

福祉サービス第三評価結果の公表様式〔障害者・児福祉サービス〕

① 第三者評価機関名

社会福祉法人静岡県社会福祉協議会

② 施設・事業所情報

名称：富士和光学園	種別：障害者支援施設	
代表者氏名：田代 篤	定員（利用人数）： 49名	
所在地：富士市大淵 4632 - 6		
TEL：0545-35-0384	ホームページ https://seishinkai.work/about/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 昭和54年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 誠信会		
職員数	常勤職員： 23名	非常勤職員 9名
専門職員	（専門職の名称）	医師1名
	栄養士1名	看護師1名
		栄養士1名
		介助員2名
		運転手2名
施設・設備 の概要	（居室数）	（設備等）

② 理念・基本方針

<p>(1) 理念</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 人材意識の啓発 2) 障害部中長期計画の推進 3) 人材育成 <p>(2) 基本方針</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 一人ひとりの自己決定の尊重に基づいた、意思決定支援 2) 多様な手法で地域との交流を進め、地域に開かれた施設を目指す 3) 富士和光学園移転改築事業を継続し、施設運営と経営の視点で検討

④ 施設・事業所の特徴的な取組

<ol style="list-style-type: none"> 1) 「シンわこう方式」を活用した根拠と本人意思を汲み取った支援 2) ハンドベル演奏を通じた地域との交流
--

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	7年7月3日（契約日） ～ 8年1月9日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（ H26年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・事業をとりまく環境と経営状況を的確に把握・分析し、経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めています。
- ・管理者は福祉サービスの向上に意欲を持ち、研修会に積極的に参加するとともに、他の事業所との連携に取り組んでいます。また、業務改善プロジェクトを設け、パソコンを活用したネットワーク化により、事務処理時間の短縮、事務職の在宅ワークの導入など、リーダーシップを発揮しています。
- ・総合的な人事管理が行われ、職員の就労状況・意向を把握し、ワーク・ライフ・バランスに配慮した、働きやすい職場づくりに取り組んでいます。また、職員一人ひとりの教育・研修の機会を確保するなど、福祉人材の確保・育成体制が整備されています。
- ・ホームページを活用して、施設の基本方針や事業計画、苦情への対応などを公表し、会計事務所の指導を受ける等、運営の透明性を確保する取組が行われています。
- ・利用者を尊重した福祉サービスの提供について、職員が共通理解を図る為、定期的に権利擁護チェックを行い、その結果を内部研修で検討して、利用者の状況把握や評価を行い、権利擁護や個別支援計画に生かしています。
- ・施設としての基本方針や理念をブログの中で、理事長がメッセージとして職員に明示しています。
- ・個別支援計画書の情報収集に於いて「できること」「手伝って欲しいこと」「頑張っていること」等の情報を活用し配膳の手伝いや、気分切り替えをするための戸外散策等をしながら役割のある生活をする事で、自律・自立生活の支援をしています。
- ・職員は「強度行動障害支援者要請研修（静岡県主催）」の受講履歴が有り①基礎研修②実践研修を修了し支援の向上を図っています。
- ・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ます。

◇改善を求められる点

- ・単年度の事業計画は、策定に職員等の参画や意見の集約・反映が求められます。また、利用者や家族等への周知が求められます。
- ・職員にパソコンからの情報や会議録等の記録を開示する仕組みがありますが、職員が、記録を確認したかどうかを確かめる仕組みの整備が求められます。
- ・利用者の権利擁護のための具体的な取組を利用者や家族に周知し、記録に残すことを求められます。
- ・権利侵害が発生した場合に再発防止策等を検討し、実践する仕組みが明確化することを求められます。
- ・排泄支援では、個別支援計画書に基づき一人ひとりの排泄リズムに合わせ支援することを求められます。
- ・利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練の支援の検討・見直しが求められます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

