

(別添2)

事業評価の結果 (評価対象Ⅲ)

福祉サービス種別：障害者支援施設

事業所名：長野県西駒郷宮田支援事業部 まつば支援課

第三者評価の判断基準

- a・・・着眼点をすべて実施している状態
- b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態
- c・・・着眼点を一つも実施していない状態
- 実施していない状態
- 実施している状態

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | 講 評 (評 価 分 類 ご と) |
|-------------------|-------------------|------------------------|--|----|--|--|
| Ⅲ 適切な福祉サービスの実施 | 1 利用者本位の福祉サービス | (1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。 | 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。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 155 理念や基本方針に、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。 ■ 156 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等に反映されている。 ■ 157 利用者尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。 ■ 158 身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。 | <p>各委員会が中心となり、利用者尊重、人権擁護、身体拘束・虐待防止等に関する度重なる研修において、理念でもある利用者を尊重することの周知に努めている。</p> <p>また、本年度より施行となった障害者差別解消法の研修も実施し、内容の理解を図っている。</p> <p>特に、虐待防止においては新たに「虐待の芽チェックリスト」や、法人での虐待に関するアンケートを実施し、その結果と課題についての討議が始まり、職員の意識を高めるきっかけともなっている。</p> |
| | | | 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。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 159 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫等、組織として具体的に取り組んでいる。 ■ 160 利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。 ■ 161 規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。 ■ 162 利用者や保護者に関する情報の収集は、本人及び保護者の同意のもとサービス提供に必要な最小限の範囲としている。 ■ 163 記録されている個人情報、利用者及び保護者の求めに応じて開示している。 ■ 164 外部に提出する個人情報は、利用者及び保護者の同意を得ている。 | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | 講 評 (評 価 分 類 ごと) |
|------|------|----------------------------|--|----|--|---|
| | | (2) 利用者満足の上 に努めて いる。 | ① 利用者満足 の向上を意 図した仕組 みを整備し ている。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 165 利用者満足の上を目指す姿勢を明示した文書がある。 ■ 166 利用者満足に関する調査を定期的に行っている。 ■ 167 利用者満足を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取、保護者懇談会を定期的に行っている。 ■ 168 利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。 | <p>満足度調査は利用者向け・保護者向けに年1回、嗜好調査は年2回、定期的実施している。また、利用者とは日常的に、面談の折には利用者・保護者等とも、そして保護者会とも聴取するなどの心掛けがみられる。</p> |
| | | | ② 利用者満足 の向上に向 けた取り組 みを行って いる。 | b) | <ul style="list-style-type: none"> □ 169 利用者満足に関する調査の担当者・担当部署の設置や、把握した結果を分析・検討するために、本人及び保護者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。 ■ 170 分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。 ■ 171 標準化したサービスの他、利用者の状況等に応じて臨機応変な対応をとっている。 | <p>調査の結果は委員会が中心となり、分かり易くグラフ化し、検討から具体的改善へと仕組みが機能している。毎年同じ項目もあり、その推移も分かり易く、質の改善に役立っている。</p> <p>そして、それらを広報やホームページで公開し、利用者・保護者へのフィードバックとともに、地域への配布もあり、透明性の確保・情報の提供となっている。</p> |
| | | | ③ 個別支援計 画にもとづ いた支援を 行っている。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 172 利用者の特性と発達段階に対応した個別支援計画にもとづいて支援している。 ■ 173 個々の特性にあわせたコミュニケーション方法の工夫を行っている。 ■ 174 利用者や保護者の希望を把握し支援計画に反映している。 ■ 175 社会生活力向上のための、調理・洗濯・買い物・交通機関利用等についての学習・訓練プログラムを取り入れている。 ■ 176 施設外の社会資源について、十分な情報が提供され、そのための学習や体験の機会が設けられている。 ■ 177 必要に応じて退所後も継続して支援を行っている。 ■ 178 利用者の特性や心身の状態に合わせて療養内容を決めている。 ■ 179 必要に応じ保護者等への相談支援を行っている。 | <p>ここでの充実した生活を提供するため、本人の意向とともに障がいの程度・特性を把握し、自分でできる事・支援を必要とする事を明確にし、それらを盛り込んだ個別支援計画に沿った、統一した支援の提供に努めている。</p> <p>また、事業所外での活動や体験ができる情報提供とその参加で、地域との交流や社会資源の活用も進んでおり、社会生活のマナーの理解や自覚が育っている。</p> <p>尚、退所後の支援は別部署の宮田相談室が担っている。</p> |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | 講 評 (評 価 分 類 ご と) |
