

福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

一般社団法人 沖縄県社会福祉士会

訪問調査日：令和5年3月28～29日

②施設・事業所情報

名称： 鵠生の叢	種別：知的障害者支援施設	
代表者名：理事長 豊村 良春 施設長 豊村 豊英	定員（利用人数）： 50（53）名	
所在地： 沖縄県南城市大里字大城1388番地		
TEL： 098-946-7177	ホームページ	https://www.svahuku-niraikanai.com
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 昭和63年8月1日（1988年）		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 ニライカナイ		
職員数	常勤職員： 39 名	非常勤職員： 3 名
専門職員	社会福祉士： 4 名	看護師： 3 名
	介護福祉士： 16 名	管理栄養士： 2 名
	理学療法士： 1 名	
施設・設備の概要	居室（15室）・食堂・厨房・多目的ホール・浴室・トイレ・中庭・作業棟・医務室・支援員室・会議室・事務所・防犯カメラ・AED・空調設備	

③理念・基本方針

理 念

障害があっても一人の人間としてその人なりに幸せな人生があるべし

基本方針

- 利用者の権利や自己決定の尊重とサービスの質の向上への継続的取り組み
- 有用な人材の確保と育成・定着の強化と働き甲斐のある明るい職場づくり
- 事業の透明性と生産性向上に向けた事業・組織体制の見直しと安定した財政基盤の確立
- 社会・地域福祉の充実・発展と公益的取り組みの推進
- 新型コロナウイルス感染症への予防等の対応

④施設・事業所の特徴的な取組

鶴生の叢は、昭和63年8月南城市で開所した。平成30年5月、近隣に南城市役所が移設して周辺地域の開発が進んできている。法人は障がい者入所施設を中心に就労関係事業所、児童発達支援センター等多岐にわたる事業を展開しており、「障害があっても一人の人間としてその人なりに幸せな人生があるべし」という理念の下に中・長期計画を策定。計画的に事業の拡大・施設整備に取り組んでいる。現在はコロナ禍のため休止しているが、平成18年より福祉オンブズマンを導入。利用者の要望や意見、発語のない最重度利用者の想いなどの把握に努め、生活の質(QOL)の向上を図ってきた。また、平成31年には沖縄県から「職員が働きがいを感じスキルアップとキャリア育成に優れた人材育成企業」として認証され、現在も認証を更新している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年10月26日（契約日）～
	令和5年6月9日（評価結果確定日）
受審回数 (前回の受審時期)	2回目 (平成31年度に受審)

⑥総評

◇ 特に評価の高い点

1) 職員が働きやすいような工夫がされている。

施設では、利用者の重度化、高齢化への対応として職員を加配しシフト勤務の夜勤者を3名から4名に増員した。また、利用者の現状に合わせて勤務体制を見直し出勤時間を30分早くするなどの対応をしている。職員の努力により得られる資格手当を充実させ職員に資格取得を奨励している。1～10キロメートル以内の徒歩や自転車通勤の職員に対しても通勤手当を支給し、特別休暇として誕生日休暇を設けている。その他業務の効率化のためにICT業務支援ソフトの導入を検討しており、職員が働きやすいように工夫している。

2) 意思決定支援の取り組みが丁寧になされている。

外出支援の際には、外出先の希望、乗り合わせる車種の希望、利用者・職員も含めた同伴者の希望を確認するなど利用者の意思決定支援に丁寧に取り組んでいる。また外食時のメニューを写真で選択させたり、好むテレビ番組を録画していつでも観たい時に観ることができるようにするなど、一人ひとりの利用者が望んでいること、やりたいことを尊重する支援に取り組むことにより、生活の充実や喜びに繋げている。

3) コロナ禍においても可能な限り行事に取り組み、利用者の生活を停滞させないような工夫をしている。

コロナ禍においてドライブや地域交流が困難になる中、大型スクリーンでの映画鑑賞・街のコーヒーショップのような場を設けてのコーヒータイム、職員が持ち寄りリサイクル品を並べてのフリーマーケット・段ボール箱を並べて作った迷路ゲームなど施設内でのプチイベントに、積極的に取り組んでいる。コロナ禍以前よりも施設内でのイベントが増えており、利用者の生活を停滞させないような工夫を進めている。職員がアイデアを出し合っ、利用者と共に楽しみながら、質の向上を目指して実践していくことで利用者のエンパワメントにも繋げている。

◇ 改善を求められる点

1) 評価結果の文書化と改善計画を策定することが望まれる。

職員は、年1回階層別に作成された「期待される職員像」に基づいて自己評価を行い、管理者と面談している。第三者評価を3年に1回受審する計画があり、職員全体で自己評価にも取り組んでいる。評価結果については職員に周知し、マニュアルの追加整備や新人職員でも利用者一人ひとりの特性が理解できるようにプロフィール票を整備している。今後、評価結果から明らかになった課題等について文書化し改善に向けて計画的に取り組むことが期待される。

2) 苦情・相談の状況について公表することが望まれる。

苦情解決体制が整備されており、意見箱が玄関近くに設置されている。文字を書ける利用者が少ないこともあり実際に投函された事例はなく、利用者の意見・要望はオンブズマンや日々の関わり・コミュニケーションの中で拾いあげ、対応がなされている。

今後は、その仕組みを説明したポスターを掲示し、苦情記入カードを配布したり保護者・利用者にアンケートを実施するなど利用者や保護者が苦情や要望を述べやすい環境を整備することが望まれる。また、苦情がないことを広報誌やホームページ等で公表することが望まれる。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

2回目の受審にあたり、評価項目に職員一人ひとりが向き合うことができたことが、まず大きな成果と感じています。法人の目指す方向性（理念・経営目的・経営方針など）を改めて周知する機会にもなりました。今回もたくさんの課題が浮き彫りになりました。虐待の項目がC評価で、利用者様を守るためのプロ意識の欠如と考えています。具体的な改善に向けて、今からできることを、また、頂いたアドバイスを全職員で取り組み、当事業所のサービスの質の向上に取り組んで参ります。

