

## 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：第二天草学園<br>(施設名)            | 種別：障がい者支援施設   |
| 代表者氏名：理事長 飽田一夫<br>(管理者) 園長 田中榮一  | 開設年月日：<br>平成14年4月1日   |
| 設置主体：社会福祉法人啓明会<br>経営主体：社会福祉法人啓明会 | 定員：30名<br>(利用人数) 31名  |
| 所在地：〒863-0006<br>熊本県天草市本町下河内680  |   |
| 連絡先電話番号：<br>0969-22-3873         | F A X 番号：<br>0969-22-3887   |
| ホームページアドレス                       | <a href="http://www.keimeikai.amakusa-web.jp/MyHp/Pub">http://www.keimeikai.amakusa-web.jp/MyHp/Pub</a> |

#### (2) 基本情報

| サービス内容(事業内容)                         | 施設の主な行事   |
|--------------------------------------|---|
| 入浴、排泄及び食事の支援、その他の必要な生活支援、保健医療サービスの提供 | 花見、遠足、愛藍ピック、一泊旅行、海水浴、ハイヤ踊り、啓明会夏祭り、夕涼み会、親善スポーツ大会、収穫祭、ふるさと祭り、クリスマス会、正月祝い、節分、豆まき、ひな祭り会 |
| 居室概要                                 | 居室以外の施設設備の概要  |
| 1人部屋32室                              | 食堂、厨房、事務室、談話室、活動ホール、医務室及び静養室、相談室、浴室(男・女)、地域交流室、トイレ、洗濯室                              |

### 2 施設・事業所の特徴的な取組

緑あふれる豊かな自然の中にたたく学園の建物は最高に優れ、家庭的な雰囲気に満ちています。法人ホームページの理事長挨拶の中に明記されているように、「施設は家、職員は家族」というコンセプトに基づき、きめ細かい福祉サービスの提供が心掛けられています。施設利用者にとっての『家』という位置づけがなされているため、各居室には取替えて部屋名が付されていません。

コロナ禍のもと不透明な時代が続く中でも、「利用者が個人の尊厳を保持しつつ、自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援する」という法人の目的を達成すべく職員が協働しながら全力で施設運営にあたっています。人口減少や高齢化を念頭に置きつつ、地域共生社会の構築への能動的な取組姿勢が高く評価されます。

### 3 評価結果総評

#### 特に評価の高い点

○職員自己評価結果に係る多くのコメントを通じて、施設職員の真摯、かつ前向きな姿勢が伝わってきます。

すべての評価項目について、ポジティブな内容のみならず、ネガティブな内容についても、職員自身の意見や気づきが数多く記述されていました。より良い施設運営を願う

一人ひとりの強い意志が各コメントを通じて伝わってきました。今後の実践に生かされることが強く期待されます。

○施設利用者の高齢化に対応できるように、ハード面の整備と専門職員の配置に取り組まれています。

利用者の高齢化を想定した上で、平成28年に施設建物の建替えが施工されています。各所のバリアフリー化は言うに及ばず、介助浴槽の導入や各ユニットへの豊富なトイレの設置などに十分な配慮が窺われます。また、専門性のある手厚い支援を実現するために4名の看護師が配置されるとともに、管理栄養士が中心となって食事面での健康管理に取り組まれ、高齢になっても病気にかかりにくい体づくりが目指されています。

○地域社会への貢献に積極的に取り組まれています。

地域交流室の開放を通じて地域住民にとっての活動場所が提供されるとともに、交流機会を設けることによって障がい者への理解がより深められるよう努められています。また、地域共生社会の実現の観点から、地域避難所（多目的ハウス）の整備や土地を新規購入した上での多目的広場（避難スペース）の整備が計画され、これらに要する十分な資金の内部留保並びに予算計上が適切になされています。

利用者の個性を大切にし、意思や希望を尊重した支援が適切に行われています。

自治会である「すみれ会」を中心に、日常生活における活動内容やレクリエーション、行事の企画・立案等について、利用者が主体となって自由な意見交換が行われています。その内容を反映するために、職員もオブザーバーとして参加し、利用者一人ひとりの希望や意見、ニーズなどの把握に努められています。髪型や衣服については利用者が自由に選択できる環境であり、化粧や髪染め、ピアスの着用なども希望があれば施設で協議し、可能な限り利用者の意思や個性を尊重することができるよう柔軟に対応されています。

バラエティに富んだレクリエーションや行事、活動内容が企画されています。

一年間を通して、様々な行事やレクリエーションが企画されており、常に利用者の希望や意向を反映した内容となっています。現在は、新型コロナウイルス感染予防のため、近場へのドライブや地域のコンビニエンスストアからの出張販売など、活動範囲や内容を縮小して実施されていますが、様々な面に対して制限がある現状で、全職員がアイデアを持ち寄り、利用者のニーズに可能な限り応えることができるよう、創意工夫しながら取り組まれている姿勢はとても高く評価できます。

利用者が安全で快適に過ごすための環境が整っています。

居室は全室個室となっており、プライベートな空間で利用者が思い思いに過ごすことができるよう整えられています。備品や寝具などは利用者の希望に応じたものを購入し、テレビなども自由に持ち込むことが可能となっています。また、施設内や居室の清掃が行き届いており、常に清潔な状態が保たれています。室温は集中管理で適温に設定されており、利用者の尊厳と快適性に配慮した生活環境となっています。

改善を求められる点

○周知不足によって、園長の考えや思いが職員へ正確に伝えられていないケースが見受けられます。

経営課題を明確にした上での事業計画や経営改善計画の策定といった、施設運営にとって欠かすことのできない重要事項についての様々な考察が園長によってなされていますが、それらを明文化した上で職員に周知するという手続きが十分ではありません。

ん。必要な情報が各職員に届けられるように工夫され、施設運営に関する目標や価値観が共有化されることが望めます。

○マニュアルなどの文書整備が十分ではありません。

中・長期計画をはじめとして、ボランティア受入れに関するマニュアル、福祉サービスの継続に関するマニュアル、福祉サービス向上のために必要とされるPDCAサイクルに関する施設としての取組方法などが明文化されていません。また、利用者やその家族からの要望や意見に対する対応や解決方法などについての実施記録が残されていません。各職員への周知と情報の共有化を図る観点から、そしてまた施設としての標準的方法を確立する観点からも、明文化の徹底が望めます。

個人情報保護規程等に基づいた職員研修の実施が求められます。

個人情報の適切な取扱いの確保や利用者の権利・利益を保護するために、個人情報保護規程に基づき、個人情報管理委員会が設置されていますが、委員会としての活動実績や議事録等が残されていません。利用者に関する記録の管理については、個人情報保護と情報開示の2つの観点から管理体制を整備し、全職員が遵守していくことが求められます。そのため、より理解を深めることができるよう、個人情報管理委員会等が中心となり、全職員を対象とした研修を実施していくことが求められます。

#### 4 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント(400字以内)

今回施設としては初めての福祉サービス第三者評価を受け、業務のみならず施設の理念、福祉サービスの在り方についてももう一度考える良い機会となりました。

管理職、職員共にこれまでに大まかにしかわかっていない問題点が明確にわかり、よりよい施設づくり、働きやすい環境の整備ができるわかりやすい評価を頂きました。

今回初めての第三者評価の受審でありましたが、職員の施設・業務に対する真摯で、前向きな姿勢が見えてとてもうれしく感じました。この評価を受け評価の低かった点は改善し、評価の高かった点は更に努力し、より良い施設運営に努めていきたいと思えます。

