

(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・⑩・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の理念は事業計画書やホームページ等に明記されています。また、理念にもとづいた法人の基本指針や事業所の運営方針が明文化されています。職員には、施設長が年度初めに行われる事業計画説明会で周知しています。利用者や家族には、入所時に施設長等が説明を行っています。地域に対してはホームページの他、法人で作成した広報誌を関係機関に配布し周知しています。今後は、利用者や家族に対して、より分かりやすく説明した資料の作成に期待します。</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・⑩・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業経営に関しては、法人本部が中心となり経営状況の把握・分析が行われています。また、週1回、理事兼施設事業部長が栃木事業所に来訪した際、把握・分析された内容の報告があります。月1～2回開催される栃木3事業所合同会議の中で、施設長が経営状況を説明しています。今後は地域の福祉計画策定動向の把握や分析もなされ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・⑩・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営状況の把握・分析にもとづいた経営課題は事業計画書に明記されています。また、理事会において報告がなされています。職員には、年度初めの事業計画説明会にて経営課題について説明しています。週1回の職員会議がありますが、経営課題について話し合うことは少ない状況です。今後は課題について管理者だけではなく全職員が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・⑩・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中期事業計画は法人の運営会議で策定し、理事会で承認を得る仕組みとなっています。計画の</p>		

内容は具体的なものとなっており、法人の各施設長が評価することになっています。令和元年度を第1期とし、社会の変化に対応した計画が3年毎に策定されています。今後は中期事業計画にしたがった中期の収支計画を策定されることを期待します。		
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・⑥・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>単年度の事業計画は中期計画を踏まえた内容となっています。職員会議で計画について話し合う機会があり実行可能な具体的な内容となっています。単年度の収支計画はありますが、中期の収支計画がありませんのでb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・⑥・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は職員会議であがった提案や意見を集約し法人本部に報告しています。実施状況の把握や見直しは職員会議や3事業所合同会議で行われています。会議に参加できない職員には会議録を回覧し周知を図っていますが、職員アンケートの結果によると、職員の理解は不十分です。今後は全職員が理解できる仕組み作りに期待します。</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・⑥・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は入所時やモニタリング時に施設長が利用者へ書面を用いて説明しています。説明する際は、専門用語を使用せず、利用者が分かりやすいような説明に努めています。家族には毎月利用料の支払いで来訪された時に説明しています。来訪することが難しい場合は書類を送付し周知を図っています。今後は利用者の理解がより深まるような工夫に期待します。</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・⑥・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>第三者評価を定期的に受審し、質の向上に向けて取組んでいます。前回の第三者評価結果からあがった課題に対して計画を策定していますが、実行・評価・見直しが不十分です。今後はPDCAサイクルにもとづく取組みに期待します。</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・⑥・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>評価結果からあがった課題について法人の施設長会議や運営会議で話し合いが行われています。また、職員会議においても話し合われています。話し合われた結果、改善策を見出すことはできていますが、計画的に実施されるまでには至っていません。今後は計画的に実施されることを期待します。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長の役割については、会議の中で職員の業務の割り振りを説明する時等に、口頭で説明し周知を図っています。施設長不在時の権限委任については、経験年数の長い職員に口頭で依頼し対応しています。今後は施設長としての役割や責任、施設長不在時の権限委任等を含めた文書を作成され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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は労働基準局主催の研修に参加したり、遵守すべき法令等の理解に努めています。安全運転管理者の講習を受けて、利用者の通院等の送迎を安全に実施できるようにしています。しかし、学ばれたことや理解したことを職員に対して十分には伝えていないようです。今後は周知の仕方を工夫さ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。	a・⑩・cよ
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は福祉サービスの質の向上に関わる課題を把握するために、職員に年2回アンケートやセルフチェックを行っています。また、職員の経験年数や能力に応じて職員と相談しながら研修参加を勧めています。今後も福祉サービスの向上に向けてリーダーシップが発揮されることを期待します。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は経営の改善に向けて、就職説明会で事業所を紹介する資料を自ら作成する等、人材確保に取り組んでいます。また、市社会福祉法人連絡会に加入し、他法人とつながりを持つことで、利用者の充足や情報収集を行っています。職員が長く仕事を続けていけるよう、職員の希望を取り入れた勤務シフトを作成しています。現在、深夜帯は外部の警備保障会社に依頼しており、緊急時は施設長対応となっています。今後、法人として深夜帯の対応について検討されることを望みます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の人材育成指針にもとづいて人材育成が実施されています。指針には策定の趣旨や人材育成の基本方針、具体的方向等が明記されています。福祉人材確保については施設長が就職フェアや合同説明会に参加しています。今後は福祉サービスの提供に関わる専門職の配置等、具体的な内容の計画が策定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>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事管理は法人本部で行われています。就業規則にサービスの心得が明記されています。就業規則には人事基準や職員処遇の水準が記されています。職員配置については、施設長と職員が話し合い、施設長は把握した職員の意見を法人本部に報告し協議しています。今後も事業所と法人本部が連携し、総合的な人事管理が行われることを期待します。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は職員との面談時に職員の希望を聞いて、職員一人ひとりに応じた働き方ができるように取り組んでいます。年1回、健康診断を実施して職員の健康状態を把握し、問題があれば早期に対応するようにしています。休憩時間の確保について、職員同士で話し合ってもらい時間調整をしていますが、職員頼みになっている時もあります。今後も職員の就業状況や意向を把握し、職員が働きやすい職場となることを期待します。</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。		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は職員と面談を行い、職員自身で目標を設定しています。面談では業務に対する心構えや職員の業務に対する悩みについてアドバイスを行っています。しかし、職員の将来が見えるようなキャリアパスの周知が不十分ですので周知の工夫に期待します。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の人材育成指針に「期待する職員像」が明記され、年間研修計画が策定され研修が実施されています。研修の見直しは半期ごとに行われています。今後は人材育成指針等に、職員に必要とされる専門技術や専門資格の明示が望まれます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>年間研修計画にもとづき職員一人ひとりの研修の機会が確保されています。職員には階層別研修やテーマ別研修等の外部研修、虐待防止研修や感染対策研修等の内部研修が計画され参加しています。3施設合同会議時に事例を用いた内部研修が行われ、スーパーバイザーによるスーパービジョンが行われています。今後は研修参加者の研修成果の評価・分析が行われ、次の研修計画に反映されることを期待します。</p>		
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		

