

福祉サービス第三者評価結果報告書

①第三者評価機関

社会福祉法人和歌山県社会福祉協議会

②評価対象事業所

名称:社会福祉法人和歌山県福祉事業団 和歌山県立南紀福祉センター牟婁あゆみ園	種別: 身体障害者療護施設
代表者氏名: 園長 上村恭子	定員(利用者数): 80名
所在地: 西牟婁郡上富田町岩田2457-1	TEL: 0739-47-3551

③訪問調査日 平成20年9月16日

④総評

◇特に評価の高い点

- (1)利用者の安全確保の取り組みは、組織体制において万全を期しており、万が一にも事故発生した場合の取り組みについても十分である。
- (2)福祉サービスの質の向上のため評価体制の整備に積極的に取り組んでおり、その自己評価等の評価結果の対応も適格である。
- (3)身体障害者の施設として、利用者の施設変更、家庭への移行について万全を期しており、サービス継続性の配慮も十分である。
- (4)利用者の重度化、高齢化が進む中、建物は築28年と相当経過しているが、排泄や入浴などについては職員の創意や工夫により補っており、利用者が日常生活をより快適に送れるよう努力している。
- (5)個々の障害に応じた日常生活支援について、利用者の希望や意向をくみ上げるよう努めている。健康管理についてもきめ細かく対応されている。
- (6)余暇やレクリエーション、外出・外泊、理容・美容について、利用者の意向を尊重しQOL(生活の質)の向上に取り組んでいる姿勢は評価できる。

◇改善を求められる点

- (1)理念、基本方針の職員、利用者の周知は、さらに徹底することが望まれる。
- (2)経営状況の把握は、積極的に取り組むことが望ましく、特に利用者ニーズ、動向、サービスコスト及び利用率の分析を行うことが求められる。
- (3)人事管理上、人事考課を実施することが望まれる。
- (4)地域移行に向けて自立支援と自己決定を支援する方向性を打ち出しているが、個々の障害から見て地域復帰が困難であると決め付けず、利用者のエンパワメントに着目した自立支援プログラム等への取り組みが望まれる。
- (5)各種マニュアルを作成しているが、さらに整備・明文化し職員間で共有化して、ケア(介護)とキュア(医療行為)両面で支援内容の均一化と普遍化が望まれる。
- (6)服薬について、マニュアルの見直しと管理の徹底、職員研修の継続が望まれる。

⑤第三者評価結果に対する事業所のコメント

今回評価を受けて、良質のサービスを提供するためには、組織としての仕組みづくりと、利用者の意見を取り入れた定期的な見直しが重要である事を再認識しました。そして、利用者主体を貫くためには、不断の努力を積み上げ、サービスを普遍化していかなければならないという事を感じました。今後も、一人ひとりの人生に関わらせていただいているということを胸に刻み、個別支援計画を核に、利用者のエンパワメントを高められるようなサービスを提供し、当施設を利用して良かったと思ってくれるような支援を目指して行きたいと思っております。

⑥各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由(別紙)

(別紙)

各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由

施設名：和歌山県立南紀福祉センター牟婁あゆみ園（身体障害者療護施設）

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
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、基本方針が確立されている。		
<p>I-1-(1)-① 理念が明文化されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 法人の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。</p> <p>b) 法人の理念を明文化しているが、法人の使命・役割の反映が十分ではない。</p> <p>c) 法人の理念を明文化していない。</p> </div>	a	理念を明文化しており、その中で法人並びに園の使命・役割を反映している。
<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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。</p> <p>b) 理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。</p> <p>c) 理念に基づく基本方針を明文化していない。</p> </div>	a	基本方針は「南紀福祉センター運営の理念」等法人内の文書に明確に記載されており、理念との整合性も確保されている。

