

## 福祉サービス第三者評価結果報告書

事業所名 生活介護事業所 奏の丘

評価実施期間 2020年2月5日～2月5日

## 1 評価機関

名称	公益社団法人鹿児島県社会福祉士会
所在地	鹿児島市鴨池新町1番7号 社会福祉センター5階

## 2 事業者情報【2020年2月5日現在】

事業所名称： (施設名)	生活介護事業所 奏の丘	サービス種別：	指定生活介護事業所
開設年月日：	平成26年8月1日	管理者氏名	施設長 久木元御千子
設置主体：	社会福祉法人 常盤会	代表者役職・氏名	理事長 久木元 司
経営主体：	社会福祉法人 常盤会	代表者役職・氏名	理事長 久木元 司
所在地：	〒899-2701 鹿児島県鹿児島市石谷町1653番1		
連絡先電話番号：	099-295-6571	FAX 番号：	099-295-6572
ホームページアドレス	www.tokiwakai.com	E-mail	Kanade@tokiwakai.com

## 基本理念・運営方針

## 【法人理念】

- ・ 地域の方々の社会福祉支援を目的に誠心誠意のサービスを行います。
- ・ 地域の方々が安心、快適にご利用いただける社会福祉サービスを行います。
- ・ 全ての職員は、倫理理念を遵守し専門性を高め地域社会の一員として社会福祉の充実を目指します。

## 【基本方針】

- ・ 利用者の基本的人権を尊重し、受容と傾聴を基本に心に寄り添う支援、自らの力を生み出せる支援を実践します。
- ・ 利用者への権利擁護の意識を強く持ち、より専門的な支援ができるようスキルアップに努め、地域に目を向けた福祉活動を実践します。

## 【運営方針】

- ・ 利用者個々の実態に即した個別支援の提供
- ・ 第三者評価基準にもとづく、質の高い福祉サービスの実現
- ・ 利用者家族等との連携と深い信頼関係の構築
- ・ 施設設備の計画的な整備
- ・ 計画的な人材育成の推進
- ・ 様々な取り組みの多角的な分析と数値化・グラフ化

## 【施設事業所の特徴的な取組】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個別支援計画にもとづく支援の実践</li> <li>・ 作業活動・個別活動・体力維持活動・余暇時間を柱とした支援の実践</li> <li>・ 環境の構造化を取り入れた支援の実践</li> <li>・ 経験の拡大を図る支援の実践 (生活経験の拡大を図る支援の実践、社会体験の拡大を図る実践)</li> <li>・ リハビリテーションをとり入れた支援の実践</li> </ul>
--

## 【利用者の状況】

定員	40名	利用者数	38名
----	-----	------	-----

## 【職員の状況】

職 種	勤務区分				※常勤換算	※基準職員数		
	常勤(人)		非常勤(人)					
	専従	兼務	専従	兼務				
施設長	1				1	1		
サビ管等	1				1	1		
支援員等	15		6		18	13.4		
栄養士	1				1	1		
看護師	0		1		0.5	0.1		
前年度採用・退職の状況			採用	4人	常勤	3人	非常勤	1人
			退職	1人	常勤	0人	非常勤	0人
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数						5.8年		
○直接処遇に当たる常勤職員の当該法人での平均勤務年数						4.69年		
○常勤職員の平均年齢						31.3歳		
○うち直接処遇に当たる職員の平均年齢						29.8歳		

## 3 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2019年11月5日(契約日)～ 2020年2月5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)

## 4 評価の総評

## ◇特に評価の高い点

- ・ 社会福祉法人常盤会は、鹿児島県内の社会福祉事業者の中でも福祉サービス第三者評価事業に率先して取り組まれ、当事業所「奏の丘」も第三者評価を受審し自己評価を取り入れることで、施設運営の全体にわたって、福祉施設に必要とされる条件が整っていることが高く評価されます。
- ・ 法人の理念、基本方針は、事業所の事業計画、広報誌、ホームページ等に明示され、使命や目指す方向が読み取れます。組織として求められる職員像を「求められる職員のあり方」として明示しており、「目標面接カード」を活用した職員一人ひとりの目標管理と、管理者の面談による評価と見直しが行われています。
- ・ 利用者の意見・要望を聞き取るために、個別の面談、家族からの相談を受け、自立につながる支援も行われています。
  
- ・ 奏の丘では、利用者の障害特性や相性に合わせて3つのグループ編成を行い、利用者が目的や役割を持って過ごせるよう工夫されており、利用者の自己決定を尊重するエンパワメントの理念にもとづく支援に取り組む基本姿勢がうかがえます。
- ・ 意思表示が難しい利用者等が日中活動を自分で選択・決定ができるように、日々の行動予定表に写真やイラスト等のカードを用いており、コミュニケーション能力を高める訓練を含め、本人の意をくめるように配慮がなされています。カードはグループごとに選択内容や大きさを変えるなど利用者が使いやすいような工夫・配慮がなされています。
- ・ 権利侵害防止等への取組は、職員による人権侵害防止チェックを実施するとともに、日々の支援の中での困り事を抽出してグループワークによる職員研修を行うことで、権利侵害の防止と早期発見に努めています。
- ・ 「生活把握シート」を家族に記入してもらい家庭での利用者の様子を可視化、把握し、支援方法の検討・見直しに活かすとともに家族支援にもつなげており、利用者一人ひとりの状況に応じて、自律・自立に配慮した個別支援に取り組んでいることが感じ取れます。

## ◇改善を求められる点

- ・ 改善を求める点は特にありません。

上述のとおり、利用者の意向を尊重しながら利用者の主体的な活動の発展を促すような支援への取組、さらなる改善に継続して取り組まれることを期待します。

## 5 第三者評価を受けての感想

第三者評価の受審は2回目になりますが、前回の受審結果を基に改善事項を上げ、基準達成にむけて、職員それぞれの役割を分担しながら、課題検討会等で検証し、計画的に取り組んで参りました。

法人の理念、基本方針に基づいた支援の実践、特に利用者の障害特性にあわせた支援の提供、利用者の自己決定を尊重するエンパワーメントの理念に基づいた支援について取り組んで参りました。

