

(障がい者・児施設版)

(別記)

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

社会福祉法人 愛媛県社会福祉協議会

②施設・事業所情報

| | |
|----------------------------|-----------------------------|
| 名称：障害者支援施設あゆみ苑 | 種別：障害者支援施設 |
| 代表者氏名：施設長 筒井 孝昭 | 定員（利用人数）：入所 20名 生活介護 40名 |
| 所在地：新居浜市西の土居町2丁目8番12号 | |
| TEL：0897-33-4477 | ホームページ：www.sankeikai.or.jp/ |
| 【施設・事業所の概要】 | |
| 開設年月日 平成23年10月1日 | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 三恵会 | |
| 職員数 | 常勤職員： 25名 非常勤職員 6名 |
| 専門職員 | （専門職の名称） 名 |
| | 看護師 3名 准看護師 3名 |
| | 作業療法士 2名 介護福祉士 12名 |
| 施設・設備 の概要 | （居室数） 12室 （設備等） |
| | 個室：4室 2人部屋：8室 鉄筋コンクリート造4階建 |

③理念・基本方針

○三恵会理念

天の恵 地の恵 人の恵に支えられ 人の為に尽くして感謝しよう。

- 一、誠実な福祉
- 一、確実な知識と技術
- 一、堅実な経営

○三恵会行動指針

1. 利用者の指摘や苦情を真摯に受け止め、安全かつ適切なサービスの提供に努めます。
2. チームワークを大切に、感謝と謙虚な心を常に持ち、福祉のプロとして日々研鑽に努めます。
3. 基本的人権を尊重し、社会のルールを守ります。
4. 地域との対話を密にして、気軽に利用でき、信頼される施設を目指します。
5. コスト意識、スピード感覚、危機意識を持って、堅実な経営に努めます。

(障がい者・児施設版)

④施設・事業所の特徴的な取組

社会福祉法人三恵会は、昭和49年4月に特別養護老人ホーム角野荘の開設以来、地域のニーズに基いた種々の福祉施設を運営し、700名を超える職員を擁する法人である。

あゆみ苑のある総合福祉施設「やすらぎの郷」は、法人のリーダー的施設の役割を果たしている。

あゆみ苑は、法人の理念に基づき利用者の意向を大切に、安心安全はもとより、社会参加に配慮し、パソコン教室や旅行、コンサート、県内スポーツ等への参加を積極的に行っている。

また、人材育成に力を入れており、計画的な新卒者の採用や内部登用、パート職も含めた計画的な職員研修を実施している。カウンセリング制度の導入等、職員の福利厚生にも配慮している。堅実な経営を目指し、詳細な稼働率の分析等により事業の継続性を図ると同時に、地域との連携を深める努力をしている。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|--|
| 評価実施期間 | 平成30年9月6日（契約日） ～ 平成31年2月5日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 初回（平成30年度） |

⑥総評

◇特に評価の高い点

理念や行動指針が明確であり、日々の業務を通じて職員に浸透している。福祉人材の確保と育成には特に力を入れており、職員の定着性は高い。なかでも、法人の職員研修計画に基づき、階層別研修等が確実に実施されている点やカウンセリング制度の導入等、福利厚生も充実している点は高く評価できる。また、実習生受入れマニュアルが整備され、各種学校と連携し、介護職だけでなく幅広く実習生を受入れている。

利用者の特性上、理解力等に課題のあるなかで、月間行事予定を作成する等、少しでも利用者が選択しやすいように工夫がなされている。また、利用者の意向を汲んで様々な社会参加ができるように配慮されている。

◇改善を求められる点

中・長期計画における具体的な収支計画の策定を期待したい。第三者評価によって明確になった課題について、職員間で共有し、改善策や改善計画が継続的に策定されることを望みたい。また、施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり、引継書の作成や申し送りの手順を定め、サービスの継続性に配慮した体制の整備が望まれる。

(障がい者・児施設版)

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

平成28年に特養きぼうの苑の第三者評価を初めて受審しましたが、それに続いて今年度、障害者支援施設あゆみ苑の第三者評価を受審しました。

職員が自分たちの施設やサービス提供の内容について意見を交わし、自己評価表を作成し、訪問調査を受けるなかで、自らを客観的に振り返ることのできた時間は非常に有意義なものであったと感じました。

