

2019(令和元)年度 福祉サービス第三者評価

調査結果報告書

仁愛療護園

契約日	2019年	7月	9日
		5	
職員報告会	2019年	10月	29日

2019年10月29日
特定非営利活動法人
介護と福祉の調査機関おきなわ

福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

2019（令和元）年度

特定非営利活動法人 介護と福祉の調査機関おきなわ

契約日	2019年 7月 9日
確定日	2019年10月29日

②事業者情報

名 称：	仁愛療護園	種 別：	障害者支援施設
代表者氏名：	新垣 武四郎	定員 (利用室数)：	76 (23) 名
所 在 地：	〒901-0619 沖縄県南城市玉城字屋嘉部200番地	TEL	098-948-1815

③総評

◇特に評価の高い点

1 施設長は、経営の改善や業務の実効性を高める取り組みに率先垂範して指導力を発揮している。

施設長は、中・長期計画の中で、「人材を持って資源となす」を最重要課題と位置づけ、人材育成制度を創設して計画の実現に取り組んでいる。専門職大学院への1年間の職員派遣や資格取得助成制度の活用による職員の資格取得の促進にも取り組んでいる。サービス向上委員会を組織し、それを受けて設置された各委員会に全職員が所属して活動する仕組みを構築して、サービスの質の向上を全体で行う体制をつくり上げている。建物及び付帯設備等の環境整備として、浴室やトイレを改修し、空調設備や電気設備、ナースコールの更新等が行われている。職員の腰痛対策として電動ベットや電動昇降式入浴装置、スライディングボードの導入等にも、率先垂範して指導力を発揮している。

（関連項目：12, 13）

2 誤薬に対する対策を看護職を中心に全職員が一丸となって取り組み、誤薬ゼロを継続している。

内服薬管理マニュアルを作成し、昨年、誤薬が発生した際に、看護課会議で対応策を検討して誤薬防止対策月間を設定し、全職員に誤薬防止の研修を実施するなど服薬支援に対する意識向上に取り組んだ結果、1年以上、誤薬ゼロを継続している。

（関連項目：57）

3 個別支援計画が適切に策定され、日々の実践に展開されている。

個別支援計画書の作成に際しては、入所前のアセスメントをサービス管理責任者と看護職で実施し、入所後に担当職員や理学療法士、栄養士等がそれぞれ専門職の視点でアセスメントするとともに、利用者の意向を確認した上で多職種によるカンファレンスを実施している。サービス管理責任者は個別支援計画にもとづいた福祉サービスの実施状況を実施記録で確認し、気になる場合は現場職員に声かけをしている。個別支援計画の評価・見直しもマニュアルにもとづき、実施されている。定期的に行っている個別支援計画説明会は、家族にコーヒーやお菓子等を提供して話しやすい雰囲気づくりに努め、家族の意見を計画に反映させている。

（関連項目：42, 43, 55）

◇改善を求められる点

1 中・長期計画を踏まえた単年度の計画の策定が期待される。

単年度の計画は策定されているが、中・長期計画の内容を反映させて事業内容を具体的に示し、実行可能な内容にすること、及び数値目標や具体的な成果等を設定することで実施状況の評価を行える内容にすることが望まれる。

(関連項目：5)

2 標準的な実施方法(マニュアル)の作成、及び見直しが期待される。

看護業務マニュアルや内服薬管理マニュアル等の19の看護マニュアルと、食事や入浴、個別支援計画作成・管理マニュアル等の8つの生活支援マニュアルが策定され、感染症対策等一部のマニュアルは見直しもされている。しかし、プライバシー保護やボランティア受け入れに関するマニュアル、利用者からの相談や意見を受けた際の対応や身体的拘束等権利侵害への対応に関するマニュアル、意見箱の開錠に関するルール等が確認できなかった。マニュアル委員会等で検討して策定するとともに、策定されたマニュアルについて、組織的に見直すことが望まれる。

(関連項目：24、29、36、40、41、47)

3 地域との交流について検討が期待される。

利用者の重度化や高齢化に伴い、地域との交流の機会が少なくなっている。利用者の声等も確認しながら、地域との交流について地域交流ホーム等を活用して地域住民との交流の取り組み、及び地域ニーズに応じた多様な支援活動が望まれる。

(関連項目：23)

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

当園は定期的に第三者評価を受審しており、今回で3回目の受審となります。第三者評価を受審する事は、客観的な視点・気づきを把握することに繋がりますし、施設自体のストレングスを再認識するためにも重要であると捉えています。

福祉サービスの質の向上に取り組むために、初回の受審後からサービス向上委員会を組織し全職員が各委員会に属して活動してきました。今回の受審では各委員会の成果や委員会活動が機能・定着していることを実感する事となりました。これまでの取り組みについて、その方向性が間違っていない事を各職員も実感できたと思います。

利用者本位のサービスを提供する事はもちろんですが、利用者の高齢・重度化が進む中、私たちはこれまで以上にサービスの質の向上・改善に対する取り組みの“早さ”が求められています。今回の受審で得られた課題を真摯に受け止め、利用者ひとりひとりがその人らしく生活できるように施設全体で取り組んでいきます。

