

令和6年度 施設サービス評価（自己評価） ～短期入所・日中一時支援～

	評価項目				自己評価				
	大項目	中項目	小項目			意見集約			
I 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立されている。	①理念や基本方針が明確に文化されている。	1.理念や基本方針が文書（事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等）に記載されている。	A チェック率 100% (16/16)	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業計画、広報誌、パンフレットに記載されている。</li> <li>記載されており問題はない。</li> <li>令和6年度事業計画書に記載されている。</li> <li>事業計画やホームページに記載している。</li> <li>WEBサイト上のアクセスしやすい場所にもある。</li> <li>事業計画に記載されている。</li> <li>パンフレットに記載されている。</li> <li>法人の事業計画、組織概要及びHP等へ経営理念が記載されています。</li> </ul>			
				2.理念は、利用者の主体性を尊重し、エンパワーメントの理念に基づいた援助を行うという障害者福祉の基本的な考え方を踏まえている。			<ul style="list-style-type: none"> <li>考え方を考慮されている。</li> <li>倫理綱領による具体的行動計画の通り。</li> <li>そのとおりである。</li> <li>事業計画に理念が記載されている。</li> <li>「倫理綱領に基づく具体的行動計画」にて示されている。</li> </ul>		
			①理念や基本方針が職員や利用者により周知されている。	1.理念や基本方針を会議などにおいて説明している。				A チェック率 100% (32/32)	<ul style="list-style-type: none"> <li>職員会議にて確認を行っている。</li> <li>職員会議の場において説明されている。</li> <li>転任職員研修の際、説明を行っている。</li> <li>転入時に研修という形で説明があった。</li> <li>職員会議にて確認を行っている。</li> <li>年度の全体会議等で説明して頂いている。</li> </ul>
				2.理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。					
			3.理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業計画に具体的な目標が記載されている。</li> <li>事業計画において明確である。</li> <li>事業計画に記載している。</li> <li>重点項目や、数値目標があり明確になっている。</li> <li>事業計画に具体的な目標が記載されている。</li> <li>明確にしている。</li> <li>職員会議にて目標の確認を行っている。</li> </ul>					
			4.実施する福祉サービスの内容や、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>必要に応じて現状分析を行い、対策等を検討している。</li> <li>明らかである。</li> <li>現状分析が行われ、職員体制において課題や問題点が明らかになり対応に至っている。</li> <li>必要に応じて現状分析を行い、対策等を検討している。</li> <li>会議やサービス評価にて課題を明らかにしている。</li> <li>支援係会議や職員会議において行っている。面談の機会を設けて頂いている。</li> </ul>				
		2 計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	①中・長期計画が策定されている。		1.理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。	A チェック率 100% (40/40)	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業計画に明確なビジョンが記載されている。</li> <li>明確である。</li> <li>事業計画に記載している。</li> <li>事業計画に記載されている。</li> <li>明確にしている。</li> <li>事業計画にて明確なビジョンを提示している。</li> </ul>	
					2.中・長期計画は、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>具体的になっている。</li> <li>具体的な内容になっている。</li> <li>事業計画細目では、各委員会の開催時期や、布団乾燥など具体的に書かれている。</li> <li>具体的な内容となっている。</li> </ul>			
	3.中・長期計画に基づく取組を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>実施している。</li> <li>基づいた取組が行われている。</li> </ul>							
	4.中・長期計画は、必要に応じて見直しを行っている。				<ul style="list-style-type: none"> <li>見直しを行っている。</li> <li>見直しが行われ、臨機応変に対応している。</li> <li>定期的に見直しを行っている。</li> </ul>				
5.事業計画は、実行可能かどうか、数値目標等を設定することにより実施状況の評価を行えるかどうかについて、配慮がなされている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業計画に数値目標を設定している。</li> <li>配慮されている。</li> <li>熟考し配慮している。</li> <li>数値によって、パーセンテージの評価が行える。</li> <li>数値目標を設定している。</li> <li>実行可能であり、評価が行いやすい。</li> </ul>								
(2) 計画が適切に策定されている。			①計画が組織的に実行されている。	1.年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。			A チェック率 100% (32/32)	<ul style="list-style-type: none"> <li>四半期毎に事業計画の実施状況を報告している。</li> <li>把握・評価がなされている。</li> <li>四半期ごとで進捗状況を確認、評価している。</li> <li>四半期毎に把握、評価を行っている。</li> <li>四半期ごとに実施状況の把握、進捗を確認している。</li> </ul>	
				2.評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>実施している。</li> <li>結果に基づきその都度、見直しを行っている。</li> <li>評価結果に基づいた見直しを行っている。</li> <li>評価結果に基づき見直しをしている。</li> </ul>			
		②計画が職員や利用者により周知されている。	1.各計画を会議などにおいて説明している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>職員会議にて各計画を説明している。</li> <li>説明されている。</li> <li>年度初めの会議で各計画している。</li> <li>説明がされている。</li> <li>職員会議の中で説明している。</li> <li>会議の場で説明している。</li> </ul>					
			2.各計画の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>定期的な職員会議を実施し、周知している。</li> <li>定期的な会議を実施している。</li> </ul>				
II 組織の運営管理	1 経営状況の把握	(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	①事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	1.利用者数・利用者像等について、事業所が位置する地域での特徴・変化等を把握している。		A チェック率 100% (64/64)	<ul style="list-style-type: none"> <li>把握している。</li> <li>地域内の自立支援協議会へ参加し情報収集を行っている。</li> <li>把握している。</li> <li>必要に応じて自立支援協議会との連携を図っている。</li> <li>第二期地域福祉推進計画を反映した内容となっている。</li> <li>具体的に示されている。</li> <li>把握したデータが反映されている。</li> <li>反映される場合もある。</li> </ul>		
