

(別添 1)

事業評価の結果（共通項目）

第三者評価の判断基準
 福祉サービス種別 就労継続支援B型
 事業所名（施設名） 長野市ふたば園

○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。 ■ 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。 	<p>○法人の基本理念が示され、「利用者の尊厳、利用者ニーズに合った福祉サービスの提供を行う」ことを文書化している。また、基本視点として利用者との対等な立場と信頼・サービスの質の評価と良質なサービスの提供・充実したサービス提供・サービスの運営の透明性・資質の向上に努めることを掲げている。</p> <p>○職員への周知は、毎年、配布資料に記載され、職員会で施設長が説明し理解に努めている。</p> <p>○家族への説明は、保護者説明会にて毎年説明を行っている。しかし、継続的に広報誌などを通じて、理念や基本方針に沿った施設の目指す方向性の理解や周知が望まれる。</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
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)	<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>○社会福祉事業全体の動向は、長野市社会福祉ネットの参加や法人内の管理者会議などの出席により地域の課題の把握や経営分析に努めている。</p> <p>○今後、施設の再編成にあたり、自立した自立経営のための分析などが期待される。</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>○現状の経営課題・地域利用者の課題を明らかにして、指定管理者である長野市と、利用者の高齢化や特性を勘案した事業所の再編成を数年にわたり協議し、来年度の実施に向けて準備を行っている。</p> <p>○事業所の経営課題は法人理事長との毎年行われるヒアリングにおいて共有し、職員には会議や回覧にて周知し共有を図っている。</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 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10年間の中長期総合計画を策定し、前期・後期で見直しを行っている。 ○施設再編成を見据えた、より具体的な経営課題の分析が求められる。
					■ 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。	
		(2) 事業計画が適切に策定されている。	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。	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。	○単年度の事業計画は、事業目的・運営方針・運営重点項目・事業内として策定している。 ○事業計画は、毎年理念・基本視点を職員に配布し、年度初めに説明を行い周知している。 ○毎年度の事業計画は、さらに具体的に評価・見直しができるものを今後、期待したい。
					■ 20	単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。	
					■ 21	単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	
					■ 22	単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	
(2) 事業計画が適切に策定されている。	① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b)	■ 23	事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。	○事業計画評価により、工賃アップに努め工賃向上計画を立て職員会議で検討し、意見の集約を行っている。 ○事業計画は、法人で定められた理事長ヒアリングに合わせ見直しを行い、職員会で報告を行っている。 ○職員会で、事業評価策定・事業計画見直しへの意見が出されているが策定過程の記録・計画の評価・見直しの記録などが明確ではなく、今後記録の工夫が望ましい。		
			■ 24	計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。			
			■ 25	事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。			
			■ 26	評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。			
			■ 27	事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等が）されており、理解を促すための取組を行っている。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
I	3	(2)	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 checked="" type="checkbox"/> 29 事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。 <input type="checkbox"/> 30 事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 31 事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。	<p>○事業計画は、保護者懇談会で家族に説明している。しかし、利用者へのわかりやすい説明は、事業計画の主なものをまとめる等、更なる工夫が望ましい。</p> <p>○行事計画は、利用者ミーティングで意見を聞き、利用者と一緒に計画を立てる等利用者の参加や興味を持つ内容の工夫に努めている。</p>
	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 checked="" type="checkbox"/> 32 組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 33 福祉サービスの内容について組織的に評価（C：Check）を行う体制が整備されている。 <input 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。	<p>○今年初めての第三者評価を受審し、福祉サービスの向上に向けた取り組みに努めている。</p> <p>○法人内の権利擁護委員会、安全衛生委員会で虐待、安全面のチェックリストがあり法人内で相互評価し、集計報告され、職員間で共有している。</p>
			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)	<input type="checkbox"/> 36 評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 37 職員間で課題の共有化が図られている。 <input 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。	<p>○評価結果を話し合い、職員会議で改善策なども日々話し合いをしているが明文化されていない。継続した課題への取り組みが不十分と感じられる。今後、記録の整備を行い、課題を明確に計画的な改善への取り組みに期待したい。</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
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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。	<p>○管理者の役割は、業務分掌に明記されている。 ○管理者の不在時権限移譲は、危機管理マニュアル・非常時連絡網に記載し、明文化している。 ○組織の再編成を目指す中で、より具体的な経営管理方針を管理者として示していくよう期待したい。</p>
				b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。	
				b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。	
				b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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>○管理者は、法人の管理者研修・県の苦情解決研修・虐待防止予防研修・行政研修会等に参加し、法令遵守に努めている。 ○虐待禁止・身体拘束禁止等運営規程に明記し、法人内ではチェックする仕組みがあり、職員間での振り返りの機会になっている。 ○本施設は、本園・分園に距離を隔てて分かれているため、新しい法令などの周知に時間差がある。このことは、管理者も課題であると認識し、改善に努めている。具体的な改善の実施を期待したい。</p>
				b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。	
				b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。	
				b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。	
			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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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>○法人内での各委員会で安全衛生委員会、権利擁護委員会でチェックリストがあり、法人内での質の向上への取り組みがある。施設内では職員間で話し合い、実行する環境が整っている。 ○当施設のようなB型事業所は、毎年確実な工賃アップを求められているが、当施設の利用者の実態からは困難な状況にある。しかし、現状の利用者の実態に則した課題を明確にして、改善に向けて意欲的に取り組んでいる。 ○管理者は、法人の人事育成担当とともに職員の教育・研修の充実を図っている。</p>
<input type="checkbox"/> 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。						
<input checked="" type="checkbox"/> 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。						
<input checked="" type="checkbox"/> 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。						
<input checked="" type="checkbox"/> 53 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。						

