

平成30年度 施設サービス評価（自己評価）詳細 ～ 保養施設用 ～

	大項目	中項目	小項目	総合評価	評価コメント	改善策等	外部評価委員コメント	修正・改訂計画
1 福祉サービスの基本方針と目標	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が設定されている。	<p>6 観点以上 → A 5 観点以上 各観点を満たす → B 4 観点未満 → C ※ 採点項目詳細において、a→10点 b→5点 c→0点 【項目数×10点=満点（100%）】として計算</p> <p>①理念が明確に文化されている。</p> <p>1.理念が文章（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。</p> <p>2.理念から、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえ法人の理念や目指す方向や考え方を汲み取ることが出来る。</p>	A チェック率 100% (40/40)	<p>評価コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人の事業計画、組織図及びHP等へ各観点が記載されている。 採用案内にも記載があるので、入社前の人でも確認できる 表すぎない文章で分かり易くまとめられている 施設の事業計画及びHP等へ基本方針が記載されている。 地域福祉の推進に直し、「誰もが住みやすい地域づくり」等、共通の項目があり、適合性は確保されていると見える。 			
		(2) 理念や基本方針が職員に周知されている。	<p>①理念や基本方針が職員に周知されている。</p> <p>1.理念や基本方針を会議や研修において説明している。</p> <p>2.理念や基本方針の周知を目的とした実施テーマを設定して、会議等における前提の上で実行している。</p>	A チェック率 100% (48/48)	<ul style="list-style-type: none"> 基本方針に基づいた取り組み状況（利用状況などの進捗）を会議などにおいて定期的に確認している。 職員会議の中で、具体的な行動計画の組み合わせをしている 年度初めの保体議、全体会議及び新任、異動者の研修の際に説明している。 理念や基本方針の周知に特化して実施テーマを設定することはないが、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關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、周知に繋がっていると言える。 研修の会議もあり、実施ができれば確認できる 			
		②理念や基本方針が利用者等に周知されている。	<p>3.理念や基本方針の周知状況を把握し、継続的な取組を行っている。</p>	A チェック率 100% (48/48)	<ul style="list-style-type: none"> 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關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、取組を行っていると言える。 上記の会議は毎月行われている 			
		③理念や基本方針が関係者等に周知されている。	<p>4.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。</p> <p>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。</p>	A チェック率 100% (48/48)	<ul style="list-style-type: none"> 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。 食費前に掲示している 経費上、施設の課題を積極的に利用者へ向け報告することはないが、各項目について分析を行い、必要な物に対しては対策を検討、実施している。 			
			<p>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。</p>	A チェック率 100% (48/48)	<ul style="list-style-type: none"> 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の分析や利用者アンケート等を参考にしながら不足している部分に關して必要な対応を行っている。 			

2 計画の策定	(1) 中・長期 計画と 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% (64/64)	①への 記入として 取り組んでいる。					
			2. 実施する種別サービスの内容や、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。			・施設のHP上で運営目標として公表している。				
			3. 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。			・事業計画では数値目標を設定している。				
			4. 中・長期計画に基づく取組を行っている。			・年度末に反省を踏まえ期間にしている				
			5. 中・長期計画は、必要に応じて見直しを行っている。			・法人の第二期地域福祉推進計画が中期計画に当たり左記の内容に該当する（平成30年度～平成34年度）				
	(2) 計画が 適切に 策定 されている。	②中・長期 計画を 策定 した 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。	A チェック率 96% (54/56)	②への 記入として 取り組んでいる。					
			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、記載がなされている。			・第二期地域福祉推進計画を反映した内容となっている。				
			3. 事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。			・数値目標を設定している。				
			③計画の 策定が 組織的 に行われている。		1. 年度終了時をもち、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。		・四半期ごとに事業評価として手順に基づき、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。			・結果やその他施設設備等の各要因に目標達成に対応しながら、見直しを行っている。				
