

評価細目の第三者評価結果

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	コメント
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 理念・基本方針は法人ホームページや中・長期計画・年度事業計画・パンフレット等に掲載されており、利用者には年度初めの家族会議の際に分かり易く作成された事業計画資料に基づき説明され、又、職員に対しても年度初めの職員会議にて説明し周知・徹底が図られている。内容から法人・施設の使命や目指す方向・考え方等を読み取る事ができ、職員の行動規範になる内容となっている。

I-2 経営状況の把握

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 法人が策定した中・長期計画に於いて、社会福祉事業全体の動向や地域の各種福祉計画の策定動向・利用者数・利用者像・福祉サービスのニーズ・潜在的利用者に関するデータ収集が行われ、内容を具体的に把握し分析している。コスト分析は、毎月の報告業務として、施設が収支データの確認・予算管理等を行っている。
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 法人が策定した中・長期計画に於いて、経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備・職員体制・人材育成・財務状況等の現状分析に基づき具体的な課題や問題点を明らかにし、経営会議では業務評価シートを使用し重点テーマの検討を行っている。施設ではそれらの課題の具体的な取組が進められており、例として利用者の90%の登所を目指す等、経営面の意識付けを行い具体的な取組が進められている。

I-3 事業計画の策定

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 法人により、第4次発展強化計画(中期3年)及び第5次地域福祉活動計画(in所沢(長期10年))が策定されており、理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にしている。これらの計画に於いて抽出された課題に付き、各施設は重点テーマとして年度の事業計画に盛り込みPDCAの具体的な展開を行っており、年2回その進捗は評価シートとして施設より報告され、経営会議にて全体がまとめられ評価・見直しが行われる。
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 中期計画より抽出された課題に付き、各施設は重点テーマとして年度の事業計画に盛り込み、併せて毎年の継続テーマも含んで実行可能な具体的な内容となって全体の計画が構成される。計画は年2回進捗状況の評価・見直しが行われ、PDCAの具体的な展開が行われている。
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 年度末に職員参画の元、次年度の事業計画が検討され確定される。事業計画はあらかじめ定められた時期・手順に従い年2回進捗状況の評価・見直しが行われ、PDCAの具体的な展開が行われている。年度当初に事業計画等の説明を職員会議(職員)・家族会議(利用者・家族)にて行い、随時補足説明をしている。実施状況等は職員会議等を通じて周知・確認を行っている。
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。	a 年度の事業計画に付いては、年2回の家族会や個別面談等で資料を配布し説明を行っている。計画の中止・変更に付いては、事前にお知らせを配布・周知する等し理解を促している。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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 サービス管理責任者連絡会議において利用者満足度アンケート調査を実施し、得られた回答を精査分析し、職員会議・運営会議にフィードバックしPDCAの確認を行い質の向上に取り組んでいる。第三者評価等を定期的に受審すると共に県の自主点検表による自己評価を行い、職員会議にて評価結果を分析・検討している。
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 自己評価結果に基づき質の向上に関わる課題が抽出されて職員間で共有化が図られ改善策や改善の実施状況の評価を行うと共に、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

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 管理者は職員会議・運営会議の場で、組織体系図・業務分掌表等により管理者の役割と責任を明示している。有事(災害、事故等)における管理者の役割と責任に付いて、不在時の権限委任等を含め明確化されている。
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 例年法令に関する研修に参加している。県からのメール配信等により法律の改正等の情報を収集している。法改正に関連する情報は、職員に対して朝礼・会議・回覧等で周知しており、法令に関係した研修内容に付いては、研修報告等でも情報共有している。
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。	a 満足度調査の集計・分析結果よりPDCAの展開が図られている。管理者は支援共有会議等に於いて改善の為に具体的な取組を明示し、職員の改善提案も取り入れられた改善計画をまとめ、具体的な取組みを行っている。職員に対する質の向上に対する教育・研修は、個々に必要な研修の受講を指示し、又、内部研修に関しては、虐待防止・感染症対策等、繰り返し研修を実施し質の維持向上を図っている。

