３　資料

**サービス改善課題整理票**

**（施設自己点検シート）**

＜参考＞　社～全国社会福祉協議会　障害者虐待防止の手引き（チェックリスト）、　知～大阪知的障害者福祉協会　虐待防止マニュアル

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 評～大阪府社会福祉協議会　福祉サービス第三者評価　評価基準　障がい者・児版　Version2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 評価項目ア)３点、イ）１点、ウ）０点 | 評価の考え方 | より良い取り組みに向けての評価項目　加算　１項目１点 |
| **Ⅰ．規程・マニュアルの整備** |
| １．倫理綱領、行動規範を定めており、職員への周知ができている。　　　　　　　　　　 | ア）施設独自で定めており、全職員に周知できている。イ）他施設のものを準用している。または、定めているが、全職員への周知が十分ではない。ウ）定めていない | ア）・利用者の権利擁護の内容の入った倫理綱領及び行動規範を施設独自で定めている。　　・明文化した文書を全職員へ配布し、よく見えるところに掲示している。あるいは、会議で周知徹底している。イ）・施設独自で作成したものではなく、他機関(他施設)等のものを準用している。　　・会議で説明するなど一定の周知は図っているが、全職員への周知は十分でない。ウ)　定めていない | □定めるにあたって施設内で委員会等を立ち上げ、職員で議論し作成した。□倫理綱領に関する委員会等を設置し、定期的に職員へ周知し、積極的に意識向上を図るための取り組みをしている。 |
| ２．虐待防止マニュアルやチェックリストを作成し、職員に周知徹底するとともに、活用している。　　 | ア）虐待防止マニュアル等を作成し、職員に周知し、定期的に活用している。イ）虐待防止のマニュアル等は作成しているが、周知、活用は十分ではない。ウ）作成していない | ア） 虐待防止マニュアル、チェックリストを施設で作成し、全職員に配布およびあるいは会議等で周知徹底し、定期的に活用している。イ） 虐待防止マニュアル等を作成しているが、職員への周知徹底、活用については十分ではない。ウ) 作成していない | □定期的に会議等で取り上げて職員の意識向上の取り組みを実施している。□チェックリストを定期的に活用する体制をとり、支援を見直す機会を設けている。 |
| ３．緊急やむを得ない場合の身体拘束等の手続き、方法を明確に定め、職員に徹底している。　　　（手続きを適切に定めているか） | ア）身体拘束等の手続きを定め、職員へ周知できているイ）身体拘束等の手続きを定めているが、職員への周知は十分でない。ウ）手続き、方法を定めていないエ）施設として、いかなる場合も身体拘束を行わないという方針を明確にし、職員へ周知している。 | ア）・切迫性、非代替性、一時性の三要件を満たし、記録、事前の利用者、家族への同意を得るなどの手続きを含め、施設として委員会等で検討した上で方法を定めている。・定めた身体拘束等の方法については、会議等で職員へ徹底されている。イ） 身体拘束等についての手続き、方法は定められているが、内容が十分ではない。また、職員への徹底は十分ではない。ウ) 身体拘束等に関する手続きは定めていない。エ）身体拘束について適切に理解した上で、いかなる場合も身体拘束を行わないという施設の方針を明確にし、職員へ周知徹底している。 | □手続きを定める検討委員会に医師や第三者委員などの施設外の第三者も参加している。 |
| ４．緊急やむを得ない場合、定められた方法によって身体拘束が行われ、記録や家族への報告、委員会での検討が適切に行われている。　　(手続きに沿って適切に行われているか) | 1. 検討された方法がすべての職員によって適切に実施されている。また、記録や家族への報告、委員会での検討も適切にされている。
2. 検討された方法が適切に実施されているが、記録については身体拘束解除後の状況までは徹底されていない。また、家族への報告、委員会での報告は十分ではない。
 | ア）・事前に本人、家族に同意を得ており、事前に検討した方法で、実施している。・やむを得ず、決められた方法で身体拘束を行った場合、原因となる事前の状況及び、身体拘束をしている間の状況のみでなく、解除後の状況も観察し、記録している。・身体拘束の状況を委員会へ定期的に報告している。・手続きに沿い、身体拘束を行った場合、家族にも実際の様子を定期的に報告している。 | □身体拘束を実施する前の状況、身体拘束している間の状況、解除後の状況を観察、記録、分析し、定期的に見直し、身体拘束以外の支援方法について検討している。□検討委員会には、医師、第三者委員などの施設外の第三者も参加している。 |
|  | ウ）身体拘束が適切に実施されておらず、また委員会は設置していない。エ）いかなる身体拘束も実施していない。 | 1. ・事前に本人、家族に同意を得ており事前に検討した方法で、実施している。

