

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準（概要版）

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：城南学園生活介護事業所サポート (施設名)	種別：生活介護事業
代表者氏名：理事長 甲斐 正法 (管理者) 施設長 甲斐 信孝	開設年月日： 平成22年10月1日
設置主体：社会福祉法人 慶信会 経営主体：社会福祉法人 慶信会	定員：20名 (利用人数) (27名)
所在地：〒861-4223 熊本市南区城南町藤山1276-2	
連絡先電話番号： 0964-28-5111	F A X 番号： 0964-28-5112
ホームページアドレス	https://www.keishinkai-jyounan.or.jp

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
生活介護(入浴・排泄・食事等の生活介護、運動支援、社会参加支援、創作活動、生産活動)	開園記念式典、花見、園内スタンプラリーウォーキング、こいのぼり、菖蒲の花見学、美化活動、紫陽花見学、じゃが芋収穫、暑中見舞い作り、七夕、夏祭り、勉強会、ハイキング、グループ日帰り旅行、ハロウィン、秋祭り、紅葉見物、芋収穫、クリスマス会(ミニミニ発表会)、門松製作・販売、どんどや、初詣、新年会、書初め、節分、バレンタインデー、ほっこり会、ひな祭り、ホワイトデー 等
居室概要	居室以外の施設設備の概要
該当なし	訓練室兼作業室兼多目的室(2室、48.14㎡、62㎡)、静養室兼相談室8.39㎡、事務室8.39㎡、食堂・台所、ロッカー室、浴室・脱衣室、洗面所、トイレ(3)

2 施設・事業所の特徴的な取組

○法人では昭和55年の障害者支援施設「城南学園」の開所をスタートに、障がいのある方々の児童期から高齢期までのライフステージに応じた様々なサービスの提供が実践されています。生活介護事業所4カ所、就労継続支援B型事業所、多機能型事業所、放課後等デイサービス2カ所、児童発達支援事業所、居宅介護事業所、グループホーム6ヶ所、生活相談及び児童分野も含む相談事業所と公益事業である障害者就業・生活支援センター・熊本市障がい者相談支援センター2カ所等多くの事業実施による多機能なサービスを提供するとともに、今後もグループホーム等を整備し、障がいのある方の地域移行やその家族等の福祉の向上に寄与しています。

○「生活介護事業所サポート」では、「共に生き、働き、憩い、出会う、楽しみが持てる人生に」の法人理念に則り支援を行っています。具体的な特徴としては、生活全般の支援と個々の特性に応じた環境づくりやコミュニケーション支援を土台に、利用者の特性や身体機能などを考慮した2つのグループ活動と個別のプログラム、年齢層のニーズに応じた支援を提供しています。地域の環境を活かし、健康維持や情緒の安定を目的としたウォーキングを活動の軸とし、より個々の

ニーズに合わせた運動支援を展開しています。また、行動上に困り感のある人へは、強度行動障害支援者養成研修を受けた職員が、支援の手順書や日々の記録を活用、分析し、専門的なアプローチに力を入れています。物理的構造化や視覚的な支援を取り入れた環境設定やコミュニケーション支援を積極的に行い、事業所が安心・安全な居場所となる、通所することで生活リズムが整うことを前提に、利用者一人ひとりが主体的に生活できることを目指しています。

3 評価結果総評

特に評価の高い点

○法人の人事考課制度が整備され、これに基づき客観的な基準による人事考課が定期的に行われています。

キャリアパス制度に基づく昇級・昇格制度や、キャリアアップ・スキルアップのための国家資格取得に関する助成金制度も設けられています。また、人事考課においては、管理者等による年2回の職員への個別面談の機会も設けられており、職員は個別の希望や意見を述べることになっています。なお、法人としての「倫理綱領」及び「職員行動規範」が策定され、期待する職員像（法人職員の基本方針）が明確にされています。

○職員の就業状況等の把握については、「業務管理・評価シート」により、管理者等による定期的（年2回）な考課面接が行われ、職員からの意見に対しては速やかな対応・改善が行われ働きやすい職場づくりに取り組んでいます。

労働安全委員会を中心に職場改善の取組が実践されており、職員の年次有給休暇の取得の促進や職員の悩み相談窓口（外部相談窓口も有り）を設置し、産業医の面談、メンタルヘルスへの取組も実施されています。また、男性職員の育児休業の取得（2名が取得済）、68歳までの定年の延長、パート職員の同一賃金化、ソウェルクラブへの加入等、職員への福利厚生の実施に努めています。なお、熊本県ブライツ企業推進事業のブライツ企業にも認定されています。

○障がい者の権利擁護、虐待防止にむけた取組が法人全体で組織的に行われています。

令和4年度から義務化された「障害者虐待防止の更なる推進」に伴い、即座に理事長により虐待ゼロ宣言が出され、法人全体で組織的な取組が進められています。複数の事業所を有する特徴を生かし、法人単位で虐待防止委員会を設置し事業所毎に虐待防止マネージャーを配置、虐待防止に向けた組織体制の再編成とともに、役割に応じて体系的研修が実施されています。

重度の知的障がい者や強度行動障がい者を有する利用者が多く、手厚い職員配置を行い、個別性を重視した専門的な個別支援が行われています。

言葉での表出が困難な利用者に対して、絵カードやマカトン法などのコミュニケーションツールを積極的に用いるとともに、障がいの特性の理解促進に向け職員全体で支援の根拠を理論的に学び、TEACCHプログラムに基づく構造化や視覚支援に取り組んでいます。これにより、専門性の高さや丁寧な支援は家族等からも高く評価されており、個別支援のマニュアルからも個別性に配慮した支援の実践が認められます。

改善を求められる点

○法人では法人内各事業所でサービスの質の向上のための職員による自己評価が実施されていますが、定期的な福祉サービス第三者評価の未実施や、事業所で実施する自己評価の実施方法の改善が望まれます。

法人では、虐待防止委員会等8つの委員会を設置し、サービスの質の向上に組織的に取組まれており、サービスの質の向上のための自己評価についても毎年、熊本市が示す評価基準（セルフチェック）に基づき実施され、課題や改善策等の検討が行われています。しかしながら、よりの確かな評価のためには、国や県が提示している第三者評価基準による自己評価の実践が望まれます。

○パーソナルスペースや物理的構造化を必要とする利用者が多いため、活動スペースが十分であるとは言えず、設備にも改善の余地があります。

定員に対して登録者数が多く、利用率が高い活動日には個別スペースの確保が十分ではありません。基本的にグループ毎に1階と2階に分かれて活動が行われていますが、2階にはトイレの設置がありません。また、1階から2階へ通じる階段は狭く、増設した構造上鉄骨塗装された一部分が壁際に表出しているため、突発的な行動による転倒や衝突の危険性が予測されます。重度の知的障がいや強度行動障がいを有する方々の受け入れを積極的に行っており、地域における重要な社会資源であることを考えると、将来構想の中でもスペースの拡充などを含めた施設整備が望まれます。

○苦情受付体制は整備され、ヒヤリハットの事象の収集も積極的に行われていますが、収集・集約した苦情や要望等を公表する機会が十分ではありません。

送迎時や連絡帳のやり取りを通して丁寧に要望を聞き取る姿勢があり、ヒヤリハットの収集も積極的に行われ、リスク管理に対する職員の意識も醸成されていますが、収集した事象の検証・分析、さらに公表の機会が十分ではありません。苦情や要望等を集約・検証し、対応・改善状況をホームページや施設だよりなどを通して、家族等へ広く公表し、周知を図ることが支援の透明性や客観性を示すことにつながると考えられます。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(令6.2.16)

