

千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果

(障害者(児)施設・事業所)

1 評価機関

| | |
|--------|-----------------------------|
| 名 称 | 特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所 |
| 所 在 地 | 千葉県千葉市稲毛区園生町1107-7 |
| 評価実施期間 | 平成 29年 8月 1日～平成 29年 11月 21日 |

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

| | | | |
|------------|---|-------|--------------|
| 名 称 | 障害者支援施設 聖マリア園 | | |
| (フリガナ) | しょうがいしゃ しえんしせつ せいまりあえん | | |
| 所 在 地 | 〒289-2513 千葉県 旭市 野中 800 障害者支援施設 聖マリア園 | | |
| 交通手段 | JR旭駅より法人よりバスあり。 | | |
| 電 話 | 0479-60-0604 | FAX | 0479-60-0664 |
| ホームページ | http://www.rosario.jp/ | | |
| 経 営 法 人 | 社会福祉法人ロザリオの聖母会 | | |
| 開設年月日 | 平成3年4月1日 | | |
| 事業所番号 | 1211400138 | 指定年月日 | 平成23年4月1日 |
| 提供しているサービス | 生活介護・施設入所支援・空床型短期入所・日中一時支援 | | |

(2) サービス内容

| サービス名 | 定員 | 内容 |
|---------------|--------------------------|---|
| 生活介護 | 70名 | 常時介護を必要とする方に主として昼間において、入浴、排せつ、食事等の介助や、活動等の機会を提供し、生活等に関する相談及び助言、その他日常生活上の支援を行います。 |
| 施設入所支援 | 50名 | 施設に入所される障害者の方へ、主として夜間において、排せつ、及び食事等の介護その他日常生活上の支援を行います。 |
| 日中一時支援 | | 日中において一時的に（日帰り）常時介護を必要とする方に主として昼間において、入浴、排せつ、食事等の介助や、活動等の機会を提供し、生活等に関する相談及び助言、その他日常生活上の支援を行います。 |
| 短期入所事業 空床型 | 4名（入所の 空き状況によ り変動） | 在宅にお住まいの障害をお持ちの方を対象に、ご家族のご病気や冠婚葬祭等の際に一時的に入所（宿泊）して頂けます。 |
| | | |
| | | |

(3) 職員（スタッフ）体制

| 職 員 | 常勤職員 | 非常勤、その他 | 合 計 | 備 考 |
|-------|--------------------|----------|-----|----------------|
| | 40名 | 16名・2名 | 56名 | 2名は医師と顧問 週1回来園 |
| 専門職員数 | 介護福祉士16名 看護師 3名 | 管理栄養士 1名 | | |

(4) サービス利用のための情報

| | | | |
|----------|-----------------------------------|-------------|--|
| 利用申込方法 | 電話にて受付。施設入所に関しては入所待機申込書を記入していただく。 | | |
| 申請窓口開設時間 | 8：30～17：00（月）～（金） | | |
| 申請時注意事項 | 入所に関しては受付時の状況により入所できない場合がある。 | | |
| 相談窓口 | 相談担当支援員 大石智也 小森正道 | | |
| 苦情対応 | 窓口設置 | 生活科 科長 中野仁敦 | |
| | 第三者委員の設置 | あり | |

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

| | |
|-----------------------------|--|
| <p>サービス方針 (理念・基本方針)</p> | <p>基本理念 ロザリオの聖母会は、定款の目的に定めるキリスト教精神に則り、次のとおりサービス提供の基本理念を定めます。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の生命、尊厳、人権及び人生を大切にする。 2. 利用者の願いや要求に真摯に向き合い、理解し、共感する。 3. 利用者の自立・自己実現・自己決定の過程を支援する。 <p>経営理念 光のあたりにくい人々とともに歩む</p> |
| <p>特 徴</p> | <p>サービス提供の均等化を目的にグループ体制をとり、個別支援に取り組んでいます。活動は主にケアプランに基づきますが、外出支援が多く昨年度は累計226名の方が外出されています。また近隣に旭中央病院があり、夜間の体調不調時も救急外来へ職員が付き添いを行っております。また単独で外出可能な利用者は単独で外出されています。累計41名の方が外出されました。出前食などにも対応しており、近隣の出前も利用者の食形態に合わせて提供も可能になっています。</p> |
| <p>利用（希望）者 へのPR</p> | <p>—利用者と共に 今を創造していく— 時代は移り変わります。その時々求められる事も変わります。福祉施設として変わらない事は「利用者と共にある事＝共生」と考えています。</p> <p>良い事も困った事も、お互いが認め合い考え合いながら、より豊かな生活を目指す事を指標としています。 そして、人が本来持っている権利について常に問いただし、互いに成長できる施設を目指して努力していきます。</p> |

