

(別添 1)

事業評価の結果（共通項目）

第三者評価の判断基準

長野県福祉サービス第三者評価基準の考え方と評価のポイント、評価の着眼点【障がい者・児福祉サービス版】共通項目に係る判断基準による

福祉サービス種別 **障がい者・(児)**

事業所名(施設名) **はなみずき**

○判断基準の「a、b、c」は、評価項目に対する到達状況を示しています。
 「a」評価・・・よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
 「b」評価・・・aに至らない状況=多くの施設・事業所の状態、aに向けた取組みの余地がある状態
 「c」評価・・・b以上の取組みとなることを期待する状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
I 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1 理念、基本方針が文書（事業計画等の法人（福祉施設・事業所）内の文書や広報誌、パンフレット、ホームページ等）に記載されている。 ■ 2 理念は、法人（福祉施設・事業所）が実施する保育の内容や特性を踏まえた法人（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できる。 ■ 3 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。 ■ 4 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。 □ 5 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の工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。 ■ 6 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。 	<p>○理念・基本方針は、法人として明文化され、利用者の尊厳を大切に・自立した生活が送れる・本人ニーズに合った福祉サービスの提供に努める等法人が目指す方向性が理解できる。 そのための視点が利用者と対等な立場・公正なサービス・質の向上・地域との連携・運営の透明性確保と示している。</p> <p>○職員への理念・基本方針の周知のため、年度初めに運営方針とともに理念・基本方針とともに配布され周知に努めている。更に職員会議でテストを行い周知に努めている。</p> <p>○利用者家族への理念・基本方針の周知は利用時に施設長から口頭にて説明を行っている。パンフレット・日々の通信などへの掲載を含め家族・利用者の思いと施設側の思いのずれがないような工夫が必要と思われる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
I	2 経営状況の把握	(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	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。	a)	<p>■ 7 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。</p> <p>■ 8 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。</p> <p>■ 9 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分析している。</p> <p>■ 10 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。</p>	<p>○社会福祉事業全体の動向は、長野市ふくしネット協議会の参加での動向把握や特別支援学校の実習受け入れなどにより利用者像やニーズの把握に努めている。</p> <p>○コスト分析や利用者の推移、利用率は社会資源・ニーズに応えるように利用率を高く設定し、バランスを見ながら分析をしている。</p>
			② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	b)	<p>■ 11 経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。</p> <p>■ 12 経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）間での共有がなされている。</p> <p>□ 13 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。</p> <p>■ 14 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。</p>	<p>○法人の障害者支援部会で福祉サービス内容、職員体制、人材育成などについて検討している。</p> <p>○経営状況は、財務担当も部門ごとにより、処遇改善の説明や加算の取り組みや利用者・家族ニーズを大切にしながらサービスの検討やサービス管理責任者の資格を取ってもらう等多方面からの取り組みをしている。</p> <p>○改善すべき課題について、施設長は日々の中で職員に説明は行っているが更なる取り組みに期待する。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
	3 事業計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 15 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。 ■ 16 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。 ■ 17 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。 ■ 18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。 	○中・長期計画は、法人が10年間の策定を行い、前期後期で5年ごとの見直しがある。経営環境の把握を組織として行い、事業の方向性を示している。
			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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 19 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。 ■ 20 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。 ■ 21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。 ■ 22 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。 	<p>○単年度の事業計画は、法人の障害者支援部会で事業計画が立てられ、それに基づき各事業所で具体的な計画に結び付けている。</p> <p>○前年度踏襲は、禁止とし職員会議で話し合い単年度計画が策定されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
		(2) 事業計画が適切に策定されている。	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。	a)	<p>■ 23 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。</p> <p>■ 24 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。</p> <p>■ 25 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。</p> <p>■ 26 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。</p> <p>■ 27 事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等が）されており、理解を促すための取組を行っている。</p>	<p>○事業計画は職員会議で話し合い、事業部会で検討し、さらに経営企画会議などで意見の集約を行い策定されている。</p> <p>○事業計画の見直しは、法人で決められた理事長ヒアリングに合わせ見直しを行い、職員会議で情報共有している。</p>
			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b)	<p>■ 28 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。</p> <p>□ 29 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。</p> <p>■ 30 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。</p> <p>□ 31 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。</p>	<p>○現在、年間事業計画は利用者・家族に配布しているが、福祉サービスの提供、施設・設備の整備等利用者の生活に密に関わる事項等の事業計画は、家族・利用者等に周知し、理解を促す更なる取り組みに期待したい。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
	4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	(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。	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。	b)	<p>■ 32 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組を実施している。</p> <p>■ 33 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。</p> <p>■ 34 定められた評価基準にもとづいて、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。</p> <p>□ 35 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。</p>	<p>○毎週職員会議で福祉サービスについて定期的に話し合う体制があり、職員間で共有し組織的にチェックする体制がある。</p> <p>○今年度第三者評価を受審した。今後、プロセスや結果を基に組織的・継続的に福祉サービスの質の向上に取り組み、自己評価を通じた日常的な質の向上への取り組みに今後期待したい。</p>
