

福祉サービス第三者評価結果書

①第三者評価機関名

一般社団法人 宮崎県社会福祉士会

②評価対象事業所

名称	宮崎リハビリテーションセンター	種別	自立訓練(機能訓練)、生活介護、施設入所支援、短期入所
代表者氏名	末石裕司	定員 (利用人数)	入所定員 50名
所在地	宮崎市清武町木原字勢田5719番地2		
URL	http://www.fukushi-zenjinkai.jp/miyariha/m_index.html		

③訪問調査日

平成30年2月23日

④総評

◇特に評価の高い点

社会福祉法人においてISO9001(品質マネジメントシステム)を取り入れ、顧客満足度調査を実施する等、利用者に対して質の良いサービスを提供するための取り組みをされている点は高く評価できます。ホームページ上でも決算報告や事業計画等つぶさに見られるようになっている点やボランティアに毎月来てもらうなど、いつでも、誰にでも見られても大丈夫という風通しの良い事業所となっている等も評価できます。また職員の定着率を上げるための改善を施されたり、職員の働き方や、メンタルヘルスケアに取り組んだり、資格取得の為に費用を研修費に組み込むなど人材育成にも取り組まれている点は高く評価できます。そして特質すべき点は、防災において地域の消防団との協力体制づくりがされており、利用者の安全に寄与する取り組みがなされている点と、生活困窮者に対する社会貢献活動においてのみやぎき安心セーフティネット事業を行っている点です。これからも地域に根差した、基本理念「利用者の為に社会福祉法人は存在する」をもとに活躍されることを期待します。

改善が求められる点

様々な取り組みが改善され、議論を尽くして取り組まれています。気になる点は長年入所されている方々がいる点は課題だと感じます。地域で暮らせるようにネットワークを利用したり、身寄りがない方には後見制度を活用する等の取り組みが今後は必要になってくるのではと思います。地域で暮らすことを実現できるように、あらゆる専門性に特化した方々を配置(または地域の方々と手を結び)することにより、よりよい利用者サービスに繋がることを期待します。

⑤各評価項目にかかる評価結果(別紙)

評価結果表

1	評価
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
<u>評価の着眼点</u>	
○	理念及び基本方針が文書（事業計画等の法人・施設内文書や広報誌、パンフレット、ホームページ等）に記載されている。
○	理念は、法人（福祉施設・事業所）が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人（福祉施設・事業所）の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。
○	理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。
○	基本方針は法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。
○	理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。
○	理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。
【講評】	理念、基本方針共にしっかりと明文化されており、ホームページ等でも閲覧できるようになっています。理念は法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることによって出来、わかりやすい資料となっています。毎年4月当初に全職員へ年間事業計画書（約52ページにも及ぶ）が配布され、周知が図られています。年間事業計画書は基本理念・倫理綱領から始まり各施設の事業計画や各支援計画書にわたり、具体的にわかりやすいものになっています。

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。

評価

A

評価の着眼点

- 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。
- 定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。
- 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。
- 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。

【講評】 社会福祉事業全体の動向については新聞や各種白書及び研修等において収集し、職員会議等において共有されています。法人が位置する地域の特徴として福祉ゾーンになっており、同じ福祉ゾーンの他の施設とも連携がとりやすい地域となっています。事業所において生活介護事業、日中一時支援事業、自立訓練、施設入所支援、ショートステイ等福祉事業のほとんどを網羅されています。平成30年の報酬改定においても厚生労働省からの発表をもとに分析されています。

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。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。	
<input type="radio"/> 決算書類等を職員に積極的に開示する等、経営状況を職員に周知しており、業務改善等について、職員からの意見を求めたり、話し合う場を設け、職員にコスト意識を持たせているとともに、課題発見に努めている。	
<input type="radio"/> 管理者は、経営や業務の効率化や改善のために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	
4 I-3-(1)-① 中・長期計画や中・長期計画を踏まえた事業計画を策定し、職員や利用者等に周知している。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 事業計画には、中・長期計画の内容を反映した各年度における事業計画が具体的に示されている。	
<input type="radio"/> 計画が一部の職員だけでなく、組織的に策定され、職員に周知されている。	
<input type="radio"/> 中・長期計画に基づく取組を行っている。	
<input type="radio"/> 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	
<input type="radio"/> 中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	
【講評】	

