

福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

| | |
|-------|------------------------------|
| 名 称 | 社会福祉法人 徳島県社会福祉協議会 |
| 調査実施日 | 平成23年11月21日(月)、22日(火)、25日(金) |

②事業者情報

| | | | |
|-------|--------------------|-----|-------------------|
| 名 称 | 野菊の里 | 種 別 | 障害者支援施設 |
| 代表者氏名 | 理事長 美馬 精一 | 定 員 | 生活介護50名、施設入所支援50名 |
| 所 在 地 | 徳島県吉野川市鳴島町敷地1463-1 | | |

③総評

◇特に評価の高い点

| |
|--|
| <p>福祉サービスの質の向上に向けた組織的な取り組み</p> <p>平成12年度に試行的事業として第三者評価を受審し、以降、毎年自己評価に取り組んでいる。全職員で課題の共有化を図ったうえで改善に向けた継続的な取り組みに繋げるなど、福祉サービスの質の向上に向けた組織的な取り組みが定着しつつある。長年取り組んできた組織的な改善活動を、各部署単位及び全体活動(QC活動)へと展開するなどして、さらに質の高い活動へと結びつけられるよう期待する。</p> |
| <p>地域の事業所としての社会的責務の発揮に向けた取り組み</p> <p>防災型地域交流スペースを整備し、地域住民や自治会、各種団体等に向けた有効活用や備品の貸し出しなどを行っている。また、定期的に地域の関係機関等と話しあう機会を設けている。相談支援事業部門においては、圏域の障害者自立支援協議会の中心的役割を担っており、地域のネットワーク化に積極的に取り組んでいる。</p> |
| <p>利用者の生活の喜びや楽しみに繋がる支援</p> <p>利用者の日中活動のサービス内容に、専門的なボランティアを導入して活動の場を広げている。また、利用者自らが好みの活動を選択して行ったり、作品をコンクールに提出し賞をもらったりしている。玄関には、利用者の作品を飾るなど、生活の喜びや楽しみに繋がる支援に努めている。</p> |
| <p>利用者一人ひとりの障がい特性や健康状態、身体状況等に応じた各種書類の整備</p> <p>利用者一人ひとりの障がい特性や健康状態、身体状況等に応じた各種マニュアルを整備し実施計画を策定している。利用者の個人記録にも反映しており、適切な福祉サービスの提供に繋げている。</p> |

◇改善を求められる点

| |
|---|
| <p>情報端末機器の管理とセキュリティ対策</p> <p>各部署においてIT機器を積極的に活用しているが、今後はシステムの共有化や統合化、事業所内LANの構築等を行うことにより、サービスの質の向上や業務の効率化へ取り組むよう期待する。また、情報管理の徹底やセキュリティ対策の面において速やかな対応が望まれる。</p> |
| <p>能力育成型の人事考課制度への取り組み</p> <p>臨時職員の正規登用等において人事考課を活用しているが、全職員を対象とした人事考課には至っていない。質の高い福祉サービスを提供するためには、職員の資質や意欲の向上を目指した教育的視点による能力育成型の人事考課制度の構築が望まれる。</p> |
| <p>利用者の障がい特性等に応じた詳細な支援方法の記載</p> <p>各種サービスの標準的なマニュアルを整備しているが、利用者一人ひとりの障がいの状況や多様な特徴等に応じた共通の支援方法を詳細に記載するなどして、より一層、利用者一人ひとりのエンパワメントの実現に向けた支援に繋がりたい。</p> |
| <p>より円滑な苦情解決の仕組みの構築</p> <p>利用者が悩みや意見をより表出しやすいよう、サービスの点検や改善、質の向上を図るための苦情解決事業を利用者へ周知したり、話しやすい環境整備を図ったりするなど、より一層の工夫が望まれる。</p> |
| <p>金銭管理の方法</p> <p>預かり金の取扱規程を整備し、規程に基づいてマニュアルを作成しているが、自己管理の困難な利用者の預かり金の一部を担当職員のデスクにて保管・管理しているため、より適切な金銭管理の実現に向け金庫等の活用について検討されたい。</p> |

④福祉サービス第三者評価結果に対する事業者のコメント

| |
|---|
| <p>この度、福祉サービス第三者評価を受審を受け、事業所全体でサービスの提供や業務内容・手順等改めて振り返り、職員の意識の統一や全体の組織の向上の良い機会を得ました。評価結果につきましては、真摯に受け止め、課題や問題点を再検討し、一人ひとりのニーズに沿った創意工夫をし、質の高いサービスの提供を目指します。地域の皆様の期待に応えることができ、信頼される社会資源になれるよう職員一丸となり取り組みたいと考えます。</p> |
|---|

⑤評価細目の福祉サービス第三者評価結果(別添)

福祉サービス第三者評価結果

○評価分野別評価結果（分野別の特記事項）

I 福祉サービスの基本方針と組織

| | | | | | |
|---|----|---|---|---|---|
| a | 12 | b | 1 | c | 0 |
|---|----|---|---|---|---|

1 理念・基本方針

法人の理念に基づく使命や役割を踏まえたうえで、事業所の理念や基本方針を作成し明文化している。利用者主体・利用者尊重の考えを示しており、説明会や各種資料、広報誌、パンフレット、ホームページ等で利用者や家族、地域住民、職員等への周知を図っている。また、毎朝、理念や基本方針を唱和したり、事業所内の会議や委員会で検討したりして、共有化への取り組みを行っている。職員は、名札の裏に理念や基本方針を記したカードを携帯し、機会あるごとに基本に立ち返る姿勢をもって取り組んでいる。

2 事業計画の策定

将来展望を踏まえた中・長期計画を策定している。各部署や各種会議・委員会等で、中・長期計画を踏まえた事業計画案や収支予算案の検討・評価・分析を行い、職員会議で話しあった後、管理運営会議において決定するなどの組織的な取り組みを行っている。また、利用者や家族、職員に事業計画を周知している。しかし、今後のリスク管理の一貫としての個人情報の漏洩防止や守秘義務の観点等から、中・長期計画における情報端末機器の管理体制強化やセキュリティー対策（ハード・ソフト双方）等における課題解決に向けた取り組みが望まれる。

