

福祉サービス第三者評価の結果

平成25年9月12日 提出(評価機関→推進委員会)



1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概況

事業所名称 (施設名)	拓光園生活介護事業所	種別	生活介護		
代表者氏名 (管理者)	所長 工藤敏夫	開設年月日	平成16年4月1日		
設置主体 (経営主体)	社会福祉法人 七峰会	定員	30名	利用人数	30名
所在地	〒036-1342 青森県弘前市大字百沢字東岩木山2628番地				
連絡先電話	0172(96)2331	FAX電話	0172(96)2332		
ホームページアドレス					

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
・生活介護	・春 桜祭り見学、運動会、さくらんぼ狩り
・生産及び創作活動	・夏 親子バス遠足、スイカ割り、バーベキュー
(しいたけ栽培、リサイクル石けん作り、花卉栽培	・秋 菊ともみじ祭り見学、焼き芋作り
裂き織り、刺し子、ビーズ手芸など)	・冬 クリスマス会、新春お楽しみ会、雪灯籠祭り見学
	・通年 外出行事(買物・食事・施設見学等)
居室概要	居室以外の施設設備の概要
	・食堂兼デイルーム 1
	・作業室 3
	・静養室 1

職員の配置

職種	人数	職種	人数
管理者(施設長)	1		
サービス管理責任者	1		
生活支援員	5		

2 評価結果総評

◎ 特に評価の高い点

事業所は、障害者支援施設「拓光園」に併設し、一体となった管理運営を行っていますので、評価に関わる各取組について、園の取組を参考にしながら、方針の明確化や組織体制の整備、マニュアル等の書類整備を適切に行っています。

職員の質の向上に向けた教育・研修体制が充実しており、特に専門技術や資格の取得については、勤務体制や研修参加に配慮したり、取得報奨金制度を設けたりするなど、組織として奨励しています。

利用者個々のニーズや特性に配慮して、日常動作訓練から軽作業、創作活動まで幅広い活動を用意するとともに、内容を工夫しながら充実した時間が過ごせるように取り組んでいます。また、買い物や食事、見学等の様々な外出行事を実施し、楽しみながら社会体験を積めるように努めています。

利用者等の苦情や相談、意見等に対して、体制やマニュアル等を整備して適切に対応しているほか、セクシャルハラスメントに関する利用者や家族等からの苦情や相談に対して、専用の受付窓口や処理体制を整備して対応しています。

◎ 改善が求められる点

専門的な知識を有する法人監事による監査は実施されていますが、法人の外部の専門家による外部監査が実施されていないので、法人と連携して、外部監査を実施することが望まれます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価は、実際事業所として取り組んでいることが適切に行われているかどうかを振り返り、再確認できる良い機会になっています。

利用されている方々が安心して、満足感を持って生活を送るために必要な支援を、利用者の立場に立って提供していくのが施設の役割であることを常に念頭に置き、今回の評価を今後の施設運営に生かしていきたいと思えます。

今後も定期的に第三者評価を受審し、サービスの質の向上のために努力してまいります。そして、今回熱心に調査及び評価をしていただいたことに対し、心より感謝申し上げます。

評価機関	名 称	社会福祉法人 弘前市社会福祉協議会
	所 在 地	青森県弘前市大字宮園2丁目8-1
	事業所との契約日	平成24年9月25日
	評価実施期間	平成24年9月25日～平成25年3月29日
	事業所への 評価結果の報告	平成25年9月10日

