

事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別 障がい者生活介護
事業所名（施設名）：親愛の里夢工房

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)	■ 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。	○理念、基本方針は、ホームページやパンフレット、各種文書、便り等の配布物に掲示し、広く周知を図っています。 ○理念「人権の保障と幸福を共に創る」は明文化され、利用者の人権尊重や個人の尊厳に関わる姿勢を読み取ることができ、また、法人のホームページには、職員の使命として、5つの職員像が基本方針として明示され、さらに、人事ポリシーや倫理綱領にも基本理念や基本方針と整合した内容になっています。 ○理念研修として新任研修及び等級別研修会で職員の周知徹底に努めています。 ○法人名「親愛の里」は、設立運動に関わった親の会の皆さんの思いを反映した名称で、家族や利用者にも親しまれ、理念についても定期的に発行配布される便り（夢だより）に掲示して、家族や利用者の周知に努めています。
					■ 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。	

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)	■ 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。	○社会福祉の動向は、法人本部や実地指導等による所轄行政からの通知、情報で把握しているとの管理者コメントがありました。また、地域の福祉計画策定動向については、村の障害福祉計画の事業所内勉強会、月1回の行政や村との協議会、法人事業所との連絡会、自立支援協議会等で地域の各種福祉計画や動向の情報共有ができる仕組みになっています。 ○リーダー層や一般職員の自己評価結果でも、ほとんどの職員が把握しているとの結果でした。 ○管理者は、毎月1回のグループ会議やエリア会議で、コスト分析や利用者の推移、利用率等を報告検討するための資料を作成把握しています。
				■ 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。		
				■ 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。		
				■ 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。		
		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)	■ 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。	○毎月1回の職員会議で現況報告や課題について、管理者から報告し運営課題や現状の周知共有を図っています。 ○毎月1回のエリア会議で法人本部から全事業の毎月の収支報告書（昨年度比、予算対比、執行率）等の資料が報告され、管理者から、職員に報告説明していることを資料や職員コメントで確認しました。また、年2回の役員会においても、同様な資料が報告され、各事業の経営状況や改善課題について、役員の周知共有が図られています。 ○経営課題の改善計画については、専門委員会により、改善計画が図られ、各事業計画に反映される仕組みになっています。	
			■ 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。			
			■ 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。			
			■ 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。			

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。	b)	■ 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。	○3期4年目の5か年の中・長期計画が策定されていて、法人の施設・事業の整備計画や新規事業（サテライト事業、グループホーム等）計画等が明示されています。 ○中・長期計画は、組織体制や各事業の設備、職員体制、人材採用・育成等に関しての具体的な計画になっていました。 ○法人及び各事業所で、毎年度、中・長期計画の進捗状況の評価見直しがされています。	
				■ 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。		○事業計画は、中・長期計画が反映された重点目標や内容になっています。また、具体的な事業や福祉サービス提供に関わる内容が具体化されて、実施・達成状況が評価しやすい計画内容になっています。 ○単年度事業計画策定は、2等級以上の正規職員が素案を作成し、全職員と協議し策定する仕組みになっています。 ●事業計画に成果目標や数値目標が不明瞭なため、次年度に反映させることが不十分との管理者コメントがありました。具体的な成果目標・数値目標を明示する事業計画を策定することを期待します。
				■ 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
		(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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 27 事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等）されており、理解を促すための取組を行っている。	<p>○事業計画の策定は、主任以上の幹部職員が策定案を作り、事業所内研修で全職員と協議し策定する仕組みになっています。</p> <p>○計画策定チームは、計画の評価見直しを年度末に実施して、事業計画における進捗状況をあらかじめ定められた時期、手順で適切に実施しています。</p> <p>○年度末から年度当初にかけて、職員研修、職員会議で策定チームから、計画の進捗状況や課題等について職員に説明し、周知共有に努めていました。</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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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>○事業計画は、毎年度当初の運営会議や家族会等で保護者や利用者へ説明し、また、不参加の保護者には、計画書を発送配布し、周知に努めています。</p> <p>●管理者からは、特に利用者への周知のための取り組みに課題があることを窺いました。事業計画は、利用者への福祉サービス提供に関わる事項でもあり、計画の主な内容については、利用者・家族等の周知、理解を促すための取り組みが求められています。特に、福祉サービスの提供、施設設備等の住環境整備等利用者の生活に密接に関わる事業計画については、内容を簡潔にまとめたわかりやすい資料等を作成し、説明工夫をお願いします。</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 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)	<input checked="" type="checkbox"/>	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。	○質の向上に関する計画策定、計画実施、評価、見直し等のPDCAサイクルに基づいたサービスの質の向上への組織的な取り組みがあります。また、事業計画や個別支援計画に反映され、日々の取り組みとして実践されています。 ●今回の評価結果を分析・検討する仕組みを組織として作り、特に利用者満足度調査については、毎年度実施するように準備を進めているとの管理者のコメントがありました。
