

領域	大項目	中項目	総合評価	小項目	第三者評価機関記入欄	自己評価
1 福祉サービスの運営と組織	(1) 人権の尊重	①サービス提供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。	理念や基本指針は、パンフレット・ホームページ、利用者支援要綱、利用契約書・重要事項説明書等に明文化されている。	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。	法人役員、全職員に配布されている他、ネットワーク化されたシステムで閲覧が可能となっている。	a
				3. 理念や基本方針は、利用者主体の考え方に基づいている。	利用者主体の考え方に基づいている	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。	事業計画、倫理綱領等に反映・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。	理念や基本方針は、法制度等の変更があった際、必要に応じ、見直される仕組みとなっている。	a
				6. 事業計画の実施状況に関する評価を行っている。	法人内で自己評価を実施し、その結果について厚生労働省による評価を受けている。	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。	毎月の利用者の会、個別支援計画モニタリング等の際に、利用者・家族の意見を伺っている。	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。	利用者の希望や意見を業務記録・面談記録等に記録を取り、幹部職員に伝える体制となっている（就業規則に基づく）。	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。	個別支援計画の見直し時に、家族等の意向を把握し、記録に取っている。	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。	活用したい社会資源等は、その利用ができるよう活動項目に入れ、実践を図っている。	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。	利用者支援要綱、職員行動基準等、マニュアルが整備されている。	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。	各寮等の定例会議、職務階級層別人材育成のための各研修において、点検・改善を図っている。	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。	利用者支援要綱、職員行動基準に明文化されている。	a
				4. 入浴や排泄等の介助は、同性介助を原則としている。	同性介助を原則としており、重要事項説明書に明文化されている。	a
				5. 入浴や排泄等の介助が異性介助になる場合、利用者（及び必要に応じて家族等）から同意を得ている。	事前に説明し、同意を頂いた上で支援実践をしている。	a
				6. 介助者や介助方法については利用者の意向を尊重して決めている。	利用者の意向を伺い、支援会議や各寮等の定例会議等で内容検討の上、支援実践をしている。	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。	選挙に関する情報提供を行い、投票の意思のある方は投票所まで送迎の上、投票所の専門職対応の上、投票ができる体制を図っている。また期日前投票の対応も実施している。	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。	地域広報誌、社会資源掲載の雑誌やフリーペーパー等を掲示等している。苦情受付担当者・苦情解決責任者・第三者委員や運営適正化委員会等を掲示している。	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。	職員室電話機を使用している。外部からの入電の対応を都度実施している。	a
				4. 電話その他の通信機器の個人所有ができる。	個人所有が可能な方は、ご自身の携帯電話を所有・使用している。	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。	手紙やはがきは、到着後速やかに本人に渡している。必要に応じて代読等の対応をしている。	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係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・利用者支援要項、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。	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。	就業規則、個人情報保護に関する基本方針、個人情報管理規程、特定個人情報取扱規程が定められており、また、サービス契約時に個人情報の使用について同意をもらうなど個人情報の管理や活用方法等が示されている。	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いる。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実施。個人情報漏洩に関する内容を実習事前オリエンテーション、見学時に説明し、誓約書提出の対応をしている。	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。	職員室内の電話を利用する際には、出入り口ドアを閉め、一人で話することができる環境を用意している。	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。	個人宛の手紙は未開封のまま本人に渡す。代読依頼の際は、その対応をしている。電話はいつでも利用できる。申し出により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。	間仕切りカーテン、パーテーション等を活用や、個室利用、ドアの開閉等を都度対応をしている。	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. 障害者虐待防止法について利用者支援を行う職員として5原則及び内容について理解している。	人事評価制度に基づく期首・期末面談時や職員個人個人に5原則及び内容について確認をしている。	a
				2. 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。	虐待防止基準が明示されている。全職員名刺サイズの5原則が明文化されたカードを携行している。	a
				3. 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、園内報「きずな」に掲載され、啓発を実施。毎日送り時、各寮・施設会議時に確認をしている。虐待に関する記事等を法人内のシステムに入れ情報共有を図っている。	a
				4. 利用者と接する場面で虐待等が起きないよう、接し方等の研修を定期的（年1回以上）行っている。	年2回、虐待防止研修を実施している。	a
				5. 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。	処分規定が設けられている。	a
		②虐待防止委員会の定期的な開催と委員会での検討結果の職員への周知は徹底されていますか。	A	1. 虐待防止委員会を定期的（年12回以上）に開催し、検討結果が職員に対し 周知されている。	虐待防止対策委員会を毎月実施し、検討内容等は翌月の園内報「きずな」に掲載し、周知が図られている。	a
				2. 虐待防止等のための責任者が設置されている。	責任者が設置され、氏名・連絡先等を掲示している。	a
		③身体拘束等の適正化のための対策を検討するための委員会の定期的な開催と委員会での検討結果の職員への周知は徹底されていますか。	A	3. 身体拘束適正化検討委員会を定期的（年12回以上）に開催し、検討結果が職員に対し周知されている。	虐待防止対策小委員会を毎月実施し身体拘束にかかる検討内容を虐待防止対策委員会に報告している。検討内容等は記録として整備されている。	a
				4. 身体拘束等の適正化のための指針が整備されている。	緊急やむを得ない身体拘束に関する基準に身体拘束等の適正化のための指針が整備されている。	a
				5. 職員には身体拘束等の適正化についての研修が定期的実施されている。	身体拘束等の適正化に関する職員研修が年間で計画され、実施している。	a
				6. 身体拘束についてのマニュアルが明文化されている。	緊急やむを得ない身体拘束に関する基準に明文化されている。	a
				7. 障害福祉サービスにおける利用者への身体拘束について軽減に向けた会議を定期的に開催し、携わる職員と意見交換を行い、情報共有を行っている。	支援の現場において身体拘束の軽減に向けた会議を毎月開催し利用者個々に関する内容は虐待防止対策小委員会で検討され、検討結果については虐待防止対策委員会に報告している。また、身体拘束の適正化についての検討が実施されている。	a