		第三者評価結果	コメント	
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	管理者は人事・労務・財務等につき、毎月の報告としてまとめる際に経営の改善や業務の実効性の向上を踏まえ分析を行っている。又、職員の働きやすい職場環境作りを進める為に、支援共有会議や運営会議に於いて、業務の実効性の向上に向けて具体的な体制を構築し取組を行っている。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。				
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	必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方は人材育成基本方針に明記されている。人材育成基本方針や採用計画に沿って採用試験を実施している。又、社会福祉士・介護福祉士等の専門資格取得を推奨し費用の一部補助を実施している。処遇改善計画による手当を支給し経済的な処遇の向上を図り人材の安定的な確保に努めている。
15	II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a	人材育成基本方針に「期待する職員像」を示し求められる職員の姿を明示している。人事基準は、昇任試験の実施や自己申告書の提出・目標管理システムの導入・昇進/昇格に関する人事基準の規程の整備・半期毎の人事評価等、職員に周知され総合的な人事管理が行われている。目標管理の達成度確認は年2回行われ、管理者からは期待値が職員に伝えられ、職員からも意向・意見を聞く機会としている。
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	労務管理として有給休暇や時間外勤務状況データを定期的に把握確認している。定期的に職員面談を実施し職員の心身の健康維持に努め、メンタルヘルスチェック(年1回)を行い課題の有る職員には産業医との連携を紹介している。又、法人内に職員の相談窓口が設置されている。働きやすい職場づくりとして、ノー残業デイの実施や時間単位の年休取得・コロナによる特別休暇(常勤職員)・福利厚生の充実(福利厚生委員会で検討)等の施策が行われている。
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	人材育成基本方針に「期待する職員像」を明示している。目標管理システムが導入されている。職員は一人ひとり目標を設定し、達成度確認は年2回面談を持って行われ、管理者からは評価値・期待値が職員に伝えられ、職員からも意向・意見を聞く機会としている。その他、昇任試験の実施による昇格のチャンスや自己申告書の提出により異動希望が出せる仕組みが策定されている。
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	人材育成基本方針に「期待する職員像」を明示している。年度ごとに研修委員会により職員研修計画を作成し、階層別研修・分野別研修等が組み込まれ、専門性の向上と福祉分野全体への視野の拡大を図れる様にしている。研修計画は年度毎に計画とカリキュラムの評価・見直しが行われている。
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。	a	職員個々の知識・技術水準・専門資格の取得状況等を把握しており、又、個々の研修履歴を管理し必要な研修の機会を確保している。新任職員に対するOJTは業務マニュアルに従い適切に行われている。職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた階層別研修・職種別研修・テーマ別研修等の教育・研修を実施している。
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。	a	実習生の受入れマニュアルを整備し、その中で実習生の教育・育成に関する基本姿勢を明文化している。実習担当者を配置し、事前オリエンテーション等で実習の目的等を共有している。実習期間中は、学校の指導員による巡回指導(感染症予防で電話による指導)を受入れている。
II-3 運営の透明性の確保				
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。	a	法人のホームページ等に、理念・基本方針・中/長期計画・事業計画・事業報告、及び予算・決算等を明示している。事業所内に要望・苦情の相談窓口を掲出し相談しやすい環境を整備している。又、第三者評価の受審状況や苦情・相談の体制や内容に付いて公表している。その他、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を市役所・福祉施設・自治会・見学者等に配布している。
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	事務・経理・取引等に関するルールは経理規程・決裁規程等が策定されており、職務分掌に施設長・職員の権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。監事による定期的な内部監査等を実施しており、又、公認会計士のアドバイスを受け、健全な法人経営に努めている。
II-4 地域との交流、地域貢献				
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	理念・基本方針に地域との関わり方に付いて基本的な考え方を明示している。施設の理解を得る為に、地域の催物、具体的には、プロペラ祭り・夏祭り・リサイクル作業活動(アルミ缶回収)・市民フェスティバルや作品展への出店等々、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。
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	事業計画にボランティアの積極的な受入れを明記している。マニュアルを備えボランティア担当を配置し受入れ体制を整備している。夏休み期間に「夏の体験ボランティア」の受入れとして、児童生徒を受入れている。又、地域の民生委員がボランティアとして来訪し利用者との定期的な交流している。
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	当該地域の関係機関・団体に付いて市で編纂したリストを職員全員が持っている。市の自立支援協議会に所属し各専門部会に参加する事により、協働して課題の解決に当たっている。又、相談事業所・ケースワーカー等とモニタリング・ケースカンファレンスを開催し連携を図っている。
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	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	事業計画に「暮らしの相談事業」を明記し、相談所を開設している。また、運営法人のCSWや民生委員児童委員協議会と連携する事で福祉ニーズ等を把握している。

