

(別記)

(公表様式2)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準
(障害者・(居住系、通所系、訪問系))
評価機関

名 称	特定非営利活動法人 あすなる福祉サービス評価機構
所 在 地	熊本市中央区南熊本3丁目 13-12-205
評価実施期間	26年10月14日～27年5月14日
評価調査者番号	06-26
	10-003
	13-001

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：社会福祉法人 熊本県社会福祉事業団 (施設名) 熊本県くすのき園	種別：指定障害者支援施設
代表者氏名：理事長 長野 潤一 (管理者)：施設長 西山 稔郎	開設年月日： 平成23年10月1日
設置主体：社会福祉法人 熊本県社会福祉事業団 経営主体：社会福祉法人 熊本県社会福祉事業団	定員： 30名 (利用人数) 30名
所在地：〒869-0524 熊本県宇城市松橋町豊福2832	
連絡先電話番号： 0964 33 7788	FAX番号： 0964 33 7796
ホームページアドレス	http://www6.ocn.ne.jp/~tousinso/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	健康診断、花見、夏祭り、観月会、日帰り旅行、忘年会、イオン社会貢献活動参加、ボランティア講師による折り紙教室、余暇活動、映画鑑賞会、リサイクルデイ、美化活動、懇談会、給食委員会、避難訓練
居室概要	居室以外の施設設備の概要
利用者居室、娯楽室、生産活動室、浴室、洗濯室、洗面所、会議室、静養室、食堂、リネン室、事務室、相談室、医務室	鉄筋コンクリート平屋、リフト付ワゴン、リフト付軽自動車、スプリンクラー設備

職員の配置						
	職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
	施設長		1	サービス管理責任者	4	1
	生活支援員	11	7	社会福祉士	1	
	理学療法士	1		社会福祉主事	3	2
	看護師	1		介護福祉士	3	1
	栄養士	1		介護職員基礎研修		1
	事務員		1	ヘルパー 2 級	8	4
	医師		1	準看護師	2	
	サービス管理責任者	1		理学療法士	1	
	調理員		4	保育士	1	
				栄養士	2	1
				調理師		4
	合 計	15	14	合 計	25	14

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 評価結果総評【熊本県くすのき園】

特に評価の高い点

1．緊急時の利用者の安全確保に工夫がなされています。

緊急時の利用者の安全確保は、災害対応マニュアルで責任者を明示し（平常時は管理者、緊急時は各担当者）、『災害時における職員の行動基準』で火災や風水害等の災害時における利用者への対応等 8 場面について取るべき行動を具体的に記載し、職員や利用者にも周知されています。

特に消防計画に則った避難訓練は年 6 回実施され、防災担当者を中心に職員が意識を持って訓練に臨んでいます。

また、9月1日の防災の日を「粗食の日」とし、備蓄食料品を食することであらためて災害対策への意識強化の機会としています。

2．個人の人権を尊重した利用者本位のサービス提供が行われています。

基本方針に「ノーマライゼーションを基礎とし、人格を尊重する」ことを明示するとともに、法人（熊本県社会福祉事業団）職員倫理綱領に、

- 1．個人の尊重
- 2．人権の尊重
- 3．自己決定権の保障
- 4．満足度の高いサービスの提供

を掲げ、身体拘束や虐待防止に力を入れ、施設内外の研修で周知徹底が図られる他、管理者は会議や日々の業務の中で事例をあげた指導に尽力しています。

3．日勤職員と夜間専任職員が連携して日常生活支援に努めています。

昼間と夜間で利用者へのサービスが異なることがないように、それぞれの職員が一人ひとりの個性や特徴を把握し、チームワークを持って業務に臨んでいます。

このことは自己評価や今回の第三者評価研修会の中での聞き取りからも確認されました。

今後も『熊本県くすのき園』という福祉の現場の職員として、利用者サービスに力を発揮されることを期待します。

4. 希望に沿った余暇活動が利用者の張り合いや楽しい園生活に繋がっています。

映画やDVD鑑賞、カラオケ・書道・ネイルサロンなど、土曜日に開催される余暇・レクリエーション活動は本人の希望（自由参加）で行なわれています。その中でも、書道会での作品は、事業所から入りすぐに目に付く位置に掲示コーナーが設けられており、来訪者の目を引きまします。花や行事などその季節の文字が書かれた作品は管理者によって朱色で二重丸や三重丸、コメントが添えられており、「優秀賞をねらうよ～！」など、次回への意欲を語る利用者もおられるなど、励みとなっているようです。

