

評価調査票（障がい者・児施設用）

事業者名：社会福祉法人ゆうゆう amaririsu

（種別： 放課後等デイサービス

※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組・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	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果	コメント
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・周知されている。						
1. I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	○	ア	理念、基本方針が法人、福祉施設・事業所内の文書や広告媒体（パンフレット、ホームページ等）に記載されている。	a		
	○	イ	理念は、法人、福祉施設・事業所が実施する福祉サービスの内容や特色を踏まえた法人、福祉施設・事業所の使命や目指す方向、考え方を読み取ることが出来る。	b	法人の理念についてはホームページに記載されており、職員、利用者へ周知されている。保護者へは見学時や契約時に説明し、その他定期的に法人のリーフレットや冊子を送付している。事業所においては、理念と行動指針を定期的に更新し、準職員へは研修にて周知している。	
	○	ウ	基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。	c		
	○	エ	理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。			
	○	オ	理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなど工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。			
	○	カ	理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取り組みを行っている。			
I-2 経営状況の把握						
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。						
2. I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。P6	○	ア	社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。	a	全体の動向については報酬改定時などに情報収集している。	
	○	イ	地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。	b	当別地域福祉計画、子ども・子育て支援事業計画にて地域の福祉計画を把握している。	
	○	ウ	利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し、定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。	c	相談支援事業所や役場の保健師と情報共有しながら地域のニーズを把握している。経営収支については月ごとに予算と実績を確認し、分析している。	
	○	エ				
3. I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。P11	○	ア	経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や善美の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもつき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。	a	理事会、部長会議が月に1回以上実施しており、経営状況、課題について共有されている。その内容は必要な事業所に周知されている。	
	○	イ	経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）間で共有がなされている。	b	課題解決に向けてその都度計画的に取り組んでいる。	
	○	ウ	経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。	c		
	○	エ	経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。			
I-3 事業計画の策定						
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。						
4. I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。P13	○	ア	中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。	a	法人の中期ビジョンが職員に周知されている。内容については経営課題、地域課題、福祉の課題に対して取り組んでいく内容となっている。3年ごとに見直ししている。	
	○	イ	中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。	b	事業所においては、持続可能な経営的な数値目標は設定している。	
	○	ウ	中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	c		
	○	エ	中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。			
5. I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。P15	○	ア	単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。	a	法人の事業計画に基づき、事業所の単年度の事業計画を立てている。目的と目標を具体的に設定して、進捗状況を管理している。	
	○	イ	単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。	b		
	○	ウ	単年度の事業計画は、単なる「行動計画」になっていない。	c		
	○	エ	単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。			

評価基準			自己評価	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果	コメント
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。							
6. I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。P17	<input type="radio"/>	ア	事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。	a	年度末に次年度の事業計画を職員で立案している。実施状況を毎月評価している年度もあるが、今年度は実施していない。準職員への事業計画の説明を実施していない。		
	<input checked="" type="radio"/>	イ	計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。				
	<input checked="" type="radio"/>	ウ	事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。				
	<input type="radio"/>	エ	評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。				
	<input checked="" type="radio"/>	オ	事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等）されており、理解を促すための取組を行っている。				
7. I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。P19	<input checked="" type="radio"/>	ア	事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知（配布、掲示、説明等）されている。	a	事業計画は利用者および保護者への周知、説明は行っていない。		
	<input checked="" type="radio"/>	イ	事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。				
	<input checked="" type="radio"/>	ウ	事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。				
	<input checked="" type="radio"/>	エ	事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。				
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組							
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。							
8. I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。P16	<input type="radio"/>	ア	組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取り組みを実施している。	a	年1回保護者アンケート、事業所自己評価行っており、改善点を検討し、実行している。第三者評価は定期的には実施しておりません。		
	<input type="radio"/>	イ	福祉サービスの内容について組織的に評価（C：Check）を行う体制が整備されている。				
	<input checked="" type="radio"/>	ウ	定められた評価基準に基づいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。				
	<input type="radio"/>	エ	評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。				
	<input type="radio"/>	オ	評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。				
9. I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。P23	<input type="radio"/>	ア	職員間で課題の共有化が図られている。	a	自己評価に基づいて改善案を検討し実施している。検討事項があれば、スタッフ会議（月1回以上）、振り返りの会（毎日）にてその都度話し合い改善している。		
	<input type="radio"/>	イ	評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。				
	<input type="radio"/>	ウ	評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。				
	<input type="radio"/>	エ	改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。				
	<input type="radio"/>	オ	改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。				
II 組織の運営管理							
II-1 管理者の責任とリーダーシップ							
II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。							
10. II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。P25	<input type="radio"/>	ア	管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。	a	経営管理にかんする方針と取り組みについては事業計画にて明確にしている。組織の表明については年度初めの事業説明会にて説明しているが広報誌には掲載していない。業務分担については文書化している。災害時の役割分担についてはBOPに記載している。		
	<input checked="" type="radio"/>	イ	管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。				
	<input type="radio"/>	ウ	管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。				
	<input type="radio"/>	エ	平常時のみならず、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。				
	<input type="radio"/>	オ	管理者は、法令順守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。				
11. II-1-(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。P27	<input type="radio"/>	ア	管理者は、法令順守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。	a	石狩振興局が主催する集団指導に参加している。遵守すべき法令等についてはスタッフルームにファイル化し閲覧できるようにしている。		
	<input type="radio"/>	イ	管理者は、法令順守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。				
	<input type="radio"/>	ウ	管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。				
	<input type="radio"/>	エ	管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。				

