

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 | 2012年9月5日～2013年3月4日 (実地(訪問)調査日 2013年1月23日) |
| 評価調査者 | HF05-1-0054 HF05-1-0056 HF10-1-0018 |

※契約日から評価
結果の確定日まで

2 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

| | |
|---|---|
| 事業所名称：障害児入所施設 おおぞらのいえ (施設名) (おおぞらのいえ) | 種別：福祉型障害児入所施設 (児童発達支援事業、短期入所・日中一時支援) |
| 代表者氏名：理事長 久保 修一 (管理者) おおぞらのいえ 所長 岩田 宏之 | 開設(指定)年月日： 昭和・平成 20年 4月 1日 |
| 設置主体：兵庫県 経営主体：社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団 | 定員20名 (利用人数 18名) |
| 所在地：〒651-2181 神戸市西区曙町1070 | |
| 電話番号： 078-927-2727 | FAX番号： 078-925-9253 |
| E-mail： oozora@hwc.or.jp | ホームページアドレス： http:// http://www.hwc.or.jp/ozora |

(2) 基本情報

| | | | | | | |
|--|-------|-------|-----|-------|---------------|-------|
| 理念・方針 | | | | | | |
| (1) こどもの人権に配慮し、個性を尊重した支援の提供 | | | | | | |
| (2) 温かい家庭的な雰囲気を持った生活の場の提供 | | | | | | |
| (3) 専門的知識・技術による質の高い支援の提供 | | | | | | |
| 力を入れて取り組んでいる点 | | | | | | |
| 退所後の生活を入所中にイメージできるように支援するとともに、退所を見据えた上で今何が必要かを検討し、個別支援に反映させていく。 | | | | | | |
| 職員配置 ※()内非職 | 職 種 | 人 数 | 職 種 | 人 数 | 職 種 | 人 数 |
| | 施設長 | 1 () | 事務員 | 1 () | 児童発達支援 管理者 | 2 () |
| | 児童指導員 | 9 (1) | 保育士 | 4 () | 看護師 | 2 () |
| | 栄養士 | 1 () | 医師 | (1) | その他 | (7) |
| 施設の状況：社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団総合リハビリテーションセンター敷地内あり、1階は児童発達支援事業及び病院小児外来となっている。2階は別組織の分教室と入所施設となっている。明るく、広い空間を活用し、玄関前には遊具を設置した広場を有し、理念に基づく支援を推進している。 | | | | | | |

3 評価結果

○総評

◇特に評価の高い点

- ・基本方針の最上位にある「利用者本位のサービスの質の確保」に着実に取り組んでおられます。一人ひとりの個別支援計画を基に、日々活用の「引き継ぎ書」の留意事項を全職員共有化の仕組みがあり、迅速にカンファレンス（30分ミーティング）につなげて成果をあげていますが、このことはアンケート結果からも利用者家族の満足度を得ていることが分かります。
- ・事業計画の策定プロセスは「事業実行計画表」より、「事業評価表」に展開され、P-D-C-Aのサイクルが回りやすく工夫されており、職員理解にも役立っています。
- ・他学校への通学や里親制度の利用は、社会資源の活用例として、良い事例となっています。

◇特に改善を求められる点

- ・職員に対する教育・研修は、事業団の仕組みに沿って計画的に実施されています。しかし、研修成果に対する評価・分析をして、研修内容やカリキュラムの見直し及び次期計画へと反映させていくプロセス（C-A-P）が不明瞭でした。これらを明確にし、より実効性のある仕組にされることを望みます。
- ・「引き継ぎ書」の留意事項は貴重な情報源です。安全な運営のためにヒヤリ・ハット（予防策構築）の面でさらに踏み込んで活用されることを望みます。

○ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

当施設は、開設5年目で若い職員が多いため、人材育成が何より重要な課題となっています。評価の結果から、人材育成のための手法がより明確になったことは、何よりの成果であったと感じています。研修にこそ、P→D→C→Aのサイクルを取り入れるべきであることに気付かされました。

また、思いがけず高評価をいただいた「引き継ぎ書」や「30分ミーティング」については、職員一同あらためて自分たちが当たり前に行っていることの重要性を再認識しました。活きた実効性のあるこの仕組みをさらに精度を高めて、利用者本位のサービスの質の向上に向けて取り組んでいきたいと思えます。

