

福祉サービス第三者評価第三者評価シート

－ 障害者・児入所施設版 －

事業所名	みつみ学苑		事業所番号	HJ2811300090
住所	兵庫県丹波市山南町岩屋2004			
対応者 (欄は適宜増やしてください)	役職	施設長	氏名	義積由紀子
		副施設長		荻野千代美
		副施設長		関 真博
		課長・看護師		村上裕子
		サビ管・主任		井尻 恵
		サビ管・主任		吉村 崇
		サビ管		永田久美子
		サビ管		芦田達司
自己評価実施日	平成26年11月14日			
第三者評価実施日	2014年12月19日・20日			
調査者(実習生)	HF05-1-0074 HF05-1-0075 No.B24118			

【記入方法】

- 各評価細目の判断基準について、「できている」項目にチェックを入れ、以下の評点基準で「a」「b」「c」を記入します。
 - a … 判断基準(取組)を全て実施している。
 - b … 判断基準(取組)の一部を実施している。
 - c … 判断基準(取組)のいずれも実施していない。

※ 「取組の状況」は、判断基準が「できている」「できていない」と判断した内容等を具体的に記入してください

兵庫県福祉サービス第三者評価 自己評価票／評価結果集計票 (障害者・児入所施設版)

事業所名: みつみ学苑	種別: 障害者支援施設
-------------	-------------

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
			自己評価 (a~c を記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果 (a~c を記入)	判定の理由
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、基本方針を確立している。								
I-1-(1)-① 理念を明文化している。								
① 理念を文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に記載している。 ② 理念は、利用者の主体性を尊重し、エンパワメントの理念に基づいた援助を行うという障害者福祉の基本的な考え方を踏まえている。	■	■	a	①事業所内掲示板に掲示及びPC内掲示板で閲覧可。	・事業所掲示板及びPC掲示板、ホームページ、法人パンフレットに掲載。	・PC掲示板、ホームページ、法人パンフレットに掲載している。施設内では掲示板に掲載している。 ・法人理念「自立と共生の地域社会作り」として、地域で当たり前の暮らしの実現を目指して」している。	a	・今年度、開設50周年を迎えたことで、障害者が地域に溶け込み、あたりまえのように受け入れられていることを実感する機会となった。50年誌を作成、地域に配布した。
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針を明文化している。								
① 基本方針を文書(事業計画等の法人・施設内文書や広報誌、パンフレット等)に記載している。 ② 基本方針は、法人の理念との整合性を確保している。 ③ 基本方針は、職員の行動規範となるような具体的な内容となっている。	■	■	a	①事業所内掲示板に掲示及びPC内掲示板で閲覧可。	・26年度法人事業方針に明示されている。事業所掲示板及びPC掲示板、ホームページ、法人パンフレットに掲載。 ・みつみ福祉会倫理綱領、職員行動規範	・法人の26年度事業方針に5項目の重点項目として、明示されている。 ・理念の実現に向けた具体的な内容となっている。 ・法人の職員倫理綱領をもとに職員行動規範を作成。基本方針とは連動している。	a	・法人の26年度事業方針の重点項目として明示されており、PC掲示板、ホームページ、法人パンフレットに掲載している。職員倫理綱領にも沿った内容となっている。
I-1-(2) 理念や基本方針を周知している。								
I-1-(2)-① 理念や基本方針を職員及び利用者やその家族等に周知している。								
① 理念や基本方針を職員が理解するための具体的な取組を行っている。 ② 理念や基本方針を利用者やその家族等が理解するための具体的な取組を行っている。 ③ 理念や基本方針を誰でも知ることができるための具体的な取組を行っている。	■	■	a	①4月臨時職員会議にて施設長より説明。 ②事業所内掲示板に掲示すると共に4月の苑だよりで保護者に発送。 ③みつみ福祉会HPにて掲載。	・臨時職員会議等、PC掲示板 ・事業所に掲示、施設の広報誌に掲載 ・ホームページに掲載	・年度当初の職員会議で、施設長が説明している、PC掲示板で常時確認できる。 ・来訪者に向け事業所掲示板に掲示し、年度当初の広報誌に掲載、家族に配布している。利用者へのわかりやすい表記は特にされていない。 ・法人のホームページに掲載している。	b	・年度当初の職員会議等で、施設長より説明、PC掲示板でも常時確認でき、周知を図っている。来訪者や保護者には、事業所掲示板や広報誌、ホームページ等で情報提供している。利用者への広報、周知は十分とはいえない。

評価基準	自己評価 第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄				
		自己評価 (a~c を記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果 (a~c を記入)	判定の理由	
I-2 計画の策定								
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画を明確にしている。								
I-2-(1)-① 中・長期計画を策定している。								
① 理念や基本方針の実現に向けた目標(ビジョン)を明確にしている。 ② 実施する福祉サービスの内容や、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている。 ③ 中・長期計画は、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっている。 ④ 中・長期計画に基づく取組を行っている。 ⑤ 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	■	■	a	①事業計画参照 ②事業計画参照 ③5か年計画参照 ④5か年計画参照 ⑤直近では11月中に28年度以降の五か年計画の素案を事業部に提出予定。 H23年～H27年の長期計画策定し、事業計画に反映しています。 当初予算及び事業計画作成時に見直し及び変更を行っています。	・26年度法人事業方針 ・26年度みつみ学苑事業計画 ・5か年計画(23年度～27年度)	・理念や基本方針の実現に向けた重点目標を明確にしている。 ・事業内容、施設設備、職員体制等についての実施状況、課題等が明確となっている。 ・改善に向けた取り組みとなっている。 ・計画に沿った取組を行っている。 ・具体的な改善、見直しが明示され、実施されている。	a	・理念の実現に向け、重点目標を明確化し、5か年計画に具体的に反映させている。計画に基づいた取組となっており、必要に応じて見直ししている。
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画を策定している。								
① 事業計画には、中・長期計画の内容を反映した各年度における事業内容を具体的に示している。 ② 事業計画は、実行可能かどうか、数値目標等を設定することによって実施状況の評価を行えるかどうかについて、配慮をしている。	■	■	a	①②事業計画参照 全面改築後17年を経過しコスト高の事業が多く緊急性等を勘案し優先順位と効果の検証により予算委員会にて決定している。	・26年度みつみ学苑事業計画	・5か年計画にもとづいた26年度みつみ学苑事業計画となっている。 ・可能な限り数値目標を設定し、実施状況の有無を検討している。	a	・5か年計画に沿った事業計画となっており、数値目標等を設定した具体的な内容となっている。
I-2-(2) 計画を適切に策定している。								
I-2-(2)-① 計画の策定を組織的に行っている。								
① 年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。 ② 評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。 ③ 一連の過程が職員等の参画のもとで行っている。	■	■	a	①各種会議等で把握評価を実施しています。 ②各種会議等で計画の見直しを行っています。 ③企画会、各支援会議、職員会議等中間決算の時期に、半期の検証を実施。	・企画会議、各支援会議、職員会議等。	・会議等で状況把握、評価を行い、法人事業部にて確認、把握統括している。 ・定期的に見直しを実施している。 ・各会議で職員からの意見を集約し、検討している。	a	・事業所及び法人事業部にて実施状況の把握、評価を行い、随時見直ししている。計画策定については、職員で話し合い、検討している。

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄				
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由	
I-2-(2)-② 計画を職員や利用者に周知している。									
① 各計画を会議や研修において説明している。 ② 各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。 ③ 障害を持つ利用者に対する周知の方法に工夫や配慮をしている。 ④ 各計画を利用者による自治会ないし利用者の会や家族会等で資料をもとに説明している。 ⑤ 各計画の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	b	① 会議録の閲覧により周知を促しています。 ④ 保護者会総会にて施設長より説明しています。	・企画会議、各支援会議、職員会議等。 ・保護者会総会	・各会議で職員に説明し、周知を図っている。 ・特に、わかりやすい資料の作成は行っておらず、PCにての共有にとどまっている。 ・利用者に向けた周知は特に行っていない。 ・保護者会総会にて、資料をもとに説明している。 ・各計画の周知状況は確認しているが、十分とはいえない。	b	・職員へは会議等で説明、PC掲示板も通じて周知に努めている。特にわかりやすい資料の用意や工夫は見られず、障害に応じた利用者への理解、工夫も不十分といえる。保護者会総会で、説明、理解を求めている。	
I-3 管理者の責任とリーダーシップ									
I-3-(1) 管理者の責任を明確にしている。									
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。									
① 管理者は、自らの役割と責任について、文書化するとともに、会議や研修において表明している。 ② 管理者は、自らの役割と責任について、組織の広報誌等に掲載して表明している。 ③ 管理者は、自らが果たすべき役割と責任について、日々の行動を自己評価している。 ④ 管理者は、自らの行動が職員や利用者等から信頼を得ているかどうかを把握、評価・見直しをするための方法を持っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	b	① 法人本部の運営方針をもとに、事業所の事業計画を策定し、年度当初の会議で計画の大筋を職員に説明する機会をもつ。また、職員との面談については、契約職員を中心に時間をとるようにしている。 ④ 年に1度自己報告書を提出してもらって、正規職員の思いを汲み取る機会をもっている。	・法人運営方針 ・広報誌	・管理者は、年度当初の会議で事業計画の重点事項を説明し、同時に、自らの役割等を表明している。 ・年度当初の施設の広報誌に明示されている。 ・事業報告を自身の自己評価と捉えている。職員の自己報告書の意見欄も参考にしている。 ・今年度、保護者会の役員会で、意見や要望を汲み取り、意向の把握、検討を考えている。	a	・年度当初の会議や広報誌等での事業計画の説明を通して、自身の責任表明としている。又自己評価は、各年度の事業報告がその場であり、職員からの意見等も自身の振り返りと捉えている。保護者会役員会からも積極的に要望を吸い取り、反映していきたいと考えている。職員との積極的なコミュニケーションを心がけている。	
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。									
① 管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。 ② 管理者は、福祉分野に限らず幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、リスト化する等の取組を行っている。 ③ 管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守させるための具体的な取組を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	b	県知協を中心に、経営面、管理面、支援に関する研修には積極的に参加し、法令や現状の課題などを理解する努力をしていると共に、職員にも会議や回覧を通して伝えるようにしている。		・障害に関する関連法については、施設長会議で、その他関係機関主催の研修で、情報収集している。 ・幅広く把握、情報収集に努めているが、リスト化には至っていない。 ・職員には会議等で周知に努めているが、十分とはいえない。	b	・管理者は、法人及び関係機関による研修等で積極的に参加し、情報収集を図っているが、リスト化には至っていない。職員への情報提供も会議等を通じて行っているが、十分周知しているとはいえない。	

