

## 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：障がい者支援施設サニーサイド (施設名)	種別：障害者支援施設
代表者氏名：理事長 衛藤 博 (管理者) 施設長 衛藤 博	開設年月日： 昭和53年4月1日
設置主体：社会福祉法人 友朋会 経営主体：社会福祉法人 友朋会	定員：施設入所 40名 生活介護 40名 短期入所 2名
所在地：〒861-1213 熊本県菊池市泗水町南田島1794	
連絡先電話番号： 0968-38-4448	FAX番号： 0968-38-2850
ホームページアドレス	<a href="http://www.sunny-side.or.jp">http://www.sunny-side.or.jp</a>

#### (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	お花見会 レクリエーション大会 納涼祭 秋祭り クリスマス会
居室概要	居室以外の施設設備の概要
個室 26部屋(12.15㎡) 2人部屋 7部屋(24.30㎡) 短期入所居室 2部屋(12.15㎡)	総床面積 1790.00㎡ 食堂 70.80㎡ ひまわりホール 148.11㎡ ひまわりサロン 84.15㎡ その他

### 2 施設・事業所の特徴的な取組

利用者・家族のニーズは多岐にわたっており、より個人的な支援の求めに対応するために、事業所は日頃の職員のスキルアップが重要と考え、特に職員研修に力を入れています。

例えば大学講師による毎月の研修会を職員のポジションに応じて行ったり、医療知識や福祉機器取り扱いの研修会を定期的開催する等、常に支援のレベルアップを目指しています。

利用者に寄り添い、状況に応じてより適切な支援プランを迅速に提供することが、安心して利用いただける施設づくりの最初の一步と考え、法人・職員が一丸となって障がい者支援に取り組んでいます。

### 3 評価結果総評

特に評価の高い点

**〈法人全体で 障がい者福祉サービスの充実に尽力しており、更に今後の活躍が期待される事業所です。〉**

**・管理者のリーダーシップのもと『健やかでその人らしい生活の創造』という経営理念や基本方針4項目、基本的な信念とするサニーサイド憲章11項目を全職員が理解し、利用者支援にあたっています。**

創設から38年を経過した『社会福祉法人友朋会』は、経営理念『**健やかでその人らしい生活の創造**』、基本方針 **コンプライアンス 人権の尊重 家族・社会との連携 地域移行の推進**を掲げ、障がいの程度に関わらず一人ひとりの生活を大切にした支援にあたっています。管理者は自らの役割と責任を十分認識し、また、施設や地域の障がいを持った方々が、地域と共に健やかに暮らす社会の実現を目標に法人一丸となって業務にあたっています。

法人の理念・基本方針と共に、『**サニーサイド憲章**』には、第1項の「私たちは利用者ひとりひとりが満足できるように常に心がけます。」をはじめ基本的な信念11項目を掲げています。理念や基本方針・サニーサイド憲章を全職員が理解し、自分のものとして受け止め、支援に繋げていることは、職員自己評価や聞き取り調査からも確認されました。

**・適切な福祉サービスの提供に真摯に取り組んでいる事業所です。**

**1) 福祉サービスの質を確保するために、各種マニュアルや規定を整備し、継続して第三者評価受審に取り組んでいます。**

基本的な福祉サービス提供の場面毎に具体的で詳細なマニュアルや規程が整備され、個別サービスの実施計画や実際のサービス提供に活かされています。

実施方法については外部講師を招いての研修会や、OJTのチェックによる確実な習得に努めています。また、職員や利用者からの意見・提案を反映し、年度ごとに担当者を中心にマニュアルの見直しが行われています。これらの体制の整備はサービスにあたる現場職員の技量の底上げと質の向上、利用者へ質の高いサービス提供に繋がっています。

前回の第三者評価受審結果を真摯に受け止め、評価結果の分析が行われました。今回の受審も今年度法人本部の重点目標にあげ、評価受審担当者を中心に事前研修を重ね、自己評価に取り組まれました。この自己評価からも職員一人ひとりが、理念や方針を理解し利用者を中心に日々の業務にあたっていることや、今後の事業所や自身の課題をあげ、取り組むべき内容も記されており、障がい者福祉を支えていくという意欲が表れていました。

**2) 利用者満足の向上に努めています。**

毎月、利用者の苦情相談会や自治会を開催しており、出された要望等は運営会議で検討した後、迅速な対応に努め、検討内容などは利用者にも伝える仕組みになっています。相談会で出たものについては年間集計をして事業報告書に記載して周知が

図られています。

利用者家族からの意見・要望もサービスの向上に活かしており、バザーなど行事での交流、面会時や電話による近況報告など普段から信頼関係の構築に努めています。家族からの相談や要望などについては、いつでも気軽に申し出て欲しいことを伝えており、年度末の家族説明会や帰省時などサビ管を中心に対応しており、内容はケース記録に残しています。また、帰省時の共有書類（内服チェック表など）の中にも、要望や相談事項を記入する項目が設けられています。

苦情解決責任者や担当者、第三者委員も2名を任命し体系図を掲示しています。苦情の内容や解決結果は第三者委員会や家族会の役員に報告するとともに事業報告書にも概要を載せています。

法人・職員一丸となったサービスは利用者・家族の信頼を得、今回の第三者評価利用者・家族アンケートでも、「面会に行くと、いつも笑顔で施設行事などを話してくれ安心している」など多くの感謝の言葉が寄せられていました。これらは職員の励みになることでしょう。今後も意見・要望を引き出す工夫と出された要望への迅速な対応を継続されることを期待します。

### 3) 職員の質の向上や勤労意欲を高める工夫、労働環境の改善に積極的に取り組んでいます。

「専門性を持った職員を育成し、各部局で責任を持った仕事をしてほしい」という法人の考えを実現するため人材の育成に力を入れています。

難易度と習熟度を記載した職能要件書や明確な昇格基準を明記した職務職能等級規程で具体的目標を示し、資格取得者には祝い金を支給するなど職員が目標を立ててやる気を高める仕組みが整っています。

優秀な人材確保のため、社会保険労務士の助言を得て、パート職員の雇用等によって早出・遅出勤務を極力少なくするように改善を図ったり、年末・年始勤務手当を増額する等積極的に取り組み、人材の定着と優秀な人材の確保に成果を上げています。

サニーサイド憲章で期待する職員像を明示し、アピールシートや人事面接での要望も加味して事業計画に掲げている「働きがいのある職場づくり」のために、

施設内部研修

外部講師による職員の希望に沿ったテーマについての専門研修

外部研修

先進的な取組を行っている事業所等施設研修という4本立てで年間研修計画が立てられています。

なお、年度末の事業計画策定の際に研修計画の評価と見直しなど、職員一人ひとりの育成、組織としての教育・研修を実施しています。

職員の質の向上や就業状況への配慮については、職員の自己評価にも『事業所の優れていると思われる取り組み』に多くの職員があげていました。

法人全体で障がい者福祉サービスに尽力している事業所の更なる活躍に大いに期待が持たれます。

改善を求められる点

#### 1. さらに実効性のある検証が可能な単年度事業計画の策定が期待されます。

長期間(30年)の収支計画を策定し、中・長期計画も各分野にわたって具体的な数字を掲げ計画的な運営が行われています。

今後は中・長期計画に記載されている支援員の増員数等を反映して、単年度事業計画

にも目標数値を明記することで中・長期計画と連動した実効性のある検証が行わ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）

(H28.6.6)

今回の受審は、平成22年度に引き続き2回目の受審となりました。前回の評価結果をもとに福祉サービス、人材、運営の面からサービスの質の向上や業務の改善等を常に行ってきたつもりです。