⑤各評価項目にかかる第三者評価結果

障害者福祉サービス版 自己評価シート

共通

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
職員の 集計結果			
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
判断基準	a	法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。	
	b	法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。	
	c	法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が明文化されていない。	
着眼点	<input type="radio"/> ア	理念、基本方針が文書（事業計画等の法人（福祉施設・事業所）内の文書や広報誌、パンフレット、ホームページ等）に記載されている。	
	<input type="radio"/> イ	理念は、法人（福祉施設・事業所）が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人（福祉施設・事業所）の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。	
	<input type="radio"/> ウ	基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。	
	<input type="radio"/> エ	理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。	
	<input type="radio"/> オ	理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。	
	<input type="radio"/> カ	理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	
コメント	<p>理念・基本方針の明文化について、理念は平成25年に職員参画で策定され、ホームページに公開されている。基本方針は、サービス向上委員会で職員の行動綱領として検討中で、7月に「あなたの考える職員理想像」の職員アンケートを実施している。理念は、仁愛療護園に関わるすべての人を対象としてそれぞれの考える「幸せ」について自由を保障し、個々の主体性を尊重する法人の思いにもとづき、利用者の夢や希望を大切に、チャレンジする機会を設定するなど法人の目指す方向や考え方を読み取ることができる。理念は、全体会議や研修会等で継続的な職員周知が図られている。</p> <p>基本方針について、理念との整合性を確保し、職員の行動規範として早期の作成が望まれる。理念、基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなど、利用者や家族への周知が望まれる。</p>		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
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
判断基準	a	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。	
	b	事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。	
	c	事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。	
着眼点	○ ア	社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。	
	○ イ	地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。	
	○ ウ	利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。	
	○ エ	定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。	
コメント	事業経営をとりまく環境と経営状況の把握について、施設長は、沖縄県社会福祉法人経営者協議会の役員や沖縄県障害児・者協議会の会長を務め、全国身体障害者施設協議会の経営セミナー等を受講するなど社会福祉事業全体の動向を把握している。地域の福祉計画の策定動向と内容については、南城市福祉計画策定委員として把握・分析するとともに南城市の相談部会等から地域のニーズを収集している。福祉サービスのコスト分析や利用率、利用者数の推移については、公認会計士と相談しながら分析している。		
3	②経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。		a
判断基準	a	経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	
	b	経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。	
	c	経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく取組が行われていない。	
着眼点	○ ア	経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。	
	○ イ	経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）間での共有がなされている。	
	○ ウ	経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。	
	○ エ	経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。	
コメント	経営課題を明確にした具体的な取り組みについて、施設長は代表者会議で職員の意見を集約し、経営に関する具体的な課題や問題点を把握している。経営状況や改善すべき課題については、理事会で予算・決算報告や業務状況報告、事業報告等がなされ、役員間で情報が共有されている。経営状況や改善すべき課題について、施設長は、調理師の退職による給食業務の委託等について代表者会議や全体会議で経過等を説明している。経営課題の解決に向けて、平成29年度に中・長期計画を策定し、毎年、単年度事業計画も策定して取り組んでいる。		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
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
判断基準	a	経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。	
	b	経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。	
	c	経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。	
着眼点	○ ア	中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。	
	○ イ	中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。	
	○ ウ	中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	
	エ	中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	
コメント	<p>中・長期的なビジョンを明確にした計画の策定について、中・長期計画は平成29年度～平成34年3月までの5年間で策定され、社会福祉充実計画と期間や内容がリンクした計画となっている。中・長期計画は、施設長が代表者会議で幹部職員の意見を集約しながら策定している。中・長期計画の事業内容として、施設の安定運営を図るための施設用地の確保、環境整備のための空調設備やナースコールの取り換え、職員の介助負担軽減のための電動ベットの導入、施設入所者の地域移行推進のためのグループホーム運営、福祉人材確保のための職員寮整備など具体的な内容になっている。中・長期計画の収支計画の資源は、社会福祉充実計画の資金を活用した内容となっている。各年度の予算が明確にされており、実施状況の評価を行える内容になっている。平成31年度事業計画の施設運営方針で、社会福祉充実計画について今年度見直しをする旨の提示がある。</p> <p>中・長期計画の実績報告書で空調設備の取り替えを前倒しで実施しているが、必要に応じた中・長期計画の見直しが望まれる。</p>		
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。		c
判断基準	a	単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。	
	b	単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。	
	c	単年度の計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。	
着眼点	ア	単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。	
	イ	単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。	
	○ ウ	単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	
	エ	単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	
コメント	<p>中・長期計画を踏まえた単年度の計画策定については、単年度の計画に施設長の施設運営方針と入所、在宅、相談部門の事業方針、法人の事業概要、年間行事計画、会議計画等が記載されている。</p> <p>単年度の計画に中・長期計画の内容を反映させて事業内容を具体的に示し、実行可能な内容にすること、及び、数値目標や具体的な成果等を設定することで、実施状況の評価を行える内容にすることが望まれる。</p>		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
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
判断基準	a	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	事業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、または、職員の理解が十分ではない。	
	c	事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	
着眼点	○ ア	事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。	
	○ イ	計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。	
	ウ	事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。	
	エ	評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。	
	○ オ	事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等）されており、理解を促すための取組を行っている。	
コメント	<p>事業計画の策定と組織的な実施状況の把握や評価・見直し、職員の理解について、単年度計画は、施設運営方針を施設長が作成し、事業方針は事務長が、行事計画は介護部門、看護部門、リハビリ部門、給食部門に分かれて職員が作成している。事業計画は、実績報告書を作成して理事会に報告されている。単年度計画は理事会・評議委員会の承認後に代表者会議で職員に周知している。事業計画の評価を行い、評価結果にもとづく事業計画の見直しの実施、及び事業計画の実施状況や評価についての時期や手順の作成が望まれる。</p>		
7	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		b
判断基準	a	事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。	
	b	事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。	
	c	事業計画を利用者等に周知していない。	
着眼点	○ ア	事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知（配布、掲示、説明等）されている。	
	○ イ	事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。	
	ウ	事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。	
	エ	事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。	
コメント	<p>事業計画の利用者等への周知について、単年度計画については利用者会議等で周知が図られている。事業計画については、主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなど、利用者がより理解しやすい取り組み、及び利用者の参加を促す観点から周知、説明の工夫が望まれる。</p>		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
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。		a
判断基準	a	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	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ているが、十分に機能していない。	
	c	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ていない。	
着眼点	○ ア	組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。	
	○ イ	福祉サービスの内容について組織的に評価（C：Check）を行う体制が整備されている。	
	○ ウ	定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。第三者評価の講評については、全職員を対象に開催され、代表者会議やサービス向上委員会で評価結果を分析・検討している。	
	○ エ	評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。	
コメント	福祉サービスの質の向上に向けた組織的な取り組みとして、施設長を議長とする代表者会議や幹部職員で構成するサービス向上委員会を設置し、全職員が排泄や食事等の委員会に所属する仕組みがあり、サービスの質の向上に向けて組織的に取り組まれている。福祉サービスの内容については各種委員会や個別支援計画で評価し見直している。職員は人事考課で自己評価を行い、施設は第三者評価を定期的に受審している。評価結果についての分析・検討はサービス向上委員会で実施されており、前回の第三者評価で指摘のあった服薬管理・誤薬への対応策が検討され改善されている。		
9	② 評価結果にもとづき組織として取り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
判断基準	a	評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。	
	b	評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。	
	c	評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。	
着眼点	○ ア	評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。	
	○ イ	職員間で課題の共有化が図られている。	
	○ ウ	評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。	
	○ エ	評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。	
	○ オ	改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。	
コメント	評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題については、前回の第三者評価で3つの課題（基本方針の明文化、中・長期計画の策定、服薬・誤薬の管理）が提示されている。第三者評価結果報告会にほとんどの職員が参加して課題の共有化が図られている。課題について改善を図るための取り組みとして、サービス向上委員会が組織されている。基本方針の策定については、サービス向上委員会で職員アンケートを実施し、検討中である。誤薬防止については、看護課を中心に取組み、日々の服薬の実施状況を把握し、服薬の有無等の表示方法を可視化して工夫を行い、誤薬防止月間等を設定するなど全体的・集中的に取り組む、誤薬ゼロが1年以上継続できている。		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
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。		a
判断基準	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。	
	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。	
	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。	
着眼点	<input type="radio"/> ア	管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。	
	<input type="radio"/> イ	管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。	
	<input type="radio"/> ウ	管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。	
	<input type="radio"/> エ	平常時のみならず、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。	
コメント	管理者の役割と責任の職員に対する表明や理解を図る取り組みについて、施設長は単年度計画で施設運営方針を提示し、代表者会議や全体会議等で説明している。自らの役割と責任について、施設長は、理事長に就任したことを施設だよりに掲載し報告している。施設長の役割と責任を含む職務分掌については管理規則に明記され、代表者会議や全体会議等で周知が図られている。施設長不在時は、事務長が施設長の業務を代行することが管理規則で定められている。		
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
判断基準	a	管理者は、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。	
	b	管理者は、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。	
	c	管理者は、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。	
着眼点	<input type="radio"/> ア	管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持している。	
	<input type="radio"/> イ	管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。	
	<input type="radio"/> ウ	管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。	
	<input type="radio"/> エ	管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。	
コメント	遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みとして、施設長は遵守すべき法令等を理解し、就業規則には「不当な金品の借用又は贈与の利益を受けないこと」が明文化されている。経営や労務の研修を受講し、働きやすい職場環境の整備についての情報を得ている。経営・財務、働き方改革、虐待防止、身体拘束、権利擁護等の分野について法令等を把握し、代表者会議や全体会議等で説明している。平成31年度事業計画の中で、虐待を防止する取り組み、身体拘束禁止やプライバシーの保護等、利用者の人権に配慮した施設運営を継続的に行うことを表明し、全体会議等で研修を実施し、現場での取り組みを指示している。		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
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
判断基準	a	管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	
	b	管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、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。	
	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。	
着眼点	○ ア	管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。	
	○ イ	管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。	
	○ ウ	管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	
	○ エ	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。	
	○ オ	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。	
コメント	福祉サービスの質の向上への取り組みとして、施設長は、職員自己評価の実施、及び第三者評価を受審し、福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。前回の第三者評価で把握した課題に対して、中・長期計画が策定され、誤薬防止対策については看護課で取り組み改善に繋がっている。残りの課題である基本方針の策定作業は職員参画で進められている。サービス向上委員会を組織し、全職員が各委員会に所属する仕組みにすることで、サービスの質の向上を全体で行う体制を構築している。代表者会議で施設長は議長として、各課代表者に発言を促し、組織運営やサービス向上のための意見を集約している。人材育成制度を創設し、職員が専門性を高めるため資格取得の助成にも取り組んでいる。年間研修計画を作成し、内部研修や県内外の研修に職員を派遣し、教育・研修の充実を図っている。		