今回が初めての第三者評価の受審となりますが、当事業所の活動内容を丁寧に、そして詳細に把握して評価して頂き、感謝申し上げます。しかも、福祉の専門職団体である社会福祉士会の第三者評価機関から、専門的な視点に基づいた a 評価をいただいた項目も多数あり、「現在まで続けてきた障害福祉サービス活動が間違いなかったんだ」という自信と共に、「この項目に関しては現状を進化させていけば良いんだ」という確信を得ることも出来ました。また、b 評価の項目もあり、これらの項目に関しては、コロナ禍で実践出来ない時期もありましたが、課題として考えてきた事でもあり、第三者評価の中で改善に向けた多くのご指摘を頂き、今後の福祉サービスの質の向上に向けた取り組みの足掛かりにし、法人全職員で共有し議論し合い、標準化、マニュアル化に努め、より良い福祉サービスの向上に向けて努力して行きたいと考えています。本当にありがとうございました。

(別記)

(公表様式1)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

【障がい者・児（居住系サービス）版】

評価機関

名 称	一般社団法人熊本県社会福祉士会 福祉サービス第三者評価事業
所 在 地	熊本市東区健軍本町1-22 東部ハイツ105
評価実施期間	令和5年10月5日～令和6年3月31日
評価調査者番号	第08-021
	第10-005
	第17-017

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：城南学園生活介護事業所 サポート (施設名)	種別：生活介護事業
代表者氏名：理事長 甲斐 正法 (管理者) 施設長 甲斐 信孝	開設年月日： 平成22年10月1日
設置主体：社会福祉法人 慶信会 経営主体：社会福祉法人 慶信会	定員：20名 (利用人数)(27名)
所在地：〒861-4223 熊本市南区城南町藤山1276-2	
連絡先電話番号： 0964-28-5111	F A X 番号： 0964-28-5112
ホームページアドレス	https://www.keishinkai-jyounan.or.jp

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
生活介護(入浴・排泄・食事等の生活介護、運動支援、社会参加支援、創作活動、生産活動)	開園記念式典、花見、園内スタンプラリーウォーキング、こいのぼり、菖蒲の花見学、美化活動、紫陽花見学、じゃが芋収穫、暑中見舞い作り、七夕、夏祭り、勉強会、ハイキング、グループ日帰り旅行、ハロウィン、秋祭り、紅葉見物、芋収穫、クリスマス会(ミニミニ発表会)、門松製作・販売、どんどや、初詣、新年会、書初め、節分、バレンタインデー、ほっこり会、ひな祭り、ホワイトデー 等
居室概要	居室以外の施設設備の概要
該当なし	訓練室兼作業室兼多目的室(2室、48.14㎡、62㎡)、静養室兼相談室8.39㎡、事務室8.39㎡、食堂・台所、ロッカー室、浴室・脱衣室、洗面所、トイレ(3)

職員の配置

職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
施設長(管理者)	1		社会福祉士	2	
サービス管理責任者	1		介護福祉士	7	1

主任生活支援員	2		精神保健福祉士	1	
生活支援員	8	1	社会福祉主事	7	
看護師兼支援員	1		看護師	1	
栄養士兼調理員	2		栄養士	2	
嘱託医		1	調理師	1	
合 計	15	2	合 計	21	1

資格の種別は、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

複数の資格を持ち重複計上している場合があるため、職種と資格の数は必ずしも一致しません。

2 理念・基本方針

(法人理念)

「共に生き、働き、憩い、出会う、楽しみが持てる人生に」

(理念説明)

共に生き 地域共生社会の実現を目指す。

働き 障害の有無にかかわらず、働くことを通して、達成感や満足感を得、他者からの賞賛を得ることが喜びとなり自己実現に向けた生活の向上を目指す。

憩い 生活の向上には、余暇の充実がある。趣味、趣向を通して、共感、共有化できる人や物や時間、場所の獲得を目指す。

出会う 閉ざされた（閉鎖的な）空間の生活ではなく、解放された空間のなかに出会いがあり、その出会いが差別や偏見のない社会の実現に繋がっていく。

楽しみが持てる人生に 全ての個人が障害の有無に関わらず、互いを人として尊重し、個人の尊厳に関わる基本的人権、平等権、自由権が擁護される事により、より豊かな人生を楽しむことが出来るよう努める。

(基本方針)

上記の理念の根本には、如何に障害があろうとなかろうと、日本国民としての憲法の保障する権利を基本として、憲法第11条、第13条、第14条及び第25条の言うところの権利の擁護に努めることを改めて確認し、実践することを基本方針とする。

3 施設・事業所の特徴的な取組

○法人では昭和55年の障害者支援施設「城南学園」の開所をスタートに、障がいのある方々の児童期から高齢期までのライフステージに応じた様々なサービスの提供が実践されています。生活介護事業所4カ所、就労継続支援B型事業所、多機能型事業所、放課後等デイサービス2カ所、児童発達支援事業所、居宅介護事業所、グループホーム6ヶ所、生活相談及び児童分野も含む相談事業所と公益事業である障害者就業・生活支援センター・熊本市障がい者相談支援センター2カ所等多くの事業実施による多機能なサービスを提供するとともに、今後もグループホーム等を整備し、障がいのある方の地域移行やその家族等の福祉の向上に寄与しています。

○「生活介護事業所サポート」では、「共に生き、働き、憩い、出会う、楽しみが持てる人生に」の法人理念に則り支援を行っています。具体的な特徴としては、生活全般の支援と個々の特性に応じた環境づくりやコミュニケーション支援を土台に、利用者の特性や身体機能などを考慮した2つのグループ活動と個別のプログラム、年齢層のニーズに応じた支援を提供しています。地域の環境を活かし、健康維持や情緒の安定を目的としたウォーキングを活動の軸とし、より個々のニーズに合わせた運動支援を展開しています。また、行動上に困り感のある人へは、強度行動障害支援者養成研修を受けた職員が、支援の手順書や日々の記録を活用、分析し、専門的なアプローチに力を入れています。物理的構造化や視覚的な支援を取り入れた環境設定やコミュニケーション支援を積極的にを行い、事業所が安心・安全な居場所となる、通所することで生活リズムが整うことを前提に、利用者一人ひとりが主体的に生活できることを目指しています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和5年 10月 5日（契約日） ~ 令和6年 1月31日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0 回（ 年度）

5 評価結果総評

特に評価の高い点

○法人の人事考課制度が整備され、これに基づき客観的な基準による人事考課が定期的に行われています。

キャリアパス制度に基づく昇級・昇格制度や、キャリアアップ・スキルアップのための国家資格取得に関する助成金制度も設けられています。また、人事考課においては、管理者等による年2回の職員への個別面談の機会も設けられており、職員は個別の希望や意見を述べることになっています。なお、法人としての「倫理綱領」及び「職員行動規範」が策定され、期待する職員像（法人職員の基本方針）が明確にされています。

○職員の就業状況等の把握については、「業務管理・評価シート」により、管理者等による定期的（年2回）な考課面接が行われ、職員からの意見に対しては速やかな対応・改善が行われ働きやすい職場づくりに取り組んでいます。

