

(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	特定非営利活動法人 あすなろ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	令和6年 4月 11日～ 令和7年 4月 17日
評価調査者番号	① 06-026
	② 13-001
	③ 17-011
	④ 18-008

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 南海寮 (施設名)	種別：障害者支援施設
代表者氏名：理事長 松浦 郁太 (管理者) 施設長 松浦 光毅	開設年月日： 昭和50年5月1日
設置主体：社会福祉法人 啓友会 経営主体：社会福祉法人 啓友会	定員：施設入所55名、生活介護65名 短期入所4名（利用人数）75名
所在地：〒863-0006 熊本県天草市本町下河内1685番地1	
連絡先電話番号： 0969-23-3850	FAX番号： 0969-22-4977
ホームページアドレス	http://nankairyou.or.jp

(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	創立記念食事会、各種旅行、餅つき・忘年会、ご家族面談会、どんどや、誕生会、レクリエーション大会				
居室概要	居室以外の施設設備の概要				
洋室1床20室、洋室2床17室、 和室1床1室、短期入所居室1床4室	作業室、多目的室、ホール、待合室、支援室、トイレ、更衣室、食堂、医務室、静養室、相談室、事務室、運動場、浴室、シャワー室、エレベーター他				
職員の配置					
職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
管理者	1		介護福祉士	19	3
医師		1	社会福祉士	3	
サービス管理責任者	2		看護師	4	
生活支援員	31	11	准看護師	3	
看護師	3		保育士	3	1
管理栄養士	1		管理栄養士	1	

	調理員	8		調理師	7	
	事務員	2	1	作業療法士	1	
	用務員		3	音楽療法士	1	
	合 計	48	16	合 計	42	4

※ 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』

施設の主人公は利用者である。職員は障がいを持つ人達が生活を営んでいくうえでの援助者であり、また施設は隔離された特殊な世界ではない、地域社会の一部である。

『基本方針』

- 利用者のための施設
- 豊かな生活が送れる施設
- 地域の中での普通の「暮らし」
- 地域に根差した施設

『運営の基本姿勢』

● 安心・安全・信頼のサービスの提供

わたしたちは常に安心・安全と信頼されるサービスの提供に努めます。

● 誰からも必要とされ、求められるサービスの探求と実践

わたしたちは常に利用者本位のサービスを基本とし、専門性の向上と創意工夫に努めます。

● 働く人が輝ける魅力ある職場環境づくり

わたしたちはスタッフ個々のパーソナリティを尊重し、成長する機会を与え、それぞれが輝くことのできる魅力ある職場環境づくりに努めます。

● 日々進化し変わり続けるチャレンジ

わたしたちは現状に満足することなく、常に前進するためのチャレンジをし続けます。

● 地域をより良くする地域福祉創造

わたしたちは共に支え合う地域づくりのために積極的に行動します。

3 施設・事業所の特徴的な取組

生活上困難な課題を抱え、家庭での生活が難しくなった方や、病院や施設からの退院・退所を余儀なくされ、生活の場の確保が難しい方の受け入れも行っている。加えて、施設系サービスだからこそできる 24 時間 365 日の対応と、スケールメリットを活かし、利用者様の生活・暮らしの場、また終の棲家としての機能の充実を図るため、嘱託医と連携し利用者様の健康管理及び生活の質の向上に努めている。近年では、本人や家族の希望に応じて終末期の看取りなどの対応も行っている。また、強度の行動障害等により緊急時の短期入所や土日等の日中一時預かりのサービスも行っている。他にも地域の生

計困難者へのレスキュー事業を実施するなど地域生活支援拠点としての機能を担い、既存サービスの充実だけでなく、地域福祉課題の解決にも努めている。

福祉サービスでは、利用者の障害特性や経験、能力等に応じた個別の生活支援、指導訓練を実施している。また、リハビリや口腔ケア、定期受診等の健康管理についても嘱託医や協力医療機関と連携し実施している。他にも個別の買い物外出や理美容室の利用等、個別のニーズや要望に沿った支援、余暇活動の提供に努めている。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年4月11日（契約日）～ 令和7年4月17日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	4回目（平成30年度）

5 評価結果総評

◆特に評価の高い点

『施設の主人公が利用者』となれるよう、地域社会の協力を得ながら全職員が志を持って日々の支援にあたっています。

1. 経営環境の変化に対応し、施設を地域生活拠点として位置付け、地域福祉課題の解決に努めています。

- 「施設の主人公は利用者であり、……施設は地域社会の一部である」との法人理念に基づいて、施設長は地域奉仕団体（白い雲の会やライオンズクラブ）の会員となり、また地域の自立支援協議会に参加するとともに令和7年度から義務付けられた地域連携推進会議を一足早く令和6年8月に開催するなど地域福祉課題やニーズの積極的な把握に努められています。
- 生活上困難な課題を抱え、強度の行動障害で家庭での生活が難しくなった方や医療機関・施設からの退院・退所を余儀なくされた方の受け入れ、緊急時の短期入所や土日等の日中一時預かりサービスを行っています。また、支援員として働く全ての職員へ強度行動障害支援者養成研修（基礎）の受講が進められています。
- 地域の生計困難者へのレスキュー事業を実施するなど地域生活支援拠点としての機能を担い、既存サービスの充実だけでなく、地域福祉課題の解決に努めています。

2. 中長期計画に経営課題を明記し、各分野（入所、通所、人材確保・育成、グループホーム、施設整備等）での解決手段が明記され、これらを反映した事業計画が策定されています。

- 事業計画書には法人（啓友会）の存在意義及び理念、実施する事業、事業内容をはじめ、令和6年度の重点計画、短期計画など8項目の計画内容の他、職務分掌や各委員会の活動目的（方針）や概要をはじめ計画内容が詳細に記されています。
事業計画の内容によっては利用者の意見も反映されており、利用者、家族等への説明も自治会や家族面談会等周知に繋がる機会を設け、丁寧な説明や資料の配布が行われています。

3. 福祉サービスの質の向上に向けた組織的・計画的な取組が積極的に行われています。

○全職員に業務改善アンケートを実施し、サービス向上委員会や部署会議で検討を行い、リーダー会議で課題解決を目指して協議する体制が構築されています。また、福祉サービス第三者評価受審を中長期計画に位置付け定期的に受審しており、今回4回目の受審は令和6年度の重点計画に掲げています。初回の受審から施設、職員のサービスの向上への取組は真摯なものであり、今回の職員自己評価からも意識の高さが窺えます。

4. 施設サービスの向上に向け環境激変の中、管理者がリーダーシップを発揮して組織運営が図られており、その姿勢が職員に浸透しています。

○施設長は、事業計画書に『スタッフの皆さんへのメッセージ』と題して所信表明し、朝礼や職員会議で積極的に情報を発信しながら、自らの役割と責任を明らかにしています。また日頃から現場を巡回し、利用者や職員とコミュニケーションを図りながら生の声を運営に活かせるよう努力しています。

職員の自己評価でも「朝礼やリーダー会議等で常に情報を発信し、客観的に物事を捉えられている」「朝礼で施設長からの言葉があるので伝わりやすい」などの声が多く上がっています。

○今回4回目となる第三者評価受審では施設長自らが担当者となり、評価の意義や前回の受審を振り返り、職員説明会や利用者の聞き取り、訪問調査など評価機関との日程調整や提出書類等の準備に取り組みました。

