

（別紙）

第三者評価結果

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 b・c |
| <コメント> ●理念は廊下や食堂、事務所等に掲示、施設ホームページに掲載している。 ●事業計画書に理念を記載し、毎年度全職員に配布している。 ●職員会議時に事業計画書は持参することとしており、会議時理念について説明をしている。 ●保護者会の際、事業計画書の閲覧及び記載内容の説明をしている。 | | |

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。 | a b・c |
| <コメント> ●福祉新聞の情報を活用することや、渋川地域障害保健福祉事業者協議会・群馬県知的障害者福祉協会・渋川市障害福祉計画等の確認をしている。 ●群馬県内の障害者支援施設間で情報交換を行い、入所状況・入所待機者数等の把握をしている。 ●入所調整委員会に年度の入所退所者数、平均利用率等を報告している。 | | |
| 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 b・c |
| <コメント> ●理事会において公認会計士から経営状況の説明を受けている。 ●経営を考え、各種加算となるよう検討の上、採用を実施している。 ●利用定員を変更したり、日々支援において活用するエアコン設備、日用品、照明器具など、職員の意見や考えを職員会議等で表出してもらい、コスト削減の取り組みをしている。 ●衣類の洗濯については業者委託を行うことで、職員が利用者支援を実施できる時間を多く取ることにつながった。 | | |

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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●施設のSWOT分析を基に、中・長期的なビジョンを明確化している。 ●理念・基本方針に基づいた年間の事業計画書を明示している。 ●コスト削減に関する計画を立て、各設備や日用品等の変更をすることで、その具現化に繋がっている。 | | |
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●理念・基本方針に基づき、単年度の事業計画を作成している。 ●利用者の高齢化、障害の重度化をベースに、支援の質の向上を事業計画に明確化している。 ●事業計画の作成については、各職員からの意見や考えを職員会議等で表出してもらい、内容を勘案した上で、作成することとしている。 | | |
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●事業計画の策定については、実行委員により策定される。 ●サービス管理責任者、生活支援員、看護師、栄養士、自治会担当職員等、各職員からの意見や考えを職員会議、主任会議で検討し、幹部会議で諮り策定される。 | | |
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●保護者会の際、事業計画の内容を説明している。 ●館内に掲示し、利用者に見ていただくようにしている。内容を理解していただけるよう、職員が個々の利用者の状況等に合わせて説明をしている。 | | |

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

| | | 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) b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●質の向上を目的とした職員研修を実施している。内部外部研修の受講を一覧表で明示。 ●利用者直接支援においては、利用者個々人に合わせた支援方法やADLに関する技術等について研修を実施している。 ●障害者虐待防止の手引き（チェックリスト）を活用し、毎年度定期的に虐待に関する評価を実施している。 | | |
| 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) b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●虐待チェックリストは3か月毎に実施し、結果を施設長が集約し、職員に伝えている。 ●事業計画に示された各事項は、年度単位で振り返りを行い、その結果を踏まえて次年度の事業計画策定に繋げたり、職員会議で各職員に進捗状況や結果を伝えている。 | | |

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。 | a · b · c |
| <コメント> ●施設長が全業務を統括管理しており、業務分掌表に明示され、5月度の職員会議において職員に説明している。 ●施設長不在時は課長が業務管理の対応を行うこととされ、緊急時の対応等を実施している。 | | |
| 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 · b · c |
| <コメント> ●施設長が法令遵守責任者として、業務管理をしている。 ●国が行う法改正時の説明会や全国施設長会において、法改正に関する情報が、職員会議や朝礼等で報告されている。 | | |
| 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 · b · c |
| <コメント> ●個別支援計画、夜勤日誌・支援日誌などの日々の業務における記録等は、施設長が全て目を通し確認をしている。 ●各記録等の確認を通し、どの利用者にもどのような支援が実施されているのか、職員が何に戸惑っているのか等の把握がなされている。 ●職員会議、支援会議等への出席を通し、必要事項等への指示をしている。 ●年2回、業務に関する要望等を確認する仕組みがあり、専用シートに職員の要望等が明示され、面談を踏まえ、各研修の受講や各資格取得に向けた支援を実施している。 | | |
| 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 · b · c |
| <コメント> ●財務状況等は顧問会計士より情報をもたらしている。 ●設備備品等、不具合がある場合には、修繕及び購入等、業務がスムーズに進むよう対応をしている。 ●職員の働き方について、希望する勤務時間、子どもがいる職員への勤務上の配慮、全職員の有給休暇取得のための働きかけを実施している。 | | |

