

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 ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 法人理念・基本方針（経営指針）は、法人・施設の使命、役割を反映した内容となっています。障害の状態を問わず利用者の能力に応じて生きていく力を育み、ノーマライゼーションの理念に基づく福祉サービス提供の姿勢が明確にされています。 ・ 理念等は、ホームページ、パンフレット、施設の概要等に掲載され、職員室に掲示されています。 ・ 法人倫理綱領及び職員基本行動基準は、法人理念と整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容になっています。 ・ 理念については毎日の朝礼で唱和し、毎月の職員会議で施設長の配布資料に掲載し、説明しています。また、理念、倫理綱領等についても毎年度事業計画の職員会議で説明するなど、職員へ周知徹底していることが確認できます。 ・ 毎年度4月の職員会議では、職員同士のグループ討議により基本方針等を含めたテーマを掲げ内容分析のうえ発表を行うなどして、職員の理解度を深めています。 ・ 法人内職員研修では、新任職員・中堅職員に対する理念・基本方針についての研修項目が設けられています。 ・ 利用者や家族等については、障害の度合いや年齢等に応じて、施設の運営方針等を分かりやすく伝える資料を作成するなどの取組が期待されます。 		

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。	a・ 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、九州障害者施設研究大会等への参加、県・市社会福祉協議会等の会議・研究会等への参加等により情報収集しています。 ・ 法人事務局が作成した月次報告書（収支や利用率等）をもとに、各事業所管理者が要因分析を行い、コメントを入力しています。 		

<ul style="list-style-type: none"> 法人の毎月の施設長会・役員等会議において、各事業所の収支等の動向などについて情報交換を行うなど、定期的に利用者数や稼働率等の推移や収支について分析を行っています。 		
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"> 毎月の施設長会において、各事業所の組織体制、収支等の分析を行うとともに、経営状況、施設等の課題について議論しています。また、改善すべき課題・取組等については、定期的に役員等会議において報告がなされ、法人内・役員間で共有されています。 毎月の事業所運営委員会や職員会議で、施設長の作成した収支状況や利用率等の資料をもとに、職員に周知されています。資料では、事業ごとの収支・利用率が表示され、減収の要因分析や改善策についての検討が行われています。その結果をもとに、放課後等デイサービス定員充足に向けた営業活動等の取組が行われています。 不採算性の事業については、法人他事業所との連携のもとで、改善策を検討中です。 自己評価に経営課題・改善策等に管理者と職員の意思疎通を図る必要性が記載されています。多くの職員の理解と参画を得て、PDC Aサイクルに基づく組織的な取組が期待されます。 		

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"> 令和3年度に策定された法人全体の中期計画は、理念や基本方針の実現に向けたビジョンが示され、同時に各事業所の修繕計画等も含まれています。 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。「サービスの質の向上」「財務体質の強化」「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表示されています。 法人では「中・長期計画委員会」を発足させており、令和5年度中に次期計画を策定する予定です。委員会の構成メンバーは、各事業所の支援課長と事務局職員、オブザーバー（当事業所施設長）となっています。 作成の過程において、各施設・事業所の中・長期の事業及び収支をもとに作成し、各事業所と法人事務局が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。 		
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"> ・単年度計画は、法人の中期計画重点課題への取組等を反映したものとなっていますが、事業所の中期計画は策定されていません。 ・単年度計画は事業所独自の重点項目を掲げ、実施事業ごとの実行可能な具体的な内容となっており、前年度の課題解決、改善策が盛り込まれています。 ・令和5年度の単年度事業計画は、事業所独自の重点項目とそれに基づく実施事業ごとの計画及び法人重点項目を一部踏まえた取組みとなっています。 ・単年度の事業計画は、課題ごとに具体的な取組目標と値目標を取り入れ記載されています。 		
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・ ⓑ ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は、各部署のサービス管理責任者や児童発達支援管理責任者が職員の意見を取りまとめ、計画に反映されるよう策定しています。SWOT分析を取り入れ、内部環境の強みや弱み、戦略、外部環境の機会等を分析し、計画に反映させています。 ・今後は、職員がさらに意見を出し合える環境を整え、事業所の経営に反映させていく必要があると自己評価で位置づけています。 ・事業計画は、法人のタイムスケジュールであらかじめ定められた時期、手順に沿って作成されています。今後、多くの職員の参画を得て見直しを実施されることが期待されます。 ・事業所の運営や経営には、職員の理解と協力を得ることが重要であり、事業計画や予算等の作成への職員の参画、計画内容の職員への十分な周知、運営経費等への理解を促す取組などが重要と思われます。 ・第三者評価の自己評価を契機に、事業所の運営方針、計画等の作成に職員の意見を日頃から取り入れる体制を築き、職員に十分な周知を図れるような方策を検討するなど、今後の展開が期待されます。 		
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・ ⓒ
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・年間行事計画は施設概要に掲載し、利用受付時に配布し説明していますが、事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料は作成されていません。 ・利用者や家族等に対する福祉サービスの提供への理解・周知を図ることは、事業所への協力や行事等への参加を促すためにも必要です。 ・当事業所は通所施設のため、広報誌等で事業計画を簡潔に分かりやすく掲載したり、部署ごとの家族懇親会や説明会等の際に、配布・説明するなど、周知への取組が期待されます。 		

