

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 策 定

## I 福祉サービスの基本方針と組織

## I-1 理念・基本方針

|   |                           | 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・c |
| <b>評価概要</b>   |                           |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 法人理念・基本方針は、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、パンフレット、施設の概要等に掲載されており、事業所内の会議室、支援室、食堂、入所生活棟のいたる箇所に掲示されています。</li> <li>・ 理念等が職員の行動規範として機能するため、繰り返しの説明や研修が必要であるとの認識のもと、法人において、新任・中堅職員研修での継続的な説明が行われています。</li> <li>・ 入所時には、利用者・家族等に施設概要等の資料を配付し説明しています。</li> <li>・ 利用者に向けては、障害特性に応じて施設の福祉サービスを理解してもらう方法として、日常生活の中で写真、絵カード等を用いたサービス提供を行っています。</li> <li>・ 毎年、年度当初に開催する家族会総会で、分かりやすい資料を準備し施設のサービス提供の方針・内容を説明しています。</li> <li>・ 家族会役員については、役員会で隔月に来園し、また、年2回、クリーン作戦と称してほとんどの家族が来所して施設内外の環境美化活動を行っています。</li> </ul> |                           |       |

## I-2 経営状況の把握

|  |                                   | 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・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、県知的障害者福祉協会、福祉新聞、インターネット等を通じて情報収集しており、また、県社会福祉協議会等の会議、外部研修等で得た情報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、事業所連絡会等において、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</li> </ul> |                                   |       |

|   |                             |       |
|---|-----------------------------|-------|
| <p>員配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、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職員に周知を図っています。</li> <li>コスト分析や利用者数の推移、利用率等の課題については、法人全体で把握し、各種計画策定に活かしています。</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、設備の整備（老朽化対策）、人材育成、財務状況等については、施設長、事務長、支援課長、サービス管理責任者で構成する毎月の運営委員会で現状分析を行い、情報共有を図っています。</li> <li>経営状況等は、法人事務局に月次報告で毎月報告しています。具体的な課題についても報告するとともに、法人全体で改善策について検討しています。</li> <li>役員には理事会等で報告し、役員間での情報共有がなされています。</li> <li>経営状況や改善すべき課題についての職員に対する周知については、パソコン上で情報共有しています。意見交換の場はあるものの、解決・改善に向けての具体的取組について、現場への周知を今後の課題としています。</li> </ul> |                             |       |

## I-3 事業計画の策定

|  |                               | 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、従来から中期計画を作成しています。令和5年度からの3カ年は、「人材の定着、確保、育成」「虐待の起こらない風土づくり」など重点課題を掲げ、注力してきています。</li> <li>施設では令和7年度中に、数値目標や具体的な成果等を設定した新たな計画を策定予定です。</li> <li>令和8年度からの3カ年中期計画について、経営課題の解決・改善に向けて、具体的で評価しやすいものになるよう、法人事務局において作成を進めています。</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>施設・事業所で作成する事業計画については、中・長期計画と整合性を図れるよう法人全体で検討する仕組みがあります。</li> <li>当施設の単年度の事業計画については、実行可能で具体的な内容となるよう心掛け、課</li> </ul>   |                               |       |

|  |   |                |
|--|---|----------------|
| 題ごとに目標利用率、開催時期や実施回数など具体的な取り組み目標を記載しています。   |   |                |
| 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>b</b> ・c |
| 評価概要   |   |                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画は、全体職員会での意見をもとに、定められた時期に課長以上の役職者が調整し、事業所で立案し作成されています。</li> <li>・施設の運営に係る予算案については、男性棟、女性棟、調理、通所の各部署の意見、希望を聴取し、運営委員会で検討のうえ全体職員会で提案され、意見を集約しています。</li> <li>・決定した事業計画及び事業報告は、職員会議等で職員に周知し、会議室や支援室等閲覧可能な場所に置き、理解を促すための取り組みを行っています。</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 |
| 評価概要   |   |                |
| <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>・家族には年度当初の家族会総会で、事業計画の説明を行っています。</li> <li>・障害者支援区分の高い利用者が大半を占めており、障害特性に応じた事業計画の説明方法は検討中ですが、利用者に対して福祉サービス提供の際に、絵カードや写真等を用い意思を確認する取組などを順次実施しています。</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

|  |                                     |                |
|--|-------------------------------------|----------------|
|  |                                     | 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、個別支援計画書や支援手順書により、それぞれの利用者に統一した支援が行われるよう環境を整備しています。日々の支援日誌等の記録や会議を通じて随時見直しを行う仕組みを整え、福祉サービスの質の向上に努めています。</li> <li>・毎月の主任・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において、施設の課題検討、改善できるものについて即時対応が行われる体制を確保しています。</li> <li>・ヒヤリハット、インシデント、事故報告及び相談苦情の記録分析を毎月行い、結果は改</li> </ul> |                                     |                |

|  |  |                |
|--|--|----------------|
| <p>善課題として全職員へ周知され、福祉サービスの質の向上に努めています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2回目の受審となる第三者評価において、自己評価には全職員がアンケート形式で参加しています。前回の第三者評価、及び自己評価の結果を踏まえ、課題解決に真摯に取り組み、福祉サービスの向上につなげようとする姿勢が諸記録等により読み取れます。</li> </ul>   |  |                |
| 9  | <p>② 評価結果にもとづき組織として取り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。</p> | a・ <b>b</b> ・c |
| <p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 職員アンケートや自己評価を分析した結果や課題については、業務計画や業務報告等で文書化され、職員に周知を図っています。</li> <li>・ 利用者にとって安全で快適な福祉サービスの提供について、職員体制に応じて提供できる福祉サービスの内容を根源から評価し直しています。評価結果の分析に基づき改善策を実施しており、具体的には、利用者送迎コースの統合や、移動支援・行動援護サービス提供頻度の見直し、通所利用者の健康診断の実施内容などの見直しを図って実行しています。</li> <li>・ 施設として取り組むべき課題やサービスの優先順位等、評価結果を分析し、職員間で課題を共有することに努めています。</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

