

事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別：障害者支援施設
事業所名：長野県西駒郷駒ヶ根支援事業部

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（実施している場合は■）	特記事項 （着眼点以外の取組等）
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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>[取り組み状況] 法人が目指している理念や基本方針は明文化され、パンフレットやホームページに記載されおり職員会で職員に周知している。また、スタッフルーム、利用者の使用スペースにも掲示がなされている。</p> <p>[改善課題] 理念に謳う共生社会のスタートは、職員及び利用者・家族の理解である。家族へは支援課の方針等を話す機会を設けており、理念や運営方針等については改めて周知の機会を設けるなど、利用者・家族にとって重要なそれらの内容を理解しやすいように更にわかりやすい説明の機会や掲示等、周知・理解の工夫が期待される。</p>
	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>[取り組み状況] 法人の経営委員会による中・長期計画には現状分析・課題・対策等、具体的な構想が構築され、これに基づき事業所として福祉サービスの提供に努めている。</p> <p>[改善課題] 常に福祉サービスの収支、利用率等を分析し経営状況を全職員での共有化とともに、事業所一丸となった利用者が満足できる福祉サービスの提供とその安定経営に努めることが期待される。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点（実施している場合は■）	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	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>[取り組み状況] 経営課題は明確で具体的に明示され、法人役員会で説明・共有され、課題の解決や改善への取り組みについても周知できる体制があり、その実施も確認できる。</p> <p>[改善課題] 福祉サービス事業所における人材育成、職員配置など、困難な課題も意識しており、その対策及びその成果が期待される。</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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</p>	<p>[取り組み状況] 法人の中・長期計画（第三次長期構想）は、平成29年度～平成33年度までの5か年計画として冊子になっており、ビジョンと計画が明確に策定されている。</p> <p>また、法人の第三次長期構想委員会のブロック別ワーキンググループ及び課題別ワーキンググループにより、数値目標が設定され、進捗状況の評価、見直しが計画に基づいて行われている。</p> <p>その第三次長期構想の下に定めた単年度計画と、年度ごとに定めた重点事業計画も数値目標や成果等を設定しており、同様に状況の進捗状況の把握や評価が実施されている。</p>
			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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。</p> <p>■ 22 単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。</p>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(2) 事業計画が適切に策定されている。	<p>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。</p> <p>② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。</p>	<p>a)</p> <p>b)</p>	<p>■ 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> <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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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> <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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 31 事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。</p>	<p>[取り組み状況] 事業計画は、生活介護事業及び就労支援A型事業など、それぞれのサービス管理責任者を中心に各委員会により計画案が策定され、職員会議で検討・決定される仕組みになっている。 同様の手順で年度途中での実施状況の評価や見直し等もなされ中間報告も実施されている。</p> <p>[取り組み状況] 事業計画の内容については、利用者や家族へは年度当初に資料を用いて管理者が説明している。</p> <p>[改善課題] 事業計画は利用者や家族の参加を促す観点からも、わかりやすい資料の表示方法や参加意欲をかきたてる内容にするなど、改善・工夫が求められる。</p>
4 福祉サービスの質の向上へ		(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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 35 評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。</p>	<p>[取り組み状況] PDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上や、法人として年一回以上自己評価も行うなど、提供するサービスの質の向上に努めている。 また、評価結果を分析・検討する機会があり、福祉サービスの質の向上が組織的に図られ、評価結果を全職員で共有し、職員の参画のもとに改善策や改善計画を策定し、更に実施状況の評価も行い、必要に応じて改善計画の見直しもしている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	の組織的・計画的な取組		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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 36 評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。 ■ 37 職員間で課題の共有化が図られている。 ■ 38 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。 ■ 39 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。 ■ 40 改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。 	[改善課題] 組織的な質の向上に向けた取り組みや体制も進んできており、サービスの提供者サイドの評価とともに、利用者の各場面における自由度や本人の最善の利益についてなど、新たな項目の検討も必要な時期と思われる。
