

平成26年度 施設サービス評価 ～ 保養用 ～

	大項目	中項目	小項目		自己評価			外部評価		
					合計	課題・コメント	是正・改善計画	課題・コメント	是正・改善計画	
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 97.5% (39/40)					
				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。						
			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。						
				2.基本方針は法人の理念との整合性が確保されている。						
				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。						
			(2) 理念や基本方針が周知されている。	①理念や基本方針が職員に周知されている。						1.理念や基本方針を会議や研修において説明している。
		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。								
		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。								
		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。						
			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。							
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。										

廊下に様々な掲示はされていると思うが、それらをどう周知させていくか工夫があると良い。

廊下の掲示物は、なかなか立ち止まって読む機会も少ないと思うので、例えば、客室しおり内に綴じてあると、ゆっくり目を通せるのではないかと。

いただいたご意見を参考に、客室しおり内に綴る方向で検討していきます。

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 79.6% (51/64)						
			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。							
			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。							
			4.中・長期計画に基づく取組を行っている。							
			5.中・長期計画は、必要に応じて見直しを行っている。							
	(2) 計画が適 切に策定 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。	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。							
			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。							
			3.事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。							
			①計画の策 定が組織的 に行われて いる。		1.年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。					
					2.評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。					
3.一連の過程が一部の職員だけで行われていない。										
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。									
	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。									

			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 style="text-align: center;">A</p> <p>チェック率 75.0%</p> <p>(42/56)</p>	【チェック率】 37.5%	<ul style="list-style-type: none"> ・保養利用の皆さんへは、実際にご利用いただく年間日数が限られており、全体的な事業計画等は提示しておりませんでした。 ・各種イベントや、施設パンフレットについては、イラストや写真も使用しながら、簡潔で分かりやすく、見やすいものとなるよう各担当職員が心掛けておりますが、今後、職員間で意見やアイデアを持ち寄り、より良いものを作成していけるよう努めていきます。 ・今年度は、館内工事による休館に伴い、例年開催していた‘友遊ななつもり(年5回)’の中止や、予約受付の縮小など、例年とは異なる形での受け入れとなりました。 それらについて、施設ホームページ内のブログでお知らせし、ご利用いただいた皆さんへは随時お知らせしてきましたが、周知不足だったと思われるため、今後の周知方法を十分に検討していきます。 		
			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。					
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。	<p style="text-align: center;">A</p> <p>チェック率 73.2%</p> <p>(41/56)</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。					
			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。					
			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。					
		②遵守す べき法令 等を正 しく理 解する ための 取組み 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。					
			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。					
			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。					

		(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				
				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。					
				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。					
				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。					
			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。		チェック率			
				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、具体的に取り組んでいる。		76.5%			
				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。		(49/64)			
				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。					
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。	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。					
				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。					
				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。					
				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>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。</p> <p>③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>⑤計画的に予算を執行している。</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>A</p> <p>チェック率 88.8%</p> <p>(128/ 144)</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。					
	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。					
	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.経営方針を確立し、職員と文書で共有している。					
	2.経営方針を元に毎月の事業計画をたてている。					
	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.設備・備品管理は記録を残している。					
	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。					
	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。					
	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。					
	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。					
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。						
8.借入金（車両、建物のローン含む）がある場合、返済までの資金計画は施設運営を圧迫せず、計画的である。						

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>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>B チェック率 50.0% (8/16)</p>	<p>・人事考課につい て、よく分からな い。 ・人事考課におい て、何が評価され ているのか分からな い。</p>	<p>館内工事による閉館、職 員研修の実施に伴い、人 事考課後のフォローアッ プ実施が遅れていまし た。 12月の人事ヒアリング においても一部実施して きてはいますが、今年度 中に、人事考課の流れを きちんと説明し、正式な 形で順次、実施していく 計画です。 尚、指導係職員について は1月中に実施済み。</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>(2) 職員の就 業状況に 配慮がな されている。</p>	<p>①職員の労 働者として の権利は守 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>A チェック率 76.0% (73/96)</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>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>(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>	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 style="text-align: center;">A</p> <p>チェック率 78.9%</p> <p>(101/ 128)</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。						
		3.職員・役員の役職を問わず、継続的研修を毎年行っている。						
		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>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>	1.採用時には試用期間を設け、採用時研修を十分にしている。		<p>【チェック率】 37.5%</p> <p>・外部講師を招いての職員向け研修は殆んどない。</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。						
		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。						
		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。						
		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。						
		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>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>	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行い、外部との比較を施設サービスの向上に役立っている。						
		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>・施設内へ外部講師を招いた職員向け研修については、今後、必要に応じ検討していきます。</p> <p>・現在、日常業務を通じて行うOJT研修、業務の遂行に必要な知識や技能を身につける階層別研修ほか外部研修（レクリエーション、普通救命など）の実施、その他、自主参加の自己啓発研修や資格取得を奨励されています。</p> <p>・外部研修参加後は、会議時の伝達研修により職員間で共有し学んでいます。</p> <p>・なお、研修推進員がおり、職員研修の計画的かつ効果的な推進を図っています。</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。						
		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。						
		4.評価・分析された結果を次の研修計画に反映している。						
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。								

