

福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	内容	評価結果	判断根拠・特記事項等
I	1	(1)	①	理念が明文化されている。	a	日本キングスガーデンは聖書の御言葉を礎に障がいのある人や高齢者の尊厳を守り、地域社会に開かれた、愛と喜びと賛美にあふれる施設を目指し、ご利用者中心のケアを行い、平安と希望に満ちた人生を送れるように支援することを法人の運営理念として、「令和6年度事業計画」に明文化しています。
I	1	(1)	②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	法人の基本方針として、1.「仕える」、2.「利用者中心」、3.「尊厳」、4.「連携」、5.「専門性」を基本方針に掲げて、「令和6年度事業計画」内に明文化しています。
I	1	(2)	①	理念や基本方針が職員に周知されている。	a	職員への周知については、毎月の職員会議の中で理事長自らが職員に向けて法人の大切な考えなどを発信して共通理解を深めています。職員入職時においては初日に理事長が直接説明して理解を深めています。
I	1	(2)	②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	利用者への周知については、家族会総会を開催して利用者の家族へ理念や基本方針などを伝えていく仕組みがあります。しかしながらコロナ禍の影響もあり対面での開催ができていないため、感染の状況などを見て、今後再開を検討しています。
I	2	(1)	①	中・長期計画が策定されている。	b	単年度の計画については令和6年度事業計画書に明示され関係者に周知しています。中長期目標については事業計画書等への明文化とまでは至っていないこともあり、今後に向けては事業計画書への明文化を図り全体への周知も期待します。
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。	a	単年度の計画については毎年度事業計画書を策定しています。入所支援のスローガンとして活気ある生活を送れるよう支援する、ご利用者とご家族に寄り添う支援を目指すことを掲げ、日常の楽しみと非日常を味わうイベント計画、健康で気持ちの良い生活、ご利用者の気持ちの寄り添った支援、環境整備・物品管理を具体的な目標にしています。
I	2	(2)	①	中・長期計画や事業計画の策定が組織的に行われている。	a	事業計画の策定について、利用者の活動計画に関しては、施設入所支援、在宅サービスの各部門ごとで計画を策定しています。実施状況の評価や見直しについては上期終了時、年度末に実施しています。

福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	内容	評価結果	判断根拠・特記事項等
I	2	(2)	②	事業計画が職員に周知されている。	a	事業計画の内容については、年度当初の職員会議の中で説明しているほか、業務用のSNSを活用して電子データでも事業計画書を閲覧できる仕組みとしています。
I	2	(2)	③	事業計画が利用者等に周知されている。	b	利用者本人へ事業計画の内容を説明することが難しいため、家族総会の中で利用者の家族に事業計画に基づいて年間の行事計画などを伝える場を設けています。ここ数年コロナ禍の為実施できていないため、家族への周知をどのように進めていくかを課題としています。
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。	a	施設長、相談員、主任等の役割や責任等に関しては職員会議内での説明のほか法人の規程書、組織図に役割等を示しています。また施設長の思いなどについては定期的に発行している広報誌への投稿を通して発信しています。
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。	a	福祉サービスの従事する者として守るべき法や規範、倫理等の遵守については、基本方針の礎となる聖書のお言葉の読み合わせを通して理解を深めています。役職者会議やエリア会議などでも法令遵守の観点で各種の協議を進めていく事を基本にしています。
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。	a	法人内各事業所の施設長間で毎日オンラインによる会議を実施して各事業所間の現状や課題等を確認しています。法人理事長も会議に参加して各事業所の状況を把握しています。また、新人職員に対しては、入社初日に理事長自らがオリエンテーションを行い、法人職員としての心得等を伝えているほか、職員会議にも参加して法人理念に基づいた支援が提供できるように、助言や意見を発信しています。
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。	a	法人内各事業所の施設長間で毎日オンラインによる会議、対面式での月一度の施設長会議を通して各事業所の経営状況などについて把握、分析を行っています。法人の基本方針の実現に向けて働き易い職場環境づくりに努め、職員間の連携強化を通して業務の効率化が図れるように努めています。
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。	a	隔月に実施される常総広域福祉担当者会議において、4市の社会福祉事業の動向について利用者数、利用者の状況等について施設周辺地域における特徴や変化等を把握し、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等を収集し経営環境の把握につなげています。

