

(別紙)

第三者評価結果

評価対象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・ ⑥ ・c
施設の理念を、「カトリック施設としてフロジャク神父の創立精神に立ち、キリストの隣人愛に基づいた情緒的で豊かな生活と笑顔あふれる施設運営をする」としている。基本方針は、①健康で明るい生活の場の提供、②利用者の意思や人格を尊重したサービスの提供、③個別支援計画に基づいた適切な支援、④サービスの質の改善、⑤地域や家族との密接な連携、の5項目(要約)である。その他に、施設としての Vision (ビジョン)、職員としての Mission (ミッション6項目)がある。こうした文言は、事業計画・法人ホームページ・施設パンフレット等に明示しており、毎月の職員会議で職員の Mission の唱和を行うなどの取組を行っている。しかし、職員アンケート結果からは、理念や基本方針の理解を深める取組が十分でないことが窺えることから、今後、職員への理解の徹底及び利用者・家族への周知を図ることが期待される。		

Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	Ⅰ-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a・ ⑥ ・c
事業経営は施設の母体である社会福祉法人慈生会が行っていて、施設長は運営管理や利用者支援の現状及び課題等について随時本部に報告して協議するなど、連携を図りながら施設運営を行っている。社会福祉事業全体の動向については、各種の書籍や新聞の情報・日本知的障害者福祉協会や県主管課等からの通知等・各種研修会への参加等により把握するとともに、毎月の収支・利用者数の推移・利用率等の実態把握・分析を行い施設経営に反映するよう努めている。		
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・ ⑥ ・c
経営上の課題として、①人材確保、②人材育成・定着、③利用者の高齢化・重度化、④組織力の強化、を挙げている。必要とされる職員の確保については、ハローワークや法人ホームページ等で求人を行い、毎年度実習生にも声をかけているが、なかなか採用に至らず採用しても定着しないこともあり、職員アンケートには「職員不足のため仕事が十分果たせない」との意見も散見される。また、利用者の高齢化・重度化等により、従来からの日課や各種活動が十分できなくなっているという危機感を職員は持っており、見直しに向けて検討をしている。今後、こうした課題解決に向けて、管理者層と職員が一体となって取り組むことが望まれる。		

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
法人の中・長期計画（2022～2030年度）に沿う形で、施設としての目標・計画を策定していて、ビジョン①利用者サービスを法人理念にふさわしいものとして確立、②理念にふさわしい施設の整備、③効率的経営、④職員の資質確保とやりがいの増進、⑤地域連携、を挙げている。前回評価時の第2段階の目標であった多機能型事業所（生活介護＋就労継続支援B型）については、2023年度に「フルール」の名称で設立した。第3段階の目標であったグループホームの立ち上げについては、まだ「フルール」の運営強化に注力する必要があるため、法人本部と協議しながら2025年度委員会を設けて検討していく予定である。今後も、居住環境の整備・人材確保戦略の見直し・職員の資質向上を考慮した研修体系の整備等に順次取り組む方針であり、職員の意向や意見を十分汲み取りながら検討していくことが期待される。		
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
単年度の事業計画は、管理運営全般・居住棟（「ファミリー」と呼んでいる）・活動グループ・各種委員会等、施設の構成分野の全てでそれぞれ年度計画を策定していて、充実した内容となっている。ただ、計画は当該年度の内容がほとんどで、中・長期計画を踏まえたものになっているとは言い難いので、今後事業計画の策定内容について見直しをすることが期待される。		
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
年度の事業計画は、管理部門各部署・各ファミリー・各種活動グループ・各種委員会毎に担当職員が協議の上策定している。毎月の運営委員会（施設長・副施設長・支援課長・主任）や職員会議等において、運営状況や計画の進捗状況について把握・分析し、必要に応じて見直しを行っている。年度末には、構成分野それぞれから計画の達成状況・成果・課題等を運営委員会に報告し、委員会の検討結果を踏まえて指示や指導を行い、次年度の事業計画策定に繋げている。事業計画の策定や見直しの方法・手順等について、十分理解していない職員が一定数いることから、今後職員への周知・徹底を図るよう取り組むことが望まれる。		
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
事業計画について、利用者には月間カレンダーの掲示や広報紙を通じて伝えようとしているが、文字を読めて十分理解できる利用者が限られるため、周知には難しい面がある。また、家族には総会で説明しているものの家族の高齢化もあり出席者は少なく、広報紙を送って施設の運営状況や利用者の生活の様子等を伝えてはいるが、事業計画が家族に十分周知されていないと施設では認識している。今後、事業計画の内容を、利用者や家族に周知し理解を図るためにはどのような方法が良いのか検討していくことが期待される。		

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・ b ・c
評価機関による第三者評価を、3年に1回受審している。毎月の職員会議・支援会議・部署会議等や各種委員会の会議で、支援の実践状況の把握・評価・課題確認が行われていて、質の向上に取り組んでいる。また外部研修や施設内研修において、職員の知識や支援スキルの向上を図り、月刊誌「さぽーと」（日本知的障害者福祉協会発行）の月1回の読み合わせを通して福祉について話し合える交流の場を持っているほか、直接支援にあたる職員を対象に業務目標成果シート制度を設けるなど、様々な場や方法で職員の資質向上に努めている。今後、施設全体として、支援の質の向上に向けた課題の把握・検討・改善計画策定・改善の取組、という仕組みを設けていくことが望まれる。		
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・ b ・c
施設の質の向上に向けた取組は、様々な場や会議等において随時行われているが、組織全体としての取り組むべき課題の把握・明確化までには至っていない。例えば、前回の第三者評価結果の総評において示された改善を求められる点や各評価項目における不十分な点等について再検証し、必要な改善計画を策定して順次改善をしていく仕組みを設けるなど、評価結果をさらなる質の向上につなげる組織的な取組を行うことが期待される。		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a・ b ・c
現施設長は、2024年4月1日に就任している。年度当初の職員会議や運営委員会の場で、2024年度の目標や方針を説明し、「管理者層と職員及び職員間のコミュニケーションを十分図ることが重要」と伝えている。職員個別の質問や悩み等にも親身に耳を傾け積極的に改善に取り組んでおり、職員アンケートでも、これからの施設長の運営に期待感を持っている意見が見受けられる。施設長は、利用者支援の現場や事務長としての経験もあることから施設の現状を十分認識しており、今後職員と一体感を持って施設の管理運営及び利用者支援に取り組むことを期待したい。		
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・ b ・c
施設長は、管理者としての研修や外部の会議に出席しているほか、各種媒体から情報収集を行い関係機関や法人本部とも連携し、遵守すべき法令等の把握・理解に努めている。施設の各種会議の場で、変更や改正された点について必ず法的根拠や法人として変更になったこと等を説明し、		

