

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 つくしの里 (施設名)	種別：障がい者支援施設
代表者氏名：理事長 小川 眞司 (管理者)：施設長 松永 一博	開設年月日： 平成3年8月1日
設置主体：社会福祉法人 清和会 経営主体：社会福祉法人 清和会	定員：入所50名・生活介護60名・短期入所4名 (利用人数) 入所49名、生活介護75名
所在地：〒869-1231 熊本県菊池郡大津町大字平川400番地	
連絡先電話番号： 096 — 293 — 1550	FAX番号： 096 — 293 — 1579
ホームページアドレス	http://www.tsukushinosato.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、日中一時支援、生活困窮者レスキュー事業	秋の里祭り、クリスマス会、敬老会、餅つき大会、家族・後見人・施設情報交換会
居室概要	居室以外の施設設備の概要
入所：1人部屋3室、2人部屋29室 3人部屋1室	スプリンクラー、火災報知器、自動通報装置、消火器、防犯カメラ、個浴槽、介助用リフト、便座シャワー、訓練器具、大型洗濯機、大型乾燥機、汚物除去機、布団乾燥機

2 施設・事業所の特徴的な取組

10 の委員会から構成されたサービス向上委員会による活動から、利用者の権利を守り、意思や意見を尊重した生活が守られ、楽しみや喜び、安心や快適を感じる事が出来るよう取り組みを進めています。また、利用者への満足度調査を年に1回行い、意見を基に状況の改善に努めています。

3 評価結果総評

◆特に評価の高い点

1. 施設に対する利用者等や地域の理解を深めるため、情報公開が積極的に行われており、運営の透明性が確保されています。

○法人ホームページに理念や基本方針をはじめ施設の特色や事業計画、決算報告、定期的に受審している第三者評価結果及び毎月発行している広報誌（「里だより」）は、8年分前から載せられています。内容もそれぞれの職種や立場での投稿や委員会活動、研修、行事報告などが利用者の写真とともに掲載され施設が取り組んでいる様子が良く分かるようになっていきます。

また施設パンフレットを町役場に配置して誰でも手に取りやすくしており、SNSでも施設の日常を発信しています。

2. 法人の経営理念「地域社会に開かれ、愛される、信頼される施設」の実現を目指し、地域社会に根ざした施設運営を心がけ、利用者と地域との活発な交流を行っています。

○地域との密着方針が長年継続している施設は、特に地元小学校との繋がりには他に類を見ない密接な関係が続いており、利用者に元気を与え、小学生の温かい心を育てています。運動会での応援、学年ごとの児童との交流会、下校時の旗振り運動、卒業児童への利用者作品のプレゼントなど多彩な交流を行っています。

○施設の大きな行事である秋の里まつりには、多くの地区住民が来所し利用者との交流の機会になっています。コロナ禍で外部の参加を控えていたこの祭りも今年度は5年ぶりに地域の人々を招いて本来の形で盛大に開催されました。

この他にも地区行事どんどやや竹あかりへの参加など、地域との交流は利用者のQOL（生活の質）を高めています。

3. 利用者を尊重した福祉サービスの提供が行われています。

○法人理念に利用者尊重を明示し、5項目の倫理綱領（①生命の尊厳②個人の尊重③人権擁護④社会参加⑤専門的支援）を明示し、利用者に対する姿勢として「3つの約束」（①利用者が快適に過ごせるよう環境を整え、プライバシーを守る②利用者の気持や希望を大切にし、一人ひとりに合った支援を行う③笑顔で優しく接して分かりやすい表現で言葉を掛け合う）を定め、職員の行動規範とし、施設の廊下に掲示し、毎日の朝礼で読み上げ周知徹底されています。また毎月、利用者自治会（「どぎゃん会」）でこの約束が守られているか聞き取りを行い、全職員を対象とした虐待防止研修を実施しています。

各種マニュアルにも利用者尊重の基本姿勢を明記し、サービス向上委員会で定期的に利用者の権利が尊重されているか確認しています。

今回の訪問調査でも求められるサービスの基本が職員に定着し、一人ひとりに寄り添って支援できていることが、利用者の姿、様子から伺えました。

4. サービスの質の向上に向け真摯に取り組んでいる事業所です。

○今回で4回目となる第三者評価受審では配置された担当者（主任生活支援員）は、広報誌の中で第三者評価について、評価の意義や前回受審後の振り返り、家族向けアンケートの協力依頼などについて丁寧に説明を行なっています。また、前担当者と引継ぎを行い、前回同様評価機関との事前研修会や利用者自治会、情報交換会などの他、今回はサービス担当者会議など新たに施設の取組を評価機関に伝える機会を設けられました。また、今回の第三者評価受審も自身のステップアップや利用者サービスに繋げるためにしっかり自己評価に取り組むことが出来るよう、職員への説明や評価基準を縮小した冊子を全職員分準備されています。

今後も定期的な自己評価や第三者評価の受審が期待されるところです。

○自治会（「どぎゃん会」）の運営にあたっては利用者の自主性を尊重しており、毎月の会の開催の折には職員が利用者へ果たすべき役割（3つの約束）を唱和し、会が

利用者主体のものであることを位置づけています。会の進行や記録に利用者が率先して関わり、合間合間に職員が助言や提案を投げかけながら、利用者の主体性を尊重した貴重な話し合いの機会となっています。施設の一大行事である「秋の里まつり」をはじめ、敬老の日には地域の高齢者を祝う弁当の手渡し、開園記念祭や新年のカレンダー制作など盛り沢山の議題に、中には利用者が身を乗り出して自身の意見を発言されるなど、秋の行事やイベントに向けた利用者の生き生きとした表情が会の運営を支えています。

「どぎゃん会」での意見や要望はサービス向上委員会において、利用者が考え提案した生の声としてサービスの向上に反映されるなど、施設運営の一翼を担っています。

5. 食事支援が栄養管理に加え、日々の楽しみとなるよう様々な工夫がなされています。

○栄養面のバランスとともに食事が楽しみなものとなるよう、アンケート調査は年代別で集計する他、どぎゃん会や給食会議などで出された利用者の意見を反映して日々の献立やイベントメニューなどが決定されています。献立は食堂や廊下2か所をはじめ、班活動の場所それぞれに掲示されており、利用者が楽しみに確認されています。

和・洋・中華などの幅広いメニュー、正月や節句時などの行事食の他、昨年度は世界の料理、今年度はバイキング昼食会として毎月他国の料理やデザートなどを楽しむ機会が持たれています。その際食堂ホールは装飾担当職員が中心になり席の配置や飾りつけを行う他、流す音楽も韓国メニューの時は利用者の意見を取り入れK-POPを流すなどその時々で工夫されています。

○食事支援への取組は広報紙や家族等との連絡会をはじめ様々な機会でも報告しており、今回の第三者評価アンケートにも施設の取組がしっかり伝わっていることが窺えました。

食堂ホールと厨房は隣接している事から、楽しみに食堂に入る利用者の姿や食の進み具合、笑顔の表情などからも満足度が伝わり、栄養士や調理員にとっても励みになっているようです。

利用者にとって日々の手作り食は楽しみであり家族にとっても安心につながっています。食事摂取については見守りや介助など職員の支援が重要となります。今後もつくしの里ならではの食事支援の継続に法人全体で取り組まれることが期待されます。

6. 施設や利用者の思いが伝わる「つくしの里カレンダー」は好評で、年末の風物詩になっています。

○昨今では珍しい六曜（大安・仏滅など）や十干十二支（きのえ・ひのえなど）、農事歴などがついたカレンダーの表紙は、毎年「どぎゃん会」などで利用者の意見を聞きながら決定し版画作成され、委託先業者により植物油インキで印刷されています。

毎年テーマが決められ令和6年度は、コロナも落ち着き外出の機会も増え、食事に出かけた後「美味しかった」「いっぱい食べてきた」と話される利用者の笑顔も見られるようになったことから、『好きな食べ物』に決定し、10名程の利用者が描かれた絵

が採用されています。2024の数字を囲むようにお寿司やケーキ、スイカやバナナなどが配置されています。また、2025年度のテーマは「好きな〇〇シリーズ」第2弾として、年号と可愛らしくあしらわれた干支の巳を囲むように保護者の方の車や好きな動物・昆虫、飾り餅などが配置されています。

