

(別添 1)

事業評価の結果 (共通項目)

福祉サービス種別 : 障がい者・児
事業所名 (施設名) : すまいる

第三者評価の判断基準

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

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

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コ メ ン ト	
I 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b)	■	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。	○理念・基本方針は、法人の理念・基本視点として文書化され、ホームページに掲載されている。福祉サービスを運営する法人の使命・役割が示されている。 ○法人の理念・基本方針の職員への周知は、職員会議で読み合わせを行い、職員には運営方針を配布し施設内に掲示してある。また、利用者・家族等への理念・基本方針の周知は、作業所内の掲示のみであり、分かりやすい表示、パンフレットへの記載などによる周知の工夫が望まれる。
					■	2 理念は、法人（福祉施設・事業所）が実施する保育の内容や特性を踏まえた法人（福祉施設・事業所）の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。	
					■	3 基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。	
					■	4 理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。	
					□	5 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。	
					■	6 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント	
I	2 経営状況の把握	(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	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。	○施設長は、精神障がい、知的障がいの団体研修に参加し、全体の動向を把握している。法人とともに今後、施設が向かうべき方向を分析し検討している。国が示す就労定着支援に向けた職員のさらなるスキルアップの必要性、今後、地域ニーズとして行動障がいの利用者への支援、社会福祉法人としての地域貢献等の課題を把握し検討している。 ○コスト分析や利用者の推移、利用率については施設長が管理し分析している。
					■	8 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。	
					■	9 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。	
					■	10 定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。	
		(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)	■	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。	○立地条件等で送迎がないと施設利用できない利用者のため、職員と検討し課題であった送迎方法について検討し利用者の利用拡大を図っている。 ○毎年、施設での現状や課題を分析し理事長ヒアリングで報告し、経営課題は共有している。	
				■	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		
I	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。	○中・長期計画は法人で中・長期総合計画として作成され、今後の事業所の目指す方向性を明らかにしている。前期・後期で評価・見直しを行い、地域ニーズを反映した計画が示され、ホームページに掲載されている。しかし、職員が中・長期計画の理解・周知できる工夫が望ましい。	
					■	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。		
				b)	■	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。		○単年度事業計画は、中・長期計画にもとづき事業目的や運営の方針が記載され、利用率などは数値目標として示し、前年度の反省を踏まえた計画が策定されている。
					■	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	
I	3	(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)	<input checked="" type="checkbox"/>	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、職員の意見を職員会議などで集約し事業計画を策定している。また、法人との年2回の面談があり事業計画の評価・見直しを行い、職員には毎年、年度計画書により周知し、職員会で説明を行っている。今後、事業計画の説明方法等の工夫が望まれる。
					<input checked="" type="checkbox"/>	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。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	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。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	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。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	27 事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等）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。	c)	<input 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。	○事業計画の利用者への周知は、行事計画を年間予定として配布し、利用者が参加できるように朝会での説明を行っている。 ○事業計画の利用者に関わる主な内容として福祉サービスの提供に関わる事、設備など環境に関わる事等は利用者に密接にかかわる事項であり、利用者にわかりやすく説明し理解を促す工夫が望まれる。
				<input 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 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。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着	眼	点	コメント	
I	4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。	① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b)	<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。	○第三者評価の受審を今回初めて受けた。今後、評価結果により検討していく予定である。 ○法人として、権利擁護の観点から権利擁護担当者相互研修チェックリストの利用により、利用者尊重の基本姿勢や職員への配慮という視点について、事業所相互に評価し合う仕組みがあり、法人内で公表し検討している。 ○法人の労働安全衛生委員会を中心に、職員のリスクマネジメントの観点からサービスの安全・設備面・緊急時の対応・健康管理の項目を施設長が点検し確認する仕組みがある。 ○日常的な福祉サービスの質の向上に向け、第三者評価受審後、課題に対する結果分析により、PDCAサイクルにもとづく、福祉サービスの質の向上への取組が望まれる。	
