

[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 障害者支援施設 天ヶ瀬寮 | 施設 種別 | 施設入所支援・生活介護 (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31年3月19日

| | |
|-----|---|
| 総 評 | <p>(施設について)</p> <p>天ヶ瀬寮は、宇治市天ヶ瀬ダム南方の丘陵地にあり、自然環境に恵まれた立地です。この施設は、平成12年に設立された身体に重い障がいのある利用者の入所支援施設(定員60名)で、障害程度区分4(3人) 区分5(4人) 区分6(47人)平均5.9程度区分、平均年齢59.1歳の方々が入所されている施設です。短期入所、デイサービスセンター、相談支援事業所、診療所を併設されています。</p> <p>施設は利用者の安全によく配慮された建物で、設備が整い、隅々まで清潔で臭気もなく、訪問時には利用者を優しく笑顔で支援されている職員の姿が多く見受けられました。また、入浴は、利用者の希望に応じて「ゆったりゆっくりした入浴支援」を行っています。機械浴利用の方もリフト・シャワー・チェアの3種から選べます。重い障がいのある利用者が満足を得られるように努力されています。また、施設全体において職員への負担軽減等、働きやすい配慮もなされています。</p> <p>(職員体制)</p> <p>今、どの福祉現場においても職員の人材確保に懸命に努力されています。当事業所においても「利用者の外出等の個々の希望を十分満たせない」状況があり、職員増員が大きな課題とされています。人材確保については、紹介企業、派遣会社、知人紹介等々を積極的に活用し、立地条件の悪いなか、法人・職員一丸となって取り組まれています。</p> <p>そのような厳しい中でも職員数を確保し、現職員体制で利用者の安心安全を第一に、出来る限り利用者本位の支援を重視してサービスを提供されています。</p> <p>(介護と医療・看護の連携)</p> <p>利用者にとって医療サポートは必要不可欠なものです。当事業所では日中診療所が併設され、週5日医師が勤務し、看護師は常勤しています。利用者も職員も安心できる医療サポート体制があります。介護と医療・看護の連携のもと利用者に寄り添い、日々サービスを遂行されています。これからも連携の相乗効果を発揮され、利用者一人ひとりが豊かな生活が出来るサービス提供を期待いたします。</p> |
|-----|---|

特に良かった点(※)

- 1、理念実現に向けて、働きやすい組織体制を構築しています**
 ○法人理念「共感と信頼」及び基本方針「望ましい職員像」が職員に浸透し、一人ひとりの利用者の尊厳を大切に日々取り組まれている組織です。
 ○事業計画は、全職員から策定メンバーを募って(自発的参加型のワーキングチーム)検討を重ね、全職員合意のもとに策定されています。
 ○管理者は、法人会議で決定した方針や内容を職員会議等で報告、改善すべき課題を全職員で検討、積極的に業務の効率化と改善に努められています。職員が働きやすい職場環境を目指して、感染症対策(ノロ・インフルエンザ)、通勤者のための通勤バス運行、積雪・凍結対策、時間外労働縮減などの検討を行っています。
- 2、サービスの質の向上に向け、職員が意欲的に取り組んでいます**
 ○職員の資格取得受験は勤務扱いにするなど、組織的に取り組んでいます。また喀痰吸引等は全費用を負担し資格取得を図っています。職員全員に必要なとされる知識・技術の研修は、年間内部研修計画をもとに、外部からも講師を招き毎月実施されています。また、滋賀県の障害者施設と相互評価を行い、意見交換しながら新しい技法導入等を積極的に検討されています。
 ○職員一人ひとりが目標や課題を自己振り返りシート(半期に一度各自振り返り)に記入し、次の研修受講計画等を管理者と話し合い、自己のサービスに対する質の向上に努めておられます。外部研修を修了した職員は報告レポートを作成し、職員会議で研修内容を発表すると共に、パソコン内にホルダーを設けて全職員が閲覧出来るようにし、互いに研鑽されています。
 ○職員は常に意欲的に取り組まれています。
- 3、利用者の希望を尊重した食事への支援が良くできています**
 ○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、“食”への利用者一人ひとりに対する細やかな配慮がなされています。
 ○食事が利用者の嚥下機能に見合うように、調理刻みを6区分に分け、丁寧に刻み分けて提供されています。配膳ミスを防ぐカラータグを付け、摂取量を確認し、嗜好調査を行い、温かいものは温かく、冷たいものは冷たく提供し、どの利用者も美味しく、楽しく食事ができるように支援されています。
 ○食事介助に関わる人材確保が難しいなか、職員は利用者ペースでゆっくり介助する努力をされていました。

