かりやすく作成されています。利用希望者には職員が案内・説明を行い、可能な限り事業所内の見学を促しています。法人全体のパンフレットは作成されていますが、内容が古いようです。今後は、パンフレットの見直しや、事業所ごとのパンフレット作成などを検討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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>重度の障害を抱えた方が多く利用されていることから、提供する福祉サービスの内容は家族の方への説明を中心に丁寧に実施されています。また利用者本人に対しても、言葉だけで</p>		

なく図なども提示しながら説明を行い、利用者の表情などから利用者の気持ちを理解し同意を得ています。		
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>施設や事業所の変更は、相談支援専門員が中心となり利用者が切れ目のない福祉サービスを受けることができるよう配慮されています。サービスの継続のために、手順書や引継書も整備されています。必要に応じて、利用者の情報を次の事業所へ提供し、サービス継続に問題がないような取組がなされています。隣接する児童入所施設であるサポートセンター第一悠愛と連携し、希望者に対して卒業後の受け入れを行うことで、継続的なサービスの提供を実施されています。</p>		
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><コメント></p> <p>利用者は重度の障害を持つ方が多いため、利用者から直接意見を聞き、満足度を把握することが困難な場合もあるようです。しかし、可能な限り家族の意見を聞いたり、本人の行動や表情などから把握したりと様々な方法で満足度を測る取組が行われています。職員からは「押しつけでなく、できるだけ利用者のやりたいことを自由にさせてあげたい」という言葉が聞かれました。また、地域で暮らす障がい当事者グループ「どげん会」でも忘年会や秋季旅行など定期的にイベントを企画、開催することで利用者満足の上昇を図るとともに、利用者間の交流にも繋がられています。</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><コメント></p> <p>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解決の体制が整備されています。苦情解決の仕組みは事業所内の見える場所に掲示されており、利用者への周知が図られています。事業所内に意見箱を設置し、利用者やその家族が意見を出しやすいように配慮され、対応内容を利用者本人やその家族に対してフィードバックも行っています。苦情内容と対応した内容の記録も適切に保管されています。</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。	a・㉑・c
<p><コメント></p> <p>利用者やその家族等が自由に意見を述べる方法として苦情受付の意見箱が事業所内に設置されていますが、利用者には重度の障害を持っている方が多いため、自ら意見や相談を述べることは少ない様です。利用者からの相談や意見は基本的には担当の職員が受けていますが、場合によっては話しやすい職員への相談も行われている様です。また、職員は利用者との通常の関わりの中で出た相談や意見には適宜対応されています。今後は、利用者の意見の把握が難しい中でも、組織としての取組を利用者が理解できるよう支援体制を分かりやすく文書化・図式化するなどして説明方法を工夫し、利用者がより意見が述べることのできる環境作りが求められます。</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><コメント></p> <p>利用者からの意見や相談は随時、運営会議や検討会議で検討し対応されています。しかし、事業所として相談を受けた際の対応方法や解決方法について統一した手順や記録の方法は決められていないようです。今後は、マニュアルを作成し、相談対応のルールを決めることで、利用者の信頼や職員のサービス提供への自信に繋がることに期待します。</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	㉑・b・c

