

(別紙)

第三者評価結果

評価対象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	Ⅰ-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・①・c
<p><コメント></p> <p>理念は「我が家は家族『共に生きる社会』を目指して」が掲げられ、基本方針は各施設で考えられたものとなっています。理念は理事長が福祉事業を開始した当初から大切にしている考え方や目指す方向が示されています。基本方針は理念に基づいて施設長が職員と話し合わせ作成しています。理念はホームページやパンフレット等には記載されておりますが基本方針は記載されておりません。理念や基本方針を利用者や家族、地域、関係機関へ周知はされていますが、十分ではありませんので、今後は周知の工夫を期待します。</p>		

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	Ⅰ-2-(1)-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・①・c
<p><コメント></p> <p>福祉事業の環境と経営状況は理事会や総務部で分析しています。経営目標は理事会で定め施設長会議で収入や行事予算、人材について議論され共有されています。各施設の稼働状況については週1回、総務と各施設長間で情報共有が行われています。また、職員も施設長会議録で状況を把握することができます。今後は施設長会議で経費の話し合いができることを期待します。</p>		
3	Ⅰ-2-(1)-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・①・c
<p><コメント></p> <p>改善すべき課題は総務部や施設長会議で話し合われています。施設の稼働率を数値化して目標を定めていますが、具体的に何をすればいいのか計画が不十分です。今後は具体策を決めて取組まれることを期待します。</p>		

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	Ⅰ-3-(1)-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・①
<p><コメント></p> <p>理事会や施設長会議の中で今後のビジョンを話す機会がありますが、中長期の目標は作成され</p>		

ていません。		
5	I-3-(1)-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
<p><コメント></p> <p>単年度の事業計画は作成されておりますが、収支計画は作成されておられません。単年度の事業計画は中長期計画を反映したものとなっておりますので、中長期計画が作成されていないためこの項目は「c」評価となります。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>総務部が作成した事業計画等が各施設長に示されていますが、伝達は十分とは言えません。そのため評価・見直しが組織的に行われていません。今後は各施設長が事業計画等を十分に理解して、定期的に事業計画の評価・見直しが行われることを期待します。</p>		
7	I-3-(2)-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></p> <p>事業計画の資料は家族や利用者に説明する機会はありません。今後は資料などを工夫し説明を行い理解してもらえるような取組みが期待されます。</p>		

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	I-4-(1)-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></p> <p>法人全体で感染症対策委員会や事故防止対策委員会等が定期的に開催され、福祉サービスの質の向上に向けての取組みはあります。第三者評価を3年毎に実施されていますが、自己評価の取組みは十分ではありません。</p>		
9	I-4-(1)-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
<p><コメント></p> <p>前回の第三者評価結果で課題が示されましたが、課題に対しての取組みは十分とは言えません。第三者評価の理解や自己評価への取組みが十分とは言えません。今後は自己評価を重視した取組みを行い、評価結果が示された後は改善策に取組む体制作りを期待します。</p>		

評価対象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	II-1-(1)-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・⑩・c
<p><コメント></p> <p>「緊急連絡網」が作成され、施設長不在時は何かあれば施設長に連絡するように指導しています。施設長が対応出来ない場合は総務部で対応する体制が整備されています。施設長の役割と責任についてはキャリアパス一覧表に示されていますが、職員への周知は表明する機会が少ないため十分とは言えません。今後は施設長の役割と責任について説明する機会を増やし、災害・事故時における施設長の役割と責任、不在時の権限委任等も含め明確にすることを期待します。</p>		
11	II-1-(1)-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・⑩・c
<p><コメント></p> <p>法人として法令の理解に取組んでおり、法改正の際は、総務でファイルを作成し各施設で全職員が閲覧できるようにしています。外部研修への参加や各委員会の設置は総務で管理しています。遵守すべき法令等は多岐に渡るため、今後は関連する法令等についてさらに理解を深められることを期待します。</p>		
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	II-1-(2)-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。	⑩・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は記録について医療に関わる専門用語をなるべく使わないように指導しています。職員は、毎年度、目標管理シートを施設長に提出します。施設長は各職員が目標管理シートを提出した時と半年後の年2回、各職員が目標に対してどの程度達成したかを確認し、施設全体のレベルを上げるための努力をしています。施設長と職員の面談では仕事や家庭のことなど幅広い相談にのり職員が働きやすいように取組んでいます。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>施設長は職員からの意見を収集して勤務体制を見直し働きやすい環境を整備しています。施設長は施設の稼働率や収入については総務部と共有していますが、支出に関しては共有されていません。今後は支出も含めた経営全体を共有することを期待します。</p>		