改善を求められる点

1. 外部監査の実施が望まれます

県監査が隔年で、法人監事による監査が毎年行われていますが、運営の透明性の確保には外部の専門家によるチェックが望ましく、外部監査の実施が期待されます。

2. 人材育成のため、必要な人材に関する具体的プランの策定や教育・研修に関する基本的姿勢の明示が期待されます。

人事管理は法人本部主導で行われており、事業所独自の施策実施は難しい状況とありますが、必要な人材に関する具体的プランは、人事管理や研修の基礎になる重要なものであり、早急な策定が望まれます。

また、中・長期計画に、職員の教育・研修に関する基本的姿勢を明示することが期待されます。

3. 事業所の有する機能を地域に還元することが期待されます。

障がい者への相談支援事業は法人本部で行っていますが、地域との関わりをより深めるため、くすのき園として独自に地域住民向け、専門的な技術や情報を提供する工夫を期待します。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H27.4.30)

今回の第三者評価の受審は、県の補助金を活用したことによるものでした。

今回は、ありのままの施設を評価してもらうため、何の下準備もすることなく第三者評価の受審を行いました。職員、利用者のアンケート調査に入り、どんな評価が出てくるのか少し不安な部分もありましたが、現状をそのまま評価して頂き、又そこから改善していけばと思っの事でした。

県の監査と違い、書類が整備され、遂行されていれば了解されるのではなく、どのようにして、どんな内容でと深く掘り下げて訪問調査（ヒヤリング）がありました。

評価結果で不足や不十分な部分も明らかになり、改善点が確認できました。今後、利用者へのより良い処遇と職員の質の向上を旨として職員一丸となって頑張っていきたいと思います。

再度、当施設の在り方や事業内容を検討する機会を与えて頂きました第三者評価機関の皆様方には、感謝申し上げます。

4 評価分類別評価内容

<p>評価対象 1 理念・基本方針</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 理念や基本方針は前身の授産施設開設時に職員間で検討を重ね作成され、パンフレットやくすのき園マニュアルに明記されています。 特に基本方針は、「利用者に質の高い支援ができるよう自己研鑽に努める」と共に、「利用者の信頼に応えられる施設を目指す」とし、支援規範ともなる具体的な3項目を掲げています。 これらは会議や研修会などで共有の機会が持たれていますが、職員自己評価の中には「理解は不十分である」と記入した職員も多く、十分な周知には至っていないようです。 今後は勤務年数や採用形態に関わらず、全職員で理念・基本方針に沿った支援が実践されているか、職員会議や研修で振り返りを行いながら周知徹底されることが期待されます。 ◆ 利用者などへの周知は、ルビをふったパンフレットを保護者会での配布や保護者研修会の中でも説明が行われています。 今後は、利用者（保護者）アンケートなどの中に、理念や基本方針についての項目を設けることも周知状況を把握するための一案かと思われます。
<p>事業計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 当事業所は法人である社会福祉事業団が運営管理を行っており、中・長期計画の策定は、傘下の各事業所の管理者が事業団本部ヒヤリングの場で、施設・設備整備計画（5年）や事業展開（4ヶ年）を説明・協議し本部が策定しています。このヒヤリング資料は管理者と関係職員で作成していますが、現

	<p>状分析や課題等について全職員には開示されていません。</p> <p>職員自己評価で「上層部や関係職員以外は分からない」という声もあり、今後は職員の参画意識を高め、サービスの向上を図るためにも、中・長期計画を策定する際の工夫が期待されます。</p> <p>◆ くすのき園の事業計画書は、関係職員の意見を聞いて作成されていますが、事業毎の事業内容を列挙した記述にとどまっておらず具体的な数値目標等の設定はなされていません。</p> <p>また、事業計画の職員への周知は回覧形式になっていますが、確認や理解状況には開きがあり、全職員へ周知するための工夫が望まれます。</p> <p>なお、この事業計画書には、「利用者から選ばれる施設づくり」という目標達成のため、『利用者個人の能力を見だし、自立した生活ができるよう支援を行う・プライバシー保護等8項目』の具体的項目を掲げ、事業報告で、各項目についての実績が確認できました。</p> <p>保護者には年2回（3月と6月）の保護者会で説明し承認を得ています。</p>
--	--

