

(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）
 長野県総合リハビリテーションセンター

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"> ■ 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。 	・「センターを利用される皆様の権利の尊重」としてセンターとしての基本姿勢を掲げており、利用者の5つの権利を尊重し最善のサービスを提供することが明示されている。病院や当施設などを含めた権利擁護等の研修会や各種会議でも周知が図られており、また、身体拘束他の各種マニュアルにも利用者尊重や基本的人権への配慮が謳われ徹底されている。
			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。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	

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"> ■ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・センターとしての3項目からなる基本方針の1番目に「安心と満足が得られるリハビリテーションサービスに努めます」と明記している。接遇改善推進委員会により、毎年、利用者満足度調査が実施されており集計結果を分析し支援に活かしている。アンケート結果については機関紙「リハビリ通信」に載せ公表もしている。また、一人ひとりの利用者の個別支援検討会議が本人や家族、市町村担当者も交え行われておりその場でも満足度を把握するようにしている。
					<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	非該当
			② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	a	<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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者満足度調査の担当者がおり毎年実施し、接遇改善推進委員会により結果を分析し、改善に活かしている。改善の必要性に応じマニュアルを管理する担当者により変更がかけられている。
			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"> ■ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーション計画を含む個別支援計画が立案されている。利用者一人ひとりの基本情報や目標・希望、アセスメントなどが一体化されており、計画の期間に合わせ「支援目標」、「訓練の実施内容・頻度」、「支援、健康管理の実施内容・頻度等」が詳細に記されている。別に栄養ケア計画も立てられている。基本的に3カ月に1回個別支援検討会議が本人や家族、市町村担当者も交え行われ、施設からも看護師や理学療法士、作業療法士などの職種を横断した関係者が集り利用者本位の計画を立てている。施設退所者にも手紙等で連絡を取り、自宅復帰後の相談にも応じている。

