

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：つくしの里 (施設名)	種別：障がい者支援施設
代表者氏名：理事長 小川 眞司 (管理者)：施設長 小川 眞司	開設年月日： 平成3年8月1日
設置主体：社会福祉法人 清和会 経営主体：社会福祉法人 清和会	定員：入所50名、生活介護60名 短期入所4名 (利用人数)入所52名、生活介護83名
所在地：〒869 - 1231 熊本県菊池郡大津町大字平川400番地	
連絡先電話番号： 096 293 1550	F A X 番号： 096 293 1579
ホームページアドレス	http://www.tsukushinosato.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、グループホーム、相談支援、生活困窮者レスキュー事業	秋の里祭り、クリスマス会、敬老会、餅つき大会、家族・後見人・施設情報交換会
居室概要	居室以外の施設設備の概要
入所) 1人部屋3室 2人部屋29室 3人部屋1室	スプリンクラー、火災報知機、自動通報装置、消火器、防犯カメラ、個浴槽、介助用リフト、座シャワー、訓練器具、大型洗濯機、大型乾燥機、汚物除去機

2 施設・事業所の特徴的な取組

<ul style="list-style-type: none"> ・ 重度高齢化対策 身辺処理・健康面の維持・機能訓練等を中心に生活リズムの安定と利用者のQOLに重点を置いています。また、療養的な側面を持つため利用者の疾病予防と事故防止にも取り組んでいます。 ・ 強度行動障害の軽減 身辺処理の自立と日常生活における協調性・社会性の向上につながる取り組みを行っています。また、不適応行動に対し専門的な支援の中から行動上の問題点の頻度・強度の減少につなげるよう取り組んでいます。
--

3 評価結果総評

<p>特に評価の高い点</p> <p>1. つくしの里は、子どもの行く末を案じる保護者の想いで創られた施設です。地域の中で施設と保護者が一体となって利用者のより良い生活をサポートしています。</p> <p>○施設は大津の中心から車で15分ほどにあり、周囲は昔ながらの民家を望む高台に平</p>
--

成3年に開設されました。桜やモクセイなどの樹木に囲まれ季節の花を居ながらにして楽しめます。子どもの行く末を案じる保護者の想いで創られた施設であることから、正面玄関には、「親なき後も 幸せに」の文字が刻まれた石碑と、親子の狸（焼き物）、観葉植物や季節の花が迎えてくれます。施設パンフレットにも、中庭から望む桜の開花や緑の木々の様子、石碑と親子の狸を写した写真が表紙を飾っています。利用者・後見人・家族・職員が一体となって、明るく・楽しい・朗らかな環境の下に開かれた施設作りに取り組むことを、平成31年度事業計画【総論】の中に謳っており、施設・後見人・家族情報交換会（4月・3月）や年3回の面談日も出席しやすいよう6日間実施するほか、家族が施設を訪れる機会を積極的に設けています。職員アンケートの中にも、家族に会う機会は限られており、面談をはじめ面会の際は、ゆっくり話を聞くことを心掛けていることが記されていました。また、町の文化ホールで開催される保護者会主催の「やさしさいっぱいコンサート」や、施設行事の中でも大きなイベントの一つ、「秋の里まつり」の準備は、家族等と連携して進められています。

2. 利用者を尊重し、利用者一人ひとりの特性に沿った福祉サービスの提供に努力しています。

子どもの行く末を案じる保護者の想いで創られたという経緯があり、障がい者の自己決定を尊重し、信頼関係を重んじる「自律と自由」「畏敬と信頼」という法人理念を掲げています。この理念の実現に向け、管理者のリーダーシップにより、サービス向上委員会でサービスの実施状況をチェックし、利用者の個々の特性に沿ったきめ細かな福祉サービスの提供がなされています。

- 利用者それぞれの特性を踏まえて、5班に編成し、できる限り利用者の状態やニーズに応じた活動につなげられるよう「生きがいを持ち、健康で安心して生活できるように、利用者のニーズに合った介護・支援に努める」ことを目的とした『いきいきグループ』2班と、「社会的役割の発見、快適な生活、暮らしの創造を支援する」ことを目的とした『きらめきグループ』3班の体制により支援が行われています。

3. 地域に根差した施設運営に力を注いでいる事業所です。

法人の特徴を 地域の拠点としての施設の役割、施設の地域住民への開放、積極的な地域への職員派遣、地域と協力した施設運営をあげ、「つくし」のように地域社会に根を張った施設運営を目指しています。運営方針や施設行事、利用者の生活介護での活動状況、職員の研修受講感想等を載せた広報誌を毎月発行し、施設の存在意義や役割を発信し続けています。

地元の小学校とは、年6回の交流会を実施しています。全学年をいくつかのグループに分けて利用者との交流を図っており、特に、低学年の生徒には「障がいってなあに？」から始め、小さいころから障がいのある人への理解と人への思いやりを育むための機会を設けています。

施設の「秋の里まつり」は、地域のまつりとして位置づけられ毎回多くの参加が得られており、ステージでの出し物や食バザー、ゲームコーナーなど楽しい交流の機会となっています。

○災害時の福祉避難所として指定されているほか、豪雨の際、河畔にある指定避難所（小学校）への避難が難しい場合は、施設に避難してもらっていいことを地域へ伝えていきます。

熊本地震の時は、お風呂の一部開放が行われています。また、施設や小学校は双方のイベント時に駐車場の提供を行うなど協力関係を構築しています。

4．利用者本位の福祉サービス、質の確保に真摯に取り組んでいる事業所です。

○福祉サービス第三者評価を定期的に受審し、組織的に改善を重ねています。

- 今回で3回目となる第三者評価受審では、担当者（サービス管理責任者）を配置し、評価機関との事前研修会（2回）や利用者への第三者評価についての説明会（3回）をはじめ、真摯に取り組まれたことが事業計画書などからも確認されました。
- 前回の受審後明らかになった課題については、組織的に改善策を協議、検討して実行に移していることが、人事評価方法の改善等で確認されました。また、第三者評価基準による職員自己評価も毎年実施し、分析したうえで改善計画を立て、実行しています。

○サービス向上委員会を中心に、委員会活動に力を入れ利用者本位のサービスに努めています。

- 利用者支援の向上を目的にサービス向上委員会を平成26年度から設置し、入浴や食事・口腔衛生、整容、虐待防止、芸術・スポーツなど12のサービス項目に担当職員それぞれを2～4名配置し活動しています。このサービス向上委員会については、どんな委員会がどのような活動をしているのかなど、令和元年9月1日発行の広報誌の中でいくつかの委員会について紹介し、今後の委員会活動の充実を表明しています。
- 事業計画の重点課題の一つ、利用者満足度の向上に第三者評価の受審とサービス向上委員会の実施を掲げており、広報誌の中でサービス向上委員より、受審することが目的ではないこと、ありのままの施設への評価により、これらにつなげていきたい思いなどが記されています。

5．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ます。

○リスクマネジメントに関する責任者を管理者とし、リスクマネジメント委員会を設置して体制を整備し、ひやりハット、事故報告にもとづき、発生要因の分析、改善策・再発防止策を検討・実施しています。ひやりハット、事故報告にあたっては、些細なものも上げて実態の把握に努めており、サービスの質の向上につなげる取組をしています。

リスクマネジメントに関する研修については、各班のKYT（危険予知トレーニング）研修も含め実施しており、必要な救急法についても、消防署の協力を得て毎年実施しています。

6．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おり、また、見直しをする仕組みが確立しています。

○中長期経営計画の基本構想の中に、サービス内容の標準化を目指すこととし、提供する福祉サービスについての標準的な実施方法を適切に文書化しています。福祉サービス実施時の利用者の尊重、プライバシーへの配慮、権利擁護に関する姿勢等については、入浴等の生活支援マニュアルに明示されています。

○マニュアルの検証・見直しについては、単年度事業計画の中に、対象マニュアル、見直し時期（毎月）担当者を定め、毎月2～3のマニュアルについて実施するよう組織的な仕組みづくりを構築しています。また、定期的に検証・見直しが続けられる中で、PDCAサイクルによるサービスの質に関する検討が行われています。

改善を求められる点

1. 中・長期計画を反映した事業計画及び収支計画の策定が期待されます。

事業計画は、重点課題を設定し、分野ごとに目標や留意点を明示して進行管理を行うようになっており、現場で具体的に動ける内容になっています。

しかし、法人の中・長期計画に掲げられている「生活支援サービスの充実」等の4つの重点項目については、「人材育成のための環境整備」以外は反映されていません。今後は、法人理念を実現するために、中・長期計画の重点項目について生活介護・入所支援部門として対応が必要な事柄を重点課題としたうえで、検証ができるようにできるだけ数値目標を設定しておくことが望まれます。また、事業遂行の裏付けとなる中・長期の収支計画の策定も必要と思われれます。

2. 運営の更なる透明性と適切な福祉サービスを確保するため、苦情・相談の対応状況については、公表されることが望まれます。

○苦情があった場合は、検討内容、解決策は利用者や家族等にフィードバックされ、適切に記録保管されるとともに、サービスの質の向上につなげています。

現在、苦情解決状況等については、情報交換会で家族等に説明されているものの公表されていません。今後は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで公表されることが望まれます。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(R2.1.22)

今回、福祉サービス第三者評価の受審は3回目となりましたが、この度は、評価項目一つひとつに対して何度となく施設に足を運び、書類上では見えてこない利用者の実態や実際の現場の様子の把握に努めていただき、普段あたり前と思っていたことや、できていると思っていた福祉サービスの質について、専門的かつ客観的な立場から、具体的な評価をいただきました。

この評価結果は、当法人・施設において利用者主体で質の高い福祉サービスを提供するとともに、地域に開かれた施設運営を行うための課題を明確にし、また、中長期計画においては、数値目標と収支計画の作成等、具体的な改善・目標設定を行う上での指標となりました。