評価基準		自己評価	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果	コメント
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。						
12 II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。P29	×	ア	管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。	a		
	○	イ	管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。	b	福祉サービスの質を評価する評価法は取り入れていません。今後、一般的で客観的な評価分析方法があれば導入を検討したい。	
	○	ウ	管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	c	サービスの質の向上のため研修を実施している。	
	○	エ	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。			
	○	オ	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。			
13 II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。P31	○	ア	管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。	a	予算と実績の管理、人員配置、報酬算定の現状と将来予測を分析しながら運営している。	
	○	イ	管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取組んでいる。	b	利用者支援、家族支援の時間を増やすため事務処理時間の効率化を推進している。	
	○	ウ	管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。	c		
	○	エ	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織的に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。			
II-2 福祉人材の確保・育成						
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。						
14 II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。P33	○	ア	必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。	a	必要な人材を確保している。	
	○	イ	福祉サービスの提供に関する専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。	b	将来の福祉を担う人材として学生のアルバイトを採用し育成に努めている。	
	○	ウ	計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。	c	支援に必要な知識や技術はOJTや振り返りの会にて伝達している。	
	○	エ	法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。			
15 II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。P35	○	ア	法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。	a	法人において経験や能力に応じて等級を定めており、その等級に応じた役割や能力は周知されている。	
	○	イ	一定の人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。	b	リアルタイムフィードバックにて、課題の設定、達成度、改善策などを討議している。	
	○	ウ	一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。	c		
	○	エ	職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。			
	○	オ	把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。			
	○	カ	職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができています。			
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。						
16 II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。P37	○	ア	職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。	a	リアルタイムフィードバックを実施し、職員の働き方や人事異動について確認している。	
	○	イ	職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。	b	有給休暇の取得状況をチェックしている。	
	○	ウ	職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。	c	事務処理時間を削減する取り組みを行い、ワークライフバランスを整えるようにしている。	
	○	エ	定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内			
	○	オ	職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。			
	○	カ	ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。			
	○	キ	改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。			
	○	ク	福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。			