		④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。		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で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ことが明示されている。	a

領域	大項目	中項目	総合評価	小項目	第三者評価機関記入欄	自己評価
	(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	2. 相談・苦情申し立てについては、担当者が決まっており、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・担当行政を明記。HPを介して意見が出せる（みなさまの声）他、苦情・要望等受付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。	苦情又は要望等に関する規則に自治体・申立人への報告、苦情受付機関の連絡先や、手続きの手順が明示されている。	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。	第三者委員が設置されており、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。	各寮・施設単独での対応等が困難な場合には、第三者委員や行政、運営適正化委員会、厚生労働省への報告をしている。	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。	重要事項説明書に明記されている他、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
		②利用者の主体的な活動を尊重していますか。	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、利用者支援要綱や有識者によるコンサル等をベースに意思決定支援計画の作成を実施。利用者個々の状況等により表情や体の動きから思いを汲み取る対応を実施。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。利用者個々のサポートブックなどを作成している。	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。）	利用者個々の支援内容等は日々の申し送りや引継ぎ等で周知している。各支援の現場において、利用者状況に合わせ、必要に応じて専用機器や専用アプリを使用している。	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。	利用者の状況等に応じて、医師・臨床心理士、保護者等と連携をしている。支援に関わる専門職間で本人の真意が何であるかを個別支援会議・意思決定支援会議等で話し合っている。	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。	必要と思われる内容を個別支援計画に反映の上、実施している（朝礼に参加する、挨拶をする等）。	a
				5. 支援計画やモニタリング、計画のまとめを携わる職員と意見交換を行い、支援会議に利用者本人等の出席を依頼し、内容を確認している。	支援会議に利用者本人が出席し、内容を確認している。	a
				6. 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。	保護者や後見人等、外国籍の方の場合には通訳者の調整や機器等の使用等の対応をしている。	a
		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。	利用者個々の担当職員が決められている。	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盤として、利用者の表情や体の動き等から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、必要に応じて専用機器も活用している。	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。	各イベントや行事等の情報提供を行い、行きたい等の意向がある際には、付き添い・送迎等することで交流を図っている。	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	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。	利用者自身で実施できることは行っていたき、見守り支援を実施。必要時には直接対応している。利用者個々の状況等を見て、支援会議で検討の上、支援実践をしている。	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。	あらゆる場面において、都度本人に声掛け・確認を実施している。全ての生活各場面において、自立ではなく介助等を判断する際には、利用者・家族と検討の上、対応法を決めている。	a
				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。	食事・歩行・移乗等、本人のでき得ることの継続を考え、対応をしている。必要により自助具や補装具を活用している。	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。	相談面接時に、利用契約書・重要事項説明書・パンフレット等を活用して説明を行っている。	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・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。	本人の状況等に合わせて、写真や絵カード等を活用している（居室・デイルーム・浴室・トイレ等の案内時など）。	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	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。	要望を伺った上で、半日・1泊・数日・1週間等、一定期間を体験利用できるよう対応をしている。	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。	インテーク・アセスメント等、相談場面時の記録を取り、本人・家族等の要望を伺った上で、支援実践をしている。	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。	利用者個々人の身体機能や身体・生活状況等に応じ、他施設への移動を家族の考えや意見を求めた上で、対応をしている。	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、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。	法人内に情報システムが整備されており、そのシステム内の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。	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、利用者状況を把握している。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
		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	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場で申し送りを実施。情報システムの閲覧の他、必要に応じて、紙媒体に印刷・掲示することで情報共有を実施している。	a
				1. サービス等利用計画及び個別支援計画等策定のために会議等を開催し、本人や関係者が出席している。	個別支援計画策定のための会議は、本人出席の上年3回実施。必要に応じて随時会議を行っている。	a
				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。	年3回、また利用者の状況等の変化時など、随時会議を実施している。施設や利用者状況等により、1～3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。	入院や怪我など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・検討会は随時実施している。	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で、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	4. 会議の内容は、所定の様式により記録・保存されている。	法人内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。状況等に応じ、通信機器を活用して意向を聞き取る事も実施している。	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。	法人内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、同意される場合には、その書面に記名及び押印をしてもらっている。記名・押印は可能な方は本人、可能でない場合には家族に対応を求めている。	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	3. 計画を利用者を担当する相談支援員へ交付している。	交付されている。	a