今回の受審で、その点について具体的な取り組みや実践を丁寧に見ていただき、良い評価をいただいたことは職員にとってもこれからの励みになります。また、弱い部分についてもこれから取り組むべき課題が明らかになりました。課題を分析し、計画的に改善に向けて取り組んで参ります

今後も、サービスの質の向上を図り、利用者満足度を高めていけるよう、組織的に取り組んで参ります。

## 福祉サービス第三者評価基準 (様式2)

## 【 共通版 】 障害者・児福祉サービス用 H29年3月1日策定

## 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	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・理念や基本方針は、法人のパフレット、広報誌、ホームページ及び事業所案内のリーフレット等に明文化されており、事業所内に掲示されています。</li> <li>・職員への周知は、毎年度当初に開催する職員会議及び研修会において、グループワークの中で理念に沿った目標設定を行うほか、毎日の朝礼で読み合わせを行っています。</li> <li>・利用者や家族等に対しては、分かりやすく解説した資料を事業所内に掲示して周知しているほか、毎年4月に開催される「自治会総会」や「家族会総会」で分かりやすい資料を配布して説明しています。</li> </ul>		

## 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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業経営をとりまく環境や法人の経営環境の動向については、毎月開催の「管理職会議」において理事長から国の施策や福祉をとりまく環境等の情報提供があり、各施設長からの事業所「月次報告」により経営状況の把握・分析が行われています。</li> <li>・地域内の福祉に関する施策やデータの情報収集に努め、事業所の福祉サービス利用者の推移等による目標管理を行い、「課題検討会」で把握・分析して事業所の経営情報がとりまとめられています。</li> </ul>		
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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・経営状況や改善すべき課題、問題点については、毎月開催される法人内の「管理職会議」における月次報告の中で協議・検討されており、理事会・評議員会では財務諸表等が報告され、役員間で情報の共有がなされています。</li> <li>・事業所においては、施設長・主任・チーフを構成メンバーに毎月2回開催される「課題検討会」で明確にされています。</li> </ul>		

- ・法人内の「管理職会議」の内容は、毎月1回開催の職員会議等において全職員に伝達、周知され、「課題検討会」の内容は、議事録を全職員に回覧することによって周知が図られています。

## 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	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・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人で策定された中・長期事業計画では、法人の理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にしており、事業所では戦略スケジュールが策定されています。</li> <li>・中・長期事業計画は、数値目標や具体的な成果が設定され、「管理職会議」で実施状況の評価及び必要に応じた見直しが行われています。</li> <li>・事業所の中・長期収支計画では、各事業所の経営課題や問題点について収支を検討した内容を、法人全体の中・長期収支計画に反映される仕組みとなっているのですが、事業所の中・長期収支計画については確認できませんでした。</li> </ul>		
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・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・単年度事業計画は、中・長期事業計画戦略スケジュールを踏まえた内容となっており、事業内容が具体的に示され達成に向けた数値目標も設定されています。</li> <li>・事業計画には運営目標を掲げ、毎年度見直され、当該年度の重点目標は、より具体的で実行可能な事業内容となっています。</li> </ul>		
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・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画の策定にあたっては、①事業所の全職員がアンケートによる意見書提出、②意見書を取りまとめて「課題検討会」で検討、③事業所の事業計画策定、④法人で取りまとめ法人の事業計画策定、⑤法人理事会で決定するという手順で、組織として策定されています。</li> <li>・策定された事業計画は、年度当初の職員会議において全職員に説明して周知されています。また、年度の上半期の進捗状況を見ながら、「課題検討会」において職員からの意見書を取りまとめた中間評価結果にもとづいて見直し、改善につなげています。</li> </ul>		
7	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・b・c
評価概要		

<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画は、ひらがなを基調として読みやすく、要点を分かりやすくまとめた資料を事業所内に掲示しているほか、利用者や家族等に対しては「自治会総会」、「家族会総会」において説明して周知に努めています。</li> <li>・事業所の活動や行事内容は、利用者等の参加を促すために、毎週作成される支援計画週案を印刷してグループ毎に利用者や家族に配布されています。</li> </ul>
--

#### 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	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・c
<b>評価概要</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が提供する福祉サービスの質の向上に向けた取組としては、法人内に設置した「QCサービス向上委員会」が、年2回「家族アンケート調査」を実施し、調査で表明された意見は「課題検討会」で検討され、結果は文書等により家族に配布されています。</li> <li>・第三者評価基準にもとづく「自己評価」を年に1回実施するとともに、第三者評価を定期的に受審しています。評価結果は「課題検討会」で分析・検討が行われ、文書化して職員に回覧・周知されています。</li> </ul>		
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。	Ⓐ・b・c
<b>評価概要</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族アンケート調査や自己評価の結果は、「課題検討会」で協議・検討され、組織として取り組むべき課題を改善計画書にとりまとめて、職員に回覧することによって課題の共有化が図られています。</li> <li>・また、「課題検討会」は月2回実施され、改善策や改善の実施状況の評価を行い、必要に応じて改善計画の見直しが行われています。</li> <li>・改善策は、職員研修のグループワークで意見を整理したうえで検討され、例えば、事業所内の注意事項や約束事項を、利用者に分かりやすく視覚的な表示方法を導入するなど、実行に移されている実例を確認できます。</li> </ul>		

