

福島県福祉サービス第三者評価結果表

①施設・事業所情報

名称：福島県けやき荘		種別：障害者支援施設	
代表者氏名：施設長 高坂美恵子		定員（利用人数）：80（80）名	
所在地：福島県西白河郡西郷村大字真船字芝原341-7			
TEL： 0248-25-3104		ホームページ： http://www.fukushima-sj.jp/taiyo_keyaki/	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：昭和49年8月1日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 福島県社会福祉事業団			
職員数	常勤職員：	40名	非常勤職員 5名
専門職員	社会福祉士 3名、介護福祉士 24名、看護師 2名、 准看護師 1名、管理栄養士 1名、保育士 2名		
施設・設備 の概要	（居室数）		（設備等）
	28室		鉄筋コンクリート平屋

②理念・基本方針

<p>【理念】</p> <p>（法人）「私たちは、お客様の人格・人権・命を守ります。」</p> <p>（施設）「笑顔あふれる優しい支援」</p> <p style="text-align: center;">～お客様一人ひとりの幸せと安心のために～</p> <p>【基本方針】</p> <p>（法人）「人格・人権・命を守る」「自立した経営」「事業団の使命」「地域福祉の推進」</p> <p>（施設）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 権利擁護を推進する充実した組織作り 2 お客様本位のサービスの提供と一人ひとりの満足度の向上 3 安全、安心な支援と快適な居住環境の提供 4 地域福祉の推進とセーフティネットの充実 5 全職員によるコスト意識の高揚と経費削減の推進

③施設・事業所の特徴的な取組

<p>法人の理念である「私たちは、お客様の人格・人権・命を守ります。」や施設の理念である「笑顔あふれる優しい支援～お客様一人ひとりの幸せと安心のために～」を実現するために施設全体で積極的に権利擁護への取組みを行っている。</p> <p>虐待防止委員は利用者の意見も反映して選出し、委員は年に2回、利用者から直接聴き取り調査を行っている。虐待防止のための内部研修や身体拘束ゼロに向けての研修のほか、権利擁護や職場環境等に関する調査を行うなど、利用者の人権を侵害しないようにきめ細やかな取組みを行っている。</p>

④第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年5月20日（契約日）～ 平成31年2月27日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	初回（平成 年度）

⑤第三者評価機関名

福島県社会福祉協議会

⑥総評

◇特に評価の高い点

<サービスの質の向上に向けた取り組み>

サービス評価委員会は、毎年実施している自己評価の結果と隔年で実施している利用者からのアンケートの結果を分析し、サービスの質の向上に向けて3項目程度選び、問題点や課題、目標値、改善方法、期間など具体的に「サービス改善計画書」を作成し、実行している。このような取り組みの継続がサービスの質の向上に大きな成果をもたらしている。

<PDCAにもとづいた各委員会の活動>

各委員会等では毎年度活動計画を策定しており、項目は活動方針、具体的な活動内容、活動計画、活動上の留意点でまとめられている。12月に各委員会等で評価を行い、結果を全職員に報告している。報告書には継続すべき事項や今後の課題が記載されており、それをもとに1～2月に新年度の活動計画を策定している。これらはPDCAサイクルに基づいて行われ、報告書は次に活かされる内容のあるものとなっている。

<総合的な人事管理>

キャリアパス制度が確立しており、年間の研修計画として示されている。

職員は多面的な視点から目標を設定、年度途中で見直しを行い、面談では施設長が進捗状況確認やアドバイスを行うなど、職員が目標を意識することでより効果的な人材育成となるよう人事管理が行われている。

さらに、専門職の資格取得のための財政支援や職務専念の義務免除といった手厚いサポート体制が整っており、職員は自己成長の機会を数多く与えられ、自らの将来の姿を描くことができる仕組みとなっている。

◇改善を求められる点

<要望等からの取り組みの公表>

第三者委員は、年に4回家族が施設を訪問する行事と一緒に参加することで顔なじみの関係を構築し、利用者や家族との何気ない会話の中から要望・意見をすくい取っている。その一つとして家族が本人を家に連れて行きたいが交通手段がないという話から、職員が移送を行い利用者の帰宅を支援する「ふるさと訪問」という取り組みが生まれ、大変に喜ばれているという事例があった。このように素晴らしい取り組みを行っ

ているにもかかわらず、公表していないことは残念なことで、また家族が公表したものを目にするだけで意見を言いやすい環境にするためにも、ぜひとも公表をお願いしたい。

<緊急避難時に向けた協力体制の構築>

毎年8月27日に地域の方々の協力のもと大規模な総合防災訓練を実施していることは素晴らしい。この他にも福島県けやき荘単独で毎月避難訓練を実施し、火災に限らず様々な災害を想定した訓練となっている。しかし、福島県けやき荘は「太陽の国」の7施設のうちの1施設であり、その他にも病院や法人本部などもあることから、実際に災害が起これば被害のない施設からの応援が必要となる事が想定される。そのため、単独の訓練ではなく、周囲の施設からの応援を得た現実味のある災害訓練を行うことが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