福祉サービス第三者評価総合コメント

評価機関名 VAICコミュニティケア研究所

| |
|--|
| 特に力を入れて取り組んでいること(評価の高い点) |
| 経営層は職員の働きやすい環境の整備に取り組んでいる |
| 事業計画の重点目標に職員の定着・育成を掲げている。経営層は、職員が定着し利用者支援に力を発揮してもらうため、職場環境の整備に取り組んでいる。定期的な個別面談などで要望や意見の把握に努め、夜勤者の処遇の改善などに結びつけている。職員のメンタルヘルス対策にも取り組んでおり、施設間協力で臨床心理士に来てもらい、職員からの相談にも対応できる体制を整えている。経営層はリーダーシップを発揮し、職員の働きやすい職場環境の整備に取り組んでいる。 |
| 新人職員を指導・教育する仕組みを作り個別の育成に取り組んでいる |
| 法人の研修体制が整備され入職5年次まで研修制度がある。施設では新人職員の育成のため、指導係を配置するパートナーシップ制があり、指導係が中心となり教育を行っている。指導係は施設内の職員育成委員会とも連携しており、組織として育成を行う仕組みがある。また、職員育成委員会は指導者であるパートナーや中堅職員にもアドバイスするなどの役割がある。そのほか、生活科では利用者一人ひとりの特性に配慮した個別対応シートを作成しており、それをもとに新人職員が全利用者の介助ができるよう指導・教育を行っている。 |
| ケアプランは日常業務と連動させることで実践可能となるように工夫している。 |
| 利用者は3つのグループに分かれており、3人の担当職員が日常生活の支援を行っている。職員はケアプランの支援内容などを記載したカードを携帯して業務にあたっている。カードにはケアプランに基づいた個別の介助手順、支援上の注意事項、職員の動き方などが記載されており、ケアプランの内容を日常業務として組み込むことで実践可能なプランとなるように工夫している。 |
| 利用者の生活の幅を広げる支援に取り組んでいる |
| 月に1度フリータイムが設けられており、散歩などの外出や居室の片付けなど利用者の個別の要望に対応している。日常生活においては、水道の蛇口部分に押せば水が出るような補助具を付けたり、紐を引っ張れば洗濯機の蓋が開閉できるよう工夫をしている。また、電動車椅子には緊急時等に連絡が取れるよう、利用者が操作しやすい位置に携帯を固定させるなど、自立生活につながるよう配慮している。食事は施設の食事以外に近隣のレストランからの出前やコンビニなどで購入することも可能であり、利用者が生活の幅を広げることができるような支援をおこなっている。 |
| さらに取り組みが望まれるところ(改善点) |
| 利用者一人ひとりのニーズを把握する取り組みが望まれる |
| 利用者には担当職員がおり利用者本人や家族から日常的に意向などの把握に努めている。家族からは家族会や電話等でも意見を聞き取っている。また、利用者によってはコミュニケーションノートなども活用している。利用者の自治会もあり、そこでも要望や意見を聞きとり、できることは改善につなげている。なお、利用者の自治会に参加する人は限られおり、コミュニケーションに制限のある利用者の声を含め、意思支援を行いながら一人ひとりのニーズを吸い上げるためのさらなる取り組みを期待したい。 |
| 利用者の人権尊重と権利擁護のさらなる推進を期待したい |
| 施設では虐待防止研修や独自のアンケートなどで、職員一人ひとりの人権意識を高めるとともに、日々の支援などを振り返っている。また、虐待防止委員会が設置されており、利用者を尊重した支援について話し合ったり、具体的な行動目標を周知したり、アンケート結果の解析などの活動を行っている。なお、利用者調査では、職員の接し方について、やや満足度が低かった。利用者への一つひとつのケアが利用者の尊厳を尊重しているかなど日常的に振り返り、基本理念や倫理綱領に立ち返ることが期待される。 |
| 人材確保と人材育成の取り組みが望まれる |
| 人材確保と人材育成は施設の大きな課題であり引き続き対策が望まれる。人員については配置基準は満たしているものの、重度の利用者を受け入れていることでもあり、さらなる配置で利用者への手厚い支援や、職員の就業状況の改善につなげることを期待したい。また、機能訓練指導員など専門職と連携した利用者の身体機能の維持などの取り組みも検討されたい。今後も、研修の受講や自己啓発の支援などで、職員一人ひとりの育成が期待される。 |
| (評価を受けて、受審事業者の取組み) |
| 今回の評価にあたり、具体的な取組課題を明らかにして頂きありがとうございました。利用者が真に求める生活の質向上を目指し、提供するサービスが人権・権利・意向を反映して行くように、全職員で考える機会とします。そして、利用者を大切に思う気持ちを持ってサービス提供を展開していく努力をします。 |

福祉サービス第三者評価項目の評価結果（障害者（児）施設・事業所）

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 項目 | 標準項目 | | | | |
|--|------------------|---|----------------------------------|--|----------------|--|-----|-----|
| | | | | ■実施数 | □未実施数 *非該当数 | | | |
| I | 福祉サービスの基本方針と組織運営 | 1 理念・基本方針 | 1 理念や基本方針が明文化されている。 | 3 | 0 | | | |
| | | | 2 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。 | 2 | 1 | | | |
| | | | 3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | 1 | 2 | | | |
| | | 2 計画の策定 | 中・長期的なビジョンの明確化 | 4 事業環境を把握した中・長期計画に基づく事業計画が作成されている。 | 4 | 0 | | |
| | | | | 5 事業計画達成のための重要課題が明確化されている。 | 3 | 0 | | |
| | | | | 6 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。 | 3 | 0 | | |
| | | | | 7 理念の実現や質の向上に意欲を持ち、その取り組みに指導力を発揮している。 | 3 | 0 | | |
| | | 3 管理者の責任とリーダーシップ | 管理者のリーダーシップ | 8 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。 | 3 | 0 | | |
| | | | | 9 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。 | 3 | 0 | | |
| | | 4 人材の確保・養成 | 人事管理体制の整備 | 10 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。 | 4 | 0 | | |
| | | | | 11 事業所の就業関係の改善課題について、職員（委託業者を含む）などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。 | 3 | 0 | | |
| | | | 職員の就業への配慮 | 12 福利厚生に積極的に取り組んでいる。 | 3 | 0 | | |
| | | | | 13 職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、人材育成に取り組んでいる。 | 3 | 1 | | |
| | | | | 14 定期的に教育・研修計画の評価・見直しを行っている。 | 1 | 2 | | |
| | | | 職員の質の向上への体制整備 | 15 職員の働き甲斐や職場の信頼関係の向上に取り組んでいる。 | 5 | 0 | | |
| 16 施設の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。 | 6 | | | 0 | | | | |
| II | 適切な福祉サービスの実施 | 1 利用者本位の福祉サービス | 17 個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。 | 3 | 1 | | | |
| | | | 18 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。 | 2 | 2 | | | |
| | | | 19 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。 | 5 | 0 | | | |
| | | 2 サービスの質の確保 | サービスの質の向上への取り組み | 20 サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し見直している。 | 2 | 0 | | |
| | | | | 21 事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。 | 4 | 0 | | |
| | | 3 サービスの開始・継続 | サービス提供の適切な開始 | 22 施設利用に関する問合せや見学に対応している。 | 2 | 0 | | |
| | | | | 23 サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。 | 2 | 1 | | |
| | | 4 個別支援計画の策定 | 個別支援計画の策定・見直し | 24 一人ひとりのニーズを把握して個別支援計画を策定している。 | 4 | 0 | | |
| | | | | 25 個別支援計画の内容は適切であるかの評価・見直しを定期的に行っている。 | 2 | 1 | | |
| | | | | 26 利用者のサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。 | 3 | 0 | | |
| | | | | 5 実施サービスの質 | 項目別実施サービスの質 | 27 【個別生活支援】日常生活上の支援や生活する力の維持・向上のための支援を行っている。 | 3 | 1 |
| | | | | | | 28 【居住・入所支援】居住・入所施設において、日常生活の支援や生活する力の維持・向上のための支援を行っている。 | 5 | 0 |
| | | | | | | 29 【日中活動支援】利用者が自立した生活を地域で送ることができるよう、日常生活訓練や機能訓練や生活についての相談等の支援を行っている。 | 1 | 3 |
| | | | | | | 30 【就労支援】就労に必要な知識の習得や能力向上のための訓練等を行い、就労の機会の提供を行っている。 | 非該当 | 非該当 |
| | | 6 安全管理 | 利用者の安全確保 | 31 利用者を尊重したコミュニケーション支援を行っている。 | 3 | 2 | | |
| 32 利用者の健康を維持するための支援を行っている。 | 4 | | | 0 | | | | |
| 33 利用者の家族等との連携、交流のための取り組みを行っている。 | 2 | | | 1 | | | | |
| 34 預り金について、適切な管理体制が整備されている。 | 3 | | | 2 | | | | |
| 7 地域との交流と連携 | 地域との適切な関係 | 35 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が整備されている。 | 2 | 1 | | | | |
| | | 36 事故などの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。 | 2 | 1 | | | | |
| | | 37 緊急時（非常災害発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | 5 | 1 | | | | |
| 計 | | | | 112 | 24 | | | |