労働安全委員会を中心に職場改善の取組が実践されており、職員の年次有給休暇の取得の促進や職員の悩み相談窓口（外部相談窓口も有り）を設置し、産業医の面談、メンタルヘルスへの取組も実施されています。また、男性職員の育児休業の取得（2名が取得済）、68歳までの定年の延長、パート職員の同一賃金化、ソウェルクラブへの加入等、職員への福利厚生の実現に努めています。なお、熊本県ブライ企業推進事業のブライ企業にも認定されています。

○障がい者の権利擁護、虐待防止にむけた取組が法人全体で組織的に行われています。

令和4年度から義務化された「障害者虐待防止の更なる推進」に伴い、即座に理事長により虐待ゼロ宣言が出され、法人全体で組織的な取組が進められています。複数の事業所を有する特徴を生かし、法人単位で虐待防止委員会を設置し事業所毎に虐待防止マネージャーを配置、虐待防止に向けた組織体制の再編成とともに、役割に応じて体系的研修が実施されています。

重度の知的障がい者や強度行動障がい者を有する利用者が多く、手厚い職員配置を行い、個別性を重視した専門的な個別支援が行われています。

言葉での表出が困難な利用者に対して、絵カードやマカトン法などのコミュニケーションツールを積極的に用いるとともに、障がいの特性の理解促進に向け職員全体で支援の根拠を理論的に学び、TEACCHプログラムに基づく構造化や視覚支援に取り組んでいます。これにより、専門性の高さや丁寧な支援は家族等からも高く評価されており、個別支援のマニュアルからも個別性に配慮した支援の実践が認められます。

改善を求められる点

○法人では法人内各事業所でサービスの質の向上のための職員による自己評価が実施されていますが、定期的な福祉サービス第三者評価の未実施や、事業所で実施する自己評価の実施方法の改善が望まれます。

法人では、虐待防止委員会等8つの委員会を設置し、サービスの質の向上に組織的に取組まれており、サービスの質の向上のための自己評価についても毎年、熊本市が示す評価基準（セルフチ

ェック)に基づき実施され、課題や改善策等の検討が行われています。しかしながら、よりの確かな評価のためには、国や県が提示している第三者評価基準による自己評価の実施が望まれます。○パーソナルスペースや物理的構造化を必要とする利用者が多いため、活動スペースが十分であるとは言えず、設備にも改善の余地があります。

定員に対して登録者数が多く、利用率が高い活動日には個別スペースの確保が十分ではありません。基本的にグループ毎に1階と2階に分かれて活動が行われていますが、2階にはトイレの設置がありません。また、1階から2階へ通じる階段は狭く、増設した構造上鉄骨塗装された一部分が壁際に表出しているため、突発的な行動による転倒や衝突の危険性が予測されます。重度の知的障がいや強度行動障がいを有する方々の受け入れを積極的に行っており、地域における重要な社会資源であることを考えると、将来構想の中でもスペースの拡充などを含めた施設整備が望まれます。

○苦情受付体制は整備され、ヒヤリハットの事象の収集も積極的に行われていますが、収集・集約した苦情や要望等を公表する機会が十分ではありません。

送迎時や連絡帳のやり取りを通して丁寧に要望を聞き取る姿勢があり、ヒヤリハットの収集も積極的に行われ、リスク管理に対する職員の意識も醸成されていますが、収集した事象の検証・分析、さらに公表の機会が十分ではありません。苦情や要望等を集約・検証し、対応・改善状況をホームページや施設だよりなどを通して、家族等へ広く公表し、周知を図ることが支援の透明性や客観性を示すことにつながると考えられます。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント(400字以内)

今回が初めての第三者評価の受審となりますが、当事業所の活動内容を丁寧に、そして詳細に把握して評価して頂き、感謝申し上げます。しかも、福祉の専門職団体である社会福祉士会の第三者評価機関から、専門的な視点に基づいたa評価をいただいた項目も多数あり、「現在まで続けてきた障害福祉サービス活動が間違いなかったんだ」という自信と共に、「この項目に関しては現状を進化させていけば良いんだ」という確信を得ることも出来ました。また、b評価の項目もあり、これらの項目に関しては、コロナ禍で実践出来ない時期もありましたが、課題として考えてきた事でもあり、第三者評価の中で改善に向けた多くのご指摘を頂き、今後の福祉サービスの質の向上に向けた取り組みの足掛かりにし、法人全職員で共有し議論し合い、標準化、マニュアル化に努め、より良い福祉サービスの向上に向けて努力して行きたいと考えています。本当にありがとうございました。

7 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。

(参考) 利用者調査の手法等

調査の手法	対象者	対象数(人)	基準数に満たない場合の理由
アンケート調査	利用者本人	26	
	家族・保護者		
聞き取り調査	利用者本人		
	家族・保護者		
観察調査	利用者本人		

第三者評価結果

すべての評価細目について、判断基準(a・b・cの3段階)に基づいた評価結果を表示する。

評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

< 共通評価基準 >

福祉サービスの基本方針と組織

- 1 理念・基本方針

		第三者評価結果
- 1 - (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	- 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
<p><コメント> 法人の理念や基本方針は、ホームページや事業所の玄関や壁、作業室等多くの場所に掲示されており、さらに施設のパンフレットや中・長期計画等にも掲載され周知されています。職員については、入職時オリエンテーション、法人の職員研修、法人のネットワークシステムを通じて理念・基本方針に沿った支援を徹底するよう周知が図られています。利用者や家族等に対しては、年度当初に発行される事業所紹介(文書)への掲載や家族会での事業報告等の説明にあわせ周知を図っています。なお、重度の障がい者の利用が多いため、文書等には分かり易いようにルビをふった資料を使うとともに、理念を分かり易く利用者と職員と共同で作成した壁面製作物を壁面に掲示するなどの工夫により周知が図られています。</p>		

- 2 経営状況の把握

		第三者評価結果
- 2 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	- 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
<p><コメント> 障害福祉を取り巻く動向や状況等については、厚生労働省障害者部会や全国及び県社会福祉法人経営者協議会等の情報により把握し、各事業所の代表者会議(管理者及びサービス管理者責任者)で、収支の予測やコスト分析により経営状況を把握しています。また、法人内の利用者の地域移行に関するニーズなどを把握し、グループホームの定員や報酬加算要件を細かく分析し、収益を安定させた経営が行われています。その中で、法人内障害者支援施設からの地域移行の推進に沿ったグループホームの拡充等が法人の中・長期計画で検討されています。</p>		
3	- 2 - (1) - 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
<p><コメント> 月に一回、法人内事業所の代表者会議(管理者、サービス管理責任者)が開催され、定員充足や収益の状況、各事業の課題等が共有化されています。また、経営推進委員会でもその実施状況や課題等の検討が行われ、理事会への報告・承認を受けています。ただ、職員へは、ネットワークシステムで資料や会議内容の報告がされていますが、職員の自己評価では、「代表者会議の結果が回覧されるが、細かい内容がわからない」という意見も出ていますので、職員が的確に理解できるような周知方法の検討が望まれます。</p>		