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。	a・ b ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービス提供において、事故・ヒヤリハット対策委員会、ほほえみ苦情解決委員会、個別支援計画作成に係る支援会議などで抽出された課題、問題点に適宜対応することにより、サービスの質の向上に努めています。 ・日々の福祉サービスについては、支援実施書を評価することにより、個別支計画書に基づく支援実施書の半年ごとの見直し、サービス部門ごとの各部会（以下、事業種別部会という）において毎月の検討会議、研修を実施し、より良い支援方法について話し合っています。 ・近年経験の少ない職員が増えてきており、職員のキャリアやスキルが異なることから、事業種別部会では成功体験の発表や適切な支援方法について話し合うことにより、現場での支援のスキルアップにつなげています。 ・第三者評価は今回初めての受審であり、全職員の参加のもとで自己評価に取り組んだことが確認できました。自己評価による改善事項及び第三者評価の実施結果を踏まえ、今後、事業所全体の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が必要と思われます。 ・今後、全職員の理解と協力を得て、PDCAサイクルに基づく福祉サービスの質の向上について組織的な取組を継続的に実施されることが期待されます。 		
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。	a・ b ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・職員会議録や各種委員会記録、個別支援計画、支援日誌等の記録から、取り組むべきサービス上の課題について検討事項が提案され、協議検討のうえ改善へ取り組んでいることが確認できました。 ・事業所全体の福祉サービスの向上に向けて、今回の第三者評価受審を契機に、当事業所に適したPDCAサイクルに基づく体制の整備、実施スケジュールを検討し、全職員が参画し、組織的かつ計画的に取り組めるような体制を構築することが望まれます。 ・法人では令和5年6月にサービス提供（支援）のルールを定めていますが、事業所では福祉サービスの標準的な実施方法が作成されていないので、標準的な実施方法を作成・文書化し、実施したうえで、評価、改善、見直しを行う体制の構築が望まれます。 		

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。	a・ b ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、年度末の全体職員会議において、翌年度の運営方針、事業計画について、資料配布のうえ説明・周知を行っています。経営・管理方針については、事業計画に明記しています。 ・毎月の運営委員会・職員会議等で、事業所の運営方針、収支状況と対応策、管理者としての責任、役割について職員に周知しています。 ・管理者等の役割と責任を含む事務分掌等については、法人事務局で令和5年度に法人内各職種の役割表、事業種別の担当表が整理・作成され、明確になっています。今後、職員に対する周知が望まれます。 ・有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任については、災害発生時及び感染症発生時の業務継続計画（BCP）が作成され、明確化されています。 		
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。	a・ b ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・管理者等2名はコンプライアンスオフィサー研修の参加経験があり、施設長は中小企業診断士の資格を保有しています。また、当事業所等の施設長等を長年経験し、関係法令等は熟知しており、行政等への報告なども適切に行っています。 ・施設長等は、県社会福祉協議会等の会議・研修及び定期的な法人管理者研修等に参加し、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。研修内容は、事業所内の会議で報告し、職員との情報共有を図っています。 ・遵守すべき法令や人権擁護等については、本部事務局から提供される情報を含め新聞情報などを事例研究材料として、朝礼等で留意点を解説するなどミニ研修を行っています。 ・人権擁護、虐待防止等については、全体職員会議の事業所内研修において、法人倫理綱領等の詳細な説明や人権侵害ゼロの誓いへの署名、事業部署ごとに人権目標を設定し、職員への周知を図っています。 		
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。	a・ b ・c
評価概要		

<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、各事業部署の日誌を毎朝確認し、朝礼や職員会議で職員に指導するとともに、利用者の要望等に対応できるように努めています。 ・施設長と支援課長は、定期的に事業所内を巡回して支援状況の確認を行っています。 ・支援課長は、支援現場に入る際には直接支援の状況を確認し、サービス管理責任者や児童発達支援管理責任者と連携を取りながら、職員に対する指導を行っています。問題と思われる点については、支援会議等のテーマとして取り上げ、改善策の検討と職員への周知を図っています。 ・施設長等管理者は、年1、2回の個人面談を行っています。職員から支援に関する悩み等についてヒアリングのうえ、解決に向けたアドバイスをしています。 ・職員研修は、毎年研修計画を立て、法人内研修、事業所内研修、県社会福祉協議会等の外部研修に可能な限り参加できるように配慮しています。 		
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"> ・事業所経営の改善については、管理者が中小企業診断士の知識を活用し、課題解決に取り組んでいることが事業報告書や職員会議等の記録により確認できます。 ・各事業所の利用者数について、事業所運営委員会や法人の施設長会議、役員等会議において経営分析等を重ね、適宜必要な対応を行っています。 ・人員配置で職員が少ない部署については、職員からの意見をくみ取り、パート職員の募集による充足など、働きやすい職場環境づくりのため具体的対策を講じています。 ・虐待防止委員会、苦情解決委員会、運営委員会などの会議を開催し、虐待の起こらない職場の雰囲気、風通しの良い職場づくりなどを目指し、支援の質の向上にアドバイスをしています。 		

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"> ・法人中期計画（令和3～5年度）の重点課題で人材定着・確保・育成に関する方針が掲げられ、法人全体として人材確保に努めています。職員の離職を防ぐため、法人の業務改善委員会による業務内容の見直し、改善を検討しながら、残業削減や福利厚生・手当の充実などの具体的な取り組みを進めています。 ・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。 ・法人内施設・事業所における必要な人材については、資格保有者等の計画的な採用を行 		

っています。看護師、理学療法士等の資格所有者に対する資格手当や、新たに資格取得した職員には資格取得報奨金の制度があります。

- ・責任者を配置する上で必要なサービス管理責任者等の資格取得研修や、業務のスキルアップ上効果的な強度行動障害支援者研修など、計画的に資格取得を推奨しています。
- ・毎月の施設長会において、各事業所から人員に関する報告により現状説明を行い、法人事務局と情報共有を図っています。
- ・各事業所からの求人に対しては、法人事務局の人事課長が主体となり、派遣会社やハローワーク、ホームページ等での人材募集を行っています。
- ・より質の高い福祉サービスの提供には、有資格の専門職を計画的に配置することが効果的です。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、効果的に人材確保の目標が達成されることを期待します。

