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）ほっとハート親愛

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。	a）	■	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。	○法人の基本理念である『人権の保障と幸福を共に創る』は、障がいのある人であっても個人として尊厳をもって、その人らしく地域で共に暮らせるように支援していくことと定め、法人の使命としては地域社会を共に作っていくことを謳っています。 ○法人の職員倫理綱領は明文化され、その中から7つの項目を職員の行動規範として明示しています。 ○事業所の基本的な考え方は広報紙に絵や写真を取り入れて分かりやすく提示してあり、事業所内にも模造紙に書いて貼り出し誰もが閲覧できるようしてあります。 ○年に一度、家族会において説明されています。
					■	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。	

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。	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。	○法人として社会福祉事業の動向について把握・分析が行われ、各事業所の管理者により数字の根拠の説明がなされ、職員間の周知を図っています。 ○管理者とサービス管理責任者は月に一度総務部長より所属する事業所の収支について説明を受けています。 ○地域の福祉計画の策定動向については十分に把握されていないようですので、今後の施策の中に組み込んでいかれることを期待します。
					□	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。	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。	○月に一回業務執行理事会議、経営会議を開催し役員の中で経営課題等についての共有がなされています。 ○法人の運営状況については月に一度、管理者より職員に周知されていることを職員インタビューより確認しました。 ○経営に関する報酬のシステムについて年に一度職員に説明しています。
					■	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。	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。	○5か年計画を策定していますが、法人の都合や人事の影響から途中で方針転換がなされることがあり、事業所としての計画が予定通り進まないことがあるとの話を伺いました。 ○5か年計画を更に年度ごとの行動計画に反映させて、評価する取り組みを行なうものの事業報告の焦点がぼやけてしまったことから見直しを行い、分かりやすい評価の方法を取り入れています。
					■	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。	

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 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。	○事業計画書には5か年計画が明示してあり、その中に単年度計画としての重点目標が掲げられ事業内容が明記されています。 ○事業計画に掲載されている活動内容には活動のねらいが明記されており、実施を前提とした内容になっています。 ○数値目標は設定していませんが、事業所の方針や考え方が伝わる内容になっています。
					■	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。	○事業計画は毎年1月～2月の会議の中で、職員間で意見を出し合いながら策定されていることを職員インタビューで確認しました。 ○計画し実施された活動については職員会議の中でその都度見直しが行われ、利用者の状態や支援環境に応じた支援が考えられています。 ○事業計画については一度の周知なので、職員間に意識の濃淡がみられるとのことです。理解を促すための取り組みをお願いします。
					□	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。	
			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a）	■	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。	○事業計画は家族会において、希望する利用者の同席のもとで説明し配布されています。 ○利用者に対しては事業計画の説明という形はとらず、絵や写真を用いて理解の得やすい方法で伝えていることを掲示資料より確認しました。
					■	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。	

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
	組４ 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取	(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。	○事業所が提供する福祉サービスは、それぞれの活動や行事を行う度に振り返りをし、分析を行うことでより良いサービスの提供に繋げています。 ○PDCAサイクルに基づいたサービスの質の向上が組織的に行われていることを職員インタビューより確認しました。 ○第三者評価は今回が初めての受審ですが、今後も3年～5年に一度の受審を検討していますので、更なるサービスの質の向上に期待しています。
					■	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。	○毎日の活動内容について、また活動に参加された利用者の様子について職員間で情報の交換と共有を行ない、新たな課題の抽出と支援の方向性について夕方のミーティングの中で話し合われていることをインタビューより確認しました。 ○毎日の活動はまさにPDCAのサイクルに基づいて実施されています。一般職員の中には、日常的に取り組んでいるものの自己評価としてわからない・知らないと答えている方が多数いました。日頃の利用者への支援が何を根拠にして行われているかについて考える契機になることを期待します。
					■	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。	a）	■	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。	○管理者は法人の役員として法人の運営と並行して事業所の経営・管理について自らの責任を明確にしていると同時に事業所においては職員の職務分掌等を把握し必要な指示がなされています。 ○一般職員によるインタビューでは管理者に対して職務に対する責任感と事業所をまとめるリーダーシップについて高い評価の声が聴かれました。
					■	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。	
			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。	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。	○管理者は法人組織の中で行う等級研修やリスクマネジメントセミナーを通して順守すべき法令等を理解し、職員会議等において職員が遵守すべき内容の周知を図っています。 ○一般職員の間でも管理者の法令遵守に取り組む姿勢と職員への働きかけに対しての評価がなされています。
					■	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
		(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。	○管理者は利用者、家族との面談や個別支援計画の見直し、ヒヤリハットの確認等職員間での情報の収集と共有に尽力しています。 ○管理者は法人内の研修等を主催し、法人全体のサービスの質の向上に努めています。 ○職員が手掛ける通知物や支援計画書等に対して文章の添削を行う中で事業所としての方針や考え方を伝えています。 ○一般職員の評価では多くの職員より、できているとの評価でした。
					■	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効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。	○経営の改善については法人内の(生活介護事業所2か所、B型事業所2か所、行動援護事業所1か所、計5事業所)と人事、労務、財務等について応援体制をとりながら取り組んでいることを管理者のコメントより確認しました。 ○組織の理念や基本方針についてはハンドブックの熟読、職員への説明、研修、会議の開催により周知理解を促しています。 ○一般職員の自己評価においても、多くの職員ができているとの評価が窺えました。
					■	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。	
Ⅱ	保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。	○法人では人材確保の一環として『親愛ツアー』なるものを企画して、親愛の里事業所を巡回することで興味関心を抱いてもらう取り組みをしています。 ○人材の確保はサービスの質の向上には欠かすことのできない必須要件です。法人としての人材確保と育成に対する具体的な計画は未整備とのことでしたので今後法人として検討されることを期待します。
					■	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。	

