

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：障害者支援施設 つつじヶ丘学園	種別：障害者支援施設
代表者氏名（管理者）：施設長 恒松 祐輔	開設年月日：昭和47年4月1日
設置主体：社会福祉法人 つつじヶ丘学園 経営主体：社会福祉法人 つつじヶ丘学園	定員：40名（利用人数：41名）
所在地：〒868-0451 熊本県球磨郡あさぎり町須恵字毛谷4180番地1	
連絡先電話番号：0966-45-0667	FAX番号：0966-45-1137
ホームページアドレス	http://www.maroon.dti.ne.jp/tutuji47/

(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、生活介護	学園旅行、利用者望年会、餅つき交流会、花見
居室概要	居室以外の施設設備の概要
居室44、ショートステイ室4	食堂4、浴室5、洗面所4、便所20、医務室1、事務室1、洗濯室5、支援員室2、相談室1、汚物処理室4、調理室1、運動場1

2 施設・事業所の特徴的な取組

平成26年度末に耐震化改築工事が終了し、バリアフリーはもちろん、ユニットケアを採用し、居室の完全個室化、トイレ、浴室等も個室化を図り、利用者のプライバシーに配慮し、木の温もりが感じられ、家庭的な雰囲気、「自分の空間」「自分の部屋」の実現を目指しています。また、地域との交流を積極的に図り、その一つの「和綿の里づくり会」は、地域住民や各学校、団体、企業と協力し「ものづくり」「まちづくり」を目指して3年が経過し充実が図られています。

3 評価結果総評

特に評価の高い点

1.耐震化改築によりバリアフリーのユニットケア体制で、利用者の主体性を尊重した生活支援が行われています。

木のぬくもりを感じられるゆとりのある空間設計で、トイレ、浴室も個室対応となりプライバシーが保護されています。完全個室の居室は、個性を表現することができ利用者が喜ばれている様子が見受けられました。訪問調査時の職員インタビューでの『新しい建物になってから利用者様が落ち着かれています』という言葉は、利用者や職員が要望や意見を出して建築に主体的に関わってきたことの成果と、新しい環境を得た『つつじヶ丘学園の第二ステージ開幕』への手ごたえの表れと感じました。支援においては、日中活動や生活の様々な場面で自己選択できるように配慮されており、利用者が生活の主体者として楽し

まれている様子が伺われました。

2．地域との交流、地域貢献活動に積極的に取り組まれています。

地域のイベントや行事に積極的に参加されて施設と地域との交流を図られています。福祉分野の交流にとどまらず、地域の企業やボランティア団体、青年団など多くの企業や団体と協同で和綿栽培を通じた街づくり・地域交流に取り組むなど地域貢献活動を積極的に行われています。

3．サービス向上に向けて職員の意見を反映する仕組みが構築されています。

施設長のリーダーシップのもと、利用者本位の生活の実現のために各種会議や委員会活動、研修、人材育成などが活発に行われています。権利擁護や虐待防止・プライバシー保護に関するマニュアルが整備され、内容の理解・実践に積極的に取り組まれており、職員が会議やアンケートを通じて意見を発信できる仕組みがあります。また、働きやすい環境作りにも注力されており、就業に対する職員満足度の高さがサービス向上への原動力となっていることが伺われます。

4．個別支援等に関する記録の整備による情報が共有化されています。

支援記録などは誰が読んでも理解できるよう丁寧に作成され、情報の共有化が図られています。記録整備に関しては良好な状態が保たれており、職員間で統一した支援が提供されています。

改善を求められる点

1．中・長期計画（事業計画・収支計画）を策定し、具体的目標にむけての取り組みを期待します。

3カ年ごとの中期計画が明文化されており、課題設定と定期的な見直しが行われていますが、長期計画の策定までには至っていません。また、収支計画についても中・長期計画が策定されておらず、中・長期の事業計画を裏付ける意味でも明確化が望まれます。さらに人材確保計画についても同様の視点で策定が望まれます。

2．利用者や家族に対して事業所の取り組み等を周知する方法の工夫を期待します。

理念や基本方針、事業計画等、事業所の福祉サービスの根幹となる情報をわかりやすく伝える取り組み（イラスト化・要約版作成・掲示板の活用）が望まれます。また、苦情や要望・権利擁護・プライバシー保護への取り組み等についての周知や相談窓口の設置と周知等、利用者や家族に対しての情報提供の工夫を期待します。

3．各種会議・委員会議事録の整備を行い、PDCAサイクルに沿った課題解決の仕組み（手順）を確立されることを期待します。

各種会議・委員会の位置づけ（目的・役割）を明文化し、第三者評価・自己評価で明確になった課題について計画（P）実践（D）評価（C）改善（A）を通して解決していくような仕組み（手順書）作りが望まれます。それぞれの議事録を整備し、決定事項・継続審議事項を明らかにした上で周知し、組織的な取り組みの精度を上げていかれることを期待します。

4 . ユニットケアを取り入れた建物の機能をより活かした支援展開を期待します。

耐震化により建て替えられた建物は素晴らしいものが出来上がっています。今後、家の暮らしに近づけていく一つとしてのユニット内キッチンでの調理・配膳などや、一人ひとりがホッとできる居場所の工夫、ユニット内外利用者とのやり取り場面の設定、カフェスペース等を利用した地域の方々との交流など、ユニットケアのメリットや活かし方を利用者と共に考えながら進めていかれることを期待します。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H28.4.5)