3 管理者の責任とリーダーシップ

管理者は、事業所の機能と将来像を明確にしている。また、各種会議や委員会等の際、職員の経営への参画意識や労働意欲の醸成・向上に努めており、事業所運営においてリーダーシップを発揮している。各部門の責任者は、課題や問題の解決に向けた目標設定や目標管理に主体的に関わっており、事業計画にも反映している。また、平成12年度以降、国の試行的事業として、福祉サービス第三者評価における自己評価を実施しており、サービスの質の向上に継続的に取り組んでいる。

○理念・基本方針

法人の理念である“明日の地域福祉を見つめて”を踏まえ、平成21年度に組織全体で検討し、事業所理念“穏やかで豊かな人生の実現をめざします”を作成し明文化している。理念からは、事業所の使命や役割、機能を読みとることができる。 a

理念を実現するため、基本方針として事業所の運営方針等を5項目にわたって明文化しており、事業計画や事業所内文書、パンフレット、名札の裏面等に記載している。 a

理念や基本方針を文書化し、事業所内に掲示している。また、全職員が、理念や基本方針を記載したカードを名札とともに携帯している。朝礼時に理念や基本方針を唱和したり、各種会議や委員会等の際に内容説明を行ったりして、共有化に向けた取り組みを行っている。 a

職員は、利用者一人ひとりに理念や基本方針の説明を行っている。家族には、保護者会の際に周知している。欠席者には、利用者を通じて資料を配布している。 a

○事業計画の策定

平成22年度から平成27年度の期間を対象とした中・長期計画を策定している。事業所の課題や8項目の重点事項を具体的に計画化している。年度単位の達成目標や資金・財務計画を策定しているが、情報管理体制整備やセキュリティー対策に関する事項等の十分な反映には至っていない。 b

中・長期計画の内容を事業計画に反映している。6項目の重点事項を達成するため、各部門ごとに目標を立てて作成している。事業計画は、人材計画や職員研修、地域交流、安全管理、苦情解決、保護者会、地域生活支援事業等を含めた具体的な内容となっている。また、前年度との比較による評価・分析を予算書と併せて検討し、次年度の計画に反映している。 a

各種会議や委員会、職員会議、管理運営会議等において、前年度の事業計画の評価や見直しを行ったうえで、次年度の計画を策定している。組織的な事業計画の評価や見直しを継続的に実施している。 a

全職員に事業計画を配布している。年度当初の職員会議や職員採用時等に説明を行っている。また、定期的に事業進捗状況を確認し把握している。特に月1回の職員会議は、全職員への周知や課題検討、研修効果の向上等を図るため、午前と午後に分けて実施するなどの工夫を行っている。 a

利用者の保護者会の際、事業計画等の文書を配布している。コミュニケーションをとることが困難な利用者には、職員が利用者一人ひとりの障がい特性に応じたコミュニケーション手法により、わかりやすい説明に努めている。 a

○管理者の責任とリーダーシップ

職務分掌や各種会議、委員会等において、管理者の役割と責任を表明し明確にしている。広報誌や事業所内文書、資料等からも確認することができる。 a

組織として遵守しなければならない関連法令をリスト化し、内容を正しく理解し把握するための体制を構築している。また、経営に関する研修会へ積極的に参加している。 a

管理者は、福祉サービスの質に関する課題や問題点を把握している。第三者評価委員会や職員会議が中心となって、サービスの改善に向けた組織的な体制を構築している。 a

管理者は、経営や業務の改善・効率化に向けた課題を示している。職員の経営への参画意識の醸成や向上への取り組みを行っている。 a

II 組織の運営管理

| | | | | | |
|---|----|---|---|---|---|
| a | 19 | b | 2 | c | 0 |
|---|----|---|---|---|---|

1 経営状況の把握

相談支援部門が中心となって地域の福祉ニーズを把握しており、中・長期計画にも的確に反映している。定期的に、外部の専門家による経営分析・評価を受けており、経営改善への取り組みを行っている。

2 人材の確保・養成

人材確保への取り組みや人員体制の構築に向けた取り組みを計画的に実施している。現在は、臨時職員の正規登用のみを対象とした人事考課となっているが、中・長期計画において、平成25年度には全職員を対象とした人事考課制度の構築を計画している。就業管理や福利厚生は、おおむね適正に取り組んでいる。職員の教育や研修に関する年間プログラムを策定しており、実施・評価・見直しの一連のプロセスが定着しつつある。実習生の受け入れに関する基本姿勢や体制を整備している。

3 安全管理

安全管理に関する担当者や委員会、諸規程、各種マニュアル等の体制を整備している。リスク委員会では、発生時の対策に関する検討や評価、分析を行っている。また、事業所内・外において事故が発生した際の検討を行ったり、定期的に災害訓練を実施したりしている。防災型地域交流スペースを整備し、地域の防災拠点としての役割を担っている。

4 地域との交流と連携

地域との交流に向けた体制整備を行い、利用者の地域活動への参加を推奨している。また、会議室や備品の貸し出し、人材の派遣等を通して、事業所が有する機能や職員の保有する専門知識等を地域に還元している。ボランティアの受け入れに関する体制も整備している。相談支援部門が中心となって、関係機関等との連携や地域における福祉ニーズの把握、ニーズに基づく事業・活動の展開等を適正に行っており積極的に取り組んでいる。

○経営状況の把握

各種制度や施策、障がい福祉サービスの動向、地域の福祉ニーズの把握に努めている。組織の相談支援部門が中心となって、各機関等との連携機能を発揮している。

毎月、サービス利用実績の報告を行っている。職員会議の際、課題や改善点について検討している。

銀行審査部の経験者等による外部監査を実施している。また、定期的に外部の会計・財務専門担当者による経営指導も受けている。

○人材の確保・育成

人事管理に関する方針を明確にしている。また、中・長期計画において、将来的に必要な社会福祉士や介護福祉士等の有資格者の配置計画を具体的に策定している。

臨時職員の正規登用等において人事考課を活用している。全職員を対象とした人事考課は、平成24年度に人事評価基準を策定し、平成25年度より実施する予定となっているため、現在は実施していない。

定期的に、管理者による個別面談を実施している。また、職員が相談しやすいよう各部門の課長級による相談窓口を設置している。総務部門において職員の就労管理を行っているが、個々の職員や職種に応じた有給休暇取得率、総実労働時間数等の把握までには至っていない。

