

**大野荘
福祉サービス第三者評価結果報告書**

平成28年3月3日

社会福祉法人 福井県社会福祉協議会

福祉サービス第三者評価結果報告書

I 福祉サービス第三者評価結果〔総括〕

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会
評価機関認証No.	福井福祉評価認証第1号
訪問調査日	平成27年11月6日(金)

1 事業所情報

フリガナ	オオノソウ
事業所名	大野荘
種別	救護施設
定員数	150人
事業所代表者名	施設長 木間 幸生
事業所所在地	福井県大野市篠座17号23番地
事業所電話番号	0779-66-3320
事業所FAX番号	0779-66-3319
法人名	社会福祉法人 大野福祉会
法人代表者名	理事長 木間 幸生
URL	http://oonofukushikai.jp
e-mail	weloono@royal.ocn.ne.jp

☆第三者評価結果に対する事業所のコメント

前回の受審結果を基に、より良いサービス提供ができるよう改善・検討を進めてきました。評価結果は、前回に比べると高評価を戴き改善結果が認められたことに喜びを感じています。今後は、現状に満足することなく高齢化・障害の多様化が進む中、救護施設の使命を全うすべく、より一層の支援技術向上に努めて参ります。

2 総評

(1) 特に評価の高い点

○福祉サービスの基本方針と組織について
中・長期計画書は、利用者支援のあり方ほか3項目からなる基本計画を基に作成され、平成27年から平成30年に向け、課題や問題点を明らかにした具体的な内容になっている。なお、計画には安定した組織づくりに向けた職員採用計画や財務目標を詳細に記載しており、進捗状況を踏まえ毎年見直すこととしている。

○適切な福祉サービスの実施について
利用者が相談や意見を述べやすいよう、毎週「よろず相談」を行い、様々な相談に応じるなど取組(工夫)している。

○障害者・児福祉施設固有のサービス内容について
衣類が破損した場合等は、シルバー人材センターの会員が交替で業務にあたり、補修した衣類が速やかに利用者に届く仕組みとなっている。

(2) 改善を求められる点

○組織の運営管理について
職員間での研修内容の共有にかかる方法を検討するとともに、研修成果に関する評価を記録し、受講する内容やカルキュラムの見直しなど次の研修計画に反映することが望まれる。

○適切な福祉サービスの実施について
定められた評価基準に基づいて、年1回以上の自己評価を組織的に行うことが望まれる。

○障害者・児福祉施設固有のサービス内容について
酒やたばこの害について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定期的に行うことが望まれる。

Ⅱ 福祉サービス第三者評価結果〔評価分類別〕

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

評価分類 I-1 理念・基本方針

特に評価の高い点	改善を求められる点
<p>法人の基本理念を明文化し、パンフレット、事業計画書、ホームページ、広報誌に掲載のほか、施設内にふりがな付で掲示している。なお、理念は法人の目指す方向や考え方を読み取ることができる。また、基本方針（運営指針）は基本理念と整合し、職員の行動規範となるような内容である。</p>	

評価分類 I-2 計画の策定

特に評価の高い点	改善を求められる点
<p>中・長期計画書は、利用者支援のあり方ほか3項目からなる基本計画を基に作成され、平成27年から平成30年に向け、課題や問題点を明らかにした具体的な内容になっている。なお、計画には安定した組織づくりに向けた職員採用計画や財務目標を詳細に記載しており、進捗状況を踏まえ毎年見直すこととしている。</p>	

評価分類 I-3 管理者の責任とリーダーシップ

特に評価の高い点	改善を求められる点
<p>施設長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い事業計画書の中の運営指針に記載している。また、職員が働きやすい環境整備等のため、労働環境委員会を立ち上げ、職員の意向や課題等を把握するための調査を行うなど積極的に参画している。</p>	

評価対象 II 組織の運営管理

評価分類 II-1 経営状況の把握

特に評価の高い点	改善を求められる点
<p>施設長は、全国救護施設会議や奥越自立支援協議会等関係団体の会議・研修会に出席し、社会福祉全体の動向のほか、地域の障害者等の状況やニーズ等のデータを把握し、中・長期計画や事業計画に反映している。</p>	<p>公認会計士や税理士等による外部監査を行い、指摘された事項はもとより経営改善に結びつける取組が望まれる。</p>

評価分類 II-2 人材の確保・育成

特に評価の高い点	改善を求められる点
<p>必要な人材等に関する基本的な考え方や人事管理に関する方針をはじめ有資格職員の養成や配置等人材確保、体制整備について中・長期等事業計画に明示している。また、職員一人ひとりにキャリアアップ表と研修ファイルを作成し、個別に技術水準、知識、必要な資格などを把握するとともに、これに基づく年間教育・研修計画を作成し、教育等を実施している。なお、職員の資格取得に対し希望に応じ職務専念を免除するなど勤務への配慮がなされている。</p>	<p>職員間での研修内容の共有にかかる方法を検討するとともに、研修成果に関する評価を記録し、受講する内容やカリキュラムの見直しなど次の研修計画に反映することが望まれる。</p>

