

福祉サービス第三評価結果の公表様式〔障害者・児福祉サービス〕

① 第三者評価機関名

| |
|------------------|
| 社会福祉法人静岡県社会福祉協議会 |
|------------------|

② 施設・事業所情報

| | | |
|---------------------------------|--|----------------|
| 名称：つどいの家 | 種別：生活介護事業 | |
| 代表者氏名：徳田和仁 | 定員（利用人数）： | 20名 |
| 所在地：御殿場市杉名沢162番地3 | | |
| TEL：0550-89-8278 | ホームページ http://kangaerufukusi.com/ | |
| 【施設・事業所の概要】 | | |
| 開設年月日 2010年4月1日 | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人福祉を共に考える会 | | |
| 職員数 | 常勤職員： 6名 | 非常勤職員 5名 |
| 専門職員 | （専門職の名称） 0名 | |
| | | |
| 施設・設備の概要 | （居室数） 訓練・作業室 2 多目的室 2 相談室 1 トイレ 2 洗面所 1 | （設備等） 消火器 2 |

③ 理念・基本方針

(1) 理念

- ①障害があっても誰もが可能な限り本人の希望に沿った生活を送られるようにしていきたい。
- ②利用者同士や職員・関係者など人とのかかわりを通して、お互いに成長していきたい。
- ③小集団の中でお互いに顔の見える関係でいたい。

(2) 基本方針

利用者の個性や興味関心に応じた共同及び個別の作業や活動を行い、生きがいのもてる暮らしを提供するように努める。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

利用される方が、利便性の良い地域の中で過ごせるようにとの願いから、この地を選んだ経緯があります。最小限の利用定員（20名）と小さな建物の環境は、利用者・職員のそれぞれの顔が見え、話ができ、関わりの持てる生活空間になっています。

利用者には、人間関係が苦手ですぐ精神的に不安になる方が数名おります。その方々への支援方法は、「指導や教育」ではなく、利用者・職員の関係性の中から、それぞれ

の障がい特性に合った支援を心掛けています。そうした考えの下、利用者に対し物理的拘束などは極力していません。例えば、玄関等のドアにも（利用者の飛び出しの危険性はあっても）鍵をかけていません。

⑤ 第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|--|
| 評価実施期間 | 平成 30 年 7 月 4 日（契約日） ～ 平成 30 年 12 月 17 日（評価結果確定日） |
| 受審回数(前回の受審時期) | 0 回（平成 年度） |

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・ホームページを開設し、定款、事業報告書、決算書類及び財産目録、監査報告書及び苦情・要望等の多くの情報を公開しています。毎月一回外出して買い物をする他に、季節ごとに行事や行楽を計画して、事業所での活動を潤いのあるものにしていきます。
- ・利用者の特性を的確に把握して、一人ひとりの個性に合った活動を取り入れています。
- ・ボランティアの協力を得て、週に3日は事業所で調理した昼食を提供し、利用者・家族から大変好評を得ています。
- ・職員は利用者それぞれの障がい特性に合わせた、きめ細やかな支援をしています。
- ・建物は老朽化しておりますが、民家という特性を活用し、利用者にとって、温もりのある生活空間になっています。

◇改善を求められる点

- ・法人（事業所）の理念と基本方針を明文化していません。法人の使命や事業所の役割を反映した理念と福祉サービス提供の基本方針を適切に制定し、周知することを求められます。
- ・事業経営を取り巻く環境と経営状況を的確に把握し分析する取り組みを行っていません。また、中・長期的なビジョンを明確にした事業計画の策定も出来ていません。経営課題を明確にして、しっかりしたビジョンの上で中・長期的な事業計画を策定することが期待されます。
- ・職員一人ひとりが利用者を理解し、個々の特性に合わせた支援を行っていますが、サービスの質の向上に向けた組織的な取り組みを行っていません。利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備していません。
- ・福祉サービスの質の向上に向けた取り組みができるような体制整備が求められます。提供する福祉サービスの標準的な実施方法を確立していません。
- ・苦情についての、わかりやすく説明した掲示物がなく、苦情箱も設置していません。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価を受ける中で組織として事業所の運営に取り組むことの大切さを痛感しました。日々の業務に目が行くことが多く、事業所運営の理念、基本方針、中長期計画と単年度計画との関係、長期的に見た職員の育成、地域との継続的な交流、利用者・家族への事業内容の説明と理解等、骨格となる部分への取組の不足を認識しました。