健康診断やインフルエンザの予防接種に係る費用の事業所負担、夜勤者の食費補助を行っている。また、職員の心の相談窓口も設けている。

中・長期計画において、将来的に必要な社会福祉士や介護福祉士等の専門資格者の配置計画を具体的に明示し、資格取得のために勤務日程・時間等の配慮を行っている。資格取得を組織的に支援する体制を整備している。

教育・研修担当者は、年間の研修計画を策定している。職員会議等の際、研修内容を提案して検討し、計画に基づく具体的な取り組みや報告を行っている。

研修参加者は、復命書を作成し毎月の職員会議で報告を行っている。また、全職員で復命書を覧している。各種会議や委員会等において、研修内容の評価や分析も実施している。

実習生の受け入れ方針を明文化し、手順のマニュアル化を行っている。実習指定学校と契約を締結し、責任体制を明確にしている。

| | |
|---|---|
| ○安全管理 | |
| 利用者の安全確保に関する担当者を配置している。定期的に、安全管理会議のもとで防災やリスク、環境保全委員会等を開催している。また、事故や衛生、感染、防災、緊急対応等に関するマニュアルを整備し、リスク管理体制や安全確保の体制、連絡方法、支援体制、緊急時の情報交換、連絡・協力体制の構築を行っている。救急法の講習を含めた研修プログラムを構築し実施している。 | a |
| 事業所独自の防災計画を整備し、災害時の対応体制を職員に周知している。年3回、防災避難訓練を実施したり、地元の自主防災組織へ参加したりしている。利用者や職員の安否確認手順に係る一覧を作成している。また、事業所は、防災型地域交流スペースを整備している。 | a |
| リスク委員会で事例を収集し、安全管理会議において検討や分析、評価、見直しを行っている。事業所内に、3日分の医薬品や食糧、飲料水等を備蓄している。また、防災型地域交流スペースには、災害時の避難者向けにベッドや布団等も備えている。 | a |
| ○地域との交流と連携 | |
| 地域との関わりに関する方針を明確にし、担当者を配置している。計画的に、地域住民との交流会や行事を実施している。また、年間を通じ、事業所内・外の行事に多数のボランティアの参加を得ている。 | a |
| 防災型地域交流スペースを整備し、地域住民や自治会、各種団体等に向けた有効活用や備品の貸し出しなどを行っている。また、広報誌「のぎく」の発行や事業所案内パンフレット等を配布している。 | a |
| ボランティアの受け入れに関する方針を明確にし、担当者を配置している。マニュアルを整備し、体験学習や学童・生徒のボランティア活動を積極的に受け入れている。 | a |
| 地域の関係機関や各種団体、担当者等を記載したリストを作成し、職員間で共有化を図っている。 | a |
| 定期的に、地域の関係機関や他事業所、種別協議会、社会福祉協議会等と話しあう機会を設けている。また、相談支援事業部門においては、事業所の所属する障がい福祉圏域の障害者自立支援協議会の中心的役割を担っており、地域のネットワーク化に積極的に取り組んでいる。 | a |
| 相談支援事業部門が中心となって、関係機関や団体との連携や福祉ニーズの把握に努め、各種相談や連携機能等の役割を發揮している。民生委員・児童委員との会議にも参加し、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 | a |
| グループホームやショートステイ、相談事業等を実施している。利用者や家族、地域の状況を踏まえたうえで、柔軟に多数のショートステイ利用希望者を受け入れている。また、中・長期計画における平成24年度以降の事業展開として、把握した地域ニーズに応じるべくグループホームやケアホームを計画している。 | a |

1 利用者本位の福祉サービス

基本的人権を尊重した利用者本位の福祉サービスの提供について関係者間で共通理解を深めるため、各種マニュアルの整備や研修会を開催している。定期的に、利用者や家族に聞きとり調査や満足度調査を実施するなどして利用者本位の適切なサービス提供に努めている。今後は、利用者の社会参加等も含めた日常生活上の取り組みについて積極的に検討を重ねるなどし、より一層質の高いサービスの提供に向けた取り組みに期待する。また、利用者等から出された意見や苦情等を解決する現在の体制に加え、今後は第三者委員等との連携を密に図ったうえで、利用者が相談しやすい体制を構築するなどの取り組みにも期待する。

2 サービスの質の確保

毎年、全職員で自己評価を実施している。第三者評価検討委員会において改善計画を立てて課題の共有化に努め、サービスの見直しを図ったうえで実践に繋げている。また、個別のサービス支援計画書には、利用者の活動や支援内容等を詳細に記録している。パソコンを活用し、計画書の見直し等に関する記録を職員間で共有できる仕組みを構築している。なお、各種サービスに関するマニュアル等も整備してはいるが、利用者の障害程度や様々な特徴に応じた詳細な区分化、対応手順を明記するまでには至っていないため、今後の工夫に期待する。

3 サービスの開始・継続

ホームページを開設したり、サービス内容や活動状況等を紹介したパンフレットを作成したりして、利用相談者や見学者、体験入所者への情報発信に努めている。また、相談支援員が集まる各種会議時や地域の関係者等にもパンフレット等を配布している。利用契約等に関する書類が分かりやすいよう工夫を行っている。利用者や家族の理解や納得、同意が得られるよう十分に時間をかけて説明を行っている。事業所の変更や家庭への移行時には、本人や家族の同意を得たうえで必要な情報を伝達するよう努めている。地域相談支援員や関係者と連携を図ったうえで、今までの関係や支援が途切れることのないよう継続的なサービスの実施に留意している。

4 サービス実施計画の策定

担当制により利用者への支援を行っている。サービス実施計画書の策定にあたっては、サービス管理責任者が中心となって、担当職員や関係職員で会議を開催し話しあっている。会議では、利用者や家族の意見・希望等を踏まえたうえで話しあっており、統一した様式で計画書を作成している。また、家族に計画内容等に関する説明を行っている。利用者の心身状況に変化等が見受けられた際にはそのつど見直している。個人ファイルには、毎日の活動状況や過ごし方等を記録している。

○利用者本位の福祉サービス

運営方針の第一項に利用者の尊重を掲げている。職員は、理念や基本方針を記載したカードを名札とともに携帯したり、職場内研修で人権に関する研修を実施したりして、利用者を尊重したサービスの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。また、身体拘束や虐待防止に関する周知徹底を図り、利用者本位の取り組みに反映している。