評価委員の方々のアドバイス、他では得られない意見を頂きありがとうございました。

(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<br>東部ハイツ105    |
| 評価実施期間  | 令和3年3月19日～令和3年8月31日          |
| 評価調査者番号 | 09-015                       |
|         | 07-026                       |
|         | 08-017                       |

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 事業所名称：第二天草学園<br>(施設名)            | 種別：障がい者支援施設   |
| 代表者氏名：理事長 飽田一夫<br>(管理者) 園長 田中榮一  | 開設年月日：<br>平成14年4月1日   |
| 設置主体：社会福祉法人啓明会<br>経営主体：社会福祉法人啓明会 | 定員：30名<br>(利用人数) 31名  |
| 所在地：〒863-0006<br>熊本県天草市本町下河内680  |   |
| 連絡先電話番号：<br>0969-22-3873         | F A X 番号：<br>0969-22-3887   |
| ホームページアドレス                       | <a href="http://www.keimeikai.amakusa-web.jp/MyHp/Pub">http://www.keimeikai.amakusa-web.jp/MyHp/Pub</a> |

(2) 基本情報

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| サービス内容(事業内容)                         | 施設の主な行事   |
| 入浴、排泄及び食事の支援、その他の必要な生活支援、保健医療サービスの提供 | 花見、遠足、愛藍ピック、一泊旅行、海水浴、ハイヤ踊り、啓明会夏祭り、夕涼み会、親善スポーツ大会、収穫祭、ふるさと祭り、クリスマス会、正月祝い、節分、豆まき、ひな祭り会 |
| 居室概要                                 | 居室以外の施設設備の概要  |
| 1人部屋32室                              | 食堂、厨房、事務室、談話室、活動ホール、医務室及び静養室、相談室、浴室(男・女)、地域交流室、トイレ、洗濯室                              |

職員の配置

| 職 種       | 常 勤 | 非常勤 | 資 格   | 常 勤 | 非常勤 |
|-----------|-----|-----|-------|-----|-----|
| 園長        | 1人  | 0人  | 介護福祉士 | 8人  | 0人  |
| サービス管理責任者 | 1人  | 0人  | 保育士   | 2人  | 0人  |
| 生活支援員     | 13人 | 2人  | 看護師   | 4人  | 0人  |
| 看護師       | 4人  | 0人  | 管理栄養士 | 1人  | 0人  |
| 栄養士       | 1人  | 0人  | 調理師   | 3人  | 0人  |

|     |     |    |     |     |    |
|-----|-----|----|-----|-----|----|
| 調理員 | 3人  | 0人 |     |     |    |
| 事務員 | 2人  | 0人 |     |     |    |
| 合 計 | 25人 | 2人 | 合 計 | 18人 | 0人 |

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

### 【基本理念】

ノーマライゼーションの理念に基づき、「完全参加と平等」の目標に向けて利用者の基本的人権を最大限尊重し、利用者の意向を踏まえて、多様なニーズに適切に対応する福祉サービスを提供する。

#### 1 生活支援

利用者がライフステージのあらゆる段階において、障害の程度にかかわらず、基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活、社会生活を営むことができるよう、日常生活上の支援、社会活動への積極的参加ができるように支援を行う。

#### 2 主体性の尊重

利用者が、一人の生活者として、自らの生活を自らの意思で選択・決定し、築けるよう可能な限り本人の意思を尊重し、自己決定ができるよう支援する。

#### 3 生活の質（QOL）の向上

物質的に豊かな生活を目指すだけでなく、利用者的人格と個性を尊重し、人間らしく生きていく内面的充実感を豊かにすることを含めて、利用者のより良い生活を重要視した施設づくりを行う。

### 【基本方針】

（関心、感動、感謝）

疑りのない素直な目の輝き

- ・自分を愛し自分を大切にできることで、周囲の人を大切にできる豊かな心を育む。
- ・できたことを皆で喜び、認め合う心を大切にする。

夢と希望にあふれた未来へ

- ・色々なものに興味を持ち、自分の良さや可能性を発見し自分の世界を広げる。
- ・成功体験を生かし自立に向けた生きる力を育む。

笑顔の輪でつなぐ心の輝き

- ・色々な人との出会いを大切に、笑顔や感謝の気持ちで人に接することで、つながりの輪を広げていく。
- ・家庭や地域との連携を図り、支援の輪を広げていく。

## 3 施設・事業所の特徴的な取組

緑あふれる豊かな自然の中に佇む学園の建物は採光に優れ、家庭的な雰囲気には満ちています。法人ホームページの理事長挨拶の中に明記されているように、「施設は家、職員は家族」というコンセプトに基づき、きめ細かい福祉サービスの提供が心掛けられています。施設利用者にとっての『家』という位置づけがなされているため、各居室には敢えて部屋名が付されていません。

コロナ禍のもと不透明な時代が続く中でも、「利用者が個人の尊厳を保持しつつ、自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援する」という法人の目的を達成すべく職員が協働しながら全力で施設運営にあたっています。人口減少や高齢化を念頭に置きつつ、地域共生社会の構築への能動的な取組姿勢が高く評価されます。

#### 4 第三者評価の受審状況

|               |                                      |
|---------------|--------------------------------------|
| 評価実施期間        | 令和3年3月19日（契約日）～<br>令和3年8月 日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 0回                                   |

#### 5 評価結果総評

特に評価の高い点

○職員自己評価結果に係る多くのコメントを通じて、施設職員の真摯、かつ前向きな姿勢が伝わってきます。

すべての評価項目について、ポジティブな内容のみならず、ネガティブな内容についても、職員自身の意見や気づきが数多く記述されていました。より良い施設運営を願う一人ひとりの強い意志が各コメントを通じて伝わってきました。今後の実践に生かされることが強く期待されます。

○施設利用者の高齢化に対応できるように、ハード面の整備と専門職員の配置に取り組まれています。

利用者の高齢化を想定した上で、平成28年に施設建物の建替えが施工されています。各所のバリアフリー化は言うに及ばず、介助浴槽の導入や各ユニットへの豊富なトイレの設置などに十分な配慮が窺われます。また、専門性のある手厚い支援を実現するために4名の看護師が配置されるとともに、管理栄養士が中心となって食事面での健康管理に取り組まれ、高齢になっても病気にかかりにくい体づくりが目指されています。

○地域社会への貢献に積極的に取り組まれています。

地域交流室の開放を通じて地域住民にとっての活動場所が提供されるとともに、交流機会を設けることによって障がい者への理解がより深められるよう努められています。また、地域共生社会の実現の観点から、地域避難所（多目的ハウス）の整備や土地を新規購入した上での多目的広場（避難スペース）の整備が計画され、これらに要する十分な資金の内部留保並びに予算計上が適切になされています。

利用者の個性を大切にし、意思や希望を尊重した支援が適切に行われています。

自治会である「すみれ会」を中心に、日常生活における活動内容やレクリエーション、行事の企画・立案等について、利用者が主体となって自由な意見交換が行われています。その内容を反映するために、職員もオブザーバーとして参加し、利用者一人ひとりの希望や意見、ニーズなどの把握に努められています。髪型や衣服については利用者が自由に選択できる環境であり、化粧や髪染め、ピアスの着用なども希望があれば施設で協議し、可能な限り利用者の意思や個性を尊重することができるよう柔軟に対応されています。

バラエティに富んだレクリエーションや行事、活動内容が企画されています。

一年間を通して、様々な行事やレクリエーションが企画されており、常に利用者の希望や意向を反映した内容となっています。現在は、新型コロナウイルス感染予防のため、近場へのドライブや地域のコンビニエンスストアからの出張販売など、活動範囲や内容を縮小して実施されていますが、様々な面に対して制限がある現状で、全職員がアイデアを持ち寄り、利用者のニーズに可能な限り応えることができるよう、創意工夫しながら取り組まれている姿勢はとて高く評価できます。