		③施設の建物ならびに施設の周辺は定期的に点検・整備されている。	1.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。				
			2.点検・整備マニュアルにそって、定期的に点検・整備を行っている。				
			3.点検・整備の責任者が明確にされている。				
4 地域との交流と連携	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	①地域との関わりを大切にしている。	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 style="text-align: center;">A</p> <p>チェック率 78.8%</p> <p>(82/104)</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。				
			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。				
			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。				
		②事業所が有する機能を地域に還元している。	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。				
			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。				
			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。				
			4.規程を設けた上で、地域へ施設を開放している。				
		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。	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。				
			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。		【チェック率】 25%	・きちんとしたマニュアルを未作成であり、現在、作成中です。	
			3.ボランティアに対して必要な研修を行っている。		・作成中		
			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。				
			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。				

		(2) 関係機関との連携が確保されている。	<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。</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>B</p> <p>チェック率 56.2%</p> <p>(27/48)</p>	<p>・保養施設という性質上、他機関との日常的な連携や交流は困難だが、一方、職員にも知識が不足しており、関心も低いように思う。</p>	<p>・黒川地域障害福祉サービスガイドブック等を活用しながら、職員個々でも知識を高めていきます。</p> <p>・近隣地域の見どころ等、保養利用者に案内できるように新しい情報を収集していきます。</p>			
		(2) 関係機関等との連携が適切に行われている。	<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>・黒川地域自立支援協議会への参加など。</p> <p>・福祉まつりへの出店協力を他事業所へ広く呼び掛けていきます。</p> <p>・外部事業所への出張レクリエーション支援を新規開拓し、ネットワークを広げていきます。</p>	<p>・黒川地域自立支援協議会へ継続参加し、他機関との連携に努めていきます。</p>		
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	<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>B</p> <p>チェック率 37.5%</p> <p>(3/8)</p>	<p>・社協という組織上、力を入れて取り組むべき課題と感ずる。</p>	<p>・事業計画に基づいた現在の取組み内容を、職員間で再確認します。</p> <p>・法人事務局の地域福祉部、同センターの相談支援事業所「ばれっと」等からも情報をいただいています。</p> <p>今後も、黒川地域自立支援協議会へ参加し情報収集に努めます。</p> <p>・短期入所や日中一時支援の利用調整、保養利用団体との情報交換を通し、身近なニーズ把握に努めていきます。</p>		
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。							
Ⅲ 適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービス	(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提供について共通の理解をもつための取組を行っている。</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みが明示されている。</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。	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。	A チェック率 78.3% (94/120)				
	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。		・中央トイレ以外のトイレが男女兼用であることについて、異性親が排泄支援する際に、利用しやすいとお声があった。	前年度の外部評価委員会にて、トイレのプライバシー確保についてご意見をいただいた内容。	男女別と男女共用トイレの両方があるのではないかと。	いただいたご意見を参考に、案内掲示の作成を検討していきます。
	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。		最終ページ(5)排泄①-2にも通じるが、職員として構造に疑問を持つ視点を大事にしながら、当面は、利用者の状態により使い分けいただく形で、利用者の声に耳を傾けていく。	共用トイレの入口に、男女別トイレの案内を掲示しておくことで、状況に応じて、利用者自身が選択できると思われる。		
	4.利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等が利用者に周知されている。					
	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体罰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、体罰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。				・チェックがなくても良い項目と、そうではない項目があると思うが、この項目においては、実際の取組みを周知し、空欄をなくせるようにした方が良い。	取組み内容について周知できるよう、職員間で再確認していきます。 なお、‘体罰’の表現については、次年度の評価様式から‘虐待’の表現に変更させていただきます。
	2.体罰が行われていないかの確認が随時なされている。				・‘体罰’という表現について、昨今はあまり使用されていないと思うので‘虐待’という表現にされると良いのではないかと。	
	3.万一、体罰が行われた際の処方が規程されている。					

(2) 利用者満足 の向上に 努めている。	①利用者満足 の向上を 意図した仕 組みを整備 している。	1.利用者満足の上を目指す姿勢を明示した文書がある。	A チェック率 70.8% (17/24)						
		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。	A チェック率 76.9% (80/104)						
		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。							
		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。							
		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。							
	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。							
		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。							
		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。							
		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。							
	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。							
				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。					
				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。					
				4.対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。					
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>・現在、お客様からの声(アンケート)については、いただいたご意見へ、その都度、回答させていただき、毎月、廊下の掲示板で他の利用者の皆さんへも報告させていただいています。</p> <p>※今年度のQC活動では、「お客様の満足度を知ろう」(サブテーマ「アンケートの有効活用」)というテーマで取組みました。簡素化したアンケート用紙を新たに準備し、配布方法や回収箱の設置場所も見直すことで、以前より多くの利用者の声を知ることができました。</p>	<p>・利用者へ、サービス向上を目的とした「満足度調査」という形をとると、また違った視点からご意見をいただけたら、回収率アップになるのではないかと。</p> <p>・希望の家においては、保養事業と短期入所・日中一時支援事業を併用されている利用者も多いと思うので、ご意見は、どちらにも反映されてくると思われ。</p>	<p>QC活動での取り組みを今後に繋げながら、よりよいサービスを提供できるよう、アンケートの内容や様式について模索していきます。</p>			

