

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。	a・ <b>b</b> ・c
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人理念・経営指針及び施設の運営方針等は、法人・施設の使命、役割を反映した内容であり、利用者本位で利用者の能力に応じて自立した日常生活を支援することを目指した福祉サービス提供の姿勢が明確にされています。また、法人のホームページ、施設概要等に掲載されています。</li> <li>・入所生活棟、グループホームを含む事業所内の至る箇所に法人理念、経営指針が掲示されています。</li> <li>・法人の基本理念等は、毎月の職員会議で理念の唱和をし、職員への周知に努めています。今後、理念や経営指針等の理解を深めるために、施設長等から訓示や研修等を行うことにより、職員への周知徹底の継続的な取組を検討しています。</li> <li>・家族等には、理念等の掲載された施設概要を家族会で配布しており、コロナ終息後には、家族会総会等の機会をとらえて、周知を図ることとしています。</li> <li>・利用者に向けては、障害特性に応じて理念等を周知する方法を検討することとしています。</li> <li>・利用者・家族への説明等については、分かりやすい内容で記載された資料の作成と丁寧な説明を行うなど、周知の方法を工夫することが期待されます。</li> </ul>		

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。	a・ <b>b</b> ・c
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会福祉事業全体の動向については、日本知的障害者福祉協会、鹿児島県知的障害者福祉協会に加入し、また、県社会福祉協議会等の会議、研修会資料等から情報収集しており、外部研修を受講した全職員の受講資料は、職員に供覧で情報提供されています。</li> <li>・法人の毎月の施設長会、役員等会議において、施設の利用状況や経営収支等の分析結果を月次報告し、他事業所の動向などの情報交換を行うなど、定期的に利用者数や職員配</li> </ul>		

<p>置の適正状況等についての検討を実施しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>法人で分析した経営状況や課題等、予算・決算等については、職員会議で伝えるとともに、パソコン上で情報共有し周知を図っています。</li> <li>近年、法人事務局経理部門からの経営収支等に関する情報の提供や、職員研修に経営に関する内容が取り入れられる傾向にあることから、各施設・事業所においても法人事務局と一体となって経営分析に取り組みられることが期待されます。</li> </ul>		
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
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>施設の運営、経営上の重要な課題等については、施設長等とサービス管理責任者、主任生活支援員代表で構成する運営委員会で検討し、職員会議で決定しています。</li> <li>令和5年度の事業計画案を作成する際には、職員会議で課題等についてSWOT分析の手法を用いて話し合い、職員の意見を反映させることにしています。次年度予算案を作成する際に、職員が施設の運営に係る経費等について身近な問題として考えられるよう、活動や業務分掌ごとに予算計画を提案し、施設全体の予算案に反映させています。</li> <li>施設の組織体制・職員体制等の分析のもとに、経営上の課題をさらに具体化し、法人事務局と一体となって計画的な課題解決・経営改善への取組が期待されます。</li> </ul>		

### 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
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>法人事務局においては、令和3年度から3年間の中期経営計画を作成し、法人理念等の実現に向け、人材の定着、確保、育成などを基本とした6つの重点課題を掲げ、計画はその達成に向けた具体的な内容となっています。「財務体質の強化」や「虐待の起こらない風土づくり」など、経営課題や問題点の解決、改善に取り組む姿勢が明確に示されています。</li> <li>作成の際には、各事業所に中・長期委員会を設け、ビジョンや方向性を検討し、理事会、評議員会で協議のうえ策定されています。中期計画は、法人全体の内容となっており、設備投資計画以外は各施設・事業所に係る計画内容は明確ではありません。</li> <li>令和5年度中に次期中期計画を策定する計画ですが、作成の過程において各施設・事業所の事業計画及び事業収支計画を作成し、法人事務局と一体となった課題解決・改善の取り組みとなることが期待されます。</li> </ul>		
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

