

福祉サービス第三者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

静岡県社会福祉協議会

② 施設・事業所情報

名称：富士清心園	種別：障害者支援施設	
代表者氏名：鈴木克之	定員（利用人数）： 40名（39名）	
所在地：静岡県富士宮市山宮 3666 番地の 232		
TEL：0544-58-2682	ホームページ： https://fujiasahidegakuen.com/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 昭和 50 年 4 月		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人富士旭出学園		
職員数	常勤職員： 24名	非常勤職員 2名
専門職員	（専門職の名称）	医師 1名
	看護師	1名
	栄養士	1名
	サービス管理責任者	1名
施設・設備 の概要	（居室数）作業棟 2棟、	（設備等）
	食堂 1室、談話室 1室、 居室（個室24室、2人部屋8室）、 相談室・園長室 1室、	浴室 1室、洗面所 4か所、 便所（男性用4か所、女性用3か所） 医務室 1室、運動場 1か所

③ 理念・基本方針

【理念】

- 1) 主体性の確立
- 2) 統合と共生
- 3) 地域に根ざしたハビリテーション

【基本方針】

- 1) 一人一人の障害の特性や身体の状態、年齢等に応じて、活動や生活の支援をします
- 2) 意思決定支援を軸に、利用者が個々に豊かな生活ができるよう支援します。

④施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 法人として、『次世代育成支援対策推進法』に基づき、一般事業主行動計画を公表しています。次世代育成支援に関する取組みの一環として、「子ども参観日」を設け、職員の子どもが施設見学や利用者の日中活動を体験し、親の職場の理解を深める機会としています。
- 2) 利用者の文化的活動の一環として、茶道裏千家淡交会に学校茶道の講師を依頼し、茶道教室を開催しています。

3) ふじのくに健康づくり推進ブロンズ事業所として、職員一丸となって健康づくりに取り組んでいます。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年5月28日（契約日）～ 令和元年12月22日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	1回（平成18年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

- * 管理職は、常に改善の視点で、サービスの質の向上に向けた取組みを実践しています。
- * 多くの方が入手しやすい場所にパンフレットを配布するとともに、ホームページに福祉サービスの内容や特徴等を紹介し、一日利用を受け入れるなど福祉サービスの選択に必要な情報を積極的に提供しています。
- * 苦情解決のための体制を整備し、苦情等を受け入れやすい環境を整えています。さらに、苦情を福祉サービスの向上につなげ、改善結果等を広報誌やホームページで公表し、利用者や家族にフィードバックしています。
- * 事故発生時の対応マニュアルが策定され、リスクマネジメント委員会を設置し、ヒヤリハットで得た情報を、再発防止・改善に繋げています。小さな擦過傷程度も「事故」にカウントして、保護者へ発生経緯等を記載した事故報告書を作成しています。
- * 標準的な福祉サービスは、半年ごとに各層の職員からなる処遇検討委員会において検討・見直しを行うとともに、アセスメントを基に、個別支援計画を策定するための体制を整備しています。
- * 利用者の状況や福祉サービスの実施状況は、パソコンを用いて記録し、施設内で情報が共有できる体制を整え、利用者に関する記録の管理体制が出来ています。
- * 「権利擁護マニュアル」を整備し、緊急やむを得ない身体拘束について、手続と実施方法等を明確に定め、行政への届出手順等を明確にしています。権利侵害の防止について、年二回の虐待防止委員会において検討して、「虐待防止チェックシート」を活用しながら権利擁護に努めています。

◇改善を求められる点

- * 人材確保・育成、将来の管理職養成や職員待遇改善のための総合的な人事管理制度の構築が望まれます。
- * 中・長期事業計画の作成が職員参画のもと策定され、計画的な採用計画による事業の持続可能な体制整備が望まれます。
- * 職員の委員会活動等を通じた組織運営が望まれます。
- * 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組みが望まれます。
- * 福祉施設の変更に当たり、福祉サービスの継続性に配慮した対応が求められます。
- * 利用者の満足度を把握するための仕組みが整備されておらず、相談や意見への「対応マニュアル」の整備等が求められます。

- * 事業計画に「意思決定支援」をする姿勢を明記していますが、意思決定支援及び相談についての基本的考え方や仕組み等を明確にした文書がなく、相談内容の個別支援計画書への反映が十分ではありません。
- * 家族支援に関して、基本的な考え方を明記した文書がなく、家族等のニーズを把握する配慮が必要です。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

