

令和5年度 施設サービス評価（自己評価） ～保養施設～

大項目	中項目	小項目	評価項目		課題及びコメント並びに意見に対する改善案等	
			6割以上 → a 6割未満 → b 0 → c	6割以上 → A 2割以上6割未満 → B 2割未満 → C ※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		
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。	1.理念が文書（事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等）に記載されている。	A チェック率 100% (40/40)	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業計画、パンフレット、ホームページ等に記載されている。</li> <li>問題ない。</li> <li>事業計画、HPに記載されている。</li> <li>事業計画に記載されている。</li> <li>パンフレットに記載されている。</li> <li>事業計画やパンフレットに理念の記載がある。</li> <li>法人の事業計画、HP等に記載されている。</li> </ul>
			②理念に基づく基本方針が明文化されている。	1.基本方針が書（事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等）に記載されている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>読み取ることができる内容になっている。</li> <li>出来ている。</li> <li>経営理念から読み取ることができる。</li> <li>事業計画に記載されており、読み取ることができる。</li> <li>理念より読み取ることができる。</li> <li>理念から、読み取ることができる。</li> <li>経営理念から読みとることが出来る。</li> </ul>	
			2.基本方針は法人の理念との整合性が確保されている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業計画、ホームページ等に記載がある。</li> <li>されている。</li> <li>事業計画、HPに記載されている。</li> <li>基本方針は事業計画に記載されている。</li> <li>事業計画に記載されている。</li> <li>事業計画や事業所内文書等に基本方針が記載されている。</li> <li>施設の事業計画、HPに基本方針が記載されている。</li> </ul>		
			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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>基本方針は理念を基にした内容となっており、逸脱していない。</li> <li>整合性が確保されている。</li> <li>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。</li> <li>「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。</li> <li>基本方針、法人理念共に「誰もが住みやすい地域」の実現を目指します。</li> </ul>		
			2.理念や基本方針を会議や研修において説明している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>職員会議及び、新任・転任者の研修の際に説明している。</li> <li>している。</li> <li>新任、転任職員の研修の際に説明されている。</li> <li>研修と会議にて周知されている。</li> <li>特に入職時・赴任時に詳細な説明がある。</li> <li>職員会議において確認を行っている。</li> <li>毎月職員会議と全体会議で理念や基本方針の説明をしている。</li> <li>年度始めの職員会議にて説明されている。</li> </ul>		
		(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。	1.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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>職員会議にて実行している。</li> <li>実施している。</li> <li>職員会議の中で実行している。</li> <li>実行している。</li> <li>会議にて実行している。</li> <li>職員会議において実施している。</li> <li>職員会議にて説明されている。</li> </ul>	
			2.理念や基本方針の周知状況を把握し、継続的な取組を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>日々の業務において理念や基本方針が浸透しているかを上司が確認し、必要に応じて会議の場で周知を行っている。</li> <li>職員会議の場で実行している。</li> <li>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。</li> <li>職員会議で周知されており、継続的な取組を行っている。</li> <li>会議にて実施されている。</li> <li>職員会議にて、全体に周知及び確認を行っている。</li> <li>職員会議にて全体周知されている。</li> </ul>		
			②理念や基本方針が利用者等に周知されている。	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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設のホームページで公表されている。</li> <li>明確にしている。</li> <li>事業計画に目標数値を設定している。</li> <li>目標は明確にされている。</li> <li>重点項目で明確にされていると思われる。</li> <li>HPに記載があり、明確になっている。</li> <li>HPに運営目標としての記載がある。</li> <li>HPにて事業運営の記載をし事業計画にて具体的な数値目標を定めている。</li> </ul>	
			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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>指定管理モニタリング及び事業自己評価を毎年実施している。</li> <li>明らかにしている。</li> <li>サービス評価の実施にて分析をしている。</li> <li>何かの文書に明記されているかどうかは不明だが、職員間で課題や問題点を話し合っている。</li> <li>現状分析が行われ、課題、問題点が明らかにされている。</li> <li>サービス評価の実施により明らかにされている。</li> <li>その都度課題、問題等が出た場合検討している。</li> </ul>		
			3.理念や基本方針の周知状況を把握し、継続的な取組を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者アンケート等を参考にしながら、掲示物やホームページ等で周知している。</li> <li>職員会議の場で実行している。</li> <li>館内に掲示する等にて周知に繋がっている。</li> <li>継続的な取組を行っている。</li> <li>職員会議にて事業計画の確認を行っている。</li> <li>行っている。</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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>法人の運営目標が設定されている。</li> <li>明確である。</li> <li>事業計画書、ホームページにて明確にしている。</li> <li>明確にされている。</li> <li>重点項目で明確にされていると思われる。</li> <li>HPにて運営目標の記載がある。</li> <li>明確にしている。</li> <li>法人の事業計画やHP等に記載されている。</li> </ul>		
			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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>指定管理モニタリング及び事業自己評価を毎年実施している。</li> <li>明らかにしている。</li> <li>何かの文書に明記されているかどうかは不明だが、職員間で課題や問題点を話し合っている。</li> <li>必要に応じて現状分析を行い、対策をしている。</li> <li>当所を利用された方々に記入していただいたアンケートを基にサービス内容等の課題を明らかにし、解決に向けて働いている。</li> <li>ヒヤリングを実施課題等の発見に努める。</li> </ul>		
			3.中・長期計画は、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>具体的な内容が記載されている。</li> <li>具体的である。</li> <li>施設全体としては、地域福祉推進計画でその記載がされている。</li> <li>第二期地域福祉推進計画に記載されている。</li> <li>具体的な内容になっている。</li> </ul>		
			4.中・長期計画に基づく取組を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>中・長期計画を基に事業計画が策定されている。</li> <li>実施している。</li> <li>施設レベルで、地域福祉の推進に向けた取り組みを実施している。</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> </ul>		
			5.中・長期計画は、必要に応じて見直しを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> <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>必要に応じて見直しを行っている。</li> <li>5年ごとなど、定期的に見直しが行われている。</li> <li>半年に一回見直しが行われている。</li> <li>行っている。</li> <li>半年に一回の見直しを実施している。</li> </ul>		
		②中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	1.事業計画には、中・長期計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>中・長期計画を基に事業計画が策定されている。</li> <li>具体的である。</li> <li>事業計画内、重点項目で明確にされていると思われる。</li> <li>具体的に示されている。</li> <li>示されている。</li> <li>「いきいきと暮らせる地域づくり」を目標に記載されている。</li> </ul>		
			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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>数値目標の設定が可能なものについては、設定が行われている。</li> <li>具体的であり評価しやすくなっている。</li> <li>配慮がなされている。</li> <li>数値目標が各事業ごとに設定されている。</li> <li>事業計画に数値目標が設定されている。</li> <li>数値目標を設定している。</li> </ul>		
			3.事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>重点項目及び数値目標が定められており、中・長期計画に資する為の総合的な計画となっている。</li> <li>事業計画において、具体的な内容が記載されている。</li> <li>詳細な施設運営委員の内容等、記載がある。</li> <li>数値目標等も定められている。</li> <li>事業計画を基に業務が行われている。</li> <li>半年に1回の見直しを実施している。</li> </ul>		
