

身体障害者療護施設「リハビリテーションセンター療護部」評価結果

社会福祉施設の運営管理

- 1 理念・基本方針	
(1) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が周知されている。	
評価結果	社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が職員に共有化されている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が全職員に向けて明示されており、職員間で共通認識を持つ機会が具体的に設けられている。</p> <p>b) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が全職員に向けて明示されているが、職員間で共通認識を持つ機会が具体的に設けられていない。</p> <p>c) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が職員に向けて明示されていない。</p>
評価結果	社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に周知している。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に理解してもらうために利用開始前に具体的な説明がなされ、かつ、利用開始後も、疑問や質問等が生じた場合に対応するための具体的な体制ができています。</p> <p>b) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に理解してもらうために利用開始前に具体的な説明がなされているが、利用開始後に疑問や質問等が生じた場合に対応する具体的な体制はできていない。</p> <p>c) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に理解してもらうための利用開始前の説明が十分ではない。</p>
<p>【 -1 理念・基本方針の特記事項】</p> <p>・基本方針が、平成16年「リハビリセンターのあるべき姿」をテーマに見直しされ、生活支援員、責任者により検討、更に経営会議において検討され、平成17年度に作成された。(1)-</p>	

- 2 事業計画	
(1) サービスの質の向上に向けた事業計画を策定している。	
評価結果	福祉サービス実施機関としての中・長期的な課題を把握している。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) サービス内容やサービス実施体制について分析を行い、中・長期的な課題や問題点を把握しており、サービスの質を高めるための具体的な事業計画ができています。</p> <p>b) サービス内容やサービス実施体制について分析を行い、中・長期的な課題や問題点を把握しているが、サービスの質を高めるための具体的な事業計画はできていない。</p> <p>c) サービス内容やサービス実施体制について、中・長期的な課題や問題点を把握していない。</p>
評価結果	中・長期的な計画に基づいて当該年度の事業計画が適切に策定されている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 年度毎にサービス内容やサービス実施体制について分析を行い、課題や問題点を把握しており、サービスの質を高めるための具体的な事業計画ができています。</p> <p>b) 年度毎にサービス内容やサービス実施体制について分析を行い、課題や問題点を把握しているが、サービスの質を高めるための具体的な事業計画はできていない。</p> <p>c) 年度毎にサービス内容やサービス実施体制について、課題や問題点を把握していない。</p>

身体障害者療護施設「リハビリテーションセンター療護部」評価結果

(2) 事業計画の評価を行っている。	
評価 結果	事業計画の実施状況に関する評価を行っている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 事業計画に関する実施状況及び結果についての評価は職員の自己評価に基づいて行われており、そのための評価の様式が整備されている。</p> <p>b) 事業計画に関する実施状況及び結果についての評価は職員の自己評価に基づいて行われているが、そのための評価の様式が整備されていない。</p> <p>c) 事業計画に関する実施状況及び結果についての評価は職員の自己評価に基づいて行われていない。</p>
<p>【 -2 事業計画の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「経営改革ビジョン」が示され、部門単位の経営強化が図られている。(1) - ・6月の班長会議で「各班長からの平成18年度事業計画の意見」が議題に挙げられ、平成18年度事業計画の進捗状況が検討される。7月には次年度の事業計画(案)が検討されて、9月に平成19年度事業計画が作成される。(2) - 	

- 3 管理者の責任とリーダーシップ	
(1) 管理者の責任が明確にされている。	
評価 結果	管理者の責任が明文化されている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者及び各職員の責任のあり方について、明文化されており、かつ共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 管理者及び各職員の責任のあり方について、明文化されているが、共通認識を図る場は設けられていない。</p> <p>c) 管理者及び各職員の責任のあり方について、明文化されていない。</p>
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	
評価 結果	管理者は福祉サービスの向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような組織作りをしている。
a	<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具体的な取り組みを行い、かつ職員からの業務改善等の提案を具体的に検討する場を設ける等福祉サービスの質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような組織作りをしている。</p> <p>b) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた具体的な取り組みを行っているが、職員からの業務改善等の提案を具体的に検討する場を設ける等福祉サービスの質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような組織作りはしていない。</p> <p>c) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた具体的な取り組みを行っておらず、職員からの業務改善等の提案を具体的に検討する場を設ける等福祉サービスの質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような組織作りもしていない。</p>
<p>【 -3 管理者のリーダーシップの特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員に対し「意向調査」を実施し、業務上の提案を受け、必要に応じて検討の場を設定している。 <p style="text-align: right;">(2) -</p>	

身体障害者療護施設「リハビリテーションセンター療護部」評価結果

- 4 体制及び責任	
(1) 施設の運営が適切に行われている。	
評価 結果	施設内の組織について職制・職務分掌等を明確にしている。
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>a)</u> 職種ごとの分担や責任の所在が明文化されており、かつ、職員会議等で、共通認識を持つための取り組みを行っている。</p> <p>b) 職種ごとの分担や責任の所在が明文化されているが、職員会議等で共通認識を持つための取り組みは、十分に行われていない。</p> <p>c) 職種ごとの対する分担や責任の所在が明文化されていない。</p>
評価 結果	サービス内容の記録や引き継ぎは適切に行われている。
c	<p>【判断基準】</p> <p>a) サービス内容の記録や引継ぎのあり方について明文化されており、かつ、職員会議等で、共通認識を持つための取り組みを行っている。</p> <p>b) サービス内容の記録や引継ぎのあり方について明文化されているが、職員会議等で共通認識を持つための取り組みは十分ではない。</p> <p><u>c)</u> サービス内容の記録や引継ぎのあり方について明文化されていない。</p>
<p>【 -4 体制及び責任の特記事項】</p> <p>・平成18年3月「あるべき(求められる)職員像」が整備され役職別、部門別に目指すべき姿が提示された。</p> <p style="text-align: right;">(1) -</p>	

- 5 経営状況の把握	
(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	
評価 結果	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための具体的な取り組みを行い、把握された情報について職員と共通認識を図る場を設けている。</p> <p><u>b)</u> 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための具体的な取り組みを行っているが、把握された情報について職員と共通認識を図る場を設けていない。</p> <p>c) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための具体的な取り組みを行っていない。</p>
評価 結果	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。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 経営状況を分析的に把握して改善に向けた具体的な取り組みを行い、かつ経営状況について職員の共通認識を図る場を設けている。</p> <p><u>b)</u> 経営状況を分析的に把握して改善に向けた具体的な取り組みを行っているが、経営状況について職員の共通認識を図る場は設けられていない。</p> <p>c) 経営状況の分析的な把握も改善に向けた具体的な取り組みも行っていない。</p>

身体障害者療護施設「リハビリテーションセンター療護部」評価結果

<p>【 -5 経営状況の把握の特記事項】</p> <p>・事業団経営責任者会議で経営全般にわたり検討がされ、班長会議で報告検討されている。一般職員には、会議録が閲覧され関連資料を見ることが出来るようになっている。(1) -</p>
--

