

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

1 評価機関

名 称	特定非営利活動法人 CSウオッチ
所 在 地	兵庫県明石市朝霧山手町3番3号
評価実施期間	2013年 6月30日～ 2014年1月31日 (実地 (訪問) 調査日2013年12月20日)
評価調査者	HF05-1-0056 HF10-1-0018 HF12-1-017

2 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団 (施設名) 五色精光園 成人寮	種別：障害者支援施設 (施設入所支援・生活介護)
代表者氏名：理事長 久保 修一 (管理者) 施設長 池 幸美	開設(指定)年月日： 昭和・平成 53年8月1日
設置主体：社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団 経営主体：社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団	定員 80名 (利用人数)
所在地：〒656-1332 兵庫県洲本市五色町広石北847	
電話番号：0799-35-0231	FAX番号：0799-35-0844
E-mail： seikouen@athena.ocn.ne.jp	ホームページアドレス： http://www.hwc.or.jp/seikouen/

(2) 基本情報

理念・方針						
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者や地域から信頼され、選ばれる施設づくり ・誰もが、“地域で支え合い、自分らしく生きる”ことができる社会の実現をめざす 						
力を入れて取り組んでいる点						
1. 365日24時間 看護師配置の安心安全な施設運営						
2. 歯科衛生士資格を有した職員を配置しての口腔ケアの実践と検証						
3. 障害特性に対応したユニット型支援(特に重度・虚弱・高齢者対象ユニットの運用検証)						
4. 居住と日中の「場」を区別した支援						
5. 研修委員会による職場内研修の実施(非正規職員を含む全職員対象)						
職員配置 ※()内は常勤	職 種	人 数	職 種	人 数	職 種	人 数
	施設長	1 ()	事務員	2 ()	サービス管理責任者	2 ()
	支援員	53.4 ()	看護師	4.6 (0.8)	栄養士	1 ()
	医師	(0.2)	その他	(1.8)		()
施設の状況						
<p>当成人寮は昭和53年8月に淡路島のほぼ中央部洲本市に開設、平成24年1月に県下で初めての高齢・重度化に対応したユニットとして改築整備された。</p> <p>施設内環境は、快適で広い空間を確保し、清潔で明るい環境の基で、利用者本位及び地域に密着したサービス提供が行われている。</p>						

3 評価結果

○総評

◇特に評価の高い点

- ・五色精光園において、構造・プロセスはいずれも明確であり、手順も良く整備され、手順に沿った組織運営とサービス提供が行われ、P-D-C-Aサイクルの思想も定着しサイクルは良く回っています。一方外部関係では、「高齢・重度化」先端テーマ等の発表など積極的に外部発信され、また地域ネットワークから利用者ニーズを把握・活用され、これらの活動が利用者・家族等・職員の活性化に繋がっています。
- ・口腔ケアの取り組みでは平成25年度第36回全国社会福祉事業団協議会に研究発表のテーマに挙げ発表し優秀賞を得、その内容を食事前の嚥下訓練、一人ひとりの栄養計画等に反映し、日々のケアに活かしています。

◇特に改善を求められる点

- ・利用者のニーズを尊重した個別支援計画は、当園事業計画骨子にも記載されたICF理論を活かした個別支援の定着が求められています。的確なニーズ把握のためにアセスメント、課題分析など各プロセスのより丁寧な取り組みを望みます。

○第三者評価結果に対する事業者のコメント

開設35年が経過する中、今までの支援の総振り返りを全職員で行う良い機会となりました。

まず、評価を受ける過程において、職員の自覚、改善意識の醸成とともに課題の共有化が促進されました。そしてその実践と課題について専門的、客観的立場から評価をいただき照らし合わせる中で、強みと弱みを知り、改善すべき点への具体的な目標を持つとともに自信と励みにもなりました。

ご指摘いただいた事項を踏まえ、今後のさらなるサービス向上に結び付けていきたいと考えます。

○各評価項目に係る第三者評価結果

(別紙1)

○各評価項目に係る評価結果グラフ

(別紙2)

