

(別添2)

事業評価の結果(評価対象)

福祉サービス種別: 生活介護・施設入所支援・生活訓練
 事業所名(施設名): 西駒郷駒ヶ根支援事業部

第三者評価の判断基準

- a・・・着眼点をすべて実施している状態
 - b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態
 - c・・・着眼点を一つも実施していない状態
- 実施していない状態
 実施している状態

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着眼点 | 講評 (評価分類ごと) |
|--------------|-------------------|------------------------|--|----|---|--|
| 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を明示している。 | 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 | 155 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。 | 人権についての勉強会・研修会が行われていることが記録にて確認できました。 |
| | | | 156 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。 | | 身体拘束について、規則に従い利用者の家族の同意を得ると共に必要書類に適切に記録されている。 | |
| | | | 157 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。 | | | |
| | | | 158 身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。 | | | |
| | | | 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。 | A | | 159 利用者の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、組織として具体的に取り組んでいる。 |
| | | | 160 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。 | | 建物・設備において、新しい建物と年数の経過している建物には大きな差があります。同じ費用を支払っていても受けるサービスに差を感じてしまうかと思われます。今後平等な生活環境の下で生活が送れるよう検討されることを期待します。 | |
| | | | 161 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。 | | | |
| | | | 162 利用者や保護者に関する情報の収集は、本人及び保護者の同意のもとサービス提供に必要な最小限の範囲としている。 | | | |
| | | | 163 記録されている個人情報は、利用者及び保護者の求めに応じて開示している。 | | | |
| | | | 164 外部に提出する個人情報は、利用者及び保護者の同意を得ている。 | | | 個人情報について、施設運営規定に則り、適切に保護されている。 |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着眼点 | 講評 (評価分類ごと) |
|------|------|------------------------|-----------------------------|----|---|---|
| | 1 | (2) 利用者満足の上 に努めている。 | 利用者満足の上を意図し た仕組みを整備している。 | A | 165 利用者満足の上を目指す姿勢を明示した文書がある。 166 利用者満足に関する調査を定期的に行っている。 167 利用者満足を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取、保護者懇談会を定期的に行っている。 168 利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。 | 利用者満足度調査を年一回行い、その内容を公表しており、ホームページでも閲覧できる。 利用者満足度調査の結果について認識し、その原因についても分析がされている。今後の改善に向けた更なる取り組みに期待しています。 |
| | | | 利用者満足の上に向けた 取り組みを行っている。 | B | 169 利用者満足に関する調査の担当者・担当部署の設置や、把握した結果を分析・検討するために、本人及び保護者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。 170 分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。 171 標準化したサービスの他、利用者の状況等に応じて臨機応変な対応をとっている。 | 利用者満足度調査について分析・検討が職員間では行われているが、保護者等の参画は確認できませんでした。今後当事者である保護者等も参画させた検討委員会を開催することを期待します。 |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着眼点 | 講評 (評価分類ごと) | |
|------|------|---------------------------------|------|-----|---|---|--|
| 1 | (2) | 個別支援計画にもとづいた支援を行っている。 | A | 172 | 利用者の特性と発達段階に対応した個別支援計画にもとづいて支援している。 | 適切なアセスメント方法に則り、利用者の意向に添った個別支援計画の作成がされている。 3ヶ月毎に個別支援計画について、モニタリングを行い、支援の達成状況の確認が行われている。 | |
| | | | | 173 | 個々の特性にあわせたコミュニケーション方法の工夫を行っている。 | | |
| | | | | 174 | 利用者や保護者の希望を把握し支援計画に反映している。 | | |
| | | | | 175 | 社会生活力向上のための、調理・洗濯・買い物・交通機関利用等についての学習・訓練プログラムを取り入れている。 | | |
| | | | | 176 | 施設外の社会資源について、十分な情報が提供され、そのための学習や体験の機会が設けられている。 | | |
| | | | | 177 | 必要に応じて退所後も継続して支援を行っている。 | | |
