

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) 障がい者支援施設 精粹園	種別： 障がい者支援施設
代表者氏名： (管理者) 施設長 園田 誠	開設年月日： 昭和55年6月1日
設置主体： 社会福祉法人 誠和会 経営主体： 同上	定員： 52名 (利用人数) (52名)
所在地：〒865-0132 熊本県玉名郡和水町萩原1172番地	
連絡先電話番号： 0968-86-4355	F A X 番号： 0968-75-6015
ホームページアドレス	http://www.seiwa-seisui.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 日中一時支援	開園記念食事会 秋祭り
居室概要	居室以外の施設設備の概要
4人部屋5室 3人部屋3室 2人部屋13室 多目的ホール 活動室6室 相談室 身障トイレ2箇所	レクリエーション室1 訓練室1 作業室1 相談室1 食堂1 浴室2 職員室2 応接室1

2 施設・事業所の特徴的な取組

<p>地域の資源の活用により施設内で完結しないように心がけ、利用者の方々が少しでも地域社会での活動ができるように支援しています。</p> <p>散髪等はボランティアの受け入れは行わず、重度の利用者も地域の理髪店、美容室にて行う事、誕生会は地域のレストランにおいて月単位で実施。体育やレクリエーションは地域の設備の活用、利用者個々のニーズに合わせた外出の支援等により、施設の利用者の方々が施設の外で活動する機会を保障する事。</p>

3 評価結果総評

<p>特に評価の高い点</p> <p>I. 地域との交流及び連携に注力されています。 利用者が地域の中で生活していることを前提とした支援が行われています。法人の理念の実現を目指して、利用者の高齢化や障害支援区分の重度化といった課題を抱えながらも、地域の理・美容室や体育館の利用、ショッピング、リサイクル活動など多岐にわたった外出支援が展開されています。その中で地域の人々との交流が生まれ、関係性の構築につながられています。また、関係機関及び民間企業との連携などにより地域の福祉ニーズが把握され、法人全体で事業展開が進められています。法人内の相談支援事業所からの情報等も含め、児童発達支援や給食(配色)サービス、生計困難者相談支援など、法人や施設の機能・ノウハウを生かした事業が地域福祉ニーズに基づき展開されており、施設は災害時の地域の避難場所の一つとしても指定されています。</p> <p>II. 食事に関して、利用者の意見を取り入れた様々な工夫が行われています。 食事の時間については幅が設けられており、状況に応じて自室での食事も可能とされています。おしゃれな食器の使用などから、食事の雰囲気づくりを大切にされていることもうかがえます。現在もテーブルの彩色などについて検討されており、食事環境の充実が図られています。 月に1回の給食委員会では、食事環境の他にも利用者のニーズに関する検討が行われており、意見を取りまとめたうえで献立へ反映されています。その他、利用者に食事を楽しんでもらえるためのイベントバイキング(例:6月は中華、10月はパン、2月は寿司など)や行事食にも配慮が見られます。寒</p>

い時期には鍋料理や、誕生月には地域のレストランでの食事など、様々な工夫が凝らされていることもうかがえます。今後は、高齢化が進んで来ることも念頭にゼリー食やソフト食などの検討にも取り組まれています。調理は業者に委託されていますが、地域の食材や郷土料理のメニューを取り入れるように密な連携が図られています。

以上のような取組は、施設が掲げる理念の実現に向けた取組として高く評価することが出来ます。

Ⅲ. **理・美容に関しても理念の実現に向けた取組が見られます。**

散髪などはボランティアによる訪問理・美容の活用ではなく、障害支援区分の重い利用者も含めて地域の理髪店や美容室を利用され、雑誌などを見ながら希望のヘアスタイルやカラーリングなどがオーダーされています。その他、利用者に対する個別支援として、顔やわきなどのシェービングや化粧品、マニキュアなどについての支援も行なわれています。

以上のような取組は、利用者個人を尊重し、主体性を大切にするという理念のあらわれであると評価することが出来ます。

改善を求められる点

I. **理念・基本方針の実現に向けた中・長期計画の策定が求められます。**

年度の事業計画は経営層で策定されたものと、それを踏まえ職員の意見が色濃く反映された「くらしの菜」(支援計画)といった二段構えの詳細な計画が策定されています。施設長は、将来構想(ビジョン)を明確にされている部分もありますが、具体的なビジョンの明示やビジョンを実現するための中・長期計画の策定に至っているとは言い難い状況がうかがえます。理念・基本方針の実現に向けた中・長期計画の策定が求められます。

II. **利用しやすい施設・設備にするための工夫を期待します。**

施設経年の中で、利用者の状態・状況に応じて柔軟な対応(段差解消・リフトや手摺りの設置等)に努められていることがうかがえます。利用者の状況の変化を早期に捉えて、速やかな対策が図られていますが、案内図などの表示がなく来訪者には分かり難い状態にあると言えます。ユニバーサルデザインの考え方にに基づき、誰もが利用し易い施設整備を期待したいところです。

