

(別添2)

## 事業評価の結果 (評価対象Ⅲ)

福祉サービス種別 障害者支援施設  
事業所名 (施設名)

千曲園

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

(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"> <li>■ 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>■ 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>■ 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>■ 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>	<p>・職員は担当職種の違いはあるものの、法人の基本理念である「福祉の追求」の四項目のうちの一つ「ご利用者幸福の追求」で利用者を尊重すること、生命・自由・プライバシー・個々の人格権を守ること、QOLの向上に根差し真の満足を追求することを理解し日々の支援に努めている。また、平成28年度の「経営理念・施設経営方針」の中にも「ご利用される方への人権の尊重」が盛り込まれている。更に、事業所として身体拘束検討委員会、虐待防止対策委員会があり、具体的な支援方法の中での課題等を上げ改善策を検討し、研修会等でも利用者の尊重や基本的人格の保持について周知徹底し実践に繋げている。</p>
			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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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>■ 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。</li> <li>■ 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>■ 162 利用者や保護者に関する情報の収集は、本人及び保護者などの主たる相談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>■ 163 記録されている個人情報は、本人及び保護者などの主たる相談者の求めに応じて開示している。</li> <li>■ 164 外部に提出する個人情報は、本人及び保護者などの主たる相談者の同意を得ている。</li> </ul>	

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	1	(2) 利用者満足の上昇に努めている。	① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 165 利用者満足の上昇を目指す姿勢を明示した文書がある。</li> <li>■ 166 利用者満足に関する調査を定期的に行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・今年度の施設経営方針の「質の高いサービスの提供」の中で「快適な生活環境の確保」、「事故防止のための取り組み」、「衛生管理、及び感染症対策の適切な実施」他7項目、全10項目にわたり明示している。その中で「生きがい、満足度の高いサービスの提供を図る」として取り上げ、職員のケース担当制を導入し利用者の気持ちにきめ細かく寄り添う支援に努めている。利用者との対話集会在3ヶ月に1度開かれ、また、保護者総会の開催も年1回あり、施設長やサービス管理責任者等との話し合いの中から課題を見つけ施設運営の改善に活かしている。</p>
			② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 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、本人及び保護者などの主たる相談者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・ケース会議や会議が定期的に行われており、ケース担当の職員を中心に一人ひとりの利用者が満足するサービスの提供に努めている。また、サービス向上検討委員会が2ヶ月に1回あり施設全体のサービスの質を高めるために課題を探し解決策を検討しており、職員会議や議事録等で情報の共有化を図っている。</p>
			③ 個別支援計画にもとづいた支援を行っている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 172 利用者の特性と障害程度に対応した個別支援計画にもとづいて支援している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 174 利用者や保護者などの主たる相談者の希望を把握し支援計画に反映している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 177 必要に応じて退所後も継続して支援を行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 179 必要に応じ保護者などの主たる相談者への相談支援を行っている。</li> </ul>	<p>・利用者一人ひとりの支援計画があり、施設利用時に本人や保護者等との意向を踏まえ綿密な話し合いを行い、また、利用後の生活実態を把握してアセスメントをし、的確な支援をしている。個別支援計画書は評価表や個別生活支援記録、ケース記録などと共に一つのファイルに整理されているため、正確な現状把握に繋がっている。個別支援計画は利用者側に立った「私は・・・したい」という利用者の意向やニーズを大切にしながらサービス内容も具体的で分かりやすく計画の実施期間は6ヶ月となっている。施設入所支援を受けながら外部の就労支援事業所やデイケアに通う利用者もおり適切な計画が立てられている。事業所の特性として入院に伴い退所する方が多く退所後の支援はほとんどないが家族等の要請を受けた場合には速やかに支援のできる体制にある。</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 )
Ⅲ	1	(2)	④ 施設での療養訓練が楽しく、自主的に取り組めるよう工夫している。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 182 利用者が安らげる雰囲気づくりをしている。</li> <li>■ 183 利用者が作業や活動をする部屋の環境を整えている。</li> </ul>	<p>・利用者の意向に沿ったサービスが提供されている。利用者の居室は一人ひとりの思いに合わせ趣味の品物を飾ったり整理ダンスなどを置き、使い勝手よく配置されており、自らの生活スタイルにこだわった生活空間となっていた。南棟・北棟の支援員室のカウンターには車椅子の高さに合わせた小ぶりのテーブルが取り付けられていて利用者の方々がお茶を飲んだり、新聞などを読みひと時を過ごしたり、昼寝をしたりとゆっくりとくつろぐ姿が見られた。</p>
