

# 自己評価票

平成29年度

事業者名 ケア・ハピネス

(種別：障害者福祉サービス 生活介護 )

※自己評価は太枠内のみを記入してください。

※評価の着眼点にない取り組み・工夫などは自己評価の欄に記入してください。

評価基準	自己評価
I 福祉サービスの基本方針と組織	
I-1 理念・基本方針	
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。	
I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	<p>a 明文化し、掲示、内部文書、パンフレット、施設要覧、重要事項説明書等に記載しています。また、理念を軸に物事を考える風土づくりを意識しております。</p> <p>b 理念の前にあるストーリー（理念が出来るまでの経緯）を大切にしており、それによってなぜこの法人はこの理念なのかを理解したり、職員が同じ方向を向いて仕事出来るように工夫しております。</p> <p>c</p>
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	<p>a 理念にもとづき、または達成するための7つの項目があります。こちらも理念同様明文化しております。この7つの項目は社会福祉法人の職員として公私ともに実行するものと説明しています。</p> <p>b</p> <p>c</p>
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。	
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	<p>a 職員全員、就職時にはまず初めに理事長から理念についての説明があります。また、広報誌や会議など節目節目に理念に触れ周知しています。</p> <p>b その他、施設内の掲示や施設要覧、職員ガイドブックなどに記載し周知しています。</p> <p>c 毎朝の職員朝礼ではスローガンの唱和を行っている。</p>
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	<p>a 契約時の説明に家族、ご利用者様へ理念や方針に触れ周知しています。普段の連絡等で理念にある「安心」「安全」「やすらぎ」に関して触れるようにはしておりますが、まだ浸透とまでは行かない状況である為、今後も続けて発信していくことが必要だと考えています。</p> <p>b</p> <p>c</p>
I-2 事業計画の策定	
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	<p>a 節目ごとに「VISION」を策定しています。</p> <p>b こちらも、新入社員は初日に理事長から説明をし、年度末研修や次年度計画発表職員会議などで説明周知をしています。この「VISION」をもとに見直しを行う為に年度運営方針を策定し課題や伸ばすべきものを明文化しています。</p> <p>c</p>
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	<p>a 「VISION」に計画されている、重要事項については専門の委員会や部署を立ち上げ、そこが主となり事業計画を策定します。管理者もメンバーに入りますが皆が主体性を持つために、職員が実行委員となり進めます。</p> <p>b</p> <p>c</p>
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。	
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	<p>a 法人、施設、そして施設内の事業分野、委員会、支援グループ単位などでそれぞれが事業計画を策定し、管理者へのプレゼン等を行い意見を反映し創り上げております。事業報告では管理者が評価を行いコメントを記載します。また次年度の計画に反映できるように実際は12月には中間報告を行うことで3月には次年度の計画が出来上がるようにしています。</p> <p>b</p> <p>c</p>

