

## 事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別 多機能型事業所（障がい）  
事業所名（施設名） 夢のつばさ

### 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、施設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。</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>○夢のつばさが目指す「理念・基本方針」は、使命や役割等を掲げている。その文章から個人の尊厳の保持や、利用者の心身の健やかな育成、有する能力に応じ自立した日常生活の支援に取り組む考えを読み取ることが出来る。</p> <p>○「倫理規程に基づく具体的な行動指針」には、職員自らの業務に対する意識付けや利用者への接し方等明記され、年度初めに1日をかけて研修等を行い、職員に周知と理解を促がす取組みを行っている。</p> <p>○利用者や家族に対しては、入所式や家族会利用者自治会の場にて説明している。</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
	2 経営状況の把握	(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b)	<p>■ 7 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。</p> <p>□ 8 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。</p> <p>□ 9 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。</p> <p>□ 10 定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。</p>	<p>○村社会教育研究会や西部地区教育支援委員会、村の保健福祉審議会に出席し、ニーズの予測、地域のデータ等の内容の把握に努めている。</p> <p>○事業計画に基づき、ニーズの予測、地域のデータ等の内容を把握し分析を行うことが求められる。更に定期的に事業の進捗状況を検証し、現状値及び課題等を把握し、これらの情報等を中・長期計画に反映される事を期待したい。</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。	b)	<p>■ 11 経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。</p> <p>■ 12 経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）間での共有がなされている。</p> <p>■ 13 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。</p> <p>■ 14 経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。</p>	<p>○具体的な課題や問題点は、職員会にて職員同士が意見を出し検討を行い、「生活介護・就労継続支援B型・地域活動支援センター・グループホーム」の見込みや経営状況などの課題を分析し、内容や職員体制等の改善策の検討を行うなど経営状況の周知に努めている。</p> <p>○更に、検討及び分析された具体的な課題や問題点を書面等に明記される事を期待する。</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	
	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。	c)	<input type="checkbox"/> 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。	○理念や基本方針の実現に向け、理事者（理事会の専門部）と職員の間で検討委員会を設置して、策定する計画である。 ○今後、夢のつばさの理念や基本方針の実現のため、中・長期にわたって取り組むべき課題や職員体制の充実など明らかにすることが望まれる。また、明らかになった目標を達成するための計画を策定し、評価・見直しを定期的に行い、計画に従って収支計画を策定される事を期待したい。	
			<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 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。	c)	<input type="checkbox"/> 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。		○単年度の計画は策定されているが、中・長期を反映した計画にはなっていない。 ○今後、中・長期に基づき、単年度の事業計画を実現するための予算配当と執行状況を策定され、これらの進捗状況を定期的に検証される事を期待したい。
			<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	<input type="checkbox"/> 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。	<p>○事業計画は、年度初めの職員会に全職員に配布されサービスの内容や地域との関り、夢のつばさの役割などの計画が示され、職員会において実施の進捗状況等の確認を年度の間に行っている。</p> <p>○前年度の分析・評価を職員及び理事者（担当の理事）が行い、その結果に基づき、次年度の計画に活かされている。</p>
					■	24 計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。	
					■	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。	<p>○年度初めに、年間行事計画を配布し家族会や利用者自治会の代表者の話し合いの場で説明を行っている。生活介護の利用者には、関係する部分をピックアップして分かりやすく説明している。</p> <p>○今後、事業計画の主な内容等を簡潔にまとめた資料等により、理解を促がすための周知、説明の方法など工夫される事が望まれる。</p>
					□	29 事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。	
					□	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。	○夢のつばさの方針に沿って第三者評価を受審し、結果を受け福祉サービスの質の向上にむけ、今後の課題等話し合う仕組みが位置付けられている。 ○事業毎の担当職員は、利用者の話し合いの場を設け、内容について意見を聞くなど、PDCAサイクルに基づき質の向上に取り組む体制を整えている。
					■	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。	
		② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b)	□	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。	○職員会において、委員会毎に課題が出され、（例えば、利用者の作業の能力に応じた配分等）評価結果から単年度にその目標等を掲げ、設備の改善や人員配置・予算等必要に応じて見直しを行っている。 ○更に、評価結果を分析した結果やこれに基づく課題等を文書化され、見直しを行った上、必要に応じて中・長期計画の中で、段階的に取り組まれる事を期待したい。	
				■	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。	○所長としての具体的な取組等は、定款細則専決事項等に明記され、理念や基本方針を踏まえた取り組みの具現化や質の高いサービスの実現に向けて、自らの役割や責任について、職員会等の場で述べている。 ○更に、「夢つば通信」や「夢のつばさボランティア通信」等の広報誌等に所長として自らの役割と責任を掲載し、表明される事を期待したい。
			□	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。	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。	○所長は、代表者会や行政説明会・リスクマネジメント等の研修会に出席し、リスクマネージャーの資格を保有し、遵守すべき法令等の理解に努めている。 ○職員に対して、倫理や法令等の幅広い分野について特に必要な時には、職員会等で職員に周知を図っている。
■	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	着眼点	コメント
		(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a)	<p>■ 49 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。</p> <p>■ 50 管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。</p> <p>■ 51 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。</p> <p>■ 52 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。</p> <p>■ 53 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。</p>	<p>○所長は、利用者の立場にたつ姿勢を大切に、「集い・働く・暮らす」支援に自らも参画し、夕礼時に利用者や職員から出される意見等を聴くなど、課題の分析・評価を行っている。</p> <p>○利用者支援・行事・研修会等サービスの質の向上に向け指導助言を行い、職員会や利用者自治会にて、意見を聞くなど、運営に活かすよう努めている。</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。	b)	<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>○夢のつばさの目指す姿を全職員に伝え、共有する仕組みが確立されてる。所長の下、職員一人ひとりが運営面に関心を持ち役割を果たすよう努めている。</p> <p>○経営や業務の効果を高めると共に、経営状況やコストバランスの分析を行うなど、更なる福祉サービスの取り組みを期待したい。</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
	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)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<p>○ハローワーク・ホームページ等で募集すると共に、理事者等に人材の確保をお願いしている。</p> <p>○ニーズの多様化に伴い、必要な人材を見直し、目標の実現に向けた具体的な取り組みの事を期待したい。</p>
			② 総合的な人事管理が行われている。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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る。	<p>○人事管理は、人事規程に定められ、就業規則や給与規定に基づき「期待する職員像」を明記され、人事評価制度実施要綱を職員に周知した上で、今年度から実施されている。</p> <p>○更に、職員の個人面接を行うなど職員の意向・意見を基に改善策を検討・実施を行うなど、総合的な仕組みづくりを期待したい。</p>



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	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。	b)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○勤労者共済会に関する条例に基づき、職員の親睦会などの支援を図っている。健康診断・予防接種等全職員が受診し、健診後6ヶ月の自己評価(具体的な行動目標を作成)を行い、健康管理を図っている。</p> <p>○有給休暇取得の推進・負担軽減のシフト作成など働きやすい職場環境の配慮に努めている。</p> <p>○定期的に個人面談の機会を設けるなど、相談窓口を明確にし、就業状況や把握された意向や意見について分析・検討の文書化を期待したい。</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。	c)	<p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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>	<p>○職員の育成を図るため、期待する職員像に基づき、理念・基本方針を踏まえた施設の全体目標を明確にし、面接を通じチーム・職員個々の目標を設定し、目標管理シート等を作成された上で、中間や年度末において目標達成と取り組み状況を確認する取り組みが望まれる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			② 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。	b)	<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>○夢のつばさの理念・基本方針に基づき、必要とされる専門資格等が明記されている。新任研修や相談従事者・サービス管理責任者養成研修等、又、技術を高めるための学習等の研修計画が策定されている。</p> <p>○目標管理等と共に、教育・研修の評価と見直しを行い、その結果を踏まえて次の教育・研修計画に活かされるよう、体系化した研修計画を策定される事を期待したい。</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。	b)	<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>○職員研修計画があり、外部研修に参加する際には職員同士の応援体制が組まれている。又、内部研修は月2回実施され、階層別・テーマ別研修等、其々の職員に応じた教育・研修が実施されている。</p> <p>○今後、職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが行われる事が望まれる。更に、研修後の復命書等に研修成果の評価・分析を記載し、次の研修計画に活かす事を期待したい。</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