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄				
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由	
I-3-(2) 管理者のリーダーシップを発揮している。									
<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> <p>① 管理者は、実施するサービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。</p> <p>② 管理者は、サービスの質の向上についての職員の意見を取り込むための具体的な取組を行っている。</p> <p>③ 管理者は、サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。</p> <p>④ 管理者は、サービスの質の向上のために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b	<p>職員チェックリストを実施し、自身の支援の振り返りと支援の質の向上につなげている。地域行事を中心に参加し、利用者との関わりを通して、職員指導の場としている。</p>	<p>・職員チェックリスト</p>	<p>・サービスの質の現状把握はできているが、分析には至っていない。</p> <p>・各会議等で、職員の意見や提案を促し、職員チェックリストからも職員の振り返りを活かしている。自らも職員との対話を大事にしている。</p> <p>・経営・事業の効率化と改善に向けた取り組みが未実施。</p> <p>・地域交流を通じた利用者との関わりを、指導の機会と捉え、自身も積極的に参画している。</p>	b	<p>・管理者としての現状把握はできているが、十分な分析には至っていない。職員の意見や提案は積極的に取り組むとともに、自らも職員との対話重視の姿勢である。職員へ課題を投げかけていくことで、改善に向けての指導の機会としている。利用者の地域交流も向上の機会と捉えている。</p>	
<p>I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。</p> <p>① 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けて、人事、労務、財務等の面から分析を行っている。</p> <p>② 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員が働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。</p> <p>③ 管理者は、上記について、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。</p> <p>④ 管理者は、経営や業務の効率化や改善のために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b	<p>職員確保の努力をしている。夜勤専門職を雇用するなどして、昼間の人員の確保をしている。日曜祝日の時給をアップし、勤務職員の処遇改善を図っている。</p>		<p>・経営・業務の効率化と改善に向けた取り組みは今だ未実施となっている。</p> <p>・夜勤専門職員の配置等、人員確保、職員の処遇改善に取り組むなど、環境整備に努めている。</p> <p>・会議等で検討しているが、職員の意識への差があり、不十分である。</p> <p>・管理者自らは、積極的に会議等で意見を吸い上げ、働きかけている。</p>	b	<p>・経営や業務の効率化には、努めてはいるが、具体的な分析には至っていない。人員配置等は必要な改善を行い、職場環境には配慮している。職員の意見や提案を促し、自らも、積極的に汲み取っていく姿勢である。</p>	

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由
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を的確に把握している。								
<input type="checkbox"/> ① 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握するための方法を持っている。 <input checked="" type="checkbox"/> ② 利用者数・利用者像等について、事業所が位置する地域での特徴・変化等を把握している。 <input checked="" type="checkbox"/> ③ 福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等を収集している。 <input type="checkbox"/> ④ 把握された情報やデータを、中・長期計画や各年度の事業計画に反映している。			b	丹波市障害者就労支援会議、丹波市重度障害者支援の在り方検討部会、就労支援事業ネットワーク会議など積極的に参加。また相談支援事業所や特別支援学校とも連携を図りニーズの徴集に努めている。	・市就労支援会議 ・市検討部会 ・ネットワーク会議	・法人としての情報収集、関係機関等との協力体制により動向等の情報を得ている。 ・利用者状況についての把握はできている。 ・相談支援事業「ばれっと」、特別支援学校との協力体制により、ニーズ把握を収集している。 ・得た情報、ニーズ等は、事業計画に反映している。	a	・法人だけでなく、関係機関等との協力体制により、動向及び利用者状況の把握、情報収集が可能である。又、法人内相談支援事業所、特別支援学校との連携もあり、利用者ニーズの情報も得られている。得られた情報は、各事業計画に反映している。
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組を行っている。								
<input checked="" type="checkbox"/> ① 定期的にサービスのコスト分析やサービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> ② 改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に反映している。 <input checked="" type="checkbox"/> ③ 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。			a	中間決算、決算見込みを法人内財務部に提出することにより事業の進捗状況を確認。企画会や職員会議等を利用し職員への周知を図り、後期及び次年度の事業計画に反映するよう努めている。	・職員会議等 ・事業計画	・中間、期末決算見込みにおいて、利用者状況や利用率等の分析を行っている。 ・分析をもとに、後期、次年度の事業計画に反映している。 ・職員会議等で報告、説明し、周知を図っている。	a	・定期的な利用者の推移、利用率等の分析、検討により、次年度の事業計画に反映している。職員会議等で、報告、周知を図っている。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。								
<input checked="" type="checkbox"/> ① 外部監査を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> ② 外部監査の結果や、公認会計士等による指導や指摘事項に基づいて、経営改善を実施している。			a	①平成25年度県監査 ②監査指摘事項に基づき実施法人として兵庫県社会福祉協議会(山本公認会計士)により受審。指導・指摘事項により改善に取り組んでいます。	・平成25年度監査	・平成25年度に受審済み。基本は2年に一度の実施としている。	a	・昨年実施済みで、2年毎の受審としている。

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄				
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由	
II-2 人材の確保・養成									
II-2-(1) 人事管理の体制を整備している。									
II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランを確立している。									
<input checked="" type="checkbox"/> ① 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基本的な考え方や、人事管理に関する方針を確立している。 <input checked="" type="checkbox"/> ② 社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士等の有資格職員の配置等、必要な人材や人員体制について具体的なプランがある。 <input checked="" type="checkbox"/> ③ プランに基づいた人事管理を実施している。			a	法人内に専門部を置き人材育成部が組織的にプランを確立しています。事業所においても、適時人員の過不足の検証や保有資格等について人材育成部へ報告し連携をとり管理しています。	・「人材確保と育成計画」	<ul style="list-style-type: none"> ・法人人材育成部が、「人材確保と育成計画」を策定し、基本姿勢を明示している。 ・同様に、人材育成部が、組織的に専門職等のプランを策定している。 ・人事管理は、基本方針及びプランに基づいて実施されている。 	a	・法人として、「人材確保と育成計画」を策定し、明示している。専門職等の必要な人材体制へのプランも具体化され、沿った人事管理がなされている。	
II-2-(1)-② 人事考課を客観的な基準に基づいて行っている。									
<input checked="" type="checkbox"/> ① 人事考課の目的や効果を正しく理解している。 <input checked="" type="checkbox"/> ② 考課基準を職員に明確に示すことや、結果の職員へのフィードバック等の具体的な方策によって、客観性や透明性の確保を図っている。 <input checked="" type="checkbox"/> ③ 人事考課を定期的実施している。			a	<input checked="" type="checkbox"/> ① 考課者・被考課者研修等で周知 <input checked="" type="checkbox"/> ② 考課基準は考課者が被考課者に伝え、結果については施設長が被考課者に伝えている。 法人内に専門部を置き人材育成部が組織的にプランを確立しています。事業所においても、適時人員の過不足の検証や保有資格等について人材育成部へ報告し連携をとり管理しています。	・人事考課細則	<ul style="list-style-type: none"> ・人事考課に関する研修により周知している。 ・職員は考課基準について理解し、事前面談、半年後面談によるフィードバックにより、具体的な指導等に努めている。 ・定期的実施している。 	a	・管理監督職は研修により、人事考課の理解を図り、適正に実施している。定期的な面談を設け、年2回実施している。	
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮している。									
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を構築している。									
<input checked="" type="checkbox"/> ① 職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている。 <input type="checkbox"/> ② 把握した職員の意向・意見や就業状況チェックの結果を、分析・検討する担当者や担当部署等を設置している。 <input type="checkbox"/> ③ 分析した結果について、改善策を検討する仕組みがある。 <input type="checkbox"/> ④ 改善策については、人材や人員体制に関する具体的なプランに反映し実行している。 <input checked="" type="checkbox"/> ⑤ 定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。 <input checked="" type="checkbox"/> ⑥ 希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーやスーパーバイザーなどの職員支援の専門家を確保している。			b	⑤ 正規職員については目標管理シートの個人面接、契約職員については契約時に面接を行っています。4半期毎に年休付与日の発生があり、チェックしている。人事考課の面接、契約更新時期の面接を定期的実施している。法人内で総合相談センターゆうの設置及びセクハラパワハラメンタルヘルス法人第三者委員も設置されています	・人事考課細則	<ul style="list-style-type: none"> ・職員の就業状況は、総務及び支援課担当が行っており、定期的に確認している。 ・職員からの意見等と併せ、分析、検討は、総務及び支援課担当が行っている。 ・支援課、総務課にて検討しているが、具体的な改善はない。 ・人事考課事前面談、及び中間面談にて、職員の意向等の把握、相談している。契約職員は、管理者が最低2回の面談を行っている。 ・法人内の総合相談窓口、法人第三者委員を設置し、メンタルヘルス等に対応している。 	b	・職員の就業状況等の把握、確認は、支援及び総務課が担当し、分析、検討を行っている。改善策は、一応プランに反映されているが、具体的な取組とはなっていない。事前、中間面談により、職員の意見や意向の把握、相談も行っている。法人内総合相談窓口、第三者委員の設置等により、職員のメンタルヘルスにも対応している。	

