

福祉サービス第三者評価結果報告書

事業所名 : 川内厚生園

評価機関 : 特定非営利活動法人 福祉21かごしま

調査日 : 平成23年3月3日

目 次

1. 評価結果報告書	.....	1
2. 基本調査項目	.....	2~6
3. 第三者評価結果の概要	.....	7
4. 大項目別の評価概要	.....	8~9
5. 評価細目の第三者評価結果	.....	10~19

福祉サービス第三者評価結果報告書

【受審事業所情報】

事業所名称	川内厚生園
運営法人名称	社会福祉法人 鹿児島県社会福祉事業団
福祉サービスの種別	知的障害者援護施設
代表者氏名	理事長 白尾 國豊
定員（利用人数）	70名（59名）
事業所所在地	〒895-0007 鹿児島県薩摩川内市百次町1090-1
電話番号	(0996) 23-7681
FAX番号	(0996) 23-7681
ホームページアドレス	http://www.kagoshima-swc.jp/kouseien.html
電子メールアドレス	kouseien@true.ocn.ne.jp

【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人 福祉21かごしま
鹿児島県認証番号	09-025号
評価実施期間	平成23年3月3日
評価結果決定年月日	平成23年5月10日
評価調査者（役割）	(保健・医療・福祉部門) 1人 (組織・管理部門) 1人

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する事業所の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
---------------------	--

福祉サービスの第三者評価基本調査項目

【事業者情報】

平成 23 年 1 月末日現在

(フリガナ)	センダイコウセイエン			
事業所名称(施設名)	川内厚生園			
サービス種別	●知的障害者援護施設 ●短期入所事業 ●日中一時支援事業			
開設年月日	昭和 平成	38 年	10 月	1 日
(フリガナ)	イマイズミ シノブ			
管理者氏名	今和泉 忍			
設置主体	社会福祉法人 鹿児島県社会福祉事業団			
代表者 職・氏名	職名	理事長	氏名	白尾 國豊
経営主体	社会福祉法人 鹿児島県社会福祉事業団			
代表者 職・氏名	職名	理事長	氏名	白尾 國豊
第三者評価担当者 職・氏名	職名		氏名	
所在地	〒 895-0007			
	鹿児島県薩摩川内市百次町 1090-1			
連絡先電話番号	0996-23-7681			
FAX番号	0996-23-7681			
ホームページアドレス	http://www.kagoshima-swc.jp/kouseien.html			
E-mail	kouseien@true.ocn.ne.jp			

基本理念・運営方針

基本理念

当施設は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って指定施設サービスを提供し、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に努めます。

運営方針

- 1 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って指定施設サービスを提供するように努めます。
- 2 出来る限り自宅に近い環境の中で、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行うように努めます。
- 3 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、責任者を設置する等必要な体制整備を行うとともに、職員に対し研修を実施するよう努めます。
- 4 利用者が心豊かな園生活を送る事が出来るよう、利用者と一緒に快適な生活環境の確保に努めます。

【利用者の状況】

平成 23 年 1月末日現在

定員	70 人
利用者数	59 人

* 施設種別ごとに、利用者の年齢階層、利用期間、障害の程度・内容など、貴施設の特徴が明らかになるようなデータを適宜添付してください。

年齢構成

区 分	18歳未満	18～20歳	21～30歳	31～40歳	41～50歳	51～60歳	61歳以上	合計	最年長	最年少	平均年齢
男性	0	0	3	7	4	12	10	36	69	24	50.9
女性	0	0	3	5	3	6	6	23	70	24	48.8
合計	0	0	6	12	7	18	16	59	70	24	50.1

入所期間

区 分	1年未満	1～5年	6～10年	11～15年	16～20年	21年以上	合計	最長期間	最少期間	平均期間
男性	1	6	8	9	7	5	36	24	0	12.1
女性	1	7	7	2	4	2	23	21	0	9.5
合計	2	13	15	11	11	7	59	24	0	11.1

障害程度区分

区分	A	B	C	計
人員	22	28	9	59
構成比	37.30%	47.50%	15.30%	100.0%

障害程度

1 男女別利用者数	2 障害程度		3 障害程度区分	
男 36	A1	9	A	14
	A2	10	B	17
	B1	15	C	5
	B2	2		
女 23	A1	4	A	8
	A2	12	B	11
	B1	6	C	4
	B2	1		
計 59	A1	13	A	22
	A2	22	B	28
	B1	21	C	9
	B2	3		

