

[様式 9 - 1]

福祉サービス等第三者評価結果

総合評価

受診施設名	社会福祉法人不動園 天ヶ瀬きぼうの家	施設 種別	施設入所支援・生活介護・短期入所 (旧体系：)
評価機関名	特定非営利活動法人きょうと介護保険にかかわる会		

平成28年2月29日

総 評	<p>天ヶ瀬きぼうの家は、宇治市天ヶ瀬ダム南方の丘陵地にあり、春はお花見、秋は農作物の収穫と自然環境に恵まれた地域です。この施設は、知的障がい者の入所支援施設で、障害程度区分 区分3(2人) 区分4(2人) 区分5(24人) 区分6(33人) 入所定員60余名の中型施設です。施設周辺には、同法人の天ヶ瀬ワークスあすなろ(日中活動支援 生産活動・就労支援)や天ヶ瀬寮(障害者支援施設)天ヶ瀬苑(特別養護老人ホーム)があります。その他にも、保育園、児童館、デイサービス、在宅介護等、時代と地域のニーズにこたえ事業を拡大されている法人です。</p> <p>施設は平屋で広々とし、2棟が向かい合わせに有り、利用者の性別や障害の内容に応じた配慮がなされています。</p> <p>事業所としての広報誌「きぼうの家便り」が毎月発行され、保護者会と入居者自治会が毎月開催され、その日は駅まで送迎バスを運行し、多くの利用者の家族等が参加されています。</p> <p>基本理念「共感と信頼」のもと、決定事項は「トップダウン」方式ではなく、出来るだけ職員間の審議を大切に「ボトムアップ」で重要事項も決定できるようにし、各職員は任されているという責任感のもと、サービスの質の向上に向け良く取り組まれています。しかし、実践されたことを積み上げるための仕組み整備(記録や成文化等)に欠けるのではないかと思われる面が見られました。</p> <p>今年度、5つの目標を掲げ、関係する委員会・担当業務を中心に、厨房・食堂の改築に合わせ安心安全な食事環境整備、利用者のニーズに応え充実し創意工夫した日中活動など、積極的に良く取り組まれています。</p> <p>今後はその成果が着実に生かされるよう定着をはかっていただけ、更なるサービスの質の向上を願います。</p> <p>重度者が多く、高齢化も進みますが、利用者の方々の地域でのあたりまえな生活を実現していくためのご活躍に期待しております。</p>
-----	--

特に良かった点(※)

サービスの質の向上に向け、組織的な体制を構築しています

○前年度の課題と事業所の5ヶ年計画をもとに、事業計画策定メンバーを中心に検討を重ね、職員の意向や利用者ニーズを反映して単年度事業計画を策定しています。単年度計画は各委員会・担当業務等の役割分担も明確で全職員が活動しやすい体制が取れています。

○サービスの実施状況は、3か月毎に振り返り、計画を見直しながら各委員会・担当業務で改善に向けて活発に取り組まれています。この一年の取組みには、かなり努力された様子が見えます。

管理者のリーダーシップが発揮されています

○管理者は、各委員会に殆ど出席し、担当委員会活動も行い、適時必要な臨時会議の開催等、全体を見通して組織運営をされています。毎月の自治会・保護者会等で利用者(家族・成年後見人含む)の意見を聴き、全職員に個別ヒアリングを年2回行い、利用者の願いや職員の意欲を大切にして、事業所運営にリーダーシップを発揮されています。

○経営や業務の効率向上や内容改善に向けては、職員に対して人事・労務・財務に関する情報を提供し、人材育成や人員体制に関する職員の意見を尊重したうえで、取り組まれています。また、福利厚生の一環としてバレー部・野球部を創設するなど、働きやすい環境づくりを心掛けられています。

利用者の健康保持や快適な食生活への支援ができています

○発作やアナフィラキシーショックが起こる可能性の利用者を事例とし、夜間発見者一人を想定しての少人数訓練や緊急搬送マニュアル等を整備し、職員に周知しています。また、医療面で必要な利用者に関する服薬・受診先のリストや感染症マニュアルも整備され、体調に変化があるときは速やかに手順に沿って対応できる体制が整っています。

