

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： (施設名) 熊本こすもす園	種別：障害者支援施設 (施設入所支援・生活介護・短期入所)
代表者氏名：会 長 川村 隼秋 (管理者) 施設長 沼田 宗生	開設年月日： 平成24年2月1日
設置主体：社会福祉法人 熊本県手をつなぐ育成会 経営主体：社会福祉法人 熊本県手をつなぐ育成会	定員：24名 (利用人数) 23名
所在地：〒〒869-0524 熊本県宇城市松橋町豊福1786	
連絡先電話番号： 0964-33-4551	FAX番号： 0964-33-4552
ホームページアドレス	http://kosumosuen.com/

(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・短期入所	感謝祭（地域交流）、七夕、クリスマス会、餅つき、新年会、どんどや、豆まき、花見、レクレーション活動（映画・ボーリング・地域交流）、宇城・上益城すまいるフェスタ、県外旅行
居室概要	居室以外の施設設備の概要
入所居室個室（14.1㎡）25室 ショートステイ居室（14.1㎡）2室 全室畳部屋 収納ロッカー・整理棚 ベッド（希望者のみ）	<ul style="list-style-type: none"> ・管理棟・医務室、相談室、障害者用トイレ ・サービス棟・厨房、食堂（自動手洗、ハンド温風乾燥機） ・居住棟・娯楽室、トイレ3か所（水洗、洋式、暖房便座） ・浴室棟（2棟）・浴室2室、トイレ2か所、洗面所2か所（給湯設備、洗濯機6台） ・作業棟・更衣室2室、トイレ2か所 ・介護棟・トイレ2か所 ・その他・スプリンクラー設置、防犯カメラ設置 SECOMU火災監視・非常通報システム（全棟）設置、公衆電話

2 施設・事業所の特徴的な取組

<p>熊本こすもす園は、熊本県が昭和62年5月に定員50名の知的障害者入所授産施設として設置し、設置当初から熊本県より業務委託（平成18年度からは指定管理制度により受託）を受け、社会福祉法人熊本県手をつなぐ育成会が受託経営を行ってきました。現在は、平成22年4月に熊本県より施設の譲渡を受け、同法人による施設経営となっています。</p> <p>社会福祉法人熊本県手をつなぐ育成会は、昭和61年に知的障害者の保護者を中心に組織され、県下の知的障害者の社会活動への参画や権利擁護といった活動を通じて福祉の向上を目指していました。さらに、熊本県が昭和62年設置した「熊本こすもす園」の受託経営により、知的障害者の自立に向けた作業訓練や生活訓練も開始することになりました。</p>
--

平成13年には、地域移行を促進するためグループホームを開設し、平成25年には、7か所目となるホームを新築しホームの総定員は40名となりました。

現在は、熊本県より知的障害者相談員・生活協力員研修会の受託、宇城圏域市町より障害者相談支援事業の受託なども行っており、生計困窮者レスキュー事業や宇城市と「災害発生時における福祉避難所の設置運営に関する協議書」を締結し、災害時には福祉避難所として、施設機能を地域に提供する取組も行われています。

3 評価結果総評

◆特に評価の高い点

○運営の透明性を確保するための情報公開が行われています。

法人や施設の概要、定款、施設の理念や基本方針、決算報告等についてはホームページや広報誌等で公開されています。また、苦情の相談内容についても、事業報告書で公開されています。

○地域との連携と施設機能の地域への還元などにより地域福祉の向上に寄与しています。

宇城圏域障がい者支援協議会・宇城地域障害者連合会・熊本県手をつなぐ育成会事業所協議会等に参加し、地域の関係機関や各種団体のリストを整備しその連携に努めています。また、各支援学校や相談事業所等からの体験入所を受入れたり、宇城市と「災害発生時における福祉避難所の設置運営に関する協議書」を締結し、災害時の福祉避難所にも指定されており積極的に事業所の機能を地域へ還元しています。

○法人に政策立案等を審議する各種委員会が設置されています。

法人に会長や常務理事、理事や評議員の代表者等をメンバーとした各種委員会が設置され、その中の「熊本こすもす園改善委員会」においては、中・長期経営計画等の政策立案や評価、事業の経営課題の解決・改善等についての提言が行われています。

○質の高いコミュニケーションスキルの獲得に向けた職員の自主研修が行われています。

意思表示の難しい利用者や強度行動障害のある利用者への対応について、業務終了後の17時から行われる職員会議の終了後、自主研修として「コミュニケーションを高める勉強会」を開催しています。個々の状態に合わせた多様なコミュニケーションツールの工夫や支援技術の向上に向けた自主的な勉強会が開催されています。

◆改善を求められる点

○理念・基本方針や事業計画等についての利用者等への懇切丁寧な説明が望まれます。

利用者や家族等への周知については、不十分な状況と認められます。年2回発行の広報紙「こすもす」等への掲載や利用者が集まる機会や家族会などで事業計画等の説明にあわせ周知を図ることが望まれます。なお、利用者への周知については、障害の特性もあり周知は難しいと思われませんが、分かり易いようにルビをふった資料等を用意するなどしての説明が望まれます。

○福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組に課題が見受けられます。

利用者支援については、第三者評価障害者・児童福祉サービス版自己評価シートを使い自己評価を実施し分析も実施していますが、理念や組織運営等の内容評価部分についての自己評価は実施されておらず課題が見られます。今後は、定期的な第三者評価を受審するとともに、県が示す共通評価基準及び内容評価基準に基づき職員による自己評価を年1回以上実施し、その評価結果を取りまとめ、組織として取組むべき課題やその改善策を書面に取りまとめ職員間で課題を共有し、組織としての改善策や改善実施計画を策定・実施し、サービスの質の向上に努めていくことが求められます。

○福祉サービス提供について共通の理解をもつための支援マニュアルの策定が求められます。

法人の理念や基本方針に、個人の尊厳や、権利擁護が謳われています。その具現化のためには全職員の共通理解と、エビデンスに基づいた支援のためには標準的な支援マニュアルが必須です。現在の支援マニュアルの見直しと、生活全般の中のそれぞれ個別の具体的な支援マニュアルの策定が望まれます。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(令2.3.26)

前回、平成22年度は、知的障害者授産施設としての受審でしたが、今回は、障害福祉サービス事業による施設入所支援、生活介護、短期入所事業所としての受審でした。長年、就労支援を中心に支援を行ってきましたが、利用者の高齢化、重度化が進み生活支援が中心へと変化してきています。これに伴い、支援にあたってはハード面の課題が顕著になってきたため、今年度、大規模改修に着手しました。

