

自己評価票

平成26年度

事業者名 チャレンジめいとくの里

(種別：障害者支援施設)

※自己評価は太枠内のみを記入してください。

※評価の着眼点にない取り組み・工夫などは自己評価の欄に記入してください。

| 評価基準 | 自 己 評 価 | |
|------------------------------------|---------|--|
| 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、基本方針が確立されている。 | | |
| I-1-(1)-① 理念が明文化されている。 | a | 明文化し、掲示、内部文書、パンフレット、施設要覧、重要事項説明書等に記載しています。また、理念を軸に物事を考える風土づくりを意識しております。 |
| | b | 理念の前にあるストーリー（理念が出来るまでの経緯）を大切にしており、それによってなぜこの法人はこの理念なのかを理解したり、職員が同じ方向を向いて仕事出来るように工夫しております。 |
| | c | |
| I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。 | a | 理念にもとづき、または達成するための7つの項目があります。こちらも理念同様明文化しております。この7つの項目は社会福祉法人の職員として公私ともに実行するものと説明しています。 |
| | b | |
| | c | |
| I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。 | | |
| I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。 | a | 職員全員、就職時にはまず初めに理事長から理念についての説明があります。また、広報誌や会議など節目節目に理念に触れ周知しています。 |
| | b | その他、施設内の掲示や施設要覧、職員ガイドブックなどに記載し周知しています。 |
| | c | 毎朝の職員朝礼ではスローガンの唱和を行っている。 |
| I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | a | 契約時の説明や、家族会、家族職員合同研修会（家族会主催）などで理念や方針に触れ周知しています。今回の入所部門については分かりやすいように、理念から導いたスローガンを大きく取り上げ、食堂に大きく掲示しています。隔月行われる家族会では皆さんで唱和していただいています。このスローガンは、ご利用者様、ご家族、職員で、理念から導いて創り上げたものです。 |
| | b | |
| | c | |
| I-2 事業計画の策定 | | |
| I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | |
| I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。 | a | 節目ごとに「VISION」を策定しています。 |
| | b | こちら、新入社員は初日に理事長から説明をし、年度末研修や次年度計画発表職員会議などで説明周知をしています。この「VISION」をもとに見直しを行う為に年度運営方針を策定し課題や伸ばすべきものを明文化しています。 |
| | c | |
| 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 | 「VISION」に計画されている、重要事項については専門の委員会や部署を立ち上げ、そこが主となり事業計画を策定します。管理者もメンバーに入りますが皆が主体性を持つために、職員が実行委員となり進めます。但し、制度不安定が続く中、綿密な収支計画は策定しておりません。 |
| | b | |
| | c | |
| I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | | |
| I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。 | a | 法人、施設、そして施設内の事業分野、委員会、支援グループ単位などでそれぞれが事業計画を策定し、管理者へのプレゼン等を行い意見を反映し創り上げております。事業報告では管理者が評価を行いコメントを記載します。また次年度の計画に反映できるように実際は12月には中間報告を行うことで3月には次年度の計画が出来上がるようにしています。 |
| | b | |
| | c | |

