

受審番号:せいわ 15-006

福祉サービス第三者評価 受審証明書

設置主体：社会福祉法人 明和会

運営主体：社会福祉法人 明和会

事業所名：障害者支援施設 カーサ陽だまりの里

平成 27 年度「福岡県福祉サービス第三者評価」について当評価機関で受審されたことをここに証します。

評価確定日:平成 28 年 1 月 8 日

発行 日:平成 28 年 3 月 14 日

福岡県認証評価機関

認証番号：福岡 40-13002

特定非営利活動法人

医療・福祉ネットワークせいわ

理事長 金崎 義行



福岡県福祉サービス第三者評価の結果

【第三者評価機関】

名 称	特定非営利活動法人 医療・福祉ネットワークせいわ		
所在地	〒840-0015 佐賀県佐賀市木原二丁目6番5号		
T E L	0952-41-6522	F A X	0952-41-6524
評価調査者 登録番号	12-a00016・b00037 07-b00016		

【福祉サービス施設・事業所基本情報】

◆経営法人・設置主体

法人名称	ふりがな	しゃかいふくしほうじん めいわかい	
	社会福祉法人 明和会		
法人の 代表者名	ふりがな	いのうえ あきひで	設立年月日
	理事長 井上 明秀		

◆施設・事業所

施設名称	ふりがな	かーさひだまりのさと	施設 種別	障害者支援施設
	カーサ陽だまりの里			
施設所在地	〒834-0015 八女市本2575番地1			
施設長名	ふりがな	いのうえ あきひで	開設年月日	昭和・平成 13年12月1日
	施設長 井上 明秀			
T E L	0943-30-3055	F A X	0943-23-0750	
Eメール アドレス	meiwakai@hidamarinოსato.or.jp			
ホームページ アドレス	http://www.hidamarinოსato.or.jp/			
定員 (利用人数)	32名・世帯(現員33名・世帯) ※該当を○で囲む			
職員数	常勤職員： 21名		非常勤職員： 12名	
専門職員	社会福祉士 1名	精神保健福祉士 1名	介護福祉士 13名	
	管理栄養士 1名	看護師 2名	准看護師 4名 他	
施設・設備 の概要	居室(全室個室) 41	特殊浴槽・個浴槽	相談室	
	トイレ(身体障害者用含)	多目的室兼食堂	訓練作業室 他	

◆施設・事業所の理念・基本方針

理 念	<p>【 基本理念 】 ※組織がその根本に据える理念や目標、思想 共 生 共 感 共に生き、共に感謝 ほのぼのとあたたかい陽だまりの様な、ゆったりとした空間で、一人ひとりの個性と自立を尊重し、利用者とスタッフが互いに感謝の気持ちを持ちながら、共に成長してゆく生活の実現を目指します。 ～翔たく天使に微笑みを～</p> <p>【 経営方針 】 ※法人がいかなる事業活動を行うかについての指標</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者と地域のニーズに応える、小規模で多機能な事業運営を推進していきます。 2. 社会福祉法人としての役割と使命を果たすため、地域社会の期待に応える貢献を実践していきます。 3. 新たな雇用を生み出して、地域福祉を担う人材の育成に努めます。
基 本 方 針	<p>【 行動指針 】 ※職員が、どのように考え、どのように行動するかの基本となる方針</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 生活支援:利用者の思いや目標に沿って、その生活を支援します。 2. 権利擁護:人権意識を高く持ち、利用者の自己決定と自己選択を尊重します。 3. 危機管理:安心安全を約束するために、専門性を高めて支援します。 4. 役割と責任:役割を理解し、その職務に責任感をもってあたります。 5. 業務改革:ムリムダを省き、効率的な施設運営を心がけます。

