

(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

第三者評価の判断基準

事業所名（施設名）

霧ヶ峰療護園

- 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	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"> <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。 <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。 	・法人の基本理念は「福祉の追求」で、四項目あるその一つに「ご利用者の福祉の追求」が掲げられている。各種会議で確認し意識づけを図っている。施設としての虐待防止・身体拘束廃止検討会議があり日々の支援の中で課題を取り上げ全体共有している。身体拘束については検討しつつ必要性に応じて行わざるを得ないこともあり廃止までには至っていないが職員への周知は行われている。
			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"> <input checked="" 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。 <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 checked="" 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 	

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	b	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 □ 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。 	<p>・ 法人の基本理念に連動した施設の運営方針の「ご利用者幸福の追求」の中で「常にご利用者本位のサービス提供に最善を尽くし、真の満足を追求します」と明示し事業計画の中で具体化しつつ利用者満足の上昇と把握を目的とし担当制の導入もしており利用者の気持ちに寄り添う支援に努めている。利用者との対話集会も毎月行われており、また、保護者総会もあり、施設長や係長が出席し、話し合いの中で課題を探し改善に取り組んでいる。</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"> □ 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。 ■ 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。 	<p>・ 職員は2名から3名のケースを担当し日々の支援の中で聞き役となり、希望や意向を把握し満足するサービスの提供に努めている。表出された意見は定期的に行われるケース会議で共有しその実現に取り組んでいる。</p>
			③ 個別支援計画にもとづいた支援を行っている。	b	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 □ 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 必要に応じ保護者などの主たる相談者への相談支援を行っている。 	<p>・ 利用者一人ひとりの支援計画があり、本人や保護者との意向を踏まえた話し合いを行っている。ケース会議が月1回開催されており、ケース担当者が情報提供を行い、医療担当、介護担当（主任）等が参加し話し合いが行われ現状に即した支援が行えるよう検討を加えている。計画の短期目標は6ヶ月、長期目標は1年を目安に計画され、心身の状態に変化が見られた場合には必要に応じて見直しがされている。</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	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"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>・ 利用者の意向に即したサービス提供が行われている。クラブ活動があり希望にあわせて入部しており日課の中で楽しみとなっている。現在リハビリを受けている利用者は10名ほどで、要望が多く満足とまではいかないが、月3回の通常リハビリ訓練があり、3ヶ月に1回、理学療法士も来訪し自主的に取り組めるよう工夫している。共有スペースの集會室は日当たりがよく日光浴をしながらくつろぐ方も見られ、機能回復訓練室では公衆電話を使い家族や外部とコンタクトを取っている利用者の姿もあった。施設中央にある支援室カウンターは常に数名の利用者が集まり、仲間同士あるいは職員とコミュニケーションをとっていた。食堂は適度な広さがあり清潔感もあった。</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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>・ 年度事業計画の「利用者処遇の向上」に「家族との繋がりを深めるため、保護者会と連携をとり霧ヶ峰通信を通じて家族利用者、職員とのコミュニケーションを緊密にする」とあり、対話集會や作業、日々の関わりの中で意見を聴いたり受容している。出された意見や希望は運営に反映させるように役職会議や職員会議で検討している。利用者の生活状況を掲載した広報誌「霧ヶ峰だより」を年1回発行し、施設長挨拶、各種行事の写真、行事日程、入退所、人事等が掲載され、保護者にも送付されている。可能であれば「霧ヶ峰だより」の発行の機会を増やし施設の活動状況を内外にアピールされることを期待したい。</p>
		(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。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>・ 「契約書・重要事項説明書」に施設の苦情相談窓口と受付担当者が表記されており、入所時の契約で説明している。廊下の掲示板にも「重要事項説明書」や苦情等についてのポスターが分かりやすく掲示されている。</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	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	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>・重要事項説明書に4名の第三者委員名が明記され、その他苦情相談責任者や窓口も記載し、利用者保護と福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。施設内には鍵付きのポストが三箇所設置されており、利用者誰でもが投函できる。ポストは施設長しか空けられず安心して投函できる仕組みになっており、書くことが出来ない方は苦情受付担当者に相談することもでき、機能している。利用者との対話集会や保護者総会にも施設職員が参加しているが、アンケート調査等も検討され意見を収集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。	b	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 202 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。</p> <p>■ 203 苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。</p>	<p>・苦情マニュアルがあり、施設の運営規定や契約書、重要事項説明書に苦情解決についての法的根拠や苦情窓口、第三者委員の体制等について記載し説明している。対応マニュアルについてはより効果的な仕組みとするためにも定期的な見直しが望まれる。</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。	