		(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 checked="" 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 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>○学校からの実習依頼を受け、実習内容を確認して、職員にも周知し共有を図り、担当部署が中心となり指導している。</p> <p>○今後、受け入れを行う場合は、夢のつばさとしての受け入れ姿勢を明確にし、指導者に対する研修を行うなど、より効果的な研修・育成のための工夫を期待したい。</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>○ホームページ等を活用し、夢のつばさの事業や財務に関する情報等を公表している。</p> <p>又、商工会・地域の自治会や民生・児童委員を通じて、活動状況等を報告している。</p> <p>○西部3村アンテナショップ「ふらっとホット」にパンフレットを常設し、地域に向けて情報の公開に努めている。</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
			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"> <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>○夢のつばさ運営の透明性を確保するために、事務・経理・取引等に関するルール等は各種規程に則り、職員に周知を図っている。</p> <p>○内部監査委員2名と公認会計士が定期監査を行い、事業報告等の監査結果・計算関係書類及び財務目録監査結果を実施している。</p> <p>○事業・財務に関する監査結果に基づき、業務内容の評価やグループホーム立ち上げに関する相談等行い助言を得て、見直しを行い経営改善を実施して事業・運営の適正化に取り組んでいる。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 109 利用者の個別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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○施設は阿智村地域を含む、下伊那郡の西部地区に住む養護学校生（現・特別支援学校）の保護者が生徒の卒業後の進路についての話し合いの中で創設された。阿智村保健センターのボランティア室から共同作業所として出発し、当時から地域や、地域のボランティアとは深い関わりがある。</p> <p>○パンフレット・事業計画等に地域との基本的な関わりを文書化し地域の情報は利用者に分かりやすく玄関に掲示されている。</p> <p>○村内で行われる駅伝・阿智祭・文化祭等のイベントにはほとんど参加し、地域のボランティアの支援も受けている。日常の散歩・映画鑑賞にもボランティアの支援があり、感謝祭として地域のボランティアの支援に感謝する行事を設けている。</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。	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>○ボランティア受け入れ規程（マニュアル）を整備し、受け入れの基本姿勢を明文化している。規程には、目的・ボランティア活動の原則・活動の注意事項等を定め、地域のボランティアが気持ちよく支援できるように受け入れ担当者を設置をしている。また、個人情報保護の立場から誓約書の提出を求め、ボランティア保険の加入もある。</p> <p>○中学校の職場体験を受け入れている。高校生の「地域政策コース」への協力については高校で発表会があり職員が出席している。地域の学校教育への協力について職場体験受け入れマニュアルを作成し、基本姿勢を明文化して受け入れている。</p>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	眼	点	コメント
		(2) 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)	■	<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>○利用者に直接関係する関係機関・間接的に関わる機関等・業者も含めリストを整備し、職員には職員会等で説明し共有されている。新人職員には更に詳細に説明している。</p> <p>○飯伊圏域支援センターと連携し、定期的に（年に5～6回）飯伊自立支援協議会に参加している。利用者についての「暮らし部会」「仕事部会」「権利擁護部会」「人材育成部会」に参加し地域の他施設、他機関と共通の問題についてネットワーク化し、有効に活用している。</p>
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	① 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>○菓子・パンの工房の休みを利用して地域のニーズに応え、施設の理解を深めてもらうためにパン・菓子教室を開いている。</p> <p>○阿智村と連携し災害時には福祉避難所としての役割を果たすように指定されている。</p> <p>○地域の行事には利用者・職員とも積極的に参加し地域の活性化に努めている。また地域のショッピングセンター内伊那地区西部3村のアンテナショップ「ふらっとホット」の営業を任せられ委託販売・喫茶等を営んでいる。地域の人がバスを待つ間に利用したり、憩いの場として地域住民の大切な場所になっている。地域住民にとって施設は認められる存在になっている。更に専門性を活かして地域住民に役立つ講演会・研修会の開催を期待したい。</p>