| 評価基準 | 自己評価 | |
|---|--|--|
| I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。 | <input checked="" type="radio"/> a b c | 事業計画は、毎年作成する施設要覧に記載し年度末全体研修会の場で周知を行います。 |
| I-2-(2)-③ 事業計画が利用者に周知されている。 | a <input checked="" type="radio"/> b c | 直接ご利用者に係わるものについて周知を図っています。グループ活動や利用者自治会等です。しかし、全体に理解を得ることが難しく今のところ口頭でわかりやすく説明する程度です。 |
| I-3 管理者の責任とリーダーシップ | | |
| I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。 | | |
| 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 <input checked="" type="radio"/> b c | 管理者は法人理事長と施設長である。毎月の職員会議にて役割ごとの内容で指示命令等の講話を行っている。広報誌などを通じ、役割ごとに記事を掲載することで理解を得ていると考えます。 |
| I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。 | a <input checked="" type="radio"/> b c | 法令や制度の説明会や研修会（熊本市や施設協会等主催）に理事長、施設長が参加し職員へフィードバックしている。また、コンプライアンス重視の運営を呼びかけ全体会議などで具体的な対応を説明するようにしています。例えば事故報告書の提出の徹底など。しかし内容が多岐にわたり、その都度対応しているので、より幅広く取り組みを行う必要性を感じる。 |
| I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | |
| I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。 | <input checked="" type="radio"/> a b c | 事業報告やアンケートなどで課題を明らかにし優先順位をつけて取り組む内容を打ち出している。また、毎年研修会を管理者が企画したり、先駆的な取り組み等を実行できる組織づくりをおこなうことで質の向上を目指しております。 |
| I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。 | a <input checked="" type="radio"/> b c | 職員からの意見等を分析し、効率化や職場環境の改善にむけ具体的な策を講じて取り組んでいます。省エネや効率化等の改善を図るなどの企画会議へ参加し指導しております。しかし、効率化等に特化した分析等は、十分とは言えずさらに綿密な計画を立てる必要性を感じております。 |
| II 組織の運営管理 | | |
| II-1 経営状況の把握 | | |
| II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | |
| 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。 | <input checked="" type="radio"/> a b c | 制度や法令などはいち早く情報を確認し資料整理をし理解するようにしております。各情報を収集し独自の分析を行い、次の事業計画などでの判断材料にしている。 |
| 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組を行っている。 | <input checked="" type="radio"/> a b c | 日々の経営状況はリアルタイムで毎日チェックを行い、管理者の会議では理事長が資料を作成し報告している。利用率の推移等は、毎月事務課長から提出を受け確認するようにしています。決算は理事長が作成し理事会への報告等を行うことでより深く理解するように心がけています。 |
| II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。 | a b <input checked="" type="radio"/> c | 必要性を最近感じるが実施には至っておりません。 |

| 評価基準 | 自己評価 | |
|--|-------------|--|
| Ⅱ-2 人材の確保・養成 | | |
| Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。 | | |
| 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 b c | 人員配置計画は年度ごとに確認し組織計画を理事長が立案しています。また、資格取得補助や手当制度を設け毎年見直すことにしています。しかし、具体的なプランは明文化できていない現状です。 方向性や意思統一は管理者の中では出来ていると思います。 |
| 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 b c | 人事考課は、実施していません。ヒアリングやシートを使い個人の目標設定などの把握、フィードバックを行っているが現在のところは敢えて給与への反映などは控えている状況です。 |
| Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | |
| Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。 | a b c | 職員意向調査を行い把握に努めています。 仕事とプライベートの両立など、家庭子育てなどの分野でも配慮することがあります。制度だけでは十分でない産休育児休暇等の独自のシステムを構築し女性が仕事を続けやすい環境を整えています。意向調査には希望する配属や研修、将来のこと、相談等を記載してもらいそれを基に面接を行います。年間通して意向調査を見返ししながら個人の状況と照らし合わせるようにしています。産業医師はメンタル面も考慮し精神科医と契約しプライバシーを尊重した対応をいただいています。 |
| Ⅱ-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。 | a b c | 地域密着型の熊本市ふれあう共済に加入しています。 職員互助会は法人からのサポートで運営がスムーズに行えるようにしています。 悩み相談については、男女別に相談窓口を職員が担当し、必要があれば産業医や関係機関につなぐ役割を担っています。特に、ハラスメント係と連携を取りながら職場環境維持に貢献してもらっています。 ビンゴゲーム、中元お歳暮あみだくじ、福利厚生委員会など工夫をしています。 職員用の保険加入、特に仕事に関係なく怪我、病気でも入院時の個室差額ベッド料などを保険で支払いできるようにしています。 |
| Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | |
| Ⅱ-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。 | a b c | 研修希望は意向調査で確認し資格取得や勉強したいことが把握できるので研修調整を行う際に参考としています。管理者として人事の方向性を話し合い、特にサビ管取得などは施設の将来性を加味して計画しています。 職員ガイドブックや、見直そうあなたの支援、等をもちいた理想の職員像を具体的に示し、全体研修ではモチベーションアップやコミュニケーション研修に力を入れることで目指す方向性の統一を図っています。 また、資格手当は毎年変更があり重要度の変化をその都度示しています。資格取得のサポート体制も補助金や有給取得の優先などでフォローしています。 |
| 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 b c | 目標管理シートを参考に、管理者間で個々の課題や長所を確認するようにしています。人事配置などに大きく影響する要素となっています。スキルアップでは、事例の発表などの機会を多くとるようにしています。また内部研修で各分野の専門家に講師をお願いしています。しかし、頻度が不十分であり次年度は毎月来ていただけるように現在調整しているところです。 |
| 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。 | a b c | 研修報告は必ず提出していただいています。 また、職員会議で報告、職員回覧やホームページに掲載し周知しています。 しかし、評価や次年度への計画に反映するように文書を残すところまではしていません。 |
| Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。 | | |
| Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。 | a b c | 理念や経営思想から積極的に行うようにしています。マニュアルを整備し、担当委員会で対応しています。 ニーズに応じ配置の調整を行い毎日反省会で実習が深まるようにフォローしています。しかし、綿密な基本プログラムなどはない。 |

