

(様式1 - 第三者評価機関公表用)

宮城県福祉サービス第三者評価結果

1 第三者評価機関名

| |
|-----------|
| 株式会社 福祉工房 |
|-----------|

2 施設・事業所情報

| | |
|-----------------------------|---|
| 名称：くじらのしっぽ「ひまわり」 | 種別：共同生活援助 |
| 代表者氏名：管理者 阿部 かよ子 | 定員（利用人数）： 7名 |
| 所在地：宮城県石巻市鮎川浜清崎山5 清崎山運動公園内 | |
| TEL：0225-45-3779 | ホームページ：kujiranoshippo.wix.com |
| 開設年月日 平成21年6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： 3名 非常勤職員 1名 |
| 専門職員 | (専門職の名称) 名 |
| 施設・設備の概要 | (居室数) G・Hひまわり：7部屋 合計7部屋 (設備等) <共有スペース> テレビ、応接セット、電話、ポット <キッチン> 冷蔵庫、冷凍庫、電子レンジ、テーブルガス台 <消防設備> スプリンラー、誘導灯、消火器、火災報知器、自動火災通報装置、煙探知機 |

3 理念・基本方針

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1、利用者の「快適な暮らしや健康で幸福な生活」を確保する為、個人の尊厳が守られる暮らしに必要な選択の自由、自己決定及び自己実現を図ります。2、利用者の高齢化、家族（保護者）の高齢化と新利用者とその家族との世代間格差（生活の考え方の違い）によりニーズが複雑化・多様化しています。障害福祉サービス提供事業所が連携し、一体となってニーズ把握に努められるように状況を把握し、必要に応じて連絡調整します。3、利用者の安全確保 利用者の生活状況の情報を職員が十分に把握し、共有化し、日頃から緊急時の安全確保を第一に支援します。また、日常の安心、満足、気づき、信頼関係を保つために事業所との連携を図ります。4、社会資源の事業所として地域社会に貢献することは何かを常に考え、地域社会から信頼される事業所を目指します。 |
|---|

4 施設・事業所の特徴的な取組

牡鹿半島鮎川に共同生活援助事業所を開設し、高齢や早期の加齢による体力低下などに対応できる建物（バリアフリー化）を設置しています。

地域の高齢者施設との連携で見学会を行ったり、イベントなどで交流を深めたりしながら、G・H入居者さんの将来に対しての心配事などに対応しております。

入居者さんの主体の自治会が充実しており、毎月自治会の話し合いを行い四季折々のイベント、誕生会、旅行など行っております。（自治会役員選挙毎年3月開催）

法人内のG・Hとの交流会なども行っています。

5 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） | 1回（平成 年度） |

6 総評

◇特に評価の高い点

震災の影響もあり現在仮設施設での共同生活となっているが、隣接する仮設住宅の住民との交流や地域の祭りへの参加、地場商品の加工や販売を通して、地域から孤立することなく日常の生活が送られている。利用者の自治会が組織され利用者による自己決定が尊重され、事業所の方針にもある個人の尊厳が確保されるような支援が行われている。

◇改善を求められる点

利用者や保護者に対して口頭による説明は行われているが、文章では配布されていない事項がいくつか見受けられる、又、本来必要とされるマニュアル類の未整備も見られる。利用者や保護者に対しての文書類の配布やそれに基づく説明、マニュアル類の整備が期待される。又、事業所の職員は入社まもなく、今後スケジュール化した適切な教育研修を行っていくことが望まれる。

7 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審したことにより、客観的な視点から見た事業所な課題が明確になりました。社会資源の伝達方法や入居者の方々の利用満足度などを行い、質の良い生活環境を提供できるように努めて行く。

地域との交流が充実している分、マニュアルを使用し、寄り良い関係性を築く為にもマニュアルの整備に努める。

職員の勤務年数が浅いために、とても勉強になり今後の支援に役立たせて頂く事柄が多く質の高い支援に結びつけるよう一丸となって取り組みます。

8 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 |
| ＜コメント＞ 社会福祉法人石巻祥心会（以下法人とする）の理念を基に事業所としての基本方針を掲げ、事業計画書に記載し職員への配布、説明が行われている。内容的にも具体的な職員の行動指針となる内容となっている。利用者、保護者には毎期年度末に説明が行われている。更に、利用者や保護者への文章の配布、ホームページ等への記載などが期待される。 | | |