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 41 管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。 ■ 42 管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。 ■ 43 管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。 ■ 44 平常時のみならず、有事(災害、事故等)における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。 	[取り組み状況] 年度当初に管理者は事業所の経営・管理方針を示し、広報紙や事業所ホームページにおいても具体的に掲載しており、その内容には共感するものがある。 また、法人の研修は体系となり、管理者は関係法令に関する研修会への参加やそれら情報が把握できる仕組みもあり、実施が確認できる。 さらに、職員に対しての遵守すべき法令等を周知し、理解の高まりに努めている。
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	[改善課題] 本年度公表された意思決定支援ガイドラインの理解を相談支援専門員やサービス管理責任者だけでなく、合理的配慮とともに現場職員を含む全職員へと周知・理解の深まりが期待される。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(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。	b)	<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>[取り組み状況] 管理者は事業所のサービスの質等の評価や課題を的確に把握しており、委託元より示された方向性に基づき、積極的に将来展望を提案する姿勢がうかがえる。 また、定期的な利用者の顧客満足度調査の実施や第三者評価を受審し、サービスの質の向上に努めている。</p> <p>[改善課題] 理念・目的が異なれば、支援の質も異なるものである。新規採用の際の新人研修の内容など、検討する価値はあると思われる。</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>[取り組み状況] 時代の変化や利用者の重度化・高齢化に伴う対応としての組織変更や職員配置の見直し、ITの活用による業務の充実を探り、サービスの提供場面の効率化に努めている。</p> <p>[改善課題] 効率化と質の向上の両立は現場に近い職員だけでなく、サービス提供現場の生の声をどのように活かしていくのか、今後の取り組みが期待される。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点（実施している場合は■）	特記事項 （着眼点以外の取組等）
	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)	<p>■ 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> <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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>[取り組み状況] 職員の人材確保・育成等については、法人本部で進めているものの、事業所を利用する方の障害特性に配慮したものとするため、組織変更や新たな職員配置により機能強化に取り組んでいる現状である。</p> <p>[改善課題] 利用者像を考慮した全ての職種を対象とした、新人研修の内容の充実が期待される。</p>
			② 総合的な人事管理が行われている。	b)	<p>□ 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> <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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>[取り組み状況] 法人の理念・経営方針や職員行動規範などから、期待する職員像は推測が可能である。 なお、法人組織の人事基準及びキャリアパス制度には具体的な計画が明示されている。</p> <p>[改善課題] 職員の職種・雇用形態にかかわらず、法人の理念・経営方針などに、より具体的な期待する職員像を明文化するなどして、職員に周知・理解が進む取り組みが期待される。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(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。	b)	<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>[取り組み状況] 職員の就業状況や労務管理全般については、事業所の管理者、管理部が管理している。 第三次長期構想の「働き甲斐のある職場づくり」に努め、有能な人材の確保のため、人事・労務管理の充実やガバナンス強化に取り組んでいる。</p> <p>[改善課題] 長野県西駒郷の利用者及び職員のメリットは何か、長野県での位置づけは何かなど、入所施設や就労継続支援施設の説明だけでなく、その他の事業内容を含めた西駒郷全体のPR推進を図ることで施設内外における事業所の魅力も増すと思われる。</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。	b)	<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>[取り組み状況] 雇用形態にもよるが職員の目標管理の仕組みがあり、質の向上に結び付く環境がある。</p> <p>[改善課題] 期待する職員像とはどのような職員の姿勢を指し示しているのか、全職員を対象としたより具体的な明文化を進め、周知・理解の広まり、深まりが期待される。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			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)	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 85 定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。	<p>[取り組み状況] 法人組織の研修体系は階層別・分野別に整備されており、計画に基づいた職員教育・研修が実施され、事業所の職員も積極的に参加している。法人組織の事業報告には計画の評価・見直しも行われ、研修内容やカリキュラムに反映されている。</p> <p>[改善課題] 期待する職員像を職員の指針となるよう具体的に明文化し周知するとともに、全ての新規採用職員の研修内容の見直しが期待される。</p>
