

宮城県福祉サービス第三評価結果

1 第三者評価機関名

(株)福祉工房

2 施設・事業所情報

名称：社会福祉法人 石巻祥心会 障害者支援施設 ひたかみ園	種別： 障害者支援施設
代表者氏名：施設長 大森道宏	定員（利用人数）：入所40名、生活介護60名
所在地：宮城県石巻市門脇字捨喰5番の1	
TEL：0225-93-9063	ホームページ：
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成4年4月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 石巻祥心会	
職員数	常勤職員：28名 非常勤職員 3名
専門職員	看護師：1名 精神保健福祉士：1名
	社会福祉士：2名 栄養士：2名
	介護福祉士：7名 保育士：3名
施設・設備の概要	(居室数) 46室 (設備等)
	大食堂 大浴場1・UB4 トイレ5か所11室 身障用トイレ2室 医務室・静養室 ＜防災設備＞ スプリンクラー・自動通報装置・煙探知機・火災報知器・消火器・誘導灯 ＜共有スペース＞ テレビ・マッサージ機 ＜その他＞ IHコンロ・公衆電話

3 理念・基本方針

法人理念：私たちは障害を持つ人がひとりの人間として尊重され 地域の中で自己実現できる支援をいたします

基本方針：1. 利用者ひとり一人の尊厳と個性を尊重し、自己選択および自己決定を大切にします。
2. 地域にひらかれた施設を目指します。
3. 地域ニーズに即した福祉サービスの提供と質の向上に努めます。

4 施設・事業所の特徴的な取組

年齢や障害の重さも様々な方が利用されており、近年では重度化・高齢化も顕著なため、軽作業・軽運動・リハビリ活動など、ニーズに応じた活動メニューを取り入れています。

生活支援については常に地域移行ということを前提とした支援を提供しており、退所後も相談支援事業所と連携しながらフォローアップを行っています。

第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 27 年 5 月 21 日（契約日）～平成 27 年 12 月 1 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2 回（平成 22 年度）

5 総評

◇特に評価の高い点

- ①法人の理事長が石巻市の障害福祉計画の委員を行い、地域における障害者の状況やニーズを的確に捉え、対応する努力がされている。
- ②人事評価システムに関して、年2回の個人面談、結果のフィードバック等、透明性の高い評価システムを採用し実施している。又、セルフチェックシートを利用し、職員自らの気付きを促し、サービスの質の向上に役立てる仕組みを作り上げている。
- ③利用者を尊重した日常生活支援体制が的確に行われており、施設内や利用者の居室は清潔に保たれており、利用者が日常安心して生活できる体制が作られている。

◇改善を求められる点

- ①今年度より法人としての中長期計画が策定され、法人として課題の明確化と取り組むべき課題のスケジュール化が図られている。更に、ひたかみ園としての中期的課題を明確にし職員に周知していくことが望まれる。
- ②セルフチェックや個人面談等を通じて職員の質の向上への取り組みが行われているが、更に組織的なサービスの質向上のための仕組みづくりが望まれる。
- ③利用者からの相談や意見に関して、職員との間のコミュニケーションが円滑にっていない部分が一部見受けられる。更に、職員のコミュニケーション力の向上に対する取り組みが望まれる。

6 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

入所者40名と通所者20名の生活介護を行っておりますが、今回は入所事業のみの受審となりました。

今回の受審結果を受け、組織的・計画的（定期的）というところの弱さが明確になりました。また、マニュアルについてはさらに細分化していく必要が拭き彫りとなり、大変参考になりました。

今後は組織的・計画的というところの意識を高めながら、改善を求められた点についての取り組みを進めていくとともに、評価をいただいた点についても更に向上に努めていきます。

今後も第三者評価を受審し、サービスの質の向上に努めます。

7 各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙のとおり（施設の区分に応じ福祉サービス第三者評価結果票を添付する。）

(別紙)

福祉サービス第三者評価結果票（障害者・児版）

- ※ すべての評価細目（71項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。
- ※ 評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

