

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：障害者支援施設 苓山寮 (施設名)	種別：障害者支援施設
代表者氏名：理事長 飽田一夫 (管理者) 施設長 飽田一夫	開設年月日： 昭和42年11月16日
設置主体：社会福祉法人 啓明会 経営主体：社会福祉法人 啓明会	定員：60名 (利用人数) 58名
所在地：〒863-0006 熊本県天草市本町下河内680番地	
連絡先電話番号： 0969 - 22 - 5339	F A X 番号： 0969 - 22 - 5090
ホームページアドレス	http://www.keimeikai.amakusa-web.jp

（2）基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事
生活介護・施設入所支援	秋祭り 家族交流会 愛藍ピック 敬老会 クリスマス会 コカコーラ交流会 亀川小交流会 ひな祭り会 毎月オープンカフェ 他
居室概要	居室以外の施設設備の概要
1人部屋 7室 (93.66㎡ 一人平均13.38㎡) 2人部屋26室 (525.24㎡ // 10.10㎡) 3人部屋 1室 (30.68㎡ // 10.22㎡)	職員室兼用109.73㎡ 施設長室兼用44.88㎡ 事務室兼用45.45㎡ 給食室兼用140.73㎡ 厨房兼用60.09㎡ 相談室34.22㎡ 医務室27.35㎡ 浴室25.65㎡ 特浴室16.32㎡ 脱衣室24.30㎡ 洗濯室24.00㎡ 洗濯作業室16.98㎡ ホール103.84㎡ 多目的ホール132.49㎡

【2】 施設・事業所の特徴的な取組

「知的障害者を社会に返そう」という理念のもと、昭和42年11月に県下で初めて知的障害者更生施設苓山寮（精神薄弱者施設 定員45名）としてスタートしています。平成24年より新体系に移行し、障害者支援施設として指定を受けています。現在、障害者支援施設苓山寮・第二苓山寮の他、共同生活援助事業、相談支援事業、障害児入所施設等社会のニーズに沿った障害福祉における総合的な事業展開を行っています。

現在、苓山寮定員60名（現員58名）施設利用者平均年齢は約58歳。70歳以上の方が12名、平均在寮期間が約27年と高齢化や在寮期間の長期化等の状況です。

平成27年2月に落成した新施設は平屋造りとなり、居住スペースも以前の施設と比べ約1.5倍近く広くなり、居室収納も十分なスペースが確保されています。管内全体は、ほぼバリアフリーな状態で利用者にとっても移動しやすい環境です。またトイレや洗面

所、浴室等の表示も陶器で作成されておりやわらかい雰囲気醸し出しています。その他清掃も行き届き、臭気もなく清潔な住環境が整えられています。

法人として55年の歩みの中で昭和59年から療育の一環としてスタートした「苓山寮陶芸教室」は、利用者のみならず、地域の住民を対象にした「陶芸教室」を開講し、様々な場所で作品展示会を開催する等地域活性化の活動として根付いており、施設と地域を結ぶ役割を果たしています。また、当該地域は一人暮らしの高齢者が多い地域であり、地域の人々が地域を支えることを目指すのは難しい状況にある為、法人がパイプ役となり、地域の課題解決に向けた活動が積極的に展開されています。主には清掃活動（地元神社清掃・空き缶回収・道路等の清掃・県道花壇の手入れ等）で利用者と共に実施されています。

その他、施設の広報紙（年6回）を近隣にも配布されるなど地域との繋がりを大切にされています。さらに、福祉の現場での人材不足の問題も生じており、法人として事業の継続の実現のために新採用職員への教育支援体制の強化、専門資格取得に関して、必要経費の支弁や勤務扱いでの受講など手厚い仕組みが整えられています。

平成29年度、福祉サービス第三者評価事業を受審されています。その後、評価結果をもとに、経営幹部と現場の職員が施設の在り方を共に考えていく職場環境の整備に努めています。特に、職場改善を進めていくためには、法人理念・事業目標を職員が理解することが必要であると考え、計画的に伝達研修を行い、共有・浸透する取組が展開されています。

【3】 評価結果総評

◆特に評価の高い点

○人を育て組織力を高めるために、法人の理念・方針等周知徹底する取組が展開されています。

法人の概要、中長期計画、当年度事業計画等組織運営に関する内容をほぼ網羅した各冊子「職員ハンドブック」「施設サービス計画書」「職員マニュアル」を年度ごとに作成されています。それらを活用し、全体会議や研修、日常的な指導の機会も含めて繰り返し伝達し、組織全体に浸透する仕組みとなっています。

○積極的な地域活動を通じて、利用者との交流や地域貢献が図られています。

当該地域は高齢者が多く社会福祉法人として地域福祉の一翼を担うために地区の懇談会等に施設管理者、担当職員が参加し、地域の実情や取組むべき課題を把握し、法人の持つ資源を活かしながら、利用者も交え課題解決にチャレンジされています。主な取組としては、20年以上継続しているグリーンクリーン活動、数年前から参加している地域の神社掃除、県道の花壇の整備、最近の取組としては、チャレンジTOゼロという清掃活動（海岸）が行われています。また高齢者向けサロン活動への人的支援や公用車の貸し出し（運転手派遣）、陶芸教室の開催、敬老会などの行事や秋祭りを通じ、地域の方を招くなど積極的に地域貢献活動へ取り組んでいます。

○職員の就業状況を把握し、働きやすい職場づくりに努めています。

福祉分野の人材難が顕著であり、大きな経営課題となっているため人材育成の整備・強化が進められています。特に、採用者の早期離職を防ぐため新人に対する教育を体系的かつ丁寧に行い、指導担当職員を配置し公私にわたる相談に対応できるよう整えられています。また職員一人ひとりの研修ニーズを把握したうえで、策定されて

いるキャリアパスと連動させながら、専門技能取得研修、専門資格取得研修を推進されています。参加費用支弁や参加に要する時間を勤務扱いとするなど、研修への参加を積極的に支援されています。

○健康管理と医療的支援体制が整備されています。

健康管理のマニュアルにもとづき、日常の様々な場面や体調急変時の対応についての体制が整えられています。また、研修や個別研修を実施し、職員のスキルアップが図られています。特に、内服管理については「誤薬ゼロ」を目標に掲げて、配薬カードを導入して重点的に取り組まれています。