			③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 90 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。	<p>[取り組み状況] 法人本部の研修体系は、階層別、職種別、専門別に確立していて、事業所においても個々の職員の教育・研修に取り組んでいる。</p> <p>[改善課題] 知っている事、理解している事、実践できる事の意味を各職員が自覚できるよう取り組みが進むと、研修の効果も更に高まると思われる。</p>
		(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 checked="" 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 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>[取り組み状況] 実習・研修等に関する受け入れの基本姿勢は明文化されており、実習プログラムや実習のしおりに沿って実習生を受け入れ、積極的に福祉サービスに関わる専門職の育成に取り組んでいる。</p> <p>[改善課題] 受託終了後においては、実習生等の報告書などが現場の各職員が日々の実践の振り返りが可能となるようなものにするなど、それぞれがギブ&ギブの恩恵を得られるような仕組みが期待される。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>[取り組み状況] 法人のホームページでは、中・長期計画等事業全体の詳しい内容、状況が公開されている。 また、第三者評価の受審結果や苦情・相談に関してもホームページや広報誌等で公表している。 いずれにしても、これらの状況は確認し、改善策の検討・提示・対応が図られている。</p> <p>[改善課題] 積極的な公開を透明性の確保だけに留めることなく、人材採用など現状の課題解決に結びつく内容にしたり、良質な研究論文の掲載や障害者施策の改定や今後の推移など、公開内容の見直し・充実も期待したい。</p>
			② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	b)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>[取り組み状況] 事務・経理・取引等に関するルールや、職務分掌・権限・責任が明確に文書化されており、それに基づいて事業所では処理がなされている。特に、内部監査及び外部監査体制は確立して、法人組織としての運営の公正性・透明性の確保に努め、指導や指摘事項に対しては真摯に改善に取り組んでいる。</p> <p>[改善課題] 外部監査や専門家による指導や助言に関して、全職員で情報を共有して改善に取り組めると、更により良い福祉サービスの提供に繋がると思われる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
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。	b)	<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。 ■ 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>[取り組み状況] 地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設け、利用者への理解を深めている。 また、隣接する関係区と年1回懇談会を開催して相互理解に努めている。</p> <p>[改善課題] 意思疎通が困難な利用者、高齢化やそれに伴う介護度の重度化もあり、リスク管理に注力した利用者の自由度の拡大など、目指す共生社会への取り組みが更に進むことが期待される。</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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>[取り組み状況] ボランティアの受け入れについては、ボランティア交流会の開催やボランティアのしおり等を設け、積極的に取り組む体制がある。</p> <p>[改善課題] ボランティア等の受け入れや地域の学校との協力・連携は盛んであり、この良好な関係が利用者の生活の幅の広がりや目指す共生社会の創造へどのような効果を上げているのかなど、その検証及び新たな取り組みが期待される。</p>
		(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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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>[取り組み状況] 市町村・地域社協・総合支援センター等の圏域関係機関で作成したものを提供及び活用している。 また、自立支援協議会への参加などで、地域移行になった方へのアフターケアも含めての情報収集・交換も行っている。</p> <p>[改善課題] 固定化した移行困難者の個別・特異な状況に対応可能な受け入れ先の確保・育成など、課題解決に向けた取り組みが期待される。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>[取り組み状況] にしこま祭町おこしでの地域住民との交流だけでなく、就労継続事業のまめ匠による山間部への移動販売や地域見守りネットワーク等の実施がある。</p> <p>また、地域住民への専用相談窓口は設置されていないものの、住民からの随時の相談についての対応もある。</p> <p>なお、災害時での地域との防災協定などは締結されているものの、その効果・検証等は進んでいない。</p> <p>[改善課題] 地域との共生を謳う福祉施設として、住民への相談体制の整備やその周知は更に必要であろう。</p> <p>また、災害時対応については、その際の利用者の視点やその行動なども加味したものにするなどの徹底した体制が期待される。</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。		b)	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