| 評価基準 | 自己評価 | |
|--|------|--|
| Ⅱ-3 安全管理 | | |
| Ⅱ-3-(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。 | | |
| Ⅱ-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | a | 事故対応、感染対応、誤薬対応、無断外出対応など分野ごとにマニュアルを整備し担当者が周知徹底を図っている。安全衛生、感染対策等の会議を毎月実施し理事長をはじめ管理者が毎回出席し指示命令を出している。また、分野に応じたロールプレイ研修を行い有事の際に落ち着いて行動できるようにしている。健康管理では医務室を中心にカルテを作成し緊急時に即対応できるようにしています。 |
| Ⅱ-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。 | a | 福祉施設の使命として災害に強いことを意識し、建物は鉄筋コンクリートで設計段階から管理者が指示を出しながら完成している。台風などのときは地域住民を受け入れることが出来るようにしている。避難訓練は毎月実施し消防署の立ち合いで指導を受けながらタイムを計り訓練をしています。食糧備蓄は管理栄養士が中心となり給食業者と連携をはかり整備しております。 |
| Ⅱ-3-(1)-③ 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 | ヒヤリハットは業務日誌に項目を設け日常的に気づきを記録できるシステムを採用し、危機管理委員がまとめ検討し必要によっては管理者と協議し改善している。毎月職員会議で報告し周知しています。また、ハード面では安全点検を各持ち場で定期的に行い修繕などの優先順位を安全委員が行っています。また、公共の場所にはカメラを設置し目の届かなかった怪我やトラブルは巻き戻して映像を分析しヒヤリハットに役立っている。夜間は施設一周赤外線センサーを設置している。 |
| Ⅱ-4 地域との交流と連携 | | |
| Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | |
| Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。 | a | 地域貢献委員が中心となり広報、ボランティア等の活動を計画しています。11月に行われるめいとくフェスタは新聞広告などを利用し一般の地域の方が多く来園されます。内容も地域の方も参加できる出し物等を企画し交流を図っています。地元の幼稚園や老人ホームに出向き利用者さんがダンス等を披露しこちらから積極的に出向く活動をしています。また、地元自治会の特別会員になり行事や清掃活動も必ず参加し、初集会や総会などは理事長が毎回参加し挨拶をしている。毎週金曜日は職員が神社と道路の清掃を行っています。買い物や外出はグループ単位だけではなく個別の対応も行い日用品の買い物も1対1で行けるシステムを構築しています。餅つきしたお餅は地域へお配りしています。 |
| Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。 | a | 広報誌は手配りで地域周辺へお届けしています。また、立地として高齢者が多く商店が無いため熊本市の指定ごみ袋の販売を施設内でしています。また、廃品回収は電話を受けるとすぐに引き取りに行くようにしています。こうした案内も手配りで随時しています。地域交流ホールがあり、夏休みには障がい児預り事業を熊本市より委託を受け行っています。その他災害時の福祉避難所、こども110番の家、大学生の介護等体験受入などがあります。 |
| 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。 | a | 方針、マニュアル等を整備しています。また、登録一覧も整備しています。毎年4月～5月にかけて熊本市あいぽーとや各大学などへ委員や管理者が出向き広報活動を行っています。ボランティア担当者は研修を受けるように配慮しています。今年度のめいとくフェスタは高校生から社会人まで80名以上のボランティアに参加していただきました。 |
| Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | |
| Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。 | a | 明徳会では施設外に相談支援事業所があるため、そちらに依存している傾向にあります。施設内に関係機関リストは最低限の病院などです。 |
| Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。 | a | 管理者は各協会や団体等を通じネットワークに参加しています。施設長は熊本県施設協会の副会長であることから、施設の代表として関連家族会や行政、各団体との関係性を密に出来る環境にあります。理事長は経営者団体や地域の子育てネットワークに定期的に参加しています。しかしながら、朝礼や会議で触れる程度にとどまっています。 |

