

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） アトリエFuu

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)	<div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="width: 20px; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></div> <div>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。</div> </div> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="width: 20px; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></div> <div>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。</div> </div> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="width: 20px; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></div> <div>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。</div> </div> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="width: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div>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。</div> </div> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="width: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div>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。</div> </div> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="width: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div>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。</div> </div> </div>	<p>[着眼点1, 2, 3]～ ・法人の理念や基本方針は明文化され、事業所の特性や目指すべき方向性等が示され、職員の行動規範となる具体的な内容になっておりました。また法人の理念、基本方針に基づいて、事業所独自のキーワード（運営方針）は、《自分らしい過ごし、生き方を一緒に考えよう》をキーワードに「やりたいことをみつけよう」「いろいろな体験をしよう」「好きなことにチャレンジしよう」を具現化する取り組み計画支援がありました。</p> <p>【着眼点4, 5, 6】～ ・理念や基本方針の周知については、理事長、統括施設長による全体講話や年度当初に管理者の説明があるようですが、さらに職員及び利用者に対する周知のために、特に利用者に理解しやすい工夫等、事業所としての具体的継続的な取り組み体制の構築を望みます。</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 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>[着眼点7]～</p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉事業全体の動向については、理事長中心に法人組織として、具体的に把握し分析対応も的確に行われていて、事業所の管理者も共有しております。 <p>[着眼点8, 9]～</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人組織としては、地域の福祉計画策定動向や地域の福祉ニーズの把握分析も的確に行われておりますので、その情報が事業所の職員及び利用者等も周知・共有できる取り組みを期待します。 <p>[着眼点10]～</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特にリーダー層の職員は、利用者の推移や利用率等の分析も個々に行っております。さらに事業所全体で共有できる取り組みも期待します。
			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>[着眼点11, 12]～施設長は、毎月開催される法人の運営会議に出席し、理事長、副理事長、各事業所の管理者等幹部職員と、経営状況・課題、組織体制等具体的な課題や改善に向けての協議が図られていました。また、運営会議の議題内容により、監事や理事、評議員も出席して、課題の検討共有や経営改善への取り組みを法人組織が一体となって進めていることを運営会議録等により確認できました。</p> <p>[着眼点13]～管理者や役員は、経営課題等の把握や改善策についても共有していますので、一般職員への周知共有への取り組みも併せてお願いします。</p> <p>[着眼点14]～経営課題の改善に向けた取り組みは、運営会議で検討され、それに基づいて、事業所で具体的な取り組みが行われていました。</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
