

令和元年度 施設サービス評価（自己評価）詳細 ～ 保養施設用 ～

	大項目	中項目	小項目	6割以上 → a 6割未満 → b 0 → c	6割以上 → A 2割以上6割未満 → B 2割未満 → C ※小項目評価において、 a…10点 b…5点 c…0点 【項目数×10点＝満点（100%）】として計算	総合評価	課題・コメント	改善案割愛		
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、基本方針が確立されている。	①理念が明文化されている。	1.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。	1.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 チェック率 100% (40/40)	法人の事業計画、組織概要及びHP等へ経営理念が記載されている。また、パンフレットに記載されている。			
			②理念に基づく基本方針が明文化されている。	1.基本方針が文書（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。	1.基本方針が文書（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。		施設の事業計画及びHP等へ基本方針が記載されている。			
			2.基本方針は法人の理念との整合性が確保されている。	2.基本方針は法人の理念との整合性が確保されている。	地域福祉の推進に関し、「誰もが住みやすい地域づくり」等、共通の項目があり、整合性は確保されていると言える。					
		(2) 理念や基本方針が職員に周知されている。	①理念や基本方針が職員に周知されている。	1.理念や基本方針を会議や研修において説明している。	1.理念や基本方針を会議や研修において説明している。		1.理念や基本方針を会議や研修において説明している。	A チェック率 100% (48/48)	年度初めの係会議、全体会議及び新任、新転任者研修、異動者の研修の際に説明をしている。	
			2.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、会議等における討議の上で実行している。	2.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、会議等における討議の上で実行している。	2.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、会議等における討議の上で実行している。		基本方針と事業計画については内容がリンクしている部分もあり、広義的に実施していると捉えられる。			
			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。	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。	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。		基本方針と事業計画については内容がリンクしている部分もあり、広義的に実施していると捉えられる。			
	(2) 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	①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。	1.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。	1.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。	1.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。	A チェック率 100% (64/64)	施設のHP上で運営目標として公表している。事業計画において、具体的な数値目標や重点項目等を定めている。			
		2.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。	2.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。	2.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。	経営上、施設の問題を積極的に利用者へ向け発信することはないが、各項目について分析を行い、必要な物に対しては対策を検討、実施している。毎年、「事業自己評価」として評価・分析を行い、法人本部へ提出している。					
		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。	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。	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。	理念や基本方針に特化して周知状況の確認を行うことはないが、随時、事業の目標達成率等の分析や利用者アンケート等を参考にしながら不足している部分に関して必要な対応を行っている。					
	2 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・長期計画が策定されている。	1.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。	1.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。		A チェック率 100% (64/64)	施設のHP上で運営目標として公表している。基本方針を基にした、具体的な事業計画目標（数値目標）を定めている。		
			2.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。	2.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。	2.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。			毎年、事業自己評価として実施し、法人本部へも報告している。		
			3.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。	3.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。	3.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。			法人の第二期地域福祉推進計画が中長期計画にあたり左記の内容に該当する（平成30年度～平成34年度）		
