

領域	大項目	中項目	総合評価	小項目	第三者評価記入欄	自己評価		
福祉サービスの運営と組織	(1)人権の尊重	①サービスの理念や基本方針が明示され、それらが事業計画等に具体化されていますか。	A	1. 理念や基本方針は、明文化されている。	運営規程や法人ネットワークシステムに「独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園運営規程」が示されている。法人ネットワークシステムでは項目に沿って知りたい情報を職員が閲覧できるよう文書管理されている。事業目的、パンフレット、利用契約書や重要事項説明書にも明文化されている。個別支援計画をご本人・家族へ説明の際にも改めて理念、基本方針について説明を実施している。ご家族の面会時や保護者会開催時にも基本方針等を伝えている。	a		
				2. 理念や基本方針は、法人役員と全ての職員に配布されている。	「利用者支援要綱」「支援・介護マニュアル集」より良い支援のために、年報や機関紙「きずな」(月1回発行)等、全職員に配布される文書類に理念や基本方針が記載され、周知が図られている。	a		
				3. 理念や基本方針は、利用者主体の考え方に基いている。	「ノーマライゼーションの理念のもと利用者の尊厳を重んじ、利用者が地域においてその特性に応じた自己実現を図ることができるように支援する」「利用者一人ひとりのライフステージにおいて、個人の意思や希望を最大限に尊重した支援をする」「個別支援を基本とし、地域社会の一員として、その人らしい自立した生活を送ることができるよう支援する」と明文化され、利用者主体の考え方に基いていることが明確となっている。	a		
				4. 理念や基本方針は、事業計画や職員の倫理綱領等に反映され、かつ具体化されている。	理念・基本方針は、厚生労働省管理の下、中期目標を5年単位で立て、それを基に年度事業計画が策定され、明文化されている。	a		
				5. 理念や基本方針は、必要に応じて見直されている。	法制度等の変更があった際には、理念や基本方針は必要に応じて見直すこととなっている。	a		
				6. 事業計画の実施状況に関する評価を行っている。	厚生労働省による評価を毎年度受けている。また、法人内においても、重要事項年間計画を作成モニタリングを行い評価を行っている。	a		
		②利用者の希望や意見が施設運営に反映されていますか。	A	1. 利用者あるいは家族及び後見人(代理人)には、サービスの内容や利用方法について、定期的に意見を表す機会がある。	保護者会総会や運営懇談会(保護者・地域住民区長・行政職員・医師・弁護士・大学教授等有識者)を開催し、施設運営内容や課題等を伝え、意見等も伺っている。	a		
				2. 職員には、日常生活の中で示される利用者の希望や意見を率直に受け止め、これを記録して、必ず幹部職員に伝えることが文書で規定されている。	国が示す意思決定支援ガイドラインに基づき、意思決定マニュアルを令和3年度作成で取り組んでいる他、「障害者支援記録管理マニュアル」があり、利用者の言葉や要望等を個別のケース記録や業務日誌に記録している。記録は業務管理システムでデータ管理している。	a		
				3. 利用者の意思疎通の状況に応じて、家族等の意向を把握する機会が設けられている。	1～3ヶ月毎のモニタリングを実施し、その内容等を保護者に報告している。通所施設は送迎時等に直接ご家族に報告、入所施設では文書を郵送し、報告をしている。連絡を密に行うことで信頼関係を築いている。	a		
				4. 把握された利用者(及び必要に応じて家族等)の意向は、事業計画や施設運営の中に様々なかたちで反映されている。	意見箱の設置をしている。投書があったものは法人に伺いを提出し、法人で検討して必要に応じて支援内容が変更、実施されることとなっている。	a		
				③全員の接し方は、利用者一人ひとりの尊厳を守っていますか。	A	1. 接し方(年齢や状況に応じた呼称・言葉づかいを含む)については、指針又はマニュアルが整備されている。	「職員行動基準」「利用者支援要綱」「支援・介護マニュアル集」に利用者の権利擁護に関する対応法が明記されている。月一回虐待防止小委員会やテーマを決めて不適切な事例や言葉遣いがないか検討し、「より良い支援のために」の中で、それぞれの場面に合わせた言葉がけの具体例も示されている。	a
						2. 接し方を点検・改善するための検討会議や研修が設けられている。	内部統制委員会の設置(年2回会議)、利用者の立場に立った支援を行うための事項や、人権擁護に係る事項を踏っている。「職員研修の体系化について」に従い、職務階層別人材育成のための研修体系が整備されており、研修において接し方等に関する対応が実施されている。	a
	3. 職員に対しては、使ってはいけない言葉を含む厳守事項が明確に示されている。	「職員行動基準」に示されている。	a					
	4. 入浴や排泄等の介助は、同性介助を原則としている。	「支援・介護マニュアル集」に同性介助が基本」と明記されている。また利用開始時の重要事項説明書にも明示されており、入浴・排泄等の介助を実施している。地域におけるグループホームは男女混合型から異性介助を行う場合は個別支援計画で本人等からの同意を得て支援を行っている。	a					
	④市民として基本的な権利行使への配慮と支援がなされていますか。	A	1. 選挙権行使については、利用者の意思に基づく支援が行われ、もし意思表示に不明確な点がある場合には、その扱い方についてのマニュアルに従って対応している。	「職員行動基準」「利用者支援要綱」に、基本的な権利行使を支援するよう定められており、利用者には選挙内容や候補者について情報提供し、投票の意思のある利用者には投票場への送迎等の支援や、期日前投票の対応を実施している。	a			
			2. 郵便局、銀行、権利擁護機関、ボランティア団体等、地域の社会資源を利用したい場合の支援体制は利用者に明確に示されている。	預り金の管理規程に基づき、金銭のやり取りの報告を実施。「利用者支援要綱」「預り金管理規程」に定められている。ボランティアの活動内容等は絵や写真等を活用し、利用者に伝わりやすい手段・ツールを活用している。銀行の利用は代行も実施している。	a			
			3. 電話その他の通信機器が利用し易いように設置されている。	職員室や食堂などに電話を設置し、必要に応じて使用していただいている。手紙等私信も希望により代筆や代読等の支援も実施している。	a			
			4. 電話その他の通信機器の個人所有ができる。	所有が可能な方には、携帯電話やパソコン等の個人所有をしていただいている。	a			
			5. 手紙や電話などの取り次ぎは速やかに行われている。	利用者個人宛にきたものはすぐに各寮・ホームの事務所に届け、ご本人に渡している。	a			
			6. 信仰する自由・しない自由がある。	重要事項説明書に関する内容の記載があり、必要に応じて対応していく体制となっている。	a			
			7. 交際したり・結婚する自由がある。	「職員行動基準」「利用者支援要綱」に基づき、利用者の意思に基づき自由である。	a			
(2)プライバシーの保護	①プライバシーに配慮した施設運営を行っていますか。	A	1. プライバシーを保護するための留意事項が、それぞれのサービスのマニュアルの中に示されている。	「個人情報保護に関する基本方針」「利用者支援要綱」にプライバシーの保護に関する行動基準が示されており、利用者のプライバシーに配慮し、支援を実施している。入浴や排泄等は羞恥心に配慮し同性介助を原則としている。	a			
			2. 個人情報の取り扱いや守秘義務(安易に他の利用者のことを話してはならないことも含む)についての規定がある。	「個人情報管理規程」「文書管理規程」「個人情報保護に関する基本方針」が定められており、個人情報の管理や活用方法が示されている。	a			

領域	大項目	中項目	総合評価	小項目	第三者評価記入欄	自己評価
			A	3. ボランティア・実習生・見学者等の受け入れに際しては、プライバシーの保護について方針を示し、これは確実に守られている。	「実習生等受入基準」「ボランティア受入れに関する方針」が定められており、実習生等には「実習生の心得」を活用し、プライバシー保護等について説明をしている。実習記録には個人名を出さないよう説明し、個人情報漏洩に関する内容を実習開始前のオリエンテーションや見学の際に説明しており、また誓約書の提出を求めている。	a
				4. 共同利用方式の電話等では、プライバシーを守るための配慮がなされている。	食堂内に電話が設置してある際には、食堂入り口の扉が内側から施錠可能となっており、食堂1室を個室のように活用することができ、プライバシーが守られた形で通話が可能。子機で話せる電話機の場合には、居室内等、他者に聞かれない場所で話することができるよう支援を実施している。	a
				5. 手紙や電話等については、通信の秘密が守られている。	個人の手紙は開封せず本人に渡している。本人からの依頼依頼時には、その対応をしている。電話はいつでも使用が可能であり、申し出があれば代わりに電話を掛けること等の支援も実施している。	a
				6. プライバシーを保護するため、建物・設備その他の環境について、必要な改善は速やかになされている。	カーテンレール等で更衣室を区切ったり、プライバシー保護のため、ガラス窓にシールを貼る等、対応をしている。	a
(3) 人権の擁護	①虐待等(拘束、暴言、暴力、無視、放置等)の人権侵害の防止策、及び万一に備えた対応方法が定められていますか。		A	1. 虐待等については、具体的な例を示した上で禁止するとともに、就業規則・職務規定及びマニュアル等にも明文化している。	「虐待防止のための規則」「就業規則」「支援、介護マニュアル集」より良い支援のために「」に虐待禁止が明記されている。虐待防止対策委員会の設置や虐待防止・対応責任者がおり、毎月虐待等に関する話し合いが実施されている。	a
				2. 虐待については、日頃からミーティングや会議等で取り上げ、行われていないことを確認している。	虐待防止対策委員会で話し合われた内容等が、機関紙「さすな」の専用ページにも掲載され、啓発を実施している。日頃の申し送り時や各寮の会議においても確認がなされている。	a
				3. 利用者と接する場面で虐待等が起きないように、接し方等の研修を行っている。	虐待防止のための研修を年1回実施している。また、接遇に関する研修を定期的にも実施している。	a
				4. 万一、虐待等が行われた場合に備えて、処分規定が設けられている。	懲罰委員会の設置や就業規則で懲戒等が定められている。	a