					<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 checked="" 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 checked="" 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。		
				b)	<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。		○法人の委員会を中心とした質の向上への取組の結果を分析・検討した改善への確認はできなかった。今後、第三者評価受審の結果や継続して実施していく自己評価の結果を検討する場を位置づけ、検討記録、改善策など計画的な取組に期待したい。
				<input checked="" type="checkbox"/>	37	職員間で課題の共有化が図られている。			
				<input checked="" type="checkbox"/>	38	評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで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 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。	○施設長の責任、役割は業務分担表として整備している。 ○施設長は、経営・管理等について、法人の方針に沿い、職員会議で施設が就労施設として今後、向かうべき方向を明らかにし取組をしている。 ○「すまいる通信」は中断しており、再発行の予定である。施設理解のためにも発行とともに、施設長の役割など掲載・明示していくことが望まれる。 ○有事の際に、施設長不在時の権限委任は、明文化の確認ができず、今後わかりやすく記載する等の工夫が望まれる。	
					□	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。		
				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。		○施設長は、法令遵守については十分理解され、管理職などの研修に参加し、管理職会議でも十分な話し合いや指導などを行っている。 ○権利擁護担当者チェックリストなどの利用により法人として取り組み、職員への周知や理解に努めている。
				■	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	着眼点	コメント	
Ⅱ	1	(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)	■	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。	○施設長は、国が示す方針から、法人全体の課題、施設の今後の課題を明らかにし就労定着への取組を目指し、ジョブコーチの育成、職員の作業指導の効果的な取組に力を入れている。今後、外部からの評価、指導の機会を持つなど、質の向上に向けて意欲を持ちリーダーシップを発揮している。 ○施設長は、職員面談の機会を利用するなどにより、職員の意見を積極的に把握し、職員と共に福祉サービスの質の向上に期待したい。
					■	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行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。	○施設長は、社会情勢を理解し、今後、法人とともに当事業所が向かうべき方向性を持ち、意欲的に進めている。しかし、職員に、理念・基本方針や現状の課題への理解・取組に隔たりを感じられる。今後、職員との積極的な会話などで同様の意識形成が望まれる。
					■	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	
Ⅱ	2 福祉人材の確保・育成	(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の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。	○必要な福祉人材の基本的な考えや福祉人材の確保、育成は法人を中心に行っている。福祉人材の育成は職階別、資格別等必要な研修計画を策定している。 ○パート職員を作業指導員として配置し、利用者の充実した支援体制づくりに努めている。 ○施設長は、職員の人材確保のため、さらなる企業努力が必要とし、採用ホームページや養成校へのアプローチ等今後の検討としている。
					■	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。	
				■	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。	○期待する職員像は、「求められる職員像」として法人職員基本指針に明示されている。 ○本年度から目標管理制度が開始し、施設目標が明らかにされ、職員が各々の目標を設定している。施設長面談を行い中間進捗状況を確認し、年度末には評価・分析する取組がある。職員との面談は職員の意見を聴取するよい機会であり、積極的に実施していくことが望まれる。 ○法人は、職員へのアンケートを取り、今後の職員体制など、職員がさらに意欲を持ち、働くことができる施設運営への取組に努めている。	
				■	63 人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。		
				■	64 一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。		
				■	65 職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。		
			□	66 把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。			
			□	67 職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができています。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
II	2	(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	○職員の有給休暇、時間外労働は定期的に把握している。有給休暇の促進にも力を入れ、さらなる取組を検討している。産休明け職員の時間短縮制度も導入し、働きやすい環境づくりに努めている。 ○職員の心身の健康への取組は、法人の安全委員会を中心に「心の健康づくり計画」により、実施している。職員のメンタルチェックを行いストレスを抱え込まない組織体制に取り組んでいる。プライバシーに配慮した対応が示され、相談窓口など職員に周知している。 ○職員の希望など取り入れ、福利厚生は「親和会」「勤労者互助会」の加入もあり職員の積極的な利用がある。また、日常的にストレスを話しやすい環境づくりが望まれる。 ○福祉人材の確保、定着のため、魅力ある職場づくりを目標として掲げ、その取組がさらなる労働条件の改善に向け促進することに期待したい。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント		
Ⅱ	2	(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)	<input checked="" type="checkbox"/>	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。	○目標管理制度が今年から始まり、期待する職員像に向けた取組が具体的に始まっている。組織の目標が明らかにされ、職員一人ひとりの目標について、中間面接、年度末面接、すべての職員への導入等、効果的な制度の取組が望まれる。	
				<input checked="" type="checkbox"/>	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。			
				<input type="checkbox"/>	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。			
