

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	法人の理念については「2021年度事業計画書」に明示しています。事業計画書については職員が常時閲覧できる状態にしているほか、毎月の職員会議において法人の理念等について理事長から直接説明を受けています。また、法人のホームページやパンフレットにも明示し、利用者、家族、利用希望者の方々などに対しても広く周知が図られています。
I	1	(1)	②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	理念に基づく基本方針については事業計画書、パンフレット、ホームページに明示しています。当法人はキリスト教精神を基本としており、利用者中心の考え、多職種間の連携を重要にしています。さらに基本方針では、在宅で生活を送る利用者の生活の充実化、地域との連携を大切な考えとして明示しています。
I	1	(2)	①	理念や基本方針が職員に周知されている。	a	理念や基本方針について職員への周知については職員会議や研修を通して周知しています。理念や基本方針を明示している事業計画書については職員が常時閲覧できる状態にしているほか、毎月の職員会議において法人の理念等について理事長から直接説明を受けています。
I	1	(2)	②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	施設では毎年家族会総会を開催しており、その際に前年度の事業報告、当該年度の事業計画等について説明を行っています。また3ヶ月に一度役員会を開きその際にも説明しています。しかしながら昨年度来のコロナ禍の影響もあり今年度については、書面等を通して説明するようにしています。
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2021年度事業計画書に明示され関係者に周知されています。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。施設入所支援の年間の目標として福祉のプロとしての自覚をもち心を込めた支援をすること、ご利用者の要望、思いを汲み取って寄り添える支援を提供することなどについて事業計画書に明示しています。
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、年度末に実施する形式としています。毎年度事業計画に大きな変更はありませんが、昨年度来のコロナ禍の影響で感染予防、防止対策に重点を置いた取り組みに変更するなど、状況に合わせて対応しています。