このカレンダーは保護者等や関係機関に手渡しや郵送などで年末に届けられていますが、「今年もかわいいですね!」「毎年楽しみにしています!」「六曜や十干十二支があるのがいいですね!」など口頭や電話で嬉しい言葉を掛けられるようです。施設長は「好きな〇〇シリーズ」のテーマから、利用者が好きなものは好きと言える環境の大切さ、支援現場において日常の中に利用者の「好き」が散りばめられると「楽しい」がもっと増えていくことなどを新年の言葉に寄せています。

◆改善を求められる点

1. 「期待する職員像」を明確にされることが期待されます。

○職員育成の取組は、職員一人ひとりが人事考課シートで半期ごとの目標を設定し、主任が面接し目標管理を行っています。しかし、全職員に示すべき「期待する職員像」が明示されていません。職員自己評価では「期待する職員像が分からない」との声も上がっています。

今後は、就職活動用のチラシに書かれている「求められる人物像」などを参考にして「期待する職員像」を制定され、中長期計画や事業計画に明記し、職員に周知さ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）

(R7.3.7)

今回、4回目の受審となりました。前回以上に、足を運んで、書面・聞き取りのみの審査ではなく、日常の支援や利用者さんの実態を見ていただきました。中長期計画において、定期的に第三者評価を受審し、その都度、改善する取り組みを行い、単年度の事業計画に落とし、毎年ブラッシュアップしていますが、職員周知及び全体での取り組みとしての課題も出てきました。また、中長期計画においても全体的に見直しを図りましたが、変化する社会情勢や外部環境の状況も踏まえ、詳細な部分を今後詰めていくようにします。

コロナ禍を終え、法人理念のもと、いち早く以前の体制に戻すため、まずは「開かれた施設」であるように取り組んでまいりました。評価結果をもとに、改善する点を明確にし、事業所全体で具体的解決方法を共有し、サービスの質の向上に努めてまいります。

(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 3月30 日～ 令和7 年 3月29 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：障がい者支援施設 つくしの里 (施設名)	種別：障がい者支援施設
代表者氏名：理事長 小川 眞司 (管理者) 施設長 松永 一博	開設年月日： 平成3年8月1日
設置主体：社会福祉法人 清和会 経営主体：社会福祉法人 清和会	定員：施設入所50名、生活介護60名 短期入所4名 (利用人数) 施設入所49名 生活介護75名
所在地：〒869-1231 熊本県菊池郡大津町大字平川400番地	
連絡先電話番号： 096-293-1550	FAX番号： 096-293-1579
ホームページアドレス	http://www.tsukushinosato.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、日中一時、グループホーム、相談支援、生活困窮者レスキュー事業	秋の里祭り、クリスマス会、敬老会、餅つき大会、家族・後見人・施設情報交換会
居室概要	居室以外の施設設備の概要
1人部屋3室、2人部屋29室 3人部屋1室	スプリンクラー、火災報知器、自動通報装置、消火器、防犯カメラ、個浴槽、介助用リフト、便座シャワー、訓練器具、大型洗濯機、大型乾燥機、汚物除去機
職員の配置	
職 種	常 勤
非常勤	資 格
常 勤	非常勤

管理者	1		社会福祉士	2	1
サービス管理責任者	2		介護福祉士	18	3
医師(嘱託医)		1	精神保健福祉士	2	1
看護師	1		看護師	1	
管理栄養士	1		管理栄養士	1	
生活支援員	29	17	保育士	7	1
事務員	3	1			
相談支援員	1				
合 計	38	18	合 計		

※ 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

【法人理念】

「自律と自由」：それぞれの自律にのっとった自由。

「畏敬と信頼」：お互いの信頼関係に基づく畏敬の念。

【経営理念】

「私達は地域に開かれた、地域社会に愛される、地域社会に信頼される施設であることを目指します。」

【サービス方針】

「私達は、誰からも満足いただける福祉サービスの提供・改善、情報の伝達に努めます。」

【基本方針】

利用者が、生きがい・喜びを実感し、充実した生活が送れるよう、利用者支援における満足度の向上、重度・高齢化対策、感染症予防、安心・安全のためのリスク管理等を実施する。

施設の設立経緯を慮り、利用者の暮らしを見つめ、利用者理解及び、援助者としての自己研鑽を深め、さらなる利用者支援の充実、質の向上に努める。また、社会福祉援助者としての価値を見出し、専門職としての円熟を目指す。

【スローガン】

『めくばり、きくばり、おもいやり、ありがとう』

3 施設・事業所の特徴的な取組

特徴的な取組

10の委員会から構成されたサービス向上委員会による活動から、利用者の権利を守り、意思や意見を尊重した生活が守られ、楽しみや喜び、安心や快適を感じる事が出来るよう取り組みを進めています。また、利用者への満足度調査を年に1回行い、意見を基に状況の改善に努めています。

清和会「つくしの里」特色

- ① 少人数での支援体制
- ② 恵まれた環境・施設設備
- ③ 地域交流
- ④ 施設広報紙「里だより」の発行
- ⑤ 事業所内LANネットワークの充実
- ⑥ つくしの里カレンダー作成

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年 3月 30日（契約日） ～ 令和7年 3月 29日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	4回（令和元年度）

5 評価結果総評

◆特に評価の高い点

1. 施設に対する利用者等や地域の理解を深めるため、情報公開が積極的に行われており、運営の透明性が確保されています。

○法人ホームページに理念や基本方針をはじめ施設の特色や事業計画、決算報告、定期的に受審している第三者評価結果及び毎月発行している広報誌（「里だより」）は、8年分前から載せられています。内容もそれぞれの職種や立場での投稿や委員会活動、研修、行事報告などが利用者の写真とともに掲載され施設が取り組んでいる様子が良く分かるようになっていきます。

また施設パンフレットを町役場に配置して誰でも手に取りやすくしており、SNSでも施設の日常を発信しています。

2. 法人の経営理念「地域社会に開かれ、愛される、信頼される施設」の実現を目指し、地域社会に根ざした施設運営を心がけ、利用者と地域との活発な交流を行っています。

○地域との密着方針が長年継続している施設は、特に地元小学校との繋がりには他に類を見ない密接な関係が続いており、利用者に元気を与え、小学生の温かい心を育てています。運動会での応援、学年ごとの児童との交流会、下校時の旗振り運動、卒業児童への利用者作品のプレゼントなど多彩な交流を行っています。

○施設の大きな行事である秋の里まつりには、多くの地区住民が来所し利用者との交流の機会になっています。コロナ禍で外部の参加を控えていたこの祭りも今年度は5年ぶりに地域の人々を招いて本来の形で盛大に開催されました。

この他にも地区行事どんどやや竹あかりへの参加など、地域との交流は利用者のQOL（生活の質）を高めています。

3. 利用者を尊重した福祉サービスの提供が行われています。

○法人理念に利用者尊重を明示し、5項目の倫理綱領（①生命の尊厳②個人の尊重③人権擁護④社会参加⑤専門的支援）を明示し、利用者に対する姿勢として「3つの約束」（①利用者が快適に過ごせるよう環境を整え、プライバシーを守る②利用者の気持や希望を大切にし、一人ひとりに合った支援を行う③笑顔で優しく接して分かりやすい表現で言葉を掛け合う）を定め、職員の行動規範とし、施設の廊下に掲示し、毎日の朝礼で読み上げ周知徹底されています。また毎月、利用者自治会（「どぎゃん会」）でこの約束が守られているか聞き取りを行い、全職員を対象とした虐待防止研修を実施しています。

各種マニュアルにも利用者尊重の基本姿勢を明記し、サービス向上委員会で定期的に利用者の権利が尊重されているか確認しています。

今回の訪問調査でも求められるサービスの基本が職員に定着し、一人ひとりに寄り添って支援できていることが、利用者の姿、様子から伺えました。

4. サービスの質の向上に向け真摯に取り組んでいる事業所です。

○今回で4回目となる第三者評価受審では配置された担当者（主任生活支援員）は、広報誌の中で第三者評価について、評価の意義や前回受審後の振り返り、家族向けアンケートの協力依頼などについて丁寧に説明を行なっています。また、前担当者と引継ぎを行い、前回同様評価機関との事前研修会や利用者自治会、情報交換会などの他、今回はサービス担当者会議など新たに施設の取組を評価機関伝にえる機会を設けられました。また、今回の第三者評価受審も自身のステップアップや利用者サービスに繋げるためにしっかり自己評価に取り組むことが出来るよう、職員への説明や評価基準を縮小した冊子を全職員分準備されています。