				<input type="checkbox"/>	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。			
				<input type="checkbox"/>	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)	<input checked="" 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。		○法人として職員基本方針に期待する職員像が示されている。また、職員教育・研修は法人の人材育成担当を中心に、組織目標に沿い、職階別研修、専門職研修等、研修員会で計画し実施し、単年度の評価見直しを行っている。
				<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。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント	
Ⅱ	2	(3)	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)	■	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。	○職員個別の資格などは、自己申告カードで把握している。法人は資格取得を奨励し取得後の補助制度も充実している。また、法人の人材育成担当が知識・技術水準に応じた教育・研修を職階別、職種別に研修を行っている。 ○新任職員は、法人で新人研修を受け、OJTはチェックリストでの実施をしているが、業務の伝達は十分ではなく、マニュアルの作成などによりさらなるOJTの工夫が必要と思われる。
					□	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。	
		(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)	□	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。	○実習生の福祉人材育成は、社会的責務である。また、組織としての受け入れへの基本姿勢の明文化や実習受け入れ手順を含めたマニュアルの作成が望まれる。 ○実習指導者は社会福祉士指導者研修を受講した職員が行い、実習養成校と連携し、効果的なプログラム作成に取り組んでいる。
					□	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。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント			
II	3 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。	○ホームページの活用により、理念・基本方針・事業内容・決算・予算報告・作業内容などは写真の掲載で公開されている。また、第三者評価受審結果も掲載する予定である。 ○苦情・相談の体制は、第三者委員の設置があり、結果を申し入れ者のプライバシーに配慮し、ホームページで公開している。 ○地域への事業所の活動や理念・基本方針は、ホームページばかりでなくパンフレットの工夫などにより、発信の工夫が望まれる。		
					■	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。			
				a)	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。	■		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。	○法人の定款は、パソコンで確認する事ができ誰でも見れる体制にある。 ○外部監査は、法人として公認会計士により行われている。必要な助言は税理士などと相談ができる。
						■		102 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。	
						■		103 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について、必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を得ている。	
						■		104 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。	
						■		105 外部監査の活用等により、事業、財務に関する外部の専門家によるチェックを行っている。	
		■	106 外部監査の結果や公認会計士等による指導や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。						

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント	
II	4 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)	<input type="checkbox"/>	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。	○施設は、法人の運営する障害者総合施設内にあり、施設全体で「いつわ苑祭り」が開かれる。施設公開しダンスや合奏を披露している。 ○社会資源は掲示し、職員と相談の上、出かけた人は、職員とともに外出をしている。障がい団体の参加や団体のダンス交流に出かける等利用者の希望により外出の機会がある。 ○今後、地域交流の工夫や地域貢献をどのようにしていくか、総合施設内の事業所連絡会が設置され、今後検討していく予定である。
					<input checked="" type="checkbox"/>	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。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	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。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	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。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	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。	
		(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)	<input type="checkbox"/>	112 ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。	○ボランティア受け入れに関する基本姿勢やマニュアルはない。現在、「いつわ苑祭」に地域ボランティアが参加し、中学校交流でゲームをするなど受け入れがある。今後、ボランティアの受け入れの登録手続き、事前説明など記載したマニュアルの整備により不慮の事故などに配慮した体制づくりが望まれる。 ○ボランティア受け入れは、地域社会と施設をつなぐ柱として位置づけ、今後の積極的な活用にも期待したい。	
				<input type="checkbox"/>	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。		
				<input type="checkbox"/>	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		
				<input type="checkbox"/>	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。		
				<input checked="" type="checkbox"/>	116 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	