				2.把握された情報やデータが、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>そのとおりである。</li> <li>定期的に統計を行い、分析を行っている。</li> <li>サービスのコスト分析など行われ、対応に繋がっている。</li> <li>定期的に分析を行っている。</li> </ul>				
			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。	1.定期的にサービスのコスト分析やサービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>反映されている。</li> <li>重点項目において、「宿泊利用者等の推進」とあり、反映されている。</li> <li>反映される場合もある。</li> </ul>			
				2.改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>職員会議や朝のミーティングの際、周知を行っている。</li> <li>職員会議にて周知されている。</li> <li>周知されており、意識ができています。</li> <li>職員会議等で周知されている。</li> <li>課題を職員間で共有し周知している。</li> <li>改善すべき課題は職員会議にて行われている。</li> </ul>				
			③外部監査が実施されている。	1.外部監査の結果や、公認会計士等による指導や指摘事項に基づいて、経営改善を実施している。		<ul style="list-style-type: none"> <li>外部監査は適切に実施され、指摘事項に基づいて改善に努めている。</li> <li>そのとおりである。</li> <li>外部監査の結果に基づいて実施されている。</li> <li>外部監査が実施されている。</li> <li>法人規模で外部からの意見、ご指摘を頂いている。</li> </ul>			
				3.経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>現金出納簿は当日中に記入を行い、定期的に収支決算を出している。</li> <li>そのとおりである。</li> <li>毎日、確認を行っている。</li> <li>総務係で行っている。</li> <li>総務係が担当している。</li> <li>現金出納簿に記入を行っている。</li> <li>総務が毎月の収支決算を担当している。支援係においても職員2人体制での小口管理を行っている。</li> </ul>				
			④計画的に予算を執行している。	1.現金の出納があった日には、必ず当日中に現金出納帳またはそれに準ずるものに記入し、定期的に収支決算を出している。		<ul style="list-style-type: none"> <li>現金出納簿は当日中に記入を行い、定期的に収支決算を出している。</li> <li>そのとおりである。</li> <li>毎日、確認を行っている。</li> <li>総務係で行っている。</li> <li>総務係が担当している。</li> <li>現金出納簿に記入を行っている。</li> <li>総務が毎月の収支決算を担当している。支援係においても職員2人体制での小口管理を行っている。</li> </ul>			
					<ul style="list-style-type: none"> <li>現金出納簿は当日中に記入を行い、定期的に収支決算を出している。</li> <li>そのとおりである。</li> <li>毎日、確認を行っている。</li> <li>総務係で行っている。</li> <li>総務係が担当している。</li> <li>現金出納簿に記入を行っている。</li> <li>総務が毎月の収支決算を担当している。支援係においても職員2人体制での小口管理を行っている。</li> </ul>				

			2.サービスを受ける側からの設備や消耗品に関する意見を聞き、実行に移している。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者アンケートにてご要望をお伺いし、頂いたご要望を係内で検討し、対応可能なものに関して実行に移している。</li> <li>・利用者様にアンケート実施のご協力をいただき意見を募り、可能な限り反映するよう努めている。</li> <li>・トランポリンなど、要望の多いものから優先順位をつけて働きかけている。</li> <li>・利用者アンケートにて意見を汲み取り、必要に応じて実行に移している。</li> <li>・お客様アンケートの実施で、ご意見があった際には係内で話し合い改善に努めている。</li> </ul>
2 安全管理	(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。	①緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	1.管理者は、利用者の安全確保の取組についてリーダーシップを発揮している。 2.利用者の安全確保に関する担当者・担当部署を設置している。 3.安全確保に関する検討を行う利用者と担当職員等が参加した検討会を、定期的開催している。 4.障害の種類やリスクの種類別に、責任と役割を明確にした管理体制やマニュアルが整備され、職員および利用者・家族等に周知している。 5.利用者一人ひとりに健康上の留意点などを確認できる書面が作成されており、緊急時の際に利用者の状態を的確に伝えることができる。 6.職員に対し、必要な救急法の研修を行っている。 7.緊急の場合に備えて警察、消防署、医療機関、地域の自治会や団体等と情報交換、連絡・協力体制を作っている。 8.緊急時の対応マニュアルの確認は、適切な頻度で行われている。	A チェック率 98% (102/104)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発揮している。</li> <li>・職員会議にてヒヤリハット・事故報告を行い、より安全な環境作りに努めている。</li> <li>・担当者会議等実施し、行っている。</li> <li>・安全確保について、避難訓練や研修において積極的な姿勢を見せている。</li> <li>・発揮している。</li> <li>・職員への情報伝達の主体を行っている。</li> <li>・リスクマネジメント担当者が配置されている。</li> <li>・設置しており問題ない。</li> <li>・そのとおりである。</li> <li>・担当者、部署を設置している。</li> <li>・リスク管理委員会が設置されている。</li> <li>・事業計画に委員会・担当者が記載されている。</li> <li>・職員会議にて、リスク管理に関して報告を行っている。</li> <li>・利用者は参加していない。</li> <li>・安全衛生委員会を定期的実施している。</li> <li>・定期的に会議を実施している。</li> <li>・定期的実施されている。</li> <li>・随時検討会の実施を行っている。</li> <li>・マニュアルが整備されており、職員および利用者、家族等に周知を図っている。</li> <li>・不十分である。</li> <li>・そのとおりである。</li> <li>・フェイスシートや生活状況のケース記録があり、周知している。</li> <li>・緊急医療的対応フロー図などが整備されており、職員はもとより、利用者、家族等に客室の資料や契約時に周知している。</li> <li>・管理体制、マニュアルが整備され周知されている。</li> <li>・契約時に生活状況確認表を作成している。</li> <li>・利用者台帳や生活状況確認書による書面を各利用者様のケースへ編纂している。</li> <li>・入所の際、保護者に体調等の書類を記載してもらい、口頭でも確認している。</li> <li>・利用者台帳や生活状況確認書、家族等への聞き取りをもとに作成し、救急隊員などに伝えることができるようになっている。</li> <li>・個別に資料が作成されている。</li> <li>・書面が作成されており、利用者の状態を伝えることができる。</li> <li>・ケース記録に利用者一人ひとりの留意点が記載された書類が綴られている。</li> <li>・消防署職員講師のもと、救急法の研修を実施している。</li> <li>・救急救命研修など実施している。</li> <li>・救急救命研修等研修によるスキルアップに努めている。</li> <li>・AED研修等を受けている。</li> <li>・救急救命講習の研修があった。</li> <li>・救命救急講習を行っている。</li> <li>・救急救命講習を定期的に受講している。</li> <li>・黒川消防署と連携し、救命講習に参加している。</li> <li>・協力体制が出来ている。</li> <li>・協力体制がとれている。