5 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。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。	
<input type="radio"/> 定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。	
【講評】	福祉サービスにおいてISO9001を取り入れ、利用者又は職員においてより良い事業所であろうとする取り組みは高く評価します。顧客満足度調査も実施されており、その結果を職員に周知されているものの、利用者へ掲示する等の周知は見られませんでした。第三者評価は今回が初めてですので、今回の評価結果をもとに今後進めていっていただきたいと思います。

6 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。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。	
<input type="radio"/> 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。	
<input type="radio"/> 改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。	
【講評】	サービス向上委員会が中心となり、顧客満足度調査やサービス自己評価をもとに改善点などをあげ、検討されています。その結果を職員会議にて周知されています。次回からは第三者評価結果にもとづく改善の取り組みを期待します。

<p>7 Ⅱ-1-(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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <p>○ 福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。</p> <p>○ 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。</p> <p>○ 法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。</p> <p>○ 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。</p>	
<p>8 Ⅱ-1-(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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <p>○ 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。</p> <p>○ 職員の意向を定期的に把握している。</p> <p>○ 分析した結果に基づき、職員の業務軽減などの改善策を講じている。</p> <p>改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。</p>	
<p>9 Ⅱ-1-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <p>○ 職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。</p> <p>○ 個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。</p>	
<p>【講評】</p>	

10 Ⅱ-1-(3)-② 研修に対しての基本姿勢が示され、個別職員に対しての教育・研修計画を策定し、実施している。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。	
<input type="radio"/> 個別の職員の技術水準、知識、専門資格の必要性などを把握している。	
<input type="radio"/> 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されている。	
<input type="radio"/> 専門資格取得のため、勤務時間等について配慮している。	
【講評】	キャリアパスにおいて求められる職員像が明示されています。研修部会において研修計画が組まれていますが、本人が希望する研修に参加できるように取り組まれています。今年度は富山県からの外部講師を招き、口腔ケアについての研修を行うことで、支援技術の向上を図っています。また、資格取得の為に研修の位置づけされるなど、職員の資質向上に向けて積極的に行われ、工夫されています。

1 1 Ⅱ-1-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="checkbox"/> 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化している。	
<input type="checkbox"/> 実習生等の福祉サービスの専門職の教育・育成についてのマニュアルが整備されている。	
<input type="checkbox"/> 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。	
1 2 Ⅱ-2-(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。	評価 B
評価の着眼点	
<input type="checkbox"/> ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。	
<input type="checkbox"/> 福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。	
<input type="checkbox"/> 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。	
<input type="checkbox"/> 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めている。	
<input type="checkbox"/> 第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。	

13 Ⅱ-3-(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。	評価 A
評価の着眼点	
○ 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。	
○ 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。	
○ 福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。	
○ 利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。	
14 Ⅱ-3-(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。	評価 B
評価の着眼点	
○ ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化するとともに、会議等で職員に説明している。	
○ ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。	
15 Ⅱ-3-(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。	評価 B
評価の着眼点	
○ 職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。	
○ 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	
当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。	
地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。	
○ 地域に適当な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。	

<p>16 II-3-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="radio"/> 福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。</p>	
<p><input type="radio"/> 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。</p>	
<p>17 II-3-(3)-② 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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="radio"/> 関係機関・団体との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</p>	
<p><input type="radio"/> 地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>みやざき安心セーフティネット事業において、既存の制度や福祉サービスでは対応が困難で、緊急な対応が必要な生活困窮者等に対し、自主的な社会貢献活動の取り組みとして、生活困窮者等の自立を支援するための活動に取り組まれている点は高く評価します。</p>

