

(別添1)

## 事業評価の結果（共通評価項目）

福祉サービス種別 障がい者支援施設・生活介護  
事業所名（施設名） 穂高悠生寮

### 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

○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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	・法人としての理念と基本方針があり、法人のホームページに掲載され、また、法人として作成している職員一人ひとりに配布されるマニュアルにも理念、基本方針、職員行動規範等が記載され、施設や事業所の目的や存在意義、使命や役割等が明確にされておりその方向性等を読み取ることが出来る。また、年度ごとの法人の基本テーマが四字熟語として設定され、それに沿い、施設としての年間テーマも決め、具体的な標語をほぼに二ヶ月に1回標語として定め、朝の引継ぎ会などで唱和し、具体的な実践へと繋がっている。当施設のパンフレットにも「穂高悠生寮のモットー」として七つの項目が上げられており、広報誌「ほたかだより」などを通じて保護者等へも具体的な活動として周知されている、利用者となると困難なケースも見られ写真の多用・図示化などの工夫が今後期待される。

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
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。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="817 209 1583 272">■ 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。</li> <li data-bbox="817 272 1583 368">■ 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。</li> <li data-bbox="817 368 1583 528">□ 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。</li> <li data-bbox="817 528 1583 624">■ 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。</li> </ul>	<p>・厚生労働省や県の施策、改革の方向性などを前提とし、また、日本知的障害者福祉協会からの情報を収集し、高齢化等、外的、内的な環境の変化も加味し事業の将来性・継続性を見通しながら経営環境や課題を把握している。毎年度末には次年度へ向けての事業報告書を作成し、施設内の事業調整会議でも検討し利用率等の分析も行っている。安曇野市の障害者福祉推進委員会にも参画しており、松本市を中心としたエリアの自立支援協議会にも参加し、また、地域の相談支援事業所等とも連携し、データ収集もしている。今後は、事業経営の安定性や将来展望を描くうえで、実施する福祉サービスの内容も含め、地域での特徴・変化等の環境や課題を分析され、施設の運営に活かされることを期待したい。</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	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="817 699 1583 794">■ 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。</li> <li data-bbox="817 794 1583 890">■ 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。</li> <li data-bbox="817 890 1583 986">□ 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。</li> <li data-bbox="817 986 1583 1082">□ 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。</li> </ul>	<p>・法人として、また、当施設として事業報告や収支報告で分析してており、運営上の課題が明確にされている。事業報告書の様式も「実施状況」「成果」「反省」となっており、次年度の事業計画や収支予算として具体的な取り組みが行われるようになっている。施設長は法人の執行理事として理事会に出席しており、運営状況等を施設の事業調整会議や職員会で議題として取り上げており、職員個々の「業務管理目標シート」等の作成時にも活かされようになっている。経営状況や経営課題については、役員間での共有がなされていることはもとより、職員に周知されていること課題の解決や改善等に向けての前提条件となるものと思われ、今後は、更に、明確になった課題を周知される機会を持ち、具体的な取組まれていることを期待したい。</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		
I	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	■ 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。	<p>・法人としての2018年度から2020年度までの中期三ヶ年計画があり、第二次の構想が策定されている。この構想は第一次中期計画を検証し、変化する障がい者ニーズや福祉施策の動向を踏まえつつ、法人の進むべき方向性を明確にしている。同じ期間としての当施設の中期計画も策定されており、「3ヶ年計画事業の目標」として具体的に数値も含めて掲げられ、2019年9月には経過した1年半を振り返り見直しも掛けられている。</p>	
			■ 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。			
			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。	b	■ 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。		<p>・法人や及び当施設の中期構想を反映した単年度の当施設としての事業計画が立案されている。2019年度の事業計画の前文には当施設の主要課題が五つ網羅されており、実行可能な具体的な事業内容として示されている。事業計画に沿い、別に収支予算書も作成されている。今後、事業計画が定量的に分析できるよう、各事業内容について可能な限り数値化することが望まれる。</p>
			■ 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。			