評価調査者から最終評価結果のなかで、高く評価された項目はこれからもしっかりと継続できるよう努めて参ります。また、改善を求められた項目については、職員間で協議を重ねて、出来るところから見直しを図っていきたいと思います。

今後とも、よりよい施設運営、ご利用者の安全・安心につながるサービスの質の向上、地域との共存、職員の資質の向上にこれまで以上に努めてまいりたいと考えています。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

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Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

| | | 第三者評価結果 |
|--|-----------------------------------|---------|
| I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。 | | |
| 1 | I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | Ⓐ・b・c |
| 理念等が、ホームページやパンフレット・広報誌に掲載されており、毎朝の申し送り時には職員全体で復唱され周知されている。 | | |

I-2 経営状況の把握

| | | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | |
| 2 | I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | Ⓐ・b・c |
| 定期的に情報やデータの収集がなされ、経営状況が的確に把握・分析されている。 | | |
| 3 | I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 | a・Ⓑ・c |
| 経営状況や経営課題については、半期ごとに主任会等で報告し職員に周知されている。今後は明確化された経営課題について、解決・改善に向けてより具体的な取り組みを期待したい。 | | |

I-3 事業計画の策定

| | | 第三者評価結果 |
|--|---------------------------------------|---------|
| I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | |
| 4 | I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。 | a・Ⓑ・c |
| 平成26年度～30年度までの経営戦略計画は策定されているが、中・長期計画における具体的な収支計画が十分ではない。次の5カ年計画では、経営戦略計画に基づく具体的な収支計画の策定を期待したい。 | | |

(障がい者・児施設版)

| | | |
|--|---|-------|
| 5 | I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。 | a・b・c |
| 中・長期計画を踏まえ、具体的な数値目標も設定された単年度の事業計画・収支計画が策定されている。今後は、中・長期の収支計画を早急に策定されることを期待したい。 | | |
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | | |
| 6 | I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。 | a・b・c |
| 各部署からの意見を取り入れ、事業計画の策定を行い実施状況の把握や評価はできている。今後は、適切な見直しができる体制が整備されることを期待したい。 | | |
| 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・b・c |
| 年間の行事計画は、施設内の見やすい場所に掲示され周知されている。今後は、利用者等に事業計画を周知し、理解を促すための取組みが行われることを期待したい。 | | |

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

| | | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。 | | |
| 8 | I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。 | a・b・c |
| 各部署の会議等で、福祉サービスの実施における問題点や課題を認識し、質の向上を目指している。第三者評価受審を機に、PDCAサイクルに基づくサービスの質の向上に関する組織的な取組みに期待したい。 | | |
| 9 | I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。 | a・b・c |
| 第三者評価受審は初めてであり、職員全員で自己評価を実施した。評価結果によって明確になった課題について、職員間で共有し、改善策や改善計画が継続的に策定されることを望みたい。 | | |

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

| | | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。 | | |
| 10 | Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。 | a・b・c |
| 法人として職員に求める職務能力の要件を定めた「役割要件書」を完備し、組織図や職務の役割を明記している。今後は、災害時における管理者の役割等、具体的な取組みの文書化や周知を期待したい。 | | |

(障がい者・児施設版)

| | | |
|--|--|----------------|
| 11 | Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。 | a・ b ・c |
| 管理者は、積極的に外部研修に参加するなど遵守すべき法令等の理解を深め、法令遵守管理規程を整備している。今後は、職員への周知に向けた取組みが行われることに期待したい。 | | |
| Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | |
| 12 | Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。 | a ・b・c |
| 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、各種委員会に参加し、満足度調査を実施する等、積極的に課題を分析し改善している。 | | |
| 13 | Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。 | a・ b ・c |
| 経営改善のために、部署ごとの稼働率を高める取組みや経費節減の取組みを強化している。今後は、組織として経営改善への意識を高める取組みに期待したい。 | | |

