

## 秋田県福祉サービス第三者評価結果表

### ①第三者評価機関名

社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会

### ②施設・事業所情報

名称：障害者支援施設更望園	種別：障害者支援施設	
代表者氏名：施設長 瀬川 健	定員（利用人数）： 30 名	
所在地：秋田県鹿角郡小坂町小坂字大石平 45		
TEL：0186-29-3740	ホームページ： <a href="http://a-hanawafukushikai.jp/">http://a-hanawafukushikai.jp/</a>	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：昭和 55 年 1 月 15 日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 花輪ふくし会		
職員数	常勤職員： 23 名 非常勤職員 0 名	
専門職員	（介護福祉士） 4 名 （准看護師） 1 名	
	（ヘルパー 2 級） 3 名 （栄養士） 1 名	
	（調理師） 3 名	
施設・設備 の概要	（居室数）	（設備等）
	18 部屋	

### ③理念・基本方針

#### 法人経営理念

- ・笑顔とありがとうの心で地域福祉を創造します

#### 施設運営方針

- ・個人の尊厳を基本として、日々の暮らしが健康的で明るい生活の実現に努めるとともに、利用者の障がいや加齢に伴う心身に変化があった場合においても、利用者一人ひとりの明るく潤いのある生活の実現を支援します。
- ・利用者個々の有する能力を維持継続し、自己選択・自己決定を基に、自立した日常生活を送ることができるよう、個別支援計画を策定し、安心安全な生活環境を作ることに努めます。

### ④施設・事業所の特徴的な取組

- ・法人で自閉症支援強化のために若手職員を育成する研修（自閉症構造化プログラム）を行っている。プログラムに基づき利用者ごとに「生活支援シート」が作成され、月 2～3 回の中間報告や毎月の評価を行い、次月につなげている。実施と評価を繰り返すことで効果的な支援方法を探っている。

### ⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年8月22日（契約日）～ 令和2年2月6日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成28年度）

### ⑥ 総評

#### ◇特に評価の高い点

・法人による人事考課制度、目標管理制度が整備されており、その運用も確立されている。制度を理解したうえで活用できるよう、制度運用のための研修も法人により実施されている。

・法人共通の「ケアマニュアル」に基づいて毎月実施する「不適切ケア・虐待防止チェックリスト」は、各職員が自らの支援について振り返りができる仕組みになっている。結果は集計され、職員にフィードバックされ、できていない部分について主任がフォローし、施設の支援の質の向上につながっている。

・「研修目標シート」の活用により、研修目的が明確化され、事前学習のためのツールにもなっており、効果的に研修を受講できる仕組みになっている。

・利用者個々の行動傾向や生活態度の特徴が記録された「利用者支援業務標準」を作成し、全職員が全ての利用者分を所持することで、支援が標準化され、支援サービスの質の向上に努めている。

#### ◇改善が求められる点

・事業計画は、年度における施設の約束事を記載したものであり、利用者や家族に伝えるべき重要なものであるという認識に基づき、利用者やその家族への周知方法について検討してもらいたい。

・苦情解決の仕組みがより効果的に機能するよう、意見箱の設置等、施設へ意見を伝えるための様々な手段を用意してもらいたい。

### ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

受審したことにより見落としていた事柄や、事業を進める上でのヒントを得ることができました。今回の評価結果を職員全員で共有し利用者様のニーズの掘り起こし、生活に寄り添った支援を実践します。

今後の高齢化を踏まえ、支援員の介護技術のスキルアップを図り、関係機関との連携を深めながら、より安心な生活を送ることができる支援を行います。

### 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。

(別紙)

## 第三者評価結果

※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。  
※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。