| | | | | 178 | 利用者の特性や心身の状態に合わせて療養内容を決めている。 | | |
| | | | | 179 | 必要に応じ保護者等への相談支援を行っている。 | | |
| | | 施設での療育訓練が楽しく、自主的に取り組めるよう工夫している。 | A | 180 | 利用者が主体的に施設で日常生活ができるよう様々なプログラムを用意している。 | | 共用スペースの環境について、新しい建物と古い建物の間に差がある。新しい建物は、清潔でゆとりある環境であったが、古い建物は、老朽化による課題はある。しかし、前回調査に比べると改善が見られ、施設としての努力が伺われます。 利用者からの聞き取り調査でも、日々の療養訓練を楽しみにしているとの声が多く聞かれた。 |
| | | | | 181 | 食堂などの共用スペースはゆとりを持つとともに、清潔にしている。 | | |
| | | | | 182 | 利用者が安らげる雰囲気づくりをしている。 | | |
| | | | | 183 | 利用者が作業や活動をする部屋の環境を整えている。 | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着眼点 | 講評 (評価分類ごと) |
|------|------|-----------------------------|---------------------------|----|--|---|
| | 1 | (2) | 施設と保護者との交流・連携を図っている。 | A | <p>184 保護者等の見学は、いつでも希望に応じて受け入れている。</p> <p>185 利用者の生活状況を機関誌などで、定期的に保護者へ知らせている。</p> <p>186 保護者等からの個別の相談にも応じている。</p> <p>187 施設と保護者等が交流・意見交換する場を設けている。</p> <p>188 利用者の状況を個別に保護者等へ定期的に報告している。</p> | 利用者の日々の状況について、保護者は何時でも知りうる状況にあると共に、ホームページのブログなどからも、日々の状況を知ることが出来る。 |
| | | (3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。 | 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 | <p>189 利用者又は保護者等が、相談方法や相談相手について複数の中から自由を選べることを、わかりやすく説明した文書を作成している。</p> <p>190 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>191 相談や意見を述べやすいような部屋の配置に配慮している。</p> | 施設内のわかりやすい場所に常に掲示することは、利用者の特性から困難と思われましたが、書面にふりがなを付けたり、意見箱を設置するなど各部署、各棟で出来る限りの配慮はされている。 |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着眼点 | 講評 (評価分類ごと) |
|------|------|------|----------------------------|----|---|---|
| | 1 | (3) | 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 | <p>192 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、実際に機能している。</p> <p>193 苦情解決責任者は、全ての苦情と園対応結果を把握している。</p> <p>194 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>195 保護者等が意見や要望・苦情を訴えやすい雰囲気を作っている。</p> <p>196 保護者等へアンケートをとるなど、施設が積極的に意見や要望・苦情を聞いている。</p> <p>197 苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族、関係職員に必ずフィードバックしている。</p> <p>198 苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。</p> | <p>苦情解決のシステム及び、実際の苦情の内容、そして、その対応についての記録を確認し、苦情解決のシステムが適切に機能していることを確認しました。</p> <p>苦情の内容について施設の機関誌などで公表されている。</p> |
| | | | 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。 | A | <p>199 意見や提案を受けた際の記録の方法や報告の手順、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>200 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>201 苦情申し出から解決までマニュアルに沿って記録している。</p> <p>202 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。</p> <p>203 苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。</p> | <p>利用者の障害特性から、利用者からの積極的な意見を聞くことが困難と思われるが、出来るだけ様々な場面で利用者の意見を取り入れようと努力されていることが、記録や利用者からの聞き取りでも確認できました。</p> |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着眼点 | 講評 (評価分類ごと) | | | | |
|------|---|-----------------------------|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|---|---|-----|---|------------------------------------|
| 2 | サービスの質の確保 | (1) 質の向上に向けた取り組みを組織的に行っている。 | 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 | 204 | 定められた評価基準に基づいて、年に2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。 | 過去3回第三者評価を受審しており、職員がその内容を把握している。 前回の第三者評価で指摘された事項について、改善の跡が見られ、施設内において評価・対応システムが確立されている。 毎年、重点事業計画を策定し、各部署で重点的に解決しなければならない課題を明確にし、改善に取り組んでいる。 | | | |
