

# 福祉サービス第三者評価第三者評価シート

－ 障害者・児入所施設版 －

事業所名	社会福祉法人みつみ福祉会 春日育成苑		事業所番号	2811300108
住所	兵庫県丹波市春日町野村65-1			
対応者 (欄は適宜増やしてください)	役職	施設長	氏名	足立 清孝
		副施設長・支援課長		家谷 妙子
		支援課長		佐竹 洋史
		生活介護サビ管・主任		足立 早耶香
		就労サビ管・主任		上山 智之
		生活介護サビ管・主任		前田 佳子
		看護師・主任		阪本 智子
自己評価実施日	平成26年 11月 18日(火)			
第三者評価実施日	平成26年 12月 23日(火)、24日(水)			
調査者(実習生)	HF05-1-0075 HF10-1-007 No.B24118			

**【記入方法】**

- 各評価細目の判断基準について、「できている」項目にチェックを入れ、以下の評点基準で「a」「b」「c」を記入します。
  - a … 判断基準(取組)を全て実施している。
  - b … 判断基準(取組)の一部を実施している。
  - c … 判断基準(取組)のいずれも実施していない。

※ 「取組の状況」は、判断基準が「できている」・「できていない」と判断した内容等を具体的に記入してください

兵庫県福祉サービス第三者評価 自己評価票／評価結果集計票 (障害者・児入所施設版)

事業所名:春日育成苑	種別:障がい者支援
------------	-----------

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
			自己評価 (a~c を記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果 (a~c を記入)	判定の理由
<b>I 福祉サービスの基本方針と組織</b>								
<b>I-1 理念・基本方針</b>								
<b>I-1-(1) 理念、基本方針を確立している。</b>								
<b>I-1-(1)-① 理念を明文化している。</b>								
① 理念を文書(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)に記載している。 ② 理念は、利用者の主体性を尊重し、エンパワ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。	■	■	a	①理念は紹介パンフレットと広報誌、ホームページ法人広報誌に記載し外部にも分かりやすく掲示している。 ②理念はご利用者の主体性、人権の尊重を基本理念としている。	・紹介パンフレット、広報誌、ホームページ等	・法人理念として「共に生きる」を掲げている。 ・「知・身・精」の3障害全てを受け入れ、その人らしい生き方を地域の中で追及していくことで、共に生きることを目指している。	a	・法人理念として「共に生きる」をパンフレット、広報誌、ホームページ等に掲載している。障害別に関わらず、地域の中でその人らしい生活を追及していくことを目指している。
<b>I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針を明文化している。</b>								
① 基本方針を文書(事業計画等の法人・施設内文書や広報誌、パンフレット等)に記載している。 ② 基本方針は、法人の理念との整合性を確保している。 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。	■	■	a	①②法人基本方針をふまえて、事業計画等を作成している。H26年度当初の広報誌やパンフレットに掲載している。	・H26年度事業計画、広報誌、パンフレット	・H26年度広報誌等に掲載している。 ・運営方針として明示し、理念に沿った内容となっている。 ・職員の行動規範として、職員倫理綱領が明示されている。	a	・理念に基づいた運営方針として明文化されている。職員倫理綱領も、運営方針に沿った内容となっている。
<b>I-1-(2) 理念や基本方針を周知している。</b>								
<b>I-1-(2)-① 理念や基本方針を職員及び利用者やその家族等に周知している。</b>								
① 理念や基本方針を職員が理解するための具体的な取組を行っている。 ② 理念や基本方針を利用者やその家族等が理解するための具体的な取組を行っている。 ③ 理念や基本方針を誰でも知ることができるための具体的な取組を行っている。	■	■	a	①年度当初の職員会議で施設長より説明があり、会議参加できない職員は会議録及びPC内掲示板で閲覧している。また、管理棟玄関、各スタッフ室に掲示しています。②③保護者の方や外部の方には広報誌を通じてお知らせし、ホームページでも閲覧できるようになっている。	・職員会議録、PC掲示板	・施設長が、年度当初の職員会議で説明し、理解を促している。PC掲示板で常時、閲覧可能である。 ・玄関に掲示、広報誌等で案内している。利用者へのわかりやすい説明、掲示の工夫は特にされていない ・法人広報誌、ホームページに掲載し、広く広報している。	b	・初年度の会議等で施設長から説明し、周知を図っている。玄関に掲示、広報誌、ホームページ等で紹介し、家族以外にも広く、案内している。利用者へは、丁寧な説明を心がけているが、よりわかりやすい説明、掲示の工夫や配慮をお願いしたい。

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄				
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由	
I-2 計画の策定									
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画を明確にしている。									
I-2-(1)-① 中・長期計画を策定している。									
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 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。	■	■	b	①中長期計画として五か年計画を策定し、毎年度の事業計画に反映させ事業として取り組みを行っている。 ③具体的な内容になっているかは曖昧である。 ⑤中長期計画の見直しを行い、毎年度の事業計画として目標を明確にしている。	・五か年計画	・中・長期計画として五か年計画を策定している。 ・施設における事業、地域貢献、就労等に関する内容について、具体化されている。 ・課題への必要な検討がなされているが、具体的とはいえない。 ・計画に基づいた取組を行っている。 ・必要に応じて見直されている。	b	・運営方針等に沿った中・長期計画となっており、必要に応じて見直している。課題への検討は行われているが、改善策への具体化には至っていない。計画に基づいた取組みがなされている。	
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画を策定している。									
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を具体的に示している。 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、配慮をしている。	■	■	b	①中長期計画を踏まえ、事業計画を具体的な取組として実施できるよう、計画を策定している。 ②数値目標の設定には至らず。	・五か年計画 ・事業計画	・26年度事業計画は、中・長期計画に基づいた具体的な内容となっている。 ・具体的な数値目標には至っていない。	b	・26年度事業計画は、五か年計画に沿った具体的な内容となっているが、数値目標の設定には至っていない。	
I-2-(2) 計画を適切に策定している。									
I-2-(2)-① 計画の策定を組織的に行っている。									
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 一連の過程が職員等の参画のもとで行っている。	■	■	a	①②③毎年の中間報告を提示し、支援課会議、職員会議で計画の進捗状況と共に計画の見直しを行っている。	・支援課会議、職員会議録	・定期的な中期での報告により、支援課会議や職員会議で現状を確認している。 ・必要に応じて見直している。 ・各会議で、各グループからの報告等が挙がり、反映している。	a	・定期的な中間報告を行い、各会議で職員からの報告、意見等を基に検討し、反映している。	

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄					
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由		
I-2-(2)-② 計画を職員や利用者に周知している。										
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。 ④ 各計画を利用者による自治会ないし利用者の会や家族会等で資料をもとに説明している。 ⑤ 各計画の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	■	■	b	①事業計画は年度当初の職員会議で伝え、会議録を全員が閲覧している。PC内でいつでも閲覧できるようにしている。 ③ご利用者への周知については、出来ていない。 ⑤次年度計画についても中間報告において、各事業やグループの計画進捗状況の確認を会議で行い、参加していない職員は会議録で閲覧、確認する。	・事業計画 ・各会議録	・年度当初の職員会議で説明している。 ・PC掲示版にて周知を図っている。 ・利用者への説明等は特に行っていないが、グループ毎の外出等などを通じて、伝えている。 ・家族等には、保護者会で報告している。 ・中間報告により、現状を確認し、職員は、常に議事録等で把握するなど、取組んでいる。	b	・職員は、当初の職員会議での説明を受け、常に会議録で確認、周知に努めている。利用者へは具体的な外出等の活動を通して伝えているが、十分ではない。家族には保護者会で説明している		
I-3 管理者の責任とリーダーシップ										
I-3-(1) 管理者の責任を明確にしている。										
I-3-(1)-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。 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、日々の行動を自己評価している。 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。	■	■	b	①年度当初の朝礼、職員会議にて事業方針と共に管理者の役割と責任を表明し、会議録にて文書化している。 毎月企画会、職員会議参加の際、管理者からの意思を伝えている。 ②年度当初と毎年1月の広報誌に管理者からの意思表明を掲載している。 ④方法についてはわからない。	・職員会議録、PC掲示版	・初年度の朝礼、職員会議等で事業方針、計画を説明すると共に、役割等についても表明している。 ・職員会議議事録に残している。 ・管理者として、特に自己評価といえる体制はない。 ・現在のところ、具体的な方法は持っていない。	b	・年度当初の朝礼、職員会議で、事業方針、計画と共に、自らの役割、責任について表明している。現在のところ、自己評価及び、それを評価、見直しする体制は、用意されていない。		
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。 ① 管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。 ② 管理者は、福祉分野に限らず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。 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。	■	■	b	①兵庫県知的障害者施設協会、経営協等による障害者虐待防止法、法人内研修でも人権擁護に関わる研修に参加。朝礼や職員会議で報告。 ②リスト化はしていない。 ③職員に周知、自己確認できるよう、人権チェック表等活用し取り組み実施。	・人権チェック表等	・法人内研修だけでなく、他関係機関等の研修には、積極的に参加している。 ・リスト化には至っていない。 ・職員には、会議等で報告し、チェックシートを活用し、確認できるようにしている。	b	・法人内研修及び関係機関等の研修に積極的に参加し、把握に努めている。が、リスト化には至っていない。職員へは会議等で伝え、周知するよう努めている。		

