

# 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： 知的障害者更生施設
代表者氏名： 園長 坂上 珠麻子	定員(利用者数)： 50名(50名)
所在地： 和歌山県西牟婁郡上富田町岩田2456-1	TEL： 0739-47-4952

## ③訪問調査 平成20年8月28日

## ④総評

### ◇特に評価の高い点

- 1.法人全体の中・長期基本構想の中で利用者の地域生活への移行、利用者サービスの実施、人材育成の問題点を解決するための計画が示されている。
- 2.法人全体で経営状況を分析し改善計画を立て、管理者研修を通じて職員に周知している。
- 3.職員の就労状況に関し相談窓口の設置や職員申告書を提出し、必要があれば改善する仕組みができています。
- 4.事故防止委員会や感染症防止委員会の設置、関係マニュアルの作成等利用者の安全を確保する体制が整備されている。
- 5.地域との関わりを大切にし、利用者が地域の行事に参加したり、施設の行事に地域の人々が参加するなど地域との交流が積極的に行われている。
- 6.施設のサービスについて評議員による第三者評価や自己評価、利用者評価を行っており、明らかになった課題について改善に向け取り組んでいる。
- 7.支援ポイント表などを創意工夫し活用することで、主体性を尊重する支援がなされている。
- 8.陶芸、空き缶収集、農作業など利用者個々人の特性を活かす活動が開発、進展され、自力で行う生活と活動範囲の広がりにむけて積極的な取り組みがみられる。

### ◇改善を求められる点

- 1.利用者・家族に理念や基本方針、中・長期計画や事業計画を分かりやすく説明した資料を配布し、理解を促す取り組みを期待する。
- 2.外部監査の実施について検討を希望する。
- 3.施設が目標とするサービスの質を確保するために必要な人材や人員体制に関する計画の作成を期待する。
- 4.人事考課や職員一人ひとりについて技術の水準や知識、資格の必要性などに配慮した研修計画の作成の検討を希望する。
- 5.実習生受け入れの基本姿勢を明示し、受け入れマニュアルの作成を希望する。
- 6.利用者等からの意見等に関する対応マニュアルの整備を期待する。
- 7.ボランティアの受け入れに対する整備はなされているが実績は少ないため、より積極的な取り組みが望ましい。
- 8.関係機関・団体等との連絡会やネットワーク化などを適時見直し、職員間においても共有することを希望する。
- 9.余暇、レクリエーション活動についても利用者の主体的な企画や立案をサポートする仕組みを作ると共に、地域のイベント等情報についても掲示して情報提供をすることが望ましい。

## ⑤第三者評価結果に対する事業所のコメント

サービスの向上を目指す取り組みとして、自己評価については平成14年より取り組んでまいりましたが、私どものサービスの水準がどれくらいのものであるかについては量ることができませんでした。また、私どもの施設は、利用者のほとんどが重度の知的障害がある方々であり、利用者の方から直接ご意見を頂くことが少ない為、自己満足とならないように職員の意識改革を図ることも重要な課題でありました。

この度、第三者評価を受審致しまして、自施設のサービスの質について検証できたことは職員の励みとなり、更なるサービスの向上に向けてステップアップできる良い機会となりました。継続してサービスの質の向上を目指す職員集団でありたいと思います。

## 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（知的障害者更生施設）

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 <u>理念が明文化されている。</u></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 <u>理念に基づく基本方針が明文化されている。</u></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>基本方針を職員倫理綱領や事業計画に具体的に記載しており、その内容は適切である。</p>

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。		
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。 <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	職員には、事業計画、パンフレットを配布し、また職員倫理綱領は職員に配布するとともに事業所内に掲示し、研修会等で理解を促すための取組を行っている。
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 <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	利用者等には、理念や基本方針について分かりやすく説明した資料の配布や、理解を促す取組はなされていない。

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。		
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                         【判断基準】                          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。                          b) —                          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。                     </div>	a	法人全体の中で、施設の地域における役割、サービスの向上、人材育成等の改善を図るための具体的な中・長期計画を作成している。
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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                         【判断基準】                          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。                          b) —                          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。                     </div>	a	事業計画は、利用者の健康管理、利用者の地域生活の援助など、中・長期計画を反映して作成されている。