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。 ① 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生事業を実施している。	■	■	a	職員互助会、福利厚生センターに加入しています。	・職員互助会	・職員互助会、福利厚生センターに加入している。	a	・互助会組織、福利厚生センター加入により、環境を整備している。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。								
II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢を明示している。 ① 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める基本的姿勢や意識を明示している。 ② 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める専門技術や専門資格を明示している。 ③ 専門資格取得のため、勤務時間等について配慮している。	■	■	a	①事業計画 ②事業計画 ③資格試験日や研修日については配慮しています。 みつみ福祉会職員倫理綱領の策定及び周知により求める職員像を明文化。資格取得費・研修費助成制度・受験日の専免や資格手当など資質向上に向けての支援制度あり。	・事業計画 ・職員倫理綱領	・法人職員倫理綱領、法人事業計画に基本姿勢、求める職員像が明示されている。 ・事業計画における重点目標として、求められ職員像、育成等が明示されている。 ・資格取得に係る費用、専免、勤務日への配慮等の支援体制が用意されている。	a	・法人として求める、職員の基本姿勢、職員像は明示されており、それに沿った育成が行われている。必要な専門性向上に向け、職員の資格取得への支援制度も充実している。
II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画を策定し計画に基づいて具体的な取り組みを行っている。 ① 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画を策定している。 ② 個別の職員の技術水準、知識、専門資格の必要性などを把握している。 ③ 策定された教育・研修計画に基づき、実際に計画に従った教育・研修を実施している。 ④ 外部研修会に積極的に参加させている。	■	■	a	専門部の職員研修他、職員面接及び事業所の事業計画に必要な資格取得研修及び資質向上にかかる研修の参加に努めています。	・研修計画等 ・事業計画	・新任、勤務年数等の段階に応じて、研修計画を策定している。 ・職員個々の専門性、意向等は把握している。 ・法人、施設として定められた研修計画に則り、実施している。 ・外部研修等の情報提供を行い、受講を働きかけている。	a	・勤務年数の段階に沿い、研修計画が定めら、それにもとづいて実施されている。職員個々の専門性、意向等の把握はできている。外部研修の情報提供に努め、参加を働きかけている。
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。 ① 研修を終了した職員は、報告レポートを作成している。 ② 研修を終了した職員が、研修内容を発表する機会を設けていない。 ③ 報告レポートや発表、当該職員の研修後の業務等によって、研修成果に関する評価・分析を行っている。 ④ 評価・分析された結果を次の研修計画に反映している。 ⑤ 評価・分析された結果に基づいて、研修内容やカリキュラムの見直しを行っている。	■	■	b	①復命書 ②施設内研修	・復命書	・職員は復命書として報告している。 ・伝達研修として施設内研修を設けている。 ・研修後の成果等についての評価、分析には至っていない。 ・反映されていない。 ・評価、分析を基にした研修内容の見直しは行っていない。	b	・職員は、復命書として研修報告を作成し、伝達研修として、内部研修を行っている。研修受講後の成果等を把握、評価する体制は特に、整備されていない。

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄				
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由	
II-2-(4) 実習生の受け入れを適切に行っている。									
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。									
① 実習生の受け入れに関する基本姿勢を明文化している。 ② 実習生の受け入れについて、受け入れについての連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等の項目が記載されたマニュアルを整備している。 ③ 受け入れにあたっては、学校と覚書を取り交わす等によって、実習における責任体制を明確にしている。 ④ 実習指導者に対する研修を実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b	②PC掲示板内実習マニュアル ④社会福祉士実習担当者研修、介護福祉士実習担当者研修への参加	・PC掲示板の実習マニュアル	・受け入れに関する姿勢は明示されていない。 ・実習マニュアルは整備されている。 ・受け入れ校とは覚書等を交わしている、 ・社会福祉士指導者研修、介護福祉士指導者研修を受講している。	b	・受け入れに関する姿勢については、特に明文化はないが、職員のためにも積極的に受け入れていきたいと考えている。実習のマニュアルの整備、学校との協力体制、指導者研修は受講している。	
II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取組を行っている。									
① 実習内容全般を計画的に学べるようなプログラムを用意している。 ② 学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。 ③ 社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、ホームヘルパー等の種別に配慮したプログラムを用意している。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	a	①実習プログラム参照 ②実習期間中の担当教諭の来苑時に検討 ③PC掲示板実習マニュアル参照	・実習プログラム等	・実習プログラムを作成、用意している。 ・実習内容に応じて柔軟にプログラムを見直す等、学校担当者とも連携を図っている。 ・社会福祉士、介護福祉士等に応じたプログラムを用意している、	a	・専門職に応じたプログラムを用意し、学校担当者とは、実習内容に応じて柔軟にプログラムの見直しを行うなど、連携体制がある。	

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄				
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由	
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を行っている。									
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を整備し機能している。									
① 利用者の安全確保に関する担当者・担当部署を設置している。	■	■	a	① 防火管理委員会、防火管理組織編成表、自衛消防隊編成表等参照 ② 防火管理委員会、リスクマネジメント委員会の実施 ③ ④ 緊急連絡網等 ⑤ ご利用者台帳にて対応 ⑥ 施設内研修にて ⑦ 地元消防署、消防団との合同避難訓練の実施等	・防火管理委員会、防火管理組織編成表 ・リスクマネジメント委員会 ・緊急連絡網等 ・合同避難訓練実施記録	・防火管理委員会、防火管理組織編成表及び自衛消防隊編成表等に明記、設置している。 ・防火管理、リスクマネジメント委員会等を定期的に開催している。 ・管理マニュアルを整備し、職員への周知に努めている。 ・緊急連絡網等を用意し、連絡体制を確保している。 ・利用者台帳にて個々の状況を把握している。 ・内部研修の実施、毎月の昼夜想定避難訓練を実施している。 ・消防署及び、地元の消防団との合同の避難訓練を実施し、協力体制を築いている。	a	・防火管理委員会を中心に、担当部署毎に、定期的に検討会を開催している。マニュアルは整備され、職員への周知も図られている。利用者個別の緊急連絡網、利用者台帳の整備により、外出や外泊時、緊急時にも安心できる体制ができています。職員は、内部研修にて学ぶとともに、毎月の避難訓練の実施、地元の関係機関との連携体制確保にも努めている。危険区域の指定を受け、防護柵の設置等を予定しており、地域も踏まえた取り組みを検討しているところである。	
② 安全確保に関する検討を行う担当職員等が参加した検討会を、定期的に開催している。	■	■							
③ 障害の種類やリスクの種類別に、責任と役割を明確にした管理体制やマニュアルを整備し、職員に周知している。	■	■							
④ 利用者の外出・外泊・帰宅時での災害や事故についても、連絡方法や支援体制を策定している。	■	■							
⑤ 利用者一人ひとりに健康管理票やカードを作成しており、緊急の際に利用者の状態を的確に伝えることができる。	■	■							
⑥ 職員に対し、必要な救急法の研修を行っている。	■	■							
⑦ 緊急の場合に備えて関係団体等と情報交換、連絡・協力体制を作っている。	■	■							
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。									
① 利用者の安全を脅かす事例の収集の仕組みを整備した上で実施している。	■	■	a	①②ひやりはっとのPC入力、リスクマネジメント会議にて検証・検討 ③施設内研修にて周知 ④リスクマネジメント会議にて評価見直し	・ヒヤリハット事例 ・リスクマネジメント委員会記録	・ヒヤリハットによる事例等を収集、活かしている。 ・リスクマネジメント会議にて、検証、分析、改善策の検討を行っている。 ・職員は内部研修にて学んでいる。利用者は、毎月の避難訓練により、安全確保のための意識の定着に努めている。 ・リスクマネジメント会議にて実施状況の評価、見直しを行っている。	a	・ヒヤリハット等から収集し、リスクマネジメント会議にて、分析、防止策の検討、評価、見直しを行うとともに、内部研修にて学ぶ機会を持っている。利用者へは、毎月の避難訓練等により、安全確保への意識を促している。	
② 収集した事例について、職員の参画のもとで発生要因を分析し、未然防止策を検討している。	■	■							
③ 職員及び利用者に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。	■	■							
④ 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。	■	■							

評価基準	自己評価 第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
		自己評価 (a~c を記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果 (a~c を記入)	判定の理由
II-4 地域との交流と連携							
II-4-(1) 地域との関係を適切に確保している。							
II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。							
<p>① 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。</p> <p>② 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。</p> <p>③ 利用者が地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが援助を行う体制が整っている。</p> <p>④ 地域の人々に向けた、施設や利用者への理解を得るための日常的なコミュニケーションを心掛けている。</p> <p>⑤ 利用者の買い物や通院等の日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。</p> <p>⑥ 利用者が主体的に実施し、地域の人たちが参加する行事、レクリエーション、スポーツなどがある。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b	<p>①事業計画</p> <p>②各掲示板に掲示</p> <p>③ご利用者の希望による外出支援の実施</p> <p>④地域のイベント等への積極的な参加</p> <p>⑤ご利用者やそのご家族の希望による外出支援や通院の実施</p>	・事業計画等	<p>・事業計画等に、地域交流の推進を掲げている。</p> <p>・施設掲示板に、地域情報等の情報を掲示している。</p> <p>・地域の季節行事等には定期的、希望に応じて参加し、職員も同行している。地元のボランティアの協力も大きい。</p> <p>・地域との相互交流を通じて周知につながっている。</p> <p>・利用者や家族の希望に応じて、外出や通院支援を行っている。</p> <p>・恒例の主催行事では、利用者が主体的に準備することもあり、できるだけ機会を設けている。</p>	a	<p>・理念として「自立と共生の地域社会作り」を掲げ、積極的に交流の継続、推進を図っている。地元の恒例行事等の掲示、案内等も随時行い、職員も一緒に日常的に参加交流している。利用者個々の要望に応じた買物や食事等の外出にも柔軟に出かけている。地元の季節行事には、利用者の主体的な参加の機会も増え、スポーツ交流も楽しみとなっている。今年度は、開設50周年を迎え、地域と共に振り返り、盛大なお祝いを行った。</p>
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。							
<p>① 介護について、専門的な技術講習会や障害者や福祉を理解するための研修会、地域住民の生活に役立つ講演会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。</p> <p>② 介護相談、在宅障害者やその家族等に対する相談支援事業等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。</p> <p>③ 地域へ向けて、理念や基本方針、施設で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	a	<p>①岩屋地域での健康講演会の定期的な実施</p> <p>②各相談事業所との連携</p> <p>③各行政機関への配布</p>	・行事計画等	<p>・産業医による定期的な健康講演会、音楽療法等を開催している。料理レシピ本の案内も行っている。</p> <p>・相談支援事業所「ばれっと」を通じ、市と協力して地域の障害児・者等の相談窓口として連携を図っている。</p> <p>・法人及び施設広報誌、おたより等の配布、ホームページにて広報している。</p>	a	<p>・これまでの地域との関わりが継続されており、定期的な講演会や研修会が開催されている。さらに「ばれっと」の開設により、広く地域のニーズ等への対応、相談支援も可能となってきている。広報誌、おたよりの配布、ホームページ等で、広く広報に努めている。</p>
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。							
次の取組の全てを実施している。							
<p>① ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。</p> <p>② ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。</p> <p>③ ボランティアに対して必要な研修を行っている。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b	<p>①事業計画</p> <p>②行事ボランティアへの事前説明 事後のアンケートの実施</p>	・事業計画等	<p>・ボランティア受け入れは、積極的に受け入れていく姿勢である。</p> <p>・サービス担当責任者を担当窓口とし、事前説明等必要事項について、記載している。</p> <p>・事前・事後のオリエンテーションで、アンケートを実施するなど、注意点等必要な事項の説明を行っている。特に研修としては行っていない</p>	b	<p>・積極的にボランティアの受け入れを行っていく姿勢である。担当窓口を設け、事前及び事後の説明等、必要事項について伝えていく。研修としては特に行っていない。</p>