<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>◆ 管理者の責任や役割は、事務分掌表や災害対応マニュアル（H26.7策定）に記載されており、職員や利用者・家族からの信頼感をさらに高めるためにも職員会議や研修・保護者会の場や文書などにより表明されることが期待されます。</p> <p>◆ 管理者は各種協議会等で行われる研修会に出席し職員への周知はもとより、内容によっては利用者・家族へも説明を行っています。</p> <p>今後は理解と遵守のための法令の体系的なリスト化や福祉分野に限らず幅広い分野についての取り組みが必要と思われます。</p> <p>◆ 『報告連絡相談・レポート』に気づいたことは何でも記入して担当者に提出する（箱に入れてもよい）仕組みがあり、実績も確認できました。</p> <p>なお、毎週水曜日を利用者からの相談日としており、職員が輪番制で対応しています。</p> <p>管理者自身もこれまでの経験を生かし、積極的に利用者支援や保護者とのコミュニケーションをはじめ、広い敷地内の樹木など環境整備にも携わっています。職員自己評価にも力強いリーダーシップを期待する内容が記されていました。</p>
-------------------------	--

	<p>経営や業務の効率化については、年休消化率や残業時間は職員個人毎に把握されています。今後は、意識向上に結び付く内部委員会の設置等の組織的取り組みが期待されます。</p>
<p>評価対象 1 経営状況の把握</p>	<p>◆ 参画している各種協議会から事業経営に必要な資料を入手しており、また、宇城市障がい者計画・障がい福祉計画審議会の資料で地域の利用者数の変化等を把握しています。 これらの資料分析によって平成25年度からB型事業の定員を6名増員しています。</p> <p>毎月、利用者数や電力使用量のデータを分析し、職員会議で説明、周知を図っています。</p> <p>県による監査が隔年おきに、法人監事による監査は毎年行われていますが、運営の透明性の確保には外部の専門家によるチェックが望ましく、今後、外部監査の実施が期待されます。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>◆ 法人本部に人事権があるということで、事業所に必要な人材に関する具体的プランは策定されていません。人事考課は、自己評価のうえ、管理者が育成面接を行う仕組みになっています。 今後、職員の士気があがりサービスの質の向上に結び付くような福祉現場向けの様式による人事考課の実施が期待されます。</p> <p>◆ 職員の就業状況は、事務職員がチェックし、職員の意向とともに管理者が確認を行っています。 人事考課の一環として9月に面接が行われており、今後も相談しやすい雰囲気づくりや職員との意見交換が期待されます。</p> <p>◆ 福利厚生は、ソウエルクラブへの加入（正職員のみ）や年1回の健康診断（深夜勤務職員は年2回）の実施、報連相レポートで悩みごと等を提出する仕組みが確立しています。 今後は職員の相談窓口（健康上・悩み）を組織内に設置し、解決に向けた体制の整備が期待されます。</p> <p>◆ 基本方針や中・長期計画には職員の教育・研修に関する基本的姿勢の明示は見当たりません。 個別職員の技術水準の把握はなされており、今後は利用者へ質の高い支援ができるよう、自己研鑽にも繋がる職員一人ひとりについての教育・研修計画が期待されます。</p>