|  |   |                |
|--|---|----------------|
|  |   | 評価結果           |
| <p>II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p>   |   |                |
| 10   | <p>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。</p> | <b>a</b> ・b・c  |
| <p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施設長は、年度当初の全体職員会において、自らの役割と責任、運営方針、事業計画について職員に説明し、周知を図っています。毎日の朝礼等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> <li>・ 施設長の役割と責任については、組織図、社会福祉法人青鳥会役割表、事務分掌表、役割分担表で示され、有事（自然災害、感染症等）の際の対策マニュアルで不在時権限委任が明確化にされています。</li> <li>・ 施設長は経験豊かな事務長と共に、支援現場など事務所内外を出勤日の毎日巡回し、職員と顔を合わせて信頼関係を築くよう努めています。</li> </ul> |   |                |
| 11   | <p>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。</p>     | a・ <b>b</b> ・c |
| <p><b>評価概要</b></p>   |   |                |

- ・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。
- ・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。
- ・遵守すべき法令や人権擁護等については、具体的な取り組みにつなげられるよう努めています。
- ・福祉新聞や社会福祉関連誌をもとに作成したミニ研修（資料）を福祉システム掲示板に毎日掲載するなど、社会福祉関係の法令、情報等を発信し、職員に周知できるよう取り組んでいます。

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。 | a・ <b>b</b> ・c |
|----|--------------------------------------|----------------|

評価概要

- ・施設長は、職員会議において定期的に研修を実施するほか、福祉システム掲示板に毎日「ミニ研修」を掲載し、朝礼等で必要な改善指示を示すなど、職員の意識と知識向上に注力しています。
- ・施設長は事務長と共に、環境整備や現状把握のために施設内巡回や職員との面談を頻繁に行い、職員の意見を反映し、風通しの良い職場にするための改善に取り組んでいます。

|    |                                  |               |
|----|----------------------------------|---------------|
| 13 | 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。 | <b>a</b> ・b・c |
|----|----------------------------------|---------------|

評価概要

- ・施設長は、経験豊かな管理職員（事務長、支援課長、サービス管理責任者等）と共に、職員の意見をよく聞き、人員配置、職員の働きやすい環境整備等に取り組んでいます。
- ・休憩時間を確実に確保し、職員がお互いにリラックスして話し合えるよう、男女別の休憩棟を建設するなど、職員の要望を受けた具体的な取組が実現できています。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ます。
- ・管理職員は、経営改善や業務の実効性を高めるために、運営委員会で情報共有を図りながら、役割分担表による組織の体制構築、業務内容の見直しに努めています。
- ・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。

II-2 福祉人材の確保・育成

|  |      |
|--|------|
|  | 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>b</b> ・c |
| 評価概要   |  |                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人全体の人材確保が急務であり、事業計画等で人材確保、定着、育成に関する方針を掲げ、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に、業務内容の見直し、改善を検討しながら、超過勤務削減、福利厚生、手当の充実など具体的な取り組みを進めています。</li> <li>・年間計画に基づき研修を実施しており、入職した職員には、OJTを基本とし、個別に育成計画を作成しています。指導を行う先輩職員の担当を配置して、随時、相談・面接を実施するなど、丁寧な育成による人材定着を心掛けています。</li> <li>・法人事務局を中心に、法人のホームページ等で、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。新たに作成した法人パンフレットの求人案内欄で、法人で働いた場合のキャリアアッププログラムとして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>・効果的な人材確保を模索しながら、ジョブフェアへの参加など積極的に採用活動を実施しているところです。</li> </ul> |  |                |
| 15   | ② 総合的な人事管理が行われている。                         | 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、就業規則等に期待する職員像が明確にされており、職員に周知を図っています。</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>・法人において人事考課制度を定めており、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。評価基準により職務遂行能力を評価し、結果は職員にフィードバックするとともに、賞与の査定や昇格等に反映させています。</li> <li>・把握した職員の意向・意見については、改善策を検討し、施設長による個別面談などで、検討結果をフィードバックする取り組みを実施しています。</li> </ul>   |  |                |
| 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。       | <b>a</b> ・b・c  |
| 評価概要   |  |                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータについては、毎月管理者が確認し、業務量に偏りがなかなど就業状況を把握しています。</li> <li>・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し、定期的なストレ</li> </ul>  |  |                |

|   |  |       |
|---|--|-------|
| <p>スチェックを実施し結果は職員へ通知しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では産業医と契約し、事業所に看護師を衛生管理者として配置しています。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>・年2回、施設長と職員との個別面談の機会を設けるほか、相談には随時応じ、施設内巡回で職員に声をかける等、風通しの良い職場づくりに努めています。</li> <li>・福利厚生については、職員の希望を法人本部につなぎ、法人本部とともに改善策を検討しています。</li> <li>・希望日の有給休暇取得、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を目指しています。</li> <li>・勤務シフト作成にあたっては、職員の希望を聴取し、可能な範囲で調整するなど、働きやすい職場づくりに努めています。職員からは「急な休みでも、取得しやすい」「休みの希望が叶えられ、働きやすい」との声が上がっています。</li> <li>・法人内に企業主導型保育所が設置され、法人職員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実施しています。</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・c |
| <p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人理念、経営指針、倫理綱領、職員行動基準において「期待する職員像」を明確にしています。</li> <li>・職員一人ひとりが、人事考課シートと自己申告書に目標を記載し、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、管理職との面談において確認を行う仕組みがあります。</li> <li>・新任職員、異動職員に対して、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、育成に関わる取り組みを実施しています。</li> <li>・職員の個人差に配慮した個別の研修計画を作成のうえ定期的な振り返り面談を実施し、悩みや相談事を聞いたり、助言を行いながら進捗状況に合わせた計画になるよう努めています。</li> <li>・焦らず安心して業務遂行できるような研修計画作成に取り組み、職員全員が新人育成に関わる新たな取組が行われています。</li> </ul>   |  |       |
| 18  | <p>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。</p> | a・b・c |
| <p>評価概要</p>   |  |       |