・記録はされているが、解除後の状況の記録は徹底されていないなど十分でない。・委員会はあるが定期的に報告及び見直しは行っていない。1. ・個々の身体拘束が適切に実施されていない。また利用者、家族の同意を得ていない部分がある。

・委員会は設置していない。 |  |
| ５．事故記録、ヒヤリハット記録が整備されている。 | ア)事故記録、ヒヤリハット記録を整備し、事故の防止に生かしているイ）事故記録、ヒヤリハット記録は整備しているが、事故の防止への活用は十分ではない。ウ）事故記録、ヒヤリハット記録は整備できていない。 | ア）・事故、ヒヤリハット事例があった時には、直ちに上司に報告し、決まった様式に記録している。・事故、ヒヤリハット事例については引き継ぎ会議、回覧等で速やかに職員に周知し、同様の事故が起こらないよう取り組んでいる。・事故が起こった場合は、直ちに家族、市町村、子ども家庭センター(児童)及び所管課等関係機関へ報告している。・事故、ヒヤリハット事例については、原因、予防策についても検討し、職員に周知徹底している。1. 事故記録、ヒヤリハット記録は整備されているが、職員**全体**への周知及び関係機関への報告は十分でない。
2. 事故記録、ヒヤリハット記録の様式は準備されているが、記録されておらず、活用されていない。
 | □事故記録、ヒヤリハット記録について同様の事案が続いていないか、不適切なケアと考えられるものはないかなど委員会等で定期的に分析している。□家族会への報告が十分行われ、および外部へ情報公開している。 |
| **Ⅱ．利用者中心支援** |
| ６．利用者の支援においては、いかなる場合においても、強制的な言動（威圧的な対応や体罰、暴力）は行っていない。 | 1. 施設長から臨時職員に至るまで全員がそう考え、行っていない。
2. 基本的にはそう考え、行っていない。
3. 場合によっては強制的な言動も必要と考えている。
 | 1. 行動障がいなどの対応困難な場合にも、強制的な言動、威圧的な言動、差別的な言動は施設として禁止しており、全職員に周知徹底しており、行っていない。
2. 行動障がいなどの対応困難な場合にも、強制的な言動、威圧的な言動、差別的な言動は施設として禁止しているが、全職員へは周知徹底ができていない。

