

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・（児）

事業所名： ほつらいふステーション桃の郷

第三者評価の判断基準

長野県福祉サービス第三者評価基準の考え方と評価のポイント、評価の着眼点【障がい者・児福祉サービス版】共通項目に係る判断基準による

○判断基準の「a、b、c」は、評価項目に対する到達状況を示しています。
 「a」評価・・・よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
 「b」評価・・・aに至らない状況＝多くの施設・事業所の状態、aに向けた取組みの余地がある状態
 「c」評価・・・b以上の取組みとなることを期待する状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
I 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	・当事業所は法人の31事業所の内の唯一の障がい者を対象とした居宅支援事業所で、長野市南部地域を中心に訪問をし、利用者の支援に当たっている。法人としての基本理念と基本的視点があり、法人のパンフレットや事業計画、ホームページなどに掲載されている。当事業所は基本的に在宅の障がいを持つ10代後半から80代までの利用者を訪問し支援しており、法人の基本理念・基本的視点に沿った事業所としての事業の目的・運営方針を明らかにしている。その目的・方針には当事業所の存在意義、使命や役割等も明確にし、利用者の立場に立ったサービス提供に努めている。基本理念や基本的視点は期初の職員会議等で周知されており、「職員の行動規範」と相まって具体的な実践へと繋がられている。全利用者となると困難なケースも考えられるが、今後、利用者に向けて、理念や行動指針の中の生活に繋がる項目をわかりやすく説明するための絵カード・写真の多用化・図示化などの工夫を期待したい。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
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>・全国及び長野県の知的障がい福祉協会、社会福祉法人経営者協会、関係団体等の研修に参加し、施策、改革の方向性などを把握している。また、法人内に「経営企画会議」を設置し、地域の利用者の推移等も含めた環境の変化も加味し、事業の将来性・継続性を見通しながら経営環境や課題を把握し分析している。「経営企画会議」では毎年度末には各事業所から上がって来る事業報告を基に次年度へ向けて法人全体の事業報告書を作成し、利用状況、利用率等の分析も行っている。法人内の施設・事業所間も含め、長野市を中心とした相談支援事業者、障害福祉サービス事業者、保健・医療関係者等と連携しつつ、情報収集も行っている。</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、法人内組織の障害者支援南部事業部及び当事業所としての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、運営上の課題を明確にし、次年度の事業計画や収支予算として具体的に課題解決に取り組んでいる。期初や毎月の職員会議でも課題や計画の進捗状況が明らかにされており、職員個々の目標管理等にもリンクするようになっている。今年度で法人の平成22年度からの10年間の、中長期総合計画が終了することから、現在、新しい中長期総合計画の策定に入っており、当事業所でも所長から職員へのヒアリングが随時実施され、若い職員の意見・提案等も活かされるようになっている。</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22年度から平成31年度までの法人としての中長期総合計画が策定されており、5ヶ年を単位に経営計画の評価・見直しを行い、次期計画へと繋げている。法人が運営する児童支援事業や障害者支援事業、高齢者支援事業などの変化するニーズや福祉施策の動向を踏まえ、法人や事業部、事業所の進むべき方向性が「中期経営収支見込」等の数値目標とともに明らかにされている。事業所としても「運営の安定化」「大人支援の充実」「サービスの質の向上と職場環境の整備」などを重点事項として掲げ、その達成のために法人の長野市南部の他の事業所とともに法人の中長期総合計画の具現化に努めている。</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	
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	■ 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。	・法人の中長期総合計画を反映した単年度の法人事業計画が立案され、更に、法人内の障害者支援南部事業部年度事業計画、当事業所の年度事業計画へと連鎖している。事業所の年度事業計画には「事業計画」「運営方針」「運営重点事項」「事業内容」などが網羅されており、運営の安定や支援の充実、サービスの質の向上などが重点事項として挙げられている。別に数値的な指標として収支予算も組まれている。
					■ 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。	
		(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	■ 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。	・年度の法人・事業部・事業所の事業計画が中長期総合計画に沿って策定されており、定例の職員会議や所長のヒアリングでの意見・提案が集約・検討され計画に反映されている。今年度で10年間の法人としての中長期総合計画が終了することから、現在、新しい中長期総合計画の策定に入っており、職員の意見・提案等も活かされるようになっている。また、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、意見を述べるのが可能となっている。利用者アンケートについても2年に1回実施しておりサービスの振り返りとともに課題の把握に活かしている。更に、職員に向けて毎年度、事業計画等の内容が網羅された「業務の手引き」が配布されており、「職員の行動規範」や各種マニュアル等も綴じこまれていることから、期初の職員会議で説明がされ、その後も随時目を通し実践に努めている。
					■ 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が）されており、理解を促すための取組を行っている。	
		(2) 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b	■ 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。	・利用者へのサービス提供に関わる事項として当事業所事業計画の「運営重点事項」に「大人支援の充実」と掲げており、一人ひとりの利用者の「居宅介護等サービス計画」の中にその主旨を組み込んで利用者や保護者にも説明している。当事業所の入る障害者福祉施設に隣接する就労移行支援・就労継続支援B型・生活介護事業などを運営する多機能型事業所とも共同し地域の人々に向けて祭り（ハーモニーまつり）を開催しており、移動支援・通院介助等対象の利用者も含めて計画に沿って利用者の参加を促し、余暇支援の充実を図っている。今後は利用者や保護者に事業計画の利用者に関わる主な内容を簡潔にまとめ図示化する等、工夫を重ね説明されることを期待したい。