今後も定期的な自己評価や第三者評価の受審が期待されるところです。

○自治会（「どぎゃん会」）の運営にあたっては利用者の自主性を尊重しており、毎月の会の開催の折には職員が利用者へ果たすべき役割（3つの約束）を唱和し、会が利用者主体のものであることを位置づけています。会の進行や記録に利用者が率先して関わり、合間合間に職員が助言や提案を投げかけながら、利用者の主体性を尊重した貴重な話し合いの機会となっています。施設の一大行事である「秋の里まつり」をはじめ、敬老の日には地域の高齢者を祝う弁当の手渡し、開園記念祭や新年のカレンダー制作など盛り沢山の議題に、中には利用者が身を乗り出して自身の意見を発言されるなど、秋の行事やイベントに向けた利用者の生き生きとした表情が会の運営を支えています。

「どぎゃん会」での意見や要望はサービス向上委員会において、利用者が考え提案した生の声としてサービスの向上に反映されるなど、施設運営の一翼を担っています。

5. 食事支援が栄養管理に加え、日々の楽しみとなるよう様々な工夫がなされています。

○栄養面のバランスとともに食事が楽しみなものとなるよう、アンケート調査は年代別で集計する他、どぎゃん会や給食会議などで出された利用者の意見を反映して日々の献立やイベントメニューなどが決定されています。献立は食堂や廊下 2 か所をはじめ、班活動の場所それぞれに掲示されており、利用者が楽しみに確認されています。

和・洋・中華などの幅広いメニュー、正月や節句時などの行事食の他、昨年度は世界の料理、今年度はバイキング昼食会として毎月他国の料理やデザートなどを楽しむ機会が持たれています。その際食堂ホールは装飾担当職員が中心になり席の配置や飾りつけを行う他、流す音楽も韓国メニューの時は利用者の意見を取り入れ K-POP を流すなどその時々で工夫されています。

○食事支援への取組は広報紙や家族等との連絡会をはじめ様々な機会でも報告しており、今回の第三者評価アンケートにも施設の取組がしっかり伝わっていることが窺えました。

食堂ホールと厨房は隣接していることから、楽しみに食堂に入る利用者の姿や食の進み具合、笑顔の表情などからも満足度が伝わり、栄養士や調理員にとっても励みになっているようです。

利用者にとって日々の手作り食は楽しみであり家族にとっても安心につながって

います。食事摂取については見守りや介助など職員の支援が重要となります。今後もつくしの里ならではの食事支援の継続に法人全体で取り組まれることが期待されます。

6. 施設や利用者の思いが伝わる「つくしの里カレンダー」は好評で、年末の風物詩になっています。

○昨今では珍しい六曜（大安・仏滅など）や十干十二支（きのえ・ひのえなど）、農事歴などがついたカレンダーの表紙は、毎年「どぎゃん会」などで利用者の意見を聞きながら決定し版画作成され、委託先業者により植物油インキで印刷されています。

毎年テーマが決められ令和6年度は、コロナも落ち着き外出の機会も増え、食事に出かけた後「美味しかった」「いっぱい食べてきた」と話される利用者の笑顔も見られるようになったことから、『好きな食べ物』に決定し、10名程の利用者が描かれた絵が採用されています。2024の数字を囲むようにお寿司やケーキ、スイカやバナナなどが配置されています。また、2025年度のテーマは「好きな〇〇シリーズ」第2弾として、年号と可愛らしくあしらわれた干支の巳を囲むように保護者の方の車や好きな動物・昆虫、飾り餅などが配置されています。

このカレンダーは保護者等や関係機関に手渡しや郵送などで年末に届けられていますが、「今年もかわいいですね！」「毎年楽しみにしています！」「六曜や十干十二支があるのがいいですね！」など口頭や電話で嬉しい言葉を掛けられるようです。施設長は「好きな〇〇シリーズ」のテーマから、利用者が好きなものは好きと言える環境の大切さ、支援現場において日常の中に利用者の「好き」が散りばめられると「楽しい」がもっと増えていくことなどを新年の言葉に寄せています。

◆改善を求められる点

1. 「期待する職員像」を明確にされることが期待されます。

○職員育成の取組は、職員一人ひとりが人事考課シートで半期ごとの目標を設定し、主任が面接し目標管理を行っています。しかし、全職員に示すべき「期待する職員像」が明示されていません。職員自己評価では「期待する職員像が分からない」との声も上がっています。

今後は、就職活動用のチラシに書かれている「求められる人物像」などを参考にして「期待する職員像」を制定され、中長期計画や事業計画に明記し、職員に周知さ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）

(R7.3.7)

今回、４回目の受審となりました。前回以上に、足を運んで、書面・聞き取りのみの審査ではなく、日常の支援や利用者さんの実態を見ていただきました。中長期計画において、定期的に第三者評価を受審し、その都度、改善する取り組みを行い、単年度の事業計画に落とし、毎年ブラッシュアップしていますが、職員周知及び全体での取り組みとしての課題も出てきました。また、中長期計画においても全体的に見直しを図りましたが、変化する社会情勢や外部環境の状況も踏まえ、詳細な部分を今後詰めていくようにします。

コロナ禍を終え、法人理念のもと、いち早く以前の体制に戻すため、まずは「開かれた施設」であるように取り組んでまいりました。評価結果をもとに、改善する点を明確にし、事業所全体で具体的解決方法を共有し、サービスの質の向上に努めてまいります。

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	38人	
	家族・家族等		
	家族・保護者		
聞き取り調査	利用者本人	5人	
	家族・保護者		
視 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> 当法人は平成3年に、障がいを持つ子の保護者たちの“親なき後も幸せに”との思いで、精神薄弱者更生施設「つくしの里」として創設され、法人理念として、「自律と自由」～それぞれの自律にのっとった自由～。「畏敬と信頼」～お互いの信頼関係に基づく畏敬の念～を掲げ、相談支援事業やグループホーム事業等拡充を図られています。職員は施設の正面玄関に置かれた信楽焼の狸とともに、「親なき後も幸せに」と書かれた石碑の前に立ち止まり自身の支援を振り返る場所にもなっています。 理念はホームページやパンフレット、毎月発行の広報誌「里だより」に掲載し、施設内にも掲示されています。 また、職員の行動規範となる施設運営の基本方針も明文化し、理念や基本方針は、職員会議で施設長から説明するほか、新人職員には研修会においてパワーポイントで分かりやすく、伝えています。 利用者や家族には、利用者自治会（「どぎゃん会」）や家族会で説明しています。		

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> 施設長は町の福祉計画策定委員に就任しており、地域福祉計画や障害福祉計画を通して、地域の福祉環境や動向についての的確な情報の把握及び分析を行っています。 また当施設での勤務も長く、グループホームのサービス管理責任者を兼務しており、現場業務に従事する理事として、経営状況や経営環境、課題等についての総合的な把握、分析ができています。		
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。	a・Ⓑ・c
<コメント> 新型コロナ禍もあり、職員の離職率増加で人員不足が当面の課題となっていました。一昨年から若手職員をメンバーに入れた人材確保推進委員会での職員採用フェアや就・転職専用サイトの活用などの職員採用強化で採用に繋がり、本年度はコロナ以前の職員状態に戻ってきています。 経営課題については、中長期計画で環境整備等5項目があげられていますが、具体的な今		

後の取組について記載されていません。職員自己評価でも「経営課題と取組が明確にされておらず、評価しにくい」「課題を挙げてはいるが、具体的な取組はしていない」等の意見が上がっています。今後は、中長期計画に上げられた課題をもとに、具体的な取組を明示されることを期待します。