	②施設利用は、相談や苦情申し立てができる体制になっていますか。		A	1. 苦情の申し立ては、利用者のみならず、家族や利用者が信頼している第三者からもできる体制になっている。	「苦情又は要望に関する規則」があり、苦情受付担当者・苦情解決責任者、第三者委員に申し出が可能などが明示されている。	a
				2. 相談・苦情申し立てについては、担当者が決まっております、そのことが利用者や家族等に文書をもって知らされている。	利用契約時の重要事項説明書に苦情受付担当者・苦情解決責任者・第三者委員や担当行政等が明記されている。法人ネットワークシステムでも意見が出せる他、意見箱の設置もしており、苦情受け付け体制が整備されている。	a
				3. 相談・苦情に基づいて改善を求められた事項については、申立て人に説明することが義務づけられている。	「苦情又は要望に関する規則」があり手続きの手順が示されている。	a
				4. 苦情の申立てについては、職員のほかに、第三者も入れて解決する仕組みを取り入れている。	第三者委員が規程されており、重要事項説明書にも明記されている。	a
				5. 相談・苦情が施設単独で解決困難な場合、外部の権利擁護機関や相談機関に協力を求めている。	施設単独での対応等が困難な場合には、第三者委員や自治体に相談する体制が整えられている。	a
				6. 利用者や家族等に対して、外部の権利擁護機関や市町村の相談窓口の存在と役割を情報提供している。	利用開始時の重要事項説明書に明記し、また苦情受付体制を施設内に掲示し、利用者・家族に情報提供を実施している。	a
(4) 主体性の尊重	①コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされていますか。		A	1. 意思伝達(意思決定)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。	「職員行動基準」「利用者支援要綱」をベースとした意思決定支援計画の作成を実施している。利用者の障害が重度の場合、言葉かけ、寄り添いを行い、表情や体の動きから思いを読み取るよう心掛けている。本人の意思との整合性を図るため、月1回以上の支援会議を実施している。	a
				2. 意思伝達(意思決定)に制限のある人の場合、個別のコミュニケーション手段が検討され、それに基づく支援がなされている(コミュニケーション機器の用意を含む)。	個別事案については日頃のミーティングや引継ぎ等で周知している。児童事業所ではコミュニケーション支援時に専用機器や専用アプリを使用し、支援している。勤務形態により、必要時は会議日程を変更して話し合うことも実施している。	a
				3. 意思伝達(意思決定)に制限のある人の場合、担当職員・ソーシャルワーカー・臨床心理士等が連携して、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。	内容に応じて、医師・理学療法士・作業療法士・臨床心理士と連携している。支援に関わる専門職種での情報交換や、個別支援会議で各係、寮、ホームの職員、相談員、医師等に意見を求めることも行い、支援に繋げている。	a
				4. 利用者のコミュニケーション能力を高めるため、支援計画を策定し、実行している。	「個別支援計画(意思決定支援計画)」の作成や、言語聴覚士による「特別支援計画」の作成は6ヶ月毎の見直しを実施している。	a
				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。	利用者の状況により、保護者や後見人等の訪問時には要望等を伝え対応し、文章にはルビを付けるなど、利用者の状態に合わせて対応している。	a
	②利用者の主体的な活動を尊重していますか。		A	1. 利用者の主体的な活動を支援するための職員が決められている。	ケース担当を置いている(利用者4~5名に対し、職員1名)。児童事業所では1クラス10~15名に担任1名体制とし、意思を表出しやすい環境を作っている。	a
				2. 利用者の主体的な活動については、あくまでも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。	「職員行動基準」「利用者支援要綱」を基に、利用者の表情や体の動き等を注視し、本人の意向を尊重するよう努めている。状況等により、絵カードや写真等も活用している。	a
				3. 利用者が、施設外の障害者や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。	のぞみフェスティバルや盆踊り等、施設行事や地域行事を通して、地域の方々と交流に参加している。	a
				4. 利用者による自治会ないし利用者の会等がある。	重度の障害や高齢の利用者が多いこともあり、現在自治会等々の活動は無いが、日々の利用者からの意見や要望等を聞き取り、支援に繋げている。	b
				5. 自治会等は、施設運営の責任者と定期的及び必要な場合には随時協議する機会をもっている。	現在、自治会等の活動はないが、声が上がればいつでも開催できる状況にある。	b
	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は十分ですか。		A	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。	「職員行動基準」「利用者支援要綱」に基づき、常に見守りを基本とした支援を実施している。支援内容は支援会議や寮会議で諮ることとしている。	a
				2. 自力で行っているときでも、介助が必要だと判断しなければならない場合があるが、その判断については、あらかじめ利用者(及び必要に応じて家族等)と十分な話し合いが行われている。	ご本人・保護者に事前に説明の上、個別支援計画に記載し、了解を得て実施している。	a

領域	大項目	中項目	総合評価	小項目	第三者評価記入欄	自己評価
				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、職員の対応や施設の整備は常に検討されている。	必要時には家具・設備、備品などの配置換え等の環境整備を実施している。	a
2 利用者に応じた個別支援プログラム	(1)施設利用の相談と選択	①利用者や家族等には施設サービスの内容を十分理解した上で、施設利用を選択するように支援していますか。	A	1. 相談面接では、施設の基本方針・利用条件・サービス内容等について、資料や文書に基づいて説明している。	利用開始前に、利用契約書・重要事項説明書・パンフレット等を活用し説明を行っている。	a
				2. 利用契約に関する契約書が交わされている。	利用契約書及び重要事項説明書、個別支援計画書を交わしている。	a
				3. 契約を締結することが困難な利用者に対する配慮がなされている。	利用者の状況により、関係文書にルビを付けることや、コミュニケーションを図りやすい方に同席をしていただく等の対応を実施している。後見人の同席もある。福祉事務所の担当職員が代理で来園されることもある。	a
				4. 施設を案内するだけでなく、体験する機会(注:施設として独自に工夫しているサービス)を設けている。	施設紹介映像を視聴していただいている。児童事業所では1日～数日間の体験の機会を設け、その上で保護者と相談をしている。高齢の利用者の場合には、1日数時間の体験を繰り返し行う等を実施している。	a
				5. 相談面接で明らかとなった、利用者の要望事項等を記録するとともに、記録した事項は、利用者(及び必要に応じて家族等)の確認を得ている。	ケースシートやアセスメントシート等が整備されており、要望等を記録の上、本人や家族に内容の確認をしていただいている。	a
				6. 他の施設等の利用が望ましいと考えられる場合には、利用者(及び必要に応じて家族等)の了解を得て、連絡・依頼・紹介状の作成等を行い、必要な場合には同行して確実に引き継ぐようにしている。	本人や家族からの要望、また利用者の身体機能等に応じ、外部機関・施設等の情報提供や、実際に外部施設の見学の際、同行している。外部施設・機関の場合には、外部施設・機関の方に来園していただくこともある。	a
	(2)個別支援計画及びサービス等利用計画等の策定	①個別支援計画及びサービス等利用計画等の策定にあたっては、利用者の状況を十分に把握していますか。	A	1. 利用者(及び必要に応じて家族等)の要望を所定の様式で記録している。	個別支援計画や、その作成に関する面談記録等を所定の様式で整備・管理している。	a
				2. 利用者自身の身体的・心理的・社会的状況を把握し、その評価(アセスメント)内容を所定の様式で記録している。	法人専用の障害者情報システムが整備されており、そのシステム内にあるアセスメント様式を活用して記録している。	a
				3. 事故や病気を防止するために利用者の行動の特徴や健康上の留意事項を確実に把握している。	法人専用の情報システムに、利用者の行動や健康に関する事項等を記録し、利用者状況の把握をしている。児童施設では保護者との連絡ノートに記述された情報等も、必要に応じて記録管理している。	a
				4. 個別支援計画及びサービス等利用計画の作成、実施において責任者が定められている。	サービス管理責任者が置かれている。	a
				5. 利用者の状況等に関する情報を職員(相談支援専門員、生活支援員等)が共有している。	始業時等、職員が集合している時間・場で、情報の申し送りをしている。議事録を整備し、閲覧した職員は押印する他、必要に応じて、紙媒体に印刷・掲示することで情報共有に繋がるよう実施している。	a
				②個別支援計画及びサービス等利用計画等の策定や見直しのために会議等を開催していますか。	A	1. サービス等利用計画及び個別支援計画策定のために会議等を開催している。
	2. 計画の見直しを検討するための会議が定期的に行われている。	3～6ヶ月毎、また利用者の状況等の変化等があった際など、随時会議を実施している。施設や利用者状況等により、1ヶ月の間で会議を実施することもある。	a			
	3. 緊急に計画の見直しが必要な場合は随時会議・検討会を行っている。	入院や怪我等による急激な機能低下など、必要に応じて見直しのための会議を随時実施している。	a			
	4. 会議の内容は、所定の様式により記録・保存されている。	法人専用の情報システムに記録・保存している。	a			
	5. 会議には、関係職員のほか、利用者(及び必要に応じて保護者等)も参加することができる。	関係職員、利用者・家族の参加が可能となっている。状況等に応じ、保護者等へは電話で意向を聞き取る事も実施している。	a			
