

別添1

事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別 就労継続支援B型事業所
事業所名 親愛の里 紙ふうせん

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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1 理念、基本方針が法人、福祉施設・事業所内の文書や広報媒体（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・事業所が実施する福祉サービス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>○法人の基本理念である「人権の保障と幸福を共に創る」の下で事業所としての運営方針を明文化し、更には事業所が提供する就労継続支援B型事業の福祉サービスの具体的な内容が、パンフレットに明示されています。</p> <p>○運営方針の中に、障がいのある方とその家族が、住み慣れた地域で自分らしく充実した暮らしを送る事ができる支援、利用者の人権を重んじ、自己選択・自己決定ができ、自己実現が果たせるようサービスの提供をしていく等、職員の行動規範が明記されています。</p> <p>○理念や基本方針、事業所の活動内容が、写真や分かりやすい文書表現を用いて、パンフレットにまとめられているのを確認しました。</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。	b)	<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>○国や県からの情報の収集、報酬改定等の通知を基に、月毎の利用率や収支をデータ化し、職員会議において現状把握や課題について協議されていることを、幹部によるアンケートより確認しました。</p> <p>○管理者は、事業所のある自治体の福祉計画の会議に参加し、障害福祉の現状や課題について把握した内容を、職員全体で周知共有されていることをアンケート結果より確認しました。</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。	a)	<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>○法人幹部会において予算や収支の進捗状況が確認され、各事業所の経営課題について協議されています。</p> <p>○事業所の収支について、就労支援部門と障害福祉サービス部門における予算基礎が、前年度実績をもとにシミュレーションされています。</p> <p>○経営状況や課題等が職員間で周知されるとのことですが、経営面に対する関心度に濃淡が見られますので、全ての職員に対する周知をお願いします。</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
	策3 定事業計画の	(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。 	<p>○当事業所においては、平成30年から令和4年を第3期5か年計画と位置づけ、事業計画が明文化されています。また、令和2年より令和4年はそれまでの運営方針を見直し、新たな目標を事業計画に反映させていることを、資料より確認しました。</p> <p>○管理者より、中・長期計画について事業所職員全体で検討がなされたことで、職員アンケートでも全ての職員からできているとの回答がみられました。</p>
			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>○中・長期計画に沿った単年度事業計画は、利用者に対する支援面、日中活動での具体的な取り組みが見える化、数値化されたものが策定されています。</p> <p>○単年度の事業計画は、事業の実施に向けた年間スケジュールが計画され、具体的な行動計画が明示されています。</p> <p>○単年度計画においても全ての職員が携わり、周知共有されていることを職員アンケートより確認しました。</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>○事業計画の策定にあたっては、毎年の策定会議の中で振り返りと課題を抽出し、次年度の事業計画の中に「事業計画実施スケジュール」を作成し、職員による行動計画を職員間で共有していることを、管理者アンケートより確認しました。</p> <p>○事業計画は月に1回の職員会議において進捗状況が確認され、見直ししながら進められています。</p> <p>○事業計画が全ての職員が参加のもとで企画、立案されていることをアンケート結果より確認しました。</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>○年度初めのミーティング時に、運営方針や重点目標、具体的な活動内容について利用者に説明し、家族にも資料が配布されていることをヒヤリングより確認しました。</p> <p>○事業計画について、口頭での説明では理解の難しい利用者に対する、分かりやすい資料の作成に取り組まれることを期待します。</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
	画4 的福 祉取 組サ ービ スの 質の 向上 への 組織 的・ 計	(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>○就労継続支援B型事業所として取り組む作業活動において、PDCAサイクルに基づいた支援の実施方法が、事業計画に明記されています。</p> <p>○PDCAサイクルは月1回と半期に見直しを行い、年度末に評価をし、次年度に繋げています。職員アンケートでは組織的に行う体制は整備されていないとの回答が多数見られましたので、組織体制の整備をお願いします。</p> <p>○第三者評価は今回初めての受審であり、今後も定期的な受審を期待します。</p>
			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。	a)	<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>○第3期5か年計画（平成30年度～令和4年度）を振り返り、職員間での評価が実施され、新たな課題が重点目標として掲げられ、文書化されていることを資料より確認しました。</p> <p>○重点目標の達成に向けた取り組みが、年間スケジュールの中に組み込まれており、職員会議やチーム会議での取り組み、研修の実施等、具体的な内容が記載されています。</p> <p>○職員アンケートにおいて、全ての職員ができていたとの回答を確認しました。</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	シ 1 管理者の責任とリーダー	(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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>○管理者は職員の意見を集約し、運営方針ならびに事業所の進むべき方向性について、会議や日々のミーティングの場で発信しています。</p> <p>○管理者の役割と責任、その他の職員の職務分掌は、職種、事業所内の役割、業務の内容として文書化されているのを資料より確認しました。</p> <p>○有事の際の権限委任については、災害時等のマニュアルにて示されています。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>○管理者は、利害関係者である就労事業関連取引先企業との連絡調整を常に行い、良好で適正な関係作りに努めています。</p> <p>○管理者は施設長研修に参加して、事業に必要な法令等を学び、職員研修や会議の席で情報提供を行い、職員への周知に努めています。</p> <p>○職員アンケートにおいて多くの職員が、管理者の法令順守の取り組みを評価しています。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>○事業計画に盛り込まれた重点目標について月1回と半期に見直しを実施し、年度末に振り返りや評価を行い、次年度に反映しています。</p> <p>○年度末に行う評価会議では、個人評価と事業所全体での評価を作成し、職員によるグループワークを経て、改善策や次年度に向けての取り組みを掲げ、職員の意見を反映した事業所運営に努めています。</p> <p>○福祉サービスの質の向上を目指して、法人全体での研修を計画的に実施しています。</p>
			② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>○事業所の理念、基本方針を実現するために、配置基準に沿った職員を配置し、一人ひとりの家庭環境等を把握、考慮しながら勤務体制を組んでいます。</p> <p>○法人の経営層や役員参加による会議において、全ての事業所の経営状況を分析し、各事業所の実情に沿った人事・労務を行っています。</p> <p>○職員のアンケートでも、法人の取り組みや管理者の実務を理解し、評価しているとの回答が多数みられました。</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
	育2 成福 社人 材の 確保	(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)	<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>○法人の基本理念である「人権の保障と幸福(しあわせ)を共に創る」の下、5つの職員の使命が明記されています。</p> <p>○福祉サービスの提供に欠かせない専門職を、法人の各事業所の実情に即して配置しています。また、キャリアパス・等級に応じた研修の実施、職員配置を行っています。</p> <p>○福祉の仕事説明会や卒業予定の学生を対象とした説明会、福祉現場の紹介や魅力を伝える為の、法人が主催する「親愛ツアー」を実施し、啓蒙活動に尽力しています。</p>
			② 総合的な人事管理が行われている。	a)	<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」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>○法人の理念に基づいた期待する職員像は1. 私たちは、人として尊ぶ 2. 私たちは、私たち自身の人間性の向上に努め、健康で豊かな生活を創る 3. わたしたちは、利用者等が地域等において、その人らしい生活を送ることが出来るよう支援する 4. 私たちは、地域の社会資源として、地域とともに歩む 5. 私たちは、福祉の未来を創るが明記されています。</p> <p>○人事制度やキャリアパスが確立しており、職員一人ひとりが目指すべきキャリアプランを建てる仕組みになっています。</p> <p>○人事考課により成果や貢献度が賞与に反映されています。人事基準については全ての職員が理解し、できているとの回答がありました。</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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。 ■ 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。 ■ 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>○法人全体で実施する職員一人ひとりに対するヒヤリング調査では、労働条件、配置場所等の意向を聞き、翌年度の職員体制に活かしています。</p> <p>○職員の有給取得状況や時間外手当等を、事務職員と管理者が月末に確認し、管理しています。</p> <p>○定期的、または必要に応じて、職員との面談の機会を設け、業務上の悩みや家庭状況等の相談に応じていることをアンケート結果より確認しました。</p> <p>○職員の家庭状況や希望に応じて介護休暇制度の利用促進や働き方に応じた限定正規職員の制度を伝え、継続的に働くことのできる環境を整えています。</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。	a)	<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、理念に沿った職員の使命として5つの職員像を明示しています。</p> <p>○正規職員およびパート職員それぞれに、研修計画や目標設定シートが設けられており、個別の目標を管理者と共有し、その取り組みに対して振り返りや評価する仕組みが整備されています。</p> <p>○目標シートは、等級別に設定されており、目指すべき姿がコンピテンシーリストに明示され、評価の基準になっています。</p> <p>個人目標シート、人事考課シート、コンピテンシーリストは人事考課制度の資料より確認しました。</p> <p>○職員の育成に向けた取り組みについて、半数の職員が知らないと回答していましたので、全ての職員への周知をお願いします。</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>○法人の理念に基づいた「期待する職員像」を職員の使命として5つ明示されており、事業所としては就労継続支援B型のサービスを提供する上での運営指針を明文化しています。</p> <p>○等級別に必要とされる専門技術や推奨する資格が、キャリアパスにおいて提示されています。</p> <p>○法人組織の中に研修運営委員会を設置して、研修計画の立案、見直し、評価が行われています。</p> <p>○職員アンケートより、半数の職員が教育・研修計画の内容を把握していませんので周知をお願いします。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着目眼点	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>○法人として取得資格調査票により、職員一人ひとりの資格の取得状況が把握されています。</p> <p>○新任職員に対しては、新人職員チェックシートを活用して定期面談を行う等、メンター制度を導入して育成に努めていることを資料より確認しました。</p> <p>○各階層職員の研修計画をもとに、必須研修と選択研修を設けて研修を実施しています。研修計画については資料より内容を確認しました。</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。	c)	<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>○専門職種として精神保健福祉士や、看護師取得のための実習受け入れを行っています。学校との連携を密にとりながら、実習プログラムに沿った支援体制を構築していることをヒヤリングで伺いました。</p> <p>○実習に関する基本姿勢の明文化、受け入れ時のマニュアルが整備されていないとのことですので対応をお願いします。また指導者研修におきましても、法人との協議の中で検討願います。</p> <p>○職員の間で実習生の受け入れに対する認識に濃淡が見られますので、周知共有をお願いします。</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。	b)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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>	<p>○法人のホームページやワムネットに法人の理念・基本方針、提供する福祉サービス、各事業所の事業内容、収支予算決算状況等が公開されています。</p> <p>○事業報告書にはその年の苦情受付一覧が掲載されており、苦情の内容、対応、改善策が公表されています。</p> <p>○就労事業に携わることから周辺企業や地域に対して、障がい福祉の取り組みや利用者の役割等について説明し、農福連携事業の取り組みや、企業と連携した就労事業を展開しています。</p> <p>○就労に関わる幅広い活動が展開されています。こうした内容を地域に知っていただくための取り組みに期待します。</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。	