前回の受審が平成26年と十数年の空きがあり、当時対応した職員も異動、退職で不在でしたので前回の資料見ながら準備させていただきました。全体的にご利用者、ご家族への周知徹底という部分でご指摘をいただきましたので、事業計画他、施設の運営方針、経営状況についてお知らせする手順を組み込み対応させていただければと考えています。ご家族に対しては郵送文章、広報誌などを通じて透明性のある施設運営を行うとともに、ご利用者に対しては、利用者の会を通じてわかりやすくお伝えが出来ればと考えています。今年度より義務化となった地域連携推進会議等も活用しながら地域に対しても開かれた施設を目指します。権利侵害の防止については、支援要綱への記載はあるも具体的な実施方法や手順が不明瞭との指摘をいただいています。また行政への届け出についても手順、書類が未整備でしたので行政の所定書式を確認し、整えていきたいと思っております。今回ご指摘いただいた部分は改善し、評価いただいた部分は更に向上させて障害者支援を進めて参ります。評価いただきありがとうございました。

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>法人の理念は明文化され、ホームページ等に記載され、福祉施設の使命等が読取れ、基本方針は法人の理念と整合性が取られている。また、施設の数か所に理念を掲示し、職員会議等で唱和するなど、職員に周知されている。しかし、理念等を分かりやすくするなどの工夫や、利用者や家族への周知が図られていない。</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。	a
<p><コメント></p> <p>社会福祉事業全体の動向や各種福祉計画の策定動向等、及び福祉サービスのコスト分析は法人本部が行っている。また、利用者数、福祉サービスのニーズ等は毎月の障害部会で情報交換を行い、分析等を行っている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>施設の一番の課題である移転については、中期計画に載せ、年度当初の職員会議で報告するなど、職員に周知している。また、移転に向けての建設費の積立てや、職員配置体制の改善を目指して、収入が加算されるよう事業展開を検討している。</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。	a
<p><コメント></p> <p>中・長期計画は理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にし、経営課題の改善に向けた具体的な内容となっている。また、障害部会で施設機能の再編等、見直しを行っている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>単年度の事業計画は、中・長期計画を反映した具体的な内容となっている。しかし、事業計画は評価が行える内容でない。</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>事業計画は法人理事長の年頭所感を実現させるために、障害部会で検討しており、職員の参画の基での策定が行われていない。なお、職員に対しては、年度初めの職員会議で説明が行われている。</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。	c
<p><コメント></p> <p>事業計画は利用者や家族に周知されておらず、理解されていない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>毎年1回自己評価を行い、その内容を戦略会議で評価し、事業計画等に取り組まれている。また、第三者評価も法人において計画を立て、定期的を受審している。しかし、前回の受審で指摘されていることが改善されていない。</p>		
9	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。	b

<コメント>

自己評価の結果により明らかになった課題は文章化され、職員会議で報告するなど、職員間で共有されている。しかし、課題等について、改善策や改善計画を策定して実施するまでに至っていない。

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
<コメント> 管理者は自らの役割と責任を事務分担表で明確にし、役割等について、就任時に広報紙に掲載し表明していることを確認した。しかし、有事における管理者不在時の権限委任が明確化されていない。		
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
<コメント> 管理者は法令順守の観点での施設長研修会等に参加し、理解を深めている。また、熱中症対策では、該当する作業を明らかにして対応した。		
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
<コメント> 管理者は研修会に積極的に参加するとともに、自己評価を戦略会議で分析し、他の事業所との連携に取組むなど、指導力を発揮している。また、研修計画を策定して、職員の教育・研修の充実を図っている。		
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。	a
<コメント> 管理者は法人が行った人事、財務等の分析を基に、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、業務改善プロジェクトを設置し取り組んでいる。特にパソコン用いたネットワーク化により事務処理にかかる時間の短縮を図る外、事務職の在宅ワークの導入、買い物に通信販売を利用するなど、職員の働きやすい環境整備に努めている。		