			①計画の策定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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>四半期ごとに実施状況の把握、評価が行われている。</li> <li>四半期ごとに進捗状況を把握している。</li> <li>四半期毎に実施状況の把握、評価を行っている。</li> <li>評価を行っている。</li> <li>四半期報告という形で成されている。</li> <li>四半期ごとに報告を行っている。</li> <li>状況の把握、把握、評価を行っている。</li> <li>四半期前に事業評価の手順に基づき評価をおこなっている。</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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>評価結果に基づいて適宜見直しが行われている。</li> <li>行っている。</li> <li>評価を受けて、検討、見直しを行っている。</li> <li>各計画の見直しが行われている。</li> <li>年度ごとに見直しを実施している。</li> <li>結果に応じて見直しが行われている。</li> <li>見直しを行っている。</li> <li>評価結果を次年度の計画に反映されるよう努めている。</li> </ul>		
(2) 計画が職員や利用者等に周知されている。	①計画が職員や利用者等に周知されている。	1.各計画を会議や研修において説明している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>一連の過程は各職員で役割分担され、職員会議等で共有されながら行われている。</li> <li>職員の意見を取り入れ集約している。</li> <li>職員全体で協議し、</li> <li>担当者はいるが、連携して策定している。</li> <li>全職員の情報を共有している。</li> <li>係内で業務が分担されている。</li> </ul>			
		2.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"> <li>職員会議及び新任・異動者研修において説明されている。</li> <li>職員会議で実施している。</li> <li>職員会議で説明している。</li> <li>各計画は会議にて説明されている。</li> <li>特に年度初めの会議にて説明がある。</li> <li>職員会議において説明されている。</li> <li>説明している。</li> <li>職員会議にて説明されている。</li> </ul>			



			<p>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。</p> <p>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。</p> <p>4.各計画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"> <li>必要に応じて補助的な資料を作成する等、工夫が行われている。</li> <li>行った。</li> <li>資料を作成され、周知されている。</li> <li>計画内に詳細な説明がある。</li> <li>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。</li> <li>パンフレット等の広報物を通じて、理解しやすい工夫をしている。</li> <li>館内などに各計画資料が掲示されている。</li> <li>パンフレットや重要事項説明書等にルビを振ったり館内掲示する等の配慮をしている。</li> <li>漢字にルビをふる等工夫している。</li> <li>振り仮名等で読みやすいように工夫している。</li> <li>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。</li> <li>ルビを振るなどの配慮が行われている。</li> <li>文書にルビを振る等の配慮をしている。</li> <li>分かりやすく読みやすく(ルビ)工夫している。</li> <li>業務進行状況やお客様アンケート等から周知状況を確認している。</li> <li>実施している。</li> <li>継続的な取組が行われている。</li> <li>四半期報告等で確認されている。</li> <li>行われている。</li> <li>行っている。</li> <li>職員会議等で確認されている。</li> </ul>
3	管理者の責任とリーダーシップ	<p>(1) 管理者の責任が明確にされている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>②遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>A チェック率 100% (56/56)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>管理規則に記載があり、職員会議及び所内研修の場において表明している。</li> <li>している。</li> <li>職員会議等で周知している。</li> <li>表明している。</li> <li>各年度ごとに役割については確認されている。</li> <li>宮城県七ヶ森希望の家管理規則に記載されている。</li> <li>管理規則に記載されている。</li> <li>事業計画に記載されている。</li> <li>広報誌に掲載している。</li> <li>広報誌でしている。</li> <li>広報誌に役割について記載されている。</li> <li>広報誌に掲載されている。</li> <li>広報誌に掲載し表明している。</li> <li>年度始めの広報誌に掲載されている。</li> <li>常に検証し、必要に応じてセンター長及び副センター長の指示を仰いでいる。</li> <li>している。</li> <li>妥当性について検証している。</li> <li>検証している。</li> <li>職員の個別面談及び利用者アンケートというツールを有している。</li> <li>ヒアリングにおいて行われている。</li> <li>ヒアリングにおいて実施されている。</li> <li>定期的な意見を求められ見直しをされている。</li> <li>法人主催の施設長研修に参加している。</li> <li>参加している。</li> <li>研修に参加している。</li> <li>随時、研修や勉強会に参加している。</li> <li>適宜各研修に参加している。</li> <li>経営会議等に参加している。</li> <li>経営会議などに参加している。</li> <li>法人の規則で定められている他、一部は指定管理モニタリングにおいてリスト化の上で確認している。</li> <li>把握しているリスト化している。</li> <li>取組を行っている。</li> <li>法人としてリニュアルがある。</li> <li>運営会議等に参加している。</li> <li>虐待防止及び法令遵守の所内研修を行っている。</li> <li>職員会議の場や朝の引き継ぎの場や回覧文書により行っている。</li> <li>職員会議等で周知している。</li> <li>月例会議にて倫理綱領の読み合わせを行っている。</li> <li>職員会議にて周知されている。</li> <li>職員会議で法令等を共有し全体に周知している。</li> <li>朝の引き継ぎ等で周知されている。</li> </ul>	
		<p>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>②経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>A チェック率 100% (64/64)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>事業自己評価及び指定管理モニタリングにおいて行っている。</li> <li>行っている。</li> <li>定期的、継続的に評価・分析を行っている。</li> <li>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。</li> <li>サービス評価が実施されている。</li> <li>お客様アンケートなど。</li> <li>職員会議において意見を募っている他、個別の面談を実施している。</li> <li>サービス評価の分析。</li> <li>意見を聞く機会をいつでも設けている。</li> <li>面談・人事考課にて意見の確認を行っている。</li> <li>行っている。</li> <li>職員会議において具体的な取組を明示している。</li> <li>発注している。</li> <li>指導力を発揮している。</li> <li>会議等で明示されている。</li> <li>ニーズを把握し、優先度の高いものは相談、検討している。</li> <li>各種委員会を組織し、自らも参画している。</li> <li>サービス評価担当者を書き分析作業を実施している。</li> <li>積極的に参画している。</li> <li>組織内で係分担等行い、自らもそれを行っている。</li> <li>QCサークル活動にて実施している。</li> <li>QCサークルに参加し積極的に参画している。</li> <li>管理者は人事、労務、財務等の把握を行い、分析している。</li> <li>実施している。</li> <li>分析を行っている。</li> <li>各係の責任者を通じて行われている。</li> <li>各係の責任者を交えて行っている。</li> <li>必要に応じて環境整備を行っている。</li> <li>努力している。</li> <li>予定に合わせた人員配置を行っている。</li> <li>環境整備に取り組んでいる。</li> <li>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。</li> <li>職員の意見を取り入れつつ行われている。</li> <li>職員の意見を取り入れつつ、臨機応変に取り組んでいる。</li> <li>職員会議及びミーティングの場において発信し、実践している。</li> <li>職員会議の場で行っている。</li> <li>行っており、周知されている。</li> <li>職員会議にて話し合いが行われている。</li> <li>行っている。</li> <li>各種委員会を組織し、自らも参画している。</li> <li>参画している。</li> <li>組織内で係分担等行い、自らもそれを行っている。</li> <li>管理者は各委員会を組織し、参加もしている。</li> <li>委員会などを通して、自らも参画している。</li> </ul>	