利用者が安全で快適に過ごすための環境が整っています。

居室は全室個室となっており、プライベートな空間で利用者が思い思いに過ごすことができるよう整えられています。備品や寝具などは利用者の希望に応じたものを購入し、テレビなども自由に持ち込むことが可能となっています。また、施設内や居室の清掃が行き届いており、常に清潔な状態が保たれています。室温は集中管理で適温に設定されており、利用者の尊厳と快適性に配慮した生活環境となっています。

改善を求められる点

○周知不足によって、園長の考えや思いが職員へ正確に伝えられていないケースが見受けられます。

経営課題を明確にした上での事業計画や経営改善計画の策定といった、施設運営にとって欠かすことのできない重要事項についての様々な考察が園長によってなされていますが、それらを明文化した上で職員に周知するという手続きが十分ではありません。必要な情報が各職員に届けられるように工夫され、施設運営に関する目標や価値観が共有化されることが望まれます。

○マニュアルなどの文書整備が十分ではありません。

中・長期計画をはじめとして、ボランティア受入れに関するマニュアル、福祉サービスの継続に関するマニュアル、福祉サービス向上のために必要とされるPDCAサイクルに関する施設としての取組方法などが明文化されていません。また、利用者やその家族からの要望や意見に対する対応や解決方法などについての実施記録が残されていません。各職員への周知と情報の共有化を図る観点から、そしてまた施設としての標準的方法を確立する観点からも、明文化の徹底が望まれます。

個人情報保護規程等に基づいた職員研修の実施が求められます。

個人情報の適切な取扱いの確保や利用者の権利・利益を保護するために、個人情報保護規程に基づき、個人情報管理委員会が設置されていますが、委員会としての活動実績や議事録等が残されていません。利用者に関する記録の管理については、個人情報保護と情報開示の2つの観点から管理体制を整備し、全職員が遵守していくことが求められます。そのため、より理解を深めることができるよう、個人情報管理委員会等が中心となり、全職員を対象とした研修を実施していくことが求められます。

## 6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

今回施設としては初めての福祉サービス第三者評価を受け、業務のみならず施設の理念、福祉サービスの在り方についてももう一度考える良い機会となりました。

管理職、職員共にこれまでに大まかにしかわかっていない問題点が明確にわかり、よりよい施設づくり、働きやすい環境の整備ができるわかりやすい評価を頂きました。

今回初めての第三者評価の受審でありましたが、職員の施設・業務に対する真摯で、前向きな姿勢が見えてとてもうれしく感じました。この評価を受け評価の低かった点は改善し、評価の高かった点は更に努力し、より良い施設運営に努めていきたいと思えます。

評価委員の方々のアドバイス、他では得られない意見を頂きありがとうございました。

## 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  | 31人    |               |
|         | 職員     | 32人    |               |
| 聞き取り調査  | 利用者本人  |        |               |
|         | 家族・保護者 |        |               |
| 観察調査    | 利用者本人  |        |               |

## 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 >

#### 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>&lt;記号コメント&gt;</p> <p>理念並びに基本方針は管理棟入口付近に掲示され、日常的に職員の目に触れるような配慮がなされています。一方で、職員自己評価結果においては、周知が十分ではないという意見が複数見られました。今後、法人ホームページ上での公開や職員会議などにおける読み合わせなどを通じて周知を徹底するとともに、各職員の理解が深められるような取組が望まれます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月の利用者数や判定区分、加算状況の検討結果並びに厚生労働省から提供される報酬改定等の情報が逐次、園長によって職員に周知され、効率的な職員配置についての検討もなされています。また、施設にとって最大の固定費である人件費比率の正確な把握に注力され、園長によるコントロールが図られています。令和3年度に想定される事業収入額と事業支出額の対比が明示された詳細な資料が園長によって作成され、全職員に配布された上で説明が加えられています。今後、経営状況についての根気強い説明が継続され、各職員の理解が一層深められることが望まれます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>運営委員会が定期的開催され、職員の高齢化とともに利用者の高齢化や重度化といった問題点が明確にされた上で、職員確保が喫緊の経営課題であることが広く認識されています。加算職員確保に努められており、ハローワークや各就職説明会を通じた求人活動が展開されていますが、それらについての説明や結果が事業計画書並びに事業報告書に反映されていません。職員自己評価結果において、経営課題やその解決に向けた具体的な取組がわからないといった職員の声が聞かれますので、「見える化」についてのさらなる工夫が望まれます。</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 |

|   |               |   |           |
|---|---------------|---|-----------|
| <b>&lt;コメント&gt;</b><br>我が国の少子高齢化や急激な人口減少、地域の過疎化といった現在進行形での様々な問題を踏まえて、就労継続支援事業所や多機能型事業所の開設のほか、高齢者に関する事業への着手といった中長期的な事業展開についての多彩なアイデアが園長によって生み出されています。新たな支援の形としての「農福連携」についても、具体的な取組が既に模索されています。しかしながら、これらの計画やビジョンは口頭による職員への説明にとどまっていますので、明文化した上で中・長期計画書にもまとめられ、職員への周知が図られることが望まれます。                           |               |   |           |
| 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 |
| <b>&lt;コメント&gt;</b><br>職員自己評価結果においては、大規模修繕等に備えての修繕費等積立金計上の必要性やグループホーム棟の建築、土地の新規購入等についての言及があり、職員に対して園長が事業計画を説明していることが認められますが、これらについての丁寧な記述が事業計画書には反映されていません。また、当該事業計画書には支援内容についての詳細な計画策定がなされていますが、労務並びに財務についての計画が明文化されているとは言い難い状況ですので、今後の改善が望まれます。   |               |   |           |
| - 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 |
| <b>&lt;コメント&gt;</b><br>個々の計画については各委員会や係が中心となって策定に取り組み、園長、副園長、課長、課長補佐、主任といった幹部職員が参加して行われる運営会議において、各年度の事業内容の評価や見直しなどが行われ、その後、当該結果が職員会議において各職員に周知される手順になっています。これら一連の手続きについての職員の共通認識は認められますが、明文化されたマニュアル等が作成されていません。施設としての標準的な方法を確立する観点からマニュアル等の整備に着手され、職員の共通理解がより深められるような改善が望まれます。                             |               |   |           |
| 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 |
| <b>&lt;コメント&gt;</b><br>利用者自治会の位置づけで「すみれ会」が月 2 回開催され、施設の取組をわかりやすく説明するよう心掛けられています。また、施設の広報誌「すみれだより」が毎月作成され、すべての利用者の家族に郵送されるほか、施設ホールにも掲示されています。広報誌には多くの画像とともに行事や活動内容が掲載され、利用者の様子がわかりやすく報告されています。コロナ禍における感染拡大防止策の構築や施設職員の異動などについての説明が支援課長によってなされていますが、事業計画の周知には至っていません。事業計画の概要についても広報誌に掲載し、理解が深められるような工夫が望まれます。 |               |   |           |

#### - 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 |
| <b>&lt;コメント&gt;</b><br>職員自己評価結果において、福祉サービスの質の向上のため、運営会議の場が中心となって PDCA サイクルが用いられているものの、職員自己評価結果においては、うまく機能しているかわからないといった職員の意見が見られました。話し合われた結果は会議録にまとめられ、職員会議に参加することができなかった職員も閲覧できるような状態に置かれていることは評価できます。Check ( 評価 ) Act ( 改善 ) の過程の重要性が再認識され、実践に生かされることが理想的ですので、当該サイクルの実践についてのマニュアル整備が望まれます。 |               |                                   |           |

|   |   |       |
|---|---|-------|
| 9   | - 4 - ( 1 ) - 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。 | a・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各部署における評価とこれに基づく課題の明確化、担当職員による議論の積み重ねが認められるケースがあり、職員自己評価結果の中では一定の手応えを感じている職員も見られますが、組織としての取組方法が確立されているとは言えません。この点については園長自身もウイークポイントのひとつであることを認識していますので、PDCA サイクルの整備を前提とした計画的な改善策が講じられ、組織的な実践に繋がれることが望まれます。</p> |   |       |