| | | | | | 205 | 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。 | | | | |
| | | | | | 206 | 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。 | | | | |
| | | | 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 | 207 | 職員の参画により評価結果の分析を行っている。 | | | | |
| | | | | | 208 | 分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。 | | | | |
| | | | | | 209 | 職員間で課題の共有化が図られている。 | | | | |
| | | | 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。 | A | 210 | 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。 | | | | |
| | | | | | 211 | 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。 | | | | |
| | | | 2 | (2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。 | 個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供している。 | A | | 212 | 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。 | 個々のサービスについて、適切なマニュアルがあることが確認できました。 |
| | | | | | | | | 213 | 標準的な実施方法には、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。 | |
| 214 | 標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。 | | | | | | | | | |
| 215 | 日常サービス(健康管理、調理、食事、入浴、排泄、職員の接遇など)のマニュアルが作成されている。 | | | | | | | | | |
| 216 | マニュアルは、職員の共通理解が得られるような表現で作成されている。 | | | | | | | | | |
| 217 | マニュアルの作成は、関係する分野の職員が参画し作成している。 | | | | | | | | | |
| 218 | マニュアルは使いやすい場所にあり、必要なときにすぐ参照でき、有効活用により問題解決している。 | | | | | | | | | |
| 219 | 日常のサービスのあり方や支援方法について、職員に対する指導的立場の者が職員へ評価・助言・指導を行っている。 | | | | | | | | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着眼点 | 講評 (評価分類ごと) |
|------|------|---------------------|-------------------------------|----|--|--|
| | | | 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 | 220 サービスの標準的な実施方法の見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。 221 見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されている仕組みになっている。 | 日頃から指導的立場の職員を含めた職員間でのコミュニケーションが出来ており、日常的に助言や相談が出来ている様子が、複数の職員からの聞き取りで確認できました。 |
| 2 | (3) | サービス実施の記録を適切に行っている。 | 利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。 | A | 222 利用者一人ひとりの記録等の書面が整備されている。 223 利用者の情報等を修正し、かつ経過がわかるようにしている。 224 サービス実施計画に基づくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。 225 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。 | サービス実施記録は、ネットワーク化された施設内のコンピューターシステムによって管理されており、日々の実施記録がシステムによって自動的に個々の記録に反映するように整備されている。 |
| | | | 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | A | 226 記録管理の責任者が設置されている。 227 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。 228 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。 229 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。 | 記録の管理は、担当課長など管理職によって適切にチェックされている。 特に重要とされる書類は、用紙の質を厚くするなど保管に関する特別な配慮が出来ている。 |
| | | | 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 | 230 利用者に提供された重要なサービスについて具体的に記録し、情報を共有化・活用できるよう検討会議などの仕組みがある。 231 情報共有を目的として、ケアカンファレンスや各担当が工夫・改善した事例報告の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。 232 パソコンのネットワークシステムを利用して、事業所内で情報を共有する仕組みを作っている。 | 記録の作成段階よりネットワーク上での情報管理が出来ている。 記録によって明らかになった課題については、各部署での会議などで検討されていることが、議事録等で確認できました。 |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着眼点 | 講評 (評価分類ごと) |