【職員の状況】

平成 23 年 1 月末日現在

職 種	勤務区分				* 常勤換算	* 基準職員数
	常勤(人)		非常勤(人)			
	専従	兼務	専従	兼務		
園 長	1				1	1
副園長兼総務課長	1				1	
生活支援員(課長補佐)	2				2	17
生活支援員	10				10	
生活支援員兼作業指導員	4		1		4	
看護師兼生活指導員	1				1	1
準看護師兼生活指導員	1				1	
栄養士	1				1	
事務主査	1				1	
事務員	1				1	
夜勤職員			3			
宿直雇用員			2			
医 師				2		1

前年度の採用・ 退職者の状況	採用	常勤	1 人	非常勤	0	人
	退職		1 人			人
常勤職員の当該法人での平均勤務年数				2		年
直接処遇に当たる常勤職員の当該法人での平均勤務年数				2		年
常勤職員の平均年齢				48.3		歳
うち直接処遇に当たる職員の平均年齢				47.9		歳

* 常勤換算数及び基準職員数は、当該職について、運営基準等で定められている場合のみ記入してください。

福祉サービスの第三者評価基本調査項目(付加項目1)

【現在のサービス提供能力(利用状況)と利用者数】

<input type="checkbox"/> サービスを希望しながら待っている人がかなりいる
<input checked="" type="checkbox"/> ほぼサービス提供能力に見合った利用者で、待っている人はほとんどいない
<input type="checkbox"/> サービス提供能力に余力があり、希望者があれば受け入れたい

【施設の状況】

設置形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独設置		<input type="checkbox"/> 他施設併設		
	併設の場合	併設施設種別		階部分	
		施設使用階数			
建物面積	4,509,82	m ²	利用者1人あたり	6,442,6	m ²
園庭面積	3,527,602	m ²	利用者1あたり	50,394,3	m ²
建築(含大改築)の経過年数					年
大改築計画の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	有る場合	平成	22~23 年頃

【苦情解決の体制について】

第三者委員設置の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
第三者委員の活動状況(活動頻度等)	園内行事等に参加してもらい利用者と直接接する機会を設けている。また、年度末には年間の相談・苦情の報告も行っている。	
その他苦情解決についての取組み	<input checked="" type="checkbox"/> 意見箱の設置	
	<input type="checkbox"/> オンブズマンの導入	
	<input checked="" type="checkbox"/> その他(相談・苦情対応窓口の設置)	

【各種マニュアルの整備】

基本業務実務マニュアル	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
感染症対策マニュアル	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
事故発生対応マニュアル	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他マニュアル	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他マニュアル名	人権の尊重・擁護マニュアル	預り金管理規定
	相談・苦情対応マニュアル	防災管理規定
	ケガ対応マニュアル	行方不明者の捜査要領
	与薬エラー防止に関する確認事項	不審者安全対策要領

福祉サービスの第三者評価基本調査項目(付加項目2)

【立地条件など】

交通の便	川内	駅又は		バス停から	
	徒歩	バス	その他(タクシー)	15分	
近隣の環境	<input type="checkbox"/> 閑静な住宅地		<input type="checkbox"/> 交通の便がよい		
	<input type="checkbox"/> 近隣が公園で緑が多い		<input type="checkbox"/> 商店街が近く買物に至便		
	<input checked="" type="checkbox"/> その他(下記に具体的に記入ください)				
	川内駅より南東方向へ3キロ程離れた日傘山の麓にあり、近隣には保育園・小学校・コミュニティセンター等の施設もある。				

【事業所の特徴】

サービス面で他の事業所と比較して優れていると思われる点、特徴があると思われる内容を3つ以内でお書きください。

1	昭和38年に鹿児島県立精神薄弱者更生施設として設立され、平成21年4月に県から社会福祉法人鹿児島県社会福祉事業団に譲渡された。その後利用者やご家族に不安や戸惑いを抱かせる事なく、生活環境の整備・QOLの向上など`利用者やご家族の思いに寄り添へるよう努めている。
2	リスクマネジメント活動の推進。特にヒヤリハット報告・事故報告等を職員が意識的に行い、情報を共有するように心がけている。また、提出された報告書については月の職員会議で検証し、職員の危機管理意識の高揚を図り業務改善や利用者支援に活用している。
3	施設内の感染症対策。毎日の居室・浴室・トイレ・出入口等の次亜塩素酸での消毒。また、出入口に手指消毒器の設置等利用者も含めての取組を行っている。そして、「感染症対策マニュアル」を職員会議で再確認し、必要に応じて「感染症対策委員会」を開き、その結果を職員が周知徹底できるような体制整備を行っている。