| 評価基準 | 自己評価 | |
|--|--|--|
| Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。 | | |
| Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。 | <input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c | 施設として係わっている地域子育てネットワークは、様々なニーズや情報をいただけていると考えています。民生委員さんや社協が中心で活動されていますのでお互いの啓発活動に繋がります。施設を開放し子育てイベントを年間2回開催します。また、各支援学校の担当の先生を通じ児童の保護者の見学や学校へ出向き意見交換会に参加してニーズの把握にも努めています。最近では植木の中学校の特別支援クラスへ児童先生家族を対象に説明相談の機会がありました。 |
| 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。 | <input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c | 以前では、短期入所の定員を増やしてほしいとあり、増員したことがあります。最近では生活介護の定員枠を増やしてほしい、B型事業をしてほしい等のニーズが多くありましたので、熊本市へ継続的にお願いしやっと認可を受けることができました。また、現在の相談支援事業所も指定を受ける前は、無認可の独自設置で地域の相談を受けていました。ビジョンではニーズをもとに各事業の必要性を鑑み計画しています。ニーズが土台で成り立っていると考えますが、先駆的な提案型も必要性を感じています。 |
| 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。 | | |
| 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。 | <input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c | 権利擁護は本施設が最も重要視している事の一つであり、経営思想にも3. 人権擁護の確立と個人の尊重と謳っております。あらゆる支援やサービスは全て権利擁護と繋がっているという考えで実践しております。全体研修、グループ会議でも権利擁護についての時間を定期的に継続して設けるようにしております。また、権利擁護アンケートの実施と評価、毎日の朝礼での唱和などを実践しています。業界誌サポートへ理事長が虐待防止と組織づくりについて記事協力をしています。 |
| Ⅲ-1-(1)-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。 | <input type="radio"/> a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c | 権利擁護とともにチェックをしています。また、マニュアルや広報同意書などを整備し徹底を図っています。居室を増築した際にドアの窓の位置の配慮なども検討しました。しかし、利用者への周知徹底や入浴場面での目隠し等は一定の配慮をしていますが改善の余地があると考えます。 |
| Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。 | | |
| Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。 | <input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c | CSアンケートを年に2回実施し公表。評価・改善の項目、優先取り組み事項の検討を管理者が行っています。支援計画策定期に「ひまわりトーク」をおこないご家族及びご利用者より聞き取りをしています。また、家族会や家族役員会に施設も出席し意見交換を行っています。利用者自治会は毎月行い、担当が議事録を作成・回覧しご意見を頂いています。ご意見箱はご利用者、ご家族が利用できますがあまり効果は無いと考えます。日常的には家族への連絡を綿密にとるように指導しています。 |
| Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。 | | |
| Ⅲ-1-(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。 | <input type="radio"/> a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c | 担当支援員に相談をしやすい環境整備のため、ファミリー制度を構築してアットホームな雰囲気づくりを実践しています。しかし、掲示や周知は十分ではないと考えています。広報誌などでのインタビュー、茶話会などで思いを伺う機会も設けています。 |
| 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。 | <input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c | 制度的な体制やマニュアル等は整えています。スピーディーな対応を心掛けるように指導しています。苦情ケースはホームページなどでも公表しています。家族からは帰省時の連絡帳でのやり取りから引き出すこともありますが、現実的には、日ごろのコミュニケーションの中で施設サイドで苦情として取り扱うようにしています。ご家族や利用者は苦情として意見を言われるのではないことが多いので、施設がしっかり対応するために苦情として取り扱うようにしています。どちらかというと苦情を受ける側の引き出す工夫と意識が大切と考えます。年に一度家族職員合同研修会を開き、要望やご意見を引き出すワークショップを行い実践しています。 |
| 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。 | <input type="radio"/> a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c | 苦情受付マニュアルの中で、日常のご意見として対応する場合設け対応しています。しかし、手順書や対応マニュアルは整備していません。 |