					□ 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。						

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。	b	■ 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。	・職員は福祉サービスの向上には日々取り組んでおり、目標管理シートのセルフチェックを定期的実施しており、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、法人の委員会活動として権利擁護委員会、リスクマネジメント委員会などがあり、事業所における権利擁護の実践状況、緊急時対応等、全体のサービスの質のアップに取り組んでいる。更に、法人として外部委員による「運営協議会」を開催し、意見・助言等を運営に活かしている。利用者・保護者への事業所としてのアンケート調査も2年に1回実施されており、集計・分析しサービスの充実に役立てている。法人としての「苦情解決に関する規定」に沿い、事業所としての第三者委員も選任されており、苦情や相談内容に基づき継続的に改善への活動が行われている。今年度は外部評価機関による第三者評価を受け、更に深く分析し、評価結果が公開される予定である。	
			■ 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。			
			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	■ 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。		・法人本部の組織として「経営企画会議」があり、経営のかじ取り役として福祉の動向、ニーズの把握・分析などを基に、法人の各事業の中長期的な経営計画の立案を行っている。会議では法人の各事業部や各施設・事業所からの事業報告や収支報告、各種委員会の報告などを評価・分析し、設備の改善や人員配置、予算的な課題等の解決に取り組んでいる。事業所の利用者へのサービスに関わる直接的な評価については、職員自ら作成する目標管理シートのセルフチェックやサービス内容を評価する「個別支援計画評価表」などを組織的に実施する体制があり、分析した結果やそれに基づく課題について文書化し、職員会議等で課題の共有化が図られている。
			■ 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。							
II 組織の運営管理	プ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	■ 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。	・法人として、また、当事業所としての職務分掌等が文書化されており職員にも周知されている。管理者は当事業所の所長と法人内の障害者支援南部事業部部長を兼任しており、事業所内通信の「所長のつぶやき」欄での職員に対するメッセージで現状の取り組みや今後に向けての方向性を示し、職員に対して自らの役割と責任を明らかにしている。職員に毎年度配布される「業務の手引き」には「事故発生と事後の対応」「緊急時連絡マニュアル」などの有事の際のマニュアルが綴られており、所長としての役割、代行者等がフォローとなって示されている。	
					■ 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。		

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「法令遵守規程」があり、所長は事業所の「法令遵守管理者」として、自らが責任を担う当事業所において職員と連携をとりながら法令遵守を徹底し、業務を遂行している。事業所の運営規定にも管理者として「虐待防止や人権擁護」につい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み、福祉分野以外の関連法令についても理解を深めている。また、職員会議やヘルパーミーティングで遵守すべき法令等の周知を図っている。</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と法人内の障害者支援南部事業部部長を兼任しており、複数の施設・事業所を束ねている。事業部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、その改善に向けて指導力を発揮しつつ職員とともに取り組んでいる。法人として安全衛生委員会があり、また、事業所では事故・ケガ等については「ヒヤリハット事故報告書」を基に職員間で検討し、虐待や差別等の事案についても同じく法人の権利擁護委員会が機能するなど、委員会活動が充実しており、対策等も職員会議で周知している。研修についても法人内に研修推進委員会があり、内部でも毎月計画的に研修に取り組んでおり、法人内外の研修に職員を派遣している。更に、利用者アンケートも2年に1回実施し、利用者や保護者からの意見、要望等を収集・分析し、その結果をサービスの向上に活かしている。</p>
			② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a	<p>■ 54 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。</p> <p>■ 55 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。</p> <p>■ 56 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。</p> <p>■ 57 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。</p>	<p>・人事、労務、財務については基本的に法人本部で行っているが、管理者は事業部長として法人本部の「経営企画会議」に参画しており、事業所の職員会議、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も図り、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、非営利的な福祉サービスという性格上事業所の収入がある程度固定化していることから支出面に留意しつつ、すべての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、職員配置においてヘルパー職員のパート採用で充足するなど、効率的な人員体制を組んでいる。</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。	