○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、基本方針を確立している。 | |
| I-1-(1)-① 理念を明文化している。 | (a)・b・c |
| I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針を明文化している。 | (a)・b・c |
| I-1-(2) 理念や基本方針を周知している。 | |
| I-1-(2)-① 理念や基本方針を職員及び利用者やその家族等に周知している。 | (a)・b・c |

特記事項

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉の基本的な考えを踏まえた「事業団憲章」「倫理綱領」は明確で、事業団パンフレット、ホームページ等に明文化されています。 ・「事業団憲章」「倫理綱領」に基づく基本方針は「新経営10か年計画」に明文化されています。 ・「事業団憲章」「倫理綱領」が印刷された全職員配布の「職員ノート」により、朝礼、代表者会議などで唱和し、また事業団ホームページ等パブリシティ活用、当施設玄関、廊下などに掲示、職員及び利用者や家族等への周知の仕組みはできています。 |
|--|

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している。 | |
| I-2-(1)-① 中・長期計画を策定している。 | (a)・b・c |
| I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画を策定している。 | (a)・b・c |
| I-2-(2) 計画を適切に策定している。 | |
| I-2-(2)-① 計画の策定を組織的に行っている。 | (a)・b・c |
| I-2-(2)-② 計画を職員や利用者等に周知している。 | (a)・b・c |

特記事項

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・事業団策定の「新経営10か年計画第2期実行計画」に基づく「平成24年度おおぞらのいえ事業計画骨子」、「事業体系表/支援方針」及び「事業実行計画表」で課題ごとに定性・数値目標に示され、「事業評価表」により評価がしやすい配慮がされ、P-D-C-Aのサイクルが回る仕組みはできています。 ・個別支援計画、研修計画等は定められた担当により策定され、支援会議(1回/2週)、カンファレンス(3回/週、2回は主に研修)等会議体で職員参加による実施状況の把握・分析及び研修を実施しています。 ・各計画の説明は、職員に対しては、支援会議、代表者会議などで説明周知を行い周知状況の確認は「あったかサポート実践活動相互評価」や第三者評価資料を活用した2回/年の自己評価を実施、また管理者による個人面談(2回/年)で継続的に実施しています。利用者への説明は、「行事計画表」等、必要に応じた対応を行っています。 |
|--|

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している。 | |
| 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を発揮している。 | |
| 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

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は自らの役割と責任をおおぞらのいえ季刊誌「おおぞらだより」や職員に各会議体などで表明し、定められた質問項目に基づく個人面談表を実施し、個人/業務の目標達成状況・課題等の把握及び助言を実施しています。 ・平成25年度に改正の児童福祉法に関する法制上の勉強会をカンファレンスを活用し2回/週実施しています。法令に関する資料は、総合リハビリテーション総務課整備資料を活用し、必要に応じ職員研修に活用しています。 ・サービスの質の向上に関し、支援員が若年層で構成されている現状もあり、管理者による定められた質問項目に基づく個人面談表を活用し、個人/業務の目標達成状況・課題等の把握及び助言により、指導力を発揮しています。 ・事業団施設共通の仕組みである「あったかサポート実践運動相互評価」を実施し、第三者評価資料を活用した自己評価（2回/年）を継続的に実施しています。従来リーダ・監督層中心であったが、本年度は、全職員に実施、結果を纏め中でした。 |
|--|

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している。 | (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 外部監査を実施している。 | (a) b・c |

特記事項

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・平成25年度に児童福祉法改正の背景もあり、経営環境の変化などへの取組は、当施設療養課長が地域関連団体の諸役職を兼務し、積極的に実践され的確に状況把握を図っています。 ・経営状況を分析し、入所利用率の向上、一時入所、短期入所の拡大を図る取組をしています。 ・公認会計士による総括結果を反映する仕組みはありますが、本年度は当施設への指摘事例はありませんでした。 |
|---|

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。 | ○a・b・c |
| II-2-(1)-② 人事考課を客観的な基準に基づいて行っている。 | ○a・b・c |
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮している。 | |
| 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している。 | ○a・b・c |
| II-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を確立している。 | |
| II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢を明示している。 | ○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を行っている。 | ○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) 実習生の受け入れを適切に行っている。 | |
| 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"> ・事業団の人材管理の仕組みに沿って、ルール通り実施しております。 ・兵庫県社会福祉事業団職員互助会による支援が整っており、リクレーション活動が行われております。 ・人材育成は事業団人材育成方針による教育・支援の仕組に沿って実施されております。 ・職員に対する教育・研修は、計画に基づき実施され支援会議等で報告されていますが、研修成果に対する評価・分析から次期計画への反映、研修内容やカリキュラムの見直し等のプロセス(C→A→P)が不明瞭でした。利用者のより身近な専門研修(発達・遊び・障害)の内外研修の位置づけも将来のサービスの質向上への布石となるものと思われまます。 ・実習生の受入は、各学校よりの希望も多く、積極的に取組まれ受入から実施などへのP-D-C-Aのサイクルはよく回っており、改善も随所に取組まれています。 |
|--|

