

## 静岡県福祉サービス第三者評価の結果

### ◎ 評価機関

|         |                                    |
|---------|------------------------------------|
| 名 称     | 一般社団法人静岡県社会福祉士会                    |
| 所 在 地   | 静岡市葵静岡市葵区駿府町 1-70<br>静岡県総合福祉会館 4 階 |
| 評価実施期間  | 平成 27 年 9 月 22 日～平成 28 年 3 月 1 日   |
| 評価調査者番号 | ① H22-c003                         |
|         | ② H20-b003                         |
|         | ③                                  |

### 1 福祉サービス事業者情報

#### (1) 事業者概要

|  |   |
|--|---|
| 事業所名称：(施設名)<br>社会福祉法人磐田厚生会 おおふじ学園      | 種別：指定生活介護事業   |
| 代表者氏名：(管理者)<br>紅林 政樹                   | 開設年月日<br>昭和 56 年 4 月 1 日  |
| 設置主体：社会福祉法人 磐田厚生会<br>経営主体：社会福祉法人 磐田厚生会 | 定員<br>(利用人数) 40 名   |
| 所在地：〒438-0002<br>静岡県磐田市大久保 204-1       |   |
| 連絡先電話番号：<br>0538-38-2278               | FAX番号<br>0538-38-2278   |
| ホームページアドレス                             | <a href="http://www4.tokai.or.jp/ofujigakuen/">http://www4.tokai.or.jp/ofujigakuen/</a> |

#### (2) 基本情報

| サービス内容 (事業内容)  | 施設の主な行事  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>指定生活介護事業</li> <li>障害児通園事業(児童発達支援・放課後等デイサービス)</li> <li>相談支援事業(特定相談支援・障害児相談支援)</li> <li>短期入所事業</li> <li>日中一時支援事業</li> </ul> | お花見、日帰り旅行、総合防災訓練、地域交流会、クリスマス会、成人を祝う会、やきいも会、紫陽花音楽会、七夕会、節分<br>月 2 回英会話教室、週 2 回卓球クラブ、ドライブ |
| 居 室 概 要  | 居室以外の施設設備の概要   |
| 食堂、作業室 4 室、相談室、医務室・静養室、多目的ホール、短期入所室 2 室、別棟に作業等 2 棟   | 避難スペース 倉庫 プール  |

| 職員の配置           |     |                   |               |
|-----------------|-----|-------------------|---------------|
| 職 種             | 人 数 | 職 種               | 人 数           |
| 施設長             | 1名  | 相談支援専門員<br>(兼務)   | 2名            |
| サービス管理責任者       | 1名  | 生活支援員             | 常勤7名<br>非常勤3名 |
| 児童発達支援<br>管理責任者 | 1名  | 按摩マッサージ<br>師(非常勤) | 1名            |
| 看護師             | 3名  | 運転手               | 4名            |
| 医師(非常勤)         | 1名  | 事務員               | 1名            |

## 2 評価結果総評

### ◆ 特に評価の高い点

- 重度の利用者（平均障害程度区分 4.97）を積極的に受け入れ、医療ケアの必要な利用者の受け入れも行っています。
- 地域のニーズに応え、本来の生活介護事業に加え、入浴サービス・放課後等デイサービス・日中一時支援事業を実施しています。また本年度より短期入所事業と相談支援事業を開始しています。
- 施設開放に関する規程が整備され、会議室・プールを地域に開放しています。
- 重度心身障害者を対象にした入浴サービスについて、個々の状況に合わせ個別マニュアルを活用し、職員間の情報の共有や介助技術の向上、設備の改善や工夫などにより、安全で快適なサービス提供に努めています。
- 連絡ノートや定期的な個別面談等により、家族との信頼関係の構築に努め、活動や運営についての意見や要望を聴取し、事業計画に反映しています。
- 利用者は個々に医療機関で専任の理学療法士より機能訓練を受け、これに同行する看護師や生活支援職員には理学療法士からの指導があり、事業所に戻って必要なプログラムを実施しています。