			⑤ 施設と保護者との交流・連携を図っている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 184 保護者などの主たる相談者の見学は、希望に応じて受け入れている。</li> <li>■ 185 利用者の生活状況を機関誌などで、定期的に保護者などの主たる相談者へ知らせている。</li> <li>■ 186 保護者などの主たる相談者から個別の相談にも応じている。</li> <li>■ 187 施設と保護者などの主たる相談者が交流・意見交換する場を設けている。</li> <li>■ 188 利用者の状況を個別に保護者などの主たる相談者へ定期的に報告している。</li> </ul>	<p>・近隣の養護学校や病院からの体験利用、短期入所などの受け入れをしている。訪問当日も本人と保護者の方の体験見学を受け入れていた。広報紙「千曲園」を年2回発行、各行事のスナップ写真と法人や施設からのお知らせ等を掲載し保護者等に送付している。家族の元へ個別支援計画書を年1回郵送し、利用者の施設での日頃の様子も添えている。また、保護者会総会が年1回開催され、施設との双方向の話し合いの場として直接保護者等の方々から意見をいただき運営に反映している。</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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 189 利用者又は保護者などの主たる相談者が、相談方法や相談相手について複数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。</li> <li>■ 190 利用者や保護者など主たる相談者等に、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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・利用者や保護者等と施設利用時に交わす「利用契約書」と「重要事項説明書」において「当事業所における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます」と職員の肩書と氏名も明記し説明されており、施設内の掲示板にも同じ様式のものも掲示されている。玄関脇には相談室が設けられ相談し易いようになっている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価分類ごと )
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。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 194 苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明するとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 198 苦情を申し出た利用者や保護者などの主たる相談者等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。</li> </ul>	<p>・第三者委員2名の氏名が重要事項説明書に明記されており、苦情受付ボックスも施設内3ヶ所に設置されている。社会福祉法により利用者等からの苦情の適切な解決に努めることが求められるとされている中で、施設として手順を踏んだ対応と真摯な姿勢で取り組んでいる。また、施設としての苦情解決の一環として苦情解決検討委員会、代表者会議、職員会議において話し合い検討し、利用者保護と福祉サービスの質の向上に向け取り組んでいる。苦情内容で困難な案件の場合は外部機関の立ち合いを依頼し、解決に向けた取り組みがなされている。利用者との対話集会が行われているので直に意見や要望は聞くことができるが、保護者会総会に出席できない保護者等へのアンケート調査等も検討されることを期待したい。</p>
			③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 202 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。</li> <li>■ 203 苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。</li> </ul>	<p>・本年度の施設経営方針の「質の高いサービスの提供」の中の「苦情解決体制の整備」として「苦情に対する迅速な対応、第三者委員の設置、対話集会の充実」として掲げ取り組んでいる。また、利用者からの意見や苦情は、実施提供する福祉サービスの改善に繋げ法人理念で追求する「より良い福祉の実現を目指す」に繋げている。苦情対応マニュアルも作成されており苦情解決に関する規定、苦情申出窓口、苦情解決体制、苦情及び事故対応手順などで構成されており迅速に取り組めるようになっている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価分類ごと )
Ⅲ	1	(4) 医療サービス体制が適正に機能している。	① リハビリテーションによる機能維持向上が適切に図られている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 204 個別支援計画に基づき、機能訓練の具体的方法について明示されている。</li> <li>■ 205 利用者は、1年に1回以上のリハビリテーション専門医の診療を受けることができる。</li> <li>■ 206 理学療法・作業療法を受けられる体制にある。</li> <li>■ 207 言語聴覚療法を受けられる体制にある。</li> <li>■ 208 言語聴覚療法を受けられる体制にある。</li> <li>■ 209 個人の状態に合った適切な福祉機器について、助言・相談を行うとともに、個人に適した改造を行っている。</li> </ul>	<p>・施設としてのリハビリテーションフローチャートがあり利用者や保護者等との話し合いにより機能維持向上のために必要な個別支援計画が立てられている。外部からの理学療法士による訓練が毎週木曜日に行われており希望する利用者には計画に沿い実施されている。言語聴覚療法などの各療方法は利用者や保護者等からの希望に応じ受けられるようになっている。</p>
	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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 210 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。</li> <li>■ 211 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。</li> <li>■ 212 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。</li> </ul>	<p>・第三者評価の受審は今回で2回目となり定期的に自己評価も行われている。各委員会や各職員は翌年の計画や自らの目標シートの立案に向けて、期末に、委員会や自らの担当する業務の振り返りをしており改善へと繋げている。施設としての第三者評価の担当者はサービス向上検討委員会となっており、評価結果の分析等は代表者会議とサービス向上検討委員会で行い、施設全体で課題の発見と改善へ取り組んでいる。</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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 213 職員の参画により評価結果の分析を行っている。</li> <li>■ 214 分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。</li> <li>■ 215 職員間で課題の共有化が図られている。</li> </ul>	<p>・各職員は各種委員会に属しており担当する委員会で振り返りをしており、第三者評価の分析も踏まえ課題解決に取り組んでいる。施設としての中期事業計画も策定されており、この計画に沿い共有化も図られている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価分類ごと )