	③個別支援計画及びサービス等利用計画等の内容は具体的に、同時に利用者(及び必要に応じて家族等)との合意が得られていますか。	A	1. 所定の様式により、計画は書面で示され、支援の目標・方法・期間等が具体的に記載されている。	法人専用の情報システムの様式を活用し、計画を書面で示している。様式には支援の目標・方法・期間等が具体的に記されている。	a	
			2. 利用者及び必要に応じて保護者等の参加・不参加に拘わらず、計画の決定は利用者及び必要に応じて保護者等の同意のもとに行われている。	書面の個別支援計画を提示し、同意される場合には、その書面に記名及び押印を求めている。	a	
3. 計画は、利用者が生活する地域の福祉サービスや社会資源を活用するような内容になっている。			公共交通機関や介護タクシー、地域のイベントや日常生活自立支援事業などの情報提供を実施し、個別支援計画にも活用可能な資源を記載し、対応を図っている。	a		
(3)個別支援計画(サービス等利用計画)の実施	①提供されているサービスは、計画に基づいて行われていますか。	A	1. 利用者及び必要に応じて保護者等に、計画に基づくサービスの目標や方法を具体的に説明している。	施設により3～6ヶ月毎に個別支援計画書やアセスメント内容を利用者、家族に説明している。来園が困難な家族には、関係文書を郵送し、電話で説明をする等の対応を実施している。	a	
			2. 計画に基づき提供される各種サービスは、マニュアル化されている手順に従って提供されている。	「利用者支援要綱」に記載された内容に従い、対応をしている。	a	
			3. 利用者の情報が相談支援専門員、サービス管理責任者に確実に伝わる仕組みがある。	担当者会議、モニタリングを通じてサービス管理責任者等に支援内容を伝えている。口頭での説明の他、サービス等利用計画を見ることも実施している。	a	
			4. 提供されたサービスは、その内容、実施日時、回数、結果等が確実に記録されている。	利用日数、行動記録、外出や受診状況などの実績を記録している。	a	
	②サービスの適否を確かめ、必要に応じて改善を図っていますか。	A	1. 所定の手順に従ってサービスの適否を日常的にチェックし、利用者の納得が得られているか否かを確かめている。	「利用者支援要綱」に従い、対応をしている。日々利用者との関わりの中で、本人の意思を確認している。	a	
			2. サービスが不適切であったり、利用者の要望に答えていない場合には、速やかに見直しが行われ、改善が図られている。	定期的に個別支援会議を開催し、計画に沿った支援内容を確認し、利用者からの意見要望は速やかに計画に反映させている。日頃の活動内容や場所等は、申し出があった際には迅速に対応を実施している。食事アンケートを毎月実施し、提供メニューに反映するようにもしている。	a	
3. 改善しても十分な結果が得られない場合、新たなサービスの開発を試みるとか、他の施設等を利用することなども検討することになっている。			活動内容が本人の意思に合わない等の場合には、適宜打ち合わせを行っている。通所・入所等、他の施設の利用の要望があった際にも会議を開催し、検討をしている。	a		

領域	大項目	中項目	総合評価	小項目	第三者評価記入欄	自己評価		
	(4)地域生活への移行	①地域生活を身近なものに感じられるよう、いろいろな機会や情報を提供していますか。	A	1. グループホーム等の見学や体験の利用ができるように、情報や資料を用意している。	利用者本人や家族に、グループホームの見学が可能であることを保護者会の時などに伝えている。地域移行係と連携し、外部施設等の資料を取り寄せ、情報提供を実施している。	a		
				2. 地域生活に関しての利用者の相談に応じたり、利用者自身の学習を支援している。	自立訓練サービスにおいては、月1回の面談を実施することや、自己紹介・ビジネスマナー等の練習、その他掃除・洗濯などの生活訓練を実施している。その他のサービスにおいても地域の情報提供を行い、地域生活に必要な機会を提供する体制が整備されている。	a		
			A	1. 地域生活に関する利用者の意向を、折りに触れて確かめるように努めている。	アセスメントやモニタリング、また日頃の関わりの中で確認をしている。	a		
				2. 地域生活への移行計画の策定に際しては、地域の関係機関からも協力を得ている。	施設入所されている利用者へ地域に向けた支援の提供から地域移行にむけた取り組みを個別支援計画に反映させ支援を行っている。有期限での施設入所利用者については、ご本人の住所地の事業所への移行となるよう、関係事業所・機関と調整をしている。	a		
				3. 策定された個別移行計画は、利用者の合意に基づいている。	利用者に関係するスタッフ間で会議を行い、サービス管理責任者と法人内の地域移行担当者が計画を立て、口頭での説明、グループホームの様子等をビデオ撮影し本人へ情報提供し、反応を確認している。保護者にも確認をしていただき本人、保護者の同意を得て、地域移行支援を実施している。	a		
				4. 近隣の住民には、必要に応じて、利用者に対する理解と協力を求める機会を設けている。	地域内の行事に参加することを通して、地域の住民に利用者・施設の理解をしていただくよう対応を実施している。	a		
		A	1. 実際に移行する場合には、そのための支援プログラムが用意されている。	地域生活に向け、地域移行を実現するために、個別支援計画に目標を記載し、見学や体験の機会を提供している。	a			
			2. 地域生活への移行支援では、できる限り利用者が主体的に生活設計するよう配慮している。	利用者本人のできることをアセスメントし、達成感を得たり、成功体験が可能な支援を実施している。	a			
			3. 一定の期間は、試験的に地域生活を経験することのできるプログラムがある。	法人内のグループホームの宿泊体験を実施している。期間は数時間、日帰り、一泊二日～数週間と用意し、本人の状況等に応じて実施している。	a			
			4. 近隣の住民には、必要に応じて、利用者に対する理解と協力を求める機会を設けている。	地域内の行事に参加することを通して、地域の住民に利用者・施設の理解をしていただくよう対応を実施している。	a			
			(5)退所後の支援	①退所後に必要な支援をしていますか。	A	1. 利用者の了解を得て、退所後も定期的に連絡し合う体制を設けている。	地域移行係が中心となり、フォローアップを実施している。移行後1年目の方へは、生活支援員が訪問し、日頃の様子を伺い、また事業所施設職員からも様子を伺っている。	a
						2. 退所後の、緊急事態等の場合に備え、相談窓口(担当者)を置いている。	地域移行係が担当となっている。緊急事態等、何かあれば移行先との連絡は、担当者間で連携することになっている。	a
	3. 退所者を支える組織(例えば、退所者の会や家族会等)を育成し、施設もこれに協力している。	地域移行係が退所利用者等からの相談には対応し、移行先事業所へニュースレターの発送することを通して、様々な情報提供を実施している。	a					
	(6)エンパワメントの視点	①利用者のエンパワメントの理念に基づき支援をしていますか。	A	1. 社会生活力を高めるために、障害の理解や調理・洗濯・買い物・交通機関利用等についての学習・訓練プログラムが用意されている。	対象者によって調理・洗濯・買い物・交通機関利用等を日常のプログラムに反映させ、実施している。プログラムは曜日や時間を考慮し、必要時には変更して実施している。障害の理解は、本人の受容の可否、苦手なこと、心身の変化などについて、本人の発言や表情等から捉え、対応をしている。自ら意思を決定することが困難な方や高齢障害者へは、本人の特性を配慮して機能低下を防ぐために、現在行っている活動を継続して行える目標を立て、支援を行っている。	a		
				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が設けられている。	外部の社会資源の資料等を取り寄せ、館内に掲示し、説明を実施している。	a		
				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。	日常のプログラムの中で実施しており、自己紹介や自己PR、「断る」ことなどの練習をし、本人が出来ることを高めたり増やしていく支援を実施している。	a		
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。				苦情解決や人権、虐待防止に関する資料等を掲示している。	a			
(7)家族との連携	①家族には日常的に情報が提供され、必要な場合はいつでも連絡できますか。	A	1. 面接・訪問・連絡ノート・施設だより等を介して、家族には組織的に情報が伝えられ、また家族からの情報も得られるようになっている。	各サービスを利用されている本人、保護者等へサービス内容の変更や利用者の状態に変化があった際はその都度、連絡を行っている。保護者等の面会時や電話連絡があった際も生活情報等を伝えたり、家族の要望を伺っている。通所利用者については毎日の連絡ノートを作成し、日々の情報のやり取りを実施している。	a			
			2. 家族が希望する場合は、生活や活動の様子を随時見ることができる。	面会時間は決めておらず、家族の要望に合わせて、生活の様子を見ることが出来る体制となっている。	a			
			3. 家族向けの広報紙発行や、家族向けの講演会や学習会等を実施している。	生活の場から「寮新聞」やニュースレターを定期的に発行し、家族向けの情報提供を実施しているほか、学習会内容も伝え実施している。	a			
			4. 施設利用とは直接関係ない事柄でも、家族からの相談には幅広く応じている。	日頃の情報のやり取りの中で、身の上話など家のことなどに関する話を聞くこともあり、幅広く応じている。	a			
			5. 保護者との信頼関係を向上させている。	来園時、送迎時の情報のやり取りや、必要時には都度連絡を取るなどして、利用者の状況等を伝えることで、信頼関係を向上させている。	a			
	A	②帰宅中の利用者や家族のためにも支援していますか。	1. 休日や帰宅中の過ごし方については必要に応じて利用者及び家族等と話し合いながら主体的な生活が営めるように支援している。	施設入所利用者へは、帰省時には施設での生活の様子や支援内容を伝え、在宅においても記録用紙を渡し、生活記録の作成を家族へ依頼し、対応をしていただくようにしている。通所利用者へは、休日や在宅中でも利用者の生活に必要なことは日々の連絡で対応している。	a			