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

		第三者評価結果
I-1-（1） 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-（1）-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>社会福祉法人石巻祥心会（以下法人という）の理念をもとに事業所としての基本方針を掲げ、内容的にも事業所の実施するサービスの特性を表し、法人の理念との整合性も確保されている。理念、方針は期初の会議において職員に対し事業計画の説明時に合わせて説明され、利用者家族には保護者会総会において説明されている。職員には事業計画書に理念、方針が記載され配布されているが、利用者、家族への配布は行われていない。家族への配布も行うと同時に、利用者への周知への工夫も望まれる。ホームページへの記載も今後検討していくことが期待される。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-（1） 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-（1）-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>社会福祉事業全体に関しては、全国施設長会議や自立支援協議会等の業界団体やインターネットを通じ定期的に情報を得ている。地域的な情報に関しては石巻市の障害福祉計画の委員を行っている法人の理事長を通しての情報を適宜得る仕組みができています。</p>		
3	I-2-（1）-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業を取り巻く環境や課題に関しては法人における会議、事業所内における班長会議などを通じ、法人の幹部、事業所のリーダーとの情報交換が定期的に行われ、具体的な取り組みに結びつけている。</p>		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>中長期計画は平成27年度よりの5か年計画が策定されている。策定にあたっては法人において「中長期計画推進委員会」が組織され、各事業所より委員が選出されこの作業に当たった。中長期計画は細目にわたり策定されており、年度ごとの見直しも行われる予定となっている。事業所としての設定も望まれる。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>中長期計画は法人全体で述べられている部分が多く、各事業所単位としての計画としてはやや判りづらい面もある。事業所の年度計画との整合性も不明確な面が見受けられる。法人の中長期計画をもとに、事業所としての中長期での取り組みを具体化し、事業計画へ結び付けていくことが望まれる。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画は前年度の結果をもとにして、大枠は管理者が示し、各部門の一部職員を交えたリーダーと話し合いを行い、事業計画案を策定し、法人の理事会の承認を受け決定している。策定された事業計画はパートタイマーを含む全職員に配布、説明がされている。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画は年度初めに行われる保護者会総会において説明されているが、資料の配布はされていない。家族会においても必要と思われる内容を示した資料を配布し、家族の周知を図るとともに、利用者への周知のための工夫も望まれる。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a・b・c

<p><コメント></p> <p>職員単位で年1回のチェックリストをもとに、現状のサービスの質の確認を行い、会議での話し合いを行っている。毎月の班長会議やケース会議でもサービスの課題に関しての話し合いが行われ対策に結び付けられている。組織として現状のサービスの質の確認を行う仕組みをより明確化して行くことも期待される。</p>		
9	<p>I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>各会議を通じ職員やリーダー間での課題の共有はされ、課題解決のための取り組みは行われているが、より組織的な取り組みとしていくことが期待される。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
<p>Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p>		
10	<p>Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は期初に策定される事業計画において、自らの年度における方針と取り組みを表明し、各職員や家族会総会においての説明が行われている。管理者の役割と責任に関しては法人としての職務分掌が作成されており、事業計画書に記載されている。又、管理者の不在時における代行決裁権限も明確化されている。更に職員や利用者、家族に事業所の体制を明確化する意味でも体制図の作成もされていくことが期待される。</p>		
11	<p>Ⅱ-1-(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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は法令等の情報に関しては、法人における会議、全国施設長会議、行政等を通じ適宜情報が得られる体制となっている。得られた情報は会議等を通じ職員への周知が図られている。又、職場におけるコンプライアンス規定も作成され、法令の遵守が図られている。更に直接的な福祉分野に限らず、防災や環境、消費者保護等の周辺の法令等に関する周知も図られていくことが期待される。</p>		
<p>Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
12	<p>Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>職員個々のセルフチェックの実施、職員との個別面談等により現状のサービスの質の確認を行い、リーダー会議等において改善のための取り組みを指導している。更に組織的な取り組み体制作りが望まれる。</p>		