</li> <li>・各関係機関と連絡、協力体制が作られている。</li> <li>・医療機関と契約を締結している。</li> <li>・危機管理計画・緊急連絡網の策定が行われている。</li> <li>・実施されている。</li> <li>・定期的にマニュアルの確認を行っている。</li> <li>・定期的に見直しを行っている。</li> <li>・会議にて毎月行われている。</li> <li>・新年度または年度途中において随時更新されている。</li> <li>・職員会議において、情報共有を行っている。</li> <li>・整備されている。</li> <li>・毎月職員会議や全体会議での報告を行っている。</li> <li>・職員会議で共有周知されている。</li> <li>・各利用者ごとの支援マニュアルにて、事例を載せている場合もある。</li> <li>・ヒヤリハット報告書の提出を行っている。</li> <li>・施設会議による事例収集を行っている。</li> <li>・ヒヤリハット体験報告書より、再発防止の検討を行っている。</li> <li>・検討している。</li> <li>・都度、発生後会議を開き分析、対策を行っている。</li> <li>・会議でヒヤリハットの防止策を検討している。</li> <li>・ヒヤリハット報告書にて行われ、係内で共有される。</li> <li>・ヒヤリハット提出を受け、再発防止の検討を行っている。</li> <li>・原因と対策を分析し、未然防止策を検討している。</li> <li>・ヒヤリハット体験報告の書面にに基づき実施されている。</li> <li>・実施している。</li> <li>・都度、発生後会議を開き分析、対策を行っている。</li> <li>・会議実施時、検討し、改善策を図っている。</li> <li>・会議で必要に応じて改善される。</li> <li>・リスク管理委員会を開催している。</li> <li>・整備され活かされている。</li> <li>・そのとおりである。</li> <li>・整備されている。</li> <li>・誤業発生時対応フロー図など、マニュアルが整備されている。</li> <li>・マニュアルが整備されている。</li> <li>・支援係内にマニュアルが整備されている。</li> <li>・定められた手順で記録、保存を行っている。</li> <li>・実施している。</li> <li>・各ヒヤリハットや事故報告書を作成し、書面にて記録・保存を行っている。</li> <li>・保存している。</li> <li>・記録と保存が行われている。</li> <li>・記録と保存を行っている。</li> <li>・保管期限のルールに基づいて実施されている。</li> </ul>
		②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。	1.利用者の安全を脅かすヒヤリハット事例の収集の仕組みを整備している。 2.収集した事例について、発生要因を分析し、未然防止策を検討している。 3.事故がおきたら、その事故を元に再発防止マニュアルを改善する会議を開いている。 4.万一、事故がおきた時の対処法のマニュアルが整備されている。 5.事故処理の記録・保存を行っている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・「倫理綱領に基づく具体的行動計画」にて明示されている。</li> <li>・明示している。</li> <li>・そのとおりである。</li> <li>・事業計画に明示している。</li> <li>・「倫理綱領に基づく具体的行動計画」にて示されている。</li> <li>・利用者主体の基本方針及び理念が定められている。</li> <li>・反映されている。</li> <li>・そのとおりである。</li> <li>・具体的行動計画として基本姿勢が明文化されている。</li> <li>・利用者主体でのサービス提供に努めている。</li> <li>・利用者主体の理念・基本方針が定められている。</li> <li>・所内研修において実施している。</li> <li>・そのとおりである。</li> <li>・職員会議等で行っている。</li> <li>・短期入所、日中一時マニュアルにて、「1. 人権への配慮」と先頭に記載あり、研修が行われている。</li> <li>・虐待防止等の研修が行われている。</li> <li>・年2回の虐待防止研修が実施されている。</li> <li>・所内研修において実施している。</li> <li>・周知徹底されている。</li> <li>・そのとおりである。</li> <li>・職員会議等で周知している。</li> <li>・研修が行われている。</li> <li>・虐待防止研修が実施されている。</li> <li>・研修を行い、周知している。</li> <li>・職員会議等で周知、話し合いを行っている。</li> <li>・事業計画内において記載されている。</li> <li>・そのとおりである。</li> <li>・事業計画に明示している。</li> <li>・マニュアルには、例 女兒～さん、男児～君、成人～さんのように具体的に明示されている。</li> <li>・明示されている。</li> </ul>
Ⅲ 適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービスの提供	(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	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。 ②利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、サービスの実施方法等に反映されている。 ③利用者尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。 ④身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。 ⑤組織の基本姿勢を踏まえた具体的な取組みが明示されている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・「倫理綱領に基づく具体的行動計画」にて明示されている。</li> <li>・明示している。</li> <li>・そのとおりである。</li> <li>・事業計画に明示している。</li> <li>・「倫理綱領に基づく具体的行動計画」にて示されている。</li> <li>・利用者主体の基本方針及び理念が定められている。</li> <li>・反映されている。</li> <li>・そのとおりである。</li> <li>・具体的行動計画として基本姿勢が明文化されている。</li> <li>・利用者主体でのサービス提供に努めている。</li> <li>・利用者主体の理念・基本方針が定められている。</li> <li>・所内研修において実施している。</li> <li>・そのとおりである。</li> <li>・職員会議等で行っている。</li> <li>・短期入所、日中一時マニュアルにて、「1. 人権への配慮」と先頭に記載あり、研修が行われている。</li> <li>・虐待防止等の研修が行われている。</li> <li>・年2回の虐待防止研修が実施されている。</li> <li>・所内研修において実施している。</li> <li>・周知徹底されている。</li> <li>・そのとおりである。</li> <li>・職員会議等で周知している。</li> <li>・研修が行われている。</li> <li>・虐待防止研修が実施されている。</li> <li>・研修を行い、周知している。</li> <li>・職員会議等で周知、話し合いを行っている。</li> <li>・事業計画内において記載されている。</li> <li>・そのとおりである。</li> <li>・事業計画に明示している。</li> <li>・マニュアルには、例 女兒～さん、男児～君、成人～さんのように具体的に明示されている。</li> <li>・明示されている。</li> </ul>