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 ぐ 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 利用者が楽しめる活動や作業をする部屋の環境を整えている。 	<p>・ 日常の機能訓練や生活訓練などの他、毎週木曜日午後、押し花絵・折り紙などのクラブ活動やレクリエーションスポーツ教室が行われている。また、隣接する障がい者福祉センターでのカラオケ教室にも大勢の利用者が参加しお得意の曲を楽しんでいる。施設内には広い食堂のほか、1階、2階ともにデイルームが設けられておりテレビを見たり、ゆっくりと読書ができるようになっている。また、デイルームの一角には理美容コーナーも設けられている。理学療法室や作業療法室、能力開発室などの訓練の場も清掃担当の職員により清潔に保たれている。</p>
			⑤ 園と保護者との交流・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 利用者の活動を機関誌などで、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>・ 3か月に1回個別支援検討会議が行われ、家族からも要望や意見を聴き、利用者の支援計画や施設の運営に活かしている。センターとしての機関紙も半期毎に発行しており退所者の自宅での生活ぶりや職員の機能訓練等の内容の紹介を載せ家族等に配布している。保護者などの面会の受け入れも土日祝祭日に可能となっておりその際に意見交換もしている。</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>・ 総合リハビリテーションセンター内には更生相談室があり、障がい者の医療・福祉に関する相談や情報提供などを行っている。また、施設には生活支援員の他、専任の相談支援専門員4名の兼務者がおりいつでも相談に応じることができる。1階、2階、それぞれの階に面談用の部屋も設けており個別の相談がしやす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 ぐ 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。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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、全ての苦情と施設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 利用者等が意見や要望・苦情を訴えやすい雰囲気を作っている。 ■ 196 利用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、利用者や保護者などの主たる相談者等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。 	<p>・重要事項説明書に「苦情の受付及び虐待の防止のための措置について」と明記しており、総合リハビリテーションセンター全体としての虐待防止・福祉サービス苦情解決委員会で解決が図られるようになっている。委員として第三者委員も加わっており、苦情解決責任者としてセンターの次長が当たることになっている。また、意見箱も各階のデイルームに設置されており自由に投函でき、手順に沿い対応が取られている。終了間近かの退所者を主としたアンケートなども実施しており、結果については機関紙「リハビリ通信」に載せ公表している。</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"> ■ 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。 	<p>・苦情解決に関するマニュアルがあり随時改訂がされており、意見や提案等に対して迅速に対応する体制を整えている。苦情等についての回答や対応策は朝礼や掲示で職員に伝えられサービスの改善に繋げている。</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 肢体不自由者に必要な診療が適正に行われている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 204 入所時の医学的評価と診断を、感染症の検査も含めて適切に行うことができる。 ■ 205 肢体不自由、合併症などに対する専門的な診療に取り組んでいる。 ■ 206 既存設備で適切な診断・診療が困難な場合は、近隣の医療機関や検査機関との連携がとれる体制になっている。 ■ 207 インフォームドコンセントは適切である。 	<p>・総合リハビリテーションセンター内の病院には整形外科、内科、神経内科、リハビリテーション科などの診療科目があり相談に応じている。入所時の全体としてのサービス調整会議・診断会議でも利用者の日常動作の自立度などを評価し支援計画に役立てている。センター内の病院にない診療科目については近隣の医療機関や開業医などを紹介し連携を取っている。</p>
			② 専門医療が適切に行われている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 208 診療科目別の専門医療が施設内で必要に応じて受けられる。 ■ 209 整形外科医または連携する整形外科専門医療機関において適切な診療が受けられる。 ■ 210 施設内で対応できない専門医療について、他機関との提携・協力が十分に図られている。 ■ 211 褥瘡防止の対応が適切に行われている。 	<p>・センター内の併設の病院には整形外科、内科、神経内科、リハビリテーション科などがあり土日、祝祭日も含め、必要時や緊急時に受診できる。センター全体としての褥瘡対策チームがあり、当施設に入所してから改善が見られたケースもある。</p>
			③ リハビリテーションによる機能向維持向上が適切に図られている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 212 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。 ■ 213 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。 ■ 214 理学療法・作業療法を受けられる体制にある。 ■ 215 言語聴覚療法を受けられる体制にある。 ■ 216 心理療法を受けられる体制にある。 ■ 217 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・開発を行っている。 	<p>・センター内の更生相談室と施設の生活支援課が主催し、医師、心理士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などが出席し一人ひとりの利用者の支援内容の検討がされている。また、一人ひとりの利用者の希望する機能訓練、生活訓練、就労移行訓練、生活介護などのサービス内容に沿い個別支援計画の支援内容や頻度、用具等が詳細に記され実行に移されている。</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 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を行っている。	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。	b	<input type="checkbox"/> 218 定められた評価基準に基づいて、年に1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。 <input checked="" type="checkbox"/> 219 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 220 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>・第三者評価の受審は今回で4回目となり定期的に自己評価も行われている。自己評価については県の組織として職員の異動もあることから毎年の実施は難しくなっている。各職員は翌年の計画立案に向けて、期末に、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。施設として第三者評価の担当者がおり、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	<input checked="" type="checkbox"/> 221 職員の参画により評価結果の分析を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 222 分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 223 職員間で課題の共有化が図られている。	<p>・各職員は総合リハビリテーションセンター内の組織の、更生相談室、医務部、リハビリテーション療法部、看護部、管理部などの職員とともに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、利用者満足度調査や第三者評価の分析も踏まえ課題解決に向けて協働している。総合リハビリテーションセンター全体の中期3ヶ年計画としての「第三次経営推進プラン」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>
			③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a	<input checked="" type="checkbox"/> 224 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 225 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>各職員は総合リハビリテーションセンター内の各種委員会や自らの担当する業務の中で期末に振り返りをすることで見直しや改善へと繋げている</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) 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"> ■ 226 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。 ■ 227 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。 ■ 228 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。 ■ 229 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。 ■ 230 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。 ■ 231 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。 ■ 232 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。 ■ 233 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>・総合リハビリテーションセンター内の職員の研究発表の場である「リハビリテーション研究会」や勉強会など、職種を越え新しい知識の取得や技術の向上を図っている。県の施設ということも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。内容の点検も毎年行われ、新しく導入した補助具や知識、技術なども書き加え最新なものに作り直している。生活支援課の職員は利用者を数名担当しており、利用者一人ひとりに合わせた個別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>
