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：2026年5月12～13 日

②施設・事業所情報　(2026年3月現在)

名　称：　鵠生の叢	種別：障害者支援施設	
代表者名：理事長　豊　村　　英 施設長　諸喜田　智　子	定員（利用人数）：　50（ 54 ）名	
所在地：　沖縄県南城市大里字大城1388-1		
TEL　：　098-946-7177	ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ	https://shafuku-niraikanai.com/
【施設・事業所の概要】		
開設年月日　　昭和63年（1988年）8月1日		
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：　46　名	非常勤職員：　4　名
専門職員	社会福祉士：　4　名	看護師：　3　名
	介護福祉士：　22　名	管理栄養士:　2　名
	理学療法士：　1　名	
施設･設備の概要	居室、ショートステイ室、食堂、厨房、多目的ホール、浴室、トイレ、医務室、事務所、支援課室、園庭、中庭、防犯カメラ、AED、空調設備	

③理念・基本方針

・理　念
障がいがあっても一人の人間として、その人なりの幸せな人生があるべし

・基本方針
〇利用者の権利擁護や意思決定支援の推進とサービスの質の向上への継続的取組
〇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
〇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
〇社会・地域福祉の充実・発展と公益的取組の推進
〇新型コロナ感染症等感染症の予防の対策

④施設・事業所の特徴的な取組

当法人は　昭和63年に法人認可を受け南城市で障がい者の入所施設を中心にグループホームや就労関係事業所、児童発達支援センター、相談支援事業など多岐にわたる事業を展開してきた。近隣には高齢者施設や南城市役所、大型商業施設等があり周辺施設の開発が進んできている。施設では利用者の高齢化・重度化に加え、地域ニーズに対応してレスパイト支援等にも努めている。平成31年に沖縄県から「職員が働き甲斐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。また令和7年3月、天皇陛下より社会福祉事業を奨励するため、特に優れた民間福祉施設や団体に贈られる御下賜金（ごかしきん）を拝受した。「障害があっても、一人の人間として幸せになる」という理念のもと「利用者の幸せ、職員の幸せ、そして地域社会の幸せの実現」を経営目的として掲げ、日々の事業に邁進している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2025年8月28日（契約日）　～　2026年8月21日
	2026年8月21日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	3回目 （前回の受審：2023年度）

⑥総評

◇ 特に評価の高い点

1.職員の定着とスキルアップにつながる労働環境が構築されている。

法人は県から「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」として認証を受け、現在も更新されている。新人職員へのチューター制度の導入や、シフト勤務時にも複数体制をとる、職員の人生設計を考慮した人事管理等により、職員が安心して働ける仕組みが整備されている。また、職員には新人、一般、上級の階層別に「期待される人材像」や「期待する役割」「具体的な役割行動」「職員の行動指針」等が設定されており将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みが構築されている。業務上の困難に直面した際にも身近な管理職等からスーパービジョンを受けられる体制があり、これらは職員の定着と専門資格取得への動機づけを高めスキルアップにも繋がっている。

2.意思決定支援の取り組みが充実している。

事業所では、利用者一人ひとりの思いや希望を尊重した意思決定支援の取り組みが充実している。意思表示が難しい利用者に対しては、写真やイラスト、ジェスチャー等の代替コミュニケーションを活用しながら本人の思いを丁寧に汲み取れる様配慮している。また、日々の支援では、外出先や食事内容、余暇活動等について複数の選択肢を提示し、利用者自身が選択・決定できるよう支援している。買い物や外食等の外出支援についても本人の希望を尊重して実施しており、利用者主体の支援姿勢が事業所全体に浸透していることが伺える。

3. 地域貢献に注力するとともに、利用者の地域移行に向けた支援を展開している。

南城市虐待ネットワーク協議会への参画により、地域課題の共有と職員への周知体制を確立している。また、緊急受け入れ対応やゆいハート地域づくり事業の相談窓口を担うなど、地域のセーフティネットとして機能している。法人で共同生活援助事業を展開している強みを活かし、グループホームへの移行を希望する利用者や家族に対し、日頃から信頼関係のある職員が支援を行うことで、環境変化への不安を和らげている。この取り組みにより、実効性の高い地域生活移行支援が継続的に実施されている。

◇ 改善を求められる点

1. 利用者のプライバシー保護について、さらなる取り組みが望まれる。

利用者のプライバシー保護については、規程やマニュアル等に基づき配慮が行われており、職員に対しても継続的な理解促進に取り組んでいる。多床室でもあり日常的な関わりの中で、利用者同士の距離が近くなりやすい状況がある。

居室環境については、安全管理の観点からカーテン等の設置が難しい状況はあるものの、利用者一人ひとりのプライバシーを守る環境づくりについてさらに進めていく取り組みが望まれる。

2. 利用者の権利擁護に関する取り組みをさらに強化していくことが望まれる。

施設では利用者の安全が守られない可能性の高い時間帯等に、一時的に居室で過ごしてもらう等の処置をとる場合があり、その都度記録を行っている。解除の際にも記録し、日頃から漫然と拘束を行わないよう支援会議等でケア内容に関する話し合いを行っている。

