

身体障害者入所授産施設 アンケート

1. サービス情報の提供・案内

| 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している   |                                                                            | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|------------|
|                                |                                                                            |        | 本来実施すべき | 実施する必要がない |            |
| 1                              | パンフレット、ホームページ等利用希望者が入手できる媒体で事業所の理念や利用手続き等の最新情報を提供している<br>(メモ: )            | 1      | 2       | 3         |            |
| 2                              | 関係機関と連携をとり、潜在的な利用希望者への情報提供を行っている<br>(メモ: )                                 | 1      | 2       | 3         |            |
| 3                              | 事業所の広報誌等広報媒体の内容を点検し、改善するしくみを整備している<br>(メモ: )                               | 1      | 2       | 3         |            |
| 4                              | 利用者の一日の生活状況や事業所の特徴がわかる情報を提供している<br>(メモ: )                                  | 1      | 2       | 3         |            |
| 5                              | 利用希望者の特性を考慮し、必要に応じて広報媒体や簡易な表現などを工夫している<br>(メモ: )                           | 1      | 2       | 3         |            |
| 6                              | 事業所を訪れる利用希望者の他、区市町村等利用者のサービス選択に関わる関係者にパンフレット等を配布している<br>(メモ: )             | 1      | 2       | 3         |            |
| 7                              | 利用希望者がサービス選択のために必要な情報は何かを把握し、それに基づいて情報を提供している<br>(メモ: )                    | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:                        |                                                                            |        |         |           |            |
| 利用希望者の問い合わせや見学に対応している          |                                                                            | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|                                |                                                                            |        | 本来実施すべき | 実施する必要がない |            |
| 8                              | 問い合わせ・見学受入の基本的方針や留意事項を明確化している<br>(メモ: )                                    | 1      | 2       | 3         |            |
| 9                              | 希望する利用者には、サービス開始前に利用体験ができるようにしている<br>(メモ: )                                | 1      | 2       | 3         |            |
| 10                             | 問い合わせや見学者から受けた質問を分析し、それをもとに説明資料を作成している<br>(メモ: )                           | 1      | 2       | 3         |            |
| 11                             | 問い合わせ等があった場合には、常に一定の内容を情報提供できるよう体制を整備している<br>(メモ: )                        | 1      | 2       | 3         |            |
| 12                             | 利用者に影響を与えない範囲で見学希望者の都合(曜日や時間)に対応し、見学を受け入れている<br>(メモ: )                     | 1      | 2       | 3         |            |
| 13                             | 外部からの問い合わせ等について利用者の心身の安全に配慮した対応を行う体制がある<br>(メモ: )                          | 1      | 2       | 3         |            |
| 14                             | 問い合わせや見学の際の留意点を手引書にまとめ、職員間で共有している<br>(メモ: )                                | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:                        |                                                                            |        |         |           |            |
| 利用申込者に対する利用決定の仕組みについて透明化を図っている |                                                                            | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|                                |                                                                            |        | 本来実施すべき | 実施する必要がない |            |
| 15                             | 利用決定に際しては、公平性を確保した方法で決定を行っている<br>(メモ: )                                    | 1      | 2       | 3         |            |
| 16                             | 利用者や家族等の状況に応じて、受け入れ基準を柔軟に運用する体制を整えている<br>(メモ: )                            | 1      | 2       | 3         |            |
| 17                             | 受け入れが困難な状況にある申込者に対し、受け入れができない理由を説明し、必要に応じてその人に合った相談先や他機関等を紹介している<br>(メモ: ) | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:                        |                                                                            |        |         |           |            |

身体障害者入所授産施設 アンケート

２．サービスの開始・終了時の対応

| サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている  |                                                                      | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|------------|
|                             |                                                                      |        | 本来実施すべき | 実施する必要がない |            |
| 18                          | 重要事項説明書や契約書等、サービスの提供時間や内容、料金等サービスを利用する上で必要な書式を整えている<br>(メモ: )        | 1      | 2       | 3         |            |
| 19                          | 重要事項説明書や契約書の内容を、利用者にわかりやすいように工夫している<br>(メモ: )                        | 1      | 2       | 3         |            |
| 20                          | 利用者にとって必要な項目が盛り込まれているか、誤解しやすい項目がないかどうかなど、重要事項説明書等の点検を行っている<br>(メモ: ) | 1      | 2       | 3         |            |
| 21                          | 契約の効力や意義について、利用者及び家族が理解できるように説明をしている<br>(メモ: )                       | 1      | 2       | 3         |            |
| 22                          | 利用者の状態により、家族や立会人等の同席を勧め、重要事項等の説明を確実に理解できるようなしくみを整えている<br>(メモ: )      | 1      | 2       | 3         |            |
| 23                          | サービスに関する重要事項等を説明する際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している<br>(メモ: )                | 1      | 2       | 3         |            |
| 24                          | サービスを開始する時には、サービス内容や料金等について、利用者や家族等の同意を得ている<br>(メモ: )                | 1      | 2       | 3         |            |
| 25                          | サービス開始の決定について迷っている人には即答を求めず、利用者が十分検討して決定できるようにしている<br>(メモ: )         | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:                     |                                                                      |        |         |           |            |
| サービス開始当初の環境変化に適応できるよう支援している |                                                                      | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|                             |                                                                      |        | 本来実施すべき | 実施する必要がない |            |
| 26                          | サービス開始時に利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している<br>(メモ: )               | 1      | 2       | 3         |            |
| 27                          | サービス開始前に収集した情報が確実に職員間に共有化されているかどうか検証している<br>(メモ: )                   | 1      | 2       | 3         |            |
| 28                          | 利用者の個別状況に応じて、環境変化による負担を軽減し、事業所のルールや職員等に馴染むことのできるよう体制を整えている<br>(メモ: ) | 1      | 2       | 3         |            |
| 29                          | 必要に応じて関係する諸機関から利用者に関する情報を集めて活用している<br>(メモ: )                         | 1      | 2       | 3         |            |
| 30                          | これまでの生活の継続性をふまえた支援をしている<br>(メモ: )                                    | 1      | 2       | 3         |            |
| 31                          | 利用開始直後には、新たな生活に適応できるように、利用者の不安やストレスを軽減するよう配慮している<br>(メモ: )           | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:                     |                                                                      |        |         |           |            |