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。	a・ b ・c
＜コメント＞ 令和3年度に新たな中長期計画（令和4年度～13年度）を策定し、取り組まれています。この計画では、法人の課題と今後の方向性として5項目を挙げ、その他、地域における公益的な取組等が記載されており、職員離職率や専門性の習得では数値目標の設定はありますが、そのほかは具体的な行動計画・達成目標がありません。また、収支計画も施設建て替えのみとなっています。 昨今、福祉を取り巻く環境は変化が激しく、今後は、環境に適応できるように適宜計画の検証や見直しを行われ、検証が可能な具体的な計画とされることを期待します。		
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。	a・ b ・c
＜コメント＞ 単年度事業計画は、サービスの質の向上等5項目の重点課題を設け、部署ごとの方針や各会議の年間テーマ、スケジュール、各種訓練、職員研修計画等が記載されています。重点課題の5項目については具体的な年間の取組が明示されており、項目ごとに月次での評価、見直しを行うようになっています。その他、「どぎゃん会」や施設・後見人・家族情報交換会の年間計画も示され、詳細な計画になっています。 しかしながら、中長期計画で課題としている5項目を踏まえた計画とは言えないようです。中長期計画での課題を踏まえた評価が可能な単年度計画の策定が期待されます。		
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。	a ・b・c
＜コメント＞ 事業計画はケース会議（主任と職員の班会議）で課題や改善、要望事項を取りまとめ、調整会議（主任以上の役職者）、役職会議（係長以上の幹部職員）での議論を経て、12月からの事業計画作成会議（主任以上の役職者）での協議により策定され、計画の評価、見直しもケース会議や調整会議で行い、改善点を次年度計画に盛り込むようにしています。 職員へは、毎年3月の職員会議でパワーポイントなどを使用し分かりやすく説明し、周知を図っています。		
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。	a ・b・c
＜コメント＞ 事業計画の説明は、利用者へは年度末の「どぎゃん会」で、家族等へは施設・後見人・家族情報交換会で、資料とともにパワーポイントを使って説明されています。特に利用者の生活に密接に関わる事項については写真や具体例など分かりやすい資料で説明しています。また、すべての家族等に事業計画書を郵送し、周知を図っています。		

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> 法人理念を基に中長期計画及び単年度事業計画で福祉サービスの質の向上を重点課題として取り組んでいます。 サービス向上委員会は、分野別の10の委員会からなり、支援職員（常勤）はいずれかの委員会に所属しており、サービスの質の向上意識を高めています。 毎月開催の「どぎゃん会」は、利用者第一の「3つの約束」の唱和から始まり、利用者の思い、要望をくみ取る場となっています。また、毎年行っている満足度調査も家族等との情報交換会で結果を説明し、更なるサービス向上に向けて意見交換を行っています。 当法人は福祉サービスの質の向上のため、中長期計画で第三者評価の定期的な受審を明記し、今回が4回目の受審となりましたが、評価結果はホームページで公表しています。		
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・㉡・c
<コメント> 福祉サービスの質の向上には、日々の取組とともに毎年の自己評価の実施や定期的な第三者評価の受審、苦情相談内容にもとづく継続的、計画的な改善活動の実施が求められています。 福祉サービスの質の向上を重点課題とし、サービス向上委員会での検討や「どぎゃん会」及び保護者との情報交換会などで要望を反映させながら福祉サービスの質の向上に取組まれています。 しかしながら、第三者評価の結果分析はなされていますが、具体的な改善の動きは遅いようです。職員自己評価でも「課題の明確化が遅い。」「昨年自己評価を行ったが、結果からの取組は行われていない」などの声があります。 今後は、職員参画のもとで、第三者評価結果の分析、改善策の検討を行い、継続的に改善に取り組まれることを期待します。		

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。	㉠・b・c
<コメント> 職務分担表に施設長の役割を明記し、職務代行者も定められています。また、自らが責任者である役職会議をはじめ、参加する各種会議で施設長としての役割や取組を伝えていきます。毎月発行する施設の広報誌「里だより」には冒頭に“施設長より”のコーナーがあり、施設の現状や自らの想い、姿勢、方針など分かりやすく記述しています。また、日々の活動の中で、速やかに職員に伝えるべき事は、施設内LANにより全職員へメール配信しています。		
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・㉡・c
<コメント> 施設長は長年の当法人勤務で、福祉サービスを提供する組織として一貫して法令遵守に取		

り組んでいます。関連する研修や勉強会へも積極的に参加し、職員にフィードバックしています。		
ただ施設・法人として遵守すべき法令等は社会福祉関係法令はもとより、事業運営に係る幅広い法令や規程、社会的ルール・倫理に至るまで正しい理解と遵守するための取組体制が求められます。今後は、柱となる法令遵守規定（コンプライアンス規程）を策定し、担当部署や担当者进行、基本的な関係法令等の理解と具体的な取組が求められます。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 施設長は中長期計画及び単年度の重点課題として福祉サービスの質の向上を掲げ、意欲的に取り組んでいます。施設内の諸会議にも積極的に参加し、ケース会議では職員の日々の取組状況を把握し、サービス内容の向上に努めています。 施設長はグループホームのサービス管理責任者も兼務しており、現場目線でサービス向上への課題や改善点を助言し、職員意見を教育・研修にも活かすなどリーダーシップを発揮しています。また努めて趣味とするカメラを肩にかけ、利用者のその時々表情や活動の一枚を捉えており、広報誌をはじめ記録写真として残されています。		
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＞ 施設長は、業務の実行性を高めるため業務改善職員アンケート行うなど職員に意見を求めて反映することに重点を置いています。本年度は予定の職員採用も実現し、職員の要望に沿った環境整備にも着手しています。今後も職員アンケートや会議で職員の意見を積極的に取り上げ、業務の実効性を高めたいとしています。		

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＞ 職員数の減少により人材確保・定着を最重点課題とし、昨年度から人材確保推進委員会（5人のメンバー）を中心に採用活動を強化しています。若手職員の意見を取り入れ、年間スケジュールを組んで、転職専用サイトの活用、就職フェアへの参加、定期的な学校訪問、施設見学の受け入れなど積極的な採用活動を展開しています。 さらにマイナビでの施設の紹介や職員の声、就業の様子など映像を交えて生の姿を発信するほか、インスタグラムで施設の日常を紹介するなど就業希望者に寄り添った人材確保に取組み成果を上げています。また中長期計画に離職率2%以下を目標に掲げ、継続して就業環境の改善に取り組み、人材定着を図っています。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・㉡・c
＜コメント＞ 令和5年度から大幅に見直した新しい人事評価制度を導入し、定着を図っているところ。人事考課シートによる個人の目標管理制度をもとに評価者の研修を行ったうえで年2回役職者による人事考課面接を実施しています。職員処遇面では顧問の社会保険労務士と協議して改善に努めています。		

しかし「人事考課を年2回実施し、見直された人事考課は職員へ周知されている」「能力開発や目標管理がしっかりなされている」といった意見と「評価結果のフィードバックなどが不十分であり改善が必要と思われる」などの職員意見もありました。 また就職フェアなどで配布するチラシには「求める人物像」が記されていますが、法人の理念を反映した全職員向けの「期待する職員像」は見当たりません。 今後は「期待する職員像」を明確にして、新しい人事評価制度の周知を図るとともに、職能基準表に併せ、職務による評価を加えた人事評価が期待されます。		
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り組んでいる。	㉠・b・c
<コメント> 職員の就業状況は、毎月事務長がタイムカードに記録された個人ごとの就労状況や時間外労働を把握し、有給休暇取得状況とともに集計し、施設長や各部署の役職者に通知しています。 有給休暇取得や勤務シフト作成に、職員の希望を反映するようにしておりワークライフバランスに配慮し、心身の健康保持のため年1回、委託している産業医が全職員のストレスチェックを行い、ストレスケアについての職員研修も実施されており、必要に応じて産業医とともに来所する保健師が保健指導を行っています。 福利厚生は、全職員が「ふれあう共済（熊本市勤労者福祉センターが実施）」に加入していますが、会費は施設が負担し、職員によく利用されています。また職員の趣味活動補助（ミニバレー大会練習時の会場使用料等）や労災・医療保険料の施設負担も行い、充実してきています。 職員からは「メンタルヘルスや検診も実施され、残業も申請しやすい」「定時に上がるように声掛けや希望休でプライベートも確保できる」や「風通しが良くなってきている」など働きやすい職場づくりに取り組まれている内容が確認できました。また「職場の雰囲気は良くなっており、引き続き働きやすい職場作りに力を入れて欲しい」との意見もあり、職員とコミュニケーションを図りながら、積極的に対応されることを期待します。		
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。	a・㉡・c
<コメント> 目標管理は、職員一人ひとりが人事考課シートで、半年毎の目標を設定し、期限と到達時期を記入し、班主任が中間面接して目標管理表を作成し、年度明けに再度面接して施設長に報告するようになっています。 「期待する職員像」としては、就職フェア用チラシに「求められる人物像」として5項目（体力、自己管理、社交性、プライベート充実、事務処理能力）が書かれています。 しかし職員自己評価では「期待する職員像が分からない」との意見もあります。 「期待する職員像」は、人事管理や職員の育成でも不可欠です。今後は、この就職フェア用チラシなどを参考にして、中長期計画や事業計画に明記し、職員に周知したうえで法人のホームページにも載せられることを期待します。		
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> 職員の教育・研修に関する基本方針は、中長期計画で、他施設への研修や専門性の強化が明記され、専門性の強化については介護福祉士等の各種資格取得についての数値目標も具体的に載せられています。 また事業計画には、毎月の階層ごとの研修内容が示されています。他施設への研修は、コロナでまだ中止のままでありますが、地域の同種施設での研修は、外から自施設を見ることができ、貴重な機会であり、再開が待たれるところです。		

