

評価細目の第三者評価結果

1 共通項目

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) 理念、基本方針が確立されている。 | | 第三者評価結果 |
| | I-1-(1)-① 理念が明文化されている。 | Ⓐ・B・C |
| | I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。 | Ⓐ・B・C |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>玄関を入ると正面に、大きなパネルで「あせらず、怒らず、なげださず」という理念が分かりやすく、簡潔にかつ力強い文字で掲げてあるのが目に入る。開所当時から23年間、変わることなく続いている理念であり、利用者がペットボトルの蓋に色紙を文字にして貼りつけ、作品にしている。それに基づき具体的に生活支援、環境整備、健康管理、安全管理、地域交流等5項目にまとめた基本方針がある。内容も職員の業務の指針となるものであり、行動規範になっている。</p> | | |
| 改善できる点／改善方法： | | |
| 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。 | Ⓐ・B・C |
| | I-1-(2)-② 理念に基本方針が利用者等に周知されている。 | Ⓐ・B・C |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>理念、基本方針について職場会議、支援会議等の機会に議題としても取り上げ、話し合う場を持っている。理念、基本方針は印刷し職員全員に配付し、復唱して振り返りする場を設けている。</p> <p>玄関に掲示してある理念は、来所する家族も目にする作品でもあるため、親近感があり、自然な周知を促すことができている。保護者会は毎月開催され、出席率80%を超える等参加者も多いが、その場においても説明が行われている。利用者の自治会である「柿の木会」においても職員が参加し、同様に周知を促している。利用者の個性に合わせて理解をしてもらうためにルビを振るなど工夫をしている。</p> | | |
| 改善できる点／改善方法： | | |

I-2 事業計画の策定

| | | |
|--|------------------------------------|---------|
| I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | 第三者評価結果 |
| | I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。 | Ⓐ・B・C |
| | 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。 | Ⓐ・B・C |
| <p>良い点／工夫されている点： 指定管理制度により指定管理を受託している4年間の中・長期計画が策定されている。運営方針に具体的な事業の種類、目的、内容が詳細に明記され、分かりやすいものとなっている。中・長期計画の各年度ごとに位置づけた事業計画が立案されている。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> | | |
| 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。 | Ⓐ・B・C |
| | I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。 | Ⓐ・B・C |
| | I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。 | Ⓐ・B・C |
| <p>良い点／工夫されている点： 事業計画を踏まえて、サービス体系に基づくチームがあり、各チーム会議で目標を定め、検討が行われている。検討結果を職員会議等上程し、全職員が参加し、チームで作成した計画の説明と検討が行われ、計画が策定されている。評価・見直しも定期的に同じプロセスを経て実施されている。 利用者には自治会「柿の木会」で説明している。写真、図式を取り入れ、分かりやすい文書にして配付したり、複数回の説明や掲示位置の検討など工夫がなされている。保護者への周知については、関心を寄せてもらえるように心がけながら、文書配付や連絡ノートへの記載を通して周知を図っている。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> | | |

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。 | | 第三者評価結果 |
| | 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。 | Ⓐ・B・C |
| | 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。 | Ⓐ・B・C |

| | |
|--|--------------|
| <p>良い点／工夫されている点： 事務分掌、職員組織図があり役割と責任が明記してある。管理者の災害時、緊急時等の役割・責任、行動・手順を明記したマニュアルを整備している。管理者は職員会議や広報誌など、機会をとらえて自身の役割を表明している。法令については県支援協会、行政との会議や研修等に積極的に参加して情報収集に努め、職員会議で周知すると共に必要なものはマニュアル化し、いつでも職員が手にして閲覧できるよう支援室に置いてある。</p> | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> | |
| <p>I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p> | |
| <p>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。</p> | <p>Ⓐ・B・C</p> |
| <p>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。</p> | <p>Ⓐ・B・C</p> |
| <p>良い点／工夫されている点： 管理者は積極的に福祉、地域など業務に関係する情報把握に努め、質の向上や効率的な運営を常に念頭におきながら、現状を評価・分析し、改善に取り組んでいる。チーム会議、医務会議、責任者会議等業務ごとの討議の場を定期的に設け、業務遂行上の課題を拾い上げ、解決を図るとともに職員間の連携強化に努めている。また、各種マニュアルの設置、業務チェック表等書類が整備されており、特に虐待防止チェックリストは職員の理念、利用者の尊厳への視点を問うところまでのものになっており、管理者のリーダーシップの下、それらが見直され、実施されている。職員、利用者とのコミュニケーションを取り、活動を見守る等のため1日2回の巡回をおこない、意見を聞き取り、働きやすい職場づくりや職員の意識の向上に取り組んでいる。</p> | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> | |

