

## 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。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>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。</b></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。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>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。</b></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>・法人の理念・事業の目的・基本方針が玄関・廊下等に掲示され、パンフレットに明記されている。職員が朝礼時に唱和をする等の方法により周知徹底されている。( 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><b>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。</b></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><b>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。</b></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>

## 知的障害者更生施設「はーとふるチハヤ」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>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。</b></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"> <li>・平成15年支援費制度のスタートにあわせ、中・長期(2006～2010)計画として「改革推進プロジェクト(Chihaya Reform Project)」を組織している。(1) -</li> <li>・そのCRPにおいて利用者本位の各年度の事業計画が策定されている。(1) -</li> <li>・月に一度の「運営委員会」で進捗状況のチェックが行われ年度ごとに評価している。職員の自己評価は10月に実施している。(2) -</li> </ul>	

-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><b>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。</b></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><b>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。</b></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"> <li>・「就業規則」、「CRP」、「支援計画」で明確化されている。(1) -</li> <li>・「運営委員会」等月例の各会議を通じて管理者のリーダーシップが十分に発揮されている。(2) -</li> </ul>	

知的障害者更生施設「はーとふるチハヤ」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><b>a)</b> 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。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>a)</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>c) 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>・CRPで4つ（組織運営体制部門・マスタープラン部門・サービス向上部門・地域生活支援部門）のワーキンググループ（WG）を創設する等の創意工夫を重ね、事業計画推進への運営責任体制が明確にされている。（1）-</p> <p>・引継ぎは業務特性を考慮したシート形式を採用し、事務室の壁面を利用した独自の方法を開発して、引き継ぎミスの撲滅を目指している。（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><b>a)</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><b>a)</b> 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>

## 知的障害者更生施設「はーとふるチハヤ」評価結果

<p>【 -6 サービス内容の検討体制の特記事項】</p> <p>・CRPで設置した「サービス向上WG」を組織の核として、日常の職員が行う支援活動からは、3寮個別の「寮会議」、「ケア会議」、「ケース会議」、「支援会議」、「給食会議」等毎月行われる会議を通して、サービスの質の向上への取り組みが組織一丸となって行われている。(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	<p>必要な人材に関する具体的なプランが確立している。</p>
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>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。</b></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>
評価 結果	<p>人事考課が明確かつ客観的な基準により行われている。</p>
c	<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><b>c) 定期的な人事考課を実施していない。</b></p>
(2) 職員の就業環境に配慮がなされている。	
評価 結果	<p>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。</p>
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>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。</b></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	<p>福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。</p>
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>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。</b></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>

知的障害者更生施設「はーとふるチハヤ」評価結果

(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。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>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。</b></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>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。</b></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>
<p>【 -7 人事管理・研修の特記事項】</p> <p>・平成16年度より自己点検を実施している。人事考課の導入を前提として、独自の自己点検表を元にした<b>職能・職責と職務の特性を考慮の上、客観性・公平性・透明性が確保される評価基準を、CRPの「組織運営管理部門WG」にて現在鋭意作成中である。(1) -</b></p>	

## 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。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>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。</b></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。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>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。</b></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"> <li>・陶芸祭で作業所を地域の方に開放し体験する機会を積極的に設けている。又、散歩などの日常活動時に地域の資源を活用する仕組みがある。地域の防災協力員が防災組織を作り協力体制が確立されている。</li> </ul> <p>( 1 ) -</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域のために短期受入事業を積極的に行っている。( 1 ) -</li> </ul>	

- 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。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>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。</b></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>

知的障害者更生施設「はーとふるチハヤ」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。
b	<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>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。</b></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><b>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。</b></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。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>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。</b></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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2ヶ月に一度の散髪ボランティアをはじめ陶芸祭・クリスマス会等、永年の受入実績に基づいて共通認識が図られている。(1) -</li> <li>・ボランティア受入マニュアルが完備され、目的に沿った作業標準が「ボランティアWG」で作成されている。(1) -</li> <li>・苦情について・リスクについて等各担当者が対応している。必要に応じ運営委員会で検討し、毎回反省会を行っている。(1) -</li> </ul>	

- 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><b>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。</b></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>

知的障害者更生施設「はーとふるチハヤ」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><b>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。</b></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><b>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。</b></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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「実習生受入マニュアル」があり、利用者の権利擁護・将来を担う人材の育成・職員のレベルアップ等実習生受入に関する共通認識ができています。(1) -</li> <li>・実習生担当者は「支援計画」に明記されており、補助者も一名を確保している。(1) -</li> <li>・実習生用に独自で実践的な携帯マニュアル(カード式)が完備してある。(1) -</li> </ul>	

## 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。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>a) 施設が実施するサービス等の情報について、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。</b></p> <p>b) 施設が実施するサービス等の情報について、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、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><b>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。</b></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>
( 2 ) 利用者との契約が適切に行われている。	
評価結果	利用契約に関する契約が適切に行われている。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>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。</b></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、成年後見制度の活用や第三者の関与等を含めて、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、成年後見制度の活用あるいは第三者の関与等を含めて、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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ サービスに関する情報は分かり易く要約したものを玄関前に掲示し、HPでは細部に渡り説明している。 ( 1 ) -</li> <li>・ サービスの実施に関する同意は重要事項説明の中で説明した上で得ており、利用者や家族の意向は「個別支援計画」に反映させている。( 1 ) -</li> <li>・ 利用契約書を取り交わしており、利用者本人の契約が困難な場合には成年後見制度を活用している。 ( 2 ) -</li> </ul>	