<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>令和4年度の施設の単年度事業計画は、施設独自の重点項目にもとづく実施事業ごとの計画と法人の当該年度の重点項目を踏まえた取り組みとなっています。</li> <li>単年度の事業計画は、課題ごとに具体的な取組目標が記載されています。</li> <li>施設では、令和5年度の事業計画作成にあたり、職員会議のグループワークで現年度事業計画のSWOT分析を行い、取りまとめ結果を計画見直しにつなげています。</li> </ul>		
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>b</b> ・c
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>事業計画は、従来、施設の幹部で作成していましたが、令和5年度から職員の意見を取り入れて作成することとしています。職員会議でSWOT分析の手法を用いて課題等について話し合い、予算の作成にあたっては、職員が施設の運営に係る経費等について身近な問題として考えるよう、活動や業務分掌ごとに予算計画を作成・提案し、施設全体の予算案に反映させることとしています。</li> <li>作成した事業計画、予算案は、運営委員会で検討のうえ職員会議で提案され、意見を集約して決めることとしています。</li> <li>第三者評価の自己評価を契機に、施設の運営方針等の作成に職員の意見を取り入れて、さらなる職員への周知を図る方策の検討など、今後の展開が期待されます。</li> </ul>		
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>b</b> ・c
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>施設入口には、家族等来園者が入手できるように施設事業計画や施設概要、重要事項説明書等が常置されており、法人の事業計画は広報誌やホームページにも掲載されています。</li> <li>年度当初の家族会総会で、理念や事業計画を掲載した概要の配布と説明を行っていましたが、現在はコロナ禍で家族会が開催できていません。</li> <li>コロナ終息後には、利用者に説明する機会を設け、家族会等において、分かりやすい事業計画や事業計画の主要な部分についての解説等を作成、配布のうえ、利用者の障害特性などを考慮した理解度に応じた丁寧な説明、周知が期待されます。</li> </ul>		

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。	a・ <b>b</b> ・c

評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者へのサービス提供については、定期的な個別支援計画の評価、見直しを行い、日々の支援日誌等の記録や会議等で、サービス内容の検討、見直しを行い、サービスの質の向上につながるよう努めています。</li> <li>・ヒヤリハット・インシデント・相談苦情の記録の分析を行い、施設内の改善課題として職員全体へ周知しています。</li> <li>・毎月開催する主任・サービス管理責任者会議や、サービス管理責任者以上の役職で構成される運営委員会で、施設の課題について検討し、改善できるものについては、即時対応することとしています。</li> <li>・第三者評価は今回初めての受審であり、自己評価及び第三者評価の実施結果を踏まえ、今後課題を明確にして文書化し、課題解決、福祉サービスの向上につなげることであります。今後、全職員の理解と協力を得てPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質向上に関する組織的な取組を実施されることが期待されます。</li> </ul>		
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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・今年度事業内容の評価について、職員会議の参加者全員によるSWOT分析を取り入れ課題の共有化をはかり、令和5年度の事業計画案を作成するなど、前向きな取組が行われています。</li> <li>・問題提起から課題の改善策作成に至るまで、従来は主任以上が参加する会議において検討され、職員会議で説明し決定していましたが、現在、全職員が参加してのSWOT分析から課題発掘、改善策の検討を次年度事業計画の策定に活かす仕組みの構築に向けて取組中です。</li> <li>・試行を継続し、全職員が関与したPDCAサイクルにもとづく福祉サービス向上に関する取組を当施設に適切な仕組みで実施されることが望まれます。</li> </ul>		

## 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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長は、年度当初の職員会議において、当該年度の運営方針、事業計画について、文書を配布のうえ説明を行っています。毎日の朝礼、職員会議でも施設長としての責任、役割について表明しており、毎月の職員会議では、施設長が独自に作成した資料によるミニ研修で情報発信に努めています。</li> </ul>		

<p>・運営組織図、運営規程等には、管理者を補佐する者が記載されています。現在、法人内で役職の役割の明確化などについて検討中であり、事務決裁関連規程又は事務委任関連規程等で、管理者の不在時の役割と責任を明確にされることが望まれます。</p>		
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。	a・ <b>③</b> ・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長は、日本知的障害者福祉協会・県知的障害者福祉協会・県社会福祉法人経営者協議会の会議・研修に参加し、法令改正等の情報を収集し、遵守すべき法令等を理解しています。</li> <li>・研修内容と提供された資料等を職員会議において説明、資料は供覧し、職員へ周知しています。</li> <li>・遵守すべき法令や人権擁護等について、職員会議のミニ研修で説明、指導し、職員への周知を図っています。</li> <li>・職員も同様な諸会議・研修に参加することにより、必要な法令等の情報を把握し、研修報告書を作成し回覧方式により全職員へ周知しています。</li> </ul>		
<p>II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
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。	a・ <b>③</b> ・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長は、福祉サービスの質の向上に関する施設の課題について、諸会議や支援記録等、施設内の巡回、職員からの聴き取りなどにより把握し、改善のための検討を指示しています。</li> <li>・福祉サービス向上については、朝礼等で指導・アドバイスをを行い、施設長独自に作成したミニ研修資料を日誌の掲示板欄に記入するなど、職員の知識・スキル習得に努めています。</li> <li>・サービス向上には職員の育成が重要なことから、職員との面談を年2回実施し、職員の意見を聞き取り適宜アドバイスを行っています。</li> </ul>		
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>③</b> ・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設全体の経営、業務の改善を図るため、主任会兼業務改善委員会で検討し、運営委員会での協議を踏まえ職員会議で決定する仕組みがあります。</li> <li>・施設長等管理者は、運営委員会等の諸会議に参加し、利用者への福祉サービスの質向上、職員の働きやすい環境整備等に取り組んでいます。</li> <li>・福祉サービスの質向上、業務の実効性向上のため、法人内施設は令和2年度からインカム（インターコミュニケーションシステム）無線機器を導入しており、職員間の円滑なコミュニケーションが図られ効果を上げています。</li> </ul>		