項目別評価コメント

標準項目 整備や実行が記録等で確認できる。 確認できない。 *非該当（提供していないサービス）

| 項目 | 標準項目 |
|--|---|
| 1 理念や基本方針が明文化されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 理念・方針が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に明文化されている。 ■ 理念・方針から、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人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・方針には、法の趣旨や人権擁護、自立支援の精神が盛り込まれている。 |
| <p>(評価コメント) 基本理念及び基本方針が法人のホームページやパンフレット、施設の事業計画書等に明文化されている。理念は「利用者の生命の尊厳、人権及び人生を大切に」、「利用者の願いや要求に真摯に向き合い理解し共感する」と謳い、法人の目指す方向や考え方を読み取ることができる。また、「利用者の自立・自己実現・自己決定の過程を支援する」としており、権利擁護や自立支援の精神が盛り込まれている。施設の基本方針でも「人間として尊重し生命の尊厳の保障や、利用者の状態に応じた生きがいのある充実した生活を送る」とあり、施設の目指していることがみてとれる。</p> | |
| 2 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 理念・方針を事業所内の誰もが見やすい箇所に掲示し、職員配布文書に記載している。 □ 理念・方針を会議や研修において取り上げ職員と話し合い共有化を図っている。 ■ 理念・方針の実践を日常の会議等で話し合い実行面の反省をしている。 |
| <p>(評価コメント) 理念等は施設の玄関や介護センターに掲示するとともに、中途採用者を含め入職時の研修で周知を図っている。また、基本方針が記載された事業計画書は職員に配布している。職員は毎年自己評価を実施しており、理念や人権への配慮、日常生活サービスなどについて振り返っている。また、各部門の責任者が出席する毎週の運営会議では実践について話し合うほか、毎月の全体会議(職員会議)でも話し合う場が確保されている。なお、日々のケアを利用者の尊厳や人権を大切にすることと結び付け現場で話し合うことも望まれる。</p> | |
| 3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | <ul style="list-style-type: none"> □ 契約時等に理念・方針が理解し易い資料を作成し、分かり易い説明をしている。 □ 理念・方針を利用者や家族会等で分かり易く説明し、話し合いをしている。 ■ 理念・方針の実践面を広報誌や手紙、日常会話などで日常的に伝えている。 |
| <p>(評価コメント) 見学者にはパンフレットを渡して説明している。パンフレットには倫理綱領が掲載され、基本的な心構えが規範として最初に明記されている。契約時に説明する重要事項説明書においても運営方針として施設の基本方針を載せている。施設のホームページからは職員のブログも閲覧でき、行事などの写真も載せており、いつでも見ることができる。また、年3回の家族会もあり実践面について報告している。理念は施設の玄関に掲示されており、利用者から理念に共感したとの声が寄せられたこともある。なお、理念や基本方針などを利用者自治会や家族会でも分かりやすく周知を図ることを期待したい。</p> | |
| 4 事業環境を把握した中・長期計画に基づく事業計画が作成されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 社会福祉事業の全体や地域動向について、具体的に把握している。 ■ 事業計画には、環境把握に基づく中・長期計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。 ■ 事業計画は、実行可能かどうか、具体的に計画することによって実施状況の評価を行える配慮がなされている。 ■ 事業計画及び財務内容を閲覧に供することを明記した文書がある。又は、閲覧できることが確認できる。 |
| <p>(評価コメント) 法人の中長期計画及び年度の事業計画に基づき、施設の年度の事業計画を策定している。施設のデイサービスセンターを含め各部門の計画は具体的に展開されており、振り返りや評価がしやすくなっている。また、法人の事業計画書や決算報告書は法人のホームページからも閲覧が可能である。なお、中長期計画が策定されているが、計画期間を明示することも望まれる。</p> | |
| 5 事業計画達成のための重要課題が明確化されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 理念・基本方針より重要課題が明確にされている。 ■ 事業環境の分析から重要課題が明確にされている。 ■ 現状の反省から重要課題が明確にされている。 |
| <p>(評価コメント) 法人本部より提示される年度の重点目標に基づいて施設でも重点目標を掲げている。重点目標は制度改正など情勢を踏まえた運営管理の方針や、法人の課題を踏まえた利用者サービスなどとともに、利用者と職員の安全対策の方針を明確にしている。また毎年自己評価を実施しており、その結果をもとに課題などを事業計画に反映させている。</p> | |
| 6 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 各計画の策定に当たっては、現場の状況を把握し、職員と幹部職員が話し合う仕組みがある。 ■ 年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。 ■ 方針や計画、課題の決定過程が、全ての職員に周知され、一部の職員だけで行われていない。 |
| <p>(評価コメント) 管理者が策定する施設の重点目標をもとに、各部門が年度の計画を策定し、施設としての事業計画が纏められている。各部門の計画には職員の自己評価をもとに改善点なども反映させている。また、事業計画における重点目標は、各部門からの報告をもとに期中に進捗状況を確認している。中間での評価をもとに取り組みを修正しながら目標の達成に向けて実践している。</p> | |