今回、評価が低かった事項については、早急に改善を図って参りますが、利用者や保護者への情報提供及び職員の参画については、より一層の充実が必要だと感じました。

今後は、毎年度、自己評価を実施し、サービス向上委員会などで検討することにより、PDCAサイクルを定着させ、よりよいサービスの提供に努めて参りたいと考えています。

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	令和2年1月24日～2年3月31日
評価調査者番号	①第08-021号
	②第08-018号
	③第18-007号

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称： (施設名) 熊本こすもす園	種別：障害者支援施設 (施設入所支援・生活介護・短期入所)
代表者氏名：会 長 川村 隼秋 (管理者) 施設長 沼田 宗生	開設年月日： 平成24年2月1日
設置主体：社会福祉法人 熊本県手をつなぐ育成会 経営主体：社会福祉法人 熊本県手をつなぐ育成会	定員：24名 (利用人数) 23名
所在地：〒869-0524 熊本県宇城市松橋町豊福1786	
連絡先電話番号： 0964-33-4551	FAX番号： 0964-33-4552
ホームページアドレス	http://kosumosuen.com/

(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・短期入所	感謝祭（地域交流）、七夕、クリスマス会、餅つき、新年会、どんどや、豆まき、花見、レクレーション活動（映画・ボーリング・地域交流）、宇城・上益城すまいるフェスタ、県外旅行
居室概要	居室以外の施設設備の概要
入所居室個室（14.1㎡）25室 ショートステイ居室（14.1㎡）2室 全室畳部屋 収納ロッカー・整理棚 ベッド（希望者のみ）	<ul style="list-style-type: none"> ・管理棟・医務室、相談室、障害者用トイレ ・サービス棟・厨房、食堂（自動手洗、ハンド温風乾燥機） ・居住棟・娯楽室、トイレ3か所（水洗、洋式、暖房便座） ・浴室棟（2棟）・浴室2室、トイレ2か所、洗面所2か所（給湯設備、洗濯機6台） ・作業棟・更衣室2室、トイレ2か所 ・介護棟・トイレ2か所 ・その他・スプリンクラー設置、防犯カメラ設置SECOMU火災監視・非常通報システム（全棟）設置、公衆電話

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		社会福祉士	1	
サービス管理責任者	1		社会福祉主事	7	
生活支援員	1 2		知的障害者援助専門員	1	
事務員	1		看護師	3	
看護師	1		ホームヘルパー	1	
栄養士	(1)	外部委託	保育士	1	
調理員	(4)	外部委託	調理師	1	
合 計	1 6		合 計	1 5	

※ 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

○理念…すべての利用者に対して、個人の尊厳を重んじ、さまざまな社会参加とその人にふさわしい自立の実現に向けて支援を行います。

○基本方針

(1) 人権尊重

私たちは、利用者の尊厳を大切にし、権利を擁護します。

(2) 地域との共生

私たちは、地域に密着した施設として、利用者の生活を支援します。

(3) 専門的支援

私たちは、常に自己研さんに努め、質の高いサービスを提供します。

3 施設・事業所の特徴的な取組

○熊本こすもす園は、熊本県が昭和62年5月に定員50名の知的障害者入所授産施設として設置し、設置当初から熊本県より業務委託（平成18年度からは指定管理制度により受託）を受け、社会福祉法人熊本県手をつなぐ育成会が受託経営を行ってきました。現在は、平成22年4月に熊本県より施設の譲渡を受け、同法人による施設経営となっています。

社会福祉法人熊本県手をつなぐ育成会は、昭和61年に知的障害者の保護者を中心に組織され、県下の知的障害者の社会活動への参画や権利擁護といった活動を通じて福祉の向上を目指していました。さらに、熊本県が昭和62年設置した「熊本こすもす園」の受託経営により、知的障害者の自立に向けた作業訓練や生活訓練も開始することになりました。

平成13年には、地域移行を促進するためグループホームを開設し、平成25年には、7か所目となるホームを新築しホームの総定員は40名となりました。

現在は、熊本県より知的障害者相談員・生活協力員研修会の受託、宇城圏域市町より障害者相談支援事業の受託なども行っており、生計困窮者レスキュー事業や宇城市と「災害発生時における福祉避難所の設置運営に関する協議書」を締結し、災害時には福祉避難所として、施設機能を地域に提供する取組も行われています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和2年1月24日（契約日）～ 令和2年3月17日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成22年度）

5 評価結果総評

◆特に評価の高い点

○運営の透明性を確保するための情報公開が行われています。

法人や施設の概要、定款、施設の理念や基本方針、決算報告等についてはホームページや広報誌等で公開されています。また、苦情の相談内容についても、事業報告書で公開されています。

○地域との連携と施設機能の地域への還元などにより地域福祉の向上に寄与しています。

宇城圏域障がい者支援協議会・宇城地域障害者連合会・熊本県手をつなぐ育成会事業所協議会

等に参加し、地域の関係機関や各種団体のリストを整備しその連携に努めています。また、各支援学校や相談事業所等からの体験入所を受入れたり、宇城市と「災害発生時における福祉避難所の設置運営に関する協議書」を締結し、災害時の福祉避難所にも指定されており積極的に事業所の機能を地域へ還元しています。

○法人に政策立案等を審議する各種委員会が設置されています。

法人に会長や常務理事、理事や評議員の代表者等をメンバーとした各種委員会が設置され、その中の「熊本こすもす園改善委員会」においては、中・長期経営計画等の政策立案や評価、事業の経営課題の解決・改善等についての提言が行われています。

○質の高いコミュニケーションスキルの獲得に向けた職員の自主研修が行われています。

意思表示の難しい利用者や強度行動障害のある利用者への対応について、業務終了後の17時から行われる職員会議の終了後、自主研修として「コミュニケーションを高める勉強会」を開催しています。個々の状態に合わせた多様なコミュニケーションツールの工夫や支援技術の向上に向けた自主的な勉強会が開催されています。

◆改善を求められる点

○理念・基本方針や事業計画等についての利用者等への懇切丁寧な説明が望まれます。

利用者や家族等への周知については、不十分な状況と認められます。年2回発行の広報紙「こすもす」等への掲載や利用者が集まる機会や家族会などで事業計画等の説明にあわせ周知を図ることが望まれます。なお、利用者への周知については、障害の特性もあり周知は難しいと思われませんが、分かり易いようにルビをふった資料等を用意するなどしての説明が望まれます。

○福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組に課題が見受けられます。

利用者支援については、第三者評価障害者・児童福祉サービス版自己評価シートを使い自己評価を実施し分析も実施していますが、理念や組織運営等の内容評価部分についての自己評価は実施されておらず課題が見られます。今後は、定期的な第三者評価を受審するとともに、県が示す共通評価基準及び内容評価基準に基づき職員による自己評価を年1回以上実施し、その評価結果を取りまとめ、組織として取組むべき課題やその改善策を書面に取りまとめ職員間で課題を共有し、組織としての改善策や改善実施計画を策定・実施し、サービスの質の向上に努めていくことが求められます。