評価分類 II-3 安全管理

特に評価の高い点	改善を求められる点
<p>危機管理マニュアルをはじめ、災害時の対応体制を整備している。また、災害に備え、居室別の利用者一覧表を作成し、自力避難可能、要援助等を区別し、外部からの応援者に分かりやすいよう工夫している。なお、備蓄品リストを作成し、3日以上以上の食糧やポータブルトイレ、ダンボール等を備蓄するほか、地区消防団との避難訓練を実施している。</p>	

評価分類 II-4 地域との交流と連携

特に評価の高い点	改善を求められる点
<p>市福祉課や奥越自立支援協議会、医療機関等との会議や研修会をはじめ、民生委員との定期的な会合等を通じ地域における具体的な福祉ニーズの把握に努め、把握した地域の福祉ニーズに基づき、一時入所・居宅生活支援事業・相談支援事業・生活困窮者支援事業の具体的な事業・活動を実施しており、これらは中・長期計画や年次計画に明示されている。</p>	<p>施設での継続的な活動をはじめ地域におけるボランティア活動の発展を目指した当該育成に関する研修等の取組に期待する。</p>

評価対象 Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類 Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

特に評価の高い点	改善を求められる点
利用者が相談や意見を述べやすいよう、毎週「よろず相談」を行い、様々な相談に応じるなど取組（工夫）している。	利用者からの意見等に迅速に対応するため、定期的なマニュアルの見直しが望まれる。

評価分類 Ⅲ-2 サービスの質の確保

特に評価の高い点	改善を求められる点
中長期計画等に基づき、第三者評価の受審結果を各委員会が中心に分析し、組織として取り組むべき課題を明確にするとともに、新たな実施計画の作成に活かしている。また、利用者の状況等に関する情報はパソコンシステムによるほか、個々の利用者ごとに作成する「個別支援計画確認（予定）表」により職員間で共有化している。	定められた評価基準に基づいて、年1回以上の自己評価を組織的に行うことが望まれる。

評価分類 Ⅲ-3 サービスの開始・継続

特に評価の高い点	改善を求められる点
	利用者等が理解しやすいよう社会資源の活用を検討されたい。

評価分類 Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

特に評価の高い点	改善を求められる点

評価対象 IV 障害者・児福祉施設固有のサービス内容

評価分類 IV-1 利用者の尊重

特に評価の高い点	改善を求められる点
市内の病院や企業等で社会経験を積む「外勤実習」を実施するなど、社会生活力を高めるための個別の学習・訓練プログラムが用意されている。	意思伝達に制限のある利用者には、専門職と連携した定期的な面接を行うことが望まれる。

評価分類 IV-2 日常生活支援サービス

特に評価の高い点	改善を求められる点
衣類が破損した場合等は、シルバー人材センターの会員が交替で業務にあたり、補修した衣類が速やかに利用者に届く仕組みとなっている。	酒やたばこの害について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定期的に行うことが望まれる。

Ⅲ 福祉サービス第三者評価結果〔評価細目別〕

評価対象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。

評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
1 I-1-(1)-① 理念が明文化されている。			
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。	a	法人の基本理念を明文化し、パンフレット、事業計画書、ホームページ、広報誌に掲載のほか、施設内にふりがな付で掲示している。なお、理念は法人の目指す方向や考え方を読み取ることができる。	
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。			
c) 法人の理念を明文化していない。			
2 I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。			
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。	a	基本理念に基づく基本方針（運営指針）を明文化し、事業計画書、ホームページ、職員倫理規程等に記載している。なお、基本方針は基本理念と整合し、職員の行動規範となるような内容である。	
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。			
c) 理念に基づく基本方針を明文化していない。			

I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。

評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
3 I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。			
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。	a	基本理念、基本方針（運営指針）を記載した事業計画書を全職員に配付し、職員会議等で説明している。	
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。			
c) 理念や基本方針を職員に配付していない。			
4 I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。			
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。	a	基本理念、基本方針（運営指針）を記載した事業計画骨子を作成し、保護者会や自治会集会にて配付し、説明している。また、施設内に掲示している基本理念には、ふりがなを付けている。	
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。			
c) 理念や基本方針を利用者等に配布していない。			

