

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12月26日～令和5年3月31日
評 価 調 査 者 番 号	①07-026
	②10-004
	③19-010

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) 星光園	種別：障害者支援施設
代表者氏名：理事長 金澤 典子 (管理者) 施設長 金澤 武典	開設年月日：昭和50年4月1日
設置主体：社会福祉法人 北斗会 経営主体：社会福祉法人 北斗会	定員：80名 (利用人数) 77名
所在地：〒863-0049 熊本県天草市北原町8-37	
連絡先電話番号：0969-23-3503	F A X 番号：0969-22-3962
ホームページアドレス	http://k-hokuto.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 短期入所 日中一時支援（地域生活支援事業）	（4月）花見ドライブ（5月）施設親善オセロゲーム（予選会）、保育園交流会、運動会（6月）他施設とのオセロ交流会、ポッチャ大会（7月）幼稚園との七夕交流会、盆踊りカラオケ大会予選会、花火大会見学（8月）天草ハイヤ祭り参加、納涼盆踊り大会、ワークキャンプ生との夏期ボーリング大会（9月）ショッピング、文化展展示物作成、夜間防災訓練（10月）幼稚園運動会参加（11月）文化展、秋の味覚感謝祭（12月）クリスマスゲーム大会、餅つき（1月）冬期オセロゲーム大会、冬期ボーリング大会（2月）本渡北幼稚園なかよし発表会、幼稚園発表会、節分豆まき（3月）雛祭り、餅つき ※（毎月）防災訓練

居室概要		居室以外の施設設備の概要				
一人部屋9室、二人部屋9室、三人部屋13室、四人部屋3室、ショートステイ6室		食堂、機能訓練室、浴室4ヶ所、医務室、トイレ便所10ヶ所、相談室、スタッフルーム2ヶ所、プレイルーム2ヶ所、デイルーム2ヶ所、会議室、面会室、調理室、公衆電話1台、宿直室、静養室、職員休憩室2ヶ所、スプリンクラー、自家発電				
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	5	
	医師		1	介護福祉士	42	
	事務員	2		正看護師	8	
	サービス管理責任者	4		准看護師	1	
	相談支援専門員	3		理学療法士	1	
	看護師	8	1	管理栄養士	1	1
	介助員	2		栄養士	1	
	支援員	34		調理師	6	2
	運転員		1			
	合 計	54	3	合 計	65	3

※ 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

- ・福祉とは生活権の問題である
- ・全人格として全人権を常に考えよ
- ・処して止まらず 取りてむさぼらず
- ・自己の職業に奉仕することに徹しよう

○基本方針

障がいのある方の最大限の幸福のため、また地域の障がい福祉拠点としてなくてはならない場となるよう、日々の成長を目指してきました。

これからも「今を輝いて生きるために！」を合い言葉に、支援を受ける人、支援を提供する人、それぞれが輝ける場となるよう、サービスの向上に取り組んでまいります。

3 施設・事業所の特徴的な取組

社会福祉法人北斗会は創立から50年、星光園は設立から45年を迎えました。北斗会は北斗七星からその名をいただいています。昔から旅人はこの北斗七星をもって道しるべにしたと言われていました。北斗会も障害のある方々と共にその方向を定め、認め合い、助け合うことをモットーに今日まで歩んできました。

星光園も天草市の中心部という恵まれた環境において、障害のある方の全てのニーズに応えることができるようサービスを提供しており、その歴史や経験からも地域の障がい福祉の核を担う組織として活動しています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年12月26日（契約日）～ 令和5年3月29日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0 回（ 年度）

5 評価結果総評

◆特に評価の高い点

○多くの行事やイベントが企画されており、盛んに地域との交流が行われています。

法人全体で企画・開催する大きなイベントとして、「納涼、盆踊り大会」、「文化展」など、誰もが楽しめる内容となっており、毎年、地域住民の多数の参加があります。また、「ポッチャ大会」「障害者スポーツ大会」「地域夏祭り」「ハイヤ祭り」「花火大会」等、地域のイベントや行事には積極的に利用者や職員の参加を促されており、地域交流が深められています。近年はコロナ禍の影響にて、大きなイベントや行事の企画・参加は自粛されており、施設内の行事やイベントを中心に実施されていますが、新型コロナウイルスの感染状況が落ち着き次第、再開される予定なので、今後の地域活動や地域交流における更なる取組に期待がもてます。

○運営の透明性を確保するための情報公開や適正な経営・運営のための取組が行われています。

施設における事業内容や活動内容を、利用者や家族等に適切に公開・発信するため、施設の公式ホームページや毎月発行される広報誌等に掲載し公表されています。決算情報については、平成19年度から令和3年度までの決算情報をホームページに掲載されており、誰でも閲覧することができます。また利用者や家族についても、毎年郵送し周知されています。今回の第三者評価受審については、受審前に研修会を実施されており、職員自己評価におけるコメントでも忌憚のない意見が数多く記載されていました。施設全体で取組む前向きな姿勢が窺え、とても高く評価できます。評価の結果についてはホームページに掲載する予定であり、今後のサービス向上の指標として参考にさせていただくことが期待されます。

○「個別支援計画」は、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示され、PDCAのサイクルにもとづき適切に行われています、

組織として個別支援計画の策定のプロセス、責任者及び役割分担体制が定められています。サービス管理責任者が全体を掌握し、PDCAの継続実施に向けて、計画的に展開されています。特に支援計画の評価・見直しを行う際の情報となるサービス実施状況の記録については、書き方に差異が生じないようにサービス管理責任者から、記載要領の指導が各職員へ行われており、詳細な情報が記載されています。その他、利用者のニーズ・支援目標の表記についても利用者が理解しやすいように具体的かつわかりやすく記載されており、意欲を引き出す工夫がなされています。

