

令和3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紙、パンフレット等）に記載されている。	<ul style="list-style-type: none"> 理念や基本方針は法人・事業所内の文書やパンフレット等に記載されている。 記載だけに留まらず、年度初めの職員会議にて読み合わせを行っている。 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。 事業計画に記載されている。 法人の事業計画やHPに記載がある 事業計画及びHPに記載されている 事業計画、広報紙、パンフレットに記載されている。 法人の事業計画やHP等に記載されている。 理念は障害者福祉の基本的な考え方に即し、県内の実情を踏まえたものになっている。 「倫理綱領に基づく具体的行動計画」にて示されている。 左記の通り。 利用者1人1人の主体性を尊重した内容となっている。 				
			②理念や基本方針が職員や利用者等に周知されている。	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。			
		(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等に周知されている。	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"> 会議の場において説明されている。 年度初めの職員会議にて読み合わせを行っている。 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。 職員会議において説明がなされている。 新任及び異動者の研修などで伝えられている。 職員会議にて確認を行っている。 年度初めの全体会議で説明して頂いている。 定期的に周知状況を確認している。 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つい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。 職員会議にて実施されており、継続的に取り組まれている。 職員会議にて全体周知を行っている。 事業計画に具体的目標が記載されている。 理念を踏まえた目標が設定されている。 事業計画にて示されており、第二期地域福祉推進計画にて実現に向けた具体的な対策を行っている。 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。 事業計画に具体的目標が記載されている。 運営目標として公表している 施設のHP上で運営目標として公表され、事業計画において具体的な数値目標が明示されている。 職員会議にて目標の確認を行っている。 HPにて公表されている。 		
			②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。			
			③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。			
	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。	<ul style="list-style-type: none"> 理念や基本方針を踏まえた目標が設定されている。 第二期地域福祉推進計画にて具体的に記載している。 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。 事業計画に記載されている。 運営目標として公表している 施設のHP上で運営目標として明確にされている。 事業計画に明確なビジョンが記載されている。 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。 具体的な内容が盛り込まれている。 課題や問題点を示し、その取り組みを記載している。 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） 地域福祉推進計画に記載されている。 法人の第二期地域福祉推進計画が中長期計画に該当し、左記の内容と対応する。 法人の第二期地域福祉推進計画に記載されている。 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な記載がある。 中・長期計画に基いた取組が行われている。 第二期地域福祉推進計画を実施している。 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。 第二期地域福祉推進計画 基本目標3「福祉サービスを提供する福祉従事者を支え、質の高い福祉従事者の確保・育成を推進します」が該当する。 「いきいきと暮らせる地域づくり」を目指した取り組みを実施している。 定期的に見直しを行なっている。 第二期地域福祉推進計画の中間報告を制作している。 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。 地域福祉推進計画は計画期間が定められており、計画期間ごとに見直しを行っているといえる。 半年に一度の見直しを行っている。 定められた期間毎に見直しが行われている。 実行可能な数値目標を、前年度までのデータを基に設定している。 数値目標を立て、実施できるよう取り組んでいる。 数値目標を設定している。 数値目標が設定されている 事業計画に利用客数などの数値目標が設定されている。 事業計画において数値目標が明確化されている。 評価され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。 四半期、半年、年度毎に実施状況の把握と評価を行っている。 四半期毎に報告している。 四半期毎に事業評価として手順に基づき把握、評価を行なっている。 四半期報告により実施状況の把握、評価を行っている。 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。 半年に一度の見直しを行っている。 四半期毎に定められた手順で把握 評価を行っている 評価結果に基いた見直しを行っている。 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。 結果に応じて、その都度見直されている。 四半期報告において各部署ごとの状況確認が行われている。 計画は会議の場で説明している。 事業計画等を支援係会議・職員会議で説明している。 全体会議の中で説明している。 会議の中で説明がされている 職員会議や研修にて説明されている。 職員会議及び係会議にて説明や確認を行っている。 係会議や職員会議等で説明を行っている。 定期的に周知状況を確認している。 現在はコロナ禍で控えているものの、事業の周知の為に広報活動を行っている。 定期的に会議を実施している。 			
				②中・長期計画に基づく取組を行っている。	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。		
				③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。	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。				