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	II-2-(1)-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・⑩・c
<p><コメント></p>		

<p>福祉人材の確保や人員体制の管理は総務部が行っています。採用時の1次面接は総務で行われ2次面接は各施設の施設長が行っています。定年退職を65歳としていますが、働く意欲がある人には、その後も働ける体制にしています。短期入所施設では看護師が配置されていますが、その他の福祉サービスに関わる専門職が適材適所に配置するまでには至っていませんので、今後は配置できることを期待します。また、福祉人材確保の計画も作成されていませんので作成されることを期待します。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>総務部が正職員や準職員、学生アルバイトの人事管理を行っています。キャリアパス一覧に求められる能力や業務内容が職員の階層に分けて示されています。職員の配置や異動等は総務部が職員と話を決めて決めています。人事評価は年2回あり、職員は施設長と面談が行われ、賞与・昇給にも反映される仕組みとなっています。給与規程は新規卒業者と中途採用基準に分けられて整備されています。労務の規程の変更は社会保険労務士に意見を聞き、理事会で協議して決めています。</p>		
<p>II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
16	II-2-(2)-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・⑩・c
<p><コメント></p> <p>就業規則の中にセクシャルハラスメントやパワーハラスメント、マタニティハラスメント等が盛り込まれ其々の防止対応策が示されています。また、正職員と準職員に分けて整備されています。施設長は各職員の家庭の事情等を考慮して働きやすい勤務シフトを作成しています。現在、組織内に職員の悩みを相談する窓口がありませんので、今後は窓口を設置されることを期待します。</p>		
<p>II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p>		
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>目標管理シートに職員一人ひとりが目標を記載し、年2回、職員が目標に対して自己評価を行っています。その後、施設長が一人ひとりにアドバイスをを行い評価の結果を記入し総務部へ提出する仕組みがあります。今後は目標管理シートで出た課題等が次年度の目標につながるような仕組み作りを取組まれることを期待します。</p>		
18	II-2-(3)-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。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>施設長と職員は総務部から届く福祉関係の研修リストを基に話し合っ研修に参加します。研修リストには初任者や経験者、専門分野等に分かれて記載されています。新人職員には入職後3カ月以内に総務部主催で2日間の研修が行われています。その後、各施設へ配属され経験ある職員等から知識や技術を学んでいます。今後は単年度や数年度ごとに分けた研修計画を作成し、組織的に取組まれることを期待します。</p>		
19	II-2-(3)-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・⑩・c
<p><コメント></p>		

<p>キャリアパス一覧には階層ごとに取得資格や研修受講の目安が示されており、職員が目標設定しやすい表となっています。研修受講後は研修報告書を施設長に提出し、その後、総務部に提出されます。職員一人ひとりの研修の機会は確保されていますが、計画的に行われていないところが今後の課題です。</p>		
<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>Ⅱ-2-(4)-① 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。</p>	a・b・㊦
<p><コメント> 実習生等の受入れのマニュアルはありません。今後は実習生等を受入れる体制づくりやマニュアルを整備されることを期待します。</p>		

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>Ⅱ-3-(1)-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・㊦・c
<p><コメント> 法人のホームページには各施設の事業内容や過去の第三者評価結果が閲覧できるようになっています。障害福祉サービス等情報公開システムにも各施設の事業内容等が閲覧できるようになっています。今後はホームページの内容の充実や年度ごとの事業報告等、情報提供の強化に期待します。</p>		
22	<p>Ⅱ-3-(1)-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。</p>	㊦・b・c
<p><コメント> 総務部に経理部門を配置し、経理が中心となり外部の公認会計士・税理士事務所の指導を受けながら運営が行われています。2カ月に1回、事務所の職員が法人の事業や財務等のチェックを行っています。</p>		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
<p>Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p>		
23	<p>Ⅱ-4-(1)-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。</p>	a・㊦・c
<p><コメント> コロナ禍前は施設の畑で取れた野菜を地域の方に配る等して交流していました。現在はコロナ禍のため近所の方とは挨拶をするくらいとなっています。今後は法人として地域交流の目的等を示し組織的に取組むことを期待します。</p>		
24	<p>Ⅱ-4-(1)-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。</p>	a・b・㊦
<p><コメント> ボランティア等の受入れマニュアルはありません。今後は受入れの体制づくりやマニュアルの作成に期待します。</p>		

