

(別添2)

### 事業評価の結果（評価対象Ⅲ）

福祉サービス種別 就労移行支援・就労継続支援B型 第三者評価の判断基準  
 事業所名（施設名） 希望の里 つばさ

- 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<br>( 評 価 分 類 ご と )  |
|-------------------|-------------------|------------------------|--|----|---|---|
| Ⅲ<br>適切な福祉サービスの実施 | 1<br>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"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> </ul>   | ・利用者の発達段階に応じた支援を職員が共通理解し、行っている。より社会生活が可能な就労移行支援の利用者には、外部の仕事に携わって体験を積み、就労につながる事を目指すよう支援している。また、就労継続支援B型の利用者に中や時には外で色々な就労の機会を得、作業を分担しあって自立を目指すよう支援している。 |
|                   |                   |                        | 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"> <li><input type="checkbox"/> 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。</li> <li><input type="checkbox"/> 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。</li> <li><input type="checkbox"/> 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 163 記録されている個人情報、利用者または保護者の求めに応じて開示している。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 164 外部に提出する個人情報は、利用者または保護者の同意を得ている。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 165 記録されている個人情報は、利用者または保護者の求めに応じて修正している。</li> </ul> | ・利用者のプライバシー保護については、契約時に重要事項説明書を基に、保護者に説明し、同意書を書いてもらっている。  |

| 評価対象  | 評価分類 | 評価項目                    | 評価細目                                   | 評価 | 着眼点   | 講評<br>(評価分類ごと)  |
|---|------|-------------------------|--|----|---|---|
|   |      | (2) 利用者満足の上<br>上に努めている。 | ① 利用者満足の上<br>上を意図した仕<br>組みを整備して<br>いる。 | b) | <input type="checkbox"/> 166 利用者満足の上を目指す姿勢を明示した文書がある。   | ・年2回、利用者と保護者を交えた懇談会を開き、その折に、利用者満足に関する調査も行っている。                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> 167 利用者満足に関する調査を定期的に行っている。                          |      |                         |  |    |   |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 168 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。 |      |                         |  |    |   |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 169 利用者満足を把握する目的で、家族会等に出席している。                      |      |                         |  |    |   |   |
|   |      |                         | ② 利用者満足の上<br>上に向けた取り<br>組みを行っている。      | b) | <input type="checkbox"/> 170 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、従業員参画のもとで検討会議の設置等が行われている。 | ・利用者満足に関する調査を分析・検討するための検討会議では、保護者の参加ができていない。                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> 171 分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。                      |      |                         |  |    |   |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 172 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 作業しやすい環<br>境が提供されて<br>いる。            | a) | <input checked="" type="checkbox"/> 173 作業場や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。                       | ・利用者が利用する作業場は、食堂兼作業場の大広間を仕切ったり、それぞれの仕事に適した作業場を備え、働きやすい環境・雰囲気づくりをしている。 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 174 利用者が安らげる雰囲気づくりをしている。                            |      |                         |  |    |   |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 175 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。                    |      |                         |  |    |   |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 176 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。               |      |                         |  |    |   |   |
|   |      |                         | ④ 利用規則を定め<br>ている                       | a) | <input checked="" type="checkbox"/> 177 利用規則を定めており、利用者及び保護者の理解を得ている。<br>・作業時間、休日、工賃、退所等           | ・利用者と保護者の理解を得て、適正な作業時間や工賃を決め、工賃アップの見直し(工賃アップ5年計画)も進めている。              |
| <input checked="" type="checkbox"/> 178 利用規則により工賃を明確化している。                              |      |                         |  |    |   |   |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目                        | 評価細目                         | 評価 | 着 眼 点   | 講 評<br>( 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"/> 179 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。<br><input type="checkbox"/> 180 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 181 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>・普段から利用者や保護者に声をかけ、いつでも相談室などで相談できるようにしているが、周知するような手立てをとっていない。</p>       |
|      |      |                             | 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"/> 182 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 183 苦情解決責任者は、全ての苦情の対応結果を把握している。<br><input checked="" type="checkbox"/> 184 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 185 利用者が意見や要望・苦情を訴えやすい雰囲気を作っている。<br><input type="checkbox"/> 186 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 187 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 188 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>・苦情解決の体制を整備し、掲示しているが、実際に機能していない。実際の苦情に対しては、施設内で即応できるようにして、公表もしている。</p> |

