

令和7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% (14/14)	<ul style="list-style-type: none"> 事業計画、広報誌、パンフレットに記載されている。 記載されている・その通りと思います。 事業計画に記載されている。 事業計画、ホームページに記載されている。 法人の事業計画やパンフレットに記載されている。 	
			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。	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"> 考慮されている。 踏まえている。 その通りと思います。 されている。「倫理綱領に基づく具体的行動計画」に記載されている。 事業計画に理念の記載がある。 利用者一人ひとりの主体性を尊重した内容が記載されている。 	
		(2) 理念や基本方針が職員や利用者周知されている。	①理念や基本方針が職員や利用者周知されている。	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% (28/28)	<ul style="list-style-type: none"> 職員会議にて確認している。 職員会議で実施。 その通りと思います。 いる。 職員会議や転入時に説明があった。 年度の全体会議などにおいて説明している。
			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。	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。			<ul style="list-style-type: none"> 職員会議にて継続的に取り組んでいる。 実施している。 全体会議を通じて確認している。 行っている。 職員会議にて全体周知を行っている。
	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。	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。	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"> 事業計画にて具体的な目標が記載されている。 明確である。 設定されている。 明確にしている。 事業計画に記載されている。 職員会議にて目標の確認を行っている。 			
	④現状分析を実施し、必要に応じて対策等を検討している。	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"> 現状分析を実施し、必要に応じて対策等を検討している。 明らかにされている。 会議などで課題を明らかにしている。 必要に応じて現状分析が行われ、対策等の検討を行っている。支援係会議や全体会議において話し合いの場を提供している。 			
	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% (35/35)	<ul style="list-style-type: none"> 事業計画に明確なビジョンが記載されている。 明確である。 いる。 事業計画に記載されている。 	
				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"> 具体的な内容となっている。 具体的である。 	
				3.中・長期計画に基づく取組を行っている。		<ul style="list-style-type: none"> 中長期計画に基づいた取組をしている。 実施している。 行っている。 	
				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"> 委員に見直しを実施している。 実施している。 定期的に見直しを行っている。 	
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"> 実施状況を見据えた上、数値目標を設定している。 配慮されている。 数値目標が設定されているため、評価しやすい。 			
(2) 計画が適切に策定されている。		①計画の策定が組織的に行われている。	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% (28/28)	<ul style="list-style-type: none"> 中間報告にて実施状況を報告している。 実施している。 その通りと思います。 いる。 四半期毎に実施状況の把握、評価を行っている。 四半期報告において各部署毎に状況の確認が行われている。 		
	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"> 見直しを実施している。 実施している。 いる。 結果に基づいて行っている。 評価結果に基づき見直しを行っている。 四半期報告後の話し合いやお客様アンケートの結果に基づいた話し合いが行われている。 				
		②計画が職員や利用者周知されている。	1.各計画を会議などにおいて説明している。	A チェック率 100% (56/56)	<ul style="list-style-type: none"> 説明している。 実施している。 全体会議を通じて説明されている。 職員会議にて説明している。 職員会議や支援会議にて説明や確認を行っている。 		
			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"> 確認した上、継続的な取り組みを行っている。 実施している。 職員会議にて周知している。 定期的に会議を実施し、周知している。 定期的に職員会議や支援会議にて説明や確認を行っている。 		
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% (56/56)	<ul style="list-style-type: none"> 把握に努めている。 把握している。 いる。 地域内の自立支援協議会へ参加し、連携を図り、情報収集をおこなっている。 必要に応じて自立支援協議会との連携を図っている。 	
				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"> 反映されている。 反映されている。 事業計画に反映されている。 	
		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"> 分析を実施している。 実施している。 いる。 定期的に分析を行っている。 			
			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"> 事業計画に反映されている。 反映されている。 			
			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"> 職員会議等にて職員に周知している。 周知されている。 いる。 			
		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"> 外部監査は適切に実施され、指摘事項に対して、改善に努めている。 実施している。 外部監査の結果によって、実施されている。 法人規模で外部からの意見、ご指摘をいただいている。 			