<p>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。</p>	<p>1.プライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫等に組織として具体的に取り組んでいる。</p> <p>2.利用者のプライバシー保護のため、建物・設備その他の環境について必要な改善は、速やかになされている。</p> <p>3.利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。</p> <p>4.利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等が利用者に周知されている。</p> <p>5.規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。</p>	<p>A チェック率 100% (120/120)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>個人情報、特定個人情報保護規定が定められており、具体的に取り組んでいる。</li> <li>取り組んでいる。</li> <li>マニュアルの、「1. 人権への配慮」の中に「(2) プライバシー保護」があり、主に短期入所使われる部屋の扉やカーテンの設置など工夫している。</li> <li>規程、マニュアル等は整備され、具体的に取り組んでいる。</li> <li>サービス評価による自主点検やお客様アンケートの実施による改善に努めている。</li> <li>改善箇所があれば、早急に対応している。</li> <li>建物が古く十分ではないが、出来るだけ配慮している。</li> <li>その都度、改善している。</li> <li>速やかである。</li> <li>必要な改善が行われている。</li> <li>各職員マニュアルを読み込み、内容の理解に努めている。</li> <li>倫理綱領における具体的な行動計画において明示されている。</li> <li>事業計画に記載しており、実施している。</li> <li>研修が行われている。</li> <li>各自マニュアルの読み合わせを行っている。</li> <li>職員各自でマニュアルの読み合わせを実施している。</li> <li>館内掲示にて周知を図っている。</li> <li>規程、マニュアルが周知されている。</li> <li>実施している。</li> <li>規定に基づいたサービスを行っている。</li> <li>マニュアルに具体的なサービス内容が書いてあり、実施されている。</li> <li>実施されている。</li> <li>マニュアルに基づいてサービスを実施している。</li> <li>マニュアルが整備されている。</li> <li>そのとおりである。</li> <li>事業計画に記載しており、整備されている。</li> <li>マニュアルには、例 女児～さん、男児～君、成人～さんと、整備されている。</li> <li>接し方についてのマニュアルがある。</li> <li>外部のマニュアルを利用している。</li> <li>各職員マニュアルを読み、内容の理解を行い、サービスに反映へと努めている。</li> <li>定期的に研修や勉強会が開かれている。</li> <li>研修会が定期的実施され、報告書で回覧でき、反映されている。</li> <li>会議での読み合わせなどで、サービスに反映している。</li> <li>虐待防止研修が行われている。</li> <li>その都度、検討話し合いを行っている。</li> <li>障がい者虐待防止法に関するポスターを掲示し、周知徹底を図っている。</li> <li>「倫理綱領に基づく具体的な行動計画」を作成し、文書で周知している。</li> <li>事業計画に記載しており、周知されている。</li> <li>具体例を挙げた研修を行い、文書がスタッフルーム前に掲示され、周知されている。</li> <li>障害者虐待防止法について掲示を行っている。</li> <li>ポスター掲示にて職員、利用者へ周知を行っている。</li> <li>セルフチェックリストを実施している。</li> <li>定期的なセルフチェックにより確認している。</li> <li>定期的に虐待セルフチェックがおこなわれている。</li> <li>虐待セルフチェックリストによって、随時なされている。</li> <li>セルフチェックリストを実施している。</li> <li>虐待セルフチェックを行っている。</li> <li>虐待防止セルフチェックを定期的に行われている。</li> <li>虐待はあってはならないことを職員全員で再確認を行い、虐待の処分について就業規則に明記されている。</li> <li>規則・規定に記載がある。</li> <li>規定されている。</li> <li>規程されている。</li> <li>就業規則に明記されている。</li> <li>就業規則に記載されている。</li> </ul>
<p>(2) 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている。</p>	<p>①利用者が相談や意見を述べやすい体制を整備している。</p> <p>1.利用者が意見や希望を言えるよう職員を教育している。</p> <p>2.利用者が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べること、意思疎通の状況に応じて支援体制があることを、わかりやすく説明した文書を作成している。</p> <p>3.利用者や家族等に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。</p> <p>4.相談したり意見を述べたりしやすいようなスペースを設けるなどの配慮をしている。</p> <p>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。</p> <p>1.苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）を整備している。</p> <p>2.苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。</p> <p>3.苦情の検討内容や対応策を、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。</p> <p>4.苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決方法、結果等を公表している。</p> <p>③利用者・家族からの意見等に対して迅速に対応している。</p> <p>1.意見や提案を受けた際の記録の方法や幹部職員及び役員への報告の手順、対応策の検討等について規定したマニュアルを整備している。</p> <p>2.マニュアルには、利用者やその家族の希望や意見についても記録し、必ず幹部職員に報告する手順が文書で規定されている。</p> <p>3.対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者やその家族には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。</p> <p>4.対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。</p> <p>5.苦情や意見を福祉サービスの改善に反映している。</p>	<p>A チェック率 100% (104/104)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>倫理綱領に明記されており、各自確認をしている。</li> <li>傾聴の姿勢。</li> <li>「倫理綱領に基づく具体的な行動計画」を作成し、文書で周知している。</li> <li>傾聴支援を心がけるよう上司から話ある他、研修でも頭ごなしに否定しないことなど教わっている。</li> <li>倫理綱領にて教育されている。</li> <li>左記の点、ポスターにて掲示されている。</li> <li>「倫理綱領に基づく具体的な行動計画」を作成し、文書で周知している。</li> <li>文書があり、掲示されている。</li> <li>ポスターが掲示されている。</li> <li>食堂前にポスターを掲示している。</li> <li>掲示している。</li> <li>「倫理綱領に基づく具体的な行動計画」を作成し、文書で周知している。</li> <li>文書を家族等、保管できる利用者に手渡している。</li> <li>掲示をしている。</li> <li>相談室が設置されている。</li> <li>相談室がある。</li> <li>相談室を設置している。</li> <li>相談室という個室があり、秘密が守られるよう配慮されている。</li> <li>館内に相談室を設けている。</li> <li>館内に相談室を設けている。</li> <li>お客様アンケートの実施や館内の相談室が活用されています。</li> <li>苦情解決の体制を整備している。</li> <li>整備しており問題はない。</li> <li>利用者様のアンケート実施後、掲示したりなんでも相談や第三者委員会を設置している。</li> <li>体制が整備されている。</li> <li>整備されている。</li> <li>なんでも相談が整備されている。</li> <li>第三者委員会を設置している。</li> <li>館内にポスターを掲示している。</li> <li>配布は十分ではないが見やすい場所に掲示している。</li> <li>利用者様のアンケートの結果を掲示している。</li> <li>館内に掲示されている。</li> <li>館内掲示されている。</li> <li>館内にポスターが掲示されている。</li> <li>必ずフィードバックを行う仕組みがある。</li> <li>実施している。</li> <li>利用者様のアンケートの結果を掲示している。</li> <li>検討した内容は報告している。