III. **PDCAサイクルに基づくサービスの質の向上を目指した定期的・継続的な取組を期待します。**

当該施設は、今回初めて福祉サービス第三者評価を受審されています。その過程で、体制整備や改善活動が展開されてきたことを訪問調査において確認することが出来ました。この活動は定期的・継続的に取り組まれることで、より大きな効果が得られることは言うまでもありません。今後も定期的・継続的な自己評価並びに第三者評価に取り組まれ、PDCAサイクルに基づく改善活動により、更なるスパイラルアップが実現されることを期待します。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント(400字以内)

(H27.12.10)

開所35年、初めて第三者評価を受けました。その間、県の厳しい改善命令を受け、改善に努めて参りましたが改革半ばです。

地域連携等、社会福祉の基本姿勢を評価頂いた事は有り難く思います。理念、基本方針を具体的に示し、職員にも理解出来るように努め、更なる改革を目指します。

(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 医療・福祉ネットワークせいわ
所 在 地	佐賀県佐賀市木原二丁目6番5号
評価実施期間	平成27年10月15日～27年10月16日
評価調査者番号	第06-040号
	第12-009号
	第06-039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) 障がい者支援施設 精粹園	種別： 障がい者支援施設
代表者氏名： (管理者) 施設長 園田 誠	開設年月日： 昭和55年6月1日
設置主体： 社会福祉法人 誠和会 経営主体： 同上	定員： 52名 (利用人数) (52名)
所在地：〒865-0132 熊本県玉名郡和水町萩原1172番地	
連絡先電話番号： 0968-86-4355	F A X 番号： 0968-75-6015
ホームページアドレス	http://www.seiwa-seisui.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 日中一時支援	開園記念食事会 秋祭り
居室概要	居室以外の施設設備の概要
4人部屋5室 3人部屋3室 2人部屋13室 多目的ホール 活動室6室 相談室 身障トイレ2箇所	レクリエーション室1 訓練室1 作業室1 相談室1 食堂1 浴室2 職員室2 応接室1

職員の配置

職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
統括施設長		1	社会福祉士	2	
施設長	1		介護支援専門員	2	
副施設長	1		介護福祉士	2	
管理部長	1		社会福祉主事	5	
指導課長	1		保育士	1	
サービス管理責任者	1		准看護師	1	
看護師	1				
栄養士	1				
事務主任	1				
事務員		1			
支援員	19				
合 計	27	2	合 計	13	

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

1. 利用者の方をかけがえのない存在として大切にします。
1. 利用者の方の個人を重んじ主体性・可能性を大切にします。
1. 利用者の方が一市民として社会生活に参加できるように支援します。
1. 利用者の方が豊かで充実した生活が送れますよう専門的支援・援助を行います。
1. 利用者の方に対するいかなる差別・虐待・人権侵害も許さず人としての権利を尊重します。
1. 利用者の方の安定した生活が継続できるよう効率的な経営を目指します。

基本方針

- ・ 自己決定権の尊重
- ・ 主体性の尊重
- ・ 個別性の尊重
- ・ 自立生活の支援と権利擁護
- ・ 地域福祉への貢献

3 施設・事業所の特徴的な取組

地域の資源の活用により施設内で完結しないように心がけ、利用者の方々が少しでも地域社会での活動ができるように支援しています。

散髪等はボランティアの受け入れは行わず、重度の利用者も地域の理髪店、美容室にて行う事、誕生会は地域のレストランにおいて月単位で実施。体育やレクリエーションは地域の設備の活用、利用者個々のニーズに合わせた外出の支援等により、施設の利用者の方々が施設の外で活動する機会を保障する事。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成26年 8月19日(契約日) ~ 平成27年12月10日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	初回(平成 年度)

5 評価結果総評

特に評価の高い点

I. 地域との交流及び連携に注力されています。

利用者が地域の中で生活していることを前提とした支援が行われています。法人の理念の実現を目指して、利用者の高齢化や障害支援区分の重度化といった課題を抱えながらも、地域の理・美容室や体育館の利用、ショッピング、リサイクル活動など多岐にわたった外出支援が展開されています。その中で地域の人々との交流が生まれ、関係性の構築につながられています。また、関係機関及び民間企業との連携などにより地域の福祉ニーズが把握され、法人全体で事業展開が進められています。法人内の相談支援事業所からの情報等も含め、児童発達支援や給食(配色)サービス、生計困難者相談支援など、法人や施設の機能・ノウハウを生かした事業が地域福祉ニーズに基づき展開されており、施設は災害時の地域の避難場所の一つとしても指定されています。

