

評価結果表（障害者・児施設（居住系サービス））

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

1	I-1-(1)-①	評価
理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		b
評価コメント	理念、基本方針ともにホームページ、年度事業計画書に記載され、施設内掲示もされています。職員は毎年配布される事業計画書を通じて理念の確認ができるようになっていきます。ご利用者・家族に対し館内の掲示場所や表記内容が視認しやすい形を工夫されることを期待します。	

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	評価
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
評価コメント	経営状況月次報告書にて施設のご利用者数、待機者状況、施設に係る人件費、事務費および諸経費等の経営状況が対前年比の差異も含め的確に分析されていることが確認できます。会議に参加している職員全員に情報が共有され安定した経営維持の体制が構築されています。	

3	I-2-(1)-②	評価
経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。		b
評価コメント	毎月実施される経営会議と法人経営会議および年3回開催される理事会と評議員会にて事業計画の具体的な実施計画、達成状況を数値化して評価しています。日々業務に携わる、より多くの職員が経営課題について参画されるような体制作りを期待します。	

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	評価
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
評価コメント	法人経営方針として3か年毎の経営計画が策定されています。基本方針から具体化に向けた方策が策定されていて、法人が目指す経営計画の目標に繋がる内容になっています。今年度は3か年最終年度となり総括が行われる予定になっています。	

5	I-3-(1)-②	評価
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
評価コメント	法人経営計画をもとに各事業所単位での施設別整備計画が単年度ごとに策定されています。施設別の整備計画には経営方針に対し目標、具体的な実施計画といった項目が記載されており、職員全員で目標達成に取り組やすい計画になっています。	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

6	I-3-(2)-①	評価
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
評価コメント	単年度ごとに事業実績報告書が策定され、当該年度の状況について振り返り評価がされています。評価判定は達成状況を数値化し4段階で評価されており、目標の達成状況がわかりやすい形になっています。	

7	I-3-(2)-②	評価
事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		b
評価コメント	年間行事や外出支援については、ホームページへの掲載、2か月毎に発行される広報紙「グループ便り」を使って、ご利用者・家族に報告・案内を行っています。施設内のインフラ整備計画や新規サービス等の予定についても事前に、ご利用者・家族に案内・周知するなどの取組を期待します。	

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	評価
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
評価コメント	毎年、施設ご利用者と家族に対し顧客満足度調査を実施しています。法人の取組として年に2回、該当施設の内部監査を別事業所の調査員が行う仕組みをとっています。加えて、第三者評価調査を定期的に受審され、サービスの質の向上に取り組まれています。	

9	I-4-(1)-②	評価
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。		a
評価コメント	顧客満足度評価および内部監査による指摘事項に基づいた改善計画が策定されています。改善計画書はマニュアル一覧の中に綴られ、職員への伝達ができるようになっています。職員が各自の携帯電話から伝達事項を閲覧できる「見聞録」といったITソフトを取り入れ職員への周知を図っています。	

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	評価
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
評価コメント	業務分掌表の中に、管理者としての役割責任についての事項が記載されています。管理者不在時における権限についても、業務分掌表に明記されています。有事の場合における権限の扱いについても明記されることを期待します。	

11	II-1-(1)-②	評価
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
評価コメント	毎月実施される法人経営会議や宮崎障害者支援施設協議会に参加することで最新の法令遵守情報を入手しています。管理者として自ら福祉新聞で得た情報を合わせ職員に積極的に提供しています。施設の衛生委員会にも参加し、感染症などへの対応および指示の確認を行っています。	

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	評価
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
評価コメント	ケア会議のモニタリング時に参加し、提供する施設サービスに対してのアドバイスを積極的に行っています。人事考課時には個別に各担当職員に対しサービス提供時の課題や改善点に対してフィードバックを行い、施設サービスの向上に取り組んでいます。	

13	II-1-(2)-②	評価
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
評価コメント	毎月行われる経営会議の資料を分析しながら、サービスの適正な実施、待機者の入所タイミングの調整、各種加算の適用などを率先して検討しています。職員に対しては、入所を希望する方の気持ちを大切にす姿勢を職員に説いています。受入れ困難ケースの場合でも地域のネットワークを活用し入所希望者に寄り添う事をモットーとしています。	