| 評価基準 | 自 己 評 価 | |
|--|-------------|--|
| Ⅲ－２ サービスの質の確保 | | |
| Ⅲ－２－（１） 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。 | | |
| 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 ⓑ c | 自己評価の組織等はなく、先述のCSアンケートをもとにPDCAを行っている。行政から出されている自己点検を管理者がチェックする程度です。 |
| 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、改善策・改善実施計画を立て実施している。 | a ⓑ c | どちらかというCSアンケートの評価分析等は管理者が行い、トップダウンの体制が多くみられます。分析結果は会議の報告や結果表を周知しています。 |
| Ⅲ－２－（２） 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。 | | |
| Ⅲ－２－（２）－① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化され、サービスが提供されている。 | a ⓑ c | マニュアルは一定水準のものはありますが、教科書などでサービスに対する姿勢を共通理解するようにしていません。 |
| 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 b ⓑ | 毎年事業計画や施設要覧の見直しを行い策定しているが十分とは言えず、方法が組織的に行われていない。 |
| Ⅲ－２－（３） サービス実施の記録が適切に行われている。 | | |
| Ⅲ－２－（３）－① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。 | ⓐ b c | 記録は福祉ソフトを利用し綿密に実施している。キーワード設定を行い効率よくおこない、毎月ケース記録のまとめをして分析評価をしている。 |
| Ⅲ－２－（３）－② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | a ⓑ c | 個人情報の規定やマニュアルはあるが、深く理解する取り組みは十分とは言えない。 |
| 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。 | ⓐ b c | ソフトや施設全域に無線LAN、NAS、WiFi、PHS電波を整備し情報の共有化体制を構築している。日直制で一日に5回の引継ぎを行い情報の共有化。メール一斉送信の体制整備も整っています。利用者情報は個別にファイル管理されています。 |