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄				
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由	
I-3-(2) 管理者のリーダーシップを発揮している。									
I-3-(2)-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。 ② 管理者は、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、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、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。	■	□	b	① 人権チェック表により職員の意識の確認や職員間との話し合いからサービスの現状について確認しているが、継続的な評価分析には至らず。 ② サービス向上委員会の報告等を受け、向上に向けた意見提言等、参画している。	・サービス向上委員会	・特に虐待等について重視し、人権チェック表を基に、職員の意識確認を行っているが、評価、分析には至っていない。 ・サービス向上委員会での報告、意見等を受け、反映している。 ・リスクマネジメント会議で事例を挙げ検討している。必要に応じて提案、指導を行っている。 ・防止策について、個別に会議等で検討しており、管理者自身も、参画している。	b	・管理者は、虐待に関しては特に注意している。職員への意識づけとして、人権チェック表シートを活用し、サービス向上委員会での意見等を反映している。リスクマネジメント会議での事例検討、防止策についての個別の検討等、必要に応じて指導を行い、自身も参画している。	
I-3-(2)-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。									
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。 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。 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。 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。	■	■	b	① 毎月の月次報告を受け、経営面の観点からコスト管理も含め、分析を行っている。 ② 人員配置についてもよりサービスの向上を目指し、2:1になるよう配慮し、重度対象者に対する職員配置も実施している。 ③ 企画会において、意識の統一を図っている。 ④ 改善のための具体的な体制はわからない。	・月次報告等	・月次報告により、毎月の利用状況、コスト管理も踏まえ、分析、確認している。 ・人員配置については適正化に努め、特に夜勤体制については配慮している。 ・企画会で、意識統一を図っている。 ・具体的な体制整備には至っていない。	b	・管理者は、毎月、経営面からのコスト管理も含め、分析、確認している。現状では、ショートステイや日中一時利用等の利用増を目指している。職場環境についての整備にも努め、常に人員体制に配慮した体制を整えている。改善のための体制は具体化されていない。	

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由
<b>II 組織の運営管理</b>								
<b>II-1 経営状況の把握</b>								
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。								
II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境を的確に把握している。								
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を、中・長期計画や各年度の事業計画に反映している。	■	■	a	①経営協の月刊誌を購読し、情報を得たり、県知協や近畿施設長会研修等に参加し、把握に努めている。 ②③サビ管、支援課長等が出席する地域支援会議等の報告を確認し、地域の実情を把握している。 ④五か年計画に反映している。	・地域支援会議 ・五か年計画	・専門誌の購読、関係機関等の研修に参加し、情報収集に努め、動向を把握している。 ・地域支援会議等への参加により、情報を得ることができ、地域の状況、ニーズ把握が可能となっている。 ・得られた情報は五か年計画に反映している。	a	・専門誌、関係機関等の研修、地域支援会議等より、動向の把握、地域の利用者状況、ニーズ等の把握が可能となっている。把握された情報は、五か年計画に反映している。
II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。								
① 定期的にサービスのコスト分析やサービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。 ② 改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に反映している。 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。	■	■	a	①事業計画の重点項目にコスト管理を挙げ、業務の中で意識し取り組みを行っている。 ③半期の中間決算、年間決算の報告から経営状況を知らせ、毎月のデマンド報告等から分析を行い、職員間に周知できるよう朝礼や会議などで伝えている。	・事業計画	・コスト管理を重点目標に掲げ、利用者状況の確認等を行い、意識している。 ・中・長期計画、各事業計画に反映している。 ・中間、決算時期に報告し、職員へは、朝礼、会議等で説明している。	a	・重点目標としてコスト管理を掲げ、意識して取り組んでいる。改善策については、五か年計画、中・長期計画に反映するとともに、職員への周知にも努めている。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。								
① 外部監査を実施している。 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。	■	■	a	県チェックリストを毎年提出、H25年11月公認会計士による監査、指導を受け、適正な経営を実施している。		・2年毎に実施し、H25年度に受審した。法人の広報誌に公開している。	a	・2年毎の定期的な実施としている。H25年度に受審している。

評価基準	自己評価 第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
		自己評価 (a~c を記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果 (a~c を記入)	判定の理由
II-2 人材の確保・養成							
II-2-(1) 人事管理の体制を整備している。							
II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランを確立している。							
<ul style="list-style-type: none"> <li>① 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方や、人事管理に関する方針を確立している。</li> <li>② 社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士等の有資格職員の配置等、必要な人材や人員体制について具体的なプランがある。</li> <li>③ プランに基づいた人事管理を実施している。</li> </ul>	■ ■	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>①②法人人材育成部による正規職員・有資格者の確保、人員配置と人材育成に取り組んでいる。</li> <li>③事業所内の適正な人員配置の為、契約職員の雇用等、人事管理を実施。</li> </ul>	・人材確保と育成計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の「人材確保と育成計画」として、必要な人材、職員像、人事管理に関する方針等を明記している。</li> <li>・有資格者、専門職等、必要な人員体制はある。</li> <li>・プランに沿った人事管理となっている。</li> </ul>	a	・法人の「人材確保と育成計画」に、必要な人材、職員像、人事管理に関する方針を明記している。具体的な人員体制に基づいた人事管理が行われている。
II-2-(1)-② 人事考課を客観的な基準に基づいて行っている。							
<ul style="list-style-type: none"> <li>① 人事考課の目的や効果を正しく理解している。</li> <li>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を図っている。</li> <li>③ 人事考課を定期的実施している。</li> </ul>	■ ■	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>①法人内人事考課制度に基づいた基準で実施。</li> <li>②年度当初に人事考課について研修を行い、正規職員の意識を高め、結果について管理者との面接でフィードバックしている。</li> <li>③実施している。</li> </ul>	・人事考課細則	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人事考課制度基準として、理解できている。</li> <li>・研修にて基準等を理解するとともに、管理者の個別面談でフィードバックしている。</li> <li>・定期的実施している。</li> </ul>	a	・法人人事考課制度による基準等により、定期的に、適正な人事管理が行われている。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮している。							
II-2-(2)-① 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を構築している。							
<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>⑥ 希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーやスーパーバイザーなどの職員支援の専門家を確保している。</li> </ul>	■ ■	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>①データにて分析している。</li> <li>②年度内に職員自らが自己報告書を提出し、管理者と面接し就業状況について把握している。</li> <li>③④仕組みはない。</li> <li>⑤人事考課面接を実施。</li> <li>⑥職員の相談窓口として、法人内に相談機関を設けている。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・時間外等のチェックはリーダーが行っている。</li> <li>・統括担当者は総務が行っている。</li> <li>・分析、改善策の検討は行っていない。人員配置の検討は行っている。</li> <li>・具体的な反映には至っていない。</li> <li>・人事考課面接、契約更新時での面談等で、要望を聞いている。普段から話しを聞くようにしている。</li> <li>・法人内の相談窓口「ゆう」を設けている。</li> </ul>	b	・職員の就業状況の把握は、総務が統括している。特に、これまで、改善のための検討は行われていない。職員とは、人事考課制度面接及び契約更新時での面接等で、個別に要望等を聞くなど相談も受けている。法人内の相談窓口も活用されている。

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄				
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由	
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。									
① 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生事業を実施している。	■	■	a	加入職員の意見により、職員互助会、福利厚生センター(ソウェル)等利用し、福利厚生を実施している。	・福利厚生センター	・職員互助会、福利厚生センター(ソウェル)等を利用している。	a	・職員互助会、福利厚生センターを活用、利用を勧めている。	
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。									
II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢を明示している。									
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。	■	■	a	①事業計画の中にも目指す職員像を明記している。 ②明示している。 ③専門資格取得の為、勤務の配慮や専免で研修に参加等、専門資格の推奨を行っている。	・事業計画 ・「人材確保と育成」計画	・「人材確保と育成計画」、事業計画等に、求める職員像を明示している。 ・五か年計画に明示している。 ・資格取得に向けた研修参加のための勤務の配慮等、積極的に推進している。	a	・法人「人材確保と育成計画」等に、職員像が具体化され、五か年計画に反映されている。資格取得への研修参加を働きかけるだけでなく、受講しやすい配慮にも努めている。	
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 専門資格取得のため、勤務時間等について配慮している。	■	■							
II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画を策定し計画に基づいて具体的な取り組みを行っている。									
① 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画を策定している。	■	■	a	①正規職員個々に対して、必ず人事考課を行う中で、教育研修計画とリンクしている。 ②把握している。 ③④経験年数に合わせた研修や希望に沿った研修への参加を実施している。	・目標管理シート	・勤務年数に応じた各階層毎の研修体制が確立されており、それに沿った研修計画が策定されている。 ・職員個々の技術等は把握している。 ・個々の達成度を把握し、目標管理シートに基づいた研修を実施している。 ・参加を積極的に促している。	a	・勤務年数に応じた各階層毎の研修体制が確立されている。職種、階層毎に継続的に体系化され、OJTも推進している。目標管理シートにより、個別達成度を把握し、それに基づき研修を進めている。外部研修への参加も積極的に促している。	
② 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。	■	■							
③ 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・研修を実施している。	■	■							
④ 外部研修会に積極的に参加させている。	■	■							
II-2-(3)-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。									
① 研修を終了した職員は、報告レポートを作成している。	■	■	b	①研修参加後は必ず復命書として、報告レポートを提出している。 ②その後、職員周知の為、回覧を行い、苑内研修等で発表している。 ③年度末には人事考課として、研修を含めた報告を行い、評価につなげている。 ④反映できていない。 ⑤できていない。	・復命書等	・職員は復命書として報告している。 ・内部研修として報告するとともに、全職員に回覧し、周知に努めている。 ・人事考課を踏まえ、効果、さらに評価につなげている。 ・トータル評価には不十分であり、具体的な反映とはなっていない。 ・見直しは行っていない。	b	・職員は、復命書として報告することが、義務化されている。内部研修として報告するとともに、職員間で周知を図っている。人事考課に沿って評価につなげているが、トータルの評価には不十分な体制と考えている。	
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。	■	□							