○福祉サービス提供について共通の理解をもつための支援マニュアルの策定が求められます。

法人の理念や基本方針に、個人の尊厳や、権利擁護が謳われています。その具現化のためには全職員の共通理解と、エビデンスに基づいた支援のためには標準的な支援マニュアルが必須です。現在の支援マニュアルの見直しと、生活全般の中のそれぞれ個別の具体的な支援マニュアルの策定が望まれます。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(令2.3.26)

前回、平成22年度は、知的障害者授産施設としての受審でしたが、今回は、障害福祉サービス事業による施設入所支援、生活介護、短期入所事業所としての受審でした。長年、就労支援を中心に支援を行ってきましたが、利用者の高齢化、重度化が進み生活支援が中心へと変化してきています。これに伴い、支援にあたってはハード面の課題が顕著になってきたため、今年度、大規模改修に着手しました。

今回、評価が低かった事項については、早急に改善を図って参りますが、利用者や保護者への情報提供及び職員の参画については、より一層の充実が必要だと感じました。

今後は、毎年度、自己評価を実施し、サービス向上委員会などで検討することにより、PDCAサイクルを定着させ、よりよいサービスの提供に努めて参りたいと考えています。

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	23	
	家族・保護者		
聞き取り調査	利用者本人		
	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。	a・ b ・c
<p>〈コメント〉 法人の理念や基本方針は、ホームページや施設の事務室等多くの場所に掲示されており、さらに法人のパンフレットや中長期計画・単年度事業計画にも掲載され周知されています。職員については、毎月の職員会議の冒頭に全員で唱和・確認が行われています。ただ、利用者や家族等への周知については、不十分な状況と認められます。年2回発行の広報紙「こすもす」等への掲載や利用者が集まる機会や家族会などで事業計画等の説明にあわせ周知を図られることが望まれます。なお、利用者への周知については、障害の特性もあり周知は難しいと思われませんが、分かり易いようにルビをふった資料等を用意するなどしての説明が望まれます。</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 ・b・c
<p>〈コメント〉 事業経営を取り巻く環境等の把握については、圏域市町の障害者福祉計画や労働局の障害者雇用の状況などで潜在的な利用者数やニーズ等进行分析・把握し、法人の「熊本こすもす園改善委員会」での検討がされています。また県社会福祉法人経営者協議会や県知的障害者施設協会等の会議や研修会に参加し、その現況や施策の動向等の把握・分析に努めています。</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・ b ・c
<p>〈コメント〉 経営課題については、事業毎に取りまとめられ、法人の「熊本こすもす園改善委員会」で分析・評価され、経営状況等の課題への具体的な改善策が提案されています。しかし、職員への結果の周知については、財政状況等の一部に限定されていますので見直しが見られます。</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。	a・ b ・c
<p>〈コメント〉 法人において熊本こすもす園中・長期経営計画（2015～2019年度の5年間）が策定され、その中で事業管理・組織人事管理・財務管理・施設整備などのビジョンが明確にされています。但し、中・長期経営計画については、職員自己評価では、「計画が策定されているかわからない、職員には周知されていない」等の意見が出ていますので、職員会議</p>		

等の機会に周知されることが望まれます。		
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。	a・ b ・c
<p><コメント> 法人の中・長期経営計画（5年間）に基づき、前年度事業計画の評価・分析が実施され、それを踏まえ単年度事業計画が策定されています。ただ、単年度事業計画の進捗状況の把握や評価についての課題が伺われます。例えば、事業計画で定めた達成すべき数値目標等について、四半期毎にその実施状況の評価を行うような体制の構築が望まれます。</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。	a・ b ・c
<p><コメント> 事業計画は各課で職員参画のもとに策定されていますが、職員への周知等に課題が伺えます。職員自己評価によると、事業計画については、一部職員について理解が不十分な状況が見られました。徹底した周知を図るために、例えば、年度当初の職員会議の際に全職員に事業計画書を配布し、毎月の会議で周知する等の工夫が求められます。また、定期的な評価・見直しについての実施・検討も望まれます。</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・ b ・c
<p><コメント> 事業計画を利用者に周知する取組の工夫が求められます。保護者に対しては、保護者会において、実施されたイベントの状況をビデオで紹介したり等の工夫が行われていますが、利用者への周知については、職員自己評価によると、行事以外はほとんど説明がなされていない状況が伺えます。多様な利用者にもルビをふった分かりやすい簡潔版を作成し、利用者との話し合いの場で説明したりなどして理解を促すことが求められます。</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。	a・ b ・c
<p><コメント> 法人の各事業や行事に関しては職員会議等でその都度、評価を行いサービスの質の向上に努めています。利用者支援については、第三者評価障害者・児童福祉サービス版自己評価シートを使い自己評価を実施し分析も実施していますが、理念や組織運営等の内容評価部分についての自己評価は実施されておらず課題が見られます。平成22年度に第三者評価を実施されましたが、今後は、定期的な第三者評価を受審するとともに、県が示す共通評価基準及び内容評価基準に基づき職員による自己評価を年1回以上実施し、その評価結果を取りまとめ、職員間で課題を共有し、改善策を検討していくことが望まれます。</p>		
9	I-4-(1)-② 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> 実施された自己評価の結果については取りまとめられ、職員会議でその集計結果を職員へ配布し課題の検討は行われていますが、組織として取組むべき課題やその改善策の書面での取りまとめがありません。今後は、職員会議の結果分析や年1回以上の上述の職員の自己評価の実施や定期的な第三者評価を受審するなどして、取組むべき課題を明確にして、その課題を職員間で共有するとともに、組織としての改善策や改善実施計画を策定・実施し、サービスの質の向上に努めていくことが求められます。</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。	a ・b・c