		2. 自宅での生活に際しては、地域の社会資源を有効に利用するように、あらかじめ必要な情報を収集し、提供している。	社会資源に関する資料・情報等を館内に掲示、説明をしている。	a				
		3. 帰宅中の生活では、利用者の生活の質(QOL)をより高められるよう利用者や家族と協議して具体的なプログラムを用意している。	施設内プログラムや生活内で活用する物品等を持ち帰っていただき、家の中で活用していただけるよう紙面に提示の上、お伝えしている。	a				
		3	(1)移動	①必要な利用者に対する移動の支援が適切に行われている。	A	1. 移動(移乗を含む)について、支援が必要な利用者のサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が用意されている。	「介護・支援マニュアル」に基づき、外出時の介護方法やアレルギーへの対応等、支援上必要な内容に関しては個別支援計画を作成し、本人、保護者に了解をいただいた上で支援を実施している。	a
						(2)食事	①個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されていますか。	1. 食事の介助等、支援方法に関してマニュアルが用意されている。

領域	大項目	中項目	総合評価	小項目	第三者評価記入欄	自己評価	
サービス		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ますか。	A	2. 利用者の体調や身体状況により、必要に応じて個別の食事を用意している。	事前にアセスメントを実施し、医師・看護師・管理栄養士と打ち合わせを行い、栄養面、アレルギー・咀嚼嚥下機能等に合わせ、食物の形状や大きさ、メニュー等の工夫をしている。	a	
			A	1. 定期的な嗜好調査を行い、その結果を献立に反映している。	毎月嗜好調査を実施している。日頃の食事の様子を伺い、得られた情報を報告し、給食会議で検討の上、献立に反映されるよう対応をしている。	a	
				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。	ケース会議時、利用者に参加していただき、食事に関する要望等を伺っている。	a	
				3. 適温の食事を提供している。	冷温を区別して、各事業所に配膳される。利用者が召し上がることが可能な適温での提供となっている。	a	
				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。	季節感のある食事提供となっている。盛り付けや食器も工夫されている。給食会議時に、次月の献立の検討もされている。	a	
				5. 食卓には複数の調味料・香辛料が用意されている。	複数の調味料等を用意しており、利用者個々人に合わせて対応している。	a	
				6. 献立及び食材について、その情報は予め利用者に提供されている。	献立表を掲示している。内容が分かりやすいよう、写真や絵カード、パッケージなども掲示している。	a	
		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。	「介護・支援マニュアル」を基に食事支援を実施している。早食いの傾向がある方には、食器を複数用意し、少しずつ召し上がっていただけるよう個別対応も実施している。	a			
		③喫食環境(食事時間を含む)に配慮していますか。	A	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。	日々の食事場から美味しく食べられる環境を設定するための工夫を支援会議等で検討し、給食会議時や日頃の打ち合わせ時も話し合いが行われている。	a	
				2. 食事は、利用者全員が一齐に摂るのではなく、幅のある時間帯の中で個人が好む時間に喫食することができる。	居室で召し上がったり、個別スペース、食事時間をずらして召し上がっていただくなど、利用者個々人の状況等に合わせた対応を実施している。	a	
		(3)入浴	①入浴は個人の事情に配慮していますか。	A	1. 安全やプライバシーの保護を含めて、入浴介助や支援・助言方法についてはマニュアルが用意されている。	「支援・介護マニュアル」「より良い支援のために」が整備されており、入浴の手順・内容が記されている。本人のペースで可能な限り本人で洗体・洗髪等をしていただけるよう対応し、必要時には介助を実施している。プライバシー保護・羞恥心等人として自然な感情が育つように配慮し、同性介助に努めている。またリスクマネジメントの観点からマニュアルに想定されるリスクやそれに関する注意点等が詳しく示され、支援に繋げている。	a
					2. 一人ひとりの健康状態や留意事項については、個別チェックリスト等を利用している。	バイタルチェック(検温・血圧測定)を実施し、記録をしている。入浴の可否の判断が困難な場合には、医療従事者へ連絡の上、判断を仰いでいる。	a
					3. 入浴の介助や支援・助言業務は、所定の様式により記録されている。	法人内の情報システムの所定の様式に記録している。	a
			②入浴は、利用者の希望に沿って行われていますか。	A	1. 日中活動後のほかに、失禁や汗をかいた場合等必要に応じて入浴が可能である。	入浴の時間以外でも、夏季にシャワー浴や、入浴をしたいといった要望にも都度対応し、失禁等の際には必要に応じて入浴対応をしている。	a
					2. 入浴の時間帯や週間回数については利用者との話し合いで決めている。	基本は午後の時間帯に入浴されている。日頃の利用者とのコミュニケーションから要望・意見を聞き、個別支援計画にも反映させ、ご家族にも説明している。入浴の順番等は利用者間の話し合いで決めている。入浴拒否傾向の方にはその理由を伺うことや入浴時間の変更等を説明し、対応を図っている。	a
3. 浴室・脱衣場の設備や入浴器具の設置等については、検討会議をもっている。	各事業所(各寮)の会議や個別支援会議等で話し合い、理学療法士の意見も取り入れた上で、必要に応じ設備の変更や物品購入を実施している。				a		
③浴室・脱衣場等の環境は適切ですか。	A	2. 脱衣場の冷暖房設備は、気候や利用者の身体的状態に応じて調整できる。	浴室・脱衣所に冷暖房機を設置している。「介護・支援マニュアル」に従い適宜室温調整を実施し、ヒートショック防止に努めている。	a			
		3. 浴室や脱衣場は、プライバシーを保護する構造・設備になっている。	出入口は引き戸となっており、その他はカーテンや衝立、外によしずを置く等で浴室や脱衣所内のプライバシー保護に努めている。	a			
		(4)排泄	①排泄介助は適切に行われていますか。	A	1. 排泄介助のマニュアル(安全、プライバシー、便意・尿意・失禁への対応を含む)が用意されている。	「介護・支援マニュアル」「より良い支援のために」が整備されており、安全・プライバシー・便意・尿意・失禁への対応等が記されている。	a
2. 排泄用具(おむつ、移動式便器、集尿器、探尿器、ストマ用具等)の使用法については、衛生や防臭を考慮したマニュアルが用意されている。	「介護・支援マニュアル」におむつ、移動式便器、集尿器、探尿器、ストマ用具等、車いす利用の方への対応が示され、より細やかな対応を必要とする方については、排泄対応が分かりやすいように写真を示す等も実施している。				a		
3. 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は、個別チェックリスト等を活用している。	法人内の情報システムに所定の様式があり、個別支援計画や診療所からの情報、緩下剤の服用など、個別にチェックができる体制となっている。				a		
4. 排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。	法人内の情報システムに所定の様式があり、都度記録をしている。				a		
②トイレは清潔で快適ですか。	A		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。	「介護・支援マニュアル」に基づき、担当職員による清掃の実施とその記録の他、毎月保健衛生管理状況等チェック・安全防災点検表を活用した管理を実施している。支援検討会議時に点検・改善のための検討を実施している。	a		
			2. プライバシーに配慮したトイレの構造・設備になっている。	トイレは個室となっており、入口やトイレ内に引き戸、カーテンやアコーディオンカーテン等を設置し、プライバシーの保護を実施している。	a		
3. 換気や適切な薬品使用等、防臭対策がなされている。		換気扇の活用の他、薬品や洗剤の使用等で防臭対策を講じている。	a				
4. 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。		毎日2回、勤務者により清掃を実施している。点検表に記録し管理している。汚れた場合には都度清掃を実施している。	a				
5. 採光・照明等は適切である。		定期点検時に専門業者に環境設備を実際に見ていただき、採光・照明の他、便器や扉、カーテンの配置・設置状況等に関する助言をいただき、整備に繋げ、採光・照明等の適切さに努めている。	a				
6. 冷暖房設備がある。		冷暖房設備の設置、暖房便座・ウォシュレット等の設置をしている。	a				
(5)衣服	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ますか。	1. 衣類は利用者の意思で選択している。	本人の意思を尊重し、好みのものを選択・着用していただいている。衣類を購入する場合には販売店へ出かけたり、業者に園内に来てもらっている。選択・購入の際、必要時は職員が助言する等の支援も実施している。	a			

領域	大項目	中項目	総合評価	小項目	第三者評価記入欄	自己評価
			A	2. 衣類の選択について、必要があれば相談に応じている。	本人の申し出があれば都度対応している。ご家族の要望も伺い、その他気候、場所等TPOに応じた対応・支援を都度実施している。	a
				3. 衣類の購入には、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。	衣類店のチラシを見ていただいたり、購入時にはどの店に行くのか、本人が何を買い決めるかを決めていく。出掛けることが困難な場合には業者にきていただき、その中から選択していただいている。	a
		②衣類の汚れや破損に気づいた時等の対応は適切ですか。	A	1. 汚れや破損が生じた場合には、速やかに対処するための業務手順が用意されている。	「介護・支援マニュアル」に基づき、汚れの際には更衣及び洗濯対応を行っている。また織い物のボランティヤの来園があり、破れている物は修繕するか、購入する方が良いのかを判断し、利用者にその情報を伝え、承諾を取り修繕・購入等に繋げている。	a
