

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2025 年 5 月 30 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 御中

〒 004-0072

住所
札幌市厚別区厚別北2条4丁目1-2-1901

電話番号 011-558-0058

評価機関名 株式会社ソーシャルリサーチ

認証番号 北海道 23-003号

代表者氏名 代表取締役小野寺さゆみ

下記のとおり評価を行ったので報告します。

記

評価調査者氏名・ 分野・ 評価調査者番号	評価調査者氏名		分野	評価調査者番号		
	(1)	小野寺さゆみ	総合	第116号		
	(2)	百合野 潔	総合	第238号		
	(3)	佐藤みどり	総合	第262号		
	(4)					
	(5)					
サービス種別		障害者支援施設（施設入所支援＋日中活動事業）				
事業所名称		やまぶき				
設置者名称		社会福祉法人 緑星の里				
運営者（指定管理者）名称		社会福祉法人 緑星の里				
評価実施期間（契約日から報告書提出日）		2024 年 7 月 22 日	～	2025 年 3 月 22 日		
利用者調査実施時期		2024 年 8 月 5 日	～	2024 年 9 月 13 日		
訪問調査日		2024 年 11 月 29 日	～	2024 年 11 月 30 日		
評価合議日		2025 年 3 月 1 日				
評価結果報告日		2025 年 5 月 30 日				
評価結果の公表について運営者の同意の有無			☒ 同意あり ☐ 同意なし			
※評価結果の公表について運営者が同意しない場合のみ理由を記載してください。						

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

株式会社ソーシャルリサーチ

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称: 社会福祉法人緑星の里

代表者氏名: 理事長 大塚登志樹

所在地: 〒059-1365 苫小牧市字植苗121-7

TEL 0144-58-2321

③事業所の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

■意思決定支援に基づいた、利用者の意思の尊重

やまぶきでは、強度行動障害、自閉症スペクトラム、てんかん、脳性麻痺などの重度重複障害者の支援を行っています。もともと、自分で選択することが少なかった利用者に、選ぶことの楽しさや、自分らしさなどを感じてもらえるようにするにはどうしたらいいかを職員が検討し、毎日の小さな選択を重ねることから始めています。具体的には、毎日の食事や嗜好やその日の気分で「ふりかけを選択すること」や、食べたい献立を選べる「給食のセレクトメニュー」から、自分が着るもの、その日行いたいことなどへと少しずつ選択の機会と幅を広げています。職員は利用者が一方的に支援を受ける人という意識ではなく、意思表示が困難な場合でも意思が汲み取れるよう積極的にコミュニケーションの工夫を行っています。そのため、利用者の自治会では、支援方針をわかりやすく伝え、全体に周知し、個別に説明することで利用者の理解を促しています。更に令和6年度から意思決定支援に力を入れ、外出先など時間をかけながら、重度で意思表示が困難な利用者へも選択肢を提示し、全利用者に対して強度行動障害の手順書を作成し、職員一丸となって利用者の意思を尊重した支援を行っています。

■口腔ケアの実施

口腔ケアは全身の健康に影響を及ぼすものとして、施設一丸となって取組を行っています。職員体制が充実している昼の時間帯を利用して、看護師を中心に利用者の口腔ケアを行っています。染め出しをして磨き残しがないかチェックし電動歯ブラシを使用して口腔内の汚れを効果的に除去しています。職員は医務学習会において、パワーポイントで口腔ケアの学習会を行っています。口腔ケアにより口腔の疾病予防や健康保持・増進につなげて利用者が健康的な日常生活を送れるようにしています。

■施設全体で取組む強度行動障害支援

強度行動障害について、組織的で継続した研修と実践に施設全体で取組んでいます。「支援手順書」に沿って適切な援助ができるようになることを目標とする基礎研修を職員全員が受講しています。さらに支援現場の経験を踏まえてチーム内で指揮をとれる人材を養成する実践研修に参加して、支援内容を共有しています。時間単位で各活動をどのような流れで行っていくかを詳細に記した「支援手順書」をもとに手順通りに実施し記録をまとめてケース会議で振り返っています。ニーズを分析して支援方法の変更や更新をしています。各部会での学習会や勉強会では、何をどのように支援すべきかなど事例検討を定期的に行っています。一つ一つの実践を統合し、組織的に行うことで統一した支援を提供しています。

◇改善を求められる点

■やまぶきの支援の特徴についての情報発信の充実

長年にわたる重度重複障害への支援実績があり、利用者の生命を守ることが最優先となる場合などの対応も経験のある職員によるチームケアで行っています。令和6年度より、最重度の障害を持つ利用者に対しても意思決定支援の推進を行っており、職員は施設の方針と支援の目的を踏まえ、利用者の声に耳を傾けています。施設としての取組は、利用者や家族等に対しての周知を行っており、利用者が参加し自らの生活についての希望を取り入れた活動を行っています。しかし、ホームページ等では、施設概要についての紹介のみで、このような利用者への支援の実践について広く一般に対して公表を行っていません。ホームページ等を活用するなど、施設での取組みの特徴を掲載し、施設利用を検討している段階においても情報を得ることができるよう、公開する情報について検討していくことを望みます。

