

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：三気の里 (施設名)	種別：障害者支援施設
代表者氏名：松田 健 (管理者)	開設年月日：昭和62年5月1日
設置主体：社会福祉法人 三気の会 経営主体：社会福祉法人 三気の会	定員：68名 (利用人数) 入所68名
所在地：〒869-1217 熊本県菊池郡大津町森54-2	
連絡先電話番号：096-293-8100	F A X 番号：096-293-8101
ホームページアドレス	http://www.sanki.or.jp/index.html

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
施設入所支援事業 生活介護事業 日中一時支援事業 短期入所事業 相談支援事業 共同生活援助事業 地域活動支援センター 熊本県北部発達障害者支援センター	誕生会 開園記念祭 夏祭り 運動会 クリスマス会 もちつき大会 外出・宿泊レクリエーション 地域の行事参加 等
居室概要	居室以外の施設設備の概要
1人部屋：3室 2人部屋：21室 3人部屋：1室 4人部屋：5室 *居室棟内：全館冷暖房完備	食堂・医務室・静養室・運動場・体育館・ 作業棟：スロープ、多目的トイレ設置 浴室：スロープ、手すり設置 更衣室：冷暖房設置 相談室：冷暖房設置 洗面所：温水設備設置 プレイルーム：42型液晶テレビ設置 便所：暖房便座、冷暖房設置 洗濯室：大型洗濯機、大型乾燥機設置

2 施設・事業所の特徴的な取組

<p>三気の里は、昭和62年5月、「一人の人間として相応しい『生活の場』を準備し、有意義な人生を送らせてやりたい」という自閉症障がいを持つ子の親である田中稔医師を中心に設立されました。その設立趣意書の中に、障がい者の療育に必要なこととして、「のん気」「こん気」「げん気」をいう言葉が述べられ、この三つの気から、「三気の里」の名称が生まれ、その当時の熱い思いが、現在も方針として受け継がれています。</p> <p>また、療育（治療教育）法の研究模索により、①人とやり取りができる力、②自分をコントロールできる力、③人と一緒に暮らせることを療育の基本方針として、動作法・</p>

薬物療法・音楽療法等、利用者の状況に応じて組み合わせ、障がい特性があっても「人として生きる」ことを支えています。その後の実績により、この療育技法は「三気方式」として知られるようになり、自閉症障がい者の割合が8割以上という全国でも珍しい施設でもあるため、多方面から相談や見学が多く、高い専門性を有する施設・組織として存在しています。

さらに、施設運営だけでなく、社会福祉制度改正や社会環境の変化を捉え、時代に応じた事業の展開が行われ、多様な利用者のニーズに応えられる組織体制が整えられています。

3 評価結果総評

◆特に評価の高い点

○サービスの質の向上に向けた取り組みが、組織的・計画的に展開されています。

施設長のリーダーシップの下で、職員一丸となり改善活動に取り組まれています。それは、組織・チーム・個人として、何をすべきか、どのような貢献ができるのか等、組織目標からチーム目標、個人の目標に至るまで、全ての活動においてPDCAの管理サイクルにより展開され、それぞれの目標間で調整がとれ、連鎖性がみられます。そして、職員が主体的に改善活動を推進していけるように、全体研修・会議、日常的な機会も含めてOJTを重ねていくという仕組みが定着し、この常に継続的な改善を行う組織体制は、現場における改善意識や向上心を持つ職員の成長をはぐくむことにも繋がっています。相当な労力を要する組織活動管理ですが、質の高いサービスの提供を目指す施設長の熱意と思いがうかがえます。

○人材育成体制の整備・強化が図られています

施設長の「人材は宝です。育成次第で輝きます。」の考えの下、職員に必要なスキルアップの方向性を示し、それに沿った研修方針が定められています。職員の研修ニーズを把握し専門職としての成長意欲に応えるために、「業務管理シート」が作成されています。年度初めに業務自己目標・行動目標の記載、年度末に自己評価・面接者評価が行われ、あわせて、仕事の成果・仕事への意欲・態度に関する段階評価チェックも自己評価により振り返る仕組みが整えられています。また、「自分ケアプラン・自分新記録明細書」も作成され、視野の拡大や研究的・開発的学習へのチャレンジ等の項目が盛り込まれ、自己啓発の支援の仕組みが整えられています。さらに、新任職員に対しては、新しい職場での孤立を防ぎ、丁寧な対応を行うことで早期離職を防ぐことも含めて教育指導の体制が整えられ、OJTによる指導的担当職員が3年間つくことにより、公私にわたる相談に対応できる仕組みになっており、職員からも高い評価が得られています。

○各種マニュアルが整備され、情報の共有化による個別支援が実施されています。

三気の里独自の倫理綱領や、行動規範「三気の里スタッフ心得」等が策定され、利用者を一人の個人として尊重する「利用者第一主義」の捉え方が実践されています。サービスガイドラインには、自閉症や知的障害、その他の障害特性のある利用者に関わる職員の姿勢が明示され、個別に対応が必要な利用者情報は、「利用者尊重マニュアル」に記載され、情報を共有しています。誰が支援しても標準的な個別支援ができるように、情報の共有化ができる仕組みが整備されています。

○利用者の特性に配慮した質の高い福祉サービスが提供されています。

個別支援計画は、利用者や家族の意見と、作業班毎のケース担当職員が受持ち、利用者

の1か月毎の状況を細かにパソコンの「サービス管理記録」に入力したのから適切なニーズの把握が行われ、利用者の特性に配慮したエンパワメントできる支援計画が作られています。そして、6か月毎に個別支援計画の評価・見直しが行われ、緊急時の変更も対応がなされています。作成後は本人や家族に十分な説明が行われ、利用者本位の視点に立った質の高い福祉サービスが提供されています。

◆改善を求められる点

○施設・設備に関して、バリア解消の対策とプライバシー保護への配慮が望まれます。

新しく建てられた作業棟や体育館等にはスロープや手すり、多目的トイレが設置されていますが、利用者の生活棟について、1・2階への移動は階段のみで、食堂、浴室、洗濯室等、主な共同スペースは1階にあり、トイレや浴室の段差もあります。また、居室について、棚等で仕切られ、個々のスペースは工夫されていますが、プライバシーの確保としては不十分な現状です。現在、改善提案を組織的に検討し、実施していく体制はありますが、今後、利用者の高齢・重度化、災害等に備え、施設・設備のバリアフリーの対策とともに、プライバシー保護への配慮が望まれます。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H29.3.23)

今回、第三者評価サービスを受け、改めてどういった視点・観点を持ち、サービス提供を行っていきべきかをフィードバック出来る良い機会となりました。スタッフがこの第三者評価サービスの評価基準を読み込む事により「しっかり頑張っていたつもりだったけど、今後は、この観点を意識して支援すればもっと良くなる事が分かりました。」「まだまだ足りない点があることを知り、勉強になりました。」など、今回の結果を真摯に受け止め、サービス向上に繋げていきたいという思いを沢山聞かれています。また第三者評価サービスを受けての結果をきちんと受け止める事はもちろんですが、この結果を今後のサービス向上、運営管理等にどう活かしていくかがこの評価を受ける事の目的だと感じています。利用者、家族、地域、関係機関の方々からよりよい信頼を得るように、また多くの方からのサービスが良くなったとの声が聞けるように日々努力していきたいと思えます。