b	■ 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>・法人の中長期総合計画や年度の事業計画には「良質で安心できるサービス提供を目指し、人材育成により専門性を確保する」としており、当事業所の人材の確保についても法人本部と協議しながら取り組んでおり、必要な福祉人材や人員体制について計画的に取り組んでいる。また、法人、事業部、事業所としての独自の研修が年間で組まれており、別に法人の職階別研修もあり目標管理制度とも連動し、職員のモチベーションのアップに寄与している。当事業所としての専門性を更に高めるために、職員は行動援護従事者の資格取得にも取り組んでいる。職員の異動調書についても毎年度9月に実施され、法人全体の効率的な人員配置に活かされている。市の指定管理者制度により管理する施設・事業所が増えつつあることから、今後、更に、若い、優秀な人材の確保に取り組まれていくことを期待したい。</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。		
□ 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。	b	■ 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。	<p>・法人の基本理念や基本的視点を踏まえ、「職員基本方針(求められる職員像)」を明確にしており、人材の育成、配置、処遇等を進めており、働きやすい職場づくりにも取り組んでいる。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、また、法人の中長期総合計画にも「人事について」として「採用」「異動」「職階制」「給与制度」「福利厚生ほか」について明記し、それらに基づき実施している。目標管理制度に伴い上位者と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、9月に「異動調書」を提出することにより希望する業種（サービス）についての希望も聴取されるようになっている。今後、目標管理制度と処遇との連動や職員自ら将来を描くことができるようなキャリアパスの「求められる能力・機能」について更に具体的に明示されることを期待したい。</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。						
■ 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>・法人として「就業規則」や「育児休暇、介護休業等に関する規定」があり、有給休暇や育児休暇の取得の促進、職員異動調書の提出、目標管理制度による個別面談の実施などを通じて職員が仕事に対して意欲的に取り組めるような環境を整えている。また、職員安全衛生委員会を中心に、法人として「メンタルヘルスケアセルフマネジメント研修」を開催し、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。法人として共済制度や福利厚生センターに加入しており、慶弔金などを受けることができ、更に、職員のリフレッシュのために指定保養所やテーマパークなどが割引利用できるようになっている。働きやすい職場づくりに向けて職員の就業状況や意向・意見について把握もされている。訪問の現場で働くヘルパー職員にはベテランが多く、利用者や保護者との関係性にも配慮しながら「スタッフ日毎スケジュール表」として半月ごとにシフト表がサービス提供責任者により組まれ、気兼ねなく休暇が取得できるようになっている。</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>・法人の「職員基本方針(求められる職員像)」が明確にされている。また、目標管理制度が導入されており、「職階別業務表」によりそれぞれの職階に応じ「基本的業務」「求められる資質」「果たすべき役割」等が定められていることから、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設定しており、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も行われ、所長等から適切な助言や指導を受けている。</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	■ 81	組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。	・法人の基本理念や基本的視点を踏まえた「職員基本方針(求められる職員像)」が明確にされており、期待される職員像を読み取ることができる。法人の中長期総合計画や年度事業計画、事業部年度事業計画、当事業所年度事業計画には法人や事業所内外の研修等に出席し、支援に関するスキル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。当事業所内にも研修担当職員がおり、「職場研修計画」には「職場研修の方針」や「現状と課題」、「年度のテーマ」などが明記され、研修の最後に受講者のアンケートを取り研修の評価をし、研修の成果についても分析し次年度の年間計画策定時に反映している。法人としての職階別研修や専門部会研修も実施されており、体系的な教育・研修が実施されている。
			■ 82		現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。		
			■ 83		策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。		
			■ 84		定期的に計画の評価と見直しを行っている。		
			■ 85		定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。		
			③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a	■ 86	個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。	・法人として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把握しており、各施設や事業所の人員配置に活かされている。職員は法人の階層別研修、業種別・諸種別の専門部会研修等に参加し、また、外部研修等についても参加し、復命書の回覧や伝達研修等で職員間でその内容を共有している。当事業所としての職員別の研修計画も立てられており、職員自らが希望する研修を探し、「個人目標」「研修目標」「内容」「実施時期」等を明記し、事業所の運営重点事項の「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、法人や事業所から提供された情報などを選び、自分の時間を使い研修等に参加している。
			■ 87		新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。		
			■ 88		階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。		
