

(様式1)

福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

特定非営利活動法人 ライフサポート樂樂

②施設・事業所情報

名称：社会福祉法人パステル ホーム宙	種別：障害者入所施設
代表者氏名：橋本 裕志	定員（利用人数）：30名
所在地：栃木県下都賀郡野木町若林443-7	TEL 0280-54-1399

③第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年 11月 1日（契約日）～ 平成 29年2月 12日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（今回は初回）

④総評

◇特に評価の高い点

1. 利用者の希望に沿った入浴を実施し、入浴設備も整っている。

入浴は毎日あり、可能な限り利用者の希望に合わせた入浴を行っており、個別で入りたい方への配慮も行いながら対応しています。浴室は床暖房が入っており、床暖房がない浴室には天井にストーブが設置され、快適な入浴環境が整備されています。利用者アンケートからも入浴に対する満足度が非常に高いことを確認することができます。今後も利用者満足度の高い入浴環境の継続を目指してください。

2. クラブ活動、余暇活動支援、外出への支援等が積極的に行われている。

利用者の自治会で意見を出してもらい、余暇活動支援でグループによる外出などが行われています。他にも他事業所と連携したマラソンクラブ等のクラブ活動が行われ、利用者の主体性を尊重した活動が行われています。施設内での活動にとらわれることなく、今後も外部の資源を活用した活動を継続してください。

3. 研修計画・委員会・会議のスケジュールが定められ、計画的に人材育成が行われている。

研修計画・会議の年間スケジュールが定められています。研修も全体のものから入職年数で分けられたものを設けて人材育成を図っています。

リスクマネジメント委員会から提案されたニコリホット運動など、委員会の取り組みが評価されている。管理者同士の会議も多くあり、事業所間の連携をより密にしていけることができるため、今後の会議の活用が期待されます。

◇改善を求められる点

1. 取り組まれていることのマニュアル整備が期待される。

利用者主体の支援を実践されていることをアンケート調査、聞き取り調査で確認することが出来ましたが、標準的な支援の内容などを盛り込んだマニュアルの整備が望まれます。他にも入浴時の支援内容、不眠者への対応など、実践されていることのマニュアル化が行われることで、利用者や保護者、外部への説明も行えることから今後の作成が求められます。

2. 労務環境の整備が期待される。

職員の更衣室、休憩室や休憩時間に配慮した対応が求められます。休憩室の確保やまとまった休憩をとることが難しい現状が見受けられました。職員の疲弊によって利用者主体の支援を行うことが不十分になることが考えられるため、短い時間でも分けて取得できるような取り組みが期待されます。

3. 中・長期事業計画の周知、管理職と職員の相互理解を進めることが期待される。

アンケート調査、聞き取り調査から中・長期計画の策定にあたり、管理職の参画意識、職員の参画意識に差が出ています。また、事業計画の周知が不十分で職員一人ひとりが理解するには至っていません。人事考課では、職員一人ひとりが設定した目標に対する中間面接の実施が行われていません。管理職と職員でそれぞれ理解している部分、理解していない部分が見受けられるため、評価者と職員とのコミュニケーションが一方通行にならないためにも取り組みが求められます。

⑤第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

業務マニュアルにおいて存在するものは現場で生きるマニュアルへと見直し改善すると共に未整備のものは現場の支援に適応する内容で整備し統一されたサービスの提供へとつなげていく。

労務環境においては休憩時間の取得方法や取得する際の場所など詳細を決める等働きやすい職場環境作りに努めていく。

事業計画の策定から実施・振返りについては、全職員が参画できるシステムを作り全員で作った計画で全員が実施し全員で振返り見直ししていけるような組織としていく。

⑥第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

(別紙)

第三者評価結果

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・周知されている。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a・b・c
<p><評価所見></p> <p>「共に支え合う 確かな明日へ」を理念に、基本方針が4つ確立されています。</p> <p>基本方針は①利用者の安心安全の提供と生きがいもてる法人、②地域と密着し共に成長できる地域社会を目指す法人、③期待する職員像に基づき働きがいの職場を目指す法人、④トータルなマネジメントの実現を目指す法人、この4つからなっています。</p> <p>理念、基本方針はホームページ、パンフレットに掲載され、事務所等にも掲示されています。年度はじめには事業計画書の報告とともに理念、経営方針について職員に対して周知を行っています。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a・b・c
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・b・c
<p><評価所見></p> <p>経営状況について管理職の方々は法人マネジメント会議や管理者会議等を通じて把握されています。会議は管理者、事業所、エリア別など重層的に設定され、課題の把握、解決に向けた取り組みが行われています。さらに年間を通したスケジュールが生まれ、一覧表が作成されています。</p> <p>利用者の推移、今後の見通しについては事業計画に示されていますが、法人が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し、分析するまでには至っていません。また、職員アンケート、聞き取りを通して現場の職員の方々には十分に伝わっていない現状が見受けられます。経営環境への取り組みが現場の職員にも届く取り組みが求められます。</p>		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		

