

「チャレンジめいとくの里 第三者評価結果の公表」

平成 26 年 5 月

評価機関 公益財団法人 総合健康推進財団九州支部

施設開設 10 年目の節目として、今回初めて第三者評価を受審させていただきました。日ごろの運営や方針等を、第三者の方に分かりやすく伝えることの難しさに戸惑いながらの受審でしたが、評価者の方がとても丁寧に分析をされ報告書にまとめていただき感謝しています。また、利用者様本人やご家族、職員に対しても第三者の立場から聞き取りやアンケート調査を行われ、より客観的なご意見やデータを確認することができました。

当施設の取り組みを評価いただいたところもありますが、改善点の克服や更なるサービスの質の向上に向け、今後もスタッフ一同努力してまいりたいと思います。

平成 26 年 5 月 12 日

社会福祉法人 明徳会
理事長 樺嶋潤一郎

(別記)

(公表様式2)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準
(障害者・児施設版(居住系))

◎ 評価機関

名 称	公益財団法人 総合健康推進財団九州支部
所 在 地	熊本市中央区保田窪1-10-38
評 価 実 施 期 間	平成26年1月22日～平成26年3月26日
評価調査者番号	①第06-067号
	②第06-070号
	③第13-005号

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：チャレンジめいとくの里	種別：障害者支援施設
代表者氏名：理事長 樺嶋 潤一郎 (管理者) (施設長 平川 貞俊)	開設年月日：平成17年4月1日
設置主体：社会福祉法人 明徳会 経営主体：社会福祉法人 明徳会	定員：50名 (利用人数：50名)
所在地：〒861-5503 熊本市北区明徳町707番地1	
連絡先電話番号： 096-215-9101	FAX番号： 096-245-2344
ホームページアドレス	http://www.meitokukai.jp/

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
施設入所支援事業・生活介護事業 自立訓練(生活訓練) 就労移行 就労継続支援B型 共同生活介護・援助 短期入所 日中一時支援	秋祭り、日帰り旅行、一泊旅行、 運動会、誕生会、クリスマス会、 餅つき大会、各種地域行事参加、 ディスコ
居室概要	居室以外の施設設備の概要
一人部屋 34室 二人部屋 8室 短期入所居室 7室(全室個室)	作業・レクリエーション室 5室 調理実習室 1室 娯楽室、静養室、医務室 他

職員の配置

職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
施設長	1		社会福祉施設長	1	
施設長代理	1		サービス管理責任者	7	
副施設長	1		第1号職場適応援助者	2	
サービス管理責任者 (副施設長兼務)	3		社会福祉主事任用資格	2 8	1
事務員	3		社会福祉士	5	
看護師	2	2	介護福祉士	8	2
管理栄養士	1		看護師	1	
マネージャー	5		准看護師	1	3
日中活動統括	1		心理リハトレーナー	2	
生活支援員	2 8	1 8	ホームヘルパー1級	1	
			ホームヘルパー2級	8	2
			スポーツ指導員初級	3	
			第2種衛生管理者	1	
			福祉用具専門相談員		1
			レクリエーションインストラクター	2	1
			養護教諭1種	2	
			行動援護従事者	2	
合 計	4 6	2 0	合 計	7 4	1 0

※ 資格の種別は、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

※ 複数の資格を持ち重複計上している場合があるため、職種と資格の数は必ずしも一致しません。

2 評価結果総評

◆ 特に評価の高い点

強力なリーダーシップの下、経営、運営が行われています。中・長期計画はもとより、10年先の経営計画が策定され、計画に必要な経費を試算されるなど、未来をはっきりと見据えた経営姿勢があります。頻繁に変化する法制度などはいち早く確認し、収集した情報をもとに独自の分析を行い事業計画に反映するなど、施設の今後の展開や質の向上に向けた積極的な姿勢がうかがえます。10年間を見通した長期計画（VISION）と3年節目のスローガン（運営ポリシー）の提示などで、法人がどのように理念を具体化していこうとしているのかを内外に明示されています。

権利擁護は施設として最も重要視している項目の一つであり、研修や会議、アンケートなど様々な取り組みが行われています。その成果として利用者の意思を尊重しながら優しく接する利用者本位の支援スタイルが確立されています。また個別支援計画においては、利用者の課題に目を向けつつ、本人の「強み・楽しみ・役割」といったプラスの面に着目する内容となっており、利用者一人ひとりの人権を尊重した支援が展開されています。何より現状を厳しく見つめ、より質の高い支援を目指していこうとする職員集団の意欲の高さが感じられました。

日中活動は、一人ひとりのニーズに合わせたグループ活動と個別的なプログラムを組み合わせ、バリエーションを広げるよう工夫されています。また、施設内通貨制度等を設け、利用者の活動意欲を高めながら生活に楽しみや達成感をもたらすようなユニークな取り組みも行われています。

住宅地の端に位置し、恵まれた自然環境の下、屋外での運動プログラムや農芸作業が展開されています。また、建物は居住棟と活動棟は分かれており、利用しやすい配置となっています。明るく開放的なホールと活動目的に応じ集中できる活動スペース、個室や2人部屋の落ち着いた清潔で安全な住環境が整えられています。

◆ 改善を求められる点

法人内の事業所の急速な発展拡大に伴い職員配置や施設環境等に変化があるため、人材育成や新たな危機管理への努力が常に求められます。記録や書類作成等が多い中、工夫を重ねかなり改善したとはいえ残業が現存する状況であり、さらなる効率化が期待されます。また、通所サービスやグループホームなど日中活動に参加する利用者が増え、個別的課題が多様化しているため、いかに事務的作業を効率化し直接支援に集中できるよう工夫するかが期待されます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

(H26.5.12)

施設開設10年目の節目として、今回初めて第三者評価を受審させていただきました。日ごろの運営や方針等を、第三者の方に分かりやすく伝えることの難しさに戸惑いながらの受審でしたが、評価者の方がとても丁寧に分析をされ報告書にまとめていただき感謝しています。また、利用者様本人やご家族、職員に対しても第三者の立場から聞き取りやアンケート調査を行われ、より客観的なご意見やデータを確認することができました。

当施設の取り組みを評価いただいたところもありますが、改善点の克服や更なるサービスの質の向上に向け、今後もスタッフ一同努力してまいりたいと思います。

4 評価分類別評価内容

<p>評価対象Ⅰ</p> <p>1 理念・基本方針</p>	<p>理念や基本方針（経営思想）は明文化され、各種の内部文書や施設内の各所に掲示されています。理念に基づくスローガンは毎朝の職員朝礼で唱和されており、職員への周知が図られています。</p> <p>利用者に対する理念や基本方針の周知は、契約時の説明会、家族会、家族職員合同研修会で唱和されるなど、常に留意されています。理念や基本方針は経営・運営者、利用者の双方で、常時確認しあい、経営・運営者、利用者が共に歩む、という自然な空気が感じられます。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>内外の多様な資料を分析し、変化の速い法的環境を視野に入れながら、中・長期だけでなく、10年後を見据えた経営計画、事業計画に基づく資金計画がたてられています。</p> <p>法人、施設、施設内の事業分野、委員会、支援グループ単位に事業計画の策定は進められ、プレゼンテーションを実施の上、決定されています。</p> <p>事業計画は、毎年施設要覧に記載され、全体研修会で職員に周知されています。利用者へはグループ活動や利用者自治会の際に周知されています。全利用者が事業計画をより深く理解できるよう努力されています。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>施設の経営面、運営面の両面の最高責任者である法人理事長と、運営面の責任者である施設長の意志疎通がしっかり図られ、有効な管理体制となっています。また、施設長代理、副施設長も置かれるなど、中枢管理者の層が厚く、強力な牽引力で施設運営がなされています。</p> <p>管理者は事業報告や利用者アンケートなどを通じて課題を明らかにし、優先順位をつけて計画的に課題解決に取り組まれています。</p> <p>現状維持は後退であるという積極的な経営、運営姿勢が見られ、スピード感があります。サービス向上につながるような職員からの意見は積極的に取り入れ、改善や挑戦することを止めないという姿勢がうかがえます。</p>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<p>管理者はあらゆる情報ツールを駆使して経営状況を把握しようとする姿勢が見られます。制度や法令の変化にいち早く対応したり、月単位で正確な数字の管理を行うなど、経営状況の把握と分析に努めています。</p> <p>社会保険労務士との顧問契約がなされ、労務、職員管理に関するバックアップ体制はあるものの、公認会計士やそのほかの第三者による客観的な財務や業務に関する外部監査は実施されていません。</p>

<p>2 人材の確保・ 養成</p>	<p>人員配置計画は年度ごとに組織計画とともに立案されていますが、必要な人材に関する具体的な明文化されたプランは立てられていません。</p> <p>職員意向調査を毎年行い、これをもとに面接が行われています。客観的評価基準に則った人事考課は行われていませんが、チャレンジシートを使った個人目標管理が行なわれており、面接を活用した指導体制が作られています。給与へ反映する考課はあえて行わず、「めいとくな人」大賞を設け職員集団の中で評価し合うシステムが作られており、職員のモチベーションアップにつながるよう工夫されています。</p> <p>職員の悩み相談には男女別に職員が相談窓口を担当し、必要に応じて産業医や関係機関と連携しながら対応しています。特にハラスメントに関する問題を扱う担当も決められ、職場環境の維持に努められています。また、産業医はメンタル面も考慮し精神科医と契約しプライバシーを尊重した対応が行われています。</p> <p>研修希望は職員意向調査で確認し計画的に参加するよう工夫されています。職員ガイドブックや定期的な全体研修などで職員の力量アップに努められています。特にモチベーションアップやコミュニケーション研修に力を入れ、目指す方向性の統一が図られています。</p> <p>また、スキルアップとして事例の発表などをグループごとに行い積極的主体的に参加できるように工夫されています。各分野の専門家による内部研修も行われています。研修報告はホームページにも掲載し周知されています。</p> <p>実習生の受け入れについては、各実習の目的により学校から提示されたプログラムを参考に行なわれています。また、仮の個別支援計画作成など施設が独自に発想した実習課題なども提案して行なわれています。</p>
<p>3 安全管理</p>	<p>事故対応、感染対応、誤薬対応、無断外出対応など事象ごとにマニュアルが整備されています。安全衛生・感染対策会議は毎月実施され、管理者が出席して指示命令に当たっています。</p> <p>衛生管理面は、看護師が服薬、嚥下管理を行い、スタッフに連携を図り、研修も実施されています。</p> <p>防災管理は、1年間に避難訓練を日中1回、夜間2回、災害訓練1回、消防署立会いの総合避難訓練を2回実施し評価を行っています。水害や地震対策などは今後の検討課題となっています。</p> <p>公共の場所には防犯カメラを設置し、目の届かなかったケガやトラブル等は映像を分析し、原因究明と再発防止のための対策が講じられています。</p>