今回の第三者評価受審により、施設の強み、弱みを再確認することができ大変良い機会となりました。

ハード面に関しては、新しい施設を継続して快適に利用していただけるように掃除やメンテナンスの徹底を図っていき、ユニットケアの特性をより活かせるような支援体制の構築、家庭的な雰囲気づくりを更に検討していきます。施設の理念や基本計画、長期計画の策定は、今後整理検討し、事業計画、相談窓口（苦情解決等）などを含めて、職員、利用者、ご家族、地域へより一層の情報提供を目指していきます。また、各委員会のPDCAサイクルの構築や慣例で行われている部分の明文化、手順書、報告書等の作成、管理方法など改善を進めていきます。

今回の結果を踏まえ適宜改善を目指し、更に強みを活かしていくと共に、今後とも利用者の最善の利益、尊厳を追求し、安心安全なサービス提供を心掛けていきます。

(別記)

(公表様式1)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

【障がい児・者施設(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27年7月22日～平成28年1月7日
評価調査者番号	第06-079号
	第13-005号
	第14-011号

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：障害者支援施設 つつじヶ丘学園	種別：障害者支援施設
代表者氏名(管理者)：施設長 恒松 祐輔	開設年月日：昭和47年4月1日
設置主体：社会福祉法人 つつじヶ丘学園 経営主体：社会福祉法人 つつじヶ丘学園	定員：40名(利用人数：41名)
所在地：〒868-0451 熊本県球磨郡あさぎり町須恵字毛谷4180番地1	
連絡先電話番号：0966-45-0667	F A X 番号：0966-45-1137
ホームページアドレス	http://www.maroon.dti.ne.jp/tutuji47/

(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、生活介護	学園旅行、利用者望年会、餅つき交流会、花見					
居室概要	居室以外の施設設備の概要					
居室44、ショートステイ室4	食堂4、浴室5、洗面所4、便所20、医務室1、事務室1、洗濯室5、支援員室2、相談室1、汚物処理室4、調理室1、運動場1					
職員の配置						
	職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
	管理者	1		社会福祉士	1	
	サービス管理責任者	1		介護福祉士	15	
	生活支援員	23		精神保健福祉士	1	
	看護師	2				
	栄養士	3				
	調理員	4				
	事務員	3				
	合 計	37		合 計	17	

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

「明るく、仲良く、根気よく」をモットーに利用者、及び、家族の意向を尊重し、より楽しく、安心、安全、且つ、適切なサービス提供が出来るよう創意工夫し、地域生活が営めるよう支援する。

3 施設・事業所の特徴的な取組

平成26年度末に耐震化改築工事が終了し、バリアフリーはもちろん、ユニットケアを採用し、居室の完全個室化、トイレ、浴室等も個室化を図り、利用者のプライバシーに配慮し、木の温もりが感じられ、家庭的な雰囲気、「自分の空間」「自分の部屋」の実現を目指しています。また、地域との交流を積極的に図り、その一つの「和綿の里づくり会」は、地域住民や各学校、団体、企業と協力し「ものづくり」「まちづくり」を目指して3年が経過し充実が図られています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年7月22日（契約日）～ 平成28年4月5日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	初回（平成 年度）

5 評価結果総評

特に評価の高い点

1．耐震化改築によりバリアフリーのユニットケア体制で、利用者の主体性を尊重した生活支援が行われています。

木のぬくもりを感じられるゆとりのある空間設計で、トイレ、浴室も個室対応となりプライバシーが保護されています。完全個室の居室は、個性を表現することができ利用者が喜ばれている様子が見受けられました。訪問調査時の職員インタビューでの『新しい建物になってから利用者様が落ち着かれている』という言葉は、利用者や職員が要望や意見を出して建築に主体的に関わってきたことの成果と、新しい環境を得た『つつじヶ丘学園の第二ステージ開幕』への手ごたえの表れと感じました。支援においては、日中活動や生活の様々な場面で自己選択できるように配慮されており、利用者が生活の主体者として楽しまれている様子が伺われました。

2．地域との交流、地域貢献活動に積極的に取り組まれています。

地域のイベントや行事に積極的に参加されて施設と地域との交流を図られています。福祉分野の交流にとどまらず、地域の企業やボランティア団体、青年団など多くの企業や団体と協同で和綿栽培を通じた街づくり・地域交流に取り組むなど地域貢献活動を積極的に行われています。

3．サービス向上に向けて職員の意見を反映する仕組みが構築されています。

施設長のリーダーシップのもと、利用者本位の生活の実現のために各種会議や委員会

活動、研修、人材育成などが活発に行われています。権利擁護や虐待防止・プライバシー保護に関するマニュアルが整備され、内容の理解・実践に積極的に取り組まれており、職員が会議やアンケートを通じて意見を発信できる仕組みがあります。また、働きやすい環境作りにも注力されており、就業に対する職員満足度の高さがサービス向上への原動力となっていることが伺われます。

4．個別支援等に関する記録の整備による情報が共有化されています。

支援記録などは誰が読んでも理解できるよう丁寧に作成され、情報の共有化が図られています。記録整備に関しては良好な状態が保たれており、職員間で統一した支援が提供されています。

