

福祉サービス第三者評価結果

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：障害者生活介護施設「ふれんず」		種別：生活介護
代表者氏名：川合 由美		定員（利用人数）：20（31）名
所在地：静岡県浜松市浜北区高蘭775番地の1		
TEL：053-586-8803		ホームページ：http://www.h-hattatsu.com/
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成4年7月		
経営法人・設置主体（法人名等）：浜松市（社会福祉法人 浜松市社会福祉事業団）		
職員数	常勤職員： 10名	非常勤職員： 9名
専門職員	（専門職の名称）	
	看護師 3名	理学療法士 1名
施設・設備の概要	（居室数） 3	（設備等）テレビ・DVD プレーヤー 洗濯機・冷蔵庫・テーブル 等

③ 理念・基本方針

<p>（理念）①すべての人の生命に安全を ②すべての人の生活に安心を ③すべての人の人生に輝きを （基本方針）①浜松市の親子のために「乳幼児から学童期までの一貫した療育支援体制の強化」 ②市民のニーズにあった福祉施設の運営「利用者様から地域から信頼いただける質の高いサービスの提供」 ③地域から愛される施設づくり「地域福祉の拠点施設として豊かな地域福祉社会の形成に寄与」 ④法人運営の自立化及び健全化「法人の組織強化と充実したサービスを提供するための経営基盤の安定化」</p>
--

④ 施設・事業所の特徴的な取組

- | |
|--|
| <p>①医療的ケア及び配慮の必要な方も積極的に受け入れている。
 ②日中活動の充実を目指し、豊富な活動内容を取り入れている。
 ③利用者の自己決定を尊重し選択肢を多く設定し、自己決定を尊重している。
 ④リハビリ計画書に基づいて、在宅生活の中で必要な身体機能の維持を目指している。</p> |
|--|

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年6月1日（契約日） ～ 令和2年3月10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

- ・利用者が参加し易い行事を設定し、家族に文書にして周知説明して利用者に伝わるようにしていたり、家族が出席し易い曜日や時期等を考えて参加を促したり工夫しています。家族懇談会で行事の際に撮った写真をスライドショーにして観てもらうことで視覚的に分かりやすく説明するなど、事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫が行われています。
- ・感染症対策マニュアルに基づき看護師を中心に感染症予防に取り組んでおり、職員への周知・指導は、年度初めにたてた研修計画に沿い実施しています。また、感染症発生時は対応フローに沿い感染症部会長、診療所医師に報告され対応しているなど感染症対策への管理体制が整備されています。
- ・利用者へ複数のコミュニケーション手段（文字盤・手話・サイン・カード・表情・目の動き）を職員が共有し支援しており、個別のコミュニケーションに対する細やかな工夫がされています。
- ・連絡ノートの記載内容や他職種からの情報収集を行ない、日々の支援での気づきを共有し、利用者の障害による行動や生活の状況などの把握に努めており、職員間で支援方法等の検討と理解・共有が行われています。
- ・浜松市勤労福祉協会への入会や、看護休暇・介護休暇等の目的に応じた休暇制度が整うなど職員の福利厚生が充実しています。また、残業時間の把握や短時間勤務の導入等職場環境を整えていることから、職員の定着率が高くなっています。

◇改善を求められる点

- ・サービスの開始・変更時の説明資料としては、イラストや図解等を用いた分かりやすい資料はありません。また、意思決定が困難な利用者へは個別に対応し様々な配慮をしていますが、適切な説明や運用の手順はありません。
- ・別の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、担当職員による引継ぎは実施していますが引継ぎ文書は定めていません。また、退所後の相談窓口や担当者についても口頭で説明をしていますが、明示した文書はありません。
- ・家族懇談会・意見箱の設置・アンケートの実施で利用者等の意見や要望の把握に努めていますが、利用者等が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や職員から自由に選べることを説明した文書は策定していません。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、初めて第三者評価を受審しました。職員1人1人の勤務形態や経験、考え方等によって自己評価が分かれたため、施設の自己評価をまとめる事は、難しい部分もありました。

