

## 評価結果表（障がい）愛生園

### 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・基本方針ともに明文化され、ホームページやパンフレットにも記載されています。職員への周知についても施設長より詳しく説明がありよく周知されています。家族利用者については分かりやすい説明文を加えることにより理解が進むと思われます。	

#### 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	福祉を取り巻く動向等については、幅広い情報の収集・分析がされそれらを経営会議、職員会議等で施設長より自施設のおかれている経営状況について情報が提供されています。	

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。		a
評価コメント	幅広い情報の収集分析の下、法人経営会議、施設の経営会議においてコスト分析、待機者状況の把握や稼働率の把握などが全職員に周知されています。	

#### 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	法人の経営方針・経営計画骨子等を基本に詳細に3ヶ年の計画が詳細に立てられています。各年度において事業計画の総括が行われ次年度の計画に反映されています。具体的な数値目標を設定し成果の検証がされています。	

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	中・長期計画に基づき前年度の事業計画の評価、反省・分析というPDCAサイクルにより事業計画が立てられています。最終的には会議で全職員に周知されるなど組織的に行われています。
--------	--

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	事業計画の策定については、前年度の事業計画の評価・反省・見直し・分析をし事業計画の見直しをしています。年度初めの職員会議の場で施設長より計画の説明がされ全職員に周知されるなど組織的に取り組まれています。	

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。		a
評価コメント	事業計画についてはホームページの掲載や利用者、家族との意見交換会時説明をするなどの周知を図っています。実際に利用者さんに聴取しました。取り組みについては大体理解しているとの回答を得ました。	

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	事業計画の中に良質な福祉サービスの目標、具体的実施が策定され、自己評価、顧客満足度調査・第三者評価・IS09001の活用により各種マニュアルの充実など質の高い取り組みがされています。	

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	各種評価・調査等の結果に基づき課題・改善計画が策定され、策定された改善計画は全職員へ周知が図られています。顧客満足度調査で明らかになった利用者の要望などはすぐに支援の変更がされるなど計画的に行われています。	

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。		a
評価コメント	施設長としての役割、責任については、事業計画、業務分掌に明記されています。常に施設のあるべき姿を模索し職員への周知を図っています。施設長不在時における権限については業務分掌に明記されています。	



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	全国の経営協からの情報や社会的情報を的確に把握し、法人経営のための基本姿勢として常にコンプライアンスを念頭に置きながら健全な施設経営の確立を目指して具体的な推進に取り組んでいます。	

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	サービス向上部会を中心として第三者評価や顧客満足度調査などによりサービスの改善を行っています。またISO9001を活用して各種マニュアルの充実を図るなど意欲的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行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	毎月の法人の経営会議、企画会議等の参加を通じて各事業の経営状況の把握に努め、課題について職員への周知を図るとともに職員一丸となって取り組む姿勢が見られます。	

## 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	法人の事業計画に明記され方針が示されています。また人事考課制度の導入がされ、研修体制が確立しています。資格取得等に関しての支援がされるなど、働きやすい目標の持てる職場環境づくりに努めています。施設内外研修にも積極的に派遣するなど人材確保、職員の質の向上に取り組んでいます。	

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	人事管理の仕組みについては定款による各規程が詳細に整備され計画的に人材の確保や育成が実施されています。また人事考課制度の概要に沿って評価・分析が行われていますが改善策の検討が望まれます。	

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	職員の就業規則が整備され労務管理に関する責任体制も明確にされています。勤怠管理を行い有給休暇消化について計画的に取得できるようにしています。外部の専門家により職員へのメンタルヘルス面談などができるような配慮がされています。
--------	---

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。		a
評価コメント	人事考課制度の概要に「期待する職員像」が明記され新規採用職員には研修ノート、チェックリストを活用し達成目標を明確にしています。また他の職員に対してフィードバック面接を行うなど達成目標の確認をしています。	

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。		a
評価コメント	研修部会を中心として年間研修計画が立てられています。階層別研修の取り組みや資格取得のための支援にも力を入れています。また研修計画の評価・見直しが定期的に行われています。	

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	職員のスキルアップ資質の向上を図るための研修体制が確立しています。新任職員についてはエルダー制を採用し個別育成を図っています。施設内研修、県内外研修参加など職員が一人ひとりが教育・研修の場に参加できる配慮がされています。	

