

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) 熊本ライトハウスのぞみホーム	種別：障害者支援施設（施設入所支援、生活介護、短期入所、日中一時支援）
代表者氏名：理事長 西浦 健輔 (管理者) 施設長 森田 智博	開設年月日： 平成5年4月1日
設置主体：社会福祉法人 慈愛園 経営主体：社会福祉法人 慈愛園	定員：40名 (利用人数) 40名
所在地：〒〒862-0908 熊本県熊本市東区新生1丁目23-11	
連絡先電話番号： 096-368-2013	F A X 番号： 096-368-2019
ホームページアドレス	http://www.info@l-house.jiaiien.or.jp

(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、日中一時支援	新入所者歓迎会、誕生会、地域交流感謝祭、七夕会、園内運動会、ハロウィーン、園内バザー、クリスマス会、餅つき、節分会、お疲れ様会、キッチンカー受入（年数回）等
居室概要	居室以外の施設設備の概要
1人部屋：5室 2人部屋：18室	食堂、医務室、デイルーム、プレイルーム、相談室、ホール、浴室（2室）、めぐみホール、多目的ホール、多目的ルーム、シャワー室、談話室（3ヶ所）、洗面設備（6ヶ所）、便所（9カ所）

2 施設・事業所の特徴的な取組

<p>○キリスト教の「隣人愛」の精神を基本理念とし、視覚や聴覚と知的障がい、その他の障がいを併せ持つ重複障がい者の方々の生活の場となっています。利用者も職員も「一人ひとりの個性を大切に」「家庭的で豊かな生活を送る」をモットーに、共に生きる生活をサポートする県下でも特色のあるホームとなっています。施設での利用者の活動は、各人の障がいの特性に合わせたグループ分けを行うことによって、その特性に応じた活動の提供や個別支援が行われています。</p> <p>○施設は開設30年の歴史があり、住宅街に位置し、施設の行事などを通じ広く地域住民への施設の開放や各種の交流を行っており、地域に根差した施設となっています。「ふれあいバザー」や「地域交流感謝の集い」、「高齢者のためのふれあいランチ」などの実施や地域行事への参加などにより、利用者と地域住民の相互交流が活発に行われています。なお、平成28年4月に発生した熊本地震の際には、施設も被災しているにもかかわらず、避難所として多目的ホールを提供したほか、地域住民や他施設の利用者を受け入れ支援に当たっています。</p>

3 評価結果総評

◆特に評価の高い点

○施設の事業計画の主な取組の一つに「地域社会に貢献する」ということが掲げられ、地域との交流や連携についての取組が活発に行われています。

コロナ感染等の影響で現在は中止されている事業もありますが、「ふれあいバザー」や「地域交流感謝の集い」、「ふれあいランチ」の実施や地域行事への参加などにより、利用者と地域住民の相互交流の機会となっています。また、事業所内の園庭を地域住民や子ども会の行事などに開放されており、地域住民が気軽に立ち寄れることから利用者とのふれあいの場にもなっています。

○災害時における利用者の安全確保のための取組が積極的に展開されています。

事業継続計画（BCP）が策定され、防災管理組織・自衛消防組織が設置されています。また、利用者及び職員の安全確保及び財産を守るために「防災対策委員会」を立ち上げ、避難訓練、消火訓練の計画的実施（年3回）や消防用設備等・自主点検表を作成し、設備毎に日時を定め担当者によるチェックが実施されています。その他「火気関係・自主検査点検表」を作成し、ガス器具の老化・損傷、電化器具の配線の老化・損傷、終業時の下記の確認の項目に分け、日々チェックする等施設の周辺が住宅密集地でもある為防火対策に対する意識の高さがうかがえます。さらに、食料や備品類の備蓄リストも作成され、圏域の惣菜製造業者と提携するなど積極的な取組が行われています。

○本人を中心においた「個別支援計画」の策定プロセスが組織内で確立され、適切に運用されています。

組織として、利用者本人の生活に直結する個別支援計画策定の手順、責任者及び役割分担体制が整えられています。特に利用者・家族の「支援に対する意向」の確認については、普段の会話や関わりを通じて、また詳細なアセスメントシートを活用し、希望やニーズを把握されています。そして、把握された意向は、利用者主体を具現化する為本人の言葉で前向きな表現で記載されています。その他、ニーズとサービスの継続的な把握と評価については、支援場面の情報の整理、支援目標の確認を行い、その内容について利用者、家族参加型の検討会議が開催され、サービスの見直し・修正が確実に行われています。さらに、その検討会議録についても全職員が確認・押印、情報を共有し「個別支援計画」の実現にむけた取組が展開されています。

◆改善を求められる点

○中・長期計画の明文化が求められます。

障害者福祉に関して国の制度が変わり、中・長期の展望に立った「将来のあるべき姿」が描きにくい現状ですが、施設長は、これから求められる施設のあり方についての将来像をすでに描き出されているので、それを明文化し、さらに職員の声を取り入れながら、施設としての中・長期計画の策定を期待します。収支の計画策定や入所者の重度化や高齢化の中での支援の質の向上のための取組みや、そのための施設整備や職員体制、人材育成等の目標や方向性についても明確にしていくことが求められます。

○組織としてすべての利用者の地域移行などの意向を踏まえたサービスの提供を望みます。

現在、地域移行の可能性のある利用者に関しては、個別支援計画作成時や定期のモニタリングを通じて、希望や意向の確認を行い、移行先の見学や体験も可能となっています。今後は、個別事例のみならず、すべての利用者に対して、地域移行に関する意向や施設外の日中活動系サービスの利用の意向について確認するなど、利用者の希望に応じたサービス利用を目指し、関係機関と連携・協力体制を強化するなど、実効性のある取組を望みます。

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5.12.25)

この度の受審では、大変お世話になりました。施設全体の課題や一つ一つの項目において丁寧に分析いただき心より感謝申し上げます。評価についても的確な指摘がなされており、その内容について改善すべき点は施設全体の課題として全職員で取り組んでまいりたいと思います。法改正や社会情勢が大きく変わろうとしている今日において、ご指摘いただいた中・長期的計画の策定は今後の方向性を明確にするうえでも早急な対応が求められます。また、利用者の地域移行へ向けたサービスの提供を目指すための体制についてもしっかり検討を行っていきたいと考えます。また、生活支援については、高い評価を頂いていますが、慢心することなく再度検証を行い、利用者のためにさらに改善することはないかを職員全体で共有したいと思います。今後も、職員が目標を持って意欲的に働き、レベルアップ出来るように取り組むと共に、利用者支援では安心、安全で暮らせる施設を目指していきます。