	マネジメント体制が構築されている。	
<p><コメント></p> <p>危機管理委員会が設置されており、毎月会議が開催され事故やニアミス・ヒヤリハットの分析や改善策、再発防止策を検討するなどリスクマネジメント体制が構築されています。検討内容は朝礼や職員会議を通して職員へ周知され、文書化やマニュアルの見直しも行われています。医療機関や地域の消防団、警察などとの情報交換、連絡、協力体制は整備されています。また緊急時対応マニュアルの整備や救急法の研修を実施し、緊急時にも備えられています。</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><コメント></p> <p>感染症対策についての管理体制が整備され、予防や発生時対応マニュアルも作成されています。さらに、職員に対して感染症に関する研修も実施されています。インフルエンザの予防接種は希望者を対象に行われ、食事前は手洗いとアルコールによる手指の消毒も実施されています。手指消毒用アルコールは、利用者の特性もあり破損や受傷の危険を伴う可能性があるため、常設はできませんが、食事の際は設置し、感染症の予防や拡散に努められています。この他、年2回の健康診断や年1回の歯科検診、定期的な歯石除去や虫歯治療を行うなど、健康に配慮されています。</p>		
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>災害時に備え、防災安全委員会による消火器や非常ベル、懐中電灯の点検、また入所者の顔写真一覧の作成が行われています。備蓄食も確保されています。委員会主導で計画に沿った避難訓練や消火訓練も行われています。また、消防組合指導のもと防災計画が法人として作成されており、救急救命の講習や防災対策に関する研修も実施されています。災害時の連絡方法として、電話連絡網よりも早い一斉メールを設定し、速やかに職員招集ができるよう仕組みが構築されています。現在、喫煙者が入所されていることから時間と場所を決めて室外で喫煙できるように環境整備されています。災害時の緊急対応マニュアルも整備されており、全館に聞こえる放送無線システムも設置されています。</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。	a・㉑・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの標準的な実施方法は重要事項説明書やマニュアルに文書化されています。しかし、各職員が標準的なサービスの提供が実施できているのかを確認する仕組みの構築には至っていません。今後は、サービス提供の実施状況を確認する体制整備への取組に期待します。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの標準的な実施方法は、半年に1回行うモニタリングの情報を基に、職員間で検証・見直しを行っています。実施方法のモニタリングや見直しはその期間に関わらず、必要に応じて実施され、改定されています。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p>		

<p>アセスメントは「基本的生活習慣」「生活スキル」「社会スキル」「社会参加」「コミュニケーション・対人関係」と具体的項目が記載されたアセスメント表を用い実施されています。このアセスメントにもとづき、個別支援計画はサービス管理責任者主導で会議を行い、利用者のニーズを反映させ作成されています。さらに、利用者の心理面談を担当している臨床心理士からの情報も共有・協議することで、利用者の状態をより理解した支援に結び付けています</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><コメント> 実施計画の定期的な評価や見直しは、半年に1回9月と3月に実施されています。その他、見直しは状況に応じて随時行われ、見直した内容は職員間で共有・周知が図られています。見直しの際には、利用者や家族に面談や説明を行い、同意を得られた後に変更を実施しています。</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><コメント> 利用者の身体・生活状況や行動の記録はパソコンソフトを使用し適切に行われ、記録は出力し、ファイリングされています。各職員の記録内容に差異が生じない様な研修を行うとともに研修を通して職員の記録の方法について確認が行われています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> 個人情報に関わる記録の保管や保存などのルールは情報保護規程に定められ、個人情報の取り扱い方法も法人全体で定め、対策と対応方法が明記されています。また、「秘密の保持」のルールは事業所の運営規程にも記載があります。記録の取扱い方法は、サービスの契約書に明記され、保管期間も契約終了時から5年間と定められています。記録管理責任者の設置もあり、個人情報を管理しているパソコンにはパスワードが設定されるなど情報漏洩について対策がなされています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> 利用者に対する職員の接遇マニュアルが策定されています。毎月実施されている職員対象の施設内研修は、人権に関する内容から権利擁護、虐待防止、接遇など1年を通して様々な研修が実施されています。今後は、マニュアルの更新を視野に入れた取組に期待します。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> 利用者は重度の障がい者が多いため、意志の疎通が難しい場合もあるようです。しかし、コミュニケーションの際に写真や絵カードを用いたり、利用者の表情や仕草などを観察することで特性に応じた前向きな支援が行われています。</p>		
48	A-1-(1)-③ 利用者の主体的な活動を尊重している。	㉠・b・c
<p><コメント> 意思決定支援の責任者をサービス管理責任者が担当しています。居室や掲示板に利用者の予定表や作業手順を視覚化・構造化して掲示するなど環境を整備することで、利用者の主体</p>		