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を行っている。 | |
| 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"> ・緊急時の対応は、予防策を含め利用者の安全を確保する仕組は、整備され運用されています。 ・様々な障害を持つ利用者に対し、日常生活における安全予防策としてヒヤリ・ハット活動が実施されております。日常的な諸課題は「引継ぎ書」の留意事項として迅速に職員共有化を果たしており、日常支援の実効性を果たしておりますが、安全な運営のためヒヤリ・ハット(予防策構築)の面で、もっと積極的に活用されることを望みます。 |
|--|

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している。 | |
| 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) 関係機関との連携を確保している。 | |
| II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。 | (a)・b・c |
| II-4-(2)-② 関係機関等との連携を適切に行っている。 | (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、事業・活動を行っている。 | (a)・b・c |

特記事項

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・地域との関りを事業計画や支援方針で明文化し、地域関係団体等とのネットを活用し当施設パンフレット、季刊誌「おおぞらだより」等の広報誌の配布を行っています。 ・他学校への通学や里親制度の利用は、社会資源の活用例として、良い事例となっています。 ・ボランティア受け入れに対する基本姿勢は「ボランティアについて」で明文化され、定められた担当により、受け入れ研修が実施され仕組みはできています。 ・関係機関一覧表を整備し、管理者が地域の関係団体の役職等委嘱を受け、積極的に連携を進め、情報収集より、短期入所、日中一時支援等を計画に折込み、事業・活動を推進しています。 |
|--|

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) 利用者満足の向上に努めている。 | |
| III-1-(2)-① 利用者やその家族等の意向の把握と満足の向上への活用に取り組んでいる。 | (a) b・c |
| III-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。 | |
| 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"> ・基本方針の最上位に位置する「利用者本位のサービスの提供」は、おおぞらのいえ運営・サービスの基本的な考えとして文書化され、朝礼、支援者会議、代表者会議等の会議体等で全員に周知され良く浸透しています。 ・プライバシー保護については、「ADL支援マニュアル」で排世・着脱・入浴時の配慮を示しています。利用者への周知については、日常支援の中で社会性教育のひとつとして配慮・工夫をしています。 ・利用者満足に関して、利用者と朝の会、夕の会で話し合いを行い、家族には利用についてのアンケートを実施し、日常支援に対する満足度を得ています。また食事検討委員会によるアンケート調査等で意向を分析し、改善への共通理解を図っており仕組みはできています。 |
|--|

- ・利用開始時に利用契約重要事項説明書等で時間をかけ理解を深めて頂く配慮をしております。利用者には、朝の会、夕の会を設け、必要に応じ相談用個室も準備され、掲示や文書配布等の対応をし、利用者が意見を述べやすい環境を整備しております。
- ・苦情対応の仕組みは確立されております。

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っている。 | |
| 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 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-(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を適切に行っている。 | |
| 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っている。 | (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

- ・サービスの質の確保に関しては、利用者一人ひとりの個別支援計画を基に、P-D-C-Aが回る仕組みができています。
- ・監督職、リーダーを対象に第三者評価資料を活用した自己評価を継続的に実施し、本年度より「あったかサポート実践活動相互評価」を実践、加えて前述自己評価を全員に広げて実施中であり、仕組み整備されつつあります。
- ・サービス実施の記録は、「福祉の森」ソフトに定められた担当により記載され「引継ぎ書」（留意事項）、ケース記録等前日分を印刷、カンファレンス（30分ミーティング）につなげ全職員がリアルタイムな共有化と迅速な対応の仕組みを整備しています。

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っている。 | |
| 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"> ・利用者特性により、サービス開始時には利用契約重要事項説明書に時間をかけ、丁寧に説明しています。 ・平成25年4月の制度改正に向け、「退所マニュアル」策定を計画に掲げ、同時に制度に関する法令等研修を2回/週実施し、18歳退所に向けた取組が行われています。 |
|--|