	<p>業務内容に沿って積極的に外部研修への派遣を行い、教育・研修計画報告レポートを作成し、職員会議で報告が行われています。今後は研修成果に関する評価・分析により次の研修計画に反映していく取り組みが必要と思われます。</p> <p>◆ 実習生の受け入れは、サービス管理責任者が担当者となってマニュアルに基づき積極的に行われています。</p>
3 安全管理	<p>◆ 緊急時の利用者の安全確保は、災害対応マニュアルで責任者を明示し（平常時は管理者、緊急時は各担当者）、『災害時における職員の行動基準』で火災や風水害等の災害時における利用者への対応等 8 場面について取るべき行動を具体的に記載し、職員や利用者へも周知がなされています。</p> <p>また年 6 回の避難訓練で 2 回（3 月と 11 月）は、消防署も参画し、入所者と B 型事業所利用者全員で昼間の避難総合訓練を実施しています。</p> <p>なお、平成 27 年度の A E D 導入に合わせて救急法の研修が予定されています。</p> <p>◆ 災害時の利用者の安全確保は、当事業所が台地上に位置し、水害の心配はなく、H25.1 には市と災害時要援護者の福祉避難先施設としての協定が結ばれています。</p> <p>また食料については、栄養士を中心に備蓄整備が行なわれています。</p> <p>◆ 小さな事故の類でも『事故・ひやりはっと報告書』で報告するようにしており、『報連相レポート』も利用者の安全確保に活用しています。</p> <p>職員会議で、“ひやりはっと”を報告・検証し、5 月には年間分を検証し改善策としてまとめ、全職員への報告がなされています。</p>
4 地域との交流と連携	<p>◆ 基本方針に「地域に開かれた拠点施設を目指す」と記載し、事業計画には、利用者から選ばれる施設づくりのために「施設の開放や地域との交流を図る」と明記しています。このような方針の下、支援学校の体験学習や手話団体への会議室の無料提供等が行われています。</p> <p>しかし、集落から離れた台地上に位置する地理的条件もあって、施設で生産するいぐさ製品の展示販売会もある夏祭り以外は、地域の人たちとの交流は少ない現状です。</p> <p>◆ 現在、広報誌の発行は行われておらず、障がい者への相談支援事業は熊本市の法人本部で行われています。</p> <p>地域との交流を活発に事業所への理解をより深めるためにも、くすのき園として独自の地域住民向け研修会の開催等専門的な技術や情報を提供する工夫を期待します</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ボランティアの受け入れに関するマニュアルは整備されていますが、夏祭り等では宇城市社会福祉協議会にボランティア派遣を要請している現状です。 また、必要な社会資源の明確化は、リストや資料は作成されておらず、職員間での情報の共有化など今後の取り組みが期待されます。 ◆ 管理者は、宇城市障害者計画審議会委員に就任しており、また宇城市自立支援協議会にも参画して関係機関と連携し、情報交換を行っています。 得られた情報を活かし地域の福祉ニーズに沿ってグループホームを開設しています。
<p>評価対象</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 基本方針に「ノーマライゼーションを基礎とし、人格を尊重する」ことを明示しており、法人の職員倫理綱領には1．個人の尊重 2．人権の尊重 3．自己決定権保障 4．満足度の高いサービスの提供を掲げ、身体拘束や虐待防止に力を入れ、事業所内外での研修で周知徹底が図られています。個々のサービスは、職員倫理綱領を踏まえて策定されている職員行動規範に沿って提供されています。 ◆ 利用者のプライバシー保護マニュアルが策定され、設備面では居室や脱衣場にカーテンを設置し、管理者が職員会議で折に触れて利用者の尊重や配慮ある支援について指導しており、今後は計画的な職員研修の実施による共有が期待されます。 ◆ 毎週水曜日が利用者相談日となっており、職員が輪番制で対応し、その内容は記録綴りに収録して全員回覧しています。 また、利用者懇談会は毎月、保護者会も年2回開催されており、今後はこれらの機会を利用した利用者満足調査の実施を期待します。 苦情解決はロビーに『苦情受付』を掲示し、意見箱の設置や第三者委員3名の配置・相談室を設け、出された内容は苦情受付書として記録・保管する仕組みとなっています。 また、利用者からの意見への対応は、苦情相談実施要領で受付担当をサービス管理責任者とし、報告手順等を定めています。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 今回が初めての第三者評価受審では、サービス管理責任者や参事を担当者とし自己評価に臨まれた他、保護者会では現状報告の後、今回の第三者評価について研修会を開催し理解と協力を呼びかけられました。 また、自己評価記録書(正職員)や自己点検記録書(契約・

	<p>嘱託職員)など勤務形態に応じた自己評価が実施されており、今後は第三者評価基準を活かしながら自己評価の実施や今回の評価結果を職員参画で分析し明確になった課題に向けて職員一丸となって取り組まれることを期待します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 『利用者への接し方マニュアル』で、サービスの標準的な実施方法が示されており、職員会議で具体的事例を挙げて周知徹底に努めていますが、個別指導や見直しの仕組みの構築に期待します。 ◆ 利用者に関するサービスの実施状況は、個別支援計画書に基づくケース記録や連絡ノートで確認でき、記録内容の均一化には個別支援経過記録記入マニュアルによってサービス管理責任者が個別指導を行っています。 記録管理は、管理者が責任者となっており、文書取扱規程で保管・保存を規定し、法人の個人情報保護規則で情報開示に対応しています。また、サービス管理責任者は職員会議で個人情報保護の徹底について話を行い、周知を図っています。 利用者の状況等に関する情報は、申し送り書、生活介護日誌、支援日誌、PT日誌を全員回覧することで共有を行い、必要に応じてサービス管理責任者が招集してケアカンファレンスが実施されています。
<p>3 サービスの開始 継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ パンフレットやインターネットのホームページ(法人本部による更新)により事業所の紹介が行われ、パンフレットは行政(市町村)や県内の道の駅物産館に置かれています。 また、問い合わせや見学に関してはサービス管理責任者が担当者となり丁寧な対応を心がけ実施されています。 利用希望者には必ず見学をしてもらうようにしており、他のサービス利用が望ましい場合や事業所変更の場合の対応は、文書では定めていませんが、新たな生活の場でスムーズな支援ができるよう本人・家族の同意があればフェイスシートや生活歴を送付して確実に引き継ぎができるように配慮されています。 ◆ サービス開始時には重要事項説明書やルビをふった契約書の中で、サービス内容や料金などについて、必ず職員が読み上げ説明し同意を得ています。 また、必要に応じ拡大した書類も用紙するなど本人・家族の状況に応じた説明に努めています。
<p>4 サービス実施 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 利用者以最良の支援ができるよう、サービス管理責任者を中心にベースになる書式を見直し、事業所に的確なアセスメント内容に変更を行い、管理者・支援員・栄養士・看護など関係職員が参加してアセスメントに関する協議が実施されています。

