

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>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。
a	<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>・ 毎年の支援計画書・三愛荘職員行動基準に記載され、年度当初の寮会議・支援会議（代表者会議）・職員会議で説明が行われ、各部署に配布されている。（1）-</p> <p>・ 施設パンフレットは渋川サティの喫茶店オアシス、グリーン牧場などに配置されている。（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。
b	<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る。</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>

知的障害者更生施設「かおる園」評価結果

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。
b	<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>
(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> <p>・半年度事業の見直し、課題把握等は当該年度の1月より寮会議・支援会議（代表者会議）において検討している。(2) -</p>	
- 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。
b	<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> <p>・社会福祉法人 三愛荘定款を補足する規則において、施設長の専決権限として明示されている。(1) -</p>
--

- 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。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 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>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>・管理規程、かおる園運営規程において、職種・員数・職務及び支援内容が示されている。(1) -</p>	

- 5 経営状況の把握	
(1) 経営環境の変化等に対応している。	
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。
a	<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>b) 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。
a	<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>b) 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>

<p>【 -5 経営状況の把握の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉動向の情報は施設長会議で検討され、職員会議、寮会議へ報告されている。(1) - ・施設からの問題・課題は施設長会議、運営会議へ提案され協議、検討している。(1) -
--

- 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	<p>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。</p>
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	<p>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。</p>
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> <ul style="list-style-type: none"> ・寮会議において協議された内容は代表者会議（施設長・事務長・主任・看護師・栄養士で構成）が月1回開催され提案されている。(1) - ・代表者会議・委員会で協議された内容は寮会議で報告・提案されている。(1) - 	

- 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) 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>

知的障害者更生施設「かおる園」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。
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>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。
b	<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。
a	<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る。</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>

<p>【 -7 人事管理・研修の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・福利厚生センター - 「ソウエルクラブ」に加入し、独自の職員互助会「むつみ会」も組織されている。 (2) - ・年間研修計画において新人OJT（日常のあらゆる仕事が指導の場となる）研修から職務年齢別・職制別の研修スケジュールが組まれている。 (3) - ・社会状況、職員研究発表に関する職員内部研修会を年2回（8・12月）に行っている。(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。
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>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。</u></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><u>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。</u></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"> ・利用者の作品展示、販売を地元の商店街や娯楽施設を利用し活動の場を広げている。近隣3ヶ所の施設と行事や防災で協力関係を持っている。(1) - ・施設のグラウンドを野球大会、ゲートボール大会（毎週）の会場として、地域交流ホームを地域自治会、老人会（カラオケ、踊り）、地区会議に開放している。(1) - ・渋川看護学校生徒40名程度施設研修の場として受け入れている。また、地元、小、中、高校生との交流を通じて、障害者の理解を深める活動も続けている。(1) - ・榛名看護学校保護者の相談を受けている。(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。
a	<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>
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関しての工夫がなされている。
b	<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。
a	<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> <ul style="list-style-type: none"> ・ ボランティア受け入れについて記録様式を含め毎年、年間支援計画書に記載され職員間の共通認識を深めている。 (1) - ・ ボランティアの受入れ表、プログラム、報告票が整備され記録されている。 (1) - ・ ボランティア報告(評価)票が作成され、受け入れ側の反省点、ボランティアに対する意見が記録されている。また、終了時にアンケートを依頼し感想や疑問に答える環境が整備されている。 (1) - 	

- 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>
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>・期間中のプログラムが生まれ日々の実習記録の確認や終了時の反省会及びアンケートも依頼している。アンケートの内容を検証し、内容により検討され寮会議の議題として取り上げられている。(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。
a	<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、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、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>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>
(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>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"> ・利用希望者の見学、利用体験時に詳しいサービス内容を説明している。 (1) - ・広報誌が関係機関に配布され閲覧できるようになっている。 (1) - ・成年後見制度の取り組みを早くから採り入れ積極的に進めている。 (2) - 	

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>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。</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>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。</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>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。</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>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。</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>
<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"> ・個別支援計画書作成検討委員会（担当者による委員会・個別支援計画のあり方、書式、記載方法等を検討し統一する）が組織され支援計画が作成されている。 (1) - ・上半期、下半期に区分して、利用者、保護者の同意を得て内容を記載している。面会のできない保護者へは作成変更内容の写しを送付して確認を得ている。 (2) - 	