④計画が 職員や 利用者 に周知 されている。		3. 一連の過程が一部の職員だけで行われていない。		・担当職員はいるが、引継ぎを行い、全員が業務を行えるようにしている						
		④計画が 職員や 利用者 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。		・中心となる担当者はいるが、各課と連携をとりながら策定している。					
		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。		・全体会議の中で担当者より説明がある。						
		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。		・全体会議の中で説明している。						
	4. 各計画の周知状況を把握し、継続的な取組を行っている。				・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。					
					・館での表記など					
					・事業の目標達成率や設備の空き状況を調べ、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。					

3 管理職の 責任と リーダー シップ	(1) 管理職の 責任が明確 にされている。	<p>①管理職自らの役割と責任を明確にしている。</p> <p>1.管理職は自らの役割と責任について、文書化するとともに、会議や研修において説明している。</p> <p>2.管理職は、自らの役割と責任について、組織の広報誌等に掲載して説明している。</p> <p>3.管理職は、自らが果たすべき役割と責任について、その妥当性を常に検証している。</p> <p>4.管理職は、自らの行動が職員や利用客等から信頼を得ているかどうかを把握、評価・見直しをするための方法を持っている。</p> <p>②遵守すべき法や規程を正しく理解する目的の取組を行っている。</p> <p>1.管理職は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。</p> <p>2.管理職は、雨水や油断漏れ、備品の処置等の環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、リスト化する等の取組を行っている。</p> <p>3.管理職は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守させるための具体的な取組を行っている。</p>	A チェック率 100% (56/56)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各課員七ツ書希踪の取組規則内に記載されている。 ・ 広報誌「真つしん」に掲載される。年度初め、年度末の挨拶の中で触れている。 ・ 法人の施設長及び経営会議に出席されている。 ・ 施設運営上必要とされるプロセスを順んでいる。また、必要な事項が発生した際には法人本部とも連携を図り、対応できる体制にある。 ・ 全体会議の場等で周知が図れている。 ・ 法令、制度について、担当部署以外の事項に関しては全体会議の中で取り上げ、併せて資料の取組をする等、対応を行っている。 			
	(2) 管理職の リーダー シップが 発揮されて いる。	<p>①業の向上に貢献している。その取組の進捗を定期的に、継続的に評価・分析を行っている。</p> <p>2.管理職は、福祉サービスの質の向上についての職員の意見を取り込むための具体的な取組を行っている。</p> <p>3.管理職は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。</p> <p>4.管理職は、福祉サービスの質の向上のために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参加している。</p> <p>②経営や業務の効率化と改善に向けて、人材、業務、経費等の面から分析を行っている。</p> <p>1.管理職は、経営や業務の効率化と改善に向けて、人材、業務、経費等の面から分析を行っている。</p> <p>2.管理職は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人材配、職員が巻きやすい環境整備等、具体的に取組んでいる。</p> <p>3.管理職は、上記について、組織内に円滑な連携を形成するための取組を行っている。</p> <p>4.管理職は、経営や業務の効率化と改善のために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参加している。</p>		A チェック率 100% (64/64)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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再評価している。 ・ 必要に応じて相談できる環境である。 ・ お客様アンケートや世帯別の評価等に応じて、不足部分等に関し、現場レベルでの課題を捉え、向上させて対応している。 ・ 他事業所（くれよん、あわり）間の協力体制（重鎮化）が図れている。 ・ 緊急な対応が必要な物に関してはトップダウンで、考えられる対応が複数ある場合には現場の意向を踏まえ、検討したうえで、実施している。 ・ 法人の福祉QCサークル活動に毎年サークルを参加させ、業務改善及び人材育成に取り組んでいる。現場職員が中心となり活動するため、管理職が直接名義に参加する機会が少ないが、スーパーバイザーとしての役割を果たしている。 ・ 各課の責任者を交代している。 ・ 無難のない職員配置が配慮されている。 ・ その取組明確な方向性が表示されている。 		