4 評価細目の第三者評価結果

評価細目の第三者評価結果

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織	第三者評価結果	評価結果講評
<p>I-1 理念・基本方針</p> <p>I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。</p> <p>I-1-(1)-① 理念が明文化されている。</p> <p>I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。</p> <p>I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。</p> <p>I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。</p> <p>I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。</p>	<p>a</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p>	<p>理念は、障がい者福祉におけるエンパワメントの理念を踏まえて、利用者の社会参加をすすめていくことを内容に、また、基本方針は、理念に基づいて、事業所の利用者に対する姿勢や地域との関わり方等を職員の行動規範となるような具体的、かつ分かりやすい内容で明文化し、パンフレットや重要事項説明書等に明示して事業所内外に周知しています。</p> <p>理念や基本方針は、職員に年度初めの会議で配布し、管理者が説明するとともに、毎月の会議等でも説明するなど、継続的な周知を行っています。また、利用者や家族等にパンフレット等を配布するとともに、家族等には、管理者が事業所行事の場で説明し周知しています。</p>
<p>I-2 計画の策定</p> <p>I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。</p> <p>I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。</p> <p>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。</p> <p>I-2-(2) 計画が適切に策定されている。</p> <p>I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。</p> <p>I-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。</p>	<p>a</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p>	<p>利用者が将来にわたって安心して生活できる環境を整備することを目標に、中・長期計画を策定し、障がい者福祉の動向や多様化する利用者のニーズに基づく課題を明らかにするとともに、その課題に対応する具体的な取組を明示しています。また、中・長期計画を踏まえた各年度の事業計画を策定し、年度の基本方針や運営に関わる具体的な事項を明示しています。</p> <p>各年度の事業計画の策定や実施状況の評価・見直し、中・長期計画の実施状況の把握、評価・見直しは、毎年1月に職員参画のプロジェクト会議で行っています。また、各年度の事業計画は、前年度の評価・見直し結果を反映させるとともに、職員や利用者の意見を取り込んで策定しています。</p> <p>各計画は、年度初めの全体会議で職員に配布して説明しています。また、利用者には、担当職員から、一人ひとりにわかりやすく丁寧に説明しています。</p>
<p>I-3 管理者の責任とリーダーシップ</p> <p>I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p> <p>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。</p> <p>I-3-(1)-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。</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り組みに指導力を発揮している。</p> <p>I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。</p>	<p>a</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p>	<p>管理者は、自らの役割と責任について、組織図や業務分担表に明示し、全体会議で職員に説明するとともに、各種会議へ積極的に参加し、助言や指導を行うことで職員から信頼が得られるように努めています。また、遵守すべき法令等について、研修参加やインターネットの活用により理解や収集に努め、リスト化して整備するとともに、職員に対して、会議等で説明したり、閲覧できるようにしたりして周知し、法令遵守に取り組んでいます。</p> <p>実施するサービスの質について、定例の運営会議に参加して現状把握に努めるとともに、責任者に年度を総括した評価・分析結果をまとめさせ、それをもとに課題の明確化や改善策の検討を行っています。また、業務の効率化や改善に向けて、職員の意見を聞きながら、人事・労務・財務面から分析し、職員が働きやすいような適正かつ効率的な人員配置や建物改修、備品購入等、具体的な取組を行っています。</p>