- 6 サービス内容の検討体制	
(1) 質の向上のための取り組みが行われている。	
評価 結果	提供するサービス全般の内容検討が定期的に行われている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 提供するサービス全般の内容検討を目的とした委員会等が職種や経験年数の異なる委員から構成され、かつ他施設の情報等も取り入れながら定期的開催されている。</p> <p>b) 提供するサービス全般の内容検討を目的とした委員会が職種や経験年数の異なる委員から構成されているが、定期的開催されておらず、他施設の情報等を取り入れたものでもない。</p> <p>c) 提供するサービス全般の内容検討を目的とした委員会が組織されていない。</p>
評価 結果	サービス全般の検討内容や結果について、職員の共通認識が図られている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 検討内容や結果が記録されており、職員会議等で、具体的な方向性についての共通認識を持つための取り組みを行っている。</p> <p>b) 検討内容や結果が記録されているが、職員会議等で、具体的な方向性についての共通認識を持つための取り組みは行われていない。</p> <p>c) 検討内容や結果が記録されておらず、職員会議等で、具体的な方向性についての共通認識を持つための取り組みも行われていない。</p>
<p>【 -6 サービス内容の検討体制の特記事項】</p> <p>・リーダー会議、班長会議等の代表者会議が毎月開催され、リハビリセンター内の委員会（20種）が定期的開催され、専門的な検討や各部署の調整が図られている(1) -</p> <p>・委員会の会議内容を記録して各部署に配布する他に、パソコンを利用して会議内容、委員会のまとめを閲覧できる仕組みができています。(1) -</p>	

- 7 人事管理・研修	
(1) 人事管理の体制が整備されている。	
評価 結果	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 組織が目標とするサービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制を検討する体制ができており、サービスの質の確保と人員体制に関して職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 組織が目標とするサービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制を検討する体制ができていないが、サービスの質の確保と人員体制に関して職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 組織が目標とするサービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制を検討する体制ができていない。</p>

身体障害者療護施設「リハビリテーションセンター療護部」評価結果

評価 結果	人事考課が明確かつ客観的な基準により行われている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 定期的な人事考課を実施しており、客観性・公平性・透明性を確保するための工夫や、職員の納得を得るための仕組みを整備している。</p> <p>b) 定期的な人事考課を実施しているが、客観性・公平性・透明性を確保するための工夫がなされていない。</p> <p>c) 定期的な人事考課を実施していない。</p>
(2) 職員の就業環境に配慮がなされている。	
評価 結果	職員の就業環境や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 職員の就業環境や意向を定期的に把握し、かつ就業環境に問題がある場合には改善に向けて職員をサポートする仕組みが構築されている。</p> <p>b) 職員の就業環境や意向を定期的に把握しているが、問題があっても改善したり、職員をサポートする仕組みが構築されていない。</p> <p>c) 職員の就業環境や意向を把握していない。</p>
評価 結果	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 福利厚生センター等の福利厚生事業に加入し、かつ組織として独自の福利厚生事業を実施している。</p> <p>b) 福利厚生センター等の福利厚生事業に加入しているが、組織として独自の福利厚生事業を実施していない。</p> <p>c) 福利厚生事業への取り組みを実施していない。</p>
(3) 職員の研修体制が確立している。	
評価 結果	職員の資質向上に関する目標を設定している。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 職員の知識や技術等の修得に関する具体的な目標を単年度毎に設定し、担当者を中心にして職員研修を組織的に計画推進するための体制ができている。</p> <p>b) 職員の知識や技術等の修得に関する具体的な目標を単年度毎に設定しているが、担当者を中心にした職員研修を組織的に計画推進するための体制ができていない。</p> <p>c) 職員の知識や技術等の修得に関する具体的な目標も設定されておらず、組織的な計画推進もできていない。</p>
評価 結果	職員の研修ニーズに基づく研修計画を策定している。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 職員一人一人の研修ニーズを把握する機会が設けられ、それに基づいた具体的な研修計画が策定されている。</p> <p>b) 職員一人一人の研修ニーズを把握する機会が設けられているが、それに基づいた具体的な研修計画は策定されていない。</p> <p>c) 職員一人一人の研修ニーズを把握する機会が設けられておらず、研修計画も策定されていない。</p>

身体障害者療護施設「リハビリテーションセンター療護部」評価結果

<p>【 -7 人事管理・研修の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員意識調査票が作成され「所属長用」「一般職員用」別に業務内容、職場の人間関係、職種、業務希望等の意見、要望が聞き取る体制ができています。(2) - ・全職員を対象に年1回管理者による個別ヒヤリングが実施され、職員の現状把握や要望を聞き取る体制ができています。(2) - ・新採用者を対象とした研修「フレッシュパーソントレーナー制度」が実施され、担当職員による1年間のフォロー体制が整えられている。(3) -

地域等との関係

- 1 地域社会との関係	
(1) 地域とのつながりを強めるための取り組みを行っている。	
評価結果	社会福祉施設としての役割等についての理解を深めるための取り組みをしている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 社会福祉施設としての役割等について、自治会や商店街等、地域に理解してもらうような活動をしていて、協力団体等の施設を支援する組織がある。</p> <p>b) 社会福祉施設としての役割等について、自治会や商店街等、地域に理解してもらうための活動をしているが、施設を支援する組織がない。</p> <p>c) 社会福祉施設としての役割等について、自治会や商店街等、地域に理解してもらうための活動をしていない。</p>
評価結果	専門機能が地域で活用されるための取り組みをしている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 社会福祉施設の持っている専門的な知識や能力を地域で活用してもらうために、施設としての取り組みを行い、かつ職員が共通認識を持つ機会を設けている。</p> <p>b) 社会福祉施設の持っている専門的な知識や地域で活用してもらうために、施設としての取り組みを行っているが、職員が共通認識を持つ機会を設けていない。</p> <p>c) 社会福祉施設の持っている専門的な知識や能力を地域で活用してもらうために、施設としての取り組みを行っていない。</p>
<p>【 -1 地域社会等との関係の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成17年「地域福祉支援準備室」が整備され、地域との関係作りをテーマに検討が進められてきている。(1) - 	

- 2 ボランティアの受け入れ	
(1) ボランティアの受け入れが適切に行われている。	
評価結果	ボランティアの受け入れに関する基本的な考え方の共通認識が図られている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の権利擁護の視点に立ったボランティア受け入れの可否を含む基本的な考え方が明示されており、かつ職員間で共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者の権利擁護の視点に立ったボランティア受け入れの可否を含む基本的な考え方が明示されているが、職員間で共通認識を図る場は設けられていない。</p> <p>c) 利用者の権利擁護の視点に立ったボランティア受け入れの可否を含む基本的な考え方が明示されていない。</p>