福祉サービス第三者評価を受審し、当施設の提供している福祉サービスについて、専門的かつ客観的な立場から評価をいただきました。

施設の運営や支援全般について、職員全員で振り返る時間を持つことで、改めて良さや課題が明確になりました。

施設として「できている」「やっている」と思っていた事項も、不足している点を的確に指摘していただいたので、内容を皆で確認し、今後に繋げていこうと思います。特に、中・長期の事業計画を組織的に改善するようにとの指摘には、真摯に受け止め、利用者、家族、地域から信頼される施設であるよう改善を図りたいと思います。

今後、第三者評価を受審したことで、職員一人ひとりが、使命と役割を再認識し、より質の高い、利用者本位の福祉サービスを提供していく良いきっかけとなりました。

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。	b
<コメント>明文化された理念・基本方針がパンフレットやホームページ上で、周知されている。職員は朝礼等で唱和しているが、利用者や家族向けに分かりやすく工夫した資料作成等利用者向けの周知が十分でない。		

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。	a
<コメント>各種会議や情報誌購読による情報把握、情報分析や情報提供等に努め、社会保険労務士等との勉強会で内容をさらに深め、法人全体の共通認識に努めている。		
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
<コメント>経営環境と経営状況の把握・分析に基づき経営課題を明確にし、人事管理制度準備、給与体系の見直し、処遇改善加算の上位取得等に取り組んでいる。		

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>中・長期の事業計画及び収支計画のどちらも策定していない。		
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>単年度の計画は充実しているが、中・長期計画が未策定のため内容の反映ができない。		

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。	a
<コメント>事業計画の策定と実施状況の把握や評価見直しは職員参画のもと、組織的に作成され全職員に配布し、進捗状況は、毎月の支援部会議で報告され改善している。		
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。	b
<コメント>家族に配布し、個別支援計画説明の本人立ち合い時に説明されているが、分かりやすい資料作成に工夫を要する。		

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。	b
<コメント>法人の各種委員会や研修を通じた取組みや、年3回の園長面談時に目標確認や中間総括を行っているが、自己評価や結果分析に対する取組みが十分でない。		
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。	b
<コメント>自己評価や第三者評価の取組みは十分ではないが、年度計画作成時、課題の分析を行い、課題解決に向けた取組みを事業計画に取り入れている。		

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。	b
<コメント>管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしているが、広報誌等には未掲載であり、有事の際の管理職不在時の権限移譲等についても明確な文書化がされていない。		
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。	a
<コメント>必要な法令等の書類は、事務部門から、係長、園長へ回覧決裁された後に、掲示することで職員に周知されるとともに、各種会議体でも説明し周知されている。		
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
<コメント>第三者評価の受審等積極的に取り組んでいるが、通常の会議体等の取り組みであり、具体的な体制の構築等十分ではない。		

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。	a
<p><コメント>法人の会議体で経営改善に向けて検討する場を設け、各事業者に情報発信と改善への取り組み示唆を行っている。事業者内において、各種会議体で常に改善の視点での取り組みを職員に求めている。</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。		
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。	b
<p><コメント>法人としての必要な人材確保に努めているが、採用は具体的な計画の中で計画的に行われていない。処遇改善加算等を取得し職員待遇改善に努めている。</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>総合的な人事管理を実施していない。準備段階である。</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。	b
<p><コメント>年3回の園長面談から、希望による就業形態や有給休暇取得の支援が行われているが、改善するための仕組みづくりは十分でない。</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。	b
<p><コメント>年3回の園長面談等で個々の職員支援は十分行われているが、組織的体制整備の中での目標管理は行われていない。</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>個々の面談の中での取り組みは行われているが、組織としての職員教育・研修に対する基本方針や計画の策定がされていない。</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。	b
<p><コメント>各職員の資格取得履歴や研修履歴は把握され、経験・熟練度に応じて研修参加の機会は設けられているが、組織的な体制ではなく、研修成果の評価や分析が次回に反映されていない。</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。	b
<p><コメント>実習の受け入れで基本姿勢はマニュアル化されているが、内容は十分でなく、実習種別ごとのプログラムが用意されていない。組織的な取組みとしては十分ではない。</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>関連情報はホームページ上で公開されている。地域に向けた事業所の理念や取り組みを説明した印刷物や広報誌等は配布していない。</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。	b
<p><コメント>内部的には、社会保険労務士の活用や内部監査の公認会計士が関わっているが、外部監査の導入等は今後の検討課題となっている。</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。	b
<p><コメント>基本理念に地域に根差した施設であることを明示し、散髪、買い物や食事等で地域に出て、交流が図れる機会を設けるとともに、ふれあい祭りに地域の人を招いて交流を図っている。しかし、施設が住宅地から離れていることもあり、地域の情報収集や行事への参加は取組まれていない。</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。	b
<p><コメント>マニュアルに受入れの意義が示され、担当者も明らかにされている。しかし、地域の学校教育等への協力については明示されておらず、受入れ時のプログラムも定められていないなど、受入れについての体制が整っていない。</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。	b
<p><コメント>地域の関係団体の定期的な会議に出席し、関係機関・団体の機能や連絡方法の把握に努めている。しかし、職員間での情報の共有化が図られていない。</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 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。	c
<p><コメント>地域の具体的な福祉ニーズや生活課題等を把握するための取組みが行われていない。</p>		