評価細目の第三者評価結果

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、基本方針を確立されている。	
I-1-(1)-① 理念を明文化されている。	Ⓐ・b・c
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針を明文化されている。	Ⓐ・b・c
I-1-(2) 理念や基本方針を周知されている。	
I-1-(2)-① 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	Ⓐ・b・c

特記事項

- ・「事業団憲章」「職員倫理綱領」に理念を、基本方針は「新経営10か年計画第2期実施計画(基本計画)及び平成25年度五色精光園事業計画骨子及び事業団パンフレット、ホームページ等に明文化し、確立されています。
- ・全職員配布の職員ノートや職員必携(手帳)に記載された理念・基本方針(5つの柱)等は朝礼、会議体等で唱和と内容と照らした説明を行い、あったかサポート実践活動自己評価で職員への周知の有効性確認を図っています。
- ・利用者等には、るび等付し判り易い工夫を凝らし、利用者会、家族会等及び1回/年行う満足度調査アンケートで方針・計画等理解への項目を設け、また評価・分析後質問に対しては、随時活用ファミリーレターで迅速に回答し、周知の有効性確認を行っています。

Ⅰ-2 計画の策定

	第三者評価結果
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画を明確にされている。	
I-2-(1)-① 中・長期計画を策定されている。	Ⓐ・b・c
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画を策定されている。	Ⓐ・b・c
I-2-(2) 計画を適切に策定されている。	
I-2-(2)-① 計画の策定を組織的に行われている。	Ⓐ・b・c
I-2-(2)-② 計画を職員や利用者等に周知されている。	Ⓐ・b・c

特記事項

- ・新経営10か年計画第2期(24年度～28年度)実施計画に基づく平成25年五色精光園事業計画骨子は、重要課題の個票及び事業実行計画表に展開され、計画目標は具体化されています。
- ・計画策定のプロセスは明確で、定められた手順により組織的に行われ、P-D-C-Aサイクルモデルは定常運用化されています。
- ・計画目標の進捗状況は、定めた手順で実施されていますが、特に事業計画目標進捗確認は、月例の当該議事録ではどの目標の審議が確認しにくい内容となっています。組織運営の最重要指標でもあり月次進捗等明確化への工夫が望まれます。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
I-3-(1) 管理者の責任を明確にされている。		
I-3-(1)-①	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	Ⓐ・b・c
I-3-(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・c
I-3-(2) 管理者のリーダーシップを発揮されている。		
I-3-(2)-①	質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c

特記事項

- ・管理者は自らの役割と責任を職員に対し表明し、自ら遵守すべき法令等に関する研修等に参加し、法人策定のコンプライアンス指針に基づく活動にリーダーシップを発揮されています。五色精光園に係る法令は、関連法令集等と法令専門窓口へのアクセスにより維持する仕組みになっています。当園に係る法令(含福祉分野以外)の一覧化(含アクセスアドレス)と夫々の最新版管理(Ex. 少なくとも1回/年変更有無等確認)等の工夫を望みます。
- ・利用者本位の理念に基づく個々サービス手順や留意点等きめ細かく制定された「五色精光園サービス標準化指針・マニュアル」を整備活用し、あったかサポート実践活動等で実施の有効性確認を推進し、質向上に向け指導力を発揮しています。
- ・当園の地域・設備(ユニット型)・利用者特性等より平成21年度から1.7名体制への経営・業務効率化推進を図っております。また、これらの特性より把握した「重度障害者高齢化」の県下先端テーマを提案制度の活用等により積極的な改善を進め、平成24年度420名及び当年度も見学者が引続き、利用者等及び職員に意欲向上への一助ともなる指導力をも発揮しています。

評価対象II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
II-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境を的確に把握されている。	Ⓐ・b・c
II-1-(1)-②	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	Ⓐ・b・c
II-1-(1)-③	外部監査等を実施されている。	Ⓐ・b・c

特記事項

- ・兵庫県知的障害者施設協会に属し、淡路圏域自立支援協議会、淡路圏域三市行政等、また当園併設かがやき事業所相談支援事業等との連携により、内外環境変化を的確に把握されています。
- ・把握した内外環境を基に当園の地域・設備・利用者特性等より経営状況分析し、改善課題を発見する諸取組みを実施しています。

