熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準（概要版）

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称： (施設名) くまもと江津湖通園センター	種別： 指定生活介護事業所
代表者氏名： (管理者) 施設長 玉垣 希望子	開設年月日： 平成 6年10月 1日
設置主体： 社会福祉法人 志友会 経営主体： 同上	定員： 40名 (利用人数) (66名)
所在地：〒862-0947 熊本市東区画図町大字重富575	
連絡先電話番号： 096-370-0501	F A X 番号： 096-370-0503
ホームページアドレス	http://www.ezuko.jp

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
生活介護	選択園外活動 秋祭り クリスマス会 オープンカフェ 成人式 作品展示会 グループ忘年会・打上会
居室概要	居室以外の施設設備の概要
多目的ホール 活動室6室 相談室 身障トイレ2か所	スタッフルーム 施設長室 倉庫2か所 職員更衣室

2 施設・事業所の特徴的な取組

『養護学校卒業後、地域で豊かに青年期を過ごしたい!』という重症心身障害児の親たちの運動がきっかけとなり開設された通所施設です。

重症心身障害者だけでなく医療的なニーズもある重度の知的障害者・適応困難を抱える知的障害者など多様な障害像を持った利用者を受け入れています。個別性を重視しながらの5つのグループ活動・4つのサークル活動・作業活動や個別活動等様々な活動を提供しています。これらは『仕事・余暇・健康作り』を3本柱として展開しています。また、活動を通して地域と交流する機会を作り、生活体験の幅を広げ社会参加を促しています。利用者の皆さんは支援や介護を受けるだけの存在ではなく、役割を持ち自らの力で環境に働き掛け周囲を変えていく力を持つ人たちです。実践を通し、そのことを社会に伝えていくよう努めています。

リハビリテーションマネジメントによる生活リハビリの中で、身体機能のマイナス変化への対応を行っています。(OT常勤 PT非常勤)また、音楽療法や絵画造形など様々な専門家がサークル講師として参加しており、活動の幅を広げるようにしています。

併設くまもと江津湖療育医療センターの医療的なバックアップをはじめ、同一敷地内の他の福祉サービスとの連携も活発に行っています。

3 評価結果総評

特に評価の高い点

1. 利用者一人ひとりの個性を大切に個別対応が丁寧に行われています。

支援の必要性の高い利用者が多い中でも、本人や家族の意向に耳を傾けながら支援に取り組まれています。グループに分かれて利用者の能力を生かした生産活動を行ったり、個別に機能訓練を行ったりと画一的な支援に陥らないようプログラムに工夫を凝らしながら取り組まれていることが、様々な場面で目に留まります。意思の疎通を図る方法にも様々な試みが見られ、創意工夫に努められていることが職員のかかわり方や各種記録から読み取れます。一人ひとりの個性を大切にした支援への取組から、理念・基本方針の実現に向けた活動が展開されていることをうかがい知ることができます。

II. **サービスの質の向上に向けた活動に積極的に取り組まれています。**

施設長と生活支援課長のリーダーシップの下で、職員一丸となり改善活動に取り組まれています。SWOT(強み・弱み・機会・脅威)分析や当該評価基準を用いた自己評価により現状分析が行われ、施設の強みや弱みを再認識した上で、課題が抽出されています。その課題を明文化し、その改善策が「第三者評価準備作業シート」に整理され、委員会活動を中心に改善活動が展開されています。改善計画には担当者が明記され、チーム一丸となって課題解決に力を注がれていることがうかがい知れます。

III. **職員育成が丁寧に行われています。**

職員の将来を大切に考えられていることが職員一人ひとりの「ビジョンシート」から伝わってきます。一人ひとりの将来像が描けるよう工夫され、その実現に向けた年間の目標設定が行なわれており、年2回の個人面談において振り返りや次年度の目標設定に繋がられています。また、研修・教育委員会による研修の企画立案の仕組みや、ラダー(力量表)、行動規範による自己評価など、施設が求める職員像も明確にされており、職員の知識・技術水準等を踏まえた上で育成が図られていることは高く評価できます。

改善を求められる点

I. **中・長期計画の具体化並びに収支計画の策定を期待します。**

SWOT分析等により施設の現状を分析した上で、平成26年度からの5カ年計画が策定されています。「利用者(地域)」「職員関係」「保護者関係」「収入・支出」それぞれに目標が設定されており、見直しにも取り組まれています。しかし、目標を達成するための活動計画については具体的に明示されているとは言い難い状況が見受けられます。また、中・長期計画の裏付けとも言える中・長期の収支計画の策定についても今後の取組に期待したいところです。

II. **地域との交流に向けた更なる取組を期待します。**

保育園・体育館での牛乳パックやペットボトルキャップの回収、及びそれらをショッピングモールへ届けるリサイクル活動の中で地域との交流が図られています。他には、活動材料の買出しやコンビニでの買い物、ドライブなど、小集団での活動を通じた地域との交流も行われています。しかし、外出の個別対応等については、施設が担うべき役割や利用者ニーズの観点から積極的な取組は行われていない状況が見受けられます。

利用者の障害支援区分が重いため、「地域と施設をつなぐ柱」と位置づけられているボランティアの受入も慰問等が中心となっている状況であり、同一敷地内の他施設(事業所)との連携あつての地域交流といった状況も当施設の特徴の一つとなっているようです。