■苦情解決の仕組みの構築

苦情となる前の段階で、利用者等からの意見や気持ちを汲取り、早急な対応を行っています。現在のところ、苦情は寄せられていませんが、苦情が寄せられた場合にはもちろん、苦情の有無についてや苦情解決状況を公表することについて取組が必要です。また、重要事項説明書等に記載している第三者委員の連絡先が法人内の他施設の番号になっているなど、第三者委員に直接連絡を取ることができず、法人の取次ぎが必要なシステムになっていることなどについては検討が必要です。利用者の立場に立った苦情解決の仕組みを整え、職員への苦情対応の周知を行っていくことを望みます。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

お忙しい中、2日間に渡り調査いただきありがとうございました。評価結果には異論等ありません。むしろ私達が日々実践している取り組みについて結果はどうあれ評価いただいたことで、今後の目標や取り組み方法の課題を知ることができた良い機会となりました。今後の施設運営や利用者支援に活かしていこうと思います。ありがとうございました。

⑥評価対象項目に対する評価結果及びコメント

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 令和 6 年 8 月 31 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 緑星の里		
事業所名 (施設名)	やまぶき	事業 種別	障害者支援施設（施設入所支援＋日中活動事業）
所在地	〒 059-1365 苫小牧市字植苗121番地8		
電 話	0144-58-2272		
F A X	0144-58-2370		
E-mail	i_manabe@ryokusei.or.jp		
U R L	http://ryokusei.or.jp		
施設長氏名	眞鍋 旬子		
調査対応ご担当者	宮崎 慎也 (所属、職名： 支援課長)		
利用定員	40 名	開設年	昭和 58 年 4 月 1 日
理 念：	共感共生 共に感じ、共に生きる 共学共育 共に学び、共に育てあう 共励共働 共に励ましあい、共に働く 共慈共愛 共に慈しみあい、お互いに愛し合う 共支共老 共に支えあい、共に老いる		
基本方針：	・「支え合って共に生きる」という法人理念の明確化 ・透明性が高く、社会的に信頼され、開かれた法人経営 ・自律的で自己責任に基づく法人経営 ・人命尊重、人権尊重の立場に立ち、高い倫理性と高度な技術に基づくサービスの提供 ・地域社会との連携を深め、ノーマライゼーションの理念に立ち、積極的に利用者の自立生活の援助を図る		
施設・事業所の特徴的な取組：	強度行動障害、自閉症スペクトラム、てんかん、脳性麻痺等の様々な障害のある重度知的障害者の支援を行っている。「食事」「運動」「睡眠」を良質な内容にすることを施設の運営指標とし、生活・日中活動、リハビリ、医務、調理が連動し、生きがいや安心感、楽しみをもって生活できるように利用者支援を行っている。		
第三者評価の受審回数（前回の受審時期）	2 回 平成 27 年 11 月 日		
開所時間 (通所施設のみ)			

【当該事業に併設して行っている事業】

(例) ○○事業（定員○名）

生活介護事業（定員60名）
 短期入所事業（空所型）
 日中一時支援事業

【利用者の状況に関する事項】（令和 6 年 9 月 1 日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（高齢者福祉施設、高齢者福祉サービスを除く））

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
0 名	0 名	0 名	0 名	2 名	2 名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
1 名	7 名	6 名	12 名	7 名	3 名
					合 計
					40 名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
名	名	名	名	名	名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
名	名	名	名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合 計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6か月未満	6か月～1歳3か月未満	1歳3か月～2歳未満	2 歳児	3 歳児	4 歳児
名	名	名	名	名	名
5 歳児	6 歳児	合 計			
名	名	名			

○障がいの状況

・身体障がい（身体障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1 級	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級
視覚障害	1 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名
聴覚又は平衡機能の障害	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名
音声・言語、そしゃく機能の障害	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名
肢体不自由	2 名	5 名	2 名	1 名	0 名	1 名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名
重複障害（別掲）	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名
合 計	3 名	5 名	2 名	1 名	名	1 名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障がい（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
40 名	名	名

・精神障がい（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1 級	2 級	3 級
統合失調症	名	名	名
そううつ病	名	名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	名	名	名
その他の精神疾患	名	名	名
合 計	名	名	名

○サービス利用期間の状況(保育所を除く)

～6か月	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
名	名	1名	1名	名	名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
名	名	名	名	名	名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
名	名	名	1名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
1名	名	名	36名		

(平均利用期間： 29年5ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(令和 6 年 9 月 1 日現在にてご記入ください)

○職員配置の状況

	総数	施設長・管理者	事務員	サービス管理責任者	支援員
常勤	34名	1名	1名	1名	24名
非常勤	13名	名	名	名	8名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	名	名	2名	名
非常勤	名	名	名	名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	1名	名	4名	名	名
非常勤	名	名	1名	2名	2名

※職種を空欄にしている箇所は、施設種別に応じて記載以外の主要な職種を記入してください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職員」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	2名 (名)
介護福祉士	19名 (3名)
保育士	2名 (1名)
	名 (名)
	名 (名)