4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a・b・c
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a・b・c
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a・b・c
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・b・c
<p><評価所見></p> <p>基本的にはしっかりとした事業計画があり、単年度毎の計画も策定されています。ただ、職員や利用者に対しての周知が不十分に見受けられました。広報誌等を活用するなど周知の余地があると思います。</p> <p>中・長期的な事業計画、単年度毎の事業計画が策定され、年度はじめに職員に対して説明が行われています。職員アンケートからも事業計画が策定されていること、内容について職員に対して周知する取り組みが行われていることが理解できます。</p> <p>事業計画の評価・見直しについては職員によって捉え方に差が出ていて、現場の職員に十分に周知されていない部分があるといえます。</p> <p>施設側から利用者・保護者へ事業計画について周知を行う機会を定めていないことと、職員アンケートからも取り組みが十分でないという意見もあり、今後はより周知していく取り組みが望まれます。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a・b・c
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a・b・c
<p><評価所見></p> <p>個別支援の中でPDCAサイクルに基づく福祉サービスの質の向上への取り組みが行われています。自己評価も定期的に取り組みられています。</p> <p>PDCAサイクルの活用は主に個別支援で行っているため、組織としての取り組みは今後の課題となっています。また、第三者評価の受審が初回のため、評価結果を分析・検討する場を位置づけて実行していくことが望まれます。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		

10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a・b・c
11	Ⅱ-1-(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・b・c
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a・b・c
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a・b・c
<p><評価所見></p> <p>管理者の方がこういう施設にしたい、利用者が快適に過ごせる設備面、職員面での環境を整えることに熱意を持って取り組まれています。まず設備面の整備から取り掛かり、率先して施設内の環境美化に努めていて、見学時にも施設内が清潔で快適に過ごせる環境になっていることが確認できました。</p> <p>職員アンケート、聞き取り調査からは、職員への説明する取り組みが十分に行われていることが確認できませんでした。管理者として熱意を持って取り組んでいる事柄を他の職員にも伝わるように管理者の役割や責任の所在を明確にした書類の作成、説明する取り組みが期待されます。</p> <p>法令等を理解するための取り組みでは、年間を通したスケジュールが定められ、定期的に教育・研修の機会が設けられています。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a・b・c
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a・b・c
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a・b・c
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a・b・c
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a・b・c
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・b・c
<評価所見>		

組織が必要な人材像を明確に示してはいないものの、リスクマネジメント委員会から提案された「ニコリホット運動」の中で、挨拶を行うこと、良いところをほめあう、みんなで作るみんなの施設といった標語を各職員が名札に入れて、虐待防止を含めて施設作りを行っています。

組織として行っている活動をもとに必要とする明確な人材像を文書化していくことで、施設の取り組みを周知することができるため、作成が望まれます。

業務管理シート、人事管理規程によって職員ひとりひとりの総合的な人事管理が行われています。資格取得には資格取得のための費用を貸付する制度があり、条件によっては返還が免除になる制度も取り入れられています。

福利厚生では、親睦会であるパレット会があり、歓迎会や外出などを職員で行って、親睦を深めていく取り組みがなされています。有給休暇は、年度はじめに希望をとって、可能な限り希望に沿うように対応しています。取得状況が人によって差が出ている点は今後の課題といえます。

人員体制では事業拡大予定もあるため、人員不足の状態が続いています。そのため、採用活動には民間の就職サイト、自治体主催の就職関連の機会を活用しています。

教育・研修では、新任職員、2年目研修、中堅職員、チームリーダー研修と階層的に人材育成が図られています。年間を通して虐待防止・権利擁護の研修も設けられています。

実習生の受け入れでは、オリエンテーションやマニュアルが用意され、受け入れ体制を整備しています。受け入れ後の実習内容に関するマニュアルの整備は今後の課題です。

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a・b・c
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a・b・c
<p><評価所見></p> <p>ホームページや広報誌を活用し、財務等の情報公開を行って周知しています。内部監査、外部監査を定期的実施し、透明性の高い経営・運営のための取り組みを行っています。</p> <p>苦情等への対応は苦情受付簿に記載し、事業所内で検討されている。保護者への報告、回答をどのように報告するかの手順は定められていません。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		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。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a・b・c
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受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・b・c
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係	a・b・c