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

| | | 第三者評価結果 |
|--|--|----------------|
| Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。 | | |
| 14 | Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。 | a ・b・c |
| 事業計画を実現するための人員確保については、人員適正化計画に基づき、余裕を持った計画がなされている。人材育成も積極的に行われ、新卒者は計画的に採用され育成されている。 | | |
| 15 | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | a ・b・c |
| 職種・ランク別に詳細な役割要件書が定められ、人事考課制度を実施しており、総合的な人事管理がなされている。新卒者の採用や職員研修も計画的に実施されている。 | | |
| 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。 | a ・b・c |
| 外部機関によるカウンセリング制度の導入や職場の苦情窓口の開設等、相談しやすい体制を整えている。また、定期的なストレスチェックの実施等、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。 | | |
| Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | |
| 17 | Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 | a・ b ・c |
| 人事考課制度により、目標管理等について年2回の面接を実施している。今後は、目標管理シート等の記録・内容の充実、適切なフィードバックの実施を期待したい。 | | |

(障がい者・児施設版)

| | | |
|--|---|-------|
| 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・c |
| 法人の職員研修計画に基づき、階層別研修等が実施されている。 | | |
| 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・c |
| 階層別研修を中心に、職員一人ひとりに向けた研修がなされている。施設内研修では、パート職員等も参加できるように昼・夕の2回実施するなど配慮している。 | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| 実習生受入れマニュアルが整備され、受入れの検討・指導の流れ・終了時のアンケート等、内容が充実している。各種学校と連携し、介護職だけでなく幅広く実習生を受入れている。 | | |

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

| | | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。 | | |
| 21 | Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。 | ㉠・b・c |
| ホームページ等で、理念・基本方針・財務情報等を公表している。玄関には規程・各種マニュアル・決算に関する財務諸表が、いつでも閲覧できるようファイリングされている。広報誌を関連機関や近隣自治会等へ配布している。 | | |
| 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・㉠・c |
| 監査法人による監査を定期的実施している。今後は、内部監査の継続的な実施を期待したい。 | | |

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

| | | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | |
| 23 | Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。 | a・㉠・c |
| 文化祭や発表会等の校区行事や地域交流会に参加している。また、地域住民に情報を提供し、ボランティアとして参加してもらっている。今後は、利用者と地域との交流を広げるためのさらなる取組みに期待したい。 | | |
| 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。 | a・㉠・c |
| 新居浜市の介護支援ボランティア事業の受入れ機関の登録をしており、ワークキャンプ・まち探検・職場体験等、幅広く受入れている。今後は、地域の学校教育等への協力についての明文化等、受入れ体制の充実を期待したい。 | | |

(障がい者・児施設版)

| | | |
|--|--|-------|
| Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | |
| 25 | Ⅱ-4-(2)-① 施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。 | ㉠・b・c |
| 法人の相談支援事業等により、地域ケアネットワーク推進協議会等に参加し、関係機関との連携を図っている。社会資源のリスト化もしており、必要に応じて職員が利用できるようになっている。 | | |
| 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 施設・事業所が有する機能を地域に還元している。 | a・㉡・c |
| 新居浜市の災害時における福祉避難所に指定されており、地域との連携・協力に関する協議を福祉施設協議会等において進めている。今後は、施設が所有する機能を地域に開放する取組みがなされることに期待したい。 | | |
| 27 | Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | a・㉢・c |
| 障害者生活支援センターの機能により、地域の具体的な福祉ニーズを把握している。今後は地域における社会福祉施設の役割として、公益的な事業活動の推進が期待される。 | | |

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

| | | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | | |
| 28 | Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。 | ㉠・b・c |
| 身体拘束や虐待防止等についての指針を定め、委員会を設置し状況把握に努めており、職員に対しては定期的な研修を実施している。 | | |
| 29 | Ⅲ-1-(1)-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 |
| プライバシー保護に関するマニュアルを整備し、職員に対して定期的な勉強会・研修会を実施している。2人部屋が中心のため、カーテン等の利用により、可能な限り利用者の生活場面におけるプライバシー保護に配慮している。 | | |
| 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・c |
| ホームページやパンフレットにより、わかりやすい情報提供に努めている。施設利用希望者や家族には、見学や説明など丁寧な対応に努めている。また、パンフレットを協力医療機関等に置いている。 | | |