<p>〈コメント〉 管理者はリーダーシップを発揮し、施設運営や職員の支援の質の向上についても積極的に取り組む姿勢が伺われます。また、朝礼や職員会議・職員研修、広報誌「こすもす」等において、自らの役割と責任を利用者や家族、職員に表明しています。さらに運営規程、職務分掌表においても管理者の職務を明確にしています。</p>		
11	<p>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。</p>	<p>a・㉞・c</p>
<p>〈コメント〉 遵守すべき法令等の理解への取組については、管理者は施設関連の各種研修会や会議に参加し、必要な情報については職員会議等で職員にも伝達されています。また、全国経営協議会からのメール配信等による最新情報の収集、関係法令集も整備し、常に新しい法令を把握しています。なお、今後は法人や施設によるコンプライアンスに関する研修やコンプライアンス・アンケートの実施など、職員の遵法についての具体的な取組みが望まれます。</p>		
<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。</p>		
12	<p>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。</p>	<p>a・㉞・c</p>
<p>〈コメント〉 管理者は、障害者福祉に関する専門的な知識や経験に基づき、利用者支援マニュアル（案）を策定中であり、福祉サービスの向上に向け職員に対するきめ細やかな指導が実施されています。また、職員個々の利用者への日々の支援に対する自己評価表を徴収し、職員との意見交換の面談を行っており、サービスの質の向上についての職員の意見を反映するための具体的な取組みとなっています。ただ、サービスの質の向上のための組織的に取組体制（サービス向上委員会等）の構築が望まれます。</p>		
13	<p>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。</p>	<p>a・㉞・c</p>
<p>〈コメント〉 管理者は、施設経営や業務の効率化・改善について、県社会福祉協議会、県知的障害者施設協会、経営者協議会等より情報収集に努め、経営管理・人事管理・労務管理等の検証が行われています。また、全職員より個々に事業の運営等に関する意見を記入する自己評価表を徴集し、職員との意見交換の面談を行い、経営の改善等に努めています。しかしながら、経営の改善や業務の実効性を高めるための組織的に取組体制の構築が望まれます。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		<p>第三者評価結果</p>
<p>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。</p>		
14	<p>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。</p>	<p>a・㉞・c</p>
<p>〈コメント〉 法人の中・長期経営計画において一部職員体制について触れていますが、全体的な人材確保・育成についての考え方や人材育成方針が策定されておらず課題が伺われます。質の高いサービスを実現するためには、有資格者等の人材確保や人員体制の整備が求められます。福祉人材不足が社会問題となっている現状がある中での必要な人材確保については、中・長期経営計画や単年度事業計画等で具体的な計画を策定され実行されることが求められます。</p>		
15	<p>Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。</p>	<p>a・㉞・c</p>
<p>〈コメント〉 職員給与規定が整備され、これに基づき客観的な基準による人事考課が行われています。人事考課については、年1回、職員個々より出された業務に関する実績やその評価などの自己評価表に基づき、施設長より人事考課が行われています。ただ、職員自己評価では、「人事基準が不明確で、総合的な仕組みが分からない」などの意見が出ています。職員が自らの将来を描くことができる仕組み（キャリアパス：経歴に応じた昇進・昇給の基準等）についても職員への更なる周知が望まれます。</p>		
<p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
16	<p>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。</p>	<p>a・㉞・c</p>
<p>〈コメント〉 職員の就業状況等の把握については、年1回の施設長による「職員の自己評価</p>		

<p>表」による業務等に関する面談が行われていることは評価できます。職員の年次有給休暇の取得促進やメンタルヘルスへの取組も実施されています。独立行政法人福祉機構及び県社会福祉協議会の退職共済に加入しています。また、地域のミニバレーへの参加者への飲料補助、土日の重度障害者の支援のために職員の加配（時間外手当対応）なども行われています。なお、今後は職員の悩み等について、臨床心理士や産業医への相談が出来る体制の構築やセクシャルハラスメント、パワーハラスメント等に関する具体的な対応方法等の検討が望まれます。</p>		
<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。</p>		
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a・ ③ ・c
<p>〈コメント〉 人事考課の際に管理者による個別面談により職員個々の目標の設定は行われていますが、その進捗状況を確認する仕組みの再考が望まれます。例えば、職員個々の目標の自己申告について設定された目標について目標管理表等を整備し、職員個々による目標の進捗状況を確認し、それについての施設長による年2回程度の自己評価面接(6ヶ月毎)が行われ、職員一人ひとりの目標管理をするなどの仕組の構築が望まれます。</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。	a・ ③ ・c
<p>〈コメント〉 教育・研修の実施については、毎月1回の職員会議の際に施設長による職員研修会を始めとして、施設内外で多くの研修が実施されています。但し、職員の教育・研修に関する基本方針や研修計画については、法人の中・長期計画や単年度事業計画等に明示されることが望まれます。</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。	③ ・b・c
<p>〈コメント〉 職員に対する教育・研修は毎月実施されていますが、職員一人ひとりの研修機会の確保や資質向上のための更なる工夫が望まれます。また階層別研修や職種別研修については、社会福祉協議会が実施する研修会に参加させています。新任職員に対しては、社会福祉協議会の新任職員研修会への参加に加え、現場でのOJTが行われています。また職員の資質の向上及び研修参加が公平に行われるよう、毎年の職員別研修参加一覧表が整備され、専門資格取得についても、「職員資格一覧表」が策定され、職員の資質向上に努めています。</p>		
<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。</p>		
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。	a・ ③ ・c
<p>〈コメント〉 大学等からの保育士や支援学校の生徒等の実習生を受け入れています。ただ、受入れに当たってのマニュアルを整備し、実習の担当窓口者や実習指導者の配置などの環境整備が求められます。なお、来年度から大学等からの社会福祉士受験のための実習生について、実習指導者を養成し、受入れが予定されています。</p>		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
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。	③ ・b・c
<p>〈コメント〉 法人の理念や基本方針は、ホームページや施設の事務室等多くの場所に掲示されており、さらに施設の広報紙、パンフレット等にも掲載され周知されています。ホームページでは定款、施設及び法人の広報紙、法人や施設や各事業の概要、決算報告等が掲載されており、多くの情報が公開されています。また、苦情についての相談内容についても、事業報告書で公開されています。</p>		
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。	③ ・b・c
<p>〈コメント〉 社会福祉法人審査基準等による外部監査は行われていませんが、監事である税理士による定期的な指導・助言が実施されており、適正な経営・運営の確保が図られています。</p>		

す。また、法人理事2名により毎月の事業の状況について、社会福祉法人監事監査の手引きによる内部統制質問書（障害者支援施設編）を参考に詳細なチェックリストによる内部経理監査も実施されています。