			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"> ■ 234 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。 ■ 235 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>・マニュアルの管理を担当する職員も決められており、内容の点検も毎年行われ、最新なものに変更している。個別マニュアルも基本的に3ヵ月毎に行われる個別の支援計画検討会議で必要性に応じ変更がかけられている。</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) 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"> ■ 236 利用者一人ひとりの記録等の書面が整備されている。 ■ 237 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。 ■ 238 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。 ■ 239 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>・ケース記録や訓練記録、健康管理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。日常動作の自立度を測る評価方法としてFIM(機能的自立度評価表)を導入しており、日常生活の動作や言葉の理解などの認知面での自立度を数値化し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"> ■ 240 記録管理の責任者が設置されている。 ■ 241 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。 ■ 242 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。 ■ 243 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>・県の施設でもあることから、記録の保管、保存、廃棄については県の規定に沿って行われている。記録の管理は総合リハビリテーションセンター内の総務課の所管となっている。個人情報の保護については重要事項として入所時に説明がされており、使用する目的や使用にあたっての条件などが付されている。施設としての基本姿勢である「センターを利用される皆様の権利の尊重」の5番目にも「個人情報保護され、プライバシーが尊重される権利」として掲げており、権利擁護の研修等で職員への周知徹底も図られている。</p>
			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"> ■ 244 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。 ■ 245 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。 ■ 246 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>・生活支援員、看護師、訓練指導員、理学療法士、作業療法士、栄養士など、多職種による支援計画検討会議や課会、ケアカンファレンス等で情報を共有している。利用者毎の検査、処方・調剤、給食等の医師の指示を伝えるためのオーダーリングシステムや支援部内共有のサーバーを活用し情報の共有化を図っている。</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	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。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 247 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。 ■ 248 事業所を紹介するパンフレット等を作成している。 ■ 249 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。 ■ 250 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。 ■ 251 問い合わせへの対応体制を整えている。 ■ 252 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。 ■ 253 見学希望者の都合（曜日、時間等）に対応している。 	<p>・総合リハビリテーションセンターのホームページがあり、その中に障害者支援部門として当施設の内容が詳細に載せられている。機能訓練や生活訓練、スポーツ・レクリエーション活動などの場面もビジュアルに構成されておりわかり易くなっている。パンフレットもセンター全体と当施設の2種類がありホームページの検索案内を載せるなど問い合わせ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も連携をとっており、「長野市障害ふくしネット」ガイドブックでも通所部門として紹介している。施設として県内10圏域の障害総合支援センターや病院などにも利用促進のためのアプローチをかけパンフレット等も配布している。</p>
			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"> ■ 254 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 ■ 255 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。 ■ 256 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。 ■ 257 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>・利用開始時には重要事項説明書を基に当施設の概要や提供するサービスの内容、料金、契約上の留意点などを説明している。当施設利用に当り、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納得するまで時間の余裕も持たせている。</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	(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。	a	■ 258 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。	・退所時に関しては申請等の絡みから市町村窓口とは連絡を取り合っている。また、他の事業所に移行する場合も引き継ぎ書を渡している。過去13年間に遡り、退所者にも手紙を出し、退所後も場合によっては当施設のサービスを再利用できることなどを案内し退所後の様子も把握するようにしている。	
					■ 259 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。		
					■ 260 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。		
	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	■ 261 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。	・当施設としてのアセスメントシートがあり、個別支援計画書と必ずセットになっている。各部門の調整をする支援計画検討会議が初期(概ね利用開始から2~3週間以内)、中期(3ヶ月経過後)、終期(概ね契約終了1ヶ月前)に利用者や家族、市町村担当者も交え開催されており早期に環境に慣れるように配慮がされている。また、希望により、心理相談員による面談も行うことができる。
						■ 262 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。	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	■ 264 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。	・重要事項説明書に個別支援計画作成に関する項目の記載があり、利用前に意見や要望を把握し支援部としての評価を行い、初期、中期、終期という段階に合わせて課題を定め、支援目標や訓練の実施内容・頻度などを具体的に明示している。
■ 265 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。							
a	① サービス実施計画を適切に策定している。	■ 266 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。	■ 267 サービス実施計画策定の責任者を設置している。	■ 268 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。	■ 269 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。	・個別支援計画書には基本情報と目標・希望等が記載されるようになっており、アセスメントシート、期間(目標及び具体的アプローチ)の所定の様式がある。4名のサービス管理責任者がおり、個別支援計画の作成、モニタリング、見直しを行っている。モニタリングも1ヵ月毎に行われており、利用者の心身の状態に変化が見られた時には計画の変更をかけている。	