福祉サービス第三者評価の一連のプロセスを通して、日頃の業務の取り組みや体制の確認及び検証の機会となり、職員間の共通認識が図られ新たな気づきが多くあり、評価結果においては、自分たちでは気づけなかった強みが評価されたことにより、職員のモチベーションのアップに繋がりました。

また、専門的・客観的視点から改善点が明らかになり、ご指摘を頂いた事項につきましては、真摯に受け止め改善に努めてまいります。

今回の評価を受け、障がい者福祉の向上において、一つひとつ、一人ひとりのことを大切に皆で力を合わせてさらに努力していきたいと思っております。

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

※すべての評価細目（45項目）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。

※判断基準（a、b、c評価）の定義

「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。

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、基本方針を確立・周知している。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針を明文化し周知を図っている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針は、法人の使命や目指す方向が分かりやすい内容となっており、施設内に掲示するとともにホームページに掲載している。また、年2回発行される広報紙でも年度初め、施設長の挨拶の中で理念について述べている。</p> <p>職員へは、入社時と年度初めに施設長が説明しており、家族へは、家族会総会、役員会、行事などの場で説明している。職員からの聞き取りでは全員が理解しており、家族へのアンケートでも概ね理解していることが確認できた。</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を的確に把握・分析している。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>事業経営をとりまく環境や地域の動向等の全体的な把握・分析は法人本部で行い、施設では、利用状況や職員充足状況等施設内での経営状況の把握・分析を行っている。法人本部で総合的に分析された情報は施設に戻され、リーダー会議や全体会議で報告している。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>施設長は、リーダー会議にて経営状況の説明を行っており、そこから各棟の職員へ周知を図っている。</p>		

平成 30 年度より、同意が得られた利用希望者の情報を法人内の同種の 3 施設で共有する取組みを行っている。

そのことが待機期間と入所期間の短縮につながるなど、経営の改善、安定へ向けた取組みが進められている。

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を明確にしている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画を策定している。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>中・長期事業計画及び収支計画については、施設内各委員会の意見に基づいて策定している。各施設の中・長期計画を基に、法人の中・長期経営計画策定委員会で検討を行い、法人全体の中・長期計画を策定している。法人の中・長期計画は施設へ配布され、各委員会や全体会議で説明するという流れができています。</p> <p>法人全体の資料には、新旧対照表も作成されており変更箇所が分かりやすくなっています。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画を策定している。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>単年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映したものとなっている。例えば、中・長期計画の「サービス事業計画」の項目は単年度事業計画の「サービス提供の内容」に反映しており、さらに、単年度の各委員会の事業計画では、活動方針・具体的活動内容・活動計画・留意事項等の項目ごとに具体化させている。</p>		
I-3-(2) 事業計画を適切に策定している。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しを組織的に行い、職員が理解している。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画は、各委員会などで 12 月に振り返りを行い、それを 1 月末までにまとめて 2~3 月中には各委員会やリーダー会議、棟会議などで検討し、全体会議に諮り、次年度の事業計画に反映させている。所属する委員会の反省をもとに改善を提案したところ、次年度の事業計画に反映されたことが職員の聞き取りからも確認出来ており、組織的に評価・見直しが行われている。</p> <p>事業計画は、毎年度当初に職員に資料を配布し、施設長から説明を行って周知を図っている。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知し、理解を促している。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>家族へは総会や行事の際に、特に家族が関心のある事項（施設の建て替えなど）を中心に施設長が説明を行っている。利用者へは、職員が分かりやすく何度も繰り返すことで理解していただく努力をしている。利用者は、事業計画の中の行事を大変楽しみにされていることが</p>		

訪問時に確認できた。

現在、家族へは口頭で説明しているが、平成 31 年度には家族向け資料の作成や配布する予定があり、家族への周知がさらに充実すると期待できる。

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を組織的・計画的に行っている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組を組織的に 行い、機能している。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス評価委員会が中心となり、平成 13 年度から自己評価に取組んでいる。利用者への満足度調査は利用者の特性に配慮し、隔年で実施している。</p> <p>自己評価の集計結果と利用者へのアンケートの結果を分析し、サービスの質の向上のための課題を 2~3 項目選んでサービス改善の計画を策定し、全職員で取組んでいる。12 月には評価し、その結果を一覧表にまとめており、大変に分かりやすい報告書となっている。このことは毎年行われており、とても良い取組みのため今後も継続していただきたい。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>自己評価や利用者への満足度調査の結果を踏まえ、サービス評価委員会が中心となり、改善が必要と判断された課題について、早急かつ計画的に取組んでいる。</p> <p>また、施設の建て替え等の時間をかけて取組まなければならないものについては、中・長期計画に反映させている。</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) 管理者の責任を明確にしている。		
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><コメント></p> <p>施設長の職務内容は事務分掌に明記しており、施設長は職員に対して年度初めの全体会議の場で自らの役割と責任について説明している。</p> <p>各委員会の中でも権利擁護推進委員会と苦情解決委員会、リスクマネジメント委員会では自らが委員長を務め、リーダーとしての役割を果たしている。</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><コメント></p> <p>施設長は、全国や東北ブロックの施設長会議に出席し、障がい福祉に関する必要な情報</p>		