I-2 事業計画の策定

I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
5 I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。			
a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画及び中・長期の収支計画を策定している。	a	中・長期計画書は、利用者支援のあり方ほか3項目からなる基本計画を基に作成され、平成27年から平成30年に向け、課題や問題点を明らかにした具体的な内容になっている。なお、計画には安定した組織づくりに向けた職員採用計画や財務目標を詳細に記載しており、進捗状況を踏まえ毎年見直すこととしている。	
b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。			
c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。			
6 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。			
a) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容及び中・長期の収支計画の内容を反映して策定されている。	a	事業計画は中・長期計画に基づく数値目標の実現に向けた具体的な内容が示されており、事業年度終了後には実施状況を評価している。	
b) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容または中・長期の収支計画の内容のどちらかのみを反映させている。			
c) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容も中・長期の収支計画の内容も反映していない。			

I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。

評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
7 I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。			
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。	a	事業計画は一定の作成手順に基づき、各部署から出された意見等を委員会にて検討し、職員会議で進捗状況を報告して、策定している。また、事業計画の実施状況は半期ごとに把握・評価され必要に応じ見直しされている。	
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。			
c) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。			
8 I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。			
a) 各計画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。	a	全職員に事業計画書を配付し、職員会議等にて説明しており、半期ごとに計画内容を進捗や課題等を踏まえ評価し、必要に応じて見直しを行い、その内容を職員に周知している。	
b) 各計画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。			
c) 各計画を職員に配付していない。			

評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
9 I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。			
a) 各計画を利用者等に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。	a	事業計画の内容を要約した事業計画骨子を作成し、保護者会にて保護者・利用者等に配付し説明している。また、利用者には、月1回の全体朝礼にて、行事ごとに支援計画書に基づき説明している。	
b) 各計画を利用者等に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。			
c) 各計画を利用者等に配付していない。			

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。

評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
10 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。			
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。	a	施設長は自らの役割と責任について、組織規程、運営指針、広報誌等に明記するとともに、職員会議等で組織の運営方針と併せ説明している。また、平常時のみならず、有事における役割と責任についても緊急連絡網等で明確化している。	
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。			

11 I-3-(1)-② 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。

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。	a	施設長は法人経営関連研修、救護施設会議等に積極的に参加し、施設運営にかかる関係法令をリスト化するとともに、関連法令の遵守について職員会議等で説明し周知徹底している。	
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。			

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
12 I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。			
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。	a	施設長は実施するサービスの質について定期的、継続的に評価し、事業計画書の中の運営指針として職員へ示すなどサービス向上に指導力を発揮している。また、自らも各種委員会議事録等をはじめとする情報を職員が閲覧し共有できるシステムの導入に参画するなど積極的である。	
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。			
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。			

評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
13 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。			
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。	a	施設長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い事業計画書の中の運営指針に記載している。また、職員が働きやすい環境整備等のため、労働環境委員会を立ち上げ、職員の意向や課題等を把握するための調査を行うなど積極的に参画している。	
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。			
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。			

評価対象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。

評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
14 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。			
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。	a	施設長は、全国救護施設会議や奥越自立支援協議会等関係団体の会議・研修会に出席し、社会福祉全体の動向のほか、地域の障害者等の状況やニーズ等のデータを把握し、中・長期計画や事業計画に反映している。	
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。			
15 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。			
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。	a	毎月運営にかかる様々なコストや利用者の推移等の把握・分析を行い、改善を要する取組を中・長期計画や年次計画に明らかにするとともに、改善すべき課題を職員に周知している。	
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。			
16 Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。			
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。	b	毎月1回、税理士による試算表等の検査を実施し、必要な指導を受けているが、指摘事項等に関する記録はなく、経営改善に結びつける取組には至っていない。	公認会計士や税理士等による外部監査を行い、指摘された事項はもとより経営改善に結びつける取組が望まれる。
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。			
c) 外部監査を実施していない。			

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。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
17	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。			
	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。	a	必要な人材等に関する基本的な考え方や人事管理に関する方針をはじめ有資格職員の養成や配置等人材確保、体制整備について中・長期等事業計画に明示している。	
	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。			
18	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。			
	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	組織が定めた規定に基づき人事考課を2段階で実施しており、自己評価をもとに一次考課を課・係長が、二次考課を正副施設長・課長が行っているが、考課結果の伝達は希望する職員にのみ行っている。	人事考課結果の伝達は職員全員に組織として行うことが望ましい。
	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。			

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
19	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。			
	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。	b	職員の就業状況を定期的にチェックし、結果をもとに業務の調整等の改善に取り組んでおり、また、年1回、副施設長による職員一人ひとりと面談が行われているが、記録がない。	副施設長と職員との個別面談の内容を記録し、次回に活かすことが望ましい。
	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。			
	c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。			
20	Ⅱ-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。			
	a) 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施している。	a	福利厚生センターに加入するほか、労働安全衛生委員会を設置し、労働環境の改善等に向けた職員の意見等の把握に努めている。また、職員の悩み相談には係長以上の職が応じるなどのマニュアルが作成され組織的な対応がなされている。	
	b) 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施しているが、十分ではない。			
	c) 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施していない。			

