

福祉サービス第三者評価結果報告書

①第三者評価機関

社会福祉法人和歌山県社会福祉協議会

②評価対象事業所

| | |
|---|---------------------|
| 名称: 社会福祉法人和歌山県福祉事業団 和歌山県立南紀福祉センター南紀あけぼの園 | 種別: 知的障害児施設 |
| 代表者氏名: 園長 坂上珠麻子 | 定員(利用者数): 30名 (31名) |
| 所在地: 和歌山県西牟婁郡上富田町岩田2456-1 | TEL: 0736-47-4952 |

③訪問調査日 平成20年11月10日

④総評

◇特に評価の高い点

法人が目指す県下の障害者福祉のトップランナーとしての機能を十分に基本構想に掲げ、地域社会資源としての施設運営に取り組んでいる。

理念の具現化にむけて傘下組織の役割りを着実に果たし、支援計画から日々の支援まではマニュアル化され、職員に周知徹底が図られている。

障害児への関りは、疾病の専門的理解とともに、児童の養育と保護の姿勢を柱として障害児の巣立ちまでを家庭に代わり支援している。

また、施設環境は医療と教育の場に恵まれ、専門医療のサポートが約束され、教育機関との連携を通して日々の療育を実効あるものとしている。

◇改善を求められる点

利用児童の家庭事情から、家族の意見がくみ上げられる事と連携が非常に難しいとは理解できるが、今後も、施設側からのさまざまな働きかけを工夫しながら、障害者児福祉制度の改正等を理解しやすい方法で示され、ゆるぎない保護者への信頼関係へとつないで頂きたい。

また、福祉教育、実習生、ボランティアの体験の場として、社会的教育機能を果たす中で、垣根のない福祉への啓発と、現場職員の育成に繋げるよう期待する。

⑤第三者評価結果に対する事業所のコメント

私共は「子どもの施設」の運営にあたり、よりよい発達が促されるための環境作りとして、子どもが安心して居られる場所の保障を心掛け、ここから子どもたちそれぞれが自分の世界を拓いていってくれることを願っております。このことを具現化していくにあたり、この度のサービス評価の受審は大変よい勉強の機会となりました。施設よりの情報発信やコミュニケーションの機会を多く持つことを心掛け、保護者と同じ視点・想いで「育ち」の支援を行うことが重要であることを再確認いたしました。

今後も、職員の資質の向上を図る継続した取り組みと共に、子どもの立場に立ち地域に開かれた施設作りを目指し、理解と協力の輪を広げる取り組みにより、児童の健全な成長を保障することに努めてまいります。

⑥各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由(別紙)

(別紙)

各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由

施設名：和歌山県立南紀福祉センター南紀あけぼの園（知的障害児施設）

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|--|-----------------|--|
| I 福祉サービスの基本方針と組織 | | |
| I-1 理念・基本方針 | | |
| I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。 | | |
| <p>I-1-(1)-① 理念が明文化されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 法人の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。</p> <p>b) 法人の理念を明文化しているが、法人の使命・役割の反映が十分ではない。</p> <p>c) 法人の理念を明文化していない。</p> </div> | a | <p>理念を明文化しており、その中で法人並びに園の使命・役割を反映している。</p> |
| <p>I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。</p> <p>b) 理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。</p> <p>c) 理念に基づく基本方針を明文化していない。</p> </div> | a | <p>法人の理念に基づく基本方針が明文化されている。</p> |

福祉サービス第三者評価・共通基準(障害者・児)

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|--------------------------------------|
| I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。 | | |
| <p>I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 理念や基本方針を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>b) 理念や基本方針を職員に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>c) 理念や基本方針を職員に配付していない。</p> </div> | a | <p>年度毎に会議を通して職員に周知している。</p> |
| <p>I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>b) 理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>c) 理念や基本方針を利用者等に配布していない。</p> </div> | c | <p>ホームページ等には示されているが、各保護者への配布はない。</p> |