b)	<p>■ 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、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。</p> <p>□ 102 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。</p> <p>■ 103 福祉施設・事業所の事業、財務について、外部の専門家による監査支援等を実施している。</p> <p>■ 104 外部の専門家による監査支援等の結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。</p>	<p>○法人の組織には、法令遵守責任者、予算管理責任者、会計責任者、出納責任者、固定資産管理者等が明記されています。</p> <p>○事務、経理、取引等における内部監査および外部監査が定期的の実施され、指摘事項にもとづいた経営の見直しが行われていることをヒヤリングで伺いました。</p> <p>○外部監査の実施について、知らないと答えた職員が多数見られましたので、周知をお願いします。</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)	<input type="checkbox"/> 105 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。 <input type="checkbox"/> 106 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 107 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 108 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 109 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>○法人の運営方針第2条3項には、地域と家族の結びつきを重視した運営を行うと明記されていますが、具体的な内容の文書化はできていないと管理者より伺いました。</p> <p>○コロナ禍以前は地域の祭りへの参加、高齢者施設での草取り等の環境整備活動を実施していたが、現在は自粛しています。</p> <p>○社会資源については個々の状況や希望に沿った情報を提示したり、必要な社会資源を利用者と一緒に探す取り組みについて伺いました。</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。	c)	<input type="checkbox"/> 110 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。 <input type="checkbox"/> 111 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。 <input type="checkbox"/> 112 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 <input type="checkbox"/> 113 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 114 学校教育への協力を行っている。	<p>○事業所の事業計画にボランティアの受け入れとして福祉体験学習、地域からのボランティアの受け入れが記載されています。一方で、受け入れ側としての基本姿勢やマニュアル等が明文化されていないとヒヤリングで伺いました。</p> <p>○学校教育の受け入れとして、飯田市内中学校職場体験、高森中学校地域応援隊等学校と連携し、利用者との交流や作業体験支援が行われています。</p> <p>○ボランティアの受け入れ等の基本姿勢を明文化されると同時に、職員への周知共有をお願いします。</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。	b)	<input type="checkbox"/> 115 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 116 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 117 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 118 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 119 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。	○関係機関等をまとめた社会資源の一覧やリストは作成されていないとのことです が、関係機関からの様々な情報については、日々のミーティングや支援会議において共有がなされていることを伺いました。 ○管理者は圏域の自立支援協議会や市町村の福祉連絡会等に参加し、地域の取り組みや課題について、職員会議等で情報共有を図っています。 ○利用者の移行に際しては、移行後の生活について関係機関へ繋ぎ、安定した生活が送れるようネットワーク化に向けた取り組みが行われています。
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 120 福祉施設・事業所（法人）が実施する事業や運営委員会の開催、関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。	○管理者は市町村の福祉連絡会や福祉計画会議等に参加して、地域の課題や福祉現場の課題やニーズの把握に努めています。 ○職員アンケートでも多くの職員が福祉ニーズについて把握していました。
			② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 121 把握した福祉ニーズ等にもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 122 把握した福祉ニーズ等にもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。 <input checked="" type="checkbox"/> 123 多様な機関等と連携して、社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどにも貢献している。 <input checked="" type="checkbox"/> 124 福祉施設・事業所（法人）が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を、地域に還元する取組を積極的に行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 125 地域の防災対策や、被災時における福祉的な支援を必要とする人びと、住民の安全・安心のための備えや支援の取組を行っている。	○資料より、法人の公益事業として松川町社会福祉協議会との共同で行う「まつかわ子ども福祉教室あいむ」パラスポーツ体験の企画を確認しました。この事業は障がいの有無にかかわらず、子どもも大人も皆が一緒に楽しめるスポーツを体験しようをスローガンに取り組まれています。 ○松川町が実施する福祉出前講座において、精神障害分野の職員を講師として登録しています。 ○事業所は、高森町の福祉避難所として要配慮者の受け入れを担っています。

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
