

(別記)

(公表様式1)

新潟県福祉サービス第三者評価結果公表基準

1 第三者評価機関名

| |
|-----------------|
| 公益社団法人新潟県介護福祉士会 |
|-----------------|

2 受審施設・事業所

(1) 施設・事業所情報

(評価結果確定日現在)

| | |
|-------------------------------------|--|
| 名称：社会福祉法人新潟みずほ福祉会 障害者支援施設 第2みずほ園 | 種別：障害者支援施設 施設入所支援・短期入所・生活介護 |
| 代表者氏名：施設長 瀧澤 千代美 | 定員：施設入所支援 50名 生活介護 60名 短期入所4名 新潟市日中一時支援3名 |
| 所在地：〒950-2137 新潟県新潟市西区小見郷屋58番地4 | |
| 連絡先電話番号：025-261-2211 | FAX番号：025-261-5502 |
| ホームページアドレス | http://www.nmf.jp |
| 【施設・事業所の概要】 | |
| 開設年月日：平成6年5月1日 | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人新潟みずほ福祉会 | |
| 職員数 | 常勤職員： 37名 非常勤職員 5名 |
| 専門職員 | (専門職の名称) 施設長 1名 サービス管理責任者 1名 生活支援員 31名 看護師 3名 機能訓練指導員 (作業療法士) 1名 管理栄養士 1名 |
| 施設・設備 の概要 | (設備等) 食堂 1室 談話室 2室 相談室 1室 プレイルーム 1室 浴室 2ヶ所 (中間浴槽)(家庭浴槽) (特殊浴槽)(ミスト浴槽) 医務室 1室 静養室 1室 機能訓練室 1室 トイレ 5ヶ所 洗面所 4ヶ所 |

(2) 理念・基本方針

<基本理念>

- 利用者一人ひとりの尊厳を守り、人権の保障に努めます。
- 利用者の視点に立ち、安心して利用できる、質の高い福祉のサービスの提供に努めます。
- 地域に親しまれる、安定した福祉の拠点作りと、豊かな社会福祉の実現に努めます。

<基本方針>

- 効率的な予算執行と経営の安定に努めます。
- 「新潟みずほ福祉会職員倫理綱領」に基づき、利用者の人権を尊重し、障がい者の虐待防止・権利擁護に努めます。
- 利用者一人ひとりのニーズを尊重し、サービス向上と良質な支援に努めます。
- 在宅障がい者（児）の福祉増進に努めます。
- 次世代を担う良質なマンパワーの育成と心のバリアフリーの促進に努めます。
- 職員の専門性の向上に努め、腰痛・メンタルヘルス対策の推進を図ります。
- 家族、成年後見人等との連携を図ります。

3 評価結果

(1) 第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|-------------------------------------|
| 評価実施期間 | 令和3年9月1日（契約日） 令和4年8月25日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 3回目（平成28年度） |

(2) 総評

◆ 特に評価の高い点

○個別支援計画の策定と提供する福祉サービス実施の取り組み

サービス管理責任者が個別支援計画策定の責任者となり、定められたアセスメントを用いて個別支援計画が作成されている。様々な職種と連携しながら、身体状況や本人の意向、家族の思いなどの状況、ニーズを明らかにしている。個別支援計画書の評価・見直しについては、事業計画に「標準的方法6ヶ月に1度」と明記され、定期的に行われるケアプラン会議で内容の見直しを行っている。ケアプラン会議には、利用者・サービス管理責任者・担当職員・看護師・作業療法士・管理栄養士等が参加し、利用者の健康面や状態を基に支援目標の評価や見直しが行われている。

提供する福祉サービスについては、理念や倫理綱領にある「利用者尊重」「プライバシー保護」に基づいて行われている。事業計画にある「利用者一人ひとりのニーズ尊重や本人の意向、サービス向上と良質な支援」に向けて、標準的な実施方法が文章化されている。ケアの実施記録だけでなく、医療面やリハビリ、栄養等の様々な専門職からのサービス提供の経過がパソコンに入力され、会議録等を含め全職員で情報を共有している。

今後も、利用者一人ひとりに提供する福祉サービスの質の向上に向けて、策定し

た個別支援計画を基にしたケアの実施や評価の取り組みを継続していくことが望まれる。

○利用者の「プライバシー保護」と「同性介護」への取り組み

事業所は、現在、利用者の障害に応じた個別の支援が必要な方や比較的年齢の若い利用者が多くなっている。

利用者へのプライバシー保護に関する取り組みの一つとして、入浴・排泄・着替え等々の直接対応時「同性介護」も「異性介護」も利用者要望に合わせて行えるよう、男女職員数の工夫や対応への配慮が行われている。これらは、プライバシー保護への取り組み・利用者や家族等の意見・アンケート調査時でも安心とともに好評を得ており、提供する福祉サービスの実施と個別支援計画書の策定でも組み込まれている。実施内容は記録に残し、職員のチームワークや連携をしている多職種が定期的な会議やパソコンにて共有しており整備されている。今後はさらに、職員のチームワークが強化され、利用者の生活の質の向上に向けた取り組みを継続していくことが期待される。

○働きやすい体制や環境づくりへの取り組み

施設長と職員のコミュニケーションが円滑となるよう、職員室の場所を変更したり、現場から上がってきた意見を迅速にフィードバックするなど、風通しの良い職場を目指して様々な取り組みを行っている。

勤怠管理をデータ化し、職員の就業時間を把握するため、就業時間を定期的にチェックする、会議は就業時間内に行う、時間内に終わらなかった業務は他の職員に引き継ぐなど、長時間労働とならないような配慮がなされている。職員同士でも声を掛け合っており、定時で退勤しやすい雰囲気ができている。また、紹介制度の導入や女性が働きやすい職場づくりなど、人材確保に向けての取り組みもなされている。