b	<p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 206 理学療法・作業療法を受けられる体制にある。</p> <p>■ 207 言語聴覚療法を受けられる体制にある。</p> <p>□ 208 心理療法を受けられる体制にある。</p> <p>■ 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。</p>	<p>・3ヶ月に1回、外部より理学療法士の来訪があり訓練が行われている。機能訓練指導員は理学療法士の指導の下、利用者の運動機能維持訓練及び日常生活動作の機能訓練を個々の個別支援計画に基づき実施している。言語聴覚療法についても希望に応じ受けられる体制にある。</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している。	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>□ 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。</p> <p>■ 211 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。</p> <p>■ 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。</p>	<p>・今年度、初めて、第三者評価の受審に取り組んでいる。施設長より発信された業務改善アンケートを基に「職場環境をよくしよう」と目標を定め、サービスを含めた自己チェックとして具体的に取り組んでいる。職員は各種委員会に所属し委員会毎に実践状況を振り返りサービスの質を高める努力をしている。</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。	b	<p>■ 213 職員の参画により評価結果の分析を行っている。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 215 職員間で課題の共有化が図られている。</p>	<p>・業務改善アンケートについては分析がされており、それを踏まえ、課題解決に取り組もうとしている。取り組みから日が浅いため課題の共有化が充分とはいいかねるので、今後、分析結果を基に更に改善に取り組まれることを期待したい。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評 価 分 類 ご と)
Ⅲ	2	(1)	③	b	<p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p>	<p>・今年度から職員は各種委員会や自ら担当する業務の中で自己評価、第三者評価も踏まえ、見直しや改善へと繋げていくための一歩を踏み出している。</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。	b	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>・各種委員会を中心に研修会、勉強会を行い標準的な実施方法について周知している。施設マニュアルは誰が見ても分かり易い内容であり一つのファイルに綴られ、職員は何時でも自由に閲覧可能となっている。更に、感染症、防火管理、クラブ、行事等のマニュアルがあり標準的に実施できる仕組みがある。法人の理念「福祉の追求」の冒頭にご利用者幸福の追求があり「私達のご利用者を尊重し、生命、自由、プライバシー、個々人の人格権を守ります。」と明示されている。また、個人情報保護方針についても掲示されている。</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	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	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>・毎月、3~4回の頻度で個別支援検討会議が実施され、ケース担当、医療、介護主任等の関係者で見直しに関する意見や提案事項等について話し合っている。必要のある利用者については個々のマニュアルを作成し見直しに合わせて作り直すこともある。</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	<p>■ 228 利用者一人ひとりの記録等の書面が整備されている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>・クラウド通信型業務ソフトを活用し各職種が一人ひとりの利用者のサービスの実施状況を記録している。「重要事項説明・7」に施設における記録の項目を定め、更に職種間で記録すべき内容を周知し、記録者全員にばらつきがないように取り組んでいる。</p>
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	<p>■ 232 記録管理の責任者が設置されている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>・利用者記録の保管、保存、廃棄について法人の規定に沿って行われている。個人情報の保護、守秘義務及び記録の開示については「重要事項説明書」に記されている。更に、「法人の理念、福祉の追求」や「中期事業計画の概要」にも「人権、プライバシーを重んじ本人本位の質の高いサービス提供を実現するべく努力をし」とあり会議や勉強会で取り上げ周知している。</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	(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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>・サービス管理責任者、ケース担当、生活支援員、看護師、栄養士等の多職種による個別支援計画検討会議で情報共有をしている。また、クラウド通信型業務ソフトを活用しリアルタイムに情報の共有を行っている。</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"> ■ 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。 ■ 240 事業所を紹介するパンフレット等を作成している。 □ 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。 ■ 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。 ■ 243 問い合わせへの対応体制を整えている。 ■ 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。 ■ 245 見学希望者の都合（曜日、時間等）に対応している。 	<p>・法人のホームページがありインターネット上で施設の概要（サービス案内、お知らせ、事業者情報、職員体制）も公開されており「お知らせ欄」にはタイムリーな情報が掲載されている。施設概要、基本方針、施設運営・案内、関係施設の住所や連絡先が記載されたパンフレットも作成されており、何れも分かり易いようになっている。実習や職場体験、施設見学も随時受け入れ対応している。</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	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"> ■ 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） ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>・利用開始時、重要事項説明書において説明している。説明項目はサービスに係わる設備等の概要、従業者の配置状況、サービス利用料金と負担軽減、入院等をされた場合の対応、記録や情報の管理・開示等で、字体もゴシックで大きく、分かりやすく表記されている。</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"> ■ 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。 ■ 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。 □ 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。 	<p>・事業所の変更や家庭、就労等の移行にあたりサービスの継続性に配慮した手順書と引継ぎ書があり必要に応じて対応している。退所後の支援として相談窓口を知らせ何時でも相談できる仕組みがあることを口頭で伝えている。</p>