13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>経営状況に関しては事務部門が分析し、管理者への報告がなされる仕組みとなっている。把握された経営上の課題に関しては班長会議等を通じ、職員との情報共有が図られ、解決へ向けた取り組みがなされている。更に、年間を通した課題に関しては事業計画等への取り上げも検討していくことが期待される。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>事業所における必要な人材、有資格者等の人員配置に関する計画は策定され、これに基づく人材確保が行われている。更に今後は定着に関して工夫も検討していくことが期待される。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>職員の自己申告に基づき、前期、後期の年2回の人事考課が行われている。一次、及び二次評価が行われ、最終的に法人での決定がなされている。管理者による個別面談、評価後のフィードバックが行われ、透明性のある評価システムとなっている。</p>		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>職員の就業状況に関しては事務部門での把握と管理者への報告がなされており、メンタル的な課題に関しては、労災保険の付加サービスを行う保険会社でのメンタルケアサービスが受けられる仕組みを持っている。福利厚生として「石巻市Iワークサポートセンター」へ法人として加入しており冠婚葬祭時の補助等が受けられる仕組みとなっている。</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。		
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>年2回の人事評価時の面談に際し、各職員より取り組み目標が提出され、この目標に対する取り組み等が職員と管理者との間で個別に話し合われている。毎年定期的に行われ、前年の達成状況や、中間での進捗状況などが話し合われ、目標達成のための支援が行われている。</p>		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a・ b ・c

<p><コメント></p> <p>サービスの質の向上に関しては、事業所の基本方針にもうたわれており、事業計画にも明記されている。更に、課題とテーマを明確にした、より具体的な研修計画が策定されることが望まれる。</p>		
19	<p>II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>個別研修の記録は事業報告書に記載され、毎月の職員会議で職場内研修が行われ、また職員による個別テーマごとの研修を外部等で受ける仕組みとなっており、そのための情報は必要な各職員へ提供されている。職員の個々のスキルの把握と、研修に対する組織的な体制と取り組みを明確化していくことが期待される。</p>		
<p>II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。</p>		
20	<p>II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>実習生は昨年度 21 名が受け入れられている。窓口はそれぞれの専門職が行っている。指導者は指導のための研修を受け、学校等との覚書の締結、プログラムの相談が行われている。実習生受け入れのマニュアルは現状作成されてはいない。実習生受け入れのマニュアルの作成とともに、事業計画等に実習生受け入れに関しての意義や基本姿勢等が明記され、職員や利用者、家族への周知を図っていくことも望まれる。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
<p>II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。</p>		
21	<p>II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業所及び法人の事業内容は後援会を中心に地域に対し広報されている。ホームページには法人及び各事業所の概要が載せられ閲覧が出来るようになっている。苦情相談の体制については受付窓口、責任者、第三者委員が定められ、重要事項説明書、事業計画等に明記、家族への説明がなされている。ホームページに公開されている情報は限定的な情報であり、法人や事業所の取り組みや方針に関して不明確な面もあり更に充実していくことが望まれる。</p>		
22	<p>II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人としての経理、事務規定に基づき運営が行われ、職員の役職別、業務別職務分掌が作成され各職員の権限と責任が明確化されている。年 2 回法人による監事監査が行われ、会計面、業務面での監査が行われている。又、22 年度において第 1 回目の福祉サービス第三者評価を受審し、結果の公表を行い、今回第 2 回目の受審を行うこととなった。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a・b・c
<コメント> 事業所の方針として地域との関わりを重視しており、作業により生産された商品の販売や、地域の祭りへの参加等を通じた地域との交流、法人内にある地域活動センターにおいて利用者の創作活動を通じた地域での社会参加の促進を図る取り組みが行われている。		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の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・b・c
<コメント> 昨年度は理美容や音楽ボランティア、アニマルセラピー等延べ108名によるボランティア活動の受け入れが行われ、現状のボランティアは石巻ライオンズクラブはじめ従来よりの団体によるボランティアであり、受け入れに関しても問題なく行われている。反面、マニュアルの作成がされておらず、手続き等が明確化されていない。早期にボランティア受け入れマニュアルの作成を行い、ルール化を図っていくことが望まれる。		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a・b・c
<コメント> 地域の行政や各関連団体との連携は日常から行われており、地域における社会資源に関しても職員も認識し、家族、利用者への情報提供がされている。更に、リスト化等を行い、整理しておくことが期待される。		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a・b・c
<コメント> 災害時には事業所が地域の福祉避難所となることに関して、石巻市との間で協定が結ばれ、地域への情報も提供されている。又、地域住民に対しては法人による、福祉関係の研修会等が行われており、利用者の親の会に対しては会合等への場所の提供が行われている。		
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a・b・c
<コメント> 地域の福祉ニーズの把握及びこれに基づく活動は法人がこれを行っており、市内において相談事業が行われており、又、地域のニーズに基づき、ショートステイやグループホームの運営が行われている。		