		第三者評価結果	コメント
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	CSWや民生委員児童委員協議会と連携することで地域課題を共有し地域の福祉ニーズの把握に努め、課題解決に向け事業計画にも織り込んで連携協力を図っている。地域で活動するボランティア団体等に事業所で収穫した野菜や賞味期限が近づいた災害備蓄食品を提供しフードパントリー活動等に役立てて貰ったり、自主生産品の販売を年1回西武や市民フェスティバルで行っている。出前講座や相談事業を通じ地域に貢献する取組を行っており、又、災害時には福祉避難所になっており備蓄も増やして備えている。

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			
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	事業計画に利用者を尊重した福祉サービスの実施に付いて明記し、虐待防止・権利擁護に関する研修も実施し、職員が理解し実践する為の取組を行っている。倫理綱領や運営規程が策定され、業務マニュアルにも利用者尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が反映されている。虐待防止や権利擁護に関する研修が行われており、虐待防止セルフチェックを実施して利用者対応等に付いてフィードバックする機会を設けている。
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	利用者のプライバシー保護に付いて、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記した規程(ハラスメント防止規程等)やマニュアル等が整備され、利用者一人ひとりに関する配慮事項を職員間で共有し支援に繋がっている。又、着がえの際にはカーテンやパーテーションを利用する、同性介助を基本とする等、プライバシーに配慮した対応を行っている。利用者や家族にプライバシー保護に関する取組を周知する案内等は行われていない。
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。	a	理念や基本方針・実施する福祉サービスの内容・事業所の特性等を紹介した資料(パンフレット・広報誌)を相談支援事業所や特別支援学校等に置いている。資料は言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでも分かる様な内容になっている。これらの資料を用いて利用希望者には丁寧な説明をしており、見学や体験入所にも対応している。資料は適宜見直されている。
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。	a	福祉サービスの利用開始時には、運営規程・契約書・重要事項説明書・図・絵や写真入りのパンフレットや広報誌等を活用して丁寧に説明し同意を得ている。又、福祉サービスの変更時等は、本人・家族からの聞き取りや面談等を行い、又、絵カードやタブレットを利用して理解しやすい様、配慮して説明している。意思決定が困難な利用者への配慮に付いて、基本的にしっかり話せば理解できない利用者はいないと云うポリシーから、利用者の理解を手伝う為に個別配慮事項を策定し支援している。
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	変更や家庭への移行等に当たっては、相談支援事業所の活用を含め万全なアフターケアに配慮している。移行の際には関係者が集まりカンファレンスを開催し、必要があれば資料を渡している。
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。	a	利用者満足度調査を毎年実施し、結果をサービス管理責任者等で分析・検討しサービスの向上に努めている。家族会・利用者家族面談等あらゆる機会にご意見・ご要望を伺い満足度の上昇に努めている。満足度調査の結果は、家族会で集計内容や課題・改善策に付いて伝えている。
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。	a	福祉サービスの適正運営に関する規程を策定し、苦情解決体制を整備している。利用者には重要事項説明書にて入所の際に説明しており、又、事業所内に苦情解決体制に関する掲示もしている。個別面談や家族面談を定期的実施しており、ご意見箱の設置も行い意見等が述べやすい体制の確保に努めている。苦情相談内容から出された改善課題で業務マニュアルにフィードバックされ変更される場合もあり、年度毎に改訂される。
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。	a	要望・苦情等の相談に付いて、施設窓口・法人窓口・第三者委員・県窓口・市窓口の連絡先が記載された重要事項説明書を配布・掲示し周知している。又、利用者から相談申し出があった際は個室を用意するなど相談しやすい環境提供に努めている。
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。	a	日々の相談や面談等で出された意見に付いては、面談記録・ケース記録に記載し、緊急的な事項に付いては毎日のミーティング、運営会議等で対応を検討し迅速に改善を図っている。又、ご意見箱の設置も行い意見等が述べやすい体制の確保に努めている。苦情相談内容から出された改善課題で業務マニュアルにフィードバックされ変更される場合もあり、年1回以上改訂されている。
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。	a	リスクマネジメントに付いては、委員会が組織されておりリスクマネジメント委員が選出され体制整備が行われている。又、併せて職員に対してはリスクマネジメント研修が行われている。緊急対応マニュアルが策定され、事故発生時の対応と安全確保に付いて責任・手順等を明確にしている。ヒヤリハット事例の収集と発生要因を分析し改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われ、半期毎に再発の評価・見直しがされている。
