

(別添2)

事業評価の結果【児童デイサービス】（評価対象Ⅲ）

福祉サービス種別：放課後等デイサービス
事業所名：パドルダッククラブ

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

(H21.3修正版)

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)
Ⅲ 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。	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 156 利用者を尊重する基本姿勢を、個々のサービス提供の標準的な実施方法等に反映している。 ■ 157 利用者尊重や基本的人権への配慮について、組織で共通の理解を持つための勉強会・研修を実施している。 ■ 158 利用者の尊厳を損なう言動や身体拘束、虐待の防止について職員に周知徹底している。 	各事業所から選ばれた研修委員が年間計画の中に組み込んでおり、参加が困難な職員への周知度・理解度の向上が期待される。
			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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> □ 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、従業員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。 ■ 161 規程・マニュアル等に基づいたサービスを実施している。 ■ 162 利用者や保護者に関する情報の収集は、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、利用者の求めに応じて開示している。 ■ 164 外部の求めに応じて提出する個人情報は、利用者の同意を得ている。 	

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)
		(2) 利用者満足度の向上に努めている。	① 利用者満足度の向上を意図した仕組みを整備している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 165 利用者の満足度の向上を目指す取組み姿勢などを記載した文書がある。 ■ 166 利用者満足に関する調査・アンケートを年1回以上に行っている。 ■ 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、もしくは保護者懇談会を定期的に行っている。 	<p>保護者会はなく、保護者との懇談や年一回の利用者満足度調査が行われている。</p> <p>それらの声を大切にして、次のステップへつなげることで、より質の高い事業所となると思われる。</p> <p>お弁当持参で食事の提供は行っておらず、食事介助の支援のみである。</p> <p>一つの部屋で寝たり、おやつを食べたり、訓練も行われており、空間を意識した部屋のレイアウトの工夫は期待したい。</p>
		② 利用者満足度の向上に向けた取り組みを行っている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> □ 168 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、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。 ■ 169 分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。 ■ 170 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。 		
		③ 栄養のバランスを考慮し、利用者の心身の状態に合わせた食事の提供をしている。	c)	<ul style="list-style-type: none"> ☐ 171 ・利用者の嗜好に対応した食事内容にしている。 ☐ 172 ・利用者の心身の状態に対応した食事内容にしている。 ☐ 173 利用者意見、職員意見を聞き、残さい調査をしてメニューに反映している。 ☐ 174 季節感のあるメニューや味付け、盛りつけ、行事食や容器に工夫をしている。 ☐ 174 食事は適時・適温で提供している。 ☐ 175 楽しい食事になるように職員が雰囲気作りをしている。 ☐ 176 利用者の心身の状態やペースに合わせた食事(支援)介助を行っている。 		
		④ 利用しやすい環境が提供されている。	c)	<ul style="list-style-type: none"> ☐ 177 食堂や訓練室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。 ☐ 178 利用者が安らげる雰囲気づくりをしている。 ☐ 179 利用者からの意見に基づき、職場環境の改善が図られている。 ☐ 180 利用者の障害の程度を把握し、働きやすい職場環境づくりに努めている。 		

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) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。	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)	<input type="checkbox"/> 181 利用者又は保護者が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べることを、わかりやすく説明した文書を作成している。 <input type="checkbox"/> 182 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 183 相談や意見を述べやすいような専用のスペース確保に配慮している。 <input checked="" type="checkbox"/> 184 重要事項説明書に当該事業所の相談窓口及び電話番号、担当者、責任者の氏名を明記している。	職員には児童・保護者が相談しやすい雰囲気があり、接遇も良い。
			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。	b)	<input type="checkbox"/> 185 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 186 苦情解決責任者は、全ての苦情とその対応結果を把握している。 <input type="checkbox"/> 187 苦情の受付から解決、結果の公表までの手続きを定めた「対応マニュアル」がある。 <input type="checkbox"/> 188 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。 <input type="checkbox"/> 189 利用者が意見や要望・苦情を訴えやすいよう配慮している。 <input checked="" type="checkbox"/> 190 利用者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。 <input checked="" type="checkbox"/> 191 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。 <input type="checkbox"/> 192 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 193 苦情に対して迅速な対応が行われている。	保護者への苦情体制についての説明はされており、全職員がその周知・理解を深める必要を感じる。 また、第三者委員の来所やその際の会議録、対応マニュアルの整備など、体制の整備は必要であろう。