13	② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。		a
判断基準	a	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。	
	b	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。	
着眼点	○ ア	管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。	
	○ イ	管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。	
	○ ウ	管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。	
	○ エ	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	
コメント	経営の改善や業務の実効性を高める取り組みへの指導力の発揮について、施設長は、理念の実現に向けて、平成29年度に中・長期計画を策定し、給与制度改革や人材育成のための資格取得助成制度、腰痛対策のためのスライディングボードや電動ベット導入等の設備改善等、職員の働きやすい環境づくりに取り組んでいる。非常勤を含む新人職員の見守り・育成を図るためメンター制度を導入し、自らがリーダーとなり職員とともに新採用職員の育成、定着に取り組んでいる。施設運営については代表者会議を毎月開催し、議長として幹部職員とともに取り組んでいる。		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
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
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、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。	
	b	組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。	
	c	組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。	
着眼点	○ ア	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に関する方針が確立している。	
	○ イ	福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。	
	○ ウ	計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。	
	○ エ	法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。	
コメント	<p>必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画の確立と取り組みについては、平成29年度に策定された中・長期計画に、人材育成制度の創設と職員寮の整備、人事考課・給与制度の改正等が明記されている。福祉サービスの提供に関わる専門職の配置等について、人材育成助成制度では正看護師や介護福祉士、精神保健福祉士取得のための受講費用の助成がなされている。利用者の健康管理体制を強化するため看護職が増員され、精神の障害を抱えた利用者への対応のため精神保健福祉士の資格取得や重度化した利用者の増加への対応として、介護福祉士喀痰吸引研修の受講計画がある。職員の採用については新聞の折り込みチラシ等を活用して効果を得ている。</p>		
15	② 総合的な人事管理が行われている。		a
判断基準	a	総合的な人事管理を実施している。	
	b	総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。	
	c	総合的な人事管理を実施していない。	
着眼点	○ ア	法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。	
	○ イ	人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。	
	○ ウ	一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。	
	○ エ	職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。	
	○ オ	把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。	
	○ カ	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ができています。	
コメント	<p>総合的な人事管理の実施については、法人の理念にもとづき第三者評価の基本調査票に「期待する職員像」が記載されている。人事考課規程や昇格規程で昇進・昇格等の人事基準が定められ、全体会議等で職員等に周知されている。人事考課規程では、年2回の成績・情意考課、年1回の能力考課が行われ、職務に関する成果や貢献度等を評価している。職員処遇の水準について、賃金は県内や地域関連施設の平均を上回り、年休取得率は90パーセントを超えている。人事考課の導入では賞与がプラス査定され、今年10月の処遇改善加算については、職員の意向に配慮し全職種加算、基本給アップを行うことが決定されている。職員が、自ら将来を描くことができる、昇任・昇格基準、賃金の水準が明確にされ、必要となるスキルを取得するための教育・研修や助成制度が整備されている。</p>		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
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り組んでいる。		a
判断基準	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、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。	
	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。	
	c	職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	
着眼点	<input type="radio"/> ア	職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。	
	<input type="radio"/> イ	職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。	
	<input type="radio"/> ウ	職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。	
	<input type="radio"/> エ	定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。	
	<input type="radio"/> オ	職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。	
	<input type="radio"/> カ	ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。	
	<input type="radio"/> キ	改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。	
	<input type="radio"/> ク	福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。	
コメント	<p>職員の就業状況や意向の把握と働きやすい職場づくりについて、職員の労務管理に関する責任者は事務長となっている。職員の有給休暇等の取得状況は庶務課で把握されている。夜勤勤務職員には年2回の健康診断の受診が実施され、ストレスチェックも行われている。健診結果にもとづき該当者にはメタボ外来や禁煙外来の受診を推奨している。職員の腰痛対策として電動ベットの導入が実施されている。年2回の個人面談を実施して職員の意向等を把握し、新人に対してはメンター制度を活用し、相談体制を強化している。福利厚生ではソエルクラブに全職員が入会し、映画チケットなどの配布で余暇活動の支援がなされている。退職金制度については社会福祉事業共済会と社会福祉施設職員等退職手当共済会に加入している。現場職員の有給休暇取得に際してはマネージャー（現場責任者）が代替勤務を行う等、年休が取得しやすい環境が整備されている。育児休暇や介護休暇制度等も必要に応じて行使されている。福祉人材の確保、定着、魅力ある働きやすい環境づくりに向けて、介助負担軽減対策、人事考課・給与制度改正での処遇改善、資格取得のための助成制度等が取り組まれている。</p>		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
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。		a
判断基準	a	職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。	
	b	職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。	
	c	職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。	
着眼点	○ ア	組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。	
	○ イ	個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。	
	○ ウ	職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。	
	○ エ	職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。	
	○ オ	職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末（期末）面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。	
コメント	職員一人ひとりの育成に向けた取り組みとして、第三者評価の基本情報に「期待する職員像」が示されている。人事考課制度が平成29年度からスタートし、期待される職員像として、能力発揮基準を明示してモラルを向上させるとともに職員の能力・適性を的確に把握し、優秀な人材を育成することを目指している。職員は、チャレンジシートにおいて生活支援員や看護職等、職種ごとの具体的な目標を設定し、共通項目では職員としての心構えとその努力度について自己評価している。4月と10月の年2回、自己評価し、マネージャーやサービス管理責任者による個別面接が実施され達成状況を確認している。		
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
判断基準	a	組織として職員の教育・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	組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。	
	c	組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。	
着眼点	ア	組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。	
	○ イ	現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要な専門技術や専門資格を明示している。	
	○ ウ	策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。	
	○ エ	定期的に計画の評価と見直しを行っている。	
	○ オ	定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。	
コメント	職員の教育・研修に関する基本方針や計画の策定と教育・研修の実施については、中・長期事業計画の中で、「人材を持って資源となす」を最重要課題とし、人材育成制度を創設して、その中で職員に必要な専門的知識の習得を明示している。研修計画は年度初めに研修委員会で策定し、階層別研修や専門職研修、県外研修を実施している。全体研修として虐待防止と誤薬防止についての施設内研修が実施されている。新人職員には「新人研修計画書」を作成し、採用後3年間の研修目標が示されている。看護職についても「新人職員オリエンテーション」マニュアルが整備され、他職員との連携や感染症防止、投薬介助等の教育が実施されている。研修計画は研修委員会で検討し、評価と見直しを実施している。 職員の教育・研修に関する基本方針や計画を作成し、「期待する職員像」を明示することが望まれる。		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
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。		a
判断基準	a	職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。	
	b	職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。	
	c	職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。	
着眼点	○ ア	個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。	
	○ イ	新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。	
	○ ウ	階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、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。	
	○ エ	外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。	
	○ オ	職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。	
コメント	職員一人ひとりの教育・研修の機会の確保については、資格取得状況を把握し職員一覧表を作成している。新人職員に対しては、3年目までの目標を設定した「新人研修計画書」がある。1年目は生活支援員として自立するためのベースを身につける、2年目は実践力を身につける、3年目は専門職としての自己の確立を図るとともに組織の一員としての役割を担える人材になる、との目標が設定されている。組織として階層別研修や専門職研修等の外部研修の情報を提供し、受講を促している。採用後に施設の資格取得助成制度を活用して介護福祉士や精神保健福祉士、正看護師の資格を取得した職員もいる。介護福祉士資格取得に向けては、施設で事前準備講座を開催するなどの支援も行われ、介護福祉士の資格取得者は生活支援員の6割を占めている。高度な専門知識や技術の取得のために専門職大学院に職員を1年間派遣した実績もある。		
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。			
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。		a
判断基準	a	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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	
	b	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てはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。	
	c	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ておらず、教育・研修が行われていない。	
着眼点	○ ア	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。	
	○ イ	実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。	
	○ ウ	専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。	
	○ エ	指導者に対する研修を実施している。	
	○ オ	実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。	
コメント	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する体制の整備については、マニュアルに基本姿勢を明記し、実習機関指定施設に指定されて介護福祉士の実習生を受け入れている。実習生受け入れマニュアルとして基本的実習プログラムが作成され、実習生を受け入れる際は実習担当者が「介護実習・介護体験等の学生の皆さんへ」を用いて実習期間中の心得を説明し、1日の業務の流れの説明後、介助やシーツ交換、食事介助等がプログラムに沿って行われている。事前に学校と実習担当者会議を実施し、実習がスムーズに行くように努めている。実習期間中においても学校側と電話等で連携が図られている。 実習指導者研修の受講に期待したい。		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
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
判断基準	a	福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。	
	b	福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。	
	c	福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。	
着眼点	○ ア	ホームページ等の活用により、法人・福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。	
	○ イ	福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。	
	○ ウ	第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。	
	○ エ	法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めている。	
	○ オ	地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。	
コメント	<p>運営の透明性を確保するための情報公開については、理念や事業内容、財務状況がホームページで公開されている。年4回発行する仁愛通信や食生活通信、ナース通信がホームページで公開されている。居室棟の掲示板に財務報告を掲示して利用者に周知している。</p> <p>第三者評価の受審結果等もホームページで公開されているが、苦情・相談の対応状況や改善についての公表が望まれる。地域に向けて、法人の理念やビジョン等を説明した印刷物や広報誌等を活用して自治会や公民館等で説明することに期待したい。</p>		
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。		a
判断基準	a	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	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が、十分ではない。	
	c	公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。	
着眼点	○ ア	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルールが明確にされ、職員等に周知している。	
	○ イ	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。	
	○ ウ	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について、必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を得ている。	
	○ エ	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。	
	○ オ	外部監査の活用等により、事業、財務に関する外部の専門家によるチェックを行っている。	
	○ カ	外部監査の結果や公認会計士等による指導や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。	
コメント	<p>公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取り組みについて、職員には採用時に管理規則や文書取扱規則、経理規程等を説明している。管理規則で職種ごとの職務分担が定められている。法人監事による内部監査が毎年実施され、公認会計士事務所から毎月、経営面や経費等について指導助言を受けながら経営改善を実施している。各部屋の電気コンセント工事を行い、職員の労働環境改善事業として電動ベットや電動昇降式入浴装置、スライディングボードを導入するなど、経営・運営改善に取り組んでいる。</p>		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
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
判断基準	a	利用者と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	利用者と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	利用者と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。	
着眼点	ア	地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。	
	○イ	活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。	
	○ウ	利用者の個別的状况に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。	