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

| | | |
|---|--|----------------|
| <p>Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</p> | | <p>第三者評価結果</p> |
| <p>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。</p> | | <p>Ⓐ・B・C</p> |
| <p>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。</p> | | <p>Ⓐ・B・C</p> |
| <p>Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。</p> | | <p>Ⓐ・B・C</p> |

| |
|---|
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>県支援協会で開催される研修等へは積極的に出席し、情報収集に努めている。また地域で開催される会議へ出席し、地域の声や要望等を把握している。要望等を職員会議で検討し、ショートステイ、日中一時支援事業の展開など事業計画に反映している。</p> <p>外部監査については、法人の包括的な会計監査が毎年実施され、会計指導を受け、改善を図っている。法人全体で毎月収支、経営分析が行われており、職員会議にて報告、周知されている。</p> |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> |

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。 | | 第三者評価結果 |
| | 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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| | 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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>人事管理は法人本部で行われているが、一部採用については施設側にも裁量権があり、施設の特性に合う人材確保のため、ボランティア体験を実施し、本人も施設側も検討して見極めた上で採用している。必要な有資格者の配置については本部の采配で行われ、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士等が配属されている。また独自の人事考課制度があり、考課基準が職員に配付され周知されている。目標管理制度が導入され、管理者と職員との年に数回のフィードバック面談を経て、階層別の自己評価と管理者評価がなされている。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> | | |
| 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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| | 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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>職員の有給休暇消化率や時間外労働については法人事務局と所長が定期的にチェックし管理している。所長・係長は全職員との面談を実施の他、随時希望があれば対応するようにしており、意向や意見を聞き取る等相談しやすい雰囲気・体制作りを行っている。法人本部にはジョブサポーターが配置され、その専用電話も設置されており、職場では話しにくいことも相談できる相談窓口となっている。定期的に巡回相談も実施し、内容によっては施設への助言もなされている。</p> <p>職員への福利厚生は外部の勤労者福祉サービスセンターに加入している。誕生日休暇を始めスポーツ振興への配慮もあり、全国大会に出場する職員も出ている。</p> | | |

| | |
|--|---------|
| 改善できる点／改善方法： | |
| 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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| 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。 | Ａ・Ⓑ・Ｃ |
| 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・Ⓑ・Ｃ |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>中・長期事業計画に「職員の指導育成、研修計画について」の項目があり、目的、方法、研修会の回数、施設・職員サービスの定期的チェック等具体的な基本姿勢が明記されている。</p> <p>法人主催の研修を始め外部研修にも積極的に参加できるよう配慮がある。研修結果はレポートを作成して職員会議で報告する等職員周知がなされている。施設内でも利用者支援のスキル向上を目指し、年間を通じた研修計画を立案、実施しており、資格取得にも積極的である。</p> <p>業務姿勢を振り返る独自のチェック表があり定期的に自己評価、全体評価を実施・検討している。</p> | |
| 改善できる点／改善方法： | |
| <p>目標管理制度を導入しているので、それを活用し、個別に職員のスキルアセスメントと研修計画項目を関連させて、個別研修計画の策定に向けた取り組みに期待したい。職員個別に着目した研修計画に基づき、研修を行い、評価することで、職員個々のスキルアップの向上に資するものとする。</p> | |
| Ⅱ－２－（４） 実習生の受入れが適切に行われている。 | 第三者評価結果 |
| 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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>実習指導者研修を受講した実習指導者が配置されている。公的施設としての使命の意識を持ち、積極的に多くの実習生の受け入れを行っており、職種も介護福祉士、社会福祉士、保育士と多様な職種を受け入れている。事前のオリエンテーションを行い、希望を聞き取っての実習プログラムを実施し、実習後のカンファレンスを毎回開催する等積極的に取り組んでいる。実習校との打ち合わせ・連携も密に実施している。</p> | |
| 改善できる点／改善方法： | |