II. 食事に関して、利用者の意見を取り入れた様々な工夫が行われています。

食事の時間については幅が設けられており、状況に応じて自室での食事も可能とされています。おしゃれな食器の使用などから、食事の雰囲気づくりを大切にされていることもうかがえます。現在もテーブルの彩色などについて検討されており、食事環境の充実が図られています。

月に1回の給食委員会では、食事環境の他にも利用者のニーズに関する検討が行われており、意見を取りまとめたうえで献立へ反映されています。その他、利用者に食事を楽しんでもらえるためのイベントバイキング(例:6月は中華、10月はパン、2月は寿司など)や行事食にも配慮が見られます。寒い時期には鍋料理や、誕生月には地域のレストランでの食事など、様々な工夫が凝らされていることもうかがえます。今後は、高齢化が進んで来ることも念頭にゼリー食やソフト食などの検討にも取り組まれています。調理は業者に委託されていますが、地域の食材や郷土料理のメニューを取り入れるように密な連携が図られています。

以上のような取組は、施設が掲げる理念の実現に向けた取組として高く評価することが出来ます。

III. 理・美容に関する理念の実現に向けた取組が見られます。

散髪などはボランティアによる訪問理・美容の活用ではなく、障害支援区分の重い利用者も含めて地域の理髪店や美容室を利用され、雑誌などを見ながら希望のヘアスタイルやカラーリングなどがオーダーされています。その他、利用者に対する個別支援として、顔やわきなどのシェービングや化粧品、マニキュアなどについての支援も行なわれています。

以上のような取組は、利用者個人を尊重し、主体性を大切にするという理念のあらわれであると評価することが出来ます。

改善を求められる点

I. 理念・基本方針の実現に向けた中・長期計画の策定が求められます。

年度の事業計画は経営層で策定されたものと、それを踏まえ職員の意見が色濃く反映された「くらしの菜」(支援計画)といった二段構えの詳細な計画が策定されています。施設長は、将来構想(ビジョン)を明確にされている部分もありますが、具体的なビジョンの明示やビジョンを実現するための中・長期計画の策定に至っているとは言い難い状況がうかがえます。理念・基本方針の実現に向けた中・長期計画の策定が求められます。

II. 利用しやすい施設・設備にするための工夫を期待します。

施設経年の中で、利用者の状態・状況に応じて柔軟な対応(段差解消・リフトや手摺りの設置等)に努められていることがうかがえます。利用者の状況の変化を早期に捉えて、速やかな対策が図られていますが、案内図などの表示がなく来訪者には分かり難い状態にあると言えます。ユニバーサルデザインの考え方にに基づき、誰もが利用し易い施設整備を期待したいところです。

III. PDCAサイクルに基づくサービスの質の向上を目指した定期的・継続的な取組を期待します。

当該施設は、今回初めて福祉サービス第三者評価を受審されています。その過程で、体制整備や改善活動が展開されてきたことを訪問調査において確認することが出来ました。この活動は定期的・継続的に取り組まれることで、より大きな効果が得られることは言うまでもありません。今後も定期的・継続的な自己評価並びに第三者評価に取り組まれ、PDCAサイクルに基づく改善活動により、更なるスパイラルアップが実現されることを期待します。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H27.12.10)

