

評価報告概要表

■第三者評価機関

| | |
|-------|-------------------|
| 名 称 | 社会福祉法人 山口県社会福祉協議会 |
| 評価調査日 | 平成20年2月26日(火) |

■福祉サービス事業者情報

| | | | |
|------------|-------------------------|----------|--------------|
| 名 称 | 下関市 陽光苑 | 種 別 | 養護老人ホーム |
| 代表者氏名 | 苑 長 松永 実敏 | 開設年月日 | 平成4年11月1日 |
| 設置者 | 下 関 市 | 定員(利用人数) | 130名(126名) |
| 所在地 | 〒759-6534 下関市大字永田郷158-1 | | |
| 電話番号 | 0832-86-2125 | FAX番号 | 0832-86-2625 |
| ホームページアドレス | | | |

■総 評

全体を通して(事業所の優れている点、独自に工夫している点など)

◇特に評価の高い点

施設の理念・基本方針に基づいた中・長期計画が整備され、施設のあり方や職員の取り組むべき方向性が明らかにされている。また、その実現に向けて、施設長のリーダーシップのもとに、施設サービスの向上を目指した「体質改善委員会」が設置され、施設運営の全般にわたるマニュアルなどの整備、また、利用者満足の向上を目指す目的で設置された、利用者が主体となって活動を行っている「自治会」のサポートや意見箱の回答を迅速・オープンに行うなどの取り組み、自己評価の積極的な職員の参加など、職員のチームワークの良さや福祉サービス向上にむけてのモチベーションの高さなども評価の高い点である。

◇改善を求められる点

職員の研修について、職員一人ひとりについての研修計画は策定されておらず、また、職場外研修後の報告などが十分でないので、来年度は施設内に「研修委員会」を設置し、職員一人ひとりの研修体制の充実を図られるとのことであった。そうすることにより、さらなる向上意欲につながると思われるので、ぜひ取り組んでいただきたい。プライバシーの保護については、構造上の問題もあるため、すぐに改善することは難しいと思われるが、今一度、施設内で検討・協議されることを期待します。サービス実施記録の管理体制が確立されておらず、個人情報保護と情報開示の観点からも取り組んでいただきたい。

■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

今回の受審では、評価基準に沿って、職員全体で業務の改善や生活の質の向上に取り組めたことが良かったと感じます。

受審後の現在も、職員のモチベーションを高く持つことが意識付けられ、福祉サービス第三者評価事業を受けたことが全てにおいてプラスに働いており、大変意義のあるものとなりました。

今後は、今回の結果をもとに更なる向上を目指し、皆様に安心した生活を送って頂けるよう取り組み、また下関市陽光苑の特色でもある「地域との交流」や「アクティビティ」を更に充実させ、趣味や生きがいの持てる機会を、皆様に提供していけるよう努めていきたいと思っております。

評価報告概要表

■評価分野別評価結果(分野別の特記事項)

| I 福祉サービスの基本方針と組織 | a | 6 | b | 6 | c | 0 | Na | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|----|---|
| <p>理念や基本方針は、施設のめざす方向性が文書にて分かりやすく表明されており、朝礼時には唱和を行うなど職員には周知されているが、利用者や家族に対しての周知への取り組みがやや不十分であるので、今後工夫されることが望まれます。また、管理者のリーダーシップが発揮され職員にも表明されているが、施設に関わる幅広い法令の理解といった点ではやや不十分であるので、法令集の書籍をリスト化するなどの取り組みを行い、さらなるサービスの質の向上をめざしていただきたい。</p> | | | | | | | | |

| II 組織の運営管理 | a | 8 | b | 11 | c | 3 | Na | 0 |
|---|---|---|---|----|---|---|----|---|
| <p>最も重要な課題は、職員一人ひとりに対しての組織としての教育・研修計画が策定されておらず、職員の質の向上に向けた体制の確立の不備であると思われます。個別職員の教育・研修について、仕組み作りの検討を期待します。安全管理については、リスクマネジメントに関する指針を策定し、組織として想定される各種マニュアルを整備し、危機管理委員会を発足させ、職員参加のもとで利用者の安全を確保する取り組みが行われており評価できる。</p> | | | | | | | | |

| III 適切な福祉サービスの実施 | a | 5 | b | 15 | c | 2 | Na | 0 |
|---|---|---|---|----|---|---|----|---|
| <p>利用者満足の取り組みとして、施設内に自治会を設置し、懇談会を持つなどの取り組みや日常生活に対するアンケートを実施し結果を掲示していることなどから積極的な取り組みであると評価できます。しかしながら、日常生活の支援について、サービス提供マニュアルは整備されているが、標準化されたサービスの実施についての検証が十分とは言えず、サービス提供については全職員参画による分析・評価を定期的に行う取り組みと、記録の管理体制が確立されていないので、早急な改善に期待します。</p> | | | | | | | | |