福祉サービス第三者評価・共通基準(障害者・児)

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|----------------------------------|
| I-2 計画の策定 | | |
| I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | |
| <p>I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定している。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定していない。</p> </div> | a | 中・長期計画の策定を行っている。 |
| <p>I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映して策定されている。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映していない。</p> </div> | a | 中・長期計画に基づき、各年度における具体的計画が作成されている。 |

福祉サービス第三者評価・共通基準(障害者・児)

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|--|-----------------|--|
| I-2-(2) 計画が適切に策定されている。 | | |
| <p>I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。</p> <div data-bbox="203 363 1193 612" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されるとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。</p> <p>b) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。</p> <p>c) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。</p> </div> | a | 会議の実施により評価、見直し、改訂が行われている。 |
| <p>I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。</p> <div data-bbox="203 735 1193 943" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 各計画を職員や利用者等に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>b) 各計画を職員や利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>c) 各計画を職員や利用者等に配布していない。</p> </div> | b | 会議や研修を通して職員への説明はあるが、保護者への説明がなく、自治会等での説明が十分でない。 |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|--|-----------------|---|
| I-3 管理者の責任とリーダーシップ I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。 | | |
| I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 【判断基準】 a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。 b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。 c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。 </div> | a | 管理者は年度始めの研修に於いて、自らの役割りと責任を明らかにしている。また日常の業務においてリーダーシップを発揮している。 |
| I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 【判断基準】 a) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。 b) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。 c) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。 </div> | a | 管理者は法令遵守の観点での研修等への参加がある。 |

福祉サービス第三者評価・共通基準(障害者・児)

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|--|-----------------|---|
| <p>I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p> <p>I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。</p> <p>c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。</p> </div> | a | <p>管理者は施設サービス向上委員会に定期的、継続的に参加し、サービスの向上への取り組みを進めると同時に、職員研修に於いては自ら講義を行っている。</p> |
| <p>I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>b) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。</p> <p>c) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組について指導力を発揮していない。</p> </div> | a | <p>管理者は経営や業務の改善と効率化に向けて組織内での具体的な体制の構築に向けて、積極的に参画している。</p> |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|------|-----------------|-------|
|------|-----------------|-------|

II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

| | | |
|---|---|--|
| <p>II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を積極的に行っている。</p> <p>b) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 事業経営をとりまく環境を把握するための取組を行っていない。</p> </div> | a | <p>障害者自立支援法施行に伴う福祉の動向及び、広域に於ける福祉ニーズを的確に把握している。</p> |
| <p>II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。</p> <p>b) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っているが、改善に向けた取組を行っていない。</p> <p>c) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っていない。</p> </div> | a | <p>経営状態の分析、把握とともに、課題分析に向けて会議で話し合いがなされている。</p> |

福祉サービス第三者評価・共通基準(障害者・児)

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|--|
| <p>Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 外部監査を実施しており、その結果に基づいた経営改善を実施している。</p> <p>b) 外部監査を実施しているが、その結果に基づいた経営改善が十分ではない。</p> <p>c) 外部監査を実施していない。</p> </div> | c | <p>外部監査は実施していないが、経営コンサルタントによる経営改善のための指摘を受けている。</p> |

福祉サービス第三者評価・共通基準(障害者・児)

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|---|
| II-2 人材の確保・養成 II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。 | | |
| II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。 【判断基準】 a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しており、それに基づいた人事管理が実施されている。 b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しているが、それに基づいた人事管理が十分ではない。 c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していない。 | a | 福祉サービスの質を確保するための体制があり、人材確保・育成に向けた具体的なプランが文章化されており人事管理が行われている。 |
| II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。 【判断基準】 a) 客観的な基準に基づき、定期的な人事考課を実施している。 b) 定期的な人事考課を実施しているが、客観的な基準に基づいて行われていない。 c) 定期的な人事考課を実施していない。 | c | 人事考課制度の導入は検討中で、客観的な基準によって評価するまでには至っていない。 |