尚、評価の高かった点は、今後さらなる推進を図り、また、改善を求められた点は、事業計画の重点取り組み課題として盛り込み、職員一丸となって福祉サービスの質の向上に努め、より良い施設づくりを目指していきたいと考えます。

(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	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	平成30年 12月17日～ 令和2年 2月7日
評価調査者番号	06 026
	13 001
	15 004
	18 008

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：障がい者支援施設 つくしの里 (施設名)	種別：障害者支援施設
代表者氏名：理事長 小川 眞司 (管理者)：施設長 小川 眞司	開設年月日： 平成3年8月1日
設置主体：社会福祉法人 清和会 経営主体：社会福祉法人 清和会	定員：入所50名、生活介護60名 短期入所4名、 (利用人数)入所52名、生活介護83名
所在地：〒869 - 1231 熊本県菊池郡大津町大字平川400番地	
連絡先電話番号： 096 293 1550	F A X 番号： 096 293 1579
ホームページアドレス	http://www.tsukushinosato.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、グループホーム、相談支援、	秋の里祭り、クリスマス会、敬老会、餅つき大会、家族・後見人・施設情報交換会				
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29室 3人部屋1室	スプリンクラー、火災報知機、自動通報装置、消火器、防犯カメラ、個浴槽、介助用リフト、座シャワー、訓練器具、大型洗濯機、大型乾燥機、汚物除去機				
職員の配置					
職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
管理者	1		社会福祉士	3	
サービス管理責任者	2		介護福祉士	14	1
医師(嘱託医)		1	精神保健福祉士	1	

看護師	1		看護師	1	
生活支援員	41	7	管理栄養士	1	
管理栄養士	1		保育士	9	1
事務員	4				
相談支援員	1				
合 計	51	8	合 計	29	2

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

【法人理念】

「自律と自由」： それぞれの自律にのっとった自由。

「畏敬と信頼」： お互いの信頼関係に基づく畏敬の念。

【経営理念】

「私達は地域社会に開かれた、地域社会に愛される、地域社会に信頼される施設であることを目指します。」

【サービス方針】

「私たちは、誰からも満足いただける福祉サービスの提供・改善、情報の伝達に努めます。」

【基本方針】

施設利用者が、生きがい・喜びを実感し、充実した生活が送れるよう、利用者支援における満足度の向上、重度・高齢化対策、感染症予防、安心・安全のためのリスク管理等を実施する。

利用者支援並びに各種業務において、施設の中での『あたり前』から職員一人ひとりが、常に『あたり前を疑う』ことへの意識改革を行い、業務の見直しと改善を図り、やる気・やり甲斐のある職場づくりを目指す。

【スローガン】

『めくばり、きくばり、おもいやり、ありがとう』

3 施設・事業所の特徴的な取組

・重度高齢化対策

身辺処理・健康面の維持・機能訓練等を中心に生活リズムの安定と利用者のQOLに重点を置いています。また、療養的な側面を持つため利用者の疾病予防と事故防止にも取り組んでいます。

・強度行動障害の軽減

身辺処理の自立と日常生活における協調性・社会性の向上につながる取組を行っています。また、不適応行動に対し専門的な支援の中から行動上の問題点の頻度・強度の減少につなげるよう取り組んでいます。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 30年 12 月 17 日（契約日）～ 令和 2年 2月 7日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3 回（平成 25 年度）

5 評価結果総評

特に評価の高い点

1 .つくしの里は、子どもの行く末を案じる保護者の想いで創られた施設です。地域の中で施設と保護者が一体となって利用者のより良い生活をサポートしています。

○施設は大津の中心から車で15分ほどにあり、周囲は昔ながらの民家を望む高台に平成3年に開設されました。桜やモクセイなどの樹木に囲まれ季節の花を居ながらにして楽しめます。子どもの行く末を案じる保護者の想いで創られた施設であることから、正面玄関には、「親なき後も 幸せに」の文字が刻まれた石碑と、親子の狸（焼き物）、観葉植物や季節の花が迎えてくれます。施設パンフレットにも、中庭から望む桜の開花や緑の木々の様子、石碑と親子の狸を写した写真が表紙を飾っています。

利用者・後見人・家族・職員が一体となって、明るく・楽しい・朗らかな環境の下に開かれた施設作りに取り組むことを、平成31年度事業計画【総論】の中に謳っており、施設・後見人・家族情報交換会（4月・3月）や年3回の面談日も出席しやすいよう6日間実施するほか、家族が施設を訪れる機会を積極的に設けています。職員アンケートの中にも、家族に会う機会は限られており、面談をはじめ面会の際は、ゆっくり話を聞くことを心掛けていることが記されていました。また、町の文化ホールで開催される保護者会主催の「やさしさいっぱいコンサート」や、施設行事の中でも大きなイベントの一つ、「秋の里まつり」の準備は、家族等と連携して進められています。

2 .利用者を尊重し、利用者一人ひとりの特性に沿った福祉サービスの提供に努力しています。

子どもの行く末を案じる保護者の想いで創られたという経緯があり、障がい者の自己決定を尊重し、信頼関係を重んじる「自律と自由」「畏敬と信頼」という法人理念を掲げています。この理念の実現に向け、管理者のリーダーシップにより、サービス向上委員会でサービスの実施状況をチェックし、利用者の個々の特性に沿ったきめ細かな福祉サービスの提供がなされています。

○利用者それぞれの特性を踏まえて、5班に編成し、できる限り利用者の状態やニーズに応じた活動につなげられるよう「生きがいを持ち、健康で安心して生活できるように、利用者のニーズに合った介護・支援に努める」ことを目的とした『いきいきグループ』2班と、「社会的役割の発見、快適な生活、暮らしの創造を支援する」

ことを目的とした『きらめきグループ』3班の体制により支援が行われています。

3. 地域に根差した施設運営に力を注いでいる事業所です。

法人の特徴を 地域の拠点としての施設の役割、施設の地域住民への開放、積極的な地域への職員派遣、地域と協力した施設運営をあげ、「つくし」のように地域社会に根を張った施設運営を目指しています。運営方針や施設行事、利用者の生活介護での活動状況、職員の研修受講感想等を載せた広報誌を毎月発行し、施設の存在意義や役割を発信し続けています。

地元の小学校とは、年6回の交流会を実施しています。全学年をいくつかのグループに分けて利用者との交流を図っており、特に、低学年の生徒には「障がいてなあに？」から始め、小さいころから障がいのある人への理解と人への思いやりを育むための機会を設けています。

施設の「秋の里まつり」は、地域のまつりとして位置づけられ毎回多くの参加が得られ、ステージでの出し物や食バザー、ゲームコーナーなど楽しい交流の機会となっています。

- 災害時の福祉避難所として指定されているほか、豪雨の際、河畔にある指定避難所（小学校）への避難が難しい場合は、施設に避難してもらっていいことを地域へ伝えていきます。熊本地震の時は、お風呂の一部開放が行われています。また、施設や小学校は双方のイベント時に駐車場の提供を行うなど協力関係を構築しています。

4. 利用者本位の福祉サービス、質の確保に真摯に取り組んでいる事業所です。

- 福祉サービス第三者評価を定期的に受審し、組織的に改善を重ねています。

- 今回で3回目となる第三者評価受審では、担当者（サービス管理責任者）を配置し、評価機関との事前研修会（2回）や利用者への第三者評価についての説明会（3回）をはじめ、真摯に取り組まれたことが事業計画書などからも確認されました。
- 前回の受審後明らかになった課題については、組織的に改善策を協議、検討して実行に移していることが、人事評価方法の改善等で確認されました。また、第三者評価基準による職員自己評価も毎年実施し、分析したうえで改善計画を立て、実行しています。

- サービス向上委員会を中心に、委員会活動に力を入れ利用者本位のサービスに努めています。

- 利用者支援の向上を目的にサービス向上委員会を平成26年度から設置し、入浴や食事・口腔衛生、整容、虐待防止、芸術・スポーツなど12のサービス項目に担当職員それぞれを2～4名配置し活動しています。このサービス向上委員会については、どんな委員会がどのような活動をしているのかなど、令和元年9月1日発行の広報誌の中でいくつかの委員会について紹介し、今後の委員会活動の充実を表明しています。
- 事業計画の重点課題の一つ、利用者満足度の向上に第三者評価の受審とサービ

ス向上委員会の実施を掲げており、広報誌の中でサービス向上委員より、受審することが目的ではないこと、ありのままの施設への評価により、これからにつなげていきたい思いなどが記されています。

5 . 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ます。

○リスクマネジメントに関する責任者を管理者とし、リスクマネジメント委員会を設置して体制を整備し、ひやりハット、事故報告にもとづき、発生要因の分析、改善策・再発防止策を検討・実施しています。ひやりハット、事故報告にあたっては、些細なものも上げて実態の把握に努めており、サービスの質の向上につなげる取組をしています。

リスクマネジメントに関する研修については、各班のKYT(危険予知トレーニング)研修も含め実施しており、必要な救急法についても、消防署の協力を得て毎年実施しています。

6 . 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おり、また、見直しをする仕組みが確立しています。

○中長期経営計画の基本構想の中に、サービス内容の標準化を目指すこととし、提供する福祉サービスについての標準的な実施方法を適切に文書化しています。福祉サービス実施時の利用者の尊重、プライバシーへの配慮、権利擁護に関する姿勢等については、入浴等の生活支援マニュアルに明示されています。

○マニュアルの検証・見直しについては、単年度事業計画の中に、対象マニュアル、見直し時期(月毎)、担当者を定め、毎月2~3のマニュアルについて実施するよう組織的な仕組みづくりを構築しています。また、定期的に検証・見直しが続けられる中で、PDCAサイクルによるサービスの質に関する検討が行われています。

