

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：社会福祉法人熊本県社会福祉事業団 (施設名) 熊本県くすのき園	種別：障がい者支援施設
代表者氏名：理事長 下村 正宣 (管理者)：施設長 高野 瑛百合	開設年月日： 昭和56年10月1日
設置主体：社会福祉法人 熊本県社会福祉事業団 経営主体：社会福祉法人 熊本県社会福祉事業団	定員：30人 (利用人数) 32人
所在地：〒869-0524 熊本県宇城市松橋町豊福2832 熊本県くすのき園	
連絡先電話番号： 0964—33—7788	F A X 番号： 0964—33—7796
ホームページアドレス	https://k-kusunoki.com/

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
生活介護、施設入所支援	くすのきマルシェ、忘年会、節分豆まき会、お茶会、花見会 等
居室概要	居室以外の施設設備の概要
13室 (3人部屋：東棟8部屋、西棟5部屋)	食堂、日中活動室、娯楽室、静養室、浴室、洗面所、トイレ、倉庫、洗濯室、会議室、相談室

2 施設・事業所の特徴的な取組

重度身体障がい者授産施設として開設されたこともあり、現在も軽作業（フルーツネット作業）を主な活動としつつ、作業療法士を中心としたリハビリも継続しています。また、多機能事業所として、就労継続支援B型での日中活動も選択できる機会があることも特徴と言えます。

また、利用者の高齢化に伴い、以前行っていた集団での活動に限界があるため、「個」を重視した支援の充実を図っており、利用者一人ひとりの思いや希望に基づいた個別外出活動にも力を入れています。これらの支援が利用者のQOLの向上に寄与し、自尊感情や精神的安定の促進にもつながることを目的としています。また、地域移行支援の一環として、グループホーム見学等の支援を実施し、利用者の地域移行のイメージ形成に取り組んでおります。

生活支援においては、福祉機器を積極的に取り入れることで安全に支援を提供できるとともに、利用者・職員双方の負荷軽減に努めています。加えて、デジタルインカムを取り入れることで

職員間の連携および、必要時に迅速で確実に利用者支援を行える環境を整えています。
眠りスキャン（体調把握センサー）を設置し、さらに見守りカメラ、携帯用ナースコールの導入に取りかかっており、これにより利用者の急変や事故等の異常を迅速に察知できる体制を整備し、利用者がより安全安心に過ごせる環境づくりに取り組んでいます。
高齢化する利用者の“終の棲家”について本人の意向の聞き取りを重視し、さいごまで本人の希望する生活を実現させる支援に力を入れており、利用者、ご家族に大変喜ばれています。

3 評価結果総評

◆特に評価の高い点

*利用者を尊重した福祉サービスの提供

職員は、ノーマライゼーションの考え方を基礎とし、利用者の自己決定について「本人の人生は本人のものであり、全てのことを自分で決める権利がある」と捉え支援の基本としている。利用者の意見や意向は、日々の生活支援の中に反映させるとともに、定期的なモニタリングには、利用者本人が参加して意見を表明する機会を確保している。また、成年後見制度についての家族向け研修やその他職員向け研修には、利用者の参加も可能とし、学ぶ機会を提供している。

*利用者が相談や意見を述べやすい環境整備

毎週水曜日を利用者相談日に設定し、希望者からの相談を受け付けている。また、利用者の担当職員をパートナーとして身近に相談できるよう支援体制をとっている。更に、利用者懇談会や家族会においても意見等を積極的に受け付けて支援に反映している。

*利用者の希望と意向を尊重した個別の外出支援でQOLの向上

買物・外食・海を見に行く・旧友に会いに行く等、個々の希望に沿った外出支援を実現し、QOLの向上に繋げている。介護タクシーを利用して、最初は職員同行でも、徐々に利用者一人で介護タクシーを使用して外出にチャレンジできるよう勇気づけ、QOLを高め、自立生活へ向けての動機づけを行っている。

*働きやすく、やりがいのある職場づくり

勤務は、業務内容に応じて早出・日勤・遅出・深夜から自分の生活環境に応じて時間帯を選ぶ固定シフト制となっている。施設長は日頃から「何でも相談してください」と声掛けし、職員会議等でも、意見を言い易いように配慮している。第三者評価受審のための職員自己評価には、多くの職員が、「休暇が取りやすく、相談しやすい環境で働きやすい」と回答している。

また、各専門職員は、専門職以外の役割も担うことで、利用者との距離が近づき、利用者理解が深まり、職員のやりがいに繋がっている。

***中長期的なビジョンを明確にした計画の策定と計画に沿った実施**

法人主導のもと令和3年度から7年度の中期経営計画が策定され、計画に沿った取組が進められている。利用者の高齢化・重度化に対応するために、介護支援機器の導入、ICT化等実施して利用者と職員の負担軽減と業務の効率化に向けて取り組んでいる。また、建物の老朽化はあるものの、速やかに修繕や改築に取り組み、利用者にとできる限りより良い生活の場を提供するように取り組んでいる。

◆改善を求められる点

***総合的な人事管理**

法人の人材確保育成等に関する基本方針に「法人が求める人材（職員）の姿」として6項目が明文化されている。正職員は毎年、業務実績や能力評価等の項目について自己評価を行い、施設長による育成面接、法人理事長による面談が実施されている。しかし、職務に関する成果や貢献度を評価した結果を昇進・昇格の基準、賃金の水準等の処遇に反映する仕組みは十分とは言えない。中期経営計画に示されているように、人事評価と合わせた人事システムの構築、職員への公表が望まれる。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

この度の受審で、当施設の取組について一定の評価をいただいた点は、当施設が代々積み重ねてきた取り組みや職員一人ひとりの日々の積み重ねによるものと受け止めております。一方で、改善すべき今後の課題についても、貴重なご助言をいただきました。いただいた評価とご助言を職員間で共有しながら今後の取り組みに活かし、運営体制の強化と支援の質の向上に取り組んで参ります。今後も利用者一人ひとりの尊厳と思いを大切に、安心して利用していただける施設づくりを進めるとともに、地域に信頼される事業所を目指して参ります。誠にありがとうございました。

【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 ワークショップ「いふ」
所 在 地	熊本市中央区水前寺3-15-1-1001
評価実施期間	2025年7月3日～2026年 3月 12日
評価調査者番号	① 06-032
	② 13-007
	③ 19-005

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：社会福祉法人熊本県社会福祉事業団 (施設名) 熊本県くすのき園	種別：障がい者支援施設
代表者氏名：理事長 下村 正宣 (管理者)：施設長 高野 瑛百合	開設年月日： 昭和56年10月1日
設置主体：社会福祉法人 熊本県社会福祉事業団 経営主体：社会福祉法人 熊本県社会福祉事業団	定員：30人 (利用人数) 32人
所在地：〒869-0524 熊本県宇城市松橋町豊福2832 熊本県くすのき園	
連絡先電話番号： 0964—33—7788	F A X 番号： 0964—33—7796
ホームページアドレス	https://k-kusunoki.com/