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。	a
<p><コメント></p> <p>法人として福祉人材の確保や育成に関する方針が確立しており、専門職の育成においては、法人内の施設を実習施設の認可を受け、受講料の支援や業務時間中に実習が受けられる等、積極的な支援が行われている。また、インスタグラムを用いて、施設の業務の理解を得るための工夫が行われている。</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>人事基準は法人で定め、職員に周知している、また、「期待する職員像等」は「あるべき人材」として示している。さらに、自らの将来像が描けるよう、ハンドブックでキャリアパスを可視化し、必要な知識等を得るための研修が受けられるよう、支援体制が出来ている。</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
<p><コメント></p> <p>毎年6月に職員の意向調査を行い、在宅勤務やパソコンを用いた事務の簡素化や、環境整備や運転、リネンの業務委託の導入などにより、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行とともに、在宅勤務の導入など働きやすい職場づくりに取組んでいる。また、法人にメンタルヘルスの相談窓口を設けて、相談しやすい工夫が図られている。さらに、「ふくりこFuji」に加入し、総合的な福利厚生を実施している。</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。	a
<p><コメント></p> <p>毎年、自己評価をと面接により、職員一人ひとりのチャレンジ目標を確認し、毎月、進捗管理シートを用いて確認するなど、職員の一人ひとりの育成に向けた取組が行われている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>「期待する職員像」を明示し、社会福祉士等、組織が必要とする専門資格取得を積極的に支援している。また、研修委員会において研修計画を策定するとともに、研修内容の見直しを行っている。</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>職員の資格取得状況を把握し、外部研修の情報を提供するとともに、一人一研修を目指して受講させている。また、外国人研修生には日本語研修を法人負担で行われている。さらに、新任職員に対しては二人体制で就労するなど、OJTが行っている。</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>実習生の受入れマニュアルは整備され、研修・育成に関する基本姿勢が明文化されている。また、研修期間中に学校担当者と連携して実習を行っている。しかし、専門職種の特性に配慮されたプログラムは用意されておらず、指導者に対する研修が実施されていない。</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。	a
<p><コメント></p> <p>ホームページを活用して、施設の基本方針や事業計画、決算等を公開している。また、第三者評価の受審結果や苦情等にもとづく対応を公表している。さらに、法人のパンフレットや職員の研究結果をまとめた「誠心会研修誌」を配布するなど、施設の存在意義や役割を明確にするよう努めている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>施設の事務、経理等に関するルールや職務分掌と権限、責任は明示され、職員に周知されている。また、年に2回、内部監査が行われ、会計事務所の指導を受けるなど、公正かつ透明性の高い経理、運営のための取組が行われている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>支援要綱の中に事業計画（障害部）として地域との関わりについて、施設の基本的な考え方</p>		

<p>が書かれている。利用者と地域との交流を広げる為の取り組みとして、毎年、富士東高等学校から交流会への依頼があり、ハンドベル演奏会や高校生との交流会へ参加が行われ、年間計画書にも記載されている。地域の情報を、ローカの掲示板等に掲示し、利用者に提供もしている。また、利用者主催の「心の会」を毎月1回開催し、要望を聞く仕組みがある。利用者の要望により個別で外出している。</p>		
24	<p>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。</p>	a
<p><コメント> ボランティアの受け入れのマニュアルが作成され、受け入れの手順や流れなどが明文化され、受け入れに関してもオリエンテーションが実施されている。また、サマーショートボランティアとして、地域の県立大学、常葉大学、福祉大学等から受け入れている。さらに、富士のボランティアセンターに依頼して、利用者の洋服のほつれや雑巾を作ってくれるボランティアが定期的（月に1回）に来園している。福祉現場の理解や魅力発信を目的に高校に職員が出向き、わかりやすくパワーポイントを使って出前講座を行っている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
25	<p>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。</p>	b
<p><コメント> 地域連携推進委員会、自立支援協議会、生活介護連絡会等に定期的（月1回）に参加し、社会資源を明確にした情報や資料が整理されて、職員間で共有されている。また、利用者のアフターケアや地域のネットワーク化に取り組んでもいる。しかし、関係機関との情報や会議録等は、パソコンでの共有化は図られているが、全部の職員が情報を確認した仕組みが確立されておらず、十分でない。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
26	<p>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。</p>	a
<p><コメント> 地域の福祉ニーズを把握するための取り組みとして、地域連絡会議が行われ、職員、町内会長、行政の職員、利用者家族、本人が参加して、困っていることを話したり、職員は施設の活動等を報告している。また、事業所内（法人内）の他の施設との協働会議等が行われ、一人の利用者を包括的に支援していく取り組みが行われている。</p>		
27	<p>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。</p>	b
<p><コメント> 地域の福祉ニーズ等にもとづき、企業の「ジヤトコ」の公益的的事业に参加し、地域の吉原商店街の活性化の為に、障害者視点で気が付いた事や危険な場所を伝える活動も行っている。また、職員の専門的な知識や情報を地域の大学や高校に出向き、障害児を理解してもらうた</p>		