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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 253 サービス開始時に利用者の個別情報や要望を把握し、定められた書式に記録している。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>・アセスメントシートがあり情報を把握し関係者で共有している。長い間使用していた様式から最新の様式に段階的に順次切り替えが行われており、一部の利用者は新しい様式でアセスメントがされている。アセスメントシートは個々のケースファイルに綴られ、個別支援計画書とは別にファイルされている。</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	<p>■ 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順が決められている。</p> <p>■ 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。</p>	<p>・ 利用契約書及び重要事項説明書に個別支援計画に関する項目があり、利用者状況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おり、利用者の意向やニーズとして個別支援計画に分かり易く、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	<p>■ 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。</p> <p>■ 259 サービス実施計画策定の責任者を設置している。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>・ 利用者の意向を踏まえた個別支援計画書は「生活支援計画書（1）（2）」、「支援計画に具体化されなかったニーズ」の三枚仕立てで、各項目（背景要因、課題、支援目標、支援内容）ごとに分かり易い様式で作成されている。定期的ケース会議が行われ計画どおりのサービスが提供されているかを確認する仕組みがある。</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	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>・ 個別支援計画の見直しは短期6ヶ月、長期1年で行われ、心身の状態に変化の見られた場合には随時検討会議を行い現状に即した計画になるよう見直しを行っている。また、職員会議や申し送り等で全体に周知されている。計画については本人や保護者に説明し合意をいただき署名捺印もいただいている。</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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。) ■ 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。 □ 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。 	<p>・アセスメントを通じてコミュニケーション手段を確認している。言語的コミュニケーションが難しい場合は表情や仕草から汲み取ったり質問形式やジェスチャー、筆談等で問いかけ最良の手段を探し共有している。</p>
			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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 □ 274 利用者による自治会ないし利用者の会等がある。 □ 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。 	<p>・生活支援員は数名のケースを担当し、利用者の意向や希望を把握して情報を伝達するパイプ役となり「利用者の思いを具体的に伝えられる存在」として側面的な支援を行っている。具体的には身の回りのお世話や聴き役になり、受容と共感の姿勢で信頼関係が構築されている。現在、利用者による自治会や利用者はなく主体的に活動ができる場として再開を働き掛けたこともあり、今後も検討課題として取り上げていく方向である。対話集会が毎月継続的に開催され、必要に応じて随時追加開催もされているが、欠席や身体状態により参加できない利用者にはフィードバックされず、全体で共有できる仕組みを検討している。</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	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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>・ケース会議や個別支援計画検討会議で話し合いを行い、自立した生活が送れよう、生活支援員や看護師等の見守りと支援が実施されている。</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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>・機能回復訓練室があり、個別計画に沿って訓練を行っている。対話集会や半期に一度の面談の機会に自己表現技能や話し方、人権意識が高められるような情報や資料提供を行っている。</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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>・栄養ケア計画があり、一人ひとりの栄養量や食事形態、食事の支援方法や自助具等が記載されている。アレルギー対応、嚥下食、制限食、常食等、利用者の体調や身体状況に合わせた食事を計画に基づいて提供している。</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	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。	b	■ 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。 □ 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。 □ 288 適温の食事を提供している。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。	・定期的に嗜好調査を行い希望をメニューに反映させている。給食会議に利用者の参加はないものの、昼食時に利用者に声を掛け「今度何が食べたい？今日の食事はどうだった？」とテーブルを回りながら希望や感想を聴いている場面が見られた。季節や暦に合わせた行事食やバイキング、寿司職人による実演バイキング等を定期的に献立に盛り込み食事が楽しく食べられるように工夫がされている。食堂は自由に出入りができ、決められた時間の中で自由に食べ始め、自分のペースで食事をすることができるよう配慮されている。食堂入り口や事務所横の掲示版には献立表が貼られ事前に献立を知らせている。夕食について適温での食事が提供されていないこともあり、利用者から不満の声も聞かれているので小まめな対応を期待したい。