◆改善を求められる点

○職員の納得性が高まる昇給・昇進選考基準の明確化を期待します。

施設長は、「福祉サービスは生活の支援を必要とする人々に対する専門的サービスである」と考え、担い手である職員を確保するための、総合的な人事管理システムが整備されています。しかしながら職員自己評価結果では、昇格・昇進選考の基準が不明確であるという意見も散見されておりますので、今後運用に関する検討を期待します。

○標準的実施方法の見直しについての体制整備が十分ではありません。

標準的な福祉サービスは毎年検証されていますが、実施時期や方法を明文化した規程が作成されていません。施設としての標準的方法を確立する観点からも、明文化と職員への周知徹底が望まれます。

【4】 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

（令和4年12月5日）

平成29年度に続き第2回目の受審でしたが、前回よりは良い評価をいただきました。それは前回の評価後、b、cだった項目について1年から3年を掛けて全職員で改善に努めた結果です。特に、指摘された理念、方針の整備と浸透について今回@評価をいただけたことは、職員に理念や方針が浸透しつつあることを示しています。今後も理念、方針の下、職員一丸となって職責を遂行できるよう努めます。

また、b評価だった項目については、もう一度見直しをするよい機会を与えていただいたと受け止め、早速改善に着手していきます。すぐにできるものから難しいものまでありますが、職員と意思疎通を図りつつ少しずつでも進めていき、3回目の受審では更に良い結果となるようにしたいと思います。

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

【障がい者・児（居住系サービス）版】

◎ 評価機関

名 称	一般社団法人熊本県社会福祉士会 福祉サービス第三者評価事業
所 在 地	熊本市東区健軍本町1-22 東部ハイツ105
評 価 実 施 期 間	令和4年7月21日～令和4年12月5日
評価調査者番号	①10-004
	②18-008
	③17-017

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：障害者支援施設 苓山寮 (施設名)	種別：障害者支援施設
代表者氏名：理事長 飽田一夫 (管理者) 施設長 飽田一夫	開設年月日： 昭和42年11月16日
設置主体：社会福祉法人 啓明会 経営主体：社会福祉法人 啓明会	定員：60名 (利用人数) 58名
所在地：〒863-0006 熊本県天草市本町下河内680番地	
連絡先電話番号： 0969 - 22 - 5339	F A X 番 号： 0969 - 22 - 5090
ホームページアドレス	http://www.keimeikai.amakusa-web.jp

(2) 基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事					
生活介護・施設入所支援	秋祭り 家族交流会 愛藍ピック 敬老会 ク リスマス会 コカコーラ交流会 亀川小交流会 ひな祭り会 毎月オープンカフェ 他					
居室概要	居室以外の施設設備の概要					
1人部屋 7室 (93.66㎡ 一人平均13.38㎡) 2人部屋26室 (525.24㎡ // 10.10㎡) 3人部屋 1室 (30.68㎡ // 10.22㎡)	職員室兼用109.73㎡ 施設長室兼用44.88㎡ 事務室兼用45.45㎡ 給食室兼用140.73㎡ 厨房兼用60.09㎡ 相談室34.22㎡ 医務室27.35㎡ 浴室25.65㎡ 特浴室16.32㎡ 脱衣室24.30㎡ 洗濯室24.00㎡ 洗濯作業室16.98㎡ ホール103.84㎡ 多目的ホール132.49㎡					
職員の配置						
	職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
	施設長	1		社会福祉士	1	
	副施設長	1		精神保健福祉士	1	

サービス管理責任者	1		介護福祉士	16	
生活支援員	33	3	看護師	4	
看護師	2		准看護師	3	
管理栄養士	1		管理栄養士	1	
調理員	5		調理師	6	1
事務長	1		介護支援専門員	1	
事務員	2		社会福祉主事	13	
用務員		1			
配置医・産業医		1			
合計	47人	5人	合計	46人	1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】

「明るく 素直に 仲良く」

【基本方針】

「利用者、地域、及び職員の幸福をともに追求する。」

- ・ 中長期計画に基づき適切な財務管理による安定的な経営を目指す。
- ・ 利用者の社会適応能力を伸ばし、心身ともに安定した生活を送ることを目標として、意思決定支援を中心に据え、利用者のニーズ、ストレングスの把握に努め、それを活かした支援をする。
- ・ 職員は常に自己研鑽を行い、高い専門性と倫理性を身につける。
- ・ 施設は将来を展望した人材確保、育成計画を実施し、プロ集団としての職員のレベル向上を目指す。
- ・ 障害者支援施設としての特性を活かした地域社会への貢献を行い、開かれた施設を目指す。
- ・ コンプライアンス（法令遵守）を徹底し、虐待防止、意思決定支援に努め、情報公開を促進する。
- ・ 非常時に備えるとともに、利用者が安心・安全に日常生活を送れるように配慮する。

3 施設・事業所の特徴的な取組

「知的障害者を社会に返そう」という理念のもと、昭和42年11月に県下で初めて知的障害者更生施設荅山寮（精神薄弱者施設 定員45名）としてスタートしています。平成24年より新体系に移行し、障害者支援施設として指定を受けています。現在、障害者支援施設荅山寮・第二荅山寮の他、共同生活援助事業、相談支援事業、障害児入所施設等社会のニーズに沿った障害福祉における総合的な事業展開を行っています。

現在、荅山寮定員60名（現員58名）施設利用者平均年齢は約58歳。70歳以上の方が12名、平均在寮期間が約27年と高齢化や在寮期間の長期化等の状況です。

平成27年2月に落成した新施設は平屋造りとなり、居住スペースも以前の施設と比べ約1.5倍近く広くなり、居室収納も十分なスペースが確保されています。管内全体は、ほぼバリアフリーな状態で利用者にとっても移動しやすい環境です。またトイレや洗面所、浴室等の表示も陶器で作成されておりやわらかい雰囲気を醸し出しています。その他清掃も行き届き、臭気もなく清潔な住環境が整えられています。

法人として55年の歩みの中で昭和59年から療育の一環としてスタートした「芥山寮陶芸教室」は、利用者のみならず、地域の住民を対象にした「陶芸教室」を開講し、様々な場所で作品展示会を開催する等地域活性化の活動として根付いており、施設と地域を結ぶ役割を果たしています。また、当該地域は一人暮らしの高齢者が多い地域であり、地域の人々が地域を支えることを目指すのは難しい状況にある為、法人がパイプ役となり、地域の課題解決に向けた活動が積極的に展開されています。主には清掃活動（地元神社清掃・空き缶回収・道路等の清掃・県道花壇の手入れ等）で利用者と共に実施されています。

