

福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

一般社団法人静岡県社会福祉士会

②施設・施設情報

名称：赤松寮	種別：障害者支援施設	
代表者氏名：富永直樹	定員（利用人数）：	50名
所在地：静岡県浜松市天竜区渡ヶ島 20-7		
TEL：053-583-1140	ホームページ： http://www.tenryu-kohseikai.or.jp/	
【施設・施設の概要】		
開設年月日：1988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： 26名	非常勤職員 12名
専門職員	（専門職の名称） 名	サービス管理責任者 1名
		看護師 1名
施設・設備 の概要	（居室数）4人床 13部屋	（設備等）重油ボイラー
	2人床 2部屋	LED電球
	静養室 2部屋 （個室）	

③理念・基本方針

(1) 法人理念

九十九匹はみな帰りたいと、まだ帰らぬ一匹の行方訪ねん

(2) 基本方針（施設）

- 1) 元気の挨拶と感謝の気持ちが飛び交い、みんなが笑顔で過ごしていきます
- 2) 関わるすべての人（ご利用者・ご家族・職員・地域の人）が、一緒に成長していきます
- 3) お互いに思いやり、和やかでアットホームな施設・空間を作ります

④施設・施設の特徴的な取組

- ・ ご利用者個々の尊厳を保持し、ご利用者の理解とともにアセスメントを深めます
⇒「各利用者のケース検討を通じて、再アセスメント（過去の生い立ち、長所等）し、本人の理解を深めていきます。また、日々の観察や支援評価を記録に溜め、新たな気づきに目を向けていきます」
- ・ 地域及び福祉ニーズへの対応
⇒浜松市からの委託契約における、日中一時支援事業（地域生活支援事業）、障害者

緊急時対応事業（緊急時の短期入所対応）を実施しています。また、災害時等における福祉避難所としての役割を担っています。

⇒加齢児（児童養護施設にいる18歳以上の方）の行き先がなく、市内に限らず、県内関係施設から相談を受けることが多くあります。多くは、発達障がいまたは行動障がい（いわゆる、強度行動障がい）があります。設備としての課題はありますが、必要な研修を受講することで、支援者側のスキル向上のなかでの支援体制構築を行っています。

⇒特別支援学校卒業生の進路先として、通所生活介護施設の利用希望が多くあります。しかしながら、地域にはその数は少なく、進路先に困っている利用者・家族もいます。そのため、施設として通所利用者の受入れを行うとともに（そのために日課やプログラムを充足）、特別支援学校高等部の進路実習での受入れも積極的に行っています。

⇒短期入所および日中一時支援の在宅サービスにおいては、送迎が必要不可欠です。自宅だけでなく、通所施設まで送迎に行き、家族のレスパイトを図れるように努めています。

・活動のある日課づくり、施設機能の明確化

⇒必ず1日に1回は施設外に出たり、楽しみを感じられる活動に参加したりする機会を提供しています（ドライブ、散歩、カラオケ等のレク活動など）。なお、作業として、ペットボトルのキャップ仕分け、空き缶潰し、洗剤の小分け作業（納品含む）を行っています。また、地域活動として、最寄り駅のプランターの水やり、ショッピングセンター外周道路のゴミ拾いに参画し、地域貢献・障がい福祉啓発を行っています。

⇒施設を「終の棲家」と考えず、利用者の希望や身体状況の変化に応じて、他施設等へつなぐことを積極的に行っています。それにより、活動のある日課を継続していくとともに、加齢児等の支援の必要な方の受入れを行っています。また、地域移行や施設間移行については、目標や期限を定めながら実施に向けて取り組んでいます。