めの講義を積極的に行っている。しかし、具体的な活動が計画に明示されず、災害時の地域との連携は法人としてはあるが、事業所としては策定されておらず、十分でない。

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>施設の基本理念、方針は明示されている。職員への理解した実践を行うための取り組みとして、採用時に理事長からの話があり、通年では理事長のブログを通して、理事長メッセージとして、理念、方針等を明示している。また、倫理綱領を策定し、利用者の尊重や人権の配慮について職員が理解し実践するために、年に1回チェックを行い、内部研修で、福祉提供サービスの取り組み、さらに、基本的人権の配慮として、個別計画だけでなく課題行動についての計画書も整備され、権利擁護の取り組みとして、9月に内部研修を行っている。</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>プライバシー保護に関する規定・マニュアルは作成され、職員への周知方法としては、資料配布だけでなく法人内の施設が集まって、サービス向上委員会を設置し、他の施設の人の目で見る方法で確認しあう仕組みが整備されている。また、CS委員会（顧客満足度）の中でプライバシー保護に配慮したサービスが実施されている。さらに、施設自体が古くなっているので、生活の場の快適な環境を提供するために、カーテンやパーティションを利用してプライバシーが守られるような工夫を行い、年に1回家族に定期的に、権利擁護に関する取り組みに対しての承諾書の提出をお願いしている。</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>ホームページでは、理念や基本方針や福祉サービスの内容や事業所の特性を紹介し、パンフレットも見直しを行い新しくなり、利用希望者にわかりやすいように絵や図などを使用している。また、他県からの利用希望者も来園する為、丁寧な対応を行っている。しかし、事業所のパンフレットは利用者が通院する近くの病院には置かれてはいるが、市役所や公共施設等の多くの人が入手できる場所には置いておらず、十分でない。</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	b

	やすく説明している。	
<p><コメント> 福祉サービスの開始・変更の説明と同意に関する自己決定・自己選択についての意思決定マニュアルが作成され、視覚的にも文字を大きくしたり、絵を使用してわかりやすく理解できるように工夫している。また、自己決定を尊重する説明には手順や、内容が統一された仕組みがある。しかし、利用者にわかりやすく説明する資料が無く、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> サービス管理者が責任者となり、引継ぎ等の情報共有を行い、福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等が継続的に行われるように対応している。また、福祉サービスの利用が終了した後も、相談員が担当者になり相談できる事を口頭では伝えているが、その内容を記載した文書は整備されていない。さらに、引継ぎの申し送りの手順を定めた文章が無く、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。	a
<p><コメント> 利用者満足に関する調査を、月に1回の利用者の会で聞き取りを行っている。利用者の会担当者2名が会議に出席し、対応できる場合はすぐに改善し、できない場合には、次回の会議までには改善できるようにしている。</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。	b
<p><コメント> 苦情解決は、施設長が責任者、苦情受付の担当者は副主任、第三者委員は3名で体制が整備され、ポスターが掲示されている。苦情内容については、受付表があり記録を保管している。また、公表に関しては、法人全体で一括してホームページで公表している。利用者や家族には口頭でフィードバックしている。また、苦情内容については、分析、改善を行い、福祉サービスの質の向上に生かしている。しかし、苦情記入カードの配布や記入カードが、施設の玄関先や施設の受付に利用者や家族が、すぐに手に取れるような工夫が見られず、十分でない。</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。	a
<p><コメント> 利用者が、相談しやすい、意見を述べやすい環境として、夜間相談の時間をもうけ、女性は21:00~21:30、男性は21:30~22:00と時間を決めて、利用者の個別の</p>		