- ・法人理念、経営方針等で期待する職員像が明確にされています。
- ・中・長期計画の中の重点課題の柱として人材育成があり、階層や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。
- ・施設職員の研修年間計画を策定して、計画的な教育・研修が実施されています。
- ・法人全体で、新任から中堅、指導職員までの研修体制の整備がなされています。5年目、10年目の中堅に対する研修の充実など、キャリアアップの研修体系も作成中です。
- ・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。
- ・虐待防止・身体拘束等適正化研修では、隔月に外部アドバイザーを招聘して研修を実施しています。

|    |                             |       |
|----|-----------------------------|-------|
| 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。 | a・b・c |
|----|-----------------------------|-------|

**評価概要**

- ・施設では、個々の職員の知識、技術水準を、人事考課と面談で把握できており、専門資格の取得状況については、採用時点の資料と、取得した際の報奨金制度があり、事業所と法人人事部門で把握しています。
- ・新任職員、異動職員に対しては、施設内で3ヶ月のOJT研修が実施され、習得したスキルと育成状況の評価と面談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を計画的に行っています。
- ・研修は、職員の希望を取り入れながら、年間計画に基づき、計画的に実施しています。研修には、職員一人ひとりが偏りなく参加できるよう配慮しています。
- ・資格取得費用の貸与制度や、職場内で勤務配置を配慮するなど、資格取得を奨励しています。
- ・強度行動障害支援者養成研修は、ほとんどの直接処遇職員が受講しています。

**II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。**

|    |   |       |
|----|---|-------|
| 20 | 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・c |
|----|---|-------|

**評価概要**

- ・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おり、受入れ期間中は、障害者支援施設への理解を深める機会ととらえ、受入れを実施する方針です。現段階では職員体制が整わないこともあり、実習生の受入れを見合わせているところです。
- ・実習指導者に対する研修は、現在のところ実施していません。

**II-3 運営の透明性の確保**

|                                   | 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。       | a・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、決算情報を適切に公開しています。</li> <li>・法人のホームページは、必要に応じて更新しており、HPとリンクさせたフェイスブックで、各施設の福祉サービスの状況や活動状況を紹介するなど工夫しています。</li> <li>・第三者評価の受審結果について、WAMNETやホームページ上で公表しています。</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>・地域の関係者や関係機関、利用者の家族あてに、事業所や法人の広報誌を年4回送付しています。</li> <li>・法人のホームページは従来から情報公開に積極的であり、さらなる充実を図ることを期待します。</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。 | a・b・c |
| 評価概要   |                                    |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の経理規程や事業所の運営規定に、事務、経理、取引先に関するルールが明文化されています。事務分掌や役割分担表により権限、責任を明確にし、職員に周知しています。</li> <li>・法人監事監査や内部経理監査を定期的実施し、指導結果や指摘事項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、経営改善を実施しています。</li> </ul>  |                                    |       |

## II-4 地域との交流、地域貢献

|  |                              | 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・c |
| 評価概要   |                              |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域との連携強化については、法人の基本方針、中期計画に位置付けられています。</li> <li>・町内会に加入し、職員が可能な範囲で町内会奉仕作業や行事に参加し、地域住民との交流や理解を深める活動を行っています。</li> <li>・重度の知的障害を持つ利用者がほとんどであるため、地域住民と定期的に交流の機会を持つことについては難しいところがありますが、本年度より実施する地域連携推進協議</li> </ul> |                              |       |

|   |  |                |
|---|--|----------------|
| <p>会において、地域の構成員と利用者、家族との意見交換など実施し、毎年度継続することとしています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域の福祉関連施設25団体で構成される吉野地域福祉施設協議会（さんさん会）に加入し、協議会で実施する研修や奉仕作業、行事にも参加しています。</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>③</b> ・c |
| <b>評価概要</b>   |  |                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>事業所において、ボランティア受入れに関する基本姿勢は明文化していません。申し出があれば、法人事務局で法人内他事業所と調整し、必要な研修や支援を行い、適切な場所、時間等検討し、受け入れることとしています。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>特別支援学校から行事等の参加要請等があった場合についても、ボランティア同様法人で調整し、参加することとしています。</li> <li>毎年8月、鹿児島大学教授主導の学生との自閉症支援キャンプに、法人からマイクロバスを貸し出したり、募金を渡すなどして、学生ボランティア活動に支援を行っています。</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、受入れ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>③</b> ・c |
| <b>評価概要</b>   |  |                |
| <ul style="list-style-type: none"> <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、得た情報は職員に職員会議で伝達したり、資料を供覧して情報共有を図っています。</li> <li>吉野地域福祉施設協議会（さんさん会）に参加し、連絡会や行事等に参加することで連携を確保しています。</li> <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、個々の利用者の状況に対応できる社会資源についてのリストは作成していません。</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>③</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>吉野地域福祉施設協議会（さんさん会）の各種会合に参加し、地域の福祉ニーズの把握に努めています。</li> </ul>  |  |                |

|  |  |                |
|--|--|----------------|
| <p>・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。</p>  |  |                |
| 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、緊急一時保護にはサービス管理責任者を夜間時間帯に基幹相談支援センターに派遣するなど、積極的に対応しています。</li> <li>・町内会に加入しており回覧板等の情報を収集し、職員は可能な範囲で清掃等の地域奉仕作業に参加するとともに、行事にも参加しています。法人として町内会のゴミステーションを設置するなど、地域住民の要望等に対応しています。</li> <li>・吉野地域福祉施設協議会（さんさん会）に加入し、地域の福祉ニーズに応える活動や課題の解決などの活動に参加しています。</li> <li>・特別支援学校の進路説明会に施設サービス等の説明に、講師を派遣しています。</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