|-----------------|--|-------------------------------|------|-----|---|--|
| 3 サービスの開始・継続 | (1) サービス提供の開始を適切に行っている。 | 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 | 233 | 事業所を紹介したホームページを作成し、インターネットで公開している。 | ホームページは充実しており、ブログ等で最新の情報もアップされている。 パンフレットは、絵やイラストを工夫し、解り易いものとなっている。 |
| | | | | 234 | 事業所を紹介するパンフレット等を作成している。 | |
| | | | | 235 | 理念や実施する福祉サービスの内容を紹介したパンフレットなどを作成し、公共施設等へ置いている。 | |
| | | | | 236 | 事業所を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵などの使用で誰にでもわかるような内容にしている。 | |
| | | | | 237 | 問い合わせへの対応体制を整えている。 | |
| | | | | 238 | 利用希望にあたっての見学を受け入れている旨の広報を行っている。 | |
| | | | | 239 | 見学希望者の都合(曜日、時間等)に対応している。 | |
| | | 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 | 240 | 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により、利用者説明している。 ・説明項目(事業概要、サービス内容、職員体制、利用者負担、損害保険加入状況、サービスの変更や解除の条件等) | 適切な書面による重要事項の説明と利用契約の説明がされている。 利用契約書は、漢字にルビをふるなどの配慮がされている。 |
| | | | | 241 | 重要事項説明書や契約書の内容は、わかりやすいよう工夫して説明し、説明書は本人と保護者へ渡している。 | |
| | | | | 242 | 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。 | |
| 243 | サービス利用の決定について迷っている人には、利用決定について判断するまでの期間に余裕を持たせている。 | | | | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着眼点 | 講評 (評価分類ごと) | | |
|------|--------------------------------|----------------------------|--|----------------------------|---|--|---|--|
| | 3 | (2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | 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。 | A | 244 | 他の事業所や家庭・就職・就学への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。 | ケアホームなどへの地域移行を積極的に行っており、その際、関係機関との連携及び適切な情報交換が行われている。 | |
| | | | | | 245 | サービス終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。 | | |
| | | | | | 246 | サービス終了時に、利用者や保護者に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。 | | |
| | 4 | サービス実施計画の策定 | (1) 利用者のアセスメントを行っている。 | 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。 | A | 247 | サービス開始時に利用者の個別情報や要望を把握し、決められた書式に記録している。 | 所定のアセスメント様式により、利用者・保護者のニーズや課題を把握を行っている。 |
| | | | | | | 248 | 利用者の精神的、肉体的負担を緩和し、新しい環境に適應できるよう支援している。 | |
| | | | | | | 249 | 利用当初の保護者の不安を軽減し、信頼関係を築くように努めている。 | |
| | | | | 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 | 250 | 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示するための手順が決めている。 | アセスメント結果について、「ニーズのまとめ」用紙を独自に作成し、アセスメントから明らかになった課題について検討・分析が行われており、充実した個別支援計画に繋がっている。 |
| 251 | 利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題が明示されている。 | | | | | | | |
| 4 | (2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。 | サービス実施計画を適切に策定している。 | A | 252 | 個別支援計画作成にあたっての基本的考え方・方法を明確にし、記入・活用しやすい定められた様式で作成している。 | 個別支援計画は、所定のアセスメント様式に則り、年2回作成され、3ヶ月毎に達成状況を確認するモニタリングが行われている。 | | |
| | | | | 253 | サービス実施計画策定の責任者を設置している。 | | | |
| | | | | 254 | サービス実施計画を策定するための部門を横断した関係職員の合議、利用者や保護者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。 | | | |