第三者評価結果の概要

評価機関総合コメント

鹿児島県社会福祉事業団の管理下に事業が委譲され、約2年経過する。この間、本部の指導の下、経営体制が見直され、多くの改革が行われている。事業団の理念の浸透、基本方針の実践など着実な実績を積み上げている。新体系移行を機に、隣接する川内自興園との統合計画も着実に進んでいる。施設の老朽化の課題も解決し、利用者の生活環境も大きく変わり、新業務体制によるさらなる福祉サービスの向上が行われようとしている。今後のますますの発展・向上を期待したい。

特に評価の高い点

約2年前に経営を委譲され、鹿児島県社会福祉事業団の理念、基本方針に基づき、わずかな期間で数々の改善を実施している。
建物の老朽化など多くの課題がある中、設備の維持は清潔感を高めるなど工夫がみられる。「今できること」を着実に実施し、福祉サービスの質向上に努めている。職員の多くが変わる中これらの努力は高く評価される。また、経営管理領域に関しては、本部主導のもと、適切な指導が行われている。
今後のますますの発展が期待される。

改善を求められる点

事業の引継を短期間で行い、利用者の直接処遇に関する領域は高いレベルで対応している。他方、事業の承継に伴う体制面の整備の遅れが感じられるところが見受けられる。委員会組織図と実態などとの整合性に配慮されると申し分ない。また、ボランティア受け入れの促進など地域との関わりの充実も期待したい。情報開示の目的や手続きなど、職員への周知徹底も望みたい。

第三者評価に対する事業者のコメント

鹿児島県から経営が委譲されて約2年間での、第三者評価受審という事で受審当日までは不安がありました。
委譲されてからの間、職員の念頭にあったのは利用者やご家族が不安なく「安心・安全な暮らし」「ひとり一人の思いにより添う支援」でした。
今回第三者評価を受審したことで、利用者やご家族そして、評価機関の客観的な評価をお聞きし、自分達が提供する福祉サービスを確認でき日頃の業務を振り返るよい機会になりました。
今回の受審は新体系移行を目前にして、評価の高い点については今後さらに推進し、改善を求められた事は十分検討を行い、役職員一体となり福祉サービスの質の向上に努め、よりよい施設を目指して努力していきたいと考えます。

大項目別の評価概要

I-1 理念基本方針

理念・基本方針は明文化され整合性も図られている。内容も具体的に表現されており、職員の行動規範となりうるものである。家族に対しては「川内厚生園愛護会」を活用し、パワー・ポイントを利用しわかりやすい説明を行っている。意見や要望に対する改善も行われている。いずれも適切である。

I-2 計画の策定

中長期計画は、サービス内容等の現状分析を踏まえて問題点を明らかにし、その解決に向けた具体的な内容になっている。保護者に対しては資料配布の上で説明が行われ、利用者には理解しやすいように説明を行っている。よく工夫された状況を確認できる。

I-3 経営者の責任

管理者の役割と責任は「事務分担表」や「職務分掌」に明文化され、職員及び家族に対し周知が図られている。年1回は職員による「福祉サービス自己評価」、利用者による「利用者評価表」でサービスチェックを実施し、その結果を「サービス改善委員会」にて評価・検討を行い、サービスの向上に努めている。

II-1 経営状況の把握

障害者福祉等の動向や地域の特性・ニーズ等は、中長期計画及び事業計画に適切に反映されている。また、サービス内容やコスト・利用状況の推移等の分析も定期的実施されている。職員への周知を図ると共に、利用者に対しては活動プログラムに具体的に反映するように努めている。適切である。

II-2 人材確保

人材や人員体制についての基本的な考え方は明確であるが、人事考課基準は開示されていない。職員の就業状況に関するデータは分析・検討され、福利厚生センターへの加入など福利厚生事業への取組みもなされている。職員研修実施要領や中長期計画に、職員に求める基本姿勢や専門性を明示し、研修計画を策定し、それに沿った研修が実施されている。

