

## 事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別 障がい者・（児）  
 記号 風の工房

### 第三者評価の判断基準

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

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

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
I 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人の理念や基本方針は、法人事業計画に明文化され、各事業所の特性や目指す方向性が示されており、職員の行動規範となる、とされていましたが、職員から「わかりにくい、具体的な方向が示されていない」と理念の検討プロジェクトが立ち上げられ、管理職・中間管理職・一般職・外部アドバイザー等十数名のメンバーで、それぞれの立場で福祉施設の実施すべき方向性・使命、職員の行動規範となる具体的な内容となるよう検討、協議されていると聞き取り調査で確認されました</p> <p>○今年度は法人理念に基づき事業所において職員会で事業の概要、重点目標、具体的な内容が検討され取り組みが行われていました。</p> <p>○利用者・家族には年4回発行される機関紙や家族会において説明がされなど周知されていました。</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
	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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○社会福祉事業全体の動向については、理事長を中心に法人組織で共有認識され対応がされていました。法人運営会議は月一回開催され理事長、総合施設長、事務長、各事業所所長、所長代理が参加し内容を把握し分析がされていました。</p> <p>○法人として、地域の各福祉計画の策定動向や地域の福祉ニーズの把握分析もされていました。</p> <p>○福祉サービスの利用者の推移・利用率の分析は、事業所ごと行われ事業報告に記載されていました。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○所長は毎月開催される法人運営会議に参加し、理事長をはじめ各管理職員と経営状況、組織体制等具体的課題・課題の改善に向けて協議されていました。</p> <p>○経営状況は理事会、評議員会、運営協議会委員会で共有され改善すべき課題について協議検討されていました。</p> <p>○管理職の所長・所長代理により、各事業所の職員会議で運営会議の報告がされていました。また法人で開催している、主任者・リーダー会でも報告され、取り組みについて具体的な検討と周知がされていました。</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 事業計画の策定 3	(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)	■	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。	○中・長期的計画は、法人のグランドデザインとして冊子になっており、10年（H 年作成）後を見据えた法人の展望が具体的計画として示されていました。  ○中・長期的計画には「グランドデザインプロジェクト」が組織され、プロジェクトが中心になって実施状況評価・見直しが行われていました。  ○中・長期計画は運営会議、主任・リーダー会、各事業所でそれぞれ課題や問題点について解決・改善に取り組まれていました  ○中・長期計画は事業報告において数値化された成果が示されていました。
					■	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。				
		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。	○単年度の事業計画は法人の中・長期計画に基づき、各事業所ごと、主任を中心に協議され、職員会で検討されその後、法人運営会議で検討されおり、組織全体で取り組みがされていることが確認できました。  ○単年度事業計画は数値目標が示され、実施しやすく評価しやすい内容になっていました。		
			■	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。	b)	■	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。	○事業計画は事業所において前年度の事業反省を基に検討され、部門担当者が職員会で提案され、議論され立案されていました。  ○職員会は週一回開催され事業計画に基づき実施状況や見直しが行われていました。  ○小人数の日中の事業所であり、会議に出やすく職員に周知しやすくなっていました。		
			□	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。			

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 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 28 事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知（配布、掲示、説明等）されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 29 事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。 <input checked="" type="checkbox"/> 30 事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 31 事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。	○事業計画は、職員間で周知されているが利用者や家族には周知されていないと事業評価アンケートにも記載されていました。家族会で説明されたり、利用者に内容がわかりやすく説明した内容の資料を作成し、利用しやすい工夫の検討を望みます。
	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。	○福祉サービスの質の向上に向けた取り組みは、他の仕事が多くサービスに関する話し合いをしっかりと行う時間が取れないとの評価がありました。 ○法人では、毎年自己目標を決め、レポート提出により評価、分析が行なわれ、表彰を行い意識を高め、サービスの質の向上に向けて取り組みされていました。 ○第三者評価の受審は、昨年（29年）より法人で実施され、順次事業毎受審されています。事業所「風の工房」として初めて受審されました。自己評価基準を参考に検討分析をお願いします。継続の希望をお願いします。