福祉サービス第三者評価・共通基準(障害者・児)

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|--|
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | |
| <p>II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。</p> <p>b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。</p> <p>c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。</p> </div> | a | <p>職員の申告書により意向を確認しており、就業等に関する職員相談窓口も設置し工夫している。</p> |
| <p>II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 福利厚生センターへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。</p> <p>b) 福利厚生事業を実施しているが、十分ではない。</p> <p>c) 福利厚生事業を実施していない。</p> </div> | b | <p>年金共済制度に加入している。また、職員互助会(施設協会)もあり、個人加入を勧めている。</p> |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|--|
| <p>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p> | | |
| <p>Ⅱ-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。</p> <p>b) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されているが、十分ではない。</p> <p>c) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されていない。</p> </div> | a | <p>中・長期計画に職員の教育・研修に関する基本姿勢の明示があり、法人内職場研修計画及び、実施がされている。</p> |
| <p>Ⅱ-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定され、計画に基づいた具体的な取組が行われている。</p> <p>b) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されているが、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。</p> <p>c) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。</p> </div> | b | <p>法人内計画並びに、外部研修や実践報告に参加するなど、教育への充実した環境であるが、職員一人ひとりについては十分でない。</p> |
| <p>Ⅱ-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 研修成果の評価が定期的に行われるとともに、次の研修計画に反映されている。</p> <p>b) 研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。</p> <p>c) 研修成果の評価が定期的に行われていない。</p> </div> | a | <p>法人内第三者評価の助言を取り入れて研修計画の見直しが図られている。研修実施後はアンケート・復命・伝達研修を行っている。</p> |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|--|
| Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。 | | |
| <p>Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 実習生の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。</p> <p>b) 実習生の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。</p> <p>c) 実習生の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。</p> </div> | a | 受け入れ態勢が整備されており、マニュアル、プログラム、担当者が確認できる。 |
| <p>Ⅱ-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 実習生受入れの際には、効果的なプログラムを用意する等、育成について積極的に取り組んでいる。</p> <p>b) 実習生受入れの際には、効果的なプログラムを用意する等、育成について取り組んでいるが、十分ではない。</p> <p>c) 実習生を受け入れていない。</p> </div> | a | 学校側とプログラムについて連携があり、職場体験・福祉専門職実習等の社会的責務としての教育貢献がなされている。 |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|--|-----------------|--|
| II-3 安全管理 | | |
| II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。 | | |
| <p>II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能している。</p> <p>b) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。</p> <p>c) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備していない。</p> </div> | a | 法人内会議で組織的機能が整備されており、リーダーシップを発揮して、関係機関との連携と緊急時支援体制の機能がある。 |
| <p>II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。</p> <p>b) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。</p> <p>c) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集していない。</p> </div> | a | ヒヤリハット・事故報告書等から分析、検討、対応と、事故防止対策委員会を軸に継続的な取り組みをしている。 |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|--|-----------------|---|
| II-4 地域との交流と連携 | | |
| II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | |
| II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 【判断基準】 a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。 b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。 c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。 </div> | a | 地域等の関わりについて、地域行事参加やスポーツ、レクリエーションを通じて、地域交流の機会を積極的に組み込む活動が確認できる。 |
| II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 【判断基準】 a) 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。 b) 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。 c) 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。 </div> | a | 法人内において、セミナーを実施している。また、障害者福祉研修等へ講師として参加したり、地域の子どもたちを施設へ招き、催しを実施するなどの交流を図っている。 |
| II-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 【判断基準】 a) ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されており、受け入れについての体制が整備されている。 b) ボランティア受け入れに対する基本姿勢は明示されているが、受け入れについての体制が十分に整備されていない。 c) ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されていない。 </div> | a | ボランティア受け入れに対する基本的姿勢が明記されており、マニュアル等の整備がある。 |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|---|
| <p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p> | | |
| <p>Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示し、その情報が職員間で共有されている。</p> <p>b) 施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示しているが、その情報が職員間で共有されていない。</p> <p>c) 施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。</p> </div> | <p>a</p> | <p>児童相談所・福祉事務所・病院・学校等の関係機関との連絡方法やその情報を職員間で共有している。</p> |
| <p>Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。</p> <p>b) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保しているが、具体的な課題や事例検討は行っていない。</p> <p>c) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保していない。</p> </div> | <p>a</p> | <p>関係機関・団体等へは、定期開催の会議や連絡会を通して、具体的なネットワーク化が図られている。</p> |