	機関等との連携が適切に行われている。	
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a・b・c
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a・b・c
<p><評価所見></p> <p>事業計画に地域とのかかわり、地域への参加が盛り込まれています。</p> <p>余暇活動支援では、休日等に利用者と買物等にグループ等で外出する機会を設けています。</p> <p>ボランティアを受け入れており、近隣の高校、社会福祉協議会のサマーボランティアについても受け入れを行っています。定期的なものとしてはよさいこいを教えてくれる方、織物を教えてくれる方が来て来ています。他にも他事業所開催のクラブ活動（マラソクラブ等）に利用者が参加出来るように取り組んでいます。</p> <p>他機関、自治体とはケアカンファレンス、認定調査等の際に連絡・連携を適宜行っています。利用者の財産にかかわることは、社会福祉協議会と連携を行っています。年に1回パステルセミナーという施設の実践報告と講師による講演を外部の方、地域住民、保護者の方に向けて行っています。</p> <p>法人の施設の一部を生活困窮児達への居場所として提供し、勉強場所として活用してもらう取り組みを行っています。他にも地域のニーズに対して青年サークル活動を行っており、余暇活動支援、就職後のフォローなど幅広く取り組んでいます。</p>		

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。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉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。	a・b・c
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a・b・c
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a・b・c
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a・b・c
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a・b・c
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a・b・c

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a・b・c
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a・b・c
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a・b・c
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a・b・c
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a・b・c
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a・b・c
<p><評価所見></p> <p>利用者の尊重、基本的人権への配慮について、全体研修として虐待防止や成年後見の研修が設けられ、マニュアルが整備されています。さらに職員だけでなく理事も参加し、法人全体としての取り組みが行われています。</p> <p>意思決定が困難な利用者に対しては保護者の同席を得ながら説明を行っています。分かりやすい資料などはまだ作成されていません。</p> <p>苦情解決の体制では、苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置が整備されています。保護者への回答、回答する手順、ルールについては明確にされていません。</p> <p>利用者の自治会があり、余暇活動支援を行うとともに、意見を出しやすい環境を整備しています。利用者と担当職員では交換日記のような形で意向を確認する試みを行っています。</p> <p>一人ひとりのプライバシーに配慮した生活、夜間のケア、入浴時の対応を行っていますが、規程やマニュアルは整備されていません。</p> <p>リスクマネジメント委員会の中で安心・安全な福祉サービスの提供について話し合いが行われています。その中でニコリホット運動～虐待防止に努めるスローガン～が提案され、職員に定着している。ヒヤリハットについても収集が行われています。</p> <p>感染症の予防、対応では感染症マニュアルが作成され、看護師を中心として施設内部の研修を行っています。</p> <p>災害時の対応は災害時マニュアルが整備され、避難訓練を行い、組織として体制を確保しています。災害時には数日間ライフラインが停止することも予測した対応も記載され、備蓄についても十分に準備されています。消防計画、連絡網の変更等の定期的な見直しも行われています。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a・b・c

41	Ⅲ-2-(1)-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・c
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a・b・c
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a・b・c
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。	a・b・c
45	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・b・c
<p><評価所見></p> <p>アセスメントシートを利用し、個別支援計画作成を行っています。半年に一度見直しを行い、会議記録が残されています。支援計画に入りきらないニーズも会議で取り上げ、利用者の意向を把握することに努めています。記録は回覧することで他職員に周知が行われています。</p> <p>利用者の身体状況、生活状況の記録は統一した書式によって記録が残されています。夜間等に別途記載が必要な方は、排泄なら排泄のシートに詳細が記録される体制をとっています。記録の方法は新任職員研修で指導等を行っています。</p> <p>今後の課題として、標準的な福祉サービスの実施方法を文書化する試みが挙げられます。</p>		

A-1 利用者の尊重

		第三者評価結果
A-1-(1) 利用者の尊重		
A-1-(1)-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・b・c
A-1-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	a・b・c
A-1-(1)-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。	a・b・c
A-1-(1)-④	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。	a・b・c
A-1-(2) 権利擁護		
A-1-(2)-①	成年後見制度や日常生活自立支援事業(地域福祉権利擁護事業)の活用を推進している。	a・b・c
A-1-(3) 契約内容変更		
A-1-(3)-①	契約内容変更等の手続きは適正に行われている。	a・b・c