| 評価対象 | 評価分類        | 評価項目                      | 評価細目                              | 評価 | 着 眼 点   | 講 評<br>( 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。         | b) | <p>■ 189 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>□ 190 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>■ 191 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>□ 192 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。</p> <p>■ 193 苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。</p> | ・苦情解決についてのマニュアルを整備しているが、それに沿った取組までに至っていない。意見や提案は保護者会等で取り上げられ、保護者会記録として残             |
|      | 2 サービスの質の確保 | (1) 質の向上に向けた取組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) | <p>□ 194 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。</p> <p>■ 195 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。</p> <p>■ 196 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。</p>   | ・平成21年度に1回目の第三者評価を受審したが、その結果をすぐには活かすきれなかったため、その反省を基に今回2回目の第三者評価を受審することとなった。         |
|      |             |                           | 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。 | a) | <p>■ 197 職員の参画により評価結果の分析を行っている。</p> <p>■ 198 分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。</p> <p>■ 199 職員間で課題の共有化が図られている。</p>  | ・評価結果の分析を行い、平成27年度の事業計画で職員との共通理解を得ている。  |
|      |             |                           | ③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。        | a) | <p>■ 200 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。</p> <p>■ 201 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。</p>  | ・事業計画では、今回2回目の第三者評価を受審するだけでなく、職員研修としてグлед・人間力研修を7回実施するとともに、中期計画の作成を目指して意欲は大いに評価できる。 |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目                         | 評価細目                                    | 評価 | 着 眼 点  | 講 評<br>( 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。 | b) | <p>■ 202 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。</p> <p>■ 203 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。</p> <p>■ 204 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。</p> <p>□ 205 日常サービス（健康管理、調理、食事、排泄、職員の接遇など）のマニュアルが作成されている。</p> <p>□ 206 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。</p> <p>□ 207 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。</p> <p>□ 208 マニュアルは使いやすい場所にあり、必要ときにすぐ参照でき、有効活用により問題解決している。</p> <p>■ 209 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。</p> | <p>・個々のサービスの標準的な実施方法として活かされる日常サービス（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ない。これまでの方法や経験等を見直してマニュアルの整備を期待したい。</p> |
|      |      |                              | 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。         | c) | <p>□ 210 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。</p> <p>□ 211 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>   |   |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目                    | 評価細目                           | 評価 | 着眼点  | 講評<br>(評価分類ごと)  |
|------|------|-------------------------|--------------------------------|----|--|---|
|      |      | (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。 | b) | <input checked="" type="checkbox"/> 212 利用者一人ひとりの記録等の書面が整備されている。<br><input checked="" type="checkbox"/> 213 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 214 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。<br><input type="checkbox"/> 215 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>・利用者一人ひとりの記録は個人ファイルとしてまとめられ、共有できるようになっている。1日の記録として「私たち誌」があるが、連絡帳と連係させ、内容を充実していくと、さらに適切な記録になると思われる。</p> |
|      |      |                         | ② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。       | b) | <input checked="" type="checkbox"/> 216 記録管理の責任者が設置されている。<br><input type="checkbox"/> 217 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。<br><input type="checkbox"/> 218 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 219 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。              | <p>・記録保管や管理の責任者は設置しているが、その情報に関する規定や情報公開に対する規定が備えられていない。</p>   |
|      |      |                         | 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"/> 220 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・活用できるような検討会議などの仕組みがある。<br><input checked="" type="checkbox"/> 221 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。<br><input type="checkbox"/> 222 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。           | <p>・月1回の1日の職員会と月3回の短時間の職員会、朝の打合せ、まとめの打合せ等で共有し、取り組んでいる。パソコンにネットワークシステムが備えられて未実施である。</p>                    |