	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。 	<p>[着眼点15]～中長期計画は、法人グランドデザインとして冊子になっており、10年後を見据えた法人の展望が具体的事業計画として示されており、法人組織に共有されていました。</p> <p>[着眼点16]～中長期計画は法人組織・事業の在り方、利用者の「地域での暮らし」「地域での働き」「地域での居場所」等具体的な策定になっていました。</p> <p>[着眼点17, 18]～中・長期計画（法人グランドデザイン）は、平成25年度から平成32年度までの7年計画でロードマップとして具体的な数値目標が明示されていました。また、計画は事業所や法人の単年度の事業計画において、進捗状況等や課題等の分析・評価が実施され、見直し等も適切に行われていました。</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>[着眼点19, 20, 21]～事業所の単年度の事業計画には中・長期計画の内容も重点事業として反映され、適切な取り組みを確認できました。また、計画には、重点目標、内容等が具体的に明記され、結果や評価がわかりやすい計画になっていました。</p> <p>[着眼点22]～事業計画の重点目標・内容は、ロードマップに基づいて、具体的な数値目標等も明示され、外部者も結果・評価がわかりやすい内容になっていました。</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。	b)	<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>[着眼点23]～事業計画の策定は、各事業の担当責任者を中心にチームで協議して、計画案が職員会、運営会議等でも検討協議され、法人組織全体で策定される仕組みが確立していました。</p> <p>【着眼点24, 25, 26】～事業計画の策定過程の仕組みは整備されており、中間の時期等に実施状況の評価や見直しも確実に実施できるように期待します。</p> <p>[着眼点27]～事業計画書は、全職員に配布され、各係り会やスタッフ会議（職員会）で説明周知が図られていました。</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)	<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>[着眼点28, 29]～事業計画は、年度当初に利用者会・家族会で管理者が資料により説明していました。</p> <p>[着眼点30, 31]～事業計画の内容を利用者さんにわかりやすく説明する資料の作成には、管理者や職員も苦慮しているとのことでしたが、同法人の他事業所では、ダイジェスト版として計画の主な内容が簡潔に記述して掲示したり、利用者会や家族会でできるだけわかりやすいように丁寧な説明工夫をしていましたので参考にいただき、利用者・家族への周知のための取り組みをお願いします。</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 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。 <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に受審している。 <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。	[着眼点32]～PDCAサイクルについて、言葉の意味を理解していない一部職員もいましたので周知を図るための研修会等、組織的な取り組みをお願いします。 [着眼点33]～福祉サービスの内容については、中・長期計画や基本理念・基本方針との整合性を基本にした評価や見直しを随時行う仕組みがありました。 [着眼点34,35]～第三者評価の受審は今回が初めてですが、今後は自己評価基準を活用して、事業所独自の自己評価も実施していきたいとのリーダー層の思いを聞くことができましたので、これからの取り組みを期待します。
			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。 <input checked="" 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。	[着眼点36, 37, 38]～今回の自己評価結果は、一般職員、リーダー層、管理者が同様な評価結果の着眼点が多く、訪問調査時の職員聴き取り調査においても、改善課題についての共感を感じ取ることができましたので、今後の取り組みに期待します。 [着眼点39, 40]～評価結果に基づく改善の取り組み計画や見直し等については、今回の自己評価のコメント等全体的に職員の意識も高いので、これからの取り組みを期待します。

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 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>[着眼点41, 42, 43]～管理者の役割や責任等は、法人組織の管理者業務分掌として明文化されており、それに基づいて、管理者は、事業所内の会議等で表明し、職員の理解や周知を図っておりました。</p> <p>[着眼点44]～緊急時対応マニュアルには、管理者の役割が明文化されていて、不在時の権限委任についても統括施設長・サービス管理責任者が明記してありました。</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>						
			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>[着眼点45, 46, 47, 48]～関係法令については、法人組織の豊富な情報量の中で、運営会議等で周知徹底が図られ、管理者も関係する法令についても、よく理解できる環境の中で、法令等についても適正に遵守し、職員に対してもスタッフ会議（職員会）等で情報を提供し、周知への取り組みを図っていました。</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>						

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>着眼点49]～法人の運営会議が毎月1回開催され、一体的に各事業所のサービスの質の状況や評価や分析を報告検討する仕組みになっていて、管理者は定期的にチェックする体制がありました。</p> <p>[着眼点50, 51, 52, 53]～定期的に開催される法人の運営会議やリーダー会には、事業所からも管理者や担当職員も積極的に出席して、福祉サービスの質の向上に関する課題や取組みについての具体的な検討もあり、リーダー層との共有が図られ、事業所内のスタッフ会議等で職員の意見も把握し、職員研修計画に基づいた職員研修で継続的に取り組む仕組みがありました。</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>[着眼点54, 55, 56, 57]～法人の運営会議では、法人事務局から各事業所の収支状況等の報告が四半期毎にあり、それに基づいて、各事業の経営運営の現状分析や課題、改善策等の検討協議があり、その中で管理者は改善課題の適切な分析を行うこともでき、具体的な経営の改善や業務の実効性を高めるための取り組みを図っていました。</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