身体障害者療護施設「リハビリテーションセンター療護部」評価結果

評価 結果	ボランティアの受け入れにあたり利用者及びボランティアに適切な説明がなされている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) ボランティアに対して必要な事前説明を行い、かつ利用者に対しても活動開始前の説明を十分行っている。</p> <p>b) ボランティアに対して必要な事前説明を行っているが、利用者に対しての活動開始前の説明が十分ではない。</p> <p>c) ボランティアに対しての必要な事前説明や利用者に対しての活動開始前の説明も行われていない。</p>
評価 結果	ボランティアの受け入れについての工夫がなされている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) ボランティアに関する担当者が決められており、かつトラブル処理を含めてのボランティア受け入れマニュアルが整備されている。</p> <p>b) ボランティアに関する担当者が決められているが、マニュアルは整備されていない。</p> <p>c) ボランティアに関する担当者が決められておらず、マニュアルも整備されていない。</p>
評価 結果	ボランティアからの疑問等に応えている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) ボランティアからの疑問等について適切に対応し、必要に応じて業務改善につなげる体制ができています。</p> <p>b) ボランティアからの疑問等について対応はするが、業務改善につなげるような体制はできていない。</p> <p>c) ボランティアからの疑問等を受け付けるような環境を整えていない。</p>
<p>【 -2 ボランティアの受け入れの特記事項】</p> <p>・ボランティアの受入にあたり「ボランティアへのお願い」「外出ボランティアへのお願い」がボランティア委員から説明される。(プライバシー、個人情報、待遇留意点、事故対応が説明される。)</p> <p style="text-align: right;">(1) -</p> <p>・利用者2名が参加したボランティア委員会が定期的開催されている。(1) -</p>	

- 3 実習生・体験学習への対応	
(1) 実習生や体験学習の受け入れが適切に行われている。	
評価 結果	実習生や体験学習の受け入れに関する基本的な考え方が明示されており、共通認識が図られている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の権利擁護の視点に立った受け入れの可否を含む実習や体験学習の基本的な考え方が明示されており、かつ職員間で共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者の権利擁護の視点に立った受け入れの可否を含む実習や体験学習の基本的な考え方が明示されているが、職員間で共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者の権利擁護の視点に立った受け入れの可否を含む実習や体験学習の基本的な考え方が明示されていない。</p>

身体障害者療護施設「リハビリテーションセンター療護部」評価結果

評価 結果	実習や体験学習の意味について利用者及び実習生に適切な説明がなされている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 受け入れにあたって、実習生に対して必要な事前説明を行い、かつ実習や体験学習開始前に利用者の了解を得ている。</p> <p>b) 受け入れにあたって、実習生に対して必要な事前説明を行っているが、実習や体験学習開始前の利用者の了解は十分に得ていない。</p> <p>c) 受け入れにあたって、実習生に対しての事前説明や利用者の了解は得ていない。</p>
評価 結果	効果的な実習や体験学習を行うための工夫がなされている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 受け入れに関する指導担当者が決められており、かつ効果的な実習並びに体験学習が行われるためにトラブル処理を含めての受け入れマニュアルが整備されている。</p> <p>b) 受け入れに関する指導担当者が決められているが、受け入れマニュアルは整備されていない。</p> <p>c) 受け入れに関する指導担当者が決められておらず、受け入れマニュアルも整備されていない。</p>
<p>【 -3 実習生・体験学習への対応の特記事項】</p> <p>・「実習受入れマニュアル」「実習の手引き」が整備され基本的考え方が明示されている。訪問介護養成研修、中学生体験学習、社会福祉実習、教員免許特例法による介護等体験受入れ調整事業を年間を通して実施している。 (1)-</p>	

サービスの利用開始

- 1 サービス開始時の対応	
(1) サービスの開始が適切に行われている。	
評価 結果	施設が行っているサービスに関する情報の提供を行っている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設が実施するサービス等の情報について、適切かつ選択し易いような工夫のもと、情報提供は十分行われている。</p> <p>b) 施設が実施するサービス等の情報について、適切かつ選択し易いような工夫はしているが、情報提供は十分ではない。</p> <p>c) 施設が実施するサービス等の情報について、適切かつ選択し易いような工夫は特にしていない。</p>
評価 結果	サービスの実施にあたり、利用者やその家族等に説明し、同意を得ている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) サービスの実施に先立つ利用者やその家族等に対する説明について、施設が定める方法に基づいて重要事項等の説明を行うとともに、必ず意向を把握して、同意を得ている。</p> <p>b) サービスの実施に先立つ利用者やその家族等に対する説明について、施設が定める方法に基づいて重要事項等の説明を行い、同意は得ているが、意向の把握は十分ではない。</p> <p>c) サービスの実施に先立つ利用者やその家族等に対する説明について、施設が定める方法は整備されておらず、重要事項等の説明も同意を得ることも十分ではない。</p>

身体障害者療護施設「リハビリテーションセンター療護部」評価結果

(2) 利用者との契約が適切に行われている。	
評価 結果	契約を締結することが困難な利用者に対する配慮がなされている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用契約については契約書を取り交わし、かつ本人が契約することが困難である場合には、成年後見制度を積極的に活用して利用者に対する援助を行っている。</p> <p>b) 利用契約については契約書を取り交わしているが、本人が契約することが困難である場合には、成年後見制度を使つての利用者に対する援助は十分ではない。</p> <p>c) 利用契約については契約書を取り交わしているが、本人が契約することが困難である場合には、成年後見制度を使つての利用者に対する援助はしていない。</p>
<p>【 -1 サービス開始時の対応の特記事項】</p> <p>・重要事項説明については、生活支援員 3 名が立合い・利用者及び家族に重要事項を分かりやすく説明を行い、その後、生活支援員 3 名が同意書に押印している。(1)-</p>	

個別支援計画の策定・変更

- 1 個別支援計画（ケアプラン）の管理	
(1) 個別支援計画（ケアプラン）に関する責任体制が明確である。	
評価 結果	個別支援計画（ケアプラン）の作成、実施において責任者が定められ、指導助言が十分なされている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者一人一人の個別支援計画（ケアプラン）の作成を統括する担当者を置き、かつその実施状況を総合的に把握、管理する責任者を定め、指導助言が行われている。</p> <p>b) 利用者一人一人の個別支援計画（ケアプラン）の作成を統括する担当者を置き、その実施状況を総合的に把握、管理する責任者を定めているが、指導助言は十分ではない。</p> <p>c) 利用者一人一人の個別支援計画（ケアプラン）の作成を職員が個々に行なっている。</p>
評価 結果	利用者の状況等に関する情報を職員が共有化している。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者一人一人の個別支援計画（ケアプラン）の作成及び変更にあたり、関係する職員間の合意形成が十分図られている。</p> <p>b) 利用者一人一人の個別支援計画（ケアプラン）の作成及び変更にあたり、関係する職員間の合意形成は十分ではない。</p> <p>c) 利用者一人一人の個別支援計画（ケアプラン）の作成及び変更にあたり、関係する職員間で合意形成は図られていない。</p>
(2) 利用者やその家族の意向を尊重したサービス実施計画を作成している。	
評価 結果	個別支援計画（ケアプラン）の作成及び変更時において「説明」と「同意」を得ている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 個別支援計画（ケアプラン）の作成及び変更にあたり、利用者及びその家族へ説明し、同意を十分得ている。</p> <p>b) 個別支援計画（ケアプラン）の作成及び変更にあたり、利用者及びその家族への説明及び同意を得ることは十分ではない。</p> <p>c) 個別支援計画（ケアプラン）の作成及び変更にあたり、利用者及びその家族への説明はされていない。</p>

