

事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別 施設入所支援・生活介護
事業所名 長野県西駒郷 駒ヶ根支援事業部

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	コメントで、取り組み状況は■、良い事例は◎、取り組みの余地がある場合は☆で表示している。
--	--

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
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。 ■ 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。	■取り組み状況 ・法人理念「誰もが笑顔で輝く社会を創造します」と明文化し法人全体研修や年度始めの所長から部課長や職員への周知、部課長会を通じて各部署の職員へ周知している。理念、基本方針は、西駒郷のホームページ、「にしこまごうだより」、パンフレットに記載され使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 ☆広報誌に記載され周知されているが、利用者にもわかりやすい資料の提供を期待する。また、ホームページに掲載されている広報誌「にしこまごうだより」は最近発行された情報を掲載することを希望する。 ☆利用者や家族等の集まる機会にわく西駒の方針等や理念、基本方針等を丁寧に周知することを期待する。

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 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)	■	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。	■取り組み状況 ・上伊那圏域地域自立支援協議会内（8市町村・入所施設）で地域の福祉計画や動向について共有している。事業経営をとりまく経営状況の把握・分析は総務課、企画調整課にて進め、必要な部分は各支援課へ周知している。西駒郷として地域の福祉計画、関係機関、養護学校卒業生の動向を把握し、分析している。 ☆福祉サービスの収支、利用者の推移、利用率のデータの集計は行っている。すずらん棟で実施する強度行動障がい支援等の西駒郷機能強化事業のコスト等の分析は改善の余地がある。
					■	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。	
			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。	■取り組み状況 ・法人として第4次中期構想（2022年～2026年）を策定し、西駒郷の中長期計画もその中で明確にされている。経営委員会を開催（法人内の役員に共有）し、所長、管理部にて検討後、各支援課へ周知している。 ◎第4次中期構想は中間検証が行われ、西駒郷の利用人数や課題を分析し、達成度を評価している。
					■	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。	

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。	■取り組み状況 ・法人として第4次中期構想（2022年～2026年）策定し、西駒郷の中長期計画もその中で明確にされている。 ◎第4次中期構想は中間検証が行われ、西駒郷の入所支援、生活介護の利用人数や課題を分析し達成度を評価している。 ◎長野県の「西駒郷機能強化事業」については順調に事業が進捗している。 ☆専門性の高い支援の研究やすずらん棟での実践を踏まえたアドバイザーのスキルアップの確実な推進を期待する。 ☆体育館の照明機器のLED化については、長野県と検討されることを期待する。	
					■	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。		
				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。	■取り組み状況 ・法人の計画に沿い、各課で単年度の計画（力を入れたいこと等）が令和6年度長野県西駒郷重点事業計画として示されている。具体的には、「利用者の豊かな暮らしの創造」、「地域移行と地域生活者支援」、「ライフステージに応じた支援」を計画している。利用者の年度末目標数や修繕、改修予定が計画されている。
						■	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。	

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)	■	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。	■取り組み状況 ・重点事業計画は各課内（リーダー会・課会）の会議にて、職員の意見を吸い上げて集約して策定している。 ・職員全体会議は、毎年4月に開催し、事業計画の内容を周知している。 ・事業計画の進捗や評価は、月次の収支や定期的な課の会議で行われ、年度末の事業報告でまとめられている。
					■	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。	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。	■取り組み状況 ・事業計画の主な内容はホームページや広報誌で報告している。 ☆保護者会で説明をしているが、利用者が理解しやすい工夫、参加を促す観点までは至っていないと自己評価している。利用者や家族等が西駒郷の事業を理解してもらえようコミュニケーションを増やす取り組みを期待する。 ☆すずらん棟に係る行動障害支援について外部の支援相談や研修講師等として取り組む事業については、積極的に周知することを期待する。
					■	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。	

