

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

一般社団法人静岡県社会福祉士会

②施設・事業所情報

名称：天竜厚生会アクシア藤枝	種別：障害者支援施設
代表者氏名：渡邊 貴則	定員（利用人数）：入所 50 名、 短期入所 20 名
所在地： 静岡県藤枝市宮原 823-1	
TEL：054-639-0311	ホームページ： https://www.tenryu-kohseikai.or.jp/syougai/axia_fujieda/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成 25 年 9 月 1 日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人天竜厚生会	
職員数	常勤職員： 30 名 非常勤職員 14 名
専門職員	（専門職の名称） 医師 1 名 看護師 2 名 サ-ビス管理責任者 2 名 アテンダント 4 名 管理栄養士 1 名 事務員 1 名 生活支援員 32 名
施設・設備 の概要	（居室数） 入所 50 床、短期入所 20 床 （設備等） 食堂、浴室、トイレ、洗面所、作業室

③理念・基本方針

(1) 理念

九十九匹はみな帰りたいけど、まだ帰らぬ 1 匹の行方訪ねん

(2) 基本方針（品質方針・品質目標）

1) ご利用者に関すること

1. 個人の尊厳を守り、自己決定支援を行うことにより、ご利用者本人の自己実現を図ります。
2. ご利用者の生活を豊かにするため、業務改善を積み重ね、サービスの質の向上を目指します。
3. 安心・安全な生活や活動の場を提供するため、衛生的かつ快適な暮らしやすい環境整備をよりいっそう促進します。

2) 地域に関すること

1. 地域住民や行政等との連携協働を通じて、様々な地域福祉課題の解決に向けて取り組めます。

2. 制度の狭間や市場に任せては成立しにくい低所得者や生活困窮者等のニーズに配慮した取り組みを推進します。
 3. 積極的な情報の可視化を進め、よりいっそう地域の信頼を得ます。
- 3) 人材に関すること
1. 職員の自己実現に向け、その資質や専門性をより発揮させるため、今以上の人材育成と能力開発に取り組みます。
 2. ワークライフバランスのさらなる実現に向けて、職員の処遇向上に取り組みます。
 3. 多様な人材を確保するため、法人の魅力を内外に周知するとともに、効果的な採用活動を展開します。
- 4) 経営管理に関すること
1. 職員一人ひとりから組織全体に至るまで、コンプライアンスを徹底します。
 2. 社会的ニーズに基づいた事業継続のため、健全かつ安定的な財務基盤を確立します。
 3. 公正かつ透明性の高い適正な経営を行うために、実効性のある法人組織体制を確立します。

④施設・事業所の特徴的な取組

- 支援を必要とする障がい者へ、自立した生活を営むことが出来るように
- ・機能訓練、外出活動、排泄・入浴・食事等の介護、その他必要な支援を提供する。
 - ・自閉症支援(強度行動障害)に対する支援に力を入れる。
 - ・地域との結びつきを大切にして、関係機関との連携に努める。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和5年6月29日(契約日)～ 令和6年3月27日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	2回(平成29年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・事業計画は、わかりやすいパワーポイント資料を作成し説明、配布しています。利用者へのお知らせ等はルビを振るだけでなく、写真や絵を使い、視覚にも訴えるように工夫しています。
- ・パフォーマンスレポートやISO9001の取り組みや、虐待防止セルフチェックリスト、利用者満足度調査を用い、定期的、継続的に評価・分析を行っています。分析結果を基に、自閉症支援等の研修につなげています。
- ・冊子「私たちの法人天竜厚生会」に明示された、職員像を実現するため、法人で個々の職員に必要な研修が実施されています。施設独自でも、年度テーマ(本年度は「自閉症支援」)にそった研修を計画・実施しています。
- ・地域との交流について、事業計画で基本的な考えを明記しています。利用者には掲示板を使って情報提供を行い、個々のニーズにより支援をしています。また、自施設の

