



2	安全管理	<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・緊急時の発生時など)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>②利用者の安全確保の目的を達成するための取り組みが行われている。</p> <p>③緊急時の対応マニュアルの整備は、適切な頻度で行われている。</p> <p>④利用者の安全確保の目的を達成するための取り組みが行われている。</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・担当部署を明確にしている。</p> <p>3. 安全確保に関する検討を行う利用者や担当職員等が参加した検討会を、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. 利用者一人ひとりに備える上での留意点などを確認できるマニュアルが作成されており、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。</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整備は、適切な頻度で行われている。</p> <p>②利用者の安全確保の目的を達成するための取り組みが行われている。</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催している。</p> <p>4. 万一、事故がおきた際の対応法のマニュアルが整備されている。</p> <p>5. 事故処理の記録・保存を行っている。</p>	<p>A チェック率 99% (103/104)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者様それぞれのファイルが整備されている。</li> <li>・30年度は転形コロナ内実施の普通救命講習会へも複数参加</li> <li>・研修実施はされているが、様々な状況が想定されるため一層の充実が必要</li> <li>・研修受ける人数は限られているが行っている(今年度は多くの職員が受講できることの実)</li> <li>・救命講習等を定期的に受けている。</li> <li>・緊急対応マニュアルに記載ありその都度対応している</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>・ヒヤリハットは、図表の上、ファイルにとじている。</li> <li>・ヒヤリハットに防止策も記載されている。</li> <li>・ファイルにとじている。</li> </ul>	
Ⅲ	適切な福祉サービスの実施	<p>1. 利用者本位の福祉サービス</p> <p>(1) 利用者尊重を尊重する姿勢が明示されている。</p> <p>①利用者を尊重したサービス提供について共通の意識の醸成の取り組みが行われている。</p> <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>③福祉方針について、指針またはマニュアルが整備されている。</p> <p>④虐待等の人権侵害の防止策、及びケアに備えた対応が定められている。</p>	<p>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。</p> <p>2. 利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法等に反映されている。</p> <p>3. 利用者を尊重する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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <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・設備面で工夫等に組織として具体的に取組んでいる。</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、進捗がなされている。</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>③福祉方針について、指針またはマニュアルが整備されている。</p> <p>1. 接し方(年齢や状況に応じた敬称・言葉遣い、敬句をきむ)について、指針・マニュアル等を整備している。</p> <p>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。</p> <p>④虐待等の人権侵害の防止策、及びケアに備えた対応が定められている。</p> <p>1. 拘束・暴行・暴力・無視・放棄等、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。</p> <p>2. 虐待が行われていないかの確認が随時なされている。</p> <p>3. 万一、虐待が行われた際の処置が明確されている。</p>	<p>A チェック率 100% (120/120)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月全体会議の中で、倫理綱領に基づく具体的な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行われている。</li> <li>・定期的な研修を行っている</li> <li>・具体的な行動計画8条に規定されており、月一度読み合わせしています。</li> <li>・必ず年間2回の研修会を実施している</li> <li>・自主点検やケース会議しながら、可能な範囲で仕切りの設備等、必要な対応をしている。</li> <li>・具体的な行動計画3条に規定されており、月一度読み合わせしている。</li> <li>・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。</li> <li>・広報の写真等で載せて良い写真かどうか判断に迷う時がある。</li> <li>・法人の倫理綱領を踏まえた、具体的な行動計画が整備されている。</li> <li>・マニュアルをもちいている。</li> <li>・保護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。</li> <li>・上記、行動計画を月1の会議にて読み合わせ、理解・定着を図っている。</li> <li>・障害者虐待防止法についての周知をしている</li> <li>・セルフチェック</li> <li>・四半期毎にチェックシートにて確認している</li> <li>・セルフチェックリストを実施している</li> <li>・就業規則第72条、憲法に基づき定められる。</li> </ul>	