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。	a)	■	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。	■取り組み状況 ・事業計画、重点事業計画の中間報告・期末報告（法人：理事会・評議員会）（所内：部課長会）を通じて福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。 ◎3年ごとの第三者評価を定期的に受審し、福祉サービスの質の向上に関する取組を継続している。また、毎年西駒郷顧客満足度調査を実施し、公表している。
			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)	■	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。	■取り組み状況 ・法人では、第三者評価結果等を検討し、組織に課題あると判断した場合は、理事会、評議員会、所内では部課長会にて検討し、次の重点事業計画に反映し、意見聴取を行うことで改善する仕組みになっている。
					■	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。	
					■	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。	

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。	b)	■	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。	■取り組み状況 ・西駒郷全体の管理者は所長であり、方針と取組みを年度当初に事業計画で明確にし、伝達している。役割と責任については、ホームページや広報誌「にしこまごうだより」に掲載し表明している。「支援事業部」の各管理者は各運営規程に定められている。 ☆有事における管理者の役割と責任については西駒郷全体の「自然災害発生時における業務継続計画」に明確化されている。文書による不在時の権限委任等の明確な規程は確認できなかった。西駒郷の各管理者が不在時の権限委任等は運営規程では明確に確認できなかった。
					■	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。	
			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。	b)	■	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。	■取り組み状況 ・法人主催や知障協主催の各種研修を通じて職員に周知している。代表者会、経営委員会、理事会、評議員会、内部監査等を通じ、遵守すべき法令等を把握し取組んでいる。 ・産業医を配置し働く環境を定期訪問して把握している。 ☆労働安全衛生法では、化学物質のリスクアセスメントに関する調査を審議することになっている。消毒として使用している次亜塩素酸ナトリウム6％溶液については、SDS（安全データシート）を取り寄せて検討することを期待する。フロン排出抑制法や廃棄物規制法等の環境法規もある。 ☆公益通報制度の周知について取組を期待する。
					■	46	管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。	
					■	47	管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。	
					■	48	管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。	

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)	■ 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。	■取り組み状況 ・毎年顧客満足度調査を実施し、定期的に第三者評価を受審し、福祉サービスの質の現状について把握し、継続的に評価・分析を行っている。 ・苦情解決委員会を定期的に開催したり、各種委員会の定期開催（虐待防止・身体拘束委員会、リスクマネジメント委員会等）を開催し、不適切なサービスがないか確認している。特に「不適切な支援の芽を摘む取り組み」を実施し、虐待防止研修により、職員の質の向上に努めている。
					■ 50	管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。	
					■ 51	管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	
					■ 52	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。	
					■ 53	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。	
			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。	b)	■ 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。	■取り組み状況 ・西駒郷全体の管理者は所長となっている。労務、財務に関しては西駒郷総務課の業務として位置づけられている。 ・支援事業部の各管理者は、部長会、部課長会に参画している。 ・指定管理者となっており、委託先の長野県との協議による施設整備等の修繕費や人員配置、働きやすい環境整備に取り組んでいる。 ◎所長は内部監査チェックシートに記入することにより、労務、財務等の具体的な分析を実施している。 ☆入所、日中活動の一元的支援のため、令和5年度からひまわり支援課では、生活・日中活動一体化を始めた。職員不足のため一部機能できていないと認識している。
					■ 55	管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。	
					■ 56	管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。	
					■ 57	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	

