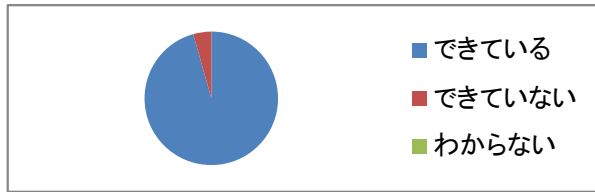


1. 日常的な生活支援

(1) 食事

1 清潔保持やレイアウト、椅子やテーブルの工夫に努め、提供時間帯以外であっても、可能な限り利用者の個別的な事情に配慮して食事を摂れるようにしている。

できている 44 名
 できていない 2 名
 わからない 0 名



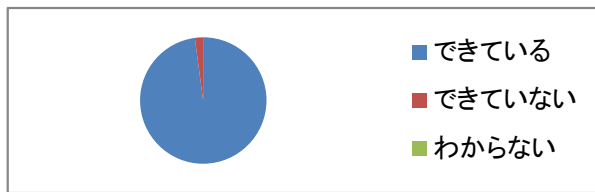
根拠・理由等

自分が調理師であるから実施している。出来る範囲内で要望に答え、配置換えを実施し、利用者の事情に配慮し、提供している。可能な限り見守りが必要なテーブルに職員が配置・または目の届くテーブル配置になっている。食後のテーブル清掃を行っている。椅子・テーブルの刷新を図った上で清潔保持に努めている。車椅子の方でもスムーズに出入りしやすい工夫がされている。受診等で食事時間外になっても厨房にて保温し、提供している。それぞれに合った物を準備している。毎食後にアルコール消毒を行っている。
水分補給後、テーブルが汚れている。食事前の手洗いの徹底が必要。

施設の回答: できている 理由: ハード面での工夫は十分ではないが、配慮されている。個別的な事情への対応は受診時にできている。しかしレベルアップの有には疑問あり。

2 可能な限り利用者の嗜好や季節感を取り入れ、選択食やバイキング方式等、利用者が選択できる食事を提供している。

できている 45 名
 できていない 1 名
 わからない 0 名



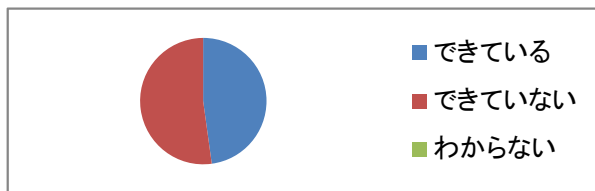
根拠・理由等

自分が調理師であるから実施している。定期的に給食改善委員会を設け、季節ごとに行事食やバイキングを実施している。出来ているが回数を増やしたほうが良い。選択食が毎月定期的に行われているが、バイキングの取り入れが少ない。園内で栽培しているもの(季節の食材)を取り入れた献立になっている。職員の出来る範囲内で行っている。誕生日には好みのメニューを取り入れている。可能な限り利用者の嗜好や季節感を取り入れている。食事改善委員会が組織されており、利用者の声を吸い上げ、可能な限り反映されている。

施設の回答: できている 理由: 「可能な限り」の改善はされていると思われる。

3 適時適温での提供に努め、温度・味付け、盛り付け等の確認を行っている。

できている 22 名
 できていない 24 名
 わからない 0 名



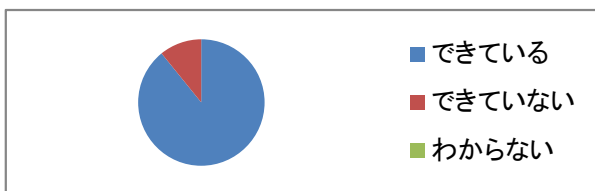
根拠・理由等

自分が調理師であるから実施している。適温で提供されており、盛り付けも工夫している。受診等で食事時間外になっても厨房にて保温し、提供している。食事の時間は決まった時間で行われており、検食にて味つけなど確認されている。給食改善委員会等で話し合いの場を設けている。
食事摂取時間に差があるため、冷めている場合もあれば熱すぎる場合もある。準備が早く冷たい時がある。汁物がぬるい時がある。熱すぎる時もあり。ほとんど冷めていて一部の利用者のみ適時適温の食事を摂取している。特に朝食時は適温にはなっていない。温冷庫がないため仕方のない部分もあるが、食事が冷めきっている事がある。(ソフト食) 器は熱いのに中身が冷めている。きちんと解凍されずシャリシャリしている事がある。御飯が乾いている事がある。味付けの濃さは調理者によってバラつきがあるように感じる。盛り付けが汚い。盛り付け(見栄え)に関しては改善が必要。トレー内の配置の仕方が雑なときがある。例えば11時40分提供の食事が11時30分に完成していること等がある。

施設の回答: できていない 理由: 行われているが、十分とは言えない。

4 一人ひとりの希望、障害の特性や栄養状態に配慮した栄養ケア・マネジメントを適切に実施し、経口維持、経口移行の実施にあたっては、利用者の理解を得ながら医師、管理栄養士等との十分な連携を図り進めている。

できている 41 名
 できていない 5 名
 わからない 0 名



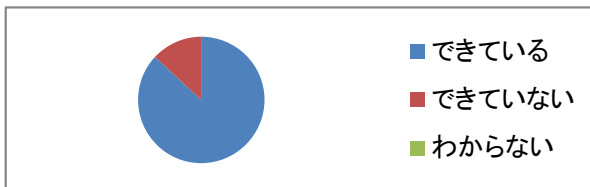
根拠・理由等

管理栄養士はいないが栄養士と連携はとれている。ケア会議等を設け行っている。医師、栄養士、看護師、言語聴覚士、介護士との連携や障害の特性や栄養状態に配慮がある。健診結果によって治療食を提供している。利用者の栄養状態に適した食事の提供および、経口維持の取り組みが行われている。自分が調理師であるから実施している。利用者一人一人に合った食事形態で提供している。利用者の身体状況に合わせて、食事の形態の変更は行われている。食事形態の変更時など、都度利用者に説明を行い、理解していただくように努めている。言語聴覚士も携わっている。経口移行の実績がある。
医師との連携は十分とはいえない。一人ひとりに合った食事形態になっているが、時折舌でつぶせるから大丈夫と言われるが固すぎて介助側で細かくしたりつぶしている時がある。

施設の回答: できている 理由: 障害の特性に配慮し、利用者・家族同意のもと経口摂取に努めている。また、現に経口移行された実績がある。経口摂取の大切さを共有している。しかしレベルアップの有には疑問あり。

5 感染症予防のため、食中毒予防に関するマニュアルに基づき、食前の手洗い、手指消毒などを行っている。

できている 40 名
 できていない 6 名
 わからない 0 名



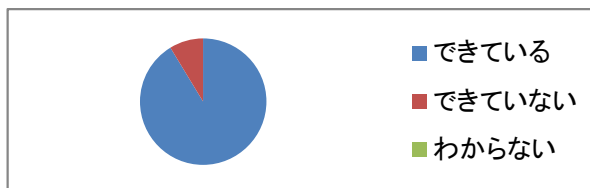
根拠・理由等

自分が調理師であるから実施している。厨房の職員は行っている。最低限のことはされている。食事前の手洗い、消毒はできており、また食後、消毒を行っている。毛髪の清潔に努めている。テーブルや椅子の消毒、お絞りの提供を行っている。食前の手洗い、うがいの実施。マスク着用。定期的に勉強会を行い、現場で役立っている。利用者にも呼び掛けている。マニュアルがある。感染症予防マニュアルに基づき行っている。マニュアルに基づき行われているが風化する傾向にある。
利用者、職員とも全員確実には行っていない。マニュアルは存在しているが、利用者の食前の手洗いは行われていない。自身で行える利用者以外の手洗い、消毒は行われていない。食事前の手洗いが行われておらず徹底が必要。

施設の回答: できている 理由: 都度の状況までは詳細把握できていないが、食に携わる者として最低限されるべき項目(チェック表はある)

6 適正な職員配置のもとで、食事中の安全を確保し、一人ひとりのペースに合わせて介助・見守り等の支援を行っている。

できている 42 名
 できていない 4 名
 わからない 0 名



根拠・理由等

自分が調理師であるから実施している。委員会を中心に席配置等の検討をして対応できている。テーブルの配置転換により見守りが出来たように思う、出来ている。新規の利用者や新たに介助を必要とする方などに合わせて、食事につくテーブルの場所の変更など行われている。各テーブルに職員を配置し、介助、見守りを行っている。人員不足の際は、各部署協力して支援している。できる限り努めている。介助を要する利用者の対応は十分に行っている。1対1で介助し、自力摂取できる方は見守りを行っている。職員一人で利用者二人介助は行っていない。利用者一人ひとりのペースに合わせて介助、見守り等の支援が出来ている。完璧ではないが行われている。
職員が見守りせず利用者が一人で食べている時がある。個人差はあるが見守りは不十分。職員のペースで食事介助が進められている事もあり。職員都合の介助や介助する利用者以外への関心や配慮に欠ける。(介助中の支援者の真正面に姿勢を崩している利用者がいても気付かない、対応しない)

施設の回答: できている 理由: 適正な職員配置の基準が定かでないが、現状介助を要する方への対応は十分と考えられる。

7 誤嚥防止、咀嚼や嚥下機能に応じた食事を提供するために、食器、テーブルの高さ等は、利用者一人ひとりの状態に合わせて、それぞれに適した食事の形態に努めている。

できている 42 名
 できていない 4 名
 わからない 0 名



根拠・理由等

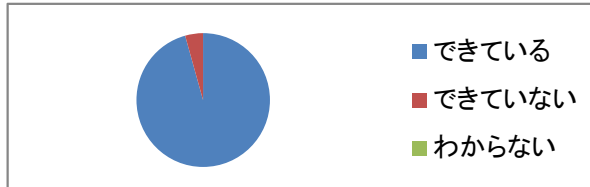
個別テーブル、高さ調整が出来るテーブル使用。カットテーブルの使用や肘の高さを調節するなど配慮している。一人ひとりに合わせた対応をしている。利用者に合わせた食形態、食器、テーブルの高さで提供している。自助具、すべり止めの使用。利用者の状況に合わせ、都度改善・見直しされている。言語聴覚士が介助に入り、利用者に適した食事形態を見極めている。
テーブルの高さが均等である為、個々の状態に合わせる事ができない。工夫はしているがテーブル高さの合わない利用者も多い。麻痺や障害のある利用者への食器の向きや配置などへの配慮が不足している。

施設の回答: できている 理由: 現段階では、努めて工夫・検討・対応をしている。

(2)入浴

1 利用者一人ひとりの障害と体調を考慮した設備、入浴補助具、入浴方法で介助している。

できている 44 名
 できていない 2 名
 わからない 0 名



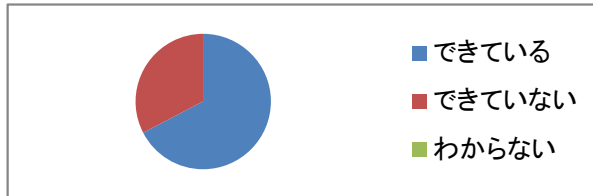
根拠・理由等

シャワーチェアやマットを使用し介助している。利用者の身体状況、希望に合わせ、一般浴と機械浴に分けられている。中間浴設備があればなお良い。入浴チェック板にその方に合った入浴方法が記載しており、それに従って行っている。入浴前にバイタル測定している。一人ひとりに合った入浴方法を状況に応じて変更して行っている。個々にあった入浴を行い障害と体調を考え補助具で利用している。入浴補助具を使用し適切に介助している。
中間浴の方も一般浴で入浴している。

施設の回答: できている 理由: 設備に関して、その利点を活かす介助と入浴方法を考慮し行っている。

2 同性介助に努め、利用者の尊厳に配慮した支援を行っている。

できている 31 名
 できていない 15 名
 わからない 0 名



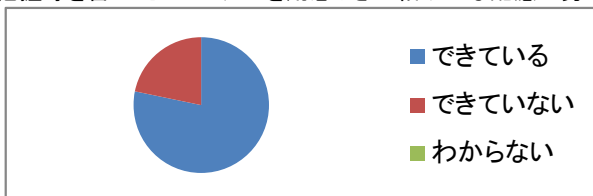
根拠・理由等

原則的に同性介助であり、本人の意思は尊重されている。女性利用者に対しては同性介助を徹底している。職員の男女比率でやむおえず女性職員が男性利用者の介助に入っているが利用者からの同意は得ている。
 男性利用者に対して女性職員の介助がある。同性介助には努めているが、完全ではない。機械浴時、女性利用者の介助を男性職員が行っている。廊下と脱衣場が扉1枚のため、開閉の都度廊下の人目を気にする利用者もいる。開閉のタイミングで、たまたま男性職員が通りかかる事もあり(女性入浴日)。

施設の回答: できている 理由: 職員の男女比から、必ずとは言えないものの、原則同性介助であり、また、努めている。

3 安全やプライバシー保護、利用者の状態把握等を含めたマニュアルを用意しきめ細やかな配慮に努めている。

できている 36 名
 できていない 10 名
 わからない 0 名



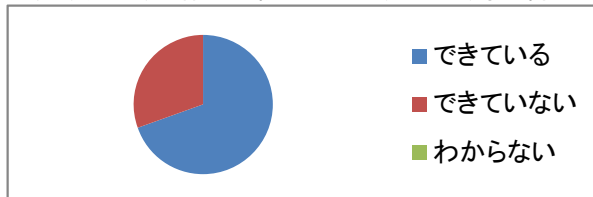
根拠・理由等

マニュアルがあり定期的に会議が行われている。マニュアルは細かく用意している。入浴マニュアルに沿って介助しているが、マニュアルの見直しが行われていない。一人ひとりに合った入浴方法状態(バイタル等)を職員が把握し行っている。プライバシーに関しては、タオル等を掛け配慮されている。カーテン等利用し配慮している。プライバシー保護(脱衣場ドアの開閉等)も配慮に努めている。
 マニュアルは存在するが、変更後に整備されていない。マニュアルはあるが状態把握までには至っていないと思われる。マニュアルはあるが内容が不十分であり配慮に欠ける時がある。マニュアルは策定されているが”きめ細やか”な配慮とは言い難い。居室からストレッチャー移動の際、肌が露出していたり、職員間の無駄話が多く聞かれ配慮が足りないように感じる。

施設の回答: できていない 理由: マニュアルはあるが、利用者の状態把握に配慮した内容までになっていない。

4 浴室は、点検・清掃・消毒に努め、清潔感があり、明るく、心休まる環境になるよう配慮し、事故防止に努めている。

できている 32 名
 できていない 14 名
 わからない 0 名



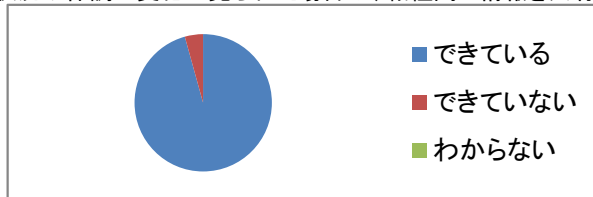
根拠・理由等

入浴後には浴槽や床の掃除をし、消毒を行っている。入浴後は点検、清掃、消毒に努めている。滑り止めマットを使用し事故防止に努めている。準備や終了後にも確認など行っている。
 入浴用品の清潔保持がされていない(カビなど)。浴室床にカビが生えていたり、排水口の清掃(ゴミ取り)を行っていないことが多い。清潔とは言えない。点検、清掃、消毒を行っているが、細かい部分での汚れがある。器具や設備にカビや見た目の劣化が見られる。点検・清掃されて入浴が不十分である。点検されていないため、急に故障する。浴槽のタイルが割れている。所々危険があるが留意して行っている。脱衣場入口に関して、のれん等の対応ができていない。

施設の回答: できていない 理由: 点検・清掃はされているが、器具やカーテンにカビが発生している。事故防止には努めている。十分とは言えない。

5 入浴前にバイタルチェックを実施し、身体状況や体調に変化が見られた場合は、職種間で情報を共有し対応している。

できている 44 名
 できていない 2 名
 わからない 0 名



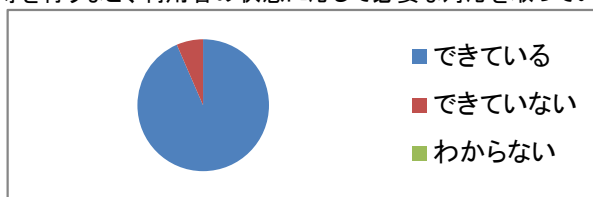
根拠・理由等

入浴前に必ずバイタルチェックを行っており、体調や入浴後の処置の有無についても情報共有している。申し送りや記録で共有し対応している。申し送りがあり看護師によるバイタルチェックが行われている。介護と医務で連携している。
 バイタルチェックは行っているが、情報を共有される前に入浴が始まっていることがある。

施設の回答: できている 理由: 入所・生活介護の利用者、それぞれに実施され、情報共有がなされている。

6 入浴できない場合にはシャワー浴や清拭等を行うなど、利用者の状態に応じて必要な対応を取っている。

できている 43 名
 できていない 3 名
 わからない 0 名



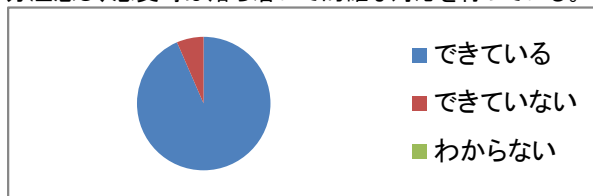
根拠・理由等

清拭を行い、衣類交換している。利用者個々に合わせ洗髪のみ実施できるよう配慮されている。体調不良等で入浴できない場合は全身清拭や洗髪等行っている。清潔保持に努めている。利用者の状態に応じてシャワー浴等必要な対応を取っている。
 入浴できない場合に清拭をする事が習慣化されていない。入浴できない場合の対応には職員差があり不十分だと感じる。清拭具が無い。

施設の回答: できている 理由: 実施されている。

7 入浴時は、湯温や利用者の体調変化に十分注意し、急変時は落ち着いて的確な対応を行っている。

できている 43 名
 できていない 3 名
 わからない 0 名



根拠・理由等

入浴時は目配りし、変化があれば看護師へ報告している。湯温のチェックは必ず行っている。職員の肌で湯温を確認している。利用者の好みの温度にしている。入浴中は都度声掛けし体調変化に留意している。事故等はないが、のぼせなど以前あった事例に関しては対応できている。事故等の報告を聞いた事がないため出来ていると思う。職員にもよるが対応している。
湯温が適正でない時がある。のぼせが時々ある。

施設の回答: できている 理由: 温度計を使用し、適温に努めているが、適温は個人差があるため今後対応が必要。急変時の対応は今後、努めて研修等の実施が望まれる。

8 入浴後の整容では、身だしなみに配慮し、意向にそったヘアセットやスキンケアを行い、水分補給を行っている。

できている 42 名
 できていない 4 名
 わからない 0 名



根拠・理由等

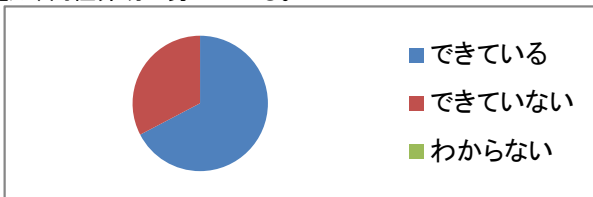
以前は出来ていなかったが、現在は入浴後に水分補給を行っている。髪を乾かし水分補給を行っている。耳かき等行っている。利用者の意向に合わせた整容を行っている。利用者の年齢に合わせた身だしなみを行っている。女性利用者の方へは特に配慮している
職員間の申し送りが十分に行われていない事があり、水分補給が出来ていない場合もある。意思表示のできない利用者への対応は不足している。着替えが気候等に適していなくてもそのまま済ませることがある。(冬季に肌着シャツ+ジャンパー等)

