

# 評価細目の第三者評価結果

（障害者・児福祉サービス分野）

## 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	コメント
Ⅰ－１－（１） 理念、基本方針が確立・周知されている。		
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	法人理念や方針は事業計画や事業報告に明記されており、内容がホームページ上に掲載されている。理念実現のためにクレドを作成し唱和するほか、施設内への掲示し職員へ周知している。クレドは職員の自己評価や上司からの評価にも活用され支援の判断基準として使われている。また、家族には事業計画発表会と事業報告会を通して理念の周知や運営状況の報告を行っている。地域の方も参加出来るようになっているが、今後は更に情報発信していく仕組みづくりも検討されている。

### Ⅰ－２ 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ－２－（１） 経営環境の変化等に適切に対応している。		
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	施設長は身体障害者施設協議会、社会福祉法人経営者協議会など、所属する団体からの情報収集や埼玉県虐待防止権利擁護研修や外部で「キャリア理論」の講師をするなど、事業を取り巻く環境をとらえる努力をしている。これらから得た情報は利用者のニーズを敏感に受け止めて、職員間において課題を検討し、対応、改善する努力をしている。
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。	b	役員会議では、2週間ごとに、施設の経営状況や運営状況と数値化して収支分析し、利用率からのニーズの把握や利用者を取り巻く環境などをテーマに話し合いを行っている。月1回の経営会議では各部門から報告の上がる利用者からの意見や事故報告などについても話し合いを行っている。

### Ⅰ－３ 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ－３－（１） 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
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	長期計画、短期計画を明確に分類し、ホームページ上で公表している。また、利用者の満足度を重視して、優秀な人材確保を重点に考えている。地域交流や地域福祉の観点において積極的に考えて行動する人は、すぐに結果は現れなくても、いずれは貢献してくれる存在となり、施設を支える人になると考えている。
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	中長期計画を基に前年の実施状況も含めて単年度の計画を立てている。法人全体の計画、各部門ごとの目標、目標達成に向けたスケジュール及び予算などを定めている。

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
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	年度ごとに事業報告書及び計画書としてまとめられ、職員や利用者、利用者家族へ周知されている。その中には3カ年計画、年度計画の実施状況や評価がそれぞれまとめられている。単年度計画の実施状況は9月末に一度、実施状況をまとめ下半期の活動へと繋げられている。事業計画を遂行するために、必要性をわかりやすい言葉で伝えることを心掛けている。また、職員の異動により生じた利用者の方の動揺なども、きめ細やかな説明で対応するよう努めている。
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	普段から施設長は利用者とのコミュニケーションを心掛けて、信頼関係を築くようにしている。施設長室を可能な限り開放しており、職員と利用者の距離を近くするように努力している。また、不在の時にはホワイトボードを活用して所在を明らかにする等の注意をはらっている。さらに、朝館内を一周することにより、施設の確認業務を徹底している。施設内にモニターが複数設置されており、事業計画など掲示物では利用者に伝わりにくい事を映像で伝える努力をしている。

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	コメント
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。		
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。	b	クレド評価を行い、職員が普段の仕事の振り返りを行う機会を設ける等、個々の能力を集結して、施設全体の品質向上のための努力を続けている。また、品質向上委員会をつくり施設全体の質の向上に向けた努力を続けている。今後は現在のOJTの基準である「できる、できない」だけの評価からどのように出来ているかを評価できる方法が検討されている。
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。	b	個人についての評価結果は、把握された問題を、職員に対してフィードバックして改善へ繋げている。このサイクルを徹底していくことで、職員自身も目標の充実感を実感できると考えている。課題への取り組み方を指導すべく取り組んでいる。サービス内容については、品質向上委員会の中で課題を見つけ、向上すべき課題を明確にしている。