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	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>○人事・労務・財務の管理は、法人本部で行っているが、法人本部のヒヤリングに向けて、職員からの意見を聴取・集約し、経営・業務の評価と改善を行っている。</p> <p>○正規職員の増員と職員全体のキャリアアップが期待される中、それを裏付ける経営基盤が期待される。</p>
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)	<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>○福祉人材の人員体制の基本的考え方・人材確保や育成は、法人として確立している。</p> <p>○必要な人材育成は、法人の人材育成プログラムにより行っているが正規職員の比率が低いこと、勤務日数が少ないことを含め職員のキャリアアップに期待したい。</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>○期待する職員像は、理念・基本方針に明示されており、人事基準は、法人で定め管理し、定款に記載されている。</p> <p>○自己申告カードにより、施設長とのヒヤリングで職員の意向の把握や成果について評価する仕組みがある。</p> <p>○嘱託職員から正規職員への採用が少なく、法人内の異動が多いため、職員が自らの将来像が描けず、職員の流出も懸念される状況が覗えた。職員一人ひとりが、専門性を発揮し、意欲的に働ける労働条件の整備が必要と思われる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	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)	<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>○期待する職員像は、理念・基本方針に明示されており、人事基準は、法人で定め管理し、定款に記載されている。</p> <p>○自己申告カードにより、施設長とのヒアリングで職員の意向の把握や成果について評価する仕組みがある。</p> <p>○職員が自らの将来の姿に向け意欲的に活動していくためには、嘱託職員から正規職員への採用は少なく、異動なども多く専門性の発揮や意欲的な職員の流出など今後の課題と感ずる。</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)	<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>○目標管理制度は、主任以上の職員に始まっている。平成31年度に向け常勤全職員に実施予定となっている。毎年、施設長との個別面接があり職員一人ひとりの業務目標や研修希望など話し合い、希望を活かした研修参加に努め一人ひとりの育成に努めている。</p> <p>○今後、職員一人ひとりの目標管理制度の実施により目標設定・進捗状況・目標達成の確認などへの取り組みにより職員の育成に期待したい。</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 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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>○職員の教育・研修については、法人の基本方針で定め、期待する職員像は行動規範などに示されている。 ○教育・研修は法人の人材担当が計画策定し、職階別研修も定期的に行い、評価分析や見直しをしている。</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)	<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>○職員一人ひとりの教育・研修は、法人の人材育成担当の計画、事業内での個人希望の研修参加、委員会での研修の機会がある。 ○新人職員は、法人で研修を受け、OJTによる個別研修が施設内で行われている。 ○今後、職員の一人ひとりの専門性の向上と利用者支援を含めた施設の更なる向上に期待したい。</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>○就労支援事業所であり、実習希望者がいない。 ○実習指導者研修終了した社会福祉士が勤務しており、研修育成の指導体制はできている。 ○法人内の実習育成プログラム実習受け入れの基本姿勢など、マニュアル化していくことが望ましい</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
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)	<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>○運営の透明性は、施設のホームページや法人のホームページに公開され事業報告・予算・決算・苦情内容などが掲載されてる。</p> <p>○今年度初めての第三者受審を行った。</p> <p>○相談支援事業所や養護学校へのパンフレット配布は行われているが、パンフレットなどに理念・基本方針を掲載するなどにより更なる地域への情報公開に期待したい。</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。	a)	<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>○内部監査は事業監査として定期的に行っている。</p> <p>○外部監査は、法人の公認会計士により行われている。</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	
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)	■ 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。	○地域との関わりについては、理念・基本方針に明記されている。 ○利用者の買いものには、交通機関のバスに乗る支援など社会参加への個別の希望により行われている。 ○毎年、ふたば商店（園祭）を開催し、地域住民がたくさん参加し地域交流による利用者の理解を得る機会がある。今後、就労継続支援B型の役割から、新たな再編施設への地域住民の理解を深めることに期待したい。
					■ 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。						
			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)	□ 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。	○ふたば商店（園祭）には、学生ボランティアが支援し、利用者との交流のよい機会となっている。 ○インターンシップの受け入れを行い、学校教育の協力を行っている。 ○今後、ボランティア受け入れのマニュアルの作成により、職員への事前説明、実施記録など作成が望まれる。
				□ 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。		