II-2 福祉人材の確保・育成

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	評価
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
評価コメント	事業計画に障害福祉事業部の人材確保と育成についての方針が策定されています。複数の施設を持つメリットを生かし、施設間の交換研修を通じ、人材の相互連携体制も構築しています。技能実習外国人の方に対してはストレスのない生活や業務ができるよう法人と連携を図ってサポートしています。	

15	Ⅱ-2-(1)-②	評価
総合的な人事管理が行われている。		b
評価コメント	期待する職員像について人事考課制度の概要および職位別職能基準が明記されており、法人研修で職員に周知されています。職位別職能基準には、法人が要求する水準が職位ごとに項目策定されており、職員にもわかりやすい形の明示になっています。職員個人のキャリア形成についても検討されることを期待します。	

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	評価
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
評価コメント	総務課で職員の出退勤状況が管理され、残業状況の確認や有給取得の状況が把握できる仕組みになっています。有給取得状況の思わしくない職員には総務課から担当課長へ連絡が行き、取得を促しています。普段と違う様子を感じられる職員を見かけた場合には気づいた職員が総務課に連絡し、担当課長が対応する仕組みができています。	

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	評価
職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		b
評価コメント	人事考課規程が定められており、人事への反映、職員のモチベーションを高める仕組みが構築されています。職位別に公平な評価が行われ、職員のモチベーションを維持できる仕組みが構築されています。個々の職員一人一人が当該法人施設において習得したいスキルや資格など、個人目標の統合を目指す仕組みについても取り入れていただくことを期待します。	

18	Ⅱ-2-(3)-②	評価
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
評価コメント	職員共通の年間研修計画が立てられています。研修計画の評価、見直しは定期的に行われていますが、研修内容の職場へのフィードバックや本人が研修で身につけた内容の確認については十分とはいえない面が見られます。専門職に対しての研修の機会も積極的に取り入れていただくことを期待します。	

19	Ⅱ-2-(3)-③	評価
職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。		a
評価コメント	法人として専門職の資格取得希望者をサポートする体制があります。資格取得に必要な実習時間を業務時間として算定したり、試験合格のための問題集を施設負担で購入し、職員の意向に協力する姿勢を表しています。	

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	評価
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。		c
評価コメント	介護福祉士の実習受入れマニュアルが作成されています。マニュアルの項目にご利用者・家族への事前説明の記載がありません。また、当施設における介護技術・方針を含む標準実習プログラムが確認できませんでした。今後の改善を望みます。	

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	評価
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
評価コメント	ホームページ、グループ便りを通じ、ご利用者の日中の様子・余暇活動などの情報が公開されています。内部監査の実施状況や各事業所におけるトピックスについても法人ブログを利用して積極的に発信されており評価できます。第三者評価の結果や苦情相談の内容、改善策についての公開も期待します。	

22	Ⅱ-3-(1)-②	評価
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
評価コメント	法人の規程集に事務、経理などに関することが明文化されています。業務分掌表で各職種の責任が明確にされています。外部税理士による定期的な会計チェックを受け、改善点については随時対応されています。法人による監事監査を年1回受けることで透明性の高い運営に取り組んでいます。	

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	評価
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
評価コメント	地域回覧板などから開催行事の情報を収集し、ご利用者にチラシなどを作成し、口頭で情報提供を行っています。また、ご利用者の意向を確認したうえで地元商店や病院への送迎支援を行っています。町内で開催されるスポーツイベントなどにも施設として参加され、地域交流を図っています。	

24	Ⅱ-4-(1)-②	評価
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
評価コメント	ボランティア受入れマニュアルを作成しています。マニュアル項目の中にご利用者・家族への事前説明の項目が、見当たりませんでした。実施記録についても確認ができませんでした。今後の整備を期待します。	

