

## 福祉サービス第三者評価結果表

### ① 第三者評価機関

名 称	社会福祉法人 福島県社会福祉協議会
評価実施日	平成20年12月19日
評価調査者番号	① 1901
	② 2003
	③

### ② 事業者

名 称 (法人名)	郡山せいわ園 (社会福祉法人 郡山清和救護園)	種 別	救護施設
代表者氏名	難波朝重	定 員 (利用者数)	80人 ( 88人)
所在地	郡山市舞木町字間明田104番地		
連絡先	電話番号：024-956-2121 FAX番号：024-942-6388 ホームページアドレス： <a href="http://www.k-seiwa.or.jp/">http://www.k-seiwa.or.jp/</a> メールアドレス： <a href="mailto:seiwa@k-seiwa.or.jp">seiwa@k-seiwa.or.jp</a>		

### ③ 総 評

#### ◇ 特に評価の高い点

法人及び施設理念が職員に十分浸透しており、全職員が一体となった活動が展開されている。理念が実践に結びついており、質の高いサービスが提供されていることがうかがわれた。特に、利用者の立場に立った福祉サービスの提供を基軸とした利用者本位の施設づくりと専門性に裏打ちされた質の高いサービスの提供を目的として昭和57年から「福祉QC活動」を導入し、施設運営の活性化を図ってきた努力は十分評価に値する。また、救護施設の機能として早くから利用者の地域生活支援にも着目し、施設として施設内と地域での生活をトータルしたサービス提供システムを構築して活動を展開している姿は、今後福祉施設のモデルとしても注目される。現状に留まることなく、より地域に開かれた施設運営に邁進しさらなる発展に期待したい。

#### ◇ 改善を要する点

改善を要する程の事項は特にない。

④ 第三者評価に対する事業者のコメント

当施設では、ご利用者の方にご満足していただける福祉サービスを提供するために、昭和57年より職員の人材育成を基本に、地域に根差した施設作りを目指してきたと共に、平成13年より救護施設サービス評価基準に基づいて自己評価を継続的に実施し、サービスの質の改善やあり方について組織的に取り組み、ご利用者の方の満足の向上や、職員にとってやりがいのある職場づくりに努力してまいりました。

今回第三者評価を受審させていただき、高い評価をいただき、職員はこれまで行ってきたことについて、さらなる自信につながりました。また、施設の経営や運営面においても、より一層充実させていきたいと思っております。

今後も現状に満足することなく、日々変化していくご利用者の方々や、現実求められている福祉施設としての使命や福祉ニーズに、迅速・適切に対応していくことのできる施設作りに努めていきたいと思っております。

⑤ 評価結果

別紙のとおり

○評価細目の自己評価結果

I 福祉サービスの基本方針と組織

< 第三者評価結果：共通項目編(救護施設) >

1 理念・基本方針

		評価結果	判断理由等
共通1			
(1) 理念・基本方針が確立されている			
① 理念が明文化されている		Ⓐ b・c	救護施設を取り巻く社会環境や、施設の果たすべき役割をふまえ、ノーマライゼーションの理念をもとに「地域の中で地域とともに」「利用者本位の質の高いサービス提供」を理念とし、利用者の尊厳と生活の質の向上、自立支援を旨とせず救護施設の使命や目ざす方向が施設案内パンフレットや園だより等に明示されている。
② 理念に基づく基本方針が明文化されている		Ⓐ b・c	法人理念のもと基本方針は①ノーマライゼーション等の徹底、②地域支援への取り組み、③福祉サービスの質の向上と人材育成、④法人・施設の安定経営のための基盤づくりの4項目とし、事業計画書等に明文化されている。また、方針が行動規範になっている。
(2) 理念や基本方針が周知されている		評価結果	判断理由等
① 理念や基本方針が職員に周知されている		Ⓐ b・c	理念や基本方針が明文化された事業計画書を、理事会の承認を経たうえで年度当初に開催される職員会議において説明され、全職員の共通認識を図るよう徹底している。
② 理念や基本方針が利用者等に周知されている		Ⓐ b・c	理念や基本方針については、利用者の会である「せいわ町内会(利用者自治会)」において説明する機会を設けている。利用者の家族等に対しては、施設案内パンフレットや園だより(広報誌)を配布し、理念や基本方針の周知に努めている。