(別記)

(公表様式1)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

【障がい者・児（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5年7月20日～ 令和5年12月31日
評価調査者番号	① 第08-021
	② 第10-004
	③ 第14-008

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：熊本ライトハウスのぞみホーム (施設名)	種別：障害者支援施設（施設入所支援、 生活介護、短期入所、日中一時支援）
代表者氏名：理事長 西浦 健輔 (管理者) 施設長 森田 智博	開設年月日： 平成5年4月1日
設置主体：社会福祉法人 慈愛園 経営主体：社会福祉法人 慈愛園	定員：40名 (利用人数) (40名)
所在地：〒862-0908 熊本県熊本市東区新生1丁目23-11	
連絡先電話番号： 096-368-2013	FAX番号： 096-368-2019
ホームページアドレス	http://www.jiaien.or.jp

(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、 日中一時支援	新入所者歓迎会、誕生会、地域交流感謝祭、七夕会、園内 運動会、ハロウィーン、園内バザー、クリスマス会、餅つ き、節分会、お疲れ様会、キッチンカー受入（年数回）等
居室概要	居室以外の施設設備の概要
1人部屋：5室 2人部屋：18室	食堂、医務室、デイルーム、プレイルーム、相談室、ホー ル、浴室（2室）、めぐみホール、多目的ホール、多目的ル ーム、シャワー室、談話室（3ヶ所）、洗面設備（6ヶ所）、 便所（9カ所）

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	2	
統括事務長	1		介護福祉士	11	
サービス管理責任者	1		精神保健福祉士	1	
生活支援員	18	5	看護師	1	
看護師	1		理学療法士	1	
理学療法士	1		栄養士	2	

栄養士	1		調理師	4	
調理員	3	2	社会福祉主事任用資格	3	
事務員	1		保育士	5	
補助員		2			
医師		1			
合 計	28	10	合 計	30	

※ 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) ～「隣人を自分のように愛しなさい」～

『伝える愛 伝わる愛』

(基本方針) キリスト教の「隣人愛」の精神に基づき、利用者の基本的人権が尊重され、その自己実現が図られるよう、その人らしく喜びを持ち社会の一員として生活できるよう支援する。そのために「生活の質」「支援の質」そして「職員の連携」を図る。

3 施設・事業所の特徴的な取組

○キリスト教の「隣人愛」の精神を基本理念とし、視覚や聴覚と知的障がい、その他の障がいを併せ持つ重複障がい者の方々の生活の場となっています。利用者も職員も「一人ひとりの個性を大切に」「家庭的で豊かな生活を送る」をモットーに、共に生きる生活をサポートする県下でも特色のあるホームとなっています。施設での利用者の活動は、各人の障がいの特性に合わせたグループ分けを行うことによって、その特性に応じた活動の提供や個別支援が行われています。

○施設は開設30年の歴史があり、住宅街に位置し、施設の行事などを通じ広く地域住民への施設の開放や各種の交流を行っており、地域に根差した施設となっています。「ふれあいバザー」や「地域交流感謝の集い」、「高齢者のためのふれあいランチ」などの実施や地域行事への参加などにより、利用者や地域住民の相互交流が活発に行われています。なお、平成28年4月に発生した熊本地震の際には、施設も被災しているにもかかわらず、避難所として多目的ホールを提供したほか、地域住民や他施設の利用者を受け入れ支援に当たっています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和5年7月20日（契約日） ～ 令和5年12月5日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3回（平成30年度）

5 評価結果総評

◆特に評価の高い点

○施設の事業計画の主な取組の一つに「地域社会に貢献する」ということが掲げられ、地域との交流や連携についての取組が活発に行われています。

コロナ感染等の影響で現在は中止されている事業もありますが、「ふれあいバザー」や「地域交流感謝の集い」、「ふれあいランチ」の実施や地域行事への参加などにより、利用者や地域住民の相互交流の機会となっています。また、事業所内の園庭を地域住民や子ども会の行事などに開放されており、地域住民が気軽に立ち寄れることから利用者とのふれあいの場にもなっています。

○災害時における利用者の安全確保のための取組が積極的に展開されています。

事業継続計画（BCP）が策定され、防災管理組織・自衛消防組織が設置されています。また、利用者及び職員の安全確保及び財産を守るために「防災対策委員会」を立ち上げ、避難訓練、消火訓練の計画的実施（年3回）や消防用設備等・自主点検表を作成し、設備毎に日時を定め担当者に

よるチェックが実施されています。その他「火気関係・自主検査点検表」を作成し、ガス器具の老化・損傷、電化器具の配線の老化・損傷、終業時の下記の確認の項目に分け、日々チェックする等施設の周辺が住宅密集地でもある為防火対策に対する意識の高さがうかがえます。さらに、食料や備品類の備蓄リストも作成され、圏域の惣菜製造業者と提携するなど積極的な取組が行われています。

○本人を中心においた「個別支援計画」の策定プロセスが組織内で確立され、適切に運用されています。

組織として、利用者本人の生活に直結する個別支援計画策定の手順、責任者及び役割分担体制が整えられています。特に利用者・家族の「支援に対する意向」の確認については、普段の会話や関わりを通じて、また詳細なアセスメントシートを活用し、希望やニーズを把握されています。そして、把握された意向は、利用者主体を具現化する為本人の言葉で前向きな表現で記載されています。その他、ニーズとサービスの継続的な把握と評価については、支援場面の情報の整理、支援目標の確認を行い、その内容について利用者、家族参加型の検討会議が開催され、サービスの見直し・修正が確実に行われています。さらに、その検討会議録についても全職員が確認・押印、情報を共有し「個別支援計画」の実現にむけた取組が展開されています。

◆改善を求められる点

○中・長期計画の明文化が求められます。

障害者福祉に関して国の制度が変わり、中・長期の展望に立った「将来のあるべき姿」が描きにくい現状ですが、施設長は、これから求められる施設のあり方についての将来像をすでに描き出されているので、それを明文化し、さらに職員の声を取り入れながら、施設としての中・長期計画の策定を期待します。収支の計画策定や入所者の重度化や高齢化の中での支援の質の向上のための取組みや、そのための施設整備や職員体制、人材育成等の目標や方向性についても明確にしていくことが求められます。