評価基準	自己評価	
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	<input checked="" type="radio"/> a b c	事業計画は、毎年作成する施設要覧に記載し年度末全体研修会の場で周知を行います。
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者に周知されている。	a <input checked="" type="radio"/> b c	直接ご利用者様に係わるものについて周知を図っています。グループ活動や利用者自治会等です。しかし、全体に理解を得るまでには至っていない状況です。
I-3 管理者の責任とリーダーシップ		
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
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。	a <input checked="" type="radio"/> b c	管理者は法人理事長と施設長で、毎月の職員会議にて役割ごとに指示命令等の講話を行っています。広報誌などを通じ、役割ごとに記事を掲載することで理解を得るようにしています。
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a <input checked="" type="radio"/> b c	法令や制度の説明会や研修会（熊本市や施設協会等主催）に理事長、施設長が参加し職員へフィードバックしています。また、コンプライアンス重視の運営を呼びかけ全体会議などで具体的な対応を説明するようにし、事故報告書等の提出は徹底するようにしています。内容が多岐にわたるため、その都度対応していますが細かい部分までの周知が徹底できていない部分も現状あります。
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	<input checked="" type="radio"/> a b c	事業報告や施設満足度アンケートなどで課題を明らかにし優先順位をつけて取り組む内容を打ち出しています。また、毎年研修会を管理者が企画したり、先駆的な取り組み等を実行できる組織づくりをおこなうことで質の向上を目指しております。
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。	a <input checked="" type="radio"/> b c	職員からの意見・アンケートを基に効率化や職場環境の改善にむけ具体的な策を講じて取り組んでいます。アンケートは毎年行っている為、その都度会議や大きなものに関しては年度が替わることを機に改善に向けて取り組みを実施しています。しかし、改善後詳細な分析まで至っていないケースが多く今後の課題となっています。
II 組織の運営管理		
II-1 経営状況の把握		
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が的確に把握されている。	<input checked="" type="radio"/> a b c	制度や法令などはいち早く情報を確認し資料整理をし理解するようにしております。各情報を収集し独自の分析を行い、次の事業計画などでの判断材料にしている。
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。	<input checked="" type="radio"/> a b c	日々の経営状況はリアルタイムで毎日チェックを行い、管理者の会議では理事長が資料を作成し報告しています。利用率の推移等は、毎月事務課長から提出を受け確認するようにしています。決算は理事長が作成し理事会への報告等を行うことでより深く理解するように心がけています。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a b	今年度開所したばかりということもあり、まだ実施しておりません。今後、第三者評価を定期的に受けるようにし、運営に役立てていこうと思っております。

評価基準	自己評価
	c

評価基準	自己評価	
Ⅱ-2 人材の確保・養成		
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a b c	<p>人員配置計画は年度ごとに確認し組織計画を理事長が立案しています。また、資格取得補助や手当制度を設け毎年見直すことにしています。しかし、具体的なプランは明文化できていない現状です。方向性や意思統一は管理者の中では出来ていると思います。</p>
Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a b c	<p>人事考課は、実施していません。ヒアリングやシートを使い個人の目標設定などの把握、フィードバックは行っていますが現在のところは給与への反映等は控えている状況です。</p>
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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が構築されている。	a b c	<p>目標管理シートを活用して個別面接を行っております。希望する配属や研修、将来のこと、相談等の面接を行い聞き取りを行っております。また制度だけでは十分でない産休育児休暇等の独自のシステムを構築し女性が仕事を続けやすい環境を整えています。産業医師はメンタル面も考慮し精神科医と契約しプライバシーを尊重した対応をしています。</p>
Ⅱ-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a b c	<p>地域密着型の熊本市ふれあう共済に加入しています。職員互助会は法人からのサポートで運営がスムーズに行えるようにしています。悩み相談については、男女別に相談窓口を職員が担当し、必要があれば産業医や関係機関につなぐ役割を担っています。特に、ハラスメント係と連携を取りながら職場環境維持に貢献してもらっています。職員用の保険加入、特に仕事に関係なく怪我、病気でも入院時の個室差額ベッド料などを保険で支払いできるようにしています。</p>
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a b c	<p>研修希望は意向調査で確認し資格取得や勉強したいことが把握できるので研修調整を行う際に参考としています。管理者として人事の方向性を話し合い、特にサビ管取得などは施設の将来性を加味して計画しています。職員ガイドブックや、見直そうあなたの支援、等をもちいた理想の職員像を具体的に示し、全体研修ではモチベーションアップやコミュニケーション研修に力を入れることで目指す方向性の統一を図っています。また、資格手当は毎年変更があり重要度の変化をその都度示しています。資格取得のサポート体制も補助金や有給取得の優先などでフォローしています。</p>
Ⅱ-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	a b c	<p>目標管理シートを参考に、管理者間で個々の課題や長所を確認するようにしています。人事配置などに大きく影響する要素となっています。スキルアップでは、事例の発表などの機会を多くとるようにしています。</p>
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。	a b c	<p>研修報告は必ず提出していただいています。また、職員会議で報告、職員回覧やホームページに掲載し周知しています。計画的に実施までできていないため、次年度から新人育成計画等職員の育成について計画的に実施ができるよう準備していこうと考えています。</p>
Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	a b c	<p>開所して3年未満であることもあり、まだ実習生の受け入れはできていません。今後、受け入れの機会がある際は積極的に取り組んでいきたいと考えています。</p>