その他、施設の広報紙（年6回）を近隣にも配布されるなど地域との繋がりを大切にされています。さらに、福祉の現場での人材不足の問題も生じており、法人として事業の継続の実現のために新採用職員への教育支援体制の強化、専門資格取得に関して、必要経費の支弁や勤務扱いでの受講など手厚い仕組みが整えられています。

平成29年度、福祉サービス第三者評価事業を受審されています。その後、評価結果をもとに、経営幹部と現場の職員が施設の在り方を共に考えていく職場環境の整備に努めています。特に、職場改善を進めていくためには、法人理念・事業目標を職員が理解することが必要であると考え、計画的に伝達研修を行い、共有・浸透する取組が展開されています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年7月21日（契約日） ～ 年 月 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成29年度）

5 評価結果総評

◆特に評価の高い点

○人を育て組織力を高めるために、法人の理念・方針等周知徹底する取組が展開されています。

法人の概要、中長期計画、当年度事業計画等組織運営に関する内容をほぼ網羅した各冊子「職員ハンドブック」「施設サービス計画書」「職員マニュアル」を年度ごとに作成されています。それらを活用し、全体会議や研修、日常的な指導の機会も含めて繰り返し伝達し、組織全体に浸透する仕組みとなっています。

○積極的な地域活動を通じて、利用者との交流や地域貢献が図られています。

当該地域は高齢者が多く社会福祉法人として地域福祉の一翼を担うために地区の懇談会等に施設管理者、担当職員が参加し、地域の実情や取組むべき課題を把握し、法人の持つ資源を活かしながら、利用者も交え課題解決にチャレンジされています。

主な取組としては、20年以上継続しているグリーンクリーン活動、数年前から参加している地域の神社掃除、県道の花壇の整備、最近の取組としては、チャレンジTOゼロという清掃活動（海岸）が行われています。また高齢者向けサロン活動への人的支援や公用車の貸し出し（運転手派遣）、陶芸教室の開催、敬老会などの行事や秋祭りを通じ、地域の方を招くなど積極的に地域貢献活動へ取り組んでいます

○職員の就業状況を把握し、働きやすい職場づくりに努めています。

福祉分野の人材難が顕著であり、大きな経営課題となっているため人材育成の整備・強化が進められています。特に、採用者の早期離職を防ぐため新人に対する教育を体系的かつ丁寧に行い、指導担当職員を配置し公私にわたる相談に対応できるよう整えられています。また職員一人ひとりの研修ニーズを把握したうえで、策定されているキャリアパスと連動させながら、専門技能取得研修、専門資格取得研修を推進されています。参加費用支弁や参加に要する時間を勤務扱いとするなど、研修への参加を積極的に支援されています。

○健康管理と医療的支援体制が整備されています。

健康管理のマニュアルにもとづき、日常の様々な場面や体調急変時の対応についての体制が整えられています。また、研修や個別研修を実施し、職員のスキルアップが図られています。特に、内服管理については「誤薬ゼロ」を目標に掲げて、配薬カードを導入して重点的に取り組まれています。

◆改善を求められる点

○職員の納得性が高まる昇給・昇進選考基準の明確化を期待します。

施設長は、「福祉サービスは生活の支援を必要とする人々に対する専門的サービスである」と考え、担い手である職員を確保するための、総合的な人事管理システムが整備されています。しかしながら職員自己評価結果では、昇格・昇進選考の基準が不明確であるという意見も散見されておりますので、今後運用に関する検討を期待します。

○標準的実施方法の見直しについての体制整備が十分ではありません。

標準的な福祉サービスは毎年検証されていますが、実施時期や方法を明文化した規程が作成されていません。施設としての標準的方法を確立する観点からも、明文化と職員への周知徹底が望まれます。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

（令和4年12月5日）

平成29年度に続き第2回目の受審でしたが、前回よりは良い評価をいただきました。それは前回の評価後、b、cだった項目について1年から3年を掛けて全職員で改善に努めた結果です。特に、指摘された理念、方針の整備と浸透について今回@評価をいただいたことは、職員に理念や方針が浸透しつつあることを示しています。今後も理念、方針の下、職員一丸となって職責を遂行できるよう努めます。

また、b評価だった項目については、もう一度見直しをするよい機会を与えていただいたと受け止め、早速改善に着手していきます。すぐにできるものから難しいものまでありますが、職員と意思疎通を図りつつ少しずつでも進めていき、3回目の受審では更に良い結果となるようにしたいと思います。

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	29人	
	家族・保護者		
聞き取り調査	利用者本人		
	家族・保護者		
観察調査	利用者本人		

第三者評価結果

※すべての評価細目について、判断基準(a・b・cの3段階)に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

<共通評価基準>

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント> 理念、基本方針は、ホームページや施設の事務室等に掲示がされており、さらに法人のパンフレットや施設要覧、事業計画等にも掲載し周知されています。職員については、施設長より採用時の研修等や職員会議等で表明されています。また毎日の職員朝礼で唱和・確認が行われています。家族や外部者への周知については、外部者向けに作成された「施設要覧」に掲載し、入所時や家族会等で説明がなされています。利用者の周知については、「れいざんりょうのせいかつ」を作成し、平易な表現や絵を用いた資料が準備されています。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント> 国や県、圏域市町村の障害者福祉計画等で潜在的な利用者数やニーズ等を分析・把握し、収支予測やコスト分析等を行い、その資料をベースに法人の課長会議、運営検討会議等で検討がなされています。また、県社会福祉法人経営者協議会や県知的障害者協議会の会議や研修会に参加し、その現状や施策の動向等の・分析に努めています。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・Ⓑ・c
<p><コメント> 平成30年度から財政分析表、人件費率、利益率等の推移を示した資料を作成し経営課題について役員間での共有や職員へ周知されています。解決や改善に向けて、施設長より経営課題についてヒヤリングを行い、課長会議等で検討する等の取組が行われています。しかし、職員自己評価結果では、経営課題に関しての取組が十分ではないという意見も散見されています。今後は役員や管理的職員だけでなく、多くの職員等からも意見を聴取する等、組織全体での課題解決が図られることが期待されます。</p>		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント> 「茶山寮・第二茶山寮 短・中・長期計画(令和3年度～5年度)」策定されています。その中で「人権尊重、サービス・環境の向上、地域との関係、人材育成、</p>		

