

## 福祉サービス第三者評価結果の公表事項

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| 評価機関（評価機関認証No.） | 社会福祉法人 福井県社会福祉協議会（福井福祉評価認証第1号） |
| 評価調査者研修修了番号     | 第6-15号、第10-24号、第10-19号         |

### 【基本情報】

#### ①施設・事業所情報

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| 名称：ライフかすみ                      | 種別：障害者支援施設（生活介護、施設入所支援、短期入所）              |
| 代表者氏名：巽 修二                     | 定員（利用人数）： 125名                            |
| 所在地：坂井市丸岡町女形谷59-17             |   |
| TEL：0776-66-1272               | ホームページ：http://kasumigaoka.net             |
| 〔施設・事業所の概要〕                    |   |
| 開設年月日 昭和41年6月1日                |   |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 かすみが丘学園 |   |
| 職員数                            | 常勤職員： 64名<br>非常勤職員 23名                    |
| 専門職員                           | 社会福祉士 7名<br>准看護師 1名                       |
|                                | 介護福祉士 21名<br>精神保健福祉士 1名                   |
|                                | 看護師 2名                                    |
| 施設・設備の概要                       | （居室数）<br>84室                              |
|                                | （設備等）<br>スプリンクラー設備、エレベーター設備、給排水設備、冷暖房設備、他 |

#### ②理念・基本方針

|                                      |
|--------------------------------------|
| 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスに努める。 |
|--------------------------------------|

#### ③施設・事業所の特徴的な取組

|   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>ご本人の希望や特性、年齢などに配慮し、日中活動のグループに所属してもらい、メリハリのある生活が送れるように支援している。</li> <li>教室（お茶、生花、体操、音楽療法、ホースセラピーなど）を設立し、外部の専門的な講師を招いて定期的に開催したり、地域の理髪店や商店を利用するなど地域（外部）とのつながりも意識している。</li> <li>保護者会を年数回開き、利用者とのつながりを保てるように支援している。</li> </ol> |
|---|

#### ④第三者評価の受審状況

|               |                                      |
|---------------|--------------------------------------|
| 評価実施期間        | 令和元年8月2日（契約日）～<br>令和2年3月17日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 一回（平成 年度）                            |

#### ⑤総評

|   |
|---|
| <p><b>【特に評価の高い点】</b></p> <p>（経営状況の把握）<br/>社会福祉事業全体の動向に関して、地区支援協議会における福祉計画等から具体的に把握、分析している。また、利用率等の詳細な分析から、統計の推移に関する原因を把握している。経営課題は、利用者の重度化と高齢化、福祉人材の確保と捉え、職員に周知すると共に改善に向けて努力をしている。</p> <p>（福祉人材の確保・育成）<br/>労務管理の責任者は事務長が担当し、職員の健康診断やワーク・ライフバランス等、適切に対応している。特に工夫している点は、職員の悩み事等の相談に関して、個別面接の機会を設けると共に、職員個々に内部相談窓口・外部相談窓口、それぞれ2名の連絡先を記載した名刺大のカードを配布している。職員全員がそれを名札ケースに入れて、所持している。</p> <p>（利用者本位の福祉サービス）<br/>福祉サービスをわかりやすく伝える言葉遣い、写真、絵や図などに工夫が見られ、利用者の自己決定を尊重した個別対応がなされている。福祉サービスの開始・変更時や福祉サービスの変更においても、引継書等文書記録が整備され、その後の相談等担当者も伝えられている。災害発生時の利用者の安全確保のために、体制整備、事前準備・対策・訓練を含め災害等への備えに努めている。</p> <p>（利用者本位の福祉サービス）<br/>災害発生時の利用者の安全確保のために、体制整備、事前準備・対策・訓練を含め災害等への備えに努めている。</p> <p>（生活支援）<br/>視覚支援において、利用者の障害や行動状況に応じてわかりやすい掲示物の工夫や、ホワイトボードに記載した行事予定表、一人ひとりに応じた絵カードを通じて情報収集ができています。行動障害など個別支援が必要な場合には、スヌーズレンの適切な活用が行われている。緊急マニュアルや研修マニュアルも整備され、職員間で支援の方法を共有して適切な対応につなげている。</p> |
|---|

【改善を求められる点】

(地域との交流、地域貢献)