施設の回答: できている 理由: こまめに対応出来ているが、施設内での対応であり、外出できる様な対応は今後、検討を要する。

(3) 排泄

1 声かけ、ドア閉めなど、プライバシーに配慮し、同性介助に努めている。

できている 31 名
 できていない 15 名
 わからない 0 名



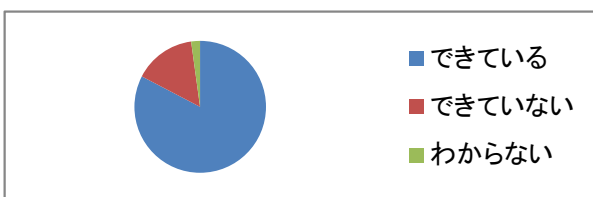
根拠・理由等

排泄時はカーテンを閉める等プライバシーに配慮している。強くカーテンを閉めないようにしている。以前より大幅に改善されている。声掛けをしプライバシーに配慮しているも十分とは言えない所もある。職員の男女比率でやむおえず女性職員が男性利用者の介助に入っているが了承を得ている。女性利用者は完全な同性介助を行っている。
男性利用者に対して女性職員が介助している。勤務状況によってはそうでない時もある。カーテンの開け閉めの声掛けが不十分。同性介助に努めているが、声かけは職員の慣れから不足している。声かけと同時に入室してしまっている。時間帯によっては利用者へ声かけをしていない。排泄を確認する声が廊下にまで聞こえるなど配慮不足あり。

施設の回答: できていない 理由: 声掛け、カーテンの開閉への配慮が不十分な方が見られる。

2 介助方法や、排泄器具・用品の使用法・管理について、個々の利用者の障害特性、衛生、防臭、快適性を考慮したマニュアルを作成している。

できている 38 名
 できていない 7 名
 わからない 1 名



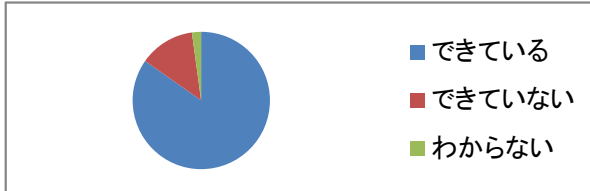
根拠・理由等

排泄委員会が定期的に話し合いをし変更は伝達がある。マニュアルが作成され、マニュアルに則って行っているが、マニュアルの見直しがされていない。一人ひとりに合わせた道具物品を用意している。各自に適した介助を行っている。介助時の衛生、防臭、快適性には配慮されている。利用者の状態変化に合わせて見直ししていく必要があると思われるが、ケアプラン作成時に見直し記載されている。
廊下が臭い時がある。ケアプランに記載している場合と記載されていない場合がある。排泄のマニュアルが無い。職員間で周知されていてもマニュアル化はされていない。マニュアルがあるが内容が本項目に即していない。

施設の回答: できている 理由: 更なる検討・配慮を要したマニュアルの見直しが必要と思われる。

3 運動、食事・水分摂取などに留意して便秘を予防する等、快適な排泄のための支援をしている。

できている 39 名
 できていない 6 名
 わからない 1 名



根拠・理由等

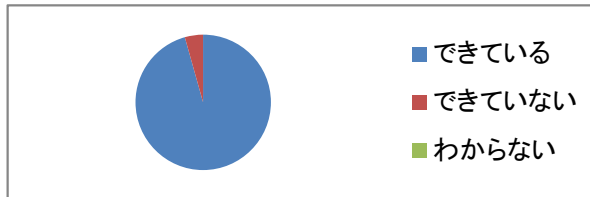
定時に水分補給している。健康食品(ミルミル)等を加えている。排便が何日か無い場合は医務班によって何かしらの手段が用いられている。医務と連携している。計画的に実施されている。個々に合わせた内容で実施されているが、運動等での予防対策は不十分である。利用者に合わせた運動、食事、水分量等に留意しているが、予防のための支援としては不十分な所もあり。健康増進委員会の働きかけもあり行われている。

運動不足と思われるが食事、水分には考慮されている。運動は個人差があり、利用者全てでは行われていない。一日に必要な水分の徹底がされていない。浣腸に頼りがちで自然排便できるような働きかけが少ない。予防に関する取り組みは出来ていない。

施設の回答: できている 理由: それぞれの介助内容での対応はなされているが、運動・食事・水分摂取・便秘予防・快適な排泄の一連の働きかけとしては不十分。

4 カテーテルやストーマ使用者の排泄状況、意思疎通困難な利用者の陰部等皮膚疾患については、医師・看護職員と連携して支援をしている。

できている 44 名
 できていない 2 名
 わからない 0 名



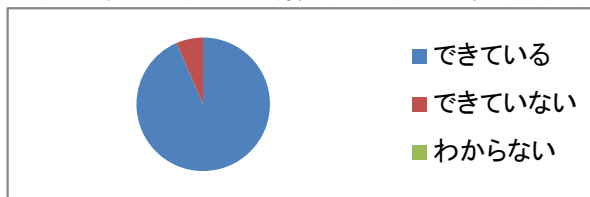
根拠・理由等

異常等発見した場合には看護師へ報告、申し送りしている。医務班が対応し必要であれば受診している。トラブル等なく、行っている。連携出来ていると思われる。医師、看護職員指示のもと職員間で連携し支援されている。皮膚の状態は連絡できていない。

施設の回答: できている 理由: 医師・看護職員との連携により、トラブルは聞かれていない。

5 感染予防のため、清掃、消毒を毎日行い、汚染した場合はそのつど清掃し、常に快適な環境保持に努めている。

できている 43 名
 できていない 3 名
 わからない 0 名



根拠・理由等

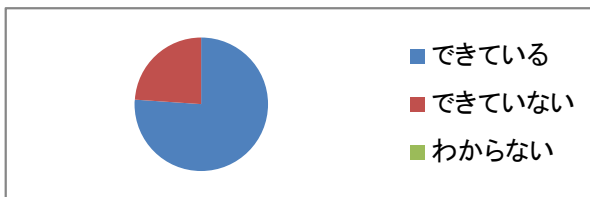
業者は午前中しか入っていない為、その他は職員が清掃している。その都度行っている。業者、職員共に消毒を行っている。毎日手すり消毒が行われている。一つの介助毎に行えている。陰洗ボトルは毎日洗浄している。保持している。汚染の際はすぐに消毒を行っている。シーツ類が汚染したままの時がある。排泄物の入ったゴミ袋の口が開いたまま置いてあるのは感染源となり得る。トイレ内が乱雑な印象を受ける。

施設の回答: できている 理由: 最低限必要な業務である。一層の取り組みと継続する体制づくりに注力。消毒行為(手すり等)は定時でされている。

(4)衣類(着替え)

1 利用者の好みや希望を尊重し、季節・天候や体調、さらに、外出、夜間等の場面に配慮しながら選択ができるような支援を行っている。

できている 35 名
 できていない 11 名
 わからない 0 名



根拠・理由等

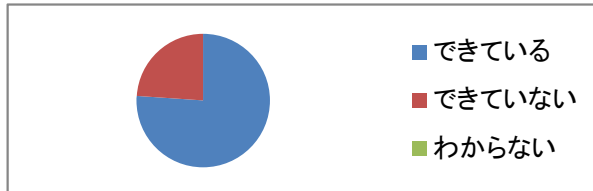
出来るだけ本人の希望に沿っている。意思疎通の可能な利用者には選択していただいている。衣替えを行っている。利用者の体調や気温を考慮し、本人の意思をくみ取り実施している。季節や体調に合わせて実施できている。利用者の希望で季節に相応しくない着衣な時もあるが、季節・気温に合わせて衣類を選択できるよう努めている。6月、10月を目途に行っている。

冬なのに夏のソックスや穴が開いた衣類を着用している事がある。好みや希望は尊重されていないと思われる。好みに合わせて選択されているが不十分である。持っている衣類が少ない場合は寒い日でも薄いシャツを着用している時もある。職員によって準備できていない人がいる。寒暖差に対する配慮が不足。もう少し配慮があっても良い。職員の体感温度で衣類調整が行われる傾向にある。汚れた衣類をそのまま着せていることがある。

施設の回答: できていない 理由: 好みや場合に配慮した選択が出来ているが、不十分である。十分とは言えない。

2 同性介助に努め、利用者の尊厳に配慮した支援を行っている。

できている 35 名
 できていない 11 名
 わからない 0 名



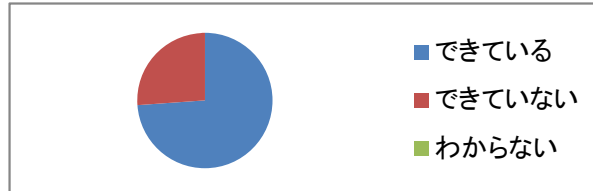
根拠・理由等

必ずしもそうではないが配慮している。同性介助を基本とし支援している。状況により異性介助を行っている。女性利用者については確実にやっているが、男性利用者については本人の承諾を得た上で異性介助を行っている。ケース担当者が確実に実施している。
男性利用者に対し、女性職員が介助を行っている。男性入浴日に女性職員が介助している。努力はするが同性で出来ないこともある。完全ではない。

施設の回答: できている 理由: 原則、同姓介助が出来ている。

3 常に清潔が保てるよう、希望に応じた着替えができ、また、洗濯ができるよう支援を行っている。

できている 34 名
 できていない 12 名
 わからない 0 名



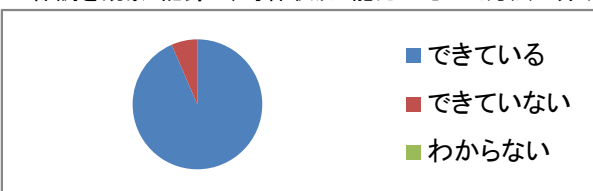
根拠・理由等

いつでも洗濯が出来る環境にある(洗濯機・乾燥機を備え付けている)。汚染時、就寝時に行っている。常に清潔を保持している。毎日決められた洗濯係が実施している。希望に応じた着替えが行われているが、汚染された衣類を着たままになっている場合もみられ不十分である。
着替えは十分ではない。努めてはいるが、汚染の多い利用者への対応が不十分。数日間衣類交換されていない事もあり。汚れていても着替えていない事がある。常に清潔は保たれていない。衣類・下着等、傷みの強いものの交換・買い替え等行われていない。(業者より指摘あり)。

施設の回答: できていない 理由: 常に清潔が保持され、希望に応じた着替えは十分には出来ていないと思われる。

4 障害の部位や状況の把握、痛み等その日の体調を観察・記録し、身体状況・能力に応じた方法で介助を行っている。

できている 43 名
 できていない 3 名
 わからない 0 名



根拠・理由等

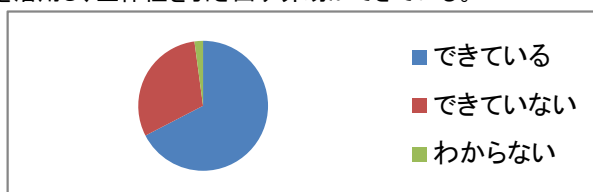
体調を観察、確認し、記録を行っている。職種間で情報共有し、状態に合わせたケアを行っている。申し送り等を行い、その日の体調や障害に合わせて介助している。個人に合った介助方法で行っている。配慮している。障害状況や身体状況に合わせた内容で適切に支援されている。
利用者の状態に応じた方法で介助・支援が行われない事がある。状況の把握、危険認識に不足を感じる事がある。

施設の回答: できている 理由: 都度の場面は確認できていないが、介助の原則であり、行われて当然である。

(5) 移動・移乗

1 利用者の意思を尊重しながら、現存機能を活用し、主体性を引き出す介助ができている。

できている 31 名
 できていない 14 名
 わからない 1 名



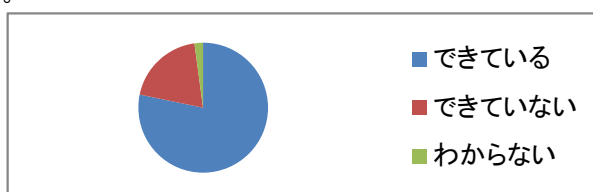
根拠・理由等

現存機能を生かして一部介助を行っている。声掛けをしながら行っている。毎日自走訓練、歩行訓練を行っている。自走の利用者はなるべく行ってもらっている。不足な部分もあるが努めている。可能な範囲で実施できている。過剰介護にならないように努めている。
立ち上がり動作が出来る方への過剰介護が見られる。職員都合になっていることが多い。声掛け等行うが、主体性を引き出せていないと感じる。時間がある時しか行えていない。

施設の回答: できていない 理由: 時折、職員都合による一方的な介助がある。

2 移乗時には、不安を与えないよう声掛けをし、安全・安楽な移乗介助を行うため、人体の自然の動きやボディメカニズムの知識や本人の現存機能を活用している。

できている 36 名
 できていない 9 名
 わからない 1 名



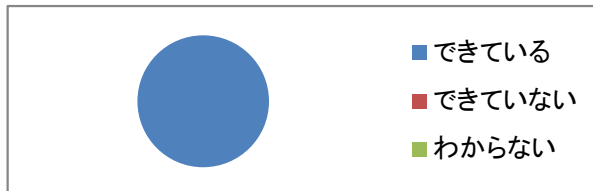
根拠・理由等

移乗時や誘導時は不安を与えないよう声掛けを行っている。必ず声掛けは行われており、安全に移乗出来るよう努めている。出来ている職員と、出来ていない職員がいる。本人に合った介助を行っている。車椅子移乗時など姿勢が悪い時は理学療法士によって適切な指導がある。
職員都合になり本人の現存機能は活用されていないと思われる。ティルト、リクライニング車椅子を寝かせ過ぎて体幹や頸部の筋力低下を助長している。声掛けを行っていない時がある。意思疎通の出来ない利用者に対する声掛けはどうしても不足しがち。人によって安全な移乗をしていない人がいる。その都度注意している。

施設の回答: できていない 理由: 往々にして、声掛けがなく、職員都合での移動があつている。本人の現存機能を活用しているとは言えない。(指示的・命令的)

3 介助者1人で安全にできるかどうかを判断し、必要に応じて二人介助や福祉用具の活用ができています。

できている 46 名
 できていない 0 名
 わからない 0 名



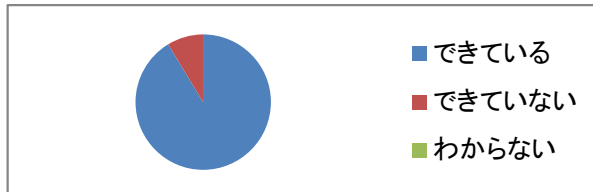
根拠・理由等

電動リフトの導入実績がある。リフターの使用や2人介助を行っている。リフターを活用しているが検討の必要性あり。安全を考慮し障害の度合いに応じて二人介助を行っている。個人に合わせた介助を行っている。状況により配慮している。

施設の回答: できている 理由: 二人での介助を要する方である事を確認し、リスクマネジメントの視点から二人介助が行われている。

4 ベッド上での生活時間が長い利用者にとって、その時間ができるだけ快適に過ごせるよう、安楽な体位への配慮、体位交換ができています。

できている 42 名
 できていない 4 名
 わからない 0 名



根拠・理由等

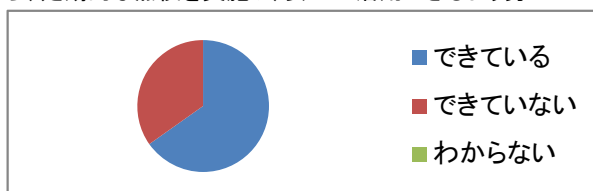
体位交換や移乗等定時に行っている。訴え時や定時で体位変換を行っている。個々に合わせたクッションを活用している。定時間ごとまたは必要に応じて随時、体調に合わせた対応を行っている。配慮はされていると思われるが満足しているかは不明。余暇時間を有意義に過ごせるように配慮している。

体交用クッションが通気性の悪いものや硬さが十分でない物がある。下肢のギャッジをあげていない場合が多い。四肢の位置や頸部の角度等、安楽な体位になっていない事もあり。枕の活用など安楽な体位についての研修があっても良い。

施設の回答: できている 理由: 定時、または随時の巡回にて配慮、体位変換を行っている。

5 補装具などの福祉用具は、日々清潔に保ち、定期的な点検を実施し、安全に活用できるよう努めている。

できている 30 名
 できていない 16 名
 わからない 0 名



根拠・理由等

各職員により実施されている。車椅子の清掃や、業者による点検等が行われている。点検・清掃を定期的実施している。定期的に補装具業者の来園がある。また、補装具の係が対応している。理学療法士が定期的点検している。清潔に気をつけている。

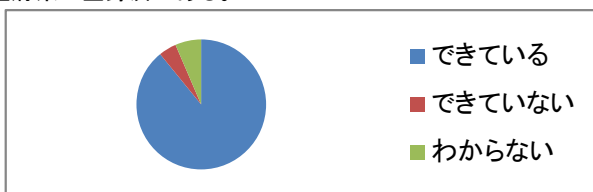
車椅子の汚れ、空気抜けが多い。点検は行われているが、清掃が不十分。長期間清掃されない物もある。補装具に汚れが目立っていることがある。食べこぼしによる汚れがついている。車椅子清掃の日は定期的に設けているが、十分な点検はできていない。点検の記録が無い。職員の数や曜日によっては清掃が行えない事もあり清潔とは言えない。

施設の回答: できていない 理由: 清潔という点では不十分である。(曜日による車椅子清掃業務が行われていない時がある。)点検についてはいつ・誰が・どのように行ったのかが分からない。記録がない。

(6) 医療的ケア

1 従事職員に「終了証明書」が交付され都道府県に登録済である。

できている 41 名
 できていない 2 名
 わからない 3 名



根拠・理由等

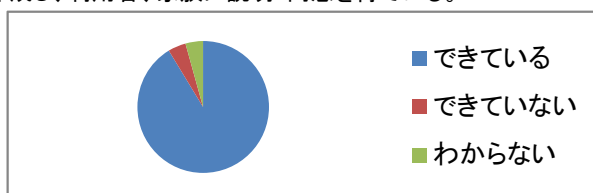
証明書の交付、登録済み。証明書コピーを確認している。痰吸引は出来ている。

研修等で交付された終了証明書はあるが、それが、都道府県に登録済みであるかは不明。

施設の回答: できている 理由: 終了証明書の交付、また、登録済である。

2 医師の指示書を基に利用者の計画書を作成し、利用者、家族に説明・同意を得ている。

できている 42 名
 できていない 2 名
 わからない 2 名



根拠・理由等

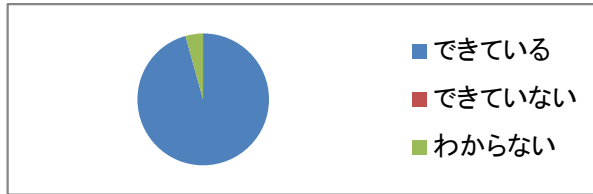
同意書を用意している。ケアプランの作成で同意との確認はされている。家族に説明し同意を得ている。計画書はないが記録に残している。利用者の計画書を説明、同意を得ていると思うが、医師の指示書を基にしているかは不明。喀痰吸引等研修(実地研修)の内容に入っていることは行われている。

医師の指示書を見たことがない。

施設の回答: できている 理由: 計画書の作成、利用者・家族への説明、同意を得ている。

3 関係職員の、連携、役割分担が明文化されている。

できている 44 名
 できていない 0 名
 わからない 2 名



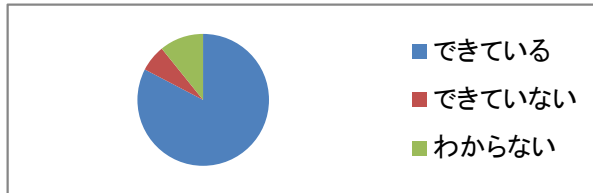
根拠・理由等

常時職員間で情報共有している。各職員の役割が分担されている。連携が出来ている。医務班業務マニュアルに記載。喀痰吸引等研修(実地研修)の内容に入っていることは行われている。