| | | | | 255 | サービス実施計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みが構築されるとともに、機能している。 | | | |
| | | | 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 | 256 | サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者及び保護者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。 | 年2回の三者面談を行い、個別支援計画の説明と実施状況の報告を行っている。 | |
| | | 257 | サービス実施計画の見直しは、保護者に説明し合意を得ている。 | | | | | |
| | | 258 | 見直しによって変更したサービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。 | | | | | |
| 259 | サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。 | | | | | | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着眼点 | 講評 (評価分類ごと) | | | |
|----------------|------|------------|----------------------------------|----|--------------------|--|---|---|---|
| 利用者 の 尊重 | 5 | (1) 利用者の尊重 | 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 | 260 | 利用者のコミュニケーション能力を高めるため、サービス実施計画や支援計画を策定し実行している。 | 入所利用者のほぼ9割が10年以上の利用者のため、職員が利用者の言葉や意思を最も理解するキーパーソンの一人となっている。 | | |
| | | | | | 261 | 意思伝達に制限のある人の場合、日常的な関わり合いを通じて、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。 | | | |
| | | | | | 262 | 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。) | | | |
| | | | | | 263 | 意思伝達に制限のある人の場合、担当職員・ソーシャルワーカー・臨床心理士等の連携により、その人の意思や希望をできるだけ正しく理解しようと努力している。 | | | |
| | | | | | 264 | 必要性や要望に基づいて、コミュニケーションの取れる知人、代弁者、手話通訳者等を受け入れている。 | | | |
| | | | | B | 利用者の主体的な活動を尊重している。 | 265 | | 利用者の主体的な活動を支援するための職員が決められている。 | 利用者の障害特性もあり、利用者主体の自治会は比較的障害の軽い人が多い「さくら棟」のみで組織されている状況です。しかし、旅行などの施設内行事には出来るだけ利用者の希望や意見が反映されるよう努力されており、利用者の聞き取り調査からも満足の声が聞かれています。 |
| | | | | | | 266 | | 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。 | |
| | | | | | | 267 | | 利用者が、施設外の障害者や知人等と自由に交流できるように様々な便宜を図っている。 | |
| | | | | | | 268 | | 利用者による自治会ないし利用者の会等がある。 | |
| | | | | | | 269 | | 自治会等がある場合は、施設運営の責任者と、定期的に、及び必要な場合に随時協議する機会をもっている。 | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着眼点 | 講評 (評価分類ごと) | | |
|------|--|------|---|--------|---|--|---|--|
| | 5 | (1) | 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 | 270 | 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。 | 職員の行動規範において、「利用者一人一人の能力を最大限に発揮し、その人らしい生活がおくれるよう」とあり、自立した生活を目指す姿勢が伺われます。 | |
| | | | 271 | | 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。 | | | |
| | | | 272 | | 自力で行う行為による生活と活動の範囲が広がるように、職員の対応や施設の整備は常に検討されている。 | | | |
| | | | 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。 | B | 273 | 社会生活力を高めるために、障害の理解や調理・洗濯・買い物・交通機関利用等についての学習・訓練プログラムが用意されている。 | | 障害特性から利用者自身が人権意識を高められるような学習会等は設けられていませんが、利用者の障害度に応じた自立や社会参加の訓練は行われている。 |
| | | | 274 | | 施設外の社会資源について、十分な情報が提供され、そのための学習や体験の機会が設けられている。 | | | |
| | | | 275 | | 必要に応じて、自己表現の技能や話し方について支援している。 | | | |
| | | | 276 | | 利用者自身が人権意識を高められるように、情報や資料の提供を行っている。 | | | |
| | | | 日常生活支援 | (1) 食事 | 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 | | 277 |
| 278 | 食事の介助等、支援方法に関してマニュアル（留意すべき点を含む手引き等）が用意されている。 | | | | | | | |
| 279 | 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。 | | | | | | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着眼点 | 講評 (評価分類ごと) | |