特に改善が
望まれる点(※)

1、職員の就業状況の比較・検討について

○職員の就業状況や意向は、個別ファイルで把握確認していますが、有給休暇消化率や時間外労働等のデータは、分析・検討しやすくするために一覧表での管理が望まれます。

○一覧表で管理することで、職員の就業状況の偏りや問題点が正確に見えるのではないのでしょうか。人員不足のなか、非常に難しい問題ではありますが、どんな状況でも職員が常に仕事に対して意欲的に臨めるような環境を整えることが大切だと考えます。その上で改善に向けた具体的なプランを検討されては如何でしょうか。

2、各職種間の連携について

○個別の緊急対応手順や体制が定まっている利用者も有りますが、どの利用者も変調を来すときがあり、その対応策が必要と思われる。看護師をはじめ、多職種間の緊急時の役割や連携を明確にした支援体制をマニュアル・個別手引書等で示し、職員に周知徹底されることが必要と思います。

○意思伝達に支障のある利用者の場合、その利用者固有のコミュニケーション手段やサインによる支援がよく行われていません。利用者が何時も安心して過ごせるよう、その豊富なコミュニケーション力を他の職員と共有し、互いのスキル向上と連携強化に活かされては如何でしょうか。

3、利用者や家族の高齢化を視野に入れた中・長期計画へ

○利用者家族の高齢化に伴い、利用者との情報交換や意向確認の困難なケースが増えているとのこと。また、利用者自身の高齢化により、意思確認が困難化し、個別支援をするうえでの課題も増えると思われる。

○施設が開設されてまもなく20年を迎えます。この間、障害者支援法も介護保険法も目まぐるしく変化し、利用者の人権やプライバシーの尊重が一層厳しく問われる一方で、それを支える職員の人手不足は深刻さを増しています。

○長期的には、高齢利用者（家族）からどのように生きたい（生きさせたい）かという終末への希望を聞き取り、これを実現するための施設環境整備計画案と人的・物理的な支援環境モデルを立案してみてもいかがでしょうか。

○個室化等施設整備や介護機器（ロボットなど）導入には多額の費用が必要であり、現行制度のもとでは、理想の図面は描けても、その具体化は非常に困難だと思われる。

○しかし、障がい者支援のクラウドファンディングなど、資金調達方法や支援者募集の活動を利用者とともに進めるなどして、社会的な認知度を高め、計画実現に向けた歩みを進めることは、可能ではないのでしょうか。

○理想形を追い求める中で、中・短期的に実現したい課題が明らかにされたら、中期計画に盛り込んで、取り組んではいかがでしょうか。

※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。

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) 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-(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。 | B | B |
| | | 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 | A |
| I-2 計画の策定 | I-2-(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。 | C | 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 | A |
| 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。 | 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 | A |
| | I-3-(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。 | B | 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) | <p>1. 法人理念「共感と信頼」は、ホームページ・パンフレット等に公表し、玄関に掲示しています。</p> <p>2. 理念に基づく基本方針「目指す法人像」「望ましい職員像」が明文化されており、これをもとに事業計画が策定されています。</p> |
| I-1-(2) | <p>3. 全職員が、理念・目指す法人像8項目・望ましい職員像6項目の印字されたカードを携帯し、毎月職員会議や主任会議で理念・職員像の唱和を行い、周知が図られています。法人内研修(新人・中堅・主任)において理念や方針についての理解を促すための取り組みが行われていますが、パートや宿直職員への取り組みが十分では有りません。</p> <p>4. 障害のある本人(以下「利用者」という)や家族・成年後見人に対しては、重要事項説明時等に、理念・方針が障がいの状況に合わせて分かりやすく説明されています。また、周知状況を確認し、継続的に理解を得る取り組みが行われています。</p> |
| I-2-(1) | <p>5. 法人の長期計画を基に、事業所の3か年中期計画が策定され、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しています。さらに次期、中・長期計画を検討しています。</p> <p>6. 前年度の事業実施報告と中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(自発的参加型のワーキングチーム)検討を重ねたうえ、案を全職員に明示しています。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しています。年度途中に中間評価を行い、見直しながら達成に向けて取り組んでいます。</p> <p>7. 検討を重ねて策定した事業計画は、年度当初に全体集会を開催して全職員に配布すると共に説明し、職員への周知を図っています。</p> <p>8. 毎年、利用者(家族・成年後見人含む)に対し重要事項説明会を行い、事業内容が理解してもらえるように説明しています。事業計画書は希望があれば配布するとともに説明しています。利用者の障がいの特性に合わせ、分りやすく書く(平易な言葉)、大きな文字で書く、ひらがなで書く等々配慮し、計画目標を利用者の枕元に貼り付ける等の工夫も行っていきます。</p> |