身体障害者入所授産施設 アンケート

| 利用者がサービス利用を終了する場合も、必要な対応を行っている |                                                                    | 実施していない |                      | わかりにくい項目に○ |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------|----------------------|------------|
|                                |                                                                    | 実施している  | 本来実施すべき<br>実施する必要がある |            |
| 32                             | 利用者が他のサービスに移行する場合、新たな事業所の関係者等と連携して支援体制を整えている<br>(メモ: )             | 1       | 2                    | 3          |
| 33                             | サービスの終了時には、利用者や家族等の不安を軽減するため、生活の継続性に配慮した情報提供やアドバイスを行っている<br>(メモ: ) | 1       | 2                    | 3          |
| 34                             | サービスを終了する場合の要件については、契約書等に明記しており、終了に至る過程を明確にしている<br>(メモ: )          | 1       | 2                    | 3          |
| 35                             | サービス利用終了後も必要に応じて、利用者や家族等からの相談に応じる体制を整えている<br>(メモ: )                | 1       | 2                    | 3          |
| その他の項目:                        |                                                                    |         |                      |            |

3. 事業所におけるサービスの質の標準化

| 提供しているサービスの基本事項や手順等を明文化している |                                                            | 実施していない |                      | わかりにくい項目に○ |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------|---------|----------------------|------------|
|                             |                                                            | 実施している  | 本来実施すべき<br>実施する必要がある |            |
| 36                          | 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、提供しているサービスの基本事項や手順等を明文化している<br>(メモ: ) | 1       | 2                    | 3          |
| 37                          | 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している<br>(メモ: )      | 1       | 2                    | 3          |
| 38                          | 手引書等に記載している内容や表記方法の妥当性を検証している<br>(メモ: )                    | 1       | 2                    | 3          |
| 39                          | 他の事業所等で定めているサービスの基本事項や手順等のよい部分を取り入れ、改善に活かしている<br>(メモ: )    | 1       | 2                    | 3          |
| 40                          | 職員の手引書等の活用状況を把握している<br>(メモ: )                              | 1       | 2                    | 3          |
| 41                          | 手引書等は、職員の共通理解が得られるような表現にしている<br>(メモ: )                     | 1       | 2                    | 3          |
| 42                          | 日常のサービスがサービスの基本事項や手順等に添っているかどうかを点検するしくみを整えている<br>(メモ: )    | 1       | 2                    | 3          |
| 43                          | 手引書等は使いやすい場所にあり、必要な時にすぐ参照できるようにしている<br>(メモ: )              | 1       | 2                    | 3          |
| その他の項目:                     |                                                            |         |                      |            |

| 提供しているサービスの基本事項や手順等について、見直しをする仕組みを確立している |                                                                         | 実施していない |                      | わかりにくい項目に○ |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------|------------|
|                                          |                                                                         | 実施している  | 本来実施すべき<br>実施する必要がある |            |
| 44                                       | 提供しているサービスの基本事項や手順等は、改変の時期や見直しの基準が定められている<br>(メモ: )                     | 1       | 2                    | 3          |
| 46                                       | 提供しているサービスの基本事項や手順等の妥当性を検証するしくみを整えている<br>(メモ: )                         | 1       | 2                    | 3          |
| 45                                       | 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるようなしくみを整えている<br>(メモ: ) | 1       | 2                    | 3          |
| その他の項目:                                  |                                                                         |         |                      |            |

身体障害者入所授産施設 アンケート

| サービスの基本事項や手順等を確保するために、さまざまな取り組みをしている |                                                                              | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|------------|
|                                      |                                                                              |        | 本来実施すべき | 実施する必要がある |            |
| 47                                   | 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている<br>(メモ: )                    | 1      | 2       | 3         |            |
| 48                                   | 事業所全体のサービス提供レベルが一定水準に達しているかどうかを確認し、必要な対応をしている<br>(メモ: )                      | 1      | 2       | 3         |            |
| 49                                   | 必要に応じて外部の専門家等を招き、職員の対応について指導や助言を受けている<br>(メモ: )                              | 1      | 2       | 3         |            |
| 50                                   | 職員が一定レベルの支援方策を学べるよう、サービスの場面に沿った基本事項を体得する機会を設定している<br>(メモ: )                  | 1      | 2       | 3         |            |
| 51                                   | 職場内外の教育や業務を通じての個別指導等の実施により、職員のレベルアップを図っている<br>(メモ: )                         | 1      | 2       | 3         |            |
| 52                                   | 個々の職員の日常のサービスのあり方、援助技術や支援方法について指導者が評価・指導している<br>(メモ: )                       | 1      | 2       | 3         |            |
| 53                                   | 職員がわからないことが起こった場合は、気軽に指導者や先輩に尋ねるよう周知する等、相談しやすくしている<br>(メモ: )                 | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:                              |                                                                              |        |         |           |            |
| 職員は、サービス向上を目指し、臨機応変に対応している           |                                                                              | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|                                      |                                                                              |        | 本来実施すべき | 実施する必要がある |            |
| 54                                   | 事業所が提供しているサービスの一定水準を踏まえた上で、利用者の状況や場面に応じた対応を行っている<br>(メモ: )                   | 1      | 2       | 3         |            |
| 55                                   | 利用者の状況に合わせて、臨機応変な対応ができるよう、組織体制を整えている<br>(メモ: )                               | 1      | 2       | 3         |            |
| 56                                   | 通常想定されない緊急事態や突発的な事態が生じた場合の対応においても、基本となる方針や事項が職員間で共有化されている<br>(メモ: )          | 1      | 2       | 3         |            |
| 57                                   | 各担当者が工夫・改善した良いサービス事例などをもとに、サービスの基本事項や手順等の改善方策やその必要性を、会議や勉強会で確認している<br>(メモ: ) | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:                              |                                                                              |        |         |           |            |