Ⅱ－３ 安全管理

| 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。 | | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| Ⅱ－３－（１）－① | 緊急時（事故、感染症の発生時など）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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| 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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| 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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>管理者は安全衛生委員会を設置し、防災会議、給食会議等の中で事故、感染症、防災について定期的に検討している。事故発生を想定した職員の役割分担を決め、事故・感染予防など緊急時のマニュアルや災害マニュアルも整備し、有事の際の対応策も決めている。職員、利用者家族との連絡網のほか、地域との連携体制もあり、3箇所非常時連絡員を設け、災害時には直ぐに駆けつける協力体制ができています。火災や地震を想定した毎月の訓練や近隣住民が参加した夜間想定訓練も行われている。福祉避難所にも指定されており、備蓄も有事の備えがある。利用者に対しても支援会議、職場会議等でヒヤリハットの検討を始め、様々な事柄を検討する場があり、細かく分析し、具体的に検討している。安全確保の研修も実施し、職員への意識づけを図っている。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> | | |

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。 | | 第三者評価結果 |
|--|----------------------------------|---------|
| Ⅱ－４－（１）－① | 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| Ⅱ－４－（１）－② | 事業所が有する機能を地域に還元している。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| 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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>中・長期計画、25年度事業計画に地域交流・ボランティアの方策、基本方針を具体的に明記し、実りある交流を実施している。利用者が参加可能な地域の行事を掲示で周知し、運動会、地域行事への参加、毎週の定期的な外出での買い物や外食時等での地域住民との交流が行われている。近隣の小中学校、大学生の体験学習の受け入れをしている。</p> <p>地域の会議に出席して、施設の内容・様子を説明し、地域の意見を聞く場があり、地域のニーズに対応して相談事業、日中一時支援、ショートステイを実施している。</p> | | |

| | |
|---|-------|
| ボランティアも理髪、製品作業、音楽療法、清掃など多方面な分野に渡り、婦人会、日赤奉仕団、地域住民等受け入れをしている。マニュアルがあり、事前打ち合わせを行っている。 | |
| 改善できる点／改善方法： | |
| 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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| Ⅱ－４－（２）－② 関係機関との連携が適切に行われている。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>県知的障害者支援協会、県障害福祉課、市社会福祉課、地区センター、自治会等との連携が密であり、その中で把握された情報やニーズを職員会議で報告し、周知している。地域の関係機関、団体だけではなく、地域周辺の関連する社会資源をリスト化し、利用者支援に活用している。特に自治会との連携強化を図っており地域の福祉地区推進の一躍を担っている。地域を巻き込み関係団体とのネットワーク作りも行っている。関係機関との連携は情報交換や効果的支援を行う等事業運営上、欠かせないことと位置づけている。</p> | |
| 改善できる点／改善方法： | |

| | | |
|---|--|---------|
| Ⅱ－４－（３） 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | 第三者評価結果 |
| Ⅱ－４－（３）－① 地域の福祉ニーズを把握している。 | | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| 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 |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>地域の福祉ニーズ把握については自治会への参加を始め、民生委員との連携、ボランティアとの意見交換、併設の相談支援事業所からの情報提供、学校、市との連携等から情報収集している。把握したニーズに基づき事業計画に反映して、児童も視野に入れた事業を年々拡充し、事業展開を行っている。日中一時支援事業、短期支援事業の利用も多くなってきている。</p> | | |
| 改善できる点／改善方法： | | |