(2) 計画が適切に策定されている。		②中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	1.事業計画には、中・長期計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。	1.事業計画には、中・長期計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。	1.事業計画には、中・長期計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。	A チェック率 96% (54/56)		第二期地域福祉推進計画、基本目標の4、「県民の福祉ニーズに即したサービスを提供し、県民が安心して暮らせる地域づくりを推進します」が該当する。		
		2.事業計画は、実行可能かどうか、数値目標等を設定することによって実施状況の評価を行えるかどうかについて、配慮がなされている。	2.事業計画は、実行可能かどうか、数値目標等を設定することによって実施状況の評価を行えるかどうかについて、配慮がなされている。	2.事業計画は、実行可能かどうか、数値目標等を設定することによって実施状況の評価を行えるかどうかについて、配慮がなされている。	法人担当部署が各担当部署との確認により、半年毎に進行管理をし、見直しが必要となった際は法人の事業計画に反映することとしている。					
		3.事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	3.事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	3.事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	第二期地域福祉推進計画を反映した内容となっている。第二期地域福祉推進計画において示されている。					
3 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計画の策定が組織的に行われている。	1.年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。	1.年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。	A チェック率 100% (56/56)		四半期毎に事業評価として手順に基づき把握、評価を行っている。			
		2.評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。	2.評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。	2.評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。			毎年見直しを行い、結果やその他施設整備等の各要因に臨機応変に対応しながら、見直しを行っている。			
		3.一連の過程が一部の職員だけで行われていない。	3.一連の過程が一部の職員だけで行われていない。	3.一連の過程が一部の職員だけで行われていない。			中心となる担当者はいるが、各係と連携を図りながら策定している。			
	(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	②計画が職員や利用者等に周知されている。	1.各計画を会議や研修において説明している。	1.各計画を会議や研修において説明している。		1.各計画を会議や研修において説明している。	A チェック率 100% (64/64)	全体会議の中で説明している。		
		2.各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすい工夫を行っている。	2.各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすい工夫を行っている。	2.各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすい工夫を行っている。		パンフレット等の広報物を通じて、実施しており、事業やその目的について分かるように配慮をしている。				
		3.障害を持つ利用者に対する周知の方法に工夫や配慮をしている。	3.障害を持つ利用者に対する周知の方法に工夫や配慮をしている。	3.障害を持つ利用者に対する周知の方法に工夫や配慮をしている。		事業の目標達成率や客室の空き状況を鑑み、バランスを見ながら、事業の周知のための広報活動を実施している。				
3 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。	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。	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。	A チェック率 100% (56/56)	宮城県七ツ森希望の家管理規則内に記載されている。				
		2.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。	2.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。	2.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。		広報誌「風つうしん」に掲載される。また、年度初め、年度末の挨拶の中で触れている。				
		3.管理者は、自らが果たすべき役割と責任について、その妥当性を常に検証している。	3.管理者は、自らが果たすべき役割と責任について、その妥当性を常に検証している。	3.管理者は、自らが果たすべき役割と責任について、その妥当性を常に検証している。		法人の施設長会議及び福祉施設長専門講座を受講している。				
	(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り組みを行っている。	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。	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。		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。	A チェック率 100% (64/64)	施設運営上必要とされるプロセスを踏んでいる。また、必要な事案が発生した際には法人本部とも連携を図り、対応できる体制にある。		
		2.管理者は、汚水や治療機材・器具の処理等の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。	2.管理者は、汚水や治療機材・器具の処理等の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。	2.管理者は、汚水や治療機材・器具の処理等の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。		法令、制度について、担当部署以外の事案に関しても全体会議の中で取り上げ、併せて資料の回覧をする等、対応を行っている。毎年1回、法令遵守のための所内研修を実施している。				