・障がい者雇用の促進

⇒現状、2名の方が就労しています。特性等に応じながら、勤務体制、業務内容を調整しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年5月31日（契約日）～ 令和2年2月27日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	2回（平成26年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・「AKAMATSU WAY～赤松寮がチームとして取り組むこと～」を職員に示すと同時に、職員会議等様々な会議で、「利用者のために」という方針実現の為の発信を、常に行っています。また、委員会の設置等により、職員一人ひとりが課題を持ち、解決できるような働きかけを行っています。
- ・施設内打合せ等の役割担当を示すと同時に、「各種検討事項項目による決定・周知の流れ」を示し、各担当からの情報を集約し、質の向上に努めています。情報は各種会議で検討し、質の向上を図っています。
- ・法人全体でBCPが既に作成されていて、災害時の応援協力体制についても取り決めがあり、利用者の安全やサービスの継続ができるように計画されています。
- ・強度行動障害支援の取り組みとして、一人ひとりに対して手順化し、サービスの提供の質の平準化を図っています。

◇改善を求められる点

- ・社会参加について、利用者が楽しむだけではなく、地域での貢献活動を通し、利用者理解を進める目的で、近隣のスーパー周辺のゴミ収集活動を定期的実施していますが、施設の特性上、地域の行事をわかりやすく掲示する程度で、地域の社会資源の情報提供までには至っていません。
- ・虐待防止に関するチラシと具体的事例は掲示してありますが、権利侵害に関する具体的な事例収集、掲示では多くの利用者の理解が難しく、利用者への周知はその場で個別に対応しています。しかし、理解が容易な利用者のために、虐待と権利侵害に関する具体的事例の収集や、掲示が必要です。
- ・支援に関する記録はシステム化され、職員間の会議等やサービスの実施状況は、システム上にある様式を使用し、実施状況を把握しています。また、職種間や各委員会の情報は、職員会議で報告していますが、すべての職員に情報が的確に届く仕組みは、十分とは言えません。

⑦第三者評価結果に対する施設・施設のコメント

- ・まず、結果そのものというよりも、事前準備のなかで改めて自施設の取り組み状況等を振り返り、整理することができ、そのような機会となったことがとても意義のある事業であったと感じた。
- ・受審結果として、適切な意図や評価基準が定められていること、また実際に審査員の方々とこのやりとりのなかで質疑応答による発言と確認がされていたことから、相当な信頼性の高いものとして受け止めた。
- ・以上を踏まえ、事前準備、実施、評価というプロセスの正確さのなかで、多くの気づきを得ることができた。本結果を真摯に受け止め、自施設のさらなるサービス質の向上とともに、それがご利用者の生活や地域福祉の発展につながっていけるように日々精進していきたい。

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・施設の状態、「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・基本方針は明文化され、法人及び施設のパンフレット・事業計画書等、ホームページにも記載しています。理念からは法人及び施設の想いがくみ取ることができ、基本方針も、理念との整合性がとれ、具体的な行動指針となっており、職員には周知状況を各種会議で再確認しています。利用者家族等には家族会にて、わかりやすい資料を作成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> 社会福祉事業全体の動向については法人での会議、外部での会議で把握・分析しています。施設長が市の「自立支援協議会あり方検討会」に参加するなど、地域の課題を把握し、また、毎月、施設の実績を確認し、法人内会議で他施設の状況も確認するなど、地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握しています。		
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> 法人内のルールで、経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析を行い、施設の状況等を全体で把握し、課題整理を行い、結果は役員にも報告しています。施設ではそれをもとに、職種間会議等で議論し、課題解決を図っています。		