(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	一般社団法人熊本県社会福祉士会 福祉サービス第三者評価事業
所 在 地	熊本市東区健軍本町1-22東部ハイツ105
評価実施期間	平成29年1月10日～平成29年3月23日
評価調査者番号	①第10-004
	②第08-018
	③第09-013

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：三気の里 (施設名)	種別：障害者支援施設
代表者氏名：松田 健 (管理者)	開設年月日：昭和62年5月1日
設置主体：社会福祉法人 三気の会 経営主体：社会福祉法人 三気の会	定員：68名 (利用人数) 入所68名
所在地：〒869-1217 熊本県菊池郡大津町森54-2	
連絡先電話番号：096-293-8100	FAX番号：096-293-8101
ホームページアドレス	http://www.sanki.or.jp/index.html

(2) 基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事
施設入所支援事業 生活介護事業 日中一時支援事業 短期入所事業 相談支援事業 共同生活援助事業 地域活動支援センター 熊本県北部発達障害者支援センター	誕生会 開園記念祭 夏祭り 運動会 クリスマス会 もちつき大会 外出・宿泊レクリエーション 地域の行事参加 等
居室概要	居室以外の施設設備の概要
1人部屋：3室 2人部屋：21室 3人部屋：1室 4人部屋：5室 *居室棟内：全館冷暖房完備	食堂・医務室・静養室・運動場・体育館・ 作業棟：スロープ、多目的トイレ設置 浴室：スロープ、手すり設置 更衣室：冷暖房設置 相談室：冷暖房設置 洗面所：温水設備設置 プレイルーム：42型液晶テレビ設置 便所：暖房便座、冷暖房設置 洗濯室：大型洗濯機、大型乾燥機設置

職員の配置

職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
施設長（管理者）	1	0	施設福祉士	1	0
副施設長	1	0	社会福祉施設長資格	1	0
センター長	1	0	社会福祉士	7	1
事務長	1	0	介護福祉士	20	6
事務員	2	2	精神保健福祉士	5	0
課長	3	0	介護支援専門員	2	2
サービス管理責任者	(3)	(兼務)	社会福祉主事任用資格	18	1
主任支援員	4	0	正看護師	2	1
支援員	26	18	准看護師	2	0
看護師	2	0	サービス管理責任者	13	0
栄養士	1		相談支援専門員	5	0
相談支援専門員	2	1	強度行動障害支援者 基礎研修	15	0
相談員	4	0	強度行動障害支援者 実践研修	7	0
嘱託医	0	1	強度行動障害支援者 指導者研修	2	0
運転手	0	2	行動援護従事者養成 研修	4	2
世話人	2	4	私学特別支援相談員	1	0
その他	0	4	栄養士	1	0
			調理師	2	2
			食品管理衛生者資格	1	1
			自閉症スペクトラム 支援士	1	0
			ホームヘルパー1級	1	2
			ホームヘルパー2級	10	5
			福祉住環境コーディネーター2級	3	1
			保育士	11	6
			幼稚園教諭2種	10	5
			養護学校教諭1級免許	1	0
			教諭（小・中・高）	9	3
			知的障害福祉士	1	0

			心理リハビリテーションスーパーバイザー	1	0	
			心理リハビリテーショントレーナー	5	0	
			臨床心理士	1	0	
			第一種衛生管理者	1	0	
			第二種衛生管理者	2	0	
			上級介護予防運動スペシャリスト	1	0	
			食育指導士	1	0	
			食育インストラクター2級	1	1	
			心理相談専門員	1	0	
			相談援助実習指導者	3	0	
			レクリエーションインストラクター	5	0	
	合計	50	32	合計	164	38

※ 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

(運営理念)

地域との連携を密にし、労働や共同生活を通じて、その人らしい社会生活が送れるようにする。そのためには、個々が抱えている障がいに対して十分配慮すべきであり、かつ、医療、福祉、教育が結合、統合された特別療育生活施設として機能すべきであると考えます。

(基本方針)

1. 利用者第一主義
2. 社会参加へのチャレンジ
3. 地域との連携
4. 支援者の資質向上
5. 快適な生活の保障

3 施設・事業所の特徴的な取組

三気の里は、昭和62年5月、「一人の人間として相応しい『生活の場』を準備し、有意義な人生を送らせてやりたい」という自閉症障がいを持つ子の親である田中稔医師を中心に設立されました。その設立趣意書の中に、障がい者の療育に必要なこととして、「のん気」「こん気」「げん気」という言葉が述べられ、この三つの気から、「三気の里」の名称が生まれ、その当時の熱い思いが、現在も方針として受け継がれています。

また、療育（治療教育）法の研究模索により、①人とやり取りができる力、②自分を

コントロールできる力、③人と一緒に暮らせることを療育の基本方針として、動作法・薬物療法・音楽療法等、利用者の状況に応じて組み合わせ、障がい特性があっても「人として生きる」ことを支えています。その後の実績により、この療育技法は「三気方式」として知られるようになり、自閉症障がい者の割合が8割以上という全国でも珍しい施設でもあるため、多方面から相談や見学が多く、高い専門性を有する施設・組織として存在しています。

さらに、施設運営だけでなく、社会福祉制度改正や社会環境の変化を捉え、時代に応じた事業の展開が行われ、多様な利用者のニーズに応えられる組織体制が整えられています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年3月10日（契約日） ～ 平成29年3月23日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3回（平成24度）

5 評価結果総評

◆特に評価の高い点

○サービスの質の向上に向けた取り組みが、組織的・計画的に展開されています。

施設長のリーダーシップの下で、職員一丸となり改善活動に取り組まれています。それは、組織・チーム・個人として、何をすべきか、どのような貢献ができるのか等、組織目標からチーム目標、個人の目標に至るまで、全ての活動においてPDCAの管理サイクルにより展開され、それぞれの目標間で調整がとれ、連鎖性がみられます。そして、職員が主体的に改善活動を推進していけるように、全体研修・会議、日常的な機会も含めてOJTを重ねていくという仕組みが定着し、この常に継続的な改善を行う組織体制は、現場における改善意識や向上心を持つ職員の成長をはぐくむことにも繋がっています。相当な労力を要する組織活動管理ですが、質の高いサービスの提供を目指す施設長の熱意と想いがうかがえます。

○人材育成体制の整備・強化が図られています

施設長の「人材は宝です。育成次第で輝きます。」の考えの下、職員に必要なスキルアップの方向性を示し、それに沿った研修方針が定められています。職員の研修ニーズを把握し専門職としての成長意欲に応えるために、「業務管理シート」が作成されています。年度初めに業務自己目標・行動目標の記載、年度末に自己評価・面接者評価が行われ、あわせて、仕事の成果・仕事への意欲・態度に関する段階評価チェックも自己評価により振り返る仕組みが整えられています。また、「自分ケアプラン・自分新記録明細書」も作成され、視野の拡大や研究的・開発的学習へのチャレンジ等の項目が盛り込まれ、自己啓発の支援の仕組みが整えられています。さらに、新任職員に対しては、新しい職場での孤立を防ぎ、丁寧な対応を行うことで早期離職を防ぐことも含めて教育指導の体制が整えられ、OJTによる指導的担当職員が3年間つくことにより、公私にわたる相談に対応できる仕組みになっており、職員からも高い評価が得られています。