			■ 89		外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。		
			■ 90		職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
II	2	(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	<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 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 checked="" 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>・実習の受け入れについては法人の業種別の保育園では実施されているが、障害者の居宅支援という特性上、プライバシーに関わる点などから利用者や家族の了承を得ることが難しく、実際の受け入れも難しくなっている。実習指導者としての指導者研修を受けた職員がおり、実習先の学校などと連携し効果的な実習が行えるようなプログラム作成にも努めている。今後、地域住民の暮らしの充実を図るための地域貢献活動の一つとしてとらえ、また、施設サービスだけでなく障害者の居宅支援という重要な役割を知らしめるためにも利用者や家族の協力を得ることで、社会福祉に関する資格取得を目指す県内外の大学生、短大生、専門学校生などの実習の受け入れについて前向きに取り組まれることを期待したい。そうした中で、福祉人材の確保につなげられたら、なお良いのではないだろうか。</p>
II	3 運営の透明性の確保	(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b	<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 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・事業所の事業報告等を閲覧でき、当事業所のページもあり概要・事業報告を知ることができる。また、財務諸表等電子開示システム(WAM NET)のウェブサイトにて法人に関する現況報告書等（現況報告書、計算書類）の情報を公表しており閲覧することができる。法人として昨年度までに受審した第三者評価の結果も公表されており長野県ホームページからWAM NETへリンクすることができる。当事業所の第三者評価結果についても公表される予定である。法人のホームページにそのほか、苦情解決結果や法人としての個人情報保護規定などの主要な規定も公開されており、透明性が確保されている。ホームページにはブログのコナーもあり情報提供もされているが、一般的にはまだまだ紙ベースでの情報提供が多いことから中長期総合計画や年度の事業計画の主旨などについて広報誌などで告知されることを期待したい。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
II	3	(1)	② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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>・法人としての事務処理、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、外部の会計士による監査が行われており、法人本部や場合により事業所を訪れチェックもしている。更に、法人内の監事会により期中に施設や事業所の事務調査に入り、預かり金等のチェックをしている。法人として理事会・評議委員会とは別に運営協議会があり、利用者や地域の人々に運営状況を説明し、意見・要望等を聞く機会も年1回設けている。</p>
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>・法人の中長期総合計画や事業部の事業計画に「地域で潤いのあるあたりまえの生活ができる自立支援」を掲げ、事業所として可能な範囲で地域の他施設・事業所と連携を図り、利用者がより身近なところで質の高い、安心、適切なサービスを受けられるように支援している。当事業所では同行援護や移動支援のサービスを提供しており、利用者が地域の人々と触れ合う機会には利用者の意思を尊重し代行・代弁をし利用者の生活に張り合いをもっていたるように努めている。事業所では隣接する就労移行支援・就労継続支援B型・生活介護事業などを運営する多機能型事業所と共同し地域の人々に向けて祭り（ハーモニー夢まつり）を開催しており、可能な利用者には参加を促し、余暇支援の充実を図っている。</p> <p style="text-align: center;">・訪問支援につき非該当</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
II	4	(1)	② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>	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。	・訪問支援につき対象外
		(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	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。 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。 119 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 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。 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。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント	
II	4	(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b	<input 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。	<p>・ 訪問支援につき非該当</p> <p>・ 当事業所は「重症心身障害者支援」「生活介護」「就労移行支援」「就労継続支援B型」などの事業所が入る障害者福祉施設に入居しており、当事業所の所長が同じ建物に入る相談支援事業所・障害児等療育支援事業所の所長を兼務しており、在宅の障害者や家族への相談に応じている。災害時にはこの福祉施設全体が市の福祉避難所の指定を受け、水、食料なども備蓄している。同じ建物の3階には交流ホールがあり、障害者や家族、ボランティア団体だけでなく地域の人々にも開放されており、公民館的な感覚で広く利用されている。今後は地域の人々への障害者や福祉に対する理解を促すための講演会等の開催にも取り組まれることを期待したい。</p>
					<input 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。	