畑でできた農作物を一部、地域（子ども食堂等）に提供しています。

- ・自閉症支援推進委員会を中心に、外部のコンサルテーションを取り入れ、また、本部から理学療法士、作業療法士を招き、専門的な視点からアセスメントや介入方法を取り入れて個別支援を行っています。利用者の会「藤の会」を毎月開催して利用者の意向を確認し、選択食、社会参加活動、ジュース買い等、利用者が自ら選択する場面を多く設定しています。

◇改善を求められる点

- ・毎月実施している利用者の会（藤の会）で利用者が苦情や意見を述べやすい機会を作り、苦情解決の体制も整備していますが、苦情解決の仕組みを説明した掲示物は人目につきにくいところへの掲示で、仕組みを記した資料を家族等に配付をしていません。満足度調査のほかに、施設受付に意見箱を置いていますが、ほとんど利用されていません。また、法人のホームページから苦情の申立てができますが、年に1度の利用に留まっており、家族等が苦情を申し出やすい工夫が十分であるとはいえません。
- ・写真や絵を多く用いた資料を基に分かり易い言葉で説明を行い、ルビを振った契約書と重要事項説明書を用意し、サービスの開始や変更時には、重要事項説明書や個別支援計画書に署名をしてもらっていますが、意思決定が困難な利用者への配慮についてのルール化はできていません。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の評価結果の中で、「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。」や「利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。」など、意思決定支援に関連する項目において「b」評価となった。

当施設では、重度・最重度の知的障害者を受け入れていることもあり、日頃からご本人の意志や希望を汲み取ることに苦慮することが多い。例えば今回指摘を受けた掲示物に関することであれば、掲示方法や位置の配慮をするなど、少しでもご利用者が確認し易い方法は無いかなど、施設職員全体が、配慮や考える意識をより高く持つ必要性を感じさせられた。時間は掛かるかもしれないが今後、施設内の管轄委員会にて協議をし、意識の改善を進めていきたい。

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。	a
<コメント> 理念・基本方針は法人及び施設の事業計画に記載し、内容についても十分網羅しています。年度当初に「事業説明会」と称した会議を開催し、職員に資料配付・説明を行い、利用者家族にはわかりやすい資料を配付し、説明しています。また、定例会議で重要なポイントは繰り返し説明しています。		

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> 地域の福祉計画作成に関わり、地域のニーズ等を把握しています。経営状況は法人内で各種経営会議を開催し、自施設の経営状況を的確に把握、分析しています。		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	a
<コメント> 施設の経営内容は、法人全体で分析し、施設にフィードバックしています。これをもとに各種会議で、職員に周知、改善を図っています。前年度ショートステイ利用について検討し、受け入れ体制・備品等の改善をしたという事例があります。		

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
<p><コメント></p> <p>法人で中・長期計画案を作成し、それを基に施設が計画を作成しています。計画は3年スパンで見直しを行い、施設は其中で年度での見直しが可能となっています。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>中・長期ビジョンと計画が明確になっており、施設の数値目標も明確になっています。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>事業計画は、職員アンケート等を基に、職員が関わる各種会議で課題分析し、策定しています。また、事業はISO9001のルールにしたがって見直し、職員にフィードバックしています。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>事業計画は、分かりやすいパワーポイント資料を加えて作成し、説明、配付しています。利用者へのお知らせ等はルビを振るだけでなく、写真や絵を使い視覚にも訴えるように工夫しています。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>法人全体でISOの取り組みを進め、サービスの質の向上を図っています。また、定期的に福祉第三者評価事業を受審、第三者評価に準じた自己評価を年1回実施し、分析評価を行っています。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>職員アンケート、虐待防止セルフチェックリスト、施設自己評価を行い、結果を集計グラフ化し、職員間で議論、評価し、計画の改善を行っています。</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。		
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
<コメント> 管理者の役割は、法人及び施設の事務分掌でその責任と役割が明確にしています。管理者は広報紙で自らの役割を表明するとともに、職員会議、家族説明会等でも役割を表明しています。		
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。	a
<コメント> 有休管理、安全運転管理等の研修に積極的に参加し、法令遵守に取り組んでいます。また省エネ対策（省エネチェック、LED照明の導入など）にも、積極的に取り組んでいます。		
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。	a
<コメント> パフォーマンスレポートや ISO9001 の取り組み、虐待防止セルフチェックリスト、利用者満足度調査を用い、定期的、継続的に評価・分析を行っています。分析結果をもとに、自閉症支援等の研修につなげています。		
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。	a
<コメント> 管理者は、施設の様々な状況を法人に伝達し、経営会議等で分析されたデータを基に、施設の経営改善を図っています。また課題に対して、ワーキンググループを組織し、改善をしています。		