<p>4 地域との交流と連携</p>	<p>毎年11月に行われる「めいとくフェスタ」は地域住民も参加するイベントとなっています。日常的には地域への貢献として、利用者と職員が神社や公民館の清掃などのボランティア活動を行っています。また子育て支援ネットワークなどに会場を貸し出すなど、様々な機会を活かして地域住民に施設を訪れてもらえるよう工夫されています。</p> <p>広報誌は手配りで地域に届けられています。地域が高齢化していることもあり、熊本市指定のごみ袋の販売や、廃品回収なども行っています。夏休みには地域交流ホールにおいて熊本市から委託された障がい児預かり事業を実施しています。</p> <p>地域の福祉ニーズの把握については、子育て支援ネットワーク、特別支援学校、特別支援クラスなどとの情報交換が積極的に行なわれています。短期入所や生活介護の定員増や、就労継続支援B型事業所の新設など利用者のニーズに応じて事業を展開されています。</p>
<p>評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>利用者尊重に関しては、権利擁護アンケートの実施や、人権をテーマにした全体研修などに定期的に取り組み、職員の共通認識を高めています。</p> <p>個人情報保護に関しては、マニュアルや広報同意書などを整備し徹底されています。プライバシーの保護については、居室のドアのガラス部が大きすぎたため目隠しのカーテンを取り付けたり、この反省をもとに増築の居室はガラス部を小さく作ったりするなど工夫されています。</p> <p>CSアンケート（満足度調査）を年2回実施し公表されています。支援計画策定時には利用者家族より聞き取りを行いニーズ把握に努められています。意見箱については一見してポストのようで、それとは気づかれない状況にあるので工夫の余地があります。</p> <p>個別担当を中心としたファミリー制度で、利用者が意見を出しやすいように工夫されています。また、利用者自治会は毎月行われ、作成した議事録をもとに意見や要望を把握されています。そのほか、広報誌のインタビューや茶話会などで利用者から意見を聴く機会が作られています。</p> <p>苦情解決の仕組みは整えられており、苦情ケースはホームページなどで公表されています。また、日頃のコミュニケーションの中で利用者や家族から苦情や要望を引き出し意見には迅速に対応するよう心がけられていますが、対応の手順書やマニュアルは示されていません。</p>

<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>CSアンケート（満足度調査）の評価分析は管理者サイドで行い対策が立てられています。会議等で全体に周知されていますが、定期的、組織的な自己評価はなされていません。</p> <p>個別的なマニュアルはあるものの、標準的な支援マニュアルはまだ部分的であり整備が求められます。</p> <p>記録は福祉ソフトを活用してすべてパソコンで行われています。キーワード設定により月ごとにケース記録の評価分析が行なわれています。ソフトや無線LAN等のネットワークシステムを構築し、情報の共有化を図るとともに、日直制で1日5回の引き継ぎの際にも情報共有が徹底されています。</p>
<p>3 サービスの開始継続</p>	<p>利用希望者に対する情報提供については、ホームページやブログを通じて活動内容や日々の取り組みの様子が発信されています。内容は写真などを多用しわかりやすく伝える工夫がなされています。また体験や見学も積極的に受け入れられています。</p> <p>サービス開始に当たり、利用契約書と重要事項説明書に加え、各種同意書により細やかな説明と確認がなされています。</p> <p>他の事業所への移行などについては、要望に対応しながら当事者確認のもと、移行先との情報交換などを行い、スムーズに移行できるよう配慮されています。</p>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<p>定められたアセスメント様式にそって本人や家族から身体状況や生活状況、特性を聞き取り、課題の確認、併せてニーズの把握が行われています。</p> <p>サービス管理責任者を中心に多職種間での検討会議を経て個別支援計画書がたてられ、6か月に1回の計画の見直しが行われています。計画には具体的な目標やプログラムが挙げられ実施状況を評価されています。また、利用者の課題に目を向けつつ、「強み・楽しみ・役割」に着目した利用者の思いに寄り添う計画となるよう努力されています。</p>
<p>評価対象Ⅳ A-1 利用者尊重</p>	<p>法人をあげて権利擁護への取り組みが積極的になされています。マニュアルの整備や毎朝の権利擁護のスローガン唱和、定期的な研修会やアンケート調査などを通して意志の徹底が図られています。</p> <p>利用者の意向を尊重し主体的な活動を支援するため、状況に応じて環境やスケジュールを調整するなど様々な工夫がなされています。また、ニーズに応じた5つのグループ活動があり、さらに利用者が主体的に選択できるよう「スタークラブ」という個別的活動も提供されています。</p> <p>コミュニケーション手段を確保するため、必要に応じて絵カードや写真カード、文字カードを使い意思の確認を行うなど分かりやすく伝えるよう工夫されています。</p> <p>利用者が自力で行う日常生活の行為については、環境設定や見守りなど変化に対応しながら取り組まれています。申し送りノートやケース会議を通じて支援の統一がなされています。</p>

	<p>社会生活力を高めるため、それぞれの課題に応じて個別支援に洗濯や買い物、調理等のプログラムが用意されています。また、利用者の働きや努力に応じた対価として施設内通貨（ミュー）を報酬として付与するシステムが設けられています。利用者は施設内通貨を使いイベントやレクリエーションに参加することができ、努力することへの動機づけとなるよう工夫されています。</p>
<p>A-2 日常生活支援</p>	<p>栄養ケアマネジメントが実施され、個別的に栄養量・食事形態・介助方法などを検討され対応されていますが、今後必要に応じた食事介助等の支援マニュアルの整備が望まれます。また、定期的に嗜好調査・残菜調査が実施され、委託業者との意見交換なども行われています。月2回の選択食や季節メニューの提供など食事を楽しむよう工夫されています。食事提供時間帯は決まっていますが、好きな時間に食べることができるよう配慮されています。</p> <p>入浴は毎日提供されており、入浴の回数や時間帯は可能な限り利用者の希望に沿った形で利用できるよう配慮されています。必要に応じて個別的な入浴支援のマニュアルが整備されています。脱衣所はエアコンによって室温管理し、プライバシー保護のためドア近くに間仕切りが設置されています。</p> <p>排泄介助は緊急時などの例外を除いて同性介助が行われています。必要に応じて個別的な排泄介助マニュアルが整備されています。トイレの清潔や防臭を図るため1日に2回、外部業者による清掃が行われています。</p> <p>衣類の選択については、基本的には本人に選択してもらっています。拘りなどで同じ物を着続ける利用者には本人の意志を尊重しながら着替えの調整がなされています。</p> <p>睡眠環境としては、廊下灯を夜間専用にしたたり、非常灯により眩しくないように居室入口にカーテンを設けたりするなど配慮されています。また、てんかん発作による転倒や外傷を防ぐため必要に応じてベッドを外し(マットレスのみ)、壁もクッション素材に換えるなど安全に配慮された環境が整えられています。</p> <p>健康管理は、看護師を中心に年2回の健康診断、毎月の体重測定、毎日の検温等が行われています。また必要な方の通院介助や緊急時には協力医療機関との連携が図られています。予防接種に関しては家族の同意のもとに実施され、口腔ケアについては毎週木曜日の歯科衛生士訪問により口腔衛生に努められています。また、薬に関しては看護師によって医務室で一括管理されており、服薬時は看護師と支援員による2名でのチェックで誤薬防止に努められています。</p> <p>余暇・レクリエーションについてはニーズの聞き取りを行いながら、ドライブ、カラオケ、DVD鑑賞、外出支援等を提供されています。しかしながら、すべてに即時対応することは困</p>

	<p>難な状況にあり、職員配置やボランティアとの連携、外出ルールの確立など体制整備が求められます。</p> <p>預かり金に関しては適切に管理されており、管理者による小口現金の毎月チェックと年4回の家族への通帳の写し報告が行われています。利用者自身の金銭管理練習についてはリスク面を考え現在行なわれていません。</p> <p>テレビ、ラジオは希望により持ち込み可能で、希望者には新聞購読も行われています。喫煙は健康上問題がない方に関しては、決められた場所で喫煙できるよう配慮されています。</p>
A-3 施設・設備	<p>施設は十分なスペースがあり、明るく段差や障害物もなく利用しやすい環境です。掲示物に関しては、剥がしてしまう利用者に配慮しつつ、より分かりやすく伝える工夫を検討することが望まれます。</p>

(参考) 利用者調査の手法等

調査の手法	対象者	対象数(人)	基準数に満たない場合の理由
アンケート調査	利用者本人		
	家族・保護者	34	
聞き取り調査	利用者本人	13	
	家族・保護者		
観察調査	利用者本人		

評価細目の第三者評価結果

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
	I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	○a・b・c
	I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	○a・b・c
I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。		
	I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	○a・b・c
	I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	○a・b・c

I-2 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
	I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	○a・b・c
	I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	○a・b・c
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
	I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	○a・b・c
	I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	○a・b・c
	I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a (b)・c