是非、開始されたばかりのカフェテリア活動など、当施設中心の活動(施設利用者と地域の人々との交流)についても更なる充実が図られることを期待します。

III. **サービスの質の向上に向けて第三者評価への継続的な取組を期待します。**

当施設は、今回が初めての当該評価受審となります。3年ほど前から施設長を中心に自己評価に取り組まれ、今回は受審に向けた改善活動が組織的に展開されてきたことを、訪問調査において知ることが出来ました。今後もこの活動に定期的・継続的に取り組まれ、PDCA(Plan・Do・Check・Action)サイクルによりスパイラル・アップの仕組みが組織内に定着することを期待します。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント(400字以内)

(H27.9.28)

受審準備を通して当センターの強みや課題を認識することができ、受審を終えて初めてスタートラインに立てた気が致します。評価結果について、利用者アンケート(ご家族のコメント)からは、当センターへの期待と愛情をたくさん感じることができ、今後の励みとしたいと思います。評価機関からは、個別性を重視した取り組みを評価して頂き、進むべき方向性を推して頂いたことに感謝致します。また、訪問調査を通して『地域との交流』『地域への貢献』等の課題に多くの気づきを得ましたので、具体的な取り組みに活かしていこうと考えています。今後もPDCAサイクルを重視し『より良き』を求めて歩み続け、利用者・家族・職員のQOLの向上に繋がっていききたいと思います。

(別記)

(公表様式1)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準
【障がい児・者施設（通所系サービス）版】
評価機関

名 称	特定非営利活動法人 医療・福祉ネットワークせいわ
所 在 地	佐賀県佐賀市木原二丁目6番5号
評価実施期間	平成27年7月16日～27年7月17日
評価調査者番号	第06-040号
	第08-003号
	第06-039号

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称： (施設名) くまもと江津湖通園センター	種別： 指定生活介護事業所
代表者氏名： (管理者) 施設長 玉垣 希望子	開設年月日： 平成 6年10月 1日
設置主体： 社会福祉法人 志友会 経営主体： 同上	定員： 40名 (利用人数) (66名)
所在地：〒862-0947 熊本市東区画図町大字重富575	
連絡先電話番号： 096-370-0501	F A X 番号： 096-370-0503
ホームページアドレス	http://www.ezuko.jp

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
生活介護	選択園外活動 秋祭り クリスマス会 オープンカフェ 成人式 作品展示会 グループ忘年会・打上会
居室概要	居室以外の施設設備の概要
多目的ホール 活動室6室 相談室 身障トイレ2か所	スタッフルーム 施設長室 倉庫2か所 職員更衣室

職員の配置

職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
施設長	1		作業療法士	1	
生活支援課長(サービス管理責任者)	1		理学療法士		2
看護師	2	1	社会福祉士	1	
生活支援員	10	12	介護福祉士	3	
事務員	1		正看護師	2	1
理学療法士		2	社会福祉主事	4	1
サークル等講師		8	サービス管理責任者	4	
			認定心理士	2	1
			保育士	4	1
			音楽療法士		2
			介護支援専門員	4	
			歯科技工士	1	
			ホームヘルパー2級	2	3
			ガイドヘルパー	2	
合 計	15	23	合 計	30	11

資格の種別は、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

複数の資格を持ち重複計上している場合があるため、職種と資格の数は必ずしも一致しません。

2 理念・基本方針

理念

- ・ 利用者の生命と生活を守り、心身の成長・発達を援助します。
- ・ 志友会の職員として、職務に信念と誇りを持ち自己研鑽に努めます。
- ・ 家族や社会と連携し、信頼関係のなかで、家族の多様な願いを理解し、共に利用者の福祉の向上をめざします。
- ・ 地域のニーズに合わせ、施設の機能を地域社会に還元し、地域との交流を大切にします。

基本方針

1. 健康管理を充分に行い、心身機能の維持、向上をはかります。
2. 信頼関係を深め、温かい人間関係の中で共に学び育ちあうことをめざします。
3. 利用者一人ひとりの個別性を把握し、それぞれの能力を活かし、いきいきと自己表現できる生活の場づくりをします。
4. 経験を豊かにし、それぞれの能力を生かし、いきいきと自己表現できる生活の場づくりをします。
5. これらの方針を実現するために、職員は障害や支援に対する理解と認識を深め、自己研鑽に努めます。

3 施設・事業所の特徴的な取組

『養護学校卒業後、地域で豊かに青年期を過ごしたい!』という重症心身障害児の親たちの運動がきっかけとなり開設された通所施設です。

重症心身障害者だけでなく医療的なニーズもある重度の知的障害者・適応困難を抱える知的障害者など多様な障害像を持った利用者を受け入れています。個別性を重視しながらの5つのグループ活動・4つのサークル活動・作業活動や個別活動等様々な活動を提供しています。これらは『仕事・余暇・健康作り』を3本柱として展開しています。また、活動を通して地域と交流する機会を作り、生活体験の幅を広げ社会参加を促しています。利用者の皆さんは支援や介護を受けるだけの存在ではなく、役割を持ち自らの力で環境に働き掛け周囲を変えていく力を持つ人たちです。実践を通し、そのことを社会に伝えていくよう努めています。

リハビリテーションマネジメントによる生活リハビリの中で、身体機能のマイナス変化への対応を行っています。(OT常勤 PT非常勤)また、音楽療法や絵画造形など様々な専門家がサークル講師として参加しており、活動の幅を広げるようにしています。

併設くまもと江津湖療育医療センターの医療的なバックアップをはじめ、同一敷地内の他の福祉サービスとの連携も活発に行っています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年 4月 1日(契約日) ~ 平成27年 9月28日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	初回(平成 年度)