○24時間対応できる看護体制を構築し、利用者の安心につながる支援となっています。

近年、利用者の高齢化・重度化が進み、医療的処置が増えている状況を踏まえ、夜間帯の看護師配置を検討し、令和3年8月より実行されています。このことにより、継続的な医療的支援が必要な利用者や状態急変時の迅速な対応が可能となり、利用者・職員の安心が得られています。

◆改善を求められる点

○中・長期計画を策定し、その内容を反映した単年度計画の策定が必要です。

中・長期における計画内容や具体的な目標設定が明確になっていませんでした。中・長期計画は、施設が掲げている理念や基本方針の実現に向けた、3年～5年の期間で行う具体的な取組を示すものであり、経営環境の把握・分析結果を踏まえ、その実情のもとで行う組織体制や設備等の整備、職員体制、人材育成に関する具体的な計画内容にしていくことが求められます。また単年度計画は策定されており、当該年度における事業計画や収支計画等が示されていますが、本評価基準の留意点としては、中・長期計画が策定されていることが前提となりますので、あくまでも中・長期計画で策定された内容にもとづいた単年度計画にしていくことが必要です。

○総合的な人事管理を行うために、キャリアパス制度の導入が求められます。

総合的な人事管理を目指して、キャリアパス（昇進・昇格の基準、賃金の水準、必要となるスキルの水準、必要となるスキルを獲得するための機会）に関する研修は参加されていますが、現状としてはキャリアパスへの体制は整っておらず、期待する職員像等が明確になっていませんでした。キャリアパス制度があることによって、各職員が目指すべき道や取組むべき課題が明確になります。また適正な評価や処遇を受けることで、職員のモチベーションが高まりスキルアップにつながるため、キャリアパス制度の導入

を今後期待します。

○利用者の理解を高められるような掲示物への工夫が求められます。

施設内に「基本理念」「重要事項説明書」「新型コロナウイルス予防策」等の掲示物が廊下に設置された掲示板にそれぞれ貼り出されています。しかしながら、文字が小さかったり、ルビが振ってなかったり、また、掲示物が古いためか捲れていたりしています。利用者に対して情報の提供や周知という点において配慮が欠けています。障害特性もあり対応は簡単ではありませんが、利用者への理解が高まる取組を期待します。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

--

7 第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

（参考） 利用者調査の手法等

調査の手法	対象者	対象数(人)	基準数に満たない場合の理由
アンケート調査	利用者本人	40	
	家族・保護者		
聞き取り調査	利用者本人		
	家族・保護者		
観察調査	利用者本人		

第三者評価結果

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

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

<共通評価基準>

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a・ b ・c
<p><コメント> 施設の理念や基本方針は明文化されており、ホームページやパンフレットへの掲載、また、施設内の掲示にて、利用者や職員に周知されています。コロナ禍以前は、毎月開催される職員会議にて、理念や基本方針を全職員で唱和されていましたが、近年では、会議は分散して開催するようになったため実施されていませんでした。また、職員自己評価の結果では、利用者への周知が十分でなく、理念や基本方針の掲示位置が高く車椅子の利用者には分かりにくいという意見がありました。利用者の特性に応じた周知方法やコロナ禍における代替案を検討することが求められます。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a ・b・c
<p><コメント> 天草北地域障がい相談支援センター「ぽらりす」や同一法人内にある相談支援事業所「ほほえみ」より、地域の福祉サービスのニーズや潜在的利用者に関する情報等、外的な動向を見ながら適切な経営に取組まれています。経営状況の把握・分析については、主任以上の職員が参加し、コストや利用者の推移・利用率等を前年度の同時期と比較しながら分析されています。また、顧問税理士によるチェックを毎月依頼し指導や助言を受けられており、その内容を検証して総合的に判断されています。</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・ b ・c
<p><コメント> 経営状況や改善すべき課題については、全体会議や各フロアで開催される朝礼で職員からの意見や考えを聴取し、3~4ヶ月毎に開催される「施設長会」にて施設長や幹部職員で共有されており、理事会で報告されています。しかしながら、職員自己評価の結果では、具体的な課題や改善点などの周知が十分でなく、全職員の把握はできていないという意見がありました。経営上の課題を解決していくためには伝達方法を見直し、全職員に周知できる体制を整えることが望まれます。</p>		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a・b・ c
<p><コメント> 中・長期的な目標については、具体的な計画が策定されておらず、社会福</p>		

