

令和2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			評価 割合	自己評価 課題・コメント	
	大項目	中項目	小項目			
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。 2.理念は、利用者の主体性を尊重し、エンパワ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。	A チェック率 100% (16/16)	<ul style="list-style-type: none"> <li>法人施設概要や事業所の事業計画等に記載されている。</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る。</li> <li>事業計画にのっている。</li> <li>法人の事業計画やHPに記載がある。</li> <li>事業計画文書・広報誌・事業所パンフレットに記載されている。</li> <li>法人の事業計画やHP等に記載されている。</li> </ul>
			②理念や基本方針が職員や利用者周知されている。	1.理念や基本方針を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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>沿っている。</li> <li>利用者1人1人の主体性を尊重した内容が記載されている。</li> </ul>
		(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。 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。 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。	A チェック率 100% (32/32)	<ul style="list-style-type: none"> <li>年度当初の会議で、法人理念と事業所基本方針の説明がされている。</li> <li>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。</li> <li>職員会議で読み合わせを行っている。</li> <li>職員会議にて実行している。</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。 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>理念や基本方針に特化して周知状況の確認を行なうことはないが、随時、事業の目標達成率等を分析しながら、不足している部分に関しては必要な対応を行っている。結果として、基本方針の内容については事業にもリンクしており、周知状況の確認、取組みを行っていると言える。</li> <li>職員会議で読み合わせを行っている。</li> <li>職員会議にて全体周知を行っている。</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。 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。 3.中・長期計画に基づく取組を行っている。 4.中・長期計画は、必要に応じて見直しを行っている。 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。	A チェック率 100% (40/40)	<ul style="list-style-type: none"> <li>年度事業計画に達成したい具体的な数値目標や内容等が記載されている。</li> <li>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。</li> <li>明確になっている。</li> <li>事業計画にて明確なビジョンを提示している。</li> <li>HPにて公表。</li> </ul>
		(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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>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、こちらに具体的記載がある。</li> <li>法人の第二期地域福祉推進計画が中長期計画にあたり、左記に該当する内容が記載されている（平成30年度～平成34年度）。</li> <li>具体的である。</li> <li>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。</li> </ul>
			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。 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。	A チェック率 100% (32/32)	<ul style="list-style-type: none"> <li>第二期地域福祉推進計画、基本目標の4、「県民の福祉ニーズに即したサービスを提供し、県民が安心して暮らせる地域づくりを推進します」が該当する。</li> <li>計画に基づいて実施している。</li> <li>「いきいきと暮らせる地域づくり」を第二期地域福祉推進計画、基本方針共に目指している。</li> </ul>
						<ul style="list-style-type: none"> <li>定められた期間毎に見直しが行われている。</li> <li>法人担当部署が各担当部署との確認により、半年毎に進行管理をし、見直しが必要となった際は法人の事業計画に反映することとしている。</li> <li>定期的に見直ししている。</li> <li>半年に一回の見直しを行っている。</li> </ul>
						<ul style="list-style-type: none"> <li>評価出来るよう配慮されており、現に数値目標を基に四半期毎に評価を行っている。</li> <li>数値目標を設定している。</li> <li>配慮がなされている。</li> <li>数値目標が設定されている。</li> <li>事業計画において数値目標が記載されている。また、第1回職員会議において数値目標の確認を行った。</li> </ul>
						<ul style="list-style-type: none"> <li>四半期毎に定められた手順で把握、評価を行っている。</li> <li>四半期毎に事業評価として手順に基づき把握、評価を行っている。</li> <li>毎年合わせて変わっている。</li> <li>四半期報告において各部署ごとに状況の確認が行われている。</li> </ul>
						<ul style="list-style-type: none"> <li>結果やその他施設整備等の各要因に臨機応変に対応しながら、見直しを行っている。</li> <li>行っている。</li> <li>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。</li> </ul>
