

令和4年度 施設サービス評価（自己評価） ～保養施設～

		評価項目							
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理念が明文化されている。	<p>6割以上 → a 6割未満 → b 0 → c</p> <p>6割以上 → A 2割以上6割未満 → B 2割未満 → C</p> <p>※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</p> <p>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。</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た法人の使命や目指す方向や考え方を読み取ることができる。</p>	<p>課題及びコメント並びに意見に対する改善案等</p> <ul style="list-style-type: none"> 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、HPに記載されている。 事業計画書、広報紙、パンフレットなどに記載されている。 法人の事業計画やHP等に記載がある。 パンフレットに記載されている。 事業計画、HPに記載されている。 法人の事業計画、HPに記載されている。 <p>・読み取る事ができる内容となっている。</p> <p>・経営理念から読み取ることができる。</p> <p>・経営理念から読み取れる。</p> <p>・理念より読み取ることが出来る。</p> <p>・理念から、読み取ることができる。</p>				
			②理念に基づく基本方針が明文化されている。	<p>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。</p> <p>2.基本方針は法人の理念との整合性が確保されている。</p> <p>3.基本方針は、職員の行動規範となるような具体的な内容となっている。</p>		<p>A チェック率 100% (40/40)</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設の事業計画及びHP等へ基本方針が記載されている。 施設の事業計画及びHP等へ基本方針が記載されている。 事業計画、HPに記載されている。 事業計画書、広報紙、パンフレットなどに記載されている 施設の事業計画・HPに記載がある。 事業計画に記載されている。 事業計画、HPに記載されている。 施設の事業計画等、HPに基本方針が記載されている。 <p>・地域福祉の推進に関し、「誰もが住みやすい地域づくり」等、共通の項目があり、整合性は確保されている。</p> <p>・基本方針、法人理念ともに「誰もが住みやすい地域」作りを目指す内容である。</p> <p>・両者とも誰もが暮らしやすい地域づくりの実現に向けての内容となっている。</p> <p>・「地域福祉の推進」という面において特に整合性が取れている。</p> <p>・整合性が確保されている。</p> <p>・具体的かつ分かりやすい内容になっている。</p> <p>・基本方針をもとに職務に従事している。</p> <p>・行動規範となるような内容である。</p> <p>・行動規範としてふさわしい内容となっている。</p> <p>・具体的な内容となっている。</p>			
			(2) 理念や基本方針が職員に周知されている。	①理念や基本方針が職員に周知されている。			<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。</p> <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>	<ul style="list-style-type: none"> 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。 新任、転任職員の研修の際に説明をされている。 職員会議において周知している。 年度初めの会議や新任・異動の研修時に説明を行っている。 特に入職時・赴任時に詳細な説明がある。 職員会議において確認を行っている。 年度初めの支援会議、全体会議で説明されている。 <p>・基本方針をもとに事業計画を作成し、会議の場において確認の上実行している。</p> <p>・職員会議の中で実行している。</p> <p>・職員会議において実行している。</p> <p>・会議にて実行している。</p> <p>・会議等の場においては、必要に応じて理念や基本方針に触れながら話し合いを進めている。</p> <p>・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、広範的に実施していると捉えられる。</p> <p>・主に職員会議の中で読み合わせを行い、周知を図っている。</p> <p>・職員会議において周知し、取組んでいる。</p> <p>・会議にて実施されている。</p>	
				②理念や基本方針が利用者等に周知されている。			<p>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。</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> <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>		<p>A チェック率 92% (44/48)</p> <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。 事業計画に目標数値を設定している。 HPに事業運営を掲載している。 重点項目で明確にされていると思われる。 HPに記載があり、明確になっている。 施設のHPに目標を明確にしている。 <p>・施設の課題や問題点について分析を行い、必要なものに対しては対策を検討、実施している。</p> <p>・経営上、施設の問題を積極的に利用者へ向け発信することはないが、各項目について分析を行い、必要なものに対しては対策を検討、実施している。</p> <p>・サービス評価の実施にて分析をしている。</p> <p>・毎年福祉サービス評価を実施している。</p> <p>・職員間で課題や問題点を話し合っている。</p> <p>・現状分析が行われ、課題、問題点が明らかにされている。</p> <p>・その都度課題、問題等が出た場合検討している。</p> <p>・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関して必要な対応を行っている。</p> <p>・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関して必要な対応を行っている。</p> <p>・館内に掲示する等にて周知に繋がっている。</p> <p>・全体会議において事業計画の見直し・確認を行っている</p> <p>・職員会議にて事業計画の確認を行っている。</p>
				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。		
	②中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>3.事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 第二期地域福祉推進計画を反映した内容となっている。 事業計画内、重点項目で明確にされていると思われる。 具体的に示されている。 数値目標を設定している。 事業計画において数値目標が定められており、定期的に報告をして実施状況の確認をおこなっている。 数値目標の設定がされている。 数値目標が各事業ごとに設定されている。 事業計画に数値目標が設定されている。 数値目標が設定されている。 <p>・行動計画の意味合いが強いが、やるべきことが明確になっているので良いと思う。</p> <p>・事業計画において具体的な内容が記載されている。</p> <p>・事業計画には実施内容を詳細に記載している。</p> <p>・詳細な施設運営等の内容等、記載がある。</p> <p>・数値目標等も定められている。</p>						
