

○評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

		自己評価	第三者評価	観察	ヒア長	ヒア幹	ヒア職	事例	アンケート	判断の理由・備考	ステップアップのための課題・提案	
				○	○	○						
1	I-1-(1)-①	a	a	○	○	○				○ b)理念が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に記載されている。 ○ a)理念から、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 福祉事業財団綱領の形で、理念を明文化しています。さらに、その説明書も用意しています。		
				<書類・記録の名称>								
	理念が明文化されている			事業計画書 (大阪福祉事業財団綱領)								
2	I-1-(1)-②	a	a	○	○	○				○ b)基本方針が文書(事業計画等の法人・施設内文書や広報誌、パンフレット等)に記載されている。 ○ a)基本方針は、法人の理念との整合性が確保されている。 ○ a)基本方針は、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。 日本国憲法や生活保護法、大阪福祉事業財団綱領などを受けて、「高槻温心寮のめざすもの」を策定しており、これが基本方針に該当します。綱領もそうですが、「私たちは～します」という表現で、職員の行動規範となる内容です。		
				<書類・記録の名称>								
	理念に基づく基本方針が明文化されている			事業計画書 (大阪福祉事業財団綱領、高槻温心寮のめざすもの)								
3	I-1-(2)-①	a	a	○	○	○				○ b)理念や基本方針を会議や研修において説明している。 ○ a)理念や基本方針の周知を目的とした実践テーマを設定して会議等で討議の上で実行している。 ○ a)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。 「綱領」や「めざすもの」は、事業計画書に含まれ、職員に配布しています。「高槻温心寮のめざすもの」は、毎年職員の意見を集約し、反映したものとなっています。		
				<書類・記録の名称>								
	理念や基本方針が職員に周知されている			事業計画書								

4	I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている	b	b	事業計画書	○ ○ ○	△	①理念や基本方針をわかりやすく説明した資料を作成する等、より理解しやすいような工夫を行っている。	自治会や家族会などでの説明や共有スペースに掲示したり、資料を配布するなど、知ろうと思えば容易に知ることができるような配慮が望まれます。
					<書類・記録の名称>	○-	②理念や基本方針を利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。	
					×	③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。		
					b)□①～③を3つ中、1つ以上満たしている a)□①～③を3つ全て満たしている			
					「綱領」や「高槻温心寮のめざすもの」は利用者や家族に周知しているとは言いがたい状況です。			
5	I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている	b	a	中長期計画 企画会議録	○ ○ ○	○	必①経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画が策定されている	当該第三者評価において、中長期計画は多くの評価項目のキーワードになっているなど、極めて重要な項目です。最終的には単年度の事業計画とともに、理事会で承認を得るなど、決定プロセスを確立した上での策定を提案します。
					<書類・記録の名称>	○	必②中・長期的な予算(収支計画)が策定されている	
					○	③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。		
					○	④実施する福祉サービスの内容や、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている。		
					○	⑤中・長期計画は、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっている。		
					×	⑥中・長期計画に基づく取組を行っている。		
					×	⑦中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。		
					b)必(①または②)を2つ中1つ以上+□③～⑦を5つ中1つ以上満たしている a)必を2つ全て+□③～⑦を5つ中3つ以上満たしている a+)必を2つ全て+□③～⑦を5つ中5つ全て満たしている			
					中長期計画を策定しており、理念や基本方針を意識したものになっています。また課題等に対して取り組む内容となっています。ただ組織的体系的に策定されたものではありません。			



9	事業計画が利用者に周知されている	c	c	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>〇</span><span>〇</span><span>〇</span><span>〇</span><span>〇</span><span>〇</span> </div> <書類・記録の名称> 掲示物 機関紙「寮だより」	△ ①利用者あるいは家族向けに各計画をわかりやすく説明した資料を作成することによって、より理解しやすいような工夫を行っている。	利用者や家族に対して、施設が何を目的に何をしようとしているのかの説明は重要です。年間のスケジュールに組み込むなど、説明の機会確保が求められます。
					△ ②各計画を利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。	
					b)①～②を2つ中、1つ満たしている      a)①～②を2つ全て満たしている	
					事業計画や行事計画の利用者への周知は、懇談会等を通じて行われています。月間の行事計画は掲示により周知しています。年間のおおまかな行事計画もあわせて掲示することを提案します。また、事業計画は行事だけではなく、クラブ活動、作業、防災、職員の委員会活動など多くの内容が盛り込まれていますので、可能な範囲で周知を図ることが求められます。	
10	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している	a	a	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>〇</span><span>〇</span><span>〇</span><span>〇</span><span>〇</span><span>〇</span> </div> <書類・記録の名称> 事業計画書(職務分掌) 機関紙「寮だより」 職員会議録	○ ①管理者は、自らの役割と責任について、文書化するとともに、会議や研修において表明している。	災害時等の体制はやや不明確です。管理者は役割を明確化し、それに基づいて組織編成されることを提案します。
					△ ②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、明確化されている。	
					○ ③管理者は、自らの役割と責任について、組織の広報誌等に掲載して表明している。	
					b)①～③を3つ中、1つ満たしている      a)①～③を3つ中、2つ満たしている a+)①～③を3つ中、3つ全て満たしている	
					管理者の職務は職務分掌により明確です。また、会議や機関紙等を通じて管理者の役割や責任が発出されています。	
11	遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	b	b	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>〇</span><span>〇</span><span>〇</span><span>〇</span><span>〇</span><span>〇</span> </div> <書類・記録の名称> ハンドブック(諸規程集) 研修報告書 職員会議録	○ ①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。	福祉施設をとりまく法令は数多くあります。特に注意を要するものについてはリスト化し、それらが遵守されているかどうかを定期的にチェックできるようにシートを用意して、法令遵守に取り組まれることを提案します。
					△ ②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、リスト化する等の取組を行っている。	
					○ ③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。	
					b)①～③を3つ中、1つ満たしている      a)①～③を3つ中、3つ全て満たしている	
					コンプライアンスは「ハンドブック(諸規程集)」を職員に配布し、周知しています。ただ、労働関係、個人情報保護関係など範囲が限定されているように見受けられます。	