| 評価基準 | 自己評価 | |
|---|-------------|---|
| Ⅲ-3 サービスの開始・継続 | | |
| Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。 | | |
| 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 b c | ホームページでは基本的な活動内容や方針、ブログでは日々の細かな情報を提供しています。また、広報誌は500部ほどを送付し各号ごとにサービス内容を掲載しています。施設内に写真入りで掲示して周知を図っています。見学者も多く対応し、特に入所や通所では体験を受け入れています。 |
| 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 b c | 利用開始前に細かに同意を得る説明をしております。同意の内容が多いためご家族にはご負担となりますが、冊子化したり工夫することで配慮しています。 |
| Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。 | | |
| Ⅲ-3-(2)-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。 | a b c | ご本人、ご家族から要望があがった場合はその都度対応をするようにしています。必要に応じて事業所から一緒に見学に行ったり、当事者確認後次の移行先と情報交換等を行いながらできるかぎりスムーズに移行できるよう心掛けています。 |
| Ⅲ-4 サービス実施計画の策定 | | |
| Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。 | | |
| 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 b c | アセスメントの様式を作成しその手順で聞き取りを行っています。その中にご本人、ご家族のニーズを聞き取る項目を設けて実施しております。その他、計画相談の開始に伴い相談支援事業所とも連携しながらニーズの把握を行っています。 |
| Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。 | | |
| Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。 | a b c | 最低年に2回、6か月に1回の間隔でニーズに沿った支援計画を作成しています。作成に当たってはサービス管理責任者、担当、必要に応じて看護師、管理栄養士も含めて複数での個別支援計画検討会を実施して作成するようにしています。 |
| Ⅲ-4-(2)-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。 | a b c | 半年に一回支援計画作成の一か月前にモニタリングを行い、個別支援計画検討会の時に見直しを行いながら次の支援計画を作成するようにしています。 |

| 評価基準 | 自 己 評 価 | |
|--|--|---|
| A 1 利用者の尊重 | | |
| A 1 - (1) 利用者の尊重 | | |
| A - 1 - (1) - ① 職員の接し方について、利用者をひとりの個人として尊重する取り組みを行っている。 | <input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c | <p>権利擁護も含めて、丁寧な言葉使い、言動に気を付けていくように権利擁護の中でマニュアルを設けたり、毎朝朝礼時に職員で権利擁護のスローガンの唱和を行い意識徹底を図るようにしています。</p> |
| A - 1 - (1) - ② 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。 | <input type="radio"/> a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c | <p>支援計画の中で必要な方に絵カード、文字、写真等を使っての提示の工夫を行っていますが、すべてのご利用者様へ行えているまでは至っていないため、それぞれに応じたコミュニケーション手段の獲得までの工夫を今後も行っていく必要があると考えています。</p> |
| A - 1 - (1) - ③ 利用者の主体的な活動を尊重している。 | <input type="radio"/> a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c | <p>グループ活動を5つ設けており、それぞれのニーズに応じた活動を提供しています。しかし、グループの中だけでは個別のニーズに十分にお応えできない部分もあるのでスタークラブという個別に活動を提供するクラブを担当職員を設けて実施しています。しかしそれでも、全員を対象とまでは至っていないのが現状あると感じています。</p> |
| A - 1 - (1) - ④ 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。 | <input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c | <p>事業所ごとのケース会議や支援申し送り連絡ノート等を活用し、必要な部分の支援の統一、ご本人さんにしていただく部分の意識統一を支援者間で図るようにしています。</p> |
| A - 1 - (1) - ⑤ 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。 | <input type="radio"/> a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c | <p>エンパワメントに基づくプログラムだけというものは取り組み的に行っていませんが、それぞれの個別支援計画のなかに意識して盛り込むように心掛けています。</p> |
| A 2 日常生活支援 | | |
| A 2 - (1) 食事 | | |
| A - 2 - (1) - 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。 | <input type="radio"/> a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c | <p>栄養ケアマネジメントを実施しており、一人ひとりの身体状態に応じた栄養量・食事形態・介助方法を把握し個別に対応を行っています。食事介助・支援のマニュアルまでは用意していません。</p> |
| A - 2 - (1) - 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。 | <input type="radio"/> a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c | <p>年に2回の嗜好調査、残菜調査や検食簿からの意見を参考に献立に反映させています。また、おいしく楽しく食べていただけるよう、毎月の誕生会と行事食、月2回の選択食、委託業者独自のフェアメニューを月に1~2回等をご利用者様が好まれるメニューを取り入れています。</p> |
| A - 2 - (1) - ③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。 | <input type="radio"/> a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c | <p>食事開始時間は朝食（8:00～）、昼食（12:00～）、夕食（18:00～）と規定はありますが、好きな時間に食べていただくようにしています。</p> |