II-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
II-2-(1) 人事管理の体制を整備している。		
II-2-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランを確立している。	Ⓐ・b・c
II-2-(1)-②	人事考課を客観的な基準に基づいて行われている。	Ⓐ・b・c
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		

II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みを構築されている。	Ⓐ・b・c
I-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	Ⓐ・b・c
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	
II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢を明示されている。	Ⓐ・b・c
II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画を策定し、計画に基づいて具体的な取組が行われている。	Ⓐ・b・c
II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	Ⓐ・b・c
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。	
II-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にした体制を整備している。	Ⓐ・b・c
II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	Ⓐ・b・c

特記事項

- ・法人主導の人材育成基本方針に基づく職員像により人材育成の基本方向を示し、これらに基づく人事管理及び研修を法人主導の仕組みの中で計画的に推進し、職員の質向上に向けた体制はできています。当園職員の内外研修における研修受講後の有効性確認の定着化を望みます。
- ・ユニットリーダーに若手職員管理育成も含めた布陣を図り、職員の質向上に向け自ら積極的な支援・指導の取組を行っています。

II-3 安全管理

	第三者評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。	
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制を整備し機能している。	Ⓐ・b・c
II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	Ⓐ・b・c

特記事項

- ・緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応等を含めた「五色精光園サービス標準化指針・マニュアル」に基づく手順により実施され、あったかサポート実践活動の全職員自己評価等による有効性確認が行われ利用者安全確保の仕組みは確立されています。
- ・事故・ヒヤリハット活動の仕組みは明確で、また、口腔ケア等、特に食事前の嚥下体操は利用者がリーダーとなり実施され利用者を含めた安全予防活動は積極的に推進されています。
- ・事故・ヒヤリハット活動を含めた日常業務における業務改善の芽を顕在化し、定着化されたP-D-C-Aサイクルをスパイラルアップさせる配慮を望みます。

II-4 地域との交流と連携

	第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係を適切に確保されている。	
II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	Ⓐ・b・c
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	Ⓐ・b・c
II-4-(1)-③ ボランティア受け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・c
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	Ⓐ・b・c

II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	(a)・b・c
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	(a)・b・c
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	(a)・b・c

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> 当園の設備・利用者特性を生かした利用者地域との関りは、地域で支えあう仕組みづくりの目標に基づき地域包括ケアシステム、ネットワークづくり等計画的に推進されています。これら特性より把握した「重度障害者高齢化」テーマ等より「発達支援セミナー」等地域に向け継続的に開催し、また併設かがやき事業所との連携により地域ニーズに合わせた利用者の参加機会の推進を図っています。 地域への理解等を目的とした園祭は、地域住民、利用者、ボランティア等約700名近くの盛大なイベントとして毎年実施され地域ニーズ収集、利用者とのコミュニケーション等機会の場として役立たせています。 自立支援協議会各委員会活動を基にした地域ネットワーク等にて福祉ニーズを把握し、これらに基づく地域福祉向上のための取組を提案制度を活用した先端論文等発表し、県内で優秀賞等の結果を得る結果に結びつけています。

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を明示している。	
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した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
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	(a)・b・c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上向上に努めている。	
Ⅲ-1-(2)-① 利用者の満足の上向上を意図した仕組みを整備している。	(a)・b・c
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上向上に向けた取り組みをおこなっている。	(a)・b・c
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	
Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	(a)・b・c
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みを確立し、十分に周知・機能している。	(a)・b・c
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	(a)・b・c

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> 利用者本位のサービスの提供の事業目標に基づき、サービス提供の仕組みは利用者のプライバシー保護に関する手順を含む各種個々サービス手順や留意事項等詳述記載の「五色精光園サービス標準化指針・マニュアル」整備され、法人主導のあったかサポート実践活動の中で、共通の理解を推進する活動を実施しています。 利用者・家族に関しても定期的に満足度調査を実施し、定められた委員会等で検討し、結果を家族会、家族等へファミリーレター等活用し報告を行っています。満足度調査は、わかり易くかつ詳細な問合せ項を設け、評価・分析がし易い内容となっています。 意見や苦情は、定められた手順により実施され、検討委員会において話し合いを行い苦情予防についても迅速に対応する仕組みが確立されています。
--