評価基準		自己評価	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果	コメント
II-2-(3) 職員等の質の向上に向けた体制が確立されている。						
17_II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。P39	<input type="radio"/> ア	組織として「期待する職員像等」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。	a			
	<input type="radio"/> イ	個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。				
	<input type="radio"/> ウ	職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。				
	<input type="radio"/> エ	職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。				
	<input type="radio"/> オ	職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末(期末)面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。				
18_II-2-(3)-② 職員等の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。P41	<input type="radio"/> ア	組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。	a			
	<input type="radio"/> イ	現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要なとされる専門技術や専門策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。				
	<input type="radio"/> ウ	定期的に計画の評価と見直しを行っている。				
	<input type="radio"/> エ	定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。				
	<input type="radio"/> オ	定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。				
19_II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。P43	<input type="radio"/> ア	個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。	a			
	<input type="radio"/> イ	新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。				
	<input type="radio"/> ウ	階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施し、外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を奨励している。				
	<input type="radio"/> エ	職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。				
	<input type="radio"/> オ	職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。				
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。						
20_II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。P45	<input type="radio"/> ア	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。	a			
	<input type="radio"/> イ	実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルを整備されている。				
	<input type="radio"/> ウ	専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。				
	<input type="radio"/> エ	指導者に対する研修を実施している。				
	<input type="radio"/> オ	実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。				
21_II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。P47	<input type="radio"/> ア	ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。	a			
	<input type="radio"/> イ	福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。				
	<input type="radio"/> ウ	法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人(福祉施設・事業所)の存在意義や役割を明確にするように努めている。				
	<input type="radio"/> エ	地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。				
	<input type="radio"/> オ	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。				
22_II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。P49	<input type="radio"/> ア	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。	a			
	<input type="radio"/> イ	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。				
	<input type="radio"/> ウ	福祉施設・事業所における事業、財務について、外部の専門家による監査支援等を実施している。				
	<input type="radio"/> エ	外部の専門家による監査支援等の結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。				
	<input type="radio"/> オ	外部の専門家による監査支援等の結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。				

評価基準		自己評価		書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果	コメント
II-4 地域との交流、地域貢献							
II-4-1 地域との関係が適切に確保されている。							
23 II-4-(1)-① 利用者 と地域との交流を広げる ための取組を行っている。 P52	×	ア	地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。	a	地域との関わり方については法人の方針はありませんが、事業所においては文書化していない。 利用者への情報提供はLINEにて随時行っている。 地域のお祭りやイベントに参加している。 日常のお昼ご飯やおやつ購入、お散歩、公園で遊ぶ、ゴミ拾いなど地域とのつながりをつくっている。		
	○	イ	活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。	b			
	○	ウ	利用者の個別状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。	c			
	○	エ	福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。				
	○	オ	利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。				
24 II-4-(1)-② ボラン ティア等の受入れに対す る基本姿勢を明確にし体 制を確立している。P54	×	ア	ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。	a	ボランティアについての基本姿勢を文書化していない。 北海道医療大学の学生向けに説明会を毎年実施している。 北海道医療大学、当別高校の授業で体験実習を行っている。		
	×	イ	地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。	b			
	×	ウ	ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。	c			
	○	エ	ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。				
	○	オ	学校教育への協力を行っている。				
II-4-2 関係機関との連携が確保されている。							
25 II-4-(2)-① 福祉施 設・事業所として必要な 社会資源を明確にし、関 係機関等との連携が適切 に行われている。P56	×	ア	当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。	a	社会資源のリストは作成していない。 自立支援協議会、要保護児童対策地域協議会、個別支援会議、当別町子ども子育て会議に参加し地域の課題解決に向けて議論している。		
	○	イ	職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。	b			
	○	ウ	関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	c			
	○	エ	地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。				
○	オ	地域に適当な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。					
II-4-3 地域の福祉向上のための取組を行っている。							
26 II-4-(3)-① 地域の 福祉ニーズ等を把握する ための取組が行われてい る。P58	○	ア	福祉施設・事業所（法人）が実施する事業や運営委員会の開催、関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。	a	・地域で開催されているお祭りに参加したり、法人が主催しているイベントに地域の方にも参加して頂くことでニーズや課題等の把握に努めている。		
	○	イ	把握した福祉ニーズ等にもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。	b			
	○	ウ	多様な機関等と連携して、社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどにも貢献している。	c			
27 II-4-(3)-② 地域の 福祉ニーズにもとづく公 益的な事業・活動が行わ れている。P60	○	ア	把握した福祉ニーズ等にもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。	a	・地域のニーズを把握し、中期ビジョンという形で事業、活動等を明示している。		
	○	イ	把握した福祉ニーズ等にもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。	b			
	○	ウ	多様な機関等と連携して、社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどにも貢献している。	c			
	○	エ	福祉施設・事業所（法人）が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を、地域に還元する取組を積極的に				
○	オ	地域の防災対策や、被災時における福祉的な支援を必要とする人々、住民の安全・安心のための備えや支援の取組を行って					

