

令和2年度 施設サービス評価（自己評価） ～保養施設～

大項目	中項目	小項目	評価項目		課題及びコメント並びに意見に対する改善案等	
			6割以上 → a 6割未満 → b 0 → c	6割以上 → A 2割以上6割未満 → B 2割未満 → C ※小項目評価において、 a…10点 b…5点 c…0点 【項目数×10点＝満点（100%）】として計算		
1 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理念が明文化されている。	1.理念が文書（事業計画等の法人・事業所内文書や広報紙、パンフレット等）に記載されている。	A チェック率 100% (40/40)	<ul style="list-style-type: none"> 法人施設概要等に記載されている。 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る。 記載されている。 法人の事業計画やHPに記載がある。 事業計画書・広報紙・パンフレットに記載されている。 法人の事業計画、HPに記載されている。
			②理念に基づく基本方針が明文化されている。	1.基本方針が書（事業計画等の法人・事業所内文書や広報紙、パンフレット等）に記載されている。 2.基本方針は法人の理念との整合性が確保されている。		
		(2) 理念や基本方針が周知されている。	①理念や基本方針が職員に周知されている。	1.理念や基本方針を会議や研修において説明している。 2.理念や基本方針の周知を目的とした実践テーマを設定して、会議等における討議の上で実行している。 3.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。	A チェック率 100% (48/48)	<ul style="list-style-type: none"> 年度初めの職員会議で確認を行っている。 年度初めの係会議、全体会議及び新任、異動者の研修の際に説明をしている。 職員会議で読み合わせを行っている。 職員会議において基本方針の全体周知を行っている。 年度初めの支援会議、全体会議で説明されている。
		②理念や基本方針が利用者等に周知されている。	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。 2.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。 3.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"> 基本方針と事業計画については内容がリンクしている部分もあり、広義的に実施していると捉えられる。 全体職員会議にて実行している。 基本方針と事業計画については内容がリンクしている部分もあり、広義的に実施していると捉えられる。 館内に掲示するなど取り組みを行っている。 職員会議において全体周知及び確認を行っている。 		
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。	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% (64/64)	<ul style="list-style-type: none"> 事業計画に具体的目標が記載されている。 施設のHP上で運営目標として公表している。 事業計画では数値目標を設定している。 明確にしている。 HPに運営目標として記載がある。 ホームページで事業運営を記載している。また、事業計画において数値目標を定めている。 施設のHPに目標を明確にしている。
			2.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。	2.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。		
		②中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	1.事業計画には、中・長期計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。 2.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って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。 3.事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	1.事業計画は、中・長期計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。 2.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って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。 3.事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	A チェック率 100% (56/56)	<ul style="list-style-type: none"> 法人で策定している地域福祉推進計画が中長期計画にあたり、こちらに記載されている。 法人の第二期地域福祉推進計画が中長期計画にあたり左記の内容に該当する（平成30年度～平成34年度）。 具体的である。 中・長期計画は、法人における第二期地域福祉推進計画に記載されている。
	(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。 2.評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。 3.一連の過程が一部の職員だけで行われていない。	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。 2.評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。 3.一連の過程が一部の職員だけで行われていない。		
		②計画が職員や利用者等に周知されている。	1.各計画を会議や研修において説明している。 2.各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。 3.障害を持つ利用者に対する周知の方法に工夫や配慮をしている。 4.各計画の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	1.各計画を会議や研修において説明している。 2.各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。 3.障害を持つ利用者に対する周知の方法に工夫や配慮をしている。 4.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"> 係会議、職員会議等の場で確認をしている。 全体会議の中で説明している。 職員会議で説明している。 会議の中で説明がされている。 全体職員会議において事業計画の確認が行われている。 職員会議において説明されている。 	
					<ul style="list-style-type: none"> 広報紙にルビをふった基本方針を記載する等、わかり易く伝えるよう努めている。 パンフレット等の広報物を通じて、実施しており、事業やその目的について分かるように配慮をしている。 計画のポイント等を記載して分かりやすいように工夫している。 館内に各計画資料の掲示がされている。 フリガナ等誰でも読めるように工夫している。 ポスターにルビをふるといった工夫がされている。 	