II	組織の運営管理	<p>(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</p> <p>①事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。</p> <p>1.社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握するための方法を持っている。</p> <p>2.利用者数・利用者像等について、事業所が位置する地域での特徴・変化等を把握している。</p> <p>3.福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等を収集している。</p> <p>4.把握された情報やデータが、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。</p> <p>②経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。</p> <p>1.定期的にサービスのコスト分析やサービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。</p> <p>2.改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。</p> <p>3.経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。</p> <p>③外部監査が実施されている。</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>④経営方針を確立している。</p> <p>1.経営方針を確立し、職員と文書で共有している。</p> <p>2.経営方針を元に毎月の事業計画を立てている。</p>	<p>A チェック率 100% (144/144)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>厚労省や各自治体から通知があったものは法人本部を通じて周知されている。</li> <li>持っている。</li> <li>朝の引き継ぎ、職員会議等にて情報収集に努めている。</li> <li>各広報誌や新聞等で実施している。</li> <li>県川野の自立支援協議会に参加し、情報収集を行っている。</li> <li>朝の引き継ぎや回覧文書を通して事業全体の動向を把握している。</li> <li>法人内の相談支援事業所を通じて把握している。</li> <li>把握している。</li> <li>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。</li> <li>自立支援協議会との連携を図っている。</li> <li>年度毎に利用者数、利用者属性等を集計し経過を把握されている。</li> <li>関係機関からの情報及び利用者・家族からの声をもとにニーズの把握に努めている。</li> <li>実施している。</li> <li>相談支援事業所等から情報収集している。</li> <li>特に保護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。</li> <li>お客様アンケートにて収集している。</li> <li>お客様アンケートを実施し、サービスのニーズを収集している。</li> <li>お客様の直接の声やアンケート電話の問い合わせに対して電話簿を使い情報の共有を行っている。</li> <li>把握されたデータ等は法人本部にも共有され、各計画に反映されている。</li> <li>反映されている。</li> <li>反映されることもある。</li> <li>内容によって反映される場合もある。</li> <li>内容を吟味し反映される。</li> <li>四半期ごとに分析が行われている。</li> <li>実施している。</li> <li>定期的に行われている。</li> <li>年度ごとに実施している。</li> <li>四半期報告にて実施されている。</li> <li>改善に向けた取組は随時行われ、各計画にも反映される。</li> <li>反映されている。</li> <li>反映がされている。</li> <li>反映されることもある。</li> <li>必要に応じて反映されている。</li> <li>職員会議において周知されている。</li> <li>職員会議の場などで実施している。</li> <li>経営状況について周知されている。</li> <li>適宜周知はなされている。</li> <li>職員会議等で周知されている。</li> <li>職員会議において担当者から報告されている。</li> <li>県の監査及び法人の監事監査の結果に基づいて、経営改善を実施している。</li> <li>実施している。</li> <li>監査を年に1度は実施し、改善策を立てている。</li> <li>監査を受け、改善策を講じている。</li> <li>監査を受け、指摘事項に対して改善策を講じている。</li> <li>毎年定められた時期に監査を受け指摘事項に対する改善策を講じ、改善結果を報告している。</li> <li>経営方針は文書化され、職員会議において共有されている。</li> <li>共有している。</li> <li>出納簿に記入している。</li> <li>文書で共有している。</li> <li>年度ごとに確立し、職員間で共有されている。</li> <li>職員会議にて、文書で共有している。</li> <li>事業計画細目が定められている。</li> <li>立てている。</li> <li>設備、備品等に記録している。</li> <li>事業計画細目という形でたてられている。</li> <li>事業計画細目の作成がされている。</li> </ul>	



		<p>⑤計画的に予算を執行している。</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.費用削減の源には、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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>現金の出納はその日のうちに帳簿に記載している。収支決算は毎月出している。実施している。</li> <li>定期的に収支決算を出している。</li> <li>現金預かり簿等に当日中に記載がある。</li> <li>総務職員が担当している。</li> <li>総務職員が担当し、実施している。</li> <li>記録に残されている。</li> <li>記録がある。</li> <li>記録を残している。</li> <li>特に衛生用品は記録している。</li> <li>ポイラー日誌、遊具点検の記録を残している。</li> <li>総務係職員が担当されている。</li> <li>必要に応じて県と協議しながら設備投資を行っている。</li> <li>行っている。</li> <li>優先順位をつけ、実施している。</li> <li>総務係職員が担当されている。</li> <li>経費削減の取組は行っているが、物価高及び燃料代の高騰により、寧ろ経費は増加している。</li> <li>削減している。</li> <li>必要に応じて実施されている。</li> <li>実施している。</li> <li>総務係職員が担当されている。</li> <li>食事料金を維持するため、食材及びメニューの変更、量を減らす等の対応を行った。</li> <li>利用者アンケートやなんでも相談等を参考にしながら、実行している。</li> <li>お客様アンケートの意見を参考にしている。</li> <li>実行に移している。(ウォッシュレットや浴室内の時計)</li> <li>お客様アンケートにて把握、実行に移している。</li> <li>お客様アンケートにて意見を収集し、検討、実施している。</li> <li>お客様アンケートに記入していただいたものを参考に、検討・実施している。</li> <li>予算可能な場合には対応している。</li> <li>支援会議や職員会議で出された意見を参考にしている。</li> <li>参考にしている。</li> <li>職員の意見を参考にしている。</li> <li>職員の意見も参考にされることがある。</li> <li>法人の定める規則に沿って運営をしている。</li> <li>実施している。</li> </ul>
2	人材の確保・養成	<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>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>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>A チェック率 100% (16/16)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>人事考課についての資料が職員に配布され、共通理解が図られている。</li> <li>理解している。</li> <li>正しく理解している。</li> <li>資料を配布し、理解している。</li> <li>周知徹底を図っている。</li> <li>回収され理解している。</li> <li>効果基準は資料によって示され、所長が個別面談を行ってフィードバックしている。</li> <li>保たれている。</li> <li>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。</li> <li>個別の面談が実施されている。</li> <li>客観性や透明性が確保されている。</li> <li>個別の面談を実施されはかられている。</li> </ul>
	(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	<p>①職員の労働者としての権利が守られている。</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>②職員の役割分担は、明確にされている。</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>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>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談の機会を設ける等、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>④福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。</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% (96/96)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>就業規則等は年度初めの職員会議で共有され、全職員が見ることのできる位置にファイルが置かれている。</li> <li>共有している。</li> <li>労働協約、就業規則を文書で整備されている。</li> <li>施設内に配置され、共有されている。</li> <li>文書で示されており、閲覧可能である。</li> <li>全体で閲覧できるように調整されている。</li> <li>ファイルに整理されており各々の職員が自由に閲覧出来るようになっている。</li> <li>適切に支払われており、サービス残業が無いように上席者から声掛けがある。</li> <li>支払われている。</li> <li>適切に支払われている。</li> <li>時間外労働、休日労働は適切に手当てが支給されている。</li> <li>適切に支払われている。</li> <li>時間外労働については、本人からの申請を基に支払われている。</li> <li>業務分担表に示されている。</li> <li>示されている。</li> <li>分掌事務に記載されている。</li> <li>文書で示されている。</li> <li>事務分掌に示されている。</li> <li>事務分掌として示されている。</li> <li>各職員が自分の業務を把握して実行している。</li> <li>実行している。</li> <li>年度初めなどに確認され、実行している。</li> <li>把握・実行している。</li> <li>各係の委員会など役割を把握し、実行している。</li> <li>年度始め職員に周知されている。</li> <li>上席者が随時チェックを行っている。</li> <li>チェックしている。</li> <li>所長及び係長にて定期的にチェックを実施されている。</li> <li>定期的にチェックしている。</li> <li>管理者が適宜チェックしている。</li> <li>定期的に確認し有給の未消化や過剰な時間外労働の内容確認されている。</li> <li>事務局の担当部署が行っている。</li> <li>設置している。</li> <li>管理者が適宜チェックしている。</li> <li>総務係職員が担当されている。</li> <li>事務局の担当部署が実施している。</li> <li>ある。</li> <li>仕組みがある。</li> <li>係内で検討し、改善を図る。</li> <li>仕組みが整備されている。</li> <li>給与改定等の具体的なプランが実行されている。</li> <li>実行されている。</li> <li>勤務調整などの配慮がなされている。</li> <li>所長との面談の場が定期的に設けられている。</li> <li>工夫をしている。</li> <li>定期的にヒアリングが行われる。</li> <li>職員が相談しやすいような組織内の工夫がある。</li> <li>不定期ではあるが、個別面談の機会はある。</li> <li>所長と面談する場が設けられている。</li> <li>所長と個人的に面談する機会が設けられている。</li> <li>産業医及び法人が契約するカウンセラーがいる。</li> <li>産業医への相談やカウンセラーの紹介がある。