				4. 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。	施設近隣の商業施設、飲食店、映画館、遊戯施設、温泉やカラオケ店等、社会資源を活用する内容となっている。	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。	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された内容に従い、対応をしている。	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	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。	担当者会議やモニタリングを通じてサービス管理責任者に支援内容等を伝えている。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
				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、利用者の要望に応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。	a

領域	大項目	中項目	総合評価	小項目	第三者評価機関記入欄	自己評価		
				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。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		
	(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。	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・支援調整係と連携し、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。	月1回の面談を実施することや、自己紹介の練習、その他掃除・洗濯などの生活訓練を実施している。	a		
		②必要に応じて、地域生活への個別移行計画（サビ計、含）が策定されていますか。（注：家族等のもとから通所していた利用者が単身生活等を希望する場合を含む）		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。	日々の利用者との関わりの際、アセスメント・モニタリング時に確認をしている。	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。	利用者本人の希望する施設や住所地の施設への移行となるよう、関係施設・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。	利用者の合意に基づき、個別移行計画を策定している。	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。	地域移行に関するスケジュールを組み、実施している。	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。	地域移行に関するスケジュールは、カレンダーに矢印やイラスト等を示すことで、利用者が分かりやすい内容とする事で、より主体的な行動等となるよう支援実践されている。	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。	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、1泊2日～数週間の体験ができる。本人の状況等に応じて実施している	a		
		③個別移行計画の内容は、無理なく地域生活に適應できるものですか。		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。	自治会区長・班長への挨拶、地域内の行事や清掃活動に参加することを通して、理解と協力をさせ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。	退所前の担当者が、退所後の施設にフォローアップを実施している。面談による日頃の様子を伺っている。
	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・支援調整係が担当窓口となっている。	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・支援調整係を中心に、各寮・施設が協力する体制となっている。	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く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。	SST（社会生活プログラム）があり、公共交通機関の利用、金銭支払いなどの社会体験ができるプログラムを実施している。	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。	新聞・広告・雑誌・地域の広報誌やフリーペーパー等、外部の社会資源の資料等を取り寄せ、館内に掲示し、必要に応じ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いる。自己紹介などの練習をしている。本人ができることや、できる部分を高めたり増やしていくことができるよう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。	虐待防止に関する資料等を掲示や、苦情・要望受付箱の設置、人権に関する番組の視聴等を実施している。	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。	寮だよりや寮新聞、連絡ノートなど、利用者の生活が分かる情報を家族に提供している。	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。	家族の希望による面会、通信機器を活用した面会、必要に応じて生活の様子を動画撮影し、視聴していただく等の対応を実施している。	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。	各寮・支援の現場においてスケジュールを組み、家族向けの講演会や学習会を実施している。	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。	日頃の家族との情報のやり取りの中で、様々な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。	支援上、必要に応じて電話や手紙等を介して、家族との連絡を多く取ることで、信頼関係を向上させている。	a		
		②帰宅中の利用者と家族のためにも支援していますか。	A	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。	帰省時には施設での生活の様子や支援内容、プログラム内容等を家族に伝え、対応をしていただくようにしている。	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・情報等を必要に応じて説明をしている。	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。	必要に応じ、施設の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 日常生活支援サービス	(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。	支援・介護集に基づき、外出時の支援方法やアレルギー対応等、必要な内容については個別支援計画に記載し、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。	A	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。	支援・介護マニュアル集に示されている。	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。	トロミ食、刻み食、ミキサー食など、身体状況等に合わせた食事を提供している。					a		