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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 216 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。</li> <li>■ 217 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。</li> </ul>	<p>・各職員は施設内の各種委員会や自らの担当する業務の中で第三者評価の分析等も踏まえ、期末に振り返りを行うことで見直しや改善へと繋げている。特にサービスについてはサービス向上検討委員会で評価結果を分析し、話し合いを通して職員が共有し改善・解決に向けて取り組む体制ができています。</p>
		(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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 218 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。</li> <li>■ 219 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。</li> <li>■ 220 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。</li> <li>■ 221 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。</li> <li>■ 222 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。</li> <li>■ 223 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。</li> <li>■ 224 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。</li> <li>■ 225 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。</li> </ul>	<p>・施設内の職員の研修や勉強会などで新しい知識の取得や技術の向上を図っている。県内に3施設あり職員の異動も考えられることから、利用者のサービスに支障を来すことのないよう各種業務マニュアルは充実している。マニュアルは一つのファイルに集約され、北棟と南棟支援員室に置かれ、職員はいつでも閲覧可能になっている。また、マニュアルは基本技術に関わるものだけでなくコミュニケーションや心得等にも及び、内容の点検も毎年行われ、新しい知識、技術なども書き換え最新なものに作り直している。生活支援員は利用者数名のケースを担当しており、利用者一人ひとりに合わせた個別支援マニュアルの作成にも加わり、利用者の状態に応じてサービスを提供している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価分類ごと )
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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 226 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。</li> <li>■ 227 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。</li> </ul>	<p>・職員会議や代表者会議において、職員や利用者等からの意見や提案に基づいて検討する仕組みが組織としてできている。また、実施方法の見直しも毎年行われ、最新なものに変更している。個別支援マニュアルも基本的に6ヶ月毎に見直しが行われ、個別の生活支援支援実施書も毎日記入し、ケア会議で必要に応じ変更がかけられている。</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"> <li>■ 228 利用者一人ひとりの記録等の書面が整備されている。</li> <li>■ 229 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。</li> <li>■ 230 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。</li> <li>■ 231 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。</li> </ul>	<p>・個別の評価表や個別生活支援記録、ケース記録など書面は整備されており、時系列的に判るようになっている。個別生活支援記録の裏面には支援目標やモニタリング内容も記入できるようになっており全職員で共有し利用者の支援に役立てている。</p>
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 232 記録管理の責任者が設置されている。</li> <li>■ 233 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。</li> <li>■ 234 利用者や保護者などの主たる相談者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。</li> <li>■ 235 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。</li> </ul>	<p>・記録の保管、保存、廃棄については法人の規定に沿って行われている。個人情報の保護や守秘義務については重要事項として入所時に説明がされており、記録や情報の開示について記されている。施設としての年度の経営方針にも「ご利用される方のプライバシー保護」として個人情報の守秘義務やプライバシー保護、自尊心やプライバシーに配慮した支援の実践として掲げており、朝礼、ミーティング等で職員への周知徹底も図られている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価分類ごと )
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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 236 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。</li> <li>■ 237 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。</li> <li>■ 238 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。</li> </ul>	<p>・サービス管理責任者、ケース担当、生活支援員、看護師、栄養士、相談支援員など、多職種によるケア会議等で情報を共有している。最新のクラウド通信型業務ソフトなどを活用し情報の共有化を図っている。</p>