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a・ b ・c
<p><コメント> 法人の基本方針の一つに「地域福祉との共生」が掲げられ、事業計画にも地域との係わり状況が掲載されており、利用者と地域交流についての取組が行われています。施設で毎年、開催される「こすもす秋の大感謝祭」へは利用者とともに約千人の地域住民等も参加されています。但し、利用者が地域の各種行事に参加し地域住民との交流を図ることはあまり実践されておらず不十分な状況にあります。地域の自治会等との話し合いの機会を持ち、利用者との地域との関り方や交流についての協議等が望まれます。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a・ b ・c
<p><コメント> 上記の「こすもす秋の大感謝祭」等の施設行事へのボランティアの受入れは行われています。しかしながら、受入れに関する基本姿勢等を明記したボランティアの受入れに関する総合的なマニュアルが整備されていませんので、職員参画のもとに登録・申し込み手続き等を定めたマニュアルを整備し対応されることが求められます。</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 ・b・c
<p><コメント> 関係機関との連携について、地域の関係機関、各種団体のリストを整備し連携に努めています。具体的には、宇城圏域障がい者支援協議会、宇城地域障害者連合会、熊本県社会就労センター協議会、熊本県社会福祉法人経営者協議会、熊本県手をつなぐ育成会事業所協議会等に参加しています。</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。	a・ b ・c
<p><コメント> 各支援学校や相談事業所等からの体験入所を受入れ、積極的に事業所の機能を地域へ還元しています。また、宇城市と「災害発生時における福祉避難所の設置運営に関する協議書」を締結し、災害時の福祉避難所にも指定されています。また、宇城市の推進する地域生活支援拠点等整備事業への施設機能を提供しています。但し、地域ニーズに応じ住民が自由に利用できる地域交流スペースの整備が望まれます。</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・ b ・c
<p><コメント> 地域の福祉ニーズについては、宇城圏域市町障害者支援事業や宇城圏域障害者虐待防止センターの受託、生計困窮者レスキュー事業等の実施により多様な相談に応じ新たな福祉ニーズの把握に努めています。しかしながら、今後は、更なる地域の新たな福祉ニーズへの対応のために、例えば、地域の民生児童委員会や社会福祉協議会、自治会等の会合の際に意見を聴取したり、施設や地域のイベント等でアンケートを徴する等により新たな福祉ニーズを把握し対応することも望まれます。</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。	a・㉔・c
<p><コメント> 基本理念に「すべての利用者に対して、個人の尊厳を重んじ支援を行います」と明示され、基本方針にも「私たちは、利用者の尊厳を大切にし、権利を擁護します」と人権尊重が謳われ掲示されています。職員も机上の倫理綱領と共に毎日確認し、職員会議（月1回）の冒頭で唱和・確認する等共通理解を深める取組は行われています。しかし、職員自己評価で「行われているが十分ではない」「倫理綱領が明示されているが、共通理解の取組は行っていない」との意見もあり、共通理解をもつための更なる取組を期待します。</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> ほとんどが鍵付きの1人部屋（2人部屋が1室）であり、自由にくつろげるスペースは確保されています。部屋に入る時はノックする、鍵が架けてある時は入らない、排泄や入浴介助は同性で行うというプライバシー保護の共通理解のもと人権に配慮したサービス提供が行われています。利用者の虐待防止については対応規程やマニュアルが作成され、職員は権利擁護自己点検シート（セルフチェック）を行う等、虐待防止・人権擁護委員会で情報の共有は図られています。プライバシー保護についても規程やマニュアルの作成が望まれます。</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> ホームページに理念や基本方針、事業内容や活動報告など写真を用いて詳しい施設情報を発信しています。また、絵や図・写真を使いルビをふった分かりやすいパンフレットを作成して関係機関や来訪者に配布しています。また、利用希望者には丁寧な説明とともに施設見学や体験入所など受け入れの情報提供をしています。しかし、同市内にある特別支援学校等へは要望がある時に対応する位で積極的とはいえません。職員自己評価でも「積極的には行われていない」とあり、利用希望者への更なる積極的な取組を期待します。</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・㉔・c
<p><コメント> 福祉サービスの開始前に見学や体験入所をして納得の上で開始してもらい、契約時はサービス管理責任者より利用者、家族同席で利用契約書や重要事項説明書の説明が行われていますが、理解が難しい利用者には、絵や図、写真を用いたパンフレットやタイムスケジュール表を使うなどの工夫が求められます。また、利用変更についても一人ひとりの状況に合わせた利用者や家族への丁寧な説明が望まれます。</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・㉔・c
<p><コメント> 施設入所を継続して利用する人が多いので変更や移行は少ないですが、利用契約終了時には次に利用する福祉サービスの確認を行い、利用者の健康面や生活状況に配慮したサービス利用方法の情報提供がされています。また、施設の変更は利用者や家族の利益を最優先に考え、先方と協議した上でスムーズな移行ができるよう情報提供書を作成し提供していますが職員自己評価では「十分ではない」とあり継続性に配慮した取組が望まれます。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている		
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。	a・㉔・c
<p><コメント> 毎年個別支援計画の見直し時に利用者の意向を確認したり、個別の相談面接等で意向聴取されていますが、自治会は開催されていません。2年前迄自治会を開催していたが意見を言う人が少なく悪口を言い合う会になったため取止め、今はその都度、職員が要望を聞き多数決で決めています。また、年1回行われる保護者会で家族等から意見を聴取したり、食堂に意見箱を設置する等利用者満足の上昇を目的とした取組は行われていますが、職員自己評価では「取組は行われているが十分ではない」「意見箱はほとんど機能していない」</p>		