| | | |
|--|---|-------|
| 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。 | ㉠・b・c |
| ホームページ等の活用やサービス開始・変更時に、契約書・重要事項説明書等をわかりやすく説明し、同意を得ている。成年後見制度も必要に応じて利用し、権利擁護に努めている。 | | |
| 32 | Ⅲ-1-(2)-③ 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・㉡ |
| 施設内の相談支援事業所において、地域移行・定着の指定を受け体制を整えているが、今まで対象者がいない。引継書の作成や申し送りの手順を定め、サービスの継続性に配慮した体制の整備が望まれる。 | | |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。 | | |
| 33 | 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。 | ㉠・b・c |
| 利用者満足度調査を毎年実施し、結果分析・検討後、掲示し改善に努めている。懇談会も毎月開催し、部署ごとの会議で検討を行い、利用者の意見を反映する体制を整えている。様々な方法でコミュニケーションを図り、利用者の意見を汲み取っている。 | | |
| Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。 | | |
| 34 | Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 | ㉠・b・c |
| 苦情解決の体制を整備し、意見箱の設置や解決・結果報告等、苦情解決に努めている。 | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| 新居浜市の相談支援事業所の委託を受け、相談しやすい体制を整えている。集会室など自由に使えるスペースを確保し、意見を述べやすい環境を整備している。意見箱の設置や満足度調査も定期的実施している。 | | |
| 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・c |
| 相談や意見についてケース記録に記入し、部署会議等で情報を共有して改善に努めている。その都度、経過や結果の説明・報告を行っている。 | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| 事故発生に関する指針に基づき、委員会を設置し、ヒヤリハットを含め分析・改善・再発防止に努めている。毎年2回、リスクマネジメントに関する施設内研修を実施している。感染対策・事故防止等のマニュアルを整備し、介護機器や設備は定期的に点検を行っている。 | | |
| 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・c |
| 感染予防マニュアルを作成し、委員会を設置して定期的な勉強会や研修を実施し、職員が実際に対処できるように周知している。 | | |

(障がい者・児施設版)

| | | |
|--|--|----------------|
| 39 | Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。 | a・ ③ ・c |
| 火災・地震・風水害の防災マニュアルを作成し、委員会を設置して非常食や備品の整備を行っている。近隣施設等と防災協定を結び、定期的に訓練を実施している。今後は、事業継続計画の策定を期待したい。 | | |

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

| | | 第三者評価結果 |
|--|---|----------------|
| Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。 | | |
| 40 | Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。 | ① ・b・c |
| 食事・排泄・入浴等、各種介助マニュアルが整備されている。役割要件書により、職員の役割も明確にされ、サービス実施やプライバシー保護についても明文化されている。 | | |
| 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・ ② ・c |
| 介護部会等で検証・見直しを行っている。今後は、利用者が必要とするサービス内容の変化等を踏まえ、定期的な見直しが行われることを期待したい。 | | |
| 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。 | ① ・b・c |
| 他職種の職員と連携して、アセスメントを実施している。利用者一人ひとりの具体的なニーズを明らかにし、個別支援計画が作成されている。 | | |
| 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。 | ② ・b・c |
| 定期的に評価する手順が定められており、ADLの低下時など必要に応じて個別支援計画の見直しを実施している。 | | |
| 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。 | ① ・b・c |
| 定められた様式に基づき、記録が行われている。定期的にカンファレンスを開催し、他職種と連携し情報を共有している。 | | |
| 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。 | ② ・b・c |
| 個人情報保護規程・特定個人情報取扱規程により、適切に管理している。規程を踏まえ、定期的に記録の管理に関わる研修を実施している。 | | |

A-1 利用者の尊重と権利擁護

1-(1) 自己決定の尊重

| | | 第三者評価結果 |
|----|---------------------------------------|---------|
| 46 | 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。 | Ⓐ・b・c |

所見欄

様々な方法でコミュニケーションを図り、意思確認を行っている。社会活動や趣味活動・理美容等において、個別にあるいは懇談会等を利用して希望を聞き、利用者の意思を尊重している。

1-(2) 権利侵害の防止等

| | | 第三者評価結果 |
|----|---------------------------------------|---------|
| 47 | A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。 | Ⓐ - c |

所見欄

虐待防止等の権利擁護に関するマニュアルの整備や研修等は、適切に実施している。身体拘束については、やむを得ず実施する場合の具体的な手続きと実施方法が定められており、記録の整備もできている。