<p>社充実計画の中で、施設建て替えに限定した内容のみ記載されていました。中・長期計画は、3年～5年後を見据えた収支計画や理念・基本方針の実現に向けた目標設定、経営課題や問題の解決・改善に向けた数値目標、具体的な成果を設定することが求められます。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a・b・㉔
<p><コメント> 単年度計画は策定されており、当該年度における事業計画や収支計画が示されていますが、中・長期計画が策定されていないため、その内容を反映した計画となっておりませんでした。単年度計画は、中・長期の事業計画と収支計画の内容に反映されていることが必要です。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a・㉕・c
<p><コメント> 事業計画にもとづく目標や経営課題等については、毎朝、各フロアで行われる朝礼で職員より収集し、毎月開催される「運営委員会」において集約され、実施状況の把握や見直しが行われています。しかしながら、職員自己評価の結果では、幹部職員による話し合いが中心となっており、利用者が直接関わるような行事等の計画については把握していますが、その他の計画内容については関わりが十分でなく理解できていないという意見がありました。事業計画の策定や評価、見直しについては体制を定め、職員の参画や理解をもとに組織的な取組を行うことが期待されます。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・㉕・c
<p><コメント> コロナ禍以前は、文化祭の開催日に「家族会」を実施し、事業計画の内容を口頭にて説明されていました。現在は、利用者の集会での説明や毎月発行される広報誌の中に計画内容を掲載し配布することで、利用者や家族に周知されています。しかしながら、職員自己評価の結果では、周知はできているが理解してもらう取組が十分でないという意見がありました。利用者や家族等への説明にあたっては、聴覚障害や視覚障害の利用者への説明も想定し、主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなど、利用者にとって理解しやすい工夫を行う配慮が望まれます。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a・㉕・c
<p><コメント> 「改善委員会」が設置されており、福祉サービスの向上に向けた話し合いが不定期に行われています。また年に1回、「施設満足度調査」や「星光園スタッフアンケート」を実施し、現場における問題や課題を抽出し把握するよう努められています。しかしながら、職員自己評価の結果では、実際の評価や見直し、改善への取組みは十分でなくサービスの質の向上につながっていない。また、自己評価がなく自己を振り返る機会がないという意見がありました。多くの職員の理解と参画を得ながら質の向上に向けた具体的な計画を立案し、PDCA サイクルにもとづく組織的な取組が求められます。今回初めての福祉サービス第三者評価の受審結果を全職員に周知し、提供する福祉サービスの質の向上に向けた更なる取組を期待します。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a・㉕・c
<p><コメント> 「施設満足度調査」や「星光園スタッフアンケート」の結果をもとに課題の抽出や分析を行い、運営委員会や各部署を中心に検討されています。コロナ禍以前は福祉QC活動を導入されており、職員の中から5～7名のチームを編成し、施設にとって解決すべき課題を選定して一定の活動期間を定め、具体的な問題解決に結びつくよう取組まれていました。しかしながら、職員自己評価の結果では、課題の対策まで行ってい</p>		

るが計画的に実施できていないとの意見がありました。改善課題については、職員参画のもとで改善計画を策定し、改善のための取組を計画的に行い、必要に応じた見直しを行うことが求められます。

II 組織の運営管理

II-1 施設管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
II-1-(1) 施設管理者の責任が明確にされている。		
10	II-1-(1)-① 施設管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a・ ⑥ ・c
<p><コメント> 施設長の役割については「業務分担表」が作成されており、業務内容について具体的に記載されています。しかしながら、職員自己評価の結果では、施設長の役割や責任について、あまり理解できていないという意見がありました。また施設長不在時の権限委任についても明確になっていませんでした。事業経営における責任者として、自らの役割や責任について全体会議や研修時にあらためて表明し、有事（災害、事故等）における、施設長の役割や不在時の役割については、代替する担当者や代行者を明確化することが必要です。</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。	⑦ ・b・c
<p><コメント> 施設長は、法令遵守を正しく理解するために、積極的に外部研修や様々な会議等に参加し、常に新しい情報が得られるよう努力されています。「施設長連絡会」や、「熊本県障害者支援施設協議会」「障害児者施設長会議」等に積極的に参加し、その中で得た情報や遵守すべき法令等を把握されています。制度改正等があれば、毎年または適宜、規程の策定や見直しを行い、組織体制の整備を行われ、職員研修にて周知されています。</p>		
II-1-(2) 施設管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a・ ⑥ ・c
<p><コメント> 施設長は、実施する福祉サービスの質の現状や課題を把握するために、毎月開催される「運営委員会」や不定期に開催される「防災委員会」「食事委員会」にも参加し、職員からの情報収集を行っています。また、「星光園スタッフアンケート」や「利用者満足度調査」を無記名で実施し、利用者や職員の意見を適切に把握するために取組まれています。しかしながら、職員自己評価の結果では、施設長が現場職員に任せている内容が多く現状を十分に把握されていないという意見がありました。施設の課題等を十分に把握し、良質かつ適切な福祉サービスが提供できるよう更なる取組を期待します。</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・ ⑥ ・c
<p><コメント> 施設長は経営の改善や業務の実効性の向上に向け、サービス管理責任者や事務職員と一緒に取組まれています。コストバランスの分析については事務職員が中心となって課題を抽出し、その内容を施設長が判断し課題や目標の達成に向けた取組を行われています。しかしながら、職員自己評価の結果では、断片的な情報しかなく、経営改善や業務の効果を高めようとする意識が職員に伝わっていないという意見がありました。今後さらにリーダーシップを発揮され、組織内に同様の意識を形成し、職員全体で効果的な運営を目指していくことが求められます。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計	a・ ⑥ ・c