	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	[着眼点57, 58, 60, 61]～法人の中・長期計画に基づいて、運営会議、主任・統括リーダー会が定期的開催されて、また、人材育成委員会の事業計画に基づいて、人材の確保、育成、定着についての基本方針が図られていました。事業所の職員の配置基準も十分にクリアできていて、特に定着率はめだって良好で、人材確保や育成計画が確立し、具体的な取り組みが機能していることを確認できました。また、法人組織として、定期的な実習校やハローワークとの連携を意識した活動を図っていて効果的な取り組みがありました。
			② 総合的な人事管理が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 □ 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。 	[着眼点62, 64, 65, 66, 67]～法人組織として、人事基準が明確に定められており、理念に基づいた、期待する職員像が中・長期計画にも明記されていて、総合的な人事管理の仕組みはできていました。また、人事考課・目標管理制度による人事基準もあり、適切に実施されていました。さらに現在、キャリアパス制度導入への取り組みもあり、早期の実施を期待します。 【着眼点63】～職員の聴き取り調査において、一部職員から人事基準については、わからないとのコメントがありましたので、さらに全職員が周知できるような取り組みをお願いします。

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
		(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>[着眼点68, 69]～職員の就業状況に関する労務管理は、法人事務局と常務理事、管理者が合議する仕組みがありました。また、職員の年休や時間外労働等の就業状況は、事務局と管理者により、データ化され、単年度の事業報告に掲載されていました。</p> <p>[着眼点70, 71, 72]～カウンセラーの専門職と業務委託契約をして、隔週に1回、職員が個人の自由で相談ができる仕組みがあり、組織として職員の心身の健康や相談しやすい体制を構築していました。</p> <p>[着眼点73, 74, 75]～職場に必要な人材の確保→人材育成→人材定着のワークライフバランスへの取り組みは、法人組織として、人材育成委員会が主任・統括リーダーを中心に設置されており、具体的な活動として、研修グループ、スタッフケアグループ、キャリアパスグループに分かれ、課題の分析、改善のための取り組み、進捗状況等の確認等を組織として行う体制があり、有効に機能していました。訪問調査時に非常勤職員から「パートでも楽しく働きやすい」「雇用条件が良い」等のコメントが寄せられていました。</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
		(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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>[着眼点76]～法人組織として、「常に人権意識を持って、利用者個々をかけがえのない存在として捉えられる職員」「支援者目線でなく、聴く、尋ねるを基本にした寄り添い支援ができる職員」等の期待する職員像が明文化されていて、人事考課、目標管理のための仕組みが構築されていました。</p> <p>[着眼点77, 79, 80]～当初の目標設定時の職員個別面接は、管理者により実施されておりますが、さらに中間面接や期末の面談により、目標の進捗状況や意向等の確認及び結果についての助言が、さらにより確実に行われることを期待します。</p> <p>[着眼点78]～職員個々の目標は、管理者の意向もあり、数値目標等具体的な目標内容と単年度内の達成期間になっていました。”</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>[着眼点81, 82, 83]～法人の基本方針や中・長期計画には、期待する職員像が明文化されていて、また、専門資格、専門技術取得等の研修等についても研修計画に基づいて、研修委員会から研修内容についての情報提供が随時把握できる仕組みにより、希望する研修が図られ実施されておりました。</p> <p>[着眼点84,85]～職員研修委員会は、研修機関や団体、他施設の研修情報を随時把握しながら研修計画の評価見直しを行い、多様な研修内容が図られていました。</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
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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、参加を奨励している。 ■ 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。 	<p>[着眼点86]～法人の「期待する職員像」に基づいて、法人事務局、人材育成委員会、職員研修委員会が連携して、現状のデータを把握する仕組みがありました。</p> <p>[着眼点87]～人材育成委員会、職員研修委員会の共催による事業計画に基づいた、新任職員の研修が実施されていました。</p> <p>[着眼点88]～法人の職員研修計画に主任クラス、中堅職員、職種別研修、管理者研修、中・長期計画研修等多岐にわたっての研修体系がありました。</p> <p>[着眼点89,90]～法人内独自研修も頻繁に実施されておりますが、外部研修に関しても、計画的に実施されて、伝達研修も定期的に行われていました。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 94 指導者に対する研修を実施している。 ■ 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>[着眼点91,92]～法人の人材育成計画には、「有能な福祉人材を育成する」ことを基本にした計画があり、それに基づいて、事業所の実習委員会が中心に実習生の受け入れマニュアルが整備されていて、実習生の受け入れについても積極的に受け入れる仕組み体制がありました。</p> <p>[着眼点93,94,95]～実習生の受け入れについては、法人組織が一括窓口になり、実習ニーズにより各事業所に配属調整していました。事業所への実習依頼が少ないとのことですが、法人組織の積極的な受け入れ計画はありませんので、事業所としての受け入れ計画に基づいて、法人窓口と連携調整をしていただくようお願いいたします。</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