	<p>事業所ではパートナー方式による利用者支援が行われており、生活支援マニュアルにもパートナーの提案がその都度活かされています。</p> <p>◆ サービス実施計画はサービス管理責任者が責任者となり、生活支援担当・看護師・栄養士・理学療法士など関係職員によるケース会議を開催し、日常生活を支援する上での留意点などを具体的にまとめて計画書が作成されています。計画書の評価・見直しは基本的に半年に1回、必要があればその都度行うこととしています。</p> <p>見直しによって変更したサービス実施計画書の内容は、会議の中での報告や回覧により周知徹底が図られています。</p> <p>また、回覧の押印もチェックしており確実な共有に努めています。</p>
<p>評価対象 A - 1 利用者尊重</p>	<p>◆ 福祉に携わるものとして利用者への尊厳は最も重要なことであり、丁寧な行動や言葉遣いの徹底についてマニュアルや法人関連の管理者が集まり検討を重ね作成されたチェックリストを活用し一人ひとりの職員が振り返りを行っています。</p> <p>体罰や抑制に関する研修会には全職員が参加して行われ、職員会議の中でも拘束や虐待に関する新聞記事やニュースなど、事例をあげ再確認されています。</p> <p>また、利用者待遇に関してもサービス管理責任者によって研修が計画されています。</p> <p>入浴・排泄時は同性介助で支援され、居室へ入る際や所持品を確認する場合も必ず了承を得て行っています。</p> <p>利用者の呼称は基本的に「さん付け」としていますが、中には呼びなれた「ちゃん」と、呼んで欲しいなど希望がある場合は、本人の希望を尊重して対応しています。</p> <p>◆ 職員は日常の関わり合いを通じてコミュニケーションを図っており、意思伝達に制限のある人の場合は、筆談や身振り・手振りで意思を確認する他、手話のできる職員をパートナーに配置しています。</p> <p>また、毎週水曜日に会議室や園長室を会場として行われる利用者相談日も、コミュニケーション確保の手段として活用されています。</p> <p>相談日は朝礼時や15時に全館放送で、担当職員も伝え利用者が利用しやすい環境に配慮しています。</p> <p>◆ 日中の支援活動（生産・趣味・機能訓練）は本人の意向で決定しています。</p> <p>また、町の広報誌などにより情報を収集し、コンサート鑑賞や美術館・映画館の利用、温泉施設への日帰り旅行などの体験の機会が設けられています。</p>

	<p>利用者自身が人権意識を高められるよう、事業所内にはポスターが掲示されています。</p>
<p>A - 2 日常生活支援</p>	<p>〈食事〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 殆どの利用者が常食ですがキザミ食など個々の食事形態に応じ提供しています。また、介助の必要な方には職員間で支援方法が共有されています。 ● 2ヶ月に1度、管理者や栄養士・調理師・職員をメンバーとして開催している給食委員会には利用者の代表も参加し、希望メニューをはじめとした意見交換の場が持たれています。献立は栄養管理に加え季節や旬の食材を生かし、米・野菜・鮮魚・精肉など地元の商店より配達されています。また、タイピーエンや団子汁・のっぺい汁などの郷土料理やおせち料理をはじめとした日本の食文化を楽しむ行事食は利用者にも好評です。献立表からは素麺やぜんざいを温や冷で、白玉スープを味噌や醤油味、日曜日の昼食は好評の麺類を組み入れるなど様々な工夫が確認されました。今後は、クッキーやおはぎ作りなど利用者も参加するクッキングも行われており、以前実施された手作りカレーでの新年会なども是非検討いただきたいと思います。また、利用者の食事に関するアンケート内容の検討や、季節で利用者の嗜好も異なることから年2回など定期的実施されていくことが期待されます。 ● 食堂は中庭を眺められる空間となっており、お茶や烏龍茶などが選べる湯茶サービス器が設置されています。食事は午前中の活動の状況で開始時間も異なり、それぞれの時間帯で摂ることが可能です。見守りを兼ねてその日の担当職員が食堂に配置されていますが、時には利用者の横に座ったり、食堂内を回りながら利用者に声をかけるような支援が必要と思われれます。また、厨房と食堂は隣り合わせであることから、洗い物はある程度利用者の食事が済んだところで開始することで利用者もゆっくりと美味しい食事を楽しめることでしょうか。取り組みに期待します。 <p>〈入浴〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 入浴時間は、利用者の男・女数や職員の勤務体制から障害の程度に応じて基本的に午前・午後の時間が決められていま