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>県内外の行政機関や他法人の相談支援事業所、日中支援事業所、医療機関等と連携して利用者が安全安心に生活できるようにしています。毎月開催される相談支援部会に参加したり、那須地区連絡協議会や大田原市の事業所部会にも参加したりして関係機関との連携が行われています。今後は関係機関とのやり取りの記録を作成することで、職員間での共有が図られることを期待します。</p>		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>事業所部会等の集まりの中で地域の福祉ニーズの把握をしています。今後は地域住民等の福祉ニーズを把握されることを期待します。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>事業所部会等で把握した福祉ニーズを基に、障害者のグループホームを設置し地域社会に貢献しています。今後は地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催し、障害者に対する理解の促進や地域づくりに取組まれることを期待します。</p>		

評価対象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	Ⅲ-1-(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・㊦・c
<p><コメント></p> <p>法人の理念に「共に生きる社会」を掲げ、共生社会を目指しています。施設では職員が付き添って床屋に行ったり、ドライブに出かけたりしています。日常生活において、支援者側の都合で方針を決めてしまうのではなく、利用者にきちんと説明し利用者が納得してから支援するようにしています。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-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。	a・b・㊦
<p><コメント></p> <p>支援会議等において、利用者の名前をあげて話し合うことはしないようにしています。介助が必要な利用者に対して基本的には同性介助としプライバシーに配慮した支援が行われています。</p>		

<p>男女混合の施設で浴室やトイレが共同となっておりますが、利用者は異性が浴室やトイレを利用している際は入ってはいけないことを理解できていてトラブルはありません。今後は、プライバシー保護に関する規程・マニュアルが作成され、プライバシーに配慮した福祉サービスが提供されることを期待します。規程・マニュアルが作成されていないため、この項目は「c」評価となります。</p>		
<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	Ⅲ-1-(2)-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。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>利用希望者に対して利用前の見学や体験入所を行っています。利用希望者には法人の理念や各施設の外観写真を掲載したパンフレットを配付して説明しています。今後は、利用者や家族等がより多くの情報の中からサービスを選択することができるように、パンフレットやホームページの内容が充実されることを期待します。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの開始時には利用契約書や重要事項説明書を用いて、施設長が利用者や家族等に説明しています。サービス内容変更時には、事業所内に変更内容を掲示したり、家族等へ手紙で知らせたりしています。今後は、サービス変更の同意を得る場合は、利用者や家族等の心身の状況に合わせたわかりやすい表現やルビ等を加えた資料の作成を期待します。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>法人内での短期入所施設間の移動の場合は、利用者のファイルを引き継いだり、電話で情報を伝えたりしています。日中活動事業所の変更や他法人への移行等の場合は、施設長や相談支援専門員が中心となり、利用者や関係機関と相談しながら対応しています。今後は、移行等にあたり福祉サービスの継続に関する手順や文書が整備されることを期待します。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>		
33	Ⅲ-1-(3)-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。	⑥・b・c
<p><コメント></p> <p>職員は利用者として1日1回、話をするのを心掛けていて、その際に利用者の気持ちや体調を把握するようにしています。通所先の職員から日中の様子を聞いたり連絡帳等で利用者の精神面を把握するようにしています。行事の後に利用者から感想を聞いて、利用者の満足度を把握するようにしています。毎週土曜日、希望者は家族と電話で話をする機会が設けられており、利用者や家族等の心の安定が図られています。</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	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a・b・⑥
<p><コメント></p> <p>苦情受付窓口として利用契約書や重要事項説明書に施設や行政機関、第三者委員が記載され、</p>		

<p>利用者等に説明が行われています。苦情受付専用のフォームが準備されておりますが、施設開設以来このフォームで苦情が上がったことがありません。施設が受付けた苦情は、事故・状況報告書に記載されて総務部へ報告されるため、苦情としての記録はありません。苦情解決の体制について、苦情受付担当者と苦情解決責任者が同じであり、第三者委員は法人理事の知り合いとなっています。今後は、苦情解決の体制の見直しが図られることを期待します。苦情解決の仕組みが機能していないので、この項目は「c」評価となります。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a・①・c
<p><コメント></p> <p>職員は日頃の支援の中で、利用者の意見や希望・要望を聴くようにしています。利用者には相談や意見を複数の方法や相手を自由に選ぶことができることは口頭で伝えており、利用者は話しやすい職員を選んで相談しています。今後は、相談方法を明文化し、家族等にも明文化した文書を配布する等の工夫が期待されます。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a・①・c
<p><コメント></p> <p>利用者からの相談や意見は短期日誌や申し送りで全職員が共有できるようにしています。対応については施設長の指示に従い行っています。しかし、利用者の相談や意見等に対して、組織的な手順やマニュアルは整備されておられませんので、今後、整備されることを期待します。</p>		
<p>Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。</p>		
37	Ⅲ-1-(5)-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。	②・b・c
<p><コメント></p> <p>法人内に事故防止対策委員会が設置され、毎月、会議が実施されています。会議には各施設の担当者が参加し事故の分析や再発防止のための検討が行われています。事故防止マニュアルが整備され職員に周知されています。担当者以外の職員は議事録を閲覧し話し合われた内容を共有するようにしています。施設で事故やヒヤリハットが起きた場合は事故・状況報告書に記載し、それを基に職員で話し合い対策を考え、施設長会議で報告しています。施設内で対応しきれない場合は総務部に連絡し総務部から指示をもらい対応する体制が構築されています。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-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。	②・b・c
<p><コメント></p> <p>法人内に感染症対策委員会が設置され、毎月、会議が実施されています。会議には各施設の担当者が参加し最新の感染症についての学習を行っています。担当者以外の職員は議事録を閲覧し話し合われた内容や感染症対策について学習した内容を共有するようにしています。感染症対策マニュアルも整備され職員に周知されています。コロナに感染し陽性者が発生した場合には、マニュアルに沿って対応しています。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-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。	a・①・c
<p><コメント></p>		