○各種マニュアルが整備され、情報の共有化による個別支援が実施されています。

三気の里独自の倫理綱領や、行動規範「三気の里スタッフ心得」等が策定され、利用者

を一人の個人として尊重する「利用者第一主義」の捉え方が実践されています。サービスガイドラインには、自閉症や知的障害、その他の障害特性のある利用者に関わる職員の姿勢が明示され、個別に対応が必要な利用者情報は、「利用者尊重マニュアル」に記載され、情報を共有しています。誰が支援しても標準的な個別支援ができるように、情報の共有化ができる仕組みが整備されています。

○利用者の特性に配慮した質の高い福祉サービスが提供されています。

個別支援計画は、利用者や家族の意見と、作業班毎のケース担当職員が受持ち、利用者の1か月毎の状況を細かにパソコンの「サービス管理記録」に入力したのから適切なニーズの把握が行われ、利用者の特性に配慮したエンパワメントできる支援計画が作られています。そして、6か月毎に個別支援計画の評価・見直しが行われ、緊急時の変更も対応がなされています。作成後は本人や家族に十分な説明が行われ、利用者本位の視点に立った質の高い福祉サービスが提供されています。

◆改善を求められる点

○施設・設備に関して、バリア解消の対策とプライバシー保護への配慮が望まれます。

新しく建てられた作業棟や体育館等にはスロープや手すり、多目的トイレが設置されていますが、利用者の生活棟について、1・2階への移動は階段のみで、食堂、浴室、洗濯室等、主な共同スペースは1階にあり、トイレや浴室の段差もあります。また、居室について、棚等で仕切られ、個々のスペースは工夫されていますが、プライバシーの確保としては不十分な現状です。現在、改善提案を組織的に検討し、実施していく体制はありますが、今後、利用者の高齢・重度化、災害等に備え、施設・設備のバリアフリーの対策とともに、プライバシー保護への配慮が望まれます。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H29.3.23)

今回、第三者評価サービスを受け、改めてどういった視点・観点を持ち、サービス提供を行っていくべきかをフィードバック出来る良い機会となりました。スタッフがこの第三者評価サービスの評価基準を読み込む事により「しっかり頑張っていたつもりだったけど、今後は、この観点を意識して支援すればもっと良くなる事が分かりました。」「まだまだ足りない点があることを知り、勉強になりました。」など、今回の結果を真摯に受け止め、サービス向上に繋げていきたいという思いを沢山聞かれています。また第三者評価サービスを受けての結果をきちんと受け止める事はもちろんですが、この結果を今後のサービス向上、運営管理等にどう活かしていくかがこの評価を受ける事の目的だと感じています。利用者、家族、地域、関係機関の方々からよりよい信頼を得るように、また多くの方からのサービスが良くなったとの声が聞けるように日々努力して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。

(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		
	家族・保護者	46	
聞き取り調査	利用者本人	5	
	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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の理念については、三気の里が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた使命や目指す方向、考え方が明確にされ、理念と整合性のとれた基本方針（療育方針・指導方針）が策定されています。明確な理念や方針は、組織の意思決定の指針となるだけでなく職員の行動指針となるように具体的に策定されています。その周知については、ホームページ、パンフレット等への記載、施設内の掲示や職員名札の裏面に明記され、常に意識化が図れるように工夫がなされています。また、新任職員への研修での理念の周知はもちろん、理念浸透状況の確認のために、年に1回職員へ理解度を図る内部試験が行われ、目標値に至らない場合は再試験を行うなど徹底した取り組みがなされています。また、利用者に対しては、文字を大きくする、ルビを振るなどの工夫がなされています。家族に対しても、家族通信へ明記され、月1度開催される家族会等で説明されるなど、理念浸透に向けた丁寧な取り組みが行われています。</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・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>施設長により、中・長期事業計画書に、三気の里が位置している町の特色や地域資源に関する外部環境分析を行い、さらに事業所の内部環境の分析を行い、組織の強みや弱みの把握がなされています。それを踏まえ、業務指針において、①経営組織のガバナンスの強化、②事業運営の透明性の向上、③財務規律の強化、④地域における公益的な取り組みを実施する責務を指針として掲げ、施設の今後の運営についてきめ細やかな計画が策定されています。しかし、職員自己評価では、「的確に分析されていない」「わかっている職員は少ない」等の意見があり、幹部職員だけでなく全職員への理解を進める取り組みが期待されます。</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・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>施設長により、経営環境分析を行い、経営課題を明確化し中・長期計画や業務指針や年度事業計画において文章化されています。その内容は、施設の老朽化対策、利用者の高齢化対策、新規事業のオープン、職員教育の強化など、具体的に示されています。さらにこれらの内容についても役員、職員、家族間へ段階的に周知と理解の機会を設けられています。しかし、職員自己評価では、「具体的な内容について理解できていない」「徹底されていない」等の意見があり、理解度の確認を図る取り組みが望まれます。</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いる。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>中・長期事業計画の策定にあたり、SWOT手法をとりいれ、組織全体として現状認識、事業状況認識、組織の強み、弱み、環境の変化を踏まえ分析が行われています。そして、その結果に基づき、今後の展望とその具体的な内容について、BSC（バランススコアシート）を用いて、利用者数、財務の面、業務の面、人材教育等、各領域について数値目標や具体的な成果等盛り込まれています。また、その実施状況について、幹部職員によるモニタリングが行われ、PDCAの管理サイクルが進められています。</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></p> <p>中・長期計画（事業計画、収支計画含む）の内容が反映された単年度事業計画が策定されています。その内容は、事業毎の研修、実習生・研修生の受け入れ、行事企画、外出訓練、家族支援、IT推進、地域支援等22項目に渡っており、状態目標や数値目標もわかりやすく記載されています。さらに施設管理者により、中・長期計画策定の内容を踏まえた「業務指針」が策定され、「この1年間になにをするのか」という具体的な行動の方向性が示されています。施設長以外にも副施設長、課長による事業計画も策定されており、組織力を高める取り組みがなされています。</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></p> <p>前年度事業の振り返りについては、事業部門毎の評価、各委員会活動（9委員会）、業務課・班（6課・5班）、棟・係・クラブ（6棟・4係・3クラブ）の活動についての評価が行われ、その成果について検証し、次年度の課題設定につなげるというPDCAの管理サイクルが展開されています。そして、作成された当年度の資料を「施設要覧」として一冊にまとめ、年度初めに職員へ配布し、その後職員研修等で内容の周知が図られています。かなり時間と労力のいるプロセスですが、目標の実現のために全職員の協力を得るという施設長の考えの下、実行されています。</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。	a・㉡・c
<p><コメント></p> <p>事業計画については家族会（毎月1回）にて配布され、施設長により説明があり、それ以外でも、機関紙にその内容を掲載されるなど周知・浸透に配慮がなされています。利用者については、関係する活動や行事計画等について、利用者の一部のメンバーで構成される「自治会」で説明がなされています。しかしながら、職員自己評価では、「利用者への説明は十分ではない」「周知の工夫が不十分」との意見も多く出ています。利用者の特性上、全員が内容を理解することは困難と思われませんが、文字だけの表記でなく、イラスト・写真等の活用等、理解のための方法の工夫が期待されます。</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></p>		