20	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。	a・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生の受入れ規定は整備されています。しかし、日中は利用者が不在のため、実習生の受入れは行われていません。</p>		

### Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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	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。	㊦・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の事業内容や財務等の情報は法人のホームページで公開しています。利用者家族等の苦情は事業報告書の中に掲載しています。3か月に1回、法人の広報誌を市役所や相談支援事業所、自治会へ届けています。事業所の見学は随時開催し誰でも見学することができます。</p>		
22	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。	㊦・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の事業や財務については法人で外部の会計事務所に監査を依頼し、適正な運営に努めています。法人内においても利用者の預かり金に関しては、内部監査を実施し定期的な確認がなされています。職員には施設長が事業計画説明会時に口頭で伝えています。</p>		

### Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	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。	㊦・b・c
<p>コメント&gt;</p> <p>法人のホームページや事業計画の中に地域との関わり方について明示されています。スポーツ大会や夏祭りに参加して地域の人達と交流を深めています。事業所の3階の交流スペースは地域住民に開放しています。また、買い物や通院のための交通機関の情報を伝える等、利用者の個別ニーズに合わせた地域の社会資源を随時伝えています。</p>		
24	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。	a・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア受入れは事業計画に示されており、マニュアルも整備されています。ボランティアを受入れる場合は、施設長が面談を行いマニュアルに沿って説明しています。利用者には、事前にボランティアが来ることを伝え、不安やトラブルがないように配慮しています。現在、ボランティアや体験学習の受入れは少ない状況です。今後は可能な限りボランティアの受入れが行われることを期待します。</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・㊸・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス管理責任者は、社会福祉法人連絡会に参加し、引きこもりや関係機関の連携方法等について話し合っています。事業所では消防署や病院、市役所等の関係機関の一覧表が作成されており、職員には職員会議で伝えています。しかし、一覧表はファイルに閉じられていますので、今後は、職員の目に留まる場所に掲示し、必要に応じて職員も活用がさ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。	㊸・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>市社会福祉法人連絡会主催の「ふくしなんでも相談所」にサービス管理責任者が参加し、地域の福祉ニーズの把握に取り組んでいます。また、地域住民から電話で入居相談を受けた際には、地域の問題や課題としてつながることがあり必要な助言を行っています。職員には職員会議で地域の福祉ニーズについて伝え情報共有しています。</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・㊸・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害時に事業所で貸し出しできる物品や場所の提供を市と協働し、地域に情報発信しています。月に1回、近隣のごみ拾いを行い、美化活動をしています。今後も地域の福祉ニーズ等にもとづいた公益的な事業や活動が行わ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・㊸・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の理念には利用者の個人の尊厳について明記されています。職員には人権に関する内部・外部研修が実施されています。職員は人権に関するセルフチェックシートを用いて、支援の振り返りを行っています。提出されたチェックシートは法人の虐待防止委員会が集計し各事業所にフィードバックしています。集計された内容は、職員会議で共有して支援の改善や取組みに活かしています。今後は利用者を尊重した福祉サービスが標準的な実施方法に反映されることを期待します。</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・㊸・c
<p>&lt;コメント&gt;</p>		