12	I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している	b	a	事業計画書 企画会議録	○ ○ ○	○	①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。	
					○	②管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を取り込めるための具体的な取組を行っている。		
					○	③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。		
					○	④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。		
					b)①～④を4つ中、1つ満たしている      a)①～④を4つ中、3つ満たしている a+)①～④を4つ全て満たしている			
					種々の会議や委員会、係等を通して利用者サービスの質の向上について検討しています。管理者はそれらを統括し、或は有機的に連携させています。			
13	I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している	a	a	企画会議録 職員会議録	○ ○ ○	○	b)△①管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けて、人事、労務、財務等の面から分析を行っている。「させている」でも可	
					○	b)△②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。		
					○	a)◎①管理者は、上記(△②)について、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。		
					○	a+)☆①管理者は、経営や業務の効率化や改善の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。		
					法人、施設それぞれのレベルで積極的に取り組んでいます。施設では管理会計に近い形で予算が形作られる課程があり、個々職員の経営や効率化への意識は高いと感じました。			

○評価対象Ⅱ 組織の運営管理

14	II-1-(1)-①	b	a	○ ○ ○	企画会議録 職員会費録 研修報告書	○	b)△①社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握するための方法を持っている。
	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている			○		b)△②利用者数・利用者像等について、事業所が位置する地域での特徴・変化等を把握している。	
				○		a)◎①把握された情報やデータが、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。	
				○		a+)☆①福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等を収集している。	
				救護施設を取り巻く環境の変化は、外部機関との連携、研修、情報交換等を等を通して、その把握を図っています。			
15	II-1-(1)-②	a	a	○ ○ ○	部署予算書 中長期計画 企画会議	○	b)△①定期的にサービスのコスト分析やサービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。
	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている			○		a)◎①改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。	
				○		a)◎②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。	
				経営状況は、年度末や中間期、翌年度初めに決算や予算について協議をするなど、職員が共有できるものとなっています。また、予算を各部署、担当が立案し、上長と折衝するなど、職員の高い参画意識が見られます。			
16	II-1-(1)-③	a	b	○ ○ ○	内部監査資料 企画会議録	×	①狭義の外部監査を実施している。
	外部監査が実施されている			○		②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基づいて、経営改善を実施している。(狭義の外部監査と広義の外部監査のいずれによるものでも可)	
				×		a+)☆①狭義の外部監査を毎年行っている。	
				b)①～②を2つ中、1つ満たしている a+) a)をクリアした上で☆①を満たしている			
				a)①～②を2つ全て満たしている			
外部監査は受ていませんが、内部監査にあたり監事に公認会計士が同行し、専門的な立場から確認作業を支援しています。							





21	II-2-(3)-①	b	a	○ ○ ○	<書類・記録の名称> 中長期計画 事業計画(研修計 画)	○	b)△①組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める基本的姿勢や意識を明示している。	
	○			a)◎①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、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める専門技術や専門資格を明示している。				
	中長期計画や事業計画に研修に関する基本姿勢を明示しています。また、資質向上のための研修や資格取得支援制度等の取り組みも示しています。							
22	II-2-(3)-②	c	a	○ ○ ○	事業計画(研修計 画) 年間研修実施表	○	b)△①職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されている。	
	○			a)◎①個別の職員の技術水準、知識、専門資格の必要性などを把握している。				
	○			a)◎②策定された教育・研修計画に基づき、実際に計画に従った教育・研修が実施されている。				
	法人内に新任の事前研修や事後研修、リーダー研修、主任研修、管理職研修などがあり、人材に応じて適切な研修を受講しています。また、各種団体の研修等にも積極的に参加しています。							
23	II-2-(3)-③	b	a	○ ○ ○	研修報告書 職員会議録	○	b)△①研修を終了した職員は、報告レポートを作成している。	
	○			b)△②研修を終了した職員が、研修内容を発表する機会を設けている。				
	○			b)△③報告レポートや発表、当該職員の研修後の業務等によって、研修成果に関する評価・分析を行っている。				
	○			a)◎①評価・分析された結果を次の研修計画に反映している。				
	○			a)◎②評価・分析された結果に基づいて、研修内容やカリキュラムの見直しを行っている。				
	参加された研修等はレポートや伝達講習などを行い、内容の共有化も図られています。法人内研修の計画は、法人施設長会議などを通じて、法人に対して研修の見直しについて意見する機会があります。							