	エ	福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。	
	○オ	利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。	
コメント	<p>利用者と地域との交流を広げるための取り組みとしては、地域の情報として介護タクシーや映画のポスター、ヤギ専門食堂やてんぷら屋さんのメニューを掲示して利用者の外出の選択肢を広げている。昨年、県障がい者福祉展で入賞した利用者の絵画等の作品が銀行ロビーで展示され、地域の人からも好評を得て今年も継続して行うことが決まっている。写真撮影やスポーツ観戦等の行事に参加する場合は職員が支援している。</p> <p>地域との関わり方について基本的な考え方の文書化、及び地域の人々と定期的に交流の機会を設けることの検討が望まれる。</p>		
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
判断基準	a	ボランティア等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。	
	b	ボランティア等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。	
	c	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。	
着眼点	ア	ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。	
	イ	地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。	
	ウ	ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している	
	エ	ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。	
	○オ	学校教育への協力を行っている。	
コメント	<p>ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢の明確化と体制の確立については、近隣2か所の小学校の職場見学を受け入れて利用者との交流が行われている。</p> <p>ボランティア受け入れと学校教育への協力についての基本姿勢の明示、及びボランティアの配置、登録手続や研修等の記載されたボランティア受け入れマニュアルの整備が望まれる。</p>		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
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。	b
判断基準	a	利用者によりよい福祉サービスを提供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把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。	
	b	利用者によりよい福祉サービスを提供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把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。	
	c	利用者によりよい福祉サービスを提供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。	
着眼点	○ ア	当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。	
	○ イ	職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。	
	○ ウ	関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	
	○ エ	地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。	
	オ	地域に適当な関係機関・団体がいない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。	
コメント	<p>福祉施設として必要な社会資源の明確化と関係機関との連携については、南城市地域資源リスト「なんじいのポッケ」が活用されている。南城市自立支援協議会に同一法人内の相談支援専門員等が参加して情報交換を行っている。協議会の中で移乗のやり方について教えてほしいとの要望があり、職員2人が講師として研修を実施し、代表者会議で研修の報告がされている。</p> <p>地域の関係機関との更なる連携が望まれる。</p> <p>着眼点オは、地域に関係機関・団体があるため、非該当である。</p>		
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。	b
判断基準	a	福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。	
	b	福祉施設・事業所が有する機能を、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	福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。	
着眼点	ア	福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。	
	○ イ	福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。	
	ウ	福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。	
	○ エ	災害時の地域における役割等について確認がなされている。	
	オ	多様な機関等と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。	
コメント	<p>施設が有する機能の地域への還元については、地域住民の相談の機会として毎年無料介護相談会を開催している。災害時の避難場所として施設を提供できることを行政に伝え、避難時の地域住民の備蓄として食糧が確保されている。デイサービスの利用者が65歳となり、介護保険サービスに移行しなければならないが、本人の希望を尊重してデイサービスを継続している利用者がある。</p> <p>地域交流ホームを活用して地域住民との交流を意図した取り組み、及び地域ニーズに応じた多様な支援活動が望まれる。</p>		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価結果
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。		b
判断基準	a	地域の具体的な福祉ニーズを把握し、これにもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。	
	b	地域の具体的な福祉ニーズを把握しているが、これにもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。	
	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。	
着眼点	ア	福祉施設・事業所の機能を地域に還元することなどを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。	
	イ	民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めてい	
	ウ	地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。	
	エ	関係機関・団体との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。	
	オ	把握した福祉ニーズにもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。	
	カ	把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。	
コメント	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動については、同一法人の相談支援事業を通して福祉ニーズを把握し、南城市自立支援協議会等に参加して地域のニーズ把握に努めている。 把握した福祉ニーズにもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献活動や具体的な事業・活動を事業計画等で明示して実施することが望まれる。		
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。		b
判断基準	a	利用者を尊重した福祉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もつための取組が行われている。	
	b	利用者を尊重した福祉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もつための取組は行っていない。	
	c	利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。	
着眼点	ア	理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。	
	イ	利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。	
	ウ	利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。	
	エ	利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。	
	オ	利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。	
コメント	利用者を尊重した福祉サービスの提供について共通理解を持つための取り組みとして、基本理念の浸透を図るため、全体会議や研修会等で職員に周知を図るとともに、全国身体障害者施設協議会倫理綱領を掲示している。基本理念は、「幸せな未来の創造、夢に向かってチャレンジする精神、今を大切に明るく楽しい生活」の3本柱で構成され、サービス向上委員会が中心になって各委員会活動を通して共通理解を図っている。利用者尊重の姿勢は入浴や食事介助等の各マニュアルで確認できる。虐待防止については重点的に全体研修会で実施されている。 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況を把握し必要な対応を図ることが望まれる。		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
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
判断基準	a	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーと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	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。	
	c	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備していない。	
着眼点	○ ア	利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。	
	イ	利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。	
	○ ウ	利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。	
	○ エ	一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。	
	○ オ	利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。	
	○ カ	規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスが提供が実施されている。	
	キ	不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。	
コメント	<p>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の提供については、入浴マニュアルにプライバシーの保護について記載され実践されている。虐待防止については、全国身体障害者施設協議会発行の「虐待防止について」を利用して全体研修が実施されている。利用者や家族には、入所契約時やサービス受給者証更新時に説明を行っている。浴室やトイレは二重カーテンにしてカーテンは最後まできちんと閉めるなどプライバシーに配慮されている。</p> <p>不適切な事例が発生した場合の対応を含めた虐待防止等の権利擁護に関するマニュアルの作成、及びプライバシー保護については一部マニュアルが作成されているが、更なる規程やマニュアルの作成が望まれる。</p>		
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。		b
判断基準	a	利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。	
	b	利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。	
	c	利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。	
着眼点	ア	理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。	
	○ イ	組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。	
	○ ウ	福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。	
	○ エ	見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。	
	オ	利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。	
コメント	<p>利用希望者への必要な情報の提供について、ホームページは理念や施設の概況がわかりやすいように写真等を取り入れて工夫し、情報を提供している。広報誌「仁愛通信」や看護だより等も公開し、利用者の日頃の生活や活動の様子などがわかるようになっている。利用希望者には担当者が個別にわかりやすく説明し、施設見学にも対応している。</p> <p>事業所のパンフレット等は、常に最新のものを提供し、多くの人が入手できるよう公共施設等に置くなどが望まれる。</p>		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価結果
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
判断基準	a	福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	
	b	福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分でない。	
	c	福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っていない。	
着眼点	○ ア	サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。	
	○ イ	サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。	
	○ ウ	説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。	
	○ エ	サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。	
	○ オ	意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。	
コメント	福祉サービスの開始・変更に当たっての利用者等への説明については、サービス管理責任者が担当となっており、重要事項説明書や契約書にもとづき、利用者の意思を確認しながら丁寧な説明がなされ同意が得られている。意思決定が困難な利用者の場合は、家族や代理人から同意を得ている。 利用者や家族への説明にあたっては、更なる工夫や配慮に期待したい。		
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。		b
判断基準	a	福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ている。	
	b	福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ているが、十分ではない。	
	c	福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ていない。	
着眼点	○ ア	福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。	
	○ イ	他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引き継ぎ文書を定めている。	
	○ ウ	福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。	
	○ エ	福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。	
コメント	福祉施設の変更や家庭への移行等に当たりサービスの継続性に配慮した対応として、サービス管理責任者が担当となっていて利用者や家族に口頭で説明されている。他の施設への移行の場合は個別支援計画書や看護記録等の情報提供書を引き継いでいる。引き継ぎ文書は様式が整備され、情報が提供されている。 利用者や家族等に対して退所後の相談方法や担当者について記載した文書を渡すことが望まれる。		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
Ⅲ-1-(3) 利用者の満足の向上に努めている。			
33	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。		b
判断基準	a	利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	
	b	利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。	
	c	利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。	
着眼点	○ ア	利用者満足に関する調査が定期的に行われている。	
	○ イ	利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。	
	○ ウ	職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。	
	エ	利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。	
	○ オ	分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。	
コメント	<p>利用者満足の向上を目的とする仕組みの整備と取り組みについては、毎月実施している利用者会議や給食会議で聴取している。利用者会議に参加しない利用者や意思疎通が難しい利用者に対しては、居室担当を始め職員らが声かけをしたり、表情や態度から読み取るなどして、満足度を確認するようにしている。定期的な個別支援計画説明会において、家族からも利用者満足を確認している。改善に関する具体的な取り組みの例として、利用者会議の意見をもとにトイレのカーテンを取り換え、給食会議での利用者の意見をもとに沖縄野菜や季節のメニューを追加し、外出時の移乗を手伝って欲しいとの家族からの希望に対応する等の取り組みがある。速やかな対応が難しい内容に関しては、代表者会議で協議検討がなされている。利用者や家族から、できるだけ長くここで生活したいとの希望を受け、施設として看護職の増員に組み込み、医療的ケアが必要な利用者の入所継続にも対応する等の取り組みもしている。</p> <p>行事のプログラム内容の検討会議には利用者が参画しているが、利用者満足の向上に向けた検討の場にも利用者の参画が望まれる。</p>		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
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。		C
判断基準	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。	
	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。	
	c	苦情解決の仕組みが確立していない。	
着眼点	○ ア	苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。	
	イ	苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。	
	○ ウ	苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。	
	○ エ	苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。	
	○ オ	苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。	
	カ	苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。	
	○ キ	苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	
コメント	<p>苦情解決の体制については、責任者や受付担当者、第三者委員の設置が重要事項説明書に明記され、入所時に説明し、施設内にも掲示されている。利用者や家族が苦情を申し出しやすいように、利用者会議において「些細なことでも話して欲しい」と説明し、個別支援計画説明会で家族から聞き取りをしている。個別支援計画説明会は、コーヒーや茶菓子を提供するなど日常的に職員と家族がコミュニケーションをとりやすくなるような工夫をしている。苦情内容については、苦情受付と苦情解決委員会、及び利用者への対応結果の報告記録が保管されている。苦情内容について苦情解決委員会で協議し、申し出た利用者が納得できるように解決に取り組んでいることが記録で確認できる。</p> <p>苦情解決に向けた手順の作成、苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した資料の掲示、及び苦情解決状況の公表が望まれる。</p>		
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。		a