福祉サービス第三者評価・共通基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
<p>I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 理念や基本方針を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>b) 理念や基本方針を職員に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>c) 理念や基本方針を職員に配付していない。</p> </div>	b	<p>基本理念については、理解を促すために職員の名札の裏に記載し、常時携帯している。</p> <p>個々の利用者の生活史を大切にするための全員の利用者生活史を作成し職員に理解を深める指導をしているが、会議や研修等による周知については十分ではない。</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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>b) 理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>c) 理念や基本方針を利用者等に配布していない。</p> </div>	b	<p>基本方針については、入所時の重要事項説明書により説明し、施設内にも掲示をしている。</p> <p>利用者に対する周知については、障害者、利用者に理解しやすい工夫は十分でない。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
I-2 計画の策定		
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>I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定している。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定していない。</p> </div>	a	<p>和歌山県福祉事業団障害児者支援の基本構想に基づいて「改訂版の実施計画」を基本計画として策定している。</p> <p>障害者自立支援法施行を受けて、平成20年1月に「改定・基本構想、中長期第三期基本構想」を策定している。</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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映して策定されている。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映していない。</p> </div>	a	<p>改訂版実施計画書（20年1月策定）のなかで「牟婁あゆみ園中長期基本構想」に明確に策定され、施設の事業計画については、その中長期計画を基本に策定されている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
<p>I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されるとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。</p> <p>b) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。</p> <p>c) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。</p> </div>	a	<p>中長期計画については、必要に応じて改訂版を策定しており、それは組織的に取り組んでいる。施設の単年度事業計画もそれを受けて組織的に策定しており年度末には業務分担ごとに担当職員を中心に評価検討している。</p>
<p>I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 各計画を職員や利用者等に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>b) 各計画を職員や利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>c) 各計画を職員や利用者等に配布していない。</p> </div>	c	<p>事業内容と計画については、年度当初に全職員に配付し、必要に応じ説明を行っているが、全職員が計画を十分理解しているかどうか不十分である。職員には配付しているが利用者には配付していない。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
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。		
<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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。</p> <p>b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。</p> <p>c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。</p> </div>	b	<p>管理者自らの役割と課題については、本年20年度から「管理職課題解決シート」を作成し、毎月検証するよう取り組んでいる。</p> <p>「あゆみ園管理運営規程」に管理者の役割と責任は明記されているがその対応は不十分である。</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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。</p> <p>b) 管理者自ら、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が、十分ではない。</p> <p>c) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。</p> </div>	c	<p>障害者自立支援法については、施設の責務を運営規程にも定めている。又遵守すべき事項について理解しているが組織としての関係法令の把握、リスト化は行っていない。</p> <p>職員への周知についても不十分である。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。</p> <p>c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。</p> </div>	b	<p>福祉サービスの質の向上のため日常的な日誌や日々のケース記録の確認を行いサービスの点検を実施している。</p> <p>点検を行うなかでの課題については、問題提起し現場で職員の意見を聞きながら検討しているが十分でない。</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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>b) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。</p> <p>c) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組について指導力を発揮していない。</p> </div>	b	<p>経営や業務の効率化と改善については、昨年短期入所ニーズの増加に伴い人員配置や経営コストを検討のうえ併設数を増やした。</p> <p>本年度は、看取りケアの必要な利用者のために人員配置と経費を考慮し、職員体制を変更するなど対応しているがまだ取組みは十分でない。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

II 組織の運営管理

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。

<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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を積極的に行っている。</p> <p>b) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 事業経営をとりまく環境を把握するための取組を行っていない。</p> </div>	b	<p>経営をとりまく環境を把握するため、中長期基本計画に基づいて施設の利用者像や地域での役割についての方向性を定め事業運営している。福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータの収集等具体的に把握するための取組みは行っていない。</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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。</p> <p>b) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っているが、改善に向けた取組を行っていない。</p> <p>c) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っていない。</p> </div>	b	<p>法人で策定した経営改善計画について定期的に施設長会議で改善すべき課題について確認するとともに職員に説明している。本年20年度から経営コンサルタントによる管理者研修を実施し経営改善の課題を設定し職員の意見を聞く体制も敷いているが十分ではない。</p>
---	---	---

福祉サービス第三者評価・共通基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 外部監査を実施しており、その結果に基づいた経営改善を実施している。</p> <p>b) 外部監査を実施しているが、その結果に基づいた経営改善が十分ではない。</p> <p>c) 外部監査を実施していない。</p> </div>	c	<p>外部監査は実施していないが、経営コンサルタントによる経営改善のための指摘を受けている。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
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。		
II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。 【判断基準】 a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しており、それに基づいた人事管理が実施されている。 b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しているが、それに基づいた人事管理が十分ではない。 c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していない。	a	福祉サービスの質を確保するための体制があり、人材確保・育成に向けた具体的なプランが文章化されており人事管理が行われている。
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。 【判断基準】 a) 客観的な基準に基づき、定期的な人事考課を実施している。 b) 定期的な人事考課を実施しているが、客観的な基準に基づいて行われていない。 c) 定期的な人事考課を実施していない。	c	人事考課制度の導入は検討中で、客観的な基準によって評価するまでには至っていない。