|------|--|-----------------------|--|-----|--|---|--|
| | 6 | (1) | 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。 | B | 280 | 定期的に嗜好調査を行い、その結果を献立に反映している。 | <p>食事サービスの検討会議等に利用者が参加することはないが、栄養士が直接利用者の食事場面向き、利用者の希望や要望が反映されるよう努力しています。</p> <p>一カ所の厨房で200食以上の給食を作り、複数の建物に配膳するため、全ての食事を適温で配膳することは困難な状況ではありますが、あすなる棟を除いて保温冷カートを導入し、適温の食事を提供しようと努力されています。しかし、全ての施設での対応にはなっていないのでサービス提供のばらつきが出ないように配慮されることを期待します。</p> <p>利用者の障害特性から、食卓に調味料や香辛料を置くことは、危険性も高いので、今回の評価では「非該当」としました。</p> |
| | | | | | 281 | 食事サービスの検討会議等には利用者も参加している。 | |
| | | | | | 282 | 適温の食事を提供している。 | |
| | | | | | 283 | 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。 | |
| | | | | | 284 | 食卓には複数の調味料・香辛料が用意されている。 非該当 | |
| | | | | | 285 | 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。 | |
| | | | | | 286 | 食事介助にあたり、せかせて食べさせることがないよう、利用者の様子を良く見ながら介助や支援を行っている。 | |
| | | 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。 | A | 287 | 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。 | <p>利用者の障害特性から、グループが一斉に食事を摂ることは困難な状況にあり、利用者個々の体調や希望に合わせた配膳や食事時間の提供が行われていた。</p> | |
| 288 | 食事は、利用者全員が一斉に摂るのではなく、食事時間帯に幅を持たせて個人が好む時間に摂ることができる。 | | | | | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着眼点 | 講評 (評価分類ごと) | |
|------|------|--------|----------------------------------|-------------------|---|--|---|
| | 6 | (2) 入浴 | 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 | 289 | 一人ひとりの健康状態や留意事項について、サービス実施計画や個別チェックリスト等を利用している。 | 利用者一人につき、週3回の入浴が提供されており、入浴介助マニュアルも棟ごとに用意されています。 |
| | | | | | 290 | 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。 | |
| | | | | | 291 | 入浴の介助や支援・助言業務は、所定の様式により記録されている。 | |
| | | | A | 292 | 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。 | 必要に応じて、シャワー浴を実施している。 | |
| | | | | 293 | 入浴の時間帯や週間回数について、利用者との話し合いで決めており、回数については少なくとも週2回以上である。 | | |
| | | | A | 浴室・脱衣場等の環境は適切である。 | 294 | 浴室・脱衣場の設備や入浴器具の設置等については、検討会議を持っている。 | |
| | | 295 | | | 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。 | | |
| | | 296 | | | 浴室や脱衣場は、プライバシーを保護する構造・設備上の工夫や保護する環境を確保するための工夫が行われている。 | | |
| | | (3) 排泄 | 排泄介助は快適に行われている。 | A | 297 | 排泄介助に際して、利用者の健康状態や注意事項について、サービス実施計画や個別チェックリスト等を活用している。 | 排泄介助並びに健康管理に関するマニュアルが確認できました。 障害者自立支援法の新体系に移行し、利用者の重度化・高齢化が進む中、より高度な介護技術やそれに応じた排泄環境が求められると思われます。職員の不安に対応するためにも、重度施設のノウハウを生かし、将来を見越した更なる検討がなされることを望みます。 |
| | | | | | 298 | 排泄介助のマニュアル（安全、プライバシー、便意・尿意・失禁への対応を含む）が用意されている。 | |
| | | | | | 299 | 排泄用具（おむつ、移動式便器、集尿器、採尿器、ストマ用具等）の使用方法について、衛生や防臭を考慮したマニュアルが用意されている。 | |
| | | | | | 300 | 排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。 | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | 講 評 (評 価 分 類 ご と) | |
|------|--------|------|--------------------------------|--|---|--|--|
| | 6 | (3) | トイレは清潔で快適である。 | A | 301 | 身体状況に応じた設備や補助具の配備を含めて、トイレ環境の点検・改善のための検討を定期的に行っている。 | 施設のある地域の気候の特性により、トイレには冷房は必要としていません。 以前の第三者評価等により指摘されたトイレの不備については、プライバシーへの配慮・異臭対策も含めて改修がされています。 今後利用者の重度化・高齢化が一層進むかと思われまますので、利用者の身体状況や介護のし易さに配慮したトイレ環境について更なる検討をされることを望みます。 |
| | | | | | 302 | プライバシーに配慮したトイレの構造・設備になっている。 | |
