

(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) 就労継続支援B型事業所
事業所名(施設名) 親愛の里 シンフォニー

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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 1 理念、基本方針が法人、福祉施設・事業所内の文書や広報媒体（パンフレット、ホームページ等）に記載されている。 ■ 2 理念は、法人、福祉施設・事業所が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人、福祉施設・事業所の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 ■ 3 基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。 ■ 4 理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。 ■ 5 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。 ■ 6 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。 | 法人の「基本理念」・「スローガン」が明文化され、職員の行動規範は、「職員の使命」として提示され、職員間への周知も図られています。 しかし、関係者への周知には課題があるようです。利用者や家族など広く法人・施設に関わる多くの方に理解していただけ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 |
|--------------|--------------|-----------------------------|-----------------------------------|----|--|---|
| | 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"> ■ 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。 ■ 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。 | <p>村の貴重な福祉施設の一つとして、また、圏域全体に多くの事業所を持つ法人の一施設として、障害部門を越えた多くの関係機関との交流や情報交換を頻繁に行い、地域ニーズの把握とその要望に応えられるよう努力しています。</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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 | <p>当施設はB型就労継続支援事業所ですが、地域・利用者の要望を受けて、幅広いニーズに応えています。 しかし、これは難しい支援体制を強いることとなっています。そして、必ずしも施設経営の改善に結びつかない現実があり、多くの職員がジレンマを感じています。 こういう努力に対し、地域行政機関や法人本部からの適切な評価や相応の支援を期待したいと思います。</p> |
| 策3 定事業計画の | | (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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 | <p>法人、施設ともに中長期計画は、「5か年計画」として明文化されていますが、具体性に欠けるように思われます。 そのため、現場職員には日々の支援との関連性について、身近なものとはなっていないようです。 現場職員や利用者が身近なものとして感じられるようなより具体性のある「5か年計画」となることを期待します。</p> |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着目眼点 | コメント |
|------|------|----------------------|---|----|---|---|
| | | | 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。 | b) | <input checked="" 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。 <input checked="" 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 checked="" 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。 | <p>単年度の事業計画は、「5か年計画」を反映し、幅広い視野を網羅していますが、職員の日々の支援に結びついていないようです。</p> <p>年間の四半期や月毎に事業計画を振り返り、施設全体で事業の進捗状況の確認と、その周知の徹底が必要と思われます。</p> |
| | | (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 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。 <input 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 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 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が）されており、理解を促すための取組を行っている。 | <p>毎年、定められた時期に幹部職員によって事業計画が策定されています。</p> <p>しかし、非正規職員が半数を占める当施設において、全ての職員の意見の集約とはなっていないようです。</p> <p>そのため、事業計画と日々の支援との整合に課題があると思われます。</p> <p>事業計画の遂行に全ての職員が一丸となって取り組む組織風土の醸成が期待されます。</p> |
| | | | ② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。 | b) | <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 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 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。 | <p>事業計画をホームページで閲覧できるようになっていますが、利用者や家族が身近に感じる媒体ではないように思います。</p> <p>施設のパンフレットや広報紙、日々のお便りなど目につきやすい媒体での周知が必要に思います。</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 |
|-----------------------------------|---|--------------------------------|---|----|---|---|
| | 4 的 な 福 祉 取 組 サ ー ビ ス の 質 の 向 上 へ の 組 織 的 ・ 計 画 的 ・ 計 画 的 | (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) | ■ 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。 ■ 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。 | 日常的な引継や会議で日々の支援の問題点について話し合わせ、改善に向けた取り組みを行っていますが、定められた評価基準に則ったものとはなっていません。 今回、第三者評価を受審し、この結果を参考に業務・支援全体の見直しにより一層進むことを期待します。 |
| | | | ② 評価結果にもとづき組織として取り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。 ■ 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。 | 日々の会議等での改善に向けた取り組みが検討され、実行されていると思われます。 今回の第三者評価の受審を期に、取り組みがより一層、具体的な取り組みが進むことを期待します。 |