						<ul style="list-style-type: none"> <li>係会議や職員会議等で説明をしている。</li> <li>全体会議の中で説明している。</li> <li>職員会議で説明されている。</li> <li>職員会議・支援係会議にて説明や確認を行っている。</li> </ul>
						<ul style="list-style-type: none"> <li>行っている。</li> <li>定期的に職員会議や支援係会議を開き、全体での確認を行っている。</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。 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。 ③外部監査が実施されている。 ④計画的に予算を執行している。	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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。	A チェック率 100% (64/64)	<ul style="list-style-type: none"> <li>年度毎の利用者数、利用者属性等を集計し、経過を把握している。</li> <li>黒川郡の自立支援協議会に参加する等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>反映される場合もある。</li> <li>反映されている。</li> <li>把握された情報やデータを用い、事業計画の数値目標を定めている。</li> <li>四半期報告時に実施している。</li> <li>分析したうえで可能なコストカットを実施している。</li> <li>定期的に行っている。</li> <li>分析結果をもとに事業計画の数値目標を定めている。</li> <li>反映される場合もある。</li> <li>反映されている。</li> <li>職員会議等で、担当者からの説明を受けている。</li> <li>全体会議の中で定期的に報告がある。</li> <li>適宜周知されている。</li> <li>職員会議、支援係会議にて職員同士での情報の共有・確認を定期的に行っている。</li> <li>月に一度の職員会議で周知されている。</li> <li>毎年定められた時期に監査を受け、指摘事項に対する改善策を講じ、改善結果を報告している。</li> <li>法人、県の監査の他、平成28年度より会計に特化した監査も実施されるようになり、指導、指摘に基づき適正な運営をしている。</li> <li>実施している。</li> <li>法人規模で外部からのご指導・ご指摘を頂いている。</li> <li>月次報告にて毎月法人へ提出している。</li> <li>記入している。</li> <li>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2人体制での小口管理を行っている。</li> <li>予算等可能な場合には対応している。</li> <li>利用者アンケートにてご要望に関してはお伺いしており、係内で検討し対応可能なものについては実施している。</li> <li>アンケートを実施し、適宜取り入れている。</li> <li>お客様アンケートを実施し、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。 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.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、定期的に開催している。 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。 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。	A チェック率 100% (104/104)	<ul style="list-style-type: none"> <li>管理者の意見を聞き取り組みを行っている。</li> <li>職員への情報伝達の主体を担っている。</li> <li>リスクマネジメント担当者が設置されている。</li> <li>設置している。</li> <li>事業計画に委員会・担当者が記載されている。</li> <li>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。</li> <li>ケース会議を実施している。</li> <li>随時検討会の実施を行っている。</li> <li>周知している。</li> <li>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。</li> <li>契約締結時及びその後も定期的に生活状況聴き取りを行っており、個々のケース記録に文書として整理されている。</li> <li>生活状況確認書が作成されている。</li> <li>契約時に生活状況確認票を作成している。</li> <li>ケース記録に利用者一人一人の留意点が記載された書類が綴られている。</li> <li>普通救急救命講習会の受講の他、所内で必要な研修等を行っている。</li> <li>定期的に行われている。</li> <li>救命救急研修への参加や、所内で必要な研修が行われている。</li> <li>黒川郡消防署と連携し、救急法の研修に参加している。</li> <li>過去に講習会が開かれた事がある。</li> <li>作成されている。</li> <li>危機管理計画や、緊急連絡網の策定が行われている。</li> <li>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。</li> <li>定期的に行われている。</li> <li>新年度、また年度途中において随時更新されている。</li> <li>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っている。</li> <li>ファイルにて収集されている。</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>事例発生の都度、要因分析と対策の検討・実施をしている。</li> <li>その都度検討している。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>係会議が開かれている。</li> <li>検討会議が実施されている。</li> <li>その都度話あわれている。</li> <li>整備されている。</li> <li>スタッフルーム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>ファイルにて保存されている。</li> <li>保管期限のルールに基づいて実施されている。</li> <li>事故報告やヒヤリハット等は、ファイルに綴られるでも参照できる。</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	(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。	