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> 職員の知識や専門資格の取得状況等は一覧表にまとめて把握しています。新入職員の研修は、担当職員を配置し、1か月毎に進行管理を行い、半年後に正式な職場配置となるように配慮しています。 内部研修は、全職員を対象とする障害者虐待防止や感染症対策などだけが集合研修で、コロナ禍を経て、研修はオンライン研修（障害者支援のサポーターズカレッジなど）が主になっていますが、いつでもどこでも受講できると職員からは好評の声が多く寄せられています。 またオンライン研修受講後には、レポート（200字程度）を提出することで受講を確認しています。外部研修は、公平性に配慮しながら、職員の希望を優先しています。受講結果は、要点を里だよりに掲載し、資料はメール配信して閲覧できるようになっています。 なお、資格取得や専門性を高めるための自主的な県外研修には、参加費（受講料）や旅費（限度額あり）の補助を行い、参加を奨励しています。		
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、実習生等の教育・育成についての基本姿勢や利用者への配慮事項、実習生の留意事項などを明記し、オリエンテーションを実施しています。 実習生としては、歯科衛生士専門学校生徒の他専門資格取得を目指す福祉系の大学生を受け入れており、それぞれの職種に応じたプログラムも整備されています。 また中高校生のワークキャンプも受け入れています。 実習生が来所した際には、廊下への掲示により利用者に周知しています。 なお指導者についても社会福祉士や介護福祉士を目指す実習生を受け入れのため研修へ派遣を予定しています。		

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> 法人ホームページに理念や基本方針、施設の特徴、事業計画、第三者評価結果、決算報告及び里だより（8年前分から）で公開しています。 また苦情や相談については、法人ホームページに件数を載せており、前年度は苦情はなかったものの要望は利用者・家族、外部から10件となっており、定期的に開催する第三者委員会にも報告しています。 また、分かりやすく書かれた施設パンフレットを地元町役場（電光掲示板利用）や社会福祉協議会等に配置し、SNSでも施設の日常を投稿しています。		
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> 事務分担表や経理規程で職務分掌や権限、責任を明記しており、職員はパソコンで確認できるようになっています。 経理については、法人が委嘱している税理士が毎月収支を確認しており、また法人監事が年1回（理事会開催前）に内部監査担当理事が年2回監査を行った結果が、理事会や評議員会に報告され改善が実行されています。		

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> 法人の経営理念である「地域社会に開かれ、愛される、信頼される施設」を目指し、中長期計画で「地域社会に根ざした施設運営」を掲げて、活発な地域との交流を行っています。 多様な社会資源リストを作成し、利用者の外出や買い物等の際には、イラストや写真も用いて必要な情報を提供しています。 地域とは地元小学校との多彩な交流（運動会での応援、卒業児へ利用者からのプレゼントなど）が行われています。また恒例行事として地区の高齢者へ敬老祝いの弁当を職員とともに届けており、毎年楽しみにされています。 施設の大きな行事である秋の里まつりはコロナ禍で規模を縮小して開催していましたが今年度は5年ぶりに地域の人々を招いて本来の「秋の里まつり」が盛大に行われています。利用者も自治会で計画の段階から参加し、この日を心待ちにしていました。 地区行事のどんどや・竹あかりへはコロナ禍以前は利用者が参加しており、職員からも復活を望む声が多く寄せられており、今年から順次再開されてきています。以前のような活発な交流の復活が待たれるところです。		
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。	a・㉡・c
<コメント> ボランティア等の受入れについては、マニュアルで基本姿勢や研修を明文化しています。ボランティアとしては茶道、本の朗読、音楽（毎月）、フラワーアレンジメント（2か月に1回）等があり、広報紙の中で寄付・寄贈と合わせ、ボランティア訪問の個人や団体の紹介が行われています。 ボランティアに対しては、事前研修で資料により説明を行い、円滑に利用者との交流ができるように配慮されています。また、ボランティアには交通費が支給されています。 なお、近くの小学校とは利用者と児童との活発な交流が行われ、施設長は小学校の運営協議会委員となっており、障がいへの理解を深める講話も行っています。 今後は学校教育への協力についての基本姿勢を中長期計画や事業計画に明文化することが望まれます。		
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> 公共職業安定所等の各種行政機関や地域の関連事業所をはじめ利用者が日頃利用する飲食店や商店、娯楽施設、医療機関等の詳細な社会資源リストを作成しており、このリストはネットワークで職員にも周知が図られています。 また、郡市自立支援協議会や福祉施設連絡協議会に参画し、施設長は近くの小学校の運営協議会委員や町社会福祉協議会評議員に就任しており、定期的会合で情報交換や課題解決に取り組んでいます。		
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＞ 地域の福祉ニーズや生活課題は、施設長が就任している町の福祉計画策定委員としての情報収集や法人の相談支援センターに寄せられるニーズ、地域の区役（草刈りや防災訓練）に参加した際把握しています。 また、来年度からの地域連携推進会議の設置義務化に備え、現在、準備中ですが、この協議会には地域の代表者等の参加も見込まれており、地域の福祉ニーズや生活課題の把握がさらに充実されることと思います。		
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。	㉑・b・c
＜コメント＞ 公益的な活動として、近くの小学校との活発な交流を行っています。下校時の児童見守りで横断歩道での旗振りを職員と利用者が一緒に行ったり、学校と当施設の行事の際にはお互いに駐車場の開放協力が得られています。 また、地区の高齢者へ利用者と一緒に敬老を祝い弁当を届けています。 施設は町の福祉避難所となっており、生計困難者レスキュー事業にも取り組んでいます。		

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。	㉑・b・c
＜コメント＞ 法人理念に利用者尊重を明示し、倫理綱領に具体的な5項目（①生命の尊厳②個人の尊重③人権擁護④社会参加⑤専門的支援）を掲げ、職員が利用者に約束する「3つの約束（①利用者が快適に過ごせるよう環境を整え、プライバシーを守る②利用者の気持ちや希望を大切にし、一人ひとりに合った支援を行う③笑顔で優しく接して分かりやすい表現で言葉をかける）」を定め、職員の行動規範となっています。この3つの約束は、施設の廊下に掲示し、毎日の朝礼で読み上げ、周知徹底されています。 また、「どぎゃん会」では毎月、3つの約束が守られているかどうか聞き取りを行い、全職員を対象とした虐待防止研修を実施しています。 各種マニュアルには、利用者尊重の基本姿勢を明記し、サービス向上委員会で定期的に利用者の権利が尊重されているか確認し、職員に周知されています。		
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。	a・㉒・c
＜コメント＞ 利用者のプライバシー保護については人権擁護プライバシー保護マニュアルが整備され、利用者には「どぎゃん会」で周知し、満足度調査でも取り上げており、状況については家族へも知らせています。 またプライバシー保護については、調整会議で毎回議題としており、各班のケース会議でもプライバシー保護の状況確認や検討が行われています。 ただ職員自己評価では、「写真を写す際配慮不足の場面があった」等の反省点や在室の有無に関わらずノックや声掛けの徹底など十分でない光景が見られました。引き続き周知徹底につながる取組が期待されます。		