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			1. 定期的に嗜好調査を行い、その結果を献立に反映している。	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、毎月の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。	利用者が参加する支援会議時において、食事に関する要望等を伺っている。利用者アンケートも実施し、結果を献立に反映させている。	a		
				3. 適温の食事を提供している。	冷温が区別され、各事業所に配膳される。必要に応じ、各寮・施設の電子レンジを活用し、適温対応を図っている。	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。	各寮・施設において、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。	各寮・施設内に献立表を掲示している。内容が分かりやすいように写真や絵カードを活用している。	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。	支援・介護マニュアル集を基に食事支援を実施。早食いの傾向がある方には、食器を複数用意するなどし、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。	日々の食事場面を観察し、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でも話し合いを行い、改善に繋げている。	a		
				2. 食事は、利用者全員が一斉に摂るのではなく、幅のある時間帯の中で個人が好む時間に喫食することができる。	居室や個別スペース、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入浴は個人的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・介護マニュアル集に入浴の手順・内容が記されている。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（同性）を実施。想定されるリスクやそれに関する注意点が詳しく示されている。	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。	入浴前にバイタルチェックを実施し、入浴の可否の判断をしている。必要に応じ看護師に報告の上、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にある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、失禁等の際にはシャワー浴や入浴対応をしている。	a		
			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。	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。	a		
	③浴室・脱衣場等の環境は適切ですか。		A	1. 浴室・脱衣場の設備や入浴器具の設置等については、検討会議をもっている。	各寮・施設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		
			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。支援・介護マニュアル集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		
			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。	出入口引き戸、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		

領域	大項目	中項目	総合評価	小項目	第三者評価機関記入欄	自己評価
	(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。	支援・介護マニュアル集に、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
			A	2. 排泄用具（おむつ、移動式便器、集尿器、採尿器、ストマ用具等）の使用法について、衛生や防臭を考慮したマニュアルが用意されている。	支援・介護マニュアル集におむつ、移動式便器、集尿器、採尿器、ストマ用具等、車いす利用の方等への対応方法が示され、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も示されている。	a
			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
			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。	支援・介護マニュアル集介に基づき、担当職員による清掃の実施とその記録により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
			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・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
			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、薬品や洗剤の使用等で防臭対策をしている。	a
			A	4. 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直に対応している。	毎日2回清掃を実施し、記録管理している。汚れた場合には都度清掃を実施している。	a
			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見ていただき、彩光・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
			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。	A	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・着用している。衣類購入時は販売店へ出向く、業者に来園してもらうこともある。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
			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。	本人の申し出により都度対応している。ご家族の要望も伺い、その他気候、場所等ＴＰＯに応じた対応・支援を実施している。	a
			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。	衣類店の広告を見たり、衣料店はどこに行くのか、何を買うのかを利用者と話を決めて決めている。	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。	支援・介護マニュアル集に基づき、汚れの際には更衣及び洗濯対応を行っている。破れている物は修繕又は購入が良いのかを判断し、金額に応じて利用者、保護者等にその情報を伝え、承諾を取り修繕・購入をしている。	a
			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
			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
			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。	着替えの要望の際には、本人を尊重し都度対応をしている。移動・外出時には支援・介護マニュアル集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	A	1. 髪型や化粧の仕方等は利用者の意思で決めている。	利用者支援要綱に基づき、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・化粧への支援の実施や、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、各寮・支援の現場に用意している。	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公用車で出掛ける対応をしている。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。	照明点灯のまま、常夜灯点灯、施錠の希望など、利用者個々の要望に合わせた対応をしている。	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・介護マニュアル集に睡眠に関する内容が記されている。個別支援計画に基づいて利用者個々の就寝状況に関する体位変換やおむつ交換を実施している。	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ていただいている。	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、未使用の居室やテイルームを利用していただく等、臨機応変に対応している。	