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄				
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由	
II-2-(4) 実習生の受け入れを適切に行っている。									
II-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。									
① 実習生の受け入れに関する基本姿勢を明文化している。	■	□	b	①なし ②実習担当者がその都度対応していますが、マニュアルの整備はしていません。 ③各書類に署名・捺印していただき実習体制を整えています。 ④参加している		・特に、基本方針は定めていない。が、積極的に受け入れていく姿勢である。 ・マニュアルは整備されていない。引き継ぎ書として用意している。 ・覚書等により確認している。 ・研修に参加している。	b	・基本方針の明文化、マニュアル整備には至っていないが、積極的に受け入れていく姿勢である。体制整備を期待したい。	
② 実習生の受け入れについて、受け入れについての連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等の項目が記載されたマニュアルを整備している。	■	□							
③ 受け入れにあたっては、学校と覚書を取り交わす等によって、実習における責任体制を明確にしている。	■	■							
④ 実習指導者に対する研修を実施している	■	■							
II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取組を行っている。									
① 実習内容全般を計画的に学べるようなプログラムを用意している。	■	■	a	①簡単なプログラムあり ②オリエンテーションや訪問時等で調整 ③本人の意思を確認しながらその都度、実習生に応じたプログラムを作成している。		・おおまかな流れはある。 ・その都度、学校と調整し、柔軟に対応している。 ・実習生の意向を踏まえ、内容も個々に応じて調整している。特に社会福祉士については、多種多様な場面を提供している。	a	・基本的なプログラムは用意しており、その都度学校側と調整、実習生の意向や状況に応じ調整、対応している。社会福祉士については、多様な場面、プログラムを用意している。	
② 学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。	■	■							
③ 社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、ホームヘルパー等の種別に配慮したプログラムを用意している。	■	■							

評価基準	自己評価 第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
		自己評価 (a~c を記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果 (a~c を記入)	判定の理由
II-3 安全管理							
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みを行っている。							
II-3-(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を整備し機能している。							
① 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。	■	■	a	①安全対策事業として(命令系統) 防火管理者 衛生管理者 安全運転管理者 車両管理	・防火管理委員会、リスクマネジメント会議 ・マニュアル等 ・総合同避難訓練	b	・安全対策事業として、各担当責任者を配置している。 ・定期的に検討会議を設けている。 ・各マニュアルを整備し、研修等で職員に周知を図っている。 ・帰省に関しては、お願い文として確認している。支援体制としては十分とはいえない。 ・利用者個別の情報ファイルを作成している。 ・緊急時対応、感染症予防、心肺蘇生法等の研修を実施している。毎月、不定期の避難訓練も実施している。 ・地域消防団との連携体制が整備され、避難訓練の協力も得られている。栄養士会での連携体制もある。
② 安全確保に関する検討を行う担当職員等が参加した検討会を、定期的に行っている。	■	■					
③ 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を整備し、職員に周知している。	■	■					
④ 利用者の外出・外泊・帰宅時での災害や事故についても、連絡方法や支援体制を策定している。	■	□					
⑤ 利用者一人ひとりに健康管理票やカードを作成しており、緊急の際に利用者の状態を的確に伝えることができる。	■	■					
⑥ 職員に対し、必要な救急法の研修を行っている。	■	■					
⑦ 緊急の場合に備えて関係団体等と情報交換、連絡・協力体制を作っている。	■	■					
II-3-(1)-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 利用者の安全を脅かす事例の収集の仕組みを整備した上で実施している。	■	■	a	①ヒヤリはっと(書面、PC) ②職員朝礼後の検討会議、リスクマネジメント会議 ③避難訓練、4月職員研修、11月職員研修 ④リスクマネジメント会議、個別支援会議で事故分析・対策検討	・ヒヤリはっと ・リスクマネジメント会議	a	・ヒヤリはっと等の事例を活用している。 ・リスクマネジメント会議等で分析、防止策について検討している。 ・リスク管理、防火・防災講習等の職員研修と同時に、毎月の避難訓練は利用者も一緒に行い、時間を計るなど、利用者への意識づけに努めている。 ・定期的なリスクマネジメント会議、又、個別支援会議で利用者個々の対策についても検討している。雨や雪の日のすべり止め対策として、玄関マットを設置している。
② 収集した事例について、職員の参画のもとで発生要因を分析し、未然防止策を検討している。	■	■					
③ 職員及び利用者に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。	■	■					
④ 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。	■	■					

評価基準	自己評価 第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
		自己評価 (a~c を記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果 (a~c を記入)	判定の理由
II-4 地域との交流と連携							
II-4-(1) 地域との関係を適切に確保している。							
II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。							
<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 利用者が地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが援助を行う体制が整っている。</p> <p>④ 地域の人々に向けた、施設や利用者への理解を得るための日常的なコミュニケーションを心掛けている。</p> <p>⑤ 利用者の買い物や通院等の日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。</p> <p>⑥ 利用者が主体的に実施し、地域の人たちが参加する行事、レクリエーション、スポーツなどがある。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	a	<p>①事業計画に地域交流へ取り組みについて明記。</p> <p>②地域行事等は掲示板に掲示し、ご利用者に口頭で伝達。春日地域内の4保育所に訪問、いずみ会、地域老人会等、交流会を図っている。</p> <p>③整っている。</p> <p>④行事参加には職員が引率。ご利用者、職員共に地域の方への挨拶や活動参加への依頼等も行っています。</p> <p>⑤地域の社会資源(買物 理髪病院等)十分に活用。</p> <p>⑥年1回:春の里フェスティバル。年2回グランドゴルフ大会を開催。(地域住民の参加)</p>	<p>・事業計画 ・行事計画書等</p>	<p>・事業計画に、地域住民との連携、協働を意識し、利用者との交流の機会を持ち、社会参加を促すことを掲げている。</p> <p>・地域情報は、掲示板に掲示し、随時、口頭でも伝えている。自立訓練では、絵入りで紹介している。</p> <p>・利用者の意向に応じて、職員が付き添っている。実習生に呼びかけることもある。</p> <p>・地域行事や主催行事等を通じて、職員共々交流を深め、日常的なコミュニケーションを図っている。</p> <p>・利用者個別の要望に応じ、その都度利用するなど、積極的に社会資源を活用している。</p> <p>・主催行事である春のイベントは、利用者が主体的に準備、参加している。グランドゴルフ大会も盛況である。</p>	a	<p>・地域との連携、協働を強く意識し、利用者を通じた交流機会を積極的に持ち、社会参加を働きかけている。利用者へも情報提供に努め、地域行事や主催行事には、職員が同行するなど双方向の交流により、コミュニケーションを深めている。地域の社会資源の活用も意識的にを行い、利用者が主体的に参加する春のイベントには、多くの地域住民が来訪する。スポーツ交流も熱心に取り組んでいる。</p>
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。							
<p>① 介護等について、専門的な技術講習会や障害者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 介護相談、在宅障害者やその家族等に対する相談支援事業等、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>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	a	<p>①消防団の方に技術講習会実施。産業医等講師にて地域での講演会実施。</p> <p>②随時、相談受付。(サポートセンターと連携)</p> <p>③広報誌等は小学校、丹波市障害福祉課等には毎月ハートフルを配布しています。</p>	<p>・研修会、講演会記録等</p>	<p>・協力医による認知症の理解への研修、産業医によるAED研修、又看護師の発達障害に関する出前講座等を実施するなど、地域に向けた講演会等を開催した。</p> <p>・随時、相談窓口にて相談を受けつけている。各地のサポートセンターとも連携を図っている。</p> <p>・広報誌、毎月のおたよりを配布して、情報提供に努めている。</p>	a	<p>・事業所の特性、機能を有効に活用していく姿勢で、地域住民対象に認知症、救急救命、発達障害等の講演会を、積極的に設け、参加を促している。地域の障害者、家族への相談も、随時受付、いつでも相談できる体制を整備している。広報誌やおたよりを配布し、情報提供にも努めている。</p>
II-4-(1)-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>次の取組の全てを実施している。</p> <p>① ボランティア受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>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	b	<p>①事業計画にて基本姿勢を明記。</p> <p>②法人のボランティアの受け入れマニュアルに沿って支援に努めていますが事業所独自のマニュアルは整備されていない。</p> <p>③ボランティアに対する研修は実施していない。</p>	<p>・マニュアル</p>	<p>・事業計画に、ボランティア受け入れについて明記している。</p> <p>・法人マニュアルに沿い、受け入れのための事前説明を行っている。</p> <p>・特に、研修としては行っていない。これまで、継続してつながっているボランティアが多数で、関係性も深い。</p>	b	<p>・地域との関係性も深まり、継続したボランティアとの交流が続いている。受け入れ時は、事前説明を行い、確認している。特に研修としては行っていないが、ボランティアとの交流も深まり、馴染みの関係性ともなってきた。</p>