				4.計画的に予算を執行している。	<ul style="list-style-type: none"> 現金出納簿は当日中に記入し、定期的収支決算を出している。 実施している。 その通りと思います。 当日に現金出納簿に記入している。 総務係で行っている。 総務が毎月の収支決算を担当している。また、支援係内においても職員二人体制での小口管理を行っている。 		

			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"> 実施している。 出来るだけ実施している。 その通りと思います。 利用者アンケートのご意見を基に、職員間で周知、実行に移している。 お客様アンケートで意見を伺い、必要に応じて実行に移している。 お客様アンケートで意見があった際には係内で話し合い改善に努めている。 	
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。	A チェック率 98% (89/91)	<ul style="list-style-type: none"> 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。 発揮している。 職員への情報伝達の主体を行っている。 	
			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。		<ul style="list-style-type: none"> リスクマネジメント担当者を配置している。 設置している。 リスク管理委員会の設置。 リスク管理委員会の設置、リスクマネジメント担当者が配置されている。事業計画に委員会、担当者が記載されている。 	
			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。		<ul style="list-style-type: none"> 職員会議にて、リスク管理について報告している。 その通りと思います。 リスク管理委員会の開催。 他事業所主催のケア会議等に出席している。 定期的実施している。 随時、定期的に行われている。 	
			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。		<ul style="list-style-type: none"> マニュアルが整備されており、利用者、家族等に周知している。 いる。 マニュアルが整備され、周知されている。 なんでも相談、館内へのポスター掲示、また利用時に契約書における説明を行うなどの周知を行っている。 	
			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。		<ul style="list-style-type: none"> 生活状況確認書を作成し、ケースに編綴している。 出来ている。 その通りと思います。 受け入れ時に作成している。 利用者台帳に書類が編綴されている。 利用者台帳や生活状況確認書を作成している。 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。 	
			6.職員に対し、必要な救急法の研修を行っている。		<ul style="list-style-type: none"> 消防署職員講師のもと、救急法の研修に参加している。 実施している。 その通りと思います。 救命救急研修の受講。 行ってはいないが、法人内部署が主催の救命救急研修を受講している。 救命救急講習を行っている。 黒川消防署と連携し、救命講習に参加している。 	
			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。		<ul style="list-style-type: none"> 連絡、協力体制を整備している。 作っている。 その通りと思います。 いる。 協力体制がとれている。 医療機関と協力体制を取っている。 危機管理計画や緊急連絡網の策定が行われている。 	
			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。		<ul style="list-style-type: none"> 適切な頻度で緊急時の対応マニュアルの確認を行っている。 定期的に、または必要に応じて実施。 その通りと思います。 いる。 毎月行われている。 定期的に行われている。 新年度、または年度途中において随時更新されている。 	
			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。		<ul style="list-style-type: none"> 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"> 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。 整備している。 その通りと思います。 いる。 ヒヤリハット報告書の提出を行っている。 施設会議による事例収集が行われている。
			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。		<ul style="list-style-type: none"> 再発防止マニュアルを改善する会議を開く整備をしている。 実施している。 その通りと思います。 支援会議の開催。 実施している。 検討会議が実施されている。 	
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。	<ul style="list-style-type: none"> 整備されている。 その通りと思います。 いる。 マニュアルが整備されている。 支援係内に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"> 定められた手順で記録、保存を実施している。 実施している。 その通りと思います。 ヒヤリハット、事故報告書の作成と保管をしている。 行っている。・記録と保存を行っている。 保管期限のルールに基づいて実施されている。 					
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	(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のための取り組みを行っている。	A チェック率 98% (89/91)	<ul style="list-style-type: none"> 倫理綱領に基づく具体的な行動計画にて明示されている。 明示している。 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。		<ul style="list-style-type: none"> 利用者主体の基本方針及び理念が定められている。 反映されている。 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。		<ul style="list-style-type: none"> 所内研修にて実施されている。 実施している。 全体会議を中心に取り組んでいる。 虐待防止研修が実施されている。 年2回の虐待防止研修が実施されている。 	
