

(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・生活介護

事業所名（施設名） 松本ひよこ

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	■ 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。	・松本ひよこは生活介護事業、就労継続支援B型事業、共同生活援助事業、重度障害者等包括支援事業、指定特定・一般・障害児相談支援事業を運営する多機能型の事業所で、社会福祉法人長野県社会福祉事業団が運営主体となっている。その法人として平成29年度からスタートした第3次長期構想は本年度(令和3年度)を最終年度としており、法人としての理念と経営方針が策定され事業計画や広報誌、ホームページなどに掲載されている。生活介護としての当事業所は基本的に障がいを持つ利用者を受け入れており、事業の目的、存在意義、使命や役割等を明確にした「事業方針」「松本ひよこ職員行動規範」等を定め、利用者が「自分らしい暮らし」ができるよう地域での住みよい環境づくりに努めている。理念は法人全体研修や事業所の職員会議等で職員に周知されており、特に、職員の行動規範として具体的な実践へと繋がられている。また、保護者への周知は家族懇談会、重要事項説明書や広報誌「ひよこほのぼの通信」などを通じて折にふれて行われている。全利用者となると困難なケースもあるものと思われるが、理念や行動指針の中の生活に繋がる項目を絵カード・写真の多用化・図示化などで利用者の理解に更に繋げるような工夫を期待したい。
					■ 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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>・法人として事業の将来性・継続性を見通しなが ら国・県の知的障がい福祉協会や社会福祉法人経 営者協会、関係団体の研修に参加し、施策、改革 の方向性などを把握し、県内や松本ブロックの利 用者の推移等、外的、内的な環境の変化も加味し 経営環境や課題を分析している。毎年度末には事 業所としての次年度へ向けての事業報告書が作成 されており利用状況、利用率等の分析も行ってい る。特に、今年度については来年度からの第4次 中期構想(令和4年度から令和8年度)の策定に当 たり各福祉サービスの収支・利用率などを集計・分 析し、事業経営の安定性や将来展望に活かそうと している。また、法人として県内各圏域の自立支 援協議会や各養護学校等と連携し、情報収集もし ている。</p>
			② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>・法人として、また、事業所として毎年度事業報 告書や収支報告書を作成し分析しており、組織体 制や職員体制、財務状況等、運営上の課題が明確 にされ、次年度の事業計画や収支予算書として具 体的な取り組みが行われている。また、期初に立 案する職員個々の目標管理等にもリンクし、毎月 の職員会議でも改善すべき課題として検討されて いる。事業所の設備の改修や整備については収支 状況を勘案しながら可能なところから進めようと している。</p>
	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>・平成29年度から令和3年度までの法人としての第 3次長期構想が策定されており、第2次長期構想 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、法人や事業所の進むべき方向性が 明確にされている。その法人としての長期構想に 従い、当事業所としての第3次長期構想事業計画 も策定されており運営方針や事業内容が示され、 単年度の事業計画に繋がっている。現在、法人の 第4次中期構想(令和4年度から令和8年度)の策定 に入っており、事業所としても効率的・自立的な 施設運営、地域生活移行、共生社会に向けた地域 への取組等の課題解決に向けて、法人の松本ブ ロック内4事業所とともに理念や構想の具現化を 図っている。</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
I	3	(1)	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>・法人の長期構想を反映した単年度の事業所としての事業計画が立案されている。事業計画には事業所としての事業方針が明記されており、提供している各サービス毎に具体的な事業内容として示されている。当生活介護事業所としても新規利用に繋がる取組、環境整備、利用者やその家族のニーズの把握などの事業内容が盛り込まれている。別に数値的な指標として収支予算も組まれている。</p>
		(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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>・法人の中・長期計画としての長期構想の策定については法人内に策定委員会が設置され、それに沿いブロック別ワーキンググループや課題別ワーキンググループも設けられ一定の見識や業務上の経験を有する職員が参画している。現在、第4次中期構想(令和4年度から令和8年度)の策定にっており、それぞれのワーキンググループからの要請に従って事業所職員も資料等の分析に携わっている。また、その中期構想策定に当たり、当事業所の専門性を活かした「重度障害者等包括支援」サービスについては具体的な提言を行っている。事業所では職員会議が毎月1回開かれており、そのほかに、職員は横の組織としての法人やブロックの委員会にも参画しており、事業計画の策定から見直しまでのPDCAの流れの中で、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、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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 □ 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。 □ 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>・事業計画については保護者との懇談会で説明しており、出席できない保護者にも法人の広報誌「やまなみ」や事業所の「ひよこほのぼの通信」などを配布し周知している。利用者にも事業計画の「サービス業務」の項の利用者に関わる部分については説明し理解を促すための工夫をしているがなかなか難しくなっている。今後は事業計画の生活に関わる主な内容を簡潔にまとめ図示化する等、工夫を重ね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
