

(別添2)

事業評価の結果 (評価対象Ⅲ)

第三者評価の判断基準

- a・・・着眼点を全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) サービス管理責任者によるサービス提供の管理	①利用者の個別支援計画が的確に策定されている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 155 サービス管理責任者は全ての利用者の個別支援計画を策定している。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 156 サービス管理責任者は全ての利用者の個別支援計画の点検を定期的に又は利用者の状況を確認して必要が生じた都度行っている。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 157 サービス管理責任者は個別支援計画を点検した結果、改善すべき点を計画に的確に反映している。</li> <li><input type="checkbox"/> 158 サービス管理責任者は全ての利用者に対する支援が計画に沿って実施されていることを常時確認している。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 159 サービス管理責任者は全ての利用者の意見、要望を常に把握し、必要に応じて個別支援計画に反映させている。</li> </ul>	<p>個々の利用者の状況を把握して個別支援計画を作成し、各職員への周知の努力が認められる。</p> <p>また、利用者尊重についての周知努力も確認できる。</p> <p>一人ひとりの利用者と将来像を見据え、グループホームが終着点なのか通過点なのかを話し合ったり、支援員・世話人を交えた支援会議を開くなどすると、より実態に沿った計画に近づくとと思われる。</p>	
					<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 160 サービス管理責任者は策定した個別支援計画を担当職員に十分理解させている。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 161 サービス管理責任者は職員に対して、支援の実施状況を常時報告を求めている。</li> </ul>		
		(2) 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"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 162 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 163 利用者を尊重する基本姿勢が、個々のサービス提供の標準的な実施方法等に反映されている。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 164 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 165 利用者の気持ちを傷付けるような職員の言動、身体拘束等が行なわれることのないよう、職員に周知徹底している。</li> </ul>		<p>法人理念等には利用者尊重の意思が前面に明示されており、各支援場面における具体例などを基にした、確認・研修などの定期的な実施が期待される。</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 )
			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)	<p>■ 166 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み、個人情報に関する守秘義務を職員に徹底している。</p> <p>□ 167 個人の情報に関する記録等の管理を徹底している。</p> <p>■ 168 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。</p> <p>■ 169 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。</p> <p>■ 170 利用者や保護者等に関する個人情報の収集は、利用者や保護者等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。</p> <p>■ 171 記録されている個人情報は、利用者の求めに応じて開示している。</p> <p>■ 172 外部の求めに応じて提出する個人情報は、利用者や保護者等の同意を得ている。</p>	<p>利用者のプライバシーの保護については各職員に守秘義務を徹底しており、設備等についても配慮がうかがえる。</p> <p>また、同性介助の同意書、止むを得ず行う場合の身体拘束の同意書及びその際の報告も確認できる。</p> <p>開示責任者の明示や開示記録を含む開示体制について、組織としての体制の整備が期待される。</p>
		(3)利用者満足度の向上に努めている。	①利用者満足度の向上を意図した仕組みを整備している。	b)	<p>□ 173 利用者の満足度の向上を目指す取り組み姿勢などを記載した文書がある。</p> <p>■ 174 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、利用者懇談会を定期的に行っている。</p>	<p>毎年利用者のアンケート調査を実施しているので、その集計・分析・検討の担当部署を定め次の行動につなげたり、入所者の現在・将来を見すえた質問とするなど、体制の見直しや検討が進むとより調査の効果は増すと思われる。</p>
			②利用者満足度の向上に向けた取り組みを行っている。	b)	<p>□ 175 利用者満足に関する調査の担当者や担当部署の設置や、把握した結果の分析・検討が行われている。</p> <p>□ 176 分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。</p> <p>■ 177 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>	
		(4)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。	b)	<p>□ 178 利用者が、当該施設以外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。</p> <p>□ 179 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。</p> <p>■ 180 重要事項説明書に当該事業所の相談窓口及び電話番号、担当者、責任者の氏名を明記している。</p>	<p>重要事項説明書などには相談体制などが記載されており、それを基に説明をしている。</p> <p>利用者の状態に添える、分かりやすい説明のツールなどの工夫が期待される。</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 )
			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)	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 181 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 182 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 183 苦情の受付から解決、結果の公表までの手続きを定めた「対応マニュアル」がある。</li> <li><input type="checkbox"/> 184 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 185 苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。</li> <li><input type="checkbox"/> 186 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 187 利用者が意見や要望・苦情を訴えやすい雰囲気を作っている。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 188 利用者へアンケートをとるなど、設置者が積極的に意見や要望・苦情を聞いている。</li> </ul>	<p>苦情解決の体制はできており、毎年の利用者アンケートが実施されている。</p> <p>また、フィードバックも速やかに行われていることが確認できる。</p> <p>苦情解決責任者の存在をお便りなどに掲載したり、第三者委員の来所やアンケート調査の内容の精査と公表などにより、更に言いやすい環境の整備が期待される。</p>