			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。		<ul style="list-style-type: none"> 所内研修にて周知徹底を図っている。 実施している。 その通りと思います。 いる。 研修で周知されている。会議等で周知、話し合いを行っている。 	
			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"> 事業計画にて具体的な取組みが明示されている。 実施している。 その通りと思います。 いる。 明示されている。 	
②利用者の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組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> 個人情報、特定個人情報保護規定が定められており、これに基づき取り組んでいる。 実施している。 その通りと思います。 マニュアルの読み合わせで共有を図っている。 常に取り組んでいる。 規程、マニュアルが整備され、具体的に取り組んでいる。 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。 					

		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。	A チェック率 100% (105/105)	<ul style="list-style-type: none"> 改善箇所があれば、早急に対応している。 可能な限り実施している。 その通りと思います。 いる。 必要な改善が行われている。
		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。		<ul style="list-style-type: none"> 研修を実施し、各職員理解に努めている。 実施している。 いる。 マニュアルの読み合わせを実施している。 職員各自でマニュアルの読み合わせを実施している。
		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。		<ul style="list-style-type: none"> 館内掲示にて周知を図っている。 掲示されている。 いる。 周知されている。
		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。		<ul style="list-style-type: none"> 実施している。 いる。 実施されている。
	③接し方について、指針またはマニュアルが整備されている。	1.接し方（年齢や状況に応じた呼称・言葉遣い、禁句を含む）について、指針・マニュアル等を整備している。		<ul style="list-style-type: none"> マニュアルが整備されている。 その通りと思います。 いる。 外部のマニュアルを利用している。
		2.接し方を点検・改善するための検討会議や勉強会・研修などが定期的に行われ、サービスに反映されている。		<ul style="list-style-type: none"> 研修を実施し、内容の理解に努め、サービスへ反映している。 その通りと思います。 いる。 研修会が定期的に行われている。 その都度検討し、話し合いを行っている。
	④虐待等の人権侵害の防止策、及び万一に備えた対応が定められている。	1.拘束・暴言・暴力・無視・放置等、虐待の具体例を挙げた上で禁止し、文書で職員や利用者・家族に周知している。		<ul style="list-style-type: none"> 障害者虐待防止法のポスターを掲示し、周知徹底を図っている。 その通りと思います。 いる。 ポスター掲示にて、職員、利用者に周知している。
		2.虐待が行われていないかの確認が随時なされている。		<ul style="list-style-type: none"> セルフチェックを実施している。 その通りと思います。 いる。 随時行っている。 セルフチェックリストにて確認を行っている。
		3.万一、虐待が行われた際の処方が規程されている。		<ul style="list-style-type: none"> 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。 いる。 法人の就業規則に記載されている。
	(2) 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている。	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。		A チェック率 100% (91/91)
		2.利用者が、複数の相談方法や相談相手の中から自由を選ぶこと、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。	<ul style="list-style-type: none"> ポスターにて館内掲示をしている。 その通りと思います。 	
		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。	<ul style="list-style-type: none"> 食堂前にポスターを掲示している。 その通りと思います。 掲示している。 食堂の見やすい位置に掲示を行っている。 	
		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。	<ul style="list-style-type: none"> 相談室が設置されている。 その通りと思います。 相談スペースを設置している。 お客様アンケートの実施や館内に相談室を設けている。 	
	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。	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。	<ul style="list-style-type: none"> 苦情解決の体制を整備している。 その通りと思います。 している。 なんでも相談を整備している。 なんでも相談、第三者委員会を設置している。 	
		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。	<ul style="list-style-type: none"> 館内にてポスターを掲示している。 その通りと思います。 している。 	
		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。	<ul style="list-style-type: none"> 必ずフィードバックを実施している。 その通りと思います。 している。 フィードバックを行っている。 なんでも相談室へ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。 	
		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。	<ul style="list-style-type: none"> この点が生じた際は、公表する。 その通りと思います。 している。 利用者アンケートの結果を必ず掲示している。 匿名で公表している。 利用者の許可をいただいた上で、職員全体への周知を行っている。 	