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。		b
評価コメント	介護実習マニュアルが作成され受け入れ態勢は整っていますが施設の立地条件（交通の便等）で受け入れが少ないようです。受け入れのために施設でできることなど研究し福祉人材の育成のための体制の整備が望まれます。	

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。		a

評価コメント	ホームページ、広報誌、パンフレット等により法人、施設の理念・基本方針等の情報が公開されています。地域にむけてもパンフレットの配布をするなど透明性の確保の取り組みがされています。また情報公開規程により積極的な公開をすることが文書化されています。
--------	---

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	法人の規定集に事務・経理に関することが明文化されています。また業務分掌の中に責任が明確にされています。定期的に外部の税理士による会計チェックを受けアドバイスを受けています。法人の幹事監査は年1回受けています。	

## 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	年間事業計画の中に地域との交流については文書化されています。地域の行事、祭り等には積極的に参加し交流を深めています。利用者のニーズに応じて地域の商店への買い物などを通して地域とのかかわりを深めています。	

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。		a
評価コメント	ボランティアの受け入れについては、マニュアルを作成し受け入れをしています。高校の職場見学や、中学校の職場体験実習などの受け入れも積極的に行っています。	

### 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	地域の身障連合会に利用者も参加し情報交換を行ったり、木城町役場の医療介護支援マップなど活用しています。今後は社会資源の状況把握など広く関係機関とのネットワークを構築し、共通の問題、課題等についての検討していくことが望まれます。	

### 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り組みが行われている。		a
評価コメント	地域のふるさと祭りに参加する中で、福祉機器の展示や自宅で行える体操、介護相談など施設の持つ介護機能を住民に提供しています。また生活困窮者に対する相談支援事業の実施や社会福祉協議会と連携したサロン活動など積極的に行っています。	

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	木城町内の福祉ニーズだけにとどまらず、児湯全体を捉えた活動が展開されています。山村部における高齢者介護拠点の整備、支援学校生の放課後の支援などの活動が展開されています。また施設が福祉避難所として台風時には地域の人を受け入れるなど、地域のニーズに応える活動がされています。	

### 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	基本理念や倫理綱領に利用者の人権と人格を尊重し、利用者本位のサービス提供を謳っています。年間事業計画説明時、階層別研修、新規採用職員研修等を通して、全職員に周知徹底されています。個別支援計画書は、利用者や家族等の同意を得ながら作成されています。	

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、身体拘束に関するマニュアル等に則り、利用者や家族等に同意を得ながら、サービスが提供されています。利用者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。	

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。		a
評価コメント	施設情報については、わかりやすく写真、図、絵を利用したホームページ・パンフレット・ご利用案内にて確認できるようになっています。利用希望者の見学や体験利用も適宜対応できるように配慮されています。	

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	利用者等の障害特性を考慮したツール（筆談や絵など）を利用しながら説明し、理解や同意が得やすいように配慮されています。重要事項説明書等にはルビを振り、すぐに確認できるように施設内にも掲示されています。看取り状態等で意思決定が困難になった場合でも定められた手順に沿って、家族等への説明に努められています。	



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	<p>相談支援事業所と必要時や定期的に連携を取りながら、施設での状況を報告し、連動したサービス計画書が作成されています。医療機関への移行等が多く、引継ぎ文書等は、パソコンソフトからすぐに出せるようになっていました。また、福祉サービスの利用終了後も、相談窓口として、職員を配置し、利用者・家族等が相談しやすい体制が整えられています。</p>	

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	家族会は実施されていませんが、面会時や電話連絡時に家族等より意見や要望を毎回聴取されています。また、顧客満足度調査を年1回実施し、結果を見やすくグラフ等にして分析・検討がされています。改善項目は全職員に回覧して、目に見える場所に掲示したり、毎回勤務開始時にチェックリストに記入したりするなどの意識づけの対応がされています。	

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。		a
評価コメント	苦情解決体制要綱を整備し、年1回の見直しをされています。苦情解決の体制や仕組み等を重要事項説明書に明示し同意を得たり、ユニットごとに内容を掲示したり、理解が進むように配慮されています。1階フローに苦情受付箱も設置されていますが、利用は少ない状況です。苦情等があった場合は、要綱に則って事故対策・苦情処理対策委員会で検討し、記録を残し、全職員と共有し、再発防止に取り組まれています。	

