

福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社 ブルーライン

②事業者情報

名称: ケアホームふじのみ	種別: 共同生活援助
代表者氏名: 篠崎 広志	定員(利用人数): 34 (34) 名
〒 359-0027	
所在地: 所沢市松郷265-10	TEL 04-2946-8512

③総評

◇特に評価の高い点

(1)【グループホームとして目指すもの】

経営理念では、利用者の個性を尊重することを掲げており、グループホームとしては特に力を入れている所です。利用者の自分でやりたいと云う意向を尊重しながら、その発展を促す様に支援を行っています。趣味活動や衣服の好み・理美容・嗜好品等に付いては、利用者の意思と希望や個性を尊重し必要な支援を行っています。生活に関わるルール等に付いては、職員が介入して利用者同士が話し合う機会を設けて決定しています。利用者の権利擁護に関しては、研修等で研鑽を積んでいます。

(2)【利用者とのコミュニケーション】

言語コミュニケーション以外にも、障害特性に合わせたコミュニケーション手段を使用しています(筆談・ジェスチャー・タブレット等)。又、自傷や他害等の問題行動に付いても意思表示と捉え、利用者の真意を探る支援を行っています。良く聞く事をベースに理解するべく努め、利用者の意思や希望をできるだけ適切に理解する様、取り組んでいます。

(3)【キャリアパス制度の導入】

法人行動規範に「期待する職員像等」が明示されています。人事評価制度としてキャリアパス制度を導入しており、職員の専門性や職務遂行能力・職務に関する成果や貢献度等を年3回評価しています。目標項目・目標水準に付いては提案時に項目毎にランク付けされ、評価の際に課題の軽重による不公平が発生しない様、配慮されています。評価面談の際に職員の意向・意見等を確認し、期末面談では評価結果を伝えています。評価結果は夏の賞与に反映されています。

◇特にコメントを要する点

(1)【中・長期計画】

法人の中期計画とされるイラストで表現された目標は確認出来ますが、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容や数値目標・成果等の設定、又、具体的なPDCAの展開内容等は確認出来ません。中・長期的に施設として目指す方向付けをし、年度毎にどの様に行動して行くのかは質の向上が求められる中では必要な概念であると感じます。

(2)【プライバシー保護】

ここではプライバシー保護(他人に知られたくない事)と個人情報保護(例として銀行等の登録時に開示した情報が銀行から外に出て貰っては困る内容)と分けて規定されているかの確認が求められています。プライバシー保護規程は策定されていませんが、風呂場での目隠しやパーテーション等の設備的な対応は一部され、プライバシーに配慮されています。プライバシー保護に関し利用者や家族への説明は規程がない為、行っていません。

(3)【リスクマネジメント】

リスクマネジメントに関する委員会の設置等はされていません。又、危機管理マニュアル等も準備されていません。ヒヤリハットに付いては、報告書の策定はされており要因分析・改善策の策定・対策実施内容の決定等の記入はされていますが、実効性に付いて、定期的に評価・見直し等は行われていません。又、リスクマネジメント研修等も準備されていません。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

総評にてケアホームふじのみが目指している、自己決定・自己選択の尊重・管理性の排除、一人一人の生活スタイルを尊重するという方針と実践が高い評価を得ている点は事業所として嬉しく思う。今後は課題点として挙げられているプライバシー保護に関する利用者・保護者への丁寧な説明を行う事と利用者満足度向上の取組として満足度調査の実施や各棟の利用者ミーティングを実施する事でより一層利用者本位のサービス提供に努めていければと思う。

⑤各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙

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 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。			
1	I-1-1 (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・基本方針は事業所内に掲示されている他、事業所案内パンフレットやホームページ・重要事項説明書に明示されており、利用者を尊重し地域に貢献する事を謳っている。基本方針は法人の理念との整合性が確保されており、職員の行動規範となる内容となっている。職員への周知は所内掲示で日々確認されており、利用者(保護者)へは、毎年年初の保護者会総会に於いて説明している。			

I-2 経営状況の把握

I-2-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
2	I-2-1 (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
事業全体の動向に付いては、福祉新聞やグループホーム連絡会に於いて確認しているが、地域の福祉中期計画としての「所沢市地域福祉活動計画 in 所沢」からの情報内容の把握/分析が確認出来ない。法人会議では、各事業所の利用率・収支状況を確認し、状況把握及び分析を行っている。			
3	I-2-1 (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
毎月の事業経営協議会で理事長及び理事に経営状況を報告している。月次報告にて現状の課題を分析して職員会議で職員に周知している。現状での課題は、新規事業である事での収支の改善である。			