その結果として、サニーサイドで働く職員の支援の内容や、支援に対する姿勢が評価されたことは、非常に嬉しく思うとともに気が引き締まる思いです。しかしその一方で、今後課題となる可能性がある部分や、この状態を維持・向上し続けていく上での問題点も明らかとなっています。

前回の評価後には“これからがスタート”というアドバイスを頂きましたが、やはりこの評価結果は常にスタートラインとなるべきものと改めて感じています。まだまだ不足している部分もありますが、利用者、家族、職員さらには地域そして法人が一体となり、質の高い福祉サービスを提供できるように邁進していきたいと思います。

(別記)

(公表様式1)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

【障がい児・者施設（居住系サービス）版】

評価機関

名 称	特定非営利活動法人 あすなる福祉サービス評価機構
所 在 地	熊本市中央区南熊本3丁目 13 - 12 - 205
評価実施期間	27年7月2日～28年5月24日
評価調査者番号	06 26
	10 003
	13 001

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：障がい者支援施設 サニーサイド	種別：障害者支援施設
代表者氏名：理事長 衛藤 博 (管理者) 施設長 衛藤 博	開設年月日：昭和53年4月1日
設置主体：社会福祉法人 友朋会 経営主体：社会福祉法人 友朋会	定員：施設入所支援 40名 生活介護 40名 短期入所 2名
所在地：〒861-1213 熊本県菊池市泗水町南田島1794	
連絡先電話番号： 0968 38 4448	F A X 番号： 0968 38 2850
ホームページアドレス	<a href="http://www.sunny-side.or.jp">http://www.sunny-side.or.jp</a>

(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	お花見会 レクリエーション大会 納涼祭 秋まつり クリスマス会
居室概要	居室以外の施設設備の概要
個室 26部屋（12.15㎡） 2人部屋 7部屋（24.30㎡） 短期入所居室 2部屋（12.15㎡）	総床面積 1790.00㎡ 食堂 70.80㎡ ひまわりホール 148.11㎡ ひまわりサロン 84.15㎡ その他

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	3	1
	副施設長	1		精神保健福祉士	1	
	事務長	1		介護福祉士	2	4
	主任	1		社会福祉主事	12	1
	サービス管理責任者	1		介護支援専門員	1	
	生活支援員	19	14	訪問介護員1級	1	
	看護職員	1		訪問介護員2級	5	1
	管理栄養士	1		知的障害者支援専門員		1
				保育士	4	
				幼稚園教諭2級	3	
				正看護師	2	
				管理栄養士	1	
				栄養士	1	
	合 計	26	14	合 計	36	8

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

**経営理念**・・・健やかでその人らしい生活の創造  
**基本方針**・・・ コンプライアンス（法令遵守）の徹底  
 人権尊重  
 家族・社会との連携  
 地域移行の推進  
**基本的信念**・・・サニーサイド憲章 1 1 項目

## 3 施設・事業所の特徴的な取組

利用者・家族のニーズは多岐にわたっており、より個人的な支援の求めに対応するために、事業所は日頃の職員のスキルアップが重要と考え、特に職員研修に力を入れています。例えば大学講師による毎月の研修会を職員のポジションに応じて行ったり、医療知識や福祉機器取り扱いの研修会を定期的開催する等、常に支援のレベルアップを目指しています。

利用者に寄り添い、状況に応じてより適切な支援プランを迅速に提供することが、安心して利用いただける施設づくりの最初の一步と考え、法人・職員が一丸となって障がい者支援に取り組んでいます。

#### 4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年 7月 2日(契約日) ~ 平成28年 5月 24日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	2回(平成22年度)

#### 5 評価結果総評

特に評価の高い点

**法人全体で障がい者福祉サービスの充実に尽力しており、更に今後の活躍が期待される事業所です。**

- ・ **管理者のリーダーシップのもと『健やかでその人らしい生活の創造』という経営理念や基本方針4項目、基本的な信念とするサニーサイド憲章11項目を全職員が理解し、利用者支援にあたっています。**

創設から38年を経過した『社会福祉法人友朋会』は、経営理念『健やかでその人らしい生活の創造』、基本方針 **コンプライアンスの徹底 人権の尊重 家族・社会との連携 地域移行の推進**を掲げ、障がいの程度に関わらず一人ひとりの生活を大切にした支援にあたっています。管理者は自らの役割と責任を十分認識し、また、施設や地域の障がいを持った方々が、地域と共に健やかに暮らす社会の実現を目標に法人一丸となって業務にあたっています。

法人の理念・基本方針と共に、『**サニーサイド憲章**』には、第1項の「私たちは利用者ひとりひとりが満足できるように常に心がけます。」をはじめ基本的な信念11項目を掲げています。これらの理念や基本方針・サニーサイド憲章を全職員が理解し、自分のものとして受け止め、支援に繋げていることは、職員自己評価や聞き取り調査からも確認されました。

- ・ **適切な福祉サービスの提供に真摯に取り組んでいる事業所です。**

1. **福祉サービスの質を確保するために、各種マニュアルや規定を整備し、継続して第三者評価受審に取り組んでいます。**

基本的な福祉サービス提供の場面毎に具体的で詳細なマニュアルや規程が整備され、個別サービスの実施計画や実際のサービス提供に活かされています。

実施方法については外部講師を招いての研修会や、OJTのチェックによる確実な習得に努めています。また、職員や利用者からの意見・提案を反映し、年度ごとに担当者を中心にマニュアルの見直しが行われています。これらの体制の整備はサービスにあたる現場職員の技量の底上げと質の向上、利用者へ質の高いサービス提供に繋がっています。

前回の第三者評価受審結果を真摯に受け止め、評価結果の分析が行われました。今回の受審も今年度法人本部の重点目標にあげ、評価受審担当者を中心に事前研修を重ね、自己評価に取り組まれました。この自己評価からも職員一人ひとりが、理念や方針を理解し利用者を中心に日々の業務にあたっていることや、今後の事業所や自身の課題をあげ、取り組むべき内容も記されており、障がい者福祉を支えていくという意欲が表れていました。

## 2. 利用者満足の向上に努めています。

毎月、利用者の苦情相談会や自治会を開催しており、出された要望等は運営会議で検討した後、迅速な対応に努め、検討内容などは利用者にも伝える仕組みになっています。相談会で出たものについては年間集計をして事業報告書に記載して周知が図られています。

利用者家族からの意見・要望もサービスの向上に活かしており、バザーなど行事での交流、面会時や電話による近況報告など普段から信頼関係の構築に努めています。家族からの相談や要望などについては、いつでも気軽に申し出て欲しいことを伝えており、年度末の家族説明会や帰省時などサビ管を中心に対応しており、内容はケース記録に残しています。また、帰省時の共有書類（内服チェック表など）の中にも、要望や相談事項を記入する項目が設けられています。

苦情解決責任者や担当者、第三者委員も2名を任命し体系図を掲示しています。苦情の内容や解決結果は第三者委員会や家族会の役員に報告するとともに事業報告書にも概要を載せています。

法人・職員一丸となったサービスは利用者・家族の信頼を得、今回の第三者評価利用者・家族アンケートでも、「面会に行くと、いつも笑顔で施設行事などを話してくれ安心している」など多くの感謝の言葉が寄せられていました。これらは職員の励みになることでしょう。今後も意見・要望を引き出す工夫と出された要望への迅速な対応を継続されることを期待します。

## 3. 職員の質の向上や勤労意欲を高める工夫、労働環境の改善に積極的に取り組んでいます。

「専門性を持った職員を育成し、各部局で責任を持った仕事をしてほしい」という法人の考えを実現するため人材の育成に力を入れています。

難易度と習熟度を記載した職能要件書や明確な昇格基準を明記した職務職能等級規程で具体的目標を示し、資格取得者には祝い金を支給するなど職員が目標を立ててやる気を高める仕組みが整っています。