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 期的に 評価を 行う体 制を整 備して いる。	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受審している。	A チェック率 87.5% (56/64)					
			2.評価に関する担当者・担当部署が設置されている。						
			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。						
		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。						
			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。						
		3.職員間で課題の共有化が図られている。							
		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。							
		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。							
	(2) 利用の記 録が適切 に行われ ている。	①利用者 に関する 利用記 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 89.0% (57/64)				
			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。						
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。							
		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。							
		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。							
		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。							
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。		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。							
	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。								

	3 サービスの開始・継続	(1) サービスの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。 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。 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。 4.見学、一日利用等の希望に対応している。	A チェック率 81.2% (26/32)					
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。 1.意思伝達に制限のある人の場合、その人固有のコミュニケーション手段やサインの発見と確認に心掛けている。 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。	A チェック率 81.2% (13/16)					
		(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)					
	(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.希望する食事メニューを事前に選択できる。 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 82.8% (53/64)					
			③喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。 1.食堂の設備や雰囲気について定期的に検討会議を開き、必要に応じて改善を図っている。 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"> 職員毎の評価結果を見ると、半々に分かれており、感じ方に違いがあるようだ。 ‘会議は実施していない’というコメントは、実施したいという思いがあるのではないか。給食委員会などは、特定の委員のみ出席されると思うので、職員個々の意見も吸い上げられるよう、委員会前に指導係内での会議もあると良いのではないか。 <p>今回は評価の分かれる結果でした。喫食環境を定期的に見直す機会を設け、また、基本的な食事時間の設定は必要となりますが、衛生管理上おいしく提供できる時間範囲で、利用者の事情に応じられるよう努めていきます。</p> <p>なお、食事料金については、県条例の関係で、随分前から3食1,000円で提供してきましたが、今後は見直しの検討も必要になってくると思われる。</p>

(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 79.1% (19/24)				
		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。					
(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。	A チェック率 75.0% (36/48)				
		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。				男女別と男女共用トイレの両方があるわけではないか。	いただいたご意見を参考に、案内掲示の作成を検討していきます。
		3.換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。				共用トイレの入口に、男女別トイレの案内を掲示しておくことで、状況に応じて、利用者自身が選択できると思われる。	
		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.冷暖房設備がある。				冷房設備がないためにチェック数が少なくはなっているが、そもそもトイレに冷房まで必要かどうか？	
(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.健康面に不調があった場合の対応の手順は、マニュアルとして用意されている。	A チェック率 78.1% (25/32)				
		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。					
(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 90.0% (36/40)				
		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。					
		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。					
		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。					
		6.地域の社会資源の情報を積極的に提供している。					

平成26年度 施設サービス評価（自己評価）～短期入所・日中一時支援～

	大項目	中項目	小項目		自己評価			外部評価		
					合計	課題・コメント	是正・改善計画	課題・コメント	是正・改善計画	
I 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立されている。	①理念や基本方針が明文化されている。	1.理念や基本方針が文書（事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等）に記載されている。	A チェック率 100% (16/16)					
				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) 理念や基本方針が周知されている。	①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 78.1% (25/32)				
				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。						
	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 77.5% (31/40)					
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。	<p>①計画の策定が組織的に行われている。</p> <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> <p>2.評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。</p>	<p>A</p> <p>チェック率 84.3%</p> <p>(27/32)</p>						
		②計画が職員や利用者周知されている。	<p>1.各計画を会議などにおいて説明している。</p> <p>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。</p>							
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。		<p>1.利用者数・利用者像等について、事業所が位置する地域での特徴・変化等を把握している。</p> <p>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。</p>	<p>A</p> <p>チェック率 85.9%</p> <p>(55/64)</p>				
			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。		<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>					
			③外部監査が実施されている。	<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>						
			④計画的に予算を執行している。	<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.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>						

2 安全管理	(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。	①緊急時（事故、感染症の発生時など）の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。	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。					
			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。					
			3.安全確保に関する検討を行う利用者と担当職員等が参加した検討会を、定期的に開催している。					
			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。	【チェック率】 37.5%	・障害やリスク種別の詳細なものではないが、感染症対策マニュアルや緊急時行動計画などの危機管理体制は整備されている。			
			5.利用者一人ひとりに健康上の留意点などを確認できる書面が作成されており、緊急時に利用者の状態を的確に伝えることができる。			・緊急時行動計画のマニュアルはあるが、障害種別などの詳細なものではない。 ・分かりません。		
			6.職員に対し、必要な救急法の研修を行っている。	A チェック率 78.4% (69/88)	・利用者へは、利用前の契約書類に「緊急時の対応および損害賠償」（短期入所のみ）、「非常災害時の対策」として記載し説明している。			
			7.緊急の場合に備えて警察、消防署、医療機関、地域の自治会や団体等と情報交換、連絡・協力体制を作っている。					
			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。					
		②利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	1.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。					
			2.万一、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。					
3.事故処理の記録・保存を行っている。								