(非常勤職員の有資格者数は()に記入)

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	1,657,99㎡		
(2) 耐火・耐震構造	耐火	☒ 1. はい	☐ 2. いいえ
	耐震	☒ 1. はい	☐ 2. いいえ
(3) 建築年	平成	8 年	
(4) 改築年	平成	年	

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	㎡		
(2) 園庭面積	㎡		
(注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあっては、代替の対応方法をご記入ください。	(例) 徒歩3分のどんぐり公園(300平米ぐらい)に行つて外遊びを行っている。		
(3) 耐火・耐震構造	耐火	☐ 1. はい	☐ 2. いいえ
	耐震	☐ 1. はい	☐ 2. いいえ
(4) 建築年	昭和	年	
(5) 改築年	平成	年	

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別（該当にチェック）	☐ ・大舎制 ☐ ・中舎制 ☐ ・小舎制		
(2) 建物面積	㎡		
(3) 敷地面積	㎡		
(4) 耐火・耐震構造	耐火	☐ 1. はい	☐ 2. いいえ
	耐震	☐ 1. はい	☐ 2. いいえ
(5) 建築年	昭和	年	
(6) 改築年	平成	年	

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・令和 6 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

1 人

・ボランティアの業務

施設のお祭りの出店準備及び行事の手伝い

【実習生の受け入れ】

・令和 6 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 0 人

介護福祉士 0 人

その他 0 人

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

利用者自治会を定期的開催し、月の行事予定やお知らせ、栄養士や医務からの情報提供を行っています。月の行事予定は、散髪日・誕生会・季節行事（こどもの日、施設内の夏祭り、夏休みレク等）をお知らせしています。医務からは、皮膚科の往診や健康診断などの通院予定や手洗い・うがいの声掛けを行っています。栄養士からは毎年1回、利用者対象で嗜好調査を自治会にて実施することを報告し実践しています。
その他、各委員会からの報告（職員の行動規範について、虐待に関する話など）も自治会で行っています。

【その他特記事項】

評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

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	コメント
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 理念は、毎朝職員が朝礼時に唱和しています。また、月2回の全体会議で倫理綱領と職員行動規範を唱和し、職員が意識化できるようにしています。パンフレットに理念と基本方針を掲載して周知する他、利用者自治会で理念をかみくだいて説明しています。利用者家族へは家族会総会で理念を伝え、欠席した家族には議事録等を送付して伝えています。

Ⅰ-2 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に対応している。		
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。	b 施設長は、毎月法人の施設長会議に参加し、各施設の稼働率や法令の改正などについて情報共有しています。また、地域の人口動態や外国人雇用についてなど、幅広く事業を取巻く環境把握を行っています。しかし、自施設への影響や施設の方針決定などへの影響について独自の分析を行っていません。今後は、経営環境の分析について、法人の施設長会議だけでなく、自施設運営に必要な情報収集などに関しては施設独自でも取組んでいくことを期待します。
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。	b 経営課題として挙げている人材確保、経費削減に取り組んでいます。施設が得意とする自閉症に対する支援の強みを活かした施設運営の希望がありますが、単体の施設としては難しいため、法人の施設間でそれぞれの強みを活かして専門性の高い支援を行いたいという構想があります。今後は、自施設だけでは進められない経営課題の解決について法人内施設で情報交換を通じて具体的な取組を進めていくことを期待します。

Ⅰ-3 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
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。	b 令和6年度から令和8年度の法人と支援事業部の中期計画があり、その下位計画として施設として中期計画を策定しています。しかし、法人の中期計画に定めた内容の範囲で目標を定めているだけで、具体的な計画とはなっていません。今後は、建物の老朽化に伴う修繕計画をはじめとして、単年度で達成できない事業や施設の方針性を含め、必要な項目を備えた中期計画を策定することを期待します。
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。	b 中期計画の内容は、稼働率以外は目標の設定のみとなっています。そのため単年度の事業計画も数値目標や具体的な取組みは記載していません。また、施設として課題と捉えている人材確保についても具体的な内容がありません。施設運営に必要な計画には達成状況を測るための数値的な目標を備え、進捗状況を測ることができるよう工夫することを期待します。

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。	b	事業計画に記載した経営指標の稼働率のみ、毎月評価を実施して法人の施設長会議で周知しています。毎年事業報告を作成し重点課題の実施状況を記載していますが、計画では重点課題の具体的な計画はありません。今後は、事業計画に具体的な内容を記載し、計画と実績を比較できるようにしていくことを期待します。
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。	a	年10回ほど開催する利用者自治会で事業計画の内容を伝えていきます。利用者に理解しやすいよう、イラストなどを活用しています。家族へは毎年5月に開催する家族総会で説明し、欠席者には郵送しています。事業計画について利用者に伝えるだけでなく、利用者自治会で意見を受けたり、個別に聞き取りを行い外出行事の実施方法に希望を取入れています。