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。 | | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| | 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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| | 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 |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>利用者尊重の姿勢は分かりやすい理念と具体的内容の基本方針に明示されている。虐待防止対策委員会を設置、職員の支援姿勢を振り返るチェックリストを作成、利用者人権尊重に基づく不適切な関わりはないか自己評価を定期的に行い、常に職員への意識づけを図っている。ヒヤリハットに関しても、利用者に及ぼす危険性について、机の上のホチキスの針1本も見逃さない等細かく気遣い、検討する等積極的な姿勢が伺える。</p> <p>プライバシー保護マニュアルを作成、支援マニュアルの標準方法の中にも明示し、排泄・入浴時でのケアや入室時のノックなど具体的な生活場面において適切な支援に努め、職員会議や支援会議内でも確認が行われている。</p> | | |
| 改善できる点／改善方法： | | |
| 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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>文書による表現の理解が難しい利用者が多数であり、所長・担当者と利用者との三者面談、定期的開催される自治会「柿の木会」や保護者会へ職員が参加して、利用者・保護者の意見・意向を把握している。また支援計画作成時 の利用者・保護者の意向把握や保護者来所時の意見の汲み上げをしたり、行事や活動について意見を聴取する等して満足度を判断している。食事の嗜好調査は絵や写真を用意し、指さしてもらったり、食事の様子等から判断するなど工夫をしている。</p> | | |
| 改善できる点／改善方法： | | |
| 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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| | 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 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |

| | | |
|--|-----------------------------------|-------|
| | 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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>利用者が相談しやすい関係作りを重視しており、担当職員は基本的には変えず、1～2年は担当するようにし、話しやすい関係づくりや複数支援体制等環境整備に努めている。</p> <p>重要事項説明書に苦情解決窓口を明記し、入所時・利用開始時に説明している他、玄関には意見箱を設置している。苦情解決の流れ・仕組み、第三者委員の名前・電話番号を常に目に触れる場所に掲示し、周知している。苦情対応体制が確立され、迅速に対応している。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> | | |

Ⅲ－２ サービスの質の確保

| | | |
|--|---|---------|
| | Ⅲ－２－（１） 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。 | 第三者評価結果 |
| | 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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| | 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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>法人独自の職員の階層に応じた自己評価表がある。職員は4月に年間を通じての業務目標を立て、所長・係長との面談で助言・指導を受け、翌1～2月頃に目標達成度実績報告を提出している。再度所長・係長との三者面談が行われ、評価、次期への課題の抽出、事業への提案等についての話し合いを通して職員の質の向上を図っている。また、事業所評価は法人独自の様式があり、毎年1回、所長・係長が計数的な尺度による評価を行い、職員会議で課題分析している。改善策については職員会議・責任者会議等で改善実施計画を作成し、法人事務局に報告し、実施している。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> | | |

| | | |
|--|---|---------|
| 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。 | | 第三者評価結果 |
| 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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| 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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>細部に渡って詳しい各種マニュアルを作成している。担当者が毎年、年度末に内容見直しの原案を作成し、職員会議で検討し、新年度4月に見直しを終えて、5月に職員全員に配付している。年度途中の入職者にも支援手順を説明して配付している。プライバシー保護、利用者の尊重の姿勢から支援内容は初心者でも分かるように丁寧に作成されている。また、その支援方法を定期的に独自のチェック表にて職員が自己評価、上司が指導する仕組みがある。支援内容や仕組みは優れたもので、特筆すべき取り組みである。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> | | |
| 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の実施状況の記録が適切に行われている。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| 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・Ｃ |
| 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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>記録についてマニュアルを整備し、記録することの意味・基本的ルール・用語の統一等の職員教育を職員会議で行っている。業務の中に記録の時間が設けられ、支援計画書を基に支援目標の視点を踏まえてサービス実施内容を記録している。記録による連絡・伝達・情報の共有化は変則勤務における情報の隙間を埋めるものでもあり、職員間での共有化に努めている。支援計画等はデータ化され、職員はいつでも閲覧できる体制になっている。記録については法人規定があり、職員は入職時に誓約し、個人情報保護の教育・研修は職員会議等を通じて行う他、法人単位で研修を実施している。情報について開示請求に速やかに対応することが規定されている。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> | | |