|   |   | 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、基本方針には、利用者を尊重した福祉サービスの実施が明記されています。</li> <li>・職員の行動基準には、利用者を尊重した福祉サービスの提供や人権擁護を基本姿勢とすることが定められており、職員はいつでも所内のパソコンから確認できるようになっています。</li> <li>・法人内施設において、過去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、再発防止に継続的に取り組んでいます。実施状況については、定期的に鹿児島市に報告を行い、令和7年8月をもって鹿児島市のモニタリングは終了しています。</li> <li>・虐待を生じさせない組織づくりについては、法人で実施する委員会や研修のほか、施設内で毎月「虐待防止委員会」を開催し、職員による自分の行動を振り返る「振り返りシート」の取り組み等を継続しています。</li> <li>・職員の「振り返りシート」については、利用者の基本的人権を尊重した支援ができているか確認する内容になっており、毎月集計、分析し、虐待防止委員会で意見交換等行っています。</li> <li>・会議録は、全体回覧し、一人ひとりの職員が、人権擁護、虐待防止、身体拘束適正化につ</li> </ul> |   |                |

|   |  |                |
|---|--|----------------|
| <p>いて、意識をして支援できるよう努めています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長・事務長は、出勤日の毎日施設内巡回により日常点検を実施しています。利用者の入浴時には、生活支援員により、身体の状態観察等を実施しています。</li> <li>・直接処遇職員のほとんどが強度行動障害支援者養成研修を受講しており、研修テキストを基本に障害について学びを深めています。個々の障害特性に応じた支援を目指し、指導職員も基本に立ち返ることの意識に努めています。</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、服務規程には、人権擁護、利用者の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により、自身の支援を振り返り、理解が図られるよう努めています。</li> <li>・環境面では、窓にシートを張り外から見えにくくしたり、日除けの設置、排泄の際のスモーク衝立の使用などにより、プライバシーに配慮しています。</li> <li>・排泄や入浴等については、原則同性介護とするなど、(排泄・入浴等)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>・利用者の着替えや排せつ介助等について、閉鎖空間が苦手な利用者のドアを開放する取り扱いや、安全管理・建物の構造上一律に実施することが難しい場合があるため、支援のあり方について、会議や研修等で意見交換、協議・検討を行っています。</li> </ul> |  |                |
| <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。</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>・施設紹介資料やリーフレット等は、公共施設等への配付提供はしていませんが、施設見学希望者に配付するなど対応しています。</li> <li>・組織を紹介する資料として施設の概要や法人パンフレットは、誰にでもわかりやすい内容になるよう工夫を重ね、必要に応じ更新しています。</li> <li>・施設の利用希望者、家族等には、見学の時間を充分に取り、資料やパワーポイントを用いて、福祉サービス活動や職員の支援業務について個別に丁寧な説明を実施しています。</li> <li>・重度の知的障害を持つ利用者が多いため、本人が理解できるよう工夫した説明に努めています。</li> <li>・特別支援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  | <p>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。</p>  | a・ <b>b</b> ・c |

|  |  |                |
|--|--|----------------|
| <p><b>評価概要</b></p> <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の資料により説明し、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、重度障害者がほとんどであることから、本人の意思確認が難しいところもありますが、家族から得た情報をもとに障害特性に応じた意思決定支援を試み、サービス管理責任者を中心に検討、実施に努めていることが、支援日誌等で確認できます。</li> </ul>  |  |                |
| 32   | <p>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。</p> | a・ <b>③</b> ・c |
| <p><b>評価概要</b></p> <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、定期的にあセスメントを行い、支援計画書作成の際、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ほとんどであることから事例は少ないですが、他の福祉施設・事業所や家庭へ移行した場合、引き継ぎ資料を作成しサービス管理責任者、担当者等から説明を行ったり、検討会議を実施し、スムーズに移行できるよう配慮しています。</li> <li>福祉サービスの利用が終了した場合も、法人の相談支援事業所ほほえみの相談支援員に引継ぎ、利用者家族等が相談できるよう窓口を設置していることを伝え、継続して相談ができるよう体制を整えています。</li> </ul>                                       |  |                |
| <p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>   |  |                |
| 33   | <p>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。</p>                 | a・ <b>①</b> ・c |
| <p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>障害支援区分の高い重度障害の利用者がほとんどであるため、利用者懇談会や、利用者参画のもとでの検討会議は行っていません。</li> <li>日常の支援の過程で、利用者の意向を見極めたり、安定した生活を送ることができているか注意深く観察することで、ニーズを把握し、支援部会で検討し、具体的に改善を行っています。</li> <li>利用者個々のニーズについては、上記のほか、利用者家族の情報をもとに、厚生労働省の意思決定支援の指針に則り、調査内容や手法を検討しながら、実施しています。</li> <li>それらニーズ把握と改善の努力の過程は、支援記録等で確認できました。</li> <li>重度障害の利用者が多く難しいと思われませんが、今後とも障害特性に応じた支援方法を検討しながら、利用者満足の把握に向けてさらに取り組むことを期待します。</li> </ul> |  |                |

|   |                                      |       |
|---|--------------------------------------|-------|
| 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"> <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苦情解決体制が整備されています。</li> <li>・ 苦情相談窓口等説明した掲示物が施設ロビーほか施設内の至る箇所の見やすい場所に掲示され、意見箱が施設入口に設置しています。</li> <li>・ 相談苦情については、受付から処理までマニュアル化しており、受付と解決を図った記録を適切に保管しています。</li> <li>・ 各事業所の苦情相談処理記録は、法人の苦情解決委員会に報告し、定期的に第三者委員から助言指導を受けています。相談・苦情等の受付件数は、令和6年度は苦情6件、相談要望1件と計上され、施設の事業報告書、法人広報誌で公表しています。</li> <li>・ 苦情相談内容は、各事業所間で情報共有し、支援に活かしています。</li> </ul>   |                                      |       |
| 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"> <li>・ 利用者の家族・成年後見人等の身元引受人には、入所の際や家族総会などに、重要事項説明書などで説明しており、苦情相談・解決の仕組み・体制の啓発ポスターがロビーの目に付く場所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> <li>・ 利用者向けの説明文書は作成していませんが、利用者からの意見聴取については、日々の支援の中で、絵カードや写真を利用する等、個々の利用者に分かりやすい方法で選択できるよう工夫していることがうかがえます。</li> </ul>  |                                      |       |
| 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"> <li>・ 自ら相談ができる利用者には、相談内容を所内で検討し、できるだけ速やかな対応に努めています。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>・ 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」と掲げており、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>・ 重度の障害を持つ利用者は意向を行動という形で表出されることが多いため、利用者の</li> </ul> |                                      |       |

