

## 福祉サービス第三評価結果

### ①第三者評価機関名

一般社団法人 静岡県社会福祉士会

### ②施設・事業所情報

名称：あかいし学園	種別：障がい者支援施設			
代表者氏名：山下 克広	定員（利用人数）：50名			
所在地：静岡県浜松市浜北区於呂 4201-13				
TEL：053-583-1136	ホームページ：http://www.tenryu-kohseikai.or.jp/			
【施設・事業所の概要】				
開設年月日 昭和56年4月1日				
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 天竜厚生会				
職員数	常勤職員	25名	非常勤職員	14名
専門職員	医師	0.2名	生活支援員	30.68名
	看護師	1名	栄養士	1名
	准看護師	1.45名	サービス管理責任者	1名
施設・設備 の概要	（居室数）66		（設備等）食堂3 中間浴槽1	
	リフレッシュルーム	2	癒しの部屋(スヌーズレン)1	

### ③理念・基本方針

#### 【法人理念】

「九十九匹はみな帰りたいけど、まだ帰らぬ一匹の行方訪ねん。」

#### 【基本方針】

- 1) ご利用者様に対し、その方なりの自立と社会参加を促進する観点から、必要な支援及び訓練に努める。
- 2) ご利用者様に意思及び人格を尊重し、常にその方の立場に立った施設支援を提供できるよう努める。
- 3) できる限り居宅に近い環境の中で、地域や家庭との結びつきを尊重した運営を行い、関係市町、相談支援事業所、他の障害者支援施設その他の保健医療サービスまたは福祉サービスとの密接な連携に努める。

### ④施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 地域の福祉ニーズに応えるべく、在宅サービス(ショートステイ、日中一時等)の積極的な受け入れを通じ、ご本人の心身機能の向上、構造化された生活環境の中で精神的安定や、ご家族の身体的、精神的負担軽減を図っていく。
- 2) あかいし学園の特徴的な構造として、居室等の生活スペースと活動スペースが分かれており、「職住分離」のコンセプトの下、ご利用者の方に基本的な生活リズムと場面の切り分けを掴んでいただき、生活、活動のそれぞれの場面においてより有意義な時間を過ごしていただけるよう、職員一丸となって努力している。

### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 30 年 6 月 12 日（契約日） ～ 平成 31 年 3 月 31 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1 回（平成 25 年度）

### ⑥総評

#### ◇特に評価の高い点

- ・「私たちの法人天竜厚生会」を全職員に配付し、法人の理念・行動指針・求める職員像・人材育成等について、施設長より個別に職員に説明し、意識改革を図っています。
- ・居住ゾーンと日中活動の区別をされており、利用者の生活パターンを作る上で生活の構造化が図られています。
- ・強度行動障がいを持った利用者に配慮し、館内は安全に過ごせる生活空間が保障されています。
- ・治療食の提供や中間浴槽の設置があることで、利用者の安全なサービスの提供につながっています。
- ・精神科医師、歯科医師、作業療法士等の専門職との連携が図られることにより、より支援の幅が広がっています。
- ・地域の人々との交流に関しては、厚生会祭り、福祉教育の受け入れや商店街での啓発活動をしています。

#### ◇改善を求められる点

- ・事業計画等の利用者への周知は家族にはわかりやすい資料等で行われていますが、利用者には強度行動障害の方が多いためか説明が不十分です。
- ・マニュアル等は整備されていますが、職員がその内容を理解できる研修等の取組が十分ではありません。

### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

障がい者福祉サービスの内容や運営状況について、求められているサービス水準の着眼点や評価を受けることにより、施設の良い点や改善点が明らかになりました。また、施設全体で見直すことにより、職員の意識改革にも繋がっていくと思います。改善に向けた取り組み、サービスの質の向上に努めてまいります。

### 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。

## 第三者評価結果〔障害者・児福祉サービス〕

※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。

a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態

b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態

c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※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。

### 障害者・児福祉サービス版共通評価基準

#### 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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 理念・基本方針はパンフレット・広報誌に掲載されています。職員には年度初めの職員会議で周知すると同時に、本年度より「私たちの法人天竜厚生会」を職員に配付し説明しています。また保護者会で事業系会等をわかりやすくパワーポイント資料にして説明しています。		

##### 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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 法人全体で、社会福祉事業の把握をしています。また法人管理職会議・事業部会議で事業についての現状の把握と分析がされ、施設長がこの会議に参加しており、施設に報告する仕組みになっています。		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	Ⓐ・b・c
<コメント> 経営課題については、法人主体で分析され、施設で具体的な取組みがされています。		