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
<コメント> 「私たちの法人天竜厚生会（求める職員像）」に人材育成の基本方針が明記され、法人キャリアパス制度により、人材育成がなされています。具体的な人材確保（採用等）は正規職員を法人、パート職員は施設で役割を分担して担っています。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<コメント> 求められる職員像は「私たちの法人天竜厚生会（求める職員像）」に明記され、この目標達成		

<p>のため法人のキャリアパス制度、人事制度が構築されています。これらの制度の中には、職員自らが職種や役割を選択できる制度も用意されています。</p>		
<p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
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り組んでいる。	a
<p><コメント> 職員の個々の就業状況・意向を把握しています。また法人で「社内留学制度、ジョブチャレンジ制度等」が人事制度の中で構築され、働きやすい職場作りを進めています。</p>		
<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。</p>		
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
<p><コメント> 「私たちの法人天竜厚生会」に期待する職員像が明示され、個々の職員に必要な研修が組織的に行われ、質の向上が図られています。</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。	a
<p><コメント> 冊子「私たちの法人天竜厚生会」に明示された職員像を実現するため、法人で個々の職員に必要な研修を実施しています。施設独自でも、年度テーマにそった研修を計画・実施しています。</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。	a
<p><コメント> 施設等で必要な資格は一覧表で把握し、法人全体で資格取得を進めています。法人ではキャリアパス制度に沿って、職員研修を計画的に実施しています。また、施設独自でも年間テーマに沿った研修を計画し、実施しています。</p>		
<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。</p>		
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。	a
<p><コメント> 法人で「実習マニュアル」が作成され、法人を通し、施設で受け入れをしています。</p>		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
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。	a
<p><コメント> 施設情報はホームページ・広報誌等で公表しています。また、第三者評価を定期的に受審しています。</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。	a
<p><コメント> 各種規定が整備され、事務分掌等で役割と責任が明確になっています。公認会計士、監査法人</p>		