	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>[着眼点96]～法人の定款、財務諸表、法人の現況報告等をホームページで公開し、各事業所の現況や中・長期計画の地域福祉向上への取り組み状況、苦情解決の体制等も公開され、運営の透明化への取り組みが確認できました。</p> <p>[着眼点97, 98]～今回受審した第三者評価の結果等についても掲示やホームページで公開したいとの管理者のコメントがありましたので今後に期待します。</p> <p>[着眼点99, 100]～法人のグランドデザイン（中・長期計画）には、社会・地域に対しての法人の存在意義や役割について具体的に明示し、地域生活支援や公益事業への具体的な取り組みもあり、その内容は機関紙（かりがね）により広報されていました。</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)	<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>[着眼点101, 102]～公正・透明性を高めるための運営・経営への取り組みは、法人事務局が統括して、中・長期計画や単年度事業計画に具体的な内容が明示され、全職員への周知が図られていました。</p> <p>[着眼点103]～法人役員に公認会計士、税理士等があり、随時相談や適切な助言もあるようですが、外部の専門家による助言等も実施できるようにお願いします。</p> <p>[着眼点104]～内部監査は、専門監事により、詳細な内容で適正な監査報告資料を確認できました。</p> <p>[着眼点105, 106]～法人組織として、より公正かつ透明性の高い適正な運営・経営への取り組みが求められておりますので、外部監査導入を望みます。</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 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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 109 利用者の個別の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。 ■ 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。 ■ 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>[着眼点107, 108]～法人の中・長期計画には、地域との交流の在り方や具体的な地域活動計画が文書化されていました。開設当初から、ほとんどの地域住民が開設会員として物心両面の協力関係が築かれ、サークル活動等を通して、組織が一体的に地域との日常的な交流を図っていました。</p> <p>[着眼点109, 110]～行事計画には、多様な地域行事への参加の計画があり、地域住民、ボランティア交流等の行事が図られていました。また、かりがねフェスティバルには、大勢の地域住民に来ていただき、事業所の職員、利用者・家族も事業所行事として取り組み、地域住民との交流が図られていました。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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 ■ 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。 ■ 116 学校教育への協力を行っている。 	<p>[着眼点112, 113, 114, 115, 116]～ボランティアの受け入れ育成については、法人組織の共通基本姿勢として明文化されていて、事業所の管理者と研修委員会が調整窓口になり、ボランティアの受け入れ計画、学校との連携等総合的な仕組みがありました。</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) 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"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 119 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"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>[着眼点117, 118]～地域の関係機関等との連携は日常的に行われており、社会資源の活用や情報も十分に把握されており、リスト化・文書化等により、職員間での共有化をさらに図るように望みます。</p> <p>[着眼点119, 120, 121]～法人組織として、地域の施設連絡協議会や県知的障がい者福祉協会等の中核施設として積極的に活動していて、特に上小圏域自立支援協議会では、就労専門部会の事務局を担い、事業所の職員も積極的に関る仕組みがありました。</p>
		(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。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>[着眼点122]～地域住民交流は、法人全体の事業として位置づけられていて、事業所にも共有され、積極的に取り組む姿勢がありました。</p> <p>[着眼点123]～毎年、地域の公共施設を活用して、施設の実践発表会を開催し、施設の専門機能を地域住民に還元する取り組みがあり、事業所も連携して取り組んでいました。</p> <p>[着眼点124, 125, 126]～法人事業の相談支援事業所で、地域住民の福祉ニーズの把握、支援にも力をいれていて、各事業所の特性を活かした多様な支援に努めておりました。小規模の日中活動事業所ということもあり、地域住民との交流スペースが狭いということで、近くの公民館を活用して定期的に交流行事を行っていました。</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 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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>[着眼点127,128]～法人事業の一環として、毎年、施設の実践発表会を開催し、地域住民との交流の中で地域の福祉資源や福祉ニーズ等についての意見交換により、地域の福祉ニーズの把握にも努め、事業所も積極的に取り組んでいました。また、法人の評議委員に民生委員がいたり、理事にも民生委員・児童委員会の事業に関わっている方もいて、福祉ニーズの情報等は把握しやすい状況にありました。また、法人の相談支援事業所（つつじ）が窓口になり、地域住民の相談に対応して、事業所との定期的な連絡会で共有が図られていました。</p> <p>[着眼点130]～ ・法人の相談支援事業所と連携して、積極的に関係機関・団体との連携により、具体的な福祉ニーズの把握がされていました。