24	II-2-(4)-①	a	a	○ ○ ○	<書類・記録の名称> 実習受け入れマニュアル	○	①実習生の受入れに関する基本姿勢を明文化している。	実習の受け入れは積極的に行われており、マニュアルもそれに応じて充実したものに なっています。
	○			②実習生の受入れについて、受入れについての連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等の項目が記載されたマニュアルが整備されている。				
	○			③受入れにあたっては、学校との覚書を取り交わす等によって、実習における責任体制を明確にしている。				
	○			④実習指導者に対する研修を実施している。				
	○			⑤実習内容全般を計画的に学べるようなプログラムを用意している。				
	○			⑥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。				
	○			⑦社会福祉士、介護福祉士、ホームヘルパー等の種別に配慮したプログラムを用意している。				
	b)①～⑦を7つ中、4つ以上満たしている。 a)①～⑦を7つ中、6つ以上満たしている。							
25	II-3-(1)-①	b	b	○ ○ ○	<書類・記録の名称> 事故・感染症対応マニュアル 危機管理委員会会議録	○	①管理者は、利用者の安全確保の取組について、マネジメントを行っている。	マニュアルの充実、特に災害時の管理体制の整備について、その充実、理解を図られることを提案します。
	○			②利用者の安全確保に関する担当者・担当部署を設置している。				
	○			③担当者等を中心にして、定期的に安全確保に関する検討会を開催している。				
	○			④検討会には、現場の職員が参加している。				
	○			⑤事故発生対応マニュアル等を作成し職員に周知している。				
	△			⑥リスクの種類別に、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。				
	b)①～⑥を6つ中、2つ以上満たしている。      a)①～⑥を6つ全て満たしている。							
	火災等の非常時の体制はやや不明確な部分があり、実効性を高めることが望まれます。							

26	II-3-(1)-②	b	b	○ ○ ○	事故・感染症対応マニュアル 危機管理委員会会議録 事務所防災組織表 (掲示)	○	①立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類の必要な対策を講じている。	事務所に組織表が掲示されていましたが、視覚的によりわかりやすくされることをお勧めします。また、その日によって勤務体制が変化しますので、組織もそれに応じて変化するかと思しますので、日々の防災組織についての検討が望まれます。
	△			②災害時の対応体制が決められている。				
	△			③利用者および職員の安否確認の方法が決められ、全職員に周知されている。				
	△			④食料や備品類などの備品リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。				
	○			⑤避難訓練を年2回以上(内1回以上は消防署の立会い)を行っている。				
	○			⑥警察や自治会などと連携して訓練したり、人手の手薄な夜間を想定した訓練を行うなど、訓練の実施にあたり施設独自の工夫がみられる。				
	b)①～⑥を6つ中、3つ以上満たしている。 a)①～⑥を6つ全て満たしている。							
非常食・非常設備を用意しています。これらが機能し有効なものになるよう、実際に使用する際のマニュアルの充実に期待します。								
27	II-3-(1)-③	a	a	○ ○ ○	ヒヤリハット記録 事故報告書 危機管理委員会会議録	○	b)△①利用者の安全を脅かす事例の収集を、その仕組みを整備した上で実施している。	ヒヤリハットの報告は出てこないという意味のないものになりますので、些細な事象でも気軽に記入できやすいフォーマットにされることを提案します。
	○			a)◎①収集した事例について、職員の参画のもとで発生要因を分析し、未然防止策を検討している。				
	○			a)◎②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。				
	○			a)◎③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。				
	○-			a+)☆①ここ数年を比べて、事故が減少傾向にあるなど、取り組みが成果をあげている。				
	○			a+)☆②事故防止の取り組みにあたり、利用者の行動を過度に制限していない。				
	リスクマネジメントの体制を構築しています。							