- 3 事業計画の策定

		第三者評価結果
- 3 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		

4	- 3 - (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
<p><コメント> 法人において社会福祉法人慶信会中・長期計画（令和5年～令和15年の10年間）が策定され、その中で、経営の健全化・人材確保、育成の充実・施設整備・サービスの質の向上・社会的責任の活動の推進等のビジョンが明確にされています。ただ、計画が10年と長期になっていることや、中・長期の収支計画が無い等の具体性に欠ける内容となっていますので再度の検討が望まれます。なお、今後は毎年、その進捗状況を分析・評価するなどしたものを文書化され改善に取組まれることを期待します。</p>		
5	- 3 - (1) - 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
<p><コメント> 法人の中・長期計画に基づき、前年度計画の評価及び社会や福祉分野の状況を分析し、法人の事業計画が策定され、それを踏まえ「城南学園生活介護事業所サポート事業計画」が策定されています。事業計画の中には、収益の維持のための利用率や報酬加算の設定などの具体的目標も一部設定されていますが、さらに中・長期の収支計画を策定され、事業計画で定めた達成すべき数値目標等について、例えば四半期毎にその実施状況の評価及び進捗管理を行えるような体制の整備が望まれます。</p>		
- 3 - (2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	- 3 - (2) - 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a・b・c
<p><コメント> 事業計画は毎年、職員の意見を集約し、代表者会議で検討され策定されています。その実施状況の把握や評価見直しについては、PDCAサイクルに基づき、毎月の代表者会議で事業実績や課題が明らかにされています。職員へは、事業所の職員会議において上記のことが周知されるとともに、ネットワークシステムにより何時でも確認が可能となっています。また、毎月開催される代表者会議等でその進捗状況の確認や課題検討が組織的に行われています。</p>		
7	- 3 - (2) - 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・b・c
<p><コメント> 利用者本人の理解が難しい状況ではありますが、全文にルビを付した年度当初に発行される事業所紹介（文書）を配布するとともに、活動毎に丁寧な説明が行われています。さらに、毎月開催される利用者の会で、写真や絵カードなどを活用して分かり易く説明し周知を図っています。家族等については、年度初めに開催される保護者会において、当該年度の事業計画等を掲載した事業所紹介（文書）を配布するとともに、丁寧な説明により周知を図っています。</p>		

- 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
- 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	- 4 - (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
<p><コメント> 法人では、虐待防止委員会等8つの委員会を設置し、サービスの質の向上に組織的に取組まれており、サービスの質の向上のための自己評価については、毎年、熊本市が示す評価基準（セルフチェック）に基づき、全職員により実施され、課題や改善策等の検討が行われています。しかしながら、よりの確な評価のためには、国や県が提示している第三者評価基準による自己評価の実施が望まれます。また、今後は、第三者評価の定期的な受審や利用者・家族等の定期的な満足度アンケートの実施等による把握も求められます。</p>		
9	- 4 - (1) - 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
<p><コメント> 日々の苦情やヒヤリハット等から得られた課題については、各委員会において、議論され改善策が検討され、職員への周知も行われていますが、第三者評価の実施や自己評価の結果についての課題の明確化や改善策の検討が不十分な状況になっています。今後は、第三者評価の計画的な実施や職員自己評価を的確に実施するとともに、職員自ら改善策</p>		

を検討する体制の整備や、把握された課題を中・長期計画に反映させ、毎年の改善状況の評価とともに、単年度事業計画にも反映するなど、PDCA サイクルに基づく仕組の構築が望まれます。

組織の運営管理

- 1 施設管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
- 1 -(1) 施設管理者の責任が明確にされている。		
10	- 1 -(1)- 施設管理者は、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
<p><コメント> 毎月の各事業所代表者会議や入職時オリエンテーション等において、管理者講話の実施や広報紙・ホームページでの管理者挨拶などで自らの役割や責任について明確にしています。職員への代表者会議内容の周知については、職員会議でサービス管理責任者より説明があるとともに、ネットワークシステムの閲覧機能により全職員への周知が行われています。しかしながら、管理者と職員との情報共有がネットワークシステムによる部分が多く、管理者の現場把握にやや懸念がうかがわれますので相互の意思疎通の更なる工夫が望まれます。</p>		
11	- 1 -(1)- 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
<p><コメント> 管理者は、国や県・市、関係機関等が実施する会議や研修会に参加し、厚生労働省障害者部会や県社会福祉法人経営者協議会等の情報を収集するなど、幅広い分野での法令順守に努めています。職員については、代表者会議や職員会議での説明や資料を配布し、遵法精神の醸成に努めています。なお、職員倫理綱領や職員行動規範にも遵法についての規定が設けられています。</p>		
- 1 -(2) 施設管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	- 1 -(2)- 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
<p><コメント> 管理者は、法人で設置している苦情解決委員会、虐待防止委員会、研修(企画・調整)委員会等の8つの委員会に参加し、サービスの質の向上に管理者として積極的に取り組んでいます。8つの委員会での協議事項や決定事項については、代表者会議で周知されるとともに、ネットワークシステムにより全職員へ周知されています。また、職員の質の向上のための研修の実施、人材育成プログラムも策定され実践されています。</p>		
13	- 1 -(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
<p><コメント> 管理者は、施設経営や業務の効率化・改善については、代表者会議において、毎月の事業所毎の月別収支状況をサービス管理責任者より報告を受け、その中で新たな経営課題や改善の方向性などの提案を行うなどの指導力を発揮しています。また、業務省力化のために、会議や研修等でのペーパーレスなど、業務のデジタル化に積極的に取り組んでおり、会議での協議事項や改善事項については、適宜、ネットワークシステムにより全職員へ周知されています。なお、人事管理・労務管理等の検証も行われています。</p>		

- 2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
- 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	- 2 -(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
<p><コメント> 社会福祉法人慶信会中・長期計画(令和5年~令和15年の10年間)が策定され、その中で、人材確保、人材育成の充実、サービスの質の向上、社会的責任の活動の推進等のビジョンが明確にされています。職員研修については、新人職員、中堅職員、リーダー、</p>		