A-2 生活支援

2-(1) 支援の基本

| | | 第三者評価結果 |
|----|--|---------|
| 48 | 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。 | Ⓐ・b・c |
| 49 | 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。 | Ⓐ・b・c |
| 50 | 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。 | Ⓐ・b・c |
| 51 | 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。 | Ⓐ・b・c |
| 52 | A-2-(1)-⑤ 利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行っている。 | Ⓐ・b・c |

所見欄

利用者の自律を重視し、自己決定・自己選択ができるよう個別に支援を行っている。
筆談やトーキングエイド（会話補助の機器）を使用したり、定期的に手話の学習会を開催する等、コミュニケーションが図れるように取り組んでいる。
利用者が気軽に話せるよう居室や詰め所等での相談支援を行い、毎月開催される懇談会でも話ができる機会を設けている。情報共有については、毎月の部署会や申し送り簿を活用している。
日中活動は、月間の行事予定を作成し、利用者が選択できるようにしている。活動内容の検討・見直しは、担当者を中心に定期的実施している。
看護師や協力医療機関と連携し、障がいの状況に対応できるように取り組んでいる。強度行動障害の研修も受けている。

2- (2) 日常的な生活支援

| | | 第三者評価結果 |
|----|--------------------------------------|---------|
| 53 | A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。 | Ⓐ・b・c |

所見欄

利用者の嗜好や希望を考慮した献立となるよう、管理栄養士が定期的に確認している。利用者の個性に対応した福祉用具を使用している。

2- (3) 生活環境

| | | 第三者評価結果 |
|----|---|---------|
| 54 | 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。 | Ⓐ・b・c |

所見欄

快適に過ごせるようバリアフリーになっており、車椅子でも生活しやすいよう整備されている。2人部屋がほとんどではあるが、カーテンで仕切る等、可能な範囲でプライバシー保護に配慮している。

2- (4) 機能訓練・生活訓練

| | | 第三者評価結果 |
|----|---|---------|
| 55 | 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。 | Ⓐ・b・c |

(障がい者・児施設版)

所見欄

健康表を記録する等、利用者の障がいの状況や意向に応じた個別のリハビリテーション計画を作成し、定期的に見直しを行っている。関係職種が連携して、生活訓練等を実施している。

2-(5) 健康管理・医療的な支援

| | | 第三者評価結果 |
|----|--|---------|
| 56 | 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。 | ㉑・b・c |
| 57 | 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。 | ㉑・b・c |

所見欄

健康表の記録を通して、利用者の健康状態を把握し支援している。
服薬マニュアルや喀痰吸引等マニュアルを作成する等、医療的ケアの実施についての体制と手順は整備されている。

2-(6) 社会参加、学習支援

| | | 第三者評価結果 |
|----|--|---------|
| 58 | 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。 | ㉑・b・c |

所見欄

利用者の希望と意向を適切に把握し、パソコン教室や旅行、コンサート・県内のスポーツ大会など様々なイベントに参加できるよう支援している。また、介護タクシーを利用した外出支援を行っている。

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 |
|----|--|---------|
| 59 | 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。 | a・㉒・c |

所見欄

個々の利用者から意見や要望を聞き、地域への移行支援のための準備をしているが、地域生活への移行を希望する人は現在はいない。

(障がい者・児施設版)

2- (8) 家族等との連携・交流と家族支援

| | | 第三者評価結果 |
|----|--------------------------------------|----------------|
| 60 | A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。 | a・ b ・c |

所見欄

面会時や電話、送迎時（連絡ノートを含む）等に近況報告や意見交換を行っている。今後は、家族会が設置されることを期待したい。

A-3 発達支援

3- (1) 発達支援

| | | 第三者評価結果 |
|----|---|---------|
| 61 | A-3-(1)-① 子どもの障がいの状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。 | 非該当 |

所見欄

非該当

A-4 就労支援

4- (1) 就労支援

| | | 第三者評価結果 |
|----|---|---------|
| 62 | A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。 | 非該当 |
| 63 | A-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。 | 非該当 |
| 64 | A-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。 | 非該当 |

所見欄

非該当