			③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a	■ 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。 ■ 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。	・3回の食事時間帯は決められているが、食事が出来る時間の幅があり、個々のタイミングに合わせて摂っている。席は決められおり配膳されたトレーには一人ひとりに合わせた自助具や箸、スプーンなどが置かれ、自分のペースで口に運ぶことができている。利用者の希望や健康状態に応じて居室への配膳も行われている。
		(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。	b	□ 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。 ■ 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。 ■ 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。	・入浴に関するマニュアルがあり入浴介助、安全やプライバシー保護に関する内容が盛り込まれており一定水準の入浴支援が実践されている。同性介助を基本としているが了解を得られた場合は異性で支援を行うこともある。入浴日や時間は概ね決められているが利用者の希望に合わせ対応することもある。

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)
Ⅲ	6	(2)	② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<p>・週2回の入浴を基本としているが、必要に応じて随時入浴も可能で計画外の入浴も行っている。</p>
			③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	b	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	<p>・浴室には特殊浴槽1台と一般浴槽3台があり、状態に合わせ快適に入浴している。脱衣場や浴室内にはプライバシーを保護するカーテンやパーテーションはないが、バスタオル等を掛けるなどの配慮がされている。ヒートショックを起こさないように温度差をなくすため暖房を使い適温に管理されている。</p>
		(3) 排泄	① 排泄介助は快適に行われている。	a	<input checked="" type="checkbox"/> 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、サービス実施計画や個別チェックリスト等を活用している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 306 排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。	<p>・排泄介助マニュアルがあり排泄介助時の支援の方法や安全、プライバシー保護に関する内容が盛り込まれおり一定水準の排泄介助が行えるような仕組みがあり実践されている。排泄状況は生活支援実施報告書に記録されている。</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	(3)	② トイレは清潔で快適である。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 309 換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。 ■ 310 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。 ■ 311 採光・照明等は適切である。 ■ 312 冷暖房等の設備は適切である。 	<p>・トイレ内は清潔で臭いもなく適度な自然光の入る環境である。りんどう棟とゆり棟に1室ずつトイレがあり、コンパートメントはカーテンで仕切られ車いすの利用者が使いやすいようになっている。和式と洋式など、身体状況に合わせて使えるように工夫がされている。</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"> ■ 313 衣類は利用者の意思で選択している。 ■ 314 衣類の選択について、必要があれば相談に応じている。 ■ 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。 	<p>・利用者の意思を尊重し自由に選択していただいている。自己決定の難しい利用者には季節や気温、個性や好みを取り入れ衣類の選択の支援を行っている。希望の衣類の購入については家族にお願いしたり職員が代行し、バスツアーなどで出掛け購入することもある。</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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<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、自立をしている利用者には出し入れし易いタンスや置き場所等を考え対応している。汚れや破損についても利用者に相談しながら対応している。</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	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"> ■ 319 髪型や化粧の仕方等は利用者の意向に配慮している。 ■ 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。 ■ 321 理容・美容に関する雑誌類や情報を用意している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の意思を尊重している。担当者は必要に応じて整髪や化粧を手伝ったりしている。
			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"> ■ 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。 ■ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 出張理容、出張美容の定期的な来訪があり、ほとんどの利用者が利用している。
		(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"> ■ 324 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。 ■ 325 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。 ■ 326 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。 ■ 327 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。 ■ 328 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居室は二人部屋、四人部屋で個室はない。プライバシー保護はカーテンを使用、音や臭いはさえぎれないが利用者同士で約束事を決めたり、関係性を配慮した居室割りなどで工夫しながら生活している。夜間の支援記録はクラウド型通信ソフトを活用し、個々の個別支援（おむつ交換、体交の時間と体位、バイタル、人工肛門、膀胱パウチ、回腸導管の確認）経過を所定の様式に記録している。

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)
