

宮城県福祉サービス第三評価結果

1 第三者評価機関名

株式会社 福祉工房

2 施設・事業所情報

名称：社会福祉法人 石巻祥心会 障害福祉サービス事業所 第二ひたかみ園		種別：障害福祉サービス事業所
代表者氏名：管理者 遠藤伸		定員（利用人数）：生活介護 40名
所在地：宮城県石巻市蛇田字小斎32-2		
TEL：0225-94-8597		ホームページ： http://www.i-shoshin.or.jp/dai2.html
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成7年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 石巻祥心会		
職員数	常勤職員： 23名	非常勤職員 8名
専門職員	看護師 2名	
	介護福祉士 3名	
	保育士 1名	
施設・設備の概要	（居室数） 12室	（設備等）
	食堂 活動室・作業室 和室・相談室 医務室 トイレ・車椅子トイレ 更衣室 浴室	<防災設備> 自動火災報知機・ガス漏れ報知器・非常用電源・誘導灯・スプリンクラー <共有スペース> テレビ

3 理念・基本方針

<p>法人理念：私たちは障害を持つ人がひとりの人間として尊重され、地域の中で自己実現できる支援をいたします</p> <p>基本方針：</p> <ol style="list-style-type: none"> 利用者ひとり一人の個性と人格を尊重し、自己選択、自己決定を大切にします 心身ともに健康で明るく活動できるよう、健康維持、増進をご家庭と共に考えていきます 地域ニーズに即した福祉サービスの提供と地域社会に開かれた施設を目指します。

4 施設・事業所の特徴的な取組

<p>障害が重くても一人一人の人格と個性が尊重され、豊かな日中活動を安心して利用できるようにニーズに応じた活動内容を提供しています。</p> <p>軽作業や軽運動、機能維持動作、地域への外出など、自己選択・自己決定に応えられるよう、細やか支援やサービスの質の向上に努めて取り組んでいます。</p> <p>「親亡き後」の対応として少人数でのグループホーム体験を行い、将来の地域生活をイメージして頂けるようにしています。</p>
--

5 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年4月27日（契約日）～平成28年11月24日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成21年度）

6 総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>○利用者の意向を尊重した支援 利用者の「自分はどうなりたい」といった意向を踏まえたアセスメントが行なわれ、それに沿った支援が行なわれると同時に、定期的な振り返りも行なわれており、利用者目線に立った支援が徹底している。</p> <p>○地域に根ざした支援活動 理念や基本方針に基づき、地域に開かれた施設を目指しており、利用者の地域における社会資源の活用や、地域交流祭等のイベントへの参加、災害時の福祉避難場所の提供、地域のニーズに合わせてのショートステイや日中一時預り等の事業が取り組まれている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>○プライバシー保護や他の施設や家庭への移行、実習生やボランティアの受け入れ等に関しての手順書やマニュアル類が作成されていない、適切な支援を行っていくためにも、マニュアル類の作成が望まれる。</p> <p>○利用者や家族への情報の提供と工夫 通所利用時のしおりや、個人情報に関わる同意書、相談や意見に対する対応方法、事業計画等、一部利用者や家族に対し説明はされているが配布されていない、もしくは配布されているが利用者が理解しやすいような工夫が不足しているものが見受けられる。利用者や家族への的確な情報の提供、利用者の状況に応じた対応が望まれる。</p>
--

7 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

<p>今回の受審の結果を受け、沢山の貴重なご意見をいただきまして、事業所としての今後の課題が明確になりました。</p> <p>今後、利用者、ご家族に対して分かり易く、必要な情報を的確に提供していくことと、本来必要とされる手順書やマニュアルを整備して、より質の高いサービス提供に努めてまいりたいと思います。</p> <p>評価いただきました点は更に強化して行き、ご指摘いただきました点につきましては、改善、検討を行い、利用者、ご家族の皆様のご理解とご協力をいただきながら、更に地域との連携をとれるように努力してまいります。</p>
--

8 各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙のとおり（施設の区分に応じ福祉サービス第三者評価結果票を添付する。）（様式2－第三者評価機関公表用）

