

(様式1)

## 香川県福祉サービス第三者評価の結果(障害者・児施設)

◎評価機関

|        |                       |
|--------|-----------------------|
| 名 称    | 社会福祉法人 香川県社会福祉協議会     |
| 所 在 地  | 高松市番町一丁目10番35号        |
| 評価実施期間 | 平成26年4月23日～平成26年7月24日 |
| 評価調査者  | ① 行成輝見                |
|        | ② 東川里美                |

### 1 福祉サービス事業者情報

#### (1) 事業者の概要

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 事業所名称:障害福祉サービス事業所 すずらん<br>(施設長) 菅谷 拓 | 種別:障害福祉サービス事業所(生活介護)  |
| 代表者氏名:壺井 邦子<br>(管理者)                 | 開設年月日:<br>平成 24 年 4 月 1 日   |
| 設置主体:社会福祉法人 朝日園<br>経営主体:社会福祉法人 朝日園   | 定員 20名<br>(利用人数) 21名  |
| 所在地:〒 761-0322<br>香川県高松市前田東町585-28   |   |
| 連絡先電話番号:<br>087 - 847 - 5666         | FAX番号:<br>087 - 847 - 3023  |
| ホームページアドレス                           | <a href="http://www.asahien.or.jp/suzuran.html">http://www.asahien.or.jp/suzuran.html</a> |

#### (2) 基本情報

| サービス内容(事業内容)   | 施設の主な行事   |    |    |    |    |     |    |  |  |          |    |  |  |           |    |  |  |     |    |  |  |         |    |  |  |  |  |  |  |
|--|---|----|----|----|----|-----|----|--|--|----------|----|--|--|-----------|----|--|--|-----|----|--|--|---------|----|--|--|--|--|--|--|
| 自宅からの通所により、常時介護を必要とする方で、家庭等での入浴が困難な障害者に入浴サービスを実施すると共に、障害の種類や程度に応じた生活適応訓練・機能訓練・余暇活動等を通じて、仲間とともに活動することの喜びと生きがい、また、障害者の社会的な自立と社会活動への参加の促進を図ります。 | 入所式4月、研修旅行10月～11月、誕生会、バーベキュー大会年1回、音楽療法月3回、機能訓練会月2回、フットケア週1回、お楽しみ会月1回、調理実習月2回、DVD鑑賞月2回、創作活動週1回、車椅子点検月1回、忘年会年1回。  |    |    |    |    |     |    |  |  |          |    |  |  |           |    |  |  |     |    |  |  |         |    |  |  |  |  |  |  |
| 居室概要   | 居室以外の施設設備の概要  |    |    |    |    |     |    |  |  |          |    |  |  |           |    |  |  |     |    |  |  |         |    |  |  |  |  |  |  |
| 通所事業所である。  |   |    |    |    |    |     |    |  |  |          |    |  |  |           |    |  |  |     |    |  |  |         |    |  |  |  |  |  |  |
| 職員の配置  |   |    |    |    |    |     |    |  |  |          |    |  |  |           |    |  |  |     |    |  |  |         |    |  |  |  |  |  |  |
|  | <table border="1"><thead><tr><th>職種</th><th>人数</th><th>職種</th><th>人数</th></tr></thead><tbody><tr><td>施設長</td><td>1名</td><td></td><td></td></tr><tr><td>介護職員(常勤)</td><td>3名</td><td></td><td></td></tr><tr><td>介護職員(非常勤)</td><td>6名</td><td></td><td></td></tr><tr><td>看護師</td><td>1名</td><td></td><td></td></tr><tr><td>その他(常勤)</td><td>2名</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> | 職種 | 人数 | 職種 | 人数 | 施設長 | 1名 |  |  | 介護職員(常勤) | 3名 |  |  | 介護職員(非常勤) | 6名 |  |  | 看護師 | 1名 |  |  | その他(常勤) | 2名 |  |  |  |  |  |  |
| 職種   | 人数  | 職種 | 人数 |    |    |     |    |  |  |          |    |  |  |           |    |  |  |     |    |  |  |         |    |  |  |  |  |  |  |
| 施設長  | 1名  |    |    |    |    |     |    |  |  |          |    |  |  |           |    |  |  |     |    |  |  |         |    |  |  |  |  |  |  |
| 介護職員(常勤)   | 3名  |    |    |    |    |     |    |  |  |          |    |  |  |           |    |  |  |     |    |  |  |         |    |  |  |  |  |  |  |
| 介護職員(非常勤)  | 6名  |    |    |    |    |     |    |  |  |          |    |  |  |           |    |  |  |     |    |  |  |         |    |  |  |  |  |  |  |
| 看護師  | 1名  |    |    |    |    |     |    |  |  |          |    |  |  |           |    |  |  |     |    |  |  |         |    |  |  |  |  |  |  |
| その他(常勤)  | 2名  |    |    |    |    |     |    |  |  |          |    |  |  |           |    |  |  |     |    |  |  |         |    |  |  |  |  |  |  |
|  |   |    |    |    |    |     |    |  |  |          |    |  |  |           |    |  |  |     |    |  |  |         |    |  |  |  |  |  |  |

## 2 評価結果総評(利用者調査結果を含む)

### ◇特に評価の高い点

管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について、月2回の合同介護講習会を開催してサービスの質の検討をしている。週2回、介護(有資格者)に精通した理事に来園してもらって、必要な介護技術の指導や介護支援への協力、心構えを示してもらったり、ケースの書き方の指導をしてもらっている。福祉サービスの質の向上について、職員の意見を取り込むために、前田地区向上会議があり、各部会で取り組みを吸い上げている。AIP(朝日インディペンデンスプラン)活動の向上のために、日中の過ごし方のアンケートを取り、日中活動の充実をテーマに発表したり、経営会議、責任者会議で利用率の向上アップに取り組んでいる。

### ◇特に改善を求められる点

平成25年度は、法人の理念や基本方針を具体的に推進するために、経営会議で4つの課題(地域貢献、利用者本位のサービスの質の向上、就労関係、安全衛生)を決めて、法人全体研修会として、4つの課題別グループ討議を行った。今後は、個別の職員に対して、組織としての教育・研修計画を策定するとともに、計画に基づいて具体的な取り組みを行うことを期待したい。

## 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価受審にあたり、評価や改善点等を文章で直していただき、それをもとに職員全員で福祉サービスを具体的に見直す良い機会をいただいたことを喜んでおります。今後も質の高いサービスが提供できるように頑張ります。

