

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	・「日本に暮らす障がいをお持ちの方々を幸せにする」を基本理念としてパンフレット等に明文化している。理念からは、法人の使命や目指す方向性など考え方を読み取ることができる。各施設の事務所内に理念を掲示し、職員はじめ関係者に提示している。
I	1	(1)	②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	・会社概要において3つの基本方針を明示している。施設づくりと利用者ファースト支援を謳った「運営方針」、これに基づいた利用者への「支援方針」、そして家庭事情などに合わせた「受け入れ方針」を明文化している。当園は理念実現を目指すステップアップの第一歩の位置づけにあり、職員にとって具体的な行動規範になっている。
I	1	(2)	①	理念や基本方針が職員に周知されている。	a	・経営層が、会議や日常業務の中で職員に話しをして理念や基本方針の周知に努めている。また、3か月ごとに「組織診断」を実施しており、その際に周知状況などを確認している。
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	・利用者には、理念や基本方針に関して入所時にガイダンス資料などで説明している。入所後は、日常生活に関して体系的に理念などに触れるようにしているが、その後は家族に対しては、継続的な説明・周知をしていない。
I	2	(1)	①	中・長期計画が策定されている。	a	・中・長期計画を策定しており、経営層の構想としては、利用者数及び支援内容において業界の中で日本一の規模と質の障がい者支援施設になることを目指している。毎月、役員会を開催し、必要に応じて見直しを行い、中・長期的なビジョンを明確にした目標および計画を策定している。
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。	b	・中・長期計画を踏まえて、事業計画は実現可能性を考慮し、数値目標等を設定し策定している。ただし、各指標の定量化が十分でないため、計画の進捗状況や達成度合いを評価できるかどうかについて課題が残る。
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。	b	・中・長期計画及び事業計画の策定は一部役員が担当しており、組織的に行われているとは言い難い。月1回の役員会で常に見直しをかけ、修正しながら進めている。
I	2	(2)	②	事業計画が職員に周知されている。	b	・職員へは会議や研修などで事業計画書を提示し説明している。現状では新入職員について周知が不十分であり、職員の周知状況を継続的に確認することが望まれる。
I	2	(2)	③	事業計画が利用者等に周知されている。	c	・法人のホームページには事業の方向性を示唆する内容を盛り込み、関係者への理解を促すことに取り組んでいる。ただし、入所後に利用者や家族などに対して事業計画について説明する機会などは設けていない。短期入所の性質上、今後も説明等を行う予定はない。実際には利用者や家族等からは質問がないことが報告されている。

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	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	・人事制度ハンドブックに管理者自らの役割と責任を明らかにしているが、実際の運用・人材の育成状況との間に乖離がある。そこで、法人では管理者全員に1泊2日の合同合宿を実施し、多面評価研修を取り入れ、管理職としての能力・資質などを定期的にチェックしている。
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。	b	・福祉サービス業に従事する者として守るべき法や規範、倫理などの遵守については、行政へのヒアリング確認のほか、書籍などでも情報収集をしている。管理者は全員、茨城県開催の「障がい福祉サービス事業所等管理者研修会」に参加しているが、施設内での法令等を勉強する機会を設けることが望まれる。
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。	b	・施設では福祉サービス第三者評価を毎年受審しており、評価結果をベースに評価・分析・改善の取り組みを行っている。さらに、サービスの質向上を目指していることを踏まえ、日常生活、業務を通じた職員や利用者の声を上げていく仕組みを作り、評価・検証し充実させることを目指している。
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。	b	・職員に対しては職員会議、パートカンファレンス、個人面談を通じて、業務の振り返りや見直しを行い経営や業務の効率化に努めている。また、施設全体の経営や業務効率化には、第三者評価、厚生労働省のガイドラインに則った内部監査や自己評価に取り組んでいる。効率化や改善への取り組みは進めているが、さらに分析や検証を充実させることを目指している。
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	・事業経営を取り巻く環境や経営状況、行政の規制など、入手した情報は事業計画などに反映させ、または、研修などを通じて職員への周知に努めている。
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	・経営層は各種の経営分析を実施し、課題改善に向けた取り組みを行っている。その課題改善への取り組みは、中・長期計画及び年度計画に反映し職員への周知に務めている。
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	・財務や税務など会計に関しては、税理士と顧問契約を交わしている。施設としては、厚生労働省のガイドラインに則った内部監査、自己評価を行っている。そのほか客観的な視点からの助言指導も必要と、第三者評価を受審している。
II	2	(1)	①	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a	・キャリアアップ制度において、求める職員像を明確にしておき、事業計画にもとづいた人事プランを策定している。現在、ホームページやSNS特にブログで日々の利用者の様子を発信して「福祉強化の安心な医療看護体制」を謳い、有資格者、特に看護師を優先して募集・採用・配置している。

