

(様式第2号)

## 福祉サービス第三者評価結果報告書

### ①第三者評価機関名

有限会社アウルメディカルサービス

### ②施設・事業所情報

|                             |   |  |
|-----------------------------|---|--|
| 名称： 障害者支援施設 愛育寮             | 種別： 障害者支援施設   |  |
| 代表者氏名： 宮崎祐子                 | 定員（利用人数）：施設入所支援定員64名（利用人数63名）、生活介護定員75名、<br>短期入所事業定員3名、共同生活援助事業所定員20名（5ホーム） |  |
| 所在地：岡山市北区祇園866              |   |  |
| TEL：086-275-4644            | ホームページ：https://www.asahigawasou.or.jp/aiikuryo/                             |  |
| 【施設・事業所の概要】                 |   |  |
| 開設年月日 昭和 55 年 4 月 1 日       |   |  |
| 経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 旭川荘 |   |  |
| 職員数                         | 常勤職員： 45 名  | 非常勤職員 30 名                                       |
| 専門職員                        | 管理者 1 名   | (生活支援員) 20 名 (常勤換算)                              |
|                             | サービス管理責任者 2 名   | 管理栄養士 1 名  |
|                             | (医師：嘱託) 1 名、(看護師) 1 名   |  |
| 施設・設備の概要                    | 居室64室<br>(個室64室・2人部屋0室・4人部屋0室)  | 相談室、食堂、多目的室、浴室、脱衣場、トイレ、活動室、配膳・下膳室、衛生室、倉庫、事務所、宿直室 |
|                             |   |  |

### ③理念・基本方針

理念：「敬天愛人」天を敬い人を愛する人間総長の精神  
生命の尊厳を大切にし、すべての人が共生できる人間尊重の社会の実現を目指します。  
(法人として共通)

基本方針：「明るく・楽しく・元気に」～前を向いて笑顔で～を愛育寮のモットーとして、新型コロナウイルス感染予防を徹底しながら、支援する職員は、“あわてず・あせらず”、“ゆっくり・ゆったり”とした演出で、利用者が声をかけやすいよう一呼吸おいて行動に移す「スローライフ」を実践する。コア・コンピタンスは、「知的ハンディがあっても一人ひとりの暮らしを充実させる」、「職員の創意工夫と根拠に基づいた支援を提供」とし、利用者個々の豊かな人生を構築すべく支援を展開している。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

主に知的障害者（成人）の入所施設。10名程度のユニットに分かれて生活支援をしている。職員の男女比は利用者に比べ、女子が多いが、可能な限り同性介助をしている。  
アトリエ夢工房織り工房では地域の方や小学生を対象とした結び織り体験を実施している。

#### ⑤第三者評価の受審状況

|               |   |
|---------------|---|
| 評価実施期間        | 令和 5 年 6 月 9 日（契約日） ～<br>令和 6 年 3 月 31 日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 2 回（平成 26 年度）                                     |

#### ⑥総評

##### ◇特に評価が高い点

コロナが5類に変わり、地域交流、ボランティアの受け入れなど、感染状況を鑑みながら、少しずつ活性化傾向にある。利用者の要望を取り入れながら、寮内のお祭りや健康づくり等のイベント、また地域に向けては夏休み織工房の体験ワークショップを行っている。また、地域貢献委員会では、段ボール回収や、子ども食堂への野菜などの寄付、アートギャラリーの開催など、多方面において地域との交流を図る機会となる取り組みを行っている。これらの障害に対する理解を深める活動は、利用者地域や家族との繋がりを大切に考えているからこそ、継続して行われており、利用者の励みの一つとなっている。利用者主体による愛育寮自治会が再開され、やりたいことの聞き取りを行い、利用者の思いの把握にも努めている。また、個別支援計画に沿って、利用者や家族の意向を踏まえた上で、介護度に応じた細やかな支援体制が見られる。マニュアルも作成されており、状況に応じた対応ができるように、職員間の情報共有や見直しの体制も整っている。利用者の高齢化・重度化に対して、法人内の別施設や、医療との連携により、家族にも安心を提供できているが、今後、施設内での、利用者が、生きがいを持てる生活支援の在り方について、更なる工夫や改善が必要となろう。

