# 藤田英明福祉経営研究会

講師：藤田英明（アニスピホールディングス代表取締役）

福祉経営は、

福祉領域全体を

掘り下げれば掘り下げるほど

確実に成功確率が高まる

**新**シリーズ

7月5日スタート

隔週火曜日

18:00～

## 【勉強会のテーマ】

- 最新資料から法改正を読み解こう
- 実地指導をコンプリートしよう
- 第三者評価を受審しよう
- 指定申請をコンプリート
- 支援区分を細部まで理解しよう
- 会社とは社会福祉法人とは何か
- ビジネスモデルの作り方
- 訪問看護の実地指導
- 虐待をどうやって防ぐか？
- 発達障害児を理解しよう
- 厚生労働省Q&Aを読み解く
- 地域包括ケアシステムとは何か？
- 利用者負担認定はどう行われる？
- 計画相談の厚労省Q&A

# Company

会 社 概 要

社　　名: 株式会社アニスピホールディングス

所 在 地: 〒102-0074
東京都千代田区九段南 3-1-1 久保寺ビル 3階

代表者名：藤田 英明（Hideaki Fujita）

設立年月：平成28年8月5日

資 本 金：53,000,000円

決 算 期：3月　※現在6期目

靖国神社から
徒歩1分

圧倒的日本No1.拠点数

店 舗 数

- ペット共生型障がい者グループホーム「わおん・にゃおん」979拠点（内直営 58拠点）
- 精神科訪問看護「ファミリーナース」3事業所
- 相談支援事務所「わおん」 1事業所
- 運動療法型障害者デイサービス「ワーカウト」（生活介護） 20事業所（開設準備中含む）
- 日中サービス支援型障害者グループホーム「ビーハック」 2事業所
- 医療的ケア児対応放課後等デイサービス「ジュガール」1事業所
- 自立生活援助事業所「藤田」 1事業所
- ペットのホームケアサービス「CARE PETS」　11店舗（うち直営2店舗）

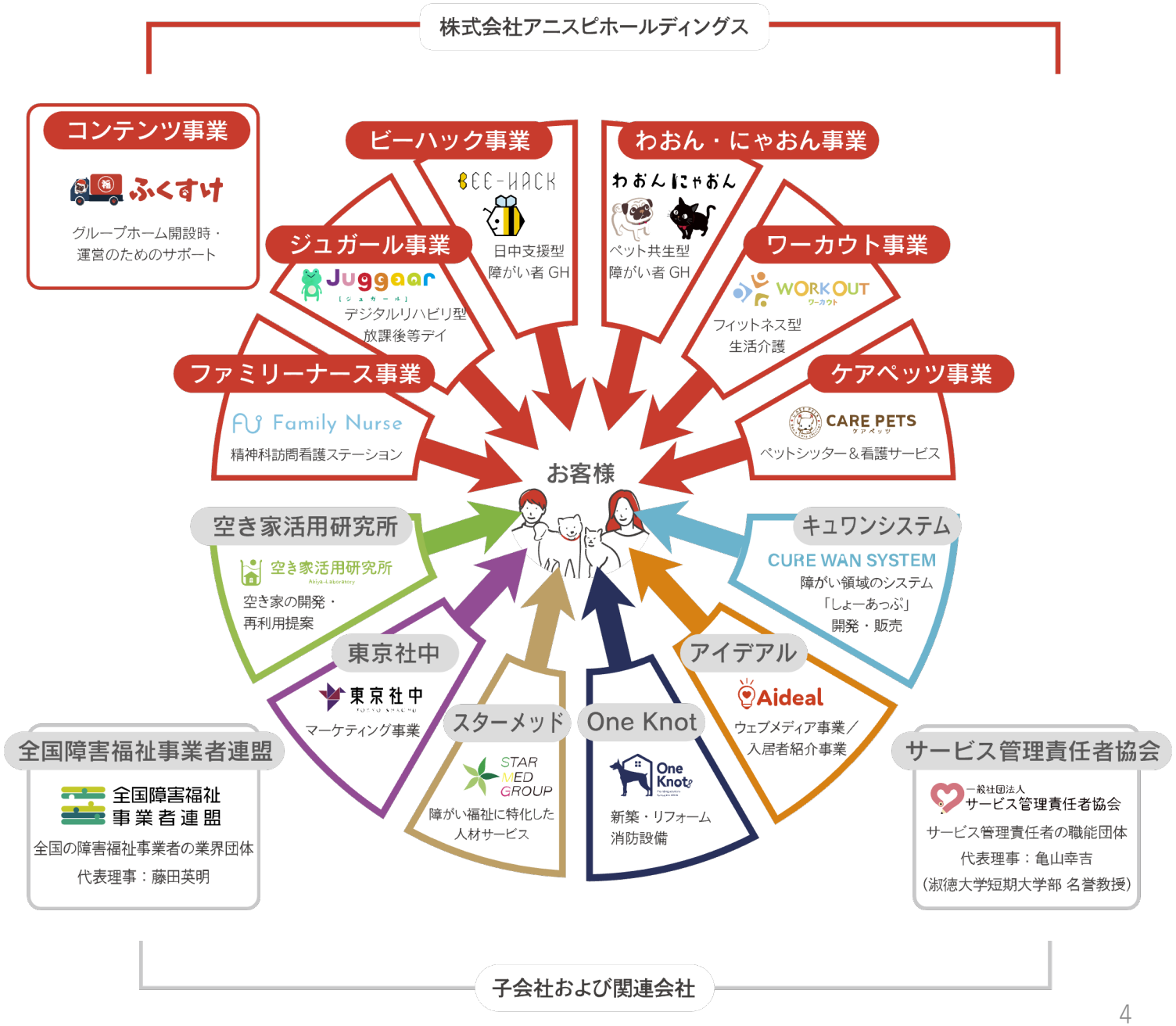
日本No1.拠点数

日本初FC

取引銀行： 三井住友銀行／千葉銀行／東京厚生/常陽銀行/**福祉医療機構**

# anispi holdings

人の福祉とペットの福祉に
必要とされる
トータルサポートを
提供しています。



ONE HOME FOR ONE LIFE
福祉の力で日本を再興する

# 人間福祉と

# 動物福祉の追求

*人間も動物もハッピーな社会に*

# Issue Driven company

ONE HOME FOR ONE LIFE
福祉の力で日本を再興する

# 代表者紹介

犬8頭＋猫４頭＋フェレット１頭＋鳥84羽と同居中

22歳：明治学院大学社会学部社会福祉学科卒業

22歳：社会福祉法人に現場職で就職

23歳：事務長就任

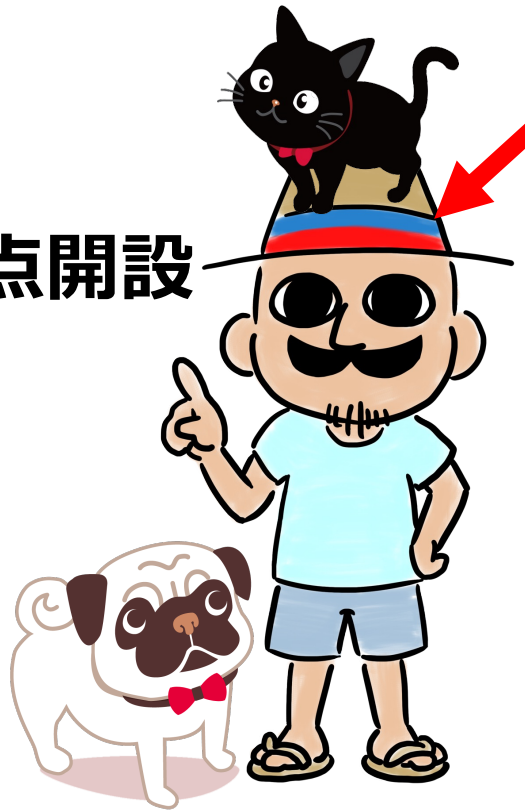
26歳：高齢者介護事業で起業

35歳：全国に介護事業所を950拠点開設

36歳：内閣府規制改革会議に参画

37歳：首相公邸で講演

40歳：アニスピHD設立



【基本データ】

1975年11月生まれ

蠍座

卯年

A型

長男

犬派でもあり猫派でもある

先祖は水戸藩の藤田東湖

【現職】

アニスピHD（代表取締役）

社団全国障害福祉事業者連盟（理事長）

グラミン日本（アドバイザリー）

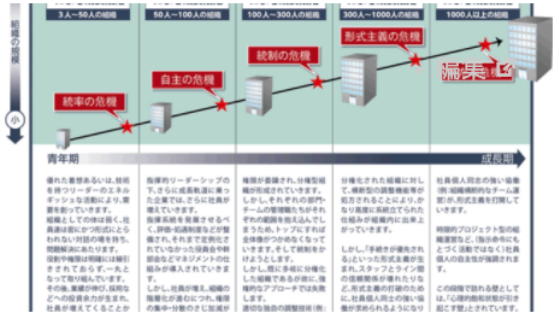
医療法人杏林会（理事）

NPO法人いきば（理事長）

社団サービス管理責任者協会（理事）

トリプルダブリュー（顧問）

藤田英明
プロフィール




グレイナーの企業成長モデルとは

2022年3月25日

障害者総合支援法
３年の見直しに
理（案）

2022年3月24日

が必要な子どもと家
して心地よく暮らす
療的ケア児と家族を
支えるサービ ...

2022年3月24日

在宅の医療的ケア児とその家族の支援に向けた主な取組

2022年3月24日

**厚生労働省発出資料の中から読んだ方がいい資料を大量に掲載してます！**

医療的ケア児とは

2022年3月24日

障害児の新たな移行調整の枠組みに向けた実務者会議 報告書 令和３年８月 12 日

2022年3月24日

保育所等訪問支援の効果的な実施を図るための手引書

2022年3月24日

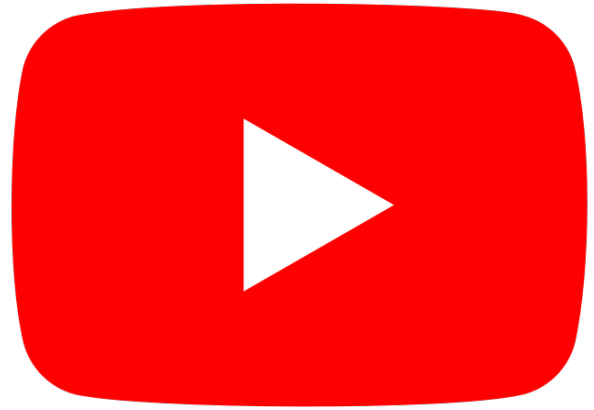
児童発達支援ガイドライン

2022年3月24日

友達上限
5,000名

フォロワーが
増えない

チャンネル
登録者数が
増えない



🙏できればTwitterとYouTubeの登録お願いします🙏

# 【私たちが考える福祉とは】

FOR ONE LIFE
福祉の力で日本を再興する

**福祉の仕事は、生活上で困っている人に対して**

福祉の対象は、障害に限らず、貧困、児童、女性、LGBT、シングル、高齢などなど非常に**範疇は幅広く、奥深い。**

**どのように支援したら**

**その人のQOL（生活・人生の質）が上がるかを**

**「考え（仮説）」それを「実践」する仕事です**

福祉の本質は「行為」ではなく「**思考**」です。ただの福祉屋にならないようにしましょう！

「**思考**」と「**専門性**」に基づく「**実践**」を福祉の専門職として提供していくためにインプットを！

# 【私たちが考える社会福祉とは】

① 人間は一人では生きられない**社会的存在**として認知して関わる

② クライアントが**社会の中で生きていく**為の支援を行う

③ クライアントを人生の主人公として**エンパワメント**する

④ 私たち支援者はクライアントの**人生の黒子**として活躍する

⑤ あらゆるマイノリティを**取り残さない**

⑥ クライアントのQOLの為の**ソーシャルアクション**を行う

# アニスピホールディングス自慢のスーパーバイザーたち

新築も
ドンドン増えてます！！
わおん泰
Daiwa House
住まいを通じて生涯のおつきあい
MISAWA ミサワホーム
SEKISUI HOUSE 積水ハウス株式会社
憧れを、かたちに。
MITSUI HOME 三井ホーム
快適環境創造企業
株式会社 渋沢

しょあっぷ

# 【業界初のクラウド型】
# 障がい者グループホーム
# 運営・請求一括管理システム

実績記録　国保連請求　個別支援計画　日報記録
シフト作成　事業管理　建物管理　利用者管理

**１ヶ月無料お試しアカウント発行**

**月額:15,000円**

1. 障がい者グループホーム「介護包括型」と「日中サービス支援型」に対応 NEW!
2. 令和3年4月施行版「報酬改定」に対応
3. 毎月の運営計画、日々の業務管理、国保連請求までこのシステム１つで対応
4. シフト自動作成機能で効率的な業務運用
5. 使い方は簡単！

「わおん」
だけではなく
障害者GH業界で
ドンドン導入
されています

# いつでも、どこでも、だれでも

# 簡単に学べる

# eラーニングシステム

スマホ・タブレット・PC
あらゆるデバイスで
利用できます

サービス
提供開始！

WelvieLearning

「ウェルビーラーニング」
障がい福祉事業に携わる人の
知識格差と不安をなくす

## 料金について

| ベーシックプラン | スタンダードプラン | エンタープライズプラン |
|---|---|---|
| 市場最安値！まずはお試し | 53%OFF！導入しやすい | 30名規模以上におすすめ！ |
| 1ヶ月更新 | 12ヶ月更新 | 24ヶ月更新 |
| 1,500円～（1アカウント / 税別） | 900円～（1アカウント / 税別） | 700円～（1アカウント / 税別） |
| 初回開設手数料 50,000円 | 初回開設手数料 50,000円 | 初回開設手数料 50,000円 |
| 中途解約金有 | 中途解約金 無料 | 中途解約金 無料 |
| すべての機能が使い放題 | すべての機能が使い放題 | すべての機能が使い放題 |
| Eラーニング機能 ○ | Eラーニング機能 ○ | Eラーニング機能 ○ |
| 研修ログ機能 ○ | 研修ログ機能 ○ | 研修ログ機能 ○ |
| | | ＋ |
| | | 1TBのデータ保存機能付 |
| | | 自社研修やマニュアル動画の |
| | | アップロードも可能 |

ふくしの窓

福祉施設とその利用者（障がい者やそのご家族など）をつなぐマッチングサイト

人気タグ　地図から探す　探したいワードを入力　検索　まとめて資料請求 0

施設を探す　障がい者福祉施設のキホン　施設の選びかた　トピックス　法人の方へ

https://fukushimado.com/

障がい者福祉施設を探すなら！

ふくしの窓

全国の施設に問い合わせ可能。

掲載施設

58,464件

キャッシュバックキャンペーン

# 6業態で地域包括ケアシステムを構築

精神科訪問看護

Family Nurse

障害者デイ（生活介護）

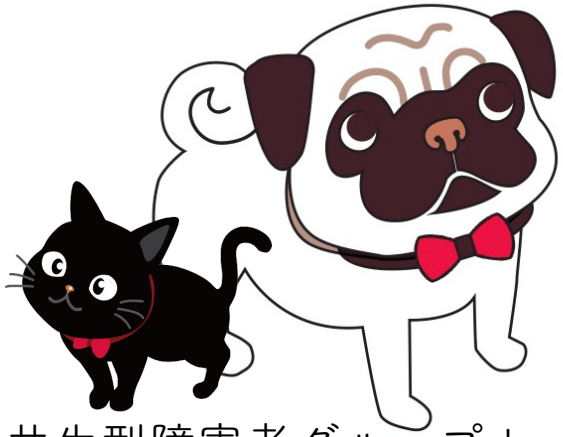
NEW STYLE 障がい者デイサービス

WORK OUT

ワーカウト

日中支援型障害者グループホーム

BEE-HACK



ペット共生型障害者グループホーム

医療的ケア児・重度心身障害・重度知的障害対応型

放課後等デイサービス＆児童発達支援

Juggaar

ジュガール

放課後デイ＆児童発達支援

寿し僧

就労継続支援B型

2022年9月リリース

ONE HOME
FOR ONE LIFE
一社の力で日本を再興する

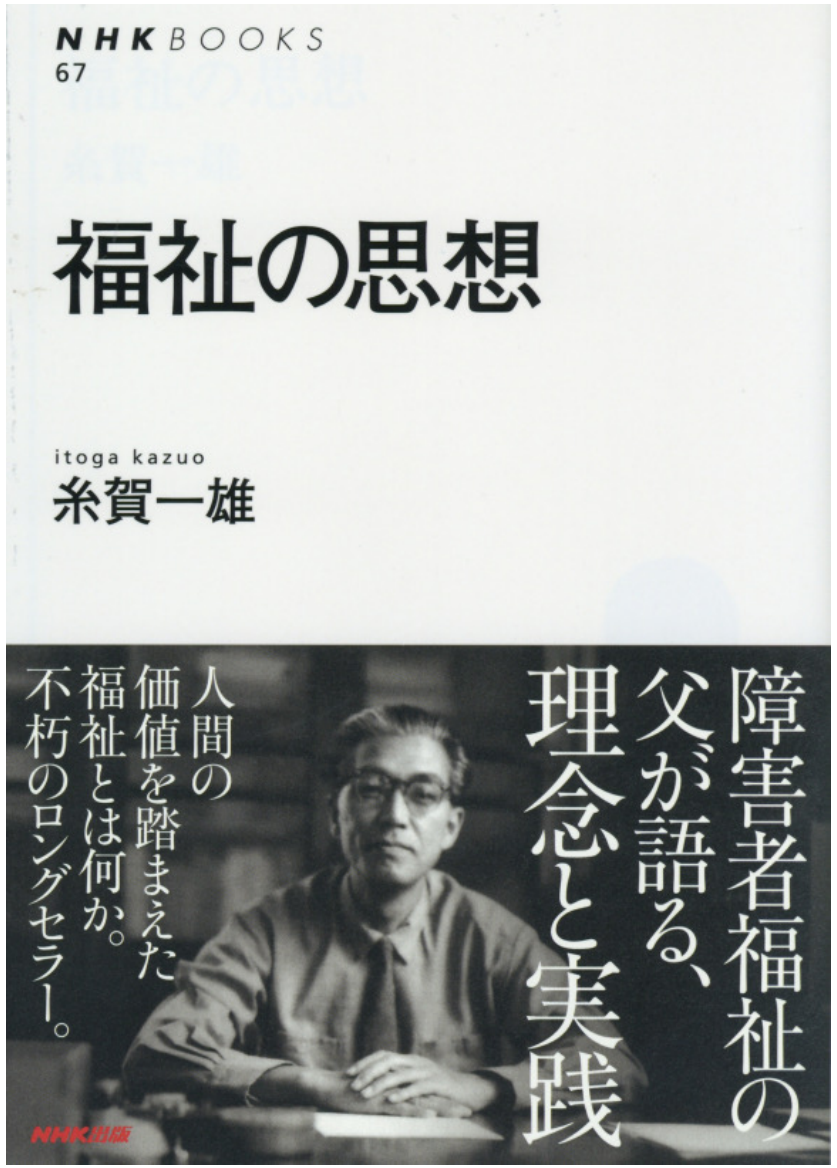
# オススメ図書

# 障害者総合支援法関連

## おすすめ書籍

年度に注意！

事業者ハンドブックは
マストアイテム


NHK BOOKS
67
福祉の思想
itoga kazuo
糸賀一雄
障害者福祉の父が語る、理念と実践
人間の価値を踏まえた福祉とは何か。不朽のロングセラー。
NHK出版

# 糸賀一雄

新版
ナイチンゲールの
『看護覚え書』
イラスト・図解でよくわかる！
ナイチンゲール看護研究所所長
金井一薫 編著
Kanai Hitoe
Florence Nightingale
現代の看護に合わせた内容
＋
たくさんのイラスト・図・表
看護の必読書！

ナイチンゲール

# おしらせ

# 2022年5月東京都認証取得！！

**【初回限定】名刺100枚で550円**

東京都認証事業所

Umidas

social・firm

https://umida-tokyo.com

03-6662-8876

**就労困難者**（障がい者/シングルマザー・ファーザー/元受刑者など）が制作しています

いきばについて　活動内容　NPO法人 いきば Iki-BA　ニュース・トピックス　お問い合わせ

子どもたちの
「いきば」をつくる

https://ikiba.org/

**被虐待児童**の問題にも千葉県八千代市で取り組み始めました

# 全国障害福祉事業者連盟

全国障害福祉
事業者連盟

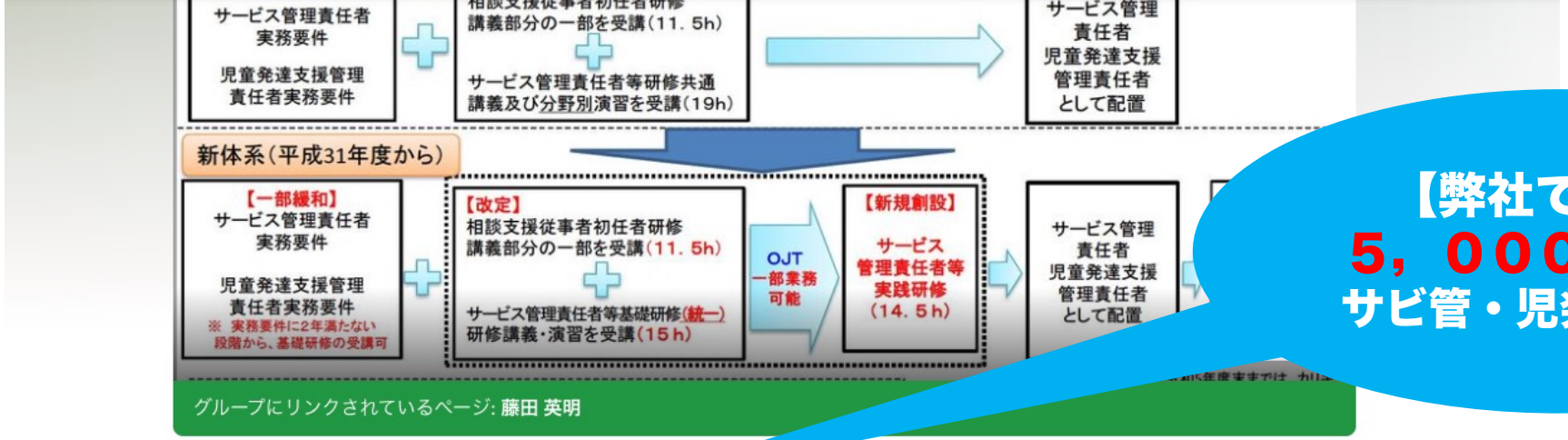
障害福祉事業者の方は
是非ともご入会ください

サービス管理責任者協会

# 一般社団法人
# サービス管理責任者協会

**サービス管理責任者の継続的スキルアップ研修**

**サビ管会員数**
**1,400名以上**




**【弊社で運用】**
**5，０００名以上の**
**サビ管・児発管が登録**

学ぼう！！

ふくしの旗をかかげよう。

藤田英明

オンライン福祉起業塾

【開催概要】

開催日程：（春コース）3月1日~8月末/（秋コース）9月1日～2月末

期間：6ヶ月

1回の時間数：2時間（最終回のみ4時間）

塾開催回数：年間12回（1ヶ月2回開催）

【入塾対象】

・福祉・介護事業での起業を検討されている個人の方

・福祉・介護事業への参入を検討されている企業の代表者及び取締役の方

・既に高齢者介護事業や病院・クリニック・保育園などを経営しているが障害福祉経営は未経験という方

・資格や経験による制限なし

・年齢による制限なし

入塾申し込みフォームへ

無料・オンライン開催

無料なのにこの内容！

毎回 100 ～ 200 名参加の人気イベント

藤田英明

# 福祉ビジネス参入勉強会

ご参加の方限定

当日の資料が
すべてもらえる！

# 藤田研究所

## 福祉・介護・医療
## 経営相談サロン

福祉・介護・医療経営の
「今」を解決し、「先」を読み、
「コミュニティ」をつくる
オンラインサロン

月1万円で
成功体験を
毎月２回も
ゲットできる
チャンス！！

藤田英明オンラインサロン

石山 大作
わおん svアカウント
根本美穂
れいめい 菅原
Tsuyoshi Kasamura
NPO法人MBM.Adv 伊藤 慎悟
藤澤 豪
れいめい 鶴崎
わおん岐阜 原
泉 泰代
プレミアムわおん久喜・中村有吏
わたなべ みか
藤田 英明（ANISPI HD CEO）
ミライハウス伯 小林
プレミアムわおん久喜
斉藤 純一
プレミアムわおん久喜 斉藤
飯島 徳貴
小山武芳
美穂 小島
プレミアムわおん久喜☆門井
有限会社Islish Ey...
有限会社Islish Eye 木村浩三 ...

# 福祉まめ知識

# 社会福祉主事任用資格

知ってますか？

## 社会福祉主事とは

社会福祉主事は、社会福祉法第１８条および第１９条において、その資格が定義づけられている任用資格です。

任用資格とは、公務員が特定の業務に任用されるときに必要となる資格です。

そのため、社会福祉主事は、都道府県、市町村に設置された福祉事務所のケースワーカー等として任用されるための資格として位置づけられていますが、各種社会福祉施設の職種に求められる基礎的資格としても準用されています。

**A.【大学・短期大学卒業ルート】**

大学または短期大学において、厚生労働大
目以上を修めて卒業する。

**このうち**
**３科目を履修していれば**
**社会福祉主事**

**＜社会福祉に関する科目＞**

社会福祉概論、社会保障論、社会福祉行政論、公的扶助論、身体障害者福祉論、老人福祉論、児童福祉論、家庭福祉論、知的障害者福祉論、精神障害者保健福祉論、社会学、心理学、社会福祉施設経営論、社会福祉援助技術論、社会福祉事業史、地域福祉論、保育理論、社会福祉調査論、医学一般、看護学、公衆衛生学、栄養学、家政学、倫理学、教育学、経済学、経済政策、社会政策、法学、民法、行政法、医療社会事業論、リハビリテーション論、介護概論

# 独立行政法人 福祉医療機構

## （１－１）新型コロナウイルス対応支援資金に係る融資条件の優遇融資

新型コロナウイルス感染症により、減収・事業停止等の影響を受けた福祉関係施設・医療関係施設等に対し、優遇融資を実施しております。

**【福祉貸付】**

| 区　分 | ［　優　遇　融　資　］ |
|---|---|
| 資金種類 | 経営資金 |
| 償還期間<br>（据置期間） | １５年以内<br>（５年以内） |
| 貸付利率 | 当初５年間　６，０００万円（新型コロナウイルス感染者が出たことによる休業等により減収となった入所施設（地域密着型を除く）は１億円）まで無利子<br>※当該金額を超えた部分は基準金利<br>６年目以降　基準金利 |
| 無担保貸付 | ６，０００万円（新型コロナウイルス感染者が出たことによる休業等により減収となった入所施設（地域密着型を除く）は１億円）まで無担保 |

※当該資金に対する弁済補償金については免除となります。

機構融資の特徴は ？

# 福祉貸付制度

## ■ 融資の対象となる施設（注1）

- ○ 特別養護老人ホーム
- ○ ケアハウス
- ○ 認知症高齢者グループホーム
- ○ 保育所
- ○ 障害福祉サービス事業 等

## ■貸付金の種類

- ○ 建築資金
- ○ 設備備品整備資金
- ○ 土地取得資金
- ○ 経営資金

## ■償還期間（注2）

**30年以内**

長 期

## ■貸付利率（注3・4）

**年0.400%～1.200%**
（令和4年4月1日改定）

固定・低利

## （５）障害福祉サービス事業に係る融資条件の優遇融資

≪取扱期間≫
令和５年度まで

障害福祉サービス事業の基盤整備を促進するため、社会福祉施設等施設整備費国庫補助金の交付が行われる当該整備事業について、引き続き令和5年度まで優遇融資を実施します。

**※ 太字下線部分を変更**

| 区　分 | 【 現行の優遇融資 】 | 【 改正後の優遇融資 】 | （参考）<br>通常の融資制度 |
|---|---|---|---|
| 融資率 | 85% | 同　左 | 80% |
| 取扱期間 | 令和2年度まで | **令和５年度まで** | － |

（注）対象となる施設は、社会福祉施設等施設整備費国庫補助金の交付が行われる障害福祉サービス事業所、障害者支援施設となります。

## ◎ 個別の融資に関するお問い合わせ

| 区　分 | 施設の開設地 | 担当部署 | 電話番号 |
|---|---|---|---|
| 福祉貸付事業（※） | 東日本 | 福祉医療貸付部<br>福祉審査課 | 03-3438-9298 |
| | 西日本 | 大阪支店<br>福祉審査課 | 06-6252-0216 |
| 医療貸付事業 | 東日本 | 福祉医療貸付部<br>医療審査課 | 03-3438-9940 |
| | 西日本 | 大阪支店<br>医療審査課 | 06-6252-0219 |

【施設の開設地】　（東日本）石川県、岐阜県、三重県より東の地域
（西日本）福井県、滋賀県、奈良県、和歌山県より西の地域（医療貸付事業は沖縄県を除きます。）

（※）NPO法人のお客さまは施設の開設地区分に関わらず、NPOリソースセンターNPO支援課（℡03-3438-4756）にお問い合わせください。

## ◎ 融資の制度に関するお問い合わせ

| 区　分 | 担当部署 | 電話番号 |
|---|---|---|
| 福祉貸付事業 | 福祉医療貸付部<br>事業統括課 | 03-3438-9282 |
| 医療貸付事業 | | 03-3438-9293 |

## ◎ 新型コロナウイルス対応支援資金及び既往貸付の返済猶予等に関するお問い合わせ

| 区　分 | 担当部署 | 電話番号 |
|---|---|---|
| 福祉貸付事業 | コロナ専用コールセンター | 0120-343-862（※） |
| 医療貸付事業 | | 0120-343-863（※） |

（※）携帯電話等でつながりにくい場合は（℡03-3438-0403）にお問い合わせください。

# 施設整備費等補助金
# （国庫補助）

## イ　整備区分及び整備内容

| 整備区分 | 整備内容 | 目安等 |
|---|---|---|
| 創設 | 新たに施設を整備すること。 | いったん更地にして、建て替える場合を含む。 |
| 増築 | 既存施設の現在定員の増員を図るための整備をすること。 | 増員に伴い、屋根等がつながっている部分の施設面積を拡大する場合 |
| 改築 | 既存施設の現在定員の増員を行わないで改築整備すること。 | （原則）柱等、主となる部分だけを残して、他を新しくする場合。いったん更地にして、建替える場合を除く。 |
| 大規模修繕等 | 既存施設について平成17年10月5日社援発第105006号厚生労働省社会・援護局長通知「社会福祉施設等設備整備費における大規模修繕の取扱いについて」により整備すること。 | 柱等のほか、外壁も残し、建物の内側だけを新しくする場合<br>総事業費が一定の範囲内の金額であること（詳細は、左記通知参照）。 |
| 老朽民間社会福祉施設整備 | 社会福祉法人が設置する施設について平成17年10月5日社援発第1005005号厚生労働省社会・援護局長通知「老朽民間社会福祉施設の整備について」により改築整備すること。 | 社会福祉法人設置の障害福祉サービス事業所又は障害者支援施設が対象<br>柱等、主となる部分だけを残して、他を新しくする場合。いったん更地にして、建替える場合を除く。 |

※拡張（既存施設の現在定員の増員を行わないで施設の延面積の増加を図る整備）は、原則として、補助対象外です。

《補助率》

・国庫補助　　3/4（国2/4、県1/4）　※補助額に上限あり

・事業者負担　　1/4

※　補助事業が特定の要件に該当する場合、「埼玉県民間社会福祉施設整備促進事業（県単上乗せ補助）」の対象となります。詳細については補助要綱を確認してください。

| 年 | 月　日 | 事項 | 備考 |
|---|---|---|---|
| 令和3年 | 6月上旬頃 | 施設整備計画に係る要望調査・仮協議書提出（通知） | 事業者、市町村宛て |
| | 7月5日 | 施設整備計画にかかる調査の締め切り<br>※事業者から市町村への提出 | 特別な理由がある場合を除いて、期限までに提出が無い場合は、補助対象から除外する場合があります。 |
| | 7月14日 | 施設整備計画にかかる調査の締め切り<br>※市町村から県への提出期限 | |
| | 7月下旬 | 調査結果の取り纏め | |
| | 8月～9月 | 追加資料の提出（調査時の不足添付書類など） | この間に提出が無い場合は、補助対象から除外する場合があります。 |
| | | 補足調査 | 今回の調査項目以外で必要な補足調査を実施する場合があります。 |
| | | ヒアリング、現地調査 | 必要に応じて実施します。 |
| | 10月 | 令和3年度整備事業の国協議案件の仮決定 | 協議案件として決定された事業については、個別に不足資料や修正等について、御連絡します。 |
| | 12月 | 施設整備に係る審査会（国協議案件の本決定） | 決定された事業について審査会に諮ります。<br>※審査会では、主に整備の必要性、事業内容、資金計画について審査されます。 |
| 令和4年 | 1月～2月 | 本協議書の提出<br>※本決定された事業者から県への提出 | 国へ提出する協議書を作成してもらいます。<br>※審査会で承認された事業者を対象に実施します。<br>**※国に協議を行った案件すべてが国から採択されるとは限りません。** |
| | 3月 | 本協議書の提出<br>※県から国への提出 | |
| | 5月～6月 | 内示<br>※国から県への内示 | |
| | 6月～7月 | 内示<br>※県から事業者への内示 | |

# アニスピHDで展開している
# 5業態比較

# アニスピHDで開発した福祉事業モデル比較表

地域包括ケアシステムを５業態で実現

| ブランド名 | わおん/にゃおん | ワーカウト | ビーハック | ファミリーナース | ジュガール |
|---|---|---|---|---|---|
| ブランド名英語表記 | WAON/NYAON | WorkOut | BEE-HACK | Family nurse | Juggaar |
| 事業開始年 | 2018年 | 2020年 | 2022年 | 2022年 | 2022年 |
| 契約形態 | レベニューシェア | フランチャイズ | フランチャイズ | フランチャイズ | フランチャイズ |
| コース金額/加盟金 | 400～2,300万円 | 700万円 | 890万円 | 500万円 | 700万円 |
| 障害福祉サービス種類 | 介護サービス包括型障害者グループホーム | 障害者デイサービス（生活介護） | 日中サービス支援型障害者グループホーム | 精神科訪問看護+介護保険訪問看護 | 医療的ケア児対応放課後デイ/児童発達支援 |
| 規定している法律 | 障害者総合支援法 | 障害者総合支援法 | 障害者総合支援法 | 健康保険法・介護保険法 | 児童福祉法・障害者総合支援法 |
| 指定権者 | 都道府県・政令指定都市による指定 | 都道府県・政令指定都市による指定 | 都道府県・政令指定都市による指定 | 都道府県・政令指定都市による指定+届出 | 都道府県・政令指定都市による指定 |
| 開設までの期間 | 4~6ヶ月 | 4~6ヶ月 | 12ヶ月 | 3~4ヶ月 | 4~6ヶ月 |
| 対象年齢 | 15歳以上 | 18歳以上 | 15歳以上 | 年齢制限なし | 0~17歳 |
| 障害支援区分 | 区分なし～区分6 | 区分3~区分6（50歳以上は区分2~） | 区分3~区分6（50歳以上は区分2~） | 精神障害・知的障害・認知症・医療ケア | 身体・知的・精神障害児・医療的ケア |
| マーケット規模 | 2,000億円 | 7,000億円 | 125億円 | 3,000億円 | 4,000億円 |
| 業態のフェイズ | アーリーマジョリティ | イノベーター | イノベーター | アーリーアダプター | ラガード→イノベーター |
| 全国の利用者数 | 15万名 | 28万7,000名 | 3,000名 | 15万名 | 22万7,000名 |
| 利用者1人あたり単価（月） | 22~30万円 | 19~25万円 | 28~40万円 | 10~18万円 | 11~30万円 |
| 営業時間 | 24時間 | 8時間 | 24時間 | 8時間 | 通常4時間/夏冬休み8時間 |
| 営業日 | 365日 | 土日休み | 365日 | 365日 | 土日休み |
| 重要な有資格者 | サビ管 | サビ管・看護師 | サビ管 | 看護師 | サビ管・児童指導員・看護師・保育士 |
| キャンセル率 | 5%未満 | 約12% | 5%未満 | 約15% | 約8% |
| 使う物件の種類 | 中古戸建/新築/アパート/寮など | テナント | 新築のみ | アパート/マンション/戸建/自宅など | テナント |
| 定員 | 12名（戸建2棟） | 20名 | 22名 | なし | 10名~20名 |
| 初期投資 | 950万（戸建2棟） | 1,000万 | 1,200万 | 650万 | 1,500万 |
| 月次売上 | 3,360,000 | 4,200,000 | 7,700,000 | 4,400,000 | 5,000,000 |
| 月次営業利益 | 940,800 | 1,470,000 | 2,310,000 | 1,760,000 | 1,100,000 |
| 営業利益率 | 28.00% | 35.00% | 30.00% | 40.00% | 22.00% |
| 損益分岐点売上 | 2,419,200 | 2,730,000 | 5,390,000 | 2,640,000 | 3,900,000 |
| 損益分岐点稼働率 | 72.00% | 65.00% | 70.00% | 60.00% | 78.00% |
| 損益分岐点までの期間 | 3~6ヶ月 | 4~6ヶ月 | 2~4ヶ月 | 2~3ヶ月 | 3~6ヶ月 |
| 特記事項 | 2024年4月以降は総量規制が入る | GH密集エリアに展開がベター | 全国どこでもニーズ強い | GH密集エリアに展開がベター | 全国どこでもニーズ強い |

Juggaar
ジュガール

1拠点
15名定員
売上8,000万円
利益2,000万円

Family Nurse

1拠点
売上8,000万円
利益3,000万円

NEW STYLE 障がい者デイサービス
WORK OUT
ワーカウト

1拠点
定員20名
売上6,000万円
利益2,000万円

10拠点
50名定員
売上1.8億円
利益5,000万円

日中支援型障害者グループホーム
BEE-HACK

1拠点
20名定員
売上8,400万円
利益2,500万円

遅くとも！

# 3年後に

# 実現していただく経営状態

# 売上高：4億8,400万円

# 実地指導
# コンプリート
# 2022

講師：藤田英明

# 運営上の留意事項について
## （施設系サービス）

Ⅰ　県の指導について

Ⅱ　運営上の主な留意事項
（実地指導における主な指摘事項）

Ⅲ　その他運営上、留意してほしいこと

Ⅳ　令和3年4月からの主な改正点（参考）

# Ⅰ 県の指導について

| 指導の目的 |
| --- |
| 障害福祉サービス事業者の支援を基本とし、制度理解の促進、自立支援給付の適性化とよりよい支援の実現を目的とする。 |

| 指導の種類 | |
| --- | --- |
| 実地指導 | 主眼事項等に基づき、関係書類を閲覧し、関係者との面談方式で行い、文書又は口頭による指摘を行う。<br>・障害者支援施設：2年に1回<br>・障害福祉サービス事業所：3年に1回（新規事業所は指定後、概ね3か月後） |
| 集団指導 | サービス等の取扱い、自立支援給付等に係る費用の請求の内容、制度改正内容及び過去の指導事例等について講習等の方式で行う。 |
| 監査 | 指定基準違反等の事実関係を的確に把握し、公正かつ適切な措置を取ることを主眼とする。 |

| 集団指導について | |
| --- | --- |
| 内容と目的 | ○実地指導等で文書指摘が多いところ、事業者から問い合わせの多い事項等について、重点的に説明<br>→不適切な請求を防ぎ、安定した事業所運営につなげる。<br>→利用者が安心して利用できるようにする。 |
| 事業者の対応 | ○指摘事項等に該当する場合は、速やかに見直しをしてください。<br>○事業所において伝達研修を実施願います。（後日研修資料を県ホームページに掲載します。）<br>（資料掲載先）健康・医療・福祉＞障がい者福祉＞障害福祉サービス＞障害福祉サービス事業者向け情報＞障害福祉サービス事業者の皆さまへ＞6.指定障害福祉サービス事業者等の指導について |

# II 運営上の主な留意事項
# （実地指導における主な指摘事項）

# 1.個別支援計画の作成等

主な指摘事項

〇個別支援計画の作成に当たって必要な「アセスメント」「計画作成に係る担当者会議」「モニタリング」に関する記録が整備されていなかった。特に、アセスメント及びモニタリングの記録がなかった。

〇個別支援計画が、サービス管理責任者による原案が作成されず、計画作成に関する会議が開催されないまま、利用者等に交付されていた。

〇指定基準上見直しが必要とされている期間（６月又は３月に１回以上）で適切な個別支援計画の見直し手続きが行われていなかった。

〇サービス管理責任者が作成し、利用者又はその家族にその内容を説明していなかった。また、利用者の同意を得ていなかった。

〇個別支援計画にサービス管理責任者の署名・押印がなかった。

【対応が求められる内容】

・個別支援計画は、サービス管理責任者が基準条例上の手続きを踏まえて作成してください。（参考参照）

・個別支援計画の作成に当たって必要な「アセスメント」「計画作成に係る担当者会議」、「モニタリング」に関する記録を整備し、作成された個別支援計画を利用者に交付してください。

・指定基準上で規定されている個別支援計画の見直し期間（６月又は３月に１回以上）で適切に個別支援計画の見直しを行ってください。

# （参考）個別支援計画の作成等に関する条項

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業の設備及び運営の基準に関する条例（最低基準）

（療養介護計画）

第17条 療養介護事業所の管理者は、サービス管理責任者に療養介護に係る第3条第1項に規定する個別支援計画（以下この章において「療養介護計画」という。）の作成に関する業務を担当させるものとする。

2 サービス管理責任者は、療養介護計画を作成しようとするときは、適切な方法により、利用者の有する能力、その置かれている環境、その日常生活全般の状況等を踏まえて、その者の希望する生活及び課題等の把握を行わなければならない。

3 前項の規定による把握は、利用者に対し、面接をして、その趣旨について十分に説明をし、その理解を得た上で行わなければならない。

4 サービス管理責任者は、第2項の規定により把握した利用者の希望する生活及び課題等の内容に基づき、適切な支援内容を検討して、次に掲げる事項を記載した療養介護計画を作成しなければならない。この場合において、療養介護計画には、当該療養介護事業所が提供する療養介護以外の保健医療サービス又は福祉サービス等を提供する者との連携についても含めるよう努めなければならない。

（1）利用者の生活に対するその者及びその家族の意向
（2）利用者に対する総合的な支援の方針
（3）利用者の生活全般の質を向上させるための課題
（4）療養介護の目標及びその達成時期
（5）療養介護を提供する上での留意事項

5 サービス管理責任者は、療養介護計画の作成に当たっては、療養介護の提供に当たる担当者等を招集して行う会議により、当該担当者等の意見を聴かなければならない。

6 サービス管理責任者は、療養介護計画を作成したときは、利用者又はその家族にこれを交付して、その内容を説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。

7 サービス管理責任者は、療養介護計画に基づきサービスを提供している間、その実施状況の把握及び第2項の規定による把握を行い、少なくとも半年ごとに療養介護計画を見直し、必要に応じてその変更を行うものとする。この場合において、これらの把握に当たっては、利用者及びその家族との連絡を継続的に行うとともに、原則として、利用者に対し定期的に面接をして、その趣旨について十分な説明をし、その理解を得た上で行い、その把握した結果を記録しなければならない。

8 第4項から第6項までの規定は、療養介護計画の変更について準用する。

# （参考）個別支援計画の作成等に係る流れ

| 手順 | 留意事項 |
|---|---|
| 1　アセスメントの実施 | サービス管理責任者は、適切な方法により利用者の有する能力、環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて利用者の希望する生活や課題等の把握（アセスメント）を行い、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上での適切な支援内容を検討する。<br>アセスメントは、利用者に面接して行い、サービス管理責任者は、面接の趣旨を利用者に対して十分に説明し、理解を得ること。 |
| 2　個別支援計画の原案の作成 | サービス管理責任者は、アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき、次の事項が記載された個別支援計画の原案を作成する。<br>①利用者及びその家族の生活に対する意向<br>②利用者に対する総合的な支援の方針<br>③利用者の生活全般の質を向上させるための課題<br>④サービスの目標及びその達成時期<br>⑤サービスを提供する上での留意事項　等<br>事業所が提供するサービス以外の保健医療サービス又はその他の福祉サービス等との連携も含めるよう努めること。 |
| 3　会議の開催 | サービス管理責任者は、個別支援計画の作成に係る会議（担当者の招集）を開催し、個別支援計画の原案について意見を求める。<br>会議の概要や担当者からの意見を記録すること。 |
| 4　個別支援計画の原案の利用者・家族への説明・同意・交付 | サービス管理責任者は、個別支援計画の原案の内容について利用者・家族に対して説明し、文書により利用者等の同意を得る。<br>サービス管理責任者は、利用者等の同意の上、個別支援計画を作成し利用者に交付する。 |
| 5　モニタリングの実施と個別支援計画の見直し | サービス管理責任者は、利用者についての継続的なアセスメントを実施するとともに、個別支援計画の実施状況の把握（モニタリング）を行う。<br>モニタリングは、利用者・家族等との継続的な連絡及び定期的な利用者との面接により行う。<br>モニタリングの結果を記録すること。<br><br>[計画の見直し]<br>・自立訓練、就労移行支援…3月に1回以上<br>・療養介護、生活介護、就労継続支援、就労定着支援…6月に1回以上 |

# 2.工賃・賃金の支払等

主な指摘事項

**〇工賃の目標水準及び前年度工賃平均額を利用者に通知していなかった。**

**〇工賃（賃金）について、生産活動に係る事業の収入から生産活動に係る事業に必要な経費を控除した額を工賃（賃金）として支払わなければならないが、剰余金が発生していた。**

**〇工賃を時給として設定していたが、利用者の出来高に応じて工賃の差を設けていた。**

**〇就労継続支援A型において、自立支援給付費を一部賃金に充てていた。**

**〇適正な支払いの根拠となる就労支援の事業の会計処理基準に基づく就労支援事業別事業活動明細書等の作成がなかった。**

**【対応が求められる内容】**

**・就労継続支援B型（A型）事業者は、利用者に生産活動に係る事業の収入から生産活動に係る事業に必要な経費を控除した額に相当する金額を工賃（賃金）として支払わなければなりません。**

**・就労継続支援B型事業者は、年度ごとに、工賃の目標水準を設定し、当該工賃の目標水準及び前年度に利用者に対し支払われた工賃の平均額を利用者に通知するとともに、県に報告しなければなりません。**

**・工賃（賃金）について、剰余金が発生した場合は、利用者に賞与等で配当するか、就労会計に基づき積立しなければなりません。**

**・会計処理基準に基づく適切な会計処理を行わなければなりません。**

# （参考）工賃・賃金の支払等に関する条項

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業の設備及び運営の基準に関する条例（最低基準）

（賃金及び工賃）

第75条　就労継続支援A型事業者は、第74条本文の規定により雇用契約を締結した利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことを支援するため、賃金の水準を高めるよう努めなければならない。

2　就労継続支援A型事業者は、生産活動に係る事業の収入から生産活動に係る事業に必要な経費を控除した額に相当する金額が、利用者に支払う賃金の総額以上となるようにしなければならない。

