

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	2015年6月1日～2015年12月22日 (実地(訪問)調査日2015年10月30日)
評価調査者	HF05-1-0056 HF12-1-008 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:(社福)阪神福祉事業団 (施設名)ななくさ清光園	種別: 障害者支援施設
代表者氏名:理事長 森 進 (管理者)ななくさ清光園園長 洲戸 豊	開設(指定)年月日: 昭和・平成 14年 4月 1日
設置主体:(社福)阪神福祉事業団 経営主体:(社福)阪神福祉事業団	定員 60名 (利用人数:62名)
所在地:〒663-8001 兵庫県西宮市田近野町8-1	
電話番号: 0798-56-1700	FAX番号: 0798-56-1701
E-mail: seikouen@nanakusa.or.jp	ホームページアドレス: http://www.nanakusa.or.jp/

(2) 基本情報

<p>理念・方針</p> <p>運営理念: 1 阪神6市1町と協調し、常に広域事業の特性を生かした積極的な事業運営を展開します。</p> <p>2 利用者が個人として尊重され、常に利用者の立場に立った支援を基本とし、生活の質の向上と自立に必要な援助を行います。</p> <p>3 地域社会との結びつけを深め、開かれた福祉サービスの提供を積極的に推進し、地域と一体になった施設づくりをめざします。</p> <p>4 知識・技術に加えて、豊かな人間性を養い、福祉の心をもった優れた人材の育成を図ります。</p> <p>5 利用者により良い福祉サービスを提供するため、将来的展望に立った効率的な施設運営により、先駆的な施設づくりをめざします。</p> <p>基本方針: あなたがあなたらしく暮らすことを応援します。</p> <p>1 あなたの長所や強みを活かし、あなたの力を高めていきます。</p> <p>2 あなたの生きる喜びと生きる力を支えます。</p> <p>3 あなたの地域の一員としての生活を実現します。</p>

力を入れて取り組んでいる点

- ・地域生活移行の推進
- ・自立生活に必要な日常生活上の支援体制づくり
- ・利用者の社会参画推進に向けた取り組み

職員配置 ※()内は非常勤	職 種	人 数	職 種	人 数	職 種	人 数
	園長	1名 (0)	係長	1名 (0)	看護師	1名 (0)
	副園長	1名 (0)	主任支援員	3名 (0)	栄養士	1名 (0)
	事務員	1名 (0)	支援員	29名 (7)	医師	(0.2)

施設の状況

法人の設立が、阪神間6市1町を母体として昭和39年に西宮市山口町に設立され、広域の福祉ニーズに対応して、各種の事業を運営されている。同敷地内にななくさ学園が併設されているが、当「ななくさ清光園」は、平成14年に定員60人で利便性の高い西宮市田近野町に開設され、居住施設として個室中心とし、24時間の支援体制を整え障害特性などを踏まえた一人ひとりにふさわしい支援と安心できる暮らしを提供している。他に短期入所事業や相談支援事業を積極的に展開されている。施設は、女子棟ベランダより目の前に武庫川が望め、男子棟よりは六甲山系が眺められる環境下で、武庫川堰堤等は、散歩コースに組み入れられている等良い環境であるとともに交通の利便性高い立地でもある。

3 評価結果

○総評

◇特に評価の高い点

- ・ 法人は、阪神間6市1町を母体として昭和39年に設立され、平成14年に開設された「ななくさ清光園」は、運営理念・基本方針に基づき広域ニーズに対応し、地域の関係団体と連携を深め、把握した福祉ニーズに基づく事業活動が行われています。
- ・ 計画の策定や経営状況の把握が管理者のリーダーシップのもと、きめ細かく運営・実施されています。
- ・ 利用者の権利擁護は、虐待防止や身体拘束廃止の各委員会を設け、対応マニュアルを整備し、対応チェックリストを活用・分析して全職員への周知徹底を進め、研修会や専門講師を招いて新たな支援方法等を得る工夫をされており、当該業務は、P-D-C-Aプロセスの実施状況や有効性の継続的改善が行われる仕組みとなっています。
- ・ 日常生活支援は、各場面で利用者個々の特性に基づく課題・留意点を明確にした個別支援計画に基づき、きめ細かい支援や学習プログラムに基づく支援をされています。

