

(別添2)

事業評価の結果 (評価対象)

福祉サービス種別: 身体障害者療護施設
事業所名(施設名): 障害者支援施設 ほほえみ

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 (評価分類ごと)
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。	法人理念に「利用者本位のニーズに合った福祉サービスの提供に努める」と明示されている。 年度当初の職員会で、理念、職員倫理綱領、マニュアルの職員全員への配布、施設内外研修など実施し、職員への周知の仕組みがある。
			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。	b)	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。 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。 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。	法人の個人情報保護規程に基づき、情報開示や個人情報の取り扱いの適正化に努めている。また、ほほえみ職員倫理綱領、職員行動規範も定め、マニュアルにも具体的にプライバシー保護を明示している。 入浴、排泄の生活場面における施設構造の課題や設備に改善が期待される。
		(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。	b)	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。	利用者懇談会を年2回と必要に応じて実施している。 嗜好調査を毎年実施し、満足の向上に努めている。 家族会があり、昨年度まで幹部職員が参加していたが、ご家族の高齢化などにより、今年度から家族会が休止している。ご家族と話し合っって負担軽減を図るなど施設の側面的支援を行い、家族会をとおしての意見が支援の質向上に活かされることが期待される。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	1	(2)	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	b)	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。	担当者や担当部署は決めていないが、利用者懇談会を開催して意向把握を実施し、生活ルールなど可能な限り改善に努めている。利用者の会の設立を働きかけたこともあるが、設置には至っていない。 外出や旅行も、少人数で行き先を決めており、利用者の重度化や状況に細やかに配慮し、要望にも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。	b)	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。	本人の希望を取り入れた個別支援計画に基づいた支援を実施している。毎月の書道クラブ、将棋、カラオケ、絵画などがあるが、種類も回数も多いとはいえない。 社会生活力向上のための学習・訓練プログラムとして作成されているものはないが、社会資源を利用して買い物に定期的に出掛けている方がおられる。
			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。	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。 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。	利用者の書道、絵画などの作品が玄関近くの廊下に掲示され、利用者の努力による優れた才能を披露し、来所者やご家族にも、障害における療養訓練の理解を促す取り組みである。 書道教室、将棋、カラオケ教室、折り紙など利用者の楽しみや励みとなっている。 ボランティアの活用や、社会資源の活用により、利用者が主体的に取り組むことができるような日中活動プログラムの更なる充実が望まれる。
			施設と保護者との交流・連携を図っている。	b)	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。	年2回の「ほほえみだより」が保護者に送付され、行事での利用者の様子や予定、職員の変動などが掲載され、施設での情報を伝えている。 保護者会が4月より休会中である。