利用者地域との交流を広げるための取組みはおおむね適切である。社会資源は障がい者ガイドブックに掲載され利用者に提供しているが、地域の情報をまとめたものは見当たらない。地域の情報を収集し掲示板等で利用者に提供するよう望みたい。また、ボランティア受け入れのマニュアルを整備していない。年間約100名のボランティアを受け入れているので、早急な整備を望みたい。

(利用者本位の福祉サービス)

「倫理綱領「行動指針」を「規定体系・整備状況一覧」に明示することが望まれる。職員研修の記録が一般職員にまでは閲覧・把握されていない。分析・把握した記録を一般職員に回覧することが望まれる。

⑥第三者評価結果に対する事業所のコメント

福祉サービスをより充実させ、利用者満足度をより高めることを目的とした初めての第三者評価受審におきまして、調査者の方々から貴重な意見をいただき、大きな刺激になりました。審査結果については、職員に開示し、高い評価を頂いた項目については、この結果に甘えることなく今後の自立支援の励みとし、更に深化した取組みに繋げて参ります。改善が求められる項目については、真摯に受け止め、一項目ずつ確実に改善計画を立て、PDCAを回し着実に改善して参ります。また今後は、継続的に年一回自己検証を行い、必要に応じ職員研修やOJTなどを通じ、これまで以上に利用者の立場に立った質の高い福祉サービスの提供を行っていく所存です。

⑦第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

# 障害者・児福祉サービス版

## 【共通評価基準】

### I 福祉サービスの基本方針と組織

#### I-1 理念・基本方針

|                             |  |   |
|-----------------------------|--|---|
| I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。 |  |   |
| 1                           | ① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。  | b |
| コメント                        | 良い点/工夫されている点：<br>特になし。   |   |
|                             | 改善できる点/改善方法：<br>理念、基本方針は確立され、広報誌等や園内掲示にて周知をしているが、職員へ会議や研修会にて説明や周知をしていない。また、わかりやすく、説明した資料等は作成しておらず、利用者への周知もしていない。今後は、会議や研修会等で説明して職員への周知を図ると共に、わかりやすい資料を作成し、利用者等への周知を図ることを期待したい。 |   |

#### I-2 経営状況の把握

|                             |   |   |
|-----------------------------|---|---|
| I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 |   |   |
| 2                           | 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 |
| 3                           | 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 |
| コメント                        | 良い点/工夫されている点：<br>社会福祉事業全体の動向に関して、地区支援協議会における福祉計画等から具体的に把握、分析している。また、利用率等の詳細な分析から、統計の推移に関する原因を把握している。経営課題は、利用者の重度化と高齢化、福祉人材の確保と捉え、職員に周知すると共に改善に向けて努力をしている。 |   |
|                             | 改善できる点/改善方法：<br>特になし。   |   |

#### I-3 事業計画の策定

|                                 |  |   |
|---------------------------------|--|---|
| 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                               | 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 |
| 5                               | 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。   | b |
| コメント                            | 良い点/工夫されている点：<br>特になし。   |   |
|                                 | 改善できる点/改善方法：<br>中長期計画を策定して経営課題等を明らかにしているが、解決・改善に向けた具体的プロセスや予算措置をしていない。今後は、解決・改善へのプロセスを具体的に示し、予算的裏付けも明らかにするように望みたい。 |   |

|                          |  |   |
|--------------------------|--|---|
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。 |  |   |
| 6                        | 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。  | b |
| 7                        | ② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。  | c |
| コメント                     | 良い点/工夫されている点：<br>特になし。   |   |
|                          | 改善できる点/改善方法：<br>事業計画を策定しているが、「事業計画策定手順」は作成しておらず、その内容は中長期計画の項目を記載したもので、解決・改善へのプロセスや予算的裏付けを記載していない。今後は、策定手順を作成し、職員へ周知を図ると共に、解決・改善へのプロセスや予算的裏付けを記載することを期待したい。また、事業計画は、一部の家族会へは説明しているが、利用者への説明やわかりやすい資料等を作成していない。今後は事業計画の主な内容をわかりやすく説明した資料を作成し、利用者への周知と理解を得るための工夫を期待したい。 |   |

#### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

|                                    |  |   |
|------------------------------------|--|---|
| 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                                  | 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。  | c |
| 9                                  | 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。   | c |
| コメント                               | 良い点/工夫されている点：<br>特になし。   |   |
|                                    | 改善できる点/改善方法：<br>第三者評価の受審は今回が初めてである。今回の評価結果を基に、年1回は再評価を行い、PDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上のための取り組みの実施を望みたい。 |   |

## II 組織の運営管理

### II-1 管理者の責任とリーダーシップ

|                           |  |   |
|---------------------------|--|---|
| II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。 |  |   |
| 10                        | 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。   | b |
| 11                        | 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 |
| コメント                      | <p>良い点/工夫されている点：<br/>                     管理者は遵守すべき福祉関連法や労働法等について十分に理解している。また、県障がい者虐待防止・権利擁護研修会に参加し、職員に対し虐待防止や権利擁護の必要性を周知し、施設内の掲示板上に虐待のわかりやすい事例を掲示している。</p>  |   |
|                           | <p>改善できる点/改善方法：<br/>                     管理者は自らの役割と責任を含む職務分掌等について文書化し周知を図っているが、経営・管理に関する方針や自らの役割と責任について組織内の広報誌等にて表明していない。また、不在時の権限委任等について明確にしている。経営・管理に関する方針や自らの役割と責任について広報誌等にて表明し、不在時の権限委任等についても明確にするよう期待したい。</p> |   |

|                               |   |   |
|-------------------------------|---|---|
| II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 |   |   |
| 12                            | 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 |
| 13                            | 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 |
| コメント                          | <p>良い点/工夫されている点：<br/>                     管理者は、運営会議等を通じて、福祉サービスの質の現状について分析し、経営分析実績表をもとに、主任会議や日中活動会議を開催し、自らも参画するとともに、職員の教育・研修の充実を図っている。また、経営の改善や業務の実効性に向けて、人事、労務、財政等を踏まえて分析を行い、利用者や職員の配置バランスや夜勤のできない人の正規職員化等の取り組みを行っている。</p> |   |
|                               | <p>改善できる点/改善方法：<br/>                     特になし。</p>  |   |

### II-2 福祉人材の確保・育成

|  |  |   |
|--|--|---|
| 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                                     | 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 |
| 15                                     | ② 総合的な人事管理が行われている。   | b |
| コメント                                   | <p>良い点/工夫されている点：<br/>                     「人員体制の現状について」文書に必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や福祉人材の確保と育成、必要な福祉人材や人員体制の具体的な計画があり、県看護協会の訪問等、効果的な福祉人材確保の取組を実施している。</p>  |   |
|  | <p>改善できる点/改善方法：<br/>                     「期待する職員像」を明確にしておらず、人事基準は定めているが、異動・昇進について明確に定めていない。また、職員の意向・意見を取り上げるシステムは稼働しておらず、職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりもできていない。期待する職員像を明確にし、異動・昇進を含めた人事基準を明確に定め、職員へ周知を図ると共に、職員の意向・意見を把握するためのシステムを構築し、職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりをするように望みたい。</p> |   |

|                             |   |   |
|-----------------------------|---|---|
| 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、働きやすい職場づくりに取組んでいる。   | a |
| コメント                        | <p>良い点/工夫されている点：<br/>                     労務管理の責任者は事務長が担当し、職員の健康診断やワーク・ライフバランス等、適切に対応している。特に工夫している点は、職員の悩み事等の相談に関して、個別面接の機会を設けると共に、職員個々に内部相談窓口・外部相談窓口、それぞれ2名の連絡先を記載した名刺大のカードを配布している。職員全員がそれを名札ケースに入れて、所持している。</p> |   |
|                             | <p>改善できる点/改善方法：<br/>                     特になし。</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                              | ① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。  | b |
| 18                              | 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。  | b |
| 19                              | ③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。  | b |
| コメント                            | <p>良い点/工夫されている点：<br/>                     特になし。</p>  |   |
|                                 | <p>改善できる点/改善方法：<br/>                     「期待する職員像」を明確にしていない。職員は目標設定シートに目標設定しているが、組織が職員に求める目標項目、目標水準、目標期限が明確でない。個々の職員の目標項目等を定め、それに基づき目標達成度の確認を行うことを期待したい。また、策定された教育・研修計画に基づく取組を実施し、復命書の提出もあるが、計画および研修内容等の評価と見直しを実施していない。それらを定期的に行い、教育・研修計画をより充実したものにするよう期待したい。また、職員一人ひとりの教育・研修の機会を確保しているが、職員の階層別位置づけが明確でなく、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施しているとはいえない。組織が職員に求める階層的な位置づけを明確にして、それに基づいた教育・研修を実施することを望みたい。</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   | ① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。  | b |
| コメント   | 良い点/工夫されている点：<br>特になし。   |   |
|  | 改善できる点/改善方法：<br>平成30年度は16名の実習生を受け入れているが、福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化していない。また、実習生等の福祉サービスの専門職の教育・育成についてのマニュアルも整備していない。福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化し、実習生等に対してもマニュアルを整備して対応するよう期待したい。 |   |