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
	I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a (b)・c
	I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	○a・b・c
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
	I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	○a・b・c
	I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	○a・b・c

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
	II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	○a・b・c
	II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	○a・b・c
	II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a・b (c)

II-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
	II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a・(b)・c
	II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a・(b)・c
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。	(a)・b・c
	II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	(a)・b・c
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
	II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	(a)・b・c
	II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され、計画に基づいて具体的な取組が行われている。	a・(b)・c
	II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a・(b)・c
II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
	II-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・(b)・c

II-3 安全管理

		第三者評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		
	II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	(a)・b・c
	II-3-(2)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	(a)・b・c
	II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	(a)・b・c

II-4 地域との交流と連携

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
	II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	(a)・b・c
	II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	(a)・b・c
	II-4-(1)-③ ボランティア受入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	(a)・b・c
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
	II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a・(b)・c
	II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	(a)・b・c
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
	II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	(a)・b・c
	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	(a)・b・c

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ－１ 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ－１－（１） 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
	Ⅲ－１－（１）－① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	○a・b・c
	Ⅲ－１－（１）－② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	○a・b・c
Ⅲ－１－（２） 利用者満足の向上に務めている。		
	Ⅲ－１－（２）－① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	○a・b・c
Ⅲ－１－（３） 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
	Ⅲ－１－（３）－① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a・○b・c
	Ⅲ－１－（３）－② 苦情解決の仕組みが確立され、十分に周知・機能している。	○a・b・c
	Ⅲ－１－（３）－③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a・○b・c

Ⅲ－２ サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ－２－（１） 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
	Ⅲ－２－（１）－① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	○a・b・c
	Ⅲ－２－（１）－② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a・○b・c
Ⅲ－２－（２） 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
	Ⅲ－２－（２）－① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化され、サービスが提供されている。	a・○b・c
	Ⅲ－２－（２）－② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a・○b・c
Ⅲ－２－（３） サービス実施の記録が適切に行われている。		
	Ⅲ－２－（３）－① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	○a・b・c
	Ⅲ－２－（３）－② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	○a・b・c
	Ⅲ－２－（３）－③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	○a・b・c

Ⅲ－３ サービスの開始・継続

		第三者評価結果
Ⅲ－３－（１） サービス提供の開始が適切に行われている。		
	Ⅲ－３－（１）－① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	○a・b・c
	Ⅲ－３－（１）－② サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている。	○a・b・c
Ⅲ－３－（２） サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
	Ⅲ－３－（２）－① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	○a・b・c

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
	Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	○a・b・c
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
	Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	○a・b・c
	Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	○a・b・c

評価対象Ⅳ

A-1 利用者の尊重

		第三者評価結果
A-1-(1) 利用者の尊重		
	A-1-(1)-① 職員の接し方について、利用者をひとりの個人として尊重する取り組みを行っている。	○a・b・c
	A-1-(1)-② コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	a・○b・c
	A-1-(1)-③ 利用者の主体的な活動を尊重している。	○a・b・c
	A-1-(1)-④ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	○a・b・c
	A-1-(1)-⑤ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	○a・b・c

A-2 日常生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 食事		
	A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a・○b・c
	A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a・○b・c
	A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	○a・b・c
A-2-(2) 入浴		
	A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	○a・b・c
	A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	○a・b・c
	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	○a・c
A-2-(3) 排泄		
	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	○a・c
	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	○a・c
A-2-(4) 衣服		
	A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	○a・b・c
	A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	○a・b・c

A-2-(5) 理容・美容		
	A-2-(5)-① 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・(b)・c
	A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	(a)・b・c
A-2-(6) 睡眠		
	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	(a)・b・c
A-2-(7) 健康管理		
	A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	(a)・b・c
	A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	(a)・b・c
	A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	(a)・b・c
A-2-(8) 余暇・レクリエーション		
	A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	a・(b)・c
A-2-(9) 外出、外泊		
	A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a・(b)・c
	A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	(a)・b・c
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
	A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a・(b)・c
	A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	(a)・b・c
	A-2-(10)-③ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	(a)・b・c
A-2-(11) 社会適応訓練等		
	A-2-(11)-① 社会適応訓練等に関しては、利用者の状態に応じた支援を行っている。	(a)・b・c

A-3 施設・設備

		第三者評価結果
A-3-(1) 施設・設備		
	A-3-(1)-① 施設・設備に関して、利用者や来所者が利用しやすいよう配慮されている。	a・(b)・c

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象Ⅰ～Ⅲ）	39	13	1
内容評価基準（評価対象A1～A3）	21	8	0
合計	60	21	1

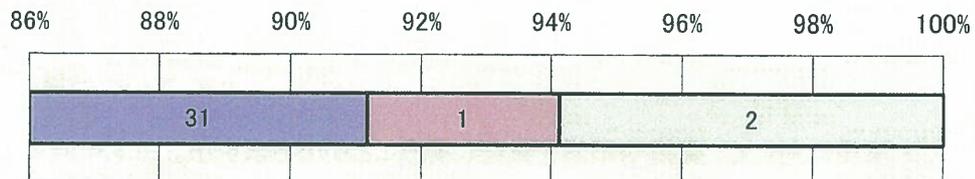
利用者調査票 集計結果

回答者数	34件／50件
回答率	68.0%

<input type="checkbox"/> はい
<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> どちらでもない
<input type="checkbox"/> 無回答

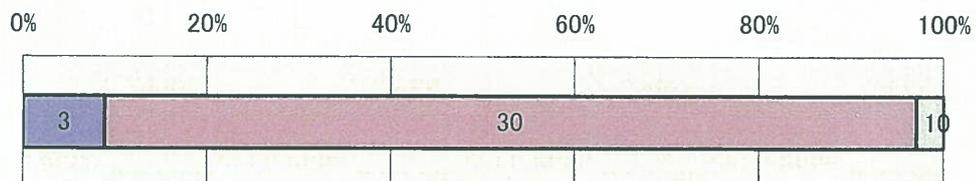
《 利用者本位のサービスについて 》

1 職員はご本人やご家族に丁寧に接してくれていますか。



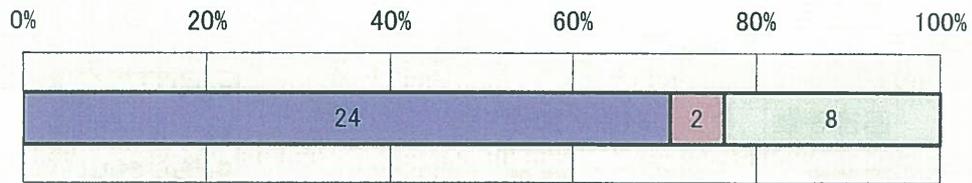
- ・ 同じことばかり言っても、本人の話をよく聞いてくれる支援員が多い。
- ・ 毎年のように担当の先生が変わるので本人のことをよくわかっていないことがあるのではないかと思うことがある。
- ・ 職員が少ない時間帯が不安。
- ・ 「ご利用者様」という呼び方は丁寧だが表面だけの様な気がする。
- ・ 家族には丁寧だと思うが、本人には少し配慮が足りないと思う。顔をしっかり見てほしい。
- ・ どんな小さなことでも電話いただける。

2 ご本人や家庭のことについて相談した内容が、他人に漏れていたというような経験はありますか。



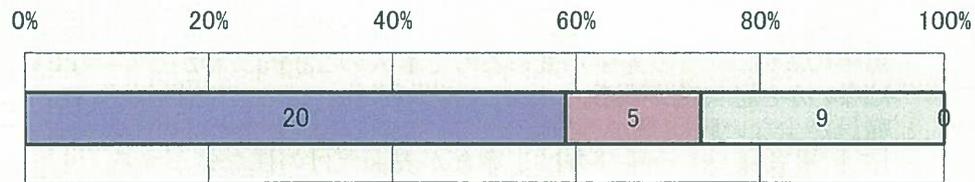
- ・ 相談したことはない。
- ・ 全然ありません。

3 職員のご本人への配慮は十分なされていると思いますか。



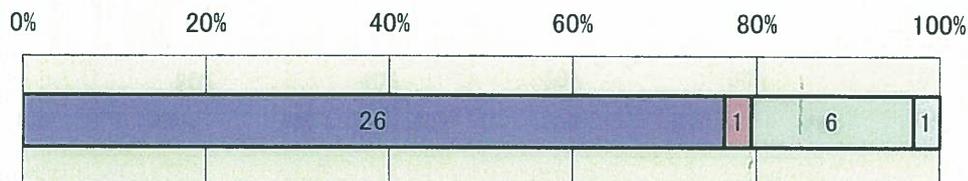
- ・トラブルがあった場合すぐに対応される。
- ・入所しているので日中活動の様子がわからないので回答できない。
- ・手が回らない時は不十分
- ・担当職員は何事も一生懸命対応してくれるが、一人で何人かを担当するので親が希望することはなかなか難しいと思う。事あるごとに対応してくれるので納得している。
- ・本人の障害の理解などの勉強不足や職員不足を感じる。
- ・服薬の必要性について、本人の状態が悪くなる前に何かの信号を出しているのに気づいて対応してほしい。

4 職員に対して、要望や不満を気軽に言うことができますか。



- ・できている。
- ・要望したことが叶うかは別として耳は傾けてくれる。
- ・不満を言うのが申し訳ないので言えない。
- ・要望や不満を言うより、ほめて職員を育ててほしいとの考え方があるようだ。
- ・一人で何人も対応されているので忙しそうで言いづらい。
- ・要望や不満を言っても職員には決定権はない。