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。	■取り組み状況 ・人材確保についてはできる限りのことを実施し取組んでいるが、大変困難な状況である。 ・正規職員の随時募集を実施している。法人としての人事育成基本方針を表明し、所内の研修計画に基づいて人材の育成を実施している。
					■	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。	
			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。	■取り組み状況 ◎キャリアパス制度を改正し、勤務評価制度・目標管理制度を導入し法人として、人事基準、給与基準について検討を行い、職員のライフプランに沿って多様な働き方を選択できるよう令和6年度から人事・給与制度（就業規則・給与規則）を開始している。 ☆職員の自己評価では、「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」ができていないとする割合が高かった。
					■	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
		(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)	■ 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。	■ 取り組み状況 ・ 個別面談の実施や職員相談員を設置し、専用ダイヤル・メールアドレスで相談できる体制を整えている。定期健康診断やストレスチェックの実施、月1度の産業医の訪問により心身の健康と安全の確保に努めている。法人には保健師が配置され、メンタルヘルスへの取り組みを拡充している。安全衛生委員会による安全パトロール育児休業後の部分休業の取得、非常勤職員の産育休の取得が広がってきている。また組合団体交渉にて職員の要望を挙げている。このような取組みは、内部監査室が設置され事業所訪問を行い、職員が働きやすい職場についてチェックしている。 ◎法人として、職場が仕事と子育てを両立させることができ、また、女性が活躍できる働きやすい職場環境を整えることにより、全ての職員が能力を十分発揮できるよう一般事業主行動計画（令和6年4月1日～令和9年3月31日）を策定し、具体的な行動計画を策定し実施している。 ・ 日常の仕事の中で同僚や課長、主任または幹部職員とも相談しやすい、有給は人数も多いことと他部所からの応援もあり、取りやすいとインタビューで回答している。

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) 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。	b)	■	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。	■取り組み状況 ◎今年度から新たな人事・給与制度に基づく目標管理制度を実施している。正職員を対象に、始まりは5月、中間は11～12月、末は2～3月に進捗状況や目標達成度を確認している。今年度、目標管理・勤務評価の評価員の研修として制度の理解や評価方法について研修している。 ☆職員の自己評価では、「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」について、一定の職員ができていないと評価している。今後の理解が進むことを期待する。
					■	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。	
			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。	■取り組み状況 ・法人の人材育成基本方針の「事業団の求める職員像」を明示している。また、西駒郷独自の「西駒郷の行動規範」がある。 ・西駒郷研修計画を策定し研修計画に沿って教育・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。	

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)	■ 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。	■ 取り組み状況 ・ 所内研修は全職員が参加できるよう複数回実施する等工夫している。資格取得計画・取得状況を把握している。 ・ 変則勤務、非正規など研修機会の確保として試行的にeラーニングを取り入れたり、オンライン研修を活用している。 ◎強度行動障害に関する研修に力を入れている。コンサルタントを活用したり、長期派遣研修を実施し、強度行動障害者支援に必要な資格取得を進めている。
		(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)	■ 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。	■ 取り組み状況 ・ 実習のしおりに沿って実習生を受け入れ、社会福祉士実習指導者による新カリキュラムに対応したプログラムを作成し、中学生の職場体験、教員のキャリアアップ研修、福祉事業所からの派遣研修等を受け入れている。