I	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。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>・事業所として福祉サービスの向上に日々取り組んでおり、毎月の調整会議では行動規範の読み合わせを行い、また、全職員を対象に虐待防止ほかを含めた「施設、地域における障害者虐待防止チェックリスト」によりセルフチェックを定期的実施することで職員自らの支援方法や技術を振り返り、サービスの向上に努めている。また、外部の第三者委員との会議も定期的開催し、意見・助言等を運営に活かしている。利用者・保護者への施設利用満足度調査も実施されておりサービスの充実を図っている。苦情解決委員会もあり、苦情や相談内容に基づき継続的に改善へと取り組んでいる。福祉サービスの第三者評価についても今回が2度目の受審で、事業所としての気づきを運営に反映している。</p>
			② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 37 職員間で課題の共有化が図られている。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>・職員自ら虐待防止等も含めた意識についての「施設、地域における障害者虐待防止チェックリスト」による「セルフチェック」を組織的に実施する体制があり、評価結果の内容を分析し、それに基づく課題についても文書化し、職員会議等で共有化が図られている。改善に向けて事業所として対応策を検討し、必要に応じてスケジュール化もしている。</p>
II	組織の運営管理	(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>・法人として、また、事業所としての職員職務分掌、組織図等が文書化されており職員にも周知されている。管理者は所長として、事業所の広報誌「ひよこほのぼの通信」等で法人や事業所の現状の取り組みや今後に向けての方向性を示し、利用者や保護者、職員に対して自らの役割と責任を明らかにしている。また、防災面での消防計画でも統括・指揮をするようになっており、更に、職員行動規範に沿った職員個々の「誓い」「安全運転の誓い」等も交わり職員間の意思統一を図っている。</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	1	(1)	② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a	<p>■ 45 管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持している。</p> <p>■ 46 管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。</p> <p>■ 47 管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。</p> <p>■ 48 管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。</p>	<p>・法人としての職務分掌や事業所の運営規程には管理者として「法令等に規定されている指定生活介護等の実施に関し、事業所の従業員に対して遵守させるための必要な指揮命令を行う」ことが規定づけられており、自ら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(所長、サービス管理者兼務)と主任が連携し、ミーティングや諸会議にて遵守すべき法令等の周知を図っている。法人の就業規則にも遵守事項についての規定が盛り込まれていることから職員に周知し、法人の管理者研修、福祉分野以外の研修会などにも計画的に出席しており関連法令についても理解を深めている。</p>
		(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>管理者は当事業所の所長、各事業のサービス管理責任者を兼任し、五つのサービスを束ねている。同じブロック内の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、その改善に向けて他の施設・事業所の責任者とも協働している。事業所では第三者委員による職員及び利用者との面談の機会が設けられており、事故・ケガ等についても職員会議で検討し、また、虐待の事案についても同じく職員会議の場で防止策などを練っている。管理者としてもそれぞれの事案に自ら関わり、検討し、対策等も職員会で周知している。法人としての職員提案制度があり表彰もあることから職員のモチベーションアップにも繋がっている。研修についても研修委員会があり内部でも計画的に取り組んでおり、法人内外の研修に職員を派遣している。</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>・事業所の調整会議、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具体的に取り組んでいる。財務面では法人の本部に負う部分が大きく、制度上事業の収入がある程度固定化しており支出面に留意しつつ、各業務についてもコストがかかっていることを意識し、特に、職員配置においてパート職員の採用で充足するなど、コスト削減に取り組んでいる。</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	2 福祉人材の確保・育成	(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理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本部と協議しながら取り組んでおり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、目標管理制度とともに法人としてのキャリアパス制度も稼働しており、職員のモチベーションのアップに寄与している。研修については長野県知的障がい福祉協会など他の外部団体の主催する研修に参加し職員の資質向上に取り組んでいる。