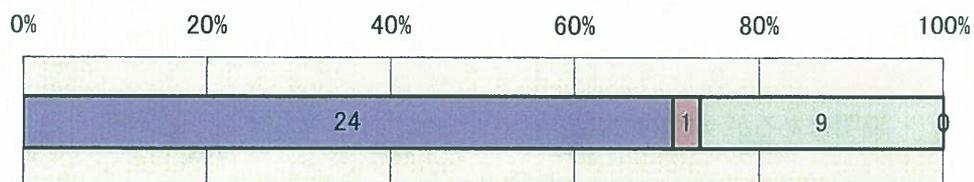
5 ご家族からの意見や提案に対して、迅速に対応してくれますか。



- おやつを提供について長年要望していたところ、ようやく去年4月より手作り2日、後は市販品のおやつが出るようになった。
- だいたい聞いてもらっている。
- 意見や提案をことごとく否定されることが多い。
- 職員は聞いてくれるがそれまでである。対応が悪く遅いので本人の状態もひどくなることが多い。

《 サービス利用前について 》

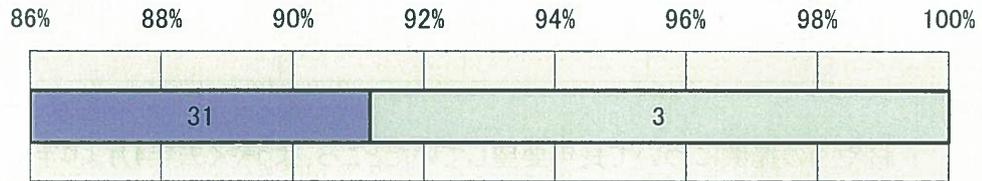
6 施設を利用することを決める前に、支援の内容や利用方法について、わかりやすい説明がありましたか。



- 詳しいことは忘れた。
- 初めと今では法律もどんどん変わり説明もその時その時変わった。

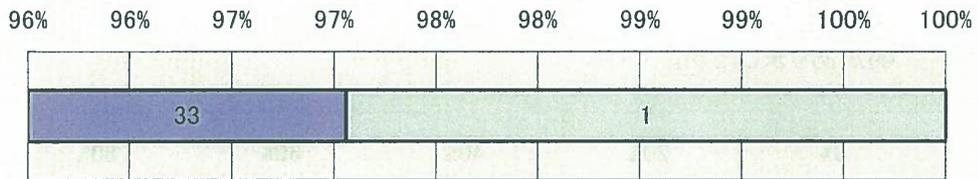
《 サービス計画について 》

7 ご本人のサービス計画をつくる時、ご本人やご家族の要望をよく聞いてくれましたか。



- ・先に計画を作ることもある。
- ・いろいろとあまり言えない。

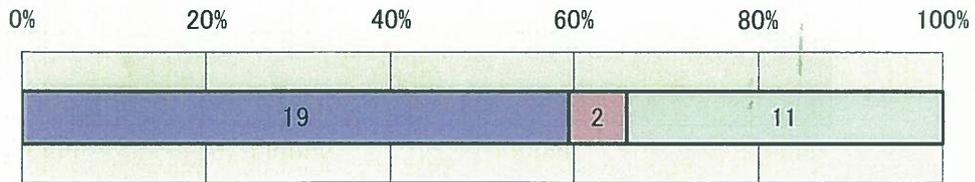
8 サービス計画について、わかりやすい説明がありましたか。



- ・説明はあるが一般的なこと。

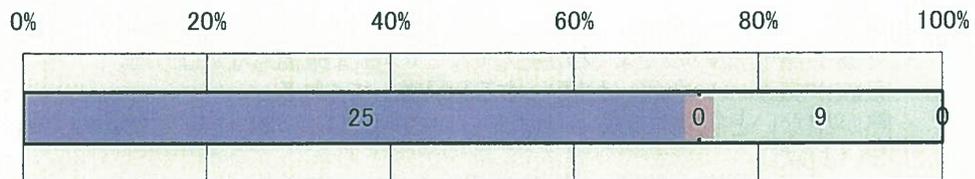
《 サービス内容について 》

9 ご本人は施設の食事に満足していますか。



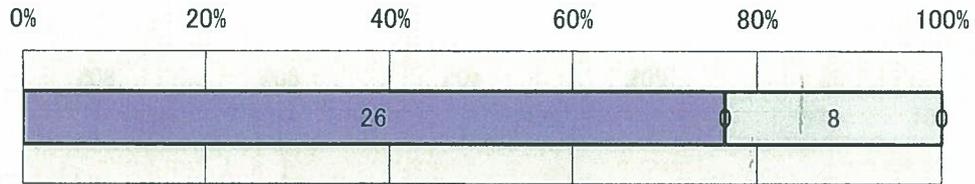
- ・魚が苦手で最初はほぐしてもらっていたが、やはり食べれないので、今は肉にしてもらっており、本人も食事が苦にならない様子です。
- ・おいしいと言っています。
- ・栄養管理、カロリー計算など、きちんとされていて満足している。おいしさなどは本人ではないのでわからない。
- ・本人が自分では言えないのでわからないが、全部残さず食べている様子。
- ・しゃべれないのでわからない。
- ・本人の意思表示がないのでわからない。
- ・カロリー、塩分、糖分を重要視されている。おやつもなく味の薄い食事なので体重が減らないか心配。
- ・肉はパサパサで、あまりおいしいとは言えない。
- ・お菓子、コーヒー、ジュースなどはないに等しく、隔離されているように感じる。せめておやつでもあれば。

10 入浴はご本人の希望を聞いてくれますか。



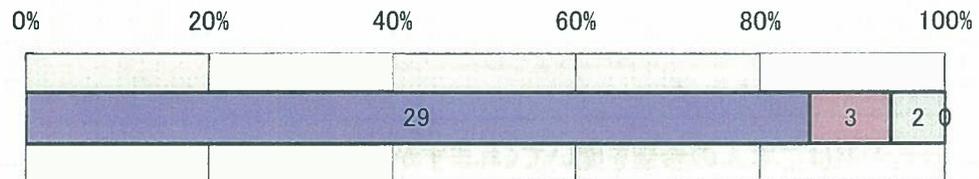
- ・キャラクターの容器にシャンプーやリンスが入れてあるらしく、本人の髪を洗うやる気がアップしている。
- ・本人が希望を言っているかどうかわからない。
- ・帰宅した時など、まだよく落ちていないと思ったときは、自宅で気をつけている。
- ・本人の意思表示がないのでわからない。
- ・毎日あるのでいいと思うが順番や他何もわからない。

11 洋服や髪型について、ご本人やご家族の希望を聞いてくれますか。



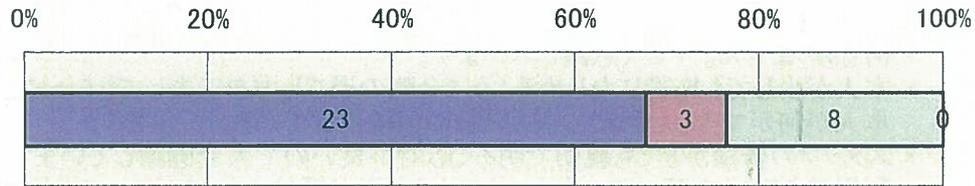
- ・髪型は本人の希望どおりと思う。洋服は本人の希望にそって服をそろえているつもりだが、あまり着ない服もあり購入時に悩む。
- ・帰宅時に足の爪や前髪など伸びていたら切ってやっている。
- ・同じものを着てしまうので希望がわからない。
- ・本人まかせ
- ・時々服が裏返しになっていたり、ズボンがシャツからはみ出している。

12 日ごろから、ご本人のからだの調子に配慮してくれますか。



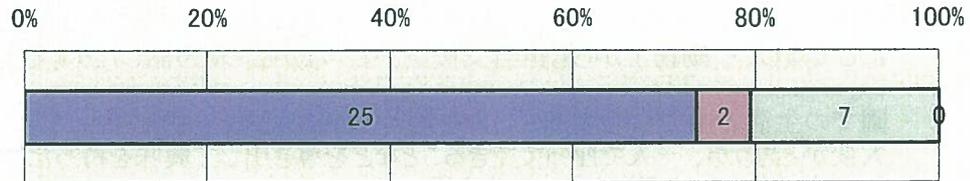
- ・自傷行為はなかなか気づかれないようです。本人も隠れているので難しい。
- ・言葉が話せないのでよくわからない。この頃は検温もないようだ。
- ・家族が気がついた後、お願いすると配慮してくれる。
- ・熱が出ないと病院にはかかれない。かなり悪くならないと訴えないのでそれまでわからないようだ。
- ・こちらから言わないとやってくれない。気がつかない。
- ・毎週土日の帰宅時に連絡帳にて。

13 病気やけがの時の対応に満足していますか。



- ・ 入所してから大きなケガや病気をしていないのでよくわからないが、多分大丈夫と思う。
- ・ 後見人が対応に難しい緊急時の怪我や入院も迅速に対応してもらっている。
- ・ 足の爪など親が気づいて言わないと難しいことがあるようだ。
- ・ 施設が指定している病院または家族が希望する病院以外の病院の受診を強いられたことがある。
- ・ 家庭、家族にまかされる。
- ・ 風邪を引いても熱がでない病院には連れて行ってもらえない。早めに連れて行ってもらうと本人も楽だし早く治ると思う。
- ・ 持病があり定期的に自宅近くの病院に親が連れて行っている。施設より遠いのでこれから先、通院が困難になるかもと心配している。

14 施設の安全管理(事故・感染症の発生時の対応など)は十分だと思いますか。



- ・ 四六時中、支援員がいて見ている訳ではないので、そういう時に起こる事故は防ぎようがないのではないかと思う。
- ・ 感染症の時は自宅に帰される。入院したときもすべて家族が看ることになる。
- ・ 感染症などの時は自宅に帰される。1週間以上長くなった時は家族に感染したり看病負担がある。

日頃のサービスについて、お感じになっていることを、ご自由にお書きください。
(例えば、してほしいこと、してほしくないことなど)

