

令和4年度 施設サービス評価（自己評価） ～短期入所・日中一時支援～

			評価項目	評価 割合	自己評価 課題・コメント		
大項目	中項目	小項目					
I 福祉サ ービスの基 本方針と 組織	1 理念・ 基本方針	①理念や 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。	A チェック率 100% (16/16)	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業計画及びホームページ、倫理綱領に記載されている。</li> <li>記載されており問題はない。</li> <li>事業計画、広報紙、パンフレットに記載されている。</li> <li>事業計画に掲載されている。</li> <li>事業計画やHP等に経営理念及び基本方針の記載がある。</li> <li>事業計画内に記載されている。</li> <li>事業計画、HPに記載されている。</li> <li>障害者福祉の基本を踏まえ、地域のニーズを反映したものとなっている。</li> <li>踏まえている。</li> <li>考え方を考慮されている。</li> <li>経営理念から読み取れる。</li> <li>エンパワーメントの理念に基づいている。</li> <li>理念は利用者の主体性を尊重した内容となっている。</li> </ul>		
			2.理念は、利用者の主体性を尊重し、エンパワー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理念や基本方針が職員や利用者 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。			A チェック率 100% (32/32)	<ul style="list-style-type: none"> <li>職員会議において所長から説明されている。</li> <li>年度初めの職員会議の場で説明されている。</li> <li>職員会議にて確認を行っている。</li> <li>職員会議において説明している。</li> <li>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。</li> <li>赴任時に説明があり、会議で倫理綱領の読み合わせを実施している。</li> <li>会議で説明されている。</li> <li>面談や会議において周知状況が確認されている。</li> <li>職員会議の場で実施されている。</li> <li>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。</li> <li>行っている。</li> <li>職員会議にて行っている。</li> </ul>
			2.理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。				
			3.理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。				
	4.実施する福祉サービスの内容や、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>事業計画において重点項目が設定されている。</li> <li>事業計画に具体的な目標が記載されている。</li> <li>事業計画に目標値を掲載している。</li> <li>地域福祉推進計画などで明確にされている。</li> <li>HPで公表されている。</li> </ul>				
	2 計画の 策定	(1) 中・長期 的なビジ ョンと計 画が明確 にされて いる。	①中・長期 計画が策 定されて いる。	1.理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。	A チェック率 100% (40/40)	<ul style="list-style-type: none"> <li>法人の第二期地域福祉計画が定められている。</li> <li>明確にしている。</li> <li>事業計画に明確なビジョンが記載されている。</li> <li>本会の地域福祉推進計画がこれに当たる。</li> <li>地域福祉推進計画などで明確にされている。</li> <li>事業計画、HPに記載されている。</li> <li>具体的である。</li> <li>具体的なものになっている。</li> <li>宮城県社会福祉協議会第二期地域福祉推進計画に具体的な課題と今後の取り組みについての記載がある。</li> <li>具体的な内容である。</li> <li>具体的な内容となっている。</li> <li>第二期地域福祉計画に基づき事業計画が定められている。</li> <li>中・長期計画に基づく取組が行われている。</li> <li>行っている。</li> <li>中・長期計画に基づいた取組を行っている。</li> <li>定期的に見直しが行われている。</li> <li>定期的に見直しを行っている。</li> <li>年に数回、取り組み状況について見直し、報告を行っている。</li> <li>5年に1度など、定期的に見直されている。</li> <li>半年毎に見直しが行われている。</li> <li>数値目標が設定されている。</li> <li>数値目標を立て実施出来る様取り組んでいる。</li> <li>数値目標を設定している。</li> <li>数値目標を設定し、評価が適切に行われるようにしている。</li> </ul>	
				2.中・長期計画は、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっている。			
				3.中・長期計画に基づく取組を行っている。			
				4.中・長期計画は、必要に応じて見直しを行っている。			
5.事業計画は、実行可能かどうか、数値目標等を設定することにより実施状況の評価を行えるかどうかについて、配慮がなされている。							
(2) 計画が適 切に策定 されてい る。	①計画が 組織的に 行われて いる。	1.年度終了時よりも、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。	A チェック率 100% (32/32)	<ul style="list-style-type: none"> <li>四半期ごとに行なっている。</li> <li>四半期ごとに評価・報告を行っている。</li> <li>四半期毎に報告している。</li> <li>四半期報告において行っている。</li> <li>四半期報告などで行われている。</li> <li>四半期毎に評価を行っている。</li> <li>評価結果を基に見直しを行っている。</li> <li>結果に基づいて計画の見直しが行われている。</li> <li>適宜実施している。</li> <li>評価の結果に基づいて計画の見直しが行われている。</li> <li>職員会議において説明している。</li> <li>職員会議の場で説明されている。</li> <li>全体会議の中で説明している。</li> <li>年度変わりの時期に、会議で説明を行う機会がある。</li> <li>会議の場で全体周知を行っている。</li> <li>特に年度初めの会議等で説明される。</li> <li>会議において、説明している。</li> <li>行なっている。</li> <li>実施している。</li> <li>適宜実施している。</li> <li>周知状況を確認している。</li> </ul>			