身体障害者療護施設「リハビリテーションセンター療護部」評価結果

<p>【 -1 個別支援計画（ケアプラン）の管理の特記事項】</p> <p>・班会議及び寮会議の中で、利用者の身体状況及び生活状況（生活環境、健康、日常生活活動、コミュニケーション、社会生活技能、社会参加及び余暇活動並びに家族とのつながり）について、職員間の共通認識を行っている。また、作成及び変更にあっても「サービス計画の実施及び途中変更については、身体状況並びに生活状況の状態像を勘案され、また、利用者の希望を受け入れて策定されている」ことが書面に明記され、利用者及び利用者の代理人等に対して、担当職員が状況説明・同意を得ている。</p> <p>(1)- 、(1)- 、(2)-</p>

- 2 個別支援計画（ケアプラン）の策定	
(1) 利用者一人一人についてアセスメントを行っている。	
評価 結果	利用者の情報（事実）を把握し、課題（ニーズ）を明示している。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 全ての利用者についての身体状況や生活状況等に関する情報を把握し、それに基づいてのニーズが具体的に明示されている。</p> <p>b) 全ての利用者についての身体状況や生活状況等に関する情報を把握しているが、それに基づくニーズの具体的な明示は十分ではない。</p> <p>c) 全ての利用者についての身体状況や生活状況等に関する情報を把握が十分ではなく、それに基づくニーズの具体的な明示も十分ではない。</p>
(2) 一人一人の利用者に対する個別支援計画（ケアプラン）を作成している。	
評価 結果	課題解決の目標を明らかにし、目標に対する個別支援計画（ケアプラン）が作成されている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者一人一人のニーズに対して、課題解決の目標を明示し、その目標に対する具体的な個別支援計画（ケアプラン）を作成している。</p> <p>b) 利用者一人一人のニーズに対して、課題解決の目標を明示しているが、その目標に対する具体的な個別支援計画（ケアプラン）の作成は十分ではない。</p> <p>c) 利用者一人一人のニーズに対して、課題解決の目標の明示も、その目標に対する具体的な個別支援計画（ケアプラン）の作成も十分ではない。</p>
<p>【 -2 個別支援計画（ケアプラン）の策定の特記事項】</p> <p>・アセスメントについて利用者の身体状況・生活状況について（生活環境・健康・日常生活活動・コミュニケーション・社会生活技能、社会参加及び余暇活動並びに家族とのつながり）の項目を更に細分化された仕組みになっている。また、課題解決の目標については、四半期毎の見直しを行い具体的に内容が明示されている。(1)- ・(2)- 。</p>	

身体障害者療護施設「リハビリテーションセンター療護部」評価結果

- 3 サービスの実施	
(1) サービス実施に関わる記録が整備されている。	
評価 結果	計画の実施に関わる記録が整備されている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 一人一人の利用者について、その個別支援計画（ケアプラン）の実施状況が適切かつ十分に記録されている。</p> <p>b) 一人一人の利用者について、その個別支援計画（ケアプラン）の実施状況の記録が十分ではない。</p> <p>c) 一人一人の利用者について、その個別支援計画（ケアプラン）の実施状況が記録されていない。</p>
(2) サービスの実施にあたり各種マニュアルの見直しが行われている。	
評価 結果	各種マニュアルについての定期的な見直しが行われている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 各種マニュアル類は定期的に検証し、必要な場合には見直しを行い、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 各種マニュアル類は定期的に検証し、必要な場合には見直しを行っているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 各種マニュアルの定期的な検証・見直しはしていない。</p>
<p>【 -3 サービスの実施の特記事項】</p> <p>・各種マニュアルの検証及び見直しについては、利用者支援検討委員会が設置されている。委員会は16名で組織され、職種は「生活支援員、介護員、看護師、事務員及び参与（寮長）」である。この体制の中、委員長が毎月一回委員を招集し、利用者の支援の充実に向けて協議、検討及び研究並びに整備を行っている。(1)-</p>	

- 4 評価・変更	
(1) サービスの実施に関する評価を行っている。	
評価 結果	利用者の情報が個別支援計画（ケアプラン）作成の責任者に確実に伝わる体制ができている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の状況の変化等に関する情報が、責任者に確実に伝達されるための体制が整備されている。</p> <p>b) 利用者の状況の変化等に関する情報が、責任者に確実に伝達されるための体制の整備が十分ではない。</p> <p>c) 利用者の状況の変化等に関する情報が、責任者に確実に伝達されるための体制を整備していない。</p>

身体障害者療護施設「リハビリテーションセンター療護部」評価結果

(2) 評価結果を個別支援計画(ケアプラン)に反映している。	
評価結果	個別支援計画(ケアプラン)の見直しが行われている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の情報をふまえ、設定されている目標に対する実施・達成状況を定期的に評価し、必要な場合には個別支援計画(ケアプラン)の変更が行われている。</p> <p>b) 利用者の情報をふまえ、設定されている目標に対する実施・達成状況を定期的に評価しているが、個別支援計画(ケアプラン)の変更は十分ではない。</p> <p>c) 利用者の情報をふまえ、設定されている目標に対する実施・達成状況の評価は定期的に行われず、個別支援計画(ケアプラン)の変更も十分ではない。</p>
<p>【 -4 評価・変更の特記事項】</p> <p>・ケース会議において、利用者の身体状況及び生活状況に関する情報を、各職種(生活支援員・介護員・看護師・理学療法士・栄養士)に伝達し、その利用者の状態像に係わるケース内容を協議・検討を行うとともに、個別支援計画書の実施・達成状況が四半期毎に評価及び見直しを行っている。(2)-</p>	

サービスの内容

-1 人権の擁護	
(1) 利用者一人一人の尊厳を守っている。	
評価結果	職員の接し方は、利用者一人一人の尊厳を守っている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 接し方(年齢や状況に応じた呼称・言葉づかいを含む)については、指針又はマニュアルが整備され、改善するための検討会議や研修が設けられている。</p> <p>b) 接し方(年齢や状況に応じた呼称・言葉づかいを含む)については、指針又はマニュアルが整備されているが、改善するための検討会議や研修が設けられていない。</p> <p>c) 接し方(年齢や状況に応じた呼称・言葉づかいを含む)については、指針又はマニュアルが整備されていない。</p>
評価結果	利用者への虐待等(拘束、暴言、暴力、無視、放置等)の人権侵害の防止策を講じている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 虐待等については利用者の人権を守るための指針等を整備し、職員会議等で職員の共通認識を図る場を設け、周知徹底されている。</p> <p>b) 虐待等については利用者の人権を守るための指針等を整備し、職員会議等で職員の共通認識を図る場を設けているが、周知徹底は十分ではない。</p> <p>c) 虐待等については利用者の人権を守るための指針等を整備されていない。</p>