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 分 類 ご と)
Ⅲ	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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 270 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。 ■ 271 個別支援計画は、利用者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。 ■ 272 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。 ■ 273 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>・個別支援計画の見直しについて組織として手順が定められている。モニタリングも1ヵ月毎に行われており、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。支援計画検討会議が段階に応じて定期的で開催され、利用者や家族などの主たる相談者にも説明し同意を得ている。変更された支援内容については会議などで関係職員に周知している。</p>
	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"> ■ 274 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。 ■ 275 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。 ■ 276 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。) ■ 277 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。 ■ 278 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>・言語など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いいる。施設の特徴から視覚面での訓練にも力を入れており、視覚に障がいのある利用者のコミュニケーション訓練も機器を導入し実施している。言語聴覚士や心理相談員による相談も随時行っている。</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 分 類 ごと)	
Ⅲ	5	(1)	② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	■ 279 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。	・生活支援員は利用者数名を主として担当し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。クラブ活動やレクスポ活動、外出・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。	
					■ 280 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。		
					■ 281 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。		
					■ 282 利用者による自治会ないし利用者の会等がある。		非該当
					■ 283 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。		非該当
					■ 284 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。		・利用者が早期に社会参加できることを目的に訓練、看護、生活支援などの多職種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)を導入し利用者の意向なども踏まえ段階的に自立度アップを図っている。
			■ 285 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。				
			■ 286 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。				
			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	■ 287 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。	・外出や買い物、調理等の社会生活技能・知識を習得するため施設内外の社会適応訓練を行っている。また、必要に応じ利用者の自宅付近にある社会的資源・公共施設などの見学についても対応している。隣接する障害者福祉センターでのレクリエーションやスポー活動にも参加することができ、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。施設の1階には「生活訓練室」があり、キッチンやバス、トイレ、ベッド、洗濯機、冷蔵庫などが備え付けられており、家庭復帰のための1週間ほどの訓練も行えるようになっている。	
					■ 288 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。		
					■ 289 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。		
					■ 290 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 分 類 ごと)
Ⅲ	6 日常生活支援	(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"> ■ 291 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。 ■ 292 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。 ■ 293 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>・利用者一人ひとりの栄養量や食事形態などの栄養ケア計画が立てられており、食事の支援方法や使用自助具などもアセスメントシートに記載し支援計画にも取れ入れている。</p>
			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"> ■ 294 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。 ■ 295 食事サービスの検討会議等には利用者も参加している。 ■ 296 適温の食事を提供している。 ■ 297 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。 ■ 298 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。 ■ 299 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。 ■ 300 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。 	<p>・食事についてのアンケート調査が年2回実施されメニューの改善に活かされている。温冷配膳車の導入や温冷が左右に分かれたトレイを使用するなど適温が保たれるように配慮されている。一部介助を必要とする利用者もいるが殆どの方が自立しておりそれぞれの時間に合わせゆっくりと摂ることができている。朝食はパンとご飯が選択でき、昼食も月2回、2種類の主菜(肉や魚料理)から選択できるようになっている。行事食やバイキングなども時季に合わせて行われている。</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"> ■ 301 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。 ■ 302 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。 	<p>・食事の時間帯は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時間に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>