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"> ■ 126 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。 ■ 127 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。 ■ 128 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。 ■ 129 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。 ■ 130 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>○事業計画の策定時や虐待防止研修の際に、法人理念や事業所の運営方針、就労継続支援B型事業所としての使命等を確認し実践しています。</p> <p>○利用者の新規受け入れに際しては、サービスの実施に至る流れをフロー化し、詳細にまとめられています。</p> <p>○法人の基本理念「人権の保障と幸福を共に創る」が事業計画書の各ページ下に印字されており、人権に係る虐待防止研修は、セルフチェックシートを活用した振り返りが実施されています。</p>
			② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 131 利用者のプライバシー保護について、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記した規程・マニュアル等が整備され、職員への研修によりその理解が図られている。 ■ 132 規程・マニュアル等にもとづいて、プライバシーに配慮した福祉サービスが実施されている。 ■ 133 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。 ■ 134 利用者や家族にプライバシー保護に関する取組を周知している。 	<p>○法人の個人情報保護規程により、管理者が個人情報管理者に定められています。利用者のプライバシーには、日々職員間で情報交換、情報共有しながら配慮しており、定期的な研修は実施されていないとのこと。</p> <p>○定員数が多い為、利用者一人ひとりの個別の対応では、空間をパーティション等で仕切ったり、相談室等を利用したりしています。</p> <p>○利用契約時にはプライバシー保護についての説明を行い、利用者や家族の不安や疑問に対応しています。</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"/> 135 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"/> 136 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"/> 137 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別にいていねいな説明を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 138 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"/> 139 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>○事業所の内容を記載したパンフレット等は、関係機関には配布されていますが、公共の施設等には置かれていないとのことです。</p> <p>○事業所を紹介するパンフレットは、事業の様子が写真等で表現されており分かりやすい内容になっています。また、事業所内にも活動の様子が文章や写真を交えて張り出されています。</p> <p>○利用希望者については受け入れマニュアルが整備されています。また、見学、体験入所についても見学受付記録をもとに体制を整え対応しています。</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"/> 140 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 checked="" type="checkbox"/> 141 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"/> 142 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"/> 143 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"/> 144 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	着目眼点	コメント
			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。	b)	<p>■ 145 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>□ 146 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>■ 147 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>□ 148 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>	<p>○従前の状況やニーズに対する引継ぎを受け止め、利用者にあったサービスの提供に努めています。</p> <p>○他事業所や家庭への移行にあたっては、会議等の場で引継ぎ事項を伝えるに留まり、サービスの継続性に配慮した手順や引継ぎの文書が定められていないとのことでした。</p> <p>○福祉サービス終了後も相談窓口としての関係性の継続を図っており、利用者からの相談や面会が行なわれているとのことです。</p>
		(3) 利用者満足の向上に努めている。	① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b)	<p>■ 149 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。</p> <p>■ 150 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>■ 151 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>□ 152 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>■ 153 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>	<p>○利用者満足度調査を定期的を実施し、希望や要望、困り事等の聞き取りをしています。</p> <p>○当事者会(元気会)の中に福利厚生班、生活班が組織され、職員は利用者の主体的な運営の支援に携わっています。</p> <p>○利用者満足度調査により把握した結果に対して、利用者参画のもとでの検討会議は実施されていないとのことです。改善をお願いします。</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) 利用者が意見等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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 154 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。 ■ 155 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。 ■ 156 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。 ■ 157 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。 ■ 158 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。 ■ 159 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。 ■ 160 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>○法人としての苦情解決に関する規程が明文化され、各事業所における苦情解決の体制も整備されています。</p> <p>○苦情解決の仕組みが苦情対応マニュアルの中に、文書化またはフロー化して明示されています。