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	3	(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>・施設の中期計画の策定については各部署リーダーが出席する事業調整会議の場で実施されている。それぞれの部署のリーダーからの要請に従って当施設の職員も資料等の分析に携わっている。また、当施設でも職員会が毎月開かれており、そのほかに、職員は横の組織としての当施設の委員会にも参加しており事業計画の策定に当り意見を述べる事が可能となっている。事業計画については半期ごとに振り返りが行われ、事業計画の見直しも行われている。</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>・事業計画や事業報告については年2回開催される利用者代表、家族代表、地域代表等が集まる施設としての「運営協議会」で諮問内容として説明されており、家族会総会や法人の家族会連合会の研修会などでも触れ、通信「ほたかゆうせい」などに活動内容とともに記載・配布し家族にも周知している。利用者の重度化と高齢化などにより事業計画の説明がなかなか難しくなっているが、今後は法人や施設の第二次中期計画をフローなど、簡潔にまとめ図示化する等、更なる工夫を重ねることを期待したい。</p>
	組4 組織福祉・サービスの質の向上への	(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>・当施設では福祉サービスの向上には日々取り組んでおり、特に支援内容については計画から実施、評価、見直し（PDCA）の流れがある。法人や施設として苦情解決委員会があり第三者委員による利用者への直接面接があり、苦情相談内容に基づき改善活動が継続的に実施されている。改善策は全職員にフィードバックされサービスの質の向上のために活かされている。福祉サービスの第三者評価について今回ははじめてで、今後は、福祉サービスの第三者評価の基準等を用い、自己評価も定例化していただき、時系列的に改善の課程が見えるような形で実施されることを期待したい。</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
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。	c	<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>・法人として組織的に実施する体制があり、職員会等で課題の共有化は図られている。改善に向けての取り組みは今後、法人や施設として実施される予定である。評価結果の内容にもよるが分析した結果やそれに基づく課題については文書化され、今後の改善に反映されていくことを期待したい。</p>
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。	b	<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>・法人として、また、施設としての職員の職務分掌等が「運営規程」や「組織体制図」として文書化されており職員にも周知されている。管理者は「防災管理者」や「自衛消防隊長」を兼務しており、法人の理念や運営方針、事業計画などに沿った施設としての方向性を示し、利用者や職員に対して自らの役割と責任を明らかにしている。施設長が不在の場合は生活支援部の部長が代行するようになっている。今後、機会があれば、福祉施設・事業所の経営・管理をリードする立場として施設内外に向けて紙面やホームページなどでアピールされることを期待したい。</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。	b	<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>・法人としての職務分掌や当施設の運営規定に管理者として「施設の職員等に対し法令等を遵守させるために必要な指揮命令を行う」ことが規定づけられており、管理者も率先垂範し倫理や法令等の遵守に取り組んでいる。また、管理者と生活支援部長が連携し事業調整会議や職員会、諸会議、研修にて遵守すべき法令等の周知を図っている。福祉分野以外の環境等の関連法令についても更に理解を深められることが望まれる。</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
Ⅱ	1	(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>・管理者は施設入所支援、短期入所支援、共同生活援助、生活介護、特定相談支援、障害児相談支援等の各事業の責任者として統轄しており、施設や事業所の福祉サービスの質に関する課題を十分把握しており、利用者支援面、人権面、設備面等の改善に向けて指導力を発揮しつつ職員とともに取り組んでいる。施設として生活、医療、栄養、人権、各サービスを総合的に検討する場としてそれぞれの代表者からなる事業調整会議が有効に機能しており、福祉サービスの質の改善に向けて組織としての取組を進めている。</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>・施設の事業調整会議や職員会、委員会などを通じて理念・運営方針の浸透や職員の意思統一を図っており、人事、労務、財務等、運営面での効率的な業務を目指し取り組んでいる。財務面では法人の本部に負う部分が多いが、収支予算のみに注視することなく、各業務についてもコストがかかっていることを意識しコスト削減に向けて職員とともに取り組んでいる。</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	成 2 福祉人材の確保・育	(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。	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	■ 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。	・人材の確保については法人として取り組んでおり、専門学校への訪問、新聞広告、実習生対応などで必要な福祉人材の採用や人員体制について計画的に取り組んでいる。また、専門職については法人としての独自の研修があり、業務管理シートによる職員一人ひとりの目標策定とともに職員のモチベーションのアップに寄与している。職員の資格取得についても施設としてバックアップしており、介護福祉士や喀痰吸引研修修了者などを毎年度輩出している。
			② 総合的な人事管理が行われている。		b	
□ 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。	■ 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。					
■ 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。	□ 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。					
■ 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。						