##### ◇改善が求められる点

職員への年1回のヒアリングや、日常での話し合いは出来ているが、その内容を活かした管理体制が徹底されていない。更なる職員の質の向上のために、一人一人の目標を確認し、自己を振り返る機会を作ると共に、管理者が、達成できているかの確認を行うよう、育成に繋がる体制作りを検討して頂きたい。法人内の別施設や、医療との連携をさらに深め、利用者の高齢化や重度化が進むことに対して、再度、見直しや体制作りに取り組むことを期待します。

#### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

職員のスキルアップに関しては、個々の職員が持っているスキルに合わせて指導・助言が必要である。一人ひとりの次のステップに繋がる目標設定までが出来ていないため、今回の総評のように職員育成に繋がる体制を整えていきたい。

#### ⑧第三者評価結果（別紙）

## 第三者評価結果

## 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。   |                         |         |
| 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・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>運営資料は年度初め4月に職員全員に配り、管理者または作成者が対面で伝えている。また、新職員へはオリエンテーションでより細かく説明している。パンフレット・ホームページ、運営資料や重要事項説明書に理念や基本方針を掲載している。全職員会議・運営委員会・支援会議の際に理念や基本方針を周知している。年1回、「よりよい支援のためのアンケート」にて、自己確認を行う場を設けている。</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。   |                                 |         |
| Ⅰ-2-(1)-①   | 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。 | ○a・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ワムネットや県・市のHPにて社会福祉事業全体の動向や福祉計画の策定動向を定期的に確認している。待機者の状況確認、利用者の状況のアセスメントの確認をしたり、家族から要望を聞いたりしている。毎月1回、法人に報告をしているので、福祉サービスの利用状況の把握にも繋がっている。</p> |                                 |         |
| Ⅰ-2-(1)-②   | 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。         | ○a・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営状況は、法人施設長会にて情報開示をしていて、職員へ伝達ができている。現場でできることを考えたり、運営会議にて議題として上げたりして、各棟会議で検討している。財務状況の確認もできていて、法人全体で報告を行っている。</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。   |  |             |
| 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 · b · c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人全体で計画している。定員数の検討や設備の大型改修、高齢化に伴う利用者の環境配慮を分析して、中・長期ビジョンの見直しを行っている。耐震化診断も行っている。現在は、居室の数を減らすように検討中である。</p>   |  |             |
| 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 · b · c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>定員数や設備の経年劣化を踏まえた修繕計画を行っている。事業計画は単年度で、概ね実現可能な計画を立てている。1年毎の事業計画は、主幹以上の役職者が職員に意見を汲み取り愛育寮のみで立てて、法人に提出している。</p> |  |             |

|   |  |             |
|---|--|-------------|
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。  |  |             |
| 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 · b · c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各委員会で、広く多岐にわたる事業を分担して動く組織体制を作っている。委員会は定期的開催し、記録観覧として、各棟の主任へ伝達をしている。年2回、事業計画の説明や進捗状況の確認を行っている。1年毎の事業計画は、愛育寮のみで立てて、法人に提出している。</p>                        |  |             |
| 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 · b · c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画については、年度初めの家族会総会にて報告している。利用者へは「始まりの会」にて、花を見ながら新人職員が自己紹介をしている。自治会にて、1年の愛育寮の取り組みや予定をわかるように説明している。事業計画にて、ゴミ拾い運動については利用者に参加を募っている。また、ポスターの掲示もしている。</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。   |  |         |
| 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・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年2回、個別支援計画のモニタリングを行っていて、ケア会議も実施できている。委員会ごとに計画・実施されたものは、タイムリーに話し合い、朝礼や終礼にて伝達している。朝礼や終礼に出ていない職員には、申し送りノートやレターBOXに入れたり、引継ぎノートを活用したりして書面にて情報の共有をしている。</p> |  |         |
| I-4-(1)-②  | 評価結果に基づき組織として取り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・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>会議の中で議題として取り上げたものは、会議録にまとめている。また、計画的な改善策の見直しも行っており、次の計画作成までには改善している。</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。   |                                  |         |
| 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・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員会議にて、運営資料を活用して周知を図っている。</p>   |                                  |         |
| 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・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法令については、会議にて職員全体に周知を図り、学習の場を設けて、理解を深めている。また、内部の必修研修にて学習もできている。外部研修に行った際には、研修委員会で報告・確認を行っている。復命書は、主任以上の方は閲覧できるようにしている。</p> |                                  |         |