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 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)	■	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。	■取り組み状況 ・障害福祉サービス等情報公開制度に公開されている。 ・指定管理年度報告については県のホームページに掲載されている。 ☆西駒郷のホームページにサービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が公開されている。西駒郷の令和4年度の事業計画、収支予算はダウンロードできるが、事業報告書、収支決算書及び令和5年度の事業計画、事業報告、予算、決算情報はダウンロードできない状態となっている。
					■	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。	
			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)	■	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。	■取り組み状況 ・法人として、公認会計士による外部監査を受けている。 ◎内部監査室の設置（法人）監査員が西駒郷の事業について法令遵守を中心に内部監査を実施している。
					■	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
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。	■取り組み状況 ・利用者の情報提供用の掲示板に地域の行事情報などを掲示、参加を呼び掛けている。ボランティア委員会では、地域の方を登録名簿に記載し、活用している。にしこま祭への一般参加を再開し、地域との交流を復活している。 ・アトリエ「風と太陽」を毎月第二土曜日に地域の障がいを持つ人を対象に開放している。講師が常駐し個別のアート活動をサポートしている。 ・東小学校ARTクラブ（年2回）、中川村児童クラブ（年1回）、エクセラン高校等へ出向きアートワークショップを実施している。 ・第三者委員の訪問交流やJICAの人を受け入れ交流したり、公共施設の清掃ボランティア活動を実施している。
					■ 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提供している。	
					■ 107 利用者の個別的状况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。	
		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)	■ 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。	■取り組み状況 ・養護学校実習受入れ・卒業後の利用相談・学校等との交流について事業計画に入れている。 ・アートのワークショップは地域の学校にも出向き、ボランティアの関わりも増えている。 ・ボランティアには、利用者の状況や業務内容を伝達（日常の他、にしこま祭などの行事）している。 ・にしこま祭のボランティアは学生も多く参加している。また、地域のボランティア交流会へ参加している。 ・「ボランティアの受け入れのしおり」では注意事項や利用者への配慮等について説明し、ボランティア活動中のケガに備え、ボランティア保険に加入している。
					■ 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。	a)	■ 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。 ■ 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。 ■ 117 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 ■ 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。 ■ 119 地域に適当な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。	■ 取り組み状況 ・ 自立支援協議会に参加し地域課題の解決を図っている。 ・ 地域生活支援拠点として登録し、有期限利用者の地域移行後の資源について、地域の事業所と検討を実施している。 ・ 強度行動障害者支援の情報共有・人材育成のため、自立支援協議会と共催し実践報告会を実施し近隣の施設に研修情報を提供している。
		(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)	■ 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。	■ 取り組み状況 ・ 圏域内の自立支援協議会内（8市町村・入所施設）で地域の福祉計画や動向について共有している。
			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)	■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。	◎アトリエ「風と太陽」を毎月第二土曜日に地域の障がいを持つ人を対象に開放している。講師が常駐し個別のアート活動をサポートしている。 ◎地域の中で共に生きるため、地域生活支援拠点を登録し、自立生活援助を開始し、「すずらん棟」を建設し、強度行動障害を持つ方の支援を開始している。この取り組みは、社会福祉会等の研修で専門的な情報を提供している。

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)	■ 126 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。 ■ 127 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。 ■ 128 利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。 ■ 129 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。 ■ 130 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。	■ 取り組み状況 ・虐待防止・身体拘束適正化委員会の開催し利用者を尊重している福祉サービスを実施しているか確認している。 ・「私がのぞむ暮らしの調査」実施により利用者の意思決定支援に反映させている。
			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。	b)	■ 131 利用者のプライバシー保護について、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記した規程・マニュアル等が整備され、職員への研修によりその理解が図られている。 ■ 132 規程・マニュアル等にもとづいて、プライバシーに配慮した福祉サービスが実施されている。 ■ 133 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守れ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。	■ 取り組み状況 ・「西駒郷の行動規範」の読み合わせを実施し毎年取り組みや内容について検討更新されている。 ☆共有スペースでは、障害特性上の行動により配慮しなければならないこと（全裸になる方等）があり、一部利用者のプライバシーを守れるような環境で、一部不十分な所がある。 ☆プライバシーについて、職員の理解には個人差が感じられると自己評価している。

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
		(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)	■ 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。 ■ 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。 ■ 137 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別にいていねいな説明を実施している。 ■ 138 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 ■ 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。	■ 取り組み状況 ・視察・利用の希望者等に写真、図を用いた資料による説明や、個々の希望に応じた見学、体験の対応をしている。
			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。	a)	■ 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。 ■ 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。	■ 取り組み状況 ・利用者とわかりやすい言語を使用するための「西駒郷の辞書」を活用している。 ・重要事項説明書は、利用者・家族にわかりやすいよう簡易版を作成している。 ・利用者に適したサービスの利用を所内の調整会議にて検討し判断している。利用開始時にはサービス管理責任者等が説明を行っている。