⑧ 第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

共通

評価項目		評価結果
I 福祉サービスの基本方針と組織		
I-1 理念・基本方針		
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a
判断基準	a 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。	
	b 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。	
	c 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が明文化や職員への周知がされていない。	
評価機関	理念や基本方針は、パンフレットやホームページで公開されており、広報誌にも毎回掲載されている。職員に対しては、入職時に新人職員研修会で開所当初の頃の社会情勢を踏まえて説明し理解を深めるよう工夫している。また、朝の申し送り時に唱和しており、月1回開催される職務会の資料にも添付されている。保護者に対しては、パンフレットや広報誌を送付して周知を図っている。利用者には、週1回の朝礼でわかりやすい言葉で説明して伝えるように努めている。	
I-2 経営状況の把握		
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	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
判断基準	a 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 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。	
	c 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。	
評価機関	社会福祉事業全体の動向について、施設長は経営者協議会や知的障害者福祉協会等が運営する施設長会議・研修会などに参加して情報を把握し分析している。サービスのコストや利用者の推移等は、顧問税理士等の助言を受けながら分析している。 地域の情報については管理者が市の街づくり協議会や虐待予防委員会等に参加しているが、明確な情報は十分に把握・分析できていないという認識があり今後の取り組みが期待される。	
3	経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
判断基準	a 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	
	b 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。	
	c 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく取組が行われていない。	
評価機関	経営課題として、今年度は利用者の高齢化・重度化に伴うハード面の整備や人材確保と育成、ICT業務支援ソフトの効果的な活用等コロナ禍でもできる業務改善に取り組んでいる。毎月の職務会で法人各事業所の運営状況や課題が職員に周知され共有されている。また、経営状況や改善すべき課題について施設長が法人の役員会で報告し共有されている。	

評価項目		評価結果
I-3 事業計画の策定		
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	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
判断基準	a	経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。
	b	経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していなく、十分ではない。
	c	経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。
評価機関	中・長期計画は理事長が作成し、役員会で共有。職員にも周知され必要に応じて見直しされている。事業計画の冒頭部分に当該年度の目標・方針と令和4年度から令和9年度までを2年ごとに区切った中・長期の事業計画の概要が記載されており、5年後の入所施設移転計画についても取り組みを開始している。また、令和4年から10年までの中・長期の収入・支出・利用者数・職員数・事業計画を一覧表で示し、事業拡大に向けて計画を進めている。	
5	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
判断基準	a	単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。
	b	単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。
	c	単年度の計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。
評価機関	単年度の事業計画には、利用者の高齢化・重度化に配慮した施設整備や、人員配置を考慮した計画が策定されている。中・長期計画の内容から具体的に、駐車場の整備や新型コロナウイルス感染症対策、第三者評価の受審、人材育成等が示されており実行可能な内容となっている。また、予算書にも反映されており、実施状況の評価を行える内容となっている。	
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	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
判断基準	a	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。
	b	事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、または、職員の理解が十分ではない。
	c	事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。
評価機関	事業計画は、年度末に管理者が骨格を立案して主任等を含む管理職でまとめ、職員に周知して意見を聴取している。前年度の事業を振り返り、具体的に新型コロナウイルス感染症への対応、高齢化、重度化に配慮した人員配置、勤務体制の見直し等が計画されている。また、今年度は、行事や整備してほしい設備・備品等について、職員に意見や要望を書き出してもらい、職務会でグループワークを行い事業計画をまとめた。職員が自主的に活動し、コロナ禍でもみんなで「楽しめる行事(花火大会やスペシャルケアweek、文化祭等)」に取り組んでおり、行事後に振り返りを行い次へ繋がるよう工夫している。	

評価項目		評価結果
7	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a
判断基準	a	事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。
	b	事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。
	c	事業計画を利用者等に周知していない。
評価機関	事業計画の内容は、年2回発行している広報誌で、年度初めに理事長挨拶の中で法人の事業計画の概要を説明し、夏号では事業実績や決算書の概要を掲載している。保護者にも計画書や広報誌を郵送し周知を図っている。コロナ禍においては、家族会が開催できず面会も制限されていたため、定期的に電話を入れ利用者の様子や施設で取り組んでいることを伝えるようにしている。利用者に対しては週1回の朝礼等で事業計画の主な内容や行事について説明している。	
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組		
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	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。	b
判断基準	a	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。
	b	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ているが、十分に機能していない。
	c	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ていない。
評価機関	職員は、年1回階層別に作成された「期待される職員像」に基づいて自己評価を行い、管理者と面談している。第三者評価を3年に1回受審する計画があり、職員全体で自己評価に取り組んでいる。前回の第三者評価結果については、職員に周知し課題を共有している。 今後は、評価結果について職員会議等で分析・検討し、PDCAサイクルに乗せて改善に取り組むことが期待される。	
9	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。	b
判断基準	a	評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。
	b	評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。
	c	評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。
評価機関	前回の第三者評価から明らかになった課題については、職員に周知され共有されている。評価結果を受けてマニュアルを追加整備し、新人職員も一人ひとりの利用者の特性を理解しやすいようにフェイスシート・プロフィールを追加整備するなどの改善を進めてきた。 評価結果については、文書化し改善計画を作成するには至っていないので、今後は担当部署を設置し計画的に取り組むことが望まれる。また、改善状況を確認するとともに必要に応じて見直すことが望まれる。	