◆ 今後の取り組みが望まれる点

○各種マニュアルの見直しや活用に向けての整備

より良い施設にしていきたい、より良いサービスを提供したいという思いから、施設長やサービス管理責任者を中心に、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みが進められているところである。満足度調査の実施や第三者評価を受審した結果から、自分たちが提供するサービスについて見直し、組織運営の改善や職員への気付きにつなげている。

第2みずほ園の福祉サービスの基となるマニュアルについては、支援や医療、防災、感染対応など様々なマニュアルが作成されており、マニュアル検討委員で定期的に検討されているが、マニュアルとして整備されていないものもある。担当者が変わった際や体調不良等で他の職員が担当しなければならない状況を想定し、マニュアルをみれば誰でも実施できるよう、福祉サービスの移行に関するマニュアルや苦情解決のための具体的なマニュアルについては、内容の検討や整備が望まれる。

今後は、満足度調査や第三者評価の結果だけでなく、日頃のケアの積み重ねや改善策、各部署の職員一人ひとりからの意見等を基に、施設の全職員が参画して随時マニュアルの追加や修正を行うことができる仕組みづくりに期待したい。

○利用者の相談や意見を述べやすい環境整備

利用者からの相談や意見があれば主に担当者が受け止めているが、意見箱は以前いたずらがあり、撤去されている現状がある。現在は、施設長やサービス管理責任者も対応し、施設長室を開放したりして利用者の声を聞き取っている。利用者が複数の中から相談しやすい人を選び、人目等気兼ねなく安心して相談できる場所での話し合いが望まれる。

今後は、サービス改善への取り組みのために、相談や意見の申し出内容、受け付けた職員等による利用者への説明内容、その後の解決手順への取り組みなど、相談を受けた場合のマニュアルの整備を期待したい。

○利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応への取り組み整備

「急変時対応マニュアル」「健康管理マニュアル」「服薬管理マニュアル」「夜間・休日用マニュアル」「褥瘡予防マニュアル」など、入浴等様々な生活支援場面を通じ、利用者の状態変化に迅速に対応できるよう整備がなされている。生活支援実施書には医療的内容が盛り込まれ、個別支援計画も作成されている。しかし、褥瘡ケアについては、褥瘡発生時に個別支援計画への立案がなされていないのが現状である。

今後は、「褥瘡予防マニュアル」を活かし発生予防に努めるとともに、発生の確認時には、嘱託医、看護師、支援員、管理栄養士、作業療法士、サービス管理責任者等が集まってカンファレンスを開催し、「リハビリテーション実施書」等と連携・連動させた褥瘡に関する個別の支援計画が立案され、軽減や完治に向けた取り組み、再発防止に向けた取り組みが総合的に行われることを期待したい。

(3) 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

(R 4. 8.10)

第三者評価受審は、当施設として3回目です。一つひとつの受審項目は私ども障害者支援施設にとって欠くことのできないものであり、普段の取組を見直す良い機会となりました。職員や利用者の方と共に評価していく作業はとても大変でしたが、良い評価をいただき、自信につながった反面、まだまだ至らない点も多く、これからの課題を確認することができました。日々の忙しさに紛れることなく、利用者の方の安心、安全を実現するために職員の資質向上に努めていくことが、継続的なサービスの向上に繋がると考えています。

受審を機に、これからも信頼される施設を目指し、努力していきたいと思います。

障害者支援施設 第2みずほ園
施設長 瀧澤 千代美

(R . .)

(R . .)

(4) 評価細目の第三者評価結果 (別添: 公表様式2のとおり)

【参考情報】施設・事業所の取組 (事業者記載欄)

(福祉人材育成の取組、サービスの質の向上に向けた取組など)

【第2みずほ園が取り組んでいる人材育成】

◎プリセプターシップ制度の導入

新採用教育は、資格なし、未経験でもOKなように、先輩職員(プリセプター)が1年間かけて指導にあたっています。新人職員(プリセプティ)が職場と日常業務に適應できるように、プリセプターがモデルをしながら、マンツーマン方式で実践能力を教育します。プリセプターが継続的に指導することにより、問題点・課題が明確となり、不安・不満が早期に解決できています。プリセプターはプリセプティの一番身近な存在ですので、関係性はその後も継続され、悩みを相談できる環境も続いていきます。先輩・新人共に教え・教わることを職場全体で包括的にサポートしていきます。

◎キャリアパス要件

職位ごとに職責、求められる能力、職務の内容が明確にされているので、職員は自己の目標設定や、未来像が描きやすくなっています。

◎人事考課面接

経験年数ごとに成長ステージがあり、自己評価、1次評価、2次評価、面談を行っています。自己を見直す良い機会となり、フィードバックすることで成長につながっています。

◎研修委員会

新採用研修、法人研修 (若手・中堅・ベテラン・管理職)、内部研修、外部研修、交換研修、WEB研修など、仕事内容や役割に合った研修を行っています。新採用研修は3日間かけて、新しい職場への不安を払しょくできるよう丁寧に研修を行います。研修は年間計画に基づいて行われますが、旬なお題にも着目しながら、実施します。最近では対面の研修が行いにくいので、WEB研修が主流となっています。

【サービスの質の向上に向けた取り組み】

提供する福祉サービスについては基本理念や倫理綱領などの考えに基づいて、標準的

に実施できるように、職員全員が常に意識しながら業務に取り組んでいます。利用者一人ひとりの課題については個別支援計画を立案、モニタリングや中間評価で確認しつつ、PDCA サイクルに沿ってより良い支援ができるよう体制作りを行っています。