判断基準	a	利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や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。	
	b	利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や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。	
	c	利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。	
着眼点	○ ア	利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法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を作成している。	
	○ イ	利用者や家族等に、その文書の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。	
	○ ウ	相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。	
コメント	<p>利用者が相談や意見を述べやすい環境の整備としては、重要事項説明書に第三者委員を明記し、施設内に第三者委員のポスターを掲示している。第三者委員は利用者会議や個別支援計画説明会にも参加している。日常的な来所や個別支援計画説明会への参加が難しい家族に対しては、電話や郵送で意見聴取を行っている。相談しやすいスペースとして、相談室等の個室を確保している。</p> <p>今年度、第三者委員の交代があり、利用者や家族に対して第三者委員の更なる周知が期待される。</p>		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
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。		b
判断基準	a	利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。	
	b	利用者からの相談や意見を把握しているが、組織的かつ迅速に対応していない。	
	c	利用者からの相談や意見の把握、対応が十分ではない。	
着眼点	ア	相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。	
	イ	対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。	
	ウ	職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。	
	エ	意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。	
	オ	職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。	
	カ	意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	
コメント	<p>利用者からの相談や意見に対する組織的かつ迅速な対応としては、居室担当職員のみならず他の現場職員やサービス管理責任者等も、日常的に利用者からの相談に対応している。相談室等で面談し、利用者が悩みを抱えているような様子が見られた時は、職員が利用者を散歩に誘う等のマンツーマン対応をして傾聴に努めている。利用者会議でも聞き取りをし、意見箱も設置している。利用者や家族からの意見や要望に対して、直ぐ対応できるものについては毎日の職員ミーティング等で解決策を講じて速やかに対応している。ケア内容に関するものは個別支援計画に反映させ、設備の修繕といった支出を伴う場合には、利用者会議において、検討に時間が要することや代表者会議での検討状況を説明している。具体的には、利用者の意見にもとづき、消耗品を速やかに補充し、ウォッシュレットトイレの修繕等が行われている。家族からの意見にもとづき、利用者の残存機能の活用やコミュニケーション上の配慮に関する内容が個別支援計画に反映されている。</p> <p>利用者からの相談や意見を受けた際の対応マニュアルの整備、及び意見箱を一人で開錠しているが、複数で開錠すること等のルール化が望まれる。</p>		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
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。		b
判断基準	a	リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。	
	b	リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。	
	c	リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。	
着眼点	○ ア	リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。	
	○ イ	事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。	
	ウ	利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。	
	エ	収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。	
	○ オ	職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。	
	カ	事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。	
コメント	<p>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の構築については、施設長を委員長としたリスクマネジメント委員会が設置され、発生した事故の内容や防止策について共有されている。事故発生時の対応マニュアルが整備され新人研修で説明し、対応フローが職員室に掲示されている。事故発生後の再発防止策については、サービス管理責任者を中心に、臨時会議を開催して検討している。事故報告書は全職員で回覧するとともに、必要に応じて職員に予防策を説明する場を設けている。昨年9月に内服管理マニュアルが整備され、職員の誤薬防止に対する意識向上のために、看護職が中心となり職員への周知を継続的に行っている。マニュアル作成以降、誤薬事故が発生していない。</p> <p>外部の事故事例や施設内のヒヤリ・ハット事例の収集、及び事故発生原因の分析、実施中の事故防止策の実効性の評価が望まれる。危険箇所の点検や過去に取り組んでいた危険予知トレーニング等の取り組みも期待したい。</p>		
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
判断基準	a	感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急を要する利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。	
	b	感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。	
	c	感染症の予防策が講じられていない。	
着眼点	○ ア	感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。	
	○ イ	感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。	
	○ ウ	担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。	
	○ エ	感染症の予防策が適切に講じられている。	
	○ オ	感染が発生した場合には対応が適切に行われている。	
	○ カ	感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。	
コメント	<p>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整備と取り組みについては、看護課マネージャーが責任者となり、施設における感染症対策のマニュアルにもとづいて対応している。毎年、全職員を対象とした全体会議の場で、感染症に関する研修会を実施しており、今年度は外部講師を招いて感染症防止の研修を実施している。職員の感染症防止の意識向上に向けて、職員室やリネン室に「1介助1手洗い」のポスターを掲示し、感染症流行が予測される時期から、看護職が中心となり職員や利用者に対して注意喚起を促している。感染症発生時には感染症マニュアルにもとづき、看護職を中心に隔離やブロック閉鎖など迅速に対応している。感染症マニュアルは看護課にて毎年見直している。</p> <p>感染症防止と発生時の対応マニュアルについて、職員への更なる周知徹底に期待したい。</p>		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
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。		b
判断基準	a	地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	
	b	地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。	
	c	地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。	
着眼点	○ ア	災害時の対応体制が決められている。	
	○ イ	立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。	
	ウ	利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。	
	○ エ	食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。	
	○ オ	防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。	
コメント	<p>災害時における利用者の安全確保のための組織的な取り組みとして、防災対策規程や非常災害対策計画に責任者や組織体制等が規定されている。非常災害対策計画は施設の立地を考慮して台風と大雨、地震の影響を想定した対策が規定されている。備蓄リストが作成されており、食料や備品類の管理は計画に定めた職員が担当している。毎年、自主訓練と総合防災訓練が実施されており、夜間想定訓練も実施している。訓練毎に避難経路を変更し、新人職員は必ず参加できるように勤務調整をするといった工夫をしている。</p> <p>備蓄内容の見直し、及び規程にある自主点検の実施、消防署以外の地域との連携体制づくりを期待するとともに、利用者の安否確認の方法について検討することが望まれる。</p>		
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。		b
判断基準	a	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、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。	
	b	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ているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。	
	c	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ていない。	
着眼点	○ ア	標準的な実施方法が適切に文書化されている。	
	○ イ	標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。	
	○ ウ	標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。	
	エ	標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。	
コメント	<p>提供する福祉サービスの標準的な実施方法については、看護業務マニュアルや内服薬管理マニュアル等の看護マニュアルと、現場職員をメンバーとした各ケアの委員会にて、食事や入浴、移乗・移動介助、整容等の生活支援マニュアルが作成され、個別支援計画作成・管理マニュアルも策定されている。入浴マニュアルには利用者のプライバシー保護に関する手順も記載されている。標準的な実施方法については、新人研修で指導する仕組みがある。</p> <p>排泄ケアに関するマニュアルを作成し、各マニュアルにもプライバシー保護の視点を追加することを期待するとともに、マニュアルの職員への周知、及びマニュアルにもとづいてサービスが実施されているかどうかを確認する仕組みづくりが望まれる。</p>		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
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。		C
判断基準	a	標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。	
	b	標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。	
	c	標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。	
着眼点	ア	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。	
	イ	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。	
	ウ	検証・見直しにあたり、個別支援計画の内容が必要に応じて反映されている。	
	エ	検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。	
コメント	標準的な実施方法の見直しについて、感染症対策のマニュアルは毎年見直しがされている。福祉サービスの標準的な実施方法の見直しに関する時期や方法を定めるとともに、見直しにあたっては、個別支援計画の内容の反映、職員や利用者の意見の反映が望まれる。		
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	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
判断基準	a	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。	
	b	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。	
	c	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）を策定するための体制が確立していない。	
着眼点	ア	個別支援計画策定の責任者を設置している。	
	イ	アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。	
	ウ	部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。	
	エ	個別支援計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。	
	オ	個別支援計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。	
	カ	個別支援計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。	
	キ	支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスが行われている。	
コメント	アセスメントにもとづく個別支援計画の策定については、利用契約書にサービス管理責任者が個別支援計画を作成することが明記されている。サービス管理責任者と看護職が利用者の入所前のアセスメントを実施している。入所後には担当介護職員や理学療法士、栄養士もそれぞれの専門職の視点でアセスメントを行うとともに、利用者の意向を確認した上で、多職種によって協議を実施している。サービス管理責任者は個別支援計画案を作成し、利用者や家族の同意を得ている。サービス管理責任者は個別支援計画にもとづいた福祉サービスの実施状況を確認するため、サービス実施記録を確認し、気になる点は現場職員に話を聞いている。支援困難ケースの対応については臨時会議等で協議し、福祉サービスの実施につなげている。		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価結果
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
判断基準	a	個別支援計画について、実施状況の評価と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。	
	b	個別支援計画について、実施状況の評価と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。	
	c	個別支援計画について、実施状況の評価と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。	
着眼点	○ ア	個別支援計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。	
	○ イ	見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。	
	○ ウ	個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。	
	○ エ	個別支援計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。	
コメント	定期的な個別支援計画の評価・見直しについては、個別支援計画作成・管理マニュアルにもとづき、マニュアルに規定された計画に沿って、多職種での見直し、個別支援計画説明会で家族への説明等が実施されている。見直された内容はサービス管理責任者が要旨を作成し、各課のマネージャーやリーダーに配布・説明し、各課内で共有する仕組みがある。利用者の状態変化等、個別支援計画を緊急に見直す場合は、多職種での臨時会議を開催して見直ししている。個別支援計画の見直しにおいて把握された福祉ニーズや課題等は、次の個別支援計画に反映させている。		
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	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。		b
判断基準	a	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。	
	b	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。	
	c	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）の実施状況が記録されていない。	
着眼点	○ ア	利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。	
	○ イ	個別支援計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。	
	○ ウ	記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。	
	○ エ	組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。	
	○ オ	情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。	
	○ カ	パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの閲覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。	
コメント	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録、及び共有化については、業務支援ソフトを用いて統一した様式に各職種が記録し、個別支援計画にもとづくサービスの実施状況を確認することができる。看護職の記録や状態観察を要する内容の記録は色分けされており、確認時に目につきやすい工夫がなされている。記録内容の充実を目的に、職員を職能研修へ参加させ、サービス管理責任者が個別指導を行うといった取り組みをしている。組織における情報の共有については、毎日のミーティングや各課調整会議、代表者会議等で部門間を横断して職員全体に伝達する仕組みが確立されているとともに、いつでも業務支援ソフトの記録を確認できる状態にしている。 記録要領の作成、及び現場職員が記録を積極的に活用できる更なる取り組みが望まれる。		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価結果
45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		b
判断基準	a	利用者に関する記録の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。	
	b	利用者に関する記録の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。	
	c	利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。	
着眼点	○ ア	個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。	
	○ イ	個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。	
	○ ウ	記録管理の責任者が設置されている。	
	○ エ	記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。	
	○ オ	職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。	
	○ カ	個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。	
コメント	<p>利用者に関する記録の管理体制については、文書取扱規則や個人情報保護規程に文書の保管、保存、廃棄、情報提供に関することや個人情報管理責任者や管理者が規定されている。個人情報保護規程には安全管理対策を行うことが明記され、個人情報に関する文書保管については施錠し、電子データの環境においてはイントラネット環境の整備やUSB利用制限等の措置を講じている。個人情報の不適切な利用や漏えいに関する対応については就業規則に規定され、個人情報の取り扱いについては、利用契約時に個人情報使用同意書を用いて利用者や家族に説明している。</p> <p>情報漏えい事案発生時における二次被害の防止策等の規定を期待するとともに、個人情報保護に関する職員への教育や研修の実施が望まれる。</p>		