優秀な人材確保のため、社会保険労務士の助言を得て、パート職員の雇用等によって早出・遅出勤務を極力少なくするように改善を図ったり、年末・年始勤務手当を増額する等積極的に取り組み、人材の定着と優秀な人材の確保に成果を上げています。

サニーサイド憲章で期待する職員像を明示し、アピールシートや人事面接での要望も加味して事業計画に掲げている「働きがいのある職場づくり」のために、施設内部研修 外部講師による職員の希望に沿ったテーマについての専門研修 外部研修 先進的な取組を行っている事業所等施設研修という4本立てで年間研修計画が立てられています。なお、年度末の事業計画策定の際に研修計画の評価と見直しなど、職員一人ひとりの育成、組織としての教育・研修を実施しています。

職員の質の向上や就業状況への配慮については、職員の自己評価にも『事業所の優れていると思われる取り組み』に多くの職員が上げていました。

改善を求められる点

**1. さらに実効性のある検証が可能な単年度事業計画の策定が期待されます。**

長期間（30年）の収支計画を策定し、中・長期計画も各分野にわたって具体的な数字を掲げ計画的な運営が行われています。今後は中・長期計画に記載されている支援員の増員数等を反映して、単年度事業計画にも目標数値を明記することで中・長期計画と連動した実効性のある検証が行わ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）

(H28・6・6 )

今回の受審は、平成22年度に引き続き2回目の受審となりました。前回の評価結果をもとに福祉サービス、人材、運営の面からサービスの質の向上や業務の改善等を常に行ってきたつもりです。

その結果として、サニーサイドで働く職員の支援の内容や、支援に対する姿勢が評価されたことは、非常に嬉しく思うとともに気が引き締まる思いです。しかしその一方で、今後課題となる可能性がある部分や、この状態を維持・向上し続けていく上での問題点も明らかとなっています。

前回の評価後には“これからがスタート”というアドバイスを頂きましたが、やはりこの評価結果は常にスタートラインとなるべきものだと思改めて感じています。まだまだ不足している部分もありますが、利用者、家族、職員さらには地域そして法人が一体となり、質の高い福祉サービスを提供できるように邁進していきたいと思います。

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	37名	
	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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>『健やかでその人らしい生活の創造』という利用者の主体性を尊重した経営理念を掲げ、パンフレットや広報誌・事業計画書・ホームページへの記載やサロンなどへ掲示しています。この理念を受けて、定めた基本方針4項目( <b>コンプライアンス(法令遵守)の徹底 人権の尊重 家族・社会との連携 地域移行の推進</b> )や、『サニーサイド憲章』11項目は、職員の行動規範ともなる具体的な内容となっています。</p> <p>施設長はこれらを会議や研修会などで日常的に職員へ周知徹底を図っており、更に、ワーキングテストで周知状況も確認しています。</p> <p>また利用者へは、事業所内の掲示や年度初めの自治会でひらがなを付してわかりやすく説明し、家族に対しても利用開始時や家族説明会など機会を捉え、資料をもとに周知に努めています。</p>		

#### - 2 経営状況の把握

		第三者評価結果
- 2 - ( 1 ) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	- 2 - ( 1 ) - 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>加入している関連団体(全国社会福祉経営者協議会、知的障害者福祉協会、県知的障害者施設協会)や購読している出版物(知的障害者福祉協会の月刊誌『サポート』)、『経営協力情報』(月刊の社会福祉法人の情報誌)で社会福祉事業全体の動向を詳細に把握・分析がなされています。</p> <p>また、潜在的ニーズを発見し、ニーズの変化を知り、新しいニーズに応えていくための、地域情報を県や市の福祉計画から得るとともに法人の相談支援事業所の情報を収集・分析しています。職員へは、毎週月曜日開催の運営会議(事業担当者以上の幹部職員で構成)で利用率を報告し、理事長が毎月の全体会議(全職員出席)で前年度と比較したコスト分析を報告しています。</p> <p>また、地域における障害福祉計画の策定動向や内容については、計画の策定に関わる中で把握するとともに、併せて、地域の障害福祉の特徴・変化等の経営環境や課題についても、把握・分析されています。</p> <p>施設の経営状況については、会計担当から毎月報告があり、コスト分析や利用率等の経営にかかわる指標について分析され、運営会議や全体会議で協議、説明がされています。</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。	a・b・c

<b>&lt;コメント&gt;</b>	
<p>毎年2月に全職員へ様式(「アピールシート」として、6項目：業務上の成果 業務上の問題点 今後取り組みたいこと スキルアップのために取り組みたいこと 施設への提案・意見 その他)を示して提出を求め、上がってきた経営課題を運営会議で検討し、全体会議にかけて周知しています。障害者福祉の大きな課題となっている地域への移行を進めるために必要となる予算や土地取得については理事会や評議員会にあげ諮られており、課題の共有が図られています。</p> <p>経営環境や実施する福祉サービスの内容等の現状分析に基づき、運営会議で具体的な課題や問題点を明らかにしています。職員からは、企画事業のアンケートやアピールシートにより提案、意見が出されています。</p> <p>経営状況、改善すべき課題については、運営会議や全体会議において、職員に周知されています。</p>	

### - 3 事業計画の策定

		第三者評価結果
- 3 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	- 3 - (1) - 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a・b・c
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
<p>中・長期的な行動指針として4項目(地域や社会への貢献 地域移行の推進 多様な利用者ニーズに対応できる施設への改革 組織力の強化・向上)を掲げて、それらの実現のため10年間(H21年度~H30年度)の中・長期計画を立て、項目毎(運営、定員、施設・設備、人事、人材育成)に数値目標が設定されています。</p> <p>中・長期計画の裏付けとなる収支計画(H21~51の30年間)も策定されています。計画については毎年見直しが行われています。</p>		
5	- 3 - (1) - 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a・b・c
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
<p>単年度の事業計画は、重点目標として、障害特性や機能に合わせた支援プログラムの見直し 地域移行の推進を掲げて、それぞれについての具体的な実施事項が明記されています。今後は中・長期計画に計上されている生活支援員の増員等についても事業計画に具体的な数値を記載して、より効果的な検証を行われるよう期待します。</p>		
- 3 - (2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	- 3 - (2) - 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a・b・c
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
<p>12月に事業担当者による事業報告会で、今年度の事業についての振り返りと次年度の事業計画についての協議を行い、翌年2月に全職員がアピールシートを提出し、部門別で協議し全体会議に諮る仕組みとなっています。最終的にサービス管理責任者と事業担当者が中心となって事業計画の策定をし、3月の全体会議で施設長による説明や全職員に事業計画と関係資料をまとめた冊子を配付して周知とより深い理解を促しています。</p>		
7	- 3 - (2) - 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・b・c
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
<p>利用者には、年度初めに分かりやすい表現を用いた資料で説明しています。家族には家族説明会で説明していますが、当日来所できない家族のため複数の面談日を設けるなど配慮がなされています。家族へも送付している広報誌にも事業計画を載せて周知が図られています。</p>		