<p>管理職員と経験年数に応じた階層別研修や専門的な指定研修等が行われています。また、職員の確保については、法人のホームページへの掲載や県内の大学等への訪問、福祉人材センターの活用など広く人材確保に努めています。</p>		
15	- 2 - (1) - 総合的な人事管理が行われている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 法人の人事考課制度が整備され、これに基づき客観的な基準による人事考課が定期的に行われています。キャリアパス制度に基づく昇級・昇格制度や、キャリアアップ・スキルアップのための国家資格取得に関する助成金制度も設けられています。また、人事考課においては、管理者等による年2回の職員への個別面談の機会も設けられており、職員は個別の希望や意見を述べることになっています。なお、法人としての「倫理綱領」及び「職員行動規範」が策定され、期待する職員像（法人職員の基本方針）が明確にされています。</p>		
<p>- 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
16	- 2 - (2) - 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
<p><コメント> 職員の就業状況等の把握については、「業務管理・評価シート」により、管理者等による定期的（年2回）な考課面接が行われ、職員からの意見に対しては速やかな対応・改善が行われ働きやすい職場づくりに取り組んでいます。労働安全委員会を中心に職場改善の取組も実践されており、職員の年次有給休暇の取得の促進や職員の悩み相談窓口（外部相談窓口も有り）を設置し、産業医の面談、メンタルヘルスへの取組も実施されています。また、男性職員の育児休業の取得（2名が取得済）68歳までの定年の延長、パート職員の同一賃金化、ソウエルクラブへの加入等、職員への福利厚生の実施に努めています。なお、熊本県ブライ企業推進事業のブライ企業にも認定されています。</p>		
<p>- 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	- 2 - (3) - 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
<p><コメント> 職員は法人理念や法人職員の基本方針（期待する職員像）、事業計画等をもとに「業務管理・評価シート」に当該年度の業務に対する自己目標を設定しています。設定された年度当初の職員個々の目標については、自らが進捗管理を行っています。なお、設定された目標については、年2回の定期的な管理者等による考課面接が行われ、職員一人ひとりの目標管理をする仕組みが構築されています。面接は職員の要望・提言を聞く場でもあり、上司からの助言や指導も行われ、人事考課後は職員へのフィードバックも行われています。</p>		
18	- 2 - (3) - 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 職員の教育・研修に関する基本方針や計画については、法人の中・長期計画や事業計画に明示されています。教育・研修の実施については、研修（企画・調整）委員会により、事業所毎の年間研修計画を立案し、職員の希望や推薦等により研修受講者が決定されています。県社会福祉協議会の生涯研修や課題別研修への参加の他、課題指定研修、法人内での支援スキルの向上の研修等、施設内外で多くの研修が計画的に実施されています。外部研修への参加後はネットワークシステム等での伝達や報告書により復命が行われ全職員への周知が図られています。今後は年度終了時に当該年度の研修内容やカリキュラムの評価・見直しを行い、次年度計画に反映させることが望まれます。</p>		
19	- 2 - (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
<p><コメント> 職員の希望等も勘案し、年間・月別の職員研修計画表を作成し、教育・研修が実施されていますが、職員一人ひとりの研修機会の確保や資質向上のための更なる工夫が望まれます。職員研修については、法人での研修や県社会福祉協議会が実施する階層別研修や職種別研修会等多くの研修の機会を設けています。しかしながら、職員自己評価では、「法人では研修委員会で年代別の研修に取り組んでいるが、事業所では研修が少なく参加機会も少ない」などの意見が出ています。今後は研修参加の偏りをなくし、職員の資質向上が行われるよう、職員別研修履歴となる数年分の「研修参加一覧表」や、専門資格取得については、「職員資格一覧表」等を作成され、一人ひとりの資質向上や適正配置に活用されることが望まれます。</p>		

- 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	- 2 - (4) - 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
<p><コメント> 大学等からの実習生の受入れについては、受け入れマニュアルが整備され、具体的な手順や窓口担当者も明確にされています。社会福祉士や介護福祉士、保育士等の養成大学や福祉専門学校等から学生の受け入れが実施されています。また、社会福祉士及び介護福祉士の実習指導者の養成も行われ、実習カリキュラムやプログラムが用意されており、幅広い実習生を受け入れる体制が整備されています。</p>		

- 3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
- 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	- 3 - (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
<p><コメント> 法人や施設の概要、定款、広報紙、決算報告等については、法人のホームページや事務室で閲覧できています。しかしながら、地域に向けての情報公開が求められていることより、自治会や関係行政機関などに、事業報告書や事業所の活動が掲載された広報誌を配布するなどして事業所への理解を深めることが望まれます。また、今後は第三者評価受審結果やその改善状況、苦情・相談の体制や内容等についての公表への取組も求められます。</p>		
22	- 3 - (1) - 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
<p><コメント> 事業所における事務・経理、財務状況、施設経営や労務管理について、法人が契約をする税理士、社会保険労務士法人より指導・助言を受ける体制が整備されており、適正な経営・運営の確保が図られています。また、法人内の事業所職員による相互の内部経理監査も実施され透明性が確保されています。</p>		

- 4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
- 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	- 4 - (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
<p><コメント> 法人では「共に生き」(地域共生社会の実現を目指す)が理念の一つとして掲げられ、地域との交流や連携への取組が行われています。新型コロナウイルス感染等で現在は休止されている事業もありますが、「運動会」や「収穫祭」、「クリスマス会」などの実施や各種地域行事への参加などにより、利用者と地域住民の相互交流の機会が設けられています。また、近隣地区のゴミ拾いや清掃作業などのボランティア活動も実践されています。しかしながら、職員自己評価では、「地域への関り方などの文書化がされていない、地域への働きかけはない」との意見が出ており、地域との交流についての地域連携マップや関係機関リストを含むマニュアルの作成及び利用者や職員への周知が望まれます。</p>		
24	- 4 - (1) - 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
<p><コメント> 運動会やクリスマス会等のイベントで多くのボランティアを受け入れており行事の際のボランティアに対する研修は実施されていますが、ボランティアの受け入れについての基本姿勢等を明記した「ボランティア受け入れマニュアル」などの整備が望まれます。今後は、受け入れについての法人や事業所の基本姿勢等を事業計画書などにも明記するとともに、「ボランティア受け入れマニュアル」を整備し、窓口担当を配置し地域との更なる連携に努める体制の整備が求められます。</p>		
- 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	- 4 - (2) - 福祉施設・事業所として必要な関係機関・団体等の機能や連絡方法を明確にし、関係機関等との連携が適切	a・b・c

	に行われている。	
<p><コメント> 関係機関リストが事業所に掲示されており、職員へは職員会議等で周知され、必要時に活用されています。法人が受託運営する障がい者相談支援センターと月1回連絡会が開催され、更に、自立支援協議会部会やサービス管理責任者協議会等で地域の問題についての協議も行われています。また、知的障がい者施設協会、社会福祉法人経営者協議会等へも参加し関係機関との連携を深めています。</p>		
- 4 - (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	- 4 - (3) - 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・c
<p><コメント> 特別支援学校や相談支援事業所等からの依頼による体験入所を受入れ、積極的に事業所の機能を地域へ還元しています。法人で主催する「運動会」や「クリスマス会」等のイベントの際に多くの地域住民が参加され地域交流の拠点となっており、その際にも地域の障がい者に関する情報の確保や法人で展開するサービス事業について情報提供し、地域の福祉ニーズとの調整が行われています。また、法人が受託運営する障害者就業・生活支援センターや2ヶ所の障がい者相談支援センターへの相談支援の事例などからも多くの地域の福祉ニーズを把握しています。</p>		
27	- 4 - (3) - 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。	a・b・c
<p><コメント> 法人理念で「地域共生社会の推進」が掲げられており、法人では、放置竹林の伐採や整理、通学道路の整備や清掃作業への協力、事業所では地域のゴミ拾い等を実施しています。また、法人の公益的的事业として、障がい者の就労を支援する障害者就業・生活支援センターや障がい者相談支援センターを行政より受託運営しています。なお、災害時の福祉避難所にも指定されています。</p>		

適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
- 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	- 1 - (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・b・c
<p><コメント> 利用者を尊重したサービスの実施については、法人の理念や基本方針に明記されており、職員の基本方針（期待される職員像）倫理綱領及び職員の行動規範も策定されています。「職員行動規範」の中で、「体罰等・差別的な行為禁止」「プライバシーの保護」「虐待防止」等が明示されています。また、法人では「虐待ゼロ宣言」が出され、職員は毎月、虐待防止チェックシートで自己評価を行うとともに、研修会の実施や各種会議等の中で利用者尊重のサービス提供について共通理解の取組が行われています。</p>		
29	- 1 - (1) - 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。	a・b・c
<p><コメント> プライバシー保護については、就業規則、職員倫理綱領や職員行動規範の中で、「利用者のプライバシーの侵害」に当たる行為として、「利用者の入浴、衣類の着脱、排泄、生理等の異性介助をすること」等をあげ、同性介助が行われており、通信やホームページへの写真掲載も利用者および家族の同意の上掲載され、プライバシー保護に配慮したサービスの提供が行われています。なお、食事や排せつ、入浴等の支援については、個別支援計画に基づき、個別に支援マニュアルが作成され適切に対応されています。</p>		
- 1 - (2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	- 1 - (2) - 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・b・c
<p><コメント> パンフレットやホームページなどで施設の情報発信が行われています。パンフレットには、その活動状況等を多くの写真や絵で紹介し、利用契約書にはルビをふり、利用希望者に分かりやすいよう配慮されています。利用希望者への説明についても、写真や絵など</p>		