28	Ⅱ-4-(1)-①	a	a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ①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。	
	<書類・記録の名称> 職員会議録 ボランティア受け入れ表			<input type="radio"/> ②活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。		
					<input type="radio"/> ③利用者が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援助を行う体制が整っている。	
					<input type="radio"/> ④地域の人々に向けた、事業所や利用者への理解を得るための日常的なコミュニケーションを心掛けている。	
					<input type="radio"/> ⑤利用者の買い物や通院等の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。	
					b)①～⑤を5つ中、2つ以上満たしている。 a)①～⑤を5つ中、4つ以上満たしている。	
					地域との関わりは積極的であり、施設と地域双方の行事等を通じて交流の機会を確保しています。また、ボランティアの受け入れ体制を整備し、受け入れ実績、内容ともに豊富です。	
29	Ⅱ-4-(1)-②	a	a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ①介護や保育等について、専門的な技術講習会や研修会、地域住民の生活に役立つ講演会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。	
	<書類・記録の名称> 地域福祉部会記録			<input type="radio"/> ②介護相談・育児相談窓口、障がい者やその家族等に対する相談支援事業、子育て支援サークル等、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 type="radio"/> ③地域へ向けて、理念や基本方針、施設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。	
					b)①～③を3つ中、1つ以上満たしている。      a)①～③を3つ全て満たしている。	
					施設内に設けられている地域福祉部会が中心になり、ボランティアの受け入れ、地域行事への参画、施設スペースの貸し出しなど、他の模範となる活発な活動を行っています。	

30	II-4-(1)-③	b	a	○ ○ ○	事業計画 地域福祉部会記録	○	b)△①ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。	ボランティア受け入れは積極的であり、マニュアルも充実しています。登録者数も多く、定期的に交流会を開催するなど、充実した受け入れ体制を構築しています。
	<書類・記録の名称>			○		a)◎①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。		
				○		a)◎②ボランティアに対して必要な研修を行っている。		
31	II-4-(2)-①	b	a	○ ○ ○	関係機関一覧表 地域交流スペース資料、掲示物	○	b)△①個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示し、当該地域の関係機関・団体について、その機関・団体との連携の必要性を含めたリストや資料を作成している。	一層利用者の利便に供するためにも、地域に点在する公共機関等の案内等に期待します。
	<書類・記録の名称>			○		a)◎①職員会議で説明する等職員間で情報の共有化が図られている。		
						共有スペースには、福祉施設や医療機関等の関係機関の資料等を用意しています。個々利用者には職員会議等を通して個別支援計画の観点から必要な社会資源について検討を行っています。		
32	II-4-(2)-②	a	a	○ ○ ○	各種関係機関会合録 地域生活移行会議録 事業計画書	○	b)△①関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。(地域に適当な関係機関・団体がある場合)	高槻市民間社会福祉施設連絡会、地域生活支援ネットワーク会議、精神保健福祉関係機関連絡会議など、関係機関との連携は豊富です。比例して、利用者の地域生活移行支援における関係機関との連携も豊富です。
	<書類・記録の名称>			-		b)△②地域でのネットワーク化に取り組んでいる。(地域に適当な関係機関・団体がない場合) ※b)△①及び②につきましては、どちらか該当する着眼点のみの評価で結構です。		
				○		a)◎①地域の関連機関・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積極的に行っている。		

33	II-4-(3)-①	a	a	○ ○ ○	地域相談記録	○	①関係機関・団体との連携に基づき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。	民生委員との関連は希薄とのことでした。理解がなかなか進まないかもしれませんが、生活困窮者への支援や地域公益活動(地域貢献)を想定した場合、避けては通れない存在かと思しますので、不断の働きかけが期待されます。
	<書類・記録の名称>			×		②民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催する等によって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。		
	○			③地域住民に対する相談事業を実施すること等を通じて、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。				
	b)①～③を3つ中、1つ以上満たしている。 a)①～③を2つ以上満たしている。							
	施設の独自事業として、地域生活支援事業の一環で福祉相談サービスや介助機器貸し出しサービスを展開していることは高く評価できます。							
34	II-4-(3)-②	a	a	○ ○ ○	地域相談記録	○	①把握した福祉ニーズに基づいて実施した具体的な事業・活動がある。	
	<書類・記録の名称>			○		②把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動を、中・長期計画や事業計画の中に明示している。		
	b)①～②を2つ中、1つ以上満たしている。 a)①～②を2つ全て満たしている。							
	グループホーム利用の希望者が多く、そのニーズに対応するため、近々1ヶ所増やす計画があるとのことで、福祉ニーズに対する事業の具現化であり、高く評価されます。							

○評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

35	Ⅲ-1-(1)-①	a	a	○ ○ ○ ○ ○ ○	支援ハンドブック	○+	b△①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ている。	
	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。			<書類・記録の名称>		○+	a)◎①利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法等に反映されている。	
						○	a)◎②利用者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。	
						○	a)◎③身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。	
				危機管理委員会を設置しています。法人・施設にて、定期的にセルフチェックを行うなど、組織全体で理解を図っています。				
36	Ⅲ-1-(1)-②	b	b	○ ○ ○ ○ ○ ○	支援ハンドブック	○+	b)△①利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫等、組織として具体的に取り組んでいる。	
	利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している			<書類・記録の名称>		×	a)◎①利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。	
						○	a)◎②規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。	
				利用者の居室は全室個室になっています。個室の公衆電話が2か所あり、プライバシーに配慮されています。				