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。 | | 第三者評価結果 |
| | 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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| | 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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>色刷りしたパンフレット作成して内容を紹介している。施設のホームページに重要事項説明書を明示し、県のホームページには空き情報が記入されている。施設見学も随時受付ており、施設説明の他、ショートステイを利用しての体験入所も可能となっている。紹介する資料は利用者にも分かりやすいようにルビがふられ、写真・図・絵を多く使用した内容になっている。また利用者にも理解できるようにとゆっくり丁寧に説明するよう心がけ、不安のないよう配慮している。</p> | | |
| 改善できる点／改善方法： | | |
| 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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>施設の変更や在宅復帰の相談窓口はサービス管理責任者と相談支援員が担当し、移行に当たっては現在の状況等の引き継ぎ書を作成し、安心して移行できるよう綿密な移行先と連携を取っている。</p> | | |
| 改善できる点／改善方法： | | |

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。 | | 第三者評価結果 |
| | 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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>インテークや心身状況や生活状況等を把握するための統一したアセスメント様式があり、多職種連携のもと、利用者についての多方面からアセスメントを行い、利用者・保護者の意向を踏まえてニーズの把握をしている。</p> | | |

| | | |
|---|--------------------------------------|-------|
| 改善できる点／改善方法： | | |
| 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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| | 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。 | Ⓐ・Ｂ・Ｃ |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>サービス管理責任者を中心に利用者・家族の意向を踏まえてニーズ把握を行い、栄養士、看護師、支援員を含む多職種で計画を検討、立案している。計画は長期・短期目標を掲げ、その具体的な支援内容・留意事項を明記している。生活支援の内容も身近生活・健康、食事、対人関係等から生活課題を抽出、自立支援を目指した一人ひとりの計画がある。</p> <p>実施記録は統一した様式に記入し、毎月1回はモニタリングを行い、支援会議にてケース検討や支援内容評価を行っている。</p> | | |
| 改善できる点／改善方法： | | |

評価細目の第三者評価結果（障害分野）

A-1 利用者の尊重

| 1- (1) 利用者の尊重 | | 第三者評価結果 |
|--|---|---------|
| 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ますか。 | Ⓐ・B・C |
| A-1-(1)-② | 利用者の主体的な活動を尊重していますか。 | Ⓐ・B・C |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>日常生活場面における言動や表情等の観察から意思伝達や行動特性を把握し、利用者一人ひとりのコミュニケーション能力に応じた個別支援計画を作成し、職員間の共通理解ができるよう様々な機会をとらえて利用者の情報共有に努めている。意思伝達に制限がある人の場合、その人の行動の特徴や言動・表情などに注意を払い、毎月行われる支援会議や職員会議で話し合い、情報共有をしている。</p> <p>一人ひとりの興味や能力、ペースに合わせながらもその人の能力をできる限り引き出すべく支援を行っている。毎月、近隣の短期大学で自主製品を販売しているが、利用者が自主的に行い、職員は側面的に支援することにより利用者の社会的スキルを図っている。作業の準備から納品、販売、後片付けまで一連の工程に利用者に関わってもらうことで、意欲を持ちながら活動を行い、達成感を感じ取ってもらうよう支援に努めている。</p> | | |
| 改善できる点／改善方法： | | |
| 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ますか。 | Ⓐ・B・C |
| 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りますか。 | Ⓐ・B・C |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>一日の様々な生活場面の中で利用者一人ひとりのアセスメントをし、その個性を尊重し、一人ひとりの活動のペースに寄り添う、見守る、力づける、長所を見出してほめる(育てる)等その人に合わせた声かけをしながら支援に努めている。</p> <p>社会的な生活力を高めるために支援マニュアルに沿って公共交通機関を利用して外出したり、外出時でのマナー等を習得できるプログラムを用意している。また班ごとに調理を実施したり、洗濯、買い物支援を行っている。情報を収集できるよう各種の情報誌も備えつけられている。</p> | | |
| 改善できる点／改善方法： | | |

