

## 愛知県福祉サービス第三評価事業 評価結果

### ①第三者評価機関名

株式会社シンクアクト

### ②施設・事業所情報

名称： ゆたか苑	種別： 障害者支援施設	
代表者氏名： 苑長 平野雅紀	定員（利用人数）： 75名	
所在地： 愛知県豊明市栄町大根1番地143		
TEL： 0562-98-0471		
ホームページ： <a href="http://www.yutakaen.fukuden-kai.or.jp/">www.yutakaen.fukuden-kai.or.jp/</a>		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日 平成10年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人福田会		
職員数	常勤職員： 43名	非常勤職員： 34名
専門職員	サービス管理責任者： 2名	生活支援員： 58名
	看護職員： 6名	理学療法士： 1名
	管理栄養士： 2名	
施設・設備の概要	個室12室、二人部屋28室	機械浴槽2種、一般浴槽
	食堂2箇所	リハビリ室

### ③理念・基本方針

#### 【福田会 理念】

1. すべての行動は利用者一人一人のために
2. なくてはならない存在となって地域に貢献する
3. 信頼を積み重ね責任を果たす

#### 【事業方針】 <平成29年度 福田会 事業方針>

1. 福田会経営改善計画の実践とさらなる改善、及び中長期事業戦略の策定・推進
2. 福田会利用者様、ご家族様、働くスタッフの満足度の維持・向上
3. 福田会と地域の関わり強化、並びに、福田会総合力の向上

### ④施設・事業所の特徴的な取組

豊明市唯一の障がい者支援施設で、入所・短期入所および通所のサービスを行っている。プルトップ収集を地域住民・企業等と協力して取り組み、その成果を「プルトップ通信」として地域に発信している。また、職員の教育や働きやすさを高める為にSDS（自己啓発援助制度）や就職支援金の支給などの取組を行っている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年7月26日（契約日）～ 平成30年12月21日（評価決定日）  【平成29年11月27日(訪問調査日)】
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

■職員が働きやすい職場づくりに取り組んでいる

半年に1回の職場面談で個別に就労状況や意見の確認がされる他、労働安全衛生委員会が組織され課題解決に向けた取り組みがされる等、働きやすい職場づくりに組織で取り組んでいる。また施設内には職員が上司に意見を言いやすい雰囲気がある。人員不足等の課題もあり、職員の要望が通る場合ばかりではないが、最大限対応しようとする組織の姿勢が高く評価できる。

■職員育成の意識が高く、研修体制が充実している。

組織が必要とする職員の知識・技術や専門資格等の具体的な目標及び習得の為の段階が明記された計画を基に研修が実施されている。またSDS（自己啓発援助制度）が設けられ、職員が主体的に自己啓発に取り組めるような試みも行われており、高く評価できる。

■虐待防止の取組

虐待防止委員会が中心になって作成した「心構え」に虐待防止の為の基本姿勢が明記され、周知されている他、毎月「虐待防止アンケート」を実施し、虐待の防止に努めている。

■感染症の予防対策の充実

感染予防委員会が組織され、手指の消毒や職員の体調チェックが徹底されている。また、施設を訪れる家族等に対しても予防の啓発が熱心に行われており、その施設全体での取組が高く評価される点

■中長期計画の明文化及び職員・利用者への周知

現在、法人の中長期計画が策定されていない為、今後の法人経営の方向性や計画等について、職員・利用者の理解が不足している様子が見受けられた。法人と職員・利用者との共通理解を深める為にも、法人が進む方向性や計画を明示した中長期計画を策定し、周知されることを検討されたい。また、策定の折には現場職員の参画を是非期待したい。

■業務に即したマニュアルの策定

全体的に、作成したマニュアル類があまり活用されていない様子がヒアリングで窺えた。マニュアル類はサービスの標準を示し、質の向上をする為の基準となるものなので、改めて作成・活用を検討されたい。その際、活用がしやすいように、実際の業務に即した形で作成する事や、現在施設で取り組んでいるケアガイドラインに沿った見直し内容を盛り込む事なども検討されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