	(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。			<p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。 四半期毎に実施状況の把握、評価を行っている。 四半期報告において、事業の実施状況の確認や報告を行っている。 四半期報告という形で成されている。 四半期ごとに報告を行っている。 四半期前に事業評価の手順に基づいて評価をおこなっている。 			
		②計画の策定が組織的に行われている。							

			2.評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。	A チェック率 95% (53/56)	<ul style="list-style-type: none"> 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。 評価を受けて、検討、見直しを行っている。 年度ごとに見直しを実施している。 結果に応じて見直しが行われている。
		3.一連の過程が一部の職員だけで行われていない。			<ul style="list-style-type: none"> 中心となる担当者はいるが、各係と連携を図りながら策定している。 職場全体で討議し、策定されている。 担当者はいるが、連携して策定している。
	②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。			<ul style="list-style-type: none"> 全体会議の中で説明している。 職員会議で説明している。 職員会議において説明を行っている。 会議の場で全体周知を行っている。 特に年度初めの会議にて説明がある。 職員会議において説明されている。
		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。			<ul style="list-style-type: none"> 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。 パンフレット、広報誌を通じて、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。			<ul style="list-style-type: none"> 文字を大きくする、ルビを振るなど、改善の余地がある。 ふりがな等で読みやすいように工夫している。 ポスターにルビをふるなど工夫がされている。 掲示物・頒布物については基本的に振り仮名を振るなどして配慮されている。
		4.各計画の周知状況を確し、継続的な取組を行っている。		<ul style="list-style-type: none"> 事業の目標達成率や客室の空き状況を鑑み、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。 四半期報告等で確認されている。 行われている。 	
3 管理者の責任とリーダーシップ	(1) 管理者の責任が明確にされている。	①管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	1.管理者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表明している。	A チェック率 95% (53/56)	<ul style="list-style-type: none"> 宮城県七森希望の家管理規則内に記載されている。 職員会議等で周知している。 管理規則に役割についての記載がある。 各年度ごとに役割については確認されている。 職員会議において説明されている。
		2.管理者は、自らの役割と責任について、組織の広報誌等に掲載して表明している。			<ul style="list-style-type: none"> 広報誌「風つうしん」に掲載される。年度初め、年度末の挨拶の中で触れている。 広報誌に役割について記載されている。 広報誌に掲載されている。
		3.管理者は、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。			<ul style="list-style-type: none"> 検証していると認められる。 妥当性について検証している。
		4.管理者は、自らの行動が職員や利用者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。			<ul style="list-style-type: none"> 管理者は職員、利用者、家族等とコミュニケーションを図り、信頼を得ているかどうか把握しようとしている。 ヒアリングを実施している。 ヒアリングにおいて行われている。
		②遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	1.管理者は、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。		<ul style="list-style-type: none"> 法人の施設長会議及び経営会議に参加されている。 研修に参加されている。 運営各研修に参加している。 経営会議等に参加している。 参加されている。
			2.管理者は、汚水や治療機材・器具の処理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。	<ul style="list-style-type: none"> 施設運営上必要とされるプロセスを踏んでいる。また、必要な事業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。 必要な事業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。 法人としてのマニュアルがある。 	
			3.管理者は、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。	<ul style="list-style-type: none"> 法令、制度について、担当部署以外の事業に関しても全体会議の中で取り上げ、併せて資料の同覧をする等、対応を行っている。 職員会議等で周知している。 職員会議や引継ぎの際に周知されている。 月例会議にて倫理綱領の読み合わせを行っている。 職員会議にて周知されている。 	
	(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	①質の向上に意欲を持ち、その取り組みに指導力を発揮している。	1.管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。	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開催している。 お客様アンケートを実施している。 施設サービス評価として、毎年6月に自己評価を実施、12月には外部評価委員会を開催している。 四半期報告およびなんでも相談という形で行われている。 サービス評価が実施されている。
			2.管理者は、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。		<ul style="list-style-type: none"> お客様アンケートや四半期の評価等に応じ、不足部分等に関し、現場レベルでの検討を促した上で対応を図っている。 意見を聞く機会をいつでも設けている。 面談、人事考課にて意見の確認を行っている。
			3.管理者は、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。		<ul style="list-style-type: none"> 早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確認、検討したうえで、実施している。 会議等で明示されている。 ニーズを把握し、優先度の高いものは相談、検討している。