			■ 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。						
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。	・法人として福祉人材の確保・育成を進めており、「誰もが働きやすい」職場づくりに努め、有能な人材の確保に取り組んでいる。法人として目標管理制度やキャリアパス制度が導入されており、目標管理制度で自ら設定した目標に対して、どれだけ到達したかの自己評価を半期毎に実施している。目標管理制度に伴い上位者と改めて面談する機会もあり職員の意向・意見なども集約できるようになっている。また、12月に「職員調書」を提出することにより異動などについての希望も聴取されるようになっている。職員自ら将来を描くことができるようにキャリアパスで資格及び職種ごとに「求められる能力」についても明示されている。更に、「職員行動規範」からも事業所が期待する職員像を読み取ることができ一つの指標となっている。			
■ 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。						

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>・職員が仕事に対して意欲的に臨めるように法人として「育ボス・あたたかボス宣言」や「子育て応援宣言」をしており、有給休暇や育児休暇の取得の促進、職員調書の提出、目標管理制度による定期的な個別面談の実施などを通じて働く環境を整えている。また、安全衛生委員会を中心に、法人の「メンタルヘルスケア規程」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維持にも取り組んでいる。更に、法人として共済制度にも加入しており、慶弔金や食事の補助等の還付金などを受けることができ、長野県職員互助会にも加入していることから保養施設等利用の優待も受けることができる。新型コロナウイルス感染の影響を受け、今年度は法人としてのレクリエーション大会や親睦会は自粛せざるを得なくなっているが、例年であれば実施されている。働きやすい職場づくりに向けて職員の就業状況や意向・意見についても把握されており、限られた職員で運営するという中で気兼ねなく有給休暇が取得でき、時間外も削減出来るように職員同士で工夫・融通し合っている。</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。	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>・キャリアパス制度があり、また、目標管理制度が法人として導入されており、職員一人ひとりの職務や経験、スキルに応じて具体的な目標を自ら設定し、目標設定時や中間での面接も行われ、進捗状況の振り返りが行われ、管理者等から適切な助言や指導を受けている。合わせて、資格及び職種ごとに求められる能力向上のための研修も設けられており、モチベーションアップに繋がっている。</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	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	<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>・事業所の職員行動規範から期待される職員像を読み取ることができる。法人の第3次長期構想や当事業所の事業計画には法人内あるいは事業所内及び他団体主催の外部研修等に出席し、支援に関する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むことが掲げられ、実施されている。法人内研修の最後に受講者のアンケートを取り教育・研修の成果について分析し、研修委員会として次年度に向けての年間計画に反映している。キャリアパス制度に基づき、体系的な教育・研修計画などが立案され実施に移されている。</p>
			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。 	<p>・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、各施設や事業所の人員配置にも適用されている。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参加し、復命書の回覧等で職員間で研修内容や情報を共有している。新型コロナの影響を受ける前は法人以外の他の福祉施設や事業所への派遣・交換研修も法人として実施しており、職員自らが希望する所を探し、提供するサービスの質の向上に取り組んでいる。職員の自己啓発についての意欲も高く、新型コロナ禍以前に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	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。	c	<input 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 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 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>・実習生の受け入れについては今年度は新型コロナ禍ということで難しいが、例年であれば養護学校生徒の実習の受け入れ、教育実習・職場体験の学生の受け入れを実施している。今後、実習を社会貢献活動の一つとして取り上げ、支援者としての立場での県内外の大学生、短大生の実習を受け入れ、保育士、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の指導等にも取り組まれていくことが望まれる。また、実習指導者としての研修も社会福祉士会などの研修を受け、更に、適切なプログラムを策定されていくことを期待したい。</p>