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。		a
評価コメント	第三者委員の連絡先や公的機関の相談窓口を重要事項説明書に明記して説明がされています。苦情受付担当者を配置し、居室が全室個室のため、利用者・家族等が個別に相談できるように配慮されています。また、月1回利用者との意見交換会を開催して、意見を述べやすい機会を設けられています。意見を表出できない利用者やケース記録等で普段見られない報告があった場合には、意図的に居室を訪問したり、声を掛けたりして、話しやすい環境を作ることに努められています。	

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	利用者からの相談や意見に対して、苦情相談以外は支援経過に記録して適時検討がされています。すぐに対応できないものは上司等に相談し、会議等にかけて組織的に検討するという対応がされています。	

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。		b

評価コメント	事故防止マニュアルを整備し、体制や責任、手順書を明確にし、年1回の見直しがされています。事故対策・苦情処理対策委員会を毎月開催し、事故やヒヤリハット報告書の分析や原因の追究をし、職員に周知し、再発防止に取り組む必要があります。
--------	---

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を整備し、責任と役割を明確にし、年1回の見直しがされています。感染予防対策委員会を3か月に1回実施し、感染症の知識を高め、予防や対応が検討されています。また、衛生委員会を毎月実施し、嘱託医から感染症への対応方法等の助言がされています。感染症の流行状況等に合わせてこまめに会議を開催し、適切な対応に努められています。	

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や非常災害時給食マニュアルにて災害時の体制について記載されており、年1回の見直しがされています。洪水時の避難確保計画も整備されており、台風接近時には対策会議を必要時に開催されています。総合防災訓練を年2回開催し、消防署や地域の消防団等との連携が図られています。停電時には、非常用電源を確保し、エレベーター利用無しで2日間は生活できるように設備されています。	

### 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・排泄・食事介助等の福祉サービスについて、利用者の尊厳、プライバシーの保護、権利擁護に関する姿勢がマニュアル化されています。各グループ各部署にマニュアルを配布して、いつでも確認できるようにされています。職員への周知方法としては、褥瘡予防研修や介護技術研修等を実施したり、エルダー制により個別に伝えたりして、標準的なサービスが提供できるように取り組まれています。	

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	マニュアルについては、職員や利用者の意見を反映して最低年1回の見直しがされています。また、介護機器の変更や手順がわかりにくい場合は、カラー写真や絵等も利用して、随時見直しに努められています。	

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	個別支援計画策定の責任者を業務分掌に定めて、関係する様々な職種とケアカンファレンスが実施されています。生活環境・健康・日常生活活動・コミュニケーション・社会生活技能・社会参加、余暇活動の6領域のアセスメントやモニタリングにもとづいて、ニーズを明確にして個別支援計画に反映されています。実施状況は、システムに入力し、いつでもすぐに確認できるような体制が取られています。	

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、必要時と6か月に1回見直しがされています。再アセスメントとモニタリングを実施し、ニーズや課題等の検討がされています。計画内容の変更については、申し送りやシステムを利用して、職員に周知徹底されています。	

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	利用者の身体状況や生活状況等は、毎日パソコンに入力し、ケース記録として毎月提出し、常に情報共有できる体制がとられています。システムを利用し、全体への情報、部署ごとのグループごとの情報を分別し、各自がログインし、確認できるようになっています。日常業務ではインカムを活用して、出勤職員間の情報共有が図られています。	

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、個人情報保護規程、文書取扱規程が定められています。入所時に利用者や家族等に個人情報に関する説明を行い、書面にて同意が得られています。記録の管理については、管理文書一覧表に責任者、場所、保管年数を明記し、不適正な使用や情報漏洩防止に取り組まれています。	

## A-1 利用者の尊重と権利擁護

### A-1-(1) 自己決定の尊重

46	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。		a
評価コメント	利用者の意思や希望を把握するために、アセスメントを実施し、個々に合わせた個別支援計画が作成されるよう取り組まれています。買物が難しい利用者に対しては、ネットを利用して事前に確認してもらい、利用者の意向に沿った商品を選択できるように対応されています。	

A-1-(2) 権利擁護

47	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	職員に対して利用者虐待防止チェックリストを年2回実施して、支援姿勢や行動について点検・振り返りを行い、早期発見に努められています。身体拘束に関するマニュアルも整備され、身体拘束防止委員会を3か月に1回開催されています。身体拘束にならないようあらゆる対応策を駆使し、利用者や家族等と話し合いを重ね、身体拘束「ゼロ」に取り組まれています。	

