

長崎県福祉サービス第三評価結果報告

①第三者評価機関名

有限会社 医療福祉評価センター

②事業者情報

名称：いこいのひろば・おおぞら	種別：生活介護
代表者氏名：田島 光浩	定員（利用人数）： 20 名
所在地：長崎県雲仙市瑞穂町古部甲 2504 TEL：0957-77-2912	

*施設・事業所情報は、事業所プロフィール参照

③施設・事業所の特徴的な取組

総評の【個別支援の取り組み】 参照

④第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 27 年 5 月 28 日（契約日） ～ 平成 27 年 7 月 13 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0 回（平成 年度）

⑤総評

◇特に評価の高い点

【個別支援の取組】

利用者の障がいの特性を理解した上で、個別援助を行っており、利用者が職員の関わりのもと、個々に活動することで落ち着いた時間を過ごせるなど、援助内容に工夫が見られた。
また、利用者を 1 か所で支援するのではなく、数か所の建物に分けて個別的に支援を行っているため、今よりもマンパワーが充実すると、更に自立支援や個別援助の徹底が図れる。

【平成 30 年度に向けた事業方針】

平成 30 年に向けて「自閉症の方への支援の強化」という目標を定め中・長期の計画を策定している。長所・短所を分析し、①サービス内容、②人材育成、③収支・利用者確保など項目ごとに年度毎の目標を定めている。

さらに単年度の事業計画の目標も中期計画に連動しており、毎月事業報告書を作成し進捗管理、職員へのフィードバックに活用している。目標が明確であることで職員のベクトルを一致することが可能となることから有効な仕組みである。

◇改善を求められる点

【業務の標準化とマニュアルの整備】

中途職員（福祉未経験者）の比率が高く基本的な生活介護について、業務の標準化が必要であると思われる。標準化とは画一化ではなく、職員毎のサービスの水準や内容の差異を極力なくし一定の水準を実現し、利用者に安全・安心を提供することが目的である。マニュアルによるサービス水準の標準化とOJTによる利用者の個別性に対応した教育が実現できればサービスの質の向上につながると思われる。業務の標準化（マニュアル）を期待する。

【虐待再発防止の不断の取組】

虐待事例の発生原因を分析（①障害者虐待防止法に対する理解が不十分であった、②福祉従事者としての職業倫理感が不徹底であった、③障がい特性に関する知識・専門技術の不足、④支援体制上の要因）、対応策を事業計画・研修計画に明記し実践している。

しかし、利用者の障がい特性、職員の入れ替わり、マンパワーの不足、環境の変化等により虐待事故発生リスクがなくなることはないと思われる。気の緩みを防ぎ継続的な取り組みを期待する。

⑥第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、第三者評価を初めて受けました。

「評価される」ということで、どのような形になるのか不安が大きかったですが、事業所全体で自己評価を行ったことで、共有が図れているところ、図れていないところがはっきりし、より一体感が増したと感じました。

評価いただいた点につきましては、事業所レベル、法人レベルで行っている方向性が間違っていないことを再確認できました。今後の改善点として挙げられた、業務の標準化（マニュアルの整備）に関しましては、統一した支援とサービスの質の向上に向けて取り組んでいきたいと思っております。また、虐待防止に関しましても、ご指摘いただいたように継続的に取り組んでいきたいと思っております。

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。

第三評価結果

※すべての評価細目（45 項目）について、判断基準（a・b・c の3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・できることは自分でおこなう見守り中心のサービスをこころがけることで「障がいがあっても立派な人間に、生かされた人間ではなく自ら生きる人間に」という理念を現場で実践している。毎月配信される「理事長からの手紙」、「新人研修」などで理事長が理念の実現に向けた教育を行っている。 ・理念の実現に向けて社員教育は充実しているが、利用者・家族への周知は今後の課題との自己評価である。理念実現に利用者・家族の協力は不可欠であり、今後の活動に期待したい。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の中核となる大規模法人であり「施設介護から地域へ」という国の方針に対応している。重度の利用者が多い施設であり、サービスの質をめざし定員を変更した。（30名→20名） 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ・強度行動障がいの利用者について、個室で落ち着ける環境を整備し、計算ドリルや創作活動など、利用者の好みにあった活動をおこなうことで、利用者が安定し、他害が減るなど効果が表れている。また、入浴介助のニーズがあり今期からハードの整備を含めサービスを開始している。 		