施設の回答: できている 理由: 明文化されている。

4 計画書に基づいて行われるたんの吸引等の実施状況については、それに関する報告書が医師に提出されている。

できている 38 名
 できていない 3 名
 わからない 5 名



根拠・理由等

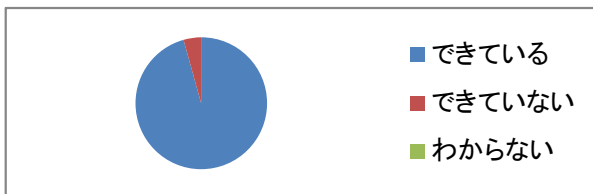
各職員の報告書を作成して提出している。看護日誌で報告。医師との連携がとれている。喀痰吸引等研修(実地研修)の内容に入っていることは行われている。

報告書があるか不明。

施設の回答: できている 理由: 提出・報告されている。

5 マニュアル(手順書等)が整備され、それに基づいて業務が実施されている。

できている 44 名
 できていない 2 名
 わからない 0 名



根拠・理由等

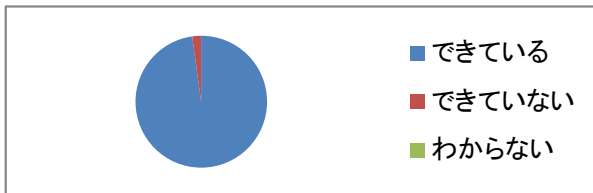
各職員がマニュアルに沿った業務を行っている。各業務のマニュアルがある。マニュアルの整備とそれによる実施がされている。喀痰吸引等研修(実地研修)の内容に入っていることは行われている。

入浴はマニュアルがあるがその他は不明。マニュアルは作成されていない。

施設の回答: できている 理由: マニュアルの整備とそれによる実施がされている。

6 安全委員会等の設置や感染症予防など安全に実施するための体制が整備されている。

できている 45 名
 できていない 1 名
 わからない 0 名



根拠・理由等

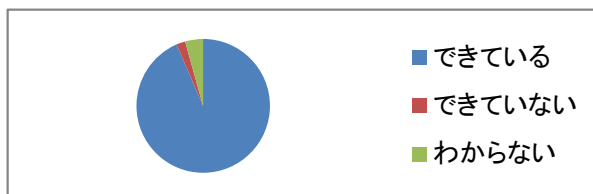
感染予防の園内研修があり用品も備えている。定期的に研修で知識の伝達が行われ現場で役立っている。医務の園内研修を通し学んでいる。予防衣等は常備してある。体制が整備されている。喀痰吸引等研修(実地研修)の内容に入っていることは行われている。

行われていない。

施設の回答: できている 理由: 体制整備されている。

7 施設長・管理者の責任のもと、医師等と協議し、医療機関との連携を含めた緊急時や夜間等対応について明確に定め、バックアップ体制が構築されている。

できている 43 名
 できていない 1 名
 わからない 2 名



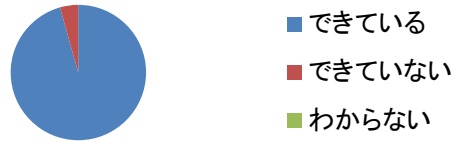
根拠・理由等

夜間当番をシフト制で定めている。看護師、介護職員による夜間待機を設け対応している。夜間時緊急時の対応のマニュアルが作成されている。緊急時や夜間等対応は、医療機関との連携がとれている。連絡体制が出来ている。感染予防用品が設置されている。

夜間体制に不安あり。

施設の回答: できている 理由: 夜間対応等を定めている。

- 8 定期的に医療的ケアの研修を開催するなど、従事する介護福祉士等の知識、技能の向上に向けた体制を整備している
- | | |
|--------|------|
| できている | 44 名 |
| できていない | 2 名 |
| わからない | 0 名 |



根拠・理由等

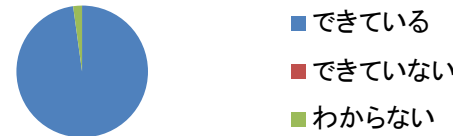
痰吸引の研修を行っている。研修、資料等で整備している。月に一度園内研修をしている。定期的に研修が実施されている。年に2～3回程度の医療的内容の研修会実施をしている。知識、技能の向上に向けた定期研修を実施している。
 定期的に行っても全員参加できていない。実施されていない。

施設の回答： できている 理由： 知識・技能の維持向上のために定期的研修を実施している。

(7)リハビリテーション(ハビリテーション)

- 1 個々の利用者の移行等を把握・尊重し、利用者の同意を得て、リハビリテーション計画を立て、個別支援計画と連動させながら、各職種で共有・連携してリハビリテーション等を実施している。

- | | |
|--------|------|
| できている | 45 名 |
| できていない | 0 名 |
| わからない | 1 名 |



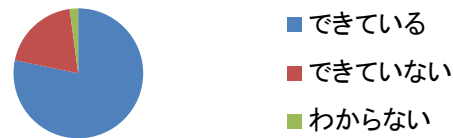
根拠・理由等

訓練棟があり理学療法士もいるので出来ている。理学療法士、言語聴覚士と連携している。職種間で連携、協力できている。個人に合った訓練を行っている。リハ計画の作成を行い、訓練専門職及び訓練担当職員により行われている。ケアプランに取り入れている。ケアプランと連動している。個別支援計画と連動させ理学療法士により適切に実施されている。
 職種で共有しているかわからない。

施設の回答： できている 理由： 個別支援計画と連動させ、実施している。

- 2 訓練に必要なスペースと器具を確保し、利用者同意のもと個々の利用者にあった福祉器具等を導入し、利用者の力が発揮され、QOLの向上につながるように活用している。

- | | |
|--------|------|
| できている | 36 名 |
| できていない | 9 名 |
| わからない | 1 名 |



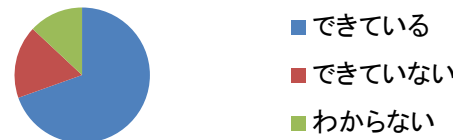
根拠・理由等

QOLの向上につながるように活用理学療法士、言語聴覚士を配属している。理学療法士が訓練を行っている。リハビリ棟がありそこで毎日訓練している。スペース、器具が確保されている。利用者やご家族に説明・同意を得た後に福祉器具を購入している。個々に合った訓練を行っている。
 QOLの向上につながっているか不明。QOL向上に繋がるといっては不足を感じる。個々の利用者にあった機械を導入しているか不明である。利用者にあった福祉器具は使用されているが、QOLに繋がるような活用には至っていないと思われる。

施設の回答： できていない 理由： 器具の導入、専用スペースの確保がされているが、QOL向上へ向けた活用は把握しきれない。

- 3 定期的にモニタリングを行い、必要と認められるときは訓練計画の見直しを随時実施している。

- | | |
|--------|------|
| できている | 32 名 |
| できていない | 8 名 |
| わからない | 6 名 |



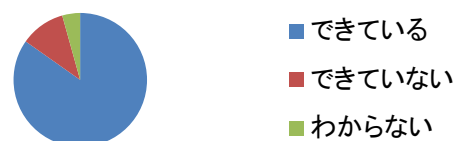
根拠・理由等

利用者の状態に応じた生活訓練を実施している。機能低下等で必要時には訓練内容の見直しが随時実施されている。状態に変化がみられた場合は訓練内容を変更している。理学療法士と連携している。半年周期で見直されている。
 必要と認められるとき、理学療法士が訓練計画について見直ししているかは疑問。実施していると思うがその後が不明。また6カ月毎にモニタリングを行うこととしているが、徹底されていない。他部署との連携も不十分。
 モニタリングが行われているかわからない。

施設の回答： できていない 理由： 必要な見直しはされているが、確認までは出来ていない。

- 4 運動機能の低下等の変動が起こりやすい利用者に対しては、関係職種が連携をはかるとともに、個別支援会議等で定期的にかかわるよう努めている。

- | | |
|--------|------|
| できている | 39 名 |
| できていない | 5 名 |
| わからない | 2 名 |



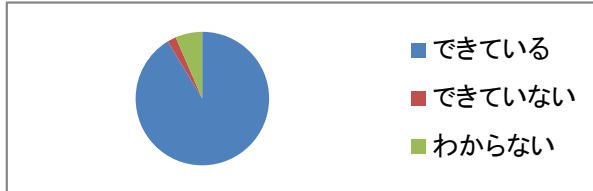
根拠・理由等

会議等に参加し意見交換している。ケア会議にて訓練職員が参加している。関係職種による連携を前提に定期的に会議が行われている。各部署の連携があり、体調や身心の変化に合わせてケアカンファレンス等行い検討されている。
 定期的に行われていない。定期的な個別会議は開催されていない。各専門職により見解や視点が異なるが、お互いに理解しようという気持ちに欠ける。

施設の回答： できている 理由： 関係職種による連携を前提に定期的な会議がなされている。

5 訓練器具は定期的な点検と衛生管理を行い、使用時には常時職員が見守り安全確保に努めている。

できている 42 名
 できていない 1 名
 わからない 3 名



根拠・理由等

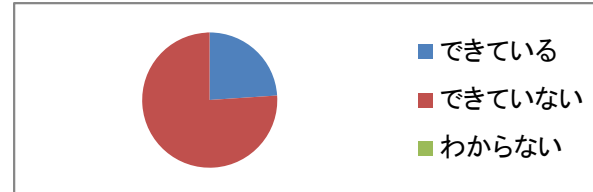
各責任者が確認している。衛生管理と見守りによる安全確保はされている。担当職員が使用の都度実施している。理学療法士管理のもと、定期的な点検や衛生管理、使用時の見守りが安全に行われている。
見守りが不十分と感じることあり。
確認した事がない為、分からない。訓練器具については分からない。

施設の回答： できている 理由： 衛生管理と見守りによる安全確保はなされている。点検については定期的実施の計画と記録・担当者の選任が求められる。

(8) 社会参加

1 地域・社会福祉協議会等の広報誌、関係機関のホームページ等インターネットを活用して、地域の社会資源の情報を収集し、この情報を利用者の理解しやすい様な状態で提供するように努めている。

できている 11 名
 できていない 35 名
 わからない 0 名



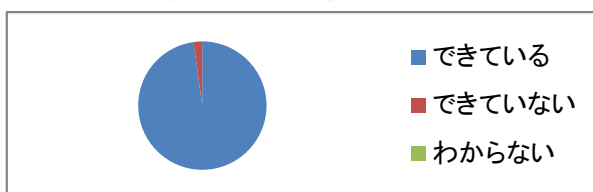
根拠・理由等

施設の活動や行事等の機関誌を地域社会へ配布、またホームページに記載し情報発信を行っている。ホームページへの様々な情報の更新が行われている。インターネット環境を整えている。広報誌、雑誌、新聞はいつでも見れる状況である。パソコンを設置しているが理解して利用している利用者が少ない。情報をわかりやすく提供している。利用者に理解されやすいような情報提供に努めている。
利用者が閲覧できる環境が無い。理解できる利用者はごく一部である。園で行うイベント等はHPや機関紙を発行し外部へ提供しているが、外部情報を利用者の方への提供は不十分。インターネットの活用には制限がある。実施されていない。利用者がわかりやすい状態での提供に不足あり。

施設の回答： できている 理由： 利用者に理解されやすい様な情報提供には努めているが、一層の工夫が求められる。

2 地域の様々な行事・スポーツ・レクリエーション・文化活動等の地域活動に参加できるよう働きかけに努めている。

できている 45 名
 できていない 1 名
 わからない 0 名



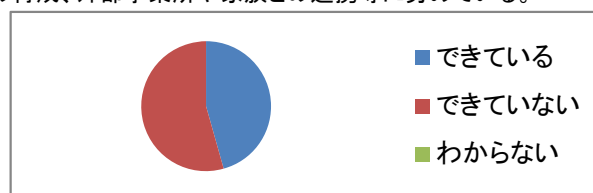
根拠・理由等

福祉作品展等出展を行っている。スポーツ大会や音楽、愛の広場等への参加。外出支援等で計画を立てている。外部行事への情報伝達により地域活動への働きかけが行われている。参加するよう働きかけている。毎週1回レク活動を行い、また月に1回行事をしている。声掛けやポスターの提示等働きかけに努めている。外部からも呼んで利用者に見せている。
外出支援にてイベント等あれば参加できるよう働きかけは行っているものの、不十分。

施設の回答： できている 理由： 参加できるよう働きかけている。

3 地域活動への参加のため、ボランティアの育成、外部事業所や家族との連携等に努めている。

できている 21 名
 できていない 25 名
 わからない 0 名



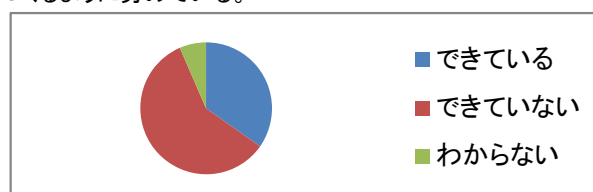
根拠・理由等

ヘルパーを使い外出している。学生を受け入れている。家族や外部のボランティア団体と連携を図り、活動に参加してもらっている。
ボランティア育成はされていない。個人外出にて北星タクシーを利用する利用者が増加傾向ではあるものの、ボランティア育成や家族との連携は不十分。ボランティアの育成、他事業所、家族との連携は出来ていない。年に数回しかない。家族と連携し地域活動への参加が出来ていない。

施設の回答： できていない 理由： ボランティアの育成・他事業所・家族との連携には今一つ欠けている。

4 交通機関や道路建物の整備などの住みやすいまちづくり活動、その他地域行政等に係る活動に積極的に参加し、利用者スタッフともに意見が述べられる機会をつくるように努めている。

できている 16 名
 できていない 27 名
 わからない 3 名



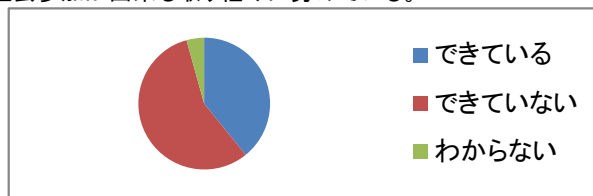
根拠・理由等

地域での消防活動に参加している。
積極的な参加はない。機会がないため積極的とは言えない。他地域に関わる活動には参加していない。意見が述べられる機会が無い。まちづくり活動の参加がされているかわからない。参加する方も少なく意見を述べられる利用者も少ない。地域行政等に係る活動に参加できてない。

施設の回答： できていない 理由： 積極的な参加とは言い難い。

- 5 これまでのサービス利用の経過や生活歴・馴染みの暮らし方、生活環境の把握に努め、地域内の商業施設、公共交通機関、公共施設などを積極的に利用し、社会参加が出来る取り組みに努めている。

できている 18 名
 できていない 26 名
 わからない 2 名



根拠・理由等

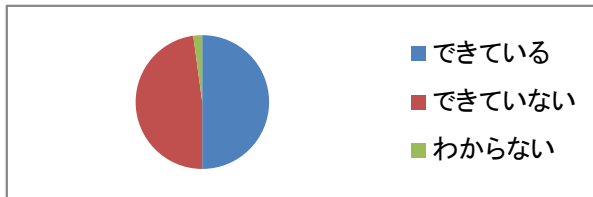
個人に合わせた支援をし参加していただいている。外出支援等で社会参加への取り組みは行われている。生活歴の把握に基づき個別外出支援を計画し、近隣の社会資源を有効に活用している。

対応できていない。社会参加できる取り組みは少ない。以前より増えているが、積極的とは言えない。努めているが積極的な利用ではなく、社会参加への取り組みは今一つ。外出支援にて商業施設は度々利用しているも、積極的とはいえない。また個人外出にて北星タクシーを利用する利用者が増加傾向ではあるも、利用者は限られる。出来る利用者が限られている。社会参加への取り組みを行っていない。利用者の生活環境の把握が十分ではない。

施設の回答： できていない 理由： 積極的な利用とはいえず、社会参加への取り組みは消極的に感じられる。

- 6 クラブ活動の発表及び創作品販売等を通じて地域の事業に積極的に参加するように努めている。

できている 23 名
 できていない 22 名
 わからない 1 名



根拠・理由等

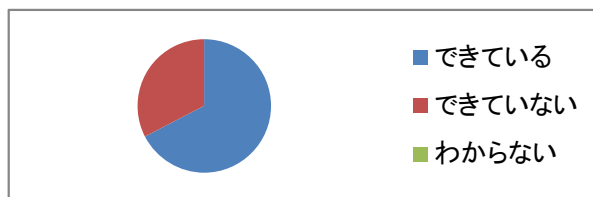
まつりでの発表や福祉作品展への作品展示等の参加促進をしている。毎年作品の作成、展示、見学をしている。

福祉作品展等はあるがそれ以外はないと思われる。園内でのクラブ活動はあるが地域行事の参加はない。創作品販売は行っていない。地域の事業ではなく市社協主催の物に出展しているが販売はしていない。地域事業への参加は出来ていない。積極的な参加とはいえない。利用者の状態から地域事業への参加は積極的とはいえない。

施設の回答： できていない 理由： 地域の事業に参加出来ていない。

- 7 視覚、聴覚、言語障害等コミュニケーションに支援が必要な利用者について、あらゆるコミュニケーションを活用し、個別に支援し、調整するように努めている。

できている 31 名
 できていない 15 名
 わからない 0 名



根拠・理由等

文字盤等を使用しコミュニケーションを図っている。また、今後においてはタブレットの導入を確定しタブレットを使用したコミュニケーションも行っていく。個人に合わせた支援等を行っている。言語聴覚士が行っている。

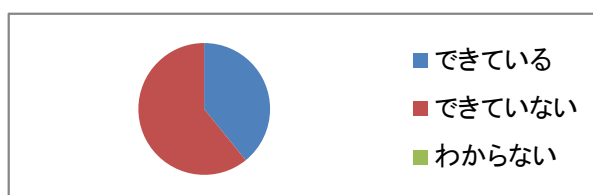
もっと様々なコミュニケーション方法を使用する必要がある。今後I-Padの活用に期待したい。個別の支援が行き届いていないように思われる。言語聴覚士が行っているがコミュニケーション向上につながる働きかけは十分とは言えない。職員が介助してしまう印象。また、利用者も職員に頼り自ら社会参加しコミュニケーションを取りたいという意欲があまり感じられない。支援内容として不十分。

施設の回答： できていない 理由： 要望等の吸い上げは行われているが、コミュニケーションの内容を高める働きかけは不十分と考える。

(9)レクリエーション活動・行事

- 1 可能な限り利用者が企画・立案の段階から参加し、利用者の声が反映された主体的な活動となるよう側面から支援するように努めている。

できている 18 名
 できていない 28 名
 わからない 0 名



根拠・理由等

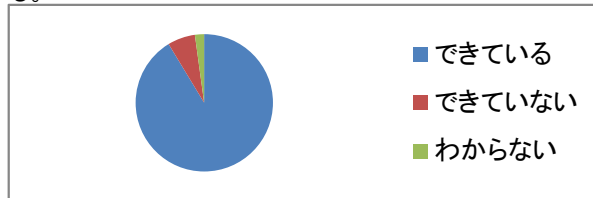
季節に合った物リクエストされた物を行っている。利用者の意見を聞き、行事等が行われるよう支援されている。

職員が企画実施している。利用者も職員に任せ、与えられるものに参加しているという印象。企画・立案は職員主体であり、利用者の意見を問う機会はない。アンケート等で利用者の声は反映されているが、企画、立案の段階から利用者の参加には至っていない。環境が整っていない。行事等の計画段階での参加を声掛けするが、上手くできていない。