◆施設・事業所の特徴的な取組

<ul style="list-style-type: none"> ● 個々の生活空間の確保とプライバシー保護を目的に、小規模定員で全室個室化を図っている。現在は法制度の改正により「障害者支援施設」となっているが、旧法下では「身体障害者療護施設」であったため、身体障害者(特に重度障害者)支援に特化した施設設備や専門技術(介護技術)を有している。 ● 特徴的な取り組みとしては、音楽療法士による音楽療法を実施しており、個人セッションから集団セッションまで、個々のニーズや障害特性に応じて、プログラムに沿ったサービス提供を行っている。 ● 「ふる里へ帰ろう」と題して、自宅への帰省がほとんどなくなっている利用者を対象に、職員同伴で懐かしい自宅への帰省を日帰りで行っている。利用者は当然であるが、その家族からも好評の企画で、担当職員にとってもその方の生き立ちや背景を別視点で得ることのできる貴重な機会となっている。

◆第三者評価の受審状況

評価実施期間	契 約 日	平成27年 5月 8日
	訪 問 調 査 日	平成27年11月19・20日
	評価結果確定日	平成28年 1月 8日
受審回数(前回の受審時期)		今回の受審: 1回目(前回 平成 年度)

【評価結果】

1 総 評

(1) 特に評価の高い点

- I. **福祉ニーズの多様化に伴い、組織を再編しながらスマートな施設運営が展開されています。**

当該施設は、平成26年度に名称を現在の「カーサ陽だまりの里」に変更されています。「カーサ」はラテン語で「家・住まい」という意味であり、利用者にとって真の「家」となれるようにとの思いが込められています。利用者の個性や思いを尊重し、暖かく和やかな生活を創りあげていくために福祉ニーズの多様化に即した法人並びに施設運営が展開されていることも当該施設の大きな特徴と言えます。従来の福祉のあり方に捕らわれず、制度や社会情勢の変化を受け入れ、柔軟な対応により地域の福祉ニーズに応じた事業展開が行なわれていることがうかがえます。

運営や経営に関しても、外部の専門家等の意見や助言を受けながら効率的かつ安定的に行なわれており、調理業務の外部委託などを含めスマートな施設運営が施設長のリーダーシップのもと展開されていることもうかがい知ることができます。
- II. **利用者一人ひとりの思いや意向を尊重した日常生活支援が行なわれています。**

全室個室化が図られ、生活空間とプライバシーの確保に配慮されていることがうかがえます。「障がいがあっても生活できる」ではなく、一人の人間として当たり前保障されている人権が尊重され、生活することができる環境整備に取り組まれていると言えます。生活の場では、職員が利用者を年長者として敬い、利用者の自己選択や自己決定が尊重されており、一人ひとりのニーズや障害の特性に応じて、計画に沿ったサービスや音楽療法などが行なわれています。また、サークル活動(囲碁・美術・音楽など)も活発に行なわれており、利用者の意思を尊重した参加が見られるなど、利用者の自立及び自律に向けて、本人の思いや意向を大切にしながら生活支援が行なわれていることもうかがえます。
- III. **職員が働きやすい職場環境の整備に注力されています。**

人材の確保や人事管理に関する組織体制を見直し、人事考課制度の充実と職員一人ひとりの目標や意向の把握に努められています。把握された目標や意向とその職員の適正などを見極めながら人事が行なわれているほか、職員の健康増進も推奨されていることが福利厚生事業への取り組みからうかがい知れます。

グループウェアの活用やインカムの導入など、情報の共有化の強化が図られると共に、ムダを省く効率的な運営の実現を目指されていることもうかがい知ることができます。

(2) 改善を求められる点

- I. **標準的な実施方法の充実が求められます。**

基本的なマニュアル類は整備されていますが、プライバシー保護や安全確保等に向けた留意点などの記載については課題が見受けられます。組織として一定の水準を保つための標準的な実施方法の文書化といった意味合いから、その内容を更に充実させるために定期的・継続的な見直しを図られることが求められます。
- II. **福祉サービスの質の確保に向けた更なる取り組みを期待します。**

初めての当該評価受審に向けて体制の整備などが進められています。今後も評価基準に基づく自己評価や第三者評価に定期的・継続的に取り組まれることで、福祉サービスの質の向上に繋がられることを期待します。
- III. **PDCA サイクルによるスパイラルアップの仕組みが定着することを期待します。**