健全な財務規律の確立」の項目に分け、項目ごとに将来あるべき姿、ビジョンを達成するための方法等、期間、担当等具体的な記載がなされています。職員へも会議等を通じて説明がなされています。		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	㉠・b・c
<p><コメント> 法人の短・中・長期計画（令和3年～5年度）に基づき、前年度事業計画の評価・分析が実施され、それを踏まえ単年度事業計画が策定されています。計画策定については、各部署の責任者や各委員会、職員の面談を通じた意見等集約し法人全体で立案されています。内容は運営全般に亘り、達成すべき数値目標も明確化されています。</p> <p>-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。</p>		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが行われ、職員が理解している。	㉠・b・c
<p><コメント> 事業計画は職員参画のもと策定され、年度当初の職員会議の際に全職員に事業計画を配布し、説明の機会が設けられています。計画の実施状況進捗管理については、サービスの質の向上を目指す7つの各委員会において定期的に評価が行われています。そして年度末には事業計画報告会が開催されるなど、策定や実施状況に関して職員の参画や理解を深める仕組みが構築されています。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・㉡・c
<p><コメント> 家族へは年度初めの家族総会において、説明の場が設けられています。また、簡易版の文書を作成し施設内に掲示されています。利用者等の周知・理解に関しては、生活に密接にかかわる事柄などを中心に、利用者自治会や朝礼等を利用してわかりやすい言葉づかいで説明が行われています。その他ジェスチャーや絵、写真等も利用されています。しかし、職員自己評価結果では、利用者への周知や理解が不十分という意見もあがっておりますので、今後さらに様々な手段を検討され、利用者への理解が深まる工夫や取組を期待します。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	㉠・b・c
<p><コメント> 法人内に施設長、幹部職員で毎月開催される運営委員会では、苦情や事故、安全対策、コンプライアンスに関する事項を共有し、改善策が検討されています。障がい者支援にかかる内容については、週末会議（職員会議）が定期的に開催され、サービス提供等に関する協議の場が設けられています。また、芥山寮・第二芥山寮の職員で横断的に構成された交流委員会、研修倫理委員会、地域活動委員会等7つの委員会において、組織的にサービスの質の向上について積極的な取組が展開されています。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	㉠・b・c
<p><コメント> 課題や検討事項については、週末会議（職員会議）や運営委員会、その他各委員会において、随時、評価・分析が行われています。改善に向けての取組については、担当部署・担当責任者等を定め、改善実施計画が策定されています。その検討内容や実施計画については職員へ周知する仕組みが整えられています。</p>		

II 組織の運営管理

II-1 施設管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果
--	---------

II-1-(1) 施設管理者の責任が明確にされている。		
10	II-1-(1)-① 施設管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント> 施設長の役割や責任は、職員へ配布される「施設サービス計画書」・「職員ハンドブック」等に明記し、研修・会議等で表明されています。そして、平常時のみならず、不在時の権限委任等を含め明確化されています。また、年6回は発行されている広報紙「あゆみ」等での管理者挨拶を通じトップメッセージを発信されています。職員自己評価結果で高い満足度が得られています。</p>		
11	II-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント> 施設長として、管理業務におけるコンプライアンスを実践するために経営に関する各種研修等に参加されています。また、関係する法令の周知のみならず、社会人としての社会規範やルールの遵守を組織内に意識づけるよう職員朝礼・研修会等で説明が行われています。さらに「職員ハンドブック」に運営に関わる関係法令等が掲載されています。加えて各法令をカテゴリーごとに図式化し、法令の主旨概略を記載する等理解を深められるような取組が行われています。</p>		
II-1-(2) 施設管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c
<p><コメント> サービスの質の向上を目的とした諸会議が施設長参加のもと、定期的開催されています。会議で上がった課題には、改善に向けて施設長も積極的に関わりながら取り組まれています。また、理念や基本方針の具現化に向け、職員に対し対人援助職として身につけるべき基本的な要素等について会議、朝礼、研修の場面で繰り返し説明する等指導力を発揮されています。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a・Ⓑ・c
<p><コメント> 施設長による年1回の職員面接が行われ、業務改善に関する意見を聴取されています。その他能力発揮・成長機会の提供づくりや働きやすい職場づくりを目的としたアンケートも実施されています。加えて高年齢継続雇用や障害者雇用、リフレッシュ休暇の創設等改善策が実施されています。また、事業の将来性や継続性についての検証を継続的に行うなど指導力が発揮されています。しかしながら、職員自己評価結果では「人員配置、働きやすい環境等への取組が足りない」との意見があがっています。今後は、個々人のライフスタイルの変化に応じた雇用形態の配慮や異動等、法人全体で働きやすい職場環境の整備を行う取組を期待します。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a・Ⓑ・c
<p><コメント> 基本方針に「施設は将来を展望した人材確保、育成計画を実施し、プロ集団としての職員のレベル向上を目指す」と掲げ、「事業計画」・「職員ハンドブック」に有資格者を含め具体的な採用数が計画されています。現在は職員の確保等困難な状況の中、各養成校や関係機関等に訪問し採用につながる活動が展開されています。採用職員に対しても、育成担当者を配置するなど早期退職を防ぐような取組も行われています。しかしながら、職員自己評価結果では、計画通りに採用が進まないことに不安を抱えているという意見もあがっています。今後も法人規模・機能の維持のため、適切な人員確保につながる取組を期待します</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・Ⓑ・c
<p><コメント> 法人が策定している倫理綱領の中に基本姿勢・職員行動規範や「求められ</p>		

