

# 福祉サービス第三者評価結果報告書

## ①第三者評価機関

社会福祉法人和歌山県社会福祉協議会

## ②評価対象事業所

名称： 社会福祉法人和歌山県福祉事業団 和歌山県立中紀福祉センター 由良みのり園	種別： 知的障害者授産施設
代表者氏名： 杉谷 修	定員(利用者数)： 50名 (50名)
所在地： 和歌山県日高郡由良町吹井949	TEL： 0738-65-2660

③訪問調査日 平成 20年 10月 29日

## ④総評

### ◇特に評価の高い点

和歌山県福祉事業団の基本理念に添った中紀福祉センターの事業計画に基づき平成20年度から新体系移行(障害者自立支援法)が進められ利用者本位の質の高い福祉サービスの提供が行われている。

1. 障害者支援施設としての役割が明確に位置づけられ事業計画に沿った機能がうまく進められている。
2. 利用者の地域生活移行が進められる中、施設と地域との積極的な交流により、地域住民からは好感を持たれていることが感じられる。
3. 利用者食堂、廊下及び作業場等で挨拶や会話を交わした中で、素直で明るく、職員の教育の指導力を感じられる。
4. 老朽化が進んでいる施設であるが、整理・整頓がなされ清潔に管理され、きめ細かい清掃が行き届いている。

### ◇改善を求められる点

利用者の健康と安全に留意し、個々のプライバシーを守り、豊かな生活ができるように、自己決定を尊重し、利用者本位のサービスを提供していく使命のもとに職員の業務が規定されている。そのためには、職員を適正に評価する人事考課基準を明確に示し、個人目標に対する結果のフィードバック等の具体的な方策によって、客観性や透明性の確保が図られるようにすることで職員の頑張りや努力が認められるようにすることが望ましい。また、職員の技術・知識・専門資格などを把握した個別の研修計画の策定も望まれる。

## ⑤第三者評価結果に対する事業所のコメント

今回の第三者評価を受けて、改めて自施設における弱い部分を確認することが出来た。今後、職員に対する人事考課や職員個々に対する研修計画についても精査していく中で、より効果的な方法を検討して取り組んでいきたい。

さらに、職員のスキルアップを図っていく事で、利用者のエンパワメントをこれまで以上に高めていけるように努力していきたい。

## ⑥各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由(別紙)

(別紙)

## 各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由

施設名：和歌山県立中紀福祉センター由良みのり園

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
I 福祉サービスの基本方針と組織 I-1 理念・基本方針 I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-(1)-① 理念が明文化されている。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">                         【判断基準】                          a) 法人の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。                          b) 法人の理念を明文化しているが、法人の使命・役割の反映が十分ではない。                          c) 法人の理念を明文化していない。                     </div>	a	理念を明文化しており、その中で法人並びに園の使命・役割を反映している。
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">                         【判断基準】                          a) 理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。                          b) 理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。                          c) 理念に基づく基本方針を明文化していない。                     </div>	a	理念に基づく基本方針が明文化しておりその内容が適切である。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
<p>I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 理念や基本方針を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>b) 理念や基本方針を職員に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>c) 理念や基本方針を職員に配付していない。</p> </div>	a	<p>理念や基本方針を職員に配布すると共に、年度当初には研修を実施するなど、理解を促す取組を行っている。</p>
<p>I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>b) 理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>c) 理念や基本方針を利用者等に配布していない。</p> </div>	b	<p>理念や基本方針を施設内に掲示しているが、利用者等に理解を促す取組が十分でない。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
I-2 計画の策定 I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。 【判断基準】 a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定している。 b) — c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定していない。	a	法人として各エリアにおける中・長期計画を策定されている。平成19年度に経営や福祉サービスのより向上を目指した中・長期第3期基本構想が策定されている。
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。 【判断基準】 a) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映して策定されている。 b) — c) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映していない。	a	各年度の事業計画は中・長期計画の内容を反映している。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
<p>I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されるとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。</p> <p>b) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。</p> <p>c) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。</p> </div>	a	<p>各施設の計画策定委員が取りまとめ、事業団全体の策定委員会において、作成・実施・評価・見直しなど、組織的に運営されている。</p>
<p>I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 各計画を職員や利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>b) 各計画を職員や利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>c) 各計画を職員や利用者等に配布していない。</p> </div>	b	<p>各計画は職員に配布しているが、利用者には、計画の配布を行っていないため、理解を促す取り組みが十分でない。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
I-3 管理者の責任とリーダーシップ I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(1)-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。  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                         【判断基準】                          a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。                          b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。                          c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。                     </div>	a	管理者は、個々の役割や責任を課長・班長会議・社内研修等で明らかにし、積極的に取り組んでいる。
I-3-(1)-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。  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                         【判断基準】                          a) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。                          b) 管理者自ら、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が、十分ではない。                          c) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。                     </div>	a	管理者は、遵守すべき法令の研修に出席し知り得た情報を職員会議等において共有研修を行っている。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p> <p>I-3-(2)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。</p> <p>c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。</p> </div>	a	<p>管理者は、サービス及び支援技術の向上に意欲を持ち利用者等の支援のための施設サービス向上委員会の運営にも積極的に関わっている。</p>
<p>I-3-(2)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>b) 管理者は、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が、十分ではない。</p> <p>c) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組について指導力を発揮していない。</p> </div>	b	<p>施設長会議で明確にした経営等の課題や改善事項について、職員会議で状況分析等を行って経営や業務の効率化の改善に取り組んでいるが、まだ十分でない。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