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。	a	各種感染症に付いてのマニュアルが整備されており、職員は感染症予防研修への参加や衛生委員会による産業医の指導を受けながら対策を講じている。施設内でのゾーニング訓練を実施している。希望者には協力医療機関によるインフルエンザ予防接種を実施している。手洗いを始め感染症の予防策が適切に講じられ、感染症情報の周知・徹底がされている。マニュアルは定期的な見直しがされている。
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	災害時のBCP作成中。安全管理・危機管理マニュアルを整備しており、地震・火災を想定した自衛消防訓練を年2回実施(避難誘導訓練・水消火器訓練・通報訓練等)している。利用者及び職員の安否確認の方法が決まられ、すべての職員に周知されている。災害備蓄品リストに基づいて整備している。家族を含め災害時に備えた伝言ダイヤル訓練を実施している。又、消防訓練の他に地域での合同防災訓練も年1回実施し、防災に関する意識を高めている。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保		
	第三者評価結果	コメント
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 標準の実施方法として業務マニュアルが策定されており、特に新任職員に対しては新人研修のOJTの際に育成マニュアルとして使用し組織的に取組んでいる。支援共有会議や月1回開催されるグループミーティング等で職員に周知され、確認・見直しもされている。
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 業務マニュアルは支援共有会議や月1回開催されるグループミーティング等で職員に周知され、確認・見直しもされている。各所から出された改善課題から業務マニュアルにフィードバックされ変更される場合もあり、年1回以上改訂されている。
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的な福祉サービス実施計画(個別支援計画)を適切に策定している。	a 策定された様式に従いアセスメントが行われ、利用者面談・家族面談・相談事業所による定期的なモニタリングや関係機関(看護師・CW・相談支援事業所・訪問介護事業所等)とのケースカンファレンス等により、多面的に利用者個々のニーズを把握し策定される。その後の個別支援計画の策定段階でも同様なカンファレンスが行われ、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。少なくとも年2回個別支援計画の評価・見直しが行われている。支援困難ケースへの対応については利用者の理解を手伝う為に個別配慮事項を策定し支援している。
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a 個別支援計画は、半年に一度中間評価(アセスメント)を行い、利用者及び家族と面談等を通じて確認をしている。又、年度末に年間評価を行い次年度の個別支援計画に反映できる様になっている。職員には支援共有会議にて周知されている。緊急に対応等を要する場合にはケースカンファレンス等を開催し対策を講じている。又、業務マニュアルにフィードバックされ変更される場合もある。
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(個別支援計画)の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a ケース記録に健康状態や日常生活状況が記録されており、その後、個別支援計画に転記され保管される。グループミーティング・朝礼や月1回の支援共有会議等で利用者の様子について情報共有し、検討して今後の支援に繋げている。個別支援計画の提出の際に上長の押印を貰う仕組みとなっており、書き方等に齟齬がある場合はその場で指導される。情報の分別は主に回覧で行われている。
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。	a 個人情報保護規程・コンピュータ情報システムの運用管理に関する規程・情報公開規定・文書管理規程を整備し適正に記録を管理する体制を整えている。又、情報管理に付いての不適切な対応に付いては、懲罰規定を含め就業規則に規定されている。個人情報保護に関する研修の受講、新たな法改正等の情報収集を積極的に行い情報共有している。

A-1 利用者の尊重と権利擁護

A-1-(1) 自己決定の尊重		
1	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 個別支援計画の作成にあたり、利用者の自己決定力を尊重しながら利用者面談・家族面談・前年度担当者からの引継ぎ・職員の意見の集約等を行い、利用者の意向を確認している。又、利用者ミーティングを開催し利用者間で話し合う機会を設け、事業所内のルール・余暇活動の内容等を自ら決定している。
A-1-(2) 権利擁護		
2	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	b 利用者の権利擁護に付いて、倫理綱領やプライバシー保護に関するガイドライン・サービスの適正運営に関する規程・身体拘束等の適正化に関する指針等を定め、職員に周知し権利擁護への意識醸成を図っている。権利侵害の防止と早期発見する為に、定期的に年2回の虐待防止セルフチェックを実施し、結果を運営会議・職員会議等で共有している。権利侵害が発生した場合には、再発防止策等を検討し実践する仕組みは構築されていない。