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。	b)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 137 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的な状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。</p>	<p>[取り組み状況] 個別支援計画研修や、サービス管理責任者・相談支援委員会、人権・虐待防止委員会などの委員が中心になった所内研修を計画的に行っている。課会開催時には行動規範の読み合わせや、年2回の虐待の芽チェックリストを活用した取り組みもある。</p> <p>[改善課題] 個々の職員の利用者尊重の意識には温度差も感じられ、共通理解を深めるための更なる取り組みが期待される。</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。	b)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>[取り組み状況] 個人情報保護規程・プライバシーポリシー・重要事項説明書・行動規範・虐待防止マニュアル等を事業所ホームページに掲載し、また、各スタッフルーム等に掲示もなされている。</p> <p>なお、職員への研修・読み合わせなどで周知に努めているが、その理解度や実践における具体的な行動に結びついているのかなど、検証等の整備は進んでいない。</p> <p>[改善課題] 利用者や家族等へのプライバシー保護と権利擁護の周知について、具体例を挙げて理解度を高めるなどすると、理念の共生社会への理解も更に高まると思われる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 148 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 ■ 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。 	<p>[取り組み状況] 利用相談に対して、見学・体験の機会を用意し、また、法人パンフレットや事業所ごとの資料を作成して、圏域の市町村等の窓口配置するなど、利用希望者の生活範囲の中で得られる情報としている。</p> <p>[改善課題] サービス利用の際の個別支援計画について、利用中のその計画の位置づけや内容など、更に分かりやすくするなど、自分自身のものと意識できるように取り組みが期待される。</p>
			② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>[取り組み状況] 今年度から採用の臨床心理士を活用して、利用者・利用希望者等への説明も行われている。</p> <p>また、サービスの開始・変更についてはその都度相談支援員による書面での説明で、本人又は家族等の同意を得ている。</p> <p>なお、契約書等は読みやすくするために文字を大きくしたり、ルビを振っている。</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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>[改善課題] 読みやすくする事で止まる事なく、利用者本人を意識した各文言の解説文や注釈を整えるなどすると本人の意思決定も更に進むと思われる。</p> <p>さらに、同意についての意思決定が難しい方へは、利用の際の本人の自由度について、居住スペース・日中活動スペースなど、各場面ごとに計測可能な新たなスケールの検討・開発が期待される。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(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)	<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>[取り組み状況] 利用者満足度調査を年1回実施して、今後の提供サービスの改善に努める姿がある。</p> <p>[改善課題] 家族等からの各種意見は努めて聞くようにしているが、利用者の意見を聞くことが年々難しくなっており、本人の自由度を図るスケールなどの研究・開発が期待される。</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)	<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>[取り組み状況] 西駒郷苦情解決委員会設置要綱に基づき、利用者保護の体制の充実に取り組み、本年度より第三者委員の数も六名に増やし、利用者との面談の機会を設けるなど、見知らぬ人ではなく身近な人という関係作りが利用者や第三者委員との溝を減らしている。</p> <p>さらに、意見箱は管理棟だけでなく、利用者の利用スペースなど、随所に設置されていることが確認できる。</p> <p>そして、その内容についても匿名性を持たせて、可能なものは今後の対応なども含めて公開している。</p> <p>相談室に関しては管理棟とは別に、居住棟や日中活動棟に用意されているものの、利用者が落ち着けるか、安心できるか、温かいものかなど、定期的な検証は行っていない。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			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 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 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 checked="" 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>[改善課題] 利用者・家族等からの意見等について、受付からの流れを相談先ごとにチャート式で分かり易くしたり、注釈を加えたりと、常に利用者に対しての分かり易い説明が可能となるような、更なる受け入れの際の環境整備は期待したい。</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 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。	<p>[取り組み状況] 利用者に応じた対応方法を考え、試し、最善の方法を探りながら改善へと繋げている。</p> <p>[改善課題] 意思を伝えることが困難な利用者の意思の把握について、更なる研鑽が期待される。</p>