◇特に改善を求められる点

- ・ 理念・基本方針は、公開資料、「職員必携」等で周知を図られていますが、更に職員、利用者、家族等に対する周知の実施と有効性確認の仕組み整備が望まれます。
- ・ 「利用者本位のサービス」が、運営方針や基本方針等に基づき展開されていますが、個々のサービスの標準的な実施手順等への反映が不明瞭でした。エンパワメントの理念や考え方に基づく利用者支援の為の実施手順とし、手順に基づく実施の有効性確認を継続的に行う仕組みを整備し、更なるサービスの質向上が望まれます。
- ・ 人材確保では、有資格職員が35%おられ、個々サービスの質向上の一つの柱となっていますが、新たな多難な課題に向き合い、利用者の豊かな人生を実現すべく、エンパワメントの理念に基づく支援が益々求められる背景等から、中期計画・事業計画に必要な人材を明示し、担当業務に照らした個々の研修計画を作り、P-D-C-Aプロセスを明確にし、継続的な改善へとつながる仕組の整備・推進が望まれます。
- ・ 「安全管理」、「人材の確保・育成」、「サービスの質の確保」、「サービス実施計画の策定」等で達成度が低いと評価されましたが、その主因は、個々のサービス支援はきめ細かく行われているが評価・分析のプロセスにおける課題にありました。利用者アンケートの結果なども参考に継続的改善につながる仕組みづくりが望まれます。
- ・ 法人の中期計画や事業計画の実施により、開かれた施設運営を行うことにより、広域地域福祉のけん引役としての役割を期待します。

○ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

自己評価だけでは分からないことをたくさん気づかせていただきました。特に利用者本位の支援を真に行うことが出来ているかどうかについて、しっかりと振り返る機会となり、また組織の運営管理についても課題が明確になりました。ここをスタート地点として、ひとつずつ改善を重ねていこうと思います。そしてそれぞれの改善に職員が参画するなど、そのプロセスを大切にしていきたいと思います

○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、基本方針が確立されている。		
	I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	○a・b・c
	I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	○a・b・c
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
	I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a・○b・c
	I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a・○b・c

特記事項

- ・「事業団平成26年度事業報告書」「ななくさ事業のご案内」パンフやホームページに掲載し、基本方針は、運営理念に沿って平成27年度事業計画に明文化しています。
- ・運営理念、倫理綱領、職員行動規範、虐待の防止、職員の心がけ等が記載され、常に職員が携帯し、確認できるようにコンパクトに工夫された「職員必携」を全職員に配布し、また、利用者等になるびを付した運営理念を、玄関、利用者共用廊下等に掲示し、周知が図られています。
- ・今後、職員には、周知目的の実践テーマ等の活用による有効性確認の仕組みの明確化と、利用者等には、一般市民にも理解しやすい工夫と周知の有効性確認の仕組み整備が望まれます。

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が明確にされている。		
	I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a・○b・c
	I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	○a・b・c
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
	I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	○a・b・c
	I-2-(2)-② 計画を職員や利用者等に周知されている。	a・○b・c

特記事項

- ・中期計画を作成されていますが、内外環境の変化に伴い必要に応じ、中期計画の妥当性を見直しを行い、年度の事業計画については、職員や利用者・家族に、よりわかりやすい資料を作成した説明が求められます。
- ・中期計画、事業計画、各計画等計画策定に関わるプロセスでは、PDCAプロセス毎のインプット、アウトプット情報と評価・分析の深耕を図り、次期計画に繋げる仕組み整備と各計画の職員や利用者の周知状況確認による有効性の継続的な改善への取組みが望まれます。

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) 管理者の責任が明確にされている。		
	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。	○a・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。	○a・b・c

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	
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。	(a)・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。	a・(b)・c

特記事項

・管理者は、職員との面談や各種会議に出席し、常に職員との意思疎通を図っています。事業運営に関連する各法令を一覧化し、業務の効率化と改善に向け主任会で検討審議がなされています。「業務改善委員会」等の設置で業務効率化と改善に向けた体制を明確にし、一覧化された各法令の最新版管理の明確化と法令順守の徹底や質向上への業務改善による一層の指導力発揮が望まれます。