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	(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組んでいる。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="817 209 1579 311">■ 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> <li data-bbox="817 311 1579 413">■ 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> <li data-bbox="817 413 1579 515">■ 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> <li data-bbox="817 515 1579 617">□ 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> <li data-bbox="817 617 1579 719">■ 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> <li data-bbox="817 719 1579 821">■ 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> <li data-bbox="817 821 1579 924">■ 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> <li data-bbox="817 924 1579 981">■ 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。</li> </ul>	<p>・働きやすい職場づくりに向けて職員の就業状況や意向・意見を把握しており、仕事と生活の両立に配慮している。法人として有給休暇や育児休暇の取得の促進、リフレッシュ休暇の実施などを通じて職員が仕事に対して意欲的にのぞめるような環境を整えている。施設として毎月労働安全衛生法に基づく「安全衛生委員会」が開催されており職員の危険又は健康障害を防止するための基本となるべき対策（労働災害の原因及び再発防止対策等）を講じている。また、法人の「メンタルヘルスクエア規定」に沿ったストレスチェックや定期的な健康診断なども行い心身の健康にも取り組んでいる。更に、法人として被服費の補助、仕事上の外出や出張に伴う外での昼食についての補助、慶弔規程、クラブサークル活動等を助成する福利厚生センターへの加入などがあり、職員の親睦会も折に触れ実施されている。今後は、業務管理シートを基にした面談も確実に実行されることを期待したい。</p>
		(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	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="817 981 1579 1083">■ 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。</li> <li data-bbox="817 1083 1579 1185">□ 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。</li> <li data-bbox="817 1185 1579 1287">■ 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。</li> <li data-bbox="817 1287 1579 1390">□ 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。</li> <li data-bbox="817 1390 1579 1485">□ 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。</li> </ul>	<p>・法人として目標管理制度が導入されており、具体的な目標を職員自ら立てた「業務管理シート」を一人ひとりが作成し、基本的には半期に一度、定められた評価基準により自己評価し評点をつけるようになっている。中間及び期末で進捗状況の振り返りが行われ、管理者等から書面で適切な助言や支援を得るようになっている。今後、更に、「業務管理シート」を推進、定着されるためにも、定められた面談を確実に実行され職員のモチベーションを高めるような取組をされることを期待したい。</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	2	(3)	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	■ 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。	・法人第二次中期構想や施設の事業計画には法人内あるいは施設内研修、他団体主催の外部研修、OJTが掲げられ、また、実施に移されおり、技術等の専門性の向上や利用者本位のサービスの提供、人権意識の高揚など、職員の資質向上に取り組んでいる。施設内に研修担当者があり、教育・研修の成果について分析し次年度に向けての年間計画策定時に反映している。
			■ 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。			
			■ 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。			
			■ 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。			
			■ 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。			
			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	■ 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。	・職員一人ひとりの知識、技術水準、専門資格の取得状況等については法人として把握されており、施設の人員配置にも適用されている。法人の集合研修が春と秋に実施されており、職員は法人の階層別研修、職種別研修等に参加し、また、外部研修等についても復命で参加し、報告書の回覧等で職員間で情報を共有している。職員の自己啓発については、施設から提供された情報などを選び、自分の時間を使い研修等に参加している。法人として、OJTリーダー研修を実施し、教え方の基準等を統一している。
			■ 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。			
			■ 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。			
			■ 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。			
			■ 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。			