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	事業計画書の職員への周知については職員会議時に周知しています。事業計画書は各事業ごとで作成、見直しを行っているため、事業計画書に対する職員の認識は高まっています。ホームページ上からも確認でき、職員への周知体制は整っています。
I	2	(2)	③	事業計画が利用者等に周知されている。	b	事業計画書については利用者本人に周知する仕組みはありませんが、家族に向けては、保護者会などを通して説明する機会を設けています。しかしながら昨年度来のコロナ禍の影響で保護者会の開催求めているため、具体的な形での報告とまでは至っていない状況です。
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。保護者に対しては保護者会総会の中で自らの役割や責任等を説明しています。ホームページや広報誌上においても施設長からの言葉を発信し自らの思いを伝えています。
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やコロナ禍以前は外部の研修にも参加を図り、伝達研修を通じて全職員と共有を図っています。虐待防止や身体拘束、感染症予防、防災等においては遵守すべき事項として事業所全体で特に力を入れて取り組んでいます。
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	サービスの質の向上に向け、利用者のニーズに対応するプログラムの提供を事業計画書に明記しサービスの質向上に向けて計画的に取り組む体制を築いています。さらに今年度初めて第三者評価を受審し、自己評価を通しての強み、弱みを把握するとともに、評価結果について真摯に受け止め改善に向けて前向きに取り組むことにしています。
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	法人の理事長も毎月の職員会議に参加され、事業所全体の現状や課題及び各部門ごとの取り組みなどを確認しています。現場から相談を受けた際には理事長からも助言を送り職員のモチベーションが高まるように取り組んでいます。施設長も日々職員とコミュニケーションを図るとともに、日々の申し送り、職員会議、各委員会から上がった課題などを共有し問題解決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でき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
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	事業経営を取り巻く環境や経営状況等については毎月実施している法人内各施設の施設長が集う施設長会議において把握・分析を進めています。さらに日々時間を決めてオンラインで法人内の各事業所の施設長とミーティングを実施しており、特に新型コロナウイルス感染予防に向けた取り組みなどを共有しています。経営状況の把握に伴い今年度は特に感染症予防に向けた取り組みの共有化に力を入れています。
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	働きやすい職場環境構築に向けては法人として事業所内保育所を開設する等、新規人材の確保及び定着に向け法人全体で前向きに取り組んでいます。また、新規の資格取得や研修の受講を励行しています。介護福祉士実務者研修、介護職員初任者研修を開催し、資格取得に向けたバックアップ体制を強化しています。また新人職員に対して丁寧な対応な指導が図れるように「OJT表」を作成し、計画的に新人の育成を進めていける体制を築いています。
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	職員の就業状況や意向等については随時の面談の中で施設長が中心となり確認しています。働き易い職場づくりに向けては適材適所の人員配置に努めるほか、スキルアップに向けて資格取得や研修の受講の奨励、介護福祉士実務者研修、介護職員初任者研修の開催を通してモチベーションを高めています。また定時の退勤を徹底し残業ゼロを目指すほか、有給休暇も計画的に取得できる環境を築いています。
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	障がい者の自立・生活支援を行う上で、現在の支援や今後の方向性を見据えた支援課題を解決することや職責、職種に必要な知識やスキルを身に付ける、またスキルアップを目指すこと等、事業所の職員の教育・研修に関する目的については事業計画書内に明記しています。職員研修予定についても法人内外で開催される研修について研修計画として事業計画書に盛り込み計画的に実施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	研修に関する計画については、事業計画内に示す研修計画に基づき実施しています。研修については法人内を含む内部研修、外部で開催される諸団体主催の研修に参加する形式としています。新人職員については事業所内でのOJTを通して育成を進めています。新型コロナウイルスの影響もあり中止となる研修もありましたが、オンラインでの研修も増えており、効果的に活用しています。
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。	a	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。特に昨年度来のコロナ禍の影響もあり、外部研修への参加は見送り、オンライン研修などを活用して研修を受講するようにしています。
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	福祉専門学校等の実習生については、現在依頼がないことや新型コロナウイルスの影響もあり積極的な受け入れとまでは至っていませんが、新型コロナウイルス感染症の拡大収束後において依頼を受けた際には、実情も踏まえながら柔軟に対応していく方針としています。
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。	c	実習生の受け入れを行っていないこともあり、積極的な育成とまでは至っていません。
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、事故発生時感染症予防マニュアルの整備、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	安心、安全なサービス提供に向けて、事業所内にリスクマネジメント委員会を設けており毎週開催しています。委員会では各班ごとから提出を受けたヒヤリハット及び事故報告の分析を行い、事故の予防及び再発防止につなげています。さらに虐待防止や身体拘束廃止委員会も定例化されており、利用者が安全で適切な支援が受けられる体制を構築しています。
II	4	(1)	①	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	地域との交流に向けて、コロナ禍以前は、法人全体での夏祭りやバザーを通して地域の方と触れ合う機会を設けていました。また、活動内で作成したお菓子などを市役所などで定期的に販売して利用者の社会参加につなげていました。昨年度来のコロナ禍の影響もあり、施設内でのお祭りの開催や社会参加に向けた活動などは自粛していますが、コロナ禍収束後においては再び活動を再開していくことを検討しています。

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
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。今年度はコロナ禍の影響もあり、地域への還元はできていませんが、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、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ませんが、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進めています。
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。	a	地域の福祉ニーズに関しては、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、必要なニーズを収集できる体制は構築しています。
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。	a	具体的な活動としては、各市のニーズに応じて、利用者の受け入れを進めたり、必要に応じて法人内の他事業所との連携を図り、ニーズに対して適切な対応が図れるように努めています。
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	施設の方針として「生、活、参加」(生活の生、活動の活、社会参加の参加)をテーマに掲げ、事業計画書への明示などにより全職員に周知しています。職員の理解が深まるようにテーマに基づきサービス提供に向けて話し合う機会を設けたり、毎月の職員会議で身体拘束や虐待防止の話し合いを設けるなど、利用者を尊重した対応が日常的に図れ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
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	利用者の権利擁護に配慮した取り組みについては、法人の基本理念に利用者中心と利用者の権利の尊重を明示しています。職員会議内においても理事長から直接、権利擁護に関する説明があるなど法人全体で力を入れて取り組んでいます。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。
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	利用者の本人からの意向や要望に関しては、日常的な関わりを通して確認しています。利用者から確認した内容については日々の活動の中で反映するほか判断が難しい場合には職員会議などで検討する仕組みとしています。今年度の第三者評価の利用者アンケートを通して満足度の確認が図られていますが、形式的に利用者満足度を図るための仕組みは現在は未整備となっています。
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	利用者満足の向上に向けた具体的な取り組みについては、コロナ禍以前は外出に出かけたり、施設全体のイベントやユニットごとのイベント開催、旅行などを通して利用者の満足度を高めていましたが、今年度はコロナ禍の影響もあり、各ユニットごとで感染防止対策を取ったうえでイベントを開催し楽しみの幅を拡充しています。
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。利用者アンケートの結果からも意見や要望等について相談しやすい環境が構築されていることがうかがえる結果となっています。
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	事業所内外の苦情窓口については重要事項説明書内に明記し契約時に利用者、家族に説明しています。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、運営委員会で報告を行い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	利用者から寄せられた意見や要望等については、申し送りや職員会議などで全体で共有し、対応策について職員間で協議しています。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」と回答する割合が高いことから、意見や要望について組織的に対応していることがうかがえます。
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	施設では各セッションごと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の見直しを基本としています。