			② 評価結果にもとづき組織として取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。	b)	<p>□ 36 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。</p> <p>■ 37 職員間で課題の共有化が図られている。</p> <p>■ 38 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。</p> <p>■ 39 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。</p> <p>■ 40 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。</p>	<p>○施設内での改善事項は、職員会議で検討し掲示により職員間の共有・徹底に努めている。掲示は、職員に周知した事を確認し掲示を外す等、施設長とともに職員すべてが積極的に改善事項に取り組んでいる姿が見られた。</p> <p>○改善事項の計画的な取り組みは、福祉サービスの質の向上に向けて分析した課題を明確にしたプロセスも含めた改善策、実行、評価の文書化によりわかりやすく管理することが望まれる。計画的な改善事項は施設にとっての質の向上に向けた重要な資料でもあり、課題の中には単年度の解決はできず必要に応じ、中長期計画の中で段階的に解決に向かう取り組みにも期待したい。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
Ⅱ 組織の運営管理	1 管理者の責任とリーダーシップ	(1) 管理者の責任が明確にされている。	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。	a)	<p>■ 41 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。</p> <p>■ 42 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。</p> <p>■ 43 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。</p> <p>■ 44 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。</p>	<p>○施設長は、はなみずき生活介護事業所の役割を十分理解され、利用者の一人ひとりの心身状況・家族状況・家族ニーズを把握し、安心・安全な暮らしを継続できるようにリーダーシップを発揮されている。</p> <p>○有事の際にも総合施設と連携し、積極的に施設運営に取り組んでいる。</p>
			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。	a)	<p>■ 45 管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持している。</p> <p>■ 46 管理者は、法令遵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。</p> <p>■ 47 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。</p> <p>■ 48 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。</p>	<p>○施設長は、管理者会議の出席や法人としての取り組みもあり各種規程に基づき法令遵守に努めている。また、職員会議で虐待防止法への取り組み、法令遵守への徹底や日常生活上での不適切な対応にも常に職員間で共有する体制がある。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	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。	a)	<p>■ 49 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。</p> <p>■ 50 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。</p> <p>■ 51 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。</p> <p>■ 52 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。</p> <p>■ 53 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。</p>	<p>○福祉サービスの質の向上を考えたときに、支援を可視化していく一つ的手段として利用者が笑顔でいられることを目標に「はなみずき通信」にも写真を多く掲載し見える化を図っている。</p> <p>○福祉サービスの質の現状について、職員会議、パート会議などで現状分析を行い課題の把握に努めている。</p> <p>○職員の教育・研修の機会を作り、職員のキャリアアップにも積極的に取り組んでいる。</p> <p>○職員会議等により、意見交換し、風通しの良い職場環境に努めている。</p>
			② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a)	<p>■ 54 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。</p> <p>■ 55 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、具体的に取り組んでいる。</p> <p>■ 56 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。</p> <p>■ 57 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。</p>	<p>○施設長は、常に収入、利用者チェックを実施し、社会資源・福祉ニーズに応えるため、利用率103%を目標としコストバランスの分析にも努めている。経営や業務の効果を高め、職員にも同様な意識を形成し、効果的な事業運営に努めている。</p> <p>○施設長は、業務の効率化（補助具や介助方法）や経費削減なども取り入れている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
II	2 福祉人材の確保・育成	(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理体制が整備されている。	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。	a)	<p>■ 58 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。</p> <p>■ 59 福祉サービスの提供に関わる専門職（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。</p> <p>■ 60 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。</p> <p>■ 61 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。</p>	<p>○必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考えは、法人として確立している。</p> <p>○福祉人材の不足している昨今、人員確保の強化を図っている。実習生を採用に繋げる取り組みや職員が人材を紹介してくれる施設であるようにより良い関係作りに努めている。</p> <p>○法人としてインターンシップの導入も始まっている。</p>
			② 総合的な人事管理が行われている。	b)	<p>■ 62 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。</p> <p>■ 63 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。</p> <p>■ 64 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。</p> <p>■ 65 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。</p> <p>■ 66 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。</p> <p>□ 67 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。</p>	<p>○総合的な人事管理は法人が行っている。</p> <p>○期待する職員像も明確に掲げており、キャリアパスの導入や法人として目標管理制度の導入が始まっている。今後、目標管理制度の利用等により、職員が自ら将来の姿を描くことができるような取り組みに期待したい。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