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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●職員採用や各研修等は、事業計画書に示されている。 ●リーダー研修、キャリアアップ研修、初任者研修、新任職員研修、中堅職員研修など、職員育成に関する研修の受講を実施している。 ●介護福祉士、保育士など、資格取得しやすいよう休み取得体制がある。 | | |
| 15 | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●人事考課制度が設けられており、年間の業務計画及びその進捗状況を上位者と面談を行い、人事考課を実施している。 ●人事考課に関する情報は事業計画書、職務分掌表などに示されている。その他各業務については、職員行動規範、就業規則・安全衛生管理規定・育児休業介護休業に関する規則・安全衛生管理規定・給与規定などに明文化されており、各業務及び人事管理が行われている。 | | |
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●施設長が労務管理責任者となり、関係各書類は庶務が取りまとめている。 ●職員の就業状況は届出書及びタイムカードで把握管理をしている。 ●安全衛生委員会により、職員の心身の健康について管理を行っている。ストレスチェックを実施することで、高ストレス状態の場合には産業医の面談を実施し、その後の対応を図っている。 ●職員の個別面談を年1回以上実施し、健康面や業務環境等の希望を聞き、対応を図っている。勤務時間や状況等は、職員の家庭の状況に合わせて勤務調整が行えるよう柔軟な体制を取っている。 | | |
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●定期的に職員の個別面談を実施し、職員の目標や方針について確認を行っているが、その業務内容等の達成度・評価が明確に実施されておらず、今後その整備を図っていく。 | | |
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●事業計画に研修等に関する内容が明示されている。 ●研修の受講計画は年度ごとに見直し、支援の質の向上に繋がるよう調整を図っている。 ●研修受講後は、研修報告書の作成及び提出を求めている。 | | |

| | | |
|---|---|-------|
| 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 b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●資格取得時には、資格証明書の写しを施設に提出させ、施設として各資格取得者及びその人数を把握している。 ●新任職員については、各役職者によるオリエンテーション、配属されたグループの主任より実際の利用者支援に関する業務の説明を受け、各職員に付いて利用者一人一人への支援実践に関するOJTを受ける仕組みとなっている。 ●外部研修に関する情報は事務所内に掲示したり、記録管理システム内にもデータ等を掲示している。 | | |
| 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。 | a b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●事業計画書に、実習生受入れが明示されている。 ●実習生受け入れマニュアル、実習要綱、実習心得などを整備している。 ●保育士、社会福祉士、介護福祉士等の実習生受け入れを実施している。 | | |

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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●事業計画・事業報告、財務諸表などをホームページ上で公開している。 ●苦情受付・苦情解決に関する仕組みがあり、各関係者から出た苦情及び対処内容等をふれあい新聞に記載し、ホームページ上で公開したり、関係機関に配布することで、運営の透明性を図っている。 | | |
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●毎年、内部監査を実施している。外部監査については公認会計士により実施され、指摘事項等があった際は、都度改善を図っている。 ●運営規定や経理規定、事業計画などは職員がいつでも閲覧できるよう、事務所内に常備している。 | | |

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。 | (a) b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●事業計画に地域交流事業が示されている。ふれあいフェスティバルを開催し、地域の方々に来園していただくよう対応を図っている。 ●地域内の飲食専門職に来園してもらい、食事提供をしていただいている。 ●利用者の日用品等の購入については、地域内のコンビニエンスストアや大型商業施設に利用者と共に掛け、利用している。 ●地域内の理美容店を定期利用している。 | | |
| 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) b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●ボランティア受け入れマニュアルが整備されている。 ●ふれあいフェスティバル開催時、実習生や地元有志、企業からのボランティアを受け入れ、マニュアルに従いオリエンテーションを実施し、より良い交流が図れるよう対応をしている。 ●地域内の中学校との交流を定期的実施している。 | | |
| 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) b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●群馬県・群馬県知的障害者福祉協会・群馬県社会福祉協議会等からの各障害福祉サービス事業所の情報等を、職員会議等を通し、職員に周知を図っている。 ●相談支援事業所からの情報も、共有できるよう対応を図っている。 ●利用者が日常生活上利用すると考えられる理美容店、商業施設等に関するリーフレットやチラシ等を、提示している。 | | |
| 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) b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●群馬県社会福祉協議会の群馬県ふくし総合相談支援事業「なんでも福祉相談」に登録しており、専用のステッカーやのぼりを設置し、地域の方々に周知を図っている。 ●施設内になんでも福祉相談の窓口を設置し、相談員を配置している。ふれあいフェスティバル開催時にも、福祉相談窓口を設置・対応をしている。 | | |

| | | |
|--|---|-------|
| 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●地域住民のため、市の指定緊急避難場所として指定されている。 ●「なんでも福祉相談」窓口を開設しており、地域の方々の相談対応をしている。 ●地域の自治会に加盟しており、道路清掃・防災訓練にも定期的に参加している。 | | |

