

(別添2)

事業評価の結果（評価対象Ⅲ）

福祉サービス種別 生活介護
事業所名（施設名） 希望の里 つばさ

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)	<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。	・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。他との交流が難しい利用者には居場所を作って職員の支援を厚くしたり、他との交流に支障のない利用者には一緒に作業をすることでより支援を広げたりして対応している。また、行動に落ち着きがなく居場所に鍵をかけたり、つなぎの服を使用したりする身体拘束の事例については、「一時性・非代替性・切迫性」の原則を踏まえ、保護者の同意を得ている。以前より状態はよくなっているが、さらに、なぜ落ち着かないか原因を追求し、解除に向けていきたい。	
					<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。		
					<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。		
					<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。		
			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)	<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。		・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。
					<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、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。		
					<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。		
					<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。		
		<input checked="" type="checkbox"/> 163			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開示している。			
		<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。			

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) 利用者満足の上 向上に努めて いる。	① 利用者満足の上 を意図した仕組 みを整備している。	b)	<input type="checkbox"/> 165 利用者満足の上 を目指姿勢を明 示した文書があ る。 <input checked="" type="checkbox"/> 166 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"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・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。
			② 利用者満足の上 に向けた取り組 みを行っている。	b)	<input type="checkbox"/> 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、保護者 参画のもとで 検討会議の設置 等が行われてい る。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。
			③ 個別支援計画 にもとづいた支 援を行っている。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 177 退 所後も継続して 支援を行ってい る。 <input checked="" type="checkbox"/> 178 利用 者の特性や心身 の状態に合わせ て療育内容を 決めている。 <input checked="" type="checkbox"/> 179 必要 に応じ保護者へ の相談支援を行 っている。	・個別支援計画 の立案もモニ タリングも全 職員が関わり あい、利用者 の発達段階に 対応した支援 を行っている。 そして、写真 や絵等を使った コミュニケーション ボードを活用 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)
			④ 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。	b)	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 182 利用者が安らげる雰囲気づくりをしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 183 利用者が作業や活動をする部屋の環境を整えている。	<p>・利用者の一人ひとりに合わせて、「はい・いいえ」だけでなく、多くの場面から選択していくようなプログラムまではできていない。</p>
			⑤ 施設と保護者との交流・連携を図っている。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 184 保護者の見学は、いつでも希望に応じて受け入れている。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 186 保護者からの個別の相談にも応じている。 <input checked="" type="checkbox"/> 187 施設と保護者が交流・意見交換する場を設けている。 <input checked="" type="checkbox"/> 188 利用者の状況を個別に保護者へ定期的に報告している。	<p>・かつては機関紙を発行していたが、現在は個々の利用者の保護者との連絡を、連絡帳を通して行っている。連絡帳の内容はどの職員でも見られるようになっており、職員の共通理解を広げている。</p>
		(3) 利用者が意見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"/> 189 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"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>・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>

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 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"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 193 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 checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 195 保護者が意見や要望・苦情を訴えやすい雰囲気を作っている。 <input type="checkbox"/> 196 保護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"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・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。
			③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 202 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 203 苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。	・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)
	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)	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 205 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<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ことができなかったため、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。</p>
			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)	<input checked="" type="checkbox"/> 207 職員の参画により評価結果の分析を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 209 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。</p>
			③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<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いる。その意欲は大いに評価できる。</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) 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<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、食事、排泄など）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いく上でも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)	<ul style="list-style-type: none"> □ 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。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<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「私たちの日誌」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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<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いるが未実施である。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (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。	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>・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。</p>
			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"> ■ 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、利用者に説明している。 ・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） ■ 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。 	<p>・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。</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) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	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。	b)	<input type="checkbox"/> 244 他の事業所や家庭・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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	・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。
	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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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支援している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・利用者に対してアセスメントを行い、環境に適応できるような支援を行っている。
			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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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続が決められている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・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。
		(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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 253 サービス実施計画策定の責任者を設置している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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間で協議、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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・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。

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 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	・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。
		(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。 	・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)	<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。 ■ 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。 	・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 (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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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ぬ場合があるが、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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・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。
			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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	・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
	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)	<input checked="" type="checkbox"/> 277 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・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。異食の症状等のある利用者には個別で食事を摂るよう支援している。

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)
			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"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 282 適温の食事を提供している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 284 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・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"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・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。
		(2) 排泄	① 排泄介助は快適に行われている。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 289 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 type="checkbox"/> 290 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 type="checkbox"/> 291 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"/> 292 排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。	・個々の排泄の記録はあるが、排泄介助のマニュアル等整備されていないので、整備していきたい。

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)
			② トイレは清潔で快適である。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 293 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。 ■ 294 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。 ■ 295 換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。 ■ 296 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。 ■ 297 採光・照明等は適切である。 ■ 298 冷暖房等の設備は適切である。 	<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。生活介護専用として、トイレを2か所設け、プライバシーに配慮している。</p>
		(3) 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"> ■ 299 利用者の健康管理票が整備されている。 □ 300 利用者の健康管理マニュアルが用意されている。 ■ 301 医師又は看護婦による健康相談を受けることができる。 □ 302 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。 ■ 303 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。 ■ 304 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。 □ 305 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。 	<p>・健康維持・増進のため朝の会でラジオ体操を行っている。また、歯科医師などによる口腔ケアは行っているが、定期的でない。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評 価 分 類 ご と)
			② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	b)	<input type="checkbox"/> 306 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 307 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 308 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。	・緊急、かつ安全に関わる事なので、健康面に変調があった場合の対応の手順は、マニュアルとして整備していきたい。
			③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 309 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。 <input type="checkbox"/> 310 一人ひとりの利用者を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。 <input type="checkbox"/> 311 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 312 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。	・薬の服用については命に関わることもあるので、一人ひとりの利用者を使用される薬物の管理や薬物の取り違え・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のマニュアルを整備していきたい。
	(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)	<input checked="" type="checkbox"/> 313 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"/> 314 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 type="checkbox"/> 315 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"/> 316 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"/> 317 地域の社会資源を積極的に活用している。	・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。	

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) 所持金・預かり金の管理等	① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 318 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 319 金銭等の自己管理ができるように配慮されている。 <input type="checkbox"/> 320 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 321 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。 <input type="checkbox"/> 322 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。	・お金の自己管理できる利用者はいないので、職員が買い物等の時に支援している現状である。
			② 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。	b)	<input type="checkbox"/> 323 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 324 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 325 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。	・飲酒の利用者はいるが施設内ではしない。喫煙する利用者はいないが、就労移行支援・就労継続支援B型の利用者には、喫煙する利用者もいるので、喫煙場所を決めている。