○歯科医師または歯科衛生士による歯磨き・歯磨き介助・歯肉マッサージ等の方法や口腔衛生の指導を受けており、食後必ず歯磨きを実行されています。

○今年度厨房・食堂改築と共に環境整備に取り組み、利用者の食事を快適なものにするよう見直されました。誰でもがアレルギー対応を確認できる貼り紙、個別介助手順や見守り法の整備、個別に応じた椅子の高さや座り心地調整等、細やかな支援をしています。また、摂取量をチェックし、嗜好調査を生かし、利用者へのあたたかな職員の声掛けと共に、美味しく食事ができる支援ができています。

<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>管理面での整備が必要です</p> <p>○文書管理及び廃棄に関する規程や各職務分担規程が明確ではありません。また、日々の業務の中で確実に情報伝達したかの確認(サインなど)も必要に思います。</p> <p>○また、今回第三者評価の自己評価をされた時点で、数々の気づきを得られ、施設に必要なマニュアルや手順書をご検討いただいています。決して拙速ではなく、職員で充分検討された実用的なマニュアル、実用化できる手順書などを整備され、周知されることを願います。そして、分担して定期的に見直し、誰もが質の高いサービスを提供できるようにと願います。</p> <p>業務等を評価し、次につなげるプロセスの構築について</p> <p>○全体として改善課題は次年度の計画に入れていますが、今後は業務の継続、発展のためにも各委員会・担当業務の評価結果に基づいた改善策や改善計画を書面に残し、確実にサービスの質の向上を図る体制にされるよう期待しています。</p> <p>○外部研修はスクーリングも含め全職員が参加し、終了した職員は報告レポートを作成し、研修内容を発表しています。さらに、研修成果を分析・評価し次の研修に反映することが出来るような書面様式を作成し、キャリアアップに活用されてはいかがかと思います。</p> <p>多角的な検討について</p> <p>○毎月チーム会議等で個別支援や日常生活で支援する上での改善点等、多くの課題に対し良く検討されています。しかし、改善が難しい問題もあるかと思います。チームで話し合われた記録や利用者の特性などの共有を図り、全職員に意識付けし、多角的に検討されては如何でしょうか。対策立案・実施・改善に皆さんで取り組むとともに、他事業所の取組みも参考にされてはと思います。担当を超えた理解を持ち、職員一丸で取り組み、さらに向上されますことを願っております。</p>
----------------------	--

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

京都府福祉サービス等第三者評価事業

[様式9-2]

【障害事業所版】

評価結果対比シート

受診施設名	天ヶ瀬きぼうの家
施設種別	生活介護・施設入所支援・短期入所
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと介護保険にかかわる会
訪問調査日	平成28年1月28日

I 福祉サービスの基本方針と組織

評価分類	評価項目	評価細目		評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-1 理念・基本方針	I-1-1(1) 理念、基本方針が確立されている。	1	① 理念が明文化されている。	A	A
		2	② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	A	A
	I-1-1(2) 理念、基本方針が周知されている。	3	① 理念や基本方針が役員及び職員に周知されている。	A	A
		4	② 理念や基本方針が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	B	B
I-2 計画の策定	I-2-1(1) 事業計画の策定について	5	① 各年度計画を策定するための基礎となる中期(概ね3年)もしくは長期(概ね5年以上)計画が策定されている。	A	A
		6	② 事業計画の策定が組織的に行われている。	A	A
		7	③ 事業計画が職員に周知されている。	A	A
		8	④ 事業計画が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	B	B
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	I-3-1(1) 管理者の責任が明確にされている。	9	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	A
		10	② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	B	B
	I-3-1(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	11	① 質の向上に意欲を持ちその取り組みにリーダーシップを発揮している。	A	A
		12	② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みにリーダーシップを発揮している。	A	A