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反応している。	<p>①事業組織をとりまく環境が適切に把握されている。</p> <p>1. 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握するための方法を持っている。</p> <p>2. 利用者数・利用者数等について、事業所が位置する地域での特徴・変化等を把握している。</p> <p>3. 福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等を収集している。</p> <p>4. 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。</p> <p>②経営状況を分析して改善すべき課題を抽出する取り組みを行っている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>③外部環境が把握されている。</p> <p>1. 外債審査の進展や、公認会計士等による指導や指摘事項に基づき、経営改善を実施している。</p> <p>④経営方針を確立している。</p> <p>1. 経営方針を確立し、職員と文書で共有している。</p> <p>2. 経営方針を元に毎月の事業計画を立てている。</p> <p>⑤計画的に予算を執行している。</p> <p>1. 預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。</p> <p>2. 設備・備品管理は記録を残している。</p> <p>3. 前年度の財務諸表に基づき、必要な設備投資を行っている。</p> <p>4. 前年度の財務諸表に基づき、不必要な経費を削減している。</p> <p>5. 費用削減の観点から、サービスの質にかかわる費用の削減は行っていない。</p> <p>6. サービスを掲げ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。</p> <p>7. 設備投資を検討するに当たり、職員の意見を参考にしている。</p> <p>8. 運営資金計画があり、それに基づいた運営をしている。</p>	<p>A チェック率 99% (143/144)</p>	<p>・情報の収集を実施</p> <p>・広報があるが全体でない</p> <p>・黒川郡の自立支援協議会に参加の他、関係機関から法人本部へ通知があったものや全社協会の情報等を収集することで情報収集を行っている。</p> <p>・自立支援協議会への参加等を通じ、把握している。</p> <p>・情報の収集を実施</p> <p>・遠くからも来るので、位置する地域の特長ではない</p> <p>・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。</p> <p>・お客様アンケートの実施</p> <p>・同一センター内の相談支援事業所等から情報を収集している。</p> <p>・反映される場合もある。</p> <p>・分析したうえで可能なコストカットを実施している。</p> <p>・ゆとりプラン、冬場の営業など</p> <p>・反映される場合もある。</p> <p>・会議やミーティングにて周知されている</p> <p>・支援所会議で</p> <p>・全体会議の中で定期的に報告がある。</p> <p>・法人、債の償還の他、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。</p> <p>・経営に関する文章を議に会議などで担当者が報告を行っている。</p> <p>・更新金収入や施設管理費の使用状況等、資金収支が分かるように全体会議の中で論ベースで配布、説明している。</p> <p>・事業計画項目がこれにあたる。</p> <p>・土日でも現金預り等で管理している</p> <p>・月次報告にて毎月法人へ提出している。</p> <p>・総務中心に実施している。</p> <p>・優先順位をつけた上で実施している。</p> <p>・項目ごとの</p> <p>・分らない</p> <p>・利用者アンケートにて意見を聴いたが、実行に移している。</p> <p>・お客様アンケートによる意見の把握</p> <p>・アンケート結果を参考に業者と相談の上、対応品等を購入している。</p> <p>・利用者アンケートにてご要望に伺ってはおり、領内で検討し対応可能なものについては実施している。</p> <p>・職員からも意見を出す機会がある</p> <p>・次年度予算を組む前に、必要なものについて総務より確認がある。</p>			

<p>(3) ① 職員の質の向上に努めた体制が確立されている。</p> <p>② 個別の職員に対して個別としての教育・研修計画が策定され、実施されている。</p> <p>③ 定期的に個別の教育・研修計画の進捗・実施状況を把握している。</p>	<p>1. 組織が目指す福祉サービスを実現するために、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重点を明示している。</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、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>A チェック率 98% (125/128)</p>	<p>・ 離職研修の他、個々の職員が必要な研修を受講できるよう配慮している。</p> <p>・ 伝達研修が実施されている。</p> <p>・ 申し出を受け、配慮可能。</p> <p>・ 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。</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. 職員一人ひとりに対して、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、新しい技術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、事例検討会を設け、外部から講師を招くなど、有効とされる知識・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. 施設内の研修会・大会・学会等への参加や研究発表を積極的に取り、外部との比較を高度サービスの向上に役立てている。</p>		<p>・ 法人実施の新任職員研修の他、OJT担当職員を設け、日々の業務指導に当たっている。</p> <p>・ 臨時職員にも丁寧に説明がされる</p> <p>・ 離職前</p> <p>・ OJTにて対応している。</p> <p>・ 役割に問わず、広報のための研修会や救命講習などが必要であれば実施することが出来る</p> <p>・ 同一法人内で講師を招き研修会を実施している。</p> <p>・ QC等</p> <p>・ 福祉QCサークル活動がこれにあたる。</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>1~5 施設内及び法人研修部にて実施。</p> <p>・ 報告書にて報告している</p> <p>・ 報告書を提出している</p> <p>・ 報告書という形で必ず提出している。</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>・ 会議等で伝達研修が実施されている</p> <p>・ 全体会議若しくは係会議で設けている</p> <p>・ 職員会議の中で伝達講習等という形で随時発表されている</p> <p>・ 報告書は全員し、全職員で共有している</p> <p>・ 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。</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>						