職員の理解を促している。今後、守らなくてはならない法令や倫理について、会議の場だけでなく施設内研修で取り上げるなどの取組が望まれる。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a・㉔・c
施設長は、機会を見ては現場の様子を見に行き職員の支援の様子を確認していて、その際に職員の意見を聴き取るなど、支援の状況の把握に努めている。また、利用者支援の取組について全体の調整を図る毎月の支援会議で現場の課題を基にした議題内容を設定し、職員間の議論を促し、自らも参加して意見を述べ指示や指導をするなど、課題解決に向けて取り組んでいる。今後も、支援の質の向上に向けて、更に指導力を発揮していくことが期待される。		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a・㉔・c
施設長は、各部署の協力を得て、抱えている課題を把握して解決に向けて取り組み、風通しの良い職場となるよう努めている。経営上の課題となっている、人材確保・育成・定着や利用者の高齢化・重度化に伴う支援の質の見直し等も急務となっていることから、今後、課題解決に向けてより一層指導力を発揮することが望まれる。		

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・㉔・c
必要な福祉人材の確保に向けては、例年積極的に求人活動を行っているが、なかなか人が集まらない状況が続いている。職員の定着については、新規採用や異動によりその現場に初めて入る職員にはOJTにより丁寧なフォローを行っているが、利用者の高齢化・重度化・困難事例増加等により支援が難しくなっていることもあるのか、中途退職する例も見られる。法人本部との調整は必要であろうが、施設独自の具体的な人材確保・定着計画の作成を行い、求人活動の見直し・工夫について職員からの意見も募るなど、より積極的な取組を行うことが期待される。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・㉔・c
施設としての人事基準（採用、配置、異動、昇任・昇格等）が明文化されておらず、職員アンケートには、「管理者層の意向や判断で職員の処遇が決まってしまっている」と受け止められている意見が散見される。また、「もっと能力や意欲のある人材の登用、職員の資格や特技を生かせる機会やスキルアップの仕組みを設けること、適材適所の人員配置」等を望む意見も出されている。「業務目標成果シート」制度はあるが、人事考課等に反映される仕組みとはなっていない。人事管理制度をどうするかは施設独自で出来るものではないので、今後、法人本部に対して施設の要望・意見として伝えて、人事管理基準の明確化に取り組むことが望まれる。		
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。	a・㉔・c

タイムレコードを活用しての時間外労働確認や有給休暇取得状況については適宜管理部門で把握しており、毎月の衛生委員会で職員の心身の健康状態の点検を行い、ストレスチェックを実施して職員の状況把握に努めている。また、部署異動の職員を中心に個別の聴き取りや課題の把握をしていて、施設長面談も全職員を対象に行っている。パワーハラスメント事案が発生したが、施設内ハラスメント委員会で検討して法人本部に報告し、その後法人として対応を行いその経過も職員に明らかにするなど、定められた手順に則って対応を行っている。一方、職員アンケートからは、「働きやすい職場づくりに向けての施設の取組が、十分でない、または出来ていない」という回答が高い比率で示されている。今後、施設長の重要方針である「管理者層と職員・職員間のコミュニケーションの活性化」に取り組み、風通しの良い働きやすい就労環境の構築に向けて、管理者層と職員が一体となって取り組んでいくことが期待される。		
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・ b ・c
利用者の支援を担当している職員を対象に、「業務目標成果シート」制度を導入しており、職員一人ひとりが自らの取り組むべき目標を設けて支援業務に臨んでいる。また、様々な場面で、経験豊富な職員が若手や経験の少ない職員に対してOJTにより助言や指導を行い、育成を図っている。「業務目標成果シート」の運用については、施設でも「目標の実践状況確認・検討・評価・見直し等がうまく機能していないため育成効果が不十分」、という認識をしており、今後実効性を高めるための検討が望まれる。		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a・ b ・c
職員の教育・研修に関しては、事業計画の「職員の質の向上」の項目の中で、基本方針が明示されている。職員養成・研修の取組として、新任職員研修・2年目以降職員研修・中堅職員研修（概ね5年以上）、施設内研修として理事長講話・実践専門研修・聖書研修会・職員相互研修、慈生会法人研修として新任職員オリエンテーション及び研修・中堅の心構え研修・幹部職員研修・キリストの心に触れる、施設外研修として日本知的障害者福祉協会主催研修・栃木県知的障害施設事業協会研修等に、該当する職員を参加させている。また、職員の資格取得に向けた研修にも便宜を図っている。県内外の関連施設の見学研修を毎年度実施していたが、コロナ禍のため中断しており、再開に向けて検討しているところである。今後も、研修を受ける意味・意義について職員の認識を深めるとともに、職員の質の向上に向けて研修体制を強化していくことが期待される。		
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。	a・ b ・c
様々な研修に職員を参加させる体制は充実していて、職員の教育・研修の機会は確保されているものの、職員一人ひとりの育成や成長に視点を置いた教育・研修の体制が整えられているとまでは言えない。今後の取組として、職員一人ひとりの研修受講履歴を作成して個別の研修受講計画を立て、業務に関する知識・技術水準の向上を図り専門資格取得を促すなど、教育・研修体制を更に充実させていくことが望まれる。		
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研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・ ⑥ ・c
事業計画には、実習生受入れの項目があり、受入れの意義・役割・責任者・担当職員・年間実習予定表等が明記されている。実習生受け入れマニュアルがあり、受入れ手順の項目にはオリエンテーション・守秘義務・実習指導・日誌・反省会・評価等の業務が示され、実習に当たっての項目には施設概要説明・指導・服装・持参品・態度や言葉遣い・支援について等、職員の果たす役割が明示されている。2023年度には、相談援助実習として国際医療福祉大学から5名、保育実習として作新女子短期大学から4名・宇都宮共和大学と聖徳大学からそれぞれ2名の実習生を受け入れている。例年教員初任者研修を受入れているが2023年度は依頼がなかった。今後、受入れマニュアルに、職員向けの内容（接し方、援助・助言・指導方法、評価する場合の視点や記述方法等）をつけ加えることが望まれる。		