<p>る職員像」、責務・努力事項等明記されています。人事管理については、職員はOJTシート（自己申告）作成し、それにもとづき個別面談（年1回）が行われています。また昇格・昇進選考については、現状の状況を分析・判断し、課長会議での検討を経て理事会等で承認する仕組みとなっています。しかしながら、職員自己評価結果では、「昇格・昇進選考の基準が不明確である」「一定の人事基準にもとづき評価が行われているが不十分である」という意見も上がっています。今後、人事管理システムを通じて評価プロセスの透明性と評価の客観性を確保し、職員の納得性が高まることを期待します。</p>		
<p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
16	Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a・㉔・c
<p><コメント> 職員の就労に関するニーズの把握のため施設長から個別面談が年1回実施されています。その他法人組織内に置かれた「衛生委員会」を中心に職場改善のアンケートの実施・公表、ストレスチェック（年2回）、管理職を中心としたメンタルヘルス研修への参画、新採用職員に対して産業医との相談面接が行われています。また、入職と同時に4日間の有給休暇が取得できるように規程も変更されています。職員自己評価結果では「有給休暇の取得について積極的に支援してもらっている」「メンタルヘルスへの取組が充実してきた」等の意見も出る一方で「夜勤勤務の業務負担が大きい」「勤務開始時間より早く出勤するのが常態化している」などの意見もあがっています。今後、勤務時間などの見直しや業務内容等の検討を望みます。</p>		
<p>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p>		
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	㉕・b・c
<p><コメント> 「求められる職員像」を「職員ハンドブック」に明文化してあります。その浸透を図るために研修等で説明が行われています。また、職員一人ひとりが専用のシートに自己目標を設定し、施設長面談を通じてアドバイスが行われています。施設内の研修体系については、新採用者へは、教育指導担当者を配置する体制が整備されています。その他、初任者クラスの1、2、3年研修、中堅クラス対象の5、10年目研修とキャリアに応じたプログラムが準備されています。さらに関連資格取得支援に関して、参加する際の時間と費用への配慮があり、職員自己評価結果でも満足度の高い評価が得られています。</p>		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	㉕・b・c
<p><コメント> 基本方理念・基本方針のなかに、目指すべき期待する職員像を具体的に明確にし、「職員ハンドブック」に具体的な実行計画が立案されています。取組として「研修倫理委員会」を中心に全職員対象の研修を企画・立案し、必要に応じて外部講師を招くなど年6回実施、実施後、効果測定を行い、次年度につながる研修管理が行われています。また職務階層に求められるキャリアパス要件を作成、職員に周知し、施設が必要とする専門技術や専門資格者数なども事業計画の中に明確に示されています。</p>		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	㉕・b・c
<p><コメント> 職員のスキルアップのための研修方針が事業計画に示されています。それにもとづき能力開発の形態をOJT、OFF-JT、自己啓発支援（SDS）に分類し、経験年数や職務内容毎に計画・立案されています。その他、キャリアパス要件も職位毎に定め、求められる能力・資格、習熟に必要な研修等明記されています。特に新採用者へは、育成担当者を配置し一定期間サポートする体制が整えられ、新しい職場での孤立や早期離職を防ぐ取組が行われています。また、施設長面談を実施し、研修ニーズの把握や将来のキャリアに関するアドバイスが行われています。</p>		
<p>Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。</p>		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・㉔・c
<p><コメント> 実習生の受け入れについては、ボランティア・実習受入れ担当職員が、依</p>		

頼された学校や機関の意向を反映した実習プログラムを作成されています。そして担当職員がマンツーマン体制で指導を行うなど育成のための工夫が行われています。しかしながら、施設独自の「実習受け入れマニュアル」が未整備のようです。福祉人材確保の観点からも策定を望みます。

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	㉠・b・c
<p><コメント> ホームページにおいて、法人・施設の沿革、理念や基本方針、各事業概要、理念や基本方針、施設概要や法人全体の業務や財務に関する情報が公開してあります。更に事業計画、予算、決算報告は施設内に掲示し、誰でも閲覧できるようになっています。また、広報誌「あゆみ」(年6回)を発行し、家族や各関係機関へ送付されています。そして、近隣地域へも200部程配布する等施設運営に関して理解を深める取組が行われています。その他、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善対応の状況についてもホームページや広報誌等で公表し、運営の透明性を担保する取組が展開されています。</p>		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	㉠・b・c
<p><コメント> 法人として50年以上障害児者福祉、地域福祉等、広範囲な事業を展開されており、適正経営や運営に関しては、法人監事による内部監査が定期的に行われ透明性が担保されています。経理関係については、外部会計事務所に業務委託され、専門的なアドバイスを受け適正化が図られています。また、施設における事務・経理・取引等に関するルール、職務分掌と権限等も明確化され、職員に周知しています。その他外部への周知については、ホームページ掲載や広報紙等で財務三表、役員名簿等の掲載や玄関ホールにも閲覧資料が準備してあります。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	㉠・b・c
<p><コメント> コロナ禍で現在規模縮小や中止を余儀なくされていますが、地区懇談会(年1回)を開催、地区役員の方と地域の困りごと等意見交換の場を設けられています。主な取組としては、グリーンクリーン活動(地元の神社掃除、県道の花壇の整備、ごみ拾い等)として20年以上継続されています。最近の取組としては、チャレンジT0ゼロという清掃活動(海岸)。また地域の要望に応じて公用車の貸し出し(運転手付き)、施設行事への参加の呼びかけも行われています。さらに長年にわたり、福祉体験授業、中学校職場体験等も利用者との交流を広げる取組として積極的に活動が展開されています。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にした体制を確立している。	a・㉠・c
<p><コメント> 「職員マニュアル」に地域の住民と利用者・職員との交流を図る為ボランティア受け入れに関する姿勢の明文化、受け入れに関する手順等も記載されています。また組織の中に、「地域活動委員会」を設置、ボランティア活動や地域貢献活動等への対応と活動の課題等が検討されています。しかし、具体的なマニュアルの整備が不十分のようです。ボランティアは地域福祉の専門職ではありませんので、活動・学習時の配慮やトラブルや事故を防止する意味でも具体的なマニュアルの整備を望みます。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		