	画が確立し、取組が実施されている。	
	<p><コメント> 福祉人材を確保するために、ハローワークやリクナビなどの求人サイト、また人材紹介会社を通じて採用活動を実施されており、他職種からの採用も積極的に行われています。また、質の高い福祉サービスを実現するために、介護福祉士等の資格取得については、先輩職員からの指導や教育が実施されており、学習のための場所の提供や研修会の開催、有給休暇の取得も優先に検討されています。しかしながら、地域的に学校が少なく特に福祉系の人材が不足しているため、なかなか採用に繋がらない状況が続いています。また離職者は少ないですが、余裕のある人員体制ではなく、職員自己評価の結果でも職員の増員を望む意見が多くみられました。有給休暇の取得や急な欠員が生じた場合でも対応できるよう、ゆとりのある人員配置が望まれます。</p>	
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・ ⑥ ・c
	<p><コメント> 総合的な人事管理を目指して、キャリアパスに関する研修への参加は行われていますが、現段階では実施には至っておらず今後の課題とされています。人員については採用、配置、異動、昇進、昇格等に関する基準が明確になっておらず、職員への十分な周知が行われていませんでした。期待する職員像等については、求人用のチラシに一部記載されていましたが、施設理念や基本方針にもとづいたものではありませんでした。職務遂行能力、成果、貢献度の評価や職員の意向・希望を確認し、キャリアパスを明確にすることで職員が自ら将来を描くことができる体制整備が求められます。</p>	
	Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	
16	Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	a・ ⑥ ・c
	<p><コメント> 働きやすい職場づくりをするために、セクシャルハラスメントやパワーハラスメント、またモラルハラスメントに関する規程が策定されており、研修会を行うことで問題の発生防止に取り組まれています。職員の仕事と生活を支援するため、希望があれば仕事に関わる以外のプライベートな内容でも顧問弁護士（初回無料）による相談を受けることができます。また、家庭環境や子育てに配慮して、育児休暇や介護休暇も取得しやすい環境です。令和元年度は熊本県のブライツ企業に認定されています。しかしながら、定期的な個別面談は実施されず、職員の悩みや希望を聴取する機会を設けられていませんでした。職員の悩み相談窓口の設置や就業状況、意向・意見を把握するための定期的な個別面談等を行う体制づくりが望まれます。</p>	
	Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a・ ⑥ ・c
	<p><コメント> 職員の育成に向けて、入職時から約3年間はキャリアに応じた研修を受講するように計画されています。しかしながら、外部研修への受講が中心となっており、職員一人ひとりの目標設定がなく育成に対する取組が十分ではありませんでした。また、施設長による個別面接も入職時にあった以降は実施されておらず、知識や経験等の把握が行われていませんでした。職員一人ひとりの目標達成のために、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされ、中間面接を行うなど定期的に進捗状況や達成度の確認を行うことが求められます。</p>	
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a・ ⑥ ・c
	<p><コメント> 施設が目指す福祉サービスを実施するために、外部研修への参加や内部研修を積極的に行われています。外部研修に参加した職員は内部研修にてその内容を発表し、全職員に周知する体制が整っています。研修内容やカリキュラムについては改善委員会で検討し企画されており、今年度については、外部講師による新型コロナウイルス感染予防や福祉サービス第三者評価事業についての研修が開催されました。しかしながら、職員の教育や研修に関する基本方針はなく、組織に必要とされる専門技術や専門資格が明確になっていませんでした。教育や研修は基本方針を作成するなど、基本的な考え方を明確にして計画的に実施することが必要です。</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	a・ ⑥ ・c

	る。	
<p><コメント> 施設長は、他施設の職員との交流を大切にされており、外部研修を通して情報交換を行いながら、施設の長所や短所を知る必要性を感じられています。「全国障害者支援施設研究大会」や「九州障害者支援施設研究大会」、「九州身体障害児者施設研究大会」の開催時には、必ず事例発表を行うために施設全体で取組まれています。しかしながら、外部研修等への参加が中心となっており、職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが行われていませんでした。階層別研修、職種別研修、テーマ別研修の機会を確保し、必要とする知識・技術に応じた教育や研修を実施することが必要です。現在は、職員の経験や習熟度に応じて参加する外部研修を管理職が決定していますが、令和5年度からは外部研修における情報提供を職員に行い、アンケート調査を実施したうえで誰もが平等に教育・研修の場に参加できるよう整備される予定です。</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> 地域出身の学生を中心に、大学や専門学校等からの実習生を積極的に受入れられています。コロナ禍以前は、保育士の資格取得のための実習や福祉人材センター、教職員など様々な分野からの受入れを行われていました。実習開始前には、学校や実習生と打ち合わせ会を実施し、実習内容の確認や説明を行ったうえで教育されています。しかしながら、実習時の留意点や一日の流れを記載した文書は確認できましたが、実習受入れのためのマニュアルや手引き等は整備されていませんでした。実習受入れを適切に行うためには、連絡窓口、利用者や家族への事前説明、オリエンテーションの実施方法等が記載されたマニュアルを整備し、実習の目的や職種等に考慮したプログラムを整備することが必要です。</p>		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
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。	㉑ ・b・c
<p><コメント> 運営の透明性を確保するために、事業内容については施設の公式ホームページや毎月発行される広報誌等に掲載し公表されています。決算情報については、平成19年度から令和3年度までの決算情報をホームページに掲載し、誰でも閲覧することができます。また利用者や家族については毎年6月～7月頃に郵送し周知されています。今回の第三者評価受審結果についてもホームページに掲載する予定であり、今後のサービス向上の指標として参考にしていただくことが期待されます。</p>		
22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	㉑ ・b・c
<p><コメント> 事業所における事務、経理、取引等については、業務分担表に担当職員が決められており、「経理規程」や「決裁規程」をもとに適正な経営・運営が行われています。また、顧問税理士や法人の監事2名による内部監査も実施されており、定期的に財務等におけるチェックやアドバイスをもとに、透明性の高い運営の適正性を確保する取組がされています。</p>		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
<p>Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p>		
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。	㉑ ・b・c
<p><コメント> 地域と利用者の相互交流を図るために、外出制限はしておらず、コンビニ</p>		