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 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	<p>中・長期計画は、職員が参画した中・長期第三期小委員会において実施状況の検討を継続的に行い、見直しが組織的に行われている。また事業計画も管理者・職員が参加して、事業の実施状況や取り組みの把握や見直しが行われている。</p>
<p>I-2-(2)-② 計画が職員や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) 各計画を職員や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) 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	<p>中長期計画及び事業計画は職員に配布し、会議等を通じて理解を促しているが、利用者等には分かりやすく説明した資料の配布や、理解を促すための取り組みはなされていない。</p>

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。 【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。	b	管理者は自分の責任や役割を職員会議等で明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、職員への周知の方法や配慮は十分でない。
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。 【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。	b	管理者は、障害者福祉関係、労働基準、防災、子育て支援など遵守すべき法令等の研修会に参加しているが、理解を促すため研修会の実施や資料の配布等職員への周知は十分ではない。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
<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、組織の中に施設サービス向上委員会を設けて、サービス向上に関する課題を検討しており、また毎月の職場研修会でサービス向上の取り組みについて指導力を発揮している。なお職員業務分掌ごとに、サービスに関するマニュアルづくりに取り組んでいる。</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>法人の施設長会議で経営や業務の改善に向けた課題を検討し、各施設での取り組みを明確にしており、この取り組みについて毎月の施設経営会議で幹部職員に、班会議で職員に周知を図っている。</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。

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。

【判断基準】

- 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。
- 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。
- 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。

a

施設は、障害者自立支援法の施行に基づき、新しい体系への移行の過程にあり、また地域の福祉サービスのニーズや潜在的な利用者の推移などの経営環境を把握している。

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。

【判断基準】

- 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。
- 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。
- 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。

a

経営コンサルタントに委託し、法人全体で経営改善5ヵ年計画を立て、計画と実績の評価を行っており、サービスのコストの中の人件費比率など、経営状況を分析して課題を見出し経営改善計画を立てている。そして経営コンサルタントによる経営診断の内容について、法人全体で管理者研修を実施している。なお施設の光熱費等の経費を節減するため、光熱費の推移を掲示し、「もったいない」の実践に取り組み、不要な電気の消し忘れなどを防ぐ効果をあげている。



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>	<p>c</p>	<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>

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。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p> <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	中・長期基本構想の人材育成の中に、研修に関する基本姿勢を明示されている。
<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>	c	職員一人ひとりについては研修計画は作成されていない。
<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	研修を終了した職員は法人内で発表する機会を設け、また各施設において毎月の職場研修の席上、報告・復命を行っている。なお研修が参考になったか、よかった点、改善を要する点等を受講者アンケートで把握し、評価分析して次の研修計画のカリキュラムに反映させている。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。</p>		
<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; margin-top: 10px;"> <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>	<p>c</p>	<p>実習生の受け入れの基本姿勢は明示されていない。また、受け入れマニュアルも整備されていない。</p>
<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; margin-top: 10px;"> <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>	<p>b</p>	<p>実習生として近隣の高等学校の生徒を受け入れており、実習のプログラムも日課の流れに沿ってその都度用意されているが、十分ではない。</p>

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	施設内に、事故を未然の防ぐため事故防止委員会を設けている。また感染症防止委員会を設け感染症予防マニュアルを作成している。なお疾病時の応急手当については応急マニュアルを作成し職員に周知するなど、安全確保の体制を整備している。
<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	事故を未然に防ぐため些細なことでもヒヤリハット報告を行い、事故防止委員会で発生要因と未然防止策を検討し実行している。また施設内の感染症の発生危険箇所等の消毒、拭き掃除を行っている。

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	地域との関わりの方針を地域活動推進マニュアルで示している。利用者には地域の社会資源の情報提供や地域の行事に参加したり、施設の行事に地域の人々が参加するなど、利用者地域との交流を積極的に行っている。
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	法人内の障害児者相談・生活サポートセンターと連携して、地域の人々の相談に応じたり、地域で暮らす障害児者とその家族が安心して豊かな生活を送ることができるよう支援している。また施設内の設備を地域に開放し小学生に陶芸教室を開催するなどの取り組みを行っている。
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>	b	ボランティア受け入れのマニュアルを整備し、基本姿勢が明示され、ボランティアの登録や活動内容、オリエンテーション、実施記録等の項目を記載し体制を整備しているが、受け入れは十分でない。

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>b</p>	<p>施設にとって必要な関係機関・団体の機能や連絡方法のリストはあるが、職員間で共有しているとはいえない。</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>関係団体である西牟婁知的障害者連絡協議会は定期的開催されており、それぞれ具体的な課題を検討し、解決策を見出すよう努めている。</p>