## サービス提供計画の策定・変更

- 1 サービス提供（個別支援）計画の管理体制	
( 1 ) サービス提供（個別支援）計画に関する責任体制が明確である。	
評価結果	サービス提供（個別支援）計画の作成、実施において責任者が定められている。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>a) 利用者一人一人のサービス提供（個別支援）計画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。</b></p> <p>b) 利用者一人一人のサービス提供（個別支援）計画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) 利用者一人一人のサービス提供（個別支援）計画の作成を職員が個々に行なっている。</p>
評価結果	サービス提供（個別支援）計画の作成及び変更において職員間で合意形成を徹底している。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>a) 利用者一人一人のサービス提供（個別支援）計画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。</b></p> <p>b) 利用者一人一人のサービス提供（個別支援）計画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) 利用者一人一人のサービス提供（個別支援）計画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 ) 利用者の意向を尊重したサービス提供（個別支援）計画を作成している。	
評価結果	サービス提供（個別支援）計画の作成及び変更において利用者の意向に配慮している。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>a) 利用者一人一人のサービス提供（個別支援）計画の作成及び変更にあたり、本人や家族の意向を十分に反映させている。</b></p> <p>b) 利用者一人一人のサービス提供（個別支援）計画の作成及び変更にあたり、本人や家族の意向の反映は十分ではない。</p> <p>c) 利用者一人一人のサービス提供（個別支援）計画の作成及び変更にあたり、本人や家族の意向は反映されていない。</p>
評価結果	サービス提供（個別支援）計画の作成及び変更において「説明」と「同意」を徹底している。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>a) サービス提供（個別支援）計画の作成及び変更にあたり、利用者及びその家族に説明と同意を十分得ている。</b></p> <p>b) サービス提供（個別支援）計画の作成及び変更にあたり、利用者及びその家族に説明と同意を得ることは十分ではない。</p> <p>c) サービス提供（個別支援）計画の作成及び変更にあたり、利用者及びその家族に説明と同意を得ていない。</p>

## 知的障害者更生施設「はーとふるチハヤ」評価結果

<p>【 - 1 サービス提供（個別支援）計画の管理体制の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「個別支援計画」の作成は各寮に作成担当者があり、各寮長が実施状況を総合的に把握、管理し施設長が全ての寮を統括している。（１）-</li> <li>・「個別支援計画」はデータベース化し職員間で情報共有を図っている。（１）-</li> <li>・「個別支援計画」は利用者や家族と面談の上、その意向を反映させており、関係する職員の合意を得た上で施設長、各寮長の指導、助言の下に半年ごとに、変更されている。（１）- 、（２）- 、</li> </ul>
---

- 2 サービス提供（個別支援）計画の策定	
（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	<p>利用者の情報（事実）を把握し、ニーズの明確化がされている。</p>
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>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。</b></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の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）利用者に対するサービス提供（個別支援）計画を作成している。	
評価 結果	<p>課題解決の目標を明らかにし、目標に対するサービス提供（個別支援）計画が作成されている。</p>
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>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サービス提供（個別支援）計画を作成している。</b></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サービス提供（個別支援）計画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サービス提供（個別支援）計画の作成も十分ではない。</p>
<p>【 - 2 サービス提供（個別支援）計画の策定の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の情報はパソコンソフトのアセスメントシートを活用し、利用者から提出された「要望書に基づき利用者一人一人の身体状況や生活状況に応じたニーズを把握している。（１）-</li> <li>・年度当初に利用者一人一人の課題解決のための支援目標を4項目ずつ策定している。支援目標はその達成度を一定の係数（はーとふるチハヤ独自の評価係数）により評価し、その係数が80%に達したものは新たな支援目標に切り替えられている。（２）-</li> </ul>	

知的障害者更生施設「はーとふるチハヤ」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><u>a)</u> 一人一人の利用者について、そのサービス提供（個別支援）計画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、そのサービス提供（個別支援）計画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、そのサービス提供（個別支援）計画の実施状況が記録されていない。</p>
( 2 ) 各種マニュアルは見直しがされている。	
評価結果	サービス実施にあたり、各種マニュアル類は定期的に見直しがされている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) マニュアル類は定期的を検証し、必要な場合には見直しを行い、職員に周知徹底されている。</p> <p><u>b)</u> マニュアル類は定期的を検証し、必要な場合には見直しを行っているが、職員への周知徹底は十分ではない。</p> <p>c) 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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「個別支援計画」の実施状況は「個別支援日誌」で毎日記録している。「個別支援日誌」は“1基本的な生活習慣”“2生活スキル”“3社会スキル”“4社会参加”の4項目に分けて記録されており、本年度後期より“5コミュニケーション・対人関係”の5項目を追加し更に充実を図っている。( 1 ) -</li> <li>・サービス提供に関するマニュアルは「支援システム」「個別支援サービス」「個別支援計画策定」「医療健康管理」「特に配慮を要する利用者」「食中毒」に関する6種類が整備されている。各種マニュアルは必要に応じて見直されている。( 2 ) -</li> </ul>	

- 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	利用者の情報が施設長に確実に伝わる仕組みがある。
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>a)</u> 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おり、なおかつ施設長の指導助言が行われている。</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が整備されているが、施設長の指導助言は十分ではない。</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>