評価所見

ニコリホット運動に表れているように、まずは挨拶を職員から行うことを心掛けています。意思伝達に制限がある方には日常のジェスチャーの意味を考えたり、時にはジェスチャーに意味を持たせることができるか、個別支援計画や利用者に関する会議で検討されています。

利用者の主体的な活動を尊重し、利用者による自治会で意見を出してもらい、月に8日程度外出なども含め、余暇支援活動に繋げています。

利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムそのものは用意されていませんが、手拭きのタオルたたみなど、出来ることを依頼して利用者にも参加してもらうような取り組みがなされています。職員が主導で行うのではなく、見守りながら補助する支援の方式を採用しています。

職員に対しては研修で理解を促し、施設の保護者会による研修では成年後見制度利用を促す取り組みが行われています。

契約内容変更時の手続きでは主にご家族に対して行われ、押印して確認をとっています。利用者への説明については分かりやすい資料作成など今後の対応が期待されます。

A-2 日常生活支援

		第三者評価結果
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。	a・b・c
	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。	a・b・c
	A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a・b・c
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・b・c
	A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a・b・c
	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a・b・c
A-2-(3) 排泄		
	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a・b・c
	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a・b・c
A-2-(4) 衣服		
	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。	a・b・c
	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。	a・b・c
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・b・c
	A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a・b・c
A-2-(6) 睡眠		
	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a・b・c
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・b・c
	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
	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・b・c
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
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
	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
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
	A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a・b・c
	A-2-(10)-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。	a・b・c
	A-2-(10)-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。	a・b・c

A-2-(13) 自治組織		
	A-2-(13)-① 利用者の自主性と意思が尊重されるような自治のための仕組みがある。	a・b・c
A-2-(14) 家族との連携		
	A-2-(14)-① 家族との連携・交流を適切に支援している。	a・b・c

評価所見

<食事>

食事は外部の業者に委託しており、食事形態によってリスト化して、利用者の状態、要望に合わせて対応を行っています。定期的に嗜好調査を行って、その結果を献立に反映しています。季節食を取り入れて、季節、行事にあわせた食事が提供されています。嗜好調査は文章ではなく、絵で示して利用者にも分かりやすいように工夫が施されています。

喫食環境への配慮では、朝と夜は二部制に分け、食事時間を分けています。介助が必要な方、食事に時間がかかる方がいるため、利用者に合わせて調整を行っています。

<入浴>

入浴は個別チェックリストを用意して、健康状態を把握しています。入浴は毎日あり、男女を時間で区切って、男女の入れ替え時にはお湯の入れ替えも行っています。検温時に37℃以上ある場合は看護師に入浴可能か、清拭対応にするかなど連携を行っています。

可能な限り利用者の希望に合わせた入浴を行っており、入浴時間、個別で入りたい方への配慮、脱衣所や浴室のプライバシーの保護に配慮しながら対応しています。浴室は床暖房が入っており、冬でも暖かな入浴環境を整備しています。床暖房がない浴室には天井にストーブが設置されています。広い一般浴、個浴など、利用者の状態、希望に合わせた入浴が可能となっています。利用者アンケートからも入浴に対する満足度が非常に高いことを確認することができます。

<排泄>

排泄介助は2人部屋が基本となることから、深夜の介助は同室の利用者もいるため、トイレまで移動し静かに行っています。排泄の個別リストには夜間等への対応も詳細に記録が残されています。トイレは清潔に保たれ、車椅子の方でも利用できる設備が設置されています。

<衣類・整容>

衣類の着替えは汚れ以外でも希望があれば対応を行っています。可能な限り利用者の意向に基づいた衣類を着てもらおうように心掛けていますが、意向を確認することが難しい場合やご家族が用意することが多いこともあり、意向の把握までには至らない現状が見受けられます。

訪問利用を月に2回依頼しており、利用者の要望に合わせて利用を行っています。外部の理髪店、美容院の利用希望者は今のところ出てきていません。美容に関してマニキュア等を希望される方がいれば職員が可能な範囲で対応を行っています。

<健康管理>

安眠環境では、定時巡視を行い、利用者の見守りを行っています。不眠者への対応ではマニュアルがなく、対応方法について検討が必要となっています。

健康管理では、年に2回の健康診断が行われています。協力的な医療機関を複数確保しており、緊急時対応マニュアルも整備されています。内服薬は朝・昼・夜で色別に分けて管理し、適切に