Ⅱ	4	(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a)	■	117 当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。	○当施設は、入所支援、生活介護、短期入所、通所介護、放課後デイサービス事業所を併設する法人の障害者総合福祉施設に位置し、地域の福祉の拠点として、日常的に連携した活動が行われている。また、ハローワークや障害者就労・生活センター等の公共機関や、企業との連携を図り、関係機関との合同会議を定期的に行うなど、利用者の就労継続支援から就労移行へと一貫した支援を行っている。 ○個々の利用者の状況に対応できる地域の社会資源を明示したリストはあり、日常的に活用しているが、さらなる職員間で情報共有を図ることに期待したい。
					■	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。	
		(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)	■	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。	○当施設が位置する法人の障害者総合福祉施設の交流ホールのスペースを利用して、地域住民との交流を行い、精神障がい者への理解を深める機会としている。 ○障害者総合福祉施設としての自衛消防組織があり、協力応援協定にもとづいて総合避難訓練を行っている。また、「福祉避難所」に指定されており、水害の際は地域の住民を受け入れる準備がある。
					■	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。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
Ⅱ	4	(3)	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)	<input checked="" type="checkbox"/> 127 福祉施設・事業所の機能を地域に還元することなどを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。 <input checked="" type="checkbox"/> 128 民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 <input checked="" type="checkbox"/> 129 地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。 <input checked="" type="checkbox"/> 130 関係機関・団体との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 <input checked="" type="checkbox"/> 131 把握した福祉ニーズにもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 132 把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。	○就労継続支援B型・就労移行事業所として、特別支援学校の卒業後の進路や、精神科退院後の受け皿として、見学や体験を積極的に受け入れ、就労に特化した利用者ニーズの把握に努めている。また、障がい区分の特定できない利用者への対応や、強度行動障がい研修の参加、就労定着支援への取組等、福祉ニーズの把握を行い、総合施設内の事業所連絡会として取り組んでいる。
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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	○「職員行動規範」を定めて利用者を尊重したサービスの提供を行っている。年度初めの職員会において、法人理念と共に読み合わせを行うことにより、職員全員に利用者を尊重する姿勢を周知している。また、年に1回、法人各事業所の権利擁護担当者による「チェックリスト」を用いての相互研修を行い、支援方法の見直し等を行っているが、その方法が明文化されていない。今後は、利用者を尊重した福祉サービスに関する基本姿勢を記したマニュアルを作成し、その結果が反映されることに期待したい。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント	
Ⅲ	1	(1)	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)	<input type="checkbox"/>	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。	○法人の規定に利用者の個人情報保護や虐待防止に関する規定はあるが、プライバシー保護についての記載が確認できなかった。利用者の日々の生活において、プライバシーの保護の規定や支援マニュアルの作成が必要と思われる。また、不適切な事案が発生した場合の対応についてもマニュアルの整備を進めることを期待したい。
					<input checked="" type="checkbox"/>	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。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	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。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	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。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	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。	
					<input type="checkbox"/>	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。	
					<input type="checkbox"/>	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。	
	(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。	① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b)	<input type="checkbox"/>	145 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。	○理念や基本方針及び実施するサービスの内容等については、印刷物では明示していないが、ホームページにおいて掲載し、広く地域に施設の情報発信している。また、広報誌やパンフレットは利用者の状況に合わせたわかりやすい説明や、写真、図などの工夫を行っている。今後は、理念や基本方針は、広報紙やパンフレットに明示し、公共施設など多くの人々が情報を入手できる場に置くことが望まれる。 ○利用者の見学や、体験などの受け入れを行い、利用者の状況に応じた対応を行っている。今後は、これらの過程についてマニュアル化し、整備などを行うことに期待したい。	
				<input checked="" type="checkbox"/>	146 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。		
				<input checked="" type="checkbox"/>	147 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。		
				<input checked="" type="checkbox"/>	148 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。		
				<input checked="" type="checkbox"/>	149 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント	
Ⅲ	1	(2)	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)	■	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。	○サービス開始時及び変更時には、利用者が自己決定できるように1日の流れや、作業内容を説明し、必要に応じて実際に体験することで、本人の意思を確認して同意を得ている。今後は、誰が対応しても、差異なく、同じ内容、手順で行われるように、これらの過程を明文化する等の体制が整備されることが望まれる。