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本

48	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	アセスメントを実施し、一人ひとりの状況や意向を取り入れた個別支援計画書の作成に配慮されています。ADL、IADLなど自分で出来ることは自分でして、出来ることを増やしていく、出来ないところを助言や支援するように個々の状況に合わせて取り組まれています。	

49	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	言葉でのコミュニケーションが困難な利用者には、筆談やジェスチャー、イラスト等を交え、個々に合わせたコミュニケーションツールを駆使して、対応されています。意思疎通の困難な利用者に対しては、個別で対応を行い、表情の変化や態度で情報を汲み取る努力をされています。	

50	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	利用者の意向や意見を聞く機会としては、毎月の意見交換会、苦情受付箱、個別支援計画作成時等がありますが、居室にいる時間や利用者の希望時などの機会も大切に対応されています。日々の会話の中から出てきた利用者からの意見については、記録を残し、随時対応できるように取り組まれています。	

51	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	年間事業計画書の各種活動の中にグループ活動や余暇活動等のメニューを明記し、年度末に内容の検討・見直しがされています。また、リハビリの一環としてリラクゼーション訓練を第1水曜日、アクティビティ訓練を第2・4水曜日に実施し、楽しんで参加できるような様々なメニューが提供されています。利用者の希望された活動や訓練は、個別支援計画書や個別支援表に明記され、実施状況等を記録し、検討・見直しをかけながら取り組まれています。	

52	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	医師等により利用者の障害特性に関する研修が実施されています。ケア記録をもとにその都度状況に合わせた支援や環境の見直しをかけた支援に取り組まれています。	

#### A-2-(2) 日常的な生活支援

53	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・入浴・排泄等の支援については、個別支援計画書や個別支援表に明記され、6か月に1回見直しがされています。年1回食事の嗜好調査を実施し、検討を行うことで利用者に喜んでいただける食事の提供ができるように努められています。	

#### A-2-(3) 生活環境

54	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	居室や浴室、食堂等は清掃や温度管理に配慮されています。全室個室のため、利用者の状況に応じた安心・安全を確保しつつ、利用者の好みや使い慣れたもので使い勝手がよい配置が自由にできます。他利用者に影響を及ぼす状況になった場合でも個室のため、自室での対応が可能です。日常生活の支援においては、ノーリフト介護を推進し、利用者、職員の両者に安心・安全な取り組みがされています。
--------	--

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練

55	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	理学療法士等を中心にリハビリテーション実施計画書に則って、機能訓練・生活訓練が実施されています。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・見直しがされています。	

A-2-(5) 健康管理・医療的な支援

56	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	利用者の急変時等の対応については、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。夜間急変時の対応の手順は、紙面で張り出し、夜勤開始時に毎日読み合わせがされ、迅速に対応できるように取り組まれています。利用者の健康状態観察は、毎日実施され、記録に残し、職員間で共有されています。年1回健康診断、年2回採血を基本とし、個別に必要な血液検査等は適宜実施され、健康状態の早期把握にも努められています。	

57	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、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等に則った支援が提供されています。介護職員による喀痰吸引は現在には行われていませんが、いつでも緊急時に対応できるように年2回手技確認を実施されています。また、心肺蘇生訓練についても年1回は必ず全職員が研修に参加できるように取り組まれています。	

A-2-(6) 社会参加、学習支援

58	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行うことを明示しています。地域の回覧板等で地域の行事等の情報を収集し、利用者にチラシや口頭で情報提供されています。地域で開催されるスポーツ大会やお祭り等に参加されていますが、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が不十分なようです。	

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

59	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等と連携を図られています。しかし、利用者や家族等による地域生活への移行の希望が少ないため、積極的に意欲を高める支援や工夫の取り組みが不十分なようです。	

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

60	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	家族等に対しては、必要時、面会時、個別計画書作成のカンファレンス時に利用者の状況を報告されています。2か月に1回グループだよりを送付し、書面にて各利用者の近況報告がされています。面会の少ない家族等には、2か月に1回電話にて連絡をとられています。家族より複数の連絡先を提示してもらい、利用者の急変時に迅速に連絡ができるように対応されています。	



### A-3 発達支援

#### A-3-(1) 発達支援

61	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		

### A-4 就労支援

#### A-4-(1) 就労支援

62	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		

63	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		

64	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		