評価基準		自己評価		書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果	コメント
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 (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。							
28 Ⅲ-1-1(1)-① 利用者を尊重した福祉サービスの提供について共通の理解をもつための取組を行っている。P63	○	ア	理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実施するための取組を行っている。	a	法人の理念や基本方針に利用者を尊重した福祉サービスの実施を明示している。		
	○	イ	利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。	b			
	○	ウ	利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。	c			
	○	エ	利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。				
	○	オ	利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価を行い、必要な対応を図っている。				
29 Ⅲ-1-1(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。P65	○	ア	利用者のプライバシー保護について、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記した規程・マニュアル等が整備され、職員への研修によりその理解が図られている。	a	プライバシー保護についてはスタッフへ周知しているが、規定やマニュアルまでは整備出来ていない。		
	×	イ	規程・マニュアル等にもとづいて、プライバシーに配慮した福祉サービスが実施されている。	b			
	×	ウ	一人ひとりの利用者にとって、生活の場になさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫	c			
	×	エ	利用者や家族にプライバシー保護に関する取組を周知している。				
Ⅲ-1-2 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。							
30 Ⅲ-1-2(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。P67	×	ア	理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。	a	法人紹介の資料に関しては、多くの人が入手できる場所には設置していないが誰が見ても分かりやすいような内容にはなっている。		
	○	イ	組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。	b			
	○	ウ	福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。	c			
	○	エ	見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。				
	○	オ	利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。				
31 Ⅲ-1-2(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等がわかりやすく説明している。P69	○	ア	サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。	a	契約をする時に、サービスの内容等について資料を用いて説明をし同意を得ている。書面も残している。		
	○	イ	サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。	b			
	○	ウ	説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。	c			
	○	エ	サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。				
	○	オ	意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。				
32 Ⅲ-1-2(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。P71	○	ア	福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。	a	希望があれば引継ぎ文書を作成しているが、定めてはいない。事業所に相談があれば対応しているが、担当者や窓口を定めてはいない。		
	×	イ	他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。	b			
	×	ウ	福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。	c			
	×	エ	福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。				

評価基準		自 己 評 価		書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果	コメント
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。							
33 Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。P73	○ ア	利用者満足に関する調査が定期的に行われている。	a	年に一度保護者アンケートを実施している。個別の面談にて半年に一度、事業所に対する要望や満足度を確認している。利用者会、家族会は開催されていないため出席していない。			
	○ イ	利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足度を把握する目的で定期的に行われている。	b				
	× ウ	職員等が、利用者満足度を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。					
	○ エ	利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等	c				
	○ オ	分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。					
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている。							
34 Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。P76	○ ア	苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。	a	苦情解決の体制は整備しており、保護者に対しては重要事項説明書にて契約時に説明している。			
	○ イ	苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。	b				
	○ ウ	苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。	c				
	○ エ	苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。					
	○ オ	苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。					
	○ カ	苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。					
	○ キ	苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。					
35 Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。P78	○ ア	利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。	a	重要事項説明書にて連絡先を説明している。事業所で対面での相談のほか、電話、LINE、Zoomにて対応する環境を整えている。			
	○ イ	利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。	b				
	○ ウ	相談しやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。	c				
36 Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。P80	○ ア	職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすい意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見	a	保護者からの意見については、送迎時や定期面談にて聞き取りをしている。苦情対応マニュアルを整備し内容を定期的に見直ししている。			
	○ イ	意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。	b				
	○ ウ	相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。	c				
	○ エ	職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを旨に迅速な対応を行っている					
	○ オ	意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。					
○ カ	対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。						