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 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。		<ul style="list-style-type: none"> ■ 194 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対応マニュアルを整備している。 ■ 195 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。 □ 196 意見等への検討内容や対応策を意見等を申し出た利用者や家族等に文書等で通知している。 □ 197 意見等への対応記録（受付、検討内容、結果、公表にいたるプロセスの記録）がある。 □ 198 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。 □ 199 苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。 	児童・保護者からの意見や提案など、また、そのフィードバックは記録に残すなど、受付後の対応が事業所の価値につながることを意識することも必要であろう。
	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。	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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> □ 200 定められた評価基準に基づいて、年に1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。 ■ 201 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。 □ 202 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。 □ 203 内部監査を毎年実施している。 	今回の受審が初めてである。担当部署において、評価結果の分析・検討・改善計画の作成など、一連の流れに職員の参画を得ることで、職員の自覚や意欲もより高まると思われる。
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。			c)	<ul style="list-style-type: none"> □ 204 職員の参画により評価結果の分析を行っている。 □ 205 分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。 □ 206 職員間で課題の共有化が図られている。 		
③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。			c)	<ul style="list-style-type: none"> □ 207 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。 □ 208 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。 		

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) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。	① 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。 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。	b) c)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 209 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。 ■ 210 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。 ■ 211 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。 □ 212 日常サービス（健康管理、調理、食事、排泄、職員の接遇など）の標準的なマニュアルが作成されている。 □ 213 マニュアルを用いた研修や個別指導を行っている。 □ 214 マニュアルはいつでも閲覧できる場所に備え付けられ、有効活用により問題解決している。 ■ 215 日常のサービスのあり方や支援方法について、指導者が職員へ評価・助言・指導を行っている。 □ 216 サービスの標準的な実施方法のマニュアル見直しに関する事項が組織で定められている。 □ 217 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。 	<p>管理者が標準的な実施方法を各職員に指導しており、そこにはプライバシーの保護の姿勢も視られる。</p> <p>その指導内容を職員の成長の証として残したり、通所する児童の状況に合わせた全職員が共有できる各種マニュアルの整備など、標準的な実施方法の確立に向けた体制の整備が期待される。</p>
		(3) サービス実施の記録を適切に行っている。	① 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 218 利用者一人ひとりの記録等の書面が整備されている。 ■ 219 利用者の情報等を整備更新し、かつ経過がわかるようにしている。 ■ 220 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。 ■ 221 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。 	<p>来所児童の記録は細かく記載されており、全職員が確認・理解が可能である。</p> <p>記録管理責任者及び開示責任者の明示や個人情報保護法の周知度の向上など、保護・開示の体制の整備などは今後の課題と思われる。</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 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b)	<input type="checkbox"/> 222 記録管理の責任者が設置されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 223 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 224 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 225 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。 <input type="checkbox"/> 226 職員が退職後の守秘義務について、誓約書をとっている。 <input checked="" type="checkbox"/> 227 個人情報の利用について、契約時に利用者及びその家族から同意書を得ている。	
			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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 228 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。 <input type="checkbox"/> 229 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。 <input type="checkbox"/> 230 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。	
	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。	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)	<input checked="" type="checkbox"/> 231 事業所の理念や提供する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。 <input checked="" type="checkbox"/> 232 事業所の組織を紹介する資料は、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。 <input checked="" type="checkbox"/> 233 問い合わせへの対応担当者を定めている。 <input checked="" type="checkbox"/> 234 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 235 見学希望者の都合（曜日、時間等）に対応している。	法人のホームページ・パンフレットや広報誌のこぶしの風は色彩的にも温かい雰囲気満ちていて、見る者にとっては違和感もなく、抵抗なく受け入れることが可能である。 また、見学に際しては、利用希望の曜日にできるだけ見学・体験が可能となる配慮がなされている。