		2.評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。					
		②計画が 職員や利 用者に周 知されて いる。			1.各計画を会議などにおいて説明している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>四半期ごとに行なっている。</li> <li>四半期報告などで行われている。</li> <li>定期的に分折を行っている。</li> <li>反映されている。</li> <li>事業計画に反映される場合がある。</li> <li>必要に応じて反映される。</li> <li>中・長期計画、事業計画に反映されている。</li> <li>職員会議において周知している。</li> <li>職員会議の場で周知している。</li> <li>都度周知される。</li> <li>会議の中で職員に周知されている。</li> </ul>	
					2.各計画の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。		
		II 組織の運 営管理			1 経営状況 の把握	(1) 経営環境 の変化等 に適切に 対応して いる。	①事業経 営をとり まく環境 が的確に 把握され ている。
2.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 する取組 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。						
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。							
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。						
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。						

	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。	<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・担当部署を配置している。</p> <p>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。</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>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.事故処理の記録・保存を行っている。</p>	A チェック率 96% (100/104)	<ul style="list-style-type: none"> <li>お客様の声を集約し、実行に移している。</li> <li>利用者アンケートにてご要望に関してはお伺いしており、係内で検討し対応可能なものについては実施している。</li> <li>お客様アンケートを実施し、改善に努めている。</li> <li>アンケート等で頂いた意見について検討し、可能な範囲で対応している。</li> <li>アンケートを実施し、必要に応じて実行している。</li> <li>お客様アンケートの結果をもとに、対応可能なものについては実施している。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>発揮している。</li> <li>実行している。</li> <li>管理者はリーダーシップを発揮している。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>リスクマネジメント担当の職員がいる。</li> <li>設置している。</li> <li>リスクマネジメント担当者が設定されている。</li> <li>リスク管理委員会にて担当している。</li> <li>設置されている。</li> <li>担当者が設定されている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>必要時、実施している。</li> <li>ケース会議等が適宜実施されている。</li> <li>定期的開催している。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>管理体制及びマニュアルは整備されているが、利用者・家族への周知は十分にされていない。</li> <li>重要事項説明書などで周知されている。</li> <li>なんでも相談の窓口が整備されている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>書類が作成されており、緊急時に持ち出すことになっている。</li> <li>契約時に生活状況確認表を作成している。</li> <li>受入れ時、体調チェックシートやごんにはシートで確認をしている。</li> <li>契約時に生活状況確認票を作成している。</li> <li>生活状況確認書などで把握できる。</li> <li>生活状況確認書にて確認できる。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>OJTにて行われているが、十分でない。</li> <li>救命救急研修への参加や、所内で必要な研修が行われている。</li> <li>適宜実施されている。</li> <li>適宜研修を行っている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関との協力体制がある。</li> <li>協力体制が出来ている。</li> <li>協力体制が敷かれている。</li> <li>諸機関と連絡・協力体制を作っている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>毎年見直されている。</li> <li>必要時に行われている。