令和3年7月1日付で施設長の拝命を受けた日の朝礼で、利用者にも挨拶を済ませると、これまで前施設長（現理事長）に直接来ていた様々な要望や相談はその日以降、新施設長（本人）に届くようになり、「施設長」という称号がそれだけ利用者にとっても大きな意味を持ち、期待されている重要な立場・職責であると改めて認識したことがユーモアある表現も入れながら広報誌の中に記されています。

令和7年度施設は創立50周年を迎えます。今後も管理者のリーダーシップのもと「施設の主人公は利用者」の理念のもと、新たな年月を重ねていかれる事が期待されます。

5. 利用者の楽しみとなる支援を関係職員が連携して取り組んでいます。

○食事は利用者にとって最も楽しみであることを全職員が認識し、個々に応じた栄養管理に加え美味しく・楽しく食べてもらえる食事の提供に給食委員会が中心になって努めています。嗜好調査や自治会の中で出された意見の他、栄養士や調理員は残菜だけではなく厨房から見える利用者の食の進み具合や表情からその日の献立の満足度を推察しています。また、検食者だけではなく同じものを摂る職員も多く、支援員、事務、医務などの気づきも今後活かされています。

毎月、バイキング、複数献立、行事食などの他、日常のメニューについても、施設内研修・ケース会議計画の中で給食新メニュー開発検討会が開催されています。食事への満足度は利用者調査票や寄せられたコメントにも表れています。

○イベント委員会が中心となり、地域住民や団体、ボランティアとの交流（地元保育園児の訪問・さざ波文庫・ふるさと祭り・餅つき大会・どんどや等）や県内・外の

1泊旅行（身近な社会資源を利用し、ショッピングや観光、宿泊）、季節に応じた花見やドライブ、カラオケ・買い物・外食）等、感染症の状況を見ながら対策を施し、地域の方々との触れ合いや施設外に出る機会がもたれており、利用者の楽しいひと時を支援しています。

○地域社会資源を活用した外出として、施設前の道路にバス停がある利点を活かし、～バスに乗って出掛けよう～を計画し、バス乗車→降車→神社参拝→商店街での飲食→昼食→公園でサッカー→カラオケと盛り沢山の楽しみ事を事前に利用者の意思を確認しながら計画し、色々な体験を通して人との関わり、ルールを身に付けながら楽しみにつなげています。

6. 広報誌『なんかい』は家族等へ安心と信頼を届け、各種関係機関、地域の方々には法人への理解と協力を繋がる役割を果たしています。

広報誌『なんかい』は広報委員会が中心となり毎月、取材や記事依頼、利用者写真現像、編集など活動計画に沿って取り組み、令和7年2月現在で137号の発行となっています。施設長の投稿やそれぞれの委員会活動、研修報告をはじめ、利用者の活動やイベント参加の様子等が写真とともに掲載されています。また、異業種から転職した3名のスタッフにインタビューした企画は、某テレビ番組を思わせるタイトル「Youは何処から南海寮へ？」と名付けられ、転職のきっかけや以前の仕事が活かせる時はどんな時ですか？といった5項目の質問への回答が紹介されています。

また、通所事業所の取組も『あいむだより』として最終ページに設けられており、南海寮での月1回お菓子販売の様子や実際の自治体・国政選挙さながらの自治会長選挙が紹介されています。

どの号もプライバシーに配慮しながら職員のアイディアや工夫が垣間見える内容になっています。

7. 職員の障がい者福祉への熱い思いと行動力が利用者の日々を支えています。

様々な障がいを抱えた利用者の生活に向き合う施設の基本姿勢を多様な経験と有資格者である職員がその能力を発揮しながら、いかに施設内でその人らしい暮らしが送れるかに焦点を当て、利用者の支援にあたっています。社会福祉士や看護師、栄養士や介護福祉士、保育士、調理師といった資格や業種をまたいだそれぞれの力は個別の支援計画に反映され、電子媒体による記録の管理が中心となった現在、その正確性を認識しながら、口頭での申し送りを大切にしており、アナログな部分も利用者支援に関わる細やかな職員の気づきとして利用者尊厳の基本的なものと評価されます。

◆改善を求められる点

1. 改善課題について情報の共有を図り、改善への計画的な取組が期待されます。

第三者評価結果に基づいて、リーダー会議で課題の共有化や改善への取組が行われていますが、職員自己評価では「課題は明確にされているが、情報の共有や周知が徹底されていない面がある」との意見も上がっています。今回の第三者評価結果を分析するとともに課題と改善方策を文書化して職員全員に情報の共有を図り、事業計画に記載し計画的な改善への取組を期待します。

2. 進められている担当職員を中心にした福祉施設・事業所の変更、地域生活への移行と地域生活の支援に係る取り組みが期待されます。

他の事業所への移行については移行先の事業所と連携しながら安心して新たな生活をスタートできるよう支援しています。これまで家庭や地域移行への事例はなく、他の事業所への移行と同様にマニュアルの策定には至っていませんが、その必要性から担当部署と協議して移行後に関するマニュアルの策定に取り組まれています。

移行後もいつでも施設に来所や連絡できる旨を口頭で伝えていますが、今後は組織として利用者・家族等が安心して相談できるよう担当者や窓口を明記した文書の作成が必要と思われます。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(R7.4.3)

事業所として、6年ぶり4度目の受審であったが、改めてサービスの質を見直す貴重な機会であった。評価項目についても利用者の権利擁護等が追加されるなど、各設問に対する評価基準を踏まえながら、サービス事業所に期待されている役割や求められる責任を再評価・再認識することができた。

社会の趨勢に伴い、社会福祉全体が抱える課題も目まぐるしく変化し、社会福祉の意義や重要性が高まる中、サービス事業所としての不易流行の実践が肝要であると考えている。とりわけ、変えてはならない福祉の普遍性や概念、理想を恒久的・持続的に実践していくため、今回の評価で改善を求められた点も含めて、組織的な改善に取り組んでいきたい。

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	46人	
	・ 家族等		
聞き取り調査	利 用 者 本 人	6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
<コメント> 「施設の主人公は利用者であり、……施設は地域社会の一部である」との法人の理念に基づき、理念を実現するため基本方針として4項目（①利用者のための施設②豊かな生活が送れる施設③施設の中での普通の「暮らし」④地域に根差した施設）を掲げ、ホームページやパンフレット、事業計画書に記載し、施設内玄関やホールに掲示しています。 この理念を実現するため、運営の基本姿勢として安心・安全・信頼のサービス提供等5項目の行動規範を定め、毎日の職員朝礼で唱和して周知や振り返りに努める他、各委員会も理念、基本方針に沿った活動目的（方針）、内容を掲げ支援にあたっています。 利用者へは、自治会（かたろう会）でわかりやすく説明する他、ホールなど利用者目線での掲示や、利用者朝礼で基本方針を職員と一緒に唱和しています。家族へは、理念や基本方針が記載された簡易版の事業計画書を家族会総会で説明し配布しています。		