とあり、。今後、利用者の会（自治会）の再開や運営方法の検討、嗜好調査等更なる利用者満足の上に向けた取組が望まれます。		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a・㊦・c
<p>〈コメント〉 苦情解決規程のもと、苦情解決マニュアルや苦情受付簿、個別の苦情受付書、第三者委員への苦情解決結果報告書並びに第三者委員からの苦情受付報告書等、一連の書類は整備され、施設長を苦情解決責任者とし、苦情受付担当者や第三者委員3名が設置され掲示されています。利用者や家族に「苦情申し出窓口設置」の文書を通知し周知は図られています。食堂に意見箱を設置しマニュアルに拠り対応されていますが、意見は少なく、制度を機能させるための検討が望まれます。また苦情解決規程の日付や担当者が以前の上まで更新されておらず、早急な対応が求められます。</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。	㊦・b・c
<p>〈コメント〉 相談は相談室や居室で聞く等、意見を述べやすい環境に配慮しています。相談は主に担当職員が受け対応していますが施設長等他の職員も可能で、気軽に相談できる環境は整っています。食堂に意見箱が設置されていますが、自ら文章を書くことが出来ない利用者もおられ、職員は普段の会話から聞き取る努力をされています。希望や不満等の申出はルビをふった説明文書を作成し分かりやすい言葉で利用者に説明する等工夫が見られます。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a・㊦・c
<p>〈コメント〉 苦情解決マニュアルに手続きが規定され、利用者からの相談や意見にはまず担当職員が傾聴の姿勢で対応しています。施設長や他の職員への相談や意見内容も必要に応じて苦情解決委員会や第三者委員等で検討し結果は職員会議で報告され職員間の共有が図られる等組織的かつ迅速な対応はされています。しかし、マニュアルの定期的な見直しやアンケートの実施等利用者の意見を積極的に把握する取組は行われておらず改善を望みます。</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〉 施設長をリスクマネージャーとし、事故発生時の対応と安全確保について各種事故防止マニュアルが策定され、救急法の研修、ヒヤリハット報告・事故報告等を通して危機管理委員会でヒヤリハット検証を行う等リスクマネジメント体制は構築されています。また不審者対応マニュアルが整備され、防犯カメラの設置で夜間も当直室のモニターから廊下等監視できる対策が講じられ、居室火災発生時の対応と検証に役立っています。</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。	a・㊦・c
<p>〈コメント〉 「感染症マニュアル」が策定され、定期的に看護師による予防や安全確保に対する勉強会を実施し、利用者へは手洗いやうがいの励行等周知徹底を図っています。また、「保健衛生・栄養管理委員会」も設置され、組織ぐるみの安全確保体制を講じていましたが今年の1月終わり頃20人がインフルエンザに罹患し保健所へ報告という事態が発生しています。消毒やマスク着用を徹底し罹患時は個室で食事や支援を提供する等感染防止に務め収束しています。今回を教訓に空気清浄機の設置や次亜塩素の散布等対策を講じていますが「利用者への周知は不十分」との意見もあり更なる安全確保の取組を期待します。</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。	a・㊦・c
<p>〈コメント〉 消防計画が策定され、年2回火災・地震・風水害を想定した避難訓練が実施されています。火災報知機が作動すると自動で関係者に電話するシステムの導入や、一部スプリンクラーの設置、夜間に廊下等に設置されたカメラにより当直室で一斉に監視できるシステムの導入や夜間の職員緊急連絡網の整備、災害に備えた食糧や衛生用品の備蓄等行われています。過去の火災では日頃の訓練が機能し利用者及び職員とも無事避難することができています。今後は裏山の地滑り等に備えハザードマップの検討や耐震診断等の取組も望まれます。</p>		

す。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a・ ㉔ ・c
<p><コメント> 運営規程に介護、生産活動、工賃の支払い、食事、社会生活上の便宜の供与、健康管理等について明示され共有化が図られています。また、図を用いて標準的な実施方法が文書化された支援マニュアルは多くが事故対応説明となっています。サービス提供の標準化はより根拠に基づく支援の実施に繋がるため、具体的な入浴や排泄などプライバシーに配慮した支援方法や個別支援計画の実施手順等が示された支援マニュアルの検討が望まれます。</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。	a・ ㉔ ・c
<p><コメント> 利用者の支援マニュアルは毎月開催している生活介護職員会議で協議し見直しています。個別支援計画は6か月その後1年での見直しを全員に定期的に行い、利用者の変化は会議で協議し見直しを行い、サービス管理責任者により新プランを作成し同意を得て実施するという仕組みはできています。職員自己評価では「仕組みはあるが検証・見直しは十分でない」「よくわからない」「今後は高齢化に対応した文書化が必要」等の意見もあり更なる仕組みの周知と見直しが求められます。</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。		
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。	㉔ ・b・c
<p><コメント> 福祉サービス実施計画策定の責任者をサービス管理責任者と決め、面談による利用者本人や家族からのニーズ把握とともにアセスメントを行い、担当職員からの意見を反映した個別支援計画を作成し同意を得て、看護師や支援員全員によるケース会議に諮り、サービス管理責任者により個別支援計画が策定され実施しています。担当者は毎日サービス提供記録を記入、支援困難ケース（強度行動障害6人）の対応はケース会議で共有しています。</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。	㉔ ・b・c
<p><コメント> 福祉サービス実施計画の評価・見直しは半年毎または必要に応じてモニタリングした内容を反映し、サービス管理責任者と担当職員が中心となって策定し、毎月のケース会議で協議され結果はケースに記録されています。新プランは利用者にわかりやすく説明され家族にも開示され同意を得ています。</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。		
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、職員間で共有化されている。	㉔ ・b・c
<p><コメント> 福祉サービスの実施状況の記録は毎日担当職員によって所定の様式を用いてサービス提供記録が作成され、サービス管理責任者と施設長が確認しています。また、職員間によって記録内容や書き方に差異が生じないようにケース会議で指導があり共有しています。サービス提供記録はパソコンのネットワークシステムを使い共有されているので誰でも閲覧することが出来、職員間で共有化されています。</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。	a・ ㉔ ・c
<p><コメント> ケース記録は、サービス管理責任者が鍵を管理するキャビネットに保管し管理しています。職員が共有するパソコンにも情報が入っているため、外部持ち出し禁止として共有が図られています。個人情報の取扱いは運営規程に明示され、利用者から「個人情報使用同意書」をもらい同意を得ています。しかし、職員自己評価で「運営規程で保存期間は定めてあるが、個人情報管理に関する規程は整備されていない」とあり早急な対応が望まれます。</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。		a・ ㉔ ・c
<p>〈コメント〉 利用者一人ひとりを尊重するという人権尊重は法人の基本理念や基本方針に規定され、職員会議や朝礼等で周知徹底が図られています。職員は「権利擁護自己評価シート」を活用して自己の接し方を振り返る機会とし、丁寧な言葉遣いや入浴・排泄は同性介護、利用者の呼称は「〇〇さん」と名前と呼ぶ、居室には本人の了解を得て入る等個人を尊重する取り組みや虐待防止マニュアルの整備・活用が図られています。「周知は十分でない」という意見もあり再度職員会議等で確認・検討し、個人として尊重する取組の周知を期待します。</p>		
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。		㉔ ・b・c
<p>〈コメント〉 ほとんどの利用者は意思表示できますが4~5人言葉が出ず、意思表示が困難な利用者がおられます。個々の状態に合わせて絵カードや筆談、ゼスチャー、表情などで確認する等多様なコミュニケーションツールが工夫されています。また、業務終了後の17時から行われる職員会議の終了後、「コミュニケーションを高める勉強会」を自主研修として開催されており、質の高い支援に向けた取組姿勢が伺えます。</p>		
A-1-(1)-③ 利用者の主体的な活動を尊重している。		a・ ㉔ ・c
<p>〈コメント〉 利用者の担当職員を決め、要望等を一元管理できるようにしています。利用者の主体的な活動については個々に決めており、理・美容院や買い物等の外出希望や、ライブ参加希望等要望はできる限り実現できるよう主体性を尊重した支援が行われています。ただ、「職員が主体的になりがち」という意見や現在自治会が中断されていますが利用者の主体的な活動の尊重が望まれることから、運営の工夫をして再開されることを希望します。</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。		㉔ ・b・c
<p>〈コメント〉 利用者には担当職員が決められ、常に利用者の最善の状態を目指した支援が行われています。職員は毎月のケース会議で情報の共有を行い、担当利用者以外でも支援の共有化を図っています。自力で自転車に乗り買い物に行きたい利用者には安全運転を伝え保険を掛けたマイ自転車による外出支援、日用品の買い物希望者には通所利用者の送り時に同乗する見守り支援、入浴や排泄等利用者に合わせた同性介護や見守り支援が実施されています。</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。		a・ ㉔ ・c
<p>〈コメント〉 個々の利用者の個別支援計画にエンパワメントを意識した支援内容が作成され、洗濯や買い物、公共交通機関の利用、調理訓練等レクリエーションの時間に実施されています。日常生活や外出などを通して様々な体験が出来るよう、エンパワメント理念に基づく支援を心掛けています。取組は社会生活支援事例として発表されていますが、職員自己評価では「支援を行っているが十分でない」「エンパワメントに基づくプログラムには至っていない」「分からない」等の意見があり、職員共通理解のもと、エンパワメントプログラムの開発を期待します。</p>		