評価基準	自己評価 第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄					
		自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由		
II-4-(2) 関係機関との連携を確保している。									
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。									
① 個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示し、施設の役割や機能を達成するために必要となる、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。 ② 職員会議での説明等により、職員間で情報の共有化を図っている。	■	■	a	関係機関(社協 福祉事務所等)のリストを作成している。 職員会議等で閲覧可能場所等を説明し周知を図っている。	・関係機関リスト	・各関係機関・団体等、利用者を通じた関係機関等の連絡先をリスト化している。 ・職員会議等で、利用者個々の状況に併せ、確認、周知に努めている。常時、閲覧でき、共有を図っている。	a	・地域に関わらず、広域にわたる関係機関・団体等をリスト化している。職員会議等で、情報共有に努めている。	
II-4-(2)-② 関係機関等との連携を適切に行っている。									
① 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 ② 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。 ③ 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。	■	■	■	a	①定期的に地域支援会議、市内の就労支援会議、重度障害者検討部会に参加。 ②取り組んでいる ③①の会議にて課題に対し意見交換、検討等取り組み実施。	・地域支援会議等	・定期的に、地域支援会議、就労支援会議、部会等に参加し、情報交換を図っている。 ・連携体制、ネットワークが図られている。 ・活発な意見交換が可能で、課題等の共有により検討し、取り組みに活かす体制がある。利用者の工賃アップや就労への取り組み等が挙げられている。他事業所の見学も行った。	a	・地域の支援会議等では、活発な情報交換となっており、連携体制、ネットワークが図られている。利用者の工賃や就労に関する課題等について検討したり、事業所間での見学も行うなど協力関係を深めている。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。									
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握し、事業・活動を行っている。									
① 関係機関・団体との連携に基づき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 ② 地域住民に対する相談事業を実施すること等を通じて、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 ③ 把握した福祉ニーズに基づいて実施した具体的な事業・活動がある。 ④ 把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動を、中・長期計画や事業計画の中に明示している。	■	■	■	a	①丹波市生活支援課、相談新事業所等関係機関との連携において、取り組んでいる。 ②把握に努めている。 ③H25年より登録喫煙吸引等事業者(登録特定行為事業者)登録。医療ケアニーズに対応。 ④明記している。	・事業計画等	・市担当課、関係機関等、相談事業所等との密な連携体制が確保されており、ニーズの把握が可能となっている。 ・相談事業窓口を通じて、ニーズの把握ができています。 ・H25年度から、医療ニーズに対応できる体制を整備している。 ・事業計画に掲載している。	a	・市担当課、関係機関・団体等との幅広い、密な連携体制が確保されている。相談事業を通じたニーズの把握も可能で、広域的な情報収集ができています。具体的に事業計画に反映するなど、有効活用もなされている。



評価基準	自己評価 第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
		自己評価 (a~c を記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果 (a~c を記入)	判定の理由
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。							
Ⅲ-1-(3)-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、複数の相談方法や相談相手の中から自由から選ぶこと、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。 ② 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。 ③ 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。	■ □ ■ □ ■ ■	b	①ご利用者に合わせた意思疎通に応じた支援に対して文書化はしていない。 ②意見箱の設置はあるが、文書化したものを掲示はしていない。 ③家族交流日での聞き取りでは、場所を特定していないが、込み入った話の場合、相談室や会議室などを利用している。		・各ユニットの担当職員に相談している。利用者に相談に関する支援体制についてわかりやすく説明した文書はない。 ・利用者や家族への配布や掲示はしていない。 ・居室が個室化されており、居室で聞くことが多い。食事のこと、家庭の悩み、どういう外出がしたいか、利用者同士の関わり等聞き取っている。意見箱を設置している。	b	・意見箱は設置しているが、利用者への周知には至っていない。また、担当職員だけでなく、誰にでも相談したり、意見を言うことができることを伝える、わかりやすい文書についても特に、用意されていない。家族に対しても同様である。
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みを確立し十分に周知・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。	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	a	①各担当者を設置 ②苦情解決等について各棟に掲示、契約書などで説明。 ③半期に一回広報誌にて情報開示 ④緊急性に応じて随時、会議の中で課題や現状把握今後の対策について検討。広報誌にて公表している。	重要事項説明書 苦情解決の仕組みの掲示物 苦情受付記録・検討記録 広報誌	・重要事項説明書に明示している。 ・苦情解決の仕組みについて重要事項説明書にて説明し、掲示している。 ・苦情等についての内容や対応についての検討を行っている。 ・広報誌に公表している。	a	・苦情解決の仕組みを重要事項説明書にて説明はしているが、利用者に理解しやすく、よりわかりやすい工夫をお願いしたい。半期に一度、広報誌にて公表することを定例化している。
Ⅲ-1-(3)-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 マニュアルには日常生活の中で示される利用者の希望や意見についても記録し報告する手順を規定している。 ③ 対応マニュアルに沿った取組をしており、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。	■ □ ■ □ ■ ■ ■ □ ■ ■	a	①②各会議にて検討 情報の共有を行い、対応策について運営規定に定めている。 ③随時報告している。 ④対応マニュアルの定期的な見直しはできていない。 ⑤福祉サービスに反映できるよう、取り組みを行っている。	運営規程 自治会活動記録	・対応策についての運営規定はあるが、利用者の意見や希望に関する手順を規定したマニュアルはない。 ・利用者自治会において出された意見や苦情を記録し対応している。 ・温かいご飯が食べたい、朝食時の食パンをトーストしてほしい、トイレが汚いなどの意見を反映し、改善した事例がある。	b	・利用者自治会や個別に聞き取った意見や苦情は記録して、改善を図り、サービスに活かしているが、手順を示すマニュアルとしては、未整備といえる。

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由
Ⅲ-2 サービスの質の確保								
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みを組織的に行っている。								
Ⅲ-2-(1)-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。								
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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っている。 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ② 第三者評価等を定期的に受審している。 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ③ 評価に関する担当者・担当部署を設置している。 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ④ 評価結果を分析・検討する場を、組織として定め実行している。		a	①自己評価は行っていない ②H22度に受審 ③第三者委員の設置 ④評価後は結果を報告・改善点等は会議で検討する		・毎年、自己評価は行っていない。 ・3年毎の受審としている。 ・今回の第三者評価を受け、第三者委員を設置した。 ・前回の第三者評価後、課題を上げ、改善を図った。	b	・毎年、自己評価を行っておらず、継続した体制は未整備である。今回設置された第三者委員の活用を検討されてはどうか。	
Ⅲ-2-(1)-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ている。								
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ① 職員の参画により評価結果の分析を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ② 分析した結果やそれに基づく課題を文書化している。 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ③ 職員間で課題の共有化を図っている。		b	①分析が出来ているとは言えない。 ②報告書として、文書化している。 ③受審後に改善点等は職員に伝え、改善が図れるように周知している。		・前回の第三者評価結果について、できていない事項についての把握はしたが、分析までは行っていない。 ・改善点を課題として抽出した。 ・職員会議で報告し、課題を上げ、改善を指示している。	b	・前回の第三者評価受審を受けての継続した体制が十分機能していないと思われる。評価結果の活用、改善に向けた取り組みへの体制整備を期待したい。	
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。								
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ① 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。 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ② 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。		a	①サービス向上委員会等、各会議にて検討。 ②半期毎の見直しを行う。	・サービス向上委員会会議録	・前回第三者評価受審後にサービス向上委員会を立ち上げ、課題の改善策や利用者のサービスに関することなどを検討した。 ・定期的に見直ししている。	a	・サービス向上委員会において、第三者評価結果の課題のみでなく、サービス全体に関する改善策について計画を立て実施している。	

評価基準	自己評価 第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
		自己評価 (a~c を記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果 (a~c を記入)	判定の理由
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法を確立している。							
Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供している。							
① 個々のサービスについて、標準的な実施方法を文書化している。	■	■	a	①支援マニュアルの整備 ②年度当初にマニュアルについての研修を行うと共に、随時、個別指導を行う ③規定、マニュアルに明示 ④日々の記録や会議にて支援方法の確認見直しを行っている	・支援マニュアル ・研修計画 研修報告書 ・サービス向上委員会、支援課会議、個別支援会議、各会議録	・支援別にマニュアルを整備している。 ・年度初めに支援マニュアルの研修を実施。新任、現任職員が参加している。 ・支援マニュアルにおいて、支援別に場面を設定し、プライバシー保護に関する注意事項を明示している。 ・全体的な支援については主にサービス向上委員会において、個別の支援については個別支援会議で見直している。	・支援別のマニュアルが個々のサービスに活かされている。全体的な支援については、サービス向上委員会で確認し、個別の支援については個別支援会議で話し合う体制がある。
② 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。	■	■					
③ 標準的な実施方法には、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢を明示している。	■	■					
④ 標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。	■	■					
Ⅲ-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みを確立している。							
① サービスの標準的な実施方法について定期的に検証し、必要に応じて見直している。	■	■	a	①ご利用者の状況に合わせ、標準的な実施方法についても各会議にて検討。 ②自治会でご利用者からの意見を伺う。職員の意見は必ず各会議で意見をまとめる。	・支援マニュアル	・利用者個々の状況に併せ、各会議で、検討、必要に応じて見直している。 ・利用者の意見は自治会で聞き取り、職員の意見はサービス向上委員会を通じて反映する仕組みがある。	・各会議で、職員からの意見を基に、検討、見直しを図っている。必要に応じて利用者等からの意見等を反映する体制がある。
② 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仕組みがある。	■	■					
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録を適切に行っている。							
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。							
① 利用者一人ひとりの記録等の書面を整備している。	■	■	a	①毎日記録している ②サビ管にてサービス内容の実施状況の確認を行っている。 ③記録の研修や個別指導・項目を使用して記入	・利用者情報シート・個別支援記録	・個別の記録を整備している。 ・計画項目別に記録されている。 ・サービス管理責任者がチェックしている。記録に関する研修を実施している。個別指導も行っている。支援したことだけではなく、支援したことによる利用者の反応、結果を記録するようにしている。	・個別のサービス実施記録は計画に基づき、わかりやすく記録されている。記録の内容にばらつきが生じない工夫や指導が行われ、チェック体制も整っている。
② サービス実施計画に基づくサービスを実施していることを、記録により確認することができる。	■	■					
③ 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。	■	■					
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制を確立している。							
① 記録管理の責任者を設置している。	■	■	a	①サビ管にて管理 ②規定に沿って対応 ③④個人情報保護等規定を定め、研修実施。	・文書取扱規定 ・重要事項説明書	・サービス管理責任者を責任者としている。 ・法人全体の文書取扱規定を整備している。 ・重要事項説明書に定められているが、利用者本人の理解はほとんど得られていない状況である。 ・年度当初に全職員対象に個人情報保護法について研修を実施している。	・記録の管理体制は法人全体で規程を定め、徹底した管理を行っている。
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を行っている。	■	■					

