

第三者評価基準 (様式2)

【 共通版 】 障害者・児福祉サービス用 R2年3月31日改定

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	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・法人の基本理念は、法人のパンフレット、ホームページ、広報誌「常盤会だより」などに記載されています。また、基本理念をもとに基本方針や運営方針が定められており、事業計画書、支援要覧、リーフレットなどに記載されており、福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人、事業所の使命や目指す方向を読み取ることができます。 ・基本方針は、利用者に対する姿勢、職務能力の向上、地域との関わりなどを具体的に示しています。運営方針は、中長期計画にもとづいた事業所経営について具体的に定められ、職員の行動の指針となるような内容となっています。 ・職員への周知は、毎月1回の職員会議や、毎日午後から行われる連絡会で連絡・確認されており、関係する職員・支援スタッフ等への周知に努めています。 ・支援要覧は、職員用と理解しやすいように作成された利用者用があり、利用者への周知が図られるよう工夫がされています。 ・年度当初の職員研修時には理事長訓話が行われ、職員会議での施設長の訓示で周知を図っています。また、新規採用職員等へは新人職員研修で理事長から基本理念等についての講話が行われ、理解を促すよう努めています。 		

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適切に対応している。		
2	① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉事業全体の動向については、毎月開催される管理職会議や理事長から国の福祉施策の動向等について、その都度具体的に示されています。また、法人本部と緊密な連携が図られており、本部への事業所の動向が随時報告され事業経営をとりまく環境や経営状況の把握ができています。 ・月次報告で利用者の利用状況や職員の配置状況などの情報分析が行われているほか、施設長が独自の統計・分析を行うなど、事業所の位置する地域での福祉サービス利用者の推移、 		

<p>利用率等の分析が行われています。</p> <ul style="list-style-type: none"> 管理職会議では、各事業所から月次報告を行い、毎月の利用者数、事業所の稼働率等の情報を共有するとともに、各地域の経営環境や課題について把握し、分析が行われています。 主任会議では、各事業所の担当者より直近の利用状況や地域事情の報告が行われており、事業所間の利用者情報の共有も図られています。 		
3	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・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 法人においては、各事業所からの報告を管理職会議で検討し、運営上の課題や問題点、改善すべき事項等について明確にしています。 管理職会議において協議・検討された経営状況や改善すべき課題、問題点については、事業計画、財務諸表等にまとめられ、理事会・評議員会でも施設長が報告し、役員間で情報の共有がなされています。 事業所においては、経営状況や改善すべき課題、各ハウスを超えた事業所内の課題解決等について、施設長・主任・各ハウス代表による調整会議で協議・検討しています。 各ハウスの運営や課題等については、サービス管理責任者・支援スタッフ等による住居会議においても意見交換がされており、身近で支援をしている支援スタッフの意見も反映される仕組みになっています。 各会議で話し合われた内容については、職員会議等で伝達され、支援スタッフ等にも各ハウスで資料の回覧や掲示が行われて情報が共有されています。 経営課題の解決・改善に向けた取り組みでは、利用者の増加に向けて法人や事業所の存在を知っていただくために特別支援学校等を訪問して事業所の説明の機会を設けるなどの取り組みが行われています。 		

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	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 法人では、全国社会福祉法人経営者協議会の中期行動計画「アクションプラン2025」をもとにした中期経営計画を策定し、各事業所で現状の課題が把握されています。 中長期計画では達成目標が設定されており、毎年度の達成目標を必須事項と努力事項とに分け、各年度の事業計画に反映させています。 各事業所の運営にあたっては、利用者数や職員等の過不足、人件費の増減等について月次報告書を作成し、毎月の管理職会議において事業収支状況の分析を適切に行っています。 		