評価項目		評価結果
Ⅱ 組織の運営管理		
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ		
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	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
判断基準	a	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。
	b	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。
	c	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。
評価機関	<p>施設長は、年度初めの職務会で自らの役割について職員に周知している。階層別に作成された「期待される職員像・具体的な役割行動」にも明記されており、毎回職務会で職員に配布している。</p> <p>施設長不在時の権限委任については、管理規程で副園長に委任するとされており、課長・センター長の役割の中に「施設長の補佐・代理として業務を担うことができる」とされているが、当事業所においては副園長・課長は不在のため実情に合わせて明記することが望まれる。また、広報誌での表明がなされていないため施設独自の園だより等を発行するなどの工夫も期待される。</p>	
11	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
判断基準	a	管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。
	b	管理者は、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が、十分ではない。
	c	管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。
評価機関	<p>施設長は、法令順守の観点で県内外の施設長会議や経営者協議会等の研修会に参加している。管理者も市の街づくり協議会や社会福祉機関・団体連絡会等に参加して多岐にわたる法令等の把握・理解に努めている。職員に周知する際には専門用語を多用せず、「～する」と行動レベルで表現するように努め、就業規則・行動規範と合わせて説明している。今年度は主に虐待防止やコロナウイルス感染症予防についての周知を行った。</p>	
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	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
判断基準	a	管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。
	b	管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。
	c	管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。
評価機関	<p>施設長は、毎月の職務会で法人や事業所の事業実績を報告し「法人の現状」「経営課題」「打つべき手」「職員に伝えたい情報」等を分析して伝えている。管理者は、年1回の定期的な個別面談の他に、職員からの悩み事や出勤時の表情・しぐさなどから気になる職員に声をかけ、適宜面談しアドバイスしている。暗い表情のまま利用者向き合っほしくないとの思いがある。職員との面談の機会を多く作り、職員の意見や要望を抽出し、利用者支援の質の向上に取り組んでいる。職員の教育・研修の機会を充実させるように職員配置に配慮し、把握された課題について内部研修を行い、グループワークで職員の理解を深めている。</p>	

評価項目		評価結果
13	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
判断基準	a	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。
	b	管理者は、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が、十分ではない。
	c	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。
評価機関	施設長は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、税理士や社会保険労務士を交えて人事、労務、財務等の分析を行っている。コロナ禍ではあるが、短期入所の受け入れ体制を工夫し稼働率増につなげている。また、利用者の高齢化・重度化への対応として職員を加配しシフト勤務の夜勤者も3名から4名に増員した。ヒヤリハットの報告から起床後転倒するリスクが高い利用者対応のために勤務体制を見直し、男子職員の早番の出勤時間を30分早くするなど現状に合わせる工夫をしている。その他業務の省力化に向けてICT業務支援ソフトの導入を検討している。	
II-2 福祉人材の確保・育成		
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	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
判断基準	a	組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。
	b	組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。
	c	組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。
評価機関	必要な福祉人材を確保するための取り組みとして、採用活動担当者を配置しハローワークや求人情報誌、SNSツールを活用した求人活動を展開している。今年度は法人全体で50名の新職員を採用することができた。職員の自己啓発や業務へのモチベーションを高めるために資格手当を充実させ、職員の資格取得を後押ししている。介護福祉士の受験資格がある職員に対して園内で養成指導の有資格職員が講師となって講座を開催し、今年度は7名全員が合格することができた。	
15	総合的な人事管理が行われている。	b
判断基準	a	総合的な人事管理を実施している。
	b	総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。
	c	総合的な人事管理を実施していない。
評価機関	法人の理念・基本方針にもとづき「期待される職員像」が策定されており、階層ごとに役割が明示されている。人事基準については、人事考課規程が策定されており、昇進・昇格の基準等が定められ、業務の成果や取り組む姿勢等が評価できるような仕組みになっているが、現在はより総合的で実用的な制度の策定に取り組んでいる。「福祉マインド」や「マネジメント・熱意」「人間力」等を視覚化したマップを社会保険労務士とともに作成しながら進めており、新しい制度の構築・活用が期待される。	

評価項目		評価結果
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	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
判断基準	a 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。	
	b 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。	
	c 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	
評価機関	人材育成に優れた企業を県が認証する「沖縄県人材育成企業認証」を平成31年に取得し現在も更新している。管理者は職員の意向や就業状況を把握しており、心身の健康と安全の確保に努め、出勤時に表情の暗い職員に声をかけて面談し、元気に勤務できるよう指導している。随時職員の相談にのり勤務調整するなどワーク・ライフ・バランスに配慮した取り組みを行っている。給与諸手当が充実しており、住宅手当、扶養手当を廃止して職員の努力により得られる資格手当を充実させている。また、1～10キロメートル以内の徒歩や自転車通勤職員に対しても通勤手当を支給し働きやすい職場になるよう工夫している。	
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b
判断基準	a 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。	
	b 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。	
	c 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。	
評価機関	管理者は、年1回階層別の「期待される職員像」「行動指針(クレド)」をもとに作成された自己評価のチェックシートを活用して職員の個別面談を実施している。人事考課規程に基づく目標管理シートが作成されているが、面談の中で職員の抵抗感が感じられ、現在は活用していない。 今後は、チェックシートをもとに職員の目標と一緒に設定し、中間面接で進捗状況を確認するなどの取り組みが期待される。	
18	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。	b
判断基準	a 組織として職員の教育・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。	
	b 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。	
	c 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。	
評価機関	法人の研修体制・委員会運営要領が策定されており、基本方針として「職員の専門性の向上と業務の必要性に対応した研修を実施すること」が記載されている。要領にもとづき外部研修計画が策定され積極的に職員を研修に参加させている。 毎月、職務会でグループワークなど園内研修を実施しているが研修計画が策定されていないので、今後は、園内研修についても計画を作成し、定期的に計画の評価と見直しを実施することが望まれる。	

