

福祉サービス第三者評価結果の公表様式〔障害者福祉サービス〕

① 第三者評価機関名

(福) 静岡県社会福祉協議会

② 施設・事業所情報

名称：障害者支援施設伊豆つくし学園	種別：障害者支援施設	
代表者氏名：内田 哲正	定員（利用人数）： 30名（30名）	
所在地：静岡県下田市加増野 375-1		
TEL：0558-28-0106	ホームページ： http://www.izutsukushi.jp	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：昭和 48 年 5 月		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人伊豆つくし会		
職員数	常勤職員： 30名	非常勤職員 11名
専門職員	（専門職の名称） 名	
	生活支援員 23名	看護師 1名
	施設長 1名	准看護師 2名
	サービス管理責任者 1名	事務職員 4名
	調理員 5名	用務員 3名
	栄養士 1名	
施設・設備 の概要	定員に対する個室の割合 100%	食堂 3か所

③ 理念・基本方針

理念

- 1) どんなに障害の重い人でも、地域で安心して暮らしていけるような福祉サービスを提供する。
- 2) 利用者一人ひとりの幸せ実現に寄り添うとともに、保護者の安心をも支えて行く。
- 3) 在宅福祉サービス展開の拠点施設としての役割も果たして行く。

基本方針

- 1) つくしのように大地にしっかり根を張ろう
- 2) つくしのように愛らしいサービスを提供し、利用者に満足してもらおう
- 3) つくしのように精力的に新しい芽を出し、新しいサービスを創造する

④ 施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 賀茂圏域の市町の委託事業として、在宅で障害が疑われる幼児への療育指導教室を毎週 1 回、計 48 回実施している。
- 2) 障害者入所支援施設の利用者の皆さんの高齢化に伴い、月 2 回の訪問歯科診療を歯科医師に依頼して、治療に努めている。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年5月9日（契約日）～ 令和5年1月11日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0回

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

- ・保護者会を組織し、毎年4月の総会と隔月に役員会を実施し、施設と家族が協力して利用者に関わることができるようにしています。納涼祭、運動会、クリスマス会やお別れ会には家族も参加することができるようになっていきます。また、家庭通信を毎月発行して、施設の行事や予定を定期的に家族に伝えています。
- ・居室、食堂、浴室及びトイレ等は清掃が行き届いて清潔であり、適温と明るさが保たれています。居室は全員が個室となっており、浴室やトイレはプライバシーに配慮した設備となっています。
- ・施設内の地域療育支援センターが中心となって関係機関との定期的な会議を開催し、利用者のみならず、地域住民が抱える福祉課題の情報共有に努めています。また、必要に応じて地域でのアンケート調査を行い、地域の福祉ニーズ等を把握し、地域における障害者福祉向上に努めています。
- ・施設長は、福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、職員研修への積極的な参加を促し、資格取得への支援を行っています。その都度必要と思われる点については、施設長通信をほぼ毎日全職員に発行し福祉サービスの質向上に努めています。

◇改善を求められる点

- ・言葉で意思表示することが難しい重度の利用者が多く、利用者の思いや希望を確認する個別の相談や面接を行っていません。意思決定支援に関する基本的な考え方や仕組みを理解し、支援の手順書を作成して、職員誰もが利用者との意思疎通やコミュニケーションを大切にすることが期待されます。
- ・令和2年1月に「虐待防止マニュアル」を定め、虐待防止委員会活動を行い、職員による虐待防止に取り組んでいます。活動記録を整えてあり、ここ2年間は苦情等を受理していません。しかし、権利侵害の解決に向けた書類等を保存していないため過去の記録を振り返ることができません。また、権利侵害の防止や権利擁護のための具体的な取組を利用者や家族へ丁寧に周知することが望まれます。
- ・施設の事業計画にボランティアの育成を明示し、学校からの依頼に対応して職員を派遣していますが、ボランティアの受入れに対する基本姿勢の明文化や、受入れ体制の整備が十分ではありません。
- ・利用者のプライバシーの保護に関する規程・マニュアル等の整備が求められます。
- ・苦情解決状況の公表が求められます。
- ・提供する福祉サービスの標準的な実施方法を文章化し、組織的に検証・見直しをする仕組みの確立が求められます。
- ・就業規則でプライバシーの漏洩を禁じ、個人情報の取扱いについては利用者・家族

の同意を得ていますが、利用者に関する記録の管理体制の確立が望まれます。

- ・人材確保の難しい地域柄ではありますが、管理職の取組に留まらず、職員の参画のもとで創意工夫を重ねた事業運営が望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