		a	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。	<input checked="" type="checkbox"/>	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。	<p>・ 訪問支援につき非該当</p> <p>・ 法人の中長期総合計画や当事業所も含まれる障害者南部事業部事業計画には「地域で潤いのあるあたりまえの生活ができる自立支援」と「ライフステージに応じた生サポートできる生涯支援」が上げられており、利用者のニーズに合わせた個別の支援計画の作成とサービスが提供されている。当事業所として地区の住民自治協議会の福祉部会に参画し、また、日常的には個別の繋がりはないが、居宅支援事業所への理解を深めるための民生児童委員の見学もあり、会議への随時の参加依頼があれば出席し相談に応じている。また、苦情解決の第三者委員に地域住民の立場からの福祉ニーズについての意見をいただくことがある。</p>	
				<input type="checkbox"/>	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。		
				<input type="checkbox"/>	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。		
				<input checked="" type="checkbox"/>	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。		
				<input checked="" type="checkbox"/>	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。		
<input checked="" type="checkbox"/>	132 把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。						

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント	
Ⅲ 適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービス	(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a	■ 133	理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。	・法人の基本理念があり、年度初めに職員に配布される「業務の手引き」の中に職員の行動規範とともに記載されており、職員会議で読み合わせをしたり、各自で目を通して理解を深め、それに基づいて行動するようにしている。また権利擁護や接遇についての内部研修に参加し、会議などで実践状況について振り返ることによって人権意識を高めている。事業所独自の技術利用者アンケートにより職員が利用者の人権に配慮しているかを定期的に確認している。
			■ 134		利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。		
■ 135	利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。						
■ 136	利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。						
■ 137	利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。						
			② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a	■ 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。	・「個人情報に関する基本方針」や「個人情報取り扱いに関する規定」が整備されており、職員へは「業務の手引き」の中の職員行動規範やスタッフ確認事項で周知を図り、内部や外部の研修でも権利擁護や虐待防止について理解を深めるようにしている。利用者や家族へは「重要事項説明書」や「契約書」を用いて説明している。また万が一不適切な事案が発生した場合には第三者委員や苦情窓口、行政機関と連携して対応することになっている。
■ 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。						

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント		
Ⅲ	1	(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。	① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b	<input type="checkbox"/> 145	理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。	<p>・法人のホームページがあり、各施設・事業所ごとのサービス内容が記載されたページや法人の理念を閲覧することができる。パンフレットも作成され、当事業所がある複合施設に置かれている。また、新規利用者にはプランナーやサービス提供責任者がパンフレットや重要事項説明書、契約書を用いてわかりやすく説明するようにしている。今後さらに事業所を広く周知したり、利用者の選択の幅を広げるために公共施設等にパンフレットを置いたり、適宜、情報の見直しをされることを期待したい。</p>	
					<input type="checkbox"/> 146	組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。		
					<input checked="" type="checkbox"/> 147	福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。		
					<input type="checkbox"/> 148	見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。		<p>・訪問支援につき非該当</p>
					<input type="checkbox"/> 149	利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。		
			② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	b	<input checked="" type="checkbox"/> 150	サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。	<p>・サービスの開始にあたっては、重要事項説明書や契約書を用いて、利用者や家族の希望を聞き、自己決定を尊重しながら説明をして同意を得ている。またサービス変更時には相談支援専門員と連携し、本人や家族の意向を確認しながら進めている。今後、意思決定が困難な利用者への配慮についてのルール化などを検討されることを期待したい。</p>	