【自由記述欄】

I-1-1(1)	<p>1. 法人基本理念「共感と信頼」は、ホームページ・法人及び事業所パンフレット等に記載され、明文化されています。</p> <p>2. 理念に基づく「目指す法人像」「望ましい職員像」は明文化されており、これをもとに事業計画が策定されています。</p>
I-1-1(2)	<p>3. 理念や方針は職員会議等で唱和し、法人内研修(新人・中堅・主任)において理解が得られるようにしています。さらに、理念等を日々確認でき、目につく場所での掲示(玄関など)も検討されると良いかと思えます。</p> <p>4. 障害のある本人(以下「利用者」という)や家族・後見人に対しては、入所前に法人・事業所パンフレットを用い、理念・基本方針の理解を促す取り組みをしています。毎年家族や後見人に理念や「望ましい職員像」が明記された事業計画書の冊子を配布しており、年度初めの保護者会で説明し、周知を図っています。さらに、利用者にはわかりやすい説明、掲示等の工夫が望まれます。</p>
I-2-1(1)	<p>5. 平成26年からの事業所の5か年計画が策定され、利用者の高齢対策、施設の整備、人材確保等について明確に示されています。</p> <p>6. 前年度の事業実施報告と長期計画を照らし合わせ、本年度の事業計画を策定しています。策定にあたっては、全職員から事業計画策定メンバーを募り、2か月半にわたる検討を重ねたうえ案を全職員に明示し、さらに職員会議にて意見を聴取し、全職員の合意のもとに策定されています。</p> <p>7. 全職員で検討を重ねた事業計画は、年度末に冊子にして配布するとともに、実践に向けて取り組んでいます。</p> <p>8. 年度初めの保護者会で事業計画を配布するとともに説明しています。利用者には、障害の特性に合わせた説明を必要とします。さらに、読み仮名をつける等の工夫が望まれます。</p>
I-3-1(1)	<p>9. 管理者は、職員会議等で職員に自らの役割と責任について表明し、毎月発行「きぼうの家便り」機関紙に半期に一度、所長メッセージ欄が掲載されています。</p> <p>10. 法令についての研修に参加し、職員会議等で周知を図っています。法令に関する幅広い情報入手やリスト化する取り組みが必要に思えます。</p>
I-3-1(2)	<p>11. サービスの質の向上に係る組織的な体制が構築され、管理者は、各委員会に参加し、担当委員ではメンバーとして積極的に参画しています。また管理者は、臨時に必要とする会議や新たな委員会の立上げを積極的に働きかけ、職員の意欲や利用者の願いを大切にして、リーダーシップを発揮されています。全職員に個別ヒヤリングを年2回開催し、職員から意見や要望を聴取しています。</p> <p>12. 毎月主任会議・職員会議を開催し、職員に人事・労務・財務に関する情報共有の機会を設けています。利用者の現状把握や職員に欠員が出た時の募集等、業務の効率と改善に向けた取り組みがされています。福利厚生の一環としてバレー部・野球部を創設するなど、働きやすい環境づくりに取り組まれてもいます。</p>

II 組織の運営管理

評価分類	評価項目	評価細目		評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-1 経営状況の把握	II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	13	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	A	A
		14	② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見し、改善を行っている。	A	A
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。	15	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立し、職員のやる気向上に取り組んでいる。	B	B
		II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	16	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
	17		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。	A	A
	II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	18	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	B
		19	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り組みが行われている。	B	B
		20	③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。	B	B
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行なわれている。	21	① 社会福祉に関する資格取得のための実習生の受け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、積極的な取り組みをしている。	A	A	
II-3 個人情報の保護	II-3-(1) 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切	22	① 障害のある本人の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	B	A
II-4 安全管理	II-4-(1) 障害のある本人の安全を確保するための取り組みが行なわれている。	23	① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における障害のある本人の安全確保のための体制が整備されている。	A	A
		24	② 災害時に対する障害のある本人の安全確保のための取り組みを行っている。	A	A
		25	③ 障害のある本人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	A
II-5 地域や家族との交流と連携	II-5-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	26	① 障害のある本人と地域とのかかわりを大切にしている。	B	A
		27	② 地域の福祉ニーズを把握し、事業所が有する機能を地域に還元している。	C	B
		28	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。	C	B
	II-5-(2) 関係機関との連携が確保されている。	29	① 障害のある本人を支援するため、必要な社会資源や関係機関を明確にして連携している。	A	A
		30	② 家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	A	A

[自由記述欄]