評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。</p> <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	<p>地域（西牟婁圏域）の障害児者相談・生活サポートセンターと連携し、相談や支援を通じて地域のニーズを把握している。</p>
<p>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。</p>		
<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	<p>地域の福祉ニーズに基づき、短期入所事業（精神障害者を含む）や日中一時支援事業を実施している。</p>

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

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

<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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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> </div>	a	<p>職員倫理要綱に、利用者を差別せず人権を尊重し擁護する旨の基本姿勢を明示し、事業所内に掲示し、職員研修会でも基本方針の中で説明が行われている。また「職員の行動規範」の中で、利用者への虐待や身体拘束が禁止事項として示され、虐待については研修会でも職員に周知が図られている。</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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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> </div>	b	<p>職員倫理要綱の職員行動規範において、「利用者に対するプライバシーの侵害」として具体的に記載され、研修会等で周知されている。なお利用者は共同室での生活であり、一人になりたいときは静養室や面談室を利用することになるが、ハード面であるので現況では対応は十分でない。</p>
---	---	--

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。</p> <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>	b	<p>利用者満足の上昇を目指す姿勢は明示されていないが、利用者にアンケートを実施し満足度を調査している。また利用者の自治会に職員が出席し利用者が意見を出せる場を設けたり、利用者の食事のニーズの調査などを行っている。</p>
<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	<p>把握した利用者満足の結果を活用し、食べたい食事メニューを調査し利用者の食事に反映させ改善しているなど、調査の結果を、利用者サービスの向上に反映させている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>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> <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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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> </div>	b	<p>契約の段階で、利用者・家族からの相談を聞いたり、解決方法について手助けすることを説明しており、また相談相手や相談方法について選択はできるが、そのことをわかりやすく説明した文書を配布したり、掲示していない。</p>
<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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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> </div>	a	<p>苦情解決については、契約時の重要事項説明書に記載し利用者・家族に説明しており、また意見箱を設置し広報誌で周知している。なお「苦情申出窓口の設置について」という文書により、利用者・家族に周知を図っている。</p>
<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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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> </div>	c	<p>利用者からの意見には、その都度対応しているが、意見等対応マニュアルは作成していない。</p>

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	<p>事業団独自の評価基準に基づき、定期的に評議員により施設サービスについて第三者評価を受けている。また自己評価や利用者評価も実施している。</p>
<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	<p>第三者評価等については評価項目ごとに結果を分析し、施設において取り組むべき課題を明確にしている。</p>

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>第三者評価については、評価の結果から明らかになった課題について、職員の業務分担毎に、改善についての年間計画や改善に向けた取り組み、目標期限を設定し実行している。また項目ごとに、評価の内容や取り組み状況等を施設内に掲示している。</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	<p>個々のサービスについての標準的な実施方法が文書化され、職員には研修会や個別指導などで周知し、それに基づいた食事、入浴、生活等のサービスが行われている。なお標準的な実施方法は利用者の障害の状態に応じて個別化され、支援ポイント表を作成しており、一人ひとりにはそれに留意し、サービスが実施されている。</p>
<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	<p>標準的な実施方法は年度ごとに見直しを行っている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。</p> <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> <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> </div>	a	各人の支援計画の実施状況は適切に記録されている。
<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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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> </div>	a	利用者の支援記録の保存・保管に関する規程や、利用者・家族等から情報開示を求められた場合の規定が定められ、個人情報の適切な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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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> </div>	a	利用者の情報は、朝礼、終礼や毎週水曜日の医師への報告時に伝え、また連絡ノート、ホワイトボードや供覧文に記載し、職員は知ることができる。またパソコンネットワークで利用者情報を共有している。