<p>的な活動が行えるよう支援されています。重度の利用者が多いため、利用者自身の意思決定が必要な場合は家族を介して利用者の意向を確認しています。日常生活の中で、コミュニケーションツールの使用や日々の観察により利用者の傾向や好みを把握し、利用者自身の意志が尊重されるように支援が行われています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> 利用者の日常生活は利用者自身が就労や余暇活動など実行してみたいという意志を尊重し、実現できるよう支援が行われています。利用者には強度行動障害のある方がいるため、障害に対する職員の理解への研修を実施し、見守り支援の体制づくりに取組まれています。居室や敷地内の利用者の希望する場所で思い思いに過ごすことができるよう共有の休憩室を複数用意し、本人の意向を尊重しながらも、敷地外への飛び出しなど突発的な行動防止への配慮も行っています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> 事業所として、利用者の生活は職住分離の考えのもと様々な取組が行われています。日中活動が可能な利用者は、敷地外にある就労施設などで日中活動を行い、住まいと働く場で生活の切り替えを行っています。利用者は、日中活動の就労支援の利用により就労への意欲を持ち、将来的な自立を目指した活動につなげています。こうした利用者の希望と本来持っている強み、障害の特性に合わせた適切な支援により、実際に地域の中のグループホームで自立した生活を行っている利用者もいます。自立のための学習・訓練プログラムは用意されていますが、利用希望者がいないようです。今後は、プログラムに関する情報を周知し活用を促し利用者の自立へつながることに期待します。</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)-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><コメント> 管理栄養士による栄養マネジメントを導入しており、「家庭的な手作り料理」を目標に栄養管理された食事が提供されています。食事の内容について利用者の病気や嗜好などを検討した記録が利用者ごとにあります。食事の際は利用者の席が決められており、席には氏名・提供禁止食材等の内容が明記されるなど食の安心・安全が確保されています。</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><コメント> 嗜好調査は年1回実施され献立に反映されています。嗜好調査は、文章だけでなくイラストでの表記や意思疎通の困難な利用者には担当職員から情報を得るなどの工夫がなされています。食卓には、利用者の就労先や法人内の施設で作った新鮮で安心・安全な食材を利用した献立が並ぶよう配慮されています。また、地産地消の食材の利用により、食べる楽しみや季節を感じることでできる環境作りがなされています。</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><コメント> 喫食環境は必要に応じて改善されています。食事の時間は、施設全体で時間や順番を調整し、利用者が落ち着いて食事ができるように工夫され、随時見直しも行なわれています。一人で食事する利用者には時間を別に設けるなど、各利用者の特性や状態に配慮しています。食堂の調味料は、誤飲の危険性があるため常に設置されてはいたませんが、好みに応じて利用できるようになっています。また、各利用者が購入した飲食物や嗜好品は、持ち込むことが</p>		

できる環境が整えられています。		
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・㉑・c
<p><コメント></p> <p>入浴介助や支援方法についてマニュアルが整備され、記録されています。しかし、記録は決まった様式が無く職員がそれぞれ記録を行っている状況です。入浴は、利用者の特性に応じて行われており、設備も利用者の高齢化・重度化に伴い入浴用のリフトの導入や浴槽へ入る際の簡易階段の設置、滑り止めマットの導入、浴槽角にクッションの配置など、随時工夫し対応することで、利用者の安全に配慮した支援が行われています。今後は、個別化した入浴支援マニュアルや所定の記録様式を整備することで職員が統一した支援や情報の共有化が図れると期待されます。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の希望により毎日入浴が可能となっています。さらに、排泄の際など汚れが生じた場合は、シャワーだけでなく必要に応じて浴槽に入浴できるような環境が整えられています。シャンプーなどは利用者が自分の好みで購入しており、利用者の個性や好みに配慮しています。</p>		
56	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	㉑・c
<p><コメント></p> <p>浴室が建設され時間がたっていることもあり、経年劣化が見られます。寒冷地のため、浴室・脱衣場に暖房整備が設置されています。脱衣所には各利用者の着替えや荷物を入れる棚が設置されるなどの工夫がみられます。利用者の状態変化などにより問題が生じた際は随時検討会議を行い、改善に向けて取組まれています。</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。	㉑・c
<p><コメント></p> <p>排泄介助に関する利用者の特徴や注意事項は個別支援計画に記載されており、利用者の特性に応じた支援が行われています。排泄感を伝えることのできない利用者には定期的にトイレ誘導を行い、各利用者に必要な排泄用具を使用することで排泄ケアが適切に行われています。また、利用者の状況に応じて、排泄量を記録することで、健康状態の把握を行っています。今後は個別支援計画に基づいた支援・記録・伝達方法の統一により、利用者の状態がより分かりやすく把握できることで利用者自身の排泄が自立に向かうような取組に期待します。</p>		
58	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	㉑・c
<p><コメント></p> <p>トイレ内の空調設備はありませんが、温便座が設置されています。トイレ内に設置している設備や補助具の定期点検が実施され、環境は安全に整えられています。清掃は毎日実施され、匂いや汚れがなく清潔な状態が保たれています。</p>		
A-2-(4) 衣服		
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><コメント></p> <p>衣服の好みを意志表示できる利用者に対しては利用者自身に衣服を選択してもらっています。意志表示が困難な利用者に対しては利用者の意志を尊重した選択につながる様コミュニケーションツールを使用して支援を行っています。</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><コメント></p>		