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。	(a)・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。	(a)・b・c
II-1-(1)-③ 外部監査等を実施されている。	a・b・(c)

特記事項

・設立母体である6市1町の担当者会議や各種の協会等に参加し、広く経営環境の変化を把握しています。今後、職員も一体となって、経営分析を行い、全職員の経営感覚の育成に努められることが望まれます。
・公認会計士等による当園の経営課題に関する指導・意見等の明確化が求められます。

II-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。	
II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	(a)・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。	(a)・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。	a・(b)・c
I-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	(a)・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。	a・(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。	a・(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。	a・(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。	(a)・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。	(a)・b・c

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ・法人主導の人事管理の体制が整備され、「風通しの良い職場作りの取り組み」がなされています。サービス事業における人材育成は、組織運営の仕組みの中で、重要な意義を持ちます。社会福祉士、介護福祉士等資格取得者は35%の水準で資格取得の補助等されています。今後、事業の中期計画において、求められる職員の技能や資格の明示や個々の業務に関する能力水準の明確化工夫により、個々の職員研修計画の策定に基づくP-D-C-Aプロセスの仕組み整備が望まれます。 ・実習生の受け入れは、現場に外の風がはいること、実習生の実習姿勢から、私たちを初心に帰らせる事、実際に行っている業務の見直し、現場の実態が第三者に確認されること等多くの示唆を含む事業です。積極的な受け入れ実施が望まれます。

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。	a・(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。	a・(b)・c

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の安全確保は、最も基本的な質の保障であり、安全確保に関する検討会では、利用者参加に値する十分な検討や、各リスク毎に応じたマニュアルの整備と組織全体の定期的かつ継続的な見直しの仕組みを整備し、これらのマニュアルの職員・利用者への周知が求められます。 ・緊急の場合に備え消防署以外の関連団体等との情報交換、連絡・協力体制の構築が求められます。安全確保策の実施状況の実効性について、定期的に評価・見直しを行うプロセスを明確にし、P-D-C-Aプロセスの継続的改善が行われる仕組みを整備、定着化されることが望まれます。 ・安全確保は、ヒヤリハット活動やリスクマネジメント研修等実施されています。安全確保策の実効性の評価・分析による見直しの仕組み整備が望まれます。

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。	(a)・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。	(a)・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。	(a)・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。	a・(b)・c
I-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"> ・阪神6市1町による法人設立背景から地域情報は的確に把握し、利用者と地域との関わり方を重視した地域住民との交流が図られています。 ・自閉症支援等公開事例発表会や「地域で暮らす人の話を聴こう」等地域住民に呼びかけ実施されています。 ・ボランティアは前年度92名を受入れ、利用者支援に大きな力となっています。ボランティアに対

する研修が望まれます。
 ・社会資源の整備では、業務上必要な社会資源は一覧化されていますが、利用者の外出時等のニーズに対応する社会資源が不明瞭です。常に利用者の変化や社会の変化に対応できるものとしての整備が求められます。これら整備後職員間の共有化が望まれます。

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

	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) 利用者満足の上昇に努めている。	
Ⅲ-1-(2)-① 利用者の満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	a・ (b) ・c
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上昇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

・運営理念、基本方針(支援方針)に利用者を尊重する姿勢が明示されています。これらの基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法等に反映される配慮が望まれます。
 ・「利用者のプライバシー保護」は職員行動規範に明記され、利用者のプライバシー保護マニュアルに具体化されています。これらの職員研修実施が望まれます。
 ・利用者参加の「みんなの集い」を年2回開催や毎月開催の家族会で利用者満足への活動をしていますが、「利用者満足向上」の仕組みが不明瞭です。今回実施のアンケート結果等を参照し、P-D-C-Aプロセスや各プロセスのインプット/アウトプット情報を明確にし、PDCAプロセスの実施状況や有効性の継続的改善が行われる仕組みの整備と定着化が求められます。
 ・利用者には各担当が相談・意見等を把握し、結果は「福祉の森」システムで職員共有化し、「お困りのことはありませんか？」のポスターを各掲示場所に掲示し、相談スペースも2ヶ所設け活用しています。要望を引き出す判り易い質問用紙を作成し改善に反映していますが、報告の手順、対応策の検討等を含む対応マニュアルが整備されていません。
 利用者意見・提案対応の手順を明確化したマニュアル整備と当目的のP-D-C-Aプロセスの実施状況や有効性の継続的改善が行われる仕組みの整備と定着化が望まれます。
 ・苦情解決の体制は整備されています。利用者等に判り易くした説明資料や掲示の工夫が望まれます。