				<input checked="" type="checkbox"/>	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。	
				<input type="checkbox"/>	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を受審している。	
				<input type="checkbox"/>	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。	
		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)	<input type="checkbox"/>	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。	●初回の第三評価受審ということで、これまでの実績はありませんが、今回の評価結果を分析評価をする中で事業所の強み・長所や改善課題を分析評価し、職員の参画のもとで、改善策や改善計画が策定できるように取り組みたいとの管理者のコメントがあり、評価機関としても結果報告会等を通して、応援していきたいと思います。 ●事業計画や中・長期計画の評価や見直しをする仕組みはできていますので、同様に今回の評価結果にもとづく、改善の取り組みが計画的に行われるように期待しています。
				<input type="checkbox"/>	37	職員間で課題の共有化が図られている。	
				<input type="checkbox"/>	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。	
				<input type="checkbox"/>	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。	
				<input type="checkbox"/>	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。	

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	a)	■ 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。	○管理者は、施設の経営・管理において、理念や基本方針等を踏まえた取り組みを具体化し、質の高いサービスの実現に向けた役割と責任を果たすために具体的な方針等を文書化していることを窺いました。 ○管理者の役割や責任に関しては、職員会等で説明していることを窺いました。 ○職員自己評価結果では、「できている」とのコメントがほとんどでした。特に一般職員の自己評価結果では、周知しているとの結果が多くありました。業務分掌資料には、平常時や災害、事故等の有事の際の管理者の役割や不在時の権限委任（主任）が明文化されています。
					■ 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。	
				a)	■ 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。	○法人組織の定期的な管理者研修や経営・運営に関する県経営協の研修会等に管理者が積極的に出席して、遵守すべき法令を適切に理解把握するように努めています。 ○年1回、法人の顧問弁護士によるコンプライアンス研修等で取引事業者等との適切な関係性についても周知しています。 ○管理者は、職員に対して定期的に法令遵守についての勉強会を実施して、職員の周知徹底に努めています。職員自己評価結果でも遵守法令について周知しているとのコメントが多数ありました。
				■ 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。		

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>○管理者は、事業所の会議や研修会に積極的に出席し、事業所のサービスの質の現状や評価・分析、課題等についても具体的に報告して、職員の周知に努めていることを窺いました。また、職員の意見や要望を踏まえ、外部からスーパーバイザーや作業療法士、言語聴覚士等を講師として招いて、研修会を行い、職員の支援技術、資質向上に努めています。</p> <p>○リーダー層や一般職員の自己評価結果では、管理者との比較的良好な関係が構築されていることが窺え、送迎等現場にもよく入る管理職とのコメントもありました。</p> <p>○管理者は、運営に関しての幹部や一般職員の話を日常的によく聞いていて、運営やサービスの質に反映するように努めていることを評価結果コメントで窺えました。</p> <p>○サービスの質の向上に関する職員の教育・研修については、法人組織研修や事業所の研修計画に明示されて、適切に実施されていることを研修実績報告書で確認できました。</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)	<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>○管理者は、人事、労務、財務等を職務権限の中で適切に分析し、運営の改善や業務の実効性の向上を図ることに努めていることを評価結果コメントで窺えました。</p> <p>○管理者は、職員とは日常的にコミュニケーションを図り、特にリーダー層とは連携をとり、意識や思いの共有に努めていることを職員評価結果やコメントで窺うことができました。</p> <p>○管理者は、事業所の将来性や継続性、経営資源の有効活用等の基本的な課題を視野に入れた組織のマネジメントを適切に行い、運営の改善や業務の実効性を高めるための仕組みの構築等も文書化されています。また、管理者が現場に入って職員と一緒に活動していることを評価する職員コメントが多数ありました。</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		