また、職員のコメントを読むことで、事業団全体の概要やマニュアル等の内容の理解についても把握する事ができました。

さらに、受審結果を受け、新たな課題を見つけ出す機会となりました。

今後は、新たな課題について職員の参画のもとで、業務改善、手順の明文化、利用者へのサービス提供の向上に取り組んで参ります。

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。	b
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針は、明文化されホームページや事業計画書、パンフレット等に記載されており、いずれも法人の使命や目指す方向など分かりやすいものとなっています。一方、職員や家族に対する周知状況の確認は継続的に行っていません。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>第4次浜松市障がい者福祉計画で動向について確認しており、ミーティング等でも話が出ています。中長期計画や重点項目にて地域ニーズ等の分析も行っています。コスト分析の結果や利用者推移等を毎月集計し、職員会議で施設長が報告し職員に回覧しています。社会福祉事業全体の動向については、法人本部、財務部を中心に把握に努めており調整会議などでも議題が出ていますが、分析しているとまではいえません。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>半期ごとに法人の経営会議に提出している事業報告書にて具体的な課題や問題点を明らかにしており、理事会でも経営状況や課題等を共有しています。また今年度は初めて経営課題の改善に向け、祝日営業を計画し実施するなど具体的な取組みにつなげています。ただし、経営状況や改善課題など資料等は回覧していますが、全職員への周知はしていません。</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。		
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。	b
<p><コメント></p> <p>中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしており、経営課題や具体的な数値目標や重点項目を記載しています。中・長期計画の見直しは5年毎で、必要に応じての見直しは行っていません。</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>単年度の計画は、中・長期計画の内容を反映したものとなっており、重点項目を明示し実行可能な内容となっています。また、事業計画書に開所日数・延べ利用者数・稼働率等を数値目標として記載しており、実施状況の評価ができるものとなっています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画は職員の参画や意見の集約・反映のもとで策定されており、実施状況もあらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されています。また評価についても実施状況が報告されており、見直しも行われています。ただし、事業計画は職員会議や回覧で説明および周知をしていますが、職員に理解を促す為の取組としては十分ではありません。</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>しおり「ふれんず利用について」は、事業計画の内容を分かりやすく説明したものとなっており、年度初めに家族懇談会で説明し、配付しています。利用者が参加し易い行事を設定し、家族が出席し易い曜日や時期等を考えて参加を促す工夫をしています。家族懇談会時に行事の際に撮った写真をスライドショーにして観てもらうことで内容も視覚的に分かりやすく説明しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの質の向上に関する取組は、法人にサービス向上委員会があり、毎年2月ごろ利用者満足度調査を行い3月に結果を配布し、PDCAに基づき施設毎で評価・見直しを実施しています。自己評価については平成30年度に独自項目にて実施し、今年は支援に関する自己評価を実施しています。第三者評価は今回が初受審ですが今後は定期的に受審していく</p>		

<p>予定で組織的な取り組みが見られます。ただし、自己評価結果については回覧し、職員会議にて説明をしていますが、会議録にその記載がありません。</p>		
9	<p>I-4-(1)-② 評価結果にもと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。</p>	b
<p><コメント> 毎年利用者アンケート（満足度調査）を実施して評価結果を回覧しています。評価結果はリーダー会議にて検討し改善策や改善計画を立てていますが、職員間の課題の共有という点では、リーダークラスまでに限られており十分とはいえません。また、対策はその都度実施されていますが、期間を示した改善計画書の策定や実施状況の評価、計画の見直し等は実施されていません。</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
<p>Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p>		
10	<p>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。</p>	b
<p><コメント> 管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にし、年度初めに中・長期経営計画に記載されている内容を職員会議で報告しています。また毎月の「ふれんず通信」にも掲載し表明しています。しかし職員に対して職員会議にて説明はしているものの会議録に記載がありません。また管理者不在時の権限委任等が明確化されていません。</p>		
11	<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。</p>	b
<p><コメント> 遵守すべき法令等を理解するため行政を含む事業所連絡会等に参加し適正な関係を維持し、研修に参加しています。また、職員に対して職務上遵守すべき法令等を周知し、その記録が確認できます。法令を遵守するためにチェックリストをつけてその分析まで行っていますが、幅広い分野の法令への取組とまでは言えません。</p>		
<p>Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
12	<p>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。</p>	a
<p><コメント> 福祉サービスの質の向上について組織内にサービス向上部会など具体的な体制を構築し、自らも各種活動に積極的に参画し統括しています。職員の意見を反映するための具体的な取組としてリーダー会議での意見聴取や職員面談を全員に行っています。利用者の医療面・身体的な内容に力を入れ、施設内の勉強会を充実させ、外部研修にも参加を促すなど職員の教育にも取り組んでいます。</p>		