2 計画の策定

		評価結果	判断理由等
(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている			
① 中・長期計画が策定されている		Ⓐ b・c	中・長期計画は法人の理念や基本方針、救護施設が目ざすべき方向性を踏まえ、平成18年7月に「地域生活支援システムの構築」、「別館スプリングラーの設置」、「職員の育成と経営基盤の確立」の各項目について策定されており、その達成に向けた目標が示されている。
② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている		Ⓐ b・c	策定した中・長期計画を法人・施設の事業計画に具体的に反映させ、目標達成に向け計画的に事業の推進に努めている。特に「地域生活支援システム」についてはイメージ図を作成し、目標達成年度を定め着実に事業に取り組んでいる。

(2) 計画が適切に策定されている		判断理由等	評価結果
①	計画の策定が組織的に行われている	計画の策定にあたっては職員で構成される各委員会が中心となって、それぞれ原案や意見・要望が出され、その内容を副施設長、施設長を経て組織的に承認している。また実施状況の把握、評価・見直しを各委員会で行っている。	① a・b・c
②	計画が職員や利用者や利用者に周知されている	事業計画を初めとする各計画は、年度当初の職員会議や各委員会、利用者で組織される「せいわ町内会(利用者自治会)」、また、パソコン支援システム等を通じて、職員への周知徹底が図られている。食事、健康、生活環境、行事などの利用者へ直接関係する計画については、利用者も委員会の構成員として参画し、協働して計画策定にあたっては、利用者の十分な理解へとつながっている。	② a・b・c

(1) 管理者の責任が明確にされている		判断理由等	評価結果
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	施設長は、「福祉QC活動」を通じて職員が自主的に考え実行する力や、業務に主体的に関わることで自己実現が図られ人間として成長する力を引き出すことに力を入れている。施設長は自らの役割を「利用者に対して常に良質なサービスを提供すること、職員の充実感を定着させること」であると職員会や園だよりなどで表明している。	① a・b・c
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	施設長は、全国社会福祉施設経営者協議会や日本福祉施設士会に積極的に参加するとともに、全国救護施設協議会理事や東北地区救護施設協議会副会長を務め、常に施設運営に係る法令等の新しい情報を入手している。さらに新聞やインターネットからも関連情報の把握に努め、職員会において周知徹底を図っている。	② a・b・c
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている		判断理由等	評価結果
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	施設長は昭和57年度から施設運営に「福祉QC活動(※)」を導入し、「福祉QC」全国発表大会」において高い評価を得るなどの実績がある。職員が意欲的に「福祉QC活動」に取り組めるよう援助とリーダーシップを発揮し、日々「質の高い福祉サービスの実施と運営」、「人材の育成」に職員が意欲的に取り組めるようその活動を支援している。	① a・b・c
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	施設の経営管理の方法の一つとして「福祉QC活動」に着目し、施設の組織体系の中に「福祉QC推進委員会」を重要な委員会として位置づけ、日頃から職員1人ひとりが主体的かつ自主的に業務の効率化と改善に取り組めるよう指導している。	② a・b・c

福祉QC活動(※)・・・品質管理の手法を用いて具体的な業務課題の解決に取り組む、その品質の適正保持・効率化・高  
などの考え、実践する活動のこと。



II 組織の運営管理

共通3

		判断理由等
(1) 経営環境の変化等に適切に対応している	評価結果	
① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている	Ⓐ b・c	施設長は全国社会福祉施設経営者協議会に積極的に参加すると共に、全国救護施設協議会理事として常に救護施設を取り巻く環境や方向性に関心を払って新しい情報の把握に努めている。把握された情報やデータを職員会で職員へ周知し中・長期計画に反映している。
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	Ⓐ b・c	経営状況等については施設長(法人常務理事)及び副施設長(法人本部長を兼ねる)が中心となり、課題の分析や発見、改善の取り組みを行っている。措置費が利用者のサービスの質の向上に適切に使用されているか常に確認が行われている。
③ 外部監査が実施されている	Ⓐ b・c	外部の公認会計士による指導を年に3～4回程度受けており、措置施設として適正な執行を行っているかの確認や、また経営状況に関して数値的にコスト分析等を行い、その結果をサービス改善に役立てている。