自己評価と外部の視点の違いが分かり、不十分と想定していた部分も前向きに捉えることができたり、改善方法のヒントやポイントとして考え易くなったりしたため、維持・向上に向け、今回の結果を参考に、積極的に活用を努めたい。

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

※すべての評価細目（65項目）について、判断基準（a・b・cの三段階）に基づいた評価結果を表示する。

※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、基本方針が確立・周知されている。		
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。	障1	① a ・ b ・ c
<コメント> 法人理念は、ホームページ、パンフレットに掲載され、各事務室にも理念、基本方針を掲示し研修会にも説明が行われまた一部の事務室では、唱和も行われている。		

## 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。		
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。	障2	a ・ ① b ・ c
<コメント> 経営陣の中では外部コンサルタントを利用するなど、情報収集や分析に力を入れているが、経営会議に相談員などの現場の参加がない。また、分析した情報の職員への周知も十分にされていない。より現場との連携を高める取り組みを期待したい。		
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。	障3	a ・ ① b ・ c
<コメント> 経営陣としては、職員体制、施設整備、人材育成などの経営課題を明確にし、職員にも周知及び課題への取り組みを指示している。しかし、現場からの課題を吸い上げて検討する仕組みが無い為、現場職員が感じている課題と法人組織が感じている課題に乖離が見られる。一体感を高める取り組みを期待したい。		

## 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。		
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。	障4	a ・ ① b ・ c
<コメント> 地域ニーズにもとづいた新たな福祉サービスの実施といったことも含めた目標（ビジョン）を明確にし、その目標（ビジョン）を実現するために、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等に関する具体的な計画について、理事会等では話し合われているが、「中長期計画」として明文化はされていない。明文化し、職員や利用者への周知する取り組みを期待したい。		
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。	障5	a ・ b ・ ① c
<コメント> 中長期計画が明文化されていないので、計画を踏まえた単年度の計画が策定されているとは言えない。		
Ⅰ-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
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。	障6	a ・ ① b ・ c
<コメント> 事業計画は経営陣が策定しているが、職員の参加が不十分。コンサルタントの意見だけではなく関係職員の参画や意見の集約・反映の仕組みを組織として定め、活用されることを期待したい。またそうした仕組みを通じて職員の計画への理解を深める取り組みも期待したい。		
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。	障7	a ・ ① b ・ c
<コメント> 住民集会や通所の家族会に於いて口頭で説明がされ周知されているが、利用者十分に伝わっているとは言えないという感覚が職員にある。よりしっかりと利用者が理解しやすいよう、印刷物の配布をするなどの周知方法に関する取り組みを期待したい。		

## 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。		
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。	障8	① a ・ b ・ c
<コメント> ケアガイドラインに沿って、自主的に組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組が実施されており、質の向上に取り組む高い意識がある。		
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。	障9	a ・ ① b ・ c

<コメント> 部分的には課題に取り組む事ができている。しかし、組織的な取り組みに関しては、課題についての職員間での合意形成が難しく、組織全体で取り組む課題を明文化する事が現在の所できていない。また、人手不足という課題もあり、現場では改善策の実行については負担感もある。職員間のコミュニケーションを充実させ、組織として取り組む事ができるような取り組みを期待したい。

## 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。				
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。	障10	a	ⓑ	c
<コメント> 管理者の具体的な役割については文書化され、会議において表明し職員に周知が図られている。より役割分担が明確になるよう、施設長だけでなく各職員の役割分担表を掲示する等の取り組みを期待したい。				
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。	障11	Ⓐ	b	c
<コメント> 管理者は、社会福祉協議会の研修に参加、遵守すべき法令等に関する正しい理解に向けた取組とともに、福祉施設・事業所の責任者として、職員等が遵守するための具体的な取組を実施している。				
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。				
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。	障12	Ⓐ	b	c
<コメント> 質の向上に対する管理者の意識が高く、情報を収集するだけでなく、生産性向上委員会や各会議委員会を開催して福祉サービスの質の向上に取り組んでいる点が評価できる。				
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。	障13	a	ⓑ	c
<コメント> 業務現場のいたるところで改善に取り組んでいる様子が見え、個別の取り組みでは結果が出ている。しかし、組織全体としては、職員へ管理者の考えが浸透していない様子も見られる他、人手不足によるキャパシティの問題もあり、まだ目立った成果は出てきていない。取り組みを継続し、職員の理解を深めると共に、人員確保等の対策をとるなどして、経営改善につなげる事を期待したい。				