II-1-(1)	13. 事業経営を取り巻く環境は、管理者より職員に報告し共有できています。地域の福祉ニーズ等は、担当者が自立支援協議会や地域の連絡会に参加し、情報の共有ができています。それらを事業所5か年計画や単年度事業計画に反映しています。
II-2-(1)	14. 今年度、調理室の環境整備と安心安全な食事環境の提供を事業計画の課題の一つとして、厨房・食堂改築実施とともに環境整備に取り組みました。経営状況や改善すべき課題は、関係委員会で検討し、組織的に検討・改善しています。法人本部より半期に一度、事業所の収支状況等の経営ヒアリングが行われ、指摘事項は関係部署に周知し、経営改善を図っています。
II-2-(1)	15. 「不動園障害福祉サービス事業採用案内」のパンフレットを作成すると共に、福祉施設就職希望者対象に相談会を事業所にて開催し、人材確保に努めています。事業計画の実現に向かって、職員の希望も聞きながら人事管理が行われていますが、各責任・役割の指標が明確ではありません。
II-2-(2)	16. 職員の就業状況や意向は施設長・副施設長で把握し、職員会議でプライバシーに配慮した上で報告されています。人材や人員体制に関する職員の意見を尊重し、より充実した環境整備の構築を図られています。介護休業法、育児休業法に適切に対応しています。
II-2-(2)	17. 職員に対する健康診断の実施や腰痛対策等の健康管理が行き届いています。メンタルケア等を専門職に相談できる体制もあります。定期的にスーパービジョンの時間を設け、バレーボールや野球の場を設定し和気あいあいと体を動かすなど、職員の福利厚生に積極的に取り組まれています。

II-2-(3)	<p>18. 「6つの望ましい職員像」を基本姿勢とし、キャリアアップ委員会を中心に職員の教育・研修に関する具体的な目標や体系的な計画策定に取り組んでいます。</p> <p>19. 職員全員に必要としている知識・技術に関しては、年間内部研修計画をもとに、外部から講師を招き実施されています。また、資格取得は積極的に職員に推奨され、外部研修は情報を入手して職員に紹介し、希望者には勤務時間の配慮等を行っています。職員全員外部研修(スクーリングも含め)を年1回受講しています。個別のキャリアアップ表等を、キャリアアップ委員会を中心に事業所独自のものを年間かけて策定されてきていますが、今のところは技量等を評価・分析までには行えていません。</p> <p>20. 外部研修を修了した職員は、報告レポートを作成し、研修内容を発表しています。研修成果や次の研修計画に反映するなどの分析や評価は、今のところ記録として残していません。</p>
II-2-(4)	<p>21. 実習生の受け入れについての基本姿勢は明文化しています。実習指導者研修が義務化されている資格については必要な研修を受講しています。実習生には事前に組織としての基本的な考え方・方針・利用者情報等をオリエンティングし、実習期間中はプログラムに沿って実習生とのヒヤリングを行い、学校側と連携も取れています。</p>
II-3-(1)	<p>22. 利用契約時に重要事項説明書の中で、実務上必要な個人情報の取り扱いを明示し、さらに機関紙等の写真掲載については承諾書にて同意を得ています。ボランティアや実習生に対しては、受け入れ時のオリエンテーションで守秘義務や個人情報の取り扱いについて説明しています。</p>
II-4-(1)	<p>23. リスクマネジメント委員会を組織し、緊急搬送マニュアル等整備し、職員に周知され、安全確保する取り組みが行われています。事故ヒヤリハット事例を収集し、課題を検討、対策を講じ、様々な事態を想定した事故対応マニュアルに改訂されています。キャリアアップ委員会と協働し夜間緊急時対応の研修を開催しています。感染予防委員会より服薬の必要な利用者、受診先のリストや感染症マニュアルも整備しています。</p> <p>24. 避難訓練時、孤立を想定した防災訓練をするとともに、備蓄を揃えリストも作成しています。、近隣の施設4か所と合同で消防署等連携し消防避難訓練を実施し、被災した際の利用者受け入れ先の仕組みもあります。利用者との外出・外泊は、職員が常時携帯電話にて施設に連絡が取れる体制があり、帰宅時の緊急連絡体制も取れています。</p> <p>25. リスクマネジメント委員会ではヒヤリハットを収集し、事故報告書と共に、分析・課題把握・対策を検討し、実行につなげる努力をしています。発作やアナフィラキシーショックが起こる可能性のある利用者を事例として全体で研修し、さらに夜間想定で緊急時の対応訓練(救急処置等)を発見者一人の場合等を想定し、少人数ずつで実施しています。</p>
II-5-(1)	<p>26. 利用者に合った社会資源や地域の情報を収集し、宇治福祉まつり、地元商店街の祭り、障害者スポーツ大会等に職員が協力し、企画の段階から参加しています。毎週地域の「どれみふぁサークル」や「アート教室」にその人に合った方法で参加し、訪れることができる配慮への働きかけをしています。</p> <p>27. 毎年「オープンデイ」を開催し、地域住民とのコミュニケーションを取っています。本年度は施設の改造工事のため実施していませんが、来年度開催予定で、既に計画されています。地域での自立支援の相談をされています。研修会や講演会開催は今のところ行えていません。</p> <p>28. 地域の理髪店・美容院よりボランティアで毎月数回、利用者の理髪をされながら交流が図られていますが、ボランティア受け入れマニュアルの整備が必要です。より多くの「地域社会と事業所をつなぐ柱」を増やされることに期待します。</p>
II-5-(2)	<p>29. 必要な社会資源・関係機関等のリストや資料は作成されており、職員間で情報を共有しています。地域連絡会に参加し、また相談支援専門員として自立支援協議会にて外部と連携しながら事例の相談や情報交換をしています。</p> <p>30. 毎月保護者会を実施して利用者の家族と懇談したり、月刊「きぼうの家便り」を保護者全員に配布又は送付しています。保護者には、個別支援計画書作成に合わせて個人面談を実施し、モニタリング確認表を送付し、個別支援の進捗状況を伝えています。</p>

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目		評価細目		評価結果	
					自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 サービス開始・継続	Ⅲ-1-(1) サービス提供の開始が適切に行なわれている。	31	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	B
		32	②	サービスの提供を始めるにあたり障害のある本人等(家族・成年後見人等を含む)に説明し同意を得ている。	A	A
	Ⅲ-1-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行なわれている。	33	①	支援内容の変更や暮らしの場の変更にあたり生活の継続性に配慮した対応を行っている。	A	A
Ⅲ-2 個別支援計画の作成とサービス提供手順	Ⅲ-2-(1) 障害のある本人のアセスメントが行なわれている。	34	①	アセスメントとニーズの把握を行っている。	A	A
		Ⅲ-2-(2) 障害のある本人に対する個別支援計画の作成が行われている。	35	①	個別支援計画を適正に作成している。	B
	Ⅲ-2-(3) 個別支援計画のモニタリング(評価)が適切に行われている。	36	①	定期的に個別支援計画のモニタリング(評価)を適切に行っている。	B	A
	Ⅲ-2-(4) サービス実施の記録が適切に行なわれている。	37	①	障害のある本人に関するサービス実施状況の記録が適切に行なわれている。	B	A
		38	②	障害のある本人に関する記録の管理体制が確立している。	B	B
		39	③	障害のある本人の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	B	B
Ⅲ-3 障害のある本人本位の福祉サービス	Ⅲ-3-(1) 障害のある本人ニーズの充足に努めている。	40	①	障害のある本人ニーズの把握を意図した仕組みを整備している。	A	A
		41	②	障害のある本人ニーズの充足に向けた取り組みを行なっている。	B	A
	Ⅲ-3-(2) 障害のある本人が意見等を述べやすい体制が確保されている。	42	①	障害のある本人(家族・成年後見人等含む)が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	B	B
		43	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	B
		44	③	障害のある本人(家族・成年後見人等含む)からの意見等に対して迅速に対応している。	B	B
Ⅲ-4 サービスの確保	Ⅲ-4-(1) サービスの一定の水準を確保する為の実施方法が確立されている。	45	①	提供するサービスについて一定の水準を確保する為の実施方法が文書化されサービス提供されている。	B	B
		46	②	一定の水準を確保する為の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	A
	Ⅲ-4-(2) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行なわれている。	47	①	サービス内容について定期的に評価を行なう体制を整備している。	B	A
		48	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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	C	B

[自由記述欄]

Ⅲ-1-(1)	<p>31. 法人、事業所のパンフレットは、写真入りで詳細な情報を掲載し、見学に来られた際に説明していますが、漢字にルビを振るなどの工夫でさらにわかりやすくなると思います。公共施設等へのパンフレット設置は補充が必要です。さらにホームページの内容充実として紹介ビデオ入り等、視覚を通しての働きかけも必要ではないかと思います。</p> <p>32. サービス利用にあたり、契約書及び重要事項説明書を用いての利用者(家族・成年後見人含む)に理解を得られるように丁寧に説明しています。後日随時の質問にも応じられています。サービスの開始に当たっては、内容や料金等について同意を得ており、今までにトラブル等は発生していません。</p>
Ⅲ-1-(2)	<p>33. グループホーム等への地域移行に際しては、移行先の事業所と相談支援事業所との連携を取り、移行後には生活支援員が定期的に本人と面会するなど、継続性に配慮したきめ細やかな対応が来ています。</p>