					<input checked="" type="checkbox"/> 151	サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。		
					<input checked="" type="checkbox"/> 152	説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。		
					<input checked="" type="checkbox"/> 153	サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。		
					<input type="checkbox"/> 154	意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。		
			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	<input checked="" type="checkbox"/> 155	福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。	<p>・福祉サービス事業所変更にあたり、法人内の相談室や利用者に関わっている訪問看護などの事業所と連携し、担当の相談支援専門員が対応している。また、必要に応じて文書による情報を提供し、継続した支援が受けられるように配慮している。現状、相談支援専門員が利用者との間に入っているため事業所の変更等による不利益が利用者にも生じることがないが、当事業所のサービスの利用が終了した時に、その後の相談方法や担当者について記載した事業所としての文書を整備されることを期待したい。</p>	
					<input checked="" type="checkbox"/> 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。		
					<input checked="" type="checkbox"/> 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。		
					<input type="checkbox"/> 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
Ⅲ	1	(3) 利用者満足の上昇に努めている。	① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 159 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 ■ 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。 □ 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。 ■ 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。 ■ 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>・アンケート形式の利用者調査が実施され、利用者本人や家族が回答し、困難な場合は職員がサポートをして回答を得ている。調査内容は「職員の支援の仕方」「家族への接し方」「総合的な感想」等で構成され、結果を集計し利用者や保護者へ報告している。また、調査結果は職員会議で集計し、出された意見や要望等を職員間で共有し、課題も抽出し改善へと繋げている。</p> <p style="text-align: center;">・訪問支援につき非該当</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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>・「社会福祉法人長野市社会事業協会苦情解決に関する規定」で苦情解決の体制が明記されており、今年度も苦情の受け付けは1件もないが、苦情があった場合には受付書に記入し、手順に沿って対応し、必要に応じて利用者へ検討結果や対応策をフィードバックすることになっている。また苦情受付体制については重要事項説明書で利用者及び家族へ説明するだけでなく、「業務の手引き」の中に苦情解決の仕組みが記載されており、職員も理解を深めている。</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	Ⅰ	(4)	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。	a	<input checked="" 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。	・日常的に関わっている職員がサービス提供時に意見や要望を吸い上げるだけでなく、いつでも事務所やサービス提供責任者へ連絡できることを伝えている。また、定期的に利用者調査を実施し、意見や要望を把握するようにしている。
			<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。	訪問支援につき非該当					
			③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b	<input type="checkbox"/> 174 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。	・サービス提供時に利用者の相談や意見を聴くようにし、受けた意見はサービス提供記録に記入したり、直接サービス提供責任者に伝えるようにしている。相談内容によっては他職種と相談したり、職員会議で検討し、検討結果と対応策を利用者へ口頭で伝えたり、連絡ノートに記載し伝えたりしている。また定期的に利用者調査を行い、意見・要望も把握している。今後、利用者から受けた相談の記録方法や報告手順、対応策の検討方法などをマニュアル化し、また、適宜見直すことによって組織的に運用されていくことを期待したい。
<input type="checkbox"/> 175 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。						
<input checked="" type="checkbox"/> 176 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。						
<input checked="" 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。						