| | |
|---------|---|
| I-3-(1) | <p>9. 管理者(施設長)は、「基本的な施設運営の進め方」を文書化して全職員に配布すると共に、職員会議等で自らの役割と責任について職員に表明しています。年4回発行の機関誌「天ヶ瀬寮だより」に管理者からのメッセージがしっかりと掲載されています。</p> <p>10. 管理者は、法令に関する外部研修に参加するほか幅広く情報収集して、最新内容を把握し、関係法令等をリスト化されています。職員が遵守すべき法令等は、研修会を開催して周知を図っています。法令改正等があった場合は、その都度、各部署・主任・副主任へ資料配付すると共に説明しています。</p> |
| I-3-(2) | <p>11. サービスの質の向上にかかわる組織的な評価・検討体制が構築されています。管理者は、職員会議等で職員からの意見や要望を聴取すると共に、業務の見直しを積極的に提案しています。また、自治会(利用者で構成される自治会)からの意見聴取を行い、利用者の要望やサービスの課題を把握し、質の向上・課題改善に向けた取り組みにリーダーシップを発揮しています。サービスの質を高めるため、職員の研修や人材確保に向けた施策にも積極的に取り組んでいます。</p> <p>12. 管理者は理念や基本方針の実現に向けて人事、労務、財務等の面から検証・分析を行い、経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みを行っています。毎月主任会議・職員会議を開催し、職員に人事・労務・財務等に関する情報共有の機会を設けると共に、人員配置や職場環境の整備など職員の意見を聞く機会を設け、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されています。</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。 | A | A |
| | | 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。 | A | A |
| | | 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。 | A | A |
| | | 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 | A |
| 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」に基づき適切に管理している。 | 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。 | B | B |
| | | 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。 | B | B |
| | | 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。 | A | 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 | B |
| | | 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。 | B | A |
| | | 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。 | A | A |
| | 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。 | B | A |