福祉サービス第三者評価・共通基準(障害者・児)

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|--|-----------------|-----------------------------------|
| Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。 | | |
| Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている。</p> <p>b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。</p> </div> | a | 広域における地域ニーズを反映し、中・長期計画を改定している。 |
| Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動が実施されている。</p> <p>b) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があるが、実施されていない。</p> <p>c) 把握した福祉ニーズに基づいた、事業・活動の計画がない。</p> </div> | a | 地域福祉ニーズに基づいた、サービスの具体的な事業活動の実績がある。 |

福祉サービス第三者評価・共通基準(障害者・児)

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|---|
| <p>Ⅲ 適切な福祉サービスの実施</p> <p>Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス</p> <p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p> | | |
| <p>Ⅲ-1-(1)-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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解を持つための取組が行われている。</p> <p>b) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない。</p> <p>c) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示されていない。</p> | a | <p>理念や基本方針に利用者への尊重についての明示があり、個別支援計画立案に基本姿勢が反映されている。</p> |
| <p>Ⅲ-1-(1)-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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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、職員に周知するための取組を行っている。</p> <p>b) 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が、職員に周知する取組が十分ではない。</p> <p>c) 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ない。</p> | a | <p>プライバシー保護に関する倫理・行動基盤の明示と共に、施設環境整備面での工夫とプライバシースペースに配慮している。</p> |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|--|-----------------|---|
| Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。 | | |
| <p>Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示され、利用者満足を把握する具体的な仕組みを整備している。</p> <p>b) 利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されているが、利用者満足を把握する具体的な仕組みが十分ではない。</p> <p>c) 利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されていない。</p> </div> | a | 利用者及び保護者へのアンケート・意見箱の設置・自治会への参加等の具体的な仕組みと活動がある。 |
| <p>Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備され、実際にその向上に向けた取組を行っている。</p> <p>b) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されているが、その向上に向けた取組が十分ではない。</p> <p>c) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されていない。</p> </div> | a | 法人内福祉サービス委員会を設けると共に、サービス向上委員会・法人内第三者評価を活用し、利用者満足の上昇に向けた、具体的な改善への取り組みが確認できる。 |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|--|
| Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。 | | |
| <p>Ⅲ-1-(3)-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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。</p> <p>b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。</p> <p>c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、相談方法や相談相手を選択できない。</p> | a | 自治会・意見箱・面会の機会を通して相談の機会をお知らせしていて、今後も保護者等への働きかけを繰り返す方向である。 |
| <p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。</p> <p>b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。</p> <p>c) 苦情解決の仕組みが確立していない。</p> | a | 苦情解決の体制が整備されている。 |
| <p>Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備し、迅速に対応している。</p> <p>b) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備しているが、迅速に対応していない。</p> <p>c) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。</p> | a | 施設内での対応の遅れが医療・教育に直ちに影響されることを鑑みマニュアルを整備し、日常的に迅速な対応がされている。 |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|------|-----------------|-------|
|------|-----------------|-------|

Ⅲ-2 サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。

| | | |
|--|---|--|
| <p>Ⅲ-2-(1)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備され機能している。</p> <p>b) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。</p> <p>c) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されていない。</p> </div> | a | 法人内で組織的に体制が定められ、サービス内容について、自己評価、第三者評価等を実行している。 |
| <p>Ⅲ-2-(1)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしている。</p> <p>b) 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、十分ではない。</p> <p>c) 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。</p> </div> | a | 職員参画の下で組織として取り組み、課題を明確にしている。 |