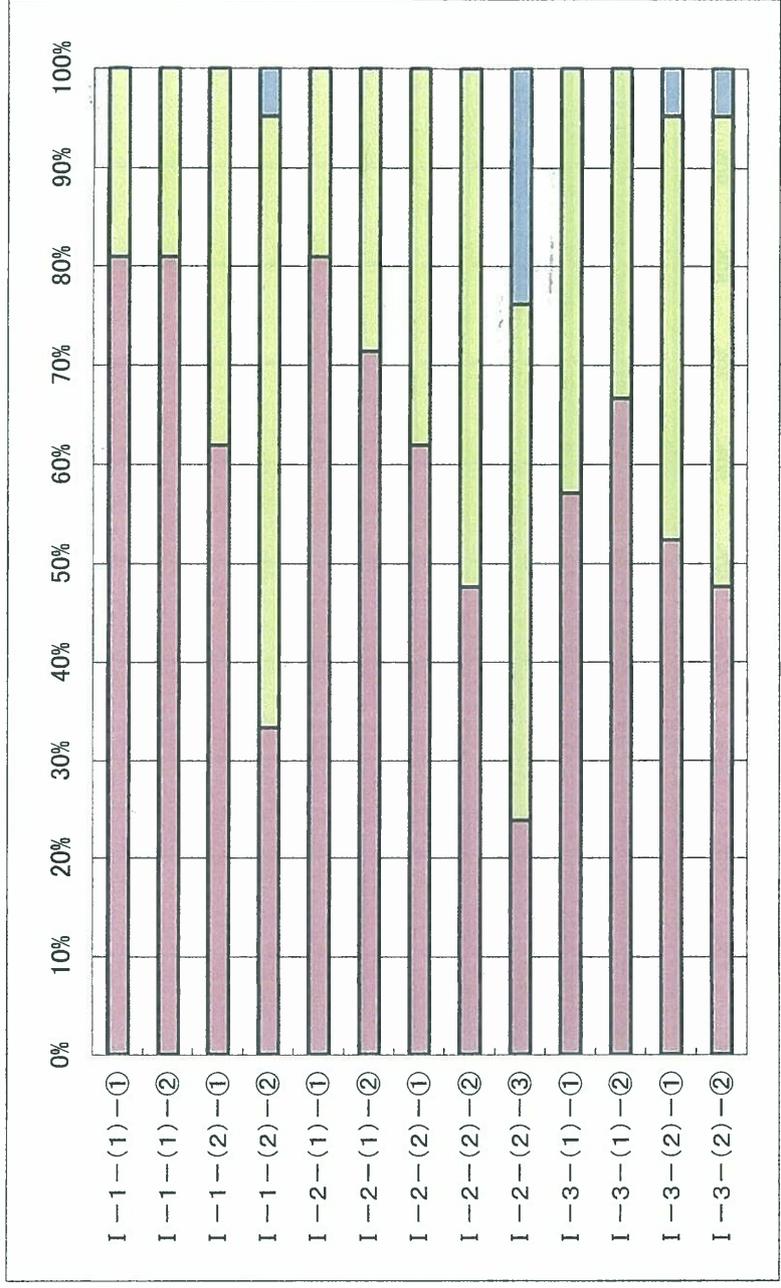
- ・とても満足しています。良い施設です。
- ・何もありません。すごく感謝しています。
- ・本人が少しでも施設になじめるように余暇の過ごし方を工夫してもらっている。作業は本人が何ができるか考えて新しい物づくりをされている。
- ・スタッフの皆様がとても親切で明るく対応が良いので大変感謝しています。いつまでも利用できることを願っています。めいとくの里が受け入れて下さって幸福に思っています。
- ・4月からおやつが毎日あるようになったことを本人もとても喜んでいる。
- ・施設での様子(良い事、悪い事)を電話で報告してもらい安心している。特にちょっとしたケガやパニックでもすぐに報告がある。
- ・いろいろな面でよく子供のことを考えていただいている。
- ・本人の同じことの繰り返しのお話をよく聞いてくださる。これからも大変と思うがよろしくお願ひします。
- ・本人の質問に対し、すぐに調べて答えてくださるので、親より反応が早い職員さんに本人もいろいろ聞きに行くようだ。これからもいろいろ教えていただきたいと思ひますのでよろしくお願ひします。
- ・高齢になった時、病気の子供の対応は家では困難になってくる。今は何とか親もがんばりますが、数年後は不安になる。親子共々病に倒れることもあり、実際に大変だったという話は家族会で聞いたことがある。今後も自宅で療養なのだろうか。
- ・緊急事態の時の園への相談が家族にまかされ、不安に思ったことが過去にあったが、今現在もそうなのか少し不安。
- ・入所時より親がだんだん高齢になり体調が悪い時が多くなってきている。そのために毎週末の帰宅が無理な時もあるので、できれば帰宅を隔週等にできればと思う。
- ・現行、支援員が少ない配置となっているようで、きめ細やかな支援ができるような福祉にしてほしい。勤務上からも担当支援員となかなか会ったり話したりすることができない。
- ・園での生活の中で余暇の過ごし方を考えてほしいと思う。それぞれに障害も違うので大変かと思うが、一人で座ってできることなどを導き出して興味を持った物を何かできれば本人も少しは楽しめないかなと思ひている。
- ・日中は通所者と合同でかなりの人数となり、職員の数も多いのだが、通所者が帰ると同時に職員の数も減り、手も目も届かなくなっている様だ。入所と通所を分けての活動と思う。
- ・本音で親の考えを言えないのが残念です。若い職員ががんばっておられる姿には感謝しています。
- ・職員の数が多いから安心とは限らない。質の問題である。次から次と職員が入ってくるが、新卒とパートが多く、柱となる職員が少ないと思う。利用者が喜ぶことは何かを考え、あたたかさが感じられるようになってほしい。
- ・毎日の生活で日中活動も大切だと思うが、入所者50名の身の回りのことをもう少し細かくみてもらいたいと思う。同じ建物に入所も通所も地域の子供たちもいるとストレスになるので止めてほしい。
- ・家族の意見が通りにくいので、今回、第三者評価のアンケートが受けられて大変良かった。
- ・特にありません。

職員自己評価票集計

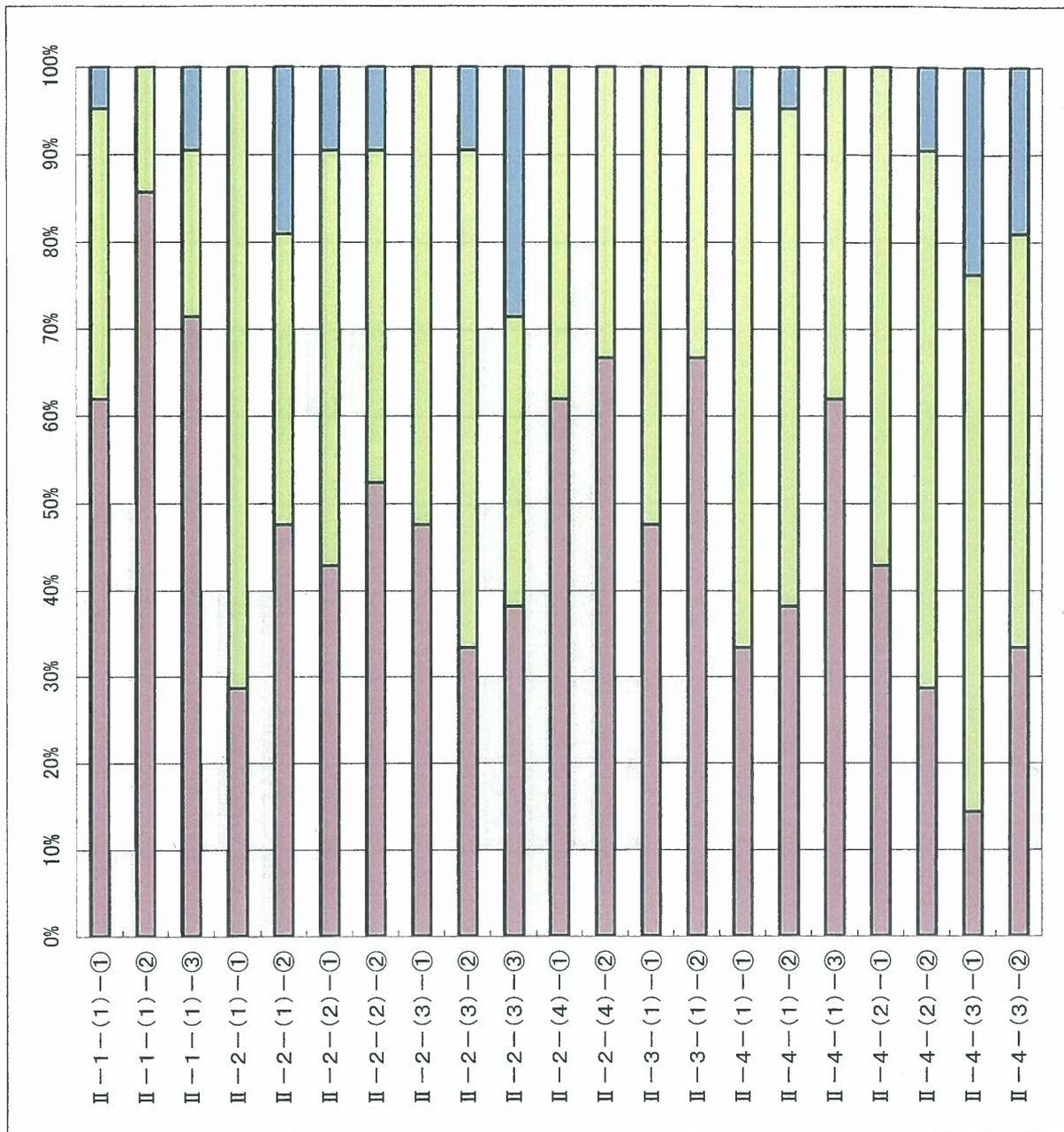
リーダー層	3人
一般職員	9人
その他	2人
不明	7人
合計	21人

回答者属性

	a	b	c
I-1-(1)-①	17	4	0
I-1-(1)-②	17	4	0
I-1-(2)-①	13	8	0
I-1-(2)-②	7	13	1
I-2-(1)-①	17	4	0
I-2-(1)-②	15	6	0
I-2-(2)-①	13	8	0
I-2-(2)-②	10	11	0
I-2-(2)-③	5	11	5
I-3-(1)-①	12	9	0
I-3-(1)-②	14	7	0
I-3-(2)-①	11	9	1
I-3-(2)-②	10	10	1