## 知的障害者更生施設「はーとふるチハヤ」評価結果

評価 結果	サービス提供（個別支援）計画に基づく実施状況に関する評価がなされている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) <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、必要な場合にはサービス提供（個別支援）計画の変更が行われている。</b></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、サービス提供（個別支援）計画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、サービス提供（個別支援）計画の変更も十分ではない。</p>
<p>【 - 4 評価・変更の特記事項の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に関する身体状況の変化は「健康記録」に看護師が記録しており、生活状況の変化は「個別支援日誌」に担当者が記録している。それぞれの記録は施設長が直接確認し把握している。(1) -</li> <li>・年度当初に利用者一人一人の課題解決のための4項目の支援目標は、その達成度を4ヶ月に1度定期的に一定の係数（はーとふるチハヤ独自の評価係数）により評価し、その係数が80%に達したものは新たな支援目標に切り替えられている。(1) -</li> </ul>	

## サービスの内容

- 1 人権への配慮	
( 1 ) 人権への配慮がなされている。	
評価結果	利用者の尊厳が守られている。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>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、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。</b></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、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、マニュアルが整備されていない。</p>
評価結果	利用者の性に対する人権が守られている。(利用者へのセクハラ含)
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>a) 利用者の性に対する人権を守るための指針等を整備し、職員の共通認識を図る場を設け周知徹底されている。</b></p> <p>b) 利用者の性に対する人権を守るための指針等を整備しているが、職員の共通認識を図る場を設けておらず、周知徹底は十分ではない。</p> <p>c) 利用者の性に対する人権を守るための指針等は整備されておらず、職員の共通認識を図る場も設けられていない。</p>
評価結果	利用者への虐待等(利用者へのセクハラ含)に備えた対応方法が定められている。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>a) 虐待等については、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、体罰等が行われたり、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。</b></p> <p>b) 虐待等については、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、体罰等が行われたり、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>
評価結果	苦情解決の体制が適切である。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>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、利用者及び家族への周知徹底が図られている。</b></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、利用者及び家族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、利用者及び家族への周知も十分ではない。</p>

(2) プライバシーに配慮した支援を行っている。	
評価結果	利用者のプライバシーが守られる体制ができています。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 個人情報の取り扱いや守秘義務についての規程及びマニュアル等が整備され、職員に周知徹底されている。</p> <p><b>b) 個人情報の取り扱いや守秘義務についての規程及びマニュアル等は整備されているが、職員への周知徹底は十分ではない。</b></p> <p>c) 個人情報の取り扱いや守秘義務についての規程やマニュアル等は整備されていない。</p>
<p>【 - 1 人権への配慮の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者の尊厳を守ることについて、施設の理念、姿勢、考え方が玄関・階段の踊り場・事務所・食堂にそれぞれ明示されている。利用者の年齢や状況に応じた言葉遣いや呼称がなされている。(1) -</li> <li>・ 利用者の性に対する人権を守るための規定が各年度「支援計画」の職員行動計画(ハートフルプラン)に定められている。行動障害のある利用者に関する情報は細部に渡り「個別支援日誌」に記録し、職員間の利用者に対して配慮すべき情報を共有してサービス提供に反映させている。(1) -</li> <li>・ 虐待等については就業規則に禁止事項・罰則規定が定められており、「苦情解決委員会」があり、体罰等が行われたり、疑われたりした場合の対応が定められている。(1) -</li> <li>・ 「苦情解決制度実施要綱」があり、第三者委員の設置、家族への説明等が規定されている。苦情受付に関する案内は玄関に明示して、利用者に案内している。「支援システム」(マニュアル)に苦情解決の手順が規定されており、「重要事項説明書」には苦情受付担当者、苦情解決第三者委員、運営適正化委員会等の連絡先が明示されている。(1) -</li> <li>・ 「個別支援サービス」(マニュアル)に、利用者のプライバシーの保護並びに利用者の個人情報等の守秘義務に関する規定が定められている。(2) -</li> </ul>	

知的障害者更生施設「はーとふるチハヤ」評価結果

- 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	利用者の居室環境への配慮がなされている。
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>a) 居室環境のあり方について、利用者・職員ともに日常的な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、かつ利用者の意思が反映されるような居室環境の整備がなされている。</u></p> <p>b) 居室環境のあり方について、利用者・職員ともに日常的な課題として意識し、いろいろな指摘や提案を行う機会は設けられているが、利用者の意思が反映されるような居室環境の整備はなされていない。</p> <p>c) 居室環境のあり方について、利用者・職員ともに日常的な課題として意識しておらず、いろいろな指摘や提案を行う機会も設けられていない。</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。
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>a) 生活環境におけるプライバシー保護について、職員の共通認識を図る場が設けられ、環境づくりに具体的に反映されている。</u></p> <p>b) 生活環境におけるプライバシー保護について、職員の共通認識を図る場が設けられているが、環境づくりへの反映が十分ではない。</p> <p>c) 生活環境におけるプライバシー保護について、職員の共通認識を図る場が設けられておらず、環境づくりへの反映も十分ではない。</p>
評価結果	利用者のための共用スペースの環境づくりに配慮している。
b	<p>【判断基準】</p> <p><u>a) 利用者のための共用スペースのあり方について職員の共通認識を得る場が設けられ、環境づくりに具体的に反映させている。</u></p> <p><u>b) 利用者のための共用スペースのあり方について職員の共通認識を得る場が設けられているが、環境づくりへの具体的な反映は十分ではない。</u></p> <p>c) 利用者のための共用スペースのあり方についての職員の共通認識を得る場は設けられておらず、環境づくりへの具体的な反映もなされていない。</p>
<p>【 - 2 生活環境の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の居室は、定期的に清掃を行い、一定の温度を保ち、利用者の居室に対する快適性の配慮を行っている。( 1 ) -</li> <li>・生活環境におけるプライバシーの保護に関する職員の共通認識は、寮会議を定期的に開催し、月間支援目標・個別支援日誌を通じて利用者ごとに図られている。( 1 ) -</li> <li>・利用者のための共有スペースのあり方については、毎月「支援給食会議」において話し合われている。( 1 ) -</li> </ul>	