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄				
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由	
II-4-(2) 関係機関との連携を確保している。									
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。									
① 個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示し、施設の役割や機能を達成するために必要となる、当該地域の関係機関・団体について、その機関・団体との連携の必要性を含めたりリストや資料を作成している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b	障害者相談支援センターとの連携により必要に応じ各種会議で報告し共有化に努めています。	・障害者相談支援センター	・障害者相談支援センターを通じて、必要な社会資源等の情報収集は行っているが、リスト化には至っていない。 ・各会議等で、必要に応じて情報共有している。	b	・関係機関等との連携も多く、広域的な多様な情報収集は図れており、会議等での共有もできている。早急な情報の整理、リスト化を望みたい。	
② 職員会議での説明等により、職員間で情報の共有化を図っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							
II-4-(2)-② 関係機関等との連携を適切に行っている。									
① 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	a	①②③丹波市障害福祉計画に基づく各連絡会議に参加し、連絡調整を行っています。	・障害者相談支援センター	・市の障害福祉計画により、地域移行の推進が予定され、それに伴い関連各連絡会に出席し、情報共有、ネットワーク化に取り組んでいる。支援学校との連携も図っている。 ・利用者の高齢・重度化等への対策について協議している。	a	・市各連絡会議及び支援学校とは、課題等についての改善策を協議し、ネットワーク化を図るなど密な連携体制が確保されている。	
② 地域の関係機関・団体とのネットワーク化に取り組んでいる。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							
③ ネットワーク内で共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							
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、事業・活動を行っている。									
① 関係機関・団体との連携に基づき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	b	①丹波市各連絡会議、各支援学校との連絡調整会議等への参加。 ② ③西脇市に障害者相談支援センター「ばれっと」、就労継続B型事業所「そらいろ」の開設。 ④事業計画	・5か年計画。事業計画	・市各連絡会議、支援学校、関係機関等との連携体制、障害者相談支援センターを通じたニーズの把握等、広く収集可能な体制がある。相談窓口「ゆう」を通じた制度対象外の人たちへの支援、相談にも応じている。 ・5か年計画や事業計画に反映させ、具体的な取り組みとしている。	a	・市や関係機関等との密な連携体制が確保されている。障害者相談支援センターからも積極的に情報収集するとともに、法人として、制度枠に入らない支援者にも、支援を広げている。中・長期計画や事業計画に具体的に明示し、継続的に取り組んでいる。	
② 地域住民に対する相談事業を実施すること等を通じて、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							
③ 把握した福祉ニーズに基づいて実施した具体的な事業・活動がある。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							
④ 把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動を、中・長期計画や事業計画の中に明示している。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							
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を明示している。									
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									
① 利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢を、個々のサービスの標準的な実施方法等に反映している。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	b	利用者の人権擁護については、苑内の人権擁護委員会を中心として、研修・勉強会を行ったり、自己の支援を月1回のセルフチェックで振り返りを行っている。自己	・法人理念や倫理綱領 ・人権擁護運営委員会運営要綱 ・基本方針	・法人理念や倫理綱領等に明示しているが、各種支援マニュアルに不十分さがみられる。 ・人権擁護の研修を、全職員対象に年1回開催。身体拘束・虐待防止の研修はされ	c	・身体拘束や虐待防止の研修がなされていない。基本的人権に関する研修も不十分といえる。セルフチェックシートに取り組み始めたが、結果を分析して具	
② 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。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
③ 身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

評価基準	自己評価 第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
		自己評価 (a~c を記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果 (a~c を記入)	判定の理由
④ 組織の基本姿勢を踏まえた具体的な取組を明示している。	■ □		クで振り返りを行うことでより良い支援に繋がるように取り組みを進めています。	・研修計画 ・セルフチェックシート	来、虐待防止の研修はできていない。 ・セルフチェックシートを取り組み始めた。		体的な検討には至っていない。日常的な各支援への具体的な取組の明示を期待したい。
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。	□ □						
① 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、個室化や一人になりたい時に自由にくつろげるスペースの確保など、施設・設備面での工夫等に組織として具体的に取 ② 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 ③ 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等が利用者に周知している。 ④ 規程・マニュアル等に基づいたサービスを実施している。	□ □ ■ □ □ □ ■ □	b	①PC内規則関係Fに個人情報保護規定を掲示閲覧可。 ②施設内研修の実施。 築17年の古い施設のため個室化は出来ていない為、相部屋になっています。プライベートの確保の為にカーテンでの仕切りで補っているところもあります。	・各種支援マニュアル	・個人情報保護規定をパソコン内に掲示している。相部屋にカーテンなどで仕切っているが、一人になりたいときのスペース確保には不十分といえる。 ・職員研修として法人理念や人権擁護について新職員採用時に等々実施されているが、プライバシーに特化した研修は見られない。 ・各種支援マニュアルでのプライバシーに関する取組みも一部のみである。	c	・個人情報保護規定はパソコン内に掲示され、いつでも見れるが、職員個々に任されており、プライバシー保護についての取組みは十分とは言えない。利用者への周知はされていない。ハード面での難しさはあると思うが、短時間からでも個別の関わりなどを通じて、個々のプライバシー保護への取組みを検討してほしい。
III-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。							
III-1-(2)-① 利用者やその家族等の意向の把握と満足の上昇	■ □						
① 定期的に利用者やその家族等の意向を把握する取組を行っている。 ② 利用者の意思疎通の状況に応じて、家族等への聴取を行う ③ 利用者満足に関する調査や、把握した結果を分析・検討するために、委員会などを定期的に開催し、検討内容を記録している ④ 分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。	■ □ ■ ■ ■ ■ ■ ■	a	③各個別支援会議会議録参照。 利用者の満足に関する委員会と言うものはありませんが、月一回の個別支援会議にて必要に応じた対応の検討を行っています。記録については会議録にて残しています。	・個別支援会議録 ・自治会記録	・6カ月に1回のモニタリングを実施しているが、本人及び家族の参加はない。 ・面会時や電話などで、必要に応じて家族などに聞き取っているが、全利用者には行っていない。 ・利用者の自治会は月1回開催し、外出先や、嗜好調査などを行っている。 ・自販機を設置した	b	・面会や電話などで家族と連絡しているが、困難な場合もあるので、基本的に、モニタリングを定期的に利用者・家族の意向を把握する機会としてはいかがか。自治会からの要望で、施設内に飲み物の自動販売機が設置され、利用者は大変満足している。
III-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。							
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	□ □						
① 利用者が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べること、意思疎通の状況に応じて支援体制があることを、わかりやすく説明した文書を作成している。 ② 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。 ③ 相談したり意見を述べたりしやすいようなスペースを設けるなどの配慮をしている。	□ □ □ □ ■ □	b	要望、相談相手としては、担当者意識が高いため相談相手として理解されています。その他、利用者の好きな職員に話しをする傾向が多くみられます。明確な文章は有りませんがどの職員に話しをしても相談に乗ってもらえることは理解されています。週1回の利用者の自治会があり、その場で要望や意見を出し話し合いの場を設けています。	・特に相談窓口として示された文書はない。 ・自治会記録	・担当者以外の窓口は設けられていない。それらに関する文書は作られておらず、掲示もされていない。 ・自治会が利用者の相談や意見を出せる唯一の場であるが、個別に相談を受けるスペースは特に設けていない。	c	・利用者が複数の相談方法や相談相手が自由に選べる状況にない。意思疎通の状況に応じた支援体制もなく、利用者や家族への文書配布や掲示も行われていない。居室や支援室での相談などには応じているが、特別の場所を準備するなどの配慮はない。