II-3 安全管理

管理者は、安全衛生推進者を定め、管理規定やマニュアルを整備し職員に周知徹底を図っている。「事故対策委員会」「感染症対策委員会」を設置し、職員会議を通じての周知徹底や研修の実施等、安全確保・事故防止に積極的に取り組んでいる。

II-4 地域との交流・連携

地域の運動会・グランドゴルフ・芋掘り・コミュニティー行事などを利用者へ紹介し、企画段階から利用者の参加がある。利用者とのコミュニケーションの充実を図り、買物などの利用者個々のニーズに応じた活動は積極的に実施され、その援助の体制も整備されている。ボランティア受入の意義や方針・マニュアルは整備されているが、ボランティア受入はその機会がなく実現していない。今後のさらなる充実を期待したい。

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

利用者を尊重したサービス提供の姿勢は明確で、人権への配慮を確認できる。プライバシーへの配慮は施設内の随所で確認され、研修は実施され規定は整備されている。利用者満足を意図した取り組みは、「あおぞら会(自治会)」「愛護会(家族)」や「サービス改善委員会」などで対応している。相談相手が明示され、苦情解決委員の連絡先も掲示されている。入所時に案内もなされ、意見箱も設置されている。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

サービス内容の評価は、「福祉サービス実施規定」に基づき実施されている。評価の結果に基づいた課題の抽出が記録で確認でき、改善策等に繋がっている。サービスの標準的な実施方法は個々のケースに応じて具体的に記載され、施設の写真や図が多用されわかりやすく、職員によるばらつきが出にくいかたちで作成されている。利用者尊重の立場やプライバシー保護の視点が明示されている。なお、利用者の入所・退所に応じた「支援マニュアル」の改訂と、情報開示に関する職員への周知が充実すると申し分ない。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

サービス利用希望者への情報提供は、ホームページやパンフレット等で行われている。見学、体験入所にも対応している。サービス利用開始にあたり、説明と同意は適切に行われている。他のサービスの利用の支援も行い適切な状況を確認できる。利用契約の締結等いずれも適切な状況を確認できる。サービスの継続性への配慮もよく対応されている。

Ⅲ-4 サービスの実施計画の策定

利用者のアセスメントは、定められた様式で把握・記録がなされている。その内容は個別・具体的であり年2回見直しが行われている。利用者ごとの課題も個々のサービス場面ごとによく把握されている。サービス実施計画は、責任者が明示され、関係職員の合議、利用者や家族の参加などが確認でき、意向状況を反映している。実施計画に応じたサービスの提供を確認でき、仕組みとして確立している。

付加基準

利用者ごとに担当制を導入し、個別支援計画に基づくサービス実施を通じて、利用者の尊重に努めている。具体的には、「あおぞら会」におけるバザーや川内自興園との交流などを通して、利用者の主体的な活動を支援する体制がとられている。

エンパワメントについては、「教育講座プログラム」を定め、利用者ごとに手芸や陶芸、木工クラブ等、生活訓練を高める活動を行っており、評価できる。今後、新体系への移行に際し、新たなシステム構築に取り組まれるとのことなので、期待したい。

評価細目の第三者評価結果

障害福祉分野の評価基準

判 断 基 準 項 目	評価結果
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	
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。	
I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。	
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a
評価機関コメント	
<p>理念・基本方針は施設の目指す方向と感じ取れるように明文化され整合性も図られている。内容も具体的に表現されており、職員の行動規範となりうるものであり、職員全員に「支援マニュアル」「権利擁護と支援等に関する手引き」「管理規定・要領」等を配布し、毎月の職員会議で繰り返し周知され事業計画の進捗状況の確認が行われている。</p> <p>家族に対しては「川内厚生園愛護会」の折に資料を配布して説明し、利用者には「あおぞら会」「園長と語る会」などでパワーポイント資料により、わかりやすい説明を行っている。それらの機会に出された意見や要望に対して改善が行われていることが「職員会議録」などで確認できる。</p>	
I-2 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。	
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a
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。	a
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。	
I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	a
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a
評価機関コメント	
<p>中長期計画は目指すところを明確にするために、サービス内容等の現状分析を踏まえて問題点を明らかにし、解決に向けた具体的な内容になっている。前年度の反省点を基にした年度事業計画にも十分に反映され、毎月の職員会議で職員への周知を図ると共に、「行事の反省及び見直し」記録より進捗状況の評価・見直しが行われていることもうかがえる。</p> <p>保護者に対しては資料配布の上で説明が行われ、利用者には理解しやすいように資料作成に工夫を加え説明を行っている。また、行事に関する利用者アンケートの活用、利用者代表には「行事の実行委員会」にも参加してもらうなど、周知への工夫も行われている。</p>	