</li> <li>年度変わりの時期に行われている。</li> <li>あまり適切な頻度とは言えない。(何年も更新が止まるなど)</li> <li>マニュアルの確認は定期的に行われている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>整備されている。</li> <li>整備している。</li> <li>施設会議において情報共有を行っている。</li> <li>ヒヤリハット報告書を作成している。</li> <li>ヒヤリハット報告書の提出を行っている。</li> <li>ヒヤリハット報告書があり、それで事例収集できる。</li> <li>法人全体で統一した仕組みが整っている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>検討している。</li> <li>ヒヤリハット体験報告書提出を受け再発防止の検討を行っている。</li> <li>要因分析や、改善策について検討を行っている。</li> <li>ヒヤリハット事例が発生するたびに検討される。</li> <li>未然防止策の検討を行っている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>リスク管理委員会を開いている。</li> <li>職員会議の中で実施している。</li> <li>マニュアルの改善に繋がっている。</li> <li>その都度開催される。</li> <li>リスク管理委員会を開催して、再発防止策を検討している。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>整備されている。</li> <li>各種マニュアルが策定されている。</li> <li>マニュアルが整備されている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>一連の処理に関する記録を保存している。</li> <li>適切に記録・保存されている。</li> <li>定められた手順で記録、保存を行っている。</li> <li>事故発生時は報告書等の作成を行い、一定期間保管している。</li> <li>必ず記録・保存している。</li> <li>事故報告の記録と保存が行われている。</li> </ul>
III 適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービスの提供	(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	<p>①利用者を尊重したサービスの提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。</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提供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、サービスの実施方法等に反映されている。</p> <p>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。</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が明示されている。</p> <p>②利用者の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。</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・設備面での工夫等に組織として具体的に取り組んでいる。</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、速やかになされている。</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>	A チェック率 100% (120/120)	<ul style="list-style-type: none"> <li>明示している。</li> <li>明示されている。</li> <li>「倫理綱領に基づく具体的な行動計画」にて示されている。</li> <li>倫理綱領に基づく具体的な行動計画に記載されている。</li> <li>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。</li> <li>倫理綱領に明示されている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>反映されている。</li> <li>利用者主体の基本方針及び理念が定められている。</li> <li>利用者主体のサービス提供を行っている。</li> <li>利用者を尊重した基本姿勢が反映されている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>権利擁護ワーキングにて話し合われている。</li> <li>会議の場で読みあわせなど行っている。</li> <li>虐待防止等の研修が行われている。</li> <li>職員会議において実施している。</li> <li>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。</li> <li>時折実施されている。</li> <li>研修が行われている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>引継ぎ及び会議の場において周知されている。</li> <li>周知している。</li> <li>虐待防止研修が実施されている。</li> <li>職員会議において実施している。</li> <li>虐待防止研修の中で周知されている。</li> <li>周知徹底されている。</li> <li>研修が行われている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>倫理綱領において明示されている。</li> <li>具体的な行動計画としてある。</li> <li>事業計画内に記載されている。</li> <li>事業計画に記載されている。</li> <li>明示されている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>個人情報保護規定に基づき取り組んでいる。</li> <li>個人情報、特定個人情報保護規定が定められており、具体的に取り組んでいる。</li> <li>マニュアルの中でプライバシー保護について記載している。</li> <li>取り組んでいる。</li> <li>規程、マニュアルは整備されており、組織として具体的に取り組んでいる。