5 評価結果総評

特に評価の高い点

I. **利用者一人ひとりの個性を大切に個別対応が丁寧に行われています。**

支援の必要性の高い利用者が多い中でも、本人や家族の意向に耳を傾けながら支援に取り組まれています。グループに分かれて利用者の能力を生かした生産活動を行ったり、個別に機能訓練を行ったりと画一的な支援に陥らないようプログラムに工夫を凝らしながら取り組まれていることが、様々な場面で目に留まります。意思の疎通を図る方法にも様々な試みが見られ、創意工夫に努められていることが職員のかかわり方や各種記録から読み取れます。一人ひとりの個性を大切に支援への取組から、理念・基本方針の実現に向けた活動が展開されていることをうかがい知ることができます。

II. **サービスの質の向上に向けた活動に積極的に取り組まれています。**

施設長と生活支援課長のリーダーシップの下で、職員一丸となり改善活動に取り組まれています。SWOT(強み・弱み・機会・脅威)分析や当該評価基準を用いた自己評価により現状分析が行われ、施設の強みや弱みを再認識した上で、課題が抽出されています。その課題を明文化し、その改善策が「第三者評価準備作業シート」に整理され、委員会活動を中心に改善活動が展開されています。改善計画には担当者が明記され、チーム一丸となって課題解決に力を注がれていることがうかがい知れます。

III. **職員育成が丁寧に行われています。**

職員の将来を大切に考えられていることが職員一人ひとりの「ビジョンシート」から伝わってきます。一人ひとりの将来像が描けるよう工夫され、その実現に向けた年間の目標設定が行なわれており、年2回の個人面談において振り返りや次年度の目標設定に繋がられています。また、研修・教育委員会による研修の企画立案の仕組みや、ラダー(力量表)、行動規範による自己評価など、施設が求める職員像も明確にされており、職員の知識・技術水準等を踏まえた上で育成が図られていることは高く評価できます。

改善を求められる点

I. **中・長期計画の具体化並びに収支計画の策定を期待します。**

SWOT分析等により施設の現状を分析した上で、平成26年度からの5カ年計画が策定されています。「利用者(地域)」「職員関係」「保護者関係」「収入・支出」それぞれに目標が設定されており、見直しにも取り組まれています。しかし、目標を達成するための活動計画については具体的に明示されているとは言い難い状況が見受けられます。また、中・長期計画の裏付けとも言える中・長期の収支計画の策定についても今後の取組に期待したいところです。

II. **地域との交流に向けた更なる取組を期待します。**

保育園・体育館での牛乳パックやペットボトルキャップの回収、及びそれらをショッピングモールへ届けるリサイクル活動の中で地域との交流が図られています。他には、活動材料の買出しやコンビニでの買い物、ドライブなど、小集団での活動を通じた地域との交流も行われています。しかし、外出の個別対応等については、施設が担うべき役割や利用者ニーズの観点から積極的な取組は行われていない状況が見受けられます。

利用者の障害支援区分が重いため、「地域と施設をつなぐ柱」と位置づけられているボランティアの受入も慰問等が中心となっている状況であり、同一敷地内の他施設(事業所)との連携あつての地域交流といった状況も当施設の特徴の一つとなっているようです。

是非、開始されたばかりのカフェテリア活動など、当施設中心の活動(施設利用者と地域の人々との交流)についても更なる充実が図られることを期待します。

III. **サービスの質の向上に向けて第三者評価への継続的な取組を期待します。**

当施設は、今回が初めての当該評価受審となります。3年ほど前から施設長を中心に自己評価に取り組まれ、今回は受審に向けた改善活動が組織的に展開されてきたことを、訪問調査において知ることが出来ました。今後もこの活動に定期的・継続的に取り組まれ、PDCA(Plan・Do・Check・Action)サイクルによりスパイラル・アップの仕組みが組織内に定着することを期待します。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H27.9.28)

受審準備を通して当センターの強みや課題を認識することができ、受審を終えて初めてスタートラインに立てた気が致します。評価結果について、利用者アンケート(ご家族のコメント)からは、当センターへの期待と愛情をたくさん感じることができ、今後の励みとしたいと思います。評価機関からは、個別性を重視した取り組みを評価して頂き、進むべき方向性を推して頂いたことに感謝致します。また、訪問調査を通して『地域との交流』『地域への貢献』等の課題に多くの気づきを得ましたので、具体的な取り組みに活かしていこうと考えています。今後もPDCAサイクルを重視し『より良き』を求めて歩み続け、利用者・家族・職員のQOLの向上に繋げていきたいと思ひます。

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。

(参考) 利用者調査の手法等

調査の手法	対象者	対象数(人)	基準数に満たない場合の理由
アンケート調査	利用者本人	51	
	家族・保護者		
聞き取り調査	利用者本人		
	家族・保護者		
観察調査	利用者本人		

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。

評価対象 福祉サービスの基本方針と組織

- 1 理念・基本方針

		第三者評価結果
- 1 - (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>法人の理念に基づく施設の基本方針が掲げられ、パンフレットやホームページへの掲載、施設内への掲示等が行われています。理念や基本方針からは、法人や施設の目指す方向性及び担うべき役割や使命等が読み取れ、職員や保護者に対して年度末の勉強会や年度初めの保護者懇談会にて説明が行なわれています。職員はいつでも理念・基本方針を確認できるよう、名札と共にプリントしたものを携帯し、朝礼・終礼時の唱和等を含め常に意識するよう努められています。また、利用者向けのイラスト入りのプリントが多目的ホールに掲示され、利用者本人への理解に繋がるよう工夫が凝らされていることもうかがえます。今年度から始められた積極的に利用者本人に対して理念・基本方針の周知を図る取組については、その効果確認や更なる工夫など、今後の継続的な取組を期待したいところです。</p>		