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 |
| ＜コメント＞ 法人の理事長が石巻市の福祉計画の策定委員となっており、理事長を通じた毎月の定例会における情報、石巻市の鮎川支所、地域の社会福祉協議会等を通じた福祉環境の情報を適宜得ている。事業所における経営状況を分析し、利用者の携わる商品の開発、販売ルートの開拓を、利用者とは話し合いを行いながら進めている。 | | |
| 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 |
| ＜コメント＞ 当面の目標である現在の仮設施設から本設への移行、震災に伴う利用者の急増と職員体制等を緊急課題として、法人本部との連携の下、取り組んできている。又、その他の課題に関しても年度の初めに明確化し職員との情報共有が図られている。 | | |

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。 | Ⓐ・b・c |
| <コメント> 法人本部において、各事業所の職員が参加し本年度から5カ年に渡る、中長期計画が策定された。中長期計画は細目に渡り策定され法人として目指す方向が示されている。 | | |
| 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・Ⓑ・c |
| <コメント> 中長期計画は事業所単位で見たときには、わかりづらい面があり、事業計画と法人の中期計画の内容が一致していない面もある。法人の中長期計画を基に事業所としての取り組むべき中長期の計画を明確にし、事業計画に落とし込むことが望まれる。 | | |
| 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・Ⓑ・c |
| <コメント> 毎年1月に職員参画のもと、翌年度の事業計画を策定、法人本部に提出し、2月の理事会にて承認を受け、正式の事業計画としている。前年度の計画に対する報告書を2月に作成し本部に提出、会議での承認を受けている。職員には作成時の参加及び、期初における配布と説明が行われ周知を促している。前年度の結果の話し合いのもとに翌年度の計画の立案、前年度の課題に対する反省をもととした翌年度の計画への反映が望まれる。 | | |
| 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・Ⓑ・c |
| <コメント> 事業計画は3月に保護者会において、保護者及び利用者に説明されている。更に、文書による配布説明を行い周知を促していくことが望まれる。 | | |

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・Ⓑ・c |

| | | |
|---|--|---------|
| <p><コメント></p> <p>毎年2回の職員のセルフチェックの実施と管理者との個別面談、第三者評価の受審が行われ質の向上に向けた取り組みは行われているが、日常におけるサービスの組織的な取り組みまでは行われてはいない。日常でのサービスの質に関する課題の発見や改善のための取り組みに関する組織的な仕組みを検討していくことが期待される。</p> | | |
| 9 | 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。 | a (b)・c |
| <p><コメント></p> <p>セルフチェックシートを基にした個別の話し合いや、日常における課題に関しては都度話し合いが行われているが、事業所全体としての課題に関しての取り組み体制は出来ていない。組織としての仕組みを検討していくことが望まれる。</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 | 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。 | a (b)・c |
| <p><コメント></p> <p>事業計画書に職務分掌を記載し、毎年職員及び利用者、家族に説明を行っている。又、年度の方針に関しても事業計画の冒頭に記載し、同様に説明がなされている。更に、ホームページ等を利用し、自らの取り組みを地域などへ表明していくことも期待される。</p> | | |
| 11 | 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。 | a (b)・c |
| <p><コメント></p> <p>管理者は、関係する法令に関する情報は、法人本部、行政、業界の集まり等を通じ入手し、職員に対する都度の説明を行っている。法人において作成されたコンプライアンス規定を毎年職員に配布し研修も行われている。更に必要と思われる法令等をリスト化するなど職員への周知を図っていくことが望まれる。</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 | 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。 | a (b)・c |
| <p><コメント></p> <p>管理者は個々の職員のセルフチェックシートを基にサービスの確認を行っている。利用者の自治会が組織され、事業所の取り組みに関しての意見を聞き一部改善に役立てている。組織としての体系は作られてはいない。組織としてサービス改善のための仕組みを作り、定期的な改善のための取り組みを行っていくことが期待される。</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>職員数も少数であり、職員の就業状況については日頃より把握され、又、人事考課時の個別面談により職員の意向に関しての確認もされている。又、事業所としての取り組みとして、新しい商品の開発、ネットワーク利用等による販売ルートの開拓が日常よりおこなわれており、利用者や職員が一体となった活動が行われている。</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>人材の採用は基本的には法人本部で行われている。地域的な問題もあり、近隣からの募集となっている。現状では人員については充足しているが、職員は比較的若年であり、経験も浅いため今後の育成や定着のためのモチベーションの向上のための取り組みが期待される。</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>法人の人事考課の規定に基づき年2回実施されている。自己評価をもとに一次評価、二次評価が行われ、最終的には法人本部での決定となる。結果については管理者より各職員へのフィードバックが行われている。又、職員との個人面談も行われ、セルフチェックシートをもとにしたアドバイスや意向の確認も行われている。</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>職員の就業状況は、事業所における職員数も少ないことから日常より把握されており、職員間での業務のバランス等がとられている。又、人事考課の際に行われる職員との個人面談において、職員の今後の目標や意向に関しての話し合いも行われている。福利厚生のため、法人として石巻市Iワークサポートクラブに入会しており、冠婚葬祭時における補助金やイベントでの割り引きチケットの販売等が行われている。メンタル面に関しても法人の衛生委員会が各職員にチェック用紙を配布し、メンタル面での確認が行われている。</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>職員数も少ないため、各職員のスキルについては把握されており、個々の職員の状況に応じ指導が行われている。現在の職員は新人が多く、基礎的な研修を初め、スケジュールを組んだ取り組みが期待される。</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>職員の教育に関する方針は法人の中期計画にも記載され、事業計画にも触れられているが、内容には具体性が無い。年度における、り具体的な目標と取り組みが策定され、実施していくことが望まれる。</p> | | |
| 19 | 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。 | (a)・b・c |
| <p><コメント></p> <p>日常の業務において管理者は職員個々の状況に応じた、OJT を行い、又、法人本部の行う階層別研修には職員全員が出席することとなっている。</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。 | | |
| 20 | 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>グループホームでの実習生の受け入れは現在のところ行われていない。併設する生活介護事業においては実習生の受け入れも行われているが、マニュアル等の整備は進んでいない。マニュアルの作成や受け入れの態勢の整備を今後行っていくことが望まれる。</p> | | |