## 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	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

評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者の役割と責任は、職務分掌表及び法人作成の「管理者の役割と責任」「管理者・幹部のリーダーシップ宣言」に明文化されています。管理者は職員に対して、職員会議、朝礼時に事業所の経営・管理に関する方針や取組について表明しています。</li> <li>・利用者や家族等に対しては、毎年度の「自治会総会」「家族会総会」等の説明において、施設長自ら表明しています。</li> <li>・非常災害時等の有事における管理者の役割と責任については、統括責任者として「非常災害時役割分掌表」や「非常災害マニュアル」に明文化されています。</li> </ul>		
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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、法人の管理者用マニュアル綴りにある「遵守すべき法令集」を所持しており、法人内外で開催される研修会や勉強会に積極的に参加しています。</li> <li>・法人で作成された「遵守すべき法令集」は、職員用マニュアル綴りにファイリングして事務所に置かれ、全職員が必要に応じて随時閲覧できるようにされています。</li> </ul>		
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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、職員会議、課題検討会、ケース会議等の各種会議に必ず出席し、課題の把握に努め指導、助言を行うなど、継続的にサービスの質の向上に向けた取組を行っています。</li> <li>・管理者は、職員アンケートや職員会議での意見を取り入れ、福祉サービスの質の向上に向けての取組に努めています。</li> <li>・管理者は事業所内研修を毎月計画的に実施し、良質かつ適切な福祉サービスの提供が行われるよう、人権擁護や支援計画作成など、研修内容の充実を図っています。</li> </ul>		
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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は業務の実効性を高めるため職場内でのチームワークを重要視し、職場内研修では隔月にグループワークを導入するなど、職員間のコミュニケーションが円滑に行われ、組織内に共通認識が形成されるように配慮しています。</li> <li>・福祉サービスの質の現状について、法人設置の「QCサービス向上委員会」が実施するアンケート調査の結果のほか、職員室に設置した職員からの意見箱、「職員業務改善アンケート」等により、定期的、継続的に評価・分析を行うための取組がなされています。</li> <li>・職員会議開催時に管理者が講師となって講義を行うなど、サービスの質の向上に向けた職員の教育を行い、組織内での指導力を発揮しています。</li> </ul>		

## 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	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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人が目標とするサービスの質を確保するために必要な人材の確保や人員体制については、法人本部で管理されており、人事に関する方針は「人事管理における基本方針」に明文化され、具体的な計画は「法人戦略スケジュール」に明記されています。</li> <li>・福祉サービスの提供に関わる専門職の配置は、各事業所における事業計画戦略スケジュール及び事業計画に数値目標が設定され目標管理が行われています。</li> <li>・特にサービス管理者の育成は資格と経験が必要なため、段階的育成に計画的に取り組んでいます。</li> </ul>		
15	② 総合的な人事管理が行われている。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では職員研修などあらゆる機会を通じて、職員に対し「期待する職員像」等を明らかにしており、職能等級フレーム（キャリアパス）や明確な人事基準は職員に周知されています。</li> <li>・人事考課制度を導入して10年余りが経過しており、人材育成の観点からも定着し機能しています。</li> <li>・職員は年度当初に目標を設定した「目標面接カード」により、一次、二次の面接を受け、資格取得や異動の希望を表明し自分の将来像を描くことができるような仕組みがあります。</li> </ul>		
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組んでいる。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・働きやすい職場づくりに向けて、リフレッシュ休暇や今年度から導入された年末年始休暇、有給休暇（取得率6割～7割）や育児休暇等の取得を勧めるなど、ワーク・ライフ・バランスに配慮しています。育児休暇取得率も高く、男性の育児休暇取得も推奨しています。</li> <li>・「奏の丘」独自の取組として、各自が自分のやるべき仕事を書き出し「見える化」し、計画的に仕事をこなし業務を効率化する取組が試行されています。</li> <li>・法人内でメンタルヘルス研修を開催するとともに、悩み相談窓口を設置しており、事業所内でも職員が相談しやすい雰囲気づくりに努めており、職員の心身の健康と安全の確保に努めています。</li> </ul>		
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。	㉑・b・c
評価概要		

<ul style="list-style-type: none"> <li>・組織として期待する職員像は、常盤会の理念、基本方針に加え、「奏の丘」運営目標、事業計画に「求められる職員のあり方」として明示されており、それらが記載されている「常盤会マインド」を職員は常時携行しています。</li> <li>・職員一人ひとりの目標管理のため「目標面接カード」を活用した仕組みが構築され定着しています。</li> <li>・「目標面接カード」は目標・方法・手段について本人が記載し、〈主任・管理者の面談による評価⇒本人の自己評価〉のサイクルによる振り返りを通じて進捗状況や目標達成度を確認し、年3回の個別面接による目標管理、見直しを行いながら次年度目標につなげる仕組みになっています。</li> </ul>		
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・b・c
<b>評価概要</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・基本方針等に「期待される職員像」が明示され、組織が必要とする職員の知識や専門資格の取得についての具体的な数値目標が設定され、目標達成に向けて体系的な年間研修計画を策定し実践しています。</li> <li>・今年度からの取組として、研修後に講師役を務めた職員は一人ずつ主任等を交えて反省会による振り返りを行い、次回に向けた追加・変更点を検討し、さらなる研修内容の充実を図っています。</li> <li>・また非正規職員についても、必要な研修内容を勤務時間内に受けられるよう、工夫した取組が試行されています。</li> </ul>		
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・b・c
<b>評価概要</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員一人ひとりには、「目標面接カード」に資格取得や受講したい研修の具体的な目標を記載し評価できる仕組みがあり、全職員が研修を受講できるよう研修時間の変更等の改善を行っています。</li> <li>・新任職員には、法人で新任研修を実施するほか、職場内では1対1で対応するトレーナー制度が導入されています。また、OJT会議を年6回実施し、職員育成教育係の困り感、悩みを解消するための情報共有に取り組んでいます。</li> </ul>		
<b>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。</b>		
20	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・b・c
<b>評価概要</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「実習生受入マニュアル」が整備されており、研修・育成に関する基本姿勢や目標、受入手順が明示されています。また、法人が設置する「実習推進委員会」において実習種別に応じて、専門職種の特性に配慮したプログラムが作成されるなど、効果的な研修・育成が行えるよう支援体制が構築されています。</li> <li>・専門資格取得に必要な実習指導者は組織として育成される仕組みがあり、社会福祉士資格取得のための実習生を受け入れています。学校側と連携してプログラムを作成し、個別支援計画の作成など興味を持てる実習内容になるよう工夫しています。</li> <li>・受入にあたっては、利用者や家族等に対しても事前説明がされています。</li> </ul>		

## 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	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・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームページには、法人の理念や基本方針、事業計画、事業報告、予算、決算情報及び事業所の運営方針、活動状況等が適切に公開されています。</li> <li>・第三者評価の受審結果や苦情相談の体制、相談・苦情解決の方法等はホームページで公開され、苦情相談の内容は「常盤会だより」に公表されています。</li> </ul>		
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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では経理規定が整備され、事務・経理に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員に周知されており、事業所内でも同様に取り組んでいます。</li> <li>・法人では、定期的な内部監査の実施や会計監査人監査として外部監査を導入しており、外部の公認会計士による指導が毎月行われています。公平性と透明性を確保した適正な経営・運営のための取組が行われており、事業所内でも同様に取り組んでいます。</li> </ul>		