施設の回答： できていない 理由： 主体的な参画となるような環境作りはされていない。

- 2 利用者の障害特性に配慮した活動メニューの選定や利用者の意向を確認し、利用者が意欲的に、選択して参加できるような活動項目を用意するように努めている。

できている 42 名
 できていない 3 名
 わからない 1 名



根拠・理由等

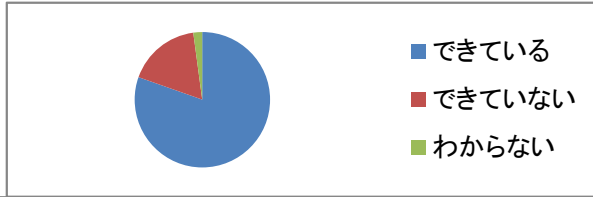
利用者の興味を引くような活動の提示や、各々の身体状況に合わせた活動ができるよう努めている。全員は出来ないが選択できるよう内容を公表している。利用者に配慮したメニューで意欲的に参加できている。参加しやすいレク活動を考えている。障害に配慮し選択可能な内容となっている。

全利用者が意欲的に参加出来ていない。

施設の回答: できている 理由: 選択出来るよう項目の用意には努めている。

- 3 年間、月刊行事計画等作成し、利用者に事前に周知することで積極的に参加や選択がしやすくなるよう配慮に努めている。

できている 37 名
 できていない 8 名
 わからない 1 名



根拠・理由等

年度初めの活動で、今後やりたいことなどの意見を聞き、それに沿って活動内容が考えられている。レクリエーション活動、園内行事ともに内容をポスター掲示している。月初めにポスターを掲示し、放送で呼びかけている。年間はされていないが、月間については行事予定をホールへの掲示や懇談会でのアナウンスが行われている。行事計画等が掲示板に掲示されている。利用者懇談会で周知している。

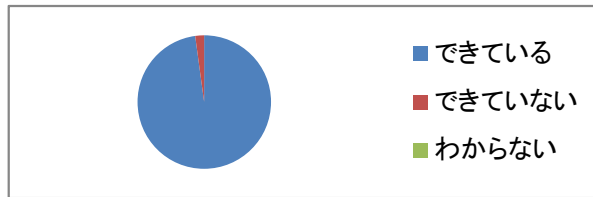
事前周知が不十分。周知は積極性に欠ける。

施設の回答: できている 理由: 工夫、配慮は見られる。

(10) 相談支援

- 1 利用者から相談を受ける際は、個室等を設けるなど、プライバシーに配慮し、利用者が話しやすい雰囲気・質問内容に配慮するなど環境づくりに努めている。

できている 45 名
 できていない 1 名
 わからない 0 名



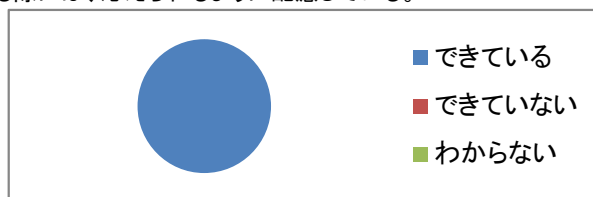
根拠・理由等

利用者の意向に沿うよう配慮されている。個室があり専門の職員に相談でき、プライバシーに配慮されている。リハ棟相談室、ホール横の相談室と相談できる場所を設けている。利用者の居室で話す等している。職員によって個人差はあるが努めている。

施設の回答: できている 理由: 専用のスペース確保がなされ、利用者への配慮を含め環境づくりができています。

- 2 利用者が関係者(家族等)の同席を求める際には、応えられるように配慮している。

できている 46 名
 できていない 0 名
 わからない 0 名



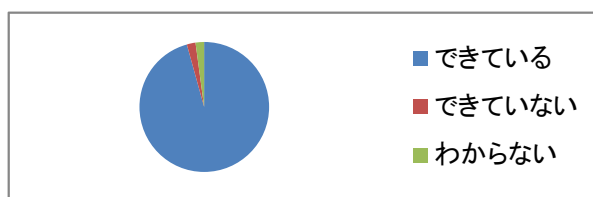
根拠・理由等

相談支援を行う際には同席に答えられる環境は整っている。利用者以外の同席にも柔軟な対応が可能となっている。利用者や家族の意向に沿えるよう配慮している。家族と連絡を取り同席してもらっている。事例は見られないが、利用者からの希望あれば可能。

施設の回答: できている 理由: 柔軟な対応が可能であり、現に家族の同席もあっている。

- 3 利用者のプライベートの時間に配慮し、相談支援時間は、利用者が疲れないう利用者や家族等と相談した上で設定している。

できている 44 名
 できていない 1 名
 わからない 1 名



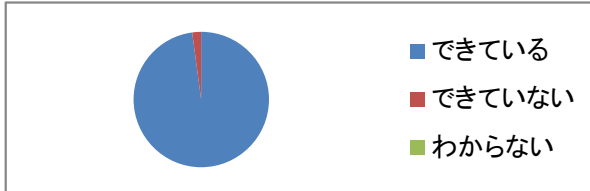
根拠・理由等

上限1時間と設定し、配慮は十分行っている。利用者の負担にならないよう、時間が長時間にならないよう努めている。利用者の希望に沿うよう調整している。本人の希望時に行っている。利用者に事前に聞いている。余暇時間の充実を図っている。

施設の回答: できている 理由: 利用者側に無理が生じないように努めている。

4 相談内容は日常生活に生じる問題・課題だけでなく、苦情や要望など幅広く応じている。

できている 45 名
 できていない 1 名
 わからない 0 名



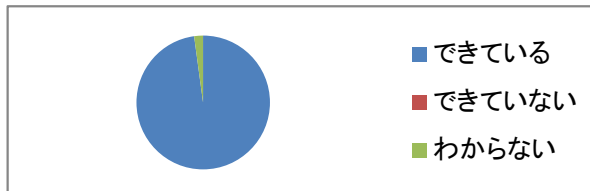
根拠・理由等

幅広く応じる事が出来る体制作りは出来ている。利用者からの訴えにより応じている。生活相談員が在職しており相談を聞いている。苦情、要望に応じ関係職員への引継ぎがある。第三者委員等がある。

施設の回答: できている 理由: 苦情・要望へも応じる一方、関係職員への引き継ぎがなされている。

5 相談内容や支援記録等の個人情報が漏洩することがないように守秘義務を遵守し、情報提供(記録開示)に必要な時は、利用者や家族等の同意を得て提供している。

できている 45 名
 できていない 0 名
 わからない 1 名



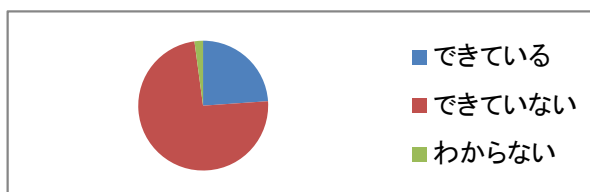
根拠・理由等

施設を利用するにあたり、個人情報の取り扱いの同意書は頂いている。同意を得て個人情報は適切に取り扱われている。内容等については同意なく情報開示、他利用者に話さないようにしている。プライバシーマークを取得しておりプライバシーの配慮は出来ている。個人情報保護規定に沿って行っている。守秘義務に関して意識の薄い職員もあり。

施設の回答: できている 理由: 個人情報の取り扱いはプライバシーマークの取得により、一定の手続きを適切に取っている。

6 利用者が望むサービスの選択・決定を行えるよう、利用者の状態に合わせて、わかりやすい言葉や、絵文字、図表など理解しやすい方法を用いている。

できている 11 名
 できていない 34 名
 わからない 1 名



根拠・理由等

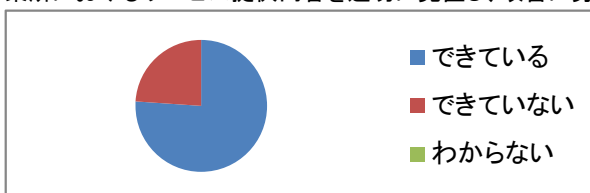
わかりやすい言葉、フローチャート、文字盤等用いている。配慮しながら絵文字、図表等理解しやすい方法を取っている。利用者の状態に合わせてわかりやすい言葉がなされているが、絵文字や図表は現段階では使用する機会がない。一人ひとりに合った環境づくりをしている。意思を尊重している。

絵文字や図表等の準備がされていないが、今後はタブレット導入が確定されていることから、タブレットでの絵文字や図表等の活用が想定される。利用者が理解しやすい言葉で説明等を行っているが、絵文字・図表などは準備されていない

施設の回答: できている 理由: 配慮は当然ながら行われていると思われるが、絵文字・図表などの活用実績は確認できない。

7 相談内容を踏まえ、必要に応じて施設・事業所におけるサービス提供内容を適切に見直し、改善に努めている。

できている 35 名
 できていない 11 名
 わからない 0 名



根拠・理由等

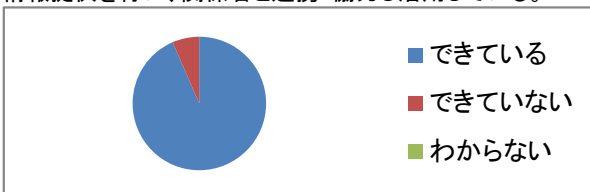
改善策を話し合い都度見直している。サービスの提供について本人の状況に合わせている。相談内容に踏まえ、見直しや改善策を検討する会議を行い随時検討している。6か月に1回行っている。

見直し、改善まで至っているかは不明。見直し、改善に努めるよう心掛けているが、行えていないことが多々ある。相談内容を踏まえサービス内容を見直し改善に努めているが不十分である。私はまだまだ未熟である。

施設の回答: できていない 理由: 相談内容の把握はなされているが、見直し・改善までには至っていない。

8 必要に応じて外部サービスや社会資源の情報提供を行い、関係者と連携・協力を活用している。

できている 43 名
 できていない 3 名
 わからない 0 名



根拠・理由等

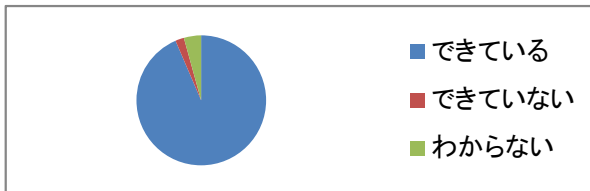
外部サービスや関係者と連携している。本人の要望等に合わせて情報提供、サービスをしている。利用者の外出時にヘルパー利用を支援したりしている。場合によってはネット等活用し対応。相談支援事業所間のネットワークを活用し資源の情報提供を行っている。多くの関係者との連携に努め、サービスの活用に努めている。

外部資源を活用出来ていない。情報提供の不十分により連携、協力活動がはっきりしていない。

施設の回答: できている 理由: 多くの関係者との連携に努め、活用している。

9 訴えのできない重度の利用者に対しても、客観的なサービス評価を行い、より良いサービスの提供実現に努めている。

できている 43 名
 できていない 1 名
 わからない 2 名



根拠・理由等

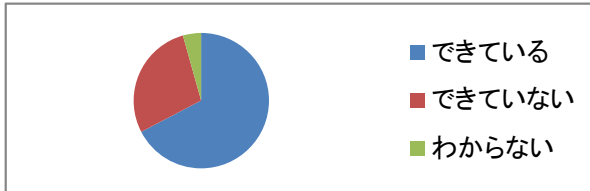
担当職員は常に利用者を思い、より良いサービスを提供している。日常生活が充実するために努めている。重度の利用者に対しても、より良いサービスの提供に努めている。定期的にサービス内容を見直している。ケース担当だけでなく、他職員の意見等も踏まえてサービスの提供にあたっている。家族への確認、報告を行った上で適切に行われている。家族からの聞き取り等で行っている。

施設の回答： できている 理由：利用者主体のサービス提供に努めると共に、担当者は志を持ち実践されている。

(11) 地域生活移行支援

1 グループホーム等の社会資源について情報や資料を提供し、見学や体験が出来る機会を設けている。

できている 31 名
 できていない 13 名
 わからない 2 名



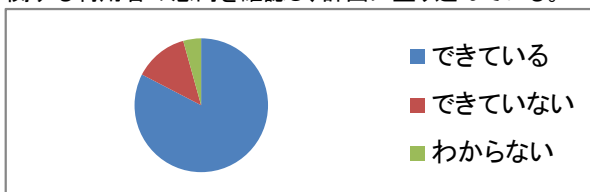
根拠・理由等

見学者は来ている。可能な範囲で対応がされている。他施設へ行き見学、交流している。利用者の要望に沿った情報(資料)提供を行い、見学等を行うことができる。地域施設への外出する機会を設けているが、地域生活移行への取り組みに消極的な方が多い。地域移行の実績がある。 該当
する利用者がいるが、見学等を希望されない。見学、体験の機会がない。情報や資料の提供は必要に応じてされていると思われるが、見学や体験ができる機会は設けていないと思われる。見学等は行っていない。情報提供に至っていない、不足。

施設の回答： できている 理由：今後工夫は必要。

2 個別支援計画の作成時等に、地域生活に関する利用者の意向を確認し、計画に盛り込んでいる。

できている 38 名
 できていない 6 名
 わからない 2 名



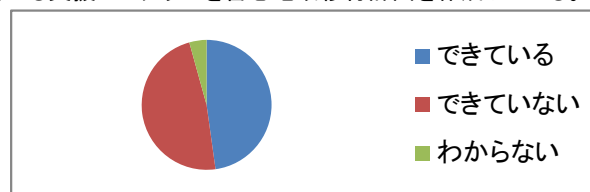
根拠・理由等

地域生活への意向があるケースは計画に盛り込んでいる。計画にはあるが限られた利用者のみだと思う。ケアプランに反映している。利用者の意向は確認できていない。全体的に不足していると感じる。地域移行の希望の有無に関わらず、まずは情報提供しても良いのでは。アセスメントが薄く計画へ盛り込めていない。

施設の回答： できている 理由：地域生活への意向があるケースは計画に盛り込んでいる。

3 利用者の希望を踏まえた社会性活力を高める支援プログラムを含む地域移行計画を作成している。

できている 22 名
 できていない 22 名
 わからない 2 名



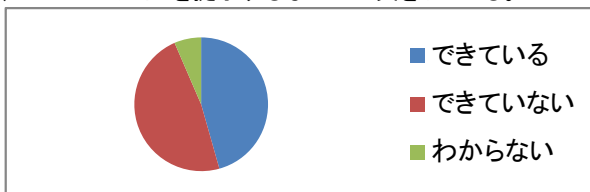
根拠・理由等

レク活動を通して学ばせている。生活訓練を実施し社会生活力の向上に努めている。要望に沿うよう計画している。利用者の状態に合わせて作成している。
社会生活力を高めるプログラムはないと思う。支援プログラムまでは至っていない。地域移行計画は作成していない。希望があるのか不明。事例は少ないが不十分である。全体的に不足していると感じる。地域移行の希望の有無に関わらず、まずは情報提供しても良いのでは。地域移行を希望する利用者がほとんどいない。
全ての利用者支援プログラムが作成されているかはわからない。

施設の回答： できていない 理由：社会生活力を高める支援プログラムとは言い難い。

4 利用者が主体的に生活設計しやすいよう、シミュレーションを提示するなどの工夫をしている。

できている 21 名
 できていない 22 名
 わからない 3 名



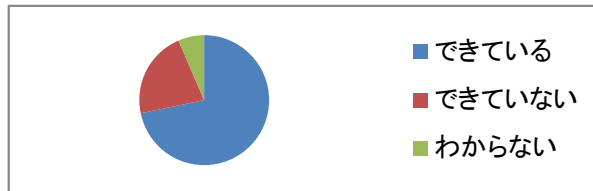
根拠・理由等

生活訓練を実施し社会生活力の向上に努めている。
生活設計や提示の工夫は行われていない。生活設計やシミュレーションは行っていない。利用者主体となっていない。希望があるのか不明。全体的に不足していると感じる。地域移行の希望の有無に関わらず、まずは情報提供しても良いのでは。利用者が生活設計しやすくなるための工夫が不十分。

施設の回答： できていない 理由：生活設計や提示する工夫は行われていない。

5 個々の利用者に合わせた生活環境となるよう専門職が関わりながら、関係者、家族や近隣住民の理解を得るよう働きかけを行っている。

できている 33 名
 できていない 10 名
 わからない 3 名



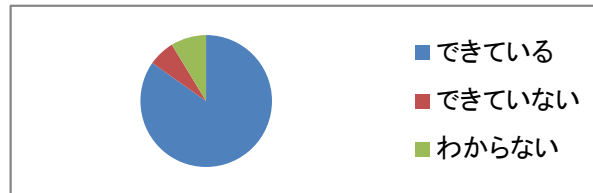
根拠・理由等

本人、家族の要望を聞き取り、合った生活環境へと働きかけている。利用者が生活しやすい環境を整えるべく、関係機関等に働きかけを行っている。
 そのような働きかけは行われていない。近隣住民に対する働きかけは出来ていない。働きかけは行っているが不十分といえる。全体的に不足していると感じる。地域移行の希望の有無に関わらず、まずは情報提供しても良いのでは。
 近隣住民の理解を得るような働きかけがどんなものかわからない。

施設の回答: できている 理由: 専門職とは誰を示すか疑問であるが、働きかけは行っている。

6 退後後、利用者の希望に応じて、地域定着支援事業による支援が受けられるよう、相談支援事業所と調整している。

できている 39 名
 できていない 3 名
 わからない 4 名



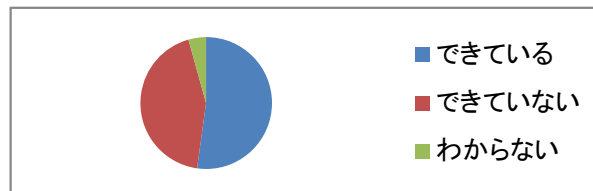
根拠・理由等

相談支援事業所と調整されている。相談支援事業所があり対応できる体制となっている。地域定着支援事業による支援が行われている。
 地域定着支援事業での支援が受けられるよう調整できる環境にあるが、バックアップ体制が未構築。

施設の回答: できている 理由: 実績は未だないが、調整は行っている。

7 夜間や緊急時に備え、いつでも連絡できる体制をつくる等、地域生活のバックアップに努めている。

できている 24 名
 できていない 20 名
 わからない 2 名



根拠・理由等

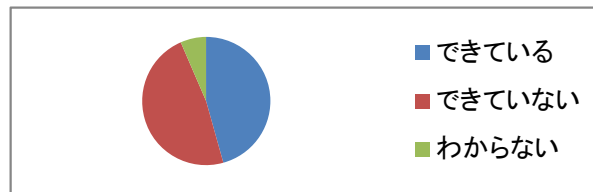
夜間待機の職員を配置している。夜間待機者はいるが地域生活のバックアップはない。いつでも連絡できる体制が取れている。緊急時の連絡網がある。
 地域生活のバックアップはされていない。夜間や緊急時に備えた連絡体制はできているが、バックアップはなされていないと思われる。夜間や緊急時に備えた連絡体制はない。事例が無く、バックアップ体制が構築されていない。園内での緊急時の連絡体制はある(夜間当番、一斉メール配信等)ものの、地域生活についての体制は不明。体験できる機会が無い。

施設の回答: できていない 理由: バックアップ体制は未構築である。

(12) 就労・修学支援

1 利用者の作業や生産活動に対する意欲、就学(資格取得)の思いを個別支援計画作成時等に確認している。

できている 21 名
 できていない 22 名
 わからない 3 名



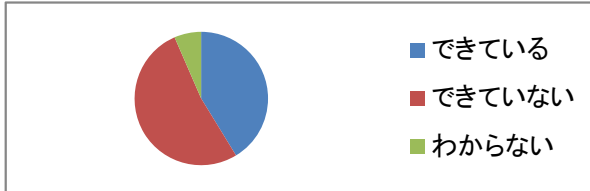
根拠・理由等

希望があれば対応可能。確認できていない。生活訓練として確認している。生産活動や就学等に関する意欲は確認しているが、就労等に意欲のある方がいない。
 意欲という思いが利用者にはないように感じ、また困難と思われる。希望が聞かれた際は取り入れるが現状障害の兼ね合いもあり困難である。作業や生産活動に対する意欲、就学意欲は消極的傾向にあり、支援計画作成時等に確認できているとは言い難いと思われる。作業や生産活動に対する意欲等の確認が十分に行われていない。生産活動、就学はかなり厳しいと思われる。確認は出来ていない。個別支援計画に取り込んでいない。本人やご家族に可能な限り確認しているが、確認できないときもある。
 就労意欲の有無の確認が出来ているのかわからない。