37	Ⅲ-1-(2)-①	b	a	○ ○ ○ ○ ○	懇談会報告 意見集約書	○	①利用者満足に関する調査を定期的に行っている。	
	利用者満足の向上を 意図した仕組みを整 備し、取り組みを行っ ている			○		②利用者満足を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会を定期的に行っている。		
				○		③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。		
				○+		④利用者満足に関する調査の担当者・担当部署の設置や、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。		
				○		⑤分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。		
				b)①～⑤を5つ中、3つ以上満たしている。 a)①～⑤を5つ全て満たしている。				
				毎月の懇談会や意見箱を活用し、利用者の意見や要望を汲み上げ改善につなげる体制を取っています。				
38	Ⅲ-1-(3)-①	a	a	○ ○ ○ ○ ○	苦情受付 解決報告書 生活のしおり	○	b)△①相談や意見を述べやすいようなスペースに配慮している。	
	利用者が相談や意見 を述べやすい環境を 整備している。			○+		a)◎①利用者が複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べることを、分かりやすく説明した文書を作成している。		
				○		a)◎②利用者や家族等に、その文書を配布したり、分かりやすい場所に掲示している。		
				相談方法や相談相手については、「生活のしおり」に記載しており、入所時に説明しています。				

39	Ⅲ-1-(3)-②	a	a	苦情受付 解決報告書	○	①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)を整備している。	
	<書類・記録の名称>				△	②苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。	
	○				③利用者や家族に対して、苦情記入カードの配布や匿名アンケート実施など利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫を行っている。		
	○				④苦情を受け付けて解決を図った記録が適切に保管されている。		
	○				⑤苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族に必ずフィードバックしている。		
	○				⑥苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。		
	○				⑦第三者委員による定期的な活動実績がある。		
	b)①～⑦を7つ中、4つ以上満たしている。 a)①～⑦を7つ中、6つ以上満たしている。						
	苦情解決について館内に掲示しています。法人の苦情解決委員会とも連携し、解決に向けた体制を取っています。						
	40				Ⅲ-1-(3)-③	b	
×		a)◎①対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。					
×		a)◎②対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。					
○		a)◎③苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。					
意見箱の投書や利用者自治会での要望などがあれば、その場で対応する、もしくは会議で報告し内容を周知する等の体制を取っています。							

41	Ⅲ-2-(1)-①	b	a	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <書類・記録の名称>	○ b)△①評価に関する担当者・担当部署が設置されている。	
	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している			チェックリスト集約表	○ a)◎①定められた評価基準に基づいて、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。	
					○ a)◎②評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。	
					法人のチェックリストを用いて自己評価に取り組んでいます。企画会議で、評価結果を分析検討する体制を整備しています。	
42	Ⅲ-2-(1)-②	b	b	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <書類・記録の名称>	○+ ①職員の参画により評価結果の分析を行っている。	
	評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善計画を立て実施している			内部監査改善報告書 第三者委員訪問の記録	○+ ②分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。	
					○ ③職員間で課題の共有化が図られている。	
					○ ④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。	
					△ ⑤改善策や改善計画の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて計画の見直しを行っている。	
					b)①～⑤を5つ中、2つ以上満たしている。 a)①～⑤を5つ全て満たしている。	
	自己評価や内部監査の指摘事項について、各会議で共有化を図り対応を検討しています。					
43	Ⅲ-2-(2)-①	b	a	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <書類・記録の名称>	○+ b)△①個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化されている。	
	提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている			支援ハンドブック	○ a)◎①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。	
					○ a)◎②標準的な実施方法には、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。	
					○ a)◎③標準的な実施方法に基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。	
利用者の支援方法やプライバシー保護に関する内容を文書化した「支援ハンドブック」を作成しています。この支援ハンドブックは、各職員に配布されています。						

44	Ⅲ-2-(2)-②	b	b	○ ○ ○ ○ ○ ○ <書類・記録の名称>	○-	b)△①サービスの標準的な実施方法の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。	実施している行程を文書化し、支援ハンドブックに組み込むなど工夫される事を期待します。	
	支援ハンドブック フロア会議録			○-	a)◎①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。			
					支援方法については、必要に応じて利用者の意見などを取り入れ改善・見直しをしています。項目を総合的に「b」評価と判断しました。			
45	Ⅲ-2-(3)-①	b	b	○ ○ ○ ○ ○ ○ <書類・記録の名称>	○	①サービス実施計画の実施後の利用者の状況の推移、満足度、変更の必要性等が記録されている。	業務マニュアルに記録の書き方に関する記載がありました。この部分を工夫される事を期待します。	
	ケースファイル 温心寮ハンドブック			△	②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などの工夫をしている。			
					b)①～②を2つ中、1つ以上満たしている。 a)①～②を2つ全て満たしている。			
					個別支援計画に基づく記録は、ケース記録や各フロアの連絡ノートに記録しています。すぐに共有が必要な記録はパソコンを利用し情報を共有しています。			
46	Ⅲ-2-(3)-②	b	b	○ ○ ○ ○ ○ ○ <書類・記録の名称>	○+	①記録管理の責任者が設置されている。	記録の管理について、個人情報保護と情報開示という2つの観点から、職員に対して教育や研修を反復して定期的に行うことが望まれます。	
	プライバシーポリシー 支援ハンドブック			○	②利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程等を定めている。			
					○-		③利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。	
					△		④記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。	
					○		⑤職員は個人情報保護法を理解し、遵守している。	
					b)①～⑤を5つ中、3つ以上満たしている。 a)①～⑤を5つ全て満たしている。			
					ケース記録等の管理は、各支援室内のロッカーで保管しています。個人情報保護や情報公開については、法人が発行する諸規程集に明記されています。また、施設が作成している個人情報保護規程にも規定されています。			