		判断理由等
(1) 人事管理の体制が整備されている	評価結果	
① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している	Ⓐ b・c	法人・施設の理念を具現化するためには人材育成が重要であるとの認識のもとに、施設が求めるスタッフ像やチームとしてのあるべき姿が明文化され、それを基に、職員に関する分析が行われ、新たな職員採用や組織編成が行われている。
② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている	Ⓐ b・c	施設が求める職員像、チームとしてのあるべき姿が明示され、それが職員にとって日々の業務を行う上での指針となっている。客観的な基準による職員の自己評価やチーム職員の評価が人材育成の視点から行われている。施設長は積極的に処遇場面に顔を出し、スタッフの活動ぶりを把握するとともに、コミュニケーションに努め、その結果を人事考課に活用している。
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている	評価結果	
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	Ⓐ b・c	職場が活性化し、職員一人ひとりが働く喜びを享受するため施設の労働条件改善、特に職員一人当たり一ヶ月の夜勤回数の軽減に努めている。また、措置費の範囲内において、できるだけ多くの職員を配置し、ゆとりを持って業務にあたられるよう努めている。
② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる	Ⓐ b・c	法人・施設にとって「職員は財産」であるとの考え方に基つき、福利厚生センターに加入し、職員の希望を聴取しながら福利厚生事業を実施している。担当する職員を決めているため、職務分掌の中に明記しておくとう良い。

③ 職員の質の向上に向けた体制が確立されている	評価結果	
① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている	a) b・c	法人・施設理念を達成するために人材育成が重要との考えのもとで、法人・施設の事業計画等において職員の資質の向上・人材育成が位置づけられ、積極的に取り組まれている。また、職員の専門性を高めるための介護福祉士や社会福祉士などの国家資格の取得を奨励している。
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	a) b・c	研修計画は職員の職種別・階層別に「職員研修プログラム」として策定され、それに基づいて職員を積極的、計画的に研修へ参加させている。研修に参加する職員に対しては「どんなことを学ぶか、あるいは学びたいか」についての意識を持たせるように努め、研修後は学んだことを活かして「何を、いつまで、どのようなことを行っているか」職員が年間目標を定め、意識づけを行っている。
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	a) b・c	職員の資質向上と、各種研修で得た内容を職員全員で共有するために「研修委員会」が組織されており、研修発表企画、実施を行っている。研修会参加者はパワーポイントを活用して受講した研修内容の発表を行い、研修内容を職員全員で共有している。発表は職員の前プレゼンテーション能力の向上にもつながっている。研修成果の評価・分析については、施設長がその都度行い次年度の評価が計画に活かされている。
④ 実習生の受け入れが適切に行われている	評価結果	判断理由等
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	a) b・c	実習生の受け入れに関しては「実習生指導マニュアル」を策定し、受け入れに関する基本方針が明文化され、受け入れ体制についても整備されている。マニュアルは全職員に配布され、周知徹底が図られている。また、具体的な受け入れに際しては、指導担当職員を明確にし事前に職員会等で説明が行われている。
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	a) b・c	「実習生指導マニュアル」において、取得資格別に実習の目的や内容を明確にし、養成学校との連携のもと福祉専門職として効果的な実習が行われるよう「実習生受け入れ委員会」が組織されている。委員会では実習スケジュール、施設内での受け入れ先（生活班、作業班など）との調整を行い、平成19年度の受け入れ学生数は延べ225人と積極的な受け入れを行っている。

(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	評価結果	判断理由等
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	a) b・c	症状急変や火事、行方不明等の緊急事態発生時における利用者の安全を確保するため、それらの手順を示した「緊急時対応マニュアル」が策定され、全職員に配布し、随時職員会議で周知徹底が図られている。「防災管理委員会」や「ヒヤリ・ハット」委員会(※)が組織され、施設内のリスク管理や火災等の非常事態への危機意識を高める活動が行われている。事務室や食堂にも事故や感染症対策の必要な手続きをポスターにして掲示している。
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	a) b・c	「ヒヤリ・ハット委員会」を組織し、委員会が中心となって危険予知のための訓練「通称KYT(危機予知トレーニング)」を随時実施している。発生事例に関する報告・分析については職員会議等で周知徹底が図られるとともに、他施設での事例や事故、ニュース等については「ヒヤリ・ハットニュース」として職員全員に配布し、積極的に情報の共有化が行われている。