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>東西のトイレが男女兼用のままである。</li> <li>出来る範囲で行っている。</li> <li>改善箇所があれば、検討の上、対応している。</li> <li>環境面に関して、必要な改善が行われている。</li> <li>必要に応じてなされている。</li> <li>改善箇所があった場合、その都度対応している。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>法人の階層別研修において実施している。</li> <li>職員各自でマニュアルを読み込む等、実施している。</li> <li>必要に応じてなされている。</li> <li>職員研修が実施されている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>個人情報保護規定があることが重要事項説明書に明記されている。</li> <li>館内掲示にて実施している。</li> <li>館内に掲示され、周知している。</li> <li>館内掲示等でなされている。</li> <li>規程、マニュアルにて周知されている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>実施されている。</li> <li>実施している。</li> <li>マニュアルに基づき実施している。</li> <li>確実に実施されている。</li> <li>規程、マニュアルに基づいたサービスが実施されている。</li> </ul>



	<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>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>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・倫理綱領が整備されているが、細部まで具体的にはなっていない。</li> <li>・接し方のマニュアルが整備されている。</li> <li>・マニュアルが整備されている。</li> <li>・外部のマニュアルを活用している。</li> <li>・接客マニュアルや日中一時・短期入所マニュアルへ記載がある。</li> <li>・マニュアルが整備されている。</li> <li>・倫理綱領、マニュアルが整備されている。</li> </ul>
	<p>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。</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.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分の規程が定められている。</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス向上ワーキングにおいて話し合われている。</li> <li>・職員会議の部、話し合わせを行い、各自の振り返りの機会になっている。</li> <li>・新任研修等において指導されている。</li> <li>・虐待防止研修が行われている。</li> <li>・必要に応じて行われている。</li> <li>・マニュアルが整備されている。</li> </ul>
<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>①サービス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.定められた評価基準に基づいて、年に1回以上、自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に行っている。</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% (104/104)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修及びOJTにおいて教育している。</li> <li>・倫理綱領に明記されており、各自確認をしている。</li> <li>・倫理綱領に基づく具体的行動計画の読み合わせを定期的に行っている。</li> <li>・教育がなされている。</li> <li>・話し合いの場が設けられている。</li> </ul>
			<p>A チェック率 100% (64/64)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重要事項説明書及び掲示物において周知している。</li> <li>・左記の点、ポスターにて掲示されている。</li> <li>・館内にポスターを掲示している。</li> <li>・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。</li> <li>・館内に掲示がある。</li> <li>・ポスターが掲示されている。</li> </ul>

		(2) サービス実施の記録が適切に行われている。	<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っている。</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>	A チェック率 100% (64/64)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケース記録がある。</li> <li>・整備されており問題はない。</li> <li>・個人毎にケース記録が整備されている。</li> <li>・ケース記録にまとめている。</li> <li>・一人一人に対しケースファイルを整備し、記録と保存を行っている。</li> <li>・整備されている。</li> <li>・一人一人のケース記録が整備されている。</li> <li>・ばらつきが無いようOJT指導を行い、上席者が確認している。</li> <li>・統一された様式を使用している。</li> <li>・統一された基準、様式を使用している。</li> <li>・統一性をもって記録されるようになっている。</li> <li>・文書管理担当者が配置されている。</li> <li>・設置されている。</li> <li>・責任者が設置されている。</li> <li>・規定がある。</li> <li>・規定を定めている。</li> <li>・種類毎に保存年数が決まっている。</li> <li>・保管期間が定められている。</li> <li>・規定が定められている。</li> <li>・契約書に記載されている。</li> <li>・情報公開規定がある。</li> <li>・定めている。</li> <li>・規定が定められている。</li> <li>・契約書類にサービス提供記録についての記載がある。</li> <li>・契約書に記載されている。</li> <li>・OJT指導が行われている。</li> <li>・行われている。</li> <li>・記録管理に関する教育、研修が行われている。</li> <li>・必要に応じて行っている。</li> <li>・研修が行われている。</li> <li>・ファイリングの仕組みが整備されている。</li> <li>・仕組みが整備されている。</li> <li>・ネットワークシステムにおいて情報共有されている。</li> <li>・共有フォルダーを活用している。</li> <li>・共有システムにおいて可能である。</li> <li>・それぞれのパソコンからアクセス可能なフォルダーを使用している。</li> <li>・共有ファイルで成されている。</li> </ul>	
