

(別添2)

事業評価の結果(評価対象)

福祉サービス種別 生活介護

事業所名(施設名) ハーモニー桃の郷かがやき

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 細 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。	身体拘束や虐待防止に対する意識が強く、鼻腔栄養・胃瘻を使う利用者に対してのミトンの使用に付いても家族への説明と同意を取り、慎重な対応を心掛けている。また、車椅子利用者のベルトに付いても、厚生労働省の手引きの内容を認識し、職員間での検討を行っている。
					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。	
		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。	法人の規程に沿い、施設の行動規範にもプライバシー保護の規範を定め、適切な対応を行っている。また、新任職員は法人の新任職員研修で徹底を図っている。	
				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、利用者または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 細 目 ごと)	
	1	(2) 利用者満足の上 向上に努めて	利用者満足の上 を意図した組み を整備している。	a)	165	利用者満足の上を目指す姿勢を明示した文書がある。	毎年、会話の出来る利用者には聞き取りにて、 会話の出来ない利用者には家族に依頼し、満足度 調査を行い、利用者の満足度やニーズの把握に努 めている。
					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。	
		利用者満足の上 に向けた組み 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、保護者参画のもとで検討会議 の設置等が行われている。	サービス管理責任者を中心に、満足度調査の結果に ついて、職員会議で検討すると共に、個々の 利用者に対しては、支援会議に本人家族の出席を 求め、改善に向けて話し合いを行っている。	
				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。		
		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。	個別支援計画の策定には、本人や家族のみなら ず、相談支援専門員・行政機関のケースワーカー も同席した支援会議を行い、サービス等利用計画 と連携した個別支援計画の策定を行い、その結 果、施設利用外の生活や他のサービスとの切れ目 ない支援の一翼を担っている。	
				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	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育内容を決めている。						
179	必要に応じ保護者への相談支援を行っている。						

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 細 目 ごと)						
	1	(2)	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)	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。	知的・精神・身体の3障害の利用者が混在する中、限られた環境を最大限に活用し、それぞれの障害特性に合わせた支援を行っている。 活発な活動が求められる利用者との医療的なケアが必要な利用者が同時にサービスを受けるにはスペースが限られており、それぞれに十分な支援を行える環境にはない。利用者ニーズと職員の思いが実現できる環境の確保が早急に求められる。					
					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。						
			施設と保護者との交流・連携を図っている。	a)	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。		常に開かれた施設として、多くの人の出入りがある中、利用者・家族共に何時でも話の出来る環境にある。 毎月発行される広報誌により、施設の近況や課題に付いて保護者に報告されている。 個々の利用者の誕生日日には、本人・家族・相談支援専門員を交えた支援会議を行い、利用者ニーズの把握を図っている。				
					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	保護者からの個別の相談にも応じている。						
					187	施設と保護者が交流・意見交換する場を設けている。						
		(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。	a)	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。		個々の利用者の相談支援専門員を介して、施設外の相談を可能とし、施設の第三者委員等との相談の機会もある。 個別に相談する場合は、複合施設に併設された相談室を利用している。			
						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。					
				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)	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、全ての苦情とその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。									

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 細 目 ごと)		
	1	(3)	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a)	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。	利用者ニーズの変化に伴い、毎年4月にマニュアルの見直しを行い、全職員に配布しているが、改正点等の周知は充分とは言えない。全職員がマニュアルの重要性を理解し、周知徹底できるよう工夫が必要と思われる。	
					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。		
	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。	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)	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。	今年度、第三者評価を受審し、施設全体で課題の確認と改善に向けた取り組みを検討している。	
					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。		
				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)	207	職員の参画により評価結果の分析を行っている。	評価の結果に基づき、分析し、課題を共有化している。
						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。	
						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。	
		課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a)	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。	毎月の職員会議とケース会議で定期的なサービスの改善が検討されており、今回の評価結果においても、改善に向けた取り組みが行われる事を期待したい。		