○組織としてすべての利用者の地域移行などの意向を踏まえたサービスの提供を望みます。

現在、地域移行の可能性のある利用者に関しては、個別支援計画作成時や定期のモニタリングを通じて、希望や意向の確認を行い、移行先の見学や体験も可能となっています。今後は、個別事例のみならず、すべての利用者に対して、地域移行に関する意向や施設外の日中活動系サービスの利用の意向について確認するなど、利用者の希望に応じたサービス利用を目指し、関係機関と連携・協力体制を強化するなど、実効性のある取組を望みます。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

この度の受審では、大変お世話になりました。施設全体の課題や一つ一つの項目において丁寧に分析いただき心より感謝申し上げます。評価についても的確な指摘がなされており、その内容について改善すべき点は施設全体の課題として全職員で取り組んでまいりたいと思います。法改正や社会情勢が大きく変わろうとしている今日において、ご指摘いただいた中・長期的計画の策定は今後の方向性を明確にするうえでも早急な対応が求められます。また、利用者の地域移行へ向けたサービスの提供を目指すための体制についてももしっかり検討を行っていきたいと考えます。また、生活支援については、高い評価を頂いていますが、慢心することなく再度検証を行い、利用者のためにさらに改善することはないかを職員全体で共有したいと思います。今後も、職員が目標を持って意欲的に働き、レベルアップ出来るように取り組むと共に、利用者支援では安心、安全で暮らせる施設を目指していきます。

7 第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

(参考) 利用者調査の手法等

調査の手法	対象者	対象数(人)	基準数に満たない場合の理由
アンケート調査	利用者本人	40	
	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。

<共通評価基準>

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> 理念、基本方針は明文化され、職員への周知は行われていますが、利用者等への周知に課題が見られます。職員へは「職員の手引き」に明記され、朝礼時や会議等で復唱するなどの周知が図られ、事業計画書にも明記されています。しかしながら、利用者や家族等への周知では、利用者集会や保護者会などで、分かりやすい言葉に置き換える等の工夫をされた説明資料を作成するとともに、手話や点字の活用などにより周知されることが望まれます。さらに地域住民や関係機関への周知も望まれます。</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> 施設経営に関わる社会福祉事業全体の動向については把握・分析がされていますが不十分な状況が見られます。自治体や知的障害者施設協議会等により障害福祉を取り巻く動向や状況などを把握し、相談事業所、支援学校などより潜在的利用者等の情報の収集に務め施設運営の安定に取り組んでいます。また、財務状況を分析した資料を作成し、運営会議及びリーダー会議で基幹職員への説明を実施しています。しかしながら、中・長期計画が整備されておらず、整備のうえ把握した課題等を明文化されることが求められます。</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・ b ・c
<p><コメント> 経営課題の把握・分析に基づき取組まれています。不十分な状況にあります。経営課題は運営会議及びリーダー会議で検討され、理事会にも報告されており役員（理事・監事等）間では共通されていますが、一般職員への周知について課題が認められます。経営上の課題を解決するためには、全職員の意見を聞いたり、職員同士の検討の場を設けるなど、組織全体での取組みが望まれます。さらに中・長期計画にも把握した経営課題を明文化し継続的に取り込むことが求められます。なお、本項目については、一部職員について理解が不十分な状況が見られますので職員会議での検討が望まれます。</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。	a・b・ c
<p><コメント> 中・長期計画の明文化が求められます。障害者福祉に関して国の制度が変わり、</p>		

<p>中・長期の展望に立った「将来のあるべき姿」が描きにくい現状ですが、施設長は、これから求められる施設のあり方についての将来像をすでに描き出されているので、それを明文化し、さらに職員の声を取り入れながら、施設としての中・長期計画の策定を期待します。収支の計画策定や入所者の重度化や高齢化の中での支援の質の向上のための取組や、そのための職員体制、人材育成等の目標や方向性についても明確にしていくことが求められます。</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。	a・b・㉔
<p><コメント> 明文化した中・長期計画に基づく単年度事業計画の策定が求められます。単年度の事業計画は中・長期計画との関連性が求められるため、まずは、中・長期計画の明文化とその内容に沿った単年度事業計画の策定が求められます。策定された事業計画については、年度を取組方針、重点目標を策定し、それに基づく具体的な取組が決められていますが、やや具体性に欠ける部分がありますので、例えば、各委員会の目的や目標、スケジュール等の具体的な内容なども計上されることを期待します。</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・㉕・c
<p><コメント> 運営委員会議及び職員会議で2ヵ月毎の会議において、事業計画の評価が行われ、それを基に新年度事業計画を策定しています。職員へは年度当初の職員会議で説明が行われています。また、パート職員が入った毎月の定例会においては、事業等の進捗状況の報告をしています。職員の自己評価によると、本項目については、一部職員については、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、年度当初の説明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。</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・㉖・c
<p><コメント> 事業計画を利用者等に周知する取組みの工夫が求められます。家族等に対しては、家族会において随時説明が行われていますが、広報誌等に掲載し周知をされるなどの配慮が望まれます。また、利用者への周知については、職員の自己評価によると、ほとんど説明がなされていない状況が伺えます。重複障害を持つ利用者が多いことから、様々なコミュニケーション手法や点字などを使用したり、簡潔版を作成し各利用者の集会で説明する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・㉗・c
<p><コメント> リスクマネジメント委員会では、施設内等で発生した苦情や事故などを共有し改善策等が協議されていますが、委員会での検討結果が職員へ周知・共有される体制には至っていない状況と見受けられます。第三者評価は3年毎に定期的に受審されています。しかしながら、前回受審された際の評価内容の見直しや改善に向けた取組が十分とは認められません。県で示す第三者評価基準に基づき職員による自己評価の実施や評価結果の分析、そして改善への取組を行い、確実にPDCAサイクルを実施していくシステム作りが望まれます。</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・㉘・c
<p><コメント> 評価結果の分析や明らかになった課題についての改善策や改善実施計画の実施については課題が認められます。苦情や事故、第三者評価等の結果分析や分析内容の取りまとめ等について、施設としての仕組みの体制整備が望まれます。また、支援方法の改善等についての文書化や施設の職員会議や担当委員会での検討結果を職員間で共有を図るといった仕組みを構築し、それが機能するような体制整備が求められます。なお、検討された課題については事業計画及び中・長期計画へ反映させることが望まれます。</p>		