改善を求められる点

1．中・長期計画（事業計画・収支計画）を策定し、具体的目標にむけての取り組みを期待します。

3カ年ごとの中期計画が明文化されており、課題設定と定期的な見直しが行われていますが、長期計画の策定までには至っていません。また、収支計画についても中・長期計画が策定されておらず、中・長期の事業計画を裏付ける意味でも明確化が望まれます。さらに人材確保計画についても同様の視点で策定が望まれます。

2．利用者や家族に対して事業所の取り組み等を周知する方法の工夫を期待します。

理念や基本方針、事業計画等、事業所の福祉サービスの根幹となる情報をわかりやすく伝える取り組み（イラスト化・要約版作成・掲示板の活用）が望まれます。また、苦情や要望・権利擁護・プライバシー保護への取り組み等についての周知や相談窓口の設置と周知等、利用者や家族に対しての情報提供の工夫を期待します。

3．各種会議・委員会議事録の整備を行い、PDCAサイクルに沿った課題解決の仕組み（手順）を確立されることを期待します。

各種会議・委員会の位置づけ（目的・役割）を明文化し、第三者評価・自己評価で明確になった課題について計画（P）実践（D）評価（C）改善（A）を通して解決していくような仕組み（手順書）作りが望まれます。それぞれの議事録を整備し、決定事項・継続審議事項を明らかにした上で周知し、組織的な取り組みの精度を上げていかれることを期待します。

4．ユニットケアを取り入れた建物の機能をより活かした支援展開を期待します。

耐震化により建て替えられた建物は素晴らしいものが出来上がっています。今後、家の暮らしに近づけていく一つとしてのユニット内キッチンでの調理・配膳などや、一人ひとりがホッとできる居場所の工夫、ユニット内外利用者とのやり取り場面の設定、カフェスペース等を利用した地域の方々との交流など、ユニットケアのメリットや活かし方を利用者と共に考えながら進めていかれることを期待します。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H28.4.5)

今回の第三者評価受審により、施設の強み、弱みを再確認することができ大変良い機会となりました。

ハード面に関しては、新しい施設を継続して快適に利用していただけるように掃除やメンテナンスの徹底を図っていき、ユニットケアの特性をより活かせるような支援体制の構築、家庭的な雰囲気づくりを更に検討していきます。施設の理念や基本計画、長期計画の策定は、今後整理検討し、事業計画、相談窓口（苦情解決等）などを含めて、職員、利用者、ご家族、地域へより一層の情報提供を目指していきます。また、各委員会のPDCAサイクルの構築や慣例で行われている部分の明文化、手順書、報告書等の作成、管理方法など改善を進めていきます。

今回の結果を踏まえ適宜改善を目指し、更に強みを活かしていくと共に、今後とも利用者の最善の利益、尊厳を追求し、安心安全なサービス提供を心掛けていきます。

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	32	
	家族・保護者		
聞き取り調査	利用者本人	11	
	家族・保護者		
観察調査	利用者本人		

第三者評価結果

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

評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象 福祉サービスの基本方針と組織

- 1 理念・基本方針

		第三者評価結果
- 1 - (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	- 1 - (1) - 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針は、『つつじヶ丘学園の願い』『施設のキャッチフレーズ』『施設福祉の目的及び福祉理念』として明文化され、その使命や目指す方向が示され、利用者の主体性を尊重した支援など職員の行動規範となる内容となっています。これらは、会議や研修、データの配布等を通して職員に周知が図られています。ただし、『理念・基本方針』という形態をとっていないこともあり、その理解や定着度にばらつきが見られます。また、利用者に対する周知の方法については不十分な状態です。職員・利用者・家族へのさらなる周知の工夫を期待します。</p>		

- 2 経営状況の把握

		第三者評価結果
- 2 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	- 2 - (1) - 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の年度毎の基本方針から、国の福祉施策の方向性や県の福祉計画の動向を把握した上での、事業経営の課題を明確にされていることを読み取ることができます。利用者の高齢化に伴う状態像の変化予測や地域移行のニーズ、また利用待機者の状況を把握されていますが、地域の潜在的ニーズの把握にはさらなる工夫が望まれます。</p>		
3	- 2 - (1) - 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者が招集したサービス管理責任者・現場リーダー会議が、9～12月に開催され、組織体制、職員体制、人材育成等について職員の意見聴取や職員同士の検討が行われています。また、検討された内容は、サービス管理責任者やリーダーを通じて職員に周知されています。管理者と事務職との協議や理事長との協議は随時行われ、スピーディーな課題解決に努められています。</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><コメント></p> <p>3カ年ごとの中期計画の明文化を行なわれており、具体的な課題設定がされ定期的な見直しも行われていますが、長期計画の策定までには至っていません。また、収支計画についても中・長期のものはないので、中・長期の事業計画を裏付ける意味でも明文化が望まれます。</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><コメント></p> <p>つつじヶ丘学園総合事業計画、施設入所支援事業計画、生活介護事業計画として策定されています。総合事業計画においては中期計画の重点課題が反映されています。施設入所支援及び生活介護の事業計画は居住支援と日中活動の視点から事業方針・支援内容の目標が示されています。課題は具体的ですが、実施状況の評価が可能となるよう数値目標や具体的な成果等の設定を期待します。</p>		
- 3 - (2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	- 3 - (2) - 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画は明文化されたデータで職員に配布されています。実施状況の確認や次年度に向けての取り組みについては、9～12月に開催されるサービス管理責任者・現場リーダー会議において討議され、内容は職員に周知されています。しかし計画策定手順が明文化されておらず会議記録も不十分であるため、今後の体制整備が望まれます。</p>		
7	- 3 - (2) - 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>家族会総会での説明及び行事資料や広報紙の配布で、周知が図られています。利用者に対しては、個別支援計画・週間計画などを通して関わりが深い事象について抜粋して伝えられていますが、表現方法や伝達方法についてより積極的な工夫が望まれます。</p>		