各種委員会を設け、安全対策や食事など専門的な分野からも異職種の視点も大切に検討がされています。

また利用者へのアンケートや第三者評価を定期的に見直しすることで、職員の気づきと改善に繋げて行けたらと考えています。

評価細目の第三者評価結果

【 障害者・児事業所(施設)版 】

障害者支援施設 第2みずほ園

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

| I-1-1(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。 | | |
|--|------|--|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| 1 I-1-1(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | a | 法人の基本理念の「利用者一人ひとりの尊厳を守り、人権の保障に努めます」「利用者の視点に立ち、安心して利用できる、質の高い福祉のサービスの提供に努めます」「地域に親しまれる、安定した福祉の拠点作りと、豊かな社会福祉の実現に努めます」は、ホームページやパンフレットに明示されており、施設内にも掲示されている。また、理念に基づいた運営方針が事業計画に明文化され、倫理綱領も策定されている。職員へは、年度初めの新人職員研修会や職員会議において説明があり、毎日の朝会での復唱で継続的な周知を図っている。 |

I-2 経営状況の把握

| I-2-1(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | |
|--|------|--|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| 2 I-2-1(1)-① 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | a | 社会福祉事業全体の動向については、法人全体で行政や全国身体障害者施設協議会から情報を取り入れている。また、地域の病院や事業所とつながり、地域の福祉ニーズの把握に努めている。福祉サービス利用者の推移は、サービス管理責任者が主となり、各相談員から情報を集約している。毎月の利用率や経費の執行状況を把握して分析や課題を抽出し、法人代表者会議や運営会議で報告や検討を行っている。 |
| 3 I-2-1(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。 | a | 利用率や経費等の執行状況について昨年度と比較検討し、法人全体で利用率が落ちていること、待機者がいないことなど、改善すべき課題を明確にしている。利用率の向上については、法人でチームを組んで地域の病院や事業所に出向き、潜在的な利用者の把握や関係づくりに取り組んでいる。人材の確保のため、紹介制度の導入や女性が働きやすい職場づくりに取り組むだけでなく、働き続けることができるような工夫も行っている。 |

I-3 事業計画の策定

| I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | |
|---|------|--|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| 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 | 2014年に作成された中長期計画の原案を基に、2020年に7～8年後の具体的なイメージが検討され、政策・報酬、法人運営・経営、人材確保・育成、施設建て替えに分けて、それぞれの予測や提案が記載されている。施設の建て替えは行わないが、維持・修繕に向けた計画を作成中であり、必要に応じて着手していく予定である。 |
| 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 | 単年度の計画には、7～8年後の具体的なイメージで提案された内容が盛り込まれ、利用者や職員のメリットを考えながら優先順位をつけて計画的に進められている。利用者が安全に安心して過ごせるよう、空調機やナースコールの入れ替えが検討されている。ICTを活用し、職員の負担軽減やコスト削減につなげている。 |
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| 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 | 事業計画は年度中の実績を踏まえ、「保健衛生計画」「行事計画」「機能訓練計画」「防災計画」「職員研修実施計画」などは、各担当職員が事業報告を見直し、検討したうえで作成されている。年度末にそれぞれの担当職員が事業報告を作成し、それを基に次年度の事業計画が立てられている。年度当初にデスクネットを活用した職員への発信があり、職員会議でも説明がなされるなど職員への周知が図られている。 |
| 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。 | b | 利用者へは、年度初めの月例会で施設長が伝えているが、利用者の状態や高齢化により周知が難しくなっている。家族には、家族会総会において事業計画の説明が行われていたが、コロナの影響で家族会総会が開催できず、家族には資料を郵送するに留まっている。今後は、コロナ禍における家族への周知方法の検討や利用者への説明方法の工夫がなされることを期待したい。 |

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

| 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。 | | |
|--|------|---|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| 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。 | b | 満足度調査を実施して、自分たちが提供するサービスについて見直し、利用者や家族からの意見に対して一つひとつ取り組んでいる。また、第三者評価を定期的に受審し、受審結果を第三者評価・ケアガイドライン委員会や倫理委員会で検討することで、組織運営の改善や職員への気付きにつなげている。今後は、満足度調査や第三者評価の結果だけでなく、日頃のケアの積み重ねや改善策、各部署の職員からの意見等を基に、施設的全職員が参画してマニュアルの追加や修正を行うことができる仕組みや体制の整備に期待したい。 |
| 9 I-4-(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、計画的な改善策を実施している。 | a | 受審結果から見えてきた課題については、「第三者評価・ケアガイドライン委員会」や「倫理委員会」などで分析し、PDCAサイクルに基づいて展開している。分析された課題を「職員の目標」として、「倫理委員会」が主体となって職員ひとりひとりに付箋に書いてもらい、他の職員や利用者が見えるように掲示している。 |

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

| Ⅱ-1-1(1) 管理者の責任が明確にされている。 | | |
|--|------|--|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| 10 Ⅱ-1-1(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。 | b | 事務分掌や人事考課の成長ステージ、委員会担当表、職位と職内容などに施設長としての役割や責任が明記されており、いつでも確認できるようになっている。ただ、施設長が職員に対して、自らの役割や責任について表明する機会がほとんどない現状である。今後は、施設長の役割や責任について伝える機会が増え、職員への周知がなされていく中で、職員との信頼関係がさらに深まっていくことを期待したい。 |
| 11 Ⅱ-1-1(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。 | b | 新潟県身体障害者施設協議会の施設長会議や各種研修会への出席、メール配信や資料等で、法令に関する情報収集に努めている。必要な情報を整理し、朝会やミーティングでの伝達やデスクネットでの配信等で職員へ周知しているが、理解を深めるための取り組みまでは行っていない現状である。今後は、遵守すべき法令等に関するマニュアルを整備するなど、職員一人ひとりが自分自身で理解を深められるような取り組みがなされることに期待したい。 |
| Ⅱ-1-2(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| 12 Ⅱ-1-2(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、その取組に指導力を発揮している。 | a | 身体障害、知的障害、精神障害のそれぞれの利用者が、同じ施設内で生活するために、日々ケアの工夫を行っている。利用者一人ひとりの課題に対しては、グループで検討するだけでなく、安全対策や食事等の専門委員会でも定期的に検討している。施設長は、利用者や職員の状況を把握し、現場で培ってきた経験を活かして、現場からの意見を迅速にフィードバックしている。 |
| 13 Ⅱ-1-2(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。 | a | 施設の稼働率や収支の状況など、施設の経営状態について把握している。コロナ感染症対策は本部が主導となっているが、施設での物品の在庫状況を把握し、万が一の発生に備えて不足しないように努めている。また、施設長と職員がコミュニケーションを取りやすいように、職員の待機場所を事務室にするなど、風通しの良い職場を目指し、様々な取り組みを行っている。 |