#### - 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
- 4 - (1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	- 4 - (1) - 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの質の維持・向上のため、すべてのマニュアルに有効期限（1年間）を設定し、有効期間に合わせて定期的に評価と見直しが行われています。必要な都度開催する支援会議（サービス管理責任者・事業担当者・担当者・その他の関係職員で構成）の会議録は、具体的な対応・方針（Plan） 対応・方針の実施状況と課題（Do） 対応の評価（Check） 対応方針の改善（Act）とPDCAサイクルがわかる様式となっており、記録内容が大変見やすく整理され、パソコン入力をして全職員が情報を共有できるようにしています。</p> <p>また、チャレンジシート（上期・下期）を活用した自己評価や、今回が2回目の受審となる第三者評価からも、サービスの質の向上への組織的・計画的な取組が確認されました。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>前回の第三者評価受審後は結果を真摯に受け止め、全職員で改善に向けた課題を洗い出し、課題の改善策や改善実施計画を実行する体制が法人全体で取られています。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長の役割と責任は運営規程に明記され、業務分掌表や広報誌にも記載しています。施設長は、全体会議で職員に「社会の流れに沿った運営を行い、専門性をもった職員を育て、各部署で責任を持って利用者支援にあたって欲しい」という自らの信念を伝えています。</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>運営方針の一つに「コンプライアンス（法令遵守）の徹底」を掲げ、施設長は経営協や種別協議会主催の研修会に出席しています。また専門誌（月刊の労務経営『ビジネスガイド』等）を購読し、パソコンで法令の最新の情報を収集し運営会議で概要の説明や資料も配布するなど日々努力しています。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は「新しい目を失うな。ガラパゴス化するな」との信条を持ち、運営会議で課題を協議し福祉サービスの質の現状を評価・分析しています。新入職員にはエルダー（入職2年目の職員）を付け、交換ノートによって質の向上に向けての教育を行い、アピールシートで全職員から意見を求め、外部講師による月1回の専門スキル向上研修を実施し研修の充実を</p>		

図っています。		
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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>専門誌で情報を収集し、契約している社会保険労務士のアドバイスを受けてストレスチェックや労働者派遣法改正等最新の法律改正の分析を行っています。労働環境改善のため、早出・遅出の変則的勤務時間帯の負担軽減を図るためパートや夜間勤務専門職員を採用した結果、夜勤回数の軽減が図られています。また、平成 27 年度から夜勤手当の増額（約 7 割の増額）や年末・年始勤務の特別手当も大幅に増額するなど働きやすく意欲が湧く環境が整えられています。これら環境整備に当たっては、運営会議で協議しながら実行に移されています。</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 ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の事業計画で「人材の育成・確保・定着」を重点目標の一つとして明記しており、目標実現のため、中・長期計画で職員の増員や福祉専門職員配置加算 を得るための資格取得の推進を具体的な目標数値として掲げています。また効果的な人材確保策として、「まずは実習に来て欲しい！事業所を知って欲しい！」との思いから、交通不便の対応として在学生を最寄りの私鉄駅まで送迎して施設イベントに参加してもらったり、大学卒業間もない職員に母校学生への勧誘活動に当たってもらった結果、優秀な人材 3 名の採用につながる等の成果が上がっています。専門職の確保についても職員の 3 5 % を目指しており、資格取得では、研修サポートやインセンティブを高めるため資格試験合格者には祝い金を支給しており、多くの合格者に繋がっています。また、「専門性を活かした職場環境」のため有資格者が活躍できるよう、具体的な計画策定のもと実施されています。</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>経営理念と基本方針に基づく 1 1 項目からなるサニーサイド憲章に期待する職員像として具体的な行動基準や心構えを示しています。</p> <p>人事管理は「職務職能等級規程」に明確な昇格基準や人事評価基準を詳細に定めており、この基準によって人事考課が実施されています。職員の意向や意見は年 2 回（ 4 月～ 9 月の上期及び 1 0 月～ 3 月の下期）のチャレンジシート（ 1 . 役割と達成度及び課題と目標 2 . 職員としての心得と努力度について 3 段階評価を行う）の提出及び面接（ 1 0 月と 4 月）によって把握し、分析がなされています。また、職務ごとに職務内容を詳細に分類し、それぞれの職務について修得要件と現状、難易度（ 5 段階）と習熟度（ 7 段階）を明示した職能要件書を示し、職員が将来像を描いて目標に向かって努力する仕組みがあります。</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組んでいる。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、事業計画に掲げている「働きやすい職場づくり」を実現するため、事務職員がまとめたデータを確認し、可能な限り職員の意向に沿った勤務シフトの変更や年 1 回、 3 日から 1 週間の連続休暇が取れるように調整をしています。健康面については年 2 回の職員との個人面談でのメンタル面のケアや、健康診断で要注意の職員は看護師により面談を通したサポートが行われています。</p>		

<p>夜勤のあり方等は顧問の社会保険労務士と相談してパートの増員によって遅出・早出の勤務パターンをなくし、また3か月ごとに勤務シフトの希望を提出してもらい、子育て中の職員などのワークライフバランスにも配慮したシフトを組むようにしています。</p>		
<p>- 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	- 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;  サニーサイド憲章で期待する職員像を明示し、チャレンジシートで目標管理を行い、目標達成のために職員一人ひとりについて担当職務の詳細な項目と水準及び期限を示した職能要件書で現状を把握し、評価を行う仕組みがあります。また、人事評価の個別面接も年2回行って、進捗と目標達成状況の確認を行っています。</p>		
18	- 2 - (3) - 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  アピールシートや人事面接での要望も加味して事業計画に掲げている「働きがいのある職場づくり」のために、施設内部研修 外部講師による職員の希望に沿ったテーマについての専門研修 外部研修 先進的な取組を行っている事業所等施設研修という4本立てで年間研修計画が立てられています。なお、年度末の事業計画策定の際に研修計画の評価と見直しが行われています。</p>		
19	- 2 - (3) - 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  業務一覧表でその職種に必要な知識や技術水準・専門資格等を明示し、事業担当者が習熟度を3段階評価（援助、独立、完了）で行うJTの仕組みがあり、それぞれの業務は3年間で完了まで到達することを目指す仕組みになっています。  各種研修は、職員の習熟度や職種、希望に沿って実施されており、先進事業所視察を含めた外部研修も積極的に行われています。</p>		
<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。</p>		
20	- 2 - (4) - 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  「実習生受入要領」に意義と留意点を明記し、年間5,6名の資格取得のための学生を受け入れています。学校側のプログラムに沿い、主な実習内容と重点課題を示したスケジュール表を作成して効果的な実習を行う仕組みがあります。また実習指導者は、大学で行われる実習指導者オリエンテーションに参加することで研修を受けています。</p>		

### - 3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
<p>- 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	- 3 - (1) - 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  ホームページに理念や事業報告を載せ、広報誌には事業計画や苦情対応での第三者委員への報告内容も記載し、行政や民生委員に配布しています。</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・b・c

<コメント> 業務一覧表にすべての業務の分掌と権限・責任が明確に示されています。顧問契約を結んでいる弁護士、社会保険労務士、公認会計士の助言によって常に最新の情報を得るようにしています。内部監査は法人の理事（民間会社の経理部長経験者）が年1回定期的に行っています。	
---	--

#### - 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
<コメント> 経営方針に「施設や地域の障害を持った方々が、地域住民と共に健やかに暮らす社会の実現を目標とする」と謳い、基本方針に「家族・社会との連携、地域移行の推進」を掲げており、そのことを実践するため利用者との交流を広げるための活発な取組を行っています。施設を社会資源として地域に開放しており、地域からも大きな期待が寄せられています。 11月の秋祭りは規模も大きく、食物や雑貨のマルシェ（市）や歌謡ショー、小学生のソーラン節披露等多彩で、大学生や専門学校生、社協などボランティアの協力も多く、地域住民500人が来所するなど、交流の機会となっています。 利用者が地域外出への機会を楽しめるよう、商店などの写真付きの地域資源マップをホールに掲示し、職員が付き添っての外出支援を行っています。地域との交流では、お宮掃除や小学校体育祭への参加や小学生との交流が行われています。また、老人会とタイアップし小学校を利用して開催した運動会の後日、地域の方々が施設の余暇活動に訪問してくれるなど嬉しい交流の機会が持たれたようです。		
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
<コメント> ボランティアの受け入れの基本的考え方・方針を明文化し、マニュアルが整備されています。 内容は、1.ボランティアを受け入れることによって施設の閉鎖性を打破すると共に、施設を知ってもらうなど6項目 2.受入れについて 3.確認事項 4.遵守事項 5.受け入れ体制となっています。受け入れは事前説明などマニュアルに沿って進められています。		
- 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
<コメント> 利用者向けには写真や図でわかりやすく表示した地域資源マップを掲示し、平成27年度に利用者の体調に合わせた外出ガイドラインを作成して、きめ細かな支援を行っています。菊池地域自立支援協議会（相談支援部会及び生活部会）に参加しており、共通問題の解決に向けて取組み、情報を共有しています。		
- 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 ・ b ・ c
<コメント> 外部から理学療法士を講師に招いて腰痛教室を開き、地域住民に参加を呼び掛けています。また施設を利用しての地域老人会との合同レクリエーション大会や青年団との餅つき大		