内容

A-1 利用者の尊重と権利擁護

A-1-(1) 自己決定の尊重

46

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。		b
判断基準	a	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。	
	b	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が、十分ではない。	
	c	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ない。	
着眼点	○ ア	利用者の自己決定を尊重するエンパワメントの理念にもとづく個別支援を行っている。	
	○ イ	利用者の主体的な活動については、利用者の意向を尊重しながら、その発展を促すように支援を行っている。	
	○ ウ	趣味活動、衣服、理美容や嗜好品等については、利用者の意思と希望や個性を尊重し、必要な支援を行っている。	
	○ エ	生活に関わるルール等については、利用者とは話し合う機会(利用者同士が話し合う機会)を設けて決定している。	
	○ オ	利用者一人ひとりへの合理的配慮が、個別支援や取組を通じて具体化されている。	
	○ カ	利用者の権利について職員が検討し、理解・共有する機会が設けられている。	
コメント	<p>利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組については、個別支援計画に基づいて支援されている。職員は外出や園芸、手芸やパソコン等の活動を、利用者の意向を尊重しながら支援している。居室や共用の場でテレビを見る、新聞を読む、外出する、衣類等の買い物に出かける、介護タクシーを使って美容室を利用する、所定の場所で喫煙する、職員の見守りのもとアルコールを飲む等、一人ひとりの利用者に必要な支援を行っている。生活全般については、毎月の利用者会議で話し合っている。利用者主催のバーベキュー等の行事は職員の協力を得て、利用者実行委員が各自の能力に応じた役割を担い、企画・運営されている。利用者の権利についての研修が毎年、全体会議で実施されている。</p> <p>理念にもとづいた利用者の夢や希望を大切に、チャレンジする機会の設定について、更なる取り組みが望まれる。</p>		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
A-1-(2) 権利侵害の防止等			
47	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かcを記入→ C
	判断基準	a 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。	
		b ー	
		c 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が十分ではない。	
	着眼点	○ ア 権利侵害の防止等のために具体的な内容・事例を収集・提示して利用者に周知している。	
		○ イ 権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行っている。	
		○ ウ 原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法を明確に定め、職員に徹底している。	
		○ エ 所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にしている。	
		○ オ 権利侵害の防止等について職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている。	
		○ カ 権利侵害が発生した場合に再発防止策等を検討し、理解のもとで実践する仕組みが明確化されている。	
	コメント	<p>利用者の権利侵害の防止等に関する取り組みとして、虐待防止のポスターと「こんなことが虐待です」や通報窓口等が掲示されている。虐待防止について、全体会議で研修とセルフチェックを実施している。緊急やむを得ず身体拘束を一時的に実施する場合は、所定の手続きを経て、検討会議を開催し、経過記録を整備して支援会議で家族に説明している。4点柵の解除に向けては検討会議で話し合い、低床ベッド2台を購入している。所管行政への虐待の届出・報告についての手順を明確にし、権利侵害が発生した場合は、就業規則にもとづいて対応する仕組みがある。</p> <p>身体的拘束等権利侵害防止に関するマニュアルの整備、及び利用者の権利侵害の防止等に関する取り組みの徹底が望まれる。</p>	
A-2 生活支援			
A-2-(1) 支援の基本			
48	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
	判断基準	a 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	
		b 利用者の自律・自立生活のための支援を行っているが、十分ではない。	
		c 利用者の自律・自立生活のための支援を行っていない。	
	着眼点	○ ア 利用者の心身の状況、生活習慣や望む生活等を理解し、一人ひとりの自律・自立に配慮した個別支援を行っている。	
		○ イ 利用者が自力で行う生活上の行為は見守りの姿勢を基本とし、必要な時には迅速に支援している。	
		○ ウ 自律・自立生活のための動機づけを行っている。	
		○ エ 生活の自己管理ができるように支援している。	
		○ オ 行政手続、生活関連サービス等の利用を支援している。	
	コメント	<p>利用者の自律・自立生活のための支援については、アセスメントにもとづいて個別支援計画を作成し、全国身体障害者協議会の「個別支援の実現に向けたケアガイドライン」を全職員に配布して共有し、支援している。食事や排せつをする、自動販売機で飲み物を買って飲む、パソコンや洗濯機を自分で操作する等、利用者が自力で行う場合は見守りをし、体調等に配慮しながら支援している。福祉展出展のための写真撮影等の実施にあたっては、利用者の福祉展に出展したい等の意向を聞き出し、目標を確認して目標達成の方法と一緒に考えている。動機づけとして健康管理も促し、撮影場所の選定も利用者と一緒に検討している。撮影した写真等の作品が入賞した時の利用者の喜びは次のチャレンジへとつながっている。食事の片づけや小遣いの自己管理をする利用者があり、居室の整理整頓や掃除については、「自分でできる」ように支援し、利用者にとって難しい場所は職員と一緒にやっている。医療費助成申請や年金手続き、選挙の期日前投票等の支援も実施している。</p>	