等のチェックも受けています。

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
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
<p><コメント></p> <p>地域との交流について、事業計画に基本的な考えを明記しています。利用者には掲示板を使って情報提供を行い、個々のニーズにより支援しています。また、自施設の畑でできた農作物を一部地域に提供しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>ボランティア受け入れマニュアル（ボランティア受け入れの流れ）を作成し、受け入れをしています。福祉教育も生徒を受け入れるとともに、社会福祉協議会主催の福祉教育関連会議に参加し、地域福祉の向上に努めています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>市等の作成した資料を共有し、地域の社会資源を確認しています。また、自立支援協議会に参画し、地域の把握・ネットワークの構築を行い、課題解決を積極的に諮っています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>自立支援協議会に参画し、相談支援事業所とのネットワークを構築し、地域の課題把握に努めています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>自立支援協議会等で把握した課題解決のため、就労訓練事業等の受け入れを行い、利用者も地域でのゴミ拾い等、奉仕作業を行っています。また、ふれあい広場等に参加し、福祉啓発を図るとともに、福祉教育・実習生の受け入れを通し、施設のノウハウを地域に還元しています。施設は「福祉避難所」に指定され、災害時の協力もを行っています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>「私たちの法人天竜厚生会」に明記されている基本方針や基本的人権への配慮等について、毎月の施設内勉強会で説明をし、周知を図っています。また、「障がい者関係施設職員の心得」に基本姿勢とともに標準的な実施方法を明記しています。利用者の尊重や基本的人権への配慮については、毎年行う利用者満足度調査や、年に2回実施する職員の虐待防止セルフチェックや自己評価によって状況の把握や評価を行っています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>「支援の心得」と「サポート帳」に利用者のプライバシー保護とプライバシーに配慮したサービスの手順を明記し、手順通りのサービスを提供できているか、セルフチェックや他者チェックで確認をしています。居室は利用者個々の特性や好みに応じた家具等を誂え、快適な環境を提供し、利用契約時に利用者および家族にプライバシーに配慮した支援について説明をしています。</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></p> <p>市役所をはじめ、来訪者が多い法人本部の研修センター等にパンフレットを置いています。施設見学者や利用希望者には、写真や絵を多く用いた資料をもとに案内と説明をしています。写真や絵を用いた資料は随時見直しを行い、変更をしています。</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></p> <p>写真や絵を多く用いた資料を基に分かり易い言葉で説明を行い、ルビを振った契約書と重要事項説明書を用意しています。サービスの開始や変更時には、重要事項説明書や個別支援計画書に署名をしてもらっていますが、意思決定が困難な利用者への配慮についてのルール化はできていません。</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。	a
<p><コメント></p> <p>利用施設に変更があった際、利用者等の希望があれば、短期入所や生活介護を継続して利用ができることを説明しています。施設移行の際は「マネジメントフロー図」を活用し、法人で定めた引継ぎ文書により、引継ぎをしています。また、相談窓口と担当者は決まっており、その</p>		

内容を記した文書を渡しています。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>毎年1回行われる家族の集いにおいて利用者満足度調査を実施しています。希望する家族とは個別面談を行い、意見の聞き取りをしています。利用者満足度調査の結果は、改善策とともに施設内に掲示をして、利用者の満足度の向上に努めています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>苦情解決の体制を整備し、職員参加の下、毎月開催する利用者の意見交換会（藤の会）で、利用者から様々な苦情や意見が出され、苦情については職員間で対応策を検討し、概ね1か月後に苦情解決責任者により効果測定を行っています。内容は報告書に記載するとともに、システムに記録をして適切に保管をしています。また、利用者や家族にフィードバックをし、同意を得たうえで法人のホームページで公表をしています。満足度調査のほかに意見箱を置いています。ほとんど利用されていません。苦情解決の仕組みを説明した掲示物は人目につきにくいところに掲示され、仕組みを記した資料も家族等に配付をしていません。また、法人のホームページから苦情の申立てができますが、年に1度の利用に留まっており、家族等が苦情を申し出やすい工夫が十分であるとはいえません。</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></p> <p>重要事項説明書に相談ができる職種について記載し、口頭で説明もしています。面談の際は、環境に配慮した部屋を用意しています。苦情受付に関する掲示物は人目につきにくい所にあり、文書の配付はしていません。</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。	a
<p><コメント></p> <p>年に1回行う利用者満足度調査のほかに、意見箱を設置し、利用者会を毎月行うなど利用者の思いを受け止める努力をしています。満足度調査での意見等をもとに、職員間で対応策を検討して利用者全員にフィードバックをしています。回答に日数を要する場合は、その旨を伝えています。相談や意見を受ける手順は苦情受付の手順を活用し、手順の見直しは、法人で定期的実施しています。</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></p> <p>ヒヤリハットについては、日常の記録が集積できる記録システムを整備しています。施設長を責任者として毎月開催するリスクマネジメント委員会では、集積された事例の中から抽出して検討をしています。半年に一度作成する、「事故集積シート」「効果の確認レポート」について</p>		