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。	A チェック率 100% (120/120)	・「倫理綱領に基づく具体的行動計画」に、具体的内容が記載されている。 ・明示している。 ・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。 ・反映されている。 ・利用者主体の理念・基本方針が定められている。 ・定期的な虐待防止研修や、倫理綱領の読み合わせ等を行っている。 ・毎月全体会議の中で、倫理綱領に基づく具体的行動計画の読み合わせを行っており、虐待防止研修の中でも触れている。 ・定期的に研修が開かれている。 ・年2回の虐待防止研修が実施されている。 ・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。 ・必ず年間2回の研修会を実施している。 ・研修が開かれ周知されている。 ・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。 ・職員会議等で話しあわれている。 ・明示している。
		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。	・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。 ・自主点検やケース会議にしながら、可能な範囲で仕切りの設置等、必要な対応をしている。 ・利用者の合わせた工夫を行っている。 ・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。 ・予算の兼ね合いもあるが、必要な物については新たに設置若しくは工夫し対策を講じることが出来る体制にある。 ・改善点が出てきた際その都度改善されている。 ・定期的に研修が実施されている。 ・職員各自でマニュアルの読み合わせを実施している。		
		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。		・館内に掲示されている。 ・規定、マニュアルに基づいて実施している。	
		④虐待等の人権侵害の防止策、及び万が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。 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方が規程されている。		・保養事業における接客マニュアルの他、短期入所マニュアルの中に左記に係る記載がある。 ・整備されてある。 ・外部のマニュアル（七十七銀行の接遇対応マニュアル等）を利用している。 ・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。 ・反映されている。 ・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。 ・その都度検討し、話しあわれている。 ・館内に掲示をし、周知を図っている。 ・障害者虐待防止法についての掲示をしている。 ・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。	
	(2) 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。	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に選べることを、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。 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 96% (100/104)	・傾聴を意識している。 ・随時、職員同士で話し合いを行っている。 ・対応は可能であるが、文書については従来の記載内容等を一部変更することでよりわかり易くなるように感じる。 ・作成している。 ・「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る。 ・契約書に記載し館内に掲示している。 ・令和2年4月相談室スペースの設置を行った。 ・その都度空きスペースを利用する等プライバシーに配慮した形での対応に努めている。 ・相談室を設置している。 ・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る。 ・相談室が設置されている。 ・全て担当者がおり整備されている。 ・なんでも相談室として整備している。 ・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。 ・館内にポスターが掲示されている。 ・ここ数年、苦情はなかったが、対応できる体制がある。 ・月に1回報告をあげている。 ・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。 ・利用者が特定されないよう配慮し公表している。 ・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。	
	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。 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。 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。 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。	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。 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。 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。 4.対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。 5.苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。		・整備されている。 ・苦情解決マニュアルが整備されている。 ・規定されている。 ・その都度報告している。 ・定期的に行われている。 ・法人規模で定期的な見直しを実施をしている。 ・その都度反映している。 ・職員全体への周知とともに、問題解決に努めている。	
	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。					

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)	・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。 ・年に1回実施している。 ・毎年6月にサービス評価を実施している。 ・年度毎担当者が定められることとなっている。 ・設置されている。 ・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。 ・実行されている。 ・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。