				(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策定されている。		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"> 四半期、半年、年度毎に実施状況の把握と評価を行っている。 四半期毎に報告している。 四半期毎に事業評価として手順に基づき把握、評価を行なっている。 四半期報告により実施状況の把握、評価を行っている。 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。 半年に一度の見直しを行っている。 四半期毎に定められた手順で把握 評価を行っている 評価結果に基いた見直しを行っている。 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。 結果に応じて、その都度見直されている。 四半期報告において各部署ごとの状況確認が行われている。 計画は会議の場で説明している。 事業計画等を支援係会議・職員会議で説明している。 全体会議の中で説明している。 会議の中で説明がされている 職員会議や研修にて説明されている。 職員会議及び係会議にて説明や確認を行っている。 係会議や職員会議等で説明を行っている。 定期的に周知状況を確認している。 現在はコロナ禍で控えているものの、事業の周知の為に広報活動を行っている。 定期的に会議を実施している。
							②計画が職員や利用者等に周知されている。	1.各計画を会議などにおいて説明している。	
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。	<ul style="list-style-type: none"> 利用実績や地域の情報等から把握に努めている。 自立支援協議会の参加にて特徴・変化を把握している。 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。 地域内の自立支援協議会への参加によって情報収集を行っている。 必要に応じて自立支援協議会との連携を図っている。 毎年毎の利用者数、利用者属性等を集計し経過を把握している。 把握したデータを事業計画に反映している。 第二期地域福祉推進計画や事業計画に反映されている。 反映される場合もある。 内容を吟味した上で反映されることもある。 把握したデータを基に事業計画の数値目標を定めている。 実績のデータから定期的に分析を行なっている。 分析したうえで可能なコストカットを実施している。 分析を行い、必要に応じて経費削減を図るなど、取組を行っている。 分析結果を基に事業計画の数値目標を定めている。 四半期毎に行われている。 中・長期計画や事業計画に反映されている。 反映される場合もある。 必要に応じて反映されることもある。 				
			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。	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。					
		(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。	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。			
			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。	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。	A チェック率 100% (64/64)	<ul style="list-style-type: none"> 職員会議等の場において、職員に周知されている。 全体会議の中で定期的に報告がある。 職員会議等で周知されている。 全体会議内で報告がある。 職員会議及び支援係会議にて職員同士の情報共有を行っている。 職員会議等で担当者から説明されている。
		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"> 外部監査は適切に行われ、指摘事項に基づいて改善を実施している。 外部監査が実施されている。 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。 監査を受け、指摘事項に対する改善策を講じている。 法人及び県の監査等の指導、指摘に基づき、取組を行っている。 法人規模で外部からのご指導やご意見を頂いている。
		④計画的に予算を執行している。	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。		<ul style="list-style-type: none"> 現金出納は当日中に記入を行い、定期的に収支決算を出している。 月次報告にて毎月法人へ提出している。 総務係が担当している。 総務係で行う月次報告にて、毎月法人へと提出している。 総務が毎月の収支決算を担当している。又、支援係においても2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"> 利用者からの要望を踏まえた上で設備や消耗品の購入・補修を行なっている。 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。 利用者アンケートにて意見を汲み取り、必要に応じて実行に移している。 お客様アンケートの結果を基に、係内で話し合いの場を設けている。 予算等可能な場合行っている。
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發揮している。	A チェック率 100% (104/104)	<ul style="list-style-type: none"> 管理者はリーダーシップを十分に發揮している。 安全面について危険の無いよう判断している。 職員と共に検討し、必要に応じて実行に移す。 職員への情報共有を行う主体を担っている。
			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"> 担当者が配置されている。 リスク管理委員会が設置されている。 リスクマネジメント担当者が設定されている。 リスクマネージャーを設置している。 事業計画に委員会及び担当者名が記載されている。 リスクマネジメント担当者が設置されている。
			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、定期的に関催している。		<ul style="list-style-type: none"> 職員会議においてリスク管理について毎回話し合われている。 定期的実施されている。 防災訓練等、検討会とは違う形で行われることもある。 随時話し合いの場が設けられている。 事故発生時等は必ず実施しているが、その都度ではない。
			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"> 管理体制やマニュアルが整備され、周知されている。 なんでも相談の窓口等が整備されており、館内広報等に周知している。 館内へのポスター掲示を行っている。
			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"> 個別に資料が作成されている。 ケース台帳・こんにちわシート・生活状況確認書により確認できる。 契約時に生活状況の聞き取りを行っている他、入所時に必ず体調面や精神面についての状況の確認を行っている。 契約時に生活状況確認書を作成している 生活状況確認書が左記に該当する。 ケース記録に各利用者様の留意点を記載している。 契約締結時及びその後定期的に状況を聞き取り個々のケース記録に文章として整理されている。
			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"> 職員は適切に研修を受講している。 救急救命講習会に参加している。 年1回、普通救急救命講習を行っている。 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 てんかん発作に関する救急法講習など、適宜行っている。 黒川消防署と連携し、救急法の研修に参加している。 普通救急救命講習会や所内研修を必要に応じて行っている。