知的障害者更生施設「はーとふるチハヤ」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の支援が適切に行われている。	
評価 結果	コミュニケーション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><b>a) コミュニケーションの手段やサインの発見と確認に心掛ける等の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。</b></p> <p>b) コミュニケーションの手段やサインの発見と確認に心掛ける等の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) 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る等のマニュアルが整備されていない。</p>
評価 結果	コミュニケーションの支援について、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。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>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は、サービス提供（個別支援）計画に明示され、関係する職員の共通認識を図る場を設け、それに基づく支援が具体的に実施されている。</b></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は、サービス提供（個別支援）計画に明示され、関係する職員の共通認識を図る場を設けているが、それに基づく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は、サービス提供（個別支援）計画に明示されているが、職員の共通認識を図る場は設けられていない。</p>
<p>【 - 3 コミュニケーションの特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者とのコミュニケーションのとり方に関して、平成8年より「ハートフルマナー」（職員倫理綱領）に基づいて「話し掛け研究」を実践している。現在は更に「心に添う話し掛け研究」へと展開させている段階である。職員の共通認識は「支援会議」において図られている。（1）-</li> <li>・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は、「個別支援計画」において、利用者のニーズに応じた支援目標に設定されている。職員の共通認識は「個別支援日誌」で常時図られている。（1）-</li> </ul>	

知的障害者更生施設「はーとふるチハヤ」評価結果

- 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）の支援について、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。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>a) 移動について支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示され、関係する職員の共通認識を図る場を設け、それに基づいての具体的な支援が実施されている。</b></p> <p>b) 移動について支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示され、関係する職員の共通認識を図る場を設けているが、それに基づく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は、サービス提供（個別支援）計画に明示されているが、職員の共通認識を図る場は設けられていない。</p>
<p>【 - 4 移動の特記事項】</p> <p>・移動について支援の必要な利用者に対しては、「個別支援計画」、「アセスメントシート」、「フェースシート」等に明示されている。職員の共通認識は「個別支援日誌」の記録や「寮会議」、「ケア会議」、「ケース会議」、「支援会議」等で図られている。(1) -</p>	

- 5 食事	
(1) 利用者に対する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><b>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。</b></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は設けられていない。</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	食事の支援について、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。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>a) 食事について支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示され、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。</b></p> <p>b) 食事について支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示され、かつ関係する職員の共通認識を図る場を設けているが、それに基づいての具体的な支援は十分ではない。</p> <p>c) 食事について支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示されているが、職員の共通認識を図る場は設けられていない。</p>

知的障害者更生施設「はーとふるチハヤ」評価結果

( 2 ) 快適な食事環境の整備に配慮している。	
評価結果	利用者の食事の状況を把握し、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><b>a) 利用者一人一人の食事の状況を把握し、かつ利用者の意見、要望に配慮し、メニューの改善に反映させている。</b></p> <p>b) 利用者一人一人の食事の状況を把握しているが、利用者の意見、要望に配慮したメニューの改善は十分ではない。</p> <p>c) 利用者一人一人の食事の状況を把握していない。</p>
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。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 食事を楽しむことができるような環境づくりについて、職員の共通認識を図る場が設けられ、かつ利用者の意見、要望に配慮した工夫がなされている。</p> <p><b>b) 食事を楽しむことができるような環境づくりについて、職員の共通認識を図る場が設けられているが、利用者の意見、要望に配慮した工夫は十分ではない。</b></p> <p>c) 食事を楽しむことができるような環境づくりについて、職員の共通認識を図る場が設けられておらず、工夫も特にされていない。</p>
<p>【 - 5 食事の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「個別支援サービス」(マニュアル)に食事に関する規定があり、「給食日誌」の記録や「給食会議」により職員の共通認識を図っている。( 1 ) -</li> <li>・食事について支援が必要な利用者に対しては、「個別支援計画」等に明示されており、職員の共通認識は「個別支援日誌」の記録や「給食会議」等で図られている。利用者の盗食行為に対しては早出しや遅出しの配慮を行っている。( 1 ) -</li> <li>・利用者の食事の状況は、「食事摂取状況」の記録により一人一人把握しており、「要望受付台帳」、「(相談支援)支援レポート」で食事に関する利用者の意見・要望を聴取している。( 2 ) -</li> <li>・利用者の食事を楽しむことができる環境づくりは「利用者の会」からの要望・意見徴集に基づき各種行事に盛り込まれ、セルフサービス、バイキング、外食等が実施されている。( 2 ) -</li> </ul>	