評価項目		評価結果
19	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a
判断基準	a	職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。
	b	職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。
	c	職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。
評価機関	<p>管理者は、職員一人ひとりの知識や専門資格の取得状況を把握し、職員の習熟度等に適した研修に派遣している。新任職員には全体的に管理者が主な業務の流れや心得を指導し、若手職員が1か月間ほど一緒に業務をしながら現場指導している。また、半年後にフォローアップ研修を開催し法人内の同期職員との意見交換や勉強会を実施している。外部研修に関しては職員個別に研修の受講状況を把握しており、研修計画の評価と見直しを行っている。近年強度行動障害のある利用者が増加していることから、支援者全員に強度行動障害の研修を受講させている。主な研修については園内研修で伝達研修の機会を増やし、職員の理解を深めることが期待される。</p>	
II-2-(4) 実習生等の教育に関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
判断基準	a	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。
	b	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備してはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。
	c	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備しておらず、教育・研修が行われていない。
評価機関	<p>実習受け入れマニュアルが整備されており、事前学習で実習生にも配布し周知している。実習担当者は副主任となっている。今年度は10名(保育士5名、介護福祉士4名、社会福祉士1名)を受け入れている。実習に入る前に「障害を持っている方のイメージ」や「実習で学びたいこと」「不安なことや気になること」を書面で確認し、終了後に再度障害者に対するイメージを尋ねて意識の変化を確認している。今後は、マニュアルに実習にかかわる基本姿勢を明示し、さらに実用的で詳細なマニュアルとなるよう追加整備することが望まれる。</p>	
II-3 運営の透明性の確保		
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	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
判断基準	a	福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。
	b	福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。
	c	福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。
評価機関	<p>理念や基本方針、提供するサービスの内容や決算状況等がホームページで公開され、第三者評価の結果についても公開されている。また、法人の広報誌「鶴生だより」で事業計画や実績、決算書を公表している。パンフレットや広報誌は、市役所や市の社会福祉協議会・公民館等に置いてもらい地域に向けて情報を発信している。 苦情・相談の仕組みや苦情解決の改善・対応状況については公表されていないので、今後公表のあり方等について検討することが望まれる。</p>	

評価項目		評価結果
22	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
判断基準	a	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	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が、十分ではない。
	c	公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。
評価機関	事業所における事務・経理・取引等に関するルールや職務分掌等が経理規程により定められ、年1回監事による監査を実施している。毎月顧問税理士による会計指導を受け、理事長に報告。経営改善に取り組んでいる。職務会で法人内各拠点の月々の事業実績を報告し、職員に周知している。中・長期計画にもとづいて、真摯に事業の改善・拡大に取り組んでいる。	
II-4 地域との交流、地域貢献		
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	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
判断基準	a	利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。
	b	利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。
	c	利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。
評価機関	理念・基本方針の中で「社会・地域福祉の充実・発展と公益的取組の推進」を掲げ、管理者が市内福祉関係機関と協力し、街づくり協議会に役員として定期的に参加。地域のニーズを収集し、関係づくりに努めている。コロナ禍にあり地域交流の機会がなかなかもてない状況下であるが、感染予防対策をした上でファーストフードのドライブスルーやおやつ・日用品等の買物等で外出する機会をもち、地域とのふれあいの場を作るような工夫を行っている。コロナ感染状況の推移をみつつ、恒例行事のふれあい祭・地域交流グラウンドゴルフ大会や市内コンサート等、利用者への情報提供に取り組んでいる。	
24	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
判断基準	a	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。
	b	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。
	c	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。
評価機関	小学校の授業の一環として理学療法士が学校に出向き、車椅子使用の指導や四点歩行器の利用体験等を行っている。コロナ禍の中ではボランティア活用の機会がもてなかったが、感染状況収束後に向けて受入れに必要な研修・支援に取り組んでいる。 今後は、ボランティア受入れについて、登録手続き、配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備することが望まれる。	

評価項目		評価結果
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	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
判断基準	a	利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。
	b	利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。
	c	利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。
評価機関	管理者が市内福祉関係団体機関及び虐待ネットワーク会議に定期的に参加。情報収集を行い社会資源に関するリスト・資料を作成し、各関係機関・団体と連携をとっている。会議の内容については、全体職務会の中で伝達し情報を共有。緊急一時保護施設として、夜間・休日の通報・相談への対応や一時保護の受入れを行い、地域の相談支援事業所との連携も行っている。また一時保護終了後のアフターケア、地域でのネットワーク化にも取り組んでいる。	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	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
判断基準	a	地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っている。
	b	地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っているが、十分ではない。
	c	地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っていない。
評価機関	市内福祉団体連絡会や障害者虐待ネットワーク事業に参加したり、他市町村と地域拠点事業について連携するなど、情報交換の場に積極的に参加している。また利用者のモニタリングの際に、家族や他事業所の相談員等から近隣地域のニーズ・情報が上がることがあり、参考にしている。施設内外での行事開催時に家族や住民から助言・アドバイスを貰うことも多く、福祉ニーズ・生活課題の把握に役立っている。	
27	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a
判断基準	a	把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。
	b	把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。
	c	把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を行っていない。
評価機関	管理者が市の街づくり協議会に参加して地域の活性化に関する提言を行い、独居高齢者や夫婦のみの高齢者宅の草刈作業など地域福祉への貢献に取り組んでいる。また近隣住民との交流・繋がりを大切に、利用者と一緒に公民館で昼食会を行うなどの取り組みを実施している。さらに地域管内のデイサービス利用者や家族に対して避難場所として呼びかけをするほか、近隣施設と防災対策についての話し合いをもち情報を共有。住民支援への取り組みを行っている。	

