

## 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  
事業所名（施設名） 障害者福祉施設 空風

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

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント	
I 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a)	■	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・基本方針は法人の基本理念・基本的視点として示され、利用者の尊厳を大切に、地域社会でその人らしく自立した日常生活が送れるよう福祉サービスの提供に努めると示されている。そのための視点が利用者に対等な立場・公正なサービス・質の向上・地域との連携・運営の透明性の確保と明示されている。 ○理念・基本方針は職員には、年度初めに臨時の職員会で施設長から説明し毎年度事業方針、事業計画、業務マニュアルとともに職員に配布し周知に努めている。 ○家族・利用者の周知は、年4回開催される家族会や総会などで説明を行っている。
				■	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。		
	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)	■	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。	○法人内の管理職会議、知障協議会などへの出席や、行政から示される資料などにより、社会福祉事業の動向や地域での課題などを把握し経営分析に努めている。
				■	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。		

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	(1)	② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a)	■ 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。	○経営課題は、法人の理事長のヒアリングがあり、職員体制の課題や人材育成、財務状況の現状分析により具体的な問題を明らかにし報告している。改善すべき課題については、職員会で報告され職員で周知、検討を行っている。			
					■ 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。				
	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)	■ 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。	○施設内で意見を集約し、法人が10年間の中・長期総合計画を策定している。			
					■ 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。				
					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)		■ 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。	○単年度の年度計画を策定し、事業目的・運営方針・運営重点事項・事業内容が記載されている。 ○事業計画は毎年職員に配布し、臨時の職員会議が年度初めに開催され、理念などとともに説明を行い周知している。
								■ 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。	
		(2) 事業計画が適切に策定されている。	① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a)			■ 23	事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。	○事業計画の策定は、中長期計画にもとづき、各作業グループでの話し合いを行い、職員の意見を集約し計画に反映している。 ○事業計画の見直しは、法人で決められた理事長ヒアリングに合わせて見直しをし、職員会で報告を行っている。	
					■ 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）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)	■	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。	○事業計画は、家族には家族会の総会にて説明をしている。 ○利用者に対しては、就労作業の目標等視覚でわかりやすく確認できる工夫が今後望まれる。
					■	29 事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。	
					□	30 事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。	
					□	31 事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。	
	4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。	① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a)	■	32 組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。	○福祉サービスの質に対する取り組みは、法人でのヒアリング、監事会などにおいて評価する体制がある。 ○法人内の権利擁護委員会、安全衛生委員会にて虐待や安全面のチェックを毎年決められた様式により行い、職員の質の向上に努めている。また、結果は集計報告され、職員間で共有し改善に向けた取り組みを行っている。今年度は第三者評価を受審し、全体の項目に対し自己評価も行った。
					■	33 福祉サービスの内容について組織的に評価（C：Check）を行う体制が整備されている。	
					■	34 定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。	
					■	35 評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。	
			② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a)	■	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。	○法人内の権利擁護委員会・安全委員会での調査報告は、職場内研修で振り返りを行い、改善計画の見直しを行っている。
					■	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。						

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。	○施設長は、職務分掌において自らの役割と責任を明記しており、事業計画には事業と取組みを明らかにしている。 ○有時の施設長の役割や責任は、業務マニュアルに記載し、不在時の権限委任も確認できた。 ○施設長は、自らの役割と責任について、広報誌等に掲載し表明する事が望ましい。		
					□ 42	管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。			
					■ 43	管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。			
					■ 44	平常時のみならず、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。			
				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、職員倫理要領・職員行動規範の策定に基づき、法令遵守への取り組みがなされている。 ○運営規程にも虐待禁止・身体拘束禁止・個人情報保護などについても明記している。更に法人内でチェックする仕組みがあり、その結果を職員会で振り返り・検討を行っている。 ○各種マニュアルには（防災、安全、危機管理マニュアル等）取り組みへの内容を反映している。	
				■ 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。				
				(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a)	■ 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。	○四半期ごとに各班で話し合いを行い、業務の評価や課題を確認し職員間で話し合い、改善策を立てている。職員間で勤務体制を変更するなどにより職員の働きやすい環境整備などに取り組んだ。 ○法人の人材育成担当により、教育・研修の充実を図っている。
			■ 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。							