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

25	Ⅱ-4-(2)-①	評価
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
評価コメント	地元、町内の児童、障がい者、高齢者の支援事業所を中心に管理者が呼びかけを行い、福祉サービスの情報交換会「つながる会」を設立されています。不定期開催ではありますが、地域サービス情報の交換の場として運営されており、評価できます。収集された情報について施設職員やご利用者・家族への提供も期待します。	

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	評価
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
評価コメント	西都市、児湯地区の在宅サービス充実を目的として在宅支援事業所を中心に、ご利用者ニーズの分析を行っています。特にホームヘルプサービス、移動支援の状況把握については力を入れて取り組んでいます。	

27	Ⅱ-4-(3)-②	評価
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
評価コメント	地元の公民館でオレンジカフェを毎月開催しています。施設職員である理学療法士や栄養士が参加することで来場者を対象に健康体操や栄養指導を行っています。また、通学している西都市、児湯地区の障害児を対象に保護者が家に戻るまでの時間、日中一時支援を実施し、学校と自宅への送迎を実施されています。	

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	評価
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
評価コメント	法人の基本理念や倫理綱領に、ご利用者の人権と人格を尊重し、ご利用者本位のサービスを提供する旨が明示されています。また事業計画説明時や階層別研修、新規採用職員研修などで全職員に周知が図られています。個別支援計画書は、ご利用者や家族の意向を確認しながら作成されています。虐待や身体拘束防止に向けた勉強会及び研修が定期的に行われています。	

29	Ⅲ-1-(1)-②	評価
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
評価コメント	個人情報保護規程及び、身体拘束に関するマニュアルに則り、ご利用者や家族に同意を得た上で提供されています。虐待防止チェックリストを年2回実施し、職員の権利擁護に対する意識向上に取り組まれています。施設内にはプライバシーポリシーが掲示されています。プライバシー保護の観点から、居室の出入りには必ずノックをし、また外部から見えないように透明ガラスにシールを貼付するなどの配慮が見られます。	

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	評価
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
評価コメント	情報は、ホームページやパンフレットの他、相談支援事業所や特別支援学校などにも配置され入手しやすくなっています。希望者に対しては、土日の施設見学も対応ができ、納得した上で利用いただくために体験入所も推奨しています。障害者支援施設の利用対象者を正確に記載し、かつ誰もが見やすく理解しやすいような工夫を期待します。	

31	Ⅲ-1-(2)-②	評価
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
評価コメント	ご利用者の障害特性を考慮した上で、筆談やイラストなどを用い、理解や同意を得ています。家族に対しては、基本的に対面での説明を行っています。すぐに確認ができるように施設内に掲示がなされています。看取り状態で意思決定が困難となった場合には、マニュアルに定められた手順に則り、対応がなされています。	

32	Ⅲ-1-(2)-③	評価
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
評価コメント	相談支援事業所と常に連携を図り、連動したサービスが提供されるようになっています。サービス内容変更時も不利益が生じないよう事前に十分な説明を行っています。医療機関へ移行するケースが多く、引継ぎ文書は遅滞なく提供できるようになっています。福祉サービス利用終了後も、相談窓口としての職員を配置し、相談しやすい体制が整えられています。	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。

33	Ⅲ-1-(3)-①	評価
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
評価コメント	毎月、ご利用者と職員の意見交換会が開催されています。意見交換会には、誰でも自由に参加でき、職員は管理者や担当課長、担当職員、栄養士が参加しています。意見交換会以外にも日常的な支援の中から満足の把握に努めています。家族からは面会時や電話により把握しています。年1回、顧客満足度調査を実施し、結果を基に更なるサービスの向上に努めています。	

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	評価
苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。		b
評価コメント	苦情解決体制要綱が整備され周知・機能しています。体制や仕組みを重要事項説明書に掲載し同意を得ており、更にはユニット毎に内容を掲示するなど利用促進に努めています。苦情があった場合は、要綱に則り事故対策・苦情処理対策委員会で検討した上で、全職員に共有し再発防止に取り組んでいます。苦情受付箱は設置されていますが、利用は少ない状況ですので、利用を促すため環境の整備を期待します。	