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・ ⑥ ・c
法人ホームページには全体の事業内容や財務状況等が公開されており、ワムネット上でも法人や施設の情報を公表している。広報紙「ひかり」（年3回作成）には、施設の運営内容や利用者の施設内外での活動の様子を掲載して関係機関や家族等に送付しているほか、ボランティアや実習生を出来るだけ多く受け入れ、施設の開放的運営に取り組んでいる。今後、ホームページや広報紙に、第三者評価受審結果や苦情・相談体制、改善・対応状況等を公表していくことが期待される。		
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。	① ・b・c
施設の経営・運営については、事務・経理・取引等に関する規程や職務分掌が明文化されている。法人総務課による内部監査のほか、法人が契約している監査法人による会計監査や県の指導監査を受けており、是正指導や指摘事項等があった場合は速やかに修正・変更を行うなど、公正かつ透明性の高い適正な経営・運営に取り組んでいる。		

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。	① ・b・c
施設運営の基本方針の中に、「地域との密接な関係を築く」を掲げ、従来から地域との関係を重視してきた。以前は、近隣の牧場等で利用者が実習をさせてもらっていて、その頃を懐かしく想う施設生活の長い利用者もいる。コロナ禍で、地域との交流事業は縮小せざるを得ない時期があったが、ようやく地域の祭りへ参加できるようになり、まだ元通りとまではいかないが、施設の大きな行事である収穫感謝祭「光星祭」は、復活開催にこぎ着けている。一方で、地域の参加者		

も巻き込んだよさこい踊りのグループ「光舞隊」はさまざまなイベントへの出演要請があり、利用者の絵画作品を紹介する「つながるひろがるアート展」の活動は、専任の職員がコーディネートすることにより、施設内にとどまらず、ほかの障がい者団体等と連携して展示会やワークショップを行うなど活動の範囲を広げ、利用者の可能性を高め生活を豊かにするとともに、障がい者への理解促進に寄与している。		
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・b・c
施設では、日中活動や療法活動、余暇、行事でのボランティアの貢献度は大きいとして、ボランティア委員会のコーディネートのもと、「ボランティア受け入れの流れ」を作成し、年間計画を立て、受入れの体制を整えて定期的にボランティアを受け入れている。その内容は手芸や手織り、染めの指導や補助のほか、書道教室やオカリナ教室、ログハウスでの喫茶店活動などであり、不定期ではあるがガーデニングや草刈りにも参加してもらっている。光星祭などの大きな行事は多くのボランティアが支えていて、利用者の多彩な活動を可能にしている。コロナ禍での活動の中断やボランティアの高齢化が課題となっており、今後、ボランティア募集やPRの強化を図ることが期待される。市街地から遠いということもあり、中学生の職場体験（マイチャレンジ）などに来訪を希望する生徒はほとんどいない。		
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社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a・b・c
施設が連携する機関としては、那須町、栃木県、近隣自治体、ほかの県や東京都の利用者もいることからそれらの自治体、社会福祉協議会、自立支援協議会、保健センター、地域包括支援センター、教育委員会、子育て支援センター、県北健康福祉センター、小中学校、特別支援学校等があり、警察署や消防署、医療機関、福祉サービス事業所、相談支援事業所等とも緊密な関係を築いて利用者の支援に当たっている。 福祉関係機関のみならず、「那須まちづくり広場」等の地域の施設や公民館、馬術クラブ、地元酪農家等への敷地や物品の貸し出し等の便宜を図って、地域に貢献している。 ただし、職員アンケート結果によると、「地域の社会資源について職員間で情報の共有化がされているか」という設問に対して、47%が不十分と答えている。説明や周知の取組が望まれる。 生活介護事業の通所利用者には、地域のほかの福祉事業所と併用・利用している人もおり、利用限度額管理等で相談支援事業所との連携が欠かせない。		
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。	a・b・c
相談支援事業、多機能型事業所等の責任者が地域会議等に参加し、社会資源や地域の福祉ニーズの把握に努めていて、施設内の4事業所連絡会（障害者支援事業、相談支援事業、障害児通所支援事業放課後等デイサービス、多機能型事業所）で情報を共有している。また、施設長が那須町の諸会議に参加して福祉ニーズや地域課題を把握・収集している。		
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。	a・b・c
今年度の運営方針のひとつに、『『つながるひろがるアート展』や、『光舞隊』の活動を支えつつ、		

那須町の障害者の社会参加及び福祉の向上に貢献する」を掲げている。施設で生まれたよさこい踊りのグループ「光舞隊」が県内外の団体と交流したり働きかけたり講師を派遣したりして、いくつかの障がい者よさこいチームの立ち上げを支援し、絵画や太鼓などの療法活動のチームが、イベントなどに参加して活動の輪を広げて地域に貢献している。また、那須町の自立支援協議会やタチまちづくり委員会に参加して地域との関係を深めている。

