

平成28年度 施設サービス評価（自己評価）～短期入所・日中一時支援～

	大項目	中項目	小項目		自己評価			外部評価		
					合計	課題・コメント	是正・改善計画	課題・コメント	是正・改善計画	
I 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立されている。	①理念や基本方針が明文化されている。	1.理念や基本方針が文書（事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等）に記載されている。	A チェック率100% (16/16)					
				2.理念は、利用者の主体性を尊重し、エンパワーメントの理念に基づいた援助を行うという障害者福祉の基本的な考え方を踏まえている。						
		(2) 理念や基本方針が周知されている。	①理念や基本方針が職員や利用者に周知されている。	1.理念や基本方針を会議などにおいて説明している。		A チェック率100% (32/32)				
				2.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。						
				3.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。						
				4.実施する福祉サービスの内容や、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている。						
	2 計画の策定	(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。	1.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。	A チェック率100% (40/40)					
				2.中・長期計画は、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっている。						
				3.中・長期計画に基づく取組を行っている。						
				4.中・長期計画は、必要に応じて見直しを行っている。						
5.事業計画は、実行可能かどうか、数値目標等を設定することにより実施状況の評価を行えるかどうかについて、配慮がなされている。										

		(2) 計画が適切に策定されている。	①計画の策定が組織的に行われている。	1.年度終了時はもとより、年度途中であっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。	A チェック率100% (32/32)				
				2.評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。					
			②計画が職員や利用者周知されている。	1.各計画を会議などにおいて説明している。					
				2.各計画の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。					
II 組織の運営管理	1 経営状況の把握	(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	①事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	1.利用者数・利用者像等について、事業所が位置する地域での特徴・変化等を把握している。	A チェック率100% (64/64)				
				2.把握された情報やデータが、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。					
			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。	1.定期的にサービスのコスト分析やサービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。					
				2.改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。					
				3.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。					
			③外部監査が実施されている。	1.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基づいて、経営改善を実施している。					
			④計画的に予算を執行している。	1.現金の出納があった日には、必ず当日中に現金出納帳またはそれに準ずるものに記入し、定期的に収支決算を出している。					
				2.サービスを受ける側からの設備や消耗品に関する意見を聞き、実行に移している。					

2 安全管 理	(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。	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。	1.管理者は、利用者の安全確保の取組につ いてリーダーシップを発揮している。				
			2.利用者の安全確保に関する担当者・担当 部署を設置している。				
			3.安全確保に関する検討を行う利用者と担 当職員等が参加した検討会を、定期的に関 催している。				
			4.障害の種類やリスクの種類別に、責任と 役割を明確にした管理体制やマニュアルが 整備され、職員および利用者・家族等に周 知している。				
			5.利用者一人ひとりに健康上の留意点など を確認できる書面が作成されており、緊急 時の際に利用者の状態を的確に伝えること ができる。				
			6.職員に対し、必要な救急法の研修を行っ ている。				
			7.緊急の場合に備えて警察、消防署、医療 機関、地域の自治会や団体等と情報交換、 連絡・協力体制を作っている。				
			8.緊急時の対応マニュアルの確認は、適切 な頻度で行われている。				
	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。		1.利用者の安全を脅かすヒヤリハット事例 の収集の仕組みを整備している。				
			2.収集した事例について、発生要因を分析 し、未然防止策を検討している。				
			3.事故がおきたら、その事故を元に再発防 止マニュアルを改善する会議を開いている。				
			4.万一、事故がおきた時の対処法のマニ ュアルが整備されている。				
			5.事故処理の記録・保存を行っている。				
A チェック率 98% (103/104)							

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービス	(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	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。	1.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ている。	A チェック率 100% (120/120)				
			2.利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法等に反映されている。						
			3.利用者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。						
			4.身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。						
			5.組織の基本姿勢を踏まえた具体的な取り組みが明示されている。						
			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。	1.プライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫等に組織として具体的に取り組んでいる。					
			2.利用者のプライバシー保護のため、建物・設備その他の環境について必要な改善は、速やかになされている。						
			3.利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。						
			4.利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等が利用者に周知されている。						
			5.規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。						
			③接し方について、指針またはマニュアルが整備されている。	1.接し方（年齢や状況に応じた呼称・言葉遣い、禁句を含む）について、指針・マニュアル等を整備している。					
			2.接し方を点検・改善するための検討会議や勉強会・研修などが定期的に行われ、サービスに反映されている。	支援係会議内で行われている。					
			④虐待等の人権侵害の防止策、及び万一に備えた対応が定められている。	1.拘束・暴言・暴力・無視・放置等、虐待の具体例を挙げた上で禁止し、文書で職員や利用者・家族に周知している。					家族に対しては館内に掲示している。
			2.虐待が行われていないかの確認が随時なされている。						
			3.万一、虐待が行われた際の処方が規程されている。						