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービス	(1) 利用者尊重する姿勢が明示されている。	①利用者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。	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。						
				2.利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法等に反映されている。						
				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。						
				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り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いる。					
					4.利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等が利用者に周知されている。	・契約時、個人情報取扱いに関する説明および同意を得て対応しているが、マニュアルについては、利用者へは周知できていないと思う	・「倫理綱領に基づく具体的行動計画」について廊下へ掲示し、'プライバシーが守られる権利の尊重'について記載している。			
					5.規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。	※職員へは、'短期入所・日中一時支援マニュアル'に、人権への配慮とし、プライバシー保護について記載。				
		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。							

A
 チェック率
81.6%
 (98/120)

<p>④体罰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。</p>	<p>1.拘束・暴言・暴力・無視・放置等、体罰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.体罰が行われていないかの確認が随時なされている。</p> <p>3.万一、体罰が行われた際の処分が規程されている。</p>		<p>・文書があるか分からない。</p> <p>・利用者家族へは、'虐待防止のための措置'について、契約書に相談窓口と併せて記載があるのみ。</p>	<p>・廊下へ、虐待防止のポスターと併せ、虐待の具体例や発見時の対応、通報の流れなどを掲示している。</p> <p>・職員へは'短期入所・日中一時支援マニュアル'に、人権への配慮とし人権擁護について記載し、また、会議時には、虐待事案や対応フロー図、虐待防止法に関する資料が配布されている。</p> <p>その他、虐待防止の外部研修へ参加し、その後は伝達研修にて職員間で共有している。</p>	<p>・チェックがなくても良い項目と、そうであってはならない項目があると思うが、この項目においては、実際の取組みを周知し、空欄をなくせるようにした方が良い。</p> <p>・'体罰'という表現について、昨今はあまり使用されていないと思うので'虐待'という表現にされると良いのではないか。</p>	<p>・取組み内容について周知できるよう、職員間で再確認していきます。</p> <p>・なお、'体罰'の表現については、次年度の評価様式から'虐待'の表現に変更させていただきます。</p>
<p>(2) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</p>	<p>①利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。</p> <p>1.利用者が意見や希望を言えるよう職員を教育している。</p> <p>2.利用者が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べること、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。</p> <p>3.利用者や家族等に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。</p> <p>4.相談したり意見を述べたりしやすいようなスペースを設けるなどの配慮をしている。</p>		<p>・文書があるか分からない。</p>	<p>・利用時の契約書類で、相談窓口について記載および説明している。</p> <p>・「倫理綱領に基づく具体的行動計画」について廊下へ掲示し、'意見・質問・苦情を表明する権利の保障'について記載している。</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、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。</p> <p>4.苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決方法、結果等を公表している。</p>	<p style="text-align: center;">A チェック率 78.8% (82/104)</p>				

	(2) サービス実施の記録が適切に行われている。	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。	1.利用者一人ひとりの記録等の書面が整備されている。 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。	A チェック率 82.8% (53/64)				
		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。					
			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。					
			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。					
			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。					
		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。	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。 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。					
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 91.6% (66/72)				
			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。					
			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。					
			4.見学等の希望に対応している。					
		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。	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、利用者説明している。					
			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、日常生活自立支援事業の活用）を行っている。					
		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。						
		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。						
		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。						

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。	1.意思伝達に制限のある人の場合、その人固有のコミュニケーション手段やサインの発見と確認に心掛けている。	A チェック率 89.5% (43/48)					
				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。)						
			②利用者の主体的な活動を尊重している。	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。						
				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。						
			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。	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。						
				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。						
		(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。		A チェック率 100% (16/16)				
				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。						

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。	1. 利用者の体調や身体状況により、必要に応じて個別の食事を用意している。 2. 適温の食事を提供している。 3. 献立・食材に季節感があり、盛り付けや食器にも工夫している。 4. 食卓には、複数の調味料・香辛料が用意されている。 5. 献立及び食材について、その情報は予め利用者に提供されている。 6. 食事支援にあたり、せかせて食べさせることがないよう、利用者の様子を良く見ながら支援を行っている。	A チェック率 85.7% (48/56)				
		③喫食環境に配慮している。	1. 食堂の設備や雰囲気について定期的に検討会議を開き、必要に応じて改善を図っている。		【チェック率】 37.5% ・設備について、検討会議は実施していない。 ・夏場でも快適に食事を摂っていただけるよう、食堂にエアコン設置された。 ・定期的な会議はないが、随時、職員の気づきや利用者からのご意見を基に、改善を心掛けている。	・‘会議は実施していない’というコメントは、実施したいという思いがあるのではないかと。給食委員会などは、特定の委員のみ出席されると思うので、職員個々の意見も吸い上げられるよう、委員会前に指導係内での会議もあると良いのではないかと。	いただいたご意見を、今後の委員会時の参考にさせていただきます。	
2 身辺面 の支援	(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。	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。	A チェック率 82.1% (46/56)				
		②入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	1. 設定された時間のほかに、失禁や汗をかいた場合等必要に応じて入浴が可能である。		【チェック率】 37.5% ・会議があったか分かりません。	・安全衛生委員会および環境係で、危険箇所の点検や整備を毎月実施しています。		
		③浴室・脱衣場等の環境は適切である。	1. 浴室・脱衣場の設備や入浴器具等の設置等については、検討会議を持っている。 2. 脱衣場の冷暖房設備は、気候や利用者の身体的状態に応じて調整できる。 3. 浴室や脱衣場は、入浴の際に裸体を他人（介助者は除く）に見せないよう、プライバシーを保護する構造・設備上の工夫や保護する環境を確保するための工夫が行われている。		・今年度、浴室のタイルの剥がれについて2件、利用者の声(アンケート)記載いただき、休館中に改修しています。			