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
21	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。			
	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。	a	職員の教育・研修に関する基本姿勢はもとより、組織が職員に求める資格などを中長期等事業計画に明示しており、職員の資格取得に対し希望に応じ職務専念を免除するなど勤務への配慮がなされている。	
	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。			
	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。			
22	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組が行われている。			
	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。	a	職員一人ひとりにキャリアアップ表と研修ファイルを作成し、個別に技術水準、知識、必要な資格などを把握するとともに、これに基づく年間教育・研修計画を作成し、教育等を実施している。	
	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。			
	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。			
23	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。			
	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。	b	研修終了後職員は復命書の作成はもとより、職員会議等を活用し研修内容を報告する機会を設けているが、全員ではない。また、研修成果に対する評価した記録はない。	職員間での研修内容の共有にかかる方法を検討するとともに、研修成果に関する評価を記録し、受講する内容やカリキュラムの見直しなど次の研修計画に反映することが望まれる。
	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。			
	c) 研修成果の評価が定期的に行われていない。			

II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
24	II-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にし体制を整備し、積極的な取組をしている。			
	a) 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	a	実習生受入れに関する基本姿勢を明確にし、マニュアルに基づく手順等に基づき対応している。また、実習指導者に対する研修を実施するほか、実習目的に配慮したプログラムを用意している。	
	b) 実習生の受入れと育成について体制を整備しているが、基本的な姿勢の明確化や効果的な育成プログラムの用意等について積極的な取組には至っていない。			
	c) 実習生の受入れと育成について体制を整備しておらず、実習生を受け入れていない。			

II-3 安全管理

II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
25	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。			
	a) 事故、感染症の発生時などの緊急時に、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。	a	危機管理マニュアルを整備し、サービス向上委員会にて利用者の安全確保に関するための現状や取組を定期的に確認するなど組織的な取組がなされている。また、職員は救急法の研修を受講しており、緊急時における警察等専門機関との連絡・協力体制を整えている。	
	b) 事故、感染症の発生時などの緊急時に、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。			
	c) 事故、感染症の発生時などの緊急時に、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。			
26	II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。			
	a) 地震、津波、大雨、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を積極的に行っている。	a	危機管理マニュアルをはじめ、災害時の対応体制を整備している。また、災害に備え、居室別の利用者一覧表を作成し、自力避難可能、要援助等を区別し、外部からの応援者に分かりやすいよう工夫している。なお、備蓄品リストを作成し、3日分以上の食糧やポータブルトイレ、ダンボール等を備蓄するほか、地区消防団との避難訓練を実施している。	
	b) 地震、津波、大雨、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。			
	c) 地震、津波、大雨、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。			
27	II-3-(1)-③ 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。			
	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。	a	毎月サービス向上委員会でヒヤリハットや事故報告を分析し、防止策を検討し、実施するとともに、実施状況や効果等を検証し適宜改善している。また、担当職員がリスクマネジメント研修会に参加し、職員に内容等を伝達している。	
	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。			
	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。			

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。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
28	II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。			
	a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。	a	地域との関わりに関する基本的な考え方を明示し、活用できる社会資源や地域の情報をファイルや掲示板にて利用者に提供している。また、ボランティアの協力を得ながら、夏祭り、クリスマス会、小学生との交流等を行うなど地域との交流の積極的な実施に努めている。	
	b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。			
	c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。			

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
29	II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。			
	a) 事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。	a	施設内の体育館を福祉避難所とするほか、救急法講習会を開催し地域住民の参加を得ている。また、地域の在宅障害者や生活困窮に関する相談に応じている。	
	b) 事業所が有する機能を、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) 事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。			
30	II-4-(1)-③ ボランティア受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。			
	a) ボランティア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。	b	ボランティア受入れに関する基本姿勢を明示し、受入れに関するマニュアルを整備するとともに、受入れ時には施設や利用者の状況や守秘義務、活動上の注意等に関する事前研修を実施しているが、施設としてボランティアの育成を目的とした研修等の取組はない。	施設での継続的な活動をはじめ地域におけるボランティア活動の発展を目指した当該育成に関する研修等の取組に期待する。
	b) ボランティア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。			
	c) ボランティア受入れに対する基本姿勢が明示されていない。			

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
31	II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。			
	a) 事業所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。	a	利用者の支援や施設運営に必要な機関・団体一覧表を作成し、職員間で共有している。	
	b) 事業所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。			
	c) 事業所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。			
32	II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。			
	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。	a	市福祉課、奥越自立支援協議会、市社協等と日ごろから連携し、事例検討会等を行うほか、県外においても全国段階や北陸中部ブロック段階における組織と密接に連携している。	
	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。			
	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。			