## 4 評価分類別評価内容

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <p>評価対象 I<br/>1 理念・基本方針</p> | <p>平成28年に社会福祉法人朝日園は40周年を迎える。理念(福祉サービスの質の向上、人権尊重、障害者の自立と社会参加を支援、報恩感謝)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、目指す方向や考え方を読み取ることができる。今後は、基本方針(障害者が一人の人間として生き生きと、その人らしい生活ができる様、福祉の心を持って障害者に希望の明かりを灯し続ける。)を広報誌やパンフレットに記載するなど、利用者や家族、また地域からの、事業所に対する安心感や信頼を高める工夫を期待したい。</p>                            |
| <p>2 計画の策定</p>              | <p>中・長期計画は、理念や基本方針の実現に向け、目標を明確にして取り組んでいる。実施する福祉サービスの内容や組織体制、設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにして、解決に向けた具体的な内容となっている。事業計画には、中・長期計画の内容を反映した事業内容が具体的に示されている。中・長期計画の策定は、係長以上の職員が合議して、毎月の経営会議で話し合わせ、各部署の責任者会議に反映されて案が出てくる。年度の事業計画は、すずらん事業計画検討会で全職員が話し合って検討した。平成26年2月に職員全体研修会で説明、周知している。</p> |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>    | <p>管理者は、サービスの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。月2回の合同介護講習会の開催や週2回、介護(有資格者)に精通した理事に来園してもらい、介護技術の指導や介護支援等の協力をしてもらっている。経営や業務の効率化と改善に向けて、社会福祉法人経営者協議会の研修に参加して、経営状況の把握と利用してもらえるような対策を講じている。また、毎月、経営会議に収入と利用者数を報告して、責任者会議で検討し、前田地区向上会議で対策を話し合っている。平成25年度事業計画では、定員に対する利用者平均利用率の1割アップに取り組んで達成できた。</p>                 |
| <p>評価対象Ⅱ<br/>1 経営状況の把握</p> | <p>社会福祉事業全体の動向については、経営会議、責任者会議、前田地区向上会議で情報を交換している。法人内には、障害者生活支援センターあいがあり、そのセンターを通じて利用者の紹介もある。経営状況や改善すべき課題については、中・長期計画や事業計画に反映し、職員に周知している。サービスのコスト分析として、事業所全体で消費電力の管理をしており、事務所に現在の消費電力量を表示するデマンド機器を設置して、目安の消費電力量を超えると警告ブザーが鳴るようになっている。冬季には、入浴時に支障がないように、優先順位を決めて対応している。税理士による外部監査を年4回行っている。</p>           |
| <p>2 人材の確保・養成</p>          | <p>必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方、人事管理に関する方針が確立されて、中・長期計画に明示されている。人事考課については、その目的や効果を理解して、年1回実施している。人事考課は、評価要素、評価の着眼点が明記され、5段階点数評価とコメント等からなっている。介護福祉士の資格取得のため、介護実技研修(月2回)を実施している。実習生の受け入れに関する基本姿勢は、法人全体とすずらんのマニュアルに明文化するとともに、実習内容全般を計画的に学ぶようプログラムを用意している。実習ノートを活用して、質問事項や困りごと、課題に対しては丁寧に回答して、翌日に持ち越さないようにしている。</p> |
| <p>3 安全管理</p>              | <p>すずらん緊急時連絡の流れ、火災・震災、風水害における非常時マニュアルブックと細則の震災・風水害の応急対策ポイント、非常通報体系図(休日・夜間別)、また、利用者個人の緊急連絡先や通院医療機関・担当医を携帯ファイル化したり、発作時の対応マニュアル、感染症対策キッドの用意、AEDの設置、日赤の救急法の講習受講、危機管理のヒヤリ・ハットレポートを整備している。緊急の場合に備えて、地域の交番所、川添消防署、前田地区の自治会、障害者生活支援センターあいと連携して対応している。ヒヤリ・ハットレポートで要因を分析して、提案・要望書により、責任者会議、前田地区向上会議で検討し対応している。</p> |
| <p>4 地域の交流と連携</p>          | <p>地域との交流を広げることを目的とした、地域ふれあい秋祭りを合同で実施している。平成25年瀬戸内国際芸術祭に合わせて、小豆島への日帰り旅行を行い、法人内の事業所の協力、家族同士の交流、一般の人々との交流があった。ボランティア受け入れについては、法人全体で、10年以上前から、NPO法人すずらんの会が、ボランティア登録を行い、行事面での協力関係がある。また、障害者生活支援センターあい、香川県社会福祉協議会、高松市社会福祉協議会と連携を図っている。このような連携を図りつつ、障害者生活支援センターあいが、地域住民に対する相談事業を通じて、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</p>    |

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <p>評価対象Ⅲ<br/>1 利用者本位の福祉サービス</p> | <p>利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法に反映されている。組織の基本姿勢を踏まえた具体的な取り組みは、日々の連絡帳で確認している。利用者のプライバシー保護に関するマニュアル、虐待防止マニュアル、職員の行動規範を整備して、職員研修を行っている。また、利用者からの意見や提案に関する対応マニュアルを作成するとともに、利用者満足に関する調査を年2回実施している。苦情解決の体制を整備して、実施要項に基づき、苦情があれば苦情解決検討委員会を7日以内に開催している。日々の連絡帳を活用して、家族からの連絡事項は、職員全員に周知して申し送り用紙に記載している。</p>                            |
| <p>2 サービスの質の確保</p>              | <p>前田地区向上会議を毎月1回開催して、福祉サービス第三者評価の全項目について改善策を検討し、「自己評価に基づく改善点」を整備している。年1回職員会議で自己評価して、各部署に持ち帰って、事業計画に反映している。すずらん独自の利用者個々の介助マニュアルを作成し、年1回見直しをして順次、改定している。ケース会議、個別支援会議、モニタリング会議を開催している。介護(有資格者)に精通した理事が参画して、月1回勉強会を開催して介護サービスの質の向上について話し合っている。利用者一人ひとりの支援経過記録は、利用者台帳管理システムの中に記録している。日々の連絡帳がケース記録にもなっている。</p>                                 |
| <p>3 サービスの開始、継続</p>             | <p>インターネット上に事業所やサービス内容を紹介したホームページを作成して公開し、毎月更新している。理念や実施する福祉サービスの内容を紹介した資料として、毎年、朝日園報「感謝」を発行して、官公庁、関係機関等に送付している。サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書の資料を用意して、利用者、家族に説明している。利用契約が必要な場合には、必ず契約書を取り交わしている。他の施設や地域・家庭への移行にあたり、障害者生活支援センターあいの協力ののもとに、サービス担当者会議を開催している。引き継ぎ様式は定められており、必要に応じて作成している。</p>  |
| <p>4 サービス実施計画の策定</p>            | <p>個別支援マニュアルがある。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、組織が定めた統一した様式によって、把握して記録している。個別支援計画の更新、モニタリング(新規3か月、通常は6か月)は、年2回実施している。利用者一人ひとりのニーズや課題を明示するための手続きを決めて実施している。サービスの適否を日常的にチェックし、サービス実施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として、連絡帳を活用している。サービス実施計画には、日常生活を支援する上での留意点などを具体的に記載している。</p>  |
| <p>内容評価基準<br/>1 利用者の尊重</p>      | <p>運営規程・事業計画に明示されており、利用者の意思及び人格を尊重して、利用者の立場に立った支援に努めている。介護(有資格者)に精通した理事が週2回現場に入って職員を指導・助言し、サービスの質の向上に繋げている。個々の障害の程度に応じて、ボイスレコーダーや文字盤を使用してコミュニケーションの確保に努め、また、利用者の希望や思いを正確に把握するために、平易な言葉でゆっくり話すとともに傾聴に努めている。日常の身の回りの些細な事柄にも選択肢を示し、意思確認と自己決定を促す支援を心がけている。音楽療法・創作活動・調理実習では、参加することが経験となり、意欲の向上・表現力の広がり・新たな目的が持てるなど、エンパワメントされるプログラムとなっている。</p> |