II-3 運営の透明性の確保

| | | 第三者評価結果 |
|--|---|---------|
| 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。 | | |
| 21 | 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。 | a (b)・c |
| <p><コメント></p> <p>事業所の事業、財務等の内容については、法人全体とともに開示されており、広報誌を通じての公表や事業所内での掲示がなされている。苦情処理に関しても法人の規定に基づき受け入れ体制、及び処理に関して明示がされている。今後、更に事業や財務の内容に関する公表にホームページ等の活用も期待される。</p> | | |
| 22 | 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。 | (a)・b・c |
| <p><コメント></p> <p>事務処理、経理処理に関しては法人での規定に基づき行われており、年に1回の第三者委員への報告、年2回の監事監査が行われている。今回の福祉サービス第三者評価の結果についても公表を予定している。</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。 | Ⓐ・b・c |
| <コメント> 利用者の居住するグループホームは現在、地域の方が暮らす仮設住宅と隣接しており、地域の方と一体となった活動が日常より行われている。隣接する仮設住宅の方によるホームへの訪問、花見や花火大会の合同した開催等が行われ、又、地元で行われる「くじら祭り」には利用者がボランティアとして参加するなど、地域の方との交流は活発に行われている。 | | |
| 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・Ⓑ・c |
| <コメント> 花火大会等のイベントには地域の方による手伝い、又、緊急時には現在2名の方が世話人として登録がされている。ボランティアとしてのマニュアルは作成されていないため、今後はマニュアルの作成やボランティア確保のための取り組み等が期待される。 | | |
| 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。 | Ⓐ・b・c |
| <コメント> 保健福祉センターに社会福祉協議会と事務所が同居しており、又、石巻市支所も今年の春までは同居していたこともあり関係機関との連携は日常より密に行われている。 | | |
| 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。 | Ⓐ・b・c |
| <コメント> 隣接する仮設住宅の方へのお茶のみ場としての、施設の食堂を開放するなどの取り組みが行われている。 | | |
| 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。 | Ⓐ・b・c |
| <コメント> 地区の行政や保健所、民生委員との話し合いが行われ、グループホームへの現在の待機者への取り組みに関してなど地域の福祉ニーズに関しての話し合いが行われている。 | | |

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。 | Ⓐ・b・c |
| <コメント> 法人の理念の基に基本方針の中に“「快適な暮らしや健康で幸せな生活」を確保する為、個人の尊厳が守られる暮らしに必要な選択の自由、自己決定及び自己実現を図ります。”がうたわれ、更に職員は倫理綱領、職務分掌を通して役割を明確にし、基本方針にうたわれる支援を実践している。 | | |
| 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福祉サービス提供が行われている。 | a・Ⓑ・c |
| <コメント> プライバシーの保護に関する規定やマニュアル等は整備されていないが、日常生活に於いては個室であり、浴室、トイレはプライバシーに配慮されている。更に基本的な考え方、対応方法、留意点を明記したマニュアル等を整備して、利用者、職員に周知して行くことが望まれる。 | | |
| 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。 | Ⓐ・b・c |
| <コメント> ホームページが作成されている、パンフレットは色彩がきれいで写真等を載せている。保健福祉センターに事業所を紹介した資料を多くの人が入手出来るように置いてある。 | | |
| 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。 | Ⓐ・b・c |
| <コメント> サービス開始時には法人で作成された重要事項説明書、契約書で利用者、家族、保護者に説明して署名と押印を頂いて書面で残している。利用者の特性に合わせて説明している。 | | |
| 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・Ⓑ・c |
| <コメント> 事業所の変更、家庭への移行については福祉サービスの変更により不利益が生じないように配慮しサービスの継続性に配慮して文書を作成、サービス終了後も相談窓口も設置している。利用者、家族に相談方法や担当者について記載した文書は渡されていない。福祉サービスの継続性への配慮として利用者、家族、保護者に文書を配布することが望まれる。 | | |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。 | | |
| 33 | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | a・Ⓑ・c |