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。		
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
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。	b
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-①	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。	a
I-3-(2)-②	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。	a
評価機関コメント		
<p>管理者の役割と責任は「事務分担表」や「職務分掌」に明文化され、職員及び家族に対し周知が図られている。自立支援協議会の委員であると共に、各種の研修会にも積極的に参加しているが、順守すべき法令等に関しての職員への周知に向けた取り組みには工夫が望まれる。</p> <p>年1回は職員による「福祉サービス自己評価」、利用者による「利用者評価表」でサービスチェックを実施し、その結果を「サービス改善委員会」にて評価・検討を行い、サービスの向上に努めている。また、職場内の巡回や食事に同席、職員との個別面談や利用者との園長室での日常的な対話を通じて、利用者本位のサービス提供・働きやすい環境づくり・経営の効率化に積極的に取り組んでいる。</p>		

評価対象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。	
Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a
Ⅱ-1-(1)-② 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。	a
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a

評価機関コメント

障害者福祉等の動向や地域の特性・ニーズ等は、行政を始めとして、薩摩川内市自立支援協議会・地域コミュニティ協議会等との連携で把握し、中長期計画及び事業計画に適切に反映されている。また、サービス内容やコスト・利用状況の推移等の分析も定期的実施されている。毎月の職員会議等でその結果と改善策の検討・確認を行うことで職員への周知を図ると共に、利用者に対しては活動プログラムに具体的に反映するように努めている。また、公認会計士による外部監査結果をサービス内容の向上や経営改善に活用している。

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。	
Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a
Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	b
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	
Ⅱ-2-(2)-① 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。	a
Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	
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
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。	a
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。	a
Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。	
Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a
Ⅱ-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a

評価機関コメント

人材や人員体制についての基本的な考え方は明確にされ勤務評定も実施されてはいるが、人事考課基準は職員に開示されていない。職員の就業状況に関するデータは分析・検討され、福利厚生センターへの加入などの福利厚生事業への取組みもなされている。職員研修実施要領や中長期計画に、職員に求める基本姿勢や専門性を明示し、研修計画を策定し、それに沿って研修が実施されている。また、研修報告書は作成され、報告の場も設定されており、研修成果の評価・分析及び次の計画への反映等も適切に実施されている。実習生受入に関する意義・方針等は「実習生要領」に明文化され、責任体制も明確になっている。また、マニュアル・プログラムも整備され、実習期間中は学校側とも十分に連携して有意義な実習になる工夫を行っている。将来的には、実習指導講習を受けた職員を確保することが望ましい。

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。		
Ⅱ-3-(1)-①	緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a
Ⅱ-3-(1)-②	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

評価機関コメント

管理者は、安全衛生推進者を定め、管理規定やマニュアルを整備すると共に、利用者個々の既往症・服薬状況・留意事項等を文書に整理して職員に周知徹底を図っている。さらに、施設内に「事故対策委員会」「感染症対策委員会」を設置して、事故事例の収集と発生要因の分析・未然防止策の検討を行い、職員会議を通じての周知徹底や救急法を始めとする研修の実施等、安全確保・事故防止に積極的に取り組んでいる。また、警察・消防との情報交換、地域の連絡協議会への加入等の緊急時を想定した協力体制の構築にも取り組んでいる。

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。		
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
Ⅱ-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	a
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。	b
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
Ⅱ-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	a
Ⅱ-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	a
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
Ⅱ-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	a
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

評価機関コメント

地域の運動会・グランドゴルフ・芋掘り・コミュニティー行事などを利用者へ紹介すると共に、地域の主要行事の「運動祭り」には企画段階から利用者の参加が実現できている。利用者とのコミュニケーションの充実に努め、買物などの利用者個々のニーズに応じた活動は積極的に実施され、その支援の体制も整備されている。このように地域との交流は活発に行われ、その活動を掲載した広報誌を地域に配布している。また、薩摩川内市や地区自治会と定期的に連絡会を設け、利用者の支援に関する課題に取り組んでいる。地域のコミュニティー協議会への参加による、民生委員との定期的な連絡や地域住民への相談事業等を通じて福祉ニーズを把握し、日中一時支援・短期入所支援等を実施している。