3　就労継続支援A型事業者は、第74条ただし書の規定により雇用契約を締結していない利用者に対しては、当該利用者に係る生産活動に係る事業の収入から当該生産活動に係る事業に必要な経費を控除した額に相当する金額を、その生産活動に従事している者に対して支払う工賃としなければならない。

4　就労継続支援A型事業者は、第74条ただし書の規定により雇用契約を締結していない利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことを支援するため、規則で定めるところにより、前項の規定により支払われる工賃の水準を高めるよう努めなければならない。

（工賃の支払等）

第82条 就労継続支援B型の事業を行う者（以下この章において「就労継続支援B型事業者」という。）は、規則で定めるところにより、生産活動に係る事業の収入から当該事業に必要な経費を控除した額に相当する金額を、生産活動に従事している利用者に対して支払う工賃としなければならない。

2 就労継続支援B型事業者は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことを支援するため、工賃の水準を高めるよう努めなければならない。

3 就労継続支援B型事業者は、年度ごとに、工賃の目標水準を設定し、その目標水準及び前年度に利用者に対し支払われた工賃の平均額を利用者に通知するとともに、県に報告しなければならない。

# （参考）生産活動等に関する留意事項について

| | 留意事項 |
|---|---|
| **関係通知** | **「就労支援等の事業に関する会計処理の取扱いについて」**<br>（平成18年10月2日社援発第1002001号厚生労働省社会・援護局長通知）<br>**「就労移行支援事業、就労継続支援事業（A型、B型）における留意事項について」**<br>（平成19年4月2日障障発第0402001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長通知）<br>**「指定就労継続支援A型における適正な事業運営に向けた指導について」**<br>（平成27年9月8日障障発第0908第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長通知）<br>**「指定就労継続支援A型における適正な運営に向けた指定基準の見直し等に関する取扱い及び様式例について」**<br>（平成29年3月30日障障発0330第4号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長通知） |
| 生産活動、就労について | ①生産活動に従事する利用者の作業時間、作業量等が過重な負担とならないように配慮すること<br>②生産活動を安全に行うために必要な措置を講じること<br>③就労継続支援A型事業で雇用契約を締結した利用者について、最低賃金を支払うことが可能な収益性の高い仕事を確保するとともに、就労に関する知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の支援を行うこと<br>④就労継続支援A型事業について、長く働きたいという利用者の意向に関わらず、全ての労働者の労働時間を一律に短時間とならないようにすること |
| 工賃、賃金について | ①工賃、賃金として利用者に支払う金額は、生産活動に係る事業の収入から当該事業に必要な経費を控除した額に相当するものであること<br>②生産活動に係る事業の収入以外の費用（訓練等給付費等）を工賃、賃金の支払いに充てることは不適切な取扱いとなること<br>③就労継続支援A型（雇用有り）及び就労継続支援B型の利用者の賃金、工賃について、利用者の技能に応じて工賃の差別を設けることはできないこと※「技能に応じて」とは、成果物の出来栄え等をいうものであって、作業内容や成果物の出来高に応じて工賃に差を設けることは差し支えないこと<br>④就労継続支援B型事業の利用者又は就労継続支援A型事業の雇用契約を締結しない利用者に支払う1月あたりの工賃の平均額は3,000円以上とすること<br>⑤就労継続支援B型において、毎年度、工賃の目標水準を設定し、当該工賃の目標水準及び前年度に利用者に対し支払われた工賃の平均額を利用者に通知すること<br>⑥就労継続支援A型事業者は、雇用契約を締結した利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことを支援するため、賃金の水準を高めるように努めること |
| 会計処理について | ①事業所ごとに経理を区分し、当該事業の会計とその他の事業の会計を区分すること<br>②就労支援の事業について、適正な利用者工賃（賃金）の算出をするため、製品製造過程等における適切な製造原価等の把握と管理を行うこと |

# 3.重要事項の説明等

主な指摘事項

**〇重要事項説明書に記載すべき事項（利用者から徴収する費用、苦情解決及び虐待防止の責任者、緊急時の対応等）の記載がなかった。**

**〇利用契約手続きに不備（利用期間の更新漏れ、契約日、利用申込者の同意、事業者名等の記載漏れ等）があった。**

**〇重要事項説明書の記載内容と現状及び運営規程の内容に相違があった。**

**〇利用者のサービスの選択に資すると認められる重要事項説明書が掲示されていなかった。**

**【対応が求められる内容】**

**・サービスの提供の開始に際しては、あらかじめ利用申込者又はその家族に対し、利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記載した文書（わかりやすい説明書やパンフレット等）を交付して説明を行い、当該サービスの提供の開始について同意を得てください。**

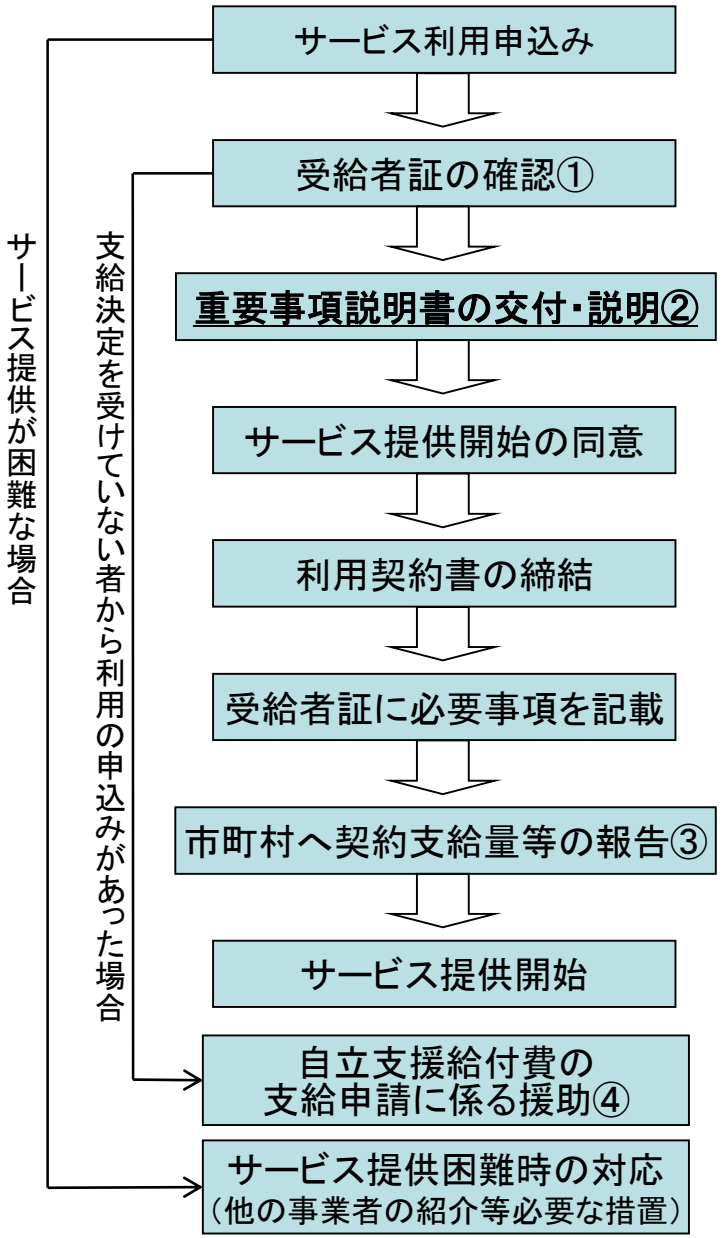
❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）

（重要事項の説明等）

第8条 指定居宅介護等事業者は、支給決定障害者等から指定居宅介護等の利用の申込みがあったときは、その申込みを行った者（以下「利用申込者」という。）の障害の特性に応じた適切な配慮をしつつ、当該利用申込者に対し、第30条に規定する運営規程の概要、従業者の勤務体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記載した文書を交付して説明を行い、指定居宅介護等を提供することについて当該利用申込者の同意を得なければならない。

2 指定居宅介護事業者は、社会福祉法（昭和26年法律第45号）第77条第1項の規定により書面の交付を行う場合は、利用申込者の障害の特性に応じた適切な配慮をしなければならない。

# （参考）障害福祉サービスの提供の流れ




①受給資格の確認（指定基準条例第7条、第13条）

事業者は、サービスの提供を求められた場合は、その者の提示する受給者証によって、支給決定の有無、支給決定の有効期間、支給量等を確かめる。

**②内容及び手続の説明及び同意（指定基準条例第3条、第8条）**

利用申込みがあったときは、障がいの特性に応じた適切な配慮をしつつ、利用申込者に対し、利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、サービスの提供の開始について同意を得なければならない。

③契約支給量の報告等（指定基準条例第4条、第9条）

・サービスを提供するときは、サービスの内容、契約支給量、その他の必要な事項を受給者証に記載しなければならない。

・契約支給量の総量は、当該支給決定障がい者等の支給量を超えてはならない。

・契約をしたときは遅滞なく市町村に報告しなければならない。ただし、市町村が必要ないと認めたときは、利用締結後の市町村への報告を行わないことができる。

（参考）「市町村に対する契約支給量等の報告の必要性について」

（平成25年3月11日付24障号外長野県健康福祉部障害者支援課長通知）

・受給者証記載事項に変更があった場合も同様とする。

④自立支援給付費の支給の申請に係る援助（指定基準条例第8条、第14条）

利用申込者の意向を踏まえて、速やかに支給申請が行われるよう必要な援助を行う。

# （参考）重要事項説明書に記載すべき事項

## 重要事項説明書記載事項の例

- □ 事業者の概要
  （名称、所在地、代表者、設立年月日、連絡先）
- □ 事業所の概要
  （名称、所在地、開所年月日、サービス種類、営業日・営業時間、サービス提供時間、管理者、サービス管理責任者、主たる対象者、連絡先、サービス実施地域、定員）
- □ サービスの目的及び運営方針
  （目的、運営方針）
- □ サービスに係る施設・設備の概要
  （主な設備、備品等）
- □ 従業者の勤務体制
  （職種、員数、勤務体制）
- □ 提供するサービスの内容及び利用者が支払うべき料金
  （給付対象サービス内容及び料金、給付費対象サービス内容及び料金）
- □ 利用者の記録及び情報管理等
  （情報管理及び保管方法、個人情報の管理及び提供の取扱い）
- □ 苦情解決、虐待防止の体制
  （担当者、責任者、利用時間、連絡先、相談手順等）
- □ 第三者評価の実施状況
  （実施の有無、実施評価機関、実施年月日等）
- □ その他
  （協力医療機関、サービス利用にあたっての留意事項、非常災害対策、事故発生時の対応等）

## 説明と同意の確認

◎◎年□月◇日

〇〇事業所の指定△△（サービス）の提供及び利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者名：
事業所名：
説明者職氏名：　　㊞

私は、本書面に基づいて事業者から〇〇事業所の△△（サービス）の提供及び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者
住所：
氏名：　　㊞
代理人
住所：
氏名：　　㊞
続柄：

※運営規程の概要、従業者の勤務体制、その他利用申込者のサービスの選択に資すると認められる事項について記載すること。
※実態と合っているか確認の上、最新の情報を記載すること。

# 4.勤務体制の確保等

主な指摘事項

**〇職種、氏名、勤務時間等の整理をした勤務表が作成されていなかった。**

**〇毎月の勤務表が作成されていなかった。**

**〇勤務表が、実際の勤務体制と相違していた。**

**〇従業者の資質の向上のための研修について、計画的に実施されていなかった。**

**【対応が求められる内容】**

**・勤務体制確保（人員基準遵守）のため、勤務（予定）表は、管理者を含めた当該事業所に関わる従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、職種、他の職種との兼務関係について明確にする必要があります。**

**・事業所（サービス単位）毎で、毎月の勤務表を作成する必要があります。**

**・事故対応、感染症対応、虐待防止等の事業運営上、全ての従業者に周知徹底すべきものについては毎年度定期的に実施することが必要であり、従業者の能力や経験に応じてキャリアアップを図るための研修については、研修計画を作成し、年1回以上受講できるように努めることが望まれます。**

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）

（勤務体制の確保等）
第32条 指定居宅介護等事業者は、利用者に対し適切な指定居宅介護等を提供することができるよう、指定居宅介護等事業所ごとに、従業者の勤務の体制を定め、当該指定居宅介護等事業所の従業者によって指定居宅介護等を提供しなければならない。
2 指定居宅介護等事業者は、従業者及び管理者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。

# （参考）勤務体制の確保等について

## 1 勤務表の作成

ア 事業所（サービス）単位で、月ごとに作成すること。

イ 勤務表に次の事項を明確に定めること。
①従業者の日々の勤務時間 ②職務の内容 ③常勤・非常勤の別 ④他の職種との兼務関係

| 用語の定義 | |
|---|---|
| 常勤 | 指定障害福祉サービス事業所等における勤務時間が、当該指定障害福祉サービス事業所等において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする）に達していること。 |
| 「専ら従事する」、「専ら提供に当たる」、「専従」 | 原則として、サービス提供時間帯を通じて指定障害福祉サービス等以外の職務に従事しないことをいう。この場合のサービス提供時間帯とは、従業者の指定障害福祉サービス事業所等における勤務時間（療養介護、生活介護については、サービスの単位ごとの提供時間）をいい、当該従業者の常勤・非常勤の別を問わない。 |

## 2 人員に関する基準の確認

・ 必要な従業者の員数について前年度の利用者数の平均値を基に算出（新規指定事業所は、定員の9割）

※利用定員に基づく受け入れ態勢を確保する観点から、利用定員に基づいて人員配置をすることが望ましい。

## 3 従業者の研修の機会の確保

ア 従業者の資質の向上のための研修機会の確保

イ 多様な研修の受講（ヒヤリ・ハット事例、非常災害対策、感染症対策、事故対応、虐待防止等）

ウ 参加できなかった従業者に対するフォロー（研修記録の回覧・情報共有）

# 5.サービスの提供の記録

主な指摘事項

**〇サービスの提供に際して、利用者からサービスを提供したことについての確認を、作成の都度、受けていなかった。**

**〇サービス提供記録に、サービス提供日、支援内容、利用者の心身の状況、記載者の氏名等その他必要な事項について、その都度の記録がされていなかった。**

**〇利用者から確認印のみをもらい、サービス内容について確認を受けていなかった。**

**【対応が求められる内容】**
**・通所の利用者については、提供したサービスについて利用者に伝達すべき必要な事項（提供日、提供した具体的な内容、実績時間数等）を記録した「サービス提供記録」をサービス提供の都度作成するとともに、作成の都度、その内容について利用者に確認を受ける必要があります。**

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）

（サービスの提供の記録）
第18条 指定居宅介護等事業者は、指定居宅介護等を提供した場合は、その期日及び内容その他必要な事項を、当該提供の都度記録しなければならない。
2 前項の規定による記録には、当該記録に係る指定居宅介護等の提供を受けたことについて支給決定障害者等の確認を受けなければならない。

# （参考）サービス提供の記録に関する留意事項について

## サービス提供の手順

1　サービスの提供　→　2　サービス提供記録の作成　→　3　利用者の確認
※サービス提供の都度作成　※作成の都度確認

## サービス提供記録に関する留意事項

- **サービス提供記録は、サービス提供の都度、作成するとともに、作成の都度、利用者の確認を受けること**
  ただし、療養介護、宿泊型生活訓練、施設入所支援を受ける者については、当該記録を適切に行うことができる場合は、後日一括して記録することとして差し支えないこと
- **記録様式は、「実績記録票」等を使用すること**
  ただし、実績記録票を月末などに一括で作成する場合、サービス提供に関する記録はサービス提供の都度の作成及び確認が必要なことから、別途、提供記録（右記様式例）等にて取り扱うこと
- **記録内容は、サービス提供日、内容、提供時間、利用者の状況及び食事提供、送迎、欠席時対応等の報酬請求事項に関する対応等を記載すること**
- **欠席時対応に係る利用者の状況及び相談援助の内容、また支援にあたり職員間で共有すべき利用者に関する事項については、別途、支援記録等により詳細に記録すること**
- **サービス提供記録に関する書類（出席簿、業務日誌、個別支援記録、利用者実績確認票等）の整合及び誤りがないか確認すること**

サービス提供記録の様式例
（出典：東京都集団指導資料　記入内容：障がい者支援課）

利用者氏名　（受給者番号　）　利用サービス　**生活介護**

サービス提供記録

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 日付 | **令和1年8月1日** | 食事提供 | **あり** | 送迎 | 迎 | **あり** | 送 | **あり** | 記録者 | ○○ |
| | 来所時刻 | 9:00 | 活動内容 | 午前 | **創作活動（箱折）、テレビ鑑賞** | | | | | | |
| | 帰所時刻 | 15:30 | | 午後 | **創作活動（箱折）、散歩** | | | | | | |
| | 本人の状況 | **健康状態は良好であり、他の利用者と楽しく会話や活動をされていた。** | | | | | | | | | |
| | 特記事項（欠席時対応等） | **特になし** | | | | 欠席時対応 | **なし** | | 本人確認印 | | ㊞ |
| 2 | 日付 | **令和1年8月2日** | 食事提供 | | 送迎 | 迎 | | 送 | | 記録者 | ○○ |
| | 来所時刻 | : | 活動内容 | 午前 | | | | | | | |
| | 帰所時刻 | : | | 午後 | | | | | | | |
| | 本人の状況 | **風邪の症状が看られるため自宅療養される（利用中止）。詳細は「支援記録」に記載** | | | | | | | | | |
| | 特記事項（欠席時対応等） | 8：00受電（母、利用中止連絡）　※詳細は<br>11：00受電（母、病院受診連絡）　支援記録に記載 | | | | 欠席時対応 | **あり** | | 本人確認印 | | |
| 3 | 日付 | 令和　年　月　日 | 食事提供 | | 送迎 | 迎 | | 送 | | 記録者 | |
| | 来所時刻 | : | 活動内容 | 午前 | | | | | | | |
| | 帰所時刻 | : | | 午後 | | | | | | | |
| | 本人の状況 | | | | | | | | | | |
| | 特記事項（欠席時対応等） | | | | | 欠席時対応 | | | 本人確認印 | | |

# 6.支払の受領等

主な指摘事項

**〇利用者から受けることのできる費用について、重要事項説明書等に記載されていなかった。**

**〇利用者からの支払いを受けた場合、当該費用に係る領収証を交付していなかった。**

**〇利用者から金銭の支払いを求める際に、その使途、額、理由についての説明及び同意が確認できなかった。**

**【対応が求められる内容】**

**・障害福祉サービス等において提供される便宜のうち、「日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、支給決定障がい者に負担させることが適当と認められるもの」（「その他の日常生活費」）」の対象となる便宜及びその額は、事業者又は施設の運営規程において定められなければならず、また、サービスの選択に資すると認められる重要事項として、当該事業者又は施設の見やすい場所に掲示しなければなりません。**

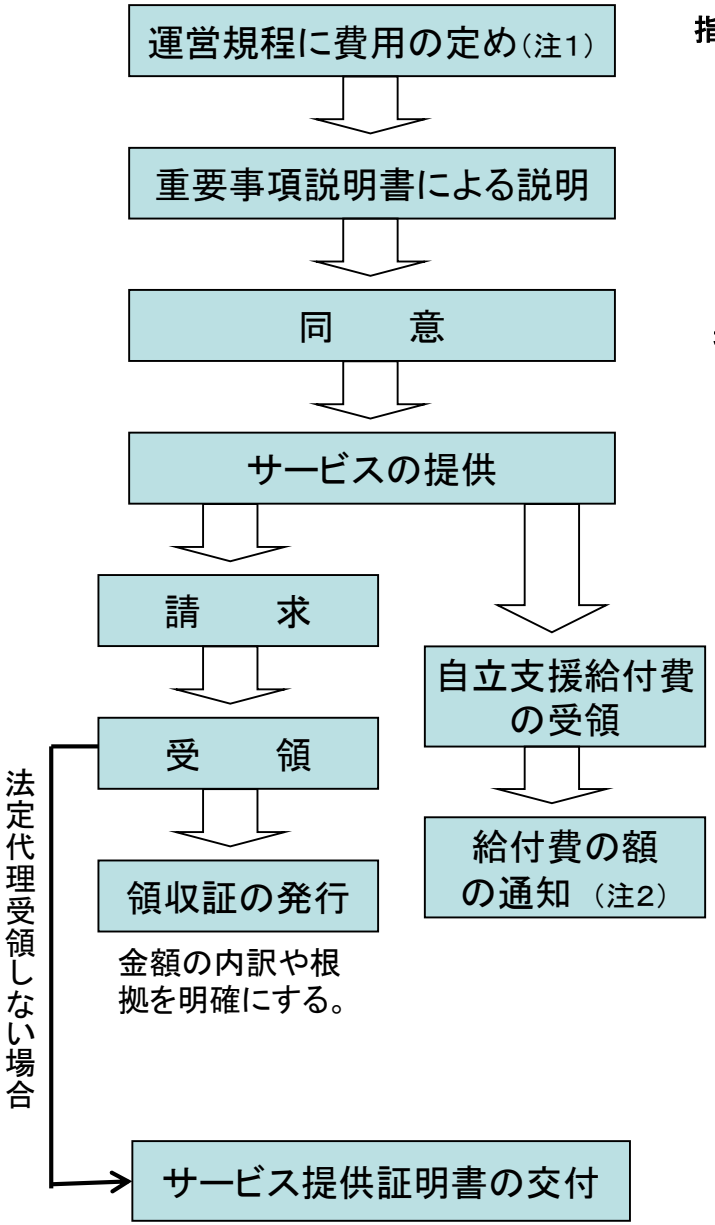
**・金銭の支払いを求める際は、当該金銭の使途及び額並びに利用者に金銭の支払を求める理由について書面によって明らかにするとともに、利用者の同意を得なければなりません。**

**・利用者から費用の負担を受けた場合は、当該費用に係る領収証を交付してください。**

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）

第20条 指定居宅介護等事業者は、規則で定めるところにより、支給決定障害者等から指定居宅介護等に要した費用等の支払を受けるものとし、又は受けることができる。
2 指定居宅介護等事業者は、規則で定める費用に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、支給決定障害者等に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、その同意を得なければならない。

# （参考）利用者負担額等の受領の流れ




**指定基準条例第11条、第19条**

（1）事業者が、利用者に対して金銭の支払を求めることができるのは、その使途が直接利用者の便益を向上させるものであって、当該利用者に支払を求めることが適当であるものに限る。

（2）上記（1）により金銭の支払を求める際は、金銭の使途及び額並びに利用者に金銭の支払を求める理由について書面によって明らかにするとともに、利用者に説明を行い、その同意を得なければならない。ただし、利用者負担額及び法定代理受領を行わない場合の基準額の支払については、この限りでない。

**指定基準条例第12条、第20条**

（1）事業者は、サービスを提供した際は、利用者から利用者負担額の支払を受ける。

（2）事業者は、法定代理受領を行わないサービスを提供した際は、利用者から当該サービスに係る基準額の支払を受ける。

（3）事業者は、上記（1）～（2）の支払を受ける額のほか、各サービスにおいて提供される便宜に要する費用のうち別表の費用の支払を利用者から受けることができる。

（4）事業者は、上記（1）～（3）の費用の支払を受けた場合は、当該費用に係る領収証を利用者に対し交付しなければならない。

（5）事業者は、上記（3）の費用に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、同意を得なければならない。

**指定基準第14条、第22条**

（1）事業者は、法定代理受領により市町村から介護給付費等の支給を受けた場合は、支給決定障がい者等に対し、当該支給決定障がい者等に係る介護給付費等の額を通知しなければならない。

（2）事業者は、法定代理受領を行わないサービスに係る費用の支払を受けた場合は、その提供したサービスの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を支給決定障がい者等に対して交付しなければならない。

注1）その都度金額が変動する性質の費用は、運営規程に「実費」と定める。

他は、具体的な金額を定めてください。

注2）自立支援給付費の額を利用者に通知することによって、利用者は、公費負担を含めた全体の費用について把握することができ、また、事業者による不適正な請求を防止する機能も期待されている。

# （参考）利用者から受領する費用の種類及び金額

○運営規程の項目

| 項目 | 施設入所支援 | 療養介護 | 生活介護 | 短期入所 | 機能訓練 | 生活訓練 | 就労移行支援 | 就労継続支援 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 日用品費 | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 食事の提供に要する費用 | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 創作的活動に係る材料費 | | | ●注3 | | | | | |
| 居室提供の費用 | | | | | | ◎注4 | | |
| 光熱水費 | ○ | | △注5 | ○ | | ◎注4 | | |
| 被服費 | ○ | | | | | | | |
| 特別な居室の提供を行ったことに伴い必要となる費用 | ○ | | | | | | | |
| 日常生活において通常必要となる費用で、利用者に負担させることが適当なもの（注1~2） | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

注１：対象となる費用は、運営規程に定めること（その都度変動する性質のものは、「実費」として定めてよい）
（具体例）利用者の希望による身の回り品で日常生活に必要なもの（歯ブラシ、化粧品等）、利用者の希望による教養娯楽等で日常生活に必要なもの（サービス提供の一環として実施するクラブ活動や行事の材料費等）
注２：サービス提供と関係ないものは含まれないこと（利用者の贅沢品、嗜好品の購入等）
注３：生産活動に係る材料費は徴収できない
注４：宿泊型自立訓練を行う場合のみ
注５：生活介護における入浴に係る光熱水費は、利用者に費用負担を求めることができる。
参考：「障害福祉サービス等における日常生活に要する費用の取扱いについて」（平成18年12月６日障発第1206002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）

# 7.非常災害対策

主な指摘事項

**〇非常災害に関する具体的な計画が作成されていなかった。**

**〇非常災害に対応するための体制が取られていなかった。**

**〇避難、救出その他必要な訓練を年２回以上行っていなかった。訓練の計画及び実施記録がなかった。**

**【対応が求められる内容】**

**・事業者は、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けるとともに、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知しなければなりません。**

**・消防法の規定により、 事業者は、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うことが必要です。**

**・万が一、被災した場合は、県（保健福祉事務所福祉課）、市町村に対して、災害発生日時、災害発生場所、被害状況、対応状況等を可能な通信手段により、随時報告してください。**

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業の設備及び運営の基準に関する条例（最低基準）

（非常災害対策）

第8条 療養介護事業者は、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けるとともに、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、定期的に避難訓練、救出訓練その他必要な訓練を行うなど非常災害に対応できるための必要な措置を講じなければならない。

# （参考）非常災害対策について

## 消防計画に基づく定期的訓練の実施（消防法施行規則第3条）

10　障害者施設（施行令別表1（6）項に掲げる防火対象物）の防火管理者は、消防訓練の予備避難訓練を年2回以上実施しなければならない。

11　防火管理者は、消火訓練及び避難訓練を実施する場合には、あらかじめ、その旨を消防機関に通報しなければならない。

## 災害に備えた対策例

1　防火意識の醸成（避難場所、避難方法、避難経路等のマニュアルの周知徹底、定期的な研修の実施等）

2　防災管理体制の整備（職員の責任分担の明確化等）

3　防災設備の定期点検

4　訓練の実施（さまざまな状況（時間帯、災害の種類等）を想定）

5　施設・設備の安全対策（施設の立地条件の確認、備品や工作物の落下・倒壊防止等）

6　飲料水及び非常用食料等の備蓄（水3リットル/人日、非常用食料、医薬品、調理器具、防災用品等）

7　関係機関及び利用者家族との連絡体制（連絡方法、帰宅・引取り方法の事前確認等）

8　地域社会との応援連携（協力体制づくり、福祉避難所の確認、他施設との協力体制等）

| 万一被災した場合の報告 | |
|---|---|
| 報告先 | 県保健福祉事務所福祉課、市町村 |
| 報告内容 | 災害発生日時、災害発生場所、被害状況、対応状況等を可能な通信手段により随時報告してください。 |

# 8.変更の届出等

主な指摘事項

**〇施設の平面図、サービス管理責任者等を変更していたが、届出がされていなかった。**

**〇定められている届出事項に変更が生じた際に、期限までに届出がされていなかった。**

**【対応が求められる内容】**

**・届け出ている施設の平面図、運営規程等に変更が生じた場合は、変更届出書を保健福祉事務所に2部提出してください。**

**・届出事項に変更が生じた場合は、変更の日から10日以内に届け出てください。**

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律

（変更の届出等）

**第四十六条**　指定障害福祉サービス事業者は、当該指定に係るサービス事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったとき、又は休止した当該指定障害福祉サービスの事業を再開したときは、厚生労働省令で定めるところにより、十日以内に、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

２　指定障害福祉サービス事業者は、当該指定障害福祉サービスの事業を廃止し、又は休止しようとするときは、厚生労働省令で定めるところにより、その廃止又は休止の日の一月前までに、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

３　指定障害者支援施設の設置者は、設置者の住所その他の厚生労働省令で定める事項に変更があったときは、厚生労働省令で定めるところにより、十日以内に、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

# 9.利用契約の成立時の書面の交付

主な指摘事項

**〇契約期間、契約日、サービスの提供開始年月日の記入がない等、不備のある契約書が見受けられた。**

**【対応が求められる内容】**

**・契約者は契約行為の権限があるもの（事業者）に統一し、契約書に必要事項を記載してください。**

**・契約期間は支給決定有効期間と整合するようにしてください。**

**・契約書は、2部作成し（双方が押印）、1部は利用者に、1部は事業所で保管してください。**

**・契約書記載事項について、重要事項説明書及び現状と整合するようにしてください。**

❖社会福祉法

（利用契約成立時の書面の交付）

第77条　社会福祉事業の経営者は、福祉サービスを利用するための契約（厚生労働省令で定めるものを除く。）が成立したときは、その利用者に対し、遅滞なく、次に掲げる事項を記載した書面を交付しなければならない。

一　当該社会福祉事業の経営者の名称及び主たる事務所の所在地

二　当該社会福祉事業の経営者が提供する福祉サービスの内容

三　当該福祉サービスの提供につき利用者が支払うべき額に関する事項

四　その他厚生労働省令で定める事項

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）

（重要事項の説明等）

第8条第2項 指定居宅介護等事業者は、社会福祉法（昭和26年法律第45号）第77条第1項の規定により書面の交付を行う場合は、利用申込者の障害の特性に応じた適切な配慮をしなければならない。

# （参考）利用契約の成立時の書面の交付について

| 社会福祉法第77条 | 指定基準条例第8条解釈通知 |
|---|---|
| 社会福祉事業の経営者は、福祉サービスを利用するための契約（厚生労働省令で定めるものを除く。）が成立したときは、その利用者に対し、遅滞なく、次に掲げる事項を記載した書面を交付しなければならない。<br>・当該社会福祉事業の経営者の名称及び主たる事務所の所在地<br>・当該社会福祉事業の経営者が提供する福祉サービスの内容<br>・当該福祉サービスの提供につき利用者が支払うべき額に関する事項<br>・その他厚生労働省令で定める事項 | 利用者との間で当該指定居宅介護の提供に係る契約が成立したときは、利用者の障害の特性に応じた適切な配慮をもって、社会福祉法第77条第1項の規程に基づき、下記事項を記載した書面を交付すること。<br>・当該事業の経営者の名称及び主たる事務所の所在地<br>・当該事業の経営者が提供する指定居宅介護の内容<br>・当該指定居宅介護の提供につき利用者が支払うべき額に関する事項<br>・指定居宅介護の提供開始年月日<br>・指定居宅介護に係る苦情を受け付けるための窓口 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 契約書記載事項の例 | □ 契約の目的 | □ サービス提供の記録 | □ 秘密保持 | □ 補足事項（契約に定めのない事項の取扱い） |
| | □ 契約の期間 | □ サービス利用料金 | □ 賠償責任 | |
| | □ 個別支援計画の概要 | □ サービスの中止 | □ 緊急時の対応 | □ 裁判管轄（訴訟となった場合の管轄裁判所） |
| | □ サービスの内容 | □ 相談・苦情対応 | □ 身分証携行義務 | |
| | □ 介護給付費等申請に係る援助 | □ 契約の終了 | □ 関係機関等との連携 | |
| 説明と同意・交付の確認 | 以上の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。<br>契約締結日　◎◎年□月◇日<br>契約者<br>事業者（事業者名）<br>（住所）<br>（代表者名）　㊞<br>利用者　（住所）　（氏名）　㊞<br>代理人又は立会人等　（住所）　（氏名）　㊞ | | | |

# 10.契約支給量の報告等

主な指摘事項

**〇契約書に記載の利用期間が支給決定期間を超えていた。**

**〇契約支給量の総量が、支給決定量を超えていた。**

**〇受給者証の写しが保管されていなかった。**

**【対応が求められる内容】**

**・契約成立後、サービスの内容、契約支給量、契約日等の受給者証記載事項を記載（変更及び終了した際も含む。）し、事業者確認印を押印してください。**

**・サービスの利用に係る契約をしたときや契約内容（時間、日数）を変更（契約を終了した時を含む。）したときは、受給者証へ記載の上、契約内容報告書により市町村に遅滞なく報告してください。（市町村が必要ないと認めた時は除く。）**

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）

（契約支給量の報告等）

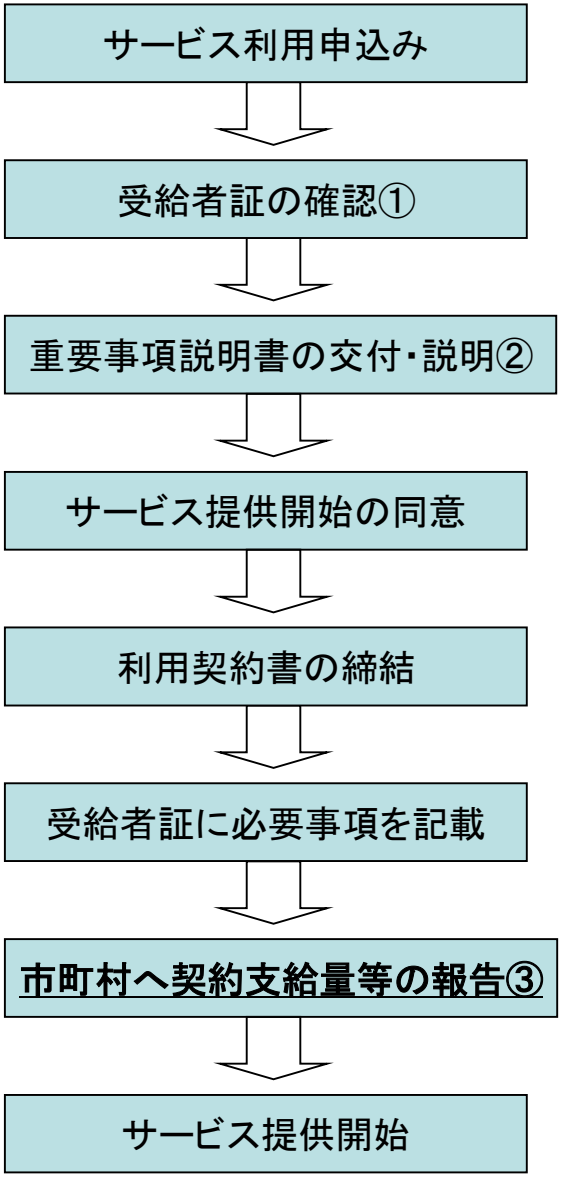
第9条 指定居宅介護等事業者は、支給決定障害者等と指定居宅介護等の利用に係る契約をするときは、当該指定居宅介護等の内容、支給決定障害者等に提供する指定居宅介護等の量（次項において「契約支給量」という。）その他の必要な事項を支給決定障害者等の受給者証（法第22条第8項に規定する受給者証をいう。以下同じ。）に記載しなければならない。

2 指定居宅介護等事業者が提供する契約支給量の総量は、当該支給決定障害者等の支給決定を受けた支給量を超えてはならない。

3 指定居宅介護等事業者は、支給決定障害者等と指定居宅介護等の利用に係る契約をしたときは、遅滞なく、第1項に規定する事項その他必要な事項を当該支給決定障害者等に係る市町村等に報告しなければならない。ただし、当該市町村等が報告の必要がないと認めるときは、この限りでない。

4 前3項の規定は、第1項に規定する事項に変更があった場合について準用する。

# （参考）障害福祉サービス提供の流れ




**①受給資格の確認（指定基準条例第7条、第13条）**

事業者は、サービスの提供を求められた場合は、その者の提示する受給者証によって、支給決定の有無、支給決定の有効期間、支給量等を確かめる。

**②内容及び手続の説明及び同意（指定基準条例第3条、第8条）**

利用申込みがあったときは、障がいの特性に応じた適切な配慮をしつつ、利用申込者に対し、利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、サービスの提供の開始について同意を得なければならない。

**③契約支給量の報告等（指定基準条例第4条、第9条）**

・サービスを提供するときは、サービスの内容、契約支給量、その他の必要な事項を受給者証に記載しなければならない。

・契約支給量の総量は、当該支給決定障がい者等の支給量を超えてはならない。

・契約をしたときは遅滞なく市町村に報告しなければならない。ただし、市町村が必要ないと認めたときは、利用締結後の市町村への報告を行わないことができる。

（参考）「市町村に対する契約支給量等の報告の必要性について」
（平成25年3月11日付24障号外長野県健康福祉部障害者支援課長通知）

・受給者証記載事項に変更があった場合も同様とする。

# 11.事故発生時の対応

主な指摘事項

**〇事故発生時の対応整備に係る緊急時対応マニュアル、事故対応マニュアルが作成されていない等、事故対応の体制及び手順等、事故が発生した場合の措置が不十分であった。**

**〇事故が発生した場合に、利用者の家族、県及び市町村に報告していなかった。**

**【対応が求められる内容】**

**・利用者に対する障害福祉サービスの提供により事故が発生した場合の対応方法について、あらかじめマニュアル等を整備しておくことが望まれます。**

**・事故が発生した場合は、当該利用者の家族等に対して連絡する等の必要な措置を講じるとともに、事故の状況及び対応措置について記録することが必要です。**

**・事故が生じた際にはその原因を分析し、再発防止対策を講じることが必要です。**

**・サービス提供時に発生した医療機関での治療を要するケガ・死亡等、利用者の無断外出（捜索活動が必要な場合）、職員の法令違反・不祥事等、食中毒及び感染症の発生、災害による物的・人的被害の発生等は、事故等報告書の提出が必要です。**

**・速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入しておくことが必要です。**

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）

第39条 指定居宅介護等事業者は、利用者に対する指定居宅介護等の提供により事故が発生した場合は、県、市町村等、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

2 指定居宅介護等事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った措置について、記録しなければならない。

3 指定居宅介護等事業者は、指定居宅介護等の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

# 12.一般原則（虐待等の禁止）

主な指摘事項

**〇職員に対して、利用者の人権擁護、虐待防止等についての研修実施がなかった。また、虐待防止について責任者の配置がなかった。**

**〇関係職員による人権に配慮を欠いた発言があった。利用者に対して、適切かつ効果的にサービスを提供できていなかった。**

**【対応が求められる内容】**

**・利用者に対する虐待の防止及び差別の禁止等人権の擁護のための体制の整備を行ってください。職員に対して研修を実施し、受講できなかった職員に対しても周知を図ってください。**

**・プライバシーの確保等、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った支援を行ってください。**

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業の設備及び運営の基準に関する条例（最低基準）

（一般原則）

第3条 障害福祉サービス事業を行う者（以下この条において「障害福祉サービス事業者」という。）は、利用者の意向、適性及び障害の特性その他の事情を踏まえた個別支援計画を作成し、これに基づきその者に障害福祉サービスを提供するとともに、その効果について継続的な評価を実施することその他の措置を講ずることにより、その者に対して適切かつ効果的に障害福祉サービスを提供しなければならない。

2 障害福祉サービス事業者は、利用者の意思及び人格を尊重して、常にその者の立場に立った障害福祉サービスの提供に努めなければならない。

3 障害福祉サービス事業者は、利用者に対する虐待の防止及び差別の禁止その他の人権の擁護のため、責任者を設置するなど必要な体制の整備を行うとともに、その職員に対し、研修を実施するなどの措置を講ずるよう努めなければならない。

# 13.会計の区分

主な指摘事項

**〇サービス事業ごとに区分して会計処理をしていなかった。他事業と会計が混同していた。**

**〇就労支援事業会計処理基準に基づき処理する必要があるが、関係書類が整備されていなかった。**

**【対応が求められる内容】**

- **会計は、事業所ごとに事業の会計をその他の事業の会計と区分してください。（人件費や光熱水費等の共通経費については、適切な按分をしてサービス事業ごとに収支を管理してください。）**
- **就労移行支援、就労継続支援を行う場合、「就労支援事業会計処理基準」により区分する必要があります。（「就労支援等の事業に関する会計処理の取扱いについて」平成18年10月2日付け社援発1002001号厚生労働省社会・援護局長通知）**
- **就労継続支援B型（A型）事業所は、「就労支援の事業の会計処理の基準」に基づいた就労支援事業別事業活動明細書を作成する必要があります。**
- **就労支援事業の生産活動で出た剰余金を積み立てる場合、積立明細書及び積立資産明細表を作成する必要があります。**

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）

（会計の区分）

第40条 指定居宅介護等事業者は、指定居宅介護等事業所ごとに経理を区分するとともに、指定居宅介護等の事業の会計をその他の事業の会計と区分しなければならない。

# 14.秘密保持等

主な指摘事項

**〇従業者に対し、秘密保持に関する同意を得ていなかった。**

**〇利用者又は家族等に関する情報を提供する際に、利用者又は家族の同意を得ていなかった。**

**〇就業規則等に、従業者に対し秘密保持を義務付ける規定が整備されていなかった。**

**【対応が求められる内容】**

**・事業者が利用者の有する問題点や解決すべき課題等の個人情報を他の指定障害福祉サービス事業者と共有するためには、あらかじめ文書により、利用者又はその家族から同意を得ておくことが必要です（この同意は、サービス提供開始時に利用者及びその家族からの包括的な同意を得ておくことで足りるものとされています）。**

**・業務上知り得た個人情報を保護するため、従業者に対しては、秘密保持義務を課し、在職中と併せて、退職後における秘密保持義務を就業規則、雇用契約書又は誓約書等に明記してください。**

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業の設備及び運営の基準に関する条例（最低基準）

（秘密保持等）

第29条 療養介護事業所の職員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

2 療養介護事業者は、その職員であった者が、正当な理由がなく、前項の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければならない。

3 療養介護事業者は、他の療養介護事業者等に対して、利用者又はその家族に関する情報を提供する際は、あらかじめ文書により当該利用者又はその家族の同意を得ておかなければならない。

# 15.身体拘束等の禁止

主な指摘事項

**〇身体拘束を行う場合に、必要な事項（態様、時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由）のうち、一部の記録が不十分であった。**

**【対応が求められる内容】**

**・事業所が組織として、切迫性、非代替性、一時性の3要件を満たすことを検討している必要があります。**

**・身体拘束の態様、時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録しておくことが必要です。**

**・身体拘束を行う場合に、適宜利用者本人や家族に十分に説明し、了解を得ることが必要です。**

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業の設備及び運営の基準に関する条例（最低基準）

（身体拘束等の禁止）

第28条　療養介護事業者は、利用者に対する療養介護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、当該利用者に対し、身体の拘束その他の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行ってはならない。

２　療養介護事業者は、利用者に対し身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、その理由その他必要な事項を記録しなければならない。

※平成30年度障害福祉サービス等報酬改定において、身体拘束等の適正化を図るため、身体拘束等に係る記録をしていない場合について、基本報酬を減算する「身体拘束廃止未実施減算（５単位）」が創設されました。

# （参考）身体拘束等の禁止について

■ 身体拘束の3要件

① 切迫性
利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと
（身体拘束を行うことによる本人の日常生活に与える悪影響を勘案し、それでもなお身体拘束が必要となる程度まで危険性が高いことを確認）

② 非代替性
身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する方法がないこと
（まず身体拘束を行わずに支援する全ての方法を検討し、他に代替手法が存在しないことを確認）

③ 一時性
身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること
（本人の状態等に応じて必要とされる最も短い時間を想定）

■ 身体拘束の4記録

① 身体拘束の態様　② 身体拘束の時間　③ 利用者の心身の状況　④ 緊急やむを得ない理由

| | |
|---|---|
| ガイドラインの作成 | あらかじめ身体拘束のルール、手続を定め、職員間で共通認識を共有。 |
| 組織的な判断 | 身体拘束廃止委員会等の組織で、身体拘束の必要性を慎重に検討、判断。 |
| 説　　明 | 利用者やその家族に対する説明と理解 |
| 身 体 拘 束 | 緊急やむを得ない場合に該当するかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなったときは、直ちに解除すること。 |
| 記　　録 | |

# 16.運営規程

主な指摘事項

**〇運営規程に記載のある利用者から受領する費用の額等について、実態及び重要事項説明書と相違していた。**

**【対応が求められる内容】**

**・事業所のサービス提供の実態及び重要事項説明書の記載事項と整合が取れた運営規程となるよう、見直してください。**

**・運営規程と実際の勤務体制の整合をとってください。従業者の員数については、〇人以上という記載で足ります。（ただし、指定基準以上の人員としてください。）**

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）

（運営規程）※指定居宅介護等事業の例

第30条 指定居宅介護等事業者は、指定居宅介護等事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する運営規程（第34条において「運営規程」という。）を定めておかなければならない。

（1）事業の目的及び運営の方針
（2）従業者の職種、員数及び職務の内容
（3）営業日及び営業時間
（4）指定居宅介護等の内容並びに支給決定障害者等から受領する費用の種類及びその額
（5）通常の事業の実施地域
（6）緊急時等における対応方法
（7）事業の主たる対象とする障害の種類を定めた場合には、当該障害の種類
（8）虐待の防止のための措置に関する事項
（9）その他運営に関する重要事項

# （参考）運営規程の記載項目について

| 項目 | 障害者支援施設 | 療養介護 | 生活介護 | 自立訓練 | 就労移行支援<br>就労継続支援 | 就労定着支援 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 事業（施設）の目的及び運営の方針 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 提供する施設障害福祉サービスの種類 | ○ | | | | | | |
| 従業者の職種、員数及び職務の内容 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 営業日及び営業時間 | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | 障害者支援施設の場合、昼間実施サービスに係る営業日及び営業時間 |
| 利用定員 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | 障害者支援施設の場合、提供する施設障害福祉サービスの種類ごとの利用定員 |
| サービスの内容、利用者から受領する費用の種類及び金額 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 通常の事業の実施地域 | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | 利用申込みの調整等の観点からの目安であり、当該地域を越えてサービスが行われることを妨げない。障害者支援施設の場合、昼間実施サービスに係る実施地域 |
| サービスの利用に当たっての留意事項 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | サービス提供を受ける際には利用者側が留意する生活上のルール、設備利用上の注意事項等 |
| 緊急時における対応方法 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | |
| 非常災害対策 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 必要な設備の設置、非常災害に関する具体的計画、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制の整備、定期的な非難、救出その他必要な訓練の実施 |
| 主たる対象とする障がいの種類を定めた場合、該当障害の種類 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 障がい種別等に関わらず利用者を受け入れることを基本とするが、利用者の障がい特性に応じた専門性に十分配慮する必要があることから、サービスの専門性を確保するため、特に必要がある場合、定めることができる。 |
| 虐待の防止のための措置 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 虐待防止に関する責任者の選定、成年後見制度の利用支援、苦情解決体制の整備、従業者に対する啓発研修 |
| その他運営に関する重要事項 | △ | △ | △ | △ | △ | △ | 身体拘束等の禁止、秘密保持、苦情解決、協力医療機関、事故発生時の対応、損害賠償等 |
| 施設外就労・施設外支援に関する事項 | | | | | ○ | | |
| 従たる事業所に関する事項 | | | ○ | ○ | ○ | | |