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。	b
<p><コメント></p> <p>経営の改善や業務の実効性の向上に向け、毎月の事業活動計算書、月次報告を法人の調整会議にて把握し、経営改善の努力をしています。働きやすい職場環境の整備については、「突然でも休暇取得ができて安心」など実際に職員から聴き取りました。利用率を上げるために利用日外の受け入れをしていたり、行事を増やすなど参加率を上げる工夫もしています。また管理者自ら日中活動等に積極的に参画しています。ただし、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための具体的な取組は十分とはいえません。</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></p> <p>福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が「職員の選考に関する要綱」、事業計画、「事業団の目指す人材育成」に明記されています。また具体的な計画も中期経営計画に「人材の確保と育成」の項目があり記載されています。有資格者を採用するとともに、職員は外部研修（喀痰吸引研修等）に参加しています。現在のところ人員の確保はできており欠員もありませんが、効果的に人材確保ができていないとは言えません。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>中期経営計画に目指すべき職員像・人事管理制度の強化・人事管理制度が記載されており、職員への周知も行われています。職員の意向・意見や評価・分析等は、自己評価書、職員申告書を基に施設長と職員の面談を行い評価するとともに人事考課・異動希望も把握しています。ただし総合的なキャリアパス制度は現在検討中であり作成されていません。</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。	a
<p><コメント></p> <p>短時間労働が導入されるなどワーク・ライフ・バランスに配慮した職場環境となっています。定期健診やストレスチェックを行っており、看護師が常駐しているため個別に対応でき、相談が必要な場合は敷地内に診療所もあることから専門職が直ぐに対応してくれる環境にあります。セクハラ・パワハラ相談窓口が法人事務局に設置され、浜松市勤労福祉協会入会や目的に応じた休暇（年休・看護休・介護休等）制度など福利厚生も充実しています。</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></p> <p>目標設定については、目標項目、目標水準、目標期限が明確でなく個人で行われており、コミュニケーションのもとで目標が設定されていません。目標の達成度や進捗状況の確認は、9月の面談にて実施され、必要に応じて目標の修正をしています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>「期待する職員像」については、中・長期計画の中で明記されています。専門職は配置されていますが、具体的な専門技術・専門資格は明示されていません。また組織として年間研修計画はありますが個々の研修計画・教育計画は策定されておらず、計画や研修内容の定期的な評価と見直しも十分とはいえません。</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></p> <p>職員の技術水準・専門資格の取得状況は、採用時の資格証・履歴書で確認するとともに、自己評価書・職員申告書を毎年徴することにより継続的に把握しています。中途採用職員やグループ変更時等には個別ケアマニュアルに応じてOJTを実施しています。研修等の情報提供や参加を勧め、階層別研修・テーマ別研修等の機会は法人中心に提供しています。</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></p> <p>重症心身障害児者従事者介護実習及び看護師実習を実施しています。実習指導者に関する研修にも参加しており、オリエンテーション・実習プログラムなどの整備はしていますが、専門職の研修・育成に関する基本姿勢の明文化はされておらず、マニュアルについては十分とはいえません。</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></p> <p>ホームページを活用し法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報、苦情解決体制、苦情対応・解決内容等が適切に公開されています。また毎月発行している施設の広報誌「ふれんず通信」を外部団体にも配布し地域に向けての情報発信もしています。ただし社会・地域に対しての説明は「友愛のさとまつり」の際に写真や掲示をしています。法人・事業所の存在意義や役割を明確にする取り組みとしては十分とはいえません。</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></p> <p>定期的に税理士法人の監査を受けていますが実務的なチェックが中心であり、経営改善に直接結びつく指導や助言、指摘事項は特に実施されていません。経理・取引等のルールは経理規程に明記されており、小口現金の取り扱いについては職員に周知しています。</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></p> <p>毎年友愛のさとまつり等の交流の場を設けたり福祉講演会を開催することで地域との交流の場を提供し、利用者への情報提供を様々な手段を用いて行っています。また家庭からの相談に応じ、個別面談等でヘルパーやショートステイ利用などの社会資源を活用するよう助言もしています。ただし、利用者が地域の行事等に参加する機会はあまり多くはありません。</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></p> <p>浜松市発達医療福祉センター内の身体障害者福祉センターがボランティア受入担当になっており、ボランティア受け入れマニュアルは策定されていますが、基本姿勢に関する記載は明文化されていません。同様に地域の学校教育等への協力について基本姿勢は明文化されていませんが、サマーショートボランティア・福祉体験の受け入れや、地域の中学生の職場体験（ボランティア教育）、中学校のPTAの研修会にも協力しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>通所施設連絡会・自立支援連絡会・ネットワーク会議・医療的ケアに関する団体・進路を考える会に参加しており、内部、外部の相談支援事業所とも連携をとっています。また近隣の団体ともネットワーク会議を定期的に設けるなど地域のネットワーク化に取り組んでいます。社会資源を明示したリストや資料を作成していますが、周知状況は施設長・主任・リーダークラスまでにとどまり職員間の情報共有という点では十分とはいえません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>友愛のさとまつり、福祉講演会・発達セミナー・作品展などを開催し広く地域住民への参加を呼びかけ交流を図っています。地域の福祉ニーズや生活課題の把握という点では十分とはいえません。</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></p> <p>卒業後の進路を考える会・ネットワーク会議・自立支援連絡会などに参加しています。学校・各種団体との連絡会に参加し、ニーズの把握に努めカンファレンスを行い、希望者には随時迅速に対応しています。法人の特性上、障がい児・者に限られていますが、法人内併設の相談支援事業所や身障センターが相談窓口になり多様な相談に応じており、中期経営計画書に地域貢献活動として担うべき事業内容が明記されています。具体的な福祉ニーズの把握に努めていますが、民生委員・児童委員等との定期的な会議は開催されていません。</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>理念や基本方針で利用者の尊重が明示され、定期的に権利擁護研修と虐待防止チェックを実施するなど、職員の共通理解を図っています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>「利用者ごとのサービスマニュアル」「虐待防止・虐待対応時マニュアル」で、プライバシー保護等の権利擁護について明記され支援が行われていますが、すべての利用者、家族への周知については十分とは言えません。</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>ホームページ、パンフレット、ふれんず通信等で、常に新しい情報等を提供しています。希望に応じて、見学や利用体験に対応しています。</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>サービス開始時は、利用契約書、重要事項説明書を使用し、見学しながら説明を実施するなどの配慮をしています。意思決定が困難な利用者へは複数回の説明などの配慮をしていますが、書面でのルール化は確認できません。利用者が容易に理解できる、DVD等を用いた分かりやすい資料はありません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの内容の変更の際には他事業所や相談支援事業所と相談し、また面談・電話・連絡ノートなど複数の方法を用いて、本人・家族に確認し、承諾を得ています。当職員による引継ぎは実施していますが、退所時マニュアル等の手続きや引継ぎ文書は定められておらず、また退所時に口頭による相談の案内はしていますが、担当者・窓口を明示した文書はありません。</p>		