			③利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 189 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。</li> <li><input type="checkbox"/> 190 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。</li> <li><input type="checkbox"/> 191 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 192 苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。</li> <li><input type="checkbox"/> 193 意見等への検討内容や対応策を意見等を申し出た利用者や家族等に文書で通知している。また、当該者に配慮した上で公表している。</li> <li><input type="checkbox"/> 194 意見等への対応記録（受付、検討内容、結果、公表にいたるプロセスの記録）がある。</li> </ul>	<p>利用者の状況に鑑み、支援員・世話人が把握した利用者の声を確実に管理者に伝える仕組みを構築することは期待したいところである。</p> <p>そして、意見や苦情等から検討・改善・断念などとなった事柄は文書化するなどして事業所の取り組みとしたり、それをお便りなどに掲載するなどすると、関係者・地域から言いやすい環境の事業所との理解も深まると思われる。</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 )
	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"/> 195 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"/> 196 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。 <input type="checkbox"/> 197 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>今回の第三者評価は事業所としては初めてであり、担当者が定められたところである。</p> <p>評価結果から表出した課題について、関係職員の参画の下に検討が行われ、より質の高い事業所へと向かう事が期待される。</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。	c)	<input type="checkbox"/> 198 職員の参画により評価結果の分析を行っている。 <input type="checkbox"/> 199 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 type="checkbox"/> 200 職員間で課題の共有化が図られている。			
	③課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	c)	<input type="checkbox"/> 201 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 type="checkbox"/> 202 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。			
		(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)	<input checked="" type="checkbox"/> 203 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 204 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。 <input type="checkbox"/> 205 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。 <input type="checkbox"/> 206 個々のサービス（健康管理、調理、食事、排泄、職員の接遇など）の標準的なマニュアルが作成されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 207 マニュアルはいつでも閲覧できる場所に備え付けられ、有効活用により問題解決している。 <input type="checkbox"/> 208 日常のサービスのあり方や支援方法について、管理者が職員へ評価・助言・指導を行っている。	<p>標準的な実施方法には利用者尊重やプライバシー保護が明示されており、支援会議などで関係職員の参画を得た作成・実施とすることで内容もより深まり、職員の意識や質も高まり、利用者への支援内容も更に充実すると思われる。</p> <p>特に、現状にそぐわない避難訓練のマニュアルについては、速やかな内容の変更とその周知徹底が必要と感じる。</p> <p>サービスの見直しは定期的に行われており、その方法や研修などの体制を整えることは必要であろう。</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。	c)	<input type="checkbox"/> 209 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。 <input type="checkbox"/> 210 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。			

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) 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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 211 利用者一人ひとりの記録等の書面が整備されている。</li> <li>■ 212 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。</li> <li>□ 213 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。</li> </ul>	<p>個人ファイルは整備され、業務日誌には個々の支援計画が明記されているので変則勤務の職員でも支援内容の確認・理解が可能であり、安定した支援の実施に結びついている。</p> <p>支援員・世話人で重複する記録を一本化して全職員への共有を進めたり、記録すべき内容の周知がこれからの課題と思われる。</p> <p>記録管理者・情報の開示規定などの整備・明示を行うとともに、全職員への周知が期待される。</p> <p>また、日常の支援の状況を含め、利用者個人の情報の共有と的確に届く体制も必要であろう。</p>