施設是那須町の福祉避難所としての認定を受けている。2023年度は施設が担当となり、福祉避難所開設訓練を実施した。那須町内の福祉事業所が一堂に会し、大規模地震を想定し、那須町からの要請を受けて福祉避難所を開設するまでの流れをシミュレーションした結果、いくつかの課題が浮かび上がり、改善に向けて那須町や他事業所と協力して取り組んでいる。また、施設が栃木県の災害派遣福祉チームDWA Tに登録されていて、他県での災害の際には社会貢献活動として派遣されることもあり得るとしている。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a・ ⑥ ・c
社会福祉法人慈生会は、カトリックの精神を基本に運営されており、根本理念である「慈生会の誓い（いのちを慈しむ）」の一節に「一人ひとりの命を尊び、人格を大切にします」を掲げている。また、支援者の Mission として「利用者の夢の実現に向け、本人の可能性を見だし、自立ある生活を送れるよう支える」を第一に挙げ、職員が利用者を支援する際の基本としている。会議でこの「慈生会の誓い」を唱和したり、施設内に「倫理綱領」（日本知的障害者福祉協会策定）を掲示したりして、職員の意識付けを図っている。 施設内に「虐待の未然防止と身体拘束の適正化の為の委員会」を設け、朝礼での禁止用語の確認や年2回の虐待防止セルフチェックを行うとともに、研修を通して虐待のない支援の定着を図る体制を作っている。 しかし、人員不足や利用者の重度化によって、丁寧な関わり方や統一した支援方法ができていないことや中途入職職員への十分な伝達できていないこと、さらに利用者を尊重するという意味の捉え方が職員によってまちまちであるという危惧を抱く職員もいるため、意識の統一や底上げのための取組を検討することが求められる。		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a・ ⑥ ・c
「プライバシー保護マニュアル」を整備し、就業規則の服務規程の中に「守秘義務に関する規定」があるほか、「接遇マニュアル」や「障がい者虐待防止マニュアル」の中にもプライバシーに配慮することが定められている。また、日課表にはプライバシーに配慮する場面について内容が記入されている。会議の中でプライバシー保護を伝えており、個人情報保護とともに、これらを踏まえた支援を行うことは個人の尊厳に関わることであり重視し、毎年、接遇マナーや支援方法の研修を実施して周知に努めている。		

実際の支援の場面では、着替えや排泄介助、入浴介助における羞恥心への配慮や、同性介助の実施、利用者個人の持ち物（特に貴重品）に関して鍵をかけて管理すること、信書の秘密の遵守などを行っている。ただし、同性介助を基本としているが、利用者の男女比の著しい不均衡や職員数が不十分で、必ずしも徹底できているとは言えない状況である。		
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。	a・㉔・c
法人と施設のホームページが公開されている。利用を希望する人や家族には、パンフレットを配付し見学をしてもらって説明をしている。説明の際にはDVD映像を見せて施設や活動の一端を紹介することもある。体験入所や体験利用、ショートステイの利用で実際の生活や活動を見聞きしてもらうことが入所や利用を判断する機会となることが多い。 現在、新しいホームページを作成中で、施設での生活や活動状況を動画映像で紹介したり、職員の声を紹介したりして、利用希望者と家族や当施設への就職希望者に対しての理解促進を強化しようとしている。		
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。	a・㉔・c
家族アンケートでは、多くが入所時の説明について概ね丁寧に分かりやすかったと答えているが、利用者の面談調査では「分からない」とか「家族が聞いている」、「ずっと前のことなので覚えていない」と答えていて、意思決定の難しい利用者への配慮は十分ではなく、ルールもあいまいである。重要事項説明書の内容について説明して納得が得られた場合は委任状（同意書に相当）にサインをもらっている。重要事項説明書の内容は法律や制度の改正のたびに少しずつ変わるため、変更があったときは利用者と家族に説明をしているが、施設利用料改訂等についての分かりやすい資料は用意できていない。 新しい利用者がどのような生活や活動を望んでいるかは、意思確認のアセスメントシート「こんなふうに生きてみたい」を利用して聴取し、現場での体験実習などを通して、利用者の思いを確認し活動グループなどを決めている。定期的に「こんなふうに生きてみたい」の聴取をしていて、グループの移動や活動内容の変更にも対応している。 通所利用者は、別の事業所も利用していることが多く、そちらの情報も把握した上で、マ・メゾン光星ではどのような活動を希望しているのかを確かめて活動内容を決めている。また、通所利用者の多くはショートステイを利用しており、ショートステイは入所者と一緒の生活をしていることから、入所の空きがあって本人が希望すれば比較的スムーズに入所利用に変更できている。		
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・㉔・c
利用者が利用する施設や事業所を変更したり家庭へ戻ったりする場合には、移行先と家族への引き継ぎ書類（フェースシート、アセスメントシート、必要に応じて栄養情報や看護情報）を作成し、サービス等利用計画書を含めて伝達している。移行する場合は、相談支援専門員が窓口になって移行先との連絡を取り合い、必要な情報をやりとりして支援の継続性を図っている。この場合、ほかの事業所への情報の提供については、重要事項説明書に対する委任状（同意書）に明記されていて、本人と家族の同意を得て行われていることになる。 移行後のフォローについては副施設長が統括しており、退所後に元利用者に連絡をとって様子		