・職員の要望を受け、職員の働きやすい環境整備の観点から、令和5年度には職員休憩室を建設する計画があり、具体的な検討に入っています。職員の心身のストレス解消、休憩後のモチベーションアップの効果が期待されるところです。

## 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・㊦・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・令和3～5年度の中期計画の重点課題の一番に人材定着・確保・育成に関する方針が掲げられ、法人全体の人材確保が急務となっており、重点項目ごとに具体的な計画が立てられています。</li> <li>・職員の離職を防ぐため、業務改善遂行室による業務内容の見直し、改善を検討しながら、残業縮減や福利厚生・手当の充実などの具体的な取り組みを進めています。</li> <li>・令和3年度から人材確保のための新設予算が生まれ、法人のホームページ等でも処遇や福利厚生等の充実をアピールした職員募集を行っています。また、求人案内で法人で働いた場合のライフプランの提案も行い、ホームページにも掲載しています。</li> <li>・各事業所・施設の職員配置基準を踏まえた採用計画を立てられ人材確保に努めていますが、十分な人材の確保に至っていない実状があります。</li> <li>・当施設では、職員の定着・離職防止の観点から、落ち着いて働ける環境作りとして、連続した休憩時間の確保に取り組み、令和5年度に向けては休憩室の整備を進めています。</li> <li>・質の高い福祉人材を確保するため、各事業所の人員配置や体制、業務配分等について、現場の職員の意見を吸い上げた組織的な検討や、他法人の人材確保策なども参考にしながら、より効果的な人材確保が達成されることを期待します。</li> </ul>		
15	② 総合的な人事管理が行われている。	a・㊦・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人理念、経営指針、倫理綱領、職員基本行動基準により、期待する職員像が明確にされています。</li> <li>・職員の能力開発について、職員が資格取得やスキルアップなどの目標がある場合、自己申告書に記入し、管理職の個人面談で聞き取りを行い、外部研修を受講できます。また、目標達成を支援する資格取得資金貸与制度等の支援策があります。</li> <li>・人事考課については、人事考課シートにより基本業務や職務遂行能力等に関する自己評価を行うとともに、自己申告票を提出し、施設長の面談による評価が年に2回行われます。</li> <li>・職員の仕事に対するモチベーションを高め職場に定着するには、職員が自ら将来を描く</li> </ul>		

<p>ことができる仕組みとして、キャリアパスが明確に職員に提示されることが有効とされており、キャリアパス導入の検討が期待されます。</p>		
<p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
16	<p>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。</p>	a・ <b>⑥</b> ・c
<p><b>評価概要</b></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人全体として人員不足に対する危機感があり、中期計画及び令和4年度重点取り組み課題に「職員定着化の促進」を掲げています。職員の声を聴き、職員が定着する働きやすい職場づくりを目指していることが伺えます。</li> <li>・人材定着の一環として残業縮減を目指し、令和3年度からタイムカードを導入し、就業規則にもとづいた労務管理を行い、勤務時間の把握をするとともに、時間外労働の適正化に努めています。</li> <li>・法人では産業医と契約し、看護師を衛生管理者として配置しています。</li> <li>・法人内各施設・事業所では、職員の心身の健康と安全の確保について、ハラスメント窓口の設置、定期的なストレスチェックの実施とその結果の職員への通知、インフルエンザ予防接種の無料化などを実施しています。</li> <li>・希望日の有給休暇取得、また、産前産後休暇、育児・介護休暇の取得、さらには時短勤務制度の導入など、職員個々の家庭環境が考慮され、ワーク・ライフ・バランスに配慮した職場環境づくりに努めています。</li> <li>・法人内保育所も設置され、法人職員の子どもの利用ニーズに応えることを中心とした運営が行われ、職員に対する保育料助成制度もあります。</li> <li>・希望者は「よかセンター鹿児島」へ加入できる制度を導入しており、健康診断助成や慶弔等給付金制度、スポーツ・カルチャー施設の利用助成、制度加入による退職金の支給など、充実した福利厚生を選択できます。</li> </ul>		
<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。</p>		
17	<p>① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。</p>	a・ <b>⑥</b> ・c
<p><b>評価概要</b></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人理念、経営指針、倫理綱領、職員基本行動基準で期待する職員像が明確にされています。</li> <li>・職員は、人事考課シートと自己申告書への記入により、職務遂行能力等の自己評価と資格取得などの目標設定を行い、管理職の個別面談を年2回行い、進捗状況を確認する仕組みがあります。</li> <li>・新任職員、異動職員に対して、職員育成チームによる3ヶ月間のOJT研修を行い、その期間に面談、評価を行うなど新任職員等の業務への不安をなくし職場への定着につなげるために、職員全員が育成に関わる新たな取組が行われています。</li> </ul>		