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	(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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 94 指導者に対する研修を実施している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・実習の受け入れについては法人として「実習研修者対応規程」があり責任者は施設長となっており、社会福祉士、介護福祉士など、社会福祉に関する資格取得のための学生を受け入れている。また、学校側とも連携をとりながら適切なプログラムを策定している。実習期間中は担当指導者と実習生が毎日振り返りとまとめの時間を設けている。</p>
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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・法人としてのホームページがあり、当施設や他施設・事業所の概要や法人の事業報告・収支報告等を知ることができる。また、全国経営協ホームページでも法人の事業報告・収支報告等が情報公開されておりいつでも閲覧することができる。年2回発行される施設の広報誌「ほたかゆうせい」があり、施設の活動報告、大規模改修、事故報告・ヒヤリハット事例、苦情受付改善事例、などが掲載され、地元隣組にも回覧がされている。また、施設の運営評議会には地域代表として2名の方に出席をいただき、事業計画、事業報告、予算、決算情報についても諮問している。今回の第三者評価の結果についても、今後、インターネットで公開される予定となっている。</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
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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・法人として事務、経理等についての各種規定があり、必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を受けることが出来る。また、法人運営の透明性を図るために会計士・有識者による外部監査を受けており、「職務の執行の監査」と「業務及び財産の状況の監査」の両面から実施されている。更に、法人の各施設の支援部長による法人内部としての相互監査も実施しており、当施設の支援部長も他の施設に出向いている。</p>
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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・利用者と地域との交流については法人や施設の事業計画に明記されており、地域のイベント等に参加し交流することと施設としての人的・物的資源を地域に活かし貢献しようという取り組みが実施されている。また、地元区との合同防災訓練を実施したり、近隣道路の環境整備、施設としての救急救命講習会の案内などもしている。更に、施設として行う「花見・道祖神祭り」には地域の老人クラブの方や地域の人々を招き盛大に実施している。施設へのボランティアの来訪も多く、施設行事をお手伝いいただく方や手話ボランティアの協力もあり、紙芝居・演奏会なども実施されている。安曇野市の障害者福祉推進委員会に参画したり、松本市を中心としたエリアの自立支援協議会にも参加し、また、地域の相談支援事業所等とも連携するなど、地域の関係団体や組織とも連携している。利用者に向けて、掲示板等を通して地域のイベントや社会資源を利用できるような情報も提供している。</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
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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="828 212 1579 311">■ 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。</li> <li data-bbox="828 311 1579 410">■ 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。</li> <li data-bbox="828 410 1579 509">■ 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</li> <li data-bbox="828 509 1579 608">■ 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。</li> <li data-bbox="828 608 1579 678">■ 116 学校教育への協力を行っている。</li> </ul>	<p>・ボランティア受け入れについての法人としての「ボランティア規程」があり、その目的や基本姿勢や登録手続き等が定められている。施設行事をお手伝いいただく方や手話ボランティアの協力もあり、紙芝居・演奏会なども実施され利用者も楽しんでいる。中学生の職場体験学習の受け入れも行われている。</p>
		(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。		b	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="828 678 1579 777">□ 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。</li> <li data-bbox="828 777 1579 876">□ 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。</li> <li data-bbox="828 876 1579 975">■ 119 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</li> <li data-bbox="828 975 1579 1074">■ 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。</li> <li data-bbox="828 1074 1579 1173">■ 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。</li> </ul>

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	(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	■ 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。	・施設の大イベントである「花見・道祖神祭り」は地域の人々を招き毎年開催しており家族始め大勢の方が来訪している。また、施設周辺道路の草刈り等環境整備に取り組んだり、防災協定を結んでいる地元区の防災訓練では救急法講習会や車いす講習会を職員が講師となり実施している。地区と当施設との防災協定では有事の際の避難所としても利用できるようなになっている。今後、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ような活動についても施設内外の場を使い支援されていくことを期待したい。		
			■ 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。		□ 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。		■ 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。	■ 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。
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	■ 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。	・施設の事業計画にも「相談支援事業…継続し地域ニーズに応じていく」として掲げられており、施設として運営している各事業の過去数年間の利用に至ったケースを分析し今後の利用予測をしている。施設として「安曇野市相談支援専門員連絡会」「安曇野市福祉計画策定推進委員会」「松本圏域自立支援協議会」などと連携し、地域の具体的なニーズを把握している。今後、当施設として既存制度では対応しきれない困難事例等の支援にも取り組まれていくことを期待したい。					
□ 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。		■ 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。			■ 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。		□ 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。	□ 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。

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
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	■ 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。	・法人の理念や基本方針を基に施設の事業計画を策定し、利用者を尊重した福祉サービスを提供するための「五つの目標」を掲げている。利用者の基本的人権の尊重、身体拘束や虐待防止に向けて全体研修を行っている。また、職員行動規範が策定されており職員は理解し実践している。「福祉サービスマニュアル」が全職員に配布されており、利用者の尊重や基本的人権への配慮、サービス提供に関する基本姿勢なども明示し、職員には研修や会議等で周知を図っている。
			■ 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。			
			■ 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。			
			■ 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。			
			■ 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。			
			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	■ 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。	・法人の基本方針や施設の「五つの目標」には、「利用者の人としての尊厳を大切にすること」「利用者の権利擁護に真摯に向き合う」こと等を掲げ、プライバシー保護等の権利擁護に配慮したサービスが実践されるよう会議、研修等で周知し、ている。また、施設内に権利擁護委員会を設置し定期的な会議を開催し様々な活動を行っている。利用者自治会」では利用者と職員と一緒に、人権についての研修も行っている。更に、職員は年に3回「利用者の尊重や基本的人権」についての研修を受講し理解を深めている。本人や家族には契約時に説明している。施設としてほぼ2ヶ月毎に標語を二つずつ作り、プライバシー保護等の権利擁護についての意識を高めている。今後、プライバシー保護や権利擁護に関わる不適切な事案が生じた場合を想定し、対応方法等を明確にしておくことが望まれる。
			■ 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。			
			■ 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。			
			■ 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るよう設備等の工夫を行っている。			
			■ 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。			
■ 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。						
□ 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。						