		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.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。		・行われている。 ・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。 ・文書化されている。 ・改善計画が策定されている。 ・その都度、図られている。 ・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。 ・作られている。 ・行われている。
2 サービスの 質の確保	(2) サービス 実施の記 録が適切 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)	・個々のケース記録を整備している。 ・ケース記録が作成されている。 ・一人一人のケース記録がある。 ・利用者一人一人のケース記録ファイルが作成されている。 ・統一が必要な事項が生じた場合等は、係会議で確認を行うことが可能である。 ・統一するように工夫している。 ・地域支援係が主となり、取りまとめや職員への周知を行っている。
		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。		・設置されている。 ・担当職員が責任をもって行っている。 ・規定されている。 ・規定されている。 ・法人内で個人情報保護規定が定められている。 ・定期的に行われている。 ・全体会議にて周知している。
		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。	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。 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。		・整備されている。 ・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。 ・作成されている。 ・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。 ・共有サーバーが設置されている。
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。	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)	・公開している。 ・ホームページにて情報公開している。 ・七ツ森希望の家ホームページ、仙台北地域福祉サービスセンターホームページにおいて周知を行っている。 ・ホームページが存在する。 ・設置されている。 ・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。 ・パンフレット等いつでも手にできるよう支援室前に設置している。 ・合理的配慮に基づき作成している。 ・図や写真を用いてわかりやすいものになっている。 ・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。 ・希望があった際は対応している。 ・お客様の希望に応じて見学を受けている。
		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。		・説明を行っている。 ・契約時に説明を行っている。 ・利用前には必ず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。 ・必要に応じ、相談支援事業所に仲介に入って頂く等の配慮を行っている。 ・行っている。 ・「短期入所重要事項説明書」「日中一時サービス等利用説明書」により説明をし、同意を得ている。 ・契約書を作成している。 ・重要事項説明書・契約書はハンコを頂いた後、ケース記録に綴っている。 ・取り交わしている。 ・利用者様の入所前はその都度契約内容の確認、同意をいただいている。 ・細目に確認し契約もれがないようしている。 ・フリガナを付ける等工夫している。 ・分かりやすく読みやすくされている。

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.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% (48/48)	・ご家族に確認しながら行動に注視している。 ・利用時のご様子の確認や保護者の方に確認している。 ・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。
			②利用者 の主体的 な活動を 尊重して いる。	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。 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こたえている。		・支援はなされているが、コミュニケーション機器を用いている事例はなし。 ・筆談やジェスチャーの中から意向をくみ取り、ケース会議の中で支援方法の共有をしている。 ・絵カード等を用いて支援を行っている。
			③利用者 の自力で 行う行為 に対する 見守りと 支援の体 制が整備 されてい る。	1.利用者が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。 2.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ない場合があるが、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。		・利用者の意見を尊重しながら行っている。 ・適切にこたえるようにしている。 ・職員一人一人が利用者の特徴を把握しやすいよう、職員間で会議・書面での情報共有に努めている。 ・自主性を重んじ過干渉にならないように確認している。 ・ADLの維持が出来るように支援をしている。 ・全体職員会議において確認を実施している。
		(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。		・利用の都度職員が清掃を行い、清潔で快適な空間の提供に努めている。 ・掃除を適宜実施している。 ・利用の都度清掃を行い提供している。 ・客室清掃に関するマニュアルがあり、職員一人一人の業務にばらつきが生じないように工夫されている。 ・貴重品等の場合金庫にて保管する。 ・私物の持ち込み(ぬいぐるみ等)が可能である。
	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。	A チェック率 100% (56/56)	・刻み等の特別食やアレルギー、好き嫌い等事前に聞き取った内容を基に対応をしている。 ・厨房と相談の上提供している。 ・特別食やアレルギー食の提供を行っている。 ・利用者の特性に応じて、具材を細かくしてもらい・スプーンを用意するなど厨房との情報共有を通して対応をいただいている。 ・厨房に相談し出来る限る対応して頂いている。