I-3 事業計画の策定

I-3-1 (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) -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
法人の中期計画とされるイラストで表現された目標は確認出来るが、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容や数値目標・成果等の設定、又、具体的なPDCAの展開内容等は確認出来ない。中・長期的に施設として目指す方向付けをし、年度毎にどの様に行動して行くのかは質の向上が求められる中では必要な概念であると感じる。			
5	I-3-1 (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。	b
単年度の事業計画は単年度の中での課題として提案されており、中期計画が策定されていない為、それとの関連性は確認出来ない。しかし、事業計画は年度内に行う実行可能な具体的な内容となっており、行事計画とは異なる。又、PDCAの進捗が確認しやすい様式となっておりそれは特筆に値する。			
I-3-1 (2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	I-3-1 (2) -①	事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが行われ、職員が理解している。	a
事業計画は、利用者の要望を受け、職員の意見等を集約し責任者を中心に策定されている。事業計画は、中間と期末に評価・分析を行い修正・追加・削除等の見直しが行われる。策定段階から職員の意見を吸い上げボトムアップ方式で策定されており、支援会議にて周知・徹底の為の時間を設けている。			
7	I-3-1 (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
事業計画は、ホームページ等に掲載し事業計画を年度初めに利用者・保護者に配布している。又、保護者会総会や同時期に行われる個別面談等でも説明を行っている。			

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 (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) -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
利用者との日々のコミュニケーションや個別の介助の中から課題を抽出しサービス管理責任者連絡会にて、課題の共有と改善すべき箇所の掘り起こし・PDCAの展開を行っている。尚、年に1回以上の自己評価は実施されておらず、組織としても評価結果を分析・検討する場合は確保されていない。			
9	I-4-1 (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。	c
自己評価が実施されていない為、質の向上に向けた改善策や改善の実施状況の評価は実施されていない。			

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 (1) 管理者の責任が明確にされている。			
10	II-1-1 (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、内部文書にて経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。又、職務分掌に於いても同様に役割と責任を明確にしている。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 (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
法人全体で、法令遵守に取り組んでおり、会議等で多角的な情報の共有や状況確認を行っている。管理者は法人内で行われるコンプライアンス研修等の他、外部研修に於いても法令に関して取組んでいる。職員に対しては、研修時にあった法令に関する情報に付き、都度報告している。			
II-1-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	II-1-1 (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
福祉サービスの質の向上に付いては、管理者も参加しての法人内のサービス管理責任者会議に於いてPDCAの展開がされており、各事業所からの課題に付いて検討し全体に関わる課題に付いて持ち帰って自身の事業所内で展開している。課題の提案は年度の事業計画検討の中から提案された事案等が根拠に載せられる。職員に対する質の向上に関する研修に付いては、e-ラーニングの受講が義務付けられている。			
13	II-1-1 (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。	b
人事・労務・財務等には、月次毎の本部への報告内容となっており、都度、集計・分析を行っている。職員は60代以降が2/3と長期に就労している職員が多いが、働きやすい職場環境なのかどうかは確認出来ない。業務の実効性を高める為、朝礼/終礼時に10分程時間を取り課題等の周知・徹底を図っている。			