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。	(a) b・c
<p><コメント></p> <p>中・長期目標は「ご利用者に関すること」「地域に関すること」「人材に関すること」「経営に関すること」の4つの基本方針に基づき、法人および施設で組み立っています。また、半期に一度、達成度の評価を行い、毎年、見直しを行っています。</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。	(a) b・c
<p><コメント></p> <p>法人の中・長期計画を基に単年度計画は品質目標、支援内容を具体的に作成しています。前年度を評価し、中・長期目標に沿い計画され、基本方針をもとに、品質目標、支援内容等が記載され、具体的な計画になっています。事業の遂行に当たり、「各種検討事項項目による決定・周知の流れ」をフローチャートと表で作成し、各会議の参加者と会議の役割を示し、評価、提案、協議、検討、決定、改善、周知までの体制を示しています。</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。	(a) b・c
<p><コメント></p> <p>「各種検討事項項目による決定・周知の流れ」を職員に示し、職員等からの意見や情報を集約して事業計画を策定し、半期に1回振り返り評価・見直しを行っています。また、毎月の職員会議等で必要な場合は評価し、柔軟に改善をしています。</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。	(a) b・c
<p><コメント></p> <p>保護者の集い（家族会）で、事業計画の内容について、わかりやすい資料を作成し、パワーポイントで説明しています。また、施設内の掲示物（行事の予定等）は利用者の心身の状態にあわせてルビを振る、ひらがなで記載する等の工夫をしています。</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。	(a) b・c
<p><コメント></p> <p>業務内容及び手順の決定・周知について示した「各種検討事項項目による決定・周知の流れ」に従い、利用者・家族、間接業務職員、夜専会議からの意見を集約し、グループ会議の情報交換・提案内容を持ち寄り、職種間会議で協議し、評価・結果の分析と検討の体制を整え、質の向上を図っています。年1回、自己評価を実施し、法人</p>		

の計画に沿って福祉サービス第三者評価を受審しています。		
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>ISOの取り組み等の中で、課題は事業計画等に文書化し、毎月の職員会議等（支援会議、グループ会議、間接業務会議、夜専会議等）及び、検討委員会（支援スキルマニュアル委員会、感染対策委員会、リスクマネジメント委員会等）で共有し、定期的に評価・改善・実施・見直しのルールをつくり、改善を進めています。</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。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は自ら作成した「AKAMATSU WAY～赤松寮がチームとして取り組むこと～」を職員に示すと同時に、職員会議等様々な会議で、施設の方向性を積極的に示しています。施設事務分掌表で、管理不在時の事務継承を明確にし、有事の役割と責任については法人で文書化しています。</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。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>各種研修会、外部の会議に積極的に参加し、関係機関等と適正な関係を保持しています。外部の会議に積極的に参加し、運営・管理等の法律を理解し、安全衛生推進者として職場環境等の把握や、省エネ対策の評価と、必要な情報は職員会議等で職員への提供、虐待防止等は委員会を設置する等、法令遵守に取り組んでいます。</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。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長の運営方針を職員に示すと同時に、職員会議等、様々な会議で、「利用者のために」という方針実現の為の発信を、常に行っています。また、委員会の設置等で、職員一人ひとりが課題を持ち、解決できるような働きかけを行っています。施設内打合せ等の役割分担、意見を集約するための取り組みを行い、研修計画に沿い、内部研修・外部研修に積極的に参加させるとともに、研修報告にコメントを入れ、指導しています。</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。	(a)・b・c

<コメント>

人事配置、労務関係等については、毎月、本部にデータを送り、本部からのデータ分析を得て対応しています。施設長自らが、様々な発信をし、職員の勤務表作りにも取り組んでいます。この課程で職員とのコミュニケーションを図り、施設内に14の会議・委員会を立ちあげ、各委員会で議論することで、業務遂行の意識作りを行っています。