				2. 利用者が着替えを希望した場合、特殊な場合(強いこだわり等)を除き、その意思を尊重している。	利用者からの着替えの申し出があった際には、都度対応をしている。	a
				3. 汚れや破損のために着替えをした場合は、それを記録することになっている。	法人内の情報システムに、衣類の汚れや破損等に関する記録をし、職員に申し送りを実施している。	a
				4. 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、意思を尊重して対応している。	利用者からの着替えの要望があった場合には、本人を尊重し都度対応をしている。移動や外出の場合には、「介護・支援マニュアル」に従い何を着用することがより望ましいのかを伝え、一部介護等も含め細やかに対応を実施している。	a
(6)理容・美容		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ますか。	A	1. 髪型や化粧の仕方等は利用者の意思で決めている。	「支援・介護マニュアル」に基づき、利用者の意思を尊重し都度対応を実施している。	a
				2. 職員は、必要があれば、整髪や化粧を手伝ったり、又は相談に応じていたりしている。	利用者からの申し出等があった際には、都度整髪・化粧への支援を実施したり、相談にも応じている。	a
				3. 理容・美容に関する資料や情報を用意している。	髪型や化粧に関する冊子・雑誌・パンフレットやチラシを、施設内に置き、活用していただいている。	a
		②理髪店や美容院の利用については配慮されていますか。	A	1. 地域の理髪店や美容院の利用について、必要に応じて職員が同行するなどの配慮を行っている。	本人・家族の要望を伺い、理美容店の利用時には車両で出掛け対応をしている。出掛けることが困難な利用者には、月1回程度、訪問理美容業者に来園してもらい対応を図っている。	a
				2. 利用する理髪店や美容院に対しては、必要に応じて、理解と協力を得られるように職員が連絡・調整を行っている。	新規の理美容店の場合には、事前に利用者の状況等を伝え、理解していただいた上で訪問している。利用時にも利用者の状況等を伝えている。	a
(7)睡眠		①安眠できるように配慮していますか。	A	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がなされている。	照明を点けたままの方が良い等、利用者個々人の要望に合わせて常夜灯や暗幕等を活用している。	a
				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が用意されている。	「支援・介護マニュアル集」「より良い支援のために」に睡眠に関する内容が記されており、それに基づいて支援を実施している。個別支援計画に基づいて利用者個々人の就寝状況に関する体位変換やおむつ交換を実施し、法人内の情報システムに記録を残している。	a
				3. 夜間に行われた個別支援は、所定の様式で記録されている。	法人内の情報システムに所定の様式があり、都度記録をしている。	a
				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られている。	利用者個々人の就寝状況や身体機能、またご家族の要望により寝具を用意し、対応をしている。	a
				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。	利用者個々人の状況によって、未使用の居室やデイルームを利用させていただく等、臨機応変に対応している。インフルエンザ等の罹患時にも別の居室等を用意し、使用していただいている。	a
(8)健康管理		①日常の健康管理は適切ですか。	A	1. 利用者の健康管理マニュアルが用意されている。	「支援・介護マニュアル」「より良い支援のために」があり、健康管理(疾病、感染症等)が記されている。その内容に従い、日中活動時の温度や採光にも配慮することや、支援実施後の健康チェック等の対応を実施し、法人内の情報管理システムに記録をしている。	a
				2. 医師による健康相談を受けることができる。	法人内の診療所や外部医療機関等、必要に応じて、いつでも相談を受けることができる体制となっている。	a
				3. 医師は健康相談を受けて専門的なアドバイス等を行う。	診療所や外部医療機関の受診時、また精神科医の往診時に、主治医からの助言等をいただき、その内容を日常の支援に活かしている。	a
				4. 医師は、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。	診療所や外部医療機関の受診時に、説明を受けている。また通院付き添い対応した職員から保護者に、受診状況や薬の変更等の情報を、電話や手紙等でお伝えしている。	a
				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。	「介護・支援マニュアル」に基づき、本人や保護者に同意(同意書の作成)をいただいているから、インフルエンザ等予防接種を実施している。	a
				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。	健康増進プログラムが用意されており、機能訓練や日中活動での体操を実施している。利用者により、医師の指示による機能訓練は、PTやOTが助言指導を実施している。	a
				7. 要健康注意者における日常の判断は適切に行われている。	糖尿病・脂質異常・肥満や便秘などの利用者には、日々バイタルチェックの実施、食事量や排泄状況等を法人内情報システムに記録し、申し送りを徹底している。	a
				8. 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、定期的な指導を受けている。	3～6ヶ月毎に、歯科医師の検診がある。また各事業所に歯科衛生士が出向き、食事の状況や口腔衛生の状況等を見ていただき、助言指導を受け支援に繋げている。歯科医師から職員向けに勉強会の実施、写真付きで歯磨きの介助方法についての説明もある。	a
		②必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられますか。	A	1. 健康面に要調整があった場合の対応の手順は、マニュアルとして用意されている。	「支援・介護マニュアル」「より良い支援のために」の中に外傷・打撲、誤薬、誤嚥、誤飲、溺水、やけど、感染症等に関する対応方法やフローが記されている。	a
				2. 医師受診の判断は適切に行われている。	1日24時間を通し、怪我や体調不良等があった際にはすぐに園内の診療所を受診する対応を実施している。必要時には外部の医療機関を受診している。	a
				3. 医師受診後は、医師の指示による処置が適切に行われている。	医師の指示による処置は、職員室等に資料等を掲示することや引継を通して、情報及び処置方法を携わる職員が共有している。	a
				4. 地域内に協力的な医療機関(診療所又は病院、アクセスはおおむね20分以内)を確保している。	法人内の診療所の他、近隣にある外部の医療機関と常に連携を図っている。外部の医療機関へのアクセスは20分以内となっている。	a

領域	大項目	中項目	総合評価	小項目	第三者評価記入欄	自己評価
				5. 確保している医療機関では、入院治療が必要な場合の受け入れがスムーズである。	日頃の受診時等に、利用者の障害や生活状況等の情報のやり取りをしていることもあり、法人内の診療所への入院の他、外部医療機関への入院はスムーズに対応されている。	a
		③内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われていますか。	A	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。	各事業所に保健係があり、医師から処方された薬の管理(処方箋綴り)や情報等の取りまとめを実施している。利用者個々人の服薬記録を法人内情報システムに記録し、情報共有をしている。	a
				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)については、マニュアルが用意されている。	「介護・支援マニュアル」が整備されており、服薬時間別に薬袋の色分け、保管箱に日別に配薬、保管箱から職員が与薬ケースに移し、決められた職員が服薬対応を実施する。薬袋を持つ、利用者名と日付を声出し確認し、服薬後は空になった薬袋を所定の位置に戻し、服薬忘れがないか確認をしている。	a
				3. 薬物の取り違い・服用拒否や服用忘れ・重複服用等、薬物使用に誤りがあった場合の対応については、マニュアルが用意されている。	「介護・支援マニュアル」が整備されており、服薬や服薬忘れ、服薬時にはハイムリック、背部叩打法、吸引ノズル法などの対応が定められている。	a
				4. 内服・外用薬の使用状況は、所定の様式に従って記録されている。	服薬対応者、服薬確認者、最終確認者それぞれ服薬チェック表に記入し記録管理をしている。外用薬は貼用に関する状況等を記録している。頓服薬についても記録に残している。法人内情報システムにも記録をしている。	a
(9)健康診断		①定期健康診断は行われていますか。	A	1. 年度健康管理業務計画を立てている。	「利用者支援要綱」に健康診断や定期検診、歯科検診、予防接種や体重測定等が定められており、その内容に従い検診等を実施している。個別対応が必要な方は個別支援計画に記し、支援実施している。	a
				2. 健康診断を実施し、検査結果に応じて再検査のための援助を行っている。	再検査が必要な場合には、法人内の診療所や外部の医療機関で再検査を受けられるよう、調整を図っている。	a
				3. 受診結果は適切に保管されている。	利用者個人毎のファイルで受診結果を保管管理している。受診結果・処方薬等が所定様式で記録整備され、支援に繋げている。記録は法人内情報システムでデータ管理もしている。	a
(10)通院管理		①通院プランは立てられていますか。	A	1. 随時(通院者発生の都度及び通院者治癒の都度)、通院者と通院先および個々の個性を把握し、安全で効率的な通院援助計画を立てる。	利用者個人毎の通院援助計画を作成し、受診結果を法人内情報システムの専用様式に記録し、その後の支援に繋げている。外部医療機関については、安全ルートの確認ができるよう情報の共有を図っている。法人内診療所や外部の医療機関への通院予定を月間予定に入れ、その情報の共有をしている。	a