					<ul style="list-style-type: none"> 事業の目標達成率や客室の空き状況を確認し、バランスを見ながら、事業の周知のための広報活動を実施している。 継続的に周知している。 全体職員会議において事業計画の確認を行っている。 	

	<p>③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。</p>	<p>1. 職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている。</p> <p>2. 把握した職員の意向・意見や就業状況チェックの結果を、分析・検討する担当者や担当部署等を設置している。</p> <p>3. 分析した結果について、改善策を検討する仕組みがある。</p> <p>4. 改善策については、人材や人員体制に関する具体的なプランに反映し実行している。</p> <p>5. 定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。</p> <p>6. 希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家を確保している。</p>	<p>A チェック率 100% (96/96)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 定期的に確認し、有給の未消化や過剰な時間外労働のないよう努めている。 所長・係長管理のもと実施されている。 総務係職員が担当している。 所長・係長管理のもと実施されている。 分析結果をもとに応援職員の配置等の配慮が行われている。 応援職員の配置や勤務調整の配慮がされている。 定期的にヒアリングが行われる。 定期的に所長との個別面談が行われている。 産業医があり、希望すれば相談が出来る体制がある。 月に一度産業医の巡回があり、相談が可能である。 産業医がいる。 月に1度産業医の巡回がある。 月に一回、産業医の訪問がある。 月1回産業医が来所されている。 毎年、各種健康診断等を適切に受診出来ている。 配慮されている。 産業医の訪問による健康管理が実施されている。 正規職員のみが対象になるが、互助会制度がある。 互助会等福利厚生事業が備わっている。 互助会等の福利厚生が設けられている。
	<p>(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p>	<p>①職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。</p> <p>1. 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める基本的姿勢や意識を明示している。</p> <p>2. 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める専門技術や専門資格を明示している。</p> <p>3. 職員・役員の役割を問わず、継続的研修を毎年行っている。</p> <p>4. 専門資格取得のため、勤務時間等について配慮している。</p> <p>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。</p> <p>1. 採用時には試用期間を設け、採用時研修を十分に行っている。</p> <p>2. 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。</p> <p>3. 個別の職員の技術水準、知識、専門資格の必要性などを把握している。</p> <p>4. 策定された教育・研修計画に基づき、実際に計画に従った教育・研修が実施されている。</p> <p>5. 教育・研修は、新しい技法や様々な実践の成果について常に情報収集を行うケース会議とは別に、事例検討会を開く、外部から講師を招くなど、有効と思われる知識・技術の導入に努めている。</p> <p>6. より高度で充実したサービスを提供するため、職員の専門資格取得を積極的に進めている。</p> <p>7. 施設外の研修会・大会・学会等への参加や研究発表を積極的にを行い、外部との比較を施設サービスの向上に役立てている。</p> <p>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。</p> <p>1. 研修を終了した職員は、報告レポートを作成している。</p> <p>2. 研修を終了した職員が、研修内容を発表する機会を設けている。</p> <p>3. 報告レポートや発表、当該職員の研修後の業務等によって、研修成果に関する評価・分析を行っている。</p> <p>4. 評価・分析された結果を次の研修計画に反映している。</p> <p>5. 評価・分析された結果に基づいて、研修内容やカリキュラムの見直しを行っている。</p>	<p>A チェック率 99% (127/128)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 法人の職員研修計画の中に示されている。 第二期地域福祉推進計画に記載されている。 階層別研修が実施されている他、必ず毎年何らかの研修は受講している。 職員の希望に合わせた研修が行われている。 階層別研修の実施やOFF-JTによる研修の機会が設けられている。 毎年行われている。 要望を受けて配慮することの出来る体制である。 特に必要なものについては業務命令にて研修に参加する場合もある。 シフト等工夫して頂いている。 新任職員研修として実施されている。 新任職員研修が年4回実施されている。 前年度より、「個別研修計画・育成シート」が導入され、運用方法を試行している。 OJTにて対応している。 新任職員に対してはOJT制度による指導が行われている。 人事考課制度等を活用し把握に努めている。 所長・係長によりヒアリングが実行されている。 法人の階層別研修等計画的に実施されている。 研修計画に基づいて実施されている。 同一法人内で講師を招き研修会を実施している。 同法人内の所長を交えた研修や、不審者対応研修等の実施が定期的に行われている。 資格取得に係る助成制度を設ける等で推進されている。 希望に沿って積極的に資格取得を進められている。 レクリエーションインストラクターの資格取得が可能である。 福祉QC活動の実践、活動等を積極的に進めている。 福祉QCサークル活動がこれにあたる。 QC発表会に参加し情報提供、収集を行っている。 QCサークル活動の実施を行っている。 QCサークル等で積極的にサービスの向上に役立てている。 復命書を必ず作成し提出している。 復命書という形で必ず提出している。 復命書を作成している。 復命書の提出を行っている。 復命書の作成が行われている。 報告書として復命書を作成している。 全てではないが、伝達研修等を実施し発表の場を設けることもある。 全ての研修会においてではないが、全体会議の中で伝達研修を実施するケースもある。 所内で伝達研修を行い発表している。 伝達研修や全体会議において発表の機会が設けられている。 職員会議で研修内容を話す場合もある。 伝達研修の実施が行われている。 結果に基づいてその都度、研修計画への反映が行われている。 法人研修推進委員会等で意見を出し合い、研修部主導で見直しが行われている。 伝達研修を通して、係内で問題改善に向けた話し合いが実施される場合もある。 職員への情報伝達の主体を担っている。 常に声がけし周知している。 リスクマネジメント担当者が設置されている。 