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)	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 119 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"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	○地域の病院、福祉事務所、相談支援事業所、保健所等、地域の社会資源はリスト化され掲示してある。 ○法人内の障がい施設と協力し、地域利用者の動向や利用者の高齢化、障がい特性に合った生活展開ができるように生活介護施設と就労施設とのすみわけの計画がされている。
		(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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	○毎年、ふたば商店(園祭)の開催や地区の案山子コンクール実行委員にも所属し、地区の行事にも参加している。 ○長野市の福祉避難所となっており、備蓄もおこなっている。 ○今後展開される施設の再編成の新事業への理解を地域住民により深く理解していただくためにも、地域研修なども考慮した取り組みに期待したい。

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
			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)	<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>○保育園・特別養護老人ホームとの交流や自立支援協議会などの交流により地域福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>○施設の第三者委員による訪問と苦情会議が年1回開催され、福祉ニーズの把握に努めている。ニーズに応じた事業内容を指定管理者に提案し利用者ニーズに応じた障がい者施設の編成に取り組んでいる。</p> <p>○相談支援は相談支援事業所が行っているが今後さらなる連携の下、ニーズ把握や対応に期待したい。</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>■ 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>○法人の権利擁護委員会でチェックリストにより、事業所の相互間で評価を行い、利用者の尊重・人権への配慮に対する気づきにつながっている。また、セルフチェックリストにより自己評価し常に利用者尊重の共通理解に努めている。</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 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。 <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 checked="" 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 checked="" 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。	<p>○利用者のプライバシー保護についての規程・マニュアルが整備されておらず、今後整備による共通の職員理解に期待したい。</p> <p>○虐待防止マニュアルは、法人内で設置されており、法人内ネット、法人定款にて確認できる。</p> <p>○施設内にはプライバシーに配慮した場所がない。利用者のプライバシーに配慮した支援が行えるように施設環境の充実が必要と思われる。</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"/> 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。 <input 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。	<p>○利用希望者に対する説明は重要事項説明書・パンフレットなどにより個別に丁寧な説明を行っている。組織を紹介する資料は簡潔でわかりやすい図入りや写真入りの資料の工夫の検討に期待したい。</p> <p>○利用希望者には、相談支援専門員を通じ情報共有している。重要事項説明書を適宜見直し、改訂日も記載している。</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 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"> <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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>○事業所の変更や家庭移行の際は、相談支援専門員と連携し必要事項を確認し、利用者への不利益にならないように支援している。</p> <p>○福祉サービス終了後も相談支援専門員との連携により相談などの支援を行っている。</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"> <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○来年度に分園の生活介護事業への移行が計画されている中、当施設の就労継続B型の利用者も生活介護事業の利用が予想されている。関係機関と協力し、スムーズな移行を目指して着々と準備を行っている。</p>
Ⅲ	1	(3) 利用者満足の向上に努めている。	① 利用者満足の向上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"> <input type="checkbox"/> 159 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 161 職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。 <input checked="" type="checkbox"/> 162 利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。 <input 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。 	<p>○施設としての利用者満足度調査は行われていない。</p> <p>○年1回の全ての利用者家族を対象とした「家族懇談会」と、6ヶ月毎の個別支援計画の更新時に行われる「個別懇談会」で、利用者・家族の満足度や要望を聴取している。</p> <p>○日々の利用者からの要望については、利用者ミーティングで利用者と職員が一緒に改善に向けた話し合いを行っている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