<p>希望を聞く取り組みを行っている。また、利用者が、相談や意見を述べやすくするために、相談相手を選べることや、複数の方法があることを利用者には個人的に説明している。その説明を受け、本人がわかりやすく書いて、自分の部屋の個人タンスに貼ってある利用者はいるが、利用者全員や家族にわかりやすく文書化して配布はしてはいない。</p>		
36	<p>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。</p>	b
<p><コメント> 個別支援計画の中に、相談支援は記載されている。また、苦情マニュアルは作成され、利用者から相談を受けやすくするとともに、意見箱の設置やアンケート等の実施などは行われ、意見を積極的に把握する取り組みは行われている。利用者の会での利用者の相談や意見を中心にして、相談を受けた際の記録もあり、福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。しかし、苦情マニュアルは策定されているが、相談マニュアルは策定されていないので、十分でない。</p>		
<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。</p>		
37	<p>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。</p>	a
<p><コメント> リスクマネジメントの責任者として、安全管理担当者を4人配置し、リスクマネジメント委員会も定期的に行われ、体制も整備されている。ヒヤリハットや事故報告書の記録や、マニュアルも整備され、フローチャートもある。職員への周知はパソコンからと重大な事故の報告書を回覧し、全職員に周知されている。マニュアルの見直しも転倒事故が昨年多く発生したので、見直しを行った。</p>		
38	<p>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。</p>	a
<p><コメント> 感染症対策については看護師が責任者となり、感染症予防対策の園内研修会を開催している。また、感染症マニュアルを策定し、役割や発生した場合の緊急対応が適切に行われるように、管理体制が整備されている。さらに、夜間の体調変化のフローチャートやコロナ対応の計画書も明確にされ、マニュアルの見直しも会議の中で行われている。</p>		
39	<p>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している。</p>	b
<p><コメント> 立地から予想される災害は、南海トラフ地震や富士山噴火であるが、毎月の避難訓練計画書に記載されて行われている。職員の安否確認としては連絡網が整備されている他、一斉メール・Eメッセージで行うように周知されている。また、利用者の安否確認は、施設内にいる場合は必ず職員が把握しているが、外出時における体制によっては異なる為、電話連絡になること等を関係職員が、4月の職員会議で、緊急時の安否確認支援要綱の読み合わせを行い</p>		

周知している。災害時の食料や備蓄品のリストは、7日分の備蓄品・メニュー等を栄養士が責任者となり作成している。また、総合防災訓練では、町づくりセンターとの連携する体制がある。しかし、法人としては災害時の体制が整備されているが、施設としては消防署、警察、自治会・福祉サービスの等の地域との連携体制が出来ておらず、十分でない。

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。	a
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法という資料はないが、手順書や支援要綱に文書化され、福祉サービスが提供されている。支援要綱には権利擁護・子どもの尊重・プライバシー保護の姿勢が明示されている。また、職員への周知は会議で共有したあと、ケアセンターに保管し、関係者は見られるようにしてある。さらに、担当者はケア会議で見直しを行い、他の職員にも周知し、記録に残してある。業務チェックを年2回行い、手順書や支援要綱が実施されているかどうか確認する仕組みがある。</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>支援要綱の見直しは、年に1度行われている。検証・見直しにあたり利用者支援の内容が反映され、振り返りシートを半年に1回行い、担当者以外の職員の意見も取り入れられる仕組みが整備されている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の策定にあたり、担当職員だけでなく看護師・栄養士や、組織以外の外部関係者も、ケースバイケースで会議に参加し、利用者に対しては意思決定マニュアルを策定し、意向把握や同意を含んだ手順を定めて実施している。また、個別指導計画には評価表を作成し一人ひとりのニーズが明示されている。さらに、支援困難ケースの対応として、強度行動障害支援計画書を共同会議等やモニタリング会議の中で、アセスメントをより細かく行い、福祉サービスの提供が行われている。しかし、個別計画通りに福祉サービスが行われていることを確認するルールは決めているが、仕組みが構築されておらず、十分でない。</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。	b
<p><コメント></p>		