|          |  |
|----------|--|
| 2 日常生活支援 | <p>重度の障害者が地域でその人らしい生活ができるように支援している。地域生活が継続できるよう多様な個々のニーズを反映した個別支援計画を作成している。日常生活支援（食事・入浴・排泄等）は個別支援計画作成時に丁寧にモニタリングされ、個別支援計画書と個々のサービス実施書にまとめられている。食事・入浴・排泄支援については、安全・プライバシー保護に配慮した、それぞれの実施マニュアルが作成されている。いつでも、誰でも、適切かつ同一の支援が提供できるように工夫を凝らし、実際の流れに沿って具体的にわかりやすく示している。食事は個別食を用意し、食事形態に配慮して、おいしく、楽しく食べることができるように、入浴は安心・安全で利用者・家族の意向に沿えるように、また、排泄は声かけ・見守り・介助を見極めて、プライバシーに配慮した支援を実施している。健康管理体制は健康管理・緊急時のマニュアルが整備され、送迎時もスタッフを配置するなど体制は整っている。</p> |
|----------|--|

## 5 第三者評価結果(別添)

### 第三者評価結果(障害者・児施設版(共通))

| 評価項目                                 | 第三者評価結果 |     |   |  |
|--------------------------------------|---------|-----|---|--|
|                                      | 判定結果    |     |   | 判定の理由  |
|                                      | a       | b   | c |  |
| <b>I 福祉サービスの基本方針と組織</b>              |         |     |   |  |
| I-1 理念・基本方針                          |         |     |   |  |
| I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。             |         |     |   |  |
| 1 I-1-(1)-① 理念が明文化されている。             | (a)     | b   | c | 理念から、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や考え方を読み取ることができる。理念は、利用者の主体性を尊重し、障害者福祉の基本的な考え方を踏まえている。全職員は携帯用理念カードを所持し、理念を復唱している。   |
| 2 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 | 中・長期計画に、「障害者が一人の人間として生き生きと、その人らしい生活ができるよう、福祉の心をもって障がい者に希望の明かりを灯し続ける」とあり、法人の理念との整合性が確保され、職員の行動規範となる内容となっている。今後は、基本方針を広報誌やパンフレットに記載するなど、利用者や家族、また地域の、事業所に対する安心感や信頼を高める工夫を期待したい。        |
| I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。             |         |     |   |  |
| 3 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 | 理念や基本方針を毎朝の朝礼時に管理者・課長が周知している。平成25年度は職員全体研修会で、理念や基本方針に関連した実践テーマを設定して発表した。今年の年賀式に理事長が、2年後に朝日園が40周年を迎えることや、社会の動きと朝日園の理念や基本方針について話をした。   |
| 4 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 | 平成26年の年賀式に利用者も出席し、理念や基本方針が理解できるように噛み砕いた言葉で説明した。家族には、年1回懇親会を開催して、情報交換や意見を聞くとともに、年2回発行している広報誌「あさひ」にも理念が掲載されている。今後は、理念や基本方針を分かりやすく説明した資料を作成する等、利用者や家族が、より理解しやすいような工夫を期待したい。             |
| I-2 計画の策定                            |         |     |   |  |
| I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。      |         |     |   |  |
| 5 I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。          | (a)     | —   | c | 中・長期計画は、理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にして取り組んでいる。実施する福祉サービスの内容や、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにして、解決に向けた具体的な内容になっている。年1回部署のミーティングで見直しを行っている。  |
| 6 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)     | —   | c | 事業計画には、中・長期計画の内容を反映した事業内容が具体的に示されている。事業計画は、実現可能かどうか、数値目標を設定することによって実施状況の評価が行えるよう配慮がなされている。   |
| I-2-(2) 計画が適切に策定されている。               |         |     |   |  |
| 7 I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。        | (a)     | b   | c | 中・長期計画は、係長以上の職員が合議をして、毎月の経営会議で話し合わせ、各部署の責任者会議に反映されて案が出てくる。事業計画は、すずらん事業計画検討会で、平成25年度の事業計画について全職員で話し合い、平成26年度の事業計画を検討した。今後は、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、評価を行うことを期待したい。 |

| 評価項目  | 第三者評価結果 |   |   |   |
|---|---------|---|---|---|
|   | 判定結果    |   |   | 判定の理由   |
|   | a       | b | c |   |
| 8 I-2-(2)-② 計画が職員や利用者者に周知されている。               | (a)     | b | c | 平成26年1月、理事長が、現場の役職員に中・長期計画の更新や、平成25年度の事業計画の反省点、また次年度の事業計画等について説明し、各々の担当者がフィードバックしている。平成26年2月に職員全体研修会(年3回、土曜日開催)で、中・長期計画及び事業計画を配付して、説明を行い周知している。現場の朝礼でも、同様に説明をしている。法人全体の家族会は、年1回5月の総会時に説明をするとともに、送迎の際など、家族に会った時に継続的な取り組みをしている。   |
| I-3 管理者の責任とリーダーシップ                            |         |   |   |   |
| I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。                      |         |   |   |   |
| 9 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 | 運営規程に、管理者の専決事項を決めている。朝礼や前田地区向上会議※、責任者会議で事業所の方向性を表明している。また、広報誌に自らの役割と責任について表明している。組織全体をリードする立場として、経営会議(月1回開催)に出席して問題点を相談し、指示を出している。自らの行動が職員や利用者から信頼を得ているかどうかを把握、評価・見直しをするための方法としては、人事考課での職員に対する面接を通じて、人事考課について職員の気持ちを聞いたり、今年度の課題(土曜日の出勤率のアップ)の解決にあたり、職員が協力してくれている。利用者からも信頼を得ているか話しかけている。<br>※当法人内の事業所のうち、前田地区にある事業所合同の会議   |
| 10 I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。   | (a)     | b | c | 管理者は経営に関する研修に参加している。新たな障害者総合支援法、防災関係は把握している。雇用、労働関係は、加除式出版物で把握している。消費者保護については、講師を招聘して研修をした。汚水管理は、浄化槽維持管理業者に委託している。入浴に関する機器は、入浴マニュアルを作成している。研修には極力参加するようにして、参加者が講師となって他の職員にフィードバックしている。肢体不自由(児)者の会や学校の会にも参加している。   |
| I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。                  |         |   |   |   |
| 11 I-3-(2)-① 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。     | (a)     | b | c | 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について、年1回、福祉サービス第三者評価の自己評価をしたり、月2回の合同介護講習会を開催してサービスの質の検討をしている。週2回、介護(有資格者)に精通した理事が来園して、必要な介護技術や介護支援の協力、心構えを示してもらったり、ケースの書き方の指導もしてもらっている。福祉サービスの質の向上について、職員の意見を取り込むために、前田地区向上会議があり、各部会で取り組みを吸い上げてもらっている。管理者が合同行事の打ち合わせの時に、すずらんの食事への配慮について発表している。AIP活動の一環で、日中の過ごし方のアンケートを取り、日中活動の充実をテーマに発表したり、経営会議、責任者会議で利用率のアップに取り組んでいる。<br>※AIP活動:朝日インディペンデンスプラン活動 |
| 12 I-3-(2)-② 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。 | (a)     | b | c | 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けて、社会福祉施設経営者協議会の研修に参加して、経営状況の把握と利用していただけるような対策を講じている。毎月、経営会議に収入と利用者数を報告し、責任者会議で検討して、前田地区向上会議で対策を話し合っている。平成25年度事業計画では、定員に対する利用者平均利用率の1割アップに取り組んでいる。業務の多忙な時間帯には、非常勤職員に応援をしてもらっている。   |
| <b>II 組織の運営管理</b>                             |         |   |   |   |
| II-1 経営状況の把握                                  |         |   |   |   |
| II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。                  |         |   |   |   |