## 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	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・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域との関わり方については「地域公益部会会則」で基本的な考え方を明文化しています。</li> <li>・活用できる社会資源や地域のイベント情報は、事業所の玄関や受付前に「ゆうあいガイドブック」や「ハートフル相談支援センター」等のパンフレットを常備し、「トピックスニュース」等の掲示物があり、送迎バス等に掲示して利用者に積極的に情報を提供しています。</li> <li>・自治会の要望を受けて買い物体験を実現するため、電車等の公共交通機関を利用したの買い物、少人数での近隣のスーパーでの買い物、科学館等の施設見学などグループ活動を順次取り入れ、利用者のニーズに応じた取組を進めています。</li> <li>・地域が開催する文化祭等のイベントに積極的に参加しているほか、法人主催のスポーツレクリエーション交流活動や、鹿児島市ふれあいスポーツ大会に参加しています。</li> </ul>		
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・Ⓑ・c

<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の誕生会や季節の行事開催時には、大学や高校5校に案内を出し、ボランティアを受け入れて利用者との交流に取り組む姿勢が見られます。ボランティアの受入に関する基本姿勢は、「ボランティア受入マニュアル」に明文化されています。受入にあたっては、ボランティア受付簿に記載し、「ボランティアにあたっての注意事項」により事前研修と終了後アンケートを実施しています。</li> <li>・要請のある学校等からの受入やサマーボランティアへの事業所登録を行うなど、ボランティア受入の機会を順次増やしています。</li> </ul>		
<b>Ⅱ－４－（２） 関係機関との連携が確保されている。</b>		
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・ <b>②</b> ・c
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者により良い福祉サービスを提供するために必要な社会資源として、関係機関・団体の役割や連絡先はリスト化され事業所内に掲示されているほか、職員研修等で「関係機関との連携について」等の資料により説明がなされ、職員へ情報の共有化が図られています。</li> <li>・鹿児島市知的障害者施設連絡協議会や鹿児島市障害者自立支援協議会と定期的な連絡会を行っています。また、学校関係者との意見交換会や、地域の学校・グループホームとの情報交換会を実施し連携を図っています。</li> </ul>		
<b>Ⅱ－４－（３） 地域の福祉向上のための取組を行っている。</b>		
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・ <b>②</b> ・c
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が有する機能を地域に還元するために、家族や近隣住民を招いて事業所のスペースを活用した「かなでマーケット」を開催し、事業所を開放して利用者が作成した作品や製品の展示・販売を行っています。また地域内の「石谷校区まちづくり協議会」に参加し協力しています。</li> <li>・特別支援学校の生徒に対するマナー教育を、サービス管理責任者が出前授業として実施しています。</li> <li>・災害時に地域の方々の避難場所としての指定を受けて、鹿児島市と「災害時における福祉避難所設置に関する協力協定」を締結しています。</li> <li>・鹿児島県災害派遣福祉チーム（DCAT）と派遣協定を結び、大規模災害時における災害時要配慮者に対する福祉支援を行う用意があります。</li> </ul>		
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・ <b>②</b> ・c
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の社会福祉ニーズにもとづく公益的な事業や活動として、生活困難者を法人全体で受け入れることとしているほか、事業所では、夏休みや冬休みに養護学校の生徒を受け入れる「オープンかなで」を実施しています。</li> <li>・産業現場実習を通して福祉ニーズの把握に努めています。</li> </ul>		

・「かごしまおもいやりネットワーク事業」に法人として参加し、社会貢献活動に協力しています。

### 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	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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者を尊重した福祉サービスの提供については、基本方針に明文化され、基本姿勢は事業所が策定した個々のサービスの標準的な実施方法に反映されています。</li> <li>・倫理要綱や規程は職員室に掲示され、法人で作成した「常盤会マインド」を全職員に配布して朝礼時に読み合わせを行っているほか、外部の研修会参加や事業所内研修を実施しています。</li> <li>・全職員に対して、人権に関するチェックシートや意識調査を年3回定期的に実施し、実態把握や検証を行い、サービス提供時に活かし実践するための取組がなされています。</li> </ul>		
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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者のプライバシー保護等の権利擁護については、法人が設置する「人権擁護委員会」において、「利用者のプライバシー保護」「人権配慮」「虐待防止」の各マニュアルの策定・定期的見直しが行われています。</li> <li>・事業所内では朝礼時に「常盤会マインド」や「人権擁護ハンドブック」の読み合わせを行い、外部講師を招聘した法人研修や職場内研修会において、プライバシーや人権擁護に関する研修を行っています。</li> <li>・利用者や家族に対しては、分かりやすい内容で読みやすく作成した2種類の説明資料を事業所内2箇所に掲示しているほか、利用契約時の「重要事項説明書」にもとづく説明や、「自治会」や「家族会」で説明がされています。</li> <li>・不適切な事案が発生した場合については、「虐待防止マニュアル」に発生時の対応方法や体系が明示されています。</li> </ul>		
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・c
評価概要		

- ・利用希望者のサービス選択に必要な情報は、パンフレット・リーフレットを法人の施設・事業所、「ハートピアかごしま」「鹿児島市役所松元支所」「特別支援学校」等に配布し入手しやすいようにしているほか、ホームページにも掲載しています。
- ・事業所の見学や利用希望者には、サービス内容を分かりやすくし、「奏の丘」の行事や活動の様子を写真やイラスト、パワーポイントを使って、見学の前に紹介・説明するなど、工夫しています。
- ・また、学校に行けない子どもについても、市町村からの依頼を受け学校の先生と連携しながら面談を行い、体験利用につなげるなど積極的な対応を行っています。

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・b・c
----	--------------------------------------	-------

**評価概要**

- ・福祉サービス利用開始時には、体験通所を受け入れ、事業所の取組、雰囲気を経験した後に、利用者や家族等が利用を決定する仕組みが構築されています。
- ・「利用契約書」「重要事項説明書」により説明を行い、利用者や家族等の同意を得てから利用を開始するようルール化されています。
- ・サービス内容を変更する場合は、家族来所時や家族会開催時に分かりやすく説明をして、記名・押印により同意を得てから変更される仕組みができています。
- ・意思決定支援会議で利用者の意思に沿った支援ができるように配慮しています。