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)	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。	a)	■ 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。	○人事・労務・財務は、法人で行っているが、施設長は四半期ごとに職員間での話し合いや実績から現状把握を行い、施設内で共有し、改善検討や法人への提案を行っている。	
					■ 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。		
	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。	a)	■ 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。	○必要な福祉人材や、人員体制の基本的な考え方・人材確保と育成の方針は、法人として確立している。 ○人材育成は、法人の人材育成担当により職階別、研修制度がある。 ○有資格者確保のために、法人で報奨金制度があり、事業所加算などの計画を含めた具体的な取り組みがある。 ○人材不足の昨今、人材確保の更なる充実に期待したい。
						■ 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。	
			② 総合的な人事管理が行われている。	b)	■ 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。	○法人の期待する職員像は、支援の基本・行動規範の中に明示している。法人全体で人材育成として目標管理制度の試行が始まり、教育・研修制度も確立しOJTも行われている。 ○福利厚生、キャリアパスの導入、スキル獲得のための研修の機会、職員の意向を把握するために面接を行い職員からの聞き取りの体制もある。 ○人事基準（採用、配置、異動、昇給昇進等）は、明確に定められ定款にも規定がある。 ○法人全体として、嘱託職員からの正規職員への採用の壁は厚く、今後、職員が将来に意欲をもって職務を遂行できる体制づくりに期待したい。	
					■ 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)	■ 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。	○働きやすい環境のため、年1回の自己申告カードによる面接を行い、職員の就業状況や意向・意見の把握をし、法人の人材人員体制に組織的取り組む仕組みがある。 ○職員の心身の健康に対し、法人には「心の健康づくり計画」があり、職員が相談できる窓口の設置、カウンセラー専門家の確保もを行っている。 ○当事業所では働きやすい職場づくり、人材確保がされているが、人材の確保については、法人全体での人材不足もあり、不安要素が存在している。				
					■ 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。					
					(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)	■ 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。	○施設長面接や自己管理シートにより、目標に向けた職員一人ひとりの育成を法人の人材担当を中心に行っている。目標管理制度がスタートし、職員の教育研修機能とモチベーションを高めるための取り組みが試行されている。
									■ 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。									
		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)	■ 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。	○職員の教育・研修に関する基本方針を法人で定めており、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、職階別研修なども定期的に行い、評価分析と見直しを行っている。					
				■ 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、組織が職員に必要な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。							

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。	a)	■ 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。	○ 職員一人ひとりの教育、研修は、法人の人材担当での計画や事業所内での研修委員会の企画、希望する外部研修など含め、研修の機会がある。 ○ 新人職員は法人で研修を受け、OJTによる個別の研修が事業所内で行われている。
					■ 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。	
		(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。	○ 実習受け入れマニュアルはあり、受け入れ担当職員も決まっているが、事業所または法人として専門職の育成など基本的な体制の整備が望まれる。専門職受け入れは希望者もないため実績がない。
					■ 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。	
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。	○ 運営の透明性確保については、法人のホームページにも細かに事業計画、事業報告、理念・基本方針、経営方針、決算報告など詳細に掲載している。 ○ 苦情相談は、第三者委員会の設置もあり、ホームページなどでも公表している。 ○ 事業所パンフレットも作成されているが、法人が目指す理念・基本方針などを記載し、存在意義など地域に向け発信するような工夫も求められる。	
				■ 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。		

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	(1)	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)	■ 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。	○内部監査は事務監査として定期的に行われている。 ○外部監査は、法人の公認会計士により行われている。
					■ 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。	
	4 地域との交流、 地域貢献	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a)	■ 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。	○地域との関りは事業計画運営方針にも明示し、「就労事業の充実を図るために地域や関係機関との連携を図る」等記載している。 ○社会資源との関りは深く、法人の相談室が同建物内にあるため情報収集などにより利用者に提供しやすい環境にある。 ○事業所の近隣の畑に出かけ地域のひとと交流が日々の中で行われている。 ○地域の民生委員との交流の中で、お弁当注文があったり、地域交流の中で仕事の注文にも広がりが出ている。
					■ 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。	
	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。	○食品を扱っていることから、衛生面にも注意深く配慮した事業を行っているためにボランティアは受け入れづらい。 ○畑で農作業を行う際には、作物づくりを教えてもらうなど地域との交流を図っている。 ○中学生の職場実習の受け入れを行い学校教育へ協力している。	
				□ 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。		