コロナ禍にあって、第三者評価の実施を決定したにもかかわらず、延期が相次ぎ、やっと受審が実現でき、ほっと胸をなでおろした思いです。

当初、受審に関する膨大な事務量を想像し、前向きにとらえることができませんでしたが、客観的な視点による評価結果をいただき、当施設の課題となっている部分が明確となり、今後の施設運営に際して、多くの指針をいただけたように感じました。

特に、職員間で理解していたつもりであっても、その内容が文章化されていなかったり、事業計画についても、一部の職員だけで決定し、ボトムアップからの意見集約がなされていなかったり、従来の取り組みと振り返りできる良い機会となりました。

今後は、評価結果での指摘事項を念頭に、施設運営や利用者支援について具体的な改善事項として議題に挙げ、前に進みたいと思います。

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
<コメント> 理念・基本方針は明文化されているが、職員会議における周知が不十分である。保護者・利用者への周知も十分ではない。		

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
<コメント> 行政と連携し地域内の情報を把握しているが、具体的な分析や経営に活かす取組は十分でない。		
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
<コメント> 経営課題は役員には共有されているが、職員への周知は一部管理職に限られている。人材確保の面では、賃金・手当等待遇改善に取り組んでいる。		

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。	c
<コメント> 単年度での経営改善に追われ、経営や福祉サービスに関する中・長期計画の事業計画および収支計画が策定されていない。		

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。	c
<p><コメント> 単年度の事業計画と収支予算は策定されているが、中・長期計画が策定されていない。</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。	c
<p><コメント> 人手不足により全体会議が開催できていないため、事業計画が管理職のみで策定されている。</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。	c
<p><コメント> 個別に質問等あれば対応しているが、コロナ禍の対応に追われ、参集型の説明会が実施できていない。</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。	c
<p><コメント> 年2回職員自己評価を実施しているが、組織的に評価や結果の分析・検討を行う体制が整備されていない。</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。	c
<p><コメント> 直接処遇職員は日々の業務に追われ改善計画の策定のための時間を確保できず、管理職のみの対応になっている。</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。	c
<p><コメント> 事業計画作成時に経営・管理に関する方針や取組を明確にしているが、有事の際の権限移譲を含む、役割や責任を明示した事務分掌が文章化されていない。</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

<コメント> 福祉関係に関する法令遵守については指導力を発揮しているが、他の分野に関しては十分な取組は行われていない。		
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
<コメント> 管理者は、福祉サービスの現状や課題について文書などで周知している。また、職員の資質向上に向け、研修への参加を促している。虐待防止委員会の設立や職員への委員会の内容の周知など、福祉サービスの質の向上に取組んでいる。		
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
<コメント> 施設長通信をほとんど毎日発行して、経営の改善や業務の実効性を高める取組を全職員に周知している。しかし、組織的な取組体制は構築できていない。		

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。	c
<コメント> 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。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	c
<コメント> 年2回、評価シートを活用して職員の意向や能力の把握を行っているが、その結果が十分に活用されていない。		
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組んでいる。	b
<コメント> 年2回の意向調査や面接で職員の意見を聴取して改善に向けて取組んでいる。全職員最低5日間の有給休暇は取得できている。また、メンタル面での治療を要する場合には特別有給休暇を付与し、その間の給料の保障を行うなど、職員の心身の健康と安全の確保に努めている。		
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	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。	b
<コメント> 年2回作成する自己評価シートを基に施設長面談を実施し、職員一人ひとりの目標設定の内容や達成度、職務行動評価の内容を確認している。		
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、	b