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。	○法人組織として、必要な福祉人材や人員体制に対する基本的考え、人員体制についての組織としての方針のもとで、一括して所管しています。リーダー層や一般職員も自己評価結果でも肯定的な結果が多く、理念・基本方針や事業計画を実現し、質の高い福祉サービスを実現するために、組織としての福祉人材の配置や確保、育成定着等に関する基本方針や具体的な計画が明確にされ、計画の職員への周知共有も図られていることが窺えました。法人組織及び事業所（管理者）独自でも、職場説明会への参加や専門学校訪問等の採用活動を積極的展開して、現在、人材確保は充足しているとの管理者コメントがありました。	
				■ 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。			
				■ 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。			
				■ 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。			
			② 総合的な人事管理が行われている。	a)	■ 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。		○法人のホームページには、理念に基づく「倫理綱領」「職員の使命」が明示され、期待する職員像を読み取ることができません。
				■ 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。	○法人組織の人事基準は、文書化されて、職員自己評価結果でも、ほとんどの職員が周知されているとの評価結果がありました。		
				■ 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。	○人事考課制度や等級ごとに求められる職員像も示され、目標管理制度により職員一人ひとりの年間目標計画を作成し、年2回の自己評価、上司による2次、3次考課を実施して、さらにキャリアアップシートによりフィードバック個別面談を行い昇格要件等の基準も周知共有する仕組みになっています。		
				■ 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) 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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○管理者は、職員の出勤、退出、休暇等の就業状況を定期的に点検把握し、有給休暇取得状況、時間外勤務、介護休暇取得等ワークライフバランスに配慮した労務管理に努め、休暇取得の促進や短時間労働への理解、時間外労働の削減等への取り組みや改正育児法や介護休暇法を積極的に進める姿勢が就業規則に明示されています。</p> <p>○職員の心身の健康管理については、基準にもとづいて、健康診断や予防接種等を定期的実施しております。また、メンタルヘルス、腰痛防止、ハラスメント防止等の労働災害防止策や悩み相談窓口が設置され、年2回、産業カウンセラーによる巡回相談を実施する等、より働きやすい職場作りに取り組んでいます。</p> <p>○管理者は、定期的な職員との個別面談を行い、意向やニーズを適切に分析検討して、改善計画を作成し、「働きやすい職場作り」に努めています。</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>○「期待する職員像」は、法人のホームページに「人事ポリシー」として明文化され、また、人事考課制度やキャリアパス制度資料にも明示されています。</p> <p>○法人組織として、人事考課制度、キャリアパス制度の導入により、目標管理制度を実施し、職員と管理者が毎年個別面談を行い、個別目標及びグループ目標の内容や水準を決めて、適切に実施しています。</p> <p>○「期待する職員像」が明確化されて、それに向けての目標が策定され、目標の適切な設定、進捗状況の確認等のための個別面談が適切に実施されています。</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>○法人ホームページには、人事ポリシーや人事考課制度、キャリアパス制度資料にも、求められる職員像が明示されています。具体的な知識・技術や専門資格の取得等を明確にした職員教育・研修に関する組織の基本姿勢や基本方針も明示されています。</p> <p>○職員研修計画は、全体として行う理念や権利擁護、新任、中堅研修等の法人研修と施設で行う部門別研修、各委員会研修等が適切に計画実施されていることを研修計画、報告書で確認しました。また、メンター制度も活用しています。</p> <p>○職員自己評価結果では、計画の定期的な評価・見直しについては、「できていない」との結果がありましたが、組織が実施する福祉サービス全体の質の向上に対する取り組みと、パート職員等を含めて全職員の教育・研修として、計画の定期的な見直し評価が実施されています。</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
			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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○管理者は、人事考課を毎年度実施する中で、職員個々の資格取得の状況や知識、技術水準等をデータ化して、法人本部に報告し、特に新任職員の教育プログラムとして、OJTが活用され、また、メンター制度の導入により、3カ月、半年期間ごとにメンターによる研修を実施して、職員の資質向上に努めています。</p> <p>○部門別研修、グループ別研修、等級別研修が適切に計画実施されていることを研修計画で確認しました。</p> <p>○毎年実施される定例外部研修の他にも外部研修の情報を全職員に伝達して、職員の出席を積極的に奨励し、パート職員も含めて希望する全職員に機会を提供しているとの管理者コメントがありました。</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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 94 指導者に対する研修を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○実習生を積極的に受け入れる姿勢は、明文化されていて、立地条件等にも考慮して、受け入れ体制が整備されています。</p> <p>○専門職の実習、研修の受け入れマニュアルがあり、実習研修プログラムが作成され、適切に実施されています。現在2～3校の専門学校生を毎年受け入れ、学校との連携体制も定着して協力関係が築かれて、実習から採用に結びついたケースが多いことを窺いました。</p> <p>●実習担当者の指導者研修を実施していただくようお願いします。</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。	a)	■ 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。	○法人のホームページや広報紙には、理念や職員の使命が明示され、事業計画・報告、予算・決算等の財務情報や公益的業務等も適切に公開されています。 ○定期的に発行している施設の広報誌（夢だより）は施設の活動状況がよくわかる誌面になっていて、法人の理念、基本方針や事業計画等についての情報も、利用者・家族等を含めた近隣地域にも配布する等、地域社会に対しても広く周知に努めています。