施設の回答: できていない 理由: 生産活動、就学等については、かなり厳しい現実と判断から確認しているとは言い難い。

2 障害特性に応じた安全な作業環境が確保され、多様な作業内容を用意し、利用者に向けた作業が選択できる。

できている 19 名
 できていない 24 名
 わからない 3 名



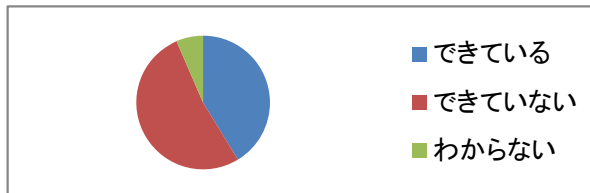
根拠・理由等

希望があれば対応可能。職員見守りにて行っている。生活訓練として、個々に合った作業環境を準備することができる。利用者に合わせて作業を提供している。プルタブ外し等怪我のないよう配慮されている。
 作業自体がない。作業環境の確保には至っておらず、作業の選択ができていない。重度の障害を持っている利用者なので重要視されていない。まだそこまで行っていない。主に生活介護の利用者には空き缶のプルタブ取りやシュレッダー掛け等を準備しているが、多様とは言い難い。作業メニューが少なく、選択できない。
 就労意欲の有無の確認が出来ているのかわからない。

施設の回答: できていない 理由: 作業という活動には最重度の障害を持っている利用者なので、重要視されず。

3 就労意欲のある利用者には、必要な訓練や実習等の機会が得られるよう、地域の他の事業所等と連携しながら、調整やその他の支援に努めている。

できている 19 名
 できていない 24 名
 わからない 3 名



根拠・理由等

少しずつ行っている。利用者からの要望は聞かれないが、要望に応じて他事業所と連携し対応できる環境にはある。
 就労可能な利用者は少なく意欲がない。就労を希望された場合の調整や支援は可能だが、就労を希望される方がいない。例えばいたとしても体制は整えられていない。地域との連携までには至っていない。まだそこまで行っていない。事例がない。
 就労意欲の有無の確認が出来ているのかわからない。

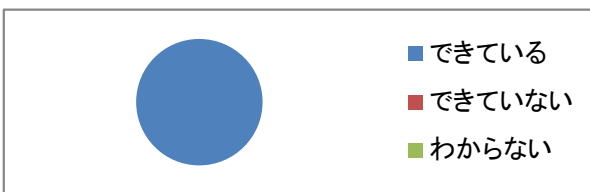
施設の回答: できていない 理由: 就労意欲があると思われる利用者はいないが、今後は体制整備が求められる。

2. 良質かつ安心・安全な支援のための仕組みづくり等

(1) 健康管理、医療機関との連携、救急対応

1 定期的な健康診断や検診・検査等、健康管理は年間計画に基づいて医師と看護職員が連携して行っている。

できている 46 名
 できていない 0 名
 わからない 0 名



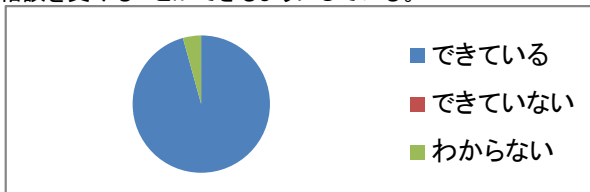
根拠・理由等

年2回健康診断を実施している。全て実施されている。医師と看護職員との連携を前提に、定期的に行われている。

施設の回答: できている 理由: 医師と看護職員との連携を前提に、定期的に行われている。

2 希望により医師及び看護職員による健康相談を受けることができるようにしている。

できている 44 名
 できていない 0 名
 わからない 2 名



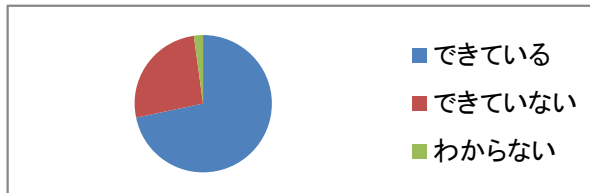
根拠・理由等

受け付け可能となっている。勤務時間内は可能である。利用者自身で相談に行っている。随時、看護師による健康相談を行っている。看護職員が相談を受けている。

施設の回答: できている 理由: 随時受け付けは可能である。(勤務時間以内)

3 使用している薬物について、利用者(ご家族)に使用の目的・効果・副作用・注意事項等の適切な情報提供、報告をしている。

できている 33 名
 できていない 12 名
 わからない 1 名



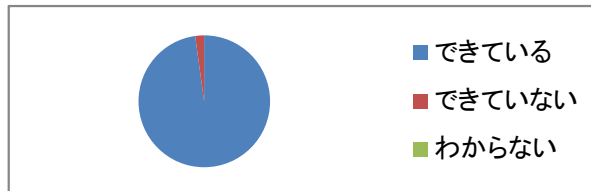
根拠・理由等

処方時説明している。希望時行っている。実施されている。必要に応じて対応している。適切な情報を提供している。情報提供、報告はなされている。
 情報提供、報告は不十分。必要時のみの対応となっている。全てを情報提供されているとは思わない。情報提供は行っているが使用目的、効果、副作用の注意事項においてはなされていない。情報提供は行っているが、報告は行っていない。

施設の回答: できていない 理由: 情報提供は行っているが、使用の目的・効果・副作用・注意事項の全てにおいては、されていない。

4 与薬、服薬に誤りがないよう、管理票や管理マニュアルを作成し、適切な管理・確認をしている。

できている 45 名
 できていない 1 名
 わからない 0 名



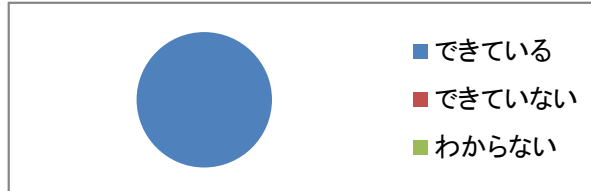
根拠・理由等

服薬時は職員間で確認を行っている。ダブルチェックができています。マニュアルを作成し何重チェックを行っている。管理マニュアルに沿い適切に実施されている。服薬マニュアルに沿って行っている。
アクシデントが多いことから適切とは言えない。

施設の回答: できている 理由: マニュアルとチェック体制強化を図り、誤りがないよう行っている。

5 受診や入退院時の記録を適切に行い管理し、必要に応じ、ご家族や身元引受人に状況・経過を報告している。

できている 46 名
 できていない 0 名
 わからない 0 名



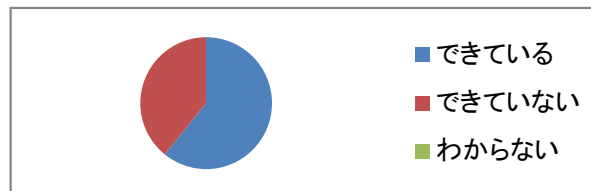
根拠・理由等

随時行っている。看護師が行っている。状況変化、特に入院、退院は確実に報告を行っている。受診や入退院時は必ず記録入力し、必要に応じて家族等へ連絡している。受診については必要に応じだが、入退院については毎回、家族等への報告をしている。状況の変化は確実に報告を行っている。

施設の回答: できている 理由: 状況の変化、特に入退院は確実に報告を行っている。

6 身体的側面の援助ばかりでなく、精神的側面においても適切な支援を行っている。

できている 28 名
 できていない 18 名
 わからない 0 名



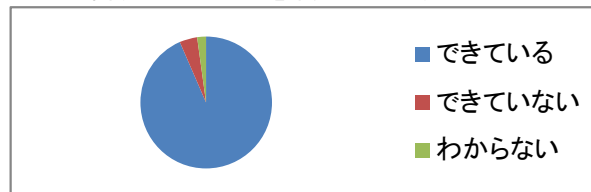
根拠・理由等

希望時行っている。相談や、話を聞くなどし、支援している。精神科医の定期的な回診が行われている。
適切かどうかは疑問。行われているが、適切とはいえない。対応する職員によって差がある(利用者の障害等を把握しきれていない)。(専門職がないからか?)精神的側面への支援は職員による個人差がある。適切な支援を行えず力不足を感じるが増えた。精神的な受容と共感が出来ていない。精神的支援にも努めてはいるが不足あり。精神面において精神不調の方の増加傾向であり、その方その場にあった適切な支援が完璧とは言えない。最近の利用者の不安定さに対処しきれていない。看護師がいても精神面の適切な支援は十分ではない。

施設の回答: できていない 理由: 看護職員はできているが、介護職員は個人差によって不十分である。

7 利用者の体調急変時や事故発生時の対処方法に関するマニュアルを策定している。

できている 43 名
 できていない 2 名
 わからない 1 名



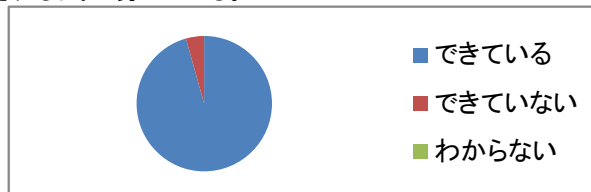
根拠・理由等

マニュアル策定している。看護師が対応している。
マニュアルができていないかわからない。

施設の回答: できている 理由: マニュアル策定されている。

8 緊急時には、休日・夜間でも医療が確保されるように努めている。

できている 44 名
 できていない 2 名
 わからない 0 名



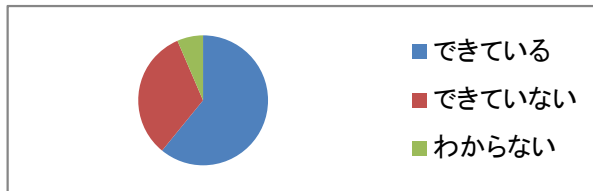
根拠・理由等

看護師が夜間自宅待機している。看護職員による対応、体制が出来ている。医療機関との連携が図れている。医療機関との連携により、休日・夜間の救急対応にも応じている。協力病院等ではないが、緊急受診できるよう努めている。
夜間・休日の嘱託医の対応不可。

施設の回答: できている 理由: 看護職員による対応、体制ができています。

9 利用者一人ひとりに健康管理票を作成し、緊急受診の際、利用者の状況を的確に伝えるようにしている。

できている 28 名
 できていない 15 名
 わからない 3 名



根拠・理由等

ケースファイルにて対応している。利用者個人ケース記録、健康診断個人票等で対応。作成されていると思われるが全職員が把握しているかは不明。緊急受診の際、状況を的確に伝えているが、健康管理票の作成があるか定かではない。必要時には状況を伝えるようにしている。
ケース記録(ファイル)はあるが健康管理票は作成されていない。

施設の回答: できていない 理由: 必要に応じ状況を伝えるが、健康管理票の作成はされていない。

職員に必要な救急法の研修を定期的実施している。

できている 30 名
 できていない 16 名
 わからない 0 名



根拠・理由等

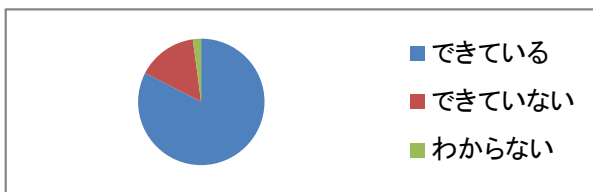
実施されている。救急法の研修を行っているが、数年行われていない。
救急法は定期的実施されていない。研修を受けた記憶が無い。定期的ではなく、ここ数年での実施はなし。

施設の回答: できていない 理由: 未実施である。

(2) サービスの安全性への配慮(リスクマネジメント)

1 アクシデント・インシデントが発生した場合の対処法・手順法・再発防止策についてマニュアルを策定している。

できている 38 名
 できていない 7 名
 わからない 1 名



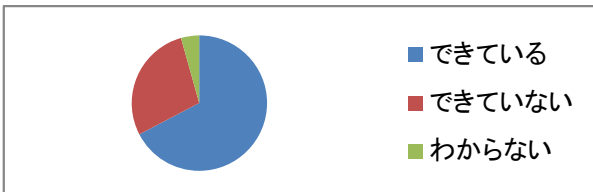
根拠・理由等

再発防止をマニュアル化している。再発防止委員会が定期的に行われ対応している。
対処、手順のマニュアルはない。発生時の対処法、手順方までは策定されていない。

施設の回答: できていない 理由: 発生時の対処法、手順方までは策定されていない。

2 事故防止のために、むやみに行動を制限することなく、利用者・家族を含めた関係者が情報の共有を行い事故防止に努めている。

できている 31 名
 できていない 13 名
 わからない 2 名



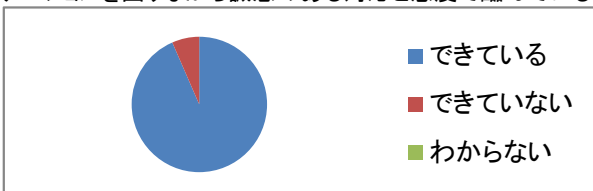
根拠・理由等

家族と連携している。実施されている。再発防止検討会議だけではなく、利用者個々のケア会議等の開催を行い事故防止に努めている。
家族まで共有されていない。家族を含めた事故防止には至っていない。家族へのプッシュが足りない。しかし報告はしている。職員目線での判断になりがちであり、行動制限に繋がるおそれ、つながっている事案もあり。

施設の回答: できていない 理由: 対応はされているが、家族を含めた情報共有までには至っていない。

3 事故後は、利用者、家族と十分なコミュニケーションを図りながら誠意のある対応と態度で臨んでいる。

できている 43 名
 できていない 3 名
 わからない 0 名



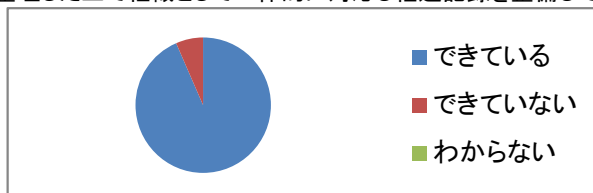
根拠・理由等

必要に応じて謝罪し、誠意ある対応をしている。アクシデント事例が発生した場合、必要に応じて家族へも再発防止策を含め伝えている。
家族までは至っていない。家族と十分なコミュニケーションは図れていない。

施設の回答: できている 理由: 当然ながら、誠意をもって臨んでいる。

4 事故発生時は、事実関係を正確に調査・整理した上で組織として一体的に対応し経過記録を整備している。

できている 43 名
 できていない 3 名
 わからない 0 名



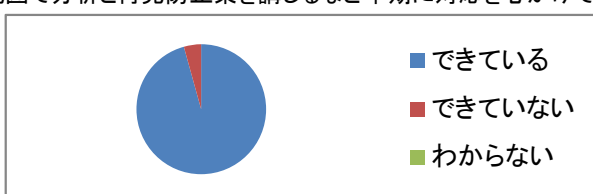
根拠・理由等

組織対応、経過記録の整備を行っている。状況の記録入力、リスクレポート作成し、リスクマネジメント委員会で再発防止検討会を実施し情報提供されている。リスクマネジメント係で記録整備している。リスクレポート、ケース等に経過を記録している。
事実関係の正確な調査、整理に不足があり、目先の判断になりがちである。働きかけてはいるが、統一には至っていない。経過や原因等が不明な事例も昨今増えている。

施設の回答: できている 理由: 組織としての対応、経過記録の整備を行っている。

5 事故直後はその場にいる職員で可能な範囲で分析と再発防止策を講じるなど早期に対応を心がけている。

できている 44 名
 できていない 2 名
 わからない 0 名



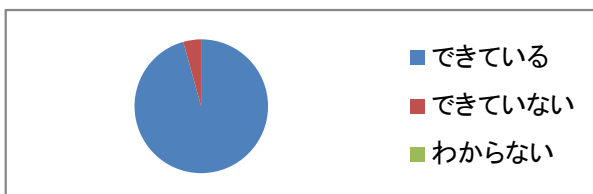
根拠・理由等

現場検証や職員による再現など細かい分析をしている。早期対応、再発防止を行っているが、最近停滞気味に感じる。記録、報告にて対応している。その場にいる職員により早期対応されている。再発防止委員会等で対応。早期対応とその場に居る職員で速やかに分析し、再発防止策を策定している。
早期対応ができていない。事故発生から再発防止検討会議の開催までタイムラグがある。

施設の回答: できている 理由: 早期対応とその場にいる職員での分析を重要視し、再発防止を行っている。

6 事故防止委員会(リスクマネジメント委員会)を定期的に開催し、事故の原因特定、防止策の検討、職員への情報の伝達・周知に努めている。

できている 44 名
 できていない 2 名
 わからない 0 名



根拠・理由等

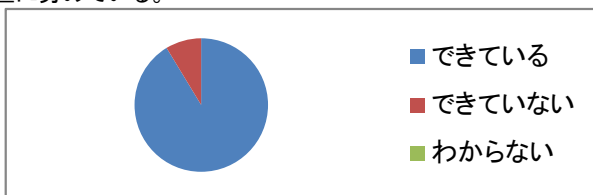
リスクレポートの回覧を行っている。情報伝達、周知に努め、分析、防止策と検討会を行っている。定期的に再発防止検討会を開催。リスクマネジメント委員会で再発防止検討会を実施し以後の事故防止に役立っている。職員会議等で職員に情報伝達・周知している。随時で再発防止検討会議を開催しているが、事故発生から会議開催までタイムラグがある。
定期的に開催されていない。再発防止検討会が行われているが不定期的あるいは開催が遅滞傾向にある。

施設の回答: できている 理由: 定期的開催による情報伝達・周知に努めている。今後は、分析・防止策の検討と工夫が更に求められる。

(3) 感染症対策

1 職員が感染に対する正しい知識と感染予防の方法を身に付けるために対応マニュアルを整備し、施設、事業所内に衛生委員会等、若しくは適切な委員会の設置に努めている。

できている 42 名
 できていない 4 名
 わからない 0 名



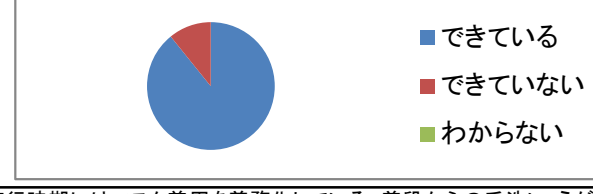
根拠・理由等

定期的に園内研修を行い、感染対策を身に付けている。感染予防の研修を行い正しい知識を周知している。対応マニュアルが作成され定期的な研修のもと知識の伝達を受けている。また現場で役立っている。看護師よりその都度指導を受けている。マニュアルは整備されている。委員会はないが看護職員が中心となっている。
マニュアルが周知されていない。マニュアルはあるが委員会の設置はされていない。

施設の回答: できている 理由:

2 職員は、常に感染症対策を念頭に入れ健康管理、手洗いの励行、季節によってはマスクの着用を徹底し、感染媒体にならないよう注意している。

できている 41 名
 できていない 5 名
 わからない 0 名



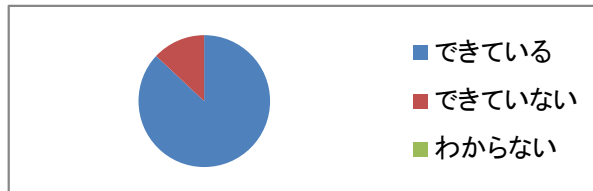
根拠・理由等

手洗い、マスク着用等感染対策を行っている。感染症流行時にはマスク着用を義務化している。普段からの手洗い・うがいの励行、努めてはいるが職員が手洗いをしているか疑問もあり。(自身の排泄後、外出後等)体調不良時は受診し体調を万全にしている。
出勤時の手洗い、うがいが徹底されていない。マスクの着用が徹底されていない。手洗い・うがいなどをこまめに呼び掛けているが徹底されていない。