<p>職員の業務はPDCAで振り返り、利用者の支援はアセスメントで振り返る仕組みがある。また、個別支援計画を緊急に変更した場合の、緊急個別計画書が作成され整備されている。しかし、個別計画の見直しによって変更した内容を、関係職員がデータで確認するように口頭では伝えているが、職員がデータを確認したかどうかを確認する方法を明確にしておらず、十分でない。</p>		
<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。</p>		
44	<p>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。</p>	b
<p><コメント> 利用者の基本情報を組織が定めた統一された様式によって記録されている。記録の重要性をマニュアル化して職員に伝え、職員によって記録の差異が生じないように工夫をしている。また、月に1回の定例会議、部会、障害部会議等を開催し、情報共有を目的とした取り組みが行われている。パソコンやネットワークの利用や、記録ファイルの回覧を実施し、情報共有する仕組みが整備されている。しかし、パソコンでの情報の回覧を周知できたかどうかを確認できず、十分でない。</p>		
45	<p>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。</p>	b
<p><コメント> 個人情報規程が策定され、記録の保管、保存、廃棄、漏洩などが規定されている。職員は、新任時に個人情報保護規定の説明を受けている。また、個人情報に関しての利用者や家族の同意書もある。記録管理責任者は施設長が行っている。しかし、職員に対してのそれ以後の教育や研修は無く、十分でない。</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
<p>A-1-(1) 自己決定の尊重</p>		
A①	<p>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。</p>	b
<p><コメント> 本人の要望はアセスメントシートに記述し、利用者からの申し出については支援をしているが、支援計画に活かされていない。 ・生活に関わるルール等について利用者の会の名称変更も話し合いで「こころじ会」とした。利用者一人一人の合理的配慮に関しては、個別支援計画の記述に具体性が無い。事業計画内の文言に意思決定への取組記述があるが、利用者の権利について実施されていない。</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。	c
<p><コメント></p> <p>権利擁護についての規程は整備し、職員の年1回「職員に対する理解度チェックリスト」を活用して評価し確認しているが、家族に周知した記録がない。</p> <p>権利侵害の防止と早期発見の取組として、年に1回全職員に対しセルフチェックリストで確認している。</p> <p>緊急やむを得ない場合に一時的に身体拘束を実施する際の規程は整備されているが、具体的な実施方法及び手順が明確になっておらず、行政への届け出・報告についての手順が明示した書類が整備されていない。</p> <p>「安全管理委員会」を2ヶ月に1回開催して、職員が具体的に検討する機会としているが、再発防止策の検討について及び実践する仕組みとして明確化されていない。</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>個別支援計画書の情報収集に於いて「できること」「手伝って欲しいこと」「頑張っていること」等の情報を活用した支援をしている。</p> <p>配膳の手伝いや、気分切り替えをするための戸外散策等をしながら役割のある生活をするこ とで、自律・自立生活の支援をしている。また、他の介護施設にボランティアで関わっている利用者がある等能力に応じて、生活の自己管理ができる様に支援している。</p> <p>・韓国籍で在日証明の更新手続きの支援が必要な事例として、活動プログラムに「名前を書く練習」を組み込んで、支援している。</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>個別支援計画書に心身の状況に応じたコミュニケーションを図る具体的な方法が記載され、意思表示や伝達が困難な場合の取組については評価会議を開催しているが、会議録の内容から把握できない。</p> <p>生活カードの活用や時計の絵で時刻を示す等、理解への工夫を行い、職員と利用者とのコミュニケーション能力測定を一度実施したが、評価を支援に繋げていない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>話したい職員に直接伝え、支援室でいつでも話せるようにしている。</p>		

<p>施設に届いた各種イベントなどの情報はチラシの場合はホールに掲示し、さらにホームページから写真をプリントアウトして解るように表示している。</p> <p>余暇の過ごし方やDVDの選択のためケースを見て本人が決定できている。</p> <p>相談内容については職員間で共有ソフト「ほのぼの」を導入して閲覧することで行っている。</p> <p>また、一部実施不能な部分は書面での対応をする等、支援全体の実施方法を打合せ中である。</p>		
<p>〈コメント〉</p> <p>日中活動として「なごみ班」「あとリエ班」「からふる班」に分かれ、班ごとに利用者の心身の状況に応じて決まっている内容に参加できる様に支援しているが、年度毎に固定傾向で、個別でなくグループ別の活動に当てはめた選択になっている</p> <p>情報は毎日、ホールに「1日の予定」を掲示すると共に口頭でも伝え、レクリエーション希望のある人は「カラオケ」「映画」「DVD」「陶芸教室」等の参加意思を職員に伝えて参加できている。また、地域では、「JATCOの共生祭り」へ参加や商店街の散策を2月に実施した。ユニット長会議の会議録には報告内容の記載はあるが、見直し内容が個別支援計画の見直しと合致していない。</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〉</p> <p>職員は「強度行動障害支援者要請研修（静岡県主催）」の受講履歴が有り①基礎研修②実践研修を修了し支援の向上を図っている。</p> <p>モニタリング会議を実施して、理解と共有を図り、支援方法の見直しや環境整備がされている。また、不潔行為への事例があったが、適切に対応している。さらに、利用者間の関係調整が必要になった場合は必要に応じて行っている。</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。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>献立表を掲示し、月に1回給食会議を開催し栄養士、厨房職員、現場支援員が参加している。イベント食は栄養士を中心に、食事の形態はミキサー食、きざみ食、荒きざみ食、一口大食、常食に分類し、嚥下状態に合わせた工夫をしている。</p> <p>清潔支援は、入浴、シャワー浴、足浴、清拭など、身体の状態に合わせて行い、排泄は、オムツ、トイレへの定時誘導のいずれかを行っている。そのため間に合わずに失禁が見られる。移動は手引き、歩行器、自力で、車椅子利用者はいない。移乗は口答指示のみの支援できている。</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	b