△…記載することが望ましい

# 17.防犯対策

主な指摘事項

**〇有事の際の防犯対策（マニュアル）が構築されていなかった。**

**【対応が求められる内容】**

**・利用者の安全確保を図るため、施設の防犯体制等の再度の徹底をお願いするとともに、地域に開かれた施設運営を行うことは、不審者の早期発見等防犯体制の強化につながることから、利用者の家族やボランティア、地域住民等との連携に努めていただきますようお願いします。**

**社会福祉施設等における利用者の安全の確保に係る留意事項**

（「社会福祉施設等における入所者等の安全の確保について」（雇児総発0726第１号、社援基発0726第1号、障障発0726第1号、老高発0726第1号平成28年７月26日付厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長、厚生労働省社会・援護局福祉基盤課長、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長、厚生労働省老健局高齢者支援課長通知）から抜粋）

1. 日中及び夜間における施設の管理・防犯体制、職員間の連絡体制を含めた緊急時の対応体制を適切に構築するとともに、夜間等における施錠などの防犯措置を徹底すること。
2. 日頃から警察等関係機関との協力・連携体制の構築に努め、有事の際には迅速な通報体制を構築すること。
3. 地域に開かれた施設運営を行うことは、地域住民との連携協力の下、不審者の発見等防犯体制の強化にもつながることから、入所者等の家族やボランティア、地域住民などとの連携体制の強化に努めること。

# 18.衛生管理等

主な指摘事項

**〇感染症又は食中毒の発生予防に対する衛生マニュアルが整備されていなかった。**

**〇洗面所のタオルを共通して使い、洗面台の上に常設しておく等、衛生管理に努めていなかった。**

**【対応が求められる内容】**

**・感染症又は食中毒の発生を防止し、また発生した場合でも蔓延しないように予防指針の策定や従業者に対する当該指針の周知、その他必要な措置を講じることが必要です。**

**・従業者、利用者が感染症（ノロウイルス、インフルエンザ等）に感染した際の対応方法をあらかじめ決定しておいてください。**

**・従業者の感染予防や蔓延防止の対策をマニュアル化し、研修等により周知してください。**

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業の設備及び運営の基準に関する条例（最低基準）

（衛生管理等）

第47条 生活介護事業者は、利用者の使用する設備及び飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、利用者の健康管理等に必要となる機械器具等の管理を適正に行わなければならない。

2 生活介護事業者は、当該生活介護事業所において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

# （参考）衛生管理について

## 感染症、食中毒の予防対策例

1　タオルの共用の廃止、手洗い・うがいの励行

2　手指消毒の徹底、マスク・手袋の着用

※管理者は、従業者の清潔の保持及び健康状況について、必要な管理を行うことが必要です。従業者の健康管理については、労働安全衛生法等を遵守し、健康診断を実施してください。なお、パートタイム雇用等で事業主による健康管理の実施が義務付けられていない従業者については、加入している健康保険組合が実施する健康診断等を受診した結果等の提出を求めるなど、健康状態を定期的に把握するよう必要な措置を講じてください。

| 感染症等発生時の報告 | |
|---|---|
| 報告先 | （感染症の場合）県保健福祉事務所健康づくり支援課、市町村<br>（食中毒の場合）県保健福祉事務所食品・生活衛生課、市町村 |
| 報告が必要な場合 | (1)　同一の感染症もしくは食中毒又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合<br>(2)　同一の感染症もしくは食中毒又はそれらが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合<br>(3)　(1)又は(2)以外であって、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合 |

| インフルエンザ発生時の報告 | |
|---|---|
| 報告先 | 県保健福祉事務所健康づくり支援課、市町村 |
| 報告が必要な場合 | 「感染症等発生時の報告」と同様<br>※　インフルエンザと診断された場合に加えて、「疑われる者」の人数も含めて報告の要否を判断してください。 |

# 19.受給資格の確認

主な指摘事項

**〇利用者に係る支給決定の有無、有効期間及び支給量等を確かめることとされているが、契約時に受給者証の確認をしていなかった。**

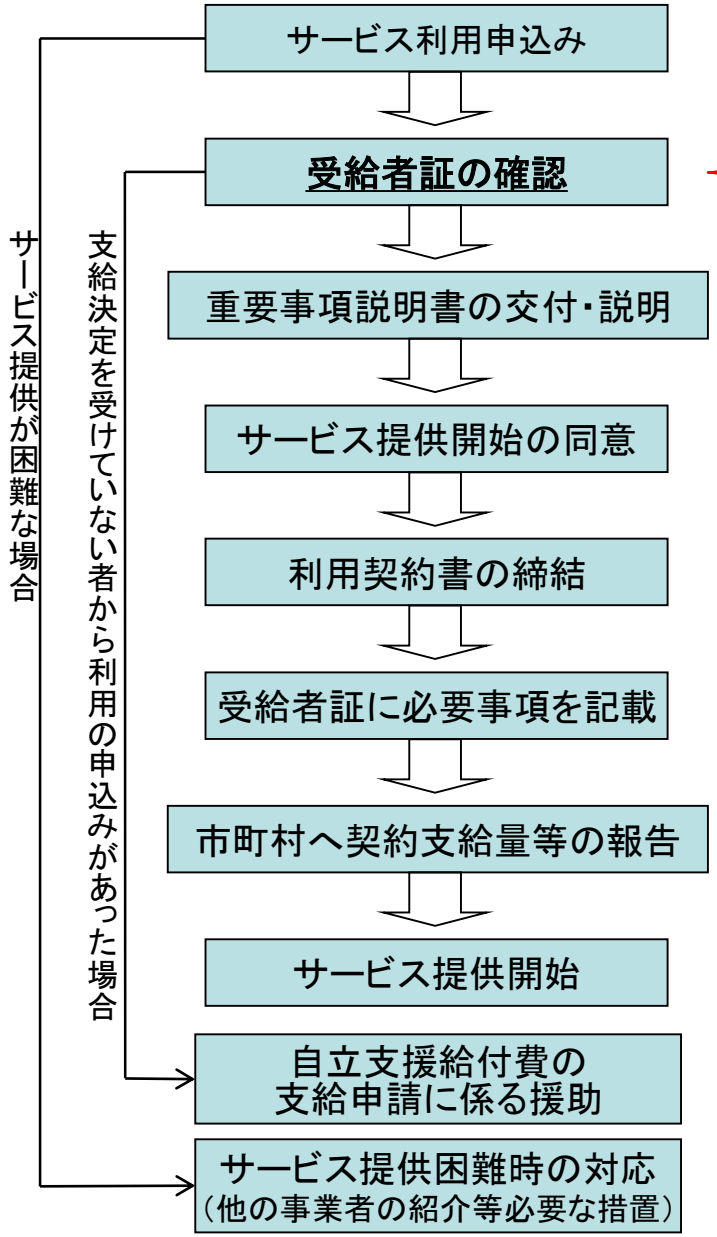
**【対応が求められる内容】**

- **事業者が利用申込者に対して指定障害福祉サービスを提供する場合は、利用申込者から受給者証の提示を受け、支給(給付)決定の有無、支給(給付)決定の有効期間、支給(給付)量、利用者負担額及び利用者負担額の適用期間を確かめなければなりません。**
- **受給資格は必ず受給者証の原本で確認し、原則、サービス提供を行う事業所の責任において確認します。**
- **サービス提供に必要な支給(給付)決定がない場合は、利用申込者に対して支給(給付)決定が必要なこと等を説明し、支給(給付)申請に係る必要な援助(窓口の案内、支援者との連携、申請の代行等)を行わなければなりません。**

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例(指定基準)

(受給資格の確認)
第13条 指定等事業者は、指定居宅介護等を求められた場合は、支給決定障害者等の提示する受給者証によって、その者に係る支給決定の有無、支給決定居宅介護の有効期間及び支給量等を確かめるものとする。

# （参考）障害福祉サービス提供の流れ




**受給資格の確認（指定基準条例第13条）**

事業者は、サービスの提供を求められた場合は、その者の提示する受給者証によって、支給決定の有無、支給決定の有効期間、支給量等を確かめる。

契約時の記入例

| 番号 | 生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援・就労定着支援事業者記入欄 | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 事業者及びその事業所の名称 | 生活介護事業所〇〇〇 | |
| | サービス内容 | △△△△△ | 事業者確認印 |
| | 契約支給量（／日） | 10日 | ㊞ |
| | 契約日 | 令和1年5月1日 | |
| | 当該契約支給量サービス提供終 | | |
| | サービス提供修了終了日までの既 | | |

契約終了時の記入例

| 番号 | 生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援・就労定着支援事業者記入欄 | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 事業者及びその事業所の名称 | 生活介護事業所〇〇〇 | |
| | サービス内容 | △△△△△ | 事業者確認印 |
| | 契約支給量（／日） | 10日 | ㊞ |
| | 契約日 | 令和1年5月1日 | |
| | 当該契約支給量によるサービス提供終了日 | 令和2年4月30日 | 事業者確認印 |
| | サービス提供終了月中の終了日までの既提供量 | 7日 | ㊞ |

# 20.苦情解決

主な指摘事項

**〇苦情解決の対応手順、記録様式等が整備されていなかった等、適切かつ迅速な対応のための措置が不十分であった。**

**【対応が求められる内容】**

**・苦情について迅速かつ適切に対応するため、必要な措置（相談窓口、苦情解決の体制及び手順等）を講じ、当該苦情の受付日、内容等を記録しなければなりません。また、マニュアル等を整備してください。**

**・苦情解決の結果は、サービスの質や信頼性の向上を図る観点から、個人情報を除いて広報誌や事業報告書等により公表するように努めてください。**

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）

（苦情解決）

第38条 指定居宅介護等事業者は、指定居宅介護等を提供した利用者又はその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するため、苦情を受け付けるための窓口の設置その他の必要な措置を講じなければならない。

2 指定居宅介護等事業者は、前項の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。

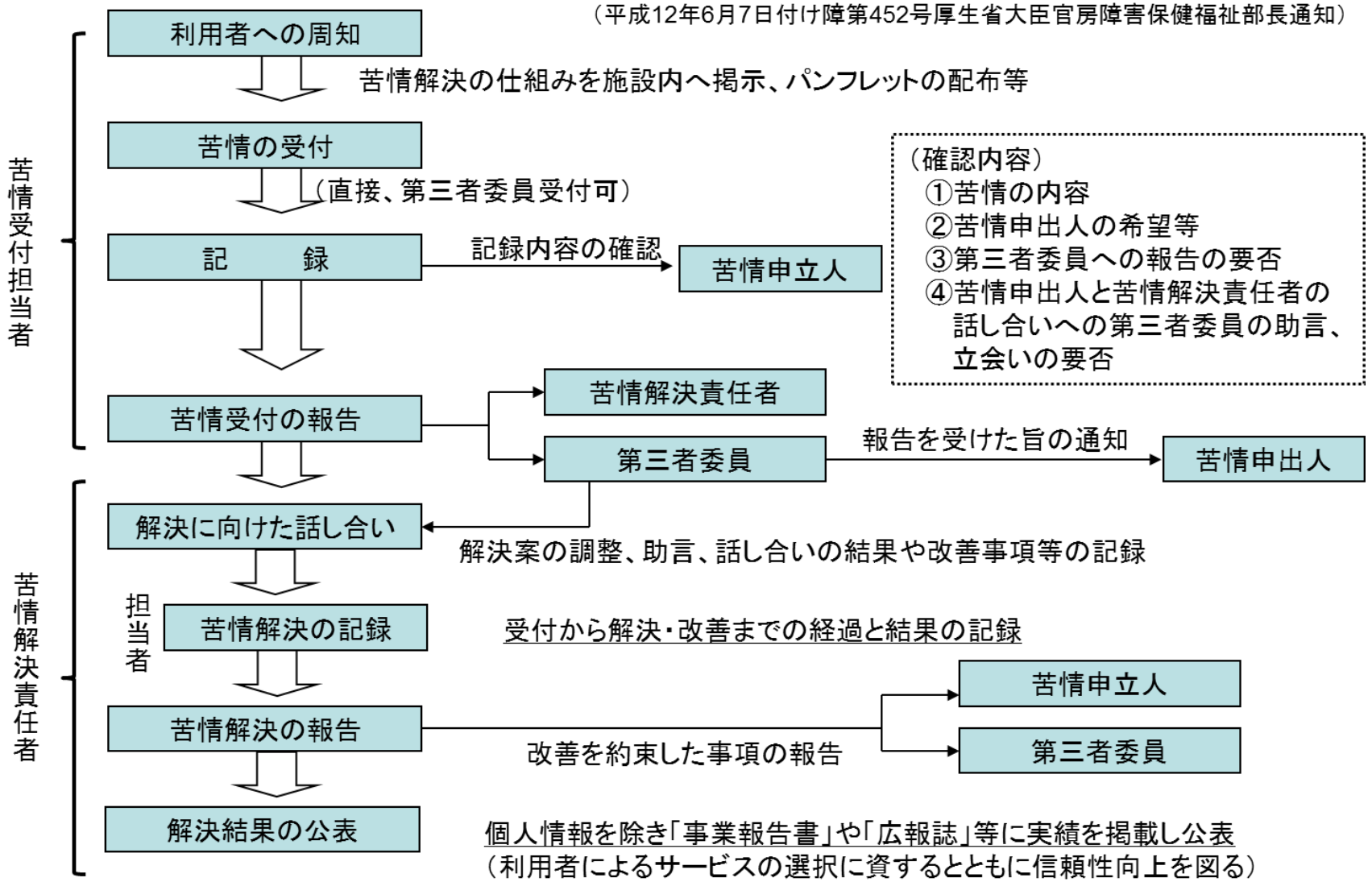
3 指定居宅介護等事業者は、提供した指定居宅介護等に係る苦情に関し、法第10条第1項、第11条第2項又は第48条第1項の規定により知事若しくは市町村等が行う命令又はこれらの職員からの質問若しくは検査に応じ、及び知事又は市町村等が行う調査に協力するとともに、知事又は市町村等から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

4 指定居宅介護等事業者は、知事又は市町村等からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を当該知事又は市町村等に報告しなければならない。

5 指定居宅介護等事業者は、社会福祉法第85条の規定により同法第83条に規定する運営適正化委員会が行う調査又はあっせんにできる限り協力しなければならない。

# （参考）苦情解決の手順

「社会福祉事業の経営者による福祉サービスに関する苦情解決の仕組みの指針について」
（平成12年6月7日付け障第452号厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知）



# 21.記録の整備

主な指摘事項

**〇従業者の勤務体制や実績に関する記録（雇用契約書、勤務表、業務日誌、賃金台帳等）等が整備されていなかった。**

**【対応が求められる内容】**

**・事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備する必要があります。**

**・事業者は、利用者に対するサービスの提供に関する次に掲げる記録を整備し、当該サービスを提供した日から5年間保存しなければなりません。**

**①個別支援計画、②サービスの提供の記録、③市町村への通知に係る記録（※）、**
**④身体拘束等の記録、⑤苦情の内容等の記録、⑥事故状況及び事故に際し採った処置の記録**

**※・利用者がサービス利用に関する指示に従わず障がいの状態等を悪化させたとき**
**・利用者が不正な行為により自立支援給付を受けたとき**

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）

（記録の整備）
第51条 指定療養介護事業者は、その従業者、設備、備品及び会計に関する記録を整備しておかなければならない。
2 指定療養介護事業者は、利用者に対する指定療養介護の提供に関する次に掲げる記録を整備し、その提供をした日から5年間保存しなければならない。
（1）次条第2項において準用する障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業の設備及び運営の基準に関する条例（平成24年長野県条例第61号。以下「障害福祉サービス事業基準条例」という。）第17条第1項に規定する療養介護計画
（2）前条第1項に規定するサービスの提供の記録
（3）第49条の規定による市町村等への通知に係る記録
（4）次条第2項において準用する障害福祉サービス事業基準条例第28条第2項に規定する身体拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びにその理由等の記録
（5）第38条第2項の規定により受け付けた苦情の内容等の記録
（6）第39条第2項に規定する事故の状況及び事故に際して採った措置についての記録

# 22.設備等

主な指摘事項

**〇出張所の届出をしていなかった。**

**【対応が求められる内容】**

**・設備基準上、必要な設備について、基準を満たすように整備してください。**

**・関係法令を遵守してください。**

**（消防法）施設の定員、利用者の障害支援区分等に応じて、防火管理者の選任、消防計画の作成、避難訓練の実施等が義務付けられています。また、使用する建物の形状等により自動火災報知設備や火災通報装置、消火器、誘導灯等の設置も義務付けられています。**
**事業を行う際は、所管の消防署にご確認の上、必要となる防火対策を講じてください。**

**（建築基準法）使用する建物の状況によって、建築基準法により建物の用途変更が必要となる場合があります。変更後の用途によっては改修工事が必要となる場合もあるため、事業を行う際は、建築担当部署に確認の上、必要な対策を講じてください。**

❖ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業の設備及び運営の基準に関する条例施行規則

（設備）
第14条 条例（最低条例）第70条第2項（就労継続支援A型事業所の設備）の規定により定める設備の基準は、次の各号に掲げる設備の区分に応じ、当該各号に定める基準とする。
（1）訓練・作業室 次に定める基準
ア 訓練又は作業に支障がない広さを有すること。
イ 訓練又は作業に必要な機械器具等を備えること。
（2）相談室 室内における談話の漏えいを防ぐための間仕切り等を設けること。
（3）洗面所 利用者の特性に応じたものであること。
（4）便所 利用者の特性に応じたものであること。

# （参考）設備上の留意点

| 事業所の設備の確認事項 | |
|---|---|
| 設備等 | 確認事項 |
| 建物の構造・必要な面積 | 提出図面及び設備基準との照合（利用予定者の障がい特性に対応しているか） |
| 照明 | 訓練・作業に支障のない照度が確保されているか |
| 空調設備 | 訓練・作業に支障のない室温が保てるよう必要な設備器具が設置されているか |
| 消火器 | 必要本数が必要な位置に設置されているか。有効期限の範囲内か |
| 消防設備（誘導灯、自火報、感知器等） | 消防署の指導に従い設置が完了しているか |
| 転倒防止措置 | ロッカー、家具等について、転倒防止措置（金具による壁面への固定やつっぱり棒等）が完了しているか |
| 窓や扉のガラス | 飛散防止フィルムを貼るなど、飛散防措置が施してあるか（網入ガラス等飛散の恐れがない場合は不要） |
| パーテーション（区画用） | 人がもたれても倒れないよう、しっかり固定してあるか。高さは区画に十分な程度高いものか |
| 相談室 | パーテーション等によりプライバシーの確保が図られているか |
| 鍵付書庫 | 施錠ができるか、透明ガラスの場合は遮蔽してあるか |
| 盗難防止対策 | 防犯フィルム貼付やセンサー設置等の防犯対策を施しているか<br>現金、通帳、印鑑等の貴重品を金庫等、施錠できる場所で適切に保管しているか |
| トイレ・洗面所 | 利用者の特性に応じたものか（和式便器の場合は、洋式変更便座の設置等の配慮がされているか）。男子トイレ、女子トイレがそれぞれ設置されているか。 |
| 事業所の内部全般・周囲 | 利用者や従業者にとって、危険な個所はないか（高層階の窓の手すり、床材の剥がれ等）<br>事業所の範囲内において、障害福祉サービス事業以外の事業等が行われていないか |

※訓練・作業室、多目的室等の部屋の広さについて、利用者一人あたり3.3㎡で算出すると余裕のある配置ができます。

# （参考）事業所指定の単位（従たる事業所と出張所）

| 一体型事業所（主たる事業所、従たる事業所） | | |
|---|---|---|
| 概要 | 日中活動サービス(生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)に関して、次の要件を満たす複数の事業所で同一サービスを提供する場合に、「主たる事業所」のほか、一又は複数の「従たる事業所」の設置が可能 | |
| 要件 | **人的要件、設備要件**<br>①1つの事業所として利用者の合計数に応じた人員配置のほか、従たる事業所に常勤専従のサービス提供職員を1人以上配置していること。<br>②主たる事業所と従たる事業所の間は、概ね30分以内（下道）で移動可能な範囲でサービス管理責任者の業務に支障がないこと。 | **運営要件**<br>①利用申込に係る調整、職員に対する技術指導等が一体的であること。<br>②職員の勤務体制、勤務内容等の管理方法が一元的であること。<br>③苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができていること。<br>④事業の目的や運営方針、営業日・営業時間、利用料等の運営規程が一本化されていること。<br>⑤人事、給与・福利厚生、勤務条件等に関する職員の管理方法、事業所間の会計管理が一元化されていること。 |

| 出張所 | |
|---|---|
| 概要 | 指定障害福祉サービス事業者等の指定等は、原則として障害福祉サービスの提供を行う事業所ごとに行うものとするが、例外的に、生産活動等による製品の販売、待機や道具の保管、着替え等を行う出張所等にあって、「従たる事業所の取扱いにおける運営に関する要件」を満たす場合は、事業所に含めて指定する。 |
| 要件 | **従たる事業所の取扱における運営に関する要件（再掲）**<br>①利用申込に係る調整、職員に対する技術指導等が一体的であること。<br>②職員の勤務体制、勤務内容等の管理方法が一元的であること。<br>③苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができていること。<br>④事業の目的や運営方針、営業日・営業時間、利用料等の運営規程が一本化されていること。<br>⑤人事、給与・福利厚生、勤務条件等に関する職員の管理方法、事業所間の会計管理が一元化されていること。 |

# III その他運営上、留意してほしいこと

## 1.管理者及びサービス管理責任者の役割等

| 管理者の役割等 | | | |
|---|---|---|---|
| 根拠法令 | 社会福祉法第66条 | | |
| 勤務形態 | 専ら当該事業所の職務に従事するものであること<br>（利用者の支援に支障がない場合は、当該事業所の他の職務、他の事業所の職務のいずれかとの兼務可） | | |
| 想定職種 | 施設長（管理職） | | |
| 資格要件 | 療養介護 | 就労継続支援 | 障害者支援施設、生活介護、<br>自立訓練、就労移行支援、就労定着支援 |
| | 医師 | ①社会福祉主事資格要件に該当する者<br>②社会福祉事業に2年以上従事した者<br>③企業を経営した経験を有する者<br>④社会福祉施設長認定講習会を修了した者 | ①社会福祉主事資格要件に該当する者<br>②社会福祉事業に2年以上従事した者<br>③社会福祉施設長認定講習会を修了した者 |
| 職務内容 | 従業者及び業務の一元的な管理、基準を遵守させるために必要な指揮命令 | | |

| サービス管理責任者の役割等 | | |
|---|---|---|
| 根拠法令 | 最低基準条例第18条 | |
| 勤務形態 | 専ら当該事業所の職務に従事するものであること（常勤・専従）<br>（利用者の支援に支障がない場合は、管理者、人員配置基準を超える人数を配置しているサービス提供職員のいずれかとの兼務可） | |
| 想定職種 | サービス提供部門の管理職、指導的立場の職員 | |
| 資格要件 | 実務経験 | 研修の修了 |
| | 相談支援業務の場合：5年以上<br>直接支援業務の場合：8年以上<br>（国家資格者は3年以上） | 相談支援従事者初任者研修(講義部分)<br>サービス管理責任者基礎研修、実践研修 |
| 職務内容 | 個別支援計画の作成、サービス提供プロセスの管理、サービス提供職員への技術指導及び助言 | |

# 2.預り金の管理

「指定障害福祉サービス事業所等における利用者からの預り金の適正な処理について」
（平成23年11月17日付23障第422号長野県健康福祉部障害者支援課長通知抜粋）

1 事業所等において、利用者又は家族から預り金等の管理を依頼されている場合は、保管依頼書（ 契約書等）を徴するとともに、預り証を発行すること。
2 預り金等に係る管理規程を必ず整備すること。
3 責任者及び補助者を選定し、印鑑と通帳は別々に保管すること。
4 出納事務にあたっては、複数の職員により行う体制を整えること。
5 預り金の状況について、責任者は管理者に毎月報告するとともに、管理者は少なくとも3か月に1回以上、自主点検を行うこと。
6 預り金の状況について、利用者（家族）に対し、少なくとも年1回以上報告又は確認を求めること。
7 第三者又は内部監査員による年1回の監査を実施すること。

**【対応が求められる内容】**

**・利用者から現金や通帳等の証書類を預かり管理する場合は、法人で当該管理規程を定め、管理責任者の選定、管理に必要な帳票類の整備、定期的な出納状況の点検・確認を行うなど適正な管理体制を整備してください。**

**・実態と預り金管理規程に相違がないように注意してください。**

# （参考）預り金の適正な管理について

1　預り金管理の前提条件

預り金管理の体制整備 → 利用者から預り金管理の依頼 → 預り金に係る契約書の締結 → 預り証の発行 → 預り金管理業務の開始

○　預り金管理規程の制定　（出納責任者の選任、通帳・印鑑の保管、台帳の調製等の預り金管理に必要な手続きを規定）
○　関係職員に対する管理規程の周知徹底　（定期的な職場研修等）

2　預り金の出納

| | |
|---|---|
| 利用者の意思表示等 | ・利用者が意思表示可　　小遣いの払出しや物品購入等の意思表示を書面により確認<br>・利用者が意思表示不可　複数の職員が利用者にとっての必要性を確認し書面に記録 |
| 支出伺い | ・複数の職員による確認を経て決裁 |
| 支援員等への現金の引渡し | ・事務職員が支援員等に現金を交付する際は、支援員の受領印を徴する。<br>・利用者への小遣いの交付、物品購入等までの間、現金の適切な保管。 |
| 小遣いの交付、購入等 | ・利用者が意思表示可　　小遣い又は購入物品等の受領の署名等を徴する。<br>・利用者が意思表示不可　複数の職員が利用者に交付したことを確認し書面に記録 |
| 精　　算 | ・購入物品の明細が記載された領収書を添付して出納責任者に回議・決裁<br>・釣り銭の戻入　（緊急の場合等を除き、職員による立替払いは行わないこと。） |
| 管理者への報告等 | ・出納責任者は、管理者に毎月管理状況を報告。<br>・管理者は、3か月に1回以上出納状況の点検・照合 |
| 利用者及び家族への報告 | ・年1回以上、管理状況を報告し、利用者又はその家族の確認を受ける。 |
| 監　　査 | ・施設職員以外の第三者、法人の監事等による監査を年1回以上実施 |

＜関係通知＞

H23.11.17　預り金の適正な処理について（通知）
H24. 7.12　預り金の適正管理の徹底について（通知）
H24.2.6　　預り金の取扱いについて（通知）
H28.3.15　障害福祉施設における利用者預り金等の適正管理の再度の徹底について（通知）

# IV 令和3年４月からの主な改正点（参考）

運営上の主な留意事項

## 身体拘束等の適正化

令和４年度から義務化（令和３年度は努力義務）

○　身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。

○　身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。

○　従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。

令和５年度から「身体拘束防止未実施減算」の適用

○　次のいずれかを満たしていない場合に、基本報酬を減算。

- 身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録すること。
- 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
- 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。

# 身体拘束等の適正化

❖指定基準条例　第34条の2

（虐待の防止）

第34条の2　指定居宅介護等事業者は、利用者に対する指定居宅介護等の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、当該利用者に対し、身体の拘束その他の行動を制限する行為（以下「身体拘束」という。）を行ってはならない。

2　指定居宅介護等事業者は、利用者に対し身体拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録しなければならない。

3　指定居宅介護等事業者は、身体拘束等の適正化を図るために、次に掲げる措置を講じなければならない。

（1）身体拘束等の適正化にための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。

（2）身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。

（3）従業者及び管理者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。

❖指定基準条例施行規則　第4条の3

（身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会におけるテレビ電話装置等の活用）

第4条の3　条例第34条の2第3項第1号に規定する委員会は、テレビ電話装置等を活用して開催することができるものとする。

# 身体拘束等の適正化

❖解釈上の留意事項（抜粋）

（26） 身体拘束等の禁止(指定条例第34 条の2)

② ･･･身体拘束適正化検討委員会における具体的な対応は、次のようなことを想定している。

ア 身体拘束等について報告するための様式を整備すること。

イ 従業者は、身体拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、アの様式に従い、身体拘束等について報告すること。

ウ 身体拘束適正化検討委員会において、イにより報告された事例を集計し、分析すること。

エ 事例の分析に当たっては、身体拘束等の発生時の状況等を分析し、身体拘束等の発生原因、結果等をとりまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。

オ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。

カ 適正化策を講じた後に、その効果について検証すること。

③ 指定居宅介護事業所が整備する「身体拘束等の適正化のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。

ア 事業所における身体拘束等の適正化に関する基本的な考え方

イ 身体拘束適正化検討委員会その他事業所内の組織に関する事項

ウ 身体拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針

エ 事業所内で発生した身体拘束等の報告方法等の方策に関する基本方針

オ 身体拘束等発生時の対応に関する基本方針

カ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

キ その他身体拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針

# 感染症の発生及びまん延の防止等に関する取組

**令和6年度から義務化（3年間は経過措置（準備期間））**

**○　感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する感染対策委員会を設置すること。**

**○　感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。**

**○　感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施すること。**

❖指定基準条例　第33条

（衛生管理等）

第33条　指定居宅介護等事業者は、従業者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行わなければならない。

2　指定居宅介護等事業者は、指定居宅介護等事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めなければならない。

3　指定居宅介護等事業者は、当該指定居宅介護等事業所において感染症が発生し、又はまん延しないよう、規則で定める措置を講じなければならない。

❖指定基準条例施行規則　第4条の2

（感染症の予防等のための措置）

第4条の2　条例第33条第3項の規則で定める措置は、次に掲げる措置とする。

（1）　当該指定居宅介護等事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して開催することができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。

（2）　当該指定居宅介護等事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。

（3）　当該指定居宅介護等事業所において、従業者及び管理者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施すること。

# 感染症の発生及びまん延の防止等に関する取組

❖解釈上の留意事項（抜粋）

（24） 衛生管理等（指定条例第33条）

② 感染症が発生し、又はまん延しないように講ずべき措置については、具体的には次のアからウまでの取扱いとすること。

ア ･･･委員会（以下「感染対策委員会」という。）であり、感染対策の知識を有する者を含む、幅広い職種により構成することが望ましく、特に、感染症対策の知識を有する者については外部の者も含め積極的に参画を得ることが望ましい。構成メンバーの責任及び役割分担を明確にするとともに、専任の感染対策を担当する者（以下「感染対策担当者」という。）を決めておくことが必要である。感染対策委員会は、利用者の状況など指定居宅介護事業所の状況に応じ、おおむね６月に１回以上、定期的に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する 必要がある。･･･

イ ･･･「感染症の予防及びまん延の防止のための指針」には、平常時の対策及び発生時の対応を規定する。

平常時の対策としては、指定居宅介護事業所内の衛生管理（環境の整備等）、支援にかかる感染対策（手洗い、標準的な予防策）等、発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における事業所関係課等の関係機関との連携、行政等への報告等が想定される。また、発生時における指定居宅介護事業所内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要である。･･･

ウ ･･･「感染症の予防及びまん延の防止のための研修」の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該指定居宅介護事業所における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的な支援の励行を行うものとする。･･･また、研修の実施内容についても記録することが必要である。･･･

また、平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練（シミュレーション）を定期的（年１回以上）に行うことが必要である。訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、指定居宅介護事業所内の役割分担の確認や、感染対策をした上での支援の演習などを実施するものとする。･･･

# 業務継続に向けた計画等の策定、研修・訓練等の実施

**令和6年度から義務化（3年間は経過措置（準備期間））**

- **感染症及び非常災害発生時において、サービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るために、業務継続計画を策定すること。**
- **業務継続計画に従い、研修及び訓練を実施すること。**

❖指定基準条例　第32条の2

（業務継続計画の策定等）

第32条の2　指定居宅介護等事業者は、感染症及び非常災害発生時において、利用者に対し指定居宅介護の提供を継続的に実施するため及び非常の場合における早期の業務再開を図るための計画（以下この条において「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

2　指定居宅介護等事業者は、従業者及び管理者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。

3　指定居宅介護等事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

# 業務継続に向けた計画等の策定、研修・訓練等の実施

## ❖解釈上の留意事項

（23） 業務継続計画の策定等（指定条例第32条の2）

② 業務継続計画には、以下の項目等を記載すること。

ア 感染症に係る業務継続計画

a 平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）

b 初動対応

c 感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）

イ 災害に係る業務継続計画

a 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）

b 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）

c 他施設及び地域との連携

③ 従業者の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとする。従業者教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年1回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録すること。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない。

④ 訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、指定居宅介護事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践する支援の演習等を定期的（年1回以上）に実施するものとする。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えない。

訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

# 【「運営上の留意事項」資料参考法令】

- **「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」**（平成17年11月7日法律第123号）
- **「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例」**（平成24年長野県条例第60号）（指定基準）
- **「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業の設備及び運営の基準に関する条例」**（平成24年長野県条例第61号）（最低基準）
- **「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設の従業者、設備及び運 営の基準に関する条例」**（平成24年長野県条例第62号）（指定基準）
- **「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害者支援施設の設備及び運営の基準に関する条例」**（平成24年長野県条例第63号）（最低基準）
- **「就労移行支援事業、就労継続支援事業（A型、B型）における留意事項について」**
  （障障発第0402001号平成19年4月2日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長通知）
- **「就労継続支援事業利用者の労働者性に関する留意事項について」**
  （障障発第1002001号平成18年10月2日厚生労働省社会・援護局長通知）
- **「指定就労継続支援A型における適正な事業運営に向けた指導について」**
  （障障発第0908第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長通知）
- **「指定就労継続支援A型における適正な運営に向けた指定基準の見直し等に関する取扱い及び様式例について」**
  （障障発0330第4号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長通知）
- **「就労支援等の事業に関する会計処理の取扱いについて」**
  （社援発第1002001号平成18年11月2日厚生労働省社会・援護局長通知）
- 「障害福祉サービス事業所等における事故等発生時の報告について」
  （28障第720号平成29年3月10日長野県健康福祉部障がい者支援課長通知）
- **「市町村に対する契約支給量等の報告の必要性について」**
  （24障号外平成25年3月11日長野県健康福祉部障害者支援課長通知）
- **「障害福祉サービス等における日常生活に要する費用の取扱いについて」**
  （障発第1206002号平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）
- **「社会福祉事業の経営者による福祉サービスに関する苦情解決の仕組みの指針について」**
  （障発452号他平成12年6月7日厚生省大臣官房障害保健福祉部長他通知）
- **「障害福祉施設における利用者預り金等の適正管理の再度の徹底について」**
  （27障第671号平成28年3月15日長野県健康福祉部障がい者支援課長通知）

# 報酬請求上の留意事項について

障害者支援施設・療養介護
宿泊型自立訓練・就労定着支援
日　中　活　動　サ　ー　ビ　ス
(生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

# 説明事項

Ⅰ　給付費に係る基本事項

Ⅱ　サービス費及び各種加算について（サービス別）

Ⅲ　各種減算について

Ⅳ　実地指導における主な指摘事項

Ⅴ　その他届出書について

Ⅵ　報酬請求時の返戻・警告について

Ⅶ　新型コロナウイルス感染症に関する情報等の提供について

# Ⅰ　給付費に係る基本事項

## 利用者数の取扱いについて

### 利用者数

報酬算定上満たすべき従業員の員数又は加算等若しくは減算の算定要件を算定する際の利用者数は、当該年度の前年度（毎年４月１日に始まり翌年３月３１日をもって終わる年度）の平均を用いる。
※療養介護等入所する施設は、入所等した日を含み退所等した日を含まない。

### 新規指定 定員増 (就労定着除く)

新規・定員増　　6 か月　　1年

| | | |
|---|---|---|
| 定員の 90%(①) | 期間①の全利用者数の延数を<br>期間①の開所日数で除して得た数 | 直近 1 年間の全利用者数の延数を開所日数で除して得た数 |

### 新規指定 （就労定着）

新規　　6 か月　　1年

| | | |
|---|---|---|
| 一体的に運営する施設の<br>6 か月就労定着者数の 70%(②) | 期間②の全利用者数の延数を<br>6(開所月数)で除して得た数 | 直近 1 年間の全利用者数の延数を 12(開所月数)で除して得た数 |

### 定員減

定員減　　3か月

| | |
|---|---|
| 定員減前の<br>利用者数実績(③) | 期間③の全利用者数の延数を<br>期間③の開所日数で除して得た数 |

### 定員超過減算

■定員超過減算の算定について、以下の利用者は除く。
①市町村が行った措置者。
②「地域生活への移行が困難になった障害者及び離職した障害者の入所施設等への受入について」に該当する者。
③災害等やむを得ない理由により定員の枠外として取り扱われる入所者
④就労継続支援Ｂ型利用のためのアセスメントを受ける利用者（就労移行支援）

| 定員規模別単価の取扱いについて | |
|---|---|
| 定員区分 | 多機能型事業所等においては、実施する複数の障害福祉サービス又は昼間実施サービスの利用定員の合計数を利用定員とした場合の基本報酬を算定する。<br>共生型障害福祉サービス事業所においては、実施する複数の障害福祉サービス及び介護保険サービスの利用定員の合計数を利用定員とした場合の基本報酬を算定する。<br>基本報酬算定上の定員数 |
| 多機能型等<br>定員区分 | 各種加算について、事業ごとに算定要件を勘案するものについては、サービス種別ごと、またはサービス提供単位ごとの定員数として、加算を算定する。<br>加算算定上の定員数 |

（例）
生活介護（定員10人）、就労継続支援A型（定員10人）及び就労継続支援B型（定員30人）を提供する多機能型事業所

| | 生活介護<br>（定員 10 人） | 就労継続支援 A 型<br>（定員 10 人） | 就労継続支援 B 型<br>（定員 30 人） |
|---|---|---|---|
| 定員区分<br>（基本報酬） | 50 人<br>（41 人以上 60 人以下） | 50 人<br>（41 人以上 60 人以下） | 50 人<br>（41 人以上 60 人以下） |
| 多機能型等定員区分<br>（加算） | 10 人<br>（20 人以下） | 10 人<br>（20 人以下） | 30 人<br>（21 人以上 40 人以下） |

| 従業者の勤務形態について | |
|---|---|
| 常勤換算方法 | 従業者の勤務延べ時間数を、常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいう。 |
| 常勤 | 勤務時間が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していることをいう。 |
| 兼務 | 当該事業所に勤務する時間帯において、その職種以外の職務に同時並行的に従事することをいう。なお、兼務が認められる職種は限られている。 |

（生活介護・勤務形態一覧表抜粋）

| 職種 | 勤務形態 | 氏名 | 第１週 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 管理者 | 常勤・兼務 | X | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | |
| サービス管理責任者 | 常勤・兼務 | X | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | |
| 生活支援員 | 常勤・専従 | Y | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | |
| 生活支援員 | 非常勤・専従 | Z | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | | |

生活介護のサビ管と管理者は兼務できる。

勤務時間が最大であれば常勤、それに達しなければ非常勤。

| 勤務先 | 職種 | 勤務形態 | 氏名 | 第１週 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Ａ事業所 | 生活支援員 | 非常勤・専従 | W | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | | |
| Ｂ事業所 | 生活支援員 | 非常勤・専従 | W | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | | |

直接処遇職員が複数職種、複数事業所を勤務する場合、勤務時間を分けなければならない。

# Ⅱ　サービス費及び各種加算について（サービス別）

# 療養介護

## 基本報酬

| | 定員規模 | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 40人以 | 41人以上<br>60人以下 | 61人以上<br>80人以下 | 81人以上 |
| 療養介護サービス費（Ⅰ） | 965単位 | 939単位 | 891単位 | 853単位 |
| 療養介護サービス費（Ⅱ） | 703単位 | 667単位 | 619単位 | 589単位 |
| 療養介護サービス費（Ⅲ） | 556単位 | 527単位 | 497単位 | 475単位 |
| 療養介護サービス費（Ⅳ） | 445単位 | 409単位 | 381単位 | 361単位 |
| 療養介護サービス費（Ⅴ） | 445単位 | 409単位 | 381単位 | 361単位 |
| 経過的療養介護サービス費（Ⅰ） | 902単位 | 902単位 | 873単位 | 838単位 |

## 各種加算

### 人員配置体制加算（療養介護）

県への事前届出必要 | 加算別紙１

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| （Ⅰ） | 旧重症心身障害児施設等から転換する指定療養介護事業所の中で、経過的療養介護サービス費（Ⅰ）を算定している場合であって、常勤換算方法により、従業員の員数が利用者の数を1.7で除した数以上。 | 利用者全員に6~17単位/日 |
| （Ⅱ） | 旧重症心身障害児施設等から転換する指定療養介護事業所の中で、療養介護サービス費（Ⅱ）を算定している場合であって、常勤換算方法により、従業員の員数が利用者の数を2.5で除した数以上。 | 利用者全員に170~237単位/日 |

# 福祉専門職員配置等加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙２<br>資格証明書<br>加算別紙２－２ |
|---|---|

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| （Ⅰ） | 直接処遇職員として常勤で配置されている従業員のうち、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理士である従業者の割合が100分の35以上 | 利用者全員に<br>10単位/日 |
| （Ⅱ） | 同上の割合が100分の25以上 | 利用者全員に<br>7単位/日 |
| （Ⅲ） | 以下のいずれかを満たす。<br>①直接処遇職員のうち常勤で配置されている従業者の割合が100分の75以上<br>②直接処遇職員として常勤で配置されている従業者のうち、３年以上従事している者の割合が100分の30以上 | 利用者全員に<br>4単位/日 |

※１：多機能型事業所の場合、配置割合等の計算を全サービス合算で行い、要件を満たす場合には多機能型事業所全体の利用者に対して加算を行う。
※２：（Ⅰ）又は（Ⅱ）を取得する場合は、資格証明書は登録証書を添付すること。合格証書は不可。
※３：本加算は計算方法について数多くの厚生労働省Q&Aが発出されているため、よく確認すること。

# 地域移行加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 入院（療養介護）・入所期間が１月を超えると見込まれる利用者の退院・退所に先立って、<br>①退院・退所後の生活に関する相談援助、かつ、退院・退所後生活する居宅を訪問し相談援助及び連絡調整を行った場合、入院・入所中に２回算定可。<br>②退院・退所後30日以内に居宅を訪問し、相談援助を行った場合、退院・退所後に１回算定可。 | 入院中２回、退院後１回を限度として、500単位を加算 |

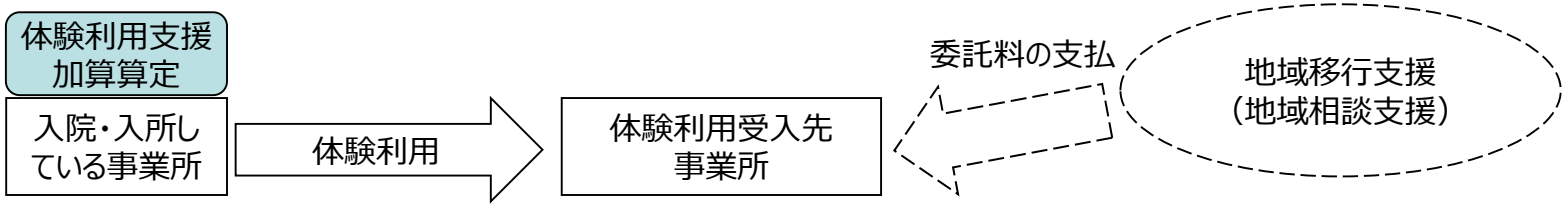
※１：以下の場合に該当する利用者に対しては算定できない。
（ア）退院して病院又は診療所へ入院する場合
（イ）退院して他の社会福祉施設へ入所する場合
（ウ）死亡退院の場合
※２：相談援助を行った場合は、相談援助を行った日及び相談援助の内容の要点に関する記録を行うこと。

# 障害福祉サービスの体験利用支援加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 利用者が、地域移行支援における障害福祉サービスの体験的な利用支援を利用する場合において、以下のいずれかの支援を行った場合。<br>①体験的な利用支援の日の昼間の時間帯に介護等の支援を行った場合。<br>②地域移行支援事業者との連絡調整やその他相談援助を行った場合。 | 300単位/日<br>※15日以内に限る |

※：体験的な利用支援の日には、基本報酬は算定できず、本加算のみの請求となる。



# 生活介護

## 基本報酬

単位/日

| 区分 | | 障害支援区分 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 区分６ | 区分５ | 区分４ | 区分３ | 区分２以下 |
| 生活介護サービス費 | 利用定員20人以下 | 1,288単位 | 964単位 | 669単位 | 599単位 | 546単位 |
| | 利用定員21人以上40人以下 | 1,147単位 | 853単位 | 585単位 | 524単位 | 476単位 |
| | 利用定員41人以上60人以下 | 1,108単位 | 820単位 | 562単位 | 496単位 | 453単位 |
| | 利用定員61人以上80人以下 | 1,052単位 | 785単位 | 543単位 | 487単位 | 439単位 |
| | 利用定員81人以上 | 1,039単位 | 774単位 | 541単位 | 484単位 | 434単位 |

※共生型生活介護及び基準該当生活介護

| 項目 | | 基本報酬 | 要件 |
|---|---|---|---|
| 共生型生活介護サービス費 | 共生型生活介護サービス費（Ⅰ） | 693単位 | 指定児童発達支援事業所等、指定通所介護事業所等において共生型生活介護を行った場合 |
| | 共生型生活介護サービス費（Ⅱ） | 854単位 | 指定小規模多機能型居宅介護事業所等において共生型生活介護を行った場合 |
| 基準該当生活介護サービス費 | 基準該当生活介護サービス費（Ⅰ） | 693単位 | 基準省令第94条に規定する基準該当生活介護事業者が基準該当生活介護を行った場合 |
| | 基準該当生活介護サービス費（Ⅱ） | 854単位 | 基準省令第94条の２に規定する基準該当生活介護事業者が基準該当生活介護を行った場合 |

各種加算

# 人員配置体制加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙１ |
|---|---|

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| （Ⅰ） | ・常勤換算方法により、生活支援員等の員数の総数が利用者の数を1.7で除した数以上<br>・区分5、6又はこれに準ずる者の総数が利用者の数の100分の60以上（指定障害者支援施設は除く） | 利用者全員に197~265単位/日 |
| （Ⅱ） | ・常勤換算方法により、生活支援員等の員数の総数が利用者の数を2で除した数以上<br>・区分5、6又はこれに準ずる者の総数が利用者の数の100分の50以上（指定障害者支援施設は除く） | 利用者全員に125~181単位/日 |
| （Ⅲ） | ・常勤換算方法により、生活支援員等の員数の総数が利用者の数を2.5で除した数以上 | 利用者全員に33~51単位/日 |