福祉サービス第三者評価・共通基準(障害者・児)

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|--|-----------------|---|
| <p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施している。</p> <p>b) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施しているが、十分ではない。</p> <p>c) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施していない。</p> </div> | a | <p>明確化された課題について、改善計画を立て、各業務分掌で取り組みが進められている。</p> |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|----------------------------------|
| <p>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。</p> <p>Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それに基づいたサービスが実施されている。</p> <p>b) 個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それに基づいたサービスの実施が十分ではない。</p> <p>c) 個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。</p> </div> | a | サービスマニュアルがあり、それに基づき実施されている。 |
| <p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを行っている。</p> <p>b) 標準的な実施方法について定期的に検証しているが、必要な見直しを行っていない。</p> <p>c) 標準的な実施方法について定期的な検証をしていない。</p> </div> | a | 検討会の実施があり、サービスマニュアル等の見直しが図られている。 |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|---|
| Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。 | | |
| <p>Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。</p> <p>b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されていない。</p> | a | 個別支援計画に基づくPDCAサイクルに沿った記録類が文章化されている。 |
| <p>Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者に関する記録管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。</p> <p>b) 利用者に関する記録管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者に関する記録管理について規程が定められていない。</p> | a | 文章管理規定があり、契約書に記録管理について謳っている事が確認され、適切に管理が行われている。 |
| <p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われている。</p> <p>b) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われていない。</p> | a | 毎朝・下校時・夕方の申し送りを通じ、情報の共有化が職員間で図られ、連絡ノート・ホワイトボードの活用により具体化がなされている。 |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|------|-----------------|-------|
|------|-----------------|-------|

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。

| | | |
|---|---|--|
| <p>Ⅲ-3-(1)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供している。</p> <p>b) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供しているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供していない。</p> </div> | a | <p>ホームページ・ブログにて施設情報を公開し、見学や体験利用の希望に対応している。</p> |
| <p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。</p> <p>b) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) サービス開始時の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っていない。</p> </div> | a | <p>契約書・重要事項説明書において、見やすく、内容が理解しやすい工夫がなされ、文章により説明をおこなっている。</p> |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|---|
| <p>Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。</p> <p>Ⅲ-3-(2)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービスの内容や施設の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮している。</p> <p>b) サービスの内容や施設の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。</p> <p>c) サービスの内容や施設の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮していない。</p> </div> | a | <p>施設や在宅サービスへの移行に際し、サポートブックを作成し、卒業後の家庭復帰の継続的支援への相談に、組織として協力をしている。</p> |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|---|
| <p>Ⅲ-4 サービス実施計画の策定</p> | | |
| <p>Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。</p> | | |
| <p>Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するために、手順を定めて計画的なアセスメントを行っている。</p> <p>b) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するために、手順を定めてアセスメントを行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するための、アセスメントの手順を定めていない。</p> </div> | a | アセスメントツールに沿ってアセスメントを作成している。 |
| <p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を具体的に明示している。</p> <p>b) 利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を明示しているが、十分ではない。</p> <p>c) アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を明示していない。</p> </div> | a | アセスメントに基づき、個別支援計画書を作成し、支援ポイント表を作成するなど、利用者一人ひとりにつき、きめ細かな具体的な実施ニーズが確認される。 |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|--|-----------------|--|
| Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。 | | |
| Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。</p> <p>b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しているが、十分に機能していない。</p> <p>c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立していない。</p> </div> | a | 個別支援計画策定会議を実施している。 |
| Ⅲ-4-(2)-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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。</p> <p>b) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。</p> <p>c) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。</p> </div> | a | 6ヶ月毎のモニタリングを行い、評価の記載と必要時の計画の見直しをおこなっている。 |

(別紙)