福祉サービス第三者評価・共通基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
<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>【判断基準】</p> <p>a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。</p> <p>b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。</p> <p>c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。</p>	a	職員の申告書により意向を確認しており、就業等に関する職員相談窓口も設置し工夫している。
<p>II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 福利厚生センターへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。</p> <p>b) 福利厚生事業を実施しているが、十分ではない。</p> <p>c) 福利厚生事業を実施していない。</p>	b	年金共済制度に加入している。また、職員互助会(施設協会)もあり、個人加入を勧めている。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。</p> <p>b) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されているが、十分ではない。</p> <p>c) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されていない。</p> </div>	a	<p>事業計画に定める新人研修、世代別研修、管理職研修等を年間を通して計画的に実施している。専門的資格取得について職免規程もあり、勤務上の配慮を行っている。</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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定され、計画に基づいた具体的な取組が行われている。</p> <p>b) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されているが、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。</p> <p>c) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。</p> </div>	b	<p>策定された事業計画に基づいた各種研修は実施している。職員一人ひとりについての取り組みについては、十分ではない。</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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 研修成果の評価が定期的に行われるとともに、次の研修計画に反映されている。</p> <p>b) 研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。</p> <p>c) 研修成果の評価が定期的に行われていない。</p> </div>	b	<p>法人で実施する研修については、研修レポート提出を義務化し、管理職のチェックにより個人との確認も行っている。施設内研修については、計画的に毎月実施し、研修レポートの提出を行っているが、その内容を次の計画に十分には反映されていない。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 実習生の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。</p> <p>b) 実習生の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。</p> <p>c) 実習生の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。</p> </div>	<p>b</p>	<p>実習生の受け入れについては、高校生及び大学生の体験実習等積極的に実施しており、受け入れマニュアルも整備している。 実習生受け入れの責任体制は明確にしているが実習指導者に対する研修は実施していない。</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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 実習生受入れの際には、効果的なプログラムを用意する等、育成について積極的に取り組んでいる。</p> <p>b) 実習生受入れの際には、効果的なプログラムを用意する等、育成について取り組んでいるが、十分ではない。</p> <p>c) 実習生を受け入れていない。</p> </div>	<p>b</p>	<p>実習生の受け入れに際し、事前の打合わせ、又期間中に効率的に学べるようプログラムを作成している。 実習期間中は、学校との連絡を密にし、実習の進捗状況の確認を行っている。 介護福祉士等種別ごとの実習マニュアルは整備していない、</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
II-3 安全管理		
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>II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能している。</p> <p>b) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。</p> <p>c) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備していない。</p> </div>	a	<p>安全確保のための組織体制については、緊急時対応のマニュアル整備とともに、事故発生時には、すみやかに事故報告書を作成し、分析と再発防止対策を講じている。</p> <p>事故報告書は、全員供覧し経営会議の議題としても取りあげチェックしている。</p> <p>新人職員を中心に救急研修を地元消防署との連携のもとに実施している。</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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。</p> <p>b) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。</p> <p>c) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集していない。</p> </div>	a	<p>事故発生した場合の事例の発生要因を分析し、再発防止等について職員参加のもとに万全を期している。</p> <p>事故に至らない出来事についても、日常的に報告し、福祉サービス委員会にて分析を実施し、必要に応じてマニュアルの見直しや職員に対する啓発を行っている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
II-4 地域との交流と連携		
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-① 利用者地域との関わりを大切にしている。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 【判断基準】 a) 利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。 b) 利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。 c) 利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。 </div>	b	利用者地域との交流については、地域の催し物や行事に参加できるように掲示板で周知を図っている。又参加しやすいように職員ボランティア制度を設け協力している。 具体的には、老人ホームとの交流、スポーツイベント等にも定期的に参加をしている。 現時点では地域の行事に企画の段階から参加できるまでには至っていない。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 【判断基準】 a) 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。 b) 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。 c) 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。 </div>	b	法人としては、障害者や福祉を理解するための研修会を開催し、地域住民とのコミュニケーションを図っている。 ホームページでは、施設の活動状況をブログで発信しているが、施設が有する機能を地域に開放・提供する取組みとしては十分ではない。
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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 【判断基準】 a) ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されており、受け入れについての体制が整備されている。 b) ボランティア受け入れに対する基本姿勢は明示されているが、受け入れについての体制が十分に整備されていない。 c) ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されていない。 </div>	b	ボランティアの受け入れについては、事業計画のなかで定め、地元の社会福祉協議会との連携で継続して実施している。 ボランティア活動の拡大に向けての取り組みについては、十分とはいえない。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p> <p>II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示し、その情報が職員間で共有されている。</p> <p>b) 施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示しているが、その情報が職員間で共有されていない。</p> <p>c) 施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。</p> </div>	b	<p>施設の役割や機能を達成するために各種団体、関係機関との連携は必要に応じ実施している。職員間の情報の共有化について、その連絡方法等は不十分である。</p>
<p>II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。</p> <p>b) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保しているが、具体的な課題や事例検討は行っていない。</p> <p>c) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保していない。</p> </div>	a	<p>関係機関との連携は必要に応じ実施している。法人のサポートセンターと連携し解決に向けて情報交換し積極的に取り組んでいる。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている。</p> <p>b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。</p> </div>	b	福祉ニーズの把握については、法人のサポートセンターからの情報収集により行っている。 施設独自に地域の具体的なニーズを把握するための取り組みは行っていないが短期入所など事業参加は実施している。
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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動が実施されている。</p> <p>b) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があるが、実施されていない。</p> <p>c) 把握した福祉ニーズに基づいた、事業・活動の計画がない。</p> </div>	a	地域の福祉ニーズの把握は、法人のサポートセンターが担当しており、当施設としては短期入所事業、日中一時支援事業、障害者グループホーム「クローバー」事業を実施している。