を聞いたり、入院先へ見舞いに行ったり、光星祭の案内をして来てもらったりしてつながりを持てるようにしている。高齢者施設に移行した元利用者への面会が、コロナ禍以降まだ全面再開となっておらず、本人と会えないことが心残りとなっている。移行後の対応について、関係職員以外は把握していないと思われるため、職員への周知が望まれる。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	㉓・b・c
利用者満足度を測るためのツールは、「こんなふうに住みたい」の聴取や困りごと相談（苦情解決制度）、利用者自治会などがある。また、日常の支援の際には個別の聴き取りを行って、サービスの改善に努めており、半年ごとのモニタリングの際に、利用者個々の生活の満足度を確認している。苦情や希望を利用者の方から申し出ることはなかなか難しいと思われるため、職員の方からアプローチして聴き取るようにして、利用者個々の満足度を押し量っている。 利用者自治会では定期的に話し合いが行われており、イベントや旅行の計画、買物の要望などが話し合われている。数年前には、利用者からの要望で、玄関ホールに飲料の自動販売機やアイスクリームの冷凍庫の設置が実現して、施設入所者だけでなく通所利用者にも喜ばれている。		
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
苦情解決の目的として、事業計画書に次の2点を挙げて周知を図っている。①苦情への適切な対応により、福祉サービスに対する利用者の満足度を高めることや利用者個人の権利を擁護するとともに、利用者が福祉サービスを適切に利用することができるよう支援する。②苦情を密室化せず、社会性や客観性を確保し、一定のルールに沿った解決を進めることにより円滑・円満な解決の促進や適正性の確保を図る。 上記の目的に沿って苦情解決制度を完備しており（苦情解決責任者：施設長、苦情受け付け担当者：支援課長、第三者委員：2名）、重要事項説明書内で紹介するとともに施設内にポスターを掲示し、玄関ホールに苦情ボックスを設置して、利用者や家族からの苦情を受け付けている。また、苦情解決委員会を設置して苦情の受付方法の工夫を検討したり、年2回第三者委員を招いて報告会や委員が利用者から直接話を聞く相談会を実施したりしている。コロナ禍では、報告会や相談会が開催できなかったが、2024年度から再開している。様々な工夫により、相談や苦情を収集して解決を図っているが、その苦情の内容や解決状況について家族へ報告したり公表したりはしていないため、何らかの方法で公表することが求められる。		
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。	㉓・b・c
本人から職員に相談をすることが難しい場合やコミュニケーションに課題がある利用者がある状況下で、苦情や相談を収集するために以下の工夫をしている。①第三者委員による困りごと相談会を年2回実施する。②ファミリーの担当職員等が、利用者の困りごとや要望を迅速にとらえるために、相談を受けた場合、専用の用紙である「困りごと・要望」メモに記入し、ファミリーの責任者に伝達し解決を図る。③毎月、各部署の相談会を実施し利用者と話しながら困りごとや要望を聞く（利用者一人当たり年2回実施）。そのために部署やファミリーごとに話しやすい環境を用意して雰囲気作りを工夫する。④苦情受け付けボックスを設置する。⑤相談者の困りごとの		

内容と対応後の結果については、本人の許可を得たうえで無記名で掲示する。 さまざまな機会を通して把握できた利用者の要望や苦情については、苦情解決委員会で内容を分類して表にまとめている。非常に多く聴き取ることができているとは言えないまでも、たとえどんなに小さな困りごとであっても、利用者の声に耳を傾けようとする姿勢が職員に定着していることは確かである。		
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・b・c
前記の方法や随時の相談を受け付けた場合は、その内容によって担当部署で解決できる場合は速やかに解決し、その内容を職員会議にかけて周知する。また、すぐに解決できない内容であれば、職員会議や苦情解決委員会で検討して解決を図っている。苦情や相談を受け付けて解決を見た後、各ファミリーで対応がきちんとできているかの確認方法が確立していないため、今後の課題としている。 また、苦情や相談の受付から解決の流れについては苦情解決制度の規程に掲げているものの、職員全体への周知が足りていないと感じている職員もいるため、フローチャート等を示しながらの説明が期待される。		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a・b・c
事故防止のための各種マニュアルや対応方法は策定されており、職員に周知されている。事故防止委員会が設置され、過去に起きた事故を検証し、マニュアル類の見直しと整備を行っている。また、「ヒヤリハット体験メモ」を用意し、職員がいつでも記入できるようにして、ヒヤリハットの収集を行い、職員に回覧して注意喚起している。委員会が中心となってヒヤリハットの分析を行っているが、アンケートによると不十分と感じている職員が多数いることが窺える。 事故防止マニュアルは策定済みであるが、事故後の対応マニュアルの内容が不十分のため、事故防止委員会が施設での事故の定義を明確にし、2024年11月に「事故対応マニュアル」を新たに策定した。また、「ヒヤリハット体験メモ」を「ヒヤリハット報告書」として様式も改めた。このマニュアルを職員に周知するとともに、今後の事故防止や適切な対応の取組に期待したい。		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a・b・c
感染症予防や対応に関わるマニュアル類と感染症に関するBCP（事業継続計画）を整備して、感染症対策委員会を設置し生活支援委員会と協力し、施設内における感染症予防と蔓延防止、疾病の予防と健康管理に関する情報の共有化を図っている。施設には看護師が常駐し、利用者の健康管理を行うとともに、新型コロナウイルス感染症やノロウイルス感染症、インフルエンザ等に罹患する利用者や職員がいた場合に、速やかに隔離やゾーニングの措置を講じ、対応方法を職員に指導して蔓延を防止している。 また、吐瀉物の処理講習会や普通救命講習、ガウンテクニック講習などを定期的に行い、感染症対策の勉強会も行っている。新型コロナウイルス感染症はインフルエンザと同じ5類になったが、発生時の対応が状況に応じてその都度変わることもあり、マニュアル通りに対応できず苦慮する場面もある。 通所部では、コロナ禍において活動を制限せざるを得ない期間があったが、通常に戻った後も、		

外部との人の出入りがある事業活動の特性上、感染症ガイドラインに沿って、細心の注意を払いながら日々の活動を実施している。		
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
各種防災マニュアルとBCP（事業継続計画）を整備し、防災委員会も設置されて、毎月、出火元や災害種別（火災、防犯、夜間災害、地震、山林火災）を変えながら利用者も参加して避難訓練等を行っている。災害時緊急体制の役割分担や責任体制が明確化されており、防災設備及び避難経路図を用意して、緊急時の対策の浸透を図っている。年1回炊き出し訓練を実施し、給食室のライフライン（水道、電気、熱源等）が止まった状況で食事提供をする方法を確認している。防災委員会では訓練を通して得られた知見から、すでに整備されているマニュアル類の見直しをすることになっている。 施設是那須町の福祉避難所に指定されており、2023年度はマ・メゾン光星が担当してホールでの避難所設営の訓練を実施した。さらに、毎年、那須町の各事業所の持ち回りで実施される福祉避難所開設訓練にも参加している。災害備蓄食料品や備蓄用物品もリスト化され、食料品は防災訓練時に消費してローリングストックを実施している。福祉避難所にもなるため、備蓄品はそれを見越した用意が必要であり、地域の連携の要となる防災拠点として、常に機能できるように管理強化していきたいとしている。また、施設は栃木県のDWA T（災害派遣福祉チーム）として登録されており、ほかの地域や他県で大きな災害が起きたときには、要請に応じて速やかに派遣できるように体制を整えておきたいとしている。 職員アンケートによると、災害時の出勤基準や安否確認の方法の周知が不十分と感じている職員が多い。また、「事故や感染症、災害が発生したときにサービス提供が継続できるよう職員に具体的な活動内容が周知されているか」の問に対しては、半分以上が不十分だと回答している。事業継続計画（BCP）には、以上の2点について明確にされているはずであるので、さらなる周知が望まれる。		

