

令和5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	自己評価
大項目	中項目	小項目	評価点	評価割合	課題・コメント
I 福祉サービスの基本方針の組織	1 理念・基本方針が確立されている。	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誌、パンフレット等）に記載されている。	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誌、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"> 事業計画及びパンフレット、ホームページ、調理情報に記載されている。 記載されており問題はない。 事業計画、広報誌、パンフレットに記載されている。 事業計画、広報誌、事業所パンフレットに記載されている。 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されている。 踏まえている。 HPで公表されている。 事業計画に理念が記載されている。 エンパワーメントの理念に基づいている。
		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。		
		③理念や基本方針を会議などにおいて説明している。	1.理念や基本方針を会議などにおいて説明している。		
		④理念や基本方針が職員や利用者等に周知されている。	1.理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。		
		⑤理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。	3.理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。		
2 計画の策定	(1) 中・長期計画が策定されている。	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% (32/32)	<ul style="list-style-type: none"> 職員会議において所長から説明されている。 年次当初の職員会議の場で説明されている。 職員会議にて確認を行っている。 職員会議にて実行している。
		②中・長期計画は、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっている。	2.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。	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。	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、数値目標を設定することにより実施状況の評価を行えるかどうかについて、配慮がなされている。	5.事業計画は、実行可能かどうか、数値目標を設定することにより実施状況の評価を行えるかどうかについて、配慮がなされている。		
(2) 計画が適切に策定されている。	①計画の策定が組織的に進められている。	1.年度終了時ほどもより、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。	A チェック率 100% (40/40)	<ul style="list-style-type: none"> 法人の第二期地域福祉計画が定められている。 事業計画に中期計画が記載されている。 事業計画に記載されている。 地域福祉推進計画などで明確にされている。 理念や基本方針に基づいた目標を設定している。 事業計画にて明確なビジョンを提示している。 	
	②計画の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。	2.計画の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。			
	③計画を会議などにおいて説明している。	1.各計画を会議などにおいて説明している。			
	④計画の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	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。			
	⑤事業計画は、実行可能かどうか、数値目標を設定することにより実施状況の評価を行えるかどうかについて、配慮がなされている。	5.事業計画は、実行可能かどうか、数値目標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。			
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.利用者数・利用者像等について、事業所が位置する地域の特徴・変化等を把握している。	A チェック率 100% (32/32)	<ul style="list-style-type: none"> 四半期ごとに評議・報告を行っている。 四半期毎に事業計画の実施状況を報告している。 四半期報告などで行われている。 四半期毎に評価を行っている。 四半期報告において各部署ごとに状況の確認が行われている。
		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.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。		
		③経営状況を分析して課題を把握し、改善策を講じている。	1.定期的な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。		
		④改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。	2.改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。		
		⑤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.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。		
2 外部監査の実施	1 外部監査の実施	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。	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。	A チェック率 100% (64/64)	<ul style="list-style-type: none"> 相談支援事業所との連携により、把握している。 相談支援事業所等と連携して把握している。 自立支援協議会の参加にて、情報収集を行っている。 利用実態や地域からの情報から把握・努めている。 必要に応じて自立支援協議会との連携を図っている。
		②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。	2.把握された情報やデータを用い、事業計画の数値目標を定めている。		
		③経営状況を分析して課題を把握し、改善策を講じている。	1.定期的な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。		
		④改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。	2.改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。		
		⑤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.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 財務管理	1 現金の出納	①現金の出納が適切に行われている。	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。	A チェック率 100% (104/104)	<ul style="list-style-type: none"> 必須による監査、法人の監査の指導や指摘事項に基づいて、経営改善を実施している。 外部監査は適切に実施され、指摘事項に基づいて改善に努めている。 外部監査の結果に基づいて実施されている。 外部監査が実施され、改善を実施している。 監査結果、指摘事項に関する改善策を講じている。 法人規模で外部からの指導、ご指摘をいただいている。
		②サービスの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。	2.サービスを受ける側からの設備や消耗品に関する意見を聞き、実行に移している。		