				■ 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。		
			b)	■ 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。	○法人の事務、経理、取引・契約規程に基づいて、職務分掌や権限、責任が明示された資料を配布する等、職員への周知にも努めています。また、法人の監査役員により、定期的に内部監査が実施されています。 ●外部監査については、職員自己評価結果や管理者インタビューでも不明でした。外部監査は、法人外部の専門家（公認会計士、税理士等）による財務管理、事業の運営管理、組織運営・事業等のチェックをとおして、法人運営の透明性を確保することを求めています。ご確認と検討をお願いします。	
				■ 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。		
				□ 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。		
				□ 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。		

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。	a)	■ 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。	○行事計画には、地域との関わりについての基本的な姿勢が明示されて、地域の福祉イベントやスーパー等地域の社会資源を活用した活動に取り組んでいます。 ○施設の行事や祭りには、地域の皆さんに大勢来ていただいて、交流の機会を設けていることを行事計画で確認できました。 ○毎月、事業所の広報誌を近隣地域に利用者と一緒に配り、また、牛乳パック等のリサイクルを地域の企業や住民の皆さんに協力していただき、利用者と一緒に回収や納品等で交流する機会が多くあることを窺いました。利用者が地域の人々と交流をもち良好な関係を築くことにより、地域社会の一員として生活の質を高めていくことを目指していきたいとの管理者コメントがありました。
				■ 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へ提供している。		
				■ 107	利用者の個別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。		
				■ 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。		
				■ 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。		
		b)	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。	■ 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。	○事業計画には、ボランティアの受け入れ計画が明示され、ボランティアを積極的に受け入れようとする姿勢は十分に窺え、地元の小学校、中学校の生徒さんとは、定期的な交流をしています。また、ボランティアの受け入れについては、手続きや活動内容、事前説明等も適切に行われています。 ○地元の前記学校とは、定期的な交流の他にも職場体験学習の積極的な受け入れ協力を実施しています。 ●ボランティアに対する利用者との適切な交流を図る視点で、さらにボランティアに対する必要な研修等も実施していただくように期待します。	
				■ 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。		
				■ 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		
				□ 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。		
				■ 114	学校教育への協力を行っている。		

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
		(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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 117 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 119 地域に適切な関係機関・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>	<p>○村役場や社協、福祉事務所、相談支援事業所、児童相談所、保健所、病院、自立支援協議会等の関係機関・団体との定期的な会合等の連携体制があり、職員自己評価結果では、必要な社会資源については、周知共有しているとのコメントが多数あり、職員インタビューでも確認できました。個別支援計画書にも明記されています。</p> <p>○自立支援協議会や村社協とは、定期的に連絡会議を実施しています。</p> <p>●利用者に対して、より良いサービスを提供し、地域社会で法人・施設の役割を果たしていくためには、関係機関・団体とのネットワーク化が必要不可欠といわれています。関係機関・団体の参画のもとで事例研究や、地域全体の福祉課題の改善に向けた取り組みも求められています。地域の事業所として、さらにネットワーク化への取り組みを期待します。</p>