評価項目		評価結果
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		
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	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
判断基準	a	利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。
	b	利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。
	c	利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。
評価機関	基本方針の中に「利用者の権利や自己決定の尊重」が明記されており、倫理綱領が作成されている。「支援のための行動規範」の中で利用者尊重や基本的人権への配慮が示され、毎日の朝会で読み合わせし内容が共有されている。また、全体職務会と併せてロールプレイを用いた勉強会をもつなど、質の向上を目指した実践への取り組みを行っている。高齢化に伴う障がいの重度化という状況の変化を含め、半年に1回のモニタリング会議の中で状況の把握・評価を行い、サービス提供への対応を行っている。	
29	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
判断基準	a	利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、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	利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。
	c	利用者のプライバシー保護等に関する規程・マニュアル等を整備していない。
評価機関	「支援のための行動規範」の中に『利用者に対するプライバシーの侵害』の項目があり、毎日の朝会で内容共有と理解が図られている。入室の際の声かけや浴室・トイレへのカーテンの設置、居室内でのパーテーション活用など、生活環境の整備・設備等の工夫がされている。利用者の写真や作品展示の際は、本人や家族の了解を得るなど配慮されている。	
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。		
30	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a
判断基準	a	利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。
	b	利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。
	c	利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。
評価機関	公民館・役所等へのパンフレット設置をはじめ、ホームページへのInstagram・動画を含めた映像・イラストを用いた施設紹介の資料が掲載されており、サービス内容や活動状況が分かりやすく紹介されている。利用希望者には行事や活動内容を含めた施設の特徴を説明し、一日利用・体験入所希望の受入れを行い、入所への不安を解消してスムーズに移行できるように工夫している。	

評価項目		評価結果
31	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
判断基準	a	福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。
	b	福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分でない。
	c	福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っていない。
評価機関	個別支援計画に基づいた福祉サービスが実施され、サービス開始・変更時には写真・図・イラストの入った分かりやすいパンフレットを用いて本人・家族に説明し、重要事項説明書で同意書を残している。意思決定が困難な利用者に対しては、代替コミュニケーション手段や表情・行動等から意思や希望の把握に努めるなど工夫している。	
32	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。	b
判断基準	a	福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ている。
	b	福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ているが、十分ではない。
	c	福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ていない。
評価機関	施設から地域移行する際には、利用者の特性を記載した情報提供書(フェイスシート、個人プロフィール、看護サマリー等々)を準備し、相談支援事業所と連携して移行がスムーズにいくよう配慮している。サービス利用終了の際は担当者が窓口となり、計画相談員と協力して家族・利用者が不安なく生活が継続できるよう努めている。 サービス終了後も、困った時には相談可能であることを説明し相談方法などを伝えているが、口頭での説明に留まっているので、連絡先・担当者等を記載した説明文書を作成して渡すなどの工夫が望まれる。	
Ⅲ-1-(3) 利用者の満足の向上に努めている。		
33	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。	b
判断基準	a	利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。
	b	利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。
	c	利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。
評価機関	利用者満足の把握については、嗜好品の調査を行ったり、担当職員による利用者との関わりや個別の相談等で本人の思いを確認し、個別支援計画におけるニーズに対応できているかモニタリング会議で検討、改善している。現在はコロナ禍のため休止しているが、オンブズマンが定期的に施設を訪問し、利用者に対してマンツーマンで接することにより、発語のない最重度利用者の想いの発露や施設内のプライバシー保護などの気づきが得られ、生活の質(QOL)の向上に寄与している。 家族会については、保護者の高齢化により休止状態のため個別に連絡をとり要望等を確認している。今後は、保護者の意向について、定期的にアンケートを取る等の取り組みも望まれる。	

評価項目		評価結果
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	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	C
判断基準	a	苦情解決の仕組みが確立され、利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。
	b	苦情解決の仕組みが確立され、利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。
	c	苦情解決の仕組みが確立していない。
評価機関	意見箱が玄関近くに設置され、意見・要望に対応する仕組みを整えている。文字を書ける利用者が少ないこともあり、実際に投函された事例はなく、利用者の意見・要望は日々の関わりやコミュニケーションの中で拾いあげ、対応している。 苦情解決体制の整備はあるが、その仕組みを説明したポスター等の掲示がなく、苦情記入カードの配布やアンケート実施への取り組みが望まれる。ここ数年、家族・利用者等からの苦情がないことから内容の記録がないが、そうした現状の公表を広報誌やホームページ上で行うよう期待したい。	
35	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
判断基準	a	利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。
	b	利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。
	c	利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。
評価機関	利用者個々に作成されたイラスト入りカレンダーを利用して、担当者が分かりやすく日程の説明をしたり、意見や要望を聴きながらカレンダーに書き込みをするなどの取り組みをしている。様々なジャンルの写真や絵を用いて意見・要望の引き出し方を工夫し、相談しやすい職員を自由に選んで良いことも伝えている。より選択しやすくする為に職員の写真を作成することも検討している。相談場所として医務室や支援員室・居室など、個々のケースに応じて相談しやすい雰囲気やスペースの利用に配慮しながら対応を実施している。	
36	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。	b
判断基準	a	利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。
	b	利用者からの相談や意見を把握しているが、対応が十分ではない。
	c	利用者からの相談や意見の把握、対応していない。
評価機関	利用者からの相談や意見を把握できるように意見箱を設置するほか、日々の関わりの中で個々に要望や意見を聴き、サービスに反映させるようにしている。文字を書ける利用者が少ないので、絵や写真を用いて情報提供を行い、表情・行動等から気持ちを読み取り、意思や希望を把握できるよう工夫している。個別支援計画のモニタリングをもとに、利用者の意見を職員間で共有し、サービスの質の向上に努めている。相談や意見については、内容によって日誌に記録されているが、マニュアルとして策定されていないので、今後記録の方法や報告の手順、対応策の検討等についてマニュアルを整備する取り組みに期待したい。	