<p>人材は宝という施設長の考えの下、一人ひとり果たすべき役割や望ましい職員像など明確に示されています。そして、新任・中堅・10年・20年・管理者研修等キャリアに応じた研修体系が策定されています。また、年度ごとに職員一人ひとりが「業務管理シート」（職業倫理、行動規範、自己目標、仕事の成果、意欲・態度を含めたもの）を年度初めに記載し、年度末に自己評価と施設管理者の評価が面接を通じて行われています。さらに、組織として「研修課」を立ちあげ、職員が配属されチームとして、法人研修体制の確立を目指し、担当する職員自ら内部研修や外部研修の在り方について意見交換・検討がなされています。研修に係る年間予算も計上されており、職員のモチベーションアップにつながる取り組みが展開されています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>＜コメント＞</p> <p>全職員参画にて利用者支援、職員教育、委員会活動等、すべてにおいてPDCAのサイクルで運用されています。目標、計画、実行、結果の確認を各チームで行い、年に3回QOC会議でそれぞれの進捗状況について情報の共有と意見交換等が行われ、改善に向けた全体的な仕組みが整えられています。</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>施設長は、自らの施設の経営・管理に関する方針と取り組みについて中・長期事業計画、年度の事業計画等で自らの行動目標を掲げ、取り組み事項を明文化されています。そして、有事における施設管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等も文書により明確化されています。職員には、内容表記したものを配布し、職員室内に掲示し、職員会議等で説明を行い、家族へは、機関誌等に内容を掲載し、家族会での説明を行う等、周知と理解を深める取り組みが実施されています。結果として、職員の自己評価でも高い評価が得られています。</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。	a・Ⓑ・c
<p>＜コメント＞</p> <p>施設長は、遵守すべき法令等について、自ら研修や勉強会に参加されています。また責任者として、職員が遵守するために必要な関連法についてはリスト化し、研修会・会議を通して説明が行われていますが、今後、法令遵守を進める組織としての整備について、法人内に法令遵守規程の策定、担当者・担当部署の設置などの体制構築の取り組みが期待されます。</p>		
Ⅱ-1-(2) 施設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>施設長は、事業計画等において、組織の方向性・目標・行動等を明らかにして、その内容を具体化していくために、職員の日々の実践について、ねぎらいや助言をしながら、事業部門毎の現状や課題、改善にむけた取り組みについて具体的に進むべき方向性を示されています。その範囲は職員研修会や実習生・研修生の受け入れ、機関誌、地域支援等運営全般の項目までリーダーとしての見解を記されています。さらに職員への周知・浸透を図るために運営に係るすべての内容について、「施設要覧」としてまとめられ、年度初めに職員一人ひとりに配布され、職員会議、研修等で説明がなされ、施設管理者としてのリーダーシップが発揮されています。</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>施設長は理念・基本方針の実現に向けて、SWOT手法を取り入れ、BSC（バランススコアシート）を作成し、組織の検証を行い利用稼働率、財務の指標、業務の進展（新規事業）、人材育成（有資格者の目標人数）等を明らかにされています。その上で幹部職員との運営会議を開催し、目標に向けた話し合いがなされています。その報告については職員会議等で示され、職員全体で効果的な事業運営を目指す取り組みがなされています。</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>施設長は、中・長期計画や業務指針において、「自閉症施設ナンバー1」という目標を掲げ、具体的には、「人材育成に力を入れます。人材は宝です。育成の仕方で輝きます。」と明記し、人材育成に対する考えを表明されています。特に職員の専門職（有資格職員）については、割合等数値目標までも掲げられています。さらに近年人材確保のため、積極的に複数の就職セミナーへ参加したり、パンフレット等も刷新されたりしています。また職員のリタイアを防ぐ取り組みとして、新任職員に対して、新しい職場環境の中で緊張や不安を取り除き、業務上の悩みや問題等についても配慮し、援助していく目的で、新採用時から3年間、指導的担当職員が付き、OJT（職務を通じての指導育成）が行われています。結果として、職員の自己評価でも高い評価が得られています。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は施設の理念・基本方針に基づき「職員は社会人として、常識と責任をもって行動する。」と掲げ、細目で「職員は、常に障害について知識と技術と自己研鑽する意欲を持ち続け、入所者一人一人の持つ障害をどこまでも理解をする。」等、明確にしています。また、施設独自で自己分析やチャレンジ目標、自主研修、取得したい資格、読みたい専門書等の内容が入った「自分ケアプラン・自己新記録明細書」を作成され、職員の自己研鑽や能力開発の仕組みも取り入れられています。さらに年度末に業務管理シート、人事、構想、評価等に関する調査票（施設管理者へ直接提出）にて職員一人一人の就業意向を確認し、仕事ぶりや能力も含めて施設管理者と面談によるフィードバックが行われています。かなりの労力を要することですが、人材育成に力を注がれている姿勢がうかがえ、法人としての人事管理制度の考え方や方針も確立しています。</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組んでいる。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを把握し、定期的に職員との面談が行われ、意向の確認がなされています。そして、産業医と連携し、ストレスチェックの実施、その結果を踏まえて、受診へつながっているかの追跡も行われています。また、産業医のアドバイスを受け、職員がストレスをためないように職員室の環境の整備や、職員間の連絡・連携がスムーズに図れるように職員ひとり一人にPHSの支給等の対応も図られています。また組織内に「セクハラ・パワハラ相談員」を担当する職員を配置され、年間事業計画に基づき、利用者も含めた対応策が検討されています。その他、福利厚生として「ソウエルクラブ」（福祉厚生センター）への加入、職員のクラブ活動としてソフトボール、ミニバレー等も行われ、組織力を高める取り組みが展開されています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、自閉性障がいを持つ人たちを支援するため、「期待する職員像」について、療育方針や指導方針、事業計画等にそれぞれ明確に示してあります。さらにそれらを達成していくための具体的にとるべき行動について、「三気の里スタッフ心得」（行動規範）を作成され、施設職員としての基本姿勢、行動の規範、禁止事項等を明らかにし、その内容に応じた行動がとれているかチェックリストにより、自己評価ができるような仕組みが整備されています。そのチェック項目は112項目に及び施設環境から人権への配慮、基本的な社会人としてもマナー、支援の質にまで及んでいます。また個々人のチャレンジ目標については「自分ケアプラン・自分新記録明細書」にて職員一人ひとりの取り組みが明確にされ、職員の意向を尊重した体制ができています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>組織が目指すサービスの実施のために、基本方針をベースに療育方針、指導方針、事業計画の中に「期待する職員像」について、具体的に明示してあります。また職員研修に関する希望の聞き取り等により、取得したい資格等についても把握され、組織目標として中・長期計画において取得してほしい具体的な資格名、取得人数等示されています。現状でも国家資格はもとより、関連する資格の保有者数も延べ200名であり、質の高い支援への意識や向上心をもつ職員を育てる組織風土の形成がうかがえます。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>新任職員には新任職員研修カリキュラム、その後経験年数ごとに必要とされる知識・技術をベースに研修カリキュラムが策定されています。受講後の研修報告等については、職員会議での報告、報告レポート回覧、掲示等で効果が確認できる仕組みが整えられています。さらに組織内に「研修課委員会」を立ちあげ、その担当職員間で目標・実施計画が立案され、さらに年間予算等も計上され、主体的な取り組みが展開されています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>実習生等の受け入れに関しては、組織の中に「実習係事業計画委員会」を立ち上げ、担当職員を配置し、担当職員を中心に「実習」について職場ぐるみで検討する仕組みができています。実習の受け入れも方針も、実習を通じて三気の里を知ってもらい、福祉職を目指す若い芽とより多く出会うことを掲げ、障がいの理解についての研修も含めた、受け入れマニュアルが作成されています。そして、実習生の個々の状況に合わせプログラムを調整し、他の職員にも職員会議・関係書類の掲示等を通じ、周知・共有されています。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>運営の透明性を確保する取り組みとして、ホームページに法人・施設の沿革、理念や基本方針、各事業の説明並びに事業の方針、財務等に関する情報について公開されています。その他、三気の里が主催開催の講演会の情報の掲載や、ボランティア、職員募集などの情報も併せて掲載されています。そして、苦情相談の体制や内容について公表され、内容に基づく改善・対応の状況について、園内研修や家族会等で報告がなされています。地域に向けては、</p>		