					■	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。	
			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)	■	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。	○事業所の変更や、地域、家庭への移行にあたっては、担当窓口を定め、相談できる体制を整えている。また、相談支援事業所と連携を図り、自立に向けての一貫した支援を行っている。今後は、引継ぎや申し送りの手順などを明文化する等の体制が整備されることが望まれる。
					□	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。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント					
Ⅲ	1	(3) 利用者満足の上昇に努めている。	① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b)	<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。	○利用者の意向は、個別支援計画作成時や、ケア会議時に、職員が利用者の意見として取り上げている。また、不適切な行動として、意見箱に上がってきたものを職員会議等で検討し、利用者サービスを改善する仕組みはできている。しかし、利用者会や保護者会などがなく、利用者の意向を反映する工夫が必要と思われる。今後、保護者との触れ合いの機会を増やし、意見を聞くことなど、事業所と利用者の関係性の向上のための積極的な取組を行うことが望まれる。また、そのことが個別支援計画に反映されることに期待したい。				
					<input checked="" 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 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 checked="" 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。					
					(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。	○法人の障害者総合福祉施設内には苦情相談の受付があり、意見箱が設置されている。加えて、「すまいる」内には、「不適切な対応」として意見箱が設けられ、苦情の収集に努力している。 ○集められた意見・要望は、職員会議や朝の引継ぎなどで検討し、解決する仕組みが整っている。しかし、件数が少なく、データの蓄積や分析が行われていない。今後は、苦情要望を法人のホームページに公表し、分析を行い、福祉サービスの質の向上を行う取組が期待される。
									<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 checked="" 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 checked="" 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 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。									

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント	
Ⅲ	1	(4)	② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	b)	■	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。	○利用者からの相談方法や、相談相手については重要事項説明書に明示されており、日常的に相談を行っている。しかし、職員への周知は十分とは言えない。今後は、職員への周知や、積極的な声かけが期待される。また、その方法について明文化すると共に、個別支援計画やサービス提供記録への記載が必要と思われる。
					■	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。	
					■	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。	
			b)	■	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。	○利用者からの相談・意見は、個別支援計画検討時やケア会議において、職員との面談の中で聞き取る仕組みがある。また、必要に応じ、職員会議や、夕方ミーティングで話し合わせ、改善策が検討されている。しかし、相談・意見を支援体制に活かすための手順や対応策の検討などについて定めたマニュアルは確認できなかった。「すまいる」独自のマニュアルの整備を行うとともに、定期的な見直しを行い、一層利用者の相談・意見が支援体制に活かされることを期待したい。	
				□	175 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。		
				■	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。		
		■		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。			
			■	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。			
			■	179 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント			
Ⅲ	1	(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。	① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b)	■	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。	○法人のリスクマネジメントの仕組みに則り、ヒヤリハット・事故報告の仕組みはできている。しかし、実際のヒヤリハット・事故報告書の事例が少ない。事例の収集の目的を明らかにし、「すまいる」としてのリスクマネジメントの取組をマニュアル化し、体制が整備されることが望まれる。		
					■	181 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。			
					□	182 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。			
					■	183 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。			
					■	184 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。			
					■	185 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。			
					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)	■	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。	○医療面での体制は、併設する他事業所と兼務する看護師により行われ、緊急時の安全確保に努めている。 ○感染症については、インフルエンザ、ノロウイルス（感染性胃腸炎）等の対応について、法人の危機管理マニュアルに記載され、蔓延防止に取り組んでいる。感染症の発生しやすい時期の前など、定期的に利用者及び職員への研修会を行い、予防策についての対応の徹底を図ることが望まれる。
							■	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している。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント		