</li> <li>産業医がいる。</li> <li>産業医を確保している。</li> <li>産業医への相談体制が確立されている。</li> <li>月に一回産業医の巡回がある。</li> <li>月に1度専門家の巡回がある。</li> <li>月1回の産業医をお願いしている。</li> <li>健康診断のオプションが幅広く選べる。</li> <li>産業医への個別相談が可能。</li> <li>各種定期的な健康診断の実施。</li> <li>配慮されている。</li> <li>職員の健康管理に配慮している。</li> <li>産業医への相談や健康診断などで配慮されている。</li> <li>各種健康診断等を受診できている。</li> <li>健康診断の機会が設けられている。</li> <li>毎年各種健康診断等を適切に受診できている。</li> <li>法人の福利厚生が他法人と比べて手厚い。</li> <li>互助会加入。</li> <li>互助会の福利厚生事業がある。</li> <li>実施している。</li> <li>組合への加入等を実施している。</li> <li>互助会制度が設けられている。</li> <li>互助会がこれにあたる。</li> <li>正規職員のみ対象に加入されている。</li> <li>第二期地域福祉計画において明示されている。</li> <li>明示している。</li> <li>地域福祉推進計画の中に示されている。</li> <li>第二期地域福祉推進計画に記載されている。</li> <li>法人の研修計画に明示されている。</li> <li>法人の職員研修計画の中に示されている。</li> <li>第二期地域福祉計画において明示されている。</li> <li>明示している。</li> <li>地域福祉推進計画の中に示されている。</li> <li>第二期地域福祉推進計画に記載されている。</li> <li>個別の研修履歴記録があり、継続的に研修が行われている。</li> <li>職員毎に研修計画がある。</li> <li>職員の希望に合わせた研修が行われている。</li> <li>研修を継続的に行っている。</li> <li>各研修が多く実施されている。</li> <li>研修計画を定め、毎年研修を行っている。</li> <li>階級別研修等の機会が設けられている。</li> <li>階級別研修が実施されている他、必ず毎年何らかの研修が受講されている。</li> <li>資格取得の際には、勤務調整を行い、配慮している。</li> <li>配慮されている。</li> <li>勤務調整にて配慮している。</li> <li>可能な限り配慮していただける。</li> <li>配慮がなされている。</li> <li>要望を受けて配慮している。</li> <li>要望を受けて配慮することができる。</li> <li>使用期間が設定され、新任職員研修が実施されている。</li> <li>実施している。</li> <li>十分に行っている。</li> <li>6か月間の試用期間が定められ、研修も充実している。</li> <li>新任職員の研修が実施されている。</li> <li>新任研修を行っている。</li> </ul>
	(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	<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>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>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、計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。</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>A チェック率 100% (96/96)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>第二期地域福祉計画において明示されている。</li> <li>明示している。</li> <li>地域福祉推進計画の中に示されている。</li> <li>第二期地域福祉推進計画に記載されている。</li> <li>法人の研修計画に明示されている。</li> <li>法人の職員研修計画の中に示されている。</li> <li>第二期地域福祉計画において明示されている。</li> <li>明示している。</li> <li>地域福祉推進計画の中に示されている。</li> <li>第二期地域福祉推進計画に記載されている。</li> <li>個別の研修履歴記録があり、継続的に研修が行われている。</li> <li>職員毎に研修計画がある。</li> <li>職員の希望に合わせた研修が行われている。</li> <li>研修を継続的に行っている。</li> <li>各研修が多く実施されている。</li> <li>研修計画を定め、毎年研修を行っている。</li> <li>階級別研修等の機会が設けられている。</li> <li>階級別研修が実施されている他、必ず毎年何らかの研修が受講されている。</li> <li>資格取得の際には、勤務調整を行い、配慮している。</li> <li>配慮されている。</li> <li>勤務調整にて配慮している。</li> <li>可能な限り配慮していただける。</li> <li>配慮がなされている。</li> <li>要望を受けて配慮している。</li> <li>要望を受けて配慮することができる。</li> <li>使用期間が設定され、新任職員研修が実施されている。</li> <li>実施している。</li> <li>十分に行っている。</li> <li>6か月間の試用期間が定められ、研修も充実している。</li> <li>新任職員の研修が実施されている。</li> <li>新任研修を行っている。</li> </ul>



②	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。	A チェック率 100% (128/128)	・個人ごとに研修計画が設定されている。
			・策定されている。
			・年間の研修計画を策定している。
			・一人一人について研修計画が策定されている。
			・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。
			・OJTにおいて対応している。
			・個別研修計画、育成シートが定められている。
			・個別面談及び業務の執行状況等を通じて把握している。
			・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。
			・人事考課制度等を活用し把握に努められている。
			・研修計画に基づいた研修が実施されている。
・研修計画に基づき厳密に実施されている。			
・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。			
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。	・必要に応じて外部講師を招いて所内研修を実施している。		
	・努めている。		
	・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。		
	・同一法人内で講師を招き講習会を実施している。		
	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。	・研修情報の回覧を行なっている。	
		・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。	
		・業務に関わる専門資格については特に積極的に進めている。	
		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。	・施設外研修への参加を計画的に実施している。
			・役立っている。
			・QC発表会に参加し情報提供、収集を実施している。
			・福祉QC活動などを通じて、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サークルにおいて行っている。			
・福祉QC活動の実施、活動等を積極的に行われている。			
③定期的な個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。			・復命書を作成している。
			・実施している。
	・復命書、研修所感を作成している。		
	・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。		
	・年度レポートや復命書を作成している。		
	・復命書を必ず作成し提出している。		
	・研修内容によって伝達研修を実施している。		
	・伝達研修を実施。		
	・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。		
	・設けている。		
	・その都度ではないが、職員会議で伝達研修として発表する場合がある。		
	・上席者が個人研修計画に基づいて行なっている。		
・実施している。			
・評価・分析を行っている。			
・行われることもある。			
・評価、分析を行っている。			
・行っている。			
3 安全管理 (1) 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。	・年度ごとの結果を基に次の研修計画に反映している。		
	・反映している。		
	・結果に基づいて反映されている。		
	・年度ごとの結果を基に見直しを行なっている。		
	・実施している。		
	・研修内容やカリキュラムの見直しを行っている。		
	・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。		
	・行っている。		
	・法人研修推進委員会で意見を出し合い見直しがされている。		
	②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。	・管理者の指揮により安全確保の取組が行われている。	
		・実施している。	
		・管理者はリーダーシップを発揮している。	
		・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。			
・リスクマネジメント係が設置されている。			
・リスク管理委員会。			
・担当部署を設置している。			
・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も設置している。			
・リスクマネジメント担当が設置されている。			
・法人の危機管理「キックグループ」で定期的に話し合いが持たれている。			
・実施している。			
・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。			
・事故発生時必ず実施している。			
③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。	・各種マニュアルが整備されている。		
	・周知している。		
	・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。		
	・何でも相談窓口や館内掲示によって周知している。		
	・感染症発生時のシミュレーションを行なっている。		
	・実施している。		
	・避難訓練を実施している。		
	・緊急時を想定した訓練を行っている。		
	・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。		
	・消防署員、警察署員を招いて研修会を行なっている。		
	・実施している。		
	・消防署員より、救急法の研修を受講している。		
・応急処置の研修を行っている。			
・適宜実施しており、昨年度は消防署職員を講師にお招きした。			
・救急処置、てんかん発作等の研修を行う場合がある。			
・研修を行っている。			
④施設の建物ならびに施設周辺の点検・整備マニュアルが整備されている。	・黒川病院が協力医療機関になっている。		
	・実施している。		
	・地域の医療機関などと協力体制を作っている。		
	・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。		
	・黒川病院と連携を取っている。		
	・マニュアルの見直しを随時行っている。		
	・実施している。		