事業運営やサービス提供場面において様々なPDCA活動が見られますが、その一部分については形骸化の恐れを感じるものも見受けられます。各種計画の実現可能性や具体性の評価を行ない、達成評価が客観的に行なえる仕組みの構築を期待します。また、計画→実行→評価→見直しの定期的・継続性が確保されることで、福祉サービスの質の向上に効果的に繋がられる仕組みの構築も期待します。

2 第三者評価の結果に対する事業者のコメント

(H28.1.8)

今回初めて第三者評価を受審したことで、これまで潜在化していた課題が顕在化し、今後の施設運営における新たな指針を得ることができた。今回の評価結果はすべて前向きに捉え、より高いレベルの利用者サービスの実現に向けて全職員で取り組んでいきたい。

また、受審までの準備等々には多くの時間と労力を要したが、それに見合うだけの成果物はあったため、今後は第 2 回目の受審に向けて、今回指摘された課題等の整理と改善に努めていきたい。

3 共通評価基準及び個別評価基準の評価項目による第三者評価結果（別添）

【障害児・者施設・評価項目による評価結果】

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

【I-1-（1） 理念、基本方針が確立されている。】			評価結果	コメント
1	I-1-（1）-①	理念が明文化されている。	a	基本理念は平成27年10月に見直され、パンフレットやホームページ及び施設内の各所に掲示されています。
2	I-1-（1）-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	基本方針は理念と整合した内容で、職員の行動規範としての具体的な指針となっており、理念と併せて法人・施設の各文書への掲載や掲示が見られます。
【I-1-（2） 理念や基本方針が周知されている。】			評価結果	コメント
3	I-1-（2）-①	理念や基本方針が職員に周知されている。	a	年度当初の職員会議（全職員参加）において資料の配布と説明が行われており、毎月の職員会議で唱和するなどの周知活動も行われています。
4	I-1-（2）-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	施設内に掲示して周知が図られていますが、利用者や家族への周知状況の確認や周知に向けた継続的な取り組みの工夫については今後の課題と言えます。

I-2 事業計画の策定

【I-2-（1） 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。】			評価結果	コメント
5	I-2-（1）-①	中・長期計画が策定されている。	b	中・長期計画は28年度～32年度の5ヶ年計画が打ち出されていますが、その実現に向けた具体的な活動計画としては課題も見受けられます。
6	I-2-（1）-②	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	b	事業計画を実現するために各会議での報告や評価が行われています。中・長期計画との具体的な整合性などが今後の課題と言えます。
【I-2-（2） 事業計画が適切に策定されている。】			評価結果	コメント
7	I-2-（2）-①	事業計画の策定が組織的に行われている。	a	施設運営のための業務改革会議や部長会議、課長会議、各部門会議により組織的に事業計画が策定されています。
8	I-2-（2）-②	事業計画が職員に周知されている。	a	運営会議や職員会議において全職員に説明が行われ、部門別事業計画により更に詳細な内容の周知も図られています。
9	I-2-（2）-③	事業計画が利用者等に周知されている。	b	年3回発行されている情報誌「こもれび」に事業計画が掲載されていますが、利用者にも理解が得られるような工夫については今後の課題と捉えます。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

【I-3-（1） 管理者の責任が明確にされている。】			評価結果	コメント
10	I-3-（1）-①	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	理事会や評議員会、それぞれの会議（各部門会議）などにおいて、管理者の役割と責任が明確にされています。
11	I-3-（1）-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a	定例会議及び委員会並びに情報誌にて説明できる仕組みがあり、法令遵守に関する会議や研修により伝達も行なわれています。

【Ⅰ-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。】		評価結果	コメント
12	Ⅰ-3-(2)-①	a	質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。
13	Ⅰ-3-(2)-②	a	経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。

Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

【Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。】		評価結果	コメント
14	Ⅱ-1-(1)-①	a	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。
15	Ⅱ-1-(1)-②	a	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。
16	Ⅱ-1-(1)-③	a	外部監査が実施されている。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

【Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。】		評価結果	コメント
17	Ⅱ-2-(1)-①	a	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。
18	Ⅱ-2-(1)-②	a	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。
【Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。】		評価結果	コメント
19	Ⅱ-2-(2)-①	a	職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。
20	Ⅱ-2-(2)-②	a	職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。

【Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。】		評価結果	コメント
21	Ⅱ-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	基本方針や将来構想に向けた基本姿勢がしっかりと打ち出されており、その実現に向けて定例会議や委員会の活動が展開されています。
22	Ⅱ-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され、計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	b	人事考課制度における個別面談等により職員一人ひとりの課題や目標の確認は行なわれていますが、具体的な個別計画に基づく取り組みとしては十分とは言い難い状況が見受けられます。
23	Ⅱ-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	b	自己啓発や技術向上を目的とした年間研修計画の評価・見直しは確認できますが、一人ひとりの教育・研修計画に基づく振り返りや評価などは今後の課題と捉えます。
24	Ⅱ-2-(3)-④ 職員に対して、遵守すべき法令等を正しく理解するために研修を行っている。	a	総合支援法や虐待防止法などに関する研修やグループワークなどが積極的に行なわれており、コンプライアンスを大切にされていることをうかがい知ることができます。
【Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。】		評価結果	コメント
25	Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取り組みをしている。	b	実習生受け入れの基本姿勢や実習指導者の研修体制などは確認できますが、実習先との覚書やマニュアル及びプログラムなどの整備については更なる充実を期待します。

Ⅱ-3 安全管理

【Ⅱ-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。】		評価結果	コメント
26	Ⅱ-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	安全対策委員会を毎月開催し、安全確保に向けた検討が行われています。職員の意識向上に努め、あらゆる角度から利用者個々の安全に関する検討も行われています。
27	Ⅱ-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取り組みを行っている。	b	災害時の安全確保に向けた様々な取り組みが見られますが、災害全般を想定したリスク別の管理体制及びマニュアルの充実は今後の課題と言えます。
28	Ⅱ-3-(1)-③ 災害等の発生時における防災体制が整備されされている。	b	防火対策のみならず、自然災害を想定した安全対策が講じられていますが、地域性を考慮したマニュアルの充実は今後の課題と言えます。
29	Ⅱ-3-(1)-④ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a	安心して生活できる環境整備に向けた検討委員会が設置され、リスクを事前に把握する取り組みが見られます。インシデントやアクシデントをデータ化し、対応策を共有する仕組みも機能しています。

Ⅱ-4 地域との交流と連携

【Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。】		評価結果	コメント
30	Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	地域の行事や活動に関する情報が掲示物や広報誌により発信されています。また、地域との交流の機会（ほのぼのフェスタ・八女学院演奏会など）も企画されています。
31	Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b	法人内の相談支援事業所や地域活動支援センターによる支援活動が行われていますが、施設の専門性を生かした地域還元については、今後の更なる取り組みを期待したいところです。
32	Ⅱ-4-(1)-③ ボランティア受け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	ボランティア受け入れ体制や仕組みは構築されています。ボランティア受け入れ数が伸びないことを課題と捉えて対策の検討も行われています。

【Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。】		評価結果	コメント
33	Ⅱ-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	b 八女市障害者基幹相談支援センターリーベルが発行している福祉ハンドブックを活用されていますが、職員間での情報の共有化については更なる取り組みを期待します。
34	Ⅱ-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	a 八女市自立支援協議会やリーベルネットワーク会議等への参画により、定期的な関係機関との情報交換や連携が図られています。
【Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。】		評価結果	コメント
35	Ⅱ-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	a 各種関係機関や団体との連携などにより、地域の具体的なニーズが把握されています。
36	Ⅱ-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a 法人全体で地域の福祉ニーズに基づく事業に取り組まれており、多様なニーズに対応するための事業や活動が計画的に展開されています。