<p>法人の権利擁護規程や個人情報保護規程の中にプライバシー保護について記載されています。居室はトイレ付きの個室となっており、職員が訪室する際は、必ずノックしてから居室に入るようにしています。入浴は同性介助を基本として支援しています。しかし、プライバシー保護についてのマニュアルは整備されておりませんので、今後はマニュアルの整備が望まれます。</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。	㊦・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 法人のホームページには、事業所内の様子が写真付きで紹介されています。見学者にはサービス管理責任者が館内を案内し、パンフレットを使用し事業所の特徴や特色を丁寧に伝えています。体験入居を希望される方には、書面を用いて宿泊料金や持ち物、生活の流れについて説明しています。</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。	㊦・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 入所時には、利用者や家族に契約書や重要事項説明書を用いてサービス内容を説明しています。料金表や持ち物、生活する上での注意事項についても別紙を用意して説明しています。また、入所時には利用者の特性に応じて他機関の職員に同席してもらうこともあります。利用料金や契約内容の変更については書面で示し、利用者や家族に同意書をもらっています。</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・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt; 移行の際は利用者や家族から同意を得て、利用者の基本情報を移行先に提供し福祉サービスの継続性に配慮しています。また、関係する機関や行政にも連絡し、情報共有しています。退所後の相談窓口は施設長となっていますが、口頭での説明となっています。今後は口頭以外の方法も検討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。	a・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt; 利用者には食事や入浴等の生活面に関する満足度アンケートを実施しています。アンケートには感想や要望も自由に記載ができるため、具体的な満足度や改善点を把握することができます。集計したアンケートは、職員会議で情報共有し、支援の改善に活かしています。家族が毎月の利用料金の支払いで来訪された時に意見を伺い、満足度の把握に努めています。今後も利用者や家族の満足度の把握に努められることを望みます。</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・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt; 苦情解決の体制が整備されており、利用者や家族には重要事項説明書を用いて説明しています。事業所の玄関には苦情兼要望の目安箱が設置されており、いつでも投書が可能です。苦情を受け</p>		

<p>た場合は、事業所の職員会議で対策や対応を話し合い、虐待防止委員会と法人に報告します。利用者や家族には原因や結果、改善点について報告される仕組みとなっています。しかし、相談先に第三者委員が設置されていることの周知が十分ではありませんので、周知の仕方を工夫されることを期待します。</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・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者や家族には、施設長や職員等、自由に相談する相手を選択できる旨を伝えています。また、相談内容によって相談室で話すことが可能です。しかし、利用者や家族には相談する手段や方法について口頭だけの説明になっていますので、今後は口頭以外の方法も検討されることを期待します。</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・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の相談や意見は、口頭で受けたり利用者アンケートで把握しています。寄せられた意見は、申し送りノートで共有し職員会議で話し合い、支援方法の見直しに活かしています。業務マニュアルが整備されており、相談や意見の手順や対応、記録の方法等が示されていますが、定期的な見直しや話し合いは行われていません。今後は、事業所で業務マニュアルの定期的な見直しが行わ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。	㊦・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメントに関する責任者は施設長となっており、事故発生・緊急対応マニュアルが整備されています。ヒヤリハットや事故報告書には、事故発生の状況や原因、対策について記載されています。報告内容については報告書を提出した職員が職員会議で説明し、今後の対応方法を検討しています。事故報告の場合は法人に事故内容と対策について報告しています。</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。	a・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人で感染症対策委員会が設置されており、年4回、担当職員がリモートで参加しています。委員会で話し合われた内容は、議事録や出席した職員が口頭で伝え事業所で共有しています。感染症に関する研修は、動画を視聴して行われています。法人で感染症に関するマニュアルが作成されており、平常時の予防対策や発生時の対応について示されています。今後は事業所独自の感染症マニュアルの作成に取組む予定とのことですので作成されることを期待します。</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・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害対応マニュアルが整備され、定期的な見直しもされています。年2回、火災や地震を想定した避難訓練を利用者と一緒に行っています。実施後は話し合いを行い記録にまとめる他、利</p>		