<p>やスーパー、ファストフード店などに自由に行くことができます。コロナ禍以前は、「障害者スポーツ大会」「ハイヤ祭り」「花火大会」等、地域行事には積極的に利用者や職員の参加を推奨されています。施設行事として「納涼、盆踊り大会」「文化展」が開催されており、毎年、地域住民の多数の参加があり、他の障害者施設にも声をかけ出店していただくなど盛んに地域との交流が図られています。また誕生日の方を対象に、ドライブや外食を毎月行われています。</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体制を確立している。	a・㉔・c
<p>〈コメント〉 ボランティアについては、実習担当者が窓口となり積極的に受入れをされています。施設の窓拭きや敷地内の草取り、また行事やイベント開催においては、小中学校、消防署、金融機関、JA、宗教団体等に依頼し多数のボランティアが参加されています。地域の小・中学校の職場体験やインターンシップ等の受入れについても積極的に協力されています。しかしながら、ボランティア受入れについてのマニュアル等は整備されておらず、受入れに対する基本姿勢、方針や体制が明確になっていませんでした。ボランティア受入れについては、登録、申込み手続き、配置、利用者や職員への事前説明、実施状況の記録等の項目が記載されたマニュアルの整備が求められます。</p>		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な関係機関・団体等の機能や連絡方法を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	㉔・b・c
<p>〈コメント〉 サービス管理責任者や生活相談員を中心に、施設に必要な関係機関や団体との連携が図られています。利用者の状況を適切に把握し、関係機関との連携をスムーズに行うために、連絡先を示したリストや資料が各利用者のカルテにそれぞれ記載されており、医務室にて保管されています。行政との繋がりも深く、生活保護の担当者や成年後見人等とも連携を図られており、必要に応じて関係機関とのケース会議を実施されています。</p>		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	㉔・b・c
<p>〈コメント〉 併設の相談支援事業所「ほほえみ」や天草市より委託を受けた天草北地域障がい相談支援センター「ぼらりす」があり、行政や地域との関わりが深いため、地域の福祉ニーズや生活課題の把握するための環境が整っています。また、老人会、北地域振興会、小学校、民生委員の会議等に施設長が参加し、地域の具体的なニーズを把握するための積極的な取組が行われています。</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。	㉔・b・c
<p>〈コメント〉 コロナ禍以前は、地域ボランティア団体が主催する子ども食堂の場所や光熱費を3年間無償で提供されていました。また熊本県災害派遣福祉チーム（熊本DCAT）に加入されており、熊本地震の際は4名の職員を被災地に派遣されており、3泊4日の日程を4回に分けて参加されています。熊本県社会福祉法人経営者協議会による生活困窮者レスキュー事業への参加を行い、生活困窮者に対する相談や支援を行うなど、地域の福祉ニーズにもとづいた支援や災害等に対する協力まで、積極的に公益的な事業や活動が行われています。</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。	a・㉔・c

<p><コメント> 「虐待防止委員会」や「身体拘束廃止委員会」「安全衛生委員会」が設置されており、虐待防止や身体拘束廃止に向けた取組みが行われています。また年に1回開催される「人権擁護虐待防止研修会」等の外部研修への参加も行われており、内部研修や全体会議の中で、権利擁護や基本的人権への配慮について全職員に周知されています。成年後見制度の利用が必要と思われる利用者については、金銭管理の担当職員やサービス管理責任者が協議し利用者や家族への提案が行われています。しかしながら、利用者を尊重した福祉サービスの提供するための倫理綱領や規程等が策定されていませんでした。職員が共通の理解をもつために倫理綱領を策定し、その基本姿勢を標準的な実施方法へ反映していくことが求められます。</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> 利用者のプライバシー保護については、「施設サービスマニュアル」の中で様々な対応や支援の一部として記載されていましたが、内容や項目が少なく実用的なものではありませんでした。通信、面会に関するプライバシーや入浴、排泄時など生活場面のプライバシーに配慮した適切な福祉サービスを提供するために、プライバシー保護に関する規程やマニュアルを整備し、その取組を利用者や家族に周知することが望まれます。</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。	⑦ ・b・c
<p><コメント> ホームページやパンフレットが作成されており、福祉サービス選択に必要な情報が記載されています。また、施設サービスの内容をより深く理解出来るように、施設見学や一日体験利用等の希望にも積極的に対応されています。施設パンフレットについては現在リニューアル中で近日中に完成予定であります。</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。	⑧ ・b・c
<p><コメント> サービスの利用開始や変更については、サービス管理責任者を中心に、時間をかけて契約や重要事項の内容を分かりやすく説明し、利用者や家族に同意を得た上で利用につなげています。特に契約締結時は、サービス管理責任者をはじめ、各部署の所属長(8名~9名)や施設長、棟長・副棟長、金銭管理担当者、主任看護師、管理栄養士、理学療法士等が時間かけて挨拶と説明が行われています。また、意思決定が困難な利用者の配慮については、保護者への説明や同意を得ることで対応されています。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a・ ⑨ ・c
<p><コメント> 利用者は、重度の身体障害者が中心であるため、家庭への移行等の事例は多くありませんが、必要時には生活相談員やサービス管理責任者を中心として、文書や口頭にて移行先への申し送りが行われています。直近では、1年前にグループホームへの入所移行がありました。しかしながら、このようなケースは少ないため、引継ぎや申し送りの手順、文書の内容等は定められていませんでした。利用者への福祉サービスの継続性を損なわないために、引継ぎや申し送りの手順、内容等を定め、他の福祉施設や事業所、関係機関との連携が十分に図られる必要があります。</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。	a・ ⑩ ・c
<p><コメント> 利用者満足の向上については、月に1回担当者より支援内容や生活全般に関わる状態等の聴き取りを行い、内容次第で全体協議が必要な場合は、施設長参加の職員会議等で検討される仕組みになっています。また、年に1回「施設満足度調査」を実施、その結果を組織全体で共有し、分析後改善へ向けた取組が行われています。現在、家族等からの調査等は実施されていないということでしたが、支援の質の向上にむけては、必要なプロセスですので家族の意見を取り入れられる取組が望まれます。</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。	a・ ⑥ ・c
<p><コメント> 苦情解決に関しては、苦情解決委員会において内容に関する検討や対応が行われています。利用者の苦情申し立ては、サービス管理責任者等を通じて、対応策の説明が個別に行われる仕組みになっています。なお、職員への周知については、職員会議等で報告が行われる他、各棟に書面回覧し周知が図られています。また、第三者委員への報告は年に1回委員会が開催され、確認や助言が行われています。その他プライバシーに配慮した場所に「苦情受付箱」を設置し、担当の職員が決められています。しかしながら、利用者への周知については不十分な状況となっています。掲示コーナーに「苦情申出窓口」の設置に関する文書が掲示してありますが、文字が小さく、ルビも振ってありませんでした。今後、利用者への周知と理解の促進を図る工夫が求められます。</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。	a・ ⑥ ・c
<p><コメント> 利用者の相談窓口として、個人別に主担当・副担当が配置されています。そして、担当以外でも相談を受けた場合でも、適切に対応するという体制をとられています。また相談の場所については相談室を利用する等、意見を述べやすい環境が確保されています。しかしながら、利用者には説明を行っているとのですが、わかりやすい文書の配布や掲示等がなされていません。意思疎通が困難な利用者が多くなってきているという現状ではありますが、サービスの質の向上に向けては、利用者の意見の把握は必要ですので、利用者が申出をしやすい配慮や工夫が期待されます。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a・ ⑥ ・c
<p><コメント> 日々の相談・意見については、組織として対応する仕組みが整えられています。また、プライバシーに配慮した場所に「苦情受付箱」を設置し、確認する担当者も明記してあります。加えて、「改善委員会」にて「施設満足度調査票」を作成し、年に1回聴き取り調査が行われています。その結果を集計・分析し、職員会議や運営委員会等に報告し、改善策の検討も含め、組織内での浸透・共有する機会が設けられるなど積極的な取組が行われています。しかしながら種々の相談対応に関する対応マニュアルの策定が確認できませんでしたので、現状の取組がさらに活性化するように対応マニュアルの策定を期待します。</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。	a・ ⑥ ・c
<p><コメント> 事故発生時の対応と安全確保についての手順については、フローチャートで示され、スタッフルームに貼りだしてあります。また「ヒヤリハット報告・事故報告」も作成し、全職員に回覧、確認の上押印する等周知が徹底されています。収集された報告については、施設長を委員長とする「運営委員会」で報告し、事故防止に向けた意識啓発が行われています。その他、利用者の安全確保に向けて「安全衛生委員会」「防災委員会」「環境委員会」を編成され、委員会の目標や月別の行動計画を立案し、施設全体で取組が行われています。しかしながら、職員自己評価票では、「改善策が十分ではない」「部署間で事故報告書提出に関する意識づけ統一されてない」等の意見が散見されていますので、現在のリスクマネジメント体制について、組織的な要因分析が望まれます。</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。	a・ ⑥ ・c
<p><コメント> 感染症対策については、施設長を責任者とした、「運営委員会」（構成メンバー：施設長、事務長、サービス管理責任者、医務主任、介護主任13名）やその下部組織である「安全衛生委員会」等で定期的な検討が行われています。また、感染症の種類ごとに予防や発生時の対応マニュアルが作成され、見直しが行われています。そして、</p>		