(2) 基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事					
生活介護、施設入所支援	くすのきマルシェ、忘年会、節分豆まき会、お茶会、花見会 等					
居室概要	居室以外の施設設備の概要					
13室（3人部屋：東棟8部屋、西棟5部屋）	食堂、日中活動室、娯楽室、静養室、浴室、洗面所、トイレ、倉庫、洗濯室、会議室、相談室					
職員の配置						
	職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
	施設長	1		介護福祉士	5	2
	サービス管理責任者	1		社会福祉士	2	
	看護師	2		看護師	2	
	作業療法士	1		作業療法士	1	
	管理栄養士	1		管理栄養士	1	
	生活支援員	12	5	初任者研修修了者	1	1
	事務員	1		保育士	2	
	合 計	19	5	合 計	14	3

※ 資格の種別は、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

※ 複数の資格を持ち重複計上している場合があるため、職種と資格の数は必ずしも一致しません。

2 理念・基本方針

(理念) 障がい者の方々に対し、社会参加と自立に必要な生活支援及び訓練を実施しながら、その目的に沿った支援を提供します

(基本方針) 利用者の方々に対し、常に質の高い支援ができるように自己研鑽に努めると共に、知識並びに人格の向上を図り、利用者の信頼に応えられる施設を目指します

1. ノーマライゼーションを基礎とし、「その人らしさ」を尊重しながら、可能な限り自己実現が図られるよう支援します
2. 利用者の真のニーズに応じたサービスを提供します
3. 施設の独自性を発揮し、地域に開かれた拠点施設を目指します

3 施設・事業所の特徴的な取組

重度身体障がい者授産施設として開設されたこともあり、現在も軽作業（フルーツネット作業）を主な活動としつつ、作業療法士を中心としたリハビリも継続しています。また、多機能事業所として、就労継続支援B型での日中活動も選択できる機会があることも特徴と言えます。

また、利用者の高齢化に伴い、以前行っていた集団での活動に限界があるため、「個」を重視した支援の充実を図っており、利用者一人ひとりの思いや希望に基づいた個別外出活動にも力を入れています。これらの支援が利用者のQOLの向上に寄与し、自尊感情や精神的安定の促進にもつながることを目的としています。また、地域移行支援の一環として、グループホーム見学等の支援を実施し、利用者の地域移行のイメージ形成に取り組んでおります。

生活支援においては、福祉機器を積極的に取り入れることで安全に支援を提供できるとともに、利用者・職員双方の負荷軽減に努めています。加えて、デジタルインカムを取り入れることで職員間の連携および、必要時に迅速で確実に利用者支援を行える環境を整えています。

眠りスキャン（体調把握センサー）を設置し、さらに見守りカメラ、携帯用ナースコールの導入に取りかかっており、これにより利用者の急変や事故等の異常を迅速に察知できる体制を整備し、利用者がより安全安心に過ごせる環境づくりに取り組んでいます。

高齢化する利用者の“終の棲家”について本人の意向の聞き取りを重視し、さいごまで本人の希望する生活を実現させる支援に力を入れており、利用者、ご家族に大変喜ばれています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2025年 7月 3日（契約日） ～ 2026年 3月 12日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1 回（2015年度）

5 評価結果総評

◆特に評価の高い点

*利用者を尊重した福祉サービスの提供

職員は、ノーマライゼーションの考え方を基礎とし、利用者の自己決定について「本人の人生は本人のものであり、全てのことを自分で決める権利がある」と捉え支援の基本としている。利用者の意見や意向は、日々の生活支援の中に反映させるとともに、定期的なモニタリングには、利用者本人が参加して意見を表明する機会を確保している。また、成年後見制度についての家族向け研修やその他職員向け研修には、利用者の参加も可能とし、学ぶ機会を提供している。

*利用者が相談や意見を述べやすい環境整備

毎週水曜日を利用者相談日に設定し、希望者からの相談を受け付けている。また、利用者の担当職員をパートナーとして身近に相談できるよう支援体制をとっている。更に、利用者懇談会や家族会においても意見等を積極的に受け付けて支援に反映している。

*利用者の希望と意向を尊重した個別の外出支援でQOLの向上

買物・外食・海を見に行く・旧友に会いに行く等、個々の希望に沿った外出支援を実現し、QOLの向上に繋げている。介護タクシーを利用して、最初は職員同行でも、徐々に利用者一人で介護タクシーを使用して外出にチャレンジできるよう勇気づけ、QOLを高め、自立生活へ向けての動機づけを行っている。

*働きやすく、やりがいのある職場づくり

勤務は、業務内容に応じて早出・日勤・遅出・深夜から自分の生活環境に応じて時間帯を選ぶ固定シフト制となっている。施設長は日頃から「何でも相談してください」と声掛けし、職員会議等でも、意見を言い易いように配慮している。第三者評価受審のための職員自己評価には、多くの職員が、「休暇が取りやすく、相談しやすい環境で働きやすい」と回答している。

また、各専門職員は、専門職以外の役割も担うことで、利用者との距離が近づき、利用者理解が深まり、職員のやりがいに繋がっている。

*中長期的なビジョンを明確にした計画の策定と計画に沿った実施

法人主導のもと令和3年度から7年度の中期経営計画が策定され、計画に沿った取組が進められている。利用者の高齢化・重度化に対応するために、介護支援機器の導入、ICT化等実施して利用者や職員の負担軽減と業務の効率化に向けて取り組んでいる。また、建物の老朽化はあるものの、速やかに修繕や改築に取り組み、利用者にしてできる限りより良い生活の場を提供するように取り組んでいる。

◆改善を求められる点

*総合的な人事管理

法人の人材確保育成等に関する基本方針に「法人が求める人材（職員）の姿」として6項目が明文化されている。正職員は毎年、業務実績や能力評価等の項目について自己評価を行い、施設長による育成面接、法人理事長による面談が実施されている。しかし、職務に関する成果や貢献度を評価した結果を昇進・昇格の基準、賃金の水準等の処遇に反映する仕組みは十分とは言えない。中期経営計画に示されているように、人事評価と合わせた人事システムの構築、職員への公表が望まれる。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

この度の受審で、当施設の取組について一定の評価をいただいた点は、当施設が代々積み重ねてきた取り組みや職員一人ひとりの日々の積み重ねによるものと受け止めております。一方で、改善すべき今後の課題についても、貴重なご助言をいただきました。いただいた評価とご助言を職員間で共有しながら今後の取り組みに活かし、運営体制の強化と支援の質の向上に取り組んで参ります。今後も利用者一人ひとりの尊厳と思いを大切に、安心して利用していただける施設づくりを進めるとともに、地域に信頼される事業所を目指して参ります。誠にありがとうございました。