ヒヤリハット(※)・・・重大な災害や事故には至らないものの、直結してもおかしくない一歩手前の事例。

判定理由等	評価結果	判定理由等
<p>(1) 地域との関係が適切に確保されている</p> <p>① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている</p> <p>② 事業所が有する機能を地域に還元している</p> <p>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</p>	<p>① a・b・c</p> <p>② a・b・c</p> <p>③ a・b・c</p>	<p>法人・施設理念である「地域の中で地域とともに」を具現化するため、施設が地域の老人クラブの一員として入会し、積極的に地域との交流を行っている。施設を開放し、地域の一人暮らしの老人のための活動(いきいきサロン)や、小学生を対象とした交流(せいわ元気教室)、ゲートボールやゴルフ大会などの開催を通じて、利用者と地域住民が交流を深める機会を積極的ににつくっている。</p> <p>施設を利用して地域の一人暮らし老人を対象とした「いきいきサロン」を隔月に開催している。また、年5回第2土曜日を利用して地域の小学生を対象に「せいわ元気教室」を施設内で開催している。外部講師を招いての講演会や施設のバスで温泉旅行や見学旅行を行うなど、施設がモットーとするノーマライゼーションの理念の具現化に努めている。</p> <p>ボランティア受け入れのための委員会が組織され「ボランティア受け入れマニュアル」が整備されており、基本姿勢についてはマニュアルの中で目的として明示されている。受付記録や活動記録も整備されており、また参加者にはアンケートを依頼し、結果は今後の参考資料としている。また、受け入れ実績については広報委員会によって「園だより」や「年のあゆみ」に掲載し、開かれた施設づくりを目的としている。</p>
<p>(2) 関係機関との連携が確保されている</p> <p>① 必要な社会資源を明確にしている</p> <p>② 関係機関等との連携が適切に行われている</p>	<p>評価結果</p> <p>① a・b・c</p> <p>② a・b・c</p>	<p>判断理由等</p> <p>利用者支援のために必要な関係機関・団体等の社会資源に関するリストが作成され、職員会においても随時説明が行われるなど、職員間での情報の共有化が図られている。リストは利用頻度が高いため、施設内の各部署等にも配布され、速やかな連携に活用されている。</p> <p>各福祉事務所や病院、企業、ボランティアといった関係機関、団体と連携し、利用者支援を検討する機会を確保している。関係機関・団体とは常日頃から連携、交流が行われており、施設とのネットワークが築かれている。施設長は他の救護施設との定期的な連絡会に参加し情報の共有化を図っている。</p>
<p>(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている</p> <p>① 地域の福祉ニーズを把握している</p> <p>② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている</p>	<p>評価結果</p> <p>① a・b・c</p> <p>② a・b・c</p>	<p>判断理由等</p> <p>法人・施設理念である地域福祉の向上と地域に根ざした施設づくりを行うため、地域の老人クラブや地域の小学校との交流、また園行事への地域住民の参加やボランティア受け入れ、単身居宅生活者への相談支援活動を通して、地域のニーズを把握している。</p> <p>地域福祉ニーズの把握に基づき、一人暮らし高齢者の「いきいきサロン」や小学生を対象とした「せいわ元気教室」を開催している。また地域で生活を希望する利用者や、可能性のある利用者に対し、自立支援のためにグループホームを設置するなど施設独自の「地域生活支援システム」を構築し、中・長期事業計画に位置づけ積極的に展開している。</p>

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

共通6

		判断理由等	
(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている			評価結果
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	法人・施設の理念や基本方針・実践目標に、利用者の意思や人格を尊重する福祉サービスの提供について明文化されている。また「職員倫理綱領」「職員の誓い」としてより具体的に明示し、日々の業務の中で実践している。さらに「サービス評価委員会」を通じて、年2回利用者の目線で提供しているサービス内容を検証し、サービスの質の向上に努める活動を行っている。	Ⓐ b・c
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	平成16年4月1日に制定した「職員倫理綱領」「職員の誓い」の中に明示している。また「プライバシー保護のマニュアル」「個人情報管理規程」を基に「個人情報保護や守秘義務のマニュアル」も策定され、職員会等で周知徹底を図っている。なお、一人になりたい時に自由にくつろげるスペースを確保している。	Ⓐ b・c
(2) 利用者満足の向上に努めている			評価結果
①	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している	利用者の満足度を把握し、さらに向上させるためにの体制を「郡山せいわ園サービス提供システム」として体系化し、利用者も構成メンバーとなっている各種委員会や「せいわ町内会(利用者自治会)」が一体となって組織的に取り組む仕組みが構築されている。各委員会においてアンケート調査の実施が行われるなど、利用者の満足を高めるためにとりわけQCサークル、QC推進委員会の果たす役割は大きい。	Ⓐ b・c
②	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている	「郡山せいわ園サービス提供システム」に基づき食事、環境整備、保健衛生、行事などの分野について、利用者と職員が構成メンバーとなって4つの委員会が組織され、月1回検討が行われており、その結果をサービスの改善に反映させている。	Ⓐ b・c
(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている			評価結果
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	ご意見箱の設置や困りごとの個別面談(毎週水曜日開催)を実施するなどして利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。意見や相談内容とその対応についてはその都度記録し、施設長まで回覧されるとともに、打ち合わせ会や朝礼等でも報告され、共通認識された上で利用者支援が行われる仕組みとなっている。	Ⓐ b・c
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	平成13年10月に「苦情解決委員会規則」を定め、苦情解決の体制や仕組み(手順)を整備し適切に対応している。また、利用者にもわかりやすいリーフレットを施設内に掲示したり、利用者の自治会組織である「せいわ町内(利用者自治会)」などを通じて周知徹底を図っている。また、気軽に相談できるように毎週水曜日に「困りごと相談」を実施している。	Ⓐ b・c
③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している	利用者からの苦情や要望については、「苦情解決委員会規則」に基づき、「困りごと相談記録」に記載、報告の手順、対応について規定した上で対応策を検討し、回覧により職員全員で共通認識し迅速な対応が行われている。また、福祉QCサークル活動を通じて、その都度利用者の意見や要望を分析し、サービスの改善に反映させている。	Ⓐ b・c