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
<コメント> 施設長は、関連団体の研修会に参加するとともに情報誌（「経営協」や「さぽーと」など）で社会福祉事業の動向についての情報を収集しており、また地域の奉仕団体（白い雲の会やライオンズクラブ）の会員になっており、地元市の障がい福祉計画も参考にするとともに地域の自立支援協議会に参加して地域でのニーズの把握に努めています。 また、民生委員との意見交換会も行っており、令和7年度から設置が義務となっている地域連携推進会議を一足早く令和6年8月に法人が運営するグループホームで開催しており、地域の課題も把握されています。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 平成31年3月の中長期計画の策定時にSWOT分析（内部環境と外部環境に分けて分析する手法）で現状と課題を分析し、理事会に説明し、職員にも配布しています。 これらの経営課題の解決に向けて、各分野（経営、人材確保、相談支援体制、支援現場体制、職員処遇、施設整備等）で解決手段が明記されています。 また、人材確保や感染症対策、災害対応など職員にとって喫緊の課題については、職員会議のテーマとして協議、検討がなされています。		

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
<コメント> 平成31年策定の中長期計画（H31～R7の7年間）は、中間年の令和3年度に見直されており、改めて目指すべきビジョンとして「社会福祉法人として地域福祉の向上に寄与・貢献していくことが目的であり、サービスの質の向上を図るために最も重要な人材確保やひとづくりが基盤となる。地域における真の福祉実現を目指して事業を展開する」ことが明記されています。 課題解決に向けては、各事業分野（入所、通所、人材確保・育成、グループホーム、施設整備等）の現状と課題及び解決手段と実施時期、必要な数値目標も設定し、収支計画と共に明示されています。なお、この中長期計画は、令和7年度の創立50周年を前に令和6年度に見直されることになっています。		
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
<コメント> 事業計画は中長期計画を基にして重点計画として3項目（①南海寮の福祉サービス第三者評価受審②非常用発電機の整備③創立50周年事業に向けた実行委員会編成）が掲げられており、実施時期も明示され、収支計画も策定されています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 全職員から無記名の業務改善アンケート（環境美化、健康管理、勤務体制など14項目）を提出してもらい、集約するとともにリーダー会議で意見を聞いて施設長が策定しています。事業計画は、説明会を開催して職員に周知し、簡易版を配布しています。 事業計画の評価や見直しはリーダー会議やサービス向上委員会で行って、結果を議事録にまとめ、いつでも見られるようになっています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 事業計画は、利用者へは年度初めの入所者自治会（「かたろう会」）で、利用者が関心のある旅行や食事などに関わるイベントや行事、日課など主な内容について口頭で分かりやすく説明しています。 また家族へは年度当初の家族会で、事業計画の主な内容を記載した資料を配布・説明し、10月の家族面談会では計画の変更を伝えています。		

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
<コメント>		

福祉サービスの質の向上を図るため、全職員に業務改善アンケートを実施し、サービス向上委員会や部署会議で分析・検討を行い、リーダー会議で評価し課題解決を図る体制になっています。 また、福祉サービス第三者評価受審は今回が4回目となり、中長期計画に位置付けて定期的に受審されています。初回より自己評価に大変真摯に取り組まれており、今回も職員の自己評価においても第三者評価が定着し職員の意識の高さが表れていました。		
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・㉔・c
＜コメント＞ 第三者評価結果にもとづき、リーダー会議で課題の共有化や改善への取組が行われています。 職員自己評価では、「課題は明確にされているが、情報の共有や周知が徹底されていない面がある」との意見が上がっています。 今回は6年ぶりでの受審となりますが、評価結果を分析し、課題と改善策を文書化して職員全員への情報共有を図るとともに、事業計画に記載して計画的な改善への取組を期待します。		

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。	㉔・b・c
＜コメント＞ 施設長は、事業計画書で『スタッフの皆さんへのメッセージ』と題して事業運営についての所信を表明しており、年4回発行の広報誌「なんかい」でもタイムリーな時事問題等を取り上げて考えを述べておられます。 また日頃、朝礼や職員会議等で共有すべき情報等を発信しています。職員自己評価でも「朝礼やリーダー会議等で常に情報を発信し、客観的に物事を捉えられている。」「朝礼で施設長からの言葉があるので伝わりやすい」などの声が多く上がっています。 事業継続計画や各種マニュアルで、自らの役割や責任・権限移譲も明文化されていますが、不在時の権限移譲については対外的にも分かりやすいように事務分掌に明記されることが良いと思われます。		
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。	a・㉔・c
＜コメント＞ 施設長はコンプライアンスの推進・指導の責任者として、行政や関係団体の各種研修会に参加し、朝礼で報告し、法改正時の対応等についてはリーダー会議で説明しています。資料は復命書に綴じて職員に回覧し、目を通すよう職員に周知しています。 また事業経営やガバナンスについては、法人の評議員でもある司法書士の助言を取り入れています。 今後は福祉分野に止まらず、消費者契約法や雇用・労働、防災、環境配慮を含む法令リストを作成し、法令遵守（コンプライアンス）規程を整備されることを期待します。		
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。	㉔・b・c

＜コメント＞ 施設長は、施設内の研修会にも積極的に参加し、毎日、サービス提供現場を巡回する中で利用者の声に耳を傾けながら、現場責任者や職員からの報告を受けたり、サービス提供記録に目を通すことで課題の把握に努めています。 また、サービス向上委員会で利用者や家族アンケートを行い、課題や要望を把握して改善策を講じるようになっていきます。また、職員から定期的に業務改善アンケートを提出してもらう他、電算システムで直接施設長に意見を伝える仕組みも設けてあります。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 経営改善を図るため、税理士（法人で委嘱し毎月来所）と共に経営状況について分析を行い、リーダー会議で業務の実効性の向上に向けて協議を行っています。また職員処遇の改善のため、資格手当や住居手当の引き上げなどを定期的に行い、労働時間を確認し、職員アンケート結果等からサービス残業の改善にも努めています。		

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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 中長期計画（令和3年度改訂版）で、人事確保（採用、定着、育成）についての厳しい現状を分析し、課題を明確にして解決のための手段、方法、実施時期を明記しています。 また、利用者の高齢化、重度化に対応するため、看護師体制を3名体制に強化する計画となっており、令和6年度に実現されています。 職員採用は、法人ホームページの求人サイトや縁故採用・ハローワークの採用活動だけでは難しいため、職員の定年を現在の60歳から65歳まで延長しシニア層を活用することや外国人労働者の採用も検討されています。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	㉠・b・c
＜コメント＞ 人事考課は3階層（一般職、指導職、管理職）に分けてキャリアパスシートに、個人目標や組織目標（全職員共通）及び希望を記載し、年2回の面接（施設長が行う一時面接及び施設長の他に理事長、事務長、支援課長を含めた二次面接）を行って、賞与や昇給に反映しています。 職員へは、各部署の主任が成果や成長が認められる点やキャリアパス評価を踏まえた今後の課題をフィードバックシートに記入して本人に返すようになっています。 理念や基本方針に基づく「期待する職員像」は、入職時のオリエンテーション資料に“組織人としての基本意識と行動基準”として9項目が明示されています。職員自己評価に「伝わっていない」との声もありますので、事業計画等にも記載される方が良いかと思われます。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 職員の労務管理については、職務分掌で施設長、事務長、支援課長を責任者とすることを明示しています。職員の就業状況や健康状態についても把握する体制ができており、特に有給休暇の取得促進や残業時間の削減によるワークライフバランスを重視した取組に力を入		

