

福祉サービス第三者評価結果の公表事項

| | |
|-----------------|--------------------------------|
| 評価機関（評価機関認証No.） | 社会福祉法人 福井県社会福祉協議会（福井福祉評価認証第1号） |
| 評価調査者研修番号 | 第10-24号、第14-1号 |

【基本情報】

①施設・事業所情報

| | |
|-------------------------------|---|
| 名称：社会福祉法人 足羽福祉会 足羽更生園 | 種別：障害者支援施設 |
| 代表者氏名：園長 嶋田 富士男 | 定員（利用人数）： 60名 |
| 所在地： 福井市宿布町19-46-1 | |
| TEL： 0776-41-3120 | ホームページ： https://www.asuwafukushikai.jp |
| 〔施設・事業所の概要〕 | |
| 開設年月日 昭和52年 8月 1日 | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 足羽福祉会 | |
| 職員数 | 常勤職員： 54名 非常勤職員 8名 |
| 専門職員 | （専門職の名称） 名 |
| | 看護職員 2名 |
| | 管理栄養士 1名 |
| 施設・設備の概要 | （居室数） |
| | 64室（内、短期入所4室） 8人（完全個室）×8ユニットの構成になっている |
| | （設備等） |
| | 消防設備・キッチン・浴室・脱衣室・トイレ・厨房・医務室・相談室等 |

②理念・基本方針

| |
|---|
| <p><理念> 共に生き、共に集う、光を求めて</p> <p><職員行動指針> 私たちは、人として、福祉専門家として「共に生きる人」を目指し、利用者様と共に、地域と共に、職員と共に歩みます。</p> <p><足羽更生園 サービス提供指針> その人らしさを尊び、命を守り、意思を受け止め、社会参加を応援しよう。 チームワークを大切に、プロとしての自覚と研鑽を高めよう。 全ては利用者様のため、そして私たち自身のため。</p> |
|---|

③施設・事業所の特徴的な取組

| |
|--|
| <p>平成30年9月より施設の新築工事に着手し、令和元年7月に居住棟、令和2年3月に共通棟が完成した。入所棟については、ユニット化を図り、利用者様の居室もすべて個室となった。また、ユニット内に強度行動障害者対応エリアを設けることで、個々の障がい特性に応じた対応が出来るよう環境整備を行った。日中活動においても、全ての利用者様の活動場所を施設敷地外の2か所にて行う事で、障がいの重い方であってもバスに乗って移動し、活動を行う事で、完全職住分離を実現している。</p> |
|--|

④第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|--|
| 評価実施期間 | 令和2年 7月15日（契約日） ～ 令和2年 月 日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 3 回（平成28年度） |

⑤総評

| |
|--|
| <p>【特に評価の高い点】</p> <p>《事業計画の策定》 中長期ビジョンを明確に策定し、中期計画の3年間を単年度毎に表記している。また3年後以降についても具体的な目標を示し、毎月の施設現況報告を評価し課題、問題点を明らかにしている。</p> <p>《運営の透明性の確保》 法人各事業結果を「アニュアルレポート2019」としてまとめ、ホームページや機関誌などを活用すると共に、経営改善のため内部・外部監査の指導を受け、公正な透明性の高い情報公開に取り組んでいる。</p> <p>《福祉サービスの質の確保》 支援内容をどの職員も簡単に評価できるように○で記入する仕組みにしている。個人情報パソコンで個別に管理し、必要な情報が的確に届けられるようになっている。申し送りもパソコンで共有している。パソコンのデータは決まったUSBメモリーでしか持ち出せないようになっていたり、登録したデジカメしかパソコンに取り込めないようにし、個人情報の漏えいがないようにしている。個人の連絡先や肖像権等の確認は毎年更新している。</p> <p>《生活支援》 安全衛生委員会が、各部署の匂いや物品が壊れてないか毎月確認している。24時間換気が設置してある。また、スプリンクラーも設置されており、煙探知機が作動したら外部に知らせる仕組みになっている。個室は畳かベッドか選択できるようになっている。感染症対策（新型コロナウイルス）で、発生した場合のシミュレーションも行っている。強度行動障害者の部屋は扉が閉まる造りになっており、安心・安全に配慮している。</p> |
|--|

【改善を求められる点】

《地域との交流、地域貢献》

活用できる地域情報と資源は、利用者へ掲示板の利用等の周知方法を工夫して提供することが望まれる。

《利用者本位の福祉サービス》

コロナ禍の影響で見学、体験入所、一日利用等の希望に対応できていないため、状況に応じた対応がなされるよう期待したい。またサービス終了時の対応や今後の相談方法等について記載した文書を作成し配布することが望まれる。