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・介護マニュアル集に、健康管理（疾病、感染症等）が記されている。日中活動時の温度や採光の配慮、支援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の医療機関等、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や精神科医の往診時、医師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。	本人や保護者に書面により同意をいただいてから、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、寮内リハビリテーション、日中活動プログラム、運動プログラム等を各寮等において実施している。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・肥満・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、定期的に指導を受けている。	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。	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. 健康面に変動があった場合の対応の手順は、マニュアルとして用意されている。	介護・支援マニュアルに外傷・打撲、誤薬、誤嚥、誤飲異食、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。	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の受診をしている。	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、情報システムに記録するとともに、職員室等に資料等を掲示することや引継を通して、情報及び処置方法等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（当法人診療所含む又は病院、アクセスはおおむね20分以内）を確保している。	法人内診療所の他、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
				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、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。	各寮・施設において、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・支援マニュアルに、時間別の薬袋色分け、保管箱に配薬、服薬対応を実施する（利用者名と日付を声出し確認）、服薬後の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

領域	大項目	中項目	総合評価	小項目	第三者評価機関記入欄	自己評価
			A	3. 薬物の取り違え・服用拒否や服用忘れ・重複服用等、薬物使用に誤りがあった場合の対応については、マニュアルが用意されている。	介護・支援マニュアルに、誤薬や服薬忘れ、誤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、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。法人内情報システムに記録をしている。	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。	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支援を行っている。	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。	利用者個人々人毎のファイルで受診結果を保管管理。受診結果・処方薬等が所定様式で記録整備され、支援に繋がっている。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に記録している。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。	初診の場合は医療機関に利用者情報を伝え、対応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、柔軟な対応に繋がっている。	a
		②通院の支援	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支援者に指示する。	日々の生活状況や病状等、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々人と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。	近隣の方等ボランティアの受け入れを実施している。利用者とのコミュニケーションや活動、営繕等の対応をしている。	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・図書館・博物館・理美容店・カラオケ店、公共交通機関、スーパーマーケット・コンビニエンスストア等、地域の様々な社会資源を活用している。	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て、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、利用者個人々人との日常的な会話や日々の支援で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. 必要なときには、職員・ガイドヘルパー・地域のボランティア等、いずれかの person 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。	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帯させている。	外出時は、連絡先等が明記された専用のカードを携帯している。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るよう配慮されていますか。	A	1. 利用者の代表や自治会等と話し合って、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
				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。	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。サービス管理責任者や副寮長等が、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。	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。	各寮・施設の管理者、サービス管理責任者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。	帳簿類や預金通帳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又は面会時に内容の確認をしていただいている。	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、すぐに応じている。	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・雑誌は個人で購買できる。	新聞、月刊誌や週刊誌等を個人で購買できる。地域の書店に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となっている。	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々と話し合っていたり、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。	喫煙場所が決められており、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、利用者毎に喫煙や飲酒については、時間・場所等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。	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) 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。	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。	各建物に責任者が置かれ、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、利用者に知らされている。	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。	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。		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