		(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	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り組んでいる。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="797 225 1655 316">■ 68 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。 <li data-bbox="797 331 1655 422">■ 69 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。 <li data-bbox="797 438 1655 529">■ 70 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。 <li data-bbox="797 545 1655 652">■ 71 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の工夫をしている。 <li data-bbox="797 668 1655 759">■ 72 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。 <li data-bbox="797 775 1655 866">■ 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。 <li data-bbox="797 882 1655 973">■ 74 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。 <li data-bbox="797 989 1655 1080">■ 75 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。 	<p data-bbox="1666 225 2181 331">○自己申告カードがあり、施設長との面談で就業状況、意向・意見の把握により、働きやすい職場づくりに取り組んでいる</p> <p data-bbox="1666 347 2181 454">○法人には「心の健康づくり計画」があり、職員が相談できる窓口の設置、カウンセラーの確保も行っている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b)	<p>■ 76 組織として「期待する職員像」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。</p> <p>■ 77 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。</p> <p>□ 78 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。</p> <p>□ 79 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。</p> <p>□ 80 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。</p>	<p>○法人として、期待する職員像が示され、目標管理制度が始まった。今後、職員一人ひとりの目標設定により進捗状況の確認・意識づけ等により、更なる育成・取り組みに期待したい。</p> <p>○施設長は、職員の質の向上に向けた取り組みや職員一人ひとりの育成に意欲を持ち、職員に援助的に支援し助言等に取り組んでいる。</p>
			② 職員の教育・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。	a)	<p>■ 81 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。</p> <p>■ 82 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、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。</p> <p>■ 83 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。</p> <p>■ 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。</p> <p>■ 85 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。</p>	<p>○期待する職員像は、法人の基本方針・計画に明示されている。</p> <p>○基本方針や計画に基づき、法人の人材育成担当が中心に職階別研修等も定期的に行い、評価分析見直しを行っている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a)	<p>■ 86 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。</p> <p>■ 87 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。</p> <p>■ 88 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・研修を実施している。</p> <p>■ 89 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。</p> <p>■ 90 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。</p>	<p>○職員一人ひとりの研修は、職員の希望する研修に参加できるよう奨励している。また、外郭団体の研修等も回覧や施設長の声掛け等により積極的に教育・研修を受ける機会がある。</p> <p>○新人職員は、法人で研修を受け、施設内では朝夕の引き継ぎの際や現場での個別の指導により行っている。</p>
		(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。	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b)	<p>□ 91 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。</p> <p>■ 92 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が整備されている。</p> <p>■ 93 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。</p> <p>■ 94 指導者に対する研修を実施している。</p> <p>■ 95 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。</p>	<p>○実習生は定期的に受け入れを行い、採用につながるよう努力もしている。しかし福祉サービスに係る専門職の研修・育成は福祉施設としての社会的責務であり、組織としての受け入れ姿勢を明確にし、効果的な受け入れができることが望まれる。</p> <p>○実習における利用者の尊厳、個人情報に配慮した実習が行われるように要綱が作成されている。</p> <p>○指導者は指導者研修を受けている。また、プログラムは養成校と打ち合わせを行い整備し、巡回指導での情報共有にも努めている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
II	3 運営の透明性の確保	(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 96 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。 ■ 97 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公表している。 ■ 98 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。 ■ 99 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。 ■ 100 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。 	<p>○運営の透明性については、法人のホームページ、施設のホームページで事業計画、事業報告、決算報告、理念、基本方針等が公開されている。パンフレットや通信の発行もあり情報公開に努めている。</p> <p>○第三者評価も法人として積極的に受審し、ホームページで公開している。</p>
			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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 101 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が明確にされ、職員等に周知している。 ■ 102 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。 ■ 103 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について、必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を得ている。 ■ 104 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。 ■ 105 外部監査の活用等により、事業、財務に関する外部の専門家によるチェックを行っている。 ■ 106 外部監査の結果や公認会計士等による指導や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。 	<p>○法人として、内部監査は事務監査として定期的に行われ、外部監査は法人の会計士により行われている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