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・ ① ・c
<p><コメント> 施設長は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取組んでいます。職員会議や職員研修、広報誌「のぞみだより」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。また、毎日1回の職員への声掛けや各ホームへの訪問などを実践しています。しかしながら、職員の自己評価では、施設長の意見表明の機会が少ないとの意見が出ていますので、これまで以上に施設の会議や研修会などの多くの機会をとらえ、自らの役割と責任を明らかにされることが望まれます。</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。	① ・b・c
<p><コメント> 施設長は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っています。法人で実施されるコンプライアンス研修への参加、社会福祉法人経営者協議会・知的障害者施設協会等の関係会議などに参加し、社会福祉関係法令、労働関係の法令、社会倫理など遵守すべき法令を収集し施設の運営を行っています。また、法人では「社会福祉法人慈愛園コンプライアンス規程」が制定されております。虐待対応、各種ハラスメント防止規程も策定されています。なお、職員行動指針や行動規範にも遵法についての規程が設けられています。</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。	a・ ① ・c
<p><コメント> 施設長は、サービスの質の向上に意欲を持ち努力をしていますが、職員との齟齬が見受けられます。職員との個別面談による意見交換や各ホームへの巡回指導、定期的な第三者評価の受審など、積極的に取組む姿勢が伺われます。しかしながら、職員の自己評価によると、施設長の思いが職員に伝わっていないと思われる意見が出ています。今後は、施設内の会議や研修等のあらゆる機会を通じ、更なる職員との密接な意思の疎通により、自らの役割と責任を表明されることが期待されます。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a・ ① ・c
<p><コメント> 施設長は、必要な専門職員の増員による人員配置、働きやすい環境整備等に取り組んでいますが、職員の理解が深まっていない実態が伺われます。施設経営や財務状況等の課題を抽出し、運営会議に改善策を協議し、管理的職員で意識の共有化を図っています。また職員へは年2回の個別面談を行い、業務への目標や業務改善などの課題の把握に努めています。しかしながら、職員の自己評価によると、施設長の思いが職員に伝わっていないと思われる意見が出ています。今後は、働きやすい職場環境等について、職員会議などの機会をとらえ協議されることが望まれます。</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。	a・ ① ・c
<p><コメント> 中・長期計画において全体的な人材確保・育成についての考え方や人材育成方針等が策定されておらず課題がみられます。質の高いサービスを実現するためには、必要な人材の確保や人員体制の整備が望まれます。利用者の重度化の進行や福祉人材不足が社会問題となっている現状での必要な人材確保については、同計画や単年度事業計画等で具体的な</p>		

計画を策定され実行されることが望めます。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・ ㉔ ・c
<p>〈コメント〉 総合的な人事管理に改善の必要性が認められます。運営規程、就業規則、給与・退職金規程で定められた職務内容や職務等級分類基準や級別格付け基準などに基づき人事管理が行われています。施設長による年2回の職員個別面接は実施されていますが、法人・施設としての明文化された評価基準が定められていないため、それが人事考課に反映されない状況になっています。昇任・昇格等の基準、人事考課等を職員に明確化したうえで人事管理を実施されることが求められます。職員の自己評価でも本項目については低い評価となっていますので、職員が自ら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）についての職員への更なる周知が望めます。</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。	㉕ ・b・c
<p>〈コメント〉 施設長による年2回の個別面接が実施され、職員の就業状況や意向を定期的に把握する等の取組が実施されています。福利厚生については、福利厚生センターへの加入等で充実していると認められます。職員の自己評価でも高評価を得ており、働きやすい職場であることが伺えます。セクハラ、パワハラなどに関する規程も整備され、アニバーサリー休暇の設置、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みも実施されています。独立行政法人福祉機構及び熊本県社会福祉協議会の退職共済に加入しています。</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。	a・ ㉖ ・c
<p>〈コメント〉 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等は行われておらず目標管理制度の構築が望めます。施設長による職員への年2回の個別面接は実施されていますが、それが職員一人ひとりの目標設定やその進捗状況の確認のための面接とはなっていないと思料されます。まずは職員による自己申告書兼目標管理表などの書式を準備され、それに職員個々の目標を設定し、それにより管理者が定期的（年2回程度）な自己評価面接を実施し、職員一人ひとりの目標管理をする仕組みの構築が望めます。</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・ ㉗ ・c
<p>〈コメント〉 教育・研修については、事業業計画に掲げられ研修委員会で協議し、施設内外での活発に実施されていますが、その基本方針や、評価・見直しに課題が認められます。前年度の実施状況の評価を行ったうえで、当該年度の研修テーマ等の年間計画を策定し、研修を計画的に実施していく必要がありますが、そのようなプロセスが不十分と感じられます。実施された研修成果の評価・見直しを行い、次年度の研修計画に反映させる取組が望めます。</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。	㉘ ・b・c
<p>〈コメント〉 教育・研修は毎月実施され、職員一人ひとりの研修機会が確保されています。新任職員に対しては、各リーダーがメンターとなり、個別的なOJTが行われ、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。また、多くの種別の研修がサポーターズカレッジの研修動画を活用し、オンラインで受講できるよう整備されています。なお、年度末には職員全員へ受講したい研修の希望を取り、全員が希望する研修が受けられ、職員一人ひとりのキャリアアップや意向に沿った教育・研修機会の提供が行われています。</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。	㉙ ・b・c
<p>〈コメント〉 実習生等の教育・支援に関わる専門職の研修・育成についての体制を整備し多くの実習生を受け入れています。実習生等の教育・支援については、実習指導者を養成し窓口担当者も決め、受入マニュアルに沿った対応が行われています。社会福祉士、介護福祉士、</p>		