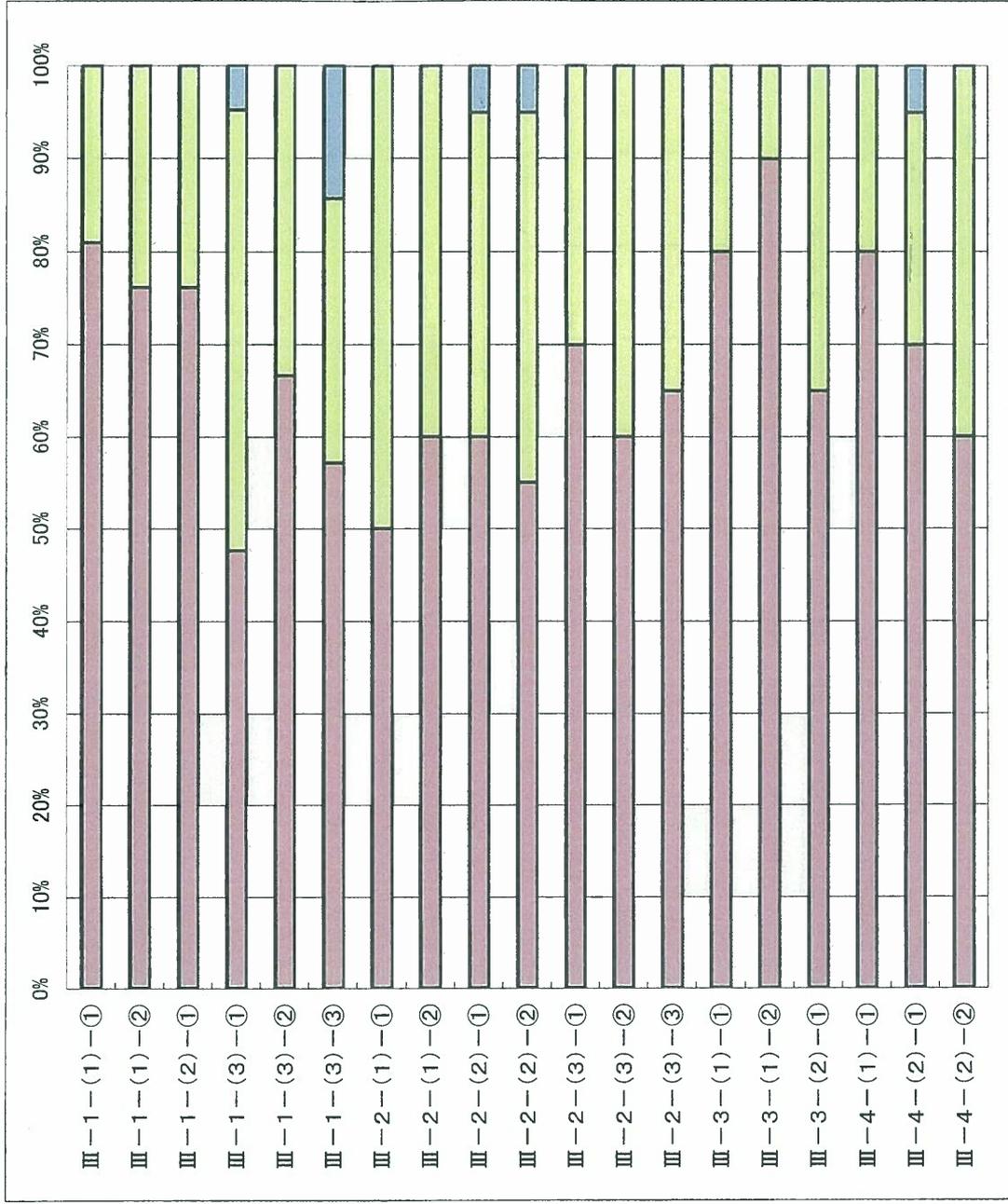


	a	b	c
II-1-(1)-①	13	7	1
II-1-(1)-②	18	3	0
II-1-(1)-③	15	4	2
II-2-(1)-①	6	15	0
II-2-(1)-②	10	7	4
II-2-(2)-①	9	10	2
II-2-(2)-②	11	8	2
II-2-(3)-①	10	11	0
II-2-(3)-②	7	12	2
II-2-(3)-③	8	7	6
II-2-(4)-①	13	8	0
II-2-(4)-②	14	7	0
II-3-(1)-①	10	11	0
II-3-(1)-②	14	7	0
II-4-(1)-①	7	13	1
II-4-(1)-②	8	12	1
II-4-(1)-③	13	8	0
II-4-(2)-①	9	12	0
II-4-(2)-②	6	13	2
II-4-(3)-①	3	13	5
II-4-(3)-②	7	10	4



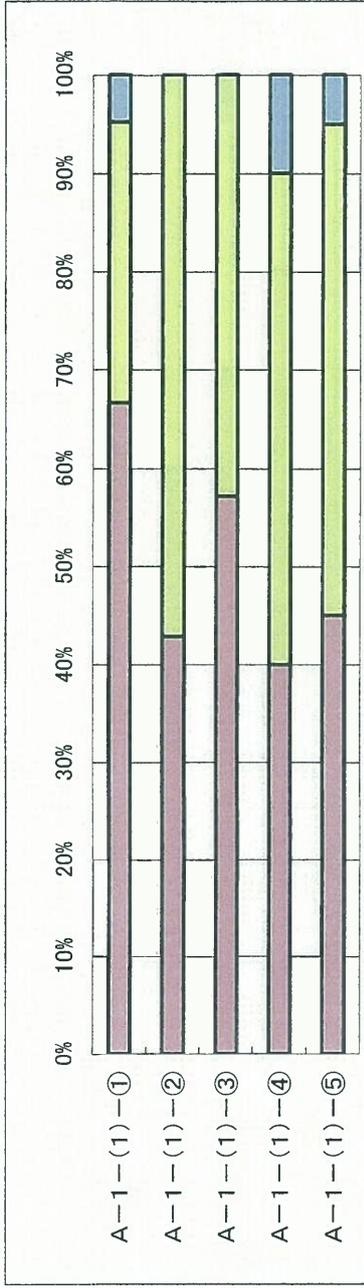
チャレンジめいどくの里

	a	b	c
Ⅲ-1-(1)-①	17	4	0
Ⅲ-1-(1)-②	16	5	0
Ⅲ-1-(2)-①	16	5	0
Ⅲ-1-(3)-①	10	10	1
Ⅲ-1-(3)-②	14	7	0
Ⅲ-1-(3)-③	12	6	3
Ⅲ-2-(1)-①	10	10	0
Ⅲ-2-(1)-②	12	8	0
Ⅲ-2-(2)-①	12	7	1
Ⅲ-2-(2)-②	11	8	1
Ⅲ-2-(3)-①	14	6	0
Ⅲ-2-(3)-②	12	8	0
Ⅲ-2-(3)-③	13	7	0
Ⅲ-3-(1)-①	16	4	0
Ⅲ-3-(1)-②	18	2	0
Ⅲ-3-(2)-①	13	7	0
Ⅲ-4-(1)-①	16	4	0
Ⅲ-4-(2)-①	14	5	1
Ⅲ-4-(2)-②	12	8	0