《利用者の尊重と権利擁護》

権利侵害の防止等のために具体的な内容・事例は収集できているが、利用者に提示して周知できていない。また、身体拘束規程を作成しておらず、現在虐待委員会で協議しているが、作成後に職員に周知徹底して実践することを期待したい。

⑥第三者評価結果に対する事業所のコメント

今回で4回目の受審となり、今までの改善項目に対して継続して取り組みを行う中で、サービスの質の向上を目指して参りました。ユニット化、完全個室化の取り組み、昼夜完全分離を推し進める中で、お陰様で良い評価を頂くことができました。しかし、利用者様への活用できる地域資源の発信等、情報発信の部分で課題が残る結果となりましたので、今後はなお一層、利用者様が分かる情報提供の方法を検討し、改善を進める事で、利用者様、ご家族、地域の方に信頼されるよう取り組みを進めて参ります。今回の受審にあたり、ご協力を頂いた利用者様、ご家族の皆様、誠にありがとうございました。

⑦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。

障害者・児福祉サービス版

【共通評価基準】

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

| | | |
|-----------------------------|--|---|
| I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。 | | |
| 1 | ① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | a |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 法人理念・基本方針はパンフレット、ホームページに記載されている。事業計画書、生活支援要綱、サービス提供指針が策定され、知的障害のある方を支援するための行動規範（32項目の中から1項目づつ）と共に毎日唱和されている。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |

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 | 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 |
| 3 | 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 |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 社会福祉事業全体の動向の把握と分析を行い、経営環境や実施する福祉サービスの現状、設備、職員体制、人材育成や財務状況の分析に基づき、具体的な課題や問題点の改善に努力している。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |

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 | 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 |
| 5 | 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 |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 中長期ビジョンを明確に策定し、中期計画の3年間を単年度毎に表記している。また3年後以降についても具体的な目標を示し、毎月の施設現況報告を評価し課題、問題点を明らかにしている。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |

| | | |
|--------------------------|--|---|
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | | |
| 6 | 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 |
| 7 | ② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。 | b |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 事業計画は「支援要綱」に記載され、職員は半期毎に状況を把握し確認できている。家族への説明はコロナ禍の影響で文書で周知したが、利用者への説明には写真、映像、サイン集等、年々工夫されている。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 事業計画の説明は利用者が施設で生活する上で必要な情報であるため、適切に理解が促されるよう様々な方法を工夫されるよう期待する。 | |

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 | 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 |
| 9 | 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 |
| コメント | 良い点/工夫されている点： PDCAサイクルに基づき、福祉サービスの質の向上に向け、前・後期に事業の分析と見直し（2019年度事業報告には、達成、一部達成、未達成の明記）を行うシステムが整い、組織的な取組が行われている。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |

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 | 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 |
| 11 | 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 |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 管理者は具体的な職務を明文化し、あすわers（人事考課）や遵守すべき法律等の研修や勉強会を行い、具体的な取り組みに努めている。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |

| | | |
|-------------------------------|---|---|
| II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | |
| 12 | 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 |
| 13 | 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 |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 定期的に第三者評価受審を行い、事業計画はもとより福祉サービスに反映しており、経営や業務の分析や改善の実行性に取り組んでいる。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |

II-2 福祉人材の確保・育成

| | | |
|--|--|---|
| 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 | 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 |
| 15 | ② 総合的な人事管理が行われている。 | a |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 法人全体の人事考課システムの導入、各種就職セミナーへの参加、ホームページを利用し、福祉人材の確保と定着等、働きやすい職場作りを目指した総合的な人事管理が行われている。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |

| | | |
|-----------------------------|--|---|
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | |
| 16 | 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。 | a |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 職員の就業状況を把握し、心身・メンタル面を含めたワーク・ライフ・バランスに配慮したシステムが整い、働きやすい職場の改善にも努めている。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |

| | | |
|---------------------------------|--|---|
| 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 | ① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 | a |
| 18 | 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 |
| 19 | 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 |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 「あすわers」を基本にし、新人を含めた職員一人ひとりの育成のための教育・研修が定期的に行われ、総合的なシステム体制が確立されている。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |

| | | |
|--|--|---|
| 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 | 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。 | a |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 実習受け入れに対するマニュアルが作成され、専門指導者の研修・育成等が適切に実施されている。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |

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 | 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。 | a |
| 22 | 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 |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 法人各事業結果を「アニュアルレポート2019」としてまとめ、ホームページや機関誌などを活用すると共に、経営改善のため内部・外部監査の指導を受け、公正な透明性の高い情報公開に取り組んでいる。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |

II-4 地域との交流、地域貢献

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | |
| 23 | 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 |
| 24 | 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 |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 地域イベントの参加、文化面の公開（えん展等）、ボランティアや学校教育の受け入れマニュアルが整備され、支援できる体制が整っている。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 活用できる地域情報と資源は、利用者に口頭で説明するだけでなく、掲示板の利用等の周知方法を工夫して提供することが望まれる。 | |

| | | |
|----------------------------|---|---|
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | |
| 25 | 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 |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 利用者の利用できる社会資源のリストや資料は作成・明文化されており、定期的な諸会議で取り組みが行われ、法人として関係機関との連携に取り組んでいる。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |

| | | |
|-------------------------------|---|---|
| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | |
| 26 | ① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。 | a |
| 27 | 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 |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 地域の福祉向上のために、事業所の福祉避難所や地域住民との交流スペースの確保、広報誌や活動報告「思い」等の情報発信、各種イベント、地域ニーズに応じた事業、小学校への出前講座、生活困窮者・就労困難者支援に取り組んでいる。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |

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 | 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。 | a |
| 29 | 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。 | a |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 利用者を尊重する取り組みとして、理念・基本方針・生活支援要綱の毎朝の唱和、虐待防止第三者委員会の実施、個人情報の保護、住居環境の整備等々が総合的に行われている。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |

| | | |
|---|--|---|
| 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 | 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 |
| 31 | 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 |
| 32 | 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 |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 福祉サービスの開始・変更について、家族と成年後見人に同意を得ており、利用者に対しては個々の状態を「見える化」する「サイン帳」を作成し、時間を掛けた対応が行われている。 | |
| | 改善できる点/改善方法： コロナ禍の影響で見学、体験入所、一日利用等の希望に対応できていないため、状況に応じた対応を期待したい。またサービス終了時の対応や今後の相談方法等について記載した文書を作成し配布することが望まれる。 | |

| | | |
|----------------------------|---|---|
| Ⅲ- 1 - (3) 利用者満足の上昇に努めている。 | | |
| 33 | 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。 | a |
| コメント | 良い点／工夫されている点： 第三者評価結果を総合的に分析・検討することで、利用者満足度の上昇のための仕組み（毎月の調査と面接）を整え、取組んでいる。 | |
| | 改善できる点／改善方法： 特になし。 | |

| | | |
|-------------------------------------|--|---|
| 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 | 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 |
| 35 | 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 |
| 36 | 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 |
| コメント | 良い点／工夫されている点： 要望の増加に対し、迅速に対応していることが報告書などから確認でき、サービスの向上に関する相談・意見等に対し、改善提案へのプロセスが整っている。 | |
| | 改善できる点／改善方法： 利用者への苦情解決の仕組みの説明は、口頭にとどまらず、わかりやすい表現を用いて資料を作成・配布することが期待される。 | |

| | | |
|--|---|---|
| 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 | 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。 | a |
| 38 | 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 |
| 39 | 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。 | a |
| コメント | 良い点／工夫されている点： 安心・安全な福祉サービスを提供するために、法人と事業所独自のリスクマネジメント体制を構築して、感染症や災害時対策等総合的な対応を可能としている。 | |
| | 改善できる点／改善方法： 特になし。 | |

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 | 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。 | a |
| 41 | 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 |
| コメント | 良い点／工夫されている点： 毎月の職員会議は職員が参加できるよう第4週の火・金曜日に開催するように配慮している。会議では、支援の振り返り、ミニ研修も行っている。新任職員には、3か月目、6か月目にフォローアップ研修を行い、新任職員研修レポートで、毎月業務の振り返りをして、上司がコメントする等の支援に努めている。業務マニュアルを年1回見直しをしている。 | |
| | 改善できる点／改善方法： 特になし。 | |

| | | |
|--|--|---|
| 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 | 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。 | a |
| 43 | ② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。 | a |
| コメント | 良い点／工夫されている点： 利用者全員の栄養・食生活支援計画を管理栄養士の意見も聞いて作成している。また、緊急に変更する場合（年2回）は、関係部署が集まり課題について話し合い、検討して支援に繋げている。 | |
| | 改善できる点／改善方法： 特になし。 | |

| | | |
|-----------------------------------|--|---|
| 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 | 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、職員間で共有化している。 | a |
| 45 | ② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | a |
| コメント | 良い点／工夫されている点： 支援内容をどの職員も簡単に評価できるように○で記入する仕組みにしている。個人情報はパソコンで個別に管理し、必要な情報が的確に届けられるようになっている。申し送りもパソコンで共有している。パソコンのデータは決まったUSBメモリーでしか持ち出せないようになっていたり、登録したデジタルカメラがパソコンに取り込めないようにし、個人情報の漏えいがないようにしている。個人の連絡先や肖像権等の確認は毎年更新している。 | |
| | 改善できる点／改善方法： 特になし。 | |