施設の回答: できている 理由:

3 定期的に施設全体の大掃除、カーテンの洗濯、各居室の換気扇の清掃、更には床清掃、汚物室、浴室の清掃を行い環境整備に努めている。

できている 40 名
 できていない 6 名
 わからない 0 名



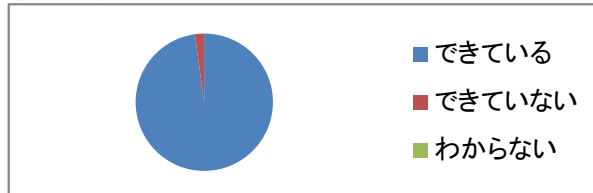
根拠・理由等

清掃は毎日業者が行っている。毎日業者が掃除し、カーテンの洗濯は職員が行い、環境整備に努めている。定期的・必要時にカーテン等の交換、各場所の清掃を行っている。カーテンは定期的に交換。年2回の大掃除の他、使用の都度実施している。カーテンの洗濯、換気扇清掃は随時行い、床清掃(ワックス掛け)は年に2回行っている。
定期的ではない。カーテンに汚れあり。カーテンの汚れに気づくのが遅れ、交換がされていない時がある。毎日清掃消毒は行っているが十分ではない。汚物室の清掃を行っていない。汚物室の清潔保持に不足あり。

施設の回答: できている 理由:

4 感染媒体の消毒、空調管理、居室の換気等に努め衛生管理に十分注意している。

できている 45 名
 できていない 1 名
 わからない 0 名



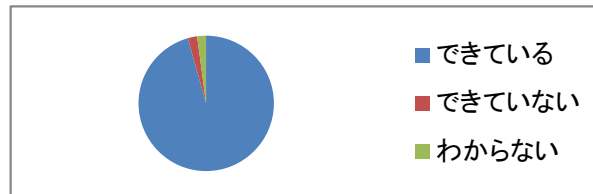
根拠・理由等

シーツ交換時は窓を開けて行っている。定期的に居室の換気を実施、温度や湿度に注意、消毒を行っている。換気や加湿器での空調管理が行われている。
 手摺りの消毒、大型加湿器の導入、居室の換気を行っている。
空調が一人ひとりに管理されていない。

施設の回答: できている 理由:

5 消毒と滅菌の必要な器具については、決められた方法により行い、医療廃棄物については、正確に分別して専門業者に出している。

できている 44 名
 できていない 1 名
 わからない 1 名



根拠・理由等

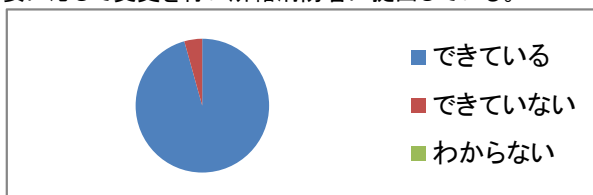
看護医務班主体で適切に行われている。医療廃棄物は専門業者に出しており確実に医務にて実施している。滅菌については滅菌器で対応。

施設の回答: できている 理由:

(4) 防災・災害時対策

1 防災計画を策定し、法令等の改定及び必要に応じて変更を行い所轄消防署に提出している。

できている 44 名
 できていない 2 名
 わからない 0 名



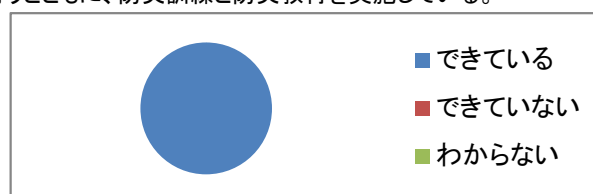
根拠・理由等

防災計画を消防署に提出している。
防災計画が提出されているかわからない。

施設の回答: できている 理由:

2 法令に伴う設備点検並びに自主点検を行うとともに、防災訓練と防災教育を実施している。

できている 46 名
 できていない 0 名
 わからない 0 名



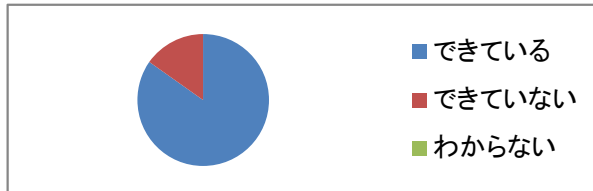
根拠・理由等

定期的に防災訓練を実施し防災設備の確認が行われている。防災訓練は年2回、春・秋に行っている。自主点検・避難訓練を実施している。設備点検は外部業者へ委託している。

施設の回答: できている 理由: 細かなより実践的な訓練の実施が今後望まれる。

3 地域防災訓練などに参加し、地域との関係構築に努め、災害時の協力体制を取りきめている。

できている 39 名
 できていない 7 名
 わからない 0 名



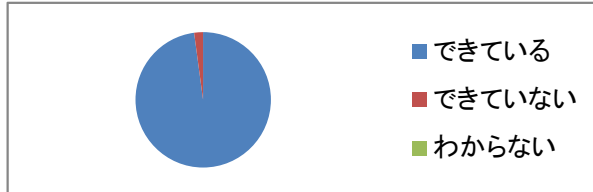
根拠・理由等

地域訓練、町内訓練の参加あり。地域の防災訓練にも参加し協力体制を図っている。被災地派遣等の取り組みがされている。
地域防災訓練への職員派遣を行っているが、災害時の協力体制の取り決めは行っていない。

施設の回答: できていない 理由: 地域との連携は十分とは言えない。

4 災害に備え防災連絡網・緊急連絡先等一覧、役割分担表などを作成し、電話以外の緊急時連絡方法について確保している。

できている 45 名
 できていない 1 名
 わからない 0 名



根拠・理由等

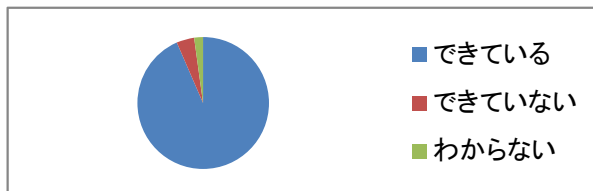
メールによる連絡体制、訓練の実施。緊急連絡網がある。連絡表の配布、メールによる連絡体制が整備されている。円滑に行われるよう、定期的にメール発信が行われている。

電話以外の緊急連絡方法がまだ確保されていない。

施設の回答: できている 理由: メールによる連絡体制、訓練は実施されている。

5 緊急時の食糧等の備蓄と物資、機材のリストを作成し、定期的に賞味期限などを確認している。

できている 43 名
 できていない 2 名
 わからない 1 名



根拠・理由等

給食班と総務管理部で行っている。機材、食糧共に係りによって管理されている。防災食等の保管、賞味期限は定期的に更新されている。自主点検表を作成し、定期的に賞味期限を確認している。備蓄食糧については約半年に1回程度、賞味期限が近づいた物を食事(防災食として)提供している。

飲料水が期限切れとなっている。

施設の回答: できている 理由: リストの作成と定期的確認(見直し)はされている。

(5) 苦情・相談体制

1 苦情・相談体制(施設の苦情受付システム、各都道府県社会福祉協議会に設置されている福祉サービス運営適正化委員会)について利用契約書、施設・事業所内での掲示、パンフレットの配布等により、周知している。

できている 44 名
 できていない 1 名
 わからない 1 名



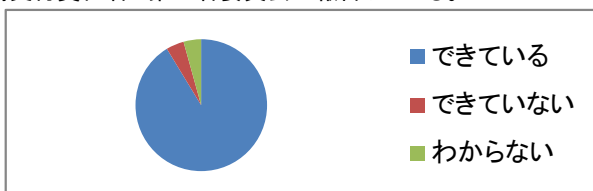
根拠・理由等

利用計画書、事業所内での掲示、事業計画への記載。ホームページへの掲載、施設内掲示、重要事項説明書への記載等行っている。

施設の回答: できている 理由: 利用契約書、事業所内での掲示等により、周知している。

2 苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情受付責任者と第三者委員会に報告している。

できている 42 名
 できていない 2 名
 わからない 2 名



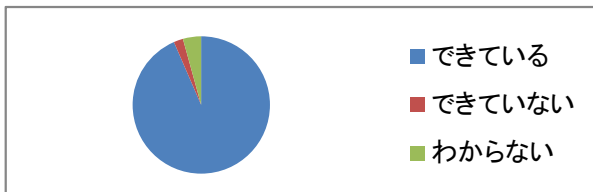
根拠・理由等

ホームページにて苦情受付について詳しく記載している。苦情がでた場合には報告する体制が整えられている。担当者が報告している。

施設の回答: できている 理由: 取り扱いのルールにより報告している。

3 一定期間ごとに苦情受付責任者は第三者委員会に苦情受付の取り組み状況、改善策の進捗状況について報告している。

できている 43 名
 できていない 1 名
 わからない 2 名



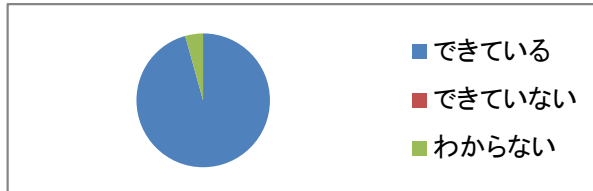
根拠・理由等

苦情発生時には所定様式にて、都度報告している。定期的に第三者委員の来園がある。

施設の回答: できている 理由: 苦情発生時には所定様式にて、都度報告している。

4 苦情申出人が希望すれば、苦情解決の話し合いに第三者委員の助言を受けたり、立ち会えるようにしている。

できている 44 名
 できていない 0 名
 わからない 2 名



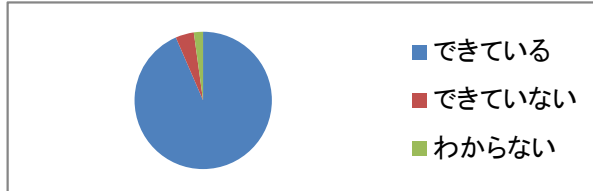
根拠・理由等

事例はないが可能とされている。定期的に第三者委員の来園がある。

施設の回答: できている 理由: 可能とされている。

5 苦情の早期解決と早期対応方針決定のため、定期的(または随時)に苦情解決委員会を開催している。

できている 43 名
 できていない 2 名
 わからない 1 名



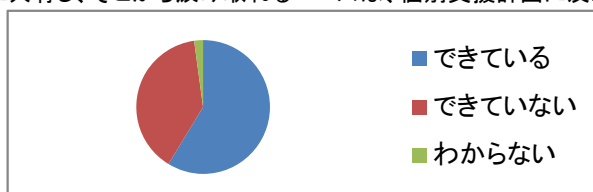
根拠・理由等

発生時、解決委員会は開催される。定期的に第三者委員の来園がある。定期的ではなく、申出あった際に随時で行っている。

施設の回答: できている 理由: 苦情発生時の解決委員会は開催される。

6 苦情や相談内容、解決状況等は職員間に共有し、そこから汲み取れるニーズは、個別支援計画に反映している。

できている 27 名
 できていない 18 名
 わからない 1 名



根拠・理由等

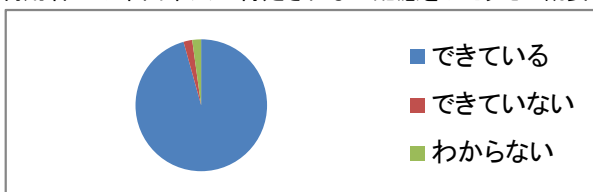
苦情発生時には、記録入力、情報共有があり内容に応じて個別支援計画に反映している。

個別支援計画に反映されていない。アセスメントが不十分。今後は苦情・相談事例が出た場合に対応をしていくことが必要になる。

施設の回答: できていない 理由: 十分とは言えない。

7 苦情申出人には対応状況を報告し、他の利用者には申出本人が特定されない配慮をしたうえで概要を報告している。

できている 44 名
 できていない 1 名
 わからない 1 名



根拠・理由等

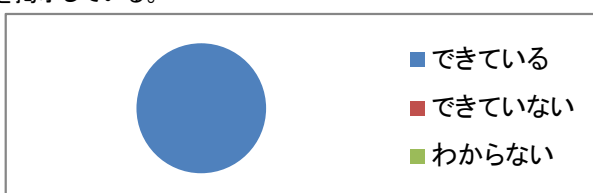
事業実績にて配慮の上報告している。他利用者へは解決責任者より利用者懇談会を通じて報告している。本人に配慮した上で利用者懇談会で報告している。解決責任者より申出人へ状況報告している。必要な場合は経過を数か月続けて申出人へ確認している。事業実績に経過等の記録を残している。

施設の回答: できている 理由: 情報共有の一環として、事業実績にて特定されない配慮の上、報告している。(必要ある時は、利用者懇談会での口頭報告を含む)

(6) 虐待防止・権利擁護

1 理念、倫理綱領、行動指針、支援方針等を掲示している。

できている 46 名
 できていない 0 名
 わからない 0 名



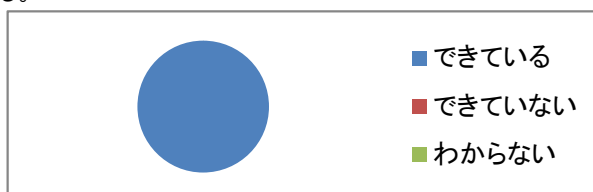
根拠・理由等

すべて行っている。朝礼で読み上げている。掲示しており職員全員に配布されている。理念、倫理綱領、行動指針、支援方針等は掲示されている。倫理綱領・行動指針また、虐待防止に向けた宣言などを掲げている。ホームページへ掲載している。

施設の回答: できている 理由: 倫理綱領・行動指針また、虐待防止に向けた宣言等を掲げている。

2 虐待防止の責任者、委員会を設置している。

できている 46 名
 できていない 0 名
 わからない 0 名



根拠・理由等

責任者を園長として委員会を設置し、月1回委員会議を行っている。企画運営委員会終了後に虐待防止委員会を開催している。虐待防止対応規定に記載あり。

施設の回答: できている 理由: 責任者を園長とし、委員会を設置済み。

3 人権意識を高める研修、知識・技術を高める研修、個別支援計画を充実するための研修を行っている。

できている 43 名
 できていない 2 名
 わからない 1 名



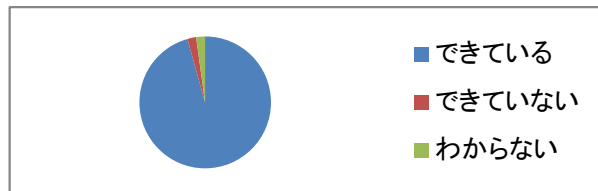
根拠・理由等

研修を行っている。定期的に虐待防止の研修を実施され対応を深めている。年4回の園内研修を計画している。園内研修を主に定期的にもた、外部研修受講者からの伝達研修にと注力している。

施設の回答: できている 理由: 園内研修を主に定期的にもた、外部研修受講者からの伝達研修にと注力している。

4 「障害者虐待防止の手引き(チェックリスト)[ver.3]」を活用している。

できている 44 名
 できていない 1 名
 わからない 1 名



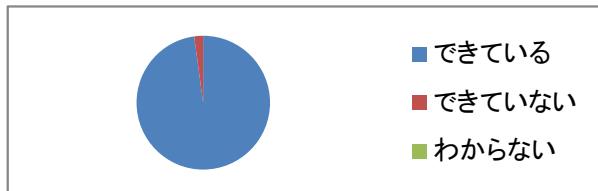
根拠・理由等

チェックリストの配布、年1回統計をとり、前年度と比較し、配布している。全職員に配布され活用している。定期的な実施がされている。園内研修において活用し、集計結果を出している。

施設の回答: できている 理由: 定期的な実施がされている。

5 施設の取り組みについて、利用者・家族への説明を行っている。

できている 45 名
 できていない 1 名
 わからない 0 名



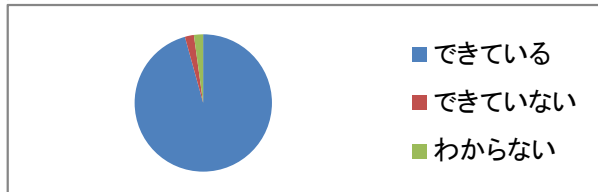
根拠・理由等

文章で家族に配布している。家族も参加した研修を行っている。マイナンバーについても配布している。機関誌やHP、利用者懇談会等で随時行っている。研修会を実施している。ホームページや広報誌を活用し取り組みを伝えている。また、可能な範囲で必要な説明を行っている。

施設の回答: できている 理由: 十分とはいえないが、現状可能な範囲での説明を行っている。

6 緊急やむを得ない場合の身体拘束については、①組織による決定と個別支援計画への記載②本人・家族への十分な説明③必要な事項の記録がなされている。

できている 44 名
 できていない 1 名
 わからない 1 名



根拠・理由等

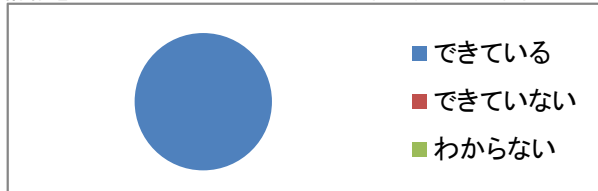
毎年4,10月に身体拘束同意書を家族に記入して頂いている。身体拘束同意書及びケアプランへの掲載により同意を得ている。同意書への記入、定期的見直し、個別支援計画への反映、記載を行っている。

施設の回答: できている 理由: 同意書への記入、定期的な見直しと個別支援計画への反映・記載を行っている。

(7) 個人情報の保護

1 「個人情報保護法」の趣旨を理解し、個人情報を利用目的に応じて過不足なく集め、目的の範囲内で利用している。

できている 46 名
 できていない 0 名
 わからない 0 名



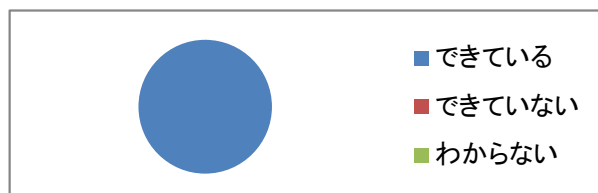
根拠・理由等

職員、利用者、実習生から同意書を頂き、プライバシーマーク取得、実務処理を徹底している。個人情報保護規定に基づき行われている。

施設の回答: できている 理由: プライバシーマークの取得と実務処理の徹底に努めている。

2 サービス利用契約を取り交わす時点で、利用者本人と保護者に、事業所としての個人情報の取扱い方法を説明し、同意を得ている。

できている 46 名
 できていない 0 名
 わからない 0 名



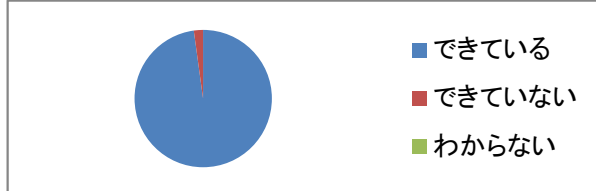
根拠・理由等

プライバシーマーク取得、実務処理の徹底に努めている。サービス利用契約を取り交わす時点で同意を得ている。利用者本人と家族に説明し同意を得ている。個人情報の取り扱いに関する同意書の説明、同意を得ている。

施設の回答: できている 理由: プライバシーマークの取得と実務処理の徹底に努めている。

3 安全管理措置を含めた個人情報の適切な取り扱い方法を定め、施設内全体で遵守出来る体制を整えている。

できている 45 名
 できていない 1 名
 わからない 0 名



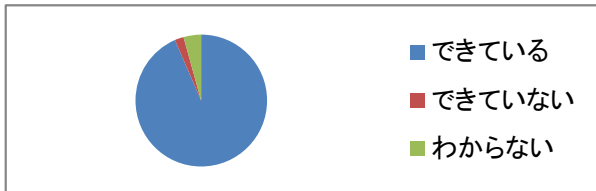
根拠・理由等

プライバシーマークの取得と実務処理の徹底に努めている。プライバシーマークに則り行っている。パソコンへのログインはパスワード入力で行われている。研修等で周知徹底されている。