身体障害者入所授産施設 アンケート

4. 個別状況に応じた計画策定(個別対応の重視)

| 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している |                                                          | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|------------|
|                                                |                                                          |        | 本来実施すべき | 実施する必要がない |            |
| 58                                             | 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記録し把握している<br>(メモ: )      | 1      | 2       | 3         |            |
| 59                                             | アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている<br>(メモ: )                      | 1      | 2       | 3         |            |
| 60                                             | 記録の書式にある項目の妥当性や的確性を検証している<br>(メモ: )                      | 1      | 2       | 3         |            |
| 61                                             | 記入の仕方や表現の的確性をチェックするシステムが整備されている<br>(メモ: )                | 1      | 2       | 3         |            |
| 62                                             | 個別の利用者のニーズや課題を明示する手続きが決められている<br>(メモ: )                  | 1      | 2       | 3         |            |
| 63                                             | 個別の利用者のケース記録等に、具体的なニーズや課題が明記されている<br>(メモ: )              | 1      | 2       | 3         |            |
| 64                                             | 利用者の個別要望に応じた支援ができるよう記録内容を常に更新し、活用している<br>(メモ: )          | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:                                        |                                                          |        |         |           |            |
| 利用者本人や家族の希望と関係職員の意見を取り入れた個別のサービス計画を作成している      |                                                          | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|                                                |                                                          |        | 本来実施すべき | 実施する必要がない |            |
| 65                                             | 計画は、利用者(必要に応じて家族等)の希望を尊重して作成、見直しをしている<br>(メモ: )          | 1      | 2       | 3         |            |
| 72                                             | 必要に応じて外部の専門家等から、計画に関する助言や指導を受けている<br>(メモ: )              | 1      | 2       | 3         |            |
| 73                                             | 計画は事業所内だけでなく、必要に応じて事業所外にある地域の社会資源の利用を視野に入れている<br>(メモ: )  | 1      | 2       | 3         |            |
| 74                                             | 計画は、一人ひとりの利用者の個性や生活リズムなどを尊重したケアを実現できるように作成している<br>(メモ: ) | 1      | 2       | 3         |            |
| 69                                             | 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得るようにしている<br>(メモ: )                  | 1      | 2       | 3         |            |
| 70                                             | 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めた上で、必要に応じて見直している<br>(メモ: )           | 1      | 2       | 3         |            |
| 71                                             | 設定されている目標への取り組み及び達成状況を確認している<br>(メモ: )                   | 1      | 2       | 3         |            |
| 66                                             | 計画は、自立(自律)支援の視点に基づいて作成している<br>(メモ: )                     | 1      | 2       | 3         |            |
| 67                                             | 計画は、関係する職員が合議で作成、見直しをしている<br>(メモ: )                      | 1      | 2       | 3         |            |
| 68                                             | 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している<br>(メモ: )                        | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:                                        |                                                          |        |         |           |            |

身体障害者入所授産施設 アンケート

| 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している |                                                                  | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|------------|
|                           |                                                                  |        | 本来実施すべき | 実施する必要がある |            |
| 75                        | 利用者一人ひとりの記録等の書面を整備し、計画の実施状況を記録している<br>(メモ: )                     | 1      | 2       | 3         |            |
| 76                        | 個別の利用者に関する情報が過不足なく記録されているかどうかを検証し、記録様式の見直しなどを行っている<br>(メモ: )     | 1      | 2       | 3         |            |
| 77                        | 利用者と共に、サービスの実施状況を確認し、記録を作成する取り組みを行っている<br>(メモ: )                 | 1      | 2       | 3         |            |
| 78                        | 記録されている内容を会議等で議論したり、指導的な立場にある職員がチェックするなど妥当性や的確性を検証している<br>(メモ: ) | 1      | 2       | 3         |            |
| 79                        | 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している<br>(メモ: )   | 1      | 2       | 3         |            |
| 80                        | 利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程を定めている<br>(メモ: )                            | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:                   |                                                                  |        |         |           |            |
| 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している |                                                                  | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|                           |                                                                  |        | 本来実施すべき | 実施する必要がある |            |
| 81                        | 計画の内容や個人の記録について、関係する職員すべてが共有できるようにしている<br>(メモ: )                 | 1      | 2       | 3         |            |
| 83                        | 申し送りや引継ぎの際に引き継ぐべき事項や留意点などを明確にし、引継ぎ内容を記録している<br>(メモ: )            | 1      | 2       | 3         |            |
| 84                        | 利用者の個別情報やサービス実施計画の活用状況を検証するしくみがある<br>(メモ: )                      | 1      | 2       | 3         |            |
| 82                        | 申し送り・会議等により、利用者への支援に必要な個別情報の内容を確認し、共有化している<br>(メモ: )             | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:                   |                                                                  |        |         |           |            |