		(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。	① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	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 checked="" 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>[取り組み状況] 運営委員会が中心となり、過去に発生した事故や災害、現場で発生しやすい現象の検証を実施している。また、ヒヤリハット事例の情報を基に分析も行っている。</p> <p>[改善課題] 分析しその対策を周知する事も重要だが、その根拠を含めた理解とその実践の積み重ねが、安心・安全な質の高いサービスの継続的な提供とともに、職員の内的レベルの向上につながると思われる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点（実施している場合は■）	特記事項 （着眼点以外の取組等）
			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"> ■ 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>[取り組み状況] 委員会が中心となり、時期的なものや利用者の状況等によるものを判断しながら、安全策・予防策を実施している。</p> <p>[改善課題] 利用者の特性を考えながら感染症の予防等の新たな情報を積極的に収集し、全職員への伝達、共有化の徹底が期待される。</p>
			③ 災害時等における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 192 災害時の対応体制が決められている。 ■ 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。 	<p>[取り組み状況] 隣接する医療機関・区と協定書を交わし、連絡会を開催している。また、事業所での夜間訓練も職員参加で実施している。</p> <p>[改善課題] 夜間訓練を実施するにあたり、利用者の特性を考慮した参加を促すなど、職員だけでなく利用者・家族等と共に災害に対処する体制が、目指す共生社会であると理解したい。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点（実施している場合は■）	特記事項 （着眼点以外の取組等）	
	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。	<p>[取り組み状況] 利用者の特性や状況を理解したうえで、見直し等の時期も定めながら福祉サービスを提供している。</p> <p>[改善課題] 標準的な実施方法の実施確認は職種・採用状況にかかわらず、定期的な確認体制をもって、確立と理解したい。</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。	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。	<p>[取り組み状況] 定められた仕組みに沿って、検証・見直しが一定のサイクルで実施されている。</p> <p>[改善課題] 見直し後の個々の利用者の支援計画の周知について、職種・雇用形態にかかわらず、関係職員への徹底した周知が期待される。</p>
			■		203 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に実施されている。		
			■		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（実施している場合は■）	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(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。	b)	<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>[取り組み状況] 事前のアセスメントを基に利用者・家族等や支援相談支援員・事業所の様々な職種、関係機関等と協議しながら、利用者一人ひとりの気持ちに沿いながら策定し、実施している。</p> <p>また、困難事例の対応においては、強度行動障害などの利用者に配慮しながら居住スペースを用意するなど、真摯に取り組んでいる。</p> <p>[改善課題] 支援困難者の受け入れについては前向きな対応が確認できるものの、他の利用者への影響をリスクを考慮したうえで、利用スペースの環境等の検証が必要と思われる。</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"> ■ 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。 	<p>[取り組み状況] 標準的な手順書や、個々の利用者に応じたものなど、各サービスごとに作成されている。</p> <p>また、個別支援計画は作成後、評価・検討し、日常的な実施が可能となるように対応している。</p> <p>[改善課題] 日常的な提供が、利用者の状況や環境により提供困難な場合の代替え案などを定め、記載することで、現場職員の不安の減少や馴染んだ代替え案により利用者の不安・動揺を減らす事も可能と思われる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点（実施している場合は■）	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(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"> ■ 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>[取り組み状況] ケアマニュアルに沿って、アセスメントから個別支援計画を作成し、3か月毎のサービスの実施確認、6か月又は12か月毎のモニタリング・アセスメントを行っている。 また、継続・変更の内容なども事業所のネットワークにより確認が容易である。</p> <p>[改善課題] 各項目の支援や相談などの記載内容は、どの職員が見ても理解し、実践可能な表記の工夫が期待される。</p>
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b)	<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>[取り組み状況] 契約書・重要事項説明書・規程等には、記録・整備・保存等の取り扱いなどが細かく記載され、それに則り対応している。 また、利用者・家族等には、利用目的や開示請求なども説明している。</p> <p>[改善課題] 職員への研修内容については人権やプライバシー保護の視点に加え、個人情報、情報の保護、情報の開示についての理解を深めるなど、内容の見直し・充実が期待される。</p>