A-2 日常生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 食事		
A-2-(1)-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・ ㉔ ・c

<p>〈コメント〉 3度の食事は外部業者に委託し、園内厨房で作られています。サービス実施計画に食事形態や水分補給等記載され、利用者の健康状態に合わせて 刻み食とおかゆの2種類が用意されています。ただ、職員自己評価では「1日3食適時、適温で提供され、塩分調整やスプーン等個人に合わせて準備されてる」と高評価の反面、「利用者に応じて食事を用意しているが満足できるほどではない」等の意見もあり、更なる改善と食事提供マニュアルの整備が望まれます。</p>		
	<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。</p>	<p>a・㉔・c</p>
<p>〈コメント〉 年1回嗜好調査が行われ、結果は集計され献立に反映されています。給食会議は事業者と委託業者のみで利用者は参加していません。毎月リクエストメニューが計画され利用者は楽しみにされています。ごはんか麺、肉か魚の違いだけですが利用者アンケートでは「おいしい」という意見が多く見られました。1週間の献立表は高い所に貼られ字は小さく読めませんでした。低いと持って行ってしまうとのことですが、食事は最大の楽しみですので献立表の工夫や給食会議への利用者参加、リクエストメニューの改善など望まれます。</p>		
	<p>A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p>〈コメント〉 朝（8:00～）・夕（18:00～）いずれも1時間の幅を持たせ、その間の好きな時間に摂れるようになっていきます。朝・夕の食事は入所利用者のみなのでゆっくりしたスペースですが昼食は他事業所の利用もあり大人数となるため被らないように時間を早め11時50分から食べ始める等配慮されています。必要な利用者には、配膳や下膳の支援を行い、おやつ時間も設けられています。利用者の意向や人間関係に応じて席が決められ、テーブル角に名前が貼ってあります。</p>		
<p>A-2-(2) 入浴</p>		
	<p>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。</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p>〈コメント〉 入浴は利用者の障害程度や身体状況に応じて全介助、一部介助、見守りに分け、支援や介助が行われています。毎日の看護師によるバイタルチェックで体調を把握し、同性介助を基本として、個人の事情や入浴の順番やこだわりのある利用者にも配慮し、マニュアルに沿った支援が行われています。入浴の支援は「サービス提供記録」に記載されています。</p>		
	<p>A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p>〈コメント〉 入浴は毎日15時から好きな時間に利用できますが、現在男性用浴室が大規模修繕中で職員用浴室の利用となっています。狭いため昼から順番や入浴時間を決め実施しています。女性は介助の必要な利用者が増えたため10時から入浴可能となっています。引続き女性浴室の大規模修繕が行われる為同様の不便は出てくると思いますが、改修後以前同様の支援ができるとのことでした。失敗や汗をかいた場合その都度シャワー浴等の対応ができています。</p>		
	<p>A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。</p>	<p>㉑・c</p>
<p>〈コメント〉 浴室は広く利用者に応じてシャワーチェア等の使用もありますが、段差等が見られます（女性浴室）。浴室・脱衣場は毎日職員による清掃が行われ清潔が保たれていますが開設後32年を経過し老朽化しており現在大規模修繕が行われています。男性浴室は完成間近です。完成後は、高齢化に配慮した手摺りの設置や段差の解消、ゆっくり入れるような浴槽の配慮やエアコンの設置、入浴補助用具の完備等、浴室・脱衣場は適切な環境となっています。</p>		
<p>A-2-(3) 排泄</p>		
	<p>A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。</p>	<p>㉑・c</p>
<p>〈コメント〉 介助が必要な利用者には排泄チェックリストを作成し活用しています。支援が必要な利用者は個別支援計画に排泄での支援内容や留意点が記載され、ケース検討会で職員に共有されています。介助は同性介助とし、数時間おきに声掛けをして付き添い、利用者が不快にならないように配慮した介助を行っています。おむつ使用の利用者にはおむつ入れを設置し消臭に留意しています。支援は「サービス提供記録」に記載され管理しています。</p>		