35	Ⅲ-1-(4)-②	評価
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
評価コメント	第三者委員の連絡先や相談窓口を重要事項説明書に記載し、周知が図られています。居室は全室個室のため、個別相談もでき面会室も自由に使用することができます。月1回ご利用者との意見交換会が実施され意見を述べやすい機会が設けられています。言葉にすることが苦手なご利用者や平時と様子が異なる場合には意図的に居室を訪問し話を伺うように努めています。職員のみならず、第三者委員による居室訪問を期待します。	

36	Ⅲ-1-(4)-③	評価
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
評価コメント	苦情以外は、支援経過に記録し担当者及びユニットにて適時検討がなされています。すぐに対応できない内容は上司に相談し、会議に図り組織的な対応が行われています。ご利用者に対しては、数日や1週間程度などのおおよその対応に要する期間をお伝えし迅速な対応に努めています。ご利用者との意見交換会や顧客満足度調査により相談や意見を聴取しています。	

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	評価
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
評価コメント	事故防止マニュアルを整備し手順に則り実施されています。事故対策・苦情処理対策委員会が毎月開催されています。記録用紙の中に「ヒヤリ」項目を追加し、パソコン上の掲示板にて全職員に情報共有できる仕組みがとられています。その後、速やかにヒヤリ報告書の提出がなされています。年間20件程度、ヒヤリハット報告が寄せられ、気づき研修に生かされています。	

38	Ⅲ-1-(5)-②	評価
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
評価コメント	感染症対策マニュアルが整備され適切に実施されています。感染予防対策委員会を3か月に1回、衛生委員会を毎月実施し対応方法について確認が行われています。職員自身が感染を持ち込まないよう体調管理の徹底並びに職員出入口に無償で使用できる検査キットを備え、健康状況を確認しています。少しでも体調のすぐれない場合は、勤務変更及び受診を推奨しています。	

39	Ⅲ-1-(5)-③	評価
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
評価コメント	火災発生時対応マニュアルや事業継続活動計画、非常災害時給食マニュアルなどが整備されています。総合防災訓練を年2回実施し、消防署や地域の消防団との連携が図られています。停電時には、非常用電源が起動し、エレベーターが利用できない状態でも2日間は生活できるようになっています。防火管理者の他、防災士が3名おり地域の福祉避難所としての役割も担っています。	

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

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	評価
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
評価コメント	入浴や排泄、食事介助などの福祉サービスについて、ご利用者の尊厳やプライバシーの保護、権利擁護に関するマニュアルが整備され提供されています。各グループ毎にマニュアルを配布して、いつでも確認できるようになっています。また褥瘡予防研修や介護技術研修の実施の他、新入職員にはエルダー制を導入し、標準的なサービスが提供できるように取り組んでいます。	

41	Ⅲ-2-(1)-②	評価
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
評価コメント	標準的な実施については、マニュアルを整備し実施しています。見直しは毎年1回、職員やご利用者の意見を反映して実施しています。手順をわかりやすくするために、カラー写真や絵の挿入などの工夫を凝らしています。個別支援計画にも見直しが反映されるよう複数人の視点により確認がなされています。	

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	評価
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
評価コメント	ご利用者及び家族の意向を確認し、多職種参加のもとケアカンファレンスが実施されています。生活環境や健康など6領域のアセスメントに基づいて、ニーズを明確にし個別支援計画に反映しています。実施状況は、システムへ入力することにより共有が図られています。支援困難なケースにおいては、会議の開催や場合によっては専門とする福祉施設への移行もあります。	

43	Ⅲ-2-(2)-②	評価
定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。		a
評価コメント	個別支援計画は、状況変容時及び6か月に1回の頻度で評価・見直しを行っています。モニタリングの実施により、ニーズや新たな課題の発見に繋がっています。個別支援計画は、本人の意思を最優先し支援のあり方が決定されています。重要事項を決定する際には、ご利用者も会議に同席されます。職員は、申し送り帳やシステムを利用して計画の評価・見直し部分が周知されています。	