<p>を用い丁寧な説明を行っています。また、実際の活動の見学、体験入所、一日利用も積極的に受入れており、利用希望者や家族の意向に沿った対応が行われ、選択に必要な情報を提供されています。しかしながら、パンフレットの配布先として、関係公共機関や各相談支援事業所、公民館等広く配布し、その情報を多くの方が入手できるような情報発信への取組が望まれます。</p>		
31	- 1 - (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
<p><コメント> サービスの開始にあたっては、サービス管理責任者により、契約書・重要事項説明書を用いて、利用者や家族等へ説明が行われています。説明にあたっては、支援マニュアル等を活用し、ジェスチャーや平易な言葉に代えて説明を行っています。また、個別支援計画等の作成の際には、絵や図、写真などを利用した説明で意思確認を行うなどの工夫がされています。</p>		
32	- 1 - (2) - 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
<p><コメント> 福祉サービスの事業所変更の際には、利用者、家族等の意向をサービス管理責任者が窓口となり把握し、相談できる体制が整えられています。事業所の変更等の場合には、継続した生活の質が保持できるように、相談支援事業所や関係機関等と連携を図り、福祉サービスの継続性に配慮した引継ぎ書類も作成されています。また、サービス終了時には、終了後も種々の相談が出来るよう相談支援専門員や窓口担当への問い合わせ先も分かりやすい位置に掲示されています。</p>		
- 1 - (3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	- 1 - (3) - 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 送迎時のやり取りや連絡帳により、日常的に家族等の意見や要望の把握が行われています。しかしながら、満足度調査（家族向け）は令和2年度に一度実施されて以来、その後は継続されておらず、利用者を含め満足度向上を図る仕組みが十分ではありません。今回の利用者調査票（家族回答）の中でも、何度か要望したことが実現していないとの意見がありました。発語や意思表示が困難な重度の利用者が多いことから、家族等を含め、要望や意向をさらに積極的に把握、聴取する姿勢が望まれます。定期的な満足度調査等の継続実施により、利用者や家族等の意向の把握に努め、その分析から満足度の評価とさらなる改善に向けた組織的な取組が求められます。</p>		
- 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 - (4) - 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
<p><コメント> 法人の苦情解決規程において苦情解決委員会が設置され、毎月委員会を開催し、苦情の内容については理事会及び評議員会で第三者委員（監事2名）に報告されています。また、事業所内に苦情受付担当者と苦情受付責任者を配し、事業所の出入り口に苦情受付箱の設置など苦情解決の体制が整備されています。さらに、送迎時や連絡帳で把握した要望等をシートに書き留め、壁に掲示して職員全体で共有する仕組みがあります。今年度も10件の苦情に対して受付、対応が適切に記録されていますので、今後は個人情報や内容に配慮した上で、苦情および解決結果を広報誌やホームページ等で広く公表、周知することが求められます。</p>		
35	- 1 - (4) - 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
<p><コメント> 日頃より送迎時や連絡帳で家族等からの相談や意見を聴取する機会があり、年度初めに担当職員やグループリーダーの紹介を行うなど家族等へ周知されています。また、担当者は固定化せず定期的にローテーションを行うことで、偏ることなく複数の職員へ相談しやすい配慮が行われています。利用者に対しては朝・夕の会で意見を聞く機会があり、重度の利用者が多いことから写真や絵カードなどを活用してコミュニケーションを図る取組もされています。今後は、家族等のみならず利用者に対しても、サービス管理責任者や管理者、第三者委員の顔写真の掲示を行うなど、話や相談をする相手を視覚的に選択できる工夫</p>		

やスペースの確保が望まれます。		
36	- 1 -(4)- 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
<p><コメント> 法人で苦情対応マニュアルを整備し、事業所の出入り口に苦情受付箱が設置され、送迎時や連絡帳を通して家族等からの意見を把握する機会が設けられています。また、聴取した意見や要望は主任及びサービス管理責任者に報告され、送迎後すぐに専用のメモ用紙に記載したものを事業所の壁に貼付し、全職員で共有するようになっています。相談やお尋ね等には、その日のうちに回答するよう迅速な対応が図られています。しかしながら、利用者調査票（家族回答）では、何度か要望したことが対応されていないという意見がありました。今後は法人作成の対応マニュアルに加え、事業所独自の取組として家族等への説明や公開・公表の方法について、一連の手順を具体的に明記し対応の漏れの防止につなげるとともに、必要に応じて適宜見直しが行われることが求められます。</p>		
- 1 -(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	- 1 -(5)- 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 法人全体で設置されたBCP委員会、災害対策委員会、感染症対策委員会でリスクに関する課題を毎月検討するとともに、外部研修への参加及び伝達研修が行われています。また、ヒヤリハット報告に関しては毎日一人1枚の提出を推奨するなど多くの事象の収集が積極的に行われています。担当者が月毎に集約し、パソコン内の回覧ソフトにて全職員に共有されています。リスク管理の観点から日常業務における軽微な事象に対しても積極的に報告・収集されていることは高く評価できます。今後は収集した多くの事象に対する要因分析を行い、改善策や再発防止策に繋げるシステムの構築が望まれます。</p>		
38	- 1 -(5)- 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 法人で感染対策委員会を設置し、毎月の会議開催とともに感染予防に関する勉強会が年2回開催されています。また、吐しゃ物処理キット等も事業所内の複数個所に設置され、看護師により管理されています。さらに、事業所内には感染対策に係る手指消毒や手洗い方法が利用者にわかりやすく掲示されています。しかしながら、コロナウイルス感染症の第5類移行後に新たに作成された文書は確認できましたが、その他の感染症に関する対応マニュアルの作成日や改定日の記載が確認できませんでした。感染症予防策については定期的な評価や見直しが必要であることから、感染症全体を包括するマニュアル等の整理を行い、予防策の定期的な評価による見直しが求められます。</p>		
39	- 1 -(5)- 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 ・ b ・ c
<p><コメント> 法人内で災害対策委員会を設置し、事業所内に置かれた担当者が中心となって地震、火災、台風等の災害時における訓練が法人内の障害者支援施設と合同で毎月実施されています。備蓄に関しては主に障害者支援施設で対応されていますが、事業所内でも飲料水やレトルトカレー等が常備され、定期的に災害食の試食を行う等、主任や栄養士を中心としたローリングストックの取組が行われています。</p>		

- 2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
- 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	- 2 -(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
<p><コメント> 標準的な支援マニュアルとともに、てんかん発作や行動障害など利用者一人ひとりに応じた個別支援マニュアルの策定が詳細かつ丁寧に行われており、マニュアルにはプライバシーの保護や権利擁護、利用者の主体性を引き出す視点が記載されています。利用者調査票（家族回答）からも個別性を重視した一人ひとりに寄り添った丁寧な支援が実践されていることが伺われます。その内容は職員の新人研修で周知され、理解の差を埋めるため、</p>		