反面、職員が日々行っている利用者への支援については、良い評価をいただいた点もあり嬉しく思っています。

今回の評価結果を自分たちの事業所を見つめ直す機会と捉え、その内容を検証し利用者にとってより良い事業所運営ができるよう運営体制などの整備に努めていきます。

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〔障害者・児福祉サービス〕

※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。

- a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
 b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態
 c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※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。

障害者・児福祉サービス版共通評価基準

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。 | c |
| <コメント>理念と基本方針は第三者評価のために作成した事業所プロフィールには記載してあるが、それ以外には明文化しておらず、事業所内への掲示もしていない。法人のチラシに「私たちの想い」を載せている。 | | |

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。 | c |
| <コメント> 利用実績表や待機者リストを作成していない。現状や今後についての分析をしていない。 | | |
| 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。 | c |
| <コメント> 経営環境と状況を把握・分析していないので、経営課題も明確になっていない。 | | |

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。 | c |
| <コメント> 2018年～2020年の事業計画を作成してあるが、収支計画は作成していない。理念と基本方針に基づいた計画になっていない。 | | |
| 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。 | c |
| <コメント> 単年度計画は中長期計画を反映していない。 | | |

| | | |
|--|---|---|
| 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。 | c |
| ＜コメント＞ 担当者が作成し、理事会で説明しているが、事業計画策定過程の記録や計画の評価・見直しの記録等がない。 | | |
| 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。 | c |
| ＜コメント＞ 事業計画を利用者に説明していない、またルビを振り分かりやすくした資料等も作成していない。 | | |

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。 | c |
| ＜コメント＞ 組織的な取り組みを行っていない。 | | |
| 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。 | c |
| ＜コメント＞ 第三者評価の受審は今回が初めてであり、定期的な自己評価も行っていない。 | | |

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。 | c |
| ＜コメント＞ 利用者支援の考え方は共有しているが、管理者の具体的な役割と責任を明示していない。 | | |
| 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。 | c |
| ＜コメント＞ 遵守すべき法令を具体的にリストアップしていない。また、遵守すべき法令の名称や具体的取り組みの説明がない。 | | |
| 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。 | c |
| ＜コメント＞ 職員会議を定期的に行い、管理者と職員とで意見交換をしている。また、職員を適宜研修に派遣し、研修報告書を提出させているが、実施する福祉サービスの質に関する継続的な評価・分析や改善、向上のための取組を行っていない。 | | |

| | | |
|---|--|---|
| 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。 | c |
| <p><コメント> 業務改善に取り組むための、理念や基本方針を策定していない。また経営状況の分析をしていない。</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。 | | |
| 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 |
| <p><コメント> 人材確保・定着に関する具体的な計画を策定していない。</p> | | |
| 15 | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | c |
| <p><コメント> 理念や基本方針を策定しておらず、総合的な人事管理を行っていない。職員の評価も行っていない。</p> | | |
| 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。 | c |
| <p><コメント> 職員の健康診断は年1回行っている。職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。職員との個別面談の時間を作れない。有給休暇は職員間で配慮して取りやすくしている。</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。 | | |
| 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。 | c |
| <p><コメント> 職員一人ひとりの育成に向けた取り組みを行っていない。</p> | | |
| 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。 | c |
| <p><コメント> 交代で研修に出て、研修復命書も提出するようにしているが、職員の教育・研修に関する基本方針や計画の策定をしていない。</p> | | |
| 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。 | c |
| <p><コメント> 交代で研修に出て、研修復命書も提出するようにしているが、研修の機会が少ないため一人ひとりの機会が確保されてはいない。</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。 | | |
| 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。 | c |
| <p><コメント> 実習生受け入れの体制を整備していない。</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。 | | |
| 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 |
| <p><コメント> ホームページを開設し、事業所の情報（定款、事業報告書、財産目録、監査報告書、評価票、苦情・要望等）を公開している。地域へ向けての広報誌等の配布を行っていない。</p> | | |
| 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。 | c |
| <p><コメント> 事務決裁規則を確認した。監事の監査を年二回実施しているが、外部監査等の活用を行い、定期的な経営改善を行っていない。</p> | | |