<p>(2) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</p>	<p>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。</p>	1.利用者が意見や希望を言えるよう職員を教育している。					
		2.利用者が、複数の相談方法や相談相手の中から自由を選べること、意思疎通の状況に応じて支援体制があることを、わかりやすく説明した文書を作成している。					
		3.利用者や家族等に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。					
		4.相談したり意見を述べたりしやすいようなスペースを設けるなどの配慮をしている。	専用スペースはないが、必要に応じて個室を用意する等の対応をとっている。	専用スペースはないが、これまで通り、空き部屋を使う等、相談者のプライバシーが守られる様配慮しながら対応を続けていく。			
	<p>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。</p>	1.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）を整備している。					
		2.苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。					
		3.苦情の検討内容や対応策を、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。					
		4.苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決方法、結果等を公表している。					
	<p>③利用者・家族からの意見等に対して迅速に対応している。</p>	1.意見や提案を受けた際の記録の方法や幹部職員及び役員への報告の手順、対応策の検討等について規定したマニュアルを整備している。					
		2.マニュアルには、利用者やその家族の希望や意見についても記録し、必ず幹部職員に報告する手順が文書で規定されている。					
		3.対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者やその家族には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。					
		4.対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。					
		5.苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。					
			<p>A チェック率 95% (99/104)</p>				

2 サービス の質 の確保	(1) 質の向上 に向けた 取り組み が組織的 に行われ ている。	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。	1.定められた評価基準に基づいて、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。 2.評価に関する担当者・担当部署が設置されている。 3.評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。	A チェック率 100% (64/64)							
		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、改善策を実施している。	1.職員の参画により評価結果の分析を行っている。 2.分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。 3.職員間で課題の共有化が図られている。 4.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。 5.改善策や改善計画の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて計画の見直しを行っている。								
			(2) サービス 実施の記 録が適切 に行われ ている。		①利用者に関するサービス実施の記録が適切に行われている。	1.利用者一人ひとりの記録等の書面が整備されている。 2.記録する職員で記録内容にばらつきが生じないように工夫をしている。	A チェック率 97% (62/64)				
					②利用者に関する記録の管理体制が確立している。	1.記録管理の責任者が設置されている。 2.利用者の記録の保管・保存、廃棄に関する規程等を定めている。 3.利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。 4.記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。					
						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。		1.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。 2.パソコンのネットワークシステムを利用して、施設内で情報を共有する仕組みを作っている。			

3 サービス の開始・継 続	(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。	1.インターネット上に、組織を紹介した ホームページを作成し公開している。	A チェック率 97% (70/72)				
			2.理念や、実施する福祉サービスの内容を 紹介した資料を、公共施設等多数の人が手 にすることができる場所に置いている。		希望の家のパンフレット ではないが、町の情 報誌等に利用できる サービスが掲載された ものがある。			
			3.組織を紹介する資料は、言葉遣いや写 真・図・絵の使用等により、誰にでもわか るような内容にしている。					
			4.見学等の希望に対応している。					
		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。	1.サービス開始時に、サービス内容や料金 等が具体的に記載された重要事項説明書等 の資料を用意して、利用者に説明してい る。					
			2.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（例えば、日 常生活自立支援事業の活用）を行っている。					
			3.サービス開始時には、サービスの内容や 料金等について、利用者や家族等の同意を 得た上でその内容を書面で残している。					
			4.利用契約が必要な場合は、必ず契約書 を取り交わしている。					
			5.重要事項説明書等の資料や契約書の 内容は、利用者にも分かりやすいように工夫 している。					
IV 福祉サー ビスの内 容	1 利用者 の尊重	(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。	A チェック率 100% (48/48)				
			1.意思伝達に制限のある人の場合、その人 固有のコミュニケーション手段やサインの 発見と確認に心掛けている。					
			2.意思伝達に制限のある人の場合、個別の コミュニケーション手段の検討とそれに基づ く支援がなされている。（コミュニケー ション機器の用意を含む。）					
		②利用者の主 体的な活動を 尊重してい る。	1.利用者の主体的な活動については、その 意向を尊重しながら、その発展を促すよう に側面的な支援を行っている。					
			2.利用者一人ひとりの個性を尊重し、個別 的な要求に適切にこたえている。					
		③利用者の自 力で行う行為 に対する見守 りと支援の体	1.利用者が自力で行う日常生活上の行為 は、見守りの姿勢を保ち、必要な時には迅 速に支援するという方針を会議等で確認し ている。					