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
<コメント> 法人で必要な人材を明確にしており、研修制度・昇格制度も構築されています。有資格者一覧表が法人で策定されており、これを基に職員配置と資格取得が進められ、キャリアパスの制度も、確立されています。福祉人材の確保では、定期採用・中途採用・パート職員から正規職員への変更等のルールが明確になっており、リクルート等の採用サイトの活用、職員紹介報酬制度もあります。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ・b・c
<コメント> 法人は「私たちの法人天竜厚生会」という冊子を作成し、職員に周知しています。法人で統一した人事考課制度、及び、キャリアパス制度が構築され、職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等の評価・分析を行い、運用されています。人事考課後の面談では、施設長より、職員一人ひとりに、前向きなメッセージを渡しています。		
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
<コメント> 年2回の個別面談を行い、状況の把握に努め、法人内に「メンタルヘルス推進室」が設置され、職員の悩みや相談を受け止めています。また、夜勤専門職員を配置し、職員の夜勤回数を軽減する等の対策も行なっています。職員健康診断の他、介護職員の腰痛予防にも取り組み、また、法人で互助会を組織し、福利厚生メニューは多彩です。		
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
<コメント> ISOの取り組みの一環で、職種別の達成目標が示され、施設内打合せ等の役割担当により、さらに細かな個別の目標が示され、年2回の個別面談で進捗状況と目標達成度を確認し、フィードバックを行っています。しかし、職員一人ひとりの個性を把握し、将来の目標を設定した内容までにはなっていません。		

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><コメント></p> <p>「私たちの法人天竜厚生会」に法人の理念、目指すサービスの質、職員のあり方が明記され、これを基に研修が実施されています。法人では、キャリア支援制度の中で、初任者から管理者までの階層別研修が実施しています。研修に参加した職員の復命書に、施設長が確認コメントを入れると共に、カリキュラムの評価と見直しを行い、法人は各施設からの状況を集計し、毎年、計画を見直し、次年度事業計画に反映させています。</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><コメント></p> <p>法人キャリア支援制度により、階層別研修が実施され、職員一人ひとりのキャリア支援を行なっています。また、施設内では、新任職員（異動職員も含め）には、わかりやすい研修マニュアルが作成され、これに沿って個別的なOJTを実施しています。施設に求められているスキルアップのための、外部研修への参加も積極的に行っています。</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><コメント></p> <p>法人で作成した「実習生受け入れマニュアル」に基本姿勢を明文化しています。それぞれの職種に配慮したプログラムが作られ、福祉・医療・保育職の実習生を積極的に受け入れています。実習指導者は研修を受講し、実習内容について学校側と継続的な連携を図り、実習期間中も巡回指導を受け入れています。</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><コメント></p> <p>ホームページに法人、および、施設の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や新しい福祉情報を公開しています。また、定期的な関係機関への訪問や、関係するほかの法人、施設に機関誌等を配付し、積極的に情報を発信し、存在意義や役割の情報を公開しています。</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><コメント></p> <p>財務・会計については、公認会計士がチェックを行っています。ISOの規定に基づき、監査法人が内部監査を実施し、その結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を行っています。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
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 (b) c
<p><コメント></p> <p>事業計画で「社会参加による、楽しみ、意欲に繋がる諸活動」を明記し、社会参加活動を大切に、積極的に進めています。活動はテーマを決め、利用者の思いを配慮したものになっています。また、利用者が楽しむだけでなく、地域での貢献活動を通し、利用者理解を進める目的で、近隣のスーパー周辺のゴミ収集活動を、定期的実施しています。施設の特性上、地域の行事をわかりやすく掲示する程度で、地域の社会資源の情報提供までにはなっていません。</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 (b) c
<p><コメント></p> <p>法人でマニュアル・受け入れ窓口・受け入れ態勢を整え、法人内の各施設に振り分けています。施設の事業計画書にボランティア受け入れの目的は「福祉の魅力を伝える」と示し、受け入れ窓口も定め、積極的に受け入れています。施設での具体的な受け入れマニュアルは整えていません。研修・支援は浜松市が「浜松支えあいポイント事業」を実施し、参加しています。また、法人の福祉教育実施時は、訪問校出身の先輩にあたる職員が講師となって協力しています。</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・施設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 (b) c
<p><コメント></p> <p>「地域生活移行に向けた支援」及び「施設間移行に向けた支援」を利用者支援の項目として計画に定め、多くの機関との情報交換や、職員の見学等を実施しています。法人内では同種別の施設連絡会にて情報を共有し、関係団体ともネットワーク化を進め、課題に対応しています。社会資源を明示したリストがあり、個別支援計画者までが把握していますが、資源の内容や、担当部署などの記載はありません。</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)・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長が市の「自立支援協議会あり方検討会」に委員として参画し、地域の福祉ニーズの解決を担うシステム作りに関わっています。また法人内では各種検討委員会や、意見交換会を実施しています。</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)・b・c
<p><コメント></p> <p>地域の様々な課題は法人で検討され、赤松寮事業計画に示し、法人として、社会福</p>		