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。	㉠・b・c
<コメント> ・平成30年に向けて「自閉症の方への支援の強化」という目標を定め中・長期の計画を策定している。長所・短所を分析し、①サービス内容、②人材育成、③収支・利用者確保など項目ごとに年度毎の目標を定めている。		
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
<コメント> ・中・長期の計画に基づき事業計画書が策定されている。①虐待・不適切な支援の再発防止をはかる、②入浴サービスの充実、③一人ひとりに合わせたメニューの展開など14の目標を定め、毎月事業報告書を作成し進捗管理をおこなっている。		
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
<コメント> ・事業計画は、管理者が中心となり職員の意見を聞き取り策定している。目標が施設の課題に即しており、実現可能な内容である。		
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・㉠・c
<コメント> ・事業計画はサービス計画書や日常の生活介護の場でいかされているが、利用者・家族へ計画書の内容を理解するための取組は不十分との自己評価である。 重度の利用者が多いこと、家族が遠方に住みコミュニケーションがとりにくいなど、課題もあるが、サービスの受け手である利用者・家族に施設の目標を理解してもらうことが、施設運営のサポートや、意見、相談の増加につながると思われる。		

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・㉠・c
<コメント> ・今回初めて自己評価に取組み、いろんな視点で職員の考えや行動を確認することができ有意義であったとのことである。今後も定期的な自己評価の実施を期待する。		

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取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><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 自己評価・第三者評価の結果はゴールではありません。改善のスタートです。再度、職員と課題を整理し、必要によっては事業計画書の目標に定め、実行することをおすすめする。 		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 処遇が困難な利用者が多く職員がストレスをかかえこまないように個別面談を開始している。また、週一回おこなっている職員会議の内容を充実するために（教育・研修、個別ケア会議など）終礼を開始している。リーダーシップは職員とのコミュニケーションの充実按比例すると思われる。今後も継続することを期待する。 		
11	Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> サービス提供に直接関わる法令等の改正の際は、本部から施設の代表に内容の説明、留意事項が伝わり職員にフィードバックしている。また、年に一回程度、監事の業務監査が実施され法令遵守の仕組みは充実している。 評価基準では、福祉関連の法令のみではなく、環境衛生への配慮、雇用・労働や安全、利用者との契約（消費者保護関連）、についての内容も含むことを求めている。 		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 中堅職員の他施設への移動により、一時的に職員のマンパワーが不足している状況であり、利用者が安定しない要因でもある。職員の増員を本部へ要望しているとのことであり、その実現に期待したい。 		
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・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ベテラン、新人職員の比率が高く、中堅職員がすくないとのことである。地域的に求人募集をおこなっても、福祉未経験者が多く職員のモチベーションアップと技術力の向上が急務である。マニュアルの整備による業務の標準化、職員と管理者のコミュニケーションの充実が重要である。 		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価 結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・中期計画には『強度行動障がいの方への支援に興味がある職員を募り支援にやりがいを持てるようにする』、『はたらくメニューなど職員が持っている強み（前職での経験等）をいかした配置を行う』と人材育成・配置に関してのプランが明記されている。 ・新卒職員の研修プログラムは充実しているが、中途入社の方の研修プログラムも今後必要である。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ・人事考課制度を開始3年目である。①成績、②情意、③能力に応じて上司が年2回面談をおこない評価をおこなっている。 ・人事考課は職員の成長を支援する制度である。自ら将来をイメージできるキャリアパスの仕組み（昇進・昇格の基準、そのために必要となる技術・知識の水準、技術・知識を取得するための機会等）を明確にすること。さらに個人毎に目標を設定し、自己評価をおこない、上司がその結果にもとづきフィードバックをおこなうことが重要であり、キャリアパス制度の今後さらなる充実を期待する。 		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・勤務体制はシフト制度であり、連休を含め希望する日に休みをとることが可能である。仕事のやりがい・困難度・職場環境・人間関係について職員が自己申告書を提出、雇用環境職場環境の改善に活用している。重度の利用者が多くストレスがたまりやすい環境であること、有期雇用の職員から将来が見えず不安があるとの声がある。人材の確保・定着には組織の魅力を高めること、働きやすい職場づくりに関する継続的に取り組みが必要である。 		
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。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員一人ひとりの役割を明確にするために職員役割分担表を作成している。年に2回管理者による成長支援面談をおこない、進捗状況の確認・課題の整理をおこなう仕組みがある。 		