### 【共通評価項目】

#### 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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。</p> <p>施設の運営方針は、法人の理念を具体化したもので、個人の尊厳と明るい生活を重視した利用者支援の実現を目指すことを明確化している。これを施設内に掲示し、ホームページにも掲載している。毎年4月に施設長から利用者へ事業計画など説明している。またその年の担当職員も発表し、紹介している。</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が的確に把握・分析されている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。</p> <p>社会福祉事業全体の動向を把握し分析を行い、施設長会議において法人内の各施設と状況を共有している。</p> <p>赤字、黒字といった経営状況を明らかにしたうえで経営方針を判断している。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営環境と経営状況の把握・分析に基づき経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。</p> <p>法人において中長期計画の理念や経営方針の実現に向けたビジョンを明らかにし、施設長会議で経営状況について議論し、経営課題を明確にしている。</p> <p>施設では職員に施設長会議の記録を配布し情報共有している。</p>		

### 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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営や実施する福祉サービスに関する中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。</p> <p>法人の理念、基本方針に沿った中長期計画「第四次基本計画(令和元年～令和3年)」が策定され、必要に応じ見直しがされる仕組みがある。数値目標や具体的な成果が明記されたものになっている。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。</p> <p>法人の中長期計画に基づいて、施設の単年度の事業計画が立てられている。単年度の事業計画は可能な限り具体的な内容にし、中間、期末の年2回事業所内で計画の進捗状況进行评估し、法人に報告している。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>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。</p> <p>事業計画は、各担当ごとに案を出し、それを集約し、策定している。9月の職員会議で上半期の進捗状況を振り返り、下半期に対応するなど、実施状況の把握や振り返りを組織的に行っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画を利用者等に周知していない。</p> <p>事業計画は施設内に掲示されているが、利用者の重度化・高齢化が進む中、計画内容の十分な周知ができていない。</p> <p>家族向けには、広報誌への掲載等を検討しているので実施を期待する。利用者への説明についても他事業所の事例を収集する等、工夫して実施してほしい。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの質の向上に向けた取組みが組織的に行われ、機能している。</p> <p>法人の「ケアマニュアル」に基づいた利用者に対する「不適切ケア・虐待防止チェックリスト」を毎月実施している。支援の質の向上に努めている。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。</p> <p>毎月実施する「不適切ケア・虐待防止チェックリスト」は、集計され職員にフィードバックされ、改善に向けた取組みとなっている。前回の第三者評価の結果は事業計画に反映させている。第三者評価結果は法人へ提出しているため、法人内監査で改善点のチェックがされる仕組みになっている。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。</p> <p>職務分掌や施設の広報誌において、施設長の役割と責任を明確化している。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組みを行っている。</p> <p>施設長は、施設長会議や委員会、研修参加により必要な情報を得ている。</p> <p>3か月ごとの職員会議でコンプライアンスの重要性を伝えている。</p>		

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組みに十分な指導力を発揮している。</p> <p>毎月の「不適切ケア・虐待防止チェックリスト」実施結果は職員に提示する前に運営会議（主任以上）で話し合っている。そこでの施設長の意見をふまえ、生活支援会議（現場職員の会議）でフィードバックされている。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、経営の改善や業務の実効性を高める取組みに十分な指導力を発揮している。</p> <p>施設長会議で経営面の指摘事項があると職員に周知し改善されるよう指示したり、施設内の会議運営の効率化を図ったりすることで、経営の改善や業務の実行性を高めるための取組みを行っている。</p>		

## 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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、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おり、それに基づいた取組みが実施されている。</p> <p>法人の人材育成計画「人材育成の取り組みに関わる指針」に基づき、人材の確保や育成が実施されている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>総合的な人事管理を実施している。</p> <p>法人本部による「人事考課規程」が整備されており、その運用も確立されている。職員の希望や課題についても処遇を含め適切に処理されている。</p>		