評価基準	自己評価 第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
		自己評価 (a~c を記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果 (a~c を記入)	判定の理由
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みを確立し十分に周知・機能して ① 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)を整備している。 ② 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。 ③ 苦情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。 ④ 苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決方法、結果等を公表している。	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	a	①②③書面にて苑内に貼り出し、苦情についての受付を行っています。また自治会においても苦情を受け付けし、その後に検討した内容を利用者へ説明しています。(話し合った内容は必ず自治会記録として残しています。)④年度末に苦情の受付を行った内容を苑便り等でお知らせしもしています。	・重要事項説明書 ・自治会記録 ・広報紙 ・苦情解決システム運営規定(法人)	・重要事項説明書に苦情解決の体制を明記している。 ・資料は苑内に掲示されているが、わかりやすいとはいえない。 ・苦情の内容や対応策を、保護者会や自治会で報告している。 ・毎月発行される苑だよりの年度末号に公表している。	b	・苦情解決の体制については文書化され、内容の検討、対応、公表はされているが、利用者や家族に仕組みをわかりやすく説明した資料とは言いにくい。表示を工夫し、利用者や家族に仕組みについて判りやすいものを工夫してほしい。
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 ① 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。 ② マニュアルには日常生活の中で示される利用者の希望や意見についても記録し報告する手順を規定している。 ③ 対応マニュアルに沿った取組をしており、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。 ④ 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。 ⑤ 苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	a	①②PC内掲示板意見苦情対応マニュアル参照。苦情については、苦情受付様式が有り速やかに受付しそれ記入を行い検討課題については、各会議にて検討を行って解決に繋がっています。利用者に対する対応のマニュアルを整備しており、その都度必要に応じて対応策を検討し見直しを行っています。	・苦情解決システム運営規定	・苦情解決システム運営規定を定めている。 ・規定には、日常生活での意見や要望についても記録や報告の手順を定めている。 ・苦情は意見については速やかに対応し、報告している。 ・見直しは随時なされている。 ・出された意見はサービスの改善につなげている。	a	・利用者の意見は自治会や苦情投函箱など、個別にも吸い上げている。記録や報告もされている。洗濯機の購入はいつか、自室に他の人が入ってきて困る、シャワーのお湯が熱い、といったものにも迅速にこたえている。自治会提案の自動販売機設置の希望に関しては、検討の結果、保護者会の賛同も得て設置に至った。
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を組織的にしている。							
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 ① 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っている。 ② 第三者評価等を定期的な受審している。 ③ 評価に関する担当者・担当部署を設置している。 ④ 評価結果を分析・検討する場を、組織として定め実行している。	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	a	①評価については、年に1~2回実施しています。 ②3年に1回のペースで実施している。 ③④担当責任者は、副施設長・課長・サブ管が中心になっている。	・第三者評価検討委員会記録	・年に1~2回の自己評価をしている。 ・今回2回目となる。担当者を決め、第三者評価検討委員会を設置している。 ・今回の受審にあたり自己評価を分析・検討する場を組織として定め実行している。	a	・第三者評価に対して担当者を決め、第三者評価検討委員会を設置している。第三者評価受審は今回2回目である。受審に際し自己評価を分析・検討し、サービス内容について定期的に評価する体制を整備している。
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 ① 職員の参画により評価結果の分析を行っている。 ② 分析した結果やそれに基づく課題を文書化している。 ③ 職員間で課題の共有化を図っている。	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	a	①②③会議等で課題の検討を行っており、職員間で課題の共有化に努めている。さらに共有化が図れる様に、PCほのぼのを利用するなど課題の解決に取り組んでいる。	・第三者評価検討委員会記録	・検討会議で分析、検討し、取り組むべき課題とし文書化している。 ・職員間での共有化はパソコン内で行っている。	a	・パソコン導入の日も浅く、前回の第三者評価結果の分析や課題の記録は確認できなかったが、今回の受審においては評価結果の分析や記録、課題の共有化が行われている。
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							

評価基準	自己評価 第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
		自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由
① 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。 ② 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。	■ ■	a	①②職員間で評価結果を基に計画案を提出し、決定していく仕組みが確立している。また、必要に応じて随時見直しの検討を行っている。	・第三者評価検討委員会記録	・評価結果を元に計画案を決定していく仕組みがある ・改善計画の評価を行い随時必要に応じて見直しを図っている。	a	・評価結果から課題を出し、解決を図っている。しかし、単年度で解決困難なものは、中・長期計画として取り上げている。
III-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法を確立している。							
III-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化する 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ている ② 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。 ③ 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を明示している。 ④ 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。	■ ■ ■ ■	a	①②③各種マニュアルについて整備し、PC(掲示板)又は、各棟マニュアルを掲示し共有化を図っている。 ④毎日の終礼にて確認する仕組みが出来ている。	・各支援マニュアル ・朝終礼日誌	・各種支援マニュアルに実施手順が文書化されている。 ・研修や個別指導にて周知徹底が行われている。 ・利用者尊重やプライバシー保護に関するマニュアル明示は、一部にしか見られない。 ・毎終礼時に、マニュアルに沿った支援が行われているか確認している。	b	・各種支援マニュアルに、実施手順が文書化され、パソコン内に掲示されている。しかし、利用者尊重や、プライバシー保護に関する文言が一部にしか見られない。サービス提供時に、常に利用者尊重を心がけ、標準的支援が実施できるよう、マニュアルの再整備が必要と思われる。
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を ① サービスの標準的な実施方法について定期的に検証し、必要に応じて見直している。 ② 見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映する仕組みがある。	■ ■	a	①②ケースカンファレンスにおいて他職種の職員間で意見交換を行い見直しを行っている。また、利用者や保護者との面談により、ニーズ等を聴き個別支援計画を立案・修正し了承を得ている。	・各種マニュアル	・各種マニュアルの見直しを問われているが、個別のモニタリングと解釈しており、見直しは行われていない。 ・見直しの仕組みもない。	c	・マニュアルの見直しは行われておらず、仕組みも作られていない。改善を期待したい。
III-2-(3) サービス実施の記録を適切に行っている。							
III-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録を適切 ① 利用者一人ひとりの記録等の書面を整備している。 ② サービス実施計画に基づくサービスを実施していることを、記録により確認することができる。 ③ 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。	■ ■ ■ ■	a	①ケース記録は、ほのぼのにて管理。 ②③個別支援のサービスを残すと共に、突発時の変化も時間経過の中で記録している。③日中活動・発作・ひやりはつど等は、項目ごとに記録をおこなっており、いつでも確認できる体制を整えている。	・ケース記録	・パソコンソフト「ほのぼの」を利用して、アセスメント、支援計画等が細かく記録されている。 ・日々の記録もされている。 ・内容の記録については項目を設けて記入している。	a	・利用者の情報が、パソコン内で共有できる仕組みがある。記録については、ばらつきが生じないように、項目を設置して適切に記録を行っている。
III-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制を確立している。 ① 記録管理の責任者を設置している。 ② 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 ③ 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。	■ ■ ■ ■		①②みつみ福祉会文書取扱い規定による。	・文書取扱規定	・責任者は施設長である。 ・記録の保管、保存、廃棄については法人の文書取扱規定に記載している。		・利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規定を定め、責任者を置いている。利用者や家族から情報開示を求められた時の規定

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
			自己評価 (a~c を記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果 (a~c を記入)	判定の理由
① 他の施設や地域・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。 ② サービス終了後も、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。 ③ 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。 ④ 地域生活への移行を目指し、家族への情報提供や帰宅中の利用者の家族への支援を日常的に行っている。 ⑤ 地域生活に移行した利用者のために、支援組織を積極的に育成し、協力している。	■	□	a	① アセスメントや利用者台帳等、事前に引き継ぎを行っている。 ② 相談支援事業所の相談員が主な窓口となっている。 ③ サービス担当者会議を開き、退所前から後任者との面接の場を設ける等調整している。 ④⑤ バックアップ体制を取り、必要に応じて情報提供している。	・ケース記録	・サービスの継続性に配慮した手順や引き継ぎ文書はない。 ・退所後の相談窓口は、地域支援センター「ばれっと」が担当し、パンフレットを渡している。 ・一時帰宅の際には、注意事項などを書いた文書をわたしている。途中で電話連絡により、利用者の様子を確認している。 ・地域生活へ移行後は、必要に応じて協力している。	b	・サービスの継続性に配慮した手順や引き継ぎ文書はない。は、アセスメント、個別記録、サマリーなどのコピーで情報提供としている。介護保険への移行もある。サービス終了に際し担当者会議を開き、利用者・家族に面談を行い、引き継ぎ先に情報提供を行っている。今までは、利用者の重度化や高齢化に伴い在宅への移行が困難だったため、地域での支援組織の育成、協力は必要に応じて行っている。
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を行っている。								
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								
① 利用者の身体状況や、生活状況、行動の特徴、将来の生活についての希望等を、組織が定めた統一した様式によって把握し、記録している。 ② 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。	■	■	a	アセスメントシートにより記録している。	・アセスメントシート ・モニタリングシート	・アセスメントシートの各項目に沿って聞き取り記録している。 ・6ヶ月ごとのモニタリングを実施している。	a	・サービス利用開始時に、アセスメントを行う。以後定期的にモニタリングを行うが、利用者・家族の参加はなく、日頃の利用者・家族の意向などを踏まえている。
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								
① 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を決めている。 ② 利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題を明示している。	■	■	a	アセスメントシートによりニーズや支援課題を明確にし、個別支援計画を作成している。	・個別支援計画 ・ケース記録	・利用者のニーズや課題抽出を、アセスメントシートやモニタリングシートで行っている。 ・個別支援計画で明示している。	a	・アセスメントと個別支援計画の整合性を見ることが出来る。長期・短期目標を掲げ、具体的な対応策も明示している。
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。								
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。								
① サービス実施計画策定の責任者を設置している。 ② 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協議体制を確立している。 ③ サービス実施計画を策定するための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。 ④ サービスの適否を定期的にチェックし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、実際に機能している。	■	■	a	① サービス管理責任者を定めている。 ② 毎月、支援グループごとに多職種による会議を開催している。 ③ アセスメントにおいて手順を定め実施している。 ④ 日々のケース記録に実施状況を記入している。毎月末に支援計画の策定状況を記入する。	・個別支援計画マニュアル ・個別支援会議記録 ・ケース記録	・サービス管理責任者をおいている。 ・毎月、各々の支援別に個別支援会議を開催している。 ・サービス実施計画策定に利用者の意向と同意を含む手順がある。 ・ケース会議で利用者への	a	・パソコンソフトを利用し、利用者や家族の意向に基づき、栄養士、看護師、担当支援員などの協議のうえ、個別支援計画が策定されている。具体的な日々の生活支援についての注意