| | | |
|--|---|---|
| 7 | 理念の実現や質の向上に意欲を持ち、その取り組みに指導力を発揮している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■管理者は、理念・方針の実現、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な方針を明示して指導力を発揮している。 ■管理者は、福祉サービスの質の向上について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。 ■運営に関する職員、利用者、家族、地域の関係機関の意見を把握して方針を立てている。 |
| (評価コメント)管理者は運営会議や全体会議のほか、虐待防止やリスクマネジメントなどの委員会などに出席し、施設の方針や自らの考えを職員に伝えている。とくに現場職員とは個別に話し合う機会を毎月設けており、サービスの質の向上についても話し合っている。また毎月の利用者自治会にも参加し、利用者から要望や意見を聞いたり、年3回の家族会では家族の意向の把握にも取り組んでいる。職員とはコミュニケーションを図りながら、施設の質の向上に向けて指導力を発揮している。 | | |
| 8 | 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けて、人事、労務、財務等の面から分析を行っている。 ■管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。 ■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(改善委員会など)を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。 |
| (評価コメント)人材確保は法人全体の経営課題でもあり、人材バンクの活用や学校訪問などに取り組んでいる。管理者は職員の働きやすい環境整備に尽力しており、職員意見も踏まえながら夜間待機者の処遇改善や職員駐車場の整備などに取り組んだ。また、遠方の家族もいることから看取り期における意思確認を課題としており、指針の作成など今後の取り組みに期待したい。業務の効率化については毎週の運営会議で話し合っており、経営層は組織の質向上に向けて率先して取り組んでいる。 | | |
| 9 | 全職員が守るべき倫理を明文化している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■倫理規程があり、職員に配布されている。 ■従業者を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修を実施し、周知を図っている。 ■倫理(個人の尊厳)を周知を図るための日常的な取り組みが確認できる。 |
| (評価コメント)法人の倫理綱領や職員行動指針が策定され職員に配布されている。倫理綱領や行動規範に則った支援について、毎年自己評価を実施し振り返っている。利用者の権利擁護等に関する外部研修に職員を派遣した場合は、全員参加の出張報告会で内容の共有を図っている。現場での不適切なかかわりについては利用者からの指摘があるほか、虐待防止委員会でもチェックをしている。また、委員会ではコールで待たせることや利用者の呼称など、利用者を尊重した支援について話し合っている。今年度は障害者差別解消法における「合理的配慮」について、外部講師による研修を実施する予定となっている。 | | |
| 10 | 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■人事方針が明文化されている。 ■職務権限規定等を作成し、従業者の役割と権限を明確にしている。 ■評価基準や評価方法を職員に明示し、評価の客観性や透明性の確保が図られている。 ■評価の結果について、職員に対して説明責任を果たしている。 |
| (評価コメント)法人に人事委員会が設置され人事方針を明文化している。また、部門によっては職務分担表も整備され、役割に応じた業務が明確になっている。人事考課も実施しており、評価方法は客観性を担保し被評価者が納得できる仕組みとなっている。現在、コンサルタントによる評価者の研修もあり、考課の標準化に取り組んでいる。職員とは年2回の面談を実施しており、年度末には一次評価者が最終考課結果をフィードバックし、職員の同意を得ている。また、職員個別の目標管理の取り組みも実施しており、目標設定シートをもとに目標を掲げてもらい年2回の面談で達成度を確認している。年度の人事考課は処遇と連動しており、とくに評価が高かった職員については管理者が褒賞している。 | | |
| 11 | 事業所の就業関係の改善課題について、職員(委託業者を含む)などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。 | <ul style="list-style-type: none"> ■担当者や担当部署等を設置し職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている ■把握した問題点に対して、人材や人員体制に関する具体的な改善計画を立て実行している。 ■定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談をしやすいような組織内の工夫をしている。 |
| (評価コメント)職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータは衛生委員会や法人の担当部署で確認している。施設では有給休暇の取得率向上も目指しているが、それに伴う職員の確保も大きな課題としている。また、人事考課面談を年2回実施しており、そのなかで就業上の要望や意見などを吸い上げる仕組みがあり、職員の意向の把握に努めている。 | | |
| 12 | 福利厚生に積極的に取り組んでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ■職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生事業を実施している。 ■希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家を確保している。 ■育児休暇やリフレッシュ休暇等の取得を励行している。 |
| (評価コメント)法人として育児休暇や介護休暇の制度を整備するとともに、資格取得の支援や永年勤続表彰、共済会への加入など福利厚生事業を実施している。職員のメンタルヘルス対策として、施設間協力で臨床心理士に来てもらい、相談する機会を設けたり、講義をしてもらっている。希望があれば法人に来ていたる精神科医師にも相談することができる。そのほか、ストレスチェックを実施し結果を職員にフィードバックしており、場合によっては産業医にも相談することが可能である。 | | |