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) 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>・法人としてリスクマネジメント委員会が設置されており、対応方法の周知や書類の見直しを適宜実施している。各職員は「業務の手引き」の中にある「事故発生と事後の対応」「非常時連絡マニュアル」「交通事故災害マニュアル」等に則り、対処することになっている。案件が発生した場合には、ヒヤリハット・事故報告書を作成し、対応した職員とサービス提供責任者で改善策を検討した後、職員間で情報を共有し利用者へフィードバックしている。また、緊急時に対応できるように救急法の内部研修も実施している。</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ている。 	<p>・感染症についての責任者は所長が担い、「業務の手引き」の中の「感染予防の基本マニュアル」を用いて職員へ周知し、マニュアルは毎年見直しをしている。職員はサービス提供にあたって、エプロンや使い捨て手袋、消毒液を持参して感染予防に努め、事業所入り口には消毒液も置かれている。また感染症の流行時期には職員会議で確認するだけでなく、サービス提供時に利用者へも啓蒙している。</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	1	(5)	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。	<p>b</p> <p>■ 192</p> <p>■ 193</p> <p>□ 194</p> <p>□ 195</p> <p>■ 196</p> <p>■ 197</p>	<p>192 災害時の対応体制が決められている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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>	<p>・事業計画書や運営規定に災害時に関する記載があり、火事・地震・水害などについての緊急時連絡マニュアルや連絡網が整備され、職員で読み合わせをして理解を深めている。また、毎年、事業所がある複合施設全体として、火災や不審者対応訓練を地域住民とともに実施している。今後、災害発生時の利用者の安否確認や連絡体制などの仕組みを整え、万が一に備えられることを期待したい。</p> <p>・訪問支援につき非該当</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。	<p>a</p> <p>■ 198</p> <p>■ 199</p> <p>■ 200</p> <p>■ 201</p>	<p>198 標準的な実施方法が適切に文書化されている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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>	<p>・訪問によるサービスが主であり、それぞれの利用者によって身体的、精神的な状態が異なるため、共通の支援方法を定めることは困難である。よって利用者ごとの個別支援計画が基になり、一人ひとりの手順書や指示書が作成されている。利用者の手順についてはサービス提供責任者が同行して指導したり、職員会議にて周知を図っている。また手順に沿って実施されているかどうかは、サービス提供記録や指示書で確認できるようになっている。</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。	<p>a</p> <p>■ 202</p> <p>■ 203</p> <p>■ 204</p> <p>■ 205</p>	<p>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。</p> <p>203 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>・個別支援計画書を基に、各利用者に関しての情報は個別のファイルや手順書に落とし込まれており、必要に応じて検証と見直しを行っている。サービスに入った職員が気づいたことや課題などについては、カンファレンスや職員会議で検討し、決定事項を口頭や指示書で申し送るようにしている。</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	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"> ■ 206 個別支援計画策定の責任者を設置している。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>・個別支援計画の責任者はサービス提供責任者であり、フェイスシートと課題分析シートからアセスメントし、具体的支援内容を計画に落とし込んでいる。個別支援計画通りに実施されているかどうかは指示書やサービス提供記録で確認でき、看護師や相談員などの関係職員が集まり支援会議を定期的に行い、支援の方向性や課題などについて話し合いをしている。また、支援困難なケースについても関係職種と連携し、利用者にとってより良い状態を作り出せるように検討をしている。</p>
			② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。		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。

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"> ■ 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>・利用者の身体状況や生活状況はフェイスシートや課題分析シートに記録され、指示書やサービス提供記録で個別支援計画に基づくサービスが行われているかを確認することができる。記録の書き方に関してはサービス提供責任者が指導し、事業所のパソコンで各種書類や個別支援計画書を閲覧することも可能である。また記録を含め、業務に関することや利用者に関することは、毎月の職員会議やヘルパー会議で話し合いをし共有化している。</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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 225 記録管理の責任者が設置されている。 ■ 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。 ■ 227 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 ■ 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>・「個人情報に対する基本方針」や「運営規定」に個人情報取り扱いに関しての記載があり、記録の保存や廃棄に関しても法人の規定で定められている。記録管理の責任者は所長が担い、利用者の記録ファイルは鍵のかかる棚で保管されている。職員に対しては、「業務の手引き」の中にあるスタッフの確認事項や職員の行動規範を基に研修し、利用者や家族に対しては重要事項説明書で説明し、同意をいただいている。</p>