|   |   |       |
|---|---|-------|
| <p>しぐさや日頃の行動からその思いをくみ取り、職員間で共有、対応策を協議・検討しています。</p> <p>・対応マニュアル等については、法人全体で必要に応じ見直しを行っています。</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・c |
| <p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>施設全般のリスクマネジメントについては、管理者で構成する運営委員会で情報共有し、課題を検討しています。</li> <li>ヒヤリハット、インシデント、事故が発生した場合は、原因、予防策、改善策を記録して、分析、再発防止の検討が行われる仕組みがマニュアル化されています。</li> <li>ヒヤリハット、インシデント、事故については、毎月の施設内の虐待防止委員会で集計、分析し、改善策を検討しています。その結果については、毎月全職員に周知を図っています。</li> <li>法人内各事業所のヒヤリハット、インシデント、事故の集計、分析、改善策検討結果等については、法人全体の虐待防止協議会で報告され、情報共有や検討を行い、共通認識を図っています。</li> <li>階段手摺り部分に転落防止の壁を設置するなど、施設内を巡回して危険箇所と思われる部分への迅速な予防策を実施していることがうかがえます。</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> <li>誤薬が生じないように、看護師が2名で日付、利用者名を指さしダブルチェックで配薬を行い、担当者が薬袋の名前を確認し、服薬を確認後に使用済み袋をチェック表で確認するなど、徹底管理しています。</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> | a・b・c |
| <p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療安全・衛生委員会が設置され、毎月利用者及び職員の安全確保等について必要事項を検討、感染症対策、予防を行っています。看護師が衛生管理者として感染症対策の責任者です。</li> <li>感染症予防と発生時の対応マニュアル、事業継続計画（BCP）を作成し、各支援室に設置するなどして職員に周知を図っています。マニュアルは必要に応じて見直しを行っています。</li> <li>支援課長、看護師を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会や園内研修を行っています。</li> <li>マニュアルに沿って、日頃から利用者や職員の検温、施設内の消毒、手指消毒、マスク着用など徹底し、感染症予防策を適切に講じています。</li> <li>感染症が発生した場合や感染症が疑われる場合（嘔吐があった、発熱があった、職員や職員の家族が感染した等）の対応についても、マニュアルに沿って隔離対応、消毒、活動</li> </ul>  |   |       |

|   |   |       |
|---|---|-------|
| <p>の見直し、防護服の着用、食事場所や内容の変更、家族への連絡等速やかに決定し、対応を徹底することとしています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>嘔吐物処理セットを準備し日頃から訓練を行っているため、現場での対応が的確に実施できており、拡散を最小限に食い止めていることがうかがえます。</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行っている。</p> | a・b・c |
| <p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4種の非常災害対策計画（防火、風水、地震、火山）及び自然災害、感染症等の対応マニュアルを整備しており、対応体制が定められています。</li> <li>毎月避難訓練を実施するほか、年2回消防署立会いの火災訓練を実施しています。避難訓練の様子は、広報誌に掲載し、家族や関係者に送付しています。</li> <li>消防署や吉野地域福祉施設協議会（さんさん会）と連携し、町内会等地域と情報共有しています。</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掲示されています。</li> <li>食料や備品（感染症対策衛生用品）等、管理者を決め、3日以上の上の備蓄を準備し、リスク管理のため保管場所を分散して整備しています。</li> </ul> |   |       |

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

|   |  | 評価結果  |
|---|--|-------|
| <p>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。</p>  |  |       |
| 40  | <p>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。</p> | a・b・c |
| <p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の日常生活支援、食事、排泄等に係る基本業務マニュアルが文書化され、法人で定めた（サービス提供（支援）のルール）や個別の支援手順書があります。</li> <li>業務マニュアルには、利用者の尊重やプライバシー保護等に関わる姿勢が明示されており、適切な支援の実施方法が文書化され、職員に周知しています。</li> <li>サービス管理責任者は個別支援計画書、主任が支援手順書を作成し、個々の利用者に統一した支援が行えるよう文書化されています。それらに基づいて支援が行われており、支援手順書等は、利用者の状況により、必要に応じて見直しています。</li> <li>標準的な実施方法について、新入職員にはOJTにより習熟度を見ながら教育されています。</li> <li>サービス管理責任者が記録等を確認し、現場に入ることにより、標準的な実施方法が実施されているか確認し、適切な支援方法等を指導する仕組みになっています。</li> </ul> |  |       |
| 41  | <p>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。</p>               | a・b・c |