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

| Ⅱ-2-1(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。 | | |
|--|------|--|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| 14 Ⅱ-2-1(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 | 人材確保に向けて、実習生の受け入れやインターンシップの導入、職員紹介制度の取り組みを行っている。また、インターネットを活用したPR動画の配信、フェイスブックやツイッターによる情報配信も行っている。年1回、人事評価フィードバック表を基に主任や施設長が職員と面談し、職員に対してのアドバイスや目標設定をサポートしており、職員が成長できる仕組みが提供されている。 |
| 15 Ⅱ-2-1(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | a | 人事考課の成長ステージには、法人の期待する職員像が記載されており、経験年数別で自分の将来像を描きやすくなっている。また、「職位と職内容」には、求められる能力や職務内容、要件が記載されており、職員のキャリアパスがイメージできるようになっている。人事考課の面接の際は、職員とじっくりと話すことで、日頃の思いや意向の確認だけでなくメンタルケアも行っている。 |

| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | |
|---|------|--|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| 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り組んでいる。 | a | 勤怠管理をデータ化して定期的にチェックし、また、会議を就業時間内に行ったり時間内に終わらなかった業務を他の職員に引き継いだりするなど、長時間労働とならないような配慮がなされている。また、有給休暇についても事前に相談することで取得しやすくなっている。 |
| II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| 17 II-2-(3)-① 職員一人一人の育成に向けた取組を行っている。 | a | 職員は「人事評価フィードバック表」で目標設定を行い、半年または1年後に振り返っている。評価については、まずは職員が自己評価し、その後1次考課を主任が行い、2次考課を施設長が行っている。今後も、職員一人ひとりの目標設定や振り返りが適切な時期と方法で行われ、継続していくことが望まれる。 |
| 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 | 施設長とサービス管理責任者で研修計画を策定している。コロナ禍における研修体制として、オンライン研修のサポート・カレッジを活用している。研修係が対象者に向けて視聴を依頼し、視聴した職員がチェックを入れることで確認している。今後はさらに、職員一人ひとりの計画に対する評価や見直しが行われ、研修希望や習得度を確認しながら実施されることが望まれる。 |
| 19 II-2-(3)-③ 職員一人一人の教育・研修の機会が確保されている。 | b | 新人職員にはプリセプター制度を活用し、1年かけてマンツーマンで指導している。研修の機会は確保されているが、職員一人ひとりにおける研修計画は策定されていない状況である。今後は職員一人ひとりの知識・技術の向上のため、教育内容や研修計画を策定し、さらなる質の向上に向けた仕組み作りについて期待したい。 |
| II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成が適切に行われている。 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| 20 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。 | a | 介護福祉士、社会福祉士などにおける「実習生対応マニュアル」が作成されている。昨年度はコロナ禍で実習生の受け入れはなかったが、介護福祉士、社会福祉士ともに実習指導者研修を受講した職員がおり、申し込みがあれば受け入れられる体制は整っている。今後も、実習生を受け入れることの意義や後輩育成の役割について周知されることが望まれる。 |

II-3 運営の透明性の確保

| 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。 | | |
|--|------|--|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| 21 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。 | b | 施設のパンフレットには、基本理念や施設の概要、提供するサービスについて紹介されている。法人のホームページにおいては、理念や基本方針、事業計画、事業報告、予算、決算などがわかりやすく掲載されており、第三者評価の受審結果についても確認が可能である。今後は、地域住民に向けた情報発信の取り組みに期待したい。 |
| 22 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。 | a | 事務、経理、取引などに関する法人のマニュアルがあり、パソコンから確認することが可能である。法人の監事による内部監査を定期的実施している。外部の専門家から経営診断を受け、中長期計画や施設の修繕計画等の指摘や助言を受けている。 |