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	コメント
Ⅱ-1-1 (1) 管理者の責任が明確にされている。			
Ⅱ-1-1 (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		施設長の役割と責任については、職務分掌の中に明記されている。災害時には、マニュアルで組織図や連絡体制災害時の施設長の役割などを定めている。特に地震の際には規模ごとの対応方法が決められており、事業所ごとに事務所で職員が確認できるようになっている。災害時の組織図と緊急連絡網については重要事項として職員室、施設長室内にあり、連絡網を利用して対応するように周知している。
Ⅱ-1-1 (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。	a		法人として守るべき事項をまとめた法人マニュアルに「法令順守マニュアル」を作成し、虐待防止についてなどの項目を新人研修において、講義をしている。それに基づいたチェックを年3回実施して、虐待防止について、問題意識を持つよう取り組んでいる。
Ⅱ-1-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
Ⅱ-1-1 (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		質の向上のため、各種委員会を作り活動している。委員会での活動報告は月一回実施される経営会議の中で報告が上がってくるようになっており、活動内容の確認をしている。また、施設長自身がリスクマネージャーとなり、事故防止に取り組んでいる。その他、QC活動として研究事業で独居体験を行い、その中から新たなニーズをつかんだケースもあった。
Ⅱ-1-1 (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		施設長は身体障害者施設協会の研修の講師などもし、職員の育成に取り組んでいる。職員からの理事の登用、退職者を減らすための取り組みのほか、キャリアパス規程で求められる役割、果たすべき責任、習得すべき資格を介護職用、医療職用に分けて作成している。3年前からは、法人のリーダー研修を毎年実施し、すべての職員がキャリアアップを目指せる仕組みを作り、ひとりひとりが責任と目標を持ち、職務に専念できるような取り組みを行っている。職員を増やし、退職者を減らす事で余裕をもって利用者のサービス向上に取り組めるようにしている。

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-1 (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。			
Ⅱ-2-1 (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		事業計画に「職員採用の戦略的活動」を定め、新規の採用は、実習や学生アルバイトやボランティアも積極的に受け入れ、定期的に新卒者を採用することによって、組織としての体制を充実させている。福利厚生として、産休育休を取りやすいよう女性が働きやすい環境を整えている。
Ⅱ-2-1 (1) -② 総合的な人事管理が行われている。	a		人事異動に関しては、クレド評価や異動希望調査をもとに、役員会議で話し合い、理事会を通して決定通知されるなど、公平公正な人事管理がおこなわれるようにしている。また、3段階のOFF-JT（新人研修－リーダー研修－財務・経営研修）を定める等総合的な人事研修がおこなわれている。

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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り組んでいる。	b	1年1回クレド評価後の面談の際、異動希望調査を行っており、それはパート・アルバイトの形態で働く職員も例外ではない。有給消化率の把握も行っており、部署によっては、さらに取得しやすい環境づくりの必要性があると考えている。残業においては、理事長もチェックできるような仕組みになっており、残業時間が管理されている。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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。	b	新しく入職した職員の教育を3年目から5年目の職員が1対1で指導するブラザーシスター制度で、一人ひとりの指導を行っているほか、全職員クレド評価、キャリアパス評価をしている。今後は、公私の目標を記入するドリームカードを作成し、目標が達成することを目指し、仕事以外の生活の充実を支援することを計画している。これは、福祉のプロは人間のプロであるべきだという施設長の考えに基づいている。
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。	b	入職時には13日間にわたる内部研修、11日間の外部研修が行なわれ、その後ブラザーシスター制度で1対1のOJTが行なわれる。その後の研修では、リーダー研修やシャッフル研修など年間を通して様々な研修が計画実施されているが、そのほかの研修は計画には盛り込まれていない。また、SDS制度があり、希望者が理事長、執行役員に対してプレゼンを行い、必要性が認められると看護学校通学などを含めた外部研修に参加できる形となっている。
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。	b	職務分掌の中に役職ごとに習得すべき資格、研修などは定められている。個別の育成計画については入職時の研修やクレド評価などを通して行われており、内部研修が中心となっている。いろいろな部門を体験理解することを奨励しており、「シャッフル研修」が他部門を知る機会として年度計画の中に盛り込まれている。事業報告において全体の研修の報告をしている。
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。		
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	実習生の年間受け入れ計画が作成されており、実習指導者において介護福祉士と社会福祉士の養成実習を受け入れを。また、留学生、保育士の実習も受け入れもして、3名の職員で指導に当たっている。職員の指導が均一に行われるためのオリエンテーションで伝えるべき注意事項や実習のねらい、目標、指導のポイントなどを定め、体系的な実習指導が行えるよう法人全体で取り組んでいる。