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
33	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。			
	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。	a	市福祉課や奥越自立支援協議会、医療機関等との会議や研修会をはじめ、民生委員との定期的な会合等を通じ地域における具体的な福祉ニーズの把握に努めている。	
	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。			
	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。			
34	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。			
	a) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があり、実施されている。	a	把握した地域の福祉ニーズに基づき、一時入所・居宅生活支援事業・相談支援事業・生活困窮者支援事業の具体的な事業・活動を実施しており、これらは中・長期計画や年次計画に明示されている。	
	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。			
	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。			

評価対象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。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
35	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組を行っている。			
	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。	a	利用者を尊重したサービス提供について明示した法人の基本理念のほか、職員の心構えを毎年度の事業計画書に明記している。また、個々の職員が虐待防止のセルフチェックを半年ごとに行うなど、組織内で共通の理解を持つための取組を行っている。	
	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。			
	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。			
36	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。			
	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。	a	利用者のプライバシー保護に関するマニュアル等を整備し、職員研修等での周知を行っている。	
	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。			
	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。			

Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上向上に努めている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
37	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。			
	a) 利用者満足把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その上向上に向けた取組を行っている。	a	サービス上委員会が「利用者アンケート」を年1回実施しているほか、定期的に各寮ごとに利用者の意見を聞くなど組織として利用者満足の上向上に向けた仕組みを整備している。また、調査結果を反映した企画を取り入れている。	
	b) 利用者満足把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その上向上に向けた取組が十分ではない。			
	c) 利用者満足把握するための仕組みが整備されていない。			

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。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
38	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。			
	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。	a	利用者が相談や意見を述べやすいよう、毎週「よろず相談」を行い、様々な相談に応じるほか、意見箱を設置している。なお、よろず相談については掲示等により利用者に周知している。	
	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。			
	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。			
39	Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。			
	a) 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。	a	苦情解決の相談体制や手続き等の仕組みを確立し、解決手順の図を掲示し利用者等に周知している。また、受け付けた苦情への対応記録は保管し、結果を事業報告書などで公表している。	
	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。			
	c) 苦情解決の仕組みが確立していない。			
40	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。			
	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。	b	利用者からの意見等への対応はマニュアル化するとともに、パソコンシステムを利用し記録している。なお、急を要する場合は全体朝礼などで適宜対応している。また、マニュアルの定期的な見直しには至っていない。	利用者からの意見等に迅速に対応するため、定期的なマニュアルの見直しが望まれる。
	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。			
	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。			

Ⅲ-2 サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
41	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。			
	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。	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取組を中長期計画に明記するなど、体制を整備しているが、定められた評価基準に基づいた自己評価には至っていない。	定められた評価基準に基づいて、年1回以上の自己評価を組織的に行うことが望まれる。
	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。			
	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。			
42	Ⅲ-2-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。			
	a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。	a	中長期計画等に基づき、第三者評価の受審結果を各委員会を中心に分析し、組織として取り組むべき課題を明確にするとともに、新たな実施計画の作成に活かしている。	
	b) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでは至っていない。			
	c) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。			

Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
43	Ⅲ-2-(2)-① 提供する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。			
	a) 提供するサービスについて、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。	a	標準的な実施方法を規定する危機管理マニュアルに基づいたサービス提供がなされている。また、実施方法はパソコンシステムに入力され確認する仕組みがある。	
	b) 提供するサービスについて、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。			
	c) 提供するサービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。			
44	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。			
	a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みに従って検証・見直しを行っている。	a	サービス向上委員会において身体拘束や虐待防止に関するマニュアルの検証を定期的に行い、見直すなど、組織的に検証・見直し仕組みがある。	
	b) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。			
	c) 標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。			

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
45	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。			
	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。	a	利用者に関するサービス実施状況は、パソコンシステムにより記録が適切に行われ、職員間の情報の共有化が図られている。	
	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。			
	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。			
46	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。			
	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。	a	利用者に関する記録管理について、法人の規程集に規定し適切な管理が行われている。	
	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。			
	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。			
47	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。			
	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。	a	利用者の状況等に関する情報はパソコンシステムによるほか、個々の利用者ごとに作成する「個別支援計画確認（予定）表」により職員間で共有化している。	
	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。			
	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。			

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。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
48	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。			
	a) 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。	a	ホームページ、要覧および半年ごとに発行する法人広報紙等を通じて法人と事業所の情報を広く提供している。	
	b) 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。			
	c) 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を提供していない。			