	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。	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。	<ul style="list-style-type: none"> 整備されている。 している。 マニュアルが整備されている。 苦情解決マニュアルが整備されている。 	
		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。	<ul style="list-style-type: none"> 規定されている。 いる。 	
		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。	<ul style="list-style-type: none"> 報告に努めている。 いる。 必ず報告している。 速やかな報告がなされている。 	
		4.対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> 定期的に見直しを実施している。 いる。 法人規模で定期的な見直しを実施している。 	
		5.苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。	<ul style="list-style-type: none"> 反映されている。 いる。 職員全体への周知と共に問題解決に努めている。 	
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行われている。	①サービス内容について、定期的な評価を行う体制を整備している。	A チェック率 100% (56/56)	<ul style="list-style-type: none"> 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。 その通りと思います。 いる。 年に一度必ず行っている。 年に一回、サービス評価を実施している。 毎月6月にサービス評価を実施している。
		2.評価に関する担当者・担当部署が設置されている。		<ul style="list-style-type: none"> 施設サービス評価担当職員を配置している。 その通りと思います。 いる。 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。		<ul style="list-style-type: none"> 担当職員を主とし、評価結果の分析、検討をしている。 その通りと思います。 いる。 実行されている。 改善計画の策定、指導いただいた際には、施設内で改善に努めている。
	②評価の結果に基づき、組織として取り組む	1.職員の参画により評価結果の分析を行っている。		<ul style="list-style-type: none"> 評価結果の分析を行っている。 いる。 係別での評価を行っている。

		<p>むべき課題を明確にし、改善策を実施している。</p> <p>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。</p> <p>3.職員間で課題の共有化が図られている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>		<ul style="list-style-type: none"> 文書化されている。 いる。 改善計画が策定されている。 <ul style="list-style-type: none"> 職員間で課題の共有化を図っている。 いる。 職員間で共有している。 会議内で共有化が図られている。 <ul style="list-style-type: none"> 整備されている。 ある。 策定する仕組みがある。 <ul style="list-style-type: none"> 評価結果をもとに必要なに応じて計画の見直しを図っている。 いる。 見直しを行っている。
	(2) サービス実施の記録が適切に行われている。	<p>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。</p> <p>1.利用者一人ひとりの記録等の書面が整備されている。</p> <p>2.記録する職員で記録内容にばらつきが生じないように工夫をしている。</p> <p>②利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p> <p>1.記録管理の責任者が設置されている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>1.組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。</p> <p>2.パソコンのネットワークシステムを利用して、施設内で情報を共有する仕組みを作っている。</p>	A チェック率 100% (56/56)	<ul style="list-style-type: none"> 個人毎にケース記録が整備されている。 その通りと思います。 個別ケース記録の作成。 ケース記録、生活記録が整備されている。 一人ひとりのケース記録ファイル作成されている。 <ul style="list-style-type: none"> 統一された基準、様式を使用している。 その通りと思います。 内容がわかりやすいように、要点を押さえた書き方を共有している。 統一された様式を使用している。 様式、記録の方法を統一している。 地域支援係が主となりとりまとめや職員への周知を行っている。 <ul style="list-style-type: none"> 設置されている。 その通りと思います。 担当職員が責任をもって行っている。 <ul style="list-style-type: none"> 各項目毎に規定を定めている。 その通りと思います。 規定を定めている。 法人文書によって定められている。 <ul style="list-style-type: none"> 規定されている。 その通りと思います。 規定を定めている。 定められている。 法人内で個人情報保護規定が定められている。 <ul style="list-style-type: none"> 記録管理に関する教育、研修が行われている。 職員会議等で行っている。 行われている。 全体会議にて周知している。 <ul style="list-style-type: none"> 整備されている。 <ul style="list-style-type: none"> 共有フォルダにて活用している。 共有フォルダにて情報共有している。 共有ファイルを活用している。