年々取り組み内容を見直し、記録体制の変更や様々な機会を通じたケア内容の見直しが図られているが、拘束要件の記録に関してはさらに検討を進めていく取り組みが求められる。また施設内での不適切ケアに関する意識向上も図られているが、具体的な虐待等の判断に関しては報告・手順の周知などの仕組み作りを強化していくことが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受けることで、毎回改善すべき点が挙げられ課題の解決に努めています。
今回は主にプライバシーを守るための環境作り、身体拘束・虐待に関する取り組み、マニュアルの定期的な見直し等について助言を受けました。

職員一人一人が意識をもって行動する環境を作り、課題に取り組むことで経営や支援の質の向上につなげて参ります。

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。

評　価　項　目			評価結果
Ⅰ　福祉サービスの基本方針と組織			
共通 **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。	
コメント	理念・基本方針については、ホームページや行動指針等に掲載されている。法人全体職務会で理事長から講話があり、朝の申し送りで唱和している。毎月の施設内職務会では、管理者が理念に基づいて「自分がやっていて楽しいことを利用者にもやってみる」「利用者のことを自分事に置き換えて考える」ように伝えている。利用者には朝会でわかりやすさに配慮して説明している。保護者には、個別支援計画の作成時やモニタリングの際に連絡をとり、基本方針の説明等を行っている。		
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。		**a**
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。	
コメント	社会福祉事業全体の動向については、国や県、市の研修会等で情報収集している。また、市の福祉関係団体や虐待ネットワーク協議会に参加して情報交換している。市の緊急受け入れ施設として登録。都度対応しており、市社協のゆいハート事業で地域の社会福祉士とともに相談事業等に参加し地域のニーズや課題を把握している。施設の経営状況については、税理士と共に過去10年間の事業実績や決算状況を分析し、未来事業を創造する為の一覧表を作成して取り組んでいる。		
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。	
コメント	管理者は顧問の税理士や社会保険労務士と面談しながら自施設の経営状況や改善点等を明確にし、理事会で説明。役員間で共有されている。職員に対しては、中・長期の事業計画や収支計画、単年度の事業計画、予算案等を具体的に説明し、今後の取り組みの理解を図っている。近年利用者の重度化・高齢化に伴い、施設のハード面の改善に取り組んでおり、高齢棟の建設、現施設のバリアフリー化を計画している。		

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。	
コメント	中・長期計画は、10年後のビジョンを明確に示し、施設の立替工事や人材の確保・育成、利用者の高齢化・重度化対応等について、事業・資金計画を含め具体的に策定されている。毎年評価と見直しが行われており、経営課題や問題点の解決・改善に向けた内容になっている。職務会等で職員にも周知されている。		
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。	
コメント	単年度の事業計画は、前年度の振り返りと今年度の課題・目標、今後（中・長期）の目標・計画が示され、職員に周知されている。今年度は高齢棟の建設、居室の改装（畳間をフラットな床へ）計画が策定されており、予算も計上されている。また、職員間のコミュニケーション力の向上や人材育成に注力しており、研修費や旅費を昨年度より増額している。決算書で収支状況を確認しながら実施可能な計画を策定している。		
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。	
コメント	事業計画の骨子は管理者が策定しており、4月からすぐに次年度の計画に取り組み始めている。行事については全体職務会等でアンケート用紙を配り、次年度取り入れてほしい行事案を募集している。職員が利用者主体を意識して立案し、地域住民との交流も計画している。災害時に備えて雨の日でも防災デーには雨合羽を着用して避難する訓練や近隣施設の駐車場を借用してテントを設営し、実際に過ごしてみるなどの計画案を検討している。		

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。	
コメント	保護者には、広報紙(鵠生だより)を発送する際に事業計画の概要と行事計画表を添付して周知している。家族参加型の行事を実施する際には、毎回事前に電話連絡し参加を呼び掛けている。利用者に対しては、その月の行事や修繕等の進捗状況を朝会等で周知している。玄関前の展示コーナーにわかりやすいように工夫したポスターを掲示している。		
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。	
コメント	福祉サービスの質の向上を目指して、施設では平成18年度よりオンブズマンを導入している。コロナ禍の際に一時中断していたが、その後はグループホームと交互に隔月に実施。今年度より毎月実施している。オンブズマンからの指摘事項については、朝会や男子会議、女子会議で話し合い改善に努めている。第三者評価は3年ごとに受審しており、今回は3回目の実施となっている。 施設運営や事業に関する自己評価は実施されていない為、今後取り組むことが望まれる。		
9	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。		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、組織として取組むべき課題を明確にしていない。	
コメント	現時点で明らかになっている課題について職員間で話し合い、改善に向けて取り組んでいる。前回の第三者評価結果に沿って、会議の起案や記録等について見直しを行っている。職員が記録の時間を意識するようになり、業務の分散化にも取り組んでいる。 評価結果やオンブズマンの報告から明らかになった課題については、文書化し改善に向けて取り組んでいるが、今後は定期的に改善策や実施状況の評価を行い必要に応じて見直しすることが望まれる。		