			4.管理者は、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画している。		<ul style="list-style-type: none"> 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、管理者が直接活動に参加する機会は少ないが、スーパーバイザーとしての役割を果たしている。 組織内で係分担等を行い、自らもそれを行っている。 QCサークル活動にて実施している。
		②経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	1.管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けて、人事、労務、財務等の面から分析を行っている。		<ul style="list-style-type: none"> 各係の責任者を交えている。 各係の責任者を通して行われている。
			2.管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員が働きやすい環境整備等、具体的に取組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> 特に、風通しの良い職場づくりに向けて、日常的に発信を行なっている。 取り組んでいる。 予定に合わせた人員配置を行っている。 実施している。意見を伝えやすいように個別で相談に応じるなど配慮されている。 職員の意見を取り入れつつ行われている。 	
			3.管理者は、上記について、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> 引継ぎ及び会議の場において発信を行っている。 行っており、周知もされている。 職員会議にて話し合いが行われている。 	
			4.管理者は、経営や業務の効率化や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画している。	<ul style="list-style-type: none"> 所内委員会を組織し、課題の解決にあたっている。 組織内で係分担等を行い、自らもそれを行っている。 管理者は各委員会を組織し、参加もしている。 	
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が的確に把握されている。		<ul style="list-style-type: none"> 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発行の情報誌、福祉新聞等を回覧することで情報収集を行っている。 朝の引継ぎ、職員会議等にて情報収集に努めている。 黒川郡自立支援協議会に参加している。 各広報誌や新聞等で実施している。 黒川郡の自立支援協議会に参加し、情報収集を行っている。
			2.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"> 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。 他事業所と連携を図り、利用者様の情報共有に努めている。 地域内の自立支援協議会など、把握のための手段は持っている。 自立支援協議会との連携を図っている。
			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。		<ul style="list-style-type: none"> 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。 相談支援事業所等から情報収集している。 他事業所と連携を図っている。 特に採集の際のお客様の情報提供により、データ反映がされている。 お客様アンケートにて収集している。
			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。		<ul style="list-style-type: none"> 反映される場合もある。 反映されることもある。 内容によって反映される場合もある。
		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。		<ul style="list-style-type: none"> 分析したうえで可能なコストカットを実施している。 年度ごとに実施している。 四半期報告にて実施されている。
			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。	<ul style="list-style-type: none"> 反映される場合もある。 反映がされている。 反映されることもある。 	
			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。	<ul style="list-style-type: none"> 全体会議の中で定期的に報告がある。 職員会議において周知している。 運営周知はなされている。 職員会議にて周知されている。 職員会議等で周知されている。 	

	<p>⑤外部監査が実施されている。</p> <p>④経営方針を確立している。</p> <p>⑥計画的に予算を執行している。</p>	<p>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。</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たてている。</p> <p>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。</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.費用削減の際には、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。</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>	<ul style="list-style-type: none"> 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。 監査を年に1度は実施し、改善策を立てている。 監査を受け、改善策を講じている。 受託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紙ベースで配布、説明している。 職員会議において文書を配布した上で内容の周知を行っている。 年度ごとに確立し、職員間で共有されている。 共有している。 事業計画細目がこれにあたる。 事業計画に定められている。 事業計画細目が作成されている。 事業計画細目という形でたてられている。 事業計画細目の作成がされている。 月次報告にて毎月法人へ提出している。 実施している。 出納簿に記入している。 総務係が担当している。 現金預かり簿等に当日中に記載がある。 総務職員が担当している。 総務中心に実施している。 設備・備品共に記録している。 ポイラー日誌など記録管理するものがある。 特に衛生用品は記録している。 ポイラー日誌、遊具点検の記録を残している。 優先順位をつけた上で実施している。 総務係が担当している。 行っている。 優先順位をつけ、実施している。 削減を実施している。 総務係が担当している。 削減している。 必要に応じて実施されている。 そのような削減は行っていない。 サービス提供に必要なものについての経費削減は行っていない。 行っていない。 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。 お客様アンケートを元に実施している。 お客様アンケートの意見を基に、可能な範囲での対応を行っている。 お客様アンケートにて把握、実行に移している。 お客様アンケートにて意見を収集し、検討、実施している。 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。 職員の意見をもちに検討している。 職員の意見も参考にされることがある。 参考にしている。 総務にてお願いしている。 している。 総務係において管理している。 そのような運営となっている。 総務にてお願いしている。 	