- 2 経営状況の把握

		第三者評価結果
- 2 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	- 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。	④・b・c
<p><コメント></p> <p>全国及び県内並びに市内等の各種研究大会や会議、研修会など多くの会合などに出席し、社会福祉全体及び障がい者福祉の動向等について把握されています。また、併設の相談支援事業及び入所施設、特別支援学校との連携等により、地域の潜在的なニーズも把握され、経営や今後の事業運営に活かされています。利用者の利用実績の推移を把握し、報酬改定に伴うシミュレーションなどにも取り組みながら施設運営に当たられています。</p>		
3	- 2 - (1) - 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>経営状況が把握され、現状分析に取り組みながら課題の抽出が行なわれています。経営状況や課題に関しては、経営検討会議や運営会議等において情報が共有化され、課題を明文化した上で改善策が検討されています。また、今年度からは、職員への経営状況の報告にも取り組まれています。しかし、課題等の職員間での周知状況にはバラツキが見られ、十分とは言えない状況がうかがえます。</p>		

- 3 事業計画の策定

		第三者評価結果
- 3 -(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	- 3 -(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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>事業計画策定にあたりSWOT分析に取り組み、現状の把握と内的・外的課題が抽出されており、平成26年度からの5カ年計画が策定され、見直しにも取り組まれています。しかし、目標設定に留まっている部分も多く、中・長期の収支計画の策定と併せて課題と捉えます。</p>		
5	- 3 -(1)- 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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>中・長期計画と併せて単年度の事業計画も「利用者関係」「職員関係」「保護者関係」「地域関係」に区分され策定されています。しかし、内容的には中・長期計画同様、目標設定に留まっている部分が多く、活動計画への落とし込みや定量評価に繋がる目標の明確化は課題と言えます。</p>		
- 3 -(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	- 3 -(2)- 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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>中・長期計画は、施設長と生活支援課長が中心となり策定されています。単年度の事業計画は職員との個別面接やミーティング、日常的な会話などから得られた情報を基に施設長と生活支援課長により素案が作られ、常勤職員とのミーティングの中で職員の意見を反映させ策定されています。また、支援におけるグループ活動に関しては、前年度の反省等を踏まえた上で予算に関するプレゼンテーションの評価に基づき活動計画並びに予算化が図られています。今後の課題としては、中・長期計画から単年度の事業計画、グループ活動計画までの職員への周知徹底が挙げられます。特に常勤職員と非常勤職員間の周知状況の差について、解消に取り組まれることを期待します。</p>		
7	- 3 -(2)- 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>事業計画の利用者等に向けての周知活動は、4月の保護者懇談会において、資料を配布しての分かりやすい説明に努められています。利用者本人に対しては、理解しやすいよう利用者に関する項目を抜粋し、大きめの字で振り仮名を付けたプリントが多目的ホールに掲示されています。しかし、利用者本人向けの取組は今年度からであり、その効果確認等には至っていない状況です。今後の更なる取組を期待したいところです。</p>		

- 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
- 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	- 4 -(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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>SWOT分析や当該評価基準を用いた自己評価活動等により、サービスの質の向上に向けた課題が抽出され、各委員会活動と共に改善活動に取り組まれています。しかし、その活動が組織的なものになって間もない状況であるため、今後の継続的な取組を期待したいところです。</p>		
9	- 4 -(1)- 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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>「福祉サービス第三者評価について」や「第三者評価準備作業シート」に施設の強みや弱み及び課題が整理されています。整理された課題には担当者が決められ、作業シートに基づく改善活動が展開されています。この活動が定期的・継続的な活動として組織内に定着し、サービスの質の向上へと確実に繋がっていくことを期待します。</p>		

評価対象 組織の運営管理

- 1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
- 1 - (1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	- 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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長の役割と責任については、「運営規程」や「役割と責任」(職務分掌)で明らかにされています。また、有事(災害や事故等)の際に関しては、各種マニュアル等から施設長の役割と責任を読み取ることができます。機関紙の中で施設長は、「職員の世代交代があっても魂が脈々と受け継がれ安心できる組織作りを行なう」ことなどについても表明されています。</p>		
11	- 1 - (1) - 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・②・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、各種研修会などにおいて遵守すべき法令等の最新情報を入手し、資料を取りまとめた上で職員への周知に努められています。また、委員会活動等を生かした法令遵守への取組も見られます。しかし、遵守すべき幅広い分野の法令等の職員への周知については、更なる取組が必要な状況と言えます。</p>		
- 1 - (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	- 1 - (2) - 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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、サービスの質の向上に関して意欲的に取り組まれています。当該評価基準を用いて課題を抽出し、改善計画を策定した上で組織的に改善活動に取り組まれてきたことが、各種シートや会議録等からも読み取れます。また、生活支援課長と二人三脚でリーダーシップを発揮されてきたことが当該評価におけるヒアリングの中でもうかがえました。</p>		
13	- 1 - (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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、経営改善及び業務の実効性の向上に向けて、事務長や生活支援課長と共に人事・労務、財務面等の分析を踏まえた改善活動に取り組まれています。特に業務の実効性の向上には力を注がれており、処遇接遇委員会等と共に改善活動に参画し、リーダーシップを発揮されています。</p>		