| | | |
|---|--|---|
| 13 | 職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、人材育成に取り組んでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ■キャリアアップ計画など中長期の人材育成計画がある。 □職種別、役割別に期待能力基準を明示している。 ■個別育成計画・目標を明確にしている。 ■OJTの仕組みを明確にしている。 |
| (評価コメント)施設では法人研修に職員を派遣したり、外部講師や内部講師による園内研修を実施するほか、園外研修には積極的に職員を派遣している。新人職員には全利用者が介助できるよう利用者の個別対応シートをもとに、パートナーが中心となり育成を図っている。施設ではパートナーシップ制があり、新人職員には指導係を付け、職員育成委員会と連携し育成を行う仕組みがある。職員育成委員会は指導者であるパートナーや中堅職員にもアドバイスするなど、教育にも取り組んでいる。また、生活科では係一覧表を作成しており、経験年数に応じて難易度が高い業務が求められる仕組みを作っている。 | | |
| 14 | 定期的に教育・研修計画の評価・見直しを行っている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■常勤及び非常勤の全ての新任・現任の従業者を対象とする当該サービスに関する研修計画を立て実施している。 □常勤及び非常勤の全ての新任・現任の従業者を対象とする当該サービスに関する個別研修を立て実施している。 □事業所全体として個別の研修計画の評価・見直しを実施している。 |
| (評価コメント)法人の研修制度が整備され、入職5年目までの年次別研修や中間管理職及び管理者向けの研修が計画されている。施設でも外部研修や園内研修については計画を立て実施し、非常勤職員には入職時に研修を行っている。 | | |
| 15 | 職員の働き甲斐や職場の信頼関係の向上に取り組んでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ■理念・方針や目標の共有化のため会議等の場で実践面の確認等を行い、職員の理解を深めている。 ■職員の意見を尊重し、創意・工夫が生れやすい職場づくりをしている。 ■研修等により知識・技術の向上を図り、職員の意欲や自信を育てている。 ■職場の人間関係が良好か把握し、必要に応じて助言・教育を行っている。 ■評価が公平に出来るように工夫をしている。 |
| (評価コメント)職場の運営や利用者支援について運営会議などで話し合っている。外部研修には施設として必要な職員や本人の希望など尊重し、体制が許す限り積極的に派遣し、受講後は出張報告という形で内容の共有を図っている。外部研修の情報などは事前に職員に提供し希望などを確認している。人事考課は公正な評価を行い考課対象者が納得できるよう実施し、日々の気づきなどは運営会議で話し合い、サービスの向上に活かしている。経営層は職場の人間関係にも配慮し、必要であれば助言を行っている。 | | |
| 16 | 全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■憲法、障害者基本法、障害者権利条約等の基本的な考え方を研修をしている。 ■日常の支援では、個人の意思を尊重し、一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援をしている。 ■職員の不適切な言動、放任、虐待、無視などが行われることの無いように、職員が相互に振り返り組織的に対策を立て対応している。 ■虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている。 ■日常の支援では利用者のプライバシーに配慮した支援をしている。 ■利用者の羞恥心に配慮した支援をしている。 |
| (評価コメント)全職員を対象として虐待防止に関する研修を継続して実施している。外部で行う研修では職員がレポートを提出することで理解を深めている。施設独自でも年2回のアンケートを実施し自己の振り返りをしてもらい、個別の指導のほか、結果は虐待防止委員会で集計している。また、虐待防止委員会では他施設の職員にも参加してもらい、不適切な言動の有無などを聞き取っている。職員の不適切なかわりについては訴えることができる利用者もおり、絶えず確認している。普段の支援でも、嗜好品などは利用者の生活習慣を尊重している。介助は同性を基本とし、入浴・排泄介助などでは利用者のプライバシーや羞恥心に配慮している。 | | |
| 17 | 個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■個人情報の保護に関する方針をホームページ、パンフレット等に掲載し、また事業所内に掲示し周知を図っている。 ■個人情報の利用目的を明示している。 ■利用者等の求めに応じて、サービス提供記録を開示することを明示している。 □職員(実習生、ボランティア含む)に対して研修等により周知を図っている。 |
| (評価コメント)法人の個人情報保護に関する基本方針が策定され、ホームページ上や施設の玄関に掲示している。方針には個人情報の適切な収集・利用、提供の実施などが明記され、職員に対する教育についても触れている。利用者・家族には記録の保存や、通所においては記録の管理や開示について重要事項説明書で説明している。職員には入職時に誓約書を提出してもらい、実習生やボランティアにも来訪時に説明している。広報誌やブログなどへの利用者の写真の掲載は許可を得るなど、個人情報の保護に取り組んでいる。年度の事業計画においても個人情報の流出防止のためパソコンの管理徹底を掲げている。 | | |
| 18 | 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> □利用者満足を把握し改善する仕組みがある。 ■把握した問題点の改善策を立て迅速に実行している。 ■利用者・家族が要望・苦情が言いやすい環境を整備している。 □利用者又はその家族等との相談の場所及び相談対応日の記録がある。 |
| (評価コメント)利用者には担当職員がおり、利用者本人や家族から日常的に意向などの把握に努めている。利用者の自治会もあり、そこでも要望や意見を聞き取り、できることは改善につなげている。家族からは家族会や電話等でも意見を聞き取る場合もあり、家族からの相談は記録に残している。利用者調査では「職員に何でも話せるか」の設問に対し、遠慮することもあるとの声も寄せられており、意思伝達に制限のある利用者の声を含め、多様なニーズを吸い上げる更なる取り組みを期待したい。 | | |