評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
49 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。			
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。	b	サービス開始にあたり利用者等に説明し同意を得る際に用いる利用案内「利用者の皆様へ」の説明文にふりがなをつけるなど、わかりやすいように工夫がなされている。しかし、利用者等が理解しやすいような配慮を行うには至っていない。	利用者等が理解しやすいよう社会資源の活用を検討されたい。
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。			
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。			

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。

評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
50 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。			
a) サービスの内容や事業所の変更、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。	a	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引継ぎ文書を定めるほか、サービス終了後も、組織として相談にのるなど対応を行っている。	
b) サービスの内容や事業所の変更、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。			
c) サービスの内容や事業所の変更、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。			

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。

評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
51 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。			
a) 利用者の身体状況や生活状況等を正確に把握しており、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題（ニーズ）を具体的に明示している。	a	定められた手順に従い、パソコンシステムによる統一した様式によりアセスメントを行い、利用者の状況やニーズ等を具体的に把握している。	
b) 利用者の身体状況や生活状況等を正確に把握しているが、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題（ニーズ）を十分には明示していない。			
c) 利用者の身体状況や生活状況等を正確に把握しておらず、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題（ニーズ）を明示していない。			

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。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
52	Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。			
	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。	a	前項によるアセスメントで把握した利用者の状況やニーズ等に基づき、定められた手順に従いサービス実施計画を適切に策定している。また、利用者ごとに「個別支援計画確認(予定)表」を作成し、個々の留意点を職員間で共有し計画策定に役立てている。	
	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。			
	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。			
53	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。			
	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。	a	サービス実施計画の見直し時期や手順等を定めており、定期的に評価・見直しを行っている。なお、ケア会議に利用者が参加し、利用者の意向に添った計画の見直し等に配慮がなされている。	
	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。			
	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。			

評価対象Ⅳ 障害者・児福祉施設の固有のサービス内容

Ⅳ-1 利用者の尊重

Ⅳ-1-(1) 利用者の尊重

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
54	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や工夫がなされている。			
	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。	b	意思伝達に制限のある利用者には、離床センサー、ナースコールを活用するなど、個別のコミュニケーション手段を検討し、それに基づく支援がなされている。しかし、専門職と連携した定期的な面接を行うには至っていない。	意思伝達に制限のある利用者には、専門職と連携した定期的な面接を行うことが望まれる。
	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をしているが、十分ではない。			
	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。			
55	Ⅳ-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。			
	a) 利用者の主体的な活動が尊重されている。	a	利用者による自治会があり、担当職員を配置し、定期的に意向を聞く機会を持つなど、利用者の主体的な活動を確保し、必要な支援がなされている。	
	b) 利用者の主体的な活動の尊重に配慮しているが、十分ではない。			
	c) 利用者の主体的な活動が尊重されていない。			

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
56	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見守りと支援の体制が整備されている。			
	a) 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。	a	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対し、見守りと支援の体制が整備されている。なお、必要時迅速に支援する方針を会議等で確認するなど、組織的な取組がなされている。	
	b) 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の整備に配慮しているが、十分ではない。			
	c) 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ない。			
57	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がある。			
	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。	a	市内の病院や企業等で社会経験を積む「外勤実習」を実施するなど、社会生活力を高めるための個別の学習・訓練プログラムが用意されている。	
	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はあるが、十分ではない。			
	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。			

IV-2 日常生活支援

IV-2-(1) 食事

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
58	IV-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。			
	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。	a	食事対応マニュアルに基づき、各利用者の状態に応じて職員間で連携し円滑に対応している。なお、利用者に体調の変化があった場合は、看護師、栄養士に連絡し対応するが、緊急の場合は調理員に伝え対応することもある。	
	b) サービス実施計画に基づいた食事サービスの用意がされているが、留意点や支援内容が十分ではない。			
	c) サービス実施計画の食事サービスの留意点や支援内容が具体的になっていない。			
59	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て美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。			
	a) 食事が美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	b	食器が多種類あり、主食は週3回、副食は週5回の選択メニューがあるほか、デザートも選択でき、利用者が満足して食事ができるように配慮している。また、食事アンケートを実施し、結果を献立に反映しているが、利用者との意見交換等の機会を持つには至っていない。	利用者との意見交換や食事サービスの検討会議等への利用者の参加など、利用者がより一層美味しく、楽しく食べられる取組（工夫）が望まれる。
	b) 食事が美味しく、楽しく食べられるように工夫されているが、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がされていない。			

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
60	IV-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。			
	a) 喫食環境に配慮している。	a	食事アンケートで利用者の意見や希望を把握し、各種委員会や朝礼、利用者自治会で喫食環境、食事時間等について話し合い、改善に取り組んでいる。なお、食事時間は寮ごとに分けて、1週間ごとに順番を替えている。	
	b) 喫食環境に配慮しているが、十分ではない。			
	c) 喫食環境に配慮していない。			