			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。	c)	<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 checked="" type="checkbox"/> 40 改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。	○評価結果に管理職、職員それぞれ課題が出てきました。評価基準を活用して、事業所の「サービスの質の向上」に向けての取り組みを実施されることを期待します。

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)	■ 41	管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。	○管理者の役割や責任は、法人組織の管理者業務として明文化されていました。それに基づいて、管理者は事業所内の会議等で表明し、職員や利用者に理解や周知を図っていました。  ○管理者は、法人の理念に基づき役割と責任等職務について、法人の機関紙に掲載し表明されていました。  ○管理者は、役割と責任について、事業計画書、職員会において周知が図られていました  ○緊急事対応マニュアルには、管理者の役割が明文化されていました。不在時の権限委託についても主任の代行対応が明記されていました。	
			■ 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
		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)	■ 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。	○関係法令については、法人組織の情報量も多く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、研修や勉強会に参加され、理解できる環境の中、法令について適正にスタッフ会議（職員会）等で情報の提供し周知への取り組みを図っていました。		
		■ 46	管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。	■ 47	管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。			■ 48
		(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。	○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サービスの質の向上や評価・分析を報告検討する仕組みになっていました。管理者は、定期的にチェックする体制がありました。  ○事業所の管理者は、法人として行っている職務分担に職員を参加させ、それぞれの職務において、サービスの質の向上に積極的に参加させていました。また職員意見が反映でき、具体的な取り組みができるようになっていました。  ○管理者は、法人の行う内部研修、外部研修に参加できるよう計らい、職員の教育の充実を行いサービスの質の向上につなげていました。
				■ 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。		

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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人運営会議は、法人事務局が各事業所の収支状況の報告を四半期ごとに受け、各事業所の経営運営の状況分析や課題、改善策の検討会議が行われていました。</p> <p>○運営会議において管理者は、理念や基本方針の実現のために、適切な人事配置、環境整備を具体的に行い取り組んでいました。</p>
	育2 成福 祉人 材の 確保	(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理体制が整備されている。	① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人の中・長期計画に基づき、運営委員会・主任統括リーダー会・リーダー会・人材育成委員会が定期的に開催され、人材育成委員会の事業計画に基づき、人材確保と育成が行われていました。</p> <p>○人材育成委員会・研修委員会が中心になり、福祉人材の育成、専門職の資格取得に具体的な取り組みがされていました。</p> <p>○法人では、中・長期計画に基づき、人材育成、定着に向けたキャリアパス制度が検討され取り組まれていました。</p>
			② 総合的な人事管理が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人組織として人事基準が明確に定められており、期待される職員像が中・長期計画に明記されていました。法人の人事管理の仕組みは、確立され、人事考課、個人の目標管理制度もあり人事基準の参考とされ、適切に人事管理がされていました。</p> <p>○法人の人事基準に基づき、人事異動、昇進、昇格がされていましたが、全職員に周知されていないとの声が聞かれました。職務の貢献度が明確に理解されるようお願いしたい。</p> <p>○法人として、人材育成委員会や研修委員会を中心に検討され行われている、キャリアパス制度に期待します。</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
		(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組んでいる。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○職員の労働管理は、法人事務局・理事会・運営会議で合議の仕組みがありました。年休や時間外労働の就業状況は、事務局と管理者の所長代理により管理され、データ化され事業報告に記載されていました。</p> <p>○法人でカウンセラー契約し、月1回相談できる仕組みになっていました。組織として職員の心身や相談しやすい体制ができていました。</p> <p>○産休制度、育児休暇、介護休暇、ボランティア休暇、勤続年数表彰等、総合的な福利厚生は実施され充実されていました。</p> <p>○職場に必要な福祉人材について、人材確保、育成、定着のワーク・ライフ・バランスへの取り組みは、法人の人材育成委員会が中心になり、主任・統括リーダー会・研修委員会と具体的な活動計画、課題の分析、改善の取り組み、進捗状況の確認が組織的に行われる体制ができていました。職員の働きやすい職場作りができていました。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○個々の職員の目標は、法人の意向もあり、数値化された具体的な目標とし、年度内の達成期間となっていました。個々の目標に基づいて、専門技術や専門資格の取得等「期待される職員像」に向けて教育、研修の取り組みがされていました。</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