		第三者評価結果	コメント
II-2-2 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
14	II-2-2 (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 基本的には法的な許容人数が人員計画とされており、欠員が出た場合に、法人全体で組織的に募集を行っている。人材確保においては就職求人サイト・ホームページ・ハローワークなどを利用して採用活動を実施している。
15	II-2-2 (1) -②	総合的な人事管理が行われている。	b 法人行動規範に「期待する職員像等」が明示されている。人事評価制度としてキャリアパス制度を導入しており、職員の専門性や職務遂行能力・職務に関する成果や貢献度等を年3回評価しており、評価面談の際に職員の意向・意見等を確認し、期末面談では評価結果を伝えている。結果は夏の賞与に反映されている。昇進・昇格に関しては制度がないとの事。
II-2-2 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
16	II-2-2 (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。	b 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働の実績に付いては、月次での報告内容としても把握されている。年1回、職員のストレスチェックを行ない、課題のある職員には産業医や看護師のカウンセリングを受けられる仕組みとなっている。福利厚生に付いては、埼玉県共助会や法人職員共済に加入し特典等が得られる仕組みがある。ワークライフバランスに配慮した取組として、シフトの希望に対する配慮や残業は極力行わない方向で規制している等が上げられるが、働きやすい環境であるかどうかは確認出来ない。
II-2-2 (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
17	II-2-2 (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 法人行動規範に「期待する職員像等」が明示されている。人事評価制度としてキャリアパス制度を導入しており、職員の専門性や職務遂行能力・職務に関する成果や貢献度等を年3回評価している。目標項目・目標水準に付いては、提案時にランク付けされ評価の際に課題の軽重による不公平が発生しない様、配慮されている。評価面談の際に職員の意向・意見等を確認し、期末面談では評価結果を伝えている。結果は夏の賞与に反映されている。
18	II-2-2 (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 法人行動規範に「期待する職員像等」が明示されている。組織が職員に必要なとされる専門技術や専門資格を明示しており、研修委員会より各種研修の提案がなされる。年度毎に研修委員会に於いて策定された計画の評価・見直しが行われ、内容やカリキュラムの検討がされている。
19	II-2-2 (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 研修委員会の内部・外部研修計画として、階層別研修・職種別研修・テーマ別研修等や動画視聴研修・支援技術に関する研修・資格取得研修他が行われている。新任職員に対するOJTは業務マニュアルに基づき行われる。研修計画は個人別には策定されておらず、スーパーバイザー等の設置もされていない。
II-2-2 (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-2-2 (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。	d 【非該当】 施設の性格上、実習生は受入っていない。
II-3 運営の透明性の確保			
II-3-1 (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) -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 法人ホームページや法人報にて幅広く情報公開している。広報誌（法人報：年4回）を発行し施設利用者その他、見学者や地域の方々にも配布している。又、施設を紹介したブログの活用もしている。地域の福祉向上のための取組として、月1回、相談事業所として地域住民の相談に対応している。
22	II-3-1 (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 経理規程により事務・経理・取引等に関するルールが明確にされており、職務分掌の策定により管理者の権限・責任が明示されている。法人監事による内部監査や外部専門機関による監査支援を受け、経営改善を実施している。
II-4 地域との交流、地域貢献			
II-4-1 (1) 地域との関係が適切に確保されている。			
23	II-4-1 (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 理念に地域社会に対する考え方を明確にしている。地域の情報等は掲示板の利用等で利用者に提供している。地域の美化運動等、活動には職員が支援し参加しているが、交流を目的とした定期的な機会等は設けていない。買い物や通院に付いては、なるべくご家族にお願いしやむを得ない場合は支援事業所に依頼している。
24	II-4-1 (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。	d 【非該当】 ボランティアの受入れは施設の性格上、行っていない。
II-4-1 (2) 関係機関との連携が確保されている。			
25	II-4-1 (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 地域の関係機関・団体はリスト化されており、地域の相談支援事業所等とサービス調整会議を行い、事業所としての機能を果たしている。又、市役所を交えた年2回開催されるグループホーム連絡会に於いて、直近では利用者の高齢化対応等、共通の課題に対して解決に向け協働して具体的な取組を行っている。
II-4-1 (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26	II-4-1 (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 所沢市のグループホーム連絡会への参加や福祉新聞・関係機関の広報誌等にて地域のニーズ把握に努めている。又、地域の自治会や利用者（保護者）代表・他事業所と運営協議会を開催しており、地域のニーズの吸い上げ等に努めている。
27	II-4-1 (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。	b 所沢市社協と連携して、地域住民が利用できる事業として暮らしの相談事業を行っている。又、地域の自治会や利用者（保護者）代表・他事業所と運営協議会を開催しており、地域のニーズの吸い上げ等に努めている。その中からグループホームの新設等、新規事業の計画を進めている。現在の所、まちづくりに貢献できる事業や防災対策の支援等は行っていない。