			②利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 214 記録管理の責任者が設置されている。</li> <li>■ 215 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。</li> <li>■ 216 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。</li> <li>■ 217 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。</li> <li>□ 218 職員が退職後の守秘義務について、誓約書をとっている。</li> <li>■ 219 個人情報の利用について、契約時に利用者及び保護者等から同意書を得ている。</li> </ul>	
			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。	c)	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 220 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。</li> <li>□ 221 情報共有を目的として、ケアカンファレンスの定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。</li> </ul>	
3	サービス開始・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"> <li>■ 222 法人及び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。</li> <li>■ 223 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、公共施設等多数の人が手にすることができる場所に置いている。</li> <li>■ 224 法人及び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。</li> <li>■ 225 見学、体験利用等の希望に対応することができる。</li> </ul>	<p>法人のホームページ・パンフレットや広報誌のこぶしの風は色彩的にも温かい雰囲気満ちていて、見る者にとっては違和感もなく、抵抗なく受け入れることが可能である。利用の際は事業所説明の後に契約書・重要事項説明書の同意を得ており、これらも同様に図や絵を加えるなどして利用者本人が更にわかり易くなる工夫は期待したい。</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 )
			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"> <li>■ 226 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を用意して、利用者に説明している。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・説明項目（事業概要、サービス内容、職員体制、利用者負担、損害保険加入状況等）</li> </ul> </li> <li>■ 227 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮（日常生活自立支援事業の活用等）を行っている。</li> <li>■ 228 サービス開始時には、サービスの内容や料金等について、利用者や家族等の同意を得た上でその内容を書面で残している。</li> <li>■ 229 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。</li> <li>■ 230 重要事項説明書の内容は、わかりやすいよう工夫して作成されており、利用者や家族等の同意を得た上で、重要事項説明書を本人及び家族(保証人)へ渡している。</li> </ul>	
		(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"> <li>□ 231 他の事業所や地域・家庭への移行にあたり、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。</li> <li>■ 232 サービス終了した後も、必要があれば、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。</li> <li>□ 233 サービス終了時に、利用者や家族等に対し、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。</li> </ul>	契約終了後の相談窓口等は設置されており、法人内の異動だけでなく、家庭復帰・独立、更には他法人への異動の際までの窓口の広がり期待される。
	策4 定サ ービ ス実 施計 画の	(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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 234 利用者の身体状況や生活状況等を、決められた書式に記録している。</li> <li>□ 235 アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている。</li> </ul>	アセスメントの定期的な見直しを定め、実施しており、支援計画につなげていることもあり、事業所としての手順・手続きの明確化が今後の課題と思われる。
		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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 236 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きが決められている。</li> <li>■ 237 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。</li> </ul>		

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 )
		(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。	b)	<input type="checkbox"/> 238 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 239 サービス実施計画策定の責任者を設置している。 <input type="checkbox"/> 240 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との合議、利用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。 <input type="checkbox"/> 241 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 242 個別支援計画は、利用者に説明し合意を得ている。	<p>サービス管理責任者が個別支援計画を作成し、業務日誌にも個別支援目標が明記されており、全職員が支援の際に確認ができる状況である。</p> <p>長期目標から短期目標、そして具体的なスモールステップを定めることで、支援の効果やその成果もわかりやすくなり、最終目標への到達もより期待できると思われる。また、各職員の支援内容の理解も進み、記録内容も充実するであろう。</p> <p>見直しに関しては、内容の充実を計るためにも事業所としての手順・仕組みの整備が必要と感じる。</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。	c)	<input type="checkbox"/> 243 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。 <input type="checkbox"/> 244 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。 <input type="checkbox"/> 245 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 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)	<input type="checkbox"/> 246 利用者のコミュニケーション能力を高めるためのサービス実施計画や支援計画を策定し実行している。 <input checked="" type="checkbox"/> 247 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 248 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。(お願いカードや行動表示板の活用、コミュニケーション機器の用意等) <input type="checkbox"/> 249 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正しく理解しようと努力している。 <input checked="" type="checkbox"/> 250 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>利用者一人ひとりに応じたコミュニケーション方法を計画に明示・組み入れるなどすると、情報の共有とともに、全職員の継続した同一の支援がより可能になると感じる。</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 )
			②利用者の主体的な活動を尊重している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 251 職員は利用者の主体的な活動を支援するよう努めている。</li> <li>■ 252 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。</li> <li>■ 253 利用者が、事業所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。</li> <li>■ 254 利用者が事業所の責任者と、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。</li> </ul>	<p>利用者の主体的な活動について、現場の職員も含めた研修を行うことにより、利用者一人ひとりへの対応の違いや迷いが解消され、更に均一な支援となり、質の向上が目指せると感じる。</p>
			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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 255 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。</li> <li>■ 256 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。</li> <li>□ 257 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。</li> </ul>	<p>定期的な管理者・サービス管理責任者・支援員・世話人の会議が行われており、支援員・世話人の支援の実施記録を統一することで、ストロングネスを拡大し見守りの比重を上げることも容易であろう。</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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 258 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支援（学習・訓練プログラムの用意等）がなされている。</li> <li>■ 259 事業所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。</li> <li>■ 260 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。</li> <li>□ 261 利用者自身が人権意識を高められるように、情報提供や話しあい等を行っている。</li> </ul>	<p>行事を主とした地域の社会資源の情報が適時提供されており、そういった外出の際に向けた本人の人権意識を高める取り組みは期待したい。 まずは、職員が理解した人権意識の利用者へのわかりやすい説明の工夫であろう。</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 )		
	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"> <li>■ 262 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。</li> <li>■ 263 食事の支援方法等に関するマニュアル（留意点を含む手引き等）が用意されている。</li> <li>■ 264 利用者個々人の好みや身体状況により、必要に応じて個別の食事を用意している。（治療食の選択、苦手な食べ物を他のものに変えるなど）</li> </ul>	<p>毎日の献立には栄養量が記載されており、日常の何気ない職員との会話の中で得た個々の情報が食事に反映されている。</p> <p>この情報が正しく共有される仕組みとして記録に残すことや、留意点が必要な該当者が現在はいないとのことであるが、食事支援の受け入れ態勢の充実が期待される。</p> <p>食事時間はゆったりとしており、楽しいひと時となる利用者や世話人との会話が満ちている。</p> <p>一方、日中活動によるストレスや空腹などによる食への拘りのある方もおり、午前の勤務帯での夕食の下ごしらえやタイマーなどの活用の検討が期待される。</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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 265 利用者の希望や関係者の意見を聞いたり、残さいの状態を把握して献立に反映し、食事サービスの話し合い等には利用者も参加している。</li> <li>■ 266 適温の食事を提供し、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。</li> <li>■ 267 利用者の要望に応えられるよう、複数の調味料・香辛料が用意されている。</li> <li>■ 268 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。</li> <li>■ 269 せかせて食べさせることがないように、利用者の様子を良く見ながら支援を行っている。</li> </ul>			
			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"> <li>■ 270 食事時間が楽しいひとときになるように雰囲気づくりを行っている。</li> <li>■ 271 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、個人が好む時間に摂ることができる。</li> </ul>			
			(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)		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 272 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。</li> <li>□ 273 安全や、同性介助等のプライバシーの保護を含めて、入浴支援・助言方法についてマニュアルが用意されている。</li> <li>■ 274 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。</li> </ul>	<p>毎日の入浴が可能で、日々清掃された浴室・浴槽の下で、利用者は順番に利用し、清潔な生活が保証されている。</p> <p>入浴中のプライバシーへの配慮や深い浴槽の事などを含め、ヒヤリハットの意識を深める検討などを経て、標準的な入浴支援マニュアルなどの作成が期待される。</p>