福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	内容	評価結果	判断根拠・特記事項等
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。	a	法人内各事業所の施設長間で毎日オンラインによる会議、対面式での月一度の施設長会議を通して各事業所の経営状況などについて把握、分析を行い、目標の入所率の維持が図れるように努めています。
Ⅱ	1	(1)	③	公認会計士等による外部監査が実施されている。	a	法人の監査役員が公認会計士であり、決算の際に監査を実施しています。監査結果については理事会で報告があり、経営改善に向けた取り組みについて検討しています。
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。	a	①安心な生活、ご利用者を大切に思い②充実した活動、朗らかなコミュニケーションに努め、③社会への参加、喜ばれる発想を求める職員像に掲げています。法人内の人員体制に関する基本や管理方針に基づいて、必要な人材の採用を進めています。
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。	a	人事考課に関しては、主に賞与時において理事長と協議を行い、査定及び特別手当金の支給について検討しています。客観的な基準に基づき適切に人事考課を進めていけるように努めています。
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。	a	必要に応じて所属部門の長、施設長、さらには理事長と面談できる機会を設けて職員の意向、要望を確認できるようにしています。就業状況については有給休暇の消化や時間外労働のデータを相談員、事務担当で把握して施設長に報告する仕組みとしています。
Ⅱ	2	(2)	②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	福利厚生に関しては、福利厚生センター、事業所の親睦会（任意）への加入、職員旅行の補助など、総合的な福利厚生事業を行い、職員の積極的な活用を促進しています。
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。	a	資格取得のバックアップに力を入れていて、介護福祉士、実践者、介護職員初任者研修を開設して資格取得を目指すことができる環境を整えて職員の育成につなげています。また事業所内の各委員会が中心となり全職員に必要な知識等が習得できるように取り組んでいます。

福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	内容	評価結果	判断根拠・特記事項等
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。	a	新人職員に対しては事業所内でのOJTを中心に、利用者の特性などを見極められるように丁寧にサポートしていく体制を築いています。既存職員に向けては、資格取得を目指すための研修会を中心に必要な知識やスキルを身につけられる環境を整えています。
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。	b	事業所内における研修計画の評価、見直しについては各種状況などを踏まえたうえで適宜見直しを図っています。職員個別の研修計画については策定とまでは至っていないため、今後の策定が望まれます。
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。	b	実習生については積極的に受け入れていきたいという姿勢を持っています。しかしながら新型コロナウイルスの感染もあり、今年度受け入れの実績はありませんが、感染の落ち着きを見て希望者がいる場合には計画的に受け入れていく事にしています。
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。	b	実習生については状況の落ち着きを見て受け入れていく方針としています。受け入れにあたっては担当者を配置して、必要な育成を図るように準備をしていく方針としています。
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。	a	利用者の安全確保に向けた体制の整備については、事業継続計画（BCP）の整備、緊急時においては家族と連絡が取れる体制の整備などを進めています。また警察、消防署、医療機関、関係の4市、設置主体である常総広域担当者とも連携を図り対応する体制を築いています。
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。	a	事業所内リスクマネジメント委員会を設置して、事故等の未然防止策を定期的に検討しています。さらに毎月事例紹介を交えてリスク軽減策を学ぶ機会を設けています。
Ⅱ	4	(1)	①	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	b	地域との交流については積極的に進めていきたいとの考えはありますが、コロナ禍の影響もあり積極的な交流とまでは至っていない状況にあります。今年度秋に開催される市の福祉祭りに参加予定としており、地域との交流につなげていきたいと考えています。