A-2 日常生活支援

| 2- (1) 食事 | | 第三者評価結果 |
|-----------|--------------------------------|---------|
| 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ますか。 | Ⓐ・B・C |

| | |
|--|-------|
| A-1-(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ますか。 | Ⓐ・B・C |
| A-1-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮していますか。 | Ⓐ・B・C |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>「安全な給食、笑顔を引き出す給食」を基本理念とし、天窓から太陽の光が差し込む明るい食堂で、食事時にはBGMを流したり、利用者同士が込み合わないよう食事時間の幅を設ける等工夫してゆったりと楽しく食事ができるよう配慮している。また毎年、嗜好調査を行ったり、自治会で意見を聞いたりして利用者の希望や好みを献立に反映させている。1ヶ月の献立表が廊下の各所に掲示してあった。選択食もあり、好きなものを選んで食べることもできる。看護師と協力して利用者の嚥下や健康状態に合わせて減塩食や低カロリー食、きざみ食、またペースト状にする等して食事を提供している。特別食や要服薬等についてそれぞれの利用者のお膳にラミネートされた名札を挟み込むことで間違わないような工夫もされている。栄養ケア計画書に基づき、食事時の嚥下、咀嚼の状況を観察する等細やかな配慮ある支援が行われている。</p> | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> | |

| | | |
|--|--|---------|
| 2-（2） 入浴 | | 第三者評価結果 |
| 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ますか。 | | Ⓐ・B・C |
| A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われていますか。 | | Ⓐ・B・C |
| A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切ですか。 | | Ⓐ・B・C |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>入浴マニュアルに沿って入浴支援を行っている。入浴日は利用者の希望に合わせて月～土曜日まで行い、入浴時間は昼間が午後4時15分からと夜間は午後6時30分から実施している。入浴前には体調チェックを行い、安全な入浴に努めている。お風呂場の窓には簾が掛けられ、入口には暖簾があり、プライバシー保護に配慮されている。浴室は滑らないタイルが使われる等転倒防止への工夫がされていた。シャワーは3基設けられ、自分のペースで自力入浴ができるよう配慮されている。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> | | |
| 2-（3） 排泄 | | 第三者評価結果 |
| A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われていますか。 | | Ⓐ・B・C |
| A-2-(3)-② トイレは清潔で快適ですか。 | | Ⓐ・B・C |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>排泄チェック表を利用し、その方の排泄パターンを知ることで、トイレ誘導等の声かけのタイミングに気がつけた支援を行っている。ストレッチャーを加工して寝台トイレを作り、重度の利用者に対しても排泄自立に向けた支援をしている。また各トイレには換気扇や床暖房が施され、洋式トイレにはウォッシュレット機能が設備されている。特に採光については明るい照明を使用し、体調の異変等に気づくよう配慮されている。毎日の清掃と年2回の業者による清掃を行うことで清潔で快適なトイレ環境が維持されている。</p> | | |

| | |
|--|---------|
| 改善できる点／改善方法： | |
| 2- (4) 衣服 | 第三者評価結果 |
| 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ますか。 | Ⓐ・B・C |
| A-2-(4)-② 衣服の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切ですか。 | Ⓐ・B・C |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>買い物外出時には事前に利用者の好みに合わせて購入できるよう支援している。また近隣のショッピングセンターや通信販売も利用しながら利用者の選択の幅が広がるように支援している。洗濯や衣類の破損については専門の臨時職員を配置し、すぐに対応できるようにしている。</p> | |
| 改善できる点／改善方法： | |
| 2- (5) 理容・美容 | 第三者評価結果 |
| 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ますか。 | Ⓐ・B・C |
| A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮していますか。 | Ⓐ・B・C |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>髪型等については利用者や家族の意見を尊重し対応している。外出可能な利用者は家族の協力を得ながら、地域の理美容院を利用している。外出が困難な利用者には2ヶ月に1回のボランティアによる散髪や月1回の美容師による有料のカットを行ってもらっている。</p> | |
| 改善できる点／改善方法： | |

| | |
|--|---------|
| 2 - (6) 睡眠 | 第三者評価結果 |
| A-2-(6)-① 安眠できるように配慮していますか。 | Ⓐ・B・C |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>居室は個室と2人部屋があるが、2人部屋の部屋割については利用者の相性や希望に応じて配慮している。また仕切りカーテンをつけ、エアコンも使用し、快適に安眠しやすい工夫をしている。支援マニュアル、体位交換表、夜間日誌、個別ケース記録等を作成し、利用者一人ひとりに応じた支援を行っている。寝具の私物利用や安眠できない場合等他の居室の使用も可能となっている。</p> | |
| 改善できる点／改善方法： | |
| 2 - (7) 健康管理 | 第三者評価結果 |
| A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切ですか。 | Ⓐ・B・C |
| A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられますか。 | Ⓐ・B・C |
| A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われていますか。 | Ⓐ・B・C |