18 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。	評価 A
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。 <input type="radio"/> 組織の基本姿勢を踏まえた具体的な取組が明示されている。 <input type="radio"/> 身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。 <input type="radio"/> 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。 <input type="radio"/> 利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。 	
19 Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	評価 A
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。 <input type="radio"/> 利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。 <input type="radio"/> 利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。 <input type="radio"/> 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。 	
20 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。	評価 A
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 <input type="radio"/> 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。 <input type="radio"/> 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。 <input type="radio"/> 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。 	

2 1
Ⅲ-1-(2)-② サービスの開始の同意を得るにあたり、サービスの内容や家庭との連携、保健や健康管理等について、利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。

評価

A

評価の着眼点

- サービス開始時には、必ず契約書を取り交わしている。
- 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。
- 重要事項説明書等の資料や契約書の内容は、利用者にもわかりやすいように工夫している。

【講評】 事前説明はもとより、説明を求められたことにおいては丁寧に対応されています。重要事項説明書等の資料や契約書等にはどうしても専門用語も含まれますが、その都度口頭において分かりやすく説明されています。

2 2 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。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。	
<input type="radio"/> 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。	
<input type="radio"/> 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。	
<input type="radio"/> 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。	
2 3 Ⅲ－１－(3)－① 利用者や家族等からの意見・要望等に対して、受入れの環境が整い、迅速に対応している。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 利用者や家族等が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べること、意思疎通の状況に応じて支援体制があることを、わかりやすく説明した文書を作成している。	
<input type="radio"/> 対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者や家族等には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。	
<input type="radio"/> 必要に応じ、対応マニュアルの見直しを行っている。	
<input type="radio"/> 意見等を福祉サービスの改善に反映している。	
2 4 Ⅲ－１－(3)－② 苦情解決の仕組みが確立し、迅速に対応するとともに、苦情の経過と施設としての姿勢や対応を公開している。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置、意見箱の設置）を整備している。	
<input type="radio"/> 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。	
<input type="radio"/> 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。	

25 Ⅲ-1-(4)-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。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。	
<input type="radio"/> 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。	
<input type="radio"/> 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を定期的に行っている。	
<input type="radio"/> リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。	
26 Ⅲ-1-(4)-② 緊急時（災害、事故、感染症、食中毒発生時等）に対応できるマニュアルがあり、組織として体制を整備し機能している。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 感染症の予防と発生時等の対応マニュアルの整備、職員研修等は、嘱託医、看護職または地域の保健所等の専門機関、専門職員による指導、指示を受けて実施している。	
<input type="radio"/> 障がいの種類やリスクの種類別に、対応マニュアル等を作成し、会議や研修等により職員に周知している。	
<input type="radio"/> リスクの種類別に、担当者等を中心にして、安全確保に関する検討会を開催し、必要に応じたマニュアルの見直しを行っている。	
【講評】	感染症マニュアルが整備され、看護師指導のもと感染予防が図られています。2月の評価時期には各ブース（約10か所）に加湿器が置かれており、インフルエンザ予防対策が取れていました。災害時への対応として地域の地域防災支援協力隊員の確保がなされ、協力者として清武町消防団第5分団をはじめ他、5地区からの消防後援を取り付けられるなど積極的に対応されている点は高く評価できます。

27 Ⅲ-1-(4)-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。	評価 A
評価の着眼点	
○ 災害時の対応体制が決められている。	
○ 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。	
○ 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。	
○ 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。	
○ 防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。	
28 Ⅲ-1-(4)-④ 虐待の対応時のマニュアルを作成し、関係機関等に通告を行う体制が整っている。	評価 B
評価の着眼点	
○ 虐待を発見した場合の対応等について、マニュアルを整備するとともに、職員に対する周知の取組を行っている。	
○ 日頃から関係機関との連携を図るための取組を行っている。	
○ 虐待の照会、通告にあたっての連絡先を明示している。	
○ 職員に対して虐待が疑われる利用者の特徴をはじめ、虐待に関する理解を促すための取組を行っている。	
○ 虐待防止に関する委員会を設置するなどの体制を整備している。	
【講評】	虐待防止に関するマニュアルに加え、身体拘束廃止に関するマニュアル等も整備され、職員会議等で周知を図られています。また、市からの要請により虐待による一時保護も実施し、最短でも約1週間の受け入れされています。虐待防止に関する研修会にも参加し、職員会議等で周知するとともに、虐待防止員会を設置して対応されています。ただ、虐待の照会、通告にあたっての連絡先の明示が見当たりませんでしたので、改善を期待します。