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
<p><コメント>日中一時受け入れや短期入所を行うとともに、災害時における福祉避難所として指定を受け、住民の安全・安心のための備えを行っている。また、犯罪者の更生のため活動の一環として、支援団体に除草作業の場を提供するなどの協力を行っているが、事業計画等に明示されていない。</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。	b
<p><コメント>利用者を尊重した福祉サービスを理念や基本方針に明示し、倫理綱領を策定するとともに事業計画等に反映されているが、職員に対し共通理解を図るための取組みが行われていない。</p>		
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。	b
<p><コメント>利用者のプライバシー保護に関するマニュアルが策定されている。また、設備面では建物の構造上、カーテンによりプライバシーの保護に努めている。しかし、利用者や家族にプライバシーの保護と権利擁護に関する取組みの周知が行われていない。</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。		
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。	a
<p><コメント>理念や基本方針及び福祉サービスの内容や施設の特徴を紹介した資料をハローワークや市社協にパンフレットを配布するとともに、ホームページに掲載し多くの人を知ることが出来る環境を整えている。また、利用希望者の一日利用にも対応するなど、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>		
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
<p><コメント>重要事項説明書にルビを振り、福祉サービスの開始や変更にあたっては、利用者に分かりやすいように工夫された資料を用いて説明し、書類で同意を得ている。しかし、意思決定が困難な利用者の代理人に関するルール化は行われていない。</p>		

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
<p><コメント>利用者の機能低下に合わせて、他の福祉施設に移行しているが、福祉サービスの継続に関する書類が保存していないなど、福祉サービスの継続性に配慮していない。</p>		
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。	c
<p><コメント>個人支援計画は、検討委員会で半年に一度検討しているが、利用者満足を把握するための仕組みが整備されてしていない。</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。		
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。	a
<p><コメント>苦情解決のための体制を整備し、掲示により利用者に周知するとともに、苦情受付箱を設置し、苦情を申し出やすい環境を整えている。また、苦情対応については施設内の委員会で検討し、福祉サービスの質の向上につなげ、広報紙やホームページで利用者や家族にフィードバックしている。</p>		
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
<p><コメント>各利用者に3名が相談窓口となり、相談相手を自由に選べる体制であるが、相談を園長室で受けるなど、常設の相談スペースを確保していない。</p>		
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
<p><コメント>相談や意見に対するマニュアルを整備しておらず、利用者からの意見の把握が行われていない。</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。		
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
<p><コメント>事故発生時の対応マニュアルが策定され、リスクマネジメント委員会が設置されまた、ヒヤリハットで得た情報をもとに、再発防止・改善策に取り組んでいる。</p>		
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
<p><コメント>感染症の予防や発生時の対応マニュアルを策定し、感染症対策委員会を設置し、発生時における感染症対策委員会の記録を保存していない。</p>		

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やっている。	b
<p><コメント>災害時における対応体制等がマニュアルで定め、利用者等の安否確認の方法等を定めている。また、食料等の備蓄リストを作成し、管理者を決めている。消防署の協力を得て、避難訓練等が行われている。しかし、事業継続計画を策定していない。</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。		
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。	b
<p><コメント>提供する福祉サービスの標準的な実施方法が、文書で定めており、利用者を尊重している。しかし、職員に周知徹底するための取組みが十分でない。</p>		
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
<p><コメント>標準的な福祉サービスの実施方法は、半年ごとに、各層の職員による処遇検討委員会において、職員等の報告・意見をもとに検証・見直し等が行われている。</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。		
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
<p><コメント>各担当支援員からの意見等をもとに、サービス管理責任者が個別支援計画を策定している。また、行動制限が必要な利用者への対応は、支援部会議で検討するなどアセスメントに基づく個別支援計画を策定するための体制が確立している。</p>		
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。	b
<p><コメント>個別支援計画の見直しは半年ごとに行われ、緊急に変更が必要な場合には、ケース検討会議で話し合われて、組織として実施状況の評価と見直しに関する手順を定めて実施しているが、その結果を職員へ周知しておらず十分でない。</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。		
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。	a
<p><コメント>利用者の身体状況や生活状況及び個別支援計画に基づくサービスの実施状況等は、パソコンを用いて記録内容が職員で差異が生じないよう整備し、施設内で情報が共有できている。</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。	a
<p>〈コメント〉利用者に関する記録の管理は、マニュアルを整備し施設長を個人情報保護管理者と定めて対応している。また、個人情報の取り扱いは、ルビを振った文章を用いて、利用者及び保護者等に説明を行い、同意を得ている。</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
<p><コメント>事業計画に「意思決定支援」が明記され、人権擁護権利委員会で研修報告等をもとに職員の理解を深めているが、生活に関わるルール等について利用者と話し合う機会を設けておらず、個別支援計画は本人主体の計画になっていない。</p>		
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。	a
<p><コメント>「権利擁護マニュアル」を整備し、緊急やむを得ない身体拘束について、手続きと実施方法等を明確に定め、行政への届出手順等を明確にしている。また、権利侵害の防止等について、年二回の虐待防止委員会において検討し、「虐待防止チェックシート」を活用し権利擁護に努めている。発生した場合の再発防止策等についても、仕組みを明確にしている。</p>		