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。 | c |
| <p><コメント> 地域住民との組織的な交流をしていないが、事業所の周りに散歩に出掛けたり、地域の祭りや買い物に出かけたりする機会はある。地域住民との交流を広げるための働きかけは行っていない。</p> | | |
| 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 |
| <p><コメント> ボランティア受入等に対する基本姿勢が明示されていないが、3人のボランティアが毎週水曜日と金曜日に来所し、昼食を作ってくれている。</p> | | |
| 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 |
| <p><コメント> 地域の社会資源を明示したリストを作っていない。職員間での情報の共有も行っていない。</p> | | |
| 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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。 | c |
| <p><コメント> 事業所の建物やスペースを地域住民が活用できるような取り組みを行っていないが、年1回福祉講演会等を行っている。</p> | | |
| 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。 | c |
| <p><コメント> 地域交流イベントの際にアンケートを実施するなど、参加者からの意見を聴取しているが、関係機関・団体との連携に基づいた具体的な福祉ニーズを把握する取組は行っておらず、ニーズに基づいた具体的な活動の明示がない。</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。 | | |
| 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。 | c |
| ＜コメント＞利用者尊重の基本姿勢の事業計画書等への記載はなく、事業所掲示もない。人権配慮に関する研修等もしていない。 | | |
| 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。 | c |
| ＜コメント＞プライバシー保護や権利擁護のマニュアル等を整備していない。研修等はなく、利用者や家族への周知もない。不適切事案対応の明示もない。 | | |
| 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。 | c |
| ＜コメント＞パンフレットを公共施設等に置くなどの積極的取組はしてなく、パンフレットにも工夫がない。 | | |
| 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。 | c |
| ＜コメント＞説明内容を記録した文書がなく、意思決定困難者への配慮もルール化していない。 | | |
| 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。 | c |
| ＜コメント＞手順と引継ぎ文書がなく、担当者や窓口も設置していない。 | | |
| 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。 | c |
| ＜コメント＞利用者の満足調査や懇談会は行っていない。そのための担当者もいない。 | | |
| 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 |
| ＜コメント＞わかりやすく説明した掲示はなく、利用者や保護者への資料の配布や説明もない。苦情箱自体の設置がない。重要事項説明書や掲示物に、第三者委員の明示がない。 | | |

| | | |
|--|--|---|
| 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。 | c |
| ＜コメント＞相談窓口の設置はなく、文書も作成していない。意見箱設置やアンケート実施もない。 | | |
| 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。 | c |
| ＜コメント＞マニュアル等の整備がなく、意見箱設置やアンケート実施などの積極的な取組もない。 | | |
| 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。 | c |
| ＜コメント＞体制整備や手順等がなく、改善・再発防止のための積極的取組もない。リスクマネジメント責任者の明示がない。 | | |
| 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 |
| ＜コメント＞事故・事件対応マニュアルで責任と役割を明示しており、過去に発生した事故等の記録があるが、定期的な見直しは行われていない。 | | |
| 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 |
| ＜コメント＞災害時対応体制を決めているが、利用者や家族に周知されていない。備蓄リスト作成し、管理者を決め備蓄を整備し、定期的に訓練を実施しているが、防災計画がなく、事業継続の対策も講じてなく、安否確認の方法も定めていないなど、取組として十分でない。 | | |

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。 | c |
| ＜コメント＞標準的な実施方法が文書化されていない。 | | |
| 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。 | c |
| ＜コメント＞標準的な実施方法が文書化されていないため、見直しもない | | |
| 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。 | c |
| ＜コメント＞支援困難ケースの対応検討や具体的なニーズの明示はあるが、手順を定めてなく、確認する仕組みの構築がない。 | | |

| | | |
|--|------------------------------------|---|
| 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。 | c |
| <p><コメント>仕組みや手順を定めていない。</p> | | |
| <p>Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</p> | | |
| 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 | b |
| <p>行われ、職員間で共有化されている。</p> <p><コメント>適切に記録しているが、記録要領はない。共有化の取組は、口頭・ホワイトボード活用程度しかできておらず、共有化が十分でない。</p> | | |
| 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。 | c |
| <p><コメント>記録管理責任者の明記があるが、研修など具体的取組がない。保管・保存・廃棄等の規程がなく、個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策の記載がない。個人情報の取扱いについて、利用者や家族への説明もない。</p> | | |

障害者・児福祉サービス版内容評価基準

評価対象 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 | 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 |
| <コメント>支援現場では、エンパワメントに基づいた支援をしているが、ルール等について、利用者と話し合う機会はなく、意思決定支援など利用者権利についての職員検討がない。 | | |
| A-1-(2) 権利侵害の防止等 | | |
| A② | 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 |
| <コメント>権利侵害の具体的な収集は行っており、法人内研修で話し合いの場を設けていることは確認できたが、虐待の届出・報告についての手順等を定めておらず、取組は十分ではない。 | | |