担当を短期間でローテーションするなどの工夫が行われています。		
41	- 2 -(1)- 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
<p><コメント> 標準的な実施方法は、月1回のケース会議やグループ会議において課題の抽出が行われていますが、検証及び見直しのプロセスが明確ではありません。また、会議録はパソコン内の閲覧ソフトで共有されていますが、PDCAサイクルが機能しておらず、共通意識が育っていないなど、職員の自己評価でも半数近い職員が十分でないと評価しています。個別性を重視した丁寧な支援を実践されていることから、今後はサービス管理責任者の積極的な参加と関与により、検証及び見直しのプロセスを明確にし、会議議事録への明記とともにPDCAサイクルの周知に向けた仕組み作りが求められます。</p>		
- 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	- 2 -(2)- 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
<p><コメント> 重度の知的障がいや強度行動障がいのある利用者が多いことから、一人ひとりに応じた個別性の高い、きめ細かいアセスメントが実施されています。また、個別支援計画策定にあたっては、利用者の3分の2近い利用者に対し法人内の相談支援事業所でサービス利用計画を作成しており、連携が密に図られています。アセスメントをもとにニーズを把握し、支援会議を経て書面にて利用者・家族等に説明、交付されており、利用者に対しては写真等で計画書を補足するなど理解を促す取組が行われています。言語や意思の表出が困難な利用者が多い中でも、相談支援専門員や家族等、関係者との面談の中から、できるだけ利用者の意向やニーズの把握に努めた計画が策定されています。</p>		
43	- 2 -(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
<p><コメント> 個別支援計画の評価・見直しは基本的にはサービス管理責任者、主任及び担当職員にて半年毎のモニタリング時に家族等の説明や意向の確認を経て行われています。また、新規利用時や利用者の状況の変化等、支援の追加や変更が生じた場合は必要に応じて、1か月や3か月など短期間で計画の評価と見直しが行われています。さらに、変更された個別支援計画は全職員に周知され、いつでも職員が確認できるようファイリングされています。</p>		
- 2 -(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	- 2 -(3)- 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
<p><コメント> 支援の実施記録に関してはソフトを用い、パスワード入力により作成され、ネットワークシステムにて閲覧、共有できるシステムとなっています。記録は送迎職員への配慮を含め、交代で勤務時間内に確保されており、その日のうちに個別支援計画に沿った支援の実際や送迎時のやり取りで把握した情報等が記録され共有されています。また、翌日には主任が不適切な表現や誤字・脱字のチェックを行い、担当職員にフィードバックするなどの指導が丁寧に行われています。</p>		
45	- 2 -(3)- 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 就業規則（服務規律）の中に個人情報保護義務は明記してありますが、個人情報保護規定や記録管理マニュアル等、利用者に関する記録の管理体制が整備されていません。今後、記録の保存や破棄、電子記録の取扱いや管理、責任者の設置等の規定を含め、記録に関する管理体制の整備が求められます。その際、個人情報の漏洩、紛失等、事故発生時の報告体制についてもマニュアル等に明記されることが望まれます。利用者の写真の掲載など肖像権に関する同意は取られていますが、個人情報の保護に関しても利用者・家族等へ取り扱いや情報開示の手順等について説明がなされ、同意書をとることが望まれます。</p>		

< 内容評価基準 >

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		
A	A - 1 - (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 ・ c
<p><コメント> 基本的にレインボーグループとステップグループの2つに分けて活動を行い、事業所のスローガン「思いに寄り添い、あなたらしさを大切にします」にあるように、グループ間の移動や合同活動を利用者の好きなことや興味に合わせて実施するなど、柔軟かつ個別的な支援が行われています。ウォーキングや買い物、調理や外出等の活動や月に1回の給食での選択メニューにおいて、利用者の選択の機会が確保されています。その際、意思の表出が困難な利用者に対しては写真や絵カードを用いて、意思の表出・決定支援が行われています。さらに、障がいの特性に応じて物理的な構造化やスケジュールなどの視覚支援を積極的に取り入れるなど個別的配慮が行われています。</p>		
A - 1 - (2) 権利擁護		
A	A - 1 - (2) - 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a ・ ・ c
<p><コメント> 虐待防止の更なる推進と身体拘束の適正化の取組の義務化に伴う、理事長による「虐待ゼロ宣言」を受け、令和4年度からは虐待防止委員会の活性化と整備体制の構築に向け、法人全体で利用者の権利擁護に関する積極的な取組が行われています。毎月のセルフチェックにより課題を抽出し、DVDの視聴やグループワーク等の勉強会を行うとともに、権利擁護に関して職員一人ひとりが目標を定め、自身のロッカーに貼付表示するなど、常に利用者の人権尊重に対する意識付けを行うよう取組まれています。</p>		

A - 2 生活支援

		第三者評価結果
A - 2 - (1) 支援の基本		
A	A - 2 - (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
<p><コメント> グループホームへの移行等を見据え、入浴や買い物支援、テーブル拭きや神社清掃等個別ニーズをもとに、将来的な自立生活に向けた支援が個々の計画に反映されています。また、法人内のグループホームの体験利用や定期的なショートステイに繋げるなど相談支援事業所との連携を密に図っています。また、支援区分の高い、手厚い支援を必要とする重度の利用者がほとんどですが、絵カードや写真などを用いたスケジュールの自己管理を支援し、食事や排せつなどの身辺処理に関してもできるだけ、見守りを基本とし、利用者が自分で行うことをサポートされています。</p>		
A	A - 2 - (1) - 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><コメント> 平均支援区分が5.8と手厚い支援を要する利用者がほとんどで、意思の表出が困難な重度知的障がいのある利用者や視覚優位の特性のある利用者も多く、サインやシンボルなどを組み合わせたマカトン法の活用、絵カードや写真による視覚支援を行うなど多様なコミュニケーションツールを工夫した支援が積極的に行われています。特に、絵カードや写真は一人ひとりに合わせて場面毎に作成され、個別性の高いコミュニケーション手段の確保が図られています。</p>		
A	A - 2 - (1) - 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><コメント> 意思表出が困難な利用者に対しては個別に意思表示カードを作成し、意思の表出や決定の機会を設けるとともに、複数の問いかけの方法を試行するなどの工夫を行っています。</p>		