福祉サービスの提供マニュアルに、利用者のプライバシー保護に関する留意点を明記している。職員は、マニュアルに基づくサービスの提供に努めている。また、すべての居室を個室化するなど環境整備の面でも配慮を行っている。

年1回、利用者に“暮らしの改善聞き取り調査”を行ったり、家族を対象に“施設満足度調査”を実施したりしている。また、利用者の自治会で話しあい意見を出しあっている。出された意見は、職員検討会の際に検討し改善に繋げている。

事業所の窓口担当者だけでなく、外部の相談機関や相談方法を文書化し周知している。相談スペースを確保し、定期的に個別面談を行うなど、相談や意見を述べやすい環境を整備している。

苦情解決の仕組みや第三者委員を掲示し周知を図っている。苦情等の受付状況や話しあった内容、経緯等の記録を適切に保管している。苦情を申し出た利用者や家族等の同意を得たうえで、対処方法や結果等を関係者にフィードバックし公表している。

対応マニュアルを整備している。職員会議の際、出された意見について検討し福祉サービスの質の改善に反映している。また、利用者へ検討した結果や経緯等を説明している。

○サービスの質の確保

サービスごとに委員会を設置している。毎年、自己評価に取り組んでおり、第三者評価検討委員会において分析や検討を行う体制を構築している。

評価結果や課題を文書化し、職員間で検討を重ねて改善計画を策定している。職員間で計画を共有し、サービスの質の改善や向上に取り組んでいる。

関係者間で個別計画に関する共通認識を深め支援に繋げている。なお、各種サービスに関するマニュアル等も整備してはいるが、利用者の障がい程度や様々な特徴に応じた詳細な区分化を行ったり、対応手順を明記したりするまでには至っていない。

利用者の状況や意向、職員の気づきや意見等について検討する機会を設けている。利用者の状況に変化が見受けられたときや年度末などに見直しを図る仕組みを構築している。

サービスごとに実施状況を記録している。様式の統一化や書き方のポイントなどについて検討を行い、適切な記録の実施に努めている。

記録の管理・保存体制等に関する規定を定め、適切な管理体制を構築している。記録の表現や文言についてチェックを行う体制も構築している。

朝礼・終礼時の報告や各部署でのメモ書き等を活用し、職員間で利用者に関する情報を共有している。また、日ごろの利用者の状況に関する記録や個人情報は、パソコンのネットワークを活用し共有化を図っている。

| | |
|--|---|
| ○サービスの開始・継続 | |
| ホームページの開設やサービス内容・活動状況等を紹介したパンフレットを作成し情報の発信に努めている。事業所の見学や体験入所等の希望にも応じている。 | a |
| サービス開始時の段階で、利用者や家族に契約書や重要事項説明書等に基づき説明を行っている。利用者や家族の理解や納得、同意が得られるよう十分に時間をかけて説明を行っている。文章には“ふりがな”をつけるなどの配慮を行っている。 | a |
| 事業所の変更や家庭への移行時には、本人や家族の同意を得たうえで必要な情報を伝達している。地域相談支援員と連携を図り、継続的なサービスの実施に留意している。 | a |
| ○サービス実施計画の策定 | |
| アセスメントの手順や見直しの時期を定めている。利用者一人ひとりの身体状況や生活状況、行動の特徴等の課題を明記し、統一した様式でアセスメントを実施している。 | a |
| 利用者や家族の意見に基づき、サービス管理責任者が中心となって担当職員や関係職員間で話しあい、計画を策定している。 | a |
| 定期的にサービス実施計画を見直している。また、利用者や家族の意見、心身状況の変化等に応じ、そのつど見直している。職員会議やパソコンのインターネットにより周知徹底を図っている。家族には、三者面談や保護者会の際などに説明を行って同意を得ている。 | a |

A 個別サービスについて

a 25 b 1 c 0

1 利用者の尊重

日ごろの支援を通じて、利用者と職員の日常的なコミュニケーション手段や主体的活動を確保するための支援に必要な情報を把握するよう努めている。把握した情報を職員間で共有して具体的な支援に繋げるため、各種委員会活動を通じて支援する体制を整備している。また、利用者満足度調査を実施するなどして、サービスの点検や質の向上にも取り組んでいる。今後は、利用者自身が“将来の自分の暮らし”について考えることができるよう、社会生活力の向上や生活の質を高めるためのプログラムに一層の工夫をされたい。

2 日常生活支援

個別支援計画に基づき、利用者一人ひとりの障害特性や健康状態、身体状況等に応じた各種マニュアルを作成している。マニュアルは、適切な介助等に配慮した支援内容と方法を明示している。また、利用者に、食事の嗜好調査を実施し、把握した意向や要望等を献立に反映している。調理は、事業所内で委託業者が行っているが、職員が仲介役となって利用者の状況や希望等に応じたメニューや食事形態での提供に努めている。なお、預かり金の取扱規程を整備し、規程に基づくマニュアルを作成しているが、自己管理の困難な利用者の預かり金の一部を担当職員のデスクにて保管・管理しているため、より適切な金銭管理の取り扱いについて検討されたい。

○利用者の尊重

利用者一人ひとりの支援内容や方法を支援計画書に明示している。職員は、日ごろの利用者との関わりのなかで、意思の表出が困難な利用者固有の意思伝達の方法やサインを見逃さないよう取り組んでいる。 a

定期的で開催する自治会の際、利用者が主体的に行う活動について意見交換できる機会を設けている。見守りを基本とし、本人の意向を尊重した支援に努めている。創作活動やクラブ活動等の日中活動においても、利用者の主体的な活動を支援している。 a

利用者自身の行う日常生活の活動範囲が広がるよう、利用者職員で話しあう機会を構築している。 a

利用者が社会適応能力を高めるための学習・訓練プログラム等を整備している。 a

○日常生活支援

利用者一人ひとりの身体状況等に応じた栄養支援計画書を作成している。計画書に基づき、食事介助や支援方法をマニュアルに明示している。 a

利用者に嗜好調査を実施し、把握した意向や要望等を献立に反映している。温・冷配膳車を導入し、適量の食事を提供している。 a

利用者一人ひとりの状態を把握し、摂食や嚥下困難な場合には個別介助を行っている。食事時間にゆとりを設け、一人ひとりの好む時間帯に食べることのできる体制を構築している。 a