25	Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な関係機関・団体等の機能や連絡方法を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a・ ⑥ ・c
<p><コメント> 個々の利用者の状況に対応できるように、「職員マニュアル」に関係機関名・連絡先を掲載し、研修会で説明が行われ、速やかな対応がとれるような体制が整っています。その他、副施設長が窓口となり、地域の連絡協議会との専門的なネットワーク化を図るなど利用者に対するサービス向上を目指した活動も展開されています。しかしながら、職員自己評価結果では、医療機関との連携について不安視する意見もあがっています。今後、有意義な連携が図れる体制を望みます。</p>		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	① ・b・c
<p><コメント> 事業計画に「障害者支援施設としての特性を活かした地域社会への貢献を行い、開かれた施設を目指す」と掲げ、地域の福祉ニーズに対する把握が積極的に行われています。また、法人内の相談支援専門員を地域の高齢者向けのサロンへ定期的に派遣し、住民との交流活動や法人に対する要望の聞き取り等の活動が展開されています。また、圏域の自立支援協議会に副施設長が委員として参画し、専門分野におけるネットワークの構築と必要とされる福祉ニーズの検討が行われています。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	① ・b・c
<p><コメント> 地域の住民の方々との定例会議や関係機関・団体と連携し、地域住民向けに37年にわたり茶山焼の「やきもの教室」として開放されています。また、参加が難しい高齢者に対しては「出張やきもの教室」を公民館等で開催するなど地域住民の実態に応じた取組が展開されています。その他、高齢者の負担となっている地域清掃活動のお手伝いも利用者と共に協力し実施されています。さらに高齢者向けサロンに管理栄養士を派遣し料理教室を開催されています。そして、災害時の福祉避難所の機能についても地域住民へ周知活動を行うなど施設の有する機能を地域に還元する取組が行われています。</p>		

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	① ・b・c
<p><コメント> 法人の理念として「明るく 素直に 仲良く」を掲げ、その理念をベースに基本方針、年度の重点目標、虐待防止目標が策定されています。更に、「職員ハンドブック」に利用者を尊重したサービスの提供に関する職員の行動指針・倫理綱領も定められています。また、毎朝朝礼等で進行係の職員より項目を朗読する等、形骸化しないような取組が行われています。そして、人権研修会も年2回実施されています。その他、週末会議内(週1回)で、利用者の人権への配慮に関する検討を実施するように取り決め、組織として現状を点検し課題を把握する取組が行われています。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a・ ⑥ ・c
<p><コメント> プライバシー保護については、「職員ハンドブック」に利用者に対するプライバシーの侵害について具体的な例があげてあります。またサービス提供に関する「職員マニュアル」にプライバシー保護に関する注意事項が記載されています。しかし、プライバシー保護に関しては、利用者尊重の基本であるため、支援場面に即した内容としてはやや不十分のようです。組織として規程・マニュアル等の点検を行い、可能な限り一人ひとりの利用者のプライバシーを守れるようなマニュアルの取組を期待します。</p>		

Ⅲ-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	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	㉠・b・c
<p><コメント> ホームページが開設され、施設の理念、方針、支援の内容、利用までの流れ等について詳細な情報が提供されています。また広報誌「あゆみ」や「レイザントピックス」のネーミングで施設の出来事や話題について、写真・図・絵等を活用した紹介がホームページにアップされています。その他、施設パンフレットも作成し、関係機関に設置してあります。さらに施設見学・体験入所・1日利用の希望についても担当職員から具体的な説明が行われるなど、利用者のサービスの選択に必要な情報提供が積極的に行われています。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	㉠・b・c
<p><コメント> 提供開始や変更にあたっては、担当者から重要事項説明書・契約書にもとづいて、利用者・家族に関して説明し、同意や承認を得ながら丁寧に対応することを基本とされています。利用者・家族の理解を深める仕組みとして、サービスの具体的な内容他日常生活に関する事柄をわかりやすい表現やイラストを用いた資料「れいざんりょうのせいかつ」を作成し配布されています。その他、契約書にはルビを振る等利用者の自己決定に配慮した取組が行われています。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	㉠・b・c
<p><コメント> 移行については、利用者、家族と十分協議し、関係機関との連携を図り、福祉サービスの継続性に配慮した引継シート等が作成されています。そして、法人のマニュアルに「施設移動」に関しての手順とそれぞれの項目ごとに担当責任者が明記されています。また、移行後の支援についても、状況に応じて家族へ連絡を行う等の対応も行われています。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 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。	㉠・b・c
<p><コメント> 意思疎通が困難な利用者も多いため、職員から積極的に声掛け行う姿勢で臨まれています。また、利用者自治会(月1回)開催され、ほとんどの利用者が参加されています。その際、嗜好調査や外出行事の希望など聴き取りが行われています。その他、毎年施設長や担当職員によるサービス内容に関する面談を行い要望や不満を聴き取る機会が設けられています。改善が必要な場合には週末会議・運営委員会で検討するなど組織的に調査・把握し、職員会議でサービス改善に向けた話し合いが行われています。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	㉠・b・c
<p><コメント> 苦情解決の体制として、苦情解決責任者、苦情受付当者、第三者委員4名を設置し、苦情受付から解決に至るまでの苦情解決規程が整備されています。施設内にもその体制について掲示してあります。また具体的な苦情・相談・対応の流れについてはマニュアルに記載されて、研修等で周知されています。そして年に2回(10月・3月)、苦情・要望等の記録内容をもとに第三者委員を含めた苦情解決会議を開催し、協議が行われ、再発防止に努める取組が行われています。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	㉠・b・c
<p><コメント> 利用者の相談体制については、利用者自治会(月1回)において聴き取りが行われています。また、担当職員との個別の時間を設け、利用者が話しやすい環境づくりに配慮されています。相談対応は、担当職員、副担当職員と配置されていますが、すべての職員が積極的に受け付けるようになっています。また、相談する場所も相談内</p>		