<p>Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を積極的に行っている。</p> <p>b) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 事業経営をとりまく環境を把握するための取組を行っていない。</p> </div>	a	<p>事業団常設委員会で経営状況を把握し収益改善に積極的に取り組んでいる。尚、経営状況については、全職員への周知徹底により共有化されている。</p>
<p>Ⅱ-1-(1)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。</p> <p>b) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っているが、改善に向けた取組を行っていない。</p> <p>c) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っていない。</p> </div>	a	<p>経営コンサルタントのアドバイスを受け、改善に努力している。また、現在、経営改善5ヵ年計画に基づき経営のより向上のための取り組みがなされている。</p>



福祉サービス第三者評価・共通基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 外部監査を実施しており、その結果に基づいた経営改善を実施している。</p> <p>b) 外部監査を実施しているが、その結果に基づいた経営改善が十分ではない。</p> <p>c) 外部監査を実施していない。</p> </div>	c	外部監査は実施していないが、経営コンサルタントによる経営改善のための指摘を受けている。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
II-2 人材の確保・養成 II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。 【判断基準】 a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しており、それに基づいた人事管理が実施されている。 b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しているが、それに基づいた人事管理が十分ではない。 c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していない。	a	福祉サービスの質を確保するための体制があり、人材確保・育成に向けた具体的なプランが文章化されており人事管理が行われている。
II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。 【判断基準】 a) 客観的な基準に基づき、定期的な人事考課を実施している。 b) 定期的な人事考課を実施しているが、客観的な基準に基づいて行われていない。 c) 定期的な人事考課を実施していない。	c	人事考課制度の導入は検討中で、客観的な基準によって評価するまでには至っていない。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
<p>Ⅱ-2-(2)-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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。</p> <p>b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。</p> <p>c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。</p>	a	職員の申告書により意向を確認しており、就業等に関する職員相談窓口も設置し工夫している。
Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。		
<p>【判断基準】</p> <p>a) 福利厚生センターへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。</p> <p>b) 福利厚生事業を実施しているが、十分ではない。</p> <p>c) 福利厚生事業を実施していない。</p>	b	年金共済制度に加入している。また、職員互助会（施設協会）もあり、個人加入を勧めている。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p>		
<p>Ⅱ-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。</p> <p>b) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されているが、十分ではない。</p> <p>c) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されていない。</p> </div>	a	<p>中・長期構想に人材育成を重要課題として位置づけ、年間研修計画に基づき職員のスキルアップに向けた研修が行われている。</p>
<p>Ⅱ-2-(3)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定され、計画に基づいた具体的な取組が行われている。</p> <p>b) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されているが、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。</p> <p>c) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。</p> </div>	c	<p>全体の研修計画は作成されているが、職員一人ひとりの育成計画が策定されていない。</p>
<p>Ⅱ-2-(3)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 研修成果の評価が定期的に行われるとともに、次の研修計画に反映されている。</p> <p>b) 研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。</p> <p>c) 研修成果の評価が定期的に行われていない。</p> </div>	a	<p>研修後に報告書を作成し、その都度、報告会を実施しており、次の研修計画に反映させている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
<p>Ⅱ-2-(4)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 実習生の受け入れに対する基本姿勢が明示されており、受け入れについての体制が整備されている。</p> <p>b) 実習生の受け入れに対する基本姿勢は明示されているが、受け入れについての体制が十分に整備されていない。</p> <p>c) 実習生の受け入れに対する基本姿勢が明示されていない。</p> </div>	a	<p>実習生の受け入れに対し体制が確立されておりマニュアルも整備されている。</p>
<p>Ⅱ-2-(4)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 実習生受け入れの際には、効果的なプログラムを用意する等、育成について積極的に取り組んでいる。</p> <p>b) 実習生受け入れの際には、効果的なプログラムを用意する等、育成について取り組んでいるが、十分ではない。</p> <p>c) 実習生を受け入れていない。</p> </div>	a	<p>大学や専門学校からの実習生の受け入れを積極的に実施し、計画的なプログラムもある。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
II-3 安全管理		
II-3-(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。		
<p>II-3-(1)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能している。</p> <p>b) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。</p> <p>c) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備していない。</p> </div>	a	事故防止及び感染防止委員会があり、ヒヤリハットにおける報告書から事故防止のための分析等を行い利用者の安全確保に努めている。
<p>II-3-(1)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。</p> <p>b) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。</p> <p>c) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集していない。</p> </div>	a	安全確保のためのリスク分析として、ヒヤリハット委員会で対応策を検討し全職員及び利用者へ周知している。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
II-4 地域との交流と連携		
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                         【判断基準】                          a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。                          b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。                          c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。                     </div>	a	地域の行事等に積極的に参加し、地域と共に企画立案にも関わっている。地域活動推進マニュアルも整備されている。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                         【判断基準】                          a) 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。                          b) 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。                          c) 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。                     </div>	a	地域の老人会のペタンククラブ等に施設が所有するグラウンドを開放している。