### ◆ 特に改善を求められる点

- 理念・基本方針・事業計画は家族会等に配付されていますが、利用者への周知が十分ではありません。
- 中・長期計画（収支計画を含む）が策定されておらず、今後、経営分析・地域ニーズの把握を行い、将来計画（人事計画を含む）を策定する必要があります。
- 職員の個別面談は行われていますが、人事考課制度等の客観的な評価基準はありません。また、職員教育・研修について基本計画の策定と個別教育・研修計画の策定が職員評価基準と合わせ必要です。
- 利用者の満足度を把握する仕組みが構築されていないので、本人と家族を利用者と捉え、組織的な体制作りと活用する仕組みが望まれます。
- 個別具体的な介助支援マニュアルはありますが、施設が提供するサービス全般の標準的な手順を示したマニュアルが一部不足しています。

### 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今の施設が第三者からどのように見られているのか、どのように評価されているのかを、ありのままに見ていただいて、自分たちの良い所、悪い所を見直す為に第三者評価に参加しました。

自己評価より高い評価を頂けた項目もありましたが、良い所は今以上良くなるように、指導頂いた項目は改善しなくてはいけない課題として、全職員が一丸となり取り組んで行きたいと思います。

職員一人ひとりの意識の向上に繋がったと思います。

また、管理者の質の向上にも努めていきたいと思っています。

### 4 評価分類別評価内容

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <p>評価対象Ⅰ</p> <p>1 理念・基本方針</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・基本理念及び基本方針は施設パンフレット・ホームページ等で公表され、その内容も社会情勢に見合っています。</li> <li>・理念は職員に配付され、毎日のミーティングで唱和し、職員の理解を進めています。</li> <li>・利用者等には家族会で配付されていますが、利用者にはわかりやすく説明するまでには至っていません。</li> </ul>                 |
| <p>2 計画の策定</p>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・中・長期計画の文書は確認できましたが、メモ程度で、職員体制や人材育成に踏み込んでおらず、またそれに伴う収支計画は策定されていません。</li> <li>・今年度から短期入所の事業を開始していますが、その他については中・長期計画に沿った事業計画は確認できません。</li> <li>・計画策定に職員の参画は確認出来ず、組織的な取組にはなっていません。</li> </ul> |
| <p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者の役割と責任は事務分掌等に明記され、職員会議等でも様々な発言がされています。</li> <li>・管理者は虐待防止や今後始まるマイナンバー制度の研修会等に参加し、知識を深めています。</li> <li>・経営分析・事業評価は十分ではなく、今後の事業推進に向けた取組が必要です。</li> </ul>                                  |
| <p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在の改善点については、検討委員会で議論し、改善を進めています。</li> <li>・経営分析・事業を取り巻く環境把握等は十分ではありません。</li> <li>・外部評価は実施されていません。</li> </ul>  |
|                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・実習生・ボランティア受け入れでは担当者を配置し、積極的に受け入れをしています。</li> </ul>  |

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <p>2 人材の確保・養成</p>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>施設事業遂行に必要な人材や、人員体制についての具体的プランはありません。</li> <li>1年に1度、職員の個別面談が行われ、本人の意思確認はされていますが、その後の具体的な対応が確認できません。</li> <li>資格取得者への手当等の配慮はありましたが、組織として職員教育・研修の基本姿勢を示すものはなく、職員一人ひとりの教育・研修計画の策定が必要です。</li> </ul>  |
| <p>3 安全管理</p>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>緊急時対応の様々なマニュアルが整備され、毎月避難訓練が行われています。</li> <li>ヒヤリハット・事故報告書が書かれていますが、その後の分析・評価については十分ではありません。</li> <li>各種マニュアルは今後、定期的な見直しが必要です。</li> </ul>   |
| <p>4 地域との交流と連携</p>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>施設開放に関する規程が整備され、会議室・プールを地域に開放しています。</li> <li>地域のニーズから入浴サービス・放課後デイサービス・日中一時事業を開始、短期入所事業も本年度事業化しています。</li> <li>地域の福祉ニーズの把握、問題解決のため、障害者相談支援事業を開設し、今後の地域支援活動の展開が期待されます。</li> </ul>   |
| <p>評価対象Ⅲ<br/>1 利用者本位の福祉サービス</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>保護者会や役員会を実施し、個々の保護者とは連絡ノートにより、利用者の意向把握や体調管理等の情報収集と活用に努めています。</li> <li>日中活動の場として、利用者がくつろぎ、個人的な空間としても、より快適に過ごすことができるように工夫しています。</li> <li>入浴や排泄の介助は利用者に配慮され、環境を整備し、安全に行われています。外出や送迎時の安全確保のため、マニュアルの作成が必要です。</li> <li>相談援助の専任者は配置されていますが、相談援助の困難な場合の対応を含め、マニュアルの整備や体制作りが必要です。</li> <li>連絡ノートや意見箱・各種行事アンケートにより保護者の意見を聴取し、事業所運営に反映させています。</li> </ul> |
| <p>2 サービスの質の確保</p>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>サービス内容について、自己評価は実施されておらず、年度末の事業の振り返りに留まっています。</li> <li>標準的な実施方法は「マニュアル」に記載されていますが、提供サービスの手順書としては十分ではなく、見直しの仕組みもありません。</li> <li>日中活動として行っている作業について、個別支援計画に基づき実施され、工賃支払いの算出基準が確立し</li> </ul>   |