<p>の取得に努めている。自身が参加できない場合は次長を参加させるなどして最新の情報の収集に前向きに取り組んでいる。</p> <p>また、権利擁護については、自らも虐待防止責任者・管理者研修へ参加するなどし、特に権利擁護については全職員で徹底して行っている。</p>		
<p>Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップを発揮している。</p>		
12	<p>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。</p>	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、提供するサービスが常に適切なものかを毎朝のミーティングの他、毎日提出される業務日誌や各委員会などの会議録等でも確認している。また、個別面談での職員の意見も含め多面的に課題の把握に努めている。</p> <p>それらを分析し、毎朝のミーティングでの助言の他、各委員会で検討が必要と思われる事柄については、改善へ向けての対応を検討するよう指示している。</p>		
13	<p>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。</p>	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>入所定員が100人から80人に減ったことから、職員数もそれに合わせて法人内で異動を行うなど適切な人員配置を行い、限られた経営資源を効果的に活用するよう努めている。</p> <p>また、今後予定されている施設建て替えのために「自分たちができることは何か」を職員全体で検討し、ムダな経費を削減することで貢献しようと施設長をリーダーに全職員で取り組んでいる。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
<p>Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制を整備している。</p>		
14	<p>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を確立し、取組を実施している。</p>	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉人材の確保のため、法人の担当者と施設長が近隣の大学を訪問し、法人や施設についての魅力などをPRし、人材の確保に成果をあげている。</p> <p>また、障がい者施設ではあるが利用者の高齢化に伴い、介護技術が必要となることから、職員の育成も計画的に行われ、ケアマネジャーと介護福祉士の資格取得に対しては経費の支援や取得のための研修(スクーリングも含めて)には業務として出席させる等の取組みを行っている。</p>		
15	<p>Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理を行っている。</p>	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>法人が求める職員像は「必要な資質」5項目からなっており、さらにそれらの項目ごとに職員像が分かりやすく明示してある。</p> <p>キャリアパスは職位、職層ごとに役割や求められる能力、目標資格などが提示されている</p>		

<p>ため、研修を受講する目的や習得すべき技術が一目瞭然となっている。</p> <p>また人事考課とも密接に関連づけられており、職員は自分の描く未来像や、そのためには何をなすべきかが理解できる仕組みとなっていることが評価できる。</p>		
<p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮している。</p>		
16	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>人事管理については、法人全体で一括して行われているが、産休代替職員の採用には施設独自でも取り組んでいる。人材不足で応募がない中、短時間労働の職員に就労時間を1時間程度延ばしてもらい、全体の労働力不足を少しでも改善しようと努めている。</p> <p>働きやすい職場づくりの一環として「ノー残業デー」の完全実施に取り組むなど労働環境の改善に着手しており、また、職員の親睦と連帯感を深めるために施設対抗競技大会を実施していることが職員から確認できた。</p> <p>その他、法人には相談室が設置されており、心理カウンセラーや弁護士が対応する環境にある。</p>		
<p>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。</p>		
17	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>職員一人ひとりの目標管理が行われている。5月に年度当初に立てた目標と前年度の評価結果に対して個別の面談を行っている。11月中に上半期の評価を行っており、その際、目標を見直す必要があれば相談するなどしている。</p> <p>年度末に1年間の振り返りを行い、次年度の目標設定を行っている。</p> <p>目標には、職員一人ひとりが所属する棟の目標、業務上の改善目標、業務以外の個人目標を設定している。新人職員についてはプリセプターがアドバイスしていることが職員への聞き取りで確認できた。</p>		
18	<p>Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画を策定し、教育・研修を実施している。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>より質の高いサービスを組織的に提供するため、研修の基本方針が定められており、研修委員会活動計画に明記している。</p> <p>外部研修参加後の研修受講報告書には、研修の目的、学んだこと、研修の評価、職務に活かせる点などの項目があり、集計した結果を次年度の内部研修に反映させている。</p> <p>内部研修は毎月行われているものの、研修委員会の活動計画には具体的な研修予定が記載されておらず、必要に応じて開催となっている。今後は、研修報告書の集計結果を形として活かすためにも年度当初に具体的な研修計画を示すことが望まれる。</p>		
19	<p>Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会を確保している。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>外部研修の参加は個々の研修履修カードにて管理しており、キャリアパスや法人内の異動</p>		