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由
⑤ サービス実施計画は、一人ひとりの利用者について、日常生活を支援する上での留意点などを具体的に記載している。	■	■		画の実施状況を記入するようになっている。 ⑤個別支援計画において、支援方法や内容等について記載している。		サービスが適時実施されているかを確認している。 ・個別支援計画に個別の日常生活支援の留意点を具体的に策定している。		生活支援についての留意点が具体的に記載され、サービスの適否も日々確認されている。
Ⅲ-4-(2)-(2) 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行う ① サービス実施計画の見直しは、利用者本位の視点に立って行っている。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。	■	■	a	多職種による会議において半年ごとの見直しを行っている。モニタリング実施にあたっては、出来る限り利用者の意向を踏まえ行っている。 見直しによって変更したサービス内容は、会議録と共に会議当日の終礼において周知を図っている。 緊急時はケース会議を開催し、サービス内容を検討し見直しを行っている。	・モニタリング ・朝終礼日誌	・利用者本位の立場に立って、サービス実施計画を見直している。 ・支援員、看護師、栄養士などを中心に他職種の職員が参加し、半年ごとにモニタリングを行っている。 ・変更したサービス内容は、パソコン内に記録するとともに終礼などで伝えている。 ・緊急時の計画変更も行っている。	a	・サービス実施計画は利用者の立場に立って作成されている。毎月数名ずつのモニタリング会議を行い、パソコン内の記録や終礼での速やかな報告も行っている。特に急を要する計画変更が必要な場合は、ケース会議を開き検討している。
IV 実施する福祉サービスの内容								
IV-1 利用者の尊重								
IV-1-(1) 利用者の尊重								
IV-1-(1)-① コミュニケーション手段を確保するための支援 ① 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。 ② 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。 ③ 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をしている。(コミュニケーション機器の用意を含む。) ④ 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。 ⑤ 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。	■	■	b	コミュニケーションが取りにくい利用者への対応として、まず支援計画にて目標を設定しそれに沿った形で実行しています。絵カードの作成、文字ボードなどでの意思伝達、文字が理解できない方へは、写真を使っての意思表示、選択が出来る様に工夫をしています。	・ケース記録 ・絵カードや文字ボード、 写真カード	・個別支援計画に、コミュニケーションへの特別配慮が必要なことを明示し実施している。 ・意思伝達に制限のある利用者については、個別のコミュニケーション手段の模索をしている。 ・絵カードや文字ボード等を利用し、支援している。 ・心理面からのアプローチも試みることはできる。 ・特に代弁者によるコミュニケーションの利用は行われていない。	b	・受診や健康チェックの際の各種検査を絵カードで示し、理解を得、安心して対応できるよう支援している。精神科での定期的なカウンセリング利用も過去にあったが、今は利用者はいない。特に代弁者によるコミュニケーションの利用は行われていないが、利用者の意思伝達の一つとして、コミュニケーション手段の確保について努力している。
IV-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。 ① 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。 ② 利用者が、施設外の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。 ③ 利用者による自治会ないし利用者の会等がある。	■	■	a	主体的な活動については要望に応じてオプション事業としての外出の取り組みを行う支援をしています。 利用者の面会についても様々な制限される事はない。自由に面会	・自治会記録	・ボランティアの協力により、クラブ活動を実施するなど、利用者の主体的活動を尊重し支援している。 ・週に1回自治会を開催。外出希望等が議題に上がる。	a	・自治会では、ドライブ希望が多く出、少人数で順番に実施している。施設運営責任者との話し合いで、自販機設置要求もかない、利用者のおきかたに配慮して

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由
④ 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。	■	■		制限される事はなく、自由に面会を受け入れています。自治会は週1回開催して意見の集約を行い記録として残しています。		副施設長などが参加し、定期的、または必要に応じて随時話し合う機会を持っている。		自分の大きな楽しみとなっている。ボランティアによる生花や手芸のクラブに、女性利用者が多く参加している。
IV-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する ① 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 ② 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)と十分な話し合いを行っている。 ③ 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、職員の対応や施設面の工夫について、常に検討されている。	■	■	b	個別支援計画にて目標の明記を行い、出来るだけ自力での取り組みが出来る様に支援を行っています。半年に1度はモニタリングを行い状況に応じた対応を常に検討して支援にあたっています。	・個別支援計画	・個別支援計画に、個別に目標設定を行い、日常生活での自力の取り組みを支援している。 ・特に介助が必要な場合、事前の利用者、家族との話し合いは特には行っていない。 ・自力で行う行為についての対応や工夫については、ケース会議やモニタリングで検討している。	b	・食堂での丸テーブルを使用し、見守りによる自立支援を行っている。危険な場合はそっと手を添えるなど、個別に支援会議で確認している。しかし、自力で活動中に介助が必要と判断した時の判断内容については、事前に利用者又は家族との話し合いは行われていない。
IV-1-(1)-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 ① 社会生活力を高めるために、本人の状況の理解や調理・洗濯・買い物・交通機関利用等についての学習・訓練プログラムを用意している。 ② 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を設けている。 ③ 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。 ④ 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。	■	■	b	① 以前のように対象者がなく、プログラム作成はしていません。 ② 広報紙・ポスターの掲示等で情報提供しています。 ③ 絵カード・写真などを利用して自己表現していただいています。 ④ 利用者自身への情報提供はできていません。	・広報紙 ・個別支援計画 ・掲示物 ・絵カードや写真カード	・調理実習や買い物、洗濯など、個別にプログラム化し支援されている。 ・広報紙にて、施設外の体験の様子が確認できた。 ・絵カード、写真カード等を利用して自己表現を支援している。 ・利用者自身が人権意識を高められる情報提供は行われていない。	b	・洗濯の手順を絵入りで示したり、買い物時の事前情報をチラシなどで得、店での商品の選択やレジでの支払い経験など、個別のプログラムとなっている。利用者自身が人権意識を高めるための情報提供については、今後の大きな課題である。
1-(2) 利用者の権利擁護								
IV-1-(2)-① 虐待(拘束、暴言、暴力、無視、放置、性的い) ① 虐待防止のための職務規程、マニュアルを策定している。 ② 虐待防止について、ミーティング、検討会で取り上げ、防止策を確認している。 ③ 利用者と接する場面で虐待等の問題が起こらないような研修を実施している。 ④ 万が一虐待等が行われた場合に備えて、対応マニュアルや職員の処分規定を設けている。	■	■	a	① PC内掲示板に明記し、閲覧可能。 ② 各支援会議で自身の支援の振り返りや人権擁護委員会により虐待防止に取り組んでいます。 ③ 外部の行動障害・自閉症研修等に積極的に職員を派遣しています。 ④ 法人の人権擁護運営委員会・第三者委員会にて決定。	・人権擁護運営委員会要綱 ・セルフチェックシート ・研修計画表 ・職務規定	・厚労省の虐待防止マニュアルがPC内にある。 ・セルフチェックシートで職員各自ふりかえっているが、分析などは未だ防止策には至っていない。 ・研修は十分とは言えない。 ・人権擁護委員会にて決定となるが、現在、活発には機能していない。	b	・虐待防止に向けては、職員の資質向上が必要と考え、同法人内主催の行動障害・自閉症研修に参加している。しかし、障害に関する研修であり、しかも一部利用者対象といえる。利用者全員に対する虐待という人権侵害を認識し、防止策を検討してほしい。
IV-1-(2)-② 自傷他害等については、その原因の究明除去 ① 日頃から利用者の行動の特性、生活リズム、興味、嗜好、対人関係などを観察し、その結果を全職員で共有するようにしている。 ② 自傷、他害、物損などの危険な行為に対して、利用者の心身を傷つけずに対応するための指針が定められている。	■	■				・日頃の関わりを大切に観察を重ね、状況をケース記録で共有している。 ・自傷、他害、物損等の危険行為に対して、利用者の心		・日頃の関わりの中での観察を重視し、個別ケース会議で検討した結果をパソコ

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄				
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由	
③ 自傷他害等が発生したとき、それを正確に記録している。 ④ 服薬が必要な利用者については医師と緊密に連携している。 ⑤ 行動傷害のある利用者については、観察・記録した資料を基に、誘因や刺激、人的・物的環境との因果関係を分析し、統一した対応ができるよう全職員で確認している。 ⑥ 関係する全ての職種の職員が連携し、必要に応じて専門医の協力を得て、新たな支援方法の修得や研究を進めるなどの工夫をしている。	■	■	b	①⑤⑥各個別支援会議等で随時検討し、その結果は終礼日誌等で周知しています。 ③支援記録システムほのぼののヒヤリハット等の項目欄に入力しています。 ④月2程度のカウンセリング等で連携をとっています。	・ヒヤリハット ・事故報告書 ・朝終礼日誌 ・服薬状況(ケース記録) ・医務日誌	身を傷つけずに対応するための指針はない。 ・ヒヤリハット報告などに記録されている。 ・精神科のカウンセリングを受けたり、服薬も必要に応じて使用している。 ・行動障害についての統一した対応はまだ確立されず、個別での関わりが多くなっている。 ・行動障害や自閉症への研修に参加し、取り組んでいる。	b	ン内や、終礼で共有している。しかし、自傷、他害、物損等の危険行為に対して、利用者の心身を傷つけずに対応するための指針はなく、職員個々による対応となっている。知的障害に行動障害や自閉症が加わり、コミュニケーションが困難なため、対応や支援については今後の大きな課題である。	
IV-2 日常生活支援									
IV-2-(1) 食事									
IV-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスを									
① サービス実施計画等において、利用者の身体状態等に応じた留意点や支援の内容を明示している。 ② 食事の介助等、支援方法に関してマニュアルを用意している。 ③ 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。	■	■	a	①個別支援計画や栄養ケア計画等に明示しています。 ②基本的な食事介助、支援方法をPC内掲示板に掲示しています。 ③嚥下困難な方等を対象としたソフト食やきざみ食にて対応しています。	個別支援計画 栄養ケア計画 PC掲示板	・栄養アセスメントを行い、栄養面の課題を多職種で検討している。 ・栄養ケア計画作成。 ・体重の変化に留意し、糖尿食、腎臓食、高脂血症等に配慮した食事を提供している。ソフト食あり。	a	・個別支援計画に栄養面の留意点や支援内容が盛り込まれている。支援員と栄養士、調理師が連携し、利用者の体調や身体状況に応じた食事が提供されている。ソフト食等の提供で食事摂取にも配慮した食事を楽しむ工夫がされている。	
IV-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本とし									
① 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。 ② 食事サービスの検討会議等には利用者も参加している。 ③ 適温の食事を提供している。 ④ 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。 ⑤ 食卓には複数の調味料・香辛料を用意している。 ⑥ 献立及び食材について、その情報は予め利用者に提供している。 ⑦ 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。	■	■	b	①年に1回の嗜好調査を行い、献立に反映させています。 ②調理委員会に年4回ご利用者の出席して頂いています。 ③保温庫等を使用して適温給食を心掛けています。 ④季節の食材を使用した献立をしています。 ⑥各所掲示板に献立を掲示しています。 ⑦特に嚥下困難な方については職員が付き、ゆっくりと食べて頂くように支援をしています。	嗜好調査 献立表	・年1回嗜好調査。調理委員会に利用者も数名参加。意見を献立に反映している。 ・電子レンジはないが、食事時間を考慮しておかずを作り、出来るだけ温かいものを提供している。ご飯と汁物は保温している。 ・調味料、香辛料はカウンターに置き、希望に応じて調理員が提供している。 ・1か月のメニューを食堂、各棟に掲示している。 ・丸テーブルの中に職員が座り、見守りや食事介助を行い急かさないうで食事ができている。	a	月1回のオーダー食は、何を注文してもよく(お好み焼き、すき焼き、カレー、寿司、カップラーメン等)、様々な料理の写真をまとめて選択しやすくしている。 昼、夕食の主菜は2品から選択できる。ソフト食も献立のバリエーションが豊かだ。栄養士、調理員は地域住民向けの献立表の作成にも取り組んでいる。食事介助もゆっくり行い食事を楽しむ工夫がされている。お茶の時間はマイカップを使っている。	
IV-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	■	■		①給食委員会、調理委員会など					・個々に好きな場所で 報