## II-3 運営の透明性の確保

|                                   |   |   |
|-----------------------------------|---|---|
| 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                                | 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。  | b |
| 22                                | 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。  | b |
| コメント                              | 良い点/工夫されている点：<br>特になし。  |   |
|                                   | 改善できる点/改善方法：<br>運営の透明性を確保するための情報公開はおおむね適切であるが、第三者評価の受審やその結果は今後の課題であり、今後に期待したい。また、公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組もおおむね適切であり、事務、経理、取引等に関するルールも明確であるが職員等への周知を徹底していないため、改善を望みたい。 |   |

## II-4 地域との交流、地域貢献

|                             |  |   |
|-----------------------------|--|---|
| II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 |  |   |
| 23                          | 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 |
| 24                          | 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。   | c |
| コメント                        | 良い点/工夫されている点：<br>特になし。   |   |
|                             | 改善できる点/改善方法：<br>利用者と地域との交流を広げるための取組はおおむね適切である。社会資源は障がい者ガイドブックに掲載され利用者に提供しているが、地域の情報をまとめたものは見当たらない。地域の情報を収集し掲示板等で利用者に提供しよう望みたい。また、ボランティア受け入れのマニュアルを整備していない。年間約100名のボランティアを受け入れているので、早急な整備を望みたい。 |   |

|                            |  |   |
|----------------------------|--|---|
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 |  |   |
| 25                         | 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 |
| コメント                       | 良い点/工夫されている点：<br>福祉協会、社会福祉協議会、地区連絡協議会等と定期的な連絡会等を行っている。地区の部会に職員が出席し、重度障害者の受入れ先や精神障がい者の退院後の住居としてグループホームを探す等の活動をしている。 |   |
|                            | 改善できる点/改善方法：<br>特になし。  |   |

|                               |   |   |
|-------------------------------|---|---|
| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 |   |   |
| 26                            | 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 |
| 27                            | 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 |
| コメント                          | 良い点/工夫されている点：<br>民生委員等と定期的な会合を持ち、地域住民の就労準備支援事業や地域のひきこもり者対応等、地域貢献に関わる事業・活動を実施している。 |   |
|                               | 改善できる点/改善方法：<br>特になし。   |   |

## 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

|                               |   |   |
|-------------------------------|---|---|
| III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 |   |   |
| 28                            | 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 |
| 29                            | 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。   | b |
| コメント                          | 良い点/工夫されている点：<br>特になし。  |   |
|                               | 改善できる点/改善方法：<br>「倫理綱領」、「行動指針」を「規定体系・整備状況一覧」に明示することが望まれる。職員研修の記録が一般職員にまでは閲覧・把握されていない。分析・把握した記録を一般職員に回覧することが望まれる。 |   |

|  |   |   |
|--|---|---|
| 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   | 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 |
| 31   | 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 |
| 32   | 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 |
| コメント   | 良い点／工夫されている点：<br>福祉サービスをわかりやすく伝える言葉遣い、写真、絵や図などに工夫が見られ、利用者の自己決定を尊重した個別対応がなされている。<br>福祉サービスの開始・変更時や福祉サービスの変更においても、引継書等文書記録が整備され、その後の相談等担当者も伝えられている。 |   |
|  | 改善できる点／改善方法：<br>特になし。   |   |

|                            |  |   |
|----------------------------|--|---|
| Ⅲ- 1 - (3) 利用者満足の上昇に努めている。 |  |   |
| 33                         | ① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。  | b |
| コメント                       | 良い点／工夫されている点：<br>特になし。   |   |
|                            | 改善できる点／改善方法：<br>利用者満足の上昇について、利用者の面談や懇談会を行っているが、今後の取り組みとしてそれらの記録の作成が望まれる。 |   |