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	(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	・資格等級制度、報酬制度、および評価制度を設け、さらにキャリアパスを明確にしている。年2回、自己評価をもとに上長との面談を実施し、評価結果を職員へフィードバックしている。人材育成、評価、処遇を連動させた一貫した人事管理制度を構築している。
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。	b	・就業状況などについては、本法人人事部にて有給消化管理表などにより時間外労働管理を実施し把握して月次報告している。またニーズ・意向などに関しては、職員会議で課題を共有し改善策を協議検討して、働きやすい職場環境づくりに向けて取り組んでいる。
Ⅱ	2	(2)	②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	b	・職員からのすべての要望を聞くことはできないが、現在では、年に数回の親睦会を行ったり、職員にはバースデイフラワーを送るなど、働き甲斐がある職場環境を目指して常にバージョンアップに努めている。
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。	b	・職員の資質の向上を図るための研修計画・機会を設けており、特に管理職のマネジメント力向上に向け、合議制の考課会議を開催し一人ひとりの評価を決めている。資格取得のためにシフト調整など勤務時間の面で支援している。資格等級制度において職員の教育・研修に関する基本姿勢を明示しているが、さらに職員への周知を図ることを目指している。
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。	b	・職員一人ひとりのキャリアアップの道筋を明確にできるようキャリアアップ制度を導入しているが、職員に対してある程度は示しているが十分とは言えない。個別の職員育成・研修計画は策定されていない。現在は全施設でサービス管理責任者の量産を目指しており、職員には社会福祉主事の資格取得を奨めている。
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	・研修受講後はレポート提出を義務付け、上長の評価・見直し後は本人へ結果をフィードバックしている。構想としてはキャリアパス・人事評価・処遇など総合的な人事管理の諸制度は出来ている。また法人全体の研修計画などはできているが、定期的にかつ、職員一人ひとりの個別の教育・研修計画の評価・見直しを図ることも必要とされる。
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。	c	・福祉人材の育成や福祉サービスに関わる専門職の研修・育成への協力は福祉事業所の社会的責務の一つである。現在、実習生などは受け入れていないが、施設では自身が社会福祉資源として先駆的な役割・機能を果たす福祉事業所となることを目標に日々業務に取り組んでおり、一考を願いたい。
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。	c	・施設では実習生の受け入れ・育成は行っておらず、当面は行うことを計画していない。