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。	a
<p><コメント></p> <p>利用者満足度調査を実施し、結果を分析・検討し、改善・対応の現状等について、個別支援計画や会議記録に記載しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>苦情受付は、苦情解決マニュアルに基づき、苦情記入カードや無記名による利用者アンケートが行われています。また、苦情解決体制、苦情内容がホームページで公表されています。</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>家族懇談会・意見箱の設置・アンケートの実施で、意見や要望を把握していますが、複数の方法を利用できる事を明示した文書はありません。相談し易いスペースの確保はできていません。</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>苦情解決の仕組みと一体的に構築、運用し、一定の手順のもとに相談や意見に対応しています。日々の会話や連絡ノートを通じて、意見の把握に努め、すぐに対応できる事柄は電話等で報告・対応を行い、検討に時間を要する場合は説明を、電話や連絡ノートで個別に行っています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメントマニュアルに従って責任・手順を明確にし、ヒヤリハットの発生時には要因の分析と対応策について職員間で検討しています。リスクマネジメント部会で、半年毎にセンター全体のヒヤリハット事故について分析をしていますが、安全確保策の実施状況や実効性について、定期的な評価・見直しは行っていません。</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></p> <p>感染症対策マニュアルに基づき、看護師を中心に感染症予防に取り組んでいます。感染症発生時は対応フローに沿い、感染症部会長、診療所医師に報告され、対応しています。職員への周知・指導は、毎年度の研修計画に基づき、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></p> <p>「浜松市発達医療総合福祉センター防災対策計画」が整備され、通所施設用に、「台風・地震・緊急時の対応」で、個別の対応が明示されています。総合防災訓練でセンター全体の訓練を毎年実施し、地域の福祉関係団体と連携した訓練を行っています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法はサービスマニュアル、個別ケアマニュアルに文書化し、研修や個別の指導により、全職員に周知されていますが、マニュアル通りに支援が実施されているかを確認する仕組みはありません。</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></p> <p>個別ケアマニュアルの見直しにあたり、本人家族の意見の反映、職員の気づきや利用者の状況変化が把握・分析され、標準宛来な実施方法に反映されています。年1回、定期的に見直し仕組みが確立しています。</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></p> <p>個別支援計画作成にあたり、アセスメント・原案作成・実施・検討・利用者の同意・評価・見直しのプロセスで実施しています。計画の策定には看護師・PT・相談支援事業所・栄養士等の関係者が検討に加わっています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>サービスマニュアルの個別支援計画の作成の手順に沿い、評価し、見直しをしています。緊急時には他機関とも連携して、計画内容を検討し対応しています。</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>個別支援計画の実施状況は、個別台帳のケース記録・生活調査票・アセスメント表の記録から確認でき、閲覧により職員間で情報共有されています。また、利用者情報や個別支援計画・モニタリング内容は、関係部署の職員で回覧されています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>個人情報保護要綱に基づいて、保管・保存・破棄・情報共有がなされ、就業規則に守秘義務が明示され、漏洩時の対処方法も明文化されていますが、職員の遵守を確認する手立てはありません。また、記録の管理責任者は設置されていますが、職員に対しての研修は十分ではありません。</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></p> <p>定期的にホームルームを開催して利用者が自己選択・自己決定できる機会を設定し、利用者が主体的に活動できる仕組みがありますが、利用者の権利について職員が検討し、理解・共有する機会はありません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>虐待防止マニュアルに、不適切な事象が発生した場合の具体的な対応が明示されており、年1回チェックリストを実施した結果を集計し、職員との検討の場を持ち、施設内虐待防止にも努めています。権利侵害について、利用者への周知はしていません。</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></p> <p>利用者の生活習慣に配慮し、より主体的に活動に参加できるよう工夫して、個別支援計画・個別ケアマニュアルを作成し実施しています。相談支援事業所と連携して、行政手続き、利用可能なサービスの支援をしています。</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></p> <p>利用者へ複数のコミュニケーション手段（文字盤・手話・サイン・カード・表情・目の動き）を、職員が共有し、支援しています。必要に応じて、連絡ノート等で、保護者への内容確認を実施しています。</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>半年に1回、個別面談実施し、随時の相談にも個別に対応しています。相談内容に応じて、ケース検討や個別支援会議で検討し、個別支援計画の変更ならびに相談支援事業所と連携し、支援全体の調整を行っています。</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>多彩な日中活動メニューを準備し、利用者は選択して参加できます。また、外出体験は、個別の希望に沿い毎年行き先を変えています。地域の様々な日中活動の情報提供は、チラシやパンフレットを配布して、情報提供しています。</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>利用者の障がいの特性について、定期的に勉強会等にて専門知識の習得と支援の向上を行っています。利用者の不適切行動については、職員間で問題を共有し対応を統一するとともに支援方法の見直し、および環境調整を実施しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>個別ケアマニュアルを作成し、食事・排泄・移動・移乗の支援を、利用者の心身の状況に応じて検討・見直し、実施しています。食事は、利用者の希望や好みの反映に努めていますが、食事の時間・場所・メニューの選択はできません。</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。	a
<p><コメント></p> <p>居室のスペースが限定されていますが、日中活動の内容に応じて、机・椅子・マットの位置を変化させ、利用者の安心・安全を確保するために工夫しています。</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
<p><コメント></p> <p>理学療法士が中心となり、リハビリ計画書を作成し、3か月毎にモニタリング・見直しを行</p>		