| IV 良質な個別サービスの実施 | a | 11 | b | 16 | c | 0 | Na | 1 |
|--|---|----|---|----|---|---|----|---|
| <p>各棟内で担当制を設けられるなどして、良質な個別サービス提供に努力されています。また、理・美容の支援や個別の余暇支援について、クラブ活動の充実、地域行事への参加・交流など職員が側面的に支援し適切に配慮されている。しかしながら、プライバシーの保護やADL低下に伴う設備面は課題が残るため、今後はさらに利用者の個々を尊重した支援と工夫を期待します。</p> | | | | | | | | |

IV 良質な個別サービスの実施(高齢者福祉施設)

| 【 評価項目 】 | | 判断の理由 | |
|----------|---|-------|----|
| A-1 | 利用者の尊重 | a | Na |
| (1) | 利用者の尊重 | | |
| 1 | 利用者との信頼関係を構築するための取り組みが積極的に行われている。 | ○ | |
| 2 | 利用者の意向を十分に尊重している。 | ○ | |
| (2) | 利用者の権利擁護 | | |
| 3 | 利用者の権利を擁護する具体的な取り組みが行われている。 | ○ | |
| (3) | 家族との連携・交流 | | |
| 4 | 家族との連携・交流が積極的に行われている。 | ○ | |
| (4) | 生活環境づくり | | |
| 5 | 利用者が過ごしやすい環境づくりに取り組んでいる。 | ○ | |
| (5) | 終末期ケア | | |
| 6 | 終末期の場所等の選択に配慮がなされている。 | | ○ |
| A-2 | 日常生活支援 | | |
| (1) | 食事 | | |
| 7 | 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。 | ○ | |
| 8 | 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工夫されている。 | ○ | |
| 9 | 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。 | ○ | |

| 【 評価項目 】 | | 判断の理由 | | | |
|------------------------|---|-------|---|---|----|
| (2) | 入浴 | a | b | c | Na |
| 10 | 1 入浴は、利用者の身体状況や介助方法など個人的事情に配慮している。 | | ○ | | |
| 11 | 2 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。 | | ○ | | |
| 12 | 3 浴室・脱衣場等の環境に配慮している。 | | ○ | | |
| (3) 排泄 | | | | | |
| 13 | 1 排泄介助は利用者の身体状況や介助方法など個人的事情に配慮している。 | | ○ | | |
| 14 | 2 トイレ環境に配慮している。 | ○ | | | |
| (4) 移乗・移動 | | | | | |
| 15 | 1 移乗・移動介助は、利用者の身体状況や介助方法など個人的事情に配慮している。 | | ○ | | |
| (5) 外部介護サービスの利用 | | | | | |
| 16 | 1 外部の介護サービスの利用ができるよう必要な支援を行っている。 | | ○ | | |
| (6) 認知症利用者への対応 | | | | | |
| 17 | 1 認知症利用者への対応が適切に行われている。 | | ○ | | |
| (7) 整容 | | | | | |
| 18 | 1 利用者の身だしなみや清潔への配慮について支援が行われている。 | | ○ | | |
| 19 | 2 利用者の個性や好みを尊重し、整容・美容への支援を行っている。 | ○ | | | |

| 【 評価項目 】 | | 判断の理由 | | | |
|-------------------------|------------------------------------|-------|---|---|----|
| | | a | b | c | Na |
| (8) 睡眠 | | | | | |
| 20 | 1 安眠できるように配慮している。 | | ○ | | |
| (9) 健康管理 | | | | | |
| 21 | 1 日常の健康管理は適切である。 | | ○ | | |
| 22 | 2 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。 | ○ | | | |
| 23 | 3 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。 | ○ | - | | |
| (10) 外泊、外出 | | | | | |
| 24 | 1 外出、外泊は利用者の希望に応じて行われている。 | ○ | | | |
| (11) 所持金・預かり金の管理 | | | | | |
| 25 | 1 預かり金について、適切な管理体制が作られている。 | ○ | | | |
| A-3 自立支援 | | | | | |
| (1) 機能回復 | | | | | |
| 26 | 1 利用者の心身の状況に応じた機能回復の支援が適切に行われている。 | | ○ | | |
| (2) 生きがいづくり | | | | | |
| 27 | 1 利用者の余暇活動や生きがいづくりへの支援が適切に行われている。 | ○ | | | |
| (3) 地域生活への移行 | | | | | |
| 28 | 1 利用者の状況に応じ、地域生活への移行についての支援を行っている。 | | ○ | | |