ウ）不適切な行動を改善するためには（児童の場合はしつけと称して）、時に手をあげることもやむを得ないと考えている。 | □強制的な言動（威圧的な対応、体罰、暴力）や差別的な言動の禁止について施設の方針として文章化され、定期的に会議等で話し合われている。□管理者としての方針を明確にして新規採用職員をはじめ全職員へ研修し周知徹底している。 |
| ７．預り金について適切な管理体制が作られている。 | 1. 適切な管理体制が整備され、確実な取り組みが行われている。
2. 管理体制が整備されているが、取り組みが十分ではない。
3. 管理体制が整備されていない。
 | ア）・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。・自己管理に支援を要する人には、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。・預り金管理規程が整備されており、規程に沿って管理されており、預り金の収支状況を定期的に利用者（家族）へ報告している。・内部チェック体制が確立している（通帳、印鑑の保管責任者の分離、施設長による定期的検査）イ）上記について十分でない。ウ）管理体制が整備されていない。 | □金銭管理技能が身につくようなプログラムを用意している。 |
| ８．利用者個々人のアセスメントをもとに個別支援計画を作成し、これに基づく適切な支援を実施している。　　 | 1. 利用者のアセスメント及び、将来の生活についての本人の意向や希望をもとに個別支援計画を策定し、これに基づく適切な支援を実施している
2. 個別支援計画を策定し、支援しているが、十分ではない。
3. 個別支援計画を策定していない
 | ア）・個別支援計画は本人の生活に対する意向や希望をもとにして作成されている。・個別の支援目標について家族の意向も確認し、家族と共有できている。・利用者等の身体状況や、生活状況、行動の特徴、将来の生活の希望を勘案した個別支援計画を策定している。・個別支援計画は定例的でなく具体的で実効性のある内容で定められている。・作成した個別支援計画は利用者（家族）に書面をもって説明し同意を得ている。・個別支援計画の見直しについては決まった時期、及び必要に応じて行われている。・個別支援計画が、担当者の意見だけでなく、会議において策定されている。1. 個別支援計画の策定に当たっては、個々のアセスメントに基づいて、個別支援計画策定会議において策定されているが、具体的な内容については十分ではない。

定期的に見直しがされているが、支援計画の内容が適切に見直されていない。（前回とまたは他の利用者と同様の内容が記載されている場合が多い）また、会議で検討されずに個別支援計画が策定されている。ウ）アセスメントが十分でなく、個人に適切な計画内容となっていない。・ | □個別支援計画作成会議は、利用者(または家族)の参加を得て、実施している。□地域生活移行をめざした個別支援計画が策定されており、具体的な取り組みがされている。 |
| ９． サービスの提供について集団での支援だけでなく、利用者の意思、希望を尊重するよう配慮している。個別のニーズに対応した支援を実施している | 1. 利用者の意思、希望を尊重し、個別のニーズに対応したサービスを提供している
2. 利用者の意思、希望を尊重した個別のサービス提供を目指しているが十分でない。