福祉サービス第三者評価・共通基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
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。		
<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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解を持つための取組が行われている。</p> <p>b) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない。</p> <p>c) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示されていない。</p>	a	<p>利用者を尊重したサービス提供については、施設の基本理念に明確にされ、職員の一人ひとりが認識する工夫をしている。</p> <p>虐待防止については、全職員を対象に研修を実施し、人権への配慮を行っている。</p>
<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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、職員に周知するための取組を行っている。</p> <p>b) 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が、職員に周知する取組が十分ではない。</p> <p>c) 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ない。</p>	b	<p>利用者のプライバシー保護については、福祉事業団職員倫理綱領に明確に定められているが、利用者への周知については、十分とはいえない。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。		
<p>Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示され、利用者満足を把握する具体的な仕組みを整備している。</p> <p>b) 利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されているが、利用者満足を把握する具体的な仕組みが十分ではない。</p> <p>c) 利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されていない。</p> </div>	a	<p>利用者満足の上昇を目指す姿勢については、基本理念に明確にされ、利用者満足度の把握については、利用者本人と家族を対象にアンケートを実施している。</p> <p>利用者会と職員との懇談会や保護者会との役員会総会を開催し、意見を聞いている。</p>
<p>Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備され、実際にその向上に向けた取組を行っている。</p> <p>b) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されているが、その向上に向けた取組が十分ではない。</p> <p>c) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されていない。</p> </div>	b	<p>利用者満足のためのアンケート調査等を実施しているが、提示された意見に随時検討する程度で調査結果に基づいた分析、改善などの取り組みは不十分である。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
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>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。</p> <p>b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。</p> <p>c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、相談方法や相談相手を選択できない。</p>	b	<p>組織として利用者が自由に相談できる支援体制は整備していない。</p> <p>施設内には、面接、相談室を設置すると共に「サービス向上意見箱」を置くなど努力している。</p>
<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。</p> <p>b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。</p> <p>c) 苦情解決の仕組みが確立していない。</p>	a	<p>苦情解決の体制については、施設サービス利用契約書に明記し、利用者にも説明すると共に施設内に掲示している。</p> <p>苦情として受け付けた内容については本人の意思を確認のうえ第三者委員に報告し、解決後もその方法、結果を公表している。</p>
<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備し、迅速に対応している。</p> <p>b) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備しているが、迅速に対応していない。</p> <p>c) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。</p>	c	<p>利用者からの意見を受けた場合の記録、報告の手順や対応のマニュアルは整備していない。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