Ⅱ	4 地域との交流、地域貢献	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	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。	b)	<p>■ 107 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。</p> <p>■ 108 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。</p> <p>□ 109 利用者の個別的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。</p> <p>□ 110 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。</p> <p>□ 111 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。</p>	<p>○地域との関わりについては、法人の基本視点にも文章化され「地域や関係機関との連携により充実したサービスが受けられる」ようにと明示されている。</p> <p>○個別支援計画にもとづき、近くのスポーツ施設の利用や外食支援に出かける等社会資源活用を目指しているが、利用者は重度の方が多くなり外出する機会が少なくなっている。今後、更なる地域で生活していくために事業所の理解や利用者の理解を深めるための地域の交流への取り組みに期待したい。</p>
			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。	b)	<p>□ 112 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。</p> <p>□ 113 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。</p> <p>□ 114 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</p> <p>■ 115 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。</p> <p>■ 116 学校教育への協力を行っている。</p>	<p>○ボランティア受け入れに対する基本姿勢は明文化されていない。学校教育への協力もあるがボランティアのマニュアルや登録手続、受け入れ方針、体制を明確にすることで福祉の専門職でないボランティアなどの活動時の配慮や注意事項等十分な説明が望まれる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
		(2) 関係機関との連携が確保されている。	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。	a)	<p>■ 117 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。</p> <p>■ 118 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。</p> <p>■ 119 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</p> <p>■ 120 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。</p> <p>■ 121 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。</p>	○地域の社会資源は、施設に併設する相談支援室をはじめ、行政、病院など連携すべき団体との連携先は明示されている。定期的に相談室との連携や地域のネットワークは相談室を中心に行っている。
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b)	<p>■ 122 福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。</p> <p>□ 123 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。</p> <p>□ 124 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。</p> <p>■ 125 災害時の地域における役割等について確認がなされている。</p> <p>□ 126 多様な機関等と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。</p>	<p>○地域の障害施設の運動会に施設のスペースを開放し、施設内のテーブル・椅子等備品貸し出をしている。また、いつわ苑祭でマーチングの発表や焼き芋をふるまう等地域交流の機会や取り組みをしている。</p> <p>○災害時の福祉避難所であり総合施設の役割を担っている。今後、更なる地域福祉向上のため、事業所が属する総合施設の機能を地域に還元できる体制づくりが望まれる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="797 228 1653 300">■ 127 福祉施設・事業所の機能を地域に還元することなどを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。 <li data-bbox="797 336 1653 408">■ 128 民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 <li data-bbox="797 445 1653 517">■ 129 地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。 <li data-bbox="797 553 1653 625">■ 130 関係機関・団体との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 <li data-bbox="797 662 1653 734">□ 131 把握した福祉ニーズにもとづいて、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。 <li data-bbox="797 770 1653 842">□ 132 把握した福祉ニーズ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。 	<p>○民生委員は第三者委員にもなっており、ケア会議の参加等により、福祉のニーズの把握に努めている。</p> <p>○併設する相談室との連携により、地域住民の相談事業を行い具体的なニーズ把握に努めている。把握した福祉ニーズを基に、総合施設の機能を生かした具体的な活動や事業展開に期待したい。</p>
Ⅲ 適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービス	(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	① 利用者を尊重した福祉サービス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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="797 879 1653 967">■ 133 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、職員が理解し実践するための取組を行っている。 <li data-bbox="797 1003 1653 1075">■ 134 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。 <li data-bbox="797 1112 1653 1184">■ 135 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。 <li data-bbox="797 1220 1653 1292">■ 136 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。 <li data-bbox="797 1329 1653 1401">■ 137 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・評価等を行い、必要な対応を図っている。 	<p>○利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢は、法人の基本理念に明示され、個別支援マニュアルによる画一的な支援ではなく利用者の言葉や表情などにより、福祉サービスの実施方法の変更など職員間で共通理解を持つ取り組みをしている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b)	<p>□ 138 利用者のプライバシー保護について、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。</p> <p>■ 139 利用者の虐待防止等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。</p> <p>■ 140 利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。</p> <p>■ 141 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふ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れるよう設備等の工夫を行っている。</p> <p>■ 142 利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。</p> <p>■ 143 規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスが実施されている。</p> <p>■ 144 不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。</p>	<p>○個人情報保護規定はあるがプライバシー保護マニュアルは存在しない。プライバシー保護は利用者尊重の基本であり、作成が望まれる。</p> <p>○具体的な場面に応じ、夏場のプール時にはプライバシーに配慮し、外部から目隠しの工夫、排泄についてもあからさまな表現にならないように記号化するなど、話し合い、皆が共有できるように掲示を行い、皆が共有できた時点で掲示を外すなど、日々の生活の中で利用者のプライバシーに配慮した対応に努め、より高い支援の標準化に努めている。</p>