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄				
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由	
<p>① 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。</p> <p>② 食事は、利用者全員が一斉に摂るのではなく、幅のある時間帯の中で個人が好む時間に摂ることができる。</p>	■	■	a	<p>で随時検討しています。</p> <p>② 大体の入室の順番を決めていますが、希望のある方については好みの時間に食事をして頂いています。</p>	<p>給食委員会記録</p> <p>調理委員会記録</p>	<p>・給食委員会、調理委員会を定期的に開催している。</p> <p>・食事の時間帯はある程度幅を持たせている。</p>	a	<p>・食事に合わせたお供え、おいしい人同士で食事している。食堂は花や季節の飾りつけがされ、音楽をかけ、喫食環境が工夫されている。</p>	
IV-2-(2) 入浴									
IV-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人									
<p>① 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。</p> <p>② 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を用意している。</p> <p>③ 入浴の介助や支援・助言業務は、所定の様式により記録している。</p>	■	■	a	<p>① アセスメント・個別支援計画を作成し、変更点は日誌、会議録、掲示物にて職員に周知している。</p> <p>② PC掲示板内に入浴マニュアルがあり、職員に周知している。</p> <p>③ ほのぼのソフト等に入力しています。</p>	<p>アセスメント</p> <p>個別支援計画</p> <p>PC掲示板</p>	<p>・利用者の入浴に関する留意点を看護師の指示のもと、支援計画に反映させている。</p> <p>・入浴マニュアルに、安全や羞恥心への配慮も記載されている。</p> <p>・所定の様式で入浴に関する記録をしている。</p>	a	<p>・急かさないうちかけ、障害に応じて絵カードを使い入浴準備をしたり、時計で湯ぶねに入っている時間を理解してもらうなどの工夫をしている。入浴方法の変更は看護師からの指示が出される。同性介助で羞恥心への配慮もある。</p>	
IV-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行っている。									
<p>① 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やシャワー浴が可能である。</p> <p>② 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いる。</p>	■	■	b	<p>① 失禁の程度によってシャワー浴で対応している。</p> <p>② 入浴時間帯や回数は事業所にて決定していますが、単独の入浴が可能な方については夕食後の時間に入浴して頂いています。</p>		<p>・介助が必要な人は、週3回、必要ない人は毎日入浴できる。</p> <p>・拒否のある方は、無理強いつけていない。失禁等にはシャワーで対応する。</p>	b	<p>・入浴の時間帯は、施設の都合で決めている。回数を多く持ち、時間も午後からで、利用者の意向に配慮したものにはなっている。失禁への対応もなされている。</p>	
IV-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。									
<p>① 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。</p> <p>② 脱衣場は、気候や利用者の身体的状態に応じて調整できるよう、冷暖房に配慮している。</p> <p>③ 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を行っている。</p>	■	■	a	<p>① 設備の不具合や故障が生じた場合、支援会議、またはその都度話し合いで検討している。</p> <p>② 冷暖房を設置し適温になるよう配慮している。</p> <p>③ 外から見えにくい構造になっている。</p>		<p>・浴室、脱衣所の設備、入浴器具の設置は検討会議を持ち、環境整備に努めている。</p> <p>・冷暖房が整っている。</p> <p>・入口にカーテンを引き、プライバシーに配慮している。</p>	a	<p>・脱衣所も適温でプライバシー保護の配慮もある。浴室、脱衣所は十分な広さがあり、一度に3~4人が入浴できる。湯ぶねはスロープを設置し、入りやすい構造となっている。</p>	
IV-2-(3) 排泄									
IV-2-(3)-① 排泄介助は快適に行っている。									
<p>① 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。</p> <p>② 排泄介助のマニュアルを用意している。</p> <p>③ 排泄用具の使用法について、衛生や防臭を考慮したマニュアルを用意している。</p> <p>④ 排泄介助の結果は所定の様式により記録している。</p>	■	■	b	<p>① アセスメント、個別支援計画を作成活用し、変更点は日誌、会議録、掲示物にて職員に周知している。</p> <p>② 要介護者の排泄マニュアルを作成している。</p> <p>③ マニュアルはないが、衛生や防臭対策に努めている。</p> <p>④ 日誌、ケースに記録している。</p>	<p>アセスメント</p> <p>個別支援計画</p> <p>ケース記録</p>	<p>・利用者ごとの排泄介助方法がまとめられ支援計画に反映し、職員に周知されている。</p> <p>・排泄マニュアルがある。</p> <p>・排泄用具使用マニュアルは作成されていない。</p> <p>・排泄介助の結果が記録されている。</p>	b	<p>・モニタリングで、夜間の排泄方法を検討し、安眠支援を行ったり、オムツ外しも排泄パターンを検討して実施する等看護師、支援員の連携で、適切に介助されている。排泄用具の使用法について安全面や留意点を明示したマニュアルが必要である。</p>	

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
			自己評価 (a~c を記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果 (a~c を記入)	判定の理由
IV-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。 ① 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。 ② プライバシーに配慮したトイレの構造・設備にしている。 ③ 換気や適切な薬品使用等の防臭対策を行っている。 ④ 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。 ⑤ 採光・照明等は適切である。 ⑥ トイレの冷暖房に配慮している。	■	■	b	① 不具合や故障、補助具等の必要性が生じたときにその都度検討している。 ② 配慮しているが、小便器について外から見えるトイレもあり配慮に欠けている。 ③ 設置可能なトイレには芳香剤を配備している。 ④ 毎日洗剤を使用し定時のトイレ清掃を行い、状況によりその都度清掃している。 ⑤ 適切である。 ⑥ 冷暖房はなく配慮に欠けている。		・定期的なトイレ環境の点検、改善のための検討は行われておらず、必要に応じた対応となっている。 ・職員が毎日トイレ掃除をし、芳香剤を使う等の防臭対策を行っている。 ・一部便器が外から見える男性トイレもある。 ・温便座が設置されているが、トイレに冷暖房設備はない。	b	・男性の小便器が廊下から見えるトイレがあり、プライバシーへの配慮が不十分である。寒さの厳しい地域なので、暖房設備の検討もしていただき、快適なトイレ環境の整備を期待したい。
IV-2-(4) 衣服								
IV-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択に ① 衣類は利用者の意思で選択している。 ② 衣類の選択について、必要があれば相談に応じている。 ③ 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。	■	■	a	① 意思表示できる方は可能な限り買物等で選択していただいている。 ② 応じている。 ③ 相談があれば応じ、職員のみ又は引率を行い買い物を行っている。		・衣服は個々のタンスに整理し、利用者の意向に沿って選択しやすくしている。 ・ファッション誌等を個人で購入したり、職員が持参している。 ・新聞の折り込み広告も活用して、衣服の購入の際の選択に役立てている。	a	・利用者が、成人式にスーツを着て出席する等、特別な日の衣服の支援もなされている。
IV-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の ① 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。 ② 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、その思を尊重して対応している。 ③ 汚れや破損が生じた場合に、速やかに対処するための業務手順を用意している。	■	■	a	① 意思を尊重している。 ② 対応している。 ③ 掲示物等で手順を用意している。利用者の拘りも含め、汚れや破損があっても適切な衣類に着替えを行えないことがある。	着る順カード	・着る順を絵カードで示し、出来るだけ自分で着替えられるよう支援している。 ・同じ服にこだわりがある場合は、即日洗濯、乾燥後再度着用している。 ・汚れや破損時の業務手順を用意している。	a	・失禁や汚れにもプライドに配慮し、対応している。汚れ、破損は個別支援計画に手順を説明するなど、適切な対応が取られている。
IV-2-(5) 理容・美容								
IV-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について ① 髪型や化粧の仕方等は利用者の意思で決めている。 ② 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。 ③ 理容・美容に関する資料や情報を用意している。	■	■	b	① 意思表示のできるご利用者で希望のある方は聞いています。 ② 女性のご利用者でお化粧を楽しむにされている方は、手伝ってお化粧をして頂いています。また、必要に応じて髪を整えています。 ③ 特に資料や情報提供はしていません。		・ヘアカラーを美容院や職員に手伝ってもらったり、外出時にお化粧をする人もいます。 ・特別に情報提供はしていませんが、雑誌を見て髪型を決める場合もあります。	b	・ヘアカラーやお化粧をする利用者もある。雑誌等を見て髪型を決める場合もあるが、意図的な情報提供は行われていない。
IV-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している ① 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。	■	■		① 定期的に理髪を実施し、必要に応じて送迎や同行もしています。		・地域の理美容店利用に当たっては、まず施設から訪問		・地域の美容院へ一人で行く人、職員が同行して出か