IV-2-(2) 入浴

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
61	IV-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。			
	a) 入浴は利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a	利用者の障害程度や介助方法などがサービス実施計画に記載され、入浴対応マニュアルに基づき、各利用者の状況に合わせて安全に入浴できるよう支援している。なお、入浴ができない利用者には清拭を行ったり、オムツ交換時には蒸しタオルを使用したりするなど、清潔の保持と利用者の心地よさに配慮している。	
	b) 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が、十分ではない。			
	c) 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ない。			
62	IV-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。			
	a) 入浴は利用者の希望に沿って行われている。	a	24時間風呂で、希望する利用者は毎日入浴が可能であり、夜間の失禁や発汗時にも対応できる。また、男性の自主入浴希望者が増加しており、入浴時間の延長希望があるため、ホームごとや利用者自治会で利用者の意見を聞き、対応を検討している。	
	b) 入浴は利用者の希望に沿って行われているが、十分ではない。			
	c) 入浴は利用者の希望に沿って行われていない。			
63	IV-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。			
	a) 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	職員が指導のもと利用者と浴室等を清掃するなど、衛生環境は適切である。また、設備上不備がある場合は、生活支援委員会や総務委員会で検討し、早急に対応している。	
	b) 浴室・脱衣場等の環境確保のために工夫はしているが、十分ではない。			
	c) 浴室・脱衣場等の環境は適切ではない。			

IV-2-(3) 排泄

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
64	IV-2-(3)-① 排泄介助は適切に行われている。			
	a) 排泄介助は適切に行われている。	a	排泄対応マニュアルに基づき、適切に介助している。なお、毎朝、全利用者に対して排便チェックを行ったり、医師の指示に基づき排尿チェックを行ったりするなど、排泄介助の結果とともに記録している。	
	b) 利用者一人ひとりの状態に応じた排泄介助が行われているが、十分ではない。			
	c) 介助は適切に行われていない。			
65	IV-2-(3)-② トイレの環境は快適である。			
	a) トイレの環境は快適である。	a	職員が指導のもと利用者とトイレを清掃するなど、定期的に点検し、衛生環境が快適である。なお、トイレ環境の問題点や改善点がある場合は、係長会議で検討し、速やかに対応している。	
	b) トイレの快適な環境づくりに配慮しているが、十分ではない。			
	c) トイレの快適な環境づくりに配慮していない。			

IV-2-(4) 衣服

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
66	IV-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。			
	a) 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	利用者の主体性を尊重した衣類の選択支援がなされている。なお、支給される被服費で必要な衣類が適切に購入できるよう支援がなされている。	
	b) 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が十分ではない。			
	c) 利用者の個性や好みを尊重した衣服の選択について支援がなされていない。			
67	IV-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。			
	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。	a	衣類の汚れ時等の更衣について、更衣対応マニュアルに基づき適切に対応している。また、衣類が破損した場合等は、シルバー人材センターの会員が交替で業務にあたり、補修した衣類が速やかに利用者へ届く仕組みとなっている。	
	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。			
	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。			

IV-2-(5) 理容・美容

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
68	IV-2-(5)-① 髪型や化粧等は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) 髪型や化粧等は利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援を行っている。	a	髪型や化粧等の身だしなみは、利用者の希望や好み が理美容師に伝わるよう支援している。なお、外出 や夏祭り、クリスマス等の行事時には、利用者から 髪型や化粧等の相談があり対応している。	
	b) 髪型や化粧等は利用者の個性や好みを尊重した支 援を行っているが、十分ではない。			
	c) 髪型や化粧等は利用者の個性や好みを尊重した支 援が行われていない。			
69	IV-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。			
	a) 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a	地域の理・美容店の利用を希望する利用者には、利 用料金等を説明するなど、理解を促している。ま た、利用する地域の理・美容店には、職員が利用者 の障害の程度、交通手段、送迎等について連絡・調 整し、安全に外出できるよう支援している。	
	b) 理髪店や美容院の利用について配慮しているが、 十分ではない。			
	c) 理髪店や美容院の利用について配慮していない。			

IV-2-(6) 睡眠

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
70	IV-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。			
	a) 安眠できるように配慮している。	a	睡眠対応マニュアルと個別支援計画に基づき、安眠 できるよう配慮している。なお、不眠、不穏などの ある利用者は、個室に移動してもらったり、医師か ら指示された睡眠導入剤を投薬したりするなど、個 別に対応している。	
	b) 安眠できるように配慮しているが、十分ではな い。			
	c) 安眠できるように配慮していない。			