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)
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 236 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） ■ 237 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮（例えば日常生活自立支援事業の活用）を行っている。 ■ 238 サービス開始時には、サービスの内容や料金等について、利用者や家族等の同意を得た上でその内容を書面で残している ■ 239 利用者がいつでも解約できることを説明している。 ■ 240 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、説明書は本人へ渡している。 ■ 241 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。 ■ 242 契約書及び重要事項説明書には利用者や家族等の署名または記名押印があり、文字の大きさは読みやすいものとなっている。 	<p>利用の際は事業所説明の後に契約書・重要事項説明書の同意を得ており、これらも同様に図や絵を加えるなどして児童本人が更にわかり易くなる工夫は期待したい。</p>
		(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	① 事業所の変更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)	<ul style="list-style-type: none"> □ 243 他の事業所への変更にあたり、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。 ■ 244 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。 □ 245 サービス終了時に、利用者や家族等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。 	<p>契約終了後の相談窓口等は設置されており、法人内の異動だけでなく、転居などでの他法人への異動の際までの窓口の広がり期待される。</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)	
	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。	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 246 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。 ■ 247 アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている。 ■ 248 利用者の精神的、肉体的負担を緩和し、新しい環境に適応できるように支援している。 ■ 249 利用当初の利用者の不安を軽減し、信頼関係を築くように努めている。 	<p>サービスの利用前に児童発達支援管理責任者が保護者と面接し、通所児童の心身の状況・家族構成・保護者の意向等を聞き取り、定められた書式に記載している。</p> <p>保護者だけでなく、同意を得たうえで通所児童の関係する教育機関等との情報共有・連携を進めることで、初回及び見直しの際のアセスメント内容も充実することとなり、より児童の成長に合った計画の作成が可能と思われる。</p>	
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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られている。 ■ 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。 		
		(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。	① サービス実施計画を適切に策定している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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事業所内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。 		<p>個別支援計画は個別活動と集団活動を交えてあり、基本的な日常生活における基本動作を習得し、集団生活に適応でき、個々の自立が高まるように策定されている。また、関係職員への周知にも努めている。</p> <p>児童と保護者はコンシューマーとショッパーの関係であり、計画の作成・見直しに関しては、計画案について十分に関係職員に説明し意見を聞き取る取り組みなど、組織的な体制の整備・構築が期待される。</p>
		② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> □ 256 サービス実施計画の見直しについて、事業所内で見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用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。 ■ 257 個別支援計画は、利用者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、関係職員に周知している。 ■ 259 サービス実施計画を緊急に変更する場合の体制が整っている。 			

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 利用者の尊重	(1) 利用者の尊重	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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>意思疎通の困難な児童が少ない現状であるが、文字の理解の支援の下で筆記等ができるようになった児童もいる。</p> <p>また、一人ひとりの成長・変化に合わせて自律できるような絵・写真・カードなどのツールの活用も行われている。</p> <p>これら各ツールの特徴を踏まえた視覚化の充実と、段階的な支援が可能となるような手順の標準化が期待される。</p> <p>尚、言語聴覚士の活用は行われている。</p>
			② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>個々の児童の自発的に行う活動プログラムは成功体験を意識したものであり、関係職員を交えた日々の振り返りにより、選択の幅を広げる努力は必要であろう。</p>
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 267 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。 □ 268 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。 □ 269 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。 	<p>また、児童の発達に合わせて、見守り・支援・自立の変化の判断をどのようにして行うのかなど、仕組みも含めて組織的な体制の整備が期待される。</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)
	6 日常生活支援	(1) 食事	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。	c)	<input type="checkbox"/> 270 サービス実施計画等において、①栄養量、②食事形態、③水分補給、④介助の方法等利用者の状態に応じた留意点や支援の内容が明示されている。	食事の提供は行っておらず、お弁当持参児童への食事介助の提供のみである。 尚、おやつ等の提供の時間は集団への適応や遊び感覚が含まれており、留意の必要な児童には個々のマニュアルが用意されている。
					<input type="checkbox"/> 271 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。	
					<input type="checkbox"/> 272 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。	
			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)	<input type="checkbox"/> 273 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。	
					<input type="checkbox"/> 274 適温の食事を提供している。	
					<input type="checkbox"/> 275 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。	
		③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	b)	<input type="checkbox"/> 276 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。		
				<input type="checkbox"/> 277 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。		
				<input type="checkbox"/> 278 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。		
		(2) 入浴	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。		<input type="checkbox"/> 279 食事は、利用者全員が一斉に摂るのではなく、ある程度幅のある時間帯の中で摂ることができる。	
<input type="checkbox"/> 280 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。						
② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。			<input type="checkbox"/> 281 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。			
			<input type="checkbox"/> 282 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。			
		<input type="checkbox"/> 283 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又はシャワーが可能である。				
		<input type="checkbox"/> 284 入浴の時間帯や週間回数などについて、利用者との話し合いで決めている。				
						入浴は行っていないため非該当とする。 尚、希望や必要のある場合は、法人内の別事業所で行うことが可能である。