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
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。	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。	b	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 148 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>・施設を紹介するパンフレットは行事や活動の様子を紹介した写真やイラスト・地図を使い分かりやすい内容になっている。定期的に発行される広報紙「ほたかゆうせい」やホームページもあり積極的な情報提供を行っている。施設入所希望者や生活介護事業などの利用希望者には、見学、体験利用等のお試し利用ができ、利用希望者が自己選択ができるよう取り組んでいる。今後、利用者がサービス選択の際に参考とすることができる情報源としてホームページの更新とパンフレット等の置き場所の工夫をされることを期待したい。</p>
			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。		b	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。

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
Ⅲ	1	(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。	a	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	・利用者の状態の変化、家庭環境の変化等で施設や事業所の変更がある場合には、本人や家族の同意を得て情報提供を行っている。福祉サービス終了後にはサービス管理者が窓口となり対応している。
Ⅲ	1	(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>	・施設の第三者委員による利用者との直接面談が行われ、苦情(要望)・相談受付の受付方法としても年間の総件数のうちの半数以上を占め、普段の生活での思いなどの傾聴ともなり利用者の気持ちの安定に繋がっている。別途、食事の嗜好調査も行われ、希望メニューとして献立等に反映されている。職員は、毎月行われる「利用者自治会」に参加したり、「家族会」へも参加し表出された意見・要望について検討のための場を持ち、可能なものから具体的な改善に向けて取り組んでいる。今後、利用者、家族に定期的に満足度調査を実施し、随時、個別面談等も行いながら満足度の把握をされることを期待したい。



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
Ⅲ	Ⅰ	(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	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="806 212 1594 311">■ 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。</li> <li data-bbox="806 311 1594 410">□ 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。</li> <li data-bbox="806 410 1594 509">□ 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。</li> <li data-bbox="806 509 1594 608">■ 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。</li> <li data-bbox="806 608 1594 707">■ 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。</li> <li data-bbox="806 707 1594 805">■ 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。</li> <li data-bbox="806 805 1594 890">■ 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。</li> </ul>	<p>・契約書及び重要事項説明書には苦情解決責任者や受付担当者、第三者委員の設置が記載されている。選任された2名の第三者委員は定期的に施設に訪れ、利用者の思いを聴き、職員は日々のかかわりや「利用者自治会」への参加で意見・要望を聴き、苦情解決のための仕組みを機能させている。言葉で表出できない利用者は表情や仕草から思いを汲み取っている。申し出された苦情（意見）は関係者で対応し、対応後は広報紙「ほたかゆうせい」にて公表している。今後、苦情解決の仕組みについては利用者や家族等への周知と理解の促進、苦情を申出やすい配慮や工夫をされていくことを期待したい。</p>
			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	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="806 890 1594 989">■ 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。</li> <li data-bbox="806 989 1594 1088">□ 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。</li> <li data-bbox="806 1088 1594 1179">■ 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。</li> </ul>	<p>・施設の重要事項説明書には苦情とともに相談受付の窓口が記載されている。日常的な取り組み、意見箱の設置や第三者委員による聞き取りが定期的に行われている。利用者インタビューでも「意見を聴いて貰っている」「第三者委員の人が来ている」「担当職員に相談している」との意見が多く聞かれ、利用者が相談意見が述べやすい環境が整備されている。今後、施設内の掲示や日常的な言葉かけを積極的に行う等の取組を期待したい。</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
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。	b	<input 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 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 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。	<p>・日々のかかわりの中で利用者が相談しやすい関係を築き、一人ひとりに応じ意見を引き出し聴き取っている。利用者から表出された意見や相談は決められた様式に記録し、職員全体で共有し、その内容を検討し、検討後に利用者にフィードバックし、時間がかかる時は別途説明している。苦情解決同様に、利用者からの意見や要望、提案等への対応についても仕組みを確立することが重要であり、対応マニュアル等の策定が期待される。また、対応マニュアル等においては、苦情解決の仕組み同様に、意見や要望、提案等を受けた後の手順、具体的な検討・対応方法、記録方法、利用者への経過と結果の説明、公表の方法等がその内容別に具体的に記載されていることが求められ、仕組みを効果的なものとする観点からマニュアル等については、適宜見直しを行うことも望まれる。</p>
		(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	<input checked="" type="checkbox"/> 180 リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネージャーの選任・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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。