| 評価項目  | 第三者評価結果 |     |   | 判定の理由  |
|---|---------|-----|---|--|
|   | 判定結果    |     |   |  |
|   | a       | b   | c |  |
| 13<br>II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。              | (a)     | b   | c | 社会福祉事業全体の動向については、経営会議、責任者会議、前田地区向上会議で情報交換をしている。日頃から、高松養護学校、東部養護学校、かがわ総合リハビリテーションセンターと連携を図っており、養護学校からの実習や見学がある。法人内には、障害者生活支援センターあい(管理者兼務)があり、センターを通じて利用者の紹介もある。把握された情報やデータは、中・長期計画や事業計画に反映されている。  |
| 14<br>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り組みを行っている。     | (a)     | b   | c | 経営状況や改善すべき課題については、中・長期計画や事業計画に反映され、職員に周知している。毎月のサービス利用者の推移、利用率の分析を行って、毎月の経営会議で毎月の収入や利用者数を報告している。平成25年度事業計画では、利用率のアップを掲げて達成できた。サービスのコスト分析として、事業所全体で消費電力の管理をしており、事務所に現在の消費電力量を表示するデマンド機器を設置し、目安の電力量を超えると警告ブザーが鳴るようになっている。冬季には、入浴時に支障がないように、優先順位を決めて対応している。   |
| 15<br>II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。                        | (a)     | b   | c | 税理士と委託契約をして、外部監査を年4回行い、経営改善を実施している。  |
| II-2 人材の確保・養成   |         |     |   |  |
| II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。                             |         |     |   |  |
| 16<br>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 | 人事管理は法人が行っている。必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方、人事管理に関する方針が確立されて、中・長期計画に明示されている。実務経験3年で介護福祉士の受験資格が満たされるので、人事考課の自己評価の時に受験を希望すれば、介護(有資格者)に精通した理事の指導が受けられるようになっている。今後は、社会福祉士や介護福祉士等の有資格職員の一覧表はあるので、必要な人材や人員体制について、より具体的なプランの作成を期待したい。   |
| 17<br>II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。              | a       | (b) | c | 人事考課の目的や効果を理解して、管理者用と職員用の2種類で、年1回実施している。人事考課は、評価要素、評価の着眼点が明記され、5段階点数評価で、本人、第一次評価、第二次評価が表示され、来年度の研修課題・ニーズの分析、第一次評価者のコメントで構成されている。本人が希望すれば、点数は開示している。面接で上司と評価結果等について話し合い、次年度への取り組みに繋げることにしている。人事考課基準は明確にされているので、今後は、5段階点数評価の尺度基準を設けるとともに、最終的な考課結果についてフィードバックの方法を明確にするなど、人事考課の客観性及び透明性の確保について、さらなる取り組みを期待したい。             |
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。                           |         |     |   |  |
| 18<br>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が構築されている。 | (a)     | b   | c | 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。今年で3年目となる「仕事と職場の改善提案・要望書」による職員の提案制度があり、提案ボックスが設置され、毎月15日に締め切り、第4金曜日に提案委員会(各事業所から1名担当)を開催して、改善策を検討している。この改善提案・要望書は各事業所ごとにファイルして、利用者にも閲覧できるようにしている。子の看護休暇、介護休暇の申請書もある。職員には年1回人事考課時に、個別面接を行って相談に応じている。希望があれば、介護(有資格者)に精通した理事に相談ができるようになっている。今後は、改善策について、人材や人員体制に関する具体的なプランに反映して実行されたい。 |



| 評価項目   | 第三者評価結果 |   |    | 判定の理由  |
|--|---------|---|----|--|
|  | 判定結果    |   |    |  |
|  | a       | b | c  |  |
| 19 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  | 法人として福祉厚生センターに加入をして、総合的な福利厚生事業をしている。職員の健康管理(インフルエンザ予防接種、健康診断)を実施している。また、朝友会(理事長や管理者を除く職員で構成)を結成し、各種クラブ活動、サンサン祭りのバザー、親睦会、忘年会等の行事を行うことになっている。  |
| II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。                                  |         |   |    |  |
| 20 II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。                          | ○a      | b | c  | 組織が目指す福祉サービスを実現するために、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める基本姿勢や意識を明示している。介護福祉士の資格取得のため、介護実技研修(月2回、14時～16時)に参加できるように、他事業所から応援をしてもらっている。今後は、現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める専門技術や専門資格を明示されたい。   |
| 21 II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。 | a       | b | ○c | 平成25年度は、法人の理念や基本方針を具体的に推進するために、経営会議で4つの課題(地域貢献、利用者本位のサービスの質の向上、就労関係、安全衛生)を決め、法人全体研修会として、課題別にグループで討議し、最後に発表会を行った。研修会では、司会進行役、書記、発表者などの役割分担も行った。今後は、個別の職員に対する組織としての教育・研修計画を策定し、計画に基づいた具体的な取り組みを期待したい。  |
| 22 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 | 研修を終了した職員は、報告レポートを作成するとともに、事業所内の講師として発信役となり、全員が研修を直接受講した場合と同様の効果が得られるように工夫している。今後は、研修を終了した職員の報告レポートや発表、研修後の業務等から、研修成果に関する評価・分析を行い、その結果を次の研修計画に反映したり、研修内容やカリキュラムを見直すことを期待したい。   |
| II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。                                     |         |   |    |  |
| 23 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  | 実習生の受け入れに関する基本姿勢は、法人全体のマニュアル、すずらんのマニュアルに明文化されている。実習生の受け入れについての連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等の項目がマニュアルに記載されて整備されている。受け入れにあたっては、学校と覚書を取り交わして、実習における責任体制を明確にしている。実習指導には、介護福祉士実習指導者講習会を修了したサービス管理責任者が対応している。  |
| 24 II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。                          | ○a      | b | c  | 実習内容全般を計画的に学べるようなプログラムを用意している。大学生の5日間の教員免許取得のための介護体験実習の例として、まずオリエンテーションでは、事業所の概要や障害類別特性などを説明している。実習では、介護(有資格者)に精通した理事による介護体験や音楽療法などに入ってもらい、コミュニケーションやレクリエーションを体験してもらい、将来教職に就いた時にプラスになるように配慮している。また、実習ノートを活用して、質問事項や困りごと、課題については丁寧に回答して、翌日に持ち込さないようにしている。実習の最終日には、成果や課題について話し合いをしている。 |
| II-3 安全管理  |         |   |    |  |
| II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。                              |         |   |    |  |