|                   |  |
|-------------------|--|
|                   | <p>ています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>記録に関する施設独自の管理規程はなく、職員への研修等も機会が少なく、情報の保護管理の体制は十分とはいえません。</li> </ul>   |
| 3 サービスの開始、継続      | <ul style="list-style-type: none"> <li>施設のリーフレットやホームページはカラー印刷で分かりやすく、暖かみのある紙面となっています。文集の配付や外部者の見学等により、施設の周知を図っています。</li> <li>利用に際しては分かりやすい説明を心がけ、利用者家族の同意を得て、要望を充分聞き取るよう努力しています。退所(他事業所移行)の際には、相談担当者により、サービスが滞る事のないよう対応しています。</li> </ul>   |
| 4 サービス実施計画の策定     | <ul style="list-style-type: none"> <li>年に2回の定期的なアセスメントを実施した上で、関係者が協議をし、利用者の課題ニーズを計画に反映して、サービスを提供する仕組みが構築されています。</li> <li>利用者が必要なサービスが受けられるよう、保護者からの情報等を職員間で共有し、変化があった時にはケース検討会を開催するなど、迅速な対応に努めています。</li> </ul>   |
| 評価対象Ⅳ<br>1 利用者の尊重 | <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の尊重については必要なマニュアルや行動規範等の整備や研修が実施されています。一方、成年後見制度の活用や情報提供等については、外部機関との連携や、利用者、家族への情報提供や支援の仕方など改善の余地があります。</li> <li>日常支援の場では、個々の好みや状態にあったサービスを計画し、職員が情報を共有して支援提供を実践しています。その際は、プライバシーの確保や安全を確保しながら本人の自由を束縛しないように努めています。</li> <li>コミュニケーションが困難な利用者に対しては、保護者から意見や要望をより多く聴取するように、努めています。</li> </ul> |
| 2 日常生活支援          | <ul style="list-style-type: none"> <li>「個別支援マニュアル」を活用して、日常生活支援に関する職員間の情報の共有や研修等も実施されていますが、マニュアル等に一部不足があります。</li> <li>小集団活動や個々の状況や能力に応じ、日中活動のプログラムが実施されています。</li> <li>建物は新築後間もなく、清潔で明るい印象ですが、活用が十分されていないスペースがあり、施設として居心地の良さや地域への開放など工夫や取組が期待されます。</li> </ul>  |

## 5 評価細目の第三者評価結果

注：評価結果については、判断基準に基づいて評価した結果を3段階（A、B、C）で評価細目ごとに表す。

なお、表には評価項目の番号や評価細目の基準内容を明記し、評価分類ごとに区分する。

### 評価細目の第三者評価結果

#### 〔障害者支援施設・障害福祉サービス事業所版〕

#### 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

##### I-1 理念・基本方針

|                          |                       | 第三者評価結果 |
|--------------------------|-----------------------|---------|
| I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。 |                       |         |
| ①                        | 理念が明文化されている。          | A       |
| ②                        | 理念に基づく基本方針が明文化されている。  | A       |
| I-1-(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に周知されている。   | B       |
| ②                        | 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | B       |

##### I-2 事業計画の策定

|                                 |                          | 第三者評価結果 |
|---------------------------------|--------------------------|---------|
| I-2-(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。          | C       |
| ②                               | 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。 | C       |
| I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。        |                          |         |
| ①                               | 事業計画の策定が組織的に行われている。      | B       |
| ②                               | 事業計画が職員に周知されている。         | B       |
| ③                               | 事業計画が利用者等に周知されている。       | B       |

##### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

|                              |                                | 第三者評価結果 |
|------------------------------|--------------------------------|---------|
| I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。     |                                |         |
| 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。      | B       |
| 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。   | B       |
| I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 |                                |         |
| 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。     | B       |
| 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。 | C       |

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 経営状況の把握

|                             |                                | 第三者評価結果 |
|-----------------------------|--------------------------------|---------|
| Ⅱ-1-(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。        | C       |
| 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。 | B       |
| ③                           | 外部監査が実施されている。                  | C       |

### Ⅱ-2 人材の確保・養成

|                                |  | 第三者評価結果 |
|--------------------------------|--|---------|
| Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。       |  |         |
| ①                              | 事業所内の組織について職制・職務分掌を明確にしている。                      | A       |
| ②                              | 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。                         | C       |
| ③                              | 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。                          | C       |
| Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。     |  |         |
| 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       |
| 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。                       | B       |
| Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 |  |         |
| ①                              | 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。                        | C       |
| 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組が行われている。 | C       |
| 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。                     | C       |
| Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。    |  |         |
| ①                              | 実習生の受け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。   | B       |

### Ⅱ-3 安全管理

|                                  |  | 第三者評価結果 |
|----------------------------------|--|---------|
| Ⅱ-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。 |  |         |
| 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。 | B       |
| 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。                 | B       |
| ③                                | 利用者の安全確保のためにリスクを把握している。                      | C       |
| ④                                | 事故防止のための具体的な取組を行っている。                        | C       |
| ⑤                                | 安全を確保するための施設・設備上の工夫がなされている。                  | C       |
| ⑥                                | 安全確保の取組は、マニュアルに基づいて適切に実施されている。               | B       |
| ⑦                                | 事故補償（賠償）を行うための方策を講じている                       | A       |

### Ⅱ-4 地域との交流と連携

|                            |                               | 第三者評価結果 |
|----------------------------|-------------------------------|---------|
| Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 |                               |         |
| ①                          | 利用者と地域とのかかわりを広げる働きかけを大切にしている。 | B       |

|                           |  |   |
|---------------------------|--|---|
|                           | ② 地域生活を身近なものに感じられるよう、利用者に対して様々な機会や情報を提供している。 | B |
|                           | ③ 地域に開かれた事業所である。                             | B |
|                           | ④ 事業所が有する機能を地域に還元している。                       | B |
|                           | ⑤ ボランティアの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 |
| Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 |  |   |
|                           | ① 必要な社会資源を明確にしている。                           | B |
|                           | ② 関係機関等との連携が適切に行われている。                       | B |

|                              |                             |   |
|------------------------------|-----------------------------|---|
| Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 |                             |   |
|                              | ① 地域の福祉ニーズを把握している。          | B |
|                              | 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 |

### 評価対象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

|                             |   | 第三者評価結果 |
|-----------------------------|---|---------|
| Ⅲ-1-(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組を行っている。  | B       |
|                             | ② 利用者の主体的な活動を尊重している。                      | B       |
|                             | ③ 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。 | B       |
|                             | ④ 利用者に対するエンパワメントの理念に基づくプログラムが作成されている。     | C       |
|                             | ⑤ 身体拘束廃止や体罰等の防止に向けた取組が行われている。             | A       |
|                             | ⑥ 利用者の尊厳が守られている。                          | B       |
|                             | ⑦ 利用者のプライバシー保護に関する規定・マニュアル等を整備している。       | B       |
|                             | ⑧ 家族や友人の面会に対する配慮がなされている。                  | A       |
|                             | ⑨ 郵便や電話などの通信機会を確保し、プライバシーへの配慮がなされている。     | B       |
|                             | ⑩ 利用者のプライバシーを保護するような設備上の工夫がなされている。        | A       |
|                             | ⑪ 入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。               | B       |
|                             | ⑫ 排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。                  | B       |
| Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。     |   |         |
|                             | ① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。          | C       |
|                             | ② 利用者の生活空間への配慮がなされている。                    | A       |
|                             | ③ 利用者にくつろぎを与えるための工夫がなされている。               | A       |
|                             | ④ 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。          | B       |
|                             | ⑤ 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       |