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を行っている。 | |
| 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を策定している。 | |
| 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ってアセスメント作成を実施しております。 ・各専門職が週1回のカンファレンスに参加し、利用者の課題に対応した個別支援計画を策定及び見直しをしております。1回/2週の支援会議で総括を行い、全員が6ヶ月で評価・見直しを実施する仕組みはできています。 |
|---|

評価対象Ⅳ 実施する福祉サービスの内容

Ⅳ-1 利用者の尊重

| | 第三者評価結果 |
|---|---------|
| Ⅳ-1-(1) 利用者の尊重 | |
| Ⅳ-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をしている。 | (a) b・c |
| Ⅳ-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。 | (a) b・c |
| Ⅳ-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している。 | (a) b・c |
| Ⅳ-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 |
| Ⅳ-1-(2) 利用者の権利擁護 | |
| Ⅳ-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 |
| Ⅳ-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"> ・おおぞらのいえ支援方針の基本的な考えに基づき、利用者主体の活動で見守りと支援の仕組みができています。 ・利用者エンパワメントの理念に基づくプログラムでは、買物、交通機関利用プログラムを準備しておりますが、これらはおおぞら分教室の教科と整合性を持たせ実施を図っています。 ・「虐待防止マニュアル」「虐待防止チェックリスト」コンプライアンス指針等関係資料に基づき人権侵害について防止の周知及び支援会議、事故防止対策委員会等の会議体で原因究明と適切な対応が行える仕組みは整備されつつあります。 |
|--|

IV-2 日常生活支援

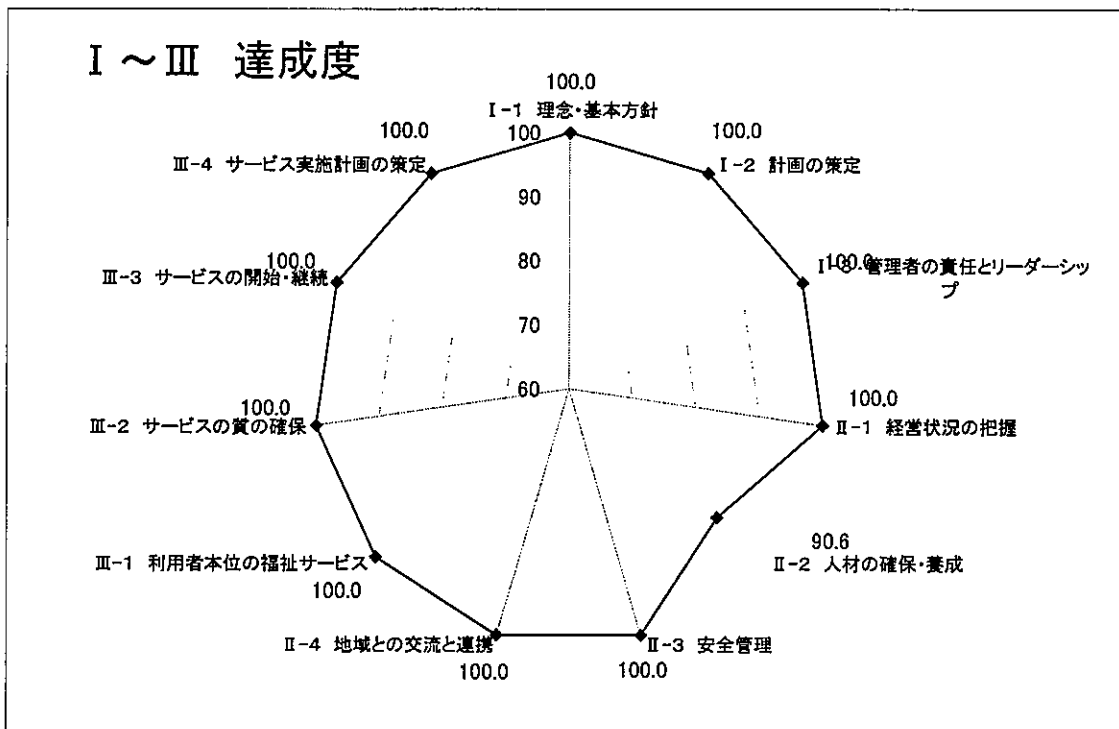
| | 第三者評価結果 |
|---|--------------|
| IV-2-(1) 食事 | |
| IV-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスを用意している。 | (a)・b・c |
| IV-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫している。 | (a)・b・c |
| IV-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。 | (a)・b・c |
| IV-2-(2) 入浴 | |
| IV-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。 | (a)・b・c |
| IV-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行っている。 | (a)・b・c |
| IV-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。 | (a)・b・c |
| IV-2-(3) 排泄 | |
| IV-2-(3)-① 排泄介助は快適に行っている。 | (a)・b・c |
| IV-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。 | (a)・b・c |
| IV-2-(4) 衣服 | |
| IV-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 |
| IV-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。 | (a)・b・c |
| IV-2-(5) 理容・美容 | |
| IV-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 |
| IV-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 |
| IV-2-(6) 睡眠 | |
| IV-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。 | (a)・b・c |
| IV-2-(7) 健康管理 | |
| IV-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。 | (a)・b・c |
| IV-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 |
| IV-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。 | (a)・b・c |
| IV-2-(8) 余暇・レクリエーション | |
| IV-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っている。 | (a)・b・c |
| IV-2-(9) 外出・外泊 | |
| IV-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。 | (a)・b・c |
| IV-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮している。 | (a)・b・c |
| IV-2-(10) 所持金・預り金の管理等 | |
| IV-2-(10)-① 預り金について、適切な管理体制を作っている。 | (a)・b・c |
| IV-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。 | (a)・b・c |
| IV-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、利用者の意志や希望を尊重している。 | a・b・c 非該当 |

