

放課後等デイサービス評価表 集計(事業所等向け)

R2.11

配布 7名 回答 7名

事業所名: ひだまり江刺桜木

		チェック項目	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答	改善目標、工夫している点など		
環境・ 体制整備	1	利用定員とスペースの関係	7				構造化しています。(食堂や活動、余暇のためのスペースを分けています)	個室もあり適切です。	用途別に区切って使用しています。
	2	職員の配置数	7				基準の配置をしています。	人数的には適切ですが、男児利用者に対して男性職員がもう一人いれば排泄や着替え等、利用者自身が安心できると思います。	
	3	バリアフリー化の配慮	7				1階部分はバリアフリーです。	定期的に設備等又は危険箇所の点検を行い、安全に過ごせる環境整備に努めています。	
業務改善	4	PDCAサイクルへの職員の参画	7				個別支援計画については会議を開きモニタリングを行っています。日々の業務に関して朝礼、職員会議で話し合い職員一丸になり取り組んでいます。		日々の反省を含め朝礼や職員会議等で話し合いをし利用者の強みを伸ばすよう職員間で共有しています。
	5	アンケート調査の業務改善へのつながり	7				年に1回アンケート調査を行い、意見をまとめ業務改善に繋げています。	アンケート結果については職員間で共有し必要に応じては出来る範囲内で業務改善又は工夫をしています。	
	6	評価の公開	7				調査結果に基づき意見に対しての回答をして保護者様の方へ配布しています。	文書を配布し公開しています。法人のホームページで公開しています。	
	7	外部評価の業務改善へのつながり	7				第三者委員、顧問弁護士、保護者役員、法人監事出席のもと苦情解決報告会を開催しています。	年1回は内部監査があり、指摘があった場合には早急に改善をしています。	
	8	研修の機会の確保	7				職員会議での内部研修、リモートでの全体研修に参加しています。	外部研修が難しい中、研修委員会が中心となって全体研修を行っています。	新人研修にリモートで参加しています。
適切な支援の提供	9	適切なアセスメントによるサービス計画の作成	6		1		年2回のモニタリングを行い、振り返りを評価して保護者の方へ確認、要望を聞きながら計画書を作成しています。		9月からの勤務であり、まだできていない事、関わり方が不十分であり日々勉強中です。
	10	アセスメントツールの使用	6		1		アセスメントシートを使い、職員全員が同じ意識になるよう共有しています。	アセスメントシートを参考に1人1人にあった支援を心掛け、個人に合ったスケジュールや支援ツールを用いて支援しています。	
	11	チームでの活動計画立案	6		1		毎月担当の職員が計画立案し、他の職員に周知しています。	担当職員が毎月職員会議で活動計画を報告し、話し合いを行っています。	
	12	活動計画の工夫	6		1		固定化した方が良い活動とそうでない活動を適宜組み合わせる等の工夫をしています。	活動内容は療育を取り入れた内容を日々検討し作成しています。	新しい活動も取り入れ計画を立てています。
	13	時候に合わせた活動計画	6		1		休日、長期休暇には外出、昼食作り等を組み入れる工夫をしていますが、コロナの影響もあり変更する活動もありました。		
	14	利用者の状況に合わせた活動計画	6		1		各利用者について全職員でモニタリングを行い、各児の状況を見て適した、個別支援計画を作成しています。	スケジュール等を使い子どもの特性に合わせて使用しながら活動計画を組み入れています。	

放課後等デイサービス評価表 集計(事業所等向け)