(別紙)

福祉サービス第三者評価結果票（障害者・児版）

- ※ すべての評価細目（71項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。
- ※ 評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	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・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の理念を基に事業所としての基本方針を掲げている。方針は利用者の視点、家族の視点、地域の視点に立ったものであり、利用者の個性と人格を尊重することを基本としている。理念・基本方針は家族や利用者に対して新年度事業説明会が行なわれており、その中で毎年理念や基本方針に関する説明が行なわれている。基本方針は事業計画に記載され、職員に対しても年度初めには事業説明と同時に配布説明が行なわれている。又、年度初めの法人の親睦会や管理者会においても理事長より説明が行なわれている。理念・基本方針は広報誌、ホームページへの記載が無く、地域や家族などに対し事業所をより理解してもらうためにも記載していくことが望まれる。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の職員が石巻市の障害福祉計画の委員を務めており、委員である職員から石巻市における状況、又、全国施設長会議、石巻市自立支援協議会等へ参加しており、全体及び地域における環境についての把握がなされている。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>地域における課題等に絡めて施設として現状の経営課題は、増加する利用者に対応し受け入れが設備的に限界に来ており、対応について法人との話し合い、又、これにより発生する課</p>		

題に関しては事業所内全体会議、チーフ会議、班会議等で情報を共有、話し合いが行なわれている。

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a (b)・c
<p><コメント></p> <p>法人として平成27年度から31年度までの5ヶ年間の中長期計画が策定され、大項目、中項目、小項目に分類し現状における課題分析、対処方法、目標を設定している。中長期計画が法人全体を対象としているため個々の事業所にとっての計画がわかりづらい面がある。中長期計画における進行状態を明確にしていくこと、事業所としての計画を策定していくことが期待される。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a (b)・c
<p><コメント></p> <p>単年度計画は必ずしも中長期計画とはリンクしていない面が見られる。事業所における中長期計画の策定と見直し、単年度計画への反映が望まれる。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>職員が係り単位で前年度の反省を行い、委員会における反省を含め、2月に報告書を作成、これを基に3月にかけて翌年度の事業計画を作成、各係り及び委員会で作成されたものを管理部門でまとめ、法人の理事会に提出、承認後職員への配布、説明が行なわれている。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a (b)・c
<p><コメント></p> <p>事業計画は家族会で配布説明が行なわれている。利用者には分かりやすく班単位で説明が行なわれている。資料の配布は行なわれていない。資料についても理解しやすいような工夫をし配布していくことも期待される。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	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。	(a)・b・c

<p><コメント></p> <p>虐待防止委員会を中心に、「業務振り返りチェックシート」を作成し、各職員が毎月記入、委員会で全体の取り纏めと対策が話し合われている。人事考課時における自己評価表（D O - C a pシート）の記入と上司による面談も行なわれ、組織的な質の向上に向けた取組みが行なわれている。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>自己評価の結果は会議や委員会での話し合いがなされ、改善のための取組みが決められている。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a (b)・c
<p><コメント></p> <p>事業計画とあわせ、年度始めに全職員に対し説明が行なわれ、職員親睦会や管理者会にも理事長よりの説明が行なわれている。事業計画表に職務分掌が記載され、組織図の作成、代行決裁者の明記も行なわれている。更に、年度初めの広報誌等への記載も行い、利用者や家族等に、より理解を深める取組みが期待される。</p>		
11	Ⅱ-1-(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
<p><コメント></p> <p>関連する法令等に関しては、全国施設長会議、宮城県福祉協議会、法人本部等からの情報を基に、職員会議等を通じ、資料を配布し説明を行なっている。必要に応じて会議や研修会に職員を派遣し報告を行わせる取組みも行なわれている。法人におけるコンプライアンスに関する研修会も行なわれている。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>現在、虐待防止委員会、環境美化委員会、衛生委員会等いくつかの委員会組織が組織され、対象項目ごとに現状の課題と解決に向けた取組みが行なわれている。各委員会には担当以外に各班から順番に1～2名が参加し、各班における課題の提議がなされ、改善に向けた話し合いが行なわれている。</p>		