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由
Ⅲ-2-(3)-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を明確にし、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みを整備している。 ② 情報共有を目的として、ケアカンファレンスの定期的な開催等、部門横断での取組みがある。 ③ 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。	■	■	a	①職員会議等会議、朝礼にて報告するも仕組みは整備できていない。 ②個別支援会議等月1回の開催。 ③ネットワーク利用しだれでも閲覧確認できる状態	職員会議等	・情報別に流れの仕組みが整備されている。 ・各部署から出席して定期的に個別支援会議を開催して、必要な情報は朝礼で全職員に伝達される。 ・ネットワークシステムにより職員はいつでも閲覧できる。	a	・例えば利用開始時にアセスメントした内容は利用者情報シートにまとめられ、管理者が確認の上、支援員に伝えられる。個別支援会議には各部署の職員が出席している。
Ⅲ-3 サービスの開始・継続								
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始を適切に行っている。								
Ⅲ-3-(1)-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 サービス内容が説明された資料等は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容や表現で作成している。 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 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。	■	■	b	①契約書・重要事項説明書は文字表記のみで絵等分かりやすい表記にはなっていない。 ②公共施設などには置いていない。 ③施設見学や受け入れは随時行っている。	要覧・パンフレット	・重要事項説明書、契約書への工夫は特に行ってないが、パンフレット、要覧は写真付で説明している。 ・市の生活支援課に置いている。 ・施設見学や一日利用は随時行っており、空室があれば体験入居も可能である。	a	・要覧によって、施設の暮らしが利用者にわかるよう工夫されている。施設見学や一日利用は随時行っており、空室があれば体験入居も可能である。
Ⅲ-3-(1)-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資料を用意して、利用者に説明している。 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を行っている。 ③ 他のサービスや施設等の利用が望ましいと考えられる場合には、利用者や家族とよく話し合っ得た上で、必要な手続きを行い確実に引き継いでいる。 ④ 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。 ⑤ 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。(利用契約ではないサービス種別は非該当) ⑥ 説明に関する資料や契約書の内容は、利用者にもわかりやすいように工夫している。	■	□	b	①契約書 重要事項説明書にて保護者、利用者に説明。 ②理解しやすいような工夫、配慮はできていない。 ③保護者と相談はできているが、利用者との承諾は難しい。 ④契約書、重要事項説明書。 ⑤契約書を交わしている ⑥分かりやすい工夫ができていない。	契約書・重要事項説明書 要覧・パンフレット	・家族には重要事項説明書、契約書にて説明している。利用者には見学時に実際に見てもらって説明している。 ・重要事項説明書や契約書について特にわかりやすい配慮は行われていない。 ・必要と思われる場合は他のサービスの説明を行っている。就労支援日型や日中一時サービスを受けることになった例がある。 ・重要事項説明書、契約書の同意を残している。 ・契約書が用意され、契約を交わしている。 ・見学時や入居後に口頭による説明は丁寧に行われているが、文書での工夫は見られない。	b	・説明に関する資料や契約書は、利用者にもわかりやすい内容とはいえない。口頭での説明は丁寧に行われているが、見てわかる工夫や配慮を期待したい。

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄				
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由	
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。									
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。									
① 他の施設や地域・家庭への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継文書を定めている。 ② サービス終了後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。 ③ サービス終了時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。 ④ 地域生活への移行を目指し、家族への情報提供や帰宅中の利用者の家族への支援を日常的に行っている。 ⑤ 地域生活に移行した利用者のために、支援組織を積極的に育成し、協力している。	■	■	c	①なし ②担当者、窓口は設置していないが、随時受け付ける。 ③文書での提示はない。 ④日常的には実施していない。 ⑤積極的には育成できていない。	業務引継書	・業務引継書の中に手順を記載し利用することができる。 ・窓口や担当者は設置していないが、相談支援員が主に対応しており、相談を受けている事例がある。 ・文書は作成していない。口頭で相談できることを伝えている。 ・日常的ではないが、帰宅時は生活情報を提供している。 ・ショート利用者がケアホームに移行し、引き続き支援している。法人内に総合相談センターを設置しており、継続して支援している。対外的な相談は課長、副施設長が対応しており、家族等には口頭で伝えている。	b	・状況に応じた支援体制はあるが、特に文書化には至っていない。現状は、利用者情報シートを携行して直接口頭で伝えている。	
Ⅲ-4 サービス実施計画の策定									
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントを行っている。									
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。									
① 利用者の身体状況や、生活状況、行動の特徴、将来の生活についての希望等を、組織が定めた統一した様式によって把握し、記録している。 ② 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。	■	■	b	①個別支援マニュアル情報シート ②時期は定めていない。随時実施。	アセスメントシート	・アセスメントシートにより、項目別に担当者(看護師・栄養士等)がアセスメントし、記録している。アセスメントの定期的な見直しはしていないが、項目については随時見直している。	b	・アセスメントシートを用意し、担当者によるアセスメントが行われているが、必要に応じて見直している。定期的な見直しを望みたい。	
Ⅲ-4-(1)-② 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。									
① 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示するための手順を決めている。 ② 利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題を明示している。	■	■	a	①保護者 ご利用者の希望は個別支援計画に記載。 ②個別支援計画にて明示している。	利用者情報シート 個別支援計画	・アセスメントの結果を利用者情報シートに記載し、そこからニーズや課題を引き出し、個別支援計画に明示している。	a	・利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する様式や手順があり、個別支援計画に明示している。	

評価基準	自己評価 第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
		自己評価 (a~c を記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果 (a~c を記入)	判定の理由
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。							
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。			①サビ管を配置	個別支援記録 支援サービス計画書 個別支援留意点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス管理責任者を配置している。</li> <li>・個別支援会議で計画策定が行われ、各部署の職員が参加している。</li> <li>・手順は定めていないが、生活介護の職員が把握に努めている。就労支援の利用者は把握しているが、施設入所の利用者は把握が難しい。</li> <li>・計画に添った記録がなされている。サービス管理責任者がチェックしている。</li> <li>・個別の支援における留意点の記録がある。</li> </ul>	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画策定に必要なモニタリングは毎月行われ、当日出勤の職員、看護師が出席し、医師の意見を参考にしている。利用者の移行把握にも努めている。サービスの適否についてはサービス管理責任者がチェックしている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>① サービス実施計画策定の責任者を設置している。</li> <li>② サービス実施計画を策定するための部門を横断した関係職員の合議体制を確立している。</li> <li>③ サービス実施計画を策定するための利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。</li> <li>④ サービスの適否を日常的にチェックしサービス実施計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みが構築されるとともに、実際に機能している。</li> <li>⑤ サービス実施計画は、一人ひとりの利用者について、日常生活を支援する上での留意点などを具体的に記載している。</li> </ul>	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>②各会議には看護師 栄養士が参加し検討</li> <li>モニタリングは半期に一度行ない、必要に応じて見直しをしている。</li> <li>③手順は定めていないが、聞き取りにより把握に努める。</li> <li>④サビ管にて記録と支援内容の確認を行っている。</li> <li>⑤別紙にて個別マニュアルに記載。</li> </ul>					
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。			①本人の状況を把握した中で、利用者本位のサービス実施に努めている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の障害、能力に合わせ、生活の中から見極め、予想して、計画の見直しを行っている。</li> <li>・計画見直しのためのモニタリングの実施、モニタリングに参加する職員、検討会議、利用者意向把握の仕組みがある。</li> <li>・パソコン上に載せ、関係職員全員が見られる。</li> <li>・高齢のための脳梗塞の発症例等の緊急事例があり、速やかに会議を開催して、変更している。</li> </ul>	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の障害、能力等を考慮しながら利用者の現状に即した見直しをしている。利用者の意向把握にも努めている。緊急時には速やかに会議を開催して変更している。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>① サービス実施計画の見直しは、利用者本位の視点に立って行っている。</li> <li>② サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。</li> <li>③ 見直しによって変更したサービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。</li> <li>④ サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。</li> </ul>	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>②モニタリングを行い、個別支援会議、支援課会議にて検討。</li> <li>③会議報告、朝礼で連絡。システム ネットワークにて周知。</li> <li>④各会議にて検討後、職員への周知。</li> </ul>					