<p>は、リスクマネジメント委員会において職員に周知をしています。また、「事故・ヒヤリハット対応マニュアル」を整備し、職員に配付の上、研修を行い、欠席者については資料を回覧し、閲覧状況を確認して、周知を図っています。</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。	a
<p><コメント> 感染症対策マニュアルで施設長の責任と役割を明確にしています。感染症が発生した場合は、マニュアルに沿って適切に対応しています。法人として感染対策マニュアルを整備し、委員会の協議内容に見直しを規定し、見直しを実施しています。変更があった際は変更があったことを職員に伝達をしてマニュアルの差し替えをしています。看護師による施設内勉強会を年2回実施しています。</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行っている。	a
<p><コメント> 法人全体の防災対策に加えて、施設の立地に合わせた防災対策を整え、備品や食料品の管理者を決めてリストを作成して、備蓄をしています。安否確認の方法は、利用者は緊急避難人員名簿によって、職員はアプリでの確認に変更して職員に周知をしています。施設は、福祉避難所の指定を受け、地区防災連絡会に施設長が参加をして地域との連携を図っています。</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。	a
<p><コメント> 標準的な実施方法は、「支援の心得」や「利用者のサポート帳」に、利用者の尊重や権利擁護に関わる姿勢とともに明示しています。新人には指導役の職員を決めて、実際の支援の中で標準的な実施方法に基づいた支援ができているかを確認する体制が整っています。</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。	b
<p><コメント> 個別支援計画は毎月モニタリングを実施し、半年に1回支援者会議を開催して多職種による検証及び見直しを行っています。モニタリングや支援者会議の内容、利用者の意見や担当者の評価によっては、個別支援計画を変更することがあります。これらは、ISO教育マニュアルを整備して実施していますが、マニュアルの見直しの時期については定めていません。</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> どのようなケースについても、利用者や家族の意向が反映されるようなアセスメントを実施し、利用者一人ひとりの具体的なニーズを明示した個別支援計画書を策定するために、多職種</p>		

が参加する支援会議を開催しています。		
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
<p><コメント></p> <p>ISO 教育マニュアルにおいて、手順等組織的な仕組みを定めて個別支援計画の見直しを行っています。変更点については、記録システムにより明らかになるので必ず確認をすることにしていきます。個別支援計画を緊急に変更する場合の手順は通常の見直しと同じで、ISO 教育マニュアルに基づき、マニュアルを整備する必要がある具体的な課題については、個別支援計画の評価・見直しの中で明確にしています。</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></p> <p>法人内の障がい者関係施設で統一したシステムと様式を使用して記録をしています。職員間で差異が生じないように、施設独自のチェックリストを活用しています。職員間で情報を共有するために、記録システムを整備し、連絡ノートや会議録等複数のツールを用いています。</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></p> <p>記録管理の責任者は施設長と定め、「個人情報管理規定」「文書管理規定」を整備しています。これらのマニュアルについては、新人研修時等に説明を受け、セルフチェックリストで理解と遵守状況を各自確認しています。利用者や家族には、入所時に重要事項説明書において説明をしています。</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。	a
<p><コメント>毎月行われる「藤の会」では、絵カードや写真を使って行事、社会参加活動等の説明を行い、利用者が意見表出できる機会を作っています。利用者には週単位、月単位で選択の機会を保障し、意思表示が困難な場合は家族からの聞き取りや、再アセスメントを行い支援会議で決定しています。個別支援計画には、利用者の思いを反映した個別の日課を組み込み、特に、個別対応する専門のスタッフを配置し支援を行っています。</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> 利用者への権利侵害の防止のために、事例を用いた虐待防止マニュアルや別紙1を整備しています。組織的な振り返りのアンケートを年に2回実施し、身体拘束適正化委員会が年に1回、虐待防止委員会を年に2回行っています。個別の事例は職種間会議やフロア会議で検討し、掲示や回覧で共有しています。</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。	a
<p><コメント> 「藤の会」や保護者会で利用者や家族からの思いを汲み取り、個別支援計画に反映し、個別の支援を行っています。必要に応じて相談支援事業所と連携し、外部サービスの利用に至った事例があります。</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。	a
<p><コメント> 自閉症支援に、組織的に取り組んでいます。アセスメントや支援方法を外部の専門職から学び、コミュニケーション手段を工夫しています。また、個別のコミュニケーション方法を試行して、利用者にあった方法で支援しています。必要に応じて相談支援事業所と連携し、生活歴や家族の意向を聞き取っています。</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。	a