| II 組織 の 運 営 管 理 | I ー 管 理 者 の シ ッ プ と | (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。 ■ 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。 | 管理者は、施設長として自らの責任を理解し、努力しています。 しかし、施設長としての責務や自らの持つ運営方針について、施設全体への説明が十分とは言えないと思われます。 日々の会議はもとより、書面や広報紙などの媒体をとおして幅広い理解を求める取り組みが必要と思われます。 |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | コメント |
|------|------|--------------------------|--------------------------------------|----|--|---|
| | | | ② 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) | <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> | <p>施設長は、法人や地域で行われる会議や研修において遵守すべき法令等を理解し、業務にあたっています。</p> <p>しかし、職員全員の理解に向けた取り組みは十分とは言えない状況にあると思われます。</p> <p>施設長が学んだことを職員に説明することで施設全体の理解が深まると思います。</p> |
| | | (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>地域からの幅広いニーズに対し、施設長は当施設が実施できる支援力を出来る限り発揮し、ニーズに応えるように努力しています。</p> <p>しかし、B型事業所と生活介護事業所の施設長を兼務する中、支援現場の現状や課題について現場の職員との間に多少の齟齬があることがうかがわれます。</p> <p>現場職員とのコミュニケーションを十分とることが「急がば回れ」、より効率的な業務の改善につながると思います。</p> |
| | | | ② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。 | b) | <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>施設長は、サービス管理責任者や法人本部とともに経営・業務の改善に向けて努力しています。</p> <p>しかし、これらについての施設内の合意形成への取組が不足していると思います。</p> <p>施設の財政状況や職員の待遇改善に向けた取り組みなど、丁寧な説明と職員の意見に対する傾聴姿勢が大きな改善や発展につながることを期待します。</p> |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着目眼点 | コメント |
|------|----------------------------|-----------------------------------|--|----|---|---|
| | 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) | <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>社会全体の人材不足、そして、業界全体の厳しい財政事情の中、人材確保に向けて最大限の努力をされています。</p> <p>しかし、非正規職員の中には、将来、環境が整えば正規職員として働きたいという意欲がある方もいるようです。</p> <p>今後は、新たな人材確保だけでなく、現状の非正規職員が将来の幹部職員につながるような人材の育成（研修等の自己研鑽の機会の提供）がより骨太の組織づくりにつながると考えられます。</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ます。</p> | <p>法人の人事管理制度に則り、適切な人事管理が行われています。また、「期待する職員像」は、「職員の使命」に記載され、明確にしています。</p> <p>しかし、正規職員と非正規職員の待遇や業務内容については、管理職と一般職員、とりわけ非正規職員との間に意見の隔りがあるようです。</p> <p>改善に向けた話し合いと、具体的な取り組みの必要を感じます。</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>法令に則り、適切な労務管理と就業状況の改善に向けた取り組みが行われています。とりわけ、子育て世代のパート職員には、職員全員で助け合い、働きやすい職場環境への配慮が行われています。</p> <p>しかし、法人・施設が現状において努力していることについての職員全体への説明や、職員個々の個人的な問題についての話し合いの機会がもう少し必要かと思えます。</p> <p>より一層働きやすい職場づくりになるよう施設全体で取り組まれることを期待します。</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>法人の「職員の使命」に期待される職員像を明確にし、それに向けた研修等が実施されています。</p> <p>しかし、正規職員にはその機会が提供されていますが、非正規職員には、研修計画はあるものの、研修時間への配慮が不足していると思えます。</p> <p>日々の業務に使命感と生き甲斐を感じている非正規職員も多く、このような人たちの意欲を高め、支援スキルの向上を目指した育成プログラムの充実と時間的な配慮が必要かと思えます。</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"> ■ 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。 ■ 82 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。 ■ 83 策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。 ■ 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。 ■ 85 定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。 | <p>法人が期待する職員像について、「倫理綱領」・「職員の使命」に明記し、必要な研修を実施しています。</p> <p>しかし、正規職員に対しては、計画的な人材育成のプログラムが法人として計画されていますが、非正規職員に対しては十分とは言えません。</p> <p>非正規職員を含めた全職員のスキル向上を目指した研修プログラムの必要性を感じます。</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"> ■ 86 個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。 ■ 87 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。 ■ 88 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。 ■ 89 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。 ■ 90 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。 | <p>正規職員には、法人のプログラムに沿った研修が実施されています。</p> <p>しかし、限られた人員の中で日々の支援を行っているため、研修機会の確保が困難な状況であることが理解できます。</p> <p>個々の研修での成果を全体のものとするための伝達方法の工夫等で、より施設全体のスキルアップにつながることを期待されます。</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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 91 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。 ■ 92 実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。 ■ 93 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。 ■ 94 指導者に対する研修を実施している。 ■ 95 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。 | <p>実習指導研修等に正規職員は参加しているようですが、職員全体の半数が非正規職員である当事業所においては、実際の実習では非正規職員から指導を受ける場面が多いと思われます。</p> <p>非正規職員も実習生に対し、より適切な指導ができるような研修機会への配慮や、分かりやすいマニュアルの整備が必要と思われます。</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 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 | <p>関係機関への報告書やホームページにおいて、施設運営の透明化に努力されています。</p> <p>しかし、利用者や家族、地域住民にとって身近な広報紙等での広報活動は充分とは言えません。</p> <p>苦情・事故報告等の施設にとって「負」の部分についても、様々な媒体をとおして公表することで、より多くの人々に信頼される施設運営が担保されると思います。</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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 101 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。 ■ 102 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。 ■ 103 福祉施設・事業所の事業、財務について、外部の専門家による監査支援等を実施している。 ■ 104 外部の専門家による監査支援等の結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。 | <p>法人本部及び法人の会計監査機関によって適切な事務・経理の状況や財務状況の把握と管理が行われています。</p> <p>しかし、これらについて一般職員への説明は十分とは言えません。</p> <p>施設内の全ての職員にも丁寧に説明し、理解し合うことが、透明性の高い施設運営の基本であると思います。</p> |
| 4 地域との 交流、 地域貢献 | | (i) 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"> ■ 105 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。 ■ 106 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。 ■ 107 利用者の個別的状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。 ■ 108 福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。 ■ 109 利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。 | <p>事業計画に「地域共生社会の実現に向けた取り組み」として、地域への関わり方を明文化し、実施しています。施設が運営する「喫茶ありがとうございます」における地域住民との交流に加え、地域の福祉事業所の連絡会議等、積極的に地域の会合や催し物に参加しています。</p> <p>このような活動をとおして、地域住民のニーズの把握と他事業所との支援や物資の協力体制の構築に努めています。</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 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"/> 110 ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。 <input checked="" type="checkbox"/> 111 地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。 <input checked="" type="checkbox"/> 112 ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している <input checked="" type="checkbox"/> 113 ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 114 学校教育への協力を行っている。 | <p>日常の就労作業において、利用者が施設内の作業に留まらず、必要な材料の買い出しなどに積極的に参加するとともに、地域住民からボランティアで専門的な作業の指導を受けるなど、地域と一体となった就労作業が当施設の大きな特徴となっています。</p> <p>また、利用者がボランティアとして地域の子供達に大道芸を披露・指導する機会があり、子供達との交流が積極的に行われていることも特筆すべきことだと思います。しかし、これらの活動の方法や計画、活動における注意点などの明文化においては充分とは言えません。</p> <p>今後、これらの素晴らしい活動が広がり、後継者に確実に引き継がれるよう、マニュアル等の資料の作成が必要と思われます。</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) | <input checked="" type="checkbox"/> 115 当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。 <input checked="" type="checkbox"/> 116 職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。 <input checked="" type="checkbox"/> 117 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 118 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 119 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>幅広く圏域の障害者福祉に携わる法人本部、また、地域の福祉事業所等との連絡会議などから、連携すべき関係機関と緊密な関係を構築しています。</p> <p>しかし、施設内にわかりやすい掲示がなく、全ての職員に周知されているとは言いがたい状況かと思えます。</p> <p>関係機関との連携した支援が必要となった場合、どの職員でもすぐに対応できるよう日頃から全ての職員に周知しておく必要があると思います。</p> |
| | | (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | ① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。 | a) | <input checked="" type="checkbox"/> 120 福祉施設・事業所（法人）が実施する事業や運営委員会の開催、関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。 | <p>地域の連絡会議等に積極的に関わり、法人内外の事業所とも連携をとり、地域ニーズの把握の取り組み、幅広い利用者ニーズに応えた支援を行っています。</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 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | b) | <p>■ 121 把握した福祉ニーズ等にもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。</p> <p>■ 122 把握した福祉ニーズ等にもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。</p> <p>■ 123 多様な機関等と連携して、社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどにも貢献している。</p> <p>■ 124 福祉施設・事業所（法人）が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を、地域に還元する取組を積極的に行っている。</p> <p>■ 125 地域の防災対策や、被災時における福祉的な支援を必要とする人びと、住民の安全・安心のための備えや支援の取組を行っている。</p> | <p>村の福祉事業所の協議会と日頃から連絡を取り合い、協力体制が構築されています。また、当施設が運営する喫茶店は、地域のお母さん達、お年寄りなどの集いの場となっており、日常的に多くの人々の交流の場となっています。