入浴支援マニュアルを策定している。利用者一人ひとりの障がい程度や身体状況、安全面、プライバシー等に配慮した支援体制を整備している。 a

利用者の意見を尊重したうえで、なるべく本人の希望にそった支援に努めている。 a

施設入所委員会において、浴室・脱衣所・入浴器具等の整備やプライバシーの保護、快適性の確保について検討を行っている。検討を重ねる体制を整備し、転倒防止シートの活用や入浴器具を工夫するなどしている。 a

個別支援計画書に排泄介助の方法等を明示している。また、排泄介助マニュアルに基づき、利用者一人ひとりの健康状態やプライバシー等に留意し支援している。必要に応じ排泄チェックリストを活用している。 a

利用者の身体状況に応じた設備を配備しており、プライバシーにも配慮した構造となっている。環境保全委員会等で適切な排泄支援や環境整備について検討している。毎日、定期的に支援員が清掃を行って清潔の保持に努めている。 a

利用者一人ひとりの個性や好みを尊重した支援に努めている。 a

衣服の汚れや破損等により着替えが必要なときには、利用者の意思を尊重したうえで速やかな対応に努めている。 a

利用者一人ひとりの好みを尊重し、本人の希望によって選択することのできる環境を整備している。 a

地域の理・美容院の理解や協力を得たうえで、連絡調整や送迎、同行等の支援を行っている。利用者一人ひとりの希望する理・美容院への外出を支援しているが、プログラム化を行うまでには至っていない。 a

就寝時の支援マニュアルを策定している。すべての居室を個室化し、温度調節等にも留意している。利用者の就寝時間は22時となっているが、自由に休息をとることができるため昼夜逆転とならないよう職員が注意し支援している。 a

健康管理台帳や健康管理マニュアルを整備し、健康維持のためのプログラムを作成している。必要に応じ医師等に相談できる体制を構築している。また、歯科医の巡回検診や定期的な口腔ケア、生活習慣予防、感染症予防対策等も適切に実施している。 a

近隣の協力医療機関の協力により、緊急時の対応が可能な体制を構築している。また、マニュアルを整備し、適切な医療の受診を迅速に行うことができるよう支援している。 a

| | |
|--|---|
| 薬物は、医務室で適切に管理・保管している。服薬や管理に関するマニュアルを整備しており、使用状況についても特定の様式に記録している。また、誤薬や重複服薬時等に対応した緊急対応マニュアルも整備している。 | a |
| 利用者に行事等の希望を聞いて企画に反映している。また、利用者の希望に応じ、職員とともに地域の行事に参加したり、ボランティアの協力を得て外出したりしている。事業所は、地域の社会資源の把握に努め積極的に活用している。 | a |
| 利用者の希望に応じ、日中活動のプログラムに外出に関する事項やルールを加味するなどして、外出の支援体制を整備している。 | a |
| 利用者や家族の希望に応じ、お盆や正月の一時帰省等に配慮している。事業所が強要することなく、利用者や家族の状況に応じた外泊の支援に取り組んでいる。 | a |
| 預かり金の取扱規程を整備し、規程に基づいてマニュアルを作成している。なお、自己管理の困難な利用者の預かり金の一部を担当職員のデスクにて保管・管理している。 | b |
| 利用者の希望に応じ、雑誌の購入やテレビの持ち込み等ができるよう配慮している。また、雑誌を定期購読している方もおり、利用者の意思や希望を尊重した支援に努めている。 | a |
| 現在、喫煙者はいないが、煙を吸引する器具等は用意している。飲酒に関するルールを定め、利用者の希望に応じて支援している。 | a |

福祉サービス第三者評価結果（共通評価項目）

I. 福祉サービスの基本方針と組織

I-1. 理念・基本方針

| | 評価結果 | | | 判断の理由 |
|---------------------------------|------|---|---|--|
| I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。 | | | | |
| I-1-(1)-① 理念が明文化されている。 | ① | b | c | 法人の理念である“明日の地域福祉を見つめて”を踏まえ、平成21年度に組織全体で検討し、事業所理念“穏やかに豊かな人生の実現をめざします”を作成し明文化している。理念からは、事業所の使命や役割、機能を読みとることができる。 |
| I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。 | ① | b | c | 理念を実現するため、基本方針として事業所の運営方針等を5項目にわたって明文化しており、事業計画や事業所内文書、パンフレット、名札の裏面等に記載している。 |
| I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。 | | | | |
| I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。 | ① | b | c | 理念や基本方針を文書化し、事業所内に掲示している。また、全職員が、理念や基本方針を記載したカードを名札とともに携帯している。朝礼時に理念や基本方針を唱和したり、各種会議や委員会等の際に内容説明を行ったりして、共有化に向けた取り組みを行っている。 |
| I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | ① | b | c | 職員は、利用者一人ひとりに理念や基本方針の説明を行っている。家族には、保護者会の際に周知している。欠席者には、利用者を通じて資料を配布している。 |

I-2 事業計画の策定

| | 評価結果 | | | 判断の理由 |
|------------------------------------|------|---|---|---|
| I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | | | |
| I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。 | a | ② | c | 平成22年度から平成27年度の期間を対象とした中・長期計画を策定している。事業所の課題や8項目の重点事項を具体的に計画化している。年度単位の達成目標や資金・財務計画を策定しているが、情報管理の体制整備やセキュリティー対策に関する事項等の十分な反映には至っていない。 |
| 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。 | ① | b | c | 中・長期計画の内容を事業計画に反映している。6項目の重点事項を達成するため、各部門ごとに目標を立てて作成している。事業計画は、人材計画や職員研修、地域交流、安全管理、苦情解決、保護者会、地域生活支援事業等を含めた具体的な内容となっている。また、前年度との比較による評価・分析を予算書と併せて検討し、次年度の計画に反映している。 |
| I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | | | | |
| I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。 | ① | b | c | 各種会議や委員会、職員会議、管理運営会議等において、前年度の事業計画の評価や見直しを行ったうえで、次年度の計画を策定している。組織的な事業計画の評価や見直しを継続的に実施している。 |
| I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。 | ① | b | c | 全職員に事業計画を配布している。年度当初の職員会議や職員採用時等に説明を行っている。また、定期的に事業進捗状況を確認し把握している。特に月1回の職員会議は、全職員への周知や課題検討、研修効果の向上等を図るため、午前と午後に分けて実施するなどの工夫を行っている。 |
| I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。 | ① | b | c | 利用者の保護者会の際、事業計画等の文書を配布している。コミュニケーションをとることが困難な利用者には、職員が利用者一人ひとりの障がい特性に応じたコミュニケーション手法により、わかりやすい説明に努めている。 |