### 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。				
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。	障14	a	ⓑ	c
<コメント> 人材確保に向かって本部に人事部の創設及び採用代行業者の導入も検討がされているなど、課題意識は高いが、具体的な人材確保計画の策定に至っていない。現場職員参画の下、定着率向上や採用の強化に関する目標の入った具体的な人材確保計画の策定を期待したい。				
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	ⓑ	c
人事考課制度が導入されている。運用についてはまだ始まったばかりで、特に評価面での課題がある。運用していく中で、より職員の納得度や育成力が高まるような取り組みを期待したい。				
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。				
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。	障16	Ⓐ	b	c
<コメント> 働きやすい職場形成については、半年に一回職員面談があり、要望を把握している。また、労働安全衛生委員会を組織し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。				
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。				
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。	障17	Ⓐ	b	c
<コメント> 職員一人ひとりの目標が設定されるとともに、進捗状況の確認、目標達成度の確認等が半年ごとに行われる面談の場でされている。				
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。	障18	Ⓐ	b	c
<コメント> 組織が必要とする職員の知識・技術や専門資格について、具体的な目標が明記され、それとの整合性が確保された体系的な計画が明文化されている。その他、職員の自主性を重んじたSDS（自己啓発援助制度）などで、職員の自主性を引き出そうとする取り組みもされており、研修体制については高く評価できる。				

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。	障19	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 月一回の内部研修が行われている。外部研修に参加できなくても外部研修に参加した人による伝達研修を行って共有している。また、SDS（自己啓発援助制度）の他、外部講師を招いての研修など、様々なメニューを用意し、職員の研修の場を用意している点も評価できる。</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。		
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。	障20	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 実習生等の受入は積極的に行っている。現在マニュアルは活用されていないが、改訂する計画はある。受入れについての連絡窓口、利用者や家族等への事前説明、職員への事前説明、実習生等に対するオリエンテーションの実施方法等の項目が記載されたものを策定し、受け入れる職員の研修を行う等の取り組みに期待したい。</p>		