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	評価
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
評価コメント	生活状況は、毎日パソコン入力により管理され、ケース記録として情報の共有化も図られています。ICTの活用により全体への情報やグループ毎の情報を分類し、各自がログインし確認できるようになっています。確認された場合は既読確認ができるようになっています。記録内容の平準化を図るため、記録システムにモデル文章が表示されるようになっています。	

45	Ⅲ-2-(3)-②	評価
利用者に関する記録の管理体制が確立している。		a
評価コメント	個人情報取扱規程や個人情報保護規程、文書取扱規程により遵守されています。入所時に個人情報に関する説明を行い、書面にて同意を得ています。管理は、管理文書一覧表に責任者や場所、保管年数を記載し、不適正な使用や情報漏洩防止に努めています。職員がUSBにデータを一時保存したり、各自パソコンに保有したりすることはありません。	

A-1 利用者の尊重と権利擁護

A-1-(1) 自己決定の尊重

A①	A-1-(1)-①	評価
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
評価コメント	ご利用者の意思を尊重し個別支援計画が立案され支援が行われています。個人のパソコンや携帯電話の所有に制限はありません。談話室の冷蔵庫やテレビ、音響機器も自由に使用できます。ゲームやインターネットを使用することもできます。喫煙や飲酒は認められていませんが、施設内に設置してある自動販売機で飲料を購入することができます。ご利用者より学びや選挙、就労の意向はありませんが柔軟に対応する予定があります。施設側や職員より情報の提供及び環境の整備を期待します。	

A-1-(2) 権利擁護

A②	A-1-(2)-①	評価
利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。		a
評価コメント	各々が虐待防止チェックリストにて行動を顧み、年4回、身体拘束防止委員会を開催し確認を行っています。身体拘束に関するマニュアルも整備され遵守されています。直近3年間で権利侵害の報告はありません。支援のあり方で見直しが必要ではないかと思われる案件については協議し改善に努めています。職員間でお互いが注意し合える仕組みや組織風土があります。	

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本

A③	A-2-(1)-①	評価
利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。		a
評価コメント	アセスメントを行い、一人一人の状況や意向を取り入れた個別支援計画に則り支援を行っています。リハビリ専門職による訓練も充実しています。自分で出来ることは自分でいき、出来ることを増やしていく、出来ない部分を支援するように取り組まれています。集団生活であるため日課はあるものの一日の大半は自由に過ごすことができます。	

A④	A-2-(1)-②	評価
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
評価コメント	言語によるコミュニケーションが難しいご利用者には、筆談や文字盤、ジェスチャーやトーキングエイドなどを活用しています。意思疎通の困難なご利用者に対しては、表情の変化や態度で思いを汲みとるように努めています。構音障害のあるご利用者に対しては、月2回、言語聴覚士による書字訓練や嚥下訓練、嚥下評価を実施しています。	

A⑤	A-2-(1)-③	評価
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
評価コメント	ご利用者の意向や意見を聞く機会として意見交換会や苦情受付箱、個別支援計画作成時があります。更には、担当職員が個々人の相談や思いを汲み取るため可能な限り居室を訪問し一緒に過ごす時間を作っています。日常会話の中から何気なく発せられた言葉についても思いを聞き流すことのないよう心がけています。ご利用者の代弁者として7名に後見人がいます。	

A⑥	A-2-(1)-④	評価
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
評価コメント	施設全体としての年間事業計画やグループ活動計画、余暇活動などのメニューが設けられ、個別支援計画と整合性をもって実施できています。いずれも自由選択で楽しんで参加できるよう工夫されています。地域で開催された障害者スポーツ大会にも参加し、また町の文化祭にも作品を出展し見学にも出かけています。年度末には、活動内容の検討や見直しを行っています。	

A⑦	A-2-(1)-⑤	評価
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
評価コメント	医師などの専門職により障害特性に関する研修が実施されています。支援者の専門知識の習得と支援の向上を図るため各種研修の受講や国家資格取得に対しても法人全体として積極的に推奨されています。ケア記録をもとに低床ベッドの設置や共有する冷蔵庫の使用の在り方を検討するなど、状況に応じた支援や環境の見直しを行っています。	