|   |   |         |
|---|---|---------|
| <b>評価概要</b>   |   |         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>福祉サービスの標準的な実施方法については、実際の支援に関わる支援員の意見を反映させながら、必要に応じ見直しを行っています。</li> <li>見直しにあたり、利用者・家族等から意見や提案があれば、反映される仕組みがあります。具体的には、個別支援計画更新にあたっての面談の際など、サービス管理責任者が家族等から意見を聴取して把握しています。</li> </ul>   |   |         |
| <b>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。</b>  |   |         |
| <b>42</b>   | 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 |
| <b>評価概要</b>   |   |         |
| <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となっています。</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、誕生月を目途に実施しており、日々の記録や支援員からの意見をもとに、サービス管理責任者及び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しています。</li> <li>個別支援計画には、アセスメントでの利用者・家族等との面談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具体的なニーズ、関係職員からの支援の情報等が明示されています。</li> <li>個別支援計画書は、利用者・家族等の同意を得て実施し、計画どおりに福祉サービスが行われているか、サービス管理責任者が確認しています。</li> <li>支援困難ケースへの対応については、個別支援会議や関係職員の支援部会で検討する仕組みがあります。</li> </ul> |   |         |
| <b>43</b>   | 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 |
| <b>評価概要</b>   |   |         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>個別支援計画の検証、見直しについては、利用者の誕生月と半年後に、サービス管理責任者が利用者・家族等の意向把握、同意を得るための手順等を定め、組織的な仕組みを定めて実施しています。</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も緊急の見直しを行っています。</li> <li>見直しによって変更した個別支援計画書は、必要に応じて支援手順書の変更を行い、関係職員に回覧周知しています。</li> </ul>  |   |         |
| <b>Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</b>   |   |         |
| <b>44</b>   | 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"> <li>・ 個々の利用者の身体状況や生活状況は、法人全体の統一した様式により福祉システム上に記録され、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>・ 記録内容や書き方に差が生じないように、サービス管理責任者が記録方法について指導を行っています。</li> <li>・ 記録した利用者の情報は、毎月の主任会や運営委員会で伝達、情報共有され、課題については随時検討されています。</li> <li>・ パソコン上の福祉システムには、利用者の記録のみならず、ヒヤリハット、インシデント等の記録、職員への達示・連絡事項、職員の動静、ミニ研修などを記載しており、職員は必ず目を通して情報共有してから勤務に就く仕組みになっています。</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・c |
| 評価概要   |                          |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 法人において、個人情報に関する基本方針、個人情報取扱規程を定めており、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、従業者の責務、法人への損害賠償等の対応方法が規定されています。</li> <li>・ 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、鍵の掛かる事務室の棚に保管してあります。</li> <li>・ 個人情報の取扱については、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。同意書は、法・制度の趣旨を踏まえて、項目ごとに区分され具体的な説明が加えられています。</li> <li>・ 利用者・家族の同意を必要とする任意的開示となる、広報誌への写真や個人情報掲載については、同意が得られた利用者及び利用者家族、職員に限定しています。</li> </ul> |                          |       |

**第三者評価基準** (様式2)  
**【 障害者・児福祉サービス版 】** R2年3月31日改定

## 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  | 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・ <b>③</b> ・c |
| <b>評価概要</b>   |                               |                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が意思決定しやすいように、場所や車両などを写真でカード化し、視覚的に選択できるよう工夫しています。</li> <li>・利用者の主体的な活動については、利用者の意向を尊重しながら、安全に留意し、見守りを基本とした支援が行われています。「意思決定」についてチームで共通理解するため、毎月振り返りシートを作成しています。利用者の権利について職員が検討する機会については、支援部会、主任会、虐待防止委員会等で必要に応じ、検討が行われています。</li> <li>・言語によるコミュニケーションが十分でない利用者の生活上のルールについて、利用者話し合うことはできていませんが、日頃の様子から不快を感じていないかなど、利用者の状態の把握に努めています。また、趣味活動、衣類、理美容、嗜好品等についても、利用者の意思や個性を尊重しており、意思が推察できない場合は、家族から情報を得るなど工夫しています。</li> <li>・障害特性に応じた合理的配慮として、騒音が苦手な利用者には、食事の場所を変えたり、時間帯をずらしたりして提供するなどの工夫をしています。また、見通しが持てないと不安になる利用者には、活動の見通しを立てられるようカレンダーに月ごとの予定を記載しています。</li> </ul> |                               |                |
| A-1-(2) 権利擁護  |                               |                |
| A2  | ① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。     | a・ <b>③</b> ・c |
| <b>評価概要</b>   |                               |                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の権利擁護について、就業規則に「虐待防止のための指針」「身体拘束等適正化に関する指針」が明文化され、対応の基本方針や具体的手続き、職員研修の基本方針など職員に周知されています。</li> <li>・不適切な支援（疑いを含む）を発見した場合や、所管行政への虐待届出に関しては、フロー図およびマニュアルを整備し、対応手順を明確にしています。法人虐待防止委員会、虐待防止協議会、あおいとり虐待防止委員会を設置し、組織的な虐待防止体制を構築しています。月ごとに虐待防止に関する目標を設定し、事業所内に掲示するとともに、毎月「振り返りシート」を用いた自己点検と分析を実施しています。</li> <li>・振り返りシートは、事業所内の虐待防止委員会において集計・分析・検討を行い、その結果を全職員へ回覧し、意識共有と再発防止に活かしています。さらに、法人外のアドバイザー</li> </ul>   |                               |                |

|  |
|--|
| <p>による定期的なスーパーバイズを受け、第三者の視点を取り入れながら、支援の質の向上と虐待防止の強化に継続的に取り組んでいます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・価値観の違いにより職員間で意見が分かれた場合は、それぞれの理由をしっかりと言語化できるように、検討を重ねる機会を設けています。</li> <li>・新卒者や中途入職者に対しても、法人や事業所の取組みを研修等で伝えています。</li> </ul> |
|--|