</li> <li>WEBサイト等に「なんでも相談」の結果を公開している。</li> <li>フィードバックしている。</li> <li>電話や対面でフィードバックしている。</li> <li>なんでも相談室にご意見が寄せられた際には、解決策等を利用者へフィードバックしている。</li> <li>利用者様のアンケートの結果を掲示している。</li> <li>匿名で公開している。</li> <li>利用者に配慮し、匿名で公表している。</li> <li>利用者の許可を頂いた上で、職員全体への周知を行っている。</li> <li>マニュアルが整備されている。</li> <li>毎月職員会議で報告し、文書で記録、保存している。</li> <li>整備されている。</li> <li>マニュアルが整備されている。</li> <li>マニュアルが整備されている。</li> <li>苦情解決マニュアルが整備されている。</li> <li>手順が文書にて規定されている。</li> <li>毎月職員会議で報告し、文書で記録、保存している。</li> <li>規定されている。</li> <li>その都度、報告している。</li> <li>時間がかかる場合も進捗状況を報告している。</li> <li>速やかな報告がなされている。</li> <li>対応マニュアルの定期的な見直しを実施している。</li> <li>定期的に行っている。</li> <li>定期的な見直しを行っている。</li> <li>法人規模で定期的な見直しを実施している。</li> <li>可能な範囲で改善に努めている。</li> <li>反映している。</li> <li>福祉サービスの改善に反映されている。</li> <li>可能な範囲で反映している。</li> <li>苦情や意見をサービスの改善に反映している。</li> <li>職員全体への周知と共に問題解決に努めている。</li> </ul>

2 サービスの 質の確保	(1) 質の向上に 向けた取り組みが組織 的に評価されている。	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。	1.定められた評価基準に基づいて、年に1回以上、自 己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審 している。 2.評価に関する担当者・担当部署が設置されている。 3.評価結果を分析・検討する場が、組織として定めら れ実行されている。	A チェック率 100% (64/64)	・施設サービス評価を行い、外部評価委員に評価をいただいている。 ・年1度、行っている。 ・サービス評価として、行っている。 ・受審している。 ・毎年6月にサービス評価を実施している。 ・施設サービス評価を担当する職員が配置されている。 ・設置されている。 ・担当者、担当部署でサービス評価を行っている。 ・設置されている。 ・担当職員を主として評価結果を分析、検討を実行している。 ・実行されている。 ・実行されている。 ・分析を行っている。 ・回覧して行っている。 ・担当職員が分析を行っている。 ・課題等を文書に明文化している。 ・文章化され、閲覧できる。 ・文章化されている。	
		②評価の結 果に基づ き、組織 として取 組むべき 課題を明 確にし、 改善策を 実施して いる。	1.職員の参画により評価結果の分析を行っている。 2.分析した結果やそれに基づく課題が文書化されてい る。 3.職員間で課題の共有化が図られている。 4.評価結果から明確になった課題について、職員の参 画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。 5.改善策や改善計画の実施状況の評価を実施するとと もに、必要に応じて計画の見直しを行っている。		・職員間で課題の共有化を図っている。 ・毎月職員会議で報告し、文書で記録、保存している。 ・共有できている。 ・会議内で共有化が図られている。 ・職員間で課題を共有している。 ・毎月職員会議で報告し、文書で記録、保存している。 ・担当職員が中心となり、改善策等を策定している。 ・仕組みがある。 ・評価結果をもとに、必要に応じて計画の見直しを図っている。 ・毎月職員会議で報告し、文書で記録、保存している。 ・見直しを行っている。	
3 サービスの 開始・ 継続	(1) サービス提 供の開始が 適切に行わ れている。	①利用者 に関するサ ービス実 施の記録が 適切に行わ れている。	1.利用者一人ひとりの記録等の書面が整備されてい る。 2.記録する職員で記録内容にはらつきが生じないよう に工夫をしている。	A チェック率 100% (64/64)	・個人毎にケース記録が整備されている。 ・ケース記録が整備されている。 ・各利用者様のケースファイルを準備し、随時記録、報告をしている。 ・各利用者毎に書面で整備されている。 ・利用者様1人1人ケース記録が整備されている。 ・一人ひとりのケース記録が整備されている。 ・利用者一人ひとりのケース記録ファイルが作成されている。 ・統一された基準、様式を使用している。 ・記録の様式に沿って記入しているため問題はない。 ・文書作成マニュアルに基づき作成に統一している。 ・職員毎にケース記録を確認している。 ・統一された様式、基準がある。 ・職員間で引継ぎを行い、バラつきが生じない様に工夫している。	
		②利用者 に関する記 録の管理 体制が確 立してい る。	1.記録管理の責任者が設置されている。 2.利用者の記録の保管・保存、廃棄に関する規程等を 定めている。 3.利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に 関する規程を定めている。 4.記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点 から、職員に対し教育や研修が行われている。		・責任者がいる。 ・設置されている。 ・担当職員が責任を持って行っている。 ・種類毎に保存年数が定められている。 ・既定を定めて保管などしている。 ・そのとおりである。 ・定められている。 ・法人の文書にて定められている。 ・規定が定められている。 ・定めている。 ・規定がある。 ・契約書等に記載がある。 ・法人内で個人情報保護規定が定められている。 ・記録管理に関する教育、研修が行われている。 ・時折、研修がある。 ・職員会議にて周知を行っている。	
IV 福祉サ ービスの 内容	1 利用者の 尊重	(1) 利用者の 尊重	①コミュニ ケーション 手段を確保 するための 支援や工夫 がなされて いる。	1.インターネット上に、組織を紹介したホームページ を作成し公開している。 2.理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資 料を、公共施設等多数の人が手にすることができる場 所に置いている。 3.組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の 使用等により、誰にでもわかるような内容にしてい る。 4.見学等の希望に対応している。	A チェック率 100% (72/72)	・ホームページにて、情報を公開している。 ・実施されている。 ・そのとおりである。 ・ホームページで公開している。 ・公開し、随時更新している。 ・ホームページにて情報を公開している。 ・ブログを公開している。 ・毎年、地域内の関連施設へパンフレットの設置を依頼している。 ・パンフレットを館内に設置している。 ・館内の資料やパンフレット等、いつでも取れるよう支援係室前、廊下に設置している。 ・ルビをつけている。 ・分かり易いよう、配慮されている。 ・ルビを振る等の工夫をしている。 ・図形や写真を使用し分かりやすい内容となっている。 ・対応しており問題はない。 ・必要に応じ対応している。 ・希望にあわせ、対応している。 ・対応している。 ・希望があった際に対応している。 ・対応している。
			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。	1.サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的 に記載された重要事項説明書等の資料を用意して、利 用者に説明している。 2.説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすい ような工夫や配慮(例えば、地域福祉権利擁護事業の 活用)を行っている。 3.サービス開始時には、サービスの内容や料金等につ いて、利用者や家族等の同意を得た上でその内容を書 面で残している。 4.利用契約が必要な場合は、必ず契約書を取り交わし ている。 5.重要事項説明書等の資料や契約書の内容は、利用者 にも分かりやすいように工夫している。		・契約時に重要事項説明書及び契約書の内容の説明を実施している。 ・行っている。 ・理解の難しい利用者には保護者に説明している。 ・契約時に書面を用いて説明している。 ・重要事項説明書をお渡し、内容を説明している。 ・利用前に説明、確認を行っている。 ・分かりやすい表現にて説明に努めている。 ・文書にはルビをつけ、わかりやすく説明を心掛けている。 ・行っている。 ・重要事項説明書や契約書は押印を頂きケース記録に綴っている。 ・同意を得た上で、書面を残している。 ・双方とも保存できるよう書面で残している。 ・書面を残している。 ・書面を残している。 ・随時、確認し契約漏れのないように行っている。 ・必ず契約書を取り交わしている。 ・行っている。 ・必ず取り交わしている。 ・取り交わしている。 ・必ず契約書を取り交わしている。 ・必ず契約書を取り交わしている。 ・読みやすさ、解りやすさに配慮している。 ・読みやすいよう、振り仮名をつけている。 ・ルビをつけている。 ・工夫されている。 ・ルビを振る等工夫している。