	・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。		
	・行われている。		
	・ヒヤリハット報告及び集計の仕組みがある。		
	・整備している。		
	・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。			
⑤	・職員会議にて行なわれている。		
	・実施している。		
	・その都度検討している。		
	・ヒヤリハット報告書に記載がある。		
	・リスク管理委員会を随時、再発防止に努めている。		
	・ヒヤリハット報告書に基づいて対策を講じている。		
	・リスク管理委員会が開かれている。		
	・リスク管理委員会実施。		
	・その都度係会議で話し合っている。		
	・事故が起きたら職員会議内で周知し、再発防止に取り組んでいる。		
	・その都度実施されている。		
	・リスク管理委員会を随時、再発防止に努めている。		
	・リスク管理委員会を随時、再発防止に努めている。		
	・緊急時対応マニュアルがある。		
・整備されている。			
・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。			
・職員への研修が行われている。			
・職員に対して実施している。			
・各種研修等で実施されている。			
・防災訓練を実施している。			
・随時行われている。			
・定期的に見直しを実施している。			
・リスク管理委員会を開いている。			
・リスク管理委員会を開いている。			
・事故毎に記録・保存がされている。			
・行っている。			
・報告書にて記録、保存されている。			
・記録、保存を行っている。			
・確実にしている。			
・事故報告書での記録、保存を行っている。			
・業者による点検が行われている。			
・整備されている。			
・点検、整備マニュアルが整備されている。			
・遊具やその他環境の点検様式はある。			
・ポイラ室や遊具点検の整備がされている。			



			<p>2.点検・整備マニュアルにそって、定期的な点検・整備を行っている。</p> <p>3.点検・整備の責任者が明確にされている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>業者による点検が行われている。</li> <li>定期的実施している。</li> <li>定期的な点検、整備されている。</li> <li>お客様の来所に合わせて実施している。</li> <li>稼働入前・遊具の点検を行っている。</li> <li>施設内外、ポイラー、遊具点検を行っている。</li> <li>所長及び事務係長がこれに当たる。</li> <li>明確である。</li> <li>責任者は明確にされている。</li> <li>担当者がいる。</li> <li>館の責任者の掲示がされている。</li> <li>明確にされている。</li> </ul>
4	4 地域との交流と連携	<p>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p> <p>①地域との関わりを大切にしている。</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誌等を配布している。</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>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。</p>	<p>A チェック率 100% (104/104)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>第二期地域福祉計画において明示されている。</li> <li>文書化されている。</li> <li>地域福祉推進計画の中に示されている。</li> <li>事業計画に記載されている。</li> <li>事業計画に記載されている。</li> <li>地域資源を館内掲示している。</li> <li>館内に掲示している。</li> <li>地域資源について館下へ掲示し、利用者へ提供している。</li> <li>年度ごとに様々な社会資源の見学に行き、更新している。</li> <li>館内掲示にて提供している。</li> <li>利用者の方にも分かりやすい様、イラスト化した掲示物を掲示している。</li> <li>広報誌を年3回発行している。</li> <li>している。</li> <li>広報誌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。</li> <li>広報誌を定期的に発行している。</li> <li>広報誌を定期的に発行している。</li> <li>「風つうしん」の発行を行っている。</li> <li>コロナ禍での制限はあるが、可能な限り呼びかけている。</li> <li>現在限られてはいるが呼びかけている。</li> <li>行事については地域住民への参加を呼びかけている。</li> <li>コロナの状況も踏まえつつ呼びかけを行っている。</li> <li>行っている。</li> <li>療育支援の一環として「家族DEトーク」を実施しているが、令和4年度はコロナの為中止となった。</li> <li>レクリエーション講習会やCH体験等を実施している。</li> <li>適宜実施している。</li> <li>キャプハンディ体験の実施を行っている。</li> <li>呼びかけている。</li> <li>日帰り利用の促進等、利用しやすい環境の維持に努めている。</li> <li>ボランティアの呼び掛け等、様々な活動を実施している。</li> <li>多様な支援活動を行っている。</li> <li>友達なつもりがそれに該当すると考えられる。</li> <li>行っている。</li> <li>ふれあい福祉まつりを開催している。</li> <li>広報誌及びパンフレットの配布を行なっている。</li> <li>配布している。</li> <li>各地域に広報誌を送り、情報提供を行っている。</li> <li>広報誌を配布している。</li> <li>広報誌を定期的に発行している。</li> <li>「風つうしん」の発行を行っている。</li> <li>おもちゃ図書館「といらんど」がある。</li> <li>随時開放している。</li> <li>といらんどなど開放している。</li> <li>開放している。</li> <li>キャプハンディ体験をおこなっている。</li> <li>明文化している。</li> <li>誓約書の形で明文化されている。</li> <li>事業計画に記載がある。</li> <li>事業計画に明記されている。</li> <li>整備している。</li> <li>整備されている。</li> <li>誓約書の形で明文化されている。</li> <li>福祉教育係で整備を行っている。</li> <li>ボランティア講習会を行なっている。</li> <li>実施している。</li> <li>年に1度ボランティア講習会を開催している。</li> <li>年に1度、講習会を行っている。</li> <li>ボランティア講習会を実施している。</li> <li>ボランティア講習会を行なっている。</li> <li>実施している。</li> <li>ボランティア講習会を実施している。</li> <li>年に1度、講習会を行っている。</li> <li>ボランティア講習会を実施している。</li> <li>担当者が設けられている。</li> <li>実施している。</li> <li>担当者を設けており、責任を明確にしている。</li> <li>担当者を設けている。</li> <li>福祉教育係が担当している。</li> <li>明確にしている。</li> </ul>	
		<p>(2) 関係機関との連携が確保されている。</p> <p>1.必要な社会資源を明確にしている。</p> <p>1.利用者の状況に利用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。</p> <p>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。</p> <p>②関係機関等との連携が適切に行われている。</p> <p>1.関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</p> <p>2.連携のための担当者を設け、責任を明確にしている。</p> <p>3.地域の関係機関・団体とのネットワーク化に取り組んでいる。</p> <p>4.ネットワーク内で共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。</p> <p>(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。</p> <p>①地域の福祉ニーズを把握している。</p> <p>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。</p>	<p>A チェック率 100% (48/48)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>黒川地域自立支援協議会のリストを活用している。</li> <li>作成している。</li> <li>強力して頂けるボランティアの情報は保管し、リスト化している。</li> <li>資料を作成している。</li> <li>回覧等で情報を共有している。</li> <li>図られている。</li> <li>情報を保管し職員間で共有している。</li> <li>適宜共有が図られている。</li> <li>毎年視察を行っている。</li> <li>黒川地域自立支援協議会に参加している。</li> <li>行っている。</li> <li>関係機関と定期的な連絡を取っている。</li> <li>地域内の自立支援協議会などがそれに該当する。</li> <li>番台市、黒川地域自立支援協議会に参加している。</li> <li>支援係長が調整係として担当している。</li> <li>実施しており明確である。</li> <li>明確にしている。</li> <li>黒川地域自立支援協議会への参加を通して取り組んでいる。</li> <li>取組んでいる。</li> <li>相互協力関係を構築している。</li> <li>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。</li> <li>自立支援協議会と連携を図っている。</li> <li>黒川地域自立支援協議会への参加を通して行っている。</li> <li>自立支援協議会との連携で実施されている。</li> <li>行っている。</li> <li>黒川地域自立支援協議会への参加を通して行っている。</li> <li>把握に努めている。</li> <li>関係機関と定期的に連絡を取っている。</li> <li>お客様の利用を通じて把握に努めることが多い。</li> <li>福祉ニーズの把握に努めている。</li> <li>努めている。</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の提供</p> <p>(1) 利用者を尊重する姿勢が明確にされている。</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、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、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>A チェック率 100% (8/8)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>明示されている。</li> <li>理念や基本方針に明示してある。</li> <li>倫理綱領に同様の記載がある。</li> <li>倫理綱領に記載されている。</li> <li>反映されている。</li> <li>各自で行っている。</li> <li>利用者主体のサービス提供に努めている。</li> <li>利用者主体の理念・基本方針が定められている。</li> <li>会議での権利擁護等の読み合わせを実施している。</li> <li>権利擁護の研修が行われている。</li> <li>定期的に研修を行っている。</li> <li>所内研修で実施している。</li> <li>虐待防止研修などが実施されている。</li> <li>毎月の職員会議において、倫理綱領の読み合わせを行っている。</li> <li>虐待防止及び身体拘束廃止（適正化）の研修が全職員対象に行われている。</li> <li>虐待防止研修を実施している。</li> <li>虐待防止研修が行われている。</li> <li>職員に周知、徹底している。</li> <li>会議等で周知される。</li> <li>虐待防止研修の中で周知を行っている。</li> <li>明示されている。</li> <li>事業計画に記載がある。</li> <li>事業計画に記載されている。</li> <li>利用者支援マニュアルが整備されている。</li> <li>努力しているが、施設・設備面では十分ではないところもある。</li> <li>規定・マニュアル等の整備も進んでいる。</li> <li>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。</li> <li>取り組んでいる。</li> <li>努力しているが、設備・設備面では十分ではないところもある。</li> <li>その都度行われている。</li> <li>必要な改善は速やかになされている。</li> <li>適宜なされている。</li> <li>意見をもちに随時改善を行っている。</li> <li>意見等があった際に改善している。</li> <li>実施している。</li> <li>プライバシー保護に関する研修を定期的に行っている。</li> <li>所内研修等で実施されている。</li> <li>マニュアルの読み合わせを行っている。</li> </ul>	