保育士などの実習プログラムも整備されています。

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。	a・㉔・c
<p><コメント> 法人や施設の概要、定款、広報紙、決算報告等については、法人のホームページや施設玄関で閲覧できる方法で公開されています。地域に向けての情報公開が求められており、自治会や関係行政機関や地域の学校などに、事業報告書や事業所の活動が掲載された広報誌を配布するなどして理解を深めることも望まれます。また、第三者評価受審結果や改善状況、苦情・相談の体制や内容等についての公表への取組も求められます。</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。	㉔・b・c
<p><コメント> 施設における事務・経理、財務状況、施設経営や労務管理について、法人が契約をする弁護士、公認会計士、社会保険労務士から指導・助言を受ける体制が整備されており、適正な経営・運営の確保が図られています。また、法人の経営する他の施設職員による内部経理監査も実施され透明性が確保されています。</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。	㉔・b・c
<p><コメント> 施設の事業計画の主な取組の一つに「地域社会に貢献する」ということが掲げられ、地域との交流や連携についての取組が行われています。コロナ感染等で現在は中止されている事業もありますが、「ふれあいバザー」や「地域交流感謝の集い」、月1回実施される「ふれあいランチ」の実施や地域行事への参加などにより、利用者と地域住民の相互交流の機会となっています。また、事業所内の園庭を地域住民や子ども会の行事などにも開放されており、地域住民が気軽に立ち寄れることから利用者とふれあいの場にもなっています。</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・㉔・c
<p><コメント> ボランティアの受入マニュアルが整備されていますが、登録者も少なく受入れも低調のように見受けられます。現在のボランティアの受入れとしては、絵本の読み聞かせ、アニマルセラピーなどと限定されており、地域との交流を図る意味からも受入れの工夫が望まれます。また、職員の自己評価によると、本項目に対しては低い評価になっていますので、ボランティアの受入の実態やボランティアの受入マニュアルなどについて、職員会議等での周知が望まれます。</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。	㉔・b・c
<p><コメント> 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。知的障がい者施設協会、社会福祉法人経営者協議会、手をつなぐ育成会事業所協議会等へ参加し地域の関係機関との連携を深めています。また、利用者のケース事例を通じ「くまもと障がい者ワーク・ライフサポートセンター」などの関係機関を招集したり、特定相談支援事業所の相談事例でも支援の検討会を開催しています。なお、職員に校区消防団員が存在するため、地域消防団との連携も図られています。</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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a・㉔・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。多目的交流センターは、主催する「地域交流感謝の集い」や「ふれあいバザー」として開放され地域交流の拠点となっています。また、熊本地震の際には、地域住民や被災した他事業所の利用者を受入れ、支援に当たっています。なお、今後は地域住民等への障害福祉の講演会や相談会等の開催などの出来ることを検討し、地域住民や自治体等への周知を図ることも求められます。なお、本項目に対する職員の自己評価については低い評価となっていますので、職員への周知も望まれます。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等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〉 地域の具体的な福祉ニーズを把握し、これに基づく公益的な事業・活動が積極的に行われています。地域福祉ニーズに基づき、行政ではできない地域の独り暮らし高齢者への「ふれあいランチ」や「ふれあいバザー」などを長年に亘り実施し、地域住民への公益的活動が実践されています。今後は、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・児童委員会や校区社会福祉協議会、自治会等の会合に参加し、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>		

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〉 利用者を尊重したサービスの実施については、法人の理念や基本方針に明記されており、職員の倫理綱領及び職員の行動規範も策定されています。また、「職員の手引き」の中で、「人権侵害・不適切な行為禁止」「福祉サービス職員の心得」「虐待防止」等が明示され、朝礼等で確認するとともに研修会の実施や各種会議等の中で組織内での共通理解が図られております。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	㉔・b・c
<p>〈コメント〉 利用契約書の他に身体拘束禁止に関する指針、虐待防止マニュアルや職員行動規範、支援ガイドラインによって明示されています。職員は、権利擁護自己評価書や虐待の芽チェックリストなどにより不適切ケアの自己チェックを実施するとともに研修も実施されています。利用者とその家族に対しては、入所時や個別支援計画書の策定時等に、例えば入浴や排せつ介助などは支援マニュアルに基づき、同性介護を実施し利用者のプライバシー保護に配慮したサービスの提供が行われています。</p>		
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〉 パンフレットやホームページなどで施設の情報発信が行われていますが、その配布先や内容表現等に工夫が望まれます。パンフレットの配布先として、現在、区役所障がい者担当課には置かれていますが、他の関係公共機関や各相談事業所、公民館等広く配布しその情報を多くの方が入手できるような情報発信への取組が望まれます。また、利用者が障がい者であることを考慮すると、表現を分かり易くしたり、ルビをふるとか視覚的なものを取り入れるなどの工夫も望まれます。なお、見学、体験入所、一日利用等は積極的に受入れており、利用希望者や家族の意向に沿った丁寧な説明が行われ、選択に必要な情報を提供されています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> サービスの開始に当たっては、サービス管理責任者により、重要事項説明書・契約書を用いて、利用者や家族へ説明が行われ、同意を得た後に契約が締結されています。説明に当たっては、支援マニュアル等を活用し、ジェスチャーや平易な言葉に変えて説明を行っています。また、個別支援計画等の策定の際には、絵や図、写真などを利用しながらの説明で意思確認を行うなどの工夫がされています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> 事業所の変更や福祉サービス内容の変更等があった場合には、利用者の不利益等が生じないように、本人、家族の意向を把握し、丁寧な説明を行い、同意を得て実施しています。また、福祉サービスが終了した後も、利用者や家族が相談できるように担当者や窓口を設置しています。</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・㉡・c
<p><コメント> 本年より月1回開催される利用者会議において、利用者自身にあったコミュニケーション手法を用いて各職員が確認を行っています。把握した意見については、運営会議や職員会議で検討され情報共有が行われています。しかしながら、サービス・アンケート調査の書式や把握した結果の集計や分析、その改善策の検討などが不十分と認められます。なお、家族より「利用者家族調査（アンケート）」を毎年実施し、利用者の支援等に関する意見や要望などを聴取しています。</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。		
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。	㉠・b・c
<p><コメント> 組織としての苦情解決の仕組みは確立し周知もされています。「福祉サービスに関する苦情解決要綱」が策定され、施設長を苦情解決責任者に、生活支援員2名を苦情受付担当者としています。第三者委員も選定され、意見箱（鍵付き）も設置されており、多数の投稿がされています。寄せられた意見については「リスクマネジメント委員会」で検討され職員会議で報告されています。さらに、第三者委員会へ報告・検証が行われサービスの改善に努めています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> 利用者の相談対応としては、担当職員以外に複数の職員が随時受けています。担当職員やサービス管理責任者、他職員にも相談していいことを常日頃から説明しています。相談があれば相談室での個別面談の実施、毎月実施される利用者会議での意見の聴取などにより、利用者の意見を聞き取り信頼関係が構築されています。また、家族に対しても家族会等での個別面談の実施などで意見を聴くなどして対応しています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> 利用者からの相談はプライバシーに配慮して相談室や誰もいない部屋を使用して、主に担当支援員が対応されています。何かあったら、いつでも相談に来ていいこと、他の職員でもいいこと、秘密は守られることを常日頃から周知されています。事業所玄関には意見箱も設置されており、利用者の意見を多く把握するよう取組みが行われています。把握した利用者の相談や意見は、速やかに職員会議で検討したり、「リスクマネジメント委員会」でも検討するなどの組織的で迅速な対応ができています。</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> 「リスクマネジメント委員会」が設置され、事故発生時の対応マニュアルも整備されています。毎日の振り返りやミーティングの中で、職員同士で確認し合いヒヤリ・ハ</p>		