| 評価対象 | 評価分類  | 評価項目                       | 評価細目                                 | 評価 | 着 眼 点  | 講 評<br>( 評 価 分 類 ご と )                           |
|------|---|----------------------------|--------------------------------------|----|--|--|
|      | 3<br>サ<br>ー<br>ビ<br>ス<br>の<br>開<br>始<br>・<br>継<br>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。      | b) | <input checked="" type="checkbox"/> 223 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 224 事業所を紹介するパンフレット等を作成している。<br><input checked="" type="checkbox"/> 225 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 226 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 227 問い合わせへの対応体制を整えている。<br><input type="checkbox"/> 228 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 229 見学希望者の都合（曜日、時間等）に対応している。 | ・事業所のホームページは素晴らしく、内容が充実しているし、パンフレットも見やすく工夫されている。 |
|      |   |                            | 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) | <input checked="" type="checkbox"/> 230 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、利用者へ説明している。<br>・説明項目（事業概要、サービス内容、職員体制、工賃、損害保険加入状況、サービスの変更や解除の条件等）<br><input checked="" type="checkbox"/> 231 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 232 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。  | ・重要事項説明書や契約書はその内容を職員にも周知していくことが重要と考える。           |
|      |   | (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) | <input type="checkbox"/> 233 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 234 サービス終了した後も、組織として従業員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。<br><input type="checkbox"/> 235 サービス終了時に、利用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。  | ・これまで他施設に移行した利用者が少ないので、文書は備えていない。                |

| 評価対象                         | 評価分類   | 評価項目                         | 評価細目  | 評価  | 着 眼 点   | 講 評<br>( 評 価 分 類 ご と )                              |  |
|------------------------------|--|------------------------------|---|---|---|---|--|
|                              | 4<br>サ<br>ー<br>ビ<br>ス<br>実<br>施<br>計<br>画<br>の<br>策<br>定 | (1) 従業員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)  | ■ 236   | 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。             | ・利用者に対してアセスメントを行い、環境に適應できるような支援を行っている。 |
|                              |  |                              |   |   | ■ 237   | 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。              |  |
|                              |  | ■ 238                        | 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。  |   |   |   |  |
|                              |  | ■ 239                        | 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。  | ・利用者一人ひとりに応じたニーズや課題を明らかにして記録されている。                  |   |   |  |
|                              | ■ 240  | 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) 従業員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)  | ■ 241   | 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。           | ・サービス実施計画策定の責任者を決め、定められた様式で作成し、職員会を通して共通理解し、実施している。 |  |
|                              |  |                              |   | ■ 242   | サービス実施計画策定の責任者を設置している。  |   |  |
|                              |  |                              |   | ■ 243   | 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。 |   |  |
| ■ 244                        |  |                              |   | 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。 |   |   |  |
| 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。 | a)   | ■ 245                        | 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。 | ・定期的にサービス実施計画の見直しを行い、手順を含め職員会で共通理解を図っている。           |   |   |  |
|                              |  | ■ 246                        | 個別支援計画は、利用者に説明し合意を得ている。   |   |   |   |  |
|                              |  | ■ 247                        | 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。                              |   |   |   |  |
|                              |  | ■ 248                        | 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<br>( 評 価 分 類 ご と )                              |
|------|-------------|------------|------------------------------------|----|---|---|
|      | 5<br>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) | <p>■ 249 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。</p> <p>■ 250 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。</p> <p>■ 251 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。)</p> <p>□ 252 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。</p> <p>□ 253 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> | ・必要に応じて専門家との連携を図るような態勢をとってはいる。                      |
|      |             |            | ② 利用者の主体的な活動を尊重している。               | b) | <p>■ 254 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。</p> <p>■ 255 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> <p>■ 256 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。</p> <p>□ 257 利用者による自治会ないし利用者の会等がある。</p> <p>□ 258 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。</p>  | ・支援する担当者が決められており、「はい・いいえ」だけでなく、利用者の意向を尊重する支援を行っている。 |