		3.管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守させるための具体的な取組を行っている。	3.管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守させるための具体的な取組を行っている。	3.管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守させるための具体的な取組を行っている。		施設サービス第三者評価に基づく自己評価を毎年6月に実施し、12月に外部評価委員会を開催している。利用者からの意見や、アンケート記載内容等を基に評価・分析を行っている。				
(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。	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。	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。	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。	A チェック率 100% (64/64)	お客様アンケートや四半期の評価等に応じ、不足部分等に関し、現場レベルでの検討を促した上で対応を図っている。				
	2.管理者は、福祉サービスの質の向上についての職員の意見を取り込むための具体的な取組を行っている。	2.管理者は、福祉サービスの質の向上についての職員の意見を取り込むための具体的な取組を行っている。	2.管理者は、福祉サービスの質の向上についての職員の意見を取り込むための具体的な取組を行っている。	早急な対応が必要な物に関してはトップダウンで、考えられる対応が複数ある場合には現場の意向を確認、検討したうえで、実施している。						
	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。	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。	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。	法人の福祉QCサークル活動に毎年サークルを参加させ、業務改善及び人材育成に取り組んでいる。現場職員が中心となり活動するため、管理者が直接活動に参加する機会は少ないが、スーパーバイザーとしての役割を果たしている。						
(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。	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。	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。	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。	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。		A チェック率 100% (64/64)	各係の責任者を交え行っている。			
	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、職員が働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。	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、職員が働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。	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、職員が働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。							
	3.管理者は、上記について、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。	3.管理者は、上記について、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。	3.管理者は、上記について、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。							
(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。	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。	4.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。	4.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。	4.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。	A チェック率 100% (64/64)					
	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、職員が働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。	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、職員が働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。	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、職員が働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。							
	3.管理者は、上記について、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。	3.管理者は、上記について、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。	3.管理者は、上記について、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。							