容に応じて、話しやすい場所を提供されています。施設長室も利用者が出入りできるように常にオープンとなっており、関りを取りやすい配慮が行われています。		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	㉑・b・c
<p><コメント> 相談受付の流れや基本的な心構えが「職員マニュアル」に記載されています。利用者自治会や個別面談で出された内容に関しては記録され、職員は閲覧していません。組織的な対応が必要な場合は、週末会議、研修倫理委員会、運営検討会等にて検討し改善策について利用者へ周知される仕組みが整えられています。また、家族への周知に関しては、利用者からの相談内容を家族面談報告書へ記録しファイルに保存し、電話連絡や面会時、家族総会時等に説明が行われています。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	㉑・b・c
<p><コメント> 事故発生時の対応と安全確保について、責任や手順を明記したマニュアルが策定されています。運用については、組織内に「危機管理委員会」を設置し、施設長はじめ各部署の責任者が参画し、報告書にもとづく要因分析と改善策・再発防止等の検討が行われています。その結果については、随時または年度末の事業報告会等で職員へ周知されています。家族に関しては広報紙へ掲載するなど情報の共有化が図られています。また、安全確保・事故防止に関する研修として「危険への気づき」を促す、危険予知訓練（KYT）を毎週1回取り入れるなど積極的な取組が行われています。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	㉑・b・c
<p><コメント> 保健委員会を中心に、法人で感染症対策（インフルエンザ・ノロウイルス）マニュアルが策定されています。職員への配布と感染症予防に関する研修が実施されています。また、新型コロナウイルスマニュアルに関しては各施設別に作成してあります。加えて感染症に関するBCP計画も策定され、業務継続ガイドラインの役割を果たしています。その他、コロナ感染対応として、感染拡大防止対策として、エリア分けできるように担当職員達で検討を重ね、取り外しできるお手製の衝立を作成し、必要時設置できるようにするなど利用者の安全確保へ向けた取組が展開されています。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	㉑・b・c
<p><コメント> 法人で火災やその他の災害を想定して、防災対策マニュアルが策定されています。毎月の夜間想定避難訓練や、年に一回地元消防団との合同防災訓練や炊き出し訓練等が適切に行われています。また、研修や職員会議等を通じて、全職員に周知されています。更に3日分の食品や消耗品を詳細にリストアップし、備蓄されています。その他、大雨や台風接近、地震発生等の自然災害の警戒レベルごとの対応についても施設長の責任や職員の行動基準等が明確に示されています。各関係機関や職員の連絡先等連絡体制の整備、避難準備発令の際の緊急防災会議の招集等についてもフローチャートにて示されており、防災に対する意識の高さが窺えます。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a・㉒・c
<p><コメント> 「職員ハンドブック」と「職員マニュアル」に文書化されており、全職員に配布しいつでも閲覧できるようにされています。毎日の朝礼でも職員へ周知する取組が行われています。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、支援場面に適用するには不十分なものでした。今後はサービス実施時のプライバシーの配慮や、実施する福祉サービス全般にわたって整備されることが望まれます。</p>		

41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a・㉔・c
<p>〈コメント〉 職員からの意見や提案を会議にて検討し、標準的な実施方法について毎年見直しが行われています。見直し後には、職員一人ひとりに「職員マニュアル」として配布されています。しかしながら、見直しの時期やその方法が定められている規程等を確認することができませんでした。今後、利用者が必要とする標準的な福祉サービスを検証する時期や方法を明文化した規程を策定されることを期待します。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	㉔・b・c
<p>〈コメント〉 サービス管理責任者を中心に、利用者の意向やニーズや把握するアセスメントを適切に実施して、個別支援計画を策定されています。また、個別支援計画は関係職員で協議して策定され、利用者の強みを活かした個別性の高いものになっています。支援困難なケースは事例会議において多職種で検討する取組が行われています。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	㉔・b・c
<p>〈コメント〉 「職員マニュアル」にもとづいて個別支援計画は6ヶ月毎に見直されています。新規利用者は入所時、1ヶ月後、3ヶ月後、6ヶ月後に見直しする体制が整備されています。また、心身の状態の変化に応じて随時見直しが行われ、多職種の協議により利用者の状態に応じた個別支援計画に内容変更をされています。変更後は会議等で周知するとともに、4月の研修でも周知が図られています。その後、改めて利用者・家族へ説明が行われています。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	㉔・b・c
<p>〈コメント〉 施設内で支援記録として定められた様式を用いて適切に記録が行われています。毎月のモニタリングで個別支援計画の実施状況について評価をされています。必要な情報は朝礼での伝達や、職員室にある各職員のポストに配布して情報の共有を図られています。個別支援会議にて個別支援計画にもとづく記録の記載方法について指導する機会を設け、職員による差異がないように取り組まれています。</p>		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	㉔・b・c
<p>〈コメント〉 個人情報保護規程に利用者の記録の保管、保存、廃棄等に関する内容が明記されており、それにもとづいて利用者記録の管理をされています。個人情報保護や記録管理に関する研修は定期的実施されており、「職員ハンドブック」を活用して個人情報保護法の理解を深める取組が行われています。利用者・家族には重要事項説明書等を用いて、個人情報保護と情報開示の管理体制に関しての説明を行い、同意を得る仕組みが整備されています。</p>		

＜内容評価基準＞

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A①	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	㉔・b・c
<p>〈コメント〉 「職員ハンドブック」の中に利用者の自己決定の尊重に関する項目が明記されており、利用者支援に取り組まれています。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して、利用者の自治会を定期的開催され、利用者自身が司会進行され、利用者主体の会となるように配慮されています。コロナ禍の影響で外出制限がされている状況で、利用者の意向で飲酒の機会を増やす取組や、入浴後に希望者が</p>		

自販機でのジュースを購入できる機会を作られています。		
A-1-(2) 権利擁護		
A②	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	㉠・・・c
<p><コメント> 「職員ハンドブック」に権利擁護の内容が明記され、朝礼で年間目標の唱和を行い、職員の理解を深める取組が行われています。毎年、権利擁護の研修を実施し、学びを深める機会を作られています。やむを得ず身体拘束を行う場合は家族等への説明・同意等、マニュアルに沿った手続きが実施されています。週末会議では毎回事例を提示して、人権侵害や虐待に該当しないか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		
A③	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	㉠・b・c
<p><コメント> 利用者のニーズを反映した個別支援計画書にもとづき可能な限り利用者自身でできる行為を見守り、必要な場合のみ職員が支援する体制が整備されています。また、グループホームへのサービス移行を望まれる利用者には、利用者の状況に応じて外部の心理カウンセラーや保護司の協力による支援の結果、2名の利用者がサービス移行されています。</p>		
A④	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	㉠・b・c
<p><コメント> 言葉だけではなく、ジェスチャー、筆談、絵や写真等の方法で利用者一人ひとりの状態に応じた意思疎通の支援が行われています。その方法は個別支援計画書に記載されており、統一した支援ができる体制を整備されています。また、個別支援の時間を活用して、職員と利用者がコミュニケーションを深める機会を作られています。特徴的な手話での意思疎通が必要とされる利用者には、外部の協力者による意思疎通を図るための支援が行われています。</p>		
A⑤	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	㉠・b・c
<p><コメント> 担当職員がジュースやお菓子を準備して、利用者の居室でミニパーティーを開催して、気軽に相談できる機会を作られています。定期的で開催される利用者の自治会は、利用者が職員に対して話したいことを話せる機会になっており、生活に関わる悩みや希望、意見などを把握されています。相談内容は関係職員とサービス管理責任者で情報共有し、利用者の要望実現のための取組について検討が行われています。</p>		
A⑥	A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	㉠・b・c
<p><コメント> 利用者の希望やニーズを反映した個別支援計画にもとづき、選択できる活動に取り組みられています。グループ分けをして、利用者一人ひとりに希望に沿った活動プログラムを作成して、日中活動の多様化を図られています。施設の伝統である茶山焼の陶芸活動は人気がある活動となっています。他にも、民生委員の情報提供によりゴミステーションまで空き缶の搬入が困難な高齢者宅を訪問しての搬入支援、地域貢献活動として、台風後の川掃除にも取り組まれています。また、定期的な検討や見直しを行う体制も整備されています。</p>		
A⑦	A-2-(1)-⑤ 利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行っている。	㉠・b・c
<p><コメント> 利用者の障がいの状況に応じた支援を適切に行うために、定期的に研修会を開催して支援の質の向上に取り組まれています。障害特性に応じた支援方法はマニュアルに明記され、職員への理解・共有を図られています。また、ケア会議にて支援方法について検討し、職員間で統一した支援ができるような体制を整備されています。毎</p>		