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・㉔・c
全職員に毎年配布される事業計画書分冊には、標準的な実施方法が掲載されているマニュアル類が綴られ、職員各々はそれらをもとに日々の支援にあたっている。日課表には「一日の流れ」「利用者の動き」など書かれており、「支援内容」も記載され、入浴・排泄支援ではプライバシー配慮などもなされている。 職員は日々の支援の中で必要に応じマニュアルを見返し支援にあたっており、標準的な実施方法は業務に浸透しているが、場合によっては各職員独自の支援になることも若干あるため、責任者が必要に応じ修正等図っている。今後も適宜現場、利用者に則したマニュアルの運用が期待される。		
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・㉔・c

標準的な実施方法が掲載されているマニュアル類は、利用者変更等のファミリーの状況によって変更が加えられ、小さな変更についてはファミリー内で必要に応じ行われ、大きな変更については、作成した委員会等で変更がなされることにより、現状に則したマニュアルの運用ができています。

委員会前の議題整理の際にマニュアル変更の議題が上がり、委員会で協議の上変更されるという一連のプロセスがあり、マニュアルの作成、実行、評価、改善のサイクルができています。現場の実践を元にマニュアル変更が行われているが、職員アンケートにおいて「サービス内容向上に対する改善に職員が参加しているか」との問いに対し評価が低いことから、PDCAサイクルにより職員の声がマニュアル改訂に繋がっている旨の説明等が望まれる。

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。	㉑・b・c
----	--	-------

事業計画には個別支援計画書作成手順が記され、事務的な手順に留まらず、意思表示困難者への思いの把握に関するヒントなども記されている。アセスメントについては、それぞれの利用者担当職員がアセスメント様式「こんなふうに生きてみたい」「自立度チェック」の書面によるもののほか、家族との面談を通して意向の把握、看護師や管理栄養士からの意見により、多職種の評価の把握、利用者本人がやりたいことをやれるようにとの視点で日々支援していく中で感じ取る思い、などを総合してアセスメントを実施し個別支援計画作成を行っている。作成されたプランはサービス管理責任者のチェック・アドバイス等を経て、施設長の確認がなされ完成となる。

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。	㉑・b・c
----	------------------------------------	-------

評価・見直しについては9月及び3月に定期的見直し（モニタリング）が行われ、家族との面談で、達成状況の報告と新たなニーズの確認が行われる。個別支援計画作成会議において目標の達成状況確認を行い、計画の見直しが実施される。基本的には半年に一度の見直しであるが、健康面等急な変更が必要とされる利用者については、その都度、利用者担当職員と責任者が協議し、関係者の助言も得ながら変更がなされている。

日々の支援経過入力時、パソコンの支援ケース記録画面の上段には「支援目標」が表示されており、目標を意識した経過記録の入力が可能なため、モニタリングの際、目標の達成状況が確認でき、評価の一助となっている。

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。	a・㉒・c
----	---	-------

パソコン入力により、日々の支援ケース記録が行われている。入力に際しては、各利用者の個別支援計画の目標に対して、どのような支援をしたら利用者が良い方向に変わったかを記録するように入力の際の視点が示されている。また、利用者の一つの行動に対して否定的な見方をするのではなく、肯定的な見方をし記録していくなど、入力に際しての意識の統一など管理職、責任者などから各職員への指導がなされ、意識の統一が行われている。

日々変化のある利用者、変化が少なく見える利用者など、多くの利用者について経過を記録していく高いスキルが求められるため、支援の記録内容や方法に職員間で差異が生じないよう指導や研修の継続が望まれる。

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
法人は「個人情報管理規程」を定め、就業規則に個人情報保護に関する規定を記して情報管理の徹底を図っている。職員は入職の際、誓約書（退職後も含む情報漏えいの禁止、情報不保持の義務）を提出して規定を遵守することを表明している。 契約書には事業者の具体的義務としての守秘義務条項があり、重要事項説明書にも利用者の記録及び情報の管理、開示についての項目があり、利用者と保護者等に対して個人情報の管理体制について説明を行っている。また、利用者、保護者等他機関等への情報提供に関して委任状を作成しており、情報の管理や取り扱いに関してルール化されている。 書面等含め管理体制は確立されているが、情報管理について職員の意識づけを継続的に徹底させるためには、適宜、確認や教育が必要なことから今後も必要に応じた指導が求められる。		

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
2024年度の施設の支援方針には「利用者の意思決定を尊重し、意思疎通が困難な方にも多様な方法を活用するなど合理的配慮に努めていく」とあり、支援者の Mission にも「私たちは利用者の夢の実現に向け本人の可能性を見出し、自立ある生活を送れるよう支えます」と示し、個別計画に基づいた支援に当たっては、利用者の自己決定を尊重することに力を入れている。 アセスメント「こんなふうに生きてみたい」には、住みたいところ、活動するところの希望、誰との関係を大切にしたいか、施設の生活でやってみたいこと等が記され、本人の自己決定を尊重した個別支援の情報となっている。地域のイベントが実施される際、チラシを見せて参加の意向を確認したり、療法活動の太鼓や絵画については、事前に体験をする機会を設けたりして、本人の希望に合った活動ができるよう配慮するなど、自己決定を尊重している。 集団生活を営む上での自己決定の難しさが出る場面もあるとの職員の意見もあるが、置かれた環境下で最大限利用者の意思の尊重ができるよう、今後も支援の工夫等を期待したい。		
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。	a・ ⑦
虐待の未然防止と身体拘束の適正化の為に委員会が設置され、虐待防止のための取り組みとして「虐待防止マニュアル」の作成と定期的な虐待防止セルフチェックが実施されている。身体拘束等の適正化に向けた取り組みとして、「身体拘束の適正化の為に指針」の策定、「接遇マニュアル」での人権擁護等の徹底などが行われている。 また、禁止用語の呼びかけと声掛け強化月間を年2回実施し、禁止用語カード「言い換えカード」を作成し、朝礼の際、カードを職員に提示し、今日の目標としている。屋外に出てしまう利用者に対し建物の施錠の有無など、安全配慮義務と権利擁護の議論はファミリー内でも絶えず実施され、利用者にとって権利を擁護されつつ安全な生活の維持に向け職員間で支援の工夫がなされている。		