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	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	・事業継続計画はじめ、各種リスク対応マニュアルを整備し、リスクマネジメントシステムを構築している。施設長や管理者全員が、リスク対応責任者・担当者となり、半年ごとにミニ研修会を開き、職員全員で安全確保について検討している。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。
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	・施設内に、感染症対策委員会をはじめ各種委員会を設置し、各リスク対応マニュアルを作成し、さらに各リスクに対する対応対策訓練などを実施して利用者の安全確保のために取り組んでいる。
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	・今はコロナ禍で制限された中で、つくば子ども支援ネットなどとの交流がある。現在、SNS(特にブログ)を活用して、利用者の施設での活動など日常的なコミュニケーションを双方向でとる企画を準備している。また、レク委員会は地域のスポーツ大会への参加などを企画している。一方で、災害発生時など施設の機能をいかに活用するかなど、自治体や地域住民とあらかじめ協定などを定めておくことが望まれる。
Ⅱ	4	(1)	②	施設が有する機能を地域に還元している。	b	・法人全体では、短期入所から自立生活迄社会復帰へ向けた一貫したステップアッププログラムが構築されている。施設の専門的知識や技術、情報を地域に提供し、障がい児・者の支援相談に柔軟に対応出来るようになっている。これを踏まえた上で、地域ニーズにも応じた多様な支援活動を期待する。
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。	c	・現在、コロナにより、ボランティアの受け入れは行っていないが、これは地域と施設をつなぐ重要なものであり、レク委員会を中心として、ボランティアの受け入れ方針や実施マニュアルなどを作成し、明確な受け入れ体制を構築されるよう期待する。
Ⅱ	4	(2)	①	必要な社会資源を明確にしている。	c	・つくば市には、自立生活センター、自立支援協議会等の行政機関があり、知的障がい者スポーツ支援団体「スポーツティア」など豊富に社会資源を活用することが出来る。行政をはじめ地域の関係機関をリストアップし、連携体制を構築することが望まれる。
Ⅱ	4	(2)	②	関係機関等との連携が適切に行われている。	b	・現在のところ、近隣の病院とは緊急時の入院などが出来るような連携は取れているが、市の福祉サービス事業所連絡会や自立支援協議会などへの定期的な参加は行っていない。可能な範囲で地元関係機関などとの連携が適切に行われることが望まれる。
Ⅱ	4	(3)	①	地域の福祉ニーズを把握している。	c	・現在のところでは地域の福祉ニーズの把握は行っていないことを施設では認識している。今後、市の福祉サービス事業所連絡会や自立支援協議会などへの定期的な参加を行い、具体的な地域福祉ニーズの把握に努めることが望まれる。

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	(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	・現在、各種委員会を設置し専門的に支援環境を整備しており、利用者の就労先の農場や自立支援事業所などとの連携の下で利用者支援プログラムとして事業・活動を行っている。今後は、相談支援事業所や支援学校など外部関連機関と連携する中で、把握した福祉ニーズに基づき公益的な活動への取り組みが望まれる。
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	・職員に対し、採用時研修にて利用者ファースト優先のサービス提供をモットーとした精神のもと、職員会議やパートカンファレンスを通じてアイデンティ統一を実施している。更に共通理解を深めるため、採用後の定期的なミニ研修を通じて、利用者を尊重したサービス提供への共通理解に努めている。
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	・委員会を設置し、個人情報保護や利用者のプライバシー保護に関する規程やマニュアルなどを整備している。パンフレットにプライバシーポリシーが明記されており、現場では、郵便物、個人の所有物、プライベート空間への出入りなど日常の支援の中では、個人のプライバシーに配慮した支援を行っている。
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。	b	・日常のコミュニケーションを通じて、利用者の意向などについては都度対応するルールとなっており、職員間で共有し責任者の示す方針の下で対応している。今後、定期的に利用者会や家族会などで利用者等の意向・ニーズを把握する仕組み構築が望まれる。
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。	b	・レクリエーションを土日に実施したり、設備修繕などを行って利用者満足向上に取り組んでいるが、利用者参画の下での向上検討会議などは行っていない。相談にのるよう雰囲気はできているが人員状況に応じて不十分などところがある。今後は、計画的に利用者のニーズなどを確認できる仕組みを作り、施設長やサービス管理責任者などが参加の下、保護者会など各種会合を開催して利用者・家族などの意見・要望を確認する取り組みづくりが望まれる。
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。	b	・日頃から利用者及び家族には、何かあれば気兼ねなく相談できるよう、また相談にのるよう雰囲気はできている。人員状況に応じて不十分などところがあり、十分に対応しきれているかは難しい所を感じつつも、現場では日常的に声をかける中で意見や要望などを気兼ねなく伝えられるような雰囲気づくりに努めている。
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	・重要事項説明書に苦情相談の窓口について明記し、契約時に利用者や家族などには説明している。また、施設外の苦情受け付け機関などに関しても周知している。施設内での対応としては、課題を職員会議でも共有し、さらに行政とも相談しながら再発防止に向けて取り組んでおり、その検討内容や対応策を利用者・家族にフィードバックしている。