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
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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 189 感染症の予防策が適切に講じられている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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ている。</li> </ul>	<p>・事業計画には感染症についての管理体制が明記されている。感染症予防及び発生時の対応マニュアルを作成し職員会議等で周知している。更に、施設内の看護師が講師となり季節毎に流行する感染症の勉強会を行い、啓発に努めている。施設正面玄関には手洗いスペースが設けられており、ハンドソープ、ペーパータオル、うがい用紙コップ等が常備されており、外部からの感染源を「持ち込まない」「広げない」ことを目標に施設全体で取り組んでいる。</p>
			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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 192 災害時の対応体制が決められている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・利用者の安全確保の為の具体的な取り組みは「事業継続計画（BCP）」に詳細に記載されている。施設では防災訓練計画を立て「避難誘導」「通報」「消火」訓練を消防署の立会いのもとに実施している。また、地域と防災協定を締結し、地震や災害を想定した合同総合防災訓練も実施しており、災害時における利用者の安全確保のための取り組みも行っている。また、万が一に備えてヘルメットや非常持ち出し袋の準備（衛生品や薬、非常用ラジオ、ヘッドライト等）、飲料水や缶詰等の備蓄、炊き出し用の食料（白米や五目御飯等）、生活水の確保等幅広く準備し整備している。防犯に係る利用者等の安全確保対策として防犯カメラが設置されており、非常通報と連携したシステムも導入されている。</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
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。	a	■ 198 標準的な実施方法が適切に文書化されている。	・福祉サービスの基本となる標準的な実施方法は、法人のマニュアルや施設の事業計画等に文書化されている。マニュアルには、利用者の尊厳やプライバシー保護、権利擁護に関わる姿勢が明示され、職員は会議や研修会、OJT等で活用し全体で周知している。
			■ 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。			
■ 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。						
■ 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。						
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	□ 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。	・標準的な実施方法については、利用者が必要とする福祉サービス内容の変化や新たな知識・技術等の導入を踏まえ、定期的に現状を検証し、必要な見直しを行うことが必要ではないかと思われる。また、標準的な実施方法の見直しは職員の意見・提案や利用者等からの意見に基づき、利用者の個別支援計画の状況も踏まえ行われることが望まれる。			
□ 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。						
■ 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。						
□ 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。						

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
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。	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 206 個別支援計画策定の責任者を設置している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・個別支援計画を策定するためのアセスメントは法人で決められた様式を用いて一人ひとりの状態にあわせて実施している。支援会議等では具体的なニーズを明確にするために専門職が集まり総合的な視点で話し合いが行われ、個別支援計画策定のための根拠を明確にしている。個別に策定された計画については定期的なモニタリング（モニタリング会議）が行われている。</p>
			② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> </ul>	<p>・個別支援計画の実施状況と評価、見直し等は、ケース担当会議の場で、定期及び随時（状態や環境の等の変化）実施されており、PDCAサイクルの継続が行われていることが各種資料から確認することができた。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）など、福祉サービスの質の向上に関わる課題等を明確にし、福祉サービスの質の向上に結びつけられることを期待したい。</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
Ⅲ	2	(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。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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閲覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。</li> </ul>	<p>・取得した利用者の身体状態や生活状況等を施設で決められた様式に記録し把握している。個別支援計画からのサービス実施の流れが各種記録から読みとることができ、個別支援計画に基づくサービスが提供されていることが確認できる。申し送りや職員会議は利用者の情報共有を目的とした内容であり積極的な取り組みが行われている。今後、記録に際し記録者による格差が生じないように意思統一されることを期待したい。</p>
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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> <li>■ 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> <li>■ 225 記録管理の責任者が設置されている。</li> <li>□ 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> <li>■ 227 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・個人を特定できる書類は個人情報保護規定を基に「管理」「保護」「保存」「廃棄」等を行っている。また、利用者や家族には、利用契約時に個人情報の使用目的や取扱い等を説明している。今後、研修等で、書面による管理に加え電子データの取扱いや情報漏えい等についても注意喚起を十分にされていくことを期待したい。</p>