Ⅲ-2 サービスの質の確保

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>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備され機能している。</p> <p>b) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。</p> <p>c) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されていない。</p> </div>	a	<p>サービスの質の向上のため法人独自の第三者評価を年1回実施している。 施設においてもサービス内容の自己評価、利用者評価を年1回実施している。</p>
<p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしている。</p> <p>b) 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、十分ではない。</p> <p>c) 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。</p> </div>	a	<p>評価結果により明らかにされた課題について文書化しており、その内容について職員の会議で報告し、施設内に掲示して共有化を図っている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施している。</p> <p>b) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施しているが、十分ではない。</p> <p>c) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施していない。</p> </div>	<p>b</p>	<p>評価の結果から明確になった課題について、その改善計画を策定し実施している。 改善計画については、職員が参画して策定したものでない。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。</p> <p>Ⅲ-2-(2)-① 個々の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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それに基づいたサービスが実施されている。</p> <p>b) 個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それに基づいたサービスの実施が十分ではない。</p> <p>c) 個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。</p> </div>	b	<p>個々のサービスについてマニュアルを作成し支援方法についてもケアプランのモニタリング毎に生活支援実施書を作成して、その都度確認している。</p> <p>しかし、全職員に周知徹底する方策については不十分である。</p>
<p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを行っている。</p> <p>b) 標準的な実施方法について定期的に検証しているが、必要な見直しを行っていない。</p> <p>c) 標準的な実施方法について定期的な検証をしていない。</p> </div>	b	<p>個々のサービスの見直しについては、月1回の福祉サービス検討委員会でヒヤリハット分析のなかで見直しを検討し、全職員の会議で報告する体制をとっている。</p> <p>しかし、見直しにあたり利用者の意見が反映される仕組みになっていない。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。</p> <p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。</p> <p>b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されていない。</p> </div>	b	<p>利用者個々の記録については、個別支援計画を基に日々の記録、月々、半期ごとにモニタリングを実施している。</p> <p>個々支援計画は利用者、家族に説明し、同意を得ている。</p> <p>記録する職員で記録内容にバラツキがあり改善することが望ましい。</p>
<p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者に関する記録管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。</p> <p>b) 利用者に関する記録管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者に関する記録管理について規程が定められていない。</p> </div>	b	<p>文書分類規程に基づいて保管期間を定めケース記録は管理保管している。</p> <p>利用者や家族からの情報開示を求められた場合も開示義務があることを説明している。</p> <p>記録の管理について全職員の認識については不十分である。</p>
<p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われている。</p> <p>b) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われていない。</p> </div>	b	<p>利用者の情報に関する記録については施設内のパソコンで共有する仕組みとなっている。</p> <p>現時点において全ての利用者に関する情報が全職員に共有されるまでになっておらず伝達が多分な場合がある。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。

<p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供している。</p> <p>b) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供しているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供していない。</p> </div>	b	<p>利用希望者に対してインターネット上にホームページを作成し、施設の情報を公開している。組織を紹介するパンフレットには、誰にでもわかる特に障害がある方への工夫は行っていない。</p>
<p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。</p> <p>b) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) サービス開始時の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っていない。</p> </div>	b	<p>サービス開始にあたり、利用者との契約の際に「サービス重要事項説明書」及び「施設サービス利用説明書」で説明し、同意を得ている。説明にあたり利用者や家族が理解しやすい工夫配慮については、十分とはいえない。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>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。</p> <p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービスの内容や施設の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮している。</p> <p>b) サービスの内容や施設の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。</p> <p>c) サービスの内容や施設の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮していない。</p> </div>	a	<p>施設の変更や移行に当たり、サービスの継続性に配慮し、引継文書が作成されている。具体的にグループホーム5人、家庭復帰へ1人支援している。</p> <p>その後も地域事業者や関係機関との連携を密にし引続きサービスが受けられるよう配慮し、地域移行の方には引続き施設の在宅サービスを提供している。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
Ⅲ-4 サービス実施計画の策定 Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
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。 【判断基準】 a) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するために、手順を定めて計画的なアセスメントを行っている。 b) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するために、手順を定めてアセスメントを行っているが、十分ではない。 c) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するための、アセスメントの手順を定めていない。	a	利用者の身体状況、生活状況等を把握するため「アセスメント記録表」の様式を定め、これにより把握し、記録している。 正確なアセスメントを実施するための手順及び見直しの時期も定めている。
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。 【判断基準】 a) 利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を具体的に明示している。 b) 利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を明示しているが、十分ではない。 c) アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を明示していない。	a	利用者全てについて、アセスメントに基づき課題を明らかにし、利用者一人ひとりについて生活支援計画書と生活支援実施書により対応している。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。</p> <p>b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しているが、十分に機能していない。</p> <p>c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立していない。</p> </div>	b	利用者一人ひとりのサービス実施計画は、生活支援の基本であり、計画、実施、評価、改善のサイクルを機能するよう体制が確立している。 具体的には、モニタリング会議において看護師等の意見を集約し、ケース担当、班長等で開催し、モニタリングの変更ケアプランについては、利用者または家族に確認してもらっているが利用者本人の参加はしていない。
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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。</p> <p>b) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。</p> <p>c) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。</p> </div>	a	サービス実施計画の見直しについては、生活支援計画書を半期に一度評価し、改善見直しを行っている。 モニタリングについては、複数の職員で行い、計画の見直し後は利用者または家族の方に確認し同意を得ている。