13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>人事、労務、財務面に関しては法人本部での管理がなされ、本部との連携の基に業務が進められている。職場環境に関しては環境美化委員会等職場環境の整備が行なわれているが、更に改善計画の策定等改善へ向けた具体的取組を行なっていくことが期待される。職場間の業務の偏りについては、チーフ会議等での調整が図られている。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	II-2-(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。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>制度上の職員配置に対し、より手厚い配置を基本としている。欠員発生時には、法人への募集依頼が行なわれている。職員の目標や現状の課題などに関して、年2回の個別面談が行なわれ、職員の状況に関しての把握が行なわれ、職員の家庭状況による便宜も図られている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の規定に職制ごとに、求められる職員像が明記されている。人事考課は法人の規定に基づき行なわれており、自己評価を各職員が記入し、サービス管理者による1次評価、管理者による2次評価、法人の理事長による最終評価が行なわれ、結果は管理者により各職員へのフィードバックが行なわれている。又、結果に対する異議申し立て制度も作られている。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	II-2-(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。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>職員の就業状況や意向に関しては、個別面談を通して管理者により把握され、時間外データや有給休暇の取得に関しては、法人本部の事務部門と連携し把握されている。又、衛生委員会が組織され、職員からのメンタル面を含めた健康相談を受けている。福利厚生制度としてI・ワークサポートに法人として加入し、スポーツ施設や冠婚葬祭時における祝い金等の制度がある。</p>		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>職制ごとの求められる職員像が明示されており、年2回の自己評価と目標の設定が行なわれ、管理者との個別面談が実施されている。</p>		
18	II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a・ b ・c

<p><コメント></p> <p>法人本部に研修委員会が組織され、年間における階層別研修等の研修予定が組まれている。研修委員会において研修カリキュラム等の見直しも定期的に行なわれている。更に、事業所としての方針等にも職員の質の向上に関する取り組みを加えていくことも期待される。</p>		
19	<p>II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>職員の技術レベル、資格などは管理者により把握されており、階層に応じた研修が行なわれている。新人職員に対しては、教育担当者を設定し半年間のOJTが行われ、日々の振り返りも行なわれている。職員に対してはそれぞれの必要に応じて、内部研修や外部研修の紹介が行なわれている。</p>		
<p>II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。</p>		
20	<p>II-2-(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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>昨年度は学校からの実習は4名の受け入れが行なわれた。学校との誓約書の取り交わしが行なわれ、事業所内における窓口も決められている。実習に関するマニュアルが設定されておらず、今後作成しておくと同時に実習生受け入れの意義や目的等も明記していくことが望まれる。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
<p>II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。</p>		
21	<p>II-3-(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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の事業状況や決算内容に関しては、広報誌に記載し公開されている。第三者評価結果に関しても前回の結果は公表され、今回も公表予定となっている。苦情処理に関しては重要事項説明書において事業所内外の苦情受付窓口が明記されている。苦情処理規程が作成され公表に関する取り決めが定められている。苦情処理に関しては更にフローチャート等を作成し、家族や利用者に分かりやすくしていくこと、事業所の取り組みに関してもホームページの利用等を進めていくことが期待される。更に、法人としての事業状態に関する情報もホームページを通じて公開していくことも望まれる。</p>		
22	<p>II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事務、経理、取引等に関しては法人の規程の基に行なわれ、法人からは年1回の監事監査が行なわれている。又、法人においてコンプライアンスに関する研修が行われ職員が参加している。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業所の基本方針に「地域ニーズに即した福祉サービスの提供と地域社会に開かれた施設を目指す」と明示し、地域との基本的考えを明確にしている。事業所における夏祭りには地域への案内を行い、参加を呼びかけ、法人として地域交流祭に参加している。地域の図書館やプール、ショッピングモールでの買い物、カラオケボックスの利用等利用者の状況に合わせて、地域における社会資源の活用が行なわれている。</p>		
24	II-4-(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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>昨年度ボランティアはアニマルセラピーとして毎月訪問があり、ガーデニングボランティアの2回の訪問があった。ボランティアを通じた地域との交流を図る意味でも、更なるボランティア受け入れを促進していくことや、ボランティア受け入れのための基本姿勢やマニュアルを作成していくことが望まれる。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者ごとに、病院や保健福祉事務所、行政等を交えた、サービス調整会議が行われており、日常より関係機関との連携は保たれている。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	II-4-(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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>石巻市との協定が締結されており、法人事業所内にある、グループホームが災害時福祉避難所となっている。</p>		
27	II-4-(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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人に地域の相談事業所が設置されており、地域の福祉ニーズの把握がなされ、これに対応し、事業所としてショートステイや日中一時預りなどの事業が行なわれている。又、地域向けの研修会として後見人制度の研修会、支援学校主催の講演会等への職員の派遣が行なわれている。</p>		