事業計画に委員会・担当者が記載されている。 事故発生時等は必ず実施しているが、平時の検討会については、更なる充実が必要。 随時検討会の実施を行っている。 その都度話し合いを行っている。 なんでも相談室や、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等の周知を行っている。 年に複数回の訓練を実施している。 避難訓練を行っている。 防災訓練や安否確認訓練等、定期的な訓練を実施している。 普通救急救命講習を受講する他、てんかん発作時の対応について所内研修等で確認を行った。 定期的実施している。 黒川郡消防署と連携を行い、救急法の研修に参加している。 危機管理計画や、緊急連絡網の策定が行われている。 毎年4月の他、採用及び異動が発生した際に随時確認並びに周知をしている。 随時行われている。 新年度、また年度途中において随時更新されている。 法人全体で統一した仕組みを用い、事例収集と分析にあたる。 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を行っている。 リスク管理委員会を開催して再発防止策を検討し、実施している。 その都度検討している。 ヒヤリハット体験報告の書面に基づいて実施されている。 リスク管理委員会を開催して話し合い、対策の周知と・実施につなぐ体制である。 その都度係会議で話し合う。 検討会議が実施されている。 整備されている。 スタッフルーム内にマニュアルが整備されている。 朝の引継ぎや会議での周知、BCPに係る研修等で職員の意識の向上を図っている。 事故防止研修が行われている。 防災訓練や誤嚥防止研修が実施されている。 随時見直しが行われている。 定められた書式での記録、保存がされている。 報告書にて記録・保存されている。 保管期限のルールに基づいて実施されている。 各種清掃マニュアルや取扱マニュアルが整備されている。 整備されている。 総務において保守点検の管理を行っている。 毎月の防災設備点検の他、保養宿舎の入所前に園庭、大型遊具等の点検をマニュアルに沿って実施している。 入所日に行っている。 保養入所時に遊具や園庭の点検を行っている。 防災設備点検や、園庭の遊具点検が定期的に行われている。 館内に責任者名が掲示されている。
<p>3 安全管理</p>	<p>(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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>3. 安全確保に関する検討を行う担当職員等が、検討会を定期的に開催している。</p> <p>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。</p> <p>5. マニュアルに沿って緊急時を想定した訓練を行っている。</p> <p>6. 職員に対し、必要な救急法の研修を行っている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>5. 職員及び利用者に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。</p> <p>6. 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。</p> <p>7. 事故処理の記録・保存を行っている。</p> <p>③施設の建物ならびに施設の周辺は定期的に点検・整備されている。</p> <p>1. 施設の建物ならびに施設周辺の点検・整備マニュアルが整備されている。</p> <p>2. 点検・整備マニュアルにそって、定期的に点検・整備を行っている。</p> <p>3. 点検・整備の責任者が明確にされている。</p>	<p>A チェック率 99% (143/144)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 職員への情報伝達の主体を担っている。 常に声がけし周知している。 リスクマネジメント担当者が設置されている。 事業計画に委員会・担当者が記載されている。 事故発生時等は必ず実施しているが、平時の検討会については、更なる充実が必要。 随時検討会の実施を行っている。 その都度話し合いを行っている。 なんでも相談室や、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等の周知を行っている。 年に複数回の訓練を実施している。 避難訓練を行っている。 防災訓練や安否確認訓練等、定期的な訓練を実施している。 普通救急救命講習を受講する他、てんかん発作時の対応について所内研修等で確認を行った。 定期的実施している。 黒川郡消防署と連携を行い、救急法の研修に参加している。 危機管理計画や、緊急連絡網の策定が行われている。 毎年4月の他、採用及び異動が発生した際に随時確認並びに周知をしている。 随時行われている。 新年度、また年度途中において随時更新されている。 法人全体で統一した仕組みを用い、事例収集と分析にあたる。 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を行っている。 リスク管理委員会を開催して再発防止策を検討し、実施している。 その都度検討している。 ヒヤリハット体験報告の書面に基づいて実施されている。 リスク管理委員会を開催して話し合い、対策の周知と・実施につなぐ体制である。 その都度係会議で話し合う。 検討会議が実施されている。 整備されている。 スタッフルーム内にマニュアルが整備されている。 朝の引継ぎや会議での周知、BCPに係る研修等で職員の意識の向上を図っている。 事故防止研修が行われている。 防災訓練や誤嚥防止研修が実施されている。 随時見直しが行われている。 定められた書式での記録、保存がされている。 報告書にて記録・保存されている。 保管期限のルールに基づいて実施されている。 各種清掃マニュアルや取扱マニュアルが整備されている。 整備されている。 総務において保守点検の管理を行っている。 毎月の防災設備点検の他、保養宿舎の入所前に園庭、大型遊具等の点検をマニュアルに沿って実施している。 入所日に行っている。 保養入所時に遊具や園庭の点検を行っている。 防災設備点検や、園庭の遊具点検が定期的に行われている。 館内に責任者名が掲示されている。

4 地域との交流と連携	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	①地域との関わりを大切にしている。	1.地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。 2.活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。 3.広報等を定期的に発行し、地域住民・ボランティアに施設の活動を理解してもらい、協力を得る努力をしている。 4.施設で行われる行事への地域住民の参加を呼びかけている。	A チェック率 100% (104/104)	<ul style="list-style-type: none"> 事業計画に記載されている。 事業計画に記載がある。 事業計画に明記されている。 	