| | | | | | 303 | 換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。 | |
| | | | | | 304 | 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。 | |
| | | | | | 305 | 採光・照明等は適切である。 | |
| | | | | | 306 | 冷暖房設備がある。 | |
| | (4) 衣服 | A | 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。 | 307 | 衣類は利用者の意思で選択している。 | 衣類のついで要望を言う利用者は少ないように思われたが、衣類の購入のために外出することを楽しみにしている様子が伺えた。 | |
| | | | | 308 | 衣類の選択について、必要があれば相談に応じている。 | | |
| | | | | 309 | 衣類の購入の際には、必要があれば、職員が相談、情報提供、買い物支援等に応じている。 | | |
| | | A | 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。 | 310 | 利用者が着替えを希望した場合、特別な場合（強いこだわり等）を除き、その意思を尊重している。 | | |
| 311 | | | | 介助に頼らず自ら着替えをしたいという希望のある利用者に対しては、その意思を尊重して対応している。 | | | |
| 312 | | | | 汚れや破損が生じた場合に、速やかに対処するための業務手順が用意されている。 | | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着眼点 | 講評 (評価分類ごと) | |
|------|------|-----------|-----------------------------|----|-----|--|--|
| | 6 | (5) 理容・美容 | 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 | 313 | 髪型や化粧の仕方等は利用者の意向に配慮している。 | 当施設の利用者を理解した理容師が来所し、理髪を行っている他、外出の機会を利用し、地域の理容院や美容院を利用する機会も提供されている。 |
| | | | | | 314 | 職員は、必要があれば、整髪や化粧を手伝ったり、又は相談に応じたりしている。 | |
| | | | | | 315 | 理容・美容に関する資料や情報を用意している。 | |
| | | | 理髪店や美容院の利用について配慮している。 | A | 316 | 地域の理髪店や美容院の利用について、必要に応じて職員の送迎や同行などの支援を行っている。 | |
| | | | | | 317 | 利用する理髪店や美容院に対しては、理解と協力を得られるよう、必要に応じて職員が連絡・調整を行っている。 | |
| | | (6) 睡眠 | 安眠できるように配慮している。 | A | 318 | 寝室やベッド周辺の光や音について、利用者の希望や状況に応じた適切な配慮がなされている。 | ひまわり棟の一部の2人部屋を除いて基本的に個室が提供されています。 障害特性により夜間不安定になる利用者に対して、特別な対応が必要な場合には状況を家族に説明し、同意を得て個別の支援を行っている。また、やむを得ず行った拘束行為についてサービス実施記録に記録されている。 |
| | | | | | 319 | 夜間就寝中の利用者に対するサービスについては、体位変換やおむつ交換、さらには睡眠リズムの乱れや不眠者への対応等を含むマニュアルが用意されている。 | |
| | | | | | 320 | 夜間に行われた個別支援は、所定の様式で記録されている。 | |
| | | | | | 321 | 寝具は、利用者の好みに基づいて用意され、又は私物使用も認められている。 | |
| | | | | | 322 | 不眠等により同室者に影響を及ぼす場合、一時的に他の部屋を使用することができる。 | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着眼点 | 講評 (評価分類ごと) | |
|------|--------------------------------|----------|------------------------|----|-----|---|---|
| | 6 | (7) 健康管理 | 日常の健康管理は適切である。 | A | 323 | 利用者の健康管理票が整備されている。 | 各棟ごとに医療・健康に関するマニュアルが適切に用意されている。 理学療法士（非常勤）による身体機能評価を行い、リハビリや運動等を行い、身体機能の維持・増進を図っている。 |
| | | | | | 324 | 利用者の健康管理マニュアルが用意されている。 | |
| | | | | | 325 | 医師又は看護婦による健康相談を受けることができる。 | |
| | | | | | 326 | 医師又は看護婦が、利用者（及び必要に応じて家族等）に対して健康面の説明を定期的に行っている。 | |
| | | | | | 327 | 利用者（及び必要に応じて家族等）の承諾を得て、インフルエンザ等の予防接種を行っている。 | |
| | | | | | 328 | 健康の維持・増進のため、日常生活の中に取り入れるプログラムが用意されている。 | |
| | | | | | 329 | 歯科医師又は歯科衛生士により、歯磨き、歯磨き介助、歯肉マッサージ等の方法やその他の口腔衛生について、定期的に指導を受けている。 | |
| | | | 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。 | A | 330 | 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。 | 施設の近隣に県立の精神科専門病院や総合病院があり、緊密な連携を図られている。 |
| | | | | | 331 | 地域内に協力的な医療機関（診療所又は病院、緊急時にアクセスできる診療所又は病院）を確保している。 | |
| | | | | | 332 | 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。 | |