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由
② 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。	■	■	a	① また、苑内での出張理髪もしています。 ② 毎回理髪店と連絡調整を行い、理解を得ています。		利用者への説明、納得してもらい利用につなげている。 ・出張理美容もある。	a	ける人もある。出張理美容も同じ店から毎月訪問してもらい、理解、協力が得られている。
IV-2-(6) 睡眠								
IV-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。								
① 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をしている。 ② 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を用意している。 ③ 夜間に行われた個別支援は、所定の様式で記録している。 ④ 寝具は、利用者の好みに基づいて用意され、又は私物使用も認めている。 ⑤ 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。	□	□	b	① ベッド周辺のカーテンが壊れていたり、夜間不安定になられ大声を出されるご利用者もおられ、必ずしも安眠できていないご利用者もおられます。 ② 個々の状況に応じたマニュアルがあります。 ③ 夜間の状況を支援記録システムに入力しています。 ④ 統一した寝具の提供をしています。異食行為のある方に対して、異食のしにくい布団の提供をしています。 ⑤ 不眠の訴えがあった場合は出来る限り他の部屋を提供しています。	夜間就寝中個別支援マニュアル	・ベッド周辺の光と音に十分配慮できていない。 ・夜間就寝中の個別マニュアルがあり、体位変換、オムツ交換の時間、回数が明記されている。 ・寝具は施設で用意している。 ・夜間不穏になる利用者もあり、不眠への個別対応をしている。 ・同室者に影響を及ぼす場合、一時的に他の部屋を使うことができる。	b	・ケース記録に個々の夜間対応が記録されている。不眠者には暖かい飲み物を提供する等不穏解消に努めているが、大声を出す利用者もおり、一時的に他の部屋を利用する等の個別対応をしている。安眠を妨げる光や音への対策と、私物の寝具の使用も再検討が必要と思われる。
IV-2-(7) 健康管理								
IV-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。								
① 利用者の健康管理票を整備している。 ② 利用者の健康管理マニュアルを用意している。 ③ 医師又は看護師による健康相談を受けることができる。 ④ 医師又は看護師が、利用者(及び必要に応じて家族等)に対して健康面の説明を定期的に行っている。 ⑤ 利用者(及び必要に応じて家族等)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。 ⑥ 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。 ⑦ 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、定期的に指導を行っている。	■	■	b	① 年2回の健康診断の結果や入院歴、内服薬の内容等を個人票で整備している。 ③ 協力医による2回/月の訪問診療と健診後の内科健診を行っている。 ④ 健診後の結果を送付(手渡し)して身体状況等の説明を行っている。 ⑤ 予防接種は必ずご家族に説明し承諾書をいただいている。 ⑥ ⑦ 年1回であるが、歯磨き指導、歯科健診を受けている。また、医療が必要な方には、歯科通院して治療や指導を受けている。	健康診断結果 健康管理マニュアル	・年2回の健康診断、協力医の月2回の往診等で、日常の健康管理が図られている。 ・健康マニュアルが整備されている。 ・利用者の様子を観察し、普段と違う時は看護師の判断で適切な対応をしている。 ・マニュアルを整備し、日常の健康状態を記録している。 ・口腔衛生の定期的指導は、年1回実施されている。	b	・利用者の高齢化、重度化に看護師を中心に対処している。健康管理のため食事前の口腔体操、リハビリ体操、散歩を取り入れている。専門職による口腔ケアは年1回行われている。定期的は年2回以上と定められており、少なくとも年2回の取り組みが必要である。
IV-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療を受けられる。								
① 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している。 ② 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。 ③ 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。	■	■	a	① 緊急時の対応マニュアルがあり、苑内研修等で確認している。 ②③ 協力病院があり、夜間・休日での診察が受けられるようになっている。	緊急時対応マニュアル 往診記録	・体調変化、緊急対応のマニュアルがある。 ・協力医療機関が近くにある。 ・協力医療機関から月2回内科、精神科の往診もある。	a	・緊急対応の体制が整備されている。利用者の急変時には、看護師を中心に迅速な対応がなされる。医療機関の協力により安心して入院できている。
IV-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に実行されている。				① この利用者に対して薬の目的や				

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由
① 利用者(及び必要に応じて家族等)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、マニュアルを用意している。 ② 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、マニュアルを用意している。 ③ 内服・外用薬の使用状況は、所定の様式に従って記録している。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	b	効果・副作用などの情報提供はできていないが、職員や家族に対しては説明し情報提供を行っている。 ③ 誤薬についてなどのマニュアルを作成している。配薬にかかわる職員に対しては、完全にできるまでレクチャーしている。 ④ 内服薬の変更は注意事項で記入し、外用薬の使用状況は苑内治療に記録している。	誤薬マニュアル、ケース記録	・薬の管理は看護師が行い、医務室に保管している。一週間分毎、支援員室に届け、保管している。 ・誤薬マニュアルはあるが、利用者個々の薬物管理のマニュアルはない。 ・職員は、利用者の名前を確認し、薬を手渡し確実に服薬できるよう支援している。	b	・看護師は薬の変更時には、副作用等注意が必要な点を赤字で記入し、職員の注意を喚起している。ケース記録に使用状況を記入する等薬の扱いは確実に行われている。しかし、利用者等への薬の効用、副作用等は情報提供できていない。
IV-2-(8) 余暇・レクリエーション								
IV-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って ① 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 ② 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 ③ 必要に応じて、地域の社会資源等を積極的に活用している。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	b	① ご利用者に音楽療法で歌いたい曲のアンケートをとり、希望に沿った歌唱活動の提供を行っている。音楽療法の掲示板に資料有り。 ② レクリエーションでは職員間で内容を決めて活動を提供しているのが現状です。 ③ 地域の活動に参加したり、毎月手芸やデコパージュに地域のボランティアの方に来て頂きご利用者と色々な活動する場を設けています。	音楽療法チラン日帰り旅行案内	・年一回の日帰り旅行は職員が利用者の希望を聞き取り行く先を決めている。 ・月2回の音楽療法は、利用者の希望をもとに実施しているが、他のレクリエーションは職員が内容を検討している。 ・地域の社会資源を活用している。	b	・公民館で開催されるほほえみサロンや出張出前寿司、祭りや運動会等、地域の社会資源を活用し余暇の充実が支援されている。利用者参加で、企画、実施すれば、さらに楽しみが増すのではないかと。
IV-2-(9) 外出、外泊								
IV-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。 ① 利用者の代表や自治会等と話し合っ、利用者の希望を尊重したルールを設けている。 ② 必要なときには、職員等からの介助や支援・助言を受けられる体制が整っている。 ③ 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。 ④ 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。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	b	① 週一回自治会を開き希望や意見を出し合う場を設け出来るだけご利用者の希望を尊重できるようにします。掲示板に資料有り。 ②④ 外出の際金銭面等の介助を行い出来るだけ自分でして頂ける様に見守る体制を整えています。外出時に伴う不測の事態等に備えての準備は十分ではありません。 ③ 地域イベント等は職員間で参加イベントを決めている為情報提供は出来ていません。	自治会記録	・自治会での話し合いや担当職員が希望を聞き取り、買い物や外食等の外出が支援されている。 ・利用者の選択に役立つ地域のガイドマップやイベントの情報は用意されていない。 ・外出時の不測の事態への備えはできていない。	b	・利用者の外出先の希望を把握し、支援する体制を整えているが、安全確保、不測の事態への備えも検討が必要と思われる。地域の観光ガイドマップ等をもとに職員と行く先を話し合う等の機会を作っていただきたい。
IV-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮している ① 利用者の代表や自治会等と話し合っ、利用者の希望を尊重したルールを設けている。 ② 施設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、担当職員がその調整を行うようにしている。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		①②③ 当施設では全体の外泊旅行等は行っており、個々の帰省が主な外泊となります。外泊は施設側の都合では決めず、家庭よ		・ルールを作り、帰省や家族との旅行等利用者、家族の希望に応じた外泊が支援されている。		・施設主催の外泊旅行は行っていないが、家族等と共に過ごす外泊が支援されている。不測の事態に備

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄				
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由	
③ 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していない。	■	■	b	り連絡があった場合に行っています。ご利用者より外泊の希望があった場合は電話連絡を行い出来るだけ希望に添える様にしています。		・一週間以上の外泊では、途中、安否確認している。盆、正月等施設に残っている利用者と一緒に初もうでやゲーム等を楽しんでいる。	a	え、お薬手帳を持参している。施設長はお正月を施設で過ごす利用者と一緒に初もうでに行く等の配慮をしている。	
IV-2-(10) 所持金・預かり金の管理等									
IV-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制を作って									
① 金銭等の自己管理ができるように配慮している。	□	□	C	利用者の預かり金については、全て苑にて管理しており、必要に応じて出金依頼をかけ購入をしています。すべて職員の支援の下で管理を行っています。	個別支援計画書	・お金の紛失を心配し預かり金は施設で管理している。 ・一部の就労移行の対象者に対し、個別支援計画に基づいた学習プログラムが用意されている。	c	・外出時にできるだけ自分でお金を使う体験ができるよう見守っているが、基本的には施設が管理している。金銭管理等経済的な対応能力を高める学習に取り組まれるよう期待したい。	
② 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。	□	□							
③ 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。	□	□							
④ 金銭管理技能を含む経済的な対応能力を高めるための学習プログラムを用意している。	□	□							
IV-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意									
① 新聞・雑誌やテレビ・ラジオ等を利用者に提供している。	■	■	a	新聞については毎日購読可能です。利用者の団欒の場所に置かれていつでも読める形を取っています。雑誌については必要に応じて個人購入をしてられる方もおられます。	新聞	・施設で新聞をとっており、皆が読める場所に置かれている。 ・利用者が雑誌を購読したり、テレビ、ラジオ持ち込みをしている。 ・テレビの共同利用がスムーズにいこう職員が対応している。	a	・カセットデッキやDVDの使用や趣味の雑誌を取る等、利用者の希望に沿って支援されている。相部屋の人には、テレビ、ラジオをイヤホンで聞く等のルールも作られ、他者に配慮した対応ができています。	
② 新聞・雑誌を個人で購読できる。	■	■							
③ 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。	■	■							
④ 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ている。	■	■							
IV-2-(10)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の									
① 利用者の代表や自治会等と話し合っルールを設けている。	■	■	a	酒については週1回晩酌の日を設け、飲みたい方は飲まれています。全て自分のお金での飲酒になります。煙草については喫煙場所を設け時間にて利用者に提供しています。	喫煙場所	・酒は週末に晩酌の日を決め、希望者が飲酒している。 ・たばこを吸う人がおり、本数、喫煙場所と時間を決めている。 ・たばこの害については対象者に伝えている。	a	・週末の晩酌の日を楽しみにしている人、一日3本のたばこを吸う人等、ルールを設けて、希望者の意向をできるだけ反映させている。たばこの害の情報は喫煙者のみに提供されている。	
② 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。	■	■							
③ 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・喫煙を認めている。	■	■							