

福祉サービス第三者評価結果の公表様式〔障害者福祉サービス〕

①第三者評価機関名

(福) 静岡県社会福祉協議会

②施設・事業所情報

名称：いずみ	種別：生活介護	
代表者氏名：望月 雅弘	定員（利用人数）： 40名（35名）	
所在地：沼津市大平 2224-1		
TEL：055-935-1030	ホームページ： http://www.kiboukai.or.jp/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成 17 年 4 月		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人輝望会		
職員数	常勤職員： 11 名	非常勤職員 10 名
専門職員	（専門職の名称） 名	
	生活支援員 14.8 名	運転手 0.6 名
	管理者 1 名	医師 1 名
	サービス管理責任者 1 名	准看護師 0.1 名
施設・設備 の概要	（居室数）	
	（設備等） 食堂 2 か所	

③理念・基本方針

【理念】

この生命尊し 一人ひとりのこの生命 かけがえのない大切な生命
～私たちは、障害のある人たちと共感性をもち共に歩みます～

【基本方針】

- 1) 利用者一人ひとりの「今、この時を生きる」を大切にしてい
- 2) 人と人との関わりを大切にしてい
- 3) 利用者の自己実現の場とする

④施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 沼津市駅南地域には生活介護事業所がないため地域からの要望により開設しました。沼津市南部・三島市・伊豆の国市・清水町・函南町・熱海市と、広範囲にわたる在宅障害者を受け入れています。毎日6台の送迎車がフル稼働することで、ほとんどの利用者の公用車による送迎が実施できています。
- 2) 視覚・聴覚・身体障害・自閉症など多岐にわたる障害を持つ利用者それぞれに、細やかな支援を実施しています。特に、自閉症の方の支援については、「強度行動障害研修」に積極的に参加し、個室やパーテーション使用など環境の構造化に努めるなど、きめ細やかな支援をしています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和3年6月8日（契約日）～ 年 月 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0回（ 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- * 法人設立の理念の継承を重視し、人材確保育成やサービスの質向上を図るため、職場環境の改善と、職員の処遇改善のため資格取得や研修を奨励し、具体的に手当の創設や昇進昇格基準の公表をおこない、職員のスキルアップ・ステップアップの支援を行っています。
- * 利用者を尊重する姿勢を明記して職員に周知しています。また、職員のセルフチェックなどにより、利用者を尊重した福祉サービスの提供について共通の理解を持つための取組が行われています。
- * 「個別支援計画書」にもとづいた支援をしています。利用者の心身状況に応じて、適切な食事や排泄や移動等の支援をしています。毎日6台の送迎車をフル稼働して送迎を実施しています。
- * 職員が「強度行動障害研修」等の研修を積極的に受講し、専門的知識の習得を図っています。
- * 行動障害に応じた時間による活動方法、または、利用者間の相性に配慮して活動を分ける等の工夫をしています

◇改善を求められる点

- * 透明性を確保するための情報公開として、苦情解決の公表が望まれます。
- * 策定されている規程やマニュアル等策定日、改定日等の記載が望まれます。
- * 利用者の苦情や意見等を述べやすい体制を確保していません。
- * 提供する福祉サービスの標準的な実施方法がマニュアル化されていますが、職員への周知や実施状況を確認する仕組み、組織的に見直しを行う仕組みを確立することが望まれます。
- * 研修等で得た情報等の共有化ができていません。
- * 利用者急変時等の連絡ルールを定めていません。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

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> ホームページ上や広報紙、各種書類等に掲載し、周知がなされている。利用者や家族へは、年4回の保護者会等で、施設長や役員から資料配布し周知されている。職員へは会議で周知後、毎日の朝の打ち合わせ会で読み合わせを行って周知の徹底を図っている。		

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。	b
<コメント> 事業経営をとりまく環境と経営状況について各種団体の研修会等で学んでいるが、分析等が十分でない。月ごとの収支状況や利用者の状況等が把握分析されているが、地域の各種福祉計画に関する把握や分析はできていない。		
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
<コメント> 本部との会議の中で、課題や問題点の把握分析はされているが、職員への周知が伝達のみで十分でない。		