IV 福祉サ ービスの 内容	1 利用者の 尊重	(1) 利用者の 尊重	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。	1.意思伝達に制限のある人の場合、その人固有のコ ミュニケーション手段やサインの発見と確認に心掛け ている。 2.意思伝達に制限のある人の場合、個別のコミュニ ケーション手段の検討とそれに基づく支援がなされて いる。(コミュニケーション機器の用意を含む。)	A チェック率 100% (72/72)	・非言語コミュニケーションを活用し、対応している。 ・行っている。 ・心掛けている。 ・記録をもとに検証し、サインを読み取れるよう職員間で話し合いしている。 ・心掛けている。 ・利用者に応じた伝達手段でコミュニケーションを図っている。 ・筆談や絵カードを用いて対応している。 ・行っている。 ・各利用者にあったコミュニケーション手段が検討されている。 ・絵カードや筆談を用いている。 ・コミュニケーション手段の検討を行っている。

		<p>②利用者の主体的な活動を尊重している。</p> <p>1.利用者の主体的な活動については、その意向を尊重しながら、その発展を促すように側面的な支援を行っている。</p> <p>2.利用者一人ひとりの個性を尊重し、個別的な要求に適切に対応している。</p> <p>③利用者の自力で行う日常生活上の行為は、見守りの姿勢を保ち、必要な時には迅速に支援するという方針を会議等で確認している。</p> <p>1.自力で行っているときでも、介助が必要だと判断しなければならぬ場合があるが、その判断については、あらかじめ利用者（及び必要に応じて家族等）と十分な話し合いが行われている。</p>	<p>A チェック率 100% (48/48)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>可能な限りで、意向を尊重した上、支援を行っている。</li> <li>行動や言動に注意し、本人が望むことを行えるよう努めている。</li> <li>利用者主体を意識し、支援を行っている。</li> <li>見守り支援で対応している。</li> <li>意向を尊重し、側面的な支援を行っている。</li> <li>利用者の意向を尊重した支援を行っている。</li> <li>個別的な要求に可能な範囲で適切に対応している。</li> <li>行動や言動に注意し、本人が望むことを行えるよう努めている。</li> <li>利用者の個性に合わせた支援を行っている。</li> <li>適切に対応している。</li> <li>可能な限り利用者の要求に答えている。</li> <li>主体的な活動を尊重している。</li> <li>会議等で検討や確認を実施している。</li> <li>会議等で確認している。</li> <li>職員会議にて確認を行っている。</li> <li>家族との十分な話し合いを通して、注意事項等の聞き取りを行っている。</li> <li>家族への事前確認を行い、それに基づき支援を行っている。</li> <li>十分な話し合いが行われている。</li> <li>十分な話し合いの上で行われている。</li> <li>生活状況確認書を用いて確認を行っている。</li> </ul>
	(2) 環境の整備	<p>①利用者が快適に過ごすためのハード面の整備がなされている。</p> <p>1.部屋は清潔が保たれ、利用者がくつろげる作りになっている。</p> <p>2.利用者の嗜好や希望を満たす私物の所有を認め、それを保管するスペースを確保している。</p>	<p>A チェック率 100% (16/16)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ご利用される方が快適に過ごしていただけるよう、清掃業務を徹底して実施している。</li> <li>定期的な消毒や掃除を行い、環境美化に努めている。</li> <li>清潔を保ち、利用者の特性に合わせた部屋作りで留意している。</li> <li>くつろげる作りになっている。座布団や和室、ベッドが分かれた部屋に用意されている。</li> <li>清掃マニュアルが整備され、マニュアルに沿って清掃を行っている。</li> <li>清掃が行われ、清潔に保たれている。</li> <li>客室清掃に関するマニュアルがあり、職員一人ひとりの業務が徹底できるようにされている。</li> <li>私物の持ち込みが可能であり、保管するスペースを確保している。</li> <li>利用者様の所持品を管理し、紛失防止や破損防止に努めている。</li> <li>所有を認め、確保している。</li> <li>ゲーム機などの私物の所有を認め、保管している。</li> <li>確保している。</li> <li>特別食やアレルギー食の対応を実施している。</li> <li>事前に特別食が必要な場合、厨房職員へ相談し、対応できるよう努めている。</li> <li>提供している。</li> <li>アレルギー、特別食の対応をしている。</li> <li>特別食やアレルギー食など必要に応じて対応している。</li> <li>厨房に相談し可能な限り対応している。</li> <li>適温にて食事を提供している。</li> <li>食事提供時間の直前に配膳し、適温での提供に努めている。</li> <li>提供している。</li> <li>適温で提供されている。</li> <li>適温である。</li> <li>時間に合わせ提供されている。</li> <li>季節に応じた食材を提供している。</li> <li>旬の食材を適宜提供している。</li> <li>工夫している。</li> <li>工夫をしている。</li> <li>校食制度の仕組みを利用し職員の意見を反映させて取り組んでいる。</li> <li>食事に合わせた調味料、香辛料を用意している。</li> <li>料理に応じて調味料を食卓に並べている。</li> <li>用意されている。</li> <li>食事に合わせた調味料の提供を行っている。</li> <li>調味料が複数用意されている。</li> <li>可能な限りの調味料が厨房から提供されている。</li> <li>館内にて献立表を掲示している。</li> <li>献立メニューを掲示している。</li> <li>掲示板で掲示されている。</li> <li>提供している他、厨房の職員から献立が支援する職員に手渡されるため、積極的に伝えている。</li> <li>献立表に記載されており、掲示している。</li> <li>誤嚥等がないよう、注意しながら支援を実施している。</li> <li>利用者様のペースに応じて食事介助支援を行っている。</li> <li>利用者の特性に合った支援を行っている。</li> <li>介助する職員を休憩によって交代しながら、利用者のペースに合わせて支援している。</li> <li>そのような支援を行っている。</li> <li>見守り、適宜声かけをしている。</li> <li>利用者様のペースに合わせて支援されている。</li> <li>給食委員会等で検討を実施している。</li> <li>会議で検討し、改善を図っている。</li> <li>給食委員会が設置されており、話し合いを行っている。</li> <li>職員会議や支援係会議を通じて定期的な話し合いを行っています。</li> </ul>