			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)	■	<p>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> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>132 把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。</p>	<p>○事業所について理解を深めるために行っている菓子・パン教室を通して、また、アンテナショップ・温泉施設等で事業所の商品の販売をする中で地域の福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>○法人の評議員に委嘱されている民生委員は地域の具体的なニーズを任務を通して把握することができる。年1回、職員と合同の施設見学、更に保護者で作っている「通所施設を考える会」にも参加し広範囲からニーズを収集し把握して事業活動に寄与している。</p> <p>○法人内の相談支援事業所とも協力し地域からの問い合わせ・相談に答えている。</p> <p>○地域の関係機関や学校・施設とも連携し事業所で栽培した葉牡丹等を配ったり、自治会と協力して国道沿いの草刈りなどを行っている。育成会の要望に応じてのパン作り教室も行っている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	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)	<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・評価等を行い、必要な対応を図っている。</li> </ul>	<p>○パンフレットには利用者の人として生きることの尊さを謳い、重要事項説明書の運営方針には利用者の意思及び人格を尊重し常に利用者の立場に立った支援を提供することを明示している。また、「倫理規程」には常に「人権」を意識し利用者の自己決定を尊重した質の高い福祉サービスを提供する事を明記し共通の理解を得るための取組を行っている。</p> <p>○利用者、個人個人の一日の実施される活動が詳細に明記された「利用者マニュアル」を備え、一人ひとりについて利用者を尊重した言葉や実施方法が記載されており職員誰もが支援できるように整っている。</p> <p>○飯伊自立支援協議会の権利擁護部会での勉強会や施設内研修で学び、施設の会議や委員会での状況の把握・評価等を行っている。</p>
			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>○「倫理規程」には「職員の具体的な行動指針」が定められ、プライバシー保護についても位置付けられている。個人の情報・写真の掲載は承諾なしには他に提供しないこと等明示し契約時に保護者等に伝えられている。また、虐待防止については所長を責任者に定め契約時に虐待防止規程に基づいて利用者・保護者に伝えている。定期的に権利擁護についての研修を位置付けている。</p> <p>○就労の場は一人ひとり利用者が落ち着いて仕事ができるように工夫されプライバシーが守られている。トイレ等はタイマーを利用する等でプライバシーを護り、規程に基づいた支援が実施されている。不適切な事案についても「倫理規程」によって定められている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	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)	<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>○事業所を紹介するパンフレットは村の役場やアンテナショップ「ふらっとホット」に置き、多くの人が手にできるようにしている。</p> <p>パンフレットは理念と共に事業所の各部署や行事への参加の様子等を写真で紹介し目指す方向も記載され、サービスの選択に資するものになっており誰にでもわかるように配慮されている。</p> <p>○利用希望者の見学等には担当者が配置されパンフレットを始めDVD等を利用し、視覚にも訴えるように配慮されており分かりやすく丁寧な説明をしている。</p> <p>○特別支援学校の生徒・保護者には長期間かけて事業所を理解し利用につながるよう援助している。パンフレット等の情報の提供は制度の変更、法人の事業内容等の変更等で見直しをしている。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○サービスの開始に当たっては事業所の現場を見学してもらい、利用者を中心に利用できるか納得した上で契約に繋げ、契約書・重要事項説明書は利用者・家族(後見人)に説明している。</p> <p>○サービス開始に当たり重要事項の説明を受け、確認書・承諾書には利用者・家族(後見人)で同意し押印している。意思決定の困難な利用者についてはイラスト・写真等を使い家族とも協力し説明している。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○事業所内の他部署へ移行した利用者は、数か月の期間をかけて新しい部署の体験をしながら継続性に配慮して変更している。</p> <p>○他の事業所への移行についても他事業所との連携を密にしながら移行期間を十分に利用者にも負担にならないよう支援している。その間に利用者・家族と移行後についても話し合い、利用者が安心して移行するまで見守っている。</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
		(3) 利用者満足の上昇に努めている。	① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b)	■	159 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。	<p>○利用者には利用者満足も含め、日常の事業所での生活について要望や意見を聞く個別面談の機会を年に2回設けている。家族会は行事の前や役員の交代時期等ほぼ2か月に1回の割合で開催されており、その都度職員も出席し意見・要望を聞いている。</p> <p>○平成28年度までアンケート形式での利用者満足調査が行われ、分析し福祉サービスの質の向上に活かしていた。今後も組織的に担当を決め利用者満足のための調査を実施し、分析・検討結果に基づいて具体的な改善を行いサービスの質の向上に努めることが望まれる。現在、利用者・家族に向けた24項目のサービス満足度アンケートを実施する準備をしている。</p>
					■	160 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足把握を目的で定期的に行われている。	
					■	161 職員等が、利用者満足把握を目的で、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。	