事業・活動等を説明したパンフレット等も準備され、関係機関等に配布されています。また障がいへの理解を深める活動として「三気の里後援会」を設立し、現在約 600 名が登録され、自閉症・発達障がいに関する講演会の案内、機関誌の発行、行事等の案内等、特色ある活動も展開されています。		
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。	a・㉞・c
<p><コメント></p> <p>施設長は業務指針のなかに「事業運営の透明性の向上」を掲げ、法人としての社会的責任について記載されています。組織内で、法人・施設の事務、経理、取引等に関するルールは明確にされ、外部監査の活用等については、公認会計士、税理士による会計管理体制の整備状況の点検等実施されて、アドバイスを受け適正化が図られています。しかし、職員自己評価では、「十分ではない」「情報公開が少ない」等の意見があり、今後理解を深める取り組みが望まれます。</p>		

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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>地域との関係については、平成 13 年より地域支援係を発足され、地域での廃品回収活動等（チーム名：4R 白川活動～リユース、リディース、リフィーズ、リサイクル）をスタートし、その後グループホーム、地域活動支援センター、作業所等の開設に伴い、さらに地域と事業所の相互交流を促進するために、平成 23 年度より「地域課」が発足して計画が策定され、担当者が配置されています。計画の中に「施設が生き残っていくためには、地域の中で、活かし活かされる施設として、地域福祉の一端を担えるような活動をしていく必要がある。」と目的を掲げ、その目的の下、計画的に地域住民を巻き込んだ行事や地域主催の行事への参加、地域のスーパー等の買物や理美容等出かける機会も計画的に実施されています。</p>		
24	Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の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・㉞・c
<p><コメント></p> <p>事業計画の中に「地域に活かし、活かされる三気の里」を掲げ、組織内に「地域支援委員会」を立ち上げ、年間計画が策定されています。ボランティア等の受け入れに関する目的、意義、受け入れのポイント、障がいへ理解、担当者、活動報告書等、受け入れ体制が整備されています。施設内活動として、毎月の口腔内ブラッシング指導や生け花、ピアノ演奏等、地域交流として、もちつき大会、開園記念祭（約 700 名の来園者、50 名のボランティア）等があり、広報誌にて毎月活動報告が紹介されています。しかしながら、全体数として年々人数が減ってきている状況であり、障がいの理解を広げるためにも対応策が望まれます。</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。	a・㉞・c
<p><コメント></p> <p>関係機関・団体との連絡会への参加や利用者の生活に必要な社会資源や連絡方法が記載されたリスト等を作成して職員室に掲示されています。そして、自立支援協議会相談部会に施設長が定期的に参加されています。また、地域でのネットワーク化を推進するために「菊池圏域障がい者施設マップ」の作成にも中心的に関わり連携が行われています。しかし、職員自己評価では、不十分の評価も多く、職員間で情報の共有化を図る取り組みが期待されます。</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。	㉠・b・c

<p><コメント></p> <p>自閉症の方々を専門的に療育する施設として、これまでの多くの研修生を受け入れ、その知識・技能を広く地域へ還元してきた実績は評価されるものがあります。施設長も、障がい者や福祉を理解する機会として、地域で講演会を定期的で開催されています。そして、地域活動支援センター「アンパ」事業所では、熊本地震の影響で規模縮小の状況にありますが、パン・クッキーの販売や喫茶コーナーの設置などコミュニケーションの場としての役割も果たしてきました。さらに、災害時の「福祉避難所」の指定を受け、体育館や広い運動場等を利用できるように地域や関係機関とのネットワークは整えられ、その体育館は、地域の方々のミニバレー等住民交流の場として利用されています。なお、現在は熊本地震の影響で開放ができない状況になっています。</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。	a・ ㉔ ・c
<p><コメント></p> <p>三気の里では、地域に向け「相談支援事業たんぼぼ」（平成19年開設）、熊本県北部発達障がいセンターわっふる」委託事業（平成26年開設）を運営され、地域の福祉ニーズの把握と解決・改善するための活動が展開されています。また、中・長期計画の中には、この地域の傾向や課題等環境を分析し、これから取り組むべき、公益的な事業として、在宅者にむけての生活支援サービスの立ち上げも策定されています。今後は、障がい者施設としての役割だけでなく、社会福祉法人としての地域で暮らす方々の生活上の諸問題全体を見る視点が求められてきていますので、福祉事業にとどまらない地域貢献の検討が望まれます。</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。	㉔ ・b・c
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針は「施設要覧」に明示され、朝礼や会議等で確認し共通理解が図られています。また、利用者を尊重した福祉サービスの提供については、三気の里独自の5つの柱からなる「倫理綱領」が策定され、さらに職員の行動規範として「三気の里スタッフ心得」が策定されており、職員のあるべき行動のよりどころとして活用が図られています。これらは、常に職員各自が確認、振り返りを行いながら定期的に状況の把握を行い、年度末には「三気の里スタッフチェックリスト」による自己評価も行われ、利用者の人権を尊重した共通の理解を図る取り組みが行われています。</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・ ㉔ ・c
<p><コメント></p> <p>プライバシーの保護や虐待防止などの権利擁護については、「倫理綱領」、「三気の里スタッフ心得」、「三気の里サービスガイドライン」や人権擁護委員会による「サービスマニュアル」が作成・配布され、それに沿ったサービス提供が行われています。また、研修委員会が「職員研修」を企画・実施し共有を図るなど、職員教育は徹底され、成年後見の利用促進も図られています。しかし、職員自己評価では、「マニュアルはあるが、プライバシー保護が保たれるスペースがない」「職員教育はできているが、古い作りで個室化はできていない」等の意見がありました。利用者の必要や希望に応じてカーテン等で他者の視線を遮る工夫等、一人になりたいときに自由にくつろげるプライバシー保護への配慮が望まれます。</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・ ㉔ ・c
<p><コメント></p>		