		③安全確保に関する検討を行う利用者や担当者等が参加した検討会を、定期的に開催している。	3.安全確保に関する検討を行う利用者や担当者等が参加した検討会を、定期的に開催している。		
		④業務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。	4.業務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。		
		⑤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。	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。		
4 安全管理	(1) 利用者の安全を確保するための取り組みがなされている。	①緊急時（警報、感染症の発生時など）の対応体制が整備されている。	1.管理者は、利用者の安全確保の取組についてリーダーシップを発揮している。	A チェック率 100% (104/104)	<ul style="list-style-type: none"> 発生している。 発祥している。 リーダーシップがある。 管理者はリーダーシップを発揮している。
		②安全確保に関する検討を行う利用者や担当者等が参加した検討会を、定期的に開催している。	3.安全確保に関する検討を行う利用者や担当者等が参加した検討会を、定期的に開催している。		
		③業務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。	4.業務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。		
		④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。	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。		
		⑤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。	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。		

3.事故が起きたら、その事故を元に戻す再発防止マニュアルを改善する会議を開いている。	3.事故が起きたら、その事故を元に戻す再発防止マニュアルを改善する会議を開いている。	4.万一、事故が起きた時の対処法のマニュアルが整備されている。	4.万一、事故が起きた時の対処法のマニュアルが整備されている。	5.事故処理の記録・保存を行っている。	5.事故処理の記録・保存を行っている。	A チェック率 100% (120/120)	<ul style="list-style-type: none"> リスク管理委員会を開いている。 議事録の作成がされている。 事故報告を職員会議にて周知し、改善策を固めている。 リスク管理委員会を廃止して、再発防止策を検討している。 検討会議が実施されている。
							<ul style="list-style-type: none"> 整備されている。 マニュアルが整備されている。
							<ul style="list-style-type: none"> 一連の処理に関する記録を保存している。 適切に記録・保存されている。 定められた手順で記録・保存を行っている。 ヒヤリハット・事故報告の記録と保存を行っている。 必ず記録・保存している。 事故報告の記録と保存が行われている。 記録と保存を行っている。 保管期限のルールに基づいて実施されている。
							<ul style="list-style-type: none"> 明示されている。 「倫理綱領に基づいた具体的な行動計画」にて明示されている。 事業計画に明示されている。 倫理綱領に明示されている。
							<ul style="list-style-type: none"> 反映されている。 利用者主体の基本方針及び理念が定められている。 利用者を尊重した基本姿勢が反映されている。 利用者主体の理念、基本方針が定められている。
							<ul style="list-style-type: none"> 権利擁護ワーキングにて話し合われている。 会議の場で読み合わせなどを行っている。 所内研修において実施している。 定期的に職員会議にて研修を行っている。 虐待防止等の研修が行われている。 年2回の虐待防止研修が行われている。
							<ul style="list-style-type: none"> 引継ぎ及び会議の場において周知されている。 周知している。 所内研修において実施している。 定期的に職員会議で周知している。 虐待防止研修やポスターなどの掲示物において職員への周知を実施している。
							<ul style="list-style-type: none"> 具体的な行動計画としてある。 事業計画内において記載されている。
							<ul style="list-style-type: none"> 個人情報保護規定に基づき取り組んでいる。 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。 プライバシー保護について取り組んでいる。 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。 サービス評価による自主点検や、お客様アンケートの実施による改善に努める。
							①利用者尊重する姿勢が明確に示されている。
<ul style="list-style-type: none"> 2.利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、サービスの実施方法等に反映されている。 							
<ul style="list-style-type: none"> 3.利用者を尊重する基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。 							
<ul style="list-style-type: none"> 4.身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。 							
<ul style="list-style-type: none"> 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。 							
<ul style="list-style-type: none"> 1.プライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫等に組織として具体的に取り組んでいる。 							
<ul style="list-style-type: none"> 2.利用者のプライバシー保護のため、建物・設備その他の環境について必要な改善は、速やかになされている。 							
<ul style="list-style-type: none"> 3.利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。 							
<ul style="list-style-type: none"> 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へ周知されている。 							
<ul style="list-style-type: none"> 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。 							
④虐待防止策が明確に示されている。	④虐待防止策が明確に示されている。	⑤虐待防止策が明確に示されている。	⑤虐待防止策が明確に示されている。	⑥虐待防止策が明確に示されている。	⑥虐待防止策が明確に示されている。	A チェック率 100% (104/104)	<ul style="list-style-type: none"> 1.接し方（年齢や状況に応じた呼称・言葉遣い、禁止事項）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"> 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"> 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。
							<ul style="list-style-type: none"> 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"> 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明確にされている。