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 細 目 ごと)	
	2	(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。	a)	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。	年1回、個々の利用者の誕生日に、本人・家族・相談支援専門員・行政機関のケースワーカーを交えた支援会議を行い、ニーズの把握と支援内容の検討を行っている。 個々の利用者の支援方法については、「個別支援・介助マニュアル」を作成し、支援・介助方法の共有を図っている。
					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。	
		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。	個々の利用者の誕生日の他、その6ヶ月後にも見直しを行い、毎月の職員会議・ケース会議において検討し、周知を図っている。	
				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。		
		(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。	パソコンによる支援ソフトを使用し、日常の支援から個別の支援記録に連動し、正確な記録と管理が行われている。 管理者は、支援ソフトの限界と問題点を認識し、改善に向けた検討を行っている。利用者や支援者の願いや思いが伝わる記録の充実を期待したい。
					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。						

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 細 目 ごと)		
	2	(3)	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。	サービス管理責任者を責任者として、法人の規程に則り、適切に管理されている。	
					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。		
			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。		毎月、職員会議・ケース会議を行い、課題の検討と情報の共有化が図られている。 施設内にパソコンのネットワークシステムはあるが、支援ソフトが使えるパソコンは1台で、素早い情報の共有化には課題があり、改善が必要と思われる。
					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。							
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。	a)	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。	施設の情報をホームページで公開している。 相談支援事業所を通して、利用希望者には適切に情報が提供されている。		
				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。			

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 細 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。 ・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）	規程に則り、利用契約を適切に取り交わしている。	
					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。		
					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。		現行制度に則り、相談支援専門員を介して、必要に応じて情報の提供や交換が行われている。
					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。		
	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。						
	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。	定められた手順に従って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。	決められたアセスメント様式を使い、利用者の状況を客観的に評価すると共に、ニーズの把握が行われている。
						248	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。	
						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。	
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ている。	「ニーズのまとめ」「課題検討書」を使い、ニーズ・課題の明示に努めているが、アセスメントで明らかになったニーズや課題の全てが明示されていない。漏れのないニーズや課題の検討が必要と思われる。	
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。							

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 細 目 ごと)			
	4	(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)	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。	6ヶ月毎に個別支援計画の見直しを行い、誕生日には利用者・家族・相談支援専門員・行政機関のケースワーカーによる支援会議を行い、その内容を再度、施設内の職員会議・ケース会議で検討し、サービス等利用計画とも連動した個別支援計画の策定が行われている。		
					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。			
				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。	定められたモニタリング様式により、個別支援計画の実施結果が検証され、検証結果を踏まえた再アセスメントにより、新たなニーズ・課題の把握に努めている。これらの結果は、職員会議・ケース会議で検討されると共に、周知が図られている。
						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。	
5	(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。	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。	コミュニケーションの困難な利用者に対しては、職員が慣れるまでの間、家族に協力を求め、意思の把握に努めている。その他の支援に付いては、必要に応じて依頼できる体制にある。		
					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。			

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 細 目 ごと)	
	5	(1)	利用者の主体的な活動を尊重している。	b)	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。	施設のスペースや環境により限りがあるが、出来る限り利用者の希望に添った自主的な活動が出来るよう支援している。 通所施設のため、利用者が一堂に会する機会を持つ事が困難なため、自治会はないが、利用者の要望に対しては、随時話し合いの機会を設けている。
					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。	
		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。	6ヶ月毎の個別支援計画策定時のアセスメントにおいて、利用者個々の機能やニーズとリスクを明示し、本人・家族を含めた支援会議、施設内での職員会議・ケース会議を経て、適切な支援が行われている。	
				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。		
		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。	県の知的障害者福祉協会の研修プログラムへの参加を支援している。 施設での共通の外出支援の機会とは別に、個別の支援メニューとして、公共交通機関を利用した外出などを行い、社会参加のための学習や訓練を積極的に行っている。これらの経費に付いても施設で負担するよう配慮を行っている。	
				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。		