	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	㉑・c
<p><コメント> 清掃は職員により毎日行われ清潔が保たれています。汚れたらその都度清掃し消毒液を撒いたり、換気や消臭剤の対応で臭いはしませんでした。2ヶ所の多目的トイレには緊急対応コールや手摺りもあり車椅子者も利用可能になっています。建設後32年経ち現在大規模修繕が行われています。管理棟のトイレは改修が終わり利用者からは「綺麗で使いやすい」と好評です。</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。	㉑・b・c
<p><コメント> 衣類は利用者の意思を尊重し、本人の希望を優先しており、季節に応じた服装や気温に応じた服装の助言等利用者の個性や好みを尊重した支援が行われています。衣類の買い物希望者には希望する店舗に職員が同行して試着等を行い、本人が気に入った好みの服を購入できるよう自己決定を尊重した買い物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。	a・㉑・c
<p><コメント> 衣類は利用者の意思を優先していますが、園内の寒暖差に合わせた衣類の調節・脱ぎ着の声掛けや入浴時の適切な着替え支援が行われています。こだわりのある利用者には丁寧に説明し理解を得てから行う等配慮がされています。失禁等汚れに気付いた時はプライバシーに配慮して速やかに脱衣所や居室で着替え、シャワー等で清潔にした後洗濯や乾燥支援を行う等職員間で対応の共有はされていますが、職員自己評価では「着替えを拒否する利用者への対応に悩む」とか「男性利用者の半数はパジャマに着替えず寝ている」という意見もあり、更衣支援の統一に向けた業務手順書の作成が望まれます。</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。	㉑・b・c
<p><コメント> 利用者の意思を優先して好みや選択を尊重しています。髭剃りや爪切りなど必要に応じて職員が支援していますが、髪型には拘りがあり園内でバリカンでの散髪を希望する利用者は1人で他の利用者は理髪店や美容院への対応を希望され支援しています。外出時に化粧をしたいと希望する女性利用者への手伝や髪形の相談に助言する等、利用者の個性や好みを尊重した支援が行われています。</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。	㉑・c
<p><コメント> 理髪店や美容院の利用を希望する利用者には必要に応じて送迎を行っています。また、同行を希望する利用者には職員が同行し、髪形については季節や生活、好みに合わせた髪形になるよう助言や声掛けを行っています。言葉が伝わりにくい利用者の要望は代弁し希望する髪形を伝える等理髪店や美容院の利用について配慮が行われています。</p>		
A-2-(6) 睡眠		
	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	㉑・c
<p><コメント> 寝具類は個人の希望で持込みも可能となっており、晴天時は布団干しや換気、こまめなシーツ類の洗濯等安眠への支援が行われています。各居室にはエアコンが設置され利用者は自由に操作でき、季節や気温、体調に合わせた室温の見守りと声掛け、照明の調整等と併せて不眠に対し音楽聴取を勧めたり、必要に応じて医療機関から眠剤の処方を受け看護師が管理し宿直者が確認する等規程に沿った夜間の睡眠に配慮した支援ができています</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。	㉑・c
<p><コメント> 利用者への健康管理は毎日のバイタルチェックのほか月1回の嘱託医の診察や必要な利用者には歯科医による口腔ケアが週1回提供されています。体調不良が認められたら健康管理マニュアルに従い家族への連絡や適切な医療機関への受診等支援体制は整っています。看護師による個別の健康管理と併せ「サービス提供記録」への記入等、日常の健康管理は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。	a・㉑・c
<p><コメント> 利用者の体調不良や急変、怪我等の対応は看護師が対応し嘱託医に相談、原則として宇城市民病院に受診しています。「事故防止マニュアル」には様々な事故の対応方法が絵入りで具体的に示されています。緊急時対応として「健康管理マニュアル」も作成され看護師の不在時でも迅速かつ適切な医療が受けられるよう体制ができていますが、職員自己評価に「適切な医療が受けられていない」等あり、職員の意識の統一と共有が望まれます。</p>		
	A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a・㉒
<p><コメント> 内服薬や外用薬は看護師が一括管理し利用者毎に鍵をかけたキャビネットに保管し管理しています。保管や服用、使用確認についてはマニュアルが用意され、看護師により個人台帳が作成されています。しかし職員自己評価に「看護師が行っているのに担当職員に預けてあったり、伝達が不十分」「内服薬や外用薬が不足していることもある」など一部ではあるが不満もでています。服薬や塗布について職員間の理解と更なる連携が求められます。</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。	a・㉑・c
<p><コメント> 毎月初日に全員朝礼を行い当月の行事予定を発表し利用者掲示板に掲示しています。計画は利用者が楽しめるように職員が希望を聞き、集約して取り入れ、ほぼ毎月外食やお出かけレクリエーションが実施され楽しまれています。しかし「自ら希望を言える人が少ないので職員が計画している」と職員主導の計画立案との意見もあり、利用者が主体的に関わり意見・希望が出せるような工夫と自治会（利用者の会）の復活・設置が望まれます。</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。	㉓・b・c
<p><コメント> 外出は基本自由ですが、安全確保のため外出についてルールを決めています。希望の里内は散歩として外出簿の記入は不要、単独で買い物に行く人（男性3人）や職員の支援で買い物に行く人（女性ほとんど）は外出簿に記帳するとしています。また、外出時は熊本県で推奨しているヘルプカードの所持や交通ルールの説明等行われています。</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。	㉓・b・c
<p><コメント> 外泊は基本自由で利用者や家族の希望を尊重しています。利用者のほとんどが送迎が必要なため、担当職員は利用者と家族の都合を調整しながらなるべく盆や正月等送迎による帰省ができるよう配慮しています。なお、利用者や家族の高齢化に伴い、送迎や受け入れが難しくなり外泊回数も減っていますが利用者の希望に応じた支援が行われています。</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。	㉓・b・c
<p><コメント> 預り金管理規程が策定され、施設長を責任者として利用者と「預り金管理サービス契約書」を交わし、23人全員の預かり金管理が行われています。通帳は事務所で預かり、小遣いの払い出しは所定の手続きを経て、支援の必要な利用者には担当職員の支援で小遣い帳が作成され。（含レシートの保管）定期的に利用者や家族に確認してもらい、自己管理ができる利用者には定額を渡し買い物学習支援が行われる等適切な管理体制ができています。</p>		
	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。	㉓・c
<p><コメント> テレビは各居室や食堂で視聴することが出来ます。各居室に利用者持ち込みで設置されおり、1人部屋なので希望する番組を安心して自由に視聴することができています。新聞や雑誌の購読は自由に注文が出来るよう配慮されており、現在1人が新聞を契約して購読しています。チラシに興味のある利用者が多く、施設購入の新聞は事務所に保管され、いつでも見ることが出来ます。</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	㉓・c

	れている。	
<p>〈コメント〉 嗜好品については個人の意向を尊重していますが、健康面に課題のある利用者には看護師や担当職員、サービス管理責任者から丁寧な説明をしています。飲酒は原則禁止ですが、利用者の意向を尊重し、夕食後居室でノンアルコールビール1本の飲料が許可されています。タバコは喫煙室を設け許可しています。</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。	㉓・b・c
<p>〈コメント〉 利用者の高齢化に伴い、月2回外部から理学療法士を招聘し、日常生活の維持のためのリハビリ訓練を実施しています。また、土曜日を使って千円で買える買い物訓練や公共交通の利用方法の学習や担当職員により挨拶の仕方や文字の練習も実施しています。これらは個別支援計画やケース台帳にも記録されています。</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・㉔・c
<p>〈コメント〉 建設後32年を経過し老朽化しており、現在風呂場やトイレ等大規模修繕が行われています。管理棟のトイレは改修済で綺麗で使いやすく表示も見やすくなっています。多目的トイレも2ヶ所あり車椅子利用者も安心して利用できます。管理棟廊下は両側が部屋で窓がなく暗く部屋の表示も変更されていません。居室側の食堂入り口は歩行器の利用者が通りやすいように広げ引き戸に変更予定です。廊下も手摺りの設置が予定されています。居室棟の廊下は狭く迷路のようで案内板もほとんどなく来所者は利用しづらいと思われそうですが、完成間近の男子浴室はバリアフリーで脱衣所にはエアコンが設置されており、引き続き大規模修繕が行われていますので完成後は利用しやすくなると期待します。</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）	11	34	0
内容評価基準（評価対象A）	19	9	1
合計	30	43	1