II 組織の運営管理	1 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の確に把握されている。	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。 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。 3.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。 4.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 チェック率 100% (144/144)	黒川郡の自立支援協議会に参加の他、関係機関から法人本部へ通知があったものや全社協発行の情報誌等を回覧することで情報収集を行い、引継ぎや朝会の中で把握している。											
			②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。	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。 2.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。 3.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。		黒川郡の自立支援協議会を通し、地域での特徴等を把握している。											
			③外部監査が実施されている。	1.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。		同一センター内の相談支援事業所等から情報を収集している。											
			④経営方針を確立している。	1.経営方針を確立し、職員と文書で共有している。 2.経営方針を元に毎月の事業計画をたてている。		反映される場合もある。											
			⑤計画的に予算を執行している。	1.現金の出納があった日には、必ず当日中に現金出納帳またはそれに準ずるものに記入し、定期的に収支決算を出している。 2.設備・備品管理は記録を残している。 3.前年度の財務諸表に基づき、必要な設備投資を行っている。 4.前年度の財務諸表に基づき、不必要な経費を削減している。 5.費用削減の際には、サービスの質にかかわる費用の削減は行っていない。 6.サービスを受ける側からの設備や消耗品に関する意見を聞き、実行に移している。 7.設備投資を検討するに当たり、職員の意見を参考にしている。 8.運営資金計画があり、それに基づいた運営をしている。		四半期毎に職員会議等でコストや利用率の分析を行い、職員間で周知されている。 反映される場合もある。 職員会議において、定期的に経営状況等について周知されている。											
			2 人材の確保・養成	(1) 人事管理の体制が整備されている。		①人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	1.人事考課の目的や効果を正しく理解している。 2.考課基準を職員に明確に示すことや、結果の職員へのフィードバック等の具体的な方策によって、客観性や透明性の確保が図られている。	A チェック率 100% (16/16)	法人、県の監査の他、平成28年度より会計に特化した監査も実施されるようになり、指導、指摘に基づき適正な運営をしている。監査の都度、指摘事項に基づき改善を行っている。 経営に係る文書を基に、会議で定期的に確認をしている。 事業計画細目がこれにあたる。 月次報告にて毎月法人へ提出している。現金出納帳において管理し、収支決算を提出している。 総務中心に実施している。 優先順位をつけた上で実施している。								
						②職員の役割分担は、明確にされている。	1.職員それぞれの業務範囲は、文書で示されている。 2.職員一人ひとりが自分の業務範囲を把握し、実行している。		利用者アンケートにてご要望に関してはお伺いしており、係内で検討し対応可能なものについては実施している。 次年度予算を組む前に、必要なものについて総務より確認がある。また、係会議や職員会議で議題に出し検討を行い意見を集約している。								
						③職員の就業状況や意向を把握し、必要があれば、改善する仕組みが構築されている。	1.職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている。 2.把握した職員の意向・意見や就業状況チェックの結果を、分析・検討する担当者や担当部署等を設置している。 3.分析した結果について、改善策を検討する仕組みがある。 4.改善策については、人材や人員体制に関する具体的なプランに反映し実行している。 5.定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。 6.希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家を確保している。		全体で閲覧が可能となるように整備している。 適切に支払われており、上司からも自己判断での未申請等が無いように定期的に声かけがある。 事業計画、分掌事務に記載されている。								
						④福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	1.職員の健康管理に配慮し、そのための措置を講じている。 2.職員の希望の取得等をもとに、福利厚生センターへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。		総務係にて対応しており、労働時間については毎月の出退勤時間申告書にてデータを取っている。 月に一度産業医の巡回があり、相談が可能である。 各種健康診断や、メンタルヘルス研修、ストレスチェック等を実施している。 任意加入の互助会制度がある。								
						(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	①職員の労働者としての権利は守られている。		1.労働協約・就業規則を文書で整備し、施設管理者・経営者と職員が共有している。 2.時間外労働・休日労働には、適切に賃金が支払われている。	A チェック率 100% (96/96)	「宮城県社会福祉協議会人材育成基本方針」にて明示されている。 人材確保及び人材育成について記述されている。 階層別研修や選択研修等が実施されている。 特に必要なものについては業務命令にて研修に参加する場合もある。また、希望があれば、可能な範囲で配慮出来る体制である。 初任者研修を含め研修を行っている。 OJTにて対応している。また、全ての職員の計画はなかったが、今年度より段階的に計画作成が始まった。 専門資格は把握している。 同一法人内で講師を招き研修会を実施している。事例を基にした研修を行っており、福祉QC活動も一端を担っている。 費用負担等の支援が設けられており、介護福祉士試験学費資金貸付などを行い、専門資格取得を進めている。 福祉QCサークル活動を含め、様々な研修会等に参加している。 復命書という形で必ず提出している。 全ての研修会においてではないが、全体会議の中で伝達研修の場を設け、実施するケースもある。						