評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>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>		
<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>利用者の選択に資するよう、当施設を和歌山県福祉事業団のホームページで紹介し、施設見学も受け入れている。</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>サービス開始時に、利用者・家族に対しサービスの内容や料金を具体的に記載した重要事項説明書により説明しており、利用者・家族の同意を得ている。</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>利用者が退園するときは、本人に退園後も地域で安心して生活できるよう訪問や相談により援助するとともに、市町村役場へも地域で生活することになったことを連絡している。なおグループホームへ移行する利用者については、本人の生活や障害の状況等をサポートブックに記載し、連携しているサポートセンターに情報を提供し、相談窓口となってもらっている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
Ⅲ-4 サービス実施計画の策定 Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>【判断基準】</b>                          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。                          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。                          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。                     </div>	a	個々の利用者について、心身状況や生活状況等を正確に把握するため、施設で定めた様式により詳細なアセスメントを行っている。また3年に一度、心身等の状況に変化があったときはその都度、見直しを行っている。
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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>【判断基準】</b>                          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。                          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。                          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。                     </div>	a	すべての利用者について、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや生活全般の解決すべき課題を具体的に明示している。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>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。</p> <p>Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。</p> <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	<p>支援計画は、責任者を決め、関係する職員の合議、利用者の意向と同意の手順に従って作成されている。また利用者一人ひとりについて解決すべき課題に対し目標を設定し、具体的な支援内容等が記載されている。</p>
<p>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。</p> <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	<p>6か月毎に、支援計画の実施状況について定められた様式で評価を行い、計画を見直し利用者の同意を得ている。また緊急の対応を要するときは班会議を通じて見直している。なお見直しには利用者の意向も把握されており、評価・見直しについて組織上の決裁を受けている。</p>

(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（知的障害者更生施設）

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>	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は絵カードなどで行っているが、利用者全体に対して十分に足りているとはいえない。
<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	役員を中心に毎月1回自治会を開催したり、利用者の主体的な活動のために施設外の人々との交流の場を設けるなど、必要な取り組みがなされている。

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>支援ポイント表や利用者相性図作成等を基に班会議などにおいて体制整備がされている。</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>	b	<p>エンパワメントの理念に基づく支援は実施されているが、プログラムの確立までには至っていない。</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。                      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。                      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	支援ポイント表やサービス・マニュアルに各個人の支援法を明示し利用者の状態に応じた食事サービス実施が行われている。
<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。                      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。                      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	年1回嗜好調査を実施し検討会議が開かれている。また、食卓には各種調味料が設置され食事を楽しめる工夫がされている。
<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。                      b) 喫食環境の配慮が十分ではない。                      c) 喫食環境に配慮していない。</p>	a	検討会議を開き、少しでも落ち着いた環境で楽しめるような配慮がされている。

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>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>個々人の事情を配慮した具体的支援方法が支援ポイント表に検討、明示されている。</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>利用者の希望を把握するための検討が行われ、希望に沿うよう取り組んでいる。</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>冷暖房完備し、すりガラスやスモークガラスを使用するなど、プライバシーを保護し適切な環境づくりを行っている。</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	<p>排泄用具の使用法などをサービスマニュアルで明示しているほか、支援ポイント表等で個別に排便などをチェックし快適さを考慮している。</p>
<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	<p>換気や防臭対策、清掃が行き届き、プライバシーが保護され、快適に使用している。</p>

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 <u>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。</u></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	衣類の購入、選択の機会などにも、利用者の意思を尊重した支援を行っている。
<p>A-2-(4)-② <u>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。</u></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	身だしなみに留意し清潔保持を心がけ、破損や汚れには速やかに対処している。

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-(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	<p>髪型などは利用者個人の好みを尊重できるようにカタログなどを準備提供し、支援を行っている。</p>
<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	<p>数軒の理美容店から理解、協力をいただき、十分な連携がとれている。</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-(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>遮光カーテン設置、静養室準備、好みにより個人の寝具を利用可能にするなど、サービスマニュアル、睡眠チェック表で取り組み、実行に移している。なお、支援の状況をケース記録に記載している。</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>年2回の検診のほか、日課に散歩や体操も取り入れ、虫歯予防の歯磨きやインフルエンザワクチン予防接種も実施している。</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>協力依頼の機関を確保し迅速かつ適切な医療につなげるようサービスマニュアルに明示している。</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>服薬管理については利用者個人の服薬内容を把握し、保管から服用確認までを適切に実施している。</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-(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>	b	<p>一部の意思表示が可能な利用者の希望を取り入れた余暇・レクリエーション活動を行っているが、利用者全員の希望を把握し反映する仕組みには至らない。</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>外出は利用者の希望に応じて、個別支援計画に基づいて行われる体制が整っている。</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>外泊は利用者および家族の希望に応じて、自由に随時可能となるように配慮している。</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	<p>金銭管理マニュアル（預かり金管理要綱）に基づき、適切な管理あるいは支援体制への整備が確実にされている。</p>
<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	<p>利用者の望む雑誌の定期購読、テレビの個人所有など、利用者の意思の尊重が実行されている。</p>
<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>	a	<p>予め設定された場所における喫煙は随時可能なようにルールを設けている。</p>