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。	
コメント	管理者は、法人で策定された詳細な「階層別の役割行動一覧表」をもとに自らの役割と責任について自覚し、職員にも表明・周知している。また、施設行事での挨拶や保健だより等を通して、事業所の運営や管理に関する方針を表明している。 管理者不在時における役割や責任に関する権限委任については、BCPのマニュアルや緊急時のフローチャートで代行者が明記されているが、規程や職務分掌等でも明記することが期待される。		
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。	
コメント	管理者は、県内外の施設長会議や研修会等に参加したり、顧問の税理士や社会保険労務士との面談等を通して遵守すべき法令等を把握し、利害関係者との適正な関係の保持に努めている。職員にも就業規則や職員の行動規範を周知し、人材育成に活かしている。また。職員に対しては随時職務会等で遵守すべき法令等について、具体例を示しながら説明している。今年度は特に意思決定支援やBCP計画等について説明した。		
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。	
コメント	管理者は、日々早朝出勤して施設内を巡回し、利用者・職員と顔を合わせて挨拶することを日課にしている。職員や利用者の日頃の様子を熟知していることで、定位置に利用者がいない時など少しでも違和感があれば探して声かけし反応を確認している。理学療法士を活用して生活の中で出来るリハビリを取り入れ、歯科衛生士による口腔ケアも月2回行うことで、生活の質を低下させないように努めている。職員の業務改善に向けてICT業務支援システムを活用し、職員の事務作業の効率化を図り、情報共有に活かしている。面談等を通して職員の意見を傾聴し、手すりやトイレが必要な場所等には利用者の特性に合わせた環境整備を進めている。今年度は研修に力を入れており、予算も増額している。		

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。	
コメント		管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて税理士、社会保険労務士と面談しながら過去10年間の「収入、支出、職員配置等」がわかるような財務実績表を作成し、経営の改善に活かしている。財務実績表をもとに収入増を実現し、利用者の重度化に伴いゆとりある職員配置、働きやすい職場作りに取り組んでいる。また、グループホーム増床に伴い、利用者の意向を確認しながら地域移行を促進し、地域のニーズが高い短期入所の受け入れをグループホームでもできるよう整備した。職員に経営状況を具体的に説明し、職員一人ひとりが経営改善の意識がもてるよう指導している。	

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。	
コメント		男女のリーダー職員を人材確保のための担当者として配置し、複数の就職説明会に参加している。中部圏域の説明会にも出向き、パンフレットやプレゼンテーションソフトを活用して施設のアピールをしている。求人広告も専門家の意見を取り入れ、文面を工夫している。昨年度は7名の新人職員を採用し、利用者の高齢化・重度化に伴い手厚い支援ができるよう取り組んでいる。職場の魅力を高め、職員が家族や親しい友人を働く仲間として紹介できるような施設を目指している。昨年度より2泊3日の社員旅行を3グループに分けて実施。職員間の親睦とコミュニケーション力の向上に取り組んでいる。	
	15	総合的な人事管理が行われている。	a
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。	
コメント		階層別の期待される人材像、期待する役割、具体的な役割行動が策定されており、職員に周知されている。この職員像と職員の行動指針（福祉マインド、人間力、マネジメント、熱意）を基準に、リーダー職員とサービス管理責任者が一緒に職員一人ひとりと面談し、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。リーダー職員への指導は管理者が実施している。職員は全員が強度行動障害研修(基礎、実践)を受講し、介護福祉士や社会福祉士の資格取得など、より専門的な知識の習得に努めている。階層別の期待される人材像等を活用して、自らの将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みが構築されている。	

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。	
コメント	管理者は、日頃から職員の就業状況や意向を確認するよう努めており、出勤時には施設内を巡回し利用者と職員の顔色や体調等を確認。職員の心身の健康を把握し元気に業務に入れるよう配慮している。リーダー層の職員には他の職員の見本となるよう指導している。リーダー職員とサービス管理責任者が毎月職員と個人面談し、近況確認と困りごとの相談に応じている。管理者も毎回夜勤明けの職員と面談し、コミュニケーションを深めるよう努めている。必要な人材が確保されておりゆとりある勤務体制が構築され、社員旅行を実施するなど職員の福利厚生を充実させている。現場ではICT業務支援システムを導入し、職員の事務的な負担軽減にも取り組んでいる。		
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。	
コメント	施設では期待される職員像のチェックシートの他に、今年度から「幸せ内省ノート（曼荼羅シート）」を記入し、それらの資料をもとにリーダー職員と面談して今後の目標等について話し合っている。曼荼羅シートは人事考課制度から発展して、職員が自分自身と対話しながら内面を見つめていくことで成長が促され、シートを完成させる過程で目標に向かってやるべきことが明確になるのが期待されている。また、シートを活用しながら職員の意思や目標、人生観等を確認しキャリアパスに繋げていく取り組みを始めている。 曼荼羅シートでの取り組みではまだ実績は出ておらず、目標達成度の確認はできていない為、今後の成果が期待される。		
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。		**a**
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。	
コメント	今年度は、職員間のコミュニケーションや人材育成研修に注力しており、施設内外の研修で、接遇や言葉での伝え方等の研修を増やし、風通しの良い職場作りに取り組んでいる。施設内研修では研修委員会が主導して外部講師を招き、小グループでのワークを実施している。リスクマネジメント、虐待防止、身体拘束禁止、感染症の予防や対応等の研修を交互に実施している。施設内研修後はICTツールを活用して研修内容の振り返りを実施し、感想や意見、今後受けたい研修等を把握し研修計画に活かしている。		