</p> <p>災害時においても、協議会をとおして連携体制が出来ていますが、これらに対する現場職員の理解は充分とは言えないようです。</p> <p>いつ起こるか分からない災害に対し、全ての職員が対応できるような体制作りが求められます。</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。 | b) | <p>■ 126 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。</p> <p>■ 127 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。</p> <p>□ 128 利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。</p> <p>■ 129 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。</p> <p>■ 130 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。</p> | <p>障害者に対する人権の尊重など、利用者を尊重したサービス提供について、法人の理念・倫理綱領に記され、法人の研修や施設内の会議等において周知が図られています。</p> <p>また、日々の支援においても、一人ひとりの個性を認めた支援が行われています。</p> <p>しかし、これら具体的な日々の支援について記されたマニュアルはなく、職員の判断に委ねられている部分が大きかったです。</p> <p>現状の素晴らしい支援を次世代にしっかり継承できるよう、また、さらに発展するための自己評価の基準となるような支援マニュアルの整備が求められます。</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 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 | b) | <input type="checkbox"/> 131 利用者のプライバシー保護について、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記した規程・マニュアル等が整備され、職員への研修によりその理解が図られている。 <input type="checkbox"/> 132 規程・マニュアル等にもとづいて、プライバシーに配慮した福祉サービスが実施されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 133 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守れるよう設備等の工夫を行っている。 <input type="checkbox"/> 134 利用者や家族にプライバシー保護に関する取組を周知している。 | <p>年1回の虐待防止研修の中で、プライバシーの保護について研修を行い、利用者のプライバシーに配慮した支援が日常的に行われています。</p> <p>しかし、これらを記したマニュアルはなく、また、日常の支援マニュアルの整備が不十分なため、研修等の結果を受けた支援マニュアルの改善箇所の確認ができませんでした。</p> <p>そのため、日常的な支援マニュアルの整備が求められます。また、現状の作業種目では必要がないようですが、男女に分かれた更衣室やロッカーの整備も基本的な設備として必要かと思えます。</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。 | b) | <input checked="" type="checkbox"/> 135 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの方が入手できる場所に置いている。 <input type="checkbox"/> 136 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 137 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"/> 138 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"/> 139 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。 | <p>地域からの利用希望については、関係機関と連携し、必要な情報提供を行っています。また、日常的に施設が運営する喫茶店は、多くの地域の人々が自由に訪れることが可能で、当施設を理解するうえで重要な役割を果たしています。</p> <p>しかし、施設を分かりやすく理解する資料が少なく、地域の人々が利用する公共機関等への配置は少ないようです。</p> <p>より多くの人々が当施設を理解し、新規利用につながる情報提供のあり方について、更なる工夫が求められます。</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 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) | <p>■ 140 サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。</p> <p>■ 141 サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。</p> <p>■ 142 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。</p> <p>■ 143 サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。</p> <p>□ 144 意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。</p> | <p>幅広い障害のある利用者の理解開始に際しては、アセスメントシートに基づき、適切な聞き取りを行い、利用者の障害特性や利用希望に添った支援を行っています。しかし、これらのアセスメントの結果が個別支援計画に全て反映されているとは言えない状態です。また、これらのプロセスを明文化した資料も確認できませんでした。</p> <p>アセスメント結果を的確に個別支援計画に反映し、受け入れに際するプロセスを明確にしたマニュアルの整備が必要と思われます。</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>■ 145 福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。</p> <p>□ 146 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。</p> <p>■ 147 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。</p> <p>□ 148 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。</p> | <p>幅広い障害をもつ利用者や、様々な施設との連携をする中、当施設の利用を終了した方からの相談にも積極的に関わり、地域の貴重な社会資源として責務を果たしています。また、当施設が運営する喫茶店に、退所した利用者が気軽に訪れ、職員や仲間の利用者や交流が来ていることは特筆すべきことだと思います。</p> <p>しかし、これらの手順等を記したマニュアルはなく、記録も充分ではありませんでした。今後の整備が求められます。</p> |
| | | (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) | <p>□ 149 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。</p> <p>■ 150 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足把握を目的で定期的に行われている。</p> <p>■ 151 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。</p> <p>□ 152 利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。</p> <p>■ 153 分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。</p> | <p>個別支援計画策定時のアセスメントの際に利用者個々の思いや、満足度の聞き取りを行っています。</p> <p>しかし、統一した満足度調査は行われていませんでした。その結果、施設サービス全体の傾向や状態の把握には至っていません。また、利用者の会も存在しないため、利用者が参画したサービスの改善のための全体的な話し合いは行われていないようです。</p> <p>今後、利用者や職員が自らの施設とそのサービスを共に見直し、改善に向けた取り組みを共に考え、共に実行するシステムの構築が期待されます。</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 |