4. 地域との交流と連携	(1) 地域との関係が適切に構築されている。	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。	A チェック率 100% (104/104)	・事業計画に記載されている。			
		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。	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。		・HPや広報誌で行事を紹介している			
		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。	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。		・定期的な発行が出来ている ・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。			
		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。	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。		・各市町村社協等との連携のもと実施 ・周辺地域へ直接広報活動を行っている。			
		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担うための研修会、地域住民の生活に役立つ講習会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。		・地元社協と連携した、キャップハンディ体験活動などを実施している。 ・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促り開催している。			
		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。	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。		・地元の要請へ参加するなどし、事業所の有する機能を地域へ還元している。 ・依頼に応じて、レク等支援を実施。			
		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等を配布している。	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等を配布している。		・広報誌（まっつしん）を年3回発行し、送付している			
		4. 情報を数回以上、地域へ施設を開放している。	4. 情報を数回以上、地域へ施設を開放している。		・どいらんどは障害の有無に関係なく利用可 ・事業計画へ記載している。 ・福祉教育係内で開催している。			
		③ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体系を構築している。	1. ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確化している。		・ボランティア講習会の実施 ・受け入れを行っている ・行事ごとにボランティアの募集、育成にあたるほか、ボランティア講習会を実施している ・第1回が、遊ななつもりに合わせてボランティア講習会を行っている ・ボランティア開始前に必ず必要事項及び利用者等との関わり方を説明する場を設けている。			
		2. ボランティア受け入れについて、登録手続、ボランティアの配属、参加費等に関する項目が記載されたマニュアルを策定している。	2. ボランティア受け入れについて、登録手続、ボランティアの配属、参加費等に関する項目が記載されたマニュアルを策定している。		・各行事のボランティア参加を促す ・毎年6月にボランティア講習会を実施している。			
3. ボランティアに対して必要な研修を行っている。	3. ボランティアに対して必要な研修を行っている。	・ボランティアを受け入れた時には担当者が担当している						
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。（頁5-9）	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。（頁5-9）							
5. ボランティア受け入れと育成に関し、それぞれ担当者を設け、責任を明確にしている。	5. ボランティア受け入れと育成に関し、それぞれ担当者を設け、責任を明確にしている。							
(2) 関係機関との連携が構築されている。	①必要な社会資源を明らかにしている。	1. 利用者の状況に対応できる社会資源を明示し、当該地域の関係機関・団体について、その連携・関係との連携の必要性を定めたリストや資料を作成している。	1. 利用者の状況に対応できる社会資源を明示し、当該地域の関係機関・団体について、その連携・関係との連携の必要性を定めたリストや資料を作成している。	A チェック率 98% (47/48)	・香風入りマップなどによる地域の観光地などの紹介			
		2. 社会資源について、職員間で情報の共有が図られている。	2. 社会資源について、職員間で情報の共有が図られている。		・レクリエーション資源下見など ・毎年4月に視察を行っている。			
	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。	1. 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。		1~4 自立支援協議会、リーの会 ・定期的に実施			
		2. 連携のための担当者を設け、責任を明確にしている。	2. 連携のための担当者を設け、責任を明確にしている。		・藤川町の自立支援協議会へ参加している。			
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。	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、解決に向けて協議して具体的な取組を行っている。	4. ネットワーク内で共通の問題に対して、解決に向けて協議して具体的な取組を行っている。							