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が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。	(a) ・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。	a・ (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。	a・ (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。	a・ (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。	(a) ・b・c
III-2-(3) サービス実施の記録が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。	(a) ・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。	a・ (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。	a・ (b) ・c

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ・サービス内容を全職員で役割分担して定期的に課題を抽出し、園長が分析し職員に報告されています。今後は職員参加による評価・分析と改善策や改善計画の実施状況評価に基づく見直し等「サービスの質向上」を目的としたP-D-C-Aプロセスの実施状況や有効性の継続的改善が行われる仕組みの整備と定着化推進が望まれます。 ・個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化していますが、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢明示がなく、法人の職員倫理綱領(2条プライバシー保護・守秘)を基にしています。個々のサービスの標準的な実施手順等へ反映が望まれます。 ・各標準的な実施に基づく実施状況は、主任会議で検討されていますが、各職員が手順に基づき実施されているかどうかの実施状況の有効性確認が望まれます。 ・「福祉の森」ネットワークシステムで利用者の記録は統一され共有化されています。記録のバラツキ防止は、専用ソフトを活用した共有化を推進しています。個人情報保護と情報開示の観点よりの記録の管理に関する研修等が望まれます。 ・利用者の状況等の情報共有目的で部門横断のカンファレンスを実施されています。これらの経過記録の整備が求められます。 ・当園作成の文書類の履歴管理(作成日、見直し日等)が望まれます。

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が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。	a・ (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。	a・ (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。	a・ (b) ・c

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ・利用希望者等へ法人ホームページで公開や施設紹介ビデオで写真、図や絵などの使用で誰でも判り易い内容にし、見学や体験入所を希望に応じ実施されています。当施設紹介の資料等自治体や公共機関等多数の人が手にすることができる配置が望まれます。 ・利用開始時には、利用者等に重要事項説明書等で説明がなされ同意を得ていますが、それらの資料の内容が利用者にも判り易い工夫が望まれます。 ・地域生活移行を目指し、西宮市自立支援協議会で行政や他施設との交流を推進し、課題の共有化を図り重点的な取組みを推進しています。

・サービスの終了時に利用者や家族等にその後の相談方法等説明していますが、その内容を記した文書を渡されることが望まれます。

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

- ・定められた手順で利用者毎のアセスメント表を作成し、課題分析を行い個々の課題やニーズを抽出し、サービス計画に繋げています。
- ・個別支援計画マニュアルに基づき正確に進め、本人の意向確認が困難な場合は、家族の意向を確認し検討しています。
- ・園長がサービス管理責任者を兼務し計画の統括をしています。サービスの適否を日常的にチェックし、計画通りサービスが行われているかを確認する仕組み整備と実施が求められます。
- ・サービス計画見直し後の内容を関係職員に周知する手順や緊急に変更する場合の仕組みの整備が求められます。

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が整備されている。	○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

- ・利用者個々のコミュニケーション手段を明確にし、サービス計画書策定を行い自閉症コンサルテーションや専門家による個々の具体的な指導を受け、自閉症現場評価セッションで理解状況等確認し、利用者意思や希望を正しく理解する等、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の下での取り組みが行われています。
- ・コミュニケーションの取れる知人や代弁者、手話通訳者等が必要な利用者は、現在在籍していませんが、今後対象利用者が入居時の対応としてチャンネルの確保が望まれます。
- ・エンパワメントの理念にもとづき、自力洗濯や身だしなみ向上への洗面用具の自己管理等の学習訓練プログラムを実施しています。