様々な利用者の権利擁護と虐待防止の取組があり、実践されているものの、評価基準には「評点b」がないため、評点を「c」とせざるを得ない。

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。	a・ b ・c
アセスメント「こんなふうに生きてみたい」を利用し、利用者本人が何を希望しているのかを把握し、支援を行っている。「どのような支援があれば、どのようなことができるか」ということに焦点をあて計画を立て支援を行っている。また、事業計画の利用者支援の項においては、居住生活について、「利用者の方々は、基本的に身についている事、または経験、練習から学んだ能力等、様々な『生きる力』を持っている」とあり、支援場面における利用者の自律・自立支援の大切さを重視している。 金銭の自己管理や自身で好きな洗剤を選び洗濯をすること、衣類の自己管理など利用者のできるところから自立支援をおこなっている。 通所部では、「常にその人が求める新たな活動内容を模索し取り組んでいく」との活動方針から、屋外の環境美化活動、屋内でのSDGsエコ活動、手芸、創作活動など活動メニューを用意し、通所おやつ作り、通所映画の日、通所外活動の日などの活動も用意して、自立を促す取組をしている。 しかし、集団生活を前提としていることから、思うように利用者の自立に資する支援ができず職員が苦慮する場面も多い。		
A④	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	a・ b ・c
2024年度の事業計画の運営方針において、コミュニケーション支援の強化を掲げており、「利用者の口に出せない思い（声なき声）を汲むべく職員の感受性を養い、利用者の生活における意思決定支援に重きを置いていく」とある。言葉でのコミュニケーションが難しい利用者に対しカードや写真、ジェスチャーでの意思疎通を行っている。また、本人の表情から読み取ったり、職歴の長い職員からアドバイスを受けていたりして、関係性に基づいたコミュニケーション手段も採っている。 最近では、欲しい商品やおやつ作りのメニューを決める時に、タブレット端末などの新しいコミュニケーション手段も活用しているが、コミュニケーション手段の積極的な確保やコミュニケーション能力を高めるために必要な支援までには至っていない。		
A⑤	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	a・ b ・c
施設の支援方針では、「利用者の意思決定を尊重し、意思決定が困難な方にも多様な方法を活用するなど合理的配慮に努めていく」とある。個別支援計画作成の際は、アセスメント「こんなふうに生きてみたい」を活用し本人の意思の確認を行っている。また、利用者の意思を尊重する支援を大切にするため、利用者と時間を共にする空間を大切にし、夜間のゆっくりした時間を共有し利用者の意向を引き出している。		

自身の意思の伝達や訴えの少ない利用者の気持ちを尊重する支援について時間をかけることの難しさや、利用者との時間を取ることで体が難しい状況があるとの認識もあるため、時間がない中での利用者の意思の確認や、意向を尊重した支援の実施などの工夫を今後も期待したい。		
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。	a・ ⑥ ・c
アセスメント「こんなふう生きてみたい」及び利用者本人からの聞き取りをもとに、豊富な日中活動（太鼓、よさこい、屋外活動など）から本人に合った活動が決められるため、本人の意向に沿った個別支援計画が作成されている。高齢化や重度化など利用者全体の状況を考慮して外作業の見直しも行われ、療法活動とも組みあわせて、本人に合った活動メニューを選択できるよう工夫がなされている。 日中活動として外部の就労継続支援B型事業所に通っている利用者からは、利用者面接調査において、「意欲をもって日中活動に参加している」とのコメントが寄せられ、その他利用者からも太鼓や外作業、よさこいなどの活動について、「楽しい」「頑張っている」など好意的な言葉が多く聞かれた。 加齢からくるものかコロナ禍での体力低下からか、遠方や宿泊を伴う旅行が体力的に難しくなってきた側面も見られ、今後の検討課題となっている。		
A⑦	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	a・ ⑦ ・c
2024年度の事業計画によると、職員養成・研修について、「支援者として必要な知識を正確に保有すること」を目標のひとつとしている。新任職員には先輩職員がOJTリーダーとして指導にあたり利用者の対応方法を指導したり、調査資料等の記録から利用者個々の障害の特性を理解させたりしている。 利用者の特性に合わせた対応の検討については、行動観察ノートを作成し、対象利用者の日々の行動等を記録して行動変化を観察し、その記録から対応を検討し支援にあたっており、対応について一定の効果がでている。また、自閉症研究会では、自閉症に関する基本的な知識を学び実践をととして自閉症支援の在り方を研究したり、自閉症の利用者に対しての行動観察、調査及び行動を分析したりして支援方法を検討している。 利用者の変化に応じた支援方法の確立や統一した対応は継続性が重要になることから、今後もPDCAサイクルを活用し研鑽を積むことが期待される。		
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。	⑧ ・b・c
食事は専任の調理員による施設内調理で提供されている。管理栄養士がファミリーごとの栄養摂取量の目安に従って「栄養管理計画」を立てるとともに、個別支援計画を基に利用者一人ひとりの栄養ケアマネジメントを実施し、食事提供と栄養管理が行われている。年代によってフレイル予防や生活習慣病予防など様々な観点から各種摂取量等が決められており、医師からの食事内容の指示がある場合は療養食を提供し、罹患に伴う食形態については看護師の助言を得るなど個別の対応がなされている。 個別支援計画作成に使われるアセスメントシートである自立度チェックシートにはADL等のチェック項目があり、利用者個々の身体状況等が細かく把握されている。その状況に合わせ、「入		