## 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 ) - 施設管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。 | a・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員自己評価結果によると、施設管理者としての園長の役割と責任の明確化について肯定的に捉えている職員の声が多く聞かれました。朝礼や職員会議において園長による説明が繰り返しなされ、職員の理解が得られるような努力が払われています。一方で、定期的な説明が足りていないことを園長自身が認識していますので、その部分を改善することによって相互理解がより一層深められることに期待します。</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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>初任者を熊本県障害者虐待防止権利擁護研修会に参加させ、平成 24 年 10 月から施行されている障害者虐待防止法や今日の虐待の状況などについて積極的に学ばれています。職員会議などにおいて、法令遵守についての説明が園長によってなされていますが、職員がどの程度理解しているか把握が難しいとのことですので、施設オリジナルのチェックシートなどを作成の上、活用されることも有用であると考えられます。また、事業計画書や重要事項説明書には法令遵守に関する記述が見られませので、施設としての考え方や取組を明文化することが望まれます。</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 ) - 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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員自己評価結果によると、園長のリーダーシップを評価する声や園長が職員の意見を聞いてくれるという意見、園長の意欲が感じられるという意見などが多数を占めていますが、リーダーシップが発揮されていないという意見も散見されました。組織としての運営面での体制構築はなされているものの、幹部職員との話し合いで結論が導かれるケースが多いことが園長自身によって認識されています。実務能力の高さに対する評価とともに、園長の指導力が十分に発揮されていることをすべての職員が実感できるような業務への取組姿勢が望まれます。</p>          |  |         |
| 13  | - 1 - ( 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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>園長の指示のもと、強度行動障害支援者養成研修（基礎研修並びに実践研修）への職員参加が促されています。当該研修を修了することによって、強度行動障害のある利用者への理解がより深められるとともに支援の質の向上が図られ、さらには加算による収入の増加という副次的な財務上の効果も得られています。職員自己評価結果によると、このような経営改善並びに業務の実効性を高めるための努力が職場の隅々にまで周知されているとは言い難</p>  |  |         |

い状況にありますので、園長によって説明責任が果たされ、職員が一致団結して業務に取り組むことができるような職場づくりが期待されます。

## - 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>障がい者福祉の業務に必要とされる社会福祉士や介護福祉士といった資格取得が職員に奨励され、職員の定着を図る観点からも、これらの資格取得者には資格手当が毎月支給されています。このことについては、職員の自己研鑽の機会にもなっていると評価する職員の声が聞かれます。一方で、専門的な福祉人材の確保の困難さについては、園長だけでなく職員も危機感を抱いており、各種就職説明会への参加などを通じて人材確保に取り組まれています。しかしながら、計画的な人材確保策については改善の余地が認められますので、単年度のみならず中・長期的な事業計画にも反映され、実践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>&lt;コメント&gt;</p> <p>就業規則や給与規程が明文化され整備されていますが、総合的な人事管理体制が構築されているとは言い難い状況にあります。職員自己評価結果の中に、施設における人事管理を評価する声がある一方で、職員の昇進に際しての判断基準のわかりづらさや不公平感を感じている職員の姿も浮かび上がっています。現在、人事考課制度の本格的導入が園長によって検討されていますので、客観的、かつ公平な制度が導入されることによって、「目標を高く掲げて、もっと上を目指したい」と努力している職員がモチベーションを保つことのできるような職場づくりが理想となります。一朝一夕には実現できないかもしれませんが、すべての職員が納得できるような人事管理体制の構築が望まれます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の要望が聞き入れられ、できるだけ働きやすい職場づくりに取り組まれています。たとえば、早番勤務の職員が7:00~12:00までの5時間勤務の後、3時間の有給休暇を取得できるという工夫が取り入れられており、職員自己評価結果の中には「休みを取得しやすい」という声が非常に多く聞かれました。また、メンタル委員会が新設されるとともに、厚生労働省管轄の「こころの耳」の活用を通じて職員のメンタルヘルス対策が講じられるほか、産業保健センターからの講師を招いた施設内研修も開催されています。まだ改善の余地が残されているという園長の認識のもと、職場環境がさらに整備され、職員の定着率アップに寄与されることが期待されます。</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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>新任職員に対しては、中堅職員がマンツーマンで半年程度の指導係を務め、OJTが実践されています。この際、同性同士の組み合わせが原則となり、両者の相性なども考慮されています。施設内で定着した制度ですが、マニュアルなどの明文化された文書が作成されていないので、今後の改善が望まれます。また、園長と職員の個別面談の機会が設けられておらず、個々の目標設定とその評価も十分ではありません。令和3年度の秋以降に個人面談が実施されるとのことですので、定期的な面談を通じてコミュニケーションが深められ、職員の実力がより一層引き出されることに期待します。</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・b・c   |

|  |   |       |
|--|---|-------|
| <b>&lt;コメント&gt;</b><br>研修倫理委員会が中心となって施設内研修並びに施設外研修の計画が策定され、その結果は事業報告書にも反映されています。「新任職員に対しては、施設内研修並びに施設外の新任研修にも積極的に参加してもらい、福祉人材としての在り方や姿勢を学びながら職務についてもらっている」という職員の声が聞かれる一方で、コンプライアンスなど働く者にとって必要な施設外研修に参加したいという要望も聞かれます。また、事業計画書の中には、8項目にわたって【信頼される職員の姿】が明記されていますが、職員の教育・研修に関する基本方針は明文化されていませんので改善が望まれます。 |   |       |
| 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 |
| <b>&lt;コメント&gt;</b><br>現在はコロナ禍による制約がありますが、職員自己評価結果の中に、以前は職員一人ひとりの育成を目標としての研修会参加が行われていた旨の記述が複数見られました。暫くの間、集合形式による施設外研修の機会を設けることは難しいことであろうから、オンライン形式での研修会などを積極的に活用しつつ、職員個々の教育・研修機会が担保されるような研修計画の策定と実践が望まれます。   |   |       |
| - 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 |
| <b>&lt;コメント&gt;</b><br>中学生の職場体験を年1回受け入れて、施設の特徴や様々な福祉サービスの提供方法について学んでもらう機会が設けられています。保育士養成学校などの学生は児童福祉施設での実習を希望する傾向にあり、実習生の受け入れ実績は乏しい状況です。ボランティア・実習受入担当職員が配置されて実習生の対応にあたっていますが、実習マニュアルが未整備ですので改善が望まれます。今後、施設における福祉人材確保の観点からも、実習生の受け入れ実績が増えるような工夫が望まれます。  |   |       |