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組を組織的に行われている。	
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法を確立している。	
Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化され、サービスを提供されている。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みを確立している。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録を適切に行われている。	
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行われている。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制を確立している。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	Ⓐ・b・c

特記事項

- ・質向上の取組みとして県ガイドラインに基づく自己評価を2回/年行い、課題を明確にし「あったかサポート実践活動」等を活用し、改善を計画的に進めています。
- ・個々のサービスの標準的な実施方法は「五色精光園サービス標準化指針・マニュアル」等に整備され、毎年1月～3月のリーダー会で見直し検証の仕組みはできております。
- ・利用者に関するサービス実施状況の記録は「福祉の森」ソフトを活用し、適切に行われ、記録の管理体制は確立されています。
- ・利用者の状況等に関する情報は、「福祉の森」ソフトにより職員間で共有化され、共有フォルダも各ユニット間の連絡等に活用され、カンファレンスやサービス計画策定等サービスの質の向上に繋がっています。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始を適切に行われている。	
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	Ⓐ・b・c

特記事項

- ・サービス内容がひと目でわかる様に写真やイラストを用いる等して利用者目線でわかり易くした資料は、誰にでも入手しやすい場所に設置され見学や体験に対しても柔軟に対応し、突然の訪問に関しても対応できるようにスタッフを整え、利用開始はこれら資料等を活用し、定められた手順により行われています。

<ul style="list-style-type: none"> ・契約や重要事項説明書は、料金形体がわかり易くい説明が出来る様に別紙を作成する等の工夫をし、利用者の生活に必要な事項は、時間をかけて説明、理解へ配慮し、同意を得て契約を行っています。 ・サービス終了後の対応は、必要に応じ説明や相談援助を行い、当施設で最期を迎えるにあたって看取りケアのマニュアルを整備し対応を行っています。
--

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。	
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	(a)・b・c
Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	(a)・b・c
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。	
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	(a)・b・c
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	(a)・b・c

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ・定められた手順に従い6ヶ月に一度は、利用者の身体・心身状況を定期的にアセスメントし、利用者課題を明確にしています。 ・日々のケアの中で身体上・精神上コミュニケーションが困難な状況等変化状況に対しモニタリングを行い利用者ニーズや課題を汲み取り必要に応じユニット会議や他職種を交えたカンファレンスで評価・見直しをする仕組みができています。

評価対象A 内容評価基準

A-1 利用者の尊重

	第三者評価結果
A-1-(1) 利用者の尊重	
A-1-(1)-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	(a)・b・c
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	(a)・b・c
A-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制を整備されている。	(a)・b・c
A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	(a)・b・c
A-1-(2) 利用者の権利擁護	
A-1-(2)-① 虐待(拘束、暴言、暴力、無視、放置、性的いやがらせ等)等の人権侵害について、防止対策を図っている。	(a)・b・c
A-1-(2)-② 自傷他害等については、その原因の究明除去とともに、適切な対応が行える体制がとられている。	(a)・b・c

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ・行事やクラブ活動の参加については誰でもが見える所に掲示されており、利用者が自分で選んで参加出来る仕組みや配慮がなされ、コミュニケーションが困難な利用者に関しても日々のケアの中で情報収集を行い、また、地域のボランティア活動を利用し余暇活動や生きがいづくりを行うなど工夫し、利用者会の連携で利用者の主体的な活動の見守りと支援を実施しています。 ・利用者会の司会/記録や日中活動プログラム(Ex. 音楽療法、健康体操、舞踏、太鼓)の実施に職員は側面的支援を行っている。現場視認の昼食前の健康体操は、利用者がリーダーとなり職員が側面支援の楽しい雰囲気で行われている事例でした。 ・虐待や自傷他害等は、定められた手順で対応し、事故・ヒヤリハット活動で虐待防止委員会で