| 評価基準 | 自己評価 | |
|--|-------------|--|
| A 2 - (2) 入浴 | | |
| A - 2 - (2) - ① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。 | a ⓑ c | 全員の方の入浴介助の方法についてのマニュアルはありませんが、注意すべき点がある方に関してはマニュアル化して支援方法の統一を図っています。 |
| A - 2 - (2) - ② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。 | ⓐ b c | 衛生面を配慮した形で週の入浴回数や時間帯に関して、できる限り希望に沿った形での提供に努めています。 |
| A - 2 - (2) - ③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。 | ⓐ - c | 脱衣所に関しても季節に応じてエアコンで室温管理を行っています。また脱衣所から出るドアを開けた際外から見えないように間仕切りを設置してプライバシーの保護に配慮するようにしています。 |
| A 2 - (3) 排泄 | | |
| A - 2 - (3) - ① 排泄介助は快適に行われている。 | ⓐ - c | 介助に関しては緊急時等例外の時を除いて同性介助を基本としてドアの開閉などプライバシーの保護に配慮して行うよう心掛けています。また、夜間帯のトイレ誘導がある方に関してはマニュアルを設けて実施を行っています。 |
| A - 2 - (3) - ② トイレは清潔で快適である。 | ⓐ - c | トイレの清掃、防臭に関しては職員のみでの清掃では十分に行えない面があるため業者に依頼して毎日定時に行っています。冬場は身障用トイレは特に寒さを感じるため、必要に応じて足元にセラミックヒーターを設置して対応を行っています。 |
| A 2 - (4) 衣類 | | |
| A - 2 - (4) - 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。 | ⓐ b c | その日着る衣類は基本的にはご本人に選択して着てもらっています。しかし、毎日同じものを着る傾向にあられ衛生面で考慮しなければならない方や場面に応じた服装が難しい方に関してはできる限りご本人の意思をくみ取りながら衣類の選択のお手伝いををさせてもらっています。購入の希望があった際は必要に応じて担当職員と買い物に出かけるようにしています。 |
| A - 2 - (4) - 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。 | ⓐ b c | 衣類への拘りの強い方が多くおられますが、衣類の汚れなどに気付いた場合はご本人に伝え、着替えの提案をさせてもらっています。また、着替えの介助にあたってはできないところは支援するよう心掛けています。 |
| A 2 - (5) 理容・美容 | | |
| A - 2 - (5) - 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 ⓑ c | 男性の髭剃りに関しては介助の必要な方は起床時に行うようにしています。爪切りや耳かきに関してはグループの活動時に時間を設け毎週実施するようにしています。女性のお化粧に関してはグループによって希望があるところは教室を開いたりしながら提供を行っています。 |
| A - 2 - (5) - ② 理髪店や美容院の利用について配慮している。 | ⓐ - c | 一部地域の理容店をご利用されている方もおられますが、毎月散髪のボランティアに施設へ理容師の方に来ていただいていることもあり、ほとんどの方がボランティアの方を利用されておられます。 |