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) 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"> ■ 303 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。 ■ 304 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。 ■ 305 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。 	・プライバシーや安全に配慮した入浴に関するマニュアルが用意されている。支援計画と一体化されたアセスメントシートでも個別の入浴について「現在の状況」、「現在の支援内容使用具」、「支援、健康管理の実施内容・頻度等」、「本人家族の要望等」を記載し、実施に伴い入浴の記録もパソコン化されたケース記録に入力している。	
			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"> ■ 306 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。 ■ 307 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。 	・介助浴を必要とする利用者が多いが、週2回は入浴している。自力浴の方は毎日シャワー浴が可能となっている。
			③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。			a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 308 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。 ■ 309 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。 ■ 310 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。
		(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"> ■ 311 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。 ■ 312 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。 ■ 313 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。 ■ 314 排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。 		・排泄についてのマニュアルがありプライバシーや安全に配慮している。支援計画と一体化された個別のアセスメントシートでも昼・夜の排泄について「現在の状況」、「現在の支援内容使用具」、「本人家族の要望等」を具体的に記載し、実施に伴う排泄の記録もパソコン化されたケース記録に入力されている。

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)
Ⅲ	6	(3)	② トイレは清潔で快適である。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 315 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。 ■ 316 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。 ■ 317 換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。 ■ 318 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。 ■ 319 採光・照明等は適切である。 ■ 320 冷暖房等の設備は適切である。 	<p>・トイレは1・2階に計8室あり、更に、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。立位タイプもあり便座も丸型と小判型を備え付け利便性に配慮している。清掃については専任の職員がいるが他の職員も協力し清潔さや快適さを保っている。</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"> ■ 321 衣類は利用者の意思で選択している。 ■ 322 衣類の選択について、必要があれば相談に応じている。 ■ 323 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>・衣類の着脱について介助を必要とする利用者もおり希望に応じている。</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"> ■ 324 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。 ■ 325 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。 ■ 326 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、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。</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 ぐ 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"> ■ 327 髪型や化粧の仕方等は利用者の意向に配慮している。 ■ 328 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。 ■ 329 理容・美容に関する雑誌類や情報を用意している。 	・デイルームの一角に理美容のコーナーがあり、月に1回、理美容の業者が訪れ希望する利用者に応じている。
		(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"> ■ 330 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。 ■ 331 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。 ■ 332 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。 ■ 333 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。 	・夜間におむつ交換をする利用者は若干名で、支援内容や手順等は支援計画やアセスメントシートでわかるようになっている。居室の変更については利用者間の関係性に配慮し検討することもある。
		(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"> ■ 334 利用者の健康管理票が整備されている。 ■ 335 利用者の健康管理マニュアルが用意されている。 ■ 336 医師又は看護師による健康相談を受けることができる。 ■ 337 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。 ■ 338 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。 ■ 339 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。 ■ 340 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。 	・施設1階には健康管理室があり看護師が常駐し日常的なバイタルチェックが行われいつでも相談することができる。また、総合リハビリテーションセンターには病院が併設されているので医師による健康相談も週1回実施されている。インフルエンザの予防接種や胸部X線検査なども希望により行われている。協力医療機関として歯科医とも連携しており、往診も可能となっている。

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 分 類 ご と)
Ⅲ	6	(7)	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"> ■ 341 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。 ■ 342 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。 ■ 343 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>・マニュアルがあり、緊急時に合わせ対応できるようにになっている。併設の病院の診療科目以外の科目については協力医療機関と連携を取ることができる。</p>
			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"> ■ 344 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。 ■ 345 一人ひとりの利用者中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。 ■ 346 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。 ■ 347 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>・服薬に関するマニュアルがあり、健康管理室には一人ひとりの利用者の1週間分の配薬のカレンダーがあり管理が厳重に行われている。個別支援計画の中に「支援、健康管理の実施内容・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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ■ 348 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。 ■ 349 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。 □ 350 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。 ■ 351 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。 ■ 352 地域の社会資源を積極的に活用している。 	<p>・ダイルームの一角に読書コーナーがあり、利用者からの希望を取り蔵書を増やしている。毎週木曜日午後訓練の一環として隣接の障害者福祉センターでのレクリエーションスポーツを取り入れており機能維持と回復に役立っている。また、地域のボランティアの指導を受け押し花絵や折り紙などを楽しむ利用者もいる。</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。	a	353	利用者の代表や自治会等と話し合って、外出についてのルールを設けている。	非該当
					354	必要ときには、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。	・外出については届出が必要であるが希望に応じている。バスなどの公共交通機関を使用し社会的適応訓練として実施することもある。また、施設として自動車運転科もあり隣接する自動車訓練場や一般道路での教習が専門車両で行われている。
			355	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。			
			② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a	356	利用者の代表や自治会等と話し合って、利用者主体のルールを設けている。	非該当
		357			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。	・外泊については届出が必要であるが毎週自宅に帰る利用者もおり希望に応じている。	
		358	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。				
(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。	a	359	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。	非該当		
			360	金銭等の自己管理ができるように配慮されている。	・金銭の管理については自己管理または家族による管理支援を原則とすることが重要事項説明書に明記されている。他に、高額金品及びその取り扱いについての「入所利用者所持金品取扱要綱」があり届出書の提出も規定し、居室内の簡易金庫を利用することもできる。		
			361	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。			
362	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。						

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 ぐ 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	■ 363 新聞・雑誌を個人で購入できる。	・新聞・雑誌の購読については要望に応じており、併設の病院で購入もできる。テレビについてはテレビカードで清算し自由に視聴できる。または、インターネットについても低額で無線LANによる接続ができる。
					■ 364 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。	
					365 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。	非該当
			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。		366 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。	非該当
					367 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。	非該当
					368 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。	非該当