施設の回答: できている 理由: プライバシーマークの取得と実務処理の徹底に努めている。

4 個人情報管理責任者を決定している。

できている 43 名
 できていない 1 名
 わからない 2 名



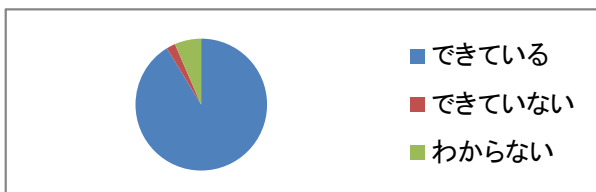
根拠・理由等

プライバシーマークの取得と実務処理の徹底に努めている。決定している。個人情報保護教育資料に記載あり。個人情報管理責任者が確立されている。

施設の回答: できている 理由: プライバシーマークの取得と実務処理の徹底に努めている。

5 第三者提供については本人の同意を原則とし、「福祉分野における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」に基づき対応している。

できている 42 名
 できていない 1 名
 わからない 3 名



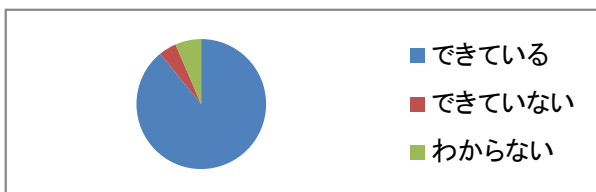
根拠・理由等

ガイドラインは全職員に配布され、徹底されている。ガイドラインに基づき対応している。プライバシーマークの取得と実務処理の徹底に努めている。

施設の回答: できている 理由: プライバシーマークの取得と実務処理の徹底に努めている。ガイドラインは全職員へ参考資料として配布済み。

6 個人情報利用に不明な点が生じた場合、都道府県等の相談窓口にご相談している。

できている 41 名
 できていない 2 名
 わからない 3 名



根拠・理由等

現段階で相談は無いが、必要が生じた時は、プライバシーマーク認定機関への相談となる。実際には相談はないが、行う体制は整っている。現段階で個人情報利用に不明は生じていないが、必要時は関連窓口へ届ける。

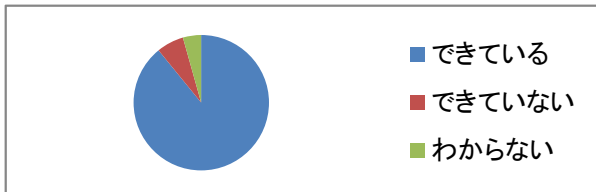
プライバシーマーク認証機関への相談の利用があるかはわからない。

施設の回答: できている 理由: 現段階では相談はないが、必要が生じた時は、プライバシーマーク認証機関への相談となる。

(8) 職員の専門性と人権意識の向上に向けた定期的な研修

1 研修の実施体制を構築し、階層に応じた職能要件に基づき、施設内外を含めて施設・事業所としての年間研修計画を策定している。

できている 41 名
 できていない 3 名
 わからない 2 名



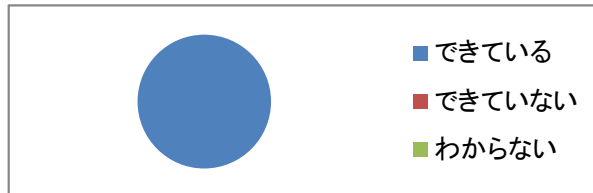
根拠・理由等

事業計画、ホームページに記載されている。年間計画については配布する予定。年間を通して施設内外研修がある。職員の階層に合わせた研修に参加出来る。新人研修会やスキルアップ研修会を実施している。園内研修の内容として、右記内容を盛り込んでいる。年間の計画がされているかはわからない。

施設の回答: できている 理由: おおよその計画はあっているが、今後より細やかな計画策定が望まれる。

- 2 人権意識、個人情報保護、虐待防止、ストレスマネジメント、メンタルヘルス、成年後見、職員倫理、制度・政策など、階層を問わず定期的な啓発が必要な事柄を研修として計画的に組み入れている。

できている 46 名
 できていない 0 名
 わからない 0 名



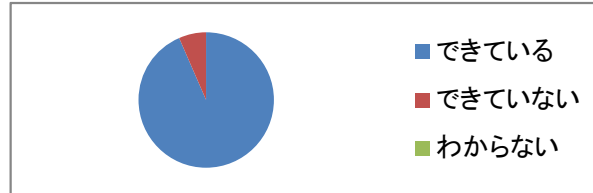
根拠・理由等

人権意識、個人情報保護、虐待防止は研修済み。定期的な園内研修の実施がされている。計画的に研修を実施している。研修は定期的・計画的に行っているが、内容として行われていないものもある。ストレスマネジメント、メンタルヘルスは今後行う予定。成年後見は外部から講師を依頼。

施設の回答: できている 理由: 具体的な計画による一層の工夫は必要である。

- 3 法人内・外部研修の参加者は研修報告書を作成し、他の職員と研修内容を共有し、実践に活かすよう、必要に応じて伝達研修を行っている。

できている 43 名
 できていない 3 名
 わからない 0 名



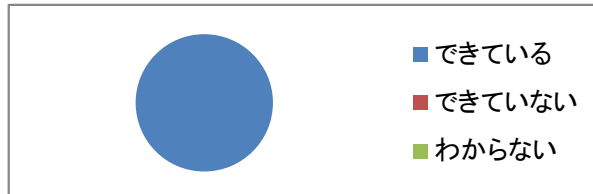
根拠・理由等

復命書を作成、上層部への回覧、以前のは事務室で閲覧可能。復命書の様式を変更し伝達をどのように行うかを記載するようにしている。その都度伝達研修が行われている。必要に応じて伝達研修を実施。全て研修ではないが、園内研修で取り入れられている。
復命書は書いているが職員間での共有は不十分と思われる。伝達研修をもっと活発にする必要がある。伝達には至っていない。

施設の回答: できている 理由: 必要に応じた伝達研修を行っている。

- 4 人権意識、個人情報保護、虐待防止、職員倫理に関する研修では、日々の支援場面の具体例をあげ、強く意識付けを行うような内容で行っている。

できている 46 名
 できていない 0 名
 わからない 0 名



根拠・理由等

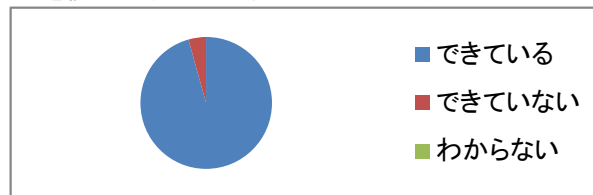
朝礼において職場の教養や倫理綱領、法人理念の輪読を行っている。不定期ではあるが行っている。定期的に行われている。支援場面の具体例に沿い、知識の向上の伝達が行われ現場で役立っている。新聞で取り上げられた記事等を用いて具体的な内容で研修が行われている。工夫のある内容で行われている。

施設の回答: できている 理由: 参加者により効果的な研修となるよう、工夫や実例を挙げての内容にて行っている。

(9) ボランティア・実習生の受入れ

- 1 利用者が地域住民やボランティアの受け入れを積極的考えになる様に対応している。

できている 44 名
 できていない 2 名
 わからない 0 名



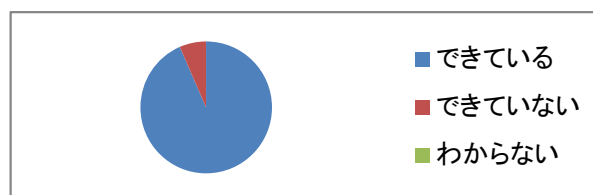
根拠・理由等

学生ボランティア、まつりのボランティアの受け入れ。レクリエーションや地域交流、イベント等でのボランティアについては積極的に受け入れている。各学校から受け入れている。地域住民やボランティアに関して情報提供を行っている。ボランティアを利用し外出している利用者もいる。新人研修やスキルアップ研修の実施。事前に利用者懇談会等で知らせている。
地域ボランティアが殆どいない。機会がない。

施設の回答: できている 理由: 可能な限り、機会の創出になる様努めている。

- 2 ボランティアの受け入れの際には個人情報の保護に関する同意書(誓約書)を取り交わし、事故への対応等(障害保険への加入等)を申し合わせている。

できている 43 名
 できていない 3 名
 わからない 0 名



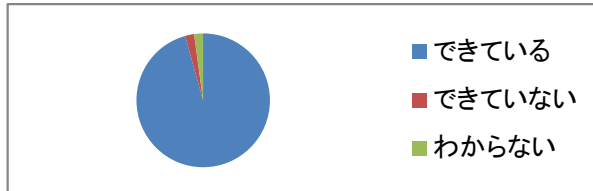
根拠・理由等

同意書は取り交わしている。保険の加入は学校で加入している。必ず記入させている。障害保険の加入については施設一律加入で行っている。
事故への対応等を申し合わせているかは定かではない。保険の加入がわからない。

施設の回答: できている 理由: 同意書の対応は十分であるが、障害保険等への加入対応は施設にて一律加入の保険としている。

3 職員はボランティアと利用者との良好な関係作り、活動内容の見直し等、内容の改善を心がけている。

できている 44 名
 できていない 1 名
 わからない 1 名



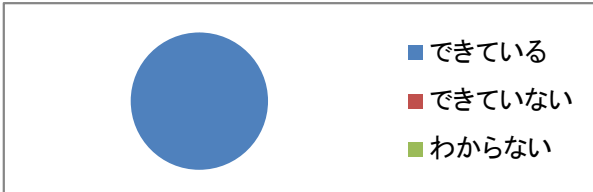
根拠・理由等

報告書の作成を行っている。活動内容の見直し等は行われている。今後報告書の記載内容を検討し、関係づくり、内容の改善に一層心掛けていく。より良い関係構築に努めている。活用内容は年齢等に合わせ制限がある。定期的に伝達研修をしている。ボランティアの活動が充実したものとなるよう配慮・改善を行っている。
機会がない。

施設の回答: できている 理由: 都度、よりよい関係構築に努める他に反省改善を基にしたつながりを意識している。

4 実習生の受け入れについて、実習指導職員のスキル向上、福祉人材の確保等、様々な機会として捉え積極的に実施している。

できている 46 名
 できていない 0 名
 わからない 0 名



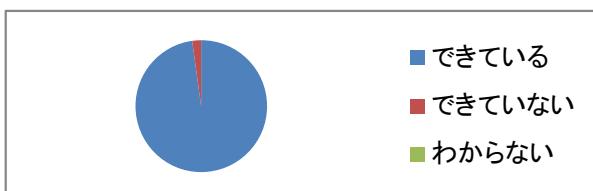
根拠・理由等

実習指導職員の研修(年1回)への参加を担当職員が行っている。積極的に実施している。介助をしてもらうようにしている。実習生は可能な範囲で積極的に受け入れ、福祉人材の育成・確保と共に職員のスキルアップの機会としての役割も果たしている。

施設の回答: できている 理由: 一層の働きかけ、工夫が必要である。

5 実習生の受け入れとして、マニュアル・標準的な実習プログラムを整備し、養成校の実習指導担当教員等と十分な連携を図っている。

できている 45 名
 できていない 1 名
 わからない 0 名



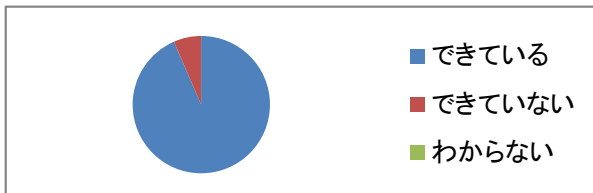
根拠・理由等

マニュアル、プログラムは整備されており、実習指導担当職員が来園し、連携を図っている。十分に連携をとっている。担当職員を配置している。古いものはあるが、現況に合わせたものを作成中。
実習に来る学生、またボランティア、それぞれに合った内容でマニュアルを細分化している段階である。

施設の回答: できている 理由: マニュアルとプログラムの整備、外部からの対応窓口(職員)や実際の受け入れ時担当を配置している。

6 実習担当者をはじめ職員全体が実習生に対する適切なフォローを心がけ福祉・介護に携わる後進の育成に最大限の配慮をしている。

できている 43 名
 できていない 3 名
 わからない 0 名



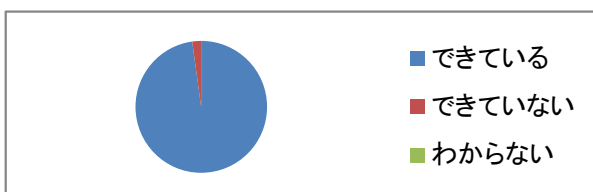
根拠・理由等

担当職員が毎回ミーティングに参加しフォローできている。介護職員は適切なフォローや指導を実施している。ミーティングや日誌等で指導・フォローしている。職員全員が意識し、より良い受け入れ体制を心掛けている。実習生への様々な配慮は行われている。全職員が意識し対応している。
目的や根拠の説明がなく、方法だけの指導になっている職員もあり。職員と実習生という境界線が定かではない。最大限の配慮までは出来て

施設の回答: できている 理由: 全職員が意識し、より良い受け入れ体制に心がけ、後進育成の視点を常に意識し対応している。

7 実習生の受け入れの際には、個人情報の保護に関する同意書(誓約書)を取り交わし、事故への対応等(障害保険への加入等)を申し合わせている。

できている 45 名
 できていない 1 名
 わからない 0 名



根拠・理由等

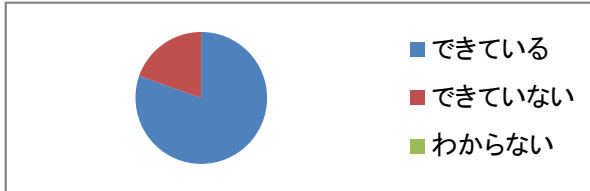
実習、研修については学校で加入している。傷害保険に加入している。同意書は取り交わしている。実習初日に契約を交わしている。学校教諭との連携に注力している。

施設の回答: できている 理由: ボランティア同様、対応している。特に実習生であるため、学校教諭との連携にて注力している。

(10) その他、サービスの質の向上のための取り組み：自己評価と第三者評価

1 職員相互の話し合いのプロセスを重視し、職制、雇用形態によらず全職員で計画的に自己評価を実施している。

できている 37 名
 できていない 9 名
 わからない 0 名



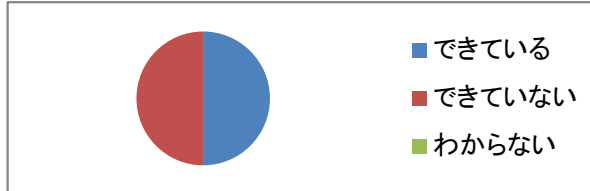
根拠・理由等

定期的に自己評価を行っている。定期的にチェックリストの自己記入、集計結果による反映が行われている。チェックリストの活用、定期的に自己評価を実施している。昨年度の実施は無かったが、一昨年度までは毎年行っている。また、今年度は1月ごろより実施予定。
 自己評価は毎年行っているが、計画的ではない。今年度は自己評価を実施予定。自己評価は行われているが、職員相互の話し合いのプロセスは重視されていないと考える。

施設の回答： できていない 理由： 十分とは言えない。

2 自己評価結果により職員間で課題意識を持ち、相互理解や信頼関係構築に努め、目指す方向や目的を共有している。

できている 23 名
 できていない 23 名
 わからない 0 名



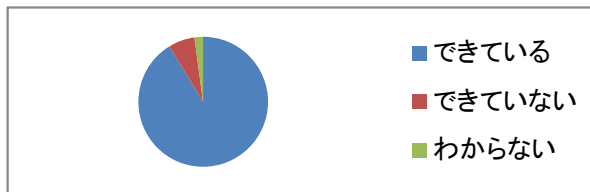
根拠・理由等

実施されている。自己評価の結果を集計して、職員会議で議論している。
 集計結果をもとに各部署で話し合い、職員会議等で意見を出す事にしてはいたが、未実施。相互理解や共有はされていない。目指す方向や目的の共有はされていない。個人レベルで行っている。職員間での課題の共有はない。評価後の課題意識の共有、相互の理解は十分でない。自己評価結果の職員への通知はなし。今年度は自己評価を実施予定。今までは出来ていなかったが、今後は会議等の場で行っていく。

施設の回答： できていない 理由： 十分とは言えない。

3 第三者評価を活用し、課題発見の気づきを得るため施設全体でサービスの質の向上への機運を高めている。

できている 42 名
 できていない 3 名
 わからない 1 名



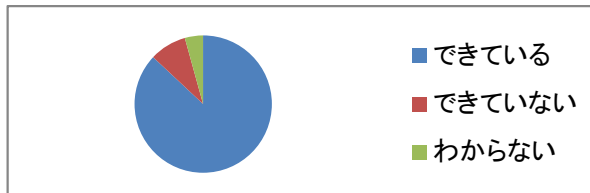
根拠・理由等

第三者評価調査研修受講者(園長)がリーダーとして行っている。第三者委員会が定期的に来園し評価している。施設全体でサービス向上に向けている。サービスの質の向上に向けた説明は行われている。
 今年度は自己評価を実施予定。

施設の回答： できている 理由： 第三者評価の必要性を第三者評価調査者研修受講者として、自らサービスの質の向上に向けた説明を行っている。

4 自己評価と組み合わせた数年に一度、第三者評価を受審し、評価結果を公表するなど、社会からの信頼を獲得する機会に努めている。

できている 40 名
 できていない 4 名
 わからない 2 名



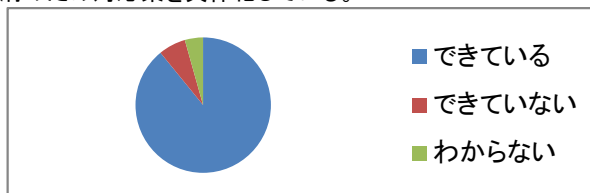
根拠・理由等

前回、第三者評価を受審した再、公表している。第三者評価を受審している。第三者評価機関の審査待ちにより間隔はあいてしまうが、数年に一度の受審、結果公表等に努めている。積極的な取り組みを行っている。今後積極的な取り組みが実施されていく様子。今後も数年おきの受審を実施する予定である。
 評価結果を公表しているかは定かではない。今年度は自己評価を実施予定。

施設の回答： できている 理由： 第三者評価受審は過去一年であり、今後は一定期間の受審と公表等、積極的な取り組みを行う。

5 マネジメントサイクル等を活用し課題の解消のため対応策を具体化している。

できている 41 名
 できていない 3 名
 わからない 2 名



根拠・理由等

リスク、ケアプラン、プライバシーマーク制度の活用によるPDCAサイクルの実施。対応策の具体化に努めている。
 具体化されているかわからない。今年度は自己評価を実施予定。

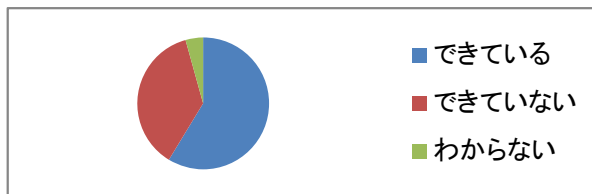
施設の回答： できている 理由： 各種認定制度の活用による、PDCAサイクルを意識し、対応策の具体化に努めている。

3. 地域を支える福祉拠点としての取り組み

(1) 地域との交流、地域福祉の推進のための取り組み

1 地域福祉ニーズを的確に把握し、福祉拠点として機能と役割を果たすために必要となる取り組みを積極的に行っている。

できている 27 名
 できていない 17 名
 わからない 2 名



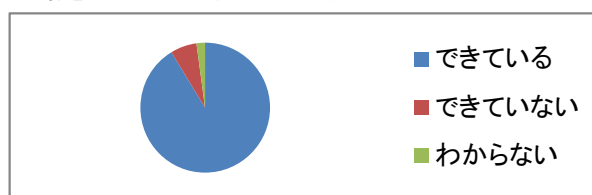
根拠・理由等

福祉避難所としての登録しており、施設の夏祭りや機関誌、ホームページ等で地域への情報発信を行っている。園児の社会体験等を行っている。災害時の受け入れ等行われている。
 発信はしているが、地域からの回答はない為、どのような情報を求めているのか確認する必要がある。積極的とはいえない。取り組みは行っていない。取り組みは行っているが、積極的とはいえない。地域の福祉ニーズの把握が出来ていない。