<p>施設を紹介するリーフレットは、写真やイラストを入れ分かり易く作成されて、相談支援事業所玄関や、駅の近くに開設した発達障害者支援センターに設置してあります。ただ、職員自己評価では、「一般の人が入手できるところにはない」、「サービスの情報が少なく、選択が少ない」等の意見があり、職員への情報の共有と一般への提供の工夫が望まれます。</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。	a・㉞・c
<p><コメント> 重要事項説明書等は丁寧に説明され、利用者へは、ルビをふって工夫された資料を用いて説明が行われています。一方、理解が困難な利用者には家族を代弁者と捉え、丁寧な説明をして家族の同意を得ておられ、成年後見制度の利用もあっています。また、意思決定が困難な利用者に対し、個別支援計画書の様式検討も始められています。しかし、職員自己評価には、「家族には説明しているが利用者一人ひとりへの説明はなされていない」、「説明が不足している」「工夫が足りない」等の意見があり、更なる利用者へのわかりやすい説明の工夫が望まれます。</p>		
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・㉞・c
<p><コメント> 福祉施設・事業所の変更にあたっては、利用者が不利益を被らないように本人や家族とも十分協議され、サービスを低下させずに本人の望む移行ができるような取り組みが行われています。引き継ぎ書が作成され、アセスメントシートやケース会議の資料提供など情報提供も行われており、家庭への移行も含めた福祉サービスの継続性に配慮した対応が行われています。しかし、職員自己評価では、「移行を行う際のマニュアルがない」、「手順が確立されていない」「段階をおっての移行ができていない」等の多くの不十分という意見があり、更なる継続性に配慮した取り組みと職員間の情報共有への取り組みを期待します。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
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。	㉞・b・c
<p><コメント> 組織的に、「サービス向上委員会」が設置され、利用者満足度調査を年1回アンケート形式にて行なっています。また、利用者への個別の聴取や、意思疎通が難しい利用者には家族による聞き取りも行われています。調査結果は分析・検討して取りまとめ、さらに職員会議で評価・検討し、結果は玄関に掲示するとともに具体的な改善も行われています。あわせて利用者への説明や家族会での書面による説明などフィードバックが行われています。家族会が年11回行われており、施設と家族の信頼関係の構築に尽力されていることは、利用者の満足度を把握するバロメーターにもなっています。</p>		
<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。</p>		
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。	㉞・b・c
<p><コメント> 苦情解決の仕組みが策定され、苦情解決委員会、第三者委員会が設置され、委員の名前も大きく張り出されています。取扱いマニュアルも整備され、職員室のホワイトボード上の掲示や各職員が持つ施設要覧にも掲載され、職員への周知が図られています。また、利用者向けには、苦情解決のポスターを作成し、家族会でも書面での説明が行われ、周知が図られています。誰もいない入居棟玄関に苦情受付ポストを設置するなど、利用者や家族に配慮した環境が作られ、機能しています。</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。	㉞・b・c
<p><コメント> 相談や意見が述べやすいスペースとして「相談の部屋（話し合いの部屋）」が設けられ、困ったことだけでなく嬉しいことややりたいこと等でも良く、話しやすく、相談しやすい環境が整備されています。意見を述べるポストも設置されており、利用者や家族に対しても説</p>		

明が行われ、周知が図られています。相談は、担当職員はもとより、相手を選べる制度となっており、施設管理者への相談も多いとのこと。		
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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>苦情受付マニュアルが作成され、それに沿って解決・報告が行われています。受付は3人態勢を取っており、相談員名を毎月利用者に掲示し、「話し合いの部屋」でも相談できる態勢が整えられ、迅速な対応が図られています。</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マネジメント体制が構築されている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>危機管理委員会が設置され、ヒヤリ・ハット報告・検討が毎月1回開催され、会議録やヒヤリハット集で確認することができます。また、三気の里危機管理マニュアルには、安全対策や事故対応策、山百合園の事件で改定した防犯マニュアルや災害マニュアル（地震・風水害・噴火等）等の細かなマニュアルが策定され、各職員が携帯する施設要覧に明示され、周知が図られています。職員や利用者には、安全確保や事故防止の研修、年2回の避難訓練が実施され、利用者一人ひとりの健康管理票や、緊急時のカード携帯などのリスクマネジメント体制が構築されています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>感染症の予防策や発生時の感染症対応マニュアルが作成され、職員・利用者に周知されています。予防については、マスクの着用やうがい・手洗いの励行等徹底し、入浴や清潔については、勉強会を開催し、発生した場合の隔離場所の確保もなされています。また、年間を通じて、室内消毒をするなど防止に努めておられます。今回、流行したインフルエンザの対応マニュアルを改訂するなど、迅速な安全確保の取り組みも行われています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>災害対応マニュアルが策定されています。また、今回の熊本地震を教訓として、災害時の安否確認の連絡係や方法について作成され、災害発生時の初動体制として食事（食材）や水（1日1人3ℓ）を3日間確保するとして備蓄リストを作成し、倉庫を建て備えられています。利用者の安全確保のため、居室には固定家具のみとし、極力置かないように落下防止措置が講じられています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法はサービスガイドラインを策定し、それに基づいてサービスが提供されています。利用者の尊重やプライバシーの保護、権利擁護に関わる職員の姿勢も各種マニュアルに明示され、研修等により標準化が図られています。個別に対応が必要な利用者情報は「利用者マニュアル」に記載され、職員が共有して標準的なサービス提供ができるシステムが確立されています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p>		

<p>サービス管理記録には、全利用者の情報が整理され、職員は閲覧することができ、会議録も施設管理者のコメントを入れ、全職員に配布されるなど利用者情報の共有化が図られています。加えて、ケース会議を毎月2回と月1回の職員会議で検証・見直しを行うと共に、各部署の会議でマニュアルの見直しを行うなど、常に職員、利用者の意向を踏まえた標準的なサービス実施について見直しをする仕組みが確立しています。</p>		
<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。</p>		
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。	㉠・b・c
<p><コメント> サービス管理責任者により障害支援区分認定調査票に基づいたアセスメントが行われ、利用者一人ひとりのサービス実施計画が策定されています。計画は本人のニーズはもとより、家族のニーズや利用者の特性、担当者の意見なども総合的に取り入れられており、適切な個別支援計画書となっています。</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> 個別に6か月ごと利用者の意見や家族の意見も取り入れて個別支援計画書の評価・見直しが行われています。そして、職員による作成会議、モニタリング会議、評価会議により見直しが行われ、作成後は本人や家族に十分な説明が行われ、利用者本位の視点に立った実施計画の見直しが行われています。緊急に変更の必要が発生した場合も、即時作成するよう心掛けておられることは高く評価できます。</p>		
<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。</p>		
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> 個別支援計画の実施状況は、ケース記録に記入され、業務日誌でも確認することができます。ケース記録は、職員間で差異が出ないよう様式を定め、文言等の統一を図るべくマニュアルが設けられています。そして、パソコン上にネットワークシステムが確立され、各職員はパスワードを使い、ケース記録への打ち込み・閲覧も可能となっており、職員間での情報の共有は図られています。また、毎月初めに担当職員と利用者において、各自の今月の目標を立て月末に評価するという取り組みが行われ、その間の利用者の様子と目標、評価結果はケース記録に記入されています。</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> ガイドラインに沿った個人情報保護規程は、倫理綱領や職員行動規範に明示され、文書管理についても書類管理規定に明示されています。ケース記録は、記録管理責任者が決められ、鍵のかかる保管場所にすべて保管され、管理されています。また、電子データはパスワードにより閲覧が可能ですが、USB使用の禁止、メール規程など詳細な個人情報の流失防止策が取られ、管理体制は確立しています。個人情報取り扱いについては、階層別職員研修、家族会の中での説明、毎月の家族向け「三気の里ニュース」にも掲載され、周知が図られています。</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		
	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
<コメント>		