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	26	
	家族・保護者		
聞き取り調査	利用者本人		
	家族・保護者		
観察調査	利用者本人		

第三者評価結果

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

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

<共通評価基準>

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a・①・c
<p><コメント></p> <p>施設理念は「障がい者の方々に対し、社会参加と自立に必要な生活支援及び訓練を実施しながら、その目的に沿ったサービスを提供します」と開設時に明文化されている。</p> <p>理念は、隣接した就労継続支援B型事業所「熊本県くすのき園」のい草製織所で文言をい草に織り込み、壁掛け作品として玄関ホールに掲示している。また、ホームページやパンフレットにも表示している。しかし、理念についての職員への周知が十分とは言えない。今後、会議や研修会で説明し周知を図ることが望まれる。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	②・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、熊本県身体障害児者施設協議会、熊本県社会就労センター協議会及び宇城圏域障がい者支援協議会の会員として、施設長会議や研修会に参加し、社会福祉事業全体の動向等の把握に努めている。また、法人本部の幹部や、法人内の6つの事業所の施設長が参加する施設長会議に出席して地域の福祉計画策定状況や、制度変更、法人全体の運営状況等、情報を得ている。また、施設の月次の利用状況・収支・課題等を分析して施設長会議で報告しており、運営状況は、法人全体で共有されている。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	②・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の高齢化・障がいの重度化に対応するために職員の対応力・支援力の向上が必要としている。令和3年度から7年度を見据えた中期経営計画には、職員の負担軽減を考慮し</p> <p>介護支援機器の導入が計画されており、情報共有アプリやデジタルインカム等が導入されている。また、居室での眠りや体調を把握するスキャンシステム導入等で、業務の効率化に向けた取組が計画に沿って進められている。また、中期経営計画には正職員の割合を3割程度として目標設定しているが、現在、全職員26名中、正職員5名、他21名は契約職員・嘱託職員で構成されており、正職員の割合は、2割弱の目標達成となっている。</p>		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>令和3年度から7年度の中期経営計画は、法人主導のもと6つの事業所の職員代表と施設長が段階的に参画して策定されている。法人全体を取り巻く環境把握のため、各事業所のSWOT分析等を実施して、法人と各施設の方向性を検討し、法人全体の重点施策を定め、それぞれの重点項目について、各施設の実施計画が示されている。</p> <p>中期経営計画は具体的な内容となっている。重点項目の進捗状況等に関しては、毎月法人本部で開催される施設長会議において報告や、検討が行われている。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a・㊟・c
<p><コメント></p> <p>中期経営計画の内、介護支援機器やICTの導入等に関しては、介護用ロボットの活用、デジタルインカムの導入として単年度事業計画に反映されている。また、利用者の満足度とQOLの向上に向けて、利用者の一人ひとりを大切にしたい個別の外出レクリエーションの充実を図りたいとして計画している。</p> <p>単年度の事業計画は、実施状況の評価が行えるよう、より具体的な目標設定となると更に良いと思われる。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a・㊟・c
<p><コメント></p> <p>単年度の事業計画は、正職員のみで構成されている運営会議や、全職員参加の職員会議で出される意見や提案を参考にして施設長が策定している。しかし、事業計画について、職員への周知は十分とは言えない。</p> <p>事業計画を達成するために、職員に対して事業計画について会議や研修会で説明し、事業計画の位置づけや、計画の内容などについて、理解を促すための取組が望まれる。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・㊟・c
<p><コメント></p> <p>事業計画として、利用者への周知は行われていないが、利用者にかかわる事業内容については、毎月開催される利用者懇談会等で分かりやすく説明されている。居室の個室化計画の進捗状況や、より個人を大切にしたい外出レクリエーションの計画、第三者評価員の来訪など、利用者の生活に関わる内容については、都度、説明したり、掲示板に掲示して周知している。</p> <p>今後は、事業計画の内、利用者の生活に関わる内容については、年度初めに分かりやすい資料を準備して説明する等の工夫も期待したい。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
	I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。	
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>職員は、定期的に「自己チェックリスト」や、「虐待防止の理解チェックリスト」で自分の言動を振り返り、結果は、サービス管理責任者が内容を確認し、課題が把握された場合は、サービス管理責任者や施設長が指導を行ったり、職員会議で検討して改善に繋がっている。また、毎月、職員会議の後、質の向上に向けた研修を実施している。</p> <p>第三者評価は、前回、2015年に受審している。</p> <p>今後は、福祉サービスの内容について、PDCAサイクルにもとづき組織的に評価を行う体制を整備することが望まれる。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>利用者によるアンケート結果や、職員による自己チェック、虐待防止の理解チェック等で把握された取り組むべき課題は、主として幹部職員による指導等で改善が図られている。</p> <p>今後、PDCAサイクルに基づき組織として計画的に改善策を実施し、サービスの質の向上を図ることが望まれる。</p>		

II 組織の運営管理

II-1 施設管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
	II-1-(1) 施設管理者の責任が明確にされている。	
10	II-1-(1)-① 施設管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	⑩・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、日頃から「事業所は利用者の方々的人生をお預かりしている。職員一人ひとりの関わりや声掛けの日々の積み重ねで、利用者の方々的人生が幸せと感じていただけるか、そうでないか直結する。とても責任のある業務である。その自覚をもって支援にあたってほしい」と施設長としての思いを職員に発信している。また、施設の方針や経営に関すること、新しい取組の趣旨等は、施設長自ら運営会議・職員会議で伝えることにしている。</p> <p>施設長の職務分掌は、他の全職員と共に職務分掌表に明記され、職員にも配付して周知されている。</p> <p>施設長の不在時は、副査としてのサービス管理責任者が代行すると明文化されている。</p>		
11	II-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	⑩・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、行政、関係機関、熊本県身体障害児者施設協議会、熊本県社会就労センター協議会及び宇城圏域障がい者支援協議会等の研修会や、法人での会議等を通して遵守すべき法令等の理解を深めている。また、必要に応じて法人本部を經由して税理士や社会保険労務士、社会福祉法人等経営相談室等の専門家に相談できる体制が構築されている。不適切な事例や事件等の報道があった際は、施設長が朝礼や、職員会議で取り上げて、法令遵守に関する注意喚起を行っている。</p>		