是正検証を図り、「あったかサポート実践活動」自己評価により予防活動の有効性確認を実施し防止対策を推進しています。

A-2 日常生活支援

	第三者評価結果
A-2-(1) 食事	
A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスを用意されている。	(a)・b・c
A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫している。	(a)・b・c
A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	(a)・b・c
A-2-(2) 入浴	
A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	(a)・b・c
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	(a)・b・c
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	(a)・b・c
A-2-(3) 排泄	
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	(a)・b・c
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	(a)・b・c
A-2-(4) 衣服	
A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	(a)・b・c
A-2-(4)-② 衣類の着替え等の支援や汚れに気づいた時の対応が適切である。	(a)・b・c
A-2-(5) 理容・美容	
A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	(a)・b・c
A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	(a)・b・c
A-2-(6) 睡眠	
A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	(a)・b・c
A-2-(7) 健康管理	
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	(a)・b・c
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療を受けられる。	(a)・b・c
A-2-(7)-③ 内用薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	(a)・b・c
A-2-(8) 余暇・レクリエーション	
A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	(a)・b・c
A-2-(9) 外出・外泊	
A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	(a)・b・c
A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	(a)・b・c
A-2-(10) 所持金・預り金の管理等	
A-2-(10)-① 預り金について、適切な管理体制が作られている。	(a)・b・c
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	(a)・b・c

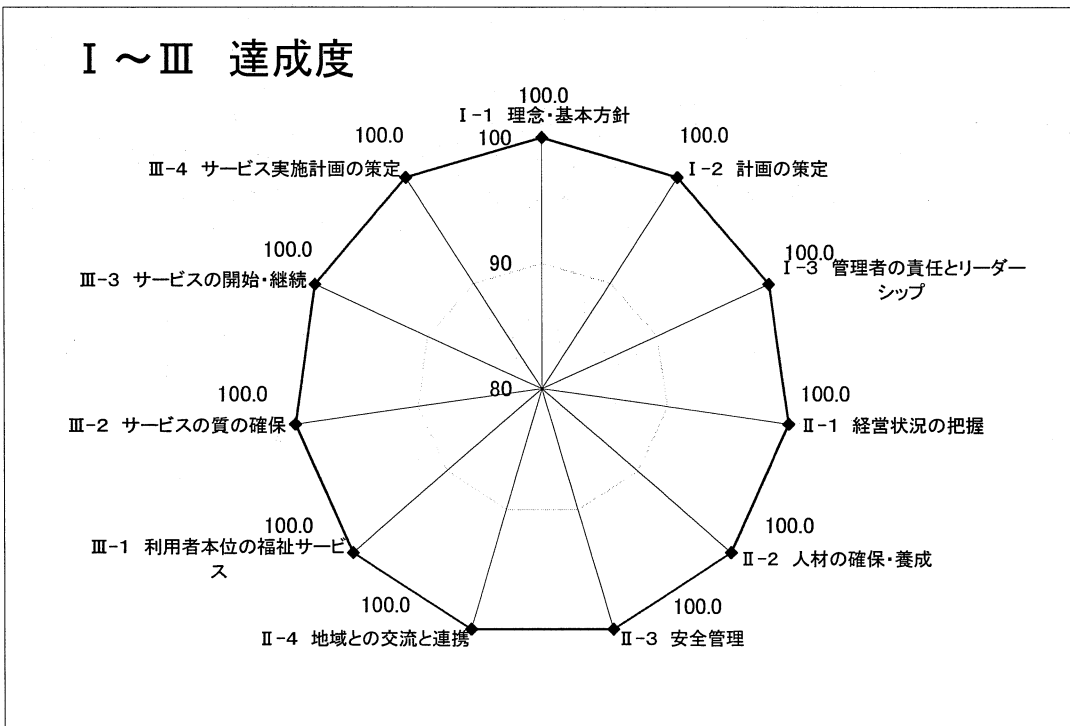
A-2-(10)-③ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。	㉠・b・c
---	-------