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄				
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由	
<b>IV 実施する福祉サービスの内容</b>									
<b>IV-1 利用者の尊重</b>									
<b>IV-1-(1) 利用者の尊重</b>									
IV-1-(1)-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をしている。									
① 利用者のコミュニケーション能力を高めるため、サービス実施計画や支援計画を策定し実行している。 ② 意思伝達に制限のある人の場合、日常的な関わり合いを通じて、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。 ③ 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をしている。(コミュニケーション機器の用意を含む。) ④ 意思伝達に制限のある人の場合、担当職員・ソーシャルワーカー・臨床心理士等の連携により、その人の意思や希望をできるだけ正しく理解しようと努力している。 ⑤ 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	①能力向上に対して目標設定している方は計画を策定、実施している。 ②言語コミュニケーションが困難な方に対してコミュニケーション可能な方法を探り対応。独自の方法でコミュニケーションを図られる方は意思表示を読み取れるよう努めている。 ③筆談 絵カード あいうえおボード 自閉症支援タイマーを利用した支援。 ④コミュニケーションの取りやすい職員が介入し理解に努める。 ⑤必要に応じて受け入れる。	・個別支援計画書 ・ケース記録 ・絵カード ・自閉症支援タイマー	・支援サービス計画書に、コミュニケーション能力についての課題を明記し、支援を実施している。 ・意思伝達に制限のある利用者については、筆談、絵カード、あいうえおボードを使用したり、担当職員以外でもコミュニケーションを取りやすい職員が関わり、連携して意向を把握しようとしている。 ・家族、弁護士、司法書士などの成年後見人等を代弁者として受け入れている。	a	・利用者のコミュニケーション能力向上を課題として支援計画に策定し、支援している。自閉症を含む行動障害者への研究会に職員が参加しており、「自閉症支援タイマー」なども利用して、意思伝達に制限のある利用者への取り組みを始めている。成年後見制度利用者が14名あり、3ヶ月に1回の面談時等に、代弁者としての役割を果たしている。	
IV-1-(1)-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 利用者が、施設外の知人等と自由に交流できるように様々な便宜を図っている。 ③ 利用者による自治会ないし利用者の会等がある。 ④ 自治会等は、施設運営の責任者と、定期的に、及び必要な場合に随時協議する機会をもっている。	■	■	a	①自治会活動の実施 ②要望に応じて対応 ③自治会活動 ④定期的には実施していない、必要に応じて責任者との協議は行う。	・自治会記録	・自治会で要望を聞いている。障害の重度化によりコミュニケーションを取れる人が少なく、職員が記録や進行を行うが、10月以降実施されていない。 ・グランドゴルフ大会や地域の保育園との交流、「いずみ会」による調理実習など盛んである。	b	・事業所は設立後歴史があり、地域に支えられている。「春の里フェスティバル」は数百名の参加者となり、地域恒例の行事ともなっている。自治会と管理者との協議は随時で定期的ではない。	
IV-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制を整備している。									
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)と十分な話し合いを行っている。 ③ 自力で行う行為による生活と活動の範囲が広がるように、職員の対応や施設面の工夫について、常に検討されている。	■	■	a	①各会議等でご利用者の状況に応じた支援を検討、実施 ②個別支援マニュアルに支援方法提示 ③日用品の使用方法について写真を使用して提示	・個別支援マニュアル ・掲示物	・個別支援会議で利用者の日常生活上の行為については見守りを基本とし、必要な場合は迅速に介助、支援する事を職員は共有している。 ・事前に本人、家族との話し合いを行い、個別支援として確認している。 ・洗濯機の使い方など、手順を示し、生活の活動場面の拡大を工夫している。	a	・日常生活行為を自力で行うことを支援し、必要な場合は迅速に対応している。自閉症グループに洗濯の仕方を写真付きで提示し、実際の洗濯機の不必要なボタンはテープで隠すなど工夫している。自分の身の回りのことが自分でできた満足感が自信や次への意欲につながっている。	

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由
IV-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。 ① 社会生活力を高めるために、本人の状況の理解や調理・洗濯・買い物・交通機関利用等についての学習・訓練プログラムを用意している。 ② 施設外の社会資源について、十分な情報が提供され、そのための学習や体験の機会を設けている。 ③ 必要に応じて、自己表現の技能や話し方について支援している。 ④ 利用者自身が人権意識を高められるように、情報や資料の提供を行っている。	■	■	b	①個別プログラムの作成 ②社会見学やいずみ会への参加など行っているが、十分な情報の提供とは言えない。 ③支援はできていない。 ④実施できていない。	・自閉症行動障害についてのプレゼンDVD ・いずみ会への参加報告資料	・社会見学を日帰り旅行でプログラムしたり、自立訓練で図書館や美術館などに出かけている。 ・音楽療法士(職員)によるプログラムも、事業所内だけでなく地域へ出かけて実施もしている。 ・自己表現の技能や話し方、人権意識などへの支援や情報提供は未実施である。	b	・事業所外の社会資源の情報提供は不十分と考えている。コミュニケーション障害を持つ利用者が多く、支援には至っていない。利用者自身の人権意識獲得については、地域で熱心に取り組まれている「CAP」を、次年度に取り入れることを検討している。
1-(2) 利用者の権利擁護								
IV-1-(2)-① 虐待(拘束、暴言、暴力、無視、放置、性的いやがらせ等)等の人権侵害について、防止対策を図っている。 ① 虐待防止のための職務規程、マニュアルを策定している。 ② 虐待防止について、ミーティング、検討会で取り上げ、防止策を確認している。 ③ 利用者と接する場面で虐待等の問題が起こらないような研修を実施している。 ④ 万が一虐待等が行われた場合に備えて、対応マニュアルや職員の処分規定を設けている。	■	■	a	①規定あり ②人権擁護委員会、各種会議にて取り上げ検討。 ③虐待防止マニュアルの研修 ④就業規則等により規定を設ける。	・運営規定・行動規範 ・人権擁護委員会記録 ・研修報告書 ・虐待防止マニュアル ・就業規則	・法人の職務規定や虐待防止マニュアルが策定されており、万が一虐待が行われた時の対応マニュアルや処分規定が設けられている。 ・虐待防止マニュアルの研修を実施している。 ・3ヶ月に1回の人権擁護委員会や他の会議でも取り上げている。	a	・虐待防止に関する法人の規定が定められている。障害者虐待発見チェックリストや人権擁護、虐待防止チェック表なども毎日利用し、全職員が自ら振り返る機会とし、研修も実施されている。
IV-1-(2)-② 自傷他害等については、その原因の究明除去とともに、適切な対応が行える体制がとられている。 ① 日頃から利用者の行動の特性、生活リズム、興味、嗜好、対人関係などを観察し、その結果を全職員で共有するようにしている。 ② 自傷、他害、物損などの危険な行為に対して、利用者の心身を傷つけずに対応するための指針が定められている。 ③ 自傷他害等が発生したとき、それを正確に記録している。 ④ 服薬が必要な利用者については医師と緊密に連携している。 ⑤ 行動傷害のある利用者については、観察・記録した資料を基に、誘因や刺激、人的・物的環境との因果関係を分析し、統一した対応ができるよう全職員で確認している。 ⑥ 関係する全ての職種の職員が連携し、必要に応じて専門医の協力を得て、新たな支援方法の修得や研究を進めるなどの工夫をしている。	■	■	a	①支援記録、ケース記録、個別支援マニュアルに記載し、情報の共有。 ②身体拘束承諾書、対応について個別支援マニュアルに記載。 ③ケース記録に記載。 ④往診、通院時、必要に応じて随時連携している。 ⑤自閉症、行動障害研究チームにより分析評価し、個別対応について個別支援マニュアルに記載。 ⑥研究チーム、各会議にて検討し、必要に応じて医師の連携を図る。	・ケース記録 ・身体拘束承諾書 ・看護日誌 ・業務日誌 ・個別支援マニュアル	・ショートステイ利用者に自傷他害が多くみられる。定期利用者でもある為、観察を重視し結果を職員で共有している。 ・個別に危険行為に対しての対応マニュアルがあり、利用者の心身を傷つけずに対応すると共に、詳細に記録している。 ・服薬が必要な場合は、慎重に精神科の医師とも連携し、実施している。 ・行動障害のある利用者についての研究チームを中心に、専門医などの助言も得て統一した対応ができるよう検討している。	a	・自傷他害については昨年より、自閉症・行動障害研究チームを立ち上げた。専門家によるスーパーバイズを受けながら、観察、記録した物を分析し、原因の究明を図ると共に、統一した対応を目指している。今後も多数の出現が予想される自閉症や行動障害者について、事例検討し、積極的に取り組もうとしている。

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄				
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由	
<b>IV-2 日常生活支援</b>									
<b>IV-2-(1) 食事</b>									
IV-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスを用意している。									
① サービス実施計画等において、利用者の身体状態等に応じた留意点や支援の内容を明示している。 ② 食事の介助等、支援方法に関してマニュアルを用意している。 ③ 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。	■	■	a	①栄養ケア計画 個別支援マニュアルにて支援内容を記載。 ②法人業務マニュアルにて通常の支援マニュアルを記載し、個別支援マニュアルに個々の対応を記載。 ③看護師、栄養士と連携し、個人の身体機能・健康状態に合わせ食事形態を変更している。	・栄養ケア計画書 ・ケース記録 ・食事介助マニュアル	・食事介助マニュアルを用意している。のど詰めなどに対応する手順も記載されている。 ・重度高齢化に伴い、誤嚥性肺炎の発生も見られるため、刻み食、ソフト食、ミキサー食の対応もある。	a	・利用者の身体状況に応じた食事サービス実施計画が策定されている。看護師、栄養士とも連携し、個別の食事や介助、支援方法マニュアルを用意し、実践している。	
IV-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮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している。									
① 定期的に嗜好調査を行い、その結果を献立に反映している。 ② 食事サービスの検討会議等には利用者も参加している。 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・香辛料を用意している。 ⑥ 献立及び食材について、その情報は予め利用者に提供している。 ⑦ 食事介助にあたり、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介助や支援を行っている。	■	□	a	①嗜好調査の実施 ・行事食の内容の聞き取り ②自治会にて希望の確認 ③配膳車や保温器具を使用し適温提供している 暖かいものは入室してから配膳している ④行事食の提供、盛り付けに工夫。 ⑤調味料の設置なし ⑥献立は食堂に掲示 ⑦食事マニュアルに沿って支援	・嗜好調査記録 ・自治会報告書 ・配膳車、保温器具確認 ・献立表確認	・定期的嗜好調査は年1回実施しているが、今年未実施である。 ・給食委員会への利用者の参加はなく、自治会での要望を伝えている。 ・食卓には調味料は設置せず、希望があれば、焼き肉のたれ、ケチャップ、マヨネーズなどを小皿で出している。 ・食事介助は、せかず事がないよう、利用者の様子を良く見ながら介助している。	b	・外部委託しているが、給食委員会などで具体的に検討している。行事食は季節感を持たせ、オーダーメニューとなっている。バイキングの日もあり、選択メニューも用意されている。献立は食堂のガラス面に掲示されているが、写真やイラストなどを使い、わかりやすく、楽しめるよう工夫している。	
IV-2-(1)-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、利用者全員が一斉に摂るのではなく、幅のある時間帯の中で個人が好む時間に摂ることができる。	■	■	a	①各居住棟に応じた食事環境の整備 ②食事時間の設定を行い、ご利用者の意思で自由な時間・食席での提供	・各棟の食事風景写真を確認	・朝夕は各グループで食べるが、リビングと食堂を兼ねるので検討会議では安全にも考慮している。 ・食事時間には幅を持たせている。	a	・有線のBGM、自動具、保温ジャーを使用するなど、喫食環境に配慮している。	