- 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
- 4 - (1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	- 4 - (1) - 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>サービスの質の向上に向けた各種委員会：「園内役割分担」(行事・レク、文化広報、スポレク地域推進、園内会議)、「サービス向上委員会」(環境美化向上、OJT・新人研修、献立向上)、「リスクマネジメント委員会」(苦情解決、虐待防止等)が設けられ、年度の計画と反省や次年度の取り組みへの展開といった流れで活動されています。しかし、自己評価や第三者評価と連動していないため、これらの評価の計画的な実施および分析と結び付けた展開を期待します。</p>		
9	- 4 - (1) - 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>委員会ごとの計画について、実施後に全職員アンケートをとり改善策につなげる取り組みをされていますが、自己評価・第三者評価等の総合的な評価基準に基づく取り組みではないため、課題の取りこぼしが見られます。自己評価・第三者評価を基に浮かび上がってきた課題を委員会活動等へと結び付ける仕組み作りが望まれます。</p>		

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><コメント></p> <p>管理者は職務分担表に自らの役割と責任を表明されています。毎朝の朝礼や、事案ごとの</p>		

担当者との話し合い、広報紙へのリーダーとしての意思表示など様々な形で周知に心がけておられます。不在時の権限委任については定められていますが明文化されていませんので、周知の工夫等を期待します。		
11	- 1 - (1) - 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法令に関する資料はデータ化され各職員に配布されています。法令の変更や関係する政省令が新たに出された場合は、朝礼での説明や研修会報告、回覧などは実施されていますが、実際の周知状況については確認が不十分ですので、今後の工夫を期待します。</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><コメント></p> <p>管理者は各種会議やサービスの質の向上を目的とした委員会を組織し、具体的な課題を明確にして解決に向かうよう積極的に働きかけられています。特に、支援現場の声に耳を傾け、職員や利用者の状況をリアルに把握し課題に向き合う姿勢に優れたリーダー性を感じます。</p>		
13	- 1 - (2) - 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>管理者は、サービス管理責任者・現場リーダー会議を組織し業務や経営改善・環境整備・人員配置など様々な課題解決に向けた具体的取り組みを行われています。また、事務や医務、栄養士との対話を通して改善に向けた取り組みも行われております。新会計への移行や就業規則の変更など専門的知識を要する課題については、随時、税理士や社会保険労務士などに依頼しながら解決に当たられています。</p>		

- 2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
- 2 - (1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	- 2 - (1) - 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>人材の育成については、新任職員研修を丁寧に行われており定着への細やかな努力が見受けられます。人材確保については、利用者の高齢化に伴う看護師やリハビリテーションスタッフの求人など、組織の課題に応じ努められていますが、具体的な人員体制の計画策定はなされていません。中・長期の事業計画や収支計画と関連付けながら計画策定をされた上で、見通しを持った人材確保・育成に努めていかれることが望まれます。</p>		
15	- 2 - (1) - 総合的な人事管理が行われている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>H26年度にキャリアパスが作成され、現場リーダー制などキャリアアップや昇格の職員像が示されています。また、資格取得や施設内の職責による手当支給などで評価が行われています。しかし、人事考課の面では客観的な基準が設けられておらず、人事基準の明確化までは至っていません。</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><コメント></p> <p>管理者により、希望休を勘案した勤務表の作成、就業時間の厳守、有給取得の推奨及び状況把握、時間外労働のデータ把握などが行われ、ワーク・ライフバランスを意識した働きやすい職場環境づくりに努められています。職員ヒヤリングやアンケートからも『働きやすい』という評価が得られています。また、労働衛生管理委員会が組織されアンケートなどから職員の意見を吸い上げられ、勤務シフトの試行など組織的に行われています。メンタルヘルス</p>		

研修も開催されていますが、外部コンサルティングの導入は現在検討中ということで、引き続いての取り組みが期待されます。		
- 2 - (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	- 2 - (3) - 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>OJT・新任研修委員会が組織され、一人一人の目標管理の仕組みが作られています。目標設定の面接、進捗状況についての中間面接、年度末の目標達成度の確認面接が委員会の管理のもと遂行されています。目標設定については、目標項目や、目標水準などのさらなる明確化を期待します。</p>		
18	- 2 - (3) - 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>園内研修については各種委員会より課題提起がなされ、支援員会議・園内研修会議で年間の研修計画が作成されています。また、キャリアパスには職務に求められる専門技術・資格・研修内容が明示されています。専門資格取得のためのスクーリングなどは特別休暇を取得できるように配慮されています。教育・研修成果の確認や分析については、さらなる工夫を期待します。</p>		
19	- 2 - (3) - 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>新任研修やOJT制度が行われています。階層別研修やテーマ別研修・職種別研修は園外研修を活用する形で取り組まれています。外部研修への参加の推奨に加え、職員の希望による研修先の開拓などにも積極的に取り組まれています。OJTについては、制度を取り入れて間がなく目標達成のための計画作成について研修を積まれている段階です。また、達成度を確認するためのチェックシートはありますが、階層ごとの力量表ではなく、よりの確な目標設定や客観的な評価をするための工夫を引き続き期待します。また、復命書はありますが、研修成果を確認する内容とはなっておらず、今後、充実していかれることを期待します。</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><コメント></p> <p>各種実習生の受入れは積極的に行われています。実習生規範が設けられ、利用者に対する接し方や、職業人としての心得などを示されています。ただ、実習生受け入れマニュアルに当たるものは未整備で、社会福祉士に関するもののみ作成されています。各種実習共通の受け入れマニュアルや保育実習等に関するマニュアルの作成が望まれます。</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><コメント></p> <p>ホームページや広報誌、掲示スペースを活用して情報公開に努められています。今後、第三者評価の受審結果の公表や相談対応の公表など、より細やかな情報発信が求められます。また、地域へ向けてパンフレットなどを通じた情報提供をより積極的に行われることを期待します。</p>		
22	- 3 - (1) - 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>取引や契約など、管理者・事務・経理・支援員の業務分担が行われていますが、ルールとして明文化されたものではありません。定期的に内部監査が行われ、課題によっては外部の専</p>		