評価項目		評価結果
37	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
判断基準	a	リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。
	b	リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。
	c	リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。
評価機関	事故発生時のフローチャートで保護者への報告、行政への連絡体制が示されている。ヒヤリハット・事故報告書が作成され、支援課会議・職務会で情報共有を行い、要因分析や改善策・再発防止策が検討され実施されている。ケガや転倒事故等の確認・再発予防のために施設内数カ所にカメラを設置し、外部からの侵入者防止策としても玄関周辺に防犯カメラを設置。定期的に設備・機器類のメンテナンスも実施している。リスクマネジメントに関する研修会への参加があり、安全管理体制が整備されている。	
38	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。	b
判断基準	a	感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急を要する利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。
	b	感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。
	c	感染症の予防策が講じられていない。
評価機関	看護師2名を中心とした管理体制が整備され、感染症マニュアルによりインフルエンザや食中毒等の予防並びに感染時の対策が策定されている。支援課会議の中で対応方法等が協議・検討され、勉強会も行われている。昨年はコロナウイルス感染症のクラスターが発生したが、大半が軽症で済み比較的短期間で収束することができた。感染者隔離の為にプレハブ設置、ソリューションウオーター・感染防止スクリーンの設置のほか、職員全員が携帯用アルコールを常備し、マスク・フェイスシールドを着用するなど予防策がとられている。感染経路や感染者に関する利用者・家族への情報提供に関しては、プライバシーに配慮したうえで病院受診後の報告をするなど、感染を広げない対策に取り組んでいる。 マニュアルの見直しについては、看護師が主になり他職種と情報交換を行いつつ取り組んでいるが、検討会議の開催・会議録の作成が不十分であり、今後の取り組みが期待される。	
39	災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a
判断基準	a	地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。
	b	地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。
	c	地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。
評価機関	防火管理規程にて防火対策委員会、自営消防組織、火元責任者の明示があり、災害時の人員体制・指揮系統や避難開示時期・判断基準が定められている。総合防火訓練が年2回実施され、併せて定期的に多目的ホールに全利用者が避難する訓練が取り入れられており、訓練後に反省点など話し合い記録されている。家族との連絡・引継ぎがスムーズにできるよう、利用者個々の避難方法・点呼表が作成され、隣接施設とも連携して安否確認ができるようにしている。また、非常用資機材(日用品・衣料品食事関連等々の)の備蓄リスト及び防災設備自主点検表が作成・整備されている。	

評価項目		評価結果
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保		
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	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。	b
判断基準	a	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、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。
	b	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ているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。
	c	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ていない。
評価機関	福祉サービスの標準化に関しては基本的な支援方法として認識されており、各種マニュアルの他『支援のための行動規範』として詳細に整理され、毎日の朝会で読み合わせを行い、全職員での共有・理解が図られている。行動規範には利用者尊重、プライバシー保護や権利擁護に関わる姿勢が明示され、個別支援計画の中にも活かされており、個々のニーズに対応できるようにしている。新人フォローアップ研修でも同様な取り組みを行い、サービスの質の向上が図られている。 今後は、標準的な実施方法に基づいた支援の実施を確認する仕組みの構築に期待したい。	
41	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。	b
判断基準	a	標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。
	b	標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。
	c	標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。
評価機関	標準的な実施方法の検証・見直しについては、支援課会議の中で検討がなされ適宜見直しされている。個別支援計画は、計画作成の手順に沿って関連職種参加による協議のもと作成され、標準的な実施方法の見直しにあたっては、職員や利用者・家族からの意見や提案の内容が反映されるようにしている。標準的な実施方法の検証・見直しの時期や方法に関する定めがないので、今後組織として定めることが望まれる。また、検討した文書には検討過程がわかるように日付けを入れることが期待される。	
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	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。	b
判断基準	a	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。
	b	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。
	c	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）を策定するための体制が確立していない。
評価機関	個別支援計画策定の責任者としてサービス管理責任者を設置している。利用者ニーズの把握についてはアセスメント票とフェイスシートを併用し、計画作成に当たっては担当職員や看護師、栄養士、理学療法士などの専門職の視点も交えて検討している。個別支援計画書に具体的なニーズが示されており、サービス提供後の確認については年2回のモニタリング会議にて行う。支援困難ケースについても個別支援計画の妥当性を含め、モニタリング会議、ケース検討会議等にて適切な福祉サービス提供について検討している。 利用者ニーズに即した支援を展開するにはアセスメントがより重要になるので、利用者の真のニーズ(思い)を引き出し、生活の充実に繋げるためにも、アセスメントシートの内容を更に充実させることを期待したい。	

評価項目		評価結果
43	定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	b
判断基準	a	個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。
	b	個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。
	c	個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。
評価機関	<p>個別支援計画の見直しはサービス管理責任者を中心に年2回モニタリング会議にて行い、本人及び家族に個別支援計画の内容を伝え、同意を得ている。また、緊急に支援計画の変更が必要な場合は緊急ミーティングを開催し、ニーズに沿ったサービスを検討している。コロナ禍のため、家族への個別支援計画の内容説明や同意については対面での説明ができず、書類を郵送し、電話による説明にて同意を得ている。</p> <p>見直しによって変更した個別支援計画の内容について全職員に周知できるよう日々の申し送りや職務会を通して伝えているが、手順が明確に定められていないので今後作成することが望まれる。</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。		
44	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
判断基準	a	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。
	b	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。
	c	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）の実施状況が記録されていない。
評価機関	<p>利用者個々のフェイスシート・プロフィールが作成され、身体状況・生活状況が把握・記録されている。その内容が個別支援計画にも活かされ、それに沿った福祉サービスが実施されている。個別支援計画作成の手順・マニュアルが作成され、個別の指導も行われている。また、個別支援記録、日中・夜間日誌で日々の利用者状況が共有され、専門職会議(看護師、栄養士、理学療法士、生活支援員)においても部門横断での情報共有化への取り組みがある。パソコン上での情報共有、SNSツールによる情報交換も併用して行うほかタブレット使用も検討中で、ネットワークシステムの整備に取り組んでいる。</p>	
45	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
判断基準	a	利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。
	b	利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。
	c	利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。
評価機関	<p>個人情報に関する事項が運営規程の中で定められ、服務心得の中にも「個人情報を適正に取り扱い、紛失、漏えい、改ざん等を防止する」旨の記載がある。毎朝の行動規範の読み合わせにより内容を共有し、全体職務会においても職員への発信を行い、個人情報保護規程の理解と遵守を促している。「利用者の記録及び情報の管理・開示について」の内容が重要事項説明書に明記され、「個人情報利用等について」も利用者・家族への説明がされ、同意書を残している。</p>	