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。	a・ <b>b</b> ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人理念、経営指針、倫理綱領、職員基本行動基準で期待する職員像が明確にされています。</li> <li>・令和3～5年度の中期計画の重点課題の柱として人材育成があり、新任教育、リーダー教育についての新たな取組や、階層、職種に応じて外部研修や法人内研修を受講できるようになっています。</li> <li>・新任職員等に対して、職員育成チームを中心に3ヶ月の研修期間を設け、担当職員を配置し、新任職員日誌で業務の実施状況、知識の習得状況の確認を行っています。評価を行いながら個々の業務習得度合いに応じて、徐々に難しい業務の経験を積み重ねていくような計画的な研修が行われています。</li> <li>・施設職員の研修年間計画を策定して計画的に研修を受講できるようになっています。</li> <li>・研修を受講した職員は、研修内容を職員会議等で発表して、他の職員も知識やスキルを共有できるようにしています。</li> <li>・新任から中堅、指導的職員までの研修体制の整備など職員育成のシステム化や、施設内、法人内での事例発表や他施設の見学など新たな方策を法人内部で検討しており、その成果が期待されます。</li> </ul>		
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。	a・ <b>b</b> ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設では、個別の職員の知識・技術水準を、人事考課と年2回の面談で把握できており、専門資格の取得状況は、採用時点の資料と取得した際の報奨金制度があり、施設と法人事務局人事課で把握しています。</li> <li>・新任職員、異動職員に対しては、施設内で3ヶ月間のOJT研修が実施され、習得したスキルと育成状況の評価を一定期間で行いながら個々の業務習熟度に配慮した研修が計画的に行われています。</li> <li>・研修一覧表があり、職員の希望をもとに年間研修計画が立てられ、計画的に実施されています。研修には、職員一人ひとりが偏りなく参加できるように配慮されています。</li> <li>・取得費用の貸与制度や職場内勤務配置等の配慮により、資格取得が奨励されています。</li> <li>・職員は、強度行動障害者支援者養成研修（基礎32名、実践17名）を終了しています。</li> </ul>		
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。	a・ <b>b</b> ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・保育士養成校との共催により、施設実習を受け入れています。実習担当を分掌事務で配置し、実習生を受け入れる体制ができています。</li> </ul>		



<ul style="list-style-type: none"> <li>・実習指導者は、実習生の所属する学校等のカリキュラムをもとに、施設の福祉サービスに沿った実施計画を立てています。期間中には色々な業務の実習を行い、障害者支援施設への理解を深める機会ととらえ、積極的に受け入れています。</li> <li>・実習生研修手順書が作成され、実習の目的に配慮したプログラムとしています。</li> <li>・実習指導者に対する研修は、現在行っていませんが今後の取り組みを検討中です。</li> </ul>
---

### 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"> <li>・法人のホームページでは、法人及び各事業所・施設の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算・決算等の詳細な情報が適切に公開されています。</li> <li>・法人のホームページは充実しており、各施設・事業所の福祉サービスの取組、活動状況が紹介されており、HPとリンクさせたフェイスブックで、施設の生活状況やサービスの様子を随時更新しています。</li> <li>・第三者評価は初めての受審ですが、評価はWAMNETやホームページ上で公表予定です。</li> <li>・相談・苦情の受付は、相談・苦情解決処理要綱にもとづき、受け付け、第三者委員への報告を定期的に行っています。</li> <li>・相談・苦情の体制や苦情処理対応結果について、法人の広報誌で公表しています。</li> <li>・利用者の家族宛に、毎月サービス提供書を送付するとともに、年4回発行する広報誌を送付しています。</li> </ul>		
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"> <li>・法人の経理規程や各施設・事業所運営規程に、事務、経理、取引先に関するルールなどについて文書化しており、権限、責任を明確にし、職員に周知を図っています。</li> <li>・法人監事監査や内部経理監査を定期的実施しており、指導や指摘項目にもとづいて経営改善に取り組むよう努めています。</li> <li>・外部の公認会計士に委託して専門的な視点からの指導を受けており、指導結果に沿って改善策を報告し、経営改善に努めています。</li> </ul>		

