

評価細目の第三者評価結果

(所沢市立こあふる)

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 | コメント |
|-----------------------------|-----------------------------------|---------|--|
| 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 | 法人の理念や基本方針は使命や目指す方向・考え方を表しており、ホームページや事業計画・第5次発展・強化計画等に記載している。こあふるとしての基本方針はホームページやパンフレット等に記載し事業所内にも掲示している。職員には年度初めの職員会議等で周知しており、家族にも家族会の資料に記載した上で、内容の説明をしている。 |

I-2 経営状況の把握

| | | | |
|-----------------------------|---|---|--|
| 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 | 法人が策定した第5次発展・強化計画及び第5次地域福祉活動計画in所沢にて社会福祉事業全体や地域の福祉計画の動向についてや地域の課題・利用者の推移・利用率等を含め、具体的に把握し分析している。 |
| 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 | 法人が策定した第5次発展・強化計画及び第5次地域福祉活動計画in所沢にて具体的な課題を明らかにし、KPTシートで重点課題の進捗状況等を把握している。又、理事会や評議員会・管理会議・経営会議等に於いて役員間で課題共有がされ、職員にも職員会議や運営会議で周知している。 |

I-3 事業計画の策定

| | | | |
|---------------------------------|---|---|---|
| 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 | 法人が策定した第5次発展・強化計画及び第5次地域福祉活動計画in所沢により、中長期計画を策定している。重点課題に付きKPTシートにてP D C Aの展開が行われ、年2回運営会議にて評価・見直しがされている。 |
| 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 | KPTシートより抽出された課題や前年度の見直しから出た課題を織り込み、具体的な内容の事業計画が策定されている。事業計画に対応した事業報告に繋げ、評価が行える内容となっている。 |
| 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 | 前年度の評価・見直しの内容を踏まえ、職員参画の下、運営会議にて年度事業計画が策定されている。実施状況は市のモニタリングに合わせ、3ヶ月に1回評価・見直しを行っている。併せて職員会議にて全体に周知が図られている。 |
| 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 | 家族会に於いて分かり易く作成した資料に基づき事業計画の内容を説明しており、周知を図っている。 |

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

| | | | |
|------------------------------------|--|---|---|
| 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。 | b | 年に1回利用者満足度調査を実施しており、運営会議にて集計・分析を行い課題の抽出からP D C Aの展開に繋げている。定められた評価基準に基づいた自己評価は行われていない。 |
| 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 | 自己評価が実施されていない為、関連した内容は確認出来ない。 |

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

| | | | |
|---------------------------|---|---|--|
| 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 | 管理者は組織図・業務分掌の策定により管理者や職員の役割と責任を明示し、周知している。又、年度初めの施設内の広報誌に所信を表明し、経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。有事の際の権限委譲に付き組織図に明示している。 |
| 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 | 管理者は研修や法人内の発信情報等から関連法令の変更等に付き掌握し、朝礼や職員会議にて内部への周知を図っている。光化学スモッグや暑さ指数等、環境関連の市からのアラートにも注視し、安全確保に努めている。 |

| | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|--|---------|---|
| 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 | 年1回利用者満足度調査を実施しており、運営会議にて集計・分析を行い課題の抽出からP D C Aの展開に繋げている。職員の質の向上に関する教育として、ハラスマントやファシリテーション研修を行っている。 |
| 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 | 経営課題等に付いては、事業評価会議に於いて中期課題のP D C Aを展開している。管理者は毎月の管理職会議に於いて人事・労務・財務に関し集計・分析を行い報告している。働きやすい職場環境整備として、福利厚生の充実やシフトの調整・基本的には残業“0”・1時間単位で年休取得可等の取組が行われている。 |
| II－2－(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | | |
| 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 | 法人の人材育成基本方針に基づき、人材の確保・育成に関する基本的な考え方や方針が確立している。指定管理で許容された範囲を人員計画としており、専門資格取得を推奨し費用の一部補助を実施している。欠員の補充は正規職員は法人、臨時職員は施設で人材確保を行っている。 |
| 15 | II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | a | 人材育成基本方針に「期待する職員像」を示し、目標管理が導入されており、職務遂行能力や職務に関する成果・貢献度等により人事考課制度として年2回評価される。併せて自己申告書の提出や処遇改善についても織り込まれ、評価面談が行われる中で職員が自らの将来の姿を描く事がで出来る様なコミュニケーションが持たれる。 |
| 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。 | a | 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータ等は、月次報告として管理しており、衛生委員会へも情報提供されチェックを受ける仕組となっている。職員のストレスチェックについては相談窓口が設置されており産業医と連携して対応している。福利厚生としては、外部組織のウィズの利用や福利厚生会の慶弔金制度・予防接種補助金・レクリエーション・ハッピーホリディ利用補助等々の運用、又、ノー残業デイの実施や年休以外の各種休暇(病気休暇・特別休暇・妊娠出産・生理休暇・結婚・忌引・感染症・社会貢献活動等)が導入されており、働きやすい職場づくりに取組んでいる。 |
| 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。 | a | 人材育成基本方針に「期待する職員像」を示し、目標管理が導入されており、職務遂行能力や職務に関する成果・貢献度等により人事考課制度として年2回評価される。又、評価面談が併せて行われ進捗状況や目標達成度の確認が行われている。 |
| 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、教育・研修が実施されている。 | a | 人材育成基本方針に「期待する職員像」を示している。又、法人として研修履歴を管理している。職員の研修計画は研修担当者会議で年間研修計画を策定している。研修計画内容やカリキュラムに付いては、年度毎に研修担当者会議にて評価・見直しが行われる。 |
| 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 | 資格の取得状況等は法人として管理している。研修担当者会議で階層別研修・分野別研修等が案内され、専門性の向上と視野の拡大を図っている。新任職員にはOJTのマニュアルに従い教育が適切に行われる。外部研修は職員の希望、或いは管理者からの指名により参加を奨励している。研修担当者が職員への支援を行う取組がされている。 |
| 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。 | a | 実習生に付いては、基本姿勢を明示したマニュアルを整備し、養成研修受講者養成講習を受講した実習指導者を中心に受け入れを行っている。実習プログラム等は学校と連携し策定しており、実習期間中は、学校の指導教員による巡回指導等も受け入れて連携している。 |

II－3 運営の透明性の確保

| | | | |
|----|---|---|---|
| | | | 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 | ホームページにてサービス内容や運営方針等を公表している他、近隣小学校やまちづくりセンター・自治会等に施設の機関誌「キャッチボール」を配布し、事業内容を公開しているが、苦情相談の体制や対応の状況に付いては公表していない。 |
| 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 | 予算施行に付いては、法人の経理規程に基づき適切に処理している。法人の監事会による内部監査を実施している。又、法人として公認会計士等の外部監査を受審し指摘事項があつた場合は対応している。 |

II-4 地域との交流、地域貢献

| | | 第三者評価結果 | コメント |
|--------------------------------------|--|---------|---|
| 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 | 地域福祉の推進を理念・基本方針に掲げ地域との関わりを意識した運営に心がけている。又、運営方針にも地域との交流を積極的に行っていくという内容を明記している。地域の小中学校や民生委員・NPO団体等と幅広い交流を実施している。資源回収や三ヶ島触れ合い祭り・市民フェスティバルへの参加等を通して地域との交流の機会もあり、随所で地域に出ていく活動展開をしている。 *買い物・通院は非該当 |
| 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 | 事業計画にもボランティアの受入れを積極的に行う旨を謳い、マニュアルを策定して積極的に行っている。近隣の小中学校からの依頼を受けて総合的学習の時間に利用者と一緒に福祉学習の協力を行ったり出前講座の開催等、学校教育には積極的に協力している。 |
| 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 | 所沢市自立支援協議会の研修部会や重症心身障害部会・生活介護事業所連絡会議等に職員を派遣し、地域課題の解決の為の協議に参加している。会議に参加した職員は職員会議や朝礼等の機会に内容の報告をしている。 |
| 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 | 所沢市自立支援協議会の研修部会や重症心身障害部会・生活介護事業所連絡会議等に職員を派遣し、地域課題の解決の為の協議に参加しており、地域の課題等の把握に努めている。会議に参加した職員は職員会議や朝礼等の機会に内容の報告をしている。 |
| | | 第三者評価結果 | コメント |
| 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。 | a | 福祉学級や出前講座の開催・車椅子の貸与・暮らしの相談事業・フードドライブに寄付・資源回収等、地域貢献に関わる活動を実施している。地域のまちづくり協議会にも職員が委員として参加する事でまちづくりにも貢献している。施設は有事の際の福祉避難所に認定されている。 |