<p>ット票、インシデントレポートに挙げ、職員会議へ報告し対応が検討され共有されています。また、毎月開催される「リスクマネジメント委員会」では、その原因や課題の抽出が行われ改善策が図られています。職員研修でも事故防止、感染症、救急救命などに関する研修会が計画的に開催されています。その他、ヒヤリ・ハット事例会で全職員にも共有されており、リスクマネジメント体制は機能しています。</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。	㉑・b・c
<p>〈コメント〉 感染症の予防と発生時の対応マニュアルを作成し、職員会議で感染症予防に向けた意識啓発が行われています。また感染症対策委員会を設置、定期的な検討の場（月1回）が設けられ、対応マニュアルの点検・見直しが行われています。特に施設は視力障害を有する利用者が多く、感染発生時に行動制限等を行った場合、パニック状態を引き起こす可能性が高い為、感染予防対策に重点を置き「1ケア1手洗い」の取組を徹底し実践されています。その他、利用者の手指消毒時の確認や手すりの消毒、共有した物品の消毒も随時行われています。その徹底した取組によりクラスター等の大規模な感染は発生していない現状です。</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している。	㉑・b・c
<p>〈コメント〉 事業継続計画（BCP）が策定され、防災管理組織・自衛消防組織を設置されています。また、利用者及び職員の安全確保及び財産の保全を守るために「防災対策委員会」を立ち上げ、避難訓練、消火訓練の計画的実施（年3回）や消防用設備等・自主点検表を作成し、設備毎に日時を定め担当者によるチェックが実施されています。その他「火気関係・自主検査点検表」を作成し、ガス器具の老化・損傷、電化器具の配線の老化・損傷、終業時の火気確認の項目に分け、日々チェックする等施設の周辺が住宅密集地でもある為防火対策に対する意識の高さがうかがえます。さらに、食料や備品類の備蓄リストも作成され、圏域の惣菜製造業者と提携するなど積極的な取組が行われています。</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。	㉑・b・c
<p>〈コメント〉 「職員倫理規程」に基づく行動指針や福祉サービス職員の心得が明文化され、それを踏まえて、各サービスにおける具体的な支援の手順や実施方法（支援マニュアル）が整備されています。また、尊厳への配慮として、各支援場面において、同性介護を基本とし、プライバシー保護に関しての留意点が記載されています。さらに、組織として特に留意されている対応として、重複障害の方が多いため、与薬・服薬に誤りがないように詳細な手順と留意点を記し、「誤薬は命にかかわることであることを職員1人1人が意識を高める」と関わる職員の姿勢を併せて明記し、適切な管理・確認を行っています。なお、支援マニュアルへの周知については、新採用研修の実施、指導的職員からOJTを通じて実施方法の確認が行われています。</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。	㉑・b・c
<p>〈コメント〉 生活全般において支援マニュアルが作成されています。実施方法の検証・見直しに関しては、毎年、サービス管理責任者等でマニュアルを検証し、部署会議で検討され見直しが行われています。その他、個別支援計画会議やモニタリング会議（3ヶ月～6ヶ月）で実施方法に関する改善点・提案事項を検討し改定に反映されています。また、支援マニュアル以外にも各利用者の日々の生活支援に関する各項目（着替え、排せつ、洗面・歯磨き、食事・食事支援、入浴支援、服薬支援、リハビリ等）について「支援・介護表」が作成されています。誰が見てもわかるように介助を必要とするレベルごとに○・△などの図形を用いて表示し、さらに本人の特性（個性）や支援者として留意する点も記載されています。</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支援計画を適切に策定している。	㉠・b・c
<p><コメント> アセスメントシートは、ADL、意思表示、その他、趣味等の項目別にチェック欄と「本人・家族の困っていることや希望」・「対応者が気づいたこと、気になること」の自由記述欄が設けてあります。それらの情報を収集・分析し、原案が作成されています。また、支援目標を記載する際「利用者自身の生活の目標だ」と意識して取り組んでもらえるように、利用者の立場に立ったわかりやすい書き方を心掛けるなど利用者の主体性を尊重する取組が行われています。その後「個別支援計画」の内容を検討する会議が開催され、さらに家族も参加してもらえるように開催日を調整するなどの配慮も行われています。当日参加できなかった職員は会議録に目を通し、サインするなど全員が把握できるような仕組みが整えられています。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	㉠・b・c
<p><コメント> 評価・見直しに関するマニュアルが作成されています。評価・見直しは、おおむね6ヶ月毎に実施しています。時期が到来した時には、計画された目標が達成しているか、サービス記録等の確認、各種サービスの担当者からの聴き取り、利用者の実態や意見も把握したうえで評価されます。必要な場合はサービス内容を変更し、関係職員へ周知が行われています。また、定められた時期以外でも状態変化やサービス実施方法の変更が生じた場合はすみやかに対応し、定期の評価・見直しと同様の手順で変更に関する手続きが取られています。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> サービス実施状況の記録については、パソコン入力し、個人別に整理されています。その内容は「生活介護」「日中支援」「入所支援」の種別に1日を通じて提供されたサービス内容と利用者の状態の変化が詳細に記入してあります。また、記載する職員間の書き方に差異が生じないように記録記載方法についてマニュアルを作成されています。加えて、新採用職員へは配属されたグループのリーダー職から日常的に指導が行われ、実施状況が正確・適切に共有できることを目標においた取組が行われています。さらに組織として共有を図るために個人記録ファイルを出力し、担当職員やグループリーダー、サービス管理責任者、施設長で供覧し組織全体でサービス実施状況を確認する仕組みが整えられています。</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> 法人内で個人情報の取扱いに関する体制・基本ルールを定めた「個人情報管理規程」が策定されています。また、その規程を具体的にわかりやすく説明した内容を職員一人ひとりに配布している「職員の手引き」に記載しています。まず、個人情報をわかりやすく解説した上で、「パソコンの管理」「ソーシャルメディア」等、カテゴリー別に、適正な取扱い、禁忌事項等明記されています。なお、利用者家族については、入所時、情報漏洩対策や情報開示への対応などサービス管理責任者から説明が行われ、「個人情報の使用に係る同意書」が取り交わされています。その他、利用者の記録の保管場所や保管方法、責任者、保存と廃棄に関する規程が作成され、適切に管理が行われています。</p>		