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>・法人としてのホームページがあり全施設・事業所の事業報告や収支報告等を閲覧でき、また、当事業所のホームページもあり概要を知ることができる。更に、法人の広報誌「やまなみ」や事業所の広報誌「ひよこほのほの通信」もあり、法人の第3次長期構想や年度の事業計画の主旨などについての掲載もしている。「ひよこほのほの通信」は年2回発行し、家族・地域の方々や公的機関、協力機関等に配布している。事業所のホームページのお知らせ欄から福祉サービス第三者評価の結果を閲覧することも可能で、ホームページでも事業所としての特色ある活動を個人情報に留意しながら写真もふんだんに載せ公開している。</p>
			② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>・法人には事務処理、文書、経理規程等の各種規定があり、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全施設・事業所が外部監査を受けており、決算に際し、外部の会計士2名が法人の会計監査人として、法人本部や場合により事業所を訪れチェックしている。</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 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"> ■ 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。 ■ 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は提供している。 ■ 107 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。 ■ 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。 	<p>・利用者と地域との交流については法人の第3次長期構想や事業所としての事業計画に明記されている。現状は新型コロナウイルスの影響を受け実施が難しいが例年であれば「ひよこ祭」を開催し地域の人々と交流しており、また、地域の第三者委員を介して公民館で行われる地区体操教室にも参加している。更に、事業所の敷地内に資源物回収ステーションを設置し、地域の人々にも利用していただいている。地域からの第三者委員と利用者及び職員との面談の機会も設けられており、定例の会議もあり、地域の人々への障がい者や福祉に対する理解を促すための取組みもして頂いている。職員は利用者の理解度に応じ口頭で地域のイベントや社会資源を紹介している。</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	<ul style="list-style-type: none"> □ 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。 □ 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を行っている。 	<p>・新型コロナウイルス感染防止のため、現状、事例としては少ないが、例年であれば養護学校生徒の体験・見学等の受け入れが行われている。事業所に通う利用者の特性からしてボランティアの受け入れについては難しいものがある。今後、ボランティア等の受入を想定した体制の整備、ボランティアの養成教育や地域の学校教育施設・体験教室の学習等への協力（職員の派遣等を含む）などについてより具体的に取組まれていくことを期待したい。</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	4	(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="853 212 1715 272">■ 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。 <li data-bbox="853 272 1715 333">■ 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。 <li data-bbox="853 333 1715 394">■ 117 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 <li data-bbox="853 394 1715 496">■ 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。 <li data-bbox="853 496 1715 655">■ 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>・市町村の自立支援協議会、各地の社会福祉協議会、総合相談支援センター、各養護学校などと連携しており、障がい者福祉全般についての課題解決に向け協働している。一人ひとりの利用者のフェイスシートには利用に到るまでに関係した機関や団体等の記載がありすぐに情報として引き出せるようになっている。当事業所では在宅の障がい者の福祉の向上を図ることを目的として心理療法士、理学療法士などからの協力を得ることができ、障がい者が必要とする支援を地域の関係機関とともにネットワークを作り、その一員として重要な役割を担っている。</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	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="853 703 1715 780">■ 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>・事業所の夏祭り「ひよこ祭」を開催し地域に開放している。また、事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業も行い、在宅の障がい者及び家族への相談を実施している。更に、松本圏域自立支援協議会にも参画し、強度行動障がい・相談プロジェクトの一員として地域の人々への障がいや福祉に対する理解を促すための取組みも行っている。</p>