れています。 快適な職場環境の整備を活動目的とした安全衛生委員会では、職員へのアンケートをもとに腰痛健康診断やストレスチェックを実施し、更に個別相談・面談により職員の心身の健康と安全確保に努めています。また業務改善アンケートによる職員の要望を労働環境改善計画に反映するなど働きやすい職場づくりに取り組んでいます。なお、法人ホームページにも“働きやすい職場環境づくりへの取り組み”を公表しています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 事業計画書に【パーパス（目的）】や【ビジョン（目指すべき姿勢）】【ミッション（使命）】【バリュー（価値）】を記載し、あるべき職員像が明示されています。 職員は一人ひとりがキャリアパスシートで、組織目標及び個人目標を記入し、年2回の施設長面談で進捗状況を確認し、アドバイスを受けています。 新人職員については、入職後1カ月間は週間単位で育成チームが育成ノートによるやりとりや面談を行うなど力を入れています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 研修育成委員会の活動目的（方針）に、法人が目指す職員像に基づき、職員育成の充実を図ることやオンライン研修を取り入れ、職員のモチベーションアップや個々の学ぶ機会、チームワークを構築することを掲げています。事業計画書に記載した6項目の行動指針の中で“学びと成長”を掲げています。この行動指針に基づき研修育成委員会で、年間の内・外部研修やOJT、Off-JTの推進、新人育成プログラムも委員会を中心に企画、実施され各研修記録とともに、教育・研修の評価、見直しを実施しています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 職員一人ひとりの専門資格取得状況や研修受講記録の管理により、個人の研修・教育への取組体制は確立しており、職員の経験年数や資格取得状況に応じて、外部研修・資格取得研修の奨励や研修費用の負担等バックアップ体制も行われています。 また、職員一人ひとりの経験や習熟度、期待する役割などに応じて、成長できる職位・配置を与え成長できる体制（キャリアパス）を整えています。		
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。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 実習生受け入れマニュアルにおいて基本姿勢を示し、受け入れ時の具体的手順を定め、積極的に取り組んでいます。 実習生の研修に当たっては専門資格を持った職員が指導者養成研修を受講した上で、学校側と連携したプログラムに沿って実施しています。実習生等の受け入れは研修育成委員会が担当しますが、相談支援部門でのソーシャルワーク実習は、天草市においては社会福祉協議会と当施設のみで実施されています。24日間ソーシャルワーク実習を行った大学の社会福祉学部学生の感想や実習指導を受けている様子は、広報誌の中で写真を付け掲載されています。今後も実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に積極的に取り組みたいとしています。		

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
<コメント> ホームページで理念・基本方針をはじめ、提供する福祉サービスを分かりやすく紹介しています。 情報開示にも積極的に取り組み、財務情報全般・事業計画や報告・第三者評価の受審結果や苦情・相談体制と解決状況、当法人の運営方針を公表しています。 施設の事業や利用者の活動を伝える広報誌「なんかい」はホームページに掲載するほか、関係機関や諸団体へ配布し、さらに天草市の広報誌とともに地元町内の全世帯へ配布しています。		
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
<コメント> 長年の施設運営を通して、事務・経理・取引等に関して各規程やマニュアルが整備されています。職務分掌で職員の権限や責任について明確にされ、職員に周知されています。また年2回の監事による内部監査や外部の税理士による定期監査で指導・助言を受け、職員への報告を行うとともに業務の運営・改善に取り組んでいます。		

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
<コメント> 理念で“施設は隔離された特殊な世界ではない、地域社会の一部である”と謳っており、基本方針で“地域の中での普通の「暮らし」”“地域に根差した施設”と明示し、職員にも浸透しています。 イベント委員会で毎年様々な行事や地域資源活用の行事計画が立てられ、実施されています。特にふるさと祭や運動会への参加、年末の餅つき大会、年始のどんどこや、施設広場でのマルシェの開催、地元の保育園児・小学生の来訪など、地域の人々との交流が定着しています。また利用者アンケートをもとに要望に応じた社会資源や地域の情報提供による買い物や日帰り旅行・宿泊旅行・さまざまなレクリエーション活動などに活発に取り組んでいます。		
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。	㉠・b・c
<コメント> ボランティア等の受け入れに関しては研修育成委員会の中で、担当者を配置し学生実習、ボランティア受入れが行われています。整備された受け入れマニュアルの中には、趣旨・定義・目的のほか受け入れ時の手順等が記載されています。 コロナ禍により受け入れ実績が減少していますが、ラーメン店の出張サービスや音楽イベント、老人会による読書会や遊びの提供、地元中学生の福祉体験など定期的なボランティア受入れを通じ利用者との交流が行われています。 特にラーメン店の出張サービスは長年支援が得られており、利用者は外食で食べるラーメンとはまた違った味を楽しみにされています。 能登半島地震災害支援に参加した職員（看護師・相談支援専門員）からは、先方の受け入		

れ姿勢をはじめ多くの学びを得た事などが広報誌でも紹介されています。今後、ボランティア受入れに関わりが少ない職員への共有に繋がっていくことが期待されます。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 関係する機関や団体先を記載したファイルが備えられており、必要な関係機関については連絡方法等のマニュアルもあり職員にも周知されています。関係機関との定期的な各種の連絡会でネットワークの構築を図り、共通の課題に対処しています。また職員には職員会議で関係機関や連携内容についての説明も職員会議で伝え具体的な取組に活かされています。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 施設長は天草地域自立支援協議会の副会長をはじめ県や市の障がい者施設協会の要職に就任し、また複数の職員も各協議会等の委員として各会合に参加し、地域の福祉ニーズの把握や課題解決に取り組んでいます。 地域の活性化を目指す地区振興会の福祉部会に施設長が参加し、地域の福祉課題への取組に努めています。また今年8月には、来年度から義務化される地域連携推進会議を天草地区で初めて設置し、会議を開催するなど、地域福祉向上へ地域との連携・交流の強化に取り組んでいます。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 法人定款の第2種社会福祉事業の中で、“生計困難者に対する相談支援事業の経営”を定め、事業計画でも“地域における公益的な取り組み”として、生活困難者へのレスキュー事業に取り組んでいます。 県社会福祉法人経営者協議会からの依頼で、公的支援へのサポート決定までの生活援助を行っています。また地域コミュニティの活性化・まちづくり・地域防災のための地区振興会に参加し、地域ニーズを把握するとともに健康福祉関連の行事やイベントへの協力や移動が難しい地域高齢者の方のサロン（公民館）への無料送迎サービスなど地域に還元する取組を積極的に行っています。		

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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 法人の基本理念に“施設の主人公は利用者である。”と明記し、基本方針でも“利用者のための施設”を冒頭にかかげ、開設以来、利用者尊重の姿勢を第一とする土壌が定着しています。 本年度の事業計画書においても、その冒頭で～スタッフの皆さんへのメッセージ～として不断の努力で「利用者のための施設（利用者本位）」の実践が述べられています。また職員		