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	コメント
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。	b	施設内の委員会等で実施状況の確認と評価を行っています。内部監査として、法人内他施設からの視察を受けているほか、自施設の強みと改善点について外部のオンブズマンを活用して助言を受けています。しかし、前回の第三者評価の結果を受けた取組の記録がなく、今回の第三者評価の自己評価の作成も全職員での取組みとはなっていません。組織的な課題に、自施設、法人内、外部と様々なレベルの評価を受けていますが、一部の職員だけでなく全職員で取組んでいくことを期待します。
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。	b	法人内他施設職員からの内部監査、外部オンブズマンなどから助言を受け、主幹会議等で改善策について話合っています。職員会議で職員にも周知を図っていますが、事業計画は法人の計画から事業所単位に目標等をおろしてくるもののため実施記録や次の事業計画等に反映している記録がありません。今後は、評価結果を受けて計画的に改善に取組んでいくことを期待します。

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	コメント
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	施設長は、年度初めの職員会議で自らの役割や方針について伝えています。職務分掌においても責任と役割を明記しています。また、家族会の会報誌にも新年度挨拶を掲載し、組織作りに邁進することを宣言しています。事業継続計画（BCP）「地震災害」において統括責任者として役割と責任を明記しています。
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。	b	法人外の事業者団体の会議への参加や、法人内の施設長会議やコンプライアンス委員会に参加しています。各種会議などで業界の動向や法令の改正などの情報を得ています。職員に対して、法令や倫理に関する研修も実施していますが必ずしも全員を対象としたものではありません。今後は、事業運営に関する法令やその改正などで重要なものについてリストアップし、施設内の規定や文書等についても現行法に則っているかなどを定期的に検証していくことを期待します。

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。	b	施設長は、職員会議やサービス担当者会議などに参加し、施設で提供しているサービスの内容等を把握しています。また、オンブズマンなどの外部からの視点を取り入れることや、職員の力を涵養しチームとしての力量を上げるための助言を行い、職員自らで解決しモチベーションを上げられるようにしています。また、リスクマネジメントや接遇、コンプライアンスなどの委員会を設置し、やまぶき学習会などで職員に周知しています。今後は、質の評価や分析についての指標や仕組みを整備していくことを期待します。
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	b	経営分析や人事管理は、法人本部で行っています。施設の経営状況は毎月の施設長会議で話合っています。施設には嘱託職員の雇用の裁量権があります。業務環境の改善のためにトイレの清掃を外注するなど職員の意見を取り入れています。今後は、栄養マネジメント加算の取得、有給休暇取得率の向上、2名での夜勤体制の実現など、計画に位置付けて取組んでいくことを期待します。

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	コメント
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。	c	人材の確保や定着に関する具体的な計画は策定していません。令和6年度の事業計画の重点課題の中で、人材育成の推進を掲げていますが具体的な計画とはなっていません。新人職員の定着のためチューター制度があり、法人として外国人雇用などの検討も行っていますが、施設として理念を実現するために必要な人員体制や有資格者の配置などの計画を作成し、質の高い人材の確保と定着に取組んでいくことを期待します。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	法人として期待する職員像（TAC）を定め、人事考課制度を運用しています。期待する職員像は職員が見られる場所に掲示しています。嘱託職員が正職員になる場合の基準を定めている他、職員全員と施設長面談を行い、施設の行動計画に対してどのような貢献ができたかを話し合い、次の目標を設定しています。しかし、面談結果のコメントの記載はありますが意向や要望等の組織的な分析には至っていません。今後は、職員個別の面談結果等を全体の改善に活かせるよう改善策の検討を行っていくことを期待します。
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組んでいる。	b	職員面談や日常的に施設長が職員の就業に関する希望等を聞き取っています。管理者が労務管理責任者となっており、職員の就業状況を毎日確認しています。職員の希望により、職員休憩室の絨毯の取換えや冷蔵庫の設置を行い、休憩時間にくつろげるようにしています。全職員に対しストレスチェックを実施し、業務時の表情などから声をかけるなど、職員の不調を早く気が付けるようにしています。職員の業務ごとに有給の取りやすさや消化率に差がみられるため、改善していくことを期待します。

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。	b	面談では、職員各自の目標の確認を行っています。目標管理は正職員のみとなっています。人事考課制度があり、人事考課のマニュアルを整備しています。目標管理面談は行っていますが構造化しておらず、就業に関する話題がほとんどとなり教育研修や育成に向けた話題にはあまり触れていません。人事考課は、行動計画に対しての貢献度を自己評価するものとなっていますが、施設の入所者の特徴を踏まえ強度行動障害や、利用者の高齢化などに対応できるよう取組むことを期待します。
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。	b	職員の研修方針として法人の定めたTACがありますが、新入職員への説明しか行っていません。法人の研修計画と施設の研修計画があり、そのほかにeラーニングを活用することもできます。事業計画で重点課題として挙げている、意思決定支援や虐待防止等についての研修参加をしています。長く勤務する職員が多いため施設で行っている支援についての共通の知識や認識がありますが、今後の施設の方向性や利用者特性等を踏まえ、研修計画に反映していくことを期待します。
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。	b	目標管理制度により、職員がそれぞれの研修目標を立てていますが、職員自身が過去の研修記録を把握していません。また、パート職員など雇用形態により、目標管理の対象外となっています。法人として階層別研修のメニューが提示されていますが、重度の障害の支援を行う施設として必要な内容の検討を行い、職員の共通認識の形成とともに知識や技術をブラッシュアップしていけるよう研修機会を提供していくことを期待します。
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	受入れ窓口は法人本部となっており、実習生受入れの基本方針を定めた実習生受入れマニュアルがあります。保育士と看護師の実習を受入れています。令和6年度は受入れ実績はありませんでした。実習生を受入れる際は、実習計画を作成し評価手順をあらかじめ定めています。遠方の実習生には敷地内の宿泊施設も提供しています。今後は、実習指導者の研修を行うことや、実習生の個別の実習目標に合わせて実習のねらいや指導方法を検討することを期待します。