									②職員の就業状況や意向を把握し、必要があれば、改善する仕組みが構築されている。		1.職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている。 2.把握した職員の意向・意見や就業状況チェックの結果を、分析・検討する担当者や担当部署等を設置している。 3.分析した結果について、改善策を検討する仕組みがある。 4.改善策については、人材や人員体制に関する具体的なプランに反映し実行している。 5.定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。 6.希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家を確保している。						
											③職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	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。 2.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。 3.職員・役員の役割を問わず、継続的研修を毎年行っている。 4.専門資格取得のため、勤務時間等について配慮している。	A チェック率 99% (127/128)				
												④個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。		1.採用時には試用期間を設け、採用時研修を十分に行っている。 2.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。 3.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。 4.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。 5.教育・研修は、新しい技法や様々な実践の成果について常に情報収集を行うケース会議とは別に、事例検討会を開く、外部から講師を招くなど、有効と思われる知識・技術の導入に努めている。 6.より高度で充実したサービスを提供するため、職員の専門資格取得を積極的に進めている。 7.施設外の研修会・大会・学会等への参加や研究発表を積極的に行い、外部との比較を施設サービスの向上に役立てている。			
														⑤定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	1.研修を終了した職員は、報告レポートを作成している。 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。 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。 4.評価・分析された結果を次の研修計画に反映している。 5.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。		

3 安全管理	(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。	①緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	1.管理者は、利用者の安全確保の取組についてリーダーシップを発揮している。	A チェック率 100% (144/144)			
			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.安全確保に関する検討を行う担当職員等が、検討会を定期的開催している。				
			4.障害の種類やリスクの種類別に、責任と役割を明確にした管理体制やマニュアルが整備され、職員および利用者・家族等に周知している。			安全衛生委員会やリスク管理委員会が設置されている。	
			5.マニュアルに沿って緊急時を想定した訓練を行っている。				
			6.職員に対し、必要な救急法の研修を行っている。			所在不明や誤薬等、種類別のマニュアルが整備されている。	
			7.緊急の場合に備えて警察、消防署、医療機関、地域の自治会や団体等と情報交換、連絡・協力体制を作っている。			十分ではないが、マニュアル読み合わせ等を行っている他、通信訓練や防災訓練を行っている。	
			8.緊急時の対応マニュアルの確認は、適切な頻度で行われている。			黒川地区の救急救命研修に参加している。また、定期的に普通救命講習を行っている。	
		②利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	1.利用者の安全を脅かすヒヤリハット事例の収集の仕組みを整備した上で実施している。			緊急時対応機関として黒川病院に協力を依頼している。	
			2.収集した事例について、発生要因を分析し、未然防止策を検討している。			毎年4月の他、採用及び異動が発生した際に随時確認並びに周知をしている。	
			3.事故がおきたら、その事故を元に再発防止マニュアルを改善する会議を開いている。			法人全体で統一した仕組みが作られている。	
			4.万一、事故がおきた時の対処法のマニュアルが整備されている。			発生の都度、検討し改善を図っている。	
5.職員及び利用者に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。							
6.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。							
7.事故処理の記録・保存を行っている。			所定の様式にて記録し、保存している。				
③施設の建物ならびに施設の周辺は定期的に点検・整備されている。	1.施設の建物ならびに施設周辺の点検・整備マニュアルが整備されている。		建物は定期的に業者点検を受けている。				
	2.点検・整備マニュアルにそって、定期的に点検・整備を行っている。		毎月の防災設備点検の他、保養宿泊客の入所前に園庭、大型遊具等の点検をマニュアルに沿って実施している。				
	3.点検・整備の責任者が明確にされている。						
4 地域との交流と連携	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	①地域との関わりを大切にしている。	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。	A チェック率 100% (104/104)		事業計画により文書化されている。	
			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。			掲示板やパンフレット設置等で情報提供している。	
			3.広報等を定期的に発行し、地域住民・ボランティアに施設の活動を理解してもらい、協力を得る努力をしている。			年に数回、周辺地域を中心にパンフレットを配布している他、風つうしん等の広報誌を年3回発行している。	