<p>により必要とされる研修への参加を計画的に行っている。</p> <p>ただし、外部研修参加後の伝達研修は行われておらず、必要性の高いものを全体会議で報告することに留まっている。研修内容の伝達は、情報の共有だけでなく参加した職員自らの振り返りにもつながるため、すべての外部研修について伝達研修や報告の機会を設けることが望まれる。</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・育成を適切に行っている。</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教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。</p>	<p>a・②・c</p>
<p><コメント></p> <p>実習生受入のマニュアルが整っており、プログラムが用意してある。</p> <p>今後は、実習生の個々の目的を考慮したプログラムにすることで職員の高い専門性を活かした、より内容のある実習となることを期待したい。</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を行っている。</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を行っている。</p>	<p>a・②・c</p>
<p><コメント></p> <p>第三者委員の顔写真を添えて苦情・相談の体制をわかりやすい内容で掲示してある。第三者委員は、家族が施設を訪れる行事に年4回参加し、意見や要望をすいあげる取組を行っている。</p> <p>しかしながら、そこで出された要望等とそれに対して真摯に取り組んだ結果を公表していないことは大変に残念なことである。公表された内容を他の家族等が見ることで、意見や要望を遠慮なく出せると思っていただけのためにもぜひ公表することを期待したい。</p> <p>また、苦情・要望等に対する意見箱を玄関の事務所前に設置してあるが、職員を目を気にしなくて済むように設置場所の検討が望まれる。</p>		
22	<p>Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組を行っている。</p>	<p>①・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>平成29年度に公認会計士と契約し、内部監査の他に公認会計士による外部監査を受けている。</p> <p>経営・運営については法人本部でとりまとめているが、施設長も必要時には公認会計士に助言を求めることができる。</p>		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
<p>Ⅱ-4-(1) 地域との関係を適切に確保している。</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>	<p>①・b・c</p>

<p><コメント></p> <p>利用者の方々が地域へ出る機会を促す方法の一つとして、スタッフが情報を収集し、情報誌「ふれあい」を発行したり、地域の広報誌を活用し、情報等を施設に掲示している。</p> <p>施設行事の際は、施設から地域サークル（コーラス、太鼓や二胡演奏、バルーンアートなど）に声かけを行い、また、利用者家族からのボランティア希望の申し出に応えるなど、利用者が楽しめるよう積極的・継続的に利用者と地域との交流を図っている。</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>	<p>㉑・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>ボランティアの受入れや、体験学習についての方針やマニュアルが整備されている。</p> <p>中学生や高校生からの受入の依頼が毎年あるわけではないが、受入の要望に対応できるよう外部研修へ積極的に職員を参加させることで人材の育成を行うなど、体制を整えている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携を確保している。</p>		
25	<p>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を適切に行っている。</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>利用者にとって入所施設が通過点となり、いずれ地域の生活へ戻ることができるようにと出身地の関係機関に半年に一度モニタリングで来荘してもらうなど情報の共有に努め、関係を断たない働きかけを行っている。</p> <p>また、自施設にとどまらず法人内の同種の3施設とも定期的に情報交換を行い情報共有に努めている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
26	<p>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。</p>	<p>a・㉑・c</p>
<p><コメント></p> <p>地域からは、個々の施設としてではなく「太陽の国」として受け止められていることから、法人全体で地域に還元するという考え方で取組を行っている。</p> <p>地域への講師派遣や地域住民向けの陶芸・手芸教室の開催、地域との災害時の役割協力など法人本部が窓口となり、施設は法人本部からの要請により協力する仕組みとなっている。</p>		
27	<p>Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動を行っている。</p>	<p>a・㉑・c</p>
<p>白河地域の関係機関との定期的な会議に出席し、地域での障がい者のニーズの把握や情報の共有に努めている。ニーズに対しての取組みは法人本部が主となって行っており、法人本部からの依頼に対して取組んでいる。</p> <p>今後は、自分たちの施設では具体的にどんな取組みができるのかを施設から法人に提案するなどして、地域と積極的に関わることが望まれる。</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を明示している。		
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><コメント></p> <p>経営理念及び経営方針に利用者の人格・人権・命を守ることが明文化され、職員倫理綱領等の遵守に関する規程に基づき、職員は毎年、権利擁護に関する誓約書を作成、宣誓し玄関に掲示している。</p> <p>職員倫理綱領は毎朝ミーティングで唱和され、職員行動規範とともに施設内に掲示するなど職員への理解を深める取組を行っている。</p> <p>各棟ごとに権利擁護推進強化目標を掲げ、毎月の権利擁護推進委員会において取組み状況を報告するなど、日々の支援内容が人権、権利侵害に至らないか常に確認できる体制を構築している。</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を行っている。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <p>権利擁護については、虐待防止に関する指針が定められ、施設内の虐待防止委員により利用者への定期的な聞き取り調査を行うなど虐待の早期発見と発生防止に向けた取組を行っている。</p> <p>建物の構造や障害特性、経営面などから個室での対応は難しく、タンスをカーテンの代用として活用するなど、プライバシーに配慮した取組を行っているが十分ではない。</p> <p>また、プライバシーの保護については職員倫理綱領に規定され、入浴・排泄時等の生活場面におけるプライバシー保護についてハンドブック内に写真や分かりやすい言葉で記載されているが、配布のみに留まっているため、研修会の開催など、職員周知へ向けた積極的な取組みが望まれる。</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）を適切に行っている。		
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。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <p>平成30年度より「施設見学・入学希望確認表」を作成し、法人内の同種の3施設間において、予め同意いただいた利用希望者についてはその情報を共有することで待機期間の短縮に努めるなど、満床時の対応に向けた取組を行っている。</p> <p>ホームページや要覧（パンフレット）は色合いや構成など読みやすくするための工夫が施されており、利用希望者には、本人及びその家族に対しても資料の配布と説明を行っている。</p> <p>しかしながら、情報提供がホームページや来荘者に限られるため、地域の公民館など公共施設へのパンフレット配置など、情報が多くの人の目に触れるための工夫が望まれる。</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・㉒・c
<p><コメント></p> <p>重要事項説明書や同意書への署名などサービス利用開始時に必要な手続きについて、適正</p>		