寝具などは利用者の私物の使用を認めており、不眠等により居室に影響を及ぼす場合、一時的に使用できる部屋は用意されているが、夜間の個別支援の記録の整理といった点では十分な取り組みでないと判断し、b評価とした。

健康管理ガイドラインや緊急時対応マニュアル、じよく痛予防に関するガイドラインなどが整備され、インフルエンザの予防接種を行うなどの健康管理に努めていることは確認できたが、口腔衛生や耳鼻科疾患の対応など幅広い対応には至っておらず、b評価とした。

緊急時対応マニュアルを整備し、健康面に要請があった場合はすぐに対応できる体制がとられていることが確認されたため、a評価とした。

服薬に関するガイドラインを策定し、誤薬があった場合の対応についても明記され、職員に徹底・実践されている。また、利用者それぞれの服薬内容を一覧表化し、それを職員に配付し周知に努めているなどの取り組みがあり、a評価とした。

外出・外泊については、手順や方針をガイドラインにまとめ、利用者主体のルールを設け利用者にも周知・徹底されており、a評価とした。

利用者の預かり金については、「貴重品取り扱い要綱」「本人支給金事務処理要綱」により、責任者を明確にし相互チェックなど適切な管理体制が整備されていると確認できたため、a評価とした。

日常生活リハビリやレクリエーション参加による機能回復に取り組まれているが、利用者個々の状態を把握したリハビリ実施までには至っておらず十分ではないと判断し、b評価とした。

利用者一人ひとりの余暇活動やクラブ活動を支援する体制が整っており、職員が側面的な支援をしていることが認められたので、a評価とした。

地域生活への移行支援として、必要な情報や資料を用意して利用者や家族の相談に応じているが、体制が十分整っているとば言えないと判断し、b評価とした。

第三者評価結果表

施設名 下関市陽光苑

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

| 【評価項目】 | | 判断の理由 | | | |
|-----------------------------|----------------------------|-------|---|---|----|
| 1 | 理念・基本方針 | a | b | c | Na |
| (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。 | ○ | | | |
| 2 | 理念に基づく基本方針が明文化されている。 | ○ | | | |
| (2) 理念や基本方針が周知されている。 | | | | | |
| 3 | 1 理念や基本方針が職員に周知されている。 | ○ | | | |
| 4 | 2 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | ○ | | | |
| 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。 | | | | | |
| 5 | 1 中・長期計画が策定されている。 | ○ | | | |
| 6 | 2 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。 | ○ | - | | |
| (2) 計画が適切に策定されている。 | | | | | |
| 7 | 1 計画の策定が組織的に行われている。 | ○ | | | |
| 8 | 2 計画が職員や利用者等に周知されている。 | ○ | | | |

理念は明文化され、法人の使命が文書や広報誌に記載、施設内へ掲示されていることが確認できたため、a評価とした。

理念に基づいた基本方針が明文化され、広報誌の記事や施設内に掲示されており、職員の行動規範となるような具体的な内容、かつ整合性が確保されていたため、a評価とした。

施設内への掲示、事業計画書の配付を行うとともに、朝礼時には職員が唱和を行い周知徹底が図られていると確認できたため、a評価とした。

利用者や家族に文書が配付されているが、分かりやすい説明や継続的な取り組みが十分でないと判断し、b評価とした。

3年間の中・長期計画が策定され、文書として確認できたため、a評価とした。

単年度の事業計画が中・長期計画を反映したのものとなっていることが確認できたため、a評価とした。

事業計画は、利用者のニーズを反映したものとなっているが、職員参画のもとで評価・見直しなど組織的に策定する体制は十分でないと判断し、b評価とした。

職員には、職員会議などで説明を行い、利用者には施設内への掲示などで周知されているが、家族に対しては具体的な取り組みは十分でないと判断し、b評価とした。

| 【 評価項目 】 | | 判断の理由 | | | |
|----------|------------------------------------|-------|---|---|----|
| | | a | b | c | Na |
| 3 | 管理者の責任とリーダーシップ | | | | |
| | (1) 管理者の責任が明確にされている。 | | | | |
| 9 | 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。 | ○ | | | |
| 10 | 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。 | | ○ | | |
| | (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | | | |
| 11 | 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。 | | ○ | | |
| 12 | 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。 | | ○ | | |