### - 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   |
| <b>&lt;コメント&gt;</b><br>法人ホームページにおいて、法人定款並びに役員名簿のほか、決算書（計算書類、注記）、現況報告書、社会福祉充実計画などの情報公開がなされ、誰でも閲覧することが可能です。また、施設毎の苦情受付体制並びに虐待防止に関する相談窓口も公開され、運営の透明性が担保されるよう努められています。一方で、職員自己評価結果の中には、情報公開が十分ではない、情報公開されているかわからない、積極的な情報公開に至っていないといった職員の意見が少なくありませんでした。施設外部に対する情報公開が重要であることは言うまでもありませんが、法人並びに施設の情報公開の実態について、施設職員に丁寧に説明しながら理解を得る努力も欠かせません。たとえば、委員会活動の一環として、ホームページの更新作業に取組まれることも有効な手立てであると考えられます。施設独自のアプローチ確立が望まれます。 |  |         |
| 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・b・c   |
| <b>&lt;コメント&gt;</b><br>経理規程及び経理規程細則に基づいて経理業務が遂行され、公認会計士が2ヶ月に1回の頻度で施設を訪問した上で経理業務に関する指導にあたるほか、決算監査も担当しています。また、法人内の各施設担当者が相互に内部経理監査にあたり、各年度の決算についての監事監査が実施されて監査報告書が作成され、公正さや透明性の担保に努められています。しかしながら、上述の情報公開と同様に、直接業務に携わらない職員に対する周知が不足し  |  |         |

ています。経理業務の体系や概要について施設の各職員にも説明することによって、透明性がより高められることが望めます。

#### - 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 )- 利用者との交流を広げるための取組を行っている。                                  | a ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>コロナ禍以前は、地域の保育園児との交流会、法人の夏祭り、夕涼み会、体育大会などへの参加機会が積極的に設けられていました。また、地域には月 1 回開催される地域サロン(高齢者集いの場)がありますが、移動手段に恵まれていない高齢者が少なくなかったことに鑑み、地域サロン参加者の送迎サービス開始とともに、施設の交流ホールを活用した学園サロンが月 2 回開催されるようになりました。施設職員による送迎があり、月 1 回の昼食提供もなされていました。コロナ禍によって、これらのサービスは令和 2 年 2 月から休止されていますが、地域貢献の観点から、将来的な再開が視野に入れられています。</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 ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>専門的な知識やスキルを有しないボランティアが、施設入所者と関わる機会を設けること自体が容易ではありませんが、地域の中学生在が夏祭りの飲料販売を手伝うような機会は設けられています。ボランティア・実習受入担当職員が配置されていますが、ボランティア等の受入れに関するマニュアルは整備されておらず、これに関する基本姿勢が明確にされているとは言い難い状況にあります。施設の特性を考慮すれば、ボランティアの積極的な受入れが容易でないことは理解できますが、少なくとも施設の考え方を明文化した上で職員間での共有が図られることが望めます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>市役所福祉課、警察署、消防署、消防団、医療機関などとの連携は良質なサービス提供のために不可欠な要素であり、密に行われています。施設の事務所やサービス管理責任者、看護師などを中心として、関係諸機関との連絡調整が必要に応じて速やかに行われるような体制づくりが進められています。職員自己評価結果の中には、関係諸機関の連絡先一覧表が作成されており、連絡方法も明示されているという職員の意見がある一方で、これらが網羅されたりリストや資料の存在を知らない、わからないという声が少数ではありませんでした。このような職員間の情報のばらつきを是正し、大切な情報の共有化を図るための周知の徹底が望めます。</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 )- 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 ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>市のアンケート結果などを参考にして、地域の福祉ニーズの把握を試みることはありますが、施設独自の取組は現在のところ認められません。上述の通り、地域サロンに係る送迎サービスの実施や学園サロンの開設という実績がありますので、これらを利用している高齢者を対象とした聞き取り調査の実施を通じて生活課題を把握したり、地区の特別支援学校や市役所などに配布されている施設 PR 用のパンフレットにニーズ調査の用紙を加えたりといった工夫も考えられます。職員同士で意見を出し合っ、より良い方法が実践されることが望めます。</p>   |  |           |

|   |   |       |
|---|---|-------|
| 27  | - 4 - ( 3 ) - 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・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設が所有する機器（ポップコーン製造機やテントなど）については、地域住民の要望に応じて無償で貸し出されています。地域交流室などを活用した元気体操やカラオケなどのレクリエーションを通じての施設利用者との交流機会が設けられ、障がい者に対する理解が深められるように努めています。また、地域のコミュニティセンターが離れているため、当施設が災害時の避難場所として市から指定されていますが、地域住民に対する周知が十分ではありません。施設は地域の高齢者などの避難先として機能し得る貴重な社会資源ですので、積極的なアピールが望まれます。</p> |   |       |

## 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。 | a・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>虐待防止徹底の観点から、虐待防止や人権擁護に関する施設内研修会が毎年度開催され、身体拘束対応規程も整備されています。さらに、20項目にわたる虐待防止職員セルフチェックリストを用いた全職員による年2回のチェックがなされています。当該リストには「あなたの考えを自由にお書き下さい」という自由記載欄が付加されており、職員の率直な考えや思いに気づくことのできる工夫がなされています。集計結果については直近3回分の比較表が作成され、施設利用者への配慮が徹底されるとともに、職員の共通理解が図られています。一方で、基本理念や倫理綱領についての職員の理解が十分ではないことが園長によって認識されていますので、これらの理解がさらに深められるための取組に期待します。</p> |  |         |
| 29  | - 1 - ( 1 ) - 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。        | a・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>平成28年に建て替えられた施設は、原則として利用者それぞれに個室が提供され、家庭的な雰囲気のもと、利用者がストレスを感じることなく1人の時間を大切にすることができるよう十分に配慮されています。また、将来的に利用者を看取る際、家族が宿泊できるように二間の個室が5部屋整備されており、先を見越した設計が高く評価されます。プライバシー保護に関するマニュアルは整備されていますが、これに関する定期的な研修の実施には至っていませんので、虐待防止研修会などと同様に年度毎の開催が望まれます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>入所希望者の施設見学は随時可能である旨が説明され、施設のパンフレットは見やすさに重点が置かれ写真が多用されています。職員自己評価結果の中に「施設利用者の中には重度障害を抱えているケースもあり、必要とされる情報が必ずしも提供されていないのではないか」といった切実な思いが吐露される場面も見受けられました。非常にデリケートな問題ですので、このような職員の思いを職員同士で語り合ったり、共有したりすることのできる機会の必要性が認められます。利用希望者の保護者も含めて、相手が理解できるように説明するためのスキル獲得の観点から、積極的な情報提供とともに、このような技術習得に向けての継続的な努力が望まれます。</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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの提供開始や変更にあたっては、施設利用契約書並びに重要事項説明書を用</p>   |  |         |