す。

入浴は朝9時のバイタルチェックで可否を見極め、異常がある場合は再度確認しています。浴室は業者による掃除が行われ、職員は洗剤など安全・衛生管理に努めながら入浴支援を行っています。

同性介助を基本とし、女性用浴室には個室も設けられています。見守りや身体洗浄など支援して欲しい事を確認しながら、「できないことは無理をせず、遠慮なく頼んでください!」と、申し添えています。

- 入浴は10月～6月を週3回(月・水・金)、夏季7月～9月は、入浴及びシャワー浴で週6回(月～土)、輪番制を基本に支援され、爪の状態も入浴時に確認を行っています。汗をかいた場合など必要に応じてシャワー浴を含め対応が可能ですが、時間帯や回数など利用者との話し合いでの決定とはなっていません。
- 浴室や脱衣場は清潔に管理され、脱衣場へのファンヒーターや、扇風機の設置など季節に応じた室温管理に努めていますが、安全性や介助する側の負担も大きく、今後浴室の新設は検討課題にあがっています。実現により利用者の楽しみも増していくことと思われます。

《排泄》

- 排泄マニュアルを作成し共有を図りながら個々に応じた支援に努めており、排泄支援記録表によるチェックが行われています。支援が必要な方には、定時誘導を行い日中はできるだけおむつに頼らないようにしており、トイレ内は掃除を徹底し汚れないか、小まめに確認を行い、いつでも気持ちよく使用できるように配慮しています。
- 4年前にトイレの全面改装が行われ、現在男性利用者トイレの床シート張替えが予定されています。

《衣服》

- 衣類については入浴準備などの際に一緒に確認を行ったり、必要があれば選択の相談に応じています。購入は毎週火曜日が買い物支援となっており、職員が同行し選択のアドバイスを受けながら購入される方もおられるようです。余暇活動として年末に開催された『くすのき園紅白歌合戦』では、女性利用者に着物を着付けて歌ってもらうなど、日本の着物を楽しむ機会も持たれたようです。

- 利用者が着替えを希望した場合は対応しており、支援に頼らず自ら着替えをしたい意思も尊重しています。
入浴後や活動で汚れた場合など随時洗濯を支援しており、職員は破損なども確認し対応しています。

〈理容・美容〉

- 事業所には長年、年2回のボランティア散髪の訪問が行われ、利用者とも顔なじみの関係となっており、希望も確認しながら支援されているようです。また、行きつけの理髪店や美容院を利用される方には個別で送迎対応されています。また、余暇活動の中でマニキュアを楽しむ機会も持たれています。

〈睡眠〉

- 居室は3人部屋となっており睡眠支援マニュアルを作成し、排泄誘導などの場合は他の利用者に十分配慮し、安眠を妨げるような行為で部屋の交替の要望があれば検討しています。寝具はレンタルですがタオルケットや毛布など季節に応じた持ち込みも行われ、天候の良い日は日光に干し気持ち良い安眠支援に繋がっています。また、ベッドも個々に応じて準備されています。

〈健康管理〉

- 健康マニュアルが整備され、毎朝バイタルチェックや排便確認などを行う他、職員が日頃接する中で表情や動きなどから異常の早期発見に努めています。また、月1回嘱託医が受診支援に来園した際は、健康相談も可能となっています。
月1回の体重測定や朝礼時のラジオ体操（月～金）、嚥下力を維持するためにビデオを使った体操やPTの指導など、日常生活の中で健康維持・管理が行われています。
口腔ケアについては食後の歯磨きが徹底されており、必要な方には個別で歯科受診が行われていますが、今後は年1回の歯科検診が検討されています。口腔ケアは健康管理に重要な一つであり、歯科検診の実現が期待されます。
- 嘱託医をはじめ協力的な医療機関は事業所から5分程で診察できる環境にあり日頃から連携が図られています。
- 内服薬や外用薬の管理は看護職員が行っており、服薬チェック表により確実な支援に努めています。また、薬物の取り違いなど使用に誤りがあった場合の対応は危機管理マニュアルの中に記されています。

《余暇・レクリエーション》

- 利用者自身が主体的な企画・立案を行った余暇活動の場面はありませんが、月1回利用者懇談会の中で希望や意向を確認する他、年1回外出支援を中心にルビをふった『外出支援希望調査』が実施されています。
また、土曜日は余暇活動やレクリエーション支援の日として映画やネイル支援など本人の希望による参加で行われており、映画鑑賞では好みの映画を積極的に伝える方や、ネイル支援で綺麗になった自身の爪を見て微笑まれ、次回を心待ちにされる女性利用者もおられるようです。
これらの活動については『余暇活動支援日誌』に記録し次回に活かされています。