R2.11

配布 7名 回答 7名

事業所名: ひだまり江刺桜木

	チェック項目	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答	改善目標、工夫している点など	
	15 支援内容や役割分担の確認	7				朝礼で毎朝打ち合わせを行い支援内容や役割分担について確認を行っています。	朝礼や職員会議で支援内容の改善点等、見直しをしています。
	16 支援の振り返りと共有	7				前日の支援の振り返りを翌日朝会時に話し合い、気づいた点又は問題点は職員間で欠かさず共有し、常に業務改善を行っています。	職員会議では必ず前月の活動の振り返りを行っています。
	17 記録の徹底	6		1		利用者個人の連絡帳や職員連絡帳への記入、または保護者面談時の記録は必ずしています。さらに関係機関や保護者様からの情報も記録するようにし、必要に応じ支援の検討を行っています。	どんな些細な事でも職員間で共有できるように連絡帳に記入しています。
	18 定期的なモニタリング	7				9～10月と2～3月の年2回モニタリングを行い見直しをしています。	PDCAサイクルに従い支援の進み具合を年2回のモニタリングで行っています。
	19 ガイドライン	6		1		ガイドラインの基本活動を基に自立支援、創作活動等、複数組み合わせで支援しています。	個別支援計画をしっかりと立て強みを伸ばすため自己肯定感を高める支援をしています。
関係機関や保護者との連携	20 サービス担当者会議への参画	7				基本的には児童発達支援管理責任者若しくは管理者が出席しています。	
	21 学校との情報共有	7				学校との情報交換会には必ず参加し、常に連携体制を取って情報の共有を図っています。	学校より年度初めに年間計画を頂き、必要に応じて下校時間の変更や行事については送迎時に確認を行っています。
	22 主治医との連絡体制			7		現在、桜木には医療的ケアが必要な児童の利用者はいません。今後医療的ケア児が利用になる場合には体制を整えていきたいです。	
	23 就学前の各機関との情報共有と相互理解	7				必要に応じ初めて利用する際等事前に保育所訪問を行い情報を提供して頂く事があります。	事前情報を相談員にもらい連携を図っています。
	24 サービス移行での情報提供	7				記録をもとに必要な情報等は可能な限り情報提供を行っています。	新たに行く進路先へスムーズに移行できるよう桜木からも情報提供を行い相談員を含め移動支援会議へ参加しています。
	25 専門機関との連携、助言・研修	7				必要に応じて情報提供をして頂きアドバイスを参考に支援しています。	
	26 放課後児童クラブや児童館との交流			7		保護者様の中には放課後児童クラブや児童館等の交流に慎重になっている方もいらっしゃる為、見合わせていました。	

放課後等デイサービス評価表 集計(事業所等向け)

R2.11

配布 7名 回答 7名

事業所名: ひだまり江刺桜木

	チェック項目	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答	改善目標、工夫している点など	
	27 協議会等への参加			7		法人の中で相談支援事業所が定期的に参加しています。相談より情報の提供があります。	
	28 状況・課題について保護者さんとの共通理解	6		1		保護者様からの申し送りや事業所での様子等は課題等も含め職員間で共有し、迎え時には日々保護者様へ伝えていきます。	9月からの勤務であり、まだできていない事、関わり方が不十分であり、利用者一人一人の特性を学び中です。
	29 ペアレント・トレーニング等の支援	7				コロナの影響で今年度の保護者面談は出来ませんでしたが、特記事項のある利用者の保護者様や要望があった保護者様とは面談をして適切な支援や助言が出来るよう職員全員で努めています。	専門性を向上するためには今後研修等の参加も必要になると思います。
保護者等への説明責任等	30 規定・支援内容等の丁寧な説明	7				契約時にご説明させて頂いています。詳細は重要事項説明書にも記載されております。ご不明時はなるべく分かりやすく説明するように心掛けています。	
	31 助言と支援	6		1		相談のある保護者様の方とは送迎時又は必要に応じて個室でお話をさせて頂いています。	改めて面談日を設け、聞き取りの機会を作り、保護者様からの悩みや相談には出来る限りの支援を心掛けています。
	32 保護者会の活動への支援	6		1		保護者会の役員を桜木でも配置し連携を取り協力の体制を作っています。	今年はコロナの影響があり、行事が全て中止になりましたが、資源回収などのお手伝いはしています。
	33 苦情についての対応	7				苦情受付と責任者を配置しています。法人で苦情処理委員会の定期的な会議を開いています。	苦情受付と責任者を玄関ポスターに掲示し、毎月のだよりにも詳細を掲載しています。
	34 情報の発信	7				毎月、月初めにだよりを発行しています。法人からは広報紙を年4回発行しています。ホームページも開設しています。	
	35 個人情報	7				法人規定集の中に盛り込まれており職員間でも周知しています。1ヶ月に1回のチェックリストでの振り返りも行っています。	
	36 意思の疎通・配慮	7				利用者のアセスメントを取り、本人がわかりやすい方法を見つけながら支援しています。	保護者様へは丁寧な説明を心掛けています。
37 地域に開かれた事業運営			7		1年間の活動を作成する上で地域との関わりが持てるような計画を立てましたが、コロナの影響で変更せざるを得ませんでした。		
	38 職員・保護者へのマニュアル周知	7				職員会議や朝礼時等、内部研修の時間を作りマニュアルの読み合わせをしています。	各マニュアルについては保護者の方がいつでも閲覧できるように玄関に配置しています。
	39 避難訓練	7				事業計画に地震、火災、水害、地震からの火災とあらゆる災害に合わせた避難訓練を年5回組み入れ実施しています。	