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
			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)	■ 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。	■ 取り組み状況 ・企画調整係が地域移行者の利用相談、相談、アフターケア等の支援業務を行っている。
		(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)	■ 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。	■ 取り組み状況 ・西駒郷における顧客満足度調査実施要領に基づき利用者の年1回顧客満足度調査を実施し、調査の結果を「西駒郷だより」「西駒郷ホームページ」にて公表している。 ・第三者委員による利用者との訪問交流により、直接聴取し利用者満足を把握している。 ☆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・検討は実施しているが、利用者参画のもとで検討会議の設置等はされていない。
		(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a)	■ 154 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。 ■ 155 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。 ■ 156 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。 ■ 157 苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。	■ 取り組み状況 ・R6/8/27に第1回の苦情委員会が開催された。第三者委員6名が配置されている。苦情対応マニュアルが整備され、苦情内容については、受付と解決を図った記録が保管されている。

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
					■ 158 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。 ■ 159 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。 ■ 160 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	
		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)	□ 161 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。 ■ 162 利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。 ■ 163 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。	■ 取り組み状況 ・相談に際し複数の方法を説明したポスターの掲示をしている。 ・共有スペースに相談室を設置し、意見箱を置いている。 ☆わかりやすく説明した文書作成はできていないと自己評価している。
		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。		a)	■ 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。	■ 取り組み状況 ・苦情解決委員会、第三者委員が毎月1回訪問し、懇談し交流している。ご意見箱の設置等で利用者からの相談や意見を聴く体制が整備されている。相談や意見を受けた際の手順は苦情対応マニュアルに沿って行われて記録に残している。意見等により具体的な再発防止策を図っている。 ・職員インタビューにより、職員は日常生活の中で利用者の意見に傾聴しようと努めていると感じとることができる。 ・顧客満足度調査を毎年実施し、利用者の意見を積極的に把握し、家族等からの相談や要望についての対応の取り組みを掲載している。

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
		(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)	■ 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。	■ 取り組み状況 ・リスクマネジメント委員会を1回目R6/7/11開催、2回目9/24開催し、定期的に年3～4回開催している。事故報告・ヒヤリハットによる原因分析・防止策を提案し、改善後の状況を一カ月以内に報告するようにしている。 ・改善策の事後検証ができるように事故報告書の様式の変更を行っている。 ☆職員に対して、安全確保・事故防止では、事業所で消毒に使用している次亜塩素酸ナトリウム6%溶液の使用について、事業所に安全データシート（SDS）を置き、事故防止や安全確保の研修を実施することを期待する。 ☆ 事故報告・ヒヤリハットによる原因分析・防止策では、同様の事業所のヒヤリハット事例を収集したり、再発する場合は、改善策の有効性を検証することを推奨する。
			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)	■ 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。	■ 取り組み状況 ・「西駒郷感染対策指針」を令和6年4月1日で制定し、「西駒郷感染対策委員会」を設置・運営し、感染事例等が発生した場合には、「西駒郷感染症対策マニュアル」や「感染症業務継続計画（BCP）」による管理体制が整備されている。また保健室マニュアルでは、ノロウィルス対応マニュアル、食中毒対応マニュアルがあり、食品衛生法も含め感染症の予防や安全確保の研修を実施している。 ・感染対策委員会は所長が委員長となり、管理部、駒ヶ根支援事業部が参加し、予防や感染症が発生した場合の対応を行っている。訪問日、感染症の入居者の居室はゾーニングされ隔離対応がされていた。