2 人材の確保・ 養成	<p>(1) 人事管理の体制が整備されている。</p> <p>(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>	<p>①人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。</p> <p>②職員の役割分担は、明確にされている。</p> <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>④福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。</p>	<p>1.人事考課の目的や効果を正しく理解している。</p> <p>2.考課基準を職員に明確に示すことや、結果の職員へのフィードバック等の具体的な方策によって、客観性や透明性の確保が図られている。</p> <p>1.労働協約・就業規則を文書で整備し、施設管理者・経営者と職員が共有している。</p> <p>2.時間外労働・休日労働には、適切に賃金が支払われている。</p> <p>1.職員それぞれの業務範囲は、文書で示されている。</p> <p>2.職員一人ひとりが自分の業務範囲を把握し、実行している。</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>1.職員の健康管理に配慮し、そのための措置を講じている。</p> <p>2.職員の希望の聴取等をもとに、福利厚生センターへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。</p>	<p>A チェック率 100% (16/16)</p> <p>A チェック率 100% (96/96)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 目的や効果は理解している。今年度より人事考課の方法が一部変更になったが、その理由がよく分からない。 人事考課についての資料の配布や説明がされている。 資料を配布し、理解している。 正しく理解している。 効果基準は書面で明確に示されており、結果は評価者からフィードバックされる。 面談の際にフィードバックが行われている。 それについての資料が全職員に配布され、周知がされている。 個別の面談が実施されている。 全体で閲覧が可能ないように整備している。 就業規則が規程されている。 誰でも閲覧できる場所に整備されている。 施設内に配置され、共有されている。 文書で示されており、閲覧可能である。 適切に支払われており、上司からも自己判断での未申請等が無いように積極的に声がけがある。 適切に支払われている。 時間外労働を申請した分について支払われる。 支払われている。 事業計画、分掌事務に記載されている。 分掌事務に記載されている。 文書に示されている。 分掌事務の表に記載がある。 示されている。 事務分掌に示されている。 実行している。 実施しており問題はない。 各々の業務範囲が決められている。 年度初めなどに確認され、実行している。 把握、実行している。 定期的にチェックしている。 所長及び係長にて定期的にチェックを実施されている。 所長、係長職の者が管理している。 管理者が適宜チェックしている。 定期的にチェックをしている。 事務局の担当部署が行っている。 管理者が適宜チェックしている。 設置されている。 あるとは思いますが、具体的にどうなっているかは分からない。 係内で検討し、改善を図る。 仕組みが整備されている。 あるとは思いますが、具体的にどうなっているかは分からない。 実行されている。 勤務調整などの配慮がなされている。 定期的に面談がある他、相談しやすい雰囲気がある。 定期的にヒアリングが行われる。 不定期だが個別面談を実施している。 不定期ではあるが、個別面談の機会はある。 所長と面談する場が設けられている。 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。 産業医への相談体制が確立されている。 各種休暇が充実しており、健康管理に配慮されている。 健康診断があり結果により相談することも出来る。 配慮されている。 月に一回、産業医の巡回がある。 産業医への相談や健康診断などで配慮されている。 各種健康診断等を受診できている。 採用初日から有給休暇が付与される等、福利厚生は手厚い。 互助会の福利厚生事業がある。 互助会等の福利厚生が設けられている。 組合への加入等を実施している。 互助会制度が設けられている。

	<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>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、具体的な取り組みが行われている。</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. 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>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>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>• 第二期地域福祉推進計画において明示されている。 • 第二期地域福祉推進計画に記載されている。 • 地域福祉推進計画の中に示されている。</p> <p>• 第二期地域福祉推進計画において明示されている。 • 地域福祉推進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。</p> <p>• 毎年行われている。 • 職員の希望に合わせた研修が行われている。 • 階層別研修の仕組みが定められている。 • 各研修が多く実施されている。 • 研修計画を定め、毎年研修を行っている。</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。 • シフト等工夫して頂いている。 • 可能な限り配慮していただける。 • 配慮がなされている。</p> <p>• 6か月の試用期間があり、採用時研修は十分に行われている。 • 新任職員研修が実施されている。 • 6か月間の試用期間が定められ、研修も充実している。 • 新任職員の研修が実施されている。</p> <p>• 個別の研修計画を策定して対応している。 • 年間の研修計画を策定している。 • 新任職員に対しOJT教育が実施されている。 • 研修計画を年度ごとに策定する。 • 研修計画を立て、実施している。</p> <p>• 面談及び身上調査にて把握している。 • 管理者によって把握されていると思う。 • 専門資格の必要性の把握を行っている。</p> <p>• 計画に基づき実施されている。 • 研修計画に従って実施されている。 • 全ての要望に応えられるわけではないものの、実施される。 • 研修計画に基づき、実施されている。</p> <p>• 外部研修への参加、同一法人内で講師を招く等している。 • 同一法人内で講師を招き研修会を実施している。 • 外部講師による研修が開かれている。 • 必要に応じてケース会議や外部研修などを実施している。 • 講師を招くなどして、研修会を実施している。</p> <p>• サービス管理責任者研修、レクリエーションインストラクター講習等の受講を積極的に進めている。 • 希望に沿って積極的に資格取得を進められている。 • 積極的に進めているとは言えない状況である。 • 進められている。 • 積極的に進めている。</p> <p>• 福祉QCサークル活動がこれにあたる。 • 福祉QCサークル活動を実施している。 • QC発表会に参加し情報提供、収集を行っている。 • QCサークル発表会において、他所属の業務改善活動について知る機会がある。 • 福祉QC活動などを通して、サービス向上を図っている。 • 福祉QCサークル活動がこれにあたる。 • 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。</p> <p>• 復命書という形で必ず提出している。 • 復命書、所感を作成している。 • 研修を受講した際は、復命書を作成している。 • 復命書の提出を行っている。 • 復命書という形で作成している。 • 復命書を作成し、提出している。 • 報告書として復命書を作成している。</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。 • 全てではないが全体会議の中で伝達研修を実施することもある。 • 伝達研修を行う場合もある。 • 場合によっては設けられる。 • 会議にて伝達研修を行う場合もある。 • 職員会議で研修内容を話す場合もある。 • 上席者がこれを行い、人事記録に反映させている。 • 研修成果に関する評価・分析までには至っていない。 • 行われることもある。 • 評価、分析を行っている。</p> <p>• 反映している。 • 結果に基づいて反映されている。</p> <p>• 行なっている。 • 適宜行っている。 • 法人研修推進委員会で見直しが行われている。</p>