《外出・外泊》

- 外出や外泊については、ルビをふった園寮則の中に時間や届け出の仕方、やむをえない事情で帰園が遅れる時、行く先の変更等が生じた時などわかりやすく記されています。
外出簿はサービス棟に置かれ記入後は、支援員に声をかけて出ることなども日常の中で伝えられています。
盆や正月の外泊については、強制することなく本人や家族の意向のもと支援されており、中には毎週帰省される利用者もおられます。
サービス管理責任者は今後、個別での外出支援の充実について語っています。
また、利用者アンケートにも、もっと外出の機会を希望する内容が記されており、地域社会資源も活用しながら外出支援が展開されていくことが期待されます。

《所持金・預り金の管理等》

- 管理が必要な方へは『預かり金等の管理及び取扱い要領』に則り支援されており、責任者は管理者、部長・支援員1名で担当し、預かり金の報告は年4回、本人または家族に対して行われています。
- テレビは食堂やロビー・娯楽室に設置されており、居室での個人持ち込みも可能となっています。
また、カセットやCD・DVD等で音楽を楽しまれる方もおられ、同室者への配慮のもと使用することが寮則の中にも記されています。
新聞については読みなれた地方紙やスポーツ誌が提供されています。

- 喫煙所はロビーに設置され、飲酒については周囲に迷惑とならないよう食堂（適量）のみ可能となっています。
これら嗜好品についても寮則に記されています。

〈社会適応訓練〉

- 社会適応訓練の一つとして昨今は宿泊旅行が困難な利用者も多くなり日帰りの外出支援となっています。
今年度は昨年好評であった温泉入浴・昼食・買物支援を取り入れた日帰り旅行が利用者の状況に応じ4班に分かれて（4日間）実施されました。
新鮮な魚料理などに満面の笑顔の利用者の様子は写真におさめられ、事業所内の廊下に掲示されていました。
昼食では前もってメニューを預かり好みが提供されたようです。
大手企業が取り組んでいる様々な施設などを支援する活動（黄色いレシート運動）では、利用者も地域の大型ショッピングセンターに出かけ、職員と一緒に声を出して協力を呼びかけるなど事業所の一員として参加しています。

〈施設・設備〉

- 現在の建物はS56・10重度身体障害者授産施設として開設以来、改修工事（居室や浴室・トイレ・洗面所など）やスプリンクラーの整備など必要に応じた施設・整備の改善が行われています。
また、現在も男性用トイレのクロス張替えが予定され浴室の移設についても検討されるなど、利用者が使いやすい環境整備に努めています。
今後は掲示物や置物など定期的に確認し状況にふさわしい空間であるかなどにも意識を持って取り組まれることが期待されます。

(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	30人	
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		

評価細目の第三者評価結果

【熊本くすのき園】

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、基本方針が確立されている。		
	- 1 - (1) - 理念が明文化されている。	○a・b・c
	- 1 - (1) - 理念に基づく基本方針が明文化されている。	○a・b・c
- 1 - (2) 理念、基本方針が周知されている。		
	- 1 - (2) - 理念や基本方針が職員に周知されている。	○a・b・c
	- 1 - (2) - 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	○a・b・c

- 2 事業計画の策定

		第三者評価結果
- 2 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
	- 2 - (1) - 中・長期計画が策定されている。	a・b・○c
	- 2 - (1) - 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a・b・○c
- 2 - (2) 事業計画が適切に策定されている。		
	- 2 - (2) - 事業計画の策定が組織的に行われている。	a ○b・c
	- 2 - (2) - 事業計画が職員に周知されている。	○a・b・c
	- 2 - (2) - 事業計画が利用者等に周知されている。	a・b・○c

- 3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
- 3 - (1) 管理者の責任が明確にされている。		
	- 3 - (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・b・c
	- 3 - (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
- 3 - (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
	- 3 - (2) - 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	○a・b・c
	- 3 - (2) - 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	○a・b・c

評価対象 組織の運営管理

- 1 経営状況の把握

		第三者評価結果
- 1 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
	- 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・b・c
	- 1 - (1) - 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	a ○b・c
	- 1 - (1) - 外部監査が実施されている。	a・b・○c

- 2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
- 2 - (1) 人事管理の体制が整備されている。		
	- 2 - (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・ b ・c
	- 2 - (1) - 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a・b・ c
- 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
	- 2 - (2) - 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 ・b・c
	- 2 - (2) - 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a ・b・c
- 2 - (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
	- 2 - (3) - 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a・ b ・c
	- 2 - (3) - 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組が行われている。	a・b・ c
	- 2 - (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・b・ c
- 2 - (4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
	- 2 - (4) - 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・b・ c