II-4 地域との交流、地域貢献

| II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | |
|--|------|--|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| 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 | 基本理念に「地域に親しまれる、安定した福祉の拠点作りと、豊かな社会福祉の実現に努めます」と明文化され、コロナ禍以前は地域との交流も多く、関係づくりに尽力されていた。コロナ感染症の影響により、利用者と地域との交流がなくなり、利用者の外出が困難になっている中で、感染予防に配慮しながら、移動販売の実施や地域のコンビニから配達してもらうなどの取組みが行われている。コロナ感染症の状況にもよるが、今後はさらに、地域との交流の機会が少しずつ増えていくことが望まれる。 |
| 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 | ボランティアに関する方針やマニュアルが作成されており、わかりやすく作られている。現在コロナ禍でボランティアの受け入れが難しいが、様子をみながら受け入れている。今後はさらに、ボランティアに向けた研修の企画や育成についての取組みが望まれる。 |
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| 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。 | b | 法人間においては、各施設の役職者が定期的に情報交換を行っているが、地域の関係機関や団体との会議等はコロナ禍で行われていないのが現状である。ただ、法人の役割を記したPOPを地域の関係機関や団体に配布しており、ネットワークを強化するよう努めている。今後は、オンライン会議の開催について検討され、地域の課題に対して連携・共働する機能が強化されることを期待したい。 |
| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| 26 II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。 | a | コロナ禍で民生委員や地域住民との交流がほとんどない中、評議員を通して地域の福祉ニーズの把握に努めている。今後はさらに、地域交流が再開した際にスムーズに関われるよう、地域住民との関わりを少しずつ増やし、新たな地域福祉のニーズを把握していくことが望まれる。 |
| 27 II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。 | a | 敷地内の防犯カメラを活用し、地域の防犯に役立っている。地域の消防団と連携した災害対応の準備があり、地域の避難所としての受け入れ態勢も整っている。今後も地域のニーズに基づいた事業や活動が実施され、地域に貢献していくことが望まれる。 |

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

| Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | | | |
|---|--|------|---|
| 評価細目 | | 評価結果 | コメント |
| 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持つための取組を行っている。 | b | 利用者を尊重した福祉サービス提供について、法人全体で取り組み理念・運営方針・事業計画に明記されている。理念を小さく印刷して配布し、職員は各自名札に入れており、毎朝倫理綱領を唱和し「利用者の人権への配慮」を確認している。利用者の基本的人権や権利等へのマニュアルを作成しているが、職員研修、状況把握や定期的な評価等、具体的な取り組みはされておらず、今後に期待したい。 |
| 29 | Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 | a | 事業所利用者は、年齢の若い方も多く利用者のプライバシー保護に関する取り組みの一つとして、「同性介護」を行っている。入浴・排泄・夜勤などでの直接介護時、同性介護も異性介護も行えるよう、職員数等配慮しながら対応している。これらは、プライバシー保護に配慮した形で行われており、利用者・家族等の意見やアンケート調査でも安心とともに好評を得ている。 |
| 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。 | | | |
| 評価細目 | | 評価結果 | コメント |
| 30 | Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービスの選択に必要な情報を積極的に提供している。 | a | 法人は「ホームページ・パンフレット・フェースブック」にて福祉サービスの内容や事業所の特性などが分かる資料を配信している。また、SNSを更新、新潟市のガイドブックにも掲載中である。見学や体験等の希望者にも、いつでも対応できる状況をつくり対応している。事業所の利用希望者へも写真を多く使用し、わかり易くなるよう説明を心掛けている。 |
| 31 | Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更に当たり利用者等にわかりやすく説明している。 | b | サービス利用開始時の契約に関する説明は、施設長・サービス管理責任者が行っている。説明時、写真を提示したり、ルビを振るなどして、わかりやすい言葉を使う工夫しているが、その状況は記録に残していない現状がある。自己決定を促す取り組みのため実施している、わかりやすい説明等のルール作りや工夫を記録に残し、定期的に見直しをしながら実施するなど、今後の運用に期待したい。 |
| 32 | Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等に当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。 | b | 「地域移行支援」については、サービスが途切れないよう窓口を決め対応している。利用者の希望があれば、地域のグループホームへの見学へ同行したり、行政との連携や相談受付の様子は記録し、利用者本人の気持ちの聞き取りや感想を記録に残している。今後は移行への手順や引継ぎ文書等のマニュアル作成を期待したい。 |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。 | | | |
| 評価細目 | | 評価結果 | コメント |
| 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。 | b | 今年度利用者満足度調査を法人主導で実施した。利用者会や職員も参加していた家族会は、コロナ禍もあり実施していない。満足度調査の結果分析については、集計・統計を法人が行い、分析は各事業所から職員等が集まり行っている。事業所の利用者からの意見には、食事に関する要望やコロナに関する面会・外出制限に対する意見、設備に関する意見があった。検討委員会では福祉サービス改善に向けた取り組みへの検討を現在も続けている。今後も課題の明確化と改善への対応や取り組みの経過を利用者・家族等の参加を得て、共有できるような取り組みを期待したい。 |