開所35年、初めて第三者評価を受けました。その間、県の厳しい改善命令を受け、改善に努めて参りましたが改革半ばです。

地域連携等、社会福祉の基本姿勢を評価頂いた事は有り難く思います。理念、基本方針を具体的に示し、職員にも理解出来るように努め、更なる改革を目指します。

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	30	
	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 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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>法人としての基本理念は、法人のパンフレットに記載されています。また、全職員に配布されている「くらしの菜」(支援計画)やホームページにも理念・基本方針が明示され、内外への周知に努められていることがうかがえます。理念・基本方針からは、施設が目指すべき方向性や地域での使命・役割並びに利用者を尊重する姿勢が読み取れ、職員会議や家族会総会等での説明も行われています。利用者本人への周知に向けての取組は今後の課題と言えますが、家族等への周知状況に関しては、アンケート調査で概ね良好な結果が得られています。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>統括施設長及び副施設長が町の福祉計画策定委員を努められており、施設長も法人内の情報の共有化や各種研修会及び会合に出席する中で、社会福祉事業全体の動向や地域の福祉計画の内容を把握されています。同一法人内の相談支援事業所からの情報も得られており、地域の利用者像や潜在的利用者等に関する情報も把握されています。その上で、コスト分析や利用者推移の把握も行われており、内外の様々な要因を分析しながら施設運営に取り組みられています。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>経営課題に関しては、地域環境や組織的な課題を把握した上で、その改善の一つひとつ取り組まれ、同業他施設との比較検討なども視野に入れながら人件費割合の改善や新規事業への取組・計画などが進められています。施設長は、今年度就任したばかりではありますが、福祉業界及び他の業界との交流にも積極的で、福祉を中からのみならず外からも見つめながら、その視点を大切にしながら経営や組織運営を目指されています。勿論、人事改革やコスト管理などについては、職員の理解を得ながら進められています。そのことにより、職員にも経営的な観点が浸透しているようです。</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・㉔
<p><コメント></p> <p>施設長は、地域にも視野を広げ、法人全体の中で将来構想をある部分に関しては明確に思い描き、法人並びに施設運営に取り組みられています。しかし、明確な中・長期計画やその裏づけとなる中・長期の収支計画の策定には至っていない状況にあります。法人や施設の理念・基本方針及び将来構想の実現のための中・長期計画を策定され、より計画的な施設運営を実現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・㉔
<p><コメント></p> <p>法人及び施設には、統括施設長・施設長を含む経営層で策定された単年度の事業計画と、それを踏まえた上で現場職員の意見が色濃く反映された「くらしの菜」(支援計画)が年度ごとに策定されています。しかし、明確な中・長期計画の策定には至っていないため、その整合性については第三者では判断できない状況にあります。</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・㉕・c
<p><コメント></p> <p>先に述べたように、当該法人及び施設には、経営層で策定された年度ごとの事業計画とそれを踏まえて各棟の意見を集約した「くらしの菜」が策定されています。「くらしの菜」は、毎月の当別会議や運営委員会でその評価・見直しが行われ、修正・加筆が施される仕組みとなっており、職員への浸透も図られています。したがって、中・長期計画の策定が待たれるといった状況にあると言えます。</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・㉕・c
<p><コメント></p> <p>年度ごとの事業計画や「くらしの菜」を抜粋したものが、家族会総会で配布され説明が行われています。総会を欠席された家族等には、総会資料として郵送も行われています。しかし、利用者本人への周知に関しては、行事計画等の周知に留まっているといった状況がうかがえます。利用者の障害支援区分の重たさなど、困難な面もうかがえますが、利用者の特性を踏まえた上での今後の周知活動を期待します。</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・㉕・c
<p><コメント></p> <p>今回が初めての当該評価受審となります。受審に際して、職員の意識改革やマニュアルの重要性の認識などに繋がったといった意見も聞かれました。受審に向けた取組の中で、質の向上を図るための「第三者評価についての対策委員会」といった体制も整備され、今後の継続的な活動の中でPDCAサイクルに基づく質の向上が根付いて行くことを期待します。</p>		
9	- 4 - (1) - 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・㉕・c
<p><コメント></p> <p>今回の当該評価受審に向けて、様々な課題が抽出され、改善活動を展開されていました。今後、第三者評価の結果を受けて、この活動が更なる取組として継続的・計画的に展開されることを期待します。</p>		

評価対象 組織の運営管理

- 1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
- 1 - (1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	- 1 - (1) - 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・㉔・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、組織運営に関して、利用者へのサービスの質の向上は、職員の資質の向上及び職員の働きやすい職場環境づくりがポイントであると考えられており、職員育成を中心に情熱を持って任に当たられています。今年度4月に就任されたばかりで、福祉業界での経験が少ないといった状況の中でも、統括施設長や副施設長、管理部長等にある意味支えられながら、しっかりとした考えを持って組織づくりに取り組まれています。しかし、施設長の役割と権限、責任については、組織図や職務分掌等により確認できる状況にありますが、有事(災害・事故等)の際の責任体制については、各種資料から十分に読み取れるとは言い難い状況がうかがえます。</p>		
11	- 1 - (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・㉔・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、業界における各種連絡協議会や研修会等への参加、社会保険労務士の指導・助言を受けながら遵守すべき法令等の最新の情報を把握し、職員への周知に努められています。しかし、環境への配慮を含む幅広い分野の法令等の遵守に向けた取組といった視点からは、職員への周知を含め更なる充実を期待したいところです。</p>		
- 1 - (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	- 1 - (2) - 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・㉔・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、サービスの質の向上について積極的な姿勢で取り組まれています。しかし、現状把握や課題の具体的な抽出・設定等についての仕組みの構築については今後の課題と言えます。今回の当該評価受審を機に体制の整備は整ったと言えますので、質の向上の仕組みが確実に機能することを期待します。</p>		
13	- 1 - (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。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <p>先に述べたとおり、働きやすい職場環境の整備に視点が置かれており、職員の配置や勤務体制等にも配慮され、幹部職員等で構成されている運営委員会で検討が重ねられています。しかし、組織内での体制の構築や組織内の意識形成への取組については、更なる充実を期待したいところです。</p>		