			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。		<ul style="list-style-type: none"> 各関係機関と連絡・協力体制が作られている。 左記のような諸機関と連絡協力体制を取っている。 危機管理契約や緊急連絡網が活用されている。
			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"> マニュアルは定期的に見直しを行っている。 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。 毎年4月及び採用あるいは異動が生じた際に行われている。 新年度または年度途中で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。	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。		<ul style="list-style-type: none"> ヒヤリハット報告とまとめの仕組みがある。 ヒヤリハットを活用している。 ヒヤリハット報告書の提出を行っている 法人で統一された仕組みが整っている。 施設会議において情報共有を行っている。 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っている。
			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。		<ul style="list-style-type: none"> 都度分析と防止策の検討を行なっている。 ヒヤリハット提出を受け再発防止の検討を行っている。 リスク管理委員会等を開き、未然防止に務めている。 ヒヤリハット報告書の書面に基づいて実施されている。 事例発生時の都度要因分析と対策検討を実施している。
			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。		<ul style="list-style-type: none"> 自己の都度、リスク委員会を開いている。 事故報告の場合、リスク管理委員会を開き、再発防止策を検討する。 リスク管理委員会を開催している。 その都度検討会が開催される。 検討会議が実施されている。 リスク管理委員会を開催して再発防止を検討し実施している。
			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"> マニュアルが整備されている。 誤与薬防止マニュアル等、整備されている。 スタッフルーム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"> 記録と保存が行われている。 事故報告書の作成をし、保存している。 その都度残っており、各利用者のケースファイルに編綴している。 保管期限のルールに基づいて実施されている。 定められた手順で記録・保存を行っている。
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の実施	(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。	A チェック率 100% (120/120)	<ul style="list-style-type: none"> 明示されている。 「倫理綱領に基づく具体的行動計画」にて示されている。 事業計画内の倫理綱領に記載がある。 「いきいきと暮らせる地域づくり」の理念及び基本方針の基、サービス提供に務めている。 倫理要項に明記され職員会議にて読み合わせを行っている。
			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。		<ul style="list-style-type: none"> 基本姿勢が明確に反映されている。 利用者主体でのサービス提供に務めている。 利用者主体の基本方針及び理念が定められている。
			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。		<ul style="list-style-type: none"> 虐待防止等の研修が行われている。 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。 職員会議において、毎月「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いる。 倫理綱領に基づく具体的行動計画の読み合わせや、虐待防止研修が行われている 虐待防止研修など、適宜実施している。 虐待防止研修にて確認を行っている。 定期的な虐待防止研修により周知徹底が図られている。
			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"> 虐待防止等の研修が行われている。 周知され、研修もしている。 必ず年間2回以上の研修会を実施している 虐待防止に関する研修への参加等により、周知徹底されている。 虐待防止研修が実施されている 館内掲示等で周知徹底されている。 虐待防止研修やポスターの掲示によって周知を徹底させている。 職員会議にて周知されている。
			5.組織の基本姿勢を踏まえた具体的な取組が明示されている。		<ul style="list-style-type: none"> 明示されている。 事業計画内に記載されている。
		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。		<ul style="list-style-type: none"> 規程・マニュアル等は整備され、具体的に取り組んでいる。 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置等、必要な対応をしている。 仕切りを設置するなど、可能な範囲内で工夫を行っている。 サービス評価によるセルフチェックやお客様アンケートの活用により、日々改善活動に務めている。 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。
			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。		<ul style="list-style-type: none"> 必要な改善が行われている。 改善箇所があれば随時対応している。 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。 利用者アンケートの結果等を基に、必要に応じて実施されている。
			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。		<ul style="list-style-type: none"> 職員研修は計画的に実施されている。 初任者研修・クレーム対応研修等で実施している。 職員各自でマニュアルを読み込む等、実施している。 各自マニュアルの読み合わせを行っている。
			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"> 規程・マニュアル等が周知されている。 館内掲示にて実施している。
			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"> 実施されている。 左記の通り。