ボランティア受入の意義や方針・マニュアルは整備されているが、ボランティア受入はその機会がなく実現していない。

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		
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
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
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。	a
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	a
Ⅲ-1-(2)-②	利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	a
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。		
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。	a
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。	a
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。	a

評価機関コメント

利用者を尊重したサービス提供の姿勢は明確で、人権への配慮についての研修会等も行われている。プライバシーへの配慮は施設内の随所で確認ができ、研修が実施され規定も整備されている。入浴支援マニュアル、支援計画などで適切な実施を確認できる。個室化は建物構造上限界があるが、4人室以上の部屋を原則2人室・個室にし、カーテンを設置するなどよく工夫されている。

利用者満足度を意図した取り組みは、「あおぞら会(自治会)」「愛護会(家族)」や「サービス改善委員会」などで対応している。満足度調査を行い、結果分析を適切に行っている。これらの分析に基づいた工夫や改善は利用者・家族にもフィードバックされている。

施設内に3名の相談相手が明示され、苦情解決委員の連絡先も掲示されている。入所時の案内もなされ、意見箱も設置されている。苦情や意見には適切に対応し、手順や記録も規定に基づいた形で残される。具体的な苦情等は利用者や家族にフィードバックされており、最終的な結果は「愛護会」やホームページ上で公表している。

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。	
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。	a
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ている。	a
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	b
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。	
Ⅲ-2-(2)-① 個々の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。	a
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している。	b
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	
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
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
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

評価機関コメント

サービス内容の評価は、「福祉サービス実施規定」に基づき実施されている。年一回以上の自己評価を行い担当者も明確で利用者の参加も確認できる。評価の結果に基づいた課題の抽出があり記録で確認でき、改善策等に繋がっている。改善の実施状況の進捗確認や必要に応じた計画の見直しを行う仕組みがあるとさらに良い。

個々のサービスの実施方法は、「支援マニュアル」に明示されている。標準的な実施方法は個々のケースに応じて具体的に記載され、施設の写真や図が多用されわかりやすく、職員によるばらつきが出にくいかたちで作成されている。利用者尊重の立場やプライバシー保護の視点が明示されている。また、利用者の氏名が、支援マニュアルの個々の標準的なサービス提供の各場面に記載されており、極めて優れた工夫であると評価する。利用者の入所や退所などに応じた時機を得た改訂がなされると申し分ない。

実施状況の記録はなされているが、計画と実施の対応関係がややわかりにくい。また、記録する職員でばらつきが出にくい工夫があるとさらに良い。記録管理の規定や責任者は明確である。個人情報保護の観点からも適切である。なお、情報開示の観点からは、目的、対象、手続きなど職員への周知が不足している。利用者情報の共有は適切に行われている。

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。	
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a
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。	a
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。	
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。	a

評価機関コメント

サービス利用希望者への情報提供は、ホームページやパンフレット等で行われている。理念やサービス内容はいろいろな資料で確認でき、写真等を多用し、わかりやすい工夫がなされている。見学、体験入所にも対応している。

サービス利用開始にあたり、説明と同意は適切に行われている。重要事項説明書にはサービス内容や料金等が明示され、地域福祉権利擁護事業の活用も行っている。他のサービスの利用の支援も適切に行われていることが確認できる。利用契約の締結等いずれも適切な状況である。

サービスの継続性への配慮は、2年前の鹿児島県からの委譲に際し、よく対応されている。窓口の明示をはじめ、契約書の再締結とその説明など適切な対応を確認でき、真摯に取り組んでいる。サービスの継続性に対する配慮も適切になされ、より実態に即した手順書や引継書の整備に現在取り組んでいる。

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。		
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
Ⅲ-4-(1)-②	利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	a
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。		
Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	a
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。	a
評価機関コメント		
<p>利用者のアセスメントは、身体状況・生活状況・行動の特徴・希望などに応じて、定められた様式で把握・記録がなされている。その内容は個別具体的であり年2回見直しが行われている。</p> <p>利用者ごとの課題は個々のサービス場面ごとによく把握されている。把握のための手順は明確で、個々のニーズを明示している。適切な状況を確認できる。</p> <p>サービス実施計画は、責任者が明示され、関係職員の合議・利用者や家族の参加などが確認でき、意向を反映している。実施計画に応じたサービスの提供を確認でき、仕組みとして確立できている。記載は具体的で、一人一人の生活がよく把握されている。</p> <p>定期的な評価と見直しについては、年に2回行っており、利用者本位の視点であることが記録からうかがえる。見直しの時期は9月と3月で検討会議には関係職員が参加し、利用者の意向確認や同意状況を記録で見ることができる。職員回覧を通じて、周知も行われている。</p>		