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 浴室・脱衣場等の環境は適切である。		<input type="checkbox"/> 285 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。 <input type="checkbox"/> 286 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。 <input type="checkbox"/> 287 浴室や脱衣場は、プライバシーを保護する構造・設備になっている。	
	(3) 排泄	① 排泄介助は快適に行われている。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 288 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 289 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 290 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。 <input type="checkbox"/> 291 排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。	プライバシーに配慮して同性介助に努めているが、やむを得ない場合もあり、その際の同意書を契約時に得ている。 民家改修型の施設であり、トイレは清潔に保たれているものの、構造・設備についての課題も認識しており、改修計画の早期の実現が期待される。	
		② トイレは清潔で快適である。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 292 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。 <input type="checkbox"/> 293 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 294 換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。 <input checked="" type="checkbox"/> 295 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。 <input type="checkbox"/> 296 採光・照明等は適切である。 <input type="checkbox"/> 297 冷暖房等の設備は適切である。		

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)
		(4) 健康管理	① 日常の健康管理は適切である。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 298 利用者の健康管理票が整備されている。 □ 299 利用者の健康管理マニュアルが用意されている。 ■ 300 医師又は看護婦による健康相談を受けることができる。 □ 301 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。 	<p>児童の来所時には、体温測定・うがい・手洗いの徹底がなされており、一人ひとりの健康管理票に記録されている。</p> <p>また、個々の記録にはかかりつけの医療機関が明記されており、看護師による健康面の変調の発見や緊急対応を速やかに行うことが可能である。</p> <p>尚、投薬・服薬は看護師が行っている。</p>
		② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 302 健康面に変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。 ■ 303 地域内に協力的な医療機関（診療所又は病院、概ね20分以内でアクセスできる診療所又は病院）を確保している。 ■ 304 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。 ■ 305 入院治療が必要な場合の受け入れがスムーズである。 		
		③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 306 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。 ■ 307 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。 □ 308 薬物の取り違え・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。 ■ 309 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)
		(5) 余暇・レクリエーション	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。	b)	<input type="checkbox"/> 310 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 311 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 312 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 313 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 314 地域の社会資源を積極的に活用している。	<p>児童の希望に沿ったいくつかの選択肢があり、その中から児童の提案で実施・活動する際は助言を与えている。</p> <p>また、地域の体育館や図書館なども利用しており、利用する社会資源を更に増やして児童の選択肢を広げる取り組みは期待したいところである。</p>
		(6) 外出、外泊	① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 315 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。 <input type="checkbox"/> 316 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。 <input type="checkbox"/> 317 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。	<p>来所児童の希望を聞いて、男子会・女子会で外出する機会もあり好評を得ている。その際は事前に下見をしたり、出先とのトラブル防止のための打ち合わせなども行われている。</p>
		(7) 所持金・預かり金の管理等	① 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。	c)	<input type="checkbox"/> 318 利用者等と話し合っ規則を設けている。 <input type="checkbox"/> 319 具体的な場面では、利用者と協議して、場所・時間・方法（喫煙場所、飲酒場所・時間等）に様々な配慮を行っている。	<p>金銭所持についての事業所の方針などは定められていない現状である。</p>