<ul style="list-style-type: none"> ・事業所では中長期計画は施設長・主任クラスまで、事業計画は全職員へ周知され、目標に向けた取り組みが図られています。 ・法人では、予算立案の際に各事業所から必要とされる大規模な修繕等について要望を受け、また、新たな事業所の開設など大きな支出が見込まれる場合に備えて、中・長期収支計画が策定され、本部で把握・管理がされています。 ・中長期計画は、毎年度の達成目標が設定されており、事業の達成度や収支状況により見直しが必要な時は適正と思われる数値を予算化し、見直しが行われる体制ができています。 		
5	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・単年度事業計画は、「アクションプラン 2025」に掲げた取組課題の4つの基本姿勢に沿った行動指針を柱としており、運営目標は実行可能で具体的な内容が示されています。 ・事業計画は、当該年度の重点目標を掲げ、会議、各種調査、見学者やボランティアの受け入れのほか、地域貢献・交流や人材育成等の項目ごとに数値目標と主な目的・内容が設定されています。 ・設定された数値目標は中間評価が行われ、年度毎の事業報告で実績を数値化し、目標に対する実施状況を評価できる内容となっています。 		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は、各ハウスで利用者の特性が異なることからハウス毎に集約し、各サービス管理責任者が取りまとめて主任・施設長へ報告されます。報告事項は本部で集約する仕組みとなっており、その際、職員の意見及び自治会で出された利用者の意見・要望を集約・反映して策定されています。 ・意見の集約はハウス毎に1・2ヶ月に1回行ない、支援スタッフの意見は職員が把握し、課題は住居会議等で検討し、支援方法の統一を行うなど、事業計画の実施にあたって支援スタッフや職員への周知や理解が促される体制となっています。 ・年度の上半期の進捗状況については、上半期終了後職員へのアンケート調査を行い、職員会議等で評価・検討して下半期の取組や翌年度の事業計画に反映させるための手順が定められ実施されています。 		
7	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は、毎年度作成する「支援要覧」にも掲載され、利用者の理解を促すために文字にはルビを付けて年度当初に利用者へ配布・説明しています。 		

<ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は、各ハウスの共有スペースに掲示してあり、利用者や支援スタッフがいつでも確認できるようになっています。 ・活動内容については各ハウスの利用者の特性に応じて、理解しやすいように貼る位置を考えたりすることで、自立度を高めるための工夫も行なわれています。

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	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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスの質の向上に向けて法人本部にQCサービス委員会を設置し、各事業所に委員をおき、定期的にサービス提供の方法を評価するなど、サービスの質の向上に取り組んでいます。 ・QCサービス委員会で年2回職員へのアンケート調査を実施し、職員会議で協議しています。その内容は、法人内の企画運営会議で検討し、改善の必要がある時は改善計画を策定し実行に移す仕組みが出来ています。 ・人権侵害等についても人権侵害に関する自己評価が個人毎に行われ、施設で取りまとめられて人権擁護委員会で検討されています。 ・第三者評価は、定期的に受審し、組織として福祉サービスの質の向上に向けた取組を積極的に行っています。 		
9	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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスについての自己評価や第三者評価の結果は職員会議等で説明され、改善すべき課題などは文書化し、全職員に回覧して課題を共有しています。 ・QCサービス委員会でまとめられた課題等は各委員会や企画運営会議で検討し、改善策として文書化し、早々に取り組めることについては、職員で改善策を協議・共有して実行に移しています。 ・業務改善の課題については、職員連絡会等で職員へ周知し、また、各ハウスの支援スタッフとも課題を共有して改善への取組が行われています。 		

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	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。	㉠・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・法人内の各事業所の管理者に向けて作成された「管理者の役割と責任」、「管理者・幹部のリーダーシップ宣言」で、管理者の基本的な責務や役割が明確に示されており、施設長は職員会議や研修会において職員に表明し、理解を得ています。 ・施設長の役割等は、職務分掌やサポートハウスマニュアルで明文化され、課業一覧表が利用者にも分かるように各ハウスの共用室に掲示されています。 ・有事における管理者の役割と責任や不在時の権限委任等についても、権限委譲が決められており、管理者の不在時でも管理者の役割が確実に実行されるよう明示してあります。 		
11	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。	㉠・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、法人の管理者用のマニュアルで遵守すべき法令等についても理解しており、また法令の改定等が行われた時は、管理者向け研修などで改定内容を理解して法令順守に努めています。 ・法人研修及び事業所内研修では、理事長自らが全国経営協議会から情報を得て、管理者等へ伝達し、また、障害者虐待防止・権利擁護研修には、県外からの外部講師を招いて全職員が受講できるように2日間にわたって開催されるなど法令遵守のための取り組みが行われています。 ・遵守すべき法令等については、サポートハウスマニュアルの中で「遵守すべき法令等」として列記されています。事業所の特性から、伝染病予防法やゴミ捨ての問題から環境や地域への配慮等についても理解を深め、取り組みが行われています。 ・管理者は、職員会議や職員連絡会等の際に福祉に関する動静や事件等の報道内容を取り上げ、職員に対して遵守事項や職員倫理について説明し、理解を促す取り組みを行っています。 		
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、実施する福祉サービスの現状について定期的に評価・分析を行い、法人本部へ報告するとともに評価の内容を主任やサービス提供責任者等も確認できるように事業所内に掲示しています。 ・管理者は、調整会議や職員会議等の会議に参加して、事業所を超えたハウス内の課題解決やサービスの質の向上に向けて課題の把握に努め、適切な助言を行うなどの継続的な取組を行っています。 ・管理者は、年1回利用者全員に対してアンケート調査を行い、住居での生活についての利 		