II-4-(1)-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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                         【判断基準】                          a) ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。                          b) ボランティア受け入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。                          c) ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されていない。                     </div>	a	地域の小・中学校の生徒達のボランティア体験学習や一般の方のボランティアの受け入れを行っている。マニュアルも整備されている。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p> <p>II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示し、その情報が職員間で共有されている。</p> <p>b) 施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示しているが、その情報が職員間で共有されていない。</p> <p>c) 施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。</p> </div>	a	<p>圏域自立支援協議会、就労・生活支援センター、市町村、ハローワーク、障害者支援職業センター等、関連機関や団体との連携体制が取れており、職員会にもその情報が共有されている。</p>
<p>II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。</p> <p>b) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保しているが、具体的な課題や事例検討は行っていない。</p> <p>c) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保していない。</p> </div>	a	<p>圏域自立支援協議会及び関係団体等との定期的な会議に参加し事例検討、情報交換を行っている。</p>



福祉サービス第三者評価・共通基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている。</p> <p>b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。</p> </div>	a	御坊・日高障害者相談センター等の相談支援事業者と連携を取り、圏域での具体的な福祉ニーズの把握に努めている。
Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動が実施されている。</p> <p>b) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があるが、実施されていない。</p> <p>c) 把握した福祉ニーズに基づいた、事業・活動の計画がない。</p> </div>	a	把握した福祉ニーズに基づき、ショートステイや地域生活支援事業の日中一時支援などを行っている。

福祉サービス第三者評価・共通基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ 適切な福祉サービスの実施</p>		
<p>Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス</p>		
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
<p>Ⅲ-1-(1)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解を持つための取組が行われている。</p> <p>b) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない。</p> <p>c) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示されていない。</p> </div>	a	<p>利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示された行動規範があり、支援計画の会議等で共通の理解を持つよう取り組んでいる。</p>
<p>Ⅲ-1-(1)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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、職員に周知するための取組を行っている。</p> <p>b) 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が、職員に周知する取組が十分ではない。</p> <p>c) 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ない。</p> </div>	a	<p>行動規範の中に利用者のプライバシー保護について明記され、職場研修委員会の研修により周知している。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。		
<p>Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示され、利用者満足を把握する具体的な仕組みを整備している。</p> <p>b) 利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されているが、利用者満足を把握する具体的な仕組みが十分ではない。</p> <p>c) 利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されていない。</p>	a	利用者満足のアナケートを年1回実施し、改善を図っている。また、事業団評議委員の調査等による体制もあり、満足度の上昇に努めている。
<p>Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備され、実際にその向上に向けた取組を行っている。</p> <p>b) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されているが、その向上に向けた取組が十分ではない。</p> <p>c) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されていない。</p>	a	福祉サービス検討委員会で把握した利用者満足の分析により利用者の会と共に検討会議を開き向上を図る取り組みを行っている。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
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。		
<p>Ⅲ-1-(3)-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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。</p> <p>b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。</p> <p>c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、相談方法や相談相手を選択できない。</p>	a	利用者が相談したり意見を述べるときに利用者本人の意思により相談方法や相談相手を選択できる。また、事業所職員以外の相談機関を活用することも明示している。
<p>Ⅲ-1-(3)-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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。</p> <p>b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。</p> <p>c) 苦情解決の仕組みが確立していない。</p>	a	施設向上意見箱の設置など、利用者に判りやすいように説明、掲示され、苦情解決についての体制が整備されている。
<p>Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備し、迅速に対応している。</p> <p>b) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備しているが、迅速に対応していない。</p> <p>c) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。</p>	a	利用者主体の自治会会議を通して意見、提案を受け担当部署の会議で迅速に対応している。マニュアルも整備されている。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