身体障害者療護施設「リハビリテーションセンター療護部」評価結果

評価 結果	虐待等に備えた対応方法が定められている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 虐待等（利用者へのセクハラ含）については、就業規則（サービス規定等）、運営管理規定等で禁止事項・罰則規定が明文化され、虐待等が行われたり、疑われたりした場合の対応策（調査委員会の設置、家族への説明、当事者への補償等）が定められている。</p> <p>b) 虐待等（利用者へのセクハラ含）については、就業規則（サービス規定等）、運営管理規定等で禁止事項・罰則規定が明文化されているが、虐待等が行われたり、疑われたりした場合の対応策（調査委員会の設置、家族への説明、当事者への補償等）は定められていない。</p> <p>c) 虐待等（利用者へのセクハラ含）については、就業規則（サービス規定等）、運営管理規定等で禁止事項・罰則規定が明文化されていない。</p>
(2) 利用者の基本的な権利行使への配慮がなされている。	
評価 結果	選挙権の行使への配慮と支援がなされている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 選挙権の行使については、マニュアルが整備され、利用者の意思に基づく投票方法が選択できる。</p> <p>b) 選挙権の行使については、マニュアルが整備されているが、利用者の意思に基づく投票方法が選択できない。</p> <p>c) 選挙権の行使については、マニュアルが整備されていない。</p>
評価 結果	通信の自由が最大限確保されるよう、配慮されている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 通信については、複数の手段（個人所有、共有、機器類）を選択することができ、適切な支援が行なわれている。</p> <p>b) 通信の手段（個人所有、共有、機器類）は限定されるが、その範囲で適切な支援が行なわれている。</p> <p>c) 通信について配慮がなされていない。</p>
評価 結果	結婚や交際を支援する体制がある。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 結婚や交際を支援する体制がある。</p> <p>b) 結婚や交際を支援する体制が十分ではない。</p> <p>c) 結婚や交際の支援には消極的である。</p>
(3) 苦情解決の体制が適切である。	
評価 結果	苦情申し立てができる体制になっている。
a	<p>a) 苦情解決の運用については、職員の共通認識を図る場が設けられ、利用者への周知徹底が図られている。</p> <p>b) 苦情解決の運用については、職員の共通認識を図る場が設けられているが、利用者への周知が十分ではない。</p> <p>c) 苦情解決の運用については、職員の共通認識を図る場が設けられておらず、利用者への周知も十分ではない。</p>

身体障害者療護施設「リハビリテーションセンター療護部」評価結果

<p>【 -1 人権の擁護の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 新規採用職員への研修では「人権について学ぶ」が行われ、利用者の人権擁護を徹底している。 「接遇マニュアル」については、処遇の基本要素である（信頼関係・態度・姿勢・言葉づかい・身だしなみ・表情）が整備をされている。班長会議において、処遇方法の見直し及び改善について提案されて、その後処遇作業委員会において内容検討を行い、処遇マニュアルが整備されている。 (1) - ・ 平成18年3月には「利用者満足度調査」が人権・医療・サービス・日常生活及び地域交流の項目について調査が行われた。 ・ 利用者は、パソコンによるインターネット通信が自由に利用でき、社会情報を得ている。携帯電話（個人所有）及び公衆電話で外部との情報交換が行われている。 (2) - ・ 利用者や家族からの苦情については、受付担当者・生活支援員グループリーダー・所長への順番で報告されるとともに迅速、的確に苦情処理を行っている。 (3) -
--

- 2 生活環境	
(1) 生活環境が適切に整備されている。	
評価結果	利用者の生活環境への配慮がなされている。
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>a) 利用者との話し合いを持ち、その結果を生活環境（施設内の清掃や装飾、室内のベッドその他の家具や飾り付け、採光や冷暖房等）の改善に反映させている。</u></p> <p>b) 利用者との話し合いを持っているが、その結果を生活環境の改善に充分反映させていない。</p> <p>c) 利用者との話し合いを持っていない。</p>
評価結果	利用者のプライバシーを保護するような環境づくりがなされている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者との話し合いを持ち、居住空間におけるプライバシーの保護に対する検討を行い、具体的に環境づくりがなされている。</p> <p><u>b) 利用者との話し合いを持ち、居住空間におけるプライバシーの保護に対する検討を行っているが、具体的な環境づくりが十分ではない。</u></p> <p>c) 居住空間におけるプライバシーの保護に対する検討は行っていない。</p>
評価結果	利用者が心地よく過ごすことのできる共有スペースを整備している。
c	<p>【判断基準】</p> <p>a) 居室以外に一人又は数人でくつろげる場所や部屋があり、利用者の意向に沿って配慮されている。</p> <p>b) 居室以外に一人又は数人でくつろげる場所や部屋がある。</p> <p><u>c) 居室以外に一人又は数人でくつろげる場所や部屋が十分ではない。</u></p>
<p>【 -2 生活環境の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の中から選出された自治会役員（出席者 会長・副会長・監事・会計）と施設側（出席者 施設長・生活支援員・介護員）との話し合いが毎月15日に、自治会主催により定期的に行われている。また、利用者全体と、施設側（施設長・生活支援員・介護員）との話し合いが毎月1回定期的に設けられて、生活環境の改善が行われている。 (1)- 	

身体障害者療護施設「リハビリテーションセンター療護部」評価結果

- 3 コミュニケーション	
(1) 利用者へのコミュニケーションについての支援が適切である。	
評価 結果	コミュニケーションについて、支援が必要な利用者に対して、具体的な支援が実施されている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) コミュニケーションについて支援が必要な利用者に対して、個別支援計画（ケアプラン）に明示し、関係する職員の共通認識を図る場を設け、それに基づいての支援が具体的に実施されている。</p> <p>b) コミュニケーションについて支援が必要な利用者に対して、個別支援計画（ケアプラン）に明示し、関係する職員の共通認識を図る場を設けられているが、それに基づいての具体的な支援は十分ではない。</p> <p>c) コミュニケーションについて支援が必要な利用者に対して、個別支援計画（ケアプラン）に明示されているが、関係する職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
<p>【 -3 コミュニケーションの特記事項】</p> <p>・利用者 の障害状況「言語障害・聴覚障害・知的障害・意識障害・認知症状・情緒障害」等に応じた意思表示の方法として「FAX・ワープロ・パソコン・トーキングエイト・文字盤・筆記具」を活用し、支援体制が行われている。(1)-</p>	

- 4 移動	
(1) 利用者に対する移動の支援が適切に行われている。	
評価 結果	移動（移乗を含む）について、支援が必要な利用者に対して、具体的な支援が実施されている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 移動について支援が必要な利用者に対して、個別支援計画（ケアプラン）に明示し、関係する職員の共通認識を図る場を設け、それに基づいての支援が具体的に実施されている。</p> <p>b) 移動について支援が必要な利用者に対して、個別支援計画（ケアプラン）に明示し、関係する職員の共通認識を図る場を設けられているが、それに基づいての具体的な支援は十分ではない。</p> <p>c) 移動について支援が必要な利用者に対して、個別支援計画（ケアプラン）に明示されているが、関係する職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
<p>【 -4 移動の特記事項】</p> <p>・移動・移乗のマニュアルの整備がされ、生活のリズムを整え、また、身体状況を勘案した潤いのある生活支援を行っている。また、危険と思われる利用者については、本人及び家族の同意を得て安全ベルトを行っている。(1)-</p>	