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。	a・b・c
----	---	-------

**評価概要**

- ・事業所の変更によるサービス利用終了時の対応については、「退所者(児)・卒園者(児)マニュアル」において、相談窓口の案内や就労後の支援、つなぎシートの作成などによる継続性に配慮した対応をすることが明文化され、退所者や家族等への説明がされています。
- ・就労支援事業所に移行したい旨の相談があった利用者に対して、別法人の事業所の紹介や事前に関係者との移行会議を開催し、つなぎシートによる情報提供など丁寧な移行支援に努めています。
- ・また、利用者からの相談に対しモニタリングを行い、本人に適すると思われる他事業所の体験を行ったうえで、本人の意向を家族に代弁し伝え変更する事業所先につなぐなど、利用者満足を得た丁寧な移行等の支援を行っています。
- ・事業所変更など福祉サービスが終了した利用者には、「困った時はいつでもご相談ください」と相談しやすいように書かれた連絡先等の書面を手渡しています。

**Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。**

33	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・b・c
----	-----------------------------------	-------

**評価概要**

- ・利用者満足を把握する仕組みとして、事業所に意見箱を設置し、毎月の自治会や個別支援計画作成時の面談で、直接利用者から意見・要望を聞くほか、年1回の「家族会総会」でも機会を設けるなどして利用者満足の把握に努めています。また、事業所内において把握した結果は分析・検討して、

<p>改善に向けた取組が行われています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「奏の丘」独自の取組として「奏の丘生活把握チェックシート」を事前に手渡し、面談の際に持参したシートの記載内容に沿って相談を受けており、利用者の家庭内での日常を把握した上で、利用者及び家族の困り事を真摯に受け止めるように努めています。</li> <li>・法人が設置する「QCサービス向上委員会」において満足度調査を実施して、分析、検討した結果にもとづいて具体的な改善が行われています。</li> </ul>		
<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。</p>		
34	<p>① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。</p>	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情解決の仕組みについては、法人において相談・苦情規程「苦情受付窓口の設置について」が策定され、苦情解決責任者・担当者・第三者委員等が設置されています。</li> <li>・苦情解決の仕組みは、分かりやすく、読みやすいように工夫され、事業所の玄関と食堂に2通りの説明書が掲示されています。</li> <li>・利用者・家族が苦情を申し出やすくするために玄関に意見箱を設置しています。</li> <li>・受け付けた苦情内容は「福祉サービスに関する相談苦情等受付報告書」にとりまとめて報告され、改善内容等については、事業所の掲示板及び法人広報誌「常盤会だより」で公表されています。</li> </ul>		
35	<p>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。</p>	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が相談や意見を述べやすくするために、職員紹介の文書の配布や事業所の玄関に全職員の顔写真を掲示して、利用者が相談者を自由に選択できることを明示しているほか、利用者とは定期的に個別面談を実施しています。</li> <li>・家族からの相談等については、連絡帳の活用や送迎時に職員が対応しているほか、今年度から「奏の丘」独自の取組として「奏の丘生活把握チェックシート」を事前に手渡し、面談の際に持参したシートの記載内容に沿って相談を受けており、利用者の家庭内での日常を把握した上で、利用者及び家族の困り事を真摯に受け止めるように努めています。</li> </ul>		
36	<p>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。</p>	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者からの意見や要望、提案を受けた際の対応は「意見に対する手順マニュアル」に規定されており、個別面談、意見箱等に寄せられた意見については、マニュアルに基づいて事業所内で主任がとりまとめ、改善対策等について職員会議で協議するなど、迅速に対応する体制が整備されています。</li> <li>・家族との連絡帳は、令和元年度から持ちやすいA5版のコンパクトサイズに変更し、家族の意見も職員の返事も書きやすいように工夫され、時間が短縮でき必要な場合は電話で連絡することとし、サービスの質を維持しながら、効率よく対応できるよう改善が図られています。</li> </ul>		

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。	㉑・b・c
<b>評価概要</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・安心・安全なサービスを目的としたリスクマネジメントに関しては、法人が設置する「事故防止対策委員会」が対応し、事故発生時の対応と安全確保についての責任や手順は「事故対応マニュアル」に規定して、職員研修会で職員に周知されています。</li> <li>・利用者の安全と安心を脅かす事例は「ヒヤリハット報告書」にまとめられ、今年度は12月までに67件発生していますが、発生要因の分析・改善・再発防止策を検討・実施する取組が行われています。これらの事例は1ヶ月後に対処方法を検討し、実行できていない案件は更に1ヶ月後に対処方法を見直すなど、事故防止の実効性を高める努力が行われています。</li> <li>・ヒヤリハットを事例にKYT(危険予知トレーニング)を実施し、対応策を全員参加のグループワークで検討しています。</li> <li>・法人内では「事故防止・防災委員会」が取りまとめてチェックする仕組みがあります。</li> </ul>		
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。	㉑・b・c
<b>評価概要</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症対策の責任と役割については、職務分担表に保健衛生担当者が明示されており、管理体制が整備されています。</li> <li>・感染症の予防と発生時の対応等については「感染症(予防・対応)マニュアル」に規定されて、看護師主導のもとで、職員会議開催時に嘔吐物処理方法などの実践研修会を開催して職員に周知しています。</li> <li>・事業所は毎日、朝・夕に消毒を行い、退社時、事業所の室内や送迎終了時のバス車内は、オゾン消毒を行うなど徹底した感染症予防措置がとられています。</li> </ul>		
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。	㉑・b・c
<b>評価概要</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・火災・地震・風水害への災害対応について「非常災害対策計画」にとりまとめられています。</li> <li>・消防分遣隊立会のもとでの消火訓練、警察署指導のもとでの不審者対策の訓練を含め、避難訓練が実施されています。</li> <li>・当該事業所は施設の一部が急傾斜崩壊地に指定されていることから、土砂流入時の対応を視野に入れた近接3施設合同による避難訓練が実施されています。義務ではありませんが食料や備品等の備蓄リストを作成し、リストにもとづく備蓄がなされています。</li> </ul>		
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	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・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>福祉サービスの標準的な実施方法は、細分化された支援者マニュアルが整備され、利用者の尊重、プライバシー保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されており、事務所でいつでも確認できるようになっています。</li> <li>標準的な実施方法は、新人職員にはトレーナー（教育係）制度によりOJT研修として指導されており、全職員に対しては全体研修や朝礼・職員会議での伝達により周知が図られ、繰り返し研修が行われています。</li> <li>実施については、各マニュアル担当者、責任者が中心になって確認する仕組みが機能しています。</li> </ul>		
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・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>福祉サービスの標準的な実施方法については、「マニュアルの見直し基準」に従って各マニュアル担当者が責任者と協議し、「課題検討会」において見直す手順で行われています。見直しにおいては、ヒヤリハットなどの個別案件から派生した課題を「課題検討会」で議論し、現状との整合性を判断しています。</li> <li>マニュアルを見直す際には、「課題検討会」において、職員等からの意見や提案を受け、より良い支援内容になるよう組織的に検証、見直す仕組みになっており実践されています。</li> </ul>		
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・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>個別支援計画は「個別支援計画作成におけるマニュアル」にもとづき、計画策定責任者である主任と担当支援員が中心になり策定されています。</li> <li>アセスメントは、利用者の個別面談に家族も参加して意向や要望を把握した上で、支援員、栄養士に加え作業療法士などの様々な職種による「意思決定支援会議」や「個別支援会議」を開催し、支援内容の見直しや評価を行っています。</li> <li>本人の意思が表明できない場合は、家族からの聞き取りにより本人のニーズを反映するよう努めています。</li> <li>定期的実施されるケース会議、課題検討会では、現状把握と見直しの必要性も検討されています。支援困難ケースについては、ケース会議で協議するとともに、病院に同行した際に医療関係者や家族との連携を図るなど、個別的な対応策がとられています。</li> </ul>		
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・b・c
評価概要		