Ⅱ-1-(2) 施設管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>新入職員は、資格・経験等に応じて研修プログラムを作成し、座学とOJTで1~2か月をかけて育成している。現職員には、感染症防止・災害時の訓練・虐待防止・救護法・利用者支援等、毎月研修会を実施して職員の質の確保、サービスの質の向上に向けて取り組んでいる。</p> <p>全職員の2割弱を占める正職員が施設運営の中核的な役割を担っており、施設長は、正職員のチーム力を更に強化して組織体制の基盤を充実したいとして取り組んでいる。</p>		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>正職員で構成される運営会議では、法人内の施設長会議での報告をはじめ、経営状況・勤務体制・人事・給与等、運営に関する情報が共有されている。全職員が参加する職員会議でも情報提供を行い、職員からも課題や意見が出しやすいような雰囲気配慮して、課題の把握に努めている。</p> <p>中期経営計画に示されている、利用者の高齢化・重度化に対応するための介護支援機器の導入、ICTの活用等は、計画に沿って実施され、業務の効率化が進められている。</p> <p>職員自己評価には、「働きやすい職場である」との記載が多い。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a・㊟・c
<p><コメント></p> <p>法人の中期経営計画に「専門的な知識・技術に加えて、高い倫理観、深い人間観を持った職員を育成するとともに、働きやすい職場環境の整備を進め、職員の定着に努めます」と、人材の確保・育成についての考え方を確立し明文化している。また、正職員の雇用について、全体の3割程度と目標を掲げている。しかし、中期経営計画の最終年度である令和8年1月現在、正職員の割合は、2割弱にとどまっている。</p> <p>今後の健全で安定した事業運営のために、現在の職員構成や、今後の見通し等について、必要に応じて計画の見直しなどを行うことも必要かと思われる。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・㊟・c
<p><コメント></p> <p>法人の人材確保育成等に関する基本方針に「法人が求める人材（職員）の姿」として6項目が明文化されている。施設長は、この方針に沿って、利用者の人権を尊重し、高い倫理観を持ち、社会規範等を遵守する人を採用したいとしている。</p> <p>職員育成面接は実施されているが、職務に関する成果や貢献度を評価した結果を昇進・昇格の基準、賃金の水準等の処遇に反映する仕組みは十分とは言えない。中期経営計画に示されているように、人事評価と合わせた人事システムの構築、職員への公表が望まれる。</p> <p>職員が、自ら将来の姿を描くことが出来るような仕組みづくりとなることを期待したい。</p>		

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>勤務は固定シフト制で、業務内容に応じて早出、日勤、遅出、深夜から自分の生活環境に応じた働き方を選択できている。施設長は日頃から「何でも相談してください」と声かけし、職員会議等でも、意見を言い易いように配慮している。第三者評価受審のための職員自己評価には、多くの職員が「休暇が取りやすく、相談しやすい環境で働きやすい」と回答している。</p>		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>「法人が求める人材（職員）の姿」は明文化されているが、職員への周知は十分とは言えない。正職員は毎年、業務実績・能力評価・意欲・行動等の項目について自己評価を行い、それを基に施設長による育成面接、法人理事長による面談が行われている。しかし、一人ひとりが自己評価を行う前提となる目標設定の過程が明確ではないように見られる。</p> <p>組織の目標や方針に沿った個人の事業目標や、職員一人ひとりの能力やスキルを育成するための目標等を設定し、中間面接を通して進捗状況を確認しながら成長を促す目標管理制度の導入が望まれる。</p>		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>毎年、年間研修計画を策定し、全職員を対象に内部研修を実施している。また、熊本県社会福祉協議会や、その他関係協議会主催の研修等には、職種別・テーマ別・階層別など研修内容にもとづいて計画し、研修への参加を推奨している。外部研修参加者は、受講後、研修報告書を作成して職員間に回覧し、学びの共有を図っている。また、職員会議でも研修について報告している。</p> <p>「法人が求める人材（職員）の姿」を職員の教育・研修の基本とした研修計画を策定すると、更に良いと思われる。</p>		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>新入職員は、一人ひとりの資格・経験などにもとづいた個別的な研修プログラムが策定され、プログラムに沿って内部での座学・OJT・オンライン研修等の育成研修が実施されている。</p> <p>階層別・職種別・テーマ別等の外部研修については、施設長が適任者へ受講を推奨している。研修に係る費用は、事業所負担としている。</p>		
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>実習生受入れマニュアルは整備されているが、コロナ禍以降の受け入れ実績はない。令和7年度、隣接する就労継続支援B型事業所において、熊本大学教育学部学生1名の実習体験を受け入れている。</p> <p>今後、実習生等の教育・育成に関する基本姿勢を明文化し、実習生受け入れ体制を整備して積極的に取り組むことを期待したい。</p>		

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。	a・㊸・c
<p><コメント></p> <p>法人・事業所のホームページに理念・基本方針・事業計画・事業報告・予算・決算・福祉サービス内容・地域交流実施状況等が公開されている。また、第三者評価受審に関してもワムネットで公表されている。</p> <p>今後は、苦情・相談の体制や、内容にもとづく対応の状況についての公表も望まれる。</p>		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	㊸・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の決裁規程に施設長の歳出予算執行の権限が明記されている。また、経理規程も整備されている。法人内の6事業所の職員が、年に2回一堂に会して、他事業所の経理監査を行う内部監査が行われ、結果は法人に報告されている。決算報告書は、公認会計士である監事によって監査され、法人ホームページで公開されている。外部による監査は実施されていない。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	㊸・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者と地域とのかかわり方については、基本方針の一つに、「施設の独自性を発揮し、地域に開かれた拠点施設を目指します」と考え方を明示している。毎年、施設が主催する「くすのきマルシェ」は、利用者や家族、職員、地域の多くの人々が集う楽しい交流の場となっている。また、利用者個々のニーズに応じて、ショッピングやカラオケ、コンサート鑑賞、墓参り等、地域への外出支援も行われており、地域の社会資源の活用にも繋げている。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a・㊸・c
<p><コメント></p> <p>「ボランティア受け入れマニュアル」は、整備されているが、新型コロナウイルス感染症拡大以降、日常的なボランティアの受け入れは再開されていない。しかし、「くすのきマルシェ」等の行事の際は、宇城市社会福祉協議会を通じてボランティアの受け入れを行っている。また、学校教育への協力として、熊本県立松橋西支援学校からの見学を受け入れている。</p> <p>今後、感染症の状況を踏まえつつ、段階的にボランティア受け入れの再開等を検討することが望まれる。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な関係機関・団体等の機能や連絡方法を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	㊸・b・c
<p><コメント></p> <p>行政、協力医療機関、警察、消防、地域の関係機関、団体・施設関係業者等について、ネットワークを構築し、利用者の状況に応じて対応可能となるように連絡方法を明</p>		