A-2 生活支援

|   |  | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| A-2-(1) 支援の基本   |  |         |
| A3  | 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   |
| 評価概要  |  |         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・支援の多い利用者も支援の少ない利用者も、日々の生活状況について、気づいた変化や数値的な情報が記録されています。また、職員により利用者の環境が変わることがないように、支援手順書により統一した支援が行われています。これまで支援手順書を定期的に更新してきましたが、必要に応じてその都度変更する取り組みを始めています。変更された箇所に色を付けて、全体に回覧する等の取り組みが行われています。</li> <li>・利用者自身の身の周りの整理整頓や掃除、片付けなどを職員と一緒にするなど、自律・自立生活の支援をしています。</li> <li>・利用者の権利擁護や支援についての情報共有は、パソコン上の共有ファイルにおいて行われますが、必要に応じ伝言ノートや朝礼・職員会議等で周知されています。</li> </ul> |  |         |
| A4  | 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   |
| 評価概要  |  |         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・言葉以外のコミュニケーション手段として、絵カードやジェスチャーなど非言語的コミュニケーションを取り入れるなど、障害特性に応じて、さまざまな方法でコミュニケーションを図ることで、日々の支援を工夫しています。利用者の意思表示については主に担当職員が把握するようにし、モニタリングを通じて、職員全体で情報を共有しています。</li> <li>・意思表示が難しい利用者の意思や希望の確認については、家族からの情報収集に加え、絵カードや写真等を用いた視覚的支援を行っています。これらの支援を担当する職員から課題提起を行い、職員会議の場において個別ケースごとに検討を重ね、利用者の意思や希望に関する支援情報を職員間で共有しています。</li> </ul>                               |  |         |
| A5  | 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   |
| 評価概要  |  |         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長や課長、サービス管理責任者等が不定期に現場に入り、利用者とのコミュニケーションをとりながらニーズを直接聞いたりしています。また、少数ではありますが、言葉で意思を</li> </ul>  |  |         |

|   |                                |       |
|---|--------------------------------|-------|
| <p>伝えられる利用者から相談があれば個別に機会を設けるようにしています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>言葉での意思表示が難しく、職員が意向を確認することが難しい方の意思決定については、家族からの情報収集に加え、絵カードや写真等を用いた視覚的支援を行っています。</li> <li>計画と異なるニーズがある場合の支援調整については、職員会議やケース会議などで情報を共有し、家族とも情報を共有し、検討したうえで、柔軟に調整しています。</li> </ul>  |                                |       |
| A 6   | 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・b・c |
| <p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>日中活動については、ウォーキングや散歩などの外出支援のグループと、レクリエーションなど室内で創作活動を行うグループにわけ、午前と午後で交互に実施しています。利用者が参加に消極的な場合は、活動参加を見合わせたり、変更したりする等、柔軟に対応しています。日中活動と支援内容の見直しは、職員会議やケース会議等で検討されています。</li> <li>定期的に外部の講師を招いて、食堂や中庭で、打楽器をそれぞれのリズムで叩いたり、歌って叩いて踊ったりするドラムサークルを実施しています。ドラムサークルの他にも、レクリエーションの一環としてクッキング等も実施されています。</li> <li>季節を感じるができる催し（ワクワクデイ）等が実施されています。その他に年に数回ではありますが、障がい者スポーツ大会などに参加しています。</li> </ul>   |                                |       |
| A 7   | 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・b・c |
| <p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>職員の専門的スキルを高めるため、ほとんどの職員が強度行動障害支援者養成研修を受講し、法人内研修、外部研修についても積極的に受講できる機会を作り、専門知識の習得と支援の向上が図られています。また、強度行動障害支援者養成研修で利用されているテキストをOJTの基本にしたり、外部講師を招聘して研修を開催する等、新たな取り組みが行われています。</li> <li>外部研修は主に県社協主催の九州地域知的障害関係施設職員研修大会や鹿児島市知的障害者福祉協議会の主催する研修会に参加していますが、受講希望者に参加理由を事前にも書いてもらい、運営委員会で協議してから参加する等、研修に対する意識を高める工夫がなされています。</li> <li>不適応行動や行動障害等に関する支援については、壁やドアの改修や、テレビBOXの設置など、個々の利用者の行動特性に合わせた環境整備が行われています。また、利用者間の相性や特性に合わせて活動や居室、居場所を分けるなど、必要に応じて関係の調整も行われています。</li> </ul> |                                |       |
| <p><b>A-2-(2) 日常的な生活支援</b></p>  |                                |       |
| A 8   | 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。   | a・b・c |
| <p><b>評価概要</b></p>  |                                |       |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・直営の調理で食事を提供しており、利用者の嗜好や一人ひとりの嚥下状態、健康状態に配慮した食事が提供されています。通院等で時間が遅れても温冷庫により適温での提供をしています。アレルギー等については食器を区別し、食札に記載。検食前に複数で確認する等、事故防止に努めています。</li> <li>・毎月の誕生会では、手作りのケーキを提供やイベント食の提供などを実施しています。また、手作りのおやつを週4回提供する等、利用者の食べる楽しみを提供する工夫がなされています。</li> <li>・嗜好調査を定期的実施しており、「ある日のメニュー」やクッキングの様子を広報紙に掲載する等、家族に向けて食事状況の様子などを知らせる取り組みが行われています。</li> <li>・入浴や清拭はおおむね毎日実施されており、プライバシーに配慮した支援が行われています。</li> <li>・排せつ支援については、利用者個々の排せつや生理のリズムや情緒の状態が把握されており、その日の状況に応じての運動量や水分摂取を調整しています。</li> </ul> |  |   |
| <p><b>A-2-(3) 生活環境</b></p>   |  |   |
| A <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">9</span>  | <p>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。</p> | a・ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">b</span> ・c |
| <p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・壁を剥がしたり、口に入れたりする利用者の居室は、壁をキッチンパネルに改修したり、大きな音を出す利用者の部屋の壁に遮音シートを入れるなど、個々の利用者の特性に合わせた環境が整えられています。</li> <li>・利用者同士の相性に配慮した居室編成や活動場所の工夫を行うことで、安心・安全に生活できるように配慮されています。</li> <li>・利用者の居室には、動画サイト等が視聴できるテレビや座椅子等が設置されています。ロッカーについても自己管理できる方には自己管理してもらうようにしています。</li> <li>・故障箇所や修理箇所等については、法人の施設整備課に連絡することで、早急に対応していますが、対応が難しい場合は、業者による改修をしています。</li> </ul>  |  |   |
| <p><b>A-2-(4) 機能訓練・生活訓練</b></p>  |  |   |
| A <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">10</span>   | <p>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。</p>   | a・ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">b</span> ・c |
| <p><b>評価概要</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎日ウォーキングやレクリエーション等を行うことにより、生活動作としての機能訓練が行われ、生活リズム安定、筋力向上につながる支援が提供されています。</li> <li>・個々の状況に応じて、制作活動、クッキング、ミュージック活動、外部講師を招いて実施されるドラムサークル活動など、利用者が楽しく機能訓練、生活訓練が行えるよう工夫されています。</li> <li>・定期的にモニタリングを行い、計画の検討、見直しを行っています。</li> </ul>   |  |   |
| <p><b>A-2-(5) 健康管理・医療的な支援</b></p>  |  |   |
| A <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">11</span>   | <p>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</p>     | ①・b・c   |