服薬できるように取り組まれています。

<自治会・外出等>

自治会で利用者からの意見を出してもらい、ボランティアを受け入れて公共交通機関を利用したの遠方への外出も積極的に行っています。外出に関するルールはないものの、その都度、要望に応じて対応を行っています。外出時の不測の事態に備え、写真や名前、連絡先が記載された身分証をつけてもらうようにしています。外出、外泊は利用者、ご家族の希望に沿って行われ、外出・外泊簿に記録を残しています。

<金銭管理>

利用者の預かり金については、規程を定め、責任の所在を書類で明確にしています。年金管理要綱を定め、同意書や委任状等の書類も整備されています。出納帳にレシートを添付し、毎月残高を保護者へ報告しています。

<嗜好品>

新聞・テレビ等の利用は利用者の希望に沿って行うことができます。嗜好品は利用者から要望があれば対応を検討することができます。

<家族との連携>

ご家族には保護者会、行事予定のお知らせ、保護者を招いての食事会等で利用者の様子を報告したり、交流をはかる取り組みを行っています。

サービス改善計画及びサービス改善実施状況報告書

「福祉サービス第三者評価」を踏まえたサービス改善計画・実施状況

事業所名	社会福祉法人パステル 施設入所支援 ホーム宙（そら）
------	-------------------------------

項目	評価結果に基づく現状分析 (平成28年度)	改善計画 (平成28年度2月末時点)	実施状況（予定を含む） (平成29年2月26日時点)
マニュアルの整備について	障害者支援施設における起床支援から整容・食事・排泄・歯磨き・服薬・入浴・就寝等、生活全般への支援においてマニュアルが整備されているものと未整備のものがある。又、整備されていても現状に沿っていない事から、日々の支援に活用されていないものも存在する。様式等も現場で活用しやすい内容への改善が必要となる。	存在するマニュアルについては様式を統一すると共に、分かりやすく活用しやすい内容へと改善する。新たに作る必要があるマニュアルについては、支援スタッフの提案を元にフローチャート等を活用し分かりやすく作成し実践する。	1 実施済み 2 実施予定 (平成29年 3月頃) 具体的には以下のとおりです。 平成29年3月から見直しを実施し、全てのマニュアルを見直し、又は新たに作成し活用するには1年間の期間を必要とする。
労務環境の整備	職員の更衣室は多目的室等と併用し、休憩時間については、利用者さんと一緒にコミュニケーションをとりながら休むといった捉え方でおこなってきた。介助の必要度が高い利用者さんも増えてきた事から、休憩と勤務の境が曖昧になってしまっている。	利用者さんの日課（プログラム）からスタッフが交代で抜けられる時間を読み取り、仕事から離れ休憩の取れる時間を確保する。時間を確保出来ない場合はプログラムの変更等も検討していく。休憩する場所については宿直室や多目的室、事務所など時間によって使える部屋は十分にある為、活用していく。	1 実施済み 2 実施予定 (平成29年 3月頃) 具体的には以下のとおりです。 各勤務時間帯における業務内容を見直し、休憩時間を作り出す事から始める。

<p>事業計画の周知と管理職・職員との相互理解</p>	<p>事業計画は年度初めに全職員に配布し周知しているが、説明不足から周知が不十分になってしまっている。又、計画の策定にあたっては全職員が参画出来ていない為、意識に差が出てしまっている。</p> <p>人事考課の中間評価においては勤務状況により面接出来なかった職員も出てしまい、一方通行なコミュニケーションになってしまった。</p>	<p>次年度事業計画作成においては全職員の意見が反映できるよう作成段階における工夫をおこなう。周知方法については年度初めのみならず、年度途中にも振り返りをおこない理解を深めていく。</p> <p>人事考課の中間評価においては、しっかりと時間をかけて面接をおこないコミュニケーションを図りお互いの理解を深める事で業務内容の向上に務める。</p>	<p>1 実施済み 2 実施予定 (平成29年 3月頃) 具体的には以下のとおりです。</p> <p>29 年度事業計画作成にあたって、事業内容の改善点や新たに取り組む業務について会議等を通して職員から意見の徴収をおこなっている。</p>
-----------------------------	---	---	--

サービス改善計画・実施状況の公表について (○をつけてください。)

1 公表した (公表時期・公表方法)

2 公表する (公表予定時期・公表方法)

↳ これから公表する事業所は公表後速やかに県社協あて御連絡ください。

※公表方法：ホームページ、紙媒体で受付に設置等