(別紙)

各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由

施設名：和歌山県立南紀福祉センター牟婁あゆみ園（身体障害者療護施設）

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
A-1 利用者の尊重 1-(1) 利用者の尊重		
<p>A-1-(1)-① <u>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。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 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十分ではない。</p> <p>c) 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ない。</p> </div>	a	<p>言語障害のある方については、トーキングエイドや文字盤・パソコンなどを利用して日常的にコミュニケーションをとれる方法を工夫している。また、そういったものを使用できないが表情や仕草で読み取れる方については、よく使用する言葉をカードにしたり、あるいは個別支援計画に具体的な支援内容を明示している。</p> <p>利用者のコミュニケーションに関する存機能を生かすため言語聴覚士によるリハビリテーション計画を立案し、実施している。</p>
<p>A-1-(1)-② <u>利用者の主体的な活動を尊重している。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の主体的な活動が尊重されている。</p> <p>b) 利用者の主体的な活動の尊重が十分ではない。</p> <p>c) 利用者の主体的な活動が尊重されていない。</p> </div>	a	<p>利用者自治会が結成されており、月に一度利用者代表と担当職員及び管理職も出席して懇談会を実施している。</p> <p>また、外出に於いてはできるだけ自由な外出を推奨しており、日常的に自由に外出できる方法を講じている。</p> <p>さらには、地域へのイベント等にも積極的に参加できるように職員ボランティアによる介助体制をしいている。</p>

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 見守りと支援の体制が整備されている。</p> <p>b) 見守りと支援の体制の整備が十分ではない。</p> <p>c) 見守りと支援の体制が整備されていない。</p> </div>	b	<p>重度身体障害者施設であるため、施設内はバリアフリーになっており、可能な限り日常生活動作については自力でできるように配慮している。また、本人の希望を尊重し出来る限り自力で行いたいという方については、意志を尊重することを基本においている。個別のケースについては、介助や見守り体制の検討も必要であると認識している。</p> <p>夜間帯など時間内で終了しなければならず制限があるため介助を行う場合もあり、活動範囲の広がりについて十分とはいえない。</p>
<p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 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十分ではない。</p> <p>c) 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ない。</p> </div>	b	<p>地域環境的に利用できる資源が少ないが、介護タクシー・福祉バスの利用等掲示板に掲示し可能な限りの情報は提供している。</p> <p>また、機能的に社会資源を利用できる方が少なく社会性活力を高めるための日常生活訓練プログラムはないが、それに代わって利用者の要望に応じて個別に学習をするなど検討している。</p>

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>A-2 日常生活支援 2- (1) 食事</p> <p>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。</p> <div data-bbox="226 421 1218 608" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) サービス実施計画に基づいた食事サービスの用意が十分ではない。</p> <p>c) サービス実施援計画に基づいた食事サービスが用意されていない。</p> </div>	a	<p>個別支援計画・あるいは生活支援実施書の中で全員の食事についてはサービス提供方法を明示しており、それに基づいて提供している。食事の提供に関するマニュアルも作成している。</p>
<p>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。</p> <div data-bbox="226 780 1218 943" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 食事が美味しく、楽しく食べられるように工夫をしている。</p> <p>b) 食事が美味しく、楽しく食べられるような工夫が十分ではない。</p> <p>c) 食事が美味しく、楽しく食べられるような工夫をしていない。</p> </div>	b	<p>食事業務は委託している。嗜好調査は年1回実施。給食会議は月1回開催し利用者の代表も参加している。適温については保温冷車を使用している。献立表については一週間ごとに提出され掲示している。食卓には種々の調味料を置いている。食事内容については、会議上で協議し改善を目指している。現状は残滓が多いようで、まだまだ工夫していく必要がある。また、一部特例を除いて、メニューの選択についても検討中である。</p>
<p>A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。</p> <div data-bbox="226 1137 1218 1300" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 喫食環境に配慮している。</p> <p>b) 喫食環境の配慮が十分ではない。</p> <p>c) 喫食環境に配慮していない。</p> </div>	a	<p>食事時間については、各食とも1時間30分の食事時間を設定しておりその時間内で食事を摂るようにしている。清掃や整頓にも心がけ、毎食後の床ふきや月に一度の食堂大掃除を実施するなど、努力している。</p>