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

【Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。】		評価結果	コメント
37	Ⅲ-1-(1)-①	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a 生活行為や余暇活動などが一人ひとりの自己選択・自己決定に基づいて行われています。 外部講師を招いた研修や「虐待防止委員会」でのグループワークなど職員自らの振り返りの機会も設けられ、人権尊重の姿勢や虐待防止の徹底に対する共通理解にも努められています。また、車椅子利用時のみ止むを得ず安全ベルトを使用している事例においても、安全確保という視点だけではなく、命を守りQOLを保障するためには必要である事が、本人及び家族並びに職員により検討された上で決定されています。
38	Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	c “障がいのある〇〇さん”ではなく、“〇〇さん”としての生活ができる施設作りに拘り、他人の干渉を許さないプライベート空間が確保できる個室化を実現されています。浴室の環境（目隠しカーテン設置）整備、排泄介助時の工夫や羞恥心への配慮なども随所に見られます。面会や相談時には居室やセミナールームを使用するなど、プライバシー保護に関する積極的な取り組みも見られます。しかし、様々な場面におけるプライバシー保護に関する規程やマニュアルの整備は課題と言えます。
【Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。】		評価結果	コメント
39	Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている。	b 嗜好調査やサービス実施計画のモニタリングによって、意向や希望を踏まえた上でのサービスの向上が図られています。しかし、利用者満足度を図る調査などは実施されていない状況にあります。施設が提供するサービスや環境（人・物）について、利用者満足度の把握に基づく改善活動が展開されることを期待します。

【Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。】		評価結果	コメント
40	Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	b	担当職員(2名体制)の他、サービス管理責任者や部署長などが、利用者の意向に沿って相談に応じられています。意見箱も施設内3ヶ所に設置されており、本人が書けない場合には職員が代筆され投函するなどの取り組みも行なわれています。相談場所も居室やセミナールームなどケースに応じて柔軟に選択することが可能とされています。 複数の相談方法・相手の中から自由に選べることや、意思表示に関して支援体制があることなどをわかりやすく説明した文書の作成及びその配布・掲示が課題として挙げられます。
41	Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	b	本人及び家族に対して第三者委員による対応手順の説明や施設内掲示が行われています。苦情対応記録から苦情解決の仕組みが十分に機能していることもうかがえます。また、解決方法や改善策について申立人への報告も行われています。 課題としては、苦情内容や解決結果の公表が挙げられます。
42	Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	c	利用者からの相談や意見には迅速に対応する事を基本とし、日常生活場面において随時の対応が行なわれています。 課題としては、意見や提案対応に関するマニュアルの整備が挙げられます。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

【Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。】		評価結果	コメント
43	Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	b	当該評価受審は初めての取り組みであり、受審に向けて体制整備が進められてきたことがうかがえます。今回の受審を機に定期的・継続的な評価活動に取り組まれることを期待します。
44	Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	c	評価結果に基づき、計画的にサービスの質の向上を図られることを期待します。
【Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。】		評価結果	コメント
45	Ⅲ-2-(2)-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	b	食事・排泄・入浴・服薬などのマニュアルが整備されていますが、当施設が提供するサービスの一定水準としての方法や留意点、羞恥心への配慮、設備状況などに応じた標準的な実施方法としては十分とは言い難い状況がうかがえます。
46	Ⅲ-2-(2)-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されている。	c	プライバシー保護の観点から、マニュアルの見直しや改訂などに定期的・継続的に取り組まれることを期待します。

【Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。】			評価結果	コメント
47	Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	b	平成26年度に外部講師を招いての記録に関する勉強会が催されており、ケース記録の書き方（①職員によって視点が異なる②主観的に書かない③時系列に書く）について整理されています。しかし、個々のサービス計画の実施状況や状態推移の記録に関しては、その具体性について課題が見受けられます。
48	Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録・データを含めた個人情報の管理体制が確立している。	a	個人情報保護に関しては積極的な取り組みが見受けられます。ホームページや広報紙などへの写真掲載許可を含む個人情報使用同意書を書面で残されており、職員の守秘義務に関する誓約書も保管されています。 収集した個人情報は保管・保存・廃棄に関する規程に基づき適切に管理されています。
49	Ⅲ-2-(3)-③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a	各種会議や朝夕の申し送りの他、申し送りノート、パソコンのネットワークシステム（グループウェア）を活用した情報の共有化が図られています。その他、利用者や職員の状況がいち早く伝えられるように今年度10月からインカムも導入されています。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

【Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。】			評価結果	コメント
50	Ⅲ-3-(1)-①	利用者希望に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a	パンフレットや広報紙を関係機関や行政に配布されており、ホームページの定期的な更新により最新情報が常に発信されています。 相談支援事業所を通じた利用開始が殆どであり、相談支援の段階でサービス提供事業所の選択に関する支援が行われています。また、見学や体験などの相談にも柔軟に対応されています。
51	Ⅲ-3-(1)-②	サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	b	サービス管理責任者を中心に、利用開始時には本人及び家族に対して組織が定めた書類（契約書・重要事項説明書）に基づき、サービス内容や利用料金、利用者の権利擁護、施設の責任等についての説明が行われています。しかし、障がいをもつ利用者に対するわかりやすい工夫については、更なる取り組みを期待したいところです。
【Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。】			評価結果	コメント
52	Ⅲ-3-(2)-①	事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b	医療機関への長期入院によって退所となるケースはありますが、事業所の変更や在宅復帰は殆どないといった状況にあります。入院中は面会や家族からの相談にも対応されています。退所後の対応に関しては口頭説明のみとされていますが、文書配布などによる積極的な対応が求められます。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

【Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。】			評価結果	コメント
53	Ⅲ-4-(1)-①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	利用前には、自宅訪問などにより「おたずねシート」を用いた身体状況や生活状況の把握が行なわれています。アセスメント情報から課題を抽出して、サービス実施計画作成に関する検討や情報の共有化も図られています。 収集した情報は個人ファイルとして組織的に定められた形に整理され、年に1回の見直しが行なわれています。

【Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。】		評価結果	コメント
54	Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	b	サービス管理責任者を中心に、セラピストや看護師、管理栄養士、担当生活支援員などの参画のもと多面的な視点によりサービス実施計画が策定され、家族からの同意も得られています。 課題としては、サービス実施計画の事前説明と同意がタイムリーに行われることが挙げられません。
55	Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b	サービス実施計画は、利用者個々のニーズに応じて目標達成期間を3ヶ月～1年に設定され、6ヶ月毎に中間モニタリングが実施されています。 PDCAサイクルを継続的に機能させるためには、ニーズに関する具体的な援助方法や解決方法の有効性確認並びに検討の手順が整理され、記録と情報管理の方法を組織として定めた上で職員に周知されることが求められます。

A-1 利用者の尊重

【A-1-(1) 利用者の尊重】		評価結果	コメント
56	A-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。	a	コミュニケーションブックや絵の活用、筆談など、利用者の状態に合わせて意思の疎通を図るよう努められています。意思伝達に制限がある場合には言語聴覚士に意見を求め、サービス実施計画や実践への反映に繋がっています。利用者の訴えに耳を傾け、理解に努める姿勢が全職員に定着しており、組織的に利用者の気持ちをくみ取れるよう努められています。
57	A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	利用者自治会について、代表者や会費、利用者主体での運営方法などについて利用者参画のもとで検討が行われた結果、結論が出せずに設立に至らなかった経緯を持っています。 外出やサークル活動(美術・音楽・囲碁など)への参加は利用者の意向が尊重され、ボランティアや職員によるサポートが行なわれています。また、「学校に行きたい。学びたい。」と希望する利用者の就学(特別支援学校)の支援なども行なわれています。
58	A-1-(1)-③ 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	アセスメント時に利用者の心身体状態と共に転倒や転落などのリスクも把握され、利用者一人ひとりに応じた見守りや援助レベル、方法等が検討されています。過剰な介助を行う事なく、補助具の活用や環境整備等による自ら行うための工夫も凝らされています。
59	A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	b	障がいの程度や体調などを勘案した上で、自ら行うこと(こづかい管理・洗濯・施設内の自動販売機での飲料水購入など)への支援は日常的に行われています。 在宅復帰による社会参加ということが想定し難いため、特別な訓練プログラムは用意されていない状況ですが、社会との繋がりを持ち続けられるように、地域の社会資源情報などを提供しながら必要な支援に努められています。