<p>に行われていることが書面にて確認出来た。</p> <p>個別支援計画の作成・変更にあたっては丁寧な言葉でゆっくりと繰り返し利用者に説明され、家族からも行事への参加や面談の機会を活用し、意向の把握に努めるなど利用者を尊重した福祉サービスとなるよう心掛けている。</p> <p>しかしながら、重要事項説明書など関係書類にはルビなどが振られておらず、家族向けの説明資料に留まっている。障害特性などから利用者本人への理解が困難な場面も想定されるが、利用者の視点に立った資料の作成などより一層の取組みが期待される。</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・ ㉔ ・c
<p><コメント></p> <p>中・長期経営計画に地域生活移行の推進を掲げ、グループホームの体験入所など他施設・事業所への移行へ向けた取組みを積極的に展開している。</p> <p>他施設や家庭への移行については、サービス管理責任者が窓口となり会議を開催、市町村関係機関や移行先の施設・事業所と連携している。</p> <p>しかし、申し送りの手順書などは定められておらず、口頭での伝達や都度必要な書類の提出としているため、今後は手順を明確化し、適切に対応されるよう整備に努めて欲しい。</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。	㉕ ・b・c
<p><コメント></p> <p>平成26年度より隔年で利用者・家族に対して満足度調査を実施しており、利用者用にはルビを振るなど理解促進のための工夫が施され、集計した結果は可視化できるようグラフ化している。</p> <p>実施した満足度調査結果と自己評価結果を分析し、「施設サービス改善報告書」「施設サービス改善計画書」にまとめている。職員は改善計画書に基づき各棟ごとに改善へ向けた取組みを行い、サービス評価委員会で評価するなどPDCAサイクルができています。</p> <p>満足度調査以外にも、食事提供委員会や権利擁護推進委員会に利用者に参加したり、利用者懇談会の「あ～友こ～友会」において直接聴取するなど意見・要望を主張できる機会を設けており、利用者本位のサービス提供に努めている。</p> <p>※PDCA=Plan Do Check Action</p>		
<p>Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。</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・ ㉖ ・c
<p><コメント></p> <p>苦情解決制度実施要綱に基づき、施設ごとに苦情解決責任者及び苦情受付担当者を設置し、受付から解決、公表へ向けた流れが明示されており、各種様式も統一されるなど体制を整備している。</p> <p>第三者委員会を定期的に開催し、苦情受付状況の報告を行うとともに、利用者からは食事提供委員会や権利擁護推進委員会、「あ～友こ～友会」などを通じて意見・要望を吸い上げる</p>		

<p>仕組みが整っている。</p> <p>苦情はなかったが、家族からの意見・要望を聴取する連絡票には要望内容が見受けられるため、苦情以外に対応したケースについて個人が特定されないよう配慮した上で施設内に掲示するなど、積極的に公表していく姿勢が望まれる。</p>			
35	Ⅲ-1-(4)-②	<p>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・ ⑥ ・c
<p><コメント></p> <p>利用者は「あ～友こ～友会」や権利擁護推進委員会、食事提供委員会、虐待防止委員による意見聴取など、複数の相談相手から自由に選べる状況が整っている。</p> <p>利用者からの意見・要望は業務日誌に記録、対応可能な要望は随時対応し、リーダー会議や全体会議で経過を報告するなど全職員で情報を共有している。</p> <p>個別の相談があるときは、同室者に席を外していただく、空いている居室を活用するなどプライバシーに配慮しているが十分ではないため、プライバシーも担保されるようなスペースの確保にも留意されたい。</p>			
36	Ⅲ-1-(4)-③	<p>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・ ⑥ ・c
<p><コメント></p> <p>平成30年度より「お客様からの意見に対する手順書」を新たに定め、これまで担当職員ごとに対応してきた体制を組織的に対応できるよう見直しが行われている。職員は手順書に基づき、聴取、対応、検証を行いながら各会議等で報告するなど職員間での情報共有も行っている。</p> <p>今後は実践を踏まえながら定期的に手順書の見直しを行い、より迅速に対応できるような体制を確立することに期待したい。</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を行っている。</p>			
37	Ⅲ-1-(5)-①	<p>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を構築している。</p>	⑨ ・b・c
<p><コメント></p> <p>気づきレポートは棟ごとに1日1枚提出され、日々収集したものを毎朝のミーティングで配布するなど職員間での共有に努めており、レポートには状況報告とその場の対応を記載し、その経過について検証する体制を整備している。</p> <p>ヒヤリハット発生時は棟内で検証、迅速な対応を行い、リスクマネジメント委員会でさらに検証し、必要があれば追加の改善策を講じるとともに、委員会の結果は棟内にフィードバックしている。</p> <p>リスクマネジメント委員会において毎年内部研修を実施し、各種マニュアルの読み合わせや与薬に係るロールプレイ、事故対応フローシートの確認を行うなど、職員の資質向上に積極的に取り組んでいる。</p>			
38	Ⅲ-1-(5)-②	<p>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。</p>	a・ ⑥ ・c
<p><コメント></p> <p>保健衛生委員会と研修委員会が協力して感染症流行前に内部研修を実施しており、「感染症</p>			