			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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人の中・長期計画に、期待する職員像が明記されていました。専門資格や専門技術の研修については、研修計画に基づき研修委員から研修内容についての情報が提供され、随時把握でき、希望する研修が実施され、参加できる仕組みができていました。</p> <p>○研修委員会は、研修期間や団体、他施設の研習情報を随時把握しており、研修計画、評価の見直しを行い、多様な研修が実施されていました。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人の期待する職員像に基づき、法人事務局、人材育成委員会、研修委員会が連携して、現状の資格取得状況を把握する仕組みになっていました。</p> <p>○人材育成委員会、研修委員会の連携による事業計画に基づき、新任職員研修、半年後の振り返り研修が実施されていました。</p> <p>○法人研修計画に主任クラス、中堅職員、職種研修、管理職研修、中・長期計画研修等多岐にわたって研修体制があり、事業所はそれぞれ参加できる体制になっていました。</p> <p>○法人内の独自の研修も頻繁に実施されました。外部研修参加も、計画的に実施され、伝達研修も定期的に行われていました。</p> <p>○人権・虐待研修は2回づつ実施され、全職員が受ける仕組みになっていました。</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
		(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"> <li>■ 91 実習生等の福祉サービスに関する専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 93 専門職種の特徴に配慮したプログラムを用意している。</li> <li>■ 94 指導者に対する研修を実施している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人の人材育成計画には、「有能な人材を育成する」を基本に実習委員会が中心になり実習生の受け入れマニュアルが整備されていました。実習生の受け入れも積極的に行い、福祉人材の育成に関わる体制ができていました。</p> <p>○実習生の受け入れは、法人組織が一括窓口になり、実習ニーズにより、実習委員会が各事業所に配属調整を行っていました。当事業所も、実習生の受け入れ、指導を行っていました。</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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人の定款、財務諸表、法人の現状報告等は、ホームページ、年間4回発行の機関紙で公開されていました。各事業所の現況や中・長期計画の地域福祉の取り組みについての状況、苦情解決の体制も公開されて、運営の透明化が確保されていました。</p> <p>○昨年法人の事業所で、受審された第三者評価の結果は、掲示やホームページで公開がされていました。今回の第三者評価受審結果も管理者から公開を希望されていました。今後も継続することを期待します。</p> <p>○法人の中・長期計画には、社会・地域に対して法人の存在意義・役割について具体的に明示され、地域生活支援センターや公益事業への具体的な取り組みが示されていました。その内容は機関紙により広報されていました。</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
			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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> </ul>	<p>○公正かつ透明性を高めるために、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内容が明示されていました。事業計画は全職員に配布され周知が図られていました。</p> <p>○法人役員に税理士がおり、随時相談や適切な助言を得て、事務、経理、取引等について内部監査を行っていました。また、県の監査も行われ事業所においても監査が実施されていました。</p> <p>○法人・事業所として、より公正かつ透明性の高い適切な運営・経営への取り組みをお願いします。</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)	■ 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。	<p>○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章化されていました。設立時から設立会員の協力を得て開園されており、旧真田町では、ほぼ全戸からの資金提供を受けていました。現在も運営会員として様々な支援、協力関係が築かれ地域と密着な関係が図られていました。</p> <p>○当事業所では利用者の作品の販売や展示会を近くの老人施設経営の喫茶店や公園やイベント会場で行い、地域の方との交流を図っていました。</p> <p>○法人事業所では地域の方、小、中学生の多くの協力や参加があり利用者、家族、職員の方との交流が図られていました。</p>	
				■ 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 利用者の個別的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。