<p>示したリストを作成している。施設長は熊本県障がい者支援施設協議会に加盟し、また、熊本県立松橋東支援学校運営協議会の構成員としても活動して関係機関との連携強化を図っている。これらの連携体制により、緊急時や個別支援が必要な場合にも、関係機関等との連携が適切に行われている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
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
<p><コメント> 施設長は、行政が主催する各種実行委員会や協議会、地域の行事等に参加し、地域の課題や、福祉ニーズの把握に努めている。また、施設長並びにサービス管理責任者は、宇城市「手話言語条例検討委員会」に参画しており、関係機関と連携し活動の輪を広げている。これらの取組を通じて、地域に求められる福祉サービスの在り方を把握し、施設運営や支援内容の向上に活かしている。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	㊟・b・c
<p><コメント> 地域の福祉事業にとどまらず、公益的な事業・活動にも取り組んでいる。施設の園庭や駐車場を開放し、多様な関係機関と連携して「くすのきマルシェ」を開催することで、社会福祉分野に限らず、地域コミュニティの活性化やまちづくりに貢献している。また、八代地域の特産物である「い草」を活用した製品の製造・展示・販売に積極的に取り組み、地域産業の活性化や事業の継承に貢献している。さらに、災害時には地域の社会資源として福祉避難所に指定されている。</p>		

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	㊟・b・c
<p><コメント> 施設の基本方針の一つに「ノーマライゼーションを基礎とし、『その人らしさ』を尊重しながら、可能な限り自己実現が図られるよう支援します」と明示して、利用者の自主性を尊重した支援に取り組んでいる。倫理綱領は整備されている。「虐待防止・身体的拘束適正化検討委員会」は、運用指針に基づいて毎月開催されている。利用者を尊重した福祉サービスの実施について、「利用者への接し方マニュアル」を整備し、日常生活場面、言葉遣い、言葉遣いにおける禁止事項等について明記し、職員指導を行い利用者を尊重した支援に取り組んでいる。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a・㊟・c
<p><コメント> 利用者のプライバシー保護については、マニュアルを整備し、利用者への接し方や日常生活場面での配慮、言葉遣い、個人情報に関する書類の保管、電話対応、信書の秘密保持等々具体的に示されており、職員会議等で研修してプライバシーに配慮した支援の提供となるよう取り組んでいる。 居室が多床室となっており、居室内でのプライバシー確保は限定的である。県への施設整備費補助金を申請されている個室化が実現するまでは、プライバシーに配慮した環境づくりへの工夫を期待したい。</p>		

Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>熊本県くすのき園のパンフレット・ホームページを作成し、理念・基本方針や事業内容、年間行事予定等を紹介している。利用希望者には、施設見学、情報提供、希望に応じて体験利用等を行っている。聴覚障害の方には、手話通訳士の支援を受けるなどして、個々に応じて丁寧な対応に取り組んでいる。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの開始にあたっては、サービス管理責任者が「重要事項説明書」に基づき福祉サービスの内容や入所時の必要事項を利用者に詳しく分かり易く説明することとしている。サービスの変更については、利用者懇談会や家族会において説明し同意を得ている。なお、障がいの特性に応じて個別対応が必要な場合は、手話通訳や筆談等を交えて丁寧に説明している。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉施設・事業所への変更や、家庭への移行の場合は、サービス管理責任者をはじめリハビリ、看護、栄養部門の担当者が相談支援事業所との会議に参加して詳しい情報を提供し、利用者への福祉サービスの継続性が損なわれないよう配慮している。なお、利用者には、福祉サービスの利用が終了した後もいつでも相談できることを文書にして渡している。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取り組んでいる。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>毎月利用者懇談会を開催するとともに、毎週水曜日に利用者相談日を設け、利用者からの意見や要望を聞き、福祉サービスの向上に繋げている。また、嗜好調査は、年に2回実施し、給食委員会も定期的に開催して、委託業者と食事について検討し、利用者の満足度向上に取り組んでいる。</p> <p>書面による福祉サービス全般に関する満足度調査は実施されていないが、利用者懇談会・相談日・利用者朝礼等、色々な場面を通して、自由に思いや意見を述べられるような環境が整備されている。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービスに関する苦情相談実施要領を作成しており、苦情解決責任者を施設長、苦情受付担当者をサービス管理責任者とし、第三者委員2名を設置した体制が確立している。</p> <p>「苦情受付窓口」については、入所時に重要事項説明書を用いて詳しく説明している。なお、施設の玄関ホールに「お知らせ」として苦情解決の仕組みを掲示し、周知が図られている。苦情内容については、受付と解決を図った経過を記録している。苦情解決状況はホームページで公表を行うとしている。</p>		

35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>毎週水曜日を利用者の相談日として設定し、相談室において個別に相談や意見を聞き取っている。パートナー支援体制を確立しており、利用者からの相談や意見が述べやすい環境を整備している。また、利用者懇談会や家族会においても利用者や家族からの相談や意見等を受け付けている。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者からの相談や意見は、利用者懇談会や利用者相談日を通じて把握している。意見箱は設置していないものの、職員は日頃から利用者とのコミュニケーションを大切に、日常の関わりの中で様々な機会を捉えて傾聴に努めている。把握した相談や意見は、記録に残し、職員間で周知を図り、対応可能な内容については速やかに対応することを心がけている。利用者間に関する相談や意見については、双方の意見を丁寧に聴き取り、解決に向けて調整を行っている。なお、相談などは、苦情相談実施要領に基づいて組織的に対応している。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメントについては、運営会議の下に、施設長を対策本部長とする安全衛生委員会を設置し、毎月開催している。また、事業継続計画(BCP)に基づき、リスクマネジメント体制の強化を図り、安定したサービスの提供に努めている。「くすのき園事故トラブルマニュアル」を整備し、事故防止に向けた取組を行っているほか、インシデントレポートの提出を通じて、事故の原因分析及び対策の検討を行い、再発防止に取り組んでいる。今後は、インシデント事例に加え、ヒヤリハット事例についても積極的な報告を促し、さらなる事故防止につなげることが期待される。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>感染症の予防及び蔓延防止に向けて、感染症対策委員会を毎月開催し、感染症防止に関する取組や対策について継続的に検討している。看護師が2名常駐しており、看護師による感染症に関する勉強会を年2回実施して職員の知識向上を図っている。さらに、職員会議においても感染症に関する情報を共有するとともに感染予防の啓発を行い、組織全体で感染症の予防に取り組んでいる。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>災害時における安全確保のために、事業継続計画(BCP)を策定し、災害時対応マニュアルとして、防災及び非常時対応に関する手順や留意点を明示している。また、消防計画に基づき、昼間又は夜間を想定した避難・防災訓練を年6回実施している。さらに、災害時に備えて食料品・医薬品・衛生用品・日用品等を備蓄している。備蓄リストには、保管場所や消費期限、担当者を明記し、災害時における利用者の安全確保に取り組んでいる。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a・㊸・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの標準的な実施方法については、標準的な実施要領を支援マニュアルとして文書化している。利用者のプライバシー保護、利用者への接し方、体罰等禁止、送迎、感染症対策、災害対策対応等に関する手順が整備されており、職員がいつでも閲覧・活用できるように詰所に設置されている。また、共通フォルダでも管理されており、必要に応じて見直しが行える体制が整えられている。</p> <p>しかし、日常的な生活支援では、「食」と「排泄」の支援マニュアルは整備されているが、他の生活支援マニュアルの整備は十分とは言えない。新入職者を含む全生活支援員が標準的な生活支援の提供ができるようにマニュアル・手順書の整備が望まれる。</p>		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a・㊸・c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法の検証・見直しについては、現時点では時期や方法をあらかじめ定めた仕組みはなく、疑義が生じた場合や、介護保険法の改正等の社会的変化に応じて、随時検討し見直しを行っている。しかし、見直しを行った際の記録は見られなかった。</p> <p>標準的な実施方法について、職員や利用者からの意見・提案を踏まえ、定期的、若しくは、必要に応じて見直しを行う仕組みを確立し、見直しの記録を残すことが期待される。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	㊸・b・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の策定にあたっては、サービス管理責任者を責任者として位置づけ、各部門の担当者からの意見を集約・調整している。また、アセスメントシートを用いて利用者本人の生活状況やニーズを把握した上で、個別支援計画が適切に作成されている。利用者一人ひとりについて、ニーズや具体的なサービス内容が明確に記載されており、支援目標や課題、具体的な到達目標及び支援内容が体系的に整理されている。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	㊸・b・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の評価・見直しについては、半年ごとの見直しを基本としている。なお、利用者の生活状況や心身の状態に変化が生じた場合には、必要に応じて速やかに支援計画の見直しを行っている。個別支援会議は、利用者本人、サービス管理責任者、パートナー職員を中心に、必要に応じて専門職や家族も同席して開催している。会議の議事録は全職員に回覧され、情報共有と支援内容の共通理解を図る体制が整えられている。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	㊸・b・c
<p><コメント></p> <p>ICTの導入により情報共有システムを活用し、統一した様式で福祉サービスの実施状況を記録している。利用者一人ひとりの個別支援計画に基づく実施内容が記録され、職員間での情報共有が図られている。</p>		