互換的な福祉サービスの提供	1 利用者本社の福祉サービス	(3) 地域の福祉向上のための取組の進捗が確認されている。	①地域の福祉向上を促進している。 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。 2. 緊急や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの提供について明示している。 3. 利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、サービスの実施方針等に反映されている。 4. 地域福祉や虐待防止について職員に周知徹底している。 5. 経費の発生状況を踏まえた具体的な取組が明示されている。	A チェック率 100% (8/8)	・地域における自立支援協議会との連携にてニーズ把握に努めている。			
		(1) 利用者を尊重する姿勢が確認されている。	①利用者を尊重したサービス提供の姿勢が確認されている。 1. 緊急や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの提供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、サービスの実施方針等に反映されている。 3. 利用者を尊重する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. 経費の発生状況を踏まえた具体的な取組が明示されている。	A チェック率 100% (120/120)	・虐待防止法の研修（講習会）に参加していることがある ・虐待防止委員会セルフチェック ・研修等を行っている ・検閲情報に基づく、具体的な行動計画が策定されている。 ・利用者に合わせたレクの実施			
		②利用者のプライバシー保護に関する取組が確認されている。	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継続して具体的な取組が実施されている。 2. 利用者のプライバシー保護のため、建物・設備その他の設備について必要な改修は、速やかに行われている。 3. 利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に関する等としての姿勢・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・マニュアルに基づいたサービスが実施されている。		・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取組等、必要な対応を行っている。 ・必要な改修点は、お客様アンケートにて把握し対応している。 ・プライバシー保護のための意識化がなされている ・実施前に規定が提示されている			
		③差し方について、指針またはマニュアルが整備されている。	1. 差し方（年齢や状況に応じた対応・書体選定、封筒をきむ）について、指針・マニュアル等を整備している。 2. 差し方を点検・改善するための検討会や勉強会・研修などが定期的に行われ、サービスに反映されている。		・具体的な行動計画を策定し、全員の把握徹底を行っている。 ・改善マニュアルが整備されている ・外部研修の実施			
		④虐待防止の取組が確認されている。	1. 拘束・暴行・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等に周知している。 2. 虐待が行われていないかの確認が継続されている。 3. 万一、虐待が行われた際の処置が明確されている。		1～3 虐待防止委員会セルフチェック ・検閲情報に基づく、具体的な行動計画が策定されている ・その程度、引継ぎや役員にて周知されている ・毎年虐待防止のセルフチェックシートを利用し、確認を行っている。 ・就業規則第72条、電報に基づき処分される。			
		(2) 利用者を尊重する姿勢が確認されている。	①利用者を尊重する姿勢が確認されている。 1. 利用者を尊重する姿勢を明示した文書がある。 2. 利用者を尊重する姿勢を体系的に行っている。 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)	・利用者アンケートを基に調査と改善に継続して取り組んでいる。 ・お客様アンケートの実施 ・利用者アンケートを実施している ・アンケートの結果に応じて早急に対応している ・利用者の声（アンケート）担当者や担当者に対して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。	質問や要望を出した利用者が、施設からの回答を明確で速く返すようにすれば、対応が迅速な業務等に対して何度も同じ回答を返すという状況は無いが、ファイル等で過去のアンケートについて確認できる様に改善してはいけい。	県内で検討の結果、毎月実施しているアンケートの中で、内容の改善について許可をされている方がいる。ファイリングにて確認できる様に改善することとした。

<p>(3) 利用者が指図や意見書等を記入しやすい体制が構築されている。</p>	<p>①利用者が指図や意見書等を記入しやすい体制が構築されている。</p> <p>1.利用者が意見や指図を書きやすい職員を教育している。</p> <p>2.利用者が、着席の相席方法や相席相手の中から自由に選べること、重要事項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.相席したり意見を書き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十分に周知・徹底している。</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.苦情の受付内容や対応策を、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に対応した上で、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、利用者の希望や意見についても記載し、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には、検討に時間がかかる場合も状況を見ながら報告している。</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.苦情や意見等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"> 必要に応じて書面を利用して相談している 前年度、苦情はなかったが、必要に応じて、公表できる体制をとっている。 ポスター掲示（食堂側）している 食堂の側にそれぞれの連絡先を載せたポスターを掲示している ポスターが貼ってある 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。 			