各施設に非常災害対策計画書が作成され、避難場所や避難方法、平常時の対策、火災時・風水害・地震の場合、職員の緊急連絡網等、細かな対応方法が策定されていますが、コロナ禍のため、災害訓練は実施されていません。災害時用の備蓄もありません。今後は利用者の特性を考慮した災害時の対策を検討されることを期待します。

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	Ⅲ-2-(1)-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></p> <p>職員が各利用者の個人ファイルをいつでも見られるように、1階の食堂の一角に書類を置けるように整備しています。毎日の申し送り等で利用者一人ひとりの対応方法について、丁寧に話し合いが行われていますが、文書化まではなされていないので、今後は話し合われた内容を記録し文書化されることを期待します。</p>		
41	Ⅲ-2-(1)-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・c
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりの対応方法の見直しについて、改めて会議を開くことはありませんが、申し送り等で随時、話し合われています。今後は、話し合われた内容を記録し文書化されることを期待します。</p>		
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	Ⅲ-2-(2)-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。	非該当
<p><コメント></p> <p>短期入所施設のため個別支援計画作成の義務はありませんので非該当となります。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	非該当
<p><コメント></p> <p>短期入所施設のため個別支援計画作成の義務はありませんので非該当となります。</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	Ⅲ-2-(3)-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、職員間で共有化している。	a・c
<p><コメント></p> <p>実施状況は申し送りノートや短期日誌、ケース記録、連絡帳等に記載され職員間で共有されています。普段の雑談の中においても実施状況を共有できる雰囲気となっています。今後は法人で作成された「介護記録マニュアル」を活用し、適切な記録となることを期待します。</p>		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a・c
<p><コメント></p> <p>重要事項説明書に、利用者の記録及び情報の管理等に関して記載され、契約書に個人情報使用同意書を取っています。各利用者の記録物は鍵のかかる書庫で保管され、管理責任者は各施設長</p>		

となっています。パンフレット等に写真を掲載する際は利用者等に同意を取ってから掲載しています。虐待を受けて入所に至った利用者の場合は掲載しないように留意しています。施設長不在時は事務室にカギをかけて管理を徹底しています。今後は個人情報保護規程を作成されることを期待します。

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 ①	A-1- (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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>利用者の意思を尊重し自己決定できるように支援していますが、リスクが生じる可能性がある場合は家族等と話し合いを行った上で決めるようにしています。言語での理解や表出が難しい利用者の場合はジェスチャーで伝えたり、利用者の行動から判断したりして支援するようにしています。今後も継続して取組まれることを期待します。</p>		
A-1- (2) 権利擁護		
A ②	A-1- (2) -① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	②・c
<p><コメント></p> <p>事故対策委員長が虐待防止責任者となり虐待防止に努めています。職員は外部の権利擁護に関する研修に参加しています。研修後、研修で使用された身体拘束等適正化のための指針を他の職員に伝達研修し共有を図っています。虐待に関するチェックリストシートを全職員が実施し、日頃の支援を振り返る機会が設けられています。家族等には契約の際に身体拘束の禁止、虐待防止について契約書を基に説明しています。施設内に権利擁護のマニュアルポスターを掲示し啓発を行っています。</p>		

A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2- (1) 支援の基本		
A③	A-2- (1) -① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりの自律・自立に向けた支援を行っています。時間はかかっても、利用者が自分でできることは見守りや手伝いを行うように努めています。行政手続き等は職員が代行しています。今後も継続して取組まれることを期待します。</p>		
A④	A-2- (1) -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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>職員は日頃から利用者の何気ない言葉や声を聴くように心がけています。質問の仕方も利用者一人ひとりに応じて変え、利用者が応えやすいように工夫しています。意思表示や伝達が困難な</p>		