| | | |
|--|--|----------------|
| <p><コメント></p> <p>意見箱がホールに設置されていて意見がある時は投函できるようになっている。利用者自治会が月1回開催され、日常生活や行事、活動を豊かなものにする為の話合いが行われている。職員も出席している。利用者満足の向上の為にアンケート等の定期的調査をおこない、利用者自治会のもとで検討・分析し結果を改善に結び付けていくことが望まれる。</p> | | |
| <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。</p> | | |
| 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>苦情解決に対する仕組みは重要事項説明書に相談窓口、第三者委員、行政機関、運営適正委員会等が明記されてサービス開始の契約の時に説明している。苦情事例がないので記録はないが福祉サービスの質の向上への取組として苦情内容、解決結果等を利用者、家族にフィードバックし公表する仕組み作りが望まれる。</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>相談や意見は事務所や個人の部屋で行われ、職員、サービス管理者が担当している。仕組みに関しての文書は利用者、家族には配布はされていないが、日常的に取り組みされており、利用者には周知されている。</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>利用者からの相談や意見に関して記録や報告の手順や対策等を定めたマニュアルは作成されていない。日常生活においては意見箱が設置されていて利用者自治会が設置されているが、更に組織として対応する為の仕組み作りが望まれる。</p> | | |
| <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。</p> | | |
| 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体制は利用者の安心と安全の為に月1回以上事業運営課題を検討する為に開催されている。責任者を明確にした管理体制が望まれる。事故発生時のマニュアルは作成され職員に研修等で周知されている。</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>感染症対策は運営会議で発生時のマニュアルの周知、予防や安全確保の為に勉強会が全職員出席の上で月1回以上行われ周知が図られている。又、マニュアルは定期的に見直されている。</p> | | |
| 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。 | a ・b・c |

<コメント>

災害、防災管理は月1回の運営会議で検討されている。災害時の対応体制は重要事項説明書にも記載されており、非常災害時の対策としての防災設備、日常の消防訓練、防災マニュアル等が明記され利用者、家族にも周知されている。

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。 | Ⓐ b・c |
|----|---|-------|

<コメント>

標準的な実施方法は職員のセルフチェック表で利用者の尊重、プライバシー保護に関する姿勢が確認されている。介護給付費、訓練等給付対象の内容のサービスが提供されている。サービス個別支援計画に記載されて見直しもされている。

| | | |
|----|---|-------|
| 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。 | Ⓐ b・c |
|----|---|-------|

<コメント>

標準的な実施方法に関して、個別支援計画書の見直しが実施されている。他職からの意見提案も反映される仕組みになっている。

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。 | Ⓐ b・c |
|----|--|-------|

<コメント>

実施計画書はサービス管理者が作成している。関係職員も参加してアセスメントし、実施計画書に具体的ニーズが明示され職員に周知されている。

| | | |
|----|--|-------|
| 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。 | Ⓐ b・c |
|----|--|-------|

<コメント>

ケース会議において全職員参加で見直しを行い、実施方法、ニーズ、等サービスの質の向上に係る課題が明確にされている。

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

| | | |
|----|--|-------|
| 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、職員間で共有化している。 | a Ⓑ c |
|----|--|-------|