<p>「個別支援経過記録記入マニュアル」を整備し、①正確であること、②簡潔であること、③明瞭であること、④記録の責任を明らかにすること、⑤言葉の表現方法に注意すること、⑥誰が読んでも理解できる表現とすること等について具体的に示され、施設長やサービス管理責任者による指導も行われており、記録の適正性の確保に取り組んでいる。</p>		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a・⑥・c
<p>＜コメント＞</p> <p>個人情報の取扱いについては 個人情報保護方針を整備し、「社会福祉法人熊本県社会福祉事業団は方針に基づき個人情報の保護に努めます」としている。</p> <p>個人情報統括責任者を理事長と定め、個人情報の適切な取得、管理、利用、開示及び廃棄等については「個人情報に係る開示申出等に関する取扱い要領」に明記されている。</p> <p>一方で、記録の管理・保存等に関する職員への教育や研修については、十分でないとする声も職員の自己評価に見られる。</p> <p>今後は、個人情報保護に関する職員研修の充実を期待したい。</p>		

＜内容評価基準＞

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A①	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	a・⑥・c
<p>＜コメント＞</p> <p>基本方針の一つに「ノーマライゼーションを基礎とし、『その人らしさ』を尊重しながら可能なかぎり自己実現が図られるように支援します」と明記されている。職員は、自己決定について、「本人の人生は本人のものであり、全てのことを自分で決める権利がある」と捉え支援の基本としている。</p> <p>利用者の意見や希望は、日々の生活支援の中に反映させて支援するとともに、定期的実施されるモニタリングには、利用者本人も参加して思いや要望を表明する機会としている。生活に関わるルール等については、食事や消灯、入浴、日中活動の時間は定められているが、それ以外の起床や就寝時間等のルールはなく、自分で決めて自由に過ごせる環境となっている。また、移動美容室を利用したり、外出して地域の理髪店を利用する等、自由な選択が尊重されている。日々の暮らしの中で役割を持って生活したい、B型就労で工賃を得て好きなことをしたい等、利用者個々の多様な思いや意向を尊重しながら個別支援に取り組んでいる。しかし、福祉分野での経験が短い職員の中には「利用者の自己決定の尊重」について、理解が不十分な様子も窺われる。</p> <p>職員研修を通して理念・基本方針の理解を深め、更に質の高い支援となることを期待したい。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		
A②	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	②・-・c
<p>＜コメント＞</p> <p>虐待防止委員会運用指針、身体拘束適正化のための指針を整備している。虐待防止・身体拘束適正化委員会を毎月開催し、結果は職員会議で報告している。また、職員会議では、権利擁護で気になる事例等を検討し共有する時間を確保している。更に、法人では、権利擁護に関する研修会を年に1回開催し、施設においても年に2回、虐待防止・身体拘束廃止の研修を実施している。全職員は、定期的に体罰・差別・プライバシー侵害・人格無視・強要制限・身体拘束に関する自己チェックに取り組んでいる。</p>		

身体拘束適正化のための手順等は文書化されている。しかし、施設は授産施設としてスタートした経緯もあり、利用者の自立度が高く、車椅子の座位を安定するためのベルト装着はあるが、身体拘束を検討する事例はほとんどない。

虐待が疑われる案件が生じた際は、定められた手順に則り、行政に報告を行うことにしている。権利擁護や、権利侵害・虐待等についての職員の意識醸成のために、職員研修の継続を期待したい。