47	Ⅲ-2-(3)-③	b	b	事業計画 宿直連絡票 連絡票	△	①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。
	○				②情報共有を目的として、ケアカンファレンスの定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。	
	○				③パソコンのネットワークシステムを利用して、施設内で情報を共有する仕組みを作っている。	
	b)①～③を3つ中、1つ以上満たしている。 a)①～③を3つ中、①②を含む2つ以上を満たしている。					
	利用者の情報については、各連絡ノートや宿直連絡票・連絡票を活用し情報の共有化を図っています。また、各種会議や委員会報告も文書化しています。新入所者や一時入所者の情報については、当日の宿直者や職員が分かりやすいよう、写真入りの書類を作成し情報を共有しています。					
48	Ⅲ-3-(1)-①	b	b	ホームページ パンフレット 地域福祉事業の案内書	○+	①見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。
	○+				②インターネットを利用して、組織を紹介したホームページを作成し公開している。	
	×				③理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資料を、公共施設等多数の人が手にすることができる場所に置いている。	
	○				④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。	
	b)①～④を4つ中、2つ以上満たしている。 a)①～④を4つ全て満たしている。					
	施設の情報は、インターネットや施設のパンフレットでわかりやすく紹介しています。					

49	Ⅲ-3-(1)-②	a	a	生活のしおり プライバシーポリシー	○		○+	b)△①サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要資料説明書等の資料を用意して、利用者に説明している。	「生活のしおり(書面)」を説明し同意を得られた上でサービスを提供しています。
	<書類・記録の名称>				○	b)△②サービス開始時には、サービス内容や料金等について、利用者や家族等の同意を得た上でその内容を書面で残している。			
	○				b)△③利用契約が必要な場合は、必ず契約書を取り交わしている。				
	○				a)◎①説明にあたっては、利用者等が理解しやすいような工夫や配慮(例えば日常生活自立支援事業の活用)を行っている。				
	○				a)◎②重要事項説明書等の資料や契約書の内容は、利用者にもわかりやすいように工夫している。				
50	Ⅲ-3-(2)-①	b	b	温心寮ハンドブック 地域移行会議録	○		○	①他の事業所や地域・家庭への移行にあたり、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。	退所希望者も会議に参加しているとの事でしたので、その際決まった内容や地域のサービスなど文書化した書類を作成されるなど検討される事を期待します。
	<書類・記録の名称>				○+	②サービス終了した後も、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。			
	△				③サービス終了時に、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。				
					b)①～③を3つ中、1つ以上満たしている。 a)①～③を3つ全て満たしている。				
					地域生活支援事業担当者を中心とし、通所事業を含めた支援体制があります。地域移行をされる方や関係機関も含めた地域移行会議を実施しています。				