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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・虐待防止と強度行動障がい大きなテーマとする年間の研修計画を作成。さらに研修の進捗について月次事業報告書の中で振り返りをおこなっている。 		
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・㉒・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設全体の研修計画及び新人の研修プログラムは充実している。近年、障がい者福祉の未経験者が中途入職する機会が増加している。OJTを中心に中途入職者を教育しているが、業務標準化のためにプログラムにもとづく研修も今後必要である。 		
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉士取得のための実習をおこなう職員が配置され学生が作成してきた目標に基づいた実習プログラムを毎回作成し支援している。 ・実習生受入の窓口は本部であり受入マニュアルも整備されている。 		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームページには施設の理念、財務諸表等が公開されいつでも閲覧が可能である。苦情・相談の内容、改善結果も公表されているが、平成24年度以降情報が更新されていなかった。 		
22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・監事が業務監査チェックリストを活用し内部監査を実施している。さらに今年度から公認会計士等による外部監査を実施する予定とのことである。今後継続を期待する。 		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価 結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <p>・乗馬の受入、地域の古紙回収などおこなっているが、周辺に住民が少ないこと、人の出入りが多いとパニックをおこしやすい利用者があること、マンパワーが不足していることなどから、施設として地域との交流は十分ではない。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a・b・㉔
<p><コメント></p> <p>・よみきかせのボランティア（有償）を受け入れている。現状ボランティアの受け入れ件数は少なく、ボランティア受け入れのマニュアルは整備されていない。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <p>・相談支援事業所と3か月に一回情報交換会を開催、利用者のモニタリングをおこなっている。さらに、雲仙市内のグループホーム・生活介護を併設している事業者とのネットワークに今年度から参加している。関係機関との連携から得られた情報を施設内にフィードバックし広い視野をもった職員を育成することも今後重要である。</p>		
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。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <p>・体験乗馬に訪れた家族などから相談をうけることがある。自閉症の方の支援や強度行動障がいの方への支援方法など、施設のノウハウを行政職員、相談支援事業所、他施設職員へフィードバックすることで、地域貢献も充実すると思われる。</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。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <p>・在宅利用者に入浴サービスのニーズがあることから、中期計画及び事業計画の目標に掲げ、①ハードの整備、②可能なことは利用者がおこなう（見守り重視）、③入浴介助の技術の習得を開始している。施設として地域の公益的な活動をおこなうことは今後の課題である。</p>		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	㉑・b・c
<コメント> ・①個人の尊厳を基本とします、②生活者としての権利を尊重します等利用者を尊重する基本姿勢を明記した倫理綱領があり、毎年研修を実施している。		
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。	㉑・b・c
<コメント> ・トイレ、口腔ケア、更衣は同性介助をおこない、女性利用者への送迎は女性職員がおこなっている。また、「ご利用者さんを〇〇さんと呼んでいる」「イライラしていても、ご利用者に感情的にぶつけることはない」等46項目について日常の業務を毎月ふりかえることにより、利用者の権利擁護に配慮したサービス提供を実践している。		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	㉑・b・c
<コメント> ・写真を使ったホームページ、パンフレットを作成。最近力を入れている利用者が落ち着いて作業に取り組む静のプログラム等最新のプログラムの内容をパンフレットに追加している。		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	㉑・b・c
<コメント> ・重要事項説明書、契約書が整備され利用者・家族に説明同意を得ている。文書を理解できない利用者が多いため、言葉をおきかえわかりやすい説明をこころがけている。		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a・㉑・c
<コメント> ・法人内のサービス変更の際は利用者情報の引き継ぎをおこなっている。他の施設・地域・家庭への移行に際し、相談の窓口となるよう説明しているが、引き継ぎ文書などは特に準備していない。		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>・グループホームの利用者を対象にアンケートを実施、大学教授が結果の分析をおこなっている。施設として、結果にもとづく具体的な改善活動は実施できていないとのことである。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>・ご意見受付ポストを設置、利用者の思いをくみとり職員が投函することもある。結果は本部に報告しホームページで公表している。よりタイムリーに対応結果を確認できるよう施設内での報告も今後検討が必要である。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>・相談・意見対応について研修を実施。対応のフロー、利用者・家族への説明、報告書の記載の仕方など、サービスの質向上のための仕組みであることを教育している。相談室を整備しているが、利用者のスペースに近いためプライバシーの配慮も今後必要である。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>・苦情・相談対応マニュアルを整備。研修会を実施、苦情対応の記録、ホームページでの情報開示もおこなっている。利用者・家族の意見にもとづく、改善活動は質の向上に不可欠であり、さらなる継続に期待したい。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>・法人レベルで危機管理委員会(小委員会)を設置しており、地区ごとに責任者が配置され、責任の所在が明確化されていた。また、リスクマネジメントに関する手順書も整備されており、事例の共有もヒヤリハット報告と同時に実施されていた。</p> <p>・事故発生の際の定期的な研修や対策の実効性の検証については、事業所単位も含めて、法人レベルで組織的に実行していくことが期待される。</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> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症対策について責任と役割を明確にしておき、予防とまん延防止のマニュアルも整備されていた。今後、完成したばかりのマニュアルの定期的な見直しが期待される。 ・感染症がまん延しやすい時期や内容によって、医療職を中心に、消毒や職員と利用者を含めた予防接種の励行など、法人レベルで予防策を講じていた。 		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の立地条件に適合した災害の影響については、概ね法人レベルで検討されており、避難訓練等を通じて安否確認の方法を実践している。 ・備蓄リストについては、通いサービスの特性上、特に準備されていない。ただ、全くないわけではなく、近隣の同一法人施設にて確保されているので、今後、共有を図る仕組み作りが望まれる。 		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 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・㉓・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人レベルで作成している倫理要領にサービスを実施するにあたり、事前に心得ておくべき利用者との関係性やコンプライアンス、プライバシー保護など網羅されており、職業倫理の研修の開催などで周知徹底に努めていた。 ・今後、研修実施の次のステップとして、倫理要領に記述されている状態にあるのかどうか確認する仕組み、つまり、モニタリングする仕組みを期待する。 		
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。	a・㉓・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・倫理要領の見直しに関しては、法人レベルで見直しする体制は確認できた。 ・倫理要領の見直しがなされていることは確認できたが、随時見直しよりも、一年に一度定期的に見直しするなど、法人レベルで実践することを期待する。 		