				2.適温の食事を提供している。		・提供している。 ・検食の制度があるなど、職員の意見が反映できる仕組みがある。
				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。		・工夫されている。 ・検食の制度を通し、職員の意見を反映させることのできる仕組みがある。
				4.食卓には、複数の調味料・香辛料が用意されている。		・用意している。 ・希望があった際に提供している。 ・複数の調味料を厨房で準備して頂いている。 ・厨房より出して頂いている。 ・各机に設置若しくは希望により貸し出している。
				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。		・月の献立表を食堂前に掲示している。 ・献立表やホワイトボードに記載している。 ・献立表が施設内の廊下に掲示されている。
				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。		・利用者に合わせて食事提供を行っている。 ・マンツーマン支援のため、利用者のペースに合わせてながら食事の支援を行うことができる。 ・利用者様のペースに合わせて支援されている。
(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。	A チェック率 100% (56/56)	・対応マニュアル内に記載がされている。 ・短期入所、日中一時支援マニュアルに記載されており、赴任時に事業計画と共に配布している。 ・整備されている。		
		2.男女別々に入浴できるようになっている。		・なっている。 ・東西・せきれいに浴槽があるため男女別々の入浴が可能である。 ・せきれいの浴槽使用となる。		
		3.入浴介助の際、同性介助が守られている。		・守られている。 ・短期入所・日中一時は同姓が支援を担当している。 ・必ず同性が担当する。		
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。	・シャワー室の開放やせきれい居室浴槽での対応が可能である。 ・可能となっている。 ・せきれいの浴槽を使用し、入浴することが可能となっている。 ・シャワー室にて対応しているが、せきれいの浴室利用可能。 ・シャワー室が設置されており、入浴が不可の場合でも温かいシャワーを浴びられる。				
	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。	・適宜行われている。 ・随時係内会議を実施している。			
		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。	・換気扇、冷暖房機器が設定されている。 ・扇風機や館内空調設備による調整を行っている。 ・暖房はできるが、冷房に関して扇風機で対応。			
	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。	・すりガラスになっており見えないようになっている。 ・ガラスシート対策等の改善が実施された。 ・入り口はシャワーカーテンにて対応。				

(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 98% (55/56)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対応マニュアル内に記載がされている。</li> <li>・短期入所、日中一時支援マニュアルに記載されており、赴任時に事業計画と共に配布している。</li> <li>・用意されている。</li> <li>・支援係内にマニュアルの整備がされている。</li> </ul>
	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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・全トイレのウォシュレット化等、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。職員対応が可能なことについては、随時改善出来ている。</li> <li>・定期的に行われている。</li> <li>・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。</li> <li>・介助用トイレも周りから見えないように設計されている。</li> <li>・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。</li> <li>・全てのトイレに個室が整備されている。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・定期的に換気等を行い徹底されている。</li> <li>・消臭スプレー等で対策をしている。</li> <li>・お客様の退室時に、お部屋の換気・トイレの換気お風呂の換気を行う。また、各トイレやスタッフルーム内に防臭グッズが整備されている。</li> <li>・退所後清掃として、使用の都度清掃を実施している。</li> <li>・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。</li> <li>・対応している。</li> <li>・こまめな確認と、退所時に清掃を行っている。</li> <li>・適切である。</li> <li>・LED化の検討が進められている。</li> <li>・エアコン ヒーター等そろっている。</li> <li>・施設内、お部屋内、トイレに暖房が整備されている。</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。		A チェック率 100% (24/24)
(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。 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。	A チェック率 100% (80/80)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活状況確認書等にて確認できるようになっている。</li> <li>・受入れ時にこんにちはシートにて対応している。</li> <li>・生活状況確認書で確認できる。</li> <li>・生活状況確認票やこんにちはシートの記入をさせていただいている。</li> <li>・こんにちはシート・生活状況確認表に記載されている。</li> <li>・入所時こんにちはシートに記載。</li> <li>・緊急時連絡先を確認しており、発作等体調の急変や不安定時等に連絡が取れるようになっている。</li> <li>・緊急的な退所も含めて連絡調整を行っている。</li> <li>・体調に異変があった場合は、必ずご家庭に連絡するようにしている。</li> <li>・緊急連絡先への連絡を行っている。</li> <li>・ケース記録に家族の連絡先が記載されており、いつでもご家族との連絡がとれる体制が整えられている。</li> <li>・用意されている。</li> <li>・支援係内にマニュアルの整備がされている。</li> <li>・緊急時対応マニュアルが整備されている。