評価項目		評価機関
A-1 利用者の尊重と権利擁護		
A-1-(1) 自己決定の尊重		
46	A①	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。 b
	判断基準	<p>a 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。</p> <p>b 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が、十分ではない。</p> <p>c 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ない。</p>
	評価機関	<p>日中活動において多様なプログラムを用意し、利用者の希望や特性に応じて選択することができるようにしている。月1回の外出支援においては、希望に応じて美容室を利用し髪染めをしたり、好きな品物の購入や外食の楽しみを満喫し、生活の充実に寄与できるよう取り組んでいる。利用者への合理的配慮として、車いすの利用者に対して本人仕様を重視し、高齢利用者に対して畳部屋を床張りにしてベットを配置。起き上がりなどの動作がスムーズにできるようにしている。利用者の権利等については、施設内研修、個別支援会議等にて理解・共有する機会を持っている。</p> <p>利用者が定期的集まる場として毎週の利用者の朝会があるが、そこは週の予定をお知らせする場になっており、生活上のルール等について利用者同士が話し合う場の設定が望まれる。</p>
A-1-(2) 権利擁護の防止等		
47	A②	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 c
	判断基準	<p>a 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。</p> <p>b ー</p> <p>c 利用者の権利擁護に関する取組が十分ではない。</p>
	評価機関	<p>利用者の権利擁護について、「障害者虐待防止法の理解と対応」をマニュアルとして検討を行うとともに、虐待防止の再確認と理解の浸透を図るため行動規範の読み合わせを毎朝の申し送り時に行っている。また強度行動障害研修等に職員を積極的に参加させている。</p> <p>無断外出等行動障害を有する利用者への対応について定期的に検討し改善策を模索しているが、その後の検証についても記録類等を整備することが望まれる。また、令和3年度に虐待が疑われる事案が発生した際、通報遅れが生じ所管行政から注意を受けている。今後は、更なる虐待防止の徹底と虐待が疑われる事案が発生した際には、マニュアルに従って速やかに通報する等、手順の再確認や周知を徹底するなどの取り組みが望まれる。</p>
A-2 生活支援		
A-2-(1) 支援の基本		
48	A③	利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。 a
	判断基準	<p>a 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。</p> <p>b 利用者の自律・自立生活のための支援を行っているが、十分ではない。</p> <p>c 利用者の自律・自立生活のための支援を行っていない。</p>
	評価機関	<p>ベッド上での生活を余儀なくされている利用者が唯一動く手でリモコンを操作し、好きなテレビ番組をいつでも観ることができるよう支援している。個別支援計画に基づいて、利用者個々の状況に応じた自立に繋がられるよう支援し、できないことについては職員と一緒に行動することでモチベーションをあげ、行動に移せるようにしている。</p>

		評価項目	評価機関
49	A④	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立と必要な支援を行っている。	a
	判断基準	a 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。	
		b 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が、十分ではない。	
		c 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ない。	
	評価機関	職員は毎日出勤時に担当利用者に声をかけ、表情や様子などを観察している。利用者とのコミュニケーションについては、身振り、手振り、表情などノンバーバルコミュニケーションを重視しており、声かけを絶やさず、思いの見逃しがないように留意している。また、静かな雰囲気をお好みの利用者に対して居室環境を整えたり、個別のカレンダーを準備して予定等を書き入れコミュニケーションの充実を図るなど、個々に応じた支援を実施している。	
50	A⑤	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
	判断基準	a 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。	
		b 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を行っているが、十分ではない。	
		c 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ない。	
	評価機関	食べることの好きな利用者は食の話題を中心に、野球が好きな利用者は野球の試合結果を新聞やラジオからの情報で話題にするなど、利用者が安心して自己表現できるよう工夫している。また、担当職員が中心となり思いを受け止め、それを職員間で情報共有し、必要に応じて個別支援計画に反映させている。意思決定支援について、外出時の食事メニューを決める際、写真を見せて選択させている。ドライブにおいては同伴メンバーや乗車する車種の希望を確認して対応したり、好きなテレビ番組を録画して満足に繋げるなど、本人が望んでいること、やりたいことを尊重し、日々の生活の充実に繋げている。	
51	A⑥	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
	判断基準	a 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。	
		b 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が、十分ではない。	
		c 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ない。	
	評価機関	日中活動は4班(ライフ班、グリーン班、ステップ班、なごみ班)に分かれて実施している。多様なメニューが準備されており、個々の特性や希望に応じて活動している。利用者の障がいや重度・重複化しており、短時間でも参加できるよう声かけを密にしている。余暇やレクリエーションにおいては足浴に人気があり、今後はヘッドスパやリラクゼーションのメニューを取り入れることを検討している。コロナ禍により、地域で行う「こうせいのむら祭り」の実施や「グラウンドゴルフ大会」が休止になり、地域交流が途絶えているが今後の状況によって再開を考えている。日中活動と支援内容の検討、見直しに当たっては年2回のモニタリング会議により実施し、支援の充実に取り組んでいる。	