- 2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
- 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	- 2 - (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・②・c
<p><コメント></p> <p>福祉人材の確保計画(2015)が策定され、有資格者の配置等も含めた中・長期的な視野に立った目標が設定されています。しかし、目標設定は行われているものの具体的な活動計画には落とし込まれていない状況がうかがえます。目標を達成するための具体性のある活動計画の策定並びに計画に基づく活動を期待します。</p>		
15	- 2 - (1) - 総合的な人事管理が行われている。	a・②・c
<p><コメント></p> <p>施設では、職員の行動規範(期待する職員像)が定められており、それに基づく自己評価が行われ、職員育成に繋がられています。「ビジョンシート」などを活用した職員育成の仕組みなど、職員の将来を大切に考えた取組も見受けられます。しかし、採用や昇格等の明確な基準の整備は今後の課題と言えます。</p>		

- 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	- 2 - (2) - 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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>過去に労働基準監督署による指導を受けた経緯はありますが、現在では有給休暇の取得率や時間外労働のデータを定期的に検討する仕組みが機能しています。また、メンタルヘルス対策にも積極的に取り組まれており、月に一度は外部のカウンセラーによるカウンセリングを人知れず受けることができる仕組みも構築されています。個別面談の機会も年に2回設けられており、意向や意見の聴取の機会に繋がっているようです。また、正規職員転換制度や施設内保育所の設置等も見られます。今後の課題としては、職員の希望に基づく総合的な福利厚生の実施やワーク・ライフ・バランスに配慮した取り組み等が挙げられます。</p>		
- 2 - (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	- 2 - (3) - 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>「ビジョンシート」などを活用した目標管理制度が導入されており、職員育成プランに沿った活動が展開されています。職員の将来を大切に考えた当該制度では、年2回の個人面談の機会も設定されており、職員の振り返りと将来の目標設定の良い機会になっていることがうかがえます。</p>		
18	- 2 - (3) - 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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>理念・基本方針や行動規範の中にサービス向上に向けて研鑽を重ねることが掲げられています。施設では、ラダー(力量表)により職員の専門技術などが設定されており、研修・教育委員会を中心に前年度の評価を踏まえて立案された年間研修計画に基づく職員育成に、同一敷地内の他施設(事業所)と合同で取り組まれています。そのほか、施設独自のミニ講座や勉強会の機会も設定されています。資格取得に関しては勤務時間への配慮もあり、資格取得者を表彰する制度も設けられています。</p>		
19	- 2 - (3) - 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>職員の個別の知識や技術水準、資格等を把握した上で、職階ごとの研修の機会やレベルに応じた外部研修を受講する機会が設けられています。外部研修の情報も積極的に職員へ発信されており、外部研修受講後は復命書やミーティングでの報告による研修についての評価が行われ、次に繋げられるよう取り組まれています。</p>		
- 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	- 2 - (4) - 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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>実習受入に関するマニュアルが整備されており、基本姿勢が明文化されています。また、実習に応じたプログラムが準備されており、指導者に関する研修の機会も明示されています。養成校とは実習受入前はもちろん実習中にあっても連携が図られ、未来の地域福祉を担う人材を大切に育成するといった姿勢がうかがえます。</p>		

- 3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
- 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	- 3 -(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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>ホームページでの情報発信及び県のホームページによる財務状況等の公開が行われています。また、決算関係書類や事業計画・事業報告は、いつでも閲覧可能な状況で事務所に準備されています。</p> <p>当該評価基準に基づく自己評価結果及び苦情・相談体制や内容については、施設内の利用者・家族の目につきやすい場所に掲示されています。また、機関紙「えづこ」により、地域に向けた情報発信にも取り組まれています。今回、当該評価受審は初めてであり、評価結果の公表が定期的・継続的に行われることと期待します。</p>		
22	- 3 -(1)- 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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>施設の事務、経理、取引等に関するルールや職務分掌等に関する職員への周知は今後の課題と捉えられています。外部監査の活用等についても現状は行なわれていない状況です。但し、法人の監事である税理士に随時相談できる体制があり、定期的な内部監査も実施されています。</p>		

- 4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
- 4 -(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	- 4 -(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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>地域社会との連携等に関しては理念の中に謳われています。地域との交流を深めるために、牛乳パックやエコキャップのリサイクル活動等を通じて近隣の保育園や体育館に回収に出かけたり、回収品をショッピングモールに届けたりされています。また、スーパー等へ買出しやショッピングに出かける機会等も設けられています。今年度からは、カフェテリアの開催など地域の人々とのふれあいの機会を更に増やそうといった活動も始まっていますので、今後の取組に期待が持てます。</p>		
24	- 4 -(1)- 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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>ボランティアを地域と施設をつなぐ柱の一つとして位置づけられていることが、ボランティア受入に関するマニュアルから読み取れます。しかし、実際のボランティア受入は慰問が主といった状況です。利用者の障害支援区分の重さが理由となり、基本姿勢の実現には至っていない状況がうかがえます。</p>		
- 4 -(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	- 4 -(2)- 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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>関係機関や団体との定期的な連絡会への参加や協働には取り組まれており、利用者個別の必要な社会資源の一覧表は利用者毎に整備されています。しかし、施設としての必要な社会資源のリスト化などには取り組まれていない状況です。職員間での情報の共有化を目的としたリスト化に取り組まれることを期待します。</p>		