園内研修も計画・実施されています。特に新型コロナウイルス感染症対策については、事業継続の観点からBCP計画（事業継続計画）を令和4年2月に策定し、スタッフルームや掲示板等に注意喚起に関する文書・ポスター等が複数貼られています。しかしながら、職員自己評価票では、発生時の緊急体制における利用者の安全確保等や現状の管理体制に不安を感じているという意見が散見されていますので今一度、組織内・各職種間での更なる安全確保のための検討が期待されます。		
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。	㉠・b・c
<p><コメント> 災害時の対応体制については、「北斗会地域防災協議会」と連携して防災等に関わる検討・訓練が行われています。取組としては、各職種で構成された「防災委員会」を立ち上げ、年度毎に「防災計画」が策定されています。訓練内容は、火災・津波・地震等を想定した避難誘導救助訓練（夜間対応）、屋内散水栓の放水、施設消防設備点検の実施、利用者の緊急時対策確認としてAED・応急処置の確認や消防署協力による普通救命講習です。また、周辺地域との連携についても隣接している同法人の他施設や行政、地元消防署、地域消防団等との協働による訓練の実施も（年1回）計画立案され、利用者の安全確保のための取組が積極的に行われています。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	㉠・b・c
<p><コメント> サービスの標準的な実施方法については、医療看護・調理・訓練・介護の領域毎にサービスマニュアルを作成し、手順の記載だけではなく、利用者の尊重・プライバシー保護に関わる姿勢も明示されています。そして、内容の更新は3年毎に職員で分担し、見直しが行われています。特に、介護機器等の取扱等については、操作の手順方法を文章だけでなく写真を差し込み、事故等の発生を防ぐような工夫がなされています。なお、職員への周知については、サービスマニュアルを全職員へ配布し、各部署内でも閲覧できるようにしてあります。</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。	㉠・b・c
<p><コメント> 標準的な実施方法については、平成15年度からマニュアルが策定されています。現在は、「施設サービスマニュアル Ver.8」（医療看護・調理・訓練・介護）が運用されています。実施方法の検証・見直しに関しては、各部署で3年毎に検証・見直しが行われ、サービス管理責任者・施設長が最終確認される仕組みとなっています。そして、その一連の方法については、フローチャートが作成されています。また、見直しにあたり、個別支援計画策定会議やモニタリング会議等で実施方法に関する改善点・提案事項等についても記録し、マニュアル改定時に反映されています。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	㉠・b・c
<p><コメント> サービス管理責任者を中心に個別支援計画策定の体制が整えられています。特に多職種連携のアセスメントの実施やより詳細な状況の把握ができるように施設独自で「生活支援実施書」（利用者の身体機能的状況・精神心理的状況等）も作成される等個別性を高める工夫がなされています。そのため、利用者の生活ニーズ欄の表記は、各利用者の理解を得られるようにわかりやすい言葉で表現されており、個別の具体的なニーズが明示されています。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	㉠・b・c
<p><コメント> 個別支援計画の見直し・評価については、施設で作成している手順に従い、6ヶ月毎（リハビリ・栄養マネジメントは3ヶ月毎実施）に評価・見直しを実施さ</p>		