##### 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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中長期計画は、法人事業計画に明記され、それにそった施設の事業計画がつくられています。サービスの質については、ISOの取組の中で、評価・見直しがされています。</p>		
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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は法人中長期計画にもとづき作られています。利用率等の数値目標等についても、法人と協議し定められています。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は職員会議等で意見を集約し作られています。事業の実施状況はISOの取り組みの中で定められた時期に把握され、評価・見直しをしています。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>保護者会で、事業計画等をパワーポイントで作成し配付しています。当日欠席の保護者には資料を郵送しています。利用者への周知は重度知的障害の利用者が多いため、個別に説明等を行っています。困難な時は、家族か成年後見人に説明しています。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISOの取り組みの中で、PDCAサイクルでサービスの質向上の取り組みがなされています。また年1回職員自己評価（評価項目は第三者評価に準じている）を実施し、集計、法人内の他施設との比較分析もされています。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISOの取り組み、自己評価の取り組みの中で、課題分析がなされ、職員間で共有され、必要な改善がなされています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者の役割・権限については法人事業計画・及び事業所事務分掌表に明記され、職員にも説明されています。施設長不在時の対応については、各種マニュアル及び事務分掌表で明確になっています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は各種会議等で法令改正の情報収集を行い、職員会議等で虐待防止等の重要な事柄について伝えています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>自己評価、利用者満足度調査を行い、また ISO の取組の中で課題分析等を行い、質の向上に努めています。</p>		
13	Ⅱ-1-(2)-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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人で各施設からの資料をまとめ、各施設の課題分析を行い、分析結果は施設管理者から、職員に周知され必要な改善を行っています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>本年度作成された「私たちの法人天竜厚生会」に職員としてのあり方、人材育成の基本が明記されています。職員確保・研修は法人主体で行われています。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「私たちの法人天竜厚生会」で求められる職員像は明確にされ、法人主体で人事制度、キャ</p>		

リアパス制度で人事管理がなされています。その他キャリアチェンジ、ジョブチャレンジ、法人内留学制度等があります。		
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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は職員の勤務成績を把握し、法人ではメンタルヘルス相談窓口の開設、その他、職員が他の役割にチャレンジ出来る制度等を構築し、働きやすい環境整備を行っています。福利厚生については、法人独自の制度があります。</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・Ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事制度により、役割基準は明確になっています。自己評価のフィードバックはされていますが、その他の個別目標管理についての個別面談は必要に応じて行っています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人で職員研修制度が構築されており、職種別・階層別研修計画的に行われています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>研修は法人研修計画に基づき、職種別・階層別研修が計画的に実施されています。外部研修も積極的に参加しています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習受け入れマニュアルがあり、それにもとづき実施し、介護福祉士と社会福祉士、保育士のプログラムを用意し、実習指導者は社会福祉士会の研修と法人で実施する研修に参加しています。福祉実習・施設実習の受け入れ担当者が選任され、法人実習受け入れ担当者（福祉サービス課）や学校担当教諭と実習内容について継続的な連携を図っています。</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>法人・事業所の事業や財務情報はホームページ・法人機関誌で公表されています。また第三者評価は法人内で計画的に実施されており、本事業所は2回目の実施です。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人は公認会計士による監査を受けており、会計処理については、基本は法人の役割となっています。事業所では預かり金管理、小口現金及び物品購入の申請のみを取り扱っています。ルールは管理者等、役割を担う職員には周知されています。</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。	a・㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;社会資源については利用者に知らせるところまでは至っていません。ボランティアに関してはマニュアルに文書化されていますが、積極的な活用には至っていません。地域の人々との交流に関しては、厚生会祭り、福祉教育の受け入れや商店街での啓発活動をしています。</p>		
24	Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;ボランティア受け入れに関する規定が文書化されています。学校教育への協力については福祉教育として、中学校から専門学校までの受け入れをしており、基本姿勢を文書化しています。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;社会資源のリストを整備し。職員間の共有に関しては支援者会議で周知を図っています。関係機関との連携は年に1回福祉担当者との連絡調整をし、その他、浜北地区障がい事業所連絡会や、相談支援事業所、は浜松育成会と連携し、地域課題や個々の利用者のフォローに当たっています。施設長、ソーシャルワーカーが参加しています。</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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a・㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;地域住民に対し、施設の持つ機能を生かした講演会、研修会は実施していません。また、地域住民が自由に参加できるような支援体制は取れていません。災害時には近隣の天竜病院、天竜特別支援学校と三者連携による避難場所になっています。地域の商工会と連携し、二俣駅周辺やクローバー通りの美化活動（花植えプランターの設置）に参加しています。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;地域社会福祉協議会、浜北地区自立支援協議会、浜松市育成会との活動を通し地域の福祉課題の把握に努めています。相談支援事業所の機能を生かし多様な相談に応えています。「親なき後」「短期入所」と云った具体的な相談に応えています。一方、社会貢献としては貧困問題、こども育成、山間地送迎を実施しています。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;基本理念、スローガン、行動指針は明文化され、職員は常時携帯し理念に基付いた行動に努めています。さらに、「私たちの天竜厚生会」という冊子で、より具体化した指針に基づいて行動しています。個別支援計画の下、利用者個々の福祉ニーズに基付いた支援が実践されています。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;事業報告書、支援マニュアルの中にプライバシー保護について明文化されています。施設のハードの部分でも個室化が図られており、トイレ、入浴施設にあってもプライバシーの保護が優先されています。不適切な事案が発生した時の、発生の原因、対応、改善策等の一連の手順が明示され、実践されています。</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。		
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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;施設サービスに関してはホームページやパンフレットで紹介し、研修センターや法人本部にパンフレットを置いています。パンフレットは、文字の大きさ、写真等を用いて分かりやすくしています。見学体験入所、1日利用はその都度受け入れをし、わかり易い説明をしています。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;利用契約書、重要事項説明書を使い説明と同意を得ていますが、利用者の同意を得る事は事実上困難が見られます。このため、家族、後見人への説明、同意を得ています。</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・㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;サービスの終了、変更に際しては、利用者のアセスメント、医療面でのサマリーについては情報提供しています。手順と引継ぎ文書の定型の物はありませんが、厚生会の教育マニュアル「マネジメントフロー図」を使っています。サービス終了後の相談の担当者は決まっておらず、その内容を記載した文書を渡すことについての定めもありませんが、サービス管理責任者、ソーシャルワーカーが必要に応じて相談に応じています。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;利用者満足度調査を年1回実施しています。要望のあった事項については内容を検討し、改善事項については掲示回答をしています。</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。		
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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;苦情に関しては、苦情対応マニュアルにもとづいて、受付から公表に至るまでの手順が明確です。公表に関しては本人、家族の同意が得られれば、機関誌やホームページで公表をしています。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;相談に関する文章は、わかり易い表記で事務所前に掲示されています。訪問時に利用者からの相談の申しでがあり、事務所で管理者が相談に対応をしています。</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・㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;記録に関しては法人内で統一されたシステムが整備されています。利用者からの相談には随時対応しています。意見箱は玄関に置かれています。</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。		
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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;法人内統一のマニュアルが整備されています。事案が生じた場合にはフロー会議で報告、内容を検討し、1ヶ月以内に効果測定を実施しています。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;法人内で統一した感染症対策マニュアルを整備しています。感染症対策委員会で基礎知識、健康管理の他個別の感染症対策を実施しています。特に冬季のインフルエンザ予防や吐物キット等を用意し、蔓延予防に努めています。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;防災、災害時対策マニュアルが策定され、マニュアルに沿った職員の行動が定められています。災害時チェック表が用意され発災時からの対応ができています。備蓄、備品等のリスト、避難経路、避難場所も明記され、月1回の避難訓練が実施されています。</p>		