### II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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。		
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。	障21	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 法人の現況報告書、財務諸表が法人ホームページに掲載されている。またブログの更新も積極的に行われ、情報発信に努めている。苦情・相談については、第三者委員会が設置されているが、苦情の公表などは行っていない。より透明性を高める為に苦情の公表を行ったり、HPが見られない方の為に他の手段（パンフレットなど）を用意するなどの取組に期待したい。</p>		
II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	障22	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施している。より透明性を高める為に、外部監査の実施等について検討されることを期待したい。</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。		
II-4-(1)-① 利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。	障23	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 活用できる社会資源については、プルトップ収集やペットボトルキャップ収集を地域住民と協力して行っている。また地域祭りに関しては、掲示板で利用者及び地域住民に広報をしている。その他、有償ボランティアを積極的に活用し、外出して地域と関わりを持つ取り組みを行っている。施設発のイベントが法人主催のお祭りのみにとどまっているので、他に機会を作るなどの取組に期待したい。</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。	障24	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt; ボランティアについては広く受け付けている。マニュアルはあるが内容が古く活用されていない事もあり、受け入れ体制にあいまいな部分がある。マニュアルを整備し、受け入れ態勢を確立される事を期待したい。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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。	障25	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 定期的連絡会・自立支援協議会などに積極的に参画し、また事業者同士の連携も行われている。その成果を職員間で共有する為にリスト化するなど、職員への周知および実際の活用に繋げる取り組みを期待したい。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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。	障26	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 災害時、福祉避難場所として行政や地域自治体との連携・協力に関する協議が行われている。障害者（児）の理解を深めるための講習会や研修会・講演会等の開催、福祉に関する相談窓口の設置等、施設が有する機能を地域に還元する取り組みを期待したい。</p>		
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	障27	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 自治体や社協等との連絡会に参加してニーズ把握に努めている。障害者施設としては、現在公益的な事業は行っていないが、同一法人内の事業所では認知症カフェの事業も行い積極的に企画実施をしている。ニーズ把握から見えてくるものに対して、何らかの公益的な活動を期待したい。</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。		
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。	障28	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;理念・基本方針に基づいた支援実施をめざし、研修会や勉強会の実施により共通理解を高める努力がなされている。個々への支援をめざした担当制になっていて、継続的なサービス提供に努めている。</p>		
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。	障29	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; プライバシー保護・虐待防止・権利擁護に関する基本認識があり、虐待防止委員会の「心構え」には基本姿勢を明示し「虐待防止アンケート」は毎月行っている。入浴や排泄時のプライバシー保護を共通理解するための勉強会を行っている。</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）が適切に行われている。		
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。	障30	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; ご利用希望者には見学時の説明を行い、要望を伺いできる範囲の説明をし理解に努めている。インターネットでホームページを随時更新している。パンフレットも公共施設に設置して広報に努めている。</p>		
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。	障31	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 利用開始時には重要事項説明書・個別計画書・栄養マネジメント計画・機能訓練計画書等書などを用いて説明し、わかりやすく伝える事に努めている。内容への同意を受け利用開始への対応をしている。変更時もその都度新たに対応している。意思疎通困難者には成年後見制度、身元保証団体、家族代行サービスの契約を促進している。</p>		
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。	障32	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; サービス管理責任者を中心に関係機関との連携をとっている。利用者と自施設が関わる中で得られた情報が記載された生活支援実施書の書式を利用者の了解の下、次の事業所に渡し参考にしてもらっている等、継続性に配慮した対応を行っている。現在地域移行事例は少ないが、同一法人が運営する特別養護老人ホームとの連携事例がある。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
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。	障33	a ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 住人集会や通所の家族会は定期的に行っており、意見交換の場がある。しかし、積極的な意見交換ができるまでには至っていないという実感が現場にある。最近、嗜好調査を行いいろいろな要望意見が伺えたとの事で、そうした取り組みを継続し、より一層の利用者満足向上につなげる事を期待したい。</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。		
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。	障34	a ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 苦情申し込みに関しては重要事項説明書の中にも記載がされ、第三者委員会の設置もある。意見箱の設置はあるが活用度は低め。対応策等は会議録に記載閲覧可能となっている。苦情の公表などの取組は行われていないので、利用者への周知の為に取組まれることを期待したい。</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。	障35	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 意見を述べる場として、住人集会や意見箱の設置、相談室等の配備がされている。さらに必要に応じて言葉かけなどを行い適宜対応している。重要事項証明書に相談窓口や第三者委員会が明記がされており、利用者への周知が行われている。</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。	障36	a ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 利用者からの相談には、対応職員が聞き取りをして必要に応じて記録や申し送りをして情報共有しているが、マニュアル整備や具体的な対応方法は確立されていない。より組織的な対応ができるような取り組みを期待したい。</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。		
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。	障37	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; ヒヤリハット報告書や事故報告書も書式の中に原因・時系列記載の情報・要因分析・対策が記載され、改善に活かされている。事例についてはヒヤリハット部会より回覧を行い周知に努めている。また、パソコンによる情報共有もされており、リスクマネジメント体制が取られている。</p>		
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。	障38	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 感染予防委員会の主導で職員の出勤時の手指消毒と体温チェック・体調チェックが徹底して行われている。また、施設を訪れる家族にも感染症予防の周知がされている。感染症については組織全体で高い意識を持って対策が行われており、評価できる。</p>		
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。	障39	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 災害時の体制が定められており、定期的な避難訓練の実施もされている。また食料等の備蓄や緊急の連絡網も整備され、組織的な取り組みが行われている。</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。		
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。	障40	a ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 標準的な実施方法について、過去にマニュアルが作成されているが、現在はあまり活用がされていない。障がい者ケアガイドラインに基づいた支援を実施できるよう、組織内で研修会が行われている。業務に即したサービスの標準的な実施方法の文書化を期待したい。</p>		
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。	障41	a ・ b ・ ③
<p>&lt;コメント&gt; 標準的な実施方法について見直し仕組みが無い為、見直し仕組みを導入するなどの取り組みを期待したい。</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。		
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。	障42	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; アセスメントに基づくフェイスシートがあり、活用されている。利用者の意向を基に原案を作成し、それをベースにしてカンファレンスで複数の人間による検討の上、個別援助計画書が作成されており、適切な策定が行われていると評価できる。</p>		
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。	障43	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 半期に一度の会議ではアセスメントに基づいての意見交換がされている。計画、実施、見直し評価がサイクル化して機能しており、評価できる。</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。		
Ⅲ-2-(3)-② 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。	障44	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; ケース記録などがネットワークで共有されており、どの職員も毎日の利用者状況の変化が把握できる体制になっている。特に大切な情報に関しては、ノートでの申し送りも行われ、連絡漏れが起きないように配慮がされており、この点も評価できる。</p>		
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。	障45	a ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; パソコン内に情報が管理されている。ファイル類も事務所内のキャビネット内に管理されている。情報開示請求の事例はないが、問い合わせがあれば対応可能な状態になっている。契約が終了した利用者に関する書類は倉庫に保管されるが、廃棄についての規定が無く廃棄はされていない。今後、廃棄に関する規定が必要との認識は施設にあり、取り組みを期待したい。</p>		