【内容評価基準】

A-1 利用者の尊重と権利擁護

| | |
|-----------------|---|
| A-1-(1) 自己決定の尊重 | |
| A① | 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 |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 利用者の誕生日に個人外食を行っているが、行先の選択を利用者が選びやすいように視覚支援を行い、職員が付き添っている。自治会では、職員が中心となり、食事のルールや交通マナーを話し合っている。園長と語る会を年1回（1月）行い、意見交換の場を設けている。利用者の食事、外出場所の要望を各フロアで視覚情報も用いて聞いており、その記録も残している。 |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 |

| | |
|------------------|---|
| A-1-(2) 権利侵害の防止等 | |
| A② | 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 |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 特になし。 |
| | 改善できる点/改善方法： 権利侵害の防止等のために具体的な内容・事例は収集できているが、利用者に提示して周知できていない。また、身体拘束規程は作成できておらず、現在虐待委員会と協議しており、11月の理事会の決議後に、職員に周知徹底して実践することを期待したい。 |

A-2 生活支援

| | |
|---------------|---|
| A-2-(1) 支援の基本 | |
| A③ | ① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。 a |
| A④ | 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 |
| A⑤ | 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 |
| A⑥ | 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 |
| A⑦ | 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 |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 利用者が希望すれば金銭管理を行う。地域のお祭りや体育会、文化祭にも参加し作品等も出品している。内部研修、外部研修を年間計画を立てて行い、困難な支援に対してアドバイスがもらえるSV（スーパーバイザー）研修も行っている。 |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 |

| | |
|------------------|---|
| A-2-(2) 日常的な生活支援 | |
| A⑧ | 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 |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 献立表を利用者にわかりやすく掲示し、また自治会で選んだメニューを食事に取り入れている。入浴は毎日15時から17時までで、個浴で1対1で対応している。半年に1回栄養モニタリングを行い、ケア計画をたてている。 |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 |

| | |
|--------------|--|
| A-2-(3) 生活環境 | |
| A⑨ | 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 |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 安全衛生委員会が、各部署の匂いや物品が壊れてないか毎月確認しており、24時間換気ができるようになっている。利用者は個室の仕様を畳かベッドか選択できるようになっている。感染症（新型コロナウイルス）が発生した場合のシュミレーションも行っている。強度行動障害の部屋は扉が閉まる造りになっており、安心・安全に配慮している。 |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 |

| | |
|-------------------|--|
| A-2-(4) 機能訓練・生活訓練 | |
| A⑩ | 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 |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 病院の理学療法士の指導を受けて機能訓練を行っている。歩行訓練では利用者に主体的に動いてもらうために視覚カードを使用したり、目標に向かって頑張るための「強化子」を設ける等の工夫をしている。 |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 |

| A- 2- (5) 健康管理・医療的な支援 | | |
|-------------------------|---|---|
| A ⑪ | 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 |
| A ⑫ | 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 |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 服薬を保管する薬品庫があり、空調管理をしながら管理している。医務職員が複数で投薬をセットし、各フロアーでも職員複数名で確認をして服用している。日々は看護師が健康状態を確認し、嘱託医は3か月に1回、利用者の健康状態を確認している。インフルエンザ、健康診断、歯科受診など年間計画をたてている。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |

| A- 2- (6) 社会参加、学習支援 | | |
|-----------------------|--|---|
| A ⑬ | 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 |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 今年度は新型コロナウイルスの感染防止のためイベント等の実施は控えているが、通常は日帰り旅行を企画して、利用者が行きたい所を選択して社会参加できるようになっている。家族の交流の日（ふれあいの日）を設け、家族が気軽に来所できる日を設けている。また、買い物支援を行い、お金の払い方やマナーを学ぶための支援もしている。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |

| A- 2- (7) 地域生活への移行と地域生活の支援 | | |
|------------------------------|--|---|
| A ⑭ | 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 |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 利用者に年度末の報告会で地域生活への移行について希望を確認している。また、地域移行の条件を満たした利用者にはグループホームでの生活を体験してもらい、移行に向けての具体的支援を行っている。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |

| A- 2- (8) 家族等との連携・交流と家族支援 | | |
|-----------------------------|---|---|
| A ⑮ | 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 |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 家族の交流の日（ふれあいの日）に行事を行うことで、家族の施設への来所を促し、意見交換の場を設けている。年2回個別支援計画の報告を行い、7月の寮懇談会では、事業計画の説明をし、フロアごとに利用者支援の報告も行っている。帰省連絡票を用いて、行動や健康の記録を渡し、安心して帰省できるよう配慮している。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |