

(別添2)

事業評価の結果(評価対象)

福祉サービス種別: 障害者支援施設
事業所名(施設名): 長野市ひかり学園

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 (評価項目ごと)
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。 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。 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。	法人基本理念を玄関横に掲示し、年度当初の会議にて全職員に配布し、理念に基づく職員行動規範(基本姿勢)を示している。 人権、身体拘束、虐待防止について会議等で職員に周知している。 施設内研修では、障害者虐待防止法、虐待が起きる背景や虐待防止のための具体的取り組みについて学んでいる。
			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。 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。	法人全体で個人情報保護規程を定めている。 プライバシー保護について全体の業務マニュアルに定め、職員会議にて読み合わせを実施している。外部に提供する個人情報については、園長の確認、保護者の同意、本人への説明実施など基本方針に従い、取り扱いを適切に行うよう努めている。 排泄記録や利用者情報の入った書類の置き場所への配慮、排泄介助におけるカーテンやドア開閉など職員間で周知されている。また、入所施設であり、意思を確認することが困難な利用者もおられる。通信、面会や入浴、排泄等の生活場面におけるプライバシー保護について、留意点を明示したマニュアル整備が望まれる。
		(2) 利用者満足の向上に努めている。	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a)	165 利用者満足の向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。	食事の嗜好調査を実施し、行事や誕生日に希望メニューを提供している。毎月の給食会議でも、利用者の担当者からの情報や聞き取り結果も含めて検討している。 個別支援計画更新時の半年毎に、利用者や家族の意向を確認している。 家族会には、園長と次長が意向把握の意味を含めて参加している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価項目ごと)
	1	(2)	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a)	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。	クラブ活動の内容は、利用者の意見に基づいて内容を変更し、グループや個別に合わせるなど利用者の希望、要望を的確に把握し、障害、特性に応じて改善に努めている。
			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。 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。	個別支援計画は、年1回以上はケース会議で検討し、保護者の希望も把握して半年を原則に作成し同意を得ている。計画に沿って、社会生活力向上のため他施設の見学、グループホームの見学、調理実習に取り組んでいる。 特性、障害に応じて、筆談や筆記などコミュニケーション方法を工夫し、円滑にできる場合もあるが、理解が難しい場合もあり苦慮している。 退所後も継続して訪問、様子を確認し、再入所も検討して実施するなど状況に応じて支援する体制をとっている。
			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な様々なプログラムを用意している。 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。	日中活動の生活介護は、障害や特性などにより5つのグループに利用者を分けて、グループで生産活動や作業に取り組み、各特性に合わせての部屋や環境を整備している。 自閉傾向の強い利用者の部屋はパーティションで個別に区切り、集中して作業ができるように配慮している。 ゆったりしたくつろぎの時間を利用者とともに職員と一緒に過ごしているスノーズレンの部屋を環境整備している。新たな機器を導入した部屋を追加して整備しており、利用者が少しでも心地よい時間を過ごす場が増えるように職員が研修し、準備中である。
			施設と保護者との交流・連携を図っている。	a)	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。 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。 186 保護者等からの個別の相談にも応じている。 187 施設と保護者等が交流・意見交換する場を設けている。 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。	毎月発行の学園「ひかりだより」を保護者に郵送し、写真入りで分かりやすく書かれ、学園での利用者の様子をお知らせしている。 家族会を年3回、総会を年1回、家族会主体で開催し、役員も選出されており、半数以上の家族の参加がある。園長、次長が出席しており、会からは入浴環境への要望等出されている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価項目ごと)
	1	(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)	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。 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。 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。	重要事項説明書に苦情と共に相談も受け付ける旨、明記され、契約時に口頭で、遠慮無く相談するように説明している。玄関横に、苦情解決のポスターが第三者委員の名前入りで掲示されている。
			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)	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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。	法人の苦情解決に関する規程が整備され、法人ホームページに事業所毎に苦情処理件数、おおまかな内容、解決状況など掲載されている。昨年の事業所の苦情件数は2件である。苦情処理に関する担当者が決められ、記録ファイルが整備され、苦情内容は会議で報告、改善につなげるように周知されている。記録様式を見直し、苦情解決の体制が機能して、サービスの質の改善に繋がり、職員全体の取り組みとなるよう努めている。
			利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b)	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。 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。 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。 202 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。 203 苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。	利用者や家族からの意見を福祉サービスの改善に反映するためにも、様々な意見を汲み取るよう方法を工夫し、職員に会議等で周知している。苦情に限定されない利用者からの意見や提案への対応について、明確なルールやマニュアル策定が望まれる。公正な対応、一定の明確な基準に従う姿勢が利用者、家族からの信頼を高めることにつながる。さらに、日常的に接する職員のみならず、事業所全体の組織的な取り組みとなることに期待する。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価項目ごと)
	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。	b)	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。 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。	初めての第三者評価受審であり、担当者を中心に全職員が真摯に取り組んでいる。
			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。	c)	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。	初回受審であり、評価結果に対し、組織的に分析、課題に取り組むことが求められる。また、自己評価、第三者評価の計画的実施、評価後の結果分析、検討などの仕組みが組織的に実施されていくことが求められる。
			課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	c)	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。	初回受審であり、課題に対し、職員が参画して事業計画等に盛り込むなどの活用、改善策や改善計画の策定、中長期計画への反映、実施、見直しなど段階的な対応が望まれる。
		(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。	b)	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。	健康管理は、看護部門のマニュアルと職員全体向けの感染症対策、事故発生、非常時連絡マニュアルが作成されている。障害の多様性や発達段階など個人差が大きく、利用者個々の支援の留意点を服薬、健康、食事、入浴、排泄などの観点からまとめた個別支援マニュアルを昨年より作成し、活用している。標準的な実施方法、特に日常サービスにおいては、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢を明示して、文書化されることが望まれる。
					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。						
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。	毎年、年度当初に職員全員に配布される事業、業務マニュアルは業務係ごとに責任者が明示され、職員の意見が反映される仕組みができています。			
		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 (評価項目ごと)
	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。	法人内の障害者支援施設共通の支援ソフトを使い適切に記録されている。また、職員の習熟度やニーズに合わせて改善を図っている。支援ソフトに頼るがあまり、記録が「出来事の記録」に留まっている傾向にある。個別支援計画に基づいたサービス実施状況の記録が少ない。利用者や支援者の「個性」や「思い」が伝わる記録への工夫を期待したい。
			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。	法人の「文書取扱管理規定」および「個人情報保護に対する基本方針」に則り、適切に管理されている。個人情報保護や情報の開示について研修を行って周知徹底を図っている。
			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。	月に2回、施設全体で「支援会議」を行い、情報共有を図ると共に、施設全体がネットワーク化されており、共通の支援ソフトを用いて情報の管理を行っている。また、緊急の伝達については、文書にて通知している。
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。	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)	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。	ホームページなどを使い広く地域に施設の情報を発信し、必要に応じては何時でも見学できるよう配慮している。公共機関などにパンフレットを置くことはしていないが、「地域の施設を紹介する資料」には、施設の詳細が記載されている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価項目ごと)		
	3	(1)	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、利用者に説明している。	サービス開始時に必要な事項は、重要事項説明書に記載し、入所時に適切に説明している。		
					241 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）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。			
			(2)	サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a)	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。	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。	必要な情報（アセスメント等の資料）は、必要に応じて引き継がれている。地域移行や重度化に伴う施設への移行について、その多くの場合、法人内に様々な種類の施設があり、同じ支援ソフトを使用しているために正確な情報の提供が出来る。また、移行に伴う相談支援センターも法人内にあり、必要に応じて綿密な相談が出来る体制にある。
				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。				
	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。	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。	サービス利用開始には、前の事業所の資料の他、支援ソフトのアセスメント様式に独自の改良を加えて利用者の正確な状況の把握に努めている。	
				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)	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。		
(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)	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。	アセスメント等で得られた情報は、担当職員・主任・サービス管理責任者の3者で課題とニーズについて話し合わせ、個別支援計画の策定に繋げている。しかし、支援ソフト上ではその記録が残らないため、策定に至った過程をどのように保存し、今後の資料として活用するか課題と思われる。	
						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。
				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。	個別支援計画の策定は、アセスメント結果を踏まえ、適切に作成されている。策定された個別支援計画は、組織内で適切に承認され、利用者及び家族の同意を受けてサービスが実施されているが、個別支援計画の詳細や作成過程での課題について、職員間での情報の共有に一層の工夫を期待したい。			
			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との合議、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。				

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価項目ごと)
	4	(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)	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。	6ヶ月毎に適切にモニタリングされており、次期の個別支援計画に反映されている。また、緊急に支援内容が変わった場合は、月に2回行われる支援会議や月1回のリーダー会議などで検討し、サービス内容の変更が行われている。しかし、変更内容の周知については、より一層の工夫を期待したい。 月に2回行われる支援会議において、毎回3ケースずつ個別支援計画を議題に上げ、多くの職員でケース検討している。年間を通して全て利用者のケースを支援会議でグループを越えた多くの職員で再検討し、新たな気づきを積極的に求めている。
	5 利用者の尊重	(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。 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。	意思の伝達が困難な利用者が少ない状況で、音楽療法や機能訓練等を通して、コミュニケーション能力の向上に努めている。また、職員個々も一言でも多く利用者の声をくみ取るため様々な努力をし、より一層の広く利用者の声に耳を傾ける意欲を持っている。
			利用者の主体的な活動を尊重している。	a)	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。	日常の各グループの活動において、出来る限りの利用者の意向を取り入れた活動を行っている。また、施設全体においても、行事などの際には、利用者自治会を通して利用者の希望を取り入れるようにしている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価項目ごと)
	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。 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。	個別支援計画作成時のアセスメントにより、利用者に必要な支援を把握し、少しでも自立出来るよう「個別支援マニュアル」を通して、自立を意識した支援を統一して行っている。比較的自立度の高い「すだち」「あすなろ」グループにおいては、椎茸や新作りなどの就労訓練を行い、それに対する「工賃」も支給し、働く意欲の向上に努めている。
			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。	a)	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。 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。	グループホームなどの地域生活への移行を希望する利用者については、他施設の見学や同法人のグループホームなどの宿泊体験の他、実際の社会生活を旨とした自立訓練を行っている。
	6	(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 サービス実施計画等において、栄養量、食事形態、水分補給、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。 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。	栄養ケア計画を策定し、利用者一人ひとりの支援方法がマニュアルとして整理されている。
			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)	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。 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。 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。	毎月の食事会議では、利用者は参加していないが、担当職員から伝えられた利用者の状態や希望を把握し、日々の献立に活かしている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価項目ごと)
	6	(1)	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。 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。	広く明るい食堂で、殆どの利用者が自由に席を選び食事を摂っている。また、利用者の特性により、落ち着いた環境での食事が必要な利用者に対しては、個室や慣れた環境で食事が出来るよう配慮している。 食事時間は、食事介助などの特別な支援が必要な利用者を優先している他は、自由に設定し、日中活動などの個々の都合に合わせた食事時間となっている。
		(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。 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。	一人ひとりの状況に応じた個別の入浴支援マニュアルに従い、健康状態をチェックした後に入浴を行っている。また、入浴後は、入浴した利用者を確認し、全ての利用者が清潔な身体状況を維持できるよう努めている。
			入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	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。 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。	入浴介助が必要でない利用者は、日中活動の後、毎日入浴することができる。 入浴介助が必要な利用者は、隔日の入浴が提供され、その他にも必要性や希望によって、シャワー浴を提供している。
			浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a)	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。	広い浴槽と冷暖房が完備された脱衣室が設備されている。しかし、利用者が重度化する中、身体機能が低下した利用者には、スロープや手摺りなどの設備しかない。その為、特殊浴槽などの新たな設備を検討している。
		(3) 排泄	排泄介助は快適に行われている。	b)	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。 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。 300 排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。	日々利用者が重度高齢化していく中、排泄機能の低下だけでなく、様々な疾病の増加も予想される。重度化する現状と予測される状況を見越し、排泄方法の見直しとマニュアルの整備が必要と思われる。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価項目ごと)
	6	(3)	トイレは清潔で快適である。	b)	301 身体状況に応じた設備や補助員の配備を含めて、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。 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 冷暖房等の設備は適切である。	重度化に伴う、車椅子の出入りができるトイレの数が少なく、現状でも不便な状況とこのことである。一層の重度高齢化に備え、設備の改善を期待したい。 床の張り替えや脱臭装置など、トイレの衛生に努力している姿が伺えた。しかし、一部のトイレで利用者の使用に手入れが追いついていないところが見られた。トイレは施設だけでなく、一般住宅でも最も重要な設備の一つであり、特に臭いは、来訪者の印象に大きく影響すると思われる。汚れの酷い箇所は日に何度も清掃し、より一層清潔な環境となることを期待したい。
		(4) 衣服	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。	a)	307 衣類は利用者の意思で選択している。 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。	自らの意思で選択できない利用者が多いが、買い物支援で意思を確認して購入している。
			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。	a)	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。	汚れのある場合は職員が判断し着替えを行い、破損に対しては担当職員が適宜に対応している。
		(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。 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。	利用者の要望に応じて職員が情報を提供し、相談にのっている。
			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。	地域の理容室・美容室に送迎を行うと共に、施設内でも「出張カット」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 (評価項目ごと)
	6	(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。 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。	寝具は全て個人持ちで、利用者の好みに対応している。 就寝や睡眠に配慮しなければならないことは、個別マニュアルに記載し、精神的に落ち着かない(不眠など)利用者に対しては、落ち着くまで別室で眠れるよう配慮している。
		(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。 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。	看護師を中心に健康管理体制をとり、医務室個人ファイルを利用者個別に作成している。 毎朝、体育館で利用者が揃ってラジオ体操を実施している。 訪問歯科医が歯科衛生士と共に来ており、口腔衛生に関して診察、指導している。 理学療法士が週一回、機能訓練士が月2回定期的に来園し、身体面の機能維持や向上において専門家の助言指導を受けている。
			必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a)	330 健康面に変動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。 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。	感染症マニュアル、事故連絡マニュアルの記載、協力病院との協定書締結など適切な医療が受けられるように環境を整備している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価項目ごと)
	6	(7)	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	b)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>335 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。</p> <p>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。</p>	<p>医務室個人ファイルには、内服薬の情報が綴じてある。日付ごとに朝、昼、夕、就寝前と時間帯別に看護師が、薬を棚に分けて入れている。 服薬は責任者が専任で担当し、利用者の名前と顔、内服薬袋の記載名前を確認の上、手渡しして内服するのを確認している。誤薬などの事故の場合は、マニュアルに従い、看護師の指示などにより対応している。</p>
		(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)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>341 地域の社会資源を積極的に活用している。</p>	<p>日常の日課の他、施設行事や地域行事などのレクリエーションの情報を提供し、参加を支援している。 積極的にレクリエーションに対する要望を訴える利用者は少ないが、職員がその意向を出せるだけ把握し、要望が叶うよう支援している。</p>
		(9) 外出、外泊	外出は利用者の希望に応じて行われている。	a)	<p>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。</p> <p>343 必要などときには、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>利用者の意向を出せる限り取り入れ、外出を支援している。 地域生活への移行を望む利用者には、地域での生活を目指した外出支援を行っている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価項目ごと)
	6	(9)	外泊は利用者の希望に応じよう配慮されている。	a)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	利用者や家族の要望にそって出来る限りの外泊支援を行っている。
		(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)	<p>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> <p>350 金銭等の自己管理ができるように配慮されている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	法人の「利用者預かり金管理要綱」により適切に管理され、日常の小遣いについても、利用者や保護者に分かりやすく記帳し、報告されている。 簡単な買い物や施設内の自動販売機を使うことの出来る利用者に対しては、担当と利用者本人との話し合いの下、少額の小遣いを自己管理し、本人の意思を尊重した買い物出来るよう努力している。 地域移行や施設外での就労を目指す利用者については、日常の買い物などの経済活動ができるよう学習プログラムを設け、担当職員が支援している。
			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。	a)	<p>354 新聞・雑誌を個人で購読できる。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	新聞・雑誌の購読、テレビ等の利用については特に制限はなく、利用者個々の意思や希望に添って支援している。
			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)	<p>357 利用者の代表や自治会等と話し合っルールを設けている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	施設全体では嗜好品についてのルールはなく、利用者個々に担当の職員と話し合い、ルールを決めている。