15	② 総合的な人事管理が行われている。	a・ b ・c
----	--------------------	----------------

評価概要

- ・法人の理念・経営指針、倫理綱領と綱領に基づく職員基本行動基準には、期待する職員像が明確にされています。就業規則に服務規律等が掲げてあります。
- ・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（5段階）を行い、同時期に自己申告書を提出します。
- ・自己評価と自己申告書をもとに、年度当初に施設長等の個人面談があります。年末に進捗状況の評価の面談があり業績評価が行われます。
- ・人事に関しては、法人事務局と施設長とで評価・分析を行い、必要に応じた職員配置がなされます。自己申告書、施設長面談で異動を希望する職員については、専門職資格や配置基準を満たせば、優先して希望に応じる体制が取られています。資格取得やスキルアップのための目標や異動希望は自己申告書に記入でき、外部研修受講により目標達成を支援する制度があります。
- ・職員が目標を持って仕事に従事できるように、施設長から毎月の職員会議等で訓示を行うなど、事業所の目標等を共有できるように取り組んでいます。
- ・給与基準、手当等については、他法人等からの転向者にも納得できる処遇改善手当等の配分や評価方式設定が課題と捉え、法人事務局で職員アンケートを行い改善に向けて対応の検討に取り組んでいます。
- ・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ことができる仕組みとして、キャリアパスが明確に提示されることが有効とされているので、導入への取り組みが期待されます。
- ・人事基準や評価制度等について、職員の掲げた目標に対して上げた成果を客観的に評価できる仕組みの構築など、職員と管理職との意思疎通を図り、職員の意欲が高まるような運用が期待されます。

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

- ・法人全体として人員不足に対する危機感があり、法人中期計画重点課題に「人材定着・確保・育成」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。
- ・人材定着の一環として残業時間の削減を目指し、令和3年度からタイムカードを導入し、勤務時間を把握しています。労務管理担当職員は、出退勤、超過勤務、勤務交代、有給休暇取得状況の確認を行い、就業規則に基づいた労務管理を行っています。事業所と法人事務局の双方で労務管理を行い、時間外労働の適正化に努めています。
- ・法人では、定期的に就業状況や異動希望などの意向把握の機会を設けており、事業所内でも働きやすい職場づくりを目指した改善に努めています。令和5年度は産前・産後・育児休暇を取得した職員が4名職場復帰しており、復帰しやすい環境づくりに日頃から努めていることが伺えます。
- ・職員の家庭環境等に配慮した勤務時間の設定、指定曜日の勤務設定、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。
- ・法人では、産業医と契約し、衛生管理者を配置しています。
- ・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、管理者との個人面談、毎年の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。
- ・法人内に企業主導型保育所も設置されており、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。
- ・希望者は「よかセンター鹿児島」へ加入できる福利厚生制度を導入しており、健康診断の費用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。

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

- ・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。
- ・令和5年度の事業計画・重点項目には、職員満足度の向上、利用者満足度の高い均質なサービス提供が掲げられ、事業種ごとに職員の目指す具体的な目標が示されています。
- ・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ます。人事考課や年2回の管理職からの個別面談において、

<p>職員一人ひとりの目標の確認、振り返り等を行うことにより、コミュニケーションが図られています。</p> <ul style="list-style-type: none"> 人事考課シートには、当期に努力したことの記述欄があり、管理者から一定の評価やアドバイスができる仕組みがありますが、職員によっては、自己申告書に明確な目標の記入がないなど個人差が見られるため、期初に個人目標を確実に設定のうえ、成果を客観的・公平に判断して評価に反映させるシステム作りが必要との自己評価があります。 		
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

評価概要

<ul style="list-style-type: none"> 法人中期計画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、新任教育、リーダー教育についての新たな取組を実施しています。 法人内研修として、新任職員、中堅職員、主任、管理職等の段階別研修と人権擁護研修等があり、他法人のアドバイザーによる標準的支援の研修があります。 強度行動障害支援者養成研修など、県社会福祉協議会等が主催する外部研修を取り入れながら、年間研修計画を定め、多くの職員が研修を受けられるように配慮しています。令和5年度は新たにアンガーマネジメント研修も取り入れています。 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、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。 法人の職員基本行動基準等で期待する職員像は明示されています。求められる職員のあり方を具体的な知識・技術水準や専門資格の取得といった点から明確にした職員の教育・研修に関する基本姿勢について基本方針や計画として策定し、これらに基づく教育・研修が計画的に実施されると申し分ありません。 		
--	--	--

19	<p>③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。</p>	a・ b ・c
----	------------------------------------	----------------

評価概要

<ul style="list-style-type: none"> 個別の職員の専門資格の取得状況は、法人事務局人事課研修係、各事業所の労務担当が研修受講証明書等で把握しています。法人全体で資格取得を推奨しており、資格手当や資格取得報奨金、取得費用の貸与制度などが設定されています。 新任職員や異動（転入）職員に対しては、職員の経験に応じたOJT研修を実施しています。 事業所内では、新人職員が早く自立できるように、支援課長やサービス管理責任者が研修を行い、さらに日誌や面談を通じて習熟度や支援上の悩み等を確認し、担当職員が個別指導を行っています。 外部研修の紹介、職階層、職種に応じた法人内の研修を設けており、法人事務局と事業所が連携し、職員一人ひとりの研修の機会を確保するよう努めています。 事業所内4つの部署ごとに、共通テーマの研修について職員会議で発表する機会を設け、研修に参加していない職員にも内容を周知しています。 		
---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> ・自己研鑽を目的とした e ラーニングも導入しており、自由に一人で研修を受けられる体制も整えています。 ・直接支援にあたる職員は、強度行動障害支援者養成研修を入職後 3 ヶ月以内に必ず受講することとし、人権擁護関連研修を積極的に受講することを奨励しています。令和 5 年度からは、アンガーマネジメント研修も導入しています。 		
<p>II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。</p>		
20	<p>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。</p>	a・ b ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習生を積極的に受け入れ、ほほえみの良さを伝える姿勢について、令和 5 年度の事業計画書の人材定着の取組項目に明文化しています。 ・受け入れ先の学校の示すカリキュラムの中でほほえみの日課に沿った計画を立て、直接指導の担当職員を配置し、効果的な実習ができるように配慮しています。 ・実習生が安心して実習を受けられるように、オリエンテーションと反省会を実施しています。 ・実習生の受け入れを忌避する利用者・家族への配慮や職員の共通理解のための事前説明等が必要なことから、受け入れ体制の整備に関するマニュアルの作成が期待されます。 		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
21	<p>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。</p>	a・ b ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人のホームページでは、法人理念や基本方針、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・決算等の詳細な情報が適切に公開されています。 ・法人のホームページは各事業所の福祉サービスの取組や活動状況が紹介されており、ホームページとリンクさせたフェイスブックで、事業所の生活状況やサービスの様子を随時更新し情報公開しています。 ・当事業所の第三者評価は初めての受審です。法人内 4 事業所の評価結果は既に公表済みであり、評価結果はWAMNETやホームページ上で公表予定です。 ・相談・苦情の体制や苦情処理対応結果について、法人のホームページや広報誌で公表しています。相談・苦情の受付は、相談・苦情解決処理要綱に基づき受け付けています。第三者委員へ定期的に報告し、委員からアドバイスを受けて、適切な対応ができるよう努めています。 ・事業所の活動内容は、ホームページ、フェイスブック等で定期的に更新し、情報発信しています。 		