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	コメント
Ⅲ-1-1 (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
28	Ⅲ-1-1 (1) -①	a	理念の第一に利用者の尊重を謳い、倫理綱領や就業規則を策定し職員に周知徹底されている。又、標準の実施方法としての業務マニュアルも人権擁護や虐待防止を踏まえた内容となっている。特に虐待防止については、組織で勉強会・研修を実施している。利用者の尊重や基本的人権への配慮に付いて、虐待防止委員会に於いて定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。
29	Ⅲ-1-1 (1) -②	b	ここではプライバシー(他人に知られたくない事)と個人情報(例として銀行等の登録時に開示した情報が銀行から外に出て貰っては困る内容)と分けて規定されているかの確認が求られている。プライバシー保護規程は策定されていないが、風呂場での目隠しやパーテーション等の設備的な対応は一部されている。プライバシー保護に関し利用者や家族に説明は規程がない為、行っていない。
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (2) -①	a	分かり易く施設を紹介したパンフレットを相談支援事業所を中心に配置しており、見学の積極的な受け入れをしている。希望者に対しては、個別面談も実施している。又、体験入所や一日利用等の希望に対応している。パンフレットは年1回、見直しを行っている。
31	Ⅲ-1-1 (2) -②	a	開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、契約書・重要事項説明書を用いてわかりやすく説明し利用者の自己決定を尊重している。ブログの写真等も利用している。説明後、捺印を貰い同意を得ている。個別支援計画を作成し意思決定が困難な利用者にも個別に配慮している。
32	Ⅲ-1-1 (2) -③	a	福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じない用、本人・保護者・相談支援事業所・担当ケースワーカー等と連携し、情報共有しながら個別対応を実施している。移行に当たっては必要とされた場合は個別支援計画やパーソナルサポート資料を引継ぎ文書として渡しており、継続的に相談等にも応じられる様、配慮している。
Ⅲ-1-1 (3) 利用者満足の上昇に努めている。			
33	Ⅲ-1-1 (3) -①	b	定期的な利用者満足度調査等は行われていないが、利用者満足度を把握する目的で個別面談や年1回の保護者会や年4回の役員会への出席・利用者の懇談の中等に参加している。満足度調査が行われていない為、その集計・分析や具体的な改善計画の策定等は行われていない。
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (4) -①	b	苦情解決の仕組みとして解決責任者の設置・受付担当者の設置・第三者委員の選任がされており、重要事項説明書に外部も含めた苦情申し出窓口の案内が掲載されており、同時に所内掲示もされている。意見箱の設置や記入カード等は準備されておらず、アンケート等も実施されていない。出された苦情の記録は適切に保管されている。又、解決結果は申し出者にフィードバックされ、同意があった場合は公表している。解決結果から質の向上になると判断された場合は、業務マニュアルに反映されている。
35	Ⅲ-1-1 (4) -②	b	苦情解決の仕組みは策定されており、複数の受付場所も明示されているが、相談の仕組みとしては策定されていない。日常、相談は受けているのでその際にはスピーディーに確保して応じている。
36	Ⅲ-1-1 (4) -③	b	相談はいつでも対応できる様にしており、利用者が相談しやすい様に配慮している。相談マニュアルの策定はされていない為、見直し等もない。意見箱の設置や記入カード等の準備もされておらず、アンケート等も実施されていない。相談を受けた際に時間が掛かる場合はその旨を伝え理解を得ている。相談結果から質の向上になると判断された場合は、業務マニュアルに反映されている。
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (5) -①	b	リスクマネジメントに関する委員会の設置等はされていない。又、危機管理マニュアル等も準備されていない。ヒヤリハットに付いては、報告書の策定はされており要因分析・改善策の策定・対策実施内容の決定等の記入はされているが、実効性に付いて、定期的に評価・見直し等は行われていない。リスクマネジメント研修等は準備されていない。
38	Ⅲ-1-1 (5) -②	a	管理者を中心に感染症に対する知識を周知している。嘔吐物処理セットを各作業室に整備。また新型コロナウイルス感染症疑い者が事業所で発生した場合の対応方法に付いてマニュアルを整備し、シミュレーションも行っている。うがい・手洗いの励行等、予防策が行われ、発生時には適切に対応されている。マニュアルの見直しは適宜行われている。
39	Ⅲ-1-1 (5) -③	a	防災委員会によりBCP(事業継続計画)策定済み。災害時の自衛組織・役割を提示し周知している。安否確認を含んだ年2回の避難訓練実施や消防計画の作成をしている。非常食を3日分備蓄し、防災の日には消防署の協力の元、避難訓練を行い、炊き出し訓練等も行っている。
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保			
Ⅲ-2-1 (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) -①	b	標準の実施方法として業務マニュアルが策定されているが、策定の考え方・姿勢として利用者のプライバシー保護や権利擁護には触れられていない。新任職員のOJT始め、職員には研修等を行い周知徹底されている。年4回の見直し時に標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みとなっている。
41	Ⅲ-2-1 (1) -②	a	年4回の見直し時に標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを検証・見直しする仕組みとなっている。個別支援計画や職員・利用者の意見の中から良い提案があった場合は、標準的な実施方法としての業務マニュアルが改訂される仕組みとなっている。