改善を求められる点

1 . 中・長期計画を反映した事業計画及び収支計画の策定が期待されます。

事業計画は、重点課題を設定し、分野ごとに目標や留意点を明示して進行管理を行うようになっており、現場で具体的に動ける内容になっています。

しかし、法人の中・長期計画に掲げられている「生活支援サービスの充実」等の4つの重点項目については、「人材育成のための環境整備」以外は反映されていません。今後は、法人理念を実現するために、中・長期計画の重点項目について生活介護・入所支援部門として対応が必要な事柄を重点課題としたうえで、検証ができるようにできるだけ数値目標を設定しておくことが望まれます。また、事業遂行の裏付けとなる中・長期の収支計画の策定も必要と思われれます。

2 . 運営の更なる透明性と適切な福祉サービスを確保するため、苦情・相談の対応状況については、公表されることが望まれます。

○苦情があった場合は、検討内容、解決策は利用者や家族等にフィードバックされ、適切に記録保管されるとともに、サービスの質の向上につなげています。
 現在、苦情解決状況等については、情報交換会で家族等に説明されているものの公表されていません。今後は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで公表されることが望まれます。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(R2.1.22)

今回、福祉サービス第三者評価の受審は3回目となりましたが、この度は、評価項目一つひとつに対して何度となく施設に足を運び、書類上では見えてこない利用者の実態や実際の現場の様子を把握に努めていただき、普段あたり前と思っていたことや、できていると思っていた福祉サービスの質について、専門的かつ客観的な立場から、具体的な評価をいただきました。

この評価結果は、当法人・施設において利用者主体で質の高い福祉サービスを提供するとともに、地域に開かれた施設運営を行うための課題を明確にし、また、中長期計画においては、数値目標と収支計画の作成等、具体的な改善・目標設定を行う上での指標となりました。

尚、評価の高かった点は、今後さらなる推進を図り、また、改善を求められた点は、事業計画の重点取り組み課題として盛り込み、職員一丸となって福祉サービスの質の向上に努め、より良い施設づくりを目指していきたいと考えます。

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	59人	
聞き取り調査	利用者本人 家族・保護者	3人	
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 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・周知されている。		
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></p> <p>子どもの行く末を案じる保護者の想いで創られ、「自律と自由」、「畏敬と信頼」を法人理念とし、利用者満足度向上のための職員の心構えを基本方針として示し、ホームページやパンフレット・事業計画書に記載し、廊下等に掲示しています。</p> <p>年度末の職員会議で事業計画を説明し、全職員に事業計画書を配布して周知しています。またパンフレットは、利用者に直接関係のある外出や個別支援計画に沿った支援の充実等については振り仮名をつける等の工夫をし、毎月の利用者自治会(「どぎゃん会」)ではホワイトボードに書いてスローガンや重点課題を分かり易く説明し、家族や後見人には施設・後見人・家族情報交換会(年2回、4月と3月。以下「情報交換会」)で説明しています。</p>		

- 2 経営状況の把握

		第三者評価結果
- 2 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	- 2 - (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></p> <p>法人で「中長期目標」(平成25年度から10年間)と題する中・長期計画が策定されています。この中で社会福祉法人に求められる福祉サービスの多様化等について記載し、管理者(施設長)が計画策定委員になっている町の地域福祉計画で人口や障がいの種類ごとの障がい者数の推移を把握し、毎月、利用者数や利用率を前年同期と比較して分析しています。</p> <p>社会福祉事業全体の動向については、例えば県の地域福祉支援計画に記載されている社会保障制度改革の動きや地域福祉を取り巻く状況等を参考にすることで、より具体的になると思われまます。</p>		
3	- 2 - (1) - 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></p> <p>中・長期計画で、法人の経営課題(目標)として、4項目(建物の老朽化に伴う改修 人材の育成と確保 利用者サービス内容の向上と創出 伝統の継承と新たな役割の創造)をあげ、それぞれについて必要性や方向性が明記されています。中・長期計画は、理事や評議員にも説明、配布され、職員会議で全職員に説明しています。また役職者会議(毎月開催、係長以上の役職者)で見直しがなされています。</p>		

- 3 事業計画の策定

		第三者評価結果
- 3 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	- 3 - (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></p> <p>法人の経営課題を解決するために、中・長期計画の経営についての基本構想で、4項目(生活支援サービスの充実 経営基盤安定の取組 人材育成と職場環境の整備 地域社会との連携)を今後10年間で取り組むべき重点項目とし、各項目の5年間の行動計画と10年後の達成目標をたてています。</p> <p>今後は、行動計画や達成目標には、検証や進行管理ができるように、数値目標(例えば職員数や有資格者割合、利用者定員等)の設定や社会福祉法改正(H29.4施行)を反映させた法人課題の見直しを行ったうえで、収支計画を策定されることを期待します。</p>		
5	- 3 - (1) - 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></p> <p>事業計画には、4項目の重点課題(利用者満足度の向上 人権擁護 人材育成 事故・感染症予防)を掲げ、実施する内容やチェックポイントを分かりやすく記載しており、部署ごとの方針も具体的に示されています。</p> <p>しかし、人材育成以外は中・長期計画における基本構想4項目を反映したものになっていません。今後は、中・長期計画達成のため、生活介護・施設入所支援部門として評価が可能のように数値目標を盛り込んだ重点課題を設定した事業計画の策定を期待します。</p>		
- 3 - (2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	- 3 - (2) - 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></p> <p>事業計画の策定は、各班主任が職員の意見を吸い上げ、事業計画作成会議(主任以上の役職者が参画し、12月から1月にかけて開催)で協議して策定されています。</p> <p>実施状況は、年3回役職者会議で確認し、10月には中間報告書を作成して評価、見直しを行い、理事会にも説明しています。また、職員には主任が中間報告書を説明して周知がなされています。</p>		
7	- 3 - (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></p> <p>利用者への事業計画の説明は、「どぎゃん会」で、主任が班ごとにホワイトボードに書いて分かりやすく説明し、保護者等へは情報交換会で管理者がプロジェクターで全体を説明後、利用者も同席して班ごとに主任から行事等について班カリキュラムを配布して説明しています。</p>		

- 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
- 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	- 4 - (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></p> <p>福祉サービスの向上については、サービス向上委員会(12委員会に分かれ、職員はいずれかの委員会に参画している)で取り組んでおり、半期ごとにPDCAサイクルによる運営シートで、サービスの実施状況をチェックし、改善策を検討することになっています。</p>		

<p>また第三者評価を定期的を受審しており今回が3回目となりますが、評価基準を用いて、毎年職員全員が自己評価を行ない、集計したものを事業報告としてまとめ、2月の役職者会議で評価し、次年度の改善に活かしています。</p>			
9	- 4 - (1) -	<p>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。</p>	a ・ b ・ c
<p><コメント> 組織として取り組むべき課題については、運営シートに分析した課題や具体的な対応方法を明記しています。その内容は、班主任が職員に説明して課題と対応策を共有しています。また、改善の実施状況の評価や見直しは役職者会議で行なわれています。</p>			

評価対象 組織の運営管理

- 1 施設管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果	
- 1 - (1) 施設管理者の責任が明確にされている。			
10	- 1 - (1) -	<p>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。</p>	a ・ b ・ c
<p><コメント> 管理者は、毎月発行している広報誌（「里だより」）ホームページで過去数年分が閲覧できる）で、施設運営や重要事項（施設改修やインフルエンザの防止等）について方針を記しています。また、参画する職員会議や役職者会議等で積極的に考えを述べ周知を図るほか、時々話題（利用者との1泊旅行等）を捉えて、自分の意見や感想を表明しています。 役割は職務分担表に記載し、不在時の権限の委任も明記されています。</p>			
11	- 1 - (1) -	<p>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>	a ・ b ・ c
<p><コメント> 管理者は、社会福祉法人経営者協議会の研修会に参加し、月刊誌（「サポート」等）を購入して法令等の理解に努めており、適宜、会議や職員研修で周知しています。 今後は、福祉関係以外の消費者契約法等の法令も含めた法令リストを作成し、それらの法令の要点をまとめて職員へ周知されることを期待します。</p>			
- 1 - (2) 施設管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	- 1 - (2) -	<p>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>	a ・ b ・ c
<p><コメント> 管理者は、サービス向上委員会に参画し、職員自己評価についての分析や評価を通じて、積極的に助言し、絵文字を使って分かり易くした利用者満足度調査も行っています。 施設内にはLANネットワークを完備し、職員はメールでいつでも提案ができるようになっています。また、職員の資格取得のための研修受講を奨励しており、職員自主研修等補助金規程（平成29年4月施行）で受講料や旅費の補助を行ってバックアップしています。</p>			
13	- 1 - (2) -	<p>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>	a ・ b ・ c
<p><コメント> 「中長期目標」の基本構想に掲げている「経営基盤安定の取組」を実践するため、委託している税理士が毎月来所し、財務を分析しており、事務局が作成する労務関係指標についても分析・把握しています。 働きやすい環境整備は、参画している衛生管理委員会で職員の処遇改善や福利厚生等に取り</p>			

り組んでいます。

この衛生管理委員会活動の一つとして、委託している産業医の1カ月おきの職場巡視があり、産業医が保健師と共に来所し、危険個所改善等の指摘を行っています。この指摘には、衛生管理委員会で対応を協議して改善がなされていることが委員会議事録で確認できました。