門家（公認会計士、税理士、司法書士）のアドバイスや一部業務委託がなされています。外部監査は、受ける方向で検討中ですが実現に至っていません。引き続き取り組まれることを期待します。

- 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) - 利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 利用者地域との交流は、事業計画にも掲げられており積極的に取り組まれています。地域の社会資源や活動などに対し、利用者の希望を取りながら地域に出る機会を作られ、交流が図られています。今後は活動計画の段階から利用者も参加し交流を図るような取り組みも期待します</p>		
24	- 4 - (1) - ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a ・ b ・ c
<p><コメント> ボランティアの受け入れに関する姿勢はマニュアルに明文化されています。地域の学校への協力については施設実習規範も作成され、インターンシップ受け入れや職場体験など積極的に行われています。今後はボランティアと利用者との交流を図る視点で、ボランティアに対する研修や支援の実施が期待されます。</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><コメント> あさぎり町福祉ネットワーク連絡会の参加、人吉球磨障害者支援協議会への参加・協力やあさぎり町高齢者徘徊ネットワークの構築など具体的な取り組みが行われています。関係協議会議事録や会議録などを朝礼などで報告、文書回覧等で情報の共有に努力されています。</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><コメント> 毎月地域に出かけ利用者地域の方たちと一緒にグラウンドゴルフを楽しまれています。年に2回は事業所のグラウンドで実施し、その後一緒に食事をして交流されています。施設は高台にあり地域の避難所として位置づけられています。また、地域の活性化として、社会福祉分野に限らず、和綿栽培を通じての街づくり・地域交流など地域貢献活動を積極的に行われています。今後は専門性や特性を活かし地域住民の生活に役立つような講演会、障害や福祉の理解を深められるような研修会等の開催を行われ、なお一層の地域活性化に取り組まれることを期待します。</p>		
27	- 4 - (3) - 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 和綿づくりを通じて地域との連携会や会議等の中で、地域の福祉に対するニーズ把握に努められています。しかしながら、民生委員や児童委員などと定期的な会議を開催したり地域住民への相談事業を行ったりしての具体的な福祉ニーズの把握には至っていません。今後は定期的な福祉ニーズの把握の機会が設けられることを期待します。</p>		

評価対象 適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
- 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><コメント></p> <p>施設の理念はパンフレットに示されています。また職員に対しては施設の理念等をデータで渡して理解を促し、現場で実践が図られています。倫理綱領もスタッフ室に掲示されています。利用者の尊重や基本的人権の配慮については、外部講師を招いての研修会や外部研修への参加などが行われています。また基本的人権への配慮についてのアンケートを実施し、集計結果はスタッフ等が事務所で随時閲覧できるようになっています。</p>			
29	- 1 - (1) -	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>権利擁護や虐待防止・プライバシー保護に関するマニュアルが整備されており、データを配布して職員の理解・周知・実践に取り組まれています。ハード面においては平成26年度に耐震化建て替え工事が行われ、居室の完全個室化、トイレ、浴室も個室対応となりプライバシー保護がなされています。今後は利用者や家族に対してプライバシー保護・権利擁護についての事業所の取り組みを周知する工夫や、不適切な事案が発生した際などの文書化を図られることを期待します。</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。			
30	- 1 - (2) -	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所のサービス内容等が記載されたパンフレットやホームページが作成されています。事業所の見学や体験入所等を実施し、サービス提供に関する説明と同意が適切に行えるように努力されています。今後はパンフレットの文字を大きくする、イラストを活用する等の工夫や、配布方法・配布場所の検討を行い、より多くの方に事業所を知ってもらえるような取り組みと、連絡受付の担当を設置されることを期待します。</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><コメント></p> <p>利用者や家族に対して資料や書面を用いて説明が行われています。また体験通所や体験宿泊などの体制を整え、利用者の自己決定につながられています。サービスの変更については本人や家族と話し合い、引き継ぎが行われています。今後は引き継ぎの手順書や意思決定が困難な方に対する配慮のルールなどの文書化を期待します。</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><コメント></p> <p>サービス移行時の引き継ぎなど継続性に配慮した取り組みが行われています。また退所者の相談などにも積極的に対応されています。今後は組織としてマニュアルや引き継ぎ文書の整備、サービス終了後の窓口や担当者の設置等の取り組みを期待します。</p>			
- 1 - (3) 利用者満足の上昇に努めている。			
33	- 1 - (3) -	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>家族会への参加や利用者に参加し利用者のニーズや家族のニーズ把握に努めておられます。しかし、把握した結果の分析や検討会議の設置、具体策の実践までに至っていない状況です。今後の取り組みを期待します。</p>			
- 1 - (4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。			
34	- 1 - (4) -	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されています。苦情解決の仕組みも施設内に掲示して相談しやすい環境づくりに努力されています。苦情内容に対する検討や対応策については、利用者や家族にフィードバック</p>			