		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。	(120/120)	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者支援マニュアルが整備されている。</li> <li>館内に掲示されている。</li> <li>館内掲示を行っている。</li> <li>館内掲示にて周知している。</li> </ul>
		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"> <li>実施されている。</li> <li>規程に基づいたサービスが実施されている。</li> <li>実施している。</li> </ul>
	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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者支援マニュアルが整備されている。</li> <li>権利保護の中で明示されている。</li> <li>各自配られている。</li> <li>正しい接し方についてマニュアルが整備してある。</li> <li>マニュアルが整備されている。</li> <li>接客マニュアルが整備されている。</li> </ul>
		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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>定期的には実施されていない。</li> <li>定期的にセルフチェックが行われサービスに反映されている。</li> <li>ケース会議などで反映される。</li> <li>サービスに反映されている。</li> <li>反映されている。</li> </ul>
	④虐待等の人権侵害の防止策、及び万一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へ周知している。		<ul style="list-style-type: none"> <li>所内研修にて資料を配付して周知している。</li> <li>周知している。</li> <li>周知されている。</li> <li>文書で職員や利用者へ周知している。</li> <li>倫理綱領に同様の記載がある。</li> <li>館内掲示にて周知されている。</li> <li>館内掲示にて周知している。</li> </ul>
		2.虐待が行われていないかの確認が随時なされている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>年2回セルフチェックが行われている。</li> <li>されている。</li> <li>身体確認等確認されている。</li> <li>会議だけでなく、日々のコミュニケーションの中で随時確認している。</li> <li>適宜なされている。</li> <li>セルフチェックシートにて確認がなされている。</li> <li>セルフチェックを行う機会が設けられている。</li> </ul>
		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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>規定されている。</li> <li>虐待は許されない、処分の規程が定められている。</li> <li>就業規則に明記されている。</li> </ul>
(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"> <li>ある。</li> <li>文書が明示してある。</li> <li>事業計画内に記載がある。</li> <li>事業計画に記載されている。</li> <li>事業計画に明記されている。</li> </ul>
		2.利用者満足に関する調査を定期的に行っている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者アンケートにて行っている。</li> <li>お客様アンケート実施。</li> <li>アンケートを随時実施している。</li> <li>ご利用の都度、アンケートで実施している。</li> <li>お客様アンケートを実施している。</li> <li>利用者アンケートを実施している。</li> </ul>
		3.調査の結果に基づいて具体的な改善を行っている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>必要に応じて改善を行い、アンケート記入者に電話で回答している。</li> <li>実施している。</li> <li>アンケートに基づきその都度対応している。</li> <li>改善を行っている。</li> <li>必要に応じて行っている。</li> <li>お客様アンケートを基に改善を行っている。</li> <li>アンケートの結果に基づいて改善している。</li> </ul>
(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体制が確保されている。	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"> <li>傾聴している。</li> <li>教育されている。</li> <li>適宜なされている。</li> <li>教育している。</li> <li>倫理綱領にて教育されている。</li> </ul>
		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"> <li>作成している。</li> <li>文書化され、館内に掲示されている。</li> <li>ポスターが掲示されている。</li> <li>文書の場所が分からない。</li> </ul>
		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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>掲示している。</li> <li>館内に掲示されている。</li> <li>館内にポスターが掲示されている。</li> <li>わかりやすい場所にある。</li> </ul>
		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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>個別に面談可能な相談室がある。</li> <li>相談室がある。</li> <li>相談室が設けられている。</li> <li>相談の都度、スペースを設けて配慮している。</li> <li>相談室として整備されている。</li> <li>相談室を設けている。</li> <li>館内に相談室を設けている。</li> </ul>
	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。	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。	A チェック率 98% (102/104)	<ul style="list-style-type: none"> <li>全て整備されている。</li> <li>整備している。</li> <li>苦情解決責任者、受付担当者、第三者委員会を設置している。</li> <li>整備されている。</li> <li>なんでも相談という形で整備している。</li> <li>何でも相談という形で整備している。</li> </ul>
		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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>館内掲示及び重要事項説明書に記載されている。</li> <li>利用者に配布していないが掲示物はある。</li> <li>館内に掲示されている。</li> <li>掲示物を館内に掲示している。</li> <li>文書化され、館内に掲示されている。</li> <li>館内掲示を行っている。</li> </ul>
		3.苦情の検討内容や対応策を、利用者には必ずフィードバックしている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>必ずフィードバックするよう法人の規定に定められている。</li> <li>している。</li> <li>対応できるものはその都度改善している。</li> <li>行っており、周知もされている。</li> <li>フィードバックしている。</li> </ul>
		4.苦情を申し出た利用者へ配慮した上で、苦情内容及び解決方法、結果等を公表している。		<ul style="list-style-type: none"> <li>公表している。</li> <li>匿名で結果を報告する。</li> <li>利用者に配慮した上で結果等を公表している。</li> <li>行っている。</li> <li>利用者に配慮し匿名で公表している。</li> </ul>
	③利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>法人の規定に定められている。</li> <li>整備されている。</li> <li>マニュアルを整備している。</li> </ul>
		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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>規定されている。</li> <li>文書で規定されている。</li> </ul>
		3.対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案があった利用者には、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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>時間がかかる場合は途中経過を報告するようにしている。</li> <li>実施している。</li> <li>行っている。</li> <li>速やかに報告を行っている。</li> </ul>
		4.対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>実施している。</li> <li>定期的に行っている。</li> <li>定期的な見直しを行っている。</li> <li>法人内で行っている。</li> </ul>
		5.苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。		<ul style="list-style-type: none"> <li>なんでも相談、お客様の声を通してサービスの改善を行っている。</li> <li>定期的に行っている。</li> <li>改善に反映している。</li> <li>必要に応じて反映されている。</li> <li>可能な範囲で反映している。</li> </ul>