- 2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
- 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	- 2 - (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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>福祉人材の確保や育成については、中・長期計画の基本構想に「人材育成と職場環境の整備」で基本方針を明記しており、10年後の目標として、職員意識の定着、研修体系の確立及び離職率を5%までに抑えることを掲げています。</p> <p>この目標に向かって、人事考課体制を検討したり、人材確保推進委員会で幅広い就職セミナーへ参加し、また郡市の施設が協力し合って施設見学会の実施等に取り組んでいます。</p> <p>今後は、更に具体的な取組推進のために、中・長期計画に有資格職員の配置等を含めた人員体制の具体的な数値を記述されることが望まれます。</p>		
15	- 2 - (1) - 総合的な人事管理が行われている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職場研修実施要綱で、理念や基本方針に基づく「期待する職員像」を支援員や相談員等の職種ごとに明示しています。</p> <p>在級年数を職務・職能資格基準表で明記しており、キャリアパスとして機能しています。また、給与規程に定めている人事基準は、LANネットに載せてあり、職員はいつでも閲覧できます。人事評価は、Dcapシートによる自己評価に基づき、年2回の各班主任による個別面談も交えて1次評価を行ない、サービス管理責任者及び副施設長による2次評価を経て管理者が決定する仕組みになっています。また、非常勤職員については、支援課長等が年1回面談を行っています。</p> <p>面談での職員の意見は役職者会議で検討がなされ、また2回実施している職員アンケートでの意見は、役職者会議で協議して活かすようにしています。</p>		
- 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	- 2 - (2) - 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り組んでいる。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事務分担表で労務管理の責任体制を明確にしており、有給休暇取得やタイムカードによる時間外労働のデータは、毎月記録して、職員に知らせています。</p> <p>職員の心身の健康確保のため、産業医が年1回マークシート方式で全職員にストレスチェックを行い、分析した結果が通知されています。</p> <p>悩み相談は支援課長、1班主任のほか相談しやすいように再任用職員も窓口となり、保険会社の電話相談も受けられるようにしています。</p> <p>福利厚生は、「ふれあうきょうさい」(熊本市勤労者福祉センターが実施)に全職員が加入しており、買い物や旅行等で利用されています。また、バースデー休暇や勤務割の希望に沿う変更等を行い、ワークライフバランスに配慮しています。</p> <p>人材の確保・定着のため、資格手当を創設し、介護器具導入や書類の様式化で書類作成の減少を図る等の改善に取り組んでいます。</p>		

- 2 - (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	- 2 - (3) - 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職場研修実施要綱で期待する職員像を明確にしており、職員一人ひとりがD c a pシートで目標を設定し、各班では月間目標が示されています。また、利用者の直接処遇に当たる支援部職員は、生涯研修（学習）計画シートを作成し、能力開発における取組課題（資格取得や研修等）が明確に示されています。</p> <p>生涯研修（学習）計画シートは、D c a pシートによる年2回の人事面接の際にも参考にされ、また支援課長が年1回面接して生涯研修（学習）計画シートの進捗状況を確認し、シートを更新しています。</p>		
18	- 2 - (3) - 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職員の教育・研修の基本方針は、職場研修実施要綱に明記しており、O J T , O f f - J T や S D S（自己啓発援助制度。職員自主研修等補助金が該当する）を実施しています。年間計画による内部や外部研修のほか、町内の他の施設見学や交流研修も行われています。専門資格取得に当たっては、有給休暇取得や受講料・旅費補助の配慮がされています。今後は、更に職員に分かり易いように基本方針等に職員に必要とされる専門技術や資格を明示することが期待されます。</p>		
19	- 2 - (3) - 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職員一人ひとりの教育・研修のため、個人ごとの生涯研修（学習）計画シートに専門技術の取得状況等が記載されており、O J T が実施されています。年間計画で毎月、内部研修を行い、外部研修は本人の希望に沿って参加を奨励しています。</p> <p>研修結果は、参加者が広報誌（里だより）で要点を文書報告し、研修報告会を開催して全職員にフィードバックして周知され、研修資料はメール配信してだれでも閲覧できるようにしています。</p>		
- 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	- 2 - (4) - 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>実習生等の教育・育成についての基本姿勢や方針を、実習生受け入れマニュアルに明記し、専門職種に配慮したプログラムを作成しています。</p> <p>介護福祉士や社会福祉士資格取得を目指す学生等や歯科衛生士専門学院生徒の実習を受け入れており、実習生等の指導に当たる3名の職員は、相談援助実習指導者講習や介護福祉士養成指導者講習を受講済みで、学校側の連絡協議会に参加して情報を交換し、プログラム等を工夫しています。</p>		

- 3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
- 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	- 3 - (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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページで理念や基本方針をはじめ、事業計画、事業報告等を公表し、広報誌にも予</p>		

<p>算、決算等載せて運営の透明性を確保しています。</p> <p>また、理念や基本方針を明記したパンフレットを役場や支援学校、社会福祉協議会に配置し、広報誌は毎月、市町村や福祉事務所、民生委員等に配布しています。広報誌による毎月の情報発信で施設の存在意義や役割を伝えています。</p> <p>今後は、運営の透明性を確保するために、苦情、相談の対応状況についてもホームページ等で公表されることを期待します。</p>			
22	- 3 - (1) -	<p>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。</p>	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事務分担表や経理規程で、事務や経理等についての権限や責任を明確にしています。</p> <p>内部監査も法人理事によって年2回（中間と決算）行われています。</p> <p>外部監査は委託している税理士が行っており、それらの結果は理事会や評議員会に報告され、改善が実行されています。</p>			

- 4 地域との交流、地域貢献

		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。			
23	- 4 - (1) -	<p>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。</p>	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「親亡き後も幸せに」との想いで開設され、地域に受け入れられた施設は、経営理念に「私達は地域社会に開かれた、地域社会に愛される、地域社会に信頼される施設であることを目指します。」と掲げ、また、中長期経営計画の基本構想にも重点項目の一つとして、「4. 地域社会との連携」を掲げて、地域との交流を深める取組を実施しています。</p> <p>具体的には、地域の自治会の総会に出席し、区役の草刈りに参加するなど、地域との連携に努めています。地元の小学校とは、運動会やゲームなど全学年にわたり、利用者との交流を図っています。</p> <p>地域の敬老者に、利用者と一緒に弁当、饅頭等を届けたり、どんどや等の行事にも参加するなど、地域住民との交流にも取り組んでいます。また、施設の「秋の里まつり」は、地域のまつりとして位置づけられており、毎回、多くの参加が得られています。</p> <p>利用者の買物外出、食事等についても、マップを掲示して地域における社会資源を利用するよう奨励しているほか、ライオンズクラブ等主催のボーリング大会、駅伝大会、オセロ大会への利用者参加の支援を行い、施設や利用者への理解を深めるための取組を行っています。</p>			
24	- 4 - (1) -	<p>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。</p>	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ボランティアの受入れについては、地域社会と施設とをつなぐ柱の一つとして位置づけられており、「ボランティア受入れマニュアル」に、目的（基本姿勢）、申込、事前研修、受入れ時のコーディネート等を定め、体制を整備し取り組んでいます。</p> <p>また、地域の学校教育等への協力については、地元小学生と利用者との交流を図る中で、障がいへの理解を深めるための講話や車椅子等の介護体験を実施し、小・中学生のワークキャンプを受け入れています。</p> <p>9月発行の里だよりの中にお知らせとして、「秋の里まつり」で、ボランティア募集を太文字で記し、日時、ボランティア内容（バザー準備・販売・片付け・抽選会補助・他）や、最寄りの駅まで送迎があることなど興味を持ってもらえるような内容で掲載され、当日は会場にボランティア者名を掲示し、感謝を表しています。</p>			

<p>今後は、地域の学校教育等への協力についての基本姿勢を明文化して取り組まれることが期待されます。</p>		
<p>- 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
25	- 4 - (2) - 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> 利用者により良い福祉サービスを提供するため必要となる圏域内の行政機関、病院等の関係機関・団体を機能別にまとめた「社会資源・関係先リスト」を作成しています。 リストは、支援局（職員室）に置いて職員がいつでも見られるようにしており、例えば、就労体験を希望する生活介護利用者の実習先の検討等にも活用できるようにしています。 また、福祉事務所も参加する自立支援協議会・町の相談支援部会等、種別を超えて構成される菊池郡社会福祉施設連絡協議会等に定期的に参加するなど、他の関係機関等との連携も図られています。情報等は会議等で職員に周知されています。</p>		
<p>- 4 - (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
26	- 4 - (3) - 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> 障がいについての専門的な知識・技術や情報の提供については、利用者との交流のため小学生が施設を訪問するときの障がいへの理解を深めるための管理者の講話や、介護福祉士会への研修講師の派遣、関係団体の災害対策特別委員長としての活動の支援等の取組を行っています。 また、災害時の福祉避難所として指定されているほか、河畔にある指定避難所（小学校）に大雨で行けない時は、施設に避難してもらっていいことを地域に話しています。熊本地震の時は、お風呂の一部開放を行っています。 施設のスペースを活用しての取組としては、地元の小学校でイベントが行われる時には、職員駐車場を提供し協力しています。</p>		
27	- 4 - (3) - 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> 施設では、現在、生計困難者レスキュー事業に取り組むほか、緊急的な入所や病院からの依頼による体験入所を実施しています。 地域の具体的な福祉ニーズの把握については、町の地域福祉計画策定委員への就任や敬老会事業での対象者把握業務、併設している相談支援事業や短期入所事業（ショートステイ）の実施に伴う情報等により取り組んでいます。 ただ、地域の具体的な福祉ニーズを更に把握するために、地域の情報に詳しい民生委員・児童委員や区長等と話し合いをもつ等、取り組まれることも期待されます。</p>		

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
<p>- 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
28	- 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 ・ b ・ c
<p><コメント> 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は、法人の理念に「自律と自由」、</p>		