</p> <p>[着眼点131,132]～ ・法人組織と連携して、地域の福祉ニーズ等に基づいた、自立スキル講座、セアリングサロン、地域生活サポートセンター等中・長期計画に示された事業を着実に実施しておりました。今後のさらなる計画の進展充実を期待します。</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	(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"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>[着眼点133,134]～法人組織の人権倫理委員会が中心になり、利用者本位の福祉サービスと法人の理念・基本方針との整合性を研修する等、職員が利用者尊重を具体的に理解するための取り組みがありました。</p> <p>[着眼点135]～個別支援計画には、利用者本意・自己決定を尊重する姿勢が反映されている内容になっていました。</p> <p>[着眼点136,137]～法人の人権倫理委員会には、毎回事業所の職員も出席して、事業所においても定期的に利用者・職員に説明伝達を行う等、継続的な取り組みが図られていました。</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 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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>[着眼点138, 139, 140]～法人の人権倫理委員会の管理により、利用者さんのプライバシー保護、虐待防止、権利擁護に関する規程・マニュアルが整備されていて、単年度事業計画においても外部研修への参加、伝達研修の実施が確実に行われていました。さらに内部研修においては、具体的な事例による職員研修も定期的に関催されて、職員の共有周知が図られていました。</p> <p>[着眼点141, 142]～利用者さんの居場所は、個々が落ち着ける所に好みに応じて、ソファやイス、テーブルが設置されている等の個別的配慮工夫がされていました。</p> <p>[着眼点143, 144]～プライバシー保護規程やマニュアルは、整備されていて適切に実施されていました。これまで事例はほとんどないようですが、不適切な事案が生じた場合の対応については、管理者・統括施設長が対応する仕組みがありました。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 148 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 ■ 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>[着眼点145]～事業所独自の広報誌はないが、法人が一体的に各施設・事業所の状況を広報する機関紙を定期的に発行して、地域や関係機関等に配布していました。</p> <p>[着眼点146]～組織を紹介する広報誌や資料内容は、写真を多く活用して利用者さんにもわかりやすく工夫がなされておりました。</p> <p>[着眼点147, 148, 149,]～法人の相談支援事業と連携して、利用希望者に対する適切に対応する仕組みがありました。また、見学や体験利用等も積極的に受け入れる体制があり、利用希望者に対する情報提供も機関紙資料等により適切に対応していることを確認できました。</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
		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)	■	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。	[着眼点150, 151]～事業所の利用開始や変更時には、サービス管理責任者や管理者から文書により、利用者・家族への丁寧な説明があり、利用者さん本人の同意を確認する等の仕組みがありました。 [着眼点152, 53]～特に利用契約書・重要事項説明書は、全てフリガナを付けて利用者さん・ご家族にわかりやすいように配慮工夫がされ、同意書も基準どおりに整備されていることを資料により確認しました。 [着眼点154]～利用者さんの理解が不十分な場合は、キーパーソンになるご家族や相談支援事業者にも同意を得る工夫も行っていました。
	■			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。		
	■	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。				
	■	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。				
	■	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。				
		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)	■	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。	[着眼点155]～利用者さんがグループホームや他施設への移動、家庭復帰等の変更の際には、相談支援との連携で会議や引継ぎ文書等で説明して適切に対応する仕組みがありました。 [着眼点156, 157, 158]～利用者さんが退所等の利用変更があった場合の手順や引継ぎ文書等は、法人組織として、整備されておりますので、事業所のマニュアルとして整備し、役割分担や担当者の明示等資料の整備を望みます。
	□	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。				
	□	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。				
	□	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。				