			4.施設で行われる行事への地域住民の参加を呼びかけている。			周辺地域へ直接広報活動を行っている他、ふれあい福祉まつりなどのイベント参加を呼び掛けている。	
		②事業所が有する機能を地域に還元している。	1.介護等について、専門的な技術講習会や福祉を理解するための研修会、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。			地域の民生委員児童委員や小学生を対象としたキャップハンディ体験活動を地元社協と連携を図り開催している。また、ふれあい福祉まつりや家族でトーク・第2回友遊ななつもり等、イベントの地域参加を呼び掛けている。	
			2.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。			地域イベント（夏祭りなど）への参加や、キャップハンディ体験活動、ふれあい福祉祭り等により、ニーズに responding している。	
			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。			風つうしんを発行している。	
			4.規程を設けた上で、地域へ施設を開放している。				
		③ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	1.ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明文化している。			受け入れに対するマニュアルがある。	
			2.ボランティア受け入れについて、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。			福祉教育係内で整備している。	
			3.ボランティアに対して必要な研修を行っている。			ボランティア開始前に必ず必要事項及び利用者様との関わり方等を説明する場を設けている。また、ボランティア講習会でも研修を実施している。	
			4.ボランティア育成に向けて、ボランティア講座や体験学習等を計画的に実施している。（県5-9）			事業計画に則りボランティア講習会を年一回（毎年6月）に実施している。	
5.ボランティア受け入れと育成に関して、それぞれ担当者を設け、責任を明確にしている。			福祉教育係が担当者となっている。				
(2) 関係機関との連携が確保されている。	①必要な社会資源を明確にしている。	1.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。	A チェック率 100% (48/48)		資料が閲覧できるようになっている。		
		2.社会資源について、職員間で情報の共有化が図られている。			毎年4月に視察を行っている。		
	②関係機関等との連携が適切に行われている。	1.関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。			富谷市黒川地域自立支援協議会へ参加している他、サービス担当者会議やモニタリングには極力参加している。また、パンフレット作成等の協力を不定期で行っている。		
		2.連携のための担当者を設け、責任を明確にしている。					
		3.地域の関係機関・団体とのネットワーク化に取り組んでいる。			黒川郡の自立支援協議会へ参加している。		
		4.ネットワーク内で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。			自立支援協議会の中で解決に向けた取組が行われている。		
	(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。	①地域の福祉ニーズを把握している。		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。	A チェック率 100% (8/8)		

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。	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。 2.利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、サービスの実施方法等に反映されている。 3.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。 4.身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。 5.組織の基本姿勢を踏まえた具体的な取組みが明示されている。	A チェック率 100% (120/120)	事業計画等に明記されている。			
			②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。	1.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・設備面での工夫等に組織として具体的に取り組んでいる。 2.利用者のプライバシー保護のため、建物・設備その他の環境について必要な改善は、速やかになされている。 3.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。 4.利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等が利用者に周知されている。 5.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。		係会議・職員会議等でどう配慮していくべきかの見当もやっている。 職員会議で読み合わせなどを行う他、施設内にも掲示している。また、年2回の虐待防止研修や、セルフチェック等で周知徹底している。 具体的な行動規範が施設毎に定められ、取組みが明示されている。 自主点検や利用者アンケートを参考にしながら、可能な範囲で仕切りの設置等、必要な対応をしている。また、プライバシーの保護を目的として、他の方の利用状況が漏れないよう工夫を行っている。			
			③接し方について、指針またはマニュアルが整備されている。	1.接し方（年齢や状況に応じた呼称・言葉遣い、禁句を含む）について、指針・マニュアル等を整備している。 2.接し方を点検・改善するための検討会議や勉強会・研修などが定期的に行われ、サービスに反映されている。		接客マニュアルが整備されている他、会議・研修等において具体的な内容が周知されている。			
			④虐待等の人権侵害の防止策、及び万一に備えた対応が定められている。	1.拘束・暴言・暴力・無視・放置等、虐待の具体例を挙げた上で禁止し、文書で職員や利用者へ周知している。 2.虐待が行われていないかの確認が随時なされている。 3.万一、虐待が行われた際の処方が規程されている。		利用者（障害者）虐待防止対応マニュアルに記載されている他、職員会議等で虐待の事例を挙げ、職員に周知している。 年2回、虐待防止のセルフチェックシートを利用し、確認を行っている。 就業規則第72条、懲戒に基づき処分される。			