		②事業所が有する機能を地域に還元している。	1.介護等について、専門的な技術講習会や福祉を理解するための研修会、地域住民の生活に役立つ講演会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。 2.地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。 3.地域へ向けて、理念や基本方針、施設で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。 4.規程を設けた上で、地域へ施設を開放している。		<ul style="list-style-type: none"> 利用者の方に分かりやすいよう、イラスト等を多用したものを掲示している。 館内に掲示している。 掲示物の貼りだしやパンフレットの配布による周知を実施している。 	
		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。	1.ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明文化している。 2.ボランティア受け入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。 3.ボランティアに対して必要な研修を行っている。 4.ボランティア育成に向けて、ボランティア講座や体験学習等を計画的に実施している。(県5-9) 5.ボランティア受け入れと育成に関して、それぞれ担当者を設け、責任を明確にしている。		<ul style="list-style-type: none"> 年3回広報誌を発行し、地域の区長様等へお届けしている。 年に数回、周辺地域を中心にパンフレットを配布している。 広報誌でボランティアの活動の紹介をするとともに募集もしている。 風つつしの配布を行っている。 	
		(2) 関係機関との連携が確保されている。	①必要な社会資源を明確にしている。		1.利用者の状況に対応できる社会資源を明示し、当該地域との関係機関・団体について、その機関・団体との連携の必要性を含めたリストや資料を作成している。 2.社会資源について、職員間で情報の共有化が図られている。	<ul style="list-style-type: none"> ふれあい福祉祭り、ハンドベルコンサート等への参加を呼びかけている。 周辺地域へ直接広報活動を行っている。 お祭り等のイベントは近隣へも広報している。 周辺地域への広報活動を行っている。 ななつもりふれあい福祉まつりを開催する際、地域住民の方への呼びかけを行っている。
		②関係機関等との連携が適切に行われている。	1.関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 2.連携のための担当者を設け、責任を明確にしている。 3.地域の関係機関・団体とのネットワーク化に取り組んでいる。 4.ネットワーク内で共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。		<ul style="list-style-type: none"> 民生委員の方を対象にした福祉レクリエーション講習会や、キャップハンディ体験等で地域の方に当施設の機能を還元している。 地域の民生委員児童委員や小学生を対象としたキャップハンディ体験活動を地元社協と連携を図り開催している。 レクリエーション講習会やCH体験等を行っている。 まなんじゃおの開催、レクリエーションインストラクターの派遣業務を担っている。 	
		(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。	①地域の福祉ニーズを把握している。		1.関係機関・団体との連携に基づき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。	<ul style="list-style-type: none"> ボランティアの呼びかけ等様々な活動を行っている。 市町村社協や警察学校と連携し、キャップハンディ活動を実施している。
		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。	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。 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。 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。 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。 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"> 各地域に広報誌を送付し、情報提供を行っている。 パンフレットの設置依頼や広報誌の作成を行っている。 風つつしの発行を行っている。 	
		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。 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"> 随時開放している。 キャップハンディ、クラフト体験が可能である。 	
		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へ周知している。 2.虐待が行われていないかの確認が随時なされている。 3.万一、虐待が行われた際の処分が規程されている。		<ul style="list-style-type: none"> 事業計画へ記載している。 明文化し周知している。 事業計画に記載がある。 事業計画に明記されている。 	
		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.理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。 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な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。
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。	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。 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。 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。 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。 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"> 利用者主体の理念・基本方針が定められている。 				
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。 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"> 定期的な虐待防止研修や、倫理綱領の読み合わせ等で実施されている。 権利擁護の研修が行われている。 年2回の虐待防止研修が実施されている。 				
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へ周知している。 2.虐待が行われていないかの確認が随時なされている。 3.万一、虐待が行われた際の処分が規程されている。	<ul style="list-style-type: none"> 年に複数回の虐待防止研修により周知徹底が図られている。 虐待防止研修を行っている。 虐待防止研修の中で周知されている。 虐待防止研修やポスターなどの掲示物において職員への周知を実施している。 				