							<ul style="list-style-type: none"> 3.万一、虐待が行われた際の処分の規程が明確にされている。
							<ul style="list-style-type: none"> 1.接し方（年齢や状況に応じた呼称・言葉遣い、禁止事項）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"> 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"> 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。
							<ul style="list-style-type: none"> 2.虐待が行われていないかの確認が随時なされている。
⑦利用者が意見を述べたりしやすいようスペースを設けるなどの配慮をしている。	⑦利用者が意見を述べたりしやすいようスペースを設けるなどの配慮をしている。	⑧利用者が意見を述べたりしやすいようスペースを設けるなどの配慮をしている。	⑧利用者が意見を述べたりしやすいようスペースを設けるなどの配慮をしている。	⑨利用者が意見を述べたりしやすいようスペースを設けるなどの配慮をしている。	⑨利用者が意見を述べたりしやすいようスペースを設けるなどの配慮をしている。	A チェック率 100% (104/104)	<ul style="list-style-type: none"> 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"> 2.利用者が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選ぶこと、意思疎通の状況に応じて支援体制があることを、わかりやすく説明した文書を作成している。
							<ul style="list-style-type: none"> 3.利用者や家族等に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。
							<ul style="list-style-type: none"> 4.相談したり意見を述べたりしやすいようスペースを設けるなどの配慮をしている。
							<ul style="list-style-type: none"> 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。
							<ul style="list-style-type: none"> 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、わかりやすく図解した掲示物を掲示している。
							<ul style="list-style-type: none"> 3.苦情の検討内容や対応策を、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。
							<ul style="list-style-type: none"> 4.苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決方法、結果等を公表している。
							<ul style="list-style-type: none"> 1.意見や提案を受けた際の記録の方法や幹事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"> 2.マニュアルには、利用者やその家族の希望や意見についても記録し、必ず幹事職員に報告する手順が文書で規定されている。
⑩苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。	⑩苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。	⑪苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。	⑪苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。	⑫苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。	⑫苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。	A チェック率 100% (64/64)	<ul style="list-style-type: none"> 1.意見や提案を受けた際の記録の方法や幹事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"> 2.マニュアルには、利用者やその家族の希望や意見についても記録し、必ず幹事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"> 3.対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者やその家族には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。
							<ul style="list-style-type: none"> 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"> 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"> 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変更している。
							<ul style="list-style-type: none"> 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"> 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"> 1.職員の見直しに基づき、組織として評価結果の分析を行っている。
							<ul style="list-style-type: none"> 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。
⑬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。	⑬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。	⑭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。	⑭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。	⑮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。	⑮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。	A チェック率 100% (64/64)	<ul style="list-style-type: none"> 1.外部評価委員の参加の上で自己評価を実施している。 施設サービス評価を行い、外部評価委員に評価を依頼している。 年に1回自己評価を行い、第三者評価を行っている。 施設サービス第三者評価を行っている。 毎年6月にサービス自己評価を実施している。
							<ul style="list-style-type: none"> 設置されている。 施設サービス評価を担当する職員が配置されている。 担当部署が設置されている。 担当者が設定されている。
							<ul style="list-style-type: none"> 年に一度実行されている。 実行されている。 担当職員を主として評価結果を分析、検討を実施している。 組織として実行されている。 意思決定、指導等いただいた際には、施設内で改善に努めている。
							<ul style="list-style-type: none"> 行なっている。 結果を把握し、分析される。 担当職員で評価、分析を行っている。 個別での評価を実施している。
							<ul style="list-style-type: none"> 文書化されている。 課題等を文書に明示している。 文書化され、閲覧ができるようになっている。 担当により文書化される。 分析結果、課題が文書化されている。 改善計画が策定されている。
							<ul style="list-style-type: none"> 書面により共有している。 共有化が図られている。 職員間で課題の共有化を図っている。 共有化が図られている。 会議等で共有化されている。