<p>対応マニュアル」の確認や嘔吐物の処理方法、トレーニングボックスによる手洗い訓練などインフルエンザやノロウイルスなどへの予防策を講じている。マニュアルはリスクマネジメント委員会において毎年見直しを行い、全職員に配布している。</p> <p>感染症発症時は棟内単位で隔離するなど、拡大防止対策への取組みが行われているが十分ではない。</p> <p>また、マニュアルの内容が文章での記載のみに留まっているため、写真やフロー図の導入など分かりやすくするための工夫が望まれる。</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している。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>消防計画に基づき毎月避難訓練を実施し、日中や夜間、火災・水害・地震など様々な災害を想定した訓練となっている。訓練の結果を踏まえ、計画的に避難経路にスロープを設置するなど、実情に沿った取組みを行っている。</p> <p>また、毎年8月27日を「防災の日」と位置付け、総合防災訓練を実施し、地域の消防署や地元消防団、行政区長が参画するなど地域を巻き込んだ取組みを行っている。</p> <p>平成29年度より火災発生時における煙への訓練として、FIG訓練（火災図上訓練）も新たに取り入れるなど様々な工夫を凝らしているが自施設のみ取組みに留まっている。今後は実際に周囲の施設からの応援を得た夜間訓練を実施することで、機能するための体制整備に取組んでいただきたい。</p> <p>※FIG=Fire Image Game</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を確立している。		
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を文書化し福祉サービスを提供している。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>権利擁護と記録の書き方に関する研修会を開催し、利用者の尊厳の遵守と、個別支援計画に基づいた記録が正確に行われるよう取組みを行っている。</p> <p>「介護基礎技術ハンドブック」を整備し、全職員への配布と棟ごとの設置により、職員はいつでも閲覧出来る体制にあるが、実施している内容を確認する体制には至っていない。</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を確立している。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>「介護基礎技術ハンドブック」は平成30年度に新たに作成され、写真やイラスト、注意点が分かりやすくまとめられている。</p> <p>しかしながら、活用が新人職員のみ留まっているため、全体会議での読み合わせや研修会の開催など、全職員での活用が望まれるとともに、チェックリストの内容について職員や利用者の意見を反映させるなど自施設に合った項目になるよう定期的な見直しが求められ</p>		

	る。	
	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を策定している。	
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>障がい特性により意思表示が困難な利用者に対しても、日常支援の中から意向を汲み取れるよう努めており、家族からも面談や電話で意向確認を行うなど可能な限り意見聴取に取り組んでいる。</p> <p>個別支援計画は、「作成会議・モニタリング会議」において年2回の定期的な見直しに加え、必要があれば臨時の会議を開催し対応している。変更した内容や支援困難ケースについては、棟内会議で検討した後、リーダー会議や全体会議を通じて職員間で情報の共有を図っている。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>「個別支援計画作成・実施手順表」に基づき、6ヶ月ごとの見直しが行われ、必要があれば随時検証と見直しが行われている。</p> <p>サービス管理責任者が中心となって「個別支援計画作成会議・モニタリング会議」が開催されており、支援員や栄養士など多職種が参画し、多角的な視点から検証、見直しが行われていることが書面にて確認出来た。</p> <p>個別支援計画の内容に変更がない場合も、会議内で十分に考慮し、継続の必要性に納得ができるまで話し合うなど、より良いサービスの提供に向けた高い意識が醸成されている。</p>		
	Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録を適切に行っている。	
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を適切に行い、職員間で共有化している。	a・㉑・c
<p><コメント></p> <p>支援内容については、業務ソフト「絆」に項目ごとに入力し、業務日誌として毎朝のミーティングで配布、看護日誌と合わせて毎日回覧し職員間で情報を共有している。</p> <p>しかしながら、業務ソフトへの入力の実施した支援内容の記載に留まっており、個別支援計画と一致しない内容も見受けられたため、支援したときの利用者の表情やしぐさなど、日々の変化を記録し、個別支援計画に反映させることで計画の更なる充実に努めていただきたい。</p>		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制を確立している。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>「個人情報の保護に関する規程」が整備され、個人情報管理者や基本方針等が定められている。職員は、服務規程に基づき、個人情報保護に係る誓約書へ署名するなど、徹底した取り組みが行われていることは評価できる。</p> <p>また情報公開についても規程に基づき、適切に開示請求に対応していることが書面にて確認出来た。</p>		