Ⅲ-2-(1)	34. アセスメントは、状況把握しやすい様式を用い記録しています。利用者(家族・成年後見人含む)の意向・ニーズを把握し、個別支援委員会等でアセスメントを行っています。
Ⅲ-2-(2)	35. 支援計画はサービス管理責任者を中心に、個別支援委員会で作成した仮案を各職員へ提示し、再検討や周知をしています。毎月チーム会議にてモニタリングを行っています。緊急に変更する場合の仕組みが必要です。また、日常生活を支援する上での留意点の具体性が、不十分なものもあります。
Ⅲ-2-(3)	36. 日々の記録をもとに、ケース会議を毎月行い、計画の進捗状況等を確認し合い、結果をサービス管理責任者が確認しています。
Ⅲ-2-(4)	37. 「支援記録システム」にて各利用者の記録は適切に行われています。記録の書き方については新人職員対象に「記録の書き方研修」を実施し、記入に差異が生じないように努力しています。 38. 利用者に関する個人情報の保存・管理・開示規定は重要事項説明書に記載されていますが、文書管理及び廃棄に関する規程等のマニュアルは無く、職員研修もされていません。至急改善を要します。 39. 毎日の申し送り時やパソコンネットワークを利用した業務日誌及びケース記録などで、日々の情報を共有しています。ただし、伝達方法や伝達確認に不十分さが見られます。
Ⅲ-3-(1)	40. 利用者本位のサービス提供については、運営基本方針に目指す姿勢を明示しています。利用者ニーズは、利用者本人からの聴き取りの他、意思疎通が難しい利用者については家族・後見人と面談する機会を設け、ニーズの聞き取りをしています。さらに自治会・保護者会・面会日・電話連絡時を活用し、家族や後見人から利用者ニーズの把握に努めています。 41. 利用者担当を個別に配置し、利用者のニーズの充足に向けた支援を担っています。チーム会議で支援内容のモニタリング・課題分析し、実践しています。例えば、「ラーメン店での外食」「旅行」「温泉」「カラオケ」等、出来るだけ希望を叶えています。
Ⅲ-3-(2)	42. 日常的に利用者が相談や意見を述べるとともに、個別に話しやすく相談室等設置しているが、意見を述べやすい環境整備の取り組みは十分とは言えません。 43. 苦情を受けて解決を図った記録の保管、対応策、結果等を公表されています。法人に第三者委員が設置されていますが、利用者(家族・成年後見人含む)には説明されていません。家族会の代表者が時折施設に訪れ意見を述べられています。 44. 意見や提案を受けた際の記録を残し、迅速に対応されています。記録の方法や報告の手順、対応策の検討について効果的な仕組みとなるようなマニュアル整備が必要に思います。
Ⅲ-4-(1)	45. 新規職員は2か月間OJTにて指導を受け、研修日誌を記入し点検を受けていますが、一定の水準を確保するための統一した実施方法について明確にされていません。サービス提供については日課マニュアルはありますが、利用者の状態に応じた基準を明確化したものはありません。 46. 日課マニュアルの見直しは、職員の意見や提案を反映しながら毎月行われています。
Ⅲ-4-(2)	47. 各委員会・担当業務の実施状況は、3か月毎に振り返りながら計画を見直し、年度末に評価しています。全体としての改善課題は、次年度の計画に入れています。 48. 各委員会の随時開催により課題を検討していますが、評価結果に基づいた改善策及び改善計画等の書面は残っていません。

IV 障害のある本人を尊重した日常生活支援

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
IV-1 障害のある本人を尊重した日常生活支援	IV-1-(1) 障害のある本人を尊重する取り組みがなされている。	49 ① 障害のある本人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。(プライバシーへの配慮)	B	A
		50 ② コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	B	B
		51 ③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。	B	A
IV-2 日常生活支援	IV-2-(1) 清潔・みだしなみ	52 ① 【入浴】入浴について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	A	A
		53 ② 【衣服】衣服について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	A	A
		54 ③ 【理美容】理美容について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重した選択を支援している。	B	A
	IV-2-(2) 健康	55 ① 【睡眠】安眠できるように配慮している。	A	A
		56 ② 【排泄】障害のある本人の状況に合わせた排泄環境を整えている。	B	B
		57 ③ 【医療】障害のある本人の健康を維持する支援を行っている。	A	A
	IV-2-(3) 食事	58 ① 【食事】楽しい食事ができるような支援を行っている。	B	A
	IV-2-(4) 日中活動・はたらくことの支援	59 ① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	B	A
	IV-2-(5) 日常生活への支援	60 ① 障害のある本人の意思を尊重した日常生活を送ることへの支援の取り組みを行っている。	B	A
		61 ② 事業所の外での活動や行動について障害のある本人の思いを尊重した取り組みを行っている。	B	A
	IV-2-(6) 余暇・レクリエーション	62 ① 障害のある本人の意思を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような余暇、レクリエーションの取り組みを行っている。	B	A