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)
	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。	相談方法や相談相手について重要事項説明書に明示されている。 利用開始時のみならず、相談窓口の明示やわかりやすい説明が期待される。また、職員への周知により、利用者への積極的な言葉かけも期待される。
			苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	b)	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、全ての苦情と圏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。	法人規程により取り扱い、法人ホームページに内容、件数が公開されている。 第三者委員が選出され、施設を訪問し、利用者の意見を聞く機会も設定されている。 苦情解決体制は職員に周知されて適正に処理され、職員会で検討しサービスの改善に活かしている。
			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。	意見箱が、事務室前に設置されている。 利用者からの意見や提案に対し、施設内で検討し可能な限り対応しているが、利用者の理解を得られない場合もある。具体的にサービスの改善に努めており、全ての要望に応えることは限界があるが、利用者や家族の声を大切に、公正な姿勢を持っている。 利用者からの意見や提案に関する対応マニュアルは、意見箱の取り扱いも含めて整備が求められる。
		(4) 医療サービス体制が適正に機能している。	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)	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。 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。 206 理学療法・作業療法を受けられる体制にある。 207 言語聴覚療法を受けられる体制にある。 208 心理療法を受けられる体制にある。 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。	作業療法士が配置されている。 リハビリ専門施設の協力を得て、状態に合った適切な福祉機器を利用者は活用しており、業務マニュアルには自助具が写真入りで明示され、支援が適切に実施されるよう図られている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)			
	1	(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)	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。 211 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。 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。	今回が初回の受審である。 担当者を定め、取り組まれている。			
			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。	c)	213 職員の参画により評価結果の分析を行っている。 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。 215 職員間で課題の共有化が図られている。	今回が初回の受審である。			
			課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	c)	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。 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。	今回が初回の受審である。 改善策、改善計画とその実施に、全職員が参画してPDCAサイクルに即したサービスの質向上が期待される。			
		(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。	a)	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法を講じている。 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。	それぞれ支援の場面で、細かなマニュアルが用意され必要に応じて個別の支援方法についても、画像を使って分かり易く指示されている。しかし、一部で具体性に欠ける部分があり、必要に応じて見直しや改訂が必要と思われる。			
					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)	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。 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。	個々の利用者の支援方法変更に対し、緊急のものは毎日の引継ぎで検討され、日勤記録・夜勤記録で申し送られ、検討の必要なものについては、支援会議・フロア会議等で検討され、議事録で伝達されている。しかし、これらの結果が施設全体の業務マニュアルの改訂に繋がっていない部分もあるので更なる改善を期待したい。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	1	(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。	b)	228 利用者一人ひとりの記録等の書面が整備されている。 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。 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。 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。	法人で共通の市販の支援ソフトを使い、日々の記録がケース記録に自動的に反映されるようになっており、統一した記録が出来るようになっており、しかし、本格的な導入の初年度のため、支援以外の医療部門や栄養部門との連携した記録や個別支援計画に沿った記録が少ないように見受けられた。今後、運用を進める中で記録方法の改善を期待したい。
			利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b)	232 記録管理の責任者が設置されている。 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。 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。 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。	法人及び施設の規定に基づき、適切に管理されており、個人情報の保護や開示についても規定されているが、職員間でその重要性の理解については研修が充分とは言えない。支援ソフトの導入に伴い、管理についても運用方法の研修を行うことを期待したい。
	2	(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)	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。	支援ソフトを使い適切に記録され、加えて施設内がネットワーク化されて情報の共有化が図られている。しかし、部門を越えた情報の共有が充分とは言えず、記録の中に日々の医療機関の受診や施設内で医療支援、栄養ケア計画との連携など、ネットワークを駆使した工夫を期待したい。 施設全体で詳しく認識しなければならない情報は、フロア会議・支援会議・職員会議で部門を越えた職員間で検討され、施設全体への周知が図られている。
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)	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等を作成し、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。	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、公共機関が発行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 (評価分類ごと)
	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)	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。	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。特に加算に伴う複雑な利用料の算定についても詳しく記載し、透明性の確保に努めている。
		(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	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)	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。	他の事業所と利用する場合、情報の共有と引継ぎに対応できる体制にあるが、文書化はされていない。 当施設が複合施設にあるため、入所支援を受けながら、日中は同じ建物にある同法人の他の日中支援事業を選択することが容易な環境にある。また、そのような制度について一般職員の知識や理解もあり、今後、障害者支援施設として先進的な展開が期待できる。
	4	(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)	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。 254 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。 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。	利用開始のアセスメントは、利用者の状況を知る上では機能している。しかし、その中に利用者の思いや要望を積極的に把握できるアセスメント様式ではない。今後、利用者の要望や担当職員が感じた課題など、利用者・職員双方の「気づき」を促すアセスメント様式の検討が必要と思われる。
			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。	c)	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。 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。	アセスメントシートは存在し、利用者の状況把握にはなっているが、課題やニーズの把握と検討には至っていない。アセスメントから得られた課題やニーズを整理・検討し、支援目標を明確にすることは介助過程において重要な過程であることを理解し、アセスメントの過程に立ち返り、利用者ニーズの課題検討が必要と思われる。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)		
	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。	b)	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>アセスメントから得られるニーズや課題が個別支援計画に反映されていない。そのため、個別支援計画の内容も利用者の全体像を捉えていない。支援過程（介助過程）の基本が施設内で理解されているとはいえず、研修を行い、施設全体で理解を深める必要があると思われる。</p> <p>個別支援計画について、支援会議・フロア会議で検討し、周知を図る他、毎月の支援会議で2事例ずつ事例検討を行い、広くフロアや部門を越えた職員間で検討し、課題の見直しや計画の周知を深めている。</p>		
			定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。		259 サービス実施計画策定の責任者を設置している。			
		(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。		b)		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>日々起こる利用者の変化や要望に対し、支援会議やフロア会議で支援方法の変更を行っているが、個別支援計画の変更には至っていない。また、モニタリングや家族の意向の聞き取りは行われているが、それが個別支援計画の変更に活かされているとは言い難い。</p> <p>今後、利用者の状態や意向の変更に際しては、改めてアセスメントを行い、そこから新たな課題やニーズを把握し、改めて個別支援計画を作成することが必要と思われる。</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とともに、機能している。	
				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。				
				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。				
					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。			
					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。			
				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。	<p>会話や意思の理解が困難な利用者に対し、それぞれの職員があらゆる手段を駆使して、意思の理解に努めている。また、必要に応じて外部の第三者の支援を求めている。しかし、コミュニケーション能力を高めるための取り組みが個別支援計画に記載されているかどうかは、確認できなかった。</p>			
				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。				