2 身辺面の支援	(1) 食事（サービス提供施設のみ回答）	<p>①食事は利用者の希望を反映した献立を基本として美味しく食べられるように工夫されている。</p> <p>1.利用者の体調や身体状況により、必要に応じて個別の食事を用意している。</p> <p>2.適温の食事を提供している。</p> <p>3.献立・食材に季節感があり、盛り付けや食器にも工夫している。</p> <p>4.食卓には、複数の調味料・香辛料が用意されている。</p> <p>5.献立及び食材について、その情報は予め利用者に提供されている。</p> <p>6.食事支援にあたり、せかせて食べさせることがないよう、利用者の様子を良く見ながら支援を行っている。</p> <p>②喫食環境に配慮している。</p> <p>1.食堂の設備や雰囲気について定期的に検討会議を開き、必要に応じて改善を図っている。</p>	<p>A チェック率 100% (56/56)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>季節に応じた食材を提供している。</li> <li>旬の食材を適宜提供している。</li> <li>工夫している。</li> <li>工夫をしている。</li> <li>校食制度の仕組みを利用し職員の意見を反映させて取り組んでいる。</li> <li>食事に合わせた調味料、香辛料を用意している。</li> <li>料理に応じて調味料を食卓に並べている。</li> <li>用意されている。</li> <li>食事に合わせた調味料の提供を行っている。</li> <li>調味料が複数用意されている。</li> <li>可能な限りの調味料が厨房から提供されている。</li> <li>館内にて献立表を掲示している。</li> <li>献立メニューを掲示している。</li> <li>掲示板で掲示されている。</li> <li>提供している他、厨房の職員から献立が支援する職員に手渡されるため、積極的に伝えている。</li> <li>献立表に記載されており、掲示している。</li> <li>誤嚥等がないよう、注意しながら支援を実施している。</li> <li>利用者様のペースに応じて食事介助支援を行っている。</li> <li>利用者の特性に合った支援を行っている。</li> <li>介助する職員を休憩によって交代しながら、利用者のペースに合わせて支援している。</li> <li>そのような支援を行っている。</li> <li>見守り、適宜声かけをしている。</li> <li>利用者様のペースに合わせて支援されている。</li> <li>給食委員会等で検討を実施している。</li> <li>会議で検討し、改善を図っている。</li> <li>給食委員会が設置されており、話し合いを行っている。</li> <li>職員会議や支援係会議を通じて定期的な話し合いを行っています。</li> </ul>
	(2) 入浴	<p>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。</p> <p>1.安全やプライバシーの保護を含めて、入浴介助や支援・助言方法についてマニュアルが用意されている。</p> <p>2.男女別々に入浴できるようになっている。</p> <p>3.入浴介助の際、同性介助が守られている。</p> <p>②入浴は、利用者の希望に沿って行われている。</p> <p>1.設定された時間のほかに、失禁や汗をかいた場合等必要に応じて入浴が可能である。</p> <p>③浴室・脱衣場等の環境は適切である。</p> <p>1.浴室・脱衣場の設備や入浴器具等の設置等については、検討会議を持っている。</p> <p>2.脱衣場の冷暖房設備は、気候や利用者の身体的状態に応じて調整できる。</p> <p>3.浴室や脱衣場は、入浴の際に裸体を他人（介助者は除く）に見せないよう、プライバシーを保護する構造・設備上の工夫や保護する環境を確保するための工夫が行われている。</p>	<p>A チェック率 100% (56/56)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>マニュアルが用意されており、各自確認を実施している。</li> <li>用意されている。</li> <li>マニュアルが整備されている。</li> <li>東西浴室及びせきれい内の浴室で入浴ができ、男女別々の入浴が可能である。</li> <li>男女一緒に入浴介助は行わないよう努めている。</li> <li>できるようになっている。</li> <li>男女別々になっている。</li> <li>男女別々で入浴できる。</li> <li>客室のせきれいを使用している。</li> <li>同性介助にて支援している。</li> <li>同性介助に努めている。</li> <li>守られている。</li> <li>守られている。</li> <li>同性介助が守られている。</li> <li>必ず同性が介助にあっている。</li> <li>同性介助、同性支援を行っている。</li> <li>入浴可能である。</li> <li>必要に応じてシャワーや入浴で対応している。</li> <li>可能である。</li> <li>可能である。プールの後などに利用する。</li> <li>可能である。</li> <li>可能である。</li> <li>客室のせきれいを使用している。</li> <li>必要に応じ、検討会議等で話し合いの場を設けている。</li> <li>持っている。</li> <li>必要に応じて行っている。</li> <li>気候や利用者の身体的状態に応じて調整している。</li> <li>調整できる。</li> <li>調整できる。</li> <li>調整できる。</li> <li>プライバシーを保護する環境を確保している。</li> <li>脱衣所にはカーテンを設置しプライバシー保護に努めている。</li> <li>工夫されている。</li> <li>工夫が行われている。</li> <li>プライバシーが守られる構造になっている。</li> <li>浴室内入口にシャワーカーテンが設置されている。</li> </ul>
	(3) 排泄	<p>①排泄支援は、快適に行われている。</p> <p>1.排泄支援のマニュアル（安全、プライバシー、便秘・尿意・失禁への対応を含む）が用意されている。</p> <p>②トイレは、清潔で快適である。</p> <p>1.身体状況に応じた設備や補助具の備えを含めて、トイレ環境の点検・改善のための検討を定期的に行っている。</p> <p>2.プライバシーに配慮したトイレの構造・設備になっている。</p> <p>3.換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。</p> <p>4.清掃は、毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。</p>	<p>A チェック率 100% (56/56)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>マニュアルが用意されており、各自確認を実施している。</li> <li>用意されている。</li> <li>用意されている。</li> <li>支援係内にマニュアルが整備されている。</li> <li>トイレ環境の点検、改善のための検討を定期的に行っている。</li> <li>会議で検討されている。</li> <li>定期的に行われている。</li> <li>プライバシーに配慮しており、お客様に分かりやすいようにご案内をしている。</li> <li>なっている。</li> <li>プライバシーに配慮された構造、設備になっている。</li> <li>プライバシーに配慮している。</li> <li>すべてのトイレに個室が整備されている。</li> <li>適切に換気や防臭対策を実施している。</li> <li>定期的な換気を行っている。</li> <li>対策がなされている。</li> <li>消臭スプレー等で対策している。</li> <li>適宜防臭対策をしている。</li> <li>退所時後に部屋の換気、浴室、トイレの換気を行っている。防臭用品も常備されている。</li> <li>清掃は随時実施している。</li> <li>毎日清掃を行っている。</li> <li>毎日行い、居室は使用前に行っている。</li> <li>汚れた場合は清掃できる状況であれば清掃、できなければ使用禁止の対応を直ちにしている。</li> <li>汚れがあった際は随時清掃を行っている。</li> <li>毎日清掃を行っている。</li> <li>入所前、退所後の2回、清掃を行っている。</li> </ul>

		5.採光・照明等は適切である。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・食堂がやや暗いように感じる。</li> <li>・若干暗めに感じる。</li> <li>・適切である。</li> <li>・適切である。</li> </ul>
		6.暖房設備がある。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・暖房設備が整っている。</li> <li>・各部屋にエアコンを設置している。</li> <li>・ある。</li> <li>・用意されている。</li> <li>・暖房設備がある。</li> <li>・厨房、客室、トイレに整備されている。</li> </ul>
(4) 衣服	①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。	1.利用者が着替えを希望した場合、特別な場合（強いこだわり等）を除き、その意思を尊重している。	A チェック率 100% (24/24)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・意思を尊重した上、居室にてプライバシーに配慮した着替えが可能である。</li> <li>・TPOに応じて着替えの要望に応じている。</li> <li>・意思を尊重している。</li> <li>・頻繁な着替えであっても、極力対応するよう意思を尊重している。</li> <li>・尊重している。</li> <li>・尊重している。</li> <li>・利用者様の意思を尊重し支援を行っている。</li> </ul>