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。	㉓・b・c
＜コメント＞ 法人ホームページに基本方針や理念をはじめ施設の状況、サービス内容を公開しており、またホームページにも載せている里だよりでは施設の現況や運営状況をこまめに報告しています。 施設パンフレットは、町役場（電子掲示板）や社会福祉協議会に配置しており、利用希望者に対しては写真やイラストを多用したパワーポイントで丁寧に説明し、施設見学の他体験入所や一日利用も実施しています。		
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。	㉓・b・c
＜コメント＞ 福祉サービスの開始に当たっては、利用者の自己決定を尊重しており、一度施設内を見学してもらったうえで体験などに応じながら本人や家族等の納得のもと支援を開始しています。内容の変更についても関係部署との情報交換会を十分に活用して、必要な支援を利用者同席のもと説明し、契約の取り直しを行っています。特に医療行為が必要になった場合には看護師がわかりやすく説明し、本人、家族等の不安を和らげ安心して医療支援が受けられるような体制をとっています。		
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。	㉓・b・c
＜コメント＞ 施設の変更、地域、家庭への移行に当たっては手順と引き継ぎ書を定めた入退所マニュアルを策定しています。マニュアルは毎年見直しを行い、直近では令和5年12月に一部改訂が行われています。 利用者が高齢者施設や療養施設、医療機関などへ移行するに当たっては、関係機関と連携し、当事業所での実態調査シートを提供して、移行後の生活に支障をきたさないようにしています。 退所後の相談窓口をサービス管理責任者や相談支援事業所として本人・家族等へ説明を行い、退所後も当施設に心を寄せられる家族等とのやり取りから信頼関係が窺えます。		
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。	㉓・b・c
＜コメント＞ 利用者との個人面談の機会を年数回（3回程度）もっており、支援計画の説明後には利用者と1対1で日々の生活などについて話を聞くようにしています。年1回の満足度調査は毎年質問内容を見直し、解答用紙は絵文字3択で表示しており、答えやすいものを取り入れています。この満足度調査は、栄養士が中心となり実施する嗜好調査とともにサービス向上委員会を通じて利用者支援に反映されています。 また「どきやん会」は班ごとに開催することで利用者が自由に自身の意見を発言しており、会の進行や書記として記録に関わるなど利用者の主体性を尊重した貴重な話し合いの機会となっています。8月末には秋に向けて予定されている各行事やイベントの紹介と、それらに向けた利用者の要望を収集し、委員会にあげています。		
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。	a・㉔・c

＜コメント＞ 利用開始時に重要事項説明書などを通じて本人、家族等へ苦情解決の体制について説明を行ない、施設長を苦情解決の責任者とし担当職員、外部有識者３名による第三者委員の存在を伝えています。またそれらを利用者や来訪者に向けて館内の目に付く所に掲示して啓発しています。職員は「どぎゃん会」や日々の関わりの中で利用者の話を聞くように努めており、家族等も面会で来所した際に直接要望等と話されるケースが多いようです。その中で職員からは苦情受付の体制はあるものの意思表示の困難な利用者へのフォローにもっと力を注ぐべきとの意見や、苦情解決の仕組みそのものが利用者にわかりづらく、工夫が必要との意見もあがっています。 今後は第三者委員に相談すべき事案が無かった場合についても、情報交換会など家族等が集まる機会に報告されることを期待します。		
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。	㉑・b・c
＜コメント＞ 利用者は職員との普段の会話の中で相談事や要望を話されており、必要によって談話室などを使いながら利用者の話をゆっくり聞くようにしています。「どぎゃん会」の役割も行事や日々の活動に関わる意見や要望の収集に限らず、利用者の考えや不安に思っていること、日常生活での悩みや心配事等を聞き取る時間としています。 昨年まで実施していた「相談の日」は現在行われておらず、再開を望む職員の声もあがっていますが、その中で職員は日々の挨拶や声掛け、日常会話を通じて利用者が職員に対して話しやすい施設内の雰囲気をつくるように心がけています。サービス向上委員会では４月～９月を上期、１０月～３月を下期として利用者支援に関わる内容について評価を行い、施設運営に反映させています。		
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。	a・㉒・c
＜コメント＞ 利用者がいつでも誰にでも意見や相談事を話すことのできる体制としており、出された意見や相談事については担当職員や主任、サービス管理責任者に報告し、マニュアルに沿って対応策を検討しています。利用者にとっては早期対応が待たれるところですが、職員意見からも利用者の満足度については迅速という点では課題があるとしています。最良の方法を導くことに時間を要する場合には、経過報告とともに、利用者に安心して待ってもらうことが重要と思われます。また意見箱がなかなか活用されないようであり、生活空間にある程度近い所に設置するなど検討の余地があると思われます。		
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。	㉑・b・c
＜コメント＞ 事故防止マニュアルを作成し、事故発生時の対応や安全確保について責任者と手順を明確にしています。毎月リスクマネジメント委員会を開催し、検証事例については発生要因の分析、改善策や再発防止策について検討しています。 職員からも小さな事故や怪我についても事故報告書を提出し、原因分析及び再発防止策を講じて類似事故を減らすよう取り組んでいるとの意見や事故報告の集計結果が周知されるため発生防止に活かされているなど、リスクマネジメントへの意識が窺えます。 マニュアルには車両運行マニュアルもあり、運営上必要な車両の安全点検や運転者の義務行為、運行に関わる手順や車両の保管場所等について明記しており、安全な運用が行われています。		

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> 感染症マニュアルが作成されており、各マニュアルと同様に見直しのスケジュールをもとに該当月に内容の検討を行い、担当者及びサービス管理責任者が確認して当年度のフォルダーへアップしています。職員へは変更した内容をメールで送信し、確定したマニュアルを確認するよう周知しています。BCP（事業継続計画）策定直後は協力医を講師として主任以上が研修に参加し、その後の職員への周知、研修や見直しの機会が設定され、施設での集団感染時はスムーズなゾーニングと職員体制により早期終息につながっています。		
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。	㉓・b・c
<コメント> 災害マニュアルや防犯マニュアルを作成し、火災を中心として地震や土砂災害などの自然災害及び防犯について年間計画に添い、毎月何らかの訓練を行い、うち2回は総合訓練として実施しています。当施設は災害時の福祉避難所として指定されており、地域福祉に貢献するとともに施設自体に災害が及ぶ事態が発生した際には、指定避難所となっている地元小学校を避難所としています。双方は普段から交流を継続して協力体制を構築しています。 年間計画には防犯訓練を入れており、侵入者などのための定点カメラの設置や刺又の訓練等万が一に対応しています。備蓄食はローリングストックとし、多めに食材や加工品を準備して日付を見ながら時には利用者や職員に提供し、買い足しながら一定量を保つようにしています。		

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> 標準的な実施方法については、職員の誰もが理解し支援の基本となるものであり、入浴や健康管理、排泄、食事といった各支援マニュアルに明記しています。マニュアルの見直しは年間計画の中に担当者名とともに記載し、改定などは全職員に周知されています。また各マニュアルは職員室で保管し、関係者はいつでも手に取る事が出来るようになっています。標準的な実施方法が網羅されたマニュアルには利用者の尊厳やプライバシーについての姿勢が明示されており、新たに入職した職員へは手順書を基準に周知の徹底を図っています。		
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。	㉓・b・c
<コメント> 標準的な実施方法については各マニュアルに明記されており、見直しは毎年行い、内容の変更、及び追記事項などについて時代背景や文言の使い方などに配慮しながら職員意見が反映されるようにしています。また職員は「どきゃん会」で利用者に対する職員の対応について会話の中に盛り込みながら思いを引き出すようにしています。 改定した部分についてはメール送信で職員の誰もが最新情報の取得が来ています。		
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。	㉓・b・c
<コメント>		

一人ひとりに応じた個別支援計画が策定されており、責任者をサービス管理責任者としています。原案会議にはサービス管理責任者をはじめ、班や担当の職員が参加し栄養士や看護師など関係部署と連携して利用者のニーズや必要な支援を具体化しています。個別支援計画には利用者の意向が反映され、アセスメントは年1回としていますが回数や時間などについて十分ではないとの声もあり、必要によってケース会議で検討するようにしています。

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＞

個別支援計画についてマニュアルの中に見直しの時期を定めており、ケース会議で月1回の検証を行っています。評価の結果早期に目標が達成した項目については次のステップを新たな目標としています。

利用者を職員の担当制として1名の職員が利用者3～4名を受け持ち、利用者自身の取組状況などを分析してモニタリングに反映させています。個別支援会議の招集、開催については責任者をサービス管理責任者として、計画作成や変更に伴うルールを定めています。特に支援が困難な方のケースでは、サービス向上委員会で家族から収集した利用者の生活歴から好きな食事や興味のあること、苦手なものなど利用者のこれまでに深掘りして支援に反映するようにしています。

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＞

日々の日誌や個人のケース記録が整備されており、日誌をもとに月ごとにケース記録をまとめ結果や翌日のポイントを職員間で共有しています。各情報はパソコンのネットワークシステムや記録物ばかりでなく、口頭でも申し送りを行い、リアルタイムで発信しています。また、個別支援計画とケース記録を一元化することで情報を集約し、効率よく活用する事が出来ています。