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り組んでいる。	a
<p>&lt;コメント&gt;職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。</p> <p>施設長は、職員に対して年2回に分けて直接面談をしている。施設長や主任等の上司職員と職員がお互いに話しやすい環境になっている。計画年休も取りやすい環境になっている。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が適切に行われている。</p> <p>目標管理制度が導入され、施設長が目標管理面接を実施している。目標管理シートには施設の目標が明記され、各職員が、施設の目標と昨年度の課題を基に目標を立て、その達成に向けて取り組める内容となっている。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>組織として職員の教育・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。</p> <p>法人の人材育成計画「人材育成の取り組みに関わる指針」に基づき、教育・研修が実施されている。</p> <p>職員は高卒者や他職種からの転入者が多く、そのため施設職員の資格取得者を増加させる目的から法人として資格取得試験講習会を定期的を開催している。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。</p> <p>職員の研修機会は、一定の予算のもとに確保されている。個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況に合わせて参加させている。</p> <p>事前学習のツールとして「研修目標シート」を活用し、研修目的を明確化している。</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。		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>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てはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組みには至っていない。</p> <p>実習生等の福祉サービスに係る専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化している。福祉系の大学及び専門学校との連携を図るため実習担当職員打合わせ研修会へも出席しているが、地理的關係もあり応募者がいない状況である。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。</p> <p>法人の広報誌は、県内の社協や福祉施設へ送付するとともに、法人の圏域内へは新聞折込で配布し、情報公開を行っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組みが行われている。</p> <p>施設における定期的内部監査は、会計・預かり金・IT統制等「内部監査実施規程」に基づき実施されている。また、監査法人により外部監査も行われており、透明性が担保されている。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。</p> <p>利用者の高齢化・重度化によって地域へのイベント参加が困難となっているが、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;  ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。</p> <p>ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。  法人において、ボランティアポイント制度を整備しているほか、教育機関へも働きかけを行っている。</p> <p>地理的關係もあり応募者がいない状況である。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;  利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。</p> <p>必要な関係機関・団体、社会資源をリストにしている。それぞれと常時、地域共通の課題について連携している。</p> <p>今後は、関係機関・団体との定期的な連絡会等の実施を期待したい。</p>		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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>&lt;コメント&gt;  地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っている。</p> <p>福祉ニーズは圏域内での事業活動や、行政・社協とのやりとり等で把握している。施設長が参加する法人の事業推進会議において圏域の福祉ニーズ把握について話し合われている。法人本部では、毎年鹿角広域を対象とし、「鹿角市いきいき健康づくりフォーラム」を鹿角市花輪において開催し、地域貢献を図っている。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;  把握した地域の具体的な福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動を積極的に行っている。</p> <p>法人の実施する地域貢献事業に施設としても参加している。県の認定を受け、法人本部として「生活困窮者就労訓練事業」に取り組んでいる。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。</p> <p>利用者のよりよい施設生活を支援する取組みでは、全利用者の行動傾向や生活態度の特徴が記録された「利用者業務標準」を全職員が持ち、それを基にして支援目標を設定して働きかけと振り返りを行い、変更したら差し替えている。</p>		
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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者のプライバシー保護等に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が行われている。</p> <p>利用者のプライバシー保護について、マニュアルが整備され、職員の理解が図られている。プライバシー、虐待防止を内容とする施設内研修が行われている。</p> <p>法人のケアマニュアルを用いて常にチェックをしている。</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。		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。</p> <p>施設の見学や体験入所の希望者は、法人本部が窓口となっているが、直接施設でも受け付けている。パンフレット等を利用して説明している。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービス開始・変更時の同意を得るに当たり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に分かりやすく説明を行っている。</p> <p>入所時の利用者や家族への説明は、重要事項などについて十分理解されていることがアンケートで読み取れた。また、個別支援計画に関しても、モニタリング時の説明等で同意を得ている。</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当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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等に当たり福祉サービスの継続性に配慮している。</p> <p>福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮され、引継ぎ書類として「利用者業務標準」を提供している。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足度調査等の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。</p> <p>利用者の会「四季の友」は、利用者の高齢・重度化により運営が難しくなっているが、第三者評価の定期的な受審や日常の支援の中で、利用者や家族の満足度の把握に努め、改善に努めている。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。</p> <p>苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。</p> <p>隔月で開催するサービス点検調整委員会で利用者等から寄せられた意見に対応しているが、意見箱の設置がされていないので、隠れた意見や苦情を把握できる仕組みづくりに取り組むことが望まれる。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。</p> <p>苦情相談窓口はふりがな付きで掲示されている。利用者の相談や意見は、職員の日常的支援活動の中でも聴くことにしており、いつでも誰にでも相談できる体制になっている。家族からの意見は、定期的近況報告の際に聴くことができている。</p>		