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 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。	○令和3年度より新たなキャリアパスシートに切り替わり、令和4年度に新人事考課がスタートするとのことです。情報については法人の共有フォルダで公開されているようですが、始まったばかりであり全体には周知に至っていないようです。すべての職員に周知が行き届くような手立てをお願いします。 ○全職員に向けて前期は研修計画と面談、後期はヒヤリングを実施して職員の意向や意見を分析し、一人ひとりの課題についての確認がなされていることをインタビューで確認しました。
					□	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る。	
		(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組んでいる。	a）	■	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。	○職員一人ひとりに対して丁寧な面談を行い、就業状況や意向についての把握に努め職員が能力を発揮できる適材適所を見極めたり、担える役割を考える等の工夫をされていることを管理者のコメントより確認しました。 ○看護師が常勤しており、日ごろから職員の表情や顔色等健康状態を気にかけていることをインタビューで伺いました。看護師と管理者とが情報共有をすることにより的確な労務管理がなされています。 ○職員が日々の業務の中から事業所の魅力に気づき、モチベーションアップにつながるような職場づくりに取り組んでいることをインタビューで伺いました。 ○一般職員の自己評価でも、多くの職員ができているとの結果でした。
					■	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。	

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) 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。	○職員に対して希望する研修や勉強会、どんな役割を担いたいかについて年に2回の面談を通して事業に反映しているとのコメントがあり、職員の思いを後押しする仕組みが整っているといえます。一方でパート職員には不十分とのことですので、パート職の思いも十分に汲み取る為の取り組みをお願いします。 ○一般職員より、個人の目標が形骸化されたものになりがちで、途中で忘れてしまうとのコメントがありました。年間を通して意識して取り組める目標になるための施策の検討をお願いします。
					■	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。	○法人の理念・基本方針に基づき「期待する職員像」が明示されている。 ○入職時からの等級システムが明文化されており、職員は一定の研修や資格の取得を経てキャリアアップを目指す仕組みがあり、働く上でのモチベーションの維持につながっています。 ○事業計画には支援者一人ひとりにあわせた研修プログラムが企画され、職員の希望や事業所推薦により、法人内外で実施する研修への参加を促進しています。
					■	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。	

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 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。	○法人の年間の研修には、新任職員研修、法人の等級研修、事例検討会感染症研修、災害対応学習といった研修が企画されており、階層別・職種別・テーマ別研修が計画的実施されています。 ○一般職員による自己評価結果においても多くの職員から「できている」との結果が窺えました。
					■	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。	○法人として実習生の受け入れは行っていますが、当事業所においては、職員体制や事業所の環境(施設の狭さや設備等)に課題があり、受け入れはなされていないとのことでした。 ○実習の受け入れはできていませんが、視察や養護学校からの見学は積極的に受け入れています。 ○短期大学の保育科から入所施設での実習を経て、法人職員を希望された職員とのインタビューより、実習体験が動機づけだったとのことでした。法人としても、事業所としても、将来のマンパワー確保に向けて実習生の受け入れを積極的に実施していってください。
					■	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。	

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。	a)	■	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。	○ホームページには法人の理念・基本方針が明示され、組織内の各事業所の紹介、活動内容が掲載されています。また、情報公開として事業計画・事業報告、財務状況について公表しています。 ○地域の公共機関(図書館等)や銀行等に事業所のコーナーを設置して、利用者の作品を展示する等、地域に向けた発信が積極的に行われています。
					■	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。	
			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、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。	○法人の監査については、内部・外部監査が適切に実施され、監査人については法人の情報公開として氏名が公表されています。 ○一般職員に対して、管理者からの説明と情報公開の閲覧を促しているとのことですが、自己評価からは多くの職員が「知らない・分からない」と答していました。利用者支援には直接影響しない部分かと思いますが、法人職員として最低限の理解に向けての取り組みを期待します。
					■	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。	

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 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）	■	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。	○事業計画の重点目標に、『地域の中で「重度障がい者の社会参加の場」としての役割を担い、グループワークやご利用者全員の生活の中での役割分担を大切にした支援に取り組む』を掲げており明文化しています。 ○年末には利用者と共に近隣への挨拶に出かけていることをコメントより確認しました。 ○利用者の買い物等個々のニーズに沿って地域の資源を有効に活用していることを職員インタビューで伺いました。 ○事業所が立地する地域は移住者や共働き家庭が多く、交流の場面は難しいとのことですが、少しづつ実績を積み重ねていかれることを期待します。
					□	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。	
			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。	a）	■	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。	○事業報告では、紙漉き、手芸カレンダーの原案制作に関わるボランティアが定期的に来所されている。特にカレンダーの原案つくりは事業所にとって大切な活動になっていることをインタビューで伺いました。 ○事業所として掲げる「社会への窓口」としてボランティアとの関わりを明文化し、地域資源の活用を通して事業所を地域に知らしめていこうとする姿勢を広報誌より確認しました。 ○学校に対しては音楽会への参加やお手紙交換を通して協力関係を継続しています。
					■	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。	
					■	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	
					■	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。	
					■	114	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）	■	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。	○利用者一人ひとりを支える支援者ネットワークがあり、共通の目標に沿った支援を事業計画の中に位置付けて取り組んでいます。 ○松川町図書館、中川村図書館の掲示板に季節ごとのテーマに沿った貼り絵作品を展示して、来館者を楽しませる空間づくりを行うなど、関係機関との連携による社会資源の有効活用に取り組んでいます。 ○事業所として日常的に行われている活動だと思いますが、一般職員の中には「知らない・分からない」といった自己評価が目立ちましたので再評価をお願いします。
					■	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。	
					■	117	関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	
					■	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。	
					■	119	地域に適当な関係機関・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 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）	■	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。	○学校との連携では卒業前からのケースの共有、中学生時からの施設見学や事業所実習の受け入れ等、抱える課題に対応するシステムが出来上がってきているとの事を管理者のコメントより確認しました。
			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	a）	■	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。	○子供福祉教室や町の相談事業を法人全体で取り組んでいます。 ○小中学校への職場説明会等を実施しています。 ○災害発生時の福祉避難所としての設置運営を行う事業所として平成28年度より松川町と協定を締結しています。 ○法人または事業所として、地域の福祉ニーズ応えた取り組みが実施されていることを「知らない・分からない」と答えている職員がいますので、周知共有をお願いします。
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	

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）	■	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。	○親愛の里職員倫理綱領には利用者の権利擁護を目的に、7つの行動規範を明文化しています。 ○事業所では毎月の虐待防止のための話し合いや利用者への適切な言葉がけ、接触支援の在り方について一つひとつを議題に上げ取り組んでいることを職員アンケートより確認しました。 ○事業所のコンセプトの一つである「利用者皆が役割を持ち生活を組み立てる」を日常の支援の基本に据えていることを掲示物より確認しました。
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
			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）	■	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。	○利用人数の割には事業所が狭く、個別のスペースが確保できていないといった課題はありますが、個々のプライバシー確保のための工夫をしています。多くの職員の自己評価より、プライバシー保護に対する意識統一ができているとの回答がありました。 ○プライバシーの保護を意識した言葉がけ、生活しやすい環境への配慮が窺えます。今後、利用人数、活動内容に見合った事業所の規模について法人内で検討されることを期待します。
					■	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。	
					□	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。	
					■	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。	