51	Ⅲ-4-(1)-①	b	b	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;">&lt;書類・記録の名称&gt;</div> <div style="width: 80%; border-bottom: 1px solid black;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;">○</div> <div style="width: 80%; border-bottom: 1px solid black;">①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。</div> <div style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;">○-</div> <div style="width: 80%; border-bottom: 1px solid black;">②アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている。</div> <div style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;">×</div> <div style="width: 80%; border-bottom: 1px solid black;">③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に関する協議を実施している。</div> <div style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;">○</div> <div style="width: 80%; border-bottom: 1px solid black;">④利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている</div> <div style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div> </div> </div>	<p>施設独自のアセスメント票の作成、もしくは居宅訓練希望者のアセスメント票を活用するなど工夫される事が望まれます。</p>				
	b)①～④を4つ中、3つ以上満たしている。 a)①～④を4つ全て満たしている。								
	入所に至るまでの事前面接や入所面接時にアセスメント票に近い情報を収集し文書化していますが、アセスメント作成は、居宅生活訓練事業の希望者のみにとどまり、入所者の作成までには至っていません。								
52	Ⅲ-4-(2)-①	b	b	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;">&lt;書類・記録の名称&gt;</div> <div style="width: 80%; border-bottom: 1px solid black;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;">○+</div> <div style="width: 80%; border-bottom: 1px solid black;">b)△①サービス実施計画策定の責任者を設置している。</div> <div style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;">○-</div> <div style="width: 80%; border-bottom: 1px solid black;">b)△②サービス実施計画を策定するための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)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。</div> <div style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;">×</div> <div style="width: 80%; border-bottom: 1px solid black;">a)◎①サービス実施計画どおりに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るとともに、機能している。</div> <div style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div> </div> </div>	<p>アセスメント結果に基づいた対応策や計画の作成となる為、上記「51」項目同様アセスメント票を作成し実施する事が望まれます。</p>				
						各ケース担当者が計画表を作成しています。必要に応じ、フロア会議などで情報の共有を図っています。			
53	Ⅲ-4-(2)-②	a	a	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;">&lt;書類・記録の名称&gt;</div> <div style="width: 80%; border-bottom: 1px solid black;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;">○</div> <div style="width: 80%; border-bottom: 1px solid black;">①サービス実施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。</div> <div style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;">○</div> <div style="width: 80%; border-bottom: 1px solid black;">②見直しによって変更したサービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。</div> <div style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;">○</div> <div style="width: 80%; border-bottom: 1px solid black;">③サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。</div> <div style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div> </div> </div>					
						b)①～③を3つとも、少しは実施している(多少、足りないところがあっても) a)①～③を3つとも、概ね実施している			
						支援内容に変更が生じた場合は、フロア会議などを随時行っています。			

○評価対象Ⅳ 良質な生活の確保に向けた具体的取り組み

IV-1-(1)-①											
54	日常生活を営む上での見守りと支援が適切に実施されている	a	a	生活支援基本計画 フロア会議録 支援ハンドブック	<書類・記録の名称>					○+	b)◎日常生活上の各種行為を自力で行える利用者については、基本的に見守りの姿勢を保っている。
					○+	a)○日常生活を営む上での各種行為が困難な利用者に対して、過剰(又は不足)にならない適切な支援を実施している。(事例でも判断)					
					食事の際の誘導や入浴の支援など、支援の状況が一覧表で作成されており、それに基づいて支援しています。						
55	利用者同士の交流への支援	a	a	行事計画実施表 事業計画	<書類・記録の名称>					○	b)◎新規入所者が、他の利用者と早く仲良くなれることを意図した取り組みを行っている。
					○	b)◎行事、レクリエーション、クラブ活動など、利用者が(強制でなく)自ら進んで参加・交流できる取り組みがなされている。(場所の提供だけでも可)					
					○	b)◎利用者同士のぶつかり合いが発生した際には、「施設が速やかに介入した上で、解決に向け支援する」ということが必要だと施設長は理解し、職員に伝えている。					
					○	a)○職員同席のもと利用者同士が話し合える場が、居室単位で定期的に設けられている。					
					○	a)○利用者同士のぶつかり合いが発生した際、施設が速やかに介入した上で、解決に向け支援することが必要であるが、「過剰に介入し過ぎてはいけない」ということも施設長は理解し、職員に伝えている。					
					新入所があった場合は、懇談会や食事の時間に紹介しています。						

56	IV-1-(1)-③ 利用者の好みに配慮した支援	a	a	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <書類・記録の名称>	○	b)◎生活必需品について、選択肢を設けるなど、個人の好みや使用頻度が優先されている。(又は、個人が自由に購入できる。)	生活必需品について、1種類だけではなく多様に揃え、利用者に選択肢を設ける方法を検討する事が望まれます。
					○	b)◎衣服、髪型について、特定する(選択肢を設ける)ことなく、個人の好み優先されている。(自分で行ける場合、介助を要する場合のいずれも)	
					○	a)○衣服、髪型、ひげ、(女性が入所している場合には)化粧について、無頓着な利用者に対して押し付けではないアドバイスをを行っている。	
					外出時間中に各自で買物に出掛ける事ができます。生活必需品についてはチェック表を作成し月に1回提供しています。買物支援が必要な場合は、希望日に支援出来るよう取組んでいます。		
57	IV-1-(1)-④ 預かり金を適切に管理・保管するための体制が整備されている	b	b	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <書類・記録の名称> 温心寮ハンドブック	○+	b)◎金銭管理規程が書面で存在する。	常時確認出来るよう工夫する事が望まれます。
					○	b)◎通帳預かり金の残高を定期的に報告している。	
					○-	b)◎預かり金の残高を利用者が常に確認できる体制がある。	
					○	a)○通帳、印鑑の保管責任者が別になっている。	
					○	a)○出納業務を実施した人の他に、別の人間がチェックする体制がある。	
					○	a)○通帳・印鑑について、預かった事実、返却した事実を証明する書類が存在する。	
					×	a)○出納状況及び預かり金の残高を常に利用者が把握できるような書類を利用者が保持する体制がある。	
					預り金については、本人の出納帳があり出金時に押印してもらい、コピーを取ってケース記録に添付するなど、残高を確認しています。		