各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由

施設名：和歌山県立南紀福祉センター南紀あけぼの園（知的障害児施設）

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|--|-----------------|--|
| A-1 利用者の尊重 1-(1) 利用者の尊重 | | |
| <p>A-1-(1)-① <u>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。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 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十分ではない。</p> <p>c) 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ない。</p> </div> | a | コミュニケーション手段の必要な児童に対し、随所に絵カードを提示するなどして、工夫をしている。 |
| <p>A-1-(1)-② <u>利用者の主体的な活動を尊重している。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の主体的な活動が尊重されている。</p> <p>b) 利用者の主体的な活動の尊重が十分ではない。</p> <p>c) 利用者の主体的な活動が尊重されていない。</p> </div> | a | 全員参加により自治会活動が運営され、外部との交流も図られている。 |

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|--|
| <p>A-1-(1)-③ <u>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。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 見守りと支援の体制が整備されている。</p> <p>b) 見守りと支援の体制の整備が十分ではない。</p> <p>c) 見守りと支援の体制が整備されていない。</p> </div> | a | <p>児童の主体性を重視し、職員が統一した支援ができるよう支援ポイント表も活用している。</p> |
| <p>A-1-(1)-④ <u>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。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 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十分ではない。</p> <p>c) 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ない。</p> </div> | a | <p>地域移行に向けた支援プログラムがあり、個々の能力に応じスキルの獲得に努力している。</p> |

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|--|-----------------|---|
| A-2 日常生活支援 2- (1) 食事 | | |
| <p>A-2-(1)-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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) サービス実施計画に基づいた食事サービスの用意が十分ではない。</p> <p>c) サービス実施援計画に基づいた食事サービスが用意されていない。</p> | a | 栄養士が責任を持ち献立、発注、検品を行っている。支援ポイント表を作成し障害の特徴に応じた食事を提供している。 |
| <p>A-2-(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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 食事が美味しく、楽しく食べられるように工夫をしている。</p> <p>b) 食事が美味しく、楽しく食べられるような工夫が十分ではない。</p> <p>c) 食事が美味しく、楽しく食べられるような工夫をしていない。</p> | a | 嗜好調査を行い献立に反映している。自治会、保護者会の代表が給食会議に出席し、意見が反映されている。食材については委託業者に安全に配慮するようお願いしている。 |
| <p>A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 喫食環境に配慮している。</p> <p>b) 喫食環境の配慮が十分ではない。</p> <p>c) 喫食環境に配慮していない。</p> | a | それぞれの状況に応じ、自由席、セルフ方式を取り入れたり、随時席替えも行い楽しく食事ができるように工夫している。また、ゆったりと食事ができるように配慮している。 |

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|--|-----------------|---|
| <p>2-(2) 入浴</p> <p>A-2-(2)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 利用者の障害程度や介助方法など個人的事情の配慮が十分ではない。</p> <p>c) 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ない。</p> </div> | a | <p>入浴に関するマニュアルや、支援ポイント表が作成され、個人に配慮した支援をしている。</p> |
| <p>A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の希望に沿って行われている。</p> <p>b) 利用者の希望に沿って行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の希望に沿って行われていない。</p> </div> | a | <p>設定された日以外でも児童の状況に応じ、入浴が可能である。</p> |
| <p>A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 環境は適切である。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 環境は適切ではない。</p> </div> | a | <p>浴室の清掃計画により清潔保持され、扇風機やパネルヒーターにより脱衣場は快適、のれんによりプライバシーの保護を保っている。</p> |

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|--|
| <p>2-(3) 排泄</p> <p>A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 介助は快適に行われている。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 介助は快適に行われていない。</p> </div> | a | 排泄介助のマニュアルがあり、排便チェック表に記録している。 |
| <p>A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 清潔で快適である。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 清潔かつ快適ではない。</p> </div> | a | 清掃が行き届き快適で臭いもあまり気にならない。手洗いの水道が出ないところがあったが、そばに洗面所があり、それほど不便でなかった。 |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|--|-----------------|--|
| <p>2-(4) 衣服</p> <p>A-2-(4)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。</p> <p>b) 利用者の個性や好みを尊重した支援が十分ではない。</p> <p>c) 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っていない。</p> </div> | a | <p>実施計画により買い物支援を行い、児童の意思で選択できるようにしている。</p> |
| <p>A-2-(4)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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に行われている。</p> <p>b) 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適宜行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応が適切に行われていない。</p> </div> | a | <p>着衣の乱れに注意し、汚れに気づいた時は速やかに更衣を実施している。</p> |