### 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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;標準的な実施方法については支援マニュアルが整備されています。支援マニュアルの中には利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護について明記されています。職員への周知については「私たちの天竜厚生会」で行動指針が示され、職員の行動規範となっています。新任職員に対しては新任職員ワークブックでレポート作成を行い、業務の振り返りを実施しています。</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・ <b>㉔</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;学園としては委員会で各職種の代表によって見直しを実施していますが、見直しの時期は具体的には決まっています。個別支援計画は年2回の見直しのほか、必要に応じ見直しを実施しています。</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。	<b>㉔</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;法人全体で個別支援計画の作成についての規定があります。個別支援計画作成に当たって、PDCA サイクルの実施が確立しています。個別支援計画の作成に当たっては、職員が横断的に参加し、利用者の同意を得ています。必要時には医師の参加も得ています。</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。	<b>㉔</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;個別支援記録は定期的に年2回、見直しを実施しています。利用者の意向確認については、利用者からの意向確認が困難な場合は、家族、保護者の意向確認になっております。個別の支援会議を持っています。職員への周知はコピーをとって現場に伝えています。緊急を要する場合は必要に応じて変更し、支援会議録で確認をとっています。</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、職員間で共有化されている。	<b>㉔</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;記録に関しては学園（法人）が統一したシステムを使い、様式の統一を図っています。個別支援計画を閲覧し、サービスの実施記録が記載できていることを確認できました。情報の共有に関してはリーダー会議、各フロア会議、全職員対象の職員会議と重層的な共有を図っています。参加できない職員に対しては議事録等を回覧し、確認しています。</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>㉔</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;施設（法人内）で統一した記録管理規定が定められており、施設長が管理者となっています。個人情報に関しては個人情報管理規定で管理され、個人情報相談窓口が設置されています。マニュアルを含め研修の機会が持っています。家族に対しては重要事項説明書で説明をしています。他に個人情報に関する相談窓口が用意されています。</p>		