2 サービスの質の確保	(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。	①サービス内容について、定期的な評価を行う体制を整備している。	A チェック率 100% (64/64)	<ul style="list-style-type: none"> <li>自己評価を毎年行い、外部評価委員に評価して頂いている。</li> <li>実施している。</li> <li>年に1回自己評価を行うと共に、第三者評価を受審している。</li> <li>年に1度は自己評価・第三者評価を受けている。</li> <li>サービス評価を実施している。</li> <li>受講している。</li> </ul>
		2.評価に関する担当者・担当部署が設置されている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス評価の担当者が設置されている。</li> <li>設置されている。</li> <li>評価に関する担当者が設置されている。</li> <li>担当部署が整備されている。</li> <li>担当者、担当部署が設置されている。</li> <li>毎年担当者が決められている。</li> </ul>
		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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>外部評価委員会が設置されている。</li> <li>実行されている。</li> <li>組織で定められている。</li> <li>実行している。</li> </ul>
	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。	1.職員の参画により評価結果の分析を行っている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>支援係職員全員が参画している。</li> <li>実施している。</li> <li>職員の参画で分析を行っている。</li> <li>結果は把握される。</li> <li>改善策と評価を実施している。</li> <li>分析が行われている。</li> </ul>
		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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>明確にされている。</li> <li>結果、課題が文書化されている。</li> <li>担当によって文書化される。</li> <li>文書化されている。</li> </ul>
		3.職員間で課題の共有化が図られている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>図られている。</li> <li>共有化が図られている。</li> </ul>
		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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>仕組みがある。</li> <li>職員参画で改善策が策定される。</li> <li>会議にて策定する時もある。</li> </ul>



			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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>計画の見直しが行われている。</li> <li>必要に応じて計画の見直しを行っている。</li> <li>必要に応じて行っている。</li> <li>行っている。</li> </ul>
	(2) 利用者の記録が適切に行われている。	①利用者に関する記録が適切に行われている。	1.利用記録等の書類が整備されている。	A チェック率 100% (64/64)	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用申込書、利用名簿等が整備されている。</li> <li>整備されている。</li> <li>書類が整備されている。</li> <li>ケース記録を整備している。</li> </ul>
		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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>バラつきがある場合上司からのアドバイスがある。</li> <li>書き方等統一している。</li> <li>記録の仕方を共有して工夫している。</li> <li>統一性をもって記録されるようになっている。</li> <li>何の引き継ぎが分かりやすくしている。</li> <li>統一された基準・様式を使用している。</li> </ul>		
	②利用者に関する記録の管理体制が確立している。	1.記録管理の責任者が設置されている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>設置されている。</li> <li>担当職員が行っている。</li> </ul>		
		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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>文書管理規定に定められている。</li> <li>定められている。</li> <li>規程等を定めている。</li> <li>規定が定められている。</li> <li>文書規定に基づき運用している。</li> <li>定めている。</li> </ul>		
			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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>定められている。</li> <li>規程を定めている。</li> <li>規定が定められている。</li> <li>個人情報、特定個人情報保護規定に基づき運用している。</li> </ul>	
			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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>行われている。</li> <li>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>職員会議にて周知している。</li> <li>職員会議において周知している。</li> </ul>	
	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。	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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>会議や引き継ぎ、回覧文書などで情報は的確に届いている。</li> <li>整備されている。</li> </ul>		
		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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>実施している。</li> <li>施設内で共有する仕組みを作っている。</li> <li>共有ファイルでなされている。</li> <li>共有ファイルで情報共有に努めている。</li> <li>仕組みがある。</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。	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。	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。	A チェック率 100% (32/32)	<ul style="list-style-type: none"> <li>ホームページを公開している。</li> <li>実施している。</li> <li>公開している。</li> <li>ホームページを公表している。</li> <li>ホームページが存在する。</li> <li>ホームページに掲載している。</li> </ul>
			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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>他施設に依頼し、パンフレットを設置してもらっている。</li> <li>実施している。</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配布を行っている。</li> <li>置いている。</li> </ul>
			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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>様々な障害のある方に全て対応しているわけではない。</li> <li>図等を取り入れ分かりやすいようにしている。</li> <li>誰にでもわかるような内容になっている。</li> <li>可能な限り配慮している。</li> <li>ふりがなを振るなどの工夫をしている。</li> <li>図や写真を用いて分かりやすい物になっている。</li> </ul>
			4.見学、一日利用等の希望に対応している。		<ul style="list-style-type: none"> <li>見学に随時対応している。</li> <li>対応している。</li> <li>随時対応している。</li> <li>適宜、対応している。</li> <li>都度対応している。</li> <li>希望があった際、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	(1) 利用者の尊重	①コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	A チェック率 100% (16/16)	<ul style="list-style-type: none"> <li>出来る範囲で行っている。</li> <li>筆談や絵カードを使用し意思疎通を図る。</li> <li>合理的配慮の提供に努めている。</li> <li>特性に応じて配慮している。</li> <li>障害に応じて対応している。</li> <li>筆談など障害に応じて対応している。</li> </ul>
			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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>受け入れている。</li> <li>必要に応じて受け入れている。</li> <li>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。</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.密閉は、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"> <li>利用毎に清掃及び消毒を実施し、清潔が保たれている。</li> <li>なっている。</li> <li>随時清掃を行っている。</li> <li>清潔を保っている。</li> <li>必要に応じて受け入れている。</li> <li>清掃を行い、清潔が保たれている。</li> <li>入所日・退所日に清潔が保たれるよう職員が清掃を行っている。</li> </ul>
	(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）。		A チェック率 100% (64/64)