第三者評価結果（障害者・児福祉サービス版）

※すべての評価細目（45項目）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。

※判断基準（a、b、c評価）の定義

「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。

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
<コメント> 平成30年度事業計画において意思決定支援に基づく個別支援の充実を掲げている。 多くの利用者の主体的な活動の1つとして、月1回「移動販売」を実施し、飲食物を豊富な種類の中から自分で選択し購入する機会を設けている。衣類や靴等はゆっくりと楽しみながら選んでもらえるよう大きな鏡や試着できるスペースを設けるなどの配慮も行っている。 職員は利用者の身体的な状態を考慮しながら、支払いのできる利用者には自分で支払ってもらうなど利用者の意向を尊重しながら、意思決定を促す支援を行っている。		

		第三者評価結果
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を徹底している。	Ⓐ・c
<コメント> 身体拘束解除に向けた検討会は各棟ごとに随時実施され、虐待防止と身体拘束ゼロに向けた内部研修を年2回開催している。また、権利擁護及び職場環境等に関する調査（アンケート）を行うなど、施設全体で権利侵害の防止に取り組んでいる。 利用者と職員により選出された男女2名の職員が「虐待防止委員」となり、名前と顔写真を各棟に掲示するとともに年2回、利用者からの聞き取り調査を行うなど、権利侵害への迅速な対応に向けた体制を整備している。 権利擁護に関する「気づきレポート」を設け、職員が気づいたときに直ぐ記入できるよう付箋の活用等を促し、気づきを大切に工夫をしている。		

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>個別支援計画に基づき利用者一人ひとりの心身状態や生活状況を把握し利用者や家族の了解のもと支援を行っている。状態変化時には棟内会議やモニタリング会議で個別支援計画の見直しを行い、支援内容を検討している。</p> <p>また、利用者、職員間で過剰な支援が自立の妨げにならないよう担当者を定期的に変更し、統一した支援ができるよう配慮している。</p> <p>自律・自立生活の動機付けのため、様々な経験や体験が必要と考え外食、買い物以外にも地域イベントや文化祭、音楽鑑賞等の情報を掲示したり、外出が難しい利用者へは、施設行事でコーラスを受け入れる等利用者の状況に応じた支援を行っている。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者が話しやすいよう興味関心事や得意なことを話題にしたり、絵や写真を用いて注意喚起を促すなどコミュニケーションが多く持てるよう支援を行っている。また、その人に合ったコミュニケーションを取れるよう、時間をおく、職員を代える、適度な距離感を保つなど、職員間で連携しながら適切な意思の把握に努めている。</p> <p>コミュニケーションが十分でない利用者には、家族から情報を得たり表情や全身の動きから思いをくみ取れるよう努めている。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>職員は、日常の支援の中での情報収集の他、利用者懇談会や茶話会、各委員（虐待・権利擁護・食事提供）による聞き取りなど利用者が意志表出しやすいよう接することを心がけ、思いや希望を把握するよう取組みを行っている。</p> <p>個別支援計画は、担当職員とサービス管理責任者、管理栄養士、看護師で協議し、事前に把握した内容を反映し作成しており、職員会議等で報告・共有している。</p> <p>意思決定支援に係る職員の資質向上を目的に、外部研修への参加や内部研修を開催している。また、「意思決定の実例集」を全職員へ配布し、支援の再確認等に活用するなど意思決定支援に積極的に取り組んでいる。</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><コメント></p> <p>日中活動の場である作業班により居室内の装飾品を作成し、玄関、居室、食堂等へ季節に応じた飾りつけを行い利用者や家族から好評を得ている。作業開始のアナウンスは利用者自らが行うなど、主体的に取り組んでもらえるよう側面的支援を行っている。</p>		

<p>各棟内では、音楽に合わせリズム体操を行うなど利用者の状況に応じた活動やプログラムを提供している。</p> <p>また、利用者の希望に基づき施設外の就労継続支援B型事業所を活用するなど利用者に応じた支援を行っている。</p>		
A⑦	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>施設研修計画や法人本部職員研修基本方針に基づき、障がいの専門性への理解と支援技術の向上を図るため、専門的な研修等への積極的な参加を促している。</p> <p>各担当職員は「お客様留意点」「リスクに係る個別アセスメントシート」「転倒リスクチェックシート」「誤嚥・窒息アセスメント」に利用者の障がい特性をまとめ、各棟内会議で共有している。9月、3月の定期的な見直しの他状態変化があれば、随時施設長を始め多職種間で見直し、支援方法の検討を行っている。</p> <p>また、年齢や職種間の枠を飛び越えて日々意見交換が行われており、熟練職員が新人職員から学び取る姿勢が聞き取りから確認できた。</p>		

		第三者評価結果
A-2-(2) 日常生活支援		
A⑧	<p>A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常生活支援を行っている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>「あ～友こ～友会」で要望のあった献立を誕生会や行事食、バイキングに反映し、食事をおいしく楽しく食べられるよう音楽をかけるなど、雰囲気づくりにも力を入れている。また、選択食メニューは写真で提示して選びやすくするなど工夫している。</p> <p>利用者の口腔や嚥下状態等心身の状況に応じ、3か月毎に栄養ケアアセスメントを行い個別対応を行っている。</p> <p>浴室は現状の利用者に応じた設備とはいえながらも、個別の状態に応じてリクライニング式シャワーチェアなど福祉用具を活用し、快適に入浴ができるよう努めている。</p>		