| 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。 | | |
|--|------|---|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| 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。 | b | 苦情解決の体制は整備されており、入所時必ず説明している契約書や重要事項説明書にも明記され、アンケート調査を実施している。玄関前フロアの見えやすい場所に苦情解決の仕組み等の拡大コピーされた書類に、ルビが振られて掲示されている。苦情解決のマニュアルは用意されているが、今後は利用者・家族等が、苦情を申し出しやすい配慮や工夫等の整備を期待したい。 |
| 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。 | b | 利用者が相談したい時や、意見を伝えたいときには施設長室が開放され利用者の声を聞き取る場所を提供している。以前、意見箱にいたずらがあり、その後意見箱が撤去されている現状がある。利用者が相談しやすい場所・誰にでも相談できる環境づくり・直接の現場職員ではない方も含めての窓口など、利用者のプライバシー保護と利用者が相談したい人を複数の人から選べるよう、利用者目線で選択できる環境の整備を今後も期待したい。 |
| 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。 | b | 利用者からの相談や意見があれば、主に担当者が受け止めており、施設長やサービス管理責任者も対応している。現在、手順はあるがマニュアル委員会で内容見直しが行われており、苦情解決のためや相談を受けた場合のマニュアル整備までは至っていない状況である。パソコンの中に多くのマニュアルが入力されており、職員はいつでも誰でもみることができ、重複しているマニュアルや整備検討中も多い。今後のサービス改善への取り組みのためにも、相談や意見の申し出等の一連の内容や受付職員等からの説明内容の記録・その後の解決手順への取り組みなどの記録とマニュアル等整備見直しが定期的且つ迅速になされることを期待したい。 |
| Ⅲ-1-(5) 安全・安心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。 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| 37 Ⅲ-1-(5)-① 安全・安心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 | リスクマネジメントに関する責任者としてリスクマネージャーを決め、安全対策委員会を設置し体制づくりを行い、新人職員研修にて研修を行っている。月1回行われる職員会議で安全対策委員会の結果を「インシデント・アクシデント報告書」とともに報告し、記録している。年に1回統計を取り、項目に分け同じような事故にならないように、場所・事故原因対策の分析とグラフ化、危険への気づきを共有できるよう、記録をいつでも誰でも確認できる仕組みを行い、定期的に評価・見直し、安心安全な福祉サービスの提供のために取り組んでいる。 |
| 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・安心を確保するための体制を整備し、取組を行っている。 | a | 新型コロナウイルス感染症対策については、法人マニュアルに沿った対応を行い、ゾーニングやフローチャートの整備(利用者・職員)対応など具体的な形で実施している。施設の設備や職員の動き、食事の提供に関すること等、細かく記載され、職員は感染予防に取り組んでいる。今後も継続的な取組が期待される。 |
| 39 Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全・安心の確保のための取組を組織的に行っている。 | a | 防災計画を立て、防災マニュアル整備や「第2みずほ園自衛消防隊組織図」を整備している。地域住民も災害時受け入れることや水害など、2階の職員研修室での対応が可能かどうかなどのシミュレーションを行っている。災害発生時への備蓄は現在3日分を用意し、他にローリングストックを心掛けている。職員は役割等を決め、災害の発生を想定し行なった。地域災害ネットワークや地域の消防団との連携はコロナ禍で実施が難しいものも多くあり、今後の状況を見ながら取り組みを再開したいと考えている。 |
| 40 Ⅲ-1-(5)-④ 緊急時(事故、感染症の発生時など)に、迅速な対応ができる仕組みがある。 | a | 法人3施設の管理者が「最悪の事態における対策についてのマニュアル作成」の準備を進めている。以前、寒冷期停電して地域も含め事業所内外で困難な時間があった。その経験も含め、マニュアルの整備検討を勉強し始めている。事業所は、現在法人・評議員や弁護士等、何時でも相談できる体制は出来ており、事業継続計画(BCP)の整備へ向けて検討を続けている。 |

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。 | | |
|--|------|--|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| 41 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 | 提供するサービスについては、理念・職員が毎朝唱和する倫理綱領にある「利用者尊重」「プライバシー保護」に基づき行われている。標準的な実施方法は文章化され事業計画書にも「利用者一人ひとりのニーズ尊重や本人の意向、サービス向上と良質な支援」を目的に会議録を配信するなど、職員の共有と共に、サービス提供の経過を記録に残しながら実施している。 |
| 42 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 | 福祉サービスの検証や見直しは事業計画に「標準的方法として6ヶ月に1度」と明記され、定期的にケアプラン会議(個別支援会議)で内容の見直しをしている。事業所では、マニュアルの位置付けや施設サービスについて職員研修を行っており、PCの中に入力されたケアプラン・ケア実施記録・医療面やリハビリ・栄養等様々な方面からの入力、個別支援計画の内容とケアの実施を見やすくまとめ、見直しの検討をしている。 |
| 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。 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| 43 Ⅲ-2-(2)-① アセスメントに基づく個別支援計画を適切に策定している。 | a | サービス管理責任者が個別支援計画策定の責任者となり、様々な職種が連携と検討しながら、定められたアセスメントから身体状況や本人の意向・家族の思いなどの状況からニーズを明らかにし、個別支援計画書が作成されている。「サービス担当者会議」を開催して検討を行い、行政とも連携や相談を図りながら対応している。 |
| 44 Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。 | a | 個別支援計画書の評価・見直しは6ヶ月ごとに行われている。利用者の状態の変化や健康面の変化や状況により、ケアプラン会議には利用者・サービス管理責任者・担当職員・看護師・作業療法士・管理栄養士等参加して支援目標の評価・見直しが定期的に開催され記録されている。また、緊急に変更した個別支援計画書の内容については検討会議を行いケースに記録を記載し、申し送り等で確認を行っている。 |
| Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| 45 Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービスの実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。 | a | 今年は法人内事業所の記録システムの使い方を統一しようと「ほのぼの検討委員会」を設立し、より使いやすいよう検討している。パソコンのネットワークシステムで記録は行われており、利用者に関する福祉サービスの実施状況は職員間で共有できており、情報の共有化と共に部門間での会議への参加等、組織での取り組みがなされている。プリセプターシップの育成制度で「ゆとりある育成」を目指し職員を育てながら、記録等の実務的指導が行われている。 |
| 46 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。 | b | 個人情報保護の規定に基づき、パソコンから離れるときは、情報が必要ない人に流れないように留意している。「苦情解決マニュアル等」は作成されており、個人情報保護やプライバシー保護については伝えているが、「情報開示の基本姿勢や記録の管理に関する研修」が行われていない現状がある。今後は関係する法律や個人情報・プライバシー保護・記録の管理や保管義務等の研修を行い、より一層の記録の管理体制への構築を期待したい。 |