- 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	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。
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	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。
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サービス提供（個別支援）計画を作成している。</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"> ・利用者アセスメント票{ 健康 日常生活動作 自立生活、社会生活スキル コミュニケーション対人関係 作業活動 日常活動及び余暇活動 一日の生活 住環境}項目ごとに本人、家族の希望を伺い内容が記載されている。アセスメント要約票により、項目ごとの対応レベルが5段階に評価区分され、把握しやすい記載方法が取られている。 (1) - ・長期にわたる基本目標（大目標）、一年間の目標（中目標）、健康 日常生活 作業・余暇について具体的な支援方法が作成されている。 (2) - 	

- 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。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 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>

知的障害者更生施設「かおる園」評価結果

(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>b) 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> <p>・各マニュアルに担当者を置き見直しに当たり、業務マニュアルの他、利用者の実態に合わせた個々の支援マニュアルも作成されている。 (2) -</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	利用者の情報が施設長に確実に伝わる仕組みがある。
a	<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>
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) 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。</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> <p>・実施達成状況を定期的に評価、見直しを年2期に分け寮会議で検討している。その内容は、生活支援目標表に大目標、中目標の支援経過、支援結果、支援課題が検討され記載されている。(1) -</p>	

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>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。</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）
c	<p>【判断基準】</p> <p>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。</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>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。</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>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。</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>

知的障害者更生施設「かおる園」評価結果

(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。
a	<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) 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。</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"> ・三愛荘職員行動基準において、利用者への体罰・差別・人格無視・強要・制限・プライバシーの侵害等の禁止事項が整備されている。 (1) - ・苦情解決委員会は第三者委員出席のもと常時月1回開催している。 (1) - ・個人情報管理規程が整備され、守秘義務の誓約書を職員と交わしている。 (2) - 	

- 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。
b	<p>【判断基準】</p> <p>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。</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。
b	<p>【判断基準】</p> <p>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。</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>

知的障害者更生施設「かおる園」評価結果

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>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。</p> <p>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。</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> <p>・女性の居室は、改装され床や壁面に木製の材料が使用され落ち着いた暖かさが醸しだされている。また、私物も多く生活感が見られ、部屋としての工夫が見られる。 (1) -</p> <p>・自治会で利用者からの生活改善の要望に答える努力をしている。 (1) -</p>	

- 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。
c	<p>【判断基準】</p> <p>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。</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>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。</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> <p>・個別支援計画「コミュニケーション・対人関係」項目で個々のコミュニケーション能力及び意思表示の手段が把握され、利用者、家族の希望が聞き取られている。 (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）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) 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。</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>・個々の身体的機能や使用してる補助機、移動用具が把握され、それに対する、介助方法が話し合わせ、利用者、家族の希望が聞き取られ、具体的支援が実践されている。</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>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>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。</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>
(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>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。</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>

知的障害者更生施設「かおる園」評価結果

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) 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。</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"> ・嗜好調査は年二回実施される他、栄養士が食堂で日常的に利用者より希望を伺っている。利用者個々の食事の摂取量、好みへの対応等が一覧表になり確認し易くなっている。(2) - ・選択メニューやバイキングが導入され、行事食についても、自治会で利用者の要望を伺い検討されている。また、非難訓練時に非常食を試食する機会も設けている。(2) - 	

- 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。
b	<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>
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>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。</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。
a	<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) 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。</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>

知的障害者更生施設「かおる園」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。</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> <p>・個別支援計画で個々の入浴状態、介助と必要な使用器具等が利用者、家族から聞き取られ、支援の必要な利用者に具体的な支援が実施されている。 (1) -</p>	

- 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。
b	<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。
c	<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> <p>・排便チェック表や毎日の引継ぎで利用者の状況が報告され、看護師との連携が図られている。(1) -</p>	