| 【自由記述欄】 | | | | | | |
|----------|---|--|--|--|--|--|
| II-1-(1) | <p>13. 管理者は地域福祉事業全体の動向を把握し、法人施設長会議での情報と併せて職員に逐一報告し、共有できています。地域の福祉ニーズ等は、サービス管理責任者が自立支援協議会や地域の連絡会に参加し、具体的な情報の把握ができています。それらを中期計画や単年度事業計画に反映しています。</p> <p>14. 法人本部より年2回経営ヒアリングが行われ、事業所の収支状況やコスト分析、利用者の推移等を見直す機会が設けられています。その際に明らかになった課題を関係部署で分析するとともに、公認会計士等の専門家による指導や指摘事項を受け、経営改善に活かしています。</p> | | | | | |
| II-2-(1) | <p>15. 必要な人材や人員、人事管理に関する基本方針が確立しています。毎月の職員配置状況を管理職会議で把握し点検すると共に、必要な人材確保に関してはあらゆる方法で積極的に人材募集に努めるなど、尽力されています。管理者は年1回全職員との面談で、個別の希望や意見等を聴き、より一層職員のやる気向上に取り組んでいます。年度初めに職員の役割(委員会・担当利用者)を決め、主任・副主任より指示・指導する体制を明確にし、求められる役割・責任が職員に周知されています。</p> | | | | | |
| II-2-(2) | <p>16. 職員の就業状況や意向は管理者が把握し検討しています。しかし個別ファイルでの管理で、把握した職員の意向・意見や就業状況チェックの結果を分析・検討する担当部署が明確ではありません。有給休暇消化率や時間外労働等のデータを分析・検討し、具体的な改善策の実行が望まれます。同時に有給休暇取得率の向上が願われます。介護休業法・育児休業法については適切に対応しています。</p> <p>17. 福利厚生「共済会」に加入しており、職員に対する健康診断の実施やインフルエンザの予防接種(費用は法人負担)、メンタルヘルス研修等を実施しています。外部カウンセラーに相談できる体制もあります。また、被服費用助成、全職員の食事会(お弁当)、歓送迎会補助などを行っています。</p> | | | | | |
| II-2-(3) | <p>18. 「6つの望ましい職員像」を基本姿勢とし、職員の教育・研修に関して中・長期的視点に立った計画が明示・実行されています。職員が希望する資格取得は組織で計画的に進め、勤務扱いにて支援しています。喀痰吸引等は全費用を負担し、今年も3名が取得しています。また、介護福祉士、社会福祉士等への資格手当を支給しています。</p> <p>19. 職員全員に必要とされている知識・技術取得に関しては、年間内部研修計画をもとに、外部からも講師を招き研修会が開催されています。個別の教育研修計画は、正職員はキャリアパスで対応し、等級ごとに必要とする資格・能力を明確にして計画的な能力向上の支援をしています。滋賀県の障がい者施設と相互評価を行い、意見交換しながら新しい技法等を検討しています。</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、職員会議で研修内容を発表すると共に、パソコンにて全職員が閲覧出来るようにしています。個別目標や課題を自己振り返りシート(半期に一度各自振り返り記入)を活用し、次の研修計画等を管理者と話し合っています。</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確化しています。実習指導者は「社会福祉士実習指導者研修」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ーリングし、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. 個人情報の保護に関する規程を制定しています。重要事項の説明時に、実務上必要な個人情報の取り扱いを明示し、さらに機関紙等への写真掲載については書面にて同意を得ています。ボランティアや実習生に対しても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・周知しています。</p> | | | | | |