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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・法人の就業規則、経理規程、各事業所運営規程に事務や経理、取引先に関するルールなどは文書化されています。法人では、職務分掌と権限・責任について従来不明確であったとの認識があったため、見直しを行い、法人内の職種ごとの職務内容を明確にした役割表を作成しています。また、事業種別に業務内容の実施者と実施責任者を明記した担当表も作成しています。今後、職員に周知するよう努めることとしています。 ・法人監事監査や内部経理監査を定期的実施しています。行政の指導監査、実地指導の指摘事項等についても、指導や指摘項目に基づいて経営改善に取り組むよう努めています。 ・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。 ・弁護士や社会保険労務士等専門家の指導・助言を受けながら、適正な運営に努めています。 		

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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・地域社会との連携強化については、法人経営指針、中期計画重点取組課題に明示しています。職員基本行動基準にも明示され、法人の新任職員研修等で職員に周知しています。コロナ感染症が落ち着いてきたため外出活動に取り組み、公共施設でのマナー学習など地域住民との接点を増やしつつあります。 ・利用者への社会資源等の情報は、相談事業所を通じて提供しています。 ・法人では吉野地区障害者施設等が参加する「さんさん会」に加入し、各事業所職員は町内会清掃作業などに参加し、理解を深める活動を行っています。災害発生時には連携体制を取り、間接的に利用者と地域住民との絆を深めています。 ・利用者の日常活動、買い物等において、個々の利用者のニーズに応じて、地域内の社会資源を利用するよう配慮しています。 		
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・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・職員基本行動基準や当事業所の事業計画に、ボランティアの受入れ姿勢が明示されています。 		

<ul style="list-style-type: none"> ・コロナ禍前は、夏祭りなど各種行事にボランティアを積極的に受け入れ、小学校や専門学校等からの依頼に協力していました。令和5年度の事業計画の行事には、体験学習や実習生受入れなどを組み込んでいます。 ・令和5年度には、地域の民生委員の清掃ボランティア活動を受入れています。依頼する際には、登録手続きや活動に当たっての注意点を口頭で説明しています。 ・今後、ボランティア活動の受け入れを復活させる予定です。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。 		
<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"> ・事業所として必要な社会資源のリストは、行政の事業所一覧などを活用し、業務継続計画（BCP）の中に関係機関のリストを表示しています。個々の利用者の状況に柔軟に対応し、可能性の選択肢を広げるためにも、さらに活用できる社会資源となるような関係機関等のリストの作成、職員間での情報の共有を図ることが期待されます。 ・相談支援事業所では、他法人相談支援事業所や市町村との定期的な連絡を行っており、社会資源等の変更がある場合、職員会議等を通じて職員との情報共有を図っています。 ・吉野地域福祉施設連絡協議会（さんさん会）の防災プロジェクトなどの話し合いや利用者の困難事例等がある際には、相談支援専門員に相談し、各関係機関との会議を行っています。 		
<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"> ・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。 ・事業所運営委員会では、施設長等管理者、サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、相談支援専門員等が参加し、毎月情報の共有を図っています。 ・施設長等管理者は、吉野地域福祉施設の会合・行事等への参加を通じて、地域ニーズや生活課題などの把握に努めています。 ・ほほえみ相談支援事業所や各種福祉施設など、法人の有する専門性や特性を活かしながら、地域福祉ニーズや課題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>		

- ・法人として「かごしまおもいやりネットワーク事業」に参加し、相談支援事業所ほほえみが窓口になり、鹿児島市吉野支所の相談や依頼を受けて取り組んでいます。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。また、法人ではフードバンクに賛同し協力しており、食品ロス削減、SDGs活動等に取り組んでいます。
- ・法人では、鹿児島市地域生活支援拠点事業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。
- ・法人として災害時の地域福祉避難所の協定を結んでいます。当事業所は通所施設ですが非常食や飲料水を備蓄しており、災害時には受入れる体制を整備しています。
- ・法人では、地域のゴミステーションを毎年2カ所程度整備・寄付し、地域住民の利便性向上に貢献しています。

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。	a・ ⓑ ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・法人では、令和5年3月末に「障害者虐待防止の改善計画書」を策定し再発防止に取り組んでいます。取組内容には、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。 ・再発防止に向けた実際の取組では、各事業所で虐待防止委員会を毎月開催し、全事業所虐待防止協議会で取組状況を報告するとともに、他先進法人のアドバイザーによる定期的に指導を受けています。アドバイザーからは、知的障害者の特性についての考え方や対応方法などの職員研修も受けています。 ・法人の虐待防止委員会を3ヶ月に1回開催し、各事業所の取組内容の報告を受け今後の取組を助言するとともに、外部委員を含め改善計画書の進捗を管理しています。 ・事業所虐待防止委員会では、毎月職員に「振り返りシート」により、不適切支援のチェックやヒヤリハット等の分析を行い、基本的人権（個人の尊厳）についての理解を深める取組を実施しています。 ・事業所独自にゴリンジャーなるイラストにより、倫理綱領を視覚的に覚え浸透させる工夫を行っており、人権擁護について常に意識化するよう取り組んでいることが伺えます。 ・利用者の直接支援にあたる職員は、必ず入職後の早い時期に強度行動障害支援者養成研 		