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。	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。 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。 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。 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。 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"> 黒川郡の自立支援協議会へ参加している。 相互協力関係を構築している。 自立支援協議会やその他関係との連携を図っている。 				
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。 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"> 富谷市・黒川地域自立支援協議会に参加している。 				
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へ周知している。 2.虐待が行われていないかの確認が随時なされている。 3.万一、虐待が行われた際の処分が規程されている。	<ul style="list-style-type: none"> 黒川郡の自立支援協議会へ参加している。 相互協力関係を構築している。 自立支援協議会やその他関係との連携を図っている。 				
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。	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。 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。 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。 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。 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"> 富谷市・黒川地域自立支援協議会において取り組まれており、当施設も参加をしている。 主に自立支援協議会での情報共有を行い、問題解決に努めている。 				
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。 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"> 同法人内との連携により、地域の福祉ニーズの問題把握に努めている。 				
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へ周知している。 2.虐待が行われていないかの確認が随時なされている。 3.万一、虐待が行われた際の処分が規程されている。	<ul style="list-style-type: none"> 「倫理綱領に基づく具体的な行動計画」に、具体的な内容が記載されている。 利用者が「安心していきいきと暮らせる地域づくり」の理念・基本方針のもと、サービス提供を実施している。 				
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。	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。 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。 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。 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。 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"> 個人情報・特定個人情報保護規程が定められており、具体的に取り組んでいる。 自主点検や利用者アンケートを参考にしながら、可能な範囲で仕切りの設置等、必要な対応をしている。 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り改善に努めている。 				
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。 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"> その都度行われている。 意見等があった際には随時改善をしている。 				
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へ周知している。 2.虐待が行われていないかの確認が随時なされている。 3.万一、虐待が行われた際の処分が規程されている。	<ul style="list-style-type: none"> 職員各自でマニュアルの読み合わせを実施している。 				
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。	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。 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。 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。 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。 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"> 館内に掲示されている。 				
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。 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"> 接客マニュアルが整備されている。 各自配られている。 外部のマニュアル(七十七銀行の電話対応マニュアル等)を利用している。 				
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へ周知している。 2.虐待が行われていないかの確認が随時なされている。 3.万一、虐待が行われた際の処分が規程されている。	<ul style="list-style-type: none"> 虐待防止研修や職員セルフチェック等により、意識の向上とサービスの質向上を目指している。 所内での虐待防止研修が行われている。 新任職員研修や伝達研修、CS研修、その他外部研修に各自参加し、知識・技術の向上に努めている。 				