</li> <li>・記載されてある。</li> <li>・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。</li> <li>・黒川病院に協力を頂いている。</li> <li>・黒川病院との協力契約を結んでいる。</li> <li>・年度初め提携している。</li> <li>・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。</li> <li>・連絡がスムーズにできるよう引継ぎ等に連絡先が喫際されている。</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。 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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・契約締結時及び利用の都度、薬に関する情報を確認し、受け入れを行っている。可能な限り「お薬情報」等の提供を受けている。</li> <li>・契約時及び変更時に確認をしている。</li> <li>・薬が変わったときや、飲ませ方など確認している。処方箋をコピーさせて頂いている。</li> <li>・薬受け渡し確認書や生活状況確認書において確認を行っている。</li> <li>・利用時お薬説明書を頂き、家族より確認している。</li> <li>・「薬受け渡し確認票」を利用し受け入れ時に留意事項を確認している。</li> <li>・マニュアルに代わるものとして、上記のような受け入れ時対応を行っている。</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> </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。 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。 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。 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>・誤薬対応マニュアルが整備されている。</li> <li>・短期入所、日中一時支援マニュアルに記載されているが、フローチャート等の記載はない。</li> <li>・用意されている。</li> <li>・誤薬防止マニュアルがある。</li> <li>・支援係内にマニュアルが整備されている。</li> <li>・服薬管理シートに記載されている。</li> <li>・記録されている。</li> <li>・薬受け渡し確認票、生活記録に記録している。</li> <li>・各個人のケース記録に綴られている。</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>・個別対応のサービス提供であるため、各人の状況に併せた対応が可能であり、過ごし方を強制することはない。</li> <li>・支援者により提供する支援に好みは出やすいが、ほとんどの職員は利用者主体の視点で柔軟に対応できている。</li> <li>・利用者の希望をうかがいながら支援を行っている。</li> <li>・倫理考慮に基づき具体的な行動計画に示された通り、各職員が利用者様のこだわり・特性にあわせた支援の実施に努めている。</li> <li>・危険や人体に有害となる事等を除き、自由に過ごしていただいている。</li> </ul>

＜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。」 意見：「対応は可能であるが、文書については従来の記載内容等の一部変更することでよりわかり易くなるように感じる。」</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>• IV-2-(5)-③-3 評価：小項目a評価 「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。」 意見：「短期入所、日中一時支援マニュアルに記載されているが、フローチャート等の記載はない。」</p> <p>• IV-2-(3)-②-5 評価：小項目a評価 無チェック：1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 「保養回答同様、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ぶことや、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 「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>• IV-2-(5)-③-3 評価：小項目a評価 「服薬に関しては、誤与薬防止マニュアルが用意されています。フローチャートについては、作成されていなかった為、誤与薬防止のフローチャートの作成を行っております」</p> <p>• IV-2-(3)-②-5 評価：小項目a評価 「保養での回答同様、蛍光灯が切れた際は、随時LED対応の物に交換しています。また、今後全面的な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
<p>1. 評価方法について 非常に職員からのコメントが増えているが、どういう工夫をしているか？</p> <p>2. 研修について 接遇マニュアルで七十七銀行のマニュアルを参考にしているが参考になっているか？</p> <p>3. 利用者対応について 私の法人でもANAのCAに来ていただき接遇の研修を行っているが、あくまでもお客様への対応であって、福祉施設として、利用者との接し方とはずれていると感じている。希望の家でも保養業務時と短期入所、日中一時での対応の仕方では違いがあると思う。利用者へのサービスで気を付けていることがあれば教えて欲しい。また、利用者の対応に特化した研修等あれば教えて欲しい。</p> <p>4. 周知方法について 職員へはサービス評価の内容はフィードバックされるのか？</p> <p>5. 行動規範について 希望の家での支援中の行動規範はあるか？</p>	<p>1. 評価方法について ここ数年、新任職員などには、先輩職員がフォローに入り項目毎の内容説明等の指導をしているため、コメント数の増加に繋がっていると思われます。</p> <p>2. 研修について 名刺交換や電話対応等のビジネスマナーを学ぶ場として研修に参加し、参考にしています。</p> <p>3. 利用者対応について 利用者対応に特化した研修は行ってはいませんが、法人として利用者の良い所を探すという点に目を向けています。法人内にある、宮城県発達障害者支援センター「えくぼ」でも主に「ペアレントトレーニング」についての研修を実施しています。また、希望の家職員も利用者の良い所に目を向けるように指導していければと考えています。</p> <p>4. 周知方法について 外部評価委員会の結果も含め、職員に伝えています。</p> <p>5. 行動規範について 特別なものではないが一般的な行動規範はあります。支援の前にアセスメントを行い、シミュレーションを行っています。</p>