		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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 116 学校教育への協力を行っている。</li> </ul>	<p>○ボランティアの受け入れ、育成については、法人組織の中で共通基本姿勢として明文されていて、各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、学校との連携など総合的に行う仕組みがありました。</p> <p>○地域の方のボランティアの受け入れには、障害の特性や、それに対する関り方の事前説明はされていると、聞き取り調査で確認が取れました。</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)	<p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 119 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 121 地域に適切な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。</p>	<p>○地域の関係機関との連携は、日常的に行われており、社会資源の活用や情報も把握されていました。利用者に理解できるよう、リスト化、文章化を絵や図で表し分かりやすくなっていました。職員での共有化をさらに望みます。</p> <p>○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の中核施設として積極的に活動していました。また上小地区心身障がい児者施設連絡協議会では専門部会において積極的に関わりを持っていました。事業所でも役割の一端を担っていました。</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。	b)	<p>□ 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> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○地域の方の交流は、法人全体の事業として取り組み、入所事業所には交流スペースが設けられ活用につなげていました。特にお抹茶や生け花のボランティアは十数年継続されていると聞き取りされました。</p> <p>○法人では、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の方に還元する取り組みを行っており、事業所でも連携していました。</p> <p>○法人事業の相談支援事業は、地域住民の福祉ニーズを把握して、利用者支援にも力を入れていました。各事業所は、特性を生かした多様な関わりに努めておりました。</p> <p>○法人は、災害時の地域の役割として入所事業所のスペースの開放や備蓄食品の提供も検討されていました。</p> <p>○地域社会福祉協議会、自治会の関りも行われていました。</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
			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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人事業の一環として地域の施設で実践発表、研修、フェスティバルを行い地域の方と交流の機会を作っていました。事業所も地域の関りを積極的に行っていました。</p> <p>○法人には、評議員や理事に民生児童委員・ボランティア団体の代表者・地域小学校の校長先生・高齢者施設の理事・旧自治会の役員等多様な職種の方に参加いただき定期的に会議を開催し、具体的な福祉のニーズの把握に努めていました。</p> <p>○福祉ニーズの情報は相談事業所が窓口になり、行政と連携し地域住民の福祉の相談に対応していました。事業所と定期的連絡会で情報の共有が図られていました。</p> <p>○法人組織と連携し地域の福祉ニーズなどに基づいた自立スキル講座、セアリングサロン等に、コミュニティカフェ活用プロジェクトが中心になり、サークルやイベントを行い地域貢献に関わる事業・活動が行われていました。当事業所も協力体制ができていました。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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・評価を行い、必要な対応を図っている。</li> </ul>	<p>○法人組織は、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され、虐待防止、人権擁護について理解を深めサービスの改善、向上につなげていました。</p> <p>○「倫理要綱」は、各事業所の職員が目にするところに提示されていました。また職員が利用者尊重を具体的に理解するために研修等行う取り組みがされていました。</p> <p>○法人全体では、利用者の人権擁護の意識を高めるために人権倫理委員会が設置され、隔月に会議を開き知識を高め周知されていました。</p> <p>○障がい者差別解消法・虐待防止研修は全職員の参加が義務付けられ意識の向上を図っていました。</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
			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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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れるよう設備等の工夫を行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人の人権委員会の管理により、利用者のプライバシー保護、虐待防止、権利擁護に関する規定・マニュアルが整備されていました。単年度事業計画において、外部研修の参加、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も具体的事例による職員研修も定期的に行われ職員の共有周知が図られていました。</p> <p>○人権委員会は、定期的開催され、家族会の役員も委員として参加し、家族会での取り組みについて周知されていました。</p> <p>○プライバシー保護規定やマニュアルは、整備され適切に実施されていました。不適切な事案が発生した場合は今後もさらに、管理者、総合施設長に適切な対応を望みます。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 148 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○事業所独自の広報紙は、作成されていますが法人が一体となり各施設、事業所の状況を広報する機関紙を定期的に発行し、地域や関係機関に配布していました。</p> <p>○組織を紹介する広報紙や資料内容は、写真を多く活用し、利用者にもわかりやすい工夫がされていました。</p> <p>○法人の相談事業を中心に利用希望に対する、適切な対応がされていました。また見学体験者を積極的に受け入れる体制があり、利用希望者には、情報の提供、機関紙資料により適切な対応がされていたことが確認されました。</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)	<p>■ 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> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○事業所利用開始や変更は、サービス提供管理者や所長、相談支援担当から文章により、利用者・家族にわかりやすい丁寧な説明があり、利用者本人の同意の確認を行う仕組みができていました。</p> <p>○特に利用契約書・重要事項説明書はすべてにルビが振られ利用者・家族に解りやすいような配慮、工夫がされていました。</p> <p>○利用者同意者も基準どりに整備されていることを確認できました。</p> <p>○利用者の理解が不十分な場合は、キーパーソンになる家族や相談事業者にも同意を得る工夫も行っていました。</p>