| 評価対象 | 評価分類   | 評価項目   | 評価細目                                      | 評価 | 着 眼 点   | 講 評<br>( 評 価 分 類 ご と )   |
|------|--------|--------|---|----|---|--|
|      |        |        | 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) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 259 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。</li> <li>■ 260 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。</li> <li>■ 261 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。</li> </ul> | <p>・いろいろな特徴をもっている利用者については、その行為を見守り、すぐ支援できるような職員態勢をとっている。</p>                 |
|      |        |        | 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。            | b) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 262 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。</li> <li>■ 263 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。</li> <li>■ 264 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。</li> <li>□ 265 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。</li> </ul>      | <p>・利用者一人ひとりに応じた学習や訓練、また社会体験を行うことができるよう機会を設け、「いやなものは、いや」と自己表現できるように努めている</p> |
| 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。            | b) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 266 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。</li> <li>□ 267 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。</li> <li>■ 268 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。</li> </ul>  | <p>・食事の介助等、支援方法に関してマニュアルが整備されていないので、整備していきたい。</p>                            |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目   | 評価 | 着 眼 点  | 講 評<br>( 評 価 分 類 ご と )                |
|------|------|------|--|----|--|---------------------------------------|
|      |      |      | 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。 | b) | <input type="checkbox"/> 269 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。<br><input type="checkbox"/> 270 食事サービスの検討会議等には利用者も参加している。<br><input checked="" type="checkbox"/> 271 適温の食事を提供している。<br><input checked="" type="checkbox"/> 272 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 273 食卓には利用者の健康状況に応じ複数の調味料・香辛料が用意されている。<br><input checked="" type="checkbox"/> 274 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 275 食事介助にあたり、せかせて食べさせることがないように、利用者の様子を良く見ながら介助や支援を行っている。 | ・ 献立や食事の準備は委託業者に任せて、嗜好調査は行っていない。      |
|      |      |      | ③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。                          | a) | <input checked="" type="checkbox"/> 276 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 277 食事は、可能な限り、利用者全員が一齐に摂るのではなく、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。   | ・ 年2回、職員会で検討を行い、提供時間や席替え等について話し合っている。 |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目            | 評価細目                             | 評価 | 着 眼 点   | 講 評<br>( 評 価 分 類 ご と )   |
|------|------|-----------------|----------------------------------|----|---|--|
|      |      | (2) 排泄          | ① トイレは清潔で快適である。                  | a) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 278 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。</li> <li>■ 279 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。</li> <li>■ 280 換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。</li> <li>■ 281 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。</li> <li>■ 282 採光・照明等は適切である。</li> <li>■ 283 冷暖房等の設備は適切である。</li> </ul> | <p>・これまで6か所であったトイレを3か所増設し、レイアウトも変えたり、便座暖房にしたりして、利用者が使いやすいトイレに改善してきた。</p> |
|      |      | (3) 健康管理        | ① 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。          | b) | <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 284 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。</li> <li>■ 285 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。</li> <li>■ 286 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。</li> </ul>   | <p>・緊急、かつ安全に関わる事なので、健康面に不調があった場合の対応の手順は、マニュアルとして整備されたい。</p>              |
|      |      | (4) 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) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 287 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。</li> <li>■ 288 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。</li> <li>□ 289 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。</li> <li>■ 290 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。</li> <li>■ 291 地域の社会資源を積極的に活用している。</li> </ul>                       | <p>・利用者にいろいろな情報を提供したり、その意向を聞いたりしている。</p>                                 |