				2. 初診の場合、通院者の個性を把握し、医師の処方への要望事項等があれば、通院援助者に内容を指示する。	初診の場合には医療機関に利用者情報を伝え、受入がスムーズとなるよう調整をしている。受診の待ち時間や診察室内の配慮等、柔軟な対応に繋げている。	a
		②通院の援助	A	1. 服用状況と病状回復を把握し医師への申し伝え事項をまとめて通院援助者に指示する。	日々の生活状況や病状等を確認し、身体状況等に関するデータを専用ファイルに記録し、そのファイルを通院時、対応職員が持参し受診している。	a
				2. 通院結果報告受け、医師の指示内容を職員に説明する。	受診状況、処方薬、医師からの助言指導等は法人内情報システムに記録し、また保健係に連絡をしている。通院の結果や処方薬、医師からの指示等の情報共有を図っている。	a
				3. 通院結果報告は診療所に連絡し、健康管理票に記載しておく。	外部医療機関を受診した場合には、受診結果・処方薬等全ての情報等を、法人内の診療所に専用様式の受診報告書に記録し、報告している。	a
(11)余暇・レクリエーション		①各個人の状況や希望に沿って、自由に行えるようにしていますか。	A	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。	「利用者支援要綱」に基づき、余暇については利用者個人毎の日常的な会話から要望を聞き取ったり、アンケートを実施し、支援に繋げている。申し出が困難な方には、絵カードや写真等を活用し選択していただく等、意向を表出しやすいよう支援を実施している。	a
				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。	余暇・レクリエーション・行事等の日程や内容等が伝わりやすいように、写真やイラスト等を工夫し掲示している他、関連する雑誌や新聞等、視覚に訴えるものを提供している。	a
				3. 利用者自身が主体的に企画・立案するように、職員は側面的な支援をしている。	利用者が主体的な企画・立案となるように、レクリエーション等の検討の際には利用者にも必ず入っていただき、実施内容に関する意見や要望等を聞き、計画を立て実施している。	a
				4. 必要に応じて、外部から協力者(ボランティア)を受け入れている。	研修・養成課が中心となり、ボランティアの受け入れを実施している。定期的に歌や読み聞かせ、楽器演奏、華道、書道、フラダンス等のボランティアの受け入れの実施をしている。クラブ活動には外部講師を招き対応をいただいている。	a
				5. 地域の社会資源を積極的に活用している。	飲食店・映画館や遊園地、図書館や博物館、理美容店やカラオケ店、公共交通機関、小学校のバザーの活用、神社への初詣、県庁・歴史博物館・生産工場の見学等、地域の様々な社会資源を利用者支援に活用している。	a
(12)外出		①外出は利用者の希望に応じて行われていますか	A	1. 利用者の代表や自治会等と話し合っ、外出についてのルールを設けている。	「利用者支援要綱」「介護・支援マニュアル」に基づき、利用者個人毎の日常的な会話や日々の支援で外出先の写真やパンフレット等を提供し、要望を聞き取ったり、アンケートを実施の上、外出の支援に繋げている。	a
				2. 必要ときには、職員・ガイドヘルパー・地域のボランティア等、いずれかの人からの介助や支援・助言を受けられる体制が整っている。	職員による支援の他、ボランティアやガイドヘルパー等を活用する体制が整っている。	a
				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。	市内巡回バスや地域の行事・イベント等に関する地域の広報誌や新聞等の情報を掲示したり、季節毎のイベントが掲載されている情報誌を施設内に置き、情報提供をしている。	a
				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携行させている。	外出する際には、連絡先等が明記された専用のカードを携帯していただいている。外出の範囲は一定時間内に行くことができる範囲を目安に、帰園時間を決めて対応をしている。法人内を利用者単独で散策する場合などは、事前に職員が散策コースの下見を行い、転倒等に繋がらないよう、縁石などの状況を本人に伝えたり、一度職員が付き添いを実施した後、単独で散策していただく等の対応を実施している。	a
(13)外泊		①外泊は利用者の希望に応じて配慮されていますか		1. 利用者の代表や自治会等と話し合っ、利用者主体のルールを設けている。	「利用者支援要綱」に外泊に関する取り決めがあり、それに従い対応を実施している。お盆やお正月の時期等に事前に家族にハガキを出し帰省の有無を確認している。	a

領域	大項目	中項目	総合評価	小項目	第三者評価記入欄	自己評価
			A	2. 施設側の都合で決めるのではなく、利用者ならびに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。	利用者の希望に応じ、また家族にも事前に要望を伺い、外泊支援に繋げている。法人内のゲストハウスの活用も案内している。	a
				3. 盆や正月の外泊は、これを強制したり、利用者や家族の事情を考慮せずに要請するようなことはしていない。	お盆や正月の時期に、帰省の希望を伺うハガキを家族に送付している。またご本人にも希望を伺い、対応を実施している。	a
	(14)所持金・預かり金の管理等	①預かり金について、適切な管理体制が作られていますか。	A	1. 利用者の預かり金については、その取り扱い規約を定め、責任の所在を明確にしている。	「利用者の年金等預り金の管理に関する事務処理基準」に従い、現金・年金証書等の管理及び事務処理を実施している。サービス管理責任者や副寮長等が責任を持ち、入出金、出納表、支払証明、個人毎の決算報告等、専用様式で管理を徹底している。	a
				2. 取り扱い規約とその運用方法は、利用者（及び必要に応じて家族等）に詳しく説明した上で了解を得るようにしている。	重要書類を保管している金庫の出し入れは寮長が行っている。「利用者の年金等預り金の管理に関する事務処理基準」に従い、利用契約書や重要事項説明書に金銭等の取扱いについて明記し、保護者等から委任状を提出していただき、金銭等の管理を実施している。	a
				3. 担当者を複数配置して業務を分担し、相互チェックが図られる体制を取っている。	各事業所の管理者、サービス管理責任者、年金管理係が現金や年金の管理を実施している。	a
				4. 帳簿類や預金通帳の出納状況を利用者（及び必要に応じて家族等）に対して定期的に報告している。	入出金内訳書・年金等預り金出納帳・支払証明書については毎月取りまとめ管理を実施している。年金等収支決算報告書を年度単位で取りまとめ、保護者等に関係書類を郵送の上、内容の確認をさせていただいている。面会の際にも確認をさせていただいている。	a
				5. 帳簿類や預金通帳の開示を利用者（及び必要に応じて家族等）から求められた時は、速やかにこれに応じている。	「利用者の年金等預り金の管理に関する事務処理基準」に従い、利用者本人や家族、後見人等の求めがあれば、速くに応じている。	a
		②金銭等の自己管理ができるように配慮されていますか。	A	1. 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。	自己管理ができる利用者は、一定額を本人と決めて個人で管理している。	a
				2. 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。	金銭の自己管理の方法については、利用者の要望、状況等に応じ、個別支援計画に明記し支援を実施している。	a
				3. 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が用意されている。	金銭管理の学習プログラムを実施している。自動販売機の利用方法やコンビニエンスストア、衣料品店、電器店への外出時におけるレジ対応方法など、金銭管理に関する機会を設け、対応を実施している。	a
	(15)生活内容の自由な選択	①新聞・雑誌の購読やテレビ等の利用は自由にできますか。	A	1. 新聞・雑誌は個人で購読できる。	新聞、月刊誌や週刊誌等を個人で購読できる。地域の書店と連携しており、利用者本人が購入に出掛けることもある。	a
				2. テレビやラジオ等は個人で所有できるように便宜を図っている。	利用者や保護者の要望に従い、テレビ、ラジオ等の持ち込みは自由である。	a
				3. 新聞・雑誌やテレビ等の共同利用の方法については、利用者間の話し合いで決められている。	共用のテレビや新聞・雑誌等の利用については、その場に居合わせた利用者の方で話し合ってもらい、状況等によっては職員が調整を行っている。	a
		②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、基本的に個人の自由が認められていますか。	A	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。	喫煙場所があり、そこでの喫煙が可能となっている。飲酒は主治医と相談の上、対応をしている。	a
				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。	安全面や健康管理の観点から、喫煙場所や飲酒場所・時間を決めて対応を実施している。	a
				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・喫煙が認められている。	主治医と相談の上、本人の了承を得て対応を実施している。	a
	(16)機能回復等への支援	①利用者の機能の回復等に向けた支援が適切に行われている。	A	1. 利用者の機能訓練に関する個別、具体的な実施方法が明示されている。	診療部治療訓練課が主となり機能訓練の対応を実施している。担当医師の指示により、リハビリテーション実施計画書に基づき機能訓練を実施し、3～6カ月毎に医師、理学療法士、支援員などでリハビリカンファレンスを行っている。	a
				2. 利用者の日中活動や日常生活に向けた支援に関する個別、具体的な方法が明示されている。	個別支援計画書に、個別の機能の回復等に向けた支援内容が明記されている。	a
4	生活環境の整備	①施設の建物ならびに施設周辺は、定期的に点検・整備されていますか。	A	1. 点検・整備のマニュアルが用意されている。	総務部管理室が主となり、「点検・整備マニュアル」に従い、各法令に基づく点検項目の対応を実施している。	a