評価基準		自己評価		書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果	コメント
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。							
37 Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。P82	○	ア	リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配属）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。	a	事故対応マニュアルを作成し定期的に見直しを行っている。 アクシデントに繋がりそうな事例、アクシデントが起こった場合、インシデント、アクシデント報告にて報告し防止策を検討している。		
	○	イ	事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。	b			
	○	ウ	利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。	c			
	○	エ	収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。				
	○	オ	職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。				
	○	カ	事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。				
38 Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。P84	○	ア	感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。	a	感染症に関するマニュアルを作成しており、定期的に勉強会も行い職員に周知している。		
	○	イ	感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。	b			
	○	ウ	担当者等と中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。	c			
	○	エ	感染症の予防策が適切に講じられている。				
	○	オ	感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。				
	○	カ	感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直ししている。				
39 Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。P86	○	ア	災害時の対応体制が決まっている。	a	災害時に関するマニュアルを作成しており、職員に周知している。また備蓄リストも作成している。		
	○	イ	立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。	b			
	○	ウ	利用者及び職員の安否確認の方法が決まられ、すべての職員に周知されている。	c			
	○	エ	食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。				
	○	オ	防災計画等を整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。				
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保							
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。							
40 Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。P88	○	ア	標準的な実施方法が適切に文書化されている。	a	提供する福祉サービスの標準的な実施方法を文書化し、職員に周知している。		
	○	イ	標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。	b			
	○	ウ	標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。	c			
	○	エ	標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。				
41 Ⅲ-2-(1)-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。P90	○	ア	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。	a	福祉サービスの実施に関する検証、見直しを定期的に行い、個別支援計画にも反映している。		
	○	イ	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に行われている。	b			
	○	ウ	検証・見直しにあたり、個別支援計画の内容が必要に応じて反映されている。	c			
	○	エ	検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。				

評価基準			自己評価	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果	コメント
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。							
42 Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。P92	○ ア	個別支援計画策定の責任者を設置している。	a				
	○ イ	アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。	b				利用者のアセスメントを実施し、計画に具体的なニーズを明示している。支援困難ケースの対応についても適宜検討している。
	○ ウ	部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議が実施されている。	c				
	○ エ	個別支援計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。					
	○ オ	個別支援計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の会議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。					
	○ カ	個別支援計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。					
	○ キ	支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。					
43 Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。P95	○ ア	個別支援計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。	a				
	○ イ	見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。	b				計画は半年に一度見直しを行い、変更した内容を関係職員に周知している。
	○ ウ	個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。	c				
	○ エ	個別支援計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。					
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。							
44 Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。P97	○ ア	利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。	a				
	○ イ	個別支援計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。	b				計画に基づくサービスが実施されている記録を毎日記入している。また記録の書き方や内容も都度指導している。
	○ ウ	記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。	c				
	○ エ	組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。					
	○ オ	情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。					
	○ カ	パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。					
45 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。P99	○ ア	個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。	a				
	○ イ	個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。	b				利用者の記録の保管等に関しては、個人情報保護規定を定めている。また職員も個人情報保護規定を理解し、遵守している。
	○ ウ	記録管理の責任者が設置されている。	c				
	○ エ	記録に管理について個人情報保護の観点から、職員の対し教育や研修が行われている。					
	○ オ	職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。					
	○ カ	個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。					