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。	
コメント	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、オンデマンド研修等も活用して全員が教育・研修の場に参加できるよう配慮している。職員個別の知識や技術水準等は、階層別の職員像などを活用して把握し　一人ひとりにあった研修を受講させている。今年度はリーダー職員を意識改革と成長を促進する体験型セミナーに派遣するなど、中堅職員の育成に注力している。新任職員に対しては、新人用の育成マニュアルに沿って入職後1～2か月かけて理事長や管理者から講義を受け、法人内の事業所を見学する機会も設けている。現場では先ず利用者の顔と名前を覚えてもらい、プロフィールシートにより利用者理解を促している。		
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。		a
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。	
コメント	県内大学から社会福祉士や保育士の実習を受け入れており、実習担当者を決めて対応している。オリエンテーション資料が作成されており、実習の目的や説明内容が記載されている。実習担当者は大学で実施される実習指導者に対する説明会等に参加、大学作成の実習ハンドブックを参考に実習指導にあたっている。また大学から実習で必要とされる要件を確認、資格ごとに設定される目標に対応し実習生の日課を検討、日々の業務を体験してもらえるよう工夫している。		
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。	
コメント	法人のホームページでは、経営理念や沿革・組織図、職場環境に関する情報の他、第三者評価結果や自己評価結果が公開されている。WAMNETでは現況報告が公開され、事業・決算報告や地域の福祉向上に関する取り組みが閲覧できる。年4回の広報誌では意見等の受付状況を掲載、法人のSNSサービスも開設し写真等により情報発信している。年1回地域交流会を施設にて開催、施設でパネル展示を行い、家族や関係者を招待している。 今後はWAMNETの障害福祉サービス等情報検索にてさらに施設の情報が詳しく公開されるのを期待したい。		

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。	
コメント	経理規程にて経理事務に関するルールが定められ、事務範囲や会計処理の基準等が明記されている。支出に関する判定表等、わかりやすい表示にて職員に周知されている。監事監査を定期的に実施、顧問税理士からは年数回、財務会計に対する事務処理体制の向上支援を受けている。		
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。	
コメント	地域との関わり方については、運営規程の中で地域生活支援拠点等の機能を担う事業所として位置づけを明記し、地域との連携に対する基本的な考え方を明文化している。地域福祉まつりでは中高大学生ボランティアの受け入れを行うなど、地域住民との交流機会づくりに取り組んでいる。また、地域連携室において委員会を設置し月1回、地域関係機関との情報交換や課題共有を継続的に行っている。利用者の外出支援においても、本人の希望に沿って外食や買い物等を実施し、地域資源を活用した社会参加の機会づくりを推進している。		
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。		a
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。	
コメント	ボランティア受け入れについては、受け入れに関する基本姿勢を明文化し、受け入れマニュアルや誓約書、参加同意書等を整備している。ボランティア受け入れ担当者を配置し、受け入れ時には利用者理解や交流時の配慮事項等について研修を実施するなど、安心して活動できる体制づくりに取り組んでいる。また、地域の学校教育への協力も行い、近隣の学校にて障がい者体験のイベントを実施するなど地域とのつながりを意識した取り組みを進めている。ボランティア活動を通して、利用者と地域住民が交流できる機会づくりが図られている。		

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。	
コメント	地域の関係機関・団体との連携については、施設・事業所連絡リストを整備し、医療機関や行政、警察等を含めた社会資源リストを作成している。南城市福祉関係機関・団体や虐待ネットワーク協議会へ継続的に参加し、情報交換や地域課題の共有を行い、その内容は全体職務会等を通して職員間で共有されている。また、南城市の緊急受け入れ施設として登録し、必要時には受け入れ対応を実施している。受け入れ後もサービス管理責任者を中心に関係機関と随時情報交換を行い、継続的な支援体制づくりに取り組んでいる。さらに、「ゆいハート地域づくり事業」の「くらしの相談窓口」を担うなど、地域ネットワークづくりにも貢献している。		
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。	
コメント	施設では、地域の福祉ニーズや生活課題を把握するため、南城市虐待ネットワーク協議会や福祉関係機関・団体の各種会合へ継続的に参加し、地域の関係機関との連携や情報交換を行っている。また、地域福祉まつりへ参加し、地域住民やボランティアとの交流を通して地域の実情把握にも努めている。		
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。		**b**
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。	
コメント	施設では、把握した地域の福祉ニーズに基づき、地域貢献に関わる取り組みを行っている。BCP（業務継続計画）に基づき、市や地域の公民館等と情報交換を行い、災害時を含めた支援体制づくりに取り組んでいる。高齢者や独居生活者等への訪問を通して、地域住民との関わりや見守り支援を行い、また、近隣高齢者施設と協力した避難訓練の実施や、地区対抗スポーツ大会の開催を予定するなど、地域コミュニティの活性化にも取り組んでいる。 今後もさらに.被災時における福祉的な支援を必要とする人びとや、住民の安全・安心のための備えや支援等への取り組みに期待したい。		