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。	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。 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。 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。 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。 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"> 館内に掲示をし、周知を図っている。 周知されている。 ポスター掲示にて職員・利用者への周知を行っている。 				
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。 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"> 毎年虐待防止のセルフチェックシートを利用し、確認を行なっている。 身体確認書等で確認されている。 セルフチェックシートにて確認を行っている。 虐待防止セルフチェックによる確認が随時行われている。 				
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へ周知している。 2.虐待が行われていないかの確認が随時なされている。 3.万一、虐待が行われた際の処分が規程されている。	<ul style="list-style-type: none"> 就業規則第72条、懲戒に基づき処分される。 規定されている。 就業規則に記載されている。 				

	(2) 利用者満足の上を向上に努めている。	①利用者満足の上を意図した仕組みを整備している。 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.利用者満足の上を目指す姿勢を明示した文書がある。 2.利用者満足に関する調査を定期的に行っている。 3.調査の結果に基づいて具体的な改善を行っている。	A チェック率 100% (24/24)	<ul style="list-style-type: none"> 事業計画に記載されている。 「利用者の声」と題したアンケート用紙を配付し、調査をしている。 利用者アンケートを実施している。 アンケートを随時実施している。 利用居室にアンケートの設置を行っている。 お客様アンケートの実施を行っている。 利用者の声（アンケート）担当者が集計時に対応が必要なものについてはミーティングの中で話し合い対応している。 アンケートに基づきその都度対応している。 ご意見に対しての検討や改善を随時行っている お客様アンケートの結果をもとに、支援係内で集計を行い、改善を図っている。
	(3) 利用者が意見等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環境を整備している。 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.利用者が意見や希望を言えるよう職員を教育している。 2.利用者が、複数の相談方法や相談相手の中から自由から選ぶこと、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。 3.利用者に、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。 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。	A チェック率 92% (96/104)	<ul style="list-style-type: none"> 随時、職員同士で話し合いを行っている。 館内に掲示されている。 令和2年4月相談スペースの設置を行った。 相談室が設けられている。 館内に相談室が設けられている。 なんでも相談室という形で苦情解決機関を設置している。 なんでも相談室として苦情解決の体制を整備している。 なんでも相談室、第三者委員が整備されている。 食堂前に掲示されている。 館内に掲示されている。 館内にポスターを掲示している。 ここ数年、苦情はなかったが、対応できる体制がある。 対応できるものはその都度改善している。 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。 匿名で結果を報告する。 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。 苦情解決マニュアルが整備されている。 定期的に行っている。 法人規模で定期的な見直しを実施している。 定期的に行っている。 職員全体への周知とともに、問題解決に努めている。
2	サービスの質の向上に向けた取り組みが組織的に進められている。	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。 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、改善策を実施している。	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)	<ul style="list-style-type: none"> 年に1度自己評価を行い、第三者評価委員の評価を受けている。 施設サービス第三者評価に基づく自己評価を毎年6月に実施し、12月に外部評価委員会を開催している。 毎年自己評価の実施と外部評価委員会を開催している。 毎年6月にサービス評価を実施している。 6月に各自評価し12月第三者評価を行っている。 年度毎担当者が定められることとなっている。 上記担当者を中心に評価結果の分析～改善まで取り組んでいる。 改善計画の策定、ご指導を頂いた際には施設内で改善に努めている。 評価結果をもとに検討されている。 係り別での評価を実施している。 自己評価の取りまとめ時点で改善が必要な事項や、外部評価委員会内で指摘のあったものについては各種会議で改善策等を検討し、報告書としてまとめている。 改善計画が策定されている。 改善計画の回覧、ご指導を頂いた際の話し合いを実施している。
	(2) 利用の記録が適切に行われている。	①利用者に関する記録の管理体制が確立している。 ②利用者に関する記録の管理体制が確立している。	1.利用記録等の書類が整備されている。 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。	A チェック率 100% (64/64)	<ul style="list-style-type: none"> 整備されている。 プログラムや利用申込書などの保管を行っている。 利用者1人1人のケース記録が作成されている。 統一が必要な事項が生じた場合は、係会議で確認を行うことが可能である。 書き方等統一している。 地域支援係が主となり、取りまとめ職員への周知を行っている。 法人の文書規程に基づき運用している。 法人の個人情報・特定個人情報保護規定に基づき運用している。 法人内で個人情報保護規定が定められている。 全体会議にて周知している。 分掌事務による業務分担がされている。 全職員が必要な情報を閲覧出来るようになっている。 それぞれのパソコンからアクセス可能。 共有ファイルによる施設内での情報共有が行われている。