|                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| 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                                  | ① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。   | b |
| 35                                  | 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。   | b |
| 36                                  | 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 |
| コメント                                | 良い点／工夫されている点：<br>特になし。   |   |
|                                     | 改善できる点／改善方法：<br>苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施する等、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫をすることを期待する。<br>利用者が相談、意見を述べる際に、複数の方法手段があることや相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書の作成を期待する。<br>相談や意見を受付した記録の方法や報告の手順、対応のあり方を定めたマニュアルの定期的な見直しを期待する。 |   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| 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   | 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 |
| 38   | 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 |
| 39   | 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 |
| コメント   | 良い点／工夫されている点：<br>災害発生時の利用者の安全確保のために、体制整備、事前準備・対策・訓練を含め災害等への備えに努めている。 |   |
|  | 改善できる点／改善方法：<br>特になし。  |   |

## 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                                     | 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。                            | a |
| 41                                     | 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 |
| コメント                                   | 良い点／工夫されている点：<br>提供する福祉サービスについて標準的な実施方法を文書化し、定期的に検証・見直しを行い福祉サービスを提供している。 |   |
|  | 改善できる点／改善方法：<br>特になし。  |   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| 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   | ① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。   | a |
| 43   | ② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。   | a |
| コメント                                       | 良い点／工夫されている点：<br>アセスメント手法を確立して、それに基づいた福祉サービスを提供している。また、定期的な個別支援計画の評価・見直しもしている。 |   |
|  | 改善できる点／改善方法：<br>特になし。  |   |

|                                  |  |   |
|----------------------------------|--|---|
| 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                               | 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 |
| 45                               | ② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。   | a |
| コメント                             | 良い点/工夫されている点：<br>福祉サービスの実施は、組織の定まった運営規程、個人情報保護管理規程、研修記録等により、適切な管理（文書、パソコンシステム）と共有化が図られている。 |   |
|                                  | 改善できる点/改善方法：<br>特になし。  |   |

## 【内容評価基準】

### A- 1 利用者の尊重と権利擁護

|                   |  |   |
|-------------------|--|---|
| A- 1- (1) 自己決定の尊重 |  |   |
| A①                | ① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。  | a |
| コメント              | 良い点/工夫されている点：<br>新人研修には、経験豊かな中堅職員をOJTとして、半年間の支援計画に基づくきめ細やかな教育を行っている。新人を教育することで、中堅職員にとっても自分自身の振り返りの場として相乗効果が得られている。月1回のサービス向上委員会では、全員がセルフチェックを行い、利用者の自己決定を尊重した個別支援につながっているかを確認している。 |   |
|                   | 改善できる点/改善方法：<br>特になし。  |   |

|                    |   |   |
|--------------------|---|---|
| A- 1- (2) 権利侵害の防止等 |   |   |
| A②                 | ① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。   | a |
| コメント               | 良い点/工夫されている点：<br>利用者にわかりやすい言葉と絵で書かれたポスターが各階に展示され、職員が説明を行っている。サービス向上委員会では、再発防止策として、半年ごとにセルフチェックを徹底して行動規範としている。 |   |
|                    | 改善できる点/改善方法：<br>特になし。   |   |

### A- 2 生活支援

|                 |   |   |
|-----------------|---|---|
| A- 2- (1) 支援の基本 |   |   |
| A③              | ① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。  | a |
| A④              | ② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。  | a |
| A⑤              | ③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。  | a |
| A⑥              | ④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。  | a |
| A⑦              | ⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。   | a |
| コメント            | 良い点/工夫されている点：<br>視覚支援において、利用者の障害や行動状況に応じてわかりやすい掲示物の工夫や、ホワイトボードに記載した行事予定表、一人ひとりに応じた絵カードを通じて情報収集ができています。行動障害など個別支援が必要な場合には、スヌーズレンの適切な活用が行われている。緊急マニュアルや研修マニュアルも整備され、職員間で支援の方法を共有して適切な対応につなげている。 |   |
|                 | 改善できる点/改善方法：<br>特になし。   |   |