			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。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="853 938 1715 999">■ 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。 <li data-bbox="853 999 1715 1085">■ 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。 <li data-bbox="853 1085 1715 1187">■ 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。 <li data-bbox="853 1187 1715 1289">□ 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。 <li data-bbox="853 1289 1715 1375">□ 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>・当事業所の事業計画には「共生社会に向けた地域への取り組み」が上げられており、「障がいがある人が普通に暮らせる地域づくり」「誰でもが参加できる社会づくり」「地域貢献活動」として障がい者のニーズに合わせた個別のプログラムの作成とサービス提供が実施されている。また、相談事業も行い、関係市町村、圏域障がい者総合支援センター、他施設等との連携も密にしている。更に、地域からの第三者委員を通じて地域の福祉ニーズも把握している。社会福祉事業にとどまらない地域貢献事業として養護学校の生徒の体験実習・見学の受け入れ、資源物回収ステーションの設置によるリサイクル活動なども実施している。</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	
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	■ 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。	・利用者を尊重した福祉サービスを提供するため、事業所独自の取り組みをしている。年度の初めには、全職員が基本的人権や個人情報保護規定等を正しく理解した上で「誓い」を交わしている。「誓い」には「松本ひよこ行動規範」「個人情報について」が明記されており職員が共通の理解を持つために年度始めのほか、採用時にも必ず取り交わしている。法人では人権虐待防止委員会が設置されており、新型コロナ禍で開催回数を縮小しつつも継続し周知を図っている。事業所としても虐待防止委員会を年6回実施し、更に、職員は年3回「施設、地域における障害者虐待防止チェックリスト」でセルフチェックを行い振り返りの機会とし実践に繋げている。
			■ 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。						
			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	■ 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。	・利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービスを提供するため、「行動規範」「個人情報保護規定」「プライバシーポリシー」などの規程や虐待防止マニュアルなどに基づいて研修を行っている。入浴支援や介助を行うときは、プライバシーに配慮し同性職員の配置やパーテーションや扉を閉めるなど、その時の状況に応じ、羞恥心に配慮した対応を行っている。利用者調査での満足度の高い項目として「あなたのプライバシーを（他人に干渉されたくない聞かれたくない、知られたくないと思うこと）職員は守ってくれますか」「入浴や着替え、トイレなどで恥ずかしい思いをしないようにしてくれていますか」等が高い評価となっている。
■ 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。						

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"/> 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 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、個別に丁寧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>・事業所としての契約書、重要事項説明書で利用者の意向を受け個別の福祉サービス内容を明確にして説明し、同意を得ている。インターネットでホームページを閲覧することができサービス選択に必要な情報を提供しており、事業所のパンフレットについては医療機関や総合相談支援センター等に置いている。福祉サービスの提供に関する説明については、ルビ付きの書類、写真等で丁寧に説明している。養護学校の生徒や在宅の障がい者の見学、体験を通じて、できるだけ沢山の情報を提供し意思決定や自己決定のできるように取り組んでいる。自発的な訴えがない利用希望者には、職員から声をかけその表情や声色等から汲み取り判断をしている。今後、更に、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような資料を作成されることが望まれる。</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。	<p>・福祉サービスを開始する前には、必ず契約書・重要事項説明書を用いて説明を行い同意を得ている。また、利用者や家族の理解度に合わせた説明を行い自己決定できるようにしている。更に、利用者の自己決定を促すために見学や体験を積極的に受け入れ、書類もルビ付きを用いる等、より深く理解できるように工夫している。個別支援計画もルビ付きの書式で文字も大きく読みやすい書式で、個別支援計画も分かりやすい言葉で表記されている。今後、家族等がおらず、本人が契約を締結することが困難な場合には、成年後見制度等の利用を含め、適正な方法をとられていくことを期待したい。