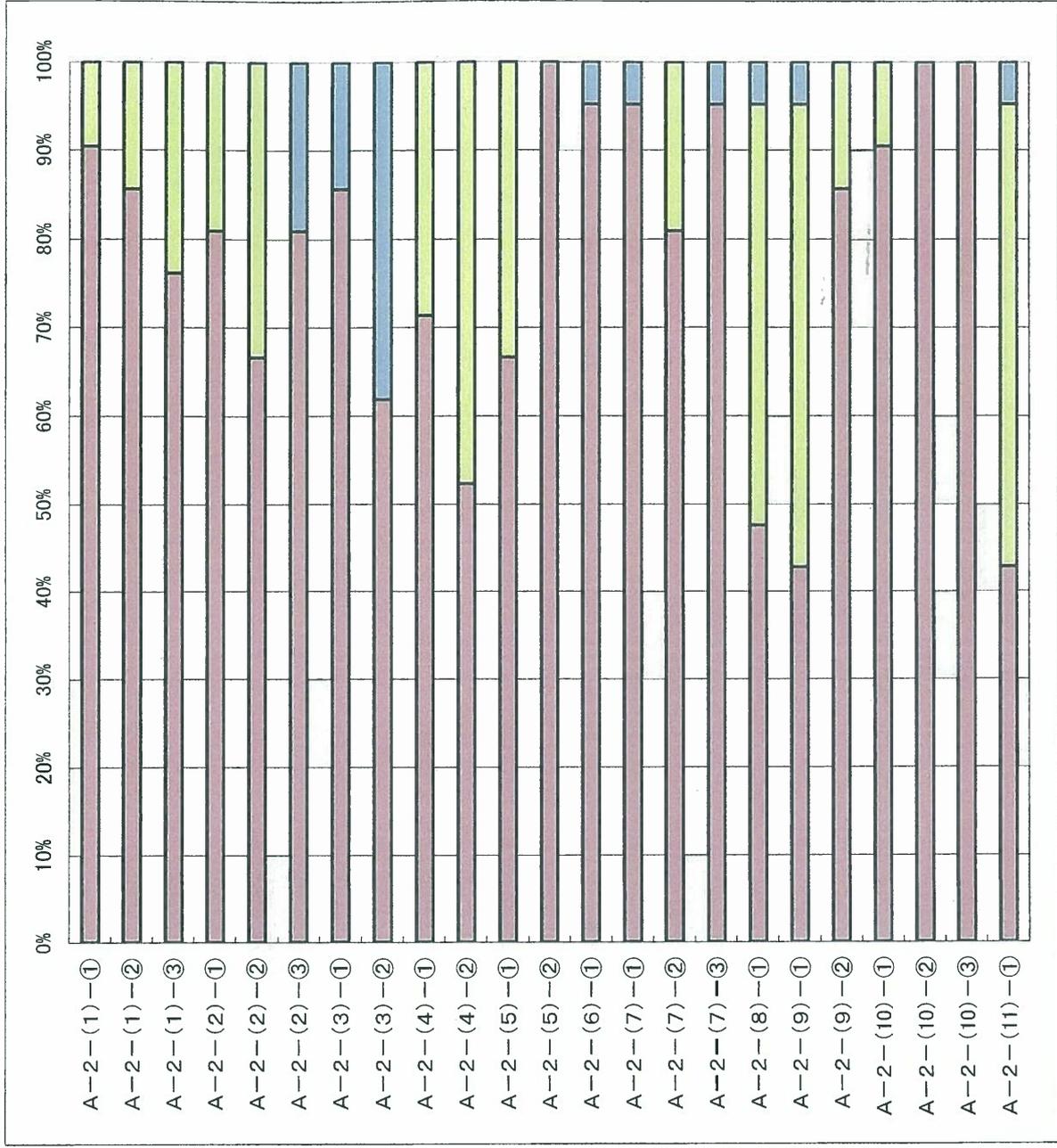
チャレンジめいとくの里

	a	b	c
A-1-(1)-①	14	6	1
A-1-(1)-②	9	12	0
A-1-(1)-③	12	9	0
A-1-(1)-④	8	10	2
A-1-(1)-⑤	9	10	1

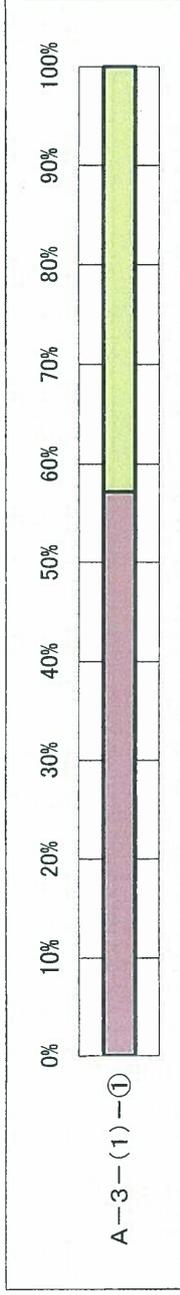


チャレンジめいとくの里

	a	b	c
A-2-(1)-①	19	2	0
A-2-(1)-②	18	3	0
A-2-(1)-③	16	5	0
A-2-(2)-①	17	4	0
A-2-(2)-②	14	7	0
A-2-(2)-③	17	0	4
A-2-(3)-①	18	0	3
A-2-(3)-②	13	0	8
A-2-(4)-①	15	6	0
A-2-(4)-②	11	10	0
A-2-(5)-①	14	7	0
A-2-(5)-②	21	0	0
A-2-(6)-①	20	0	1
A-2-(7)-①	20	0	1
A-2-(7)-②	17	4	0
A-2-(7)-③	20	0	1
A-2-(8)-①	10	10	1
A-2-(9)-①	9	11	1
A-2-(9)-②	18	3	0
A-2-(10)-①	19	2	0
A-2-(10)-②	21	0	0
A-2-(10)-③	21	0	0
A-2-(11)-①	9	11	1



	a	b	c
A-3-(1)-①	12	9	0



特によいと思う点

- 理念が掲示してある。
- 権利擁護について考える機会が設けてある。
- 長中期計画がしっかりとかなされている。
- 日中帯、正門や正面玄関が開いており開放的。
- 天窓等があるため施設内が明るい。
- 事故が起こった際、すぐに時間を作り対策会議を開いている。
- 権利擁護への意識が高い。
- サービスの質の向上に努めている。
- 毎日、入浴を実施している。
- 研修に積極的に咲くかさせてくれる。
- 権利擁護に力を入れて取り組んでいる。
- 職員の意見は、よく聞いてくれると思う。
- 施設・設備（バリアフリー、周辺の環境）
- 施設周辺（自然豊かで緑が多い）の環境
- ご利用者様、ご家族を中心とした快適な生活の提供に努力している。
- ニーズに答えようとする努力
- 職員間の情報共有
- 職場の雰囲気の良い
- 経営の幅を広げるところ
- 職場の職員ががんばっている。
- スタッフに恵まれている。
- オゾンを使い、なおいに配慮している。
- 設備が充実している。
- 職員が明るい。

- 余暇活動でディスコ等が充実している。
- 就職、作業に向けての取り組みがある。
- ご利用者様が作った「たさをり」を商品として販売できている。
- ご利用者様と職員や職員同士の関係がいい。
- 常に新しいことにチャレンジしているところがよい。
- ご利用者様の良いところを見つけ、支援していくところと、できていないことは無理にさせないところがいいと思う。
- 丁寧な行動、言葉遣い等
- 利用者一人の個人として尊重するためのマニュアル等を整備し、利用者の人権を尊重している。
- 施設内が明るく利用者も楽しそうに過ごされている方が多い。
- ご利用者様の気持を優先させているところと食事がとてもおいしいところ
- 施設内が明るい。光がよく入っている。
- 職員同士が連携し、ご利用者様の情報交換を行っている。
- 季節や行事ごとに給食が提供される。
- 職員と管理者の距離が近く、改善やチャレンジについて寛大である。
- 開放的な雰囲気である明るいイメージを作れている。

特に改善したいと思う点

- 浴室の環境は、ご利用者様の状況の変化に伴い改善が必要
- 人権に関するマニュアル等はあるものの、敬語、幼稚扱いする等の周知が全くとできていない。特に苦手職員への指導が十分すぎる。
- 雇用および人事
- 利用者の見守り
- 施設設備
- ご利用者様と地域の方々の関わりが少ない。
- ボランティアの受け入れが少ない。
- 入所の浴室と脱衣所がせまい。
- 勤務内に業務(特に記録等)を終えられない。
- 日中以外の生活支援スタッフが不足している。
- ご利用者様がより使いやすい設備
- 災害対策を細部まで見直す。
- マニュアルを見直す。
- 利用者の尊重
- 職員への規律、規則の厳行

- 災害時(台風、地震)の対策。職員への周知、訓練、利用者様への指導が完全でない。
- 研修(外部)後の発表報告や周知がなされていない。
- 入浴サービスの限界
- 余暇活動の充実
- 職員への福利厚生
- 現場の気持ち理解されない。
- メンタルヘルス
- 経営の展開が早過ぎる
- 洗濯のシステム
- 時間配分
- 入浴
- 排泄する環境でよい匂いを保てると良いと思う。
- 地域の方々に施設をもっと知っていただき、気軽に施設に入れると良い。
- 生活場面と活動場面の区別化と通所のご利用者様と入所のご利用者様のグループ別化
- 人員補充と職員の育成
- 危機管理
- 各計画を職員に配布するとともに、十分な理解を促すための取り組みを行っていききたい。
- 働きやすい環境づくり
- トイレ掃除は行っていても臭いがよくない。
- 活動時に外部の講師の方を積極的に招く。(美容療法、音楽療法等)
- 休日活動の充実
- 人材の育成
- 支援だけでなく地域や福祉について考えることのできる職員の育成

評価調査票【居住系サービス版】

※「評価項目」ごとに、「評価基準」のa～cのうち、1つを選んで回答シートにご記入ください。

評価項目	評価基準
Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織	
Ⅰ-1 理念・基本方針	
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。	
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a 法人の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。 b 法人の理念を明文化しているが、法人の使命・役割の反映が十分ではない。 c 法人の理念を明文化していない。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a 理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。 b 理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。 c 理念に基づく基本方針を明文化していない。
Ⅰ-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。	
Ⅰ-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a 理念や基本方針を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。 b 理念や基本方針を職員に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。 c 理念や基本方針を職員に配付していない。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a 理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。 b 理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。 c 理念や基本方針を利用者等に配布していない。
Ⅰ-2 計画の策定	
Ⅰ-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	
Ⅰ-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定している。 b 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。 c 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。
Ⅰ-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映して策定されている。 b 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容または中・長期の収支計画の内容のどちらかのみを反映させている。 c 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容も中・長期の収支計画の内容も反映していない。
Ⅰ-2-(2) 計画が適切に策定されている。	
Ⅰ-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	a 各計画が、職員等の参画のもとで策定されるとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。 b 各計画が、職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。 c 各計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。
Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員に周知されている。	a 各計画を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。 b 各計画を職員に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。 c 各計画を職員に配布していない。
Ⅰ-2-(2)-③ 計画が利用者等に周知されている。	a 各計画を利用者等に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。 b 各計画を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。 c 各計画を利用者等に配布していない。
Ⅰ-3 管理者の責任とリーダーシップ	
Ⅰ-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。	
Ⅰ-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。 b 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。 c 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。