II-3 運営の透明性の確保

	第三者評価結果	コメント
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。		
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	ホームページによる情報公開と、利用者、家族への事業計画説明会、事業報告会を開き、周知に努めている。苦情や要望については、事業報告で件数や対応状況などが報告されている。苦情解決の過程では、第三者委員を活用することもある。
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	経理業務に関しては、担当者から外部の会計事務所に委託し、作成された財務諸表をもとに執行役員会で報告されている。また「めぐみ会決済処理規程」の中で金額と決済者が明確にされている。

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a	施設内の一角を地域の社会福祉協議会へ貸し出し、ふれあいセンターとして利用されている。そこへ来所する高齢者の方が植えた花を利用者が見て楽しんだり、地域のお祭りへも積極的に参加している利用者もいるが出掛けていけない利用者もいるため、施設で行うお祭りには利用者や家族だけでなく地域の方にも来て楽しんでもらえるよう、書家の方を呼んだり、イリュージョンのショーがあつたりと毎年様々なイベントを企画している。
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。	b	ボランティア受け入れ制度は「社会福祉法人めぐみ会ボランティア運営規程」として定められており、施設でのお祭りで、毎年学生ボランティアが活躍しているほか、毎年の大掃除には地域のボランティアの方々が協力してくれている。そのほか傾聴ボランティアや読み聞かせボランティア、吹奏楽ボランティアコンサートなどの受け入れも行っている。中学生の職場体験の受け入れを通して、利用者の刺激にもなるように支援している。
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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	地域の障害者福祉の核となれるよう、三芳町の高齢者施設、障害者施設等で作られる三芳町福祉施設連絡協議会で連携を取り、防災や人材確保について話し合いを行っている。ショートステイの利用者が外部の作業所に行くこともあり、近隣の施設とも連携を取りながらサービスを提供している。その他消防署と連携した避難訓練や、職員が地域の防災訓練に参加するなど関係機関との連携を取っている。
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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	ハード面では、地域の福祉避難所になるほか敷地内にある社会福祉協議会が運営するふれあいセンターに栄養指導や食事提供を行っている。ソフト面では、三芳町の福祉協力委員として活動したり、介護福祉士養成施設の教員、埼玉県虐待防止研修にファシリテーターとして参加するなど、経験と知識を地域に還元している。
Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。	b	社会福祉協議会が行う生活困窮者への支援事業の中で日雇い労働者の受け入れを行っている。その他社会福祉協議会の運営するふれあいセンターへの場所の提供など、地域の関係機関と連携を取り地域福祉へ貢献できるよう取り組んでいる。

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	コメント
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
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	各分野において、マニュアルが完備されており、日誌や報告書の書き方がシステム化されている。夕方の引継ぎの際には理念、クレドを用いて業務の振り返りを行い、理解を深められるよう努めている。
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。	b	プライバシー保護の観点から、個別情報保護管理規程を作成し、それに基づくプライバシーポリシーが作成されている。それを会議において報告し、各職員への周知の徹底がなされている。外部講師による研修会が開かれている。