ウ）利用者の意思、希望より、施設の都合でサービス提供している | ア）・外出や日課の選択など利用者の意思、希望を聞き尊重する体制を整えている。・集団支援だけではなく、個別の希望に沿ったサービスの提供を実施している。・同性介護を保障している。イ）個別のサービスの提供を目指して取り組んでおり、施設の都合により、利用者の生活を不当に制限している場面はないが、十分ではない。ウ)集団支援を行い、個別のサービス提供はほとんど実施していない。 | □利用者のプライベートを保障する特段の取り組みが行われている。□外出等の行事についても施設全体でなく、利用者の希望に沿い、個別の取り組みが行われている。 |
| １０．心地よく生活できる環境への取り組みがなされており、一人になれる場所や部屋または少人数でくつろげる場所や部屋が用意されている。 | ア）十分配慮され用意されているイ）配慮しているが十分でないウ）あまり配慮されていない | ア）・利用者が一人になりたいときに自由に利用できる場所・設備が用意されている。・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。・訪問者と面会できる部屋が用意されている。・施設内の生活環境については、利用者の意見も取り入れながら、快適な生活が出来るよう配慮されている。イ）上記内容について取り組んでいるが、十分ではない。ウ）あまり取り組まれていない | □利用者の私物について、利用者の意向を尊重して、大切に所持できるように配慮されている。 |
| １１．利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している　 | ア）利用者が相談や意見を述べやすい環境、しくみが整備されており、利用者にそのことを伝えるための取り組みがされている。イ）利用者が相談や意見を述べやすい環境、しくみは整備されているが、そのことを利用者に伝える取り組みが十分でない。ウ）整備していない。 | ア）利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる体制が整備され、文書化されており、利用者にわかりやすく説明している。相談スペースを設け、相談を受ける体制を明確にしている。イ）利用者が相談や意見を述べやすい環境、体制は整備されているが、利用者への周知が十分ではない。1. 利用者が相談や意見を述べやすい環境、仕組みについて配慮していない。
 | □利用者自治会や意見箱の設置などで意見をくみ取る体制があり、くみ取った利用者の意見を支援に反映している。□日常的に相談窓口を明確にした上で、その内容をわかりやすい場所に掲示し、相談しやすいよう声掛け等を積極的に行っている。 |
| １２．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　　　　　　 | ア）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イ）コミュニケーション手段を確保するための取り組みが行われているが十分ではない。ウ）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ない　　　　　　　　　　 | ア）意思伝達に制限のある人の場合、個別のコミュニケーション手段の検討とそれに基づく支援がなされている。（手話、写真、絵カードなど）イ）意思伝達に制限のある人の場合、日常的な関わりを通じて、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がけている。ウ）個別のコミュニケーション手段の工夫はできていない。 | □コミュニケーション支援についての専門的な研修に継続的に参加し、実施している。（視覚支援や、コミュニケーション機器の活用等）□コミュニケーション支援について、施設として検討会を実施し、取り組んでいる。 |
| １３．行動障がいについて原因の分析を行い、軽減するための対応がなされている。 | 1. 行動障がいについて原因の分析を行い、軽減するための対応を組織として行っている。
2. 行動障がいの原因分析、軽減するため取り組んでいるが、十分ではない。
3. できていない
 | ア）利用者の行動特性、生活リズム、興味、嗜好、対人関係などを把握し、日々の観察、記録から行動障がいの誘因となる刺激や人的・物理的環境との因果関係を分析し、軽減するための対応を検討し、全職員の認識を統一した上で対応している。イ）観察、原因の分析、支援方法について検討しているが、会議での検討ではない、あるいは全職員に周知徹底されていない。ウ）できていない。 | □関係する全ての職種の職員が連携し、必要に応じて専門医の協力も得て、新たな支援方法の修得や研究を進めるなどの工夫をしている。□関係機関(援護の実施機関、障がい者自立相談支援センター、相談支援事業所等）や家族等と状況を共有し、支援についてケア会議を開くなど連携している。□施設内での検討だけでなく、外部の専門機関の助言を得るなど支援の向上に向けて取り組んでいる。 |
| １４．利用者の状況に関する記録及びサービス実施状況の記録が適切に行われている。　　　　 | 1. 利用者の状況に関する記録及び個別支援計画のサービス実施状況が適切に記録されている。
2. 利用者の状況に関する情報及び個別支援計画のサービス実施状況が記録されているが十分ではない。
3. 利用者の状況に関する情報及び個別支援計画のサービス実施状況が記録されていない。
 | ア) ・利用者の状況、サービス実施に当たり留意すべき事項、実施に伴う状況の変化、アセスメントやサービス実施計画の実施状況等、利用者に関わる日々の情報を、書面にて整理している。・一人ひとりの個別支援計画に沿ってどのようにサービスが実施されたか、その結果利用者の状態はどのように推移したか具体的に記録している。・記録する職員で記録内容にばらつきが生じないよう工夫している。イ) ・利用者の状況に関する情報を書面にて整備するよう努めているが、一部の項目の不足や記入漏れなどが見られる。・個々の利用者について日々の記録はされているが、記録内容について個別支援計画に沿って実施したサービス内容や利用者の変化についての具体性が十分でない。ウ）記録の整備が不十分である。 | □個別支援計画によるサービス実施状況が記録によって確認することができ、個別支援計画の評価・見直をする上で基本情報として活用されている。□日々の記録については、支援状況、利用者の状況が具体的に記録され、職員が共有して現状を適切に把握できるような体制を整えている。 |
| **Ⅲ．風通しの良い職場環境づくりと職員体制** |
| １５．施設が利用者にとって及び職場として話がしやすく明るい雰囲気を保持している。  | ア）話がしやすく明るい雰囲気を保持している。イ）話がしやすく明るい雰囲気を保持するよう施設として努めているが、十分でない部分もある。ウ）話がしやすく明るい雰囲気とは言えない。 | ア）・利用者、職員間で話がしやすい雰囲気があり、実際会話が豊富になされている。・威圧的な雰囲気はなく、施設全体に活気があり、利用者がリラックスしてすごせる環境である・施設環境が清潔で明るい。イ）努力しているが、十分ではない。ウ）施設全体に過度の緊張感があり、話がしやすく明るい雰囲気ではない。 |  |
| １６．職員会議等で情報の共有及び職員間で意思疎通が良好に図られている。 | ア）積極的に情報の共有が行われ、意思疎通が良好に図られている。イ）情報の共有、意思疎通を図るよう努めているが十分ではない。ウ）情報の共有、意思疎通を図るよう努めていない。 | ア)・日々の支援の引き継ぎが、十分な時間をとって行われ、詳細な内容となっている。・日々の支援に当たって必要に応じて相談しながらチームで取り組んでいる。・職員会議が定期的に開催され、職員が発言しやすいよう配慮されている。・日々の支援についての相談もスムーズに行えている。イ）上記について取り組んでいるが、十分ではない。ウ）情報の共有、職員間の意思疎通について特別意識して取り組んでいない・ | □上司は職員の意見や疑問点について積極的に聞き取る姿勢を保っている。また、上司に相談しやすい特段の体制をつくっている。□職員間で意見を述べるための具体的な取り組み、体制を作っており、意見交換が活発に行われている。 |
| １７．職員がストレスをためこまないよう組織として相談体制を整えている。 | ア）相談体制を整えているイ）相談体制を整えているが、十分でないウ）相談体制を整えていない | ア)・相談体制が整えられ、実際に運用されている。・定期的に職員との個別面談が行われている。・職員のストレスが過重にならないよう確認されている。イ）取り組んでいるが十分ではない。ウ）取り組んでいない。 | □希望があれば職員が相談できるようにカウンセラーや専門家を確保し、メンタルケアの体制を整えている。□職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを定期的にチェックし、職員の状態を把握している。 |