<p>29 Ⅲ-1-(4)-⑤ 不審者の侵入時等に対応できるマニュアルがあり、全職員に周知している。</p>	<p>評価 C</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <p>不審者の侵入時における対応マニュアルが整備されている。</p> <p>警察等との連携のもとでマニュアルに基づく職員に対する研修が行われている。</p> <p>マニュアルは必要に応じて見直しが行われている。</p>	
<p>30 Ⅲ-1-(4)-⑥ 日常の健康管理は適切である。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <p><input type="radio"/> 利用者の健康管理票が整備されている。</p> <p><input type="radio"/> 利用者の健康管理マニュアルが用意されている。</p>	
<p>31 Ⅲ-1-(4)-⑦ 必要な時に迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されている。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <p><input type="radio"/> 健康面に変調があった場合の対応の手順は、マニュアルとして用意されている。</p> <p><input type="radio"/> 地域内に協力的な医療機関（概ね20分以内でアクセスできる診療所又は病院）を確保している。</p> <p><input type="radio"/> 確保している医療機関では、迅速かつ適切な医療が受けられるように、日常的な連携を図っている。</p>	

32

Ⅲ-1-(4)-⑧ 内服薬、外用薬等の扱いは確実にされている。

評価

A

評価の着眼点

- 利用者（及び必要に応じて家族等）並びに担当職員は、薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等について、適切な情報を得ている。
- 一人ひとりの利用者に使用されている薬物の管理（保管から服用・使用確認に至るまで）が適切に行われている。

【講評】 管理体制についてはマニュアルが整備されています。実際の投薬時は看護師、職員のWチェックを紙ベースで記載し、2人の職員で利用者の口内に入るまで目視で確認されています。また自己管理する利用者に対しても薬カレンダーに看護師がセッティングし、その後の確認も行われています。使用状況についてはデータ管理されており徹底した管理体制が整っています。

3 3 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。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="checkbox"/> 標準的な実施方法が適切に文書化されている。	
<input type="checkbox"/> 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。	
<input type="checkbox"/> 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。	
<input type="checkbox"/> 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。	
3 4 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。	評価 B
評価の着眼点	
<input type="checkbox"/> 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。	
<input type="checkbox"/> 検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されている。	
【講評】	事業計画は1年に一度、マニュアルについても定期的な見直しが行われています。運営会議等で個々の課題の検証を行い、個別援助計画の中にも反映され、職員に周知させる体制が整っています。また利用者からの意見については利用者懇談会に職員全員参加の中で実施されている環境からすると、利用者の声は反映されているようですが組織としてのルールについての明記を今後の課題に期待します。

35 Ⅲ-2-(2)-① 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	評価 A
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。 ○ 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。 ○ 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 ○ 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。 ○ 記録管理の責任者が設置されている。 	
36 Ⅲ-2-(2)-② 通所者については、日々の施設での状況と家庭での状況との情報交換の内容を適切に記録している。	評価 A
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 家庭の状況や家族等との情報交換の内容が必要に応じて記録されている。 ○ 記録にばらつきが生じないための工夫を行っている。 	
37 A-1-(1)-① 入所時に、利用者の身体状況、生活状況、行動の特徴等の課題を把握するために、家族等面接と利用者の観察を行い、個別支援計画やサービスに活かしている。	評価 A
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 入所時に、利用者の身体状況や、生活状況、行動の特徴、将来の生活についての希望等を把握するため、家族等面接や利用者の観察を行っている。 ○ 利用開始後も入所の際に把握した状況等を確認するため、家族等面接や利用者の観察を行っている。 ○ 面接や観察の結果を記録している。 ○ アセスメントの時期と手順を定めており、定期的に見直しを行っている。 ○ 把握した結果に基づき、利用者一人ひとりのニーズや課題が明示され、個別支援計画やサービスに活かしている。 	
【講評】	