- 4 - (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	- 4 - (3) - 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <p>同一敷地内の他施設(事業所)と合同で、福祉機器展が2年に1回催されています。多くの福祉機器業者や専門ボランティアの協力を得て開催されており、在宅障がい者やその家族、関係機関職員、専門学校の生徒等が訪れる機会となっています。また、災害時に在宅障がい者等を受入れる準備も整えられており、地域交流スペースも設けられています。地域ニーズにより始まった相談支援事業所が併設されており、様々な活動に同一敷地内の他施設(事業所)と連携しながら取り組まれていることもうかがえます。関係機関職員の実習や見学も多く、積極的な受入れが行われています。しかし、当該施設単独の取組としては更なる活動を期待したいところです。</p>		
27	- 4 - (3) - 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。	㉔・b・c
<p><コメント></p> <p>関係機関や同一敷地内の他施設(事業所)等との連携により、地域の福祉ニーズが把握され、児童発達支援事業や相談支援事業の運営が開始されています。また、利用者家族の代表による在宅支援検討会議が行なわれており、その中から得られた意見(短期入所の拡充)等も運営に活かされています。</p>		

評価対象 適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
- 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	- 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。	㉔・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりを大切にすることが方針として掲げられており、利用者の障害レベルに応じたグループ活動や機能訓練などの支援が行われています。また、「職員行動規範」の自己評価に取り組み、職員の自己反省を促したり、指導に繋がれたりと積極的な取組も見られます。</p>		
29	- 1 - (1) - 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・㉔・c
<p><コメント></p> <p>処遇接遇委員会の活動を通じて、職員が具体的な目標を立て、日々の支援に取り組まれています。利用者が一人になりたいときや、心の安定を図りたいときに使用できる部屋も確保されており、ゆったり過ごせるための配慮もうかがえます。しかし、それらの取組を、分かりやすく具体的に利用者や家族等に伝える取組は今後の課題と言えます。</p>		
- 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 - (2) - 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・㉔・c
<p><コメント></p> <p>来園による相談や電話相談に対しては丁寧に対応し、その記録も残されています。</p> <p>パンフレットやホームページ上で事業所の概要は広く公開されていますが、資料を多くの方が手にすることができるような取組は十分とは言い難い状況にあります。公共施設等にパンフレット等を置かせて頂くなど、多くの方が簡単に入手できるような工夫を期待します。</p>		
31	- 1 - (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・㉔・c
<p><コメント></p> <p>利用契約書・重要事項説明書のほかに「利用のしおり」を作成し、利用に関する具体的な要点等をまとめた資料が家族向けに作成されています。利用者には重度の知的障害者が多く、説明は家族向けが大半となっているようですが、工夫次第で理解可能な利用者も見受けられることから、利用者本人向けのわかりやすい説明に対する工夫が望まれます。</p>		

32	- 1 - (2) - 福祉施設・事業所の変更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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>支援情報提供書が、サービス管理責任者により詳しく作成されていることに加え、引き継ぐ施設へ職員が同行して説明を行うなど積極的かつ丁寧な取組も見られます。また、サービス利用終了後も相談を受け付けるなど、福祉サービスの継続性に配慮した対応が見受けられます。</p>		
- 1 - (3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	- 1 - (3) - 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・㉒・c
<p><コメント></p> <p>行事の際のアンケート配布や、年に一度の満足度調査が行われており、その回収率は8割を超えています。それらの調査結果を評価・分析し改善にも繋がられています。しかし、その検討会議への利用者の参画は実現されていない状況です。発足した自治会の活動と併せて、今後は利用者を変えた検討会が行われることを期待します。</p>		
- 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 - (4) - 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みについては、目につく場所への掲示があり、これまでに対応した事案の解決策の掲示も見られます。数か所に要望・苦情を出すための「ひまわりポスト」が設置されていますが、積極的に意見を出すことを躊躇われる人の存在を踏まえて、アンケート調査を実施するなど、気軽に意見を書けるような配慮も見られ、苦情等をくみ上げる工夫に繋がれていることがうかがえます。</p>		
35	- 1 - (4) - 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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>言語の表出が困難な利用者に対しては、筆談や携帯・パソコンの利用、個別のサインなどを通して意思のやり取りが行われています。また、個別に対応するための部屋も確保されています。</p>		
36	- 1 - (4) - 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・㉒・c
<p><コメント></p> <p>意見・要望への対応マニュアルがあり、意見や要望に対しては直ちに職員間で共有し、協議する仕組みが構築されています。年に一回は支援要望調査等も行われており、利用者の思いを家族が代弁して答えられています。マニュアルは最近できたばかりで、見直しについては今後の課題と言えます。</p>		
- 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 - (5) - 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
<p><コメント></p> <p>法人内の他施設(事業所)との合同による安全管理委員会が毎月開催されており、施設(事業所)ごとの状況を報告し合い、月ごとに目標を定める取り組みなどが行われています。日ごろの職員研修の中でも、危険な支援方法の写真等を基に皆で協議したり、些細なヒヤリハットでも事例検討に繋がったりと、予防活動に積極的に取り組まれています。</p>		
38	- 1 - (5) - 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
<p><コメント></p> <p>一人ひとりの既往歴と、これまでの予防接種歴が把握されています。感染症が疑われる事案の発生に備え、対応マニュアルも整備されています。嘔吐などに対しては、処理するためのキットが常にセットされ、定期的に看護師による使用方法についての指導も行われています。併設の医療系施設の医師との連携により、医療ニーズを持つ重篤化しやすい利用者に対しても、感染症予防に力を入れた支援が行われています。</p>		