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果	コメント
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。	b	法人のホームページがあります。理念や事業報告、決算、個人情報の保護方針等を公表しています。しかし、事業計画や予算、苦情相談の結果や第三者評価結果など、取組の方向性や質の向上の取組について提示がありません。施設ごとのページには利用案内がありますが、当該施設の利用料金など情報公開の範囲が各施設によってばらつきがあります。今後は、施設の専門性や特徴をわかりやすく伝えとともにホームページを閲覧する側にとって知りたい情報が容易に検索できるよう工夫していくことを期待します。

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	年4回の経理に関する外部監査を受けています。利用者の預り金は、家族会の監査を受けています。また、法人内他施設からの内部監査員の監査を受けています。今年度は、外部の専門家としてサービスレベルの確認と利用者の声を運営に活かすためにオンブズマンの助言を受けています。
----	--	---	--

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果	コメント
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。	b	地域との関係や交流については、理念にも定めています。法人で実施している地域の子どものための交通安全活動に職員が参加しています。また、コロナ禍以降、地域交流の機会が減少しています。法人全体で行う「緑星祭り」には地域からの参加者もありましたが、利用者の感染予防を優先し、交流規模が縮小しており、今後の利用者の祭りの参加については検討中となっています。利用者は重度の障害があるため、利用者の希望に合わせて交流できるよう、自己決定支援の中で検討することになっています。今後は、地域の催物などの情報提供などを含め、利用者が交流する機会を増やしていくことを期待します。
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。	c	ボランティアマニュアルがありますが、ボランティアの受入れに対する基本姿勢は明文化していません。法人を窓口として緑星祭りなどの行事ボランティアを受入れています。今後は、ボランティアの受入れに対する基本姿勢を明文化するとともに、利用者の自己決定支援などを通じて把握した利用者の個別の希望やボランティアとの交流などの活用を検討することを望みます。
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。	c	地域の社会資源との連携は、法人の相談支援事業所を通じて行っています。また、学校や養護学校などの卒業後のサービス利用についての相談窓口となっています。今後は、利用者一人ひとりの状況に対応できる社会資源をリスト化することや、連携可能な社会資源について職員への周知を行っていくことを望みます。
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。	b	地域の福祉ニーズの把握は、主に法人として行っています。法人として地域住民に対して行っている認知症カフェや障害者子どもリハビリ事業において把握した地域の福祉ニーズの報告を受けています。短期入所利用者から地域の福祉ニーズや生活課題を把握することで、地域全体の状況についても検討しています。
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b	地域貢献は、法人の管轄となります。公益活動として地域の子ども安全サポーター事業への参加を行っています。また、災害時に地域の障害者等を受入れることができるよう、5日間60人分の備蓄を備えています。しかし、災害時の地域からの避難者の受入れに関する具体的な想定や行動計画等を定めていないため、BCPに内容を明記するなど、事業所として主体的に準備を進めることを望みます。

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	コメント
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	法人の倫理綱領や行動基準を掲示し、朝礼で読合わせをするなど、職員全員が理解するように取り組んでいます。利用者の尊重や、基本的人権への配慮については法人全体での研修、施設内のやまぶき学習会や、サービス担当者会議、各委員会を通じて、支援の基本となるものとして施設全体で共有する取組を継続して行っています。
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。	c	食事場面や活動場所など必要に応じてパーテーションを設置しています。住環境担当者を中心に、各居室が快適な環境となるようにしています。またリスク委員会において本人の意向をできる限り取入れながらリスクの分析、安全の確保を検討し、プライバシーを守るよう日々取り組んでいます。しかし、プライバシー保護のマニュアルが未整備となっています。プライバシー保護についてマニュアルの作成と職員研修を行うことを望みます。
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。	b	パンフレットやホームページに施設の掲載を行っていますが、施設の特色である重度知的障害、強度行動障害に専門性を活かし対応している施設であることは明示していません。施設の専門性やノウハウの蓄積による支援の技術の高さなどの強みを積極的に情報発信することは、専門性の高い支援を必要とする利用希望者にとって有益な情報となります。事業所の特色や取組などについての情報提供を行っていくことを期待します。
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	重度の知的障害者の入所に関する問合わせが多いことから、絵、写真、ジェスチャーなどでわかりやすく説明しています。意思の取りが難しい場合は実際に体験し複数の職員が意思を確認しています。今年度から利用者が半年毎のモニタリングに参加することになりました。意思決定支援を推進するため、サービスについて利用者ごとに理解しやすい方法を選びながら意思の確認をし、支援計画を作成しています。
32	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。	b	法人内での事業所変更が多く、変更後も引続き管理職を中心に情報を常に共有しています。しかし、法人外の事業所や地域・家庭への移行の場合は、手続きや支援方法などのマニュアルがありません。退所時の本人への情報提供や、移行先との協力の内容などを定め、本人が安心して移行できるよう仕組みづくりを行うことを期待します。
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。	b	以前より給食のセレクトメニューやふりかけの選択など、利用者の意思を尊重し選択する機会を提供してきました。今年度より意思決定支援に力を入れ、自分の好きな服の色、行事で行きたい場所、食べたいものなど時間をかけながら意思表示が困難な利用者へも様々なアプローチで聴き取るようにしています。今後は、満足度を把握する仕組みを整備し、改善を行うことで意思決定の支援の質の向上を目指していくことを期待します。