されています。受付と解決を図った記録は適切に保管され苦情内容に基づきサービスの質の向上に努められています。		
35	- 1 -(4)- 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>家族会等で相談や意見を述べたりする方法は複数あり、相談相手も選べるということを説明されています。相談室があり相談しやすい雰囲気づくりに配慮が見られます。今後『意見を述べたりする方法は複数あり、相談相手も選べる』という事を分かりやすく説明した文書などを掲示されることを期待します。</p>		
36	- 1 -(4)- 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>意見箱の設置などを行い相談や意見の把握に努めておられます。しかし意見の報告・対応策の検討などに関する対応マニュアルの整備には至っていません。今後も、アンケートの実施などを通し利用者の意向把握に努め、迅速な対応が可能となるような取り組みを期待します。</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><コメント></p> <p>リスクマネジメント委員会が設置され、事故発生時の対応マニュアルを明確にし職員への周知が行われています。改善策を策定し実施されていますが、その実施状況の確認体制の整備が課題と思われます。安全（救急蘇生など）や事故防止に関しては外部講師を招いての研修会等が開催されています。また、地域の消防署や医療機関等との連絡・協力体制も整えておられます。</p>		
38	- 1 -(5)- 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>感染症対策について管理体制が整備されています。予防と発生時の対応マニュアルも作成され職員にデータを配布し周知徹底を図られています。また感染症が発生した場合は適切に対応されています。</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><コメント></p> <p>消防計画や災害時の体制、対応マニュアルが整備されています。また昼間のみならず夜間時の防災訓練などにも取り組まれています。食料や備品等の備蓄については、備蓄管理者の設置や備蓄リストの作成、保管期間切れでの備蓄品の見直しなど管理体制の整備が望まれます。</p>		

- 2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
- 2 -(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	- 2 -(1)- 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法が文書化されています。職員にデータを配布して実施方法の周知を図っています。標準的なサービスが実施されているかどうかについては、各支援計画や個別記録にて確認されています。</p>		
41	- 2 -(1)- 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法の見直しは、年に1回実施されています。検証見直しにあたりスタッフ</p>		

全員で会議を行うことで、職員からの意見や提案を反映されるように取り組んでおられます。今後はご利用者からの意見も反映できるような仕組みの構築を期待します。		
- 2 - (2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	- 2 - (2) - アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画は適切なアセスメントに基づき策定され、利用者一人一人の具体的なニーズが明示されています。支援困難なケースに対しても細やかにアセスメントを実施し、支援計画内容も家族等に十分な説明を行い提供されています。今後はアセスメント等に関する協議を実施した際の議事録等の作成・保管をしていかれることを期待します。</p>		
43	- 2 - (2) - 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の評価・見直しは定期的に行われています。しかし、見直しを行うに当たっての手順等の整備には至っていない状況です。今後取り組まれることを期待します。</p>		
- 2 - (3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	- 2 - (3) - 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援の実施状況の記録は組織で統一した様式で行われています。支援記録の差異が生じないように職員への指導を実施、個別支援計画に沿った記録を心がけるようにされています。</p>		
45	- 2 - (3) - 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定められ、情報の開示についても重要事項説明書にて利用者や家族に対して説明されています。記録管理者が設置され職員に対しての教育が行われています。</p>		

評価対象

A - 1 利用者の尊重

		第三者評価結果
A - 1 - (1) 利用者の尊重		
	A - 1 - (1) - 職員の接し方について、利用者をひとりの個人として尊重する取り組みを行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>調査訪問時も丁寧な行動や言葉使いがなされ、マニュアルやつつじヶ丘学園職員倫理や職員行動規範が徹底されています。虐待防止権利擁護委員会を中心に利用者の尊重の研修の取り組みがなされています。身体介助は同性介助を原則とし、利用者への適切な接遇を心がけておられます。</p>		
	A - 1 - (1) - コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個々の利用者の特性を把握した上で、コミュニケーションを図るような関わりを心がけておられます。状況に応じてイラストボードを利用したりと、日常的に取り組まれており、個別支援計画にも取り上げられています。</p> <p>入所時は家族よりコミュニケーション方法の伝達を受けて、スムーズにやり取りできるように連携されています。現在の利用者で手話通訳が必要な該当者はおられません。職員全体でいずれの利用者にもコミュニケーションが取れる努力をされています。</p>		
	A - 1 - (1) - 利用者の主体的な活動を尊重している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p>		

<p>利用者の障害の程度や能力に応じたグループでの作業など、利用者の主体的な活動を尊重した取り組みが見られます。併せて、日常生活では利用者の能力等を見極めた上で、自力での活動を見守る姿勢で支援されています。また、「利用者の会」活動としては、毎月の対話場を通じて施設側との意見交換もされています。</p>		
	A - 1 - (1) - 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 日常生活の見守りと支援は、利用者の身体機能の変化に応じ細やかな対応がなされています。日常的な支援の検討については、随時各ユニットの職員間でなされています。変更結果については主に申し送りでも周知されています。生活介護事業計画・事業方針に支援内容が組み込まれています。</p>		
	A - 1 - (1) - 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 個別支援計画により様々なプログラムが計画されていますが、より利用者ができること・やれることを引き出し活かすことや、役割を付与する等してやりがいを持たれるよう工夫することにより、支援内容の発展が図られると思います。今後に期待します。</p>		