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。	<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>	A チェック率 99% (71/72)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームページを公開している。</li> <li>・作成し公開している。</li> <li>・ホームページにて、情報を公開している。</li> <li>・HPに情報が公開されている。</li> <li>・ホームページが存在する。</li> <li>・ホームページにて公開し、周知している。</li> <li>・関係施設へ広報誌を配布している。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・関連施設にもパンフレットを配布している。</li> <li>・絵や写真等を使い見やすくしているが、一部ルビが無いものがある。</li> <li>・ふりがなを付けるなど工夫して作成している。</li> <li>・図や写真を用いてわかりやすいものになっている。</li> <li>・可能な限り配慮している。</li> <li>・図、写真を用いて、誰にでも分かるような内容になっている。</li> <li>・可能な限り対応している。</li> <li>・対応している。</li> <li>・随時対応している。</li> <li>・希望があった際には対応している。</li> <li>・都度対応している。</li> <li>・重要事項説明書を基に説明している。</li> <li>・説明している。</li> <li>・契約時に重要事項説明書及び契約書の内容の説明を実施している。</li> <li>・契約時に説明している。</li> <li>・契約書類に記載があり、契約時に説明を行っている。</li> <li>・必ず用意し、説明がされる。</li> <li>・重要事項説明書、契約書の説明をしている。</li> <li>・分かりやすい表現にて説明に努めている。</li> <li>・利用者とかかわりのある相談支援事業所の職員が同席される場合もあり、安心した利用に繋がるよう各機関と連携している。</li> <li>・必要に応じて行っている。</li> <li>・行っている。</li> <li>・書面に残している。</li> <li>・同意を得た上で、書面を残している。</li> <li>・契約書に記載している。</li> <li>・契約書類に署名押印を頂いている。</li> <li>・確実に実施されている。</li> <li>・必ず契約書を取り交わしている。</li> <li>・利用開始時は契約書の取り交わしを行っている。</li> <li>・確実に取り交わしている。</li> <li>・契約書を取り交わしている。</li> <li>・文字を大きくし、ルビを振っている。</li> <li>・読みやすいよう、振り仮名をつけている。</li> <li>・ふりがなを付けるなど工夫して作成している。</li> <li>・表の使用や文章にルビを振る等の工夫をしている。</li> <li>・振り仮名を振るなど、可能な限り配慮している。</li> <li>・ふりがなをつけ、分かりやすくしている。</li> </ul>	
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やサインの見え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.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"> <li>・心がけている。</li> <li>・職員間で情報を共有している。</li> <li>・非言語的コミュニケーションを活用し、対応している。</li> <li>・利用者に向けたコミュニケーション方法に努めている。</li> <li>・利用時の様子からや保護者の方にコミュニケーション手段について確認している。</li> <li>・可能な限り心掛けている。</li> <li>・保護者の方への確認、本人の様子を伺い、意思伝達の検討を行っている。</li> <li>・筆談、コミュニケーションボード等を用いて支援を行なっている。</li> <li>・職員間で情報を共有した上で支援がなされている。</li> <li>・筆談等にて対応している。</li> <li>・個別のコミュニケーション手段に基づき支援している。コミュニケーション機器の使用については実績がない。</li> <li>・特性に応じ、可能な限り配慮している。</li> <li>・筆談、ジェスチャーが行われる等の配慮がなされている。</li> <li>・行なっている。</li> <li>・可能な限りで、意向を尊重した上、支援を実施している。</li> <li>・個性を尊重した支援を行っている。</li> <li>・個別に対応している。</li> <li>・個別的な要求に可能な範囲で適切にこたえている。</li> <li>・利用者主体のサービス提供を行っている。</li> <li>・可能な限り応えている。</li> <li>・要求に対して適切にこたえている。</li> <li>・会議及びOJTにて確認している。</li> <li>・会議等で検討や確認を実施している。</li> <li>・バランスを考えた上で支援に当たっている。</li> <li>・利用者の自主性を尊重した支援を行えるよう確認している。</li> <li>・必要な見守り体制を確認している。</li> <li>・職員会議にて確認を行っている。</li> <li>・利用者・家族と確認を行っている。</li> <li>・家族との十分な話し合いを通して、注意事項等の聞き取りを行っている。</li> <li>・本人や、家族からの要望があれば対応している。</li> <li>・必要に応じて行っている。</li> <li>・入所の際に利用者状況の確認を行っている。</li> </ul>