	教育・研修が実施されている。	
<p><コメント> 研修委員会が組織的な取組を行っているが、研修内容の評価や見直しが定期的に行われていない。</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
<p><コメント> 職員の意向に配慮して積極的に資格取得やスキルアップへの支援をしているが、職員の経験や習熟度に配慮した組織的・系統的な教育・研修になっていない。</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
<p><コメント> 実習生受入れの基本姿勢を明示し全職員に周知している。また、実習受入れ担当者を配置している。保育士の実習が主であり、専門的な実習プログラムが用意されておらず、その都度、学生・学校と協議してプログラムを作成している。</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
<p><コメント> ホームページ上で法人理念や施設概要、決算報告、地域における公益的な取組の実施状況を公表しているが、情報公表の内容が十分でない。</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。	a
<p><コメント> 財務会計に関する事務処理体制の向上に対する支援業務を外部の公認会計士に委託し、公正かつ透明性の高い運営に努めている。</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
<p><コメント> 施設行事における中・高生ボランティアの受入れや、日常的な活動における公園への外出などを通して地域住民との交流を図っている。しかし、地域との関わり方について基本的な考え方が明示されておらず、社会資源の情報提供や地域の行事や活動への参加支援も行われていない。</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。	c
<p><コメント></p> <p>事業計画にはボランティアの育成を明示し、学校からの依頼に対応して職員を派遣して学校教育に協力しているが、ボランティアの受入れに関する基本姿勢を明文化しておらず、受入れ体制を整備していない。</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
<p><コメント></p> <p>地域の要保護児童対策協議会に参加し、関係機関・団体等の社会資源の一覧表を作成し、職員間での共有を図っている。また、施設内の地域療育支援センターを中心に関係機関と定期的に会議を開催し、利用者をはじめとするケースの情報の共有に努め、地域の障害者福祉の拠点として活動している。</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
<p><コメント></p> <p>地域の自立支援協議会の会議を年に2回開催し、地域の福祉ニーズを整理表でまとめるなど、地域の生活課題の把握に努めている。また、平成27年には東伊豆町でグループホームおよび生活介護施設に関わるアンケート調査を行うなど、福祉ニーズ等の把握をするための取組を積極的に行っている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人の事業計画に在宅福祉サービスの充実を明示し、居宅介護や移動支援を行っている。また、県からの依頼を受けDV被害者の一時保護を行うほか、福祉避難所として地域の被災時における支援に取組んでいる。しかし、地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が十分ではない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人の理念に「利用者ひとりひとりの幸せ実現に寄り添うこと」を掲げ、人権に関わる政府発行の冊子及び虐待防止マニュアルを職員に配布し周知しているほか、専門家を招いて研修を実施している。また、職員の自己評価に虐待防止の項目を設けるなど、状況把握と評価を</p>		

行っている。しかし、利用者を尊重した福祉サービスの標準的な実施方法等を定めることが求められる。		
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。	c
<p><コメント></p> <p>居室は個室で、排泄時等のプライバシーも保護されているが、利用者のプライバシー保護に関する規定・マニュアル等を整備していない。</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
<p><コメント></p> <p>施設内の地域生活支援センターが窓口になり、利用希望者等に対しては個別に対応し、見学やショートステイを実施している。しかし、施設を紹介した資料は公共施設等に置いておらず、ホームページの内容は誰にでも分かりやすい工夫がなく、十分ではない</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
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの開始等の同意を得るために、定めた様式により利用者や家族等に説明を行っている。しかし、利用者が分かりやすくするための工夫等を行っておらず、十分ではない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>施設内の地域生活支援センターが窓口になり、福祉サービスの利用が終了した後も継続性に配慮した対応を行っている。しかし、引継ぎに関する記録を残しておらず、相談方法や担当者について説明した文書を渡していないなど、十分ではない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者アンケートを毎月実施するとともに、家族会に職員が出席し、利用者の希望に基づいて自由時間を充実させている。しかし、組織として利用者の満足度の向上を目的とした仕組みが整備されていない。</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。	c
<p><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みを玄関に掲示し、第三者委員を設置するなど体制を整備しているが、苦情解決状況の公表を行っていない。</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。	b
<p><コメント></p>		

利用者は相談相手を選択でき、相談室も整備されているが、そのことを分かりやすく説明した文書を作成していないなど、利用者に伝えるための取組が十分ではない。		
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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者アンケートを毎月実施し、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。また、利用者の意見をもとに休日の余暇時間にドライブを取り入れるなど、具体的な取組につなげているが、相談や意見を受けた際の対応手順等を定めたマニュアルが整備されておらず、十分ではない。</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
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメントに関する責任者の配置や事故発生時対応手順等を明示したマニュアルの整備と周知を行っている。しかし、ヒヤリ・ハットの報告などが行われておらず、利用者の安全を脅かす事例の収集や対応策の検討・実施が十分ではない。</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
<p><コメント></p> <p>感染症の予防と発生時の対応マニュアルを作成し、職員会議で周知し、担当の看護師が中心になって勉強会を実施している。しかし、マニュアルに責任と役割の明示はなく、定期的な見直しを行っていないなど、十分ではない。</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
<p><コメント></p> <p>災害時の対応マニュアルを整備し、対応体制や利用者の安否確認方法を定め、毎月1回の防災訓練を行い、年に2回は消防署の協力を得て実施している。また、食料等の備蓄リストを作成し、適切に管理している。しかし、職員の安否確認の方法の定めはなく、災害発生後の事業継続計画を策定していないなど、十分ではない。</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。	c
<p><コメント></p> <p>提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法を文書化していない。</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。	c
<p><コメント></p>		