IV-2-(7) 健康管理

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
71	IV-2-(7)-① 日常の健康管理は適切に行われている。			
	a) 日常の健康管理は適切に行われている。	a	健康管理簿に各利用者の健康状態を記録し、日常の 健康管理を適切に行っている。なお、歯科で直接指 導を受けていない利用者に対しては、歯科衛生士か ら口腔ケアの指導を受けた職員が、利用者の口腔状 態などを把握し、改善に向けて毎日支援している。	
	b) 日常の健康管理体制の整備や健康維持のための配 慮はなされているが、十分ではない。			
	c) 日常の健康管理が適切に行われていない。			

評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
72 IV-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。			
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。	a	緊急対応マニュアルに基づき、利用者の緊急事態に備えている。利用者は月1回往診を受け、緊急時には速やかに内科医、精神科医を受診できるよう連携体制を整えている。	
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。			
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。			

73 IV-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは適切に行われている。			
a) 内服薬・外用薬等の扱いは適切に行われている。	a	利用者の服薬状況は健康管理簿やパソコンシステムに記録している。また、薬物の取り違え・服用拒否や服用忘れ・重複服用等を防止するためのマニュアルに基づき、適切に管理している。	
b) 内服薬・外用薬等の扱いについて配慮しているが、十分ではない。			
c) 内服薬・外用薬等の扱いが適切に行われていない。			

IV-2-(8) 余暇・レクリエーション

評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
74 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行われている。			
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。	a	余暇やレクリエーション活動は、利用者自治会等を通じて把握した利用者の意向を反映させ、希望に沿って行っている。また、利用者の要望で映画鑑賞会を開催したり、地域の図書館で好きな本を借りたり、小学校との交流を図ったりするなど、地域の社会資源を積極的に活用している。	
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。			
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。			

IV-2-(9) 外出、外泊

評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
75 IV-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。			
a) 外出は利用者の希望に応じて行われている。	b	外出対応マニュアルに基づき、外出に関する要望等がある場合は、利用者自治会集会でその都度説明等を行っているが、利用者と話合っって外出に関するルールを設定するには至っていない。	利用者との話し合いによる外出に関するルールづくりが望まれる。
b) 外出は利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。			
c) 外出は利用者の希望に応じて行われていない。			

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
76	IV-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。			
	a) 外泊は利用者の希望に応じて行われている。	b	外泊対応マニュアルに基づき、利用者や家族の要望に応じて支援している。帰省外泊訓練やふるさと旅行等を計画し、利用者の情緒安定や家族の安心につながるよう工夫している。しかし、利用者と一緒に外泊に関するルールを設定するには至っていない。	利用者との話し合いによる外泊に関するルールづくりが望まれる。
	b) 外泊は利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。			
	c) 外泊は利用者の希望に応じて行われていない。			

IV-2-(10) 所持金・預かり金の管理等

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
77	IV-2-(10)-① 所持金・預かり金について、適切な管理体制が整備されている。			
	a) 所持金・預かり金について、適切な自己管理および施設の管理体制が整備され、確実な取り組みが行われている。	b	利用者の預かり金等に関する規程に基づき、金銭は事務所で一括管理するなど責任の所在を明らかにし、内部牽制が機能するようにしている。また、小遣い帳を活用したり、施錠ロッカーを使用したりするなど、利用者の障害の程度に応じて自己管理できるよう支援しているが、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するには至っていない。	金銭管理技能を含めた学習プログラムについては、利用者の障害の程度に応じて、段階的に進められるよう用意することが望まれる。
	b) 所持金・預かり金について、自己管理および施設の管理体制が整備されているが、取り組みが十分ではない。			
	c) 所持金・預かり金について、自己管理および施設の管理体制が整備されていない。			

IV-2-(11) 新聞・雑誌の購読等

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
78	IV-2-(11)-① 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) 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望が尊重されている。	a	新聞や雑誌、テレビの共同利用方法等について、利用者自治会で主体的に話し合い決めている。なお、決定したことや変更したことは、各ホームで説明し、利用者が理解できるように支援している。	
	b) 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望が尊重されているが、十分ではない。			
	c) 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に十分応じていない。			

IV-2-(12) 嗜好品の自由

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
79	IV-2-(12)-① 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、利用者の意思や希望が尊重されている。			
	a) 嗜好品については利用者の意思や希望が尊重されている。	b	男女別に喫煙所を設置し、ライターの使用法、掃除などのマナーを守りながら利用できるように配慮している。また、利用者を対象としたたばこの害について定期的な研修の実施等には至っていない。	酒やたばこの害について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定期的に行うことが望まれる。
	b) 嗜好品については利用者の意思や希望が尊重されているが、十分ではない。			
	c) 嗜好品については利用者の意思や希望に十分応じていない。			