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
<p>&lt;コメント&gt; 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。</p> <p>利用者からの相談や意見は、申し送り事項として記録され、職員間で共有している。内容によって緊急なもの、急がないものとの区別し、運営委員会で対応している。日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt; リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析、対応策の検討・実施が適切に行われている。</p> <p>「リスクマネジメント委員会」記録では、事故・ヒヤリハット報告を検証するとともに、身体拘束、権利擁護と虐待防止、感染症についても検討されている。特に、夜間は人手減となるため赤外線センサー、カメラを設置して侵入者防止に努めている。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt; 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組みを行っている。</p> <p>感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。感染症に関して、保健所主催の研修に参加しているほか、隣接施設の「あすなろ」と共同で職員研修を行っている。</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行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。</p> <p>当該施設の裏手が山崩れの危険力所になっているが、隣接する「あすなろ」職員と一緒に自衛消防隊組織を形成している。夜間想定を含む避難訓練を3回、その内1回は広域消防が入り実施している。</p> <p>法人として緊急時事業継続計画（BCP）が策定されており、施設独自の計画も策定中である。</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。		
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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>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、それに基づいた福祉サービスが実施されている。</p> <p>法人共通のケアマニュアルに基づいて支援が実施されており、毎月の「不適切ケア・虐待防止チェックリスト」で標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みになっている。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。</p> <p>マニュアル類の見直しは、法人の施設管理委員会で行っている。事故・ヒヤリハット報告をもとに、個別支援計画を見直している。実施状況をリスクマネジメント委員会で確認を行う仕組みがある。</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。		
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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）を策定するための体制が確立しており、取組みを行っている。</p> <p>担当支援員、看護師、栄養士等が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。「利用支援業務標準」と類似したアセスメント様式を使用することで変化に気づきやすい仕組みになっている。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。</p> <p>6カ月ごとの「個別支援計画」の見直しは、サービス管理責任者を中心に専門スタッフで行い、必ず評価して見直しをするシステムとなっている。</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。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービスの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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。</p> <p>パソコンの支援ソフトを活用し、支援記録等の記録が行われている。支援ソフトや施設内ネットワークの活用により、職員間の共有もされている。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。</p> <p>個人情報保護規程等により、記録の保管、保存、廃棄、情報の提供を定めている。支援や申し送り等の記録はパソコンシステムで管理され、役職に応じて権限設定されたログインIDやパスワードが各職員に知らされている。IT統制に関する法人内部監査でチェックもされている。</p>		

## 【内容評価項目】

### 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		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組みを行っている。</p> <p>利用者の主体的な活動については、利用者の意向を尊重しながら、その発展を促すように支援を行っている。意思表示が難しい人が増えてきているため、ことばや表情、ジェスチャーのほか、絵カードで次の行動を提案するなど職員からアプローチし、支援に繋げている。</p>		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
②	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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の権利侵害の防止等に関する取組みが徹底されている。</p> <p>原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法等を明確に定め、職員に徹底している。身体拘束の実施状況についてリスクマネジメント委員会で点検・確認をしている。</p>		

### A-2. 生活支援

		第三者評価結果
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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。</p> <p>利用者の認知能力や運動機能の低下により、高齢者介護の傾向が強くなっている。そのため、職員の支援量が増えているが、日々の変化を確認しながら、利用者のできることは見守り、難しい時には介助を行っている。</p>		