<p>利用者の要望や現状を把握したり、QCサービス委員会の実施する職員アンケートでの意見を取り入れ、福祉サービスの質の向上に向けた取組に努めています。</p> <ul style="list-style-type: none"> 管理者は、事業所内での研修のほか、本部での研修や外部研修への参加は、職員によって偏りがないように配慮しながら積極的に推奨し、福祉サービスの質の向上が図られよう職員の教育に努めています。 		
13	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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 管理者は、理事長へ課題や改善策について報告を行うほか、法人本部へ月次報告を行い、本部の分析結果を参考にして経営の改善や業務の実効性の向上に向けた取り組みを行っています。 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上にむけて、職員会議や連絡会、住居会議をとおして各ハウスが点在する事業所内の職員の意識の形成に努めています。 事業所は地域内に点在し、利用者の特性やハウス周辺の地域の特性を踏まえ、各ハウスが町内会に入会して活動するなど、組織的な活動が行われています。 住居会議では、直接利用者に接する世話人や支援員の意見を聞き、利用者の現状や今後、事業所の運営等についての課題等を把握して、利用者の生活しやすい環境、職員の働きやすい環境の構築に向けて積極的に参画しています。 		

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	① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 必要な福祉人材の育成・確保については、「人事管理における基本方針」に明文化されており、具体的な計画が策定されています。各事業所の必要な人員確保、人員体制については、事業所と法人本部が毎年度協議して配置されています。 法人内各事業所の人事配置では、事業計画の中に人材育成すべき資格・人数について数値を掲げて資格取得を奨励するなど、人材育成に努めています。 法人内には、必要とする福祉人材や人員体制について基本的な考え方が定められた人事考課制度が導入されており、職員にも周知されています。 法人の人材確保対策は、全学科対象で資格は問わず、県内だけでなく県外に向けても採用活動を行い、採用後の育成や資格取得にも力を入れています。また、セカンドキャリアの活用等の取り組みや学生等の実習受入を積極的に行い、障害福祉サービスを提供している職場についての理解を深められるよう努力し、福祉人材の確保に努めています。 		

15	② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念、基本方針にもとづく「期待する職員像等」は、法人の理念や基本方針、事業所の事業計画の支援に対する基本姿勢で明文化され、職員研修などのあらゆる機会を通じて、職員に明確に示されています。 ・人事基準は、法人で策定された「人事管理における基本方針」に定められており、各事業所で職員に周知されています。 ・事業計画では、人材の採用・定着・育成について計画され、取得を目指す資格・人数も示され、職員の資格取得を奨励しています。 ・職員は、自らの将来の姿を描くことができるように法人内の事業所を異動し、福祉に関する視野を広め、様々な事業所での経験を通して知識を習得できる体制が整っています。 ・職員は、「人事考課表」により年度の目標、資格取得や異動の希望を表明し、自分の将来像を描くことができる仕組みがあります。また、年度途中での現状の聞き取りが行われ、継続的にフォローしていく仕組みとなっています。 		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	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・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・職員の就業状況や意向の把握は、年3回の定期的な面談と意見箱の設置で行われています。また、随時の相談等にも主任や管理者が対応することで把握できる体制が整えられています。 ・支援スタッフについても年1回面談を実施し、本人の希望も参考にしながら全てのハウスの特性を知り、どのハウスでも対応可能なユーティリティ支援スタッフの育成にも努めています。 ・職員の有給休暇の取得率や時間外労働については管理職会議で報告され、法人本部や施設長を中心にワーク・ライフ・バランスに問題がないか常に分析・評価が行われています。管理者は、有給休暇を取得しやすい環境づくりや希望休の申請など働きやすい職場づくりにも取り組んでいます。 ・職員の心身の健康と安全については、ハラスメント等防止について事業所内に掲示し、相談窓口担当者を定めており、相談しやすい職場の雰囲気作りに努めています。 ・新人職員についても法人の行う新人研修の他、年度初めに事業所でも新人研修が行われ、事業内容の理解にも努めています。 		
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	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
評価概要		