- 6 入浴(清拭を含む)	
( 1 ) 利用者に対する入浴・清拭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><b>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。</b></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は設けられていない。</p> <p>c) 入浴に関するマニュアルが整備されていない。</p>

知的障害者更生施設「はーとふるチハヤ」評価結果

評価結果	入浴の支援について、支援が必要な利用者に対して適切に実施されている。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>a) 入浴について支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示され、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。</b></p> <p>b) 入浴について支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示され、かつ関係する職員の共通認識を図る場を設けているが、それに基づく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は、サービス提供（個別支援）計画に明示されているが、職員の共通認識を図る場は設けられていない。</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、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>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、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。</b></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>
(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。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>a) 快適な入浴環境のあり方について職員の共通認識を得る場が設けられ、かつ利用者の意見、要望等に配慮して環境づくりに具体的に反映されている。</b></p> <p>b) 快適な入浴環境のあり方について職員の共通認識を得る場が設けられているが、利用者の意見、要望等への配慮や環境づくりへの具体的な反映も十分ではない。</p> <p>c) 快適な入浴環境のあり方について職員の共通認識を得る場は設けられておらず、環境づくりへの具体的な反映はなされていない。</p>
<p>【 - 6 入浴（清拭を含む）の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「個別支援サービス」（マニュアル）に入浴に関する規定があり、「寮会議」、「支援会議」等により職員の共通認識を図っている。（1）-</li> <li>・入浴について支援が必要な利用者に対しては、「個別支援計画」、「アセスメントシート」、「フェースシート」等に明示されている。職員の共通認識は「個別支援日誌」の記録や「寮会議」等で図られている。（1）-</li> <li>・コミュニケーションがうまくとれない利用者に対し、1日の行動計画をイラストや写真で示し、自主的な入浴を促すサービスが施されている。「個別支援サービス」（マニュアル）に入浴に関する規定があり、入浴介助は同性介護を原則とすることが規定されている。（1）-</li> <li>・快適な入浴環境のあり方について、「要望受付台帳」「（相談支援）支援レポート」で入浴に関する利用者の意見・要望を聴取している。（2）-</li> </ul>	

知的障害者更生施設「はーとふるチハヤ」評価結果

- 7 排泄	
( 1 ) 利用者に対する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	排泄の支援について、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。
a	<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は、サービス提供（個別支援）計画に明示され、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) 排泄について支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示され、関係する職員の共通認識を図る場を設けているが、それに基づく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は、サービス提供（個別支援）計画に明示されているが、職員の共通認識を図る場は設けられていない。</p>
評価結果	排泄時の安全や快適性に配慮されている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 排泄時の安全や快適性について職員の共通認識を図る場が設けられ、環境づくりに具体的に反映されている。</p> <p>b) 排泄時の安全や快適性について職員の共通認識を図る場が設けられているが、環境づくりへの反映は十分ではない。</p> <p>c) 排泄時の安全や快適性について職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
<p>【 - 7 排泄の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「個別支援サービス」（マニュアル）に排泄に関する規定があり、「検温と排泄の様子」への記録や「寮会議」、「支援会議」等により職員の共通認識を図っている。( 1 ) -</li> <li>・排泄について支援が必要な利用者に対しては、「個別支援計画」等に明示されている。利用者ごとのトイレ誘導、おむつ交換、清拭等を「個別支援日誌」に記録し「寮会議」等で職員の共通認識を図っている。( 1 ) -</li> <li>・排泄時の安全性や快適性については、「寮会議」、「支援会議」等により職員の共通認識を図っている。( 1 ) -</li> </ul>	

知的障害者更生施設「はーとふるチハヤ」評価結果

- 8 身だしなみ	
( 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。
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>a) 身だしなみについて支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示され、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。</u></p> <p>b) 身だしなみについて支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示され、関係する職員の共通認識を図る場を設けているが、それに基づく具体的な支援は十分ではない。</p> <p>c) 身だしなみについて支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示されているが、関係する職員の共通認識を図る場は設けられていない。</p>
( 2 ) 利用者の理・美容が適切に行われている。	
評価結果	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。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 髪型や化粧等は、利用者の個性や好みを尊重し、選択について適切に支援している。</p> <p><u>b) 髪型や化粧等は、利用者の個性や好みを尊重しているが、選択についての支援は十分ではない。</u></p> <p>c) 髪型や化粧等は、利用者の個性や好みを尊重していない。</p>
( 3 ) 利用者の衣服の選択が適切に行われている。	
評価結果	衣服について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	<p>【判断基準】</p> <p><u>a) 衣服は、利用者の個性や好みを尊重し、選択について適切に支援している。</u></p> <p>b) 衣服は、利用者の個性や好みを尊重しているが、選択についての支援は十分ではない。</p> <p>c) 衣服は、利用者の個性や好みを尊重していない。</p>
評価結果	衣類の汚れや破損に気づいた時等の対応が適切に行われている。
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>a) 汚れや破損が生じた場合には、職員の共通認識のもと、速やかかつ適切に対処されている。</u></p> <p>b) 汚れや破損が生じた場合には、個々の職員の判断で対処されている。</p> <p>c) 汚れや破損が生じた場合の対処は十分ではない。</p>
<p>【 - 8 身だしなみの特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・身だしなみについて支援が必要な利用者に対しては、「個別支援計画」、「アセスメントシート」、「フェースシート」等に明示されており、職員の共通認識は「個別支援日誌」への記録や「寮会議」等で図られている。( 1 ) -</li> <li>・髪型や化粧等に関する利用者本人からの要望は少ないが、家族からの要望には適宜応じている。特に要望のない場合には、職員が選択している。整髪は2ヶ月毎にボランティアを受け入れている。染髪を希望する利用者は美容院を利用している。( 2 ) -</li> <li>・衣服は利用者の個性や好みを尊重することが、「個別支援サービス」（マニュアル）に規定されており、特に希望がない利用者に対しては職員が定期的並びに必要なに応じて（店や通信販売にて）購入している。( 3 ) -</li> </ul>	