Ⅲ	6	(7) 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"> ■ 329 利用者の健康管理票が整備されている。 □ 330 利用者の健康管理マニュアルが用意されている。 ■ 331 医師又は看護師による健康相談を受けることができる。 ■ 332 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。 ■ 333 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。 ■ 334 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。 ■ 335 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>・ 医務看護室があり看護師が常駐し、日常的に相談することができる。日々の健康状態は個人ケース記録に記されおり必要に応じて医師の回診や看護師による説明も行われている。本人の希望と保護者の承諾があればインフルエンザ等の予防接種も行っている。定期的な歯科医師の訪問診療もあり診察、口腔衛生についての指導もある。また、月に数回は歯磨きボランティアの来訪があり「磨き方、歯磨き介助」等のアドバイスをいただいている。</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"> ■ 336 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。 ■ 337 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。 ■ 338 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。 	<p>・ 健康面の不調があった場合のマニュアルがあり緊急時の対応が出来るようになっている。協力医療機関と連携しており利用者の急変時には速やかな対応がと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"> ■ 339 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。 ■ 340 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。 ■ 341 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。 ■ 342 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>・薬の管理マニュアルと利用者薬一覧表があり、一人ひとりの薬の説明と一緒に綴られている。看護、介護日誌に投薬状況が記録され、内服後の経過も記録されている。</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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ■ 343 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。 ■ 344 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。 ■ 345 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。 ■ 346 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。 □ 347 地域の社会資源を積極的に活用している。 	<p>・施設では利用者の希望を取り入れ行事計画やレクリエーションに組み込んでいる。事業計画の「利用者処遇の向上」として様々な計画がなされており実施している。中でも喫茶コーナーは好評で2ヶ月に1回開催している。バイキング（ラーメン、寿司、中華）や実演調理（キャラバン食）、忘新年会、納涼祭、野外食事会等を計画し実行している。クラブ活動（カラオケ、オセロ、カジノ等）も盛んで自由に加入でき、個々の趣味を活かし写真やパズル、絵等に力を入れ余暇を楽しんでいる利用者もいる。</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	<input checked="" type="checkbox"/> 348 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 349 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 350 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。 <input type="checkbox"/> 351 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>・ 外出支援マニュアルがあり外出について一定水準で支援が行える仕組みがある。施設へ届出が必要であるが、本人や家族の希望に応じて何時でも行うことができる。</p>
			② 外泊は利用者の希望に応じよう配慮されている。	a	<input checked="" type="checkbox"/> 352 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 353 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 354 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。	<p>・ 外泊支援マニュアルがあり外泊について支援が行える仕組みがある。施設への届出用紙はあるが、本人や家族の希望に応じて何時でも行うことができる。</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	<input checked="" type="checkbox"/> 355 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"/> 356 金銭等の自己管理ができるように配慮されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 357 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"/> 358 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"/> 359 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>・ 重要事項説明書にて現金等の管理として別途「預かり金管理契約」を利用者と施設双方で締結し、これに従い管理している。</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	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"> ■ 360 新聞・雑誌を個人で購入できる。 ■ 361 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。 ■ 362 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>・居室にはテレビ等が使用できる電源が確保されている。施設で新聞を取っており毎日読むことができる。個人的に雑誌を購入される利用者もおり希望時には支援をしている</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"> ■ 363 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。 ■ 364 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。 ■ 365 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>・飲酒や喫煙については利用者の意向が尊重されており、指定の喫煙場所や飲酒場所等の取り決めを行っている。対話集会で話し合いの場を設け、更に、一人ひとりの利用者と相談しながら決めている。医師の判断も含め健康への影響に留意し希望に沿うようにしている。</p>