	<ul style="list-style-type: none"> ・組織として期待する職員像は、法人の理念や基本方針等に示され、職員・利用者に配布される「支援要覧」にも記載されています。 ・職員一人ひとり、年度当初に示された事業所の運営目標に対して「人事考課表」に自分の目標を設定し、年間を通して目標への取り組みが実施される仕組みが構築されています。 ・管理者は、年度当初、中間期及び年度末の面接において職員とのコミュニケーションを図り、進捗状況や目標達成度の確認を行っています。進捗状況や目標達成度を確認し、職員一人ひとりの目標の管理と見直しを行いながら、次年度の目標につなげる仕組みになっています。 	
18	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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念、基本方針等の実現を目指す人材としての「期待する職員像」について、事業所の運営目標等に具体的に示され、職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示し、数値目標も設定されています。 ・職員に対する教育・研修は、法人全体の管理者向け、新人職員向け、主任・中堅職員研修の他に、事業所内で年間研修計画を作成し、計画的に行われています。 ・法人の研修体系として、経験年数に応じた研修、職位に応じた研修、分野別の研修などがあり、これらの研修体系を定着させ、支援スキルの向上に努めています。 ・新人研修については、基礎A・Bに分けられ、成人施設、児童施設、セカンドキャリア等きめ細かい研修プログラムが用意されています。 		
19	③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・個別職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等は、個別の人事考課表に記載され、法人、事業所における人事管理制度の中で把握されています。 ・新人職員に対しては、事業所毎に経験者と一緒に利用者の状況に応じた1年程度の個別的なOJTが行われています。また、基礎的知識や技術を学ぶために法人本部による新人研修プログラムにより計画的に研修が行われています ・中途採用の職員に対しても、法人新人研修プログラム基礎Bの研修が設けられており、支援スタッフ等のパート職員も参加できるように配慮されており、基礎的知識や技術を学び福祉施設職員としての資質を高める体制が構築されています。 ・職員一人ひとりが将来のあるべき自分の姿をイメージし、全職員が資格取得や受講したい研修に参加できるように配慮しています。 ・法人内研修では、階層別・分野別に研修が計画され、講師も理事長から管理職・職員の他、ビジネスコンサルタント、福祉の専門家等の外部講師も招いて、教育・研修の機会が確保されています。 		
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	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・実習生の受け入れは、法人内の各事業所の担当者と構成する「実習推進委員会」によってプログラムが作成され、福祉サービスに関わる専門職の研修、育成について基本的な姿勢が明文化されています。 ・実習生の受入、研修、育成については「実習生受入マニュアル」が整備され、マニュアルにもとづいて受け入れが行われています。 ・実習生の受け入れに必要な実習指導者の育成研修も法人支援のもとで行われており、法人全体として実習指導者が育成される仕組みがあります。 ・実習生を受け入れる際は、障害者グループホームという特性上、事前に特別支援学校等の実習担当者や保護者等を含めた面談を行い、安心して実習できるよう配慮がされています。 ・特別支援学校からの実習生の受入にあたっては、短期入所用の3室が準備されており、ハウス近隣の住民に対しても日頃の町内会活動等から理解が得られています。 		

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	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・法人の情報公開は、ホームページやパンフレット等で法人の理念や基本方針、各事業所の提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報などが公開されています。 ・事業所での第三者評価受審は、今回が初めてであり公表はされていませんが、法人内の他の事業所の受審結果は鹿児島県のホームページを通じて公表されています。 ・苦情相談の体制や内容にもとづく改善・対応については、法人のホームページや年3回発行される法人の広報誌「常盤会だより」で公表されています。 ・地域に向けての法人の理念、基本方針等の発信は、ハウスの支援スタッフが近隣の地域住民でもあり、法人・事業所も地域社会とのつながりを重視していることから、廃品回収や清掃活動等の地域貢献活動へ参加し、住民の事業所への理解、障害者福祉や法人の役割等の理解に努めています。 ・県内の特別支援学校等に、法人や事業所のリーフレット等を配布して情報発信を行っています。 		
22	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