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。	
コメント	利用者を尊重した福祉サービスの提供に向けて、行動規範や職員行動指針を策定している。理念や基本方針については、朝の申し送り時の会議で唱和を行うとともに、職務会で配布する資料にも明記し、職員への周知と理解促進に取り組んでいる。また、利用者の尊厳や基本的人権への配慮については、定期的に「男子会議」「女子会議」「ケース会議」を開催し、利用者や支援上の困りごと等についてもリーダーを中心に話し合いを行い、必要な対応を検討している。組織的な話し合いを通して、利用者を尊重した支援の実践につなげている。		
29	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
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。	
コメント	利用者のプライバシー保護については、職員行動規範の中にプライバシー侵害の防止について明記するとともに、個人情報利用及び肖像権同意書を用いて、利用者や家族へプライバシー保護に関する取り組みを周知している。また、職員に対しても規程やマニュアル等を通して理解促進を図っている。 居室環境については、安全管理の観点からカーテン等の設置が難しい状況はあるものの、通路から室内の様子が見える状況も確認されたため利用者が安心して生活できる環境づくりに向け、視線への配慮や設備面での工夫など、さらなるプライバシー保護への取り組みが望まれる。		
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。	
コメント	施設では、ホームページやSNS、パンフレット等を活用するとともに、公民館へ資料を設置するなど、地域住民や利用希望者へ向けた必要な情報の周知に取り組んでいる。資料についても、写真やイラスト等を用いて分かりやすい内容となるよう工夫している。また、入所希望者や短期入所希望者に対して、見学や体験利用を積極的に受け入れており、ショートステイ担当者やサービス管理責任者が中心となって案内や説明を行っている。		

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。	
コメント	サービス開始･変更時には、年2回の個別支援計画作成を通して、利用者本人の意思決定や意向確認を行っている。説明にあたっては、利用者や家族が理解しやすいよう、イラスト等を活用しながら分かりやすく説明するよう工夫し同意を得たうえで書面に残している。また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を活用し選択式で希望を確認するなど、本人の希望を把握できるよう努めている。さらに週1回、利用者も参加する朝礼を開催し、日々の予定や支援内容等を共有する機会を設けている。		
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。		a
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。	
コメント	福祉サービスの利用終了後については、地域移行された利用者の状況把握に努め、移行先事業所と速やかに連絡が取れる体制を整えている。また、相談支援事業所とも連携し、利用者や家族の困りごとを早期に把握できるよう支援体制づくりを行っている。サービス移行時には引継ぎ書を活用し、必要な情報共有を行うことで福祉サービスの継続性に配慮している。また、家族には利用終了後も相談に応じられるよう、相談方法や担当者について記載した文書を渡し、利用者や家族が安心して過ごせるように配慮している		
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。		a
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。	
コメント	利用者満足の把握については、栄養士による嗜好品調査を実施し、外食チェーン店の食事写真等を用いながら、利用者が選択しやすい工夫を行っている。また、利用者会を通して外食や外出先に関する要望を確認し、希望に沿った活動につなげている。家族に対しては、担当職員が定期的に電話連絡を行い、利用者の状況報告や要望確認を実施している。さらに、忘年会や流しそうめん会等の行事を通して家族から直接意見を聞く機会を設け、支援へ反映できるよう努めている。利用者満足に関する調査については、施設長及びサービス管理責任者を担当者として、結果の把握や改善につなげている。		

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。		**a**
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。	
コメント	苦情解決の体制については、苦情解決責任者を施設長とし、体制づくりを行っている。苦情や要望については、日頃から職員が利用者や家族に積極的に声をかけ、相談しやすい雰囲気づくりに努めるほか、意見箱を設置するなど、利用者や家族が申し出しやすいよう配慮している。また、受付内容や対応経過を記録するとともに、申し送りを通して夜勤職員へも共有を行っている。苦情の有無については広報誌へ掲載し、利用者や家族への周知を図っている。保護者アンケートで、入浴や生活面を含む日頃の施設での様子が分かりづらいとの意見があり、広報誌等を通して日頃の活動が伝わるようフィードバックを行うなど苦情内容をサービス改善につなげようとする姿勢がうかがえる。		
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。	
コメント	利用者が相談したり意見を述べたりしやすい環境づくりについては、利用者同士で自由に会話できる場として、食堂やテレビスペースが活用されている。また、相談時には多目的ホールや居室、ショートステイの部屋等を活用し、落ち着いて相談できるよう環境に配慮している。オンブズマンによる聞き取りを通して得られた意見についても、必要に応じて回覧板を用いて分かりやすく周知するなど、情報共有に取り組んでいる。利用者等が相談できる方法や相談相手を自由に選択できることについては、利用者向けのポスターを作成し廊下に掲示している。		
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。	
コメント	利用者からの相談や意見への対応については、苦情解決に関する指針や対応マニュアルを整備し、職員が適切に対応できるよう体制づくりを行っている。利用者や家族から寄せられた苦情や要望については、苦情受付簿に記録し、内容の共有や対応状況の確認を行うことで、福祉サービスの質の向上に繋げている。また、相談内容については申し送り時などに職員間で共有し、必要に応じて迅速な対応や説明に努めている。 今後は、対応マニュアル等を定期的に見直す仕組みづくりが望まれる。		