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

| | | 評価結果 | | | 判断の理由 |
|--|---|------|---|---|---|
| I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。 | | | | | |
| 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。 | ① | a | b | c | 職務分掌や各種会議、委員会等において、管理者の役割と責任を表明し明確にしている。広報誌や事業所内文書、資料等からも確認することができる。 |
| 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。 | ② | a | b | c | 組織として遵守しなければならない関連法令をリスト化し、内容を正しく理解し把握するための体制を構築している。また、経営に関する研修会へ積極的に参加している。 |
| I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | | | | |
| 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。 | ① | a | b | c | 管理者は、福祉サービスの質に関する課題や問題点を把握している。第三者評価委員会や職員会議が中心となって、サービスの改善に向けた組織的な体制を構築している。 |
| 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。 | ② | a | b | c | 管理者は、経営や業務の改善・効率化に向けた課題を示している。職員の経営への参画意識の醸成や向上への取り組みを行っている。 |

II. 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

| | | 評価結果 | | | 判断の理由 |
|---|---|------|---|---|--|
| 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が的確に把握されている。 | ① | a | b | c | 各種制度や施策、障がい福祉サービスの動向、地域の福祉ニーズの把握に努めている。組織の相談支援部門が中心となって、各機関等との連携機能を発揮している。 |
| 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。 | ② | a | b | c | 毎月、サービス利用実績の報告を行っている。職員会議の際、課題や改善点について検討している。 |
| II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。 | ③ | a | b | c | 銀行審査部の経験者等による外部監査を実施している。また、定期的に外部の会計・財務専門担当者による経営指導も受けている。 |

II-2 人材の確保・養成

| | 評価結果 | | 判断の理由 |
|---|------|-----|--|
| II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。 | | | |
| 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。 | ① | b c | 人事管理に関する方針を明確にしている。また、中・長期計画において、将来的に必要な社会福祉士や介護福祉士等の有資格者の配置計画を具体的に策定している。 |
| 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 | ② c | 臨時職員の正規登用等において人事考課を活用している。全職員を対象とした人事考課は、平成24年度に人事評価基準を策定し、平成25年度より実施する予定となっているため、現在は実施していない。 |
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | | |
| 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が構築されている。 | a | ① c | 定期的に、管理者による個別面談を実施している。また、職員が相談しやすいよう各部門の課長級による相談窓口を設置している。総務部門において職員の就労管理を行っているが、個々の職員や職種に応じた有給休暇取得率、総実労働時間数等の把握までには至っていない。 |
| II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。 | ② | b c | 健康診断やインフルエンザの予防接種に係る費用の事業所負担、夜勤者の食費補助を行っている。また、職員の心の相談窓口も設けている。 |
| II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | | |
| 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。 | ① | b c | 中・長期計画において、将来的に必要な社会福祉士や介護福祉士等の専門資格者の配置計画を具体的に明示し、資格取得のために勤務日程・時間等の配慮を行っている。資格取得を組織的に支援する体制を整備している。 |
| 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組が行われている。 | ② | b c | 教育・研修担当者は、年間の研修計画を策定している。職員会議等の際、研修内容を提案して検討し、計画に基づく具体的な取り組みや報告を行っている。 |
| 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。 | ③ | b c | 研修参加者は、復命書を作成し毎月の職員会議で報告を行っている。また、全職員で復命書を覧している。各種会議や委員会等において、研修内容の評価や分析も実施している。 |
| II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。 | | | |
| II-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。 | ① | b c | 実習生の受け入れ方針を明文化し、手順のマニュアル化を行っている。実習指定学校と契約を締結し、責任体制を明確にしている。 |

II-3 安全管理

| | 評価結果 | | | 判断の理由 |
|--|------|---|---|---|
| II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。 | | | | |
| II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症、災害の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | ① | b | c | 利用者の安全確保に関する担当者を配置している。定期的に、安全管理会議のもとで防災やリスク、環境保全委員会等を開催している。また、事故や衛生、感染、防災、緊急対応等に関するマニュアルを整備し、リスク管理体制や安全確保の体制、連絡方法、支援体制、緊急時の情報交換、連絡・協力体制の構築を行っている。救急法の講習を含めた研修プログラムを構築し実施している。 |
| II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。 | ① | b | c | 事業所独自の防災計画を整備し、災害時の対応体制を職員に周知している。年3回、防災避難訓練を実施したり、地元の自主防災組織へ参加したりしている。利用者や職員の安否確認手順に係る一覧を作成している。また、事業所は、防災型地域交流スペースを整備している。 |
| II-3-(1)-③ 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。 | ① | b | c | リスク委員会で事例を収集し、安全管理会議において検討や分析、評価、見直しを行っている。事業所内に、3日分の医薬品や食糧、飲料水等を備蓄している。また、防災型地域交流スペースには、災害時の避難者向けにベッドや布団等も備えている。 |

II-4 地域との交流と連携

| | 評価結果 | | | 判断の理由 |
|---|------|---|---|---|
| II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | | | |
| II-4-(1)-① 利用者地域とのかかわりを大切にしている。 | ① | b | c | 地域との関わりに関する方針を明確にし、担当者を配置している。計画的に、地域住民との交流会や行事を実施している。また、年間を通じ、事業所内・外の行事に多数のボランティアの参加を得ている。 |
| II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。 | ① | b | c | 防災型地域交流スペースを整備し、地域住民や自治会、各種団体等に向けた有効活用や備品の貸し出しなどを行っている。また、広報誌「のぎく」の発行や事業所案内パンフレット等を配布している。 |
| II-4-(1)-③ ボランティア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。 | ① | b | c | ボランティアの受け入れに関する方針を明確にし、担当者を配置している。マニュアルを整備し、体験学習や学童・生徒のボランティア活動を積極的に受け入れている。 |
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | | | |
| II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。 | ① | b | c | 地域の関係機関や各種団体、担当者等を記載したリストを作成し、職員間で共有化を図っている。 |
| II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。 | ① | b | c | 定期的に、地域の関係機関や他事業所、種別協議会、社会福祉協議会等と話しあう機会を設けている。また、相談支援事業部門においては、事業所の所属する障がい福祉圏域の障害者自立支援協議会の中心的役割を担っており、地域のネットワーク化に積極的に取り組んでいる。 |
| 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ている。 | ① | b | c | 相談支援事業部門が中心となって、関係機関や団体との連携や福祉ニーズの把握に努め、各種相談や連携機能等の役割を發揮している。民生委員・児童委員との会議にも参加し、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 |
| 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。 | ① | b | c | グループホームやショートステイ、相談事業等を実施している。利用者や家族、地域の状況を踏まえたうえで、柔軟に多数のショートステイ利用希望者を受け入れている。また、中・長期計画における平成24年度以降の事業展開として、把握した地域ニーズに応じるべくグループホームやケアホームを計画している。 |