38 A-1-(1)-② 利用者を尊重した個別支援計画を適切に策定している。	評価 A
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <p>○ 個別支援計画の策定は、計画立案の時期、策定の会議における職員参加、利用者等の意向把握の手順など、組織的な仕組みを定めて実施されている。</p> <p>○ 個別支援計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みが構築されている。</p> <p>○ 個別支援計画は、一人ひとりの利用者について、日常生活を支援する上での留意点などが具体的に記載されている。</p>	
39 A-1-(1)-③ 個別支援計画の評価・見直しを行っている。	評価 A
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <p>○ 個別支援計画の見直しは、利用者本位の視点に立って行われている。</p> <p>○ 個別支援計画の見直しは、見直しの時期、計画策定の会議における職員参加、利用者等の意向把握の手順など、組織的な仕組みを定めて実施されている。</p> <p>○ 評価は、定例の会議・ミーティングを含め、関係職員（サービス管理責任者、担当職員等）の意見を聞くための仕組みを設けて行われている。</p> <p>○ 見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。</p>	
40 A-1-(2)-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。	評価 A
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <p>○ 利用者のコミュニケーション能力を高めるため、個別支援計画を策定し実行している。</p> <p>○ 意思伝達に制限のある人の場合、日常的な関わり合いを通じて、その人固有のコミュニケーション手段やサインの発見と確認に心掛けている。</p> <p>○ 意思伝達に制限のある人の場合、個別のコミュニケーション手段の検討とそれに基づく支援がなされている。（コミュニケーション機器の用意を含む。）</p> <p>○ 意思伝達に制限のある人の場合、担当職員・ソーシャルワーカー・臨床心理士等の連携により、その人の意思や希望をできるだけ正しく理解しようと努力している。</p>	

<p>4 1 A-1-(2)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。</p>	<p>評価 B</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="radio"/> 利用者の主体的な活動を支援するための職員が決められている。</p>	
<p><input type="radio"/> 利用者の主体的な活動については、その意向を尊重しながら、その発展を促すように側面的な支援を行っている。</p>	
<p><input type="radio"/> 利用者が、施設外の障がい者や知人等と自由に交流できるように様々な便宜を図っている。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 利用者による自治会ないし利用者の会等がある。</p>	
<p>【講評】</p>	

<p>4 2 A-1-(2)-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している。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="radio"/> 利用者が自力で行う日常生活上の行為は見守りの姿勢を保ち、必要な時には迅速に支援するという方針を会議等で確認している。</p>	
<p><input type="radio"/> 利用者が自力で行う日常生活上の行為は見守りの姿勢を保ち、必要な時には迅速に支援している。</p>	
<p><input type="radio"/> 自力で行う行為による生活と活動の範囲が広がるように、職員の対応や施設の整備は常に検討されている。</p>	
<p>4 3 A-1-(2)-④ 利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="radio"/> 社会生活力を高めるために、障がいの理解や調理・洗濯・買い物・交通機関利用等についての学習・訓練プログラムが用意されている。</p>	
<p><input type="radio"/> 施設外の社会資源について、十分な情報が提供され、そのための学習や体験の機会が設けられている。</p>	
<p><input type="radio"/> 必要に応じて、自己表現の技能や話し方について支援している。</p>	
<p><input type="radio"/> 利用者自身が人権意識を高められるように、情報や資料の提供を行っている。</p>	
<p>4 4 A-2-(1)-① 個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="radio"/> 個別支援計画等において、①栄養量、②食事形態、③水分補給、④介助の方法等利用者の状態に応じた留意点や支援の内容が明示されている。</p>	
<p><input type="radio"/> 食事の介助等、支援方法に関してマニュアルが用意されている。</p>	
<p><input type="radio"/> 利用者の体調や身体状況により、必要に応じて個別の食事を用意している。</p>	
<p>【講評】</p>	