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

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉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。	a・b・c
<コメント> 利用者を尊重する姿勢は、法人の理念、基本方針に明記され、福祉サービスを提供するにあたり倫理綱領、職員行動規範、基本姿勢が明示され全職員に配布されている。新人研修で周知されている。		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮したサービス提供がおこなわれている。	a・b・c
<コメント> プライバシー保護は、事業計画に標準的サービス実施目標として明記されて、権利擁護の研修等も実施されている。		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a・b・c
<コメント> 福祉サービスの選択に必要な情報として、パンフレット、広報誌、後援会だよりが作成され、ホームページ等で情報を提供している。又、見学や短期入所を進め施設の雰囲気や日常のサービスを体験して頂くように進めている。		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a・b・c
<コメント> サービス開始時には組織が定めた様式に基づいて保護者、利用者的重要事項説明書、契約書を説明し同意を得ている。利用者に対する説明書にはルビを付け理解できるように配慮している。		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a・b・c
<コメント> 家庭、グループホーム、他の事業所への移行の時の引継ぎの記録はサービス継続性には配慮されているが終結記録として作成され、引き継ぎ書としては作成されていない。利用者の情報が先方から依頼がある時に提供している。手順や引継文書は、変更、移行支援が適正に継続するように作成されることが望まれる。サービス終了後も利用者、家族が相談できるように担当者、窓口は設置されて相談に応じている。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		

33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上向を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者全員参加で自治会が作られている。役員は立候補した利用者で構成され、総会、全体会議は2か月に1回開催し利用者満足のための意見、希望を聞いている。利用者満足度としてアンケート調査等が必要であるが、行なわれていない。現在は行事や物品の希望等が主であるが、アンケート調査等により、満足度の結果が改善計画や取組に反映されるようにして行くことが望まれる。又、虐待や意向等は個別に話を聞いている。選挙のある時は声掛けして、参加できるように支援している。今後は利用者参画で改善計画が立案でき、組織で優先的に取り組む課題が明確になり、利用者満足の上向につながる仕組みが望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者個々の権利擁護と提供するサービスの上向を目的に法人の苦情解決規程に準じての仕組みがあり、重要事項説明書、契約書にも明記して、利用者、家族に説明している。苦情処理の取り組みに関しては事業計画書にも明記されている。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>個室なので、相談はいつも出来る状態にあるが、職員とのコミュニケーションが課題である。アセスメント情報により、利用者理解を行っていくことが基本であり、利用者には相談は担当職員以外の職員にも相談できることの情報を周知することが望まれる。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>意見箱は設置されている。玄関には公衆電話ボックスが設置され、個人情報をもっている。利用者からの相談に対しては、対応マニュアルは作成されていない。2か月に1回自治会での話し合いや個別の相談時はその都度利用者の意向に対応しているが組織としては迅速に対応する為にも対応マニュアルの策定が望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメント委員会が設置されており、管理者、サービス管理者、栄養士、班長が参加しヒヤリハットの報告等がなされている。事故、ケガ、虐待等の防止と予防対策、権利擁護等の職員への周知も図られている。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者変調時の対応マニュアルが作成されている。感染症の管理体制としての責任者は看護師で衛生委員会が設置されて職員には勉強会も行われている。予防策として基本的な手洗</p>		