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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●理念・基本方針、事業計画に利用者を尊重する姿勢が明示されている。 ●毎日就業前、利用者への支援実践に関し、必要事項や各情報等を施設長から職員に伝えている。 ●利用者尊重のための取り組みとして、福祉職員キャリアパス対応生涯研修課程新任・中堅・チームリーダー各研修、相談支援従事者初任者研修、社会福祉施設カウンセリング研修初級、サービス管理責任者研修、相談支援専門員研修、障害者虐待権利擁護研修、専門技術研修など、多くの研修の計画を立て、受講を通し、共通の理解に繋がるよう対応を図っている。 | | |
| 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●行動規範に利用者の保護に関する内容を明示している。 ●職員入職時「利用者の個人情報保護に関する誓約書」の提出を求めている。 ●利用者のプライバシーに関する情報等を、日々施設長から伝えたり、関係記事等を掲示している。 ●浴室・トイレ・居室等、カーテンや間仕切りを活用し、プライバシーに配慮している。利用者から、居室を出た際に施錠して欲しい等、利用者がプライバシーを守りたいことへの対応ができるような環境がある。 ●排泄・入浴・更衣等、同性介護となるよう、勤務や担当業務の調整を実施している。 | | |
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●各市町村、関係機関や施設等に、施設パンフレットを置き、施設の周知を図っている。 ●群馬県主催の施設イベント等に参加し、施設の活動内容等の周知を図っている。 ●利用希望者には、生活介護事業の短時間の利用や短期入所など、試行ができる環境を伝え、利用していただいている。 | | |

| | | |
|--|---|-------|
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●入所時、サービス内容変更時など、必ず利用者本人に分かりやすく伝えている。 ●利用者個々人の、各情報の捉え方をアセスメントした上で、写真やイラスト等を活用し、利用者の理解に繋がるよう対応を実施している。 ●家族には来園の際には文書を示し、内容を説明の上、同意をしていただくよう対応を実施している。都合等により来園ができない家族については、電話で説明の上、同意をいただいている。電話の際には「電話で同意された」ことが分かるよう、記録を整備している。 | | |
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●移行時については、引き継ぎ書を作成の上、移行先に提出している。 ●法人内の共同生活援助事業所への移行については、利用者本人・家族への説明、要望伺い、体験利用の上、移行の有無を決めていただいた。利用者の移行に合わせ、職員の異動も行うことで、利用者も安心して移行ができた。 ●利用者の高齢化、重度化に伴い、外部の高齢者施設や医療機関への移行となる場合には、移行後いつでも対応ができるよう、アフターケア体制を敷いており、移行先からの質問等に応えている。 | | |
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●サービス管理責任者が中心となり、個別支援計画のモニタリングを6か月毎に行い、支援の実施状況等を把握・検討し、見直し等も含め評価している。 ●年1回嗜好調査を実施している。また各行事等は行事食を提供し、摂取状況等を記録に残し、より良い食事提供となるよう対応を図っている。 ●毎月あかぎ育成園自治会が行われ、担当職員との話し合いが行われている。 ●年6回、保護者会を開催し、個別支援計画の進捗状況の報告の他、支援等に対する要望を伺っている。 ●個別支援計画の検討会議時に、利用者に出席をしていただき、支援内容の評価や要望を伺っている。 ●あかぎ育成園自治会・保護者会でいただいた要望等は、職員会議等で検討の上、支援実践に繋げるよう対応を図っている。 | | |