				2. 点検・整備の担当者ならびに責任者が明らかにされている。	各建物に責任者を置き、各建物等の点検・整備を実施している。	a
				3. 点検・整備の結果は、文書処理されて施設の各部署に報告されている。	点検・整備の結果報告書は、所定様式で記録され、管理室が記録管理をしている。	a
				4. 点検・整備の結果に基づき、必要な整備が計画的に行われている。	点検・整備の報告内容に基づき、管理室等で検討の上、修繕等の年間計画を立て、必要な整備を実施している。	a
				5. 点検・整備の結果とその対応策は、利用者には知らされていない。	利用者に口頭で伝えたり、各施設館内の掲示板に工事・修繕等の日程や場所等を示している。また機関誌にも掲載し、情報発信をしている。	a
		②一人になれる場所や部屋、又は少人数でくつろげる場所や部屋がありますか。	A	1. 利用者が一人になりたいときや感情の高ぶったとき等に利用できる自由な場所・設備が用意されている。	居室の他、食堂や会議室など、状況に応じて一人で静かに落ち着ける場所を用意している。	a
				2. 少人数でくつろげる場所（部屋やスペース等）や屋外設備等が用意されている。	共用スペース、テイルーム等があり、いつでも自由に使うことが可能となっている。	a
				3. 居室の個室化や二人部屋化を実現している。	「利用者支援要綱」に居室等に関する基本姿勢が定められており、パーティションやカーテン等で個人スペースを確保するなど、プライバシー保護に配慮した居室整備を実施している。利用者個々人の状況等から判断し、個室又は二から三人部屋化を図っている。	a
				4. 訪問者と面会できる部屋が用意されている。	面会は利用者の居室や会議室等のほか、法人内の御休所・ゲストハウスを利用していただいている。	a
		③地域生活に向けた生活環境への取り組みがなされていますか。		1. 利用者（及び必要に応じて家族等）との話し合いを持ち、その結果を生活環境の改善に反映させている。	「苦情又は要望等に関する規則」に基づき、利用者個々人や保護者からの要望等を伺い、支援会議等で検討し、支援実践に繋げている。	a



領域	大項目	中項目	総合評価	小項目	第三者評価記入欄	自己評価		
			A	2. 身の回りの生活環境(施設内の清掃や装飾、室内のベッドその他の家具や飾り付け、採光や冷暖房等)については利用者・職員ともに日常的な課題として意識しており、いろいろな指摘や提案を行う機会を設けている。	「利用者支援要綱」に基づき、利用者や家族の要望に応じて、レイアウトの変更や飾り付けの対応を実施している。	a		
				3. 利用者の携行品や身近な私物については、利用者の気持ちを理解し、職員も大切にしている。	携行品や身近な私物は、自由に使用していただいている。居室内に掲示・設置、身に付ける等は自由に行っていたらいい。	a		
			A	1. おむつや治療器材・器具等の汚物処理については、所定の手順が確実に守られている。	「支援、介護マニュアル集」に感染対応マニュアルがあり、汚物処理、治療器具等の処理方法が記されている。汚物処理は、専門業者による手順書に従い、対応している。	a		
				2. ゴミ処理については、環境に悪影響を及ぼさないよう、責任者が所定の基準に従って管理している。	ゴミの回収は委託業者へ依頼している。各事業所が可燃物・不燃物等の分別を行い、業者が回収している。	a		
			(2)衛生面の配慮	①施設及び周辺の衛生は適切に維持されていますか。	A	1. 清掃及び衛生管理については、規定や実施マニュアルが用意されている。	就業規則に衛生管理に関する内容が記されており、「利用者支援要綱」にも清掃・衛生管理に関する内容が記されている。	a
						2. 清掃及び衛生管理については、施設内に委員会が設けられており、基本的な方針や具体的な問題に関して、提言を行っている。	「衛生管理委員会」が設けられており、各施設の設備等の報告に関し、提言がなされている。また「感染症対策委員会」が設けられており、毎月法人内で感染防止対策委員会が開催され、提言がなされる仕組みとなっている。	a
		3. 清掃や衛生問題については、担当者と責任者が任命されており、責任者には、必要に応じて迅速な問題解決に当たることのできる権限が与えられている。				各施設の管理者が責任者となっており、必要に応じて迅速な対応を実施している。	a	
		A			1. 感染症防止マニュアルを整備している。	「院内感染防止対策マニュアル」がある。	a	
			2. 伝染性疾患が発生した場合、感染防止対策を講じる。	「院内感染防止対策マニュアル」に従い、感染防止対策を講じることされている。新型コロナウイルス感染症については独立した専用の建物を整備し、患者の隔離・消毒薬の適正使用などの対応が可能となっている。	a			
		5 地域との連携	(1)地域との交流	①地域への施設の利用者に対する理解促進と地域への施設開放を図っていますか。	A	1. 地域へ施設を開放するための規定を設け、施設開放を実施している。	「厚生施設使用基準」に基づき、地域の方にグラウンドやテニスコート、体育館等の貸し出しを実施している。	a
						2. 地域の人達に施設の備品等を貸し出している。	「厚生施設使用基準」に基づき、テニスコートのネットや体育館内の備品(卓球台等)の貸し出しを実施している。	a
						3. 地域の人達に障害者や福祉を理解してもらうための講習会・研修会を開催している。	高校生や大学生、一般の方等を対象としたボランティア講習会や介護技術講習会、福祉セミナー等を開催している。オンラインを活用し、全国的にも展開している。	a
4. 介護技術講習等の地域住民の生活に役立つような、講習会等を開催している。	のぞみフェスティバルで介護技術講習会を開催し、車いすの使用方法や、機能低下へのアドバイスを実施している。(新型コロナウイルス感染防止からフェスティバルは令和2年、3年と中止している。)					a		
5. 地域の人達のボランティアを積極的に歓迎している。	「ボランティア受入基準」があり、ホームページや機関誌等広報を活用し、常にボランティアを募集し、受入をしている。					a		
6. 施設の様々な行事への参加を地域の人達に呼びかけている。	ホームページに情報を掲載している他、高崎市の広報誌に行事等の記事の掲載、地域の専門学校・大学を訪問し、行事等のボランティアの募集の案内を実施している。					a		
②利用者は地域の行事に参加できますか。	A			1. 地域の情報を収集し、これを利用者提供している。	高崎市の広報誌や公民館行事等の情報を各事業所職員が利用者へ情報提供している。	a		
				2. 利用者の地域活動参加を積極的に推奨するという方針があり、職員や家族に文書により知らされている。	「利用者支援要綱」に記されている。	a		
③他施設を含む地域との交流を進めていますか。	A			1. 親善試合や見学・旅行といった、スポーツやレクリエーションを通じて、他の福祉施設との交流を行っている。	高齢化が進み、他事業所等との交流は難しく、個人外出を提供している。	a		
				2. 利用者は、地域の人達と企画の段階から、様々な行事・スポーツ・レクリエーション等に参加している。	年1回のフェスティバルへ地域住民に来園を促し、地域の中学校と交流活動も実施している。(新型コロナウイルス感染防止からフェスティバルは令和2年、3年と中止している。)	a		
				1. 広報紙等の定期刊行物は、担当の職員によって計画的・継続的に発行されている。	広報室が主となり、機関紙「きずな(毎月)」、「ニュースレター(年4回)」を発行している。	a		
				2. 広報紙は、地域の人達をはじめ、利用者、家族、ボランティア、関係諸機関等に定期的に配布されている。	年4回郵送により広報紙を配布している。地域、家族、行政関係や外部福祉施設等への配布。	a		
④地域に施設の情報を伝えていますか。	A	3. 施設紹介のビデオやパンフレットを作成し、これを地域の人達住民や地域の関係機関に提供している。	施設紹介ビデオや施設パンフレットがあり、地域住民の他、専門学校や大学にパンフレットを配布したり、ボランティアや実習生には施設紹介ビデオを提供している。	a				
		4. 地域の住民や関係機関等を対象として、施設で行われている作業や訓練等の活動について紹介する機会を持っている。	のぞみの園フェスティバルを開催し、来園者に各施設、作業場等の見学をしていただき、施設の機能や役割を紹介している。(新型コロナウイルス感染防止からフェスティバルは令和2年、3年と中止している。)	a				
(2)地域生活支援サービスの実施	①施設ないし法人は何らかの地域生活支援サービスを行っていますか。	A	1. 地域生活を支援する短期入所、日中一時支援等の在宅サービスを行っている。	短期入所、日中一時支援等の在宅サービスを実施している。	a			
			2. 在宅障害者のための相談事業を行っている。	相談事業を縮小し、法人利用をしている利用者の相談事業のみ実施している。	a			
			3. その他、自治体独自又は法人独自の地域生活支援事業を行っている。	高崎市からの要請に応じ、虐待等による緊急一時保護を実施している。	a			
(3)ボランティアの受け入れと育成	①ボランティアの受け入れや育成を積極的に行っていますか。		1. ボランティア受け入れのマニュアルが用意されている。	「ボランティア受入基準」があり、受け入れに関する内容等が記されている。	a			

領域	大項目	中項目	総合評価	小項目	第三者評価記入欄	自己評価	
			A	2. ボランティア受け入れは、所定の様式で記録されている。	所定様式でボランティアの登録・申込み、活動記録を整備している。	a	
				3. 受け入れと育成の担当者(ボランティアコーディネーター等)が決められており、責任の所在が明確にされている。	各事業所に受け入れ担当者が決められ、年1回の会議を実施している。	a	
				4. ボランティアの受け入れに際しては、あらかじめ利用者や職員に趣旨を説明している。	ボランティア受け入れの際は事前に人数や氏名、活動内容等を口頭及び掲示物で利用者に情報を伝えている。	a	
				5. ボランティアの意見や指摘事項を施設運営に反映させている。	年1回担当者会議を開催し、意見交換を行い、必要に応じて変更を行っている。	a	
				6. ボランティア育成のため、ボランティア講座や体験学習等を計画的に実施している。	ボランティア講座や体験学習(車椅子体験・理学療法の体験・利用者との散歩やお茶提供など)を実施している。	b	