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2-(2) 入浴</p> <p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 利用者の障害程度や介助方法など個人的事情の配慮が十分ではない。</p> <p>c) 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ない。</p> </div>	a	<p>入浴のマニュアルを作成している。個人的留意事項については生活支援実施書に明記し配慮している。全員の入浴チェックリストは作成していないが、個別に血圧管理が必要な方、様子観察になっている方については、毎回看護師が入浴前のバイタルチェックを行い個々のカルテに記載し、介護職員に申し送りをしてその日の入浴者を確認し、職員全員に伝達するとともにホワイトボードに掲示している。</p>
<p>A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の希望に沿って行われている。</p> <p>b) 利用者の希望に沿って行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の希望に沿って行われていない。</p> </div>	b	<p>入浴は週3回実施し、昨年より夜間入浴も実施している。また、設定日以外に個々の状況に合わせて連日入浴の必要な方には実施している。しかし、利用者が多人数のため、全員の希望に沿うことは困難であり、入浴の回数や時間帯まで利用者の意見を吸い上げることはできていない。</p>
<p>A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 環境は適切である。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 環境は適切ではない。</p> </div>	c	<p>築28年の施設であり、浴室が食堂の直ぐ近くにある。さらに入り口が廊下に面しており、ついたてや間仕切りを使用してプライバシーの保護に配慮しているが、廊下から見えやすいなど十分ではない。脱衣室では職員は2人体制で入浴支援を行い事故防止に留意し、床には衝撃吸収マットを敷くなど工夫している。空調は整備している。</p>

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2-(3) 排泄</p> <p>A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 介助は快適に行われている。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 介助は快適に行われていない。</p> </div>	a	<p>排泄マニュアル(安全、プライバシー、便意・尿意・失禁への対応など)を作成し、排泄が快適に行われるよう清拭等の工夫もしている。個々人の排泄に関する留意点は生活支援実施書に記載されている。また、便秘傾向の方がほとんどなので、排便状況についてはチェックリストを使用している。排泄用具・衛生・防臭に関するマニュアルもある。</p>
<p>A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 清潔で快適である。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 清潔かつ快適ではない。</p> </div>	c	<p>トイレの設備については、身体機能に合わせて床しきのトイレを設置している。また、重度化が進んでいるため、ポータブルトイレを増やしている。トイレの掃除については一日1回実施。使用後の消毒も実施している。</p> <p>臭気対策のため空気清浄機を設置している。しかし、清潔面については不十分である。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2-(4) 衣服</p> <p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。</p> <p>b) 利用者の個性や好みを尊重した支援が十分ではない。</p> <p>c) 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っていない。</p> </div>	a	<p>衣類の購入や買物については、本人が自ら外出時に購入するなど好みを尊重し適宜支援している。</p>
<p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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に行われている。</p> <p>b) 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適宜行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応が適切に行われていない。</p> </div>	b	<p>汚れや破損が生じた場合の業務手順は用意していない。</p> <p>特に食後衣類が汚れている方がいるが、すみやかに更衣に応じている。</p> <p>利用者が着替えを希望された時や必要に応じて適宜支援を行っている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2-(5) 理容・美容</p> <p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。</p> <p>b) 利用者の個性や好みを尊重した支援が十分ではない。</p> <p>c) 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っていない。</p> </div>	b	<p>髪型については、月に4回理髪店・美容院に来てもらい、各利用者の好みに応じられるよう配慮している。</p> <p>髭剃りについては、入浴時に実施しているが個人の状況に応じた対応が不十分であり髭の手入れができていないことがある。</p> <p>爪きりについては、毎週日曜日に実施することになっているが抜けていることが多い。</p>
<p>A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 配慮している。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 配慮していない。</p> </div>	a	<p>上記の通り、月に4回理髪店・美容院に来てもらっている。</p> <p>その他、個人が希望されたときには必要に応じ送迎なども実施している。</p>

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2-(6) 睡眠</p> <p>A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 配慮している。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 配慮していない</p> </div>	<p>a</p>	<p>寝具については私物利用は自由で、好みのものを利用している。</p> <p>6人部屋ということで、どうしても安眠が妨害されてしまいがちであるが、情緒不安により不眠になった場合には出来る限り静養室へ移ってもらうなど対応している</p> <p>夜間に行った支援については、ケース記録と療護日誌への記載をすることになっている。</p>