- 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・㉔
<p><コメント></p> <p>必要な人材や人員体制についての考えについては聞き取ることが出来ましたが、具体的な計画の策定には至っていない状況にあります。中・長期的な視点を持って計画を策定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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>社会保険労務士の指導・助言を受けながら職員の処遇水準等について検討されています。「昇格・人事考課規程」や「チャレンジシート」といった仕組みが導入されており、総合的な人事管理に繋がられています。しかし、規程やチャレンジシートの運用の定着には、まだ課題が見受けられる状況がうかがえます。施設が求める職員像を反映した人事考課の仕組みや、チャレンジシートの確実な運用は今後の課題と言えます。</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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>職員の働きやすい職場環境づくりを目指して、職員の希望に応じた勤務表の作成や、個別面談の機会が設けられています。女性が結婚後も続けて勤務できる組織づくりなどにも配慮されています。しかし、その実現に向けた仕組みの構築については十分と言えない状況が見られます。職員の希望に基づく総合的な福利厚生事業や改善事項への計画的な取り組み等が今後の課題として挙げられます。</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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>職員一人ひとりの育成については、「チャレンジシート」(目標管理制度)の活用がポイントとなっているようです。しかし、その運用については、更なる定着が求められる状況と考えます。職員の育成に関してもPDCAサイクルを意識し、中・長期的な視点を持って確実な取組につなげていかれることを期待します。</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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>組織としての研修計画や、一人ひとりの目標管理制度、研修受講の機会など、「期待する職員像」(昇格・人事考課規程や行動規範に明示)を踏まえた教育・研修活動が展開されていますが、職員に求められる専門資格の明示や、研修計画及び研修内容の評価・見直しの仕組みの構築については今後の課題と言えます。</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。	③・b・c
<p><コメント></p> <p>一人ひとりの職員の知識やスキル、専門資格の取得状況及びキャリア等を踏まえて外部研修の受講やOJT研修が行われています。職員へ積極的に研修情報を提供しながら、必要な研修受講が促されています。また、一部の職員に偏りが生じないように受講履歴の管理も行われています。</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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>実習生については、介護福祉士・社会福祉士・保育士・歯科衛生士など多岐にわたって受入れが行われています。マニュアルも整備され、養成校との連携強化も図られています。また、専門職種の特性に応じたプログラムの整備にも取り組まれています。しかし、実習生の教育・育成に関する基本姿勢の明示は見受けられない状況にあります。また、特性に配慮したプログラムについても一部についてのみ整備されているといった状況がうかがえます。養成校との連携に関しても充実が図られている過程にあるといった状況がうかがえ、実習計画に掲げられている目標が形骸化している部分も見られます。これらは、改善が図られている過程にあるものもあり、今後の取組に期待したいところです。</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・㉔・c
<p><コメント></p> <p>法人や施設の理念・基本方針、財務状況などはホームページで閲覧することが可能です。広報誌は年に一度の頻度で発行されています。また、地域の教育懇話会等にも参加され、法人や施設についての理解が進むよう図られています。しかし、苦情の公表や当該評価結果の公表、広報誌の発行頻度については課題が残ります。</p>		
22	- 3 - (1) - 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <p>経理規程が整備され、職務分掌によりその責任と権限も明らかにされています。また、内部監査についても「監事監査意見書」やチェックリストにより、実施されていることが確認できます。しかし、外部の専門家の意見や指導・助言を受けられる仕組みの整備には至っておらず、外部監査も実施されていない状況です。</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) - 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></p> <p>利用者と地位との交流に関しては、事業計画に掲げて積極的に支援されています。「資源マップ」の作成も行われており、地域の理・美容室の利用やショッピング、社会見学学習、空き缶等のリサイクル活動、地域の体育館の利用等、多種多様な取組が利用者一人ひとりの特性に応じた形で行われています。地域に出かける機会を楽しみにされている利用者も多く、様々な外出支援の過程で、地域の人々との交流が図られています。利用者の高齢化や障害支援区分の重度化により困難な面も増えてきているようですが、施設の方針の実現に向けて、職員一丸となって取り組まれていることがうかがえます。</p>		
24	- 4 - (1) - 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></p> <p>ボランティアの受入れに関する基本姿勢は、マニュアルに明示され「地域との架け橋」と位置づけられています。施設の秋祭りや餅つきなどのボランティアには、地域の民間企業からの参加等が見られます。しかし、ボランティア登録の仕組みなど、徹底されていない面も見受けられます。</p>		
- 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	- 4 - (2) - 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、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></p> <p>地域の関係機関などがリスト化され、職員への周知に生かされています。和水町社会福祉協議会主催の会合や三施設協議会、荒尾玉名地区福祉施設連絡協議会、有明圏域自立支援協議会など、各種会合等に参画しながら連携強化にも努められています。</p>		