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。	a
<p>&lt;コメント&gt;          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。</p> <p>表情やジェスチャーから利用者の思いを汲み、コミュニケーションツールは必要に応じて使用している。</p> <p>言葉での意思伝達が難しい利用者に対しては、表出している行動の基となっているものを探り、対応している。</p> <p>自閉症の利用者へは、日課を伝えるのに絵カードを使用している。</p>		
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。	a
<p>&lt;コメント&gt;          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。</p> <p>職員は、利用者から個別に意思や訴えを聴いている。面談室に限らず、直接の訴えがあったり、支援中に聞かれることもあり、利用者を尊重して訴えや相談内容に早急に対応している。</p>		
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。	a
<p>&lt;コメント&gt;          個別支援計画に基づく日中活動と利用者支援等を行っている。</p> <p>日中活動の計画が立てられており、利用者の個別支援計画に位置づけられている。利用者の希望する活動に参加できるようになっている。自閉症の利用者に対しては「自閉症構造化プログラム」に基づいた活動も行われている。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;          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> <p>利用者それぞれの行動障害に対応した「利用者業務標準」を基にして個別的で適切な対応を行っている。</p> <p>法人で自閉症支援強化のために若手職員を育成する研修を行い、専門知識の習得と支援の向上を図っている。</p>		

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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っている。</p> <p>個別支援計画は、利用者個々の障害特性も踏まえた支援目標が設定され、「利用者業務標準」を基にして計画されている。利用者の障害別特徴を踏まえた食事、入浴、排泄、移動・移送の項目は生活支援として位置づけられている。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>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。</p> <p>個室ではないものの、2人居室にプライバシー保護の目的で仕切りを設け、安眠できる環境を確保した。また、悪臭消去や暖房設備の改修等のためトイレ改修工事を行うなど、環境の整備に努めている。</p>		
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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の心身の状況に応じた生活訓練を行っている。</p> <p>日中の活動日に歩行訓練、医療用マッサージ器を活用した支援等を行っている。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>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。</p> <p>利用者のバイタルチェックを実施している。高齢化が進んでいるため、職員は法人内研修で介護施設で高齢者に起こる緊急時の対応等を学んでいる。訪問調査時、昼食時に利用者が誤嚥したが、職員が適切に対応していた。</p>		

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
<p>&lt;コメント&gt;  医療的な視点が適切な手順と安全管理体制のもとに行われている。</p> <p>利用者の中にB型肝炎キャリアがいるが、その医療的処置に万全を期している。毎回の検温等バイタルチェックは適切に行われ、各種の検診も実施されている。服薬は利用者の顔写真付きのケースに収められ、読み上げ確認して服薬を支援している。</p>		
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。	a
<p>&lt;コメント&gt;  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。</p> <p>毎年1度、社会学習を兼ねて一泊旅行を実施しており、行き先は利用者の希望に添って選択されている。外出時の金銭の使い方について、予算内で買い物をするため、何にいくら使うか配分を計画できるシートを担当職員が作り、利用者が考えられるように支援している。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;  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が十分ではない。</p> <p>地域への移行は、軽度者が平成23年度にグループホームへ転出した後は、計画されていない。</p> <p>地域移行の希望があれば対応する体制はあるが、現在は対象者がおらず、具体的な働きかけはしていない。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;  利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。</p> <p>家族会は利用者家族の高齢化に伴い解散しているが、家族の都合に合わせて電話連絡したり、広報を送付したりして連携をしている。利用者の今後について、家族の意向を確認したり、相談を受ける等、支援している。</p>		

### A-3. 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
⑬	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。	評価外
<コメント>		

### A-4. 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
⑭	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。	評価外
<コメント>		
⑮	A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるような取組と配慮を行っている。	評価外
<コメント>		
⑯	A-4-(1)-① 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。	評価外
<コメント>		