| | |
|----------|--|
| II-4-(1) | <p>23. 安全の確保は最も基本的な質の保証として、毎月のリスクマネジメント委員会で事故防止体制についての評価・見直しが行われています。利用者の様々な障害特性やリスクに応じた「対応マニュアル」を作成し、職員には必要な救急法の研修を行って、緊急時に対応できるようにしています。しかし、緊急の場合に備えての他機関との連携・協力体制の一層の強化が望まれます。</p> <p>24. 近隣の法人施設3か所と合同で、消防署等と連携した防災避難訓練を実施しています。立地に合わせた災害を想定し、土砂災害に対する防災訓練を予定され、その対応マニュアルを検討しています。施設ホールは福祉要配慮者避難所として宇治市に登録され、必要な訓練も行われています。ガス発電機2台保有、備蓄食糧は100人分を4日分等を常備されています。緊急時の個別の利用者マニュアルは有りますが、災害時対応も意識したマニュアルに更新されることが望まれます。</p> <p>25. 障害のある本人の安全を確保するため、毎月のリスクマネジメント委員会で、収集したヒヤリハット・事故報告を検証・分析しています。その結果を基に、現場の棟会議(スタッフ会議)で対策を検討・立案して、再度リスクマネジメント委員会に報告します。さらにリスクマネジメント委員会では「未然防止策」として、職員への周知と実行につなげています。リスク回避については介護・看護の立場から、個々の利用者に対応した検討を密に行っています。起こった事故や対策は掲示し公表、全国大会で事例発表もされています。職員会議では、安全確保・事故防止に関する事例を基に研修をしています。</p> |
| II-5-(1) | <p>26. 利用者間の交流を図り、他の事業所との卓球バレー・障がい者スポーツ大会・施設間交流会が行われています。利用者個別外出の支援を行い地域に出かけていますが、地域への行事参加等は、職員の配置もあり限られているのが現状です。立地的に難しい問題がありますが、地域住民と日常的に触れ合う機会や訪れることができるよう期待します。</p> <p>□ 27. 地域住民とのかかわりを深め福祉ニーズの把握を図るため、市と協力して「防災サポートリーダー養成講座」や地域住民が参加する研修会等に講師派遣を行うなどの活動に努めています。また、在宅障がい者の相談支援事業も行っています。公共交通機関が不便な地域のため送迎車を無料運行し、地域住民の交通手段の一助となる活動を行っています。</p> <p>28. ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明文化したマニュアルを整備し、ボランティア講座や体験学習等を実施しています。行事や外出の際のボランティアについては施設や利用者の特性を説明し、個人情報保護の同意を得ています。喫茶・作業療法・ネイル&ハンドマッサージ・音楽療法・散歩・話し相手等のボランティアを受け入れています。参加されたボランティアには、アンケートに協力してもらい要望等を聞くなどして、より多くのボランティアに参加してもらえる環境づくりに努力されています。</p> |
| II-5-(2) | <p>29. 障害のある利用者に必要な社会資源・関係機関等のリストや資料が作成されており、職員間で情報を共有しています。関係機関・団体等と定期的な情報交換を行い、在宅障がい者本人への相談活動を通じて支援の改善に繋げた事例もあります。</p> <p>30. 利用者の日常の様子や事業所の現況を定期的に家族に知らせ、少しの変化でも家族への連絡を行うと共に、対応について意向を聞いています。また、家族からの相談を受けやすいように利用者ごとに担当職員を定めています。ケース会議や施設の行事に家族への参加を呼びかけ、年4回「天ヶ瀬寮だより」を家族全員に配布又は送付しています。</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。 | A | A |
| | | 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。 | B | 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。 | B | 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 | A |
| | 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。 | A | 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 | A | |
| 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。 | A | A |
| | | 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 | A |
| 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。 | A | A |
| | | 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。 | A | 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。 | A | 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。 | A | A |

| 【自由記述欄】 | | | | | | |
|---------|---|--|--|--|--|--|
| Ⅲ-1-(1) | <p>31. 事業所の情報はパンフレットやホームページ等で提供しています。ホームページは内容を充実させ、見やすく分かりやすいものにリニューアルされています。見学は希望時に対応し、マニュアルに沿って丁寧に説明し見学シートに記録しています。体験希望者には、一泊二日か二泊三日のお試し利用の機会を設け、入所時の不安解消に役立っています。また施設行事の様子はインスタグラムでも紹介しています。</p> <p>32. サービスの利用開始にあたり、内容や料金等については重要事項説明書を用いて、利用者(家族・成年後見人含む)の理解を得られるように分かり易いように工夫して説明し、同意を得ています。利用者本人と意思疎通が難しい場合は、家族等に説明し、同意を得ています。</p> | | | | | |
| Ⅲ-1-(2) | <p>33. 相談支援事業を併設しており、他機関との連携がよくとれています。施設移行や在宅移行についてはサービスの継続性に配慮した手順を基に引き継ぎ文書を渡すと共に、利用者・家族等や関係機関の支援相談員等と十分連携・協議を行い、移行がスムーズに進むよう配慮されています。また行政の方にも参加してもらっています。</p> | | | | | |
| Ⅲ-2-(1) | <p>34. アセスメントは、身体状況や生活状況、行動の特徴等を福祉ソフト「ほのぼの」を導入し、入力しています。利用者(家族・成年後見人含む)の意向やニーズを把握したアセスメントが行えています。</p> | | | | | |
| Ⅲ-2-(2) | <p>35. 個別支援計画は、サービス管理責任者が、利用者の担当生活支援員と連携して策定しています。支援計画の内容は、医療やリハビリテーション、メンタル面での支援等も含めた総合的な視点で策定されています。日常生活を支援する上での具体的な留意点を、関係職員に周知する手順とともに定めています。</p> | | | | | |