	(2) 環境の整備	①利用者が快適に過ごすためのハード面の整備がなされている。	1.部屋は清潔が保たれ、利用者がくつろげる作りになっている。 2.利用者の嗜好や希望を満たす私物の所有を認め、それを保管するスペースを確保している。	A チェック率 100% (16/16)	<ul style="list-style-type: none"> <li>清潔保持に努めている。</li> <li>ご利用される方に気持ちよく過ごして頂くよう、清掃業務を徹底して実施している。</li> <li>使用後は毎回清掃を行い、清潔を保っている。</li> <li>利用の都度清掃を行い提供している。</li> <li>使用後清掃が実施され、清潔に保たれている。</li> <li>利用の都度清掃を行い、清潔に保っている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>確保している。</li> <li>個人に合った支援を行っている。</li> <li>私物の持ち込みが可能であり、保管するスペースを確保している。</li> <li>所有を認めており、必要に応じて保管している。</li> <li>私物の所有を認めている。</li> </ul>
2	身辺面の支援	(1) 食事（サービス提供施設のみ回答）	①食事は利用者の希望を反映した献立を基本として美味しく楽しく食べられるように工夫されている。 ②喫食環境に配慮している。	A チェック率 100% (56/56)	<ul style="list-style-type: none"> <li>形態食に対応している。</li> <li>特別食やアレルギー食の提供を行っている。</li> <li>特別食など、配慮されている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>適温で提供できる様努めている。</li> <li>配慮がなされている。</li> <li>適温にて食事を提供している。</li> <li>適温で提供している。</li> <li>できる限り配慮されている。</li> <li>適温の食事が提供されている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>季節感や見た目にも配慮している。</li> <li>配慮がなされている。</li> <li>季節に応じた食材を提供している。</li> <li>厨房職員で対応している。</li> <li>工夫がなされている。</li> <li>季節に応じた献立も用意されている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>用意されている。</li> <li>必要な調味料が用意されており要望に応じて調味料を用意することも可能である。</li> <li>食事に合わせた調味料、香辛料を用意している。</li> <li>必要数用意している。</li> <li>希望があった際に提供できるよう、掲示も行っている。</li> <li>調味料の提供が行われている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>掲示されている。</li> <li>館内にて献立表を掲示している。</li> <li>献立表が掲示されており、希望者には事前にお伝えしている。</li> <li>献立表やホワイトボードに記載している。</li> <li>提供される。</li> <li>予め提供がされている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>様子をよく見て支援を行っている。</li> <li>ご本人の状況に応じて支援している。せかすことはない。</li> <li>誤嚥等がないよう、注意しながら支援を実施している。</li> <li>利用者に合わせて食事時間を取っている。</li> <li>利用者の特性に応じた食事支援を行っている。</li> <li>個人のペースに合わせた支援がなされている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>日常的に確認を行ない、必要に応じて改善している。</li> <li>給食委員会等で、検討を実施している。</li> <li>給食委員会にて対応している。</li> <li>給食委員会が開催され、必要に応じて改善が図られている。</li> <li>会議、給食委員会にて確認を行っている。</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的事情に配慮している。 ②入浴は、利用者の希望に沿って行われている。 ③浴室・脱衣場等の環境は適切である。	1.安全やプライバシーの保護を含めて、入浴介助や支援・助言方法についてマニュアルが用意されている。 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。 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。 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 98% (55/56)	<ul style="list-style-type: none"> <li>マニュアルが用意されており、各自確認を実施している。</li> <li>短期入所・日中一時マニュアルに記載がある。</li> <li>マニュアルが整備されている。</li> <li>入浴に関するマニュアルが整備されている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>なっている。</li> <li>場所が別に設定出来るようになっている。</li> <li>東西浴室およびせきれい内の浴室で入浴ができ、男女別々の入浴が可能である。</li> <li>男女別での入浴支援を行っている。</li> <li>入浴は個別にできるように時間調整を行っている。</li> <li>確実になされている。</li> <li>男女別々に入浴ができる。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>徹底されている。</li> <li>守られている。</li> <li>同性介助にて実施している。</li> <li>必ず同性介助をしている。</li> <li>確実に守られている。</li> <li>同性介助が守られている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>可能である。