| 評価項目  | 第三者評価結果 |   |   |   |
|---|---------|---|---|---|
|   | 判定結果    |   |   | 判定の理由   |
|   | a       | b | c |   |
| 25<br>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が整備されている。 | (a)     | b | c | すずらん緊急時連絡の流れ、火災・震災、風水害における非常時マニュアルブックと細則の震災・風水害の応急対策ポイント、非常通報体制系統図(休日・夜間別)、利用者個人の緊急連絡先や通院医療機関・担当医の携帯ファイル化、発作時の対応マニュアル(送迎車両にも携帯して、発作のある利用者の送迎には付き添いの職員が同乗する体制を取っている)、感染症対策キッドを用意したり、AEDの設置、日赤の救急法の講習受講、危機管理のヒヤリ・ハットレポートを整備している。また、緊急の場合に備えて、地域の交番所、川添消防署、前田地区の自治会(自治会に参加。苦情解決の第三者委員が評議員にも就任。第三者委員会や来園時に情報説明している)、障害者生活支援センターあいと連携して対応している。月1回、ケース会議を開催するとともに、事故やヒヤリ・ハットがあれば安全対策会議を開催している。事故報告書が出た場合、1か月後に再検討会を行っている。食事・排泄・入浴について、利用者個人に特化したマニュアルを作成して見直している。 |
| 26<br>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 | ヒヤリ・ハットレポートで要因を分析して、提案・要望書により、責任者会議、前田地区向上会議で検討して対応している。一例として、ベッド柵の間に手を入れて怪我をしないように、カバーをして対応している。職員全体の研修会で感染症対策や消防署によるAED講習、非常食の検食を行った。事故報告書が出た場合、1か月後に再検討会を行っている。  |
| Ⅱ-4 地域との交流と連携   |         |   |   |   |
| Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。                                    |         |   |   |   |
| 27<br>Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。                         | (a)     | b | c | 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。地域との交流を広げることを目的とした秋まつりを合同で実施している。すずらんは重度の利用者が対象であり、同じ敷地内の朝日平成園と合同で、DVDや紙芝居鑑賞を行ったり、すずらん独自で人形劇を行っている。平成25年瀬戸内国際芸術祭に合わせて、小豆島への日帰り旅行を行い、法人や事業所の協力、家族同士の交流、一般の人々との交流があった。地域の人々に向けた日常的なコミュニケーションについては、評議員に地元の人たちに就任してもらっている。実習生を受け入れることが外部からの刺激となるので、無理のない交流に努めている。   |
| 28<br>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 | 事業所への体験学習や、見学や実習に対して、管理者が事前に高松東高等学校を訪問するなど、障害者を理解してもらうためのオリエンテーションを行っている。法人としては、地域活動支援センターあさひで、月1回、年配の中途障害者や一般の高齢者が前田地区地域交流会を開催している。在宅障害者やその家族等に対する相談支援援助事業は、障害者生活支援センターあいが行っている。すずらんには、アロマセラピーが来てくれて交流している。地域の身障者協会分会が、米寿や喜寿のお祝いをしてくれる。広報誌は、利用者、家族、地域、関係機関に配付している。   |
| 29<br>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 | ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明文化したマニュアルがある。法人全体で、10年以上前から、NPO法人すずらんの会(会員は、職員、家族、一般)が、ボランティア登録を行い、行事で協力関係がある。今後は、ボランティアに必要な研修やボランティア育成に向けて、ボランティア講座等を計画的に実施されたい。   |
| Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。                                     |         |   |   |   |

| 評価項目  | 第三者評価結果 |   |   |   |
|---|---------|---|---|---|
|   | 判定結果    |   |   | 判定の理由   |
|   | a       | b | c |   |
| 30 II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。                        | a       | ⓑ | c | 地域の関係機関・団体について、その機関・団体との連携の必要性を含めたリストは、障害者生活支援センターあい、自治会の役員名簿やショートステイ事業所の一覧表がある。かがわ総合リハビリテーションセンターの広報誌を掲示板に掲示して、家族にも手渡している。今後は、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示することを期待したい。  |
| 31 II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。                    | ⓐ       | b | c | 障害者生活支援センターあい、香川県社会福祉協議会、高松市社会福祉協議会と連携を図っている。毎日入浴を実施している事業所として、高松市から相談を受けることがある。他事業所も入ったケア会議を実施しているので、今後は、ネットワーク内で共通の問題に対して、解決に向けて協働するなど具体的な取り組みを期待したい。   |
| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。                       |         |   |   |   |
| 32 II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。                        | ⓐ       | b | c | 障害者生活支援センターあいが、関係機関・団体との連携に基づき、地域住民に対する相談事業を通じて、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。毎朝、障害者生活支援センターあいも入った合同の朝礼をして、情報の共有を行い、その後、個々の事業所でも朝礼をしている。今後は、民生委員・児童委員等との定期的な会議を開催する等によって、具体的な福祉ニーズの把握に努められたい。  |
| 33 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。               | ⓐ       | b | c | 把握した福祉ニーズに基づいて、平成8年身体障害者福祉ホーム朝日ヶ丘を開設、平成13年身体障害者福祉ホーム朝日つばさを開設、平成14年障害者ホームヘルプあさひを開設した。把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業として、中・長期計画において、平成27年にグループホーム(朝日園)を検討している。   |
| <b>Ⅲ 適切な福祉サービスの実施</b>                                 |         |   |   |   |
| Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス                                      |         |   |   |   |
| Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。                           |         |   |   |   |
| 34 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り組みを行っている。 | ⓐ       | b | c | 理念や基本方針、運営規程に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法に反映されている。利用者尊重や基本的人権への配慮について、組織で研修を実施している。身体拘束や虐待防止については、外部研修に参加している。組織の基本姿勢を踏まえた具体的な取り組みは、日々の連絡帳(家庭から:昨日寝た時刻、今日起きた時刻、朝食時刻、食べたもの、排便の日時、最終排尿日時、連絡事項。施設より:一日のケア記録を時系列に表示、体温、血圧、脈拍、水分摂取量、昼食の主食・副食の摂取量、服薬、連絡事項、支援の記録。複写式で、2枚目下欄に個別支援計画の目標が明示)で確認している。 |
| 35 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。        | ⓐ       | b | c | 利用者のプライバシー保護について、利用者のプライバシー保護に関するマニュアル、虐待防止マニュアル、職員の行動規範を整備して、職員研修を行っている。昼食後の休憩時間には、一人になれるようにベッド利用やカーテンで仕切りたりして配慮している。利用者のプライバシー保護については、管理者が家族会で話して、個別面談時にも話している。トイレや入浴の個別マニュアルがあり、プライバシー保護が明示されて実施されている。おむつ交換時には、カーテンや楽しい絵を描いたり、明るい色画用紙を貼ったパーテーションを使用している。   |
| Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。                               |         |   |   |   |