| | |
|---------|--|
| Ⅲ-2-(3) | 36. 日々の記録をもとに、毎月ケース会議で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。利用者の状況変化等には随時対応しています。 |
| Ⅲ-2-(4) | <p>37. 支援記録システムを活用して各利用者の記録は日々適切に行われ、実施状況や支援の様子が、具体的に分かりやすく記載されています。記録の書き方については研修を実施し、記録にばらつきがないように努力しています。</p> <p>38. 利用者の記録については管理規程(個人情報の保護・管理・開示)が定められ、ファイルはロッカーにて施錠管理を徹底しています。PC内(クラウドサービス含む)に保存されている情報について、職員は常時閲覧出来る状況ですが、PC内の情報廃棄規定の明文化及び職員への研修が必要と思われるます。</p> <p>39. 利用者の情報は、PCにて日々共有しています。サービス担当者会議や個別支援会議をほぼ定期的に開催しています。利用者支援等で至急相談が必要な場合等は、個別支援会議を緊急開催するなどして常に情報共有を図り、全部門で横断的に取り組んでいます。</p> |
| Ⅲ-3-(1) | <p>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、目指す姿勢として明示しています。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・成年後見人等と面談する機会を設けています。さらに利用者の自治会からの意見聴取や家族等との電話連絡により、利用者ニーズの把握に努めています。</p> <p>41. 把握した利用者ニーズに対する支援については、本人及び担当職員を交えて関係部署等で会議を行って検討し、実施に繋げています。実施された支援は、評価を行って、以後の支援に役立てると共に、支援見直し会議に諮り、より利用者ニーズの充足に向けた取り組みを検討されています。</p> |
| Ⅲ-3-(2) | <p>42. 日常的に利用者が直接職員に意見・要望を話しやすい環境です。個別に話しの出来る相談室等を設置し、利用されています。担当職員以外に外部の相談窓口も利用者(家族・成年後見人等含む)に周知されています。今後、匿名アンケートの実施等、さらに相談・意見・苦情を出しやすくする工夫が望まれます。</p> <p>43. 苦情処理マニュアルが整備され、苦情を受けて解決を図った記録を保管し、対応策、結果等を公表しています。利用者(家族・成年後見人含む)には、苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員が周知されています。また、玄関にもそのことを分かりやすく掲示しています。</p> <p>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、対応策の検討等について規定したマニュアルが整備されています。マニュアルの定期的な見直しも行われ、苦情や意見等をサービスの改善に反映しています。</p> |
| Ⅲ-4-(1) | <p>45. サービス実施マニュアルは整備され、利用者の状態に応じた個別の実施方法も整備されています。個別の実施方法は、利用者の希望を尊重した業務手順を定め、事故防止の観点からの留意点やプライバシーへの配慮等も図られています。サービスについて一定の水準を確保するため、キャリア年数に応じた研修が実施されています。</p> <p>46. 一定水準のサービスを確保するための「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の職員会議や棟会議で行われています。各利用者に応じた実施方法については、担当生活支援員が半期に一度見直し、年度末に利用者・家族等との面談にて聞き取りを行ったうえで、再度見直しています。また、他職種からの意見や提案を反映して、一人ひとりに応じた実施方法を丁寧に見直し、修正しています。□</p> |
| Ⅲ-4-(2) | <p>47. 各委員会や担当業務の実施状況は、随時、職員会議で点検し、年度末には評価しています。</p> <p>48. 各委員会や担当業務の評価結果に基づいた改善課題は、職員会議を経て、次年度の計画に組み入れています。</p> |

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 | B |
| | | 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。 | A | A |
| | | 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 | B |
| | 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。 | A | A |
| | | 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。 | B | B |
| | 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。 | A | 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 | B |
| | 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 | B |
| | | 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 | B |
| | 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 | B |