評価項目	評価基準
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。
	b 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。
	c 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。
	b 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。
	c 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。
	b 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。
	c 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組について指導力を発揮していない。
II 組織の運営管理	
II-1 経営状況の把握	
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	
II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を積極的に行っている。
	b 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。
	c 事業経営をとりまく環境を把握するための取組を行っていない。
II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a 経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。
	b 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っているが、改善に向けた取組を行っていない。
	c 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っていない。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a 外部監査を実施しており、その結果に基づいた経営改善を実施している。
	b 外部監査を実施しているが、その結果に基づいた経営改善が十分ではない。
	c 外部監査を実施していない。
II-2 人材の確保・養成	
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。	
II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しており、それに基づいた人事管理が実施されている。
	b 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しているが、それに基づいた人事管理が十分ではない。
	c 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していない。
II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a 客観的な基準に基づき、定期的な人事考課を実施している。
	b 定期的な人事考課を実施しているが、客観的な基準に基づいて行われていない。
	c 定期的な人事考課を実施していない。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	
II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。
	b 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。
	c 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。
II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施している。
	b 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施しているが、十分ではない。
	c 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施していない。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	
II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。
	b 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されているが、十分ではない。
	c 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されていない。

評価項目	評価基準
Ⅱ-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	a 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定され、計画に基づいた具体的な取組が行われている。
	b 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されているが、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。
	c 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。
Ⅱ-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a 研修成果の評価が定期的に行われるとともに、次の研修計画に反映されている。
	b 研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。
	c 研修成果の評価が定期的に行われていない。
Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。	
Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	a 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。
	b 実習生の受け入れと育成について体制を整備してはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていない等、積極的な取組には至っていない。
	c 実習生の受け入れと育成について体制を整備しておらず、実習生を受け入れていない。
Ⅱ-3 安全管理	
Ⅱ-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。	
Ⅱ-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a 事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能している。
	b 事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。
	c 事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備していない。
Ⅱ-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	a 地震、大雨、家事などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を積極的に行っている。
	b 地震、大雨、家事などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。
	c 地震、大雨、家事などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。
Ⅱ-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	a 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。
	b 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。
	c 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集していない。
Ⅱ-4 地域との交流と連携	
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	
Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	a 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。
	b 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。
	c 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。
	b 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。
	c 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。
Ⅱ-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	a ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されており、受け入れについての体制が整備されている。
	b ボランティア受け入れに対する基本姿勢は明示されているが、受け入れについての体制が十分に整備されていない。
	c ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されていない。
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	
Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a 施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示し、その情報が職員間で共有されている。
	b 施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示しているが、その情報が職員間で共有されていない。
	c 施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。
	b 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保しているが、具体的な課題や事例検討は行っていない。
	c 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保していない。

評価項目	評価基準
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。	
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている。 b 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っているが、十分ではない。 c 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があり、実施されている。 b 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があるが、実施されていない。 c 把握した福祉ニーズに基づいた、事業・活動の計画がない。
III 適切な福祉サービスの実施	
III-1 利用者本位の福祉サービス	
III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	
III-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解を持つための取組が行われている。 b 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない。 c 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示されていない。
III-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、職員に周知するための取組を行っている。 b 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、職員に周知する取組が十分ではない。 c 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備していない。
III-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。	
III-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行なっている。	a 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。 b 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。 c 利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。
III-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	
III-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。 b 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。 c 利用者が相談したり意見を述べたい時に、相談方法や相談相手を選択できない。
III-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。 b 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。 c 苦情解決の仕組みが確立していない。
III-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備し、迅速に対応している。 b 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備しているが、迅速に対応していない。 c 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。
III-2 サービスの質の確保	
III-2-(1) 質の向上に向けた組織的な取り組みが組織的に行われている。	
III-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備され機能している。 b サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。 c サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されていない。
III-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a 評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。 b 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。 c 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。

評価項目	評価基準
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。	
Ⅲ-2-(2)-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a 提供するサービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それに基づいたサービスが実施されている。 b 提供するサービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それに基づいたサービスの実施が十分ではない。 c 提供するサービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。
Ⅲ-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるような仕組みを定め、仕組みに従って検証・見直しを行っている。 b 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるような仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。 c 標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証していない。
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。 b 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されているが、十分ではない。 c 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されていない。
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a 利用者に関する記録管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。 b 利用者に関する記録管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。 c 利用者に関する記録管理について規程が定められていない。
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われている。 b 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分ではない。 c 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われていない。
Ⅲ-3 サービスの開始・継続	
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。	
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。 b 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。 c 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を提供していない。
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。 b サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。 c サービス開始時の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っていない。
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a サービスの内容や施設の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮している。 b サービスの内容や施設の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。 c サービスの内容や施設の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮していない。
Ⅲ-4 サービス実施計画の策定	
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。	
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a 利用者の身体状況や生活状況等を正確に把握しており、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題（ニーズ）を具体的に明示している。 b 利用者の身体状況や生活状況等を正確に把握しているが、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題（ニーズ）を十分には明示していない。 c 利用者の身体状況や生活状況等を正確に把握しておらず、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題（ニーズ）を明示していない。
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。	
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。 b 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しているが、十分に機能していない。 c 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立していない。

評価項目	評価基準
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。
	b サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。
	c サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。
A1 利用者の尊重	
A1-(1) 利用者の尊重	
A1-(1)-① 職員の接し方について、利用者をひとりの個人として尊重する取り組みを行っている。	a 丁寧な行動、言葉遣い等について、利用者をひとりの個人として尊重するためのマニュアル等を整備し、利用者の人権を尊重している。
	b 丁寧な行動、言葉遣い等について、利用者をひとりの個人として尊重するためのマニュアル等の整備が十分ではない。
	c 利用者をひとりの個人として尊重する接し方が行われていない。
A1-(1)-② コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	a コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。
	b コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫が十分ではない。
	c コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされていない。
A1-(1)-③ 利用者の主体的な活動を尊重している。	a 利用者の主体的な活動が尊重されている。
	b 利用者の主体的な活動の尊重が十分ではない。
	c 利用者の主体的な活動が尊重されていない。
A1-(1)-④ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	a 見守りと支援の体制が整備されている。
	b 見守りと支援の体制の整備が十分ではない。
	c 見守りと支援の体制が整備されていない。
A1-(1)-⑤ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。
	b 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムが十分ではない。
	c 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがない。
A2 日常生活支援	
A2-(1) 食事	
A2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。
	b サービス実施計画に基づいた食事サービスの用意が十分ではない。
	c サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されていない。
A2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a 食事が美味しく、楽しく食べられるように工夫をしている。
	b 食事が美味しく、楽しく食べられるような工夫が十分ではない。
	c 食事が美味しく、楽しく食べられるような工夫をしていない。
A2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a 喫食環境に配慮している。
	b 喫食環境の配慮が十分ではない。
	c 喫食環境に配慮していない。
A2-(2) 入浴	
A2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a 利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。
	b 利用者の障害程度や介助方法など個人的事情の配慮が十分ではない。
	c 利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮していない。
A2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a 利用者の希望に沿って行われている。
	b 利用者の希望に沿って行われているが、十分ではない。
	c 利用者の希望に沿って行われていない。
A2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a 環境は適切である。
	b 環境は適切ではない。
	c 環境は適切ではない。

評価項目	評価基準
A 2 - (3) 排泄	
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a 介助は快適に行われている。 c 介助は快適に行われていない。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a 清潔で快適である。 c 清潔かつ快適ではない。
A 2 - (4) 衣服	
A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	a 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。 b 利用者の個性や好みを尊重した支援が十分ではない。 c 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っていない。
A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	a 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切に行なわれている。 b 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適宜行なわれているが、十分ではない。 c 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応が適切に行なわれていない。
A 2 - (5) 理容・美容	
A-2-(5)-① 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 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。 b 利用者の個性や好みを尊重した支援が十分ではない。 c 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っていない。
A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a 配慮している。 c 配慮していない。
A 2 - (6) 睡眠	
A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a 配慮している。 c 配慮していない。
A 2 - (7) 健康管理	
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a 適切である。 c 適切ではない。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されている。 b 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制は整備されているが、取り組みが十分ではない。 c 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されていない。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a 確実に行われている。 c 確実に行われていない。
A 2 - (8) 余暇・レクリエーション	
A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	a 余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映され、希望に沿って行われている。 b 余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映されているが、十分ではない。 c 余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映されていない。
A 2 - (9) 外出、外泊	
A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a 利用者の希望に応じて行われている。 b 利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。 c 利用者の希望に応じて行われていない。
A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じて配慮されている。	a 利用者の希望に応じて行われている。 b 利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。 c 利用者の希望に応じて行われていない。

評価項目	評価基準
A2-(10) 所持金・預かり金の管理	
A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a 適切な管理体制が整備され、確実な取り組みが行われている。 b 管理体制が整備されているが、取り組みが十分ではない。 c 管理体制が整備されていない。
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の講読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	a 利用者の意志や希望が尊重されている。 c 利用者の意志や希望に十分応じていない。
A-2-(10)-③ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	a 利用者の意志や希望が尊重されている。 c 利用者の意志や希望に十分応じていない。
A2-(11) 社会適応訓練等	
A-2-(11)-① 社会適応訓練等に関しては、利用者の状態に応じた支援を行っている。	a 利用者やその介護者の状況等に応じて、適切に社会適応訓練等の支援を行っている。 b 利用者やその介護者の状況等に応じて、社会適応訓練等の支援を行っているが、十分ではない。 c 社会適応訓練等に関して、利用者やその介護者の状況等に配慮していない。
A3 施設・設備	
A-3-(1)-① 施設・設備に関して、利用者や来所者が利用しやすいよう配慮した取り組みを行っている。	a 施設・設備に関して、利用者や来所者が利用しやすいものとなるよう常に意識しており、十分な取り組みを行っている。 b 施設・設備に関して、利用者や来所者が利用しやすいものとなるよう意識し、取り組みを行っているが、十分ではない。 c 施設・設備に関して、利用者や来所者が利用しやすいものとなるよう意識が弱く、取り組みも行っていない。