</li> <li>必要に応じてシャワー浴が出来る。</li> <li>必要時対応が可能である。</li> <li>その場所が用意されており、入浴が可能となっている。</li> <li>必要に応じて入浴が可能である。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>設置の際には、検討会議を行なっている。</li> <li>必要に応じて、検討会議等で話し合いの場を設けている。</li> <li>必要時検討している。</li> <li>必要に応じて行われている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>一部調整可能。</li> <li>気候や利用者の身体的状態に応じて調整している。</li> <li>気候により調整している。</li> <li>調整可能である。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>行なわれている。</li> <li>プライバシーを保護する環境を確保している。</li> <li>カーテン等が設置されており、プライバシーを守る環境となっている。</li> <li>工夫がなされている。</li> <li>カーテンや鍵をかけることができる。</li> </ul>
	(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。	1.排泄支援のマニュアル（安全、プライバシー、便意・尿意・失禁への対応を含む）が用意されている。 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 95% (53/56)	<ul style="list-style-type: none"> <li>マニュアルが用意されており、各自確認を実施している。</li> <li>短期入所・日中一時マニュアルに記載がある。</li> <li>排泄に関するマニュアルが整備されている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>日常的に確認を行ない、話し合いを行なっている。</li> <li>必要に応じて検討している。</li> <li>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。</li> <li>必要時検討している。</li> <li>適宜実施されている。</li> <li>点検を定期的に行っている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>なっている。</li> <li>プライバシーに配慮されている。</li> <li>プライバシーに配慮しており、お客様に分かりやすいようご案内をしている。</li> <li>共用だけでなく男女別トイレのご案内もおこなっている。</li> <li>東西廊下のトイレは男女兼用であり、プライバシー的な観点では微妙な所である。</li> <li>トイレに個室の整備がある。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>なされている。</li> <li>適切に換気や防臭対策を実施している。</li> <li>防臭対策用品を設置している。</li> <li>消臭スプレー等で対策をしている。</li> <li>換気や消臭の対策を行っている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>試用した日は必ず清掃している。</li> <li>問題はない。</li> <li>清掃は随時実施している。</li> <li>毎日ではないが、退所後清掃を必ず行っている。</li> <li>こまめな確認と、退所時に清掃を行っている。</li> <li>毎日ではないが、お客様使用後に必ず清掃が実施される。</li> <li>毎日清掃を行っている。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>照明がやや暗い</li> <li>適切である。</li> <li>館内の照明が全体的に暗い。</li> <li>適切である。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>ある。</li> <li>暖房設備が整っている。</li> <li>暖房設備があり、冬季適切に使用されている。</li> <li>用意されている。</li> </ul>

(4) 衣服	①衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	1.利用者が着替えを希望した場合、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。	A チェック率 100% (24/24)	<ul style="list-style-type: none"> <li>尊重している。</li> <li>意思を尊重した上、居室にてプライバシーに配慮した着替えが可能である。</li> <li>利用者の意思を尊重し対応している。</li> <li>清潔な状態を保つことができるように配慮しており、利用者にも意思確認を行っている。</li> <li>可能な限り尊重している。</li> <li>意思を尊重している。</li> </ul>
		2.介助に頼らず自ら着替え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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>尊重している。</li> <li>尊重をして対応、見守りを行っている。</li> <li>意思を尊重した上、対応している。</li> <li>利用者の意思を尊重し対応している。</li> <li>安全に着替えができるように見守りしながら、出来る範囲の事については自身で行っていただいている。</li> <li>対応している。</li> <li>意思を尊重し、対応を行っている。</li> </ul>
		3.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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>用意されている。</li> <li>ご持参頂いた衣類に着替えを対応している。</li> <li>即座に対応するよう教育されている。</li> <li>洗濯、乾燥が可能である。</li> </ul>