39	- 1 - (5) - 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やっている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>防災マニュアルが整備され、設備的にもスプリンクラーや防火シャッター等が設置されている等、充実した環境が整えられています。設備面の充実や通所といった性質を踏まえて実施されている年に2回の避難訓練では、各職員が自分の役割に対する意識を強めるように努められています。備蓄に関しては、同一敷地内の他施設(事業所)と共同して整備されており、不備がないようリスト化による管理に努められています。</p>		

- 2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
- 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	- 2 - (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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>理念・基本方針やマニュアル、支援手順書等、日々繰り返し目にして欲しいものをまとめたスタッフガイドブックを職員全員に配布し、その内容についてはミニ講座等により周知が図られています。勤務時間帯の違う非常勤職員に対しての申し送り事項は、パソコンに入力されたものを閲覧する仕組みにより情報の共有化が図られています。</p>		
41	- 2 - (1) - 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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>研修教育委員会において年度末に見直しの機会が設けられていることが、会議の記録により確認できます。スタッフガイドブックについては、年度末を待たずに、新しい事項が追加・変更される度に、随時のページ差し替えも行われています。</p>		
- 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	- 2 - (2) - 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を適切に策定している。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>アセスメントは適切に記録に残され、ニーズの把握に基づく個別支援計画の策定に繋がられています。計画は、担当者、看護師、サービス管理責任者、管理者の合議と利用者の同意のもと決定されていることもうかがえます。支援が困難なケースへの対応については、外部講師を招き、具体的な事例を通して助言を受けるなど、積極的に支援の幅を広げる取り組みが行われています。</p>		
43	- 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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス実施計画の評価、見直しによる支援の変更及び継続は、原則として半年ごとに行われていますが、長期入院後などケースに応じた随時の見直しにも取り組まれています。</p>		
- 2 - (3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	- 2 - (3) - 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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス実施計画に基づいたサービスの実施や支援の様子は、記録により確認できます。新人職員に対しては、記録方法の指導も別途行われています。情報共有は朝・夕のミーティングで行われており、その場になかった職員に対してはパソコン上での申し送りの仕組みが機能しています。</p>		
45	- 2 - (3) - 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a・㉑・c
<p><コメント></p> <p>個人情報保護規程が整備されており、規程に基づく記録の保管などが行われています。保管場所や方法は記録の種類によって定められており、廃棄方法については、専門業者に委託されているのが現状ですが、規程への明記には至っていない状況が見受けられます。職員は採用時に、就業期間並びに退職後も含めた情報漏洩の禁止に関する誓約書に署名をし、職務を遂行されています。</p>		

評価対象

A - 1 利用者の尊重

		第三者評価結果
A - 1 - (1) 利用者の尊重		
	A - 1 - (1) - 職員の接し方について、利用者をひとりの個人として尊重する取り組みを行っている。	㉑・b・c
<コメント> グループ活動時や食事の際の声かけなど、急かさず丁寧な言葉使いで終始支援されています。排泄や更衣については同性介護が徹底され、所持品等の保管についても取り扱いに配慮がうかがえます。		
	A - 1 - (1) - コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	㉑・b・c
<コメント> 言語での意思伝達が困難な利用者に対しては、その人独自のコミュニケーション手段を模索し、必要に応じて機器類を活用しながら、表情の変化やサインを見逃さないように努められています。利用者が持っている力を使って表現されていることを、意味あるサインに育てあげるといった考えの下で、コミュニケーションに関する支援が行われていることがうかがえます。		
	A - 1 - (1) - 利用者の主体的な活動を尊重している。	㉑・b・c
<コメント> 重い障害があっても個々人が持つ能力を生かせる作業工程を模索し、利用者が達成感を持てるように工夫されています。併設の医療系施設の利用者と交換日記をしている利用者のために、自由に行き来できる配慮も見られます。 発足して半年ほどの利用者の自治会活動については、開催を楽しみにされている利用者もおられ、今後の活動の充実と発展に期待が持てます。		
	A - 1 - (1) - 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	㉑・b・c
<コメント> 利用者に応じて、歯磨きや移動など日常生活上の行為は、必要以上の声かけをせず見守る姿勢で支援が行われています。		
	A - 1 - (1) - 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a・㉑・c
<コメント> 調理や買い物などの支援が計画的に行われています。パソコン入力ができる利用者が作成した文章や、絵が描ける利用者が描いた絵を壁に飾ることで、利用者の意欲の向上を促す取組にも繋がられています。しかし、利用者自身の人権への意識が高まる活動については、今後の課題と捉えられています。		

A - 2 日常生活支援

		第三者評価結果
A - 2 - (1) 食事		
	A - 2 - (1) - サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	㉑・b・c
<コメント> カロリーコントロールが必要な利用者や、常食からミキサー注入食まで、食事形態には個別かつ柔軟な対応が見られます。食事の介助に関するマニュアルの整備等も行われています。		
	A - 2 - (1) - 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a・㉑・c
<コメント> 検食結果をメニューに反映するよう努められています。また、定期的な嗜好調査も行われ、給食検討会議も設置されています。しかし、会議への利用者の参画には至っていない状況です。		