## 知的障害者更生施設「はーとふるチハヤ」評価結果

<p>・衣服の汚れや破損が生じた場合には、速やかに対処することが「個別支援サービス」（マニュアル）に規定されており、洗濯機が使用できる利用者に対しては、いつでも使用できるように環境面で支援している。</p> <p style="text-align: right;">（ 3 ） -</p>
---

<b>- 9 睡眠</b>	
（ 1 ）睡眠環境が適切に整備されている。	
評価 結果	利用者の安眠について配慮がなされている。
<b>a</b>	<p>【判断基準】</p> <p><b>a ) 利用者が安眠できる環境について、職員の共通認識を図る場が設けられ、かつ利用者の意見、要望に配慮した環境づくりに具体的に反映されている。</b></p> <p>b ) 利用者が安眠できる環境について、職員の共通認識を得る場が設けられているが、利用者の意見、要望に配慮した環境づくりへの反映は十分ではない。</p> <p>c ) 利用者が安眠できる環境について、職員の共通認識を得る場は設けられておらず、環境づくりへの具体的な反映はなされていない。</p>
<p>【 - 9 睡眠の特記事項】</p> <p>・利用者が安眠できる環境について「個別支援サービス」（マニュアル）に規定されており、夜間の定時排泄、オムツ交換、寝具の乱れ等に対して21時、23時に巡回し確認している。不眠者に対しては他の利用者への影響を考慮しながら、要望により一時的に他の部屋を使用する等の支援を行っている。（ 1 ） -</p>	

<b>-10 預り金</b>	
（ 1 ）預り金の管理・運用が適切である。	
評価 結果	預り金について、管理体制が適切である。
<b>a</b>	<p>【判断基準】</p> <p><b>a ) 利用者の預り金は、契約に基づいて適切に運用されている。</b></p> <p>b ) 利用者の預り金は、契約に基づいているが、運用は十分ではない。</p> <p>c ) 利用者の預り金は、契約を結ばず、運用は適切にされていない。</p>
評価 結果	金銭の自己管理ができるように配慮されている。
<b>a</b>	<p>【判断基準】</p> <p><b>a ) 自己管理を希望する人には、金銭等を保管する場所と使い方に関する情報を提供し、支援している。</b></p> <p>b ) 自己管理を希望する人には、一部、支援している。</p> <p>c ) 自己管理は認めていない。</p>
<p>【 -10 預り金の特記事項】</p> <p>・利用者の預り金は「個別支援サービス」（マニュアル）に規定されており、「取り扱い規約」に基づき責任の所在を明確にし、担当者の判断のみではなく、複数の責任者の確認の許に金銭の出し入れを行っている。帳簿や預貯金の通帳の出納状況は定期的に利用者や家族に報告している。（ 1 ） -</p> <p>・金銭の自己管理を希望する利用者には、社会見学・旅行・買い物支援等を通じて金銭管理対応能力を高める支援を行っている。日常は利用者が自動販売機を利用したり、買い物をするために3000円程度を小口現金化し管理している。（ 1 ） -</p>	

知的障害者更生施設「はーとふるチハヤ」評価結果

-11 外出・外泊	
(1) 外出・外泊の支援が適切に行われている。	
評価結果	外出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><b>a) 外出を希望する利用者への配慮が十分行われている。</b></p> <p>b) 外出を希望する利用者への配慮が十分ではない。</p> <p>c) 個別の外出は行われていない。</p>
評価結果	外泊（主に家庭）は利用者の希望に応じた支援を行っている。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>a) 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮され、必要に応じて調整し、実施されている。</b></p> <p>b) 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されているが、対応が十分ではない。</p> <p>c) 外泊は利用者の希望に応じていない。</p>
<p>【 -11 外出・外泊の特記事項】</p> <p>・外出は年間行事に盛り込まれており、その他グループ毎の外食や買い物を実施されている。外泊は定期帰省と希望外泊に分類され、利用者がそれぞれ希望に応じて書面により提出する。(1) -</p> <p>・外泊は家族との連携を図り実施されるが、帰省のできない利用者に対しては施設内の行事を実施する等の配慮を行っている。(1) -</p>	