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が明示されている。		
28	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。	a・b・c
<コメント> 利用者一人ひとりの個性と人格を尊重し、自己選択、自己決定の基本方針が法人全体の新人研修で周知され、理念、倫理綱領等も周知されている。虐待防止委員会、毎月のセルフチェック表で振り返りしている。拘束に対しては重要事項説明書、契約書に明記して、利用者、家族に周知している		
29	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。	a・b・c
<コメント> プライバシーの規程、マニュアルは整備されていないが職員は現場ではプライバシーに配慮している。契約の一部にプライバシー保護の文言が記載されているが、今後想定される場面における基本的な考え方と対応方法、留意点を明記した規程、マニュアル等の作成が望まれる。		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	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。	a・b・c
<コメント> 福祉サービスを選択する為の情報は支援センターや相談事業所と連携しながら見学や一日体験等で対応している。パンフレットは理解しやすく作成されている。		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a・b・c
<コメント> サービス開始時の利用手続きは、通所利用時のしおり、個人情報使用同意書、パンフレット、契約書を口頭で説明、利用者、家族の同意を得ている。利用者の状況により資料にはルビをふる等の工夫を行なっていくことも望まれる。		
32	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。	a・b・c
<コメント> 他の福祉施設や事業所、地域、家庭への移行にあたって、引き継ぎ書として、フェースシート、サマリーが使用されているが、更に個人情報保護法を考慮し、引継ぎ書、手順書等の作成が望まれる。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		

33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者満足の調査として年2回支援計画書のモニタリングの時に利用者、家族の要望を聞いている。年1回の懇談会や行事後のアンケート調査等がおこなわれている。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みは確立されている。相談窓口や第三者委員、行政機関、運営適正委員会が明記されていて、苦情は法人に報告し、検討され、公表されている。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>相談室は特になし、日常は連絡帳で家族と連携している。相談したい時は自由に相談相手を選べる等の文書を提示したり、利用者、家族には配布していく事が望まれる。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>相談や意見等に対する対応策の検討等についてマニュアルは整備されていないが日々迅速に対応している。手順書等の作成が望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>危機、管理委員会が設置され、事故発生を防ぐヒアリハットに対してのマニュアルも作成され職員に周知されている。県社協の嚙下障害等リスクに関する研修に参加し、伝達研修で職員に周知されている。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>感染症の管理体制として衛生委員会で利用者の感染症予防対策を検討している。対応マニュアルを作成し、職員に周知している。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>防災委員会が設置されマニュアルも整備されている。日常においても危険個所の確認、改善への取り組みや、送迎時の災害に備えての動きの確認、事業所全体の防災対策を自ら実践して、防災意識、知識の向上に努めている。訓練は2, 3, 6, 10月の訓練内容が計画されて、防災設備の自主点検、防災マニュアルの再点検や非常食の備蓄がされている。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	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。	a・b・c
標準的な実施方法は契約書に介護給付量対象サービス内容が明記されている。基本的な相談、援助技術に関するものだけでなく福祉サービス実施時の留意点、利用者プライバシーへの配慮等が個別的な福祉サービス実施計画に明記されている。		
41	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>全職員参加のケース検討会、各担当職員会議に於いて課題の検討、個別支援計画の作成、ケース検討会等の仕組みが作られている。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業所独自の様式で利用者、家族の意向を「利用者の希望、家族の意見や悩み、希望の実現に至らない現在の状況、サポートのあり方、優先順位、自分はどうなりたい」というアセスメント調査票を使用し年2回利用者、家族、担当職員で検討し満足度を調査、記入している。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス実施計画は年2回モニタリングが行われて利用者、家族、職員で次のステップとして希望する生活の見直しを行っている。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>ケース記録はパソコンで保管し、職員間で情報の共有が行なわれている。</p>		
45	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
<p><コメント></p> <p>管理者が責任者となり、法人の記録規程に基づき管理している。</p>		