放課後等デイサービス評価表 集計(事業所等向け)

R2.11

配布 7名 回答 7名

事業所名: ひだまり江刺桜木

		チェック項目	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答	改善目標、工夫している点など	
非常時等の対応	40	虐待防止のための対応	7				人権擁護の自己チェックを毎月行い、職員会議で振り返りをしています。	法人で虐待防止委員会を設置し、各事業所から委員を選出し会議を行い、虐待防止委員を中心とし、内部研修又は必要な資料の読み込み等行い虐待防止に努めています。
	41	身体拘束	7				身体拘束を行う条件や記録をつける事、また拘束を行わない支援につなげる為のモニタリングの徹底を周知しています。	職員間で十分に協議し、身体拘束を行う決定をした際は、児発より保護者様に丁寧に説明し、書面に承諾を頂いています。加え個別支援計画にも記載しています。
	42	食物アレルギーの対応			7		現在、桜木には食物アレルギーのある利用者はいません。保護者からの聞き取りに基づき十分に注意して対応しています。	
	43	ひやり・はっと	7				発生した際は速やかに報告書を作成し、職員間で共有し、対応について未然に防げるよう検討をしています。	職員会議、必要な場合には早急に話し合い検討し、対応しています。

放課後等デイサービス評価表 集計(事業所等向け)

R2.10

配布 名 回答 名

事業所名: ひだまり江刺岩谷堂児童課

		チェック項目	はい	どちらともいえない	いいえ	無回答	改善目標、工夫している点など
環境・体制整備	1	利用定員とスペースの関係	7				食堂と活動スペースをパーティションで分けています。また、活動内容により、食堂スペースを活用した取り組みも行い、限られたスペースを有効活用できるよう工夫しています。
	2	職員の配置数	7				基準を満たす職員配置となっています。保育士、児童指導員が常勤配置されています。
	3	バリアフリー化の配慮	4	1	2		利用者トイレや階段には手すりが設置されています。しかし、玄関には段差があり、注意が必要です。事故防止の呼びかけ等に努めています。
業務改善	4	PDCAサイクルへの職員の参画	7				朝会では日々の支援振り返りや報告を行い、毎月の職員会議ではその内容から改善が必要な件について重点的に話し合いを実施しています。
	5	アンケート調査の業務改善へのつながり	7				年1回保護者、事業所職員に実施。保護者向けアンケートの内容は事業所内で周知徹底し、改善に努めています。また、事業所職員のアンケートは業務振り返りの機会とし、職員間で内容を共有し、よりよい支援に繋がるよう努めています。
	6	評価の公開	7				集計結果は保護者に配布をしています。また、全事業所の結果はホームページに掲載しています。
	7	外部評価の業務改善へのつながり			7		外部機関による第三者評価は実施されていません。
	8	研修の機会の確保	7				今年度は外部研修への参加が少なかった分、内部研修の充実に努めました。また、ネット環境を活用して研修の機会を設けることが出来ました。(リモートでの研修会開催、参加)
適切な支援の提供	9	適切なアセスメントによるサービス計画の作成	7				感染予防のため、保護者面談でのアセスメントを行うことはできませんでした。代わりに送迎時の関わりを活用し、保護者のニーズの汲み取り、課題の確認等アセスメントを行い、個別支援計画に反映させていきました。
	10	アセスメントツールの使用	7				支援状況を確認しながら、必要と思われる物は購入や作成し、用意しています。
	11	チームでの活動計画立案	7				毎月、輪番制で立案を行っています。職員会議で全職員に周知、内容確認を実施しています。
	12	活動計画の工夫	7				日々の情報収集を行い、新しい活動の取り組みに努めています。
	13	時候に合わせた活動計画	7				今年度、外出活動が制限される中でも利用者が様々な体験ができるよう工夫をしながら計画を立てました。長期休暇時は時間を有効活用し、個別の支援を強化しています。
	14	利用者の状況に合わせた活動計画	7				個々の支援計画に基づき、マンツーマンやグループで取り組める内容を計画に取り入れています。