<p>修を受講することとし、また、外部の虐待防止等研修を受講しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では、令和5年6月に利用者支援に関するルール、及びルールの管理体制等を項目とする「サービス提供（支援）のルール」を作成し、今後、職員に人権の尊重等に対する意識付けを徹底することとしています。 ・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、今後の継続的な取組が期待されます。 		
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 ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・事業所内の新任職員のOJTでは、指導職員が基本的考え方を説明しながら口頭で指導しています。 ・入浴・排泄等の支援にあたっては、原則として同性介護を行うこととし、入浴介助マニュアル等に基づいて利用者プライバシーに配慮した福祉サービス提供に努めています。 ・不適切な支援がないかチェックを行う「振り返りシート」にもプライバシーに関する項目があり、全職員が毎月チェックを実施しています。支援の過程で意識して理解が図られるよう努めています。 ・放課後等デイサービス事業所等においても、着替えや排泄支援の際に年齢に応じた配慮を行っています。 ・利用契約締結や個別支援計画書作成時には、利用者等への聞き取り内容や情報開示等において、プライバシー保護を念頭にした対応に努めています。 		
<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 ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理念を初め提供している福祉サービスの内容、事業所の特性などについて、法人のホームページ、広報誌、リーフレットで積極的に情報発信しています。 ・事業所の施設概要や事業種別のリーフレットは、理念や事業内容、1日のスケジュール等の支援内容が分かりやすく表示されています。 ・利用希望者については、相談支援事業所等を通じてサービス管理責任者、児童発達支援管理責任者が対応し、利用者本人や家族の思いを受け止めながら、丁寧な説明に努めています。 ・見学や体験希望者へは、積極的に対応しています。 ・相談支援事業所と連携しながら、資料や情報を提供しています。 		

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。	a・ b ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者や家族等に対して、利用契約書、重要事項説明書、個人情報使用同意書等について、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。利用者・家族等が自己決定できるような説明に努めています。 ・比較的重度な障害の利用者が多いため、分かりやすい工夫した資料はありませんが、個々の利用者の特性に合った説明ができるようにしています。例えば、ホワイトボードでの筆談、ひらがな書きにする、ゆっくり話すなどの工夫をしています。 ・説明時は一方的に話すのではなく、確認しながら一項目ずつ進めるように心掛けています。 ・利用者の自己決定については、重度障害の利用者が多く、本人の意思についての確認や判定が難しいところがありますが、個々の障害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。 ・児童については、利用開始時に保護者に丁寧な説明を行い、利用する児童には保護者に了解を得た上で個別に話をしています。 		
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"> ・利用開始時から、サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者がフォローアップに努め、電話等の相談に応じています。他の事業所への変更、家庭への移行等に当たっては、事例は少ないですがサービスの継続性に配慮した引き継ぎに努めています。 ・利用者・家族等が相談できる窓口を設置しています。 ・サービス終了時の利用者・家族等に対し、その後の相談方法、担当者の説明を行っていますが、その内容を記載した文書は渡していません。口頭だけでなく、書面で伝えることが望まれます。 ・サービス終了時には、ほほえみ相談支援事業所の相談支援専門員に引き継ぎ、今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。 ・児童発達支援部門では、卒園に当たり学校との連携を密接に行っています。また、放課後等デイサービス部門では、他事業所等への移行等の事例はありません。 		
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"> ・放課後等デイサービスや発達支援事業等部署ごとに、毎年小規模な懇親会（交流会）があり、事業所自己評価、保護者の事業所評価のフィードバックや対応状況の説明を行っています。その際に家族からの要望・意見の集約も行い情報を共有して支援に反映させ、 		

<p>満足度向上に努めています。同様に生活介護部署では、年2回懇親会を開催しています。</p> <p>・利用者の楽しみの一つである食事については、随時嗜好調査を行い、委託業者を交えた給食委員会を年4回開催し、献立に反映しています。</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 ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決責任者（施設長）、苦情受付担当者（支援課長・事務長）、第三者委員が設置され、苦情処理規程により苦情解決の体制が整備されています。 ・苦情解決の仕組みについての案内ポスターは、玄関掲示板に掲示され、利用者、家族等に対して契約時に重要事項説明書により説明しています。 ・苦情内容は定められた様式に記録のうえ適切に保管し、法人事務局へ報告を行っています。 ・検討内容や改善策については、利用者・家族等に伝えています。 ・令和4年度の受付は、苦情16件、相談・要望1件で、その件数と内容は、法人の相談苦情委員会で第三者委員に報告し、意見やアドバイスを受けています。年度ごとの苦情受付件数は事業所ごとに法人ホームページ、広報誌で公表しています。 ・事業所では、苦情はサービス向上の原点と考え、運営に活かすよう努めています。 		
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 ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用開始時には、利用者・家族等に対して、気づいた点や感じたことについての意見をいつでも誰にでも話せることを伝えています。利用者・家族等が職員の誰にでも相談したり、意見を述べられるように、全職員の顔写真・名前を事業所入り口に掲示してあります。 ・苦情受付箱・意見用紙は事業所玄関付近の苦情処理制度啓発ポスターの下に設置されています。 ・相談室は1階の奥にあり、相談しやすいスペースが確保されています。 		
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 ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員は、利用者・家族等との日々のコミュニケーションを大切にして、小さな意見・要望に対しても対応できるように傾聴に心掛けています。 ・意見箱は意見用紙とともに入り口近くに設置されています。 ・放課後等デイサービスの活動の中で「ご利用児の声を聴く」活動を取り入れ、買い物等での要望を把握するなど、利用児の意思を尊重できるようにしています。 ・相談・意見については、担当者が記録し事業種別の部会の中で検討の上、改善策を実行 		