自由記述欄

IV-1-(1)	<p>49. 内部研修で虐待防止に関わる研修会を外部講師を招き開催しています。プライバシー保護についての規程は明文化され、マニュアルもあります。身体拘束については利用者又は家族・後見人の同意を得ています。同性介助、個別の空間の確保に努めています。</p> <p>50. 意志伝達に制限のある利用者の場合、担当職員・看護師・PT等連携し、出来るだけ正しく理解しようと努力されています。その利用者固有のコミュニケーションが取れている場合もありますが、具体的な支援内容・方法として明示されることが望まれます。</p> <p>51. 利用者の自治会、保護者会を毎月開催し、所長と協議する機会を持っています。他事業所の自治会や家族会等との連携は図られています。</p>
IV-2-(1)	<p>52. 入浴については、支援会議で定期的なモニタリングをしながら、利用者の希望や状況に合わせた入浴環境や器具の提供が来ています。浴室や脱衣場は、プライバシーを保護する構造・設備となっており、入浴の介助や支援内容は記録されています。</p> <p>53. 衣服については、利用者(家族・後見人)の希望を確認して、適した衣類が提供できるように配慮しています。また清潔感・身だしなみ・気温や体調にも気を付けて衣類を提供しています。</p> <p>54. 散髪を担当する職員を配置し、地域の理髪店・美容院と連携を図りながら、毎月3回ほどボランティアで訪問してもらっています。利用できない課題を抱えている利用者には職員で実施しています。</p>

IV-2-(2)	<p>55. 睡眠に関するマニュアルはありませんが、利用者の睡眠状況を把握するとともに、不眠傾向の利用者には寝具・部屋の工夫をするなど、個別性に合わせた支援が行われています。</p> <p>56. 身体状況に応じた設備や補助具の配備、排泄チェック表、こまめな清掃、事故防止、プライバシー保護、臭気対策等について、工夫して具体的な取り組みを行っていますが、臭気問題の解決は難しいです。</p> <p>57. 健康面に変調のある場合は、マニュアル手順に沿って速やかに対応できる体制があります。また、24時間看護師と連絡が取れる環境を整備しています。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口腔衛生の指導を受けることができおり、食後必ず歯磨きを実行されています。</p>
IV-2-(3)	<p>58. 利用者が快適に食事が取れるように、給食委員会を立ち上げ、アレルギー対応、個別の介助手順、個別の見守り法、食卓に応じた個別の椅子の高さや座り心地等、細やかな配慮をしています。また摂取量をチェックし、嗜好調査を行い、美味しく食事ができる支援がよく出来ています。</p>
IV-2-(4)	<p>59. 日中活動メニューは利用者の希望や特性により選択できるようになっており、アート教室、どれみふあサークル、リハビリテーション(マッサージ・足浴・リハビリ)、農耕(畑・茶畑・シイタケ栽培)、映像、手芸、スポーツセンター利用、調理実習、花卉回収、ドライブ、ミュージックケア、タオルストレッチ、散髪、清掃等、利用者が活動しやすい環境を整えています。また、就労支援として定期的に慰労会や外出を実施し、意欲が低下しない取り組みを実施しています。</p>
IV-2-(5)	<p>60. その人らしさが発揮できるよう日課業務に関しては定期的な見直しをしています。預かり金の取り扱いは責任の所在を明確にし、新聞・雑誌・テレビの要望に応じています。喫煙者にはルールを決め、また、買い物等の支援も行っています。</p> <p>61. 毎週水曜日に職員が付き添っての外出や遠足・旅行等、利用者の希望を尊重し計画立ててよく取り組まれています。また安全確保や不測の事態に備えて、利用者の事前学習や連絡先の明示カード等が準備出来ています。</p>
IV-2-(6)	<p>62. 余暇活動については、利用者(家族・成年後見人)の希望を把握し、出来るだけ叶えられるように支援しています。</p>