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 | | |
| 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 | 福祉サービスの適正な運営に関する規定に基づき利用者を尊重したサービスを実施している。虐待防止・権利擁護研修は職員全体で実施しており虐待防止はもとより、権利擁護の意識を持って支援できる様に努めている。倫理規程が策定されており、職員に周知徹底されている。利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢は標準的実施方法としての業務手順書に記載されている。 |
| 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。 | b | 第三者評価の中では、プライバシー保護と個人情報保護を分けて考えており、各々のマニュアル対応等が期待されているが、プライバシーに関する定義やマニュアル等は明確になっていない。設備的なバリヤフリーやパーテーションの準備・カーテンの設置等はされている。 |
| 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。 | a | 施設のパンフレットや機関誌を相談支援所やまちづくりセンター・特別支援学校等、公共施設等に配置している。利用希望者に付いては個別に丁寧な説明を実施し、又、見学や体験は随時受け入れをしており、相談支援専門員等と連携しながら、必要に応じて他の地域資源の情報提供等も行っている。 |
| 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 | 開始時は重要事項説明書等の内容を丁寧に説明し同意を得た上で契約している。サービス開始・変更時には、利用者が分かり易い様に絵や図・写真等を用いて説明している。意思決定が困難な利用者には個別支援計画や個別配慮事項に詳細の補足をつけて対応している。 |
| 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 | 他の福祉サービス等への移行の際は、サービス管理責任者を中心に先方や相談支援専門員等に対して同意を得た上で文書の提供も含め、丁寧な引継ぎを行うように努めている。サービス終了後も相談支援等施設として対応している。 |
| 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。 | a | 年1回利用者満足度調査を実施しており、サービス管理責任者等連絡会議にて結果を共有している。又、家族会や利用者ミーティングで報告しサービスの向上に努めている。結果については事業所内の運営会議等で改善に向けた取組に付いて協議している。 |

| | | 第三者評価結果 | コメント |
|--|--|---------|--|
| 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。 | b | 法人の福祉サービスの適正化に関する規定に基づき苦情解決の仕組みは整備しており、重要事項説明書に詳細を掲載し、所内掲示も行っている。申し出し易い様にご意見箱を設置している。又、申出があった案件は記録として保管しているが、解決結果は公表していない。苦情内容から標準的実施方法にフィードバックされる様な改善案件があった場合は、織り込まれて改訂される。 |
| 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 | 要望・苦情の仕組に従い対応しており、施設窓口・法人窓口・第三者委員・県窓口・市役所窓口等の連絡先が記載された重要事項説明書を配布し、所内掲示も行い周知している。利用者から相談申し出があった際は個室を準備し相談がしやすい様、配慮している。 |
| 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 | 利用者から相談申し出があった際は個室を準備し相談がしやすい様、配慮しており、意見箱やアンケート・利用者集会等からも利用者の意見を収集し、積極的に把握する取組を行っている。相談を受けた際には面談記録を残し、対応マニュアルに従い取組を行っている。マニュアルは定期的に見直しを行っている。 |
| 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 | リスクマネージャーの選任や委員会の開催は行えていない。危機管理マニュアルに従い安全安心なサービス提供に努めている。ヒヤリ・ハット事例の収集を行い、要因分析や対応策の検討・その実施等が行われている。又、1ヶ月後に再点検し再発防止の確認をしている。職員は危機管理研修を定期的に受講している。 |
| 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 | 法人内に感染症対策委員会を設置し事業所毎に部会を置いている。又、事業所毎に指針や対応マニュアルを作成し、それに基づき日々の感染対策や発生時の対応がされている。職員は定期的に感染症に関する研修を受講している。感染症の予防策として手洗いやマスクの着用を徹底している。 |
| 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 | 災害時BCP(安否確認方法含む)、安全管理・危機管理マニュアルの整備、地震・火災を想定した自衛消防訓練を年2回実施(避難誘導訓練・水消火器訓練・通報訓練)しているが、地域と連携しての訓練等は行われていない。災害備蓄品リストに基づいて整備している。災害時の福祉避難所にも認定されている。 |
| III-2 福祉サービスの質の確保 | | | |
| 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 | 標準的な実施方法として、こあふる職員基本マニュアルを整備し職員間で周知しているが、人権や権利の擁護に関わる文章は確認出来ない。職員の入所時もマニュアルの内容を丁寧に説明し理解したうえで業務に当たれるよう指導している。職員会議にて基本マニュアルの読み合わせを行い、実施状況を確認している。 |
| 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 | 基本マニュアルの検証・見直しは適宜運営会議等で実施すると併せて、年1回全体の見直しを行っている。その段階で過去1年間に提案された改善案件を織り込み、追加・変更等のメンテナンスが行なわれる。 |
| 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的な福祉サービス実施計画(個別支援計画)を適切に策定している。 | a | サービス管理責任者を中心に個別支援計画作成のプロセスは、利用者・家族面談にてニーズの集約を行い適切なアセスメントに基づき作成している。関係機関と連携したケースカンファレンスはアセスメント段階及び個別支援計画策定段階に必要があれば開催されている。個別支援計画は年2回評価見直しを行い実施内容の確認を行っている。この確認から質の向上に関わる案件が出た場合は、基本マニュアルの改定がされる。支援困難ケースへの対応については、個別支援計画の中で個別に対応している。 |
| 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。 | a | 個別支援計画は、年2回グループ会議や支援検討会議で個々の利用者の計画に付いて評価・見直しを行うと共に、関係職員への周知を図っている。個別支援計画の変更に付いては、事案が発生した都度吟味し、必要に応じて変更しており、基本マニュアル(標準的実施方法)の改定がされる。 |
| 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(個別支援計画)の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。 | a | 利用者の身体状況や個別配慮事項は担当者により支援記録に記載されており、サービス管理責任者及び施設長が決裁している。その際、書き方等に齟齬があれば修正等の指導がされている。全体の情報共有や情報の分別等は回覧やグループウェアでなされている。個別支援計画の内容は職員会議で確認され、共有されている。 |