<p>しています。実行した改善事例は、運営委員会や職員会議で周知し、事業所の福祉サービス向上につなげています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談等について、検討や改善策の実施に時間が掛かる場合には、利用者・家族等にその旨を説明した上で迅速に対応できるように努めています。 ・苦情処理規定はありますが、相談・意見処理マニュアルはありません。 		
<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>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リスク管理マネージャー（事務長）が選任され、事故・インシデント委員会を設置するなど体制が整備されています。 ・ヒヤリハット等の集計・分析を行い、再発防止策・改善策を検討の上、安全なサービスの提供を実施しています。 ・事故発生時には、原因、対応の手順、対応策等を記録して行政へ報告します。職員には改善策等も含め周知して、再発防止に努めています。 ・事業所内の安全確保、事故防止等に関する研修は、虐待防止委員会、職員会議の中でその都度実施したり、eラーニングによる自主研修を取り入れています。 ・発生した事故内容については、改善策の実行状況や再発の有無を次回の委員会で振り返り、確認を行っています。 		
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>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健衛生委員会が設置され、看護師が中心となり感染症対策・予防を行っています。ワクチン予防接種の実施や健康観察、清掃・消毒、換気・加湿など徹底するよう努めています。 ・感染症対策や健康管理等の対応マニュアルがあります。 ・新型コロナウイルス感染症マニュアルを適時改訂して感染予防に努めています。業務継続計画（BCP）の中で管理体制を整備しています。 ・新型コロナ感染防止のため、朝・昼の定時換気と消毒の実施や送迎車のシート消毒など予防策を実施しています。通所施設のため大規模なゾーニング等を実施することはありませんが、必要に応じて体調不良者の隔離体制を取っています。利用者の受入れ制限や家族、関係機関への連絡など適切に対応しています。 		
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>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・災害時の対応については、「自然災害発生時の業務継続計画（BCP）」を策定し、管理・対応体制が定められています。計画には、立地条件から起こりうる自然災害を想定し、 		

<p>発生時に業務を継続して行うための手順や手段を具体的に記載しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・放課後等デイサービス、発達支援事業部署では、毎月、防災避難訓練（火災、地震、風水害、防犯訓練）を実施しています。警察署指導の防犯訓練、年2回の消防署立ち会いがあります。廊下に災害別の避難手順の掲示物が随所にあります。 ・非常時の連絡体制については、職員間の非常連絡網があり、利用者家族を含む安心・安全メールで確認できる仕組みがあります。部署間ではLINE等を活用し、職員へ周知されています。 ・通所施設ですが食料等の備蓄リストを作成しており、3日分の非常食と飲用水の備蓄が確保されています。 ・吉野地域福祉施設連絡協議会（さんさん会）の防災プロジェクトに参加しており、会合の中で研修や訓練が行われています。

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・ b ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・支援の際の基本姿勢や利用者支援に関するルール、及びルール管理のチェック体制を示した「サービス提供（支援）のルール」を法人で取りまとめ、令和5年6月に示されています。 ・各事業所の標準的な実施方法（支援マニュアル）のもととなるものであり、法人内施設・事業所は、今後、各事業所に応じた支援マニュアルの作成・見直しを行うこととしています。 ・具体的な支援方法の標準化については、他の先進法人のアドバイザーによる指導を取り入れながら、各事業所で検討して取りまとめられます。 ・当事業所では、利用者個々のカルテ的な支援実施書により、障害特性に応じた支援方法を職員に周知しています。食事介助、入浴介助、移動操作などについて、それぞれの業務マニュアルがあります。 ・新任職員、異動（転入）職員に対しては、それぞれの職員の経験に応じたOJT研修が行われています。 ・統一した支援全体のマニュアルがない支援現場では、利用者により異なる対応は支援員の経験と我流の手法になりがちで、虐待等の様々な弊害が生じる恐れがあります。 ・法人の統一した支援ルールに基づき、事業所に適したマニュアル作成により、適切な支援が行われるよう職員に周知徹底するとともに、標準的な実施方法が確実に実施される仕組みの構築が望まれます。 		

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"> 当事業所独自の支援に関する標準的な実施方法（支援マニュアル）については、法人統一ルールをもとに、職員や利用者等の意見等が反映されるような仕組み、個別支援計画の内容等が反映される仕組みを構築し、定期的に見直すことが望まれます。 		
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"> 個別支援計画策定責任者には、サービス管理責任者や児童発達支援管理責任者が配置されています。 個別支援計画の策定にあたっては「サービス提供（支援）のプロセスと管理」の手順に従い、相談支援事業所ほほえみと連携しながら、サービス等利用計画書に基づき作成しています。 アセスメントは、担当職員（支援員、児童指導員、保育士等）や看護師等の意見を、計画策定責任者が集約して実施しています。アセスメントには、利用者の身体状況、生活状況等が把握され、利用者本人の困っていることなどのニーズが明らかにされています。 個別支援計画には、利用者の一人ひとりの具体的なニーズや家族の意向等が明示されています。個別支援会議の前には、利用者や家族の意見・意向や利用者の思いを確認しています。 アセスメントに基づいて、サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者が個別支援計画の原案を作成し、個別支援会議を経て個別支援計画を完成させています。 利用者・家族等に対しては、説明・同意を得た上で計画書を交付しています。 担当職員は支援実施書上で、具体的に書かれた個別計画の項目・内容について評価を行っています。 支援困難ケースについては、運営委員会、事業種別部会で検討され、適切なサービス提供に努めています。 		
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"> 個別支援計画の見直しにあたっては「サービス提供（支援）のプロセスと管理」の手順に従い、半年に1回モニタリングとアセスメントを行い、サービス利用の状況、提供内容等を確認の上、ニーズに合った個別支援計画書を作成しています。 利用者の計画見直し年間スケジュール表が作成されており、適切な期間、方法で見直しが行われるように工夫されています。 計画変更が必要な場合は、その都度、サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、担当職員、看護師等が参加して個別支援会議開催の上、実施しています。 		