|   |                                      |       |
|---|--------------------------------------|-------|
|   | に行っている。                              |       |
| <b>評価概要</b>   |                                      |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の健康状態は、バイタルチェックや食事量、排泄等での確認し、外傷等については入浴時にチェックを行い、異変がないかを確認しています。</li> <li>・体調変化（緊急時）の対応について、マニュアル等で明確化されており、職員間で共有されています。医療機関とも連携が図られ、速やかに通院等が行える体制が整えられています。</li> <li>・24時間オンコール対応により、看護師不在時も利用者の体調変化を相談できる体制が整っています。</li> <li>・体調不良による通院を行った際などは、通院後に家族への状況報告も行っています。また、年2回健康診断を行っており、その結果も家族へ報告されています。</li> <li>・利用者の健康管理、衛生面については、医療安全委員会で看護師を中心に検討や周知がなされ、職員会議等の中で職員に対しての研修を行っています。</li> </ul>  |                                      |       |
| A12   | ② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。    | a・b・c |
| <b>評価概要</b>   |                                      |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・服薬等に関するマニュアルにもとづき、2人以上の職員で確認を行い、事故防止に努めながら、服薬支援をしています。点眼薬や軟膏についても同様に看護師より具体的な指示がなされています。また、慢性疾患やアレルギー疾患のある利用者は、定期通院し、医師の指示のもと服薬や薬剤塗布などが行われています。誤薬が発生した場合は、原因を検討したうえでケース記録に記載し、再発防止に努めています。</li> <li>・日頃の薬は、看護師により個人ごとに丁寧に仕訳けされ、間違いないように保管されています。臨時薬が出た際は、担当職員や看護師が共有ファイルとデータで情報共有し、職員全体に周知しています。医療的ケアについては、必ず医療職の指示のもと安全な方法で実施されています。</li> <li>・口腔ケアについては、職員の介助でフロスと歯ブラシを使って行われています。3ヶ月に1回の頻度で県口腔保健センターに通院し、口腔内の状態を診てもらっています。その為、ほとんどの利用者が虫歯ゼロを維持できています。</li> </ul> |                                      |       |
| <b>A-2-(6) 社会参加、学習支援</b>  |                                      |       |
| A13   | ① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。 | a・b・c |
| <b>評価概要</b>   |                                      |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・外出外泊については、利用者や利用者ご家族の希望にもとづき対応しています。</li> <li>・コロナ禍や職員体制の確保困難により、入所利用者個々の個別外出は実施できていませんが、障害者スポーツ大会、サッカー観戦など、利用者の意向を確認しながら参加の支援が行われています。新たな取り組みとして、少人数での外出を実施しており、ファストフード店で商品を購入して公園で食べたり、水族館に行ったりしています。</li> <li>・行動援護や移動支援のサービス提供として、プールやサウナ、買い物、カラオケ、公園散歩</li> </ul>  |                                      |       |

|   |  |       |
|---|--|-------|
| など、一人ひとりの利用者の希望を尊重し、実施しています。  |  |       |
| A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援  |  |       |
| A14   | ① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。 | a・b・c |
| 評価概要  |  |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・障害特性により地域生活への意向は難しいとのことでしたが、グループホーム設置時には施設から地域移行した実績があります。</li> <li>・地域移行の検討については、今年度より地域連携推進会議を設置し、ニーズの把握や近隣のグループホームの情報の収集などを行う取組が行われています。</li> </ul>  |  |       |
| A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援   |  |       |
| A15   | ① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。               | a・b・c |
| 評価概要  |  |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・年1回の家族会総会、夏祭り、年2回のクリーン作戦、家族会役員会等の機会を通じて、家族と交流、意見交換を行っています。</li> <li>・家族と直接、語り合う機会が少ないため、利用者の生活状況について、定期的なモニタリング時や外出外泊の送迎時、その他必要に応じて電話連絡するなどして報告を行っています。</li> <li>・家族等の意見や要望については、窓口をサービス管理責任者に一本化し、必要に応じて事業所内で検討し、助言するなど支援につなげています。また、利用者の体調不良や急変時の家族への連絡については、ルールが明確にされており適切に行われています。</li> </ul> |  |       |

### A-3 発達支援

|              |                                  |         |
|--------------|----------------------------------|---------|
|              |                                  | 第三者評価結果 |
| A-3-(1) 発達支援 |                                  |         |
| A16          | 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。 | a・b・c   |
| 評価概要         |                                  |         |
| 評価外          |                                  |         |

### A-4 就労支援

|              |  |         |
|--------------|--|---------|
|              |  | 第三者評価結果 |
| A-4-(1) 就労支援 |  |         |

|      |                                     |       |
|------|-------------------------------------|-------|
| A17  | ① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。       | a・b・c |
| 評価概要 |                                     |       |
| 評価外  |                                     |       |
| A18  | ② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるような取組と配慮を行っている。 | a・b・c |
| 評価概要 |                                     |       |
| 評価外  |                                     |       |
| A19  | ③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。   | a・b・c |
| 評価概要 |                                     |       |
| 評価外  |                                     |       |