| 45 | III-2-(3)-② | 第三者評価結果 | コメント | |
|----|-------------|---------|------|---|
| | | | a | 利用者に関する記録に付いては、個人情報保護規定や情報公開規定・文書管理規程等に基づき、適切に管理している。個々の記録は台帳にファイリングし鍵付きのキャビネットで適切に保管している。不適正な利用や漏えいに対する対応に関しては、服務管理委員会規程に定められている。職員は個人情報に関する誓約書の提出を義務付けられている。個人情報の扱い等に関して利用者や家族には重要事項説明書を説明する際、押印を貰っている。 |

A-1 利用者の尊重と権利擁護

| A-1-(1) 自己決定の尊重 | | |
|-----------------|-----------|-----------------------------|
| 1 | 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

個別支援計画作成に当たっては利用者面談で丁寧に意思を組み取って支援に反映している。職員本位の施設運営にならない様に利用者会等で利用者が上手に意見を出せる様に職員がサポートしており、事業所内のルールや余暇活動の内容等を自ら決定している。
*趣味、衣服、理美容は非該当

| A-1-(2) 権利擁護 | | |
|--------------|-----------|-------------------------|
| 2 | 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。 |

a

法人として虐待防止に向けた方針及び身体拘束の適正化に関する指針を整備している。又、虐待等防止委員会を発足し、虐待防止研修計画の検討やチェックとモニタリング・発生後の検証と再発防止策検討・身体拘束等の適正化に関する検討等を議論する場を設けている。年間2回以上虐待防止委員会及び身体拘束適正化委員会を開催し年間計画に基づき研修を始め、虐待防止に向けた取り組みを実施している。虐待事案が発生した場合は虐待防止センターや市障害福祉課に連絡する手順となっている。

A-2 生活支援

| A-2-(1) 支援の基本 | | |
|---------------|-----------|--|
| 3 | 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。 |
| 4 | 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。 |
| 5 | 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。 |
| 6 | 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。 |
| 7 | 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