A-2 日常生活支援

【A-2-(1) 食事】		評価結果	コメント
60	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	<p>利用者一人ひとりについての栄養アセスメントに基づき課題やニーズが抽出され、多職種の意見を反映した栄養ケア計画が策定されています。計画に沿った食事が準備され、摂取介助なども行われています。体重管理や基礎代謝量、残渣調査等により不足する栄養を把握し、その補完として補助食品の摂取なども計画的に行なわれています。</p> <p>3ヶ月ごとに計画の見直しが行われていますが、その評価・見直しに関しては更なる取り組みを期待したい状況がうかがえます。また、食事マニュアルについても、援助方法や留意点、配慮事項などに関する内容の充実が望まれます。</p>
61	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。	a	<p>当施設では、外部業者に調理を委託されています。管理栄養士が委託業者と施設に1名ずつ配置され、協議しながら献立が作成されています。施設の管理栄養士は食事状況を観察したり、利用者や職員からの意見や感想を聴取したりされており、定期的な嗜好調査も実施されています。毎月の会議にて残渣の多かった献立についての原因究明や改善方法の検討が行なわれており、野菜料理を好まない利用者が多いことを踏まえて、調理方法の工夫などについても検討されています。また、食事摂取に必要な自助具やストロー、調味料なども準備されており、漬け物や調味料などを持ち込まれるケースもあるようです。</p>
62	A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a	<p>明るく清潔な食堂に円形テーブルが配置され、季節の花などが飾られています。決まった時間に食事が始まらないことで食事拒否に繋がるケースもあるため、食事の開始時間は決められていますが、特別支援学校や通院、その他の都合に合わせた柔軟な対応もみられます。基本的には食堂にて食事をされていますが、希望に応じて居室で食事をすることも可能とされており、現状では約4名の利用者が居室で食事を摂られていました。</p>
【A-2-(2) 入浴】		評価結果	コメント
63	A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法等個人的事情に配慮している。	b	<p>建物の1階には、一般浴槽・車椅子対応浴槽・ストレッチャー式浴槽があり、利用者の身体状況に応じた形態で入浴が行なわれています。入浴支援時には看護師も関わり、皮膚観察や医療的な処置などが行なわれています。</p> <p>入浴に関するニーズや課題は、サービス実施計画に明示され、利用者ごとの対応方法に沿って支援や介助が行なわれています。</p> <p>入浴に関するマニュアルは整備されていますが、障がいや入浴形態別の介助手順、羞恥心への配慮、安全面を含む留意点等の明記については十分とはいえない状況がうかがえます。</p>
64	A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	<p>入浴は基本的に週3回と定められていますが、それ以外に状況に応じたシャワー浴や清拭なども行なわれています。入浴拒否がある場合にも言葉かけに工夫を凝らし、利用者自らが入浴しようという気持ちになれるよう働きかけが行なわれています。</p>
65	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	<p>浴室や脱衣場等の環境は清潔であり、プライバシーへの細やかな配慮（カーテンの活用や同性介助など）も見られます。</p>

【A-2-(3) 排泄】		評価結果	コメント
66	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	b	<p>排便の有無や排泄器官の疾病を持つ利用者の尿量チェックが行われています。サービス実施計画に基づく利用者の個人的事情や健康状態に応じた介助が行なわれており、排泄用具は利用者の状況に応じて準備されています。</p> <p>排泄支援に関するマニュアルは整備されていますが、用具や排泄形態別の介助方法、羞恥心への配慮、安全確保上の留意点等の記載については十分とは言い難い状況が見受けられます。</p>
67	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	b	<p>自立に向けた車椅子でのトイレ排泄の支援が個別に行なわれています。構造上トイレはオープンな空間となっており、細やかな室温調節などは困難な状況がうかがえますが、清潔なトイレ環境が整えられており、尿臭などは感じられません。</p>
【A-2-(4) 衣服】		評価結果	コメント
68	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。	a	<p>衣類の購入については、利用者の意向（好み等）を確認した上で家族と相談し、職員による購入代行が行なわれています。また、本人同行で買い物に行く機会も設けられています。</p>
69	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。	a	<p>本人の意向を尊重した着替えの支援が行なわれています。嘔吐や失禁等によって衣類が汚れた際には、着替えを拒否される利用者に対しても無理強いする事なく、様々なアプローチで羞恥心に配慮しながら拒否が和らぐよう働きかけられています。</p>
【A-2-(5) 理容・美容】		評価結果	コメント
70	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。	a	<p>イベントなどに参加する際には、女性利用者に対して化粧の支援などが行なわれています。</p> <p>男性利用者についても主体性を尊重した上での整容支援などが行なわれています。</p>
71	A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a	<p>訪問理容や就労支援事業所の利用者でもある理容師により、散髪や白髪染め、パーマなど希望に応じた理容が行なわれています。また、バリカンを自己所有されている利用者には、職員による支援も行なわれています。過去には、地域の美容院等を利用されるケースもあったとのことで、希望があれば対応は可能とのことです。</p>
【A-2-(6) 睡眠】		評価結果	コメント
72	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a	<p>夜間の見守りが必要な利用者については、チェック表が活用されています。居室には天井のライトと手元灯があり、手元灯を点けたままでの就寝も可能とされています。廊下の電気が眠りの妨げとなっている場合は、窓ガラス部分に紙を貼り対応されています。就寝中のオムツ交換や体位交換なども睡眠の妨げとならないよう配慮しながら行なわれています。</p>