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
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。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービス実施計画策定の責任者は明確になっており、複数の職種による情報共有のもと、計画が策定されている。また、対応が困難なケースについては、できるだけ個別対応を推進した計画による援助が実践されていた。 ・アセスメント手法については、その内容と定期的な更新の実践も含めて、一度振り返ってみることを期待する。 		
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。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービス実施計画の見直しについては、複数の職員で協議の結果、更新されている資料として、モニタリング会議録を確認できた。また、利用者の状況の変化に対応する計画書の変更についても、ここ最近ではケースとしてないものの、計画策定担当者の意向や、事業所の方針としてヒアリングで確認した。 ・更新された計画書の周知については、事業所の職員が目を通す仕組みを工夫したり、目を通したことがわかるよう、押印欄を設けるなど、今後の周知徹底に期待する。 		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の記録に関しては、個別状況記録や健康チェック、実績記録などで一連の流れは確立していた。また、情報の共有に関しても、法人内においてはパソコン上のネットワークシステムを導入していた。また、事業所単位においては、横割り会議や終礼の際に情報を出し合い、記録に残されていた。 ・記録の内容については、各職員の主観が入りがちになるので、今後、記録作成に関する研修や、記録に関するマニュアルを作成するなど、指導体系の構築を期待したい。 		
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。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人レベルで個人情報保護規定が作成され、この規定に基づいて漏えい対策や対応方法が記載されていた。個人情報保護に関する職員への周知状況は、入職時に倫理要領も含めて説明を加え、その後の現任の職員に対しては、定期的に読み合わせなどを行っている。 ・記録管理について（個人情報を含め）責任者を設置し、利用者又は家族から情報開示要求等があった場合、権限は誰が有するのかなど明確化することが必要である。 		