3	サービスの開始・継続	<p>(1) サービス提供の開始が適切に行われている。</p> <p>①利用者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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>4.見学等の希望に対応している。</p> <p>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。</p> <p>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、利用者等に説明している。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>5.重要事項説明書等の資料や契約書の内容は、利用者にもわかりやすいように工夫している。</p>	A チェック率 100% (63/63)	<ul style="list-style-type: none"> ホームページにて公開している。 その通りと思います。 ホームページを作成し、公開している。 資料やパンフレット等、いつでもとれるよう支援係室前、廊下に設置している。 <ul style="list-style-type: none"> 館内にて配置している。 その通りと思います。 館内にパンフレットを設置している。 <ul style="list-style-type: none"> 写真の使用にてイメージされやすいよう工夫している。 その通りと思います。 している。 分かりやすい内容になっている。 ルビを振るなどして、工夫している。 <ul style="list-style-type: none"> 対応している。 その通りと思います。 している。 希望に応じて対応している。 希望があった場合、対応している。 <ul style="list-style-type: none"> 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。 その通りと思います。 している。 必ず説明している。 契約時に書面での説明を行っている。 <ul style="list-style-type: none"> 分かりやすい表現にて説明に努めている。 その通りと思います。 いる。 分かりやすく説明することを心がけている。 分かりやすい説明を心がけている。 <ul style="list-style-type: none"> 同意を得た上で、書面を残している。 その通りと思います。 いる。 必ず書面で残している。 重要事項説明書や契約書の資料の説明、確認を行っている。 <ul style="list-style-type: none"> 必ず契約書を取り交わしている。 その通りと思います。 交わしている。 必ず契約書を記入していただいている。 こまめに確認し、契約漏れがないようおこなっています。 <ul style="list-style-type: none"> 振り仮名をつけている。 その通りと思います。 分かりやすくしている。 ルビを振るなど工夫している。 分かりやすく、読みやすいよう配慮しています。
IV	福祉サービスの内容	<p>1 利用者の尊重</p>	A チェック率 100% (42/42)	<ul style="list-style-type: none"> 非言語的コミュニケーションを活用し、対応している。 その通りと思います。 非言語コミュニケーションなどを活用し、利用者一人ひとりの理解に努めている。 利用者に応じた伝達方法でコミュニケーションを図っている。 事前に確認し、コミュニケーションが取れるようにしている。 <ul style="list-style-type: none"> 筆談や絵カードを用いて対応している。 その通りと思います。 絵カードや写真、ひらがなやカタカナの表などを使用してコミュニケーションが円滑に進められるよう取り組んでいる。 利用者一人ひとりに合ったコミュニケーションの手段を検討、実践している。 絵カードや筆談を用いた対応を行っている。 <ul style="list-style-type: none"> 可能な限りで、意向を尊重した上、支援に繋げている。 その通りと思います。利用者の意向を尊重している。 利用者の意向を尊重し支援を行っている。 <ul style="list-style-type: none"> 個別的な要求に対して、可能な範囲で適切に対応している。 その通りと思います。可能な限り要求にこたえている。 主体的な活動を尊重している。 <ul style="list-style-type: none"> 会議等にて検討や確認している。 その通りと思います。 職員会議等で確認している。 <ul style="list-style-type: none"> 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。 その通りと思います。 利用者家族と十分な話し合いを行っている。 家族へ生活状況確認書等を用いて確認を行っている。

	(2) 環境の整備	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。	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。 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。	A チェック率 100% (14/14)	<ul style="list-style-type: none"> 利用者が快適に過ごせるよう、清掃業務を徹底している。 清潔に努めている。 その通りと思います。 清潔を保つことを心掛けている。 清掃を利用の都度行き、清潔を保っている。 客室清掃に関するマニュアルがあり、一人ひとりができるようになってきている。 <ul style="list-style-type: none"> 私物の持ち込みが可能で、保管するスペースを確保している。 確保している。 その通りと思います。 私物の所有を認め、保管するスペースを確保している。
2 身辺面の 支援	(1) 食事（サービス提供施設のみ回答）	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楽しく食べられるように工夫されている。	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。 2.適温の食事を提供している。 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。 4.食卓には、複数の調味料・香辛料が用意されている。 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。 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。	A チェック率 100% (49/49)	<ul style="list-style-type: none"> 特別食やアレルギー食の対応を実施している。 細やかに用意されている。 その通りと思います。 特別食の提供を行っている。 厨房に相談し、可能な限り対応していただいている。 <ul style="list-style-type: none"> 適温にて食事を提供している。 適温である。 その通りと思います。 いる。 時間に合わせ提供していただいている。 <ul style="list-style-type: none"> 季節に応じた食材を提供している。 その通りと思います。 いる。 工夫している。 <ul style="list-style-type: none"> 食事に応じた調味料、香辛料を用意している。 用意されている。 その通りと思います。 いる。 厨房職員が工夫して提供していただいている。 <ul style="list-style-type: none"> 館内に献立表を掲示している。 献立表を掲示している。 その通りと思います。 利用者の求めに応じて提供している。 献立表を食堂の前に掲示している。 <ul style="list-style-type: none"> 誤嚥等がないよう、注意しながら支援を実施している。 支援している。 その通りと思います。 利用者の表情など、様子を見て支援を行っている。 利用者様のペースに合わせて食事支援を行っている。