		(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。	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。	a)	<p>■ 145 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。</p> <p>■ 146 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。</p> <p>■ 147 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。</p> <p>■ 148 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</p> <p>■ 149 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。</p>	<p>○法人や施設の紹介等の情報提供は主にホームページで行われている。「はなみずき通信」を毎月発行し、その内容は写真を主とした構成にして、利用者が笑顔で活動している様子を見てわかってもらえるように配慮されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="797 225 1653 316">■ 150 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。 <li data-bbox="797 331 1653 422">■ 151 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。 <li data-bbox="797 438 1653 529">■ 152 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。 <li data-bbox="797 545 1653 636">■ 153 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。 <li data-bbox="797 652 1653 743">■ 154 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。 	○重度で意志表出が難しい利用者が多いため、個々の利用者の適性を考慮した個別支援マニュアルで接遇の留意点がまとめられており、利用者支援の指針となっている。これにより利用者の思いを理解する努力が行われている。また、家族への連絡説明が十分に行われている。
			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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="797 772 1653 863">■ 155 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。 <li data-bbox="797 879 1653 970">■ 156 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。 <li data-bbox="797 986 1653 1077">■ 157 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。 <li data-bbox="797 1093 1653 1184">■ 158 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。 	○通所形態の施設であり、在宅利用者の生活全般の支援のために同法人で併設する相談支援部門との連携が図られており、家族への説明、関係機関との調整がとられている。例えば、施設提供の入浴は週1回実施のため要望に対応できないことについては、在宅サービスとの調整や情報提供を実施しサービスの継続性に考慮している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(3) 利用者満足の上昇に努めている。	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。	b)	<p>■ 159 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。</p> <p>□ 160 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。</p> <p>□ 161 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。</p> <p>□ 162 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が行われている。</p> <p>■ 163 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。</p>	○日頃から利用者様態の細かな把握や家族との連絡、送迎時の情報交換、年2回の家族面談等で思いを把握する取組が行われ、対応が可能な利用者はケア会議にも参加し意向の確認がされているが、利用者満足度調査を具体的に定期的に行う等、仕組みを構築することが望ましい。
		(4) 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている。	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b)	<p>■ 164 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。</p> <p>■ 165 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。</p> <p>■ 166 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。</p> <p>■ 167 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。</p> <p>■ 168 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。</p> <p>■ 169 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。</p> <p>□ 170 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。</p>	○苦情解決の体制が整えられ、重要事項での説明や利用者特性を考慮して家族を主とする受付方法の配慮がなされている。ホームページで件数等の公表も行われている。会議等で情報共有し意見を言いやすい職場の取り組み等が実施されている。意志表出が難しい重度の利用者が多い状況を鑑み、具体性有効性を持たせた公表方法の検討と、より配慮された積極的な方法で権利擁護をめざす取り組みが望まれる。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		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。	b)	<input type="checkbox"/> 171 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自由に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。 <input checked="" type="checkbox"/> 172 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 173 相談をしやすい、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。	<p>○重要事項での説明が実施され、基本的な書面は掲示もされている。併設する相談支援部門の相談員と日常的に会話ができる機会も有効であるが、意志表出が難しい利用者の特性を考慮し、家族を含め、より具体的でわかりやすい書類の整備や説明と対応が望まれる。</p>	
			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。	a)		<input checked="" type="checkbox"/> 174 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 175 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 176 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く意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。 <input checked="" type="checkbox"/> 177 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 178 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含め迅速な対応を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 179 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。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
		(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。	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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 180 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・配置）、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。 ■ 181 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。 ■ 182 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。 ■ 183 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。 ■ 184 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。 ■ 185 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。 	○リスクマネジメントに関する規程があり、施設長に提言できる仕組みとなっている。ヒヤリハット報告や事例分析で検討と改善が行われ周知されている。