第三評価結果

※すべての評価細目（30 項目）について、判断基準（a・b・c の 3 段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

A-1 利用者の尊重

		第三者評価結果
1-(1) 利用者の尊重		
	1-(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。	㉓・b・c
<コメント> ・利用者とのコミュニケーションは言葉だけではなく、動作やジェスチャーなど、利用者固有のサインに注意して関わりを持つよう心がけている。また、事業所内の職員だけではなく、家族や利用者が居住しているホームの職員にも協力を仰ぎながら、意思や希望を汲み取るように心がけていた。		
	1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a・㉔・c
<コメント> ・利用者の主体的な活動を支援するために、職員の担当を決めて、ケア計画表に立案されている複数の活動のメニューの中から、その日の気分などにより、自ら決定できるようになっていた。 ・利用者の主体的な活動が、今よりも幅広く支援できるように、今後、自治会等との顔の見える関係が築ける取り組みを期待する。		
	1-(1)-③ 利用者の自力で行な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。	㉓・b・c
<コメント> ・利用者との関わりについて、基本的なスタンスは見守りを念頭に置いて、過剰な支援に至らないように職員間で確認されていた。また、介助を行っている利用者に対して、見守りレベルにならないか環境面の整備を検討したり、どうしても介助をしなければならない場合は、事前に利用者や家族などに説明や相談をした上で実施されていた。		

	1-(1)-④ 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・㊦・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の社会生活を確保するために、公共機関を利用して事業所に通ったり、近隣の公共施設の利用を外出プログラムに導入するなど工夫がなされていた。また、言葉でうまく自己表現できない利用者には、絵カードを用いて支援するケースを確認した。 ・利用者自らが人権意識を高められるような仕組みや、行政機関の窓口や問い合わせ先などを掲示または、提供できるようなパンフレットを準備するなどの工夫を期待する。 		
	1-(1)-⑤ 利用者に対して緊急やむを得ない場合を除き、行動抑制や身体的拘束は行わないようにしている。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・やむを得ずに行動抑制や身体拘束を行う場合、事前に行動制限実施同意書を家族等と交わっていた。また、その実施状況は支援報告書に詳細に記載してあった。実施する基準としては、自傷や他害等があり、周囲や本人に危険が及ぶ場合を想定していた。職員は、利用者が自傷や他害の行為に及ばぬよう、研修に参加したり、原因を分析したりして、どうすれば行動制限しなくてもよい状況を作れるか検討を重ねている。 ・やむを得ず行動抑制や身体拘束を行っている場合の経過記録を確認した。今後も普段の関わりの中から、どうしたら行動制限しなくてもよくなるのか、過去の症例を分析したり、専門家の意見を反映させたり、日常の職員の観察結果を振り返るなど、できるだけ身体拘束などを行わない永続的な取り組みを望む。 <p>※虐待事例再発防止の取組中であり評価対象外とする。</p>		