|  |
| --- |
| **Ⅳ．職員への意識啓発・研修** |
| １８．遵守すべき法令を職員全員が正しく理解する為の取り組みを行っている。　　　　　　 | 1. 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的に取り組み、職員に周知している。

イ）法令遵守のための取り組みを行っているが十分ではない。ウ）取り組んでいない。 | ア）関係法令を整理し、職員がいつでも閲覧できるよう整備している。また、新しい法令等について会議の場や回覧等を通じ職員へ周知するための取り組みを行っている。イ）関係法令は整理しているが、職員への周知は十分ではない。ウ）特に行っていない。 | □管理者及び職員は法令遵守の為の研修会等に積極的に参加している。□管理者は職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また、遵守させる為の具体的な取り組みを行っている。 |
| １９．日々の支援の質を高めるための知識や技術の向上を目的とした研修を実施している。　　　　　　　　　　　　　　　　　 | ア）施設外の研修に参加することも含め、定期的に研修を実施しているイ）研修を実施しているが十分とはいえない。ウ）実施していない | ア）・年間研修計画を立て計画に沿って実施している。・支援技術向上に向けての研修（行動障害等に関する研修を含む）を実施している・施設外研修を受講した際は施設で伝達研修が行われ、多数の職員が参加している。・研修実績(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）1. 年間計画に沿って実施しているが、十分とは言えない。
2. 支援技術向上のための研修は実施していない。
 | □困難事例等の事例検討会を実施している□施設外の講師から助言を得るような取り組みを実施している。　実施回数（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　研修内容(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）講師名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　□職員個々の業務に関する目標管理が作成され(目標管理カード等)、それに基づいて職員個人の研修計画が作成・実施されている。 |
| ２０．職員に対して、虐待の防止に関する研修や学習を実施している。 | ア）計画的に虐待防止の研修及び学習会を実施している。イ）研修及び学習会を実施しているが、十分でない。ウ）実施していない | ア）・年に1度以上、計画的に実施している。研修回数（　　　　　　　　　　　　　　　　）・大多数の職員が受講しており、受講できなかった職員へも周知する体制をとっている。イ）過去数年間に1回以上、実施している。受講できなかった職員への周知は十分となりえないウ）特に実施していない | □施設外の講師から助言を得るような取り組みを実施している。　実施回数（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　研修内容(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）講師名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　 |
| ２１．職員への人権等の意識啓発が行われている。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | ア）権利擁護の意識啓発が行われており、職員の認識も高いイ）権利擁護の意識啓発は行っているが、十分ではない。ウ）施設として取り組んでいない | ア）・研修等を通じ、職員がどういう行為が人権侵害に当たるか具体的に認識している。・虐待事例のポスター等を職場に掲示し、職員の自覚、自省を促しているイ）人権の意識啓発について取り組んでいるが、職員の理解は十分とはいえない。ウ）取り組んでいない | □その他意識啓発の取り組みをおこなっている(具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