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄				
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由	
IV-2-(2) 入浴									
IV-2-(2)-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 一人ひとりの健康状態や留意事項について、サービス実施計画や個別チェックリスト等を利用している。 ② 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を用意している。 ③ 入浴の介助や支援・助言業務は、所定の様式により記録している。	■	■	a	①②③入浴支援マニュアル 個別支援マニュアル	・入浴支援マニュアル ・機械浴マニュアル ・ケース記録	・各グループの点呼表で入浴利用をチェックしている。 ・朝礼時、体調確認を行い看護師より入浴状況について指示がある。 ・個別支援計画で支援や介助の方法を明示し記録している。	a	・同性介助を基本としているが、男性利用者が多く女性職員が更衣などを補助している。入浴利用の記録のみで、未利用の記録はされていない。未利用者に関する理由や状況の記録もされてはいるか。	
IV-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行っている。									
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やシャワー浴が可能である。 ② 入浴の時間帯や週間回数について、利用者との話し合いで決めている。	■	■	a	①入浴日の設定はあるが柔軟に対応している。希望に応じて毎日入浴実施。 ②利用者の希望を聞き入れて実施	・ケース記録	・毎日入浴する利用者や、夕食後見守りで入る利用者もいる。 ・失禁や汗をかいた時はトイレでもシャワー設備があり利用できる。	a	・利用者の希望に沿って入浴利用ができています。拒否がある場合も、毎日の入浴を準備できているので、日を変えて利用を促す事が出来る。	
IV-2-(2)-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の設置等については、検討会議を持っている。 ② 脱衣場は、気候や利用者の身体的状態に応じて調整できるよう、冷暖房に配慮している。 ③ 浴室や脱衣場は、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を行っている。	■	■	a	①ご利用者に必要な備品については計画・検討を行って設置 ②冷暖房設備 設置 ③男女別の浴室パーテーションの使用	・浴室、脱衣場を確認	・個別支援会議で、安全のためシャワーチェアの必要性を検討している。すでに手すりなどの設置はされている。 ・脱衣場には冷暖房や換気なども整い、男女別の浴室となっている。	a	・浴室・脱衣場などの環境について検討している。おむつ交換が必要となる場合は、パーテーションを設置している。今後の高齢化対策も検討されている。	
IV-2-(3) 排泄									
IV-2-(3)-① 排泄介助は快適に行っている。									
① 排泄介助に際して、利用者の健康状態や注意事項について、サービス実施計画や個別チェックリスト等を活用している。 ② 排泄介助のマニュアルを用意している。 ③ 排泄用具の使用法について、衛生や防臭を考慮したマニュアルを用意している。 ④ 排泄介助の結果は所定の様式により記録している。	■	■	a	①排泄記録表 ・排便状況は必要に応じて看護師に要相談 ②③排泄マニュアル、個別支援マニュアルに記載。 ④排便記録表	・排泄記録 ・排泄介助マニュアル	・排泄介助については利用者個別にサービス実施計画に明示し、排泄記録表に記録している。 ・排泄介助及び用具の使用についてもマニュアルを用意している。	a	・排便に関しては看護師による健康管理に従い服薬なども行っている。尿意、便意のない利用者へは、食前の誘導を行っている。利用者の個別の状態に応じた快適な排泄介助を行っている。	

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由
IV-2-(3)-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。 ② プライバシーに配慮したトイレの構造・設備にしている。 ③ 換気や適切な薬品使用等の防臭対策を行っている。 ④ 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。 ⑤ 採光・照明等は適切である。 ⑥ トイレの冷暖房に配慮している。	■	■	a	① 支援課会議で必要に応じて検討。 ② 個室トイレの設備 ③ 換気設備 薬品を使用しての掃除 衛生管理 ④ 排泄誘導時に環境確認しその都度、清掃を行っている。 ⑤ 環境設備担当において点検し、随時修理している。 ⑥ 簡易性の暖房器具の設置	・支援会議録 ・トイレ設備確認	・清掃担当職員がトイレ清掃を毎日行い、定期的にトイレ環境を点検している。その結果を元に、改善のための検討をしている。夜勤者からの情報も上がる。 ・採光、冷暖房、換気なども十分である。	a	・トイレ設備の破損の度合いも激しいが、迅速に対応し修理している。男女別の個室対応で、車いすにも対応している。清掃用洗剤などは、厳重に管理、保存している。汚れにも直ちに対応し、清潔で快適なトイレ環境を整えている。
IV-2-(4) 衣服								
IV-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。 ① 衣類は利用者の意思で選択している。 ② 衣類の選択について、必要があれば相談に応じている。 ③ 衣類の購入の際には、必要があれば、職員が相談、情報提供、買い物支援等に応じている。	■	■	a	①②可能な方は衣類の選択を促している。 ③購入については、可能な人は同行し好みの物を購入して頂く。	・居室内筆筒を確認	・各自、好みの衣服を着用している。 ・必要や相談があれば応じている。 ・毎朝の新聞チラシや、職員の持ちよる雑誌などにより、情報提供している。	a	・衣類専門店や、スーパーなどへの買い物外出で、一緒に買う利用者もいる。季節や色など、必要に応じて助言したり相談に応じている。
IV-2-(4)-② 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。 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を用意している。	■	■	b	①②ご利用者の意思を尊重して対応。 ②希望に応じて着替えをして頂く。 ③職員が在庫管理し必要に応じて購入。汚れ等が見られた際は速やかに対応しているが、業務手順は定めていない。		・強いこだわりがあり、襟元を必ず裂いたり、同じものを着るなどにも、声かけを工夫して、できるだけ意思を尊重し支援している。 ・着替えの自主性も尊重している。 ・破損に対するマニュアルは準備されていない。	b	・体格に応じたサイズ表はあるが、破損、破棄に関するマニュアルがなく、必要に応じて速やかに対処する為の定期的なチェックができる手順書が必要と思われる。

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄				
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由	
IV-2-(5) 理容・美容									
IV-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。									
① 髪型や化粧の仕方等は利用者の意思で決めている。	■	■	b	①②ご利用者の希望がある場合、意思を尊重し対応。髪型についても理髪店で要求を伝えている。 ③理髪店一覧にて選択可能だが、資料などの情報は用意できていない。	・理髪店一覧表	・古くから協力を得ている理容室利用で、利用者自ら髪型を指定できる。 ・女性利用者は職員からハンドマッサージやネイルをしてもらう機会もある。 ・特に情報提供はしていない	b	・利用者と顔なじみの理容室などを、数店を利用している。各自、髪型の希望を言うこともできる。特別に、髪型などの資料や情報提供は行っていない。	
② 職員は、必要があれば、整髪や化粧を手伝ったり、又は相談に応じたりしている。	■	■							
③ 理容・美容に関する資料や情報を用意している。	■	□							
IV-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。									
① 地域の理髪店や美容院の利用について、必要に応じて職員の送迎や同行などの支援を行っている。	■	■	a	①職員が同行し実施 ②理髪店との連絡調整を行っている		・すでになじみの理美容店の利用で、簡単な連絡調整で利用可能である。職員による送迎や同行も行っている。	a	・地域の理美容店利用を促進している。単独で理美容店の利用を希望する利用者にも対応し、外出の機会ともなっている。	
② 利用する理髪店や美容院に対しては、理解と協力を得られるよう、必要に応じて職員が連絡・調整を行っている。	■	■							
IV-2-(6) 睡眠									
IV-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。									
① 寝室やベッド周辺の光や音について、利用者の希望や状況に応じた適切な配慮をしている。	■	■	a	①個室であるため、本人の過ごしやすい環境整備に努める。 ②体位変換、姿勢のマニュアル掲示 ③ケース記録、夜間記録に記載。 ④私物の持ち込み可能 ⑤個室であるため支援室等を使用し対応	・苑務日誌 ・朝礼日誌 ・ケース記録	・個室対応で利用者個々に応じた安眠環境が提供できている。 ・夜間の体位変換、姿勢保持については個別に居室壁面に掲示している。 ・エアーマット、ぬいぐるみなど私物利用も可能である。 ・夜間記録に様子が記録され、朝礼時に報告される。 ・不眠者対応も行っている。	a	・個室により、各自安眠できる環境整備がされている。夜間不眠者については、ベッドサイドで職員が見守ったり、支援室で話を聞いたり、温かい飲み物を提供するなどの対応をし、安眠を促している。	
② 夜間就寝中の利用者に対するサービスについては、体位変換やおむつ交換、さらには睡眠リズムの乱れや不眠者への対応等を含むマニュアルを用意している。	■	■							
③ 夜間に行われた個別支援は、所定の様式で記録している。	■	■							
④ 寝具は、利用者の好みに基づいて用意され、又は私物使用も認めている。	■	■							
⑤ 不眠等により同室者に影響を及ぼす場合、一時的に他の部屋を使用することができる。	■	■							