Ⅲ	1	(5)	③ 災害時等における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b)	■	192 災害時の対応体制が決められている。	○障害者総合福祉施設として、地域の福祉避難所に指定されており、防災訓練は年2回実施している。消防署、自衛消防団の参加があり、地域との連携が図られている。水害時には地域住民を受け入れる体制が整っている。食料の備蓄については栄養士が管理し、災害時の体制を整えている。今後は地震や水害時についての訓練を定期的に行うとともに、記録の整備を行い、災害時に活かされることに期待したい。また、利用者及び職員の安否確認方法、防犯カメラの設置などの防犯体制について研修実施、マニュアル作成が検討されることを希望する。	
					■	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。		
	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。	○法人としてのマニュアルは作成されているが、事業所として、標準的なサービスの実施方法を記したマニュアルがないため、不慮の事故や、不適切な事案が発生した場合に、業務が適正に行われているか否かの確認が難しい状況にある。また、職員の違い等による福祉サービスの差異を極力なくし、一定の水準でのサービス提供実施に向けて、早急に標準的なサービスの実施マニュアルの作成が望まれる。
						□	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。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント					
Ⅲ	2	(1)	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)	<input type="checkbox"/>	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。	○事業所としての標準的なサービスマニュアルがないため、基準となるものがなく、実施方法についての見直しが行われているか否かの確認が難しい状況にある。標準的なマニュアルの作成を行い、定期的見直しが行われることに期待したい。				
					<input type="checkbox"/>	203 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に行われている。					
					<input type="checkbox"/>	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。					
					<input type="checkbox"/>	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。		b)	<input checked="" type="checkbox"/>	206 個別支援計画策定の責任者を設置している。	○支援ソフトを導入しており、個別支援計画とサービス提供記録は確認できたが、アセスメントが確認できなかった。アセスメント結果にもとづいた個別支援計画が作成されること及び、これらの過程を示した手順を定めたものがなく、明文化されていない。今後は標準的な実施方法についてのマニュアルの作成が求められる。
									<input type="checkbox"/>	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。	
									<input type="checkbox"/>	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。	
									<input type="checkbox"/>	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。	
				<input type="checkbox"/>	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。						
				<input type="checkbox"/>	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。						
				<input type="checkbox"/>	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	
Ⅲ	2	(2)	② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	c)	<input type="checkbox"/>	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。	○個別支援計画の評価及び見直しは、サービス管理責任者が中心となり、誕生月を中心に6ヶ月ごとに見直しを行い、ケース会議において、個別支援計画の検討が行われている。しかし、個別支援計画に至るアセスメント表及び、日常のサービス提供記録と個別支援計画との整合性の確認ができなかった。早急に個別支援計画作成に関するマニュアルの整備等を行い、PDCAサイクルに則って継続、実施する体制づくりが求められる。
					<input type="checkbox"/>	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。	
					<input type="checkbox"/>	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。	
					<input type="checkbox"/>	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。	
	(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)	<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。	○施設内には支援ソフトが導入されており、サービス提供記録が、個別の支援記録に反映される仕組みができていた。しかし、個別支援計画にもとづいたサービス提供記録の確認ができなかった。個別支援計画に関するPDCAサイクルについて書面で確認できるような仕組みの整備が急がれる。 ○利用者の生活の証として、日々の記録は重要であり、アセスメント・課題検討(二次アセスメント)・個別支援計画・モニタリング、再アセスメントの根拠としての記録の重要性について検討されることに期待したい。また、サービス管理責任者が中心となり、定期的な支援ソフトの更新など検討されることが望まれる。	
				<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。		
				<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。		
				<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。		
				<input 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。		
				<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。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
Ⅲ	2	(3)	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 225 記録管理の責任者が設置されている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 227 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</p> <p>■ 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>	○利用者の記録の管理については、法人の個人情報管理規定に則って管理されている。契約時には個人情報の取り扱いについて、利用者・保護者に説明をしている。また、情報開示については、重要事項説明書に定められ、必要に応じ情報公開を行う体制が整っている。