身体障害者入所授産施設 アンケート

５．サービスの実施

| 個別支援計画に基づいて自立(自律)生活が営めるよう支援している |                                                                  | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|------------|
|                                 |                                                                  |        | 本来実施すべき | 実施する必要がない |            |
| 85                              | 個別支援計画に基づいて支援を行っている<br>(メモ: )                                    | 1      | 2       | 3         |            |
| 86                              | 必要に応じて対人関係のアドバイス等を行っている<br>(メモ: )                                | 1      | 2       | 3         |            |
| 87                              | 日常の金銭管理については、自己管理できるよう支援をしている<br>(メモ: )                          | 1      | 2       | 3         |            |
| 88                              | 契約締結や個人財産の管理で必要な場合は、成年後見制度等の活用を促している<br>(メモ: )                   | 1      | 2       | 3         |            |
| 89                              | 地域での自立生活に向けて、地域の関係機関と連携を取りながら支援している<br>(メモ: )                    | 1      | 2       | 3         |            |
| 90                              | 利用者の特性に応じて、利用者とのコミュニケーションのとり方を工夫している<br>(メモ: )                   | 1      | 2       | 3         |            |
| 91                              | 利用者の自立生活に関する希望を把握・尊重し、個別支援計画に反映している<br>(メモ: )                    | 1      | 2       | 3         |            |
| 92                              | 自立生活に必要なさまざまな情報(年金、就労、住宅、家事等)を分かりやすい方法で提供している<br>(メモ: )          | 1      | 2       | 3         |            |
| 93                              | 自立生活実現に向けて、体験学習や地域の社会資源の見学等を行なっている<br>(メモ: )                     | 1      | 2       | 3         |            |
| 94                              | 退所後も必要な支援を行っている<br>(メモ: )                                        | 1      | 2       | 3         |            |
| 95                              | 利用者自らが問題解決できるように支援している<br>(メモ: )                                 | 1      | 2       | 3         |            |
| 96                              | 地域で生活する元利用者や在宅障害者に対して、相談窓口を設置したり、見守りの体制を作るなどの支援を行なっている<br>(メモ: ) | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:                         |                                                                  |        |         |           |            |
|                                 |                                                                  |        |         |           |            |
| 個別支援計画に基づいて、就労に関するさまざまな支援をしている  |                                                                  | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|                                 |                                                                  |        | 本来実施すべき | 実施する必要がない |            |
| 97                              | 授産事業の活動メニュー等(作業種目、内容、補助具等)は、利用者の希望や特性により選択できるようにしている<br>(メモ: )   | 1      | 2       | 3         |            |
| 98                              | 利用者の状況に合わせて作業が行えるよう支援している<br>(メモ: )                              | 1      | 2       | 3         |            |
| 99                              | 就職後も職場における対人関係の相談に応じるなど、継続就労に向けた支援を行っている<br>(メモ: )               | 1      | 2       | 3         |            |
| 100                             | 授産事業の経営状況を明らかにし、利用者や関係者に今後の展望を明示している<br>(メモ: )                   | 1      | 2       | 3         |            |
| 101                             | 工賃は、利用者との合意に基づいて、支給している<br>(メモ: )                                | 1      | 2       | 3         |            |
| 102                             | 利用者が働きやすい作業環境を整えている<br>(メモ: )                                    | 1      | 2       | 3         |            |
| 103                             | 就労に向けた相談や具体的な支援を行なっている<br>(メモ: )                                 | 1      | 2       | 3         |            |
| 104                             | 職場実習、トライアル雇用などで、利用者がさまざまな就労体験ができるよう支援している<br>(メモ: )              | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:                         |                                                                  |        |         |           |            |
|                                 |                                                                  |        |         |           |            |

身体障害者入所授産施設 アンケート

| 栄養のバランスを考慮した上でおいしい食事を楽しく食べられるよう工夫をしている |                                                           | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|------------|
|                                        |                                                           |        | 本来実施すべき | 実施する必要がある |            |
| 105                                    | 食事は献立や利用者の状況に応じて、適時・適温で提供している<br>(メモ: )                   | 1      | 2       | 3         |            |
| 106                                    | 利用者の身体状況等に応じて治療食や咀嚼、嚥下に問題がある場合でも、食べやすい食事を提供している<br>(メモ: ) | 1      | 2       | 3         |            |
| 107                                    | 利用者のペースに合わせた食事介助(見守り・支援を含む)を行っている<br>(メモ: )               | 1      | 2       | 3         |            |
| 108                                    | 利用者の状態に応じた椅子・テーブルの利用や自助具の利用により、自力による食事摂取を支援している<br>(メモ: ) | 1      | 2       | 3         |            |
| 109                                    | 食事をする場所は清潔になっており、快適な食事ができるよう環境を整えている<br>(メモ: )            | 1      | 2       | 3         |            |
| 110                                    | ペースト食等の利用者にも、目で見て楽しめる食事の工夫をしている<br>(メモ: )                 | 1      | 2       | 3         |            |
| 111                                    | 食事時間は利用者の希望にそうよう幅をもたせ延長を認めている<br>(メモ: )                   | 1      | 2       | 3         |            |
| 112                                    | 献立の内容は季節感を取り入れ、変化に富んだものになっている<br>(メモ: )                   | 1      | 2       | 3         |            |
| 113                                    | 利用者が選択できる食事を提供している<br>(メモ: )                              | 1      | 2       | 3         |            |
| 114                                    | 残菜調査や利用者の嗜好調査を実施し、献立に反映している<br>(メモ: )                     | 1      | 2       | 3         |            |
| 115                                    | 咀嚼や嚥下が難しい利用者の食事摂取について、食事の状態や介助方法が妥当かどうか検討している<br>(メモ: )   | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:                                |                                                           |        |         |           |            |