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2-(7) 健康管理</p> <p>A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 適切である。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 適切ではない。</p> </div>	a	<p>年2回の健康診断を実施し記録は個別に保管されている。嘱託医師が週4回定期及び要観察者の診察に来ている。利用者の健康状態については、異常があれば保護者への連絡もしている。また、看護師の宿直体制を敷き24時間看護的ケアに対応できるようにしている。インフルエンザの予防接種については、保護者の承諾を頂いている。歯科治療については、隣接の南紀療育園の歯科に週2回受診補助を行い口腔衛生に努めている。</p>
<p>A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されている。</p> <p>b) 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制は整備されているが、取り組みが十分ではない。</p> <p>c) 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されていない。</p> </div>	a	<p>緊急対応マニュアルを作成し、緊急時には協力医療機関(田辺中央病院)を始め、各医療機関への迅速な受診を行う支援をしている。受診には、必ず看護師が付添うことを基本にし、各医療機関との日常的な連携にも努めている。</p>
<p>A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 確実に行われている。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 確実に行われていない。</p> </div>	c	<p>利用者のほとんどが投薬を受けているため、日常的に保管方法や取り扱いについてはマニュアルを含め慎重に対応している。しかし、服薬のヒヤリハットが多く十分とは言えない。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2-(8) 余暇・レクリエーション</p> <p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映され、希望に沿って行われている。</p> <p>b) 余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映されているが、十分ではない。</p> <p>c) 余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映されていない。</p> </div>	a	<p>新事業体系移行を控え、日中活動の充実のため取り組んでいるが、利用者のアンケートも参考に、現在は週5日数種類の余暇活動を設定し実施している。余暇活動の日程は月ごとに利用者にお知らせし参加を呼びかけている。また、余暇については全員の個別支援計画に組み入れ個々が出来る限り余暇を充実できるようにしている。また、内容によっては外部からのボランティアや講師を招いて継続的に実施している。</p>

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2-(9) 外出、外泊</p> <p>A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の希望に応じて行われている。</p> <p>b) 利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の希望に応じて行われていない。</p> </div>	a	<p>自由外出のルールについては自治会と話し合い策定している。また、地域の情報も常にお知らせしている。</p> <p>施設の支援としては外出介助サービスを設定している。また、職員ボランティア外出の制度も自治会との協力の下創設しており、希望に添った外出が出来るように配慮している。外出時の安全確保については、GPS携帯を使用してもらう等の工夫をしている。</p>
<p>A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に依るよう配慮されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の希望に応じて行われている。</p> <p>b) 利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の希望に応じて行われていない。</p> </div>	a	<p>外泊は利用者・保護者の意向を尊重し、ルールを作成し希望に依るよう配慮している。外泊したいが家庭事情により困難な時には、個々のケースにきめ細かく対応している。</p>

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2-(10) 所持金・預かり金の管理等</p> <p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 適切な管理体制が整備され、確実な取り組みが行われている。</p> <p>b) 管理体制が整備されているが、取り組みが十分ではない。</p> <p>c) 管理体制が整備されていない。</p> </div>	b	<p>機能的に自己管理が出来ない方がほとんどであるため、管理体制については法人の規定する管理マニュアルにより責任者を決めて管理を行っている。月に1回利用者に状況報告を行い確認押印してもらっている。自己管理したい方については、金庫を購入してもらったり、保管状況を確認し事故の生じないような適切な管理が出来るように配慮している。しかし、自己管理に向けての学習プログラムがなく支援体制の整備が不十分である。</p>
<p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の意志や希望が尊重されている。</p> <p>b) -</p> <p>c) 利用者の意志や希望に十分応じていない。</p> </div>	a	<p>個人の希望に応じ新聞・雑誌の購読が利用できるように配慮している。テレビについても希望者は個人所有できるよう支援している。</p>
<p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の意志や希望が尊重されている。</p> <p>b) -</p> <p>c) 利用者の意志や希望に十分応じていない。</p> </div>	a	<p>喫煙については喫煙場所を決めるなどルール化し、個人の健康状態を鑑みた上で、意思や希望を尊重している。飲酒についても、晩酌できるように体制をとり、個人の健康状態について医師にも助言を得て留意した上で希望に沿うよう配慮している。</p>