		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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>食形態の選択が可能。</li> <li>直前の対応は難しい。</li> <li>アレルギーやADLに合わせて特別食の提供もしている。</li> <li>必要に応じてその人にあった食形態で提供している。</li> <li>アレルギー、特食対応を行っている。</li> </ul>	
		3.適温の食事を提供している。		<ul style="list-style-type: none"> <li>適温の食事である。</li> <li>提供している。</li> <li>適温で食事を提供している。</li> </ul>	
		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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>季節によって食材が変わる。</li> <li>盛り付け、食器にも工夫をしている。</li> <li>必要に応じてなされている。</li> <li>季節に応じた献立も用意されている。</li> <li>工夫されている。</li> </ul>	
		5.食卓には、複数の調味料・香辛料が用意されている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>複数の中から選べるように用意されている。</li> <li>メニューにあった調味料が提供されている。</li> <li>用意されている。</li> <li>必要に応じて用意している。</li> <li>必要なものを提供している。</li> <li>食事に合った調味料の提供を行っており、予防があればそれに合わせて対応している。</li> </ul>	
		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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>館内掲示にて提供されている。</li> <li>提供されている。</li> <li>食事入口に献立表を掲示している。</li> <li>献立表を掲示して情報を提供している。</li> <li>献立表にて掲示されている。</li> <li>希望メニューを選択できる場合、代表の方に連絡を行っている。メニューを知りたい方には事前にお伝えしている。</li> </ul>	
	③喫食環境（食事時間を除く）に配慮している。	1. 喫食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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>給食委員会にて検討されている。</li> <li>必要に応じて検討している。</li> <li>BGM等定期的に変更している。</li> <li>必要に応じて改善を図っている。</li> <li>定期的に委員会が開かれ、見直されている。</li> <li>給食委員会が開催されている。</li> <li>音楽設備等により快適に過ごしていただけるよう工夫されている。</li> </ul>	
		2. 食事は、利用者の事情に応じて、幅のある時間帯の中で摂ることができる。		<ul style="list-style-type: none"> <li>ほぼ決まっている。</li> <li>幅のある時間帯で取ることができる。夕食は保健所の指導により18時以降の提供は不可。</li> <li>ある程度希望に応じて摂取可能となっている。</li> <li>昼食は前後30分、夕食は30分前の提供が可能である。</li> <li>柔軟に時間設定が出来ている。</li> </ul>	
	(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。	A チェック率 100% (24/24)	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要に応じて検討している。</li> <li>随時検討している。</li> <li>適宜検討がなされている。</li> <li>係会議にて話し合いを行っている。</li> <li>持っている。</li> </ul>
		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。			<ul style="list-style-type: none"> <li>調整可能。</li> <li>調整できる。</li> <li>調整が出来る。</li> <li>調整可能となっている。</li> <li>調整が出来るようになっている。</li> <li>扇風機を用いて調整が出来る。</li> </ul>
		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"> <li>外から見えないような作りとなっている。</li> <li>行われている。</li> <li>曇りガラス等を使用し見えないように工夫している。</li> <li>プライバシーを保護する構造になっている。</li> <li>そうした工夫が行われている。</li> <li>出入口にカーテンの設備がなされている。</li> </ul>
	(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員の配備を含めて、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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>必要に応じて検討している。</li> <li>検討を定期的に行っている。</li> <li>そうした工夫が行われている。</li> <li>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。</li> <li>行っている。</li> </ul>



		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。	A チェック率 100% (48/48)	<ul style="list-style-type: none"> <li>男女一緒のトイレもあり十分とは言えない。</li> <li>東西廊下のトイレが未だに共用のため改善が必要。</li> <li>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。</li> <li>仕切りを設けている。</li> <li>シャバラ等により仕切りを設けている。</li> </ul>
		3.換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>実施している。</li> <li>随時換気消臭に努めている。</li> <li>配管からの臭いがある。</li> <li>適宜なされている。</li> <li>換気扇、消臭スプレーを利用している。</li> <li>換気扇を回し対策がなされている。</li> </ul>
		4.清掃は、毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。		<ul style="list-style-type: none"> <li>実施している。</li> <li>随時汚れがある時、清掃を行っている。</li> <li>清掃を行っている。</li> <li>毎日ではないが、ご利用後清掃を実施している。</li> <li>汚れが見られた場合は直ちに対応している。</li> <li>毎日清掃を行い、汚れがある場合は直ぐに対応している。</li> </ul>
		5.採光・照明等は適切である。		<ul style="list-style-type: none"> <li>照度検査を定期的に行っている。</li> <li>食堂の照明などが不十分である。</li> <li>食堂のシャンデリアの一部が付かない。</li> <li>特に食堂・ホール内電球切れが顕著であり、全体的に暗いと思われる。</li> <li>適切である。</li> </ul>
		6.暖房設備がある。		<ul style="list-style-type: none"> <li>空調及び床暖房設備がある。</li> <li>ある。</li> <li>用意されている。</li> <li>エアコンやボイラーが設備されている。</li> <li>暖房設備がある。</li> </ul>
(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手順は、マニュアルとして用意されている。		A チェック率 100% (32/32)
		2.緊急時の医療機関への連絡の手順などを職員全員が把握するよう、マニュアルに記載している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>マニュアルにある。</li> <li>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> <li>緊急時対応マニュアルに記載されている。</li> <li>記載している。</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>黒川病院が協力医療機関になっている。</li> <li>確保している。</li> <li>黒川病院と連携している。</li> <li>協力機関を確保している。</li> <li>黒川病院と医療協力契約を交わしている。</li> <li>黒川病院と協力している。</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>連携が図られている。</li> <li>日常的に連携を図っている。</li> </ul>	
(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。	A チェック率 100% (40/40)	<ul style="list-style-type: none"> <li>要望に応じて実施している。</li> <li>希望に応じて実施している。</li> <li>希望に応じてレクリエーションを行っている。</li> <li>依頼があった場合、レクリエーションを実施している。</li> <li>感染症対策を講じながら行っている。</li> </ul>
		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"> <li>必要に応じて事前打ち合わせを行なっている。</li> <li>意向を把握している。</li> <li>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。</li> <li>アンケートを通じて利用者の意向を把握している。</li> <li>把握している。</li> <li>アンケートを基に利用者の意向を取り入れている。</li> </ul>
		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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>館内掲示にて提供されている。</li> <li>必要に応じて配布・掲示し情報提供している。</li> <li>随時提供している。</li> <li>行事、レクリエーションの情報を提供している。</li> <li>提供している。</li> <li>ポスターやブログにて提供している。</li> </ul>
		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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>受け入れている。</li> <li>希望があった場合、受け入れを行っている。</li> <li>必要に応じてボランティアを受け入れている。</li> <li>必要に応じて受け入れている。</li> <li>イベントの際に、学生ボランティアを募集している。</li> <li>感染状況を見ながら、受け入れている。</li> </ul>
		5.地域の社会資源の情報を積極的に提供している。		<ul style="list-style-type: none"> <li>提供している。</li> <li>館内で掲示する等で地域の社会資源の情報を提供している。</li> <li>館内掲示で提供している。</li> </ul>