### 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。	a・ <b>b</b> ・c
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域社会との連携強化については、法人の中期計画重点取組課題に明示してあります。</li> <li>・町内会に加入し、職員が町内会奉仕作業に参加し、理解を深める活動を行っています。地域のごみステーションの設置など、地域ニーズに答える活動を行っています。</li> <li>・吉野地域福祉施設連絡協議会（さんさん会）に加入し、会で実施する研修奉仕作業にも参加しています。</li> <li>・近隣とのコミュニケーションはあまり行われず、取り組みとしては限定的です。</li> </ul>		
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。	a・ <b>b</b> ・c
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・受入基本姿勢の明文化はされていませんが、申し出があれば検討して受け入れる体制はあります。コロナ禍以前には、施設の夏祭りに大学生や職員の家族をボランティアとして受け入れていました。</li> <li>・ボランティア等を受入れる場合は、ボランティアは福祉の専門職ではないので思いがけないトラブルや事故の恐れもあるため、受入時の基本姿勢や事前説明等を記載したマニュアル作成が望まれます。</li> </ul>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	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>b</b> ・c
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・非常災害連絡用一覧表は事業所内に掲示していますが、社会資源となるような関係機関等のリストは作成されていません。</li> <li>・県知的障害者福祉協会、県社会福祉法人経営者協議会等に加入しており、県社会福祉協議会を含む定期的な会合に参加しています。</li> <li>・吉野地域福祉施設連絡協議会（さんさん会）に加入し、研修や定期的な会合に参加しており、地域の情報共有を図っています。職員へはその都度、報告して情報共有しています。</li> </ul>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	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>b</b> ・c
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人内施設長会や加入している県知的障害者福祉協会、県社会福祉法人経営者協議会や行政等の各種会合に参加し、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めています。</li> <li>・吉野地域福祉施設連絡協議会（さんさん会）の研修や定期的な会合に積極的に参加してい</li> </ul>		

<p>ます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>法人には「ほほえみ相談支援事業所」があり、地域福祉ニーズの把握に努めています。</li> </ul>		
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>b</b> ・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>鹿児島市地域生活支援拠点事業所と連携した緊急一時保護に積極的に対応することとしています。</li> <li>町内会に加入し、回覧板等の情報を収集し協力体制の検討を行っており、職員は清掃等の地域奉仕作業に参加するとともに、町内会のゴミステーション設置など、地域住民の要望等に対応しています。</li> <li>吉野地域福祉施設連絡協議会（さんさん会）に加入し、地域の福祉ニーズ・課題の解決などに参加しています。</li> <li>コロナ禍以前は、夏祭りに地域住民を招待したりして、地域コミュニティにも参加していました。</li> <li>法人の相談支援事業所ほほえみでは、「かごしまおもいやりネットワーク事業」に参加し、相談支援の窓口となるほか、コミュニティワーカーを配置し、生活困窮者の訪問相談や現物支給などを行っています。</li> </ul>		

### 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
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
28	<p>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。</p>	a・ <b>b</b> ・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>法人理念、経営指針は、利用者を尊重したサービス提供とQOLの向上を目指したものとなっており、個人の尊重、人権の擁護をうたった倫理綱領をもとにした職員基本行動基準が策定されています。職員はいつでも所内パソコンから確認できるようになっています。</li> <li>法人内施設で令和2年と令和4年に虐待事案が確認されたことから、障害者虐待防止の改善計画を策定し再発防止に取り組んでいます。その取組内容は、虐待事案に至った要因、背景の分析、管理者と職員の取組事項に加え、虐待を生じさせない組織づくりに向けた抜本的な改善策が盛り込まれています。</li> <li>再発防止に向けた実際の取組では、法人で実施する委員会や研修のほか、当施設では、虐待防止委員会を毎月開催し、職員には「振り返りシート」により自分の行動を振り返り、利用者の人権を尊重した支援ができているかの確認をしています。</li> <li>「振り返りシート」は全体集計し、職員会議で課題等を提示し、会議録は全体回覧してい</li> </ul>		