A-2-(2) 日常的な生活支援

A⑧	A-2-(2)-①	評価
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
評価コメント	アセスメントされた食事や入浴、排泄、移動・移乗などの支援について、個別支援計画書に則り適切な支援がなされています。嗜好調査の結果が反映され、イベント食やバイキング形式での提供など要望に応じています。食事は、当施設での調理と一部、外部委託による形で提供されており、ソフト食の提供も再開したいと考えられています。	

A-2-(3) 生活環境

A⑨	A-2-(3)-①	評価
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
評価コメント	清掃や温度湿度管理に配慮されています。日光浴ができる場として、屋内と屋外の中間的なスペースもあり、自然の風や光を感じることができます。朝夕のカーテン開閉もなされています。全室個室のため安心・安全を確保しつつ、好みや使い慣れた愛着品を各々の部屋に配置しています。日常生活の支援においては、ノーリフト介護を推奨し双方に安心・安全な取組みが行われています。	

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練

A⑩	A-2-(4)-①	評価
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
評価コメント	理学療法士を中心に、週2回の頻度で、リハビリテーション実施計画書に則り機能訓練・生活訓練を実施しています。リハビリテーション計画書は個別支援計画書と連動しており3か月に1回、検討および見直しが行われています。生活場面での訓練としては、立位保持時間を伸ばしたり、意識的に発語を促すなど全職員が共通認識の上で取り組んでいます。	

A-2-(5) 健康管理・医療的な支援

A⑪	A-2-(5)-①	評価
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
評価コメント	事故防止マニュアルや夜間急変時対応マニュアルが整備されています。夜間急変時の対応手順は、紙面で貼り出し、夜勤開始時に毎日読み合わせがなされています。ご利用者の健康状態観察は、毎日実施され職員間で共有されています。週1回、嘱託医の往診があり相談ができる他、年1回の健康診断や年2回の採血を基本としています。	

A⑫	A-2-(5)-②	評価
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
評価コメント	事故防止マニュアルや誤嚥時手順マニュアル、服薬手順マニュアル、喀痰吸引業務マニュアルなどに則り適切な支援が提供されています。看護師の他7名の医療的ケアが担える介護福祉士が配置されています。またいつでも緊急時に対応できるように年2回手技の確認研修を実施しています。心肺蘇生訓練についても年1回、全職員が研修に参加しています。	

A-2-(6) 社会参加、学習支援

A⑬	A-2-(6)-①	評価
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。		b
評価コメント	年間行事計画書に地域活動の推進を図ることが示され、地域の行事等の情報を収集し、情報提供がなされています。地域で開催されるスポーツ大会やお祭りにも参加しています。リカレント教育や生涯学習、通信制高等教育、資格取得など学習支援及び社会参加や学習意欲を高めるような意図的な支援や工夫を期待します。	

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

A⑭	A-2-(7)-①	評価
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。		b
評価コメント	地域移行を希望されるご利用者に対しては、希望と意思確認を行い、必要に応じて相談支援事業所や行政などと連携を図っています。ご利用者や家族による地域生活への移行の希望が少ない状況ではありますが、共同生活援助やシェアハウス、就労支援事業所などの情報提供及び見学や体験の機会促進を期待します。	

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

A⑮	A-2-(8)-①	評価
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
評価コメント	家族などに対しては、面会時や個別計画書作成のカンファレンス時に状況を報告しています。また2か月に1回グループだよりを送付し、ご利用者の近況を報告しています。面会の少ない家族には、2か月に1回の頻度で、電話により連絡をとっています。家族より複数の連絡先を登録してもらい、ご利用者の急変時に迅速に連絡ができるように努めています。	

A-3 発達支援

A-3-(1) 発達支援

A⑯	A-3-(1)-①	評価
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。		
評価コメント	非該当	

A-4 就労支援

A-4-(1) 就労支援

A⑰	A-4-(1)-①	評価
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。		
評価コメント	非該当	

A⑱	A-4-(1)-②	評価
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。		
評価コメント	非該当	

A⑲	A-4-(1)-③	評価
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。		
評価コメント	非該当	