-12 行事・レクリエーション・余暇の支援	
(1) 行事やレクリエーションの支援が適切に行われている。	
評価結果	行事やレクリエーション等への参加は利用者の意思を尊重している。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>a) レクリエーション・各種行事等のプログラムは、利用者の意見を採り入れて、参加しやすいように計画され、かつ参加しにくい人への配慮もなされている。</b></p> <p>b) レクリエーション・各種行事等のプログラムは、利用者の意見を採り入れて、参加しやすいように計画されているが、参加しにくい人への配慮は十分ではない。</p> <p>c) レクリエーション・各種行事等のプログラムは、利用者が参加しやすいように計画されていない。</p>
(2) 利用者の余暇に対する支援が適切に行われている。	
評価結果	利用者一人一人の余暇の過ごし方に対する支援が行われている。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>a) 利用者の余暇の過ごし方については、一人一人の意思を尊重することの重要性が職員に共通認識され、かつ支援が必要な利用者に対してはサービス提供（個別支援）計画に基づいて具体的な支援が実施されている。</b></p> <p>b) 利用者の余暇の過ごし方については、一人一人の意思を尊重することの重要性が職員に共通認識されているが、支援が必要な利用者に対してはサービス提供（個別支援）計画に基づいての具体的な支援が十分ではない。</p> <p>c) 利用者の余暇の過ごし方については、一人一人の意思を尊重することの重要性を職員が共通認識していない。</p>

## 知的障害者更生施設「はーとふるチハヤ」評価結果

<p>【 -12 行事・レクリエーション・余暇の支援の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・レクリエーション・各種行事等のプログラムは、毎月開催される「利用者の会」からの要望・意見を取り入れて企画されている。利用者全員が参加できるように配慮して決定している。(1) -</li> <li>・利用者の余暇の過ごし方については、一人一人の希望に応じて「個別支援計画」に盛り込んでいる。陶芸等の創作活動や器械を使用した運動など「そのひとらしさ」を尊重した支援を行っている。(2) -</li> </ul>
--

### -13 家族との連携

(1) 家族との連携が適切である。

評価結果	家族への情報提供が適切に行われている。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>a) 家族には、定期的に施設全般の情報が提供されているとともに、利用者個人の情報も十分に提供されている。</b></p> <p>b) 家族には、定期的に施設全般の情報が提供されているが、利用者個人の情報の提供は不十分である。</p> <p>c) 家族には、施設全般の情報や利用者個人の情報がほとんど提供されていない。</p>

評価結果	家族と共通認識を深める機会を積極的に設定している。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>a) 家族会・保護者会などが組織され、密接に連携して、家族向けの広報紙発行や講演会・学習会等を積極的に実施している。</b></p> <p>b) 家族会・保護者会などが組織され、連携はとれているが、家族向けの広報紙発行や講演会・学習会等の実施は十分ではない。</p> <p>c) 家族会・保護者会などの組織が機能していない。</p>

<p>【 -13 家族との連携の支援の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族に対しては定期的に「チハヤミニニュース」を発行し、利用者・施設・行事の情報を提供している。利用者個人の施設における情報は特に帰省時に多く提供している。(1) -</li> <li>・「利用者の会」(毎月実施)、「保護者会」、「利用者と保護者を交えた三者面談」を実施し、連携を図りながらコミュニケーションをとっている。(1) -</li> </ul>
---

### -14 相談等の援助

(1) 利用者・家族からの相談に適切に対応している。

評価結果	利用者・家族からの多様な相談に積極的に対応している。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>a) 相談についてのマニュアルが整備され、利用者や家族からの多様な相談に積極的に対応できるような体制になっている。</b></p> <p>b) 相談についてのマニュアルが整備されているが、利用者や家族からの多様な相談に対応できるような体制は十分ではない。</p> <p>c) 相談についてのマニュアルは整備されておらず、利用者や家族からの多様な相談に対応できるような体制も十分ではない。</p>

<p>【 -14 相談等の援助の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者・家族からの相談については、「利用者相談支援フローチャート」に基づき支援している。相談内容は、「(相談支援)レポート」に記録し職員の共通認識を図っている。(1) -</li> </ul>
--

## 利用者の主体的な活動への支援

- 1 利用者の意向の尊重	
( 1 ) 利用者の主体的な活動への支援が適切である。	
評価結果	利用者が主体的に行う活動については、その意思を尊重して支援している。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>a ) 利用者が主体的に行う活動について、職員が共通認識を得る場が設けられ、かつ支援が必要な利用者に対して、その意思を尊重した具体的な支援を実施している。</b></p> <p>b ) 利用者が主体的に行う活動について、職員が共通認識を得る場が設けられているが、支援が必要な利用者に対して、その意思を尊重した具体的な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	利用者による自治会ないし利用者の会等がある。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>a ) 自治会ないし利用者の会等が組織され、施設運営の責任者と定期的に及び必要な場合には随時協議を行い、利用者の意向が施設運営に反映されている。</b></p> <p>b ) 自治会ないし利用者の会等が組織されているが、利用者の意向は施設運営にほとんど反映されていない。</p> <p>c ) 自治会ないし利用者の会等は組織されていない。</p>
( 2 ) 利用者の生活内容（酒、たばこ）の選択が自由である。	
評価結果	酒、たばこについては、基本的に飲酒・喫煙の自由が認められている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a ) 酒やたばこの害については、必要な情報の提供を行い、場所・時間・方法（喫煙場所、飲酒場所・時間、一気呑みの禁止等）に様々な配慮のもと、基本的に飲酒・喫煙を認めている。</p> <p><b>b ) 行事等、特定の場合のみ飲酒・喫煙を認めている。</b></p> <p>c ) 飲酒・喫煙は認めていない。</p>
<p>【 - 1 利用者の意向の尊重の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が主体的に活動したいことを尊重しており、現在トレーニングマシンでトレーニングしている利用者には体に負担がかからないようなメニューを策定し配慮している。また、紙工房、陶工房、釣り、カラオケ、料理などの団体活動も推奨している。( 1 ) -</li> <li>・「利用者の会」が組織され、利用者の要望に関して組織的にその提案を受け入れている。「利用者の会」は利用者から役員が選出され、施設側から職員 2 名が世話役として参画している。「利用者の会」は月 1 回開催され提案された要望は施設側と協議している。( 1 ) -</li> <li>・現在喫煙する利用者はいないが、飲酒は温泉旅行・クリスマス等の特定の行事の場合に限り認めている。</li> </ul> <p>( 2 ) -</p>	