		判断理由等
(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている	評価結果	
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	Ⓐ b・c	施設が提供するサービスについては「サービス評価委員会規則」に基づき、組織的に評価に取り組み、その結果を分析する体制が整備されている。実施にあたっては、「救護施設サービス評価基準 Ver.2」を用いて年2回自己評価を行っている。
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	Ⓐ b・c	「サービス評価委員会」と管理者がそれぞれに「救護施設サービス評価基準 Ver.2」を用いて自己評価を行い、その結果をリーダーチャートとしてまとめている。さらに評価結果を分析し、達成度の高い項目、低い項目を明確にし、取り組むべき課題について整理、文書化している。
③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している	Ⓐ b・c	評価の結果から明らかになった課題については、迅速に対応できるものは各担当者や委員会を通じて改善を行い、時間を要するものについては、サービス提供システムに位置づけられている「改善委員会」や「福祉QC活動」を通して組織的に対応している。
(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している	評価結果	判断理由等
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	Ⓐ b・c	提供される個々のサービスのについては、業務マニュアルとして文書化され職員に配布し周知が図られている。また、新たに採用された職員には研修等において周知徹底されている。また、各マニュアルは法人や園の理念、実践目標を基に策定されており、基本姿勢は一貫している。
② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している	Ⓐ b・c	提供される個々のサービスについては、「サービス評価委員会」をはじめ、利用者による「せいわ町内(利用者自治会)」、利用者と職員で構成される各委員会、職員による各委員会において定期的に検討され見直し体制が整備されている。改善すべき内容によっては改善委員会が主体的に取り組む体制が構築されている。
(3) サービス実施の記録が適切に行われている	評価結果	判断理由等
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	Ⓐ b・c	利用者に対するサービスは個別支援計画書をもとに提供され、その内容はケース記録や各様式等において整理されている。管理はパソコンのネットワークシステムにより、職員は常に確認できるシステムが採用されている。
② 利用者に関する記録の管理体制が確立している	Ⓐ b・c	利用者に関する記録は「文書管理規程」や「個人情報保護に関する方針」、「個人情報管理規程」に基づき、管理体制が整備されている。管理責任者は業務課長が担っており、利用者に関する記録は施錠できる棚に保管管理している。また、記録の保存、廃棄に関しては「帳簿等保存年限基準規則」により行っている。
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	Ⓐ b・c	利用者の状況等に関する情報は、その都度職員の打ち合わせや職員会で共有化行われている。また、職員に周知する必要がある情報については、パソコンのネットワークシステムを利用し、共有化に努めている。



判断理由等		評価結果
(1) サービス提供の開始が適切に行われている		
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	インターネット上にホームページを公開し、施設の様子を紹介している。利用希望者に対しては施設案内や園だよりなどを配布し、それを基に説明を行い、施設見学を積極的に実施している。	Ⓐ b・c
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	福祉事務所からの入所委託に基づき受け入れられている。受け入れについては「新入所者を迎えるための支援マニュアル」により行われており、職員には受け入れのための基本姿勢(方針)を明示した文書が配布されている。利用希望者については、事前見学や入所の際に「郡山せいわ園の生活のご案内」により十分な説明を行っている。	Ⓐ b・c
(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている		
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	施設を退所した利用者や地域生活移行した利用者に対し、その後のサービスの継続的な支援を行う窓口が設けられている。具体的には単身居宅生活者への相談支援、グループホームでの生活に移行した利用者への継続的な支援や作業等への参加の通所支援などが日常的に行われている。	Ⓐ b・c