評価基準	自己評価	
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が行われている。		
Ⅱ-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a b c	法人要覧の中に事故対応、感染対応、誤薬対応、無断外出対応など分野ごとにマニュアルを整備し担当者が周知徹底を図っています。また、分野に応じたロールプレイ研修を行い有事の際に落ち着いて行動できるようにしています。しかし、一方で緊急時に受け入れてもらえる近隣医療機関が不足しており、救急で診てもらえる医療機関との提携が課題となっています。
Ⅱ-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	a b c	福祉施設の使命として、災害に強いことを意識し建物は鉄筋コンクリートで設計段階から管理者が指示を出し建設しています。また、食糧、飲料水についても備蓄し有事の際の備えを行っています。避難訓練は年に2回実施し、そのうちの一回は消防署の立ち合いの基、指導を受けるようにしています。
Ⅱ-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	a b c	ヒヤリハットは業務日誌に項目を設け日常的に気づきを記録できるシステムを採用し、危機管理委員がまとめ検討し必要によっては管理者と協議し改善するように心がけ、毎月の事業所会議の中で報告し周知しています。また、ハード面では安全点検を各持ち場で定期的に行い、修繕箇所などの早期発見ができるよう努めています。また、プライベートスペース以外の場所にはカメラを設置し、目の届かなかった怪我やトラブルに関して巻き戻し映像で分析を行うよう取り組んでいます。
Ⅱ-4 地域との交流と連携		
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	a b c	地域貢献委員が中心となり広報、ボランティア等の活動を行っています。今年度は近隣の保育園に呼びかけ、合同行事を実施したり、地域へは施設が主催したパン教室参加を呼びかけ地域と交流する機会を設けています。また、施設内にあるカフェは無料で飲料を提供しており、集いの場所として活用してもらえるようにしています。施設側からは地元自治会の主催した文化祭に参加したりしながら交流を図れるように努めています。
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a b c	自然災害時に地元の方が施設を避難場所として使用できるよう食糧、飲料、毛布を準備し、地域と防災協定を結ぶため現在自治会と協議しながら準備を進めています。協定を結び、施設側も自治会に参加することで地域の方が気軽に施設を利用できる関係づくり構築を目指しています。
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。	a b c	方針、マニュアル等を整備しています。また、登録一覧も整備しています。毎年4月～5月にかけて熊本市あいぽーとや各大学などへ委員や管理者が出向き広報活動を行っています。ボランティア担当者は研修を受けるように配慮しています。今年度のめいとくフェスタは高校生から社会人まで80名以上のボランティアに参加していただきました。
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a b c	明徳会では施設外に相談支援事業所があるため、そちらに依存している傾向にあります。施設内に関係機関リストは最低限の病院などです。
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a b	管理者は各協会や団体等を通じネットワークに参加しています。母体の施設長が自立支援協議会に参加していることから、関連家族会や行政、各団体との関係性を密に出来る環境にあります。理事長は経営者団体や地域の子育てネットワークに定期的に参加しています。それでも、関係機関と連携は十分ではないため今後も幅広