	されている。	
<p><コメント></p> <p>居室は4人部屋で、床暖房は有るが、採光及び防災上窓を閉め切りにしている理由から通風が良いとは言えない。また、浴室は段差が多く、男子トイレには床やトイレ用スリッパがぬれた状態のままや、洋式便器の中に排尿がされたままの状態である。</p> <p>同室者の選考は相性を考慮して、場合によって入れ替わりも行い、ベッドの使用者と床に布団の使用者が同室で、間仕切りは無い。</p> <p>トラブルによる傷害を予防及びコロナ感染者の対応として、他の部屋へ移動を行った。</p> <p>利用者の希望により、個別暖房（電子カーペット）、加湿器、カーテンなどは自由に使用でき、タンスの修理などの支援を職員が行っている。</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></p> <p>歩行訓練は5～6名が実施し、看護師の助言によって、マッサージ器で足裏からマッサージすることで筋力の維持を支援している。しかし、利用者一人一人への支援ではなく5～6名のみで、支援は計画に基づいた内容にはなっていない。</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。	a
<p><コメント></p> <p>健康状態の把握には、個別支援評価表に異常や特変事項を赤い文字で表記し職員間で共有している。また、毎月1回第3火曜日に内科、第3水曜日には精神科の受診し、看護師が医務関係について中心的役割を担い、職員への指示・研修等を計画し、「看護緊急SOS」というマニュアルに沿って実践している。さらに、年に数回看護師が職員に対して研修を行っている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>「緊急時判断フローチャート」は有るが、個別の手順や計画書に反映されていない。</p> <p>服用薬は医務室に保管し、朝・昼・夕・就寝前それぞれの専用ケースに利用者氏名ごとに区分けを看護師が行い、職員は氏名と薬をWチェックで確認後利用者に配薬・服薬支援をしている。</p> <p>食品アレルギーに関しては栄養士が把握し、他の場合は「看護緊急SOS」マニュアルに沿って対応している。</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。	b

<p>相談時に希望があるかを聞き取り、一部の利用者であるが、能力と合わせ毎週月曜日にボランティアで働けるように支援している。</p> <p>平日は毎日、介護事業で作業をし、年1回外泊を伴う外出支援を行っている。しかし、いずれも一部にだけの活動で、学習の意欲を高めるための支援と工夫は十分でない。</p>		
<p>A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援</p>		
A14	<p>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。</p>	b
<p><コメント></p> <p>グループホームへの移行希望者に対しては情報の提供や見学訪問をする等の機会を設け、本人・家族の意思や希望を確認しながら支援方法を決定している。しかし、地域生活への移行や地域生活に関する課題を把握して具体的な生活環境への配慮や支援はやっていない。</p> <p>地域との関係機関として、市役所、相談事業所、グループホームと連携している。</p>		
<p>A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援</p>		
A15	<p>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。</p>	b
<p><コメント></p> <p>利用者の生活や支援についての意見交換は月2回の面会時に行い、家族へは利用者からの意向や生活状況の報告は電話連絡や書面で行っている。なお、「面会者名簿一覧」が有るが、相談や面会に訪れない家族の支援については明確になっていない。</p> <p>家族からの相談は面談を行い、移行希望や移行予定の家族の場合は施設見学や情報の提供を行っている。なお、利用者の体調不良や急変時については「緊急時判断フローチャート」にそって対応している。</p>		

評価対象 A-3 発達支援

		第三者評価結果
<p>A-3-(1) 発達支援</p>		
A16	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></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。	a・b・c
<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。	a・b・c
<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。	a・b・c
<コメント>		