- 4 - (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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・㉔・c
<p><コメント></p> <p>施設は高台にあるため地域の避難場所の一つと位置づけられています。また、法人内では相談支援事業所を運営されており、積極的に相談に応じられています。しかし、施設自体が、地位住民の生活に役立つ講演会や障がい者や福祉への理解を促すための研修会を開催する等の取組には至っていない状況がうかがえます。</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。	㉔・b・c
<p><コメント></p> <p>相談事業や地域の関係機関・民間企業との連携の中で地域の福祉ニーズが把握され、法人内で多岐にわたった事業展開が行われています。給食(配食)サービスや生計困難者相談支援事業などへの取組も見られます。</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
- 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
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。	㉔・b・c
<p><コメント></p> <p>理念・基本方針や就業規則、倫理要綱等の中に利用者尊重の姿勢が謳われており、「くらしの菜」を毎年度配布・説明するなど、職員への周知に向けた取り組みが行なわれています。</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。	㉔・b・c
<p><コメント></p> <p>権利擁護や虐待防止・プライバシーの保護に関しては、マニュアルが整備されており、研修等にも取り組まれています。重要事項説明書にも明示されており、施設の中に設置されたカメラについても、家族から同意書を頂いた上で運用されています。</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。	㉔・b・c
<p><コメント></p> <p>パンフレットは、写真を用いて楽しい雰囲気が伝わるように作成されており、“手をつないで同じ方向に向かう”といった思いを込めてロゴマークなども使用されています。シンプルで分かり易い文書を用いるよう努められていることもうかがえます。また、ホームページについても、楽しそうな様子が伝わるよう心がけて作られていることが見て取れます。</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・㉔・c
<p><コメント></p> <p>家族には、担当が直接書面を用いて詳細に説明するよう心がけられています。意思決定が困難な利用者に対しては、更なる工夫により分かり易い説明が実現されることを期待します。</p>		
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・㉔・c
<p><コメント></p> <p>サービス移行時等の引継ぎなどには配慮されていますが、組織として定められた引き継ぎ文書や手順書などの整備については今後の課題と捉えられます。また、退所者の相談などにも積極的に対応されているようですが、退所者の会などの支援組織的なものについては今後の取組を期待したいところです。</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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>家族会総会が毎年度において実施されており、家族等のニーズの把握に努められています。家族等に対する満足度調査にも取り組まれています。定期性及び継続性については今後の課題と言えます。棟毎に毎月実施されている利用者との懇談会については、今後も継続的に実施されることを期待します。</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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>苦情解決委員会が設置されており、相談しやすい環境づくりに取り組まれています。また、今年度は第三者委員も家族会総会において紹介され、苦情を述べやすい雰囲気づくりに努められていることがうかがえます。しかし、苦情解決の仕組みの掲示や苦情内容及び解決方法並びに結果等の公表に関しては今後の課題と捉えます。</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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>相談室の設置など、利用者等が相談しやすい雰囲気づくりに配慮が見られます。また、実際の相談を改善に結びつけた事例などもうかがえます。しかし、気軽に相談できることを分かりやすく説明した文書などの掲示に関しては今後の課題と捉えられます。相談室に関してもカーテンなどにより、他人の目を気にすることなく相談できる環境整備を期待します。</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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>相談や意見に対して、ソフト及びハード面など可能な限りの改善に努められています。しかし、対応マニュアルの整備などには至っていない状況が見受けられます。意見箱の設置やアンケート調査の定期的・継続的な実施など、利用者等の意見が改善の手がかりとなるような更なる取組を期待します。</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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>ヒヤリハット事例を生かして棟別会議にて検討が行なわれ、夜間の転倒防止策としてセンサーマットを活用されるなどの対応策がとられています。誤薬については、防止に向けた様々な工夫が図られていますが、更なる取組を期待します。また、事故防止策の実効性の評価など、継続的な取組も今後の課題と言えます。</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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>感染症予防マニュアル等が整備され、研修等により職員への周知が図られています。利用者への周知については困難な面もうかがえますが、継続的な取組や工夫については今後の検討課題と捉えます。</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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>災害発生時の体制や利用者及び職員の安否確認の方法については職員に周知されています。夜間想定防災訓練などにも取り組まれており、実際に夜間の避難訓練も計画されています。しかし、食料や備品の備蓄については、備蓄リストによる管理には至っていない状況がうかがえます。</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・㉔・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの提供状況についてはケース記録が作成され、毎月の棟別会議で検討が行われています。標準的な実施方法の文書化も行なわれていますが、マニュアル等への利用者尊重やプライバシー保護、権利擁護に関する姿勢の明示には至っていない状況が見られます。</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・㉔・c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法の見直しには取り組まれています、その時期や方法を定めるには至っていない状況がうかがえます。見直しの時期や方法を定め、利用者尊重やプライバシー保護、権利擁護に関する姿勢の明示なども含めた評価・見直しにより、更なる福祉サービスの充実につなげられることを期待します。</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。	㉔・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス実施計画は、アセスメントに基づき策定されています。サービス実施計画策定についての責任者も設置されており、支援困難ケースに関しては精神科医と連携して対応する仕組みも構築されています。</p>		
43	- 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></p> <p>サービス実施計画については、見直しに関する手順などが定められており、定期的な評価・見直しに取り組まれています。利用者のニーズ把握に基づく変更が行なわれており、利用者本位の視点に立って見直されていることもうかがえます。</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。	㉔・b・c
<p><コメント></p> <p>サービスの実施状況に関しては、組織として統一された様式により記録が残されています。記録に関してはチェック機能が働いており、記録する職員により差異が生じることのないよう指導も行なわれています。各棟にパソコンが設置され、ネットワークシステムの中で情報の共有化も図られています。</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・㉔・c
<p><コメント></p> <p>サービス実施状況の記録に関しては保存期間が定められており、開示についての利用者等への説明も重要事項説明書を用いて行なわれています。実際の記録の保管状況については、ファイルの背表紙などが見える状況で保管されているなどは正すべき事項も見受けられましたので、保管方法に関する検討を期待します。</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。	㉑・b・c
<コメント> 言葉遣いや対応については、丁寧に行なうよう研修等により周知が図られています。体罰や抑制、ふさわしくない呼称等に関しても取り決めが行なわれており、職員への周知も図られています。入浴や排泄の同性介助の原則については、女性利用者に関して特に徹底されています。		
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・㉒・c
<コメント> コミュニケーション支援としては、聴覚障害者に対して指文字を使ってコミュニケーションを取るなど、その人の意思を聴き取るための個別の対応が見られます。しかし、実施計画に基づくサービスの提供には、至っていない状況がうかがえます。コミュニケーションに関する支援が必要な利用者に関しては、サービス実施計画へ反映され、計画に基づくサービスの提供が行われることを期待します。		
A - 1 - (1) -	利用者の主体的な活動を尊重している。	㉑・b・c
<コメント> 利用者の主体的な活動については側面的に支えるよう努められており、施設外の障がい者との交流の機会も設けられています。利用者と職員の懇談会も棟毎に毎月行なわれており、利用者の主体的な活動に関する意向などの把握にもつながられています。		
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。	㉑・b・c
<コメント> 利用者の行為に関しては、基本的に見守る姿勢で対応されています。利用者が自力で行動できる範囲を増やすように砂利面を舗装したり、ドアを使いやすいものに取り替えたり、自動販売機を導入したりと様々な対策がとられています。		
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・㉒・c
<コメント> 利用者の社会生活力の向上を目指して、調理や洗濯、外食、買物、社会見学体験などが行なわれています。しかし、プログラムとして整備されるなど更なる充実については今後の課題と捉えます。		