  

| 入浴・排泄等生活上に必要な支援を行っている |                                                                   | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|------------|
|                       |                                                                   |        | 本来実施すべき | 実施する必要がある |            |
| 116                   | 入浴時間は利用者の状況や希望に応じるようにしている<br>(メモ: )                               | 1      | 2       | 3         |            |
| 117                   | 身の回りのこと(洗顔、整髪、歯磨き、更衣、掃除、洗濯等)は自分で行なえるよう働きかけたり、必要な介助をしている<br>(メモ: ) | 1      | 2       | 3         |            |
| 118                   | 通院時の移送サービスを、安全に行っている<br>(メモ: )                                    | 1      | 2       | 3         |            |
| 119                   | 入浴介助にあたっては、利用者のペースにあわせた支援を行っている<br>(メモ: )                         | 1      | 2       | 3         |            |
| 120                   | 浴室やトイレは使いやすい状態にしている<br>(メモ: )                                     | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:               |                                                                   |        |         |           |            |

身体障害者入所授産施設 アンケート

| 利用者の健康管理のための取り組みを行なっている                  |                                                                   | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|------------|
|                                          |                                                                   |        | 本来実施すべき | 実施する必要がある |            |
| 121                                      | 利用者の健康状態を定期的に記録し、把握している<br>(メモ: )                                 | 1      | 2       | 3         |            |
| 122                                      | 健康状態に関して、利用者の相談に応じ、必要に応じて利用者や家族に説明をしている<br>(メモ: )                 | 1      | 2       | 3         |            |
| 123                                      | 利用者自身が理解しやすい方法で、自己の健康状態を知ることができるような取り組みを行っている<br>(メモ: )           | 1      | 2       | 3         |            |
| 124                                      | 現状では服薬の自己管理が難しい人に対しても、自己管理に向けた支援方を検討している<br>(メモ: )                | 1      | 2       | 3         |            |
| 125                                      | 利用者に身体的、心理的・精神的ケアが必要な時には医師や看護師など専門家等と協力して行っている<br>(メモ: )          | 1      | 2       | 3         |            |
| 126                                      | 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている<br>(メモ: )                   | 1      | 2       | 3         |            |
| 127                                      | 利用者が自己服薬管理できるよう助言や支援を行っている<br>(メモ: )                              | 1      | 2       | 3         |            |
| 128                                      | 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている<br>(メモ: )                        | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:                                  |                                                                   |        |         |           |            |
| 利用者の自主性を尊重し、施設での生活が楽しく快適になるような取り組みを行っている |                                                                   | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|                                          |                                                                   |        | 本来実施すべき | 実施する必要がある |            |
| 129                                      | 日常生活の過ごし方は、利用者の特性や嗜好を考慮し、多様な体験ができるようにしている<br>(メモ: )               | 1      | 2       | 3         |            |
| 130                                      | 共用スペース(活動室・訓練室や食事場所、トイレ等)は、常に清潔な状態にしている<br>(メモ: )                 | 1      | 2       | 3         |            |
| 131                                      | 利用者が遠方への外出を希望する場合には、関係機関への連絡調整等の支援を行っている<br>(メモ: )                | 1      | 2       | 3         |            |
| 132                                      | 重度の障害を持つ利用者の希望を引き出す支援を行っている<br>(メモ: )                             | 1      | 2       | 3         |            |
| 133                                      | 施設での基本ルール(禁止事項含む)は利用者・家族などの意見を参考にするなどしながら、必要な見直しを行なっている<br>(メモ: ) | 1      | 2       | 3         |            |
| 134                                      | 行事やイベントの企画・準備は利用者も参加して行なっている<br>(メモ: )                            | 1      | 2       | 3         |            |
| 135                                      | 居室内は、採光、換気など居心地のよい環境となるようにしている<br>(メモ: )                          | 1      | 2       | 3         |            |
| 136                                      | 外食・娯楽・買い物などは利用者の希望に応じた支援を行なっている<br>(メモ: )                         | 1      | 2       | 3         |            |
| 137                                      | 施設での生活に関するきまりごとについて、利用者の理解を得られるように説明している<br>(メモ: )                | 1      | 2       | 3         |            |
| 138                                      | 利用者同士が意見を出し合える場(自治会等)があり、その意見等を施設運営に反映できるようにしくみを整えている<br>(メモ: )   | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:                                  |                                                                   |        |         |           |            |

身体障害者入所授産施設 アンケート

| 施設と家族等との連携を図っている |                                                        | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|------------------|--------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|------------|
|                  |                                                        |        | 本来実施すべき | 実施する必要がある |            |
| 139              | 家族等との交流・連携に際して、利用者本人の意思を確認し、その意向に基づいた対応をしている<br>(メモ: ) | 1      | 2       | 3         |            |
| 140              | 家族からの相談に対応する体制を整えている<br>(メモ: )                         | 1      | 2       | 3         |            |
| 141              | 利用者の日常の様子や施設の現況を家族等へ知らせる手段を整えている<br>(メモ: )             | 1      | 2       | 3         |            |
| 142              | 家族等の訪問や家族との外泊等は希望に応じる体制を整えている<br>(メモ: )                | 1      | 2       | 3         |            |
| 143              | 必要に応じて、利用者と家族の関係調整を行う体制を整えている<br>(メモ: )                | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:          |                                                        |        |         |           |            |

6. プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

| 利用者のプライバシーの保護を徹底している |                                                                          | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|------------|
|                      |                                                                          |        | 本来実施すべき | 実施する必要がある |            |
| 144                  | 事業所は利用者の個人情報等を、厳密に守らなければならないことを、利用者(必要に応じて家族等)に周知している<br>(メモ: )          | 1      | 2       | 3         |            |
| 145                  | 職員に個人情報に関する守秘義務を徹底している<br>(メモ: )                                         | 1      | 2       | 3         |            |
| 153                  | プライバシー保護が求められる理由や事業所の基本姿勢を利用者本人や家族にわかりやすく伝えている<br>(メモ: )                 | 1      | 2       | 3         |            |
| 154                  | 広報誌等発行物の作成時には、利用者の記述に関して個人が特定されるなど不適切な記述がないかどうか責任者を決めてチェックしている<br>(メモ: ) | 1      | 2       | 3         |            |
| 155                  | 郵便は個別の利用者専用のポストを設置している<br>(メモ: )                                         | 1      | 2       | 3         |            |
| 150                  | 外部の研修会等で、利用者の情報を外部に提出する際には、利用者に説明をし、納得を得るようにしている<br>(メモ: )               | 1      | 2       | 3         |            |
| 151                  | 個人の所有物や郵便物の扱い、居室への職員の出入りに当たっては、利用者のプライバシーに配慮している<br>(メモ: )               | 1      | 2       | 3         |            |
| 152                  | 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている<br>(メモ: )                                           | 1      | 2       | 3         |            |
| 146                  | 個人情報に関する守秘義務の規程整備等、組織として具体的に取り組んでいる<br>(メモ: )                            | 1      | 2       | 3         |            |
| 147                  | 利用者等から開示請求があった場合の対応など、個人情報に関する開示の規程を定めている<br>(メモ: )                      | 1      | 2       | 3         |            |
| 148                  | 記録の管理等について、プライバシー保護と情報開示の観点から、教育・指導を行っている<br>(メモ: )                      | 1      | 2       | 3         |            |
| 149                  | 利用者に関して他機関に照会したり相談したりする際には、利用者の承諾を得るようにしている<br>(メモ: )                    | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:              |                                                                          |        |         |           |            |

身体障害者入所授産施設 アンケート

| サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している |                                                                                     | 実施して<br>いる | 実施していない     |               | わかり<br>にくい項<br>目に○ |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|---------------|--------------------|
|                                    |                                                                                     |            | 本来実施<br>すべき | 実施する必<br>要がない |                    |
| 156                                | 日常のプログラムや行事の参加については、個人の意思を尊重している<br>(メモ: )                                          | 1          | 2           | 3             |                    |
| 157                                | 虐待が疑われる場合には、事業所内や関係機関等に相談できるしくみを整えている<br>(メモ: )                                     | 1          | 2           | 3             |                    |
| 158                                | 拘束を行わないための研究を行い、成果をあげている<br>(メモ: )                                                  | 1          | 2           | 3             |                    |
| 159                                | 利用者が、自らがかけがえのない存在であることを学び、自己肯定感を高めることができるような取り組みを行っている<br>(メモ: )                    | 1          | 2           | 3             |                    |
| 160                                | 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、会議等で対策を検討している<br>(メモ: ) | 1          | 2           | 3             |                    |
| 161                                | 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながらケアに努める体制を整えている<br>(メモ: )                              | 1          | 2           | 3             |                    |
| 162                                | 利用者個人の価値観や生活習慣に配慮した支援を行うという基本的考え方を共有化している<br>(メモ: )                                 | 1          | 2           | 3             |                    |
| 163                                | 一定のルールの下で、入浴時間や嗜好品の摂取等これまでの生活習慣を尊重した支援を行っている<br>(メモ: )                              | 1          | 2           | 3             |                    |
| 164                                | 利用者の呼称などにおいても、個人の尊厳を尊重して対応している<br>(メモ: )                                            | 1          | 2           | 3             |                    |
| 165                                | 利用者が一人でいたい時には、希望にそうようにしている<br>(メモ: )                                                | 1          | 2           | 3             |                    |
| 166                                | 思想・信条などの自由が確保されており、選挙権については、利用者の意思に基づく支援を行っている<br>(メモ: )                            | 1          | 2           | 3             |                    |
| 167                                | 利用者の基本的な権利について、日常生活の中でわかりやすく説明をしている<br>(メモ: )                                       | 1          | 2           | 3             |                    |
| その他の項目:                            |                                                                                     |            |             |               |                    |