い、コップの洗浄等を利用者に周知している。マニュアルの定期的な見直しを行い、安心して生活が出来るような取組が望まれる。		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	㉖・b・c
<コメント> 防災計画が作成されている。毎月の訓練内容が明記され具体的な実施内容が明記されマニュアルも策定され組織的に行われている。防災委員会が月1回開催され防災に係る課題を検討している。		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	㉖・b・c
<コメント> 標準的な実施方法がマニュアル化されている。障害別に食事、排泄、入浴時の支援マニュアルが作成されて、特別に排泄支援の時に利用者のプライバシーに対する配慮が明記されている。		
41	Ⅲ-2-(1)-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・㉗・c
<コメント> 定期的に標準的な実施方法を見直しする仕組みはない。見直しする時期やその方法を組織として定められていない。支援会議、各班検討会、ケア会議での利用者の心身の変化を職員間で再確認できるように定期的に検討を重ねることが望まれる。		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a・㉗・c
<コメント> 利用者の身体状況、生活状況、コミュニケーション等について正確に把握するために統一した様式を利用してアセスメントして、本人の意向、将来の希望を聞いてサービス管理者が実施計画書を作成している。6か月に1回関係職員が参加して見直しを行なっている。更に、アセスメントの記載方法についての検討を行っていくことが望まれる。		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	㉖・b・c
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
<コメント> 6か月毎、利用者に緊急に変化があった時に関係者が参加して見直しを行い、他の職員に情報提供をしている。		

44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>記録は利用者の身体状況、生活状況が組織で定めた統一した様式によって記録されている。6か月に1回の見直しをおこない職員は情報を共有する為に月1回の支援会議が開催されている。又パソコンのネットワークシステムを利用し記録ファイルを共有する仕組みが整備されている。</p>		
45	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・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の文書管理規定に従って管理、保管、破棄、開示等が明記されている、利用者、家族の個人情報の取り扱いについては重要事項説明書に明記されている。個人情報保護法の外部研修に新人、中堅が参加し周知が図られている。</p>		

評価対象 A 福祉サービスの内容

A-1 利用者の尊重

A-1-(1) 利用者の尊重		
46	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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の障害によってアセスメント表にコミュニケーション、対人関係の項目に記載されている。気になることを随時ファイリング、写真パネル、タッチング等で工夫されてコミュニケーションを取っている。</p>		
47	A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>自治会の役員会で施設運営者と定期的ではないが協議している。外出、外泊等が届だけで自由に行えるが、事故やトラブルへの巻き込まれる等のリスク管理については課題である。高齢化等も考えて検討が望まれる。</p>		
48	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る。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>見守りと支援の体制は整備されている。職員会議の記録、モニタリングの記録及びフエースシートに明記されている、更に、新人研修、職員間での基本研修や対応に関して検討する取組が望まれる。</p>		
49	A-1-(1)-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。	a・b・c