社のみならず、医療・文化・教育関係の県及び市町の委員会等に参画し、地域のまちづくりをすすめています。施設は差別解消相談窓口、自立支援協議会等へ職員の派遣を行い、福祉避難所として、浜松市と契約をしています。

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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>人材育成用の「私たちの天竜厚生会」を全職員に配付し、伝達研修や支援会議の中で共有し、それを基に標準的なサービスが提供をし、PDCA サイクルに沿って運用しています。「不適切支援ゼロを目指す係」の議事録に記載し、施設版のチェックリストを作成し、取組んでいます。</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。	Ⓐ・b・c
<p>個人情報管理規程、虐待防止マニュアルが整備され、会議等でも周知し、プライバシーに配慮したサービスの提供をし、同性介助を基本としています。部屋は、4人部屋ですが、就寝時や、一人になりたい時には、プライバシーが保てるよう、カーテンやパーティションの設置、空き部屋を使ってもらうなど工夫し、利用者の家族へは、資料を配付して説明しています。利用者への周知は、特性を考慮し、言動の場を捉え、わかりやすい言葉で個別に実施しています。毎月の「あじさいの会」でも短い、やさしい言葉で説明し、周知を図っています。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>ホームページやパンフレットを随時更新し、最新の情報でサービスの選択が出来る様、配慮をしています。また、見学や体験などは希望があれば受入れ、サービス選択に必要な情報を提供しています。パンフレットは法人の障がい部の各施設で分担して、市町、区役所に出向き、施設の違いや特徴を説明の上、直接、手渡し、施設の選択時にミスマッチが出ないようにしています。</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。	a Ⓑ c
<p><コメント></p> <p>重要事項説明書及び個別支援計画書を使用し、サービス開始時や定期・随時の変更時に説明を行っています。説明に当たっては、本人の理解力に応じた説明の後、理解度を確認し、署名捺印を貰い、双方で保管しています。強度行動障害の方については個々に手順書を作成し、対応を職員間で共有することで、適切に運用していますが、特に資料に分かりやすい工夫はなく、配慮の必要な方への説明のルール化はしていません。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・施設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><コメント></p> <p>サービスの変更に際しては、著しい変更や不利が生じないように、施設内で情報を共有し、配慮しています。他施設等への引き継ぎに関しては、必要な情報の提供を行ってはいますが、手順や様式を明文化していません。サービス利用が終了した後も、気軽に相談が出来るよう、窓口・担当者を設け対応をしていますが、周知が口頭での説明となっており、説明文等はありません。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
33	<p>Ⅲ-1-(3)-① 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。</p>	(a) b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の満足度を把握するため、利用者満足度調査を年1回行ない、その結果は家族会、及び、利用者会で定期的に報告しています。また、施設内に結果を掲示する際には、ルビを振るなど読みやすい工夫をしています。満足度調査や個別面談の結果を分析・検討した内容は、個別支援計画に反映し、利用者満足の上昇に向けた取組を行っています。</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	<p>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。</p>	(a) b・c
<p><コメント></p> <p>苦情解決の体制については、苦情対応マニュアルが整備され、契約書、重要事項説明書、及び、施設内に掲示しています。苦情対応の結果については、リスクマネジメント委員会で検討し、職員会議などで報告し、全員に周知しています。また、利用者・家族に報告すると共に、了解がとれたものについてはホームページ上で公表しています。アンケートは年1回実施し、意見箱を事務所の窓口に設置しています。</p>		
35	<p>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。</p>	(a) b・c
<p><コメント></p> <p>利用者が意見を述べやすいよう、相談室など、周りに気がねなく話ができる場所をいくつか用意しています。利用者には、誰にでも相談できることや、意見箱の利用など、入所時の重要事項説明書、施設内の掲示、職員から利用者への説明など、複数の方法で周知しています。</p>		
36	<p>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。</p>	(a) b・c
<p><コメント></p> <p>相談や意見に対しては、苦情対応マニュアルの他、支援の心得や、赤松寮独自のマニュアルにより、職種間会議で検討し、迅速に対応しています。結果については、当事者等への報告を行い、職員間で共有しています。また、年1回のアンケート実施や、利用者会である「あじさいの会」を活用して、意見聴取に努め、聴取した意見に対しての対応の報告を行ない、記録も整備しています。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、リスクマネジメント委員会を設置しています。事故防止策等の安全確保策の実施状況や、実効性について、定期的に検討・評価・見直しを行っています。提出されたヒヤリハット報告書や、事故報告書に対しては、検討を行ない、1か月後の効果を確認し、改善が見られない場合は翌月、再確認し、職員会義等で情報を共有しています。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人及び、施設で感染症対策マニュアルを整備しており、役割と責任についても施設の事業計画に明示しています。施設独自のマニュアルでは、施設の状況に応じた細かな手順を示し、感染症発生時には、組織的に対応する体制を整備しています。また、感染症に対する勉強会は全職員が参加できるように、複数回、実施しています。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>消防計画及び事業計画の中で、災害時の対応や体制が明示されており、災害発生後にも事業の継続が図れる様、BCPも策定しています。災害時には法人から施設長へ一斉メールが送信され、連絡網などを活用し、利用者や職員の安否確認を行なうように定められています。非常食関係は法人で一括管理、その他の物品は施設の防災倉庫で管理しています。防災訓練も定期的実施しています。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>ISO 教育マニュアル、障がい者関係施設職員支援の心得にサービスの標準的な実施方法が明記されています。実施方法については、職員会議で確認や問題提起し、周知のために話し合いを行い、結果についてもその中で報告されています。サポート帳は各動作に細かくチェックする欄があり、実施状況が確認できるようになっています。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>ISO 教育マニュアルに規定されており、それに基づき実施されています。ISO マニュアルの見直しは規程に基づき、法人の設置する委員会で行われ、委員会にあげる意見については、施設の職員会議等で話し合われ、提出しています。</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・c