|------|------|-----------------------------|-----------------------------------|----|--|---|
| | | | ④ 施設での療育訓練が楽しく、自主的に取り組めるよう工夫している。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 180 利用者が主体的に施設で日常生活ができるような様々なプログラムを用意している。 ■ 181 食堂などの共用スペースはゆとりを持つとともに、清潔にしている。 ■ 182 利用者が安らげる雰囲気づくりをしている。 ■ 183 利用者が作業や活動をする部屋の環境を整えている。 | 本人の障がい内容・身体特性・生活状況に合わせ、持てる能力が発揮できる日常生活の内容となっており、日中活動は本人の希望や特性を基にした就労継続支援B型施設や、生活介護「えこ宮田」が自主的に選択されている。 |
| | | | ⑤ 施設と保護者との交流・連携を図っている。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 184 保護者等の見学は、いつでも希望に応じて受け入れている。 ■ 185 利用者の生活状況を機関誌などで、定期的に保護者へ知らせている。 ■ 186 保護者等からの個別の相談にも応じている。 ■ 187 施設と保護者等が交流・意見交換する場を設けている。 ■ 188 利用者の状況を個別に保護者等へ定期的に報告している。 | 年3回発行の広報において利用者の普段の生活の様子を知ることでもでき、随時、電話等での近況報告もある。保護者会の共催の環境整備も進んでおり、にしこま祭や三者面談においての交流や話し合いの機会もある。 また、個別支援計画の作成や見直し時期での来所の際の意見交換、さらに、無理な方への手紙でのやり取りも行われている。 |
| | | (3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。 | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 189 利用者又は保護者等が、相談方法や相談相手について複数の中から自由に選べることを、わかりやすく説明した文書を作成している。 ■ 190 利用者や家族等に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。 ■ 191 相談や意見を述べやすいような部屋の配置に配慮している。 | どの職員にも気楽に相談・意見が言える環境を整備し、言葉で言い出せない利用者にはカードを用意するなどの配慮が確認できる。 意見箱の設置環境を整備したり、より分かり易い文書の掲示や定期的な説明の工夫は必要であろう。 |
| | | | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 192 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、実際に機能している。 ■ 193 苦情解決責任者は、全ての苦情と園対応結果を把握している。 ■ 194 苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。 ■ 195 保護者等が意見や要望・苦情を訴えやすい雰囲気を作っている。 ■ 196 保護者等へアンケートをとるなど、施設が積極的に意見や要望・苦情を聞いている。 ■ 197 苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族、関係職員に必ずフィードバックしている。 ■ 198 苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。 | 苦情解決に向けての体制は組織的に確立し、機能している。 提出された苦情は苦情解決委員会が中心となり、手順に沿って解決への話し合いがなされている。内容は広報に公表するとともに、意見箱の活用を促す旨も記載している。 また、契約書や実習生向けのガイドなどにも第三者委員の氏名なども掲載されており、積極的な姿勢が感じられる。理解が難しかったり自己主張の困難な利用者に向けて、相談の方法・相手についてのより分かり易い文書や定期的な説明は必要と思われる。 |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | 講 評 (評 価 分 類 ごと) |
|------|-----------------------------------|-----------------------------|---|----|--|--|
| | | | ③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 199 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ている。 ■ 200 対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。 ■ 201 苦情申し出から解決までマニュアルに沿って記録している。 ■ 202 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。 ■ 203 苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。 | 利用者・保護者からの直接の訴えや満足度調査等で寄せられたものに対して、対応マニュアルに沿って具体的にサービスを改善している。理解が難しい利用者に対しての分かり易い個別支援計画の作成や、住環境の整備などはその一例といえる。 |
| | 2サービスの質の確保 | (1) 質の向上に向けた取り組みを組織的に行っている。 | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 204 定められた評価基準に基づいて、年に2回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。 ■ 205 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。 ■ 206 評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。 | 年二回の自己評価と定期的な第三者評価の受審を実施し、PDCAのサイクルが組織的に機能している。そして、各委員会・各課会において結果を分析・検討し、課題を明らかにするとともに、速やかな実施が望まれることは即実施している。また、順次及び長期のものは組織的な計画へと繋げている。 |
| | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 207 職員の参画により評価結果の分析を行っている。 ■ 208 分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。 ■ 209 職員間で課題の共有化が図られている。 | | | |