福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	内容	評価結果	判断根拠・特記事項等
Ⅱ	4	(1)	②	施設が有する機能を地域に還元している。	b	コロナ禍以前は、法人のお祭りなどを通して地域の方に事業所の機能を還元していました。今年度は感染症の状況などもあり、具体的な取り組みとまでは至っていませんが、ホームページやSNSを通して、施設の取り組みや活動の様子を定期的に発信するなど、現在できることから進めています。
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。	b	全体の方針として利用者の状況等も踏まえたうえで、利用者とは直接かかわる形式でのボランティアについての受け入れは行っていないが、感染状況などを見てイベントのお手伝いや落ち葉拾いなど掃除に関わるボランティアなどについては受け入れを再開していきたいと考えています。
Ⅱ	4	(2)	①	必要な社会資源を明確にしている。	a	常総、守谷、取手、つくばみらいの4市とは日常的に連携を図り連絡会などにも定期的に参加をして必要な情報の提供および共有に努めています。また、常総広域福祉担当者会議において4市の動向などについて定期的に確認し、必要な連携、法人としてのかかわり方などを模索しています。
Ⅱ	4	(2)	②	関係機関等との連携が適切に行われている。	a	常総、守谷、取手、つくばみらいの4市とは日常的に連携を図り連絡会などにも定期的に参加をして必要な情報の提供および共有に努めています。また、常総広域福祉担当者会議において4市の動向などについて確認しています。さらに非常災害時に備え、警察、消防署、医療機関とも連携し協力を呼び掛けています。
Ⅱ	4	(3)	①	地域の福祉ニーズを把握している。	b	外部の団体などとのつながりが薄いこともあり、福祉ニーズの把握は十分ではないと考えています。現状においては、隔月に実施される常総広域福祉担当者会議において、4市の社会福祉事業の動向について利用者数、利用者の状況等について施設周辺地域における特徴や変化等を把握し、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等を収集し経営環境の把握につなげています。
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。	b	現状具体的に地域のからのニーズが出ていないこともあり、具体的な活動とまでは至っていませんが、今後は外部団体等とのつながりを強化して、地域の福祉ニーズ等の収集にも力を入れていきたいと考えています。
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。	a	利用者尊重の考えについては職員会議の中で必要に応じて理事長からも直接説明し、いかなる場合にも利用者を尊重して対応していく事を確認しています。また、法人の基本方針の中にも、利用者の自由と尊厳を守り、ありのままにその人を受け入れ、心に寄り添うことを謳い、職員全体で共有しています。

福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	内容	評価結果	判断根拠・特記事項等
Ⅲ	1	(1)	②	利用者のプライバシー保護に関する規程又はマニュアル等を整備している。	a	虐待防止委員会や身体拘束廃止委員会、リスクマネジメント委員会を中心にプライバシー侵害のリスクが高まっている事案がある際には早急に話し合う仕組みを設けています。現在、プライバシー保護の規程は整備中ですが、新人職員入職時においては直接口頭で、プライバシー保護などについて説明しています。
Ⅲ	1	(2)	①	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a	利用者家族を対象としたアンケートを年に一度実施しています。また3年に一度第三者評価を受審し利用者調査も併せて行うことで利用者満足度を確認しています。年に一度の調査や3年毎の第三者評価の利用者調査を通して利用者満足度を確認する仕組みとしています。
Ⅲ	1	(2)	②	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a	利用者や家族の要望などを受けて、今年度より感染対策に留意しながら少しずつコロナ禍前の活動に戻していく事を目標に掲げています。外泊や外出のニーズも出ていることから、感染対策を継続したうえで、少しずつ再開していけるように努め利用者満足度向上につなげていきたいと考えています。
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。	a	利用者からの相談や意見、苦情に関しては随時受け付けており、職員は日々の支援や日常の会話を通して意見などを確認する機会を設けています。日ごろから利用者及び家族に何かあれば気兼ねなく相談できる旨を伝えています。利用者から相談を受けた際には居室やリビングなど利用者が話をしやすい環境の中で確認しています。
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。	a	苦情が発生した際は、苦情内容について職員会議で協議を図り全体で把握するとともに、再発防止に向けては苦情内容を理事会、運営委員会に上げて外部窓口として設置している第三者委員の方からも意見を頂く機会を設け対策を講じて、再発防止に努めていく仕組みとしています。
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。	a	利用者からの意見や要望等については日常的に確認しており、意見等が上がった際には迅速に対応しています。利用者アンケートの「不満に思ったことや要望を伝えた時、職員はきちんと対応してくれていると思いますか」の質問では「はい」と回答した割合が半数以上となっています。
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。	a	サービス内容についての評価については、設置母体である常総地方広域市町村圏事務組合による総合評価を事業報告提出後に年に一度受けています。また3年に一度第三者評価を受審して、サービス内容について定期的な評価を受けています。