| 評価項目  | 第三者評価結果 |     |   |  |
|---|---------|-----|---|--|
|   | 判定結果    |     |   | 判定の理由  |
|   | a       | b   | c |  |
| 36<br>Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上を意図した仕組みを整備している。       | (a)     | b   | c | すずらん運営規程で利用者満足の上を目指す姿勢を明文化している。利用者満足に関する調査を年2回定期的に行っている。利用者満足把握する目的で、アセスメントの中で、レクリエーションの希望やどのような支援をして欲しいか意向を聞き、年1回アセスメントを行い、集計して次年度の目標を再計画して実施している。利用者満足把握する目的で、年1回の家族会に出席している。言葉が発せられない利用者が2名おり、パソコンのメールで職員とのコミュニケーションを図っており、何か気がつけば発信してくれるので、すぐに返答している。  |
| 37<br>Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上に向けた取り組みを行っている。        | (a)     | b   | c | 利用者からの意見や提案に関する対応マニュアルがある。利用者満足に関するアンケート調査は、行事を立案した担当者が実施している。職員が集約して、職員会で行事や給食について検討して、意向に沿えるようにしている。送迎時間については、送迎時に家族とよく相談して調整するとともに、ホワイトボードに運転手からの伝達内容、運転手への伝達内容、迎えの時間、送りの時間などを明記している。   |
| 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。              |         |     |   |  |
| 38<br>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 | 利用契約時に重要事項説明書で、利用者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説明している。利用者が相談や意見を述べやすいように、日々の連絡帳を活用している。家族からの要望は、連絡帳に家族が記入し、それを職員が申し送り用紙に記入し、職員に周知している(送迎に関する変更等のみ、ホワイトボードに記入する)。今後は、上記内容をわかりやすく説明した文書を作成し、その文書を配付したり、わかりやすい場所に掲示することを期待したい。  |
| 39<br>Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。    | (a)     | b   | c | 重要事項説明書中に、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)を整備している。苦情解決の仕組みを説明した資料を掲示している。苦情の検討内容や対応策を、利用者や家族に必ずフィードバックしている。表現できない利用者が多いので、苦情にならないように先に対応している。特に体調の変化については、家族と連絡を取っている。また、利用者の気持ちを汲み取る努力をしている。管理者からは、職員の方から、ヒヤリ・ハットを出して欲しいと話している。苦情の件数を、広報誌や年度の事業報告書に記載している。今後は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決方法、結果等を公表されたい。 |
| 40<br>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 | 苦情解決制度実施要項があり、苦情があれば、苦情解決検討委員会を7日以内に開催している。日々の連絡帳を活用して、家族からの連絡事項は、職員に申し送り、職員全員に周知するとともに、ホワイトボードにも記載している。利用者や家族の意見や希望は、個々のケースに記入し、パソコン上にも記録している。苦情や意見はサービスの改善に反映している。今後は、意見や提案を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について規定したマニュアルを整備したり、対応マニュアルの定期的な見直しを期待したい。   |
| Ⅲ-2 サービスの質の確保                                 |         |     |   |  |
| Ⅲ-2-(1) 質の上に向けた取り組みが組織的に行われている。               |         |     |   |  |
| 41<br>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 | 前田地区向上会議を毎月1回開催して、福祉サービス第三者評価の全項目について改善策を検討して、「自己評価に基づく改善点」を整備している。法人として、評価に関して各項目ごとに担当者を決めて対応している。年1回の職員会で自己評価をして、各部署に持ち帰って対応している。今後は、評価結果を分析・検討する場を組織として定めることを期待したい。   |

| 評価項目  | 第三者評価結果 |     |   |   |
|---|---------|-----|---|---|
|   | 判定結果    |     |   | 判定の理由   |
|   | a       | b   | c |   |
| 42 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 | 前田地区向上会議を毎月1回開催して、福祉サービス第三者評価の全項目について改善策を検討して「自己評価に基づく改善点」を整備している。職員間で課題の共有化が図られている。  |
| 43 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 | 前田地区向上会議を毎月1回開催して、福祉サービス第三者評価の全項目について改善策を検討して「自己評価に基づく改善点」を整理している。年1回職員会で自己評価し、各部署に持ち帰って、事業計画に反映している。経営会議では、中・長期計画に反映している。今後は、改善策や改善計画の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて計画の見直しをされたい。                                |
| III-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。                    |         |     |   |   |
| 44 III-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。 | (a)     | b   | c | すずらん独自の利用者個々の介助マニュアルを作成している。ケース会議、個別支援会議、モニタリング会議を開催している。利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。利用者個々の介助マニュアルに基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みは、日々の連絡帳を活用したり、支援記録はパソコンに記録している。  |
| 45 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が確立している。          | (a)     | b   | c | すずらん独自の利用者個々の介助マニュアルは、年1回見直しをして、1月に改定している。状態が変化すればその都度対応している。介護(有資格者)に精通した理事が参画して、月1回勉強会を開催し、介護サービスの質の向上について話し合っている。  |
| III-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。                        |         |     |   |   |
| 46 III-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。          | (a)     | b   | c | 利用者一人ひとりの支援経過記録は、利用者台帳管理システムの中に記録している。日々の連絡帳がケース記録にもなっており、複写式になって、2枚目の下欄には個別支援計画の目標が記入されているので、個別支援計画と関連しているかどうかを確認することができる。記録内容にばらつきが生じないように、介護(有資格者)に精通した理事が指導している。                                      |
| 47 III-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。                 | (a)     | b   | c | 記録管理の責任者が設置され、パソコンに入力された個々のケース記録(送迎形態、利用中の様子、リハビリ訓練の様子等)をチェックしている。利用者の記録の保管、保存に関する規定は、重要事項説明書やすずらん運営規程に定めている。利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規定は、重要事項説明書に定めている。記録の管理について、個人情報保護法に関する法人の基本方針は、前田地区向上会議や朝礼で話している。 |
| 48 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 | 組織における情報の流れが、パソコン上のグループウェアによって明確にされ、個人のパスワードによって、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。月1回のケース会議は紙ベースで回覧して、必要な内容はパソコンに記録して、全職員が閲覧できるようにしている。パソコンには、前田地区の項目があり、事業所全体の動き、職員の動きが分かるようになっており、事業所内で情報を共有する仕組みを作っている。 |
| III-3 サービスの開始・継続                                      |         |     |   |   |
| III-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。                        |         |     |   |   |