知的障害者更生施設「はーとふるチハヤ」評価結果

- 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	地域生活に向けての支援を行っている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a ) 地域移行に際しては、必要な情報や資料を提供し、そのための支援プログラムが用意され、利用者に応じた地域移行が実現している。</p> <p><b>b ) 地域移行に際しては、必要な情報や資料を提供し、そのための支援プログラムは用意されているが、地域移行は実現していない。</b></p> <p>c ) 地域移行に関して、特に情報や資料を提供していない。</p>
<p>【 - 2 地域生活への移行の特記事項】</p> <p>・現在地域移行に向けた個別支援プログラムに基づいて支援されている利用者がある。(現在2名)施設から地域ホームへ移行した利用者はあるが、完全な地域移行は現時点で実現できていない。利用者全体の自立生活のためのプログラム(チハヤリフォームプロジェクト)を策定中である。(1) -</p>	

健康管理・安全管理

- 1 健康管理	
( 1 ) 利用者の日常の健康管理が適切に行われている。	
評価結果	利用者のための健康管理体制が整っている。
a	<p>【判断基準】</p> <p><b>a ) 健康管理のあり方について職員の共通認識を図る場が設けられ、かつ健康の維持・増進のための日常生活の中に取り入れるプログラム等が用意され、利用者のための健康管理が十分できている。</b></p> <p>b ) 健康管理のあり方について職員の共通認識を図る場が設けられ、健康の維持・増進のための日常生活の中に取り入れるプログラム等も用意されているが、利用者のための健康管理は十分ではない。</p> <p>c ) 健康管理のあり方について職員の共通認識を図る場は設けられておらず、利用者のための健康管理も十分ではない。</p>
<p>【 - 1 健康管理の特記事項】</p> <p>・「医療健康管理」(マニュアル)において利用者の日常の健康管理に関する職員の共通認識を図っている。「支援目標」には利用者の健康管理が必須項目として掲げられており、利用者全員の共通した支援目標となっている。利用者の毎日の健康状態は、「個別支援日誌」で把握している。(1) -</p>	

知的障害者更生施設「はーとふるチハヤ」評価結果

- 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><b>a)</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、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><b>a)</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、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。
b	<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>b)</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><b>a)</b> 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>

知的障害者更生施設「はーとふるチハヤ」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><u>a)</u> 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十分ではない。</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"> <li>・発生した事故は、事故状況を「事故報告書」で報告し、原因分析を行っている。「事故報告書」は、事故を分類し経過・対応を5W1H方式で具体的に記入している。事故に繋がりそうになった場合は、「インシデントレポート」を作成し、その都度報告している。(1) -</li> <li>・「インシデントレポート」は、集計し分析（専門的仮説の設定）している。(1) - 利用者に生じた損害に関する保険に加入していただいております。保険内容は入所時（契約時）に説明し、保護者会で重ねて説明している。職員に対しては保険内容をファイルし確認できるようにしている。(2) -</li> <li>・事故や災害に対処する“1救急”“2火災”“3連絡伝達”の各種フローチャートがあり、責任者に伝達する手順が定められている。防災計画に基づいた各種訓練を月1回実施している。訓練結果は検証され報告されている。(2) -</li> <li>・内服薬・外用薬等は、「医療健康管理」（マニュアル）に基づき管理されている。医薬品は毎週月曜日に在庫確認の上購入している。与薬・使用確認については利用者ごとに食前・食後に色分けし、与薬カードを使用し行われている。マニュアルは薬棚の横に常備されている。(2) -</li> </ul>	

- 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。
b	<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><u>b)</u> 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。
b	<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><u>b)</u> 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>

知的障害者更生施設「はーとふるチハヤ」評価結果

評価結果	調理場、水周りなどの衛生管理は、マニュアルが整備され職員の共通認識が図られている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 調理場、水周りなど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>b) 調理場、水周りなど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。</b></p> <p>c) 調理場、水周りなど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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・衛生管理に関しては「個別支援サービス」（マニュアル）に施設内環境衛生保持に関する方法が規定されている。（1）-</li> <li>・感染症への対応に関しては「医療健康管理」（マニュアル）に感染症に関する対応方法が感染症ごとに規定されている。（1）-</li> <li>・調理場・水周りなどの衛生管理に関しては「食中毒」マニュアルがあり、手洗いマニュアル、器具等の洗浄・殺菌マニュアル、原材料の保管管理マニュアルがそれぞれ規定されている。「給食日誌」の表面には水質等のチェック項目があり、各項目に基づき点検している。裏面には「調理器具等及び使用水の点検表」、「調理等における点検表」があり、それぞれの項目に基づき点検を行い記録している。（1）-</li> </ul>	