</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	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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>・利用者の状態の変化や家庭環境の変化等でサービス内容や事業所等の変更を行う場合には、サービスの継続性に配慮し関係者と連携し、情報を密に取り合いつつ指定の様式を使い決められた手順で引継ぎを行い、スムーズに移行できるようにしている。</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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 149 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 ■ 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。 □ 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。 □ 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。 ■ 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>・利用者満足の向上を目的とした「顧客満足度調査」「嗜好調査」を定期的に行い、利用者の満足度を把握している。また、「家族懇談会」「第三者委員による利用者面談」も実施し、意見・要望を把握している。表出された意見・要望は検討され、すぐに対応できる内容は具体的に改善へと繋げている。環境面の整備として「畳の小上がりの設置」、また、楽しみとして「日帰り旅行の実施」「食べたい物の実現」等、速やかに取り組んでおり、利用者満度に繋げている。現状、意思疎通が困難な利用者が多く、利用者の参画する検討会等の開催については難しいものがあると思われるので、今後、利用者に替わり家族等がどのように受け止めているかという視点から「家族懇談会」などの機会を更に増やすことで質の向上に繋が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	1	(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。	b	<p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>・利用者からの苦情相談を適切に解決するために対応方法や規程、体制を定めている。重要事項説明書には解決責任者や担当窓口、第三者委員の設置が記載され、体制が整備されている。事業所入り口には意見箱も用意されている。利用者の障がい特性から自ら苦情を申し立てることができないが、日々のかかわりの中やモニタリング等で意見を聴いたり、表情や声色等で汲み取り対応している。また、客観的に利用者の立場に立った視点での意見聴取を目的として第三者委員による利用者面談を行っている。家族等から申し出のあった苦情は職場会議やその他の会議等で共有され、決められた手順で解決に向けて取り組んでいる。法人としてサービスの質向上を目的として全事業所の苦情を全体で共有できるようにしている。利用者の特性から困難が予測されるが、今後、更に、利用者、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について整備されていくことが望まれる。</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	<p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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>	<p>・第三委員による利用者面談を行っており利用者が職員以外の人に相談や意見を言える機会を作っている。相談室等も整備されており、利用者の精神的な負担を考慮して落ち着いた場所で行われている。今後、事業所での取り組みのほか、地域の関係組織や相談支援事業所をはじめとする関連の障害福祉サービスや事業所の活用等が更に可能となるよう連携されていくことを期待したい。</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	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。	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>・事業所の敷地入口に意見箱の設置はあるが、利用者の障がい特性を理解し一人ひとりにあった方法で口頭で意見を聴いている。また、定期的に第三者委員による利用者面談が行われ、利用者の意見を積極的に把握するための取り組みが行われている。相談や意見を受け付けた際の記録があり、マニュアルにも対応手順が定められている。把握された意見については速やかに検討を行い、時間のかかる案件については説明を行い、適切に対応している。</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	<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 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。 ■ 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>・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に関する責任者（所長）や委員会を設置している。事業所として勤務マニュアルがあり「リスクマネジメント」として掲げられ、日常的に利用者の安心・安全に配慮した福祉サービスの提供に取り組んでいる。事故発生時には、決められた手順で対処し、事故報告書の作成とともにその要因等について全体共有を行っている。事故報告書には改善策や再発防止策が記載され、職員会議の場でも周知されている。また、リスクマネジメント一覧表を活用し危険への気づきを高め再発防止に努めている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