評価対象 II 組織の運営管理	第三者評価結果	評価結果講評
<p>II-1 経営状況の把握</p> <p>II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</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>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り組みを行っている。</p> <p>II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。</p>	<p>a</p> <p>a</p> <p>c</p>	<p>業界団体への加入、研修や会議への参加、情報誌の購読等により業界の動向把握に努めるとともに、障がい児者親の会等との意見交換、グループ事業所との連携、在宅障がい者からの相談等で地域の利用者の特徴やニーズを把握し、把握した情報を各計画に反映させています。</p> <p>管理者と経理担当で、毎月、月次試算表や利用状況をもとにコストや利用率分析を行って経営課題を明確にし、会議で改善策を検討するとともに、職員に課題や改善策を周知して改善に取り組んでいます。</p> <p>専門的な知識を有する法人監事による監査を実施していますが、あわせて、法人運営の透明性の確保のための取組として、公認会計士等による財産状況等の外部監査の実施、活用が望まれていますので、この取組に期待します。</p>
<p>II-2 人材の確保・養成</p> <p>II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。</p> <p>II-2-(1)-① 必要の人材に関する具体的なプランが確立している。</p> <p>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。</p> <p>II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p> <p>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。</p> <p>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り組みが行われている。</p> <p>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。</p> <p>II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。</p> <p>II-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。</p> <p>II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。</p>	<p>a</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p>	<p>指定基準に基づく人員及び職種を配置するとともに、社会福祉士等の有資格職員を配置することを基本的な考え方とし、法人で一括して人事管理が行われています。</p> <p>年1回、職員から職務に関する自己評価や意向、研修に関する意向等を調書で把握し、管理者が評定する方法で人事考課が行われ、適材適所の人事や人材育成等に活用されています。</p> <p>就業環境の改善に向けて、職員の就業状況に関するデータを定期的にチェックするとともに、就業に関する職員の意向を個別面談等で把握し、会議で分析して、必要な改善策を検討しています。</p> <p>基本方針や職員の倫理行動基準で、組織が職員に求める姿勢や基本的な態度を明示するとともに、必要とされる専門資格を明示し、それに基づく研修計画を策定しています。また、職員一人ひとりの技術や知識水準、専門資格の必要性等に配慮して研修計画を策定し、計画に基づいて内部研修の実施や外部研修への派遣が行われています。さらに、研修を終了した職員に、報告レポートの作成と研修内容の発表をさせることで、研修成果の評価・分析を行って、その結果を次の研修計画に反映させています。</p> <p>実習生の受け入れは、受け入れの基本姿勢を明文化し、必要事項を記載したマニュアルを用意しているほか、担当職員が実習指導者講習を受講しているなど、体制を十分に整備して行っています。また、資格種別ごとに配慮した実習プログラムを用意したり、学校の担当者が実習期間中も訪問したりするなど、実習が効果的に行われるように工夫して取り組んでいます。</p>
<p>II-3 安全管理</p> <p>II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。</p> <p>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。</p> <p>II-3-(1)-② 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。</p>	<p>a</p> <p>a</p>	<p>事故や感染症、災害などの緊急時に備え、リスクごとに対応マニュアルを作成し、責任や役割を明確にして職員に周知しているほか、救急法やリスクマネジメントの研修を実施したり、地域住民による災害時の協力体制を築いたりなどしています。</p> <p>事故やヒヤリハット事例を収集し、報告書にするとともに、毎月開催する事故防止委員会において、発生要因の分析や未然防止策の検討を行っています。また、防止策は、職員や利用者へ周知して事故防止に努めるとともに、委員会で実効性の評価・見直しも行っていきます。</p>

II-4 地域との交流			<p>「利用者の社会参加を容易にするために援助を行う」という考え方を明示し、利用者に地域の情報を提供するとともに要望を聞いて、見学や旅行、買い物、食事等の外出行事を実施しており、その際は、職員やボランティアが同行して支援しています。</p> <p>事業所や障がい者福祉に対する地域の理解を得るために、管理者が町内会の総会に出席して事業所の活動を説明したり、広報誌を配布したりしていますが、地域に参加を呼びかけて研修会等を開催したり、在宅の障がい者に向けた相談窓口を設けて周知したりするなどの積極的な取組が望まれます。</p> <p>ボランティアの受け入れは、基本的な考え方を明文化するとともに、マニュアルを整備して積極的に行っています。また、事故やトラブルがないように注意しながら、ボランティアが活動を通して自己実現できるように配慮しています。</p> <p>連携が必要な関係機関・団体について、その機能や連絡方法等を記載した資料を作成し、事業所内に掲示して職員で共有しています。また、関係機関・団体と定期的な連絡会を開催し、事例や課題の検討等を行っています。</p> <p>関係機関・団体やグループ事業所との連携、地域住民からの相談等により地域の福祉ニーズの把握に努め、把握したニーズに基づいて、短期入所や障がい児デイサービス、ケアホーム事業などを中・長期計画等に明示して実施しています。</p>
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
II-4-(1)-①	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	
II-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	b	
II-4-(1)-③	ボランティア受け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	
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。	a	
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	a	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。			
II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	a	
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。	a	