<p>(2) 利用者が意見等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が確保されている。</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>A チェック率 98% (102/104)</p>	<p>・利用者主体の支援を目指し、教育に努めている。</p> <p>・短期・日中一時の文書？</p> <p>・分からない</p> <p>・複数の相談先があることについて、重要事項説明書へ明記されている。</p> <p>・短期・日中一時の文書？</p> <p>・重要事項説明書へ明記されており、利用規約をされる利用者様、保護者及び代理人の方には控えをお渡しするとともに、館内にも同じ物を掲示している。</p> <p>・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</p> <p>・ポスターにて提示している(検査前)</p> <p>・重要事項説明書へ明記されており、利用規約をされる利用者様、保護者及び代理人の方には控えをお渡しするとともに、館内にも同じ物を掲示している。</p> <p>・前年度対応事例はなかったが、実施する体制は整っている</p> <p>・お客様アンケートの掲示</p> <p>・前年度対応事例はなかったが、実施する体制は整っている</p>				
	<p>②苦情解決の仕組みが確立され、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.意見や提案を頂い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.苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。</p>						
	<p>④利用者・家族からの意見等を福祉サービスの改善に反映している。</p> <p>1.意見や提案を頂い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.苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。</p>						
	<p>⑤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>⑥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>⑦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>⑧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>⑨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>⑩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>⑪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>⑫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>2 サービスの質の確保</p> <p>(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。</p> <p>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。</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、第三者評価等を実施している。</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、組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策を実施している。</p> <p>1.職員の参画により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>	<p>A チェック率 97% (62/64)</p>	<p>・6月に毎年、実施している</p> <p>・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。</p> <p>・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委員会や改善策等を検討し、報告書としてまとめている。</p> <p>・ミーティングなどで、随時周知・報告されている</p>					
<p>(2) 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は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の責任者が設置されている。</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利用者に関す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>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>	<p>A チェック率 98% (63/64)</p>	<p>・個人毎、ケースを作成し、綴っている。</p> <p>・一冊につき一人分の書類をまとめたファイルが有る。</p> <p>・個人のケースを整備している。</p> <p>・必要時に支援関係等で周知、統一をしている。</p> <p>・宮城県社会福祉協議会文書規程が左記にあたる</p> <p>・契約書への記録の他、宮城県社会福祉協議会個人・特定個人情報保護規定が左記にあたる</p>					

3 サービスの開始・継続	(1) サービスの開始が適切に行われている。	<p>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。</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>③サービスの開始時には、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、利用者にも分かりやすいように工夫している。</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なっている。</p> <p>4. 見学等の希望に対応している。</p>	<p>A チェック率 100% (72/72)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>変更があれば、随時更新している。</li> <li>随時使用しやすいく、変更を心がけている。</li> <li>利用者本人、保護者及び相談支援事業所と連絡調整し、希望に応じている。</li> <li>可能な限り対応している。</li> </ul>
IV 福祉サービスの内容	1 利用者の尊重	<p>(1) 利用者の尊重</p> <p>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。</p> <p>②利用者の主体的な活動を尊重している。</p> <p>③利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。</p>	<p>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保を心掛けている。</p> <p>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能の利用を含む。)</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>1. 利用者が自力で行う日常生活上の行為は、見守りの姿勢を採り、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>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>筆談やジェスチャー等</li> <li>情報交換、引継ぎは密にしている。</li> <li>筆談やジェスチャーから意思をくみ取り、ケース会議の中で支援方法を共有している。</li> <li>自主性を重んじ、過干渉にならないよう確認をしている。</li> <li>年度初回の利用時、すべての利用者の方に対し生活状況に変わりがないか確認している。</li> </ul>
	(2) 環境の整備	<p>①利用者が快適に過ごした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>利用後清掃の行い、保たれている。道具も定期的に交換している。</li> <li>使用後は必ず清掃している。</li> </ul>
	2 身辺面の支援	<p>(1) 食事（サービス提供施設のみ含む）</p> <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>②食事環境に配慮している。</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. 適量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>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% (66/66)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>アレルギー食、特別食を選択できる。</li> <li>声かけで提供</li> <li>食事の時に流す音楽に変化があれば良いと思っ</li> </ul>