領域	大項目	中項目	総合評価	小項目	第三者評価機関記入欄	自己評価
			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、デイルーム等があり、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2～3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。	面会については、ゲストハウス及びふれあい御休所を利用している。	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。	A	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
				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だいている。	a
		④施設周辺の環境への配慮がなされていますか。	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。	介護・支援マニュアル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、必要に応じて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。	各寮・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
		②感染症対策が適切に行われている。	A	1. 感染症防止マニュアル及び事業継続計画（BCP）を整備している。	感染症防止マニュアル、事業継続計画（BCP）が整備されている。	a
				2. 伝染性疾患が発生した場合、感染防止対策を講じる。	感染症対策委員会を開催、感染防止対策の検討、感染防止対策を講じることとされている。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、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。	開放施設にある備品を貸し出すとともに、文化センター内の会議テーブル及び椅子等も貸し出している。	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。	コロナ禍により実施していた高校生・大学生・一般の方等を対象したボランティア講習会等を見送っている。再開については、検討中である。	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。	コロナ禍により中止している。再開については、検討中である。	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る。受入については、関係機関へボランティア活動のパンフレットを配布し、募集を行っている。	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。	コロナ禍により、ホームページの掲載等を止めている。ボランティアの募集については、関係機関へパンフレットを配布し募集している。	a
				7. 施設（施設入所・グループホーム）は、利用者及びその家族、地域住民の代表者、施設障害福祉サービスについて知見を有する者並びに高崎市の担当者等により構成される地域連携推進会議を開催し、おおむね1年に1回以上、事業の報告を行うとともに、必要な要望、助言等を聴く機会を設けている。	利用者、家族、地域住民代表者、関係施設や機関、行政担当者等が集まる地域連携推進会議を開催し、事業報告の実施や、必要な要望、助言等を聴く機会を設けている。	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、これを利用者に提供している。	高崎市の広報誌や公民館行事等の情報を、各寮・施設の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おり、職員や家族に周知されている。	a
				3. 必要があれば、地域の行事参加に職員やボランティアの支援を求めることができる。	グループホームの利用者は地域のお祭り等の行事に職員やボランティアと共に参加している。	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。	b
				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回のフィスティバルへ地域住民に来園を促している他、地域の各学校と交流活動も実地している。	b
	④地域に施設の情報を伝えていますか。		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。	園内報「きずな」を毎月、「ニュースレタ」を年4回発行している。	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。	「ニュースレター」を年4回、地域、家族、行政関係や外部福祉施設等へ配付または郵送している。	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。	施設紹介動画、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動画を視聴してもらっている。	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。	コロナ禍により中止しているが、のぞみの園フェスティバルにおいて、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。また、地域の自治会などにチラシを配布などしている。	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。	通所施設利用者からの相談について、随時対応をしている。	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。	群馬県内5市3町1村から受託の地域生活支援事業（日中一時支援）を行っている。	a
	(3)ボランティアの受け入れ	①ボランティアの受け入れを行っていますか。	A	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
				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。	各寮・施設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
	(4)福祉人材の育成	① 実習生の受入れが適切に行われていますか。	A	1. 実習生の受入れに関する基本的な考え方を明示している。	実習生受入基準や実習のしおりが整備されている。	a
				2. 実習生を受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。	a
				3. 効果的な実習を行うための工夫がなされている。	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。	a
				4. 実習生の受入れにあたり、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。	a
	(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。		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

領域	大項目	中項目	総合評価	小項目	第三者評価機関記入欄	自己評価
6 役員及び職員の研修	(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	2. 連携のための窓口（担当者）が決められている。	利用者に関することやボランティア・実習など、サービス管理責任者、地域移行係や研修・養成係が連携のための窓口となり、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