<p>「畏敬と信頼」を掲げ、また、サービス提供方針、施設運営の基本方針にも、利用者が生きがい・喜びを実感し、充実した生活が過ごせるよう、利用者支援における満足度の向上等を実施するなどを明示しています。</p> <p>また、「倫理綱領」を策定し、支援局（職員室）に掲示するとともに、夜勤・当直日誌に明記し、毎朝礼時に項目ごとに読み上げ、職員への周知徹底を図っています。</p> <p>この基本姿勢は、個々の福祉サービスの標準的な実施方法（マニュアル）にも反映されています。</p> <p>利用者の尊重や基本的人権への配慮については、毎年研修を実施するとともに、虐待防止委員会での職員へのアンケートや部外者からのアンケート結果にもとづき、状況の把握、評価等を行い、必要な対応を図っています。</p> <p>また、成年後見制度の活用により、利用者の権利擁護にも努めています。</p>		
29	- 1 - (1) - 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護や虐待防止等の権利擁護については、「人権・プライバシーマニュアル」「虐待防止マニュアル」を定めて取り組んでいます。これらは、定期的に見直し検討される中で、職員への周知理解が図られています。</p> <p>また、虐待防止のための「私たちは守ります、15の約束」を作成し、ふれあいルームに掲示するとともに、利用者や家族等には「どぎゃん会」や情報交換会で説明し取組を周知しています。</p> <p>特に、虐待防止研修会では、外部講師を招いて、事例に基づく掘り下げた内容の研修を行い、職員アンケートも実施し、更なる取組につなげています。</p> <p>不適切な事案が生じた場合の対応については、「虐待発生時の対応」フロー図を定め取り組んでいます。</p> <p>設備面では、居室はカーテンで仕切ってプライバシー保護に努めています。</p>		
- 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	- 1 - (2) - 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用希望者が福祉サービスを選択するための必要な情報として、理念、基本方針、サービスの内容、施設の特性等を、わかりやすいように写真や図等を出来るだけ多く使って、パンフレットやホームページに掲載し適宜見直しも行っていきます。</p> <p>パンフレットは、役場や社会福祉協議会に置き、多くの人に見ていただくようにしています。</p> <p>また、利用希望者や施設見学者には、パンフレットを渡し、沿革やサービス内容、利用者実態像等について、より理解してもらえるようパワーポイントを使って説明し、施設を見学してもらっています。</p> <p>一日利用や体験入所については、日中一時支援事業やショートステイを体験利用してもらい、施設への理解を深めてもらうこととしています。</p>		
31	- 1 - (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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>サービス開始・変更時の内容に関する説明にあたっては、利用者の自己決定を尊重することとし、選択肢を設けるなど、利用者、家族等にもわかりやすい工夫をしています。重要事項説明書等は、サービス管理責任者から、全部を読み上げてかみくだいてわかりやすく説明し、確認を取りながら進め、同意を得ています。入所時に用意すべきものについても、具体的な事例を示し、本人の納得の上徐々に準備されるよう説明しています。</p> <p>意思決定が困難な利用者については、措置制度から契約制度に移行する時点から、成年後</p>		

見制度の積極的な利用を図っています。		
32	- 1 -(2)- 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設の変更、地域・家庭への移行等にあたっては、手順と引継ぎ書を定めた「入退所マニュアル」を策定し、サービスの継続性に配慮した対応を行っています。施設の変更の場合は、実態調査票シート（基本的情報、アセスメント状況）やその他必要と思われる資料を提供しています。</p> <p>退所後の相談窓口は、サービス管理責任者、相談支援事業所とし、文書を渡して説明することとしています。また、当法人が運営するグループホームへの移行の場合は、本体施設がバックアップしています。退所の場合は、相談支援事業所がサービスの継続性に配慮した対応を行っています。</p>		
- 1 -(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	- 1 -(3)- 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者満足の上昇を目的として、実態を把握するために、利用者満足度のアンケート調査を毎年実施しています。調査結果は、サービス管理責任者で取りまとめ、利用者や家族等に報告しています。</p> <p>また、「どきちゃん会」にサービス管理責任者等が出席するとともに、情報交換会や個別支援に関わる面談（年3回）あるいは日常の支援の中で、利用者満足度を把握するようにしています。</p> <p>このような利用者満足度の把握結果を踏まえ、サービス向上委員会で利用者満足の上昇のための取組を行っています。</p> <p>毎月開催される給食会議には、利用者も参加しており、利用者満足の上昇のための検討が行われるようになってきました。</p>		
- 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	- 1 -(4)- 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>苦情解決のための体制（解決責任者、受付担当者、第三者委員）を整備し、受付から解決までの手順、流れを定めた苦情解決マニュアルを策定しています。その解決の仕組みは、施設内に掲示するとともに、利用者には、イラスト、写真入りのパワーポイントを使ってわかりやすい説明に努めています。</p> <p>記入カードを備えた苦情箱を設置するとともに、第三者委員を直接紹介するなど、利用者や家族等が苦情を申し出しやすいように努めています。</p> <p>第三者委員会は、年1回開催し、苦情等の状況を報告しています。</p> <p>苦情があった場合は、検討内容、解決策は利用者や家族等にフィードバックされ、適切に記録保管されるとともに、サービスの質の向上につなげています。</p> <p>ただ、苦情解決状況等については、現在、情報交換会で家族等に説明されているものの公表されていません。今後は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで公表されることが望まれます。</p>		
35	- 1 -(4)- 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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者が相談や意見、要望等を述べたい時には、担当者以外にも複数の相手から選べること、また、意思疎通の状況に応じて支援体制があること等、相談しやすく、意見を述べやす</p>		

<p>い体制や方法を、写真やパワーポイント等でわかりやすく利用者や家族等に説明しています。</p> <p>相談については、日常接する職員以外に、外部の相談機関等にもできることを、重要事項説明書等の文書で説明しています。意見、要望等については、苦情箱の設置や「どぎゃん会」や情報交換会での定期的な話し合いのほか、今後は、第三者委員による聞き取りに取り組むこととしています。</p> <p>相談等のスペースについては、談話室や相談室が確保され利用されています。</p>			
36	- 1 - (4) -	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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者からの相談、意見等に対しては、受けた後の手順や対応策の検討等について、「利用者意見に対するマニュアル」を定め、取り組んでいます。</p> <p>施設では、日常のサービス提供の中で、利用者が相談しやすく意見等を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見等の傾聴に努め、苦情箱の設置や絵文字3択での利用者満足度のアンケート調査の実施等、積極的に把握するよう取り組んでいます。</p> <p>利用者からの相談や意見等に対しては、対応状況や対応策をフィードバックするとともに、日誌やケース記録に残し、福祉サービスの質の向上につなげています。</p>			
- 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	- 1 - (5) -	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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメントに関する責任者を管理者とし、リスクマネジメント委員会を設置して体制を整備し、毎月、調整会議に合わせて開催し、ひやりハット、事故報告にもとづき、発生要因の分析、改善策・再発防止策を検討・実施しています。ひやりハット、事故報告にあたっては、些細なものも上げて実態の把握に努めており、サービスの質の向上につなげる取組をしています。</p> <p>事故防止及び事故発生時の対応と安全確保等については、「事故防止マニュアル」「緊急時対応マニュアル」を制定し、手順等を明確にし、職員に周知するとともに、定期的に見直す機会を設けています。</p> <p>リスクマネジメントに関する研修については、各班のKYT(危険予知トレーニング)研修も含め実施しており、必要な救急法についても、消防署の協力を得て毎年実施しています。</p> <p>利用者の施設外での災害や事故時の連絡方法については、緊急時連絡表を作成して対応しています。また、緊急の際に、利用者の状態を的確に伝えることができるように、利用者一人ひとりの利用者実態調査票を作成しています。</p>			
38	- 1 - (5) -	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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>感染症対策については、管理者を責任者として、サービス向上委員会やリスクマネジメント委員会で、予防や発生時における利用者の安全確保対策について体制を整備し取組を行っています。</p> <p>感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等については、「感染症マニュアル」や「緊急通院マニュアル」を制定しており、調整会議で毎年見直し、職員及び利用者へ周知しています。また、研修は、看護師が担当となって実施しており、保健師を外部講師として招いての研修会も実施しています。</p> <p>予防にあたっては、利用者、職員全員に施設負担で予防注射を実施しています。また、外からの持ち込み防止に力を注ぐとともに、発生時には、支援局のホワイトボードを用いて注意喚起や周知を徹底し、職員には消毒スプレーを支給して対応しています。</p>			

39	- 1 - (5) - 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>災害の対応体制は、「災害対応マニュアル」にもとづき、自衛消防隊を編成し、火災に限らず災害全般について役割を定め対応することとしています。また、災害発生時の出動基準などを示した行動基準を定めて職員に周知しています。マニュアルは、熊本地震後見直しをするなど定期的に見直しが図られています。</p> <p>本年度から、職員全員への緊急メールシステムを導入し、安否確認や出動指示、情報の共有に活用することとしています。在宅の利用者には、電話での安否確認に取り組んでいます。</p> <p>防災訓練は、事業計画や防災訓練年間計画に定めており、火災や地震等の災害種別ごとに、夜間を含む異なる設定時間を設定し、定期的（原則、毎月）に実施しています。このうち2回は、消火・通報・避難・救助の総合訓練（うち1回は消防署立会）を実施しています。</p> <p>災害備蓄は、利用者及び職員の3日分の食料や調理器具、配膳用品、衛生用品、照明等のリストを作成し、調理部を担当部門として整備しています。</p>		

- 2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
- 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	- 2 - (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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>中長期経営計画の基本構想の中に、1.生活支援サービスの充実、(2)サービス内容の標準化を掲げ、サービス内容の標準化を目指すこととしています。これを受けて、提供する福祉サービスについての標準的な実施方法（マニュアル）を、適切に文書化しています。</p> <p>福祉サービス実施時の利用者の尊重、プライバシーへの配慮、権利擁護に関する姿勢等については、「入浴マニュアル」や「排泄マニュアル」等に明示されています。</p> <p>マニュアルについては、定期的な見直しを検討する中で、理解を深め実践につなげるとともに、マニュアルに基づいて実施されているかの確認は、日常業務やOJTの中で上司が確認するほか、新採職員については、本人の振り返りとともに、指導職員がチェック表(a.b.c)により評価し確認することとしています。</p>		
41	- 2 - (1) - 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>マニュアルの検証・見直しについては、事業計画の中に、対象マニュアル、見直し時期(毎月)担当者を含め、毎月2~3のマニュアルについて実施するよう組織的な仕組みづくりを構築しています。また、定期的に検証・見直しが継続される中で、PDCAサイクルによるサービスの質に関する検討が行われています。</p> <p>各種マニュアルの検証・見直しは、調整会議で決定することとされています。利用者等からの意見や提案の反映は、「どぎゃん会」や日常の支援の中で吸い上げ、職員の意見や提案は、調整会議の前の各班のケース会議の中で反映することとしています。また、個別支援計画の内容についても、必要に応じてマニュアルに反映するようにしています。</p>		
- 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	- 2 - (2) - 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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画策定の責任者は、サービス管理責任者と定めています。個別支援計画は、アセスメントに基づき策定されており、毎年度3月には、利用者実態調査票（状況シート）を見直すなど、適切なアセスメントが実施されています。</p>		