| | | |
|---|---|--|
| 19 | 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。 | <ul style="list-style-type: none"> ■重要事項を記した文書等利用者等に交付する文書に、相談、苦情等対応窓口及び担当者が明記され、説明のうえ周知を図っている。 ■相談、苦情等対応に関するマニュアル等がある。 ■相談、苦情等対応に関する記録があり、問題点の改善を組織的に実行している。 ■事後処理に関しては、当該利用者又はその家族等に対して説明し納得を得ている。 ■第三者の訪問による権利擁護(オンブズパーソン)制度を整備している。 |
| (評価コメント) 苦情解決の体制が整備され受付窓口や解決責任者、第三者委員などを配置している。利用契約時には重要事項説明書をもとに利用者・家族に説明している。苦情等は家族の訪問時や電話で聞き取ったり、玄関に設置した意見箱からも受け付けている。受け付けた苦情は記録に残して法人に報告するとともに、管理者が対応し申出人の納得を得て解決を図っている。施設は第三者委員も配置しており、利用者等の要望があれば直接委員より聞いてもらっている。 | | |
| 20 | サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し見直している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■事業所全体としてサービスの質や介護方法を検討する会議があり、改善計画を立て実行している記録がある。 ■事業所全体としてサービス内容を検討する会議の設置規程等又は会議録がある。 |
| (評価コメント) サービスの質の向上のためマンツーマンで解決が図れることは療護計画に載せ、グループで解決する内容は全体会議で話し合っている。日々の支援のなかでの気づきなどは居室担当者に報告し内容によってはケアプランに反映させている。 | | |
| 21 | 事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■業務の基本や手順が明確になっている。 ■分からないときや新人育成など必要に応じてマニュアルを活用している。 ■マニュアル見直しを定期的実施している。 ■マニュアル作成・見直しは職員の参画のもとに行われている。 |
| (評価コメント) 利用者一人ひとりの対応方法などをシートに落とし込んだ手順書が整備され、新人職員の教育や業務の標準化に役立っている。きめ細やかなシートとなっており工夫した取り組みと思われる。グループ活動においては職員は手順書を持参し支援に入っている。また、マニュアルや手順書は担当職員の意見や利用者の意向などをもとに変更したり、新人職員が入職するときに見直している。随時の見直しもあり、過去に起きた停電などを教訓にマニュアルを変更している。 | | |
| 22 | 利用に関する問合せや見学に対応している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■問合せ及び見学への対応について、パンフレット、ホームページ等に明記している。 ■問合せ及び見学の要望に対応し、個別利用者のニーズに応じた説明をしている。 |
| (評価コメント) 利用の問い合わせは障害者相談支援センター、市役所などからが多いが、家族から直接電話で問い合わせがくることもある。パンフレット、ホームページには事業所の理念、施設の概要、生活の様子などが写真を交えて分かりやすく記載されている。見学時にはサービス内容について、利用者のニーズを確認しながら具体的に説明している。支援学校からの問い合わせに対しては体験実習を受け入れており、サービス内容の理解につなげている。 | | |
| 23 | サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。 | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> サービス提供内容や重要事項説明書等は、分かりやすい資料となるように工夫している。 ■ サービス提供内容、日常生活の決まりごと、重要事項等を分かりやすく説明している。 ■ サービス提供内容や利用者負担金等について利用者の同意を得ている。 |
| (評価コメント) サービス内容や重要事項説明書は、読み上げながら丁寧に説明している。利用料金については、1か月の概算金額を記載したものを「利用料のお知らせ」として書面にして渡している。お知らせには食費や光熱費、金銭管理費などが記載されており、その他自費支払いについては、具体例を挙げて分かりやすく説明している。また、入所の際に準備・持参するものについても書面にして渡している。ブログや広報誌などへの写真の掲載については、契約時に利用者、家族の同意を得ている。 | | |
| 24 | 一人ひとりのニーズを把握して個別支援計画を策定している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者及びその家族の意向、利用者の心身状況、入所前の生活状況等を定められた手順に従ってアセスメントを行っている。 ■利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きや様式を工夫し記録している。 ■当該個別支援計画に係る職員が連携し、多角的な視点より計画が検討されている。 ■計画は利用者や家族等に説明し同意を得ている。 |
| (評価コメント) 利用者の心身の状況などからアセスメントを行い、ニーズや課題を抽出し、利用者・家族の意向を取り入れてケアプランを作成している。ケアプランに基づいた支援の実践は日々の記録に記載しており、職員の気づきなどはケース会議等で話し合い、内容によってはケアプランに反映させている。利用者は3つのグループに分かれており、1つのグループを職員3人で担当している。日常の業務としてケアプランの支援内容を組み込んでおり、実践可能なプランとなるように工夫している。 | | |