<p>サービスの実の構築</p> <p>(1) 評価の取組が体系的に行われている。</p>	<p>①サービスの実の構築</p> <p>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、第三者評価を定期的に実施している。</p> <p>2.評価に関する担当者・担当部署が設置されている。</p> <p>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。</p> <p>②評価の結果に基づき、組織として取組むべき事項を明確にし、改善策を実施している。</p> <p>1.職員の間で評価結果の分析を行っている。</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、職員の間で改善策や改善計画を決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>	<p>A チェック率 100% (64/64)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 6月に自己評価、年毎に第三者評価実施している 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再評価している。 			<ul style="list-style-type: none"> 自己評価の取組と目標点で改善が必要な事項や、外部評価委員会での指摘のあったものについては各部署間で改善策を検討し、報告書としてまとめている。
<p>(2) 利用者の取組が適切に行われている。</p>	<p>①利用者に係る取組が適切に行われている。</p> <p>1.利用記録等の情報が蓄積されている。</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している。</p> <p>②利用者に係る取組の仕組みが構築されている。</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.利用者から情報の開示を求められた場合に開示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している。</p> <p>1.組織における情報の流れが把握にされ、情報の分別や必要な情報が的確に集くような仕組みが構築されている。</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>	<p>A チェック率 100% (64/64)</p>	<ul style="list-style-type: none"> マニュアルの共有 バラつきが出ないように印刷や丸印で統一できるような書類を工夫している 	<ul style="list-style-type: none"> 法人の文書情報に基づき活用している。 法人の個人情報・特定個人情報保護規定に基づき活用している。 	<ul style="list-style-type: none"> サーバーで電子データは共有している 	

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 等に対して サービス提供 に必要となる 情報を提供 している。 1.インターネット上、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、公民館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、書葉型いや写真・図・録の使 用等により、誰でもわかるよう内容にしている。 4.見学、一日利用等の申請に対応している。	A チェック率 100% (32/32)	<ul style="list-style-type: none"> ・行事の能、サービス利用について変更があれば随時HPへアップし、公表している。 ・HPが存在する ・実際に持ち帰る日曜の方が多くみられる ・パンフレットがあり、スタッフルーム前に設置している ・昔年、周辺地域の町道建設へパンフレットを配布し、設置を依頼している。 ・利用者が使いやすい見やすいよう変更等をして内容を充実させている ・大きめの冊子を利用して分かりやすく表紙している ・日曜日利用に対応している 			
IV 福祉サービス の内容	(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、その人自身のコミュニ ケーション手段に準じた対応を取ること、各適切な記録 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、手話通訳者等を入れていく。	A チェック率 94% (15/16)	<ul style="list-style-type: none"> ・必要であればプログラムに記録の上対応を取っている ・要望が出された際に、受入れを前向きに検討する体制が確立している。 (制約はないが) ・必要性や要望があれば痛む体制がある ・報酬等で対応している ・なかなか要望にはこたえていないと思う 			
	(2) 環境の 整備	①利用者が 快適に通 ずための ハード面の 整備がな されている。 1.音響は、調整が保たれ、利用者がくつろげる作りと なっている。	A チェック率 100% (8/8)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用する毎に随時清掃している ・トイレ等は匂い対策も講じている 			