身体障害者入所授産施設 アンケート

7. 安全管理

| 利用者の安全確保のための体制を整備している        |                                                                              | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|------------|
|                              |                                                                              |        | 本来実施すべき | 実施する必要がない |            |
| 168                          | 事故(感染症、災害を含む)等が発生した場合に速やかに責任者に報告する体制を整えている<br>(メモ: )                         | 1      | 2       | 3         |            |
| 169                          | 現場職員が参加する安全管理・事故防止の検討会を開催し、対応策を検討している<br>(メモ: )                              | 1      | 2       | 3         |            |
| 170                          | 事故等が発生した場合、所管官庁、保健所、警察等関係機関に速やかに報告する体制を整えている<br>(メモ: )                       | 1      | 2       | 3         |            |
| 171                          | 関係機関と連携をとり、事故等の拡大防止策を検討し、実施している<br>(メモ: )                                    | 1      | 2       | 3         |            |
| 172                          | 手引書等に記載された安全確保方策が、利用者の視点に立ったものか、利用者の自由度のバランス均衡を保ったものかという視点から点検している<br>(メモ: ) | 1      | 2       | 3         |            |
| 173                          | 事故等に対応するための手引書(基準書・手順書・マニュアル)等を整備し、職員に周知徹底している<br>(メモ: )                     | 1      | 2       | 3         |            |
| 174                          | 安全管理について、リスクの種類別に、責任と役割を明確にした管理体制を整備している<br>(メモ: )                           | 1      | 2       | 3         |            |
| 175                          | 安全管理・事故防止に関する取り組みを、定期的に評価・見直ししている<br>(メモ: )                                  | 1      | 2       | 3         |            |
| 176                          | 安全管理・事故防止に関する知識・技術を共有化する取り組みをしている<br>(メモ: )                                  | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:                      |                                                                              |        |         |           |            |
|                              |                                                                              |        |         |           |            |
| 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している |                                                                              | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|                              |                                                                              |        | 本来実施すべき | 実施する必要がない |            |
| 177                          | 発生した事故及び事故につながりそうな事例を記録し、蓄積している<br>(メモ: )                                    | 1      | 2       | 3         |            |
| 178                          | 利用者の行動特性を日常的に記録し、事故予防対策に反映している<br>(メモ: )                                     | 1      | 2       | 3         |            |
| 179                          | 経験の浅い職員等には、日常的な業務の中で、利用者の事故予防につながる援助技術を実践的に教える体制を整備している<br>(メモ: )            | 1      | 2       | 3         |            |
| 180                          | 地域の関係機関との連携のもとに、事故予防策を考慮している<br>(メモ: )                                       | 1      | 2       | 3         |            |
| 181                          | 事故を防止するために、事業所内で援助技術、職員体制についての検討、見直しを行っている<br>(メモ: )                         | 1      | 2       | 3         |            |
| 182                          | 事業所内の設備(薬・危険物の保管を含む)について、定期点検を行うなど、事故の発生を予防している<br>(メモ: )                    | 1      | 2       | 3         |            |
| 183                          | 発生した事故について、発生要因を分析し、再発防止策・事故予防策を検討している<br>(メモ: )                             | 1      | 2       | 3         |            |
| 184                          | 事故につながりそうな事例について、発生要因、事故にならなかった要因等を分析し、事故予防対策を検討している<br>(メモ: )               | 1      | 2       | 3         |            |
| 185                          | 利用者に対して、事故(利用者のケガ等医療に関する事故以外に物損含む)についての事業所の対応方法を明確にしている<br>(メモ: )            | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:                      |                                                                              |        |         |           |            |
|                              |                                                                              |        |         |           |            |

身体障害者入所授産施設 アンケート

8. 要望・苦情・トラブルへの適切な対応

| 利用者が意見を述べやすい環境や相談体制を整備している |                                                                       | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|------------|
|                            |                                                                       |        | 本来実施すべき | 実施する必要がない |            |
| 186                        | 利用者や家族の意見や要望を聞き相談に応じる体制を整えている<br>(メモ: )                               | 1      | 2       | 3         |            |
| 187                        | 日常生活の中に、常に利用者本人が選択したり、意思を表明できる機会を設ける工夫をしている<br>(メモ: )                 | 1      | 2       | 3         |            |
| 188                        | 関係機関や専門家と連携し、相談体制を整えている<br>(メモ: )                                     | 1      | 2       | 3         |            |
| 189                        | 利用者が他者に知られたくないことを個別に相談できるようにしている<br>(メモ: )                            | 1      | 2       | 3         |            |
| 190                        | 日常的に接する職員以外に利用者が相談相手や相談方法を選択できることを伝えている<br>(メモ: )                     | 1      | 2       | 3         |            |
| 191                        | 意見箱、利用者等の懇談会、アンケート等で事業所側が積極的に意見や要望・苦情を聞いている<br>(メモ: )                 | 1      | 2       | 3         |            |
| 192                        | 利用者が参加する新しい活動やプログラムを始める際は、必ず利用者の意向を反映できるようにし、くみを整えている<br>(メモ: )       | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:                    |                                                                       |        |         |           |            |
| 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している  |                                                                       | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|                            |                                                                       |        | 本来実施すべき | 実施する必要がない |            |
| 193                        | 第三者委員の設置など、意見や要望・苦情の窓口や苦情対応体制について、わかりやすく利用者や家族に説明し、利用を促している<br>(メモ: ) | 1      | 2       | 3         |            |
| 194                        | 苦情解決の責任者は全ての苦情とその対応結果を把握している<br>(メモ: )                                | 1      | 2       | 3         |            |
| 195                        | コミュニケーション能力や判断能力の充分でない人々等が苦情・要望等を表明しやすいよう職員間で検討し、成果をあげている<br>(メモ: )   | 1      | 2       | 3         |            |
| 196                        | 外部の専門家等に相談し、苦情解決の仕組みに関する改善提案を受け、さらなる改善をしている<br>(メモ: )                 | 1      | 2       | 3         |            |
| 197                        | 利用者からの苦情が発生したときの対処方法を検討・蓄積し、予防・再発防止に活用している<br>(メモ: )                  | 1      | 2       | 3         |            |
| 198                        | 要望・苦情に対する検討内容や対応策を、苦情を申し出た利用者や家族等にフィードバックしている<br>(メモ: )               | 1      | 2       | 3         |            |
| 199                        | 苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している<br>(メモ: )                    | 1      | 2       | 3         |            |
| 200                        | 要望・苦情申し出から検討経緯、申し出人等への報告、改善までの内容を記録している<br>(メモ: )                     | 1      | 2       | 3         |            |
| 201                        | 意見・提案を受けたときの記録の方法や報告の手順、対応策の検討、公表のルール等を規定した手引書を整備している<br>(メモ: )       | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:                    |                                                                       |        |         |           |            |