判断理由等		評価結果
(1) 利用者のアセスメントが行われている		
① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている	全国救護施設協議会による「救護施設個別支援計画書」に準じた「個別支援計画書作成マニュアル」が作成され、その中で個別支援計画の作成手順が見直し時期(年度当初)が示されている。それに基づいてアセスメントは適切に実施されている。	Ⓐ b・c
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	「個別支援計画作成マニュアル」を基に、利用者一人ひとりの日常生活、社会参加、就労といった10領域における具体的なニーズや課題、支援目標が明示されている。	Ⓐ b・c
(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている		
① サービス実施計画を適切に策定している	利用者のニーズに沿ったサービスを提供するため、「個別支援計画書作成マニュアル」を作成し、作成手順や作成後の見直しについても明文化し支援計画を策定している。各利用者の担当者が個別支援計画を作成し「個別支援委員会」にて内容の確認を行っている。	Ⓐ b・c
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	「個別支援計画書マニュアル」により、個別支援計画を作成し1年経過後は「個別支援委員会」が中心となり、全ての内容の見直しと更新が行われている。また、1年以内での、内容等の変更が生じた場合は、「個別支援委員会」が「ADL委員会」や「ケースカンファレンス委員会」と連携しながらその都度見直しを行っている。	Ⓐ b・c

A-1 利用者の尊重

救護施設1

	評価結果	判断理由等
(1) 利用者の尊重		
① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている	Ⓐ b・c	聴覚や言語に障がいのある方や外国人の方など、意思伝達に制限のある利用者に対し、コミュニケーション不足によるトラブルがないようジェスチャー等により積極的な声かけを行うことなどが個別支援計画において記載され、職員全員で共有している。さらには通訳や関係機関等との協力を得て、利用者の意思や希望を正しく理解しようと努めている。
② 利用者の主体的な活動を尊重している	Ⓐ b・c	利用者の自治会として「せいわ町内会（利用者自治会）」が組織され、毎月役員会が開催され、園長はじめ職員も出席をしている。役員会では、行事の打合せや日常生活に関する内容を協議し、利用者の主体的な活動を尊重している。その他「おいしい食事をつくる委員会」「元気で健康な身体づくり委員会」「きれいな町内をつくろう委員会」といった各委員会が利用者職員と職員とで構成され、利用者の意向を尊重しながらサービスの向上につなげている。
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	Ⓐ b・c	職員は利用者が自力で行う日常生活上の行為に対して、できる限り見守りと自立のための支援体制を整備している。また、利用者の残存機能の維持を目的に、週1回の理学療法士によるリハビリテーションを行っている。また、職員もその指導の下、利用者との十分な話し合いを持ちながら支援を行っている。
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	Ⓐ b・c	利用者の社会生活力を高めるために、希望者に対して日常的に洗濯や買い物などの訓練を行っている。また、地域生活移行に向けた訓練として「救護施設居宅生活訓練」を実施し、「日課・食事・交通・入浴・洗濯」といった13項目に及び詳細な訓練項目を施設独自に設定し、利用者の能力を最大限伸ばすプログラムを作成している。

A-2 日常生活支援

	評価結果	判断理由等
(1) 食事		
① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている	Ⓐ b・c	職員は「食事支援のマニュアル」に基づき、安全に楽しんで食事ができるように一貫した支援を行っている。個別支援計画において、各利用者の身体状況に応じた食事形態や、利用者の意向を尊重した介助方法を明示し職員間で共有している。
② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている	Ⓐ b・c	食事は、旬の物を取り入れ季節感を大切に、安心、安全な食事を提供することを基本としている。利用者からの意見や意向は「おいしい食事をつくる委員会」において協議し、さらには担当者による利用者への聞き取り調査も行うなどしてその結果を献立に反映させている。昼食時に主食を選ぶ（ご飯あるいは麺）リザーブ食（週4回）、食べたいメニューを選べるオーダーメニュー（毎月1回）を実施し、利用者が選択する機会を設けている。
③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している	Ⓐ b・c	喫食環境については「おいしい食事をつくる委員会」や「せいわ町内会（利用者自治会）」において利用者の意向や意見を把握し検討し、喫食状況に反映する仕組みが整備されている。食堂は、障がいのある利用者によって椅子や机の配置を工夫し、ゆったりと食事ができるようスペースが確保されている。