A - 2 日常生活支援

		第三者評価結果
A - 2 - (1) 食事		
	A - 2 - (1) - サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 栄養ケア計画において個人の栄養量、食事形態などが細かく明示されています。定期的にアンケートでデータ分析して見直しが行われています。毎日、食事摂取状況表で残渣をチェックし、献立変更や喫食傾向を把握されています。</p>		
	A - 2 - (1) - 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 嗜好調査は、聞き取りなども行い丁寧に実施され、自分で表現できない利用者は支援員が表情などを汲み取り回答しています。結果は栄養管理委員会で検討され献立に反映されています。適温給食が実施されています。ユニットケアのシステムになって日が浅いので、利用者の前で食事を作るという状況にまではなっていません。利用者の五感に働きかける食事としてさらに楽しむためには、ユニットでの調理も期待されます。園の畑で取れた野菜など地元の食材がふんだんに使われています。地産地消や地域交流の観点から引き続き継続されることが期待されます。</p>		
	A - 2 - (1) - 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 食堂は明るくゆっくりした雰囲気、食事を提供されています。食事のペースによって食事開始の時間に工夫がなされています。利用者は、慣れた環境で食事を取るためにテーブルに氏名を表示し、氏名を目印に席につき、ゆっくり思い思いに食べることができます。食形態を栄養課に相談し、食べやすくされています。</p>		
A - 2 - (2) 入浴		
	A - 2 - (2) - 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a ・ b ・ c
<p><コメント> マニュアルが整備されており、一人一人の健康状態や留意事項について生活支援実施書に記録されています。マニュアルを基に入浴されていますが、数十年も前から同性介助・二人介助の徹底をされていました。プライバシー保護（同性介助や脱衣所の仕切り等）の視点からの工夫も見られます。</p>		

	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><コメント> 入浴支援マニュアルで入浴介助を遂行されています。週3回の入浴日以外にも必要に応じてシャワー浴などの提供が行われています。同性介助・二人介助を基本とされており、必要な方には時間を問わず利用できるような支援されています。</p>		
	A - 2 - (2) - 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a ・ c
<p><コメント> 浴室は清潔で、機械浴、一般浴、リフトなどを整備し身体状況に応じて安全に入浴できるよう整えられています。室温に応じて、入浴前は必ず脱衣場や浴室を温める（冷やす）ことに注意されています。個浴でマンツーマンの介助（同性介助）によりプライバシー保護と安全確保への配慮がなされています。</p>		
A - 2 - (3) 排泄		
	A - 2 - (3) - 排泄介助は快適に行われている。	a ・ c
<p><コメント> 排泄援助マニュアルに基づき、排泄介助の状況を記録用紙にチェックするようにされています。失禁などはオスメイト設置で迅速に清潔にできるように配慮されています。オムツ利用の方もおられ、トイレ内にオムツ交換ができる介助ベッドの設置もあり、ニーズに対応されています。手すりなど身体状況に合わせた工夫がなされ、職員の配慮が随所にうかがえます。改善点など支援員間で情報の周知が図られています。</p>		
	A - 2 - (3) - トイレは清潔で快適である。	a ・ c
<p><コメント> 新築の施設であるため清潔で、便座の高さが工夫されたり、男性用便器や手すりが設置されたり利用者の身体状況に応じて利用できるようになっています。異食のリスクがある利用者が使用する手洗い場には、ペーパータオルを置かない等の配慮がなされています。また、毎日の清掃記録もあり、清潔で防臭対策もなされています。冷暖房完備で、室温を調整して快適に利用できるように配慮されています。</p>		
A - 2 - (4) 衣服		
	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><コメント> 衣類や好みの物は利用者が自分で選ぶようにしておられ、選ぶことが困難な方は支援されています。利用者の希望があれば、好みの物を購入しに出かけることも日常的にあり、その時は職員がマンツーマンで同行されています。</p>		
	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><コメント> 生活支援マニュアルに基づき、更衣の介助がなされています。発汗・失禁などの汚染には随時対応されています。全てにおいて利用者の意思を尊重して対応されています。</p>		
A - 2 - (5) 理容・美容		
	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><コメント> 女性利用者は全員が理美容師を自分で選び、ヘアスタイルも自分で決められています。意思疎通が困難な方は家族の意向を確認して理美容師に伝えられています。男性については職員に「切ってください」との依頼があった時のみ、短髪や丸刈りに散髪することがあります。本人の希望により適宜支援されています</p>		
	A - 2 - (5) - 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a ・ c
<p><コメント> 訪問の理美容業者を利用される方、外出して理美容院を利用される方と様々です。利用者と共に美容室に訪問（送迎）し、コミュニケーションが困難な方は代わりに説明し、協力を</p>		