		第三者評価結果
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	<p>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を確保している。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の高齢化や車いす使用者の増加に伴い、転倒や骨折防止のため床をクッションフロアに張り替えるなど利用者の安全面に配慮した取組みを行っている。また、避難経路確保に向けスロープを導入するなど安心安全へ向けた取組みを計画的に行っている。</p> <p>その他にも、棟ごとに利用者との協力し内装を木目調に変更したり、利用者の意向から畳部屋を設けるなど、気持ちよく快適に過ごせるような支援を行っている。</p>		

		第三者評価結果
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画に基づき、身体機能の維持を図る取組みとして利用者が興味を持てる活動内容（キャッチボール、ゴムボール、フリスビー、散歩等）を提供し、日中活動の中で主体的に取り組むことができるよう支援を行っている。</p> <p>また、能力に応じて銀行の窓口で現金の払戻を行い、予算内で欲しいものを買うなど、日常生活体験の機会を通じた自立支援を行っている。</p> <p>訓練の際は、医師や看護師・理学療法士等に加え、福祉用具専門相談員からも定期的に指導・助言を受けて、本人に合ったポジショニングの確認を行うなど生活しやすくするための工夫をしている。</p>		

		第三者評価結果
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>健康状態の把握については、利用者の表情や言動などわずかな変化も見逃さないよう心がけ、変化があった場合には看護日誌に記載し、毎朝のミーティングでも共有している。</p> <p>緊急時の対応については、各棟に配布されたマニュアルに基づき適切に対応している。夜間対応は看護師へ連絡し、状態や必要に応じて太陽の国病院を受診する等、連携体制が整っている。</p> <p>職員は、排便コントロールの重要性から利用者の排便、水分摂取の研究に取組み、論文作成を行ったことで健康に対する意識向上につながっている。目標を持って支援にあたることは大変重要であり、論文作成を踏まえた実践に取り組むことで職員の資質向上を図り、さらなる利用者満足に繋げてほしい。</p>		
A⑫	A-2-(5)-② 医療的な支援を適切な手順と安全管理体制のもとに提供している。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>誤薬予防のために、与薬トレーを棟別に色分けし、本人確認ができるようにと薬札には顔写真を付けている。また、服用後の空包は毎食ごとに一袋にまとめておき、後から確認できるようにするなど工夫している。薬の取り扱いについては、看護師とリスクマネジメント委員会が中心となり、職員への「与薬マニュアル遵守に関するアンケート」から問題点を把握し、内部研修で与薬のロールプレイを行うなど適切かつ確実に実施できるよう周知徹底に向けて取り組んでいる。</p> <p>医療的ケアは医師の指示のもと、所定の研修を修了した介護職員が看護師と連携しながら手順にもとづいて適切に胃ろうケアを実施している。</p> <p>日中の症状から経過観察が必要な利用者については、看護師の具体的な指示のもと夜勤者</p>		

への引継ぎが行われていることが書面及び聞き取りから確認できた。

		第三者評価結果
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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の希望や意向から、地域のイベント参加や文化センターの展示会への出品や展示会見学など、社会参加や学習の機会を提供している。また、利用者から要望の多い外食や買い物については、地域に出向いて店の方と顔馴染みになり、外出意欲を高める支援を行っている。</p> <p>外泊希望があっても自宅が遠方だったり、両親が高齢で外泊対応が難しい場合などは家族と相談し、職員と自宅へ外出して家族との交流を図ってもらう「ふるさと訪問」を実施するなど、利用者、家族の意向を尊重した支援を行っている。</p>		

		第三者評価結果
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・c
<p><コメント></p> <p>地域生活移行については、アセスメント表において利用者の希望や意向を把握し、家族の理解を得るための説明を行い、グループホーム見学、体験利用等を実施している。これまでも地域移行には至らなかったものの、利用者本人の意思を尊重した取組みを行っていることが書面にて確認できた。さらに、交通機関の利用、掃除、洗濯、家電の使用など利用者の課題を個別支援計画に反映し、地域生活に向けた支援を行っている。</p>		

		第三者評価結果
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><コメント></p> <p>家族会「あすの会」が組織され、レクリエーション大会や総会、環境整備等年4回家族相互の交流を図っている。</p> <p>生活の様子や支援状況、予定行事等を記載した「家族連絡票」に利用者の写真を添えて毎月郵送し、報告している。また、利用者の家族に電話をかけて利用者と話す機会を設けるなど、家族との交流が持てる取組みを行っている。</p> <p>更なる要望等の把握を目的に、年2回家族から文書での意見提出を依頼し、対応手順に沿って迅速な対応に努めている。</p>		

A-3 発達支援

【障害児支援（障害児入所支援、障害児通所支援）の評価において適用】

		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> ※評価外		

A-4 就労支援

【就労支援（就労移行支援、就労継続支援 等）の評価において適用】

		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> ※評価外		
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> ※評価外		
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> ※評価外		