			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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 186 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。 ■ 187 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。 ■ 188 担当者等を中心にして、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。 ■ 189 感染症の予防策が適切に講じられている。 ■ 190 感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。 ■ 191 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。 	○看護師を中心に作成したマニュアルの整備を行い職員への徹底を図り、対応備品等検討され整っている。施設内の消毒清掃等の対策も実施されている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			③ 災害時等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。	b)	<input type="checkbox"/> 192 災害時の対応体制が決められている。 <input type="checkbox"/> 193 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 194 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。 <input type="checkbox"/> 195 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 196 防災計画等整備し、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。 <input type="checkbox"/> 197 防犯に係る利用者等の安全の確保対策を検討し、実施している。	<p>○総合施設いつわ苑として消防計画が運用され、施設でも危機管理マニュアルの中で火災想定防災や緊急時対応が整備されているが、地震等の災害を考慮した防災計画やマニュアル等が策定されていない。併設する入所施設で非常食備蓄が行われている。協力体制をとれる総合施設としての強みであるが、施設単位で現実的な運用を想定した独自の防災マニュアルや事業継続計画等の検討が望まれる。また防犯対策についても、法人内でより安全な運営を進めるために対応の検討が必要と思われる。</p>
Ⅲ	2 福祉サービスの質の確保	(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。	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。	b)	<input type="checkbox"/> 198 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 199 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 200 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 201 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。	<p>○個別支援マニュアルで個々の利用者特性を考慮した情報や実施方法等が示されている。標準化された業務内容等については掲示周知のうえで保存されている。しかし、その前提となる各種業務マニュアルが整備されていないため、いつ誰でもが共有できる手引書として整備されることが必要と思われる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			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。	b)	<input type="checkbox"/> 202 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 203 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 204 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 205 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。	○標準化された業務内容等については揭示周知を行い保存されている。より具体的な運用が行われるように資料化し、検討見直しの仕組みも具体化されることが必要と思われる。
		(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。	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。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 206 個別支援計画策定の責任者を設置している。 <input checked="" type="checkbox"/> 207 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 208 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を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 209 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 210 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）の合議、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。 <input checked="" type="checkbox"/> 211 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 212 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。	○年2回の家族との面談や日頃からの連絡と情報共有によりニーズの把握や個別支援計画への反映が行われている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 213 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。 ■ 214 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。 ■ 215 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。 ■ 216 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。 	○基本となる年2回の計画の策定、随時情報収集や計画への反映が組織的に実施されている。職員には回覧やケース会議を利用し周知している。
		(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 217 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。 ■ 218 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。 ■ 219 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。 ■ 220 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。 ■ 221 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。 ■ 222 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。 	○パソコンソフトを活用してケース記録等が共有管理運用されている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="797 231 1655 311">■ 223 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。 <li data-bbox="797 335 1655 414">■ 224 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。 <li data-bbox="797 486 1655 534">■ 225 記録管理の責任者が設置されている。 <li data-bbox="797 598 1655 678">■ 226 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。 <li data-bbox="797 710 1655 758">■ 227 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 <li data-bbox="797 837 1655 885">■ 228 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。 	○利用者情報の管理については、USBメモリーの使用禁止とケースファイルやデータ入力されているパソコンの保管庫を夜間には施錠管理している。