朝礼で日本知的障害者福祉協会（以下「協会」）制定の倫理綱領や行動規範の唱和や定期的な人権や権利擁護に関する研修・勉強会を実施するなど、職員全員で利用者尊重への取組が行われています。		
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。	㉑・b・c
<コメント> 協会の行動規範にある“利用者に対するプライバシーの侵害”項目の唱和や職員アンケートによるチェックリストでプライバシー確保の業務改善検討会の実施、研修など日々取り組まれています。また、住環境設備やカーテン、パーティションなどプライバシー保護に配慮した方針も家族会で説明されています。		
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。	㉑・b・c
<コメント> 法人ホームページや施設パンフレットで、理念、基本方針をはじめ、写真を使って、施設概要や職員及び利用者を交えてサービス内容を分かりやすく紹介しています。 また、天草圏域の福祉事業所総合パンフレットや県知的障がい者施設協会のホームページにも掲載し広く情報を発信し、利用希望者の施設見学や入所体験受け入れも積極的に行い、相談支援事業所での相談支援も充実しています。		
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。	㉑・b・c
<コメント> 当施設の利用開始にあたっては利用者の自己決定を尊重しており、重要事項説明書や法人のパンフレット等で本人、家族等へ説明しています。特にパンフレットは写真で利用者の日常を紹介し、絵や図で利用の流れや施設内のフロアマップ等を掲載しており、手に取ってみる事が出来る分かりやすい資料となっています。 サービス内容の変更についても利用者の意向を尊重し、意思決定の難しい方への配慮等についてはルール化されたものではありませんが、相談支援員が過去の状態や表情、職員から見た本人の様子、家族等からの聞き取りから総合的に判断し、本人本位となるようにしています。特に医療行為が必要になった場合には、看護師等の専門職との検討を経て医療機関への入院により必要な支援が受けられる体制をとっています。利用者にとってはこれまでの生活が一旦中断されることが不安であり、担当者は利用者の気持ちに寄り添いながら、分かりやすい説明を行なっています。		
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・㉒・c
<コメント> 当施設の受け入れと同様に他事業所等への移行についても利用者、家族等の意向を最優先としています。利用者、家族等との話し合いから希望を聞き取り移行先の事業所と連携しながら体験の機会を設け、利用者が安心して新たな生活をスタートできるよう支援しています。相談支援員やサービス管理責任者が主導して情報は全職員で共有し、利用者がこれまで同様にサービスを受けることが出来るよう移行先へ情報を開示しています。 これまでに家庭や地域移行の事例はなく、他の事業所への移行と同様にマニュアルは策定されてはいませんが、施設長はその必要性を認識しており、現在担当部署と協議し移行に関わるマニュアルの策定に取り組んでいます。また、利用者が新たな事業所に移行後も相談事に応じいつでも来所できる旨を口頭で伝えていますが、今後は組織として利用者、家族等が移行後も安心して相談できるよう、担当者や窓口などを明記した文書の作成が必要と思われる。		

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
＜コメント＞ 作業室を会場として月1回開催する自治会では、各委員会からの伝達事項を発信し、食事や外出先等（旅行や買い物支援）について利用者の意見を収集しています。利用者から出された意見は各部署で検討し、支援に反映させています。 利用者や家族等へ向けた満足度調査は定期的の実施し、日常生活の支援や職員の対応、健康に関する事等について忌憚のない意見を引き出し、サービス向上委員会で集計の後利用者支援につないでいます。また、嗜好調査を行う際には個別に担当職員が質問内容を分かりやすく説明しながら傍で聞き取ったり、調査票には写真を付けて主食を選択してもらう等、利用者が答えやすい方法を工夫しています。調理スタッフが充実していることも利用者の満足度につながり、食形態や食器、スプーン等に至るまで個々の状態や使い勝手を見ながら利用者に必要なものを提供しています。利用者や家族等のアンケートからも施設の食への関わりが窺えます。		
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
＜コメント＞ 利用開始時に重要事項説明書等を通じて利用者、家族等に苦情解決の体制について説明しています。苦情解決の責任者及び受付担当者、外部有識者による第三者委員の存在を明らかにして館内の掲示コーナーで来訪者に向けても発信しています。利用者には苦情解決の仕組みそのものが分かりづらく、引き続き工夫を重ねたいとしており、第三者委員についても大きく表示するなど検討の余地があると思われます。 利用者や家族等から出された苦情については記録に残し、職員に周知するとともに解決に向け取り組んでおり、年2回開催する第三者委員会で報告し、案件によっては行政へ報告して施設の透明性を図っています。		
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
＜コメント＞ 毎月開催する自治会では施設の行事や外出先などについて利用者の要望を収集、確認し、個人的な質問等にも応じています。利用者に向けた満足度調査や嗜好調査は質問内容や選択方法を工夫し、利用者が回答しやすいものを作成して思いを汲み取り、個別の相談や意見があればいつでも職員の誰でもが対応できることを伝えており、今後は同内容を文書に明らかにしておくことも必要であると思われます。 他者に気兼ねなく話せる場所として相談室を1階、2階双方に設けていますが、職員側から個別に伝えたい事柄についてもその場で話すようにしています。 職員は表現困難な利用者には意思決定ガイドラインに沿って対応し、内容の見直しも行われています。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 利用者が何時でも職員の誰にでも意見や相談事を話せる体制としており、職員は利用者の声を受け止め記録に残すとともに、直ぐに対応できるものについては速やかに解決案を利用者に提示しています。しかしながら相談事の中には利用者同士の関係性や居室の問題等も含まれ、解決は難しいようです。解決に時間を要したり解決そのものが難しい場合等には、利用者への経過報告と今後の対応について説明し安心してもらうこととしており、職員は時間		

をかけて支援するようにしています。		
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。	㉓・b・c
<コメント> 各部署のリーダーで構成するサービス向上委員会を中心に、安全衛生委員会及び虐待防止委員会が主体となりリスクマネジメント体制を整えています。サービス向上委員会は職員からあがったヒヤリハットや事故報告をもとに職員と情報を共有し、事故発生の背景や改善策、再発防止策を検討し、類似事故を起こさないようまずはヒヤリハットの提出を求めています。 令和6年度の事業計画にはサービス向上委員会の活動目的に事故やヒヤリハットの速やかな対応を位置づけ、再発防止を図ることをあげています。		
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。	㉓・b・c
<コメント> 施設長を委員長として感染対策委員会を設置しています。施設内では日頃から感染症対策に取り組み、手指消毒や必要に応じてマスク着用を徹底し、利用者の体調管理に努めています。施設内研修で看護師を講師として感染症対策実務研修を実施し、食事提供に関わる職員の意識向上と食品及び調理器具、備品の衛生管理が行われています。 B C P（事業継続計画）策定により新型インフルエンザやコロナ感染症などの発生時における業務継続計画をまとめ、職員の経験から改善点についても速やかに見直しを実施しています。		
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。	a・㉔・c
<コメント> 防災・防犯委員会における年間事業計画には、職員や利用者が人命を守るための行動が出来る様に定期的に避難訓練を計画し、防災への意識を高めるよう努めるとしています。毎月、何らかの訓練及び研修会の開催、設備会社による点検等が計画されており、消防署の指導による救急法の講義や、年1回地元消防団との合同訓練が実施されています。11月の災害訓練では2階の利用者が避難口から滑り台を使い、実際に避難を体験しており、簡易担架の作り方や消火栓の出し方、消火器の使い方等についても実践しています。災害用の備品はリストをもとに倉庫で管理し、食備蓄については調理室等で準備していますが、備品や備蓄に何がどれほどあるかなど保管場所と合わせて職員に周知されることが期待されます。 地域の警察署とは防犯講習会を年間計画に入れたり、施設の餅つき大会に尽力してもらう等協力関係が構築されており、今後も昨今の社会事情等を考慮して、防犯対策に指導や助言を得る様な機会をもたれることを期待します。		

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。	㉓・b・c
<コメント> 福祉サービスの標準的な実施方法については利用者の生活に必要な日常的な支援方法についてその基本となる手順書を施設では「サービス基準書」として活用しています。基準書は新たな入職者の育成にも活用されており、統一したサービスの提供に努めています。標準		