	1-(1)-⑥ 利用者に対する暴力、言葉による脅かし等の不適切な関わりの防止と早期発見に取り組んでいる。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「障がい者虐待防止に向けた体制づくり」「障がい者虐待防止への取り組み」「グループワークによる虐待防止研修」などの実施により、具体的な症例を検討して、職員への教育がなされていた。また、事業所内には複数個所「虐待かなとおもったら…」という掲示がなされており、その内容は不適切ケアの例が記載され、相談する場合の連絡先などが記されていた。 ・研修の実施以外の虐待防止のための構策として、朝礼や終礼、定期的な会議の場などで症例を検討したり、その場で模擬指導を行ったりしている。 ・「GBiT(じびっと)」という虐待防止に関する広報誌を、法人内の虐待防止委員会から隔月に発行し、障がい者虐待防止法をより身近に感じてもらうための内容が記載されていた。 ・事業所において、不適切な関わりがあった場合、支援報告書に記載するように義務づけられている。また、その行為が不適切であると事実確認できた場合は、就業規則など法人内の規定に基づき、厳正に処分される旨の文言が記載されていた。 ・虐待防止に関しては、最重点課題と位置付けて、法人レベルでの取り組みを行っている。再発防止策については、時間の経過とともに風化しがちにもなるため、今後も永続的に取り組みを実施するよう期待する。 <p>※虐待事例再発防止の取組中であり評価対象外とする。</p>		

A-2 日常生活支援

	第三者評価結果	
2-(1) 食事		
	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。	a・①・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画の中に、必要な利用者には食事サービスの詳細な留意点が立案されていた。また、実際に身体症状に適した食事形態にして、食事を提供していることが確認できた。 ・現在、食事に関するマニュアルが整備されていないとのことであった。今後、さまざまなケースの受け入れや、利用者の高齢化も想定されるため、マニュアルの整備・食事サービスに関する研修の開催・定期的なマニュアルの整備が望まれる。 		

	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。	a・㊦・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外注先の嗜好調査に協力して、季節の食材を使ったり、献立を予め配布するなど、食への関心が保たれるように工夫されていた。また、ゆっくり食べる利用者や、時間をずらして食べる利用者へも、計画書等に基づいて柔軟に対応していた。 ・以前、食事サービスの検討会議等には、利用者も参加されていたとのことで、今後可能な限り参画を期待する。 		
	2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a・㊦・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事提供時間に気分がのらない利用者に対しては、無理に提供せず、時間の幅を持たせながら、気が向いたときに提供するなど、個別の対応ができていた。 ・職員が集まる会議などの場で、食事を提供する場所の雰囲気づくりなどについて、1年に1度でも構わないので、検討する場面をもつよう期待する。 		
2-(2) 入浴		
	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・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象外のため評価なし。 		
	2-(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>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象外のため評価なし。 		
	2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境整備は適切に行われている。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象外のため評価なし。 		
2-(3) 排泄		
	2-(3)-① 快適な排泄ができるよう介助に配慮している。	a・㊦・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・排泄援助に関しては、個別支援計画や健康チェック表を活用して管理がなされていた。個別援助に関しては、特に、利用者がある動作をしたら、排尿したいサインであるなど把握し、職員で周知した上で個別の対応がなされていた。 ・現段階において、排泄マニュアルは策定されていなかった。今後、排泄援助の必要な利用者が利用する可能性もあること、また、排泄面の自立は、人間の尊厳を保持する上でも重要なポイントとなり得るため、排泄を多方面から捉えたマニュアルや、必要に応じた排泄パターンを把握するチェック表などの整備を期待する。 		

	2-(2)-② トイレは清潔で快適である。	㊦・b・c
<コメント> ・事業所内に7か所トイレがあった。プライバシーに配慮した構造となっており、採光も自然に確保されていた。また、芳香剤などは利用者の特性を配慮して設置しないようにしているため、防臭のために定期的な点検がなされていた。		
2-(4) 衣服		
	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。	a・b・c
<コメント> ・対象外のため評価なし。		
	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。	a・b・c
<コメント> ・対象外のため評価なし。		
2-(5) 理容・美容		
	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。	a・b・c
<コメント> ・対象外のため評価なし。		
	2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a・b・c
<コメント> ・対象外のため評価なし。		
2-(6) 睡眠		
	2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a・b・c
<コメント> ・対象外のため評価なし。		
2-(7) 健康管理		
	2-(7)-① 日常の健康管理は適切に行われている。	a・㊦・c
<コメント> ・医療的な管理は口腔機能面も含めて、主に看護師が実施しており、医療マニュアルに沿って利用者の健康管理がなされていた。それらは医療日報や健康チェック表などで確認することができた。また、何か変化があった際や予防接種等については、家族や関係機関との連携も図れるような体制が整っていた。 ・医療マニュアルの整備は確認できたが、マニュアルに則した研修の開催や、定期的な見直しにまでは至っていなかった。今後、定期的な研修開催や自己点検を期待する。		