※１：利用者の数とは、前年度における平均利用者数。

※２：生活支援員等とは、看護職員、理学療法士、作業療法士及び生活支援員。

※３：これに準ずる者とは、区分4以下かつ行動関連項目10点以上の者又は区分4以下かつ喀痰吸引等を必要とする者。

# 福祉専門職員配置等加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙２<br>資格証明書<br>加算別紙２－２ |
|---|---|

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| （Ⅰ） | 直接処遇職員として常勤で配置されている従業員のうち、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理士である従業者の割合が100分の35以上 | 利用者全員に<br>15単位/日 |
| （Ⅱ） | 同上の割合が100分の25以上 | 利用者全員に<br>10単位/日 |
| （Ⅲ） | 以下のいずれかを満たす。<br>①直接処遇職員のうち常勤で配置されている従業者の割合が100分の75以上<br>②直接処遇職員として常勤で配置されている従業者のうち、３年以上従事している者の割合が100分の30以上 | 利用者全員に<br>6単位/日 |

※１：多機能型事業所の場合、配置割合等の計算を全サービス合算で行い、要件を満たす場合には多機能型事業所全体の利用者に対して加算を行う。
※２：（Ⅰ）又は（Ⅱ）を取得する場合は、資格証明書は登録証書を添付すること。合格証書は不可。
※３：本加算は計算方法について数多くの厚生労働省Q&Aが発出されているため、よく確認すること。

## 食事提供体制加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙３ |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| 【対象者】<br>生活保護、低所得１、低所得２、市町村民税課税対象額が28万円未満の利用者（受給者証記載）※施設入所者は除く。<br>【請求条件】<br>事業所に従事する調理員による食事の提供又は調理業務を第三者に委託していること等事業所の責任において食事提供のための体制を整えている。 | 該当利用者に30単位/日 |

※１：出前の方法や市販の弁当を購入して提供する場合は加算の対象外。

※２：施設外で調理されたものを提供する場合には、クックチル、クックフリーズ、クックサーブ、又は真空調理により行う過程において急速冷凍したものを再度加熱する場合に限る。

※３：利用者から徴収できる食事の提供に要する費用は下図のとおり。（施設入所者は除く）

| 利用者 | 利用者から徴収できる費用 |
|---|---|
| 本加算の対象者 | 本加算算定の有無に関わらず、食材料費に相当する額 |
| 本加算の非対象者 | 食材料費及び調理等に要する費用に相当する額 |

## 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙４ |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| 視覚又は聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある利用者の数が利用者全体の100分の30以上であって、視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する従業者を、基準に加えて利用者数を50で除して得た数以上配置。 | 利用者全員に41単位/日　13 |

# 重度障害者支援加算①

| | |
|---|---|
| 県への事前届出必要 | 加算別紙５－１<br>加算別紙５－２<br>加算別紙５－３<br>研修修了書 |

| 区分 | | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|---|
| （Ⅰ） | | ・人員配置体制加算（Ⅰ）と常勤看護職員等配置加算（Ⅲ）算定しており、これらの加算要件となる人員を超えて、常勤加算方法で生活支援員及び看護職員を配置している<br>・重症心身障害者２名以上が利用している | 50単位/日 |
| （Ⅱ） | 体制の評価 | ・行動関連項目10点以上の利用者（以下、強度行動障害を有する者）が１人以上利用している<br>・強度行動障害支援者養成研修（実践研修）又は行動援護従業者養成研修の修了者により支援計画シート等を作成している | ７単位/日 |
| | 個別の支援の評価 | ・上記の体制の評価を整えた上で、支援計画シート等に基づき、強度行動障害を有する者に対して（障害者支援施設においては夜間に）個別の支援を行った<br>・個別の支援を行う者は、強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）、重度訪問介護従業者養成研修行動障害支援課程又は行動援護従業者養成研修の研修修了者であること | 強度行動障害を有する者に<br>＋180単位/日<br>（研修修了者１人につき５人まで） |
| | 個別の支援の評価（180日以内） | 「個別の支援の評価」の算定を開始した日から180日以内の期間について、さらに加算する。 | 同上<br>＋500単位/日 |

# 重度障害者支援加算②

※１：支援計画シート等は、強度行動障害支援者養成研修を基に作成する。
　　具体的には、支援計画シートと支援手順書兼記録用紙のこと。
※２：支援計画シート等を作成する利用者は、最低でも個別の支援の評価の対象となる利用者分。
　　強度行動障害を有する利用者全員分を作成することが望ましい。
※３：支援計画シート等を作成する者は、研修を修了したサービス管理責任者でも可。
※４：基礎研修修了者の配置時間は４時間以上の配置が必要。なお、施設入所支援においては夜勤職員という形ではなく、朝方や夕方等（生活介護の営業時間外）の配置でも可。
※５：１人目の基礎研修修了者は、人員基準、人員配置体制加算及び職員の追加配置を評価する加算により配置された職員に加えて、１日４時間程度以上配置する。
※６：２人目以降の基礎研修修了者は、人員基準、人員配置体制加算及び職員の追加配置を評価する加算により求められる人員を合わせた数により算出する。
※７：サービス管理責任者は個別の支援の評価における基礎研修修了者に含むことはできない。
※８：区分（Ⅰ）を算定している事業所は、区分（Ⅱ）を算定することができない。
※９：区分（Ⅱ）は、指定障害者支援施設等が施設入所者に指定生活介護等の提供を行った場合には算定できない。

令和３年度報酬改定での変更点

①区分（Ⅰ）の新設
　区分（Ⅰ）の新設に伴い、従来の重度障害者支援加算は区分（Ⅱ）に変更

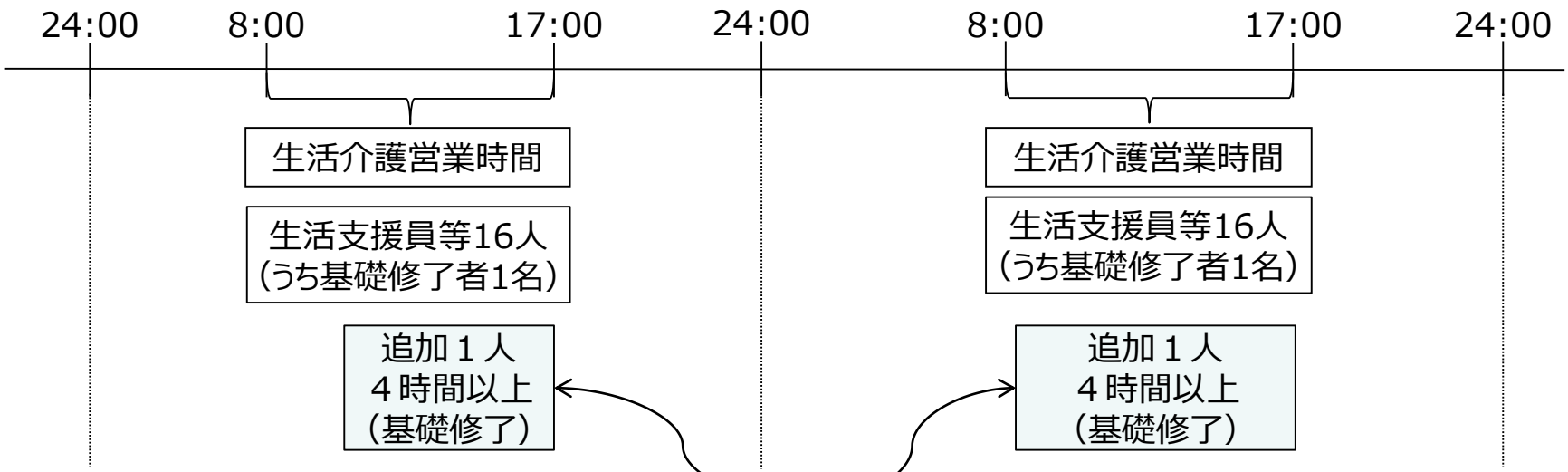
②区分（Ⅱ）の加算算定期間の延長及び単位数の見直し
　90日→180日
　700単位→500単位

③加算算定要件の見直し
　強度行動障害を有する者が、障害者支援施設が実施している生活介護を通所で利用している場合であって、この利用者の支援計画を作成し、計画に基づいて支援行った場合にも算定を可能とする。

# 生活介護事業所の場合：重度障害者支援加算（Ⅱ）【個別の支援の評価】

具体例

（例）利用定員40人
　前年度平均利用者数 40人　平均障害支援区分4以上5未満
　人員配置体制加算（Ⅲ）算定




**1人目の追加配置分の職員は、人員基準・人員配置体制加算にカウントすることができない。**

必要な職員配置数

人員基準：８人
（看護職員、生活支援員等）
人員加算：常勤換算16人
重度加算（Ⅱ）：追加で１人（４時間以上）
（2人目以降は人員に含む事が出来る）

（個別の支援の評価）算定利用者数
（１＋１）×５＝10人まで算定可

## 就労移行支援体制加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙６ |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| 前年度において、当該サービス事業所を利用して就労し、６月を超える期間継続して就労している者（就労定着者）が、前年度にいる場合 | 利用者全員に６～42単位×前年度の就労定着者数/日 |

※：６月を超える期間就労した者が前年度にいる場合、就労定着者としてカウント。
（例）令和２年10月１日に就労 ⇒「６月経過した日」
＝ ６月－１日
＝ 令和３年３月31日（令和２年度）
⇒ 令和３年度報酬算定上の就労定着者としてカウントする。

## 延長支援加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙７ |
|---|---|

| 加算要件 | | 算定単位 |
|---|---|---|
| 運営規定に定める営業時間が８時間以上であり、営業時間の前後の時間において指定生活介護等を行った場合 | 延長時間が１時間未満 | 61単位/日 |
| | 延長時間が１時間以上 | 92単位/日 |

※１：営業時間には送迎のみを実施する時間を含まない。
※２：サービス提供時間は８時間未満であっても、営業時間を超えて支援を行った場合は算定可能。
※３：延長時間には直接支援業務に従事する職員を１名以上配置していること。

# 送迎加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙８－１<br>加算別紙８－２ |
|---|---|

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| （Ⅰ） | 一回の送迎につき、平均10人以上*が利用し、かつ、週３回以上の送迎を実施。 | 該当利用者の送迎片道に21単位 |
| （Ⅱ） | 一回の送迎につき、平均10人以上*が利用し、又は、週３回以上の送迎を実施。 | 同上<br>10単位 |
| 重度者の利用<br>（生活介護のみ） | 送迎を利用する者のうち、区分５若しくは区分６に該当する者又はこれに準ずる者が100分の60以上。 | 送迎加算（Ⅰ）・（Ⅱ）に加えて28単位 |

＊：利用定員が20人未満の事業所にあっては、１回の送迎につき、平均的に定員の100分の50以上

※１：同一敷地内の他の事業所等との送迎を行った場合、所定単位数の100分の70を算定する。
※２：事業所と居宅間以外に、事業所の最寄り駅や居宅近隣の集合場所等での送迎も対象となる。
ただし、事前に利用者と合意の上行うこと。理由のない送迎範囲の縮小や事前の取り決めと異なる場所への送迎は対象外となる。
※３：利用者が公共交通機関や自家用車を使用して自力で事業所へ行き来した場合は算定対象外。
※４：多機能型事業所の場合、全サービス合算で要件該当か判断する。
※５：複数車両により分乗して送迎を行うことも可能。
※６：送迎は基本事業所と居宅間を想定しており、利用者や事業所の都合により日によって送迎場所を変更するというタクシーのような利用については、原則算定不可。

# 常勤看護職員等配置加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙９－１<br>加算別紙９－２ |
|---|---|

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| （Ⅰ） | 看護職員が常勤換算で１人以上配置している | 利用者全員に<br>６～28単位/日 |
| （Ⅱ） | 看護職員が常勤換算で２人以上配置していて、スコア表の項目の欄に掲げるいずれかの医療行為を必要する状態のある者に対して指定生活介護等を行っている | 利用者全員に<br>12～56単位/日 |
| （Ⅲ） | 看護職員が常勤換算で３人以上配置していて、2人以上のスコア表の項目の欄に掲げるいずれかの医療行為を必要する状態のある者に対して指定生活介護等を行っている | 利用者全員に<br>18～84単位/日 |

※１：看護職員とは、保健師又は看護師若しくは准看護師を言う。
※２：「スコア表の項目の欄に掲げるいずれかの医療行為」とは、以下の項目を言う。

**スコア表の項目の欄に掲げるいずれかの医療行為**

①人工呼吸器（鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置及び高頻度胸壁振動装置を含む。）の管理、②気管切開の管理、③鼻咽頭エアウェイの管理、④酸素療法、⑤吸引（口鼻腔又は気管内吸引に限る。）、⑥ネブライザーの管理、⑦経管栄養（経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻又は食道瘻、持続経管注入ポンプ使用）、⑧中心静脈カテーテルの管理（中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬等）、⑨皮下注射（皮下注射（インスリン、麻薬等の注射を含む。）、持続皮下注射ポンプ使用）、⑩血糖測定（持続血糖測定器による血糖測定を含む。）、⑪継続的な透析（血液透析、腹膜透析等）、⑫導尿（間欠的導尿、持続的導尿（尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎瘻又は尿路ストーマ））、⑬排便管理（消化管ストーマの使用、摘便又は洗腸、浣腸）、⑭痙攣時における座薬挿入、吸引、酸素投与又は迷走神経刺激装置の作動等の処置

令和３年度報酬改定での変更点

①区分（Ⅲ）の新設

②スコア表に掲げられる医療行為の見直し

## リハビリテーション加算

| 県への事前届出必要 | 資格証明証写 |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| ・医師、理学療法士等の職種の者が共同して、利用者ごとのリハビリテーション実施計画を作成している事。<br>・当該計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士等がサービスを提供し、利用者の状態を定期的に記録している事。<br>・当該計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて見直すこと。<br>・ 障害者支援施設等に入所する利用者について、関係する職種の職員にリハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点等の情報を伝達していること。<br>・ 障害者支援施設等以外の利用者については、必要に応じて相談支援事業者を通じて関係するサービス提供事業所の職員に対し、リハビリテーションの観点から日常生活上の留意点等の情報を伝達していること。 | リハビリテーション実施計画が作成されている利用者について<br>20単位/日<br>（頸椎損傷による四肢の麻痺等の状態の利用者については48単位/日） |

＊：リハビリテーション加算について、実施する手順等は留意事項通知及び関係通知（リハビリテーションマネジメントの基本的考え方並びに加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について）を参照すること。

## サービス管理責任者配置等加算（共生型サービスのみ）

| 県への事前届出必要 | 加算別紙10 |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| サービス管理責任者（常勤、非常勤、専従、兼務を問わない）を１名以上配置しており、地域に貢献する活動を行っている場合に算定可能。 | 58単位/日 |

## 初期加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| サービス利用を開始した日から、30日以内の期間について加算。<br><br>サービス利用の初期段階において、利用者の居宅を訪問し生活状況等の把握を行うなどのアセスメント等の手間を評価するための加算 | 該当利用者に30単位/日 |

※１：暦日で30日間のうち実際に利用した日数分算定
※２：30日を超える入院後に再度利用した場合も算定できる。
※３：「初期加算」と「入所時特別支援加算」（施設入所支援）との併給可。

## 訪問支援特別加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 所要時間 | 算定単位 |
| --- | --- | --- |
| 概ね３か月以上継続的にサービス利用をしていた利用者が、最後に利用した日から中５日間以上連続して利用がなかった場合に、生活介護計画等に基づき、あらかじめ利用者の同意を得た上で、居宅に訪問し、家族等との連絡調整や利用のための働きかけ、支援計画の見直しなどを行った場合。（月２回まで） | 1時間未満 | 該当利用者に187単位/日 |
| | 1時間以上 | 該当利用者に280単位/日 |

※：中５日間は利用予定日ではなく開所日数。

## 欠席時対応加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 利用を予定していた利用者が、急病等により急きょ利用を中止した日の前々日、前日、当日に中止の連絡があった場合において、利用者、家族等へ連絡調整を行うとともに、引き続き事業所の利用を促す等の相談援助を行った場合に１月につき４回を限度として加算。 | 該当利用者に94単位/日 |

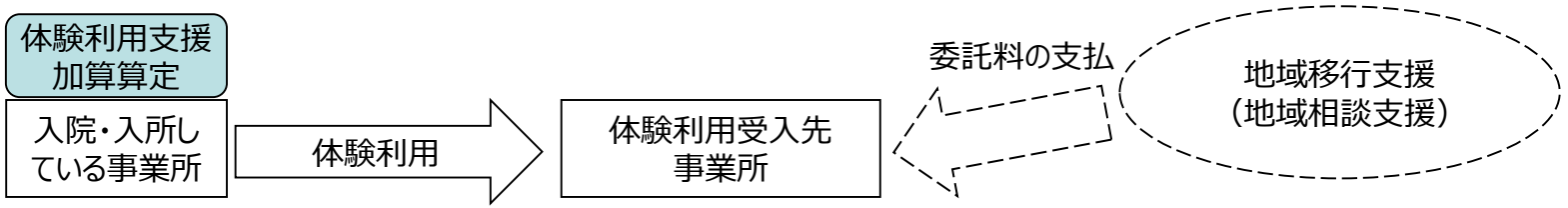
※：当該障害者支援施設に入所する利用者は対象外。

## 障害福祉サービスの体験利用支援加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 利用者が、地域移行支援における障害福祉サービスの体験的な利用支援を利用する場合において、以下のいずれかの支援を行った場合。<br>①体験的な利用支援の日の昼間の時間帯に介護等の支援を行った場合。<br>②地域移行支援事業者との連絡調整やその他相談援助を行った場合。 | ・利用開始日から5日以内<br>該当利用者に500単位/日<br>・6日以上15日以内<br>該当利用者に250単位/日<br>（地域生活支援拠点等の場合＋50単位/日） |

※：体験的な利用支援の日には、基本報酬は算定できず、本加算のみの請求となる。



# 施設入所支援

## 基本報酬

| 障害支援区分 / 利用定員 | 区分６ | 区分５ | 区分４ | 区分３ | 区分２以下（未判定の者を含む） |
|---|---|---|---|---|---|
| 40人以下 | 459単位 | 387単位 | 312単位 | 236単位 | 171単位 |
| 41人以上60人以下 | 360単位 | 301単位 | 239単位 | 188単位 | 149単位 |
| 62人以上80人以下 | 299単位 | 251単位 | 201単位 | 165単位 | 135単位 |
| 81人以上 | 273単位 | 226単位 | 181単位 | 149単位 | 128単位 |

## 各種加算

### 栄養マネジメント加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙１ |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| ・常勤の管理栄養士を１名以上配置<br>・入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、管理栄養士、看護師その他の職種の者が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること<br>・入所者ごとの栄養ケア計画に従い栄養管理を行っているとともに、入所者の栄養状態を定期的に記録していること<br>・入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること | 該当利用者に12単位/日 |

※１：栄養ケア・マネジメントは、低栄養状態のリスクにかかわらず、原則として入所者全員に対して実施すべきものである。
※２：栄養士未配置、非常勤減算と同様に、調理業務の委託先にのみ管理栄養士が配置されている場合は、当該要件を満たさない。
※３：栄養ケア・マネジメントの実施については、留意事項通知及び関係通知（栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算、口腔衛生管理体制加算及び口腔衛生管理加算に関する事務処理手順及び様式例の提示について）を参照すること。
※４：栄養ケア計画を作成し、入所者又はその家族に説明し、その同意を得られた日から加算は算定を開始する。

## 視覚･聴覚言語障害者支援体制加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙2 |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| 視覚又は聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある利用者の数が利用者全体の100分の30以上であって、視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する従業者を、基準に加えて利用者数を50で除して得た数以上配置。 | 利用者全員に41単位/日 |

## 重度障害者支援加算（Ⅰ）

| 県への事前届出必要 | 加算別紙３ |
|---|---|

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| （Ⅰ） | 医師意見書により特別な治療が必要であるとされる者又はこれに準ずる者*1の割合が100分の20以上であって、人員基準に加え看護職員又は生活支援員を常勤換算１以上配置している場合。 | 生活介護に係る利用者全員に28単位/日 |
| （Ⅰ）（重度） | （Ⅰ）を算定している事業所で、区分6かつ気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理が必要な者又は重症心身障がい者*2が2人以上利用している場合。 | 生活介護に係る利用者全員に+22単位/日 |

＊１：受給者証に「重度支援（身体･基本）」の記載がある者。
＊２：受給者証に「重度支援（身体･重度）」の記載がある者。

※１：本加算は障害者支援施設において、昼間生活介護を受ける利用者に対する支援が１日を通じて適切に確保されるよう、生活介護の人員基準に加えて常勤換算で１人以上の従業者を確保した場合に算定できる。
※２：重度障害者支援加算（Ⅰ）と重度障害者支援加算（Ⅱ）は併給できない。

# 重度障害者支援加算（Ⅱ）

| 県への事前届出必要 | 加算別紙4<br>研修修了証写し |
|---|---|

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| 体制の評価 | ・行動関連項目10点以上の利用者（以下、強度行動障害を有する者）が１人以上利用している<br>・強度行動障害支援者養成研修（実践研修）又は行動援護従業者養成研修の修了者により支援計画シート等を作成している | ７単位/日 |
| 個別の支援の評価 | ・上記の体制の評価を整えた上で、支援計画シート等に基づき、 強度行動障害を有する者に対して（障害者支援施設においては夜間に）個別の支援を行った<br>・個別の支援を行う者は、強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）、重度訪問介護従業者養成研修行動障害支援課程又は行動援護従業者養成研修の研修修了者であること | 強度行動障害を有する者に+180単位/日<br>（研修修了者１人につき５人まで） |
| 個別の支援の評価（180日以内） | 「個別の支援の評価」の算定を開始した日から180日以内の期間について、さらに加算する。 | 同上<br>＋500単位/日 |

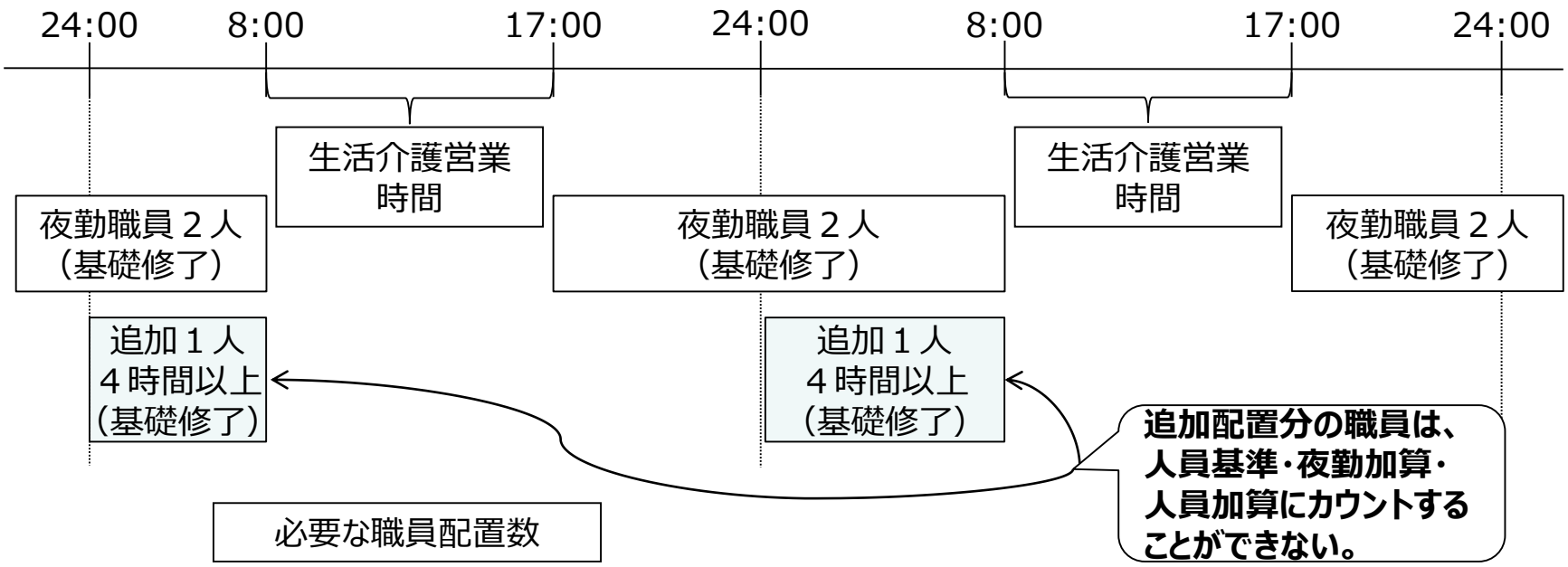
※１：支援計画シート等は、強度行動障害支援者養成研修を基に作成する。具体的には、支援計画シートと支援手順書兼記録用紙のこと。
※２：支援計画シート等を作成する利用者は、最低でも個別の支援の評価の対象となる利用者分。強度行動障害を有する利用者全員分を作成することが望ましい。
※３：支援計画シート等を作成する者は、研修を修了したサービス管理責任者でも可。

※１：基礎研修修了者の配置時間は４時間以上の配置が必要。なお、施設入所支援においては夜勤職員という形ではなく、朝方や夕方等（生活介護の営業時間外）の配置でも可。
※２：１人目の基礎研修修了者は、人員基準、人員配置体制加算及び職員の追加配置を評価する加算により配置された職員に加えて、１日４時間程度以上配置する。
※３：２人目以降の基礎研修修了者は、人員基準、人員配置体制加算及び職員の追加配置を評価する加算により求められる人員を合わせた数により算出する。
※４：サービス管理責任者は個別の支援の評価における基礎研修修了者に含むことは出来ない。

# 障害者支援施設の場合：重度障害者支援加算（Ⅱ）【個別の支援の評価】

具体例

（例）利用定員40人（前年度平均利用者数（生活介護･施設入所支援）40人）
夜勤職員配置体制加算算定
人員配置体制加算（Ⅲ）算定




必要な職員配置数

人員基準：夜勤１人
夜勤加算：夜勤２人
人員加算：常勤換算16人
（夜勤２人分含む）
重度加算（Ⅱ）：追加で１人（４時間以上）

（個別の支援の評価）算定利用者数
（１＋２）×５＝15人まで算定可

## 夜勤職員配置体制加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙５ |
|---|---|

| 加算要件 | | 算定単位 |
|---|---|---|
| 前年度平均利用者数 | 配置人数 | |
| 21人以上40人以下 | 夜勤２人以上 | 利用者全員に39~60単位/日 |
| 41人以上60人以下 | 夜勤３人以上 | |
| 61人以上 | 夜勤３人＋（前年度平均利用者数が60を超えて40又はその端数を増すごとに１人） | |

## 夜間看護体制加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙６ |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| 施設入所支援を提供する時間帯を通じ、看護職員（保健師、看護師又は准看護師）を１以上配置する体制を確保している場合に、昼間生活介護を利用している利用者について加算の算定が可能。 | 60単位/日 |

※：原則として毎日夜間看護体制を確保していること。

## 地域生活移行個別支援特別加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙７ |
|---|---|

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| Ⅰ | ・加算対象者受入に際して、適切な支援を行うために必要な数の人員の確保が可能であること。<br>・社会福祉士又は精神保健福祉士の資格を有する従業者による生活支援員の支援体制の確保<br>・精神科医による定期的な指導が月２回以上（主たる対象を精神障害とする場合に限る）<br>・矯正施設を退所した障害者の支援に関する研修を年１回以上実施<br>・各関係機関との協力体制を整備 | 利用者全員に12単位/日 |
| Ⅱ | ・Ⅰを算定した上で、矯正施設を退所して３年を経過していない者等を受け入れた場合。<br>・サービス利用開始から３年間算定 | 対象利用者に306単位/日 |

# 口腔衛生管理体制加算・口腔衛生管理加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙８<br>入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画 |
|---|---|

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| 口腔衛生管理体制加算 | 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、施設従業者に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月１回以上行っている場合に、１月につき所定単位を加算する。 | 30単位/月 |
| 口腔衛生管理加算 | 以下のすべての要件を満たしている場合に算定可能。<br>・歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月２回以上行うこと。<br>・歯科衛生士が、イにおける入所者に係る口腔ケアについて、施設従業者に対し、具体的な技術的助言及び指導を行うこと。<br>・歯科衛生士が、イにおける入所者の口腔に関する施設従業者からの相談等に必要に応じ対応すること。 | 90単位/月 |

※１：口腔衛生管理加算は、口腔衛生管理体制加算を算定していない場合には算定不可。
※２：口腔衛生管理体制加算に必要となる提出書類の「入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」には、以下の事項を記載すること。
　ア　当該施設において入所者の口腔ケアを推進するための課題
　イ　当該施設における目標
　ウ　具体的方策
　エ　留意事項
　オ　当該施設と歯科医療機関との連携状況
　カ　歯科医師からの指示内容の要点（当該計画の作成に当たっての技術的助言・指導を歯科衛生士が行った場合に限る。）
　キ　その他必要と思われる事項
※３：加算要件の詳細については、留意事項通知（栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算、口腔衛生管理体制加算及び口腔衛生管理加算に関する事務処理手順及び様式例の提示について）を参照すること。

# 入所時特別支援加算

県への事前届出不要

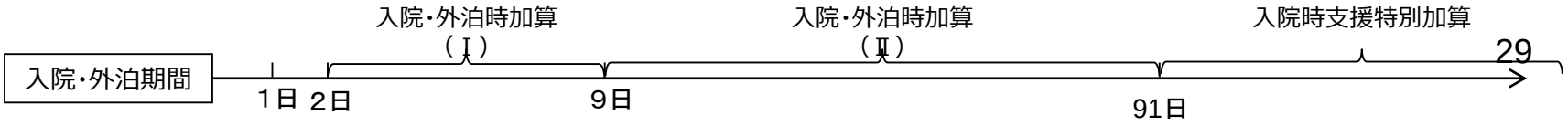
| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| サービス利用を開始した日から、30日以内の期間について加算。<br>※サービス利用の初期段階において、利用者の居宅を訪問し生活状況等の把握を行うなどのアセスメント等の手間を評価するための加算 | 該当利用者に30単位/日 |

※１：暦日で30日間のうち実際に利用した日数分算定
※２：利用者が過去３カ月間に当該施設に入所したことがない場合に限り算定できる。（指定障害者支援施設）
※３：短期入所の利用者が日を開けず、同じ施設に入所した場合（指定障害者支援施設）
　　加算算定＝30日－短期入所利用日数
※４：30日を超える入院後に再度利用した場合も算定できる。
※５：「初期加算」と「入所時特別支援加算」との併給可。

# 入院・外泊時加算、入院時支援特別加算

県への事前届出不要

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| 入院・外泊時加算（Ⅰ） | 入院・外泊からはじめの８日間に算定可。（初日及び最終日は除く） | 対象利用者に247~320単位/日 |
| 入院・外泊時加算（Ⅱ） | 引き続き入院する場合には、82日間を限度として算定可。<br>入院の場合、原則週１回以上の訪問による日常生活上の支援を行う。<br>外泊の場合、家族との連絡調整や交通手段の確保等を行う。 | 対象利用者に147~191単位/日 |
| 入院時支援特別加算 | 当該月における入院期間(入院の初日、最終日及び入院・外泊時加算の算定期間は除く。)の日数の合計が４日未満のとき算定可。少なくとも１回以上訪問する必要がある。 | 対象利用者に561単位（１月に１回） |
| | 当該月における入院期間(入院の初日、最終日及び入院・外泊時加算の算定期間は除く。)の日数の合計が４日以上のとき算定可。少なくとも２回以上訪問する必要がある。 | 対象利用者に1,122単位（１月に１回） |



## 地域移行加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 入院（療養介護）・入所期間が１月を超えると見込まれる利用者の退院・退所に先立って、<br>①退院・退所後の生活に関する相談援助、かつ、退院・退所後生活する居宅を訪問し相談援助及び連絡調整を行った場合、入院・入所中に２回算定可。<br>②退院・退所後30日以内に居宅を訪問し、相談援助を行った場合、退院・退所後に１回算定可。 | 該当利用者に500単位/回 |

※１：以下の場合に該当する利用者に対しては算定できない。
（ア）退院して病院又は診療所へ入院する場合
（イ）退院して他の社会福祉施設へ入所する場合
（ウ）死亡退院の場合
※２：相談援助を行った場合は、相談援助を行った日及び相談援助の内容の要点に関する記録を行うこと。

## 体験宿泊支援加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 地域生活支援拠点等に位置づけられている障害者支援施設（施設入所支援）の利用者が、地域移行支援における体験的な宿泊支援を利用する場合において、地域移行支援事業者との連絡調整やその他相談援助を行った場合。 | 該当利用者に120単位/日 |

※１：当該障害者支援施設が地域生活支援拠点等に位置づけられているかは所在する市町村の担当課に確認すること。
※２：本加算は入所している利用者が、地域移行支援における体験的な宿泊を行う際（体験宿泊加算を算定している期間）に、入所している事業所が基本報酬に代えて算定できる加算。
※３：体験宿泊支援加算の算定期間中にあっては、施設入所支援の外泊に位置付けられるものとし、入院・外泊時加算を併せて算定出来る。
※４：外泊の期間に初日及び最終日は含まないため、体験的な宿泊支援の利用開始日及び終了日は本加算を算定しない。
※５：体験宿泊支援加算を算定する日においては、特定障害者特別給付費（補足給付）の算定が可能。

# 経口移行加算、経口維持加算、療養食加算

県への事前届出不要

| 区分 | | 加算要件 | 単位 |
|---|---|---|---|
| 経口移行加算 | | 指定障害者支援施設等において、医師の指示に基づき、医師、管理栄養士、看護師その他の職種の者が共同して、現に経管により食事を摂取している入所者ごとに経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び支援が行われた場合は、当該計画が作成された日から起算して180日以内の期間に限り、１日につき所定単位数を加算する。<br>※栄養マネジメント加算を算定していない場合は、加算しない。 | 28単位/日 |
| 経口維持加算 | （Ⅰ） | ・現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対するものであること<br>・医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行っていること。<br>・入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成していること。<br>・当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示（歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る。）を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行っていること<br>※当該計画が作成された日から起算して６月以内の期間に限り、１月につき所定単位数を加算する。ただし、経口移行加算を算定している場合又は栄養マネジメント加算を算定していない場合は、算定しない。 | 400単位／月 |
| | （Ⅱ） | ・ 協力歯科医療機関を定めている指定障害者支援施設等が、経口維持加算(Ⅰ)を算定していること。<br>・入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師（指定障害者支援施設基準第４条第１項第１号に規定する医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わっていること。<br>※１月につき所定単位数を加算する。 | 100単位／月 |
| 療養食加算 | | ・管理栄養士又は栄養士が配置されている指定障害者支援施設等であること。<br>・別に厚生労働大臣が定める療養食を提供していること。 | 23単位/日 |

# 自立訓練（機能訓練、生活訓練、宿泊型機能訓練）

## 基本報酬

単位/日

| 費目 | 利用定員 | | | | | 所要時間 | | 視覚障害者に対する専門的な訓練を行った場合 | 利用期間が2年以内 | 利用期間が2年超 | 利用期間が3年以内 | 利用期間が3年超 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 20人以下 | 21人以上40人以下 | 41人以上60人以下 | 61人以上80人以下 | 81人以上 | 1時間未満 | 1時間以上 | | | | | |
| 機能訓練サービス費（Ⅰ） | 815 | 728 | 692 | 664 | 626 | － | － | － | － | － | － | － |
| 機能訓練サービス費（Ⅱ） | － | － | － | － | － | 255 | 584 | 750 | － | － | － | － |
| 生活訓練サービス費（Ⅰ） | 748 | 668 | 635 | 610 | 573 | － | － | － | － | － | － | － |
| 生活訓練サービス費（Ⅱ） | － | － | － | － | － | 255 | 584 | 750 | － | － | － | － |
| 生活訓練サービス費（Ⅲ） | － | － | － | － | － | － | － | － | 271 | 164 | － | － |
| 生活訓練サービス費（Ⅳ） | － | － | － | － | － | － | － | － | － | － | 271 | 164 |

※共生型及び基準該当の場合

| 費目 | 単位 |
|---|---|
| 共生型機能訓練サービス費 | 717単位/日 |
| 基準該当機能訓練サービス費 | 717単位/日 |
| 共生型生活訓練サービス費 | 665単位/日 |
| 基準該当生活訓練サービス費 | 665単位/日 |

# 福祉専門職員配置等加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙１<br>資格証明書<br>加算別紙１－２ |
|---|---|

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| （Ⅰ） | 直接処遇職員として常勤で配置されている従業員のうち、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理士である従業者の割合が100分の35以上 | 利用者全員に<br>15単位/日 |
| （Ⅱ） | 同上の割合が100分の25以上 | 利用者全員に<br>10単位/日 |
| （Ⅲ） | 以下のいずれかを満たす。<br>①直接処遇職員のうち常勤で配置されている従業者の割合が100分の75以上<br>②直接処遇職員として常勤で配置されている従業者のうち、３年以上従事している者の割合が100分の30以上 | 利用者全員に<br>6単位/日 |

※１：多機能型事業所の場合、配置割合等の計算を全サービス合算で行い、要件を満たす場合には多機能型事業所全体の利用者に対して加算を行う。
※２：（Ⅰ）又は（Ⅱ）を取得する場合は、資格証明書は登録証書を添付すること。合格証書は不可。
※３：本加算は計算方法について数多くの厚生労働省Q&Aが発出されているため、よく確認すること。

## 食事提供体制加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙２ |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| 【対象者】<br>生活保護、低所得１、低所得２、市町村民税課税対象額が28万円未満の利用者（受給者証記載）※施設入所者は除く。<br>【請求条件】<br>事業所に従事する調理員による食事の提供又は調理業務を第三者に委託していること等事業所の責任において食事提供のための体制を整えている。 | 該当利用者に30単位/日<br><br>（生活訓練については、短期滞在加算が算定される者及び宿泊型自立訓練の利用者の場合は48単位、それ以外の場合は30単位） |

※１：出前の方法や市販の弁当を購入して提供する場合は加算の対象外。

※２：施設外で調理されたものを提供する場合には、クックチル、クックフリーズ、クックサーブ、又は真空調理により行う過程において急速冷凍したものを再度加熱する場合に限る。

※３：利用者から徴収できる食事の提供に要する費用は下図のとおり。（施設入所者は除く）

| 利用者 | 利用者から徴収できる費用 |
|---|---|
| 本加算の対象者 | 本加算算定の有無に関わらず、食材料費に相当する額 |
| 本加算の非対象者 | 食材料費及び調理等に要する費用に相当する額 |

## 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙３ |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| 視覚又は聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある利用者の数が利用者全体の100分の30以上であって、視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する従業者を、基準に加えて利用者数を50で除して得た数以上配置。 | 利用者全員に41単位/日 |

## 夜間支援等体制加算（宿泊型自立訓練に限る）

| 県への事前届出必要 | 加算別紙4 |
|---|---|

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| Ⅰ | 夜勤を行う夜間支援従事者を配置し、１日の活動の終了時刻から開始時刻まで※を通じて必要な介護等の支援を行った場合。<br>※午後10時から翌午前５時までの間を最低限含む時間帯、かつ、利用者の就寝時から翌朝の起床後までの間<br>常勤・非常勤どちらでも可。夜間支援を委託された者でも可。 | 利用者全員に46~448単位/日 |
| Ⅱ | 宿直を行う夜間支援従事者を配置し、夜間及び深夜の時間帯(利用者の就寝時から翌朝の起床後までの間)を通じて、定時的な居室の巡回や緊急時の支援等を提供できる体制を確保した場合。常勤・非常勤どちらでも可。 | 利用者全員に15~149単位/日 |
| Ⅲ | 夜間及び深夜の時間帯を通じて、必要な防災体制又は緊急時の呼び出しに速やかに対応できる常時の連絡体制を確保している場合。<br>防災体制は、警備会社との警備業務の委託契約を結ぶこと。 | 利用者全員に10単位/日 |

## 地域移行支援体制強化加算（宿泊型自立訓練に限る）

| 県への事前届出必要 | 加算別紙２ |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| 利用者数を15で除して得た数以上の地域移行支援員を配置しており、地域移行支援員のうち１人以上が常勤で配置されている事業所について算定する。な、地域移行支援員は、以下の支援を行うこと。<br>・利用者が地域生活のへの移行後に入居する住まいや利用可能な福祉サービス等に関する情報提供<br>・共同生活援助等を行うための体験的な利用を行うための連絡調整<br>・地域生活への移行後の障害福祉サービス利用等のための指定特定相談支援事業所又は指定一般相談支援事業所との連絡調整<br>・地域生活への移行の際の公的手続等への動向等の支援<br>・その他の利用者の地域生活への移行のために必要な支援 | 該当利用者に55単位/日 |

## 短期滞在加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙６ |
|---|---|

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| Ⅰ | 指定自立訓練（生活訓練）を利用している者であって、心身の状況の悪化防止など、緊急の必要性が認められる者に対して、宿泊の提供を行った場合に算定する。なお、夜間の時間帯を通じて生活支援員が１人以上配置されていることが必要。 | 180単位/日 |
| Ⅱ | 指定自立訓練（生活訓練）を利用している者であって、心身の状況の悪化防止など、緊急の必要性が認められる者に対して、宿泊の提供を行った場合に算定する。なお、夜間の時間帯を通じて宿直勤務を行う職員が１人以上配置されている場合に算定する。 | 115単位/日 |

## 就労移行支援体制加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙７ |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| 前年度において、当該サービス事業所を利用して就労し、６月を超える期間継続して就労している者（就労定着者）が、前年度にいる場合 | 利用者全員に<br>・機能訓練は７～57単位×前年度の就労定着者数/日<br>・生活訓練は７～54単位×前年度の就労定着者数/日 |

※：６月を超える期間就労した者が前年度にいる場合、就労定着者としてカウント。
（例）令和２年10月１日に就労 ⇒「６月経過した日」
＝ ６月－１日
＝ 令和３年３月31日（令和２年度）
⇒ 令和３年度報酬算定上の就労定着者としてカウントする。

## 地域生活移行個別支援特別加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙８ |
|---|---|

| 加算要件 | 単位 |
|---|---|
| ・加算対象者受入に際して、適切な支援を行うために必要な数の人員を確保することが可能であること。<br>・社会福祉士又は精神保健福祉士の資格を有する者を配置し、指導体制を整備<br>・矯正施設を退所した障害者の支援に関する研修を年１回以上実施<br>・各関係機関との協力体制を整備<br>・サービス利用開始から３年以内 | 対象利用者に<br>670単位/日 |

## 送迎加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙９－１<br>加算別紙９－２ |
|---|---|

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| （Ⅰ） | 一回の送迎につき、平均10人以上*が利用し、かつ、週３回以上の送迎を実施。 | 該当利用者の送迎片道に<br>21単位 |
| （Ⅱ） | 一回の送迎につき、平均10人以上*が利用し、又は、週３回以上の送迎を実施。 | 同上<br>10単位 |

＊：利用定員が20人未満の事業所にあっては、１回の送迎につき、平均的に定員の100分の50以上

※１：同一敷地内の他の事業所等との送迎を行った場合、所定単位数の100分の70を算定する。
※２：事業所と居宅間以外に、事業所の最寄り駅や居宅近隣の集合場所等での送迎も対象となる。
ただし、事前に利用者と合意の上行うこと。理由のない送迎範囲の縮小や事前の取り決めと異なる場所への送迎は対象外となる。
※３：利用者が公共交通機関や自家用車を使用して自力で事業所へ行き来した場合は算定対象外。
※４：多機能型事業所の場合、全サービス合算で要件該当か判断する。
※５：複数車両により分乗して送迎を行うことも可能。
※６：送迎は基本事業所と居宅間を想定しており、利用者や事業所の都合により日によって送迎場所を変更するというタクシーのような利用の場合は、原則算定不可。

## 看護職員配置加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙10 |
|---|---|

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| Ⅰ | 生活訓練において、常勤換算方法で１以上の看護職員（保健師又は看護師若しくは准看護師をいう。）を配置。 | 利用者全員に18単位/日 |
| Ⅱ | 宿泊型自立訓練において、常勤換算方法で１以上の看護職員（保健師又は看護師若しくは准看護師をいう。）を配置。 | 利用者全員に13単位/日 |

※：当該加算の算定対象となる指定自立訓練（生活訓練）事業所又は宿泊型自立訓練事業所については、医療連携体制加算の対象とはならない。

## 社会生活支援特別加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙11 |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| ・加算対象者受入に際して、適切な支援を行うために必要な数の人員を確保することが可能であること。<br>・社会福祉士又は精神保健福祉士の資格を有する者の配置若しくは訪問により指導体制を整備<br>・矯正施設を退所した障害者の支援に関する研修を年１回以上実施<br>・各関係機関との協力体制を整備<br>・サービス利用開始から３年間 | 対象利用者に480単位/日 |

※地域生活移行個別支援特別加算及び社会生活支援特別加算の算定対象者
医療観察法に基づく通院決定又は退院許可決定を受けてから３年を経過していない者又は矯正施設若しくは更生保護施設を退所等の後、３年を経過していない者であって、保護観察所又は地域生活定着支援センターとの調整により、当該事業所等を利用することとなった者

## 個別計画訓練支援加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙12 |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| ・社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理士である従業者により、「応用日常生活動作」、「認知機能」又は「行動上の障害」に係る個別訓練実施計画を作成していること<br>・当該計画に従いサービス提供を行い、利用者の状態を定期的に記録していること<br>・利用者ごとの当該計画の進捗状況を毎月評価し、必要に応じて見直していること。<br>・ 障害者支援施設等に入所する利用者について、関係する職員により、個別訓練実施計画に基づき一貫した支援を行うよう、日常生活上の留意点等の情報を共有していること。<br>・ 障害者支援施設等以外の利用者については、必要に応じて相談支援事業者を通じて関係する職員、日常生活上の留意点等の情報を伝達していること。 | 当該計画が作成されている利用者に19単位/日 |

※個別計画訓練支援加算は自立訓練（生活訓練）の個別支援計画の一環として行われるものだが、特に地域生活を営む上で必要となる生活能力に焦点を定め、一定の期間内で重点的に個別の訓練を行うものであることから、計画の様式を問うものではないが、具体的な訓練項目や訓練の内容、進捗状況等、詳細かつ丁寧な記録や評価を伴う個別訓練実施計画が必要となる。

## 精神障害者地域移行特別加算（宿泊型自立訓練に限る）

| 県への事前届出必要 | 加算別紙13 |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| ・社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理士若しくは心理に関する支援を要する者に対する相談、助言、指導等の援助を行う能力を有する者を配置すること<br>・当該職員によるアセスメント及び地域生活に向けた自立訓練（生活訓練）計画の作成<br>・精神科病院との日常的な連携<br>・退院日から１年以内 | 対象利用者に300単位/日 |

## 強度行動障害者地域移行特別加算（宿泊型自立訓練に限る）

| 県への事前届出必要 | 加算別紙14 |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| ・サービス管理責任者又は生活支援員のうち強度行動障害支援者養成研修（実践研修）修了者又は行動援護従業者養鶏研修修了者を１以上配置すること<br>・自立訓練（生活訓練）事業所の生活支援員のうち強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）修了者又は行動援護従業者養成研修修了者の割合が100分の20以上であること | 対象利用者に300単位/日 |