3	サービスの開始・継続	①利用者に関する記録の管理体制が確立している。 ②利用者に関する記録の管理体制が確立している。	1.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、一日利用等の希望に対応している。	A チェック率 100% (32/32)	<ul style="list-style-type: none"> 公開している。 ホームページにて情報公開している。 毎年、周辺地域の関連施設へパンフレットを配布し、設置を依頼している。 地域の関連施設にもパンフレットの設置を依頼している。 毎年、関係施設へパンフレットの配布を行っている。 図等を取り入れわかりやすいようにしている。 図や写真を用いてわかりやすいものになっている。 パンフレット改善を行うなど、誰にでもわかりやすい情報を提供できるよう工夫を行っている。 希望の都度、個別に時間を設定し対応している。 随時対応している。 問い合わせがあった際対応している。 随時受け入れを実施している。 筆談やメール連絡、盲導犬受け入れ等の対応を行った。 筆談や絵カードを使用し意思疎通を図る。 介護者を通したり、普段のコミュニケーション手段を教えていただいたりなどしている。 友人やボランティアとともに利用されている方もいる。
IV	福祉サービスの内容	(1) 利用者の尊重 (2) 環境の整備 (3) 食事（サービス提供施設のみ回答）	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。 ②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。 ③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。	A チェック率 100% (16/16)	<ul style="list-style-type: none"> 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に応じた対応を取るなど、合理的配慮の提供に努めている。 2.必要性や要望に基づいて、コミュニケーションの取れる知人、代弁者、手話通訳者等を受け入れている。 1.客室は、清潔が保たれ、利用者がくつろげる作りとなっている。 1.学校や保護の方は、食事メニューを選択できる（人数等による）。 2.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。 3.適温の食事を提供している。 4.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。 5.食卓には、複数の調味料・香辛料が用意されている。 6.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。
				A チェック率 100% (64/64)	<ul style="list-style-type: none"> 人数等による条件はあるが、選択できる。 人数によって選択できるようになっている。 一部の内容について希望できる。 条件はあるが、希望メニューやお子様ランチを選択できる。 人数によるが選択ができる。 刻み、ペースト等、形態の異なる食事の提供やアレルギー除去の対応等を行っている。 特別食、アレルギー食の対応をしている。 アレルギーやADLに合わせて特別食の提供もおこなっている。 アレルギーや特別食対応を行っている。 利用者の特性に合わせてお食事を提供できるよう、厨房との連携を図っている。 アレルギーや特食対応している。 提供している。 温存庫にて対応されている。 季節によって食材が変わる。 小鉢など季節の物を工夫して提供されている。 必要なものをその都度提供している。 大体の物が用意されている。 希望があった際に提供している。 厨房に調味料・香辛料の用意があり、お声かけがあれば随時対応している。 厨房に声がけし出して頂いている。 食堂前に献立表を掲示している。 利用前の段階については希望メニューの聞き取り、若しくは問い合わせがあった際に提供している。入所後については、ホワイトボードへ記入したものを掲示している。 食堂入口に献立表を掲示している。 献立表やホワイトボードに記載している。 献立表が館内に掲示されている。 献立表が掲示されている。

	③喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	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。 2.食事は、利用者の事情に応じて、幅のある時間帯の中で摂ることができる。		<ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて対応している。 BGM等定期的に変更している。 給食委員会が設置されている。 その都度課題、問題等が出た場合検討している。 <ul style="list-style-type: none"> 一定のきまりはあるが、その中で時間の選択が可能となっている。 事前に申請して頂ければ朝食時間以外は前後30分であれば対応可能。 昼食は前後30分、夕食は30分前での提供が可能。 朝食以外は30分以内であれば摂ることが出来ている。
(4) 入浴	①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% (24/24)	<ul style="list-style-type: none"> お客様の声に耳を傾けながら随時検討を行っている。 必要な際に係会議または全体会議の中で検討している。 随時検討している。 随時係内会議を実施している。 必要な時行われている。 <ul style="list-style-type: none"> 常設されているもので対応が難しい場合には、個別にファンヒーターを貸し出す等配慮している。 扇風機や館内空調設備による調整を行っている。 扇風機、温風機等で行っている。 <ul style="list-style-type: none"> 曇りガラス等を使用しみえないように工夫している。 出入口にカーテンが設置されている。 家族ごとの案内を行っている。 ガラスシート対策等の改善が実施された。
(5) 排泄	①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きめて、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 96% (46/48)	<ul style="list-style-type: none"> 全トイレのウォッシュレット化等、予算上対応出来ない部分があるが、定期的に県側へお客様の要望を伝えている。職員対応が可能なおことについては、随時改善出来ている。 定期的ではないがその時々で検討している。 お客様アンケートの結果をもとに、その都度検討を実施している。 お客様の声に答え出来る限り改善検討している。 <ul style="list-style-type: none"> 施設の構造上、男女共同のトイレも存在するが、男女別のトイレの案内掲示等を行い、お客様が分かり易いように配慮をしている。 共用だけでなく男女別トイレのご案内もおこなっている。 場所によっては、出来ない構造になっているが声がけし案内している。 <ul style="list-style-type: none"> 介護用品業者からの助言等を取り入れ、適切に実施している。 福祉用具関係の業者に相談し、福祉施設用の消臭用品を使用する等対策を実施している。 随時換気消臭に努めている。 消臭スプレー等で対策をしている。 業者との連携により、防臭対策の情報収集・物品購入を行っている。 消臭スプレー等準備している。 <ul style="list-style-type: none"> 退所後清掃として、使用の都度清掃を実施している。 入所時清掃と退所後清掃で内容に違いはあるが、毎日清掃は行っている。 随時汚れがあるときに清掃を行っている。 こまめな確認と、退所時に清掃を行っている。 ご利用の都度行っている。また汚れている場合はその都度行っている。 <ul style="list-style-type: none"> LED化の検討が進められている。 <ul style="list-style-type: none"> お客様の声に答え出来る限り改善検討している。