<p><コメント></p> <p>担当職員以外でも随時利用者の相談に応じています。毎月の選択メニュー、毎週のジュース購入、イベントへの参加、外出への参加等、丁寧な情報提供を行い、選択の機会を設けています。意思決定支援については利用者の障害特性を鑑みて、個別に理解できる手法により意思をくみ取ることの必要性を通じ、施設職員全体で学ぶ体制を取り組織的にとっています。相談内容は、必要に応じて支援の変更を行っています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>日中は散歩、体操などの共通の日課のほか、外出外出などの社会活動、地域の行事への参加、畑作業、七夕、豆まきなどの季節の行事など利用者の意向に応じて提供しています。個別にはDVD鑑賞やスヌーズレンを提供しています。外部の生活介護サービスを利用希望の利用者に対し、相談支援事業所と連携し、見学、体験を経て利用に至った事例があります。</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></p> <p>施設内外の研修に参加しています。自閉症支援推進委員会では、個別支援の評価や推進を行い、自閉症支援検討ワーキングでは利用者の様子をパワーポイントにまとめ、動画を撮り、外部コンサルの意見を取り入れ、定期的な勉強会や事例検討を行っています。職員間の情報共有や再検討については、記録システム、掲示、支援会議、ミーティングノートで周知しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>本部の作業療法士や理学療法士と連携し、食事の際の自助具の選定と使用や、移動の際の歩行器の選定と試行、靴の選定等を行っています。記録システム内に写真とともに支援方法や特記事項が共有、個別支援計画へ反映し、専門職による実施後の評価も行っています。標準的な実施方法は「知的、救護施設支援マニュアル」と「ご利用者の生活サポート帳」に文書化し、記録システム内に実施記録が確認できます。</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></p> <p>清掃は外部業者が毎日入って、清潔が保たれています。居室やトイレは個室でプライバシーを確保しています。「藤の会」では利用者への聞き取りで、居室変更に至った事例がありました。共有スペースに、破損したテーブルがそのまま置かれているのは、安全面への配慮に欠けます。</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。	a

<コメント>

<p>必要に応じて、本部の作業療法士によりアセスメントから評価までの一連のPDCAサイクルで支援を行い、フロア会議で共有・検討しています。支援方法は個別支援計画書に明記し、半年に1度見直しを行っています。</p>		
<p>A-2-(5) 健康管理・医療的な支援</p>		
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> マニュアルに基づき、日々の健康観察は写真や申し送りで記録システム内にて共有しています。体調変化があれば嘱託医への連絡や外部受診など、迅速に行っています。また、毎週の歯科往診では、職員と利用者には個別のブラッシング指導や個別の歯磨き粉の選定を行い、手厚い口腔ケアを行っています。</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> 医療的な支援についてマニュアルを整備し、緊急時や夜間にも対応できるように整備しています。年間で計画的な職員研修を行い、さらに感染や緊急時の対応についてフロア会議内で研修を行っています。</p>		
<p>A-2-(6) 社会参加、学習支援</p>		
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。	a
<p><コメント> 対象の利用者には、週3回の個別プログラムを実施しています。活動検討ワーキングで、社会活動に全員が参加できるよう計画を立てています。また、希望者にはグループホームの見学を行っています。</p>		
<p>A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援</p>		
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。	a
<p><コメント> 日頃から選択の機会を提供し、社会参加活動についてはアセスメントや利用者の選択で計画を立てています。外部サービスの利用希望について、見学、体験を重ね利用に至ったケースや、地域移行支援と連携し検討した事例があります。</p>		
<p>A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援</p>		
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。	a
<p><コメント> 保護者の集いや、行事、アクシア通信を通じて、利用者の様子を伝えています。必要に応じて、家族や計画相談、後見人を支援会議に招き、情報提供し連携しています。個別ケースに応じて、こまめに電話連絡し、定期的に利用者の様子を文書で伝えています。</p>		