## サービス管理責任者配置等加算（共生型サービスのみ）

| 県への事前届出必要 | 加算別紙15 |
|---|---|

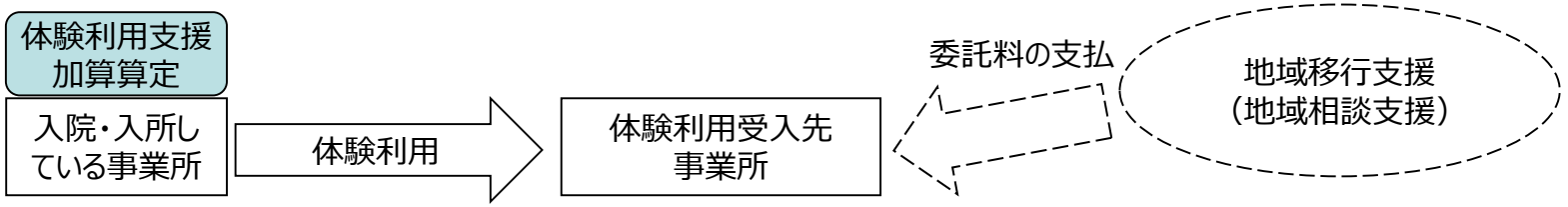
| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| サービス管理責任者（常勤、非常勤、専従、兼務を問わない）を１名以上配置しており、地域に貢献する活動を行っている場合に算定可能。 | 58単位/日 |

# 障害福祉サービスの体験利用支援加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 利用者が、地域移行支援における障害福祉サービスの体験的な利用支援を利用する場合において、以下のいずれかの支援を行った場合。<br>①体験的な利用支援の日の昼間の時間帯に介護等の支援を行った場合。<br>②地域移行支援事業者との連絡調整やその他相談援助を行った場合。 | ○日中活動<br>・利用開始日から5日以内<br>該当利用者に500単位/日<br>・6日以上15日以内<br>該当利用者に250単位/日<br>（地域生活支援拠点等の場合＋50単位/日） |

※：体験的な利用支援の日には、基本報酬は算定できず、本加算のみの請求となる。




# 通勤者生活支援加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 宿泊型自立訓練の利用者のうち、100分の50以上の者が通常の事業所に雇用されている場合に加算を算定。この場合の「通常の事業所に雇用されている」とは、一般就労のことをいうものであって、就労移行支援、就労継続支援Ａ型及び就労継続支援Ｂ型の利用者は除く。<br>通勤者生活支援加算を算定する事業所においては、主として日中の時間帯において、勤務先その他の関係機関との調整及びこれに伴う利用者に対する相談援助を行うものとする。 | 18単位/日 |

# 就労移行支援

## 基本報酬

サービス費（Ⅰ）

| 県への事前届出 | 必要 |
|---|---|

| 前々年度及び前年度の定着率 | 要件 | 算定単位<br>(利用者全員に) |
|---|---|---|
| 5割以上 | 前々年度及び前年度において、就労移行支援サービスを受けた後就労し、就労を継続している期間が６月に達した者の合計数を当該前年度及び前々年度の利用定員で除して得た割合<br>（新規指定の事業所においては利用者を受け入れた日から2年度間は3割以上4割未満の場合として算定する。<br>指定後2年度目において、定着率が4割以上の場合は実績に応じた算定も可。）<br>（年度途中に指定された事業所については、支援の提供を開始してから２年間（24月）は、原則就労定着者の割合が３割以上４割未満の場合とみなして基本報酬を算定。） | 915~1,128単位/日 |
| 4割以上5割未満 | | 760~959単位/日 |
| 3割以上4割未満 | | 607~820単位/日 |
| 2割以上3割未満 | | 498~690単位/日 |
| 1割以上2割未満 | | 460~557単位/日 |
| 0割超1割未満 | | 374~507単位/日 |
| 0の場合 | | 346~468単位/日 |

○上記の要件は原則を述べているものであり、取り扱いの詳細については、厚生労働省から出されている留意事項通知を参照すること。
○サービス費（Ⅱ）については、留意事項通知等で確認すること。

# 福祉専門職員配置等加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙２<br>資格証明書<br>加算別紙２－２ |
|---|---|

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| （Ⅰ） | 直接処遇職員として常勤で配置されている従業員のうち、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理士である従業者の割合が100分の35以上 | 利用者全員に<br>15単位/日 |
| （Ⅱ） | 同上の割合が100分の25以上 | 利用者全員に<br>10単位/日 |
| （Ⅲ） | 以下のいずれかを満たす。<br>①直接処遇職員のうち常勤で配置されている従業者の割合が100分の75以上<br>②直接処遇職員として常勤で配置されている従業者のうち、３年以上従事している者の割合が100分の30以上 | 利用者全員に<br>6単位/日 |

※１：多機能型事業所の場合、配置割合等の計算を全サービス合算で行い、要件を満たす場合には多機能型事業所全体の利用者に対して加算を行う。
※２：（Ⅰ）又は（Ⅱ）を取得する場合は、資格証明書は登録証書を添付すること。合格証書は不可。
※３：本加算は計算方法について数多くの厚生労働省Q&Aが発出されているため、よく確認すること。

## 食事提供体制加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙３ |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| 【対象者】<br>生活保護、低所得１、低所得２、市町村民税課税対象額が28万円未満の利用者（受給者証記載）※施設入所者は除く。<br>【請求条件】<br>事業所に従事する調理員による食事の提供又は調理業務を第三者に委託していること等事業所の責任において食事提供のための体制を整えている。 | 該当利用者に30単位/日 |

※１：出前の方法や市販の弁当を購入して提供する場合は加算の対象外。

※２：施設外で調理されたものを提供する場合には、クックチル、クックフリーズ、クックサーブ、又は真空調理により行う過程において急速冷凍したものを再度加熱する場合に限る。

※３：利用者から徴収できる食事の提供に要する費用は下図のとおり。（施設入所者は除く）

| 利用者 | 利用者から徴収できる費用 |
|---|---|
| 本加算の対象者 | 本加算算定の有無に関わらず、食材料費に相当する額 |
| 本加算の非対象者 | 食材料費及び調理等に要する費用に相当する額 |

## 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙４ |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| 視覚又は聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある利用者の数が利用者全体の100分の30以上であって、視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する従業者を、基準に加えて利用者数を50で除して得た数以上配置。 | 利用者全員に41単位/日 |

## 精神障害者退院支援施設加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙４ |
|---|---|

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| （Ⅰ） | 精神病床に概ね１年以上入院していた精神障害者等に対して居住の場を提供した場合について、夜間の時間帯を通じて生活支援員を１人以上配置したら算定。 | 180単位/日 |
| （Ⅱ） | 精神病床に概ね１年以上入院していた精神障害者等に対して居住の場を提供した場合について、夜間の時間帯を通じて宿直勤務を行う職員を１人以上配置したら算定。 | 115単位/日 |

## 就労支援関係研修修了加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙５ |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| ・就労支援に従事する者として１年以上の実務経験*を有し、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構が行う各種研修を受講した者を配置した場合。<br>・前年度において就労定着者がいる場合に限る（新たに指定を受けた日から１年間は算定できない）。 | 利用者全員に6単位/日 |

就労移行支援における就労支援員としての実務経験の他、障害者の就労支援に関わる各種機関、団体での実務経験も含む。

# 送迎加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙６－１<br>加算別紙６－２ |
|---|---|

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| （Ⅰ） | 一回の送迎につき、平均10人以上*が利用し、かつ、週３回以上の送迎を実施。 | 該当利用者の送迎片道に21単位 |
| （Ⅱ） | 一回の送迎につき、平均10人以上*が利用し、又は、週３回以上の送迎を実施。 | 同上<br>10単位 |

＊：利用定員が20人未満の事業所にあっては、１回の送迎につき、平均的に定員の100分の50以上

※１：同一敷地内の他の事業所等との送迎を行った場合、所定単位数の100分の70を算定する。
※２：事業所と居宅間以外に、事業所の最寄り駅や居宅近隣の集合場所等での送迎も対象となる。
ただし、事前に利用者と合意の上行うこと。理由のない送迎範囲の縮小や事前の取り決めと異なる場所への送迎は対象外となる。
※３：利用者が公共交通機関や自家用車を使用して自力で事業所へ行き来した場合は算定対象外。
※４：多機能型事業所の場合、全サービス合算で要件該当か判断する。
※５：複数車両により分乗して送迎を行うことも可能。
※６：送迎は基本事業所と居宅間を想定しており、利用者や事業所の都合により日によって送迎場所を変更するというタクシーのような利用については、原則算定不可。

# 移行準備支援体制加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙７ |
|---|---|

<table>
<tr><th colspan="2">加算要件</th><th>算定単位</th></tr>
<tr><td colspan="2">・次のア、イのいずれも満たす。<br>ア　前年度に施設外支援を実施した利用者の数が、利用定員の100分の50を超える。<br>イ　算定対象となる利用者が、利用定員の100分50以下。<br>・上記を満たし、職員が同行又は職員のみで次のいずれかを実施。</td><td rowspan="3">対象利用者に<br>41単位/日</td></tr>
<tr><td>職場実習等</td><td>求職活動等</td></tr>
<tr><td>a 企業等における職場実習<br>b aに係る事前面接、状況確認<br>c 実習先開拓のための職場訪問、職場見学<br>d その他必要な支援<br>※同一の企業等における１回の施設外支援が<br>１月を超えない期間であること</td><td>a ハローワークでの求職活動<br>b 地域障害者職業センターによる職業評価等<br>c 障害者就業・生活支援センターへの登録等<br>d その他必要な支援</td></tr>
</table>

※１：令和３年度の報酬改定により、移行準備支援体制加算（Ⅱ）は廃止になりました。
※２：厚生労働省からの通知（「就労移行支援事業、就労継続支援事業（A型、B型）における留意事項について」）も参照願います。

## 社会生活支援特別加算

県への事前届出必要　　加算別紙８

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| ・加算対象者受入に際して、適切な支援を行うために必要な数の人員を確保することが可能であること。<br>・社会福祉士又は精神保健福祉士の資格を有する者の配置若しくは訪問により指導体制を整備<br>・矯正施設を退所した障害者の支援に関する研修を年１回以上実施<br>・各関係機関との協力体制を整備<br>・サービス利用開始から３年間 | 対象利用者に480単位/日 |

※地域生活移行個別支援特別加算及び社会生活支援特別加算の算定対象者
医療観察法に基づく通院決定又は退院許可決定を受けてから３年を経過していない者又は矯正施設若しくは更生保護施設を退所等の後、３年を経過していない者であって、保護観察所又は地域生活定着支援センターとの調整により、当該事業所等を利用することとなった者

## 初期加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| サービス利用を開始した日から、30日以内の期間について加算。<br><br>サービス利用の初期段階において、利用者の居宅を訪問し生活状況等の把握を行うなどのアセスメント等の手間を評価するための加算 | 該当利用者に30単位/日 |

※１：暦日で30日間のうち実際に利用した日数分算定
※２：30日を超える入院後に再度利用した場合も算定できる。

## 訪問支援特別加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 所要時間 | 算定単位 |
|---|---|---|
| 概ね３か月以上継続的にサービス利用をしていた利用者が、最後に利用した日から中５日間以上連続して利用がなかった場合に、就労移行支援計画等に基づき、あらかじめ利用者の同意を得た上で、居宅に訪問し、家族等との連絡調整や利用のための働きかけ、支援計画の見直しなどを行った場合。（月２回まで） | 1時間未満 | 該当利用者に187単位/日 |
| | 1時間以上 | 該当利用者に280単位/日 |

※：中５日間は利用予定日ではなく開所日数。

## 欠席時対応加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| 利用を予定していた利用者が、急病等により急きょ利用を中止した日の前々日、前日、当日に中止の連絡があった場合において、利用者、家族等へ連絡調整を行うとともに、引き続き事業所の利用を促す等の相談援助を行った場合に１月につき４回を限度として加算。 | 該当利用者に94単位/日 |

## 通勤訓練加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| 就労移行支援事業所以外の事業所に従事する専門職員を外部から招いた際に、当該費用を支払う場合に加算するものであること。 | 800単位/日 |

# 支援計画会議実施加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 各利用者の就労移行支援計画の作成又は見直しに当たって、外部の関係者を交えた会議を開催し、関係者の専門的な見地からの意見を求め、就労移行支援計画の作成、変更その他必要な便宜の提供について検討を行った場合に、１月に１回（年４回を限度）、所定単位数を算定。 | 583単位/回 |

利用者の就労移行支援計画の作成やモニタリングに当たって、利用者の希望、適性、能力を的確に把握・評価を行うためのアセスメントについて、地域のノウハウを活用し、その精度を上げ、支援効果を高めていくための取組として、次に掲げる地域の就労支援機関等において障害者の就労支援に従事する者や障害者就労に係る有識者を交えたケース会議を開催し、専門的な見地からの意見を求め、就労移行支援計画の作成や見直しを行った場合に、利用者ごとに月に１回、年に４回を限度に、所定単位数を加算。

ア ハローワーク
イ 障害者就業・生活支援センター
ウ 地域障害者職業センター
エ 他の就労移行支援事業所
オ 特定相談支援事業所
カ 利用者の通院先の医療機関
キ 当該利用者の支給決定を行っている市町村
ク 障害者雇用を進める企業
ケ その他障害者の就労支援を実施している企業、団体等

# 医療連携体制加算

| 県への事前届出 | 不要 |
|---|---|

| 区分 | | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|---|
| （Ⅰ） | | 看護職員が事業所を訪問して利用者（８人を限度）に対して看護を行った場合（１時間未満） | 32単位/日 |
| （Ⅱ） | | 看護職員が事業所を訪問して利用者（８人を限度）に対して看護を行った場合（１時間以上２時間未満） | 63単位/日 |
| （Ⅲ） | | 看護職員が事業所を訪問して利用者（８人を限度）に対して看護を行った場合（２時間以上） | 125単位/日 |
| （Ⅳ） | 利用者１人 | 看護職員が事業所を訪問して医療的ケアを必要とする利用者に対して看護を行った場合 | 800単位/日 |
| | 利用者２人 | | 500単位/日 |
| | 利用者３人～８人 | | 400単位/日 |
| （Ⅴ） | | 看護職員が事業所を訪問して医療的ケアを必要とする利用者に対して看護を行った場合 | 看護職員１人当たり500単位/日 |
| （Ⅵ） | | 研修を受けた介護職員等が喀痰吸引等を実施した場合 | 100単位/日 |

## 医療連携体制加算の算定要件について

※１：（Ⅰ）～（Ⅲ）は医療的ケアを必要としない利用者に対する看護の場合に、（Ⅳ）（Ⅴ）は医療的ケアを必要とする利用者に対する看護である場合に算定

※２：（Ⅳ）については、看護職員がスコア表に掲げるいずれかの医療行為を必要とする状態である者又は医師意見書により医療が必要であるとされる者に対して看護を行った場合に、当該看護を受けた利用者数に応じて加算を算定する。ただし、（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを算定している利用者については算定しない。

**スコア表に掲げる医療行為**

①人工呼吸器（鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置及び高頻度胸壁振動装置を含む。）の管理、②気管切開の管理、③鼻咽頭エアウェイの管理、④酸素療法、⑤吸引（口鼻腔又は気管内吸引に限る。）、⑥ネブライザーの管理、⑦経管栄養（経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻又は食道瘻、持続経管注入ポンプ使用）、⑧中心静脈カテーテルの管理（中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬等）、⑨皮下注射（皮下注射（インスリン、麻薬等の注射を含む。）、持続皮下注射ポンプ使用）、⑩血糖測定（持続血糖測定器による血糖測定を含む。）、⑪継続的な透析（血液透析、腹膜透析等）、⑫導尿（間欠的導尿、持続的導尿（尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎瘻又は尿路ストーマ））、⑬排便管理（消化管ストーマの使用、摘便又は洗腸、浣腸）、⑭痙攣時における座薬挿入、吸引、酸素投与又は迷走神経刺激装置の作動等の処置

※３：（Ⅴ）については、医療機関等との連携により、看護職員を事業所に訪問させ、当該看護職員が認定特定行為業務従事者に喀痰吸引等に係る指導を行った場合に加算を算定する。

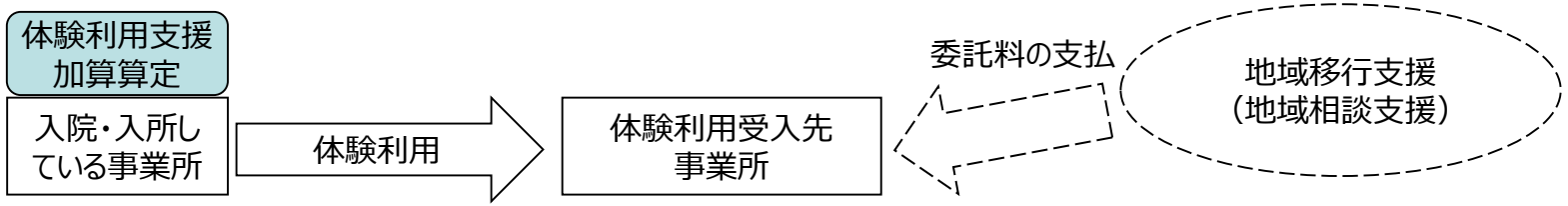
※４：（Ⅵ）については、喀痰吸引等が必要な者に対して認定特定行為業務従事者が喀痰吸引等を行った場合に加算を算定する。ただし、（Ⅰ）～（Ⅳ）のいずれかを算定している利用者については算定しない。

# 障害福祉サービスの体験利用支援加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 利用者が、地域移行支援における障害福祉サービスの体験的な利用支援を利用する場合において、以下のいずれかの支援を行った場合。<br>①体験的な利用支援の日の昼間の時間帯に介護等の支援を行った場合。<br>②地域移行支援事業者との連絡調整やその他相談援助を行った場合。 | ・利用開始日から5日以内<br>該当利用者に500単位/日<br>・6日以上15日以内<br>該当利用者に250単位/日<br>（地域生活支援拠点等の場合＋50単位/日） |

※：体験的な利用支援の日には、基本報酬は算定できず、本加算のみの請求となる。




# 在宅時生活支援サービス加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 通所利用が困難で在宅による支援がやむを得ないと市町村が判断した在宅利用者であり居宅介護や重度訪問介護を利用している者であって支援を受けなければ在宅利用が困難な場合について、当該事業所が費用を負担することで、在宅利用者の居宅に居宅介護事業所や重度訪問介護事業所に従事する者を派遣し、在宅利用者の生活支援に関する支援を提供した場合に加算する。 | 対象利用者に*300*単位/日 |

※在宅利用を検討する場合は、必ず市町村へ事前に相談すること。

# 就労継続支援A型

## 基本報酬

県への事前届出必要

| 類型 | 定員 | 評価点 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 60点未満 | 60点以上80点未満 | 80点以上105点未満 | 105点以上130点未満 | 130点以上150点未満 | 150点以上170点未満 | 170点以上 |
| Ⅰ | 20人以下 | 319単位 | 413単位 | 527単位 | 655単位 | 676単位 | 692単位 | 724単位 |
| | 21人以上40人以下 | 282単位 | 367単位 | 468単位 | 583単位 | 601単位 | 615単位 | 643単位 |
| | 41人以上60人以下 | 265単位 | 344単位 | 439単位 | 547単位 | 565単位 | 578単位 | 605単位 |
| | 61人以上80人以下 | 260単位 | 338単位 | 432単位 | 536単位 | 555単位 | 568単位 | 593単位 |
| | 81人以上 | 252単位 | 327単位 | 416単位 | 518単位 | 534単位 | 547単位 | 574単位 |
| Ⅱ | 20人以下 | 290単位 | 376単位 | 480単位 | 597単位 | 616単位 | 630単位 | 660単位 |
| | 21人以上40人以下 | 258単位 | 335単位 | 426単位 | 532単位 | 549単位 | 563単位 | 588単位 |
| | 41人以上60人以下 | 240単位 | 312単位 | 397単位 | 494単位 | 510単位 | 522単位 | 546単位 |
| | 61人以上80人以下 | 235単位 | 305単位 | 388単位 | 484単位 | 499単位 | 511単位 | 535単位 |
| | 81人以上 | 226単位 | 295単位 | 375単位 | 467単位 | 482単位 | 493単位 | 516単位 |

## 算定要件について①

・評価項目及び当該項目の評価方法の概略は以下のとおり。
（詳細については、「厚生労働大臣の定める事項及び評価方法の留意事項について」（障発0330第５号令和３年３月30日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）を参照すること。）

（１） 労働時間
１日の平均労働時間は、就労継続支援Ａ型のあった日の属する年度の前年度において、就労継続支援Ａ型事業所等と雇用契約を締結していた利用者の当該就労継続支援Ａ型事業所等における労働時間の合計数を当該利用者の合計数で除して算出する。

（２）生産活動
当該年度の前年度及び前々年度における生産活動収支が利用者に支払う賃金の総額以上であるかどうかによって、区分に応じスコアを算定する。なお、新規指定の就労継続支援Ａ型事業所等における２年度目の生産活動のスコアの算定にあたっては初年度の実績（当該２年度目の前年度）により評価する。

（３）多様な働き方
８項目のうちいずれか任意の５項目について、就業規則の整備状況とその活用実績に応じそれぞれ１点又は２点で評価し、その５項目の合計点に応じた区分によりスコアを算出する。
ア　就労に必要な知識及び能力の向上に資する免許、検定その他の資格の取得を支援するための制度に関する事項
イ　利用者を当該就労継続支援Ａ型事業所等の職員として雇用する場合における採用手続及び採用条件に関する事項
ウ　在宅勤務を行う利用者の労働条件及び服務規律に関する事項
エ　その利用者に係る始業及び終業の時刻をその利用者の決定に委ねることとした利用者の労働条件に関する事項
オ　それぞれの障害の特性に応じ1 日の所定労働時間が短い利用者の労働条件に関する事項
カ　それぞれの障害の特性に応じ1 日の所定労働時間を変更することなく始業又は終業の時刻を繰り上げ又は繰り下げる制度に関する事項
キ　時間を単位として与える有休休暇又は労使協定により有休休暇を与える時季に関する定めをした場合の当該有休休暇の取得に関する事項
ク　業務外の事由による負傷又は疾病の療養のための休業に関する事項

## 算定要件について①

（４）支援力向上のための取組

８項目のうちいずれか任意の５項目について、取組実績に応じそれぞれ１点又は２点で評価し、その５項目の合計点に応じた区分によりスコアを算出する。

ア　当該就労継続支援Ａ型事業所等の職員に対して障害者の就労の支援に関する知識及び技能を習得させるために作成した研修計画に基づいた、当該就労継続支援Ａ型等の事業を行う就労継続支援Ａ型事業者以外が行う研修会又は当該就労継続支援Ａ型事業者が行う研修会への職員の参加状況

イ　職員が当該就労継続支援Ａ型事業所等における障害者に対する就労支援に関して、研修、学会等又は学会誌等において発表した回数

ウ　先進的事業者の視察若しくは先進的事業者における実習への参加又は他の就労継続支援Ａ型事業者からの視察若しくは実習の受け入れの有無

エ　生産活動収入を増やすための販路拡大のために商談会等に参加した回数

オ　人事評価の結果に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けているとともに、当該人事評価の基準について書面をにより作成し、全ての職員に周知している

カ　当該就労継続支援Ａ型事業所等と雇用関係にある職員として要件に合致するピアサポーターを配置している。

キ　当該就労継続支援Ａ型等を行う就労継続支援Ａ型事業者が第三者評価を受け、その結果を公表している場合

ク　当該就労継続支援Ａ型事業所等に係る取組が、都道府県知事が適当と認める国際標準化機構が定めた規格その他これに準ずるものに適合している旨の認証を受けている

（５）　地域連携活動

地域連携活動の実施状況について、当該活動の内容及び当該活動に対する関係事業者等の意見を記載した報告書（様式有り）を作成し、インターネットの利用その他の方法により公表している。なお、インターネットの利用その他の方法による地域連携活動の公表にあたっては、評価スコアの公表と併せて行う必要がる。

・新規指定の就労継続支援Ａ型事業所において初年度は、評価点が80点以上105点未満の場合であるとみなして基本報酬を算定し、年度途中に指定された事業所については、初年度及び２年度目は、評価点が80点以上105点未満の場合であるとみなして、基本報酬を算定する。

・就労継続支援Ａ型サービス費を算定するに当たり算出する評価点は、インターネットの利用その他の方法により毎年度４月中に公表すること。公表していない場合に減算がかかることに留意する。なお、新規指定の事業所の初年度(年度途中に指定された事業所については、初年度及び２年度目)については、スコアを算出できないため、公表は要さない。

# 福祉専門職員配置等加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙１<br>資格証明書<br>加算別紙１－２ |
|---|---|

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| （Ⅰ） | 直接処遇職員として常勤で配置されている従業員のうち、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理士である従業者の割合が100分の35以上 | 利用者全員に<br>15単位/日 |
| （Ⅱ） | 同上の割合が100分の25以上 | 利用者全員に<br>10単位/日 |
| （Ⅲ） | 以下のいずれかを満たす。<br>①直接処遇職員のうち常勤で配置されている従業者の割合が100分の75以上<br>②直接処遇職員として常勤で配置されている従業者のうち、３年以上従事している者の割合が100分の30以上 | 利用者全員に<br>6単位/日 |

※１：多機能型事業所の場合、配置割合等の計算を全サービス合算で行い、要件を満たす場合には多機能型事業所全体の利用者に対して加算を行う。
※２：（Ⅰ）又は（Ⅱ）を取得する場合は、資格証明書は登録証書を添付すること。合格証書は不可。
※３：本加算は計算方法について数多くの厚生労働省Q&Aが発出されているため、よく確認すること。

## 食事提供体制加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙２ |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| 【対象者】<br>生活保護、低所得１、低所得２、市町村民税課税対象額が28万円未満の利用者（受給者証記載）※施設入所者は除く。<br>【請求条件】<br>事業所に従事する調理員による食事の提供又は調理業務を第三者に委託していること等事業所の責任において食事提供のための体制を整えている。 | 該当利用者に30単位/日 |

※１：出前の方法や市販の弁当を購入して提供する場合は加算の対象外。

※２：施設外で調理されたものを提供する場合には、クックチル、クックフリーズ、クックサーブ、又は真空調理により行う過程において急速冷凍したものを再度加熱する場合に限る。

※３：利用者から徴収できる食事の提供に要する費用は下図のとおり。（施設入所者は除く）

| 利用者 | 利用者から徴収できる費用 |
|---|---|
| 本加算の対象者 | 本加算算定の有無に関わらず、食材料費に相当する額 |
| 本加算の非対象者 | 食材料費及び調理等に要する費用に相当する額 |

## 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙３ |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| 視覚又は聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある利用者の数が利用者全体の100分の30以上であって、視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する従業者を、基準に加えて利用者数を50で除して得た数以上配置。 | 利用者全員に41単位/日 |

# 就労移行支援体制加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙４ |
|---|---|

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| （Ⅰ） | 就労継続支援Ａ型を経て企業等に就労した後、当該企業等での雇用が継続している期間が６月に達した者が前年度においている場合、利用定員、人員配置に基づき算定する就労継続支援Ａ型サービス費の区分及び評価点に応じた所定単位数に前年度の就労定着者の数を乗じて得た単位数を加算。 | 評価点に応じて11~93単位×前年度の就労定着者数 |
| （Ⅱ） | | 評価点に応じて７~90単位×前年度の就労定着者数/日 |

※１：前年度において、就労継続支援Ａ型等を受けた後就労し、６月以上就労継続している者が１名以上いる場合、評価点に応じた所定単位数にその前年度実績の人数を乗じた単位数を加算
※２：「就労」とは、企業等との雇用契約に基づく就労をいい、労働時間等労働条件の内容は問わない。ただし、就労継続支援Ａ型事業所の利用者としての移行は除く
※３：６月を超える期間就労した者が前年度にいる場合、就労定着者としてカウント。
（例）令和２年10月１日に就労　⇒「６月経過した日」
＝　６月－１日
＝　令和３年３月31日（令和２年度）
⇒　令和３年度報酬算定上の就労定着者としてカウントする

## 補足

※１：令和３年度の報酬改定により、施設外就労加算は廃止になりました。
※２：施設外就労のスキームは残っていますので、厚生労働省からの通知（「就労移行支援事業、就労継続支援事業（A型、B型）における留意事項について」）も参照願います。

## 重度者支援体制加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙５ |
|---|---|

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| Ⅰ | 前年度の延利用者数のうち、障害基礎年金１級受給者の延べ利用者数が100分の50以上である場合。 | 利用者全員に<br>45~56単位/日 |
| Ⅱ | 前年度の延利用者数のうち、障害基礎年金１級受給者の延べ利用者数が100分の25以上である場合。 | 利用者全員に<br>22~28単位/日 |

※：要件については、利用者数実績確認表（長野県ＨＰに掲載）を用いて計算すること。

## 送迎加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙６－１<br>加算別紙６－２ |
|---|---|

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| （Ⅰ） | 一回の送迎につき、平均10人以上*が利用し、かつ、週３回以上の送迎を実施。 | 該当利用者の送迎片道に21単位 |
| （Ⅱ） | 一回の送迎につき、平均10人以上*が利用し、又は、週３回以上の送迎を実施。 | 同上<br>10単位 |

＊：利用定員が20人未満の事業所にあっては、１回の送迎につき、平均的に定員の100分の50以上

※１：同一敷地内の他の事業所等との送迎を行った場合、所定単位数の100分の70を算定する。
※２：事業所と居宅間以外に、事業所の最寄り駅や居宅近隣の集合場所等での送迎も対象となる。
ただし、事前に利用者と合意の上行うこと。理由のない送迎範囲の縮小や事前の取り決めと異なる場所への送迎は対象外となる。
※３：利用者が公共交通機関や自家用車を使用して自力で事業所へ行き来した場合は算定対象外。
※４：多機能型事業所の場合、全サービス合算で要件該当か判断する。
※５：複数車両により分乗して送迎を行うことも可能。
※６：送迎は基本事業所と居宅間を想定しており、利用者や事業所の都合により日によって送迎場所を変更するというタクシーのような利用の場合は、原則算定不可。

## 社会生活支援特別加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙７ |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| ・加算対象者受入に際して、適切な支援を行うために必要な数の人員を確保することが可能であること。<br>・社会福祉士又は精神保健福祉士の資格を有する者の配置若しくは訪問により指導体制を整備<br>・矯正施設を退所した障害者の支援に関する研修を年１回以上実施<br>・各関係機関との協力体制を整備<br>・サービス利用開始から３年間 | 対象利用者に<br>480単位/日 |

※地域生活移行個別支援特別加算及び社会生活支援特別加算の算定対象者
医療観察法に基づく通院決定又は退院許可決定を受けてから３年を経過していない者又は矯正施設若しくは更生保護施設を退所等の後、３年を経過していない者であって、保護観察所又は地域生活定着支援センターとの調整により、当該事業所等を利用することとなった者
※精神障害者地域移行特別加算の算定対象者
精神科病院に1年以上入院していた精神障害者であって、退院してから１年以内の者
※強度行動障害者地域移行特別加算
障害支援区分認定調査の結果に基づき、行動関連項目について算出した点数が10点以上の者について、指定障害者支援施設等又は指定障害児入所施設等に1年以上入所していた者であって、退所後1年以内の者

## 賃金向上達成指導員配置加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙８<br>別紙様式 |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| ・賃金向上達成指導員を常勤換算１以上配置<br>・賃金向上計画（経営改善計画）を作成していること<br>・雇用契約を締結している利用者のキャリアアップを図るための措置を講じている場合 | 利用者全員に<br>15~70単位/日 |

## 初期加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| サービス利用を開始した日から、30日以内の期間について加算。<br>（サービス利用の初期段階において、利用者の居宅を訪問し生活状況等の把握を行うなどのアセスメント等の手間を評価するための加算） | 該当利用者に30単位/日 |

※１：暦日で30日間のうち実際に利用した日数分算定
※２：30日を超える入院後に再度利用した場合も算定できる。
※３：「初期加算」と「入所時特別支援加算」（施設入所支援）との併給可。

## 訪問支援特別加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 所要時間 | 算定単位 |
| --- | --- | --- |
| 概ね３か月以上継続的にサービス利用をしていた利用者が、最後に利用した日から中５日間以上連続して利用がなかった場合に、生活介護計画等に基づき、あらかじめ利用者の同意を得た上で、居宅に訪問し、家族等との連絡調整や利用のための働きかけ、支援計画の見直しなどを行った場合。（月２回まで） | 1時間未満 | 該当利用者に187単位/日 |
| | 1時間以上 | 該当利用者に280単位/日 |

※：中５日間は利用予定日ではなく開所日数。

## 欠席時対応加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 利用を予定していた利用者が、急病等により急きょ利用を中止した日の前々日、前日、当日に中止の連絡があった場合において、利用者、家族等へ連絡調整を行うとともに、引き続き事業所の利用を促す等の相談援助を行った場合に１月につき４回を限度として加算。 | 該当利用者に94単位/日 |

## 就労移行連携加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| 就労継続支援Ａ型を受けた後に就労移行支援の支給決定を受けた者がいた場合において、当該者に対して、当該支給決定に係る申請の日までに、就労移行支援事業者との連絡調整その他の相談援助を行うとともに、当該申請を行うに当たり、就労継続支援Ａ型における支援の状況等の情報を文書により相談支援事業者に対して提供している場合に、１回に限り、所定単位数を加算する。 | 1,000単位/日 |

＊：利用者が特定相談支援事業所を利用せず、セルフプランにより就労移行支援事業所に移行した場合は算定でない点に注意。

## 医療連携体制加算

県への事前届出不要

| 区分 | | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|---|
| （Ⅰ） | | 看護職員が事業所を訪問して利用者（８人を限度）に対して看護を行った場合（１時間未満） | 32単位/日 |
| （Ⅱ） | | 看護職員が事業所を訪問して利用者（８人を限度）に対して看護を行った場合（１時間以上２時間未満） | 63単位/日 |
| （Ⅲ） | | 看護職員が事業所を訪問して利用者（８人を限度）に対して看護を行った場合（２時間以上） | 125単位/日 |
| （Ⅳ） | 利用者１人 | 看護職員が事業所を訪問して医療的ケアを必要とする利用者に対して看護を行った場合 | 800単位/日 |
| | 利用者２人 | | 500単位/日 |
| | 利用者３人～８人 | | 400単位/日 |
| （Ⅴ） | | 看護職員が事業所を訪問して医療的ケアを必要とする利用者に対して看護を行った場合 | 看護職員１人当たり500単位/日 |
| （Ⅵ） | | 研修を受けた介護職員等が喀痰吸引等を実施した場合 | 100単位/日 |

## 医療連携体制加算の算定要件について

※１：（Ⅰ）～（Ⅲ）は医療的ケアを必要としない利用者に対する看護の場合に、（Ⅳ）と（Ⅴ）は医療的ケアを必要とする利用者に対する看護である場合に算定

※２：（Ⅳ）については、看護職員がスコア表に掲げるいずれかの医療行為を必要とする状態である者又は医師意見書により医療が必要であるとされる者に対して看護を行った場合に、当該看護を受けた利用者数に応じて加算を算定する。ただし、（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを算定している利用者については算定しない。

### スコア表に掲げる医療行為

①人工呼吸器（鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置及び高頻度胸壁振動装置を含む。）の管理、②気管切開の管理、③鼻咽頭エアウェイの管理、④酸素療法、⑤吸引（口鼻腔又は気管内吸引に限る。）、⑥ネブライザーの管理、⑦経管栄養（経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻又は食道瘻、持続経管注入ポンプ使用）、⑧中心静脈カテーテルの管理（中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬等）、⑨皮下注射（皮下注射（インスリン、麻薬等の注射を含む。）、持続皮下注射ポンプ使用）、⑩血糖測定（持続血糖測定器による血糖測定を含む。）、⑪継続的な透析（血液透析、腹膜透析等）、⑫導尿（間欠的導尿、持続的導尿（尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎瘻又は尿路ストーマ））、⑬排便管理（消化管ストーマの使用、摘便又は洗腸、浣腸）、⑭痙攣時における座薬挿入、吸引、酸素投与又は迷走神経刺激装置の作動等の処置

※３：（Ⅴ）については、医療機関等との連携により、看護職員を事業所に訪問させ、当該看護職員が認定特定行為業務従事者に喀痰吸引等に係る指導を行った場合に加算を算定する。

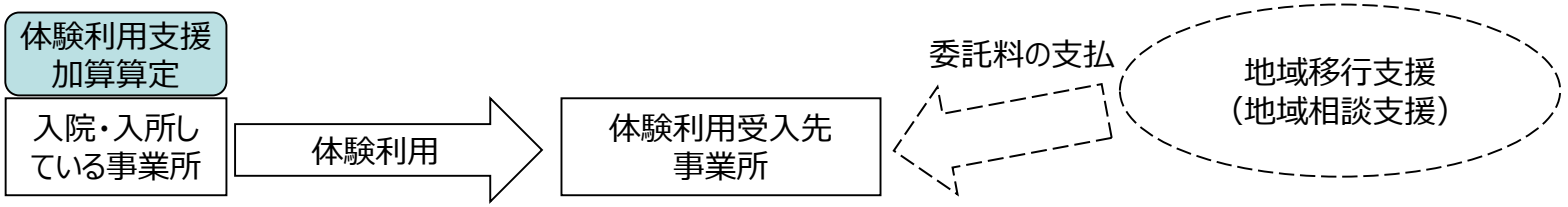
※４：（Ⅵ）については、喀痰吸引等が必要な者に対して認定特定行為業務従事者が喀痰吸引等を行った場合に加算を算定する。ただし、（Ⅰ）～（Ⅳ）のいずれかを算定している利用者については算定しない。

# 障害福祉サービスの体験利用支援加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 利用者が、地域移行支援における障害福祉サービスの体験的な利用支援を利用する場合において、以下のいずれかの支援を行った場合。<br>①体験的な利用支援の日の昼間の時間帯に介護等の支援を行った場合。<br>②地域移行支援事業者との連絡調整やその他相談援助を行った場合。 | ・利用開始日から5日以内<br>該当利用者に500単位/日<br>・6日以上15日以内<br>該当利用者に250単位/日<br>（地域生活支援拠点等の場合＋50単位/日） |

※：体験的な利用支援の日には、基本報酬は算定できず、本加算のみの請求となる。




# 在宅時生活支援サービス加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 通所利用が困難で在宅による支援がやむを得ないと市町村が判断した在宅利用者であり居宅介護や重度訪問介護を利用している者であって支援を受けなければ在宅利用が困難な場合について、当該事業所が費用を負担することで、在宅利用者の居宅に居宅介護事業所や重度訪問介護事業所に従事する者を派遣し、在宅利用者の生活支援に関する支援を提供した場合に加算する。 | 対象利用者に300単位/日 |

※在宅利用を検討する場合は、必ず市町村へ事前に相談すること。

# 就労継続支援B型

## 基本報酬①

サービス費（Ⅰ）（Ⅱ）

県への事前届出必要

| 類型 | 定員 | 平均工賃月額 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | １万円未満 | １万円以上１万５千円未満 | １万５千円以上２万円未満 | ２万円以上２万５千円未満 | ２万５千円以上３万円未満 | ３万円以上３万５千円未満 | ３万円５千以上４万５千円未満 | ４万５千円以上 |
| Ⅰ | 20人以下 | 566単位 | 590単位 | 611単位 | 631単位 | 643単位 | 657単位 | 672単位 | 702単位 |
| | 21人以上40人以下 | 504単位 | 525単位 | 541単位 | 551単位 | 572単位 | 584単位 | 598単位 | 625単位 |
| | 41人以上60人以下 | 473単位 | 493単位 | 508単位 | 518単位 | 537単位 | 549単位 | 562単位 | 586単位 |
| | 61人以上80人以下 | 464単位 | 484単位 | 498単位 | 508単位 | 527単位 | 539単位 | 552単位 | 576単位 |
| | 81人以上 | 448単位 | 468単位 | 482単位 | 491単位 | 510単位 | 521単位 | 533単位 | 557単位 |
| Ⅱ | 20人以下 | 516単位 | 538単位 | 554単位 | 565単位 | 586単位 | 599単位 | 613単位 | 640単位 |
| | 21人以上40人以下 | 461単位 | 480単位 | 494単位 | 504単位 | 523単位 | 534単位 | 547単位 | 571単位 |
| | 41人以上60人以下 | 427単位 | 445単位 | 458単位 | 467単位 | 485単位 | 495単位 | 507単位 | 529単位 |
| | 61人以上80人以下 | 418単位 | 436単位 | 449単位 | 458単位 | 475単位 | 485単位 | 497単位 | 519単位 |
| | 81人以上 | 404単位 | 421単位 | 434単位 | 442単位 | 459単位 | 468単位 | 480単位 | 501単位 |

## サービス費（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定要件

・前年度における平均工賃月額（前年度に支払った工賃総額÷各月の工賃支払対象者の総数）から単位算出

（Ⅰ）＝工賃向上計画を作成している指定就労継続支援Ｂ型事業所であって、従業者の員数が利用者の数を7.5で除して得た数以上であること。
（Ⅱ）＝工賃向上計画を作成している指定就労継続支援Ｂ型事業所であって、従業者の員数が利用者の数を10で除して得た数以上であること（就労継続支援Ｂ型サービス費(Ⅰ)を算定している場合を除く）。

※１：以下の事由に該当する者については、当該月における当該利用者の工賃及び工賃支払対象者から除外して、平均工賃月額を算出する。
・平均工賃月額の算出に際し、月の途中に利用開始又は終了した者
・支給決定を受けて複数の日中活動に係るサービス（就労継続支援B型を除く）を利用している者
・月の途中に入退院した者
・通年かつ毎週引き続き通院する必要がある者（要書類提出）
・怪我、流行性疾患により連続して1週間以上サービス利用ができなくなった者

※２：新規指定の就労継続支援Ｂ型事業所等において初年度の１年間は、平均工賃月額が10,000円未満の場合であるとみなし、基本報酬を算定する。年度途中に指定された事業所については、初年度及び２年度目の１年間は、平均工賃月額が１万円未満の場合であるとみなし、基本報酬を算定する。ただし、支援の提供を開始してから６月経過した月から当該年度の３月までの間は、支援の提供を開始してからの６月間における平均工賃月額に応じ、基本報酬を算定することができる。

※３：就労継続支援Ｂ型サービス費の区分に係る届出については、原則毎年度の4 月に行うこと。年度途中に新規に指定された事業所は当該指定を受けた年度において、初めて基本報酬を算定する前までに届出を行うこと。

※４：（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定する場合は、工賃向上計画基本指針に基づき、工賃向上計画を都道府県に提出すること。

※５：（Ⅰ）又は（Ⅱ）で届出を提出した場合、当該年度中に（Ⅲ）又は（Ⅳ）に変更することは原則認められない。

# 基本報酬②

## サービス費（Ⅲ）（Ⅳ）

県への事前届出必要

| 類型 | 定員 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 20人以下 | 21人以上<br>40人以下 | 41人以上<br>60人以下 | 61人以上<br>80人以下 | 81人以上 |
| Ⅲ | 556単位 /日 | 494単位/日 | 463単位/日 | 454単位/日 | 438単位/日 |
| Ⅳ | 506単位/日 | 451単位/日 | 417単位/日 | 408単位/日 | 394単位/日 |

## サービス費（Ⅲ）及び（Ⅳ）の算定要件

・利用者を通所させて就労継続支援Ｂ型を提供した場合若しくは利用者に在宅において就労継続支援Ｂ型を提供した場合又は施設入所支援を併せて利用する者に対し就労継続支援Ｂ型を提供した場合に、当該指定就労継続支援Ｂ型事業所における利用定員及び人員配置に応じ算定。

（Ⅲ）＝指定就労継続支援事業所であって、従業者の員数が利用者の数を7.5で除して得た数以上であること。
（Ⅳ）＝指定就労継続支援事業所であって、従業者の員数が利用者の数を10で除して得た数以上であること（就労継続支援Ｂ型サービス費(Ⅲ)を算定している場合を除く）。

※１：就労継続支援Ｂ型サービス費の区分に係る届出については、原則毎年度の4 月に行うこと。年度途中に新規に指定された事業所は当該指定を受けた年度において、初めて基本報酬を算定する前までに届出を行うこと。（再掲）
※２：（Ⅲ）又は（Ⅳ）で届出を提出した場合、当該年度中に（Ⅰ）又は（Ⅱ）に変更することは原則認められない。

加算

# 福祉専門職員配置等加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙１<br>資格証明書<br>加算別紙１－２ |
|---|---|

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| （Ⅰ） | 直接処遇職員として常勤で配置されている従業員のうち、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理士である従業者の割合が100分の35以上 | 利用者全員に<br>15単位/日 |
| （Ⅱ） | 同上の割合が100分の25以上 | 利用者全員に<br>10単位/日 |
| （Ⅲ） | 以下のいずれかを満たす。<br>①直接処遇職員のうち常勤で配置されている従業者の割合が100分の75以上<br>②直接処遇職員として常勤で配置されている従業者のうち、３年以上従事している者の割合が100分の30以上 | 利用者全員に<br>6単位/日 |

※１：多機能型事業所の場合、配置割合等の計算を全サービス合算で行い、要件を満たす場合には多機能型事業所全体の利用者に対して加算を行う。
※２：（Ⅰ）又は（Ⅱ）を取得する場合は、資格証明書は登録証書を添付すること。合格証書は不可。
※３：本加算は計算方法について数多くの厚生労働省Q&Aが発出されているため、よく確認すること。

# 食事提供体制加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙２ |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| 【対象者】<br>生活保護、低所得１、低所得２、市町村民税課税対象額が28万円未満の利用者（受給者証記載）※施設入所者は除く。<br>【請求条件】<br>事業所に従事する調理員による食事の提供又は調理業務を第三者に委託していること等事業所の責任において食事提供のための体制を整えている。 | 該当利用者に30単位/日 |

※１：出前の方法や市販の弁当を購入して提供する場合は加算の対象外。

※２：施設外で調理されたものを提供する場合には、クックチル、クックフリーズ、クックサーブ、又は真空調理により行う過程において急速冷凍したものを再度加熱する場合に限る。

※３：利用者から徴収できる食事の提供に要する費用は下図のとおり。（施設入所者は除く）

| 利用者 | 利用者から徴収できる費用 |
|---|---|
| 本加算の対象者 | 本加算算定の有無に関わらず、食材料費に相当する額 |
| 本加算の非対象者 | 食材料費及び調理等に要する費用に相当する額 |

# 送迎加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙３－１<br>加算別紙３－２ |
|---|---|

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| （Ⅰ） | 一回の送迎につき、平均10人以上*が利用し、かつ、週３回以上の送迎を実施。 | 該当利用者の送迎片道に21単位 |
| （Ⅱ） | 一回の送迎につき、平均10人以上*が利用し、又は、週３回以上の送迎を実施。 | 同上<br>10単位 |

＊：利用定員が20人未満の事業所にあっては、１回の送迎につき、平均的に定員の100分の50以上

※１：同一敷地内の他の事業所等との送迎を行った場合、所定単位数の100分の70を算定する。
※２：事業所と居宅間以外に、事業所の最寄り駅や居宅近隣の集合場所等での送迎も対象となる。
ただし、事前に利用者と合意の上行うこと。理由のない送迎範囲の縮小や事前の取り決めと異なる場所への送迎は対象外となる。
※３：利用者が公共交通機関や自家用車を使用して自力で事業所へ行き来した場合は算定対象外。
※４：多機能型事業所の場合、全サービス合算で要件該当か判断する。
※５：複数車両により分乗して送迎を行うことも可能。
※６：送迎は基本事業所と居宅間を想定しており、利用者や事業所の都合により日によって送迎場所を変更するというタクシーのような利用の場合は、原則算定不可。