Ⅲ-2 サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。

<p>Ⅲ-2-(1)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備され機能している。</p> <p>b) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。</p> <p>c) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されていない。</p> </div>	a	<p>事業団独自の評価基準により自己評価（第三者評価）を定期的に行っている。</p>
--	---	--

<p>Ⅲ-2-(1)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしている。</p> <p>b) 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、十分ではない。</p> <p>c) 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。</p> </div>	a	<p>実施した評価結果に基づき課題を明確にし、全職員に周知させている。</p>
--	---	---

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施している。</p> <p>b) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施しているが、十分ではない。</p> <p>c) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施していない。</p> </div>	a	<p>課題の改善計画については、項目別に具体的に目標期限を定めて、実行に移している。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-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。</p> <p>Ⅲ-2-(2)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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、それに基づいたサービスが実施されている。</p> <p>b) 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ているが、それに基づいたサービスの実施が十分ではない。</p> <p>c) 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ていない。</p> </div>	a	<p>個々の利用者へのサービスについて、個別支援計画書に基づき、個人プロフィールを作成して希望に添ったサービスが実施されている。</p>
<p>Ⅲ-2-(2)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを行っている。</p> <p>b) 標準的な実施方法について定期的に検証しているが、必要な見直しを行っていない。</p> <p>c) 標準的な実施方法について定期的な検証をしていない。</p> </div>	a	<p>1年に1度検証により見直しが行なわれている。ただし、利用者の状況や状態が変わった場合は、その都度、対応されている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
<p>Ⅲ-2-(3)-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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。</p> <p>b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されていない。</p>	a	個別の支援計画に基づき、日々の支援記録があり、内容も生産活動、余暇活動など、日々の様子が分かるように工夫されている。
<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者に関する記録管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。</p> <p>b) 利用者に関する記録管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者に関する記録管理について規程が定められていない。</p>	a	情報公開開示要綱に基づいて、利用者や家族からの情報開示の対応を行っている。記録の管理体制は規程が定められ適切に管理されている。
<p>Ⅲ-2-(3)-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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われている。</p> <p>b) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われていない。</p>	a	毎日の朝礼、終礼と連絡帳により職員間の情報の共有化を行っている。また、パソコンネットワークでの情報共有化も進んできている。



評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。

<p>Ⅲ-3-(1)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供している。</p> <p>b) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供しているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供していない。</p> </div>	a	<p>利用希望者に施設の情報をホームページやパンフレットで紹介している。見学、1日入所なども体験でき、また、地域生活移行を目指して行くためのビデオでの説明も行っている。</p>
<p>Ⅲ-3-(1)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。</p> <p>b) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) サービス開始時の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っていない。</p> </div>	a	<p>サービスに関して、契約書や重要事項が記載されている資料に具体的に明記され読み易いようにルビも打たれている。また、同意を得たことに対しては記録に残している。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>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。</p> <p>Ⅲ-3-(2)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービスの内容や施設の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮している。</p> <p>b) サービスの内容や施設の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。</p> <p>c) サービスの内容や施設の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮していない。</p> </div>	<p>a</p>	<p>地域生活へ移行するにあたり、利用者個々の支援内容が作成され、移行に向けての在宅サービスの説明など、バックアップ体制の構築をした上で移行を進めている。また、「すいせん会」という自活生活へと移行した方が主体となって組織した会に対してのサービスの継続にも配慮している。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
Ⅲ-4 サービス実施計画の策定 Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                         【判断基準】                          a) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するために、手順を定めて計画的なアセスメントを行っている。                          b) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するために、手順を定めてアセスメントを行っているが、十分ではない。                          c) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するための、アセスメントの手順を定めていない。                     </div>	a	利用者の健康面を含めた状況把握など手順に従ってアセスメントを計画的に行っている。
Ⅲ-4-(1)-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。  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                         【判断基準】                          a) 利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を具体的に明示している。                          b) 利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を明示しているが、十分ではない。                          c) アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を明示していない。                     </div>	a	アセスメントに基づき、サービス実施上の本人のニーズ及び生活全般の課題について明確にしている。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
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。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。</p> <p>b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しているが、十分に機能していない。</p> <p>c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立していない。</p> </div>	a	支援計画策定会議において、個々の支援計画が作成している。責任者等、策定のための体制ができている。
Ⅲ-4-(2)-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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。</p> <p>b) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。</p> <p>c) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。</p> </div>	a	サービス実施計画について、6ヶ月毎に支援計画の実施状況について検証を行い見直す手順などの体制が確立されている。