|  |   |       |
|--|---|-------|
| <p>いて、利用者本人またはその家族に対してできるだけ丁寧な説明が心掛けられています。しかしながら、園長をはじめとして、多くの職員の「わかりやすく説明しているが、理解が得られているかわからない」「説明しても、なかなか理解が得られない」といった率直な声が職員自己評価結果に反映されています。利用者の理解力を慮ると、この課題を解決することは容易ではないことではと思いますが、避けて通れない過程ゆえ、よりわかりやすい説明を心掛ける姿勢の保持が望まれます。</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・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>施設利用者にとっての福祉サービスの継続性に細心の注意が払われ、他事業所や家庭などに移行する際には相談支援事業所との連絡調整が欠かさずに行われています。この点に関しては、園長並びに各職員の肯定的な評価が職員自己評価結果に反映されていました。しかしながら、これらの手続きに関するマニュアル等が整備されていませんので、今後の改善が望まれます。</p>   |   |       |
| - 1 -( 3 ) 利用者満足の向上に努めている。   |   |       |
| 33   | - 1 -( 3 )- 利用者満足の向上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>&lt;コメント&gt;<br/>男女各棟に利用者向けの「意見箱」が設置され、意見や要望を記した用紙を誰でも自由に投函できるように環境整備されていますが、自分ひとりで書ける利用者は殆どいないのが実情です。一方で、利用者が直接、園長に要望書を持参するケースが見られ、その際は真摯な対応が心掛けられています。職員自己評価結果の中に「コミュニケーションが成立しづらい利用者については、本人が施設での生活に満足しているか否かを判断することが難しい」といった意見が聞かれたほか、「すみれ会」で取り上げられる意見は一部の利用者からのもので、全員の意見や家族の意見を聞くことはできていないという園長の反省の弁も聞かれました。これらの声も反映させた実践マニュアルを作成し、試行錯誤を重ねながら利用者満足度の向上が図られることが望まれます。</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・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>施設の正面玄関に、施設利用者並びにその家族に向けての「苦情（希望や不満）の申し出について」という説明文がふりがな付で掲示されています。相談苦情処理委員会が中心となって苦情解決に取り組まれるほか、苦情解決委員会規程に基づき苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員が選任されて、利用者などからの要望や苦情をいつでも受入れることのできる体制整備に努められています。利用者やその家族から出された要望や意見はその場で解決できており、その旨の報告はなされていますが記録は残されていません。また、職員自己評価結果の中に、委員会活動についてよくわからない、実際にどのような苦情があったかわからないという職員の意見が見られましたので、記録の整備とともに職員による情報共有が望まれます。</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>利用者自治会である「すみれ会」が月2回開催され、食事内容や余暇の過ごし方、旅行などについて意見交換の場となっています。この会の会長並びに副会長、書記は、利用者の選挙によって毎年選出され、同席する職員はサポート役に徹しており、まさしく利用者のための貴重な集いとなっています。また、利用者から相談を受けた場合は、プライバシーに配慮しつつ、気兼ねなく何でも話してもらえるように個室での対応が心掛けられています。このように利用者が気軽に相談したり、意見を述べたりすることのできる環境整備に努められていますが、これらの内容についての記録が残されていませんので、今後の改善が望まれます。</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 |

|   |  |           |
|---|--|-----------|
| <b>&lt;コメント&gt;</b><br>施設利用者から出された相談や意見については、まず担当職員が対応して解決が目指されますが、解決できない場合や重要な意見であると判断された場合には、ケース会議や職員会議において検討され、具体的な対応策が講じられます。このように組織的な対応が心掛けられていますが、対応記録が整備されていない点や担当職員が解決することができた内容についても必ずサービス管理責任者に報告する手順となっていることが明文化されていません。施設としての標準的な対応方法をまとめたマニュアル整備が望まれます。  |  |           |
| - 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 |
| <b>&lt;コメント&gt;</b><br>事故防止対策マニュアルが整備され、職員一人ひとりが常に危機意識をもつことの大切さが説かれています。事故報告書やヒヤリハット報告書が作成された後、必要に応じて再発防止のための方策が講じられるとともに、発生日の翌日には担当職員からの朝礼報告がなされています。職員自己評価結果の中には、緊急連絡網が整備され、リスクマネジメント体制が構築されていると評価する意見が見られる一方で、病院と比べるとリスクマネジメントが十分ではない、事故発生を想定した近隣住民との共同訓練の機会を望むといった意見も見られました。現状に満足することなく、さらなるレベルアップを求める職員の存在は貴重ですから、これらの声に耳を傾けつつ、より良い体制構築に取組まれることが期待されます。  |  |           |
| 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 |
| <b>&lt;コメント&gt;</b><br>感染症対策委員会が中心となって感染対策マニュアルが整備され、新型コロナウイルス対応や新型コロナウイルス感染（疑い）者発生時の対応について会議が行われ、発生時のシミュレーションも試行されています。施設での手洗いやうがいの励行、職員の体温チェック、1日3回の施設内消毒の実施、空気清浄機の導入、施設外行事や職員の施設外研修参加の取り止めといった対策が講じられ、「ウイルスを持ち込まない、増やさない」が徹底されています。職員自己評価結果には、園長や看護師が中心となって試行錯誤を繰り返しながら体制強化が図られているが、改善点が残されていることを指摘する声も聞かれます。今後は、変異株への対応策も欠かせませんので、職員一丸となつての利用者の命と健康を守るための体制整備が望まれます。なお、感染症対応の備蓄品リストが作成されていますが、個々の消費期限が明記されていませんでしたので改善が望まれます。 |  |           |
| 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 |
| <b>&lt;コメント&gt;</b><br>防災対策委員会が設置され、防災マニュアルが整備されています。毎月1回避難訓練が実施され、合わせて消火訓練も行われていますし、夜間避難訓練や津波対応訓練にも取組まれています。さらには、災害対策特別委員会会議が月1回開催され、会議録が整備されるとともに、BCP（事業継続計画）作成マニュアルの整備にも着手されています。防災用食料品は施設利用者並びに職員用として3日分備蓄され、当該リストにはそれぞれの賞味期限も明記されています。法人の防火管理者会議に参加して「火災報知器誤作動の件」が話し合われるほか、令和2年度には土砂災害に関する避難確保計画が策定されています。自然災害発生時の避難情報については、令和3年5月より「避難勧告」が廃止されていますので、当該改正点が反映された計画策定が必要となります。   |  |           |

## - 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 |
| <b>&lt;コメント&gt;</b>                     |   |           |

|  |   |           |
|--|---|-----------|
| <p>福祉サービスの標準的な実施方法や提供については、毎年作成される年間活動計画の一部の項目の中に文書化されており、毎月開催される職員会議にて全職員に周知されています。しかしながら、その内容は特定のサービス内容に限られており、様々な場面に適用できるものではありませんでした。職員の知識や技術を一定の水準で維持していくために、サービス実施時の留意点やプライバシーの配慮、施設の状況に応じた業務手順など、実施する福祉サービス全般にわたって定められていることが求められます。</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 ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>福祉サービスの標準的な実施方法については、利用者、職員からの意見や提案に基づいて、各委員会でその内容を整理し、副主任以上の幹部職員で開催される運営会議で報告・検討をされています。しかしながら、その内容は個別の支援計画に該当する内容が中心となっており、利用者全体を対象とした標準的なサービスの検証や見直しとはなっておらず、改訂記録等を確認することができませんでした。利用者が必要とする標準的な福祉サービスを常に検証し、検討した内容や改訂記録等は書面で残すことが求められます。</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支援計画を適切に策定している。              | a ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>サービス管理責任者を中心に、利用者一人ひとりの意向や具体的なニーズを確認し、個別支援計画書を策定するためのアセスメントが適切に実施されています。所定のアセスメント表を用いて利用者の状況や状態を把握し、個別支援計画会議の中で、利用者にとって必要な課題や目標達成に向けた具体的な対応策を関係職員で協議されており、策定された計画書は、利用者や家族から書面にて同意を得られています。</p>  |   |           |
| 43   | - 2 - ( 2 ) - 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。                  | a ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>利用者の心身やニーズの変化に気付き、サービスの質の向上を目指した継続的な取組を行うために、個別支援計画書は半年毎に見直されています。利用者や家族に対して、計画内容に関する意向を確認した上で、現在の支援状況、計画の達成度、今後の課題などを個別支援計画会議で協議し、見直しの必要があれば、個別支援計画書の内容変更が適切に行われています。再作成された個別支援計画書については、利用者や家族による確認後、書面にて同意が得られています。</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>&lt;コメント&gt;<br/>利用者一人ひとりの身体状況や生活状況、個別支援計画に基づくサービス実施状況は、支援記録として定められた様式を用いて適切に記録されています。担当職員が、他の職員からの申し送りや日誌などの情報を参考にしながらデータ入力を行い、毎月 10 日にプリントアウトし、所定のファイルにて保管されたものを職員間で閲覧することで共有化されています。しかしながら、職員自己評価結果では、担当の利用者を中心とした一部の職員での共有化となっており、全職員への共有化は十分でないという意見がありました。また、施設の特性として男女別の棟になっているため、職員の配置や体制として共有化することが難しい状況となっています。利用者の状態の変化やサービス内容の不具合等に対して速やかな対応を行うために、施設の特性に応じた情報の伝達方法を確立し、全職員で共有化できる体制の構築が求められます。</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>&lt;コメント&gt;<br/>運営規程や利用契約書の中に、個人情報保護法に基づく規程があり、利用者の記録の保管、保存、廃棄等に関する内容が記載されています。利用契約時に利用者や保護者に説明を行い、</p>  |   |           |