	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"> <li>■ 239 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。</li> <li>■ 240 事業所を紹介するパンフレット等を作成している。</li> <li>□ 241 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、福祉事務所、市町村役場等の公共施設へ置いている。</li> <li>■ 242 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。</li> <li>■ 243 問い合わせへの対応体制を整えている。</li> <li>■ 244 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。</li> <li>■ 245 見学希望者の都合（曜日、時間等）に対応している。</li> </ul>	<p>・開設から35年を迎え、地域の医療機関や他事業所、養護学校等との長年に渡る関わり合いの中で当施設の情報が口コミで伝わっている。法人のホームページがあり、その中に当施設の内容が詳細に載せられている。「サービス案内」や「お知らせ」、「事業者情報」、「職員体制」などで構成され、特に、「お知らせ」欄には施設のタイムリーな情報が掲載されわかり易くなっている。パンフレットは法人全体と施設全体の2種類があり法人ホームページの検索案内を載せるなど相談や見学に応じることも積極的にアピールしている。障害者支援施設として地域の他の障害者事業所と協力し、長野県内や佐久圏域の福祉事務所、市町村役場等の連携を取っている。訪問時にも一組の利用希望者と保護者の方の体験の受け入れを行っていた。</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 )
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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 246 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）</li> <li>■ 247 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。</li> <li>■ 248 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。</li> <li>■ 249 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。</li> </ul>	<p>・利用開始時には重要事項説明書を基に法人や施設の概要、サービスに係わる設備等の概要、従業員の配置状況、利用料金などを説明している。施設利用に当たっては市町村の窓口への申請などもあることから利用に到るまでは本人や家族が理解・納得するまで時間の余裕を持たせている。また、利用者の意向を受けた個別のサービス内容を説明し契約書を取り交わしている。</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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 250 他の事業所や地域、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。</li> <li>■ 251 サービス終了した後も、組織として利用者や保護者などの主たる相談者等が相談できるように担当者や窓口を設置している。</li> <li>□ 252 サービス終了時に、利用者や保護者などの主たる相談者に対し、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。</li> </ul>	<p>・退所ケースの大半が死去に伴うものであるが長期入院による退所ケースもある。長期入院退所後、当施設のサービスを再利用することは少ないが入院後の様子を把握するようにしている。退所についてはご家族への協力支援も実施しながらできる限り心のケアに寄り添えるよう対応している。</p>
	4	(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"> <li>■ 253 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。</li> <li>■ 254 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。</li> <li>■ 255 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。</li> </ul>	<p>・施設としてのアセスメントシートがあり、個別支援計画書とともにファイルに綴られている。施設長やサービス管理責任者、ケース担当の支援員、看護師によるケース会議が開催され早期に環境に慣れるように検討されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)
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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 256 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。</li> <li>■ 257 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。</li> </ul>	<p>・利用契約書や重要事項説明書に個別支援計画に関する項目の記載があり、利用者の状況等ならびに課題と意向を把握し目標を作成することが定められており、「利用者の意向」、「ニーズ」としてわかりやすく具体的に記載されている。</p>
		(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"> <li>■ 258 サービス実施計画（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。</li> <li>■ 259 サービス実施計画策定の責任者を設置している。</li> <li>■ 260 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。</li> <li>■ 261 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。</li> </ul>	<p>・個別支援計画書にはニーズに合わせ、支援目標やサービス内容、期間、モニタリング期間等が記載されるようになっている。サービス管理責任者により個別支援計画の作成、モニタリング、見直しなどが行われている。モニタリングも実質的には生活支援実施書により毎日行われ評価表も作成され、利用者の心身の状態に変化が見られた時にはケア会議を開き計画の変更をかけている。</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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 262 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、利用者及び保護者などの主たる相談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。</li> <li>■ 263 サービス実施計画の見直しは、本人及び保護者などの主たる相談者に説明し合意を得ている。</li> <li>■ 264 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。</li> <li>■ 265 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。</li> </ul>	<p>・個別支援計画の見直しについて組織としての手順が定められており、モニタリングも6ヶ月毎に行われている。利用者の心身の状態に変化が見られた時には緊急に変更をかけている。ケア会議が定期的に関催され、変更された個別支援計画の内容を利用者に説明し同意を得ている。また、保護者には郵送で送付されている。変更後の支援内容については会議などで各職員に周知されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価分類ごと )