評価対象 Ⅲ 適切な福祉サービス	第三者評価結果	評価結果講評																								
<p>Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス</p> <p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p> <table border="1" data-bbox="193 371 751 533"> <tr> <td data-bbox="193 371 400 450">Ⅲ-1-(1)-①</td> <td data-bbox="400 371 751 450">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。</td> <td data-bbox="751 371 930 450">a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="193 450 400 533">Ⅲ-1-(1)-②</td> <td data-bbox="400 450 751 533">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。</td> <td data-bbox="751 450 930 533">a</td> </tr> </table> <p>Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。</p> <table border="1" data-bbox="193 611 751 772"> <tr> <td data-bbox="193 611 400 689">Ⅲ-1-(2)-①</td> <td data-bbox="400 611 751 689">利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。</td> <td data-bbox="751 611 930 689">a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="193 689 400 772">Ⅲ-1-(2)-②</td> <td data-bbox="400 689 751 772">利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。</td> <td data-bbox="751 689 930 772">a</td> </tr> </table> <p>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。</p> <table border="1" data-bbox="193 851 751 1093"> <tr> <td data-bbox="193 851 400 929">Ⅲ-1-(3)-①</td> <td data-bbox="400 851 751 929">利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。</td> <td data-bbox="751 851 930 929">a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="193 929 400 1008">Ⅲ-1-(3)-②</td> <td data-bbox="400 929 751 1008">苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。</td> <td data-bbox="751 929 930 1008">a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="193 1008 400 1093">Ⅲ-1-(3)-③</td> <td data-bbox="400 1008 751 1093">利用者からの意見等に対して迅速に対応している。</td> <td data-bbox="751 1008 930 1093">a</td> </tr> </table>	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り組みを行っている。	a	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。	a	Ⅲ-1-(2)-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	Ⅲ-1-(2)-②	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a	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。	a	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。	a	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。	a		<p>「利用者がもてる能力を十分に発揮し、その人なりの充実した生活を送れるよう支援する」ことを基本姿勢として明示し、それを個々のサービスマニュアルや個別支援計画に反映させています。また、虐待防止委員会を設けて、利用者の人権への配慮や虐待防止に向けた取組を検討し、職員に周知して取り組んでいます。</p> <p>プライバシー保護マニュアルを整備するとともに、各種支援マニュアルにもプライバシー保護の注意点を盛り込み、職員に対して、会議や研修等で周知して、利用者のプライバシーに配慮した支援に取り組んでいます。また、利用者が一人になりたい時にくつろげる部屋を用意するなど、施設面での配慮にも努めています。</p> <p>利用者満足の向上を目指す姿勢を基本方針の中に明示し、送迎時の聴取や連絡帳でのやりとり、個別面談等により家族等から利用者満足を把握しています。また、把握した内容を会議で分析するとともに、サービスの改善策を検討し、職員に周知して取り組んでいます。</p> <p>利用者が相談や意見、苦情を述べやすいように、受付窓口や第三者委員、相談スペースを設け、それらをわかりやすく説明した文書を掲示して利用者に周知しています。また、受付けた意見や苦情に対して、意見対応マニュアルや苦情解決の体制・手順を整備し、迅速に対応しているほか、セクシャルハラスメントに関する苦情や相談に対しては、専用の受付窓口や処理体制を整備して取り組んでいます。</p>			
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り組みを行っている。	a																								
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。	a																								
Ⅲ-1-(2)-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																								
Ⅲ-1-(2)-②	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a																								
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。	a																								
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。	a																								
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。	a																								
<p>Ⅲ-2 サービスの質の確保</p> <p>Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。</p> <table border="1" data-bbox="193 1245 751 1464"> <tr> <td data-bbox="193 1245 400 1323">Ⅲ-2-(1)-①</td> <td data-bbox="400 1245 751 1323">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。</td> <td data-bbox="751 1245 930 1323">a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="193 1323 400 1402">Ⅲ-2-(1)-②</td> <td data-bbox="400 1323 751 1402">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。</td> <td data-bbox="751 1323 930 1402">a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="193 1402 400 1464">Ⅲ-2-(1)-③</td> <td data-bbox="400 1402 751 1464">課題に対する改善策・改善実施計画を立て実施している。</td> <td data-bbox="751 1402 930 1464">a</td> </tr> </table> <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</p> <table border="1" data-bbox="193 1543 751 1682"> <tr> <td data-bbox="193 1543 400 1621">Ⅲ-2-(2)-①</td> <td data-bbox="400 1543 751 1621">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。</td> <td data-bbox="751 1543 930 1621">a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="193 1621 400 1682">Ⅲ-2-(2)-②</td> <td data-bbox="400 1621 751 1682">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。</td> <td data-bbox="751 1621 930 1682">a</td> </tr> </table> <p>Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。</p> <table border="1" data-bbox="193 1760 751 1977"> <tr> <td data-bbox="193 1760 400 1839">Ⅲ-2-(3)-①</td> <td data-bbox="400 1760 751 1839">利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。</td> <td data-bbox="751 1760 930 1839">a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="193 1839 400 1917">Ⅲ-2-(3)-②</td> <td data-bbox="400 1839 751 1917">利用者に関する記録の管理体制が確立している。</td> <td data-bbox="751 1839 930 1917">a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="193 1917 400 1977">Ⅲ-2-(3)-③</td> <td data-bbox="400 1917 751 1977">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。</td> <td data-bbox="751 1917 930 1977">a</td> </tr> </table>	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。	a	Ⅲ-2-(1)-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	Ⅲ-2-(1)-③	課題に対する改善策・改善実施計画を立て実施している。	a	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。	a	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。	a	Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	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。	a	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。	a		<p>サービス管理責任者が、独自の評価項目に基づいて、年度を総括したサービス実施状況の評価を行って、評価結果や課題を報告書にまとめています。また、報告書をもとに会議で分析・検討を行って、明確になった課題に対する改善策を検討し、次年度の事業計画に反映させて改善に取り組んでいます。</p> <p>個々のサービス場面に応じた標準的な実施方法を文書化した各種支援マニュアルを作成するとともに、会議や研修等で職員に周知し、マニュアルに基づくサービス提供に努めています。また、年1回、職員が、実践を踏まえながらマニュアルの適否を検証し、必要な見直しを行っています。</p> <p>利用者一人ひとりについて、個別支援計画に基づくサービスの実施状況をケース記録に記載するとともに、管理者等が記録内容を確認しています。また、利用者に関する記録は、規程やマニュアル等で必要な事項を定めて適切に管理しています。</p> <p>利用者の状況等に関する情報は、速やかに伝えるべき情報を口頭で伝達するとともに、パソコンネットワークの利用により職員間で共有しているほか、定期的に開催する部門横断の職員のケアカンファレンスでも情報共有が行われています。</p>
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。	a																								
Ⅲ-2-(1)-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																								
Ⅲ-2-(1)-③	課題に対する改善策・改善実施計画を立て実施している。	a																								
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。	a																								
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。	a																								
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a																								
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。	a																								
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。	a																								