		制が整備されている。	2.自力で行っているときでも、介助が必要だと判断しなければならない場合があるが、その判断については、あらかじめ利用者（及び必要に応じて家族等）と十分な話し合いが行われている。					
	(2) 環境の整備	①利用者が快適に過ごすためのハード面の整備がなされている。	1.部屋は清潔が保たれ、利用者がくつろげる作りになっている。 2.利用者の嗜好や希望を満たす私物の所有を認め、それを保管するスペースを確保している。	A チェック率 100% (16/16)				
2 身辺面 の支援	(1) 食事（サービス提供施設のみ回答）	①食事は利用者の希望を反映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。	1.利用者の体調や身体状況により、必要に応じて個別の食事を用意している。	A チェック率 98% (55/56)	・（厨房職員に）声掛けし出してもらっている。 ・必要なものをその都度厨房で出してもらっ			
			2.適温の食事を提供している。					
			3.献立・食材に季節感があり、盛り付けや食器にも工夫している。					
			4.食卓には、複数の調味料・香辛料が用意されている。					
			5.献立及び食材について、その情報は予め利用者に提供されている。					
			6.食事支援にあたり、せかせて食べさせることがないよう、利用者の様子を良く見ながら支援を行っている。					
	(3)喫食環境に配慮している。		1.食堂の設備や雰囲気について定期的に検討会議を開き、必要に応じて改善を図っている。					
(2) 入浴	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。	1.安全やプライバシーの保護を含めて、入浴介助や支援・助言方法についてマニュアルが用意されている。 2.男女別々に入浴できるようになっている。 3.入浴介助の際、同性介助が守られている。	A チェック率 96% (54/56)	シャワー浴はいつでも可				
					②入浴は、利用者の希望に沿って行われている。			
					③浴室・脱衣場等の環境は適切である。	1.浴室・脱衣場の設備や入浴器具等の設置等については、検討会議を持っている。		

		<p>2.脱衣場の冷暖房設備は、気候や利用者の身体的状態に応じて調整できる。</p> <p>3.浴室や脱衣場は、入浴の際に裸体を他人（介助者は除く）に見せないよう、プライバシーを保護する構造・設備上の工夫や保護する環境を確保するための工夫が行われている。</p>					
(3) 排泄	①排泄支援は、快適に行われている。	1.排泄支援のマニュアル（安全、プライバシー、便意・尿意・失禁への対応を含む）が用意されている。	<p>A チェック率 98% (55/56)</p>				
	②トイレは、清潔で快適である。	1.身体状況に応じた設備や補助具の配備を含めて、トイレ環境の点検・改善のための検討を定期的に行っている。					
		2.プライバシーに配慮したトイレの構造・設備になっている。					
		3.換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。					
		4.清掃は、毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。		利用の都度			
		5.採光・照明等は適切である。					
		6.暖房設備がある。					
(4) 衣服	①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。	1.利用者が着替えを希望した場合、特別な場合（強いこだわり等）を除き、その意思を尊重している。	<p>A チェック率 96% (23/24)</p>				
		2.介助に頼らず自ら着替えをしたいという希望のある利用者に対しては、その意思を尊重して対応している。		このことにより危険が生じる場合を除き対応している。			
		3.汚れや破損が生じた場合に、速やかに対処するための業務手順が用意されている。					

	(5) 健康管理	①健康管理は適切である。	1.利用者の健康上の留意点などを確認できる書面が整備されている。 2.体調不良時、看護師による健康相談を受けることができる。	A チェック率 96% (76/80)						
		②必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	1.健康面に変動があった場合の対応の手順は、マニュアルとして用意されている。 2.緊急時の医療機関への運搬の手順などを職員全員が把握するよう、マニュアルに記載している。 3.地域内に協力的な医療機関（診療所又は病院、概ね20分以内でアクセスできる診療所又は病院）を確保している。 4.確保している医療機関では、迅速かつ適切な医療が受けられるように、日常的な連携を図っている。							
	(6) 余暇	③内服薬・外用薬等の扱いは、確実に行われている。	1.担当職員は、薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等について、利用者および必要に応じて家族等に確認し、適切な情報を得ている。 2.一人ひとりの利用者に使用される薬物の管理（保管から服用・使用確認に至るまで）について、マニュアルが用意されている。 3.薬物の取り違え・服用拒否や服用忘れ・重複服用等、薬物使用に誤りがあった場合の対応について、マニュアルが用意されている。 4.内服・外用薬の使用状況は、所定の様式に従って記録されている。	A チェック率 100% (8/8)						
		①余暇は、利用者の希望に沿って支援している。	1.各個人の状況等を考慮し、余暇の過ごし方を強制していない。							