Ⅲ	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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 266 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。</li> <li>■ 267 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。</li> <li>■ 268 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。)</li> <li>■ 269 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。</li> <li>■ 270 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。</li> </ul>	<p>・利用者の持てるコミュニケーション能力に応じて必要な訓練が受けられるようになっており、言語聴覚士による相談も希望に沿い行えるようになっていた。また、利用前の家族等からの聞き取りや利用後の生活状況を踏まえうでで日常のコミュニケーションなどを通じて思いの表出が難しい利用者の方には表情から汲み取ったり、職員間で話し合いをし支援している。</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"> <li>■ 271 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。</li> <li>■ 272 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。</li> <li>■ 273 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。</li> <li>■ 274 利用者による自治会ないし利用者の会等がある。</li> <li>■ 275 自治会等は、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。</li> </ul>	<p>・生活支援員はケース担当として利用者数名を受け持っているが、利用者の意向や支援目標・内容、状態などについては会議や申し送りでも共有しており、どの職員でも対応ができるようになっている。手芸や書道などのクラブ活動、オセロやカラオケなどのレクリエーション活動、旅行、面会・外泊などについても一部届出を必要とするものはあるが自由に行うことが可能となっている。利用者の方々による「白樺会」があり、施設との対話集会も年4回開催され相互理解の機会となっている。施設の便り「千曲園」に会長挨拶が掲載されたり、年1回開催される「歌謡ショー」の出演者に花束を贈呈したりと「白樺会」として活発な活動をされている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価分類ごと )
Ⅲ	5	(1)	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>■ 276 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>■ 277 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（及び必要に応じて保護者などの主たる相談者等）と十分な話し合いが行われている。</li> <li>■ 278 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>・利用者が施設内外で自立した快適な生活が送れるように看護師や生活支援員などによる見守りと支援がされており、FIM(機能的自立度評価表)の研修を受けるなど、一人ひとりの利用者の意向なども踏まえ段階的に自立度を高めていく取り組みも行われている。</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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 279 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>■ 280 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>■ 281 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>■ 282 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>・必要に応じ福祉住宅などの見学について対応し、主体的な暮らしが営めるように支援している。施設外の就労支援事業所やデイケアに通所する利用者もおり、利用者の持てる機能の発揮や回復についての支援も行われている。施設には「リハビリ訓練室」があり隔週月曜日と木曜日に希望する利用者の訓練が行えるようになっている。</p>
	6	(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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 283 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>■ 284 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>■ 285 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>・利用者一人ひとりの個別支援マニュアルがあり栄養量や食事形態などの栄養ケア計画も立てられており、食事の支援方法や使用自具なども記されている。食事は同じ法人が運営する隣接施設（一部廊下で繋がっている）内の厨房にて委託業者が作っており、食事形態も一口大・超刻み、小・中・超トロミ、アレルギー対応、常食等と様々な対応がされている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価分類ごと )