		評価項目	評価 機関
52	A⑦	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
	判断基準	a	利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。
		b	利用者の障害の状況に応じた支援を行っているが、十分ではない。
		c	利用者の障害の状況に応じた支援を行っていない。
評価機関	強度行動障害研修を全職員が受講し、施設において伝達研修を実施している。月1回の男子会議、女子会議から繋がる支援会議、ケース検討会議により、個別の支援方法の検討・見直しを行っている。玄関先で全裸になる利用者があり、行動観察の結果から、本人の行動を尊重することによりその行為が軽減した事例がある。利用者の特性に応じて「魔法のことは(個の尊重)」を用いて対応することでトラブルの軽減に繋げている。		
A-2-(2) 日常的な生活支援			
53	A⑧	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
	判断基準	a	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。
		b	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が、十分ではない。
		c	個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っていない。
評価機関	調理は外部委託しているが、職員として管理栄養士が2名おり、調理メニューの考案、栄養ケア・マネジメントを行い、安心・安全な食を提供するとともに、ゆったり食事できるよう食事時間をずらしグループごとに食事している。残食調査、嗜好調査を定期的実施し、食の満足に繋がるようにしている。入浴支援は毎日行っており、午前中は重度利用者を中心に、午後は作業活動を行う利用者というように、活動状況や心身の状況に応じて実施している。足腰の弱い利用者に対して歩行器や車いすを活用している。		
A-2-(3) 生活環境			
54	A⑨	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
	判断基準	a	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。
		b	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が、十分ではない。
		c	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ない。
評価機関	利用者の高齢化や障がいの重度・重複化のため、1階の居室は畳間からフロアに改修し起き上がり、立ち上がりが楽にできるようベッドを設置している。またパーテーションの設置や利用者の希望により居室に一人用の TENT を張り、その中で過ごすことで安心に繋げる工夫をしている。利用者の状況により静養室等で休むことができるよう配慮している。		

		評価項目	評価機関
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
55	A⑩	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
	判断基準	a 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。	
		b 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が、十分ではない。	
		c 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ない。	
	評価機関	理学療法士を配置し生活の中で取り組めるリハビリ(立ち上がり動作法)やバランス訓練等を行っている。また主体的に機能訓練ができるよう、利用者の興味に合わせてバットを振ったり、ボール投げや輪投げなどを楽しみながらできるよう工夫して取り組んでいる。定期的にPT体操を実施している。機能訓練計画は年2回の個別支援計画のモニタリングの際、見直しを行い必要に応じて内容を変更。職員と連携して実施している。	
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
56	A⑪	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
	判断基準	a 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。	
		b 利用者の健康状態の把握と体調変化時の対応等を行っているが、十分ではない。	
		c 利用者の健康状態の把握と体調変化時の対応等を行っていない。	
	評価機関	食事、入浴、排せつなど生活の様々な場面で看護師、支援員等が健康状態の把握を行うとともに、朝のミーティング或いは職員会議にて情報を共有している。バイタルチェックは月1回、健康診断は年2回実施し、必要に応じて看護師による健康相談を行っている。すべての利用者に対して月2回歯科衛生士によるブラッシング指導を実施するとともに、利用者の病気治療のため栄養士と連携して食事面を工夫するなど体調管理に務めている。地域の医療機関と連携し通院時の迅速な対応の協力を得ている。	
57	A⑫	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。	b
	判断基準	a 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。	
		b 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が、十分ではない。	
		c 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ない。	
	評価機関	食材アレルギーのある利用者に対しては食材除去を行っている。新任職員に対して看護師が与薬、血圧測定等の指導を行い、緊急時の対応として全職員対象の心肺蘇生法、AEDの使用手順、気道異物の除去についての個別指導を行っている。医療的ケアについては現在該当する利用者はいない。 服薬管理マニュアルにおいて薬品の取り扱いや服薬時の異常・誤薬についての対応法が詳細に整備されている。また、医療支援マニュアルにより、発熱時、外傷時、定期受診等についての手順が整備されている。両マニュアルとも2023年4月施行となっており、今後の本格的な活用が期待される。	

評価項目		評価 機関
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
58	A⑬	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
	判断基準	<p>a 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> <p>b 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が、十分ではない。</p> <p>c 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ない。</p>
	評価機関	現在はコロナ禍で休止になっているが、地域の高齢者とのグラウンドゴルフ大会、公民館を会場として舞台で踊りやバザーを行う年1回開催の地域交流会など、社会参加の機会を作っている。また、日中活動の「園芸班」メンバーが職員と一緒に地域の園芸作業の手伝いをする中で交流する機会を持っている。新聞や雑誌をいつでも読めるように準備するとともに利用者の希望する漢字ドリルや計算ドリルができるよう対応している。
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
59	A⑭	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
	判断基準	<p>a 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> <p>b 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が、十分ではない。</p> <p>c 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ない。</p>
	評価機関	地域生活について、社会資源として共同生活援助(グループホーム)の情報提供と希望者には体験を実施している。地域移行に当たっては近隣住民の理解が必要となるため、地域の環境整備も含め支援している。令和4年度も、利用者1人がグループホームに移行した。
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
60	A⑮	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
	判断基準	<p>a 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> <p>b 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っているが、十分ではない。</p> <p>c 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っていない。</p>
	評価機関	コロナ禍の3年間は家族の面会制限等があり、繋がりを絶やさないために年4回程度施設での生活の様子などの写真を家族のもとへ送る、電話にて状況を伝える、ネット環境が整っていればテレビ電話を利用した面会を実施する、利用者の自宅に職員とともに出向き、そこで家族と面会するなど、さまざまな方法で家族との交流を支援した。また、利用者の体調不良時は速やかに家族に連絡報告している。