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
			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。	b)	■ 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。	■ 取り組み状況 ・下平区とは地域連絡協議会を通じ防災に係る協力応援体制がある。 ・メール連絡網（職員・通所者）を整備し、BCP（自然災害発生時）を策定している。 ・令和6年11月19日に西駒郷防災訓練を実施した。震度6以上の大規模地震と地震による土砂崩落により大田切川・天竜川が堰きとめられる想定で、人員確認、避難誘導訓練、非常食調理訓練を行い、消火訓練は北消防署と連携し、指導を受けた。 ・防犯対策では敷地内監視カメラを設置している。 ☆事業継続計画（BCP）は、さまざまなシミュレーションを実施し、必要に応じ見直すことを推奨する。
	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。	a)	■ 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。	■ 取り組み状況 ・各部署ごとに業務マニュアルを策定し、提供する福祉サービスの標準的な実施方法が文書化され、定期的に見直し、確認されている。標準的な実施方法により個別支援計画を作成、実施する手順になっている。福祉サービスの提供に当たっては、プライバシーの保護や権利擁護の姿勢は重要事項説明書等に明示されている。 ・サービス等利用計画と個別支援計画の関係性等を含め、初任者研修で作成研修の実施している。 ・サービス管理委員会や虐待防止・身体拘束適正化委員会で標準的な実施方法に基づいて実施されているか確認する仕組みになっている。

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 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)	■ 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。	■ 取り組み状況 ・ 個別支援計画要領により方法が示されている。各部署ごとに、年度当初に検証と見直しが行われる。6 カ月毎に定期の個別支援計画のモニタリングを実施し、利用者の状況や支援内容を把握し、見直している。 ・ サービス管理責任者が中心となり、職員や利用者等からの意見を反映し会議を定期的に開催し、標準的な実施方法を確立している。
		(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)	■ 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。	■ 取り組み状況 ・ 個別支援計画要領によりアセスメント手法が確立され実施されている。サービス管理責任者を中心に関係者で協議し、アセスメント結果に基づき、利用者のニーズを反映した個別支援計画が策定されている。個別支援計画の実施内容や、見直しの会議を関係者の合議で実施している。支援が困難なケースは様々な職種によるケア会議を実施している。 ・ 利用者・保護者等を交えて面談し、説明した上で同意を得ている。 ・ 強度行動障がい専用棟の設置、適切なアセスメントによる支援の再構築を目指し、アセスメント票を見直し、新規様式を作成した。強度行動障がいの特性理解のための様式を導入した。 ・ アセスメントキットを使ったスキルアセスメントの手法を導入している。

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
			② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a)	■ 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。	■ 取り組み状況 ・ 個別支援計画の見直しについて、個別支援計画要領に定め、6カ月毎にアセスメントを実施し個別支援計画を策定している。見直しによって変更した場合は、課会やグループ会等に提示し、全職員が把握して支援している。新規利用者は、14日経過時点で見直しをし、3カ月後の相談支援専門員が策定するサービス利用計画のモニタリングに合わせて見直ししている。入退院の緊急時は、利用者の状況に合わせ、個別支援計画を変更している。個別支援計画の作成は面談係があり、家族との面談の調整等を行っている。またサービス管理責任者が個別支援計画の見直し、周知等を行っている。
		(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)	■ 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。	■ 取り組み状況 ・ マニュアルで定めた統一様式による利用者プロフィールにより個人情報が整理され、個別支援計画に基づいて支援が実施され、記録される仕組みになっている。記録は「サービス提供記録に関する要領」として定められ、具体的には、サービス支援システムを活用して記録している。ケース記録の項目は、個別支援計画、事故ヒヤリハット、身体拘束、保健、家族、後見人、家族交流、会議、特記事項等に分類されている。個別支援計画については、支援の実施状況がわかりやすく記載されている。 ・ サービス管理責任者が会議を定期的に行い、計画作成から提供記録までの統一を図っている。

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 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b)	■ 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。	■ 取り組み状況 ・個人情報保護規則（法人）により対応 ・個人情報の第三者提供や広報・映像に使用する場合の同意書をとっている。マイナンバー制度の導入に伴う個人番号の取り扱いについては、法人の「特定個人情報等取扱要綱」に定めている。 ☆西駒郷の内部監査チェックシートでは、個人情報保護に関する事業所マニュアル、個人情報取扱事務登録簿、情報システム、電子メール、外部記憶装置（USBメモリー等）の取扱いマニュアルはないとされている。必要性を考慮し、整備するか検討することを期待する。