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。	c	苦情解決規定で法人の苦情解決に係る運営適正委員会を設置しています。現在のところ、苦情になる前の早急な対応により苦情は寄せられていません。しかし、重要事項説明書においても第三者委員の連絡先に自施設の電話番号を記載するなど、利用者の立場に立ったものとはなっていません。またあわせて苦情解決状況の公表も行うことを望みます。
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	障害特性に応じてジェスチャー、50音表、写真、現物を活用し、相談しやすい環境や、雰囲気づくりに努めています。自ら発信することができない利用者も多く、職員と家族等との交流や面談を通じて、相談や意見を聞く機会を設けています。
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。	b	令和6年9月にオンブズマンが来所し、利用者から聞取った意見の中で、おやつの回数についての要望があり、職員間で協議し対応しました。利用者からの相談や意見に対しての対応を行っていますが、職員が統一した対応を行い、組織的に取組を行っていくためにも相談や意見等についてのマニュアル等の策定を期待します。
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	法人内にリスクマネジメント委員会を設置し、法人で共通のマニュアルがありますが、施設利用者の障害特性、実情に合わせて追記したマニュアルを作成し、職員に周知しています。住環境担当が転倒事故予防の視点から検討し、手すりを設置したほか、毎月意思決定支援推進委員会が利用者アセスメントを基にリスク管理に取組んでいます。
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。	b	感染症に関するマニュアルを整備し、感染対策委員会でマニュアルの定期的な見直し、職員全体への周知を図っています。職員は携帯用の消毒液を所持し予防に努めるとともに、インフルエンザ流行前の毎年秋頃、感染症対応の実地訓練を行っています。しかし、事業継続計画（BCP）はコロナウイルス感染症対応版となっており、他の感染症の想定を行っていないため、見直しを行うことを期待します。
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。	b	法人全体の防災計画があり、食料・水・医薬品等の備蓄を5日分備えています。避難訓練は、日中と夜間想定で行っています。障害特性上、避難訓練に参加することが困難な利用者は、有事の際の対応方法について検討し、マニュアルの改訂もしています。非常災害対策計画と事業継続計画（BCP）を定めています。BCPは毎年見直しを行っています。しかし、BCPは地震災害想定となっているため、ハザードマップ等で想定される災害について網羅していくことが必要です。見直し時期の設定や見直しの検討記録、職員への周知や研修と訓練、備蓄リストなどを備えていません。今後は、「BCPの計画内容」の規定を満たすことや、すでに地域分の備蓄を行っていることも考慮し、地域との連携などについても盛込んでいくことを期待します。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
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	利用者一人ひとりに強度行動障害に対する手順書を策定し、男女棟別の業務基準や、職員の各シフト毎業務表を全体の業務マニュアルとあわせて標準的なマニュアルとしています。各利用者の過ごし方が異なる平日と休日別に定める手順書と連動しており、プライバシーや権利擁護にも留意し、統一した支援ができるようにしています。
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	全体の業務マニュアルは常に利用者一人ひとりの手順書と連動し活用しています。個々の手順書は毎年3月に担当が見直し、合わせて業務マニュアルも更新しています。また、毎月の男女別の生活棟会議や月モニタリングで支援方法の大きな変化があれば、各場面における支援内容を定めたマニュアルに反映しています。
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	身体状況、生活状況をアセスメントで把握し、利用者と家族の意向や要望を汲取り、サービス管理責任者、担当者、看護師、栄養士等で支援計画の原案を作成し、同意を得ています。計画書にはアセスメントから抽出したニーズと、自己決定支援の取組によって得た本人の希望を記載し、本人らしさや楽しみの実現の支援を行うという支援方針を表明しています。また、援助内容にも、生活場面や活動の中で得た希望を支援に反映することを記載しています。
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	毎月行う月モニタリングとサービス担当者会議で計画の進捗状況や利用者の様子などを確認しています。男女別の生活棟会議や、半年毎のモニタリングの実施とともに、利用者ベースラインで利用者のADLや食事状況、生活リズム、特性等のスケールを用いて、利用者のできる力を評価しています。会議においても、計画の実施によりどのような効果があったかを明確にし、次の計画の更新を行っています。また、心身の変化や、支援方法の変更を検討した場合は、随時ケース会議を開催し計画の変更を行っています。
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。	b	利用者の記録は、システム上の個人記録に入力し、職員が共有しています。利用者の生活の様子や言動などとともに、支援内容や健康面での情報を適切に記録しています。日中活動での記録に欠けている部分はないか、夜勤者がチェックし、記入漏れがあった場合は朝礼で報告、チェック表に記入し引継いでいます。管理職を中心に、記録の文言が不適切な時にはアドバイスをしていますが、記録内容や書方に差異が生じないように記録の書方をマニュアル化するなどの取組を行うことを期待します。
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。	b	法人による個人情報保護規定、利用者の個人情報の規定を整備し、個人情報利用と第三者への情報提供に関する同意書も交わしています。法人の情報セキュリティ研修に職員が順次参加しています。個人情報の保護研修は定期的に全職員に対して行うことや、外部への流出の危険性や保管などの管理状況の確認の仕組みも必要です。今後利用者や家族等から情報開示を求められた際のルール、規定の整備も合わせて行うことを期待します。