- ・個別支援計画の見直しは、マニュアルに沿って本人の受給者証の更新時期に合わせた年間計画が立てられており、様々な職種の職員の参加により行われています。見直しによって変更した個別支援計画等の個別支援情報は、毎週作成するグループ便りで全職員に回覧、周知される仕組みになっています。
- ・利用者や家族等の意向は、個別支援計画策定時の同意書に加え、変更の際に変更同意書を得ています。
- ・緊急時や状況変化の際の個別支援計画の見直しについてもマニュアルに定められています。
- ・利用者の行動特性や状況を正確に把握し、支援計画の見直し時期にとらわれず、医療やメンタル面での支援等も含め、適宜適切な見直しを行っていることが確認されました。

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、職員間で共有化されている。	a・b・c
----	---	-------

評価概要

- ・利用者一人ひとりの個別支援計画には、アセスメントの結果が記載され、フェイスシートに個別の身体状態・生活状況が記録されています。また、日々の支援状況は、「支援日誌」「ケース記録」に記録され、記録する職員による差異が生じないように「支援記録の書き方」のマニュアルに沿って、特に新人職員等に対してはトレーナー（教育係）やサービス管理責任者、施設長による直接指導が実施されています。
- ・グループ会議や商品開発会議、OJT会議など目的別会議で情報共有を行うとともに、支援日誌を全職員が回覧・確認することにより、職員間で情報共有ができる仕組みになっています。

45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a・b・c
----	--------------------------	-------

評価概要

- ・利用者に関する記録の保管、保存、破棄、情報提供等については、「個人情報管理規程」や「文書取扱規則」等の規定、マニュアルに沿って管理され、職務分掌で責任者が設置されています。
- ・施設利用開始時に「重要事項説明書」や「情報提供同意書」等により説明を行い、施設内の活動や紹介に使用する個人の氏名・写真等の情報については、承諾を得たものに限ることとしています。
- ・職員は研修等により個人情報保護関連の規定を理解しており、特に電子データの取扱いについてはマニュアルで取扱いに留意するよう指導されています。

## 福祉サービス第三者評価基準 (様式2)

## 【 障害者・児福祉サービス版 】 H29年3月1日改定

## IV

## 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	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の意向を尊重しながら、日中活動内容を自分で選択・決定ができるように、日々の行動予定表は写真やイラスト等のカードが使われています。カードは利用者の障害程度等により区分されるグループによって、選択できる内容や大きさを変えるなど、利用者が使用しやすいように配慮されており、エンパワメントの理念にもとづく個別支援の基本姿勢がうかがえます。</li> <li>・利用者の自律・自立した生活と社会参加を実現するため、洗濯物を干したり畳んだりする家事訓練や、買い物を5つの動作に分けてイラストにし買い物を理解しやすくする工夫をするなど、生活力の向上と自立につながる個別支援を行っています。また、事業所で行っていることを連絡帳等で家族に伝えることで、家庭でも実践してもらえるように支援しています。</li> <li>・毎月開催される利用者主体の自治会に担当職員も参加して、意思や要望等を把握するように努めるとともに、月間、週間の行事等について利用者の意向確認を行い、支援内容に反映しています。公共交通機関を使ってみたいという利用者の声を反映し、JRの電車を利用し買い物をするなどの取組を行っています。</li> <li>・事業所内の掲示物等は、文字にふりがなを振ったり、写真やイラストを使うことで、利用者一人ひとりが理解しやすいように配慮されています。また、利用者の障害の程度、障害種別、個々の状態に合わせて3グループ編成を行い、利用者が目的や役割を持って過ごせるよう工夫されています。</li> <li>・「支援会議運営マニュアル」等を整備して「個別支援計画検討会議」や「意思決定支援会議」を開き、エンパワメントの理念にもとづく個別支援を行えるようにしています。</li> </ul>		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		第三者評価結果
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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人には人権擁護委員会が設置され、事業所に人権擁護委員が配置されています。個人用、事業所用、意識調査の3種類の人権侵害防止チェックを年2回実施しており、日頃の支援の中での困りごとを抽出し職員研修でグループワークを行うことで、権利侵害の防止と早期発見ができるような取組を行っています。</li> <li>・「身体拘束防止マニュアル」が整備されており法人研修や事業所内での研修を実施することにより、職員による権利侵害が起きないように取り組んでいます。さらに新人職員には外部講師を招いた法人研修により、児童・障害者支援の基本として利用者の権利擁護・虐待防止の研修が行われています。</li> </ul>		