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	(3)	③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b	・利用者からの意見や要望などについては、申し送りや職員会議などで職員が情報を把握共有し、対応策について職員間で協議している。迅速に対応することが出来ないことが多く、利用者の意見を鵜呑みにできないケースなど苦慮する場面もあり、可能なかぎり利用者の意思を踏まえてサービス向上につなげていけるように努めている。
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	・利用者一人ひとりのサービス提供内容は「利用者個人カルテ」に、生活の様子、日中活動、心身状況(バイタル、排泄、服薬、特記事項)などを記載できるような書式を設けて把握している。担当職員は日常的なチェックを行い申し送るとともに、朝夕礼などにおいて共有や評価に取り組んでいる。さらに、支援内容の変更を必要とする際には、本人、保護者、行政、支援計画作成事業所などに報告し、確認(了解)を得る流れとしている。
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。	b	・利用者の支援に関わる事項については、前出の通り朝夕礼において共有し明確にしている。また、施設運営については定例の職員会議において課題を提起し、役員会議において審議する流れとしている。さらに、結果については職員会議においてフィードバックする仕組みが整っている。なお、次年度計画につなげる仕組みを構築することについては、継続課題としている。
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。	b	・事業運営全体に関わる課題や支援に関わる課題については職員会議などの場において収集し、個別に改善計画の策定につなげている。また、強度障がいなど重度の利用者の受け入れが増加していることを踏まえ、利用者が安全かつ落ち着ける空間として「松の実」(居室)を設け、家族や保護者の同意のもと必要に応じて利用を促している。
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。	b	・施設は行政や支援事業所を窓口として利用者を受け入れており、それらの外部機関が作成したアセスメントや支援計画書に沿った支援を提供することにしている。さらに、利用開始時には「つぼみ棟」において3日間生活の様子を観察してアセスメントを作成して、個別支援が提供できるように工夫している。施設業務の標準化を図ることを目的に各種のマニュアルを設けている。
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。	b	・利用者個々の支援内容について支援記録をはじめ朝夕礼での情報共有によって標準化した支援が提供できるようにしている。また、各種の業務に係るマニュアルを設けているが、読み合わせて齟齬を抽出したり、定期的に見直す仕組みは整っていない。マニュアルに関するマネジメント力を向上させることが望まれる。
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。	b	・施設ではケース記録をはじめ各種のチェック表(バイタルサイン、排泄・服薬・精神状況)を設け、利用者一人ひとりの生活の様子や心身状況を把握している。記録の仕組みが整っているが、記載内容など職員間の差異を改善することを目指している。

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	(3)	②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	・施設では利用者個人台帳を設けており、アセスメント(行政や支援センターが作成した障がい手帳の内容、介護者情報、本人の生活歴、障がい判定の経過、ADL、給付内容、本人・家族の意向や要望)、支援計画書(行政や支援センター作成)、面談記録、通院記録、ケース記録、各種のチェック表などを集約・管理している。
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	・日々開催している朝夕礼をはじめ、利用者台帳はいつでも閲覧できるようになっている。定例の職員会議などによって、利用者情報を共有する仕組みが整っている。また、ケース記録や特記事項を読み込んでから業務を開始することになっている。さらに情報共有を充実させることを目的に、PCやスマホ対応のコミュニケーションツールやイントラネットなどを導入している。
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	・ホームページやパンフレットなどの各種の媒体を設けて情報提供に取り組んでいる。また、「ステップアップ方式で着実に地域生活へ移行」と題したコンセプトペーパーによって施設の取り組みや行事、法人内の各種に事業連携なども分かりやすく伝えている。さらに、ルビを振ったり文章を簡潔にまとめるなど、利用希望者用のペーパーを設けることも検討されたい。
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	・施設では行政や支援事業書との連携を図り、重要事項や契約内容などは、各窓口を通じても利用者や家族に伝えられるようにしている。今回行った利用者(家族)アンケートの「利用開始時の説明は分かりやすいか」の設問に関しては高い満足度が得られている。また、説明の際にはサービス管理責任者が意向や要望の把握に力を入れている。
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。	b	・退所時にはケース記録や各種のチェック表をもとに家族(保護者)に対して利用期間中の様子を伝え、自宅での支援の参考になるようにしている。さらに、利用期間中の様子をサマリーにまとめ、退所時に家族や行政(支援事業所)に伝えたり、リピー利用時に自宅での様子を把握する書類を設けることについては、前年度からの課題であり、早期の改善が望まれる。
Ⅲ	4	(1)	①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	・施設では行政や支援事業所が作成したアセスメントに加え、利用開始時の利用者・家族、関係機関から収集した情報、さらに利用開始時には「つぼみ棟」において3日間生活の様子を観察してアセスメントを作成して、個別支援が提供できるように工夫している。さらに、利用期間中に心身状況が変化した際には都度アセスメントの見直しに取り組んでいる。
Ⅲ	4	(1)	②	利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	b	・アセスメントには、障がい手帳の内容、介護者情報、本人の生活歴、障がい判定の経過、ADL、給付内容、本人・家族の意向や要望などが明示されている。さらに、それらの課題を解決するために円滑な支援が提供できるような仕組みが整っている。ただし、支援計画書の内容は作成元によって差異があることは否めないことを施設では認識している。