<p>ます。一人ひとりの職員が人権擁護、虐待防止、身体拘束適正化等についての知識、理解を深められるよう研修を実施しており、人権擁護、虐待防止、身体拘束等適正化について意識をして支援できるように努めています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長の巡回による日常点検、利用者の入浴時には生活支援員による身体の状態観察等を実施しています。</li> <li>・法人全体の取り組みとして、強度行動障害などの障害特性や障害者心理、コミュニケーション技術などの研修を受ける場を設け、それらの分野の専門的知見を持つ職員が、施設内の他の職員に指導できるような環境整備に努めているところであり、その取組による成果を確認しながら、今後の継続的な取組が期待されます。</li> </ul>		
29	<p>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。</p>	a・ <b>(b)</b> ・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の倫理綱領・職員基本行動基準には、人権擁護、利用者支援上の全てにおけるプライバシーの尊重が明記されています。職員へは毎月行われる「振り返りシート」でのプライバシーの尊重などの分野のチェック項目により、理解が図られるよう努めています。</li> <li>・排泄や入浴などは同性介護とするなど、業務マニュアルにもとづき利用者のプライバシーへの配慮に努めています。</li> <li>・施設では、施設長等が職員に向けて、プライバシーに配慮するように注意喚起し、職員は利用者の着替えや排泄介助等について、建物の構造上難しい面があることも認識したうえで、配慮しながら支援しています。閉鎖空間が苦手な利用者の部屋のドアを開放する扱いなど、利用者の障害特性の観点から現段階でやむを得ないと考えて実施している支援のあり方もあるようです。</li> <li>・建物の構造というハード面、重度障害者の障害特性など、一律に実施することが難しい支援のあり方について、施設内外の意見を聞くなど、新たな視点からの見直しへの取り組みを検討することも期待されます。</li> </ul>		
<p><b>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。</b></p>		
30	<p>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。</p>	a・ <b>(b)</b> ・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設の紹介リーフレット等は公共機関等へ資料提供はしていませんが、施設見学希望者には配布するなど対応しています。</li> <li>・施設見学では、リーフレット・施設概要を配布のうえ、福祉サービス活動や職員の支援業務について説明しています。</li> <li>・利用希望者等からの問い合わせには、サービス管理責任者が法人の相談支援事業所ほほえみと連携しながら、資料や情報を提供しています。</li> <li>・養護学校実習生の見学希望については学校側とも連携し、希望者の障害特性などを把握し、適したサービスについて検討、提案を行い、卒業後の利用にもつながっています。</li> </ul>		

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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、重要事項説明書等に沿って、利用者が自己決定できるような説明に努めています。質問等については、その都度受け付ける体制にしています。</li> <li>利用者、家族・成年後見人等身元引受人に対して、利用契約書、重要事項説明書、個人情報取扱に関する同意書等について、説明し同意を得たうえで、記名押印した書面を残しています。</li> <li>利用者の自己決定については、重度障害者が多いことから、本人の意思についての確認、判定が難しいところもありますが、障害特性に応じた利用者の意思決定への支援について、施設内で考える雰囲気が醸成されつつあります。</li> <li>重度障害の利用者が多いことから、個々の特性に合わせた分かりやすい資料等について、施設内外の資料、説明手法等も参考にしながら工夫して作成されることが期待されます。</li> </ul>		
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"> <li>福祉サービスの内容の変更にあたっては、定期的なアセスメントを行い、支援計画書の作成の際に利用者・家族等の意見・意向を確認して個別支援会議で決定しており、従前の内容から不利益が生じないように努めています。</li> <li>重度障害の利用者が多いことから事例は少ないですが、他の福祉施設・事業所や家庭への移行にあたっては、サービス管理責任者、担当者等から口頭による説明を行い、福祉サービスの継続性に配慮し、情報提供に努めています。</li> <li>家庭への移行や福祉サービスが終了した場合でも、利用者等が相談できるように利用者・家族等に対し、その後の相談方法や窓口担当者についての説明を行っています。</li> <li>サービス終了時には、法人の相談支援事業所ほほえみの相談支援員に引継ぎ、終了後の福祉サービスの相談ができるような体制を整えています。</li> </ul>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>入所中の利用者は重度障害者が多く、本人からの直接の回答が得られないとの考えから、利用者満足度の定期的調査は実施しておらず、調査、検討等の体制もありません。日常の支援の過程で利用者が安定した生活を送っていることで、利用者の満足が得られているとの考えもあります。</li> <li>重度障害の利用者が多く難しい面もあると思われませんが、法人、施設内で障害特性に応じて調査内容や手法を検討しながら、利用者満足の把握に向けて取り組まれることを期待します。</li> </ul>		