Ⅲ	6	(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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 286 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。</li> <li>■ 287 食事サービスの検討会議等には利用者も参加している。</li> <li>■ 288 適温の食事を提供している。</li> <li>■ 289 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。</li> <li>■ 290 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。</li> <li>■ 291 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。</li> <li>■ 292 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。</li> </ul>	<p>・年1回の嗜好調査や年4回の献立会議を実施し、利用者の希望などをメニューに反映させている。職員は利用者と同じ食事をとることはできないが、交代で検食し確認している。日頃の食事に加え、行事食や郷土料理、バイキング食などを定期的に行い、健康で豊かな食生活が送れるように支援がされている。訪問当日も、二十四節気の「霜降」の日に当たり、一汁三菜にデザートが付いた彩り豊かな献立となっていた。「献立カレンダー」も作られており、食堂に掲示されている。職員の食事介助は、様々な支援を必要とする利用者それぞれの対応をしており、今、何を食べているかを利用者に話しかけながら食事が楽しめるように心配りをされていた。</p>
			③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 293 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。</li> <li>■ 294 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。</li> </ul>	<p>・食事の時間帯は朝、昼、夕ともに決められているが、利用者一人ひとりの席は固定されており自助具等も事前に置かれ好きなペースで食べることができる。利用者の健康状態によっては居室に配膳し摂っていただいている。</p>
		(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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 295 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。</li> <li>■ 296 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。</li> <li>■ 297 入浴の介助や支援業務は、所定の様式により記録されている。</li> </ul>	<p>・入浴に関するマニュアルがありプライバシーや安全に配慮した支援に徹している。同性介助を基本としており、女性は火曜日と土曜日、男性は月曜日と金曜日を入浴日としている。毎週木曜日は希望者に足浴をし血液の循環を図っている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価分類ごと )
Ⅲ	6	(2)	② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 298 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。</li> <li>■ 299 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。</li> </ul>	<p>・介助を必要とする利用者が多いが、週2回は入浴している。汗をかいた日や失禁等の場合、曜日により帰宅予定のある利用者など、決められた入浴日以外でも支援を行っている。</p>
		③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 300 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。</li> <li>■ 301 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。</li> <li>■ 302 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。</li> </ul>	<p>・浴室には特殊浴槽が2台備え付けられ、利用者が快適に入浴できるように環境の整備が進められている。1浴槽ごとにプライバシー保護のためのカーテンが設けられている。また、浴室には暖房設備が、脱衣室も床暖房が施され適温に保たれている。出窓スペースには利用者の好みのシャンプー、リンスも置かれていた。</p>	
		(3) 排泄	① 排泄介助は快適に行われている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 303 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、サービスマニュアルや個別チェックリスト等を活用している。</li> <li>■ 304 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。</li> <li>■ 305 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。</li> <li>■ 306 排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。</li> </ul>	<p>・排泄介助マニュアルがありプライバシーや安全に配慮している。一人ひとりの利用者の個別支援マニュアルもあり、生活支援実施書には排泄の記録も記入されている。トイレ介助の必要な利用者がほとんどで、職員は利用者のトイレ利用に当たり、カーテンの開閉に気を配り声掛け対応で介助していた。</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 )
Ⅲ	6	(3)	② トイレは清潔で快適である。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 307 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>■ 308 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>■ 309 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>■ 310 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>■ 311 採光・照明等は適切である。</li> <li>■ 312 冷暖房等の設備は適切である。</li> </ul>	<p>・トイレは南棟と北棟に1室ずつあり広く、内部はコンパートメントに別れ、特に入口はカーテンで仕切られ車椅子の利用者が入り易いようになっている。また、左利き用、右利き用、両方対応のものがあり、便器の高さも高いもの、低いもの等、身体状況に応じて利用できるようになっている。女性用トイレは淡いきれいなオレンジ色のカーテンとタイルの模様で、男性用トイレもさわやかなブルーのカーテンとタイル壁で、視覚的に見ても女性用、男性用とわかりやすい工夫がされている。換気も常時行われ、不快な臭い等は感じられなかった。</p>