<p>・変更した個別支援計画は、家族（保護者）に説明・同意を得ます。同意後の決定事項について、日誌の周知事項に計画策定責任者が入力し、全職員が情報共有できるようになっています。</p>		
<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	<p>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。</p>	a・ b ・c
<p>評価概要</p>		
<p>・個々の利用者の身体状況や生活状況は、パソコンネットワークシステム上での事業所の統一した支援記録日誌に毎日記録されています。</p> <p>・障害者トータルシステムのソフト（福祉物語）を活用し、日誌、個別支援計画のほか、苦情・相談、ヒヤリハット・インシデント等の項目を作り、全職員が把握できるようにしています。</p> <p>・毎月の事業種別部会や職員会議等を実施し、情報共有に努めています。</p> <p>・職員により記録内容などに差異が生じないように、情報伝達媒体を利用するなどして、職員へ指導する工夫が期待されます。</p>		
45	<p>② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p>	a ・b・c
<p>評価概要</p>		
<p>・個人情報に関する基本方針、個人情報取扱規程など諸規程により、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程が定められています。</p> <p>・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、職員は署名押印した誓約書を全員提出しています。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日常から指導しています。</p> <p>・個別支援計画書のファイルや契約書等は、事務室の鍵付き棚に保管しています。</p> <p>・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、個人情報使用同意書を得ています。</p>		

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・ ⓑ ・c
評価概要	
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が意思決定できるように、写真やイラストを用いて、視覚的に選択できるよう工夫しています。 ・クリスマスメニューの希望を聞いたり、外出活動やグループ外出の際も希望を聞きながら企画しています。 ・園庭では、ガーデニングに取り組んでおり、育てる野菜を選んでもらっています。 ・どうしても意思表示できない方については、嗜好をもとにジェスチャーや表情などで確認しながら決定しています。 ・利用者の権利については、定期的に研修会を開催したり、振り返りシートを毎月実施することで、共通理解を図るようにしています。 	
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。	Ⓐ ・—・c
評価概要	
<ul style="list-style-type: none"> ・法人虐待防止委員会、虐待防止協議会、ほほえみ虐待防止委員会を設置し、毎月目標を設定して、事業所内に掲示し、毎月振り返りシートによる分析を行って、虐待防止に取り組んでいます。また、法人外のアドバイザーによるスーパーバイズも行われています。 ・職員間のケアに対する価値観のズレが発生した場合は、サービス管理責任者や児童発達支援管理責任者が、スーパーバイズにより対話を重ねながら解決に努めています。 ・早期発見の工夫としては、振り返りシートを活用します。不適切なケアが疑われる段階で、早めに上司に伝え、語り合う機会を作っています。 	

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・ ⓑ ・c
評価概要	

<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が自立生活を行うために「見守り」や「待つ」支援を行っています。スーパーバイザーから提案された「見守りのフレーム」を活用し、見守りのポイントを具体的に確認し合っています。 ・過度の支援にならないように、利用者や児童が自分自身で気づけるような声かけを心がけています。すべての生活場면을学びの場として捉え、気持ちの言語化を手伝う姿勢で支援しています。 ・放課後等デイサービスにおいては、将来の進路相談に対しても、一緒に考えるよう支援しています。障害特性に配慮し、「助けて」が言えるようになるための支援や電子レンジの練習など、保護者の意向もふまえて支援しています。 ・児童発達支援事業所では、いろいろな場面で「できた」を一緒に喜ぶことで、自己肯定感を育めるような支援を行っています。うまくできない場合でも、失敗の体験を通じて学びの機会としています。 		
A 4	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
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・非言語的なコミュニケーションであるジェスチャーやサインを活用しながら、意思確認に努めています。 ・自作の遊び道具を制作したり、タイムタイマーを活用するなど、障害特性に配慮した工夫があります。 ・利用者の不安が大きくなったときのために「落ち着き部屋」があります。視覚的刺激を遮断し、空間の構造化を図ることで、エンパワメントによる回復支援に取り組んでいます。 		
A 5	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
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談支援専門員が3名配置されており、児童サービス、訪問サービス、入所系サービスなど、それぞれの専門性を活かしながら、多様なケースに対応できる体制を作っています。 ・買い物活動や誕生日メニューについては、コンビニやスーパーを選び、おやつを買いに行っています。(みんなの会。月1回月末) ・事業所玄関の風除室に壁面制作をしており、毎月どんな壁面にするかをみんなで話し合っていて決めています。 ・児童発達支援においては、保育園行事の事前練習をかねたイベントを開催するなど、児童や家族の希望に応じた支援も行っています。 		
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>評価概要</p>		

<ul style="list-style-type: none"> ・児童発達支援については、年齢、発達に応じたクラス分けをしています。 ・放課後等デイサービスについては、小学1年生から高校生まで在籍しており、24名中8名ずつの担当制としています。また土曜日は、個別活動か自由活動の選択できるプログラムを設けています。 ・生活介護においては、クッキングやおやつの購入、昼食テイクアウトなど、日中活動を楽しむための工夫があります。 ・支援評価（モニタリング）については、支援目標に対して、担当から聞き取ったりサービス管理責任者がシートを作成しています。その際は評価だけではなく、課題も伝えるようにしています。 		
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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・生活介護においては、1階を主に肢体不自由の方が10名程度、2階を主に知的障害の方が10名程度利用されており、障害特性に配慮された生活環境を作っています。 ・行動障害や不適応行動のケースについては、まずは背景や理由を考え、他の適切な行動を伝えたり、一緒に考えています。特に情緒面のサポートについて、利用者寄り添いながら丁寧に支援しています。 ・児童発達支援や放課後等デイサービスにおいては、子ども同士の相性も考慮しながら、あえて対話の機会をもつこともあります。子どもたちの成功体験をフィードバックし、解決の方法と一緒に探りながら、子どもたちの成長を促すような支援をしています。 		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・食事は業者委託（シダックス）されており、各部署にノートを置き、随時、嗜好調査、評価を行いながら、適切に提供されています。 ・給食会議には、課長、各部署の担当、事務長と業者が参加し、3か月ごとに実施しています。 ・ほとんど残食が出ないため、残食調査等はありません。 ・入浴支援については、特殊浴槽やシェア浴槽、リフトの導入など、身体的な障害特性に配慮して実施されています。 ・排泄支援については、活動フロアに近くに、清潔なトイレがあります。児童発達支援においては、児童用の専用トイレがあるなど、発達に応じた適切な環境が整備されています。また、排泄が失敗した際のシャワールームも完備されています。 ・移動や移乗支援については、リフトを活用したり、ベッド増やすことで職員の腰痛対策にも努めています。 		
A-2-(3) 生活環境		