<p>ます。また、年度初めの事業所紹介（文書）では職員を顔写真入りで紹介し、担当職員以外の職員に気軽に声を掛けることができることが明記されています。しかし、ほとんどの利用者は自ら主体的な相談等を行うことが容易でないことから、今後は日課の中に聞き取りを含め相談等の時間を組み込むなど、場所の確保や機会の確保について工夫を行い、直接支援職員とサービス管理責任者、管理者との利用者の意向や思いの共有、さらには相談支援専門員等との一層の連携が期待されます。</p>		
A	A - 2 - (1) - 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><コメント> 重度の障がいのある利用者がほとんどであるため、ニーズを把握することは容易ではありませんが、家族等や相談支援専門員を交えた会議の中で利用者の興味や嗜好、得意なことなどを多角的に把握し、個別支援計画に反映して多様で個別性の高い支援が行われています。グループ毎に体操やウォーキングなどの運動支援、外出や買い物等の社会参加支援を通じたソーシャルスキルトレーニング、創作活動に加えフルーツキャップ作業など軽作業による生産活動も行われています。また、活動の延長として熊本市の障がい者作品展出展や今年度は関係団体主催のペタンク大会へ参加されています。さらに、希望者には週3回の家族支援としての入浴支援、地域移行に向けた自立生活向上など個別の目的に応じて実施されています。</p>		
A	A - 2 - (1) - 利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 自閉スペクトラム症等の特性への理解を深めるため、構造化や視覚支援などTEACCHプログラムに対する理論や実践に関する学びを推進し、支援の根拠に対して共通理解を積極的に図っています。また、重度の知的障がい者や強度行動障がいのある利用が多く、生活介護事業の配置基準を大きく上回る職員配置（常勤換算1.7人）で個別支援に力を入れています。さらに、職員全員が強度行動障害基礎研修を修了し、行動障がいを有する利用者に対しては行動観察、記録、環境の整備とともに支援方法の検討や見直しを随時行うなど、適切な支援の工夫や専門性向上のための取組が行われています。</p>		
A - 2 - (2) 日常的な生活支援		
A	A - 2 - (2) - 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><コメント> 食事や排せつ、移動等日常生活支援に関しては個別支援計画に基づき、個別に支援マニュアルが作成されており、必要に応じて家族等へ助言及び情報提供が適切に行われ、事業所と家庭との支援の継続性が図られています。また、食事においては栄養士との連携により、とろみ食やペースト食など個別の食形態や障がいの特性に応じて代替メニューを提供する等柔軟な対応が行われています。排せつのチェック表にイニシャルで記載したり、ペースト食の提供時には、メニューを口頭、写真や絵で丁寧に伝えるなど利用者の尊厳に配慮した取組が行われています。さらに、家族等との連携の下、個別のニーズに応じて延長支援や入浴支援が実施されています。</p>		
A - 2 - (3) 生活環境		
A	A - 2 - (3) - 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
<p><コメント> トイレや室内の定期的な清掃や感染対策に配慮した備品の消毒などが頻繁に行われ、事業所全体が清潔に保たれています。排せつや食事支援の際のこまめな手袋交換や歯ブラシの殺菌消毒など衛生管理にも配慮されています。また、障がいの特性に配慮して、外的刺激からの軽減対応として、クールダウンできるスペースやパーテーションの設置、パーソナルテントが活用されています。しかし、20名の定員に対し、登録者数が現在27名であることから、利用率が高い通所日によってはスペースが狭小になることが想定されます。職員自己評価でも利用者的人数に対して快適にくつろいで過ごせる環境とは言えないとの意見があります。設備上の制約があると思われそうですが、施設整備計画の際には個室や2階スペースのトイレ確保、階段脇の増設した構造上鉄骨塗装され表出している一部分を壁内に遮蔽など設備構造の改善が期待されます。</p>		
A - 2 - (4) 機能訓練・生活訓練		

A	A - 2 - (4) - 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
<p><コメント> ほとんどの利用者に健康維持や身体機能の維持に関する課題があるため、担当職員や看護師によるアセスメントを経て、個々のニーズに応じてウォーキングやストレッチ体操などのプログラムが実施されています。また、モニタリング時には法人内の理学療法士の協力を得てプログラムの見直しが行われています。</p>		
A - 2 - (5) 健康管理・医療的な支援		
A	A - 2 - (5) - 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
<p><コメント> 送迎時の検温、通所時のバイタルチェックや毎月の体重測定、排便の回数等のチェックによる健康状態の把握が行われています。異常があった場合は看護師へ報告し、迅速に家庭への連絡が行われます。利用者調査（家族回答）でも、体調不良やケガ等の報告及び施設での処置については迅速かつ適切に対応されていると評価されています。また、てんかん発作を有する利用者に対しては発作時の個別マニュアルを整備し、更衣介助や入浴支援の際の身体確認を含め、自ら不調を訴えることが困難な利用者が多いことから、全職員による丁寧な健康状態の把握が行われています。</p>		
A	A - 2 - (5) - 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
<p><コメント> 家庭からの投薬依頼書により、現在は4人の利用者に対して服薬支援が行われています。内服薬等は通所時に預かり、支援員室の専用ボックスで保管し、服薬支援時には看護師を含め、職員でダブルチェックするなど適切に服薬管理が行われています。現在、経管栄養等の医療的ケアの必要な方は利用されていませんが、てんかん発作を有する利用者へは個別対応マニュアルをはじめ、緊急時の連絡体制が整備され、看護師と嘱託医との連携が図られています。</p>		
A - 2 - (6) 社会参加、学習支援		
A	A - 2 - (6) - 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
<p><コメント> 利用者や家族等の要望や意向によりグループ毎に年1回の日帰り旅行が実施されています。また、毎月のプログラムにおいて買い物やドライブによる社会参加支援や障がい者作品展・スポーツ大会の見学や参加等も積極的に行われています。学習のための支援では個別支援計画に基づき、計算や漢字の練習など個別学習支援とともに年1回、職員と利用者がともに学ぶ場が設定されており、これまでに防災や腸活、歯の健康などをテーマとした学習会が開催されています。さらに、春と秋には近隣の神社周辺のごみ拾い清掃を通じたボランティア活動が実施されています。</p>		
A - 2 - (7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A	A - 2 - (7) - 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
<p><コメント> 重度の知的障がいや強度行動障がいを有する利用者が多いことから、その多くが入所施設の待機申請をされています。法人内のグループホームの体験や短期入所利用も行われていますが、自らの意思や希望を明確に表出することが難しい利用者が多く、地域生活の移行に関する意思決定支援がさらに積極的に行われることが期待されます。利用者一人ひとりが地域生活のイメージを持つことができるような工夫や利用者主体の生活に向けた家族等への情報提供や相談支援事業所との連携が求められます。地域生活移行に対する家族等や利用者の不安の解消につながるバックアップや事業所機能の付加等についても、多様な事業を展開されている法人全体で将来構想の一つとして検討されることが期待されます。</p>		
A - 2 - (8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A	A - 2 - (8) - 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
<p><コメント> 送迎時のやり取りや連絡帳を通じた連携は図られていますが、コロナ禍以降は事業所イベントを通じた家族等との交流機会がほとんどありません。そのため、事業所における活動や支援状況は写真にまとめて毎月配布されていますが、利用者調査（家族回答）で</p>		

は実際の支援の様子がわかりにくいとの意見がありました。写真のみならず、動画や少人数での事業所見学会を開催するなどの工夫が望まれます。また、行事への家族参加に関しても希望する意見が多数あります。家族間交流は家族支援の視点からも重要であるため、今後は感染対策を講じた上でグループ毎に家族参加のイベント等の企画も期待されます。

A - 3 発達支援

		第三者評価結果
A - 3 - (1) 発達支援		
A	A - 3 - (1) - 子どもの障がい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
<コメント> 評価外		

A - 4 就労支援

		第三者評価結果
A - 4 - (1) 就労支援		
A	A - 4 - (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
<コメント> 評価外		
A	A - 4 - (1) - 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	a・b・c
<コメント> 評価外		
A	A - 4 - (1) - 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
<コメント> 評価外		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準 (~)	25	20	
内容評価基準 ()	11	4	
合 計	36	24	