		(4) 衣服	① 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 313 衣類は利用者の意思で選択している。</li> <li>■ 314 衣類の選択について、必要があれば相談に応じている。</li> <li>■ 315 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。</li> </ul>	<p>・利用者の主体性を基本にしている。利用者自身で選ぶことが困難な方には職員が季節、気温等を考慮し、意思を確認しながら着替えの支援をしている。衣類の購入については買い物ツアーを企画し必要とする利用者の希望に応じている。</p>
			② 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 316 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。</li> <li>■ 317 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。</li> <li>■ 318 汚れや破損が生じた場合に、速やかに対処するための標準的な業務手順が用意されている。</li> </ul>	<p>・利用者の意思を尊重し適切な着替えの支援を行っており、自ら着替えをする利用者には出し入れしやすいようにタンスなどを配置したり、取り扱いに便利なお手伝いをしている。汚れや破損についても利用者の意向を確認し対応している。衣類の着脱についても介助を必要とする利用者の希望にも応じている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価分類ごと )
Ⅲ	6	(5) 理容・美容	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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 319 髪型や化粧の仕方等は利用者の意向に配慮している。</li> <li>■ 320 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。</li> <li>■ 321 理容・美容に関する雑誌類や情報を用意している。</li> </ul>	<p>・利用者一人ひとりの個別支援マニュアルには「洗面・口腔ケア(方法・留意点)」、「補装具・日常生活(方法・留意点)」、「更衣(方法・留意点)」などが細かく記され、日課に沿い、整髪やひげそり、歯磨きなどの支援が行われ、利用者の身だしなみにも配慮がされている。</p>
			② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 322 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。</li> <li>■ 323 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。</li> </ul>	<p>・希望があれば地域の理容・美容店の利用は可能であるが、出張理容、出張美容の来園があり、現在、ほとんどの利用者がこちらを利用している。</p>
		(6) 睡眠	① 安眠できるように配慮している。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 321 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。</li> <li>■ 322 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。</li> <li>■ 323 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。</li> <li>■ 324 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。</li> <li>■ 325 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。</li> </ul>	<p>・寝具は利用者の使いやすい好みの私物を持ち込むことができる。施設では就寝時間を22:00としているが、無理なく自然な形で就寝できるように配慮されている。利用者の個別支援マニュアルには「排泄(方法・留意点)」の項目もあり、夜間のおむつ交換や便器使用など、支援内容や手順等がわかるようになっている。利用者間の関係性に配慮し居室の変更を検討することもある。</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 )
Ⅲ	6	(7) 健康管理	① 日常の健康管理は適切である。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 326 利用者の健康管理票が整備されている。</li> <li>■ 327 利用者の健康管理マニュアルが用意されている。</li> <li>■ 328 医師又は看護師による健康相談を受けることができる。</li> <li>■ 329 医師又は看護師が、利用者（及び必要に応じて保護者などの主たる相談者等）に対して健康面の説明を定期的に行っている。</li> <li>■ 330 利用者（及び必要に応じて保護者などの主たる相談者等）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。</li> <li>■ 331 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。</li> <li>■ 332 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。</li> </ul>	<p>・施設南棟には医務室があり看護師が常駐し日常的に相談することができ、利用者一人ひとりの日常の健康状態を継続して記録している。「利用者の健康マニュアル」、「千曲園における医療行為マニュアル」などがあり、感染症対策の一つとしてインフルエンザ等の予防接種を利用者、保護者等の承諾を得て行い集団感染を回避している。また、協力医療機関の医師の定期的な往診も受けており、健康保持のための適切な支援が行われている。協力医療機関として歯科医とも連携しており、訪問診療も可能となっている。健康管理の一環してリハビリ訓練が行われ、また、一日2回のラジオ体操の放送も流されている。</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"> <li>■ 333 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。</li> <li>■ 334 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。</li> <li>■ 335 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>・夜間緊急対応マニュアルや緊急時搬送マニュアルがあり、緊急時に合わせ対応できるようになっており、利用者の病状急変時には医療機関との連絡が速やかに取れるようになっている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価分類ごと )