		(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)	<p>■ 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。</p>	<p>○定期的に開催されている、行政や福祉関係団体の宮田村事業所連絡支援協議会や行政、就労系事業所、地活センター（ながみ）の関係会議、自立支援協議会に出席し、地域・圏域の福祉ニーズや課題を共有することに努めています。</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 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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○法人組織として、地域の福祉ニーズに対応するために、平成7年から、松川町社協と連携して、地域の小学生、中学生を対象にした「あいむ子ども福祉教室」の運営に取り組み、また、村の認知症出前講座にも職員が積極的に参加する等、福祉の地域資源としてのノウハウを活かした公益事業にも取り組んでいます。また、大道芸活動を各地域で行い、近隣地域の福祉の町安全チェックを職員と利用者で行う等の取り組みがあります。</p> <p>○理念にもとづいた、職員の使命、人事ポリシー、職員倫理綱領が法人ホームページに明示され、事業計画や運営会議の管理者資料にも、利用者本位の支援として、基本的人権の保障を明示して、全職員への周知共有に努めています。</p> <p>○利用者尊重や基本的人権に関する研修会、勉強会は計画的に実施され、職員への周知徹底も図っています。</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の提供	(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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○法人の理念、基本方針及び倫理綱領には、利用者の人権、権利擁護についての基本姿勢が明文化されています。また、事業計画にも利用者の自己選択・決定を尊重する支援とエンパワーメントを支援する支援目標が明示されています。</p> <p>○利用者尊重の目標を遂行するため、個別支援計画に具体的な支援方法として、利用者意向を明示して、意思決定支援に努めています。</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 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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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れるよう設備等の工夫を行っている。</p> <p>■ 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>	<p>○プライバシー保護規程には、利用者のプライバシー保護をはじめ、虐待防止等は利用者の権利擁護に関わる基本必須事項として明示され、プライバシーは、「他人に知られたくない、見られたくない」及び「他人の干渉を許さない、個々の私生活上の自由」も明記され、職員への周知徹底を図っています。また、職員自己評価結果やコメントでもほとんどの方が、プライバシー保護に関しての基本的知識や意識・姿勢を理解していることが窺えました。活動環境やトイレ、入浴等の設備も利用者の特性に応じた、プライバシー保護の配慮工夫がされていました。</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>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 137 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>■ 138 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</p> <p>■ 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>	<p>○ふりがなや写真や絵図でわかりやすく良くできている事業所の広報誌（夢だより）やパンフレットは村役場、社協等の公共施設に置いていただき、また、利用者が製作した「ちぎり絵」を村の図書館の壁画として掲載する等広く事業所の案内、周知に努めています。</p> <p>○見学や体験入所等については、積極的に受け入れる等柔軟な対応が窺え、パンフレットや広報誌を活用して、丁寧に説明していることを管理者インタビューで窺いました。</p> <p>○利用希望者に対する情報提供の方法や内容については、必要な情報をわかりやすくまとめた資料を配布し、利用者や家族の意見等も反映させた定期的な見直しもありました。</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 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)	■ 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。	○利用開始時及び変更時には、利用者の自己決定を尊重する基本姿勢のもとで、利用契約書や重要事項説明書、個人情報保護についてふりがな等で工夫した書類にもとづいて、利用者や家族等にわかりやすい丁寧な説明を行い、同意を得て書面に残す等の仕組みになっていて、適切に運用されていることを書類で確認できました。 ●利用者の特性等により、特にコミュニケーションや意思決定が困難な方への対応には、苦慮していることを窺いました。家族や担当相談支援専門員、成年後見制度を利用している方には後見人等に入っていたき、より適正な手続きやルール化（文書化）をお願いいたします。
	■ 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。		
	■ 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。		
	■ 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。		
	□ 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。		
		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)	■ 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。	○運営会議資料には、重点課題として、利用者の自己決定支援と地域自立生活支援が明示されていました。 ●利用者の状態の変化や家庭事情の変化等で、福祉サービスの内容や事業所の変更、地域生活や家庭への移行変更等の事例は、少ないようですが、これからの適切な対応のためにも担当者、窓口の設置や関係する行政や機関、他施設・事業所等とのネットワーク体制構築等に関する支援体制の仕組みを文書化していただくことを期待します。
	■ 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。		
	■ 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。		
	□ 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。		