| | ③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 210 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。 ■ 211 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行っている。 | | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | 講 評 (評 価 分 類 ごと) |
|------|------|------------------------------|---|----|---|---|
| | | (2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。 | ① 個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供している。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 212 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。 ■ 213 標準的な実施方法には、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。 ■ 214 標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。 ■ 215 日常サービス（健康管理、調理、食事、入浴、排泄、職員の接遇など）のマニュアルが作成されている。 ■ 216 マニュアルは、職員の共通理解が得られるような表現で作成されている。 ■ 217 マニュアルの作成は、関係する分野の職員が参画し作成している。 ■ 218 マニュアルは使いやすい場所にあり、必要なときにすぐ参照でき、有効活用により問題解決している。 ■ 219 日常のサービスのあり方や支援方法について、職員に対する指導的立場の者が職員へ評価・助言・指導を行っている。 | <p>標準的な実施方法は写真や図などで工夫しており、全職員が迷いなく統一した支援が可能となっている。各利用者の日常場面、障がいにおける留意点、身体・精神面での留意点などを考慮した支援方法がマニュアル化され、職員一人ひとりに配布し、共通認識の下での安全・安心なサービスの提供に結びつけている。</p> |
| | | | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 220 サービスの標準的な実施方法の見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。 ■ 221 見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されている仕組みになっている。 | <p>半期ごとや適宜に業務マニュアル・個別支援マニュアルの見直しが行われ、状況・状態に合わせたものとし、事故防止やばらつきのないサービスの提供に心がけている。</p> |
| | | (3) サービス実施の記録を適切に行っている。 | ① 利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 222 利用者一人ひとりの記録等の書面が整備されている。 ■ 223 利用者の情報等を修正し、かつ経過がわかるようにしている。 ■ 224 サービス実施計画に基づくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。 ■ 225 記録する職員で記録内容にばらつきが生じないように工夫をしている。 | <p>記録に関する各マニュアルを基にした研修が実施されており、個々の利用者の状況が規定に沿った内容で、活用できる記録となっている。</p> |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | 講 評 (評 価 分 類 ご と) |
|------|------------|-------------------------|---------------------------------|----|---|---|
| | | | ② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 226 記録管理の責任者が設置されている。 ■ 227 利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程等を定めている。 ■ 228 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程を定めている。 ■ 229 記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。 | <p>記録等は整備され管理しやすいものとなっており、個人情報の保護および開示についての研修もなされている。個人情報の範囲や開示体制についての検討・研修は期待したいところである。</p> |
| | | | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 230 利用者に提供された重要なサービスについて具体的に記録し、情報を共有化・活用できるよう検討会議などの仕組みがある。 ■ 231 情報共有を目的として、ケアカンファレンスや各担当が工夫・改善した事例報告の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。 ■ 232 パソコンのネットワークシステムを利用して、事業所内で情報を共有する仕組みを作っている。 | <p>計画に基づいた実施状況はパソコンで一覧が可能となっており共有化が進み、都度の必要事項は引き続き時や回覧等で情報の漏れがないようにしている。</p> |
| 3 | サービスの開始・継続 | (1) サービス提供の開始を適切に行っている。 | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 233 事業所を紹介したホームページを作成し、インターネットで公開している。 ■ 234 事業所を紹介するパンフレット等を作成している。 ■ 235 理念や実施する福祉サービスの内容を紹介したパンフレットなどを作成し、公共施設等へ置いている。 ■ 236 事業所を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵などの使用で誰にでもわかるような内容にしている。 ■ 237 問い合わせへの対応体制を整えている。 ■ 238 利用希望にあたっての見学を受け入れている旨の広報を行っている。 ■ 239 見学希望者の都合（曜日、時間等）に対応している。 | <p>長野県西駒郷全体のパンフレット・広報は公共施設に置いてもらい、施設や障がいの理解の普及に役立っている。事業所独自のパンフレット等の作成やホームページの情報量の充実が期待される。</p> |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | 講 評 (評 価 分 類 ご と) |