評価概要
<ul style="list-style-type: none"> ・法人において経理規程が整備されており、事務・経理に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員に周知されています。 ・定期的な内部監査の実施、外部の経理事務所や公認会計士によるチェック、助言・指導が行われており、公平性と透明性を確保した適正な経営・運営のための取組が行われています。 ・外部専門家による指摘事項等は施設長に報告され、施設として取り組むべきことは職員会議や支援会議で情報を共有し、法人と連携して改善が行われる体制が整っています。

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	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・法人として、地域との関わりについての基本的な考え方を「地域交流規程」で文書化し、地域貢献委員会が設置されています。 ・地域交流活動として、定期的に地域の祭りや運動会等に参加して交流を深めるとともに、地域貢献活動として廃品回収や清掃活動に利用者・職員が参加して、事業所や利用者への理解を深める取り組みが行われています。 ・法人主催のスポーツレクリエーション交流活動や、鹿児島市知的障害者福祉協会主催の「ふれあいスポーツ大会」に参加しています。また、部活動と称して駅伝の練習を定期的に実施し、地域の駅伝大会の一般の部に参加して優秀な成績を収めるなど、利用者の意欲の向上にも取り組んでいます。 ・休みの日に余暇活動として職員同伴で焼酎造りに参加するなど、利用者の個人的な希望に対しても出来るだけ対応しようとする事例も確認できました。 		
24	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・法人の実習推進委員会で「ボランティア受け入れマニュアル」を整備し、受け入れ手順やボランティアへの事前説明など受入に関する基本姿勢を明文化しています。 ・事業所の近辺には福祉系大学もあり、ボランティア受入れの機会は設けられると思われます。コロナ禍においては、実際の受け入れはできていませんが、利用者とボランティアの交流に取り組む体制はできています。 ・利用者との交流を図る視点では、利用者が地域の事業所等へ出向き、作業の手伝いをしたりする取り組みが行われており、利用者の楽しみとなっている事例もありました。 ・受入にあたっては、ボランティア受付簿に記載し、受入マニュアルに沿って事前研修を 		

<p>実施しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夏季休暇や冬季休暇に特別支援学校の生徒を受け入れる「体験通所」を実施し、学校教育への協力も行われています。 		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
25	<p>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。</p>	a・ b ・c
<p>評価概要</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ・「関係機関との連携マニュアル」があり、関係機関組織図や地域の関係機関、団体の役割等についてリストを作成して事業所内や各ハウス内に掲示しており、職員会議等で職員に周知しています。 ・鹿児島市の保護課や管轄警察との連絡を密接に行うことで、利用者の問題解決を図っていると同時に、虐待や生活困窮者等のシェルターとして事業所が活用されるなど関係機関・団体との共通の問題に対して共同して解決している事例も確認できました。この取り組みは、法人として取り組んでおり、他の市町村からも問い合わせがあり、福祉の事業所として地域社会に貢献しています。 ・鹿児島市知的障害者施設連絡協議会に加入し、日頃から研修や他事業所との連携を図っています。また、特別支援学校との情報交換会を実施しています。 ・現在は、地域のネットワーク化はコロナ禍で関係機関や団体、町内会等との交流も控えているため、連携が低調に感じられました。 		
<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	<p>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。</p>	a・ b ・c
<p>評価概要</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ・町内会の総会出席や清掃活動へ参加するなど、地域活動も続けて福祉ニーズを把握できるように努めていますが、コロナ禍で福祉ニーズを把握する取り組みは、以前と比べて困難な状況です。 ・夏季休暇や冬季休暇時に特別支援学校の生徒を受け入れる「利用体験」を実施しています。 ・学校を訪問した際に、生徒・保護者の思いや学校の担当者の要望等を聞き取り、福祉ニーズの把握に努めています。 		
27	<p>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。</p>	a ・b・c
<p>評価概要</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ・法人では、生活困窮者就労訓練事業の一環として、鹿児島市の依頼により生活保護受給決定者の居住や就労訓練について、住居が定まるまでの期間、法人として事業所の部屋を提供し協力するなど地域に貢献しています。 ・法人は、鹿児島市と災害時の福祉避難所設置に関する協定を締結し、事業所の持つ機能 		