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)	<input type="checkbox"/> 149 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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>○利用者・家族との日常的な関わりの中で個々の意見や要望等には適切に対応しています。</p> <p>●利用者本位の福祉サービスは、施設が一方的に判断できるものではなく、利用者が施設サービスにどれだけ満足しているかという双方向性からの観点が必要です。福祉サービスにおいては、専門的な相談・支援を適切に実施する一方、利用者満足度を組織的に調査・把握し、その結果をサービスの質の向上に結びつける取り組みが重要になります。障害特性によりコミュニケーションが困難な利用者が多く、調査を実施することも大変だと思いますが、コミュニケーション支援等を適切に行い、場合によっては、家族にも協力していただき、職員自己評価と一緒に利用者満足度調査を年1回は実施していただくようお願いいたします。</p>
		(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。	c)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○苦情解決体制は、基準に適した仕組みとして適切に整備され、苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員が明記された掲示物が玄関前に掲示されています。</p> <p>○苦情内容については、年度ごとにまとめた資料が、事務室で保管されています。</p> <p>●社会福祉法第82条では、社会福祉事業の経営者は、利用者等からの苦情に対して適切な解決を図り、利用者保護の視点と同時に福祉サービスの質の向上に向けた取り組みとして位置付けています。特に苦情を申し出た利用者等への経過や結果の丁寧な説明や同意、申し出た利用者等に不利にならないような配慮した上での事業報告書等での公表を求めています。改善を期待します。公表がされていない場合、判断基準では「C」評価になります。</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 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"/>	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。	●利用者の相談や意見は、日常的な関わりの中で担当職員等が受けて適切に対応しているようですが、日常的に接する職員以外に、第三者委員や行政職員、専門の方等複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすい文書にして掲示し、利用者・家族に説明することが求められています。改善工夫を期待します。
	<input checked="" type="checkbox"/>			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。		
	<input checked="" type="checkbox"/>			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。		
		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 checked="" type="checkbox"/>	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。	○一般職員の自己評価結果では、利用者のワンストップサービスに努め、日常的にコミュニケーションを図っているとのコメントが多数ありました。 ●苦情解決と同様に利用者からの意見、要望、提案等に積極的に対応することは、福祉サービスの質の向上に関わる事項です。基本的な姿勢（考え方）、苦情解決の仕組みと同様な、意見、要望、提案を受けた際の手順、具体的な検討・対応方法、利用者への経過と結果説明、公表の方法等が内容別に記載された対応マニュアルが求められています。マニュアル整備と定期的な見直しをお願いします。
	<input checked="" type="checkbox"/>			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。		
	<input type="checkbox"/>			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。		
	<input checked="" type="checkbox"/>			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。		
	<input checked="" type="checkbox"/>			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。		
	<input type="checkbox"/>			169 対応マニュアル等の定期的な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
		(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。	b)	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 171 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"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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>●リスクマネジメントマニュアルはありませんが、リスク対応委員会の定期的開催やヒヤリハットカードの検証と改善対策等を検討、事例研修を計画的に実施する等の仕組みをさらに整備し、また、マニュアルの定期的な見直しと事故防止等の安全対策についての定期的な評価・見直しもお願いします。</p> <p>○事故発生時の手順や責任役割についても適切に整備されました。</p> <p>○管理者、主任は、リスク対応責任者としての役割を担い、組織として取り組む仕組みになっています。</p>
			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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 179 感染症の予防策が適切に講じられている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○感染症対策については、対応マニュアルが適切に整備されて、看護師（感染症予防委員会）により、定期的な職員研修会が開催され、職員の周知徹底に努めています。</p> <p>今回のコロナ対策についても、適切な対応方針が文書や掲示物として掲示され、利用者、職員への周知・共有と実践に努めています。</p> <p>○委員会には、看護師や管理者も入り、関係機関への報告や利用者・家族への連絡方法、役割分担が手順等が緊急時対応マニュアルとして整備され、実践訓練研修も実施していただきました。また、委員会によりマニュアルの見直しが定期的の実施されていることを記録等で確認できました。</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			③ 災害時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)	■ 182	災害時の対応体制が決められている。	○防災対策は、地震、大雨、大雪、土砂崩れ、防犯についての計画も整備されています。 ○計画にもとづいて、年3回の防災訓練が実施され、消防の立ち合いや近隣地域の応援協力も定着していることを記録で確認できました。 ○利用者の安否確認等は、訓練時にオクレンジャー活用で対応していることを窺いました。 ○非常食量、飲料水等の備蓄品も整備されています。 ○防犯対策、利用者の安全対策の計画も整備されています。建物出入口には施錠はなく、利用者が自由に出入りして、広々と整備された建物の周辺地で思い思いに過ごされておりました。