会、園児の芋堀りにも畑を開放しています。なお地元町のマラソン大会の応援小旗（200本）を青年団提供の材料を利用者が加工して作成しており、大変喜ばれています。市とは災害時の緊急避難受入協定を結んでいます。		
27	- 4 - ( 3 ) - 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年度末に開催する苦情処理第三者委員会の際に民生委員との会議を行う他、定期的な民生委員の会議には相談支援事業担当者が出席して情報収集を行っています。</p> <p>また、生活困窮レスキュー事業や熊本県D-C A T（災害派遣福祉チーム）にも登録しています。なお地域の一人住まい高齢者への配食活動として、月1回（第2火曜日）8名の高齢者宅を利用者と職員が訪問して安否確認を兼ねて弁当を届けています。</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。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本方針に人権尊重を掲げており、サニーサイド憲章で具体的に職員心得を明示しています。内部研修や権利擁護委員会で状況を把握し、利用者を尊重した福祉サービスの提供ができるように1年の期限を設定した各種マニュアルで標準的な実施方法を具体的に示しています。</p>		
29	- 1 - ( 1 ) - 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>居室は個室の他、二人部屋（和室・洋室）が7ヶ所設けられていますが十分なスペースが確保されています。室内は利用者各人の好みに応じて家族の協力も得ながら家具等が配置されており、プライバシーが尊重されています。</p> <p>虐待防止ではマニュアルに基づいて、4種類のチェックリスト（体制整備、取組の推進・改善シート、職員セルフチェック、早期発見）で虐待の防止と早期発見ができる仕組みを構築しています。家族へは、年度末に資料を配布して説明し、利用者には毎月苦情相談会を行い、自治会でも口頭で分かりやすく説明をしています。不適切な事案については、苦情解決規定及びマニュアルに対応方法を明示して、円滑な処理が図られるようになっています。</p>		
- 1 - ( 2 ) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	- 1 - ( 2 ) - 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>パンフレットは、理念や基本方針・サニーサイド憲章を冒頭に明記し、事業内容は視覚的に一目で理解できるように写真を多用し、文章は短くして見やすくしており、地元市役所や近隣の市町役場に置いています。支援学校等からの見学に対しては図や絵を用いたパワーポイントで分かりやすく説明しています。見学者や体験利用者には施設の日中活動に参加してもらい、質問を投げかけたり、表情から推察するなど個々に応じ丁寧に対応しています。</p>		

31	- 1 - ( 2 ) - 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; サービスの開始・変更時には分かりやすく工夫したパンフレットを用いて説明しています。他のサービス等が望ましいと考えられる場合は、家族と面談を重ねて、利用者の意思を尊重して相談支援を行い、そのサービスに移れるまで介入しています。書面は利用者・家族の同意内容を残しており、意思表示が困難な利用者に対しては、成年後見人制度を適用しています。</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; 他の福祉施設や事業所、地域・家庭への移行にあたり、フェイスシート・アセスメント様式を作成しており、利用終了後の相談方法など重要事項説明書にも記載しています。 地域生活への移行については、重度の障がい者が大半なため、グループホームへの移行が最終目標となっており、目標に向かって協調性を身に付けるために地域移行班の利用者には生活支援（食事・身だしなみなど）や洗濯支援（洗濯物干しや取り入れ）を自ら行えるように支援しています。 施設の変更に当たっては、プロフィールシート（生活歴・家族構成、日常生活動作、年金関係、かかりつけ医、身元引受人等の情報を記載）によって確実に引継が行えるようにしています。 相談窓口はサービス管理責任者となっています。法人内のグループホームへの移行については利用者自治会や家族会の継続によりこれまでと変わらぬ情報を得ることができています。</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; 毎月、利用者の苦情相談会や自治会を開催し、出された要望等は運営会議で検討し、迅速な対応に努め、検討内容などは利用者にも伝える仕組みになっています。要望が多い食事については栄養管理委員会で協議し、改善して自治会で結果を報告しています。相談会で出たものについては年間集計をして事業報告書に記載して周知が図られています。</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; 苦情解決責任者は施設長、担当者はサービス管理責任者と規定し、第三者委員も2名（地元区の元役員と民生委員）を任命し、体系図を掲示しています。利用者が帰宅する際に渡す服薬等のチェック等のプリントに意見記入欄を設けており、家族などにより要望を含め記入されているようです。サービス管理責任者が、これらの意見について利用者の状況を確認して、保護者にフィードバックしています。苦情の内容や解決結果は第三者委員会や家族会の役員に報告するとともに事業報告書にも概要を載せています。</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>&lt;コメント&gt; 利用者や保護者が相談しやすいように相談室を設置し、来所してすぐわかるように玄関に配置図を掲示しています。支援体制は分かりやすいパワーポイント資料を作成するとともに掲示もしています。利用者へは自治会で説明し、苦情相談会は次回開催がすぐわかるように利用者が自分でカレンダーに印をつけるような工夫をしています。</p>		

36	- 1 - ( 4 ) -	利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決規定に対応の手順を明記し、対応を急ぐ必要がある相談については、朝礼、昼礼、終礼で周知し、迅速に運営会議や事業会議を開いて協議し記録するようにしています。</p>			
- 1 - ( 5 ) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。			
37	- 1 - ( 5 ) -	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長が責任者となり、リスクマネジメントマニュアルや事故対応マニュアルを策定し、毎月リスクマネジメント委員会を開催し、月ごとに集計したヒヤリハットを報告しフィードバックして周知を図る仕組みです。事故防止についての職員研修も行い、利用者の外出マニュアルを作成して緊急時の対応（交通事故、車両の異常発生、体調不良、帰園が遅れる場合というパターンに分けてある）を定めています。緊急時、利用者の状態を的確に伝えるために健康管理ファイル（既往歴や服薬状況等）を活用し、1週間分の緊急時持ち出し薬を常備しています。嘱託医は内科が月2回、精神科が月1回来所し、利用者の健康状態をチェックしています。また毎年、救急法の職員研修を日赤から講師を派遣してもらって実施。交番には情報を提供し、地元区長には事務長が年末、年始に挨拶に行っています。</p>			
38	- 1 - ( 5 ) -	感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>インフルエンザや胃腸炎等感染症の種類別に定めた詳細なマニュアルを策定して体制を整備しています。職員室に、迅速な対応ができるように感染症対策セット（帽子、エプロン、手袋、新聞紙等をパッケージにしたものを20セット）を常備し10月の施設内部研修で看護師がこのセットの使い方を実演し、周知を図っています。また、県内で感染症が流行している時期には、掃除方法も変更して対応するようにしています。</p>			
39	- 1 - ( 5 ) -	災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>自衛消防編成表及び防災マニュアルで責任者と隊員、それぞれの任務が明記されています。設備ではH21.4新築時に全館にスプリンクラーが設置され、オール電化となっています。また、ホールと大ホールは安全スペースとしてガラス窓にフィルムが貼られており破砕時にガラスが飛散しないようにしています。防災の日が設定され、防災食（備蓄食品の消費期限がきたもの）を食べるようにしています。備蓄リストを作成しており、食材は3日間の非常時献立用の食材を備蓄し、毎月、委託給食事業者と数量と賞味期限をチェックしています。台風接近時は、倉庫に保管している懐中電灯、ランタン等を予め支援員室に運んで停電等に備えています。安否確認は、職員は夜間非常連絡網を利用し、利用者は日課表でその日の所在と担当職員が一目で確認できるように一覧表になっています。年2回は消防署から来所しての火災避難訓練も実施されています。</p>			