- ・園長が委員長の虐待防止委員会を設置しており、身体拘束廃止委員会と連携し、虐待防止マニュアルや身体拘束廃止に関する指針を定め、虐待防止への予防研修やチェックリストによる職員理解度確認を実施、分析・評価し、結果は委員会で報告され、利用者の権利擁護に関するP-D-C-Aプロセスは廻っております。
- ・利用者の行動特性、生活リズム、興味、対人関係等観察し多面的なアセスメントが行われ、結果は「福祉の森」ネットワークで共有化し、必要に応じ専門医等の協力を得て新たな支援方法の修得等工夫をする仕組みは整備されています。

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。	Ⓐ・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・Ⓑ・c
A-2-(1)-② 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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・Ⓑ・c
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a・Ⓑ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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・Ⓑ・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・Ⓑ・c
A-2-(6) 睡眠	
A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	Ⓐ・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・Ⓑ・c
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療を受けられる。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c

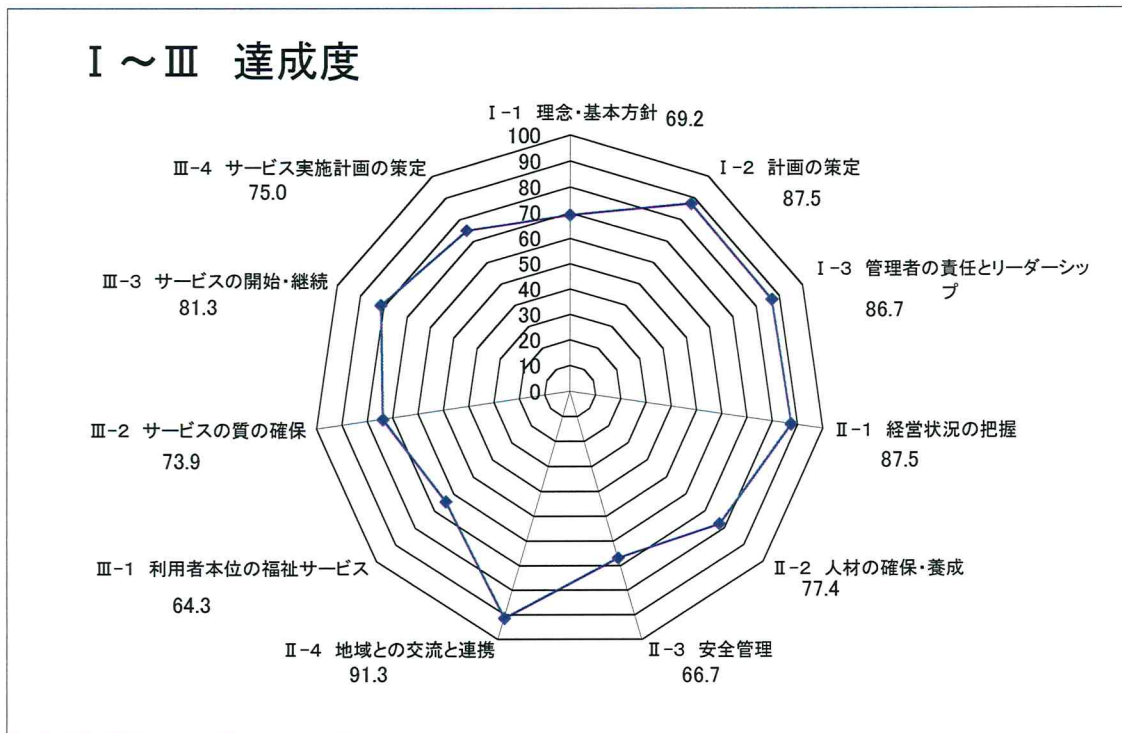
A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	(a)・b・c
A-2-(10) 所持金・預り金の管理等	
A-2-(10)-① 預り金について、適切な管理体制が作られている。	(a)・b・c
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	(a)・b・c
A-2-(10)-③ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。	(a)・b・c