	2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a・㊦・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・必要時に医療機関と連携する手順については、医療マニュアルを基準として実施している。また、事業所より20分圏内のところに協力医療機関があり、主に看護師が立ち会うなどして迅速な対応がとれる体制を整えていた。 ・医療マニュアルの整備は確認できたが、マニュアルに則した研修の開催や定期的な見直しにまでは至っていなかった。今後、定期的な研修開催や自己点検を期待する。 		
	2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a・㊦・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が服用している薬については、服薬一覧表にて適切な情報を得ている。また、薬の管理や誤薬時等の対応方法については、医療マニュアルに則して実施されており、薬の使用状況は服薬チェック表にて確認することができた。 ・過去1年間に薬物使用の誤り等の報告書を確認した。今一度、発生原因の追究や、再発防止策について見直しを行い、同じような誤りを繰り返さないよう期待する。 ・医療マニュアルの整備は確認できたが、マニュアルに則した研修の開催や定期的な見直しにまでは至っていなかった。今後、定期的な研修開催や自己点検を期待する。 		
2-(8) 余暇・レクリエーション		
	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・㊦・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・余暇やレクリエーションの実施については、活動メニューの情報提供を行い、希望を尋ねた上で、複数の中から選んでもらっている。また、メニューの中には、外部から「よみかたり」のボランティアを受け入れるものや、地域にある図書館や公園などを活用していた。これらの活動は、屋外活動計画書や業務日誌にて確認できた。 ・全ての利用者へは難しいかもしれないが、今後、利用者がより主体的に取り組むことのできる企画や立案を行い、職員ができるかぎり側面的な支援をするような個別の取り組みを期待する。 		
2-(9) 外出、外泊		
	2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象外のため評価なし。 		

	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・b・c
<p><コメント></p> <p>・対象外のため評価なし。</p>		
2-(10) 所持金・預かり金等の管理		
	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・b・c
<p><コメント></p> <p>・対象外のため評価なし。</p>		
	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>・テレビなどの共同利用に関しては、利用者同士での協議が難しい一面もあるので、職員が仲介するなどして実施している。</p> <p>・通所施設であり新聞購読やテレビなどを個人所有できるような便宜は図っていなかった。</p>		
	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>・喫煙については時間や場所など一定のルールを設けて承認している。また、資料等を用いているわけではないが、健康に害のあることも口頭で伝えるようにしていた。</p> <p>・通所施設であり飲酒について、事業所と利用者代表などが協議するような場面はなかった。</p>		

A-3 安全・衛生・事故防止

		第三者評価 結果
3-(1) 安全・衛生・事故防止		
	3-(1)-① 安全確保や衛生管理又は事故防止に関するマニュアルが整備されており、その対応方法について、全職員に周知されている。	a・㉞・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 各マニュアルに関しては、総合防災マニュアル、感染防止・食中毒予防マニュアルにて確認できた。また、マニュアルに関する研修については、感染症予防研修を保健所関係者を招いて実施したり、消防訓練と併用して実践的な防災訓練も行っていた。 マニュアルについては点検後、実態に応じた見直しが行われていた。この見直しについては、マニュアルに記載された年月日で確認できた。 過去1年間に事故が発生しているということであったが、現在、その都度改善策を講じているように、今後も継続的な対応を期待する。 		
	3-(1)-② 事故防止のためチェックリスト等があり、事故防止に向けた具体的な取組を行っている。	㉞・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者の安全を脅かす事例の収集については、ヒヤリハット報告書や終礼記録で確認できた。また、収集した事例の分析については、ヒヤリハットメモをまとめて月間報告書に落とし込み、法人本部に送ると同時に、事業所内でも分析している。その他研修については、利用者を車で送迎していることから、安全運転の研修を行い、事故防止策を講じている。 利用者に対する安全教育については、年に2回の総合災害訓練(避難訓練)の際に、職員が利用者と一緒に行っている。 		