利用者の個別配慮事項に基づき個別支援計画を作成し支援している。運営方針にも謳い、将来を展望できる様、親なき後の生活を見据え利用者が将来どこで誰と生活するのかという視点を職員で共有し、その為に必要な力を身に付けて行ける様に支援している。
*自律・自立生活のための動機付けは非該当

a

こあふるの利用者は言葉だけでのコミュニケーションは困難な方が多い為、個々のコミュニケーションの方法に合わせて支援している。指示理解を高める為には、視覚化する等の工夫をしながら情報保障をしている。又、利用者が自傷や他害等の注目行動ではなく、適切な方法で意志表出ができる様に日々支援している。

a

利用者からの相談の申し出があった際はプライバシーが守られ安心して話ができる環境で面談ができる様、配慮している。相談内容は適切に記録し必要に応じて職員間で共有している。相談内容をもとに、個別支援計画への反映と支援全体の調整等を行っている。

a

月毎に個別プログラムを作成し利用者に配布している。重度の障がいがある利用者に対し多様な経験を提供できる様に色々な活動プログラムを提供している。余暇活動等は、利用者会等により利用者間で意見交換し自ら企画段階から参加し計画している。

a

利用者の行動特性を理解し適切な支援が行える様に必要な研修を実施したり職員を派遣している。支援検討会議に於いて利用者個々の状況の変化等、情報共有している。利用者の不適応行動や行動障害等に対しては個別に対応し、支援記録を残している。又、個々の障害の状況に応じて支援方法の検討や見直しを行っている。

| A-2-(2) 日常的な生活支援 | | |
|------------------|-----------|----------------------------|
| 8 | 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

食事の提供や入浴支援・清拭・排せつ支援・移動移乗支援等、それぞれのサービスについて、グループ会議や運営会議・職員会議等で適宜見直しをしながら適切に提供している。送迎や給食など業務委託サービスにおいても月に1回担当者と会議の機会を作りサービスの向上に努めている。

| A-2-(3) 生活環境 | | |
|--------------|-----------|---------------------------------|
| 9 | 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

環境整備については外部委託で毎日清掃作業員が清掃を行い、衛生的な環境を整えている。設備の不備や修繕等が必要になった場合は速やかに対応できる様にしている。利用者も相性によりトラブルとなる事があるが、落ち着くまで個別に対応している。生活環境に付いても利用者会等で利用者の意向を確認し対応している。

| | | 第三者評価結果 | コメント |
|----------------------------------|-------------|--|--|
| A-2- (4) 機能訓練・生活訓練 | | | |
| 10 | 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。 | d 生活介護事業により非該当。 |
| A-2- (5) 健康管理・医療的な支援 | | | |
| 11 | 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 常勤看護師3名を配置し嘱託医と連携し全体の利用者の健康状態を観察している。利用者毎に個別の緊急対応マニュアルを整備し同意を得ている。急変時はそれに基づき迅速な対応ができる様にしている。健康維持の為、ラジオ体操やウォーキングを取り入れている。医師や看護師の指導の下、職員の研修や指導を定期的に行っている。 |
| 12 | 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 看護師3名を配置し医療的ケアが必要な利用者の受入をしている。実施に当たっては医療的ケア実施要領に基づき、法人として医療的ケア検討委員会を開催し、受入れの可否や実施にむけて必要な検討をした上で安全に実施できる体制を整備している。服薬管理や慢性疾患・アレルギー疾患のある利用者については、医師の指示に基づく適切な支援や対応を行っている。医師や看護師の指導の下、職員の研修や指導を定期的に行っている。 |
| A-2- (6) 社会参加、学習支援 | | | |
| 13 | 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。 | d 生活介護事業により非該当。 |
| A-2- (7) 地域生活への移行と地域生活の支援 | | | |
| 14 | 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。 | d 生活介護事業により非該当。 |
| A-2- (8) 家族等との連携・交流と家族支援 | | | |
| 15 | 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 利用者家族とは日々の連絡帳や送迎時の申し送りに加え、定期的に面談の機会を作っている。年2回家族会も実施し、全体的なニーズの把握にも努めている。家族の高齢化に伴い家庭環境の変化が生じた際には、相談支援専門員等と連携して家族支援も行っている。利用者の体調の急変時の家族等への報告・連絡ルールが明確にされ、適切に行われている。 |
| A-3 発達支援 | | | |
| A-3- (1) 発達支援 | | | |
| 16 | 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。 | d 子どもの評価基準の為、非該当 |
| A-4 就労支援 | | | |
| A-4- (1) 就労支援 | | | |
| 17 | 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。 | d 生活介護事業により非該当。 |
| 18 | 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。 | d 生活介護事業により非該当。 |
| 19 | 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。 | d 生活介護事業により非該当。 |