| |
|--|
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>健康管理票により、内科、精神科の嘱託医による定期的な往診、また口腔ケアについても歯科受診が行われている。日常的な健康管理については利用者や家族に対して看護師による相談・助言を行っている。緊急事態や感染症に備えて対策マニュアルが整備され、早期に円滑に対応できる体制が整備されている。</p> <p>服薬管理については服薬チェック表の利用と薬を朝昼夕とそれぞれ分包ごとに色分けとトレーの区別、名前を明記する等幾重にも服薬ミス、与誤薬を防ぐ取り組みを行っている。</p> |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> |

| | |
|--|---------|
| 2－(8) 余暇・レクリエーション | 第三者評価結果 |
| 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ますか。 | Ⓐ・B・C |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>利用者の意向を聞き取り、利用者が希望するDVDや玩具を提供する等、楽しむ機会を設けている。また利用者が主体的に活動している自治会「柿の木会」では、毎週レクリエーションや喫茶、誕生会等を開催しており、担当職員が助言を行ったり、高校生、大学生や地域のボランティア団体の参加を募り、定期的、継続的に行事や事業が行われるように支援している。</p> | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> | |

| | |
|---|---------|
| 2－(9) 外出、外泊 | 第三者評価結果 |
| A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われていますか。 | Ⓐ・B・C |
| 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ますか。 | Ⓐ・B・C |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>柿の木会で希望を出してもらい、定期外出として班ごとにバーベキュー外出、プール外出等それぞれ希望する場所に出かけている。また交通ルール等社会的スキルを身につけるように公共交通機関を利用する等しているが、職員は安全確保や不測の事態にも対応できるよう連絡先が明示されたカードを携帯してもらう等して支援に努めている。</p> <p>外泊については、特筆すべきことであるが、利用者の希望と施設からの働きかけにより非常に多くの利用者の週末帰省が実現しており、家族と過ごす時間を持っている。また利用者や家族の状況に合わせて外泊日時の調整も行っている。お盆や正月における外泊については強制せずに、家族等の事情を考慮して受け入れ体制も整っている。また正月に鍋を囲んで食事をする等事業所でのお楽しみ会も設けている。</p> | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> | |
| 2－(10) 所持金・預かり金の管理等 | 第三者評価結果 |
| 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ますか。 | Ⓐ・B・C |

| | |
|---|-------|
| 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ますか。 | ㊶・B・C |
| 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。 | ㊶・B・C |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>預り金取り扱い規約や支援マニュアルに沿って適正に管理している。また自己管理ができる利用者には金銭等を保管できる場所の提供と小遣い帳の記入、種別の学習や計算機の使用法等について学習プログラムに基づき、担当職員が中心となって支援している。</p> <p>新聞、雑誌、テレビ等は個人で購入したり、個人所有が可能である。テレビについては各共有スペースで見る利用者が多い。見る番組については、話し合いで決めている。</p> <p>現在喫煙、飲酒の利用者はいないが、希望者があれば、対応は可能である。また嗜好品についての情報提供を行っている。</p> | |
| 改善できる点／改善方法： | |

岐阜県独自項目

| | |
|---|---------|
| (1) 職員の援助技術の向上 | 第三者評価結果 |
| ① 職員のスキルの段階にあわせて計画的に職員の援助技術の向上に取り組んでいますか。 | A・㊶・C |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>年間の研修計画が策定され、自主研修や法人内での階層別研修及び専門研修、県主催の障害者児別支援協会、知的支援協会等の各種の研修会に全員が希望に応じて参加できる体制となっている。</p> | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> <p>職員のスキルに合わせた年間の個別研修計画の策定に向けた取り組みに期待したい。</p> | |
| (2) IT技術や知識の修得 | 第三者評価結果 |
| ① 利用者の社会生活に必要なIT技術や知識の修得に向けた支援をしている。 | ㊶・B・C |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>現在IT利用の該当者はいないが、事業所内のパソコンが利用できる体制の整備ができています。</p> | |
| 改善できる点／改善方法： | |