|  |  |        |
|--|--|--------|
| Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。   |  |        |
| 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・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>全職員会議や運営委員会の際に、管理者としての役割と責任について確認をしている。運営会議では、現状を話し合っって対応策を検討して、具体的なアドバイスも行っている。普段から利用者に関わることで、状態の把握がしやすいように工夫している。年1回、職員へのヒアリングを実施していて、研修にも積極的に参加している。</p> |  |        |
| 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・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>運営委員会にて職員・全利用者の状況を確認し、何かあればその都度、指導助言を行っている。感染症発生時、利用者の無断外出等緊急時の対応については、適宜話し合う場を設けて、対策を考えている。</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。   |  |         |
| 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・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ハローワークと連携して、必要な人材の確保や採用に繋がるように努めている。正職員は旭川荘にて人材を確保しているが、臨時職員は事業所独自の採用に留まっている。法人の人事募集計画は、7月と10月の年2回あり、人数確保に努めている。</p>                             |  |         |
| Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。  |  | ○a・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>正職員は、人事評価制度を活用して、理事長に意見を伝えられるように工夫している。職員チェックシートの自己評価と他者評価に偏りがある場合には、該当職員に伝えられる体制となっている。個人評価が年度で差がある場合は特に悩みなどないか注視している。20年以上の勤務している方も数名おられる。</p> |  |         |
| Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。  |  |         |
| 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。   |  | ○a・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>労働衛生ハラスメント防止委員会では、各部署の状況を把握し、委員を通して情報収集ができています。必要があれば適宜助言を行っている。また、子育て世代へは、できる限りの配慮を行っている。</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。   |         |
| 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・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年1回、定期的に管理者とヒアリングを行っている。また、職員からの申し出があった際にも話し合いの場を設けている。「個人の頑張りたいことは何か」を確認しているが、目標達成へのアドバイスする体制構築が必要である。</p>             |         |
| 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)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>研修計画を立てて、できるだけ研修に参加できるように配慮している。研修においては復命書や報告書を回覧して確認している。また、研修内容は寮内研修内にて伝達講習を行い、職員全体に周知している。</p>                       |         |
| 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)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>資格取得を推奨していて、受講の調整を行っている。新人職員(特に新卒者)に対しては、プリセプター制度を取り入れて、マンツーマンで教えて、スキルアップを図っている。</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。  |         |
| 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。  | (a)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生への対応の方法や受け入れマニュアルを作成している。学校教員と連携を取り、実習生の育成に努めている。介護福祉士、社会福祉士、認定心理師、保育士は、指導者養成研修にも参加している。保育実習や介護実習の受け入れは、随時行っている。</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。   |                                  |         |
| 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・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>パンフレットやホームページにて外部の方に情報発信をしている。愛育寮独自のホームページもあり、行事報告を行っている。運営の透明性は法人の会報誌に掲載し対応している。</p> |                                  |         |
| 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・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの指導監査や実地指導を定期的に受けている。</p>   |                                  |         |

### Ⅱ-4 地域との交流と連携・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。   |                                    |         |
| 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・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>公民館職員との打ち合わせがきっかけで、公民館で開催している活動(ジャズダンス、料理講座など)に利用者も参加している。アトリエ夢工房では、小学生対象のワークショップを開催した。また、スポーツ大会(卓球バレー、フライングディスク)への参加や外出なども計画している。職員のみでの参加ではあるが、ポッチャへの参加もできた。</p> |                                    |         |
| 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。 | ○a・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本姿勢の明記や登録の手続きを行い、受け入れている。また、事前説明のマニュアルも整備されている。支援学校の体験の受け入れも可能。現在は、コロナにて受け入れは見合わせているが、再開に向けて準備をしている。茶道、楽器演奏、美術、絵手紙、ハンドマッサージ、利用者支援(散歩や車椅子支援)のボランティアがある。</p>       |                                    |         |