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。		
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	利用開始時には、サービス利用説明書、重要事項説明書および契約書を用いてサービス内容を説明している。サービス利用説明書はユニット活動の種類や活動内容、使用できる設備、日課、利用料金などの基本的なサービス内容の他に、各サービスを利用できなかった場合の対応や通院等その都度追加で発生する可能性のあるサービス内容についても明記し詳しい情報の提供に努めている。
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	年1回の三者面談で新しいサービスや、個別支援計画の説明を行っている。本人に理解してもらうためには家族の理解や協力も重要だとの考えから、面談は家族にも同席してもらっている。その他年度途中でサービス内容が変わった場合には、施設内に掲示をしている。掲示物は文字やルビ、絵などを使い利用者に理解してもらいやすいよう工夫している。
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。	b	入所者がグループホームへの移行を希望する場合や、在宅を希望する場合、在宅移行後も法人としてサポートできるような新規在宅サービスの展開を開始したり、情報共有できる体制を整えている。ショートステイは利用時の様子を家庭に向けて情報提供出来るよう、口頭その他、専用の様式を作り文書でも伝えている。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-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	年1回面談の中で意向の把握に努めているほか、品質向上委員会で満足度向上のための活動をしている。今年度からこれまで把握できなかったニーズを掴むため、利用者アンケートを実施している。集められた意見はこれから分析する予定となっており、継続される仕組みとなることが期待される。
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。		
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	苦情解決委員会が月1回定期的に行われており、そのほか必要に応じて臨時苦情解決委員会が開かれる。また外部機関を利用して適切に申し出る等、問題解決から公表までの仕組みが確立されている。寄せられた苦情や意見は、本人の承諾を取り、今後は施設内掲示により公表する予定となっている。
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。	b	常に利用者と職員の距離を意識して、日常の業務にあたり、利用者のニーズを感じるようにしている。職員側からテーマを設けて聞き取ることにより、意見を伝えにくい利用者も話しやすくなるような工夫をしている。今後は文書や口頭だけでなく、施設内に複数設置されているモニターで動画発表などを行い、どんな時に相談ができるのかなどをわかりやすく伝えていく構想もある。
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	相談意見は日々の記録に残され、申し送りや個別支援計画に反映され職員間で共有されている。相談内容をもとに水分データを収集し、排泄環境の改善につながるケースもある。短期入所の際は、最初にニーズを聞き取り、これを基に支援計画を作成している。一定期間を経過した短期入所者に関しては、個別支援計画を作成している。

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。		
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	危機管理委員会、苦情解決委員会、個人情報保護委員会、事故防止部会等を組織し、リスクマネジメントに組織的に対応している。また事故報告書が整備されており、職員間で意識共有できる仕組みとなっている。
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	かしの木ケアセンター感染症マニュアルが存在し、感染症発生時の対応方法、伝染病及び感染症ごとの出勤停止期間について基準がある。
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	法人の防火管理マニュアルに従って、火災に対応する訓練が行われ、そのマニュアルは、写真を入れる等、職員にわかりやすいものとなっている。地震発生時は規模ごとの対応フローが日中、夜間と時間ごとに分けて決められている。設備の警報発生時の連絡先（業者）も明記されている。三芳町合同避難訓練には、職員も参加している。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(1)-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福祉サービスが提供されている。	b	支援の在り方についてのマニュアルの中で、サービス体系と基本サービスについて定められている。基本サービスは「自立支援」「職員の姿勢」「地域移行」「ご家族とのつながり」「食事・排泄」「入浴」「清潔」「睡眠」「医療」「リハビリ」「接遇」「余暇」などについて細かく定められている。利用者の状況も変化しているため、数年に1度、事務所内で見直しを行い、適切にサービスが提供されるよう、心掛けている。
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	毎月の入所会議の中で事業計画の進捗状況について確認が行われ、その内容が役員会議へと報告される。これらを基に年度末、事業報告を作成する中で、ユニットケア再編や見直しが行われている。
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。		
Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a	日誌を用いて情報共有、および申し送りがなされており、ケース記録として個別の情報が抽出され、最終的には管理職間で回覧をしている。このことにより、適切な指導がなされて、現場のサービス向上につなげている。
Ⅲ-2-(2)-③ 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	モニタリングによる、状況把握がなされている。個別支援計画策定会議において課題が検討され、適切な支援計画の評価を行っている。
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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	利用者の日々の状況は、朝夕2回の申し送りをおして報告されており、加えて16時にはコンタクトが行なわれ、ユニット活動の担当職員から報告がされている。ショートステイでは、細部にわたる連絡事項は面接チェック表に基づき、共有されている。
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	個人情報保護管理規程、個人情報の同意書が保管されている事務所は、19時に施錠される。ケアステーションで管理されている個人情報は、鍵がかかるところに保管されている。