	<p>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。</p> <p>④虐待等の権利侵害の防止策、及び万が一に備えた対応が定められている。</p>	<p>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。</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>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。</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分が規程されている。</p>		<ul style="list-style-type: none"> 倫理綱領が整備されている。 接し方に関するマニュアルがある。 保健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。 接客接客マニュアルが策定されている。 マニュアルが整備されている。 七十七銀行のマニュアルを活用している。 職員会議の都度読み合わせを行い、各自の振り返りの機会になっている。 虐待防止研修が行われている。 マニュアルが整備され、特に新任職員に対してはOJTを通して反映されている。 新任職員研修やCS研修、その他外部研修に参加し、知識や技術力の向上に務めている。 虐待防止研修や職員セルフチェック等による意識の向上とサービスの質の向上を目指している。 周知されている。 障害者虐待防止法についての掲示をしている。 障害者虐待防止法についてのポスターを掲示し、周知徹底を図っている。 館内掲示にて実施されている。 ポスター掲示による利用者様への周知を実施している。 館内に掲示をし周知されている。 職員間で随時確認している。 入退所時にボディチェックを行い、虐待の虞がないか確認している。 セルフチェックリストを実施している。 セルフチェックリストにて確認を行っている。 セルフチェックシートにて確認を行っている。 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。 虐待防止セルフチェックを実施している。 規定されている。 虐待をしないことはもちろん、虐待と疑われるような支援は行わない。また、処分についても規定されている。 就業規則第72条、懲戒に基づき処分される。 就業規則第72条に規定されている。 就業規則に明記されている。
<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環境を整備している。</p> <p>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。</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.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。</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>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、説明するとともに、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>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。</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>A チェック率 100% (104/104)</p>	<ul style="list-style-type: none"> そのように教育されている。 倫理綱領にて教育されている。 随時、職員同士での話し合いの場が設けられている。 わかりやすく説明した文書が作成されている。 同内容のポスターが掲示されている。 様々な相談方法を記載したポスターがある。 配付・掲示をしている。 「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 同上。 館内(食堂前)上記のポスターが掲示されている。 専用の相談スペースがある。 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 相談室が設置されている。 相談室がある。 館内に相談室を設けている。 お客様アンケートを実施している。 令和2年4月相談室スペースの設置を行った。 整備されている。 なんでも相談室を設置している。 なんでも相談室として整備している いずれも整備されている。 なんでも相談及び第三者委員を整備している。 掲示している。 「倫理綱領に基づく具体的行動計画」に記載されており、館内に掲示されている。 館内掲示されている。 館内にポスター掲示をしている。 フィードバックしている。 苦情があればフィードバックする仕組みとなっている。 なんでも相談として処理されたものに関しては、利用者によりフィードバックされる。 お客様アンケートにご意見が寄せられた際は、解決策を含めた回答をしている。 何年か苦情はなかったが、対応できる体制がある。 公表している。 利用者に配慮し、匿名で公表している。 許可を頂いた上で、職員への全体周知を行っている。 整備している。 なんでも相談室で担当している。 左記のような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。 規定されている。 意見の記録やアンケートを決策に回し、幹部職員に報告する形をとっている。 マニュアルに沿った対応、速やかな報告がなされている。 行なっている。 法人内で行っている。 法人規模で定期的な見直しを実施している。 反映している。 可能な範囲内で反映している。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。</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、第三者評価等を定期的な受審している。</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 100% (64/64)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 受信している。 施設サービス評価を行い、外部評価委員に評価していただいている。 施設サービス第三者評価に基づく自己評価を実施後に12月に外部評価委員会を開催している。 施設サービス第三者評価に基づく自己評価、外部評価委員会を開催している。 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開催している。 毎年6月にサービス評価を実施している。 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 設置されている。 施設サービス評価の担当が決められている。 外部に設置されている。 何年度毎担当者が定められている。 実行されている。 外部評価委員会を開催し実施している。 左記の通り。 ご指導を頂いた際は、話し合いの機会を設けた上で、問題の解決に務めている。 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。 行なっている。 担当職員が分析を行っている。 係内で評価及び分析を行っている。 文書化されている。 課題を明文化している。 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。 課題の共有化が行われている。 課題を周知している。 会議等で共有する機会を設けている。 会議等で議題に上ることもある。 改善計画の回覧及び話し合いを行っている。 仕組みがある。 担当職員が中心となり、課題解決の為に改善策を実施する。 会議等で策定する場合もある。 行なわれている。 改善策について外部評価委員より意見があれば、検討の上対応していく。 左記の通り。 整備されている。 個人ケース毎の記録や生活記録に記録している。 一人一人のケース記録がある 各利用者ごとにケース記録が整備されている。 利用者1人1人ケース記録が整備されている。 個々のケース記録を整備している。 工夫をしている。 特記事項では前後の経緯や、利用者様の声をカッコ書きで書き込む等の書き方としている。 統一された基準、様式を使用している。 地域生活支援係が主体となり、取りまとめや周知を行っている。 統一が必要な場合が生じた時、係会議にて確認している。 設置されている。 地域生活支援係が管理している。 所長がその責を担っている。 定めている。 5年保存・永年保存など、定められている。 契約書に記載がある 法人の文書規定に基づき、運用している。
	<p>(2) サービス実施の記録が適切に行われている。</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.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>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>A チェック率 100%</p>	<ul style="list-style-type: none"> 整備されている。 個人ケース毎の記録や生活記録に記録している。 一人一人のケース記録がある 各利用者ごとにケース記録が整備されている。 利用者1人1人ケース記録が整備されている。 個々のケース記録を整備している。 工夫をしている。 特記事項では前後の経緯や、利用者様の声をカッコ書きで書き込む等の書き方としている。 統一された基準、様式を使用している。 地域生活支援係が主体となり、取りまとめや周知を行っている。 統一が必要な場合が生じた時、係会議にて確認している。 設置されている。 地域生活支援係が管理している。 所長がその責を担っている。 定めている。 5年保存・永年保存など、定められている。 契約書に記載がある 法人の文書規定に基づき、運用している。