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。	㉑・b・c
<コメント> 食事に関しては、栄養士により食事メニューが作成されており、食事形態など個別の状態に応じた対応がサービス実施計画やマニュアル等に基づき行なわれています。		
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。	㉑・b・c
<コメント> 食事に関する事項は、定期的に関催されている給食委員会で検討されており、メニューや環境整備などについて利用者のニーズに基づく改善活動が展開されています。常に適温の食事が楽しめるように取り組まれており、地元の食材を取り入れるよう努められています。		

	A - 2 - (1) - 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	㉑・b・c
<コメント> 給食委員会で、食事環境の整備について検討されており、食堂のテーブルの色彩にまで配慮されていることがうかがえます。食事時間に幅を持たせてみたり、時間をずらして食事を摂ることでゆとりを持たせたりと様々な検討が細やかに行われています。また、体調に応じて居室で食事を摂ることも可能とされています。		
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・㉒・c
<コメント> 入浴については、一人ひとりの状態に応じたサービス実施計画に基づく介助が行なわれています。また、入浴介助や支援に関しては所定の様式に記録も残されています。しかし、安全面やプライバシーの保護を考慮したマニュアルの整備については課題が残ります。		
	A - 2 - (2) - 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	㉑・b・c
<コメント> 入浴予定日以外は、必要に応じてシャワー浴や清拭が行なわれています。皮膚疾患がある利用者については、毎日の入浴や清拭が行なわれ、特に清潔保持についての支援が行なわれています。		
	A - 2 - (2) - 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	㉑・c
<コメント> 環境整備については、施設経年の中でも手摺の追加やリフトの設置など様々な改善が行なわれています。また、脱衣場には冷暖房設備も備え付けられています。		
A - 2 - (3) 排泄		
	A - 2 - (3) - 排泄介助は快適に行われている。	㉑・c
<コメント> 排泄介助については、サービス実施計画に基づき計画的な支援が行なわれています。マニュアルも整備されており、プライバシー保護や安全面への配慮についても明記されています。また、必要な利用者には、夜間において安心して排泄が出来るようポータブルトイレも準備されています。		
	A - 2 - (3) - トイレは清潔で快適である。	㉑・c
<コメント> トイレは清潔に保たれており、プライバシー保護にも配慮がうかがえます。また、暖房器具や温便座などの設備も整っています。		
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。	㉑・b・c
<コメント> 衣服に関しては、年2回のショッピングにより自分好みの服を購入されています。それ以外にも、利用者の意向を確認した上で、職員が買物を代行されるケースもあります。		
	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。	㉑・b・c
<コメント> 衣類の着替えの支援に関しては、可能な限り利用者の意思を尊重されており、汚れや破損についても速やかな対応を心がけられています。		
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。	㉑・b・c
<コメント> 髪型については地域の理髪店や美容室で利用者の意思に沿ったオーダーが行なえるよう支援されています。また、女性の顔やわきのシェービングなども支援されています。化粧やマニキュアなどについても利用者の意思を尊重した支援に努められています。		