A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A③	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	㊤・b・c
<p><コメント></p> <p>生活上の行為について、利用者ができることは自力で行うことを基本として支援している。洗濯機は使用できるが乾燥機に移すには介助が必要な人、洗濯物たたみはできる人等、一人ひとりのできることを見守りながら、個別支援を行っている。</p> <p>入浴は全員が機械浴となっているが、洗身等、自力でできることは自身で行うことを促し、職員は見守りながら介助している。</p> <p>利用者にとっては、作業して工賃を受け取ること、買い物に出かけること、スポーツ大会や車いすジョギング大会に参加すること等が、生活の励み、楽しみとなっており、これらの活動を通して自律・自立生活への動機づけを行っている。</p> <p>生活の自己管理や、居室の片づけ等は、パートナー制の職員や、生活支援員が手伝っている。毎日の身だしなみについては、利用者の希望を聞くことを基本としている。</p> <p>金銭管理については、責任者を施設長、預貯金代行をサービス管理責任者としている。利用者が預り金担当係と現金の授受を行う際は、職員も同席して一緒に確認し、署名することとしている。通帳は金庫で保管している。</p> <p>行政手続き等はサービス管理責任者が行い、通院は、家族が同行するケースも若干あるが、通常、看護師が同行支援している。成年後見人制度の利用者は2名となっている。</p>		
A④	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	㊤・b・c
<p><コメント></p> <p>聴覚障害の利用者には、筆談や絵・図・スマートフォン・手話等で対応している。火災等緊急時を知らせるための回転灯の設置や、火災発生 of 文言をラミネート加工して緊急時に使用できるように備えている。</p> <p>日常は、持ち歩き用ホワイトボードを活用したり、多くの支援員は常時メモ帳を携帯し、必要に応じて文字で伝えられるように心がけている。</p> <p>意思表示が困難な利用者の表情や、普段と違う様子についての気づきは、職員間で共有して速やかに対応するように配慮している。</p> <p>避難訓練や行事の際は、地域の手話通訳者に依頼して支援を得ている。日々の情報は、ロビーに設置されているホワイトボードに掲示し、利用者に伝えている。コミュニケーションツールとしての機器は設置されていないが、Wi-Fiが整備され、無料で使用できる環境となっている。タブレットを使用して外部とコミュニケーションをとる利用者もいる。</p>		
A⑤	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	㊤・b・c
<p><コメント></p> <p>毎週水曜日を相談日として設定し、職員が交代で対応している。同室者との関係・トイレやエアコン等の設備・愚痴・消灯時間について等、様々な相談や意見が持ち込まれ</p>		

ている。相談内容は記録し、全職員に周知している。また、相談日に限らず、日頃から相談しやすいように働きかけており、口頭での相談に加え、手紙やメモも提出されている。受け取った相談は、サービス管理責任者に報告され、業務日誌に記録して共有することになっている。毎月の利用者懇談会や、毎朝の利用者朝礼でも積極的に意見が出されている。

利用者の意向による決定を第一としているが、選択次第では、リスクを伴う可能性が生じることも考えられ、その際は、率直に伝えて職員も一緒に考え、対等な立場での伴走者として支援している。すぐに解決できない相談事は、関係職員と検討し、内容によっては個別支援計画に反映している。

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>
 個別支援計画にもとづいて、日中活動は、生産活動としてのフルーツネット作業や、リハビリテーション、生活リハビリとしてのぬり絵・編み物等、更に、土日に行うボーリングや、ジェンガ等の室内レクリエーションとなっている。また、初詣や買い物等、利用者それぞれの意向に沿った個別支援も行っている。
 日中活動は各利用者が活動内容を選択し、日中活動の時間を3つの時間帯に分け、いずれかの時間に参加すると1ポイントとしてカウント（1日最大3P）するポイント制を導入しており、工賃として支給することで、少額であっても利用者の活動意欲向上に繋げている。
 習字やカラオケの希望も出されている。また、ハートウイーク展への出展や、車いすジョギング大会・障がい者スポーツ大会等へは10名程が参加している。
 施設は、今後も、利用者の生産活動を継続して支援するために、利用者の高齢化・重症化を支える職員体制の強化を検討している。

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。	a・㊟・c
----	--------------------------------------	-------

<コメント>
 障害についての基礎的知識の習得には、会員制の動画配信サービスを活用している。職員研修では「嚙下の理解」や「聞こえないとはどういうことか」等、専門的技術向上のため支援に即した内容を実施している。利用者の暴力や支援拒否、夜間の不安定行動、強いこだわり等については、その都度支援方法を工夫して対応している。また、かかりつけの精神科医師や発達支援センターの精神相談員に直接相談し、連携して対応に努めている。利用者の希望を理解して叶えることや、利用者の視点を逸らして気持ちの安定を図る方法等に助言を得ている。個別的な配慮が必要な利用者への支援内容は記録に残している。
 利用者間のもめごとは相手への罵倒が多く見られる。サービス管理責任者や生活支援員は、必要に応じて利用者に言葉使いの修正等をお願いして利用者間の関係調整を行っている。
 職員全体の、障がいに関する基礎的知識の強化と更なる支援の向上のために継続的な職員研修が望まれる。

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>
 食事は外部委託となっているが、館内の厨房で調理し適温で提供されている。コロナ禍以降、利用者は皆1人用のテーブルで食事することになっている。年に2回、嗜好調査を行い、定期的に給食委員会を開催し、委託業者と食事について検討している。
 1日1800kcalを基本とし、主食は米飯～ミキサー食、副食も常食～ミキサー食迄の4段階とし、利用者の意向・状況に応じて提供している。管理栄養士は、健診結果や体重の

増減、昼食・夕食時の見守り等で摂取状況等を把握し栄養マネジメントを行っている。食事形態の変更は栄養士に加え、看護師やサービス管理責任者と相談して決められている。食事介助・トロミ使用・ミキサー食・補助具使用等利用者の状況に応じて支援している。これまで土曜日の昼食に出していたパンを、希望に沿って朝食に変更したことで満足度が上がっている。熊本の郷土料理も提供されている。

入浴は、週3回を基本とし、体調確認後、4名の職員が機械浴槽2台を使用して対応している。現在、一般浴は使用していない。女性の利用者には同性介助を行っている。浴室は広く、最多で3名が同時に入浴できる。希望があれば、シャワー浴に変更するなど柔軟に対応している。機械浴槽は、噴流式泡風呂になっており温浴効果もあり利用者の楽しみになっている。

排泄支援では、洋式トイレの中に肘置き手すりが設置されているものもあり、使用中の身体安定の支えになっている。排泄チェックリストを用いて、利用者毎に運動や水分摂取を促すとともに、必要時には緩下剤や座薬等を使用して排泄支援を行っている。

移乗・移動では、独歩の人は4人のみで、その他の人は、歩行器・車いす・電動車いすを使用している。居室から作業場迄起伏のある移動行程は、転倒の危険があり、必ず介助を行うとしている。また移乗サポートロボット・2人介助・1人介助等利用者の状態により支援している。

A-2-(3) 生活環境

A⑨	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	㊦・b・c
----	---	-------

<コメント>

館内はバリアフリーで、渡り廊下以外は全館冷暖房が行き届いており、居室棟は彩光も良く明るい。居室・食堂・浴室・トイレは清掃が行き届き、清潔である。居室は、2人部屋もしくは3人部屋となっており、南向きで冬でも日当たりが良い。

室内は個人の好きな写真・縫いぐるみ、趣味やお気に入りのミュージシャンのポスター等を飾り、利用者個々の思いの部屋作りとなっている。館内は職員による季節毎の装飾が施されている。利用者はロビー、食堂、畳の娛樂室等、それぞれお気に入りの場所で過ごしている。食堂は前後に自動ドアの広い出入り口があり、自動販売機、大画面テレビやスピーカーが設置してあり、くつろぎの場所になっている。棟をつなぐ廊下は、スロープとなっており、利用者の安全確保のため、利用者の理解の下、移動時は必ず職員が付き添うことにしている。