			<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>	(64/64)	<ul style="list-style-type: none"> 定めている。 重要事項説明書に記載されている。 契約書に記載がある。 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。 行なわれている。 OJTや研修により、取扱いには十分配慮している。 OJT研修等で教育が行われている。 職員会議にて周知を行っている。 整備されている。 作っている。 共有フォルダが用意されており、情報共有のシステムが整っているといえる。 共有ファイルを活用している 全職員が必要な情報を閲覧出来るようになっている。 ホームページ及びブログを作成し公開している。 ホームページを公開し、情報を都度更新している。 ホームページにて情報公開している 左記の通り、公開している。 ホームページにおいて周知を行っている。 資料は手に取りやすい場所に置かれている。 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、地域内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。 毎年、関係施設へのパンフレット配布を行っている。 そのような内容になっている。 イラスト等を交え、ルビを振るなどの取り組みを行っている。 図や写真を用いてわかりやすいものになっている 振り仮名を振るなどして工夫している。 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 対応している。 希望の都度個別に時間を設定し対応している。 説明している。 重要事項説明書等の書面を利用して説明を行い、利用契約を締結している。 契約時に説明を行っている 左記のとおり用意されており、契約時に説明を行っている。 契約時に重要事項説明書及び契約書の内容説明を行っている。 行なっている。 難解な言葉は出来る限り理解しやすい言葉に直すなどしている。 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。 書面を残している。 左記の通り、同意を得た上で書面に残している。 ケース記録にて保管している。 短期入所重要説明書、日中一時サービス等利用説明書により説明し同意を頂いている。 取り交わしている。 必ず契約書を取り交わしている。 左記の通り、契約書を取り交わしている。 入所前に契約内容の確認及び同意を頂いている。 その都度交わされている。 簡潔な文面やルビを振る等工夫している。 文書にルビを振る等、利用者にも分かりやすいよう工夫をしている。 振り仮名を振るなどして工夫している。 分かりやすくフリガナ等を付けている。 	
3	サービスの開始・継続	(1) サービス提供の開始が適切な行われている。	<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>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に残している。</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>	A チェック率 100% (72/72)	<ul style="list-style-type: none"> 説明している。 重要事項説明書等の書面を利用して説明を行い、利用契約を締結している。 契約時に説明を行っている 左記のとおり用意されており、契約時に説明を行っている。 契約時に重要事項説明書及び契約書の内容説明を行っている。 行なっている。 難解な言葉は出来る限り理解しやすい言葉に直すなどしている。 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。 書面を残している。 左記の通り、同意を得た上で書面に残している。 ケース記録にて保管している。 短期入所重要説明書、日中一時サービス等利用説明書により説明し同意を頂いている。 取り交わしている。 必ず契約書を取り交わしている。 左記の通り、契約書を取り交わしている。 入所前に契約内容の確認及び同意を頂いている。 その都度交わされている。 簡潔な文面やルビを振る等工夫している。 文書にルビを振る等、利用者にも分かりやすいよう工夫をしている。 振り仮名を振るなどして工夫している。 分かりやすくフリガナ等を付けている。 	
IV	福祉サービスの内容	1 利用者の尊重	(1) 利用者の尊重	<p>①コミュニケーション手段の確保</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認に心掛けている。</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器の用意を含む。)</p> <p>②利用者の主体的な活動を尊重している。</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こたえている。</p> <p>③利用者の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。</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。</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。</p>	A チェック率 100% (48/48)	<ul style="list-style-type: none"> 心がけている。 筆談やしぐさ等において確認するよう心掛けている。 