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|-----------------------------------|
| <p>2-(5) 理容・美容</p> <p>A-2-(5)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。</p> <p>b) 利用者の個性や好みを尊重した支援が十分ではない。</p> <p>c) 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っていない。</p> </div> | a | 写真等による髪型の資料を提供、本人の希望にしている。 |
| <p>A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 配慮している。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 配慮していない。</p> </div> | a | 地域の理美容店6店舗の理解と協力を得て、単独また同行、送迎を実施。 |

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|--|-----------------|--|
| <p>2-(6) 睡眠</p> <p>A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 配慮している。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 配慮していない</p> </div> | a | <p>安眠についてマニュアルが用意され、不眠については、医療と連携して対応している。</p> |

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|--|-----------------|--|
| <p>2-(7) 健康管理</p> <p>A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 適切である。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 適切ではない。</p> </div> | a | <p>健康管理マニュアルにより、看護師が健康状態を記録し、家族に説明、家族の同行を得て看護師と共に受診している。口腔ケアについても職員研修を行い、歯科医の指導を受けている。</p> |
| <p>A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されている。</p> <p>b) 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制は整備されているが、取り組みが十分ではない。</p> <p>c) 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されていない。</p> </div> | a | <p>健康面での緊急時のマニュアルが用意されている。法人内病院が施設に隣接しており、夜間においても協力医療機関が近くに複数ある。</p> |
| <p>A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 確実に行われている。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 確実に行われていない。</p> </div> | a | <p>薬物管理についてマニュアルが整備され、職員が責任を持って与薬を行い、誤薬のマニュアルもある。</p> |

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|---|
| <p>2-(8) 余暇・レクリエーション</p> <p>A-2-(8)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映され、希望に沿って行われている。</p> <p>b) 余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映されているが、十分ではない。</p> <p>c) 余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映されていない。</p> </div> | a | <p>自治会による話し合い、個々の利用者の希望により行われ、年間計画を作成、地域の資源を積極的に活用し、ボランティアの受け入れも積極的である。</p> |

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|---|
| <p>2-(9) 外出、外泊</p> <p>A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の希望に応じて行われている。</p> <p>b) 利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の希望に応じて行われていない。</p> </div> | a | <p>希望に応じて外出でき、自治会で決めたヘルプカードを携帯し、不測の事態に備えている。</p> |
| <p>A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の希望に応じて行われている。</p> <p>b) 利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の希望に応じて行われていない。</p> </div> | a | <p>外泊は希望に応じて自由にできる。盆・正月の外泊についても一切強制はない。外泊ルールマニュアルを活用している。</p> |

福祉サービス第三者評価・種別専門基準(障害者・児)

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|--|
| 2-(10) 所持金・預かり金の管理等 | | |
| <p>A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 適切な管理体制が整備され、確実な取り組みが行われている。</p> <p>b) 管理体制が整備されているが、取り組みが十分ではない。</p> <p>c) 管理体制が整備されていない。</p> </div> | a | 月2000円の小遣いを自己管理できる児童は小遣い帳を活用、個別支援計画に基づきスキルアップを図っている。 |
| <p>A-2-(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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の意志や希望が尊重されている。</p> <p>b) -</p> <p>c) 利用者の意志や希望に十分応じていない。</p> </div> | a | 利用者の意志や希望に沿って利用できるが、あまり利用していない。 |
| <p>A-2-(10)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の意志や希望が尊重されている。</p> <p>b) -</p> <p>c) 利用者の意志や希望に十分応じていない。</p> </div> | 該当なし | 障害児施設のため該当なし |