評価対象 障がい者・児施設 内容評価基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

	第三者評価結果	コメント
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A① 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	利用者の自己決定を尊重した個別支援では、絵や写真によるカードを利用して服の色や外出先、食べたい物など選べるようにしています。意思決定ができない利用者は、個別支援計画に反映できるようアセスメントから課題を抽出して希望やニーズに応じた支援を行っています。月の予定や1日の予定は食事、入浴などイラストでわかるように掲示して終わるごとにイラストを一つずつはがして次の活動へつなげています。自治会では、職員行動規範や意思決定支援、身体拘束についてイラストでわかりやすく伝えています。利用者の権利については、虐待防止委員会、身体拘束委員会、接遇向上委員会などで多角的に検討し職員が共通の理解をもって支援を行っています。
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A② A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a	利用者の権利擁護について、自治会でイラストを使用してわかりやすく説明しています。家族総会において、虐待防止フローチャートや権利擁護に関して伝えています。総会に出席できない家族等には、資料を郵送しています。権利擁護の取組として、自己決定支援や強度行動障害の支援を通じて知識を共有しています。職員は虐待防止チェックリストを活用して振り返りを行い、結果を分析、検証して課題について内部研修を行っています。緊急やむを得ず身体拘束を一時的に行う場合は身体拘束適正化のための指針をもとに記録、モニタリングをし会議で検討しています。虐待の届出・報告は、虐待通報対応フローに手順を明確にしています。虐待の早期発見・早期対応マニュアルにおいて、虐待防止委員会を開催しすみやかに対応を実施することを明記しています。

A-2 生活支援

	第三者評価結果	コメント
A-2-(1) 支援の基本		
A③ 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	利用者の自律・自立のための支援は、生活状況等をアセスメントし個別支援計画で支援目標や援助内容に沿って行っています。買物や温泉、カラオケ、外出等本人の希望にそった余暇活動を実施しています。転倒のリスクのある利用者も、自力で行う意欲を尊重して行動を制限せず見守りを行っています。声かけや誘導など本人の気持ちに沿った支援方法を職員間で共有しています。自律・自立生活のための動機づけとして、カードや絵でわかるようにして見通しを立てたり、自分の意思を表明できるようにし次の活動へつなげています。

A④ 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	利用者の意思疎通やコミュニケーションの手段として、絵カード、写真、タイマー、現物の掲示、50音表、ジェスチャー、指さしなど様々な方法を活用しています。また、余暇活動で音楽や動画を選ぶ際にタブレットを活用するなど利用者がわかりやすい形でコミュニケーションを図っています。利用者の意思表示の状況、手段、意思伝達の理解などのアセスメントを行い、ケース記録で日頃のかかわりや行動を記録しています。モニタリングで効果を測定し、生活棟会議で協議・振返りを実施して利用者固有のコミュニケーション手段やサインなどを職員が共有しています。
A⑤ 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	意思決定支援推進委員会を組織し、利用者の意思を尊重した支援を行っています。普段の相談等は話やすい職員が誰でも応じられることを自治会等で説明しています。また、ケース会議に利用者が参加することによって、利用者の強みや、利用者の理解できる言葉を使うなど、利用者を尊重する意識を醸成しています。表情や指さし、リアクションやこだわりなど個々の利用者の表現や思いを職員が読取り、支援しています。
A⑥ 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	利用者が活動内容の違う3つの日中活動班の中から参加先を選び、利用者の心身の状況に応じて個別支援計画に位置付けています。班ごとに月曜から木曜日までの活動を行い、毎週金曜日は、レクリエーションの日として、利用者の意向をもとに職員がアクティビティを企画しています。プールやゲームなどのほか、日帰り旅行や温泉、ドライブ、買い物、他の施設のお祭りなどにも出かけています。
A⑦ 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	外部研修では、強度行動障害の基礎研修を職員全員が受けています。障がい特性を理解して支援手順書に沿って適切な支援を行っています。また、各部会では、学習会や勉強会で事例検討を定期的に行っています。支援現場の経験を踏まえてコーチングを学んだ職員がチーム全体の専門技術の向上を図っています。利用者一人ひとりの支援手順書に沿って支援を記録しケア会議で多角的に分析と振返りを行っています。
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧ 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。	a	排泄介助や車椅子、移乗、入浴、食事等について、個別支援計画に基づき支援しています。一人ひとりの強度行動障害に対する手順書を策定し、日常生活支援のマニュアルで行動手順、注意点にそって支援しています。利用者のその日の体調や気分により、自尊心や要望を否定せずに本人のペースに合わせて支援しています。詰所前のスケジュールボードや行動について記載したカードなども活用し、利用者の自律を促し穏やかな一日や自信につなげています。
A-2-(3) 生活環境		
A⑨ 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	利用者の生活の場は、明るく清潔でゆったり過ごせる空間となっています。利用者の特性に応じて狭い空間やホール、会議室など本人が好む場所で安眠できるようにしています。ぬり絵やビーズ、パズルなど利用者の希望するものを用意して思い思いに過ごせるようにしています。住環境は、安心できる居室空間、衛生的な環境づくり、季節に応じた装飾などを目的とした年間計画を作成して、それに沿って実践しています。住環境担当者会議では、清掃の確認、破損箇所や危険箇所の点検を行い整備しています。