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"/> 159 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"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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>[着眼点159]～利用者満足度調査は、全ての事業サービスについて、定期的継続的に実施することを望みます。</p> <p>[着眼点160, 161]～利用者さんの個別面談や利用者会の各会議、家族会には、担当及び関係スタッフが同席し、利用者自治会、家族会のニーズ等の把握に取り組んでいました。一部職員から担当ではないのでわからないとの意見がありましたので、全職員との共有も図っていただきたいと思います。</p> <p>[着眼点162, 163]～嗜好調査は、毎年定期的を実施され、献立メニューに反映されておりました。他の生活、サービス面の満足度調査も併せて実施し、分析検討の結果により利用者ニーズを反映させるサービスの質の向上への取り組みを期待します。</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。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>[着眼点164]～苦情解決の体制は適切に整備されていて、第三者委員の活動も計画的に図られていました。</p> <p>[着眼点165]～利用契約書や重要事項説明書にも苦情解決の仕組みがフリガナでわかりやすく説明されていました。</p> <p>[着眼点166]～利用者等の苦情（意見、訴え、要求）については、苦情用紙が所定の場所に意見箱と一緒に設置されておりました。</p> <p>[着眼点167, 168, 170]～これまでの苦情件数は少ないが、苦情内容は、受付責任者が適切に管理して、対応解決策についても、第三者委員と協議して、利用者さんご家族にも説明し確認をしていることを資料で確認できました。</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
			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 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>[着眼点171, 172]～苦情解決のシステムは整備されておりますが、苦情窓口は苦情受付担当者や解決責任者以外の職員にも明示し、さらに利用者さん、家族等にわかりやすい文書や掲示等の工夫に取り組まれることを望みます。</p> <p>[着眼点173]～プライバシーに配慮した相談しやすいスペースの工夫を望みます。</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 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>[着眼点174, 175]～利用者さんからの相談、訴え、要求に対しては、苦情解決委員会の対応マニュアルにより、全職員が対応する仕組みが整備されていて、手順・対応方法、記録のとり方の研修や見直し計画も苦情解決委員会の事業計画に明示されていました。</p> <p>[着眼点176, 178, 179]～一般職員が十分に対応できない場合は、管理者や法人のアドバイザーが対応する仕組みがあり、迅速で適切な対応できる仕組みになっていました。</p> <p>[着眼点177]～常設の意見箱は、壁の少し上に設置されておりますが、設置場所や定期的アンケートの実施等の工夫対策をさらに期待します。</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
		(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。 ■ 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。 	<p>[着眼点180]～法人の中・長期計画に「安全なくしては利用者の幸福は築き得ない」のスローガンに基づいて、安全委員会や法人のリスクマネージャーによる管理体制がありました。</p> <p>[着眼点181, 182]～マニュアルに基づいて事故報告・事案報告・ヒヤリハット等の安全に関する報告を収集分析し、職員の共有周知が図られておりました。また、介助支援場面のリスク、危険箇所、危険想定予測を全職員で周知する取り組みがありました。</p> <p>[着眼点183, 184, 185]～事業所内事例は少ないようですが、苦情解決委員会、安全委員会、と連携しながら想定事例について、改善策・再発防止策等の検討を行う研修会が定期的に図られていました。</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)	<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。 	<p>[着眼点186]～感染症対策については、法人の看護師研修委員会が中心になって、役割分担がされていました。</p> <p>[着眼点187, 188]～感染症対応マニュアルは、適切に整備されていて利用者さん・職員への周知も図られていました。また、看護師と支援スタッフを中心に感染症予防についての勉強会も定期的を実施されていました。</p> <p>[着眼点189, 190, 191]～感染症予防対応マニュアルに基づいて、予防策・感染症発生時対応策が適切に整備されていました。</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
			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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 192 災害時の対応体制が決められている。 ■ 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。 ■ 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。 □ 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。 ■ 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。 □ 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>[着眼点192, 193, 194]～</p> <ul style="list-style-type: none"> ・防災計画に基づいて、年2回の防災訓練を実施していました。訓練には消防団、地元自治会の皆さんも参加協力していただいています。災害対応マニュアルや避難経路図の見直しも行われ、事業所の廊下に掲示して、利用者さん・職員の周知を図っていました。また、自衛消防組織で役割分担が明記されていて、訓練時には組織分担表に基づいて、適切に実施されていました。 <p>[着眼点195]～小規模日中活動事業所ということで、災害時の非常食料の備蓄等は、法人の施設・事業所で一体的に管理し、連携しながら役割分担が図られていました。</p> <p>[着眼点196, 197]～防災計画体制は、適切に整備されておりますので、同様に防犯計画の整備もお願いします。