							<ul style="list-style-type: none"> 会議において話し合われている。 担当職員がおり、改善策や改善計画を策定している。 職員間で改善計画が策定される。
							<ul style="list-style-type: none"> 評価結果をもとに、必要に応じて計画の見直しを行っている。 必要に応じて行っている。 計画の見直しを行っている。 解決策があれば、検討の上実施している。
							<ul style="list-style-type: none"> 整備されており問題はない。 個人毎にケース記録が整備されている。 一人一人のケース記録が整備されている。 利用者一人一人のケース記録ファイルが作成されている。
							<ul style="list-style-type: none"> ばらつきがないようOJ指導を行い、上席者が確認している。 統一された様式を採用している。 統一された基準、様式を使用している。 地域支援センターと、取りまとめ職員への周知をおこなっている。
<ul style="list-style-type: none"> 文書管理担当者が配置されている。 設置されている。 責任者が設置されている。 							

		6. 服用設備がある。	6. 服用設備がある。		<ul style="list-style-type: none"> ・服用設備が整っている。 ・服用設備がある。 ・用意されている。 ・施設内、お部屋内、トイレに服用が整備されている。
(4) 衣服	① 衣類の着替え時の洗濯の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。 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。	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。 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。	A チェック率 100% (24/24)	<ul style="list-style-type: none"> ・尊重している。 ・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。 ・可能な限り尊重している。 ・本人の意思を尊重して対応している。
		3. 汚れや破損が生じた場合に、速やかに対応するための業務手順が用意されている。	3. 汚れや破損が生じた場合に、速やかに対応するための業務手順が用意されている。		<ul style="list-style-type: none"> ・尊重している。 ・尊重して対応、見守りを行っている。 ・意思を尊重した上、対応している。 ・意思を尊重し、対応を行っている。 ・意思を尊重して対応している。 ・本人の意思を尊重して対応している。
(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。	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。		<ul style="list-style-type: none"> ・生活状況確認書がある。 ・整備されている。 ・こんにちはシート、生活状況確認書により確認している。 ・フェイスシートや生活状況確認書が整備されている。 ・こんにちはシート、生活状況確認書により確認ができる。
		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。	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"> ・適切である。 ・緊急的な遠所も含めて連絡調整を行っている。 ・その都度、電話連絡にて行われている。 ・緊急連絡先に連絡を行っている。 ・ケース記録に家族の連絡先が記載されており、いつでもご家族との連絡が取れるよう体制が整えられている。
	② 必要な薬、迅速かつ適切な処置が受けられる。	1. 健康面に異常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。	1. 健康面に異常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"> ・マニュアルがある。 ・マニュアルが整備され、各自確認を行っている。 ・マニュアルが用意されている。 ・支援係内にマニュアルが整備されている。
		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。	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。	A チェック率 100% (80/80)	<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルに記載されている。 ・緊急医療に関する対応のマニュアルがある。 ・マニュアルが整備されている。
		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。	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"> ・黒川病院、まほろばクリニックがこれにあたる。 ・黒川病院の医療機関と連携協力に係る契約を締結している。 ・協力体制を締結している医療機関がある。 ・黒川病院と医療協力契約を結んでいる。
	③ 内服薬・外用薬等について、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。	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。	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"> ・まほろばクリニックと日常的な連携を行なっている。 ・連携をとり取り組んでいる。 ・黒川病院との医療協力契約を結んでいる。 ・黒川病院と年度の契約を締結している。
		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。	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"> ・お薬手帳や処方箋により確認している。 ・お薬手帳や処方箋を待たず、家族に確認し適切な情報を得ている。 ・薬受け渡し確認書及び生活状況確認書において確認が可能である。 ・契約時、入所時に確認を行っている。 ・家族に確認し、適切な情報を得ている。 ・お薬説明書など確認（コピー）をし、又家族にも情報提供をいただき対応している。
		3. 薬物の取り置き・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。	3. 薬物の取り置き・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"> ・マニュアルがある。 ・受け入れ毎に薬の確認書を作成している。 ・マニュアルが整備されている。 ・受入れの際に薬の確認書を作成している。 ・支援係内にマニュアルが整備されている。
		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。	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"> ・誤り防止マニュアルを基に対応する。 ・誤り防止マニュアルが整備されている。 ・支援係内にマニュアルが整備されている。
(6) 余暇	① 余暇は、利用者の希望に沿って支援している。	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。	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"> ・所定の様式がある。 ・記録されており問題はない。 ・記録されており、利用者の家族にも情報が提供されている。 ・薬受け渡し確認書に記載されている。 ・各個人のケース記録に前記されている。
					<ul style="list-style-type: none"> ・強制していない。 ・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。 ・ご利用者様の希望に沿った上、実際に余暇活動の提供を実施している。 ・各利用者にあった余暇の過ごし方を支援している。 ・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。 ・ご利用者の希望に沿った支援を行っている。 ・ご利用者の嗜好を取り入れる等、本人の意思や気持ちを尊重した上で過ごして頂いている。 ・無理難題に基づく具体的な行動計画に示されたとおり、各職員が利用者様のご様子、特性に合わせた支援の実施に努めている。