身体障害者療護施設「リハビリテーションセンター療護部」評価結果

- 5 食事	
(1) 食事の支援が適切に行われている。	
評価 結果	食事についてのマニュアルがあり、職員の共通認識が図られている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 食事に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 食事に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 食事に関するマニュアルが整備されていない。</p>
評価 結果	食事(栄養管理含む)について、支援が必要な利用者に対して、具体的な支援が実施されている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 食事(栄養管理含む)について支援が必要な利用者に対して、個別支援計画(ケアプラン)に明示し、関係する職員の共通認識を図る場を設け、それに基づいての支援が具体的に実施されている。</p> <p>b) 食事(栄養管理含む)について支援が必要な利用者に対して、個別支援計画(ケアプラン)に明示し、関係する職員の共通認識を図る場を設けられているが、それに基づいての具体的な支援は十分ではない。</p> <p>c) 食事(栄養管理含む)について支援が必要な利用者に対して、個別支援計画(ケアプラン)に明示されているが、関係する職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
評価 結果	利用者の嗜好を把握し、それに応じたメニューが提供されている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の嗜好や要望を聞く取り組みが常に行われ、メニューへの反映も十分なされている。</p> <p>b) 利用者の嗜好や要望を聞く取り組みは定期的に行われているが、メニューへの反映が十分ではない。</p> <p>c) 利用者の嗜好や要望を聞く機会が不定期であり、メニューへの反映も十分ではない。</p>
(2) 快適な食事環境の整備に配慮している。	
評価 結果	利用者が食事を楽しむことができるような工夫をしている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 食事をする場所や食堂の設備環境・雰囲気について、定期的に利用者の意見を聞き、必要に応じて改善を図り、食事を楽しむことができるような具体的な工夫を行っている。</p> <p>b) 食事をする場所や食堂の設備環境・雰囲気について、食事を楽しむことができるような具体的な工夫を行っているが、利用者との話し合いは十分ではない。</p> <p>c) 食事をする場所や食堂の設備環境・雰囲気について、食事を楽しむことができるような工夫や、利用者との話し合いは十分ではない。</p>
評価 結果	幅のある時間帯の中で食事をするような工夫をしている。
c	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者が、幅のある時間帯の中で個人が好む時間に、適温で食事をするような工夫している。</p> <p>b) 利用者が、幅のある時間帯の中で個人が好む時間に食事をするような工夫はされているが、適温での食事の配慮はされていない。</p> <p>c) 食事時間が決められており、幅のある時間帯に食事をするのができない。</p>

身体障害者療護施設「リハビリテーションセンター療護部」評価結果

<p>【 -5 食事の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「改訂版利用者処遇マニュアル」により食事介助が行われている。楽しく落ち着いた環境づくり、食事を美味しく食べていただくような環境づくりに努めている。「利用者処遇マニュアル(調理編)」の中に「1.給食従事者の心構え、2.施設の食事、3.衛生・安全性の確保、食事の充実、5.食中毒、6.事故防止」の項目の内容整備が行われている。 (1)- 、(2)- ・年1回の嗜好調査が実施され、利用者の嗜好や要望等が献立に反映されている。 (1)- ・食堂の環境整備として大型テレビの設置及びピージーエムの音楽が流し、穏やかな気分で食事摂取が出来るように努めている。 (2)-

-6 入浴	
(1) 入浴(清拭含む)の支援が適切に行われている。	
評価結果	入浴についてのマニュアル(安全確保含む)があり、職員の共通認識が図られている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 入浴に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 入浴に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 入浴に関するマニュアルが整備されていない。</p>
評価結果	入浴について、支援が必要な利用者に対して、具体的な支援が実施されている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 入浴について支援が必要な利用者に対して、個別支援計画(ケアプラン)に明示し、関係する職員の共通認識を図る場を設け、それに基づいての支援が具体的に実施されている。</p> <p>b) 入浴について支援が必要な利用者に対して、個別支援計画(ケアプラン)に明示し、関係する職員の共通認識を図る場が設けられているが、それに基づいての具体的な支援は十分ではない。</p> <p>c) 入浴について支援が必要な利用者に対して、個別支援計画(ケアプラン)に明示されているが、関係する職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
評価結果	入浴・清拭時のプライバシーや同性介助への配慮がなされている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 入浴・清拭時におけるプライバシーの確保や同性介助のあり方について、利用者の希望を尊重するとともに、職員の共通認識を図る場が設けられ、支援に具体的に反映されている。</p> <p>b) 入浴・清拭時におけるプライバシーの確保や同性介助のあり方について、利用者の希望を尊重するとともに、職員の共通認識を図る場が設けられているが、支援への反映は十分ではない。</p> <p>c) 入浴・清拭時におけるプライバシーの確保や同性介助のあり方について、職員の共通認識を図る場は特に設けられていない。</p>

身体障害者療護施設「リハビリテーションセンター療護部」評価結果

(2) 快適な入浴環境の整備に配慮している。	
評価 結果	快適な入浴の環境づくりに取り組んでいる。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 快適な入浴環境については、利用者・職員ともに課題として意識しており、いろいろな指摘や提案を行う機会を設けて、改善に取り組んでいる。</p> <p>b) 快適な入浴環境については、利用者・職員ともに課題として意識しているが、改善は十分ではない。</p> <p>c) 快適な入浴環境については、課題として取り上げられることは少ない。</p>
評価 結果	入浴時間帯・回数について、利用者の意向に沿って入浴できるよう、工夫されている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 入浴時間帯・回数について、利用者の希望や要望を聞く機会を設け、利用者の意向に沿うような工夫がなされている。</p> <p>b) 入浴時間帯・回数について、利用者の希望や要望を聞く機会を設けているが、利用者の意向に沿うような工夫は十分ではない。</p> <p>c) 入浴時間帯・回数については、利用者の希望を聞く機会を設けていない。</p>
<p>【 -6 入浴の特記事項】</p> <p>・「改訂版利用者処遇マニュアル」が整備され、一般浴・入浴介助（一部介助）の介助場面において、「かけ湯をする、洗髪する、背中・体を洗う、陰部を洗う、浴槽に入る、着衣、髪を乾かす、つめを切る」等の方法定められ、心身ともにゆったりと入浴が出来るように努められている。プライバシーの保護と転倒・転落などの事故が起こらないよう環境整備に配慮が行われている。(1)- 、(1)- 、(2)-</p>	

- 7 排泄	
(1) 排泄の支援が適切に行われている。	
評価 結果	排泄についてのマニュアル（安全確保含）があり、職員の共通認識が図られている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 排泄に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 排泄に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 排泄に関するマニュアルが整備されていない。</p>
評価 結果	排泄について、支援が必要な利用者に対して具体的な支援が実施されている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 排泄について支援が必要な利用者に対して、個別支援計画（ケアプラン）に明示し、関係する職員の共通認識を図る場を設け、それに基づいての支援が具体的に実施されている。</p> <p>b) 排泄について支援が必要な利用者に対して、個別支援計画（ケアプラン）に明示し、関係する職員の共通認識を図る場が設けられているが、それに基づいての具体的な支援は十分ではない。</p> <p>c) 排泄について支援が必要な利用者に対して、個別支援計画（ケアプラン）に明示されているが、関係する職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>