評価基準	自 己 評 価
	c  く連携が取れていけるよう努めていく必要があります。

評価基準	自己評価	
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ている。	a <input checked="" type="radio"/> b c	今回施設を開所したことの目的の一つとして、重症心身、行動障害の方々の行き場が不足していることがきっかけで立ち上げを行っています。短期入所のご希望や送迎、グループホーム等のニーズがあがっていることから、現在法人としてできる範囲のところでニーズにこたえられるよう努めている。
Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a <input checked="" type="radio"/> b c	現在、重心の在校生の方々に夏休み期間中預かってもらえるところが足りていないとのことから、独自で夏休み期間中のみお預かりする取り組みを行っている。
Ⅲ 適切な福祉サービスの実施		
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a <input checked="" type="radio"/> b c	権利擁護は本施設が最も重要視している事の一つであり、経営思想にも3. 人権擁護の確立と個人の尊重と謳っております。あらゆる支援やサービスは全て権利擁護と繋がっているという考えで実践しております。全体研修、グループ会議でも権利擁護についての時間を定期的に継続して設けるようにしております。また、権利擁護アンケートの実施と評価、毎日の朝礼での唱和などを実践しています。業界誌サポートへ理事長が虐待防止と組織づくりについて記事協力をしています。
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a <input checked="" type="radio"/> b c	権利擁護とともにチェックをしています。また、マニュアルや広報同意書などを整備し徹底を図っています。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に務めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	a <input checked="" type="radio"/> b c	CSアンケートを年に2回実施し公表しております。評価・改善の項目、優先取り組み事項の検討を管理者が実行するようにしています。
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
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。	a <input checked="" type="radio"/> b c	相談受付担当者の施設内掲示や支援計画作成前に担当者が集まりご利用者様と話し合いを持つ機会を設けています。まだ意見を述べやすい環境とまでは不十分なところがあるため今後整えていく必要があると考えています。
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a <input checked="" type="radio"/> b c	制度的な体制やマニュアル等は整えています。今年度に関しては地域からの苦情が数件寄せられ、その都度スピーディーな対応を心掛けるようにしております。苦情受付担当者や仕組みについては契約時にご説明するようにしております。
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。	a <input checked="" type="radio"/> b	日常にご意見としていただいた場合はできる限り迅速に対応するよう心がけていますが、手順書や対応マニュアルに関する整備はまだできていません。

評価基準	自己評価	
	c	



評価基準	自 己 評 価	
Ⅲ－２ サービスの質の確保		
Ⅲ－２－（１） 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
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。	a ⓑ c	毎年事業報告作成時に自己点検評価を行うようにしています。その他、毎年CSアンケートを実施しておりそれを基に見直しを行っています。
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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a ⓑ c	自己点検評価とCSアンケートの分析等を管理者が行い、トップダウンの体制が多くみられます。分析結果は会議の報告や結果表を周知しています。
Ⅲ－２－（２） 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ－２－（２）－① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化され、サービスが提供されている。	a ⓑ c	職員ガイドブックの中で基本的なところは文書化されていますが、分野ごとの細かな支援に関するところまではまだ文書化はできていません。
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が確立している。	a b ⓐ	毎年事業計画や施設要覧の見直しを行い策定しているが十分とは言えず、方法が組織的に行われていない。
Ⅲ－２－（３） サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ－２－（３）－① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	ⓐ b c	記録は福祉ソフトを利用し綿密に実施している。キーワード設定を行い効率よくおこない、毎月ケース記録のまとめをして分析評価をしている。
Ⅲ－２－（３）－② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a ⓑ c	各日誌や個人ごとでの記録ファイル、看護記録など保管方法は確立してあります。しかし、個人情報の記録として各部屋に施錠はできるようになっていますが、書庫までの施錠徹底までまだ不十分な状況です。
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。	ⓐ b c	ソフトや施設全域に無線LAN、NAS、WiFi、PHS電波を整備し情報の共有化体制を構築しています。また、緊急時のメール送信の体制整備も行っています。