<内容評価基準>

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A①	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	㉠・b・c
<p><コメント> 「福祉サービス職員の心得」に「利用者の方が自己選択・自己決定できる様に支援する、利用者の言動・身振りやしぐさから内面を把握し、支援する」等、支援者としての姿勢が明記され、支援の基本的な考え方が示されています。利用者の意思と希望について</p>		

<p>は、お気に入りの理美容室の利用、好みの衣類の選択、私物購入等細かい事柄についても利用者の意向を確認して支援されています。利用者調査票でも「あなたがしたいことをよく聞いてくれますか」の項目で高い評価が得られています。加えて「利用者会議」（週1回）で、生活に関わるルール等について利用者と話し合う機会を設けるなど利用者を尊重したサービス提供が行われています。</p>		
<p>A-1-(2) 権利擁護</p>		
A②	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	㉑・・・c
<p><コメント> 「職員倫理規程」に基づく行動指針が策定され、職員の支援に対する姿勢が示されています。その他、通用口には「人権侵害・不適切な行為禁止」（具体的な事柄明記）「福祉サービス職員の心得」が掲示してあり注意喚起を促しています。加えて「職員セルフチェックリスト」「権利擁護自己評価表」を定期的実施し、支援の振り返りを行うような取組が行われています。また、組織として、「虐待防止委員会」「身体拘束等適正化委員会」が設置され、年3回多職種参加で会議を開催し、定期的な状況把握と改善に向けた話し合いが行われています。そして、その内容については全職員へ報告書等の供覧や職員会議等でフィードバックされています。</p>		

A-2 生活支援

		第三者評価結果
<p>A-2-(1) 支援の基本</p>		
A③	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	㉑・b・c
<p><コメント> 重複障害の方も多く、状況に応じて利用者の生活環境を検討し、利用者（必要に応じて家族等）に確認の上、模様替えや居室変更が行われます。その方針や方法等については個別支援計画に記載し、職員間での共有・実践できるような取組が行われています。また、利用者の希望に応じ、お金を所持し自己管理できるよう支援されています。その他、利用者が行政手続きや通院など生活に関わる様々な制度やサービス利用についても本人や家族に確認の上必要に応じて適切に支援されています。</p>		
A④	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	㉑・b・c
<p><コメント> 視覚障害や聴覚障害、または重複障害の方も生活されている為点字やタブレット、ホワイトボード、ジェスチャー、写真や利用者が書いたスケッチ等、様々な方法を用いてその方の状態に応じて対応しています。また、ジェスチャーや手話的なサインを職員で読み取り、求められる支援につなげられるように職員間で確認・共有し、利用者毎それぞれのコミュニケーション手段を確保されており、個別支援計画にも反映されています。その他、支援・介護表の備考欄に「本人の特性（個性）、支援者として気をつけること」を一人ひとり記載されるなど、統一した支援が実施できるように取組まれています。</p>		
A⑤	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	㉑・b・c
<p><コメント> 利用者からの相談は、担当職員を決めてありますが、それ以外の職員でも受け付ける体制が整えられています。相談を受ける際は、相談室や静かな場所へ移動し利用者が話しやすい雰囲気配慮されています。受け付けられた相談内容は、個人記録及び連絡帳に記録されています。その他、「利用者会議」（週1回）や牧師による礼拝（月1回）を通じても相談を受け付ける等、組織全体で受け止める仕組みとなっています。また、相談内容への対応については、担当職員と所属グループの職員及びグループリーダーたちで検討・共有を図り、サービス管理責任者へ報告、支援内容の調整が行われると共に、その対応策について、わかりやすい言葉や、絵文字、点字などを理解しやすい方法を用いて、利用者へ説明されています。</p>		
A⑥	A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	㉑・b・c
<p><コメント>> 利用者の意向を把握し、日中活動やレクリエーションの支援が行われていま</p>		