評価対象Ⅳ 福祉サービス内容

A-1 利用者の尊重と権利擁護

| A-1-(1) 自己決定の尊重 | | |
|--|------|---|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A① A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。 | a | 日常生活に必要な支援は、入所時の情報、入所後の生活情報を集約等をグループ会議にて検討し「個別支援計画」「生活支援実施書」を基に取り組みられている。6ヶ月に1度のケアプラン会議では、利用者も参画し支援内容について、本人の希望、意向を確認、尊重され個別支援計画に反映される。スタッフより発案の移動販売は、月2回、お菓子や嗜好品、ティッシュ等の生活必需品をはじめ、手紙を出される方の切手等、利用者自ら必要な物を購入できる。対面だけではなく、コンビニのネット販売を利用して購入できる環境も整っている。日常生活ルールにおいても、月1回行われる月例会議に報告説明があり、その場で話し合う機会が設けられており、あらゆる場面での個別支援の取り組みがなされている。 |
| A-1-(2) 権利擁護 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A② A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 | a | 利用者の権利擁護は基本理念に明文化され、毎朝の会議にて唱和されている。「虐待の芽チェックリスト」があり、令和4年2月の集計結果から改善項目を挙げ、どのようにしていくかを職員全体で意見を出し合っている。また、「倫理委員会業務マニュアル」があり、意識向上のためのアンケートや目標の掲示等を行っている。「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書」があり、例)ベッド四点柵等、緊急やむを得ない場合、利用者、家族に説明同意を得て、実施されている。「身体拘束チェック表」もあり、内容、実施時間を記録するとともに、「身体拘束・行動制限廃止検討委員会」、「虐待防止委員会」で、解除に向けての検討がなされている。 |

A-2 生活支援

| A-2-(1) 支援の基本 | | |
|---|------|--|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A③ A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。 | b | 利用者一人ひとりに「個別支援計画」と「生活支援実施書」が作成され、職員共通理解のもと、日々の生活支援に活かされている。居室では、利用者本人が希望される場合にはテレビ等持ち込みも可能であり、以前の生活習慣を継続できる環境となっている。施設内は消灯時間を設けておらず、22時までに自室に戻られること「翌日の8時までには起きて朝食の席についていただく」また、敷地内であれば自由に外出することもでき、医師から禁止されていないならば、飲酒も可能である。「生活支援実施書」を基に利用者のニーズを尊重し自立した生活ができるよう支援が行われている。しかし、それぞれの障害による弊害もあることから、利用者一人ひとりが、受け入れ尊重されるよう環境を整え「自律・自立した生活支援」が構築されることを期待したい。 |
| A④ A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。 | a | 障害特性を理解し支援するとともに、生活支援実施書に難聴や視覚障害の記載がある方に対して、それぞれ対応を行っている。難聴の方には、ご家族へ説明を行い補聴器購入の際にあたり、業者の方に来てもらい検討している。言語障害や聴覚障害の方へは、文字盤や筆談でYES・NOで返答できる問いかけを行っている。新人職員が見ても分かるよう生活支援実施書にコミュニケーション、食事、入浴などの支援に必要な情報手順、留意点について記載されており、対応ができるようになっている。 |
| A⑤ A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。 | b | 日々の生活でも相談しやすいよう担当制を設けており、相談された内容は記録され、職員間で共有されている。利用者参画のケアプラン会議に於いても意思が尊重され、サービス管理責任者、職員間でも情報が共有されている。相談しづらい場合の相談窓口システムがあることも伝えられている。現在、より相談しやすい環境を提供できるように施設長室も開放もされているが、「相談室」等の掲示がわかりづらい状況であるので、今後は、障害の特性に合わせた表記がなされ、気軽に相談できる環境が整うことを期待したい。 |
| A⑥ A-2-(1)-④ 個別支援計画に基づく日中活動と利用支援等を行っている。 | a | 日中の活動に「他の事業所等へ出向きたい」と本人の希望があり、「個別支援計画」「生活支援実施書」に記載され、事業所と情報の共有検討が図られ、実際に見学し生活介護事業所に通われた事例もある。また、行事係が年間の行事計画とは別に、日々の活動としてレクレーション実施、調理実習フルーツポンチやドライブ、ぼっちゃなどが行われている。「個別支援計画」に基づき参加への支援が行われるが、障害の特性や参加を希望されない利用者に対しても、「やりたいと希望があれば、自由参加が可能」となっている。 |
| A⑦ A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。 | a | 法人内、外の研修を通し「専門の知識、障害の特性や行動障害等」学べる環境があり技術の習得に努めている。利用者の事前調査表の内容を基に障害の特性に合わせ、支援内容を立案、居室の設定等も支援されている。異動で新たに配属された職員は、前職場での経験を活かせるように利用者の担当について、工夫もされている。 |

| A-2-(2) 日常的な生活支援 | | |
|--|------|---|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A⑧ A-2-(2)-① 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っている。 | b | 栄養士、作業療法士、看護師、支援員が3ヶ月に1度「栄養ケア検討委員会」にて利用者の状況を確認し「個別支援計画」「栄養ケア計画」を立案している。栄養ケア目標チェック表を使用し、目標や課題、検討、周知とPDCAを繰り返される。ムセのある方には、姿勢、嚥下、形状等、支援員も含みアセスメントし、情報を基に調理方法を業者に説明し、日本歯科大にて嚥下検査を行ったり、作業療法士による姿勢の見直し等が行われる。入浴、排泄、移動、移乗等の支援量の把握は、作業療法士が行い、利用者を変え職員と話し合いながら、日々の支援が定着する方法を決めている。特浴・中間浴・家庭浴・ミスト浴機が整備されており、日々利用者の心身の状況に応じた支援が行われている。しかし、褥瘡等、利用者の状態に変化がみられた場合どのように対応していくか、計画等が立案されておらず、今後は、心身の状況の変化に応じた対応、支援が職員共通認識の下に行われることに期待したい。 |
| A-2-(3) 生活環境 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A⑨ A-2-(3)-① 利用者の快適性と安全・安心に配慮した生活環境が確保されている。 | b | 施設内はバリアフリー多床室を個室に変更しプライバシーの確保に努めている。全居室が外光を取り入れられる配置となっており、専門の職員により清掃がなされている。障害特性で居室の配置は決められているが、希望があれば変更も可能である。障害特性に合わせた危険回避の工夫として、居室の流し等を緩衝材で保護し、持参された筆筒は、転倒防止策が取られている。男女の表示がされたトイレや同性介護にて、安心に配慮した生活環境も確保されている。コロナ感染対策として、新潟市に任意で感染対策を確認しパーテーションやテーブルで人数など調整され利用者の安全にも努められている。しかし、短期入所者のベッド移動の際に廊下に仮置きされており、安全に配慮されたとも言え難いところも見受けられる。今後も利用者の快適性と安全・安心の観点に立ち、より一層工夫されることを期待したい。 |
| A-2-(4) 機能訓練・生活訓練 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A⑩ A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。 | b | 疾患別の機能に合わせた機能訓練計画がある。拘縮や緊張が進行しやすい方は、作業療法士によるベッド上での可動域の確認や移乗移動時の指導助言がなされる。車いすの乗車時のポジショニングは、外部業者と試行し具体的な支援に繋がっている。リハビリ日誌に実施状況を記載し、3ヶ月に1度のリハビリテーション実施計画にて見直し変更される。急ぎの対応、課題がある場合、特記事項として申し送られ周知される。今後は利用者の思いや意向を踏まえながら、状況に応じた生活訓練ができるよう医療とも連携し継続支援されることを期待したい。 |