			(2) 利用者満足の向上に努めている。	①利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。		1.利用者満足の向上を目指す姿勢を明示した文書がある。 2.利用者満足に関する調査を定期的に行っている。 3.調査の結果に基づいて具体的な改善を行っている。	A チェック率 100% (24/24)	利用時の評価をアンケートで吸い上げている。 利用者の声（アンケート）担当者が集計時に対応が必要なものについて確認し、ミーティングの中で話し合い対応している。	
				(3) 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている。		①利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	1.利用者が意見や希望を言えるよう職員を教育している。 2.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、意思疎通の状況に応じて支援体制があることを、わかりやすく説明した文書を作成している。 3.利用者に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。 4.相談したり意見を述べたりしやすいようなスペースを設けるなどの配慮をしている。	A チェック率 100% (104/104)	手に取っていただく文書や掲示物を準備している。 限られたスペースではあるが、その都度個別対応出来る場に移動する等の配慮をしている。 年度毎必ず担当を選任し、なんでも相談室という形で苦情解決機関を設置し、苦情があった議題の解決に臨んでいる。 スタッフルーム前に掲示している。 「苦情」としての対応例はないが、返答が必要な事柄については随時適切に対応しており、検討した結果を利用者へお伝えしている。
						②苦情解決の仕組みが確立され、十分に周知・機能している。	1.苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当の設置、第三者委員の設置）を整備している。 2.苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明するとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。 3.苦情の検討内容や対応策を、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。 4.苦情を申し出た利用者に配慮した上で、苦情内容及び解決方法、結果等を公表している。		マニュアルを整備している。
						③利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	1.意見や提案を受けた際の記録の方法や幹部職員及び役員への報告の手順、対応策の検討等について規定したマニュアルを整備している。 2.マニュアルには、利用者の希望や意見についても記録し、必ず幹部職員に報告する手順が文書で規定されている。 3.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。 4.対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。 5.苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。		
						④サービス内容について、定期的な評価を行う体制を整備している。	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。 2.評価に関する担当者・担当部署が設置されている。 3.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。		A チェック率 100% (64/64)
			2 サービスの質の確保	(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		②評価の結果に基づき、組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策を実施している。	1.職員の参画により評価結果の分析を行っている。 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。		利用にあたっての記録を残している。 その都度話し合いを行っており、会議や引継ぎ等で周知を回している。 法人の文書規程に基づき運用している。 法人の個人情報・特定個人情報保護規定に基づき運用している。
	①利用者に関する利用記録が適切に行われている。	1.利用記録等の書類が整備されている。 2.記録する職員で記録内容にばらつきが生じないように工夫をしている。			A チェック率 100% (64/64)	引継ぎやミーティングにて情報に名目を付け、正確な共有を図っている。 共有ファイルにて情報共有が出来ている。			
	②利用者に関する記録の管理体制が確立している。	1.記録管理の責任者が設置されている。 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。							
	③利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	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.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。							
	3 サービスの開始・継続	(1) サービス提供の開始が適切に行われている。	①利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	1.インターネット上に、組織を紹介したホームページを作成し公開している。 2.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。 3.組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等により、誰にでもわかるような内容にしている。 4.見学、一日利用等の希望に対応している。	A チェック率 100% (32/32)	法人本部のHPと、各施設毎のHPが作成・公開され、ブログにて定期的にお知らせも更新している。 毎年、周辺地域の関連施設へパンフレットを配布し、設置を依頼している他、市町村社協等にパンフレットを設置頂いている。 ルビをふるなどの工夫を行っている。 希望があり、受け入れ可能な場合は対応している。また、宿泊客等の利用状況と調整の上、対応している。			