58	IV-1-(1)-⑤	a	a	<input type="checkbox"/>	行事計画実施表	○+	b)◎利用者が時間を無為に過ごすことがないためのメニュー(クラブ活動、作業等)が存在する。	<p>作業は、複数の作業を行っています。作品を地域のバザーに出品されています。クラブ活動は自由に参加できます。行事は利用者と一緒に計画・実施しています。</p>
	<書類・記録の名称>			○	b)◎リフレッシュ、気分転換、潤いのある生活のための行事・催しを行っている。			
	○			b)◎クラブ活動、作業、行事、催しなどについて、強制参加ではなく利用者の自由意志を尊重することになっている。				
	○			a)○選択できる複数のメニュー(クラブ活動、作業等)を設定している。				
	○+			a)○行事・催しの企画にあたり利用者の意向を把握している。				
59	IV-1-(1)-⑥	a	a	<input type="checkbox"/>	居宅訓練申込みアセスメント 個別支援計画	○	b)◎自立に向けた取り組みを行うという方針を持っている。	<p>地域生活支援事業担当者を中心に、居宅生活訓練事業・通所事業・退所者への支援をしています。居宅生活訓練の希望者には、アセスメントを行い訓練に移行しています。</p>
	<書類・記録の名称>			○+	b)◎自立に向けた取り組みを行っている。			
	○			a)○アセスメントの結果、居宅生活を目標とした利用者全員について、自立支援プログラム等(要文書)を作成し支援している。				
	○+			a)○退所後の元利用者に対して、何らかの支援を行っている。				

60	IV-1-(1)-⑦	b	b	<input type="checkbox"/>	<書類・記録の名称>	<input type="checkbox"/> b)◎嗜好調査を行い、その結果を献立に反映している。	
	食事			<input type="checkbox"/>	嗜好調査記録	<input type="checkbox"/> b)◎献立表を見やすい場所に掲示している。	
				<input type="checkbox"/>	残菜調査	<input type="checkbox"/> + b)◎利用者個々人の身体状況にあった形態の食事(普通食、キザミ、減塩食など)が提供されている。	
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> a)○適温の食事を提供している。	
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> a)○複数メニューから選択できる機会がある。(月1回程度以上を想定)	
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Δ a)○幅のある食事時間帯の中で個人が好む時間に喫食することができる。(介助を要する人は除く)	
						<p>年に1回嗜好調査を実施しています。嗜好調査は、栄養士とフロア担当で居室を訪問し聞き取りを行っています。懇談会や食事を一緒に取りながら利用者の意見を聞き献立に反映しています。</p>	
61	IV-1-(1)-⑧	a	a	<input type="checkbox"/>	<書類・記録の名称>	<input type="checkbox"/> + b)◎緊急に施設入所を要するケースの依頼があった場合でも、可能な限り受け入れるという施設の方針がある。	
	緊急保護であれば夜間・休日であっても積極的に受け入れる体制がある			<input type="checkbox"/>	地域福祉相談記録	<input type="checkbox"/> a)○過去3年間以内にbに該当するケースを受け入れた実績がある。(又は、受け入れの体制が整備されている。)	
				<input type="checkbox"/>	一時入所記録	<p>事業計画に、緊急時の受け入れ・一時入所事業について記載しています。一時入所は、敷地内の別の棟で受け入れを行っています。</p>	

62	健康管理と看護・医療との連携	a	a	<input type="radio"/>	医務申し送り 検診記録 オーラルケア記録	<input type="radio"/> b)◎健康診断が実施され、診断結果が存在し施設が結果内容を把握している。	
				<input type="radio"/> <書類・記録の名称>		<input type="radio"/> b)◎夜間・休日であっても必要時は迅速に受診できる医療機関を確保している。	
						<input type="radio"/> b)◎体調不良者情報の引継ぎが確実に行われる体制がある。	
						<input type="radio"/> b)◎看護職員だけでなく、それ以外の介護職員も利用者の日々の健康状態を把握している。(介護職員については担当利用者のみでも可)	
						<input type="radio"/> a)○健康の維持・増進のためのプログラムが用意されている。	
						<input type="radio"/> a)○介護職員が得た利用者の健康状態の情報が医療スタッフに遅延なく伝達されている。	
						<input type="radio"/> a)○医師や看護師による健康相談を受けることができる。	
						<input type="radio"/> + a)○歯科医師又は歯科衛生士により、歯磨き、歯磨き介助、歯肉マッサージ等の方法やその他の口腔衛生について、定期的に指導を受けている。	
				<input type="radio"/> a) bを達成した上で、更にaを3つ以上満たしている			
				歯科受診を月に4回実施し、治療や痛み相談・口腔ケアを受けられる機会を設けています。 医務とケアスタッフとの連絡は、フロアノートや連絡票で引継がれています。			