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	4	(2)	①	個別支援計画を適切に策定している。		【非該当】 ・当該事業における個別支援計画書の作成は、義務づけられていない。
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。		【非該当】 ・当該事業における個別支援計画書の作成は、義務づけられていない。ただし、行政や支援事業所が作成した支援計画書の見直しが必要になった際には、関係機関と都度連絡を取り合い見直してもらうことにしている。
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。	b	・居室は男性寮・女性寮ともに全室個室になっている。食堂を兼ねている共有スペースは、十分な広さが確保されており、居室以外で過ごす際に利用者同士が団らんできるように整備されている。ただし、コロナ禍によって外出などは、制限を余儀なくされている。
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。	b	・行政や支援事業所が作成した支援計画書に加え、利用開始時に詳しいアセスメントによって、利用者との円滑なコミュニケーションが図れるようにしている。さらに、日常的な関りから表情などを読み取り、工夫に努めている。ケース記録などにおいて共有化することに取り組んでおり、利用者との毎朝の挨拶、声かけの方法など個別の対応で利用者の精神状態の安定を図っている。
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。	b	・施設は「精神および知的障がい者」中心に受け入れており、バリアフリー構造にはなっていない。また、行政や支援事業所が作成した支援計画書においても、身体的な機能訓練の必要性や支援を明示したものはない。ただし、利用者の状態によっては、個別に身体的な支援に取り組んでいる。
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。	b	・アセスメントや医療情報をもとに利用者一人ひとりの状況を事前面談に把握し、自宅と同様の食事形態で提供している。利用開始時には3日間の詳しい様子観察によって、心身状況に適した食事提供に取り組んでいる。常食以外の食事形態にも対応しており、状態に沿った食事が提供できるようにしている。自営厨房の運営によって、日々の状況から必要に応じて食事形態を変更できるようにしている。
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。	c	・献立作りは利用者の状態に配慮し、管理栄養士が作成し、食事形態や禁止食の代替食などを工夫して提供している。日頃から喫食状況を把握して、献立作りに取り組んでいるが、定期的に嗜好調査を行うまでには至っていない。