事業所情報（障害者・児施設）

（平成 27 年 5 月 25 日 現在）

施設名 いこいのひろば・おおぞら

1. 基本情報

郵便番号	859-1215		
所在地	雲仙市瑞穂町古部甲 2504		
TEL	0957-77-2912	ホームページ	http://www.airinkai.or.jp/
FAX	0957-77-4550		
施設までの利用交通手段	車 島原鉄道 大正駅下車 大正駅よりタクシー（約 5 分）		
開設年月	平成 19 年 4 月 1 日	開所時間	8 : 30 ~ 17 : 00
敷地面積	700 m ²	建物面積	284.62 m ²
経営主体	社会福祉法人 南高愛隣会	施設長名	甲斐 千尋（管理者）

2. 職員体制（複数の資格取得している場合は、重複計上してください）

専門職	常勤	非常勤
施設長		1
生活作業員・作業指導員	11	4
看護師		1
嘱託医		1

3. 施設の理念・方針

<p>・「障害があっても立派な人間に 生かされた人間ではなく自ら生きる人間に」を法人の理念に事業を展開しています。</p> <p>・当事業所においては、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、入浴・排泄及び食事の介護、創作的活動又は生産活動の機会の提供、その他の便宜を適切かつ効果的に行います。</p>

4. サービス内容

対 象 地域	雲仙市・島原市・諫早市
対 象 年齢	18歳～
定員	20名

サービス名	備考
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・年1回の健康診断にて健康維持に努めます。 ・利用者の健康状況に注意し、協力医療機関等を通じて健康維持のための適切な支援を行います。 ・利用者の病状急変等の緊急時は、必要により協力医療機関又は緊急の医療機関へ責任を持って引き継ぎます。 緊急時には、ご家族、関連機関等に速やかに連絡を行います。
食事	・就労継続支援A型事業所（味彩花）より昼食の配達があります。
地域との交流	・近隣の方のお宅への古紙回収活動を行っています。
保護者会活動	・育成会（月1回）活動があります。

5. 事業所から利用者（希望者）の皆様へ

<ul style="list-style-type: none"> ・「住所」及び「利用者負担額」、「支給量」など「受給者証」の記載内容に変更があった場合は速やかに事業者にお知らせ下さい。また、事業者が「受給者証」の確認をさせていただく場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。 ・喫煙をされる方は決められた場所をお願いします。喫煙コーナー以外は、禁煙です。（喫煙されたい方は必ず相談して下さい） ・貴重品は、原則として利用者の責任において管理していただきます。管理が難しい場合は、ご相談下さい。利用者の責任において管理していた貴重品が、紛失等した場合、原則として当法人では責任を負いませんのでご注意ください。 ・利用者の思想、信教は自由ですが、事業所内での他の利用者の迷惑になる宗教活動、政治活動および営利活動は固くお断りします。 ・当法人が行う健康診断、医療にかかる検査は特別な事情がない限りお受け下さい。 ・服薬は原則ご自身で管理していただきます。難しい場合は、ご相談下さい。 <p>通院が必要になった場合は原則としてご家族の方に事業所まで迎えに来ていただき、ご家族の方で通院をお願いいたします。但し、緊急の場合については事業所で対応いたします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症にかかりもしくは感染症の症状がみられるために事業所を休む場合は、①感染症の症状、②診断した医療機関等についてお伝えください。 ・事業所を安全にご利用いただくため、ライター、刃物等の危険物をお預かりする場合があります。 ・職員や他の利用者との金品の授受は、トラブルの原因になりますので、ご遠慮ください。
--

6. 施設の公開、実習生、ボランティアの受入について

施設の公開・見学	実習生の受入	ボランティアの受入
<ul style="list-style-type: none"> ・見学者は随時対応しています 	<ul style="list-style-type: none"> ・相談援助実習の実習生の受入れを行っている ・特別支援学校からの実習生の受入れを行っている 	<ul style="list-style-type: none"> ・実績はないが、来られれば受入れは可能です