<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>• リーダーシップを発揮し、業務引継ぎや全体会議において発信している。 • 職員会議や引継ぎの際に指示がある。 • 各種委員会やマニュアルの策定に携わるなどしている。 • 発揮している。 • 常に声がけし周知している。</p> <p>• リスクマネジメント担当、サービス向上ワーキング委員を配置している。 • 防災センターに取り組んでいる。 • リスクマネジメント委員会が設定されている。 • 災害に関しては、防災委員会という形で設置されている。 • リスクマネジメント担当者を設置している。</p> <p>• リスクマネジメント委員会を事故発生時に開催している。 • 必要に応じて係会議を実施している。 • 毎月職員会議においてリスクマネジメントに関する報告内容について職員間で確認を行っている。 • 防災委員会が適宜開かれている。 • 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。</p> <p>• 契約書に記されている。 • 主に短期入所の重要事項説明書などに定めがある。 • なんでも相談の窓口が整備されている。</p> <p>• 訓練は実施されている。 • 年度計画により防災訓練など実施している。 • 避難訓練を実施している。 • 防災訓練等、定期的実施している。 • 年に数回防災訓練を実施している。 • 防災訓練を実施している。</p> <p>• 救急法の研修は十分ではないと感じる。 • 定期的実施している。 • 適宜実施している。 • 救命救命、てんかん発作等の研修を行う場合がある。</p> <p>• 連絡・協力体制はあるが、情報交換は行われていない。 • 危機管理計画に策定されている。 • 近隣の各機関・団体へ毎年度協力体制を構築している。 • 黒川病院に協力を依頼している。</p> <p>• 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。 • 必要時、更新されている。 • 年度ごとに更新されており、職員に周知される。 • 毎年4月採用、異動が生じた際に行われている。</p>

A
チェック率
99%
(127/128)

	<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有効性について、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>A チェック率 99% (143/144)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 整備されている。 リスクマネジメント委員会で実施している。 ヒヤリハット報告書の提出を行っている。 ヒヤリハット報告書として整備されている。 ヒヤリハット、事故報告書の提出を行っている。 分析し、未然防止策を検討している。 その都度検討している。 ヒヤリハット報告書に基づき、要因解析等を行い、未然防止策を検討している。 ヒヤリハット報告書に記載がある。 リスク管理委員会を開催し、再発防止に努めている。 リスク管理委員会を開催している。 その都度係会議で話し合う。 ヒヤリハットや事故が発生した場合はマニュアルの見直し等を行い、改善に繋げている。 その都度実施されている。 リスク管理委員会を開催し、再発防止に努めている。 整備されている。 各種マニュアルが制定されている。 様々なリスクに応じたマニュアルがある。 マニュアルが整備されている。 研修が行われている。 職員間での引き継ぎはあるが十分ではない。 事故防止研修が行われている。 定期的に防災訓練を実施している。 各種研修等で実施されている。 防災訓練を実施している。 四半期毎に確認が行われている。 定期的に見直されている。 リスク管理委員会を開いている。 事項報告書にて行われている。 報告書にて記録・保存されている。 必要時適正に処理し、定められた期間は保管されている。 確実にしている。 事故報告書での記録、保存を行っている。
<p>4. 地域との交流と連携</p>	<p>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p>	<p>①地域との関わり</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>②事業所が有する機能を地域に還元している。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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紙等を配布している。</p> <p>4.規程を設けた上で、地域へ施設を開放している。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>3.ボランティアに対して必要な研修を行っている。</p> <p>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)</p>	<p>A チェック率 98% (102/104)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 業者に委託されている。 整備されている。 職務係にて管理している。 遊具やその他環境の点検様式はある。 ポイラ一室や遊具点検の整備がされている。 毎月の防災設備点検の他、保護者泊客の入所前に園庭、大型遊具等の点検をマニュアルに沿って実施している。 毎月自主点検表に従い、館内の点検を行っている。 保護者泊客時に遊具や園庭の点検を行っている。 お客様の来所に合わせて実施している。 保護者泊客時に遊具の点検を行っている。 職務係長が固定資産管理担当者に任命されている。 館内に各所の責任者が掲示されている。 担当者がある。 館内に責任者名の掲示がされている。 事業計画に記載されている。 事業計画や基本理念に記載されている。 事業計画に記載がある。 地域福祉推進計画の中に示されている。 事業計画に記載されている。 館内に掲示されている。 館内に掲示している。 館内に地域の情報に関する掲示物がある。 年度ごとに様々な社会資源の見学に行き、更新している。 館内掲示にて提供している。 年に3回広報紙を発行し、地域に配布している。ホームページでの情報発信も行っている。 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。 広報紙でボランティアの活動の紹介をすともにも募集もしている。 年3回広報紙を発行し、当施設の取組みについて発信している。 広報紙を定期的に発行している。 「風つうしん」の発行を行っている。 現在はコロナ禍のため行っていない。 周辺地域へ直接広報活動を行っている。 コロナ禍ということもあり、呼びかけの対象が制限されている状況である。 行事の際には必ず広報活動を行っている。 行事の際には呼び掛けている。 ふれあい福祉まつりなどの参加を呼び掛けている。 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とり開催している。 