(3) 排泄	①排泄支援は、快適に行われている。	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。	A チェック率 67.1% (43/64)				
		2.排泄用具（おむつ、移動式便器、集尿器、採尿器、ストマ用具等）の使用法について、衛生や防臭を考慮したマニュアルが用意されている。					
	②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。		<ul style="list-style-type: none"> ・中央については配慮されているが、東西は男女共用。男性の利用者へ母親が支援を行う場合などは良いが、排泄が自立している方への配慮を欠いている。 ・男女共用と男女別トイレと両方ある。 	<p>前年度の外部評価委員会にて、トイレのプライバシー確保についてご意見をいただいた内容。</p> <p>職員として構造に疑問を持つ視点を大事にしながら、短期入所・日中一時支援利用者については、同性支援により、男女別トイレへ誘導していく。 (保養利用者へは、利用者の状態により使い分けいただき、利用者の声に耳を傾けていく。)</p>	<p>男女別と男女共用トイレの両方があってよいのではないかと。</p> <p>共用トイレの入口に、男女別トイレの案内を掲示しておくことで、状況に応じて、利用者自身が選択できると思われる。</p>	<p>いただいたご意見を参考に、案内掲示の作成を検討していきます。</p>
		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。	【チェック率】 37.5% ・冷房なし ・暖房のみ	冷房設備がないためにチェック数が少なくなっているが、そもそもトイレに冷房まで必要かどうか？と思われる。	項目の文面を見直し、次年度の評価様式は、'冷房'の文言を削除していきます。				
6.冷暖房設備がある。							
(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 91.6% (22/24)				
		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。					
		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。					

	(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 77.5% (62/80)				
			2. 体調不良時、看護師による健康相談を受けることができる。					
		②必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	1. 健康面に不調があった場合の対応の手順は、マニュアルとして用意されている。					
			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。					
			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。					
		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。					
			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。		・マニュアルはないと思う。	・‘短期入所・日中一時支援マニュアル’に、薬物管理について記載している。	・‘マニュアルはない’のコメントはあるが、実際にあるもの等は、全体で確認することにより、評価が変わってくるのではないかと。	職員間で確認していきます。
	3. 薬物の取り違い・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。		・マニュアルはないと思う。					
	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。							
(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)					

施設サービス評価（自己評価）詳細 ～ふわり～

		a…できている b…できていないところがある c…できていない d…知らない分からない					A…aが60%以上 B…aが60%未満～20%以上 C…20%未満				
カテゴリー	サブカテゴリー	評価項目	標準項目	職員①	職員②	職員③	職員④	職員⑤	サブカテゴリー集計 ※小数点以下四捨五入		総合評価
1. リーダーシップと意思決定	1. 事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	1. 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している	事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している						a…53% b…47% c…0% d…0%	a…8/15 b…7/15 c…0/15 d…0/15	B
			事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている								
			事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている	b	b	b	a	a			
			重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど)								
		2. 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている	経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている	a	b	a	a	b			
			経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している								
3. 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している	重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている	a	b	a	a	b					
	重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している										
	利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている										
2. 経営における社会的責任	1. 社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる。	1. 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している	福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している	a	b	a	a	a	a…90% b…10% c…0% d…0%	a…9/10 b…1/10 c…0/10 d…0/10	A
			全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる								
		2. 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている	第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる	a	a	a	a	a			
			透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している								
	2. 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている	1. 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある	事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)	c	a	d	a	a			
			地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている								
2. ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している	2. ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している	ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している	c	b	b	a	a				
		ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)									
								a…60% b…20% c…13% d…7%	a…9/15 b…3/15 c…2/15 d…1/15	A	

4. サービスの実施	1. 個別の療育・支援計画に基づいてさまざまな取り組みを行っている	個別の療育・支援計画に基づいて支援を行っている					
		利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している	a	a	a	a	a
		機能訓練を担当する専門職員からの情報に基づき、他の職員と協力して訓練等を提供し、生活に活かすようにしている					
	2. おいしい食事を楽しく食べられるよう工夫している	利用者の希望や職員の意見を反映し、バラエティーに富んだ飽きのこない食事を提供している					
		食事は利用者の状況に合わせ、提供している	a	a	a	a	a
		利用者の状態にあった用具等を用意して介助を行っている					
		食事時間が楽しいひとときとなるよう環境を整えている					
	3. 利用者一人ひとりの状況に応じて生活上で必要な支援を行っている	排泄の支援は、利用者一人ひとりの健康状況や身体機能に合わせて行っている					
		整容、移動の支援は、利用者一人ひとりの健康状況や身体機能に合わせて行っている	a	a	a	a	a
		支援は、利用者一人ひとりの主体性を尊重して行っている					
		【送迎を実施している事業所のみ】送迎は、利用者等の必要に応えながら行っている					
	4. 利用者の健康を維持するための支援を行っている	利用者の状態に応じた健康管理を行い、体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている					
		服薬管理は誤りがないようチェック体制を整えている	a	a	a	a	a
		日常的に利用者の口控ケアを行っている					
	5. 利用者の意思を尊重し、施設での生活が楽しく快適になるような取り組みを行っている	利用者の状況や希望に沿って、生活を楽しくめるような取り組みを行っている					
		室内は、利用者の状況に応じて快適で落ち着ける環境・空間にしている	a	a	a	a	a
		日常生活においては、安全性や清潔面に配慮している					
	6. 施設と家族等との交流・連携を図っている	必要に応じて、利用者の施設での様子を家族等へ知らせている					
		家族等からの相談に対応する体制を整えている	a	a	a	a	a
		家族会等の自主的な運営を支援している					
	7. 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている	地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している					
		必要に応じて、利用者が地域の資源を利用し、多様な体験ができるよう支援している	a	a	a	a	a
a…100% b… 0% c… 0% d… 0%							
a…35/35 b… 0/35 c… 0/35 d… 0/35							
A							