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。	a）	■	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人が入手できる場所に置いている。	○事業所の活動内容や作品を松川町図書館、中川村図書館の所定のスペースに掲示しています。 ○事業所は新たに利用を希望する養護学校生や在宅の希望者に対して実習の機会を提供しています。 ○事業所は運営規定及び指定生活介護事業のサービス提供内容の中で利用を希望される方に対して事業の内容と利用手続きの説明と同意を得ることを明文化しています。 ○事業所が地域の公共機関で、事業所の存在を知らしめる取り組みをしていることを知らないでいる職員が沢山いました。周知共有の場を設けますようお願いします。
					■	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。	
					■	137	福祉施設・事業所の利用希望者については、個別にていねいな説明を実施している。	
					■	138	見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。	
					■	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。	
			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。	a）	■	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。	○サービスの提供時には、重要事項説明書をもとにわかりやすい説明を行い、納得と同意を得た際は利用の契約を交わしていることを関係書類等で確認しました。 ○法人は複数の事業所を運営しており、事業所見学や体験実習を行う中で、利用の選択肢となる情報を提示し、サービス利用に向けて自己決定の尊重を図っています。 ○福祉サービスの変更時には、次のサービスにスムーズに繋げていかれるよう利用者のケース記録を書面にし了解を得たうえで引き継いでいます。 ○意思決定が困難な利用者には関係機関、関係者の間で本人中心の視点に立ってサービスの検討がなされています。
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	

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 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。	a）	■	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。	○他の事業所や地域への移行に当たっては利用者一人ひとりに必要な項目をピックアップした資料を作成し、次の事業所への情報提供をしています。 ○福祉サービスが終了した際は、事業所内でお別れ会を開いたり、色紙を渡したりするとともに、引き続き相談の窓口を設置して関係の継続を図っています。 ○事業所として利用の開始・変更・終了に対して丁寧な取り組みをしていますが、一般職員の間では「分からない・知らない」とする評価が多々みられましたので改めて共有されることを期待します。
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
		(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。	a）	■	149	利用者満足に関する調査が定期的に行われている。	○事業所では年に2回、利用者との面談を行い活動や生活面での困りごとを聞く場面を設けています。 ○満足度調査は応えることが難しい利用者や家族がおり、数値で表すことはできないが、面談、懇親会を実施していく中で思いを集約し、必要な改善を行っています。 ○利用者満足に関する調査の担当者等の設置はなされていないが、面談や嗜好等から得た情報を職員間で分析・検討する機会を設けています。
					■	150	利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。	
					■	151	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。	
					■	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。	
					■	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。	

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。	a）	■	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。	○苦情解決の体制については重要事項説明書に窓口担当、解決責任者、２名の第三者委員も明記され、事業所内にも張り出されていました。 ○法人は「苦情解決に関する規定」を明文化しており、苦情の受付担当者及び解決責任者の責務が文書化され、周知共有されています。 ○当事業所においては、苦情システムを確立した当初は数多くの苦情が寄せれていましたが、その都度改善を図ってきたことで、ここ数年の苦情件数は0件とのことでした。これからも表出した苦情に対しては丁寧に対応していただくことを期待しています。 ○職員の自己評価結果より、この項目に対して「知らない・分からない」との評価が半数以上みられました。法人として真摯に取り組んでいますので周知をお願いします。
					■	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。	
			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）	■	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。	○文章での表現の理解が困難な方には口頭で伝えています。グループホームの利用者が多いため家族との関りは少ないとのことでした。 ○事業所での様子については毎月写真入りお便りを発行し周知されているとのコメントがありました。
					□	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。	

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。	a）	■	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。	○利用者からの相談については苦情解決の手順に従い運用しているが、利用者には職員は誰とでも相談できることを伝え、相談を受けた職員は相談内容を職員間で共有する仕組みを作っています。 ○受け付けた相談の解決に時間がかかる場合は、その旨を利用者に伝えるとともに、職員会等の議題に載せて検討したり、内容によっては法人の議題に載せて回答するようにしています。
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	169	対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。	
		(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）	□	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。	○事業所には、緊急連絡カード、災害時持ち出しカードが整備されており、万が一の備えが整っていました。 ○非常災害時、事故発生時の対応マニュアルが明文化されており、指揮命令系統、各種災害時の具体的な動きについて細かく文書化され職員間での周知を図っています。 ○日々の活動を通してヒヤリハットを洗い出し、分析・情報共有を図っています。 ○法人内の各部署と情報共有を行い、必要に応じて互いのマニュアルの改善などに取り組んでいるとのコメントがありました。
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	