<p>を地域資源として提供することにより、地域社会に対する福祉事業所としての役割を果たすこととしています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・鹿児島県災害派遣福祉チーム（DCAT）と派遣協定を結び、大規模災害時における災害時要配慮者に対する福祉支援を行う用意があります。協定締結以前から他県での災害時における福祉支援を実施してきました。 ・県社会福祉法人経営者協議会の提唱する「かごしまおもいやりネットワーク事業」に法人として参加し、福祉的課題や生活課題を抱える地域住民を対象にしたシェルター機能、食事提供、一時的な住居の貸出等の社会貢献活動を行っています。

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	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・理念や基本方針には、利用者を尊重した福祉サービスの提供が明示され、年度当初に支援要覧や事業計画・運営方針を全職員へ配布し、朝礼や職員会議で唱和するなど職員が十分に理解できるように取り組んでいます。 ・支援要覧は、ルビを付けて利用者へも配布されており、職員だけでなく利用者とも共通の理解が出来るようになっています。 ・法人及び事業所に「人権擁護委員会」が設置されており、「施設内新権侵害防止に関するチェックリスト」で人権に対する意識調査を全職員に実施し、実態の把握や検証を行っています。 ・外部講師による障害者虐待防止・権利擁護研修を実施し、法人の全職員が受講できるように2日間開催されています。また、事業所では毎年、「利用者の人権について」、「虐待防止について」の研修を実施しています。 ・各事業所は、虐待防止のための課業担当者を置き、「障害者虐待防止マニュアル」をもとに、虐待防止と身体的拘束適正化のための職場内研修を実施し、人権ハンドブックの読み合わせを連絡会等で行い職員への周知徹底に努めています。 ・「人権侵害ゼロへの誓い」に全職員が署名捺印し、事業所内に掲示して注意喚起を図り、利用者の権利擁護に努めています。倫理綱領等は事業所やハウス内に掲示されています。 ・利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する基本姿勢は、事業計画にも「支援に対する基本姿勢」として記載され、事業所で策定した個別支援計画にも反映されてサービスの提供が行われています。 		
29	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。	Ⓐ・b・c

評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者のプライバシー保護については、「利用者のプライバシー保護に関するマニュアル」を策定し、定期的に見直しを行っています。 ・ハウス内は個室ですが、各ハウスに共有室が設けられ、利用者がプライベートスペースと共有スペースを使い分けることでプライバシーが保たれるように生活の場が提供されています。 ・利用者や家族には、入居の際の重要事項説明書の説明時に、写真や名前を法人・事業所の広報誌やホームページに掲載すること、事業所内に掲示することなどについての承諾を「プライバシー保護における同意書」により文書で同意を得ています。 		
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	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・法人理念や福祉サービスの内容、各事業所の特性などを紹介した法人のパンフレット、広報誌等を法人内各施設・事業所、特別支援学校、ハートピアかごしま等に配布し、多くの人が入手できる場所に置いてもらっています。 ・利用希望者に対しては、施設見学や利用体験を受け入れています。その際に、行事や活動の様子等を写真やパンフレット、「常盤会だより」を用いて説明しています。 ・利用者向けのリーフレットは、ハートピアかごしま、養護学校等に置いてあるほか、ホームページでは、事業所の取組や利用者の動向、イベントの紹介など、最新の情報を提供しています。 ・利用にあたっては、地方からの希望も多いことから特別支援学校については学校訪問を行い、事業の内容や利用者の生活の様子を説明しています。 		
31	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービス利用希望者の施設見学や体験利用を受け入れ、事業所の取り組みや雰囲気を経験した後に、利用者や家族等が利用を決定する仕組みが構築されています。 ・サービス利用開始時は、「利用契約書」「重要事項説明書」により説明を行い、利用者や家族等の同意を得てから利用を開始しています。 ・「利用契約書」や「重要事項説明書」等は、事業所や各ハウス内に掲示され、利用者や職員・支援スタッフ等がいつでも閲覧できるようにしています。 ・サービスの変更時には、変更となった重要事項説明書の内容を説明し同意を得てから変更を実施しています。 ・意思決定が困難な重度の利用者はおりませんが、困難な状況がある場合は家族の意向等も踏まえて支援会議を開催し、利用者の意思に沿った支援ができるように配慮しています。 		