<コメント>

エンパワメントの理念にもとづくプログラムがあり、地域支援事業所としてグループホームに移行するためのプログラムが作成、実施されている。

A-2 日常生活支援

A-2-(1) 食事		
50	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。	㉫・b・c
<コメント> サービス実施計画書に基づいた食事が提供されている。栄養量、食事形態、水分補給量介助方法等明記されている。		
51	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。	㉫・b・c
<コメント> 食事が美味しく楽しく食べられるような工夫は給食計画に明記されており、給食委員会が月1回の会議に於いて、食事の状況、課題等が検討されている。利用者のアンケートから献立の見直しについての意見もでている。嗜好調査による、検討も望まれる。		
52	A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	㉫・b・c
<コメント> 喫食環境の配慮は十分である。各自の席は自分で決めている。時間は十分に確保ゆつくりと食事をしている。		
A-2-(2) 入浴		
53	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。	㉫・b・c
<コメント> 週3回の入浴を基本として、月～金まで入浴ができる。入浴が困難な時は清拭で対応し、利用者に心身の状況によって実施計画にもとづいて支援している。同性介護である。		
54	A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	㉫・b・c
<コメント> 利用者の希望に沿って行われている。個別で入浴している利用者もいる。		
55	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	㉫・b・c
<コメント> 冷房設備はない、浴室の入り口は廊下より見えないようにコーナーが作られている。又、外側はスリガラスが利用されている。		
A-2-(3) 排泄		
56	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	㉫・b・c
<コメント> 排尿、排便の介助は、アセスメントを基に標準的サービス支援がサービス実施計画書に明記されている。支援記録はケース記録に記載されている。		
57	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	㉫・b・c

<p><コメント></p> <p>清掃は職員が1日3回行なっている。職員による確認も行われている。</p>		
<p>A-2-(4) 衣服</p>		
58	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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の好みを尊重しているが季節に合わない時等は担当者は口答で助言する、買い物等の支援も担当者が行っている。</p>		
59	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・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>職員は必要に応じて支援しているが、着替えや汚れの時の対応マニュアルは作られていない。マニュアルを作成し支援がなされるよう期待される。</p>		
<p>A-2-(5) 理容・美容</p>		
60	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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>月1回地域のボランティアの理容店が事業所に来て、又地域の美容院を利用している。利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。整髪、化粧品は利用者個々の希望を尊重して制限はしていない。</p>		
61	A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>担当している職員が送迎したり、理容、美容院に対しては理解と協力のために職員は連絡、調整をしている、</p>		
<p>A-2-(6) 睡眠</p>		
62	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>夜勤は男女（1名ずつ）の職員が担当で2時間おきの巡回は女性は女子の部屋、男子は男子が巡回している。巡回マニュアルが作成され実施されている。</p>		
<p>A-2-(7) 健康管理</p>		
63	A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画に年間医務計画、保健計画が明記され利用者の健康管理マニュアルが作成されている。利用者の管理表には毎日のバイタルチェック、血圧、医師からの指示等が記載されている。</p>		
64	A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>必要時に迅速に適切な医療が受けられる体制が整備されている。アンケートからも利用者は安心している状況がうかがえる。</p>		
65	A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	Ⓐ・b・c

<p><コメント></p> <p>服薬マニュアル、誤薬対応のマニュアルが作成されていて、日常は手渡しで確認している。災害時のために3日間の薬はストックしている。</p>		
<p>A-2-(8) 余暇・レクリエーション</p>		
66	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。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の希望に応じて他の利用者との交流の時間を積極的に設け一緒に楽しい時間をすごすようにお花見、自治会主催の旅行、年越しパーティ、新年会等が計画されている。又利用者の趣味を広げる為にアニマルセラピー、料理クラブ、音楽クラブ等に参加している。地域のイベントの情報は掲示や口答で情報を伝達し、希望があれば送迎等支援が行われている。</p>		
<p>A-2-(9) 外出・外泊</p>		
67	A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>活動の中での外出は行事計画作成時に予定されている。利用者の希望により職員が個別の対応を時間外で行っていることもある。</p>		
68	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。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の希望に応じて行われている。連絡カードに記入にして、行われている。外出のルール等を定める取組はされている。地域のイベントについては事業所からの情報で周知されている。</p>		
<p>A-2-(10) 所持金・預り金の管理等</p>		
69	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。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者個々金庫で管理している。利用者の希望により、金銭管理サービスを利用している。出入金については責任をもって出入記録を作成し、利用者がいつでも閲覧できるように預かり金の取り扱い規約を作成し契約している。</p>		
70	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。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>新聞、雑誌は個人で購入し、個人の所有が認められている。</p>		
71	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。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の意思や希望が尊重されている。たばこは所定の場所での喫煙となっているが、利用者が高齢者になり、現在喫煙者はいない。飲酒は個人の部屋で希望する人だけ飲酒をしている。</p>		