			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)	<p>■ 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> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○利用者が他施設の移動、家庭復帰、自立等の変更相談支援、行政と連携で会議が開催され適切に対応される仕組みがありました。</p> <p>○利用者が退所等利用の変更があった場合の手順や引継ぎは、法人組織として整備されていました。事業所でもマニュアルとして整備し、役割分担や担当者の明示など資料の整備を望みます。</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
		(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。	c)	<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 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 checked="" 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>○利用者満足度調査は、数年前に取り組まれたようですが、年一度以上は実施され、利用者の満足度の把握を希望します。</p> <p>○利用者の個別面談や家族には家族会で、定期的に聞き取りはされています。</p> <p>○利用者の嗜好、外食等個々での聞き取りは、毎年行われ、特に嗜好調査は献立に反映されていました。他の生活、サービス面の満足度調査も併せて法人で行い、分析結果により利用者ニーズに反映させる等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。	b)	<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 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 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>○苦情解決の体制は、適切に整備されていました。第三者委員の活動も計画的に実施されていました。</p> <p>○第三者委員や行政への相談の連絡方法は掲示され誰でもが苦情等訴えるシステムがありました。</p> <p>○苦情があった場合は苦情解決担当が対応し、事業所で検討され職員会で周知されました。第三者委員からの報告は事業所ごと対応し、管理者・職員で検討されて記録が保管されていることが確認できました。</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 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。 <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>○法人や事業所には、苦情解決システムが整備されていて、苦情窓口には苦情担当や解決責任者も明記されていました。さらに利用者・家族が相談し、苦情が言いやすい工夫にも取り組まれることや意見箱等の検討もお願いいたします。</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。	b)	<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>○利用者の相談訴えには、苦情解決委員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ました。手順・対処方法・記録の取り方の研修や見直しは苦情委員会の事業計画に明記されていました。</p> <p>○職員が対応できない相談は、管理職や法人のアドバイザーが対応する仕組みが整備され適切な対応ができていました。</p> <p>○意見箱の設置の確認はできませんでした、相談や意見に速やかな対応を望みます。</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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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>○法人の中・長期計画に「安全なくして利用者の幸福は築けない」とされていました。安全委員会が設置され、職員の安全意識の向上、安全に関する報告を収集・事故防止の対策が検討されていました。</p> <p>○マニュアルに基づいて、ヒヤリーハット事案報告、事故報告書など安全に関する報告の収集分析が行われ職員の共有周知が図られていました。</p> <p>○介護支援の場面のリスク、危険箇所、危険想定予測を全職員に周知し安全に対し取り組みがされていました。</p> <p>○ヒヤリーハットの改善や事故防止の検討・研修会が定期的に行われていました。安全委員会や事業所職員と連携しながら事故防止の検討を望みます。</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 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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 189 感染症の予防策が適切に講じられている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○感染症対策については、法人の看護師を中心に医療衛生委員会が設置され中心になり、対応されていました。事業所の担当、栄養士等役割分担がされていました。当事業所も看護師が、衛生委員会と協力して感染症の取り組みが行われていました。</p> <p>○感染症対策マニュアルは、適切に整備されており、利用者・職員に周知が図られています。</p> <p>○感染症予防については、医療衛生委員会が中心になり勉強会も定期的を実施されていました。インフルエンザ、ノロウイルスには特に注意されていました。</p> <p>○感染症予防対策マニュアルに基づき、予防策・感染症発生対策が整備され適切に対応されていました。</p>