(別紙)

### 各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由

施設名：和歌山県立中紀福祉センター由良みのり園

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
A-1 利用者の尊重 1-(1) 利用者の尊重		
<p>A-1-(1)-① <u>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。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 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十分ではない。</p> <p>c) 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ない。</p> </div>	a	利用者のコミュニケーション能力を高めるために個別支援計画書において日常生活行動を明記し、それに基づき支援されている。また、必要に応じて医師や家族の方にも代弁を依頼している。
<p>A-1-(1)-② <u>利用者の主体的な活動を尊重している。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の主体的な活動が尊重されている。</p> <p>b) 利用者の主体的な活動の尊重が十分ではない。</p> <p>c) 利用者の主体的な活動が尊重されていない。</p> </div>	a	利用者の主体的な自治会運営ができるように配慮されており、また、地域交流ができる行事活動にも積極的に参加されている。

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>A-1-(1)-③ <u>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。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 見守りと支援の体制が整備されている。</p> <p>b) 見守りと支援の体制の整備が十分ではない。</p> <p>c) 見守りと支援の体制が整備されていない。</p> </div>	a	<p>個別支援計画の作成過程の中で十分な聞き取りを行い自立を基本に支援体制が整備されている。</p>
<p>A-1-(1)-④ <u>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。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 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十分ではない。</p> <p>c) 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ない。</p> </div>	a	<p>利用者の地域生活を目指した自立訓練のプログラムとして調理、洗濯、買い物、交通機関利用などがある。</p>

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
A-2 日常生活支援 2- (1) 食事		
<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。                      b) サービス実施計画に基づいた食事サービスの用意が十分ではない。                      c) サービス実施援計画に基づいた食事サービスが用意されていない。</p>	a	食事サービスについては、給食会議などでまとめられた実施計画に基づいて用意されている。
<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 食事が美味しく、楽しく食べられるように工夫をしている。                      b) 食事が美味しく、楽しく食べられるような工夫が十分ではない。                      c) 食事が美味しく、楽しく食べられるような工夫をしていない。</p>	a	利用者の嗜好や季節に合った食事献立に工夫がみられる。また、嗜好調査のアンケートも実施されている。
<p>A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 喫食環境に配慮している。                      b) 喫食環境の配慮が十分ではない。                      c) 喫食環境に配慮していない。</p>	a	食堂の設備や清掃が行き届いており、雰囲気も良く、環境にも配慮している。

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2-(2) 入浴</p> <p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 利用者の障害程度や介助方法など個人的事情の配慮が十分ではない。</p> <p>c) 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ない。</p> </div>	a	利用者の障害程度にあわせた介助方法が記されており、個人的事情にも配慮されている。
<p>A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の希望に沿って行われている。</p> <p>b) 利用者の希望に沿って行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の希望に沿って行われていない。</p> </div>	a	利用者の希望に沿って入浴が行われている。夏場には、シャワー浴も実施している。
<p>A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 環境は適切である。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 環境は適切ではない。</p> </div>	a	空調完備もされ、また、プライバシー保護にも努めている。



福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2-(3) 排泄</p> <p>A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 介助は快適に行われている。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 介助は快適に行われていない。</p> </div>	a	排泄介助の必要な利用者には適切に行われている。
<p>A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 清潔で快適である。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 清潔かつ快適ではない。</p> </div>	a	トイレは清潔に保たれ、プライバシーも保持されている。