障害福祉分野のサービス内容基準(付加基準)

判 断 基 準 項 目		評 価 結 果
A-1 利用者の尊重		
1-(1) 利用者の尊重		
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
A-1-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	a
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
A-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
評価機関コメント		
<p>利用者ごとに担当制を導入し、個別支援計画に基づくサービス実施を通じて、利用者の尊重に努めている。具体的には、「あおぞら会」におけるバザーや川内自興園との交流などを通して、利用者の主体的な活動を支援する体制がとられている。</p> <p>エンパワメントについては、「教育講座プログラム」を定め、利用者ごとに手芸や陶芸、木工クラブ等、生活訓練を高める活動を行っており、評価できる。今後、新体系への移行に際し、新たなシステム構築に取り組まれるとのことなので、期待したい。</p>		

A-2 日常生活支援		
2-(1) 食事		
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。	a
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
A-2-(1)-③	喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a
2-(2) 入浴		
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
A-2-(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a
A-1-(2)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a
2-(3) 排泄		
A-2-(3)-①	排泄介助は快適に行われている。	a
A-2-(3)-②	トイレは清潔で快適である。	a
2-(4) 衣服		
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
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
2-(5) 理容・美容		
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
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
2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-①	安眠できるように配慮している。	a
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-①	日常の健康管理は適切である。	a
A-2-(7)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
A-2-(7)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実にこなされている。	a
2-(8) 余暇・レクリエーション		
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なわれている。	a
2-(9) 外出、外泊		
A-2-(9)-①	外出は利用者の希望に応じて行われている。	a
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

2-(10) 所持金・預かり金の管理等	
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。	a
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。	a
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。	a

評価機関コメント

(1) 食事 調理業務は外部委託されているが、栄養士が委託業者と密に連携を取り、3か月に1回の嗜好調査やセレクトメニュー、行事食の実施等、よく取り組まれている。マニュアルも、利用者一人一人詳細につくられたマニュアルである。今後、定期的な見直しを期待したい。

(2) 入浴 入浴介助については「個別支援マニュアル」に基づき実施されている。環境面において施設の老朽化という課題があるが、冷暖房の設置や、ドアの改造など、今できる中でよく工夫されている。

(3) 排泄 排泄介助については「個別支援マニュアル」に基づき、チェック表を用いて、実施されている。入浴設備と同じく、環境面において施設の老朽化という課題があるが、次亜塩素酸による消毒等、今できる中でよく工夫され、清潔に保たれている。

(4) 衣類 衣類の選択については、季節に応じた衣服の選択を、利用者の主体性に配慮して行っている。

(5) 理容・美容 女性の利用者について、お化粧をされる利用者もおられるので、主体性に基づき、支援されている。整髪についても施設内のみならず、外での美容院希望者に対して職員が引率する等、利用者の選択について配慮がみられる。

(6) 睡眠 既存の部屋を区切り、2人部屋や個室化を図っているほか、共有のテレビ視聴時間のルールを設け、利用者が安眠できるような配慮を行っている。

(7) 健康管理 看護師が嘱託医と連携をとり、「健康管理チェック一覧表」に基づいて、多くの職種間で情報を共有している。

(8) 余暇・レクリエーション 「教育講座プログラム」を実施し、クラブ活動について主体性を尊重している。また、施設外のイベントへも積極的に参加している。

(9) 外出・外泊 買物支援等の積極的な実施や利用者の希望によりお盆、正月の他、随時外泊を支援している。施設側も今後の更なる個別対応を行うとのことなので、期待したい。

(10) 所持金・預かり金の管理等 金銭管理については、出納帳をつけている数名の利用者に対し、施設側は自己管理への側面的な支援を実施している。新聞・雑誌やテレビについては、ルールを決めて利用されている。酒・たばこといった嗜好品については健康上の観点から一定のルールを定め、利用者の希望を尊重し、可能な範囲で提供している。