</p> <p>○事業所の玄関には苦情受付箱が設置されており、苦情相談の他にも利用者同士の悩みや、事業所内の設備に対する提案等、利用者の相談窓口として機能しているとのこと。</p> <p>○苦情に関する書類として苦情受付簿、苦情受付報告書、苦情解決結果報告書を確認しました。</p> <p>○苦情の申し出があった際は、管理者が、申出人と苦情の対象となった職員との間の事象について状況把握をし、職員ミーティングによって原因の分析や解決策を話し合い共有しています。</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"> □ 161 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。 □ 162 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。 ■ 163 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>○苦情受付の方法や意見箱の設置等により、苦情受付の環境は整えていますが、相談方法や相談相手を選べることをわかりやすく説明した文書は作成されていないとのことですので対応をお願いします。</p> <p>○利用者からの相談には、面談時間は設けず、利用中はいつでも相談室にて応じる体制を整えています。</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 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 164 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。 ■ 165 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。 ■ 166 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。 ■ 167 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。 ■ 168 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。 ■ 169 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 	<p>○相談受付担当者が受け付けた内容を、ミーティングにて状況を把握して記録に残し、職員間で共有しています。また、相談受付時には今後の対応の流れを利用者に説明し、解決までの状況を伝えていきます。</p> <p>○利用者満足度調査の実施や意見箱の設置により、利用者の意見を積極的に把握する取り組みを実践しています。</p> <p>○当事者会(元気会)の中に職員も参加することで、福利厚生や生活環境面での様々な要望や提案の聞き取りがなされ、次年度の事業計画に反映させています。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 170 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。 ■ 171 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。 ■ 172 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。 ■ 173 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。 ■ 174 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。 ■ 175 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。 	<p>○事業所は小規模であり、リスクマネジメントに関する委員会は設置されていないのですが、日々の申し送り等により様々なリスクに対して話し合い、検討する体制がとられています。</p> <p>○事業計画書の中に支援者の連携強化・チーム支援の実施、リスクマネジメントの実施が記述されており、KY(危険予知)活動とヒヤリハットの報告、振り返り、対策を定期的に検討しています。</p> <p>○緊急時の対応についての業務マニュアルの中に、事故・病状急変等を防止するための注意点、急病等発生時の注意点、管理者の日常の注意点と事故・病状急変等発生時の対応、急病発生時の連絡体制、災害発生時の対応が整備されています。</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 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"> ■ 176 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。 ■ 177 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。 ■ 178 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。 ■ 179 感染症の予防策が適切に講じられている。 ■ 180 感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。 ■ 181 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。 	<p>○感染症対策指針が整備されており、管理者を責任者とした感染対策委員会が組織されています。</p> <p>○利用者・職員の検温をはじめ、事業所内・公用車の消毒、県外への外出時の報告等感染症対策に努めています。</p> <p>○感染症対応マニュアルには、目的、対象とするインフルエンザ、感染性胃腸炎(ノロウイルス)の対応が、文章とフローにより分かりやすく記述されているのを確認しました。</p> <p>○コロナ感染については、保健所による研修に参加したり、感染が発生した際の対応をシミュレーションする等、事業所内感染を踏まえた取り組みが行われています。また、松川町の看護師からは、防護に用いるガウンの処理が感染拡大に影響しているとのことで、脱ぎ方の研修を実施しています。</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"> ■ 182 災害時の対応体制が決められている。 ■ 183 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。 ■ 184 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。 ■ 185 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。 ■ 186 防災計画等を整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。 ■ 187 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>○対象災害(洪水、雨水出水)を想定した避難確保計画書の中に、避難計画マニュアルが整備されています。また、備蓄リストの作成とBCP(事業継続計画)が作成されていることをヒヤリングにより伺いました。</p> <p>○事業所の立地市町村である高森町と、災害時における福祉避難所の運営に関する協定書が交わされているのを確認しました。</p> <p>○「オクレンジャー」という連絡アプリを用いた、利用者の安否確認ができる体制が整えられています。</p> <p>○利用契約時には大雨等水害発生時の対応や地震発生時の避難について説明し、資料を配布しています。</p> <p>○防犯対策マニュアルが整備されているのを確認しました。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 188 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 ■ 189 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。 ■ 190 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。 ■ 191 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>○事業所の運営規程、重要事項説明書、利用契約書の中に、アセスメントの実施、個別支援計画作成等による福祉サービスの実施方法が明記されています。また、利用者の尊重ならびにプライバシーの保護、権利擁護に関わる姿勢が明文化されていることを確認しました。</p> <p>○個別支援策定会議の開催や日々のミーティングにおいて、支援内容や対応方法が検討されています。</p> <p>○個別支援計画評価表によって、利用者の目標に対する振り返りや支援者側の評価が行われています。</p>