<p><コメント></p> <p>ISO 教育マニュアルに示されているマネジメントシステムフロー図、及び、個別支援計画サクセスチャートに手順を定め、明文化しています。それに基づき、アセスメントを行い、支援会議を実施し、個別支援計画を策定しています。</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・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画については、ISO 教育マニュアル、マネジメントシステムフロー図に基づき、計画的に評価を行っています。モニタリングや見直し後の個別支援計画の作成に当たっては、個別支援サクセスチャートに基づき、手順通りに実施し、支援会議において課題を明確にし、新しい支援計画に反映をさせています。緊急時は支援内容（通知・変更）申請用紙を活用、担当から施設長へ報告をし、職員会議等で変更について周知しています。</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。	a Ⓑ c
<p><コメント></p> <p>支援に関する記録はシステム化され、実施内容をどの部署からも記録し、確認することができます。また、職員間の会議や、各委員会の情報は、職員会議で報告し、サービスの実施状況は、システム上にある様式を使用し、6ヶ月に1回、アセスメントとモニタリングにより、実施状況を把握しています。職種間や各委員会の情報は、職員会議で報告がしていますが、すべての職員に情報が的確に届く仕組みは、十分とは言えません。</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>利用者に関する記録は、「個人情報管理規程」「文書・記録管理規程」により保管、保存、廃棄、情報の提供、個人情報の保護が明示され、その内容は職員会議等の場で、口頭で伝達し、研修の記録はありません。個人情報の取り扱いについては、重要事項説明書等を利用し、「個人情報提供に関する同意書」にて説明し、確認をしています。また、画像等の使用についても同意書に記載があり、契約時に説明を行なっています。</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><コメント></p> <p>毎月の利用者懇談会「あじさいの会」で、利用者と意見交換の機会を設けています。野中式のアセスメントを活用し、個別支援計画に生活に対する意見を反映させ、エンパワメントの理念に基づいた支援を実施しています。意思決定支援担当係を設け、毎日の衣類選びや、理美容に関するの髪型や毛染めの希望等をくみとる等を行い、意思確認が難しい人のためには、言葉だけでなく、絵カード等の構造化を取り入れています。リスクマネジメント委員会を毎月開催し、身体拘束に関する検討や廃止に向けた取り組みも行っていきます。</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・b・Ⓒ
<p><コメント></p> <p>「虐待防止マニュアル」には、届け出や手順等を明記し、再発防止策を検討し実践する仕組みが明記されています。全職員を対象としたセルフチェックを、半年に1回実施し、「不適切支援0を目指す係」の中で、その結果を振り返っています。やむを得ない場合の身体拘束に関しては、毎月実施する「リスクマネジメント担当係」の中で、その必要性を検討し、廃止できるように取り組み、生活の場面で、個別に理解できるように支援をしています。しかし、具体的な内容等の事例の収集や提示がなく、権利侵害の防止等の為の周知が十分とは言えません。</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><コメント></p> <p>個別支援計画の中で、自分でできることは自分で行うことを明確にし、利用者のできる部分と支援を要する部分を明記し、それに沿った支援を実施しています。それぞれの特性に合ったグループ活動や、授産所に通うなどの支援も実践しており、日常生活においては、洗濯ができる利用者には洗濯を行ってもらい、グループホームを希望する利用者には、相談担当者と連携を図り、体験の機会を設けています。</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><コメント></p> <p>ケース検討会や支援会議で、利用者の生い立ちや、特性に配慮したコミュニケーション方法を定期的に検討し、それに沿った支援を実施しています。できるだけ多くの利用者が理解できるように、掲示板に絵や写真、ひらがな等を使い、献立やおやつ、行事等を分かりやすく明示しています。給食の選択メニューやファミリーレストランの外注食も、絵や写真を使いながら選択しやすいような工夫をしています。職員と利用者間でのコミュニケーションは随時行っていますが、利用者のコミュニケーション能力を高める具体的な支援や、コミュニケーション機器の活用は行っていません。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者からの相談に関しては、他の職員も随時、相談に応じています。個別支援計画書の中で、利用者の希望でドライブ活動を組み込むなど、生活に関する意向を反映するために、担当職員だけでなく、サービス管理責任者やケアワーカー、看護師等の参加の下で検討し、理解するための取り組みを行い、それに沿った支援を実施しています。記録システムの中でも利用者の訴えを記録し、職員全体で共有できるように整備しています。しかし、意思決定支援についてのマニュアルや、文書等は整備されておらず、組織的な取り組みがなく、十分とは言えません。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>散歩、ドライブ等の個別支援計画に基づき、利用者それぞれの特性に合わせた作業や活動を、各グループに分かれて実施しています。利用者懇談会「あじさいの会」の中で意見を聴取し、写真やひらがな等で、分かりやすく情報を提示しています。商業施設の清掃などの地域活動や、スポーツ大会などへの参加も積極的に行っています。利用者個々に合った作業や、活動内容をその都度検討し、個別支援計画の見直しも定期的に行っています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>職員には外部研修だけでなく、自閉症研修などの内部研修も行いながら、知識習得の機会を設けています。ケース検討会では、利用者の生い立ちなどから、本人の思いを見出し、その利用者に合った支援方法や、ポイントを共有する機会を設けています。行動障害を有する利用者支援については、個別に支援計画シートや、手順書を作成し、それを基に個別に配慮した支援の検討や見直し、環境の整備をし、利用者によっては個別的に活動時間の設定や、食事場所の配慮をする等の支援をしています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>食事は月2回の選択メニューと、年3回の外注メニューを実施するなど、利用者の意思や嗜好に沿った提供をしています。入浴、排せつ、移動支援については、個別支</p>		