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

| | | | | | |
|----|------------------------------------|---|---|---|--|
| 1 | 経営状況の把握と開示 | | | | |
| | (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | | | |
| 13 | 1 事業経営をとりまき環境が的確に把握されている。 | ○ | | | |
| 14 | 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。 | ○ | | | |
| 15 | 3 外部監査が実施されている。 | | | ○ | |
| 16 | 4 運営内容の開示が適切に行われている。 | | ○ | | |
| | 2 人材の確保・養成 | | | | |
| | (1) 人事管理体制が整備されている。 | | | | |
| 17 | 1 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。 | | ○ | | |

| | 【 評価項目 】 | a | b | c | Na | 判断の理由 |
|----|---|---|---|---|----|---|
| 18 | 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。 | | | ○ | | 人事考課は実施されていないので、c評価とした。 |
| 19 | (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。 2 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。 | | ○ | | | 有給休暇の取得状況や時間外労働に関して毎月チェックされているが、職員の就業状況や意向を聞くなどの個別対応等の機会や、その結果を分析・検討し改善に向けたプログラムの取り組みについては十分でないかと判断し、b評価とした。 山口県健康福祉財団、福祉医療機構退職共済制度、全国社会福祉事業団協議会の年金共済制度に加入しているので、a評価とした。 |
| 20 | (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。 | ○ | | | | 中・長期計画の中で、職員の人材育成は明示されているが、教育・研修等の明示が十分でないかと判断し、b評価とした。 |
| 21 | 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。 | | ○ | | | 職員の経歴年数、職務に配慮した研修を行っているが、個別の職員に対して教育・研修計画が組織的に取り組まれているものではないと判断し、b評価とした。 |
| 22 | 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。 | | | ○ | | 研修終了後の報告が十分にできておらず、評価や見直しが定期的に行われていると確認できなかったため、c評価とした。 |
| 23 | (4) 実習生の受け入れが適切に行われている。 | | | | | |
| 24 | 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。 | | ○ | | | 実習生受け入れに関する基本姿勢は明示されており担当者も設置しているが、マニュアルの整備が十分でないかと判断し、b評価とした。 |
| 25 | 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。 | | ○ | | | 実習生の受け入れはあるが、実習生の多様な種別に対してのプログラムの準備等、育成についての取り組みは十分でないかと判断し、b評価とした。 |
| 26 | 3 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。 | | ○ | | | 利用者の安全確保のために、リスクマネジメントに関する指針を策定し、リスクの種別や場面に応じたマニュアルを整備し、危機管理委員会を設置し、組織を挙げて取り組んでいる事が確認できたため、a評価とした。 |
| 27 | 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。 | ○ | | | | 毎月、危機管理委員会を開催し、「ヒヤリハット事例」についての検討や要因の分析と対応・評価などについて組織的に見直す体制が整備されていることが確認できたため、a評価とした。 |

| 【 評価項目 】 | | 判断の理由 | |
|----------|-------------------------------------|-------|----|
| | a | b | c |
| 4 | 地域との交流と連携 | | Na |
| (1) | 地域との関係が適切に確保されている。 | | |
| 28 | 1 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。 | ○ | |
| 29 | 2 事業所が有する機能を地域に還元している。 | ○ | |
| 30 | 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。 | ○ | |
| (2) | 関係機関との連携が確保されている。 | | |
| 31 | 1 必要な社会資源を明確にしている。 | ○ | |
| 32 | 2 関係機関等との連携が適切に行われている。 | ○ | |
| (3) | 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。 | | |
| 33 | 1 地域の福祉ニーズを把握している。 | ○ | |
| 34 | 2 地域の福祉ニーズに基づき事業・活動が行われている。 | ○ | |

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

| 利用者本位の福祉サービス | | | |
|--------------|--|---|---|
| | a | b | c |
| (1) | 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | | |
| 35 | 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。 | ○ | |
| 36 | 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。 | ○ | |