身体障害者入所授産施設 アンケート

| 利用者からの意見等に対して組織的に迅速な対応をしている |                                                     | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------|--------|---------|-----------|------------|
|                             |                                                     |        | 本来実施すべき | 実施する必要がない |            |
| 202                         | 要望や苦情が出されたら方針を定め、速やかに初期対応をしている<br>(メモ: )            | 1      | 2       | 3         |            |
| 203                         | 要望・苦情をサービスの向上に反映している<br>(メモ: )                      | 1      | 2       | 3         |            |
| 204                         | 苦情や要望をきっかけにした改善点を、利用者や家族、地域社会等に積極的に周知している<br>(メモ: ) | 1      | 2       | 3         |            |
| 205                         | 要望や苦情の中で、組織的な対応が必要なものについては、会議等で方針を検討している<br>(メモ: )  | 1      | 2       | 3         |            |
| 206                         | 対応に時間がかかる場合には、今後の見通しについて説明している<br>(メモ: )            | 1      | 2       | 3         |            |
| 207                         | 要望や苦情を出した人だけでなく、当事者以外にも対応の経緯を説明している<br>(メモ: )       | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:                     |                                                     |        |         |           |            |

9. 地域との交流・連携

| 利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている |                                                               | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|------------|
|                           |                                                               |        | 本来実施すべき | 実施する必要がない |            |
| 208                       | 地域との関わりについての基本的な考え方を明文化している<br>(メモ: )                         | 1      | 2       | 3         |            |
| 209                       | 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している<br>(メモ: )                          | 1      | 2       | 3         |            |
| 210                       | 利用者の活動範囲を広げたり利用者が地域の中で日常の時間を過ごす機会を確保するような取り組みを行っている<br>(メモ: ) | 1      | 2       | 3         |            |
| 211                       | 利用者が地域との交流によって得た意見や要望を、積極的に地域にフィードバックしている<br>(メモ: )           | 1      | 2       | 3         |            |
| 212                       | 事業所の活動や行事に地域の人の参加を呼びかける等、利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している<br>(メモ: )  | 1      | 2       | 3         |            |
| 213                       | 利用者の買い物、通院など日常的に、地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている<br>(メモ: )            | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:                   |                                                               |        |         |           |            |

| 事業所の機能、特性にもとづく知識・技術等の専門性を地域に還元している |                                                                                                    | 実施している | 実施していない |           | わかりにくい項目に○ |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|------------|
|                                    |                                                                                                    |        | 本来実施すべき | 実施する必要がない |            |
| 214                                | 集会室等の施設設備や備品等を地域に開放している<br>(メモ: )                                                                  | 1      | 2       | 3         |            |
| 215                                | 地域住民のニーズに基づき、子育てサークル・介護者の集いなど住民の自主的な活動に対して、支援・協力している<br>(メモ: )                                     | 1      | 2       | 3         |            |
| 216                                | 地域の人や関連施設を対象に、利用者や施設機能の理解を深めたり支援方法等を伝えるための企画・啓発活動等(地域住民を対象にした情報提供・介護教室等の研修会や講師派遣等)を行っている<br>(メモ: ) | 1      | 2       | 3         |            |
| 217                                | 地域住民の主體的な参加を得て、研修会等を企画し、実施している<br>(メモ: )                                                           | 1      | 2       | 3         |            |
| その他の項目:                            |                                                                                                    |        |         |           |            |

身体障害者入所授産施設 アンケート

| ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している |                                                              | 実施して<br>いる | 実施していない     |               | わかり<br>にくい項目に○ |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------|-------------|---------------|----------------|
|                                   |                                                              |            | 本来実施<br>すべき | 実施する必<br>要がない |                |
| 218                               | ボランティアや地域住民の福祉体験の受け入れ等に対する基本姿勢を文書化している<br>(メモ: )             | 1          | 2           | 3             |                |
| 222                               | ボランティアから、受け入れや活動の際の方針や事業所の日常の業務の改善点を聴取し、改善に取り組んでいる<br>(メモ: ) | 1          | 2           | 3             |                |
| 223                               | ボランティア等の受け入れによって得られた成果を分析し、日常の業務改善に活かす取り組みがある<br>(メモ: )      | 1          | 2           | 3             |                |
| 219                               | ボランティア等の受け入れ体制を整備している(担当者の明確化、手引書の整備)<br>(メモ: )              | 1          | 2           | 3             |                |
| 220                               | ボランティア等に、利用者の守秘義務、利用者に関する留意事項等を伝えている<br>(メモ: )               | 1          | 2           | 3             |                |
| 221                               | ボランティアに対するオリエンテーション・研修等を行っている<br>(メモ: )                      | 1          | 2           | 3             |                |
| その他の項目:                           |                                                              |            |             |               |                |
|                                   |                                                              |            |             |               |                |
| 地域の必要な社会資源を把握し、関係機関との連携を図っている     |                                                              | 実施して<br>いる | 実施していない     |               | わかり<br>にくい項目に○ |
|                                   |                                                              |            | 本来実施<br>すべき | 実施する必<br>要がない |                |
| 224                               | 地域の関係機関・団体について、機能や組織とのつながりを明確にしたリストを作成している<br>(メモ: )         | 1          | 2           | 3             |                |
| 225                               | ネットワーク内で共通する問題に対して、解決に向けて共同して具体的な取り組みを行っている<br>(メモ: )        | 1          | 2           | 3             |                |
| 226                               | 関係機関との連携のあり方を日常活動から分析し、改善に取り組んでいる<br>(メモ: )                  | 1          | 2           | 3             |                |
| 227                               | 関係機関と定期的な連絡会を行っている<br>(メモ: )                                 | 1          | 2           | 3             |                |
| 228                               | 地域の関係機関のネットワーク化に取り組んでいる<br>(メモ: )                            | 1          | 2           | 3             |                |
| その他の項目:                           |                                                              |            |             |               |                |
|                                   |                                                              |            |             |               |                |