浴支援事故防止マニュアル」「歩行転倒防止マニュアル」「誤嚥誤飲マニュアル」等を活用し、日々の支援が行われている。		
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。	a・ ㊦ ・c
完全個室化ではないものの、計画的に全居室エアコン設置を完了させ、設備面の充実も図ってきた。生活支援委員会において、快適な住環境（利用者一人ひとりが落ち着ける清潔な空間等）の整備に向けて月に一度環境美化の日を設け、日々の掃除では行き届かないところの掃除を行ったり、掲示物等に季節のものを取り入れたり、利用者担当職員を中心にその人が落ち着いて過ごしやすい居住スペースやインテリアなどの工夫を行っている。 しかし、ファミリーによってはこだわり行動の強い利用者への対応のために、全体の生活環境を快適に維持していくことが難しいこともあり、対応に苦慮している場面が見受けられる。 職員間の振り返りなどの機会を作り改善に努めているところであり、今後も試行錯誤を継続し、限られた条件の中でより良い生活環境の模索を期待したい。		
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・ ㊦ ・c
利用者支援や文化スポーツ活動を通して多彩な療法活動メニュー（手織り、陶芸、太鼓、絵画、よさこい、リズム体操、健康ウォーキング）があり、利用者はそれぞれの身体状況や希望に応じて活動に参加している。コロナ禍において体力の低下がみられた利用者も多く、療法活動だけではなく、日中活動の中でも体力アップができるよう、散歩や室内活動では椅子を使った体操、ストレッチなどを行っている。スモールステップで体力向上を図るために、エアロバイクを利用し目標を設定して達成できたら好きなシールを貼るなど、一人ひとりの身体状況に合わせたプログラムを行っている。 通所部では、散歩や外気浴、通所リフレッシュタイムとしてラジオ体操やバランスボール、レクダンスなどの軽運動を実施して体力の維持・向上を図っている。		
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。	a・ ㊦ ・c
幅広い年齢層の利用者の生活を支えQOLを高めるため、生活支援委員会が設置されている。身体機能の低下予防・機能維持を目指す健康状態の把握など、心身の健康面については、毎日行う朝の検温、排泄チェック表を用いた排泄の確認、入浴時に身体に異常が無いか様子観察を行うなど、日常的に健康状態の把握が行われている。 年間の医務計画により、年に2回配置医による健康診断、腸内細菌検査、胸部レントゲン検査、インフルエンザ予防接種を実施している。身長、体重、血圧・脈拍などの定期測定も行われている。2023年度の医務の事業報告では、利用者の特性により症状が把握しづらく受診を迷う場面や利用者の生活支援の中での医務との協働の必要性など、課題も指摘されていることから、多くの職員と情報等共有し、本人のQOLを高める健康管理の継続を期待したい。		
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・ ㊦ ・c

入所者の健康管理、生活介護・短期入所利用者の健康維持のため医務計画が作成され、疾病の早期発見、健康の維持増進・生活習慣病の予防、応急処置と治療、環境衛生の保持・感染症予防対策が施されている。施設内での処置等が正しく行われるよう「くすりに関するマニュアル」「入退院時マニュアル」「感染症予防マニュアル」等整備され、医療的な安全管理がなされている。

夜間帯の職員が急な体調変化に対応するため、発熱時のアイシング、水分補給など基本的な手技は各職員において対応がなされている。また、体調変化が予想される利用者がいた場合は、夕方の引継ぎ時に想定される対応を協議、引継ぎを行うなどしている。基本的な対応を超える場合は、夜勤者で連携し対応したり、オンコールで看護師と連絡を取り指示を仰いだり、責任者に連絡を取ったりするなど適宜対応がなされている。

しかし、体調変化を予想した利用者個々への対応については、職員それぞれの経験に則したものもあるため、利用者個別への対応方法を共有化しアップデートできるような取組の検討も期待される。

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・㊦・c
----	--	-------

施設では、「地域とともに歩む施設」との考え方のもと、障がい者はもちろん地域のあらゆる人々を対象とする地域交流活動を積極的に展開している。

利用者の意向や特性を考慮して、社会参加の活動の場として結成されたよさこい踊りのグループ「光舞隊」では、施設の利用者・職員から地域の障がい者・子ども・高齢者まで幅広くグループに加わり、各種イベント等に参加し活動を行っている。

「つながるひろがるアート展」では、県北地区の施設や地域の障がいのある人と共に絵画を描く取り組みを行っている。コロナ禍においては、創作活動場面の動画を撮影し配信を行ったり、画像データをインターネット上に公表したりするなど、多くの手法を使って活動を展開している。利用者の作品を掲載しているカレンダーには、作家として利用者個人の名前が掲載され、本人の励みと喜びとなっている。

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

アセスメントシート「こんなふうに生きてみたい」を活用し本人の意向を確認しつつ、家族の意向も尊重しながら地域移行の支援を行っている。法改正により施設体系が変更になった際、今後の施設の在り方を整理し、「適切な時期に適切な場所へ」との方針を出し、利用者のその時の希望、状況に一番合った居場所へ移行できるよう支援を行ってきた。

2024年度事業計画では、利用者支援の中で「新たなライフステージへ」として、介護保険法、障害者総合支援法の趣旨も加味しつつ、現利用者の状況に鑑み、その人らしい人生が送れるよう、本人に合った他施設やグループホーム等への移行を進める、としている。

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・㊦・c
----	--------------------------------------	-------

新型コロナウイルス感染症が全国的に蔓延している時は、リモートでの面会や写真と手紙を同封したギフトの送付、定期的な電話など工夫を凝らした家族との交流を行ってきたが、5類移行

後においては、計画的にコロナ禍前に戻す対応を行っている。春、夏、冬及び長期休暇では帰省を実施し、光星祭では２０２３年度から家族の招待を再開し、２０２４年度は招待枠を家族から少し拡大するなど、徐々に家族との交流支援を拡大させている。しかし、集団生活における感染拡大リスク対応も必須であることから、光星祭後は万が一利用者の感染が発覚した場合の感染拡大リスクを最小限に抑えるため、３日間利用者のファミリー間の移動を制限するなど、万全の態勢を敷きつつ、利用者にとって大切な家族との交流支援を推進している。

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 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	評価外

A－４ 就労支援 評価外

		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。	評価外
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。	評価外
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。	評価外