		2.介助に頼らず自ら着替えをしたいという希望のある利用者に対しては、その意思を尊重して対応している。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・意思を尊重した上、対応している。</li> <li>・利用者様の要望に沿うよう努めている。</li> <li>・意思を尊重している。</li> <li>・尊重して、介助の要求あるまで見守り支援を行う。</li> <li>・意思を尊重し支援にあたっている。</li> <li>・尊重して対応している。</li> <li>・利用者様の意思を尊重し支援を行っている。</li> </ul>
		3.汚れや破損が生じた場合に、速やかに対処するための業務手順が用意されている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご持参いただいた衣類にて着替えを行っている。</li> <li>・用意されている。</li> <li>・短期入所、日中一時支援用の居室に案内し、着替え、洗濯機による洗浄、物干しラックがある。</li> <li>・用意されている。</li> </ul>
(5) 健康管理	①健康管理は適切である。	1.利用者の健康上の留意点などを確認できる書面が整備されている。	A チェック率 100% (80/80)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・こんにちはシート、生活状況確認書により確認している。</li> <li>・利用者台帳や生活状況確認書による書面を各利用者様のケースへ編綴している。</li> <li>・整備されている。</li> <li>・生活状況確認書にて確認できるようになっている。</li> <li>・留意点を確認できる書面が整備されている。</li> <li>・入所時、ご家族様に記載を頂く「こんにちはシート」で確認を行っている。</li> </ul>
		2.体調不良時等、家族との連絡調整が適切に行われている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急的な退所も含めて連絡調整を行っている。</li> <li>・必要に応じて適切に連絡をするよう努めている。</li> <li>・行われている。</li> <li>・家族に事前に体調不良時の対応について聞き取りを行い、適切に行われている。</li> <li>・緊急連絡が出来るように連絡先を伺っている。</li> <li>・体調不良の際は即時家族に連絡している。</li> <li>・ご家族様の連絡先は利用されているご本人様のケースに記載されている。</li> </ul>
	②必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	1.健康面に変動があった場合の対応の手順は、マニュアルとして用意されている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・マニュアルが整備され、各自確認を行っている。</li> <li>・マニュアルが整備されている。</li> <li>・そのとおりである。</li> <li>・されている。</li> <li>・支援係内にマニュアルが整備されている。</li> </ul>
		2.緊急時の医療機関への運搬の手順などを職員全員が把握できるよう、マニュアルに記載している。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急医療に関する対応のマニュアルがある。</li> <li>・そのとおりである。</li> <li>・記載している。</li> <li>・マニュアルで用意されている。</li> <li>・マニュアルが整備されている。</li> </ul>
		3.地域内に協力的な医療機関（診療所又は病院、概ね20分以内でアクセスできる診療所又は病院）を確保している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・近隣の医療機関と医療協力を係る契約を締結している。</li> <li>・そのとおりである。</li> <li>・確保している。</li> <li>・21分以内でアクセスできる病院がある。</li> <li>・黒川病院と医療協力契約を行っている。</li> <li>・医療機関を確保している。</li> <li>・提携している。</li> </ul>	
		4.確保している医療機関では、迅速かつ適切な医療が受けられるように、日常的な連携を図っている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・黒川病院との医療協力契約を結んでいる。</li> <li>・そのとおりである。</li> <li>・連携を図っている。</li> <li>・黒川病院と医療協力契約を行っている。</li> <li>・契約を締結している医療機関がある。</li> </ul>	
	③内服薬・外用薬等の扱いは、確実に行われている。	1.担当職員は、薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等について、利用者および必要に応じて家族等に確認し、適切な情報を得ている。	A チェック率 100% (8/8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬受け渡し確認書及び生活状況確認書において確認が可能である。</li> <li>・各利用者様より薬情シートの提供を依頼し、保管している。</li> <li>・入所時、家族に確認し、情報を得ている。</li> <li>・医療機関から提供される薬の情報の書面を、家族等に了承を貰いコピーしてケースに綴っている。</li> <li>・契約時及び変更時に確認をしている。</li> <li>・薬の性質など家族と確認し情報を得ている。</li> <li>・入所時、ご家族様と薬の確認を行う。薬の変更があった際は最新の説明書を頂き写しをとる。常に薬は職員3名で確認を行う。</li> </ul>
		2.一人ひとりの利用者へ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、マニュアルが用意されている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・受け入れ毎に薬の確認書を作成している。</li> <li>・そのとおりである。</li> <li>・用意されている。</li> <li>・マニュアルに「(8)薬物管理」があり、対応について明示されている。</li> <li>・受け入れ毎に薬の確認書を作成している。</li> <li>・支援係内にマニュアルが整備されている。</li> </ul>
		3.薬物の取り違え・服用拒否や服用忘れ・重複服用等、薬物使用に誤りがあった場合の対応について、マニュアルが用意されている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・誤薬防止マニュアルが策定されている。</li> <li>・誤薬防止マニュアルがあり、それに基づき支援に努めている。</li> <li>・用意されている。</li> <li>・マニュアルに「(8)薬物管理」があり、「(二)薬物の取り違え等」対応について明示されている。</li> <li>・誤薬防止マニュアルが整備されている。</li> <li>・マニュアルが用意されている。</li> <li>・支援係内にマニュアルが整備されている。</li> </ul>
		4.内服・外用薬の使用状況は、所定の様式に従って記録されている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬受け渡し確認書に記録している。</li> <li>・そのとおりである。</li> <li>・記録されている。</li> <li>・「薬受け渡し確認表」にて記録している。</li> <li>・薬受け渡し確認書に記録されている。</li> <li>・所定の様式に記録されている。</li> <li>・個人のケース記録に記載、綴られている。</li> </ul>
(6) 余暇	①余暇は、利用者の希望に沿って支援している。	1.各個人の状況等を考慮し、余暇の過ごし方を強制していない。	A チェック率 100% (8/8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご利用者様のご希望を伺った上、実際に余暇活動の提供を実施している。</li> <li>・各利用者に応じて、過ごし方を見守り支援に努めている。</li> <li>・利用者にあった余暇の過ごし方を支援している。</li> <li>・強制しておらず、尊重して極力希望に応じている。</li> <li>・利用者の希望を伺いながら支援を行っている。</li> <li>・強制していない。</li> <li>・論理納得に基づき支援を行っている。</li> </ul>