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	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、支援課題について明確にしています。
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	利用者への支援方針については個別支援計画に反映し、日々の支援で反映できるように取り組んでいます。サービス内容等における改善策については、全体を通して改善が必要な際には事業計画書に明示し、新たな計画に基づき計画的にサービス提供できるように努めています。
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	標準的な方針については事業計画書に盛り込み明文化しています。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としています。
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	記録内容の漏洩等の防止に向けて、個人情報保護に関する規定を策定し契約時に内容を説明し説明後、同意の記名、押印を受領しています。職員にも採用時に個人情報保護についての文書を提示し、同意の記名・押印を受領し適切に順守できるように取り組んでいます。また各種文書の保管、破棄の方法について文書管理規程により明確にしています。
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	法人のパンフレットに当事業所の情報を記載し、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。見学の要望を受けた際には、感染対策を十分にとったうえで、短時間ではありますが事業所内の見学に対応し、その際に事業所の取り組みなどをパンフレットや広報誌において説明しています。
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	入所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は年間を通してほとんどありませんが、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	利用契約時において、所定のアセスメント様式を活用して、利用者本人、家族の意向、身体状況、生活歴等の確認を行い記録化しています。個別支援計画の新規作成及び見直し時にはアセスメントを実施し、主に身体状況等に変化が生じていないかなど利用者の現状や課題等を抽出しています。
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	利用者の現状の課題については所定のアセスメント様式に記録しています。アセスメント様式には身体状況、生活歴など場面ごとに区切り、各課題についても場面ごとに明示し、課題等が一目でわかるように工夫しています。
Ⅲ	4	(2)	①	個別支援計画を適切に策定している。	a	個別支援計画作成にあたってはエリア全体で行うモニタリング結果、再アセスメントとの結果に基づき個別支援計画の原案を策定し、看護師、栄養士など多職種の意見も総合的に踏まえて個別支援計画を適切に作成しています。
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
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、装飾の工夫を図るなど各ユニットごとで工夫しています。また清掃も専門職員により共用部、居室を定期的に掃除し、快適に生活が送れるように努めています。
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方法については、入所時に家族から状況を確認し一人ひとりの状態に応じ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	食事介助の方法などについてケース会議で適宜協議し必要に応じて見直しを行っています。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	年に一度食の嗜好調査を行い、アレルギーのある食材や好き嫌いなどを確認しています。例えば利用者からパンを増やしてほしいのリクエストがある場合には、厨房の委託業者とも連携しパン食を増やすなど、可能な限り利用者の要望に応じていけるように努めています。
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	食事の楽しみに向けては、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たり、各ユニットごとの企画でバーベキューの開催やお弁当の出前、夏にはお祭り風にかき氷を提供するなど、各ユニットごとで特色ある取り組みを行い食事の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、機械浴層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	浴室内には手すりを設置しており、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ように配慮しています。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の状態を確認しています。自立での排泄が困難な際に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	トイレで排泄介助する際には、必ずドアを閉めて羞恥心に配慮した対応を徹底しています。トイレでの排泄が困難であり居室で対応する際には、居室の扉を閉めて行うなど、羞恥心やプライバシーに配慮して介助を行っています。
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行い、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、訪問理美容の方に来所していただき利用者の散髪を行っています。定期的に訪問していただくことで利用者全員が定期的に散髪することができています。

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	心理士など専門職の配置はありませんが、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ことから適切な対応が図られていると評価できます。
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適切に対応しています。
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。	b	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。	c	現在等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。ご自身でこう過ごしたいとの要望を表出することが難しいこともあり、各ユニットごとにジグソーパズルやタブレット端末を通して動画鑑賞などで過ごしています。また独自で筋力トレーニングに励む利用者もいます。