評価対象A 個別評価基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

	第三者評価結果	コメント
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A-1-(1)-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	個別支援計画は、利用者の希望を聞き、看護師、リハビリ担当、栄養士、セラピスト等の意見を集約して作成している。家族に送付する際には、前回との変更点がわかるよう、変更箇所を赤字で示し、必ずメモで利用者の日常の様子を知らせて、家族が意見や要望を出しやすいように工夫している。利用者一人ひとりへの合理的配慮に関しては、アンケートでは意見を言うことが難しい方からのくみ取り方法を検討し、まずは日々の関わりの中から聴き取る方法として、話題作りのテーマを決めることから実践した。職員は、クレドや全体会議で利用者の権利について認識の共有化を図っている。
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A-1-(2)-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	権利擁護部会があり、具体的な事例の検討やグレーゾーンについて話し合いをしている。また、職員個々に、定期的にグレーゾーンの記述式アンケートも実施して、権利擁護についての認識の確認をしている。障害者虐待の報告手順は、わかりやすいフローチャートになっており、法人のマニュアルに記載されている。

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本		
A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a	利用者の心身の状況や心身の把握は、日誌の記録にて申し送りをして個別支援に活かしている。利用者の主体性を尊重して、潜在能力を引き出し、セルフケアを原則とした支援を行っている。根拠のある支援をすることを大事に考え、自立生活の動機づけには、「これをする」ということが出来る様になる。」ということを利用者に説明している。職員は、補装具や年金の申請等行政の手続きやサービスの利用申請の代行をして生活の支援をしている。
A-2-(1)-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。	b	文字盤を使う、会話補助装置を使う等、利用者の心身の状況に合わせた方法でコミュニケーションを図っている。利用者の表情から意思や希望を汲み取ることもあるが、細かいことへの理解が課題と考えている。伝えただけではなく、伝わったかが大切と考え、写真付きで行動ごとの気持ちを共有したり、家族に話を聞く等の取り組みをしている。利用者のコミュニケーション能力を高める為には、できるだけ発語を促し、利用者の先を越して言わない工夫をしている。発語が難しい方は、文字盤利用に加え、会話補助装置を使うことで、ナースコールで意思を伝えられるようになった。



<p>A-2-(1)-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。</p>	<p>a</p>	<p>ユニットの活動時間以外に、面談時間を設け、個別に話をする機会を設けている。契約書の変更、利用料金、個人肖像利用の同意、苦情受付等、面談にて伝えなければならない情報は、必ずチェックを入れて、もれのない仕組みにしている。事業計画に載せている選択食は、利用者の声を反映させたもので、近年充実させている。地域で生活するためには、選択のトレーニングが必要であるため、食の選択を施設の生活の中で自己決定する機会の1つとして捉えて増やしている。個別支援計画リハビリ計画策定会議において、利用者個々の身体の状態に合わせた支援内容を検討している。</p>
<p>A-2-(1)-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。</p>	<p>b</p>	<p>日中活動は、利用者の希望によってリハビリや生産活動などの特色あるユニット活動に参加することができる、活動への参加不参加は本人の意思を尊重している。地域の活動や季節のお祭り等の情報は随時提供し、参加支援を行うことで、福祉まつりのために創作活動をしたり、出店につながったユニットもあった。ふれあいセンターでは、地域の高齢者と合同で避難訓練を実施する等の交流を深め、歌の集いに呼んでもらう等の馴染みが出てきた。</p>
<p>A-2-(1)-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。</p>	<p>b</p>	<p>障害に関する専門知識習得のため研修等は、新人研修をはじめ、数多く実施している。研修内容は、「認知症の症状が目立ってきたから」等、今課題とと思っていることを次年度の研修項目にあげることが多い。年間を通し、内部研修の実施、外部研修への参加等研修の機会は多いが、職員ごとの計画は作っていない。利用者の個別支援内容は、個別支援リハビリ計画の策定会議で見直しをし、多職種の視点からの意見を交換して連携がなされている。</p>
<p>A-2-(2) 日常的な生活支援</p>		
<p>A-2-(2)-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。</p>	<p>b</p>	<p>年1回嗜好調査を実施している。選択食は、好評であり毎年増やしている。食堂の席は、ユニットのグループごとに座り、利用者の身体の状態に合わせて椅子やテーブルの高さの調整をしたり、形態を変えている。できるだけ温かい雰囲気のもとで食事ができるよう、明るいオレンジ色の木製の肘掛椅子を導入した。入浴は、看護師の判断のもとに実施し、体調不良時は清拭をしている。移動移乗に関しては、個別支援計画策定会議で検討し、リハビリの必要性和安全面の判断をして対応している。</p>
<p>A-2-(3) 生活環境</p>		
<p>A-2-(3)-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。</p>	<p>a</p>	<p>利用者居室は2人部屋では、カーテンで仕切り個人のプライバシーを確保している。居室、食堂、浴室、トイレ等には室温湿度計が設置され適温を保つよう配慮がなされている。居室・食堂・トイレは定期的に外部業者に依頼し対応をしている。個人が自身の考えに従って生活できるよう支援実践し、感染症罹患時等は個室へ移動していただく等工夫している。定期的に利用者満足度調査を実施し支援に生かしている。</p>