- 3 安全管理

		第三者評価結果
- 3 - (1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		
	- 3 - (1) - 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a ・b・c
	- 3 - (2) - 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	a ・b・c
	- 3 - (1) - 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・ b ・c

- 4 地域との交流と連携

		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。		
	- 4 - (1) - 利用者と地域との関わりを大切にしている。	a ・b・c
	- 4 - (1) - 事業所が有する機能を地域に還元している。	a ・b・c
	- 4 - (1) - ボランティア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
- 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている。		
	- 4 - (2) - 必要な社会資源を明確にしている。	a ・b・c
	- 4 - (2) - 関係機関等との連携が適切に行われている。	a・ b ・c
- 4 - (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
	- 4 - (3) - 地域の福祉ニーズを把握している。	a ・b・c
	- 4 - (3) - 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a ・b・c

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。		
	- 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組を行っている。	Ⓐ・b・c
	- 1 - (1) - 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。	Ⓐ・b・c
- 1 - (2) 利用者満足の向上に務めている。		
	- 1 - (2) - 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	Ⓐ・b・c
- 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。		
	- 1 - (3) - 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	Ⓐ・b・c
	- 1 - (3) - 苦情解決の仕組みが確立され、十分に周知・機能している。	Ⓐ・b・c
	- 1 - (3) - 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a・Ⓑ・c

- 2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
- 2 - (1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
	- 2 - (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 Ⓑ・c
	- 2 - (1) - 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a・b・Ⓒ
- 2 - (2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
	- 2 - (2) - 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化され、サービスが提供されている。	Ⓐ・b・c
	- 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・c
- 2 - (3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
	- 2 - (3) - 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・c
	- 2 - (3) - 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	Ⓐ・b・c
	- 2 - (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。	Ⓐ・b・c

- 3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
- 3 - (1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
	- 3 - (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。	Ⓐ・b・c
	- 3 - (1) - サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている。	Ⓐ・b・c
- 3 - (2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
	- 3 - (2) - 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 Ⓑ・c

- 4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
- 4 - (1)	利用者のアセスメントが行われている。	
- 4 - (1) -	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	Ⓐ・b・c
- 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。	
- 4 - (2) -	サービス実施計画を適切に策定している。	Ⓐ・b・c
- 4 - (2) -	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	Ⓐ・b・c

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。	Ⓐ・b・c
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。	Ⓐ・b・c
A - 1 - (1) -	利用者の主体的な活動を尊重している。	Ⓐ・b・c
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。	Ⓐ・b・c
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。	Ⓐ・b・c

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。	Ⓐ・b・c
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。	Ⓐ・b・c
A - 2 - (1) -	喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	Ⓐ・b・c
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。	Ⓐ・b・c
A - 2 - (2) -	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	Ⓐ・b・c
A - 2 - (2) -	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	Ⓐ・c
A - 2 - (3)	排泄	
A - 2 - (3) -	排泄介助は快適に行われている。	Ⓐ・b・c
A - 2 - (3) -	トイレは清潔で快適である。	Ⓐ・c
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。	Ⓐ・b・c
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。	Ⓐ・b・c

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。	Ⓐ・b・c
	A - 2 - (5) - 理髪店や美容院の利用について配慮している。	Ⓐ・c
A - 2 - (6) 睡眠		
	A - 2 - (6) - 安眠できるように配慮している。	Ⓐ・c
A - 2 - (7) 健康管理		
	A - 2 - (7) - 日常の健康管理は適切である。	Ⓐ・c
	A - 2 - (7) - 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	Ⓐ・b・c
	A - 2 - (7) - 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	Ⓐ・c
A - 2 - (8) 余暇・レクリエーション		
	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。	Ⓐ・b・c
A - 2 - (9) 外出、外泊		
	A - 2 - (9) - 外出は利用者の希望に応じて行われている。	Ⓐ・b・c
	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。	Ⓐ・b・c
A - 2 - (10) 所持金・預かり金の管理等		
	A - 2 - (10) - 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	Ⓐ・b・c
	A - 2 - (10) - 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。	Ⓐ・c
	A - 2 - (10) - 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。	Ⓐ・c
A - 2 - (11) 社会適応訓練等		
	A - 2 - (11) - 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。	Ⓐ・b・c

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。	Ⓐ・b・c

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象 ～ ）	33	11	9
内容評価基準（評価対象A 1 ～ A 3 ）	29	0	0
合 計	62	11	9