<p>依頼するなどの取り組みが行われています。必要に応じて外出する際は特別外出記録簿に行き先などを記載し、安全に外出することに努められています。</p>		
<p>A - 2 - (6) 睡眠</p>		
	<p>A - 2 - (6) - 安眠できるように配慮している。</p>	<p>a ・ c</p>
<p><コメント> 夜勤マニュアルに基づき対応されています。個室で静かな環境で休めるよう工夫されています。好みの寝具を使用できるように配慮されています。希望者にはポータブルトイレを設置するなど利用者ニーズに合わせて環境を整えられています。「一人で寂しい」と言われる方や不眠等によりフロアに出てこられる利用者には寄り添うケアが行われています。</p>		
<p>A - 2 - (7) 健康管理</p>		
	<p>A - 2 - (7) - 日常の健康管理は適切である。</p>	<p>a ・ c</p>
<p><コメント> 地域の病院と公立病院との連携の下、きめ細かな健康管理が行われています。事業所内カルテ・看護日誌・医務内連絡ノートにより看護師間の情報共有が行われています。朝のホームルーム時にバイタルチェックをして、表情を確認しながら健康チェックが行われています。また、栄養士を交えた栄養状態のチェック（栄養ケア計画）を実施されています。歯科医師による指導のほか、各科への通院支援も個々に応じて行われています。A E D装置が備えられていますが、医務室にあり施錠されていたため使用するとき支障にならないような工夫が望まれます。</p>		
	<p>A - 2 - (7) - 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。</p>	<p>a ・ b ・ c</p>
<p><コメント> 健康面に不調があった場合のマニュアルは整備されています。近くの公立病院へは片道10分程度で着くことができます。定期的な受診を含め予め事業所から医療機関に発信をしておくことで、スムーズな受診が可能となっています。</p>		
	<p>A - 2 - (7) - 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。</p>	<p>a ・ c</p>
<p><コメント> 服薬管理は、医務室において看護師を中心に行われています。配薬・与薬マニュアルが整備され、誤薬についても対応が明記されています。誤薬が起きないための二重確認や、薬袋へのフルネーム表示、呼称確認などが行われています。与薬支援を行った職員はサインをし、責任を持ってケアにあたっておられます。</p>		
<p>A - 2 - (8) 余暇・レクリエーション</p>		
	<p>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。</p>	<p>a ・ b ・ c</p>
<p><コメント> レクリエーションや季節の行事は利用者の意思を尊重して、積極的に参加できるよう支援されています。日頃は各ユニットで行われますが、外出での活動は事業所全体で行っていただけます。余暇については、施設内で過ごされるほか、地域のお店での買い物やドライブ、フェスタなどがあり、利用者の希望に添って過ごせる取り組みをされています。</p>		
<p>A - 2 - (9) 外出、外泊</p>		
	<p>A - 2 - (9) - 外出は利用者の希望に応じて行われている。</p>	<p>a ・ b ・ c</p>
<p><コメント> 生活支援マニュアルの中に外出規定があり、利用者同意のもと外出されています。当日の看護師の体調など確認の上で外出活動が実施されています。個人希望の外出については、重度化に伴い、職員が必ず同伴しています。</p>		
	<p>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。</p>	<p>a ・ b ・ c</p>
<p><コメント> 外泊規定があり、利用時に届けを出す仕組みとなっています。利用者の同意のもとで外出・外泊されますが、外出・外泊先で事故などがあった時の利用者・家族側からの連絡手順などが示されていません。今後は必要になってくると思われ、事務的な整備を期待します。</p>		

A - 2 - (1 0) 所持金・預かり金の管理等		
	A - 2 - (1 0) - 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a ・ b ・ c
<コメント> 預かり金規約があり、複数の職員が管理にかかわるように配慮されています。学習プログラムで小遣い帳の活用などを課題とする方には、計画的に支援されています。また、通帳管理のサポートなど、家族に連絡をするシステムが作られています。		
	A - 2 - (1 0) - 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 ・ c
<コメント> 新聞や雑誌の購入は基本的に自由とされています。事業所の新聞を読まれる方もいらっしゃいます。雑誌など配達してもらう利用者もおられ、希望に沿ってその都度支援されています。		
	A - 2 - (1 0) - 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 ・ c
<コメント> 酒・タバコを利用される方は今のところいらっしゃらないとのことでした。嗜好品等のルールを設け、可能な限り利用者の希望に沿うように配慮されています。健康上の問題がある方は、嘱託医に相談し利用者と協議されています。		
A - 2 - (1 1) 社会適応訓練等		
	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> 利用者の心身機能に応じた歩行訓練等が日課として取り入れられ生活機能を維持する取り組みがなされています。また居室の掃除や洗濯等ができる方について、その生活能力を活かせるような環境整備や支援がなされています。今後、高齢化に伴う生活機能の低下に対して個別的な理学療法・作業療法プログラムなどリハビリテーションマネジメントが展開されることで生活の質がより高まることが期待されます。		

A - 3 施設・設備

		第三者評価結果
A - 3 - (1) 施設・設備		
	A - 3 - (1) - 施設・設備に関して、利用者や来所者が利用しやすいよう配慮されている。	a ・ b ・ c
<コメント> 施設はバリアフリーで木調の温かみを感じられ、ユニットごとに生活空間が作られています。新築されて間もないので利用者や職員の喜びが伝わってきました。移動経路上同じような作りとなっており、どこにいるのかが分からなくなることがあるので、迷わず目的地にたどり着けるよう廊下などに案内表示版を設置されるなどの工夫が望まれます。		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象 ~ ）	1 9	2 6	0
内容評価基準（評価対象A）	2 7	2	0
合 計	4 6	2 8	0