評価基準	自己評価	
Ⅲ-3 サービスの開始・継続		
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
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。	a	ホームページでは基本的な活動内容や方針、ブログでは日々の細かな情報を提供しています。また、広報誌でもサービス内容を掲載しています。今年度は見学者も多く、体験の希望があがった際は受け入れを行っています。
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。	a	利用開始前に細かに同意を得る説明をしております。同意の内容が多いためご家族にはご負担となりますが、冊子化したり工夫することで配慮を行っています。
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
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。	a	ご本人、ご家族から要望があがった場合はその都度対応をするようにしています。必要に応じて事業所から一緒に見学に行ったり、当事者確認後次の移行先と情報交換等を行いながらできるかぎりスムーズに移行できるよう心掛けています。
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が行われている。		
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。	a	アセスメントの様式を作成しその手順で聞き取りを行っています。その中にご本人、ご家族のニーズを聞き取る項目を設けて実施しております。相談支援事業所とも連携しながらニーズの把握を行っています。
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a	最低年に2回、6か月に1回の間隔でニーズに沿った支援計画を作成しています。作成に当たってはご利用者様、ご家族、サービス管理責任者、担当、必要に応じて看護師、管理栄養士も含めて複数での個別支援計画検討会を実施して作成するようにしています。
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。	a	半年に一回支援計画作成の一か月前にモニタリングを行い、個別支援計画検討会の時に見直しを行いながら次の支援計画を作成するようにしています。

評価基準	自己評価	
A 1 利用者の尊重		
A 1 - (1) 利用者の尊重		
A - 1 - (1) - ① 職員の接し方について、利用者をひとりの個人として尊重する取り組みを行っている。	<input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c	<p>権利擁護も含めて、丁寧な言葉使い、言動に気を付けていくように権利擁護の中でマニュアルを設け、毎朝朝礼時に職員で権利擁護のスローガンの唱和を行い意志徹底を図るようにしています。</p>
A - 1 - (1) - ② コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	<input type="radio"/> a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c	<p>支援計画の中で必要な方に絵カード、文字、写真等を使っての提示の工夫を行っていますが、ご利用される方の中に重症心身障害の方もおられ、すべてのご利用者様へ行えているまでは至っていないため、それぞれに応じたコミュニケーション手段の獲得までの工夫を今後も行っていく必要があると考えています。</p>
A - 1 - (1) - ③ 利用者の主体的な活動を尊重している。	<input type="radio"/> a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c	<p>それぞれグループを障害特性に応じて活動を提供しており、選択制の方が良い方、固定の活動を提供した方が良い方など特性に応じて活動を提供するようにしています。しかし、個別のニーズに関して十分にお応えできない部分もあるので今後も工夫していくことが必要だと感じています。</p>
A - 1 - (1) - ④ 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が整備されている。	<input type="radio"/> a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c	<p>グループごとでケース会議や支援申し送り等を活用し、必要な部分の支援の統一、ご本人にさせていただく部分の意識統一を支援者間で図るようにしています。</p>
A - 1 - (1) - ⑤ 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。	<input type="radio"/> a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c	<p>エンパワメントに基づくプログラムだけというものは取り組み的に行っていませんが、それぞれの個別支援計画のなかに意識して盛り込むように心掛けています。</p>
A 2 日常生活支援		
A 2 - (1) 食事		
A - 2 - (1) - ① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	<input type="radio"/> a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c	<p>重症心身障害の方の中には食事形態でかなり注意しなければならない方もおられる為、一人ひとりの身体状態に応じて栄養量・食事形態・介助方法等をアセスメントの段階で細かく聞取りを行っています。また、特に注意が必要な方に関しては、ご家族の方にも来ていただき実際に行ってもらいながら状況によっては映像に残して周知徹底が図れるようにしています。</p>
A - 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されている。	<input type="radio"/> a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c	<p>年に2回の嗜好調査、残菜調査や検食簿からの意見を参考に献立に反映させています。まだ選択食までの取り組みは実施できていませんが、おいしく楽しく食べていただけるよう、毎月の誕生会と行事食を取り入れご利用者様が好まれるメニューを提供できるよう配慮しています。</p>
A - 2 - (1) - ③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	<input type="radio"/> a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c	<p>喫食環境に関しては、行動に関してグループごとでかなり違うため、各活動場所で別れて取っていただく事でゆっくりとした中で摂っていただくようにしています。食事時間に関しては昼食12時からとなっております。重心の方など時間がかかる方に関しては配慮した形で提供するようにしています。</p>