# 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙４ |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| 視覚又は聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある利用者の数が利用者全体の100分の30以上であって、視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する従業者を、基準に加えて利用者数を50で除して得た数以上配置。 | 利用者全員に41単位/日 |

# 就労移行支援体制加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙５ |
|---|---|

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| （Ⅰ） | 前年度において、当該サービス事業所を利用して就労し、６月を超える期間継続して就労している者（就労定着者）が、前年度にいる場合 | 平均工賃月額に応じて７～93単位×前年度の就労定着者数/日 |
| （Ⅱ） | | 平均工賃月額に応じて６～90単位×前年度の就労定着者数/日 |
| （Ⅲ） | | ６～42単位×前年度の就労定着者数/日 |
| （Ⅳ） | | ５～39単位×前年度の就労定着者数/日 |

※１：就労移行支援体制加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）の事業所については、就労継続支援Ｂ型サービス費（Ⅰ）又は就労継続支援Ｂ型サービス費（Ⅱ）を算定している就労継続支援Ｂ型を経て企業等に就労（企業等との雇用契約に基づく就労をいい、労働時間等労働条件の内容は問わない。ただし、就労継続支援Ａ型事業所の利用者としての移行及び施設外支援の対象となるトライアル雇用は除く。）した後、就労定着者が前年度においている場合、利用定員及び平均工賃月額に応じた所定単位数に前年度の就労定着者の数を乗じて得た単位数を加算する。

※２：就労移行支援体制加算（Ⅲ）及び就労移行支援体制加算（Ⅳ）については、就労継続支援Ｂ型サービス費（Ⅲ）又は就労継続支援Ｂ型サービス費（Ⅳ）を算定している就労継続支援Ｂ型を経て企業等に就労した後、当該企業等での雇用が継続している期間が６月に達した就労定着者が前年度においている場合、利用定員に応じた所定単位数に前年度の就労定着者の数を乗じて得た単位数を加算する。

※３：６月を超える期間就労した者が前年度にいる場合、就労定着者としてカウント。
（例）令和２年10月１日に就労 ⇒「６月経過した日」
＝ ６月－１日
＝ 令和３年３月31日（令和２年度）
⇒ 令和３年度報酬算定上の就労定着者としてカウントする

## 補足

※１：令和３年度の報酬改定により、施設外就労加算は廃止になりました。

※２：施設外就労のスキームは残っていますので、厚生労働省からの通知（「就労移行支援事業、就労継続支援事業（A型、B型）における留意事項について」）も参照願います。

## 目標工賃達成指導員配置加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙６ |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| ・生活支援員及び職業指導員の総数を、前年度平均利用者数を7.5で除した数以上配置<br>・目標工賃達成指導員を常勤換算１以上配置<br>・目標工賃達成指導員、生活支援員、職業指導員の総数を、前年度平均利用者数を6で除した数以上配置 | 利用者全員に<br>72~89単位/日 |

※１：加算取得可能なサービス費は（Ⅰ）又は（Ⅲ）である点に注意。
※２：目標工賃達成指導員は、原則専従であること。

## 重度者支援体制加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙７ |
|---|---|

| 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| Ⅰ | 前年度の延利用者数のうち、障害基礎年金１級受給者の延べ利用者数が100分の50以上である場合。 | 利用者全員に<br>45~56単位/日 |
| Ⅱ | 前年度の延利用者数のうち、障害基礎年金１級受給者の延べ利用者数が100分の25以上である場合。 | 利用者全員に<br>22~28単位/日 |

※：要件については、利用者数実績確認表（長野県ＨＰに掲載）を用いて計算すること。

# 社会生活支援特別加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙８ |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| ・加算対象者受入に際して、適切な支援を行うために必要な数の人員を確保することが可能であること。<br>・社会福祉士又は精神保健福祉士の資格を有する者の配置若しくは訪問により指導体制を整備<br>・矯正施設を退所した障害者の支援に関する研修を年１回以上実施<br>・各関係機関との協力体制を整備<br>・サービス利用開始から３年間 | 対象利用者に480単位/日 |

※地域生活移行個別支援特別加算及び社会生活支援特別加算の算定対象者

医療観察法に基づく通院決定又は退院許可決定を受けてから３年を経過していない者又は矯正施設若しくは更生保護施設を退所等の後、３年を経過していない者であって、保護観察所又は地域生活定着支援センターとの調整により、当該事業所等を利用することとなった者

# ピアサポート実施加算

| | |
|---|---|
| 県への事前届出必要 | ・報酬様式１別紙１<br>・受講した研修の実施要綱、カリキュラム及び研修を修了したことを証明する書類等 |

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| 次のアからウまでのいずれにも該当する就労継続支援Ｂ型事業所において、イの(ア)の者が、利用者に対して、就労及び生産活動についてのピアサポーターとしての支援を行った場合に、当該支援を受けた利用者の数に応じ、１月につき所定単位数を加算。<br>ア 就労継続支援Ｂ型サービス費(Ⅲ)又は就労継続支援Ｂ型サービス費(Ⅳ)を算定していること。<br>イ 当該就労継続支援事業所の従業者として、都道府県又は指定都市が実施する障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修を修了した次の者をそれぞれ配置していること。<br>(ア) 障害者又は障害者であったと都道府県知事が認める者<br>(イ) 当該就労継続支援Ｂ型事業所の従業者<br>ウ イの者により、当該就労継続支援Ｂ型事業所の従業者に対し、障害者に対する配慮等に関する研修が年１回以上行われていること。 | 対象利用者に100単位/月 |

※１：令和５年度までの経過措置として、ピアサポーター養成研修として都道府県又は市町村が認める研修を修了した場合も加算の対象とされている。経過措置期間中の取扱いについて、長野県の取扱いは以下のとおり。

・市町村が委託又は補助等により実施するピアサポーターの養成を目的とする研修のほか、民間団体が自主的な取組として実施するピアサポーターの養成を目的とする研修についても対象とする。

・「障害者ピアサポート研修事業実施要綱」（厚生労働省）を目安に、以下の内容をすべて満たすこと。

① ピアサポートの基礎知識や専門性を学ぶ講義を設けていること

② 講義の振り返り、気づきを共有する演習を設けていること

③ 研修を修了したことを証明する書類があること上記①～③をすべて満たす必要があります

※２：ピアサポーターに関する講演のみの受講は加算の算定対象にならない。

ピアサポート実施加算については、長野県が発出している通知（「ピアサポート体制加算及びピアサポート実施加算の算定について」）も参照すること。

## 初期加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| サービス利用を開始した日から、30日以内の期間について加算。<br><br>サービス利用の初期段階において、利用者の居宅を訪問し生活状況等の把握を行うなどのアセスメント等の手間を評価するための加算 | 該当利用者に30単位/日 |

※１：暦日で30日間のうち実際に利用した日数分算定
※２：30日を超える入院後に再度利用した場合も算定できる。
※３：「初期加算」と「入所時特別支援加算」（施設入所支援）との併給可。

## 訪問支援特別加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 所要時間 | 算定単位 |
| --- | --- | --- |
| 概ね３か月以上継続的にサービス利用をしていた利用者が、最後に利用した日から中５日間以上連続して利用がなかった場合に、生活介護計画等に基づき、あらかじめ利用者の同意を得た上で、居宅に訪問し、家族等との連絡調整や利用のための働きかけ、支援計画の見直しなどを行った場合。（月２回まで） | 1時間未満 | 該当利用者に187単位/日 |
| | 1時間以上 | 該当利用者に280単位/日 |

※：中５日間は利用予定日ではなく開所日数。

## 欠席時対応加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 利用を予定していた利用者が、急病等により急きょ利用を中止した日の前々日、前日、当日に中止の連絡があった場合において、利用者、家族等へ連絡調整を行うとともに、引き続き事業所の利用を促す等の相談援助を行った場合に１月につき４回を限度として加算。 | 該当利用者に94単位/日 |

## 就労移行連携加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 就労継続支援B型を受けた後に就労移行支援の支給決定を受けた者がいた場合において、当該者に対して、当該支給決定に係る申請の日までに、就労移行支援事業者との連絡調整その他の相談援助を行うとともに、当該申請を行うに当たり、就労継続支援B型における支援の状況等の情報を文書により相談支援事業者に対して提供している場合に、１回に限り、所定単位数を加算する。 | 1,000単位/日 |

＊：利用者が特定相談支援事業所を利用せず、セルフプランにより就労移行支援事業所に移行した場合は算定でない点に注意。

# 医療連携体制加算

| 県への事前届出 | 不要 |
|---|---|

| 区分 | | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|---|
| （Ⅰ） | | 看護職員が事業所を訪問して利用者（８人を限度）に対して看護を行った場合（１時間未満） | 32単位/日 |
| （Ⅱ） | | 看護職員が事業所を訪問して利用者（８人を限度）に対して看護を行った場合（１時間以上２時間未満） | 63単位/日 |
| （Ⅲ） | | 看護職員が事業所を訪問して利用者（８人を限度）に対して看護を行った場合（２時間以上） | 125単位/日 |
| （Ⅳ） | 利用者１人 | 看護職員が事業所を訪問して医療的ケアを必要とする利用者に対して看護を行った場合 | 800単位/日 |
| | 利用者２人 | | 500単位/日 |
| | 利用者３人～８人 | | 400単位/日 |
| （Ⅴ） | | 看護職員が事業所を訪問して医療的ケアを必要とする利用者に対して看護を行った場合 | 看護職員１人当たり500単位/日 |
| （Ⅵ） | | 研修を受けた介護職員等が喀痰吸引等を実施した場合 | 100単位/日 |

## 医療連携体制加算の算定要件について

※１：（Ⅰ）～（Ⅲ）は医療的ケアを必要としない利用者に対する看護の場合に、（Ⅳ）と（Ⅴ）は医療的ケアを必要とする利用者に対する看護である場合に算定

※２：（Ⅳ）については、看護職員がスコア表に掲げるいずれかの医療行為を必要とする状態である者又は医師意見書により医療が必要であるとされる者に対して看護を行った場合に、当該看護を受けた利用者数に応じて加算を算定する。ただし、（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを算定している利用者については算定しない。

### スコア表に掲げる医療行為

①人工呼吸器（鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置及び高頻度胸壁振動装置を含む。）の管理、②気管切開の管理、③鼻咽頭エアウェイの管理、④酸素療法、⑤吸引（口鼻腔又は気管内吸引に限る。）、⑥ネブライザーの管理、⑦経管栄養（経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻又は食道瘻、持続経管注入ポンプ使用）、⑧中心静脈カテーテルの管理（中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬等）、⑨皮下注射（皮下注射（インスリン、麻薬等の注射を含む。）、持続皮下注射ポンプ使用）、⑩血糖測定（持続血糖測定器による血糖測定を含む。）、⑪継続的な透析（血液透析、腹膜透析等）、⑫導尿（間欠的導尿、持続的導尿（尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎瘻又は尿路ストーマ））、⑬排便管理（消化管ストーマの使用、摘便又は洗腸、浣腸）、⑭痙攣時における座薬挿入、吸引、酸素投与又は迷走神経刺激装置の作動等の処置

※３：（Ⅴ）については、医療機関等との連携により、看護職員を事業所に訪問させ、当該看護職員が認定特定行為業務従事者に喀痰吸引等に係る指導を行った場合に加算を算定する。

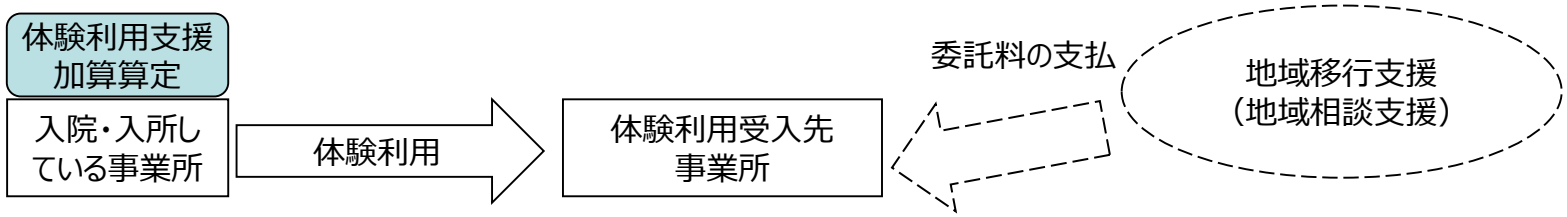
※４：（Ⅵ）については、喀痰吸引等が必要な者に対して認定特定行為業務従事者が喀痰吸引等を行った場合に加算を算定する。ただし、（Ⅰ）～（Ⅳ）のいずれかを算定している利用者については算定しない。

# 障害福祉サービスの体験利用支援加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 利用者が、地域移行支援における障害福祉サービスの体験的な利用支援を利用する場合において、以下のいずれかの支援を行った場合。<br>①体験的な利用支援の日の昼間の時間帯に介護等の支援を行った場合。<br>②地域移行支援事業者との連絡調整やその他相談援助を行った場合。 | ・利用開始日から5日以内<br>該当利用者に500単位/日<br>・6日以上15日以内<br>該当利用者に250単位/日<br>（地域生活支援拠点等の場合＋50単位/日） |

※：体験的な利用支援の日には、基本報酬は算定できず、本加算のみの請求となる。




# 在宅時生活支援サービス加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 通所利用が困難で在宅による支援がやむを得ないと市町村が判断した在宅利用者であり居宅介護や重度訪問介護を利用している者であって支援を受けなければ在宅利用が困難な場合について、当該事業所が費用を負担することで、在宅利用者の居宅に居宅介護事業所や重度訪問介護事業所に従事する者を派遣し、在宅利用者の生活支援に関する支援を提供した場合に加算する。 | 対象利用者に300単位/日 |

※在宅利用を検討する場合は、必ず市町村へ事前に相談すること。

# 地域協働加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 持続可能な活力ある地域づくりに資することを目的として、地域住民、地元企業、自治体その他の関係者と協働した取組を行い、当該取組内容をインターネットの利用その他の方法により公表した場合に、当該取組に参加し、支援を受けた利用者の数に応じ、１日につき所定単位数を加算する。 | 30単位/日 |

※１：加算取得可能なサービス費は（Ⅲ）又は（Ⅳ）である点に注意。
※２：加算の対象となる地域の範囲について、基本的には、指定就労継続支援Ｂ型事業所の所属する市町村や近隣自治体であるが、当該指定就労継続支援Ｂ型事業所の属する地域の活性化や、利用者と地域住民との繋がりに資する取り組みであれば、遠隔の地域と協働した取組であっても、差し支えない。
※３：取組の内容については、本加算の趣旨が、利用者の多様な働く意欲に応えつつ、就労を通じた地域での活躍の場を広げる取組に対する評価であることに鑑み、利用者と地域住民との繋がりや地域活性化、地域課題の解決に資する取組であることが望ましい。

（適切な取組の例）　※生産活動収入があるものに限る
・地域で開催されるイベントへの出店
・農福連携による施設外での生産活動
・請負契約による公園や公共施設の清掃業務
・飲食業、小売業など地域住民との交流の場となる店舗運営
・高齢者世帯への配食サービス
・上記活動に係る営業活動等

（不適切な取組の例）
・生産活動収入が発生しない地域活動等
・レクリエーションを目的とした活動
・生産活動収入の発生には結びつかないような、単に見学や体験を目的とした施設外の活動

※４：取組内容については、本加算を算定する月ごとに、当該月の報酬請求日までに公表すること。また、公表は本加算の対象となる取組ごとに行うため、本加算の対象となる取組が複数ある場合は、それぞれの取組内容を公表すること。
※５：公表方法については、原則、事業所のホームページ等インターネットを利用した公表方法以外にも、市町村等が発行する情報誌への掲載や当該就労継続支援Ｂ型事業所等及び関係機関等での掲示も可。

# 就労定着支援

## 基本報酬

県への事前届出必要

| 定員 | 就労定着率 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 3割未満 | 3割以上5割未満 | 5割以上7割未満 | 7割以上8割未満 | 8割未満9割未満 | 9割以上9割5分未満 | 9割5分以上 |
| 20人以下 | 1,046単位 | 1,395単位 | 1,642単位 | 2,176単位 | 2,710単位 | 3,285単位 | 3,449単位 |
| 21人以上40人以下 | 837単位 | 1,117単位 | 1,314単位 | 1,741単位 | 2,168単位 | 2,628単位 | 2,759単位 |
| 41人以上 | 785単位 | 1,047単位 | 1,232単位 | 1,632単位 | 2,032単位 | 2,463単位 | 2,587単位 |

※１：「過去３年間に就労定着支援を利用した総数のうち前年度末日において就労が継続している者÷過去３年間に就労定着支援を利用した総数」により就労定着率を算出し、定着率に応じた基本報酬を算定する。

※２：新規指定の事業所の初年度の就労定着率については、以下の計算による。

ア　指定を受ける前月末日から起算して過去３年間に指定就労移行支援等を受けた後、一般就労した者の総数を算出。

イ　アのうち指定を前月末日において就労が継続している者の総数を算出する

ウ　ア÷イにより新たに指定を受ける場合の就労定着率を算出する。

※３：年度途中で新たに支援の提供を開始した場合における、支援の提供を開始した日から１年間経過した日の属する月から当該年度の３月までの就労定着率については、以下の計算による。

ア　支援の提供を開始した日から１年間経過した日の属する月の前月の末日までの利用者の総数を算出する。

イ　アのうち支援の提供を開始した日から１年間経過した日の属する月の前月の末日において就労が継続している者の総数を算出する。

ウ　ア÷イにより新たに指定を受ける場合の就労定着率を算出する。

※４：厚生労働省の通知（「就労定着支援の実施について」など）も参照すること。

# 各種加算

## 就労定着実績体制加算

| 県への事前届出必要 | 加算別紙１ |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| 過去6年間に指定就労定着支援の利用を修了した者のうち、雇用された通常の事業所に42月以上78月未満の期間継続して就労している者又は就労していた者の割合が前年度において100分の70以上の場合 | 利用者全員に300単位/月 |

※：「指定就労定着支援の利用を修了した者」には３年間の支援機関未満で利用を修了した者も含む。

## 職場適応援助者養成研修修了者配置体制加算

| 県への事前届出必要 | 研修修了書写 |
|---|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| 訪問型職場適応援助者養成研修の修了者を就労定着支援員として配置した場合に、就労定着支援の利用者全員に対して加算 | 120単位/月 |

## 初期加算

| 県への事前届出不要 |
|---|

| 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|
| 生活介護等と一体的に運営される事業所において、一体的に運営されている生活介護等以外を利用して通常の事業所に雇用された者に対して、新たな計画を作成し支援を行った場合に加算 | 該当利用者900単位/日 |

## 定着支援連携促進加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 地域の就労支援機関等との必要な連絡体制の構築を図るため、各利用者の就労定着支援計画に係る関係機関を交えたケース会議を開催し、関係機関との連絡調整を行った場合に、支援期間（最大３年間）を通じ、１月に１回、年に４回を限度に加算を算定。 | 579単位/回 |

※１：ケース会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができる。ただし、障害を有する者が参加する場合には、その障害の特性に応じた適切な配慮を行う必要がある（個人情報保護委員会「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」等を遵守すること。）。

※２：「地域の就労支援機関等」とは以下の機関を指す。

ア 障害者就業・生活支援センター
イ 地域障害者職業センター
ウ ハローワーク
エ 当該利用者が雇用されている事業所
オ 通常の事業所に雇用される以前に利用していた就労移行支援事業所等
カ 特定相談支援事業所
キ 利用者の通院先の医療機関
ク 当該利用者の支給決定を行っている市町村
ケ その他障害者の就労支援を実施している企業、団体等

※３：ケース会議は就労定着支援計画に関する会議であるため、サービス管理責任者は必ず出席する必要がある。

## 特別地域加算

県への事前届出不要

| 加算要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 中山間地域等に居住している者若しくは中山間地域等に所在する企業においてサービスが行われた場合に算定。 | 240/月 |

## 通知類

・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について
・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について
・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準について
・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定地域相談支援の事業の人員及び運営に関する基準について
・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準について

※施設の運用や加算に関しては、厚生労働省から多くの通知が発出されているので、厚生労働省のHPや『事業者ハンドブック報酬編』（中央法規出版）等を確認すること。

## 改正概要

・令和３年度障害福祉サービス等報酬改定における主な改定内容
・令和３年度障害福祉サービス等報酬改定の概要
・障害福祉サービス費等の報酬算定構造

## Q & A

・令和３年度障害福祉サービス等報酬改定等に関するＱ＆Ａ VOL.１（令和３年３月31日）
・令和３年度障害福祉サービス等報酬改定等に関するＱ＆Ａ VOL.２（令和３年４月８日）
・令和３年度障害福祉サービス等報酬改定等に関するＱ＆Ａ VOL.３（令和３年４月16日）
・令和３年度障害福祉サービス等報酬改定等に関するＱ＆Ａ VOL.４（令和３年５月７日）
・令和３年度障害福祉サービス等報酬改定等に関するＱ＆Ａ VOL.５（令和３年６月29日）

厚生労働省
ホーム > 政策について >分野別の政策一覧 >福祉・介護 >障害者福祉 >令和３年度障害福祉サービス等報酬改定について
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000202214_00007.html

長野県
ホーム > 健康・医療・福祉 > 障がい者福祉 > 障害福祉サービス > 障害福祉サービス事業者向け情報 > 障がい福祉サービス事業者の皆さまへ
https://www.pref.nagano.lg.jp/shogai-shien/kenko/shogai/shogai/joho/jigyosha/index.html

# Ⅲ　各種減算について

# 減算概要①

全サービス

| | 減算要件 | 減算期間 | 算定単位 |
|---|---|---|---|
| 個別支援計画未作成減算 | 以下のいずれかに該当する場合<br>①サービス管理責任者による指揮の下、個別支援計画が作成されていない。<br>②指定基準に基づき、個別支援計画に係る一連の業務が適切に行われていない。 | 該当する月から解消されるに至った月の前月まで | 該当利用者に減算適用月から2月目まで所定単位数の70/100<br><br>3月以上減算が連続した場合所定単位数の50/100 |

| | 減算要件 | 減算期間 | 算定単位 |
|---|---|---|---|
| 地方公共団体が設置する場合の減算 | 地方公共団体が設置した事業所の場合<br>※指定管理事業所も減算対象 | 全期間 | 利用者全員に所定単位数の965/1000 |

# 減算概要②

全サービス（※）

| | 減算要件 | | 減算期間 | 算定単位 |
|---|---|---|---|---|
| 人員欠如減算 | （ア）配置すべき生活支援員、看護職員、理学療法士、作業療法士、地域移行支援員、職業指導員、就労支援員、就労定着支援員及び世話人の人員が欠如した場合 | 必要員数の１割を超えて欠如 | 人員欠如した月の翌月から人員欠如が解消されるに至った月まで | 利用者全員に減算適用月から2月目まで所定単位数70/100<br><br>3月以上減算が連続した場合所定単位数の50/100 |
| | | 必要員数の１割を超えずに欠如 | 欠如した月の翌々月から解消されるに至った月まで（翌月末日までに基準を満たした場合を除く。） | |
| | （イ）常勤又は専従など、（ア）の職種に該当する従業者の員数以外の要件を満たしていない場合 | | | |
| | （ウ）（ア）以外の職種の人員が欠如した場合（サービス管理責任者など） | | | 利用者全員に減算適用月から4月目まで所定単位数70/100<br><br>5月以上減算が連続した場合所定単位数の50/100 |
| | （エ）常勤又は専従など、（ア）以外の職種の従業者の員数以外の要件を満たしていない場合 | | | |

※施設入所支援及び共生型障害福祉サービスを除く

# 減算概要③

施設入所支援

| | 減算要件 | 減算期間 | 算定単位 |
|---|---|---|---|
| 夜勤職員欠如減算 | 以下のいずれかに該当する場合<br>①２日以上連続して夜勤職員が欠如<br>②４日以上夜勤職員が欠如 | 要件が発生した月の翌月 | 利用者全員に所定単位数の95/100 |

| | 減算要件 | 減算期間 | 算定単位 |
|---|---|---|---|
| 栄養士未配置、非常勤減算 | 配置されている栄養士が非常勤の場合 | 要件に該当する月 | 利用者全員に6~12単位減算 |
| | 栄養士が配置されていない場合 | | 利用者全員に12~27単位減算 |

※1

| | 減算要件 | 減算期間 | 算定単位 |
|---|---|---|---|
| 定員超過減算 | 以下の利用者数を超えた場合 | 定員超過した日又は月 | 利用者全員に所定単位数の70/100 |

| 区分 | | 日中活動サービス | 施設入所等 |
|---|---|---|---|
| 1日の利用者数 | 定員50人以下 | 定員×150/100 | 定員×110/100 |
| | 定員51人以上 | (定員-50)×125/100+75 | (定員-50)×105/100+55 |
| 過去3ヶ月間の利用者数(平均) | 定員11人以下 | 定員+3 | 定員×105/100 |
| | 定員12人以上 | 定員×125/100 | |

※１：日中活動系サービス、療養介護、施設入所支援、宿泊型自立訓練

# 減算概要④

全サービス

| | 減算要件 | 減算期間 | 算定単位 |
|---|---|---|---|
| 身体拘束廃止未実施減算 | ①指定障害福祉サービス基準又は指定障害者支援施設基準の規定に基づき求められる身体拘束等に係る記録が行われていない場合。なお、施設等において身体拘束等が行われていた場合ではなく、記録が行われていない場合である点に留意すること。<br>②指定障害福祉サービス基準又は指定障害者支援施設基準の規定に基づき求められる身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない場合<br>③身体拘束等の適正化のための指針を整備していない場合。<br>④身体拘束等の適正化のための研修を定期的に実施していない場合、具体的には、研修を年１回以上実施していない場合。 | 要件が発生した翌月から改善が認められた月まで | 利用者全員について、<br>5単位/日減算 |

※１：以下のサービスについて、②～④は令和５年３月31日までは減算しない。
療養介護、生活介護、短期入所、施設入所支援、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援Ａ型、就労継続支援Ｂ型（基準該当就労継続支援Ｂ型を含む。）、共同生活援助

# 減算概要⑤

## A型事業所

| | 減算要件 | 減算期間 | 算定単位 |
|---|---|---|---|
| 自己評価未公表減算 | 就労継続支援Ａ型サービス費を算定するに当たり算出する評価点を、インターネットの利用その他の方法により毎年度４月中に公表していない場合に減算。<br>※新規指定の事業所の初年度(年度途中に指定された事業所については、初年度及び２年度目)については、スコアを算出できないため、公表は要さない。) | 解消されるまでの期間 | 85/100減算 |

## 生活介護

| | 減算要件 | 減算期間 | 算定単位 |
|---|---|---|---|
| 医師が配置されていない場合の減算 | 看護師による適切な支援、必要に応じた通院等による対応等が可能な場合、医師を配置しない取扱いとすることができるが、その場合にあっては減算 | 要件に該当する期間 | 利用者全員について、<br>12単位/日減算 |

| | 減算要件 | 減算期間 | 算定単位 |
|---|---|---|---|
| 開所時間減算 | 開所時間が６時間未満の場合、時間に応じて減算<br>※開所時間は事業所の営業時間（送迎時間を除く）であり、個々の利用者の実利用時間数は問わない。 | 要件に該当する期間 | 利用者全員に所定単位数の50~70/100 |

# 減算概要⑥

生活介護

| | 減算要件 | 減算期間 | 算定単位 |
|---|---|---|---|
| 短時間利用減算 | 前3月における平均利用時間が５時間未満の利用者（※）のしめる割合が当該月において、100分の50以上である場合 | 要件に該当する月 | 利用者全員に所定単位数の70/100 |

※以下のやむを得ない理由により5時間未満の利用になってしまう利用者については割合の算定から除くこととする。
・障害特性等によりやむを得ず短時間利用となる利用者（サービス等利用計画等への位置付けを行うことを前提とし、当該計画等を基にした支給決定市町村の判断による）
・遠方からの利用者等、やむを得ず送迎に長時間を要する利用者
・運営規定に営業時間を明示し、イベントの日など、特例的に短時間の開所としている日　等

利用者A
前3月の合計利用時間：450時間
前3月の利用日数：60日
前3月の平均利用時間：7.5時間
当月の利用日数：20日

利用者B
前3月の合計利用時間：45時間
前3月の利用日数：10日
前3月の平均利用時間：4.5時間
当月の利用日数：4日

利用者C
前3月の合計利用時間：288時間
前3月の利用日数：60日
前3月の平均利用時間：4.8時間
当月の利用日数：22日

$$\frac{\text{平均利用時間が5時間未満の利用者の延べ数（利用者B（4日）＋利用者C（22日））}}{\text{事業所の利用者の延べ数　（利用者A（20日）＋利用者B（4日）＋利用者C（22日））}} = 0.565\cdots \geqq \frac{50}{100}\ \text{（減算）}$$

# 各種加算・減算の届出方法

| | 提出様式 | 提出期限 | 提出先 |
|---|---|---|---|
| 減算 | 変更届出書 | 事実発生日から約10日以内 | 各保健福祉事務所<br>福祉課 |
| 加算 | 変更届出書 | 前月の15日まで | |
| 処遇改善加算/<br>特定処遇改善加算 | 計画書<br>（変更届出書） | 年度初の提出は前々月の末日まで<br><br>年度内に既に計画書提出済で内容に変更がある場合は前月の15日まで | |

加算の届出様式が不要の場合でも、「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」等の書類は必ず事前に提出すること

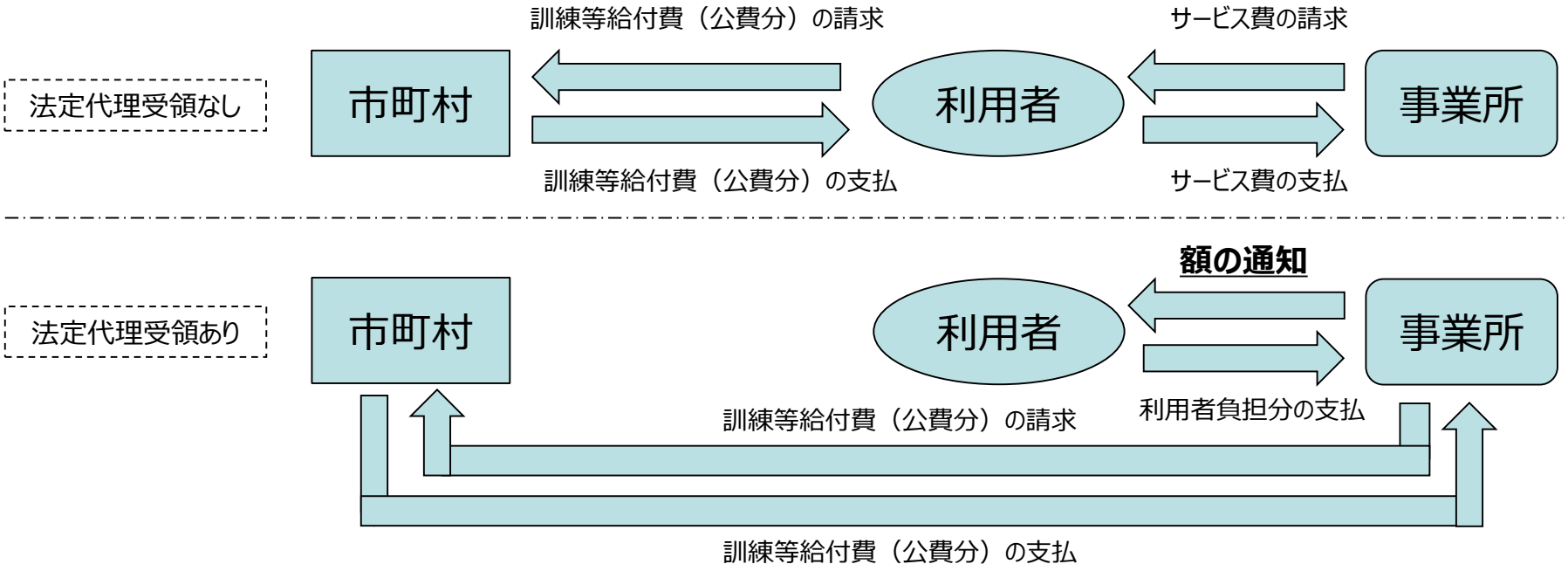
# Ⅳ　実地指導における主な指摘事項

# 指摘事項①

全サービス共通

| 指摘事項 | 指摘内容 |
| --- | --- |
| 訓練等給付費の額の通知 | ・法定代理受領により市町村から訓練等給付費の支給を受けた際に、支給決定障害者に対し訓練等給付費の額を通知していない。 |

「訓練等給付費の法定代理受領」：本来、利用者から受け取る訓練等給付費を市町村から直接受け取ること。



# 指摘事項②

| 指摘事項 | 指摘内容 |
| --- | --- |
| 送迎加算 | ・送迎加算（Ⅰ）｛平均10名以上かつ週３回以上の送迎｝を算定している事業所において、要件を満たしていない月があった。 |

○送迎加算を算定している事業所は、毎月要件を満たしているか確認して算定すること。
○送迎加算（Ⅰ）を通常算定している事業所が、要件を満たせない月があった場合には、送迎加算（Ⅱ）｛平均10名以上又は週３回以上｝を算定できるか確認すること。
→要件を満たせば送迎加算（Ⅱ）を算定すること。

| 指摘事項 | 指摘内容 |
| --- | --- |
| 初期加算<br>入所時特別支援加算 | ・初期加算算定期間中の生活状況の把握やアセスメント等の記録がなかった。<br>・同一敷地内の事業所への移動では加算対象とはならない。<br>・短期入所後、日を開けずに入所した場合、通算での暦日で算定していない。 |

| 指摘事項 | 指摘内容 |
| --- | --- |
| 食事提供体制加算 | ・利用者契約書に食事提供の記載がない為整備すること。食事提供の記録がなかった。<br>・個別支援計画上に食事提供の位置づけがなかった。 |

○それぞれの加算の趣旨に即した個別支援計画上の位置づけ、生活状況の把握やアセスメント等の記録、食事提供の記録、支援内容の記録等を行う事

# 指摘事項③

| 指摘事項 | 指摘内容 |
| --- | --- |
| 欠席時対応加算 | ・利用者の状況、相談援助の内容等の記録がない。<br>・急病等により利用を中止した日の前々日、前日、当日に中止の連絡があった場合に算定できるが、それ以前に連絡があった場合も算定している。 |

○欠席時対応加算は、急病等によりサービス利用ができなかった利用者に対して、本人又は家族等との連絡調整その他相談援助を行ったことを評価する加算。
→連絡調整・その他相談援助の記録がなければ算定できない。
○前々日よりも前に欠席の連絡があった場合は加算は算定できません。また、元々利用予定日ではない日に算定することはできない。
○前々日、前日とは、２営業日前、１営業日前のことをいう。

| 指摘事項 | 指摘内容 |
| --- | --- |
| 訪問支援特別加算 | ・自宅を訪問したのみで算定が行われていた。<br>・生活介護計画に支援に要する標準的な時間が位置付けられていなかった。 |

○先に示した要件を満たした上で、実際に要した時間ではなく、生活介護計画に基いて行われるべきサービスに要する時間に基づいた単位が算定される。

# Ⅴ　その他届出書について

## 利用日数に係る特例の適用を受ける日中活動サービス等に係る届出書

| | |
|---|---|
| 対象となるサービス | 日中活動サービス<br>（生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援Ａ・Ｂ型） |
| 特例の内容 | 原則として、利用日数は各月の日数から８日を控除した日数「原則の日数」を限度として利用することとしているが、３か月以上１年以内の期間において、利用日数の合計が「原則の日数」の総和の範囲内であれば「原則の日数」を超えた利用ができる。<br>（具体例）<br>１年の利用日数総和の269日（うるう年においては270日）以内であれば、８月に23日以上の利用ができる。 |
| 留意事項 | 特例の申請は事業所単位で行い、各月の利用日数を設定する。<br>（具体例）<br>９月の利用日数を25日、10月の利用日数を20日と設定する。 |
| 届出方法 | 必要書類を管轄の保健福祉事務所福祉課へ２部提出（中核市所在事業所は各中核市）<br>提出期限は**前月末日**。また、年度毎に再度提出が必要となるため、Ｒ４年度も特例の適用を受ける場合は、令和３年３月31日（火）までに提出すること。 |

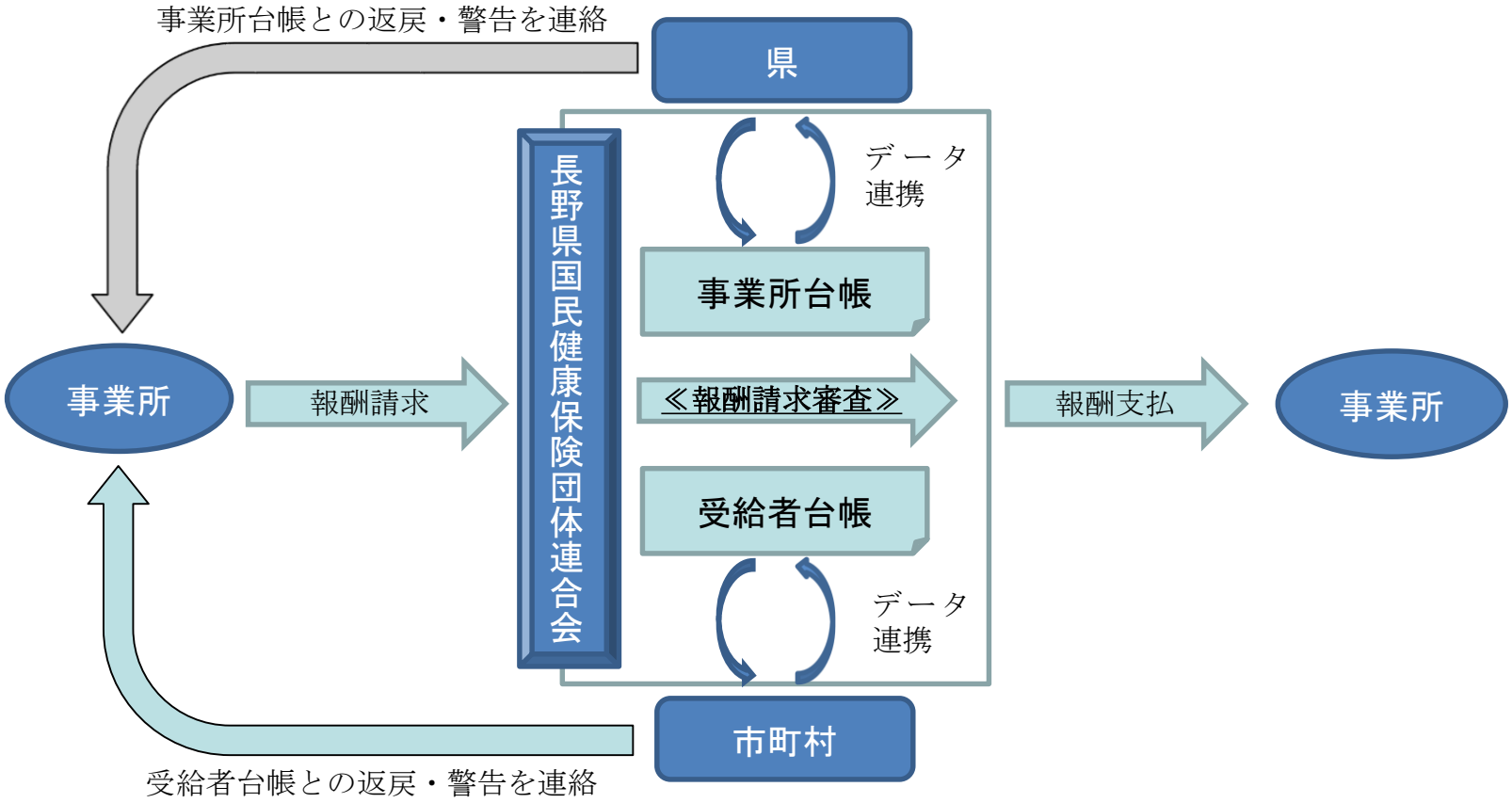
## 就労継続支援Ａ型事業利用者負担減免措置届出書

| | |
|---|---|
| 措置の内容 | 就労継続支援Ａ型事業は、事業者から利用者に対して賃金を払う一方で、利用者から事業者へサービス費の自己負担分を払う制度となっている。このような双方からの支払がある関係を鑑みて、事業者の判断により事業者の負担をもって利用料を減免（何%減免・免除）することができる。 |
| 留意事項 | 措置の届出は事業者単位で行い、当該事業者で雇用している利用者に対して一律同じ減免をしなければならない。 |
| 届出方法 | 必要書類を長野県健康福祉部障がい者支援課へ１部提出。（長野市所在事業所は長野市）<br>提出期限は減免を受ける日の前日までが望ましい。 |

# Ⅵ　報酬請求時の返戻・警告について

# 報酬請求時の審査について

報酬請求審査概略図



# 返戻・警告について

返戻・警告とは

| 種類 | 内容 |
|---|---|
| 返戻（エラー） | 請求情報の記載誤りや不備等で台帳との突合で不一致が生じ、支払処理ができない状況。請求は差し戻され、支払は行われない。 |
| 警告 | 請求情報の記載誤りや不備等で台帳との突合で不一致が生じている可能性がある状況。支払は県及び市町村との協議の上で可否を判断する。 |

返戻・警告の対応方法

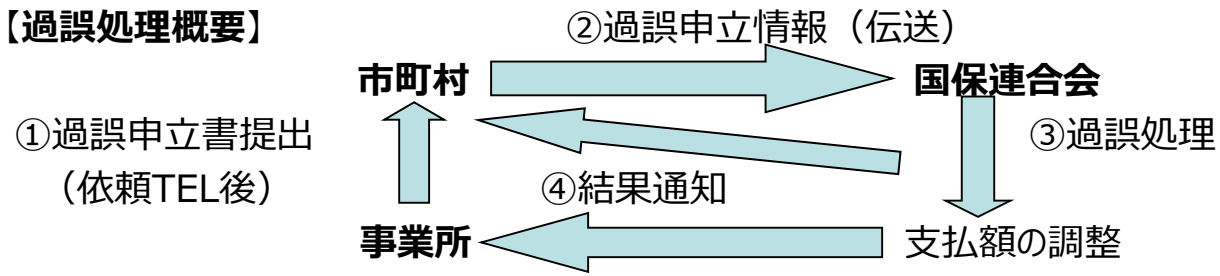
毎月の請求期限後、４日間程度差替え期間が設定されているため、その期間中に国保連合会と調整の上、誤った請求の取下げ及び正しい請求の再請求を行う。
この手続きを経た上で返戻・警告が消えた場合、通常通りの支払となる。

# 過誤処理について

| | 内容 |
|---|---|
| 過誤処理 | 国保連合会で審査決定（支払）をした後に、請求誤り（洩れや一部変更等）が判明した場合、過誤調整として誤った請求の取下げ及び正しい請求での再請求を行う手続き。 |

過誤処理を行う場合、過誤処理を行う利用者の支給決定市町村に対して過誤申立書を提出した上で、取下げ・再請求の手続きを行う。

**【過誤処理概要】**



# 過誤処理の方法について

| 過誤処理の方法 | 内容 | 支払内容 |
|---|---|---|
| 通常過誤 | ・事業所は、市町村に支払決定済の請求明細書等の過誤依頼（取下げ依頼）を行う。<br>・市町村が過誤申立書情報を国保連合会へ申立てた月の翌月以降に再請求をする。 | 請求額－過誤額 |
| 同月過誤 | ・事業所は、市町村に支払決定済の請求明細書等の過誤依頼（取下げ依頼）を行う。<br>・事業所は、市町村が過誤申立書情報を国保連合会へ申立てる月に再請求をする。 | 請求額－過誤額＋再請求額 |

（例）令和元年５月サービス提供分（10万円）を誤って請求したが、９万円が正しい請求であり、
令和元年９月サービス提供分（15万円）を請求する際に過誤処理を行う場合。

【通常過誤】
令和元年10月請求時に、９月分（15万円）－５月分誤（10万円）＝５万円が支払われる。
５月分正（９万円）は次回以降の請求時に合わせて行う。

【同月過誤】
令和元年10月請求時に、９月分（15万円）－５月分誤（10万円）＋５月分正（９万円）＝14万円が支払われる。

※同月過誤を行う場合、手続きのスケジュールが通常過誤よりも短いため事前に市町村へ要相談。

# Ⅶ　新型コロナウイルス感染症に関する情報等の提供について

## 新型コロナウイルス感染症に関する情報の提供について

障害福祉サービス等事業所における新型コロナウイルス感染症への対応等については、厚生労働省から都度通知が出されているところです。
多種多様な通知が発出されていますが、障害福祉サービス事業所の運営に係る事項については、障害福祉サービス事業所等の人員、施設・設備及び運営基準等の臨時的な取扱いに関する事項として取扱いが示されているので、参照いただきますようお願いします。

【厚生労働省ホームページ】
ホーム
＞政策について
＞分野別の政策一覧
＞福祉・介護
＞障害者福祉
＞障害福祉サービス等事業所における新型コロナウイルス感染症への対応等について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00097.html

## 県庁からの情報提供について

県からも随時情報を提供していますが、原則メールによる周知としておりますので、障害者支援課施設支援係にメールアドレスの登録をお願いします（メールアドレスが変更になった場合も速やかにご連絡願います）

資料

令和3年度指定障害福祉サービス事業者等集団指導資料

# 共同生活援助について

Ⅰ　県の指導について

Ⅱ　運営上の主な留意事項
（過去の実地指導における主な指摘事項を元に）

Ⅲ　指定基準上の留意事項

Ⅳ　報酬請求上の留意事項

# Ⅰ 県の指導について

| 指導の目的 |
| --- |
| 障害福祉サービス事業者の支援を基本とし、制度理解の促進、自立支援給付の適性化とよりよい支援の実現を目的とする。 |

| 指導の種類 | |
| --- | --- |
| 実地指導 | 主眼事項等に基づき、関係書類を閲覧し、関係者との面談方式で行い、文書又は口頭による指摘を行う。<br>・障害者支援施設：2年に1回<br>・障害福祉サービス事業所：3年に1回（新規事業所は指定後、概ね3か月後） |
| 集団指導 | サービス等の取扱い、自立支援給付等に係る費用の請求の内容、制度改正内容及び過去の指導事例等について講習等の方式で行う。 |
| 監査 | 指定基準違反等の事実関係を的確に把握し、公正かつ適切な措置を採ることを主眼とする。 |

| 集団指導について | |
| --- | --- |
| 内容と目的 | ○実地指導等で指摘が多いところ、事業者から問い合わせの多い事項等について、重点的に説明<br>→不適切な請求を防げ、安定した事業所運営につなげる。<br>→利用者が安心して利用できるようにする。 |
| 事業者の対応 | ○指摘事項等に該当する場合は、速やかに見直しをしてください。<br>○事業所において伝達研修を実施願います。（後日研修資料を県ホームページに掲載します。）<br>（資料掲載先）健康・福祉＞障がい者福祉＞障がい福祉サービス＞障がい福祉サービス事業者向け情報＞障害福祉サービス事業者の皆さまへ＞指定障害福祉サービス事業者等の指導について |