利用時の様子の確認や保護者の方に確認している 契約時に保護者と確認あるいは本人の様子を伺った上で、意思伝達について検討している。 必要に応じて筆談が行われる等の配慮がなされている。 コミュニケーション手段の検討は利用前にも行われている。 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 筆談を実施するなど、支援体制は整っている。 支援はされているが、コミュニケーション機器を用いている事例はない。 行なっている。 できていること良い取り組みについては褒めるよう支援している。 利用者へ危険が及びそうな時等、緊急時以外は基本的に側面的な支援を行っている。 適切に行えている。 できる限り本人の利益に繋がるよう、要求に応えている。 利用者の要求には可能な範囲内で、かつ利用者本人の自立を妨げないよう応えている。 利用者様についての情報を職員間で共有した上で、支援の展開を行っている。 会議及びミーティングの場で確認している。 エンパワメントを重視し、支援にあたっている。 自主性を重んじ過干渉にならないように確認している 研修等で確認している。 職員会議において確認を行っている。 行なわれている。 本人や家族と対応について、対応する情報を共有している。 契約時の生活状況の聞き取りの際や、入所時に利用者の状況の確認を行っている。 生活状況確認書を用い、利用者の自立できていること、自立しているが支援が必要な事、支援が必要な事等、支援において気を付けなければならない事を事前に保護者と話しあっている。
		(2) 環境の整備	<p>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。</p> <p>1.部屋は清潔が保たれ、利用者が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>	A チェック率 100% (16/16)	<ul style="list-style-type: none"> なっている。 入退所時に清掃し、気持ち良く利用出来る様取り組んでいる。 利用の都度清掃を行い提供している 利用者の利用前後に必ず清掃され、清潔が保たれている。 客室清掃マニュアルを基に、職員1人1人が清掃業務を行っている。 利用の都度清掃を行い清潔で快適な空間の提供に努めている。 確保している。 玩具や本等の嗜好品については所有を認め、スペースも提供している。 私物の持ち込みが可能である。(ぬいぐるみや本等) 	
2	身辺面の支援	(1) 食事(サービス提供施設のみ回答)	<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楽しく食べられるように工夫されている。</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.適温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>②喫食環境に配慮している。</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>	A チェック率 100% (56/56)	<ul style="list-style-type: none"> 用意している。 アレルギーや特別食、好き嫌いにも対応している。 特別食やアレルギーに対応している。 特別食やアレルギー食の提供を行っている アレルギーや特別食に対応している。 随時、厨房職員との連携を図りながら業務に務めている。 刻み等の特別食やアレルギー、好き嫌い等事前に聞き取り対応している。 適温で提供されている。 暖かいものは提供直前に配膳する等を行っている。 左記の通り。 食堂には電子レンジも整備されている。 工夫をしている。 季節によって旬の食材や調理法にて提供している。 季節に応じた献立も用意されており、工夫がなされている。 検食制度があり、職員の意見を反映させることができる環境である。 複数用意されている。 食事に合った調味料の提供を行っており、可能な物であれば要望にも対応している。 希望があった際に提供している 献立に応じたものが用意されている。 厨房にて複数の調味料を用意している。 ある程度の希望のものが用意されている。 予め提供されている。 メニューを掲示物で確認できない場合は、厨房職員よりメニューを伺っている。 要望があった際には、必要に応じて対応している。 献立表やホワイトボードに記載している 館内掲示にて提供されている。 館内に献立表を掲示している。 当日厨房よりメニュー表を頂きお伝えしている。 そのように行っている。 様子を見ながら声かけを行っている。 ゆっくり食べるように促し、誤嚥等の無いよう、注意深く支援を行っている。 マンツーマン支援のため、利用者様のペースに合わせた介助が可能である。 個々のペースに合わせ支援が行われている。 改善を図っている。 給食委員会等で確認している。 職員会議及び係会議にて定期的な話し合いを行っている。 給食委員会が設置されており、必要に応じ改善を行う体制である。 	
		(2) 入浴	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>2.男女別々に入浴できるようになっている。</p>		<ul style="list-style-type: none"> 用意されている。 入浴に関するマニュアルがある。 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 対応マニュアル内に記載されている。 男女別にできるようになっている。 浴室が2カ所あるので、男女に分かれての利用も可能。保養の場合、家族毎での利用も可能。 左記の通り、男女別々に入浴できる。 東西浴室及びせきれい内の浴室で入浴が可能である。 	