評価基準		自己評価		書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果	コメント
A-1 利用者の尊重と権利擁護							
A-1-1 自己決定の尊重							
A① A-1-1(1) ① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	○	ア	利用者の自己決定を尊重するエンパワメントの理念にもとづく個別支援を行っている。	a	b	c	・利用者一人一人の希望やニーズに応じた個別支援計画を立てて支援を行っている。 ・利用者の意向を尊重しながら、発達を促すように支援を行っている。
	○	イ	利用者の主体的な活動については、利用者の意向を尊重しながら、その発展を促すように支援を行っている。				
	○	ウ	趣味活動、衣服、理美容や嗜好品等については、利用者の意思と希望や個性を尊重し、必要な支援を行っている。				
	○	エ	生活に関わるルール等については、利用者と話し合う機会（利用者同士が話し合う機会）を設けて決定している。				
	○	オ	利用者一人ひとりへの合理的配慮が、個別支援や取組をつうじて具体化されている。				
	○	カ	利用者の権利について職員が検討し、理解・共有する機会が設けられている。				
A-1-2 権利擁護							
A② A-1-2(1) ① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	○	ア	利用者の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。	a	c	・毎年虐待防止、権利擁護に関する研修を行い、権利侵害の防止や発生時の対応等について職員の理解を深めている。	
	○	イ	利用者の権利擁護のための具体的な取組を利用者や家族に周知している。				
	○	ウ	権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行っている。				
	○	エ	原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続きと実施方法を明確に定め、職員に所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にしていく。				
	○	カ	権利擁護のための取組について職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている。				
	○	キ	権利侵害が発生した場合に再発防止策等を検討し、理解のもとで実践する仕組みが明確化されている。				
A-2 生活支援							
A-2-1 支援の基本							
A③ A-2-1(1) ① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	○	ア	利用者の心身の状況、生活習慣や望む生活等を理解し、一人ひとりの自律・自立に配慮した個別支援を行っている。	a	b	c	・日々の支援で掃除や洗濯、調理体験などの機会を設け、将来の自立生活に向けての支援を行っている。
	○	イ	利用者が自力で行う生活上の行為は見守りの姿勢を基本とし、必要な時には迅速に支援している。				
	○	ウ	自律・自立生活のための動機づけを行っている。				
	○	エ	生活の自己管理ができるように支援している。				
	○	オ	行政手続き、生活関連サービス等の利用を支援している。				
A④ A-2-1(1) ② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーションの手段の確保と必要な支援を行っている。	○	ア	利用者の心身の状況に応じて、さまざまな機械や方法によりコミュニケーションがはかられている。	a	b	c	・利用者同士やスタッフとの言葉でのやり取りを通して、コミュニケーション能力を育てている。また意思表示が難しい利用者には、スケジュールカードや文字アプリ等を使用して意思を汲み取れるように工夫をしている。
	○	イ	コミュニケーションが十分ではない利用者への個別的な配慮が行われている。				
	○	ウ	意思表示や伝達が困難な利用者の意思や希望をできるだけ適切に理解するための取組を行っている。				
	○	エ	利用者のコミュニケーション能力を高めるための支援を行っている。				
A⑤ A-2-1(1) ③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	○	ア	必要に応じて、コミュニケーション機器の活用や代弁者の協力を得るなどの支援や工夫を行っている。	a	b	c	・利用者が話し合いたいことを話せる機会を個別に設けている。
	○	イ	利用者の選択・決定と理解のための情報提供や説明を行っている。				
	○	ウ	利用者の意思決定の支援を適切に行っている。				
	○	エ	相談内容について、サービス管理責任者と関係職員による検討と理解・共有を行っている。				
	○	オ	相談内容をもとに、個別支援計画への反映と支援全体の調整等を行っている。				