レクリエーション講習会やCH体験等を行っている。 保護者向けの勉強会「まなんじゃお」への参加を近隣の方に呼びかけることがある。 適宜実施している。 キャップハンディ体験の実施を行っている。 現在はコロナ禍のため行っていない。 ボランティアの呼びかけ等様々な活動を行っている。 学生や養護学校を対象にキャップハンディ体験を行っている。 友達ななつちりがそれに該当すると考えられる。 ふれあい福祉まつりやキャップハンディ体験の実施を行っている。 年に3回広報紙を発行し、地域に配布している。ホームページでの情報発信も行っている。 各地域に広報紙を発送し、情報提供を行っている。 年3回「風つうしん」を発行している。 パンフレットの設置依頼や広報紙の作成を行っている。 広報紙を定期的に発行している。 「風つうしん」の発行を行っている。 おもちゃ図書館がこれに当たるが、現在はコロナ禍のため行っていない。 随時開放している。 宿泊での利用はもちろんのこと、日帰りの利用も可能である。 開放している。 事業計画へ記載している。 事業計画に記載がある。 誓約書の形で明文化されている。 事業計画に記載がある。 福祉教育係内で整備している。 整備されている。 福祉教育係で担当している。 誓約書の形で明文化されている。 福祉教育係で整備を行っている。 ボランティア開始前に必ず必要事項及び利用者様との関わり方を説明する場を設けている。 福祉教育係で担当している。 ボランティア開始前に必ず説明を行っている。 年に1度、講習会を行っている。 ボランティア講習会を実施している。 行事で参加した際初めに必要な研修を行っている。 ボランティア講習会を実施している。 イベント開催時にボランティア講習会を実施している。 例年友達ななつちりの開催に合わせ、ボランティア講習会を実施している。 年に1度、講習会を行っている。 ボランティア講習会を実施している。 年1回ボランティア講習会を実施されている。

			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"> 担当者を設け、明示している。 事業計画に記載されている。 福祉教育係が主となっている。 担当者を設けている。 福祉教育係が担当している。 福祉教育係として行っている。 		
	(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。	A チェック率 96% (46/48)	<ul style="list-style-type: none"> 作成していない。 協力して頂けるボランティアの情報は保管リスト化している。 作成している。 簡単に近隣の案内を掲示している。 		
		②関係機関等との連携が適切に行われている。	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"> 毎年4月に視察を行っている。 情報を保管し職員間で共有している。 ケース会議やモニタリングにおいて情報共有を行っている。 適宜共有が図られている。 毎年視察を行っている。 年度初め下見をしている。 		
	(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。	A チェック率 100% (8/8)	<ul style="list-style-type: none"> 黒川郡の自立支援協議会へ参加している。 不定期ではあるがケース会議等を実施している。 地域内の自立支援協議会などがそれに該当する。 富谷市、黒川地域自立支援協議会に参加している。 		
		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。	2. 連携のための担当者を設け、責任を明確にしている。		<ul style="list-style-type: none"> していない。 係長を中心に実施している。 明確にしている。 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、その他関係機関との連携を図っている。 様々な相談支援事業所など、関係機関と連携を取っている。 自立支援協議会と連携を図っている。 		
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"> 「地域共生社会実現のための地域づくり」の実施について明示している。 基本方針に誰もが住みやすい地域づくりを目指すとの記載がある。 倫理綱領に同様の記載がある。 倫理綱領に記載されている。 倫理綱領を定期的に確認し、実際の支援に反映されている。 倫理綱領に基づく具体的な行動計画に記載がある。 各自で行っている。 利用者主体のサービス提供に努めている。 研修参加を推進している。 係会議等の場で具体的な行動計画の読み合わせを実施している。 権利擁護の研修が行われている。 虐待防止研修を実施している。 倫理綱領に基づく具体的な行動計画の読み合わせを毎月の会議で行っているほか、所内の虐待防止研修でも周知されている。 所内研修で実施している。 虐待防止研修などが実施されている。 会議等の場で周知されている。 虐待防止研修が行われている。 虐待防止研修の実施や、ポスターの掲示がされている。 虐待防止研修の中で周知されている。 会議等で周知される。 虐待防止研修の中で周知を行っている。 全員参加の研修にて周知されている。 具体的な行動計画に明記されている。 経営方針に記載されている。 事業計画に記載がある。 事業計画に記載されている。 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設置等、必要な対応をしている。 倫理綱領に基づく具体的な行動計画に記載がある。また、セルフチェックシートで振り返る機会を設けている。 規定・マニュアル等の整備も進んでいる。 お客様アンケートを参考にしながら、仕切りを設置するなど工夫を行っている。 		
			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。				
			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				
			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。				
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。							
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等に周知している。						
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. 虐待はどんな理由があっても許されないが、万一、虐待が行われた際の処方が規程されている。							
(2) 利用者満足度の向上に努めている。	①利用者満足度の向上を意図した仕組みを整備している。	1. 利用者満足度の向上を目指す姿勢を明示した文書がある。	A チェック率 100% (24/24)	<ul style="list-style-type: none"> 事業計画の重点項目として示されている。 事業計画に記載されている。 事業計画内に記載がある。 事業計画に記載されている。 利用者アンケートを実施している。 利用居室にアンケートの設置を行っている。 ご利用の都度、アンケートで実施している。 利用者の声（アンケート）担当者が集計時に対処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。 お客様アンケートの意見を基に可能な限り改善活動を行っている。 ご意見に対しての検討や改善を可能な範囲で行っている。 必要に応じて行っている。 お客様アンケートを基に改善を行っている。 			
		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。					