				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」に基づき、毎年度研修計画が策定されている。	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	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・養成課が主となり、研修の立案、研修の実施をしている。	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。	職務階層別人材育成のための研修体系があり、OJT、OFF-JT、派遣研修等を実施している。	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。	プロジェクトチーム（認知症、看取り支援等）を、研修報告として対応している他、プロジェクトチームによる事例検討も実施している。	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	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。	研究部で対応している内容と、プロジェクトチームで検討している内容を検討・評価している。専門家のコンサルテーションや、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等に触れる機会を設けている。	a
				3. 福祉の動向、障害者親の変遷、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。	強度行動障害の方への対応等について、国から示されている内容や、外部機関の実践、支援の在り方等の情報を基に、検討・説明を実施している。	a
				1. 学会・各種研修・研究会等に職員を参加させている。	研究部が各施設の現状・状況等を集め、研修担当に報告の上、年間の研修計画が策定され、研修実施をしている。	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。	研修等報告書の作成の上、伝達講習を実施している。	a
7 緊急時の対応	(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やっている。	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及び事業継続計画（BCP）を策定している。	事業継続計画（BCP）が策定されている。	a
				3. 防災規定とマニュアル及び事業継続計画（BCP）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、事業継続計画（BCP）に基づいて、定期的に避難等の訓練が行われている。	a
				4. 訓練結果に基づいて、防災対策の点検と見直しが定期的に行われている。	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、訓練結果の見直しを常に実施している。	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。	A	1. 利用者の事故防止を防ぐために定期的（年12回）に委員会を開催し、再発防止について検討を行い、検討内容を利用者支援に携わる職員へ周知されている。	事故防止対策委員会が設置されており、毎月会議を実施している。議事録が整備され、情報システムでの閲覧により周知が図られている。	a
				2. 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・介護マニュアル集に、考えられるリスクとその対応策が記されている。	a
				3. 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
				4. 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
				5. 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
				6. 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
				7. 事故や急病を想定した研修、訓練が定期的に行われている。	AEDの使用法、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、避難訓練も実施している。	a
				8. 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
				9. 事故補償（賠償）を行うための方策を講じている。	全利用者を対象とした損害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
				10. 事故等における報告書を高崎市及び援護の実施者へその都度渡している。	高崎市及び援護の実施者である各市町村に、事故等について都度報告をしている。	a
				11. 緊急時には、平日の日中は診療所において医療が確保されるようになっている。	平日の日中は診療所において緊急対応を実施している。	a
				12. 土日祝、夜間の緊急時には、診療所医師や医療従事者（看護師）へ相談できる体制が整っており、医師の指示から医療機関への受診等も指示に沿って支援を行っている。	土日祝、夜間の緊急時は医師への電話による連絡、夜間配置の看護師への報告を実施し、必要な指示をもらう体制となっている。	a
	(3) 感染症の発生及びまん延の防止等に関する体制	①感染症の発生及びまん延の防止等のための対策が図られていますか。	A	13. 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が整備されており、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
				14. 職員には、定期的に必要な救急法の研修、訓練を行っている。	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
				1. 感染症の発生及びまん延の防止のための委員会を定期的（年1回以上）に開催し、検討結果が職員に対し周知されている。	感染症対策委員会が設けられており、定期的に会議を実施している。議事録が情報システムで閲覧できる体制となっており、周知が図られている。	a
				2. 感染症の発生及びまん延の防止のための指針及び事業継続計画（BCP）が整備されている。	感染症の発生及びまん延の防止のための指針、事業継続計画（BCP）が整備されている。	a
	(4) 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	3. 職員への定期的（年1回以上）な感染症の発生及びまん延の防止のための研修、訓練が実施されている。	感染症の発生及びまん延の防止のための研修・訓練が、年間計画で示され、実施している。	a
				4. 感染症の発生及びまん延の防止についてのマニュアル及び事業継続計画（BCP）が明文化されている。	事業継続計画（BCP）、感染症対策委員会による感染症の発生及びまん延の防止についてのマニュアルが明文化されている。	a
				1. 警察署、消防署、その他行政機関等と情報交換、連絡・協力体制を作っている。	防火管理規則があり、避難訓練等を中心に、警察の定期的な巡回や、消防の設備点検や防災訓練時の立ち合い等があり、常に連携を図っている。	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。	総務部職員を中心に地域の自治会に参加し、情報交換を実施している。	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	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、地域の防災訓練への参加をしている。	a
		②人事管理体制が整備されていますか。		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（BCP）が用意されている。	事業継続計画（BCP）が策定されており、大規模災害の場合に福祉避難施設、地域の罹災者の受け入れ等が明文化されている。	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、事業計画に基づき、幹部会議において稼働率や目標値の進捗状況等、経営分析を行っている。	a
	(2) 経費	①経費削減に取り組んでいますか。	A	2. 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
				3. 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に基づき、職員個々人が業務目標を設定し、期首面談・期末面談が実施され、人事考課が実施されている。	a

領域	大項目	中項目	総合評価	小項目	第三者評価機関記入欄	自己評価
		③財務管理（予算管理）が適切に行われていますか。	A	4. 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
				5. 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、各寮・施設からの意見を踏まえ内容等を検討し、その結果も含めて予算編成がなされている。	a

総合評価		自己評価	
A	より良い福祉サービスの水準・状態	a	適切に行われている 積極的に行われている
B	評価に至らない多くの施設・事業所の状態	b	中間
C	評価に至らない状態	c	適切さに欠ける 行われていない