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。	b
<コメント>		

理念を実現するための中・長期の事業計画が策定されているが、収支計画はない。		
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。	a
<p><コメント></p> <p>中・長期計画を反映して具体的に実行可能な内容が策定されており、数値目標も定められ、予算化されている。</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。	c
<p><コメント></p> <p>幹部職員が中心となった計画策定であり、研修・会議体等で説明されているが他の職員への周知が十分でなく、理解も十分でない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>保護者会で事業計画を配布し周知しているが、理解度について把握していない。利用者に対しては掲示板への掲示のみで、説明していない。</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>手順書にもとづき、「見直そうあなたの勤務態度」チェックシートなどで年に1回組織的に福祉サービスの質を評価している。支援会議、職員会議でサービス内容の確認をし、PDCAサイクルで取組んでいる。</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。	b
<p><コメント></p> <p>管理職会議で課題の確認を行い、職員会議で周知しており、改善策等を策定する組織的な仕組みもあるが、改善の取組が計画的に実施されていない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>会議時、自らの役割と責任を文章配布や口頭により表明しているが、職員の理解状況までは</p>		

把握していない。不在時の対応については口頭で伝えているが、文章化されていない。		
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。	b
<p><コメント></p> <p>研修や業界誌等で研鑽しているが、職員に対する周知は職員会議での伝達程度で十分でない。福祉や医療の関連法令は十分理解しているが、雇用や防災、職場環境等の法令理解及び遵守するための取組は法人本部が主導となっている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>現場を重視して日頃から福祉サービスに積極的に参画しており、気づいた点を会議で周知し、全体で協議する場を設けているが、質の向上についての体制や具体的な取組は、主任を中心とした職員に委ねている。職員の意見を積極的に取り入れているが、十分とは言えない。</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>職場環境の改善を意識し、月ごとの休暇取得等の実績を確認している。収支の基本である利用率の動向を踏まえて、月ごとの収支状況を管理職連絡会議で分析しているが、職員への働きかけは十分でない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>人材確保を計画的に行っているが、新規採用に苦慮している。離職者を防ぐため職員処遇改善策を検討する「人材確保・定着会議」を設置し、資格取得手当、奨学金支給、託児の優先利用、自主研修育成等随時検討し制度の創設を図っているが、計画にもとづいた福祉人材の確保に結びついていない。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>法人本部を中心に、人事考課制度、勤務態度チェックシートの活用、昇進昇格基準の公表等を行い、将来を見据えたスキルアップ、ステップアップ、自己実現への支援を実施している。</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。	a

<コメント>		
「発揮したい事項調査」用紙を用いた面談、人事考課制度による職員の意向や職場環境の把握を行うほか、本部に「福利厚生会議」を設置し、改善策を検討提案している。子育て世代は家庭を優先できるよう取組んでいる。		
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
<コメント>		
法人理念を実現するためには、人材確保・育成が基本であるため、各種制度・調査等からひとり一人の課題を明確にし、取組を行っている。		
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。	b
<コメント>		
年度当初に理念を実現するための教育・研修計画を策定しているが、人手不足もあり、計画通りに実施されていない。計画の見直しや内容の評価は、管理者と主任の協議で行っている。		
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。	b
<コメント>		
法人本部から資格取得や研修・勉強会への参加が奨励されており配慮しているものの、事業所の人員配置により参加の機会が保証されない場合もあり、参加が十分でない。		
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
<コメント>		
法人本部の「育成・研修会議」で基本姿勢の明文化や専門プログラムが策定されているが、受入れに関するマニュアル整備がされていない。		

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
<コメント>		
法人理念や基本姿勢、職員行動基準等や事業計画、事業報告、予算決算の状況を適切に公開し、近隣住民や関係機関への広報紙配布等しているが、苦情解決については情報公開がない。		
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
<コメント>		
法人本部に「コンプライアンス・内部監査委員会」が組織され、経理規程の厳守や税理士法人による月次巡回監査が行われ、課題や改善策等が職員に周知されている。		