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	(1)	利用者の主体的な活動を尊重している。	b)	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。	利用者は、絵画などの製作活動など、個々が思い思いに活動を行い、近年では、施設から提供される外出支援の他に、施設が斡旋する移送サービスを利用した個人外出が積極的に行われている。 利用者自治会はなく、年2回の利用者懇談会で利用者の要望を聞き取っている。利用者が重度化していく中、利用者が主体的に自治会を運営することは益々困難になると思われる。利用者の主体性を引き出し、利用者と施設が建設的な話し合いをするために、職員が側面的に支援することで自治会に代わる仕組みを作ることが必要と思われる。
			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)	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。	利用者の個々の状況に合わせた支援を個別支援計画策定時に検討し、個々に行われているが、最重度の利用者が多い当施設においては、積極的な支援が重要と思われる。
			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。	b)	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が高められるように、情報や資料の提供を行っている。	施設のある建物の中に相談支援センターがあり、他施設の利用など施設外の情報提供が受けられやすい環境にある。 移送サービスを利用した外出が積極的に行われている他、施設入所支援を受けながら他施設の日中支援を検討するなど、広く社会資源を活用する先駆的な生活スタイルを提案している。
	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)	283 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。 284 食事の介助等、支援方法に関してマニュアル（留意点を含む手引き等）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。	管理栄養士が利用者個々の栄養ケア計画を作成し、食事・栄養面から利用者の健康を支えている。 食事介助のマニュアルは職員の食生活係を中心に画像を交えた細かなマニュアルが作成され、重度利用者の介助方法や少しでも自力で食べられるような支援を解説している。

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)
	6	(1)	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。	利用者に対し、嗜好調査は行われているが、施設内での献立会議の記録はなく、利用者も参加していない。今後、利用者・職員交えて楽しい献立会議を定期的に開催することを検討いただきたい。
			喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	b)	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。	殆どの利用者が椅子を利用し、半数以上が何らかの食事介助を受けている状況で現状の食堂は決して十分な面積があるとは言えない。落ち着いた環境で食事を摂るためには、食堂の面積を広げるなど設備の改善を進めると共に、食事時間に幅を持たせるなど、何らかの食事環境の改善を行うことが望ましい。
		(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。	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。	入浴の準備から介助方法まで、衛生面や安全面に配慮した細かなマニュアルが用意されている。しかし、特殊浴槽1機と一般浴槽のみの設備の中で、より一層の安全面への配慮を行うと共に、職員の身体的負担の軽減や健康面での配慮が必要と思われる。 様々な感染症が懸念される昨今、入浴における感染症対策が一部利用者に理解されていない面もある。感染症対応には様々な見解があるが、情報を整理し、利用者に納得できる対応と説明が望まれる。
			入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b)	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。 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。	一人あたり週2回の入浴が行われ、体調不良等で入浴できない場合は、タオルでの清拭を行っている。

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)
	6	(2)	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	b)	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。 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。 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。	特殊浴槽とスロープのある一般浴槽が設備されているが、更衣スペースを含めて設備全体の老朽化が感じられた。衛生面に配慮した「ミスト浴」や安全面や介助の軽減に配慮した「チェアバス」など、機器及び設備の更新が必要と思われる。また、職員の負担を軽減するための走行リフトなどを導入するなど、多少時間は掛かっても利用者にも職員にもやさしい介助が出来る周辺機器の導入と意識の改革が望まれる。 施設のある建物の構造上やむを得ないが、玄関ホールを通過して浴室に移動する動線は決して良いものとは思えない。冬場の寒さや来訪者の視線への対応するために何らかの対策が必要と思われる。
		(3) 排泄	排泄介助は快適に行われている。	a)	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。 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。 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。 306 排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。	排泄方法はマニュアルに記載され、その結果異常があった場合は、日誌に記載され、ネットワーク上で個々のケース録に保存されている。 排泄の技術や知識を向上させるため、「オムツレクチャー」を実施するなど、支援方法向上に向けて努力している。
			トイレは清潔で快適である。	b)	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。	施設の構造上、また、男女の比率の都合上仕方ないが、一部男女が同じトイレを使わざるを得ない状況にある。重度の利用者多く、トイレを使う利用者が少ないために大きな問題となっていないが、一般的にはプライバシーに配慮した設備の改善やマニュアルの徹底が必要と思われる。 洋式トイレでの転倒を防止するテーブル(台)など、使用者の安全や自立に配慮した工夫や努力が見受けられた。しかし、一部機器の整理が出来ていないところや設備の老朽化も見られ、明るい清潔なトイレとは言いがたかった。排泄設備全体の改修が必要であると共に、日頃の片付けなど、出来ることから改善を図り、明るく清潔な排泄環境を目指して、より一層の努力を期待したい。
		(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)	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。	重度の利用者が多い中、積極的に衣類を選択することは困難だが、出来る限り利用者の意思を尊重して購入している。また、出来る限り外出して購入できるように様々な配慮を行っている。