## - 2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	
- 2 - ( 1 ) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。			
40	- 2 - ( 1 ) -	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各種マニュアルに利用者を尊重した標準的な実施方法を明記しており、リハビリやおむつ</p>			

の使用方法について外部講師による専門の職員研修も行われています。OJTで事業担当者が職員のやりかたをチェックし、事業担当者についてはサービス管理責任者が業務チェック表で点検する仕組みになっています。

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
----	---	-----------

<コメント>  
各種マニュアルは1年間の有効期限を設定しており、1年経過すれば必ず見直すことがシステム化されています。見直しはアピールシートに記入された職員の意見を反映することになっています。また設備関係等、苦情相談会や自治会で出された利用者からの意見や要望も反映されています。

- 2 - ( 2 ) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。

42	- 2 - ( 2 ) - アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a ・ b ・ c
----	--	-----------

<コメント>  
サービス管理責任者が計画策定責任者となり、半年ごとの個別支援モニタリングで利用者や保護者と面談を行い、担当者会議（サービス管理責任者、担当者、管理栄養士等）を行って個別支援計画作成マニュアルにより、利用者一人ひとりに沿った福祉サービス実施計画を策定しています。  
利用者ごとのケース記録は、毎月、担当者 事業担当者 サービス管理責任者と目を通して計画通りのサービスが提供されているかを確認するようになっています。支援が困難なケースの場合は、支援会議で協議し対応していますが、P D C A 様式の会議録に記録されていて課題が何か一目でわかるようになっています。

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。	a ・ b ・ c
----	--	-----------

<コメント>  
年2回マニュアルによってサービス実施計画の評価・見直しを実施しています。変更した計画内容はパソコンのGセッションで全職員に周知されています。緊急変更の場合は支援会議で協議し、その結果もGセッションで周知されています。利用者ごとの主な支援内容は目標一覧表として示されていて、どの職員が見ても分かるように工夫されています。

- 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
----	---	-----------

<コメント>  
利用者の状況や行動の特徴等は記録マニュアルに基づいて定められた様式に記録し、専用ソフトで管理されており、全職員が閲覧できるようになっています。この記録をもとに毎週月曜日に運営会議を開催して情報の共有と徹底が図られています。新人に対しては研修を行うとともにエルダーが指導しています。

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
----	--------------------------------------	-----------

<コメント>  
運営規定で秘密の保持と記録の管理（5年間）を定めており、重要事項説明書にも記録の保管と情報開示請求を明記し、期限切れの利用者名の入った記録はすべてシュレッダーにかけています。業務一覧表に施設長が記録管理責任者と明記され、職員研修も実施し家族会でも説明をしています。

## 評価対象

### A - 1 利用者の尊重

		第三者評価結果
A - 1 - ( 1 ) 利用者の尊重		
	A - 1 - ( 1 ) - 職員の接し方について、利用者をひとりの個人として尊重する取り組みを行っている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営理念や基本方針に<b>健やかでその人らしい生活、人権の尊重</b>を掲げる他、支援の規範ともなるサニーサイド憲章の中にも、品位を持ってサービスを提供する、言葉づかいに気を付け笑顔で接することなど11項目を設け、会議や研修会の中で周知徹底を図っています。また、虐待の防止・早期発見に関するマニュアルや4項目のチェックリスト（職員セルフチェック・早期発見チェックリスト他）では、対象者・実施者と実施期間を設け、活用や対応をフロー図でわかりやすく表しています。</p> <p>入浴・排泄介助については同姓介助を原則とし、所持品確認や居室へ入る際は、本人の了解を得て行っています。</p>		
	A - 1 - ( 1 ) - コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>その人にあったコミュニケーション手段として、絵カードやジェスチャーなどの使用や、表情などからも察しながら意思疎通を図る努力を行っています。また、担当職員を中心に全職員が連携をして意見や希望を正しく理解しようと努力しています。</p>		
	A - 1 - ( 1 ) - 利用者の主体的な活動を尊重している。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>自治会など主体的活動を支援する担当職員を配置し、その意向を尊重しながら支援しています。</p> <p>隣接するグループホームやワークセンターの利用者とは法人イベントに限らず日常的に交流が行われており、事業所外の障がい者とは、スポーツイベントなどを中心にした交流が行われています。</p> <p>自治会は月1回（第1水曜日）や必要に応じて開催されており、施設長やサビ管・看護師・管理栄養士・職員などが参加し、意見交換が行われています。今後はこの自治会が更に利用者にとって身近なものとなるよう、自治会名を検討することも良いと思われます。</p>		
	A - 1 - ( 1 ) - 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が自力で行う日常生活の行為については、個々を尊重する姿勢からその方に応じた残存機能の維持を事業所目標にもあげ、「出来ることは行ってもらい、出来ないことを介助する」姿勢で支援にあたっています。そのためにも職員の対応や設備について常に検討されています。</p>		
	A - 1 - ( 1 ) - 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>今年度の事業目標の中に、障がい特性や機能に合わせた支援プログラムを掲げています。地域移行支援班があり、買物や作業体験を通して実施するプログラムがあり、そのチェックリストも詳細です。</p> <p>生活支援（食事 配膳・食事の挨拶をするなど5項目、喫茶店 食器の水滴を拭くなど4項目、身だしなみ 外出時の服装を整える、ハンカチを準備するなど8項目）</p> <p>洗濯支援（洗濯干し ハンガーに肩を合わせる・シワを伸ばして均等に干すなど8項目、</p>		

取り込み 乾いている物を入れるなど8項目、  
 畳み タオルの四隅を合わせる・シワを伸ばして畳むなど6項目)  
 掃除支援(雑巾ふき 汚れを意識して拭く・隅から拭くなど7項目、  
 箒で掃く 必要に応じ物を移動して掃く・隅から掃くなど6項目、  
 掃除機 汚れを意識して掛ける・スイッチを入れ掃除機を掛けるなど8項目)  
 また、事業所外の社会資源については、マップ(写真つき)を掲示しています。  
 利用者の人権意識を高められるように、ポスターの掲示が行われています。