<p>れています。その他、定期以外でも状況に応じて見直しが行われています。またサービス管理責任者により月毎に評価・見直し行う時期の設定やモニタリングに参加する関係職員名を記載したスケジュール表が作成され、計画的に確実に実施できる体制が整えられています。</p>		
<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。</p>		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	㉠・b・c
<p>＜コメント＞ サービス実施状況の記録に関しては、利用者毎に主担当職員を決め、主担当者が不在であっても必要な支援記録を作成できるように複数の職員で関わる体制がとられています。また記録内容や書き方にばらつきがないようにサービス管理責任者より、利用者の状況等に関する記載だけでなく、個別支援計画に沿った内容について具体的に記すように指導が行われており、詳細な記録が残されています。加えて、職員間での共有方法については、施設内のネットワーク更新により、各部署内でそれぞれ確認し共有する仕組みとなっています。</p>		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	㉠・b・c
<p>＜コメント＞ 法人内で個人情報の取扱いに関する体制・基本ルールを策定した「個人情報管理規程」が作成され、電子データの管理も明記されています。その他、「法人文書取扱い規程」や「各書類の種類と保存年数」も規定されています。職員に対しては新採用時の研修等で説明が行われ、「個人情報に関する誓約書」が取り交わされています。また、利用者・家族へは、契約時に契約書・重要事項説明書を用い、情報漏洩対策や情報開示への対応などサービス管理責任者より説明し、「個人情報の使用に係る同意書」が取り交わされています。</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。	㉠・b・c
<p>＜コメント＞ 利用者の意向の確認については、本人に確認した上での支援を行うことを基本姿勢とし、職員研修会・運営委員会等で施設長、サービス管理責任者より職員へ指導行われています。また、生活に関わるルール等については、利用者アンケートの実施や施設長も参加し利用者と話し合う機会が設けられ、意見を聴収する取組が行われています。そして、利用者の希望や意見を踏まえ、コロナ禍で制限はありますが、衣類の出張販売会、移動理美容車の訪問等、自己選択・自己決定を尊重する取組が実施されています。</p>		
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。	㉠・b・c
<p>＜コメント＞ 虐待防止（解決）マニュアル、身体拘束防止その他の行動制限廃止マニュアルが策定され、施設長、各幹部職員で構成された「虐待防止委員会」「身体拘束防止委員会」にて、月1回定期的に協議が行われています。また「身体拘束防止委員会」では具体的なケースについて検討をする機会が設けられています。そして、施設内で年2回以上の虐待防止、権利擁護に関する研修会を実施されています。その他、外部研修への職員派遣（も計画的に実施されています。加えて、職員向けに虐待に関するチェックリストも年1回実施し状況の把握に努めています。</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> 重度の身体障害の方が中心ですが、自分で可能な生活行為は継続し、必要な支援については、介助方法など本人に確認して実施することを基本とされています。施設サービスマニュアルの各項目の目的に「自立支援」を掲げ、説明・同意を得ることを前提に支援を行う事と明記されています。また、金銭管理ができる方には、安全に自己管理できるように鍵付きのタンスを使用してあります。また、利用者の希望に応じた生活環境の調整（居室移動等）や生活に関わる様々な制度利用に関してもサービス管理責任者を窓口とし、必要な手続きが行われています。</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。	a・㉡・c
<p><コメント> 利用者には主担当職員、副担当職員を配置し、日常的な関わりを通じ、その方の固有のコミュニケーションやサインを確認できるような体制がとられています。その他、障がいの特性に応じて文字盤や筆談、手書き文字等を活用されています。しかしながら、職員自己評価票では、日々の業務に追われ利用者のコミュニケーション能力を高める支援が十分でないという意見も散見されています。意思表示や伝達に時間を要する利用者も多いと思われるので、職員が利用者との関わりを十分確保できるような環境の検討が期待されます。</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。	a・㉢・c
<p><コメント> 利用者が職員に話したい事を話す機会を個別には設けてありませんが、相談受付した職員より、サービス管理責任者へ報告、内容について関係職員と検討と理解・共有が図られています。利用者調査票の「職員はしたいことをよく聞いてくれますか」の項目では満足度は高い結果となっています。しかし、「嫌な事や、してほしいことを職員に気軽にいうことができますか」の項目では、「職員によってはいいにくい」「忙しそうにしているのでいいにくい」という回答が散見されています。今後、組織内で利用者の思いや悩み、希望を受け止められるようなゆとりある環境づくりについての検討が望まれます。</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> 個別支援計画の策定等とあわせて日中活動内容の検討、見直しが行われています。新型コロナウイルス感染拡大の影響で活動にも制限がありますが、日中活動は複数の外部講師を招き、希望に応じた活動の継続や他法人の事業所の日中活動への参加（B型就労支援事業所・生活介護事業所へ4名）への支援も行われています。その他レクリエーション委員会で感染対策を施し、参加可能なイベント等の情報提供が行われています。</p>		
A⑦	A-2-(1)-⑤ 利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行っている。	㉠・b・c
<p><コメント> 利用者の不適応行動等の行動障害については、サービス管理責任者を中心に職種で協議し、居室の移動等環境整備や声掛けの方法等職員間で統一した支援が図られるように検討が行われています。その他、専門医療機関受診等行い助言を受ける等の対応が行われています。また、新規採用職員については、内部研修実施や外部研修等への参加が計画的に実施されています。その他、先輩職員が指導役となり、支援に関する指導や助言が行われています。</p>		
A-2-(2) 日常的生活支援		
A⑧	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的生活支援を行っている。	㉠・b・c
<p><コメント> 日常的生活支援を必要とする利用者が多く、個別支援計画にもとづきサービスの提供が行われています。食事については、嗜好調査を実施し、代替食の提供や希望の多いメニューを提供し、栄養マネジメント会議（3ヶ月毎）を開催し、食形態の変更</p>		