32	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・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> サービス内容の変更があった時は、家族にも説明を行い、同意を得た後に変更を行っています。また、退所希望があった時は、家族を含め担当者会議を開き、決定しています。新たな利用先には、「つなぎシート」を提示して情報提供を行っています。また、最終モニタリングの資料も添付して、本人の近況が理解出来るように配慮しています。 退所後も利用者や家族が困らないように、いつでも相談が出来ることを説明しています。 自立生活の援助として、社会生活上必要な手続き方法が分からないなどの困った時に、事業所に相談に来た例も確認できました。 		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 自治会活動を行っており、その中で出された意見や要望を住居会議や支援会議で検討し、改善を図るよう努めています。 食に関する検討会を開催し、個々の利用者が満足できる食事提供に取り組んでいます。利用者からの要望を聞き取り、改善できることはすぐに対応するよう心がけています。 QCサービス委員会で利用者や家族へのアンケートを実施し、集計後QCサービス委員会で検討され、改善点を明確にしたうえで事業所に結果が戻されて具体的な改善が図られています。 		
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	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・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 法人全体で苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備するとともに、苦情解決の規程やマニュアルが策定されており、苦情解決の仕組みが確立されています。 苦情内容については、第三者委員に報告して助言をもらいながら対応し、苦情を申し出た利用者等へもフィードバックされ、利用者の満足・サービスの質の向上につなげています。 事業所・ハウス内に苦情解決の仕組みを説明した案内が掲示され、利用者が苦情を申し出るための意見箱が事業所・ハウス内に設置してあります。 法人のホームページ上にも「苦情・相談」コーナーがあり、第三者委員の名前や連絡先も掲示されています。その他、相談・苦情解決の方法、相談先、相談・苦情の内容や解決事例も公表されています。 		

35	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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者や家族が相談や意見を述べやすくするために、事業所に「相談及び苦情受付窓口」を設けて職員の顔写真を掲示するなど、相談者を自由に選択できることを分かりやすく示しています。 ・各ハウス内にも意見箱を設置し、個室の利用者相談のスペースを確保して利用者が相談や意見を述べやすい環境を整えています。 ・日常生活の中での相談等は、支援スタッフ等が直接話を聞いたり、連絡帳の活用により支援スタッフ等が聞いた相談内容が主任や管理者に速やかに報告が行われるよう体制が作られています。 		
36	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者からの相談や意見については、「相談・苦情を解決するためのマニュアル」が策定され、利用者からの意見や要望について対応する仕組みが整備されています。マニュアルは毎年見直しや検討が行われており、速やかに対応するように努めています。 ・意見箱や相談室の設置に加え、自治会に管理者や主任等が参加し意見を聞き取るなど、利用者からの相談、意見を迅速に把握する体制も作られています。 ・利用者等からの意見・要望については事業所内で解決できること、法人の苦情解決委員会で協議・検討すべきことを分け、対応可能なものは迅速に対応し、利用者の生活の改善につなげています。 		
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	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・法人で「事故防止・防災委員会」を設置し、リスクマネジメントに関する責任者としてリスクマネージャーが配置され、役割が明確化され、職員研修にて安全確保や事故防止に関する研修も行われ、利用者の安全確保のための取り組みが行われています。 ・事業所では、発生した事故やヒヤリハットについて「ヒヤリハット報告書」「事故報告書(事業所用)」を作成し、連絡会や職員会議で職員への周知を図り、再発防止に努めています。 ・事故防止策として「事故(防止・予防)マニュアル」が作成され、事故の未然防止に努めるとともに、事故発生時の対応や行動手段についても「事故対応マニュアル」に沿って対応がされています。 		
38	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