|  |
| --- |
| **Ⅴ．外部のチェック　　　家族との連携** |
| ２２．虐待の防止や権利擁護について継続的に外部の専門家らによる評価、チェックを受けている。　　　　　　　　　 | ア）第三者評価等外部の専門家による評価、チェックを継続的に受けているイ）継続的ではないが、外部の専門家による評価、チェックを受けたことがあるウ）外部の評価を受けたことがない | ア）第三者評価又は他の外部評価を継続的に受けており、その結果を支援の向上に生かしている。評価機関（　　　　　　　　　　　）　　　　　 評価日　（　　　　　　　　　　　　）イ）継続的ではないが外部評価を受けたことがある。　評価機関（　　　　　　　　 　　　　）　　　　　 評価日　（　　　　　　　　　　　　　）ウ）外部評価は受けたことがない。 | □会計士による指導を受けている。□外部評価結果を公表している。 |
| ２３．地域との関係が適切に確保され、施設の透明性を図るよう取り組んでいる。　　 | ア）地域交流イベントの開催やボランティアの受け入れなど利用者が地域との交流を持つための取り組みを計画的に行っている。イ）地域と良好な関係を築くよう取り組んでいるが、十分ではない。ウ）特に地域と良好な関係を築くような取り組みは行っていない。 | ア）・地域のボランティアを積極的に受け入れる体制を整えており、現在定期的にボランティアの受け入れを行っている。受け入れているボランティア（　　　　　　　　）頻度　　　　　(　　　　　　　　　　　　　　　　　)・実習生の受け入れ体制を整え、積極的に受け入れている。昨年度の受け入れ人数（　　　　　　　　　　）・施設での行事や活動について積極的に地域へ案内し、地域から多数の参加がある。1. 上記について取り組んでいるが、十分ではない。

ウ）・特に取り組んでいない。 | □ボランティアや実習生などとの交流があり、施設についての意見を積極的に聞いている。□利用者の買い物や通院、散髪など日常的な活動についても地域における社会資源を利用するよう取り組んでいる。 |
| ２４．利用者の家族等と定期的に連絡・調整等を図り、スムーズに意思疎通が図られている。　　　 | ア）利用者家族と意思疎通がスムーズに図られている。イ）利用者家族と意思疎通がスムーズに図られるよう取り組んでいるが、十分ではない。ウ）利用者家族と意思疎通をスムーズに図るような取り組みは特にしていない。 | 1. ・施設だよりの発行や面談、訪問、連絡ノートなどを通して家族との連絡調整、連携が十分に図られている。

・家族からの訪問、見学は随時受け入れている。・利用者家族から情報開示の求めにいつでも応じられるように体制をとっている。1. 取り組んでいるが、十分ではない。
2. 取り組んでいない。
 | □家族が施設側に意見を言いやすい工夫を行っている（工夫　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２５．利用者の権利を守るため、虐待防止や権利擁護について、利用者、家族、関係機関との意見交換の場を設置している。　　 | ア）定期的に意見交換の場を設けている。イ）意見交換の場を設けているが十分でない。1. 設けていない。
 | 1. 虐待防止や権利擁護について、利用者、家族、関係機関と意見交換の場を設け、施設での取り組みの透明性を図る努力をしている。
2. 関係機関、利用者、家族と意見交換の場を設置しているが、十分な活動は行われていない。
3. 設けていない。
 |  |