身体障害者療護施設「リハビリテーションセンター療護部」評価結果

評価 結果	排泄時のプライバシーや同性介助への配慮がなされている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 排泄時におけるプライバシーの確保や同性介助のあり方について、利用者の希望を尊重するとともに、職員の共通認識を図る場が設けられ、支援に具体的に反映されている。</p> <p>b) 排泄時におけるプライバシーの確保や同性介助のあり方について、利用者の希望を尊重するとともに、職員の共通認識を図る場が設けられているが、支援への反映は十分ではない。</p> <p>c) 排泄時におけるプライバシーの確保や同性介助のあり方について、職員の共通認識を図る場は特に設けられていない。</p>
(2) トイレの環境の整備に配慮している。	
評価 結果	トイレの環境は快適である。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 常に清潔に保たれるよう配慮されており、排泄に適した設備が整っている。</p> <p>b) 常に清潔に保たれるよう配慮されているが、排泄に適した設備が十分ではない。</p> <p>c) 清潔に保たれるような配慮がされていない。</p>
<p>【 -7 排泄の特記事項】</p> <p>・「改訂版利用者処遇マニュアル」が整備され、「排泄介助、トイレ利用者・便器利用者・尿器利用者・オムツ交換・ポータルトイレ介助、排泄介助場面」等が整備され、それぞれの状況に即した支援体制が行われている。(1)-</p>	

- 8 整容	
(1) 利用者の身だしなみや清潔保持が適切に行われている。	
評価 結果	身だしなみや清潔保持について、支援が必要な利用者に対して具体的な支援が実施されている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 身だしなみや清潔保持について支援が必要な利用者に対して、個別支援計画（ケアプラン）に明示し、関係する職員の共通認識を図る場を設け、それに基づいての支援が具体的に実施されている。</p> <p>b) 身だしなみや清潔保持について支援が必要な利用者に対して、個別支援計画（ケアプラン）に明示し、関係する職員の共通認識を図る場が設けられているが、それに基づいての具体的な支援は十分ではない。</p> <p>c) 身だしなみや清潔保持について支援が必要な利用者に対して、個別支援計画（ケアプラン）に明示されているが、関係する職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
(2) 利用者の理・美容が適切に行われている。	
評価 結果	髪型や化粧等は利用者の意志を尊重している。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 髪型や化粧等は、利用者の意思で決めていて、情報提供や同行等の支援も十分である。</p> <p>b) 髪型や化粧等は、利用者の意思で決めていたが、情報提供や同行等の支援は十分ではない。</p> <p>c) 髪型や化粧等は、利用者の意思を尊重していない。</p>

身体障害者療護施設「リハビリテーションセンター療護部」評価結果

【 -8 整容の特記事項】
・ 利用者の意思を尊重し自由に髪型・化粧が行われている。施設外の理髪店・美容室の利用は、介護タクシー、介護ボランティアを活用している。(1)-

- 9 睡眠
(1) 安眠でできるように配慮されている。

評価 結果	利用者の意向を尊重し、安眠できるように配慮している。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 安眠について、利用者の希望や状況に応じたサービス提供と環境整備が十分なされている。</p> <p>b) 安眠について、利用者の希望や状況に応じたサービス提供と環境整備のどちらかが十分ではない。</p> <p>c) 安眠について、利用者の希望や状況に応じたサービス提供と環境整備の両方が十分ではない。</p>

【 -9 睡眠の特記事項】
・ 利用者のベツメイキングを行い心地よさそうに眠れる環境整備、また、音（テレビ・ラジオ・いびき）や声に対してはカーテンにて間仕切りを行っている。不眠の方については、心身の状態像を勘案しながら居室の変更に配慮している。(1)-

-10 余暇・レクリエーション
(1) 余暇・レクリエーションは利用者の意向を尊重している。

評価 結果	利用者が企画・立案し、実施している。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者自身が主体的に企画・立案し、実行している。</p> <p>b) 利用者自身が主体的に企画・立案するように、職員は側面的な支援をしている。</p> <p>c) 利用者自身は主体的に企画・立案に参加していない。</p>

【 -10 余暇・レクリエーションの特記事項】
・ 行事については、自治会（毎月15日に開催）の役員会（会長・副会長・会計・監事）及び利用者全体との話し合い（懇談会毎月1回開催）を施設側と行っている。この会合の中で利用者側から意見・要望を述べている。また、利用者の代表が企画・立案に参加している。(1)-
・ クラブ活動などは、各種創作活動（押し花・糊絵・書道・絵画・陶芸・映画鑑賞等）が行われている。

-11 外出・外泊
(1) 外出・外泊は利用者の意向を尊重している。

評価 結果	外出・外泊は利用者の希望に応じて行われている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の意向に沿って、職員・ガイドヘルパー・地域のボランティア等、いずれかの人の介助や支援・助言を受けられる仕組みが整っている。</p> <p>b) 利用者の意向に沿って、職員・ガイドヘルパー・地域のボランティア等、いずれかの人の介助や支援・助言を受けられる仕組みが十分ではない。</p> <p>c) 利用者の意向に沿って、職員・ガイドヘルパー・地域のボランティア等、いずれかの人の介助や支援・助言を受けられる仕組みができていない。</p>

身体障害者療護施設「リハビリテーションセンター療護部」評価結果

【 -11 外出・外泊の特記事項】

・買い物・食事・旅行・通院・オートレース等の個人外出・外泊については、介護タクシーの利用及び送迎ボランティアの活用等で行っている(1)-

利用者の主体的活動への支援

- 1 利用者の自立生活

(1) 利用者の自立生活に対する支援が適切に行われている。

評価 結果	利用者の自立生活に対する支援が行われている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の自立生活に対する希望や必要性を把握し、個別支援計画(ケアプラン)に明示されているとともに、関係する職員の共通認識を図る場を設け、それに基づく具体的な支援が実施されている。</p> <p>b) 利用者の自立生活に対する希望や必要性を把握し、個別支援計画(ケアプラン)に明示されているが、関係する職員の共通認識を図る場を設けておらず、具体的な支援の実施も十分ではない。</p> <p>c) 利用者の自立生活に対する希望や必要性を把握しているが、個別支援計画(ケアプラン)に明示されておらず、具体的な支援は実施されていない。</p>

【 -1 利用者の自立生活の特記事項】

・土、日曜日は施設側からの活動の提示ではなく、利用者自らが立案したことを実行する「個人活動日」となっており、それが利用者の離床や生活変化をもたらす潤いができている。(1)

- 2 地域生活への移行

(1) 地域生活への移行の支援が適切である。

評価 結果	地域生活の移行に向けての支援を行っている。
c	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者が地域生活を希望する場合は、社会生活力を高めるためのプログラムを用意し、かつ情報提供や相談援助を行う体制が整っている。</p> <p>b) 利用者が地域生活を希望する場合は、社会生活力を高めるためのプログラムを用意されているが、情報提供や相談援助を行う体制は整っていない。</p> <p>c) 利用者が地域生活を希望する場合は、社会生活力を高めるためのプログラムは用意されていない。</p>

【 -2 地域生活への移行の特記事項】

・経営改革ビジョンの「可能性の福祉に挑む」の中で「地域生活を支援する拠点(障害者自立生活支援ホーム)を目指し、自立と安心のネットワークを確立します」を掲げているが、支援体制が整っていない。