|                                  |  |   |
|----------------------------------|--|---|
|                                  | ⑥ 入浴・清拭は、利用者の希望に沿って行われている。                 | A |
|                                  | ⑦ 入浴・清拭時の快適性に配慮した設備上の工夫がなされている。            | A |
|                                  | ⑧ 排泄時の快適性に配慮した設備上の工夫がなされている。               | A |
|                                  | ⑨ 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 |
|                                  | ⑩ 日常の健康管理は適切である。                           | A |
|                                  | ⑪ 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。                    | A |
|                                  | ⑫ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。                    | B |
|                                  | ⑬ 外出は利用者の希望に応じて行われている。                     | B |
|                                  | ⑭ 外泊は利用者の希望に応じるように配慮されている。                 | — |
|                                  | ⑮ 預かり金について、適切な管理体制が作られている。                 | — |
|                                  | ⑯ 新聞・雑誌の講読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。        | B |
|                                  | ⑰ 送迎支援を必要に応じ行っている。                         | B |
| 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。 |  |   |
|                                  | 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 |
|                                  | ② 相談援助の困難な場合についての対応方法がルール化されている。           | B |
|                                  | ③ 事業所等の運営に関して利用者の意見を聞くための取組を行っている。         | A |
|                                  | ④ 利用者のアドボカシー(利用者の権利擁護や代弁機能)に心掛け組織的に対応している。 | B |
|                                  | ④ 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 |
|                                  | ⑤ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。                  | B |

### Ⅲ-2 サービスの質の確保

|                                   |  | 第三者評価結果 |
|-----------------------------------|--|---------|
| Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組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。                    | C       |
|                                   | 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。 | C       |
|                                   | ③ 相談援助に関わる必要な技術や知識が整理され、その技量向上が組織的に図られている。         | B       |
| Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。 |  |         |
|                                   | 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。          | B       |
|                                   | 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。                    | C       |
|                                   | ③ 作業能力の評価や工賃積算方法が定められている。                          | A       |
|                                   | ④ 利用者の状態に合った訓練指導・支援を行っている。                         | A       |
|                                   | ⑤ 働きやすい作業環境が用意され、安全衛生面でも配慮されている。                   | B       |
|                                   | ⑥ 技術研修や作業開拓、製品管理が適正に行われている。                        | B       |
| Ⅲ-2-(3) 提供するサービスに独自の特徴を有している。     |  |         |
|                                   | ① 提供するサービスに独自の特徴を有している                             | A       |
| Ⅲ-2-(4) 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状況の記録が適切に行われている。 | A |
| ② | 利用者に関する記録の管理体制が確立している。        | B |
| 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 |

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

|                                 |  | 第三者評価結果 |
|---------------------------------|--|---------|
| Ⅲ-3-(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。                      | B       |
| 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       |
| ③                               | 利用契約に関する契約書が取り交わされている。                             | A       |
| ④                               | 契約を締結することが困難な利用者に対する配慮がなされている。                     | B       |
| 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。 |  |         |
| 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。          | B       |
| ②                               | 必要に応じて地域生活への個別移行計画が策定され、計画の内容は無理なく地域生活に適應できるものである。 | B       |

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

|                                  |   | 第三者評価結果 |
|----------------------------------|---|---------|
| Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。       |   |         |
| 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       |
| ②                                | 課題（ニーズ）解決の目標を明らかにしている。  | A       |
| 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。 |   |         |
| ①                                | コミュニケーションについて、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。   | B       |
| ②                                | 移動（移乗を含む）について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。   | A       |
| ③                                | 食事（栄養管理を含む）について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。 | B       |
| ④                                | 入浴・清拭について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。       | A       |
| ⑤                                | 排泄について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な実施方法が明示されている。          | B       |
| ⑥                                | 身だしなみや清潔保持について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づく個別・具体的な実施方法が明示されている。  | A       |
| ⑦                                | 利用者の理・美容について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づく個別・具体的な実施方法が明示されている。    | B       |
| ⑦                                | 利用者の心理面に着目した支援を行っている。   | A       |
| ⑨                                | 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       |
| ⑨                                | 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       |

|   |  |   |
|---|--|---|
| ⑪ | 必要に応じて利用者の就労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。         | — |
| ⑫ | 利用者の社会生活に必要な技術や知識の修得に向けた支援について個別、具体的な方法が明示されている。 | — |
| ⑬ | 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 |
| ⑭ | サービス実施計画を適切に策定している。                              | A |
| ⑮ | サービス実施計画の作成において、「説明」と「同意」をマニュアルを定めて実施している。       | A |
| ⑰ | 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 |