放課後等デイサービス評価表 集計(事業所等向け)

R2.10

配布名 回答名

事業所名: ひだまり江刺岩谷堂児童課

	チェック項目	はい	どちらともいえない	いいえ	無回答	改善目標、工夫している点など
	15 支援内容や役割分担の確認	7				朝会時、担当者からの説明を行い、支援の準備を行っています。また、活動内容をホワイトボードに書き出し、可視化することで利用者、職員がスムーズに取り組めるようにしています。
	16 支援の振り返りと共有	7				朝会時に振り返り、改善等の話し合いを実施し、次回支援に繋げています。個別支援計画の取り組みは記録を取り、職員間の共有を図っています。
	17 記録の徹底	7				ケース記録のほか、個別支援の詳細は経過が把握できるよう、別途記録を取っています。
	18 定期的なモニタリング	7				年2回個別支援会議を実施し、モニタリングを行っています。また、相談支援専門員とのモニタリングも定期的に行い、情報共有をしています。
	19 ガイドライン	7				ガイドラインを定期的に読み合わせ、内容の把握、確認し、活動計画に反映させています。
関係機関や保護者との連携	20 サービス担当者会議への参画	7				会議の内容に適した職員の参加としています。会議内容は全職員に周知し、利用者支援に活かすよう努めています。
	21 学校との情報共有	7				予定表(年間・月間・週間)を頂戴し、共有しています。送迎時の担任との関わりや利用者状況によっては情報共有のため、話し合いの場を設けています。
	22 主治医との連絡体制	7				医療的ケアが必要な利用者はいません。支援に必要な場合は医療との連携を図るため、会議に参加し、情報提供を行っています。
	23 就学前の各機関との情報共有と相互理解	7				保育園・幼稚園・幼児教室の訪問や先生の見学受け入れ等を行い、情報収集、共有を行っています。
	24 サービス移行での情報提供	7				相談支援専門員を通じ、情報共有を図り、必要に応じ移行支援会議に参加しています。
	25 専門機関との連携、助言・研修	2	1	4		支援や助言を受ける体制は確立されていますが、今年度は関わりを持つ機会はありませんでした。
	26 放課後児童クラブや児童館との交流			7		以前から交流について協議をしていましたが、今年度もコロナ禍にあり、難しい状況にあります。今後、どのような形で交流することが出来るか、検討を重ねたいと思います。
	27 協議会等への参加	7				事業所からの参加があります。(事業者部会)この他、相談支援専門員からの情報提供もあります。
	28 状況・課題について保護者さんとの共通理解	7				連絡帳を活用し、利用者状況を共有するとともに、送迎時の短い時間を有効活用し、コミュニケーションを密にとるよう努めています。
	29 ペアレント・トレーニング等の支援	7				保護者のニーズを汲み取り、適切な支援や助言ができるよう努めています。さらに専門性を向上するためには研修等の参加も必要と感じています。

放課後等デイサービス評価表 集計(事業所等向け)