		(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)	■	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。	<p>○苦情解決の体制は組織的に確立され解決の手順について整備されている。契約時に重要事項説明書によって利用者・家族に説明され、また家族会等でも周知している。</p> <p>○文書として苦情解決規程が定められ、「苦情申し出書」・「苦情受付・経過記録書」第三者委員から苦情申出人へ報告する「苦情受付報告書」・「苦情解決話し合い結果記録書」等を備えている。苦情提出には苦情申出人の署名押印が求められている。また苦情解決責任者から苦情申出人、及び第三者委員に対して「苦情改善結果（状況）報告書」にて改善結果を知らせている。</p> <p>○玄関には県の適正化委員会を含めて第三者委員への連絡ができるように記載されたポスターが貼ってあり、意見箱も設置されている。また連絡帳や「帰りの会」でも苦情の受付を実施している。</p>
					■	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。	



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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○重要事項説明書に「事業所の苦情・相談受付窓口」として生活介護・就労継続支援B型双方から担当者が選任されている。第三者委員の氏名・電話番号等も記載され、その他村の窓口・県の福祉サービス適正化委員会の連絡先も明記されている。</p> <p>○利用者・家族は重要事項説明書で説明を受けて文書は手元に届いている。また家族会でも説明している。利用者には「帰りの会」で相談の時間を確保し、連絡帳の活用もしている。相談は相談支援室等が充てられる。</p>
			③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 175 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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め迅速な対応を行っている。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○利用者からの相談や意見に対しては苦情解決の仕組みとほぼ一体的に運用している。相談・意見に限っての記入は相談・意見を受けた職員が記入する「苦情または意見・要望等連絡票」を備え連絡帳や「帰りの会」等で出された意見・相談を各職員が記入している。意見要望の内容・申し出者への説明や解答内容、行った対応を記入している。</p> <p>○できるだけ早急に解決するようにしているが、解決に時間を要する事案は職員会等で討議し後日報告する旨、口頭・連絡帳・電話等で当事者や家族に伝えている。意見を基に苦情と同様にサービスの質の向上に取り組んでいる。</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
		(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"> <li>■ 180 リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネージャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○所長はリスクマネージャーの資格を取得し事業所のリスクマネジメントの責任者として選任されている。事故発生対応マニュアルを整備し、マニュアルには家族への説明や行政対応、保険対応について記載されており、職員会議で最終的に意思統一するまでを分かりやすい書式で示している。</p> <p>○利用者の安全と安心を脅かす事例として事故やヒヤリ・ハット、イレギュラー報告を収集し毎日の職員タレで報告し合い、必要に応じて職員会等で発生した要因の分析・改善策・再発防止策を検討している。また、救急救命の研修等にも参加している。</p> <p>○リスクマネジメント委員会は主任を中心に構成し、活動を始めている。</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。	b)	<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している。</li> </ul>	<p>○保健係が中心となって感染症の予防や発生時の対応を行っている。感染症発生時の対応について、インフルエンザ・ノロウイルス・新型コロナウイルスのマニュアルを作成している。また厨房には厨房危機管理マニュアルを備えている。</p> <p>○毎年感染症の発生が予想される季節に入る前には外部研修に参加し、職員会で伝達・報告し共有している。</p> <p>○感染症については利用者・家族にも文書配布して予防を呼びかけている。今後、事業所内に感染症対策委員会等の体制を確立し責任の明確化・担当者及び委員の配置、定期的な検討の場の設置をすること、感染症のマニュアル・感染症の予防策の定期的な見直しを行い、医療の専門家の適切な助言などを参考に充実したマニュアルの作成が望まれる。</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
			③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b)	■	192 災害時の対応体制が決められている。	<p>○災害時の対応体制は法人の「非常災害対策規程」により決められ「日中活動時の大地震発生対応マニュアル」「火災発生対応マニュアル」が整備されている。また、利用者・家族の緊急連絡先等が整理され、職員の緊急連絡先は緊急連絡網に明示されている。</p> <p>○「非常災害対策規程」には火災について、防火管理者の任務が決められ消防計画の作成を始め防火についての総括的な責任を負い、また震災予防対策としてロッカーの転倒防止・飲料水の確保等日常からの防災対策を掲げている。</p> <p>○避難訓練は年2回、消火訓練は年1回行い、訓練には消防署・近隣の企業・住民等の協力を得て行われている。今後、近年の想定を超える災害の発生を検証するなどさらなる安全確保に向けた検討、大雪時・停電時等のマニュアルの整備や事業継続に向けての備えなど具体的なマニュアル作成が望まれる。</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。	
					■	194 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。	
					■	195 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。	
					■	196 防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。	
					■	197 防犯に係る利用者等の安全の確保対策を検討し、実施している。	