|---------------|------|----------------------------|---|----|--|---|
| | | | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 240 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等の資料により、利用者に説明している。 ■ 241 ・説明項目（事業概要、サービス内容、職員体制、利用者負担、損害保険加入状況、サービスの変更や解除の条件等）重要事項説明書や契約書の内容は、わかりやすいよう工夫して説明し、説明書は本人と保護者へ渡している。 ■ 242 利用契約が必要な場合は、必ず契約書を取り交わしている。 ■ 243 サービス利用の決定について迷っている人には、利用決定について判断するまでの期間に余裕を持たせている。 | 利用開始に当たっては本人・家族や後見人等に重要事項説明書にて、サービス内容の説明を経て、納得の上での契約としている。利用者本人が、より理解しやすい文書などの工夫が求められる。 |
| | | (2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 244 他の事業所や家庭・就職・就学への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。 ■ 245 サービス終了した後も、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いる。 ■ 246 サービス終了時に、利用者や保護者に対し、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している。 | 別部署の地域移行課・相談支援課等が行っており、昨年度の対応は延べ20回である。 |
| 4 サービス実施計画の策定 | | (1) 利用者のアセスメントを行っている。 | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 247 サービス開始時に利用者の個別情報や要望を把握し、決められた書式に記録している。 ■ 248 利用者の精神的、肉体的負担を緩和し、新しい環境に適応できるよう支援している。 ■ 249 利用当初の保護者の不安を軽減し、信頼関係を築くように努めている。 | アセスメントは本人のこれまでの生活状況、身体状況、病歴や行動の傾向など、多方面からの把握を試み、サービスの提供に当たってのニーズや課題が明らかにされている。 |
| | | | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 250 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が決められている。 ■ 251 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。 | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | 講 評 (評 価 分 類 ごと) |
|------|--------|-----------------------------|------------------------------------|----|--|---|
| | | (2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。 | ① サービス実施計画を適切に策定している。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 252 個別支援計画作成にあたっての基本的考え方・方法を明確にし、記入・活用しやすい定められた様式で作成している。 ■ 253 サービス実施計画策定の責任者を設置している。 ■ 254 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、利用者や保護者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。 ■ 255 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が構築されるとともに、機能している。 | <p>本人の意向や特性に合わせた個別支援計画には、事業所の方針である社会への適応を目指す支援として、一般常識・経済観念・就労意欲なども盛り込まれている。</p> <p>満足度調査における個別支援計画が分かりづらいつとの利用者・家族の声により、写真・イラスト等を加えた工夫が本人の自覚や意欲の向上につながっている。</p> |
| | | | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 256 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、利用者及び保護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実施している。 ■ 257 サービス実施計画の見直しは、保護者に説明し合意を得ている。 ■ 258 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て実施している。 ■ 259 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している。 | <p>個別支援計画は6ヶ月ごと、または必要に応じて見直しを行っている。評価は本人を交えて実施状況について話し合い、振り返りを行うとともに妥当性や有効性についても検討し、新たな計画へと繋げている。</p> |
| 5 | 利用者の尊重 | (1) 利用者の尊重 | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 260 利用者のコミュニケーション能力を高めるため、サービス実施計画や支援計画を策定し実行している。 ■ 261 意思伝達に制限のある人の場合、日常的な関わり合いを通じて、その人固有のコミュニケーション手段やサインの発見と確認に心掛けている。 ■ 262 意思伝達に制限のある人の場合、個別のコミュニケーション手段の検討とそれに基づく支援がなされている。(コミュニケーション機器の用意を含む。) ■ 263 意思伝達に制限のある人の場合、担当職員・ソーシャルワーカー・臨床心理士等の連携により、その人の意思や希望をできるだけ正しく理解しようと努力している。 ■ 264 必要性や要望に基づいて、コミュニケーションの取れる知人、代弁者、手話通訳者等を受け入れている。 | <p>利用者のコミュニケーション能力等に応じそれぞれの課題を踏まえて、業務・支援マニュアルに具体的な支援内容と方法が明示され、日常的な関わりの中で実行している。</p> <p>言語による意思表示ができたとしても、表現能力や屈折した感情、あるいは相互の関係性等によりうまく疎通が図れない利用者もいる。表面的な理解ではなく、言葉の奥を分析し、理解しようと努力し職員が共通認識で取り組んでいる。カード利用も行われている。</p> <p>また、臨床心理士の配置はないが、精神科嘱託医師の往診カウンセリングが実施され、利用者の意思や希望を理解する機会になっている。</p> |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | 講 評 (評 価 分 類 ごと) |