特記事項

- ・食事は、管理栄養士・言語聴覚士（ST）等の指導のもと個別支援計画や栄養計画が策定され、食事量や水分食事形態の記録やBMIを測定し、実施計画に基づき、また嗜好調査を実施し、美味しく、楽しく食べられるように工夫し、喫食環境も整備されています。また、外食なども積極的にケアの中で取り入れ工夫されています。
- ・入浴は、一人ひとりの健康状態を把握し計画に基づくサービスが実施され、個人の羞恥心への配慮から入浴導入部分から誘導・着脱・洗身において一人の職員で対応するなど一貫したサービスが行われています。原則毎日入浴で、定期的な入浴が行われており利用者個々の事情に合わせて入浴時間を変更しています。浴室床はコルク材を活用し、浴室・脱衣所環境はプライバシー保護を含め、適切で快適な環境となっておりです。
- ・排泄介助は、利用者一人ひとりの状況をアセスメントしケア計画を立て 各職員が周知徹底する中、状況に応じた細やかなケアが実施されている。また、トイレ等セラピストの指導を得て車いす用を改造整備し、清潔で快適な環境としています。
- ・衣服は、家族や利用者要望により準備し、汚れによる着替えや選択は手順に基づき実施しています。衣服買い物にボランティア等を活用し施設内に留まらず外出し衣服を自分で選り購入できるように支援しています。
- ・理容・美容は、原則本人の意思とし、不明瞭な場合や外部利用の送迎や連絡調整にボランティア等の支援も活用し、同行を行っています。
- ・睡眠は、居室はカーテンや仕切りを活用し、プライバシーが考慮され、自分の馴染みの道具を持ち込み、看護師の夜勤体制が整い、安眠への取組みが図られています。
- ・健康管理は、看護師の24時間体制が整い、定められた手順にて日常的な健康管理が実施されています。歯科衛生士によるブラッシング、口腔ケア等実践により、口腔内改善が見られ、成果を研究発表し、高位の結果と得ています。他に歩行訓練、嚥下体操、機能訓練、セラピストによる巡回指導等プログラムを実施し、生活の質向上に貢献しています。
体調変調時のマニュアルが整備され、緊急時の対応に活かせる仕組みができています。
内服薬の取扱い手順も整備され、一人ひとりの薬物の管理体制も整備されています。
- ・余暇・レクリエーションは、利用者会にて利用者の主体的な取組みを実施し、地域の「あわじ露天組合」と「善意の日」開催を継続等、社会資源を積極的に活用した活動を実施しています。
- ・外出・外泊は、利用者の希望に応じた仕組みができています。
- ・利用者所持金の管理取扱い要綱により、管理体制が整備され、自己管理に支援が必要な利用者には学習プログラムを作成し、個別に対応しています。
- ・新聞・雑誌等は利用者の意思や希望に沿った対応を行い、嗜好品は、健康上の影響等留意した上で、利用者の意思や希望に沿った情報提供や取組みが行われています。

I～III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	13	13	100.0
I-2 計画の策定	16	16	100.0
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	15	15	100.0
II-1 経営状況の把握	8	8	100.0
II-2 人材の確保・養成	31	31	100.0
II-3 安全管理	12	12	100.0
II-4 地域との交流と連携	23	23	100.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	28	28	100.0
III-2 サービスの質の確保	23	23	100.0
III-3 サービスの開始・継続	18	18	100.0
III-4 サービス実施計画の策定	12	12	100.0



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1-(1) 利用者の尊重	17	17	100.0
1-(2) 利用者の権利擁護	10	10	100.0
2-(1) 食事	12	12	100.0
2-(2) 入浴	9	9	100.0
2-(3) 排泄	10	10	100.0
2-(4) 衣服	6	6	100.0
2-(5) 理容・美容	5	5	100.0
2-(6) 睡眠	5	5	100.0
2-(7) 健康管理	14	14	100.0
2-(8) 余暇・レクリエーション	5	5	100.0
2-(9) 外出・外泊	7	7	100.0
2-(10) 所持金・預かり金の管理等	11	11	100.0

A 達成度