	(2) 入浴	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。	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。 2.男女別々に入浴できるようになっている。 3.入浴介助の際、同性介助が守られている。	A チェック率 100% (49/49)	<ul style="list-style-type: none"> マニュアルが用意されており、各自確認を実施している。 マニュアルが整備されている。 <ul style="list-style-type: none"> 男女別々に入浴となる。 なっている。 その通りと思います。 男女別で入浴できるよう調整を行っている。 男女別での入浴が可能となっている。 <ul style="list-style-type: none"> 同性介助にて実施している。 守られている。 その通りと思います。 必ず同性が対応している。 同性介助となっている。
		②入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	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。	A チェック率 100% (49/49)	<ul style="list-style-type: none"> 入浴可能である。 その通りと思います。 ある。 可能である。 短期入所、日中一時専用の「せきれい」で入浴可能。
		③浴室・脱衣場等の環境は適切である。	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。 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。 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。	A チェック率 100% (49/49)	<ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて、検討会議等で話し合いの場を設けている。 いる。 必要に応じて行っている。 必要に応じて会議の場を設けている。 <ul style="list-style-type: none"> 気候や利用者の身体的状態に応じて調整している。 その通りと思います。 調整可能であるものの不十分。 調整している。 調整可能である。 冬季は暖房器具で対応、夏季はエアコンで通し良くし、対応を行っている。 <ul style="list-style-type: none"> プライバシーを保護する環境を確保している。 その通りと思います。 カーテンを設置するなど工夫している。 カーテンが設置されており、プライバシーが守られる構造となっている。
	(3) 排泄	①排泄支援は、快適に行われている。	1.排泄支援のマニュアル（安全、プライバシー、便意・尿意・失禁への対応を含む）が用意されている。	A チェック率 100% (49/49)	<ul style="list-style-type: none"> マニュアルが用意されており、各自確認を実施している。 用意されている。
		②トイレは、清潔で快適である。	1.身体状況に応じた設備や補助具の配備を含めて、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。 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。 3.換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。 4.清掃は、毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。 5.採光・照明等は適切である。 6.暖房設備がある。	A チェック率 100% (49/49)	<ul style="list-style-type: none"> 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。 定期的に行っている。 <ul style="list-style-type: none"> 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案内をしている。 その通りと思います。 個室トイレが用意されている。 プライバシーに配慮された構造となっている。 <ul style="list-style-type: none"> 適切に換気や防臭対策を実施している。 その通りと思います。 消臭スプレー等利用している。 換気、防臭対策を行っている。 入所前、退所後共に換気、清掃、アルコール消毒で清潔を保持している。 <ul style="list-style-type: none"> 清掃を随時実施している。 その通りと思います。 汚れを見つけた際は随時対応している。 清掃を行い、汚れた場合は直ちに対応している。 <ul style="list-style-type: none"> 適切である。 その通りと思います。 適切。 照明が薄暗く感じる。 若干暗めである。 <ul style="list-style-type: none"> 整備されている。 暖房設備が整っている。 暖房設備がある。

(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。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>A チェック率 100% (21/21)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 意思を尊重した上、プライバシーに配慮した着替えが可能である。 • 尊重している。 • その通りと思います。 • 意思を尊重している。
(5) 健康管理	①健康管理は適切である。	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>A チェック率 100% (70/70)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 利用者台帳、こんにちはシート、生活状況確認書により確認している。 • 整備されている。 • その通りと思います。 • 入所時に都度記入いただき、確認している。 • 生活状況確認書などの書面が整備されている。