|------|------|------|---|----|---|---|
| | | | ② 利用者の主体的な活動を尊重している。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 265 利用者の主体的な活動を支援するための職員が決められている。 ■ 266 利用者の主体的な活動については、その意向を尊重しながら、その発展を促すように側面的な支援を行っている。 ■ 267 利用者が、施設外の障害者や知人等と自由に交流できるように様々な便宜を図っている。 ■ 268 利用者による自治会ないし利用者の会等がある。 ■ 269 自治会等がある場合は、施設運営の責任者と、定期的に、及び必要な場合に随時協議する機会をもっている。 | <p>利用者の自治会「こまくさ会」が組織されている。会長は立候補して就任し、意見が出たときに2～3ヶ月に1回程度の頻度で開催されている。例えばお茶の時間等、寮内の生活で必要な事柄を相談して決めている。職員はその活動を尊重し、側面から支援している。</p> <p>また、主体的に参加できるプログラムでは、フラワーアレンジメント・ダンスクラブ・お化粧品講習会等が用意され、利用者が楽しんでいる。利用者の主体的な活動とは何か、今後も問題意識を常に持ち続けて欲しい。</p> |
| | | | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 270 利用者が自力で行う日常生活上の行為は見守りの姿勢を保ち、必要な時には迅速に支援するという方針を会議等で確認している。 ■ 271 自力で行っているときでも、介助が必要だと判断しなければならない場合があるが、その判断については、あらかじめ利用者（及び必要に応じて家族等）と十分な話し合いが行われている。 ■ 272 自力で行う行為による生活と活動の範囲が広がるように、職員の対応や施設の整備は常に検討されている。 | <p>個別支援プログラムや業務・支援マニュアルには、自力で行う日常生活上の行為に対する見守りの姿勢を保つことが確認されている。その上で、課会等の会議や個別ケア会議が開催され、必要な支援が検討され、具体的に取り組んでいる。これらの支援体制については、利用者の高齢化に合わせて職員の対応や施設の整備を常に検討し続けて欲しい。</p> |
| | | | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 273 社会生活力を高めるために、障害の理解や調理・洗濯・買い物・交通機関利用等についての学習・訓練プログラムが用意されている。 ■ 274 施設外の社会資源について、十分な情報が提供され、そのための学習や体験の機会が設けられている。 ■ 275 必要に応じて、自己表現の技能や話し方について支援している。 □ 276 利用者自身が人権意識を高められるように、情報や資料の提供を行っている。 | <p>社会生活力を高めるための学習や訓練の機会は、利用者個人に合わせてプログラムが用意されている。この中でも買い物外出は楽しみになっている。</p> <p>一方、西駒郷全体で職員の人権意識の向上に努めているが、利用者に直接働きかける情報発信をして利用者自身が人権意識を高められるような取り組みにも期待したい。利用者を「さん」づけで呼ぶことで利用者の気持ちを大事に対応したいという職員の姿勢を表に出していく取り組みが始まっている。</p> |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | 講 評 (評 価 分 類 ごと) |
|------|-------------|--------|--|----|--|--|
| | 6 日常生活支援 | (1) 食事 | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 277 サービス実施計画等において、①栄養量、②食事形態、③水分補給、④介助の方法等利用者の状態に応じた留意点や支援の内容が明示されている。 ■ 278 食事の介助等、支援方法に関してマニュアル（留意すべき点を含む手引き等）が用意されている。 ■ 279 利用者の体調や身体状況により、必要に応じて個別の食事を用意している。 | <p>栄養士により栄養量等が管理され、外部委託業者が調理する食事サービスが提供されている。</p> <p>業務・支援マニュアルの入所利用者場面別支援マニュアルの食事場面の項目、および個別支援プログラムにおいて、利用者の身体状況等に応じた食事に関する個別の留意点や支援の内容が明示され、それに基づいて実施されている。特に配膳時に間違いがないように、ご飯の量の色分けや、特菜食・糖尿食・刻み食・減塩食等に分けた盛り付けがなされ、それらの支援の内容がテーブルの座席に貼られている。</p> |
| | | | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 280 定期的に嗜好調査を行い、その結果を献立に反映している。 □ 281 食事サービスの検討会議等には利用者も参加している。 ■ 282 適温の食事を提供している。 ■ 283 献立・食材に季節感があり、盛り付けや食器にも工夫している。 ■ 284 食卓には複数の調味料・香辛料が用意されている。 ■ 285 献立及び食材について、その情報は予め利用者に提供されている。 ■ 286 食事介助にあたり、せかせて食べさせることがないよう、利用者の様子を良く見ながら介助や支援を行っている。 | <p>利用者の嗜好を把握する方法では、嗜好調査や食事残量調査を行っている。調査結果は定期的に開催される西駒郷給食委員会で報告・検討されている。平成26年の嗜好調査の結果では麺類の希望が多く、毎週木曜日を「麺類の日」として年間を通して提供するようになり、喜ばれている。利用者の温かいものが食べたいという切実な願いに応えることはできないか、設備面も含めて計画的な取り組みに期待したい。</p> <p>献立表は食堂入口に貼られ、利用者は予め情報を得ることができ楽しみにしている。</p> <p>メニューや食材の変更を利用者に知らせる配慮や、見た目が美味しそうに写真やイラスト等で分かりやすく工夫するなど必要と思われる。</p> |