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。	
コメント	リスクマネジメント体制については、感染症対策委員会や安全に関する委員会を設置するとともにリーダー職以上の職員と看護師によるリスクマネジメント委員会を設置し、組織的に安全確保へ取り組んでいる。事故やヒヤリハット事例については、「男子会議」、「女子会議」において定期的に内容を多角的に検討し、発生要因の分析や再発防止策について話し合いを行っている。また、事故発生時には事故報告フローチャートに沿って対応できるよう体制を整備し、職員への周知を図っている。収集した事例をもとに、職員参加のもとで安全対策や支援方法の見直しにつなげている。		
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。	
コメント	感染症対策委員会を定期的に開催し、責任体制や対応方法について職員全体で周知できる体制を整備している。また、BCP（業務継続計画）にも感染症対策を位置づけ、発生時を想定した対応や役割分担について実践的な取り組みを行っている。職員への周知については、職務会や看護師からの申し送り等を通して情報共有を図り、予防や安全確保に努めている。感染症発生時の対応マニュアルも整備され、適切な対応を心がけている。 今後は、対応マニュアル等について定期的に見直しを行う仕組みづくりが望まれる。		
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。		b
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。	
コメント	災害時の対応については、非常災害対策計画を策定し、年2回消防と連携した避難訓練を実施している。また、大規模災害に備え他施設との情報交換や、利用者を他施設まで安全に誘導することを想定した確認・訓練を毎月行っている。利用者及び職員の安否確認方法については、連絡ツールアプリを活用し、職員間で迅速に情報共有できる体制を整備している。さらに、地域連絡会等とのつながりを通して、災害対応や備蓄に関する勉強会へ参加し、防災意識の向上にも取り組んでいる。 今後は、備蓄リストの作成や管理担当者を明確にし、計画的な備蓄整備につなげていくことが望まれる。		

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。		**a**
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。	
コメント	生活支援員のシフトごとに業務分担表が作成されており、支援手順等が示されている。新任職員には別のマニュアルが作成され、3か月間はその内容にもとづいて業務を行い、リーダーが確認する仕組みとなっている。業務分担表の実施状況は男子棟・女子棟のリーダーや指導担当者が確認、夜勤勤務の際も各棟ごとに2人体制の時間帯があるため、リーダーを決めて業務管理している。標準的な実施方法には法人の行動規範も含まれ、利用者の尊厳・プライバシーの尊重や差別の禁止等について具体的な取り組み姿勢が明記されている。今後は行動規範の内容が業務分担表の中にも活かされるような記述・策定に期待したい。		
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。	
コメント	業務分担表の内容は毎月の支援課会議等において職員の意見を元に変更、年度初めには見直しを行っている。利用者の状態に応じ早番の出勤時間を変更した際には、業務分担表と個別支援計画が変更された。また利用者が食事時の対応を要する状態になり緊急に業務分担表を変更した際にも、個別支援計画の変更を行った。 今後は、多様なマニュアル全体についても定期的に見直しを行う仕組みづくりが望まれる。		
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。		**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）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。	
コメント	入所時や状態変化時にサービス管理責任者によりアセスメントが実施されている。入所後は利用者を担当する職員が主に個別支援計画の原案を作成、サービス管理責任者による個別支援計画会議を経て決定される。計画更新時には各職種によるケース報告書や日誌の情報等からアセスメント情報が収集されている。個別支援計画会議は意思決定支援会議を兼ねて実施され、利用者の日常生活に対する希望確認等が行われている。支援目標ごとの支援の実施内容については、記録から抽出され確認できるようになっている。利用者との信頼関係の構築には時間以上に支援者側の技術を要する場合があり、職員間でアセスメント情報を共有しつつ、様々な取り組みを話し合い対応している。		

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。		a
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。	
コメント	定期的に関係職種によるケース報告書や日頃の日誌記録等をもとに、個別支援計画のモニタリングが実施されている。半年ごとの見直し時期を待たずに変更する場合には、利用者の担当職員とサービス管理責任者が話し合い、モニタリング情報を収集し作成されている。6か月の実施期間内に取り組めなかった目標や支援内容は、モニタリング・ケース報告書に担当者が記載し、次の計画作成へ活かすようにしている。職員が利用者理解を深めていくことで支援内容の変更が生じることもあり、個別のアプローチによる実施記録を活かし、サービスの質の向上につなげている。		
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。	
コメント	ICT業務支援システムが導入され、利用者の基本情報や日々の支援記録が入力され、目的別・利用者別等により容易に抽出できる。個別支援計画にもとづくサービスの実施状況も確認できる。出勤後は日誌や排便チェック表、事故報告書、会議録を確認する他、法人敷地ごとに情報共有のための職員用SNSグループが作成されており、様々な情報が即時に共有される仕組みもある。毎月数回、男子棟・女子棟ごとに同じテーマで対面の会議を実施、利用者に関する話し合いを行い情報共有する場を作っている。さらに支援課会議を毎月実施、全体への周知事項が話しあわれている。記録要領についてはICT業務支援システムのマニュアルに記載、職員への周知がなされている。		
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。	
コメント	法人で「個人情報の取り扱いに関する基本方針」と日々の管理に関する具体的な取り扱い方法を定めている。職員の入職・退職時には具体的な個人情報の取り扱いに関する誓約書を取り、新人研修において周知されている。個人情報に関する問い合わせ窓口として支援課管理者やサービス管理責任者、法人事務局次長名が記されている。家族には重要事項説明書にて個人情報の取扱い方針を記し、写真や氏名の利用等について個別に同意を取っている。		