福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	内容	評価結果	判断根拠・特記事項等
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。	a	利用者のサービス内容については各セッションごとでのミーティングを通して評価を行い、利用者の支援方針について大きく変更が生じる際には個別支援計画書にも反映し、支援課題を明確にしています。また設置母体による年に一度の総合評価や3年に一度の第三者評価の結果の生かして今後の課題等を明確にしています。
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。	a	設置母体による年に一度の総合評価や3年に一度の第三者評価の結果を受けて、課題に対する改善策を検討して、改善計画を立て、改善に向けて具体的にに取り組んでいく体制としています。
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。	a	サービス提供の標準化に向けて、各種マニュアルを整備しています。利用者への支援方針については個別支援計画に現状の課題に対する支援提供方法について明文化し、職員による支援のばらつきが生じないように取り組んでいます。
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。	a	事業所では各セッションごとでのミーティングを定例化しており、利用者の支援内容や現状の課題などについて確認し、必要に応じて利用者の支援方法等の変更につなげています。事業所で整備しているマニュアルや利用者個別に作成している発作時の対応等については各セッションごとでの見直しを基本としています。
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。	a	利用者の日々の活動状況については「ケース記録」に日々記録しています。「ケース記録」へはパソコンから入力し、記録システムを通して施設長、サービス管理責任者とも共有化を図っています。活動内容や利用者の状況については日々の申し送りや職員会議を通じて職員全体で共有できる仕組みを築いています。
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	パソコンで入力した利用者のケース記録については紙で打ち出して所定のファイルに綴じて保管しています。記録システムへのログインについても職員個別のIDとパスワードを入力してログインする仕組みとしています。各種文書の保管、破棄の方法について文書管理規程に沿って対応していく事としています。
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。	a	利用者の日々の活動状況についてはパソコン上の専用ソフトに入力し、ネットワークを通して職員間で記録内容を共有できる仕組みになっています。さらに日々の申し送りのほか会議内での検討項目については議事録に残し回覧を通して全体で共有しています。個別支援計画に関してもコピーを配布するなど必要な情報の共有化に努めています。

福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	内容	評価結果	判断根拠・特記事項等
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。	a	事業所の概要を載せた法人のパンフレットを行政や関係機関に配布し利用希望者の方の目に触れやすいように努めています。ホームページやSNSを通して活動内容等について動画なども適宜活用しながら具体的な内容が伝わるように工夫しています。
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。	a	利用にあたっての基本的なルール等については事業所見学の際に説明しています。重要事項等については利用契約時に契約書、重要事項説明書に基づき説明し、説明後同意の記名、押印を受領しています。また契約時には個人情報の使用に係る同意書についても交わしています。
Ⅲ	3	(2)	①	施設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。	a	事業所の変更や家庭へ移行するケースや、事業所の変更等サービス利用について変更の申し出があった際には、必要に応じて相談支援事業所と連携を図り利用者本位の対応を図り、移行先にも速やかに利用者情報を提供しています。利用者の情報の引継ぎ等については必要に応じて書面を作成しサービスの継続性に配慮し対応しています。
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。	a	個別支援計画書の作成や更新にあたり、所定のアセスメントシートを活用して、利用者の現状や課題、思いなどを抽出しています。アセスメントは各担当が担当して、その後、リーダー、副主任、サービス管理責任者が確認していく仕組みとしています。
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。	a	事業所所定のアセスメントシートを活用して利用者の現状や課題、思い等の抽出後、職員間でカンファレンスを開いて利用者毎にケースの検討会を開いています。検討内容についてはカンファレンス議事録内に記録化して情報の共有化を図っています。
Ⅲ	4	(2)	①	個別支援計画を適切に策定している。	a	アセスメントやカンファレンスを経て、利用者の現状や課題等を抽出して、利用者個別に個別支援計画書を作成しています。個別支援計画書には、総合的な支援方針、短期、長期の目標を掲げて、作成後は家族にも支援目標や今後の方針を説明して同意を受領しています。
Ⅲ	4	(2)	②	定期的に個別支援計画の評価・見直しを行なっている。	a	個別支援計画の見直しにあたり年2回カンファレンスを開催しています。モニタリングをエリア全体で実施し、個別支援計画に定めた支援目標の達成状況などを確認しています。またケース会議などを通して看護師や栄養士など多職種の意見も確認し個別支援計画の評価、見直しを行っています。