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		
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。	障46	① a · b · c
<p>&lt;コメント&gt; 本人の希望や要望に沿った個別の支援が実施されている。特に力が入れているのが有償ボランティアを利用した外出支援で、利用者の希望に応じて実施がされており、自己決定を尊重した取り組みとなっている。</p>		

A-1-(2) 権利侵害の防止等

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。	障47	① a · b · c
<p>&lt;コメント&gt; 虐待防止委員会が中心となって権利侵害防止の取り組みが行われ、虐待に関する研修や月一回のセルフチェックが実施されている。やむなく行われる身体拘束はルールに則り、本人・家族等の同意を得て、計画を立てて実施している。身体拘束の実施にあたっては、拘束理由や時間の記録等を参照しながら支援ミーティングでの再度の振り返りを行い、実施の可否が検討されている。組織全体で虐待防止の取り組みが徹底されている点が評価できる。</p>		

A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
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。	障48	① a · b · c
<p>&lt;コメント&gt; 利用者の自立・自律に配慮した個別支援計画が作成されている。計画では本人・家族の意向をふまえ、時間や金銭等の自己管理、時間はかかっても自分で行える等を計画目標に落とし込み、自律と自立を促している。その際、非現実的な目標が設定され利用者の意欲を削ぐことがないように、配慮が行われている。</p>		
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。	障49	a · ② · c
<p>&lt;コメント&gt; 通常のコミュニケーションが難しい利用者に対しては、ボードやカード、ハンドサインを活用してその満足度を確認しながら実施している。用具のみでなく、ST(言語聴覚士)など専門職種の関わりも視野に入れて、利用者の現存機能を活かした意思疎通への支援を期待したい。</p>		

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。	障50	① a · b · c
<p>&lt;コメント&gt; 利用者からの相談については、サービス管理責任者が中心となって対応し、記録に残して職員間で情報共有がされている。必要なものについてはカンファレンスで検討がされた上で支援計画に盛り込まれている。「迅速な対応を取る事で利用者の相談意欲を削がないようにして信頼関係を築いていく」という考えが基本にあり、評価できる。</p>		