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。	○地域の福祉施設や団体との連絡先は電話帳などにしてリスト化している。 ○定期的に相談室との連携や必要時に長野市障害福祉課、地域の警察、病院などとの連携が行われている。 ○地域のネットワークとして相談室を利用しアフターケアにつなげている。
					■	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。	
	(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。	○災害時には福祉避難所の指定を受けているために食料なども備蓄している。 ○食に特化した事業推進を行い、弁当配達なども地域で行っている。 ○食に特化した就労支援施設でもあり事業所開放し地域交流は困難である。しかし、地域へ障がい者・児・生活困難者の理解のため、施設の経験を活かした講演・研修など、今後の検討に期待したい。	
				□	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。		
		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)	■	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。	○第三者委員会には民生委員も構成委員となっており、定期的な会議により福祉ニーズの把握をしている。 ○相談室・相談支援を通じた福祉ニーズにより、新規事業受託を季節、期間などにより計画的に行っている。 ○今後、把握したニーズにもとづき、事業所の有する機能を活かし、これらの解決・改善のために公益的な事業・活動等に積極的な取り組みが望まれる。	
				■	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。		
■				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。			
■				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。			
■				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。			
■	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。						

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 適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービス	(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a)	■ 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。	○理念・基本方針には、利用者を尊重した福祉サービスの基本を明記している。 ○職員が具体的に理解実践するために職員倫理綱領、職員行動規範を定めている。 ○利用者の尊重・人権への配慮について人権委員会が調査検証を行い組織全体の取り組みを行っている。
				■ 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。		
				■ 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。		
				■ 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。		
				■ 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。		
			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)	□ 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。	
				■ 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。		
				■ 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。		
				■ 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。		
				■ 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。		
		(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)	■ 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。	
					■ 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。	
					■ 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。						

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)	<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。	○サービス開始及び変更時には、利用者が自己決定できるように、1日の流れ・作業内容を示したパンフレットを用い説明を行っている。 ○重要事項説明書・契約書には事業内容が細かに記載され、事業所と利用者の権利義務関係を明確にした書類整備をしている。 ○意思決定困難な利用者への説明については、ルール化した説明手順なども今後検討が望まれる。	
					<input 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。		
				a)	<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。		○福祉サービス事業所変更に当たり、法人内の相談室があるため連携し、担当相談支援専門員が対応し必要なケースに対しては文書により継続した支援に配慮し対応している。 ○サービス終了後は、相談支援専門員を通して必要な情報提供をしている。
				<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。				
			(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)	<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。	○利用者満足調査は行っていない。個別支援計画を策定時に意見・意向を把握し計画作成を行っている。また、把握した内容は職員会で検討している。 ○家族会への出席を行い、利用者・家族満足度について意向や意見を聞く体制がある。 ○利用者満足に対する取り組みとして、随時出される意見や意向への検討ばかりでなく、利用者・事業所との双方の向上の観点からより具体的な取り組みが望ましい。
		<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 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 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 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。							