|   |  |         |
|---|--|---------|
| Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。   |  |         |
| 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。  |  | (a)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談支援専門員を配置していて、情報の共有を行っている。また、必要時には会議の場を設けている。</p>   |  |         |
| Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。  |  |         |
| 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)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>愛育寮を設立するきっかけとなった愛育委員とは創設以来交流があり、毎年見学の受け入れを行っている。また、地域の福祉ニーズ(福祉タクシー等)も把握している。待機者や短期入所利用者の希望を聞き取り、法人としては、各種団体の会合にも参加している。バスの運行が廃止されないように話し合いを行っている。また、夏祭りの花火については、地区会長と話をしている。</p> |  |         |
| Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。  |  | (a)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>愛育寮では、地域生活ホームを5ヶ所運営している。ショートステイの受け入れや日中一時支援も可能。地域貢献委員会では、段ボールの回収を行い、子ども食堂への野菜等の寄付やボランティアを募った。アートギャラリーの開催及び出前福祉店や環境福祉フェアにも参加できた。ひまわり大作戦(プロジェクトとして福島県と交流)ひまわりの種を返している。</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。  |  |         |
| Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した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)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念や倫理綱領、基本方針は、運営資料に掲載していて、全職員会議にて周知を図っている。虐待防止委員会や人権倫理・身体拘束適正化委員会では、マニュアルを作成し、組織全体で防止に努めている。各棟で虐待防止の目標を掲げてマニュアルの徹底に取り組んで不適切なケアに対する意識も高めている。</p>                       |  |         |
| 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)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>旭川荘の個人情報保護規定、プライバシー保護マニュアル、誓約書の遵守、プライバシー保護については、全職員会議にて周知徹底を図っている。事務所の玄関に個人情報保護規定を掲示している。利用者の生活空間は、10名程度のユニット化で全室個室となっている。また、利用者の趣味や障害特性に配慮した環境や自由に寛げる空間も整備されている。</p> |  |         |

|   |                |
|---|----------------|
| <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。</p>  |                |
| <p>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。</p>  | <p>(a)・b・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>インターネット上に法人組織を紹介したホームページを公開している。また、愛育寮独自のホームページもある。見学などの問い合わせがあった際には、サービス管理責任者が窓口となっている。家族の問い合わせも多く、他施設で働いている方からの対応もあった。</p>   |                |
| <p>Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更に当たり利用者等にわかりやすく説明している。</p>   | <p>(a)・b・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書にて説明し、契約書を交わしている。利用者にわかりやすい用語で伝え、専門用語は注意書きを付けるように工夫している。利用者の状態にあわせて時間設定も行っている。</p>  |                |
| <p>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。</p>  | <p>(a)・b・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>特別養護老人ホームや障害者支援施設(身体)への移行で対応している。その後もフォローをしたり、情報交換も行ったりしている。</p>   |                |
| <p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>  |                |
| <p>Ⅲ-1-(3)-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。</p>  | <p>(a)・b・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画作成時に利用者から聞き取りを行っている。自己表現が難しい方については、日頃の様子や体験を通して、担当スタッフを中心に支援会議にて話し合っている。管理栄養士が食事嗜好調査は写真付きの資料をもとに行い、利用者の好みを把握して献立に反映させている。愛育寮自治会活動(利用者中心)にて、今年度やりたいことの調査も行っている。さくら会には、参加したい利用者が参加できるように工夫していて、多くの要望も上がっている。</p> |                |
| <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>   |                |
| <p>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。</p>   | <p>(a)・b・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が苦情を述べやすいように全職員で苦情受付に応じている。内容の具体例や相談室の設置、時間帯などを明確にして利用者の目に触れやすい場所にポスターを掲示している。年1回、第三者委員の方に全事例を紹介し、分析・対応・課題を説明している。各棟に投書箱も設置していて、何かあればすぐに運営会議のメンバーで、即時話し合いのもとに対応している。</p>  |                |