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本		
3	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 相談事業所や関係機関等と連携して、福祉サービスに関する情報提供や福祉サービスの利用への支援を行い、利用者が地域で生活を続けられるように対応している。利用者が自力で行う生活上の行為は見守りの姿勢を基本とし、必要な時には迅速に支援している。
4	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 個々の利用者のコミュニケーション能力に応じた手段と方法(会話スピードへの配慮やジェスチャー・イラスト・写真等を用いた説明等)により適切なコミュニケーションが図れるよう対応している。どの利用者もしっかりとコミュニケーションをとる事で、意思表示や伝達が困難な利用者はいないとの信念で支援を行っている。
5	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 利用者個別面談や家族面談・利用者ミーティング等を定期的に設定し、利用者が相談・要望の話ができる機会を設けている。相談内容に付いては記録や日々の支援共有会議等で情報共有を図り統一した支援体制を取っている。又、必要に応じて関係機関等とケースカンファレンスを行い意思の尊重を図っている。
6	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 日中活動と利用者支援は個別支援計画をもとに実施している。半年に1回見直しをしており、利用者ニーズに変化等ある場合は、利用者・家族等に確認の上、個別支援計画の変更を行い支援を行っている。余暇活動などは、利用者ミーティング等により利用者間で意見交換し自ら企画段階から参加し計画している。
7	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 OJT・Off-JT等、障害に関する専門的な職員研修を行い、正しい知識の習得や最新の情報収集を図っている。毎日のミーティングや職員会議等で利用者個々の状況の変化等に付き情報共有している。又、個々の利用者の障害特性を考慮した個別支援計画を作成し事業所全体で支援を行っている。精神的な安定を図る為、環境面に配慮した支援も行っている。

A-2-(2) 日常的な生活支援		第三者評価結果	コメント
8	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	個別支援計画と個々の配慮事項に基づいて支援を行っている。食事に付いては、嗜好調査や選択メニューを実施し利用者の要望を取り入れる様になっている。入浴や排せつ・移動/移乗の支援方法に変更が生じた場合には、その都度全職員で共有し安全に実施している。
A-2-(3) 生活環境			
9	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	現状ではコロナ対策の為、常時換気と施設内の床や手すり・椅子等を適宜、消毒している。興奮気味の時や疲労が見受けられる時は、静養室やパーテーションで仕切る等、静かな環境を設定している。生活環境に付き利用者から要望があれば、利用者ミーティング等により対応方法等、改善の工夫をしている。
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
10	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	常勤のPTによる運動療法(筋力維持や関節可動域を広げる訓練・ストレッチ等)を実施。利用者のモチベーションを保つ為、ポイントカード制を導入し意欲を高める様、支援している。個別支援計画に利用者の訓練計画を策定し、定期的に評価見直しを行っている。
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
11	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	現状ではコロナ対策の為、家族から健康観察カード(検温結果)を提出して貰い、送迎車に乗車・登所を行っている。年1回の定期健診(胸部レントゲン、採血、検尿、問診・触診)や歯科検診を実施しており、嘱託医・看護師等による健康相談や健康面での説明の機会を定期的に設けている。健康の維持・増進の為、ラジオ体操や階段昇降を取り入れている。
12	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	医療的ケアについては、法人の障害者児施設医療的ケア実施要領に基づき対応しており、実施にあたり個々のマニュアルが整備され看護師3名で対応している。服薬管理については、書類を整備し看護師が管理している。又、緊急時用として予備薬を預かっている。その他、法人内で事務局長や他施設長による査察を年2回実施している。慢性疾患やアレルギー疾患等のある利用者については、医師の指示に基づき看護師が適切な支援や対応を行っている。
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
13	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。	d	【非該当】
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
14	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。	d	【非該当】
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
15	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。	d	【非該当】
A-3 発達支援			
A-3-(1) 発達支援			
16	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。	d	【非該当】
A-4 就労支援			
A-4-(1) 就労支援			
17	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。	d	【非該当】
18	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。	d	【非該当】
19	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。	d	【非該当】