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価結果
49	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
判断基準	a	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	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が、十分ではない。	
	c	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ない。	
着眼点	○ ア	利用者の心身の状況に応じて、さまざまな機会や方法によりコミュニケーションがはかられている。	
	○ イ	コミュニケーションが十分ではない利用者への個別的な配慮が行われている。	
	○ ウ	意思表示や伝達が困難な利用者の意思や希望をできるだけ適切に理解するための取組を行っている。	
	○ エ	利用者のコミュニケーション能力を高めるための支援を行っている。	
	○ オ	必要に応じて、コミュニケーション機器の活用や代弁者の協力を得るなどの支援や工夫を行っている。	
コメント	<p>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支援については、利用者会議や日々のケアでコミュニケーションの円滑化に努めている。行事の企画や福祉展に出展する作品作りを利用者と一緒に行う等、一人ひとりの利用者への配慮と工夫がなされている。意思表示や伝達が困難な利用者には、他の利用者が代弁することやコミュニケーションボード（五十音の文字盤）の使用、答えやすい質問方法（aかbか）等の工夫をしている。コミュニケーションの支援として「喫茶コーナーの利用」等、仲間との関わりを個別計画に位置付けている事例もある。</p> <p>利用者の高齢化・重度化にともなう心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と対応方法の更なる工夫に期待したい。</p>		
50	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。		b
判断基準	a	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。	
	b	利用者の意思を尊重する支援としての相談等を行っているが、十分ではない。	
	c	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ない。	
着眼点	○ ア	利用者が職員に話したいことを話せる機会を個別に設けている。	
	○ イ	利用者の選択・決定と理解のための情報提供や説明を行っている。	
	○ ウ	利用者の意思決定の支援を適切に行っている。	
	○ エ	相談内容について、サービス管理責任者等と関係職員による検討と理解・共有を行っている。	
	○ オ	相談内容をもとに、個別支援計画への反映と支援全体の調整等を行っている。	
コメント	<p>利用者の意思を尊重する相談等の支援については、居室担当職員を配置するとともに相談室を設置し、個別支援計画の説明会で利用者の要望を聞いている。利用者は日常的に話しやすい職員に相談し、相談を受けた職員は利用者の意向を傾聴して関係職員で話し合い共有している。利用者の意思決定を促すために質問はaかbかの答えやすい方法を工夫し、個別支援計画に位置付けた「朝の会」のプログラムでは、利用者が話したいことを話せる機会を個別に設け、利用者の言葉の表出を待つ訓練も実施している。施設内に介護タクシーの連絡先や映画等のポスターも掲示し、福祉サービス利用援助事業等を利用者に情報提供している。</p> <p>利用者の意思決定の支援について、施設としての基本的な考え方を明確にするとともに組織的な取り組みが望まれる。</p>		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
51	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。	b
	判断基準	a 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。	
		b 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が、十分ではない。	
		c 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ない。	
	着眼点	○ ア 個別支援計画にもとづき利用者の希望やニーズにより選択できる日中活動(支援・メニュー等)の多様化をはかっている。	
		○ イ 利用者の状況に応じて活動やプログラム等へ参加するための支援を行っている。	
		○ ウ 利用者の意向にもとづく余暇やレクリエーションが適切に提供されている。	
		○ エ 文化的な生活、レクリエーション、余暇及びスポーツに関する情報提供を行っている。	
		○ オ 地域のさまざまな日中活動の情報提供と必要に応じた利用支援を行っている。	
		○ カ 個別支援計画の見直し等とあわせて日中活動と支援内容等の検討・見直しを行っている。	
	コメント	<p>個別支援計画にもとづく日中活動と支援については、音楽やスポーツ、美術のクラブ活動やドライブ、カラオケ、DVD鑑賞等を個別支援計画に位置付けて支援している。買い物支援や映画鑑賞等の参加者は利用者会議で話し合っ決めて、園内の散歩やおしゃべり会等も実施している。誕生会の外食は、担当職員が一人ひとりの利用者と話し合って行きたい場所を決めて支援している。集団を嫌がる利用者には、少人数で出かけ、途中から職員がマンツーマンで支援することもある。今年度は、県内旅行でイルカにふれてきた利用者があり、ドリームプロジェクト(利用者の夢を実現する企画)の希望者2名については、北海道の雪まつりに出かける企画が進んでいる。社会見学やトリムマラソン見学、障害者スポーツ大会や療育音楽発表会への参加、福祉展への出品等を支援し、最近オープンしたコンビニでの買い物支援も行っている。個別支援計画は、評価し見直し結果を本人が満足していないと判断した場合は支援を再検討し、見直ししている。</p> <p>地域のさまざまな日中活動の情報提供、及び必要に応じた利用支援が望まれる。</p>	
52	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
	判断基準	a 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	
		b 利用者の障害の状況に応じた支援を行っているが、十分ではない。	
		c 利用者の障害の状況に応じた支援を行っていない。	
	着眼点	○ ア 職員は障害に関する専門知識の習得と支援の向上をはかっている。	
		○ イ 利用者の障害による行動や生活の状況などを把握し、職員間で支援方法等の検討と理解・共有を行っている。	
		○ ウ 利用者の不適応行動などの行動障害に個別かつ適切な対応を行っている。	
		○ エ 行動障害など個別的な配慮が必要な利用者の支援記録等にもとづき、支援方法の検討・見直しや環境整備等を行っている。	
		○ オ 利用者の障害の状況に応じて利用者間の関係の調整等を必要に応じて行っている。	
	コメント	<p>利用者の障害の状況に応じた適切な支援について、職員は、理学療法士や看護師による「ケア技術のよりリスクの低い方法について」等の伝達講習や外部研修を数多く受講している。飛び出しや他傷・自傷行為のある利用者については、カンファレンスで検討して対応している。個別に配慮が必要な利用者の支援については、移乗の方法や食事介助時の留意事項等を理学療法士や看護師、介護リーダーで検討し、写真等を使用して個別手順書を作成している。音楽クラブでは、利用者の障害に応じて楽器を選択し、トライアングルの固定やバチを口にくわえる等の工夫をしている。利用者間の関係調整としては、居室や入浴順番、食事の席を変更し、食事時間をずらす等の配慮もしている。</p>	

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
A-2-(2) 日常的な生活支援			
53	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。	b
	判断基準	a 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。	
		b 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が、十分ではない。	
		c 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っていない。	
	着眼点	○ ア 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。	
		○ イ 利用者の心身の状況に応じて食事の提供と支援等を行っている。	
		○ ウ 利用者の心身の状況に応じて入浴支援や清拭等を行っている。	
		○ エ 利用者の心身の状況に応じて排せつ支援を行っている。	
		○ オ 利用者の心身の状況に応じて移動・移乗支援を行っている。	
	コメント	<p>個別支援計画にもとづく日常的な生活支援について、食事は、栄養士による聞き取り調査を実施し、給食会議が開催されている。利用者の希望によりカップヌードルやアイスクリームを提供している。週間献立表の字が小さく見づらいとの声には日めくり献立表で対応している。利用者の心身の状況に応じて普通食や軟菜食、流動食等が提供されている。給食委員会の課題である利用者が食べやすい食器の選定については、すべらない食器や利用者の状態に応じたスプーンの購入等で対応している。入浴は週2回で、配慮が必要な利用者には入浴前に看護職によるバイタルチェックを実施している。入浴日と時間は施設で設定し、皮膚トラブル等で医師の指示がある場合は毎日支援し、必要に応じてシャワーや清拭で対応している。排泄支援については排泄委員会で一人ひとりのオムツのサイズと交換の方法等を検討し、リネン交換の手順を各課連絡調整会議で作成してカートに設置している。配慮が必要な利用者の移乗支援については、理学療法士が写真付きの個別移乗介助方法をベッドの傍に設置して支援している。</p> <p>1人の職員が2人の利用者の車椅子を押して介助する場面が見られたが、利用者尊重、及び事故防止の視点からマンツーマンの介助が望まれる。排泄介助においては、定時のカート使用によるおむつ交換ではない、一人ひとりの随時の支援についての検討と工夫が望まれる。</p>	
A-2-(3) 生活環境			
54	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
	判断基準	a 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。	
		b 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が、十分ではない。	
		c 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ない。	
	着眼点	○ ア 利用者の居室や日中活動の場等は、安心・安全に配慮されている。	
		○ イ 居室、食堂、浴室、トイレ等は、清潔、適温と明るい雰囲気を保っている。	
		○ ウ 利用者が思い思いに過ごせるよう、また安眠(休息)できるよう生活環境の工夫を行っている。	
		○ エ 他の利用者に影響を及ぼすような場合、一時的に他の部屋を使用するなどの対応と支援を行っている。	
		○ オ 生活環境について、利用者の意向等を把握する取組と改善の工夫を行っている。	
	コメント	<p>利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境の確保について、居室の危険個所にはクッションやマットを使用して安全に配慮している。居室や食堂、浴室、トイレ、日中活動の場は明るさや清潔に留意し、エアコンで温度調節を行い、感染予防のための液を噴霧する等、快適な生活環境の確保に努めている。利用者会議で利用者の意向等を把握し、利用者から直接意見等を聴くこともある。利用者の要望で居室や浴室、トイレのカーテンを新調し、入浴時の仕切りカーテンは二重にすることでプライバシーに配慮している。利用者が思い思いに過ごせるよう、県内2紙の新聞を読めるコーナーや利用者同士でテレビを視聴するコーナーがあり、共用のパソコンも設置している。安眠できる支援として、排泄委員会で個別にオムツについて検討し、夜間は長時間対応のオムツを使用する等の工夫をしている。不穏等で他の利用者に影響を及ぼす場合は、ショートステイの空き室を利用する等で対応している。</p>	