			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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 192 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。 ■ 193 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に行われている。 ■ 194 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。 ■ 195 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。 	<p>○個別支援計画は半年に1回見直しが行われ、今後の課題が協議されています。サービス管理責任者は話し合われた内容をもとに支援計画案を作成し、支援者による策定会議のもとで次の計画が共有されています。</p> <p>○個別支援策定会議にはサービス管理責任者をはじめ、管理者、現場支援者、事務職員が参加し、支援計画が完成されています。</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) 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"> ■ 196 個別支援計画策定の責任者を設置している。 ■ 197 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。 ■ 198 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。 ■ 199 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。 ■ 200 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。 ■ 201 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。 ■ 202 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。 	<p>○個別支援計画策定にはサービス管理責任者が設置されています。</p> <p>○アセスメント手法は①フェースシート②アセスメント票③ニーズの整理表④個別支援計画⑤個別支援計画評価に沿って進められていることを資料より確認しました。</p> <p>○サービス管理者によってまとめられた利用者のニーズは、管理者をはじめ現場職員、事務職員、複数の職員による支援会議を経て確認、個別支援計画として作成され、利用者の同意を得て支援が行われています。</p> <p>○半年に1回個別支援計画の見直しを行い、評価と課題を、利用者と共に共有しています。</p> <p>○支援困難ケースについては、外部関係者を交えての検討や相談支援専門員、家族との連携を密にして対応されていることをヒヤリングで確認しました。</p>
			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"> ■ 203 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。 ■ 204 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。 ■ 205 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。 ■ 206 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。 	<p>○利用者とサービス管理責任者による面談を経て、半年に1回個別支援計画の見直しを実施されています。見直しにより表出した新たなニーズについては個別支援計画評価表にまとめられ、部門を横断した会議にて協議する仕組みが整っています。</p> <p>○緊急時や計画されたニーズに合致しない状況が生じた場合は、随時計画を変更する体制がとられています。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 207 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。 ■ 208 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。 ■ 209 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。 ■ 210 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。 ■ 211 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。 ■ 212 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。 	<p>○支援記録や請求事務に関しては「福祉の森」というソフトを用いて法人全体で共有しています。</p> <p>○個別支援計画にもとづく記録は、日々の業務日誌による記録と、個別でまとめたケース記録より確認・共有が図られています。</p> <p>○記録の書き方に差異が生じないよう方法の統一化を図るとともに、管理者よりその都度職員に伝える対応がとられています。</p> <p>○利用者に対する日々の支援記録、事業所運営に関する連絡や共有事項、ヒヤリハット記録をデータ化し、職員がいつでも確認できる環境が整備されています。</p> <p>○職員アンケートより、記録に関する設問に、わからないとの回答が半数見られましたので周知をお願いします。</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"> ■ 213 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。 ■ 214 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。 ■ 215 記録管理の責任者が設置されている。 □ 216 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。 ■ 217 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 ■ 218 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。 	<p>○事業所では個人情報受付担当者と個人情報管理者を設置しています。</p> <p>○運営規程の37条の秘密保持には、利用者が他の事業所のサービスを受ける際の情報のやり取りについてのルールが明記されています。</p> <p>○利用者、家族に対して契約時に個人情報の取り扱いについての事項を説明し、同意を得ています。</p> <p>○広報や対外的な活動における、利用者の写真やビデオ撮影についての希望調査が実施されています。</p> <p>○個人情報や記録等の管理に関する研修が実施されていないとのことですので、実施に向けた取り組みをお願いします。</p>