|------|------|------------------------------|--------------------------------------|----|--|---|
| | | (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。 | b) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 154 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。 ■ 155 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。 ■ 156 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。 ■ 157 苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。 ■ 158 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。 ■ 159 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。 ■ 160 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。 | <p>法人の苦情解決の指針に基づき、適切に苦情の対応が来ています。</p> <p>しかし、施設内に苦情解決のポスターや苦情受付箱が設置されていますが、事例数が少ないと感じました。</p> <p>また、苦情の受付から解決までの当施設独自のマニュアルは確認されませんでした。</p> <p>利用者や家族からの苦情や要望は、施設運営を改善するための貴重な宝であり、積極的な収集を行う環境を整え、この過程を施設に関わる全ての人に理解していただけるマニュアルの整備が必要と思われます。</p> |
| | | | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 161 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。 ■ 162 利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。 ■ 163 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。 | <p>施設内に落ち着いた会議室や、喫茶店スペースにボックス席があり、利用者が希望すればいつでも相談に傾聴する環境は整っています。また、利用者がいつでも支援者に相談できることは、利用開始時や日常において利用者や家族に伝えていきます。</p> <p>今後は、このような施設の姿勢を、施設内の掲示物や広報紙等で、施設の内外に日常にお知らせすることが必要かと思えます。</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) | <p>■ 164 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。</p> <p>■ 165 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。</p> <p>□ 166 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。</p> <p>□ 167 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。</p> <p>■ 168 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。</p> <p>□ 169 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。</p> | <p>施設全体に、日常的に利用者が相談しやすい環境や雰囲気があり、精神的に不安定な利用者に対しても、作業結果を優先せず、個々の希望や個性に応じた作業を提供しています。</p> <p>しかし、利用者全体へのアンケートの実施や、苦情・要望の事例の集積が少なく感じました。また、利用者からの相談や苦情に対し、組織的に対応するためのマニュアルの整備の確認が出来ませんでした。</p> <p>統一した支援や相談に対する回答をすることにより、利用者に戸惑いが生じないように、支援者間の情報共有をより一層行い、一定のマニュアルの整備が必要と思われます。</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) | <p>■ 170 リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。</p> <p>■ 171 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。</p> <p>□ 172 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。</p> <p>□ 173 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。</p> <p>□ 174 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。</p> <p>□ 175 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。</p> | <p>法人のリスクマネジメントマニュアルに則り、大きな事故については適切に報告されています。</p> <p>しかし、大きな事故を予防するための事例の集積と、分析は充分とは言えません。</p> <p>また、安全確保のマニュアルを含めた支援全体のマニュアルの整備も不十分のため、日常支援の改善箇所が不明確となっています。</p> <p>積極的に軽微な事故・インシデント報告と事例の収集分析を行い、大きな事故の防止に努めるよう改善が求められます。</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。 | b) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 176 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。 ■ 177 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。 ■ 178 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。 ■ 179 感染症の予防策が適切に講じられている。 ■ 180 感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。 ■ 181 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。 | <p>最近の新型コロナに対する対策と、発生時の報告については、行政や法人のマニュアルに則り、適切に行われてきました。しかし、感染症は新型コロナに限らず、他の感染症を含めた当施設独自の対応マニュアルと記録の集積が確認出来ませんでした。</p> <p>当施設では専任の医療職員の配置がありませんが、法人内他施設の医療職員の指導を受けながら、当施設独自の感染防止マニュアルの整備と実行が求められます。</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"> ■ 182 災害時の対応体制が決められている。 ■ 183 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。 ■ 184 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。 ■ 185 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。 ■ 186 防災計画等を整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。 ■ 187 防犯に係る利用者等の安全の確保対策を検討し、実施している。 | <p>地域との連携ができており、法人の災害時のマニュアルに則った災害時の対応の仕組みがあります。また、業務継続計画（BCP）についても検討されていました。しかし、災害時の食料品の備蓄や支援体制について、職員及び利用者への周知や情報共有については充分ではないと思います。また、避難訓練等の記録の整備が必要と考えます。</p> <p>今後は、災害発生時を想定した具体的な避難方法について、地域との連携を図り、当事業所としての独自のマニュアルが作成されることが望まれます。</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 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) | ■ | 188 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 | 利用者の作業については、写真や図を使ってわかりやすく文書化されています。しかし、職員の支援業務の明文化については充分とは言えないと思います。今後は、「誰が対応しても、同じ対応ができる」といった具体的なサービスの基準を明文化し、全職員が共通理解することが早急に必要です。 | | | | | | |