(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。	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。		<ul style="list-style-type: none"> 教育されている。 適宜なされている。 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、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。		<ul style="list-style-type: none"> 相談先が掲示されている。 ポスターを掲示している。 なんでも相談窓口について契約書や館内ポスターにて周知しているほか、相談室に左記の内容について記載があるポスターを掲示している。 文書化され、館内に掲示されている。 			

			<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>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>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"> 館内に掲示されている。 常に掲示している。 ポスターを掲示している。 館内掲示を行っている。 館内にポスターが掲示されている。 相談室がある。 相談室が設けられている。 空きスペースや相談室の使用を行っている。 相談室として整備されている。 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。 なんでも相談室が整備されている。 なんでも相談室として苦情解決の体制を整備している。 整備されている。 なんでも相談の体制が整えられている。 している。 館内に掲示されている。 文書化され、館内に掲示されている。 館内掲示を行っている。 館内掲示している。 対応できるものはその都度改善している。 行っており、周知もされている。 フィードバックしている。 氏名の開示/非開示を確認の上、公表している。 匿名で結果を報告する。 法人HPに掲載されている。 行っている。 公表している。 整備している。 マニュアルが整備されている。 規定されている。 報告している。 行っている。 速やかに報告を行っている。 定期的に見直ししている。 定期的に行っている。 必要時見直しを行っている。 定期的に見直しを行っている。 反映している。 定期的に行っている。 意見を頂いた際は、サービスの改善に反映できるよう可能な限り取組んでいる。 必要に応じて反映される。 可能な範囲で反映している。
2	サービスの質の確保	<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>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"> 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。 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。 毎年サービス評価を実施している。 毎年自己評価の実施と外部評価委員会を開催している。 年に1度は自己評価・第三者評価を受けている。 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。 設置されている。 施設サービス評価担当者が定められている。 担当部署が整備されている。 担当者、担当部署が設置されている。 実行されている。 サービス評価の結果について周知し、改善に努めている。 組織で定められている。 実行している。 評価結果をもとに検討されている。 行なっている。 結果は回答される。 部署ごと評価を実施している。 自己評価の取りまとめ時点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。 担当によって文書化される。 文書化されている。 会議の場で共有されている。 図られている。 共有化が図られている。 会議の場で検討されている。 職員参画で改善策が策定される。 会議にて策定する時もある。 行なっている。 必要に応じて行っている。 	
		<p>(2) 利用の記録が適切に行われている。</p> <p>①利用者に関する利用記録が適切に行われている。</p> <p>1.利用記録等の書類が整備されている。</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>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.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化している。</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>	<p>A チェック率 100% (64/64)</p> <ul style="list-style-type: none"> 各種書式が整備されている。 整備されている。 ケース記録にまとめられている。 プログラムや利用申込書などの保管を行っている。 ケース記録を整備している。 上席者が確認をしている。 書き方等統一している。 統一性をもって記録されるようになっている。 何の引継ぎが分かりやすくしている。 総務係長が文書管理の担当者になっている。 設置されている。 担当職員が行っている。 法人の文書規程に基づき運用している。 法人の文書規程に基づき実施している。 規定が定められている。 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。 規定が定められている。 個人情報、特定個人情報保護規定に基づき運用している。 〇JTにて実施されている。 必要に応じて行っている。 職員会議にて周知している。 整備されている。 ネットワーク化されている。 共有システムにおいて可能である。 それぞれのパソコンからアクセス可能なフォルダを使用している。 共有ファイルでなされている。 共有ファイルで情報共有に努めている。 	
3	サービスの開始・継続	<p>(1) サービス提供の開始が適切に行われている。</p> <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なっている。</p> <p>4.見学、一日利用等の希望に対応している。</p>	<p>A チェック率 97% (31/32)</p> <ul style="list-style-type: none"> 公開している。 HPが整備されている。 ホームページにて情報公開している。 ホームページが存在する。 ホームページに掲載している。 例年、周辺地域の関連施設へパンフレットを配布し、設置を依頼していたが、最近はできていない。 関係施設へ広報誌の配布を行っている。 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。 感染症対策の都合上、手に届く場所には置いていないが、資料は存在する。 関連施設にもパンフレット配布を行っている。 そのような工夫をしている。 図等を取り入れ分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。 可能な限り配慮している。 ふりがなを振るなどの工夫をしている。 対応している。 随時対応している。 日程の調整が可能である。 希望があった際には対応している。 都度対応している。 	
IV	福祉サービスの内容	<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>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。</p> <p>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。</p>	<p>A チェック率 100% (16/16)</p> <ul style="list-style-type: none"> 個人の状況に応じて対応に努めている。 筆談や絵カードを使用し意思疎通を図る。 本人に合ったコミュニケーション方法を実施している。 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。 特性に応じて配慮している。 障害に応じて対応している。 受け入れている。 ボランティアの受け入れを行っている。 友人やボランティアとともに利用されている方もいる。 必要に応じて受け入れている。 友人、ボランティアの方と一緒に保護者の利用が可能である。 	