## 障害者・児福祉サービス版内容評価基準

### 評価対象 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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;個別のアセスメントを実施し、生活支援実施書を作成しています。障害への配慮をもとに、意向を確認しながら施設サービス計画が作成されています。</p>		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a・Ⓒ
<p>&lt;コメント&gt;虐待防止マニュアル、身体拘束廃止マニュアル、苦情解決マニュアルが整備され、各フロアにポスターの掲示があり、それを周知徹底するための定期的な取り組みをしています。重度の知的障害者がほとんどであり、利用者が内容を理解できたかを確認するための方法を模索中です。</p>		

### 評価対象 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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;利用者ひとり一人に対し、アセスメントを実施、意向を確認しながら、施設サービス計画、具体的に課題及び支援計画、生活支援実施書を作成しています。また、行政手続きや生活関連サービス等の利用については、計画相談と連携を図り、代行等の支援をしています。</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・Ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;写真で選択できるよう工夫や利用者の表情から意向を汲み取る検討や工夫が行われています。しかし、より利用者のコミュニケーション能力を高めるための支援や機器の活用等について確認ができません。</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・Ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;希望や意向を確認し、施設サービス計画書に明記しています。また本人が意思を伝えられない場合には会議等を経て様子から意向を汲み取るよう取り組んでいます。個の職員の主観による重要度で記録が実施されていますが、利用者の意向を確認したいときの質問方法を工夫し、少しでも確認できるように働きかけています。相談すべてが記録されておらず、意思決定の支援について標準的な手順の文書が確認できません。</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。	Ⓐ・b・c

<p>&lt;コメント&gt;職員の工夫により日中活動に多様化が図られています。また地域の活動やスポーツ等にも参加できるよう個別に支援しています。活動参加については、個別支援計画・生活支援実施書が作成されています。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;障害に関する専門的知識を得るための研修への参加や職員間で知識を共有する取り組みがなされています。また、専門職の助言を得て、職員間の会議等で支援方法を工夫し取り組んでいます。</p>		
<p>A-2-(2) 日常的な生活支援</p>		
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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;支援については、調査や評価、会議をしながら、定期的に生活支援実施書を作成し、見直しを行っています。また、専門職の助言を受ける取り組みもあります。福祉サービスに関するマニュアルが整備され、治療食の提供や中間浴槽の活用等による利用者の生活支援の幅が広がっています。</p>		
<p>A-2-(3) 生活環境</p>		
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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;毎日の清掃、換気を実施、温度・湿度管理もされています。また、壁面構成や掲示等により生活感があり、BGM等も工夫があります。全室個室であるため、休息がとれるよう配慮されています。スヌーズレンやリフレッシュルームを設置しています。年1回、意向調査アンケートを実施し、生活環境に対してはフィードバックしています。</p>		
<p>A-2-(4) 機能訓練・生活訓練</p>		
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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 毎日のラジオ体操を実施しています。利用者に対し、支援計画書、生活支援実施書を作成し、定期的に支援会議を開催も評価しています。必要に応じ、作業療法士の専門的助言指導を受けています。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 生活支援員が中心となり健康の把握を行い、1日1回の申し送りにて情報を共有しています。利用者の状態に配慮したグループ活動等を取り入れ、健康や体力の保持のため、運動の機会を設けています。利用者家族に対する健康相談・健康面の説明の機会が設けられています。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 医療的な支援について事業計画書に記載されています。与薬マニュアルが整備され、薬の管理方法留意事項等が記載されていますが、服用の拒否、重複服用や服用忘れがあった場合は都度、嘱託医から確認を取って書面に残しています。慢性疾患については、定期的な回診、上申等にて適切に連携し対応が図られていますが、仕組みについての周知が看護</p>		

師にとどまっています。		
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・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 社会参加や学習のための支援においては、多様な取り組みや工夫がなされています。また、学習への支援についても環境や参加しやすい活動への工夫がなされていますが、地域の社会資源等を活用した事例は確認できません。外出・外泊については、意向を確認し対応、職員から注意事項等の丁寧な対応されていますが、本人・家族からの自由な申し出による外出・外泊対応について確認ができません。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;本人・家族のアセスメントにより、希望や意向に配慮した地域活動への参加に取り組んでいます。地域生活に関する利用者・家族の意思確認が外出・外泊にとどまっています。また施設として地域生活支援のための日常的な相談体制や緊急時のバックアップ体制の仕組みについても確認できません。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 個別支援計画書、生活支援計画書により、家族支援を行なっています。また、年1回の保護者の集いや外出・外泊、行事参加等の機会には面接やお手紙を通じて報告や相談ができる取り組みをしています。緊急時の対応についてルールが定められています。</p>		

### 評価対象 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。	a・b・c
<コメント>		

### 評価対象 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。	a・b・c
<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。	a・b・c
<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。	a・b・c
<コメント>		