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。	障51	a · ② · c
<p>&lt;コメント&gt; 個別支援計画には一人ひとりのニーズに合わせた日中活動が計画策定されている。計画の見直しの中で変化や気づきをどのように反映できているかをみたと、生活支援に重きが置かれ、日中活動の充実については取り組みがやや弱いように思われる。日中活動も生活の一部であるので、支援の充実を期待したい。</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。	障52	① a · b · c
<p>&lt;コメント&gt; 個別支援計画書の中には障がい特性に応じた支援が盛り込まれていて、対応が豊かにできている。</p>		

A-2-(2) 日常的な生活支援

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。	障53	a · ② · c
<p>&lt;コメント&gt; 個別支援計画が作成され、基本的には計画にもとづいた支援が行われているが、現場では職員の気づきによる対応も多い。職員の気づきを計画に反映し、計画をブラッシュアップした上での支援を行うというサイクルがより柔軟にまわるような仕組みを取り入れる等の取り組みを期待したい。</p>		

A-2-(3) 生活環境			
	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。	障54	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;入所時にはアセスメントにもとづいた部屋割りが行われている。居室環境は利用者の体感温度に配慮。麻痺側や身体状況を配慮して安全で快適であるよう支援に心がけている。家具の配置なども安全面に考慮して、ルールが定められている。しかし、多床室の環境については設備上の制約もあり、十分な快適性が保たれているとは言えない部分がある。</p>			
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
	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。	障55	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;理学療法士による定期的な機能訓練が実施され、訪問歯科による嚙下訓練・集団・個別訓練も、個々の状況に合わせて行われている。専門職の訓練には時間の限界があるので、専門職の指導の下、日常生活の中でも機能訓練が行われるような取り組みを期待したい。</p>			
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
	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。	障56	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;バイタルチェックや水分量の確認等が定期的に行われ、嘱託医の定期的な診察も行われており、利用者の健康状態の把握がされている。体調急変者については看護師が中心となって対応を行う体制がある。しかし、支援員の観察力や対応力にはスキル差がある。マニュアルの整備や研修によるスキル向上についての取り組みを期待したい。</p>			
	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。	障57	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;医療的な支援については医師の指示にもとづいて適切に行われている。誤薬対策については看護師が中心となって、詳細なチェック表を使うなどの対策が取られている。支援員の考え方やスキルにバラつきがあるので、医療的支援についてのマニュアルを作成し、研修を行う等でレベルの標準化及び向上を図る取組を期待したい。</p>			
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
	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。	障58	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;現在実施している活動は、有償ボランティアによる外出支援。買い物や施設外での会話機会の実施。他施設への案内と見学等。学習機会については利用者の希望があまり出ない事もあり、充分な取り組みが行えていない。利用者の意欲を引き出すような取り組みを期待したい。</p>			
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
	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。	障59	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;施設としては取り組みを強化していきたいと考え、積極的に情報提供をしているが、受け入れ先が限られる重度障害者の割合が高いことや、本人や家族の不安を取り除くことが難しいこともあり事例は少なく、過去2年半で同一法人が運営する特養へ4名の移行実績があるのみ。利用者の不安の解消に努めるなど、より一層の取り組みを期待したい。</p>			
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
	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。	障60	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;通所については家族懇談会や個別支援計画策定時の面談などでコミュニケーションが取れているが、入所については家族会がなく、連絡が取りにくい家族もいるなどして個人差が大きい。入所者家族会の設立など、コミュニケーションを取れる場を作っていくような取り組みを期待したい。</p>			
A-3 発達支援			
			第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援			
	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。	障61	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;非該当</p>			
A-4 就労支援			
			第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援			
	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。	障62	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;非該当</p>			

	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。	障63	a ・ b ・ c
＜コメント＞ 非該当			
	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。	障64	a ・ b ・ c
＜コメント＞ 非該当			