福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	内容	評価結果	判断根拠・特記事項等
IV	1	(1)	①	利用者が心地よく過ごすことができ、また、くつろぐことができるための工夫がなされている。	a	利用者が施設内において居心地よく過ごすことができるように各ユニットごとで利用者の要望に応え、利用者が好むソファを設置したり、季節感が感じられるように、装飾も工夫しており、特にクリスマス時期の電飾には力を入れています。衛生的にも、日々の掃除などを通して各ユニット衛生面にも配慮しています。
IV	2	(1)	①	コミュニケーションについて、支援が必要な利用者の個別支援計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	a	利用者のコミュニケーションの取り方などについては入所時に家族から状況を確認しています。特性などに考慮してジェスチャーや写真、イラストなどを用いて対応しています。利用者とのコミュニケーション方法について重要度が高い際には個別支援計画に反映し全体で統一した対応が図れるように取り組んでいます。
IV	3	(1)	①	移動(移乗を含む)について、支援が必要な利用者の個別支援計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	a	移動、移乗の際に介助が必要なケースにおいては、具体的な介助方法などについてケース会議などで対応を確認し、一人ひとりの状態にあった対応が図れるように努めています。移動や移乗に関して、全体で統一した対応が必要な際には個別支援計画にも反映しています。
IV	4	(1)	①	食事(栄養管理含む)について、支援が必要な利用者の個別支援計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	a	食事中介助が必要な利用者など、食事支援が必要な利用者に対しては、個別支援計画書にも介助の手順等を示して適切な対応が図れるようにしています。食事制限等、特に配慮が必要なケースにおいては個別支援計画に食事形態や自助具の使用などについて明示しています。また食事制限等がある場合には栄養士の指示の下で具体的な量を明示しています。
IV	4	(2)	①	利用者の嗜好を把握し、それに応じたメニューが提供されている。	a	嗜好調査を定期的に取り入れて、利用者の希望などをメニューに反映できるようにしています。栄養士会議も定期的を実施して事業所側の希望なども反映できるようにしています。アレルギー検査についても全利用者実施して、除去食などがある利用者には食札をつけて対応しています。
IV	4	(2)	②	利用者が食事を楽しむことができるような工夫をしている。	a	食事の楽しさに向けては、日常的な取り組みではテレビや音楽をかけてリラックスした環境を大切にしています。コロナ禍のため全体での取り組みは控えていますが各ユニット毎でお弁当レクとして、普段とは違うメニューの食事を楽しんだり、夏にはお祭り風にかき氷を提供するなど、日々のメニューにも季節感を感ぜられるような食材も取り入れて楽しみにつなげています。
IV	5	(1)	①	入浴・清拭について、支援が必要な利用者の個別支援計画に基づき個別・具体的な実施方法が明示されている。	a	入浴の支援については入所時において利用者の状態を確認し、個浴での対応が困難な際には、機械浴槽で入浴できる体制を整えています。特に入浴中において支援の必要性が高いケースにおいては個別支援計画に反映し全職員間で統一した対応が図れるように努めています。