評　価　項　目			評価結果
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。	**a**
判断基準	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。	
	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。	
	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。	
コメント		利用者ごとの意向については、個別支援会議や日常のコミュニケーションでイラスト活用等により確認し、好む活動や作業を提供している。タブレットによる音楽鑑賞や美容室への外出の他、「勉強がしたい」と希望した利用者にはドリルを一緒に行っている。視覚障害のある利用者には職員が献立を説明したり、段差のない居室を配置する等の支援を行っている。日課について利用者が考える会を開き、施設内に季節の飾りを創る作業に取り組んだり、おやつ会の企画につながった。利用者の権利については支援員同士で会議の場にて考える機会を持っている。	
A-1-（2） 権利擁護			
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	a	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	
	b	利用者の権利擁護に関する取組が実施されているが、より質を高める取り組みが求められる。	
	c	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されていない。	
コメント		法人として身体拘束を原則禁止する通知を策定し、職員に周知している。定期的に支援課会議にて身体拘束のある利用者に対するモニタリングを実施、虐待防止委員会ではグレーゾーンと思われるようなケアがないか確認を行っている。身体拘束の要件を満たしていると判断した場合の記録、本人・家族への状況説明の記録が確認できる。 今後はさらに拘束要件に関する記録を充実させるとともに、個別のケアに関する虐待の判断については、所轄行政への届出手順を職員へ周知する取り組みが望まれる。	
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	a	利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	
	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。	
	c	利用者の自律・自立生活のための支援を行っていない。	
コメント		着替えや歯磨き、入浴や食事中の動作の中で利用者が取り組めそうな部分は自力でやってみる意思を確認している。小遣いを自己管理している利用者には、施設内での買い物や使用状況を見守りつつ支援している。歩行器や褥瘡予防マット等にはリハビリテーション専門職が関与し、障害福祉サービス受給者証の更新時はサービス管理責任者が手続きを支援している。利用者の自立を促す支援を行う意義を法人として行動規範に明記し、職員に周知している。	

	評　価　項　目			評価結果
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保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。	
	コメント	利用者とのコミュニケーションには、声かけやジェスチャーの他にイラスト等も加えて活用している。日課表をカレンダーとしてイラストを交え作成したり、献立の説明にはイラストを準備している。弱視の利用者には音の出る時計の購入を支援している。アセスメント情報を職員間で共有し、利用者本人をよく観察しつつコミュニケーション力を高められるよう働きかけている。		
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。	
	コメント	利用者ごとに担当職員を配置し、直接声をかけて希望を確認している。個別支援計画の更新前に意思決定支援会議を開催し、利用者の希望確認を行い計画へ反映させている。嗜好品の買い物の他、映画館やゲームセンター、自宅近くへのドライブ等の外出を実施している。施設内にWi-Fi環境を整備し、音楽配信や動画サイトを視聴することができる。利用者からの相談事は日誌等に記録され、サービス管理責任者へ連携、個別支援計画作成時の資料となっている。担当職員以外への相談も可能で、記録がなされている。		
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。	
	コメント	個別支援計画の作成にあたっては、サービス管理責任者や担当の支援員が中心的な役割を担っている。また、利用者の心身状況に変化が生じた際にはアセスメント情報を集約し、速やかに支援内容の見直しや変更を検討できるよう、協議体制を構築。これにより、計画に基づいた支援の提供に取り組んでいる。日中活動は、ライフ班、グリーン班、なごみ班の3班体制で実施している。地域交流においては、コロナ禍ではできなかった「こうせいのむら祭り」や「グラウンドゴルフ大会」を実施することができた。なお、日中活動の内容検討および見直しについては、定期モニタリング時や年度末の職員会議にて行い、支援のさらなる充実に努めている。		

	評　価　項　目		評価結果
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。
	コメント	強度行動障害支援者養成研修や意思決定支援研修を全職員が受講し、利用者の意向把握や障がい特性の理解を深めるため、伝達研修を継続的に実施している。また、専門知識の習得を促進する目的で、介護福祉士や社会福祉士などの国家資格取得を支援する制度が給与規程に明記されている。利用者間の関係の調整は、毎月1回、各リーダーや多職種が参加する「男子会議」「女子会議」を開催し、個別的かつ適切な対応に向けた検討・見直しを行っている。具体的な成果として、利用者への嗜好品の提供方法について、本人の意向を最大限に汲み取りつつ、健康診断の結果を踏まえたアセスメントを実施。これにより、トラブルの軽減と医療機関との連携を図ることができた。	
	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。
	コメント	食事については、管理栄養士のもと、外部委託調理員が栄養ケアマネジメントに沿って提供している。季節感のある献立や行事食を取り入れ、視覚的にも楽しめるよう工夫するとともに、利用者のペースに配慮して食形態ごとにトレー色を統一したり、食事提供時間に幅を持たせている。定期的に残食調査や嗜好調査を実施し、行事食では好みのメニューを選択できる仕組みを整えている。また、毎日入浴支援を実施し、季節や利用者の意向に沿った衣服の着脱支援を行っている。利用者の入退院や障がいの重度化の際には速やかにモニタリングを実施し、理学療法士を含めた多職種連携によって、排せつ支援や移動・移乗支援の再評価を行っている。	
	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。
	コメント	利用者の高齢化や障がいの重度化・重複化という現状に対し、設備などの環境整備を進めている。短期計画にある「高齢棟の建設」をはじめ、個別のニーズに合わせたベッドの設置、和室からフローリング居室への改修なども順調に進んでいる。居室や通路には利用者や家族の希望が取り入れられていて、漫画やテレビの設置、好みの音楽やエイサーのDVDが観られる環境づくりなど、個別の配慮を行っている。さらに、パーテーションでの個人スペースの確保や、その日の状態に合わせた他室・静養室の柔軟な使い方など、快適に過ごせるよう工夫を重ねている。	