| | | | ③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 287 食堂の設備や雰囲気について定期的に検討会議を開き、必要に応じて改善を図っている。 ■ 288 食事は、利用者全員が一斉に摂るのではなく、食事時間帯に幅を持たせて個人が好む時間に摂ることができる。 | <p>喫食環境については、食堂に集まり摂る体制になっている。予め席は定められ職員や当番利用者によって配膳が済ませられたところで、ある程度の幅で利用者が好きな時刻に、自分のペースで食べられる配慮もされている。冷蔵庫に複数の調味料が置いてあり、利用者自身で選択して使用ができる。</p> <p>食堂の設備や雰囲気について、西駒郷全体の給食委員会の検討を待つのではなく、日々そこに身を置き利用者と食事を一緒に摂る職員集団が、掲示物にも配慮するなど、独自に潤いある環境づくりに取り組む事も期待したい。</p> |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | 講 評 (評 価 分 類 ごと) |
|------|------|--------|------------------------------------|----|---|---|
| | | (2) 入浴 | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 289 一人ひとりの健康状態や留意事項について、サービス実施計画や個別チェックリスト等を利用している。 ■ 290 安全やプライバシーの保護を含めて、入浴介助や支援・助言方法についてマニュアルが用意されている。 ■ 291 入浴の介助や支援・助言業務は、所定の様式により記録されている。 | <p>業務・支援マニュアルの入所利用者場面別支援マニュアルの入浴場面の項目及び個別支援プログラムにおいて、利用者の障がい程度、健康状態、必要な介助などの留意点や支援方法等が定められている。個人的事情に配慮しているといえる。また、介助は、夜間帯のやむにやまれぬ時以外は同性介助が原則とされている。</p> <p>入浴したがない時にどのように声掛けをするのか、あるいはどんな見守り方が適切なのか、より具体的に支援マニュアルに明記することを期待したい。</p> |
| | | | ② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 292 設定された時間のほかに、失禁や汗をかいた場合等必要に応じて入浴が可能である。 ■ 293 入浴の時間帯や週間回数について、利用者との話し合いで決めており、回数については少なくとも週2回以上である。 | <p>入浴の時間帯や回数については、現在利用者が少ないこともあり、希望に沿って実施できている。就労や日中活動を終えて帰った人から自然と入浴ができる体制になっている。利用者自身の手によって温度調節等もできている。</p> <p>必要があれば、自治会で意見の提案ができるなど、快適な暮らしの保証に努めている。</p> |
| | | | ③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 294 浴室・脱衣場の設備や入浴器具の設置等については、検討会議を持っている。 ■ 295 脱衣場の冷暖房設備は、気候や利用者の身体的状態に応じて調整できる。 ■ 296 浴室や脱衣場は、プライバシーを保護する構造・設備上の工夫や保護する環境を確保するための工夫が行われている。 | <p>浴室・脱衣場の設備や入浴器具の設置等については、支援課会において検討し、改善が図られてきている。冷暖房設備については、冬はボイラーで暖房され、夏はエアコンで冷房されている。</p> |
| | | (3) 排泄 | ① 排泄介助は快適に行われている。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 297 排泄介助に際して、利用者の健康状態や注意事項について、サービス実施計画や個別チェックリスト等を活用している。 ■ 298 排泄介助のマニュアル（安全、プライバシー、便秘・尿意・失禁への対応を含む）が用意されている。 ■ 299 排泄用具（おむつ、移動式便器、集尿器、採尿器、ストマ用具等）の使用法について、衛生や防臭を考慮したマニュアルが用意されている。 ■ 300 排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。 | <p>排泄についても、業務・支援マニュアルの入所利用者場面別支援マニュアルの排泄場面の項目及び個別支援プログラムにおいて、利用者の健康状態、必要な介助などの留意点や支援方法等が定められている。</p> <p>現在はカテーテル留置の利用者もおり、夜間のみのリハパン使用者は自分ではき替え、尿漏れの心配から日中もリハパンを使用している者はポータブルトイレを利用し自分で処理ができている。</p> |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | 講 評 (評 価 分 類 ごと) |
|------|------|-----------|----------------------------------|----|---|--|
| | | | ② トイレは清潔で快適である。 | b) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 301 身体状況に応じた設備や補助具の配備を含めて、トイレ環境の点検・改善のための検討を定期的に行っている。 ■ 302 プライバシーに配慮したトイレの構造・設備になっている。 ■ 303 換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。 ■ 304 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。 ■ 305 採光・照明等は適切である。 □ 306 冷暖房等の設備は適切である。 | <p>建物全体が古くなってきているが、職員の手によってトイレ清掃は毎日行われ、清潔が保たれている。トイレ環境の改善については、支援課会において検討し改善が図られて来ている。</p> <p>トイレには冷房設備はないが、特に不満や問題はないとのことだが、今後、要望が出た際は対応が期待できる。</p> |
| | | (4) 衣服 | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 307 衣類は利用者の意思で選択している。 ■ 308 衣類の選択について、必要があれば相談に応じている。 ■ 309 衣類の購入の際には、必要があれば、職員が相談、情報提供、買い物支援等に応じている。 | <p>衣服については、基本的に買い物外出で購入している。個別に担当職員と一緒に外出して自ら選び、時に職員に相談して購入している。ここでは利用者の主体性の尊重を基本にした上で、個性・好みを踏まえた具体的な取り組みがなされている。</p> <p>利用者は事前に広告を見て買い物計画を立て、衣類の選択・購入を楽しんでいる。</p> |
| | | | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 310 利用者が着替えを希望した場合、特別な場合（強いこだわり等）を除き、その意思を尊重している。 ■ 311 介助に頼らず自ら着替えをしたいという希望のある利用者に対しては、その意思を尊重して対応している。 ■ 312 汚れや破損が生じた場合に、速やかに対処するための業務手順が用意されている。 | <p>利用者には精神疾患を持つものが多く、衣類・行動パターンに拘りを持つ者もいる。身だしなみに留意して清潔を保つために、衣類の汚れや破損への対処は、個別に利用者の意志を尊重した支援が行われている。</p> |