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄				
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由	
IV-2-(7) 健康管理									
IV-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。									
① 利用者の健康管理票を整備している。 ② 利用者の健康管理マニュアルを用意している。 ③ 医師又は看護師による健康相談を受けることができる。 ④ 医師又は看護師が、利用者(及び必要に応じて家族等)に対して健康面の説明を定期的に行っている。 ⑤ 利用者(及び必要に応じて家族等)の承諾を得て、インフルエンザ等の予防接種を行っている。 ⑥ 健康の維持・増進のため、日常生活の中に取り入れるプログラムが用意されている。 ⑦ 歯科医師又は歯科衛生士により、歯磨き、歯磨き介助、歯肉マッサージ等の方法やその他の口腔衛生について、定期的に指導を行っている。	■	■	b	①年2回の健康診断結果を設備。 ②マニュアルは無し。 ③産業医・看護師により可能。 ④定期薬の変更・臨時薬の追加、入退院時・特例の受診時には連絡を入れる。 ⑤承諾書あり。 ⑥個別支援計画内にあり。健康対策会議(年4回) ⑦年1回の“ブラッシング”指導。協力医療機関・丹波市歯科医師	・業務マニュアル ・インフルエンザ承諾書	・年2回の健康診断を実施。産業医が嘱託医である。 ・業務マニュアルや事業計画に健康管理に関する指針を示しているが、健康管理マニュアルはない。 ・インフルエンザ予防接種は、実施している。 ・1日2回のラジオ体操や散歩などを健康維持のプログラムとして、日常生活に取り入れている。 ・口腔衛生の指導を受けている。	b	・健康管理に関する指針が、業務マニュアルや事業計画に示されているが、健康管理マニュアルとして一本化が望ましい。 医師、看護師からの説明は定期的ではなく、薬の変更や入退院時、特別の受診時となっている。歯科衛生士から年1回のブラッシング指導を受け、誤嚥性肺炎予防を図っているが、年2回以上が求められる。	
IV-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療を受けられる。									
① 健康面に変動があった場合の対応の手順は、マニュアルとして用意している。 ② 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 確保している医療機関では、迅速かつ適切な医療が受けられるように、日常的な連携を図っている。	■	■	a	①緊急対応マニュアル。 ②あり。 ③図っている。	・緊急時対応マニュアル	・緊急時対応マニュアルを用意している。 ・地域内に協力病院(内科、精神科、歯科)を確保し、日頃から迅速かつ適切な医療が受けられる連携が図られている。	a	・看護師は地域でのCPRセミナーなども実施するなど、緊急時対応マニュアルは整備している。日常的に近くの協力病院と連携を図っており、緊急時対応も可能である。	
IV-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。									
① 利用者(及び必要に応じて家族等)並びに担当職員は、薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等について、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、マニュアルを用意している。 ③ 薬物の取り違え・服用拒否や服用忘れ・重複服用等、薬物使用に誤りがあった場合の対応について、マニュアルを用意している。 ④ 内服・外用薬の使用状況は、所定の様式に従って記録している。	■	■	b	①必要に応じて説明している。 ②投薬マニュアルがあるが、管理についてのマニュアルは無し。 ③投薬マニュアルあり。 ④医務日誌に記録も定期内服薬についての記録は無し。	・投薬マニュアル ・ヒヤリハット報告 ・事故報告 ・医務日誌	・医師や看護師から利用者および家族、担当職員に投薬に関する情報提供がされている。 ・投薬マニュアルは用意されている。 ・投薬管理マニュアルは用意されていない。 ・薬の使用状況は、医務日誌などに記録されているが、定期内服薬についてのチェック表などはない。	b	・服薬に関する説明は利用者および家族、職員も含めて適切な情報を得ている。投薬マニュアルはあるが保管や服用、使用確認といった管理マニュアルはない。来年から毎月1回、法人内の看護師会で意見交換し、統一した服薬に関するマニュアル作成が予定されている。	

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄				
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由	
IV-2-(8) 余暇・レクリエーション									
IV-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行っている。									
① 話し合いやアンケート等を通じて、利用者の意向を把握している。	■	■	b	①自治会や支援の中で希望を伺い、意向把握に努める。 ②口頭では伝えるも情報の提供はできていない。 ③地域行事や招待事業への参加。社協等からレクリエーション用具の貸し出しを活用。	・広報紙	・自治会や支援場面で希望を聞いている。 ・定期的に音楽療法やボランティアによる演芸、地域の銭太鼓演奏会や運動会に参加している。 ・社協から用具を借りて楽しんでもある。	b	・自治会等で利用者の希望を聞いている。地域からの情報提供は受けているが、ポスター等の掲示は特に行われていない。視覚的な情報提供を工夫してほしい。	
② 利用者には、余暇やレクリエーションに関する情報を提供している。	■	□							
③ 必要に応じて、地域の社会資源等を積極的に活用している。	■	■							
IV-2-(9) 外出、外泊									
IV-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。									
① 利用者の代表や自治会等と話し合っ、利用者の希望を尊重したルールを設けている。	■	■	b	①自治会にて随時希望・意向を把握し、個別には個人のルールを設定。 ②外出は月単位で計画を立て、事前に本人の意向を確認している ③苑行事の情報等は随時自治会等を通して連絡しているが、地域行事等の情報提示はできていない。 ④必ず職員が付き添い対応し、自分で取り組んでいただけるよう	・ケース記録 ・広報紙	・外出に関して、個々の利用者の希望を尊重するルールを設けている。 ・危険時や介助、助言が必要な時は支援を受けられる体制がある。 ・地域からの情報提供はできていない。 ・外出時は必ず職員が同行しており、連絡先明示カードは作成していない。	b	・個別に外出ルールは設定している。地域からの行事予定などの情報提供は利用者になされていない。現在、利用者が単独で外出できる利用者はいない。必ず職員が付き添うので、連絡カードなどは作成していない。	
② 必要なときには、職員等からの介助や支援・助言を受けられる体制が整っている。	■	■							
③ 地域のガイドマップやイベント等の情報を普段から収集するよう努め、利用者に提供している。	■	□							
④ 外出に伴う安全確保や不測の事態に備えて、利用者に必要な学習を行うとともに、連絡先を明示したカード等を準備し、利用している。	■	■							
IV-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮している。									
① 利用者の代表や自治会等と話し合っ、利用者の希望を尊重したルールを設けている。	■	■	a	①②利用者・保護者の希望を受け入れ、随時対応。 ③していません	・ケース記録	・外泊についても利用者個別の希望を尊重し、ルールとしている。 ・利用者の帰省希望を受け、担当職員と家族とが調整し実施している。 ・盆、正月帰省は強制していない。	a	・個別に外泊の希望を聞き、個別のルールは設定されている。家族の高齢化や、諸事情から、盆や正月の帰省が難しいこともあり、考慮して調整している。	
② 施設側の都合で決めるのではなく、利用者及び家族の立場に立って、担当職員がその調整を行うようにしている。	■	■							
③ 盆や正月の外泊は、強制したり、利用者や家族の事情を考慮せずに要請していない。	■	■							

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄				
			自己評価(a~cを記入)	取組の状況	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果(a~cを記入)	判定の理由	
IV-2-(10) 所持金・預かり金の管理等									
IV-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制を作っている。									
① 金銭等の自己管理ができるように配慮している。	■	□	c	①預かり金管理規定において保管依頼を受けたご利用者の預貯金通帳・印鑑等を適正に保管管理をおこなっているが(利用者預り金等管理規定・預り金等申し出様式添付)自己管理できるような配慮はできていない。 ②自己管理できる方がおられない為、提供していない。 ③④できていない。	・預かり金管理規定	・金銭の自己管理できる利用者がいないため、預かり金についての適切な管理体制は作っていない。	c	・施設が有料で、利用者の通帳管理を行っている。	
② 自己管理ができる人には、金銭等を保管する場所と設備を提供している。	■	□							
③ 自己管理に支援を必要とする人には、小遣い帳を活用するなどして、自己管理に向けた学習を支援している。	■	□							
④ 金銭管理技能を含む経済的な対応能力を高めるための学習プログラムを用意している。	■	□							
IV-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。									
① 新聞・雑誌やテレビ・ラジオ等を利用者に提供している。	■	■	a	①②新聞・雑誌はご利用者のご要望のより個人が購読されている。テレビ、有線放送を提供。 ③ご希望されるご利用者には、テレビの購入設置(居室)をされている。 ④自治会での話し合いで決めている。		・スポーツ新聞を個人購読している利用者がいる。 ・個室で、個人持ちのテレビを設置している。 ・自治会での共同利用の取り決めは行っている。	a	・自治会の話し合いでの取り決めはあるが、特に強い要望のある利用者は個室で所有が可能である為、特に共有の場での、トラブルはない。新聞や雑誌の個人購読は行われている。	
② 新聞・雑誌を個人で購読できる。	■	■							
③ テレビやラジオ等を個人で所有できるように便宜を図っている。	■	■							
④ 新聞・雑誌やテレビ等の共同利用の方法について、利用者間の話し合いで決めている。	■	■							
IV-2-(10)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望を尊重している。									
① 利用者の代表や自治会等と話し合ってルールを設けている。	■	■	b	①毎月利用者自治会の会議が開催され、ルールを設け意見を伺う。 ②飲酒については、個人の希望者には毎土曜日の夕食時にアルコール提供。 ③情報提供は行っていない。	・掲示板確認	・自治会でルールを設けている。 ・毎土曜日の夕食時に、一番小さいサイズの缶ビールを希望者に提供している。 ・イベント時には、アルコール購入チケット、お正月には少量のお酒も提供される。	b	・自治会での要望でルール化している。現在喫煙者はいないため、たばこの害についての正しい認識を喚起するポスターなどの情報提供は行っていない。アルコールについては、量を規制している。	
② 具体的な場面では、自治会や利用者全員と協議して、場所・時間・方法(喫煙場所、飲酒場所・時間、一気呑みの禁止等)に様々な配慮を行っている。	■	■							
③ 酒やたばこの害については、利用者が正しい認識を持てるよう、利用者全員に情報提供を行った上で、飲酒・喫煙を認めている。	■	□							