<p>個別支援計画の策定は、担当職員及び関係職員（サービス管理責任者、主任、看護師、栄養士）の合議、利用者・家族等の意向把握、同意を得る手順を定めた「個別支援計画マニュアル」に沿って実施しています。</p> <p>サービスの適否を日常的にチェックし、計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みとしては、毎月ケース記録をまとめており、データを集計し、目標達成に対する評価を行い、適切なサービスの提供につなげています。</p>			
43	- 2 - (2) -	定期的な福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>定期的な個別支援計画の評価・見直しは、「個別支援計画マニュアル」に基づき、利用者本位の視点に立って行われています。マニュアルは、見直しを行う時期、手順、利用者・家族等の意向や要望等の把握等、個別支援計画策定の手順を組織として定め実施しています。見直しによって変更された計画内容は、ケース会議等で周知されています。</p> <p>計画を緊急に変更する場合は、サービス管理責任者が招集する個別支援会議を開催し、対応することとしています。</p> <p>福祉サービス提供のマニュアルに反映すべき事項や、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等については、ケース会議や調整会議で協議し、福祉サービスの質の向上につなげることをとしています。</p>			
- 2 - (3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
44	- 2 - (3) -	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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況、生活状況、行動の特徴、希望、意向等の状況は、所定の様式によって把握、記録されています。個別支援計画に基づくサービスの実施状況は、各種日誌やケース記録により確認できるようになっています。記録にあたっては、職員により記録内容や書き方に差異が生じないようにするため、「日誌・ケース記録マニュアル」を策定し周知徹底を図っています。</p> <p>施設内における情報の共有については、ケース会議、調整会議、役職者会議等、段階的・部門横断的な会議を定期的に行っています。また、利用者一人ひとりの状況や個別支援計画の実施状況等は、パソコンのネットワークシステムにより適切に記録され、職員間での情報の共有が図られています。</p>			
45	- 2 - (3) -	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者に関する記録の管理については、「特定個人情報取扱規程」及び「個人情報保護マニュアル」を定め、記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めています。記録管理の全体責任者は管理者とし、具体的には、所管と職責に応じて保管場所、鍵保管者を定めています。電子データについては、パスワード等による管理を実施しています。情報開示については、利用者や家族等からの申請様式等を定め対応しています。</p> <p>書類の保存年限は5年とし、運営規程で定めるとともに、契約時に重要事項説明書で利用者、家族等に説明しています。</p> <p>個人情報の取扱いについては、職員には、就業規則や入・退職時の誓約書で自覚を促し、研修で注意喚起を図っており、利用者、家族等には、契約時や年度初めの情報交換会で説明を行っています。</p>			

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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人理念に掲げる「畏敬と信頼」は、お互いの信頼関係に基づく畏敬の念を表しており、職員は利用者との信頼関係を築き、尊敬の気持ちを持って支援にあたることを心しています。</p> <p>利用者のより良い生活をサポートするために、障害程度等により生活介護利用者を5班に分けて、各班で利用者に適した活動を行うことで、生活リズムの安定や社会性の向上を目指した取組が行われています。</p> <p>人権やプライバシー保護については、職員会議でプライバシー保護マニュアルを用いての内部研修や外部講師を招いての研修も実施しています。</p> <p>職員は、普段から、ニュースや新聞記事等での事例を検討しており、利用者居室のノックが徹底しているかどうかや呼称や言葉使いが馴れ合いになっていないか等注意を喚起しています。しかし、職員アンケートでは、ふさわしくない呼称（ちゃん付けやあだななど）が見られることが記されていました。</p> <p>虐待防止委員会では、実習生へのアンケート結果をフィードバックして運営に反映しており、職員アンケートに寄せられた生の声は、職員全員にメール配信しています。気づきの一例として、トイレ近くに設置された汚物入れのバケツには、“シークレットボックス”と印字されており、利用者の尊厳への配慮がうかがえました。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>職員は利用者との関わりにおいて、「利用者が見ていてもいなくても、聞こえていてもいなくても…」という信念のもと、如何なる場合にも同様に接することを基本としています。</p> <p>日ごろの利用者との関わりから、その人固有の表現手段を発見したり、選択肢を示して選んでもらったり、ジェスチャーや絵など視覚に訴えながら、工夫してコミュニケーションをとりながら支援する中で、新たな個別の能力を見出しています。これらは個別支援計画に盛り込まれ、職員の共通認識となっています。</p>		
A - 1 - (1) -	利用者の主体的な活動を尊重している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>毎月開催される「どぎゃん会」では、利用者自らが会の進行や書記を務め、職員は補佐役として会を支えています。</p> <p>「どぎゃん会」は、利用者の自主性を尊重した貴重な話し合いの場であり、参加職員は、話し合いの内容等を記録に残すことが期待されます。</p> <p>利用者はペタンク大会や阿蘇・菊池きらめきフェスティバル、町の福祉まつりへ参加しており、施設外の障がい者と交流する機会を持っています。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>理念である「自律と自由」に込められたそれぞれの自律にのっとった自由を実現するため、利用者の主体性を尊重し、残存能力に応じ、できることを見守ることをケース（班）会議や調整会議で共有しており、見守りと支援の体制が構築されています。</p> <p>「どぎゃん会」では、「ボードが後方からは見えない」、「新しいトイレの使い方がわから</p>		

ない」などはっきりとした意見が出されており、利用者の発言の自由が尊重されています。
また、利用者自身が自力で行う生活や活動範囲が広がるよう、情操棟の建て替え等ハード面の整備にも着手しています。

	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。	a ・ b ・ c
--	--	-----------

<コメント>
個別支援計画に、町内での買い物支援や調理実習、掃除、衣類のたたみ方など、日常生活に必要な作業を取り入れています。
利用者は、敬老の日には、日頃お世話になる地域へのお礼の気持ちを込めて職員とともに高齢者宅を訪れ、お祝いの弁当を届ける等の交流も行っています。また、本年度は、「新幹線に乗りたい」という利用者の意見から、管理者も同行して鹿児島への1泊旅行が実現しています。
活動班によっては、働くことへの喜びと意欲向上を目指し、外部からの委託による様々な菓子箱作り作業が行われており、収益が配分されることで利用者の自信につながっています。
人権意識を高める工夫として、利用者や来訪者への啓発のため、施設玄関内に人権ポスターを掲示しており、利用者へは、「どぎゃん会」をはじめ、いつでも職員と話す機会が持てることを申し添えています。

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。	a ・ b ・ c

<コメント>
個別支援計画の健康項目の中で、食事形態や水分補給、介助の方法など「食事管理」に関して利用者の状態に応じた留意点や支援内容が明示されています。また、「食事マニュアル」の中にも、調理場、医務など関係者が十分連絡を取り合い、カロリー調整を含め、アセスメントのもと実施していることが記入されています。
「食事マニュアル」の中には、基本的な食事時間や食事の準備（食事前の排泄や体調の確認、利用者に合わせスプーンやエプロン、コップなどの器具や道具の準備）、「いただきます」「ご馳走様でした」などのマナーを各自の能力に合わせて行うこと、下膳の際には、箸折れなどの安全確認の他、食べ方（自力摂取、一部介助、全介助）についても介助別にわかりやすく記入されています。また、食事の目的や健康への配慮、衛生面、マナー面など食事支援を多彩な面から支援する詳細な内容です。
食事は利用者の体調やアレルギーや嚥下状態など身体状況に応じて個別の食事を用意しており、職員間で周知徹底し支援しています。マニュアルの中には、静養者に対しては、優先して配膳を行うことや摂取嚥下のメカニズムについても記されています。また、介助や見守りで気づいた点は早急に食形態を含め、変更を検討しています。

	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。	a ・ b ・ c
--	--	-----------

<コメント>
年2回の嗜好調査を実施する他、20名程のメンバーで開催される給食会議（管理者や職員と利用者10名程）や「どぎゃん会」の中で出された意見や要望などをもとに、季節感を取り入れた献立を管理栄養士が作成しています。
お節や恵方巻き、開園記念祭の祝折や饅頭、おはぎなど行事食のほか、郷土料理（タイピーエン・団子汁など）も熊本に限らず、北海道や四国など他県の料理も提供されています。また、バイキング食は特に好評で、カレーをはじめ、その時によって種類を工夫しています。