| 評価項目   | 第三者評価結果 |    |   |   |
|--|---------|----|---|---|
|  | 判定結果    |    |   | 判定の理由   |
|  | a       | b  | c |   |
| 49 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 | インターネット上に、施設やサービス内容を紹介したホームページを作成して公開し、毎月更新している。施設を紹介するDVDは、10月を目指して作成する予定である。理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資料として、毎年、朝日園報「感謝」を発行して、官公庁、関係機関などに送付している。「感謝」は相談支援事業所に置いている。広報誌は、他の相談支援事業所にも置いている。組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真の使用等により、誰にでもわかるような内容にしている。事業所のエレベーターの横には、すずらんの1年間の行事を写真で紹介している。高松養護学校から、一日の実習生の受け入れをしている。体験入所は法人の方で行っている。 |
| 50 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 | サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書を用意して、利用者、家族に説明をしている。サービス開始時には、サービスの内容や料金等について、利用者や家族の同意を得た上で、その内容を書面で残している。利用契約が必要な場合には、必ず契約書を取り交わしている。年1回同意書を更新している。他のサービスや施設等の利用が望ましいと考えられる場合には、障害者生活支援センターあいと連携して対応している。今後は、上記説明にあたって、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行うことが望まれる。   |
| III-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。                        |         |    |   |   |
| 51 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 | 他の施設や地域・家庭への移行にあたり、障害者生活支援センターあいの協力の下に、サービス担当者会議を開催している。引き継ぎ様式は定められており、看護師の方が必要であれば作成している。すずらんでは、施設入所が多く、介護保険制度適用者もいる。今後は、サービスの継続性に配慮した手順を定めたり、サービスが終了した後も、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、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されたい。  |
| III-4 サービス実施計画の策定  |         |    |   |   |
| III-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。                             |         |    |   |   |
| 52 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 | 個別支援マニュアルがある。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、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。個別支援計画の更新、モニタリング(新規は3か月、通常は6か月)は、年2回実施している。今後は、アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定められたい。  |
| 53 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 | 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示するための手続きが決められている。利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題が明示されている。   |
| 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。                       |         |    |   |   |
| 54 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 | サービス実施計画策定の責任者は、サービス管理責任者である。サービスの適否を日常的にチェックし、サービス実施計画通りにサービスが行われていることを確認する仕組みとして、日々の連絡帳を活用している。サービス実施計画は、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。今後は、サービス実施計画を策定するための部門を横断した関係職員の合議、利用者や家族の参加など、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めることを期待したい。  |

| 評価項目                                      | 第三者評価結果 |   |   | 判定の理由  |
|---|---------|---|---|--|
|   | 判定結果    |   |   |  |
|   | a       | b | c |  |
| 55 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 | <p>サービス実施計画の見直しは、日々の連絡帳を活用して、利用者本位の視点に立って行われている。今後は、サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めてから実施されたい。また、見直しによって変更したサービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めたり、サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備することについて、その必要性を検討されたい。</p> |

### 第三者評価結果(障害者・児施設版(内容))

| 評価項目   | 第三者評価結果 |   |   |   |
|--|---------|---|---|---|
|  | 判定結果    |   |   | 判定の理由   |
|  | a       | b | c |   |
| <b>A-1 利用者の尊重</b>  |         |   |   |   |
| 1-(1) 利用者の尊重   |         |   |   |   |
| 1 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 | 介護(有資格者)に明るい理事が週2回現場に入って、職員を指導・助言し、サービスの質の向上に努めている。利用者とのコミュニケーション能力を高めるための支援方法や補助具の使い方は、サービス実施書に明示されている。言語でのコミュニケーションが難しい利用者には、ボイスレコーダー・文字盤・ビックマウスを使用している。その人固有のサインや特徴を理解するため、家族・学校の先生・他職種等とも連携するなど、工夫している。 |
| 2 A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。                             | ○a      | b | c | 利用者の自治会はなく、家族会を年1回開催して支援している。アセスメント時や日常生活の中で希望が出た時は速やかに対応して、同じ建物内の他事業所の友人と交流したり、絵を描いたり、パソコンをしたりするなど、日中活動に取り入れている。利用者の主体的な活動が確保されるような利用者の会の設置を期待したい。   |
| 3 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 | 個別支援計画作成時のアセスメントで聞き取り、サービス実施書に明示している。ホールには見守り担当のスタッフ2名を配置し、速やかに対応している。体調による変化や困難な状況は、日々の申し送りやケース会議等で報告され、必要時は個別支援計画を変更し、日常生活の活動範囲が広がるように支援している。   |
| 4 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 | 音楽療法や創作活動を支援している。活動により利用者の意欲や自己表現力が向上し、個人の力を発揮する場となっている。社会生活力を高めるために、研修旅行で小豆島にフェリーを利用して出かけ、一般の人と同席する経験をして社会を身近で感じられるように工夫している。  |
| <b>A-2 日常生活支援</b>  |         |   |   |   |
| 2-(1) 食事   |         |   |   |   |
| 5 A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。                   | ○a      | b | c | 嚥下困難者への食事介助マニュアル・盛り付けマニュアルが整備されている。サービス実施書には個人の身体状態に応じた食器の種類、使用する補助具、食事形態、水分補給(食後・入浴前後)、介助方法の留意点等が明示されている。個別の食事も留意され実践されている。配膳時にお盆上に支援内容を表示したカードを置き、誰でもわかるように工夫している。  |
| 6 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。 | ○a      | b | c | 献立は法人の栄養士が立て、一括調理され配食されている。ごはんを事業所で炊いて配膳だけしている。年1回嗜好調査を行い献立に反映させている。調味料・香辛料は好みの物が用意され、また、刻み食の人にはまず料理全体を見てもらい、その場で刻むなど、おいしく食べられる工夫をしている。週単位の献立表には季節の食材がカラーで印刷され、みんなで楽しんでいるが、より食事を楽しむためにもうひと工夫期待したい。          |
| 7 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 | 給食会議を月1回開いて、問題点が出れば検討して改善している。食事時間には幅があり、ゆっくりと食事が取れるよう配慮されている。テーブルは稼働式で利用者に合った高さに調節でき、スタッフは衛生面にも気を配り、食事介助時は専用のエプロンに着替えて介助している。  |
| 2-(2) 入浴   |         |   |   |   |