利用者に対してはジェスチャーで伝えたり、利用者の行動や態度から汲み取ったりする様になっています。今後も利用者に応じたコミュニケーションがとれることを期待します。		
A⑤	A-2-(1)-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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>職員は日頃から利用者の特性に留意し話しやすい雰囲気になるように心がけています。相談された内容は、毎日の申し送りや日誌で共有しています。相談内容によっては通所先の施設長や相談支援専門員と情報を共有して対応するようにしています。今後も、利用者の意思を尊重する取組みを継続することを期待します。</p>		
A⑥	A-2-(1)-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。	非該当
<p><コメント></p> <p>短期入所施設のため個別支援計画作成の義務はありませんので非該当となります。</p>		
A⑦	A-2-(1)-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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>職員は利用者の障害特性を理解するために外部の研修に参加したり、通院先の医師や精神保健福祉士等から助言をもらうようにしています。頂いた助言は毎日の申し送り時に職員間で共有し、勉強会も行い実践に活かしています。新しく入所してきた利用者の言動や行動が原因で、今まで落ち着いて生活していた利用者が不穏になってしまう場合は、法人の他の施設に移動する等して対応しています。今後も利用者の障害を理解するために専門職の助言を受ける等、適切な支援が行えることを期待します。</p>		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧	A-2-(2)-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。	非該当
<p><コメント></p> <p>短期入所施設のため個別支援計画作成の義務はありませんので非該当となります。</p>		
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	A-2-(3)-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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>建物内は掃除が行き届いており清潔感が感じられます。臭いに敏感な利用者に対して、洗濯物は廊下に干す等して個別に対応しています。大きな声を出してしまう利用者は部屋を端に移動し、他利用者が不快な思いをしないように取組んでいます。施設内にモニターを設置し安全管理に取り組んでいます。今後も利用者の障害の状況に応じた対応をされることを期待します。</p>		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	A-2-(4)-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。	非該当

<p><コメント></p> <p>機能訓練・生活訓練は行われていませんので非該当となります。</p>		
<p>A-2-(5) 健康管理・医療的な支援</p>		
A⑪	A-2-(5)-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・⑩・c
<p><コメント></p> <p>毎日、バイタルサイン測定や排便・排尿のチェック、食事摂取量の確認が行われ、月に2回体重測定が行われ利用者の健康状態を把握しています。入浴時にも身体の観察が行われています。年1回、健康診断を受け健康状態の把握に努めています。定期通院を行っている利用者には看護師が付き添い受診しています。利用者の体調に変化が見られた場合は、施設の看護師が対応することを基本とし、不在時は総務部に連絡を入れて指示を仰ぎ対応しています。今後は健康管理に関するマニュアルの作成を期待します。</p>		
A⑫	A-2-(5)-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・⑩・c
<p><コメント></p> <p>内服薬や外用薬の管理は看護師が中心となり行われています。医療的ケアが必要な利用者が入所を希望する場合は入所前のアセスメントで施設で対応が可能かどうか検討してから、受け入れの可否を判断しています。今後は医療的な支援に関する指針やマニュアルの整備を期待します。</p>		
<p>A-2-(6) 社会参加、学習支援</p>		
A⑬	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>コロナ禍の影響もあり、ここ数年は社会参加の機会はありません。利用者の希望や意向を把握し、学習体験の情報や機会を提供することで利用者が地域の一員となるように取組まれることを期待します。</p>		
<p>A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援</p>		
A⑭	A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>法人としては地域生活への移行について、日常生活の中で掃除や洗濯、洗濯物干し等、地域で生活する際に必要なことは利用者自身が行えるように支援しています。通院等で外出した際には、買物の一環として自分で自動販売機にお金を入れて購入する取組を行っています。今後も継続して取組まれることを期待します。</p>		
<p>A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援</p>		
A⑮	A-2-(8)-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。	⑩・b・c
<p><コメント></p> <p>毎週土曜日、利用者が家族と電話で話をする前後に、職員は家族と話をし連携を図る様になっています。毎月、請求書と一緒に利用者の写真を同封し近況を伝えるようにしています。利用者の体調変化時や通院しなければならない時には家族に連絡を入れるようにしています。</p>		

A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A⑯	A-3-(1)-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。	評価外
〈コメント〉		

A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A⑰	A-4-(1)-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
〈コメント〉		
A⑱	A-4-(1)-② 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。	評価外
〈コメント〉		
A⑲	A-4-(1)-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
〈コメント〉		