評価基準		自己評価	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果	コメント
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援						
A16 A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	<input type="radio"/> ア	入浴、排せつなどの支援のさまざまな場面をつうじて、利用者の健康状態の把握に努めている。	a	・来所時に体温を測るなど常に健康状態の把握を行っている。 ・利用者の状況に合わせて、健康の維持のため運動等を取り入れたりもしている。		
	<input type="radio"/> イ	医師又は看護師等による健康相談や健康面での説明の機会を定期的に設けている。				
	<input type="radio"/> ウ	利用者の障害の状況にあわせた健康の維持・増進のための工夫を行っている。				
	<input type="radio"/> エ	利用者の体調変化等における迅速な対応のための手順、医師・医療機関との連携・対応を適切に行っている。				
	<input type="radio"/> オ	障害者・児の健康管理等について、職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。				
A17 A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	<input type="radio"/> ア	医療的な支援の実施についての考え方（方針）と管理者の責任が明確であり、実施手順や個別の計画が策定されている。	a	・服薬の管理については、都度管理者、スタッフ間で確認をしながら適切に行っている。		
	<input type="radio"/> イ	服薬等の管理（内服薬・外用薬等の扱い）を適切かつ確実にしている。				
	<input type="radio"/> ウ	慢性疾患やアレルギー疾患等のある利用者については、医師の指示にもとづく適切な支援や対応を行っている。				
	<input type="radio"/> エ	介護職員等が実施する医療的ケアは、医師の指示にもとづく適切かつ安全な方法により行っている。				
	<input type="radio"/> オ	医師や看護師の指導・助言のもと、安全管理体制が構築されている。				
<input type="radio"/> カ	医療的な支援に関する職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。					
A-2-(6) 社会参加、学習支援						
A18 A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	<input type="radio"/> ア	利用者の希望と意向を把握し、社会参加に資する情報や学習・体験の機会を提供する等、社会参加への支援を行っている。	a	・利用者の保護者の希望、意向を取り入れ支援の中に学習支援も含めて行っている。		
	<input type="radio"/> イ	利用者の外出・外泊や友人との交流等について、利用者を尊重して柔軟な対応や支援を行っている。				
	<input type="radio"/> ウ	利用者や家族等の希望と意向を尊重して学習支援を行っている。				
	<input type="radio"/> エ	利用者の社会参加や学習の意欲を高めるための支援と工夫を行っている。				
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援						
A19 A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	<input type="radio"/> ア	利用者の希望と意向を把握し、地域生活に必要な社会資源に関する情報や学習・体験の機会を提供している。	a	・地域の方と交流が持てるよう、地域のイベントに参加したり地域の方に来てもらい一緒に活動をする機会を設けている。		
	<input type="radio"/> イ	利用者の社会生活力と地域生活への移行や地域生活の意欲を高める支援と工夫を行っている。				
	<input type="radio"/> ウ	地域生活への移行や地域生活について、利用者の意思や希望が尊重されている。				
	<input type="radio"/> エ	地域生活への移行や地域生活に関する課題等を把握し、具体的な生活環境への配慮や支援を行っている。				
<input type="radio"/> オ	地域生活への移行や地域生活のための支援について、地域の関係機関等と連携・協力している。					
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家庭支援						
A15 A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	<input type="radio"/> ア	家族等との連携・交流にあたっては、利用者の意向を尊重して対応を行っている。	a	・半年に一度保護者さんと面談の機会を設け、学校や家庭での生活状況や困りごとなどの相談等を行っている。 ・利用者の体調不良等の対応は、マニュアルを作成し適切に対応している。		
	<input type="radio"/> イ	利用者の生活状況等について、定期的に家族等への報告を行っている。				
	<input type="radio"/> ウ	利用者の生活や支援について、家族等と意見交換する機会を設けている。				
	<input type="radio"/> エ	利用者の生活や支援に関する家族等からの相談に応じ、必要に応じて助言等の家族支援を行っている。				
	<input type="radio"/> オ	利用者の体調不良や急変時の家族等への報告・連絡ルールが明確にされ適切に行われている。				
<input type="radio"/> カ	利用者の生活や支援に関する家族等との連携や家族支援についての工夫を行っている。					

評価基準		自己評価	書面調査による確認内容	訪問調査による確認内容	判定結果	コメント
A-3 発達支援						
A-3-(1) 発達支援						
A⑩ A-3-(1)-① 子供の障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	<input type="radio"/>	ア	子どもの発達過程や適応行動の状況等を踏まえた発達支援（個別支援）を行っている。	a b c ・子どもの発達に応じて、個別活動や集団活動を組み合わせながら支援を行っている。 ・関係機関との情報共有は、適宜行っている。		
	<input type="radio"/>	イ	子どもの発達に応じて必要となる基本的日常動作や自立生活を支援するための活動や取組について、個別活動と集団活動等を組み合わせながら実施している。			
	<input type="radio"/>	ウ	子どもの活動プログラムについてはチームで作成するとともに、子どもの状況に応じた工夫や見直しを行っている。			
	<input type="radio"/>	エ	子どもと保護者に対し、学校及び保育所や認定こども園、児童発達支援事業所等との情報共有、連携・調整をはかっている。			
	<input type="radio"/>	カ	利用者の一人ひとりの働く力や可能性を引き出すような取組や工夫を行っている。			
A-4 就労支援						
A-4-(1) 就労支援						
A⑩ A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	<input type="radio"/>	ア	利用者の一人ひとりの働く力や可能性を引き出すような取組や工夫を行っている。	a b c ・利用者の働く力を引き出せるように、仕事体験のプログラムを作って対応している。 ・地域の企業、関係機関と連携をして就労支援を行っている。		
	<input type="radio"/>	イ	利用者の一人ひとりの障害に応じた就労支援を行っている。			
	<input type="radio"/>	ウ	利用者の意向や障害の状況にあわせて、働くために必要なマナー、知識・技術の習得や能力の向上を支援している。			
	<input type="radio"/>	エ	働く意欲の維持・向上のための支援を行っている。			
	<input type="radio"/>	オ	仕事や支援の内容について、利用者への定期的な報告と話し合いを行っている。			
	<input type="radio"/>	カ	地域の企業、関係機関、家族等との連携・協力のもとに就労支援を行っている。			