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2-(4) 衣服</p> <p>A-2-(4)-① <u>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。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。</p> <p>b) 利用者の個性や好みを尊重した支援が十分ではない。</p> <p>c) 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っていない。</p> </div>	a	<p>衣服については自分の好みを選択して利用者自ら購入している。ファッション情報などを職員から提供し協力している。</p>
<p>A-2-(4)-② <u>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。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>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に行われている。</p> <p>b) 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適宜行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応が適切に行われていない。</p> </div>	a	<p>衣服の着替えは、本人の自立を促しているが、汚れなどに気づかない場合は職員がすみやかに対応している。</p>

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2-(5) 理容・美容</p> <p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。</p> <p>b) 利用者の個性や好みを尊重した支援が十分ではない。</p> <p>c) 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っていない。</p> </div>	a	<p>利用者の個性や好みを尊重し髪型のファッション誌などの情報を提供するなどの支援を行っている。</p>
<p>A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 配慮している。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 配慮していない。</p> </div>	a	<p>利用者が希望すれば職員の付き添いなど配慮をしている。</p>

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2-(6) 睡眠</p> <p>A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 配慮している。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 配慮していない</p> </div>	a	<p>就寝についての規程に基づき対応している。健康状態や精神状態などで必要があれば安眠できるような対応を適時、行っている。</p>

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2-(7) 健康管理</p> <p>A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 適切である。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 適切ではない。</p> </div>	a	<p>利用者の健康管理簿に基づき健康管理を行っている。健康マニュアルも作成されている。定期健康診断の結果のフィードバックも適切に家族や本人にも説明されている。また、利用者、家族の承諾を得てインフルエンザの予防接種もなされている。</p>
<p>A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されている。</p> <p>b) 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制は整備されているが、取り組みが十分ではない。</p> <p>c) 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されていない。</p> </div>	a	<p>施設または、看護師が迅速かつ適切に近くの協力医療機関へ連絡できる緊急体制がある。緊急時のサービスマニュアルも整備されている。</p>
<p>A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 確実に行われている。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 確実に行われていない。</p> </div>	a	<p>医務室に薬が保管されており、看護師が管理している。内服薬の誤薬等がないよう服薬マニュアルにも記載されている。</p>

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2-(8) 余暇・レクリエーション</p> <p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映され、希望に沿って行われている。</p> <p>b) 余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映されているが、十分ではない。</p> <p>c) 余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映されていない。</p> </div>	a	<p>利用者の希望に沿うよう情報提供を行っている。また、アンケートなどを通じて、意向の把握により行き先を選定している。</p>

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2-(9) 外出、外泊</p> <p>A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の希望に応じて行われている。</p> <p>b) 利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の希望に応じて行われていない。</p> </div>	a	<p>利用者の希望に応じ外出が行われている。外出回数は自由で、所定の届出表に記入するようにルールが作られている。なお、担当職員は外出場所の相談にも快く応じて情報提供も行っている。</p>
<p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の希望に応じて行われている。</p> <p>b) 利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の希望に応じて行われていない。</p> </div>	a	<p>外泊は本人や保護者の希望に応じて行われている。所定の様式に記載することがルール化されている。</p>

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
<p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 適切な管理体制が整備され、確実な取り組みが行われている。</p> <p>b) 管理体制が整備されているが、取り組みが十分ではない。</p> <p>c) 管理体制が整備されていない。</p> </div>	a	<p>金銭管理の取り扱い規約や責任所在は、利用者預かり金管理の取り扱い要綱に明記されている。利用者自身が管理できるよう自室のタンスに鍵をかけるなどの工夫を行い、必要に応じて金庫に保管できるよう適切な管理体制が取られている。</p>
<p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の意志や希望が尊重されている。</p> <p>b) -</p> <p>c) 利用者の意志や希望に十分応じていない。</p> </div>	a	<p>新聞や雑誌は個人で購読できる。また、テレビやラジオ等を個人で所有できるよう配慮されている。</p>
<p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の意志や希望が尊重されている。</p> <p>b) -</p> <p>c) 利用者の意志や希望に十分応じていない。</p> </div>	a	<p>利用者主体の自治会と協議して喫煙場所や時間を決めている。飲酒については、行事イベント等で飲めることとなっている。健康面を基本に利用者の意志や希望が尊重されている。</p>