# Ⅱ　運営上の主な留意事項（参考）

## （令和元、平成30・29年度実地指導における主な指摘事項）

| 項　目 | 元年度 | 30年度 | 29年度 |
|---|---|---|---|
| 重要事項の説明等 | 22 | 8 | 8 |
| 共同生活援助計画 | 12 | 25 | 8 |
| 勤務体制 | 12 | 8 | |
| 非常災害対策 | 10 | 7 | 6 |
| サービス提供の記録 | 8 | 4 | 11 |
| 過誤調整 | 8 | 4 | 0 |
| 受給者証記載事項 | 6 | 4 | 3 |
| 預り金 | 6 | 3 | 4 |
| 運営規程 | 4 | 7 | 4 |
| 事故対応 | 4 | 5 | 5 |
| 支払の受領等 | 4 | 3 | 8 |
| 給付費の額の通知 | 4 | 3 | 3 |
| 衛生管理等 | 3 | 1 | 4 |
| 虐待防止 | 2 | 4 | 3 |
| 契約書 | 1 | 4 | 6 |
| 変更届未提出 | 1 | 3 | |
| 秘密保持 | | 3 | 4 |

実地指導を実施し、文書指導を行った主な指摘事項件数

# 共同生活援助計画の作成等

**サービス管理責任者の重要業務！**

【主な指摘事項】

- ○ 共同生活援助計画を作成していない、またはサービス管理責任者が作成していない。
- ○ 共同生活援助計画が利用者に交付されていない。
- ○ 共同生活援助計画について、利用者又は家族の同意を得ていない。
- ○ 共同生活援助計画作成にあたり、アセスメントが実施されていない、記録がない。
- ○ 実施状況等についてモニタリングが行われていない、記録がない。
- ○ 共同生活援助計画作成後のモニタリングと6か月に1回以上の見直しが行われていない。サービスの提供に当たる担当者の意見を聞いていない。

・ 共同生活援助計画の作成にあたっては、サービス管理責任者が、アセスメントを実施し、サービス提供担当者会議を開き意見を聴く等、適切な手続きを踏まえてください。

・ 共同生活援助計画は、利用者又は家族にこれを交付して、その内容を説明し、文書により利用者の同意を得てください。

・ 計画の実施状況の把握（モニタリング）やサービス提供担当者間で支援内容を検討し、少なくとも半年ごとに見直しをし、必要に応じて変更を行ってください。

・ 共同生活援助計画に係るアセスメント、モニタリング等の記録を整備してください。

・ 利用者及びその家族との連絡を継続的に行い、面談、説明内容を記録してください

# （参考）個別支援計画（共同生活援助計画）の作成等に関する条項

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業の設備及び運営の基準に関する条例（最低基準）　第17条

（療養介護計画）
第17条 療養介護事業所の管理者は、サービス管理責任者に療養介護に係る第3条第1項に規定する個別支援計画（以下この章において「療養介護計画」という。）の作成に関する業務を担当させるものとする。
2 サービス管理責任者は、療養介護計画を作成しようとするときは、適切な方法により、利用者の有する能力、その置かれている環境、その日常生活全般の状況等を踏まえて、その者の希望する生活及び課題等の把握を行わなければならない。
3 前項の規定による把握は、利用者に対し、面接をして、その趣旨について十分に説明をし、その理解を得た上で行わなければならない。
4 サービス管理責任者は、第2項の規定により把握した利用者の希望する生活及び課題等の内容に基づき、適切な支援内容を検討して、次に掲げる事項を記載した療養介護計画を作成しなければならない。この場合において、療養介護計画には、当該療養介護事業所が提供する療養介護以外の保健医療サービス又は福祉サービス等を提供する者との連携についても含めるよう努めなければならない。
（1）利用者の生活に対するその者及びその家族の意向
（2）利用者に対する総合的な支援の方針
（3）利用者の生活全般の質を向上させるための課題
（4）療養介護の目標及びその達成時期
（5）療養介護を提供する上での留意事項
5 サービス管理責任者は、療養介護計画の作成に当たっては、療養介護の提供に当たる担当者等を招集して行う会議により、当該担当者等の意見を聴かなければならない。
6 サービス管理責任者は、療養介護計画を作成したときは、利用者又はその家族にこれを交付して、その内容を説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。
7 サービス管理責任者は、療養介護計画に基づきサービスを提供している間、その実施状況の把握及び第2項の規定による把握を行い、少なくとも半年ごとに療養介護計画を見直し、必要に応じてその変更を行うものとする。この場合において、これらの把握に当たっては、利用者及びその家族との連絡を継続的に行うとともに、原則として、利用者に対し定期的に面接をして、その趣旨について十分な説明をし、その理解を得た上で行い、その把握した結果を記録しなければならない。
8 第4項から第6項までの規定は、療養介護計画の変更について準用する。

# （参考）個別支援計画（共同生活援助計画）の作成等に係る流れ

| 手順 | 留意事項 |
|---|---|
| 1　アセスメントの実施 | サービス管理責任者は、適切な方法により利用者の有する能力、環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて利用者の希望する生活や課題等の把握（アセスメント）を行い、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上での適切な支援内容を検討する。<br>アセスメントは、利用者に面接して行い、サービス管理責任者は、面接の趣旨を利用者に対して十分に説明し、理解を得ること。 |
| 2　個別支援計画の原案の作成 | サービス管理責任者は、アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき、次の事項が記載された個別支援計画の原案を作成する。<br>①利用者及びその家族の生活に対する意向<br>②総合的な支援の方針<br>③生活全般の質を向上させるための課題<br>④サービスの目標及びその達成時期<br>⑤サービスを提供する上での留意事項　等<br>事業所が提供するサービス以外の保健医療サービス又はその他の福祉サービス等との連携も含めるよう努めること。 |
| 3　会議の開催 | サービス管理責任者は、個別支援計画の作成に係る会議（担当者の招集）を開催し、個別支援計画の原案について意見を求める。<br>会議の概要や担当者からの意見を記録すること。 |
| 4　個別支援計画の原案の利用者・家族への説明・同意・交付 | サービス管理責任者は、個別支援計画の原案の内容について利用者・家族に対して説明し、文書により利用者等の同意を得る。<br>サービス管理責任者は、利用者等の同意の上、個別支援計画を作成し利用者に交付する。 |
| 5　モニタリングの実施と個別支援計画の見直し | サービス管理責任者は、利用者についての継続的なアセスメントを実施するとともに、個別支援計画の実施状況の把握（モニタリング）を行う。<br>モニタリングは、利用者・家族等との継続的な連絡及び定期的な利用者との面接により行う。<br>モニタリングの結果は定期的に記録すること。<br><br>個別支援計画（共同生活援助計画）は、少なくとも6月に1回以上見直しを行い、必要に応じて変更を行う。 |

# 重要事項の説明等

【主な指摘事項】

○ 重要事項説明書を交付して説明を行っていない。
○ 重要事項説明書に記載すべき事項の記載がない。
○ 現状、運営規程、契約書と内容が一致していない。
○ 重要事項説明書について利用者の同意を得ていない。

- 利用の申し込みがあったときは、運営規程の概要、従業者の勤務体制、その他の利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項について、利用者の障害の特性に応じ、適切に配慮されたわかりやすい説明書やパンフレット等の文書を交付して説明を行い、当該利用者の同意を得てください。
- 重要事項説明書には利用者の同意を確認する署名等が必要です。
- 事業所の見やすい場所（入口など）に、重要事項を掲示等してください。
- 運営規程を変更した際は、重要事項説明書、契約書も忘れずに変更してください。

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）　第121条準用第8条

（重要事項の説明等）
第8条 指定居宅介護等事業者は、支給決定障害者等から指定居宅介護等の利用の申込みがあったときは、その申込みを行った者（以下「利用申込者」という。）の障害の特性に応じた適切な配慮をしつつ、当該利用申込者に対し、第30条に規定する運営規程の概要、従業者の勤務体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記載した文書を交付して説明を行い、指定居宅介護等を提供することについて当該利用申込者の同意を得なければならない。
2 指定居宅介護事業者は、社会福祉法（昭和26年法律第45号）第77条第1項の規定により書面の交付を行う場合は、利用申込者の障害の特性に応じた適切な配慮をしなければならない。

# （参考）重要事項説明書に記載すべき事項

## 重要事項説明書記載事項の例

（介護サービス包括型指定共同生活援助の場合）

□ 事業者の概要
（名称、所在地、代表者、設立年月日、連絡先）

□ 事業所の概要
（名称、所在地、開所年月日、サービス種類、管理者、サービス管理責任者、主たる対象者、定員　等）

□ サービスの目的及び運営方針
（目的、運営方針）

□ サービスに係る施設・設備の概要
（主な設備、備品等）

□ 従業者の勤務体制
（職種、員数、勤務体制）

□ 提供するサービスの内容及び利用者が支払うべき料金
（給付対象サービス内容及び料金、給付費対象サービス内容及び料金）

□ 利用者の記録及び情報管理等
（情報管理及び保管方法、個人情報の管理及び提供の取扱い）

□ 苦情処理の体制、虐待防止の体制
（担当者、責任者、利用時間、連絡先、相談手順等）

□ 事故発生時の対応、非常災害対策、協力医療機関、利用上の留意事項　等

□ 第三者評価の実施状況
（実施の有無、実施評価機関、実施年月日、等）

## 説明と同意の確認

平成◎◎年□月◇日

〇〇事業所の指定△△（サービス）の提供及び利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

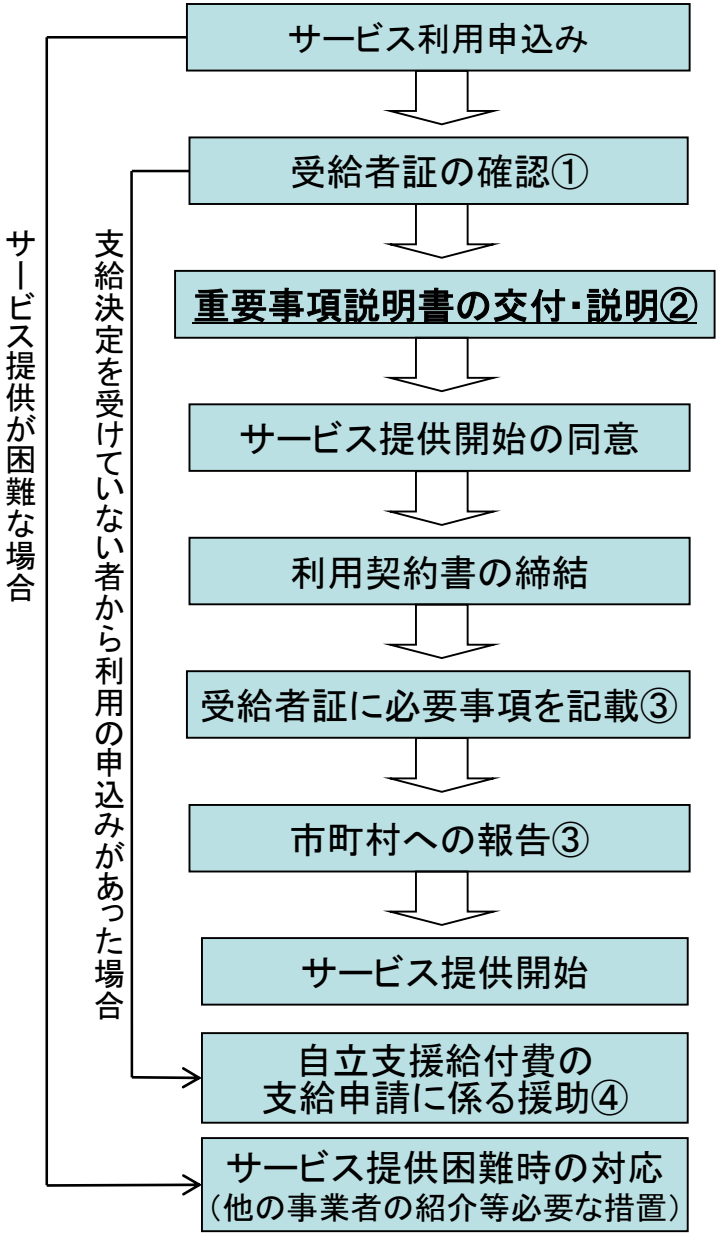
事業者名：
事業所名：
説明者職氏名：　　㊞

私は、本書面に基づいて事業者から〇〇事業所の△△（サービス）の提供及び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者
住所：
氏名：　　㊞
代理人
住所：
氏名：　　㊞
続柄：

※運営規程の概要、従業者の勤務体制、その他利用申込者のサービスの選択に資すると認められる事項について記載すること。
※実態と合っているか確認の上、最新の情報を記載すること。

# （参考）障害福祉サービスの提供の流れ




①受給資格の確認（指定基準条例第13条）

事業者は、サービスの提供を求められた場合は、その者の提示する受給者証によって、支給決定の有無、支給決定の有効期間、支給量等を確かめる。

**②内容及び手続の説明及び同意（指定基準条例第8条）**

利用申込みがあったときは、障害の特性に応じた適切な配慮をしつつ、利用申込者に対し、利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書（原則）を交付して説明を行い、サービスの提供の開始について同意を得なければならない。

③入退去の記録の記載等（指定基準条例第120条の5）

・利用者が入居又は退去するときは、事業者の名称、入居又は退去の期日その他の必要な事項を受給者証に記載しなければならない。

・契約をしたときは遅滞なく市町村に報告しなければならない。
ただし、市町村が必要ないと認めたときは、利用締結後の市町村への報告を行わないことができる。

④自立支援給付費の支給の申請に係る援助（指定基準条例第14条）

利用申込者の意向を踏まえて、速やかに支給申請が行われるよう必要な援助を行う。

# 非常災害対策

【主な指摘事項】

○ 非常災害に対する具体的な計画が整備されていない。

○ 定期的な避難訓練等の実施がない。

- 消火設備その他、非常災害に際して必要な設備を設ける必要があります。
- 非常災害に関する具体的な計画をたて、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、利用者及び職員に周知徹底する必要があります。
- 具体的な計画は、災害時において自力避難が困難な利用者の避難について的確に対応するために、あらかじめ防災組織を整え、職員の役割分担、緊急時連絡体制を整えることなどが必要です。
- 夜間における通報連絡や利用者の避難誘導に配慮した組織体制を明確にすることも大切です。
- 避難場所、避難経路、避難方法などについては、利用者及び家族にも周知してください。
- 避難訓練に関しては、職員や利用者が災害時において適切な行動をとることができるよう、施設の構造や利用者の状態等の実態に応じて行い、2回に1回は夜間を想定した避難訓練を実施してください。
- 定期的に避難訓練、救出訓練、その他必要な訓練を行ってください。（年2回以上）

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業の設備及び運営の基準に関する条例（最低基準）　第8条

（非常災害対策）

第8条 療養介護事業者は、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けるとともに、非常災害に関する具体 的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、定期的に避難訓練、救出訓練その他必要な訓練を行うなど非常災害に対応できるための必要な措置を講じなければならない。

2 療養介護事業者は、前項に規定する避難訓練、救出訓練その他必要な訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならない。

# 運営規程

【主な指摘事項】

- ○ 運営規程が改正されていない。
- ○ 重要事項説明書、利用契約書と一致していない。
- ○ 受領する費用について、実態と一致していない。
- ○ 必要な事項の記載がない。

- ・ **運営の実態、重要事項説明書、契約書**と内容を一致させてください。
- ・ 運営規程を変更した際は、忘れずに重要事項説明書、契約書の内容も確認、変更するようにしてください。

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）　第120条の10

（運営規程）
第120条の10 指定共同生活援助事業者は、指定共同生活援助事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する運営規程を定めておかなければならない。
（1）第30条第1号、第2号及び第6号から第8号までに掲げる事項
（2）入居定員
（3）指定共同生活援助の内容並びに支給決定障害者から受領する費用の種類及びその額
（4）入居に当たっての留意事項
（6）非常災害対策
（7）その他運営に関する重要事項

# （参考）運営規程の項目について

【運営規程重要事項説明書に記載すべき事項】 ※介護サービス包括型

- □ 事業の目的及び運営の方針
- □ 従業員の職種、員数及び職務内容
- □ 事業所の概要（名称、所在地）
- □ 住居ごとの概要（名称、所在地）
- □ 入居（利用）定員
  - ・・・事業所全体の定員及びそれぞれの住居ごとの定員
- □ サービスの内容及び介護について
- □ 内容及び手続きの説明及び同意
- □ 受領する費用の種類及びその額
- □ 入居に当たっての留意事項
  - ・・・利用者側が留意する生活上のルール、施設利用上の注意事項等
- □ 緊急時等における対応方法
- □ 非常災害対策
- □ 主たる対象者の障害の種類・・・特定しない場合は不要
- □ 虐待防止のための措置に関する事項
- □ その他の運営に関する重要事項

  身体拘束の禁止・秘密保持・苦情解決・協力医療機関・事故発生時の対応・損害賠償等

  地域生活支援拠点である場合は、その旨を規定し、拠点等の必要な機能のうち、果たす機能を明記

※外部サービス利用型は、以下の事項も必要です

- □ 介護サービスの提供について
- □ 受託居宅介護サービス事業者及び受託居宅介護サービス事業所の名称、所在地

# 事故発生時の対応

【主な指摘事項】

○ 事故発生時の対応について、マニュアル等の作成、整備がされていない。
○ 職員研修等で周知が図られていない。
○ 事故発生時に必要な報告、事故防止対策等がされていない。

- 事故が発生した場合の対応方法について、手順等具体的な事故対応の仕組み及び家族への連絡など事故対応の体制について、マニュアル等を整備してください。
- 事故が発生した場合は、内容や発生した原因、対応について記録をし、原因を解明し、再発防止策を講じることが必要です。
- 賠償すべき事態において速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入しておくことが望まれます。
- リスクマネジメントの視点を取り入れた業務の見直しと取組として、日常業務を事故防止の観点から再点検し、ヒヤリ・ハット事例の収集と活用、継続的かつ定期的な職場内研修等が有効であるとされます。
- 事故等が発生した場合、<u>報告が必要</u>です。

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）　第121条準用第39条

（事故発生時の対応）
第39条 指定居宅介護等事業者は、利用者に対する指定居宅介護等の提供により事故が発生した場合は、県、市町村等、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
2 指定居宅介護等事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った措置について、記録しなければならない。
3 指定居宅介護等事業者は、指定居宅介護等の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

# （参考）事故発生時の対応等について

| 報告すべき事故等の範囲 | | |
|---|---|---|
| 報告先 | 事業者→家族、県（保健福祉事務所 福祉課）、市町村等 | |
| 報告事項 | 報　告　項　目 | |
| | (1)　サービスの提供時の利用者のケガ等又は死亡 | ケガ等とは、サービスの提供時に発生した骨折、火傷、創傷、誤嚥、異食、誤薬等により、入院又は医療機関での治療を要するもの。<br>死亡は、サービスの提供時に発生した事故等によるものとするが、病気等により死亡した場合であっても、事業者の責めに帰する可能性のあるとき又は利用者の家族等から責任を問われているとき。 |
| | (2)　利用者の行方不明 | 外部の協力により捜索活動が必要となる場合 |
| | (3)　職員の法令違反・不祥事等 | 個人情報の漏えいや利用者預り金の横領など、利用者の処遇に影響があるもの。 |
| | (4)　食中毒及び感染症の発生 | インフルエンザ、ノロウィルス、O157等の集団発生 |
| | (5)　その他事業所等の長が必要と認めたもの | |

参考通知

「「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例等の解釈上の留意事項について」の一部改正について」

（平成29年４月７日29障第44号長野県健康福祉部障がい者支援課長通知）

「障害福祉サービス事業所等における事故発生時の報告について」

（平成29年３月10日28障第720号長野県健康福祉部障がい者支援課長通知）

# サービス提供の記録

【主な指摘事項】

○ 利用者ごとにサービス提供の記録が作成されていない。
○ 提供したサービスの具体的な内容の記載がない。
○ 提供したサービス記録について、利用者の確認がない。

・ 共同生活援助のサービスを提供したときは、その提供した日及び内容その他必要な事項を記録し、サービスを提供したことについて利用者の確認を受けなければなりません。
・ 利用者及び事業者が、その時点でのサービス提供の状況等を把握できるようにするため、サービスの提供日、具体的な内容等の利用者に伝達すべき必要な事項についての記録を適切に行うことができる場合においては、これらの事項について後日一括して記録しても差 し支えありません。
・ 外部サービス利用型の事業所は、受託居宅介護サービス事業者によるサービス提供の実施状況を把握するため、サービスの提供日、時間、具体的な内容等を文書等により報告させなければなりません。

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準） 第121条準用第50条

（サービスの提供の記録）
第50条 指定療養介護事業者は、指定療養介護を提供したときは、その提供した日及び内容その他必要な事項を記録しなければならない。
2 前項の規定による記録には、当該記録に係る指定療養介護を提供したことについて支給決定障害者等の確認を受けなければならない。

# （参考）サービス提供の記録に関する留意事項について

## サービス提供記録に関する留意事項

**・記録する内容**

**サービス提供日及び提供時間、支援した内容、利用者の状況、報酬請求事項に関する対応等を記載すること**

**・記録の方法**

**共同生活援助の提供については、一定期間経過後であっても利用者の確認が困難でなく、外泊など通常と異なる利用が生じた場合は、その都度確認するといった方法を併用することで対応が可能と判断される場合は、サービス提供の記録を後日一括して記録し、確認を求めても差し支えありません。**

**・記録の整備**

**サービス提供記録に関する書類（出席簿、業務日誌、個別支援記録、サービス提供実績記録票等）の整合及び誤りがないか、確認すること**

## 記録の整備に関する留意事項

**・事業者は、利用者に対する共同生活援助の提供に関する記録を整備し、５年間保存しなければなりません。**

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）　第121条準用第51条

（記録の整備）

第51条　指定療養介護事業者は、その従業者、設備、備品及び会計に関する記録を整備しておかなければならない。

２　指定療養介護事業者は、利用者に対する指定療養介護の提供に関する次に掲げる記録を整備し、その提供をした日から５年間保存しなければならない。

（１）次条第2項において準用する第17条第1項に規定する療養介護計画

（２）前条第1項に規定するサービスの提供の記録

（３）第49条の規定による市町村等への通知に係る記録

（４）次条第1項において準用する第34条の2第2項に規定する身体拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びにその理由等の記録

（５）第38条第2項の規定により受け付けた苦情の内容等の記録

（６）第39条第2項に規定する事故の状況及び事故に際して採った措置についての記録

# 利用契約の締結

【主な指摘事項】

- ○ 支給決定期間を超えた契約期間となっている。
- ○ 契約期間の期日が明記されていないなど、内容に不備がある。
- ○ 契約期限切れのままとなっている。
- ○ 利用契約の手続きを行っていない。
- ○ 契約書記載事項が、重要事項説明書や現状と一致していない。
- ○ 契約書が適正に作成、改正がされていない。

- 契約が成立した後に、サービスの提供を開始してください。
- サービスを利用するための契約が成立したときは、利用者の障害の特性に応じた適切な配慮をもって、書面を交付しなければなりません。
- 契約書の記載事項は、重要事項説明書及び現状と一致させてください。

❖社会福祉法

（利用契約成立時の書面の交付）

第77条　社会福祉事業の経営者は、福祉サービスを利用するための契約（厚生労働省令で定めるものを除く。）が成立したときは、その利用者に対し、遅滞なく、次に掲げる事項を記載した書面を交付しなければならない。

一　当該社会福祉事業の経営者の名称及び主たる事務所の所在地
二　当該社会福祉事業の経営者が提供する福祉サービスの内容
三　当該福祉サービスの提供につき利用者が支払うべき額に関する事項
四　その他厚生労働省令で定める事項

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）　第121条準用第8条

（重要事項の説明等）

第8条 指定居宅介護等事業者は、社会福祉法（昭和26年法律第45号）第77条第1項の規定により書面の交付を行う場合は、利用申込者の障害の特性に応じた適切な配慮をしなければならない。

# （参考）利用契約の成立時の書面の交付について

| 社会福祉法第77条 | 指定基準条例第8条解釈通知 |
|---|---|
| 社会福祉事業の経営者は、福祉サービスを利用するための契約（厚生労働省令で定めるものを除く。）が成立したときは、その利用者に対し、遅滞なく、次に掲げる事項を記載した書面を交付しなければならない。<br>・当該社会福祉事業の経営者の名称及び主たる事務所の所在地<br>・当該社会福祉事業の経営者が提供する福祉サービスの内容<br>・当該福祉サービスの提供につき利用者が支払うべき額に関する事項<br>・その他厚生労働省令で定める事項 | 利用者との間で当該指定居宅介護の提供に係る契約が成立したときは、利用者の障害の特性に応じた適切な配慮をもって、社会福祉法第77条第1項規程に基づき、下記事項を記載した書面を交付すること。<br>・当該事業の経営者の名称及び主たる事務所の所在地<br>・当該事業の経営者が提供する指定居宅介護の内容<br>・当該指定居宅介護の提供につき利用者が支払うべき額に関する事項<br>・指定居宅介護の提供開始年月日<br>・指定居宅介護に係る苦情を受け付けるための窓口 |

| 契約書記載事項の例 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | □ 契約の目的 | □ サービス提供の記録 | □ 秘密保持 | □ 補足事項（契約に定めのない事項の取扱い） |
| | □ 契約の期間 | □ サービス利用料金 | □ 賠償責任 | |
| | □ 個別支援計画の概要 | □ サービスの中止 | □ 緊急時の対応 | □ 裁判管轄（訴訟となった場合の管轄裁判所） |
| | □ サービスの内容 | □ 相談・苦情対応 | □ 身分証携行義務 | |
| | □ 介護給付費等申請に係る援助 | □ 契約の終了 | □ 関係機関等との連携 | |

**説明と同意・交付の確認**

以上の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。
契約締結日　平成◎◎年□月◇日
契約者

事業者（事業者名）
（住所）
（代表者名）　　㊞

利用者　　代理人又は立会人等
（住所）　　（住所）
（氏名）　㊞　　（氏名）　㊞

# 虐待の防止のための措置

【主な指摘事項】

○　虐待防止のための責任者を設置する等、必要な体制の整備がされていない。
○　虐待防止のための措置について、運営規程等に記載されていない。
○　従業者に対して研修を実施する等の措置がとられてない。

・　虐待防止のための措置を講ずるよう努めてください。
　虐待の防止に関する責任者の選定
　運営規程等への記載
　成年後見制度の利用支援
　苦情解決体制の整備
　従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）　第3条の3

（指定障害福祉サービス事業者の一般原則）
第3条の3　指定障害福祉サービス事業者は、利用者に対する虐待の防止及び差別の禁止その他の人権の擁護のため、責任者を設置するなどの措置を講ずるよう努めなければならない。

# 虐待の防止

**令和4年度から義務化（令和3年度は努力義務）**

**○　従業者への研修を実施すること。**

**○　虐待防止のための対策を検討する委員会として虐待防止委員会を設置するとともに、委員会での検討結果を従業者に周知徹底すること。**

**○　虐待の防止等のための責任者を設置すること。**

※　虐待防止委員会に求められる役割は、虐待の未然防止、虐待事案発生時の検証や再発防止策の検討等となります。

❖指定基準条例　第39条の2

（虐待の防止）

第39条の2　指定居宅介護等事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、規則で定める措置を講じなければならない。

❖指定基準条例施行規則　第4条の4

（虐待の防止のための措置）

第4条の4　条例第39条の2の規則で定める措置は、次に掲げる措置とする。

（1）　当該指定居宅介護等事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して開催することができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。

（2）　当該指定居宅介護等事業所において、従業者及び管理者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること。

（3）　前2号に掲げる措置の適切な実施を図るための業務を担当する者を置くこと。

# 身体拘束等の適正化

義務化

○　身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録すること。
（記録が行われていない場合、減算の適用となります。５単位/日）

令和4年度から義務化（令和3年度は努力義務）

○　身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
○　身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。
○　従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。

令和5年度から「身体拘束廃止未実施減算」の適用

○　次のいずれかを満たしていない場合に、基本報酬を減算。
- 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（法人単位での開催も可）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。（年１回以上）
- 身体拘束等の適正化のための指針を整備していない場合
- 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的（年１回以上）に実施すること。

# 感染症の発生及びまん延の防止等に関する取組

**令和6年度から義務化（3年間は経過措置（準備期間））**

**○　感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する感染対策委員会を設置すること。**

**○　感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。**

**○　感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施すること。**

❖指定基準条例　第33条

（衛生管理等）

第33条　指定居宅介護等事業者は、従業者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行わなければならない。

2　指定居宅介護等事業者は、指定居宅介護等事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めなければならない。

3　指定居宅介護等事業者は、当該指定居宅介護等事業所において感染症が発生し、又はまん延しないよう、規則で定める措置を講じなければならない。

❖指定基準条例施行規則　第4条の2

（感染症の予防等のための措置）

第4条の2　条例第33条第3項の規則で定める措置は、次に掲げる措置とする。

（1）　当該指定居宅介護等事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して開催することができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。

（2）　当該指定居宅介護等事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。

（3）　当該指定居宅介護等事業所において、従業者及び管理者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施すること。

# 業務継続に向けた計画等の策定、研修・訓練等の実施

**令和6年度から義務化（3年間は経過措置（準備期間））**

- **感染症及び非常災害発生時において、サービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るために、業務継続計画を策定すること。**
- **業務継続計画に従い、研修及び訓練を実施すること。**

❖指定基準条例　第32条の2

（業務継続計画の策定等）

第32条の2　指定居宅介護等事業者は、感染症及び非常災害発生時において、利用者に対し指定居宅介護の提供を継続的に実施するため及び非常の場合における早期の業務再開を図るための計画（以下この条において「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

2　指定居宅介護等事業者は、従業者及び管理者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。

3　指定居宅介護等事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

# 受給者証記載事項

【主な指摘事項】

○　**入退去の記録について、適正に記載されていない。**

○　事業者の確認がなされていない。

- 利用者が入居又は退居するときは、事業者の名称、入居又は退去の期日、その他の必要な事項を利用者の受給者証に記載し、事業者で確認してください。
- 受給者証記載事項その他の必要な事項は、遅延なく、利用者の支給決定に係る市町村に報告してください。当該市町村等が報告の必要がないと認めるときは、この限りではありません。

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）　第120条の5

（入退去の記録の記載等）
第120条の5　指定共同生活援助事業者は、利用者が入居又は退去をするときは、当該指定共同生活援助事業者の名称、入居又は退去の期日その他の必要な事項を当該利用者の受給者証に記載しなければならない。
2　指定共同生活援助事業者は、前項に規定する事項その他の必要な事項を、遅滞なく、利用者である支給決定障害者に係る市町村等に報告しなければならない。ただし、当該市町村等が報告の必要がないと認めるときは、この限りでない。

# 支払の受領等

【主な指摘事項】

○ あいまいな名目での費用を徴収している。

○ 利用者から支払を受けた際に、領収書を交付していない。

- 重要事項説明書により、利用者負担額及び利用者に求める費用等について、事前に説明を行い、同意を得てください。
- 利用者から支払を受けた場合には、領収証を交付してください。
- 利用者に求める費用は明確な項目としてください。
- 積算根拠は合理的に示す必要があります。
- 家賃の徴収にあたっては、特定障害者特別給付費を控除してください。
- 食材料費を実費相当額として事前に徴収する場合は、精算をしてください。
- 光熱水費を実費請求できない場合は、定員で按分するなど適正な設定にしてください。

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）　第121条準用第20条

（支払の受領等）
第20条 指定居宅介護等事業者は、規則で定めるところにより、支給決定障害者等から指定居宅介護等に要した費用等の支払を受けるものとし、又は受けることができる。
2 指定居宅介護等事業者は、規則で定める費用に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、支給決定障害者等に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、その同意を得なければならない。

# （参考）支払の受領等

【利用者負担額の他、受領が可能な費用】

□ 食材料費　□ 家賃　□ 光熱水費　□ 日用品費

□ その他の日常生活費（日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、支給決定障害者に負担させることが適当と認められるもの

○ 「その他の日常生活費」の受領は、以下の基準を遵守してください。

・訓練等給付費の対象となっているサービスと重複していないこと。
・曖昧な名目の費用を受領しないこと。（敷金や共益費は認められません）
・受領については、利用者に事前に充分な説明を行い、同意を得てください。
・受領は対象となる便宜を行うための実費相当額の範囲内で行ってください。
・対象となる便宜及びその額は、運営規程において定め、また、重要事項として、見やすい場所に掲示してください。

○ 「その他の日常生活費」の具体的な範囲

・利用者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを提供する場合に係る費用
・利用者の希望によって、教養娯楽費として日常生活に必要なものを提供する場合に係る費用
・利用者の希望によって、送迎を事業者又は施設が提供する場合に係る費用

○ 「その他の日常生活費」と「預り金の出納管理に係る費用」については、区別されるべき費用です。

○ 「その他の日常生活費」について、不正防止の観点から、立替払いをし、事後請求することは行わないでください。

参考通知　「障害福祉サービス等における日常生活に要する費用の取扱いについて」
平成18年12月６日障発第1206002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知

# 預り金

【主な指摘事項】

○ 預り金の管理規定が定められていない。
○ 印鑑と通帳の保管が適切に行われていない。
○ 預り金の状況について、利用者または家族に報告、確認を求めていない。

・ 利用者から現金や通帳等の証書類を預かり管理する場合は、当該管理規程を定め、管理の責任者の選定、管理に必要な帳票類の整備、定期的な出納状況の点検・確認を行うなど適正な管理体制を整備してください。

「指定障害福祉サービス事業所等における利用者からの預り金の適正な処理について」
（平成23年11月17日付23障第422号長野県健康福祉部障害者支援課長通知抜粋）

1 事業所等において、利用者又は家族から預り金等の管理を依頼されている場合は、保管依頼書（契約書等）を徴するとともに、預り証を発行すること。
2 預り金等に係る管理規程を必ず整備すること。
3 責任者及び補助者を選定し、印鑑と通帳は別々に保管すること。
4 出納事務にあたっては、複数の職員により行う体制を整えること。
5 預り金の状況について、責任者は管理者に毎月報告するとともに、管理者は少なくとも3か月に1回以上、自主点検を行うこと。
6 預り金の状況について、利用者（家族）に対し少なくとも年1回以上報告又は確認を求めること。
7 第三者又は内部監査員による年1回の監査を実施すること。

# （参考）預り金の適正な管理について

## 1　預り金管理の前提条件

預り金管理の体制整備 → 利用者から預り金管理の依頼 → 預り金に係る契約書の締結 → 預り証の発行 → 預り金管理業務の開始

○　預り金管理規程の制定　（出納責任者の選任、通帳・印鑑の保管、台帳の調製等の預り金管理に必要な手続きを規定）
○　関係職員に対する管理規程の周知徹底　（定期的な職場研修等）

## 2　預り金の出納

| | |
|---|---|
| 利用者の意思表示等 | ・利用者が意思表示可　　小遣いの払出しや物品購入等の意思表示を書面により確認<br>・利用者が意思表示不可　複数の職員が利用者にとっての必要性を確認し書面に記録 |
| 支出伺い | ・複数の職員による確認を経て決裁 |
| 支援員等への現金の引渡し | ・事務職員が支援員等に現金を交付する際は、支援員の受領印を徴する。<br>・利用者への小遣いの交付、物品購入等までの間、現金の適切な保管。 |
| 小遣いの交付、購入等 | ・利用者が意思表示可　　小遣い又は購入物品等の受領の署名等を徴する。<br>・利用者が意思表示不可　複数の職員が利用者に交付したことを確認し書面に記録 |
| 精　　算 | ・購入物品の明細が記載された領収書を添付して出納責任者に回議・決裁<br>・釣り銭の戻入　（緊急の場合等を除き、職員による立替払いは行わないこと。） |
| 管理者への報告等 | ・出納責任者は、管理者に毎月管理状況を報告。<br>・管理者は、3か月に1回以上出納状況の点検・照合 |
| 利用者及び家族への報告 | ・年1回以上、管理状況を報告し、利用者又はその家族の確認を受ける。 |
| 監　　査 | ・施設職員以外の第三者、法人の監事等による監査を年1回以上実施 |

＜関係通知＞

H23.11.17　預り金の適正な処理について（通知）
H24. 7.12　預り金の適正管理の徹底について（通知）
H24.2.6　預り金の取扱いについて（通知）
H28.3.15　障害福祉施設における利用者預り金等の適正管理の再度の徹底について（通知）

# 秘密保持等

【主な指摘事項】

○ 個人情報の提供について、個人情報使用同意書等、利用者又は家族からの同意を得ていない。
○ 就業規則及び雇用契約書等、秘密の保持に係る従業員の書類が整備されていない。
○ 職員の退職後の秘密保持について、契約書を取り交わす等の処置がとられていない。

- 他の事業者等に対して、利用者又はその家族に関する情報を提供する際は、あらかじめ文書により当該利用者又はその家族の同意を得てください。（この同意は、サービス提供開始時に利用者及びその家族から包括的な同意を得ておくことで足りるとされています。）
- 業務上知り得た利用者又はその家族の個人情報を保護するために、従業者に対して秘密の保持を義務付け、その規程について、就業規則、雇用契約書に明記してください。
- 従業者に対して退職後も秘密の保持を義務付けるために、雇用契約時等に誓約書を取り交わすなどの取り決めをしてください。

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（最低基準）　第121条準用第35条

（秘密保持等）
第35条 指定居宅介護等事業所の従業者及び管理者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又は家族の秘密を漏らしてはならない。
2 指定居宅介護等事業者は、その従業者及び管理者であった者が、前項の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければならない。
3 指定居宅介護等事業者は、他の指定居宅介護等事業者等に対して、利用者又はその家族に関する情報を提供するときは、あらかじめ、当該利用者又はその家族の同意を文書により得ておかなければならない。

# 給付費の額の通知

【主な指摘事項】

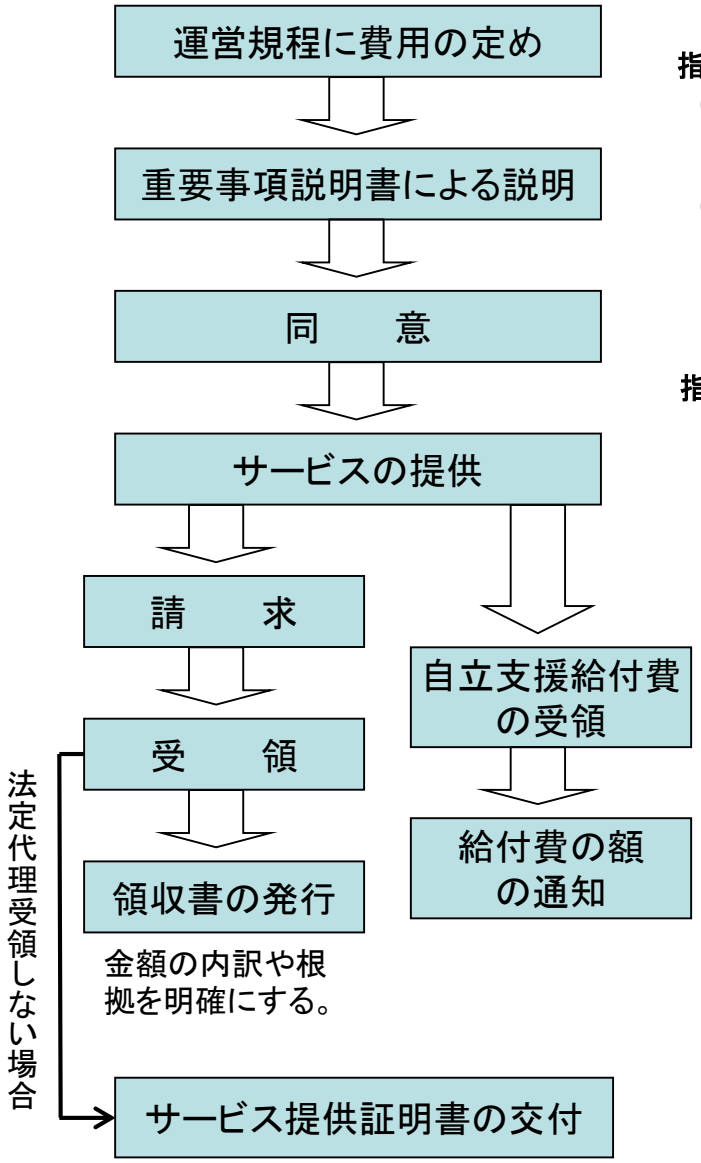
○　法定代理受領により市町村から給付を受けた場合に、利用者に対し給付費の額を通知していない。

・　法定代理受領により市町村から訓練等給付費の支給を受けた場合には、利用者に対し額を通知してください。
・　額を利用者に通知することによって、利用者は、公費負担を含めた全体の費用について把握することができ、また、事業者による不適正な請求を防止する機能も期待されています。

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）　第121条準用第22条

（介護給付費の額の通知等）
第22条　指定居宅介護等事業者は、法定代理受領により指定居宅介護等に係る介護給付費の支給を受けたときは、支給決定障害者に対し、その者に係る介護給付費の額を通知しなければならない。
2 指定居宅介護等事業者は、支給決定障害者等から法定代理受領を行わない指定居宅介護等に係る費用の支払を受けた場合は、その者に対し、その指定居宅介護等の内容及び費用の額その他必要と認められる事項を記載した書面を交付しなければならない。

# （参考）利用者負担額等の受領の流れ




**指定基準条例　第19条**

（1）事業者が、利用者に対して金銭の支払を求めることができるのは、その使途が直接利用者の便益を向上させるものであって、当該利用者に支払を求めることが適当であるものに限る。

（2）上記（1）により金銭の支払を求める際は、金銭の使途及び額並びに利用者に金銭の支払を求める理由について書面によって明らかにするとともに、利用者に説明を行い、その同意を得なければならない。ただし、利用者負担額及び法定代理受領を行わない場合の基準額の支払については、この限りでない。

**指定基準条例施行規則　第54条3**

（1）事業者は、サービスを提供した際は、利用者から利用者負担額の支払を受ける。

（2）事業者は、法定代理受領を行わないサービスを提供した際は、利用者から当該サービスに係る基準額の支払を受ける。

（3）事業者は、上記（1）～（2）の支払を受ける額のほか、サービスにおいて提供される便宜に要する費用のうち、次に掲げるものの費用の支払を利用者から受けることができる。

・食材料費
・家賃（特定障害者特別給付費の額を控除する）
・光熱水費
・日用品費
・前各号に掲げるもののほか、サービスにおいて提供される便宜に要する費用のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者に負担させることが適当と認められるもの。

（4）事業者は、上記（1）～（3）の費用の支払を受けた場合は、当該費用に係る領収証を利用者に対し交付しなければならない。

# 緊急時等の対応

【主な指摘事項】

○　緊急時の対応について、マニュアルを整備していない。

・　利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、運営規程に定められた緊急時の対応方法に基づき、速やかに医療機関への連絡を行う等の必要な措置がとれるよう、対応マニュアルを整備し、従業者に周知してください。

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）　第121条準用第27条

（緊急時の対応）
第27条　指定居宅介護等事業所の従業者は、利用者に指定居宅介護等を提供している場合であって、その者に病状の急変が生じたときその他必要な場合は、速やかに医療機関への連絡を行うなどの必要な措置を講じなければならない。

# 衛生管理等

【主な指摘事項】

○　衛生管理及び感染症、食中毒を防止するマニュアルを整備していない。

- 感染症又は食中毒の発生を防止し、また発生した場合でもまん延しないように予防指針の策定や従業者に対する当該指針の周知、その他必要な措置を講じることが必要です。
- 従業者、利用者が感染症（ﾉﾛｳｨﾙｽ、ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ等）に感染した際の対応方法をあらかじめ決定しておいてください。
- 従業者の感染予防やまん延防止の対策をマニュアル化し、研修等により周知してください。

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業の設備及び運営の基準に関する条例（最低基準）　第47条

（衛生管理等）
第47条　生活介護事業者は、利用者の使用する設備及び飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、利用者の健康管理等に必要となる機械器具等の管理を適正に行わなければならない。
2　生活介護事業者は、当該生活介護事業所において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

# 苦情解決

【主な指摘事項】

○　苦情対応マニュアルを作成する等、必要な措置がとられていない。

○　職員研修等で周知が図られていない。

・　利用者または家族からの苦情に適切に対応するために、苦情を受け付ける窓口を設置する等の必要な措置を講じてください。
・　苦情対応についてマニュアル化し、研修等により従業者に周知してください。
・　苦情を受け付けた場合には、その内容について記録してください。

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）　第121条準用第38条

（苦情解決）

第38条　指定居宅介護等事業者は、指定居宅介護等を提供した利用者又はその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するため、苦情を受け付けるための窓口の設置その他の必要な措置を講じなければならない。

2　指定居宅介護等事業者は、前項の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。

3　指定居宅介護等事業者は、提供した指定居宅介護等に係る苦情に関し、法第10条第1項、第11条第2項、又は第48条第1項の規定により知事若しくは市町村等が行う命令又はこれらの職員からの質問若しくは検査に応じ、及び知事又は市町村等が行う調査に協力するとともに、知事又は市町村等から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

4　指定居宅介護等事業者は、知事又は市町村等からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を当該知事又は市町村等に報告しなければならない。

5　指定居宅介護等事業者は、社会福祉法第85条の規定により同法第83条に規定する運営適正化委員会が行う調査又はあっせんにできる限り協力しなければならない。

# Ⅱ　指定基準上の留意事項

## 1. 設備に関する基準

| | 基準 | 留意事項 |
|---|---|---|
| 立地 | 住宅地又は住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との交流の機会が確保される地域にあり、かつ、入所施設又は病院の敷地外にあること。<br>共同生活住居は主たる事務所から概ね30分程度で移動できる範囲に所在。 | 県の指定基準上、住居は入所施設、病院及び通所施設（日中活動サービスを提供する施設）の敷地外に設けること。<br>＝＞一体的なサービス提供に支障がない範囲。 |
| 設備 | 共同生活住居とは、複数の居室に加え、居間、台所、食堂、便所、洗面所、浴室等を共有する1つの建物。<br>（一体的に構成される生活単位＝ユニット）<br>定員は2人以上10人以下。<br>居室の定員は1人。<br>居室の面積は、収納設備等を除き、7.43平方㎡以上。 | マンション等の建物において、複数の住戸を共同生活住居として定めることも可。<br><br>既存の建物を共同生活住居とする場合は、2人以上20人以下も可。<br>利用者の希望で2人部屋も可。事業者側の都合での2人部屋はできません。 |
| サテライト型住居<br>（介護サービス包括型・外部サービス利用型に限る） | サテライト型住居は、風呂、トイレ、洗面所、台所等日常生活を送る上で必要な設備を設ける。<br>居室の定員は1人。<br>居室の面積は、収納設備等を除き、7.43平方㎡以上。 | 本体住居との間を、入居者が通常の交通手段を利用して概ね20分以内で移動することが可能な距離に設置。<br>1つの本体住居に2か所まで設置が可能<br>（定員4人以下の本体住居は1か所） |

【他法令の遵守】
上記以外に、建物が、建築基準法、消防法に違反していないか、又、立地場所が土砂災害特別警戒区域・土砂災害警戒区域に該当しているかを、事前に関係機関に必ず確認する必要があります。
⇒　確認が必要な関係機関　：　県建設事務所建築課、所轄消防署、市町村、県建設事務所
**※法令違反の場合、受理が延期される可能性があります。**