特記事項

- ・食事については、美味しく、楽しく、安全に食べられる環境を整えるため、定期的に嗜好アンケートを実施し、給食委員会で分析し、個々の栄養ケア計画書を策定し、留意点等を明確にし、献立等に工夫を凝らした、きめ細かい支援が行われています。
食事環境では、利用者の意見・確認事項を集計し、支援会議で食堂レイアウトの検討を繰り返し行い、個々の特性に適した環境で食事を摂る取組みを日々行っています。
- ・入浴については、入浴前に個々の健康状態を確認の上、個別支援計画書に基づいた対応が実施され、失禁や外出の場合にはシャワー浴の対応をし、経過は支援日誌に、日々の入浴状況や対応等を記録しています。浴室・脱衣場等の環境は、プライバシー保護を配慮しており、利用者の高齢化に伴いスペースや浴槽出入りの安全確保の改善課題による改修案を進め環境改善にも取り組まれています。
時間帯は、個々の状況を考慮して決めています。話し合いレベルへのチャレンジが望まれます。
- ・排泄介助については、排泄マニュアルに基づき、利用者の個人的事情、健康状態に配慮した対応がされており、利用者個々の支援日誌に記録されています。
トイレ環境は、照明・換気扇は自動化され、一日2回の清掃で快適に維持されていますが、定期的環境の点検や冷暖房の設置推進は、今後の課題として推進が望まれます。
- ・衣服については、利用者の主体性の尊重を基本に行われ、季節変化への対応ができない利用者等個々の状況に応じた支援が行われています。毎月1回家族による裁縫ボランティアによる衣類修理等を行っています。
- ・理容・美容については、訪問散髪マニュアルを作成し、計画的に実施されています。留意点等集約し、経過等詳細は業務日誌に記録されています。髪型等個人の希望が実現できるような取組がなされています。要望に応じガイドヘルパーを活用し、美容院等利用する利用者がいますが、理美容に関する社会資源の整備と情報提供が望まれます。
- ・睡眠については、基本的に個室が原則であり、二人部屋の調整も行えます。夜間睡眠中の対応に関するマニュアルにより、利用者が安眠できるよう管理され、経過は、支援日誌に記録されています。
- ・日常の健康管理は、健康管理マニュアルをもとに個々管理されており、利用者の情報は、看護師が医療面状況シートを作成しています。日々の変化などについては、医務日誌に記録され、健康面で急変があった場合の対応マニュアルや誤薬時の対応マニュアルが整備され、眠前薬服用時間の見直し等は臨時支援会議で検討されています。服薬管理については、服薬管理表にて管理され、職員の誰もが適切な情報を知ることができる仕組みが整備されています。
健康・維持促進のための活動として活動前のラジオ体操や河川敷の散歩等が実施されています。
必要な時には、迅速にかつ適切な医療サービスが受診できる体制は整備され、協力機関とは日常的な連携が図られています。口腔ケアは、個々の受診時に行われていますが、定期的な実施が望まれます。
- ・余暇・レクリエーションは、個々の利用者・家族の要望に配慮した年間計画を作成し、「外出レクに行ってみて」のアンケートを行い分析し、今回できなかった内容については、次回計画に反映され、ボランティアの協力等を得て側面的に支援出来る体制が整備されています。
- ・外出・外泊については、利用者の身分カードで安全確保の方法がとられ、希望に応じた外出ができるようガイドヘルパーを活用しています。外泊は、個々利用者希望に添える対応をルールとし、全て利用者及び家族の希望に応じ実施されています。

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	9	69.2
I-2 計画の策定	16	14	87.5
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	15	13	86.7
II-1 経営状況の把握	8	7	87.5
II-2 人材の確保・養成	31	24	77.4
II-3 安全管理	12	8	66.7
II-4 地域との交流と連携	23	21	91.3
III-1 利用者本位の福祉サービス	28	18	64.3
III-2 サービスの質の確保	23	17	73.9
III-3 サービスの開始・継続	16	13	81.3
III-4 サービス実施計画の策定	12	9	75.0



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	16	94.1
1-(2) 利用者の権利擁護	10	10	100.0
2-(1) 食事	12	11	91.7
2-(2) 入浴	8	7	87.5
2-(3) 排泄	10	8	80.0
2-(4) 衣服	6	6	100.0
2-(5) 理容・美容	5	3	60.0
2-(6) 睡眠	5	5	100.0
2-(7) 健康管理	14	12	85.7
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	10	10	100.0

A 達成度