| A-2-(5) 健康管理・医療的な支援 | | |
|---|------|--|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A⑪ A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。 | b | 入浴等様々な支援場面を通じて、少しの変化でも気づけるよう早期発見に努めており、体調変化時は支援員より看護師に報告が上がってくる。バイタルを基に健康状態を把握し対応しているが、判断に迷う場合は、看護師より嘱託医へ報告、判断してもらい対応することもある。情報の共有は申し送りノートを活用して図られている。また、定期通院がある利用者に対しては、利用者、家族と一緒に医療受診に行き、医師、医療機関との連携も図っている。夜間の急変時対応は、夜間用のワゴンに「急変時対応マニュアル」とともに家族への連絡先があり、適切に対応できるようになっている。緊急時の対応は、看護師により新人職員・異動職員を優先に研修が行われている。しかし、嘱託医の指示のもと、褥瘡の処置が行われているが、褥瘡に関する個別支援計画がない状態である。褥瘡再発防止の観点からも計画が立案され支援されることを期待したい。 |
| A⑫ A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制の下に提供されている。 | b | 事業計画に保健衛生計画が記載され、年間を通し健康状態の把握と管理に努めている。健康管理マニュアルは医務室に保管され、看護師を中心に健康管理が行われている。服薬は、服薬管理マニュアルが整備され、トリプルチェック。服薬時は、ダブルチェックにて行われ誤薬防止がなされている。慢性疾患の糖尿病の方は、医師の指示の基でおやつが実施されている。「生活支援実施書」に「医療的状况」の内容がもらえ、検討され実施されている。喀痰研修を終了した介護職員が夜間等に吸引を行っている。看護師の働き方の見直しに伴い、新たに「夜間、休日対応マニュアル」が構築され、管理者の役割も強化、管理体制が再構築されている。今後は、職員の誰もが休日、夜間対応を安全にできるよう物品についても分かりやすい安全管理体制の環境が継続されることを期待したい。 |
| A-2-(6) 社会参加、学習支援 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A⑬ A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。 | b | 興味を持った事柄、利用者の意向「今度は、〇〇したい」等が、個別支援計画、生活支援実施書に記載され支援が行われている。生活介護「おおい」事業開始にあたり、施設内掲示し希望者に見学してもらい、その後「おおい」に参加されている方もおられる。今後、コロナ禍であっても終息後を見据え、いつでも社会参加や学習ができるよう支援体制を取り組まれることに期待したい。 |
| A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A⑭ A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。 | b | 地域社会への移行について、利用者の希望や意向を個別支援計画に記載し、安心してできるよう相談機会を設けている。計画相談員より、過去には地域移行の希望がある旨相談があり、行政、移行先のGH等関係機関と連携し移行したケースがある。担当者と本人家族や関係機関とのやりとりはケース記録に『家族の意向で本人も見学し「綺麗な所だった!』と感想も記載されている。移行先のサービス管理責任者が来訪し、本人、家族、作業療法士同席の下、実際の支援計画を見てもらい実施の内容説明が行われている。移行後には移行先に訪問し、様子を確認する等の支援も行われている。地域生活への支援体制はあるが、マニュアルが整備されていない状態であるため、今後は、マニュアルが整備され、地域生活へ向けて社会資源の学習・体験の機会や意欲を高められる支援等の工夫も期待したい。 |

| A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援 | | |
|---|------|--|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A⑮ A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。 | b | 年度初めの4月に事業計画を送付し、その際ご意見を頂ければと一文を記載しているが、家人よりの問い合わせはない状況である。コロナ以前はご家族が来園された時に個別支援計画を説明し同意を得ていたが、現在は、来園が叶わないため家族に連絡し説明情報の共有を図っている。家族主体の家族会はコロナ禍ため、実施されておらず、交流を図る機会が少ないものとなっている。体調不良時や急変時に家族へ報告される程度となっている。コロナ禍でもコロナ終息後の利用者家族との連携・交流を見据え、より一層協力し合い支え合い支援できる環境が構築される事を期待したい。 |

A-3 発達支援

| A-3-(1) 発達支援 | | |
|---|------|---------|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A⑯ A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。 | 対象外 | 評価対象外項目 |

A-4 就労支援

| A-4-(1) 就労支援 | | |
|--|------|---------|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A⑰ A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。 | 対象外 | 評価対象外項目 |
| A⑱ A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。 | 対象外 | 評価対象外項目 |
| A⑲ A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。 | 対象外 | 評価対象外項目 |