福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	内容	評価結果	判断根拠・特記事項等
IV	5	(2)	①	入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	a	入浴支援においては男女が重ならないように配慮するなどプライバシーや羞恥心に配慮しています。また、清拭などの対応では利用者の居室内で対応するほか、必ず仕切りをつけて対応することを徹底しています。
IV	5	(2)	②	入浴・清拭時の安全や快適性に配慮した設備上の工夫がなされている。	a	浴室には手すりを設置するなど、立ち上がりや移動の際に安全性が保たれるように配慮しています。リフト付きの浴槽タイプであるため、車いすの方も安心して浴槽につかれる環境としています。入浴後は必ず清掃を行い衛生状態についても保ち快適に入浴できるように配慮しています。
IV	6	(1)	①	排泄について、支援が必要な利用者の個別支援計画に基づき個別・具体的な実施方法が明示されている。	a	排泄の支援については入所時において利用者にどのような支援が必要かについて確認しています。自立での排泄が困難な際には職員が介助につき対応しています。必要性が高いケースにおいては個別支援計画に反映し全職員間で統一した対応が図れるように努めています。
IV	6	(2)	①	排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。	a	排泄の支援については入所時において利用者にどのような支援が必要かについて確認しています。自立での排泄が困難な際には職員が介助につき対応しています。各ユニットなどのトイレは完全個室のため、羞恥心やプライバシーに配慮した環境を整えています。
IV	6	(2)	②	排泄時の安全や快適性に配慮した設備上の工夫がなされている。	a	施設内に設置しているトイレのすべてに手すりを設置しており、車いすから便座への移動時などの安全が保たれるようにしています。快適性についても日々の掃除を徹底しており、衛生面を保ち快適に利用できるように努めています。
IV	7	(1)	①	身だしなみや清潔保持について、支援が必要な利用者の個別支援計画に基づく個別・具体的な実施方法が明示されている。	a	毎朝起床時に整容等を含むモーニングケアを通して、身だしなみを整えています。ご自身で整容が難しいケースには職員が介助につき、更衣等についても職員と一緒に準備を進めています。必要性が高いケースにおいては個別支援計画に反映し全職員間で統一した対応が図れるように努めています。
IV	7	(2)	①	利用者の理・美容について、支援が必要な利用者の個別支援計画に基づく個別・具体的な実施方法が明示されている。	a	利用者の理美容に関しては、大半の利用者は訪問理美容を活用して定期的に散髪しています。髪形などは本人の希望を大切にしている、本人が直接オーダーするケースやご自身で言えない際には職員から伝えるようにしています。

福祉サービス第三者評価結果（個票）

対象	分類	項目	細目	内容	評価結果	判断根拠・特記事項等
IV	8	(1)	①	利用者の心理面に着目した支援を行っている。	a	専門の心理士など専門職の配置はありませんが、日常的な対応の中で職員が個別に聞き取りを行い、困っていることなどがある際には迅速に対応しています。利用者アンケートの「困った時に職員は助けてくれていると思いますか」の質問では「はい」と回答した割合が高い結果であり、利用者の安心感も高まっていることがうかがえます。
IV	8	(2)	①	家族、友人等との関係を把握しているとともに必要な支援を行っている。	a	利用者の家族構成については入所前のアセスメントで確認を取り、所定の様式に記録しています。友人関係については必要に応じて、本人もしくは家族から確認しています。友人等からの問い合わせや面会希望があった際には家族に確認してから面会頂くようにしています。
IV	9	(1)	①	利用者の機能訓練に関する個別、具体的な実施方法が明示されている。	a	利用者の機能訓練については理学療法士の援助を受けて、ストレッチや散歩、マッサージ、ラジオ体操などを中心に利用者の活動性を高めていけるように取り組んでいます。必要に応じて専門職と連携を取り、個別に訓練が必要なケースにおいては、個別支援計画に反映し全職員間で統一した対応が図れるように努めています。
IV	10	(1)	①	利用者の家庭復帰に向けた支援に関する個別、具体的な方法が明示されている。	a	家庭復帰に向けた具体的な支援については進めていませんが、日中、利用者は併設の生活介護事業所に通所しており、家庭生活のサポートにつながるように努めています。
IV	10	(1)	②	利用者の就労（福祉的就労を含む）に向けた支援に関する個別、具体的な方法が明示されている。	非該当	現在入所している利用者は重度の障害を持つ利用者のため、施設では就労に向けた具体的な支援は提供していません。
IV	10	(2)	①	利用者の余暇活動（アクティビティ）や生きがいづくりなどに対する支援が行われている。	a	余暇の過ごし方については、利用者の意向の把握に努めできる限り希望に沿った対応が図れるように努めています。タブレット端末を用意して利用者が好きなゲームや動画を見ることが出来る環境を築いたり、各ユニット毎でレク活動なども取り入れて施設内での生活の活性化が図れるように努めています。