特記事項

- ・食事は、「温かい家庭的な雰囲気を持った生活の場の提供」の当施設基本方針に基づき、身体状態に応じ、アセスメントシートにより個別支援計画に反映し、ADL支援マニュアル（食事）に基づく手順で日常的にチェック、状況を把握、個別対応をしています。朝の会、夕の会で利用者意見と食事検討委員会の嗜好調査の分析により、日々の食事メニューに反映させています。
- ・入浴は、利用者の障害程度や介助方法等個人的事情を配慮し、汗をかいた場合等必要に応じた対応をしております。浴室・脱衣場等は、現代的な環境であり、整備されています。
- ・排泄介助は、ADL支援マニュアル（排泄）等により手順に従った対応の仕組みはできています。トイレは、個別的な障害の対応ができるように8か所あり、排泄用具等清潔面の配慮が行われています。入浴・排泄等の支援記録は、「福祉の森」ソフトに記録されています。
- ・衣服、理髪・美容、睡眠は、利用者の思い等の意向を尊重し、職員が同行し要望を伝えたり、相談に応じ、ぬいぐるみ等持ち込み、利用者本位の適切な対応をしております。
- ・健康管理は、医療情報を含む「個人カード」を作成し、「健康管理マニュアル」「基本的な応急マニュアル」「健康に変調があった時の対応マニュアル」「薬物の管理マニュアル」等による研修を開催し、必要な時、迅速な医療が受けられる体制が整っています。薬の使用状況は所定の様式で記録されています。
- ・余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われ、夏ベランダ活用の簡易プールでの水遊び等工夫の様子が見られました。
- ・外出・外泊では、朝の会で話し合い複数案を出し希望に沿った外出の対応をしています。外泊は、週末里親制度活用と親子が共に施設に泊まれる部屋を準備し、外泊前の段階利用の活用に利用。外泊は、常に保護者の了解を取る仕組みとしています。
- ・預かり金に関しては、利用時契約に基づき、通帳管理等職員が担当し、金銭管理技能は、おおぞらのいえ分教室の教科と連携し、日常支援で対応能力向上の支援をしています。
- ・新聞・雑誌等は、利用者の希望により講読、部屋にはラジカセ、好みの雑誌等もあり、購入には職員が相談にのっています。テレビは利用者の相談によって視聴しています。

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 | 8 | 8 | 100.0 |
| I-2 計画の策定 | 14 | 14 | 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 | 9 | 9 | 100.0 |
| II-2 人材の確保・養成 | 32 | 29 | 90.6 |
| II-3 安全管理 | 11 | 11 | 100.0 |
| II-4 地域との交流と連携 | 21 | 21 | 100.0 |
| III-1 利用者本位の福祉サービス | 21 | 21 | 100.0 |
| III-2 サービスの質の確保 | 25 | 25 | 100.0 |
| III-3 サービスの開始・継続 | 14 | 14 | 100.0 |
| III-4 サービス実施計画の策定 | 13 | 13 | 100.0 |



IV 達成度

| | 判断基準 | | 達成率(%) |
|---------------------|------|-----|--------|
| | 基準数 | 達成数 | |
| 1-(1) 利用者の尊重 | 16 | 16 | 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 | 7 | 7 | 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 | 3 | 3 | 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 | 8 | 8 | 100.0 |