(1) -

身体障害者療護施設「リハビリテーションセンター療護部」評価結果

- 3 利用者の主体的な活動	
(1) 利用者の主体的な活動は、その意向を尊重している。	
評価 結果	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支援を行っている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者が主体的に行う活動について、職員が共通認識を持ち、かつ支援が必要な利用者一人一人に対して、その意思を尊重した支援を実施している。</p> <p>b) 利用者が主体的に行う活動について、職員が共通認識を持っているが、支援が必要な利用者一人一人に対して、その意思を尊重した支援が十分ではない。</p> <p>c) 利用者が主体的に行う活動についての職員の共通認識が希薄であり、その意思を尊重した支援がなされていない。</p>
評価 結果	自治会ないし利用者の会等の意向を尊重している。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 自治会ないし利用者の会等との協議を定期的及び必要な場合に行い、利用者の意向を積極的に施設運営に反映させている。</p> <p>b) 自治会ないし利用者の会等との協議が必要な場合に行い、利用者の意向を施設運営に反映させている。</p> <p>c) 自治会ないし利用者の会等との協議は必要に応じて行っているが、利用者の意向の施設運営への反映は十分ではない。</p>
<p>【 -3 利用者の主体的な活動の特記事項】</p> <p>・スポーツ観戦・旅行・買物等については、「個人活動実施計画書」の提出により、利用者が主体的に活動し地域に出掛けている。また、宿泊する機会もある。(1) -</p> <p>・月1回、施設職員（療護部長・主任生活支援員・生活支援員・主任介護員・栄養士等）と自治会（出席者は利用者の2/3）との話し合いが行われ、要望（インターネットのアクセスポイントの位置変更・利用者私物用洗濯機の購入・食堂のテレビの購入等）や意見交換が行われ、すぐに改善出来ること（洗濯場の入り口の段差及び浴槽へのスロープの急勾配解消並びに網戸修理等）は行い、対応に時間を要する懸案事項は文面等をもって、利用者理解や了承を得ている。(1) -</p>	

健康管理・安全管理

- 1 健康管理	
(1) 利用者の健康増進に努めている。	
評価 結果	利用者の健康増進のためのプログラムが用意されている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 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、具体的に実施されている。</p> <p>b) 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が、具体的な実施は十分ではない。</p> <p>c) 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ない。</p>

身体障害者療護施設「リハビリテーションセンター療護部」評価結果

【 -1 健康管理の特記事項】	<p>・日課表には早勤・普通勤・遅勤の仕事内容の中で利用者一人一人に対する、食事の際の皿への盛り方・介助法・トイレかオムツかポータブルか・歯磨き法・入浴・与薬・体位変換・クッションをどこに当てるか等細かい支援内容に基づき援助が行われ、健康に過ごせるよう配慮されている。(1) -</p>
-----------------	---

- 2 安全管理	
(1) 事故防止のための取り組みを行っている。	
評価結果	発生した事故を把握し、職員の共通認識が図られている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) サービス実施中に発生した事故ならびに事故につながりそうになった事例については、責任者に確実に伝わる体制が整備され、かつ職員の共通認識を図る場を設け、周知徹底されている。</p> <p>b) サービス実施中に発生した事故ならびに事故につながりそうになった事例については、責任者に確実に伝わる体制が整備され、かつ職員の共通認識を図る場を設けているが、周知徹底は十分ではない。</p> <p>c) サービス実施中に発生した事故ならびに事故につながりそうになった事例については、責任者に伝わっているが、職員の共通認識を図る場を設けていない。</p>
評価結果	事故防止のための具体的な取り組みを行っている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 発生した事故事例や、事故につながりそうになった事例の分析をし、事故防止についての職員の共通認識を図る場を設け、具体的な工夫を行っている。</p> <p>b) 発生した事故事例や、事故につながりそうになった事例の分析をし、事故防止についての職員の共通認識を図る場を設けているが、具体的な工夫は十分ではない</p> <p>c) 発生した事故事例や、事故につながりそうになった事例の分析は行われておらず、事故防止についての職員の共通認識を図る場も設けられていない。</p>
(2) 事故や災害発生時の対応体制が確立している。	
評価結果	事故補償（賠償）を行うための方策を講じ、周知している。
c	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者に生じた損害等について、想定される保険事故に対応（補償）できる方策を講じ、その内容等について説明会等を開催し、利用者及び職員に周知している。</p> <p>b) 利用者に生じた損害等について、想定される保険事故に対応（補償）できる方策を講じ、その内容等について利用者及び職員に知らせている。</p> <p>c) 利用者に生じた損害等について、想定される保険事故に対応（補償）できる方策を講じているが、その内容等について利用者及び職員には知らせていない。</p>
評価結果	防災に関するマニュアルが整備され、職員の共通認識が図られている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 事故や災害に適切に対応できるマニュアルを整備し、職員の共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 事故や災害に適切に対応できるマニュアルを整備しているが、職員の共通認識を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 事故や災害に適切に対応できるマニュアルは整備されていない。</p>

身体障害者療護施設「リハビリテーションセンター療護部」評価結果

(3) 薬品の管理が適切である。	
評価 結果	内服薬・外用薬等の扱いはマニュアル等が用意され、適切に行われている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 一人一人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）については、マニュアルが用意され、職員に周知徹底されている。</p> <p>b) 一人一人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）については、マニュアルが用意されているが、職員への周知徹底が不十分である。</p> <p>c) 一人一人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）についてのマニュアルが用意されていない。</p>
<p>【 -2 安全管理の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス実施中のアクシデント・インシデントレポートは所長及びリスクマネジメント委員会へと報告され、事故防止へとつながられている。又、事故防止委員会も設置され、随時委員会が開催されている。(1) - ・賠償保険（対人・対物・人格権侵害・初期対応・事故・入院等）の内容は十種以上の細目にわたり、利用者及び家族がその内容を承知している。(2) - 	

- 3 衛生管理・感染症対策	
(1) 衛生管理ならびに感染症対策が適切に行われている。	
評価 結果	衛生管理に関するマニュアルが整備され、職員の共通認識が図られている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設の実態に応じた衛生管理に関するマニュアルを整備し、職員の共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 施設の実態に応じた衛生管理に関するマニュアルを整備しているが、職員の共通認識を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 施設の実態に応じた衛生管理に関するマニュアルは整備されていない。</p>
評価 結果	感染症への対応については、マニュアルが整備され、職員の共通認識が図られている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 感染症への対応についてのマニュアルを整備し、職員の共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 感染症への対応についてのマニュアルを整備しているが、職員の共通認識を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 感染症への対応についてのマニュアルは整備されていない。</p>

身体障害者療護施設「リハビリテーションセンター療護部」評価結果

評価 結果	調理場、水周り等の衛生管理は、マニュアルが整備され職員の共通認識が図られている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 調理場、水周り等の衛生管理に関するマニュアルを整備し、職員の共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 調理場、水周り等の衛生管理に関するマニュアルを整備しているが、職員の共通認識を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 調理場、水周り等の衛生管理に関するマニュアルは整備されていない。</p>
<p>【 -3 衛生管理・感染症対策の特記事項】</p> <p>・「処遇マニュアル（調理編）」が備えられ、HACCP（危害分析重要管理点方式）による、食品の安全確保や、服装、調理作業、衛生認識、清掃等の安全確保が、給食委員会や日々の業務の中で話し合われ調理担当者の共通認識が図られている。（1） 、 、</p>	