| | | (5) 理容・美容 | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 313 髪型や化粧の仕方等は利用者の意向に配慮している。 ■ 314 職員は、必要があれば、整髪や化粧を手伝ったり、又は相談に応じたりしている。 ■ 315 理容・美容に関する資料や情報を用意している。 | <p>整髪、爪切り、髭剃り、歯磨き、化粧など、生活のメリハリをつける身だしなみについては、可能な限り利用者の意志が尊重されている。</p> |
| | | | ② 理髪店や美容院の利用について配慮している。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 316 地域の理髪店や美容院の利用について、必要に応じて職員の送迎や同行などの支援を行っている。 ■ 317 利用する理髪店や美容院に対しては、理解と協力を得られるよう、必要に応じて職員が連絡・調整を行っている。 | <p>利用者は全員地域の理髪店・美容院を利用している。</p> <p>外出のついでに職員が付き添って行ったり、店舗での送迎可能な場合には付き添いなしで行くこともある。</p> <p>利用する店には、理解と協力が得られるように、必要に応じて職員が連絡・調整を行っている。</p> |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | 講 評 (評 価 分 類 ごと) |
|------|------|----------|-------------------|----|---|--|
| | | (6) 睡眠 | ① 安眠できるように配慮している。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 318 寝室やベッド周辺の光や音について、利用者の希望や状況に応じた適切な配慮がなされている。 ■ 319 夜間就寝中の利用者に対するサービスについては、体位変換やおむつ交換、さらには睡眠リズムの乱れや不眠者への対応等を含むマニュアルが用意されている。 ■ 320 夜間に行われた個別支援は、所定の様式で記録されている。 ■ 321 寝具は、利用者の好みに基づいて用意され、又は私物使用も認められている。 ■ 322 不眠等により同室者に影響を及ぼす場合、一時的に他の部屋を使用することができる。 | <p>利用者は全員個室を利用している。また、寝具は私物が持ち込まれている。</p> <p>夜間就寝中の対応については、個別に対応し夜中の夜尿こしの支援もしている。過去には非常勤の夜間専門職員で対応していたが、昨年度より夜間は常勤職員が宿直勤務で対応している。これは障がいの重度化に対応するものであったが、馴染みの職員の支援であり、利用者は安心感を得て落ち着いている。</p> |
| | | (7) 健康管理 | ① 日常の健康管理は適切である。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 323 利用者の健康管理票が整備されている。 ■ 324 利用者の健康管理マニュアルが用意されている。 ■ 325 医師又は看護婦による健康相談を受けることができる。 ■ 326 医師又は看護婦が、利用者（及び必要に応じて家族等）に対して健康面の説明を定期的に行っている。 ■ 327 利用者（及び必要に応じて家族等）の承諾を得て、インフルエンザ等の予防接種を行っている。 ■ 328 健康の維持・増進のため、日常生活の中に取り入れるプログラムが用意されている。 ■ 329 歯科医師又は歯科衛生士により、歯磨き、歯磨き介助、歯肉マッサージ等の方法やその他の口腔衛生について、定期的に指導を受けている。 | <p>業務・支援マニュアルには「利用者特記ケース」として利用者の健康面と行動面の特徴や問題点がまとめられて対応方法が明記されている。情報は共有され、看護師を中心に利用者の日常の健康管理体制は整備されている。予防接種や検診等も充実している。</p> <p>高齢化している利用者に対する健康維持・増進のため日常生活に取り入れるプログラムについては、利用者は身体を動かすことが好きであるため、散歩やエアロバイク、ダンス等が取り入れられ、機能訓練等の理学療法士のメニューも用意されている。</p> |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | 講 評 (評 価 分 類 ごと) |
|------|-----------------|----------------------------------|--------------------------|---|---|--|
| | | | ② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 330 健康面に変調があった場合の対応の手順は、マニュアルとして用意されている。 ■ 331 地域内に協力的な医療機関（診療所又は病院、緊急時にアクセスできる診療所又は病院）を確保している。 ■ 332 確保している医療機関では、迅速かつ適切な医療が受けられるように、日常的な連携を図っている。 | <p>健康管理については、西駒郷全体で看護師を中心に努めている。</p> <p>精神科医療では、地域の医療機関ニカ所と嘱託医契約を結んで緊密な連携を取っている。</p> <p>また、協力医療機関としてはニカ所を確保・契約し、適切な受診につなげている。</p> <p>保健室マニュアルには健康面の変調があった場合の対応の手順が定められた各種マニュアルが用意されている。誤薬発生マニュアル、応急処置一覧、インフルエンザ対応マニュアル、ノロウイルス対応マニュアル、等々十数種類に及んでいる。保健委員会や感染症対策委員会での検討も実施されている。</p> <p>これらを受けて、より具体的にまつば支援課医療関係マニュアルが定められて実施されている。</p> |
| | | | ③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 333 利用者（及び必要に応じて家族等）並びに担当職員は、薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等について、適切な情報を得ている。 ■ 334 一人ひとりの利用者で使用される薬物の管理（保管から服用・使用確認に至るまで）について、マニュアルが用意されている。 ■ 335 薬物の取り違え・服用拒否や服用忘れ・重複服用等、薬物使用に誤りがあった場合の対応について、マニュアルが用意されている。 ■ 336 内服・外用薬の使用状況は、所定の様式に従って記録されている。 | <p>まつば支援課の医療関係サブマニュアルでは、薬の管理について細部にわたって定めている。精神科の処方を受けている利用者が多く、特に精神薬には細心の注意が求められる。</p> <p>どんなに気を付けてもインシデントは起こるといふ共通認識の下で、薬の名前や効能を把握している職員が扱うこととし、新任職員には最低でも3ヶ月は扱わせない等、二重三重にチェックをして取り組んでいる。</p> |