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。		第三者評価結果	コメント
42	Ⅲ-2- (2) -①	a	決められた様式に従いアセスメントが行われており、個別面談によりニーズも確認した上で必要に応じて、通所先職員や保護者・相談事業所等、関係者での調整会議を行っている。又、個別支援計画策定・実施の段階でも前述の調整会議を行っている。個別支援計画は年2回、実施状況の確認と併せ、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、個別支援計画の中で個々の対応方法を決め対応している。
43	Ⅲ-2- (2) -②	a	定期的にモニタリングを実施した後、年2回は個別支援計画の評価・見直しをサービス管理責任者や担当職員を含めた職員全体で行っている。又、参加できない職員に対しては閲覧する様、周知されている。年2回の評価・見直し以外での個別支援計画の変更については、逐次、対応している。個別支援計画の中から変更するに値する事案があった場合は、標準的な実施方法としての業務マニュアルが改訂される仕組みとなっている。
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	a	最終的には個別支援計画に反映される日々の個人記録(日誌)に、利用者の身体状況や生活状況等を把握し記録している。記録の仕方については記録要領が策定されており、又、提出の際に上長により確認され、齟齬があれば指導される。情報の分別は回覧により行われている。必要に応じて情報共有を目的とした調整会議が開催され、部門横断での取組がなされている。
45	Ⅲ-2- (3) -②	b	情報公開規程や個人情報保護規程・文書管理規程により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策として個人情報保護規程・就業規則を整備し、又、職員より個人情報保護に関する誓約書の提出を求めており、個人情報漏洩保険も整備している。個人情報保護の職員の理解に付き、若干不安が残る。

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	a	経営理念では、利用者の個性を尊重することを掲げており、グループホームとしては特に力を入れている。利用者の自分でやりたいと云う意向を尊重しながら、その発展を促す様に支援を行っている。趣味活動・衣服・理美容や嗜好品等については、利用者の意思と希望や個性を尊重し必要な支援を行っている。生活に関わるルール等については、職員が介入して利用者同士が話し合う機会を設けて決定している。利用者の権利擁護に関しては、研修等で研鑽を積んでいる。
A-1- (2) 権利擁護			
2	A-1- (2) -①	a	虐待防止マニュアルが策定され職員に周知されている。又、サービス管理責任者連絡会や虐待防止委員会を毎月開催し、利用者の権利擁護についての情報共有・協議・研修を実施している。虐待防止チェックシートを導入し、早期発見する為の具体的な取組を行っている。原則禁止される身体拘束を実施する際の具体的な手順と実施方法等を定め職員に徹底している。虐待を発見した際には市障害福祉課や社協経由でケースワーカーに報告し対応する事になっている。

A-2 生活支援

A-2- (1) 支援の基本			
3	A-2- (1) -①	a	利用者の自律・自立生活に配慮しているが、利用者・保護者の高齢化や心身の状況に応じて、その都度支援内容を協議しながら適切な支援に努めている。基本的には支援は見守りのスタンスで行い、動機付けを主に行っている。例として小遣い帳の自己管理ができる様、作成支援している。又、行政や銀行の手続き等も支援している。
4	A-2- (1) -②	a	言語コミュニケーション以外にも、障害特性に合わせたコミュニケーション手段を使用している(筆談・ジェスチャー・タブレット等)。又、自傷や他害等の問題行動についても意思表示と捉え、利用者の真意を探る支援を行っている。良く聞く事をベースに理解するべく努め、利用者の意思や希望をできるだけ適切に理解する様、取組んでいる。
5	A-2- (1) -③	a	利用者の理解度に合わせた意思決定支援の方法を提示し、適切に意見を汲み取れるよう支援を行っている。利用者の相談内容については、サビ管・関係職員と共有し適宜理解する為の検討を行っている。
6	A-2- (1) -④	d	【非該当】
7	A-2- (1) -⑤	a	障害に関する専門知識習得の為、外部の研修参加や事業所内で研修を行い職員スキルの向上を図っている。又、利用者間の関係性には留意しており、必要に応じて環境の調整を行い事業所全体が落ち着いた雰囲気でもごせる様にしている。行動障害など個別的な配慮が必要な利用者の支援記録等に基づき、支援方法の検討・見直しや環境整備等を行っている。
A-2- (2) 日常的生活支援			
8	A-2- (2) -①	d	【非該当】
A-2- (3) 生活環境			
9	A-2- (3) -①	d	【非該当】

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		第三者評価結果	コメント
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。	d	【非該当】
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。	d	【非該当】
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。	d	【非該当】
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。	a	適宜、連絡ノートや電話対応にて家族との情報共有に努めている。保護者会と連携して行事なども開催しており、併せて面談の時間を取って意見交換を行っている。又、相談があった場合にも適宜対応している。利用者の体調急変時には先ず家族等へ報告する事が決められている。
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】