経年劣化による設備等はその都度修繕や取り替えを行っている。居室の個室化に向けた取組も補助金申請中となっている。

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練

A⑩	A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	㊦・b・c
----	---	-------

<コメント>

嘱託医によるリハビリテーション指示書に基づいて、作業療法士が利用者に応じたりハビリテーション計画書を策定している。また、月に1回の嘱託医診察時に相談しながらリハビリの内容を検討している。個別支援計画書と連動し、6か月毎にモニタリングを実施している。利用者がチャレンジしやすい訓練内容となるように配慮し、歩行訓練に気が進まない利用者には、訓練室に行くときは、歩行器を使うように促し、訓練への参加を誘うなど工夫している。訓練の際は作業療法士、生活支援員が、留意点を確認して実施している。平行棒やプーリーその他、上肢訓練機器、自動下肢訓練機器、電磁マイクログラフ等、最新の機器が備えられており、多くの利用者は積極的に機能訓練をしている。

トイレ時の立ち上がりや移乗の困難さ、退院後の筋力低下による転倒防止等に対して、作業療法士による細やかな生活リハビリについての助言が行われている。

A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A⑪	A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>看護師を中心に1日2回、午前と午後に検温を行い、小さな変化も気づけるような体制を取っている。入浴や排泄等の支援時には生活支援員による体調確認が行われている。毎月1回の嘱託医による診察時は、必要に応じて利用者の健康相談を行っている。健康診断は年に2回実施しており、健康診断の結果はかかりつけ医への受診時に持参して、医療機関と連携している。健康管理マニュアルは確認できなかった。</p> <p>令和7年度より看護師が2人体制となり、毎日2~4名程度の受診に同行し、受診後の医療処置等に対応している。嘔吐時にすぐに対応できるように手順書と共に嘔吐物処理キットを備えている。食中毒・感染症の発生、転倒・転落・誤飲・ケガには「事故・トラブル対応マニュアル」を整備している。把握した利用者の健康状態については業務日誌や情報共有アプリで共有している。外部講師による救急法の研修も実施している。</p> <p>利用者の健康管理についてのマニュアルが整備されると更に良いと思われる。</p>		
A⑫	A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>医療的な支援は、看護師が責任者となり、嘱託医や担当医と連携して早期発見・早期治療に努めている。服薬は、看護師が鍵を掛けた場所に安全に保管し、薬のセットも行っている。毎回の服薬準備、服薬介助は「服薬管理マニュアル」に沿って、生活支援員が行っている。誤薬が生じた時は、「誤薬対応手順」に沿って対応している。</p> <p>医療的な支援についての職員研修は、感染症や服薬について行っている。手袋着用についての清潔・不潔、特に外すタイミング等は、日々、OJTで実施している。利用者の急変時は看護師に連絡をとり、看護師の判断で医師と連携し対応している。</p> <p>医務室は整備されているが活用度は低く、体調不良時は居室で対応している。感染者、感染疑い者に対しては施設長・看護師の判断のもと、別室（感染対策室）に速やかに移動していただき、医師の指示または厚生労働省の示す期間を別室で過ごしていただく対応をとっている。</p> <p>医療的ケアが必要な人の新規受入は行っていない。</p> <p>今後、現利用者に医療的ケアが必要になった場合に対応できるように、医療的ケアの実施に向けて整備していきたいとしている。</p>		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A⑬	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>各利用者の意向を尊重して、買物・外食・海を見に行く・旧友に会いに行く等、個々に応じて支援している。外出希望者に、介護タクシーを利用して、最初は職員同行でも、徐々に利用者一人で介護タクシーを使用して外出にチャレンジできるように勇気づけ、QOLを高め、自立生活へ向けての動機づけを行っている。外出・外泊の制限は行っていない。</p> <p>利用者は、近隣の社会福祉協議会や熊本県子ども総合療育センターの祭りに参加したり、ハートウィーク展への出展や見学、スポーツ大会への参加等を行っている。</p> <p>選挙時は、宇城市役所で期日前投票を行っている。</p> <p>利用者が高齢化・重症化しても、希望に沿って施設内で楽しめるような音楽や習字、折り紙教室等の学習の機会を検討している。</p> <p>また、外部講師を招いて実施される「成年後見制度」についての家族向け研修やその他職員向け研修には、利用者の参加も可能とし、学ぶ機会を広げている。</p>		

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。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>地域移行等の意向確認指針を整備している。利用者本人の自己決定の尊重、選択の尊重等の考えの基に、今後の住まい方について、日々の支援時や個別支援計画のモニタリングの際、希望・意向を確認している。地域移行を考えてはいるが、諸事情で今ではないという利用者もいる。また、長期間入所している利用者の中には、入所生活しか知らない・高齢・体力的に困難等で地域移行のイメージがわからない人も多い。しかし、地域移行の選択肢は国の施策の一つであること、入所中の利用者は誰でも選択肢として検討することができることを説明している。利用者には口頭だけではなく同法人内のグループホームの見学を実施している。また、出身地の相談事業所と連携して情報を利用者に伝えている。中には仕事にやりがいのある就労継続支援B型事業所に今まで通り通所し、施設の利用者の一人と地域で一緒に生活したいという思いを持った利用者もおり、意向に沿った条件をかなえられるように支援に向けて取り組んでいる。</p>		
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A⑮	A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者から誕生日は、家族も一緒に祝って欲しいとの意向が示され、その思いを家族に伝えたことで、入所後初めて自宅への外泊が可能となり、誕生日を家族とお祝いできたケースがある。利用者の意向を大切に家族との交流を支援している。</p> <p>広報誌は発行していないが、受診や書類の手続き等で家族へ連絡をとる際は、施設での生活の様子を報告することになっている。利用者の体調不良や急変時の家族への報告・連絡はサービス管理責任者、もしくは看護師が行なっている。また、外泊の送迎時には、日頃の様子を報告し、家族からの相談にも応じる等、連携・交流に取り組んでいる。家族会では、会則を整備し、年に1回、報告会が行われている。また、10月の「くすのき園マルシェ」への案内には、約3分の1程度の家族が参加している。しかし、その他の家族の中には連絡はつくものの、家族の高齢化もあり疎遠となるケースも増えている。</p>		

A-3 発達支援

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

A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A⑰	A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	-
<p><コメント></p> <p>非該当</p>		
A⑱	A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	-
<p><コメント></p> <p>非該当</p>		

A⑱	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。	-
<コメント> 非該当		

(参考)

	第三者評価結果			
	a	b	c	非該当
共通評価基準 (I ~ III)	29	16	0	0
内容評価基準 (IV)	13	2	0	4
合 計	42	18	0	4