R2.10

配布 名 回答 名

事業所名: ひだまり江刺岩谷堂児童課

	チェック項目	はい	どちらともいえない	いいえ	無回答	改善目標、工夫している点など
保護者等への説明責任等	30 規定・支援内容等の丁寧な説明	7				契約、面談時に説明を行っています。その他、玄関に掲示しています。
	31 助言と支援	7				ご家族が声を掛けやすい環境づくりに努めています。ご相談内容は職員間で共有、検討をし適切な助言ができるよう心掛けています。必要に応じ、面談、家庭訪問を実施しています。今年度は電話での相談にも応じています。
	32 保護者会の活動への支援	6	1			今年度、大きな行事はすべて中止になっていますが、資源回収への協力をしています。
	33 苦情についての対応	7				受付担当者、解決責任者の設置。申し立て時には迅速な対応に努めています。また、日々の会話の中で保護者や利用者の変化を感じ、その気付きに対応できるよう職員間の連携を強化しています。
	34 情報の発信	7				毎月、事業所からお便りを発行し、活動の様子を発信しています。ホームページ上では事業所のブログを開設し、情報発信に努めています。
	35 個人情報	7				個人情報に関する規程が整備されています。規程に基づき、職員一同、細心の注意をはらい対応に努めています。
	36 意思の疎通・配慮	7				相手の立場に立った対応を心掛けています。利用者には意思表示がしやすいよう選択肢の提示やルールの可視化など配慮しています。保護者への説明や依頼は丁寧かつ簡潔にできるよう努めています。
	37 地域に開かれた事業運営				7	No.26同様に以前から交流について協議をしていましたが、今年度もコロナ禍にあり、難しい状況にあります。今後、どのような形で交流することが出来るか、検討を重ねたいと思います。
非常時等の対応	38 職員・保護者へのマニュアル周知	7				玄関に閲覧用のファイルを設置しています。
	39 避難訓練	7				年4回実施しています。そのうち1回は消防署立会の総合訓練を実施し、指導を頂いています。
	40 虐待防止のための対応	7				専門の委員会が設置されています。(虐待防止委員会)毎月、人権擁護チェックを実施し、全職員が自身の業務振り返りを行っています。
	41 身体拘束	7				職員間で協議を重ね、必要とされる利用者には保護者への説明を丁寧に行い、同意を頂いています。同意は頂いても、必要がなければ実施せず、拘束を解除しています。実施された場合には記録をとり、検証の上、今後の支援に活かす体制を整えています。
	42 食物アレルギーの対応	7				必要に応じ、医師の指示を受けています。
	43 ひやり・はっと	7				発生直後に職員間で情報共有、検証を行い、対応できることは即時、改善をしています。また、職員会議内では再度、周知・確認を行っています。

放課後等デイサービス評価表 集計(事業所等向け)

配布7名 回答7名

事業所名: 第二桜木 R2.10

	チェック項目	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答	改善目標、工夫している点など
環境・ 体制整備	1 利用定員とスペースの関係	7				部屋の使い方や過ごし方の工夫など構造化を行い、多人数が1か所に集中しないようにしています。
	2 職員の配置数	7				規定に合わせて資格者を配置しています。また、利用人数により職員配置を行っています。
	3 バリアフリー化の配慮	7				段差がなく、通路等も車いすが通れる幅を確保しています。トイレは、車いす対応の広いトイレで手すり付きとなっています。
業務改善	4 PDCAサイクルへの職員の参画	7				業務全般を朝会や職員会議等で情報を共有しながら、議論し見直しを行っています。
	5 アンケート調査の業務改善へのつながり	7				アンケート結果を職員間で周知、振り返りを行い1つ1つ対応、対策を検討し実行しています。改善内容の保護者へのフィードバックに課題があり、今後お便りなどでお知らせしていきたいです。
	6 評価の公開	7				集計結果を別紙で保護者へ配布しています。また、法人の広報又はホームページにも掲載しています。
	7 外部評価の業務改善へのつながり	7				第三者委員の方へ、事業所の苦情、要望、改善策等の内容を年1回報告する場を設けています。
	8 研修の機会の確保	7				事業所内では、年間計画に沿って又は、必要に応じて内部研修を行っています。法人としては、研修委員会を設け全体研修等に取り組んでいます。外部研修への参加もしています。
適切な 支援の 提供	9 適切なアセスメントによるサービス計画の作成	7				日々の活動や記録をもとにアセスメントを取り分析に努めています。相談員と連携しながら課題の整理を行いスモールステップの視点で計画書を作成しています。
	10 アセスメントツールの使用	7				スケジュールの提示やカード、手順書の活用、構造化による支援を提供しています。
	11 チームでの活動計画立案	7				輪番制で担当を決め立案しています。活動計画について、職員会議等で全職員で話し合いを行っています。
	12 活動計画の工夫	7				職員間で話し合いを行い、新しい活動を検討し取り入れるなど工夫し計画しています。
	13 時候に合わせた活動計画	7				長期休みや休日(土曜日など)は、外出なども取り入れるよう努め、社会経験を積めるよう工夫をしています。
	14 利用者の状況に合わせた活動計画	7				必ず1か月の計画の中に集団と個別の活動を組み入れています。

放課後等デイサービス評価表 集計(事業所等向け)