| | | | 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。 | A | 333 | 利用者（及び必要に応じて家族等）並びに担当職員は、薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等について、適切な情報を得ている。 | 服薬に関するマニュアルが整備され、服薬に対する注意の喚起がされている。また、誤薬をさせてしまった場合のマニュアルも整備され、対応も明確に指示されている。 |
| | | | | | 334 | 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。 | |
| | | | | | 335 | 薬物の取り違い・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。 | |
| 336 | 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。 | | | | | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着眼点 | 講評 (評価分類ごと) | |
|------|------|-----------------|--------------------------------|---|-----|--|---|
| | 6 | (8) 余暇・レクリエーション | 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 | 337 | 話し合いやアンケート等を通じて、利用者の意向を把握している。 | 利用者の障害特性により、利用者が主体的に企画・立案することは難しく思われるが、利用者の意向が出来る限り反映されるよう、施設側で相違工夫がされている。 利用者聞き取り調査からも、余暇活動やレクリエーションを楽しみしているとの声が多く聞かれた。 |
| | | | | | 338 | 利用者には、余暇やレクリエーションに関する情報を提供している。 | |
| | | | | | 339 | 利用者自身が主体的に企画・立案するように、職員は側面的な支援をしている。 | |
| | | | | | 340 | 必要に応じて、外部から協力者（ボランティア）を受け入れている。 | |
| | | | | | 341 | 地域の社会資源を積極的に活用している。 | |
| | | (9) 外出、外泊 | 外出は利用者の希望に応じて行われている。 | B | 342 | 利用者の代表や自治会等と話し合っ、外出についてのルールを設けている。 | さくら棟には自治会がありますが、他の棟にはありません。外出も単独で出来る人は限られてしまうかと思われ、ルールについて話し合うことも難しいかと思われ、出来るだけ利用者の意向を取り入れる方法を考慮されることを期待します。 外出については、単独での外出が困難な利用者が多いため、要望に応じて職員付き添いで行われている。 |
| | | | | | 343 | 必要なときには、職員・ガイドヘルパー・地域のボランティア等、いずれかの人からの介助や支援・助言を受けられる体制が整っている。 | |
| | | | | | 344 | 地域のガイドマップやイベント等の情報を普段から収集するよう努め、利用者に提供している。 | |
| | | | | | 345 | 外出に伴う安全確保や不測の事態に備えて、利用者に必要な学習を行うとともに、連絡先を明示したカード等を準備し、利用している。 | |
| | | | | 外泊は利用者の希望に応じてよう配慮されている。 | B | 346 | 利用者の代表や自治会等と話し合っ、利用者主体のルールを設けている。 |
| | | | 347 | 施設側の都合で決めるのではなく、利用者及び家族の立場に立って、担当職員がその調整を行うようにしている。 | | | |
| | | | 348 | 盆や正月の外泊は、強制したり、利用者や家族の事情を考慮せずに要請するようなことはしていない。 | | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着眼点 | 講評 (評価分類ごと) | |
|------|------|-------------------|--|----|-----|--|---|
| | 6 | (10) 所持金・預かり金の管理等 | 預かり金について、適切な管理体制が作られている。 | A | 349 | 利用者の預かり金については、その取り扱い規約を定め、責任の所在を明確にしている。 | <p>利用者の障害特性により、自己管理出来る利用者は少ないこともあり、利用者預り金は、NPO法人に管理を委託している。</p> <p>金銭管理の学習プログラムは、個別支援計画書の中で利用者のニーズに応じて行われている。</p> <p>テレビ・ラジオ・書物などは、基本的には個人の所有や購入が認められてるが、個々の障害状況により、所有が困難な人もいます。</p> <p>共用のテレビ・新聞等について特別なルールは存在しませんが、それによるトラブルもないようでした。</p> <p>自治会に関しては外出支援と同様です。</p> <p>嗜好品については、個別支援計画の中で利用者や家族と話し合い、適切に対応している。</p> |
| | | | | | 350 | 金銭等の自己管理ができるように配慮されている。 | |
| | | | | | 351 | 自己管理ができる人には、金銭等を保管する場所と設備を提供している。 | |
| | | | | | 352 | 自己管理に支援を必要とする人には、小遣い帳を活用するなどして、自己管理に向けた学習を支援している。 | |
| | | | | | 353 | 金銭管理技能を含む経済的な対応能力を高めるための学習プログラムが用意されている。 | |
| | | | 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。 | B | 354 | 新聞・雑誌を個人で購買できる。 | |
| | | | | | 355 | テレビやラジオ等を個人で所有できるように便宜を図っている。 | |
| | | | | | 356 | 新聞・雑誌やテレビ等の共同利用の方法について、利用者間の話し合いで決められている。 | |
| | | | 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 | 357 | 利用者の代表や自治会等と話し合ってルールを設けている。 | |
| | | | | | 358 | 具体的な場面では、自治会や利用者全員と協議して、場所・時間・方法（喫煙場所、飲酒場所・時間、一気呑みの禁止等）に様々な配慮を行っている。 | |
| | | | | | 359 | 酒やたばこの害については、利用者が正しい認識を持てるよう、利用者全員に情報提供を行った上で、飲酒・喫煙が認められている。 | |