<p>盛り付けや料理の内容・個々に応じた食器、適温での食事の提供は厨房業者との連携が図られています。厨房と食堂は見通しよくしている為、厨房職員も食の進み具合や利用者の発する感想なども耳にすることができており、残菜だけでは把握できないことが確認できるようです。電子レンジや性能を重視したトースターが準備されており、温めや好みの焼き具合など職員の付き添いで行われています。また、パンの種類によっては温められないことも事前に伝えていきます。</p> <p>献立表は集会室や廊下、食堂内に掲示しており、「今日は だな！」と確認しながら移動する利用者の姿も見られました。</p>		
	A - 2 - (1) - 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>明るい食堂では、季節や利用者の状況に応じて温湿度管理に努め、席の配置や食事の時間も介助の度合いなどに応じて検討されています。</p> <p>また、開園記念祭やクリスマスをはじめ、イベント時の食堂内飾りつけには利用者も参加し、楽しい雰囲気です。</p> <p>介助が必要な方には利用者の様子を見ながら支援されていますが、表情からも一口の量が多いような光景が見られました。また介助用エプロンの使い方によっては、首に負担がかかってしまうことから、検討されることが必要と思われます。周りの利用者の表情や職員の支援も大切な喫食環境と捉え、今後も利用者の楽しい食事支援に努めていかれることを期待します。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の中で、入浴の現状や課題などの項目を設け同性介助により、週3回、午前中から16時までの幅広い時間で職員と1対1のゆっくりとした支援に努めています。</p> <p>「入浴マニュアル」の中には、湯温や塩素濃度のチェック表への記入、移動の妨げにならない物品の配置、特殊浴の使用など入浴の準備や洗髪、洗顔、ふき取り、着衣など15の項目ごとに安全管理に関する内容が盛り込まれています。また、風呂場への出入りはドアを閉めるなどプライバシーに配慮した支援の徹底が記されています。洗身の際は、利用者の体に傷や紫斑などが無いことを確認しながら行うことも記されています。入浴の状況は所定の様式に記載しています。</p> <p>男性浴室には一般浴とリフト浴、機械浴が、女性浴室には一般浴と機械浴が備わっており、身体状況に応じて安全な入浴支援が行われています。また、季節の入浴剤の使用や敷地内に実った柚子を使った柚子風呂は、全員が楽しめる期間実施されています。シャンプーなどの洗浄剤は施設でも準備していますが、好みの香りや刺激の少ないものなど好みのものを準備される方もおられます。着替えやシャンプー類をカゴに入れ、浴室に向かう利用者の表情からも、入浴を楽しみにされていることが窺われました。今後も清潔保持に加え、疲れを取ったり、気分をリフレッシュさせる効果のある入浴支援の継続に期待します。</p>		
	A - 2 - (2) - 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>入浴は幅広い時間で支援されていますが、失禁や発汗時などは、必要に応じて入浴やシャワー浴で対応し、不快なく過ごせるように努めています。</p> <p>入浴の時間帯や回数については、利用者の方の了承により実施しています。拒否のある方には、職員を交代したり、明日は入浴支援がないことを伝えると入られる方など、無理強いせず個々に応じて支援しています。</p>		
	A - 2 - (2) - 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a・c

<コメント>		
<p>浴室・脱衣場の設備や入浴機器については、サービス向上委員会を中心に、利用者の意見を聞き取るほか、入浴に関する満足度調査を実施し、必要に応じて検討、改善が行われています。</p> <p>4年ほど前利用者の要望もあり、温泉気分を味わえるような岩風呂風に改修され、入口には暖簾を下げたり、脱衣所に音楽を流すなど入浴を楽しめる雰囲気を作っています。</p> <p>掃除チェック表で脱衣所（床・トイレ・洗面台など5項目）浴槽（浴槽、特浴槽・椅子全般など6項目）を清潔に管理しており、利用者に気持ちの良い入浴に繋がっています。また、管理者も掃除に関わることで、入浴の状況や環境を把握しています。今後、高圧洗浄機の購入が予定されており、細かな部分まで手入れが行き届くことが期待されています。</p>		
A - 2 - (3) 排泄		
	A - 2 - (3) - 排泄介助は快適に行われている。	a ・ c
<コメント>		
<p>排泄介助に際して、利用者の健康状態や注意事項について、個別チェックリストの活用や個別支援計画の中で、現状や課題を記入し支援しています。また、排泄の失敗もデータ化し、声掛けなど、職員が気を付ける点を会議や申し送りなどで周知徹底しています。</p> <p>排泄に関する診療については、専門医より年3～4回、往診が行われています。</p> <p>排泄マニュアルには冒頭、排泄や排泄介助の原理について記し、プライバシーへの取り組みも原則同性介助での対応や個々で使用している排泄用品（ポータブルトイレや尿器など）を清潔に管理すること、記名する際は極力個人を特定できないよう（小さく記名、イニシャルなど）配慮することなどわかりやすく示されています。</p> <p>また、災害時や断水時のトイレの使い方、簡易トイレやおむつの作り方などもイラストを添付して紹介するなど、昨今の災害発生を教訓とした一例となっています。</p>		
	A - 2 - (3) - トイレは清潔で快適である。	a ・ c
<コメント>		
<p>トイレの環境を含め、プライバシーに配慮した設備などはマニュアルに記入されています。「トイレ掃除の際のチェックリスト」に沿って清潔に管理しており、毎日の掃除と汚れを確認した際は速やかにその都度行うことなど、利用者が気持ちよく使用できるように努めていることが、職員への聞き取りや実際のトイレ視察からも確認されました。</p> <p>トイレ内は利用者に不安のない採光や照明となっており、エアコンも設置されています。また、サービス向上委員会が中心になって、必要な改善や改修が行われ、数年前利用者の要望で温便座やウォシュレット機能のトイレに変更されています。</p> <p>「どぎゃん会」の中で、ウォシュレット使用がまだうまくできないなど、意見を出された利用者もあり、今後は他にも同様な利用者がおられないか、あらためて聞き取りなどの機会をもつことも必要と思われます。</p>		
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。	a ・ b ・ c
<コメント>		
<p>衣類の選択については、今回の利用者アンケートにも出されていましたが、購入も含めて「自分で選びたい！購入したい！」と、要望される方もおられ、本人の意思を尊重し、必要があれば相談に応じています。また、居室内には個々に応じて衣類の選択がしやすいようハンガーに下げられています。</p> <p>衣替えや購入も家族が行われるところもありますが、衣類の購入は地域の洋品店をはじめ買い物外出で支援されています。購入に際し改まった情報の提供は行われていませんが、新聞の衣料品店広告は楽しみにされているようです。</p> <p>家族からのアンケートの中には、衣類の調節がうまくされていることへの感謝や、衣類の</p>		

管理をお願いしたいなどの要望が記されていました。		
	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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>衣類の着替えについては、個別支援計画の整容行為や衣類の着脱の項目で、現状と課題を記しています。利用者が着替えを希望した場合は、強いこだわり等特別な場合を除き、意思を尊重して対応しています。</p> <p>個々の衣類は居室のタンスへの収納やハンガーに下げられており、いつでも更衣が可能な状態です。こだわりから同じ服を着用したい場合、部分的な汚れのため手洗いで可能な場合には、早急に対応するようにしています。</p> <p>職員は入浴時の着替えや日常の関わりの中で、汚れや破損を確認しており、今後も洗濯作業専任者と共有しながら、衣類の確認を行うことを期待します。また、定期的に衣類管理のチェックを実施し、個別の保有数や破損（ボタンも含め）、汚れなどの確認を行い、家族への報告を行うことも安心につながると考えられます。</p>		
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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の整容に関する項目の中で、整髪や化粧、髭剃りなど身だしなみに関する現状と課題を掲げ支援しています。職員は必要や希望があれば、整髪や化粧を手伝ったり相談に応じ、本人の望むおしゃれなどが楽しめるようにしています。</p> <p>理容・美容に関する資料や雑誌も備えています。</p>		
	A - 2 - (5) - 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a ・ c
<p><コメント></p> <p>理美容支援については、担当業務の一つに「散髪」を設け、担当者を中心に、訪問による施術のほか、外出支援を兼ねて理美容院と連絡調整を行い、必要に応じて職員が送迎や同行を行っています。</p> <p>訪問理容については、施術場所の雰囲気作りを工夫することで、外出によるカットができない方にも、おしゃれや身だしなみへの気持ちが高まると考えられます。</p> <p>整容に関して家族からのアンケートに、「足の指の間までよくきれいにしてあり、ありがたい」「子どもの表情で満足度がわかる」などの意見が記されていました。</p>		
A - 2 - (6) 睡眠		
	A - 2 - (6) - 安眠できるように配慮している。	a ・ c
<p><コメント></p> <p>個々に応じた安眠環境が保てるよう、「夜間・睡眠マニュアル」を整備し、季節や好みに応じた寝具で就寝できるようにしています。また、希望の寝具があれば家族への協力を依頼しています。マニュアルには「寝具の準備」「夜間の様子観察」「落ち着かない方への対応と観察」など6項目について示し、寝具の準備も夏場・晩夏・晩秋・冬場ごとに寝具の種類をあげ、シーツがかけてあるかや、空調の確認など項目ごとに詳細な内容です。</p> <p>職員の洗濯班の業務事項には、「利用者の衣類・寝具等を洗濯し衛生的で快適な環境を整える」と明記されており、夜間の失禁時などには大型乾燥機を使用し、可能な限り臭気などなく布団の使用できるようにしています。</p> <p>また、早めに布団を敷くことで安心される方もおられるようで、本人の希望が尊重されています。天候の良い日は努めて（月1～2回）中庭や空きスペース、居室の窓などを利用し、寝具の日光干しが行われており、調査訪問時もその光景や早めに布団を敷かれている方の居室の様子を目にすることができました。</p>		