		3.入浴介助の際、同性介助が守られている。		<ul style="list-style-type: none"> 同性介助は守られている。 同性の介助で対応している。 左記の通り、同性介助である。 同性介護の為守られている。
	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% (56/56)	<ul style="list-style-type: none"> 可能である。 シャワールームを提供し、清潔の確保が可能。 必要に応じて対応している。 せきれいの浴室を使用し、入浴することが可能である。 シャワー室の開放や、せきれいの浴室での対応が可能である。
	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。 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。		<ul style="list-style-type: none"> 持っている。 必要に応じて行っている。 随時会議を行っている。 その都度ではないが、問題が生じた場合一度支援で話し合っている。 調整できる。 障害状況に応じて対応している。 左記の通り、利用者特性や気候に応じて調整できる。 扇風機が整備されている。 夏は扇風機、冬は温風にて対応している。
	(3) 排泄	①排泄支援は、快適に行われている。 ②トイレは、清潔で快適である。	A チェック率 100% (56/56)	<ul style="list-style-type: none"> 用意されている。 排泄に関するマニュアルがある。 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 利用者個人について、排泄支援の方法等が整備されている。 失禁などの対応について、係会議を実施した。 対応マニュアル内に記載されている。 定期的に行われている。 トイレへの点検を定期的に行っている。 必要に応じて実施されている。 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、定期的に県側に要望を伝えている。又可能な限り随時改善している。 そのようになっている。 プライバシーに配慮と共に、障害特性の配慮を行っている。 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。 仕切りが設置されるなど、左記の通りの構造となっている。 中央トイレ、東西トイレそれぞれに個室が整備されている。 なされている。 換気及び防臭・消臭対策を行っている。 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。 消臭スプレー等で対策をしている 適宜行われている。 各トイレに防臭グッズが整備されている。 適切に行われている。 対応している。 汚れがあった際は、随時清掃を行っている。 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。 こまめな確認と、退所時に清掃を行っている 毎日ではないがお客様ご利用後に必ず掃除が行われ、汚れた場合はすぐに対応している。 利用が行われ退所日に掃除を行っている。その都度汚れ等がある場合実施。 適切である。 適切である。 ある。 ボイラーを利用した館内温風やストーブ・ブルーヒーターも用意している。 用意されている。 居室の冷暖房にて対応（エアコン）
	(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。 ②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。	A チェック率 100% (24/24)	<ul style="list-style-type: none"> 尊重している。 意思の尊重だけでなく、汚れた際も着替えを行っている。 左記の通りであり、意思を尊重している 居室にてプライバシーに配慮した着替えが可能である。 対応している。 意思を尊重し支援にあっている。 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。 利用者の意思を尊重し、支援が必要な場合に介入する。 用意されている。 洗濯機や乾燥機を使用可能。 基本としてご持参いただいたものにて着替え対応している 洗濯等行う場合もある。 整備されている。 こにちはシートや生活記録により確認できる。 受入れ時にこにちはシートにて対応している 入所受け入れ時に「こにちはカード」の作成に際して、利用者の健康面や支援上で留意するべき点等について確認を行っている。 生活状況確認票やこにちはシートの記入をさせていただいている 入所時に取り交わす「こにちはシート」等、書面にて健康上の留意点を確認している。 こにちはシート及び生活状況確認表に記載されている。 生活状況確認書にて確認できるようになっている。 行なわれている。 体調不良の際は家族へ連絡し、状態や対応内容の報告を行っている。 緊急的な退所も含めて連絡調整を行なっている 緊急連絡先への連絡を行っている 左記の通りであり、命にかかわる緊急時などは救急連絡の後、家族との連絡調整を行っている。 ケース記録に保管されている。 緊急連絡出来るよう連絡先を伺っている。 用意されている。 マニュアルにより整備されている。 誤と薬防止マニュアルが左記に該当する。 緊急時対応マニュアルが整備されている。 記載している。 緊急医療的対応のフロー図に記載されている。 支援係内にマニュアルの整備がされている。 年度毎に近隣の医療機関と医療協力に関わる契約締結を交わしている。 確保している。 黒川病院と医療協力契約を結んでいる。 近隣の医療機関と医療協力に係る契約を締結している。 概ね20分以内にアクセス可能な診療所が複数ある。 連携が図られている。 年度毎に黒川病院と医療協力契約を結んでいる。 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。 黒川病院との医療協力契約を結んでいる。 適切に情報を得ている。 事前に利用者の障害特性や注意事項を確認している。また、環境整備も事前に行っている。 契約時及び変更時に確認している 契約時と受入れ時に確認を行っている 契約時や、入所時に「薬受け渡し確認書」を取り交わすなどして、適切な情報を得ている。 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。 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の提供を受けている。 