月開催される事例検討会では、特徴的な障害特性がある利用者を選出して、1年間をとおして支援方法の検討や見直しについて協議が行われています。		
A-2-(2) 日常生活支援		
A⑧	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常生活支援を行っている。	㉠・b・c
<p>〈コメント〉 「職員マニュアル」に支援内容について明記されており、個別支援計画にもとづいて、利用者の心身の状況に応じて提供されています。管理栄養士による朝礼での食育も実施されており、残食が減少している効果が表れています。月2回企画されているセレクトメニューの希望聴取時には、実際に調理した物を利用者の前に準備して、料理の見た目や香り等を利用者が確認してから選択できるように取り組まれています。</p>		
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	㉠・b・c
<p>〈コメント〉 衛生管理マニュアルと定期的な設備点検により利用者に快適な空間となるように配慮されています。居室は希望に応じてテレビ、コーヒーマーカー、愛着のある家具等を持ち込むことができ、プライベートな空間で快適に過ごすことができる環境になっています。同室の利用者の睡眠環境に影響がある場合は、入眠時間が遅い利用者を一時的に別の部屋で見守る対応をされています。</p>		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	㉠・b・c
<p>〈コメント〉 利用者が主体的に楽しく機能訓練や生活訓練ができるように、日中の活動の中で動画やDVDを活用されています。共通訓練項目として、腹部マッサージや食事前の嚥下体操や下顎マッサージに取り組まれています。歩行訓練の達成状況に対して達成シールを贈呈することで、訓練参加の意欲向上を図られています。利用者の障がい特性に応じて専門医から訓練方法について指導を受けて、利用者ごとに機能訓練計画を作成し、日々の訓練が行われています。訓練の実施状況や達成状況について6か月ごとに検討会議において確認されています。</p>		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A⑪	A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	㉠・b・c
<p>〈コメント〉 健康管理マニュアルにもとづき、毎日職員が健康チェックを実施し、異常があれば看護師による状態の観察や必要に応じて協力医療機関への受診が実施されています。入浴、排泄、食事等様々な場面において利用者の健康状態を把握できるような体制ができています。トイレには便の性状がどの職員にもわかりやすいように、イラストの一覧表が掲示されています。また、看護職員が中心となって、健康管理に関する研修や個別研修を実施し、利用者の健康維持に取り組まれています。</p>		
A⑫	A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	㉠・b・c
<p>〈コメント〉 対応マニュアルが整備されており、AEDも毎日点検されています。日常的な内服の管理については、誤薬防止のために保管場所の施錠と配薬カートを使用して、重点的に取り組まれています。また、外用薬についても利用者一人ひとりの処置方法が記載された資料がファイルに整理されており、職員間の共有が図られています。看護職員による医療支援に関する研修が実施され、新入職員には、感染予防対策のためのガウンの着脱研修も実施されています。</p>		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A⑬	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	㉠・b・c
<p>〈コメント〉 利用者の意向を聴取して、原付バイクの免許取得や漢字検定試験受験等の社会参加支援が行われています。施設内で行われるオープンカフェでは、利用者が店員の役割を担うことや、業者を呼んで行う施設内での衣料・菓子などの販売会では、料</p>		

金の支払いを行う機会の創出をされています。また、社会参加の成功体験がある利用者の取組を参考にして、社会参加を希望する新たな利用者が現れる環境づくりがなされています。		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A⑭	A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	㉑・b・c
<p><コメント> 地域生活移行の希望がある利用者に対し、定期的に家族を含めて面談を行い、事業所等への見学や体験学習を支援されています。当法人でもグループホームを運営されており、サービスの移行が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な支援に取り組まれています。その成果として、昨年度は2名の利用者がグループホームへ移行されています。また、警察や消防等の地域の関係機関とも生活支援のための連携を図られています。</p>		
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A⑮	A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	㉑・b・c
<p><コメント> 年に1回の家族総会や家族交流会等をとおして、情報交換や意見要望の聞き取りなどを行い、2ヶ月に1回担当支援員が写真付きのお知らせを家族へ発送し情報提供が行われています。コロナ禍の影響で面会の機会が少ないため、希望する家族にはテレビ電話での連絡も行われています。病気や急な状態の変化があった場合は、家族へ速やかに連絡して情報の共有化を図る体制も整備されています。また、年1回、郵送の手段で家族へのアンケートを実施し、結果を公表することで職員と課題解決の一助にしています。</p>		

A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A⑯	A-3-(1)-① 子どもの障がいの状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	a・b・c
<p><コメント> 非該当</p>		

A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A⑰	A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	a・b・c
<p><コメント> 非該当</p>		
A⑱	A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	a・b・c
<p><コメント> 非該当</p>		
A⑲	A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	a・b・c
<p><コメント> 非該当</p>		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準 (I ~ III)	33	12	0
内容評価基準 (IV)	15	0	0
合 計	48	12	0