・権利侵害の防止等を利用者に周知するために、自治会で権利擁護に関する説明を行っています。ふりがなを振った説明書とひらがなだけの説明書の2種類を食堂と玄関に掲示しています。また、職員の写真を玄関に掲示し、利用者がいつでも相談できるような取組がなされています。

A-2 生活支援

		第三者評価結果
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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事支援など支援の種類ごとのマニュアルが整備されており、マニュアルに沿って利用者ごとのアセスメントを実施し、支援する部分とそうでない部分を明示し自立支援に結び付けています。</li> <li>・時間に合わせる活動をするなどの個別支援により生活リズムを整え、自立した生活が送れるような支援が行われています。</li> <li>・家族に「日常生活把握シート」を記入してもらうことで、利用者の自宅での生活状況を把握してもらい、良い生活習慣の習得や利用者本人の望む生活が送れるように支援しています。また、生活の状態によっては休日の過ごし方のアドバイスや、ゆうあいガイドブック等を活用してホームヘルプなど他サービス利用の助言も行っていきます。</li> </ul>		
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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の意思を言葉で表現しにくい利用者には、イラストや写真のカード（手順書）を個別に準備してコミュニケーションが図れるように配慮されています。</li> <li>・職員と一緒に利用者に日直をしてもらい、1日の流れを他の利用者に伝える体験をするなどして、人との距離の取り方や人に話しかける際の声の大きさ、感情の切り替えを身に付けるソーシャルスキル・トレーニングを日常的に実施することで、利用者のコミュニケーション能力を高められるよう支援を行っています。</li> </ul>		
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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の玄関等に職員の写真を掲示するとともに、いつでも相談できる旨の声掛けをすることにより、利用者が相談しやすい雰囲気づくりに努めています。</li> <li>・就労支援B型等の他事業所を利用したいという利用者には、職員と一緒に事業所見学に行き、サービス移行を行う際は担当者会議等に参加して利用者の情報を細かく提供することで、移行がスムーズに行えるようにするなどして利用者の意思決定の支援を適切に行っています。令和元年度は2名の利用者のサービス移行支援の実績があります。</li> <li>・アセスメント面談時だけでなく、日頃の連絡帳のやり取りや送迎中の家族との会話を大切にすること</li> </ul>		

とで利用者や家族から意見や要望を聞きとる工夫がなされています。また、利用者の意思表示が困難な場合は「意思決定支援会議」を開催し、サービス管理責任者等と関係職員による検討と理解・共有が行われています。		
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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎日の日中活動は、ホワイトボードに写真やイラストで掲示されており、利用者が選択しやすいように配慮されています。また、シャボン玉遊びをしたいという要望等、利用者からのリクエストを活動の週案に積極的に取り入れ日中活動の多様化が図られています。また、制作活動で外部から講師を招いている場合は、制作イラストの隣に講師の写真を掲示して利用者と講師が馴染める関係を築き、参加しやすい雰囲気づくりに工夫しています。</li> <li>・6ヶ月に1回の個別支援計画の見直しの際に、作業療法士等他職種が参加して日中活動と支援内容等の検討・見直しが行われています。利用者の希望や必要性に応じて、個別機能訓練のメニューも考えられています。</li> <li>・地域の様々なイベントの情報は、事業所内に掲示されており、家族連絡帳に参加の案内を同封し参加希望者を募り、希望がある場合は参加できるように支援しています。</li> <li>・石谷小学校区で開催されている「ふれあいフェスティン石谷」では、利用者によるハンドベルの演奏や利用者の作った作品の展示即売会を開催するなどして参加しています。イベントでハンドベルを演奏したことをきっかけに、地域のクリスマス会で演奏して欲しいと要望も寄せられるようになってきています。</li> </ul>		
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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人内で実践事例報告会が開催されており、事業所として事例をまとめて報告会に参加しています。また、報告会で報告された他事業所の事例を事業所内研修で報告、研究され専門知識の向上に役立てています。</li> <li>・事業所内での様子だけでなく、「日常生活把握シート」を利用者家族に記入してもらい家庭での様子を把握することにより、支援方法の検討・見直しや支援環境の整備等が行われています。</li> <li>・利用者の障害特性や相性に合わせて3つのグループ編成を行っていますが、編成は必要に応じて調整されています。</li> <li>・行動障害などのため配慮が必要な利用者に対しては、不安症状が出現した際の意思表示が把握しやすいように個別の手順書を活用するなどして、個別対応が行われています。</li> </ul>		
A-2-(2) 日常的な生活支援		第三者評価結果
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。	Ⓐ・b・c
評価概要		

<ul style="list-style-type: none"> <li>・嗜好調査を年2回実施し、食事委託業者と事業所の職員で構成される「食に関する検討会」で、利用者が希望するメニューを提供できるように配慮されています。利用者の誕生日前後に聞き取りを行い、利用者のリクエストメニューとして誕生会の食事が提供できるようにしています。また、月に1回主菜を選択できるメニューも提供されています。</li> <li>・入浴支援は行っていませんが、発汗など状態変化に対応するためにシャワー室があります。シャワー室は仕切りのドアがあり、プライバシーへの配慮がなされています。</li> <li>・排泄や移動、移乗支援は利用者へのアセスメントにもとづき、排泄支援マニュアルや移動支援マニュアルに沿って、利用者の状態に合わせた支援が行われています。</li> </ul>		
A-2-(3) 生活環境		第三者評価結果
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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・「事故防止・防災委員会」が美化点検として、毎月チェックリストを活用して設備に危険個所が無いか確認を行っています。例えば窓の部品の破損等が見つかった場合はすぐに修理し、利用者が活動の場を安心・安全に使えるように配慮されています。</li> <li>・利用者が思い思いに過ごせるように、活動室の一角にパーテーションで区切ったマットスペースを作ったり、他利用者の視界に入りにくい座席を用意したりして生活環境の工夫がなされています。また、マットスペースは靴を脱ぐスペースを作ることで、利用者が清潔に使用できるように配慮されています。</li> <li>・利用者が不安定になっている時は相談室や静養室の利用を促し、利用者がリラックスできる環境を提供できるよう個別対応されています。ロッカールームにマットを敷くなど、利用者がリラックスできる場所を増やす工夫も行っています。</li> <li>・活動の様子を観察してアセスメントが実施されており、その結果を「意向検討会議」で検討し利用者の意向を把握する工夫が行われています。</li> </ul>		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		第三者評価結果
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・Ⓑ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリテーション希望者に対しては、作業療法士と担当支援員が協力してアセスメントを実施し、リハビリテーション計画が作成されています。個別支援計画の中にリハビリテーションを記載することで、個別支援計画とリハビリテーション計画がリンクするように工夫されています。</li> <li>・リハビリテーション計画は3ヶ月に一回見直しを行っています。6ヶ月後には個別支援計画のリハビリテーション計画の見直しを同時に行い、支援方法を含めた検討・見直しが行われています。また、髭剃りの練習や情緒面が不安定になった時の感情コントロールの方法等を家族に伝えることで事業所と家族が一体的に生活訓練を行えるように支援しています。</li> </ul>		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		第三者評価結果