A ⁹	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・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・事業所全体に木材が多く使用されており、木の温もりや落ち着いた雰囲気があります。 ・毎日の掃除やオゾン発生器等により、異臭が発生しないよう努めています。 ・蓄熱暖房を導入し、子どもたちの足元が安全で温かいように工夫されています。 ・以前は活動エリアにホワイトボードを置いていましたが、けがや事故対策の観点から現在は使用する都度、活用するようにしています。 ・排泄に時間を要する利用者の熱中症対策として、扇風機を整備しています。 ・利用者の意向や家族からの意向を取り入れて改善した事例として、親子療育や事業所見学、体験会の実施などがあります。 ・安全対策としてセコムを導入、安心安全カメラ、2階窓のロック（転落防止）、2階テラスの柵（転落事故防止）などがあります。 		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A ¹⁰	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・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・保護者からの要望をふまえ、外部の作業療法士や言語聴覚士等による療育プログラムの指導を受けています。(年8回) ・利用者の自主的な機能訓練として、制作活動や短下肢装具による歩行訓練があります。 ・運動会、クッキング、散歩、砂場遊び、ドライブなど、週単位の活動プログラムがあり、活動を通じて、手指や感覚、運動機能の向上に取り組んでいます。 		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A ¹¹	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・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用時の体調不良については、保育園や学校から聞き取りを行ったうえで、お迎えの際に検温し、健康状態の把握に努めています。 ・放課後等デイサービスでは、体調不良以外であっても、学校での様子などについて対話を中心として情報共有を図っています。 ・看護師が内部講師となって、てんかんや脳性麻痺の理解、感染症蔓延の対策（予防着の着脱など）などを研修しています。 		
A ¹²	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・服薬の管理については、4名の看護師により安全に管理されています。 ・服薬時は、看護師と支援員の二重チェックを行い、落薬や服薬忘れが発生しないように、 		

<p>対策を講じています。イベントや外出の際は、支援員が管理してその都度看護師に服薬状況の連絡をしています。</p> <ul style="list-style-type: none"> 定期薬以外の臨時薬が出た場合は、看護師から職員に情報共有し、漏れがないように伝達する仕組みがあります。 		
<p>A-2-(6) 社会参加、学習支援</p>		
A13	<p>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。</p>	a・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 就労を希望する利用者に対しては、アセスメントを行ったうえで、就労支援事業所を紹介したり、実際に見学に行くなど、社会参加の実績があります。 生活介護では午前中に事業所近辺を散歩したり、公園に行くなど、積極的な外出を行っています。放課後等デイサービスでは、夏休みなどに天文館へ外出し、カラオケに行ったりします。 生活介護の利用者が講師として養護学校に出向き、卒業後の生活を事例報告したり、事業所の雰囲気についてPRするなど、出前授業にも取り組んでいます。 市電に乗ってショッピングに行ったり、フェリーで寄り道クルーズをしたり、かるかん工場で工場見学をするなど、積極的に社会参加の機会を設けています。 ガイドヘルパーやボランティアなど、地域の社会資源の活用や交流する機会が増えることが期待されます。 		
<p>A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援</p>		
A14	<p>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。</p>	a・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 児童発達支援、放課後等デイサービスは、いずれも個別の移行支援会議に参加したり、次のサービスへの引継ぎなど、個別かつ具体的に支援しています。 保育園や学校、保護者と連携を図り、成長段階に応じた適切な支援に取り組んでいます。 生活介護の中に生産活動の機会はありませんが、一般企業の在宅ワークができるスペースを設けており、地域で自立した暮らしができる環境の構築にも取り組んでいます。 		
<p>A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援</p>		
A15	<p>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。</p>	a・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 児童発達支援では、年3回、水族館見学や、ミカン狩りなど、親子参加の行事を開催して交流を図っています。 放課後等デイサービスでは、年1～2回、家族との交流会を開催しています。 生活介護では、年1回、次年度の事業計画を作成する際の意見交換の場として、家族会を計画しています。 		

<ul style="list-style-type: none"> ・安心安全メールとして、感染症情報やイベントの告知など、ほほえみ連絡メールを活用しています。 ・家族に対して定期的な満足度調査を実施するなど、家族等との信頼関係づくりのための取組みが期待されます。 ・家族支援に対する取組みとして、ペアレントトレーニングを実施しています。

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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・児童発達支援においては、午前中は3歳以下の未就学児、午後は4～5歳の年長児にクラス分けしています。午前中は、基本的な生活習慣の確立や遊びと活動を通じて発達を促す支援を行っています。午後は、就学を見据えて、認知理解や社会性、協調性などSSTにより、他者理解や自己肯定感を高める支援を行っています。 ・子どもの発達段階は個人差も大きいため、家族の気持ちに寄り添いながら、個々の発達に応じて、個別活動と集団活動を組み合わせながら、適切な支援を行っています。 ・子どものできることに着目し、ストレングスの視点を大切にしながら、関係機関と連携を図りながら、丁寧な支援を行っています。 		

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。	評価外
評価概要		
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。	評価外
評価概要		
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。	評価外
評価概要		