倫理綱領が策定され、「三気の里スタッフ心得」として行動規範が明示され、それに基づき利用者をひとりの個人として尊重する取り組みが行われています。体罰や抑制の禁止、呼称や同性介護等「人権マニュアル」が整備され、徹底した取り組みが行われています。また、「人権擁護委員会」による外部講師を招聘しての人権研修や外部研修への参加など職員への周知が図られ、利用者を尊重する取り組みが確認できます。		
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。	a・㉑・c
<p><コメント></p> <p>コミュニケーション支援は、個別支援計画や療育プログラムに盛り込まれ、支援が行われています。意思伝達が苦手な利用者には、日々の関わりの中で固有の表現を見つけ、家族からも情報を得て、スタッフ会議で共有を図るなど努力がうかがえます。また、視覚的に写真や図などを用いて、嗜好調査やレクリエーションの希望など意思確認への工夫がみられます。しかし、職員自己評価では、「利用者の能力に応じた取り組みは行われているが不十分」、「工夫が不足」等の意見もあり、更なるコミュニケーション方法の工夫が望まれます。</p>		
A-1-(1)-③	利用者の主体的な活動を尊重している。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>自治会が組織され、2ヶ月に1回の開催があつています。また、自治会担当職員の会が年2~3回開かれ、利用者の主体的な活動を尊重し、側面から支援する体制が作られています。内容は、施設の行事に対する話し合いやイベントなどへの参加希望、地域行事への参加や地域の清掃活動への参加などが話し合われ、地域と連携した利用者の主体的な活動が尊重されています。</p>		
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。	a・㉑・c
<p><コメント></p> <p>利用者の自力で行う日常生活上の行為は、「三気の里スタッフ心得」に見守りの姿勢を保ちながら、必要なときには迅速な支援を行うという援助の視点が謳われ実施されています。見守りと支援に関しては、月2回行われるケース会議で検討・確認が行われ、朝礼でも毎回申し送りがなされています。ただ、職員自己評価では、「朝礼で申し送りがあるが、周知徹底がうまくできていない」「利用者との十分な話し合いができていない」等の意見もあり、さらなる体制の検討が望まれます。</p>		
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>社会生活力を高める支援プログラムとして、外出プログラムや買い物訓練等が行われ、毎月1回、職員の支援により班ごとに外出が企画されています。日中活動の作業工賃を支給して好きなものを選び支払う買い物訓練、本人の希望により洗濯物たたみをして対価を得るプログラム、他の施設や事業所での体験学習の機会等が設けられ、利用者のエンパワメント支援が行われています。</p>		

A-2 日常生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 食事		
A-2-(1)-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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>食生活会議や栄養ケア会議が行われ、支援が必要な利用者一人ひとりについて、栄養量(ご飯は一人ひとり茶碗でグラム数を量ってある)を決め、おかずは選択メニューも用意され、利用者の体調や身体状況に合わせた刻み食やとろみ食の提供もなされています。水分補給も午前・午後、風呂上り、寝る前と実施され、個別支援計画等に基づいた支援が行われています。</p>		

	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・ ② ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>厨房は外部委託となっておりますが、常に美味しい食事の提供を心掛けておられます。毎月4者会議（給食業者、栄養士、利用者、職員）を開き、意見の集約を行い、年1回の利用者嗜好調査を行い、結果は献立に反映され、選択メニューもできています。可能な限り適温の食事提供が心掛けられ、郷土料理（タイピーエン）や駅弁、旅の企画として、豚丼等の食文化を体験する機会も設けられています。しかし、利用者アンケートや職員自己評価では、一部に「会議への利用者の参加がない」「もっと要望が言いたくても伝えることができない利用者がある」「肉料理が少ない」等の意見があり、更なる取り組みの工夫が望まれます</p>		
	A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a・ ② ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>食堂は一斉に摂るには狭いことや、食事中の見守りや介助が必要なため、班や棟のグループ毎に食事時間を設定し、交替で食事が提供されています。喫食環境は、食生活会議が実施され、随時改正が行われています。しかしながら、異食やパニックに備え、テーブルには調味料など一切置かれておらず、壁にも掲示物など何もなく、テレビ等の情報娯楽設備もないため、少々殺風景な環境に感じられました。今後温かみのある家庭的な喫食環境作りの工夫が求められます。</p>		
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。	① ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>入浴は原則毎日、職員の見守り・介助で夕食前に実施されています。一人ひとりの健康状態や留意事項について、個別支援計画を踏まえた「個別チェックリスト」（看護師を含む生活課で作成）により実施され、入浴会議も行われ、「日常生活支援マニュアル」に沿って支援が行われています。また、個別に支援が必要な利用者に対しては、別に時間を設けるなど配慮した支援が行われています。</p>		
	A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	① ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>原則毎日入浴は可能となっており、入浴回数は利用者の希望も配慮されています。入浴時間帯は決まっていますが、その他に失禁や作業で汚れた場合すぐにシャワー浴ができる環境も整えられています。衛生管理上、入浴後はチェック表にチェックし、入らなかった場合は原因を記入して、利用者の健康情報として看護師が把握し、看護日誌に綴じられています。</p>		
	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	① ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>建物が古く、男子浴室は浴槽が深く、入り口も小さな段差がありますが、人的支援が行われています。改善委員会で検討し、女子浴室はスロープがつけられ、浴槽も浅く改善されています。脱衣所はヒートショックを防ぐためエアコンが設置され、環境の配慮が行われています。また、プライバシーの保護からドア開閉とし、入り口カーテンを2重にし、右開け、左開けとして外から見えないような配慮がなされています。</p>		
A-2-(3) 排泄		
	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	① ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>排泄介助に際して、個々の排泄の状況に応じた個別チェックリストを作成して、快適な排泄ができるよう努力されています。自閉症や知的に障害のある利用者には、尿意や便意の表現ができるような支援も行われ、排泄についてのマニュアルに沿って、利用者の状態に合わせた介助が行われています。トイレにはエアコンが設置され、快適な環境の下で排泄介助が行われています。昼は尿取りパットと夜はポータブルトイレを使用する利用者、夜のみおむつを使用する利用者（夜は間に合わないため）等、個々の利用者の状況に合った排泄介助が</p>		