評価対象 A 福祉サービスの内容

A-1 利用者の尊重

A-1-(1) 利用者の尊重		
46	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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>コミュニケーション手段として、個別支援計画書に写真、ホワイトボード、手つなぎ、マカトンサインが利用されるように記載され職員に周知されている。</p>		
47	A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者主体の自治会が構成され日常生活、行事等の活動を豊かなものにするために、自立心、協調性を身につけるとともに個々の意見を出来るだけ尊重し、生活に反映できるようにしている。親の会としてお父さんの会、親の会（行事）親の草刈ボランティアが活動している。</p>		
48	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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>ADLの低下をしないように利用者と話し合い職員間で検討して、支援の対応や事業所の環境整備がされている。月1回班会議で検討している。</p>		
49	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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>エンパワメントのプログラムとして運動（水泳）に11人参加、さをり教室、GOGOダンス等を通じ社会参加している。創作活動として工作、カレンダー作りのプログラムが行われている。</p>		

A-2 日常生活支援

A-2-(1) 食事		
50	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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>嚥下状態やニーズにあわせて、食事が提供されている。</p>		
51	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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p>		

2か月に1回給食委員会が開催され、職員会議で給食の状況の報告と課題の検討がおこなわれている。		
52	A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	Ⓐ・b・c
<コメント> 班ごとの食事で1時間ほどの時間が設定されている。		
A-2-(2) 入浴		
53	A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	Ⓐ・b・c
<コメント> 男女同性介助で午前午後機械浴も行っている。		
54	A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a・Ⓑ・c
<コメント> 事前の計画に基づき入浴が行なわれている。		
55	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a・b・c
<コメント> 		
A-2-(3) 排泄		
56	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a・b・c
<コメント> 		
57	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a・Ⓑ・c
<コメント> 冷暖房の設備はない。職員が清掃して清潔さが保たれている。今後の検討が望まれる。		
A-2-(4) 衣服		
58	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
<コメント> 対象外		
59	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・Ⓑ・c
<コメント> 利用者の衣服の汚れに対しては、必要に応じて着替えや、清拭、入浴の支援が行なわれている。更に、マニュアル等の作成が望まれる。		
A-2-(5) 理容・美容		
60	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
<コメント> 対象外		

61	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・b・c
<コメント> 対象外		
A-2-(6) 睡眠		
62	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a・b・c
<コメント> 対象外		
A-2-(7) 健康管理		
63	A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a・b・c
<コメント> 年間医務計画として毎月木曜日は身体測定（体重・血圧）、3か月に1回往診、9月歯科健診、10月健康診断、11月インフルエンザ予防接種、が実施されている。		
64	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
<コメント> こだまホスピタル（内科）との嘱託医委託契約が締結されており、往診等の対応が行なわれている。		
65	A-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
<コメント> 		
A-2-(8) 余暇・レクリエーション		
66	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
<コメント> 利用者の希望に合わせ、金曜日はクラブ活動（カラオケ、ダンス、和太鼓）が実施されている。グループや個別単位で外出、買い物を行っている。		
A-2-(9) 外出・外泊		
67	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
<コメント> 自治会での話し合いにより、年1回県内への旅行等が行なわれている。		
68	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
<コメント> 対象外		
A-2-(10) 所持金・預り金の管理等		
69	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
<コメント> 対象外		
70	A-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

<p><コメント> 対象外</p>		
71	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、利用者の意志や希望が尊重されている。	a・b・c
<p><コメント> 対象外</p>		