施設内での情報共有や他事業所との連携、また、緊急時における医療機関への情報提供など、必要最低限の個人情報の使用を目的として同意書を得ています。しかしながら、令和2年度の職員研修の中に、個人情報保護や記録管理に関する研修会等の実施がありませんでした。個人情報保護の観点から記録などの取扱い方法や情報開示も含み、職員に対して定期的な教育や研修を行う機会を設け、全職員が個人情報保護や記録管理について理解を深めるための取組を行っていく必要があります。

## < 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   |   |           |
| A   | A - 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。 | a ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>月2回、利用者自治会である「すみれ会」が開催されており、利用者を主体とした意見交換が行われています。職員もオブザーバーとして参加しており、日々の生活や活動内容など、利用者一人ひとりの希望や意見、ニーズなどが確認できる機会となっています。理美容については特定の業者が訪問されており、利用者の好みの髪型にカットすることができるようになっています。また、化粧や髪染め、ピアスの着用などの希望があれば施設で協議し、利用者の意思や個性を尊重するため臨機応変に対応されています。意思の疎通が困難な利用者についても、可能な限り自己決定をすることができるよう、サービス管理責任者や担当職員が中心となって、普段の生活や行動から気持や考えを酌み取り、家族にも生活暦や意向を確認する取組みがなされています。</p> |   |           |
| A - 1 - ( 2 ) 権利擁護  |   |           |
| A   | A - 1 - ( 2 ) - 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。     | a ・ ・ c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>権利擁護に関する意識と理解を高めるために、規程や人権侵害防止マニュアルが整備されており、外部講師を招いた研修や定期的開催される職員研修の中で、全職員に周知されています。特に虐待防止については、全職員にアンケート調査を行うことで、職員が自己を振り返る機会となっており、結果は職員の状況を把握するため適切に検証されています。より具体的な状況を把握するため、年に2回、虐待セルフチェックリストを用いて、無記名にて全職員が記入後、幹部職員により集計・分析を行い、運営会議で報告されています。また、今年度より3ヶ月に1回開催予定の身体拘束委員会が設置されており、やむを得ず身体拘束を行う場合は、委員会にて適切に検討する体制が整備されています。</p>                           |   |           |

### A - 2 生活支援

|   |  | 第三者評価結果   |
|---|--|-----------|
| A - 2 - ( 1 ) 支援の基本   |  |           |
| A   | A - 2 - ( 1 ) - 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。 | a ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の自律や自立生活を行うために、個別支援計画書を中心として、可能な限り自分で行える身近の行為については見守りを行い、サポートが必要な場合のみ職員が支援する体制が整っています。生活支援として、食事、排泄、着脱衣の習慣などを「第一次的基本的生活習慣」、起床や就寝、洗面、入浴、歯磨き、掃除、洗濯などを「第二次的生活習慣」として区分し、整理整頓、身だしなみ、清潔保持、時間やスケジュールの管理など社会的ルールやマナーの理解を深め、利用者の持っている力を活かしながら、自立した社会生活が営めるよう日課表や年間活動計画に基づいた取組が行われています。</p> |  |           |

|   |  |           |
|---|--|-----------|
| A   | A - 2 - ( 1 ) - 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。 | a ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者との意思疎通やコミュニケーションを充実するために、常に職員から積極的な声かけを行い、日常の活動やレクリエーション、談話等の中で固有のコミュニケーション手段やサインの発見などに取組まれています。言葉でのコミュニケーションが難しい利用者については、ジェスチャー、筆談、絵や写真、近距離での会話など、利用者の状況に応じたコミュニケーション手段をアセスメントシートやアセスメント総括表等を用いて分析し、一人ひとりに配慮したコミュニケーション能力を高めるための支援が行われています。</p>  |  |           |
| A   | A - 2 - ( 1 ) - 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。           | a ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が、職員に対して話したいことを話せる場として「すみれ会」があり、生活に関わる悩みや希望、意見などを把握されています。また、日常的に、担当職員や話しやすい職員と個別に相談できる体制が整っており、利用者からの相談はもちろん、職員が利用者の様子や表情などを見て、気になることがあれば声かけを行い、居室や会議室等にて相談しやすい環境の中で実施されています。その内容は職員間で申し送りを行い、サービス管理責任者や関係職員にて検討し、必要な内容は個別支援計画書に反映されています。</p>  |  |           |
| A   | A - 2 - ( 1 ) - 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。             | a ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者自身が主体となって、余暇やレクリエーションを企画・立案するために、「すみれ会」での話し合いが行われており、利用者の意向を把握できるよう、職員からの側面的な支援が行われています。クラブ活動の一環として、カラオケ、ボウリング、海水浴、ぶどう狩り、遠足、バーベキューなどが毎月実施されており、常に利用者の希望や意向を反映した内容となっています。現在は、新型コロナウイルス感染予防のため、内容を制限しながら実施されており、近場へのドライブや訓練も兼ねた買い物の支援が施設内でできるよう配慮し、少しでも利用者の個別支援を充実するよう取組まれています。しかしながら、それらの活動内容は個別支援計画書との結びつきが薄く、計画内容に沿った活動内容ではありませんでした。現在、行われている様々な活動内容を個別支援計画書に位置づけられた日中活動や支援内容として具体化し、利用者のニーズに応じた多様な支援を行うため、定期的な検討や見直しが求められます。</p> |  |           |
| A   | A - 2 - ( 1 ) - 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。               | a ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>障がいの状況に応じた支援を適切に行うために、特性や能力等を勘案し、利用者をA(軽度) B(中度) C(重度)の班に分け、作業内容や活動目的を変えて日中活動の支援が行われています。A班を「活動作業班」、B、C班を「健康維持班」として分けられており、運動、農耕、園芸、創作学習、日常生活訓練や社会体験など、利用者の活動内容や範囲を個別に決定し実施されています。また、利用者の特性や行動の理解を深めるために、強度行動障がい支援者養成研修等への外部研修にも積極的に参加し、知識や専門技術の向上に努められています。日々の支援記録からモニタリングを行い、必要に応じて主治医や専門職からのアドバイスを得ながら、定期的に支援内容を見直されています。</p>   |  |           |
| A - 2 - ( 2 ) 日常的な生活支援  |  |           |
| A   | A - 2 - ( 2 ) - 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。               | a ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日常生活の適切な支援を行うために、利用者の意向や心身の状況に応じた個別支援計画書が作成されており、その計画内容に基づいた支援が行われています。食事については、管理栄養士が栄養ケア計画書を作成し、切り方や味付け、カロリーーなど、利用者の疾患や体調等を考慮した食事を提供し、必要に応じて食事介助も行われています。地域の業者から季節の</p>   |  |           |