## A - 2 日常生活支援

		第三者評価結果
A - 2 - ( 1 ) 食事		
A - 2 - ( 1 ) -	サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>専従で配置された管理栄養士による栄養マネジメントや毎月開催される栄養管理委員会(副施設長・管理栄養士・看護師・サビ管がメンバー)では、更に利用者一人ひとりに応じた食事・栄養に関する検討がなされています。食事(栄養を含む)マニュアルや3ヶ月ごとの栄養アセスメント・モニタリングなど、書類の面からも食事支援に関する取り組みが確認されました。</p> <p>また、事前準備(補助具確認・食形態確認)食事時確認(姿勢やむせ・摂取状況)など詳細なマニュアルに沿った支援や2種のエプロン(ポケットの有無)の使い分け、足台の準備、姿勢を保つクッションなど、利用者の身体状況に応じて優しくサポートする職員の姿がありました。</p>		
A - 2 - ( 1 ) -	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年2回の嗜好調査や管理栄養士による毎月3名程からの聞き取りの他、普段から食事の利用者と会話を交わしながら好みや摂取状況を確認しています。また、自治会の中で食事に関する意見を聞き入れながら、美味しく・楽しい食事提供に取り組んでいます。特にご飯とお汁は温かくし、副食も今年度から保温できる蓋付の器が使用されています。</p> <p>食材は旬や地元・国産のものを取り入れ、事業所で育てた野菜の活用は利用者にとって楽しみにも繋がっています。献立表はカット絵を入れ、利用者の見やすい掲示板などに貼られています。</p> <p>また、郷土料理(タイピーエン・高菜めし・だご汁など)の提供や正月料理は三日まで取り入れ、福引やカラオケを楽しむなど、事業所でお正月を過ごす方にも楽しい時間となるよう職員が毎年アイデアを出して支援しています。</p> <p>食事は食堂に限らず、地域の公園に出かけ弁当を広げたり、芝生広場で食べるピクニックランチも好評です。また、熊本のラーメン専門店から年1回、ラーメン100食が提供され、利用者はテントを張った会場で本場の味を堪能しています。</p>		
A - 2 - ( 1 ) -	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>栄養管理委員会を中心に食事を楽しめる喫食環境についても話し合い、生花を飾ったり利用者の作品を展示や掲示、行事食に合った音楽を流すなど工夫しています。</p> <p>食事時間も身体状況などに応じた時間帯を設けています。また、居室での食事など本人の希望を尊重しています。</p> <p>明るい食堂で工夫された食事と共に、厨房を含め食事支援に関わる全ての職員の笑顔が喫食環境を支えています。</p>		

A - 2 - ( 2 ) 入浴		
	A - 2 - ( 2 ) - 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入浴前・中・後のマニュアルの整備や身体に応じた個別のマニュアル(衣類の準備、移動・介助、洗身や洗髪など)を作成し、一人ひとりに応じて安全で寛げる入浴支援に取り組んでいます。また、応急処置マニュアルの中にも、『湯あたりした時』の対応が項目に入っています。シャンプーも共有や皮膚の状態や好みの香りを楽しむため個人用で購入されている方もおられます。</p> <p>入浴と共に特に高齢や重度の方には足浴を支援しており、日中活動の中でむくみや血流マッサージやレモングラスを使ったハーブ足浴などを取り入れています。</p>		
	A - 2 - ( 2 ) - 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入浴は毎日できるよう体制が整えられており、基本的に少なくとも週3回の支援や発汗時のシャワー浴なども取り入れています。拒否の方には職員が衣類の選択を一緒に行うことで入浴を促したり、順番も1番に声をかけるなど無理強いをしないで入ってもらえるようにしています。また、柚子や職員のアイデアで敷地内に実った柑橘を湯船に入れるなど、異食にも配慮しながら季節や香りを楽しむ入浴も行われています。</p>		
	A - 2 - ( 2 ) - 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>浴室・脱衣場の環境について、職員や利用者の意見などを受けながら随時見直しや改善が行われています。浴室内は採光もありキャリー用シャワーや利用者の身体状況に応じた手すりが設置されています。脱衣場に椅子を置き自身で着脱が出来る方の安定が保てるようにしています。また、緊急呼び出しセンサーも設置されています。照明への配慮や季節に応じた冷暖房管理、掃除の徹底により清潔で快適な入浴支援が行われています。</p>		
A - 2 - ( 3 ) 排泄		
	A - 2 - ( 3 ) - 排泄介助は快適に行われている。	a ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>排泄マニュアル(安全やプライバシー・失禁時の対応・排泄用具の使用法含む)や個別支援計画に沿って快適な排泄対応に努めています。日中は布下着や紙パンツを使用され、夜間のみポータブルトイレやオムツ使用の方もおられ、定時の声かけや誘導など必要に応じ対応しています。</p>		
	A - 2 - ( 3 ) - トイレは清潔で快適である。	a ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎朝、トイレの掃除からスタートしています。月2回バイオポールの交換やエタノールにレモングラス(法人事業所で生産)を加えた事業所オリジナル液は芳香や殺菌効果がある物です。オムツは必ず新聞紙に包んで蓋付のポリバケツで一時管理しています。明るさも十分であり、洗面台もトイレ同様清潔を心がけ、事業所内に咲いた草花などを花瓶に活けるなど心とむ空間です。また、職員も利用者と同じトイレを使用し、臭気や使いにくさはないか、など確認を行っています。(車椅子用トイレについても不具合などを確認)</p> <p>ポータブルトイレについては、毎日次亜塩素で拭きあげ、金曜日をポータブル掃除の日とし天日干しされています。また、冬場は便座シートを貼り冷たさが無いようにしています。</p>		
A - 2 - ( 4 ) 衣服		
	A - 2 - ( 4 ) - 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	a ・ b ・ c

<b>&lt;コメント&gt;</b>		
衣類管理マニュアル（購入・衣替え・着替え・汚れに気づいた時の対応などを含む）に沿って、利用者を尊重した衣類管理が行われています。衣類は季節やサイズでの適した物を支援し、どの職員でも同じような対応や衣類購入ができるよう衣類状況確認表（サイズや身長は高いがゆとりのあるもの、ウエストを締め付けないものなどの備考欄有り）が作成されています。衣類の購入には家族の協力も得られていますが、買物支援でも行われています。		
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。	a ・ b ・ c
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
着替えの支援や汚れ・傷み（ボタン外れなども）に気づいた時は、本人の意思を尊重して着替えを促しています。また、衣類を含めた私物整理は担当者や本人・家族も携わっており、破損等に早めに気づき適切な対処を行うなど、身だしなみにも配慮した取り組みです。		
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。	a ・ b ・ c
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
地域の理・美容室による訪問カットが支援されており、髪型は本人の意思を確認し男女別に施術されておりヘアスタイルの雑誌も準備しています。場所は相談室のテーブル配置を工夫し音楽をかけながら支援するなど雰囲気にも配慮しています。利用者はこのカット支援日を楽しみにされており、今後はカット店らしいポスターを入口に貼るなど職員の更なるアイデアを期待します。 また、ひげそりや爪切り、整髪などの身だしなみも本人意思を尊重しながら支援しており、ハンドマッサージも好評のようです。		
A - 2 - ( 5 ) -	理髪店や美容院の利用について配慮している。	a ・ c
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
地域の理容室による月 1 回訪問カットを利用される方や、外出支援で職員や家族などによって希望する理美容室の利用が行われており、地域の理容室においては十分な連携が図られています。		
A - 2 - ( 6 ) 睡眠		
A - 2 - ( 6 ) -	安眠できるように配慮している。	a ・ c
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
就寝マニュアルには、・就寝の声かけや準備、服薬の項目を更に細かい内容とし、利用者の安眠を支援しています。個室の洋室や 2 名部屋の和室が設けられ、照明器具も洋・和室にあったものが取り付けられています。布団や毛布・タオルケット・枕を基本準備しており、ポアシートなど必要な寝具の持ち込みも行われています。また、就寝準備の中には、気候にあった着替えやオムツ（履くタイプ・テープ式）ポータブルの使用、防水シーツの確認など詳細です。 ドアを閉める音が和らぐよう、業者に依頼し戸がゆっくり閉まるような調整が行われています。夜間は 2 時間ごとに巡回しドアの窓から確認を行っています、健康状態を直接確認する必要がある方には入室のうえ行っています。夜間の支援状況も個別記録に残されています。		
A - 2 - ( 7 ) 健康管理		
A - 2 - ( 7 ) -	日常の健康管理は適切である。	a ・ c
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
利用者の健康管理は最も重要な支援の一つであり、毎朝、健康チェックや健康に関する相談、心配事がないか確認を行うことから 1 日の活動がスタートしています。健康管理マニユ		