<p>4 5 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されている。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="checkbox"/> 定期的に嗜好調査を行い、その結果を献立に反映している。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 適温の食事を提供している。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 献立・食材に季節感があり、盛り付けや食器にも工夫している。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 食事サービスの検討会議等には利用者も参加している。</p>	
<p>4 6 A-2-(1)-③ 食事環境（食事時間を含む）に配慮している。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="checkbox"/> 食堂の設備や雰囲気について必要に応じて検討会議を開き、改善を図っている。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 食事は、利用者全員が一斉に摂るのではなく、幅のある時間帯の中で個人が好む時間に摂ることができるよう配慮している。</p>	
<p>4 7 A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障がい程度や介助方法など個人的事情に配慮している。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="checkbox"/> 一人ひとりの健康状態や留意事項について、個別支援計画や個別チェックリスト等を利用している。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 安全や利用者尊重を含めた入浴介助や支援方法についてマニュアルが用意されている。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 入浴の介助や支援は、所定の様式により記録されている。</p>	
<p>【講評】</p>	

<p>48 A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿っている。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <p>○ 入浴の時間帯や週間回数について、利用者との話し合いで決めている。</p> <p>○ 設定された時間のほかに、失禁や汗をかいた場合等必要に応じて入浴が可能である。</p>	
<p>49 A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <p>○ 浴室・脱衣場の設備や入浴器具の設置等については、検討会議を設けている。</p> <p>○ 浴室や脱衣場は、プライバシーを保護する構造・設備上の工夫や保護する環境を確保するための工夫が行われている。</p> <p>○ 浴室・脱衣場の整理・整頓・清掃が行き届いており、危険防止対策にも十分配慮されている。</p> <p>○ 脱衣場の冷暖房設備は、気候や利用者の身体的状態に応じて調整できる。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>入浴は月から土曜日まで実施され実施状況についてはソフトに<input type="checkbox"/>入力されています。入浴にも入浴ケアマニュアルが整備されでプライバシーの保護や自立支援に向けての取り組みもされています。入浴は清潔の保持、心身のリフレッシュ効果を生みますが、当施設では知らないうちに転倒などによる打撲痕等の異常の発見にも努めているなど多面的に捉えた入浴介助を行っています。今年度は予算化して空調設備を新調したため暖房の効きがよくなっていると利用者の声もあったようです。室温計や湿度計も設置されており目視できる状況で温度管理も行われています。</p>

<p>50 A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>○ 排泄介助に際して、利用者の健康状態や注意事項について、個別支援計画や個別チェックリスト等を活用している。</p>	
<p>○ 排泄用具（おむつ、移動式便器、集尿器、採尿器、ストマ用具等）の使用法について、衛生や防臭を考慮したマニュアルが用意されている。</p>	
<p>51 A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>○ プライバシーに配慮したトイレの構造・設備になっている。</p>	
<p>○ 換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。</p>	
<p>○ 身体状況に応じた設備や補助具の配備を含めて、トイレ環境の点検・改善のための検討を定期的に行っている。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>排泄介助マニュアルが整備され個別支援計画書に個別の対応を記載し、実施された上でソフトに記録されています。臭気についても就労支援B型事業所による定期的な清掃や芳香剤の導入、汚染時には随時職員による清掃で清潔は保たれるようにしています。トイレの備品等、高額な物品については、予算化され最新の機器が整備されています。</p>