(5) 健康管理	①健康管理は適切である。	1.利用者の健康上の留意点などを確認できる書面が整備されている。	A チェック率 100% (80/80)	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活状況確認書がある。</li> <li>整備されている。</li> <li>こんにはシート、生活状況確認票により確認している。</li> <li>受入れ時に、体調チェックシートやこんにはシートで体調確認を行っている。</li> <li>生活状況確認票やこんにはシートの記入をいただいている。</li> <li>生活状況確認書などで把握できる。</li> <li>こんにはシート、生活状況確認表により確認ができる。</li> </ul>
		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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>適切である。</li> <li>緊急的な退所も含めて連絡調整を行っている。</li> <li>随時行われている。</li> <li>緊急連絡先への連絡を行っている。</li> <li>必要に応じて行われている。</li> <li>緊急連絡先に連絡を行っている。</li> </ul>
	②必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	1.健康面に変動があった場合の対応の手順は、マニュアルとして用意されている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>マニュアルがある。</li> <li>マニュアルが整備され、各自確認を行っている。</li> <li>マニュアルが策定されている。</li> <li>マニュアルが整備されている。</li> </ul>
		2.緊急時の医療機関への運搬の手順などを職員全員が把握するよう、マニュアルに記載している。		<ul style="list-style-type: none"> <li>マニュアルに記載されている。</li> <li>緊急医療に関する対応のマニュアルがある。</li> <li>マニュアルの整備がある。</li> </ul>
		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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>黒川病院、まほろばクリニックがこれにあたる。</li> <li>確保している。</li> <li>近隣の医療機関と医療協力に係る契約を締結している。</li> <li>黒川病院と医療提携を締結している。</li> <li>確保されている。</li> <li>黒川病院と医療協力契約を結んでいる。</li> </ul>
		4.確保している医療機関では、迅速かつ適切な医療が受けられるように、日常的な連携を図っている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>まほろばクリニックとは日常的な連携を行なっている。</li> <li>連携を密に図っている。</li> <li>黒川病院との医療協力契約を結んでいる。</li> <li>黒川病院と医療提携を締結している。</li> <li>連携が図られている。</li> </ul>
	③内服薬・外用薬等の扱いは、確実に行われている。	1.担当職員は、薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等について、利用者および必要に応じて家族等に確認し、適切な情報を得ている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>お薬手帳や処方箋により確認している。</li> <li>お薬手帳や薬情を持参頂き、家族に確認し適切な情報を得ている。</li> <li>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。</li> <li>受入れ時に確認を行っている。</li> <li>契約時や利用時に送付説明書の持参を依頼している。また、保護者への確認も行っている。</li> <li>都度確認し、情報を得ている。</li> <li>契約時、入所時に確認を行っている。</li> </ul>
		2.一人ひとりの利用者に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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>マニュアルがある。</li> <li>受け入れ毎に薬の確認書を作成している。</li> <li>薬物についての取り扱いマニュアルが策定されている。</li> <li>誤と薬防止マニュアルに記載されている。</li> <li>マニュアルが整備されている。</li> </ul>
		3.薬物の取り違え・服用拒否や服用忘れ・重複服用等、薬物使用に誤りがあった場合の対応について、マニュアルが用意されている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>誤薬防止マニュアルがある。</li> <li>誤と薬防止マニュアルを基に対応する。</li> <li>誤薬防止マニュアルが策定されている。</li> <li>誤と薬防止マニュアル及び誤薬発生時対応フロー図がある。</li> </ul>
		4.内服・外用薬の使用状況は、所定の様式に従って記録されている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>所定の様式がある。</li> <li>記録されており問題はない。</li> <li>薬受け渡し確認書に記録している。</li> <li>薬受け渡し確認書にて行っている。</li> <li>薬受け渡し確認票、生活記録、引継ぎ簿に記録している。</li> <li>記録されるようになっている。</li> <li>記録されるようになっている。</li> <li>薬受け渡し確認票に記録されている。</li> </ul>
(6) 余暇	①余暇は、利用者の希望に沿って支援している。	1.各個人の状況等を考慮し、余暇の過ごし方を強制していない。	A チェック率 100% (8/8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>強制はしていない。</li> <li>ご本人の状況を考慮し、希望に沿ったものを提供している。</li> <li>ご利用者様のご希望を伺った上、実際に余暇活動の提供を実施している。</li> <li>利用者の意思を尊重している。</li> <li>利用者の希望をうかがいながら支援を行っている。</li> <li>していない。可能な限り各個人の状況に応じて余暇を過ごして頂いている。</li> <li>利用者の希望に沿った支援を行っている。</li> </ul>