的な実施方法と相補的な関係にある個別の福祉サービスには入浴支援についても皮膚疾患のある方や毎日入りたいと希望する方には毎日提供する等、個々の状況や要望等に応じ、個別性に配慮した対応を行っています。 標準的な実施方法については同じ方であってもその日の状況で支援方法が変わってくる等、マニュアル通りにいかないことも認識しています。利用者に接する際の尊厳やプライバシーの姿勢については、行動規範の中に明らかにしています。		
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
＜コメント＞ 福祉サービスの標準的な実施方法について半期ごと（9月、3月）に実施する個別支援検討会議で検証、見直しを行っています。日々の支援で気づいた利用者の現状にそぐわない点等があればその都度責任者に報告するようにしています。職員は2～3名の利用者を担当し、見直しにも参加しており福祉サービスの質に関する職員自身の共通意識を育てることに繋がっています。内容の変更や追記事項等があった際にはその都度改定を行い、職員間で共有を図っています。		
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
＜コメント＞ 個別支援計画策定の責任者をサービス管理責任者としています。毎月のケース会議で個別の情報を共有し、アセスメントの見直しが行われています。計画作成には施設長やサービス管理責任者（2名）をはじめ生活相談員、管理栄養士や看護師、担当職員等多職種の専門分野と連携し利用者のニーズや必要な支援を具体化して立案しています。 半期ごとに個別の検討会を実施し、支援計画に基づきサービスが適切に行われているかを確認する仕組みを構築していますが、その間に限らず利用者の状況が変化した場合等にはその時点で関係者との話し合いの場を持ち、支援計画書の見直しを行っています。		
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
＜コメント＞ 個別支援計画書はアセスメントや利用者のニーズを反映して適切に策定されており、半期ごとの検討会議で評価、見直しを行っています。検討会議には利用者自身にも参加を促しながら、利用者の話を聞き取りこれまでの目標の妥当性や具体的な支援内容についてその有効性を検証し、内容の変更については利用者の同意を得て対応しています。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 日々の記録はソフトを使ってパソコン上で行い、全職員が共有できる状態にしています。データベースでの管理が多いことから、支援の変更などについては朝礼での発言や他職員への協力依頼をしているとの職員意見があり、口頭による細やかな情報の発信は個々の利用者への職員の観察力と支援の継続性に重要であると思われます。 記録方法は内容や書き方について勉強会を開き、利用者の情報が的確に記録され職員間で共有化が図られるとともに、個別支援計画の評価・見直しを行う際の基本情報となります。職員も記録の統一については難しい問題であるとしながらも課題意識をもって全員で取り組んでいます。		
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

＜コメント＞

記録物はパソコンの電子データで管理しており、個人情報保護に対する管理体制のもと職員が自由に見る事が出来ています。個人情報保護については利用開始時に本人・家族等に説明の後文書を交わしており、情報漏洩については十分な体制で臨んでいます。記録管理の責任者を施設長とし文書の保存年限を、永久保存・10年保存・5年保存・3年保存と文書によって保管・保存の期間を定めています。

＜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		
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
＜コメント＞ 基本理念「施設の主人公は利用者である」基本方針「利用者のための施設」は職員に周知徹底され、運営の基本姿勢には「知的障害のある人たちが、人間としての尊厳が守られ、豊かな人生を自己実現できるように支援すること」が責務であることを冒頭に掲げ、全職員が志を持って日々利用者支援にあたっています。 意思決定支援責任者（2名）を配置し、利用者の自己決定を尊重した個別支援計画に沿った支援を重視しており、趣味活動をはじめ衣服や理美容、嗜好品など利用者の希望や個性が尊重され、「好きな衣服を選んで購入している！」と上下服や足元の靴、ソックスを好みで統一されたスタイルを嬉しそうに披露される利用者もおられました。 生活委員会の中に散髪計画や衣類の購入、枚数調査など細やかに担当職員が配置されており、利用者調査票には全員の方が「本人が行いたいことをよく聞いてくれる」と回答され、「髪形や衣服も本人の希望を聞きながら、時には選択肢を投げながら支援されています」等の意見が記されていました。自己決定を尊重した支援を難しく語らず、職員間でも「利用者さんに聞いてから！」が日常の場面に表れていることが聞き取りからも確認されました。 生活に関わるルールについては、主に自治会を中心に利用者同士が話し合う機会をもち、必要に応じて職員がサポートされています。		
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
＜コメント＞ 利用者の権利擁護、虐待防止対応に関する規定を整備し、利用者の権利擁護に関する取組が徹底されています。 施設長を委員長（虐待防止対策責任者）と定めた虐待防止委員会や虐待防止小委員会を設け、委員長（虐待防止担当者・虐待防止マネージャー）や副委員長（虐待防止受付担当者）、その他、虐待防止サブマネージャーを施設や通所センター、相談支援事業所に配置し全職員が委員会の役割や取組内容を理解できるよう研修会等で周知を図り、法人の一員として日々の支援にあたっています。 虐待防止にかかるアンケートやチェックリスト等の実施をはじめ、権利侵害と防止、早期発見への具体的な取組が聞き取りや書類からも確認されました。利用者や家族へは主に事業計画書を通し、施設の取組や従事者による虐待を発見した場合の通報先も書類に記されています。 拘束による弊害を十分認識したうえでやむを得ず足の傷口保護のため医師の意見によりつなぎ服を着用した例や転倒防止のために足元センサーを使用する場合は家族にも居室を見てもらい使用に至っています。これらへの取組は家族等への説明と了承のもと行われ、必要に応じた経過報告がなされています。		

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
＜コメント＞ 利用者の心身の状況、障害の特性、生活習慣、希望する生活等をアセスメントし、一人ひとりの自律・自立に配慮した個別支援計画を作成しその計画に基づいたサービス支援を実施しています。利用者が自力で行えることは出来る限り声掛けや見守りに徹し、困難な部分のみサポートする事を共有しています。 個別支援計画やリハビリ計画書など様々な委員会や多職種が連携をして利用者支援にあたっていることは、書面や聴き取り、職員自己評価からも確認されました。また、居室や施設内見学の際、個々の身体状況や希望に応じた歯ブラシの保管方法、利用者が衣服を整理できるよう、ハンガーラックを利用した整頓などが確認されました。 金銭の自己管理が出来る利用者へは本人による小遣い帳への記入を促しています。また、利用者の預り金については事務員1名が担当しています。 利用者のサービス申請・更新、各種行政手続き代行等については、総務・財産、統括関係部署の中で詳細に内容を分け施設長や事務員等を担当者として配置し、必要に応じて適切に対応されています。		
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
＜コメント＞ 利用者の心身の状態に応じた声掛け、コミュニケーションにより安心して日常生活を過ごせるよう努めています。特に個別リハや余暇の時間にコミュニケーションを図る事を意識して関わっています。意思伝達に制限がある方には表情やしぐさ、普段の関わりから察し対応する他、必要に応じてイラストや写真、ボードを使用したりジェスチャーでの対応も行われています。 今後は表情やしぐさから察しにくい利用者など個別のコミュニケーション手段の確立に引き続き努めていきたいとしています。		
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
＜コメント＞ 利用者の意思を尊重する支援は重要であり、法人では意思決定責任者2名が配置されています。利用者が職員に話したいことは改まった機会だけではなく、普段からいつでもどの職員にでも話して欲しいことを伝えており、個々に応じた場所や時間で対応しています。 利用者主体の自治会、個別支援計画作成時のアセスメント、委員会への参加等も希望や意向を日常的に話せる機会と捉えて取り組んでいます。 相談内容についてはサービス管理責任者と支援員、看護師、栄養士、理学療法士など関係職員と検討、共有を行い個別支援に反映させています。今後も意思表示や伝達が困難な利用者の相談支援への取組や本人の訴えがなるべく実現できるよう、相談内容に応じて地域の関係機関との情報の共有や連携等に努めていきたいとしています。		
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
＜コメント＞ 個別支援計画に基づき、利用者の状態や意向に沿った日中活動が提供、支援されています。活動内容は学習・レクリエーション委員会が中心となり、利用者の意向や昨年度の反省を踏ま		