5. プライバシーの保護等 個人の尊厳の尊重	1. 利用者のプライバシー保護を徹底している	利用者に関する情報(事項)を外 部とやりとりする必要が生じた 場合には、利用者の同意を得る ようにしている	a	a	a	a	a	a…100% b… 0% c… 0% d… 0%	a…10/10 b… 0/10 c… 0/10 d… 0/10	A
		利用者の羞恥心に配慮した支援 を行っている								
	2. サービスの実施 にあたり、利用者の 権利を守り、個人の 意思を尊重している	日常の支援にあたっては、個人 の意思を尊重している(利用者が 「ノー」と言える機会を設けてい る)								
		利用者の気持ちを傷つけるよう な職員の言動、放任、虐待、無 視等が行われることのないよ う、職員が相互に日常の言動を 振り返り、組織的に対策を検討 し、対応している	a	a	a	a	a			
		虐待被害にあった利用者がある 場合には、関係機関と連携しな がら対応する体制を整えている								
		利用者一人ひとりの価値観や生 活習慣に配慮した支援を行って いる								
6. 事業所業 務の標準化	1. 手引書等を整備 し、事業所業務の標 準化を図るための取 り組みをしている	手引書(基準書、手順書、マニ ュアル)等で、事業所が提供して いるサービスの基本事項や手順等 を明確にしている						a…87% b…13% c… 0% d… 0%	a…13/15 b… 2/15 c… 0/15 d… 0/15	A
		手引書等は、職員の共通理解が 得られるような表現にしている	b	a	a	a	a			
		提供しているサービスが定めら れた基本事項や手順等に沿って いるかどうかを点検している								
		職員は、わからないことが起き た際や業務点検の手段として、 日常的に手引書等を活用してい る								
	2. サービスの向上 をめざして、事業所 の標準的な業務水準 を見直す取り組みを している	提供しているサービスの基本事 項や手順等は変更の時期や見直 しの基準が定められている								
		提供しているサービスの基本事 項や手順等の見直しにあたり、 職員や利用者等からの意見や提 案を反映するようにしている	a	a	a	a	a			
		職員一人ひとりが工夫・改善した サービス事例などをもとに、基 本事項や手順等の改善に取り組 んでいる								
	3. さまざまな取り 組みにより、業務の 一定水準を確保して いる	打ち合わせや会議等の機会を通 じて、サービスの基本事項や手 順等が職員全体に行き渡るよ うにしている								
		職員が一定レベルの知識や技術 を学べるような機会を提供して いる								
		職員全員が、利用者の安全性に 配慮した支援ができるようにし ている	b	a	a	a	a			
		職員一人ひとりのサービス提供 の方法について、指導者が助言・ 指導している								
			職員は、わからないことが起き た際に、指導者や先輩等に相談 し、助言を受けている							

7. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	1. 情報の保護・共有に取り組んでいる	1. 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる	情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している	a	b	a	a	a	a…90% b…10% c…0% d…0%	a…9/10 b…1/10 c…0/10 d…0/10	A
			収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・保管している								
		2. 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している	保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している								
			事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している	a	a	a	a	a			
個人情報の保護に関する規定を明示している											
開示請求に対する対応方法を明示している											
		個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている									

【 自己評価 】

特に良いと思う点
<ul style="list-style-type: none"> • 利用者のニーズに合ったサービスが提供できる。 • 利用者の実状に合わせたケアを実施している。 • 利用者家族との信頼関係が良好である。 • 看護師と介護職員の関係が良好で、各々の立場での意見や提案があげやすい。
特に改善したいと思う点
<ul style="list-style-type: none"> • 外出支援等のサービス提供ができる環境作り。 • 必要物品、備品の確保について。 • 職員の質の向上。 • 所内研修の充実と定期的な反復学習。
具体的な改善策
<ul style="list-style-type: none"> • 目標や計画など必要事項の共通認識を持てるよう、職員個々の自覚と学びのもと情報共有に努めていく。 • 他の部署と連携し、外出支援へ繋げていく（CAPP活動など）。 • 利用者の体調に合わせ、外出を計画実施していく（定義山、南川ダムなど）。 • 予算との兼ね合いはあるが、優先順を考慮しながら必要物品の購入を検討していく。 • 医療的ケアの必要な利用者が多く、今後も計画的に研修受講（喀痰吸引など）を推進していく。