Ⅲ	6	(7)	③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 336 利用者（及び必要に応じて保護者などの主たる相談者等）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。</li> <li>■ 337 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。</li> <li>■ 338 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。</li> <li>■ 339 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。</li> </ul>	<p>・服薬マニュアルがあり、医務室で一人ひとりの利用者の配薬管理が厳重に行われている。利用者の個別支援マニュアルには「医療・看護(方法・留意点)」の項目もあり、服薬管理の実施内容・頻度等も記載されており、それに沿い実施し記録も行っている。</p>
		(8) 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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 340 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>■ 341 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>■ 342 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>■ 343 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>■ 344 地域の社会資源を積極的に活用している。</li> </ul>	<p>・会議室の一角には篤志家から贈られた文庫のコーナーがあり、保護者会からの寄付として新たな本も追加され蔵書を増やしている。地域貢献も兼ねて毎年秋に開催する千曲園祭では地域住民と交流し、保護者会主催の歌謡ショーでは利用者の会「白樺会」から、出演者に花束が贈呈されている。施設では多彩な計画が立てられており、年間予定表にはオセロ、手芸、書道、日帰りや一泊旅行、シネマ鑑賞、カラオケ、紙芝居、ふれあい喫茶等と多彩な内容が計画され、施設での暮らしをより有意義なものにしている。手芸や書道の講師はボランティアをお願いしており、他に、朗読、そば打ちなどのボランティアも来訪しており職員も支援に努めている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価分類ごと )
Ⅲ	6	(9) 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 345 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。</li> <li>■ 346 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。</li> <li>■ 347 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。</li> <li>□ 348 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。</li> </ul>	<p>・外出については職員への申し出が必要であるが、利用者や保護者等の希望に応じており、いつでも行うことができる。就労支援事業所の送迎車を自ら手配されている利用者もいる。施設としての「面会、外出、外泊マニュアル」があり職員はそれに沿い支援している。単独での外出はないので連絡先を記したカード等は今のところない。</p>
			② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 349 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。</li> <li>■ 350 施設側の都合で決めるのではなく、利用者及び保護者などの主な相談者の立場に立って、担当職員がその調整を行うようにしている。</li> <li>■ 351 盆や正月の外泊は、強制したり、利用者や保護者などの主たる相談者の事情を考慮せずに要請するようなことはしていない。</li> </ul>	<p>・前項同様、外泊については職員への申し出が必要であるが希望に応じている。同じく、施設としての「面会、外出、外泊マニュアル」があり職員はそれに沿い支援している。</p>
		(10) 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 352 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。</li> <li>■ 353 金銭等の自己管理ができるように配慮されている。</li> <li>■ 354 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。</li> <li>■ 355 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。</li> <li>□ 356 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。</li> </ul>	<p>・金銭の管理については利用者と施設双方で「預かり金管理契約」を別途締結するようになっている。また、「利用者所持金取扱要綱」がありそれに沿って支援している。自己管理ができる利用者は小遣い帳をつけ金銭管理がしっかりとできている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価分類ごと )
Ⅲ	6	(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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 357 新聞・雑誌を個人で購入できる。</li> <li>■ 358 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。</li> <li>■ 359 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。</li> </ul>	<p>・居室にはテレビやパソコンの電源が確保されており、インターネットにも接続できる。また、新聞は決められた共用スペースに置かれている。新聞・雑誌の購読については要望に応じており、毎月定期的にお気に入りの雑誌を取っている方がいる。</p>
			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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 360 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。</li> <li>■ 361 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。</li> <li>■ 362 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。</li> </ul>	<p>・飲酒や喫煙等の嗜好品は利用者の意思や希望が尊重されているが、喫煙については場所が決められており、飲酒も自己責任で飲むことを可能としている。ただし、医療その他の理由により止められている方は許可されていない。定期的に行われる「ふれあい喫茶」でもビールを飲むことができる。</p>