ケース記録などの記入については、入職した職員への指導が行われており、主任やサービス管理責任者によるチェックにより、内容や書き方の統一性を図り、差異が生じないようにしています。

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＞

個人情報の保護、管理については個人情報保護マニュアルが整備されています。施設の利用開始にあたり本人、家族等には重要事項等を通してわかりやすく説明したうえで個人情報保護について文書を交わしており、職員には入退職時に誓約書にて自覚を促し、定期的な指導や研修にて注意喚起を図っています。

利用者に関する記録の管理についても同マニュアルに記録の保管、保存、破棄、情報の提供に関する規定を定めています。記録管理の責任者を施設長として書類の保存年限を5年とし、情報開示については利用者や家族等からの申請などにより対応しています。

＜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＞		

法人理念に掲げる「畏敬と信頼」の精神に沿い、職員は利用者との信頼関係の構築に努め、改まった機会だけではなく、普段の関わりから意向の確認に努めています。また、生活に関わるルール等については、アンケートの実施や「どぎゃん会」を中心に意見を収集しています。

衣服については自分で選ばれる方や困難な方には担当の職員を中心に本人の好みに沿った衣服と一緒に選んでいます。外出時に衣服の購入をされる方やカタログを見ながら選びネット購入をされる方もおられます。理美容については訪問カットが主ですが長さなど要望を伝えられています。またカットに外出される方もおられるなど自己選択・自己決定を尊重し支援しています。

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。	②・-・c
----	-----------------------------------	-------

<コメント>

虐待防止、人権・プライバシーマニュアルを整備し、年間研修計画の中で障がい者虐待防止と虐待防止実践論を年度初めに行い、職員の共有、理解を図っています。

「3つの約束」は、毎月開催される「どぎゃん会」では開始前に必ず読み上げ、守られているかを聞き取り、利用者からの意見、要望を聞いています。また、虐待防止委員会より虐待防止、身体拘束についての話しを行い周知や理解に繋げています。

事業計画の中にも【人権の擁護】として意思決定支援の安定、人権やプライバシーが守られた利用者支援の充実を掲げています。

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。	②・b・c
----	------------------------------------	-------

<コメント>

利用者が自力で行う生活上の行為は見守りを基本とし、必要な時に必要な支援を行っています。利用者の自律・自立生活のための支援への取組については、施設長も参加するケース会議の中でも利用者の状況として個別に検討しており、職員の気づきや意見、提案により活発に協議し、決定されていることが実際の会議や議事録からも確認されました。

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。	②・b・c
----	--	-------

<コメント>

職員は利用者のその時々表情、声のトーン、動きに合わせてコミュニケーションを図るよう努める他認知機能の低下が見られる方については画像等を使用して状態を把握し対応について検討しています。ケース会議の中でも個々に応じたコミュニケーション手段に関する意見や共有が図られています。

職員研修は経験年数に応じてテーマを設定しており、1～3年目の職員には障がいの種類やコミュニケーション手段の確保につながる内容が含まれています。

利用者アンケートには「本人は話す事が難しく親でも困難な時もあるが、職員（特にベテラン）の方とはジェスチャーで上手くやり取りが出来ており安心して話しています」「話す事は出来ませんが、様子で判断したり動作を理解して対応されています」などの家族意見が記されていました。

職員からは今後も個別的な配慮、更に職員のスキル向上を目指したいとする意見が聞かれました。

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。	㉑・b・c
＜コメント＞ 令和6年度事業計画書作成に当たって、障がい者（利用者）の意思決定支援の推進、個別支援計画等への反映について協議されており、「利用者の意思決定について考える」の内容で職員研修が組まれています。 利用者からの相談は適切な場所を準備し傾聴しており、内容は記録に残し、サービス管理責任者をはじめ栄養課など関係職員と検討し、理解・共有が図られ、相談内容をもとに個別支援計画へ反映されています。サービス管理責任者や主任は、どんな内容の相談事であっても、利用者の意思を尊重する支援として足を止め、耳を傾ける姿勢を大切にすることが重要であることを会議や研修の際伝えていきます。 定期的開催される「どぎゃん会」や給食会議も利用者が職員へ話したいことを話せる機会の一つと捉えており、自治会終了後もその流れでそのまま「〇〇さん！ちょっといいですか～！？」と、職員に声を掛け、会場のソファで相談事などを行う利用者の姿も見られました。		
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。	㉑・b・c
＜コメント＞ 「個別支援計画とケース記録に関して」「個別支援計画をよりよく深めるため」の内容で経験年数に応じた職員研修が行われています。 個別支援計画にもとづき利用者の希望やニーズにより選択できる日中活動が用意されています。普段の活動は人員の少ない班単位で行っており、班の担当職員は利用者の個別支援計画項目を把握し、確実に申し送りがなされています。また、一人ひとり可能な限り時間を使ってマンツーマンでのふれあいの時間（リハビリやマッサージ、個別での散歩など）も大切にしています。 余暇やレクリエーションについては利用者の意向にもとづきかき氷会やアイス会、ドーナツ販売会、ラーメン会、餅つき会など季節を考慮した取組が数多く実践されています。 旅行会社の企画等を含めた社会資源の活用、大相撲やサーカス見学、やさしさいっぱいコンサート鑑賞、町内施設作品展覧会への作品制作や展示会見学、利用者スポーツ大会への参加など様々な活動への情報提供や参加を支援しており、その様子は広報紙でも紹介され、家族等の安心や面会時でのやり取りの一つにも繋がっています。		
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。	㉑・b・c
＜コメント＞ 職員研修は経験年数や役職別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の内容が組まれています。 利用者の障がいによる行動や生活状況などを把握し、支援方法など会議や社内メールで共有を図っています。		
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。	㉑・b・c
＜コメント＞ 食事 栄養のバランスと共に利用者にとって楽しい食事支援となるよう、献立はアンケート調査（年代別で集計）の他、どぎゃん会、給食会議などで出た意見や要望をもとに季節感を取り入れた献立を管理栄養士が作成し、厨房業者の協力を得ながら食事提供が行われて		

います。また、食材は旬や安心安全に配慮したもの、特に野菜は地元産を使用し調理されています。残菜は利用者の好みや満足度を反映するものであり特に残菜が多かったメニューについては調理法を工夫しています。（七草粥から七草炊き込みに変更するなど）セレクトメニューや和・洋食、中華など幅広いメニューは利用者の楽しみであり、家族へも広報誌や面談時に献立や食事摂取状況などを報告することで安心につながっています。利用者アンケートにも「残さず完食しているようで安心しています」「好き嫌いが多いのですが、施設の方々がいろいろ工夫してくださり今は結構何でも食べているようで感謝です」といった家族等からの意見が記されていました。

昨年度は世界の料理として、ハワイ・トルコ・メキシコ・イギリス・フランスなど12か国の料理が提供されました。今年度は毎月季節のデザートやバイキング食を工夫しており、7月の韓国バイキングではビビンバ丼・キンパ・ポッサム・ヤンニョム・チヂミなどのメインメニューを出来立てで提供したり、デザート（桃饅頭他12種）と飲み物（缶コーヒー他4種）も選択できるよう準備されました。さらに韓国を感じる飾りつけや利用者からの要望でK・POPを流すなど細やかな取組で、利用者も音楽に合わせて体を動かしたり、お気に入りの料理におかわりされるなど大盛況の昼食となっていました。

食事の提供においては個々の嚥下力に応じて準備し、必要な介助や見守りのもと支援されており、言語聴覚士の訪問時にトロミ食の評価が行われています。また、電子レンジやトースターを準備し好みの温かさや焼き目をつけて食べられるよう支援しています。

入浴・清拭

入浴や清拭は清潔保持に加え、利用者にとって寛ぎや楽しみな時間の一つとなるよう、掃除チェック表を活用しながら浴室の環境を整え個別支援計画に沿って対応されています。岩風呂や暖簾は温泉浴場の雰囲気を出しており、自立の方や介助が必要な方など順番を考慮し、機械浴を設置した際には利用者だけではなく職員も実際に使ってみて購入に至っています。

入浴回数は基本的に週3回支援しています。また皮膚の状態を皮膚科医に見てもらいながら、毎日の希望があっても1日おきの入浴が望ましいなどのアドバイスを本人と共有しています。浴室の洗い場も本人のこだわりや安心される場所を使用できるよう配慮しています。