| | (8) 余暇・レクリエーション | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 337 話し合いやアンケート等を通じて、利用者の意向を把握している。 ■ 338 利用者には、余暇やレクリエーションに関する情報を提供している。 ■ 339 利用者自身が主体的に企画・立案するように、職員は側面的な支援をしている。 ■ 340 必要に応じて、外部から協力者（ボランティア）を受け入れている。 ■ 341 地域の社会資源を積極的に活用している。 | <p>余暇やレクリエーションについては、食事会やお花見・歓迎会、餅つき大会、クリスマス会等の行事が行われている。また、西駒郷まつり等の全体行事や福祉ふれあい祭りや障がい者スポーツ大会等、利用者の参加の機会が多い。利用者の希望を聞きながら、利用者の生活に潤いを与える活動が行われている。</p> <p>まつば支援課の行事では、特に11月の旅行については、自治会の旅行係が企画立案から参加する役割を担っているが、さらに利用者自身がより主体的に企画・立案するような支援に期待したい。</p> <p>えご宮田の日中活動では、利用者の希望に沿ってレクリエーション活動に積極的に取り組んでいる。</p> | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | 講 評 (評 価 分 類 ごと) |
|------|------|-------------------|-------------------------------------|----|---|--|
| | | (9) 外出、外泊 | ① 外出は利用者の希望に応じて行われている。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 342 利用者の代表や自治会等と話し合っ、外出についてのルールを設けている。 ■ 343 必要なときには、職員・ガイドヘルパー・地域のボランティア等、いずれかの人からの介助や支援・助言を受けられる体制が整っている。 ■ 344 地域のガイドマップやイベント等の情報を普段から収集するよう努め、利用者に提供している。 ■ 345 外出に伴う安全確保や不測の事態に備えて、利用者に必要な学習を行うとともに、連絡先を明示したカード等を準備し、利用している。 | 外出については、常識的な最低限のルールを取り決め、あとは利用者個人の希望に合わせている。単独外出ができる利用者は一人で、他の利用者は職員が付き添って外出をしている。 職員は安全確保や不測の事態に備え付き添うと共に、買い物外出等では担当職員が1対1で付き添い、必要な支援を実施している。 |
| | | | ② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 346 利用者の代表や自治会等と話し合っ、利用者主体のルールを設けている。 ■ 347 施設側の都合で決めるのではなく、利用者及び家族の立場に立って、担当職員がその調整を行うようにしている。 ■ 348 盆や正月の外泊は、強制したり、利用者や家族の事情を考慮せずに要請するようなことはしていない。 | 盆や正月に帰省・外泊ができる利用者は少なくなっている。高齢化した家族が亡くなったり、様々な事情で家に帰ることが実現できない利用者もいる。 利用者や家族の立場に立って、利用者の希望に応じられるように担当職員は配慮をしている。 |
| | | (10) 所持金・預かり金の管理等 | ① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。 | b) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 349 利用者の預かり金については、その取り扱い規約を定め、責任の所在を明確にしている。 ■ 350 金銭等の自己管理ができるように配慮されている。 ■ 351 自己管理ができる人には、金銭等を保管する場所と設備を提供している。 ■ 352 自己管理に支援を必要とする人には、小遣い帳を活用するなどして、自己管理に向けた学習を支援している。 □ 353 金銭管理技能を含む経済的な対応能力を高めるための学習プログラムが用意されている。 | 希望者は、別法人の財産管理事業者と契約しており、金銭管理が行われている。日常的に個人消費する現金については、保管場所が決められ職員が管理している。小遣い帳を自分で記入して自己管理する利用者、職員が記入管理する利用者と、それぞれの希望に沿って預り金の管理体制が取られている。 一部自己管理の支援は行っているが、全体的な金銭の学習プログラムは現在用意されていないため、必要が生じた際の対応は期待したい。 |
| | | | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 354 新聞・雑誌を個人で購買できる。 ■ 355 テレビやラジオ等を個人で所有できるように便宜を図っている。 ■ 356 新聞・雑誌やテレビ等の共同利用の方法について、利用者間の話し合いで決められている。 | 新聞を個人で購読している利用者もいるが、寮で購入する二紙の新聞を利用者が希望・利用している。 また、全員が個室であり、テレビやラジオ等は個人で所有している。食堂にもテレビがあり、利用者の余暇の過ごし方は多彩で団らんの場ともなっている。 |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | 講 評 (評 価 分 類 ご と) |
|------|------|------|---|----|---|---|
| | | | ③ 嗜好品等については、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) | <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="705 199 1444 255">■ 357 利用者の代表や自治会等と話し合っルールを設けている。 <li data-bbox="705 263 1444 383">■ 358 具体的な場面では、自治会や利用者全員と協議して、場所・時間・方法（喫煙場所、飲酒場所・時間、一気呑みの禁止等）に様々な配慮を行っている。 <li data-bbox="705 391 1444 478">■ 359 酒やたばこの害については、利用者が正しい認識を持てるよう、利用者全員に情報提供を行った上で、飲酒・喫煙が認められている。 | <p>現在、喫煙者もあり、決められた場所での喫煙が認められている。また、飲酒を楽しむ者もあり、職員付き添いで外出時の食事の折や、行事の時に飲酒をしている。なかには単独外出で飲酒を認められている者もいる。それぞれに話し合いや一定のルールの下で、利用者の意志や希望が尊重されている。</p> <p>酒やたばこの害については利用者が正しい認識を持てるように、看護師を中心に情報提供をしている。</p> |