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。	a）	■	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。	○事業所内の看護、衛生管理係が中心となって感染症の予防や発生時の対応を行っています。感染症については、新型コロナウイルスをはじめ、インフルエンザ、ノロウイルスに対するマニュアルを備え職員に周知を図っています。 ○生活介護事業所に常勤している看護師を中心に定期的に感染症の予防や安全についての研修が実施されていることを職員自己評価結果より確認しました。 ○コロナ禍での訪問調査の実施でしたが、事業所では室内の消毒、換気、飛沫防止のアクリル板の設置等予防策が講じられていました。
					■	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。	
			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）	■	182	災害時の対応体制が決められている。	○平成31年1月に設置された防災検討委員会において、施設災害対策マニュアルが整備されています。マニュアルには地震、風水害時の対応について、職員及び利用者の安否確認、連絡体制等フローチャートを用いて分かりやすく明示されています。 ○福祉サービスの継続性については、事業所の使用が困難と判断された場合は、他の福祉施設への受け入れを依頼することが明文化されていました。 ○防犯に関わる利用者等の安全の確保対策は未実施とのことですので、ロールプレイングを取り入れた研修の実施を期待します。
					■	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。	

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。	a）	■	188	標準的な実施方法が適切に文書化されている。	○サービスの標準的な実施方法とは、職員の経験や勘に基づく支援方法から脱して、支援を受けた利用者が戸惑わないサービスの在り方の基準を作ることにあります。事業所では、利用者の障がい特性に応じて支援の手順書を作成しており、状況が変わった際の見直しもなされています。 ○職員の能力差や経験値から、均一になることの難しさを感じている職員もいましたが、事業所では毎月のケース会議の中で利用者の情報共有に力を入れていますので、サービスの標準化についてさらなる検討を期待します。
					■	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。	a）	■	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。	○支援手順書、業務手順書についてグループワーク形式で全職員が主体的に作成し、定期的に振り返る仕組み(PDCA)サイクルを確立しています。標準化は全職員が課題を共有し、その中から利用者、職員ともに理解と納得の得た支援方法を導き出すことにあります。 ○標準的な実施方法は、利用者の事故や怪我の背景を検証する上でも明文化し、周知共有に努めてください。
					■	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。	

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) 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。	a）	■	196	個別支援計画策定の責任者を設置している。	○個別支援計画を作成するにあたり、必要とされる書類が整備されていました。 ○個別支援計画は利用者を受け持つ担当が管理者やサービス管理責任者の助言を得る中で作成されています。 ○個別支援計画には利用者のニーズとサービス提供の方法が具体的に記載されていることを書類より確認しました。 ○支援の困難なケースについては事例としてまとめ、法人の会議や自立支援協議会の会議にも上げて検討されています。
					■	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。	
					■	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。	
			② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a）	■	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。	○個別支援計画の策定・ケース会議の開催係を中心に半年ごとの見直しを行っています。 ○個別支援計画に基づいた具体的な支援の方法については、標準的な実施方法の結果を職員間で分析し新たなニーズの発掘を支援計画に反映しています。 ○個別支援計画の急な変更については、その都度ケース会議に取り上げて、サービス管理責任者、管理者の了解と確認の中で進められています。
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	

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) 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。	a）	■	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。	○利用者の健康状態や活動内容は法人が定めた各事業所が共有するソフトに記録しています。職員は個別支援計画について記録し、サービス管理責任者はサービス提供が的確に実施されているかを確認しています。 ○記録の書き方に差異が生じないように、特に新任職員については記録の添削を管理者が行い、記録の書き方研修を随時実施しています。 ○利用者の個人記録を適切に残すために、サービス管理責任者が日誌上に特記事項を記載する方法をとっています。この特記事項については個別支援計画に反映させているとのことを管理者のコメントより確認しました。 ○情報共有の仕組みは法人として高度に完成していることをインタビューで伺いました。
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a）	■	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。	○事業所の運営規定には(秘密保持等)の項目に個人情報の保護について規定しており、また、利用契約書には(秘密の保持)の項目に記載してあります。 ○利用者の個人情報について、サービス提供において最小限の範囲の中で必要とされる内容を説明し、同意を得た場合の「個人情報使用同意書」を整えていました。 ○利用者の記録については、運営規定の中の(記録の整備)の項目に細部について明文化しています。 ○記録管理の責任者はサービス管理責任者が担っていることをインタビューで伺いました。 ○一般職員の多くは個人情報保護規定を理解し、遵守しているとの自己評価をしていました。
					■	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。	