(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.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。	A チェック率 100% (8/8)	<ul style="list-style-type: none"> 清潔の保持に努めている 随時清掃を行っている 使用した部屋、清掃を行っており、清潔に保っている 受け入れ時や清掃時に確認を行っている 清潔が保たれている 清掃を行い、清潔が保たれている
(3) 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.学校や保護者の方は、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 人数制限(何名以上からなど)などの制限はあるが対応可能である 一部の内容について希望できる 選択できる 人数等によるが、選択できる 人数によるが選択ができる 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 温かいものは温かく、冷たいものは冷たく提供できるよう努めている 提供している 適温で提供している 提供されている 適温の食事を提供している 温存庫にて対応されている 季節感や見た目にも配慮している 季節によって食材が変わる 厨房職員にて対応している 必要に応じてなされている 季節に応じた献立も用意されている 小鉢など季節の物を工夫し提供されている 必要なものをその都度提供している 用意されている 必要数用意している 希望があった際に提供している 必要なものを提供している 厨房に声がけし出して頂いている 利用前の設備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ご購入いただいている 食堂入口に献立表を掲示している 献立表が掲示されており、希望者には事前にお知らせしている 献立表やホワイトボードに記載している 館内の掲示等で提供されている
(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"> 必要に応じて係会議または全体会議の中で検討している 必要に応じて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 必要時、係内で検討する場を設けている 適宜検討がなされている 係会議にて話し合いを行っている 必要な時行われている 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 気候により調整している 調整可能となっている 調整が出来るようになっている 扇風機、温風機等で行っている 基本的に家族毎、学校毎の利用としている 曇りガラス等を使用し見えないように工夫している カーテンの設置等で対応している 出入口にカーテンが設置されている。また、家族ごとの案内を行っている そうした工夫が行われている 出入口にカーテンの設置がなされている
(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。	A チェック率 100% (48/48)	<ul style="list-style-type: none"> 定期的ではないがその時々で検討している 必要に応じて行っている 利用者アンケートの結果を基に、必要な場合実施されている お客様の声に答え出来る限り改善検討している 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 東西廊下のトイレは男女兼用であり、プライバシーの面ではややそぐわないと思われる 仕切りを設けている 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 福祉用具関係の業者に相談し、福祉施設用の消費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 防臭対策用品が設置されている 消臭スプレー等で対策をしている 適宜なされている 換気扇、消臭スプレーを利用している 消臭スプレー等準備している 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 随時汚れがある時、清掃を行っている 毎日ではないが、使用後は必ず清掃を行っている こまめな確認と、退所時に清掃を行っている 毎日ではないが、ご利用後清掃を実施している 汚れが見られた場合は直ちに対応している 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 全体的に館内が暗めである 館内の照明が全体的に暗い 適切である エアコン及び暖房設備がある 館内に整備されている 用意されている エアコンやボイラーが設備されている 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できるよう、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"> 用意されている マニュアルが整備されている 記載されている マニュアルが整備されている 緊急時対応マニュアルに記載されている 黒川病院に依頼している 黒川病院と連携している 黒川病院と医療提携をしている 毎年契約を交わしている 確保されている 黒川病院と医療協力契約を交わしている 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 黒川病院と医療提携をしている 連携が図られている 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。		<ul style="list-style-type: none"> 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 希望があった際に対応可能である 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 依頼があった場合、レクリエーションを実施している 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意向を確認している 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 把握している 事前に希望等を伺い行うことができている

			<p>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。</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"> ・ご希望があれば提供している。 ・随時提供している。 ・パンフレット等に記載がある。 ・問い合わせがあった際や、チラシ等にて提供している。 ・提供している。 ・ポスターやブログにて提供している。 ・希望に応じ行っている。 <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・イベント開催時に学生ボランティアの受け入れを実施している。 ・行事の際にボランティアの募集を行っている。 ・必要に応じて受け入れている。 ・イベントの際に、学生ボランティアを募集している。 ・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"> ・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。 ・館内に社会資源についての情報を掲示している。 ・近隣施設のパンフレットを設置している。（現在は感染症対策の為、希望者に提供） ・提供している。 ・館内掲示で提供している。 ・パンフレット等や掲示板などに掲示している。
--	--	--	---	---	--