<p>や食事量の変化等の協議が行われています。なお、利用者調査票では高い満足度が得られています。入浴・排泄については、支援マニュアルが整備され、利用者の心身の状況に応じた、排せつ用品等を選定し、排せつリズムの把握や水分摂取等も記録されています。入浴については、週3回実施、身体の状況に合わせて3タイプの機器の設置や女性の利用者については同性介助を行う等の対応がされています。また移動支援については、移動型リフトや移動補助立位保持のサポート機器を導入し、利用者の安全確保や職員の介護負担軽減への支援がなされています。</p>		
<p>A-2-(3) 生活環境</p>		
A⑨	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	㉑・b・c
<p><コメント> 施設の周辺は市街地であり、利用者が買い物利用の際にも利便性の高い地域です。また、施設開設は昭和50年ですが、全体的に居室、食堂、浴室、トイレ等清掃が行きとどいており、明るい雰囲気です。廊下には大型の空気清浄機が数カ所備え付けられ、感染対策への配慮がなされています。居室は3人部屋が基本となっています。他2人部屋、1人部屋も設けてあります。それぞれの居室には、利用者の愛用品が持ち込まれ、くつろいでもごせるよう配慮されています。その他障害の特性や希望に応じて随時、居室替えが行われています。</p>		
<p>A-2-(4) 機能訓練・生活訓練</p>		
A⑩	A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	㉑・b・c
<p><コメント> 専任の理学療法士を配置し、主治医との相談の上、利用者の状況に応じた「リハビリ計画」が策定され、計画に関する会議が各職種参加のもと開催し、定期的なモニタリングも実施されています。なお、機能訓練・生活訓練は理学療法士、リハ担当職員1~2名で月曜から土曜日までリハビリ室で実施されています。また、リハビリ室は十分な広さがあり、低周波治療器等やその他リハビリ機器も複数設置され、利用者の状態に応じたメニューが提供できる体制が整えられています。その他、各居室内でもマッサージや可動域訓練等施行されています。</p>		
<p>A-2-(5) 健康管理・医療的な支援</p>		
A⑪	A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	㉑・b・c
<p><コメント> 日常的に担当職員や看護師により日々、体調確認が行われ、健康状態の把握に努めています。また、協力医療機関による定期健康診断の他、主治医（嘱託医）より回診が行われ、夕方の申し送り等で看護師より関係職員に報告がなされています。その他、利用者の体調変化による緊急時の対応については、あらかじめ決められた手順等にもとづき、医療機関との対応が図られています。なお、利用者の高齢化・重度化の進展により、令和3年8月から看護師の夜勤業務がスタートし、利用者及び職員の安心につながる支援体制が整えられています。</p>		
A⑫	A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	㉑・b・c
<p><コメント> 医療的な支援については、「施設サービスマニュアル」の中に内服等に関するマニュアルも含めた「疾患別看護マニュアル」が38項目にわたり作成されています。また、日常的な内服薬等の管理は、医務室で一括管理されています。なお、服薬介助については、介護職員2名で対応し、利用者の名前を読みあげ、薬袋の名前と確認する等誤薬の発生を防ぐ取組が行われています。医療的支援に関する研修会も年2回計画・実施されています。</p>		
<p>A-2-(6) 社会参加、学習支援</p>		
A⑬	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	a・㉒・c
<p><コメント> 新型コロナ感染拡大の影響により、施設外での社会参加に関しては制約がありますが、以前は利用者の希望と意向を把握し、自宅への帰省、外出行事の機会に家族も付き添う等の支援が行われていました。なお、施設でできる日中活動については、</p>		

利用者の意向を取り入れ、電子機器を用いて行う「eスポーツ」等の取組やオセロ競技、外部講師による趣味活動等は感染対策に配慮し受け入れが継続されています。		
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。	a・㉔・c
<p><コメント> 地域生活への希望や意向の把握については、現在、重度の身体障害を有する方が多く、積極的に地域生活に必要な社会資源に関する情報や学習・体験の機会等の取組は、行われていません。しかしながら、同法人で運営されている天草北地域障がい相談支援センター「ぼらりす」・星光園地域支援センター・相談支援事業所等「ほほえみ」を有しており、相談や社会資源の情報提供・介入・調整等スムーズに行える環境が整っています。今後、それらの強みを活かせるような連携が期待されます。</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。	㉕・b・c
<p><コメント> 新型コロナウイルス感染拡大のため、今まで開催されていた家族会等も中止となっていますが、面会については、感染状況を勘案しながら、リモート面や窓越し面会が継続して行われています。また、毎月発行の広報誌も利用者の生活場面の切り取った写真を多く掲載する等家族の安心につながる工夫がされています。その他、家族からの相相談等は、サービス管理責任者や利用者担当支援員が窓口として、日々の様子や状況、健康面の変化や緊急時の連絡や質問や相談などについても、電話等で適切に対応されています。</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
非該当		

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)	17	26	2
内容評価基準 (IV)	11	4	0
合 計	28	30	2