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 細 目 ごと)		
	6 日常生活支援	(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。	身体的には健常な利用者から、胃瘻や鼻腔栄養が必要な身体機能の低下が見られる利用者まで、幅広いニーズに合わせた食事が提供されている。	
					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。		
			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)	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。		食事の調理を行う外部企業、他施設と兼務する栄養士という状況の中、毎日違う利用者を交えた献立会議は困難であるが、利用者アンケートや個々のニーズに基づき、緊密な連携を取り、楽しく食事が出来るよう努めている。
					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。			
		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。			
		喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a)	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。	利用者の疾患による心身の状況や日々変わる状況に応じて、摂食の時間や場所を工夫して食事を提供している。しかし、集団での食事が困難な重度の行動障害者や経口摂取の困難な利用者が安心して食事が出来る環境の整備が必要と思われる。		
				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。			

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 細 目 ごと)	
	6	(2) 排泄	排泄介助は快適に行われている。	a)	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。	利用時間帯の排泄を含めた身体状況やバイタル検査の結果は、「チェックノート」に記録され、それとは別に家族へは「連絡ノート」で利用中の状況を知らせている。 一般的な排泄マニュアルの他に、個別の「支援・介助マニュアル」で支援方法の徹底を図っている。利用者の重度化が進む中、医療的なケアの必要な利用者も増えており、より一層の介護方法の検討と安全な支援の徹底が必要と思われる。
					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。	
					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。	
					292	排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。	
		トイレは清潔で快適である。	a)	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。	開所時は、知的障害者の施設であったため、身体障害者に対応した既存の設備はないが、ストレッチャー等の備品を工夫すると共に、複合の他施設の障害者トイレを使う等配慮をしている。利用者の増加と重度化に対応した排泄設備が必要と思われる。	
				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。			
	(3) 健康管理	日常の健康管理は適切である。	b)	299	利用者の健康管理票が整備されている。	3障害一体となり、利用者の重度化により医療的ケアが必要な利用者が増えている。このような状況に対し、併設の重症心身障害者の日中支援事業と連携し、2名の常勤看護師と2名のパートの看護師を中心に医療的なニーズに添っている。 インフルエンザの予防接種は行っていないが、家族に接種を呼びかけ、ほぼ全員が行っている。	
				300	利用者の健康管理マニュアルが用意されている。		
				301	医師又は看護師による健康相談を受けることができる。		
				302	医師又は看護師が、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。						

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 細 目 ごと)		
	6	(3)	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a)	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。	施設の嘱託医療機関だけでなく、利用者個々の主治医を把握し、急変時には、連携した支援が出来る体制にある。	
					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。		
					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。		
			内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	b)	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。		誤薬防止マニュアルに添って、誤薬の防止に努め、服薬後は、チェックリストに記録が行われている。しかし、誤薬があった場合の誤薬事故対応マニュアルはなく、今後の課題と思われる。
					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。		
					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。		
		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。					
		(4) 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)	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。	外出や音楽療法等のレクリエーションの予定を利用者に伝えると共に、利用者個々の希望を支援会議など様々な機会に聞き取り、要望に添った余暇活動の提供に努めている。 知的・精神・身体 の 3 障害を受け入れる施設として、近年、利用者から幅広い要望が寄せられている。これらの要望に対し、出来る限りの対応をしているが、広いスペースで身体を動かしたい利用者や、落ち着いた静かな環境で過ごしたい利用者等、多様なニーズに対応できる設備（スペース）の必要性を感じた。	
					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。		
					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。		
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。							
					317	地域の社会資源を積極的に活用している。		

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 細 目 ごと)
	6	(5) 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。	b)	<p>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。</p> <p>319 金銭等の自己管理ができるように配慮されている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	通所施設のため、預かり金はないが、外出の機会に買い物を行う等、経済的な対応能力を高める学習の機会を提供している。
			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>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	嗜好品のルールに付いて、自治会がないため、施設全体で協議する場はないが、該当する利用者とは個別に話し合い、ルールを明確にしている。