評価対象 A-2 生活支援

| | | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| 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。 | b |
| <コメント>個別支援計画書に“見守り”の明記があり、自律・自立生活が高まるよう支援を実施しているが、生活の自己管理ができるような支援はなく、行政手続・生活関連サービス等の利用支援もしていない。 | | |
| 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。 | b |
| <コメント>意思表示や伝達が困難な場合は、スマートフォン等を活用してコミュニケーションを確保しているが、さまざまな場面でのコミュニケーション手段確保のための支援や工夫としては、不十分である。 | | |
| 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。 | b |
| <コメント>利用者の意思等をその都度確認し、意見を尊重しながら支援を実施しているが、意思決定支援の仕組みを明確にしていない。利用者へ情報提供や説明も行っていない。 | | |
| 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。 | b |
| <コメント>個々のニーズを大切に、個別外出等を実施し、利用者の意向に基づく余暇・レクリエーション提供や、個別支援計画見直しに合わせた支援内容の見直しを行っているが、文化的生活等の情報提供や利用支援は行っていない。 | | |
| 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。 | b |
| <コメント>障害特性に応じた支援のための研修を行い、職員連携のもと、個々の障害特性に | | |

| | | |
|---|---|----------|
| <p>応じた支援を行っていることを聴取し、それを「記録表」等で確認したが、専門家の助言を得る体制整備がない。</p> | | |
| <p>A-2-(2) 日常的な生活支援</p> | | |
| <p>A⑧</p> | <p>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。</p> | <p>b</p> |
| <p><コメント>適切な食事の提供と支援、排泄支援、(送迎も含めて)移動・移乗支援を実施しているが、マニュアル等はない。</p> | | |
| <p>A-2-(3) 生活環境</p> | | |
| <p>A⑨</p> | <p>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。</p> | <p>b</p> |
| <p><コメント>老朽化・狭さ等のハード面の問題はあるが、元民家の特性を生かした活用をして、飾りつけ等の工夫で、快適な生活の場になっている。トイレ等も清潔で適温であり、必要時に応じ適切な個別対応を実施しているが、利用者の意向等を把握する取組はしていない。</p> | | |
| <p>A-2-(4) 機能訓練・生活訓練</p> | | |
| <p>A⑩</p> | <p>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。</p> | <p>c</p> |
| <p><コメント>専門職の助言・指導に基づいた機能訓練・生活訓練を行っていない。</p> | | |
| <p>A-2-(5) 健康管理・医療的な支援</p> | | |
| <p>A⑪</p> | <p>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。</p> | <p>b</p> |
| <p><コメント>看護師による健康説明の定期実施をして、支援を通じ利用者健康の把握と維持・増進に努めているが、手順等なく、研修等も実施していない。</p> | | |
| <p>A⑫</p> | <p>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。</p> | <p>c</p> |
| <p><コメント>管理者責任が明確でなく、手順も策定してなく、研修等も実施していない。</p> | | |
| <p>A-2-(6) 社会参加、学習支援</p> | | |
| <p>A⑬</p> | <p>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。</p> | <p>c</p> |
| <p><コメント>公共機関を利用した個別外出や買い物外出支援等は行っているが、社会参加や学習のための支援は行っていない。</p> | | |
| <p>A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援</p> | | |
| <p>A⑭</p> | <p>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。</p> | <p>c</p> |
| <p><コメント>他事業所(就労系等)移行は想定していないため、地域生活移行や地域生活の支援を行っていない。</p> | | |
| <p>A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援</p> | | |
| <p>A⑮</p> | <p>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。</p> | <p>b</p> |
| <p><コメント>年1回保護者会を実施し、口頭や文書等でも連携・情報交換を行い、同じ法人内</p> | | |

ケアホームでのショートステイという形で家族のレスパイト支援をしているが、家族等への連絡ルールを定めてなく、家族等との連携や家族支援の工夫も十分ではない。

評価対象 A-3 発達支援

| | | 第三者評価結果 |
|--------------|--|---------|
| A-3-(1) 発達支援 | | |
| A16 | A-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。 | 削除 |
| <コメント> | | |

評価対象 A-4 就労支援

| | | 第三者評価結果 |
|--------------|---|---------|
| A-4-(1) 就労支援 | | |
| A17 | 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。 | 評価外 |
| <コメント> | | |
| A18 | 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。 | 評価外 |
| <コメント> | | |
| A19 | 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。 | 評価外 |
| <コメント> | | |