ない、リハビリテーション実施計画を作成しています。ケアカンファレンス等には理学療法士も参加し、個別支援計画に機能訓練・生活訓練を反映される等、連携をしています。		
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></p> <p>生活の場面で健康状態をチェックしています。利用者の体調の急変時、緊急時のマニュアルが整備されており、支援員から看護師、看護師からセンター診療所の医師への報告が定められています。職員会議時に勉強会を実施し、毎月、利用者の健康管理についての職員研修（ケース会議）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></p> <p>医療的ケア実施要綱が策定されており、医療的ケア実施記録表、医療的ケア実施依頼書、医療的ケア支持依頼書などが整備され、適切に実施し書面での管理がされています。服管理についても、与薬依頼書・与薬マニュアルに基づいて、実施されています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>利用者の希望や意向を聞き、外出体験を企画しています。施設内のパソコン教室や編み物教室などを希望する利用者の生活日課を調整して、学ぶ機会を設定しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>在宅生活が継続できるように、ショートステイの見学の機会を設けています。在宅介護の紹介・相談支援事業所への連絡を行ない、家族懇談会で、成年後見人制度の勉強会を企画して、情報提供をしています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>家族への連絡は連絡ノートで毎日行ない、生活リズム表で生活状況を共有し、家族と連携しています。年2回の家族懇談会と個別面談時、支援内容を報告し、意見や要望の把握をしています。</p>		