| | | |
|---|--|--|
| 25 | 個別支援計画の内容は適切であるかの評価・見直しを定期的実施している。 | <input checked="" type="checkbox"/> 当該個別支援計画の見直しの時期を明示している。 <input checked="" type="checkbox"/> 見直しはサービス提供に係わる職員全員の意見を参考にしている。 <input type="checkbox"/> 容態の急変など緊急見直し時の手順を明示している。 |
| (評価コメント) 半年に1度モニタリングを行い、必要に応じて支援内容を見直している。モニタリングでは全職員が参加して、ケアプランの実践の確認や新たな課題、ニーズなどについて話し合っている。プランに変更がある場合は赤字で修正して職員間で共有している。会議に参加できない場合は事前に意見を提出しており、職員の意見を反映できるようにしている。容態の急変時には緊急時対応マニュアルに即して、適切に対応している。 | | |
| 26 | 利用者のサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。 | <input checked="" type="checkbox"/> 計画の内容や個人の記録を、支援を担当するすべての職員が共有し活用している。 <input checked="" type="checkbox"/> 個別支援計画の実践に向け、具体的な内容の工夫が見られる。 <input checked="" type="checkbox"/> 申し送り・引き継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有している。 |
| (評価コメント) 職員はケアプランの支援内容などが記載されたカードを携帯して業務に当たっている。カードには業務内容、ケアプランに基づいた個別の介助手順や支援上の注意事項などが記載されている。グループ毎の1日の予定は、ボードにも書かれており、利用者も確認することができる。職員の気づき等は、申し送りメモや療護計画などに記載して共有を図っている。療護計画には食事形態の変更やベッド柵の使用など、短期で状況の変化を観察する必要がある事項などを記載しており、職員は業務前に内容を確認しながら支援に当たっている。 | | |
| 27 | 【個別生活支援】 日常生活上の支援や生活する力の維持・向上のための支援を行っている。 | <input checked="" type="checkbox"/> 個別支援計画に従って利用者の主体性を尊重した生活支援を行っている。 <input type="checkbox"/> 重度の障害者に利用者の主導による個別の包括的・継続的な生活支援を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 食事、入浴、排泄等の支援は、利用者の状況やペースに合わせて行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 身体介護、家事支援、移動支援等は、利用者の状況やペースに合わせて行っている。 |
| (評価コメント) 利用者は3つのグループに分かれており、各グループの担当職員が日常生活上の支援を行っている。1か月に1度、利用者個別の要望に対応するフリータイムの時間が設けられており、外出や居室内の片づけなど、個別に支援している。洗面所の蛇口には押せば水がでるように補助具が付いていたり、洗濯機には引っ張れば蓋が開閉できるように紐を付けるなど、自立生活につながるような工夫がされている。食事介助を必要とする利用者が多く、1人の職員が2～3名の利用者の介助を行っている。場面観察では、職員の配慮に欠ける食事介助も見られた。介助が必要な利用者が多く、職員配置などいろいろ難しい面があるとは思いますが、利用者のペースに合わせた食事介助の工夫が望まれる。 | | |
| 28 | 【居住・入所支援】 居住・入所施設において、日常生活の支援や生活する力の維持・向上のための支援を行っている。 | <input checked="" type="checkbox"/> 食事、入浴、排泄等の支援は、利用者の状況やペースに合わせて行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者が安定した睡眠をとる事が出来るよう支援を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 生活環境の整備をしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者が暮らしの幅を広げることが出来るよう、様々な体験の場を提供している。 <input checked="" type="checkbox"/> 日中サービス事業者と連携し、利用者一人ひとりに応じた支援を行っている。 |
| (評価コメント) 音に対して敏感な利用者が多く、居室は防音性を高めるよう配慮している。入浴は週2回で個別の希望に合わせて対応しており、湯舟に1時間近く入って温まる利用者もいる。食事は施設の食事以外に、近隣のレストランから出前をとったり、外食やコンビニで購入するなど選択肢を多く提供して、楽しみが広がるように支援している。外部のデイサービスに通っている利用者もあり、利用者の要望に応じて日常生活を支援している。 | | |
| 29 | 【日中活動支援】 利用者が自立した生活を地域で送ることが出来るよう、日常生活訓練や機能訓練や生活についての相談等の支援を行っている。 | <input type="checkbox"/> 地域で安定した生活をする事が出来るよう、継続して相談等の支援や関係機関との調整を行っている。 <input type="checkbox"/> 利用者が意欲的に目標とする力を身につけることが出来るよう工夫している。 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者が趣味や創作活動等を通じて社会参加活動が出来るように取り組んでいる。 <input type="checkbox"/> 自立した生活に向けて、利用者一人ひとりに応じた日常生活訓練や機能訓練を行っている。 |
| (評価コメント) 自力での移動が可能な利用者は、近隣のコンビニやスーパーマーケットなどに出掛けている。また、県内の身体障害者施設協議会主催のオセロ大会に向け、週2回ボランティアを相手にオセロをしたり、インターネットを利用しながらオセロを楽しんでいる利用者もいる。デイサービスでは外食やドライブなど外出の機会を多く設けており、利用者調査でも「ドライブや買い物などの外出が楽しい」「デイを利用してから行動範囲が広がった」等の声が寄せられている。 | | |
| 30 | 【就労支援】 就労に必要な知識の習得や能力向上のための訓練等を行い、就労の機会の提供を行っている。 | <input checked="" type="checkbox"/> 利用者が自発的に働く意欲を持てるような取り組みを行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 生活リズムや社会人としてのマナーの習得等の支援を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 職場見学や実習等、職場にふれる機会を取り入れた支援を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 働くうえで必要な知識の習得及び能力向上のための支援を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 賃金等のしくみについて、利用者公表し、わかりやすく説明している。 <input checked="" type="checkbox"/> 商品開発、販路拡大、設備投資等賃金アップの取り組みを行っている。 |
| (評価コメント) 非該当 | | |