(6) 余暇	①余暇は、利用者の希望に沿って支援している。	<p>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。</p>	<p>A チェック率 100% (7/7)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 持参いただいた衣類にて着替えを行っている。 • その通りと思います。 • 用意されている。 • 着替え、洗濯を行っている。
(6) 余暇	②必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	<p>1.健康面に変調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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>A チェック率 100% (70/70)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 緊急的な退所も含めて連絡調整を行っている。 • 適切に行われている。 • その通りと思います。 • 行っている。 • 体調不良時、家族へ連絡を行っている。 • 速やかに家族と連絡が取れるように整えてある。
(6) 余暇	③内服薬・外用薬等の扱いは、確実に行われている。	<p>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。</p> <p>2.一人ひとり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、マニュアルが用意されている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>A チェック率 100% (70/70)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • マニュアルが整備され、各自確認を行っている。 • 用意されている。 • マニュアルが整備されている。
(6) 余暇	④余暇は、利用者の希望に沿って支援している。	<p>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。</p>	<p>A チェック率 100% (7/7)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 近隣の医療機関と医療協力の関係性を締結している。 • 確保している。 • その通りと思います。 • 医療機関と連携している。 • 地域内の医療機関と医療協力契約を行っている。
(6) 余暇	④余暇は、利用者の希望に沿って支援している。	<p>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。</p> <p>2.一人ひとり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、マニュアルが用意されている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>A チェック率 100% (70/70)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 緊急医療に関する対応のマニュアルがある。 • 記載されている・その通りと思います。 • 緊急時の対応マニュアルがある。 • マニュアルが整備されている。
(6) 余暇	④余暇は、利用者の希望に沿って支援している。	<p>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。</p> <p>2.一人ひとり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、マニュアルが用意されている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>A チェック率 100% (70/70)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 黒川病院との医療協力契約を結んでいる。 • その通りと思います。 • 地域内の医療機関と医療協力契約を行っている。
(6) 余暇	④余暇は、利用者の希望に沿って支援している。	<p>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。</p> <p>2.一人ひとり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、マニュアルが用意されている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>A チェック率 100% (70/70)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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。 • 得ている・その通りと思います。 • 薬受け渡し確認書などで、情報提供を受けている。 • 入所時にご家族と薬の確認を行い、薬の説明書のコピーをとり、適切な情報を得ている。 • 変更があった際には、最新の薬情報を家族からいただき、内容の聞き取り確認を行う。薬の確認は職員2名で行われる。
(6) 余暇	④余暇は、利用者の希望に沿って支援している。	<p>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。</p>	<p>A チェック率 100% (7/7)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 受け入れ毎に薬の確認書を作成している。 • 用意されている。 • その通りと思います。 • マニュアルが整備されている。
(6) 余暇	④余暇は、利用者の希望に沿って支援している。	<p>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。</p>	<p>A チェック率 100% (7/7)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 誤薬防止マニュアルが策定されている。 • 用意されている。 • その通りと思います。 • 整備されている。
(6) 余暇	④余暇は、利用者の希望に沿って支援している。	<p>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。</p>	<p>A チェック率 100% (7/7)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 薬受け渡し確認書に記録している。 • 実施している。 • その通りと思います。 • 整備されている。
(6) 余暇	④余暇は、利用者の希望に沿って支援している。	<p>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。</p>	<p>A チェック率 100% (7/7)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 利用者の希望を伺った上、実際に余暇活動の提供を実施している。 • できるだけ希望に沿って支援している。 • その通りと思います。 • 強制していない。 • 強制することなく、希望に沿った余暇活動の提供を行っている。