評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・「感染症予防対応マニュアル」は感染症ごとに策定され、予防策感染症発生時の対応やコロナウイルス対策等についてハウス内に掲示されており、職員や利用者への啓発が行われています。 ・職員へは、法人の職員研修で衛生管理と感染防止の研修が実施され、また、事業所内においても保健衛生部の担当者を中心に、定期的に感染症の予防と対策や緊急時の感染症対応について勉強会を開催するなど周知を図っています。 ・感染症対策を含むBCP（事業継続計画）を作成し、職員研修等で職員に周知を図り、シミュレーションと定期的な見直しを行っています。 		
39	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。	㉞・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・事業所では、「緊急時対応マニュアル」「地震対応マニュアル」「風水害対応マニュアル」が策定されており、実際に緊急事態が発生した場合の対応のために「火災発生時の行動手段」や「自衛消防隊編成表」「防災緊急連絡表」等が事務所内やハウス内に掲示されています。 ・各ハウス異なる造りであることから、建物の特性、避難経路や地域における避難場所等が把握され、共有室等に掲示されています。 ・事業所内研修で防災・防火に関する研修が行われており、定期的な避難訓練も消防署や警察署の立ち合いのもとで実施されています。 ・火災発生時や救急車の要請先、事件や不審者等の発見の場合の通報先、利用者の急病の際の病院等の連絡先等についても、各ハウスの対応方法が記載され、支援スタッフ等の非常勤職員でも速やかに対処できるよう対策がとられています。 ・食料や備品類等は備蓄リストを定め、事務所で管理しています。 		

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	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・㉞・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスの標準的な実施方法は、各種マニュアルが整備され、利用者の尊重、プライバシー保護や権利擁護等が明示されており、事務所に保管し、職員がいつでも閲覧できるようにしています。 ・標準的な実施方法については、法人内研修や法人新人研修で周知が図られ、現場での個別指導等を通して実施方法の確認や改善を行なっています。 		

41	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・ b ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・現場でのヒヤリハットや事業所内事故報告を検証し、改善や変更が必要な内容を支援に反映しています。ハウス毎に施設長、主任、サービス管理責任者、世話人で話し合い、改善策を検討して、実施方法の見直しをしています。福祉サービスの改善のため、できるだけ細かく現場でのヒヤリハット報告等を挙げてもらうよう周知しています。 ・個別支援計画見直しについては、ご家族や利用者本人のニーズをもとに職員間で情報交換し、より良い支援内容になるよう意見を出し合い支援計画に反映しています。また、利用者の状態が変化した時は、個別支援計画検討会議を実施して計画を変更する仕組みになっています。 ・利用者自治会等で利用者の意見や希望を聞き取り、職員間で検討して福祉サービスへ反映しています。 		
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	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。	a ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画は「個別支援計画作成におけるマニュアル」にもとづき、計画策定責任者であるサービス管理責任者と本人・支援者で話し合いをして策定されています。 ・個別支援計画におけるマニュアルにもとづき、アセスメントから計画作成、評価、見直しなどを行っています。現場の世話人からの聞き取りや支援を通して状況を把握し、アセスメントを実施しています。 ・アセスメント結果を個別支援計画に反映させる場合は、サービス管理責任者や現場の世話人で協議し、個別支援計画を作成しています。 ・法人内の就労支援事業所を利用している利用者については、2ヶ月に1回、就労支援事業所と調整会議を開催し情報共有を行ない、支援に反映させています。 ・支援困難ケースへの対応は、ケース会議や担当者会議等を開催し、各専門分野の意見を取り入れることで、各利用者が安心して過ごせるようなサービス提供を行なっています。 		
43	② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画の評価・見直しは、マニュアルに定められており、マニュアルに沿って半年ごとに行っています。また、見直しをした計画については、各ハウス間で申し送り等を通して情報共有を行なっています。 ・基本的には本人の要望や意向を面談で確認し、卒業後すぐの方や意思表示が難しい方などは、家族の要望・意向を面談や電話面談で確認し、計画に反映しています。 		
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	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・ b ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身の状態や生活状況については、アセスメントシートやフェイスシートに記載してあります。 ・日々の支援内容については、支援日誌に記載し、ハウス毎で回覧することで周知し、1週間毎に施設長・主任が確認しています。すぐに検討・対応する必要があることがあった場合は、速やかに主任へ報告・相談する仕組みがあり対応しています。 ・支援内容については、職員が夜勤対応となるため夜勤明けの職員と主任との居住会議を毎日開催し、ハウス毎に申し送りノートで情報を共有しています。職員会議やケース会議でも情報共有をはかっています。 		
45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の記録等については、「個人情報管理規程」や「文書保存期間マニュアル」で責任者を定め、記録の保管や保存、破棄、情報提供等に係る基準が明記されています。 ・施設利用契約時に「重要事項説明書」や「情報提供同意書」等により説明を行ない、事業所の活動や紹介に使用する個人の氏名・写真等の情報については、同意が得られた利用者に限ることとしています。 ・個人情報の取り扱いについては、職員研修において職員に周知しています。 		