シャンプー類は好みや使い慣れた品など個別で準備される方もおられ、収納かごにセットして浴室へ運ばれています。

排泄

排泄支援はプライバシーに配慮し、個々に応じ迅速かつ適切に行うことを共有しています。トイレは洋式その他、男性棟に和式と立位式、女性棟に和式が備わっており、こだわりや使い慣れた便器を使用されています。トイレ内はエアコンの設置やウォッシュレット、温便座機能が付いたトイレに変更されたことで利用者のペースで使いやすくなっています。

排泄用品も布パンツやリハビリパンツ、ポータブルトイレなど個々に応じて支援しています。

移動・移乗

利用者の高齢化などもありバギー車を使用される方が増えているようです。利用者の支援方法や福祉用具を使用する際は、理学療法士が来園した際、現状を見てもらいながら適切な用品や使用開始時期など本人の意向を聞きながらアドバイスを受けています。

施設内は安全・安心に移動できるようサービス向上委員会を中心に居室を含む施設内の破損確認や速やかな修理が行われています。また、車いすなどの福祉用具については安全チェックと掃除が適切に施されています。

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。	㉓・b・c
----	---	-------

<コメント>

居室や日中活動の場は安心・安全に配慮され充実したものとなるよう、「どぎゃん会」での聞き取りやサービス向上委員会を中心に対応しており、年1回の満足度調査でも利用者の意見や要望を収集しています。また、理学療法士が来所した際は生活環境についてもアドバイスを受けており、畳間からフローリングの交換や手すりの設置など改善が図られています。

居室、食堂、浴室、トイレ等清潔や適温を心掛け、コロナ禍においては特に消毒を含め感染対策が取られています。掃除は職員や利用者もできるところは日中活動の中で取り組んでいます。

建物は30数年を経過しており老朽化は否めず、完全バリアフリーでなかったり、雨天時の湿気や空調設備が十分ではない現状にありますが、開設時から丁寧に手入れされてきたことがわかるステンレス洗面台や利用者が安全に散歩や軽運動が出来る敷地内の手入れなど職員が連携して取り組んでいます。聞き取りや書類からも営繕管理、環境整備(廃棄を含む)、掃除用具、電気照明、風呂場保守など21の業務項目に担当者を設け利用者の快適性と安心・安全に配慮した環境に問い組んでいることが確認されました。

居室替えについては「部屋を替えてもらいたい」等の相談があった場合、その時々で検討し対応しています。居室にはテレビやラジオ、趣味の道具や本など思い思いに過ごせるような品が配置されていたり、物品がないことで安心される方、カーテンの使用が出来ない方にはフィルムを貼るなど個々に応じて対応されています。

快適な睡眠が守られるよう季節に応じた布団の出し入れや寝具のクリーニング、季節や体感に応じたエアコンの調整、テレビ映りを確認して、余暇活動も楽しんでもらっていることなど、広報誌の中でサービス向上委員会の取組を紹介しています。

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。	a・b・c
----	---	-------

<コメント>

利用者が無理に作業やリハビリを行うことなく、その日の体調や状態に合わせ、機能訓練・生活訓練が行えるように取り組んでいます。プログラムに沿った訓練だけではなく、掃除機がけや掃き掃除など職員の見守りを受けながら生活リハビリへの取組も確認されました。

1ヶ月に1回理学療法士(PT)や3か月に1回言語聴覚士(ST)が来所し、個別の対応状況を見てもらい評価を受けています。職員の自己評価の中にも「専門職の助言は興味深く、今後もこれまで以上に参考にして取り入れていきたい」などの意見の他「職員のみでの取組内容はマンネリ化している」などの意見も聞かれました。PTやSTの指導や助言を生かした訓練への取組が課題とされます。

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。	a・b・c
----	--	-------

<コメント>

入浴や排泄、食事支援など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。排泄物の確認や食欲、食事中のむせ、飲み込み具合、入浴前に発疹や内出血を観察するなど日常の取組が聞かれました。入浴マニュアルの中にも、入浴前に利用者の体調確認に努めることが記されています。また何か異常や気になる事があれば速やかに看護師、サービス管理責任者に報告することとしており、検温や血圧測定、必要な方にはSPO2測定など普段の健康管理と併せ異常の早期発見に努めることが健康管理マニュアルなどに明記されています。

年2回の健康診断が実施されており、必要に応じて専門医を含め受診支援が行われています。定期や体調不良時など病院受診は看護職員と支援員が担当しており、看護日誌は毎日業務前に確認し共有を図ることとしています。

体調変化時等には緊急通院マニュアルに沿って医師や医療機関との連携・対応を適切に行

うようにしており、緊急時対応の訓練時には消防署からの緊急蘇生法の指導などが実施されています。 また、協力医以外の医療機関においても看護職員が相談に乗ってもらえる関係性の構築に努めています。 利用者の障がいの状況に合わせた健康の維持・増進を図れるよう、定期的に理学療法士や言語聴覚士が来園し、個別の対応状況を見てもらい、アドバイスや指導を受けています。また、敷地内のウォーキングや地域への散歩、サイクルマシーンを使ったりハビリ、ラジオ体操など無理なく継続されています。施設周辺 280 メートルほどをスマホで音楽を聴きながらウォーキングされる利用者など、日常の生活の一部になっている光景が見られます。		
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。	a・b・c
<コメント> 医療的な支援の実施についての考え方や管理者の責任が明確にされたものは確認されませんでした。 服薬に関してはマニュアルの作成や見直しが行われ、医師の指示に基づき適切な支援や対応に努めていますが、「やや服薬ミスが多く、服薬ミスがゼロにならない」、「マニュアルに沿った支援が出来ていない場面がある」「複数職員によるチェック体制の強化」などの意見があがっており、今後の取組が期待されます。 医療的な支援に関する職員研修については、コロナ禍もあり WEB 研修も取り入れています。		
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。	a・b・c
<コメント> 家族からの外出、外泊への要望には随時連携をとりながら対応しています。ただ、外出、外泊は家族の意向で行われているため、出来る利用者と出来ない利用者があるのが現状であり、施設の取組として、福祉施設や要介護者等を対象にした旅行会社のサービスを活用した旅行や班外出を各班で検討し、季節や利用者の希望を反映して外出先を決定しています。また、ガイドヘルパーを利用した外出も支援されています。 「選挙権行使マニュアル」を作成し、利用者の選挙権行使を支援しており、利用者からも「今度の〇〇選挙に行きたい」など要望を伝えられるようです。		
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・b・c
<コメント> 相談支援事業所の活用や今年度より個別支援計画書の中に「地域移行」に関する項目を設け、利用者への聞き取りが行われています。希望する利用者がおればグループホームへの体験へとつなげています 社会資源についてはポスターや「どぎゃん会」、朝礼などで告知や情報を発信しており、外出支援で飲食店を利用する際には、職員が事前に場所やメニュー、店内の様子などを確認して実際の活用を活かしています。 職員は確認された地域移行を今後は更に十分な支援につなげたいとしています。		
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。	a・b・c
<コメント> つくしの里は子どもの行く末を案じる保護者の想いで作られた施設です。家族等との連携、交流と家族支援には特に大切に取り組んでおり、年 2 回の情報交換会、年 4 回の面談会		

など定期的に報告、意見交換ができる機会を設けています。今回の第三者評価受審についても、評価機関が出席し前回同様情報交換会や面談を活用し受審の目的や方向性などの説明や忌憚のない利用者アンケート調査への協力を依頼しており、受審結果後の報告会も予定されています。

また自宅などへの外出、外泊の連絡や調整、必要物品の購入や健康状態に関する連絡は状況に応じて細やかに連携を図っています。

毎月発行する広報誌「里だより」には委員会活動や行事、研修報告をはじめ今後の行事予定、つくしの里保護者会活動へのお礼の項目などが設けられており、特に行事予定については家族等が施設に足を運ぶ機会に繋がっています。保護者会主催のイベント（コンサート）への参加や、直近ではコロナ禍以降初めて通常の案内により開催された「秋の里まつり」には家族等を含め400名を超す方々の参加が得られています。

職員の自己評価やアンケートには家族等と連携を図るために、「笑顔で余裕を持ち、自分の家族だったと考えて接する」「遠方の家族の方も多く、利用者の施設での様子は細かく伝えていく」など普段注意を払っていることが記されていました。

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> 該当がないため評価していません。		
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）	3 4	1 1	0
内容評価基準（Ⅳ）	1 3	2	0
合 計	4 7	1 3	0