衣類の着替えに関する個別化した手順書等はありませんが、服の汚れの状態に応じて適宜声掛けなどを行い、着替えが必要になった際はすぐに対応できるよう十分な衣服を用意しています。また、利用者の就労や作業後の更衣を習慣づける様なプログラムもあり、自立に向かうよう取組まれています。		
A-2-(5) 理容・美容		
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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>理容・美容は、利用者の好みを尊重し支援されています。自分自身で好みの意思表示ができる利用者には、髪型や化粧などの希望にも対応され、好みのシャンプーなどの購入もされています。意志表示が困難な利用者に対しては、コミュニケーションツールを活用するなど年齢、性別などに配慮しながら最善の選択を支援しています。</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。	㉠・c
<p><コメント></p> <p>利用者は基本的には地域の理髪店や美容院を利用しており、利用の際は必要に応じて職員による送迎や付き添いを行っています。また、理髪店などに直接出向くことができない利用者に対しては訪問理容を活用するとともに、利用者自身の意志が尊重されるよう声掛けなどの支援も行っています。</p>		
A-2-(6) 睡眠		
63	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	㉠・c
<p><コメント></p> <p>睡眠時個別に支援が必要な利用者については、夜勤マニュアルに「夜尿対応等の支援対象者」と記載し支援の内容を明記することで統一したケアができるように体制が整備されています。利用者の寝具は本人の好みや状態に合わせたものが購入され、寝具の交換は適宜職員が交換を促すなど、快適な睡眠環境が確保されています。</p>		
A-2-(7) 健康管理		
64	A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	㉠・c
<p><コメント></p> <p>定期的な健康診断、歯科検診、インフルエンザの予防接種などが希望者に対し実施されています。実施の際には利用者本人もしくは家族へ説明後、同意書を受け取るなどの体制も確立されています。予防接種を実施していない利用者へは帰省時に実施することができるよう支援され、ほぼ全員の予防接種ができています。看護師により服薬管理や体調管理が毎日実施され、日々の健康管理が行われています。週1回の訪問歯科による治療や口腔衛生の他、活動の少ない土日祝日は健康促進の一環で職員と共に事業所周辺の散歩が行われるなど、利用者の健康管理に取り組まれています。今後は医療面からの健康維持や増進のプログラムを個別計画に盛り込み、利用者の健康増進が図られることに期待します。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の体調が急変した際の緊急時対応マニュアルが整備され、緊急対応の手順が明記されています。夜間の緊急時に看護師と連絡の取れる夜間体制も整備されています。また、緊急連絡先のリストも掲示し、変更の際には随時更新も行われています。近隣の公立病院や精神科病院と連携した緊急時の体制も整っています。</p>		
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。	㉠・c
<p><コメント></p> <p>服薬に関するマニュアルが整備され、各利用者の服薬までの流れや誤薬の際の対応について記載されています。薬の管理は医務室で看護師が行い、看護師の指導のもと職員と利用者本人が確認を行う与薬のトリプルチェック体制が整備されています。毎日の重要な薬と一時的な薬とは色分けを行い、毎食ごとに薬をボックスに分けることで、与薬の簡便化や誤薬の防止につながられています。さらに、服薬後には空袋を回収し、残薬確認を行うという流れ</p>		