【 外部評価 】

課題・コメント
<ul style="list-style-type: none"> • 特に改善したい点のコメントに、職員から‘職員の質の向上’があげられたのか？
具体的な改善策
<ul style="list-style-type: none"> • ‘質の向上’については、喀痰吸引などの‘技術的な向上’を図りたいという意味合いである。喀痰吸引については、年次計画で毎年1名ずつ研修参加しており、全体的なレベルアップを図っていく。

施設サービス評価（自己評価）詳細

～ ならないろくれよん～

- a…できている
- b…できていないところがある
- c…できていない
- d…知らない分からない

- A…aが60%以上
- B…aが60%未満～20%以上
- C…20%未満

カテゴリー	サブカテゴリー	評価項目	標準項目	職員①	職員②	職員③	職員④	職員⑤	サブカテゴリー集計 ※小数点以下四捨五入	総合評価	
1. リーダーシップと意思決定	1. 事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針)を明確化・周知している	事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している	b	a	a	a	a	a…87% b…13% c…0% d…0%	a…13/15 b…2/15 c…0/15 d…0/15	A
			事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている								
			事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている								
			重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど)								
		2. 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている	経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている	a	a	a	a	a			
			経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している								
3. 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している		重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている	b	a	a	a	a				
		重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している									
		利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている									
2. 経営における社会的責任	1. 社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる。	1. 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している	福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している	a	a	a	a	a…100% b…0% c…0% d…0%	a…10/10 b…0/10 c…0/10 d…0/10	A	
			全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる								
		2. 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている	第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている	a	a	a	a				a
			透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している								
	2. 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている	1. 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある	事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)	c	a	a	a	a			
			地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている								
2. ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している		ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している	c	a	a	c	a	a…73% b…7% c…20% d…0%	a…11/15 b…1/15 c…3/15 d…0/15	A	
		ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)									

			ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている										
		3. 地域の関係機関との連携を図っている	地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している	b	a	a	a	a					
			地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている										
3. 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用	1. 利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している	1. 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む)	苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者伝えてしている	a	a	a	a	a	a…93% b…7% c…0% d…0%	a…14/15 b…1/15 c…0/15 d…0/15	A		
			利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる										
		2. 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる	利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる	a	a	a	a	a					
			事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している										
				3. 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している	地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる	b	a	a				a	a
					福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる								
			事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している										
4. 計画の策定と着実な実行	1. 実践的な課題・計画策定に取り組んでいる	1. 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している	理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している	a	a	a	a	a	a…100% b…0% c…0% d…0%	a…15/15 b…0/15 c…0/15 d…0/15	A		
			年度単位の計画を策定している										
			短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる										
		2. 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している	課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	a	a	a	a	a					
			課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている										
			計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している										
					計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している								
		3. 着実な計画の実行に取り組んでいる	計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している	a	a	a	a	a					
			計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にしているなどの取り組みを行っている										
			計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを図る指標を明示している										
計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる													

	2. 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる	1. 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる	<p>利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している</p> <p>事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している</p> <p>事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている</p> <p>事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる</p>	b	a	a	a	a	<p>a…80%</p> <p>b…20%</p> <p>c…0%</p> <p>d…0%</p>	<p>a…4/5</p> <p>b…1/5</p> <p>c…0/5</p> <p>d…0/5</p>	A
5. 職員と組織の能力向上	1. 事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる	1. 事業所にとって必要な人材構成にしている	<p>事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している</p> <p>事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている</p> <p>適材適所の人員配置に取り組んでいる</p>	a	a	a	a	a	<p>a…90%</p> <p>b…10%</p> <p>c…0%</p> <p>d…0%</p>	<p>a…9/10</p> <p>b…1/10</p> <p>c…0/10</p> <p>d…0/10</p>	A
		2. 職員の質の向上に取り組んでいる	<p>職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している</p> <p>事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している</p> <p>個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している</p> <p>職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている</p> <p>職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している</p>	b	a	a	a	a			
	2. 職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる	<p>1. 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる</p> <p>職員の判断で実施可能な範囲と、それを越えた場合の対応方法を明示している</p> <p>職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる</p> <p>職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる</p>	b	a	a	a	a	<p>a…80%</p> <p>b…20%</p> <p>c…0%</p> <p>d…0%</p>			
2. 職員のやる気向上に取り組んでいる	<p>事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている</p> <p>就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる</p> <p>職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる</p> <p>福利厚生制度の充実に取り組んでいる</p>	b	a	a	a	a					
6. サービス提供のプロセス	1. サービス情報の提供	1. 利用者等に対してサービスの情報を提供している	<p>利用者等に対してサービスの情報を提供している</p> <p>利用者の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものとしている</p> <p>事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している</p>	a	a	a	a	a	<p>a…90%</p> <p>b…10%</p> <p>c…0%</p> <p>d…0%</p>	<p>a…9/10</p> <p>b…1/10</p> <p>c…0/10</p> <p>d…0/10</p>	A