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	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。	b	・共有スペースと併設している食堂は、室温や明るさなども管理されており、清掃さも行き届いており、適切な環境が整備されている。余暇活動の時間に職員とおやつ作りを行うなどもしている。他にも行事食、誕生日会を企画し実施している。利用者の状態により時間や場所の変更も随時行っている。
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。	b	・手すりやシャワーチェアなどが用意された浴室が設置されており、状態に沿って安全な入浴ができるように取り組んでいる。基本的には利用者自ら入浴版にチェックを入れて入浴の有無を確認する流れとしている。さらに、行政や支援事業所が作成した支援計画書に加え、利用開始時に詳しいアセスメントによって、適切に入浴できるように支援している。
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。	b	・入浴版のチェックに加え、日々の精神状態などの影響によって入浴拒否などが発生した際には、曜日や時間帯の変更に加え声かけの担当者を変更するなど柔軟な対応を検討している。また、プライバシーや羞恥心への配慮としては更衣時にはパーテーションやバスタオルを使用して職員2名体制の同性介助を基本とした支援に努め、入浴中は安心安全への十分な声かけを心がけている。
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	・バイタルサインのチェックを行い、その日の体調によっては清拭などに変更し清潔保持に努めている。入浴拒否が見受けられた場合には、時間帯や曜日を変更してできる限り入浴してもらうようにしている。入浴後にはその都度浴室や脱衣室の清掃を行い、清潔な環境が維持されていることも確認できている。施設見学を行った際にも、清潔な浴室や脱衣室が維持されている様子であった。
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。	b	・現在、約2割の利用者に対して個別排泄チェック表を設けており、円滑な排泄支援が提供できるようにしている。利用者の排泄サイクルに合わせて適切な排泄介助を行えるようにしており、トイレでの排泄を基本とし、必要に応じて声かけや促しによって支援している。ただし、重度化傾向は否めず、常時排泄介助を必要とする利用者も増加傾向にある。
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	・排泄介助を行う際には同性介助を原則として対応したり、トイレに誘導する際には本人にしか分からないように声かけをするなど、羞恥心に配慮した支援を提供できるようにしている。また、基本的な排泄介助に関する知識・技術などについては、さらに向上させることを目指している。
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	・便器の高さや手すりなどの安全対策や定期清掃により、適切な排泄環境の維持が確認できている。トイレは毎日掃除を行い、定期的な消毒を実施している。定期清掃や換気による消臭などにも取り組んでいる。また、利用者個々の使用状況を把握し、職員が定期的に確認する流れが定着している。

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	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。	b	・更衣や整容については、利用者の日課表に明示されており、自立を促すとともに、利用者一人ひとりの状態に合わせて支援できるようにしている。施設では起床就寝時に更衣を行うことを原則としているが、一人ひとりの更衣の基準について、さらに詳しくアセスメントすることも望まれる。
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。	b	・理・美容については、利用開始時の面談によって利用者や家族の意向を把握して整髪が受けられるようになっている。基本的には支援員が対応する流れとしている。
IV	8	(1)	①	利用者の心理面に着目した支援を行っている。	b	・個別支援計画や利用開始時のアセスメントをもとに、価値観や生活習慣を尊重することを大切にしている。また、利用期間中は心身状況に応じて日中活動への参加を促し、自宅での生活パターンが継続できるようにしている。ただし、自宅とは異なる共同生活が前提であることを踏まえ、利用者が落ち着けたり、クールダウンできるような空間を設けている。
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。	b	・利用期間中の支援内容に変更が生じた際には家族をはじめ関係機関と連絡を取り合い、確認及び理解納得を得たうえで変更することになっている。また、例年であれば家族や友人との面会は原則自由としているが、コロナ禍によって制限を余儀なくされている。支援の基本方針として家族を含めたトータルケアを目指している。
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。	c	・機能訓練は日常生活の場での身体的な活動を中心に支援することになっている。また、利用者の状態によっては、個別に身体的な支援に取り組んでいる。ただし、各種の行事やアクティビティなどは、コロナ禍によって制限を余儀なくされていることを踏まえ、機能訓練の要素を取り入れた活動を充実させることを目指している。
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。	c	・退所時にはサービス管理責任者がケース記録や各種のチェック表、日中活動の様子などを家族に伝え、心身状況に合わせて自宅での支援が提供できるように取り組んでいる。さらに、利用期間中の支援内容や心身状況の変化などが詳しく把握できるようなサマリーを設けることも検討された。
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。	b	・施設では「地域生活に向けたステップアッププログラム」を策定しており、利用者一人ひとりが地域の特性を生かして地域生活に移行することを目指せるようにしている。新たに法人内に「就労継続支援B型」、「就労移行支援」、「生活介護事業所」などを立ち上げて、「自分を整える」、「生活を整える」、「自立生活を始める」、「地域生活を始める」、「地域生活を継続する」の5段階を具体的に支援できるようにしている。

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	10	(2)	①	利用者の余暇活動(アクティビティ)や生きがづくりなどに対する支援が行われている。	b	・日中活動は利用者の特性を配慮して、コミュニティ形成を促せるようにしている。例年であれば、「敷地内での余暇活動」、「日常的に実施しているラジオ体操」、「週1回のレクリエーション」、「畑活動」、「誕生日会」、「歳時記にちなんだイベント」などを実施しているが、コロナ禍によって制限を余儀なくされている。