<p>2名部屋使用の利用者については、組み合わせは限られていますが、年1回、または随時部屋割りの見直しが行われています。インフルエンザなどの緊急時は、ショートステイ室や静養室で対応しています。</p> <p>夜間帯の状況は夜勤時チェック表に記入し、職員間で共有が図られています。</p>		
<p>A - 2 - (7) 健康管理</p>		
	<p>A - 2 - (7) - 日常の健康管理は適切である。</p>	<p>a ・ c</p>
<p><コメント></p> <p>施設では日頃より、利用者の健康管理と異常の早期発見に努めており、年間計画に則り、協力医療機関での年2回、各種検診が実施されています。利用者の健康マニュアルの趣旨に、普段の利用者の健康状態を把握することで異常の早期発見に努めること、定期受診時の状態報告につなげることなどを明記しています。</p> <p>日常の健康チェックは、1日3回の検温の実施、食事状態、顔色の観察、排便状態、鼻水や咳、手足の内出血などの確認、歯科的疾患や皮膚の状態確認をあげ、さらに月ごとの血圧や体重測定の実施が盛り込まれています。また、インフルエンザなどの予防接種は利用者、家族の承諾を得たうえで行われています。歯科は往診医による診察となっており、個別の相談や歯ブラシなどの交換時期を医師に確認したり、歯科衛生士による口腔ケアの指導が行われています。</p> <p>利用者の健康維持、増進を図るプログラムが用意されており、敷地内のウォーキングや地域への散歩、サイクルマシーンを使ったりハビリ、作業に入る前のラジオ体操など日常的に無理なく継続できるよう工夫がなされています。</p>		
	<p>A - 2 - (7) - 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。</p>	<p>a ・ b ・ c</p>
<p><コメント></p> <p>利用者健康マニュアルに、異常が見られた時の対処方法を記しています。緊急を要する時（発熱・下痢・嘔吐・手足の腫れなど）はすぐに受診を行い、緊急性がない場合は、次の通院時に主治医へ状態を報告するとしています。</p> <p>協力医療機関は車で15分程度の所にあり、利用者の重度化により、夜間の緊急受診も増えています。担当医は健康診断や定期的な受診を通じ、利用者の健康状態を把握するとともに、日常的な連携が図られています。</p> <p>定期的実施する衛生管理委員会には、担当医師と保健師が同席し、医療に関することだけでなく、室内外の環境整備（埃やエアコンの管理・電化製品のコードの長さや薬品入れなど備品の経年劣化への改善）について発言しており、対応策を検討しています。</p> <p>健康管理マニュアルに記載されている緊急を要する場合の欄に、想定される事故などを追加したり、緊急性がない場合でも次の受診前に様子観察の必要性などを明文化されることで、より具体的な対応策が確立されるものと思われます。</p>		
	<p>A - 2 - (7) - 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。</p>	<p>a ・ c</p>
<p><コメント></p> <p>内服薬や外用薬の取り扱いについて、「服薬管理介助マニュアル」を作成し、誤薬を防ぎ、利用者が確実に服薬できる体制と、副作用についての知識や異常が見られた際の対応を明記しています。医務室に薬品の管理場所を設置し、看護師が薬のセットを行い、与薬前に朝・昼・夜の担当職員が日付と利用者名を確認して、食堂の薬置き場で施錠にて管理しています。服薬時には2名の職員が再びダブルチェックにより確認し、飲み残しがないかなど最終チェックを行っています。</p>		
<p>A - 2 - (8) 余暇・レクリエーション</p>		
	<p>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。</p>	<p>a ・ b ・ c</p>
<p><コメント></p>		

「どぎゃん会」やアンケートにより余暇・レクレーション活動への意向を把握するほか、担当職員を中心に日常の関わりを通じて聞き取り、意向を反映した活動ができるようにしています。また、花見（桜・つつじ）や七夕会、ハロウィン、ひなまつり会をはじめ、バイキング昼食会など、季節に応じたレクレーションを利用者と一緒に企画しています。

コンビニやスーパー、移動図書館の利用など、地域資源を積極的に活用し、利用者の楽しみを支援しています。

施設へ届く県立美術館でのイベントやスポーツ観戦などの情報や案内については、ポスターなどを掲示しており、参加や観戦の様子は広報誌でも紹介されています。

ボランティアについては、現在、音楽や絵画、フラワーアレンジメントなどの受入れが行われており、担当者を中心に利用者の余暇活動の幅が広がるよう、新たなボランティア科目の見直しが行われています。

毎年、余暇活動を利用し、利用者の作品を用いて施設のカレンダーを作成しており、今年は干支のイノシシ（版画）が表紙になっています。新年のカレンダーは8月の開園記念祭でくす玉を割り、笑顔溢れるお祝いの様子を表した利用者の絵を集めて、一つの作品としたものが表紙になる予定です。このカレンダーは保護者をはじめ関係者に配布され、農事暦や六曜が記入されていることもあり毎年好評のようです。また、年末には1年を締めくくる行事の一つとして、安全、衛生面に十分配慮しながら、餅つき大会を毎年開催しており、家族などの参加も得られています。

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。	a・b・c

<コメント>

利用者の外出への希望を把握し、買い物や理美容支援をはじめ、地域のガイドマップやイベントなどの情報を収集し、外出の幅が広がるように努めています。昔ながらの民家が佇む山里の環境であり、商店やスーパーが近距離にないことから、個々に応じてドライブを兼ねて衣料品の購入やコンビニでの買い物などに出かけています。また、地域の小学校運動会見学や同じ福祉施設の秋祭りに出かけたたり、阿蘇・菊池ブロックきらめきフェスティバルなどへ参加し、交流する機会を持っています。

また、中庭散策やウォーキングなども身近な外出の機会として、雨天時などを除き日課として支援しています。

現在、外出のルールについては十分な内容で設けられていないことから、今後は利用者の状況に応じ、安全な外出支援への取組について、ルールを含めたマニュアルの整備が必要と思われる。

	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。	a・b・c
--	---	-------

<コメント>

外泊は利用者や家族の希望に応じ実施していますが、利用者の希望と家族の受け入れ態勢が合わない場合は、担当者職員が双方に無理がないような調整をおこなっています。

また、盆・年末年始の帰省については、強制することなく、利用者や家族の希望に応じて支援しています。

A - 2 - (1 0) 所持金・預かり金の管理等		
	A - 2 - (1 0) - 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a・b・c

<コメント>

利用者の預かり金については、規定を定め責任者を管理者としています。

自己管理に支援を必要とする方には、小遣い帳を活用するなど自己管理に向けた学習を支援しています。個別支援計画書の中にも、社会生活技能の中に金銭管理項目を設け、現状と課題を記し、支援にあたっています。

	A - 2 - (1 0) - 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	a ・ c
<p><コメント></p> <p>新聞は地元紙を施設で購買し、利用者がいつでも読めるよう開放しています。また、個人で新聞や雑誌の定期購読をされている利用者もおられます。</p> <p>新聞などの共同利用方法などについては、利用者間で話し合い決めており、必要があれば職員が間に入り、スムーズな利用ができるようにしています。新聞については今後、地元紙以外の購買も検討されており、利用者の購読に対する楽しみの幅が広がることが期待されます。</p>		
	A - 2 - (1 0) - 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	a ・ c
<p><コメント></p> <p>現在は日常的に飲酒や喫煙をされる利用者がおられず、ルールなどは設けていませんが、周囲にも配慮した喫煙所の設置と、アルコールの嗜好品の管理は行うことができます。</p> <p>また、イベント時には希望があれば、ノンアルコール飲料などが準備されています。</p>		
A - 2 - (1 1) 社会適応訓練等		
	A - 2 - (1 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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の置かれている生活環境を把握し、それに応じたサービスの実施計画についてサービス管理責任者を責任者とし担当者会議の開催や、計画の変更の場合は、サビ管にて召集し、・当事者・担当職員（もしくは主任）関係職員（サービス管理責任者・主任・看護師・栄養士）などの三人以上の職員で行うなどの6項目を掲げ、個別支援会議を開催することを事業計画書の中に謳っています。</p> <p>訓練などに関しては十分な説明を行い、同意を得たうえで実施されています。</p> <p>家族からの相談には情報交換会の機会の他、面会時などその都度適切に応じています。また、広報誌やホームページなどで、施設の取組や現状を発信し、信頼関係を構築しています。</p> <p>家族など来訪者の目につきやすい場所に、職員の顔写真を付けての紹介やイベント時の写真も家族にも楽しんでもらえるようスピーディに掲示しています。</p> <p>年2回開催される情報交換会や「秋の里祭り」、町内の文化ホールで開催される保護者会主催のコンサートなど、連携が図られています。</p>		

A - 3 施設・設備

		第三者評価結果
A - 3 - (1) 施設・設備		
	A - 3 - (1) - 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>子どもの行く末を案じる保護者の想いで創られた施設であることから、正面玄関には、「親なき後も 幸せに」の文字が刻まれた石碑と、親子の狸（焼き物）観葉植物や季節の花が迎えてくれます。また、通路には、職員の顔写真の掲示や実習生を紹介したコーナーが設けられています。</p> <p>入所施設が築後20年以上経過し、重度・高齢化が進む利用者にとって不便なところも増えてくることが予想され、快適な生活空間を提供することで、事故防止にもつなげていきたいと、大規模改修計画の必要性をあげています。また、冷暖房システムの故障など、入所生活の生活環境に直結する不具合が徐々に発生している状況から、規模の大小に関わらず、基本的な生活環境の提供を行うにあたって、改修が不可欠であることを計画書にあげていま</p>		

す。

現在、活動棟の情操棟建て替え工事が進められており、年内に完成の予定であり、利用者や職員も、大型車両の行き来や工事の進み具合を毎日目にしながら、完成を楽しみに待たれているようです。新棟の完成により、利用者の作業がより充実したものになっていくことが期待されています。

経年により施設の不具合は徐々に発生しているようですが、建物内は臭気もなく掃除の徹底に努めています。また、中庭をはじめ、敷地内は担当者を中心に環境整備が行われ、利用者の安全な散歩やウォーキングを支えています。

職員は、施設・設備など会議などで提案できる体制が取られており、「どぎゃん会」などで出された設備に関する要望なども、その場で報告しています。職員の聞き取りの中に、廊下を使った作品の掲示について、見やすさや掲示方法など工夫の必要性もあがっています。

また、施設内の飾り物や掲示物の中には、傷みや色の変色なども見られることから、今後は定期的な見直しの機会が期待されます。

施設は大阪の中心から車で15分ほど離れた山間地にあることから、途中で案内板が立てられています。雑草の伸びが早い時期などは特に、案内板を覆ってしまうようです。今後は確認の機会をもつことが必要と思われる。

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象 ~ ）	36	8	1
内容評価基準（評価対象A）	22	7	0
合計	58	15	1