| | | |
|--|---|-------|
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●基本方針に苦情解決制度が明示されている。 ●苦情解決委員会、苦情解決制度実施要項が整備され、苦情受付担当者・苦情解決責任者・第三者委員が決められている。関係する情報は館内に掲示されている。 ●施設入り口に「御意見苦情受付箱」を設置し、毎月箱の中を確認し、必要事項は職員会議等で報告・検討を実施している。 ●館内掲示、ふれあい新聞に掲載する等、受付・対応した苦情は公表をしている。 ●年1回、第三者委員に苦情に関する報告を実施している。 ●苦情や要望等、利用者がいつでも表出ができる環境が施設内にあり、必要に応じて記録を残す、会議で検討をする等の対応を実施している。 | | |
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●個別支援計画に関し、利用者の要望等を聞き取る際は、相談室を利用することで、要望等を表出しやすいよう対応を図っている。 ●利用者から個別に話したい時は、居室・園長室・医務室などを活用し、要望を伺う環境を常に用意している。 | | |
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●苦情受付制度実施要綱に従い、各対応を実施している。 ●日々の支援実践において、利用者からの要望等を伺った際には、主任に報告の上、対処・対応をする仕組みとなっている。 ●相談や意見の内容が重要な場合には、受付をした後、どの担当者に報告の上対応をしてもらうか、検討に一定の時間を掛けるのか等を判断の上、対応を実施している。 | | |
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●安心・安全な福祉サービスの提供のために、予防管理組織表を事業計画に明示している。 ●電気設備係、消防設備避難訓練係、危険物施設係、火気使用設備係、建築物検査係を明示している。 ●利用者の高齢化・重度化に伴い、転倒等のリスクが考えられるため、事故再発防止会議を開催し、今後のリスクについて話し合う体制がある。 ●消防計画が事業計画に明示されており、自衛消防組織等について・防火管理・地震対策について・風水土砂災害対策・訓練について等、あらゆるリスクを想定した計画・ルール・手順等が明示されている。 ●利用者の身体状況等に対応ができる、介護支援技術等に関する研修の受講を実施している。 | | |

| | | |
|--|--|-------|
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●事業計画書に「保健」が明示されており、感染症に対する対処方針や感染管理等が明示されている。 ●怪我・嘔吐・下痢・便秘・腸閉塞・誤飲・異食・熱傷の内容及び対処法が明示されている。 ●新型コロナウイルスについては、研修会を実施し職員が感染症の認識を持ち業務を行っている。感染症対策委員会が都度産業医と連携を密に取り、最新情報を取り入れマニュアルを更新している。感染症が疑われる場合は、産業医の指示にしたがい対応を実施することで、感染を最小限に食い止められるような対応を図っている。 | | |
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●事業計画に予防管理組織表を明示している。 ●水害・土砂災害避難マニュアルが整備され、がけ崩れ・土石流・地すべり等への対処法や手順等が示され、定期的に訓練を実施している。またマニュアルには平時の備えや誘導計画も示されている。訓練時に居室在室なのか否かを明確にするため、居室入り口扉に専用磁石及び目印を設置し、明確化を図る工夫をしている。 ●備蓄品に関するリストを作成し、管理栄養士が管理をしている。薬品は医務が管理、日用品は担当職員が管理している。 ●地域の方に協力いただき防災協力委員がいる。また消防や消防団・警察・地域自治会に協力いただき、年1回合同訓練を実施している。 | | |

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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●利用者への生活全般に関する標準的な実施方法は、食事支援マニュアル、入浴・清拭マニュアル、排泄支援マニュアル、移動・移乗マニュアル、与薬マニュアルを整備している。 ●各マニュアル内容については、新任職員研修時にマニュアル内容の説明及びOJTを受け、支援実践そのものや与薬対応等が可能か否か、2～3カ月を目安に課長が見極めを実施している。 | | |
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●上位者が変則勤務に入る体制となっており、マニュアル内容と実際の支援に違い等がある場合には、支援課会議・職員会議で検討している。 ●マニュアルの内容については、適宜職員会議等で検討し、利用者の生活状況等により合う内容に更新をしている。 | | |
| 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支援計画を適切に策定している。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●事業計画に支援課事業計画があり、個別支援計画に基づく支援の展開を実施する旨が明示されている。 ●PDCAサイクルに基づき、多職種出席の個別支援会議及びサービス管理責任者会議を踏まえ、定期的に支援内容のモニタリング、再アセスメントを実施している。それまでの個別支援計画に対する本人の意見や要望を伺っている。 ●モニタリング、再アセスメントを踏まえ、新たな個別支援計画策定を実施している。内容等は利用者本人、保護者に説明の上同意をいただいた上で支援実践をしている。 ●すぐに支援に反映させなければならない内容等については、専用様式で印刷されたものをファイリング及び掲示し、ミーティングルーム・夜勤室に設置して迅速な対応を図っている。 | | |
| 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●個別支援計画は半年毎に、サービス管理責任者会議において見直しを実施している。 ●到達目標に対して達成度の評価・分析、今後の対応、優先順位、担当者などの項目を主としてモニタリングを実施している。 ●それまでの個別支援計画のモニタリング、それを踏まえた新たな個別支援計画案を策定し、その内容を個別支援会議で諮り、本人及び保護者の同意を得た上で、支援実践に繋げている。 ●入院等により利用者本人の身体状況やADLに変化が見られた際には、緊急に会議を行い、個別支援計画の変更に関する検討及び変更の実施もしている。 | | |