<p>す。障がいの特性から、戸外での活動ができない利用者も多いことやコロナ感染の影響もあり、園内での活動が中心となっています。そのため、体を動かす時間の確保や、園内数か所にエアロバイクを設置し、気軽に利用できるようにしています。特に、音楽活動を好まれる方も多く、ハンドベル演奏や歌唱等、時には演劇活動も実施し、毎月の行事の発表が行われています。さらに、希望者には、年1回(11月)開催の「地域向けバザー一会」の出品にむけた手工芸品の制作活動も盛り込まれ、利用者の希望や能力に応じて支援が行われています。</p>		
A⑦	A-2-(1)-⑤ 利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行っている。	㉑・b・c
<p><コメント> 個別的な配慮を必要とする利用者も多く、専門的技術の取得のためにアイマスク体験の実施や園外活動の際パニックや不安定な行動への対応に関して同行援護の講習会への参加を通じ、得られた技術等が支援マニュアルに反映されています。その他、精神科医による往診が月1回あり、平均15名程が利用し、その際には、支援方法に関する専門的な助言を得る場が設けられています。そして、職員間で共有・検討を行い、支援方法の見直しや環境整備が行われます。さらに、サービス管理責任者自ら、サービス管理責任者の連絡協議会(熊本市圏域)において4ヶ月毎に事例検討会や専門家を招いての勉強会に参加するなど専門的なスキルの向上に努められています。</p>		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	㉑・b・c
<p><コメント> 支援を要する利用者が多く、アセスメントに基づき日常的な生活支援が行われています。食生活については栄養ケア計画が策定され、利用者の健康状態に応じた治療食の提供や嚥下しやすい食形態での提供が行われています。食育として季節感を取り入れたメニューの提供も適宜実施されています。入浴支援は週3回実施され、基本的に同性介助に努め、利用者が落ち着いて入浴できるよう、お互いの相性を考慮するなど心身のリラクスの機会となるよう配慮されています。また、移動支援等については、視力障害を有する方も多いため、安全に移動できるように廊下には不要なものは置かない、壁には額などは設置しない等個々の状況に応じた安心・安全な支援が行われています。</p>		
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	㉑・b・c
<p><コメント> 男女別に居住棟を編成し、視力障害のための配慮として各居室には、室内の広さより一回り小さいサイズの畳カーペットを敷き、プライベートスペースであることを感触で確認できたり、また転倒時の衝撃も和らげる等の効果も期待されるためです。その他、トイレエアコン内にエアコン設置、浴室、脱衣場も床暖房を設置し、快適に使用できる環境が整えられています。緊急通報装置については、壁伝いで廊下を移動される方もおり、誤作動を防ぐために比較的高い位置に取り付け直すなど配慮されています。さらに、居室の入口引き戸の反対側にゴムを取り付け、音に敏感な方への消音対策や視力障害の方が誤って指を挟まないように安全性への配慮や快適に使用できるように工夫されています。</p>		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	㉑・b・c
<p><コメント> 機能訓練・生活訓練は、生活支援員、理学療法士、看護師等の連携・協力のもと個別支援計画が策定されています。利用者の意欲を高める支援として、利用者の希望や特性に合わせて4つのグループに分け、レベルに合わせた活動が提供されています。例えば、希望に応じてお菓子作りなどの調理実習が実施されています。ここ、数年コロナ感染の影響もあり体力向上や気分転換を目的に実施していた園外での歩行訓練など縮小せざるを得ない状況ですが、園内においては、数カ所にエアロバイクを設置、また、毎日の日課に身体を動かすプログラムを組み込み、利用者の機能低下を防ぐ取組が展開されています。</p>		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A⑪	A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	㉑・b・c

<p>コメント> 利用者自ら不調を訴える方は少ない為、日々の健康観察は看護職員他すべての職員で行い、健康状態、体調変化や排せつチェックの状況など記録し、情報を把握・共有するようになっていきます。また、利用者の体調変化による緊急時の対応については、マニュアルが整備され、かかりつけ医を通じて適切に医療を受ける体制が整えられています。その他、家族等への病状説明が随時行われ、利用者（家族）調査票のコメントにも「病気や怪我の状態についてこまめに連絡が入るので安心していきます」などの意見も多く見受けられます。さらに、精神科への定期通院や精神科医による面談も年1回ホーム内で実施されており、利用者も病状などの相談ができるような体制が整えられています。</p>		
A⑫	A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	a・b・c
<p><コメント> 非該当</p>		
<p>A-2-(6) 社会参加、学習支援</p>		
A⑬	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	a・㉔・c
<p><コメント> コロナ感染等の影響を受け、利用者の希望に応じた社会参加の機会が少なくなっていますが、現在、利用者向けに地域の理美容室マップを作成し、自己選択できる支援や近くの商店街で買い物ができるような支援プログラムを作成検討するなど、意欲を高める取組に着手されています。また、外出・外泊等の希望については特に制限はなく、希望を叶える為、障害者の旅行支援を行っている会社の情報提供を行い利用につなげたり、福祉タクシーを手配するなどの支援を行っています。学習支援については日常生活学習・感覚学習・基礎学習等個人のレベルに応じて提供されていますが、重度な方への対応に偏りがちになるという課題も生じています。さらに、職員自己評価でも「社会参加ができていない」「職員数により対応が難しい」等の意見も散見されています。</p>		
<p>A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援</p>		
A⑭	A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	a・㉔・c
<p><コメント> 地域移行の可能性のある利用者に関しては、個別支援計画作成時や定期のモニタリングを通じて、希望や意向の確認を行い、移行先の見学や体験も可能となっています。また、利用者の社会生活力を高める為「誕生日外出プログラム」を計画し、新幹線で博多駅まで外出体験、就労支援センターB型の体験利用を取り入れるなどの取組が行われています。しかしながら、職員自己評価では「地域との関わりが少ない」「社会参加ができていない」等の意見も散見されています。重複障害の方も多く地域移行の推進はハードルが高いと思われませんが、個別事例のみならず、すべての利用者に対して、地域生活への移行に関する意向や施設外の日中活動系サービスの利用の意向について確認し、利用者の希望に応じた地域移行の推進にむけた取組を期待します。</p>		
A⑮	A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	㉕・b・c
<p><コメント> コロナ感染等によりプログラムは縮小化されていますが、家族会を組織し、年2回「家族会」が開催されています。その際、利用者の生活状況や支援内容に関する面談を実施し、相談に応じ、必要に応じて助言等の支援が行われています。それ以外の時でも、常時、相談受付し、居室担当者やサービス管理責任者間で情報を共有し検討が行われています。さらに、施設の方針として、個別支援計画策定時には、家族の意向を必ず電話・面会時などで確認し、計画に反映する等家族と相互理解を図れるように配慮されています。他、広報誌「のぞみだより」(年2回)を発行し、支援状況；報告や家族アンケートの集計・結果を周知するなど、施設の取組を分かりやすく発信しています。</p>		

A-3 発達支援

		第三者評価結果
<p>A-3-(1) 発達支援</p>		
A⑯	A-3-(1)-① 子どもの障がいの状況や発達過程等に応じた発	a・b・c

	達支援を行っている。	
<コメント> 障がい児入所施設及び障がい児通所施設の評価に適用されるもので、本施設は「評価外」とします。		

A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A⑰	A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	a・b・c
<コメント> 就労移行支援及び就労継続支援（A型・B型）等事業所の評価に適用されるもので、本施設は「評価外」とします。		
A⑱	A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	a・b・c
<コメント> 就労移行支援及び就労継続支援（A型・B型）等事業所の評価に適用されるもので、本施設は「評価外」とします。		
A⑲	A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	a・b・c
<コメント> 就労移行支援及び就労継続支援（A型・B型）等事業所の評価に適用されるもので、本施設は「評価外」とします。		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（Ⅰ～Ⅲ）	23	20	2
内容評価基準（Ⅳ）	12	2	0
号 計	35	22	2