配布7名 回答7名

事業所名: 第二桜木 R2.10

	チェック項目	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答	改善目標、工夫している点など
	15 支援内容や役割分担の確認	7				活動内容の目的、目標を職員間で共有する時間を設け、その日の役割分担や担当を決める等話し合いを行っています。
	16 支援の振り返りと共有	7				翌日の朝会で必ず支援の振り返りを行い、共有、今後の対応について検討しています。また、記録もすぐに見ることが出来るよう整備しています。
	17 記録の徹底	7				ケース記録、日誌に反映させ、記録に基づき日々検証し、改善しています。
	18 定期的なモニタリング	7				年に2回、モニタリング会議を開催しています。
	19 ガイドライン	7				ガイドラインに基づいた活動計画の作成を意識的に立案しています。
関係機関や保護者との連携	20 サービス担当者会議への参画	7				基本的には、児童発達支援管理責任者が出席しています。
	21 学校との情報共有	7				送迎時の申し送りや電話対応、会議への出席を行い情報共有を図り連携を取っています。
	22 主治医との連絡体制	7				必要に応じて医療のカンファレンスに出席しています。また、保護者の協力を得て情報を共有しています。
	23 就学前の各機関との情報共有と相互理解	7				必要に応じて受け入れの際に、保育所や幼児教室に見学や情報共有の場を作って頂いています。
	24 サービス移行での情報提供	7				学校主催の移行支援会議へ参加し、事業所内でのアセスメント内容を情報提供し、スムーズな移行が出来るようにしています。
	25 専門機関との連携、助言・研修	7				必要に応じて、子育て支援センター等と連携し、助言を頂き事業所に反映させています。
	26 放課後児童クラブや児童館との交流			7		望まない利用者、保護者もいるため、課題がある内容となっています。今後少人数での活動や環境を整えた上で交流の機会を設けるなど、検討する必要があります。
	27 協議会等への参加			7		奥州市から放課後等デイサービスの事業所に対しての招集がないため、法人として出席している相談員から情報提供して頂いています。
	28 状況・課題について保護者さんとの共通理解	7				毎日連絡帳を記入し、送迎時には必ず申し送りを行っています。課題や支援の経過、自宅での様子などを共有しています。

放課後等デイサービス評価表 集計(事業所等向け)

配布7名 回答7名

事業所名: 第二桜木 R2.10

	チェック項目	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答	改善目標、工夫している点など
	29 ペアレント・トレーニング等の支援	7				保護者の子育ての悩みに対して日々助言を行っています。必要に応じて、面談等も行っています。
保護者等への説明責任等	30 規定・支援内容等の丁寧な説明	7				契約時に時間を設け説明を行っています。報酬改定等変更に関しては、その都度文書を出し説明し同意を頂いています。
	31 助言と支援	7				日々の連絡帳の記載に関しては、必ず返答をするよう心掛けています。。必要に応じて面談の時間を設け、助言を行っています。
	32 保護者会の活動への支援	7				保護者会担当の職員を配置し、中心となって各行事への参加をし連携を図っています。保護者会の文書配布等のお手伝いも行っています。
	33 苦情についての対応	7				苦情受付担当者・責任者を配置し、迅速な対応を行うよう努めています。ポスターやお便り等で周知を行っています。
	34 情報の発信	7				毎月事業所からお便りを発行しています。法人としても年4回広報を発行しています。また、必要に応じてその都度お知らせを発行しています。
	35 個人情報	7				書類の取り扱い、申し送り等、細心の注意を払っています。職員間で十分に周知、徹底を行っています。
	36 意思の疎通・配慮	7				個々の課題を整理し、特性に応じてエンパワメントの視点で、保護者へ伝達を行っています。
	37 地域に開かれた事業運営	7				毎年企画を立てて実行していましたが、今年は新型コロナウイルスの影響もあり実施できていません。現在代替の案を検討しています。
非常時等の対応	38 職員・保護者へのマニュアル周知	7				誰でも見ることが出来るよう、玄関にマニュアル集を設置しています。再度、周知出来るようお知らせします。
	39 避難訓練	7				年間計画に基づき、避難訓練(火災・地震・水災)を実施しています。防災バック、防災グッズのチェックを行い、必要なものの整備に努めています。
	40 虐待防止のための対応	7				毎月、人権擁護チェックを全職員が実施し振り返りと研修を行っています。年に1回全体研修を行い、虐待防止に取り組んでいます。
	41 身体拘束	7				現在、身体拘束を必要とする利用者はいませんが、必要に応じて十分検討した上で、同意を得るようにしています。その際は、個別支援計画書に反映させています。
	42 食物アレルギーの対応	7				医師の指示書を提出して頂き、おやつを提供する際には必ずダブルチェックでの対応を行っています。
	43 ひやり・はっと	7				報告書を作成、保管し、会議を開催して検討し、対策を講じています。