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

| | 評価結果 | | | 判断の理由 |
|--|------|---|---|--|
| Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | | | | |
| 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。 | ① | b | c | 運営方針の第一項に利用者の尊重を掲げている。職員は、理念や基本方針を記載したカードを名札とともに携帯したり、職場内研修で人権に関する研修を実施したりして、利用者を尊重したサービスの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。また、身体拘束や虐待防止に関する周知徹底を図り、利用者本位の取り組みに反映している。 |
| 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。 | ① | b | c | 福祉サービスの提供マニュアルに、利用者のプライバシー保護に関する留意点を明記している。職員は、マニュアルに基づくサービスの提供に努めている。また、すべての居室を個室化するなど環境整備の面でも配慮を行っている。 |
| Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。 | | | | |
| Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。 | ① | b | c | 年1回、利用者には“暮らしの改善聞き取り調査”を行ったり、家族を対象に“施設満足度調査”を実施したりしている。また、利用者の自治会で話しあい意見を出しあっている。出された意見は、職員検討会の際に検討し改善に繋げている。 |
| 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。 | | | | |
| 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。 | ① | b | c | 事業所の窓口担当者だけでなく、外部の相談機関や相談方法等を文書化し周知している。相談スペースを確保し、定期的に個別面談を行うなど、相談や意見を述べやすい環境を整備している。 |
| 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。 | ① | b | c | 苦情解決の仕組みや第三者委員を掲示し周知を図っている。苦情等の受付状況や話しあった内容、経緯等の記録を適切に保管している。苦情を申し出た利用者や家族等の同意を得たうえで、対処方法や結果等を関係者にフィードバックし公表している。 |
| 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。 | ① | b | c | 対応マニュアルを整備している。職員会議の際、出された意見について検討し福祉サービスの質の改善に反映している。また、利用者へ検討した結果や経緯等を説明している。 |

Ⅲ-2 サービスの質の確保

| | 評価結果 | | | 判断の理由 |
|---|------|---|---|--|
| Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。 | | | | |
| 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。 | ① | b | c | サービスごとに委員会を設置している。毎年、自己評価に取り組んでおり、第三者評価検討委員会において分析や検討を行う体制を構築している。 |
| Ⅲ-2-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。 | ① | b | c | 評価結果や課題を文書化し、職員間で検討を重ねて改善計画を策定している。職員間で計画を共有し、サービスの質の改善や向上に取り組んでいる。 |
| Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。 | | | | |
| Ⅲ-2-(2)-① 提供する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 | ② | c | 関係者間で個別計画に関する共通認識を深め支援に繋げている。なお、各種サービスに関するマニュアル等も整備してはいるが、利用者の障がい程度や様々な特徴に応じた詳細な区分化を行ったり、対応手順を明記したりするまでには至っていない。 |
| 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。 | ① | b | c | 利用者の状況や意向、職員の気づきや意見等について検討する機会を設けている。利用者の状況に変化が見受けられたときや年度末などに見直しを図る仕組みを構築している。 |
| Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。 | | | | |
| 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。 | ① | b | c | サービスごとに実施状況を記録している。様式の統一化や書き方のポイントなどについて検討を行い、適切な記録の実施に努めている。 |
| 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。 | ① | b | c | 記録の管理・保存体制等に関する規定を定め、適切な管理体制を構築している。記録の表現や文言についてチェックを行う体制も構築している。 |
| 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。 | ① | b | c | 朝礼・終礼時の報告や各部署でのメモ書き等を活用し、職員間で利用者に関する情報を共有している。また、日ごろの利用者の状況に関する記録や個人情報は、パソコンのネットワークを活用し共有化を図っている。 |

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

| | 評価結果 | | | 判断の理由 |
|---|------|---|---|--|
| Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。 | | | | |
| 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。 | ① | b | c | ホームページの開設やサービス内容・活動状況等を紹介したパンフレットを作成し情報の発信に努めている。事業所の見学や体験入所等の希望にも応じている。 |
| 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。 | ① | b | c | サービス開始時の段階で、利用者や家族に契約書や重要事項説明書等に基づき説明を行っている。利用者や家族の理解や納得、同意が得られるよう十分に時間をかけて説明を行っている。文章には“ふりがな”をつけるなどの配慮を行っている。 |
| 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。 | | | | |
| 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。 | ① | b | c | 事業所の変更や家庭への移行時には、本人や家族の同意を得たうえで必要な情報を伝達している。地域相談支援員と連携を図り、継続的なサービスの実施に留意している。 |

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

| | 評価結果 | | | 判断の理由 |
|--------------------------------------|------|---|---|--|
| Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。 | | | | |
| 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。 | ① | b | c | アセスメントの手順や見直しの時期を定めている。利用者一人ひとりの身体状況や生活状況、行動の特徴等の課題を明記し、統一した様式でアセスメントを実施している。 |
| 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。 | | | | |
| Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。 | ① | b | c | 利用者や家族の意見に基づき、サービス管理責任者が中心となって担当職員や関係職員間で話しあい、計画を策定している。 |
| 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。 | ① | b | c | 定期的にサービス実施計画を見直している。また、利用者や家族の意見、心身状況の変化等に応じ、そのつど見直している。職員会議やパソコンのインターネットにより周知徹底を図っている。家族には、三者面談や保護者会の際などに説明を行って同意を得ている。 |