提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法を文書化していない。		
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
<p><コメント></p> <p>年に2回生活支援の評価を行い、個別支援計画を作成している。しかし、部門を横断した様々な職種の職員等の合議を行っていない。</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。	c
<p><コメント></p> <p>年に2回個別支援計画の見直しを実施し、変更した個別支援計画の内容をシステムで関係職員に配信している。しかし、評価・見直しに関する組織的な仕組みが定められておらず、標準的な実施方法が定められていない。</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
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況や食事、排泄等、生活状況は統一した様式で記録され、iPad やパソコンを用いて情報を共有する仕組みが整備されている。しかし、部門を横断した情報共有の仕組みが整備されておらず、十分ではない。</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。	c
<p><コメント></p> <p>就業規則により、退職後も含め知り得た利用者等のプライバシーの漏洩を禁じている。個人情報取扱いについて利用者・家族の同意を得ている。しかし、利用者に関する記録と管理について規程が定められていない。</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
<p><コメント></p> <p>エンパワメントの理念や概念の共通理解が十分でない。日中活動として畑作業とウォーキングを能力別グループの活動として用意しているが、利用者が主体的に選択して行う活動は実施していない。衣服の選択やおもちゃの所持、理美容の利用は利用者の意思と希望や個性を尊重している。</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。	c
<p><コメント></p> <p>令和2年1月6日に「虐待防止マニュアル」を定め、虐待防止委員会活動を行っている。ここ2年間は苦情等を受理していないが、過去の権利侵害の解決に向けた書類等が保存されていない。また、権利侵害の防止や権利擁護のための具体的な取組が利用者や家族に十分周知されていない。</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
<p><コメント></p> <p>見守りを基本として支援をしているが、具体的な支援マニュアルはなく、適宜声かけを行っている。</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。	c
<p><コメント></p> <p>利用者のコミュニケーション手段の確保や必要な支援について、個別支援計画には記載していない。また、意思疎通やコミュニケーションを取るための道具等は特に用意せず、言語での意思表示が難しい利用者とのコミュニケーションは日頃の関わりの中で汲み取るようにしている。</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。	c
<p><コメント></p> <p>利用者の思いや希望を確認する個別の相談や面接は行っていない。意思決定支援に関する基本的な考え方や仕組み、支援の手順を作成していない。</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。	c
<p><コメント> 個別支援計画に基づく日中活動や利用の支援等を行っていない。</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。	b
<p><コメント> 各種研修に参加し、障害に関する専門的知識の習得と支援の向上を図っている。しかし、職員間で「行動障害や不適應の課題が出現した利用者に対する支援方法」の検討や周知を行う会議が実施されていない。</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。	b
<p><コメント> 基本的な生活支援は行っているが、支援マニュアルやサービス提供の手順書を作成していない。嗜好調査は利用開始時の保護者からの聴き取りで行っており、毎日の食事摂取量は記録しているが嗜好は記録していない。給食は内部で調理しており、献立表を掲示しているが、漢字に振り仮名をふっておらず、写真や絵も付いていないなど、工夫されていない。</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。	b
<p><コメント> 居室、食堂、浴室、トイレ等は、清潔であり適温と明るさが保たれている。居室は全員個室で浴室やトイレはプライバシーに配慮した設備となっている。しかし、生活環境についての利用者の意向調査は行っていない。</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。	c
<p><コメント> 専門職による機能訓練・生活訓練は行っていない。</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
<p><コメント> 毎朝、全員の検温と必要に応じた排泄チェックを行い、職員の打合せで利用者の健康状態を共有している。毎月、身長・体重・血圧を測定しており、健康診断は6月毎に行うことで健康管理をしている。健康管理マニュアルが整備されておらず、利用者との健康相談や個別指導は行っていない。</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
<p><コメント> 医療支援マニュアルや服薬等のマニュアルは作成していない。服薬ミスがあった場合は事故</p>		

報告書を提出し再発防止をはかっている。慢性疾患やアレルギー疾患がある利用者は、定期通院して医師の指示を受けている。		
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。	c
<p><コメント></p> <p>利用者の希望や意向を尊重した社会参加や学習のための支援は行っていない。自宅への外泊は家族の希望により実施している。家族との交流は大切にしており、毎月1回の面会を促しているが、新型コロナウイルスの蔓延により最近は十分にできなくなっている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>個別支援計画で地域移行（グループホーム利用）を計画している利用者がいる。法人で運営するグループホームが2か所あり、地域移行を目指す利用者の支援に活用している。</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
<p><コメント></p> <p>家庭通信を毎月発行して、施設の行事や予定などを定期的に知らせている。保護者会を組織しており、毎年4月に総会を行い、役員会は2月毎に実施している。納涼祭、運動会、クリスマス会、お別れ会は家族も参加できる行事として実施している。また、保護者会の有志で花壇の手入れや門松の設置をしている。</p>		

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。	非該当
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。	非該当
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。	非該当