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>地域との関わりについては、基本的な考えを事業計画に掲げ、社会資源や地域の情報を収集して掲示している。また、利用者への理解を得るために、地域の「大平まつり」に利用者の作品を展示したり、出店を開いたりしているが、地域の行事等参加時の職員の支援体制がないほか、日常生活における社会資源の利用がほとんどないなど、十分でない。</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></p> <p>ボランティアの受入れマニュアルが整備されており、教育実習生や教員の新任者研修を受入れるなど、学校教育に協力している。しかし、ボランティアの受入れに対する基本姿勢が明示されていない。</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></p> <p>施設として必要な社会資源のリストを作成しているが、職員間での共有化が十分でない。また、関係機関との定期的な連絡会議で、地域の共通課題を明らかにしているが、解決に向けた取組が十分でない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>地域の福祉ニーズ等を把握するため、地域の自立支援協議会や地域ケア会議に出席しているが、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握において十分でない。</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></p> <p>地域の祭り等に参加して、利用者の作品の展示や出店を開くなど、地域コミュニティの活性化に努めている。また、福祉避難所に登録して災害時における住民の安全・安心のための備えや支援を行っている。しかし、地域貢献に関わる事業等の計画はなく、地域への福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報の還元を行っておらず、公益的な事業・活動が十分でない。</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。	a
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針は文章化して職員室に表示しており、朝の打合せで職員行動規範の読み合わせを行うなど、職員全員が理解を深めている。また、2年に1度、職員はセルフチェックを行い、早期発見チェックリストによる課題を人権擁護委員会に諮るなど、組織内で共通の理解を図るための取組を行っている。</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>「プライバシー保護マニュアル」を整備している。また、同性介助を基本として、更衣室にカーテンを設けるなど、プライバシーに配慮した福祉サービスを提供している。しかし、職員の理解を図るための研修や保護者への周知などが行われておらず、十分でない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>施設の紹介はホームページが主になっており、紙での資料は施設の方針や目的、利用者の1日の活動を文字で表示する程度であり、公共施設等で多くの人が入手できる状況になく、見直しも行われていない。利用希望者に対しては、担当者を定めて個別に対応している。</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></p> <p>福祉サービスの開始・変更時には自己決定を尊重し、意思決定が困難な場合には代理人を保護者と定めるなどルール化し、書面で残しているが、利用者や家族が理解しやすくするための工夫等が十分でない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>福祉施設等の変更にあたっては相談支援事業所と連絡を密にし、利用者に不利益が生じないように配慮している。しかし、手順や引継ぎ書は文書で定めておらず、福祉サービスの利用が終了した後の相談窓口を設置していないなど、十分でない。</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。	b
<p><コメント></p>		

利用者満足に関する調査は行っていないが、年1回の面接で満足度を把握するとともに、家族会には職員が出席している。しかし、具体的な改善の取組を行っていない。		
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
<p><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みに関する規定を定め、体制を整備しており、検討内容や対応策について家族等へのフィードバックを行っている。しかし、苦情・意見の投書箱は高い位置に設置され見にくく、苦情を申出やすい配慮や工夫が不十分である。また、苦情解決状況の公表を行っていない。</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。	c
<p><コメント></p> <p>利用者の相談室は施設長室と兼ねており、空き部屋を利用している。相談や意見を述べたりする際に、方法や相手を選べることを分かりやすく説明した文書を作成していない。</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></p> <p>保護者の意見は連絡帳から把握しているが、意見を受けた場合の対応マニュアル等を整備していないほか、アンケートは実施していない。また、意見箱は利用しやすくする工夫がされていないなど、利用者等の意見を積極的に把握して福祉サービスの向上につなげる取組が行われていない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>事故発生時の対応について、責任・手順をマニュアルで明確にしているが、職員への周知については十分でない。ヒヤリハットや事故への対応改善策の検討及び職員への周知を職員会議で行っているが、事故防止策等の実施状況や実効性について、定期的な評価・見直しを行っておらず、十分でない。</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></p> <p>感染予防対策のマニュアルを整備しているが、職員への周知が不十分であり、発生時の責任と役割等の対応策を明確にしていない。ノロウイルスに対しては法人本部の指導のもと、勉強会が行われているが、定期的ではない。</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行っている。	b
<p><コメント></p> <p>災害時の対応体制を定めており、利用者及び職員の安否確認の方法も明示し、周知している。また、食料等の備蓄についてもリストを作成し、管理者を定めて年に1回確認をしている。</p>		