			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"> <li>■ 275 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。</li> <li>■ 276 入浴の時間帯や週間回数について、利用者の希望に応えるようにしている。</li> </ul>			

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浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 277 浴室・脱衣場の設備や入浴器具の設置等については、障害の程度に合わせ使いやすくしている。</li> <li>■ 278 脱衣場の暖房設備は、気候や利用者の身体的状態に応じて調整できる。</li> <li>■ 279 浴室や脱衣場は、プライバシーを保護する構造・設備になっている。</li> </ul>	
		(3) 排泄	①必要な者に対し排泄介助は適切に行われている。	c)	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 280 必要な者に対する排泄介助に際しては、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。</li> <li>□ 281 排泄介助の必要がある場合、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。</li> <li>□ 282 排泄用具を利用している場合、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。</li> <li>□ 283 排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。</li> </ul>	<p>トイレスペースは広く、清潔・快適なものとなっている。</p> <p>尚、現在、排泄に関しては全員自立しており、将来に向けての排泄介助の支援体制の整備が期待される。</p>
			②トイレは清潔で快適である。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 284 身体状況に応じた設備や補助具の配備を含めて、トイレ環境を点検し、改善を行っている。</li> <li>■ 285 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。</li> <li>■ 286 換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。</li> <li>■ 287 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。</li> <li>■ 288 採光・照明等は適切である。</li> <li>■ 289 冷暖房等の設備は適切である。</li> </ul>	

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) 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"> <li>■ 290 衣類は利用者の意思で選択している。</li> <li>■ 291 衣類の選択について、必要があれば相談に応じている。</li> <li>■ 292 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。</li> </ul>	<p>土曜日・日曜日は帰省者が多いため、衣類の購入・入れ替えなどは家族支援が主となっているが、希望があれば職員が利用者の個性や好みを尊重して購入支援が行われている。</p> <p>結果として、利用者は個性的な衣類を羽織ることができている。</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"> <li>■ 293 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。</li> <li>■ 294 着替えは自分で行なえるよう働きかけたり、必要な支援をしている。</li> </ul>	
		(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"> <li>■ 295 髪型や化粧の仕方等は利用者の意思で決めている。</li> <li>■ 296 職員は、必要があれば、整髪や化粧を手伝ったり、又は理・美容に関する情報を提供する等、相談に応じている。</li> </ul>	<p>理美容に関しては、土曜日・日曜日に帰省する利用者は家族の支援を受けており、残る利用者についても本人の希望を受け入れた支援が記録からも確認できる。</p>
			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"> <li>■ 297 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。</li> <li>■ 298 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。</li> </ul>	
		(6) 睡眠	①安眠できるように配慮している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 299 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。</li> <li>□ 300 睡眠リズムの乱れや不眠者への対応策を含むマニュアルが用意されている。</li> <li>■ 301 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。</li> </ul>	<p>居室は冷暖房が完備されており、家具等の配置も利用者の使い良さが優先されている。</p> <p>睡眠に関するマニュアル等は今後の課題であろう。</p>
		(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"> <li>■ 302 利用者の健康管理票が各々整備されている。</li> <li>□ 303 利用者の健康管理マニュアルが用意されている。</li> <li>■ 304 医師又は看護師による健康相談を受けることができる。</li> <li>■ 305 常に利用者の健康状態を把握し、通院で付き添いをした場合、利用者の症状を細かく説明できるようにしている。</li> <li>□ 306 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。</li> </ul>	<p>各利用者の健康管理票が整備されており、一般的な各感染症等の予防・蔓延の防止に対しての研修などを進め、共同生活上の安全確保に対する意識の向上が期待される。</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 )
			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"> <li>■ 307 健康面に不調があった場合の対応マニュアルが用意され、速やかに対応できる体制を整えている。</li> <li>■ 308 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。</li> <li>■ 309 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。</li> </ul>	<p>協力医療機関との速やかな連携は整っており、嘔吐物等の対応・処理研修も行っている。</p> <p>また、法人として、地域の感染症の流行を各事業所にお知らせする文書を発信したりもしている。</p>