| | 【評価項目】 | a | b | c | Na | 判断の理由 |
|----|--|---|---|---|----|--|
| | (2) 利用者満足の向上に努めている。 | | | | | |
| 37 | 1 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。 | ○ | | | | 施設内に「老人自治会」を設置するといった取り組みや、面会者にアンケートの協力を依頼する、意見箱の要望に対して、回答・改善していくよう努めているなどの取り組みが整備されていることが確認できたため、a評価とした。 |
| 38 | 2 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。 | ○ | | | | アンケート調査や意見箱の要望についてなどの結果を掲示、老人自治会との懇談内容を職員に回覧するなど利用者満足の把握につとめているが、検討会議記録などの整備が十分でないとは判断し、b評価とした。 |
| | (3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。 | | | | | |
| 39 | 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。 | ○ | | | | 利用者への相談援助に関するガイドラインを策定し、職員に活用されている。また、職員による個別相談が実施されており、3か月毎に職員の担当を替え、利用者が意見などを述べやすい環境が整備されていることが確認できたため、a評価とした。 |
| 40 | 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。 | ○ | | | | 苦情解決の体制が整備され、掲示板などに明示し、苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族にフィードバックしており苦情解決の仕組みが整備されていることが確認できたため、a評価とした。 |
| 41 | 3 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。 | ○ | | | | 苦情解決の仕組みが構築されておりそれに基づいて迅速に対応しているが、意見や提案のあった事例について職員会議で検討されているものの、サービス改善に十分反映できているとは言えないと判断し、b評価とした。 |
| | 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。 | | | | | |
| 42 | 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。 | ○ | | | | サービス内容について、第三者評価基準を用い、定期的に評価を行う体制が整備されているが、PDCAサイクルを継続して実施するまでには至っていないと判断し、b評価とした。 |
| 43 | 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。 | ○ | | | | 職員会議・体質改善委員会などで取り組む課題を共有し改善に努めてはいるものの、それらを文書化するなどの体制整備が十分でないとは判断し、b評価とした。 |
| 44 | 3 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。 | ○ | | | | 改善問題について、職員間で分析・検討するなどの努力はされているが、改善計画の策定など課題が確認されたため、b評価とした。 |
| | (2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。 | | | | | |
| 45 | 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。 | ○ | | | | 各種業務マニュアルが整備され、それに基づいてサービスの提供を行うよう心がけてはいるが、実施状況を確認する組織的な仕組みや取り組みが十分でないとは判断し、b評価とした。 |
| 46 | 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。 | ○ | | | | 定期的または随時に職員会議などで検討・見直しが行われているが、改善された内容についてのマニュアル整備までには至っていないとは判断し、b評価とした。 |

| 【 評価項目 】 | | 判断の理由 | | | |
|------------------------------|---|-------|---|----|---|
| | a | b | c | Na | |
| (3) サービス実施の記録が適切に行われている。 | | | | | |
| 47 | 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。 | ○ | | | 利用者個別のアセスメントシート、支援計画、経過記録、担当者会議録などの記録がされているが、職員間で記録内容の工夫や共通理解のもとでの活用という点で十分でない」と判断し、b評価とした。 |
| 48 | 2 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | ○ | | | 記録は適切に保管管理されていることが確認できたが、記録管理に関する管理体制についての規程が定められていないため、c評価とした。 |
| 49 | 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。 | ○ | | | 利用者の状況に関する情報については、回覧にて職員への周知をしているが、情報を共有するための組織的な仕組みの整備については確認できなかったため、c評価とした。 |
| 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。 | | | | | |
| 50 | 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。 | ○ | | | パンフレットを市役所に配置したり、地区民生委員や関係機関ケースワーカーなどにも配布し説明を行っていることや、見学者を希望に応じて受け入れるなどの取り組みが確認できたため、a評価とした。 |
| 51 | 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。 | ○ | | | 利用開始時に、重要事項説明書等を説明し、利用者や家族に同意を得ているが、理解しやすい工夫や配慮という点で十分と判断するに至らなかったため、b評価とした。 |
| (2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。 | | | | | |
| 52 | 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。 | ○ | | | 担当者を含め、施設変更や家庭復帰などの希望に応じて、その後の相談にのるなどの継続性への配慮がみられるが、相談方法や説明内容を記載した手順書などの文書の整備までには至っていないため、b評価とした。 |
| 4 サービス実施計画の策定 | | | | | |
| (1) 利用者のアセスメントが行われている。 | | | | | |
| 53 | 1 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。 | ○ | | | 統一した様式により半年に一度はアセスメントを行っていることが確認できたが、手順が定められていないため、b評価とした。 |
| 54 | 2 利用者の課題を個別のサービス場ごとに明示している。 | ○ | | | 個別支援計画にニーズや課題を明示し、記録されていることを書面により確認できたため、a評価とした。 |
| (2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。 | | | | | |
| 55 | 1 サービス実施計画を適切に策定している。 | ○ | | | 利用者の個別支援計画が策定されているが、利用者参加への配慮が不十分で、手順や仕組みや体制が十分に機能していないと判断し、b評価とした。 |
| 56 | 2 定期的な評価・見直しはされているものの、手順が定められておらず、十分機能していないと判断し、b評価とした。 | ○ | | | 定期的な評価・見直しはされているものの、手順が定められておらず、十分機能していないと判断し、b評価とした。 |