(2) 入浴	評価結果	判断理由等
① 入浴は、利用者の障がい程度や介助方法など個人的事情に配慮している	a) b・c	入浴前にラポールシート(引継ぎのための記録)等により看護師と連携し健康状態の把握を行っている。また個別の入浴介助方法や支援、助言業務は、ケース記録やラポールシートに必要に応じて記載している。「入浴支援のマニュアル」において、支援方法や介助、助言方法が記載され、職員はマニュアルに基づき一環した支援を行っている。
② 入浴は、利用者の希望に沿って、安全かつ適切に行われている	a) b・c	入浴は週に4回(土、日を除く)行われ、その他汗をかいた場合などはシャワー浴が可能となっている。浴室は一般浴、特殊浴、個室浴と3つのお風呂があり、利用者の身体状況や一人で入りたい等の希望に応じた入浴が可能となっている。介助は同性介助を基本とし、また介助者や介助方法などは利用者の意向が尊重されている。
③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である	a) b・c	「きれいな町内会をつくろう委員会」において入浴に関する利用者の意向、意見を把握し検討し、浴室・脱衣場等に反映する仕組みが整備されている。また委員会において浴室・脱衣場の安全・衛生チェックを行っており、清掃は入浴後職員が行い、週に1回は利用者と一緒に清掃を行っている。一般浴、特殊浴、個室浴ともブライバシナーの保護に配慮された構造となっている。
(3) 排泄	評価結果	判断理由等
① 排泄介助は快適に行われている	a) b・c	排泄介助は個別支援計画にて「排泄支援のマニュアル」排泄用具の使用・衛生面を考慮したマニュアルに基づき、各利用者の身体状況に合わせた支援を行っている。利用者の排便の有無は検温時に確認が行われ、常時オムツやパッドを必要とする利用者の排泄確認は、定時(1日8回)、もしくは訴え時に行われている。
② トイレは清潔で快適である	a) b・c	トイレ清掃は担当者が毎日清掃を行い、園内清掃チェックシートにおいて確認し、衛生管理に努めている。各居室のトイレも一日一回担当職員が確認を行い、汚れていた場合は速やかに清掃を行っている。清掃時に使用する洗浄液や薬品については、施設のかかる用具室に置くことを徹底している。
(4) 衣服	評価結果	判断理由等
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	a) b・c	衣類の選択については利用者の好みや個性を尊重しており、職員は利用者が主体的に選べるよう支援している。また、利用者の希望により購入等の相談を受け付けたり、気温に合わせた衣類を着用するよう適切な声かけを行っている。年2回の市内ショッピングの際に、衣類や身の回りの物を利用者自らが選んで購入しており、重度の方で外出が困難な利用者に対しては、職員が好みを聞いて購入している。
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	a) b・c	衣類の着替えは利用者の意向により行われている。着替えを好まない方やこだわりのある方に対しては利用者の意向を確認しながら清潔保持に努めており、その経過を記録に残し職員で共有している。利用者が食べこぼしで汚れたり、排泄に失敗した場合は着替えを行い、衣類が破損した場合は速やかに対応を行っている。



(5) 理容・美容	評価結果	判断理由等
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	a) b・c	髪型や化粧などの身だしなみに関しては、利用者の意向を尊重しており、また自分で身だしなみを整えることができるよう職員は見守り助言を行っている。また、自分でできない方については、髭剃り、爪きり、歯磨きといった身だしなみを職員が支援している。
② 理髪店や美容院の利用について配慮している	a) b・c	地域の理髪店や美容院の協力を得て、利用者がお店に向いて散髪等を行ってもらったり、外出が困難な方には、月1回来園してもらうなどの対応を行っている。毎月利用する方、2～3ヶ月に1回利用する方など利用回数は本人が選択をしている。理髪店や美容院の方とは、日頃から行事等を通じて利用者と交流をしており、送迎に関しても理髪店の協力を得るなど連携を行っている。
(6) 睡眠	評価結果	判断理由等
① 安眠できるように配慮している	a) b・c	「安眠のためのマニュアル」、「夜間時のオムツ交換と体位変換等へのマニュアル」に基づき、快適な睡眠のための環境整備、心理面への援助等、職員は一貫した支援を行っている。ベット、畳、寝具などは利用者の好みに応じており、一人で休みたい、眠れないなどの訴えがあった場合には一時的に使用できる居室が用意されている。夜間に行われた個別支援は、ラポールシート(引継ぎのための記録)に記録し、職員間で共有している。
(7) 健康管理	評価結果	判断理由等
① 日常の健康管理は適切である	a) b・c	「利用者の健康管理マニュアル」、「健康管理票」を整備し、また、必要時に職員がすぐに確認できるよう利用者の身体状況(平熱、血圧、既往症、服薬等)が確認できる一覧表(フェースチェック)を作成している。健康に関する相談や処置が必要な場合は、速やかに看護師と連携する体制を整備している。定期的な歯科指導・検診(年4回)や利用者の希望により、予防接種(インフルエンザ)、を行っている。また健康の維持・増進のため、歩行運動等(1日/30分×2回)のプログラムを実施するなどの適切な健康管理が行われている。
② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる	a) b・c	施設の嘱託医である病院において、緊急の場合24時間いつでも受診できる体制を確保している。「健康面」に要調があった場合の対応マニュアルを作成し、職員に周知徹底を図っている。また、関係機関連絡先一覧や緊急時における対応を図にして職員が誰でも見られるよう事務所に置いている。
③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている	a) b・c	薬は「薬品の取り扱いマニュアル」、「誤薬時対応マニュアル」において、その管理、与薬の手順、誤薬時等の対応が記載され、看護師を中心に職員は統一した支援を行っている。また、利用者個別の薬事箋(薬の種類、性質、効果等が記載されたもの)を各事務所に配置し、職員がいつでも閲覧できるようにしており、薬品に関する情報の共有が行われている。
(8) 余暇・レクリエーション	評価結果	判断理由等
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	a) b・c	カラオケやぬりえ、ちぎり絵といったレクリエーション活動が週2～3回行われ、利用者は自由に参加している。クラブ活動(お花、カラオケ、音楽、カメラ)は月に1回行われ、利用者は希望するクラブで活動している。