| | | |
|---|--|---------|
| 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 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、職員間で共有化している。 | (a) b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●記録については障害福祉支援記録システムが導入されており、施設内のICT機器を活用してデータ管理をしている。 ●日々の利用者支援に関する支援内容、利用者状況、活動内容、食事摂取量、排泄状況等が記録として整備されている。 ●職員の勤務体制に従い、夕方など一定の時間帯に記録を班担当者が入力、バイタル等は看護師が入力している。記録内容や入力方法等は、必要により役職者よりOJTを受けられる体制となっている。 ●入力された各データは、いつでも閲覧ができるように整備され、次の支援に活かされている。 | | |
| 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) b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●あかぎ育成園基本方針にプライバシー保護があり、利用者一人一人の情報とプライバシーを守り、秘密保持、私的空間と時間の確保に配慮する旨が明示されている。 ●就業規則、職員行動規範等にも個人情報保護に関する事項を明記している。 ●個人情報に関する記録等は、施設長・サービス管理責任者が管理をしている。紙媒体の記録は専用ファイル、専用管理書庫に施錠の上、管理を徹底している。 ●職員に、利用者の個人情報の保護に関する誓約書の提出を求めている。 ●ホームページ、ふれいあい新聞などに利用者情報を記載する場合があることから、保護者には、個人情報使用同意書について説明・同意をいただいた上で、提出をしていただいている。 | | |

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。 | ○ a・b・c |
| <コメント> ●事業計画に合理的配慮に基づいた支援の実現を明示している。 ●利用者個々人に、日々の生活において実施したいこと等要望を常に伺う体制があり、また利用者からも要望等を出しやすいよう、職員全員でコミュニケーション、見守り等を実施している。 ●理美容や日用品購入に関する専用店の利用、要望に基づく外出など、利用者本人の意見や考え、要望に基づいた支援を実践している。 | | |
| A-1-(2) 権利擁護 | | |
| A② | 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。 | ○ a c |
| <コメント> ●あかぎ育成園基本方針に、知的障害者権利擁護支援（生命の尊厳・個人の尊厳・人権擁護・プライバシー保護・自己決定権・財産管理・社会意識の改革・不服の申し立て）が明示されている。 ●虐待防止委員会があり、虐待防止マニュアルが整備され、毎月支援に関する見直しや検討を行い、虐待防止を推進している。 ●利用者の状況等により、やむを得ず身体拘束に該当する対応を図る場合には、マニュアルに従い、一定の手順により保護者に連絡・説明・同意をいただいた上で実施し、記録をとり、管理している。 | | |

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 b・c |
| <コメント> ●職員行動規範に、利用者の自立を促す支援実践に関する内容が明示されている。 ●「利用者の尊厳と人権を守る、自己実現に向けた専門的支援の実施、自らの潜在的な力を発揮できるような支援、成年後見制度及び日常生活自立支援事業の普及・啓発、利用者の自己選択権・自己決定権を重んじます」が明示されている。 | | |
| 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。 | ○ a b・c |
| <コメント> ●言語によるコミュニケーションが図りにくい利用者には、代替コミュニケーションである写真・絵カード等を活用している。 | | |