Ⅲ	Ⅰ	(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)	<p>■ 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> <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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○法人の規定に則り、苦情解決責任者（施設長）、第三者委員の設置など、苦情解決のシステムが出来ており、利用者に周知する掲示物もある。</p> <p>○利用者・家族からの苦情・要望は、日常の連絡ノート等で受け入れているが、その内容を施設に届けられた「苦情・要望」として記録されていない。その結果、通常の苦情解決システムが機能していない。積極的な苦情や要望の収集と、情報の整理・共有を行い、施設独自の苦情解決システムの見直しが早急に求められる。</p> <p>○日常の支援や、家族との連絡の中で届けられた「苦情・要望」を個別の事案として処理せず、施設に届けられた「貴重な宝」と認識し、施設や法人全体で改善に向けた取り組みが行われなければならない。また、これらを積極的に公表することで、利用者や家族だけでなく、社会全体への施設の透明性が図られることが必要と思われる。</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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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>	<p>○職員は、積極的に利用者の相談に耳を傾けているが、個別に相談をする場所がなく、隣接する児童施設の相談室を借りている状況。心身に障がいを持つ利用者が、落ち着いた環境で相談できる環境の整備が早急に必要である。</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 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 type="checkbox"/> 175 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 176 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。 <input type="checkbox"/> 177 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 178 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 179 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	<p>○職員は、日頃聞き取った利用者からの相談や意見に対し、日常のミーティングや会議において迅速に検討し、解決に向けて素早く対応することを心がけている。</p> <p>○利用者からの相談や意見を受け付けた際の手順がマニュアルがない。早急に整備されることを期待したい。</p> <p>○文字を書くことが出来る利用者が少ない施設ではあるが、利用者だけでなく多方面の人からの相談や意見を受け付けるためにも、わかりやすい場所への意見箱の設置が必要と思われる。</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 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 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 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>○事故対応のフローチャートはあるが、様々な場面や事例を想定したマニュアルはない。そのため、さまざまな支援の場面での責任が不明確である。法人で行われる研修や、KYTチェックを参考に、当施設の実態に則したリスク管理マニュアルの整備が早急に必要と思われる。</p> <p>○事故報告、ヒヤリハット報告はあるが、報告事例が少なく、事故の再発防止に繋がるとは思えない。また、事故とヒヤリハットの分類が不明確で、報告の内容に統一性がない。</p> <p>○大事故を未然に防止する目的に立ち返り、より積極的なヒヤリハット事例の収集と防止策の検討が早急に求められる。</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
Ⅲ	1	(5)	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)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 189 感染症の予防策が適切に講じられている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	○利用者や職員に対し、手洗い・うがい・マスクの使用を行っているが、通所施設という理由で、感染症対策の多くが家族に任せられている。しかし、当施設を頻繁に利用する利用者にとっては、当施設は最も感染のリスクが高い場所であるという認識を持って、責任を持って感染症対策が講じられることを期待したい。
			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。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 192 災害時の対応体制が決められている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	○地域の消防団の詰め所や公民館と隣接し、地域と密着した防災対策が講じられている。 ○広い範囲から通所利用がある施設のため、メール等を使った家族・利用者との緊急連絡体制が確立している。