| | | | ■ | 189 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。 | ■ | 190 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。 | | ■ | 191 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。 | | | | |
| | | 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) | ■ | 192 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。 | ■ | | 193 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に実施されている。 | ■ | 194 検証・見直しにあたり、個別支援計画の内容が必要に応じて反映されている。 | ■ | 195 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。 | 利用者の作業については標準的な実施方法について明文化されています。しかし、職員の「福祉サービスの支援体制における事業所としての標準的な実施方法」について明文化されていません。そのために見直しの基準となるものがなく、実施方法について、課題と改善の確認が難しい状況にあります。早急に、福祉サービス全体の標準的な実施方法についての明文化をおこない、検証と見直しが行われることを希望します。 |
| | | 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) | ■ | 196 個別支援計画策定の責任者を設置している。 | ■ | | 197 アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。 | ■ | 198 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。 | □ | 199 個別支援計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。 | 当事業所としての独自のアセスメントシートを使ってアセスメントを行っています。しかし、個別支援計画には、アセスメントによる作業面でのニーズや課題は反映されていましたが、作業面以外のニーズや課題が個別支援計画に確実に反映されているかの確認ができませんでした。今後は、アセスメント過程で明らかになったニーズや課題について、確実に個別支援計画に反映させるシステムの構築が必要です。 |
| | | □ | 200 個別支援計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。 | □ | 201 個別支援計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。 | ■ | | 202 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。 | | | | | |

| 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。 | b) | <p>■ 203 個別支援計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。</p> <p>□ 204 見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。</p> <p>□ 205 個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。</p> <p>□ 206 個別支援計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。</p> | <p>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、個別支援計画検討会議において6か月ごとに行われています。</p> <p>しかし、個別支援計画の根拠となるアセスメントおよび、個別支援計画と日常のサービス提供記録との整合性の確認ができませんでした。また、標準的な実施方法に従っているかの確認もできませんでした。</p> <p>今後は、アセスメントの結果と整合した個別支援計画作成と、マニュアルの整備等を行い、PDC Aサイクルに沿った継続的な支援が行われることを期待します。</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。 | b) | <p>■ 207 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。</p> <p>□ 208 個別支援計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。</p> <p>■ 209 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。</p> <p>■ 210 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。</p> <p>■ 211 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。</p> <p>■ 212 パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。</p> | <p>支援ソフトを導入しており、個別支援記録とサービス提供記録の入力がされています。また、職員間での情報共有も行われていました。</p> <p>しかし、個別支援計画とサービス提供記録の整合性がなく、個別支援計画にもとづく福祉サービスが提供されていることを、記録により確認することができませんでした。</p> <p>日常支援での出来事だけでなく、個別支援計画に対する支援の記録が必要だと思われます。</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 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"> ■ 213 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。 ■ 214 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。 ■ 215 記録管理の責任者が設置されている。 □ 216 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。 ■ 217 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 ■ 218 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。 | <p>利用者の個人情報については、管理されており、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ます。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ます。</p> <p>今後は、個人情報管理等についての研修等を行い、職員全員に周知することが必要と考えます。</p> |