援計画で、本人に合った適切な支援を明記し、それに沿った支援を実践しています。		
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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>築31年で、設備の老朽化が見られる部分もありますが、日々の清掃は行き届いています。日中活動は、それぞれの特性に合ったグループで、それぞれの場所で活動し、異食行為がある利用者の布団やシーツを破れないように工夫をする他、4人部屋をカーテンで仕切っている範囲でのプライバシーの確保等、利用者毎の配慮をできる限り実施しています。回廊型の造りを十分に生かすため、利用者が自由に行き来できるように支援もしています。月1回の利用者懇談会「あじさいの会」の中で、設備等に対する要望を、利用者から聞き取る機会を設け、それに応じる形で改善に取り組んでいます。</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。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>利用者の特性に合わせて、洗剤やキャップの仕分けなどの作業が計画的に行われている外、定期的に作業療法士の個別指導による機能訓練が行われています。支援会議も定期的に行っていますが、利用者が主体的に行えるような訓練内容の工夫や、関係職種間の連携は十分ではありません。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>記録システムにより、健康状態の把握に努め、職員間の共有を図っています。定期的に嘱託医による回診が行われているほか、「看護師要請対応マニュアル」や「ご利用者サポート帳」が整備され、利用者の医療面における対応方法が、わかりやすく明文化され、チェックリストも整備されています。グループによる散歩の実施や、各種スポーツ大会にも積極的に参加し、健康の維持・増進にも努めています。また、緊急時の対応の仕方について明記し、感染対策マニュアルに沿った、看護師主導による感染症対策勉強会を開催しています。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>生活支援実施書のなかで、健康・医療についての対応を具体的に、利用者個々に合わせて明記し、それに沿った支援を実施しています。服薬については、施設独自の与薬マニュアルを整備し、個別に配慮が必要な利用者に対しての与薬の手順や、留意点などを明文化しています。また、看護師不在の時間帯においても、看護師要請対応マニュアルの中で、手順や具体的な対応方法を明文化しています。感染症対策マニュアルに基づく勉強会や、歯科衛生士による口腔ケアの指導、法人主催のトリアージ訓練</p>		