評　価　項　目			評価結果
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。	
コメント		生活面における変化は支援記録に記載し、職員間でタイムリーに共有できる体制を整えている。これらの記録に基づき、必要に応じて常勤の理学療法士や通院先の主治医へ相談するとともに、保護者等とも連携を図りながら、利用者の健康維持に向けた機能訓練・生活訓練に取り組んでいる。個別支援としては、可動域訓練や立ち上がり動作、バランス訓練を毎月継続して実施している。また、定期的な棒体操や箱づくりのほか、近隣の遊歩道や陸上競技場を活用するなどウォーキング環境を工夫し、身体機能の維持・向上に努めている。行事面では、コロナ禍で開催を見合わせていた運動会を再開した。なお、支援内容の検討および見直しについては、年2回の個別支援計画のモニタリングを通じて定期的に行っている。年々、理学療法士による個別の訓練回数が減少傾向にあることが課題となっており、現在、追加人員の配置等改善に向けて取り組んでいる。	
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。	
コメント		支援員の業務開始時には、連絡ツールアプリを活用して利用者の健康状態を把握・共有している。また、体調変化や発作などの急変時に対応できるよう、看護師と24時間体制でデータ連携を図っている。健康維持・増進に向けては、毎日のミーティングでの情報共有に加え、月1回のバイタルチェックや年2回の健康診断を実施し、医療機関との連携に努めている。さらに、口腔環境の維持・向上のため、外部の歯科衛生士と連携し、利用者への口腔ケア支援を実施している。	
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。	**a**
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。	
コメント		2023年4月より「服薬のマニュアル」を運用している。現在、新任職員説明会で看護師による指導（与薬・血圧測定等）を行っている。また、医療基本情報シートの作成、内服変更経過書を作成し、医療支援をモニタリングへ反映している。慢性疾患やアレルギー疾患等を持つ利用者に対しては、医療機関・看護師・管理栄養士による多職種連携を図るとともに、緊急時対応として島尻消防署と連携した実践的な研修（心肺蘇生法・気道異物除去等）を全職員が継続受講している。現場の個別支援を法人の安全管理体制の標準として定着させるため、今後はマニュアルの定期的な見直しや全職員への周知の仕組み化に期待したい。	

評　価　項　目			評価結果
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	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。	
	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。	
	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。	
コメント	行事企画においては、利用者の意向を反映した行事を毎月1回、事前準備と安全配慮のもとで企画・運営している。具体的には、グラウンドゴルフ大会や景勝地でのウォーキングといったアクティビティをはじめ、ソーメンチャンプルーやピザ作りなどの調理機会を提供している。また、家族の高齢化事情等に配慮し、家族交流の際には同行支援を実施するなど、関係性の維持・継続にも努めている。利用者の学びたいという意欲や関心に応え、落ち着いた時間帯を選んで環境調整を行い、学習ドリル等を中心とした主体的な学習支援を継続している。さらに、地域や企業との協働の取り組みとして、近隣の衣料品店を再現し施設内で買い物支援を実現した。本取り組みは地元マスコミやメディアとも連携し、沖縄県内初の先進事例として広く取り上げられた。		
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	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。	
	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。	
	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。	
コメント	利用者が住み慣れた地域での生活を継続できるよう、近隣の共同生活援助（グループホーム）に関する情報提供や、実際の生活をイメージするための外泊体験の機会を提供している。法人内においても共同生活援助事業を展開している強みを活かし、移行を希望する利用者や家族に対して、日頃から信頼関係のある職員が支援に当たることで、環境変化の不安を和らげ安心感を提供できている。これらの成果として、実効性の高い地域生活移行支援が展開されている。		
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	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。	
	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。	
	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。	
コメント	広報誌やSNS活動を支える職員グループを編成し、利用者の日常の様子や施設の状況を外部へ透明性高く発信している。家族の高齢化により来所が困難な世帯に対しても、直接面会ができるよう同行支援を行っている。さらに、家族の高齢化に伴う将来的な協力を見据え、キーパーソンの変更や成年後見制度の活用までを視野に入れた支援検討を、個別支援計画と連動して進めている。また、ケガや事故など利用者に突発的な変化が生じた事態を想定し、速やかに連絡・対応できるフローチャートを整備している。		

	評　価　項　目		評価結果
	A－３　発達支援		
	A-3-(1)　発達支援		
61	Ａ⑯	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。	
	判断基準	a	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	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が、十分ではない。
		c	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ない。
	コメント		該当者が在籍していないため記載せず
	A－４　就労支援		
	A-4-(1)　就労支援		
62	Ａ⑰	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。	
	判断基準	a	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。
		b	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が、十分ではない。
		c	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ない。
	コメント		該当するサービスを行っていないため記載せず
63	Ａ⑱	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。	
	判断基準	a	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。
		b	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が、十分ではない。
		c	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ない。
	コメント		該当するサービスを行っていないため記載せず

	評　価　項　目			評価結果
64	A⑲	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。		
	判断基準	a	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。	
		b	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が、十分ではない。	
		c	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ない。	
	コメント	該当するサービスを行っていないため記載せず		