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"> ■ 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>・感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のため、「医務マニュアル」「感染症マニュアル」を基に取り組みを行っている。新型コロナウイルス集団感染防止策では「距離の確保」「マスク着用」「手洗い消毒」などを徹底し、また、毎日の健康チェックの徹底、定期的な換気や室温管理等も行い予防策を講じている。更に、新型コロナウイルスの感染予防や発生時の正しい知識を身に付けるため、「新型コロナウイルス予防研修会」にも参加している。万が一に備え、「感染症マニュアル」に沿った事業所の保健室や作業室の一室を発熱や体調不良の利用者が一時的に過ごす場所として定めている。</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している。	b	<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>・災害時における利用者の安全確保のため、災害時の対応体制を定めている。防災計画があり、防災訓練（通報、避難、誘導）を利用者と一緒定期的に（年2回）に実施している。訓練時には防災マップやハザードマップも参考に訓練を実施し、災害時に落ち着いて行動がとれるように取り組んでいる。防犯訓練については職員を対象として警察署員による防犯の講話や不審者侵入時の実技訓練を行い、万が一に備えている。日々の水分補給のためにジュースやコーヒー、紅茶等は常に準備され災害時の備蓄も兼ねている。石油ストーブ、カセットコンロ、バーベキューコンロや炭等も準備されており、約二日間程の備蓄をしている。また、敷地内にはグループホームがあり、いざという時には互いに協力ができるよう体制を整えている。今後、三日間ほどの「水」「食料品」等も含めた備蓄品一覧等を作成し、定期的に入れ替えることで万が一に備え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 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>・提供する福祉サービスの標準的な実施方法は「契約書」「重要事項説明書」に明記され、また、標準化され提供されている。標準的な実施方法には利用者の尊重、プライバシー保護や権利擁護にかかわる姿勢が明示されており、職員が一定水準の福祉サービスが提供できるように、研修や個別の指導も行っている。法人には人権・虐待防止委員会があり、また、事業所として年間6回虐待防止委員会を開催し、人権の尊重及び虐待ゼロへの意識向上に努めている。職員の日頃の支援を点検する機能として「施設、地域における障害者虐待防止チェックリスト」で職員の虐待防止セルフチェックを年3回実施している。</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・見直しが定期的実施されている。 ■ 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>・事業所としての勤務マニュアルには「日中活動支援について」として標準化された福祉サービスの実施方法が記載されており、また、定められた様式の生活介護支援計画に基づいてサービスも提供され、いずれも定期的に見直しがされるようになっている。生活介護計画の作成から実践状況の把握、モニタリングやアセスメントの実施を経て定期的に見直しを行っており、PDCAサイクルにより継続的に行われていることが記録等から確認することができた。</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	(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>・生活介護サービスの利用開始後には事前に把握していた心身の状態や生活状況等に変化がある場合があるため、職員会議等の場で日頃の支援状況を検討し、また、共有しつつ利用者ニーズの把握に努め、支援の見直しや方法を統一している。保護者とは半年毎に面談を実施し家族のニーズの把握にも努め、連携を密にしている。支援困難ケースでは利用者支援の円滑化を図るため事業所でアセスメント研修を行い職員の技術向上を図りながら適切なサービスを提供できるように取り組んでいる。</p>
			② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	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>・生活介護支援計画の見直しは、6ヶ月に1回以上行い、心身の状態の変化や環境面等変化があったときは随時見直しを行っており、策定した計画についてはPDCAサイクルで継続・実施されている。見直し後の生活介護支援計画は利用者と家族に説明し同意を得て交付されていることが生活介護支援計画や記録等から確認することができた。</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	(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>・サービスの実施状況を適切に記録するため、統一された様式を使用している。生活介護支援計画に基づくサービスが実施されていることが記録から読み取ることができ、モニタリング時にも記録を基にして評価している。記録は電子媒体により入力されている。事業所会議、調整会議、生活介護部門の会議等は定期的で開催され、質の高いケアを提供するために、様々な専門職が同じ目標に向かって情報共有をするための会議も開催されている。</p>
			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"> ■ 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>・法人としての「個人情報保護規程」「特定個人情報保護規則」「文書規程」を基に、個人情報を保護・管理する体制を確立している。事業所として個人情報保護に関する規程やガイドラインを基に職員研修を行い個人情報を管理し、情報収集、利用、提供については十分な注意を払っている。また、事業所として職員と「誓い」を取り交わし個人情報保護の意識を高めている。情報開示については重要事項に明記されており、利用者やその家族から開示を求められた際の対について定めている。</p>