	(3) 食事 (サービ ス提供運 営のみ認 め)	①食事は利 用者の希 望を反映し たメニュー を基本とし て提供す るべく考 えられる よう工夫 を凝らして いる。 1.希望する食事メニューを事前に選択できる。 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.適量の食事を提供している。 4.献立・食材に季節感があがり、盛り付けや食器にも工夫 している。 5.食卓には、箸の消毒料・箸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。 ②食事提供 (食事時間 を含む)に 配慮してい る。 1.食事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。	A チェック率 97% (62/64)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用の1ヵ月前までであれば可能である ・人数が一応以上だと変わる ・人数等による条件はあるが、選択できる。 ・可能な限り、特別食として対応している。 ・特別食、アレルギー食の対応 ・特別食を用意している ・特別食、アレルギー食の対応をしている。 ・重たいもの(汁物)は最後を提供 ・汁物は事前に、調理は終了後に提供するなど、工夫している ・盛り付けについては好評いただいている ・ドレッシングは準備しており、他のものも希望があれば提供している ・お客様より声かけて提供している ・必要なものをその都度提供している。 ・献立表、当日メニューの掲示 ・希望があれば紙分帳も送付している ・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覗いていただいている。 ・支援委員会や給食委員会の実施 ・定期的に実行していない ・必要に応じて対応している。 ・保護者の指導による制限時間はあるが、希望に応じて対応可能 ・衛生上の理由から1時間の幅はあるが、選択可能 ・事前に申請して頂ければ給食時間以外に前後30分であれば対応可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・職員によって内容がまちまちだが対応が、 	<p>質問項目が「希望する食事メニューを事前に選択できるか」というものであり、支援委員会等が実施した「調査」、一級のお客を指定した「報告」、どちらのアンケートも実施することができていないために、このようは回答となってしまう。内容としては、それぞれのルールの内容に合わせた回答ではありませが、より分かり易いように、項目の文言の変更等を検討していただきます。</p>	

(4) 入浴	<p>①浴槽・脱衣室等の清潔に適切である。</p> <p>1.浴槽・脱衣室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.脱衣室の冷暖房設備は、気候や利用者の身体的状態に応じて調整できる。</p> <p>3.浴槽や脱衣室は、入浴の際に身体を他人（介助者は除く）に見えないよう、プライバシーを確保する構造・設備上の工夫や配慮する設備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 96% (23/24)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の声を基に、随時密かいの湯を設けている。 ・アンケートの意見を基に調整している ・必要に応じて委員会または全体会議の中で検討している。 ・その都度交換で話し合っている ・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。 ・カーテンの設置や利用部材の入手 ・ガラスは曇りガラスを利用し、外から見えないようになっている 			
(5) 排泄	<p>①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配置をきめて、トイレ業務の点検・点検のための検閲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.換気や適切な製品使用等の処置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>5.採光・照明等は適切である。</p> <p>6.暖房設備がある。</p>	<p>A チェック率 99% (47/48)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的ではなくそのつど ・定期的ではないがその場で検討している。 ・アコーディオンカーテンの設置 ・パーテーションで仕切られる ・全て扉、鍵がついている ・施設の構造上、男女共用のトイレも存在するが、男女別のトイレの案内表示を行い、お客様が分かり易いように配慮をしている。 ・換気は勿論、消臭スプレーも活用している ・乗客に相談の上対策をしている ・福祉用具関係の業者と相談し、福祉施設用の用具用品を使用する等対策を実施している。 ・その結果の点検、費用に努めている ・大きな汚れは直ぐに交換対応している ・清掃は連日に行っている ・入所時清掃と退所後清掃で内容の違いはあるが、毎日清掃は行っている。 ・夜はポイラーを利用し、室温をだしている 			
(6) 健康管理	<p>①必要な時、迅速かつ適切な対応が受けられる。</p> <p>1.健康部に定着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連絡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。</p> <p>3.地域内に直力的な医療機関（診療所又は病院、昼間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.継続している医療機関では、迅速かつ適切な対応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% (32/32)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・確保ある ・医療実施者との密なコンタクトは、通常として新しいため、毎年3月から4月の休館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。 			
(7) 余暇・レクリエーション	<p>①余暇・レクリエーションは、利用者の希望に基づいて行われている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>3.利用時には、行事やレクリエーションに関する情報を提供している。</p> <p>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。</p> <p>5.地域の社会資源の情報を積極的に提供している。</p>	<p>A チェック率 100% (40/40)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・プログラム作成時に確認している。 ・団体によっては打合せも実施 ・必ず県内で西貢し把握して改善が必要な場合は改善している ・アンケートは回収し、全員で目を通している ・ご利用前に利用時のプログラムを作成している。 ・ご希望があれば提供している。 ・行事の際は確保している ・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確保している。 ・希望の方には近隣施設のパフレットを提供している ・自作の掲示板や障壁施設のパフレットを設置している。 			