

平成27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% (14/14)						
				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 82.1% (23/28)	各職員へ配布所持しているが、周知状況を確認する場は少ない。	会議の場で事業計画を確認時に、基本方針を含め記載している内容を職員各々が十分に理解していく。			
				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 94.2% (33/35)							
			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。		実行可能な数値目標かどうかは疑問である。						
									現在、短期入所利用者の定員は1日3名。そのため、県の条例では、1日3名×365日分が数値目標ということになるが、現実的な数値とのギャップがでてしまっている状況です。		

		(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、年度途中にあっても、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。 2.評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。	A チェック率 92.8% (26/28)	相談支援事業所と連携している。		'相談支援事業所と連携している'とのコメントがあったようだが、利用者のサービス等利用計画の勘違いか？	利用者のサービス等利用計画との勘違いだったと思われます。			
		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。		相談支援事業所と連携している。						
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。		A チェック率 91.0% (51/56)	黒川地域自立支援協議会や法人事務局などから情報をいただいているが、職員個々では把握不足。			職員間での情報共有に努め、また、黒川地域自立支援協議会で作成されている黒川地域事業所ガイドブック等を活用し、職員個々でも情報収集に努める。		
			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.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。 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。					
			③外部監査が実施されている。	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。							
			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。		必要性を検証し、予算対応できる範囲内で対応できている。					

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。	A チェック率 77.9% (60/77)				
			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、定期的開催している。					
			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。		各種別ごとの詳細なものではない。 契約時、重要事項説明書で説明している。			
			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。		毎年、数名ずつ外部研修へ参加している。			
			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。		警察署からの指導により、飛び出し等の危険性のある利用者については、利用者から情報提供の協力をいただき、事前に警察署へ連絡するようにしている。			
			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.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。	毎月の会議の場にて、当月のリスク場面を振り返り、予防策を職員間で検討している。				<p>‘事故’が起きた場合の対処法や報告様式に関する項目はあるが、その前段階の気づき‘ヒヤリハット’報告件数はあるか？</p> <p>‘ヒヤリハット’に関する評価項目も入れると良いのではないか。</p>	<p>今年度においては、ヒヤリハット報告はありません。</p> <p>評価項目については見直し、次年度は、ヒヤリハットに関する項目も入れ整理していきます。</p>
		2.万一、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。						
3.事故処理の記録・保存を行っている。		事故報告様式がある。						

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。	「倫理綱領に基づく具体的行動計画」に記載。						
				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。				
						④虐待等の人権侵害の防止策、及び万が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。				
							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分が規程されている。				
			<b>A</b> チェック率 <b>93.3%</b> (98/105)								

<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>	<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。</p>	<p><b>A</b> チェック率 <b>80.2%</b> (73/91)</p>				
		<p>2.利用者が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べること、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。</p>					
		<p>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。</p>		<p>契約時の重要事項説明書や、廊下掲示にて、相談窓口等を案内している。</p>			
		<p>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。</p>		<p>特別にスペースを設けてはいない。</p>	<p>個別的支援による受入れを行っており、利用中の部屋を活用できる。</p>		
	<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>	<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。</p>					
		<p>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。</p>					
		<p>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。</p>					
		<p>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>					
	<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>	<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。</p>					
		<p>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。</p>					
		<p>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。</p>					
		<p>4.対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。</p>					
		<p>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>					

2 サービスの質の確保

<p>(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。</p>	<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p><b>A</b> チェック率 100% (56/56)</p>					
		<p>2.評価に関する担当者・担当部署が設置されている。</p>						
		<p>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。</p>						
	<p>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。</p>	<p>1.職員の参画により評価結果の分析を行っている。</p>						
		<p>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。</p>						
		<p>3.職員間で課題の共有化が図られている。</p>						
		<p>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。</p>						
		<p>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。</p>						
	<p>(2) サービス実施の記録が適切に行われている。</p>	<p>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。</p>		<p>1.利用者一人ひとりの記録等の書面が整備されている。</p>	<p><b>A</b> チェック率 92.8% (52/56)</p>			
				<p>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。</p>				
<p>②利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p>		<p>1.記録管理の責任者が設置されている。</p>						
		<p>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。</p>						
		<p>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。</p>						
		<p>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。</p>						
<p>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。</p>		<p>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。</p>						
		<p>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。</p>						

3 サービスの開始・継続	(1) サービスの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。  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.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。 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。 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。  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。	A チェック率 96.8% (61/63)					
ふりがな付の書類も準備し対応している。	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。  ②利用者の主体的な活動を尊重している。  ③利用者の自力で行う行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。		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。)  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。  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。 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。	A チェック率 97.6% (41/42)	発語不明瞭で言語コミュニケーションが苦手な利用者については、筆談で意志疎通を図れるよう努めている。		

	(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% (14/14)				
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 95.9% (47/49)	常時、用意されている訳ではないが、ご希望があれば提供可能なことを案内掲示している。 日中一時支援の利用者については、当日配膳されるまで献立は分からない。	短期入所利用者については、入所後、食事時間まで時間がある場合、希望があれば献立を確認いただき、状況に応じ代替メニューで提供している。		
			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。					
	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。	A チェック率 89.7% (44/49)	入浴が難しい場合は、シャワー浴などで対応している。				
		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。						
	②入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	1.設定された時間のほかに、失禁や汗をかいた場合等必要に応じて入浴が可能である。						
	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。 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。						



(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。	A チェック率 90.0% (63/70)					
		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。		看護師は常勤ではない。				
	②必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	1.健康面に不調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。		日常的な連携は少ない。 夜間対応は難しい。				
	③内服薬・外用薬等の扱いは、確実にされている。	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。						
(6) 余暇	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。	A チェック率 100% (7/7)					