| | | |
|--|---------------------------------------|---|
| 31 | 利用者を尊重したコミュニケーション支援を行っている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者のコミュニケーション能力を高めるため、サービス実施計画や支援計画を策定し実行している。 ■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がけている。 ■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) □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。 □必要性や要望に基づいて、コミュニケーションの取れる知人、代弁者、手話通訳者等を受け入れている。 |
| (評価コメント)利用者のコミュニケーション能力により、パソコンのメールを利用したり、トーキングエイドを使用して意思を伝達できるよう支援している。また、文字盤を使用したり、いくつかの選択肢を用意して答えてもらったり、「はい」「いいえ」など答えやすいような質問をするなど工夫しながら、コミュニケーション支援を行っている。家族からコミュニケーションを図ってほしいという要望があった利用者には、個別のコミュニケーションノートを作成して、利用者の様子や家族からの意見などを記載して、家族とも連携しながら支援している。 | | |
| 32 | 利用者の健康を維持するための支援を行っている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■健康維持のための、体調変化時の対応、服薬管理、摂食・嚥下障害のケア、口腔ケア、褥そう予防等のマニュアルを整備し、適切に実施している。 ■利用者の健康状態に注意するとともに、利用者からの相談に応じている。 ■健康状態の情報を、必要に応じて家族や医療機関から得ている。 ■通院・服薬・バランスの良い食事の摂取について助言や支援を行っている。 |
| (評価コメント)健康管理については、担当職員が利用者の体調について毎日確認している。食事の摂取状況や水分補給の確認、排泄の回数などをチェック表で確認して、異常があれば看護師に報告して必要な場合は受診している。日中は看護師が常駐しており、医療上の処置や服薬管理を行っている。誤薬防止の取り組みとしては、利用者が座るテーブルに服薬時間が記載されたシールを貼るなど工夫をしている。月1回言語聴覚士が訪問して、利用者の嚥下機能や食事形態が適切かどうかを評価しており、必要に応じて口腔リハビリの指導を行っている。 | | |
| 33 | 利用者の家族等との連携、交流のための取り組みを行っている。 | <ul style="list-style-type: none"> □利用者の家族に対し定期的及び随時の状況報告書の提出又は連絡を行っている。 ■利用者の家族の参加できる懇談会、家族会等を実施し、意見を聞いている。又は利用者等の家族との連絡帳等で双方向の意思伝達をしている。 ■利用者の家族への行事案内又は参加が確認できる行事を実施している。 |
| (評価コメント)家族会を年3回開催して、事業所からの連絡事項や家族からの意見、要望などを聞く機会を設けている。納涼祭や春と秋の遠足などの行事案内は家族に郵送しているが、利用者家族の高齢化とともに、家族会や行事への参加者は減少してきている。利用者の状況等に変化があれば、担当職員が適宜家族に連絡をとっている。利用者の生活の様子はブログでも掲載しており、家族等との連携に努めている。デイサービスでは連絡ノートの活用や送迎時などに家族と情報交換を行っている。 | | |
| 34 | 預り金について、適切な管理体制が整備されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者の預り金については、その取り扱い規約を定め、責任の所在を明確にしている。 ■金銭等の自己管理ができるように配慮されている。 ■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。 □自己管理に支援を必要とする人には、小遣い帳を活用するなどして、自己管理に向けた学習を支援している。 □金銭管理技能を含む経済的な対応能力を高めるための学習プログラムが用意されている。 |
| (評価コメント)利用者の預かり金は金銭管理規程に添って適切に対応しており、半年に1度通帳のコピーを家族に郵送している。通帳などを預かる場合は、金銭管理委託書を取り交わし、自己管理をしている利用者の居室には、鍵がかかる引き出しを設けるなどの配慮をしている。デイサービスでは自己管理が基本であり、連絡ノート用のケースにお金を入れて持参する利用者もあり、必要に応じて使用している。 | | |
| 35 | 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が整備されている。 | <ul style="list-style-type: none"> □感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関するマニュアル等を整備している。 ■感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関する研修を実施している。 ■感染症及び食中毒の発生事例、ヒヤリ・ハット事例等の検討している。 |
| (評価コメント)インフルエンザ、感染症胃腸炎については毎年勉強会を行っている。インフルエンザの流行期前には利用者、職員に予防接種を実施しており、館内放送や利用者が参加する自治会でも手洗い、うがいなどの注意喚起を行っている。食中毒については、コンビニなどで食品を購入する利用者には「食品持ち込みについてのお知らせ」を配布している。お知らせには夏場は生ものの購入は控えることや、その日のうちに食べられる量を購入するなどの注意が記載されている。同様の物は家族にも郵送して、協力を依頼している。デイサービスでは到着後の手指消毒、バイタルチェック、室内の湿度保持、食事時には使い捨てのオシボリを使用するなど、感染症の予防に努めている。 | | |

| | | |
|--|--|--|
| 36 | 事故などの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。 | <input type="checkbox"/> 事故の発生又はその再発の防止に関するマニュアル等を整備している。 <input checked="" type="checkbox"/> 事件事例、ヒヤリ・ハット事例等の原因を分析し、再発予防策を検討し実行している。 <input checked="" type="checkbox"/> 事故の発生又はその再発の防止に関する研修を実施している。 |
| (評価コメント)ヒヤリハット・事故報告はリスク管理委員会で対応策、防止策について話し合っており、防止策については継続して評価している。今年度より利用者全員のリスクを洗い出し、利用者個別の事故防止に向けた取り組みを始めている。電動車椅子の誤作動や車椅子上での姿勢保持に問題がある等の個別のリスクを把握して予防策を検討するなど、利用者の安全確保のために取り組んでいる。 | | |
| 37 | 緊急時(非常災害発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | <input checked="" type="checkbox"/> 非常災害時の対応手順、役割分担等について定められたマニュアル等を整備し、周知を図っている。 <input type="checkbox"/> 非常災害時に通報する関係機関の一覧表等を整備している。 <input checked="" type="checkbox"/> 非常災害時の避難、救出等対応に関する研修・訓練を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 地域の消防団、自治体等との防災協定を結んでいる。 <input checked="" type="checkbox"/> 非常災害時のための備蓄がある。 <input checked="" type="checkbox"/> 主治医、提携先の医療機関及び家族、その他の緊急連絡先の一覧表等を整備している。 |
| (評価コメント)避難訓練は年4回行っており、そのうち2回は消防署立ち会いのもと実施している。訓練には地域の消防団も参加して、避難経路などを確認している。訓練後は消防署から講評をもらっており、課題は改善につなげている。避難訓練は火災の他に、津波や地震なども想定して行っており、食料などの備蓄品も整備している。東日本大震災を教訓に自家発電装置を整備しており、昨年夏に長時間停電した際には混乱することなく対応することができた。防犯対策としては警備会社と契約しており、防犯カメラの設置や催涙スプレーなども整備している。また、年に1度警察の立ち会いのもと、不審者対応訓練を実施している。 | | |
| 38 | 地域や地域関係機関との交流・連携を図っている。 | <input checked="" type="checkbox"/> 地域との交流行事、地域資源の活用等利用者が地域の一員として生活出来るように支援している。 <input checked="" type="checkbox"/> ボランティアの受け入れ体制やマニュアル等が整備されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 実習生の受け入れに関する基本的な考えを明示、体制を整備している。 <input type="checkbox"/> 地域の社会資源等の情報を収集し、利用者に提供し活用している。 |
| (評価コメント)毎年9月に開催する法人全体の祭りには多くの地域住民の参加があり、地域交流の場となっている。また、障害者スポーツ「ボッチャ」をとおして、近隣施設との交流も行っている。中・高生や専門学校生などが行事ボランティアとして参加したり、オセロの相手や洗濯物たたみなどに地域住民がボランティアとして活動している。ボランティアの受け入れに際しては、マニュアルが整備されており、担当職員が注意事項などについて書面にして説明している。また、職場体験として中・高生を受け入れており、地域との交流を図っている。 | | |