も実施しています。		
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><コメント></p> <p>利用者の特性に合わせて、授産所への通所、商業施設の清掃、近隣の花壇への水やり等に取り組むなど、様々な社会参加の機会を設けています。本人の意思や家族の意向を踏まえた上で、個別支援計画に反映し、それらを支援に結びつけています。活動の中で洗剤やキャップの仕分け作業を行っていますが、利用者の希望と意向を尊重した学習支援は行っていません。</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><コメント></p> <p>通過型としての施設機能を目指すことを謳い、利用者本人の意向等により、地域生活への移行に向けて取り組んでいます。生活支援実施書や個別支援計画書のなかで、利用者の課題を整理し、能力や特性に応じて、必要な作業や活動の提供、社会参加を図っています。グループホームへの移行を希望する利用者に対しては、相談施設と連携を図り、見学や体験する機会も設けています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者懇談会「あじさいの会」や個別支援計画において、家族とのつながりについて、利用者の意向を反映しています。保護者の集いを開催し、月1回の「あかまつだより」の発行を通して、家族への報告もあります。日常的に、家族からの相談には随時対応しており、また、行事などを通して、意見交換する機会も設けています。満足度調査も実施しながら、利用者や家族からの意見を尊重する取り組みをしています。また、骨折時や急変時などの対応について、その都度、家族に報告しています。</p>		

評価対象 A-3 発達支援 評価対象外のため空欄となっています。

		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
<p><コメント></p>		

評価対象 A-4 就労支援 評価対象外のため空欄となっています。

		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>		