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。	a	法人のリハビリ室の理学療法士（PT）と施設のリハビリ担当者がリハビリの実施内容の確認を行っています。PTによる動画配信のもと助言・指導を定期的に受けています。利用者が骨折した際や動きに変化が生じた際は、リハビリの方法や介助の方法を確認しています。難治性てんかんなど疾病への対応も、医師や看護師と連携しリハビリテーション計画書を作成し、生活訓練や機能訓練を行っています。利用者が主体的に行えるよう視覚的なツールを使い意欲が向上するよう支援しています。PTが必要と判断した利用者のみ作成しているリハビリテーション計画書は半年に一度評価しています。
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。	a	利用者の健康管理については、ボディチェックや検温を行い、入浴や排泄などは生活日誌に記録し日々の様子を把握しています。年2回の健康診断の実施、歯科、皮膚科、精神科については定期的に往診があります。日中に看護師を中心に口腔ケアを行い電動歯ブラシを使用し歯垢染色液で磨き残しがないようにしています。また、職員は口腔ケアの医務学習会を受講しています。観察ポイントを記載した体調チェックマニュアルで不調の早期発見に努め、体調変化時の対応は、緊急時対応フローチャートにもとづき適切に対応しています。嘱託医は公用携帯を所持してすぐに連携が取れるようにしています。
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	医療的な支援として服薬等の管理は、服薬マニュアルをもとにしており、投薬前の薬確認、投薬後の薬袋確認、投薬者は2名体制で行う、再チェック確認など手順を写真で示し具体的にわかりやすく示し、職員はマニュアル通りに実施しています。さらに職員は、投薬マニュアルをもとに学習会を実施しています。慢性疾患やアレルギー疾患等のある利用者は、医師の指示や検査結果のもと食事を提供しています。緊急時はフローチャートをもとに安全管理体制を構築しています。
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。	b	コロナ禍前の利用者の社会参加については、地区の小中学校との交流会、他施設の祭り見学、外出行事などを行っています。現在は外出行事で好きなおやつや飲物など小グループでの買い物支援をしています。また、スケジュールを新しく取入れるとき絵カードを活用して新しい経験の機会を理解できるよう支援しています。今後、地域のイベントや催し物など様々な情報提供に努め利用者の選択できる場が広がることを期待します。
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。	b	利用者の地域生活への移行として、以前家族等の希望でグループホームに移行したケースがありました。その際は日中活動を継続して利用したため、グループホームと連携して利用者の地域移行支援を行っています。現在は利用者や家族等からの地域移行への希望はありません。利用者の希望があった場合は法人内のグループホームや相談支援事業所と連携を行うことが可能です。今後、家庭生活や、他の事業所への意向があった場合に備え、地域移行支援のマニュアルや書式を備えるなど、具体的な内容を定めていくことを期待します。

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A⑬ 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。	b	利用者の家族等との連携は、機関紙を発行し、担当者から個別の生活の様子と写真を送っています。在宅から日中支援に通っている利用者には、連絡ノートに1日の様子を記載し送迎のときに家族等と話しています。コロナ禍以後は毎年3月のケアプランの説明会は中断しており、家族等に郵送し電話で伝えています。家族総会は、年に1回行い欠席者には議事録を郵送しています。コロナ禍で1泊旅行も中断していますが、家族等の希望もあり日帰り旅行を継続しています。家族からの相談は施設長に報告して担当者が相談に応じています。利用者とともに家族等も高齢化していく傾向にあります。今後は、利用者に関することだけでなく、家族との連携や家族支援についても方針を定め、適切に対応していくことを期待します。