【自由記述欄】

| | |
|----------|--|
| IV-1-(1) | <p>49. 利用者尊重については、「目指す法人像」と「望ましい職員像」に記載し、サービス提供の基本姿勢として明確にしています。毎年、虐待・身体拘束禁止に関する研修会を開催し、意識を高めています。プライバシー保護については、規程を設けるとともに具体的な行動マニュアルもあります。同性介助、個別の空間の確保に努めていますが、居室は基本4人部屋でカーテン仕切りのみですので、簡易個室化等の改善策が願われます。</p> <p>50. 意志伝達に制限のある利用者の場合、出来るだけ正しく理解しようと努力されています。コミュニケーションツール(電子機器・絵カード・ジェスチャー等)を活用し、その利用者固有のコミュニケーション手段やサインの発見・確認を心掛け、支援する工夫がなされています。</p> <p>51. 利用者の自治会が2ヶ月に1回開催され、施設長・副施設長と協議する機会を持っています。他事業所の自治会との交流を図れるように情報提供をしています。家族同士の交流の機会を設けています。</p> |
| IV-2-(1) | <p>52. 入浴については、支援会議で定期的に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整備が来ています。機械浴も、リフト・シャワー・チェア式の3種が設置されており、「ゆっくりゆったりした入浴」の利用者希望に応じ、適切な介助方法に留意しながら入浴サービスを行い、その内容を記録しています。浴室脱衣室も広く清潔に保たれています。</p> <p>53. 衣服については、利用者(家族・後見人)の希望に合わせて選別しています。また清潔感・身だしなみ・気温や体調にも気を付けています。洗濯室に大型業務用洗濯乾燥機が5機有り、リネン専属の担当者が洗濯・たたむ・個人別仕分け・部屋への届けを手際よくされています。三評利用者アンケートからも、利用者の好きな服を着ることが出来ていることが確認出来ました。</p> <p>54. 理・美容専用の部屋が準備され、美容師が月2回、理髪師が月1回訪問して、利用者の希望に応じています。今のところ外部への送迎支援は行われていません。</p> |

| | |
|----------|--|
| IV-2-(2) | <p>55. 利用者の睡眠状況を把握するとともに、本人の希望に応じて個人持ち寝具の選択、体位変換の工夫や眠前薬見直しを医師に相談するなど、個別性に合わせた支援が行われています。4人部屋の為にびき等により眠れない場合には、一時的に居室変更して対応しています。</p> <p>56. 排泄環境については、個別利用者の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、具体的な取り組みを行っています。トイレの便器については、多種類の便器を準備して対応を図られ、寝ながらできる(差し込み式)排便器や、立位を維持する補助具を工夫したものなど、トイレ環境改善への試行や検討にも努力しています。汚れや臭気に十分配慮した環境が整っていました。</p> <p>57. 健康支援のため診療所を併設しており、平日昼間に(木曜休診)体調変化が生じた場合、速やかに対応できる体制があります。また、かかりつけ医のいる利用者については、かかりつけ医と連絡を取っています。訪問歯科受診を定期的を実施し、食後、歯磨きを各居室にて実行されています。しかし、体調面に変動があった場合の対応手順や、夜間も含め速やかに対応出来る体制については、更なる整備が必要と思われます。</p> |
| IV-2-(3) | <p>58. 利用者が快適に食事を取れるように、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、利用者に合う調理刻みを6区分に分け、配膳ミスを防ぐためカラータグを付け、摂取量をチェックしています。嗜好調査を行い、温かいものは温かく、冷たいものは冷たい状態で提供し、食事時間に余裕を持って対応されるなど、どの利用者も美味しく・楽しんで食事ができるようにしています。</p> |
| IV-2-(4) | <p>59. 利用者の「はたらく力」や思いに応じて、相談や具体的な支援を行い、他施設への就労に繋がっている利用者も有ります。しかし、日中活動メニューは、利用者一人ひとりのニーズに応じた活動の用意が十分ではありません。</p> |
| IV-2-(5) | <p>60. 利用者の希望や意思を尊重した日常生活が送れることへの支援に関しては、定期的な見直しをしています。預かり金の取り扱いや嗜好品は、利用者の希望に応えられています。喫煙者には害について正しい認識を持てるように話し、また他の方に迷惑をかけないようにルールを決めていますが、難しい点があります。</p> <p>61. 家族等との外出・外泊・面会時間は可能な限り希望に応じています。職員が付き添っての外出等は、安全確保等の体制が取れず、十分に取組みしていません。</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。職員数が限られている中で他施設と合同レクリエーションを行ったり、本人希望のサークル活動が行えるように工夫して取り組んでいます。</p> |