評価基準	自己評価	
A 2 - (2) 入浴		
A - 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。	a <input checked="" type="radio"/> b c	全員の方の入浴介助の方法についてのマニュアルはありませんが、注意すべき点がある方に関しては個別支援計画の中に盛り込み実施するようにしています。
A - 2 - (2) - ② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	<input checked="" type="radio"/> a b c	グループによって入浴形態が異なりますが、入浴の希望がある方に関しては平均して週に2回入浴を行う形態をとっています。
A - 2 - (2) - ③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	<input checked="" type="radio"/> a - c	脱衣所に関しても季節に応じてエアコンで室温管理を行っています。必要に応じて脱衣所からドアを開けた際外から見えないように間仕切りを設置したり、プライバシーの保護に配慮するようにしています。
A 2 - (3) 排泄		
A - 2 - (3) - ① 排泄介助は快適に行われている。	<input checked="" type="radio"/> a - c	介助に関しては緊急時等例外の時を除いて同性介助を基本としてドアの開閉などプライバシーの保護に配慮して行うよう心掛けています。
A - 2 - (3) - ② トイレは清潔で快適である。	<input checked="" type="radio"/> a - c	身障用トイレに関しては冷暖房を完備しております。サービス提供時間の最後には必ず清掃、消毒を行い清潔に保てるよう配慮しています。
A 2 - (4) 衣類		
A - 2 - (4) - ① 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	<input checked="" type="radio"/> a b c	衣類への拘りの強い方に関して衣類の汚れなどに気付いた場合、ご本人に伝え着替えの提案をさせてもらっています。また、着替えの介助にあたってはできないところは支援するよう心掛けています。
A 2 - (5) 健康管理		
A - 2 - (5) - ① 日常の健康管理は適切である。	<input checked="" type="radio"/> a - c	特に健康面で留意が必要な方に関して、毎日通所時に検温を実施しております。また、排便困難者の方に関してはご家庭と連携をとり、便秘が続いているときには看護師が対応を行っております。
A - 2 - (5) - ② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a <input checked="" type="radio"/> b c	協力医療機関と嘱託医に協力していただき、健康面で変調があった場合は相談できる仕組みを取っております。
A - 2 - (5) - ③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	<input checked="" type="radio"/> a - c	薬の管理、情報に関しては看護師が行っており、マニュアルにそって使用確認までを行っております。
A - 2 - (6) 余暇・レクリエーション		

評価基準	自 己 評 価	
A-2-(6)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	a <input checked="" type="radio"/> b c	平日通所の利用形態である為、あまり余暇時間でのサービスの提供時間は少ないですが、グループごとで楽しみとなるような外出を計画したり、カラオケや季節行事を取り入れるようにしております。
A 2 - ( 7 ) 社会適応訓練等		
A-2-(7)-① 社会適応訓練等に関しては、利用者の状態に応じた支援を行っている。	a <input checked="" type="radio"/> b c	社会適応訓練等に関しては全員に対して単独で作成しているものではなく、個別支援計画に必要な方は盛り込んで実施を行っています。
A 3 施設・設備		
A 3 - ( 1 ) 施設・設備		
A-3-(1)-① 施設・設備に関して、利用者や来所者が利用しやすいよう配慮されている。	a <input checked="" type="radio"/> b c	敷地内はバリアフリーになっており、廊下等には手すりも設置してあります。トイレも身障者トイレと来客者用のトイレを設置しております。