	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。	c)	□	198 標準的な実施方法が適切に文書化されている。	<p>○一人ひとりの利用者についての「利用者マニュアル」には利用者の特性に配慮した上でプライバシー保護等権利擁護に関わる姿勢が明示されている。利用者の送迎についても一人ひとりへの留意事項が記載されている。</p> <p>○今後、事業所における利用者の特性等を踏まえたうえで利用者に対して職員誰もが行わなければならない基本となる標準的な実施方法を文書化することが望まれる。福祉サービス実施時の留意点やプライバシーへの配慮、設備等事業所の環境に応じた業務手順等も含め、実施する福祉サービス全般にわたって決められていることが望ましい。</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。	
					□	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。	c)	□	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>○標準的な実施方法を文書化しそれについて福祉サービスが適正に実施されていたか定期的に検証し見直すことが望まれる。</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。	
					□	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。	

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) 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"> <li>■ 206 個別支援計画策定の責任者を設置している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○個別支援計画策定責任者はサービス管理者が行っている。基本情報や利用者本人について生活歴等の現状までの様子（アセスメント票①）現在の様子（アセスメント票②）でアセスメントを行っている。特にアセスメント票②は困っていること・食事・日中活動・金銭・健康・コミュニケーション等の対人関係等について詳細に、丁寧に評価している。</p> <p>○アセスメントは本人・家族・精神科医をはじめとする医療関係者・特別支援学校・栄養・理学療法等の様々な関係者の意見を聴取し記載されている。</p> <p>○半年に1回のモニタリングを行い事業所内では月1回のケース検討会で個別支援計画通りに福祉サービスが行われているか確認する体制が整っている。困難ケースについては必要に応じてのケース検討会やタ札時に話し合っている。</p>
			② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	b)	<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>○半年に1回個別支援計画の実施状況を把握をし、継続的支援のための見直し（モニタリング）を行い必要に応じて個別支援計画の変更を行っている。職員は毎月1回のケース検討会で日常的に行っている福祉サービスが個別支援計画通りに行われているかを評価・確認し、職員会や伝達会で全職員に周知している。</p> <p>○緊急の見直しは必要に応じてケース検討会・職員会で行われている。</p> <p>○個別支援計画の見直しから出された課題を事業所全体に関わる福祉サービスの質の向上のために標準的実施方法に反映するように、標準的実施方法を文書化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
		(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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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><input type="checkbox"/> 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><input checked="" type="checkbox"/> 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><input checked="" type="checkbox"/> 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><input checked="" type="checkbox"/> 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><input checked="" type="checkbox"/> 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>○利用者の健康状態や日々の生活状況は詳細に記録されている。また職員によって記録に差異が生じないように職員会で話し合い結果を議事録に残し、職員は何時でも確認することが出来る。</p> <p>○主任会・伝達会等の日程が年間で計画され、必要な情報は組織的に全職員に届く仕組みが整備されている。</p> <p>○詳細で丁寧なアセスメントをして立案された個別支援計画の目標に対するの反省・課題が更に具体化されるとを期待したい。</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"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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><input checked="" type="checkbox"/> 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><input checked="" type="checkbox"/> 225 記録管理の責任者が設置されている。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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><input checked="" type="checkbox"/> 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><input checked="" type="checkbox"/> 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>○利用者の記録等は種別に分類され確認しやすいよう整理されている。個人情報の保護・保存・提供等について契約書・重要事項説明書等に記載している。</p> <p>○個人情報の保護について不適切な事案が発生しないように事業所の職員は入職時や年度末、年度初めに全体での話し合い等で確認し合っている。</p> <p>○不適切な事案が発生した場合は倫理規程・就業規則によって対応している。職員は倫理規程・契約書・重要事項説明書等を理解し周知し、遵守している。</p> <p>○利用者・家族には契約時に説明し、その後も家族会等で説明し、周知している。</p>