る。さらに、年に1回、地元の消防署の協力を得て、訓練を行っている。事業継続計画は現在策定に向けて検討が進められているところである。

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>提供する福祉サービスについての標準的な実施方法はマニュアルで文章化し、利用者の尊厳やプライバシーの保護等に関わる姿勢を明示している。しかし、職員への周知及び実施状況を確認する仕組みが十分でない。</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。	c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めていない。</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。	c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画は、利用者一人ひとりの意向を半年に一度のモニタリング等で把握し、ケース会議で検討されている。しかし、手順を定めていないなど、策定の体制が確立していない。</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。	c
<p><コメント></p> <p>毎年、グループ会議で個別支援計画の見直しを行っているが、実施状況の評価と計画の見直しの仕組みを組織として定めていない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況、サービスの実施状況等を定められた様式により記録し、パソコンのネットワークシステムにより、職員が情報を共有する仕組みを整備し、活用しているが、記録要領が作成されていない。また、情報共有を目的とした定期的な会議を開催していないなど、職員間での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。	b
<p><コメント></p> <p>個人情報取扱いの規定により、利用者の記録の保管、廃棄、開示方法等を定めており、個人情報の取扱いについて、保護者に説明し書面で同意を得ているが、職員に対する教育や研修が行われていない。</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
<p><コメント></p> <p>支援計画書作成時に、活動等についての意向を保護者に聞いているほか、嗜好品等については、入所時に聴取するとともに、定期的に「嗜好調査」を実施している。法人内研修や県知協等の研修へ積極的に参加することで利用者の意思を尊重した支援ができるように努めているが、利用者の意思尊重やエンパワメントについての明示がない。生活に関わるルール等について利用者との話し合い等の取組ができておらず、利用者の権利について職員が検討し、理解・共有する機会を設けていないなど、十分でない。</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></p> <p>具体的な事例や身体拘束の実施方法、行政への報告手順、発生した際の対応策等を「虐待対応マニュアル」に明示し、保護者会において説明している。法人の人権擁護委員会が、「虐待防止・権利擁護についてのアンケート」を実施するなど組織的に取組んでいるほか、事業所としても、法人職員研修や外部研修等に積極的に参加している。</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></p> <p>見守りの姿勢を明示している。自立に配慮した個別支援をしているが、行政手続き、生活関連サービス等の利用支援は十分でない。</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></p> <p>個別支援計画にコミュニケーション手段が明示され、代弁者との協力については、保護者と連絡帳や口頭で情報交換等をし、相談支援事業所とも連携しながら支援をしている。強度行動障害者に対しては、パーテーション使用など環境の構造化を図り有効な支援をしているが、自閉症以外の利用者へのコミュニケーション支援は十分でない。</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></p>		

<p>日常の関わりから、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うよう最大限努力し、必要に応じ関係各所とも連携して、情報共有し支援しているが、意思決定支援に関する仕組みや手順等を定めておらず、利用者への情報提供や説明のための積極的な取組もない。</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保護者から聴取した「活動等についての意向」にもとづいた支援を行っているが、日中活動の多様化を図った支援にはなっていない。支援内容等の検討は行っているが、日中活動等の見直しが実施されておらず、情報提供への積極的な取組もない。</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。	b
<p><コメント> 強度行動障害研修等を積極的に職員に受講させ、専門的知識の習得を図っているが、研修等で得た情報等の共有化が十分でない。支援方法等の見直しを適切に行い、行動障害に応じた時間による活動や利用者間での相性に配慮して活動を分ける等の工夫をしている。強度行動障害者の不適応行動については、「支援の手順書」にもとづき適切な対応を行っている。</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。	a
<p><コメント> 「サービス提供マニュアル」と「個別支援計画書」にもとづき、利用者の心身状況に応じて適切な食事や排泄や移動等の支援をしているほか、送迎については毎日6台の送迎車をフル稼働し実施している。現在、入浴支援は実施していないが、必要に応じて清拭等を実施している。</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> 快適性と安全等に配慮し、作業室やトイレ等の清潔や適温と明るい雰囲気を保っている。生活環境については、「満足度調査」で把握している。部屋数は相応にあるが、個別対応が必要な利用者が占有する部屋が多く、必要時に適切に使用できる部屋ない。</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。	b
<p><コメント> 理学療法士等専門職の事業所内配置はないが、法人内の各専門職のもとに、月1回職員が相談に行ったり、利用者を直接見てもらったりする方法で機能訓練等を実施している。独立したリハビリ計画は作成せず、「個別支援計画書」に必要事項を記入している。モニタリングにもとづき支援の検討を行っているが、見直しは実施されていない。</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。	b

<p><コメント></p> <p>利用者の健康状態の把握に努め、健康管理に関する法人内研修に参加しているが、体調変化時の対応等の手順は明確にしておらず、嘱託医の適切な活用ができていない。また、「保健衛生マニュアル」を作成しているが、活用されていない。</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。	c
<p><コメント></p> <p>感染症やアレルギーに関するマニュアルはあるが、医療的な支援の方針や手順等を明確にした医療マニュアルや、服薬マニュアルは整備されておらず、また、医師や看護師の指導・助言のもとでの安全管理体制が構築されていない。服薬等の管理は適切かつ確実に行われ、記録もされている。「健康ってなんだろう？」という法人研修に参加しているが、医療的な支援に関する職員研修としては不十分である。</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></p> <p>意欲を高める支援として外出等の機会を設けているが、社会参加のための意向把握を行っておらず、情報提供や学習支援等も実施していない。</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></p> <p>地域生活継続のための意向把握を行っておらず、組織として積極的に支援を行っていない。</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></p> <p>保護者会を通して家族と意見交換し、利用者の状況等を連絡帳や「いずみだより」等を活用して報告しているが、利用者急変時等の連絡ルールを定めていない。</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〉		