【A-2-(7) 健康管理】		評価結果	コメント
73	A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	内科健診（年2回）、歯科検診（年1回）が行なわれており、肺炎球菌ワクチン（対象者）やインフルエンザの予防接種も受けられています。癌疾患に罹患する利用者が増えてきたこともあり、内科検診時には腫瘍マーカーの検査についても希望に応じて実施されています。 日常的な健康管理は、看護師を主として生活支援員や管理栄養士、セラピストなど専門職の意見を取り入れながら行なわれており、主治医からの助言なども受けられています。
74	A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	利用者の状態悪化や急変時には、主治医への相談、救急搬送、近隣の医療機関のナースカーの要請など、迅速に医療が受けられる体制が整っています。
75	A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a	過去の経験を踏まえて「医務室内くすりセットマニュアル」や「内服薬マニュアル」が整備され、利用者一人ひとりの薬剤情報の把握にも努められています。 誤薬防止策として、当施設所有の分包機（記名対応）が調剤薬局で使用され、服用時のダブルチェックも行われています。
【A-2-(8) 余暇・レクリエーション】		評価結果	コメント
76	A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	a	囲碁、美術、音楽サークルが定期的に行われるほか、フラワーアレンジメントや料理教室が不定期に開催されており、参加については利用者の意思を尊重されています。それぞれにボランティアの講師による指導があり、美術サークルで描いた作品の出品なども行なわれています。
【A-2-(9) 外出、外泊】		評価結果	コメント
77	A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a	日曜日の午後には少人数での買い物に出かけられており、映画鑑賞やコンサートなどに個人で出かける利用者もおられます。NPO法人による移送ボランティアの利用、地域の祭りや季節に応じた花見（桜・藤など）情報の提供など、利用者の希望に沿った外出支援が行なえるよう努められています。また、「ふるさとへ帰ろう」と題して自宅や墓参りなど、思い出の地を職員同伴で訪問する取り組みも行なわれています。
78	A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a	家族や利用者から外泊希望があった際には、必要に応じて職員が同行するなどの支援が行なわれています。また、特別支援学校の修学旅行などにも職員が同行されています。
【A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等】		評価結果	コメント
79	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	預かり金の上限を定め、法人での管理が行われています。施設においても少額の管理をサポートされているケースがあり、利用者の中には通帳管理を自身で行われている人もおられるとのこと。 課題としては、金銭管理や経済的な対応能力を高めるための学習プログラムの整備などが挙げられます。
80	A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	a	施設で新聞を三紙を購読されており、共用スペースで自由に読むことができます。利用者の中には、スポーツ新聞の定期購読やテレビ雑誌、漫画本を購入されている人もおられ、購入等のサポートは職員により行なわれています。
81	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、利用者の意思や希望が尊重されている。	a	医師との話し合いのもとで飲酒量や飲酒日などが決められています。飲酒・喫煙ともに申請が必要で、健康状態などを考慮した上で施設が許可した利用者のみが定められたルール（場所や量など）の中で嗜まれています。