	A - 2 - (1) - 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	㉖・b・c
<コメント> 食事時間については、かかる時間がそれぞれ違うことや、その日の体調などに応じて、個別に柔軟な対応が行われています。食堂ホールの座席配置は、利用者同士の関係性や精神状態に配慮して定められています。		
	A - 2 - (2) 入浴	
	A - 2 - (2) - 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	評価外
<コメント> 通所系サービスであり、入浴サービスが行われていないため、今回は評価していません。		
	A - 2 - (2) - 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	評価外
<コメント> 通所系サービスであり、入浴サービスが行われていないため、今回は評価していません。		
	A - 2 - (2) - 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	評価外
<コメント> 通所系サービスであり、入浴サービスが行われていないため、今回は評価していません。		
	A - 2 - (3) 排泄	
	A - 2 - (3) - 排泄介助は快適に行われている。	㉖・c
<コメント> 朝の送迎時に保護者が記入し、日中は職員が記入する排泄表が活用され、家庭と連携しながら排泄に関する支援が行われています。トイレへの誘導は、個々に時間を定めて促したり、利用者本人のサインなどによる意思表示に応じたりしながら、同性職員による支援が行われています。		
	A - 2 - (3) - トイレは清潔で快適である。	㉖・c
<コメント> トイレは、ポータブルや寝た姿勢で排泄できるものなどが準備され、冷暖房設備の完備や清潔保持にも努められており、臭いがなく清潔に保たれた環境が整えられていると言えます。		
	A - 2 - (4) 健康管理	
	A - 2 - (4) - 日常の健康管理は適切である。	㉖・c
<コメント> てんかん発作や変形拘縮があるなど、体調の異変を自分では訴えられない重度の障害をもつ利用者が多いため、健康管理には特に注意を払われています。毎日のバイタルチェックは、体温、血圧、排泄、食事量、顔色についてなど、看護師が中心となって記録に残されています。また、必要に応じて併設の医療系施設の外来を利用することも可能です。 口腔衛生および体力維持に関してもプログラムが設けられており、プログラムに応じた取組が行われています。		
	A - 2 - (4) - 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	㉖・b・c
<コメント> 急変時の対応マニュアルが整備され、全館放送での「ドクターハート」コールにより、併設の協力医療機関から医師や看護師が駆けつける体制も整っています。日ごろより内線連絡で速やかに外来受診ができ、必要に応じて医師の往診を受けることも可能な環境にあるなど、迅速かつ適切な医療が受けられるよう連携体制が構築されています。		
	A - 2 - (4) - 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	㉖・c
<コメント> 定期薬に関しては、誰がどのような薬を処方されているかの服薬者リストが作成されています。内服薬の服薬については、健康管理マニュアルの中に項目が設けられています。薬の管理方法や確実に服薬したかの確認方法、誤与薬が発生した際の対処方法等に関する項目などが追加されることで更なる充実が図れるものと期待します。臨時薬の取り扱いに関しては、必ず看護師の手によって服薬介助者に手渡す仕組みとなっていますが、その手順や責任の所在について明確にすることで、新人職員に至るまでの周知が図れるものと期待します。		

A - 2 - (5) 余暇・レクリエーション		
	A - 2 - (5) - 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者は、行事として計画されたレクリエーション等を楽しんで参加されているようです。また、園外活動を4コースほど提示して、予めアンケート方式でコースを選んでもらうなど、利用者の希望を尊重する仕組みも見受けられます。</p>		
A - 2 - (6) 外出		
	A - 2 - (6) - 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <p>外出した際の安全対策の一環としては、「業務中の携帯電話の使用について」というマニュアルが整備されており、職員間で連絡を取り合いながら外出支援を行う仕組みが構築されています。</p> <p>個別外出については、個別支援計画に計画されている利用者以外は、施設が担う役割や利用者ニーズの観点から積極的な取組は行われていない状況が見受けられます。</p>		
A - 2 - (7) 所持金・預かり金の管理等		
	A - 2 - (7) - 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <p>通所系サービスであるため生活費等は、基本的に家庭での管理とされています。</p> <p>金銭管理に対する学習という点では、現在は近くまでスイーツを買いに出かける活動を楽しんでいる程度ですが、自己管理可能な利用者も見受けられますので、金銭管理訓練プログラムを活用した計画的な支援に取り組まれることを期待します。</p>		
A - 2 - (8) 社会適応訓練等		
	A - 2 - (8) - 社会適応訓練等に関しては、利用者の状態に応じた支援を行っている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>通所系サービスの継続や居住系サービスへの移行も視野に入れながら、環境の変化に慣れることや、外食の場で食事をとること、イベント参加時には福祉タクシーで移動することなど、様々な経験を積み重ねられるような支援を心掛けられています。利用者家族とは、毎回の送迎時や懇談会、個別面談などの場で、コミュニケーションを深めながら連携を図るよう努められています。</p>		

A - 3 施設・設備

		第三者評価結果
A - 3 - (1) 施設・設備		
	A - 3 - (1) - 施設・設備に関して、利用者や来所者が利用しやすいよう配慮されている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>施設内の案内表示はわかりやすい場所に掲示されており、バリアフリーの環境も整えられています。計画的に設備面の修繕も検討されており、現在は空調関係のメンテナンスや取替えが計画的に行われている状況です。また、渡り廊下から各部屋が見えることがあるので、目隠しのシートを貼るよう計画されているなど、積極的に利用者や来所者が利用しやすい環境整備に取り組まれています。</p>		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準(評価対象 ~)	21	24	
内容評価基準(評価対象A)	14	4	
合計	35	28	