| 評価基準 | 自 己 評 価 | |
|--|-------------|--|
| A 2 - (6) 睡眠 | | |
| A - 2 - (6) - ① 安眠できるように配慮している。 | a - c | 夜間の明るさに関しては、廊下は夜間専用の明るさ用にスイッチを設け対応しています。その他、非常用の明かりが漏れて居室が明るすぎてしまうところへは入り口にカーテンを設けたりして、夜間光が入りすぎないように考慮しています。 |
| A 2 - (7) 健康管理 | | |
| A - 2 - (7) - ① 日常の健康管理は適切である。 | a - c | 年二回の健康診断の結果や毎月の体重測定を基に健康管理を行っています。また予防接種に関してはご家族に同意を得て実施するようにしています。口腔ケアに関しては毎週木曜日に近隣の歯科医院より歯科衛生士の方に来てもらい口腔衛生に努めています。 |
| A - 2 - (7) - ② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。 | a b c | 近くの医療機関に協力していただき、健康面で変調があった場合は速やかに受診できるように連携をとっています。 |
| A - 2 - (7) - ③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。 | a - c | 薬の管理、情報に関しては看護師が医務室にて一括管理をおこなっています。使用確認までのマニュアルは確立していますが、保管に関するマニュアルまではまだ整理されていない状況にあります。 |
| A 2 - (8) 余暇・レクリエーション | | |
| A - 2 - (8) - 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 | ニーズの聞き取りを行いながらドライブ外出やカラオケ、DVD鑑賞等を余暇の時間に提供していますが、職員の人員配置等の兼ね合いからも十分に希望に沿った形で余暇の提供を行えているところまでは至っていないように感じています。外部からのボランティアや地域の社会資源の利用等に関しても、施設としてはぜひ行っていきたいと考えていますが、現状実施まで至ることができていません。 |
| A 2 - (9) 外出、外泊 | | |
| A - 2 - (9) - ① 外出は利用者の希望に応じて行われている。 | a b c | 希望が出た場合に引率が必要でない方はその時々で行ってもらっています。引率が必要な方に関しては各担当ごとで外出日を決めて行っています。しかし、状況によっては希望が出て即時に行うところまでは対応できておらず、職員の勤務を勘案していける日が決まったところでお知らせし、外出してもらっています。 |
| A - 2 - (9) - ② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。 | a b c | 施設の行事等でお願いをする場面がありますが、強制ではないため基本的にご希望に合わせて外泊していただいています。 |

| 評価基準 | 自 己 評 価 | |
|--|-------------|--|
| A 2 - (1 0) 所持金・預かり金の管理等 | | |
| A - 2 - (1 0) - ① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。 | a ⓑ c | 通帳管理と印鑑管理の分離は当然のことながら実施。通帳の写しは年に3回家族へ配布しサインをいただいている。預かりの小口現金に関して一括で鍵付きの書庫に預かっている状況、小口現金の出納帳は2名の職員で記載し、毎月管理者の確認を実施しています。個別での管理、練習まではリスク面を考えると行えていない状況にあります。 |
| A - 2 - (1 0) - 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。 | ⓐ - c | テレビやラジオに関しては希望の方は自由に持ち込めることができるようになっています。新聞に関しても希望の方はとられており、朝夕新聞が来た時点で各自に配るようになっています。 |
| A - 2 - (1 0) - 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。 | ⓐ - c | 喫煙に関しては場所を設け、健康上問題がない方に関しては喫煙できるようにしています。お酒に関しては現在は希望が上がっている方がおられず行っていませんが、以前は月に一回アルコールを提供する日を設け実施するようしていた時期があります。 |
| A 2 - (1 1) 社会適応訓練等 | | |
| A - 2 - (1 1) - ① 社会適応訓練等に関しては、利用者の状態に応じた支援を行っている。 | a ⓑ c | 社会適応訓練等に関しては全員に対して単独で作成しているものはなく、個別支援計画に必要な方は盛り込んで実施を行っています。 |
| A 3 施設・設備 | | |
| A 3 - (1) 施設・設備 | | |
| A - 3 - (1) - ① 施設・設備に関して、利用者や来所者が利用しやすいよう配慮されている。 | a ⓑ c | 敷地内はバリアフリーになっており、廊下等には手すりも設置してあります。トイレも身障者トイレと来客者用のトイレがありますが、案内表示に関して不十分なところがあり来園した方がわからず時々尋ねてこられる時があります。 |