用意されている。 マニュアルやフローチャートが整備されている。 受入れ毎に薬の確認書を作成している。 マニュアルが用意されているわけではないが、保護者等と管理方法について確認を取っている。 支援係内にマニュアルの整備がされている。 マニュアルに代わるものとして上記のような受け入れを行っている。 用意されている。 マニュアルやフローチャートが用意され、与薬する際にも薬の確認を行っている。 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 誤薬防止マニュアルが策定されている。 誤薬防止マニュアルがある 「誤と薬等防止マニュアル」が左記に該当する。 支援係内にマニュアルの整備がされている。 誤認対応マニュアルが整備されている。 記録されている。 薬受け渡し確認書により記録されている。 服薬管理シートに記載されている 薬受け渡し確認票、生活記録に記載している 「薬受け渡し確認票」が左記に該当する。 1人1人のケース記録に保管されている。
	(5) 健康管理	①健康管理は適切である。 ②必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。 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。 ⑤緊急時の医療機関への連携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。 ⑥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。 ⑦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% (80/80)	<ul style="list-style-type: none"> 整備されている。 こにちはシートや生活記録により確認できる。 受入れ時にこにちはシートにて対応している 入所受け入れ時に「こにちはカード」の作成に際して、利用者の健康面や支援上で留意するべき点等について確認を行っている。 生活状況確認票やこにちはシートの記入をさせていただいている 入所時に取り交わす「こにちはシート」等、書面にて健康上の留意点を確認している。 こにちはシート及び生活状況確認表に記載されている。 生活状況確認書にて確認できるようになっている。 行なわれている。 体調不良の際は家族へ連絡し、状態や対応内容の報告を行っている。 緊急的な退所も含めて連絡調整を行なっている 緊急連絡先への連絡を行っている 左記の通りであり、命にかかわる緊急時などは救急連絡の後、家族との連絡調整を行っている。 ケース記録に保管されている。 緊急連絡出来るよう連絡先を伺っている。 用意されている。 マニュアルにより整備されている。 誤と薬防止マニュアルが左記に該当する。 緊急時対応マニュアルが整備されている。 記載している。 緊急医療的対応のフロー図に記載されている。 支援係内にマニュアルの整備がされている。 年度毎に近隣の医療機関と医療協力に関わる契約締結を交わしている。 確保している。 黒川病院と医療協力契約を結んでいる。 近隣の医療機関と医療協力に係る契約を締結している。 概ね20分以内にアクセス可能な診療所が複数ある。 連携が図られている。 年度毎に黒川病院と医療協力契約を結んでいる。 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。 黒川病院との医療協力契約を結んでいる。 適切に情報を得ている。 事前に利用者の障害特性や注意事項を確認している。また、環境整備も事前に行っている。 契約時及び変更時に確認している 契約時と受入れ時に確認を行っている 契約時や、入所時に「薬受け渡し確認書」を取り交わすなどして、適切な情報を得ている。 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。 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の提供を受けている。 用意されている。 マニュアルやフローチャートが整備されている。 受入れ毎に薬の確認書を作成している。 マニュアルが用意されているわけではないが、保護者等と管理方法について確認を取っている。 支援係内にマニュアルの整備がされている。 マニュアルに代わるものとして上記のような受け入れを行っている。 用意されている。 マニュアルやフローチャートが用意され、与薬する際にも薬の確認を行っている。 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 誤薬防止マニュアルが策定されている。 誤薬防止マニュアルがある 「誤と薬等防止マニュアル」が左記に該当する。 支援係内にマニュアルの整備がされている。 誤認対応マニュアルが整備されている。 記録されている。 薬受け渡し確認書により記録されている。 服薬管理シートに記載されている 薬受け渡し確認票、生活記録に記載している 「薬受け渡し確認票」が左記に該当する。 1人1人のケース記録に保管されている。
	(6) 余暇	①余暇は、利用者の希望に沿って支援している。	A チェック率 100% (8/8)	<ul style="list-style-type: none"> 強制していない。 利用者様の嗜好を取り入れる等、楽しんで過ごしてもらおう配慮している。 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。 利用者の特性や好みに合った余暇活動の提供を行っている。 利用者の希望をうかがいながら支援を行っている 利用者の自由に過ごして頂き、利用者ごとに何か必要なもの等があれば貸し出している。 各職員が利用者様のこだわり、特性の理解に務めた上で業務に務めている。

<外部評価委員コメント及び是正・改善計画について>

【外部評価委員コメント】

1. 評価方法について

自己評価においてA評価がそろっている反面、課題の抽出ができていないため、改善に繋がらないのではないか。（保養についても同様のご意見を頂いています。）

2. 送迎サービスについて

施設の立地や特性上、送迎サービスは必須であると感じる。

【是正・改善計画】

1. 評価方法について

課題の抽出が可能となるような評価方法について検討し、次年度のサービス評価に反映させたいと考えております。

2. 送迎サービスについて

給付費の加算が取れなくなったため、今年度から送迎サービスを行わなくなりました。利用者様からのニーズはありますが、理由についてご理解をいただけるよう、丁寧に説明を行ってまいります。