|                    |   |   |
|--------------------|---|---|
| A- 2- (2) 日常的な生活支援 |   |   |
| A⑧                 | ① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。  | a |
| コメント               | 良い点/工夫されている点：<br>食事は、すべて施設内で手作りしており、利用者の心身の状況に応じて食べやすく心のこもった料理を提供している。特別食は栄養計画に基づいて段階別に形態の変わったものを提供するなど細かく配慮している。 移動手段も心身の状況に応じて、車椅子、歩行器、シルバーカーを利用している。 |   |
|                    | 改善できる点/改善方法：<br>特になし。   |   |

|                |  |   |
|----------------|--|---|
| A- 2- (3) 生活環境 |  |   |
| A⑨             | ① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。  | a |
| コメント           | 良い点/工夫されている点：<br>リスク管理委員会では、危険物チェックを行い、利用者が安心・安全に配慮した生活が送れるように対応と支援を行っている。内容によっては、主任会議や運営委員会で協議することもある。また、利用者が不調になった場合には、スヌーズレンという精神安定を図る特殊な構造の部屋を活用するなど改善の工夫を行っている。 |   |
|                | 改善できる点/改善方法：<br>特になし。  |   |

|                   |  |
|-------------------|--|
| A-2-(4) 機能訓練・生活訓練 |  |
| A⑩                | ① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。 <span style="float: right;">a</span>   |
| コメント              | 良い点/工夫されている点：<br>毎日のホームルーム後、さらに日中活動後には、利用者全員を対象に、室内ウォーキングやラジオ体操、嚥下体操、リハビリ体操など様々なメニューの機能訓練・生活訓練を取り入れて実践している。利用者の障害の状況に応じて、リハビリなど専門家の指導を受ける場合もある。定期的にモニタリングを行うことで、嚥下の改善や服薬の見直しで症状が改善するなどの効果をあげている。 |
|                   | 改善できる点/改善方法：<br>特になし。  |

|                     |   |
|---------------------|---|
| A-2-(5) 健康管理・医療的な支援 |   |
| A⑪                  | ① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。 <span style="float: right;">a</span>   |
| A⑫                  | ② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。 <span style="float: right;">a</span>  |
| コメント                | 良い点/工夫されている点：<br>毎日の健康観察表、症状調査、健康診断は利用者全員を対象に行われ、医師・看護師と連携し、利用者の健康状態の把握に努めている。投薬ミスのための緊急会議が行われるなど、日頃から、緊急時や感染症などのマニュアルも作成され、すべての部署に設定されている。浴室には、カテーテルプラグ等の消毒液交換の手順書が貼られており、すべての職員が対応出来るようにしている。 |
|                     | 改善できる点/改善方法：<br>特になし。   |

|                   |  |
|-------------------|--|
| A-2-(6) 社会参加、学習支援 |  |
| A⑬                | ① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。 <span style="float: right;">a</span>  |
| コメント              | 良い点/工夫されている点：<br>年1回の社会見学には、利用者の意向や特性に配慮した学習体験の機会が提供されている。(例:ちくちくぼんぼんでの川遊び、エンゼルランドのサイエンスショーなどの体験)。保護者会では家族の意見を取り入れて、外部講師を招き、成年後見制度の学習会を行い、全体意見交換会を行っている。 |
|                   | 改善できる点/改善方法：<br>特になし。  |

|                          |   |
|--------------------------|---|
| A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援 |   |
| A⑭                       | ① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。 <span style="float: right;">a</span>   |
| コメント                     | 良い点/工夫されている点：<br>近隣施設や同法人内のグループホーム見学や、利用体験を提供することで、利用者の地域生活への移行意欲を高める支援を行っている。市の行事、県主催のスポーツイベント、近隣施設との交流会などの参加を支援している。毎日の生活の中でも、食事の後片付けや洗濯など生活力の向上に向けて個別対応を行っている。 |
|                          | 改善できる点/改善方法：<br>特になし。   |

|                         |  |
|-------------------------|--|
| A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援 |  |
| A⑮                      | ① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。 <span style="float: right;">a</span>  |
| コメント                    | 良い点/工夫されている点：<br>保護者会を通じて定期的な報告がされ、日々の生活状況は連絡ノートで直接保護者とやり取りができています。また、保護者会での奉仕活動やコーヒボランティア、創作ボランティアなど、保護者が施設との関わりをもてる機会を設けている。 |
|                         | 改善できる点/改善方法：<br>特になし。  |