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A-2-(4)-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。	b	館内外の移動(歩行・車椅子)や入浴・排泄等、ADLに関しできることはご自身で行っていただくよう支援実践している。PTOT等専門職とリハビリコーディネーターの連携で個々の利用者に関し策定会議の実施、また「リハビリテーション評価、実施計画書」を整備し、定期的なモニタリングを行い、より効果的な機能訓練となるよう支援実践を図っている。
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A-2-(5)-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。	a	日頃のバイタルチェック・処置等は看護師が実施し記録を整備している。日常生活では定時に全館換気、カラオケ機導入、肺炎防止のための口腔ケア方法をVTRで流す等実施している。個別支援計画の見直し時、三者面談の中で健康状態等の説明を実施。安全衛生部会による体調変化等に関するマニュアルの整備、緊急時の対応方法を看護師の研修で学ぶことも行っている。
A-2-(5)-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。	a	医療的支援に関するマニュアルが整備され、管理者である施設長の責任が明確化されている。服薬マニュアルの整備、服薬チェックが実施されている。医療的な支援を実施する職員は、内部研修を行い、合格した者にのみ対応させ、安全管理を図っている。喀痰吸引研修(2号研修)を事業計画に基づき計画的に実施し、現場におけるサービスの標準化を目指している。
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A-2-(6)-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。	b	福祉まつりへの出展や参加、ふれあいピック、地域の清掃等、地域を通じた社会参加の機会を提供している。その他スポーツ大会、生け花教室等の実施や新たなニーズ把握のために様々なレクリエーションを実施し、また文書・映像等を活用した様々な情報提供も行っている。
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A-2-(7)-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。	b	地域移行については法人全体で考え取り組んでいる。グループホーム見学、情報提供を実施。また地域移行に繋がるよう地区社協との連携、三芳町福祉施設連絡協議会との調整を図り、グループホーム体験入居の実施等、常に情報提供やそのための訓練等を実施している。個別の支援は、移行の意欲を高めるために自身で洗濯をする等の支援も実施している。
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A-2-(8)-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。	a	家族との交流・連携の場として、三者面談、家族懇親会、事業報告会、めぐみ祭り、クリスマス会等のイベントを、事業計画説明会や事業報告会では利用者の生活状況の他、法制度等改正内容等も伝えている。体調不良等の連絡体制はマニュアルが整備され、ルールに従って対応ができています。電話やSNSを介して情報発信も実施している。
A-3 発達支援		
A-3-(1) 発達支援		
A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。		評価外
A-4-(1) 就労支援		
A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。		評価外

<p>A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。</p>		<p>評価外</p>
<p>A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。</p>		<p>評価外</p>