<p>・コロナ禍以前には年1回家族会を開催し、職員も出席していました。施設では、コロナ終息後に家族会を再開する予定であり、利用者・家族等からの意見、要望、満足度の把握方法については今後の検討課題になっています。</p>		
<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。</p>		
34	<p>① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。</p>	a・ <b>③</b> ・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員が設置され、苦情処理規程により体制が整備されています。</li> <li>・苦情解決の仕組みについての案内ポスターは、施設内のいたる箇所の見やすい場所に掲示され、苦情受付箱が施設入口に設置されています。</li> <li>・相談苦情については、受付から処理までフロー図でマニュアル化しており、苦情受付箱が設置されていますが、近年、受け付け実績はありません。</li> <li>・法人の相談苦情委員会で第三者委員に報告し、意見・指導を受けており、相談・苦情等の受付件数は、法人広報誌で公表しています。</li> </ul>		
35	<p>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。</p>	a・ <b>③</b> ・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の家族等には、入所の際に重要事項説明書で説明しており、苦情相談解決相談の仕組み・体制の啓発ポスターが園内に掲示されています。</li> <li>・施設入口に相談室があり、家族等が相談できるスペースが確保されています。</li> </ul>		
36	<p>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。</p>	a・ <b>③</b> ・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・相談、意見の処理、報告の手順や対応策の検討等については、マニュアルが作成されています。</li> <li>・虐待防止委員会（令和3年度までは人権擁護委員会）の目標に「利用者の思いを伝えやすい職員になりましょう。利用者の思いに気づきましょう。利用者の声を聞きましょう」を掲げており、毎日の業務計画に記載、各所に掲示し、職員への周知を図っています。毎月実施する職員の「振り返りシート」で目標の実現を確認、集約して職員へ報告しています。</li> <li>・思いが伝えられない利用者はもとより全ての利用者に対して、担当職員を中心に日常生活や些細なしぐさなどから気づきができるように、利用者との関係構築のため職員間の連携も重視しながら周知を図っています。</li> <li>・相談内容によっては、ケース記録に記載のうえサービス管理責任者へ報告し、改善できるように努めています。</li> <li>・近年、苦情受付箱には利用者からの苦情等はいれられていませんが、令和3年度の苦情</li> </ul>		

<p>9件、相談・要望10件と計上されており、その件数は施設の事業報告書、法人広報誌で公表しています。</p>		
<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。</p>		
37	<p>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。</p>	a・ <b>㉔</b> ・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長等とサービス管理責任者で構成する運営委員会で、リスクに対しての検討を行っています。</li> <li>・ヒヤリハット、インシデント、事故が発生した場合には、原因、予防策、改善のための手順を記録して、内容分析、再発防止・改善策の検討が行われる仕組みがマニュアル化されており、留意すべき案件は職員会議で報告されるとともに、全職員に回覧・周知されています。</li> <li>・インシデント等について、現在は虐待防止委員会で集約・検討されていますが、令和5年度からは事故対策委員会を設置し、対策を強化することとしています。</li> <li>・労働災害については、看護師が衛生管理者として配置され、再発防止に努めています。</li> </ul>		
38	<p>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。</p>	<b>㉔</b> ・b・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・衛生医療委員会が設置され、看護師が衛生管理者として責任者となり、感染症対策・予防を行っています。</li> <li>・感染症対策マニュアルが作成されており、職員には感染症の発生時期の前に定期的に所内研修等を行い、朝礼でも注意喚起を促すなど職員に周知しています。</li> <li>・コロナ感染症については、法人事務局が主体となり作成したマニュアル・対策フロー図を、各所に掲示し、感染予防対策を行なっています。</li> <li>・マニュアルに沿って、職員や利用者の定時検温の実施、施設内の消毒、手指消毒、マスク着用など徹底し、感染症予防を行っています。</li> <li>・利用者のコロナ感染が発生した場合にも最小限に食い止めており、終息後に全体での取り組みについて振り返りを行い、教訓として活かしていく姿勢があります。</li> <li>・職員や職員の家族が感染症にかかった場合などの対応も含め、事業継続計画（BCP）を現在作成中です。</li> </ul>		
39	<p>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している。</p>	a・ <b>㉔</b> ・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・鹿児島市から求められている4つの非常災害対策計画（防火、風水、地震、火山）を整備しており、対応、行動手順等のマニュアルが作成されています。役割分担、緊急連絡先、非常食の備蓄など、福祉サービスの提供を継続するための必要な対策が講じられています。</li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月避難訓練を実施し、年2回の消防署立会の火災訓練だけでなく、今後、地震災害訓練も行うこととしています。</li> <li>・非常災害対策、避難ルートなど、利用者の生活スペースの目につく場所に分かりやすい表示で掲示する必要があると思われ、早急な検討が望まれます。</li> </ul>
--