IV 福祉サービスの内容	1 利用者の尊重	(1) 利用者の尊重	①コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。 ②コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	1.意思伝達に制限のある人の場合、その人固有のコミュニケーション手段に応じた対応を取るなど、合理的配慮の提供に努めている。 2.必要性や要望に基づいて、コミュニケーションの取れる知人、代弁者、手話通訳者等を受け入れている。	A チェック率 100% (16/16)	筆談や耳元で話すなど障害に応じて対応している。 職員もお客様と最低限コミュニケーションが取れるよう勉強会が必要かと思うが、ヘルパーや手話のできるボランティアなどの受け入れは行っている。
		(2) 環境の整備	①利用者が快適に過ごすためのハード面の整備がなされている。	1.客室は、清潔が保たれ、利用者がくつろげる作りとなっている。	A チェック率 100% (8/8)	退所日・入所日に職員が清潔が保たれるようチェックしている。
		(3) 食事（サービス提供施設のみ回答）	①食事は利用者の希望を反映した献立を基本として美味しく楽しく食べられるように工夫されている。 ②喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	1.学校や保養の方は、食事メニューを選択できる（人数等による）。 2.利用者の体調や身体状況により、必要に応じて個別の食事を用意している。 3.適温の食事を提供している。 4.献立・食材に季節感があり、盛り付けや食器にも工夫している。 5.食卓には、複数の調味料・香辛料が用意されている。 6.献立及び食材について、その情報は予め利用者に提供されている。 1.食堂の設備や雰囲気について定期的に検討会議を開き、必要に応じて改善を図っている。 2.食事は、利用者の事情に応じて、幅のある時間帯の中で摂ることができる。	A チェック率 100% (64/64)	基本的なルール（人数等による条件）はあるが、希望メニューを選択可能。 事前に確認し特別食（食事形態）や、アレルギー食の対応をしている。 寒いときなど温存庫で温められている。 季節によって旬の食材や調理法などの工夫を行っている。 お客様より希望された時など厨房よりその都度マヨネーズ、ケチャップなどを提供している。 利用前の段階については希望メニューの聞き取り、若しくは問い合わせがあった際に提供している。 その都度話し合いを設けている。空調設備や音楽設備により快適に過ごして頂く工夫がある。 事前に申請して頂ければ朝食時間以外は前後30分であれば対応可能。また、食中毒防止の観点から提供時間に限りはあるが、その範囲内でその都度対応している。
		(4) 入浴	①浴室・脱衣場等の環境は適切である。	1.浴室・脱衣場の設備や入浴器具等の設置等については、検討会議を持っている。 2.脱衣場の冷暖房設備は、気候や利用者の身体的状態に応じて調整できる。 3.浴室や脱衣場は、入浴の際に裸体を他人（介助者は除く）に見せないよう、プライバシーを保護する構造・設備上の工夫や保護する環境を確保するための工夫が行われている。	A チェック率 100% (24/24)	必要な際に係会議または全体会議の中で検討している。 身体的状態に応じての調整は十分とは言いが、常設されているもので対応が難しい場合には、個別にファンヒーターを貸し出す等配慮している。また暑い時期は扇風機対応、冬季は暖房設備にて対応している。
		(5) 排泄	①トイレは、清潔で快適である。	1.身体状況に応じた設備や補助具の備えを含めて、トイレ環境の点検・改善のための検討を定期的に行っている。 2.プライバシーに配慮したトイレの構造・設備になっている。 3.換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。 4.清掃は、毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。 5.採光・照明等は適切である。 6.暖房設備がある。	A チェック率 100% (48/48)	定期的ではないがその時々で検討している。 施設の構造上、西、東トイレは男女共用のトイレで多少入りにくい面もあるが、男女別のトイレの案内掲示等を行い、お客様が分かり易いように配慮をしている。 福祉用具関係の業者に相談し、福祉施設用の消臭用品を使用する等対策を実施している。また、より良い対応のため、随時検討・改善を重ね対応している。 入所時清掃と退所後清掃で内容に違いはあるが、毎日清掃は行っている。また、汚れている場合はその都度行っている。
		(6) 健康管理	①必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	1.健康面に変動があった場合の対応の手順は、マニュアルとして用意されている。 2.緊急時の医療機関への運搬の手順などを職員全員が把握できるよう、マニュアルに記載している。 3.地域内に協力的な医療機関（診療所又は病院、概ね20分以内でアクセスできる診療所又は病院）を確保している。 4.確保している医療機関では、迅速かつ適切な医療が受けられるように、日常的な連携を図っている。	A チェック率 100% (32/32)	マニュアルにより整備されている。 提携している医療機関がある。 医療実施者との密なコンタクトは、現実として難しいため、毎年3月から4月の依頼時にその年の事務担当者の方へ当施設の概要を丁寧に説明し協力を依頼している。
		(7) 余暇・レクリエーション	①余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	1.利用者が楽しめるよう、希望に応じ、レクリエーション活動を行っている。 2.事前打合せやアンケート等を通じて、利用者の意向を把握している。 3.利用者には、行事やレクリエーションに関する情報を提供している。 4.必要に応じて、外部から協力者（ボランティア）を受け入れている。 5.地域の社会資源の情報を積極的に提供している。	A チェック率 100% (40/40)	希望に応じ事前に内容等を打ち合わせし、実施している。 利用の都度、プログラムを作成し意向を把握している。また、アンケートにより改善するよう取り組んでいる。 館内チラシ・ポスター等や会話を通じて情報提供に努めている。友・遊ななつもりやふれあい福祉まつりなどもポスターやブログにて開示している。 ふれあい福祉祭りや友・遊ななつもり等のイベントで学生ボランティアを募集している。 自作の掲示板や周辺施設のパンフレットを設置している。また、大和町近辺の社会資源を見学するなどしている。

外部評価委員コメント	
1 その他	全体的に評価が高いが、職員の入れ替わりが無かった訳ではなく、異動者・新任者に対し、丁寧な説明を行った結果であるとのことで、周知されていて良い。サービス評価を行うことによって、分かることは多いので今後も努めて欲しい。 大事なものはアンケートの中身だが、きちんと対応されている。アンケートに同じものが出ないよう取り組んでいる点が良い。

是正・改善計画等	
1 その他	引き続き努めていきます。