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	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)	<input type="checkbox"/> 198 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	○サービスの大きなフローチャートはあるが、標準的な実施方法を文書化したマニュアルはない。実施方法や責任の所在を明らかにするためにも、マニュアルの整備が早急に必要だと思われる。
			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)	<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。 <input type="checkbox"/> 203 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。 <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。	○支援方法の見直しは、問題や課題が発生する度に職員間で話合われているが、標準的な実施方法を文書化したマニュアルがないため、正確な見直しが出来ているか確認できなかった。
		(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。 <input checked="" 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 checked="" 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。	○アセスメント手法を使い、利用者の課題の抽出が行われていたが、抽出した課題が確実に個別支援計画や実際の支援に反映されているかどうか確認できる記録がなかった。折角、アセスメントにおいて「気づき」を得ているにも関わらず、支援に反映されなければ、アセスメントの意味はなく、最悪、大きな事故にも繋がりがかねない。アセスメント結果の重要性を認識し、確実に日常の支援に反映されるシステムへの改善が早急に求められる。

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)	①		<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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。	
			② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	b)	<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。 <input checked="" 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 checked="" 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。	<p>○個々の利用者の課題は、ケース会議において毎月2事例ずつ検討されているが、個別支援計画の見直しの時期とは一致していない。個別支援計画策定時には、家族・本人を交えた三者懇談が行われニーズの把握には努めているが、関係職員への周知には時間を要している。それぞれのプロセスに整合がとれるような仕組みの工夫が必要と思われる。</p> <p>○個別支援計画の策定や見直しの手順を示したマニュアルがないため、これらの一連の作業が慣例で行われている。職員の転勤などの異動が多い当施設においては、特にこれら一連の流れを文書化したマニュアルの整備が早急に必要と思われる。</p>
Ⅲ	2	(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。 <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 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 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。 <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。	<p>○支援ソフトを使って日常の様子が記録されており、毎日の記録担当者を定めて、記録に差異が生じないように工夫されている。少ない職員で多くの利用者の記録を書くことは容易なことではないが、問題の少ない利用者の良い面にも着目した記録が増えれば、より良い支援に繋がることと思われる。</p> <p>○施設内に記録方法についてマニュアルはなく、慣例で行われている。また、記録中に個別支援計画の概要は記入されているが、それに対する結果は記載されていない。個別支援計画策定に始まる一連のPDCAサイクルの一環の見直しと、それに則した記録マニュアルの作成が早急に必要だとと思われる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="734 228 1525 284">■ 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 data-bbox="734 316 1525 371">■ 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 data-bbox="734 403 1525 435">■ 225 記録管理の責任者が設置されている。 <li data-bbox="734 499 1525 555">■ 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 data-bbox="734 587 1525 619">■ 227 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 <li data-bbox="734 683 1525 715">■ 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。 	○法人の規定に則り管理保存されている。