福祉サービス第三者評価結果（障害者・児施設版）

A-1. 利用者の尊重

| | | 評価結果 | | 判断の理由 |
|---|---|------|---|--|
| A-1-(1) 利用者の尊重 | | | | |
| 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。 | ① | b | c | 利用者一人ひとりの支援内容や方法を支援計画書に明示している。職員は、日ごろの利用者との関わりのなかで、意思の表出が困難な利用者固有の意思伝達の方法やサインを見逃さないよう取り組んでいる。 |
| A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。 | ① | b | c | 定期的を開催する自治会の際、利用者が主体的に行う活動について意見交換できる機会を設けている。見守りを基本とし、本人の意向を尊重した支援に努めている。創作活動やクラブ活動等の日中活動においても、利用者の主体的な活動を支援している。 |
| A-1-(1)-③ 利用者が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。 | ① | b | c | 利用者自身の行う日常生活の活動範囲が広がるよう、利用者と職員で話しあう機会を構築している。 |
| A-1-(1)-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。 | ① | b | c | 利用者が社会適応能力を高めるための学習・訓練プログラム等を整備している。 |

A-2 日常生活支援

| | | 評価結果 | | 判断の理由 |
|--|---|------|---|--|
| A-2-(1) 食事 | | | | |
| 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。 | ① | b | c | 利用者一人ひとりの身体状況等に応じた栄養支援計画書を作成している。計画書に基づき、食事介助や支援方法をマニュアルに明示している。 |
| 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。 | ① | b | c | 利用者に嗜好調査を実施し、把握した意向や要望等を献立に反映している。温・冷配膳車を導入し、適温の食事を提供している。 |
| A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。 | ① | b | c | 利用者一人ひとりの状態を把握し、摂食や嚥下困難な場合には個別介助を行っている。食事時間にゆとりを設け、一人ひとりの好む時間帯に食べることのできる体制を構築している。 |

| A-2-(2) 入浴 | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 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。 | ① | b | c | 入浴支援マニュアルを策定している。利用者一人ひとりの障がい程度や身体状況、安全面、プライバシー等に配慮した支援体制を整備している。 |
| A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。 | ① | b | c | 利用者の意見を尊重したうえで、なるべく本人の希望にそった支援に努めている。 |
| A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。 | ① | - | c | 施設入所委員会において、浴室・脱衣所・入浴器具等の整備やプライバシーの保護、快適性の確保について検討を行っている。検討を重ねる体制を整備し、転倒防止シートの活用や入浴器具を工夫するなどしている。 |
| A-2-(3) 排泄 | | | | |
| A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。 | ① | - | c | 個別支援計画書に排泄介助の方法等を明示している。また、排泄介助マニュアルに基づき、利用者一人ひとりの健康状態やプライバシー等に留意し支援している。必要に応じ排泄チェックリストを活用している。 |
| A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。 | ① | - | c | 利用者の身体状況に応じた設備を配備しており、プライバシーにも配慮した構造となっている。環境保全委員会等で適切な排泄支援や環境整備について検討している。毎日、定期的に支援員が清掃を行って清潔の保持に努めている。 |
| A-2-(4) 衣服 | | | | |
| 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。 | ① | b | c | 利用者一人ひとりの個性や好みを尊重した支援に努めている。 |
| 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。 | ① | b | c | 衣服の汚れや破損等により着替えが必要なときには、利用者の意思を尊重したうえで速やかな対応に努めている。 |
| A-2-(5) 理容・美容 | | | | |
| 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。 | ① | b | c | 利用者一人ひとりの好みを尊重し、本人の希望によって選択することのできる環境を整備している。 |
| A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。 | ① | - | c | 地域の理・美容院の理解や協力を得たうえで、連絡調整や送迎、同行等の支援を行っている。利用者一人ひとりの希望する理・美容院への外出を支援しているが、プログラム化を行うまでには至っていない。 |
| A-2-(6) 睡眠 | | | | |
| A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。 | ① | - | c | 就寝時の支援マニュアルを策定している。すべての居室を個室化し、温度調節等にも留意している。利用者の就寝時間は22時となっているが、自由に休息をとることができるため昼夜逆転とならないよう職員が注意し支援している。 |

| A-2-(7) 健康管理 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。 | ① | - | c | 健康管理台帳や健康管理マニュアルを整備し、健康維持のためのプログラムを作成している。必要に応じ医師等に相談できる体制を構築している。また、歯科医の巡回検診や定期的な口腔ケア、生活習慣予防、感染症予防対策等も適切に実施している。 |
| A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。 | ① | b | c | 近隣の協力医療機関の協力により、緊急時の対応が可能な体制を構築している。また、マニュアルを整備し、適切な医療の受診を迅速に行うことができるよう支援している。 |
| A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。 | ① | - | c | 薬物は、医務室で適切に管理・保管している。服薬や管理に関するマニュアルを整備しており、使用状況についても特定の様式に記録している。また、誤薬や重複服薬時等に対応した緊急対応マニュアルも整備している。 |
| A-2-(8) 余暇・レクリエーション | | | | |
| 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。 | ① | b | c | 利用者に行事等の希望を聞いて企画に反映している。また、利用者の希望に応じ、職員とともに地域の行事に参加したり、ボランティアの協力を得て外出したりしている。事業所は、地域の社会資源の把握に努め積極的に活用している。 |
| A-2-(9) 外出・外泊 | | | | |
| A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。 | ① | b | c | 利用者の希望に応じ、日中活動のプログラムに外出に関する事項やルールを加味するなどして、外出の支援体制を整備している。 |
| A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じて配慮されている。 | ① | b | c | 利用者や家族の希望に応じ、お盆や正月の一時帰省等に配慮している。事業所が強要することなく、利用者や家族の状況に応じた外泊の支援に取り組んでいる。 |
| A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等 | | | | |
| 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 | ① | c | 預かり金の取扱規程を整備し、規程に基づいてマニュアルを作成している。なお、自己管理の困難な利用者の預かり金の一部を担当職員のデスクにて保管・管理している。 |
| A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購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。 | ① | - | c | 利用者の希望に応じ、雑誌の購入やテレビの持ち込み等ができるよう配慮している。また、雑誌を定期購読している方もおり、利用者の意思や希望を尊重した支援に努めている。 |
| A-2-(10)-③ 嗜好品（酒、タバコ等）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。 | ① | - | c | 現在、喫煙者はいないが、煙を吸引する器具等は用意している。飲酒に関するルールを定め、利用者の希望に応じて支援している。 |