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
<p><コメント>事業計画で意思決定支援の姿勢を明確にして、個別支援計画書にも「見守り」の姿勢を記載しているが、自立生活のための動機付けや生活の自己管理支援が不十分である。行政手続等の利用も支援していない。</p>		
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
<p><コメント>接遇マニュアルに、「話し方、聞き方を工夫する」との記述があり、個別支援計画の中で、「コミュニケーション」が課題のひとつになっているが、コミュニケーション機器等の活用がなく、簡単なジェスチャーを使用している程度で、支援内容が十分でない。</p>		
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。	c
<p><コメント>事業計画の基本方針に、「意思決定支援」をする姿勢を明記しているが、意思決定支援及び相談についての基本的考え方や仕組み等を明確にした文書がなく、相談内容が個別支援計画に反映していない。</p>		

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
<p><コメント>個別支援計画書作成時に利用者等の意向を聞き、計画に基づき日中活動の提供をしているが、選択や多様化の面で十分ではなく、個別支援計画書に「余暇」の記述があるのは一部利用者だけである。地域利用支援等も実施していない。</p>		
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
<p><コメント>職員は専門知識を習得し、障害特性に応じた支援方法等の検討を行い、会議で情報を共有している。「支援手順書」に基づき適切な対応を実施し、人権擁護権利委員会で、支援方法の検討・見直し等を行い、利用者間の関係調整等を必要に応じて実施している。</p>		
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。	b
<p><コメント>利用者の嗜好に考慮し、代替食を提供している。マニュアルに基づき、利用者の心身の状況に応じて、食事、入浴、排せつや移動の支援をしているが、支援内容の個別支援計画書への記載が一部の人だけで、選択メニュー等はない。全員が同じ時間に食堂で食事をしており、その食堂にはTVはなくBGM等も流れていないなど、場の雰囲気づくりが十分でない。</p>		
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。	b
<p><コメント>居室・食堂・浴室・トイレ等は清潔であり、適温と明るい雰囲気を保っている。居室の多くは個室で2人部屋は8室あるが、プライバシー保護のため、カーテンで仕切られている。しかし、生活環境について、利用者の意向等を把握する取組みは行われていない。</p>		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	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。	c
<p><コメント>機能訓練等が必要な方は、対象者としていないため、支援の実施がない</p>		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A⑪	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
<p><コメント>各支援の場を通じて、利用者の健康状態の把握に努め、嘱託医による年2回の定期健診や看護師による健康相談等を実施し、毎日バイタルチェックを行うことで、健康の維持に努めている。緊急時は、フローチャートに基づき医療との連携を適切に行い、毎年講師を招いて、健康に対する内部研修をしている。</p>		

A12	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
<p><コメント>「医務事業計画」に方針を明記し、管理者の責任を明確にしている。「服薬マニュアル」には、管理方法や留意事項が具体的に記載されている。医師や看護師の指導・助言のもと、安全管理体制を構築し、アレルギー疾患等のある利用者に適切な支援を行っている。「衛生委員会」を産業医臨席のもと、月一回開催している。</p>		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A13	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。	c
<p><コメント>社会参加や学習のための支援を行っていない。</p>		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A14	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。	c
<p><コメント>地域移行に対し、利用者のニーズを把握していないなど、利用者への配慮・支援は行われていない。</p>		
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A15	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
<p><コメント>「利用者急変時のフローチャート」に、健康面で変調が認められた場合、保護者への報告を明記し、小さな擦過傷程度も「事故」にカウントして、保護者への発生経緯を記載した事故報告書を作成している。しかし、家族支援に関しては基本的な考え方を明記した文書がなく、家族等のニーズの把握等もしていない。</p>		

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。	非該当
<p><コメント></p>		

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。	非該当
〈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。	非該当
〈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。	非該当
〈コメント〉		