(6) 健康管理	①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。 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するよう、マニュアルに記載している。 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。 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。	A チェック率 100% (32/32)	<ul style="list-style-type: none"> 救急対応マニュアルが整備されている。 緊急時対応マニュアルが整備されている。 年度毎に近隣の医療機関と医療協力に係る契約締結交わしている。 黒川病院と連携している。 毎年契約を交わしている。 随時ご案内できる体制が整えられている。 <ul style="list-style-type: none"> 医療実施者との密なコンタクトは、現実として難しいため、毎年3月から4月の依頼時にその年の事務担当者の方へ当施設の概要を丁寧に説明し協力を依頼している。 難しいところもあるが、年度はじめ内容等説明し行っている。
(7) 余暇・レクリエーション	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。	1.利用者が楽しめるよう、希望に応じ、レクリエーション活動を行っている。 2.事前打合せやアンケート等を通じて、利用者の意向を把握している。 3.利用者には、行事やレクリエーションに関する情報を提供している。 4.必要に応じて、外部から協力者（ボランティア）を受け入れている。 5.地域の社会資源の情報を積極的に提供している。	A チェック率 100% (40/40)	<ul style="list-style-type: none"> 要望に沿った活動を提案し、依頼があれば進行役等を担うことのできる体制である。 プログラム作成時に確認している。 希望に応じて実施している。 電話連絡等で希望があった場合実施している。 希望に応じて行っている。 <ul style="list-style-type: none"> 利用前に必ず電話等で打合せを行い、個別のプログラムを作成している。 ご利用前に利用時のプログラムを作成している。 事前に打ち合わせを行い意向に沿った対応を行っている。 プログラム作成時に聞き取りを行い、できる範囲で対応している。 プログラム作成時にお客様のご要望の反映に努めている。 事前に希望等を伺い行うことができている。 <ul style="list-style-type: none"> 広報紙やブログ、チラシやポスター等を用いて周知を図っている。 ご希望があれば提供している。 随時提供している。 問い合わせがあった際や、チラシ等にて提供している。 パンフレットやホームページによる周知が行われている。 希望に応じて行っている。 <ul style="list-style-type: none"> 行事実施の際に協力者を受け入れている。 ふれあい福祉祭りや友達なつもり等のイベントで学生ボランティアを募集している。 希望があった場合受け入れを行っている。 行事の際に学生ボランティアの募集を行っている。 ふれあい福祉祭りや、友達なつもりを開催の際に、学生・社会人ボランティアの受け入れを行っている。 福祉祭りやイベントなど学生ボランティア受け入れを行っている。 <ul style="list-style-type: none"> 年度初めに資源下見を行い、情報を更新し掲示している。 自作の掲示板や周辺施設のパンフレットを設置している。 館内等で掲示する等行っている。 近隣施設のパンフレットを設置している。 館内にオリジナルで作成した掲示物の貼りだしを行っている。また、スタッフルーム内に地域のパンフレットを用意し、随時配布する等の対応がされている。 パンフレット等や掲示版などに掲示している。

＜課題及び改善案については下記のとおりです＞

課題	改善案
<p>・小項目b評価：2件</p> <p>・Ⅲ-1-(3)-①-2 評価：小項目b評価 「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。」 意見：「対応は可能であるが、文書の作成には至っていない。」</p> <p>・Ⅲ-1-(3)-①-3 評価：小項目b評価 「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。」 意見：改善検討の意見無し。</p> <p>・小項目a評価において、検討が必要な意見や無チェックの項目について：2件</p> <p>Ⅱ-3-(1)-①-3 評価：小項目a評価 無チェック：1人 「安全確保に関する検討を行う担当職員等が、検討会を定期的開催している。」 意見：「事故発生時等は必ず実施しているが、平時の検討会については、更なる充実が必要。」</p> <p>Ⅳ-1-(5)-①-5 評価：小項目a評価 無チェック：2人 「採光・照明等は適切である。」 意見：改善検討の意見無し。</p>	<p>・Ⅲ-1-(3)-①-2 評価：小項目b評価 「重要事項説明書の内容に相談・要望・苦情等において、複数の相談窓口の設置について、ルビ付きで説明及び掲示は行っています。但し、利用者様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や、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が無い為、文書の作成を行います。」</p> <p>・Ⅲ-1-(3)-①-3 評価：小項目b評価 「上記同様の文書を作成し、掲示や配布ができるよう対応していきます。また、『なんでも相談』については、周知のための掲示を継続しています。」</p> <p>Ⅱ-3-(1)-①-3 評価：小項目a評価 「サービス向上ワーキンググループや危機管理ワーキンググループ等各ワーキンググループの他、リスクマネジメント検討会議やBCP検討会議等において定期的実施しています。更なる安全の確保については、KYT（危険予知トレーニング）を職員会議にて実施していきます。」</p> <p>Ⅳ-1-(5)-①-5 評価：小項目a評価 「随時、蛍光灯が切れた際は、LED対応の物に交換しています。また、今年度、全面的なLED化を図る為、対応業者が施設内を点検しております」</p>

＜外部評価委員コメント及び是正・改善計画等については下記のとおりです＞

外部評価委員コメント	是正・改善計画等
<p>1. 評価方法について 過去のサービス評価だと職員のコメントが少なく、A評価の根拠が分からなかったが、コメントが多く可視化できている為、評価としてレベルが上がってきている。コメントが増えたこと自体が成果とも言えるのではないかと。また、P4 Ⅲ-1-(1)-④-3 虐待の項目の所で、根本的な「虐待をしてはいけない。」等の項目があると良いかもしれない。</p> <p>2. 苦情解決について 非常に勉強になった。苦情解決の対応の項目があるが、苦情と要望の線引き等はあるか？</p>	<p>1. 評価方法について 次年度のサービス評価に反映させたいと考えています。</p> <p>2. 苦情解決について 苦情に関しては申し出た本人に確認し、苦情処理をしてよいか聞くことになっています。利用者からは要望レベルは多いですが、苦情に関しては数年ない状況です。</p>