施設の回答： できていない 理由： 取り組みは行っても、積極的とはいえない。

2 積極的に地域と交流を行い、課題について理解を深めることに努めている。

できている 42 名
 できていない 3 名
 わからない 1 名



根拠・理由等

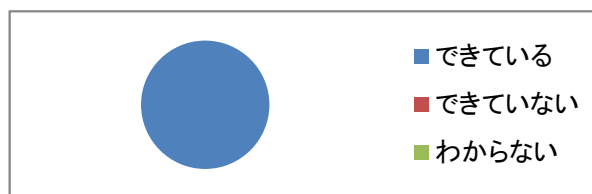
地域との交流と課題についての確認を行っている。通信、ホームページにて行事への参加を募っている。夏まつり等で地域との交流を行っている。機会を見つけ地域交流を行っている。徐々に進めている。行事等に参加を募り交流を深めている。地域との交流が積極的に行われており、課題の理解も深まっていると思われる。
 地域との交流は行っているが、利用者側が積極的とはいえない。課題の分析までには至っていない。まつりや学校行事等での地域交流はできているが、課題への理解等はできていない。

施設の回答： できている 理由： 機会を見つけ、地域との交流と課題についての確認を行っている。

(2) 広報活動と積極的な福祉情報提供

1 利用者や家族及び関係機関に対して広報活動や情報提供を行っている。

できている 46 名
 できていない 0 名
 わからない 0 名



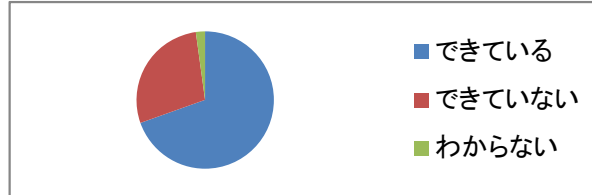
根拠・理由等

広報誌、ホームページ等にて。ホームページや機関誌を使って情報を開示している。年4回刊行物を出している。通信配布。

施設の回答： できている 理由： ホームページの活用、行事予定(案内)の関係機関への配布を行っている。

2 地域において福祉的な支援を必要とする人々や広く社会に対して、事業所における支援や具体的な事業の内容に関する広報活動を行っている。

できている 32 名
 できていない 13 名
 わからない 1 名



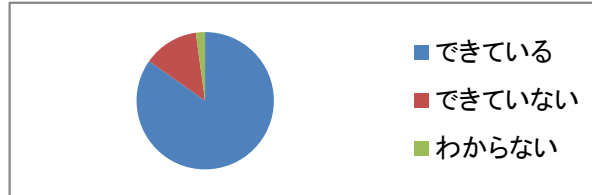
根拠・理由等

新聞やメディアを使った取り組み、PR活動の実施。機関誌の配布を行っている。ホームページに掲載している。HP、通信、機関誌等で行っている。
 広報活動行われているが、具体的な事業の内容ではないと思われる。地域の福祉的な支援を必要とする人々を把握できていないと思う。機関誌を発行しているも、決まった人に対して。未実施、不十分。

施設の回答： できていない 理由： 未実施と判断。

3 広報活動にあたっては、情報の受け手に配慮して内容や方法等について適宜点検している。

できている 39 名
 できていない 6 名
 わからない 1 名



根拠・理由等

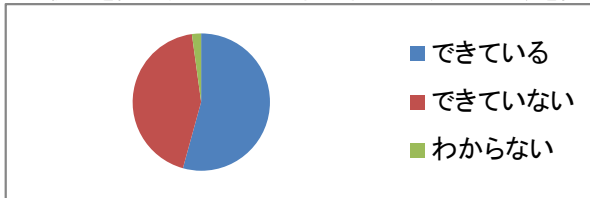
アンケート調査の実施と改善。機関紙発行前に職員が点検している。内容・方法も工夫されている。内容、使用する言葉などについて適宜点検が行われている。

受けての意見の吸い上げが出来ていない。現状、回数、内容とも不足している。点検されていない。アンケートにて受け手側の感じ方を把握することに努めるようにしているが、始めたばかりなので今後においてはできるようにしていく。

施設の回答： できている 理由： アンケート調査の実施と改善。

4 地域の実情や要請に応じて講習会、講演会の機会を設け、地域住民の社会福祉活動への意欲を高めている。

できている 25 名
 できていない 20 名
 わからない 1 名



根拠・理由等

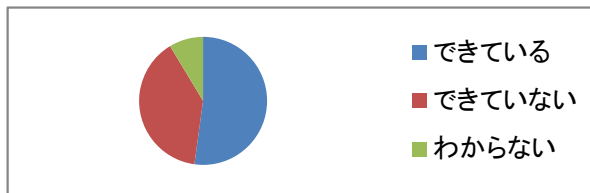
実施されている。健康増進委員会を先頭に外部講師を受け入れ講習会が行われている。講演会等の機会を設けている。要請があれば対応。出来ているが、地域の方が積極的に参加して頂くためにはどうしたら良いか検討が必要。
 行っていない。見学者はあるが講習会等はない。呼びかけを行っているが地域の実情や要請に応じているか疑問。地域住民の社会福祉活動への意欲を高める取り組みは行われていない。

施設の回答: できていない 理由: 未実施と判断。

(3) 地域自立支援協議会、相談支援事業との連携

1 地域福祉の向上や地域における障害者等の多様なニーズを実現するために、地域自立支援協議会との連携・協力の強化に向けた取り組みに努めている。

できている 24 名
 できていない 18 名
 わからない 4 名



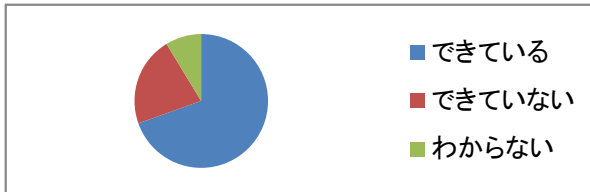
根拠・理由等

出来ているが相談支援員に任せきりになっている。取り組んでいると思う。相談支援事業所とせを起点に他相談支援事業所との連携を取っている。協議会との接点がない。地域自立支援協議会というものがあることを知らない。地域自立支援協議会との接点が無い。実施していない。強化までには至っていない。

施設の回答: できていない 理由: 地域自立支援協議会との接点がない状況。

2 地域に不足する支援・サービスの明確化を地域自立支援協議会、相談支援事業との連携を図り、掘り起こした福祉ニーズに対し先駆的な取り組みが行われるよう努めている。

できている 32 名
 できていない 10 名
 わからない 4 名



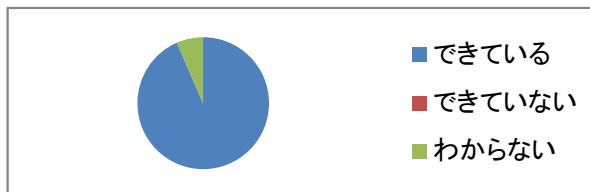
根拠・理由等

努めている。出来ているが、相談支援員に任せきりになっている。わずかながら実施している。地域性に目を向け取り組みになるよう努めているかは分からない。地域自立支援協議会との接点が出来ていない。各関連施設と連携が図れているか不明。福祉ニーズの掘り起こしができていない。掘り起こした福祉ニーズに対して、先駆的な取り組みは行われていない。

施設の回答: できている 理由: 小さな動きはあるが、地域性に目を向けて先駆的な取り組みとなる様、努めている。(今後の農地活用に期待)

3 自らの施設・事業所で相談支援事業を行う場合には、公正中立な立場で、他の相談支援事業所と連携し、地域の福祉サービスが抱える課題等を把握し、施設・事業所でサービス展開や事業展開に結びつけるよう努めている。

できている 43 名
 できていない 0 名
 わからない 3 名



根拠・理由等

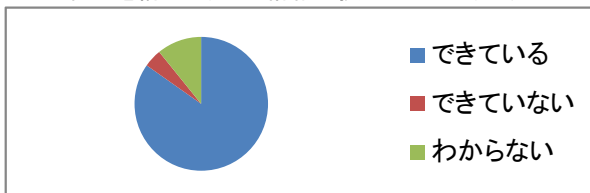
出来ているが、相談支援員に任せきりになっている。相談支援員が努めている。「相談支援事業所とせ」として中立な立場を保ち事業展開に努めている。公正中立な立場で努めている。公正中立の立場、公共性を常に意識し実践活動している。相談支援事業所において適切に行われている。

施設の回答: できている 理由: 公正中立な立場、公共性を常に意識し、実践・活動を行っている。

(4) 他の障害福祉サービス事業者との情報交換、連携

1 地域における社会資源の把握ができ、相互協力体制を構築し、常に情報交換ができるように努めている。

できている 39 名
 できていない 2 名
 わからない 5 名



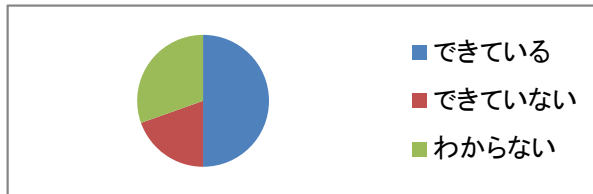
根拠・理由等

体制構築は出来ており情報交換ができている。定期的に聾学校や中学・高校と交流を行っている。エコリレーション等で実施している。他事業所との情報交換については関係良好。

施設の回答: できている 理由: 体制構築は出来ている。

2 地域において施設・事業所が、それぞれの専門性を活かした連携・協働による支援システムがつけられ活用している。

できている 23 名
 できていない 9 名
 わからない 14 名



根拠・理由等

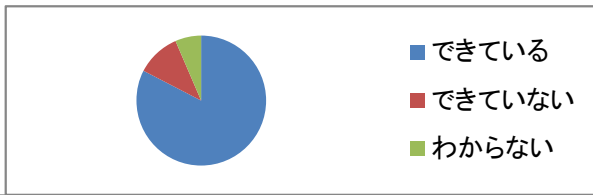
繋がっている。利用者の高齢化、低年齢化を視野に入れるため、高齢者施設・障害児施設と情報共有、連携を図りたい。身体障害者に特化した施設として、地域の他事業所からは認識を受けている。
 支援システムの有無、またそれらの活用がなされているか不明。地域の施設・事業所が各々の専門性を活かし、互いに連携・協働していると感じるが支援システムができていないとは感じられない。
 活用されているかは分からない。

施設の回答： できていない 理由： 連携、協働までには至っていない。

(5) 行政、社協、民生委員、児童委員、教育機関等との連携

1 地域生活を送る上で必要となる公的な福祉サービスのみでなく、行政、社会福祉協議会、民生委員・児童委員、近隣住民、医療機関や当事者団体等と連携しながら実践している。

できている 38 名
 できていない 5 名
 わからない 3 名



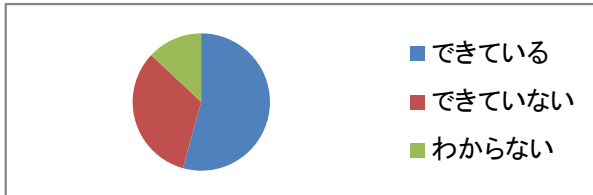
根拠・理由等

十分ではないが出来ていると思う。密に繋がっている。各機関、団体等と連携し合っている。行政及び近在の社会福祉協議会、医療機関、教育機関等と連携し支援や取組みを実践している。
 出来ていない訳ではないが、さらに拡大が必要。事例がない。
 行っているか分からない。

施設の回答： できている 理由： 十分とは言えない。

2 サービス提供等を通じて地域で生活する障害者の状況を十分に把握し、障害者の地域生活を支えるため、連携の中核的な役割を果たしている。

できている 25 名
 できていない 15 名
 わからない 6 名



根拠・理由等

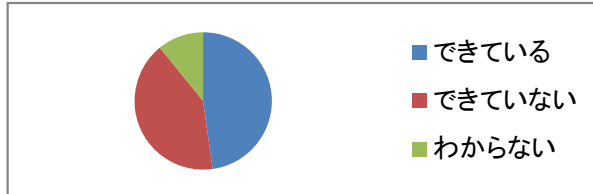
見学者が来ている。出来ていると思う。
 中核的な役割とは言えない。他事業所や関係機関との連絡を行っているが、中核的ではない。十分に把握しているか分からない。出来ていない訳ではないが、更なる拡大が必要。地域の福祉ニーズに応える支援や新たに事業を開拓するような取組みはできていない。

施設の回答： できていない 理由： 連携、又中核的とは言えない。

(6) 地域の福祉ニーズの把握と事業の見直し、公益的な取り組みを含めた新規事業の開拓

1 地域の福祉ニーズを把握し、不十分な場合に支援や事業を自ら実施する事や自治体、他事業者等と連携して新規に開拓するような取り組みができています。

できている 22 名
 できていない 19 名
 わからない 5 名



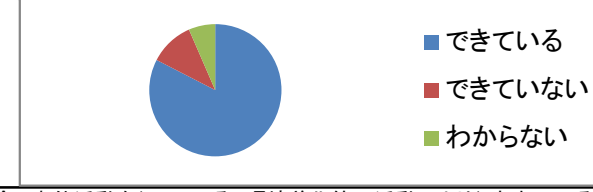
根拠・理由等

園長を筆頭に実施している。
 実施していない。新規開拓の取り組みがない。園長を筆頭に取り組んでいるが出来ているかは分からない。やっていない訳ではないが、更なる拡大が必要。地域の福祉ニーズに応える支援や新たに事業を開拓するような取組みはできていない。

施設の回答： できていない 理由： 十分ではない。(エコリレーション+就労+人材育成等)

2 障害者支援を中心としながら高齢者等、支援を必要とする人々に対する社会福祉事業の実施や社会福祉事業以外の公的な取り組み、地域貢献活動を行っている

できている 38 名
 できていない 5 名
 わからない 3 名



根拠・理由等

職員主体で毎年Tシャツ製販売の売り上げ一部を募金し奉仕活動を行っている。環境美化等の活動により行われている。ブルタブ回収を行っている。車椅子の寄贈等行っている。エコ自治体等と連携した防災訓練やエコ活動、特別支援学校との交流などを行っている。地域貢献している。エコ活動等行われている。
 地域貢献活動を行っているか定かではない。やっていない訳ではないが、更なる拡大が必要。地域貢献活動は行われているが、高齢者等への支援について薄い。今後、取り組んでいく予定。

施設の回答： できている 理由： 防災、福祉人材育成、キャリア教育への人材派遣、エコ活動等微力ながら行っている。

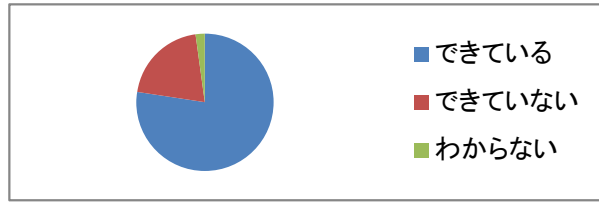
全体集計

回答者数 46 名

1. 日常的な生活支援

項目数:12、細分項目数:71

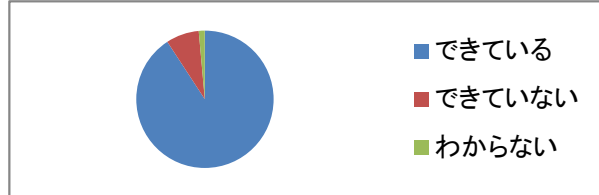
できている	2495	名
できていない	656	名
わからない	71	名
平均達成率	77	%



2. 良質かつ安心・安全な支援のための仕組みづくり等

項目数:10、細分項目数:61

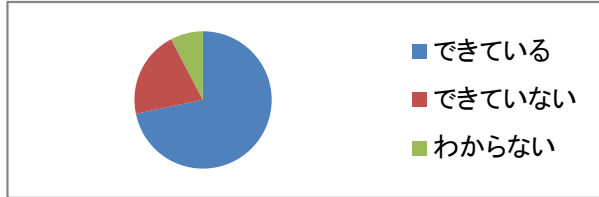
できている	2546	名
できていない	219	名
わからない	41	名
平均達成率	91	%



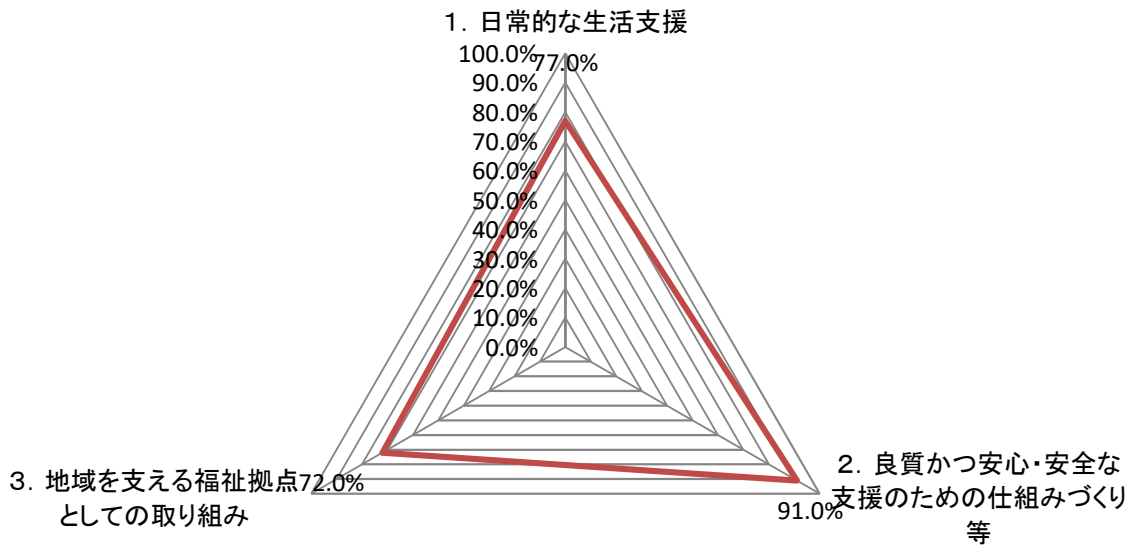
3. 地域を支える福祉拠点としての取り組み

項目数:10、細分項目数:15

できている	495	名
できていない	142	名
わからない	53	名
平均達成率	72	%



各職員回答による平均達成率(%)



施設の回答集計

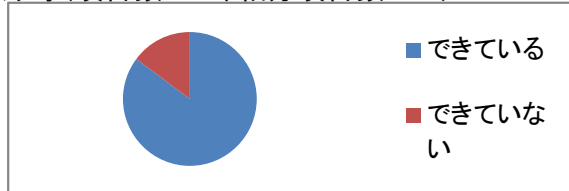
1. 日常的生活支援(項目数:12、細分項目数:71)

できている 46 回答
 できていない 25 回答
 達成率 65 %



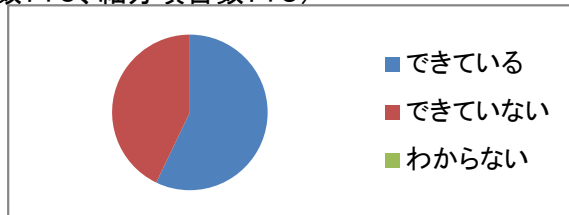
2. 良質かつ安心・安全な支援のための仕組みづくり等(項目数:10、細分項目数:61)

できている 52 回答
 できていない 9 回答
 達成率 85 %



3. 地域を支える福祉拠点としての取り組み(項目数:10、細分項目数:15)

できている 8 回答
 できていない 6 回答
 達成率 57 %



施設の回答による達成率(%)