Ⅲ-3 サービスの開始・継続			ホームページ上で、事業所の概要を紹介するとともに、サービス内容をわかりやすく説明したパンフレットを作成し、公共施設等に置いているほか、見学や一日利用に対応するなど、利用者への情報提供に努めています。
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。			サービスの開始にあたり、利用者や家族等に、サービス内容や料金等をわかりやすく記載した重要事項説明書を用意して詳しく説明し、同意を得て書面に残すとともに、必ず利用契約を取り交わしています。
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。	a	サービスを終了する場合は、終了後も担当者が相談に応じていることを口頭で説明しているほか、状況変化等により利用を休止して家庭にいる利用者を、職員が訪問して、状況を把握したり、相談に応じたりするなどの継続的な支援を行っています。
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。	a	
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。	a	
Ⅲ-4 サービス実施計画の策定			アセスメントは、統一の様式を用いて、実施方法や時期、見直し方法や時期等の手順を定めて行っています。また、アセスメントに基づいて、利用者一人ひとりの課題やニーズを明らかにし、アセスメント票や個別支援計画に明示しています。
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。			個別支援計画は、策定の責任者を置いて、利用者や家族等の意向を踏まえ、部門横断の職員のケアカンファレンスにより策定しており、利用者一人ひとりについて具体的なサービス内容が記載されています。また、モニタリングを2ヶ月ごとに行って、その結果をもとに部門横断の職員のケアカンファレンスを開催し、6ヶ月ごとに見直しを行っているほか、利用者の状況変化に応じた緊急の見直しも、ケアカンファレンスを開催して随時行っています。見直しにより変更した個別支援計画は、職員に変更点を口頭で周知するとともに、パソコンネットワークで共有が図られています。
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。	a	
Ⅲ-4-(1)-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	
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。	a	
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。	a	