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
55	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。	a
	判断基準	a 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 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が、十分ではない。	
		c 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ない。	
	着眼点	○ ア 生活動作や行動のなかで、意図的な機能訓練・生活訓練や支援を行っている。	
		○ イ 利用者が主体的に機能訓練・生活訓練を行えるよう工夫している。	
		○ ウ 利用者の障害の状況に応じて専門職の助言・指導のもとに機能訓練・生活訓練を行っている。	
		○ エ 利用者一人ひとりの計画を定め、関係職種が連携して機能訓練・生活訓練を行っている。	
		○ オ 定期的にモニタリングを行い、機能訓練・生活訓練計画や支援の検討・見直しを行っている。	
	コメント	利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練については、リハビリテーションとして福祉展の出品作品作りを支援して生きがいがつくりにつなげている。自分で自動販売機から飲み物を購入し、洗濯機を使う利用者がある。褥瘡のある利用者には現場の職員と連携して離床のタイミングやクッションの調整、車椅子の調整・修理等を支援している。理学療法士が医師や看護職、生活支援員、栄養士等の助言指導のもとに訓練を行っている。利用者一人ひとりの計画にもとづいて、寝たきりの利用者には個別にベッドサイドで訓練をしている。3か月に1度のモニタリングで計画の検討・見直しを実施し、本人から訴えがあるときはその都度見直している。	
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
56	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。	a
	判断基準	a 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。	
		b 利用者の健康状態の把握と体調変化時の対応等を行っているが、十分ではない。	
		c 利用者の健康状態の把握と体調変化時の対応等を行っていない。	
	着眼点	○ ア 入浴、排せつなどの支援のさまざまな場面を通じて、利用者の健康状態の把握に努めている。	
		○ イ 医師又は看護師等による健康相談や健康面での説明の機会を定期的に設けている。	
		○ ウ 利用者の障害の状況にあわせた健康の維持・増進のための工夫を行っている。	
		○ エ 利用者の体調変化等における迅速な対応のための手順、医師・医療機関との連携・対応を適切に行っている。	
		○ オ 障害者・児の健康管理等について、職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。	
	コメント	利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応に関しては、看護マニュアルが整備され、看護職が24時間対応で夜勤にも入り、週1回、嘱託医の回診がある。個別支援計画の家族説明会において、看護職が健康面の説明を行っている。年2回の健康診断や嘱託医によるインフルエンザ予防接種、協力病院での肺炎球菌ワクチン接種を実施し、看護職が経管栄養の利用者への口腔ケアを実施している。褥瘡委員会で理学療法士と看護職が対応策を検討して職員に個別に指導することにより、13名いた褥瘡の利用者が5名に減っている。感染症防止と誤薬防止についての研修も実施している。	

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
57	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。	a
判断基準	a	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。	
	b	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が、十分ではない。	
	c	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ない。	
着眼点	○ ア	医療的な支援の実施についての考え方(方針)と管理者の責任が明確であり、実施手順や個別の計画が策定されている。	
	○ イ	服薬等の管理(内服薬・外用薬等の扱い)を適切かつ確実にやっている。	
	○ ウ	慢性疾患やアレルギー疾患等のある利用者については、医師の指示にもとづく適切な支援や対応を行っている。	
	○ エ	介護職員等が実施する医療的ケアは、医師の指示にもとづく適切かつ安全な方法によりやっている。	
	○ オ	医師や看護師の指導・助言のもと安全管理体制が構築されている。	
	○ カ	医療的な支援に関する職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。	
コメント	適切な手順と安全管理体制のもとでの医療的な支援に関して、経管栄養や痰吸引、吸入、褥瘡等については、利用者個別に手順書を作成して支援している。内服薬管理マニュアルを整備し、昨年 の誤薬発生時は看護課会議で対応策を検討して誤薬防止対策の月間を設定し、全職員に周知して服 薬支援に対する意識向上に取り組んだ結果、1年以上、誤薬が発生していない。医療的ケアは医師 の指示のもと看護職が行い、リスクマネジメント委員会をはじめすべての委員会に看護職が参加し ている。胃瘻施術者への口腔ケアや経腸栄養管理セミナー等の外部研修の受講内容は看護課内で共 有している。		
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
58	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。	a
判断基準	a	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	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が、十分ではない。	
	c	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ない。	
着眼点	○ ア	利用者の希望と意向を把握し、社会参加に資する情報や学習・体験の機会を提供する等、社会参加への支援 を行っている。	
	○ イ	利用者の外出・外泊や友人との交流等について、利用者を尊重して柔軟な対応や支援を行っている。	
	○ ウ	利用者や家族等の希望と意向を尊重して学習支援を行っている。	
	○ エ	利用者の社会参加や学習の意欲を高めるための支援と工夫を行っている。	
コメント	利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習の支援については、外出行事を企画し、社会見学 やトリムマラソン見学、みんなの音楽会オープニングセレモニーへの参加等を支援している。自宅 でのリフレッシュ外泊や親の生年祝い、病院でのリハビリ、礼拝等での外出を支援している。音楽 好きの利用者が好きな音楽を聴くための支援や福祉展へ出品するための写真撮影や絵画作成、パソ コンの操作等も利用者の意向を尊重して支援している。必要な利用者には機能訓練計画に「朝の 会」のプログラムを位置付けて発語を促す支援をしている。地域の銀行が行う、利用者の作品展 示を利用者と一緒に見に行き、地域住民が作品を見て感動し、ほめられた時の利用者の喜びは次への チャレンジにつながっている。		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
59	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。	C
	判断基準	a 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 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が、十分ではない。 c 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ない。	
	着眼点	○ ア 利用者の希望と意向を把握し、地域生活に必要な社会資源に関する情報や学習・体験の機会を提供している。 イ 利用者の社会生活力と地域生活への移行や地域生活の意欲を高める支援や工夫を行っている。 ウ 地域生活への移行や地域生活について、利用者の意思や希望が尊重されている。 エ 地域生活への移行や地域生活に関する課題等を把握し、具体的な生活環境への配慮や支援を行っている。 オ 地域生活への移行や地域生活のための支援について、地域の関係機関等と連携・協力している。	
	コメント	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については、今年度、利用者の意向を把握するために聞き取り調査を実施して集計・分析を行っている。集計の結果、約2割の利用者がアパートや公営住宅、グループホーム等で生活したいと回答している。利用者の意向を尊重した地域生活への移行のための支援について、調査結果に基づいて検討することが望まれる。	
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
60	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。	a
	判断基準	a 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。 b 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っているが、十分ではない。 c 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っていない。	
	着眼点	○ ア 家族等との連携・交流にあたっては、利用者の意向を尊重して対応を行っている。 イ 利用者の生活状況等について、定期的に家族等への報告を行っている。 ウ 利用者の生活や支援について、家族等と意見交換する機会を設けている。 エ 利用者の生活や支援に関する家族等からの相談に応じ、必要に応じて助言等の家族支援を行っている。 オ 利用者の体調不良や急変時の家族等への報告・連絡ルールが明確にされ、適切に行われている。 カ 利用者の生活と支援に関する家族等との連携や家族支援についての工夫を行っている。	
	コメント	利用者の家族等との連携・交流と家族支援については、定期的に個別支援計画説明会を実施し、利用者が参加して本人の思いや考えを家族に理解してもらう機会もある。個別支援計画説明会はコーヒーや茶菓子等を提供して話しやすい雰囲気づくりに努め、家族とのコミュニケーションを図り、個別支援計画に家族の意見も反映させている。利用者の体調不良や急変時の家族等への報告・連絡方法については、緊急連絡先の一覧表を作成し、介護マネージャー（介護の責任者）や看護職、サービス管理責任者が連絡する体制がある。日常的に家族の面会が多く、2年前から介護無料相談会を年1回実施して家族からの相談にも応じている。家族から、高齢の親の介護保険利用についての相談があり、制度や手続きの手順、利用できるサービス等について説明している。	