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)	■ 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。	○苦情解決の揭示はあり、施設長を責任者に苦情の聞き取りを行っているが、苦情の件数は多いとは言えない。グループホームなどで独居の利用者が多いことなどに起因してると思われるが、積極的な聞き取りを行う姿勢や工夫が少ないように感じられた。理解や表現が難しい利用者が多く、苦情の収集にも合理的な配慮と工夫が望まれる。	
					■ 165	苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した揭示物が揭示され、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。		
				b)	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。	□ 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。	○職員が日常的に利用者に寄り添い、相談を受け入れやすい状況にあるが、積極的な相談の受け入れに対する工夫が充分とは言えない。相談室を有効に活用し、相談方法や時間など、利用者に分かりやすい説明などの工夫が望まれる。
			□ 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)	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。	■ 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。	○利用者からの相談に対しては、相談支援専門員など関係機関と情報を共有し、必要な対応を行っている。 ○施設内に意見箱やアンケート等の実施はなく、積極的な意見の把握が望まれる。
			■ 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。	○事故やヒヤリハットの収集は、法人の規定に則り報告されている。毎日の朝礼で周知され、支援会議・職員会議で対策の検討が行われている。 ○ここ数年、事故報告はなく、ヒヤリハットの報告も年々減少してる。施設が開設し三年が経過し、職員・利用者ともに努力した結果と評価できる面もあるが、事故報告の基準にも問題があるように思われる。また、就労作業上の発注などのミスと、支援上の問題が同様の規定で報告されており、支援上の問題点が不明確となっていた。利用者の命を預かり、安心・安全な支援を第一に考えなければならない福祉施設として、重大事故防止のために、より一層積極的な情報の収集と課題の抽出に努力することを期待したい。	
					■ 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。	a)	■ 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。		○当施設が「食」に特化した就労作業を行っているため、感染症の予防・対策には、細心の注意を払い、法人の研修の他に保健所の研修にも参加している。施設内には、作業種ごとに5ヶ所のトイレが設置され感染の防止に努めている。利用者自身も一般的なバイタルサインだけでなく、便の状態には少しでも異常があった場合、職員に報告する習慣ができている。
					■ 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。		
			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している。	a)	■ 192	災害時の対応体制が決められている。		○昨年度より、地震や水害を想定した訓練を実施し、マニュアルの確認を行っている。 ○栄養士が責任者となり、食料の備蓄を行い、災害時の福祉避難所としての機能を維持している。
					■ 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。		



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。	b)	■ 198	標準的な実施方法が適切に文書化されている。	○就労活動を主とする当施設において、共通の支援方法を定めることは困難なため、利用者毎の個別の支援内容を記載している。 ○記録においては、作業種ごとの記録が主で、個別の記録は充分とは言えない。マニュアルや個別支援計画に沿った記録の記載が必要と思われる。	
					■ 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。		
				a)	■ 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。		○概ね2ヶ月毎に作業種ごとの支援方法の見直しを行い、売り上げや利用者特性など必要に応じて支援方法の見直しを行っている。
				■ 203	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。			
				■ 204	検証・見直しにあたり、個別支援計画の内容が必要に応じて反映されている。			
				■ 205	検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。			
		(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)	■ 206	個別支援計画策定の責任者を設置している。	○施設長を責任者に支援ソフトを使い、生活施設と連携をとりながらアセスメントが行われている。その中で課題が出てきた場合は、毎月の支援会議で検討されている。 ○アセスメントの領域に個人差が見られ、課題の抽出や新たな気づきには充分とは言えない。日頃気づかない課題や問題をアセスメントの過程で発見し、大きな問題を未然に防ぐと共に、利用者の新たな可能性の発見のためにアセスメント様式の見直しを期待したい。	
				■ 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。				

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。	b)	■ 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。	○個別支援計画実施の確認は、利用者の誕生日とその6ヶ月後の個別支援計画改定時に行われ、内容の変更など問題となった事項について、毎月の支援会議で検討し、周知されている。 ○アセスメントの様式ごとの評価と個別支援計画の作成が出来ていないため、領域に添った見直しが出来ていない。課題の明確化が図れる評価・見直しの方法の確立が必要と思われる。	
					■ 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。		
		(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)	■ 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。		○支援ソフトを使い、日常の記録が個別の支援記録に記載されるように施設内の事務所でネットワークが構築されている。 ○日常の記録は正確に個別の記録に反映されているが、個別支援計画に沿った記述がない。また、全体的に記録量が少なく、今後の課題や問題の発見のための記録とはなっていない。 利用者個別の記録は、利用者の生きた証と、担当職員の努力の証でもあり、基本的な見直しと充実が必要である。
					□ 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。			
		② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	■ 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。	○法人の管理規定に則り、適切に管理されており、管理方法についても、法人で研修が行われている。		
				■ 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。				