行われています。		
	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	㉠・c
<p><コメント></p> <p>トイレは職員により毎日清掃が行われ、汚れた時も随時清掃が行われており、清潔は保たれています。また、消臭対策にも力を入れておられ、エアコンも設置され快適な環境となっています。相談棟や日中活動棟はバリアフリーの多目的トイレが設置されていますが、生活棟1階、2階には男女それぞれ2か所のトイレがあり、入口に10センチ位の段差があります。バリアフリーにはなっていませんが、和式トイレ、洋式トイレを選択して利用することができ、それぞれドアで仕切られ、現状の利用者には支障なく快適に使用されています。</p>		
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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者が希望すれば、担当職員が外出に連れて行き、好きな衣服の購入等の買い物支援が行われています。また、毎日の着替えや、衣類は利用者の意思で選択でき、利用者から相談があったときは、個性や好みを尊重した支援が行われています。</p>		
	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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>衣類が汚れた時は、速やかに着替える業務手順が用意されています。職員自己評価では、「気づかずにいる人もいる」「場合によっては待ってもらうこともある」等の意見もありましたが、行動障害等利用者の特性に配慮した支援は専門性を持って適切に行われています。</p>		
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・㉠・c
<p><コメント></p> <p>髪型や化粧の仕方等は利用者の意思で決めることができ、相談があれば助言する体制は整っています。具体的には、髪型や髭剃り、爪切り等の必要性を説明した上で、利用者の個性や好みを尊重し、選択についての支援が行われています。ただ、職員自己評価では、「利用や美容に関する情報提供ができていない」「職員で選んだりすることもある」等の意見もあり、職員の共通理解が求められます。</p>		
	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>理容や美容について、利用者や家族から申し出があった場合、随時対応しています。外部から理髪店が月2回、2業者が来所され、希望者は自分の意志で理髪店を選び、低価格で利用されています。地域の理髪店の希望があった時も、職員が同行し、協力をお願いし、地域とのつながりもできています。美容院への希望があれば、職員により送迎し、対応がなされています。</p>		
A-2-(6) 睡眠		
	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>夜間は必要最小限度の光にし、寝具はリースでも私物でも可能で、利用者の好みに応じた安眠できる配慮が図られています。睡眠リズムの乱れや不眠者への対応として、安心して睡眠が取れるように付き添い等の配慮も行われ、夜間に行われた個別支援は、夜勤日誌に記載され、申し送りでも共有が図られています。</p>		
A-2-(7) 健康管理		
	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>毎日のバイタルチェックや食事・排泄の状況は、健康管理票でチェックされ、必要に応じ</p>		

<p>て看護日誌に記入するなど、利用者の健康状態把握が行われ、記録が残されています。毎月1回は嘱託医の診察・相談が行われ、定期的な歯科医師の訪問で、歯磨きや口腔衛生について適切な指導が行われています。また、利用者の健康維持のため、「元気隊」と称した散歩のプログラムが用意され、毎食のご飯の量も利用者に合わせてきちんと計り提供するなど、一人ひとりに合った日常の健康管理が適切に行われています。</p>		
	A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	㉑・b・c
<p><コメント> 利用者に怪我や体調変化があったときは、速やかに看護師に連絡・指示を仰ぐような体制になっています。そして、危機管理マニュアルが整備され、迅速に地域の連携病院に受診ができる適切な医療の受診援助ができています。</p>		
	A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	㉑・c
<p><コメント> 薬は鍵のかかる薬品庫に保管され、看護師により管理されています。内服薬や外用薬の取り扱い「投薬マニュアル」により、看護師を主に投薬係りが決められ、飲ませる人、確認する人の2人体制が生まれ、確認者が「健康表」を塗りつぶすという方法で誤投与・誤飲の防止策がとられ、確実な扱いができています。</p>		
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われている。	㉑・b・c
<p><コメント> 余暇・レクリエーションの実施については、自治会での話し合いやアンケートで利用者の希望を取り、把握に努められています。また、希望が言えるように、興味があるような雑誌を置き、情報提供が行われています。主体的な企画・立案は、自治会担当職員が側面から支援し、行事等の行き先の決定、外部からピアノ等の楽器演奏者を招いた演奏会の実施、たこ焼きやホットケーキの実演・試食会の実施等、ボランティアも活用した利用者の希望に沿って行われています。</p>		
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・㉑・c
<p><コメント> 外出の希望が出しやすいように、地域のイベント情報を提示して情報提供するなど、利用者への配慮が図られています。外出は公平性に配慮して、機会均等になるように毎月1回外出日を決め（土・日の午後）、班ごとに出掛けることがルール化され、職員の支援により実施されています。利用者の行きたい希望に応じて、外出ができる取り組みは評価できます。しかし、職員自己評価では、「希望は聞いているが、班ごとの活動で不十分」「状況によりできないことがある」等の意見もあり、個別の対応の検討が望まれます。</p>		
	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・㉑・c
<p><コメント> 家庭も療育の場と捉え、家族とのふれあいも考慮して、毎月第2・第4土曜日に「帰宅の日」が設けられています。それに合わせて、第2土曜日に家族会（保護者会）が開かれ、一緒に帰れるような配慮がなされ、ルール化されています。家族の状況や利用者の希望に基づいて外泊できるようにしておられます。しかし、職員自己評価では、「家族のニーズにはほぼ対応できているが、利用者主体ではない」「家族の都合もあり、利用者の希望通りにはできていない」「家族との関係が難しい人もいる」等の意見もあり、職員の意識の統一が望まれます。</p>		
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。	㉑・b・c
<p><コメント> 利用者の預かり金については、マニュアルが作成され、取扱いはルール化されています。</p>		

自己管理できる利用者人は、個人用ロッカーの鍵のかかる貴重品入れに保管し、鍵は担当職員が管理しています。自己管理が困難な利用者は、担当職員が管理し、出納に関しては支援員の他3名のチェックを受け、事務所で出納処理が行われています。記入の仕方は統一され、年4回家族の確認を受け、適切な管理体制が作られています。また、小遣い帳を活用した金銭の自己管理に向けた支援や金銭管理能力を高めるための学習プログラムによる支援等が行われています。	
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。	㉑・c
<p><コメント></p> <p>新聞は施設で購入し、共同利用され、雑誌やマンガなどは、帰省時に自由に購読されています。居室にテレビはありませんが、ポータブルテレビやラジカセを数人持参され、ルールを決めて利用がされています。新聞・雑誌やテレビの共同利用の方法についても、利用者間の話し合いで決められ、利用者の意志や希望に沿って利用できています。</p>	
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。	㉑・c
<p><コメント></p> <p>アルコールは原則、服薬者が多く施設内では飲酒することはできなくなっています。1名のみ飲酒希望があり、ケース会議や自治会等で話し合いが行われ、外出時の楽しみとして適量飲酒可となり、希望が尊重されています。たばこの喫煙者は1名もいないとのことでした。また、カラオケが好きな利用者が多く、自治会でイベントとして居酒屋へ行く企画を立てるなど、利用者の意志や希望が尊重された取り組みが行われています。そして、施設として健康上の影響等に留意し、対応を検討されています。</p>	
A-2-(11) 社会適応訓練等	
A-2-(11)-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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況や生活環境を把握し、それに合った個別支援計画が立てられ、計画に沿ってサービスが実施されています。作業内容は今月の作業として利用者に説明し、情報の共有を図るため定期的に斑毎の会議を開き、利用者の状態に応じた支援が行われています。社会適応訓練として、グループホームや地域活動支援センターでの実習や就労体験などが行われ、PDCA サイクルに添った支援が展開されています。</p>	

A-3 施設・設備

	第三者評価結果
A-3-(1) 施設・設備	
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・㉒・c
<p><コメント></p> <p>新しく建てられた作業棟や体育館等にはスロープや手すり、多目的トイレが設置されていますが、利用者の生活棟について、1・2階への移動は階段のみとなっています。トイレは和・洋式トイレ・暖房便座・手すり・冷暖房設備など配慮がされていますが、男女とも入口に段差があり、男性浴槽はかなり深くなっています。これらは、主任以上の職員による運営会議が月2回開催され、全職員による職員会議であったものを検討し、改善提案を組織的に検討し、実施していく体制があることは評価できます。しかしながら、今後の利用者の高齢化・重度化、災害等に備え、生活棟のトイレ、浴室の段差解消や1・2階の円滑な移動確保のためにスロープやエレベーターの設置等のバリアフリーの対策が望まれます。</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）	33	12	0
内容評価基準（評価対象A）	21	8	0
合 計	54	20	0