が職員間で徹底されています。		
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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>事業所全体の行事には、親子旅行や地域のイベントなどがあり、季節に応じて取組んでいます。このほか、レクリエーションは利用者からの提案と職員が提案するものを毎月交互に行って楽しみの活動幅を広げています。また、選択制のレクリエーションを提案することで、利用者の意志を尊重した取組みとなっています。意思疎通が難しい利用者からも希望を聞き取る工夫が見られ、前向きな努力が伺えました。また地域の行事や祭り、法人が実施する「ふくし夏祭り」に参加して、地域社会との交流の機会も多く見られます。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>外出の際には既定の外出届を提出することで職員は外出の状況を把握しています。また近隣への外出は、利用者の希望に応じて毎週土・日に職員が引率し行っています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>週末の帰省などの外泊は家族、本人の希望に応じ実施されています。利用者が外泊する際は、家族への引き継ぎが行われ、外泊記録により利用者の状況が確認できるようになっています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>金銭管理は職員が行っており、「預かり金台帳」を整備し、レシートと使用状況を記録しています。残高については、利用者家族へ定期的な確認を依頼するなど、預かり金に関する仕組みが整備されています。また、利用者本人が事業所と取り決めた金額を管理するなど、本人が金銭管理を行うよう自立に向けた取組を行っています。利用者から預かっている通帳の管理については、通帳、印鑑を別に保管し、出納帳により管理されています。現在使用されている出納帳は統一書式でないため、今後統一した書式にすることで誰でも確認ができるような工夫に期待します。</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。	㉠・c
<p><コメント></p> <p>利用者が集うホールに共有のテレビが設置され、居室にもそれぞれテレビが設置されています。利用者の好みに応じて視聴できるよう整えられており、障害特性に合わせてカバーの装着もされています。またコード等がむき出しになって損傷しないよう、カバーで覆うなど安全への配慮もなされています。</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。	㉠・c
<p><コメント></p> <p>嗜好品は利用者の身体状況に応じて健康に配慮しながら可能な限り利用者の意志や希望が尊重されています。利用者は誕生日や行事の際に希望者は飲酒も可能です。自動販売機の利用や好みの飲み物を食事の際に持ち込んだり、パンの訪問販売で購入したり、自己選択ができるよう環境が整えられています。希望があれば、事務所内で保管した飲み物などを利用者や家族と話し合ったタイミングで定期的に提供することも行われています。</p>		
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	㉠・b・c

	じた支援を行っている。	
<p><コメント> 事業所としては社会適応訓練より支援体制を整えた上での社会参加を重視し、支援を行っています。訓練内容は、利用者や家族と会議を定期的に行い、支援の意向を確認した後に特性や課題に応じた訓練を行っています。ハローワークと連携し、利用者の障害特性に合せた訓練も実施されています。このため利用者の多くは、昼間は就労事業所にて就労され、適合が難しい場合は就労先の変更も随時行っています。</p>		

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。	a・ b ・c
<p><コメント> 施設・設備は利用者の特性や課題に合わせて改修・改善を行うなど配慮されています。居室床のフローリングへの変更や壁やドアを利用者に合わせた形に改修するなど、利用者が安全で快適に生活できるよう工夫されています。また冬は寒さが厳しい地域なので共有スペースのホールに床暖房を設置し、利用者が快適に寛ぎ楽しめる空間が作られています。利用者による破損箇所も職員が対処できるものは随時改善や修繕を行い、早急に対応されています。建物自体の経年劣化や古い空調設備などが部分的にあり、今後は環境改善のための工夫に期待します。</p>		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象Ⅰ～Ⅲ）	34	11	0
内容評価基準（評価対象A）	27	2	0
合計	61	13	0