			③内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 310 利用者（及び必要に応じて家族等）並びに職員は、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。</li> <li>□ 311 一人ひとりの利用者に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。</li> <li>□ 312 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。</li> <li>■ 313 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。</li> </ul>	<p>薬の使用状況は業務日誌に記録されており、病気の特性や薬の効能の周知を更に進めるなどすると、利用者の安全はより確保できると感じる。</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"> <li>■ 314 利用者の意向を把握し、余暇やレクリエーションに関する情報を提供している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 317 地域の社会資源（公民館活動等）を積極的に活用している。</li> </ul>	<p>利用者の希望などが記録に残されていると次回の参考となり・幅の広がりが期待できると思われる。</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 )
		(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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 318 外出は自由である。</li> <li>□ 319 利用者と話し合ってルールを設けている。</li> <li>■ 320 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。</li> <li>■ 321 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。</li> <li>□ 322 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。</li> </ul>	<p>外出・外泊は自由であり、主な行先は土曜日・日曜日の帰省が主となっている。</p> <p>外出・外泊の範囲や時間を決めるなど、帰省だけでなく日常的な外出の機会を増やす目的を持った利用者参画のルールによって、一人ひとりの生活の幅を広げるとともに、安心して利用者を受け入れてくれる地域環境の向上を意識することも検討に値すると考えたい。</p>
			②外泊は利用者の希望に配慮されている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 323 外泊は自由である。</li> <li>□ 324 利用者と話し合ってルールを設けている。</li> <li>■ 325 事業者側の都合で決めるのではなく、利用者及び家族の立場に立って、職員がその調整を行うようにしている。</li> <li>■ 326 盆や正月の外泊は、強制したり、利用者や家族の事情を考慮せずに要請するようなことはしていない。</li> </ul>	
		(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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 327 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。</li> <li>■ 328 個人財産は成年後見制度等の活用を促し、事業所で預る場合には、誤りが生じないようにしくみを整えている。</li> <li>■ 329 家賃・光熱水費・食材料費等、利用者から預って支払った金銭については、支払明細を明らかにしている。</li> <li>□ 330 金銭等の自己管理ができるように配慮されている。</li> <li>■ 331 自己管理ができる人で希望する人には、金銭等を保管する場所と設備を提供している。</li> <li>□ 332 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、自己管理や経済的な対応能力を高めるための学習を支援している。</li> </ul>	<p>利用者の預り金や利用料等の支払いに関しては家族管理が主となっている。</p> <p>ATMを活用した増え続ける小銭の対応方法や、金銭の自己管理が可能となる将来を見据えた自己管理能力を高める取り組みは期待したいところである。</p> <p>テレビ・ラジオ・新聞・雑誌等は利用者同士で話し合いが行われ、トラブルを防ぐ生活となっている。この利用者同士での話し合いの際は、側面的な支援として内容を記録に残す必要はあるであろう。</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 )
			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"> <li>■ 333 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。</li> <li>■ 334 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。</li> </ul>	
		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"> <li>■ 335 利用者が話し合っルールを設けている。</li> <li>■ 336 具体的な場面では、利用者全員が話し合っ、場所・時間・方法（喫煙場所、飲酒場所・時間、一気呑みの禁止等）を決めている。</li> <li>■ 337 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。</li> </ul>		
	(11)安全管理	①食中毒およびその他の感染症への衛生管理対策を行なっている	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 338 食中毒の発生を予防する対策を検討し、設備面・サービス面で実施している。</li> <li>■ 339 感染症発症時における拡大防止策を検討し、体制を整えている。</li> <li>□ 340 感染症、食中毒等に対応するための手引書等を整備し、職員に周知徹底している。</li> </ul>	<p>施設全体が清潔感にあふれ、更に利用者の手洗いの様子を見ても予防対策ができていると思われる。</p> <p>災害時の対策を訓練の結果を参考にし、対応・準備品等の見直しが必要と感じる。</p>	
		②事業所内の事故、および外部からの侵入等への対応を行なっている	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 341 夜間の緊急時における体制（連絡・応援含む）について対応方法を定めて職員全員に周知徹底している。</li> <li>■ 342 防犯対策を検討し、実施している。</li> <li>□ 343 事故等に対応するための手引書等を整備し、職員に周知徹底している。</li> </ul>		
		③火災・地震等の災害への対応を行なっている	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 344 火災の発生を防ぐための予防対策を検討し、実施している。</li> <li>■ 345 火災・地震等の発生時の影響を軽減する対策を検討し、避難や消火の訓練を行なっている。</li> <li>■ 346 防災応援協定など地域との連携体制を整えている。</li> <li>□ 347 火災・地震等の災害に対応するための手引書等を整備し、職員に周知徹底している。</li> </ul>		