|  |
| --- |
| **Ⅵ　苦情・虐待事案への対応等の体制整備** |
| ２６．虐待防止に関する責任者を定め、委員会を設置するなどの取り組みを行っている。 | ア）虐待防止に関する責任者を定め委員会を設置するなど虐待防止に向けて積極的に取り組んでいる。イ）責任者は定めているが、利用者、家族への周知の取り組みは不十分であるウ）責任者は定めていない | ア）・虐待防止に関する責任者を定め、利用者、家族に文書で説明し周知を図っている。・虐待防止に関する委員会を施設内に設置し、定期的に開催している。イ）・虐待防止に関する責任者を定めているが、利用者、家族への周知は十分ではない。・委員会は設置されているが活動については十分ではない。ウ）責任者は定めていない。 | □委員会で虐待防止の取り組みや問題があった時の対応について協議し、協議内容については施設全体で周知を図っている。□委員に外部委員が入っている。 |
| ２７．苦情相談窓口を設置し、利用者等にわかりやすく案内をするとともに、苦情解決責任者等を規程等に定め、利用者からの苦情の解決に努めている。　 | ア）苦情解決規程について利用者、家族に分かりやすく説明し規程に沿って早急に苦情解決に努めているイ）苦情解決の仕組みが確立されているが、十分に機能していない。ウ）苦情解決の仕組みが確立していない。 | ア）・苦情解決規程を定め、利用者、家族等へ周知し、苦情があった時には規程に沿って早急に対応している。・市町村や運営適正化委員会など施設外の苦情受付窓口について掲示するなど案内している。また、第三者委員に直接苦情受付できる体制になっている。イ）苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取り組みが行われているが、十分に機能していない。ウ）苦情解決の仕組みが確立していない。 | □苦情解決の実績等を事業報告書や広報誌等で積極的に公表している。□第三者委員による定期的な活動実績がある。 |
| ２８．施設内で虐待事案の発生時の対処方法、再発防止策を具体的に文章化している。　　　　　　　　　　　 | ア）虐待対応マニュアル、再発防止策を整備・明文化し、職員、利用者、家族に周知している。イ）虐待対応マニュアルや再発防止策は整備しているが、職員、利用者、家族への周知の取り組みは十分でではない。ウ）整備していない | ア）・虐待等に関する通報連絡先が利用者、家族、訪問者等のわかりやすい場所に掲示されている。体罰等が行われた場合、その原因を究明し、今後発生しないよう防止策を講じる仕組みが整えられており、その体制が明文化されている．・虐待事案発生時の対処方法、及び防止策を職員、利用者、家族へ配布、説明され周知されている。イ）職員、利用者、家族へ配布、説明など周知について十分ではない。ウ）整備していない。 | □体罰については、具体例を示した上で就業規則・職務規程･及びマニュアル等にも明文化している。□体罰等については、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。□利用者と接する場面で体罰等がおきないように、接し方の研修をおこなっている。□万一、体罰等がおこなわれた場合に備えて処分規程が設けられている。 |
| ２９．利用者の希望や必要性に応じて成年後見制度等の権利擁護の仕組みの活用について利用者・家族に説明を行い、あるいは成年後見制度の利用支援を行っている。　 | 1. 成年後見制度等の権利擁護の仕組みについて説明、利用支援をぉこなっている。
2. 成年後見制度等の権利擁護の仕組みについて説明しているが、希望や必要に応じてという点では十分ではない。
3. 成年後見制度等について説明、利用支援は施設として行っていない。
 | 1. 利用者の希望や必要に応じて成年年後見制度等の権利擁護の仕組みの活用について利用者・家族に説明を行い、あるいは成年後見制度の利用支援を行っている。

イ）成年後見制度等の権利擁護の仕組みの活用について利用者・家族に説明を行っているが、十分でない。ウ）成年後見制度等の活用について説明等行っていない。 | □単身など成年後見制度の活用の必要な利用者については、その手続きを進め、活用している。（手続き中を含む） |
| （特記事項）  |