| 評価項目  | 第三者評価結果 |   |   |  |
|---|---------|---|---|--|
|   | 判定結果    |   |   | 判定の理由  |
|   | a       | b | c |  |
| 8<br>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 | サービス実施書に留意点・支援方法が明示されている。個別支援マニュアルにはプライバシー保護を考慮した介助の方法や障害の程度・部位の違いによる注意点が具体的に図入りで、わかりやすく示されている。その場面における言葉遣いも例示されている。記録は毎日の業務日誌と連絡帳に記載されている。  |
| 9<br>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 | 入浴は利用者・家族の希望に沿って行われており、毎日入浴する人もいる。回数については年1回のアンケートで確認し、希望通りに支援している。体調不良や汚染時は、時間に関係なくシャワー浴を実施している。  |
| 10<br>A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。               | ○a      | — | c | 問題点はケース会で検討し、モニタリングを経て、改善に繋げている。現在の設備は3年前に整備した。冷暖房は完備しているが、浴室・脱衣場ともに機械浴のため広く、冬場は温まるまで時間がかかる。暖房は事業所で一番に入れ、足元ヒーターも併用するなど配慮している。  |
| 2-(3) 排泄  |         |   |   |  |
| 11<br>A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。                 | ○a      | — | c | 標準的な排泄の介助マニュアルや排泄用具の使用方法を記した資料は整備されている。サービス実施書に留意点・支援方法が明示されている。個別支援マニュアルには、安全とプライバシー保護を考慮した支援方法が、声かけから介助まで動作に沿って示され実践されている。おむつ交換時はつい立てを使用し、トイレ使用中はドアを閉めて外で待機するなど、プライバシーの保護を意識している。排泄介助の内容は丁寧に連絡帳に記載されている。 |
| 12<br>A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。                   | ○a      | — | c | 夕方及び汚れを見つけたらその場で清掃しており、明るく清潔である。中には手すり、カーテン、ナースコール等が設置され、広さも十分あり落ち着いて安全に利用できている。冬場は温風ヒーターとひざ掛けを使用し、夏場は西日の当たる窓はカーテンをかけ快適な空間となっている。掃除道具・薬品の保管も適切である。   |
| 2-(4) 衣服  |         |   |   |  |
| 13<br>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 | 毎日の衣服は通所のため、本人または家族の意思で行われている。着替えが必要な時は、常時持参している衣服の中から本人と相談しながら決めている。新たな商品は積極的に紹介し、現在汗取りベストを試着中の利用者がある。  |
| 14<br>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。   | ○a      | b | c | 汚れに気づいた時は、その都度声かけて着替えてもらっている。持参した衣服も汚れてしまった場合は、事業所の貸与用衣服に着替え、その間に洗濯・乾燥を行い、自分の衣服で帰宅できるよう支援している。連絡帳に記載して家族に報告している。   |
| 2-(5) 理容・美容                                     |         |   |   |  |

| 評価項目                                     | 第三者評価結果 |   |   | 判定の理由   |
|--|---------|---|---|---|
|  | 判定結果    |   |   |   |
|  | a       | b | c |   |
| 15 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 | 爪切り・髭剃りは希望に応じて実施し、シャンプー・育毛剤・クリーム等を持参している利用者もいるなど、個人の希望に沿った支援をしている。ネイルアート・編み込みの髪型・髪留めにこだわったりとおしゃれにも気を配っている。  |
| 16 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 | 家庭で行っているため、評価の対象としない  |
| 2-(6) 睡眠                                 |         |   |   |   |
| 17 A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。             | ○a      | — | c | ワンフロアのため午睡(30分前後)できる環境づくりに苦心している。午睡コーナーのみ消灯したり、一部カーテンをしめたり、個人に合ったクッションも使用している。安眠でき、かつ見守りもできるよう工夫している。   |
| 2-(7) 健康管理                               |         |   |   |   |
| 18 A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。              | ○a      | — | c | 健康管理マニュアルにより日常の健康管理体制は整備されている。サービス実施書、フェイスシートに身体状況や留意点が具体的に示され、日々の状態は連絡帳に継続して記録されている。体調変化時は、その都度連絡帳・電話で家族に連絡している。自分で装飾したペットボトルを利用して両上肢の体操を実施している。看護師による毎日の健康管理、月1回嘱託医の健康相談会、年1回歯科衛生士による口腔ケアと歯磨き指導を受けている。職員は訪問時に作成される健口表を基にして勉強している。 |
| 19 A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。       | ○a      | b | c | 緊急時の連絡先、病院及び担当医、発作時の薬等を明記した携帯ファイルを整備している。送迎時の発作に備えて、車両に発作対応マニュアルを常備している。緊急時の連絡マニュアルに沿って実施され、近くに連携が取れる協力医院も確保している。   |

| 評価項目  | 第三者評価結果 |   |   |  |
|---|---------|---|---|--|
|   | 判定結果    |   |   | 判定の理由  |
|   | a       | b | c |  |
| 20<br>A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に<br>行われている。                          | ○a      | — | c | 使用薬はアセスメント時や変更時に確認している。サービス実施書に明示され、投薬確認表に薬名・形状・服薬方法等が記載されている。看護師が保管し、食後、担当スタッフが服薬確認し、連絡帳に記録している。「投薬事故防止マニュアル」は整備されているが、実際に事故が起きた時の対応と薬の管理体制の整備が望まれる。                |
| 2-(8) 余暇・レクリエーション   |         |   |   |  |
| 21<br>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 | 日中活動の中で実施されるものは、利用者からの希望や意見を丁寧に聞き取り、利用者が参加でき、楽しめるように工夫されている。研修旅行はボランティアの協力で家族とともに出かけて喜ばれた。法人全体での忘年会や野外バーベキューなどは自由に参加でき、公共の催物については、チラシを配付したり掲示して周知している。               |
| 2-(9) 外出・外泊   |         |   |   |  |
| 22<br>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 | 日常的な外出はなく、外出は行事の時のみとなっております。評価の対象としない  |
| 23<br>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 | 評価の対象としない  |
| 2-(10) 所持金・預かり金の管理等   |         |   |   |  |
| 24<br>A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。                           | a       | b | c | 評価の対象としない  |
| 25<br>A-2-(10)-② 新聞・雑誌の講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      | — | c | 新聞・雑誌は同じ法人内の事業所と共有だが、雑誌は常時10冊程置いてあり、いつでも読むことができる。テレビは2台あり、その時々で興味のある番組を自由に見ている。利用者が自分の能力を發揮して、他の利用者のために自主的に録画・再生するなど、みんなが楽しめている。利用者から希望を聞いて、読み聞かせ、紙芝居、DVD鑑賞会も実施している。 |
| 26<br>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      | — | c | 現在は飲酒・喫煙する利用者はいない。アルコールは、忘年会、行事の時は医師の許可があれば飲用できる。煙草は建物内禁煙で、敷地内に喫煙所が設けられている。自販機が設置されており、缶コーヒー等は自由に購入できる。  |