				■ 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。		
	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)	■ 188	標準的な実施方法が適切に文書化されている。	○施設の利用者の特性等を踏まえた標準的な実施方法がマニュアルとして整備され、職員の違いによる支援方法や水準、内容の差異を極力なくし、一定の水準、内容を保った上で、それぞれの利用者の個性に着目した対応が図られています。 ●標準的な実施方法マニュアルに、利用者尊重、プライバシー保護等権利擁護の姿勢を明示していただくことをお願いします。
				□ 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。		

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。	a)	<p>■ 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。</p> <p>■ 193 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に実施されている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	○全職員で検討作成した各種標準的実施方法は、定期的に評価・見直しが行われ、特に利用者個々や家族等への職員の言動については、随時、見直しをしています。また、OJTで個別支援計画にも反映されています。
	(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)	<p>■ 196 個別支援計画策定の責任者を設置している。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	○個別支援計画策定は、サービス管理責任者が中核になって策定しています。また、所定のアセスメント様式、手法により、適切なアセスメントをサービス管理責任者が実施していることを個別支援計画書のアセスメントシートで確認しました。 ○サービス管理責任者は、担当職員、グループ担当職員、看護師、管理者等関係職員にアセスメント結果を検討する場を設け、必要があれば家族や相談支援専門員、作業療法士、言語聴覚士等にも参画していただいています。 ○利用者の意向が反映されたアセスメントにもとづいて、個別支援計画が策定されていることを計画書で確認しました。また、サービス等利用計画のニーズ内容も反映されていました。 ○サービス管理責任者が個別支援計画の策定案を前記の部門を横断した職員と協議し、決定する仕組みがあり、計画の実施状況や評価・見直しも基準どおりに適切に実施され、また、障害特性や支援困難なケースの対応も上記の関係者の協力を得て、より適切な対応をしていることを記録で確認しました。	

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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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>○個別支援計画策定の見直し評価は、基準や所定により、6ヶ月のモニタリングが適切に実施されていることを計画書で確認しました。また、個別支援計画の見直し等により、計画変更があった場合は、サービス管理責任者が職員や家族、相談支援専門員等の関係者に通知連絡する仕組みになっています。</p> <p>●個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みと評価・見直しの結果を必要があれば標準的実施方法にも反映されることをお願いします。</p>
	(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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<p>○「福祉の森」ソフトを活用して、統一した書式を共有記録しています。</p> <p>○個別支援計画にもとづいたサービスの実施状況やそれに対する利用者の状況の変化等が適切に記録されています。</p> <p>●記録が操作できるのが一部の職員であったり、記録内容もバラツキがあるとの職員コメントがありましたので、改善を図るようお願いします。</p> <p>○利用者の状況、アセスメントや個別支援計画の実施状況、計画の実施に伴う状況の変化、利用者の日々の状況等の情報については、共用ソフトや毎日の申し送りや引継ぎ事項として共有していることを記録で確認しました。</p> <p>○情報の共有については、福祉の森での情報閲覧や緊急度に応じて、各会議を開催して、グループ別や全体への情報の共有に努めています。</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 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 215 記録管理の責任者が設置されている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 217 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</p> <p>■ 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>	<p>○個人情報保護規程にもとづいて、記録の取り扱いが適切に実施されています。</p> <p>○利用者の記録の管理については、事務所の保管庫で管理者が管理し、また、規程には、個人情報保護と情報開示についての管理体制が明示され、適切に運用されていました。</p> <p>○記録の管理については、電子データや記録管理、守秘義務等に関する研修会が毎年実施され、職員への周知徹底に取り組んでいることを研修資料で確認しました。</p> <p>○職員の自己評価結果では、個人情報保護規程を理解して遵守しているとのコメントが多数ありました。</p> <p>○利用者や家族には、利用開始時に丁寧に説明して同意を得ています。</p>