(2) 入浴	①入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人の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・助善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 96% (54/56)	・行動計画？			
	②入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	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。		・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。			
	③浴室・更衣室等の清潔な環境は確保されている。	1.浴室・更衣室の設備や入浴器具等の設置等については、検診記録を持っている。 2.更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。 3.浴室や更衣室は、入浴の際に裸体を他人（介助者は除く）に見せないよう、プライバシーを確保する構造・設備上の工夫や保護する措置を確保するための工夫が行われている。		・マンツーマンの同性支援の為、個別対応もしやすい ・入浴、トイレは必ず同性で行う。 ・シャワー室が設置されており、必要に応じて使用可能である。 ・失禁、汗をかいた時に着る時期プール等に入り、体温が低下したときなど、必要に応じて使用している ・シャワー室にて ・暖房はボイラーだが、浴槽はお風呂にないので暖房機対応			
(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、更衣・更衣・失禁への対応を含む）が用意されている。	A チェック率 98% (66/66)	・具体的行動計画？	・マニュアルについて、年度初めに確認する等周知を徹底する。 ・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。	排泄支援のマニュアルについて、1名c評価となっているが、マニュアルがないという事か。	日中一時、短期入所マニュアル内に排泄支援に係る項目も記載されています。また、排泄支援に特化したマニュアルはありますが、支援に関しては普段よりマンツーマン体制で行っており、日々の利用者様の対応について生活状況観察等を参考にしながら支援することにも、職員間で共有する形としています。日中一時、短期入所マニュアルについては赴任時に説明をしていますので、c評価の職員についてはマニュアルの閲覧とし等からこの結果になったものと思われる。
	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・改善のための検診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。		・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等を行い、お客様が分かり易いように配慮している。 ・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。 ・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。 ・寒夜間等は運転を停止している。配管凍結防止目的の暖房は付いている。 ・館内全体を対衣類としたものについては時間帯を決めて職員が一掃作業をし、その他エアコン等については自由にお使いいただける。			
	③衣類の洗濯や靴のケアは、利用者や家族の要望に応じて行われている。	1.利用者が洗濯を希望した場合、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。 2.介助に頼らず自ら洗濯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。 3.汚れや破損が生じた場合に、速やかに対応するための業務手順が用意されている。		・考えられるリスクを考慮して上で可能なケースについては対応する ・基本としてご持参いただいたものにて洗濯対応している			
	④衣類の洗濯や靴のケアは、利用者や家族の要望に応じて行われている。	1.利用者が洗濯を希望した場合、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。 2.介助に頼らず自ら洗濯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。 3.汚れや破損が生じた場合に、速やかに対応するための業務手順が用意されている。					
	⑤衣類の洗濯や靴のケアは、利用者や家族の要望に応じて行われている。	1.利用者が洗濯を希望した場合、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。 2.介助に頼らず自ら洗濯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。 3.汚れや破損が生じた場合に、速やかに対応するための業務手順が用意されている。					
	⑥衣類の洗濯や靴のケアは、利用者や家族の要望に応じて行われている。	1.利用者が洗濯を希望した場合、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。 2.介助に頼らず自ら洗濯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。 3.汚れや破損が生じた場合に、速やかに対応するための業務手順が用意されている。					

(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 ※前年度までの「体調不良時看護師による健康相談を受けることができる」という文章の記載をしています。</p>	A チェック率 100% (80/80)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受け入れ時のチェックシートを整備・活用している</li> <li>・こんにちはシートにて、“体温” “健康” “精神” の項目で確認している</li> <li>・受け入れ時にこんにちはシートにて対応している</li> </ul>			
	②必要な時、迅速かつ適切な対応が受けられる。	<p>1. 健康面に支障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>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急連絡先確認</li> <li>・緊急的な場所も含めて連絡調整を行なっている</li> <li>・マニュアルは整備されているが、対応事例が少ない為、形骸化しないよう、定期的確認が必要と思われる。</li> <li>・黒川病院と年1日更新にて契約している</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月の休診時に子の年の事務担当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> </ul>			
(6) 余暇	③内服薬・外用薬等の説明は、書面で行われている。	<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、適切な情報を提供している。</p> <p>2. 一人ひとりの利用者を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・量調整等、薬物使用に異変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>	A チェック率 100% (8/8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活状況確認書と薬の取扱説明書にて得ている。</li> <li>・契約時及び変更時に確認をしている</li> <li>・一時的な利用であるため、その都度ご家族と管理方法について確認している。</li> <li>・マニュアルはない？</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>・“薬受け渡し簿”にて入所時、退所時確認している。</li> <li>・服薬管理シートに記載されている</li> </ul>			具体的な緊急時の際予備対応マニュアルの整備をする。
	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>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・各利用者の過ごしやすさ、支援・見守りにて対応している。</li> <li>・利用者の希望に沿った対応(支援)に当たっている。</li> <li>・時間をこちらから指定したり、ノルマを課すような余暇支援はしていない。</li> <li>・支援者により、提供する支援に好みは出やすいが、ほとんど職員は利用者主体の視点で柔軟に対応できていると認う。</li> </ul>			