福祉サービス内容評価		第三者評価結果	評価結果講評
A-1 利用者の尊重			<p>意思伝達に制限のある利用者について、日常の関わりや家族からの情報によりその人固有のサインの発見に努めるとともに、コミュニケーション能力を高めるための支援内容や方法を検討し、それを個別支援計画に明示して取り組んでいます。</p> <p>利用者や家族の希望を聴いて、様々な活動メニューを用意し、希望する活動に参加できるようにしているほか、買い物や食事等の外出行事を実施しています。また、利用者が自力で行う日常生活上の行為は、見守りを基本とし、必要に応じて迅速に支援することを会議で確認しており、必要性の判断は、あらかじめ利用者とは話し合っていて決めています。</p> <p>社会生活力を高めるために、園芸や手芸・工芸、歩行等の学習・訓練プログラムを用意しているほか、事業所外の社会資源を利用した買い物や食事、見学等の社会体験ができる機会を設けています。</p>
A-1-(1) 利用者の尊重			
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る。	a	
A-1-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	a	
A-1-(1)-③	利用者の自力で行うに日常生活上の行為意に対する見守りと支援の体制が整備されている。	a	
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る。	a	
A-2 日常生活支援			<p>食事サービスは、利用者一人ひとりの状況に応じた支援方法を個別支援計画に明示するとともに、マニュアルを用意して提供し、利用者の身体状況に合わせた個別のメニューや摂取量、食事形態等の食事を用意しています。定期的に行う嗜好・残食調査の結果を給食会議で検討し、献立に反映させているほか、行事食の提供や献立表の掲示を行っています。喫食環境について、利用者の意見をもとに給食会議で検討し、利用者が自分のペースで食べられるよう食事時間に幅をもたせるなどの配慮を行っています。</p> <p>入浴の支援は、利用者一人ひとりの健康状態や介助の留意点を個別支援計画に明示するとともに、マニュアルを用意して行い、個々のケース記録に支援内容を記録しています。入浴の回数や時間帯等は、利用者との話し合いで決めています。発汗や失禁で汚れた場合は、随時入浴することができます。委員会を設けて、浴室や脱衣場等の入浴環境の改善を検討し、事故防止やプライバシー保護対策を施しています。</p> <p>排泄の介助は、利用者一人ひとりの状況に応じた介助の留意点を個別支援計画に明示するとともに、マニュアルを用意して行い、個々のケース記録に支援内容を記録しています。トイレは、暖房を設備し、防臭対策や毎日の清掃を行っているほか、委員会を設けて環境の検討を行っています。</p> <p>利用者は、自分の意思で衣服を選択しているほか、衣服に汚れや破損が生じた場合は、更衣マニュアルに基づいて適切に対応しています。また、髪型や化粧等の身だしなみは、利用者の意思を尊重するとともに、必要に応じて職員が相談に応じているほか、整容マニュアルに基づいて支援しています。</p> <p>日常の健康管理は、マニュアルを用意して適切に行っているほか、毎朝のバイタルチェック、嘱託医の診察や看護師による健康相談、インフルエンザの予防接種、歯磨き指導、歩行運動等も行っています。利用者の健康面に変調があった場合は、マニュアルに基づいて対応しているほか、迅速かつ適切な医療が受けられるように、協力医療機関を確保して日頃から連携を図っています。薬の取り扱いには、薬の適切な情報を得て、管理や誤飲等対応のマニュアルを用意し、チェックリストで使用状況を確認するなど適切かつ確実に行っています。</p> <p>余暇・レクリエーションは、利用者や家族の希望を、聴取や連絡帳のやりとりで把握し、希望に沿って、地域の社会資源を活用した見学や買い物、食事等の外出行事を実施しているほか、お楽しみ会やお菓子づくり等の行事も実施しています。</p>
A-2-(1) 食事			
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る。	a	
A-2-(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る。	a	
A-2-(1)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a	
A-2-(2) 入浴			
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る。	a	
A-2-(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	
A-2-(2)-③	浴室・脱衣場の環境は適切である。	a	
A-2-(3) 排泄			
A-2-(3)-①	排泄介助は快適に行われている。	a	
A-2-(3)-②	トイレは清潔で快適である。	a	
A-2-(4) 衣服			
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る。	a	
A-2-(4)-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	
A-2-(5) 理容・美容			
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る。	a	
A-2-(5)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	—	

A-2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-①	安眠できるように配慮している。	—
A-2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-①	日常の健康管理は適切である。	a
A-2-(7)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
A-2-(7)-③	内服薬・外用薬の扱いは確実に行われている。	a
A-2-(8) 余暇・レクリエーション		
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る。	a
A-2-(9) 外出・外泊		
A-2-(9)-①	外出は利用者の希望に応じて行われている。	a
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る。	—
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
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る。	—
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る。	—
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。	—