|   |  |             |
|---|--|-------------|
|   | 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 · b · c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>上記に同じ</p>  |  |             |
|   | 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 · b · c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>上記に同じ</p>  |  |             |
| <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。</p>  |  |             |
|   | 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 · b · c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>緊急時に対応できるように、各種マニュアルを整備している。利用者一人ひとりの基本情報や内服薬などの健康面の情報は、緊急時ファイルにまとめている。他施設と連携が取れるように工夫している。パソコンには、過去の情報を入れてあり、毎年4月には情報の更新も行っている。</p> |  |             |
|   | 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 · b · c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>3ヶ月に1回、感染症委員会を開催し、マニュアルを整備している。コロナ対策にて、各棟でシミュレーションを行っていたので、迅速な対応に繋がった。各種マニュアルの整備もできている。BCPは現在作成中である。</p>                             |  |             |
|   | 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 · b · c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月、防災・災害対策委員会会議を開催している。防災訓練では、支援体制や利用者への避難経路の確認や説明も行っている。食品や簡易トイレ、頭巾、ヘルメットを準備し、定期的な確認もできている。防災顧問からは助言や機器の操作のアドバイスも頂けた。</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。   |  |             |
| 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 · b · c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスについては、重要事項説明書や契約書に記載している。運営資料にも掲載していて、全職員会議で職員に周知ができています。</p>  |  |             |
| 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 · b · c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>モニタリングは6ヶ月毎に見直していて、入院や状態が変化した際には、その都度実施している。</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。   |  |             |
| Ⅲ-2-(2)-① アセスメントに基づく個別支援計画を適切に策定している。   |  | ○ a · b · c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス管理責任者が主となり行っている。個別支援計画や課題分析標準項目に沿ったアセスメント表を活用し、変更があればその都度更新している。</p>   |  |             |
| 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 · b · c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本は6ヶ月毎に見直している。変化があった際には、個別支援計画作成に係るケア会議を開催し、個別支援計画の見直しを行っている。何かあればその都度、各棟会議で職員に伝達している。個別支援計画作成に係る流れのマニュアルも整備している。</p>   |  |             |
| Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。  |  |             |
| 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。   |  | ○ a · b · c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各棟シェア(フォルダー名)やシンプルケース(ソフト名)という共有ファイルを活用している。他に、「夜間支援チェック表」「生活介護チェック表」「生活介護日報」も使用している。運営委員会及び主任リーダー会議で情報を共有し、各棟支援会議で情報を伝達している。会議や朝礼・終礼に参加できない職員には、各ユニットの引継ぎノートにて確認できるように工夫している。</p> |  |             |

|  |       |
|--|-------|
| 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・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>旭川荘事務処理要綱、個人情報保護規定により、利用者の記録、保管、保存、廃棄に関する規定を設けている。個人情報の取り扱いについては、マニュアルを整備している。全職員会議で、職員に対する個人情報や情報開示の説明も行っている。法人や寮内で誓約書にサインを書き、説明をしている。</p> |       |

## 評価対象Ⅳ 具体的なサービス内容

### Ⅳ-1 利用者の尊重と権利擁護

|   |                                       | 第三者評価結果 |
|---|---------------------------------------|---------|
| Ⅳ-1-(1) 自己決定の尊重   |                                       |         |
|   | Ⅳ-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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が判断できるように適切な情報提供を行っている。実際に体験して頂くことで、自己選択の幅を広げている。通所が苦手な方がいて相談した結果、手先が器用な方だったので折り工房を勧めたら、今では元気よく作業をしている。</p> |                                       |         |
| Ⅳ-1-(2) 権利侵害の防止等  |                                       |         |
|   | Ⅳ-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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書や契約書にて同意を交わしている。人権・倫理・身体拘束適正化委員会では、マニュアルを整備して、会議で協議をしている。虐待防止マニュアルの作成もしている。</p>                         |                                       |         |

### Ⅳ-2 生活支援

|   |                                    | 第三者評価結果 |
|---|------------------------------------|---------|
| Ⅳ-2-(1) 支援の基本   |                                    |         |
|   | Ⅳ-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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者一人ひとりに寄り添ったプランを作成している。自立とは何かをアセスメントして、個別支援計画に盛り込んでいる。食事が食べれなくなり、体重が減った方へは、好きな物を提供することで、食事が進んで体重が元に戻った事例もある。</p> |                                    |         |

|  |                |
|--|----------------|
| <p>IV-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。</p>   | <p>(a)・b・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>言語によるコミュニケーションが難しい利用者へは、代替コミュニケーションや表情・行動などから意図するメッセージを読み取り、可能な限り対応している。意思伝達に制限のある方へは、担当職員や家族・後見人から思いを汲み取って頂き、最善の選択ができるように支援している。ホワイトボードやメモを使った筆談やゆっくりとした会話、「yes no」などの二者択一で質問するように工夫している。また資格支援も行っている。</p> |                |
| <p>IV-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。</p>   | <p>(a)・b・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談窓口を明確にして、わかりやすい文書のポスターを各棟に掲示している。個別支援計画作成では、ケア会議を実施したり、利用者、家族や後見人との面談をしたりしている。寮内研修で「意思決定支援」について、外部講師を招いて学びを深めた。全体支援に不安がある方へは、1対1で対応して安心感を与えている。</p>   |                |
| <p>IV-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。</p>   | <p>(a)・b・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>本人が希望する活動に参加できるように配慮している。地域でのイベントがあれば希望者を募り、フライングディスク大会に参加できるようにしている。余暇支援では、利用者の希望を聞き取り、雑誌の年間購読やヘルパーを利用した買い物支援を行っている。</p>   |                |
| <p>IV-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。</p>  | <p>(a)・b・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別に対応した手順書やマニュアルを作成している。個別支援計画作成に係る会議や支援会議にて、支援方法の見直しや環境調整について話し合っている。寮内研修では、腰痛予防としての身体介助についての専門知識を学んだ。介護が一律になるように写真付きでわかるように工夫している。利用者間の環境調整は職員が行っている。</p>   |                |
| <p>IV-2-(2) 日常的な生活支援</p>   |                |
| <p>IV-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。</p>   | <p>(a)・b・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事は、残食の把握や嗜好調査を参考にして、献立内容に反映させている。季節のメニューやB級グルメの提供もある。個別支援計画や栄養・食生活計画書を作成している。入浴は、ユニットごとに浴室を設け、本人の身体状況に応じて対応している。排泄や移動は、個人の身体状況に応じた、適切な方法を検討し、支援している。食事や排泄のマニュアルも整備されている。</p>                               |                |