<p>アル（健康状態の把握・処置など5項目）や応急処置マニュアル（怪我・熱中症・てんかん発作など16項目）健康管理記録からも、事業所の細やかな取り組みが確認されました。</p> <p>また朝や昼にくまモン体操や菊ちゃん体操（地域が推進している）外部講師による月1回のエアロビや3B体操、季節ごとのウォーキング計画（冬場の日光浴や8月は朝のウォーキングなど）、地域資源を活用したスポーツなど、楽しみながら取り組める健康維持・増進のための活動が行われています。</p> <p>気温の上昇した午後の時間にホーム敷地内を気持ち良さそうにウォーキングする利用者の姿がありました。</p> <p>年2回の健康診断もわかりやすいマニュアル（申し込みを含む検診前準備から検診当日、検査結果報告、異常者受診の項目で、留意・注意事項や担当者など）に沿って行われ、結果は家族へも報告しており、家族からの要望で健康診断以外の検査も支援しています。インフルエンザなどの予防接種は、病状で接種できない人以外は、本人・家族の承諾を得、全員接種を行っています。</p> <p>歯科予防にも力を入れており、協力歯科医院マニュアル（通院・往診・口腔ケア）もあり、利用者に応じた口腔衛生が行われています。</p>		
	A - 2 - ( 7 ) - 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>健康管理や体調に変化があった場合の対応マニュアルを整備し、看護職員や看護師資格所持者を中心とした利用者の健康管理・サポートをはじめ、職員は表情や動き食欲などから異常の早期発見に努め適切な医療支援に繋がっています。</p> <p>また、10分弱でアクセスできる協力医療機関の存在は心強く、日常的な連携が図られています。</p>		
	A - 2 - ( 7 ) - 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>服薬マニュアルにより確実な取り扱いに努めています。服薬で変更があった場合は、回覧や報告で周知徹底し、帰省の場合も内服チェック表やカラーの最新薬剤情報を家族に渡しています。</p> <p>誤薬があった場合は医師や看護職員へ報告し指示を仰いでおり、改善策を対策検討会議（支援会議）で話し合い、法人全体で共有する体制がとられています。</p> <p>また、緊急・災害時に正しく薬を持ち出しできるように、カラーの薬剤情報を綴じた災害対策予備薬を準備しています。</p>		
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。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>自治会や日常の会話の中で余暇・レクリエーションへの意向を把握しており、レクリエーションの道具（ストラックアウト・ボーリング・魚釣りなど）を準備し、選択によって楽しめるようにしています。また、音楽などボランティア（社協や学生・外部講師）による様々な活動も利用者に好評です。</p> <p>事業所内には手作りの地域資源マップを掲示し、利用者に情報提供しており、買い物外出や地域の体育館・グランドゴルフ場などが使用されています。</p> <p>美術館や文化会館など公共施設からの観劇や鑑賞の招待も活用されており、イベント情報は案内ポスターを掲示しています。</p>		
A - 2 - ( 9 ) 外出、外泊		
	A - 2 - ( 9 ) - 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>外出支援マニュアルにより利用者の希望に添いながら安全な支援に努めています。外出には職員が付き添っていますが、1日旅行などには、地域ボランティアの協力を得ています。その際は十分なオリエンテーションが実施されています。</p>		

<p>利用者には安全や交通ルール、お金の支払い方など必要な学習が行われており、緊急連絡先を明記した名札を他者に見えないよう衣服内に着用して外出支援が行われています。</p>		
	A - 2 - ( 9 ) - 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  外泊も外出同様マニュアルを整備し、利用者・家族の意向に沿って支援されています。盆・正月は1泊から1週間帰省される方もおられ、家族と十分な連絡を取り合い、特に帰省時内服チェック表を作成し、確実な服薬を支援しています。チェック表の中には、帰省中気づいたことや要望などを記入する欄を設け、帰園後の支援や次回の帰省に活かすこととしています。</p>		
<p>A - 2 - ( 1 0 ) 所持金・預かり金の管理等</p>		
	A - 2 - ( 1 0 ) - 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  預り金管理規程に則り、日用品は利用者の担当職員が、通帳は事務主任が各々適切に管理しています。また、生活支援プログラムの確立を目標に掲げ、特に地域移行利用者については、買物支援の中で対応能力を高めています。</p>		
	A - 2 - ( 1 0 ) - 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	a ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  サロンには新聞・雑誌が置かれ自由に見ることができます。また、個人でテレビ・ラジオを所有しています。雑誌は依頼を受け職員が購入したり、買い物外出時に本人が買い求めています。中には新聞や雑誌を定期購読されている方もおられます。</p>		
	A - 2 - ( 1 0 ) - 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	a ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  アルコールについては自治会の意見を反映し、イベント時にノンアルコール（ビール・カクテル）での提供を行っていますが、医師からの指示なども本人・家族へ説明し対応しています。喫煙に関しては現在希望される方はおられません。</p>		
<p>A - 2 - ( 1 1 ) 社会適応訓練等</p>		
	A - 2 - ( 1 1 ) - 社会適応訓練等に関しては、利用者の状態に応じた支援を行っている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  アセスメントや面談などにより利用者の心身の状況や要望などを把握し、計画を作成しています。また、地域移行支援チェックリストにより、全職員が現状を把握し適切な支援に繋がっています。  買物や飲食店の利用など外出する機会を捉え、社会との接点を持つ努力を行っており、職員手作りの地域資源マップ（飲食店・レンタルビデオ店・公園など）も目に付きやすい場所に掲示しています。  利用者の家族や関係者とは、バザーをはじめ行事案内を行い交流や連携を図る機会としています。家族からの相談については、いつでも気軽に申し出て欲しいことを普段から伝えており、年度末の家族説明会や帰省時、電話などサビ管を中心に対応しており、内容はケース記録に残しています。また、帰省時の共有書類（内服チェック表など）の中にも、要望や相談事項を記入する項目が設けられています。</p>		

### A - 3 施設・設備

		第三者評価結果
A - 3 - ( 1 ) 施設・設備		
A - 3 - ( 1 ) -	施設・設備に関して、利用者や来所者が利用しやすいよう配慮されている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設・設備に関して利用者や来所者が利用しやすいものとなるよう、年1回の業務改善に関するアンケート、企画提案書(1ヶ月間募集)の実施や、人事考課の聞き取りの中など様々な機会に職員の意見・提案の収集や確認を行っています。職員からは備品に関する要望が多いようですが、ヒヤリハット事例からの改善や防災も兼ね飛散防止フィルムペアガラスに変更するなど、安全面に配慮した改善が随時図られています。</p> <p>事業所は田畑や竹林など自然に囲まれた環境にあります。玄関や建物内も観葉植物や敷地内に咲いた草花などを取り入れながら季節感のある空間が作られています。</p> <p>事業所内の配置図は玄関入口への掲示や法人パンフレットにも記しており、トイレや浴室などの案内板もわかりやすいものとなっています。また、廊下や会議室などに置かれた利用者の作品(絵や小物)は、心和む作品であり、本人の励みや家族をはじめ来訪者の楽しみとなっています。パンフレットには事業所までの詳細な交通アクセスの表記や、幹線道路から要所に立てられた案内板、来訪者用を大きく明示した駐車場など、訪問者への細やかな配慮が窺えます。</p> <p>廊下は歩行器や車椅子もゆとりを持って使用でき、手すりの設置など十分なバリアフリーへの取り組みに加え、利用者が安心して行動できるよう掃除や整頓に努め、職員は一人ひとりに笑顔でサポートしています。</p> <p>年々進んでいる利用者の高齢化・重度化に対応し、設備面やサービス提供において更なる取り組みを課題と上げる職員の声もあり、今後の取り組みが期待されるところです。</p>		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準(評価対象 ~ )	4 4	1	0
内容評価基準(評価対象A)	2 9	0	0
合 計	7 3	1	0