(9) 外出、外泊	評価結果	判断理由等
① 外出は利用者の希望に応じて行われている	a) b・c	外出に関しては「外泊・外出マニュアル」を作成しており、その内容は「せいわ町内会(利用者自治会)」において話し合いを行っている。利用者から家族等への外出の希望があった場合は、家族等に連絡をとり外出が可能となるよう支援を行っている。そのほか、買い物などの外出希望があった場合は、利用者、担当者、担当職員、看護師等と話し合い、その方法等の検討を行った上で基本的には職員と同伴で外出している。
② 外泊は利用者の希望に応じて配慮されている	a) b・c	外泊に関しては「外泊・外出マニュアル」を作成しており、その内容は「せいわ町内会(利用者自治会)」において話し合いを行っている。利用者から家族宅への外泊の希望があった場合は、正月の帰省時は、家族の了解が得られた場合のみ外泊が可能としている。ただし、安全面を考慮し家族の送迎を原則としている。
(10) 作業	評価結果	判断理由等
① 必要により作業を提供している	a) b・c	利用者の自己実現・機能回復・維持を目的に、利用者の希望を確認しながらADL(日常生活動作)に応じて個別活動(生活班、作業班、創作班)が行われている。班別活動では、菓子の箱折作業、園芸・畑作業、趣味・創作活動などのプログラムが用意され、職員は「班別活動マニュアル」に基づき統一した支援を行っている。利用者との話し合いの上、工賃等は旅行等のリフレッシュに活用している。
(11) 地域生活への移行	評価結果	判断理由等
① 必要に応じて地域生活へ移行するための支援を行っている	a) b・c	地域生活移行については、施設内に担当部署として「サービス提供システム」の中の「個別支援委員会」を設置しており、利用者に対する定期的(年2~3回)な意向調査を行い、移行を希望する利用者の把握、検討、訓練等のアセスメントを行っている。希望者は家族等や福祉事務所等関係機関の理解を得た上で「救護施設居宅生活訓練(試験的に地域生活を体験するプログラム)」を約1年かけて行い、その結果を施設独自に設定した訓練項目において評価している。
(12) 所持金・預かり金の管理等	評価結果	判断理由等
① 預かり金について、適切な管理体制が作られている	a) b・c	預かり金は「利用者預かり金等管理規程」を定め保管責任者を明確にしている。利用者個別の金銭出納簿を記載し、毎月担当者(主任・業務課長)において確認し、施設長へ報告を行っている。また、2ヶ月に1回利用者へ残高証明書の配布を行っている。施設内においては、利用者は個人的に金銭管理を行っていないが、地域生活移行に向け居宅生活訓練を行っている利用者に対しては金銭管理プログラムを行っている。
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	a) b・c	新聞や雑誌は、希望者は個人で購読することが可能であるが、施設においても新聞や雑誌を購入し利用者が自由に閲覧できるようにしている。テレビは各居室にも設置されており、食堂や大広間などにも大型テレビが設置されている。テレビの共同利用については「せいわ町内会(利用者自治体)」において利用者の話し合いのもと決められている。
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	a) b・c	酒やタバコ等の嗜好品は、「せいわ町内会(利用者自治体)」において利用者の話し合いのもと「嗜好品のルール」が決められている。たばこは指定の場所喫煙が可能で、安全面を考慮しその管理を事務所で行っている。また、飲酒は毎週金曜日の夕食時にビール、日本酒などのアルコールを楽しむことができる。日常的には、コーヒーやジュースといった自動販売機を自由に利用できるコインを週10枚を上限に銀行形式で利用者ごとに発行している。