えながら毎月、カレンダーや壁面の作成、レクレーション（花見・ファッションショー・ビアガーデン・スイカ割り・仮装パーティ等）を計画し実施されています。また、カフェの開催や、映画・音楽鑑賞、書道や生け花クラブの実施と作品展示は利用者の励みにもなっています。2階の談話スペースなどには書道をはじめペン画などの作品が掲示されており、来訪者も足を止めて見られ、職員へ質問されることもあるようです。 飲食店や娯楽施設、衣料品店をはじめ地域資源についてはチラシや雑誌、インターネットから得た情報などを日中活動の中で紹介し、必要に応じた利用者支援を行っています。またイベント（天草ハイヤ祭り・愛藍フェスタ等）については、ポスターの掲示や朝礼、自治会などで情報提供がなされています。		
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
〈コメント〉 理念・基本方針に沿って利用者一人ひとりの障がいに応じた適切なサービスの提供のために、障がいに関する専門知識の習得と支援の向上を図るために、施設内研修の企画と外部研修への派遣が行われています。 支援の難しい利用者に対しては、職員間で意見を出し合い支援方法をその都度試みており、利用者間のトラブル等が生じる場合には、パーティションを使用したり静かな場所へ誘導する等環境設定を行っています。 強度行動障害支援者養成研修（基礎）を生活支援員として働く全ての職員への受講を計画し進めています。		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧	A-2-(2)-① 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。	㉐・b・c
〈コメント〉 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援に委員会や関係職員が連携して取り組んでいます。 食事・・給食委員会では利用者の健康状態や高齢化などに応じた適切な栄養管理を行い安心・安全な食事支援を提供するとともに、利用者の要望に沿った給食の提供を目的とすることを活動目的（方針）に掲げています。 利用者の嗜好は嗜好調査の他、自治会や給食委員会に参加した利用者の意見をもとに、旬やなるべく地元産の食材を仕入れ、毎月行事食（バイキング、複数献立等）が計画されています。 また個々の嚥下力に応じた食形態を必要とする方には早めに食事を開始しゆっくり関わるようにしています。苦手な食材、アレルギーのある方には代替え食を準備したり、カレーのルーとご飯を別に盛る要望など個別に対応されています。利用者のその日の食事の満足度は残菜だけではなく、食堂内の様子は厨房からも良く見えることで食の進み具合が確認できています。また、検食者だけではなく同じ食事を摂る職員も多く、思いを共有しながら気づきなどを厨房にあげています。 工夫された食事は楽しみとなっており、利用者調査票に回答された全員の方が施設の食事は美味しいと記され、「日々元気に過ごしているのはきちんとした食事内容だからだと思います。」「食事は楽しみにしているようです。食べやすいように工夫してあり見守りもしてもらっています。」「施設の中での調理であり安心でき、熱いうちに食事が摂れていると思います」といった家族等のコメントもありました。 入浴・・入浴は基本的に週3回の支援としていますが、毎日の希望や発汗、汚染など状況に応じてシャワー浴も併用しながら清潔保持に努めています。浴室には大浴槽やリフト、座シャワーが備わっており、利用者の身体状況に応じ支援されています。 拒否をされる方には時間を置いて再度声掛けをしたり、翌日に変更する等無理強いせず		

職員が工夫しながら、他の方と同様週3回の支援に努めています。浴室は清潔に管理され、皮膚疾患等で塗り薬が必要な方への支援として、共有に繋がるプリントがイラスト入りで掲示されています。今後は入浴の楽しみを更に持ってもらうよう入浴剤・香り等の取組も工夫して取り入れたいとする意見が聞かれました。

排せつ・・日中は布パンツ、夜間はオムツやリハビリパンツなど身体状況や時間帯に応じた排泄用品の検討を行い、トイレの回数が多い利用者は、トイレに近い部屋配置を考えられています。トイレ内は定期的な掃除と職員が汚れに気づいた時や利用者からの訴えがあった際には速やかに対応しています。ポータブルトイレについても使用の都度掃除をする他、本体も月1回は徹底して洗浄等を行い気持ちよく使用できるようにしています。

移動・移乗・・利用者の心身の状況に応じた移動・移乗については、PTの指導やアドバイスを受けながら支援されています。また、移動・移乗に妨げになる物はないか等施設内・外の安全確認や車いすは午後からの消毒、拭き上げにより清潔に管理されています。

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。	㉑・b・c
----	---	-------

<コメント>

利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境の確保については、サービス向上委員会をはじめ、環境美化委員会、生活委員会が中心になって活動目的（方針）に沿い毎月の計画や通年を通して取り組まれています。

サービス向上委員会では主に満足度調査を通して、利用者の満足度や苦情、要望等を受け付け生活環境の改善につなげています。

環境美化委員会では建物内・外の掃除と管理を行い、利用者の快適で清潔な居住空間の確保と質の向上に努めると共に、職員の働きやすい環境整備を行うことで、利用者・職員の満足度向上に繋げることを目的としています。毎日の掃除は用務員が中心に行っていますが、環境美化の日を設けて日頃出来ない部分（居室・食堂・ホール等）を徹底しています。利用者が外出時などに使用する法人車両についてもこの委員会で管理されています。

生活委員会では季節に応じた寝具の調整やカーテンクリーニング、衣類枚数調べ、シーツ交換等や必要な方のみ冬季に使用する湯たんぽについては、天日干し後に片付けることなど細やかな対応が明記されています。衣替えについては家族の協力を得ながら取り組んでいますが主に担当職員が行い、不足などがあれば報告しています。

2階建てのゆとりのある施設建物内の居室や食堂、浴室、トイレ等は清潔で適温に管理されており、手入れの行き届いたグランド等委員会だけではなく全職員が安心・安全に利用者が過ごせるよう心配りされていることが職員自己評価などからも窺えました。環境への配慮は利用者への尊厳にも繋がるものであり、継続した取組が期待されます。

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。	㉑・b・c
----	---	-------

<コメント>

利用者の自律・自立生活と社会参加を通じた自己実現をはかるため、機能訓練・生活訓練についてはADL向上委員会が中心になって、「個々に応じたりハビリ運動及び口腔ケアを専門職（理学療法士、歯科診療）のサポートや指示を受けながらメニューを作成し、日常生活の中で残存能力を生かした支援を心掛けADLの質を維持向上させること」を活動目的（方針）に掲げています。

4月には理学療法士（PT）による体力テストからスタートし、リハビリ対象者のリストアップから対象者に応じたメニューの協議・作成に取り組んでいます。PTは週1回施設を訪問し、アセスメント（個別の身体機能や能力の把握）、実施スケジュール作成、実施・評価・検証等の他、職員へのリハビリ助言・指導を行っています。