|   |                                    |         |
|---|------------------------------------|---------|
| IV-2-(3) 生活環境   |                                    |         |
| IV-1-(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)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>全室個室で10名程度でユニット化している。居室については、本人の好みに合わせたレイアウトと安全面に配慮して家具を設置している。また、快適な温度に設定している。浴室脱衣所の温度にも配慮している。</p>   |                                    |         |
| IV-2-(4) 機能訓練・生活訓練  |                                    |         |
| IV-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)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>更衣や移動場面で筋力低下を防ぐストレッチやマッサージを取り入れている。身体介護が必要な利用者に対しては、拘縮予防や麻痺の軽減に繋がる支援を行っている。理学療法士の助言を受け、ベッドからの移乗にスライディングボードを導入して、職員の負担軽減に繋がった。</p>                              |                                    |         |
| IV-2-(5) 健康管理・医療的な支援  |                                    |         |
| IV-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)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>定期的な外部業者による健康診断や予防接種を受けている。バイタル、食事量、排泄量・排泄間隔、精神面等の健康状態の把握も行っている。異変があれば、旭川荘療育医療センターへ受診している。新入職員は、看護師よりオリエンテーションを行い、内服薬やてんかん発作等の講義に参加している。年2回の健康診断は外部受診している。</p> |                                    |         |
| IV-1-(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)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>慢性疾患、アレルギー疾患がある利用者は、定期的に医師の診察を受け、内服薬、外用薬の管理も行っている。医療的支援必要時の対応については、緊急時対応マニュアル、事故・急変時の対応マニュアルを参考にしている。マニュアルは、運営資料に添付している。日中は看護師、夜間は夜間リーダーが中心となって指示を出している。</p>   |                                    |         |
| IV-2-(6) 社会参加、学習支援  |                                    |         |
| IV-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)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ワークショップでは、地域の方に参加して頂き、自治会のゴミ拾い運動では、散歩コース(公道)の清掃を行っている。</p>   |                                    |         |

|  |  |        |
|--|--|--------|
| IV-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援  |  |        |
| IV-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。 | ○a・b・c |
| <コメント><br><br>情報提供や利用者からの要望に関する相談を受け付けている。   |  |        |
| IV-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援   |  |        |
| IV-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・b・c |
| <コメント><br><br>個別支援計画説明会や外泊面会時に、家族や後見人から要望を聞いている。利用者の状況に変化があればその都度、連携を図っている。定期的に外泊する方へは、連絡表に記載している。ノートや連絡表にて情報交換をしていて、ZOOM面会も実施できた。 |  |        |

#### IV-3 発達支援

|                   |                                |         |
|-------------------|--------------------------------|---------|
|                   |                                | 第三者評価結果 |
| IV-3-(1) 発達支援     |                                |         |
| IV-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。 | a・b・c   |
| <コメント><br><br>非該当 |                                |         |



#### IV-4 就労支援

|  |                                   | 第三者評価結果 |
|--|-----------------------------------|---------|
| IV-4-(1) 就労支援  |                                   |         |
| IV-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。       | ○a・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>就労支援は行っていないが、織り工房にて利用者への作業活動を提供している。</p>  |                                   |         |
| IV-4-(1)-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  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>生活介護の一環として、織り工房の作業活動を行っている。工程の中から得意・興味のあることを本人と相談して、作業題材を提供している。支給金については、その月の売り上げを利用者の出席日数で計算し、翌月に支払いをしている。</p> |                                   |         |
| IV-4-(1)-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   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>非該当</p>   |                                   |         |