A11	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・ <b>b</b> ・c
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・年2回の嘱託医による検診や、毎朝のバイタルサインチェックで健康状態の把握に努めています。また、「健康管理マニュアル」が整備されており、体温が37.5℃以上ある時は家族に連絡をとったり、連絡帳を活用して施設における感染症の状態を家族に伝えるなど、工夫がなされています。</li> <li>・てんかん発作時緊急対応シート等を作成し所定の場所（ホワイトボード）に置くようにして、利用者の急な体調変化等に迅速かつ的確に対応できるよう工夫がなされています。また、てんかん発作のある利用者は家族から発作の状況を聞くことで、利用者個々に合わせた対応ができるように工夫されています。</li> <li>・坐薬の使用法や使用時期についての研修を実施しています。パート職員も受けることができるように日中の時間帯に研修を実施するなどして、全職員が知識を習得できるように配慮されています。また、酵素飽和度計を購入して、数値に基づいた支援を行っています。</li> </ul>		
A12	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・ <b>b</b> ・c
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・疾患別対応マニュアルを整備するとともに、医師からの利用者のアレルギー、慢性疾患の情報は、アセスメントに記載するだけでなく診療日誌にも記載を行い、職員間で情報を共有する事で医師の指示にもとづく適切な支援や対応が行われています。また、てんかん発作時、心停止状態発生時対応シートを作成し、所定の場所（ホワイトボード）に設置して全職員に周知されています。</li> <li>・与薬支援マニュアルや誤飲防止マニュアルが整備され、安全管理体制が構築されています。さらに服薬依頼書を家族に記入してもらい、提出時に薬剤情報提供書のコピーを入手することで、薬の効能や副作用等の情報を全職員に周知して薬を適切に扱えるように配慮されています。</li> <li>・坐薬の使用法や使用時期についての研修を実施しています。パート職員も受けることができるように日中の時間帯に研修を実施するなどして、全職員が知識を習得できるように配慮されています。</li> </ul>		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		第三者評価結果
A13	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・ <b>b</b> ・c
<b>評価概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会生活技能訓練の一環として、買い物に公共交通機関を利用して参加したり、自分達で作った商品を地域の催事で展示即売したり、商品の納入を職員と一緒にするなどして、社会参加に資する情報や学習・体験の機会を提供したり、社会参加への支援を行っています。</li> <li>・作品を制作できる利用者には、年間の制作目標を設定してもらい、作品を事業所内に展示することで、意欲を高める取組がなされています。また、作品づくりはクラフト、キャンドル等数種類用意されており、利用者が作りたいものを選択できるように配慮されています。</li> </ul>		

<p>・社会参加を実施する前には、写真を使って電車の待ち方や切符の買い方、売り子のロールプレイを実施するなどの事前学習を行うことで、成功体験の積み重ねができるように支援しています。</p>		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		第三者評価結果
A14	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。	㉑・b・c
評価概要		
<p>・「日常生活把握シート」を活用し休みの日の利用者の状態を把握することで、外出支援のためにヘルパー利用を家族に提案するなど、利用者を尊重した柔軟な対応や支援が行われています。</p> <p>・利用者が他サービスの利用を希望した場合は、職員が利用者と一緒に事業を見学に行ったり、事業所の担当職員にサービス利用にあたっての必要な情報を書面で提供したりするなど、利用者の意思や希望を尊重した支援が行われています。令和元年度に2名の利用者が他事業所へのサービス移行を行っています。</p> <p>・洗濯物の干し、畳み等の家事訓練だけでなく、希望者にはクッキングクラブ活動を通じた調理の家事訓練も実施することで、利用者の社会生活力と地域生活への移行や地域生活への意欲を高める支援が行われています。</p>		
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		第三者評価結果
A15	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・㉒・c
評価概要		
<p>・掲示物や重要事項説明書に相談体制を明記することで、家族支援の体制を周知・整備するとともに、「日常生活把握シート」の作成を家族に依頼し、利用者の家での生活実態を可視化する事で、家族へ小さな困りごとの気付きを促すなどの家族支援を行っています。実際に、把握した生活状況をもとにヘルパー事業所利用の提案を家族に行っている事例もあります。</p> <p>・連絡帳を活用して意見交換や情報共有に努めています。また、送迎時の家族との何気ない会話の中から課題等を引き出し、必要な時は家族に来所を促し相談に乗るなどの支援も行っています。入院ができる病院を探していた家族に対して病院を紹介するなどの支援を行っています。</p> <p>・事業所におけるインフルエンザの感染状況のお知らせ等を連絡帳に挟み、家族に報告を行っています。また、てんかん発作時等の体調不良、急変時の対応について家族に聞き取りを行い、緊急連絡先の一覧を作成しています。</p> <p>・家族アンケートを実施し、その結果を支援の改善に役立てています。実際にアンケート結果から送迎時間をずらすなど、必要に応じた家族支援が行われています。</p>		

## A-3 発達支援

	第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援	非該当

A16	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
評価概要		
非該当		

## A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		非該当
A17	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
評価概要		
非該当		
A18	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
評価概要		
非該当		
A19	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
評価概要		
非該当		