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)	
	6	(4)	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)	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。	衣類の着替えや管理について適切に行われている。
					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。	
		(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)	319	髪型や化粧の仕方等は利用者の意向に配慮している。	理容や美容の情報について、要望があれば出来る限り対応している。
					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。	
			理髪店や美容院の利用について配慮している。	b)	321	理容・美容に関する雑誌類や情報を用意している。	月に一度理容師が来所し、支援しているが、現状は、それ以上のニーズが利用者から上がっていない。
					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。			
(6) 睡眠	安眠できるように配慮している。	a)	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。	利用者の状況の応じて適切に配慮されているが、様々な障害を持った利用者に対するもう少し詳しいマニュアルの整備が必要と思われる。		
			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。			
(7) 健康管理	日常の健康管理は適切である。	b)	329	利用者の健康管理票が整備されている。	医務室にて個人別ファイルが作成され、看護師を中心とした健康管理体制を整備している。 利用者によっては、個別に歯科通院や歯科衛生士の訪問を受けている。利用者全員の健診も含めた口腔衛生の体制整備の充実が望まれる。		
			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。			

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)
	6	(7)			<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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>	
			必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a)	<p>336 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。</p> <p>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。</p> <p>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>	総合病院である市民病院が隣接し、立地条件に恵まれている。 事故対応のマニュアルが整備され、職員にも周知、活用されている。
			内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	b)	<p>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。</p> <p>340 一人ひとりの利用者で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>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。</p> <p>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>	事故対応マニュアル、ヒヤリハット報告書により、対応が周知されている。 利用者の薬に関する情報は医務室で管理されているが、ケース記録などにも情報が記載されている。また、利用者の状況に合わせて、飲み込み確認まで行う利用者の薬を分けるような工夫もしている。 薬の管理体制について部門を越えて再検討し、使用状況の記録及び情報、注意事項などを共有する記録システムの有効活用が望まれる。
		(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。	b)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>347 地域の社会資源を積極的に活用している。</p>	季節行事や旅行などの外出支援、地域のボランティアの皆さんの協力を得た同好会活動など、重度の利用者が多く中、利用者の意向にそって積極的な支援が行われている。また、個人でも絵画などの趣味に集中できる環境を提供し、職員の側面的な支援を行っている。
		(9) 外出、外泊	外出は利用者の希望に応じて行われている。	b)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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>	施設サービスとしての旅行や小グループでの「個別外出」の他、外部の移送サービスなどを利用した「個人外出」のための手続きや情報提供を施設が積極的に行っている。これらの計画や情報は、利用者懇談会で伝達や話し合いが行われているが、ルールとしての明文化はない。今後、利用者の外出支援や社会参加をより一層進めるためにも、より一層積極的な外出を支援するルールの明文化と更なる努力を期待したい。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	6	(9)	外泊は利用者の希望に応じよう配慮されている。	a)	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。 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、担当職員がその調整を行うようにしている。 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。	利用契約書に定められたルールに従い、適切に行われている。
		(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。	b)	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。 356 金銭等の自己管理ができるように配慮されている。 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。 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。 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。	法人の「利用者預かり金管理要綱」により適切に管理される。 金銭管理の学習プログラムはないが、自己管理できる利用者に対しては、事務所に個人別ロッカーを提供し、金銭などの管理を側面的に支援している。
			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)	360 新聞・雑誌を個人で購買できる。 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。	特にルールや規制はなく、個人の判断で自由に利用することができる。
			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)	363 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。 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。	利用者懇談会で話し合われ、施設全体のルールはあるが、明文化はされていない。 また、利用者のニーズや身体状況に応じて、個別にルールを定めて支援しているが、基本的には嗜好品に対する規制はない。今後、トラブルを防止し、利用者の相互理解を促すために、より一層の話し合いと、それに沿ったルールの明文化が必要と思われる。 喫煙については、玄関脇の屋内に喫煙場所を設け、一定の喫煙時間を決めている。