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 198 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 ■ 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。 	<p>[着眼点198, 199]～サービスの標準的な実施方法は、良く整理されていて、基本理念に基づいた、利用者の尊重、自己決定、プライバシーの保護、権利擁護を読み取れる文章になっていました。</p> <p>[着眼点200]～標準的なサービスの実施方法は、周知の徹底や検証について、特に法人の新任研修と各事業所の新任育成プログラムで実施していました。</p> <p>[着眼点201]～職員の自己評価において、「できていない」との結果が多数ありました。定期的な評価確認できる仕組みをお願いします。</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 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。	c)	<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 type="checkbox"/> 203 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に行われている。 <input 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 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。	[着眼点202, 203, 204, 205]～サービスの標準的な実施方法の検証や見直しは、法人のサービス管理責任者研修会を中心に随時行う仕組みがありますので、事業所においても、標準的サービスの実施方法の仕組み作りと実施を望みます。
		(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)	<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。	[着眼点206, 207, 208]～個別支援計画書は、サービス管理責任者とリーダーにより管理されており、アセスメントは、圏域で共有されている様式で適切に実施され、部門横断の関係職員の支援会議で策定される仕組みになっていました。 [着眼点209, 210, 211, 212]～アセスメントに基づいた具体的な利用者ニーズが計画に反映されていました。個別支援計画の実施においては、全職員が共有し取り組む部門横断した全職員の合意の仕組みもあり、サービス管理責任者と主任リーダーを中心に見直し・評価も計画どおりに進められており、困難ケースには、管理者や法人統括施設長も出席して適切に対応する仕組みがありました。

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。	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。 	<p>[着眼点213, 214, 215, 216]～法人のサビ管委員会により、個別支援過程はアセスメント→計画立案→実施→評価（モニタリング）→アセスメントの循環で展開されました。利用者さんの個々の状況により差異はあるが、最低でも半年に1回はモニタリングを実施していて、特に新規利用者や不安定な利用者さんに対しては、計画策定実施時期から1ヶ月毎の見直し評価を実施する等のきめ細かい対応により、利用者さんの変化やニーズに対しても、より適切に対応できる計画と実施内容になっていました。</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。	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>[着眼点217, 218]～サービスの実施状況の記録や個別支援計画の様式は、法人が定めた統一した様式になっており、特に個別支援計画の様式は、計画とモニタリングも同じ紙面で記述できる様式で、第三者も一目で理解できるように工夫がされていました。”</p> <p>[着眼点219, 220, 221, 222]～個別支援計画様式は、「課題・ニーズ解決のための本人の役割」を重要な項目として位置付け、職員は見守りや課題解決のための情報提供に力を入れて、利用者個々のストレングス、エンパワメントを引き出すことに努めていました。アセスメント及び個別支援会議等には、看護師や栄養士、事務職の参加による利用者個々の情報提供と共有等全職員による協議の仕組みがありました。</p> <p>[着眼点222]～法人本部や各事業所とのパソコンのネットワークシステムの共有により、データやファイル等の回覧や情報共有が図られていました。</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 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="758 293 1476 342">■ 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="758 386 1476 435">■ 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="758 516 1476 548">■ 225 記録管理の責任者が設置されている。 <li data-bbox="758 613 1476 662">■ 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="758 711 1476 743">■ 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="758 816 1476 865">■ 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。 	<p data-bbox="1493 293 1953 443">[着眼点223, 224]～個人情報保護規程等利用者に関する記録の管理体制は法人組織として確立していて、規程も詳細に整備されており、個人情報の使用についても規程に定められ、利用者・家族の同意書も整備され適切に実施されていました。</p> <p data-bbox="1493 467 1953 646">[着眼点225, 226,]～記録の管理は、サービス管理責任者と主任リーダーが担い、職員に対しての個人情報保護に関する研修を年1回定期的に法人組織として実施していました。また、各委員会による実習生やボランティアに対しての個人情報保護の説明が文書によって行われていました。</p>