### 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・ <b>③</b> ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・標準的な実施方法として、今年度作成された業務マニュアルがあり、各々の支援内容の前提として、利用者の尊重、権利擁護等の考え方が明示されています。</li> <li>・標準的な実施方法については、新規採用職員にはOJTにより、習熟度を見ながら教育されています。</li> <li>・標準的な実施方法にもとづいて実施されているかについては、日頃のケース記録等をサービス管理責任者等に回覧することにより確認し、適切な支援方法等を指導される仕組みになっています。</li> </ul>		
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>③</b> ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・標準的な実施方法としての業務マニュアルについては、実際の支援に携わる生活支援員、支援補助員等の意見や提案を反映させながら、当施設の支援の標準的な実施方法として、適切な支援方法であるかなど検証・見直しが実施されることを期待します。</li> </ul>		
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>③</b> ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス管理責任者が個別支援計画策定の責任者になっています。</li> <li>・アセスメントは相談支援事業所と連携しながら、原則年1回、誕生日を目途に実施され、日々の記録や生活支援員等からの意見をもとにサービス管理責任者、サービス提供責任者が情報収集し検討を行っています。</li> <li>・個別支援計画作成の際には、アセスメントでの利用者・家族との面談等により把握された、利用者の日々の支援からの必要な事項、家族からの要望等のニーズが個別支援計画書に記載されています。</li> <li>・個別支援計画の策定にあたっては、作成マニュアルの手順に従い、支援・医療・栄養の関係職員への情報収集と利用者・家族等の意向把握をもとに、サービス管理責任者が作成</li> </ul>		



<p>しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・半年に1回のモニタリングでも同様に、サービス利用の状況、提供等を確認のうえ、個別支援計画書を作成しています。</li> <li>・適切なサービスが提供されていることの確認をしてサービス提供確認書を作成し、利用者家族等にも送付しています。</li> <li>・支援困難ケースに際して、個別支援会議や関係職員全体の会議で検討されています。</li> </ul>		
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>③</b> ・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画の検証、見直しについては、利用者の誕生日と半年後に、サービス管理責任者、サービス提供責任者が利用者・家族等の意向把握と同意を得る手順等を定め、組織的な仕組みにより実施されています。</li> <li>・担当生活支援職員が、サービスの提供が行われていることを確認してサービス提供確認書を作成しています。</li> <li>・個別支援計画の見直しは、少なくとも半年に1回、必要に応じて期間内で緊急の見直しを行っています。</li> <li>・個別支援計画の決定事項、変更内容については、職員へ朝礼及び回覧等で全職員が情報共有できるようになっています。</li> </ul>		
<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。</p>		
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>③</b> ・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個々の利用者の身体状況や生活状況は、施設の統一した記録用紙で記録され、個別支援計画にもとづいてサービスが提供されていることが確認できます</li> <li>・情報は、毎月の主任会兼業務改善委員会や運営委員会等で伝達、共有されると同時に、パソコンネットワークシステムにより、毎日の日誌、会議録等の各種情報が共有されています。</li> <li>・情報の流れは明確にされていますが、パソコン上のケース記録や紙媒体での情報の回覧等での情報共有については、簡略化を進めることを検討中です。</li> </ul>		
45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	<b>③</b> ・b・c
<p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個人情報に関する基本方針、個人情報取扱規程により、利用者記録等の利用目的や情報提供、保管、管理、保存と廃棄に関する規定が定められています。</li> <li>・個人情報の漏えい等に関して、就業規則及び個人情報取扱規程に、法人への損害賠償等の対応方法が規定されており、個人情報管理者である施設長は職員に対して、守秘義務の徹底について指導しています。</li> </ul>		

- ・個人情報管理責任者として施設長が設置されており、個別支援計画書や医療に関する個人ファイルなどは、事務室の棚に保管してあります。
- ・個人情報の取扱いについては、サービス開始時に重要事項説明書により説明し、利用者、家族等からは、個人情報提供同意書を得ています。