				(4)福祉人材の育成	① 実習生の受け入れが適切に行われていますか。	B	1. 実習生の受け入れに関する基本的な考え方を明示している。
	2. 実習生を受け入れるための体制を整備している。	研修養成課が主となり、保育士・社会福祉士などの実習を受入れている。	b				
	3. 効果的な実習を行うための工夫がなされている。	未就学児から高齢の方まで、多様な年齢層の方々に関わりながら、有意義に学んでいただけるよう、実習プログラムを作成している。年間の実習生受け入れ計画を作成し、対応を図っている。宿舎を活用し、遠隔地からの実習生の受け入れも行っている。	b				
	4. 実習生の受け入れにあたり、利用者の意向を尊重している。	実習受入や実習日程等を利用者に事前に伝えている。	b				
	(5)地域内の諸機関との連携	①地域の諸機関との連携は適切ですか。	A	1. 関係機関(福祉事務所、児童相談所、保健所、職業安定所、学校等)や地域内の諸施設とは定期的に情報交換のための連絡会を開催している。	利用者支援に必要な担当者会議、支援会議を必要に応じて開催している。	a	
				2. 連携のための窓口(担当者)が決められている。	対象利用者のサービス管理責任者が連携先へ連絡を行っている。法人として地域移行係や研修・養成係が主となり、対応を実施している。	a	
				3. 関係機関とは日頃から情報交換を行っている。	電話やメール、FAX等を活用し、情報交換を実施し、記録を整備している。	a	
	6	(1)施設内研修	①施設内研修は計画的に実施されていますか。	A	1. 役員及び職員が施設の基本理念や方針を理解し、その目的達成のために研修を計画的・継続的に行うよう、年度毎に研修計画が策定されている。	「職員研修の体系化について」の規程に基づき、毎年度研修計画が策定されている。	a
					2. 研修の具体的な立案・実施のために研修担当者を決めている。	研修・養成課が担当部署となっており、職階や分野に応じた研修の立案及び実施をしている。	a
		3. 新規採用者、中堅職員、管理者、専門職種等、それぞれの立場に応じた研修マニュアルを策定している。	「研修の体系化について」の規程に基づき職階に応じた研修が策定されている。		a		
		②専門的サービスのための研修を積極的に行っていますか。	A	1. 個別支援会議(ケース会議、ケア会議等)とは別に事例検討会を職員の研修として実施している。	外部機関が主催する研修会へ職員を派遣し、派遣した職員が法人内で伝達研修を行っている。法人内でも事例検討会を定期的に行い、診療部や生活支援部が中心となり、健康増進や機能低下など、部署毎にテーマを設け、事例を基に学習や意見交換を実施している。	a	
				2. 新しいサービス技法や様々な実践の成果について常に情報収集を行い、必要に応じて外部から講師を招いて、有効と思われる知識・技術の導入に努めている。	必要に応じて外部講師を招いて研修を実施している。強度行動障害の月1回のコンサルテーションがあり、専門家の意見を聞くことや、外部の福祉施設等から講師を招くなど、虐待やその他の情報に触れる機会を設けている。	a	
				3. 福祉の動向、障害者観の変遷、社会的支援の新たな制度や事業については、資料を添えて幹部職員ができるだけ詳しく説明している。	主に管理職が、日々の打ち合わせ時等に、制度の変化等をその都度説明しているほか、研修時に伝えたり、園内報「きずな」に関係記事を掲載している。	a	
(2)施設外研修		①外部機関の行う研修に参加させていますか。	A	1. 学会・各種研修・研究会等に職員を参加させている。	年間研修計画に基づき、職員を参加させている。	a	
				2. 研修参加者は施設内の報告会にて伝達講習を行うことを原則としている。	研修参加者は、研修報告及び伝達講習を実施している。	a	
7		(1)火災や震災への対応	①施設として火災や震災への対応は適切ですか。	A	1. 最低基準ならびに消防法に示される防災対策は確実に行っている。	「防災管理規則」「非常災害対策計画」「総合防災訓練実施マニュアル」が整備されており、最低基準、防災対策が確実に行われている。	a
					2. 上記法令に止まらず、施設独自の内容を盛り込んだ防災規定と利用者への対応マニュアルを策定している。	非常災害対策計画が策定されており、自然災害を想定した訓練を実施している。	a
	3. 防災規定とマニュアルに基づいて、定期的に避難等の訓練が行われている。				防災管理規則に基づき、総合防災訓練を年1回、避難訓練を年3回実施している。	a	
	4. 訓練結果に基づいて、防災対策の点検と見直しが行われている。				防災訓練や避難訓練等を記録し、報告書作成と提出を行い、点検や見直しを常に実施している。防火(災)管理委員会を設けており、訓練結果については必要な見直しを行っている。	a	
	5. 利用者の外出・外泊・帰宅時に発生した災害にも備えて、連絡方法や支援体制を策定している。				「支援・介護マニュアル集」より良い支援のために「外出時等における支援の在り方が記されている。緊急連絡網を整備している。	a	
	6. 施設周辺の危険度(崖崩れ等)調査や施設建物の耐震診断等、施設の安全性について点検と対応を行っている。				法制度に基づいて、施設等建物の耐震度、エレベーター、自動ドア等の点検を定期的に行い、記録管理をし、必要に応じて補修等の対応を図っている。	a	
	7. 緊急時のために食料、医薬品、日用品等を備蓄し、定期的に点検している。				3日分の保存食の備蓄、発電機、医薬品、日用品等を備蓄し、定期的に点検を実施している。	a	
	8. 損害保険等に加入している。				法人として損害保険等に加入している。	a	
	(2)事故や急病への対応	①利用者の事故や急病への対応は十分ですか。		1. 起こり得る様々な事態(例えば、てんかん発作や怪我等)を想定して、対応マニュアルが作られている。	「利用者支援要綱」「支援・介護マニュアル集」より良い支援のために「が整備されており、考えられるリスクとその対応策が記されている。	a	

領域	大項目	中項目	総合評価	小項目	第三者評価記入欄	自己評価
			A	2. 軽微な外傷の場合は、施設内での救急措置を行っている。記録をしておき、保護者に経過を説明する。	軽微な外傷の場合は、法人内診療所を受診し、受診の結果等を記録している。外傷、通院状況等を保護者に報告・説明をしている。	a
				3. 負傷の程度や病状が、医師の診察・検査・治療を必要とする場合は診療所にて応急の処置を行い、医療機関に連絡をとり搬送を指示している。	診療所を受診するほか、外部の医療機関への搬送等の場合には、診療所より連絡を取り、搬送等の対応を実施している。	a
				4. 負傷の程度や病状が救急車出動の要請を必要とする場合、応急処置を行い、救急車を要請している。	医療従事者の判断で、救急車を要請をしている。	a
				5. 家族等への連絡についても、その手順がマニュアルとして用意されている。	「利用者支援要綱」「支援、介護マニュアル集」にフローが示されている。	a
				6. 事故や急病を想定した訓練が定期的に行われている。	AEDの使用方法や心肺蘇生法、誤嚥対応、車椅子、ストレッチャー、担架等での搬送などの訓練を毎月実施している。消防署職員立会いの下での避難訓練も実施している。	a
				7. 事故や急病の場合、緊急対応を終えたら速やかに報告書を作成することが義務づけられている。	緊急対応後、事故報告書を事故防止対策委員会に提出することがルール化されており、速やかな対応を実施している。	a
				8. 事故補償（賠償）を行うための方策を講じている。	施設賠償保険に加入をしており、事故が発生した際には対応をしている。	a
				9. 緊急時には、診療所において休日・夜間でも医療が確保されるようになっている。（ここでは、単身で通所している利用者から、緊急の相談が施設や職員にくる場合等も想定している）	24時間体制で医師が配置されており、医療体制が確保されている。	a
				10. 利用者一人ひとりに健康管理票（ないしカード）が作成されており、緊急受診の際に利用者の状況を的確に伝えることができる。	個人情報ファイルやカルテを整備しており、受診時等いつでも持ち出して活用できるようになっている。	a
				11. 職員には、必要な救急法の研修を行っている。	年間の研修計画が策定されており、救急法の研修が実施されている。	a
				(3)緊急時の協力体制	①関係機関との連携が図られていますか。	A
2. 地域の自治会や団体等と情報交換、連絡・協力体制を作っている。	のぞみの園の職員が区長として、地域の会合に参加し、情報交換を実施している。高崎市との間で災害発生時の協定を結んでいる。	a				
3. 地域の団体や機関と共同で防災訓練を行っている。	高崎市の防災訓練への参加をしている。	a				
4. 大規模災害の場合には、施設が、地域の罹災者を受け入れる臨時避難施設になることを想定し、対応マニュアルが用意されている。	高崎市との間で災害発生時の協定を結んでおり、「福祉避難所」に位置付けられている。「福祉事業所開設・運営マニュアル」が整備され、罹災者受入等の対応が整備されている。	a				
8 機 関 の 運 営 管 理	(1)経営	①経営状況を的確に把握していますか。	A	1. 機関の経営状況に関する経営分析を行っている。	中期計画、事業計画に基づいて、各部の収支状況を見て経営分析を行っている。	a
			A	1. 人事に関する方針が定められている。	「人事評価制度実施要綱」「人事評価マニュアル」が定められている。	a
		②人事管理体制が整備されていますか。	A	2. 人事考課が明確かつ客観的な基準により行われている。	「人事評価制度実施要綱」「人事評価マニュアル」があり、人事考課の内容が記されている。職員個々人の業務目標を設定し、その内容に関する上位者との面談が年2回実施され、人事考課が行われている。	b
			A	1. 事業計画と整合性のある予算編成を行っている。	事業計画を基本として、事業内容及び進捗状況を見て、予算編成がされている。	a
		③財務管理（予算管理）が適切に行われていますか。	A	2. 予算編成にあたり、サービスや現場の実態との整合性を図るために職員の意見を聴取している。	法人の事業計画や、現場からの意見を反映させた予算編成がされている。	a

総合評価	
A	より良い福祉サービスの水準・状態
B	評価に至らない多くの施設・事業所の状態
C	評価に至らない状態

自己評価	
a	適切に行われている。積極的に行われている
b	中間
c	適切さに欠ける。行われていない