|  |  |           |
|--|--|-----------|
| <p>野菜や魚などを仕入れ、地産地消を心掛けられており、利用者の希望や好みを反映できるよう、嗜好調査を毎年行われています。入浴については、職員による入浴介助が中心となっており、体調不良時や病状によっては、清拭にて対応されています。また、汚染時や運動後など、利用者の生活状況に応じて随時シャワーを利用することができ、柔軟に対応されています。排泄については、利用者の心身の状況に応じて見守りや付き添い、オムツ交換などが実施されています。排泄誘導は入浴、外出、食事前や状況に応じて適切に行われており、1日3回、定時の水分補給を実施し、快適な排泄を行うための支援が行われています。</p>   |  |           |
| A - 2 - ( 3 ) 生活環境   |  |           |
| A  | A - 2 - ( 3 ) - 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。    | a ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>施設はバリアフリーであるため、身体が不自由な利用者に配慮されています。居室はすべて個室になっているため、プライベートな空間で快適に過ごすことができますし、心身の状況が不安定な場合や感染症等の疾病があっても、自分の居室で過ごすことができます。また、テレビの持ち込みや視聴も制限されておらず、備品や寝具などは利用者の希望に応じたものを購入して持ち込むことが可能であり、自由な空間の確保に努めています。居室、食堂、トイレなどは職員により毎日清掃されており、室温は集中管理により適温が保たれ、清潔で快適な生活環境が維持されています。</p>   |  |           |
| A - 2 - ( 4 ) 機能訓練・生活訓練  |  |           |
| A  | A - 2 - ( 4 ) - 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。      | a ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>看護師からの助言を参考に関係職員で対象者を決め、障がいの程度や年齢等に応じた内容を個別支援計画書に取り入れ、機能訓練が実施されています。ビー玉入れ、ちぎり絵（貼り絵）塗り絵、クロスワードパズル、ナンプレなどを用いた訓練や、毎日のラジオ体操、散歩、ダンスなどを取り入れ、利用者の自立や自己実現に向けた取組が行われています。しかしながら、その対象者は全利用者でなく一部の利用者のみとなっていました。かかりつけ医やその他関係機関の専門職からの助言や指導に基づき、心身の状況に合わせた機能訓練や生活訓練が全利用者に実施されることが望まれます。</p>  |  |           |
| A - 2 - ( 5 ) 健康管理・医療的な支援  |  |           |
| A  | A - 2 - ( 5 ) - 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。 | a ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>利用者の健康状態を把握するために、毎日（1日3回）の検温を実施されており、必要に応じて血圧測定や体重測定が行われています。入浴の際には身体に異常が無いかを目視にて確認されており、気になる点があれば看護師や嘱託医に相談し、迅速に対応されています。また、排泄状況や食事摂取量をチェックするなど、様々な場面において利用者の健康状態を把握されています。その他の取組として、毎週月曜日を口腔ケアの日として計画されており、施設内外で研修を受けた職員を中心に、口腔内の清潔保持に努められています。緊急時における医療機関や関係機関への連絡体制については、保健年間計画に記載されており、利用者の急変時には看護師や嘱託医等に電話連絡し、適切な指示を受け、対応できる体制が整備されています。</p> |  |           |
| A  | A - 2 - ( 5 ) - 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>&lt;コメント&gt;<br/>医療的な管理や支援については、看護師が中心となって実施されています。服薬チェック表を用いて誤薬や飲み忘れがないよう、常に服薬状況を把握されており、慢性疾患やアレルギー疾患の対応として、入所前に家族や主治医に十分な確認を行い、入所後も医療機関との連携を図りながら対応されています。また、薬の保管や与薬の方法、誤薬や誤飲等があった場合の対処法が記載された事故防止マニュアルが整備されています。しかしながら、その内容は、一部の事故等を防止するための対応マニュアルとなっており、施設内で行う医療全般</p>  |  |           |

|  |   |                  |
|--|---|------------------|
| <p>的な支援の体制や実施方法については記載されていませんでした。必要な備品の取扱いや衛生に関する手順等を含めた、適切に医療を行うためのマニュアルを整備し、医療的な支援に関する研修や個別指導などを定期的実施することが望まれます。今年度から保健委員会が設置されており、職員の医療に関する意識向上と更なる安全管理に対する体制づくりが期待されます。</p>  |   |                  |
| <p>A - 2 - ( 6 ) 社会参加、学習支援</p>   |   |                  |
| A  | <p>A - 2 - ( 6 ) - 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。</p>       | <p>a ・ b ・ c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/> 社会学習として、地域のスーパーマーケットでの買い物や神社の清掃活動、他施設との交流や旅行など、利用者の意見を聞きながら企画されています。また、外出や外泊については、原則として自由に行われており、利用者の主体性を尊重した柔軟な対応が行われています。現在は、新型コロナウイルス感染予防のため、その殆どの内容は一時的に制限されていますが、昨年9月より、地域のコンビニエンスストアから出張販売を受け入れており、施設内に商品を並べての買い物活動が実施されています。制約のある環境のもとで、利用者のニーズに可能な限り応じることができるような取組が積極的に行われています。</p>       |   |                  |
| <p>A - 2 - ( 7 ) 地域生活への移行と地域生活の支援</p>  |   |                  |
| A  | <p>A - 2 - ( 7 ) - 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。</p> | <p>a ・ b ・ c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/> 地域生活への移行については、利用者や家族の希望があれば相談支援事業所と連携し支援する体制が整っています。当法人でも5カ所のグループホームを運営されており、利用可能な利用者については、将来に向けて地域生活ができるよう支援されています。しかしながら、一部の利用者からグループホームへの入居意向はあるものの、心身面等の事情から移行することが難しい状況でした。また、自宅における生活は、家族の高齢化に伴い年々難しくなっている状況です。今後の取組として、地域生活に必要な社会資源に関する情報や学習、体験の機会を提供し、利用者が地域生活への興味や意欲を高めていく工夫が求められます。</p> |   |                  |
| <p>A - 2 - ( 8 ) 家族等との連携・交流と家族支援</p>   |   |                  |
| A  | <p>A - 2 - ( 8 ) - 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。</p>               | <p>a ・ b ・ c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/> 利用者の家族との関係性を深めるために、定期的な家族会を実施し、情報提供や意見交換が行われていましたが、現在は、新型コロナウイルス感染予防のために中止されています。そのため、日々の様子や状況、健康面の変化や緊急時の連絡も含め、利用者の生活や支援に関する家族等からの質問や相談などについても、電話や手紙等で適切に対応されています。また、少しでも施設での取組や活動内容、生活状況を伝えることができるように、広報誌「すみれだより」に利用者の写真や近況を掲載し、定期的に家族に送付されています。</p>  |   |                  |

### A - 3 発達支援

|                               |  |                  |
|-------------------------------|--|------------------|
|                               |  | <p>第三者評価結果</p>   |
| <p>A - 3 - ( 1 ) 発達支援</p>     |  |                  |
| A                             | <p>A - 3 - ( 1 ) - 子どもの障がいの状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。</p> | <p>a ・ b ・ c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/> 該当無し</p> |  |                  |

### A - 4 就労支援

|                    |   |         |
|--------------------|---|---------|
|                    |   | 第三者評価結果 |
| A - 4 - ( 1 ) 就労支援 |   |         |
| A                  | A - 4 - ( 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><br>該当無し     |   |         |
| A                  | A - 4 - ( 1 ) - 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><br>該当無し     |   |         |
| A                  | A - 4 - ( 1 ) - 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><br>該当無し     |   |         |

(参考)

|              | 第三者評価結果 |    |   |
|--------------|---------|----|---|
|              | a       | b  | c |
| 共通評価基準 ( ~ ) | 6       | 37 | 2 |
| 内容評価基準 ( )   | 11      | 4  | 0 |
| 合 計          | 17      | 41 | 2 |