知的障害者更生施設「かおる園」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>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。</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。
a	<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>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。</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>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。</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>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。</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"> ・ 全員が美容院を利用し、髪型や化粧は利用者の個性、好みを尊重している。また、男性は整髪料を使用、女性はマニキュアをしている人もいる。 (2) - ・ 利用者の個性、好み、年齢を考慮した衣類や日用品の購入が市内の商店街で、利用者が個別に買物を行う支援が実施されている。 (3) - ・ 朝の「つどい」の場で、利用者の健康状態、身だしなみを確認して支援の必要な利用者への対応が、その場で行われている。 (3) - 	

知的障害者更生施設「かおる園」評価結果

- 9 睡眠	
(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	<p>【判断基準】</p> <p>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。</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>・ 毎日の引継ぎ会議や寮会議で睡眠状況が報告され検討がされている。</p> <p>利用者からの睡眠についての要望を自治会や日々の生活の中で聞く体制がある。</p>	

-10 預り金	
(1) 預かり金の管理・運用が適切である。	
評価 結果	預かり金について、管理体制が適切である。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の預かり金は、契約に基づいて適切に運用されている。</p> <p>b) 利用者の預かり金は、契約に基づいているが、運用は十分ではない。</p> <p>c) 利用者の預かり金は、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。
a	<p>【判断基準】</p> <p>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。</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>・ 保護者や後見人には、帳簿類や預金通帳の開示を年3回実施している。(1) -</p> <p>・ 小額の現金を自己管理している。(女性7割、男性3割程度が自己管理) 自己管理できない利用者は、担当職員が管理し、個々の要望に応じて対応している。(1) -</p>	

知的障害者更生施設「かおる園」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>a) 外出を希望する利用者への配慮が十分行われている。</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。
b	<p>【判断基準】</p> <p>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。</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>・グループで買物、食事、温泉、ハイキング、プール利用（ダイエット目的）等外出目的を提示し希望者を募り実施している。 (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>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。</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>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。</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>
<p>【 -12 行事・レクリエーション・余暇の支援の特記事項】</p> <p>・行事担当者は、職員、利用者から選出され、行事の打ち合わせ、準備に利用者も参加している。(1) -</p> <p>・自由参加のクラブ活動（新聞、書道、演芸、映画鑑賞）が実施されている。また、レクリエーション、余暇に関する情報を利用者提供している。(1) -</p>	

-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>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。</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>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。</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"> ・家族向け機関紙「三愛荘ニュース」を年2回、利用者作成の新聞「まどい」を月1回発行している。(1) - ・帰省時には、連絡表により家族との状況・情報の授受を行っている。(1) - ・保護者会(毎月)・保護者研修会(年4回)・宿泊保護者研修会(年1回)を開催している。(1) - 	

-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。
b	<p>【判断基準】</p> <p>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。</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"> ・「苦情解決システム要綱・細則」が整備され随時、利用者、家族に説明がされている。 ・受付担当者が配置され、内容も記載され相談・話を聞く流れが出来ている。 	

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>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。</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>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。</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。
a	<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) 行事等、特定の場合のみ飲酒・喫煙を認めている。</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> <p>・自治会議が毎月各寮の代表と施設側（施設長・事務長・支援員・栄養士）が出席して行われている。</p> <p style="text-align: right;">(1)-</p>	

- 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。
a	<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) 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。</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>・地域生活移行マニュアル（自立訓練・地域生活への移行促進）が整備され、平成17年4月より地域生活移行会議が開催されている。</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>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。</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>・検診、診察内容が月別に示され、利用者に対しては毎月1回行われる「つどい」の場で看護師から説明がされている。</p> <p>・各症状別における対応マニュアルが整備されている。</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>

知的障害者更生施設「かおる園」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) 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。</u></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"> ・危機管理委員会(リスクマネージャ・施設長・事務所・食堂・主任代表・その他で構成)が設置され、検討・協議された事柄は各寮・各部署に周知されている。(1) - ・地域交流ホーム事務所(かおる園の職員ミーテング室)において法人全体の防災システムが一括管理されている。(2) - ・昭和45年に診療所が併設され、法人全施設における利用者の健康・保健・医療の管理を行っている。(3) - 	

-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) 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。</u></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><u>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。</u></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>
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。
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>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。</u></p> <p>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。</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>

【 - 3 衛生管理・感染症対策の特記事項】

- ・利用者は毎月1回行われる「つどい」の機会に看護師よりインフルエンザ予防等、季節即した適切な指導を受けている。(1) -