		利用者の問い合わせがあった場合には、個別の状況に応じて対応している											
2. サービスの開始・終了時の対応	1. 利用者の問い合わせがあった場合には、個別の状況に応じて対応している	サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者等の状況に応じて説明している											
		サービス内容や利用者負担金等について、利用者等の同意を得るようにしている	a	a	a	a	a						
		サービスに関する説明の際に、利用者等の意向を確認し、記録化している											
	2. サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるように支援している	サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している											
		利用開始直後には、利用者の不安やストレスを軽減するよう配慮している	a	a	a	a	a						
		サービス利用前の生活を踏まえた支援をしている											
		サービスの終了時には、利用者等の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援をしている											
3. 個別状況に応じた計画策定・記録	1. 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している	利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している											
		利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	a	a	a	a	a						
		アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている											
	2. 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の療育・支援計画を作成している	計画は、利用者等の希望を尊重して作成、見直しをしている											
		計画を利用者等にわかりやすく説明し、同意を得ている											
		計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	a	a	a	a	a						
			計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している										
	3. 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している	利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしくみがある											
		計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	a	a	a	a	a						
	4. 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	計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している											
申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している		a	a	a	a	a							
4. サービスの実施	1. 個別の療育・支援計画に基づいてさまざまな取り組みを行っている	個別の療育・支援計画に基づいて支援を行っている											
		利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している	a	a	a	a	a						
		機能訓練を担当する専門職員からの情報に基づき、他の職員と協力して訓練等を提供し、生活に活かすようにしている											

a...100%
b... 0%
c... 0%
d... 0%

a...10/10
b... 0/10
c... 0/10
d... 0/10

A

a...100%
b... 0%
c... 0%
d... 0%

a...20/20
b... 0/20
c... 0/20
d... 0/20

A

	2. おいしい食事を楽しく食べられるよう工夫している	利用者の希望や職員の意見を反映し、バラエティーに富んだ飽きのこない食事を提供している						a…91% b…9% c…0% d…0%	a…32/35 b…3/35 c…0/35 d…0/35	A
		食事は利用者の状況に合わせ、提供している	a	a	a	a	a			
		利用者の状態にあった用具等を用意して介助を行っている								
		食事時間が楽しいひとときとなるよう環境を整えている								
	3. 利用者一人ひとりの状況に応じて生活上で必要な支援を行っている	排泄の支援は、利用者一人ひとりの健康状況や身体機能に合わせて行っている								
		整容、移動の支援は、利用者一人ひとりの健康状況や身体機能に合わせて行っている	a	a	a	a	a			
		支援は、利用者一人ひとりの主体性を尊重して行っている								
【送迎を実施している事業所のみ】送迎は、利用者等の必要に応えながら行っている										
4. 利用者の健康を維持するための支援を行っている	利用者の状態に応じた健康管理を行い、体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	b	a	a	a	a				
	服薬管理は誤りがないようにチェック体制を整えている									
	日常的に利用者の口控ケアを行っている									
5. 利用者の意思を尊重し、施設での生活が楽しく快適になるような取り組みを行っている	利用者の状況や希望に沿って、生活を楽しめるような取り組みを行っている									
	室内は、利用者の状況に応じて快適で落ち着ける環境・空間にしている	b	a	a	a	a				
	日常生活においては、安全性や清潔面に配慮している									
6. 施設と家族等との交流・連携を図っている	必要に応じて、利用者の施設での様子を家族等へ知らせている									
	家族等からの相談に対応する体制を整えている	b	a	a	a	a				
	家族会等の自主的な運営を支援している									
7. 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている	地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している									
	必要に応じて、利用者が地域の資源を利用し、多様な体験ができるよう支援している	a	a	a	a	a				
5. プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	1. 利用者のプライバシー保護を徹底している	利用者に関する情報(事項)を外部和やりとりする必要が生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている	b	a	a	a	a	a…90% b…10% c…0% d…0%	a…9/10 b…1/10 c…0/10 d…0/10	A
		利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている								
	2. サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している	日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)								
利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が行われることのないよう、職員が相互に日常的言動を振り返り、組織的に対策を検討し、対応している		a	a	a	a	a				

【 自己評価 】

特に良いと思う点

- 自然に囲まれているので、四季を感じ、体を動かす活動をするのに恵まれている。
- 周りに自然があるため、自然を生かした活動の工夫ができる。

特に改善したいと思う点

- 室内が狭い。
- 活動内容を増やしていきたい。
- 一人ひとりに合った支援を行っていきたい。

具体的な改善策

- 公共の施設（社会資源）の活用。
- 楽器、おもちゃ、絵本など、興味を持てるものを増やしていく。
- 個別支援の目標を、職員が共有できるよう、一覧表を作成。

【 外部評価 】

課題・コメント

- ボランティア受入れに関する項目で、C評価チェックしている職員がいたようだが、ボランティア受入れは必要か？
- 改善策にある‘公共施設の活用’は、こういった内容のものか？

具体的な改善策

- 子供達に興味の深い学生さん達は多い。現在、ボランティア受付の窓口は、本体とは別になっているため、今後、整理していく。
- ‘公共施設の活用’は、外出支援における社会資源の活用です。