5 2 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。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 衣類の選択について、必要があれば相談に応じている。	
<input type="radio"/> 衣類の購入の際には、必要があれば、職員が相談、情報提供、買い物支援等に応じている。	
5 3 A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 利用者が着替えを希望した場合、特別な場合（強いこだわり等）を除き、その意思を尊重している。	
<input type="radio"/> 汚れや破損が生じた場合に、速やかに対処するとともに、必要に応じて記録している。	
【講評】	リハビリの施設なので、専門職により、効率的な着脱方法の指導も行われています。利用者の中には身体状況に応じては時間がかかる場合がありますが、「待つ」ことにより、本人の意思を尊重しながら対応しています。これについては個別支援計画書にも盛り込まれ自立支援に向けて対応しています。利用者の中には自分で洗濯し、時間がかかりながらも自ら干す行為を行っている利用者も見受けられました。「待つ」と言う姿勢は自立支援に繋がり、日常生活の中で「できる行為」を支援している施設の評価は高いと考えます。

<p>5 4 A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、髪型等の選択について支援している。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="radio"/> 髪型や化粧の仕方等は利用者の意思で決めている。</p>	
<p><input type="radio"/> 職員は、必要があれば、整髪や化粧を手伝ったり、又は相談に応じたりしている。</p>	
<p><input type="radio"/> 理容・美容に関する資料や情報を用意している。</p>	
<p>【講評】</p>	

5 5 A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 地域の理髪店や美容院の利用について、必要に応じて職員の送迎や同行などの支援を行っている。	
<input type="radio"/> 利用する理髪店や美容院に対しては、理解と協力を得られるよう、必要に応じて職員が連絡・調整を行っている。	
【講評】	<p>毎月、髪のカット業者の訪問があり、訪問時が近くなるとカット希望者は申し出し、カットの予約を行う支援をしています。利用者の中には施設外のお店を希望させられたり、若い人達の中には地域の美容室を携帯で調べ、職員の情報提供で地域の美容室を利用しているケースもあります。その際職員は事前に美容室に連絡し障がい者に対応できるかの調査を行い情報を提供しています。また2回目以降は社会復帰に向け自分で予約できるように支援を行っている場合もあり細かい配慮がなされています。</p>

56 A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 寝室やベッド周辺の光や音について、利用者の希望や状況に応じた適切な配慮がなされている。	
夜間就寝中の利用者に対するサービスについては、体位変換やおむつ交換、さらには睡眠リズムの乱れや不眠者への対応等を含むマニュアルが用意されている。	
<input type="radio"/> 不眠等により同室者に影響を及ぼす場合、一時的に他の部屋を使用することができる。	
57 A-2-(7)-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。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 話し合いやアンケート等を通じて、利用者の意向を把握している。	
<input type="radio"/> 利用者には、余暇やレクリエーションに関する情報を提供している。	
<input type="radio"/> 利用者の趣味や興味にあったプログラムになるよう利用者の希望を反映させ、適宜改変している。	
【講評】	利用者懇親会は全員参加が基本のため、その時に行事予定については説明しています。毎年、近隣の福祉ゾーン内で夏祭りが開催されており、この祭りの実行委員会となり、企画・運営にも関わっており、近隣の専門学校からボランティアを受け入れ参加している状況です、またこの専門学校の学園祭や地域の祭りに可能な方は参加し、地域と関わる体制ができています。

<p>58 A-2-(8)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者の代表や自治会等と話し合っ、外出についてのルールを設けている。</p> <p><input type="checkbox"/> 地域のガイドマップやイベント等の情報を普段から収集するよう努め、利用者に提供している。</p> <p><input type="checkbox"/> 外出に伴う安全確保や不測の事態に備えて、利用者に必要な学習を行うとともに、連絡先を明示したカード等を準備し、利用している。</p>	
<p>59 A-2-(8)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <p><input type="checkbox"/> 施設側の都合で決めるのではなく、利用者及び家族の立場に立って、担当職員がその調整を行うようにしている。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者の代表や自治会等と話し合っ、利用者主体のルールを設けている。</p>	
<p>60 A-2-(9)-① 金銭管理が適切に行えるよう支援している。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <p><input type="checkbox"/> 金銭等の自己管理ができるように配慮されている。</p> <p><input type="checkbox"/> 自己管理ができる人には、金銭等を保管する場所と設備を提供している。</p>	
<p>【講評】</p>	