ユーザーアンケートを実施し、課題や改善点を次の訓練に反映させています。居室に水や食料を備蓄していますが、管理や補充については十分ではないということです。今後は備蓄管理の整備を期待します。

### 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・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの標準的な実施方法は業務マニュアルで文書化されています。しかし、個別支援計画との関連が読み取れませんので、今後は、障害の特性に合わせた標準的な実施方法を作成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>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な実施方法について現状を検証して必要な見直しが行われていない状況です。今後は標準的な実施方法についての見直しが行わ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。	a・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントは入所時や個別支援計画の更新時期にサービス管理責任者が行っています。個別支援計画は、相談支援専門員が作る支援計画とアセスメントで得た情報をもとに作成しています。支援計画作成時には、職員に利用者の生活状況を聞いて計画に反映させています。今後も利用者一人ひとりの具体的なニーズを把握し、個別支援計画に反映させられるように期待します。</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。	a・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画の評価や見直しはサービス管理責任者が行っています。本人の状態変化やサービス内容に変更が生じた際には計画の見直しをしています。見直す際には、職員に支援状況を聞き取り、計画に反映させていますが、変更した計画の内容を職員への周知が十分ではありません。今後は、見直した内容の周知の仕方を工夫されることを期待します。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>支援内容についてはケース記録や業務日誌、申し送りノート等に記録し職員間で共有しています。業務マニュアルの中には、職員の記録の書き方に差異が出ないように、書き方の注意点等が示されています。施設長は、職員の記録物を確認し、必要に応じて職員に指導しています。</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。	㉠・b・c

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>記録の管理責任者は施設長となっており、規程集には個人情報保護や文書保存、情報管理について示されています。記録物は職員室で利用者ごとに保管されており、記録の記入や閲覧は職員室で行うことになっています。利用者や家族には、入居時に施設長が重要事項説明書を用いて、個人情報の取り扱いについて説明しています。職員会議では、個人情報の取り扱いについて職員に伝え、内部研修で個人情報に関しての知識や適切な取り扱いを職員が学んでいます。</p>	
---	--