	A - 2 - (5) - 理髪店や美容院の利用について配慮している。	㉑・c
<コメント> 利用者それぞれの行きつけの理髪店や美容室で好みの髪型がオーダーされています。髪のカラリングなども本人の希望に沿って行なわれています。		
A - 2 - (6) 睡眠		
	A - 2 - (6) - 安眠できるように配慮している。	㉑・c
<コメント> 居室にはベッドが設置され、睡眠時には豆球が点けられています。夜間に行なわれた支援に関しても記録が残され、サービス提供に役立てられています。また、不眠等に関しても他の利用者に影響がないように対処されています。		
A - 2 - (7) 健康管理		
	A - 2 - (7) - 日常の健康管理は適切である。	㉑・c
<コメント> 利用者の健康管理に関するマニュアルが整備されており、医療機関との連携体制も構築されています。利用者等の承諾を得て、予防接種なども行なわれています。		
	A - 2 - (7) - 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	㉑・b・c
<コメント> 健康面に変調があった場合のマニュアル等も整備され、活用されています。協力医療機関は近隣にあり、迅速に適切な医療が受けられる体制が整っています。また、訪問診療も毎月受けられています。		
	A - 2 - (7) - 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a・㉒
<コメント> ハイリスク薬などに特に重きを置いて服薬管理の徹底が図られています。内服薬は利用者ごとに1回分がわかるよう工夫され、薬の使用状況も記録に残されています。しかし、ヒヤリハットとして薬の飲みこぼしなどが報告されており、更なる服薬管理の徹底が今後の課題と言えます。		
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。	㉑・b・c
<コメント> 懇談会などで利用者の意向を把握するように努めたり、イベントなどの情報を提供したりと利用者が主体的に活動できるよう支援されています。		
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。	㉑・b・c
<コメント> 外出支援などは、職員が側面的に支援されており、利用者の主体性を大切にされていることがうかがえます。地域のイベントなどにも職員が同行し参加されています。		
	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。	㉑・b・c
<コメント> 外泊については、家族と職員との間で話し合い、外泊を楽しく過ごせるように支援されています。また、帰れない利用者への配慮についても、様々な工夫が凝らされています。		
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。	a・㉒・c
<コメント> 金銭管理に関しては、現在において自己管理できる利用者がいないため、施設において管理されています。利用者が買い物に行く際には、職員が同行して支援されており、預り金については年4回の報告が家族等に対して行なわれています。		

	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。	②・c
<p><コメント> 施設で2種類の新聞を購読されており、利用者が自由に読むことが出来るようにされています。自室とホールにテレビが設置されており、自室では夜の9時まで、それ以降は夜の11時までホールでテレビを視聴することが可能とされています。</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。	②・c
<p><コメント> 現在の利用者の中には、喫煙者はいないとのこと。飲酒については、好きな銘柄を食堂で楽しめる機会が月2回設けられています。</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・②・c
<p><コメント> 居酒屋や温泉、遊園地に行かれるなど、様々な形で社会見学が行なわれており、利用者がカラオケボックスに一人で行けるようになった事例なども持たれています。しかし、サービス実施計画に基づく活動や支援に至っているとは言い難い状況がうかがえます。</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・②・c
<p><コメント> 利用者の障害支援区分の重度化や高齢化、施設経年などにより、利用が困難になった設備もありますが、リフトやスロープ、手摺の設置などにより利用者が使用し易い環境整備に努められていることがうかがえます。また、各部屋に名前を表示するなどの配慮も見られます。しかし、施設内の案内図の掲示など来訪者に優しい環境整備については、まだ工夫の余地が見受けられます。</p>		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	C
共通評価基準(評価対象 ~)	12	30	3
内容評価基準(評価対象A)	22	6	1
合計	34	36	4