| | | |
|--|--|-------|
| <p>●利用者の表情・行動等から意思を読み取る関わりを実践している。</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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>●倫理綱領に意思決定支援が明示されている。</p> <p>●毎日の生活の中で、要望や意見等はいつでも申し出ができる状況があり、生活支援員が主として伺い、すぐに対応ができる内容はすぐに支援実践をしている。</p> <p>●すぐに支援実践に繋がらない内容は担当班に報告され、班による検討、支援実践の計画案が出され、上位者により検討の上、支援実践に繋げている。</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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>●職員行動規範に、あらゆる場面において選択の幅を広げるように努めると明記されている。利用者が日々の生活全般において、衣類・活動・外出などが自由に選択できるよう対応をしている。必要な情報等は掲示をすることで周知を図っている。</p> <p>●自治会について、活動内容や行事、レクリエーション等を利用者が主体となって企画、参加していただけるよう、自治会担当職員と利用者間で定期的に話し合う場を設け、対応をしている。</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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>●「障害特性について」が整備され、全職員への配布及び館内掲示をしている。</p> <p>●不適応行動や行動障害については、支援手順書にサービス提供の手順を明示し、支援実践に繋がるよう対応を図っている。</p> <p>●不適応行動や行動障害に関する外部研修を計画し、職員に受講させ、支援の質の均一・向上を図っている。</p> <p>●入浴の順番や、食事席、居室など、利用者の状況に合わせ、利用者が落ち着いた日常を送ることができるよう、適宜検討・変更等を図っている。</p> | | |
| A-2-(2) 日常的生活支援 | | |
| A⑧ | A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的生活支援を行っている。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>●日常的生活については、食事支援マニュアル・入浴、清拭支援マニュアル、排泄支援マニュアル、移動・移乗支援マニュアルが整備されており、支援の均一化を図っている。</p> <p>●利用者個々人の生活状況、要望等については、個別支援計画に明示され、支援を実践している。</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。 | (a) b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●利用者間の関係性も考慮した上で、居室調整を実施している。 ●居室、トイレ、食堂、廊下など、生活空間は日々清掃を実施し、快適性、安心・安全に配慮した生活環境となるよう対応をしている。 | | |
| 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。 | (a) b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●個別支援計画に機能訓練・生活訓練の要素を記し、日中活動において実施している。 ●園庭や廊下を活用した歩行訓練、ストレッチやマッサージを実施している。 ●機能訓練内容については、主治医に意見を伺い、看護師の判断を基に実施している。 | | |
| 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) b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●毎日2回検温を実施、また常に健康観察を実施し異常の早期発見・早期対応に努めている。 ●嘱託医と連携を密にし、月1回の往診、年2回の健康診断及び年1回レントゲン対応を実施している。精神科医には毎月、利用者の生活状態等を報告し、状態に応じた薬の調整等を行っている。 ●年1回、嘱託医による研修を実施している。 ●緊急時における連絡方法が整備されており、利用者急変時の手順や関係機関等への連絡方法等が示されている。 | | |
| 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。 | (a) b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●事業計画に保健が明示されている。 ●保健観察、安全管理、感染管理、救急時対応、怪我・嘔吐・下痢・便秘・腸閉塞・発熱・気道異物の対処法（窒息）・誤飲防止対策が明示され、対応・対処ができる体制となっている。 ●感染症胃腸炎の発生時対応マニュアルが整備されている。 ●年間の研修計画において、医療的内容に関する外部研修を職員に受講させることで、より適切な手順、安全管理体制となるよう対応を図っている。 | | |
| 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●群馬県主催の福祉に関する催事や、地域の商業施設等のイベントに関するポスターやチラシを館内に掲示している。 ●各議員選挙時は、期日前投票の要望を伺い、投票をしていただけるよう対応を図っている。 ●関係者のお墓参り、友人知人との手紙のやり取り、文字の書き取り、神事である山開きの日の催事への参加など、利用者の要望に基づき、個別支援計画に反映させ、支援実践をしている。 | | |
| 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●利用者、保護者には保護者会において、地域移行に関する情報を説明している。 ●地域移行を要望する利用者については、地域移行を見据えた個別支援計画を策定し、TPOに応じた衣類準備及び着用、持ち物、見通しを立てるなど、実際の内容を含めて対応を図っている。 | | |
| 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ●2か月毎に保護者会を開催し、保護者に来園をしていただけるよう対応を図っている。施設側の情報提供、保護者からの要望等を伺う場としている。 ●利用者個々人毎の、班だよりを毎月発行し、近況報告や行事参加時、外出時などの情報を紙面を通して報告をしている。利用者本人の手紙を添えることもある。 ●利用者の状況等の変化、怪我等の際には、速やかに保護者に状況説明の報告をしている。 ●事情等により来園ができない保護者については、利用者と職員で面会に出向く対応や、テレビ電話等を介し、保護者との交流が図れるよう対応をしている。 | | |

A-3 発達支援

| | | 第三者評価結果 |
|------------------------|--|---------|
| A-3-(1) 発達支援 | | |
| A⑯ | 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。 | a・b・c |
| <コメント> ●該当サービスではない。 | | |

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> ●該当サービスではない。 | | |
| 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> ●該当サービスではない。 | | |
| 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> ●該当サービスではない。 | | |