			③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 192 災害時の対応体制が決められている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○日中の事業所で消防署の届けでは、必要とされていませんが、防災管理者が常駐し防災計画が立案され、訓練が実施されていました</p> <p>○事業所には活動場所が3か所になっており、それぞれ災害時の避難経路が提示され、利用者・職員が安全かつ迅速に避難できるようになっていました。</p> <p>○日中事業所のため災害時の備品、備蓄は検討されていませんが、法人として食料・備品類の備蓄を行ったりリストの作成も行われていました。</p> <p>○防災計画には地元の行政、消防署、警察、自治会、福祉関係団体に、必要に応じ連絡協力の体制ができていました。事業所にはADEも常備され近隣住民の活用にも対応されていました。</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		
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)	■	198	標準的な実施方法が適切に文書化されている。	○サービスの標準的な実施方法は、適切に整備されており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、権利擁護が実施される文章になっていました（基本理念の検討中で4月に策定されたものを基準にされていました）。  ○利用者の尊重、プライバシーの保護・権利擁護は、利用者が自立する為に、職員に研修や指導をして周知をお願いします。  ○標準的な福祉サービスには、職員の理解と研修の場が必要となります。各委員会、特に研修委員会を中心に標準的なサービスの質の向上のために、実施することを期待します。	
				■	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。		
		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。	b)	■	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。		○サービスの標準的な実施方法の検証や見直しは、法人のサービス提供管理責任者研修会が中心になって随時おこなう仕組みがありましたので、事業所においても標準的にサービスの実施方法の仕組み作りと実施を望みます。  ○福祉サービスは、アセスメントを始め個別支援計画が立案され、内容をもとに支援実施されていました。支援計画は、特に自己表現の難しい利用者にも適切なサービスができる工夫がされていました。
				■	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。		
				■	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。		
				□	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。		
	(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)	■	206	個別支援計画策定の責任者を設置している。	○個別支援計画は、サービス提供管理責任者と主任により管理されていました。アセスメントは圏域で共有されている様子を基準に事業所独自の様式で実施され、様々な職種の職員と協議されていました。  ○個別支援計画は、アセスメントに基づき具体的な利用者ニーズが計画に反映されていました。実施においては、全職員が共有し様々な職種の職員が合意する仕組みがありました。サービス提供管理責任者と主任により見直し評価・計画等検討されていました。支援困難者には管理職や、運営会議で対応する仕組みになっていました。	
				■	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。	

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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○個別支援計画は、サービス提供管理者、主任を中心にアセスメント・計画立案・実施・評価・モニタリングの循環で展開されていました。</p> <p>○利用者の状況にもよりますが、モニタリングは半年から一年サイクルで行われていました。新規利用者や支援困難な利用者には一か月ごとの見直し評価を実施するなど、きめ細かい対応がされ、利用者の変化やニーズにより適切に対応が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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○サービスの実施状況の記録や個別支援計画の様式は、法人で統一されていますが事業所により独自のものになっています。計画は、法人全体で確認でき支援状況も共有できており、理解しやすい工夫がされていました</p> <p>○個別支援計画様式は、目標・課題・ニーズ決定のための役割を重要な項目に位置づけ、職員の見守りや課題解決のため、情報共有を重要視されていました。利用者のストレングス・エンパワーメントを引き出すことに力を入れていました。アセスメントや支援計画は、看護師・栄養士の参加による個々の情報共有を行い全職員が支援できるような仕組みがありました。</p> <p>○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、データやファイルなどの情報の共有ができていました。</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>■ 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> <li>■ 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> <li>■ 225 記録管理の責任者が設置されている。</li> <li>■ 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> <li>■ 227 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○個人情報保護法の規定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されて、規定も詳細に整備されていました。個人情報の使用についても規定に定められており利用者・家族の同意書も整備されていました。</p> <p>○記録の管理は、管理者・主任・サービス提供管理者が担い、職員に対して個人情報保護法に関する研修を法人組織として定期的実施されていました。</p> <p>○各委員会は実習生・ボランティアに対して、個人情報保護の説明が文章によって行われていました。</p> <p>○個人情報の取り扱いについては、施設利用時に利用者・家族に説明し同意書も整備され適切に管理されていました。</p>