## A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A①	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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員は利用者が自己決定ができるよう、利用者の望む支援と職員が必要と考える支援の現状を利用者に丁寧に説明しています。利用者が理解しやすいようにイラストや簡単な文字を使用したポスターを掲示したり、一度に複数の情報は伝えず、一つずつ理解しているかどうかを確認しながら伝えるようにしています。今後も利用者一人ひとりの特性に応じた取組が行われることを期待します。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		
A②	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。	⑩・・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人で利用者の権利擁護規定が策定されています。年3回、法人で虐待防止委員会が開催され、適正な支援の実施と虐待防止の啓発に努めています。また、年1回身体拘束廃止委員会が開催され、拘束廃止に向けた支援の検討及び対策を講じています。併せて、虐待防止研修や身体拘束廃止研修も実施されています。施設長は事業計画説明会において、権利擁護の観点から利用者の人権の尊重に努めるように職員に向けて発信しています。また、毎週行われる職員会議では気になったことを議題にあげて話し合うようにしています。</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。	⑩・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の自律・自立に向けて、利用者一人ひとりの生活サイクルの再確認を行い適した支援になるように努めています。利用者の希望に対して、それを叶えるためには何が必要でどうしたらよいかの一つずつ説明し利用者が理解したのを確認し、実現できるように支援しています。職員は日頃から利用者の将来の生活に向けた思いを聞き、自立するためには何が必要なのか、どうしたらいいのか等の動機付け支援を行っています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者とのコミュニケーションは言葉でのやり取りが多いです。言葉で意思表示をするのが難しい方には選択肢を提示して選んでもらうように工夫しています。本人にとって良いのか嫌なのかは、本人の様子や行動を見て意思を推測するようにしています。今後も利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションがとられることを期待します。</p>		
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・⑩・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者からの相談は職員が日頃の支援の中で聞いています。職員は利用者に情報を提供して、利用者が選択しやすいように、分かりやすく具体的に示しています。決定するにあたり、どの選択肢が妥当なのか、本人が納得して決められるような話し合いを心がけています。今後も利用者の意思を尊重する取組みが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。	a・⑩・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画にもとづいて利用者の日中活動を支援しています。平日の日中は殆どの利用者が本人に合った就労支援事業所等に通っています。休みの日にはタクシーを利用し買い物や温泉等に出かけたり、職員と何人かの利用者で外食に出かけています。今後も利用者のニーズに応じた支援に取組まれることを期待します。</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。	⑩・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員は障害に関する外部・内部研修に参加し専門知識の習得と支援の向上に努めています。また、利用者の高齢化に備えて、介護に関係する研修にも参加し支援に役立てるようにしています。利用者の対応について、日々職員同士で話し合いが行われ、必要に応じて保健師等の専門職にも意見をもらい利用者の状況に応じた支援ができるように努めています。</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。	a・⑩・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画にもとづいて訪問看護による入浴支援が行われている利用者がいます。今後も必要に応じた支援が行われることを期待します。</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・⑩・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>居室は完全個室となっており、トイレも設置されています。浴室は共同で、数人で入れる広さです。食堂は同一方向で座れる配置となっており整然とした雰囲気です。居室内の掃除は、基本的に利用者が行い、月に1, 2回職員が確認しています。利用者の意向を把握するために、苦情箱の設置やモニタリング時に聞き取りを行っています。また、3施設合同会議の時に利用者の意</p>		

向について確認しています。		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画等にもとづいた機能訓練・生活訓練は行われていないため非該当となります。</p>		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の健康状態は、年1回の健康診断や月2回のバイタルサイン、体重測定、問診等の体調チェックで把握しています。異常があった場合は訪問看護師に連絡したり、かかりつけの病院に相談をしています。体調の急変時はマニュアルに沿って対応しています。今後も継続して取組まれることを期待します。</p>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人で安全衛生管理規程が策定されており規程に沿って支援を行っています。服薬の管理が必要な利用者については、服薬後、空袋の回収を行い適切に服薬できるように支援しています。薬を自己管理している利用者には定期的な確認を行っています。今後も医療的な支援が適切に提供されることを期待します。</p>		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員は利用者に情報を掲示して利用者の社会参加の機会を持てるようにしています。利用者の中に簿記やファイナンシャルプランナーの資格や原動機付自転車の免許を取得された方がいます。利用者の意向を尊重し願いを叶えられるように支援しています。利用者の外出や外泊は7～10日前までに届け出を出せば可能となっています。今後も利用者が社会参加の機会や学習の機会が得られるように支援に取組まれることを期待します。</p>		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の地域生活を継続するためにバスの乗り方や家計簿のつけ方等の支援を行っています。社会福祉協議会の日常生活自立支援事と契約し金銭管理をお願いしている利用者がいます。入所を希望される方には体験入所をしてもらっています。希望される方の状況に応じて時間単位であったり1日単位で体験してもらい、慣れてきたら少しずつ時間を増やし、安心して入所できるように配慮しています。今後も地域生活が継続できる取組みがなされることを期待します。</p>		

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
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。	㊦・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の家族等とは毎月の利用料の支払いで事業所に来訪した際に話す機会があります。また、自宅に外泊する利用者もあり家族が迎えに来た際に接する機会があります。事業所では家族等との連携を重視しており、家族からの情報提供を受けるだけでなく、事業所からも積極的に情報を提供するように取り組んでいます。家族から自分達が高齢化し親なき後の相談があがっています。家族も本人の生活を支える重要な資源であることを意識して話をす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
<p>&lt;コメント&gt;</p>		

### 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
<p>&lt;コメント&gt;</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p>		