リハビリと並行してフィジカルトレーニング（毎月の誕生会後のフィジカルゲーム・レベ

ルに応じたダンス、車いす利用者には適宜マッサージ等)、歯科医師や衛生士の助言等に基づいた口腔ケアや毎食前の口腔体操・マッサージなどが実施されています。 A D L向上委員会記録によるリハビリ確認表は詳細で、個々に応じたリハビリ、口腔ケア、重度化の予防、A D L向上に資する充実した内容であることが職員自己評価や聞き取りからも確認されました。		
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
<コメント> 基準以上に配置された看護師を中心に支援員、栄養・給食担当職員が連携を図りながら、さまざまな場面を通じて、利用者の健康状態の把握に努めています。バイタルチェックは午前と午後の他、体調がすぐれない方や利用者によっては3~5回測定されています。食事摂取や排泄、入浴時の皮膚疾患状況等健康状態の把握に努め、気になる点は医務への報告の後、必要に応じて嘱託医へ連絡し、指示・指導を受ける体制がとられています。 職員からは嘱託医の配置や3名の医務体制、支援員にも看護師(正・準)資格保有者がいることは心強く、利用者、家族等の安心につながっているという意見が聞かれました。 普段から健康管理については利用者や家族等からも相談を受けており、年2回実施される健康診断の結果は看護師より利用者へ伝えられています。また、食前、食後の口腔ケアや給食委員会では栄養状態等から利用者の健康状態の把握につながる取組が行われています。 利用者の障がいの状況に合わせて、リハビリやラジオ体操、施設内やグラウンド(1周200メートル程)のウォーキング、外出などを支援しています。訪問当日も定時にラジオ体操が流れ利用者と職員も一緒に取り組む姿や、手入れの行き届いたグラウンドをウォーキングしたり、職員と椅子を並べて日光浴や身体を動かす利用者の姿が見られました。 利用者調査票には全員の方が、日頃からからだの調子を聞いてくれると回答され「毎朝身体の調子を聞いてくれます」「健康面での細かい気配りが大変うれしく安心できます」「支援員、看護師さんの見守りで異変にもすぐに気づいてくれ対応くださいます」など、利用者本人や家族等からのコメントが記されていました。		
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
<コメント> 利用者の生活、暮らしの場、また終の棲家としての機能の充実を図るため、嘱託医と連携し利用者の健康管理及び生活の質の向上に努めることとしています。 内服薬・外用薬については医務室で規定に沿って安全に管理され、誤薬防止のためのマニュアルを共有し、服用時は2名の職員の確認を経て利用者へ提供されています。また、入職時には看護師による服薬を含めた指導が行われています。誤薬が発生した場合は再発防止策を検討し、報告書を作成しています。引き続き誤薬ゼロへの徹底に職員の意識を高めたいとしています。 慢性疾患のある利用者は日々嘱託医へ報告や相談を行い適切な支援につなげています。また、吸引等が必要な利用者がある際は、看護師が1名勤務する体制に努めています。 ここ数年コロナという未知の感染症により当施設も対応に苦慮した経験から、特に感染症予防等に係る業務は医務で、感染症対策についてはサービス向上委員会を中心に、嘱託医への相談や指示を仰ぐ他、行政と連携を図りながら新型コロナウイルス感染症の他、インフルエンザ、ノロウイルス、感染性胃腸炎等の発生、感染状況を把握し感染予防措置及び、感染発生時の対応策を協議する事を活動内容にあげて有事に備えることとしています。また、研修育成委員会により感染症対策研修も年間計画に含めています。		
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

＜コメント＞ 社会参加、学習支援については、学習・レクレーション委員会が中心になって年間事業計画や個人支援計画に沿って実施されています。書道や生け花クラブの開催、暑中見舞い、年賀状の準備、餅つき、どんどやなど日本ならではの慣習に触れたり、地域資源を活用しドライブや外食、買い物や理美容支援、旅行なども定期的に取り組んでおり、地域交流やイベント（牛深ハイヤ祭り、愛藍フェスタ他）にも参加しています。また生活委員会は保護、援助、訓練の総合的な配慮のもとに基本的な諸要素を体得し、社会適応能力を高めることを活動目的（方針）に掲げ、その中の一つに毎月調理実習が計画されています。エプロンや三角巾を身に付け、フライパンや鍋を前に満面の笑みで菜箸を使いつぎ分ける利用者の姿などが写真で紹介されています。重度高齢化が進んでいる現状の中、これらの支援が以前に比べ難しくなっているようですが、可能な取組の継続や新たな支援についても工夫をしていきたいとしています。 買い物学習支援として、年2回衣料品やスポーツ用品など地元商店による販売の他、自販機の使い方を学んだり、利用者が最も楽しみにされていた「お菓子販売」は長年協力くださった菓子店の廃業に伴って令和6年から、月1回法人の通所事業所『あいむ』が引き受けており、お釣りとレシートを渡す、受け取るなど双方の社会参加、学習支援に反映されています。特に外出が難しくなられた利用者にとって施設内での企画は利用者の希望を叶える取組でもあります。利用者の聞き取りでは衣類販売会があることでお気に入りのメーカーの衣服やシューズを購入し着用できることを嬉しそうに話される方もおられました。これらの取組は広報紙でも写真を添えて紹介されています。 また選挙などへの参加についても可能な限り実施されています。		
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・㊦・c
＜コメント＞ 地域生活への移行に関する希望や意向の確認において、現在十分な取組には至っていませんが、地域生活に必要な訓練については、学習・レクレーション委員会の中で、金銭、文字、買い物などを計画したり、日常の家事（掃除や洗濯）、交通機関の利用など日々の活動を通して提供されています。 今後は配置された地域移行・日中サービス移行担当者2名を中心に、利用者本人や家族等にも意向を確認する他、様々な選択肢があることなど情報提供に努めたいとして、現在、地域移行に関するマニュアルの策定が進められており取組が期待されます。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 年4回発行される広報誌やパンフレット、ホームページを通して、法人や施設、利用者の活動状況等を知っていただき、安心と信頼を届けています。広報誌の発行については毎月、広報委員会の中で編集や反省、次回計画などが話し合われており、ホームページの内容に変更があれば、広報委員会により速やかに対応されています。 家族等へは総会や面談会の開催、定期及び必要に応じて健康面を含め近況等を連絡する他、質問や相談に応じながら信頼関係に努めています。また、家族等との関係が希薄な利用者に対しては双方に配慮した支援に努めています。 家族会とも連携を図りながら様々な家族参加型の行事やイベントが計画されており、家族等が施設に足を運びやすくする機会に繋がっています。また何時でも面会可能であること、面会の際は本人への連絡や対応職員等の点から事前連絡について申し添えています。 今回の利用者調査票には、「日頃から体調面など親切丁寧に電話連絡を頂いています」「施設での生活補助を見学する機会があり安心できました」「ライン交換ができるようになり、動画でいち早く本人の様子が見られて家族全員で楽しみにしています」といった家族等から施設への感謝とともに、生末を案じる内容も記されており、今後も日頃の関わりを大切に		

ながら家族等の思いに寄り添う支援が継続されることを期待します。

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
<コメント> 該当がないため表記していません。		

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
<コメント> 該当がないため表記していません。		
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
<コメント> 該当がないため表記していません。		
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
<コメント> 該当がないため表記していません。		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準 (Ⅰ～Ⅲ)	4 1	4	0
内容評価基準 (Ⅳ)	1 4	1	0
合 計	5 5	5	0