<コメント>

ケース会議で法人の定めた様式によって記録され、サービス実施計画書に基づくサービスが実施されている。世話人、生活支援員が日常生活の記録を担当している。職員間での情報の共有の為にパソコンのネットワークシステム等の検討が必要と思われる。

| | | |
|--|----------------------------------|--------|
| 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>個人情報の保護規定は法人の規定を基にしてサービス管理者の責任で事務所に保管している。個人情報保護規定は法人の研修で職員に周知されている。利用者、家族には入所時に重要事項説明書、契約書で説明している。</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>サービス実施計画書にアセスメントの時の課題として明記されている。意思伝達に制限ある人の場合は担当職員や世話人や医師が利用者の情報を共有して、希望をできるだけ正しく理解するように話し合いがされている。</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>利用者の健康、日常生活、コミュニケーション、社会参加、就労、社会生活は利用者や家族からの意向を尊重しながら側面的に支援している。利用者自治会で家事、入浴の順番等が決められ活動されている。</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>共同生活援助事業所として生活支援計画として平日のスケジュールと土、日、祝日のスケジュールがあり、介護給付費、訓練給付対象サービス内容としての見守りと支援行われている。</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 |
| <p><コメント></p> <p>個別支援計画書に生活面として生活課題と訓練が明記されて職員間で周知されている。施設外の社会資源等の利用に関しては牡鹿町の保健福祉センターの行事等への参加が行われている。</p> | | |

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> 利用者の状態に応じて支援内容が明記されている。 | | |
| 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> 嗜好調査を行って献立に反映させている。献立、食材は地物（魚中心）で季節感がある | | |
| 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> 食事時間は1日のスケジュールで周知されている。 | | |
| A-2-(2) 入浴 | | |
| 52 | 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> 入浴は自立している利用者が多いので自治会で決めた順番で入浴している。洗体の声掛けが必要な利用者にはその都度声を掛けている。 | | |
| 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> 入浴の時間帯は自治会でスケジュールを作成し、男・女の優先順番を決めている。 | | |
| 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> 浴室は仮設住宅ではあるが扉が二重になっていてプライバシーは守られている。 | | |
| 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> 介助を受ける利用者はいない。 | | |
| 57 | A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。 | Ⓐ・b・c |
| <コメント> 仮設施設のため冷暖房設備はないが、清掃も毎日行われており清潔さが保持されている。 | | |
| A-2-(4) 衣服 | | |
| 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 |
| <コメント> 衣類等は利用者の個性や好みを尊重しており、選択は利用者から相談された時に応じている。 | | |

| | | |
|---|--|-------|
| 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>着替えの介助の支援は汚れや破損が生じた時に行われている。</p> | | |
| A-2-(5) 理容・美容 | | |
| 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>理容、美容に関しては利用者の個性、好みを尊重して利用者の意思で決めている。石巻に交通機関を利用して仲間で一緒に行っている。</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>職員が送迎したり、連絡、調整を行っている。</p> | | |
| A-2-(6) 睡眠 | | |
| 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>個室なので自分なりの部屋づくりがされている。夜間における個別支援は行われていないが、隣接の仮設住宅に世話人がいるので何かがある時は連絡できるようになっている。</p> | | |
| A-2-(7) 健康管理 | | |
| 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>健康管理は一般検診、成人病検診、インフルエンザの予防接種等は実費で受けている。歯磨き、口腔ケアについては歯科医師や衛生士に指導を受けている。日常は週3日看護師によるバイタルチェックが行われ、健康管理をしている。ダンベル体操で身体機能低下予防を行い体と頭の体操を行っている。</p> | | |
| 64 | A-2-(7) 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>必要時に適切な医療が受けられる体制は出来ている。協力医は石巻市立牡鹿病院が協力医となっており、内科、外科、歯科があり、入院設備も整っている。</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>内服薬は職員が管理していて食事の後に手渡し服用後に袋を回収し、確認している。外用薬は利用者自身が塗る。</p> | | |
| A-2-(8) 余暇・レクリエーション | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>余暇の立案をしたり、利用者への連絡等も行い、映画鑑賞、旅行、忘年会等を実施している。</p> | | |

| | | |
|---|---|-------|
| A-2-(9) 外出・外泊 | | |
| 67 | A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。 | Ⓐ・b・c |
| <コメント> 外出は世話人に口頭で届ける、(ルールとしてサービス管理者の電話番号、事業所の電話番号、何時に帰るか等のルールが記載された用紙を持参している。) | | |
| 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。 | Ⓐ・b・c |
| <コメント> 外泊は届けを出す(用紙がある)保護者に署名を頂く、年末、年始に自宅でなくカプセルホテルに宿泊する時は職員が予約している。 | | |
| A-2-(10) 所持金・預り金の管理等 | | |
| 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。 | Ⓐ・b・c |
| <コメント> 各自利用者が管理している。 | | |
| 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。 | Ⓐ・b・c |
| <コメント> 新聞は事業所で購読している。テレビは各自持参していて好みの番組を観ている | | |
| 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。 | Ⓐ・b・c |
| <コメント> 利用者の意志や希望を尊重して利用者が正しい認識を持てるように利用者全員に情報を提供している。飲酒、喫煙も認めている。 | | |