# （参考） 消防法に関する基準

障害者グループホームは消防法施行令別表第１中の６項に該当する防火対象物（社会福祉施設）に該当し、以下のように区分され、それぞれ下記の消防設備の設置が義務づけられています。

| 設備 | （６）項ロ<br>障害支援区分４以上の者が概ね８割を超える施設 | （６）項ハ<br>障害支援区分４以上のものが概ね８割以下の施設 |
|---|---|---|
| 消火器 | 全ての施設 | 延べ面積150㎡以上 |
| スプリンクラー設備 | 全ての施設（※注を除く） | 延べ面積6,000㎡以上<br>(平屋建てを除く) |
| 自動火災報知設備 | 全ての施設 | 利用者を入居させるもの、又は延べ面積300㎡以上 |
| 火災通報装置（消防機関へ通報する火災報知設備） | 全ての施設（自動火災報知設備と連動して起動するもの） | 延べ面積500㎡以上 |

※注　入居者のうち障害支援区分４以上で「移乗」「移動」「危険の認識」「説明の理解」「多動・行動停止」「不安定な行動」の６項目のいずれの項目も「全面的な支援が必要」「理解できない」「判断できない」等に該当しない者の数と障害支援区分３以下の者の数との合計が利用者の２割以上であって、延べ面積が275㎡未満のもの

※　スプリンクラー設備は、275㎡未満の施設については、パッケージ型自動消火設備で対応が可能です。

# 2. 人員に関する基準

| | 介護サービス包括型 | 日中サービス支援型 | 外部サービス利用型 |
|---|---|---|---|
| 世話人<br>（家事や相談等、日常生活に必要な支援　等） | 常勤換算で、利用者を6で除した数以上<br>「4：1」、「5：1」「6：1」の基本報酬 | 常勤換算で、利用者を5で除した数以上<br>「3：1」、「4：1」「5：1」の基本報酬 | 常勤換算で、利用者を6で除した数以上<br>「4：1」、「5：1」「6：1」の基本報酬 |
| 生活支援員<br>（食事や入浴、排せつ等の介護サービスの提供等） | 常勤換算で<br>・障害支援区分3の利用者数を9で除した数<br>・障害支援区分4の利用者数を6で除した数<br>・障害支援区分5の利用者数を4で除した数<br>・障害支援区分6の利用者数を2．5で除した数<br>の合計数以上 | | 配置不要<br>（外部の居宅介護事業所に委託） |
| サービス管理責任者<br>（個別支援計画の作成、サービスの内容の管理等） | 利用者の数を30で除した数以上<br>利用者数が30人以下：1人　　利用者数が31～60人以下：2人<br>定員が20人以上の場合は、できる限り専従のサービス管理責任者を確保。 | | |
| 管理者<br>（業務、その他の管理等） | 常勤1人<br>原則として管理業務に従事すること<br>（管理業務に支障がない場合は他の職務の兼務可） | | |
| 夜間の支援 | 配置基準なし。<br>※夜間支援等体制加算で評価 | 共同生活援助住居ごとに夜間及び深夜の時間帯を通じて1人以上の夜間支援従事者を置くこと | 配置基準なし。<br>※夜間支援等体制加算で評価 |
| 備考 | | 世話人及び生活支援員のうち、1人以上は常勤でなければならない。 | |

# （参考）人員に関する基準

【利用者の数の算定方法】
**前年度の平均利用者数**を基礎に配置基準を求める。
前年度の平均利用者数＝利用者延べ数÷開所日数（小数点第2位以下を切り上げ）

定員増加時 ： 変更から6ヶ月未満は変更後利用定員の90%の利用者数
6ヶ月以上は直近の6ヶ月の平均利用者数(利用者延べ数÷6ヶ月間の開所日数）
定員減少時 ： 変更後の実績が3ヶ月以上あるときは、減少後の平均利用者数（利用者延べ数÷3ヶ月間の開所日数）

【世話人及び生活支援員の配置】
世話人及び生活支援員については、事業所ごとに、利用者の生活サイクルに応じて、一日の活動終了時刻から開始時刻までを基本として、夜間及び深夜の時間帯を設定し、その時間帯以外の時間帯におけるサービスの提供に必要な員数を確保する。
**＝＞ 夜間の時間帯は、基準算定上に含めません。（夜間支援体制で評価）**

【他の職務との兼務】
○ 管理者
管理上支障がない場合は兼務が認められていて、同一事業所内の他の職務に従事する場合、同じ時間に双方の職務を行っているものとしてカウントすることができる。
○ サービス管理責任者
サービス管理責任者としての業務を適切に遂行する観点から、必要な勤務時間数を確保し、兼務している職務と勤務時間数を分けて算入する。
他の事業所等との兼務には注意が必要。
○ 世話人・生活支援員
それぞれの職種について勤務した時間数を分けて算入する。

# （参考） 個人単位で居宅介護等を利用する場合の特例

○ 生活支援員の配置基準について

障害支援区分４以上であって、重度訪問介護対象者、同行援護対象者又は行動援護対象者が、事業所の従業者以外の者による居宅介護又は重度訪問介護の利用を希望する場合、もしくは、障害支援区分４以上の者が、事業所の従業者以外の者による居宅介護（身体介護のみ）の利用を希望する場合に限り、令和６年年３月３１日までの間、居宅介護等を利用する場合、居宅介護等の利用者に必要な生活支援員の員数は、当該利用者の数を2分の１の数として算定する。

⇒「事業者は利用者に対して、利用者の負担により事業所の従業者以外の者による介護又は家事等を受けさせてはならない。」（指定基準条例１２０条の８第３項）の特例

○ 「障害支援区分４以上の者が、事業所の従業者以外の者による居宅介護（身体介護のみ）の利用を希望する場合」の必要要件

一．当該利用者の個別支援計画に居宅介護の利用が位置付けられていること
二．当該利用者が居宅介護を利用することについて、市町村が必要と認めること

# 重度の障害者への支援を可能とするグループホームの型（日中サービス支援型）

○　障害者の重度化・高齢化に対応できる共同生活援助の新たな類型として、「日中サービス支援型共同生活援助」（以下「日中サービス支援型」という。）があります。短期入所を併設。２４時間支援対応。

○　日中サービス支援型の報酬については、重度の障害者等に対して常時の支援体制を確保することを基本とする。なお、利用者が他の日中活動サービスを利用することを妨げることがないような仕組みとする。

○　従来の共同生活援助よりも手厚い世話人の配置とするため、最低基準の５：１をベースに、４：１及び３：１の基本報酬を設定。

○　日中サービス支援型共同生活援助（１日につき）
・　日中サービス支援型共同生活援助サービス費（Ⅰ）
※　世話人の配置が3:1の場合
(1)　区分６　　1,098単位
：　：　：

※　このほか、看護職員を常勤換算で1名以上配置した場合の加算を創設（看護職員配置加算　70単位／日）

○　住まいの場であるグループホームの特性（生活単位であるユニットの定員等）は従来どおり維持しつつ、スケールメリットを生かした重度障害者への支援を可能とするため、１つの建物への入居を２０名まで認めた新たな類型のグループホーム。

○　地域における重度障害者の緊急一時的な宿泊の場を提供するため、短期入所の併設を必置とする。

# Ⅳ　報酬請求上の留意事項

## 1．報酬請求に係る基本事項

| 利用者の取扱いについて | |
|---|---|
| 利用者数 | 報酬算定上満たすべき従業員の員数又は加算等若しくは減算の算定要件を算定する際の利用者数は、当該年度の前年度（毎年４月１日に始まり翌年３月３１日をもって終わる年度）の平均を用いる。 |
| 新規指定<br>定員増 | 新設・定員増　6か月　1年<br>定員の90%(①)　期間①の全利用者数の延数を期間①の開所に数で除して得た数。　直近1年間の全利用者数の延数を開所日数で除して得た数。 |
| 定員減 | 定員減　3か月　1年<br>定員の90%(②)　期間②の全利用者数の延数を期間②の開所に数で除して得た数。　直近1年間の全利用者数の延数を開所日数で除して得た数。 |

| 従業者の勤務形態について | |
|---|---|
| 常勤換算方法（※） | 従業者の勤務延べ時間数を、常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいう。 |
| 常勤（※） | 勤務時間が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していることをいう。 |
| 兼務 | 当該事業所に勤務する時間帯において、その職種以外の職務に同時並行的に従事することをいう。なお、兼務が認められる職種は限られている。 |

※母性健康管理措置又は育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に30時間とすることも可。

# 2. 各種報酬について

## 共同生活援助サービス費

○ 日中の就労又は就労継続支援等のサービスを利用している障がい者に対し、共同生活住居において、日常生活上の相談、介護等のサービスを提供したことに対する報酬。

| 基本報酬 | 算定要件 | 算定単位（障害支援区分に応じて算定） | 届出 |
|---|---|---|---|
| 共同生活援助サービス費（Ⅰ） | 世話人を4：1以上配置 | 243～667単位／日 | 要 |
| 共同生活援助サービス費（Ⅱ） | 世話人を5：1以上配置 | 198～616単位／日 | |
| 共同生活援助サービス費（Ⅲ） | 世話人を6：1以上配置 | 170～583単位／日 | |
| 共同生活援助サービス費（Ⅳ） | 体験利用 | 272～697単位／日 | |

○ 障害支援区分が4以上であって、重度訪問介護対象者、同行援護対象者又は行動援護対象者が、事業所の従業者以外の者による居宅介護又は重度訪問介護の利用を希望する場合等、個人単位で居宅介護等を利用する場合、算定単位は単位数が異なります。

## 外部サービス利用型共同生活援助サービス費／受託居宅介護サービス費

○ 利用者全員に必要な基本サービス（日常生活上の援助や個別支援計画の作成等）については、「外部サービス利用型共同生活援助サービス費」として報酬が包括的に評価。

| 基本報酬 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 外部サービス利用型<br>共同生活援助サービス費（Ⅰ）～（Ⅴ） | 世話人の配置（4：1、5：1、6：1、10：1）<br>体験利用 | 114～272単位<br>／日 | 要 |

○ 利用者ごとに必要性や知用頻度等が異なる介護サービスについては、「受託居宅介護サービス費」として、個々の利用者ごとに利用量に応じて単位数が定められています。

# 日中サービス支援型共同生活援助サービス費

○ 重度の障がい者等に対して、常時の支援体制を確保。
区分3以上で、常時の介護を要する状態にある者等を対象者として想定しているため、障害支援区分3以上のみ単位が設定されています。

| 基本報酬 | 算定要件 | 算定単位（障害支援区分に応じて算定） | 届出 |
|---|---|---|---|
| 日中サービス支援型<br>共同生活援助サービス費（Ⅰ） | 世話人を3：1以上配置 | 650～1,105単位／日 | 要 |
| 日中サービス支援型<br>共同生活援助サービス費（Ⅱ） | 世話人を4：1以上配置 | 574～1,021単位／日 | |
| 日中サービス支援型<br>共同生活援助サービス費（Ⅲ） | 世話人を5：1以上配置 | 528～ 969単位／日 | |
| 日中サービス支援型<br>共同生活援助サービス費（Ⅳ） | 体験利用 | 677～1,135単位／日 | |

○ 障害支援区分が4以上であって、重度訪問介護対象者、同行援護対象者又は行動援護対象者が、事業所の従業者以外の者による居宅介護又は重度訪問介護の利用を希望する場合等、個人単位で居宅介護等を利用する場合、算定単位は単位数が異なります。

○ 日中サービス支援型共同生活援助サービスのうち、日中を共同生活住居以外の場所で過ごす利用者へのサービス提供については、算定単位数が別に設定されています。
日中を共同生活住居以外で過ごす場合の単位は、障害支援区分1以下から設定されています。

# 福祉専門職員配置等加算

○　良質な人材の確保とサービスの質の向上を図る観点から、条件に応じて加算。

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 福祉専門職員配置加算（Ⅰ） | 常勤の世話人又は生活支援員のうち、社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士又は**公認心理師**の資格保有者が35%以上雇用されている場合。 | 10単位／日 | 要 |
| 福祉専門職員配置加算（Ⅱ） | 常勤の世話人又は生活支援員のうち、社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士又は**公認心理師**の資格保有者が25%以上雇用されている場合。 | 7単位／日 | |
| 福祉専門職員配置加算（Ⅲ） | 世話人又は生活支援員のうち、常勤職員が75%以上又は勤続3年以上の常勤職員が30%以上である場合。 | 4単位／日 | |

○　事業所内で兼務をしている管理者、サービス管理責任者の取扱い

管理者：　直接処遇職員として業務を行う時間が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達している場合には、常勤の従業者として算入可能。

サービス管理責任者：　事業所で常勤の従業者が勤務すべき時間数に達している場合でも、勤務時間を分けて算入する必要があり、直接処遇職員として業務を行う時間が1週間の勤務時間の2分の1を超えて従事する場合に、常勤の従業者として算入可能。

○　同一法人内の他の事業所の業務を兼務し、勤務した時間数の合計が常勤の時間数に達している従業者の取扱い

Ⅰ型・Ⅱ型・Ⅲ型（2）：　原則として当該事業所において雇用される常勤の直接処遇職員の実際の人数に着目して評価することから、1週間の勤務時間の2分の1を超えて当該事業所の直接職員として従事する場合に、常勤の直接処遇職員（1人）として評価。　従って、ダブルカウントは出来ない。

Ⅲ型（1）：「常勤の直接処遇職員として勤務している従業者の合計勤務時間数（分子）」÷「直接処遇職員として勤務している従業者の合計勤務時間数（分母）」 の算定上、勤務時間数を分子、分母に算入することが可能。

## 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算 | 視覚・聴覚・言語機能に重度の障害がある利用者が一定数以上で、意思疎通に関し専門性を有する職員が配置されている場合。 | 41単位／日 | 要 |

## 看護職員配置加算

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 看護職員配置加算 | 指定基準に定める員数の従業者に加え、看護職員を常勤換算方法で1以上かつ利用者の数を20で除して得た数以上配置している場合。<br><br>※看護職員：保健師、看護師、准看護師<br>※利用者の状況に応じて、以下の支援を行う。<br>・利用者に対する日常的な健康管理<br>・医療ニーズが必要な利用者への看護の提供等<br>・定期又は緊急時における医療機関との連絡調整及び受診等の支援<br>・看護職員による常時の連絡体制の確保<br>・重度化した利用者の対応に係る指針の作成及び入居時における利用者又は家族への説明並びに同意<br>※医療連携体制加算（（Ⅳ）は除く）との併給不可。 | 70単位／日 | 要 |

# 夜間支援体制加算

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 夜間支援体制加算（Ⅰ） | 夜間支援従事者を配置し、夜間の時間帯を通じて必要な介護等の支援を提供できる体制を確保している場合に算定 | 30～672単位／日 | 要 |
| 夜間支援体制加算（Ⅱ） | 夜間支援従事者を配置し、夜間の時間帯を通じて定期的な居室の巡回や緊急時の支援等を提供できる体制を確保している場合に算定 | 18～112単位／日 | |
| 夜間支援体制加算（Ⅲ） | 夜間利用者の呼び出し等に速やかに対応できるよう、常時の連絡体制が確保されている場合、または、警備会社と委託契約を締結している場合に算定 | 10単位／日 | |

【（Ⅰ）（Ⅱ）要件上の留意事項】

○ 夜間の時間帯

・利用者の生活サイクルに応じて、１日の活動終了時刻から開始時刻までを基本として設定する。
（午後10時から翌日の午前5時までの間は最低限含む）

・この時間帯勤務した時間数は、従業者の配置基準上含めないこと。

○ 夜間支援従事者の配置

・夜間支援従事者は、夜間に支援を行う利用者が居住する共同生活住居に配置される必要があること。

・複数の住居に居住する利用者に対して夜間支援を行う場合、配置されている住居とその他の住居が概ね10分以内で移動出来る距離で、かつ、利用者の呼び出し等に速やかに対応できるような連絡体制が確保される必要があること。

○ 1人の夜間支援従事者が支援を行うことのできる利用者の数は、

・複数の住居（5カ所まで（サテライト型住居の数は本体住居と併せて1カ所））　：　20人まで。

・1か所の住居　：　30人まで。

# 夜間支援体制加算

【（Ⅰ）（Ⅱ）算定上の留意事項】

○　１人の夜間支援従事者が支援を行う夜間支援対象者数に応じて算定する。
　夜間支援対象者数とは、夜間支援を行う住居に入居している利用者の総数。
　現に入居している利用者数ではなく、**前年度の平均 夜間支援利用者数**。混同しがちなので、注意を。
※　令和3年度から利用者数の単位がより細分化されている。

○　１か所の住居において、２人以上の夜間支援従事者が夜間支援を行う場合
　それぞれの夜間支援従事者が実際に夜間支援を行う利用者数(上記の平均利用者数)を按分して算定する。
※　算定にあたっては、小数点第１位を四捨五入。
※　夜間支援対象者数の変更の場合は、前年度の平均利用者数に定員の変更分の90%を加えたものを
　当該年度の夜間支援対象利用者数とする。

【（Ⅲ）要件上・算定上の留意事項】

○　夜間防災体制・常時の連絡体制の内容は以下のア、イのいずれかに該当すること。
　ア　警備会社と委託契約をしている場合。
　　警備会社に委託する際は、利用者の状況等について伝達しておくこと。
　イ　当該事業所の従業者が常駐する場合のほか、次の場合にも算定できる。
　・携帯電話などにより、夜間及び深夜の時間帯の連絡体制が確保される場合。
　・指定共同生活援助事業所の世話人及び生活支援員以外の者であって、夜間における支援を委託された
　ものにより連絡体制を確保している場合。　（別途報酬により評価されている場合は算定対象外）
※緊急時の連絡先や連絡方法については、運営規程に定めるとともに住居内の見やすい場所に掲示すること。

○　常時の連絡体制又は防災体制を確保している場合、入居している利用者全員につき算定すること。

# （参考） 夜間支援等体制加算に係る夜勤職員及び宿直職員の取扱いについて

| | 夜勤 | 宿直 |
|---|---|---|
| 勤務の態様 | 排尿介助、おむつの交換、寝返りの介助等 | ①常態としてほとんど労働する必要が無い勤務であり、定時的な巡視、緊急時の文書又は電話の収受、非常事態に備えた待機等。少数の入居者に対して行う排尿介助、おむつの交換、検温等の軽度かつ短時間の作業であること。要介護者を抱きかかえるなど身体に負担のかかる場合を含まないもの。介助作業が1勤務中に2回を限度として、1回あたりの所要時間が通常10分程度のものであること。<br>②通常の勤務時間の拘束から解放されていること。<br>③睡眠設備が設置されていること。 |
| 労働時間 | 原則1週40時間、1日8時間の法定労働時間の範囲。超える場合は、労使協定を締結し届け出たうえで、割増賃金の支払いが必要<br>※夜間支援等体制加算（Ⅰ）の算定要件として、夜間及び深夜の時間帯（午後10時から午前5時まで）の少なくとも半分以上の時間を労働時間に含め、かつ夜勤手当を支給すること | 労働時間とみなされない |
| 休憩・休日 | 毎週1回の休日が必要。労働時間が6時間を超える場合には、一定の休憩時間を労働時間の途中に与える必要がある | 休憩・休日の適用はない |
| 手当 | 深夜の時間帯(午後10時～午前5時）の労働について割増賃金の支払いが必要 | 深夜割増賃金を含む宿直手当の最低額は、事業所における同種の労働者に対して支払われている賃金の1人1日平均額の3分の1を下回らないこと |

# 夜間支援体制加算（R3新設）

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 夜間支援体制加算（Ⅳ） | 夜間支援等体制加算（Ⅰ）を算定している利用者に対して、更に事業所単位で夜勤を行う夜間支援従事者を加配し、夜間及び深夜の時間帯を通じて必要な介護等の体制を確保している場合 | 30～60単位／日 | 要 |
| 夜間支援体制加算（Ⅴ） | 夜間支援等体制加算（Ⅰ）を算定している利用者に対して、更に事業所単位で夜勤を行う夜間支援従事者を加配し、夜間及び深夜の一部の時間帯を通じて必要な介護等の体制を確保している場合 | 15～30単位／日 | |
| 夜間支援体制加算（Ⅵ） | 夜間支援等体制加算（Ⅰ）を算定している利用者に対して、更に事業所単位で宿直を行う夜間支援従事者を加配し、夜間及び深夜の時間帯を通じて定時的な居室の巡回や緊急時の支援等を提供できる体制を確保している場合 | 15～30単位／日 | |

【算定方法】
夜間支援体制加算（Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ共通）
　１人の夜間支援従事者が支援を行う夜間支援対象利用者の数に応じるが、その際、夜間支援を行う共同生活住居に入居している利用者の総数とする。

利用者の総数は、現に利用している利用者の総数ではなく、**前年度の平均夜間支援利用者数の総数である。**

# 夜間支援体制加算

【(Ⅳ)(Ⅴ)(Ⅵ)要件上の留意事項】

○ 夜間支援従事者の配置

・(Ⅳ) 夜間支援体制加算(Ⅰ)により配置される別の夜間支援従事者が1人のみ常駐する共同生活住居の利用者に手厚い支援体制の確保や適切な休憩時間を確保を図るために、事業所に夜間及び深夜の時間帯を通じて配置されること。

・(Ⅴ) (Ⅳ)と同様であるが、夜間及び深夜の一部の時間帯に配置される必要がある。(午後10時から翌日の午前5時までの間において少なくとも2時間以上の勤務時間がある場合)

・(Ⅵ) 夜間支援従事者は、少なくとも1晩につき1回以上は当該加算の対象とする夜間支援対象利用者が居住する共同生活住居を巡回すること。利用者の状況に応じ、定時的な居室の巡回や電話の収受のほか、緊急時の対応等を行うものとする。

【以下共通】

・夜間支援体制加算(Ⅰ)により配置される別の夜間支援従事者が1人のみ常駐する場合であり、2人以上常駐する共同生活住居の利用者の場合は、加算対象とならない。

・常駐する別の夜間支援従事者とは緊密な連携体制を確保する必要がある。

・1人の夜間支援従事者(Ⅳ)が支援を行うことができる利用者の数は30人まで。

○ 勤務形態

・常勤・非常勤を問わず、夜間における支援を委託されたものも可。

・短期入所事業所(併設型・空床型)の場合は、短期入所事業所の従業者が夜間支援従事者の兼務可。

・利用者の就寝前から翌朝の起床後までの間、夜勤を行う専従の夜間支援従事者が事業所に配置されていること。

## 夜勤職員加配加算　※日中サービス支援型のみ算定可

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 夜勤職員加配加算 | 日中サービス支援型における夜勤体制について、指定基準に定める員数に加え、共同生活住居ごとに夜間支援従事者を1以上配置した場合に加算 | 149単位／日 | 要 |

## 重度障害者支援加算

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 重度障害者支援加算（Ⅰ） | 障害支援区分6以上であって重症心身障害者等重度障害者等包括支援の対象となる者1人以上利用している場合であって、指定基準に定める人員基準に加えて生活支援員を加配するとともに、一定数のサービス管理責任者又は生活支援員が一定の研修を修了している場合 | 360単位／日 | 要 |
| 重度障害者支援加算（Ⅱ） | 障害支援区分4以上であって強度行動障害を有する者1人以上利用している場合であって、指定基準に定める人員基準に加えて生活支援員を加配するとともに、一定数のサービス管理責任者又は生活支援員が一定の研修を修了している場合<br>（Ⅰ）と重ねての請求はできない。 | 180単位／日 | 要 |

# 医療的ケア対応支援加算（R3新設）

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 医療的ケア対応支援加算 | 看護職員を常勤換算方法で1以上配置し、スコア表の項目の欄に掲げるいずれかの医療行為を必要とする状態である者に対して指定共同生活援助等を提供する場合<br>ただし、重度障害者支援加算（Ⅰ）を算定している場合は、加算できない。 | 120単位／日 | 要 |

# 日中支援加算

<table>
<tr><th>加算の種類</th><th>算定要件</th><th>算定単位</th><th>届出</th></tr>
<tr><td>日中支援加算（Ⅰ）</td><td>高齢または重度の障がい者（65歳以上または障害支援区分4以上）であって、日中をグループホームの外で過ごすことが困難であると認められる利用者に対して、個別支援計画に基づいて日中に支援を行った場合。<br>※土日祝日は算定対象外<br>※個人単位で居宅介護を利用する場合は算定不可</td><td>対象利用者が1人<br>539単位／日<br><br>対象利用者が2人以上：<br>270単位／人</td><td rowspan="3">不要</td></tr>
<tr><td>日中支援加算（Ⅱ）</td><td>日中活動サービスの支給決定を受けている利用者又は就労している利用者等が、心身の状況等により当該サービス等を利用できないとき、又は出勤予定日に出勤できないときに、当該利用者に対して、日中に介護等の支援を行った場合であって、当該支援を行った日数の合計が1月につき2日を超える場合、3日目以降について算定。</td><td rowspan="2">対象利用者が1人<br>区分4～6<br>539単位／日<br>区分3以下<br>270単位／日<br><br>対象利用者が2人以上：<br>区分4～6<br>270単位／人<br>区分3以下<br>135単位／人</td></tr>
<tr><td colspan="2">○　日中支援加算算定にあたっての留意事項<br><br>・指定基準に定める人員基準に加えて、日中支援従事者の加配が必要<br>＝＞指定基準に規定する生活支援員又は世話人の員数を算定する際の勤務時間に日中の時間帯も算定している場合は、算定不可。<br>日中サービス支援型においては、加配は不要。<br>・算定にあたり、（Ⅰ）と（Ⅱ）の利用者がいる場合は、合算した人数を基準とした単位から算定すること。</td></tr>
</table>

# 自立生活支援加算

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 自立生活支援加算 | 退去する利用者に対し、退去後の居住の場の確保、在宅サービスの連絡調整等を行った場合<br>※**入居中2回**、退去後1回が限度 | 500単位 | 不要 |

# 入院時支援特別加算・長期入院時支援特別加算

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 入院時支援特別加算 | 病院又は診療所を訪問し、入院期間中の被服等の準備や利用者の相談支援など、日常生活上の支援を行うとともに、退院後の円滑な生活移行が可能となるよう、病院又は診療所との連絡調整を行った場合、1月に1回を限度として算定。<br>※入院期間が7日未満の場合は1回以上、7日以上の場合は2回以上訪問する必要があること | 入院期間が<br>3日～7日未満<br>561単位／月<br><br>7日以上<br>1,122単位／月 | 不要 |

| 加算内容 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 長期入院時支援特別加算 | 病院又は診療所を訪問し、入院期間中の被服等の準備や利用者の相談支援など、日常生活上の支援を行うとともに、退院後の円滑な生活移行が可能となるよう、病院又は診療所との連絡調整を行った場合、<br>※1月の入院期間が2日を超える場合、3日目から算定（入院の初日及び最終日を除く）<br>※1週に1回以上は訪問する必要があること<br>※継続して入院している場合、最大3月間まで算定可能 | 122単位／日（指定共同生活援助事業所の場合） | 不要 |

# 帰宅時支援加算・長期帰宅時支援加算

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 帰宅時支援加算 | 利用者の帰省に伴う家族等との連絡調整や交通手段の確保等の支援を行った場合。<br>※1月に1回を限度として算定 | 帰宅期間が<br>3日～7日未満<br>187単位／月<br><br>7日以上<br>374単位／月 | 不要 |

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 長期帰宅時支援加算 | 利用者の帰省に伴う家族等との連絡調整や交通手段の確保等の支援を行った場合。<br>※1月の外泊期間が2日を超える場合、3日目から算定<br>※外泊の初日及び最終日を除く<br>※継続して外泊している場合、最大3月間まで算定可能 | 40単位／日<br>（指定共同生活援助事業所の場合） | 不要 |

【入院時支援特別加算・長期入院時支援特別加算の算定上の留意事項】

○ 行った支援内容について、記録しておくこと。

○ 入院時支援特別加算が算定される月に、長期入院時特別加算の算定は不可。

【帰宅時支援加算・長期帰宅時支援加算の算定上の留意事項】

○ 利用者が帰省している間、家族等との連携を十分図り、利用者の居宅等における生活状況等を十分把握するとともに、その内容については記録しておくこと。

○ 必要に応じて共同生活援助計画の見直しを行う必要があること。

○ 帰宅時支援加算が算定される月に、長期帰宅時支援加算の算定はできない。

○ 長期帰宅時支援加算は長期入院時支援特別加算と同一日に算定することはできない。

## 地域生活移行個別支援特別加算

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 地域生活移行個別支援特別加算 | 社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師の資格を有する者を配置し、医療観察法に基づく通院医療の利用者、刑務所出所者等に対して、地域で生活するために必要な相談援助や個別支援等を行った場合。<br>※対象者は通院決定を受けてから、又は矯正施設若しくは更生保護施設を退所等の後、3年を経過していないこと<br>※有資格者による指導体制が整えられていること<br>※支援に関する研修が年1回以上行われていること<br>※関係機関との協力体制が整えられていること | 670単位／日 | 要 |

## 精神障害者地域移行特別加算

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 精神障害者地域移行特別加算 | 精神科病院に1年以上入院していた精神障害者であって、当該精神科病院を退院してから1年以内ものに対して、地域で生活するために必要な相談支援や個別支援等を社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が実施した場合。<br>※退院してから1年以内について、算定が可能。<br>※共同生活援助計画に位置付けること。<br>※地域生活移行個別支援特別加算を算定している場合は、算定不可。 | 300単位／日 | 要 |

## 強度行動障害者地域移行特別加算

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 強度行動障害者地域移行特別加算 | 障害児者支援施設に1年以上入所していた強度行動障がい者であって、当該施設等を退所してから1年以内ものに対して、共同生活援助計画に基づいて、地域で生活するために必要な相談支援や個別支援等を実施した場合。<br>※施設要件<br>・サービス管理責任者又は生活支援員のうち、強度行動障害支援者養成研修（実践研修）修了者又は行動援護従業者養成研修修了者を1以上配置<br>・生活支援員のうち、強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）修了者又は行動援護従業者養成研修修了者の割合が100分の20以上であること<br>※重度障害者支援加算を算定している場合は、算定不可。 | 300単位／日 | 要 |

## 強度行動障害者体験利用加算（R3新設）

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 強度行動障害者体験利用加算 | ※　対象者の要件<br>障害支援区分認定調査の結果に基づき、項目中行動関連項目について、算出した点数の合計が10点以上の者であって、体験的に利用する者であること。<br>※　施設要件<br>上記、地域移行特別加算と同様。 | 400単位／日 | 要 |

# 医療連携体制加算（R3変更）

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 医療連携体制加算（Ⅰ） | 医療機関との連携により、訪問した看護職員が1時間未満の看護の提供等を行った場合（対象者は8人が限度） | 32単位／日 | 不要 |
| 医療連携体制加算（Ⅱ） | 医療機関との連携により、訪問した看護職員が1時間以上2時間未満の看護の提供等を行った場合（対象者は8人が限度） | 63単位／日 | |
| 医療連携体制加算（Ⅲ） | 医療機関との連携により、訪問した看護職員が2時間以上の看護を行った場合（対象者は8人が限度） | 125単位／日 | |
| 医療連携体制加算（Ⅳ） | 医療機関との連携により、訪問した看護職員が医療的ケアの判定スコアの項目等の看護を行った場合（対象者数により単位が変更） | 400～800単位／日 | |
| 医療連携体制加算（Ⅴ） | 医療機関との連携により、訪問した看護職員が介護職員等に喀痰吸引等に係る指導を行った場合（看護職員1人1日当たり） | 500単位／日（看護職員1日当たり） | |
| 医療連携体制加算（Ⅵ） | 介護職員等が看護職員の指導の下、喀痰吸引等を実施した場合（利用者1人1日当たり） | 100単位／日 | |
| 医療連携体制加算（Ⅶ） | 日常的な健康管理、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している場合<br>※従業者として若しくは病院等との連携により、看護師 を1名以上確保していること。<br>※看護師により24時間連絡できる体制を確保しているこ と。<br>※重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に内容を説明し同意を得ていること。 | 39単位／日 | 要 |

# 通勤者生活支援加算

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 通勤者生活支援加算 | 一般の事業所で就労する利用者が50%以上を占める事業所において、利用者の自活に向けた支援の質の向上を図るため、主に日中において、職場での対人関係の調整や相談・助言、金銭管理の指導等、日常生活の支援を行っている場合 | 18単位／日 | 要 |

# 福祉・介護職員処遇改善加算

| 加算の種類 | 算定要件 | 届出 |
|---|---|---|
| 福祉・介護職員処遇改善加算 | 厚生労働省が定める基準に適合している福祉・介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして、都道府県知事に届け出た事業所が、利用者に対してサービスを行った場合に算定<br>※要件により、（Ⅰ）～（Ⅴ）の5つの加算区分あり | 要 |

# 福祉・介護職員処遇改善特別加算

| 加算の種類 | 算定要件 | 届出 |
|---|---|---|
| 福祉・介護職員処遇改善特別加算 | 福祉・介護職員を中心として従業者の処遇改善が図られていること。<br>※「キャリアパス要件」及び「職場環境等要件」は問わない | 要 |

# 減算の概要

| 減算内容 | 減算要件等 |
|---|---|
| 大規模住居等減算 | 共同生活住居の入居定員の規模に応じ、所定単位数を減算する。<br>○　介護サービス包括型<br>共同生活住居の入居定員が8人以上　：　基本単位数の95%を算定<br>共同生活住居の入居定員が21人以上：　基本単位数の93%を算定<br>一体的な運営が行われている共同生活住居の入居定員が21人以上<br>（サテライト型住居の入居定員を含む）：　基本単位の95%を算定<br>○　日中サービス支援型<br>共同生活住居の入居定員が21人以上：　基本単位数の93%を算定<br>一体的な運営が行われている共同生活住居の入居定員が21人以上<br>：　基本単位の95%を算定<br>○　外部サービス利用型<br>共同生活住居の入居定員が8人以上　：　基本単位数の90%を算定<br>共同生活住居の入居定員が21人以上：　基本単位数の87%を算定 |
| サービス提供職員<br>欠如減算 | 指定基準に定める人員基準を満たしていない場合、所定単位数を減算する。<br>1割を超えて欠如　　：　その翌月から<br>1割未満の範囲内で欠如：　その翌々月から<br>人員基準欠如が解消されるに至った月までの間、基本単位数の70%を算定。 |
| サービス管理責任者<br>欠如減算 | 指定基準により配置すべきサービス管理責任者が欠如した場合、所定単位数を減算する。<br>その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで<br>**減算適用1月目～4月目：基本単位数の70%を算定**<br>**5月目以降　：基本単位数の50%を算定** |

# 減算の概要

| 減算内容 | 減算要件等 |
| --- | --- |
| 個別支援計画<br>未作成減算 | 共同生活援助計画が作成されずにサービス提供が行われていた場合、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月までの間、所定単位数を減算する。<br>**減算適用1月目～2月目：基本単位数の70%を算定**<br>**3月目以降　：基本単位数の50%を算定** |
| 身体拘束廃止未実施減算 | **身体拘束等に係る記録を行っていない場合、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から1日につき5単位を減算する。** |

# 届出書について

| | |
|---|---|
| 変更届 | 変更の日から10日以内<br>ただし、基準に係る部分（住居の追加、定員増加、事業所移転など）については、変更前（概ね2週間前）に相談又は提出してください。 |
| 廃止・休止・再開届 | 廃止・休止： 廃止及び休止日の1ヶ月前<br>再開： 再開日から10日以内 |

【共同生活援助において、届出が必要な**主な**変更事項】（様式第2号　変更届出書）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 事業所（施設）の名称 | 8 | 事業所（施設）の管理者の氏名及び住所 |
| 2 | 事業所（施設）の所在地（設置の場所） | 10 | 事業所のサービス管理責任者の氏名及び住所 |
| 3 | 申請者（設置者）の名称 | 12 | 主たる対象者 |
| 4 | 主たる事務所の所在地 | 13 | 運営規程 |
| 5 | 代表者の氏名及び住所 | 14 | 介護給付費等の請求に関する事項 |
| 7 | 事業所（施設）の平面図及び設備の概要 | 17 | 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容 |

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律　第四十六条

（変更の届出等）

**第四十六条**　指定障害福祉サービス事業者は、当該指定に係るサービス事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったとき、又は休止した当該指定障害福祉サービスの事業を再開したときは、厚生労働省令で定めるところにより、十日以内に、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

2　指定障害福祉サービス事業者は、当該指定障害福祉サービスの事業を廃止し、又は休止しようとするときは、厚生労働省令で定めるところにより、その廃止又は休止の日の一月前までに、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

3　指定障害者支援施設の設置者は、設置者の住所その他の厚生労働省令で定める事項に変更があったときは、厚生労働省令で定めるところにより、十日以内に、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

# 届出書について

| 加算届 | 提出期限 |
| --- | --- |
| 加算等を算定する場合<br>(単位数の増) | 前月の15日までに提出（開庁日）<br>※16日以降は翌々月からの適用となります。<br>（年度当初から算定する前年度実績に関わる加算については4月中旬） |
| 加算等を取り下げる場合<br>（単位数の減） | すみやかに提出。<br>事実が発生した日から適用となります。<br>事後であっても加算の変更届出書の提出が必要です。 |
| 福祉・介護職員処遇改善加算<br>福祉・介護職員処遇改善特別加算 | 前々月の末日までに提出<br>（年度当初は前年度の2月末日） |

# 参考法令等

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年11月7日法律第123号）

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（平成24年長野県条例第60号）（指定基準）

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業の設備及び運営の基準に関する条例（平成24年長野県条例第61号）（最低基準）

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例施行規則（平成25年長野県規則第13号）

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例等の解釈上の留意事項について（通知）
（平成25年3月29日24障第687-1号長野県健康福祉部障害者支援課長通知）

障害福祉サービス等における日常生活に要する費用の取扱いについて（通知）
（平成18年12月６日障発第1206002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）

障害福祉施設における利用者預り金等の適正管理の再度の徹底について（通知）
（平成28年3月15日付け27障第671号長野県健康福祉部障がい者支援課長通知）

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例等の解釈上の留意事項について」の一部改正について（通知）
（平成29年4月7日付け29障第44号長野県健康福祉部障がい者支援課長通知）

（別紙２－１）

# 共同生活援助事業所（グループホーム）の従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

| サービス種類 | | 介護サービス包括 | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 定員 | 10 | 前年度の平均利用者数 | 9 | | | | | | | | |
| 障害支援区分別利用者数 | 非該当 | | 区分１ | | 区分２ | 4 | 区分３ | 3 | 区分４ | 1 | 区分５ | 1 | 区分６ | 1 |

| 職種 | 勤務形態 | 氏名 | 第１週 | | | | | | | 第２週 | | | | | | | 第３週 | | | | | | | 第４週 | | | | | | | 4週の合計 | 週平均の勤務時間 | 常勤換算後の人数 | 短時間勤務制度該当職員 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | 常勤・兼務 | A | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 8 | | | | | | | | | | | | | 160 | 40.0 | 1.0 | |
| サービス管理責任者 | 常勤・兼務 | B | 4 | | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | | | | | | | | | | | 4 | 80 | 20.0 | 0.5 | |
| 世話人 | 常勤・兼務 | A | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 160 | 40.0 | 1.0 | |
| 世話人 | 常勤・兼務 | C | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | 80 | 20.0 | 0.5 | |
| 生活支援員 | 常勤・兼務 | B | 4 | | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | | | | | | | | | | | 4 | 80 | 20.0 | 0.5 | |
| 生活支援員 | 常勤・兼務 | C | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | | | | | | | | | | | 4 | 4 | | 80 | 20.0 | 0.5 | |
| 生活支援員 | 非常勤・兼務 | D | 4 | | | | | | 4 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | 32 | 8.0 | 0.2 | |
| 夜間従事者 | 非常勤・兼務 | D | 4 | | | | | | 4 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 32 | 8.0 | 0.2 | |
| 夜間従事者 | 非常勤・専従 | E | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | 4 | 4 | | | | | | | | | | | | 80 | 20.0 | 0.5 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | 0.0 | |
| 合計 | | | 16 | 28 | 28 | 36 | 36 | 36 | 16 | 16 | 28 | 28 | 36 | 36 | 36 | 16 | 16 | 28 | 28 | | | | | | | | | | | | 784 | 196.0 | 4.9 | |

| 1週間に当該事業所職員の勤務すべき時間数 | 世話人 | 60 | 生活支援員 | 45.9 | １週間に常勤職員が勤務すべき時間数 | 40 |
|---|---|---|---|---|---|---|

新設時は定員の90%を利用者数

管理者は働いた全ての時間を兼務した職務にもカウントできる。

サービス管理責任者と他の職種の兼務は勤務時間を分ける。

世話人と生活支援員はそれぞれ勤務した時間分に分ける。

夜間支援従事者として勤務した時間を分ける。

世話人の総時間数 240時間

生活支援員の総時間数 192時間

注１　申請する事業に係る従業者全員（管理者を含む）について、４週間分の勤務すべき時間数を記載してください。
注２　＊欄は、当該月の曜日を記入してください。
注３　「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。
注４　算出に当たっては、小数点以下第２位を切り捨ててください。
注５　当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。
注６　各事業所・施設において使用している勤務割表等（変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等）により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況（関係する場合）が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。
注７　前年度の平均利用者数は、事業所が設置する住居ごとの前年度の平均利用者数（新規、定員変更の場合は定員の９割の数）の合計としてください。現入居者数ではありません。
注８　１週間に常勤職員が勤務すべき時間数は法人における就業規則等で定める常勤職員の勤務時間数としてください。
注９　雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律第13条第１項に規定する措置又は育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律第23条第１項及び同条第３項又は同法第24条に規定する所定労働時間の短縮等の措置を利用する場合は、「短時間勤務制度該当職員」欄に「○」を入れてください。

（別紙２－２）

# 共同生活援助事業所（グループホーム）の住居ごとの勤務の体制及び勤務形態一覧表

| サービス種類 | | 介護サービス包括型／外部サービス利用型 | | 共同生活住居の名称 | |
|---|---|---|---|---|---|
| 住居ごとの定員 | 10 | 住居ごとの平均利用者数 | 9 | | |

| 障害支援区分別利用者数 | 非該当 | 0 | 区分１ | 0 | 区分２ | 4 | 区分３ | 3 | 区分４ | 1 | 区分５ | 1 | 区分６ | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 職種 | 勤務形態 | 氏名 | 第１週 | | | | | | | 第２週 | | | | | | | 第３週 | | | | | | | 第４週 | | | | | | | 4週の合計 | 週平均の勤務時間 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | | |
| | | | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | | |
| 管理者 | 常勤・兼務 | A | | ① | ① | ① | ① | ① | | | ① | ① | ① | ① | ① | | | ① | ① | ① | ① | ① | | | ① | ① | ① | ① | ① | | 160 | 40 |
| サービス管理責任者 | 常勤・兼務 | B | ④ | | | ④ | ④ | ④ | ④ | ④ | | | ④ | ④ | ④ | ④ | ④ | | | ④ | ④ | ④ | ④ | ④ | | | ④ | ④ | ④ | ④ | 80 | 20 |
| 世話人 | 常勤・兼務 | A | | ① | ① | ① | ① | ① | | | ① | ① | ① | ① | ① | | | ① | ① | ① | ① | ① | | | ① | ① | ① | ① | ① | | 160 | 40 |
| 世話人 | 常勤・兼務 | C | | ② | ② | ② | ② | ② | | | ② | ② | ② | ② | ② | | | ② | ② | ② | ② | ② | | | ② | ② | ② | ② | ② | | 80 | 20 |
| 生活支援員 | 常勤・兼務 | B | ③ | | | ③ | ③ | ③ | ③ | ③ | | | ③ | ③ | ③ | ③ | ③ | | | ③ | ③ | ③ | ③ | ③ | | | ③ | ③ | ③ | ③ | 80 | 20 |
| 生活支援員 | 常勤・兼務 | C | | ③ | ③ | ③ | ③ | ③ | | | ③ | ③ | ③ | ③ | ③ | | | ③ | ③ | ③ | ③ | ③ | | | ③ | ③ | ③ | ③ | ③ | | 80 | 20 |
| 生活支援員 | 非常勤・兼務 | D | ② | | | | | | ② | ② | | | | | | ② | ② | | | | | | ② | ② | | | | | | ② | 32 | 8 |
| 夜間従事者 | 非常勤・兼務 | D | ⑤ | | | | | | ⑤ | ⑤ | | | | | | ⑤ | ⑤ | | | | | | ⑤ | ⑤ | | | | | | ⑤ | 32 | 8 |
| 夜間従事者 | 非常勤・専従 | E | | ⑤ | ⑤ | ⑤ | ⑤ | ⑤ | | | ⑤ | ⑤ | ⑤ | ⑤ | ⑤ | | | ⑤ | ⑤ | ⑤ | ⑤ | ⑤ | | | ⑤ | ⑤ | ⑤ | ⑤ | ⑤ | | 80 | 20 |
| 合計時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 784 | 196 |

区分した勤務時間の内容（注２）（①8:00～17:00　②6:00～10:00　③18:00～22:00　④14:00～18:00 ⑤22:00～6:00　　空欄：休日）

注１　※欄は、当該月の曜日を記入してください。

注２　申請する住居に係る従事者全員（管理者は含まない）について、４週間分の勤務すべき時間数を記載してください。また、勤務時間ごとに区分して番号を付し、その番号を記載してください。

**例　勤務時間　①８：３０～１７：００　②１６：３０～１：００　③０：３０～９：００　⑤１１：００から１５：００　⑥休日**

**上記のように勤務時間を区分し、従業者ごとにその日の勤務時間に該当する番号をそれぞれ記載してください。※区分した勤務時間の内容も記載してください。**

注３　「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。

注４　算出に当たっては、小数点以下第２位を切り捨ててください。

注５　各事業所・施設において使用している勤務割表等（変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等）により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況（関係する場合）が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

資料

令和3年度指定障害福祉サービス事業者等集団指導資料

# 短期入所について

Ⅰ　県の指導について

Ⅱ　運営上の主な留意事項
（過去の実地指導における主な指摘事項を基に）

Ⅲ　指定基準上の留意事項

Ⅳ　報酬請求上の留意事項

# Ⅰ 県の指導について

| 指導の目的 |
| --- |
| 障害福祉サービス事業者の支援を基本とし、制度理解の促進、自立支援給付の適性化とよりよい支援の実現を目的とする。 |

| 指導の種類 | |
| --- | --- |
| 実地指導 | 主眼事項等に基づき、関係書類を閲覧し、関係者との面談方式で行い、文書又は口頭による指摘を行う。<br>・障害者支援施設：2年に1回<br>・障害福祉サービス事業所：3年に1回（新規事業所は指定後、概ね3カ月後） |
| 集団指導 | サービス等の取扱い、自立支援給付等に係る費用の請求の内容、制度改正内容及び過去の指導事例等について講習等の方式で行う。 |
| 監査 | 指定基準違反等の事実関係を的確に把握し、公正かつ適切な措置を採ることを主眼とする。 |

| 集団指導について | |
| --- | --- |
| 内容と目的 | ○実地指導等で指摘が多いところ、事業者から問い合わせの多い事項等について、重点的に説明<br>→不適切な請求を防げ、安定した事業所運営につなげる。<br>→利用者が安心して利用できるようにする。 |
| 事業者の対応 | ○指摘事項等に該当する場合は、速やかに見直しをしてください。<br>○事業所において伝達研修を実施願います。（後日研修資料を県ホームページに掲載します。）<br>（資料掲載先）健康・福祉＞障がい者福祉＞障がい福祉サービス＞障がい福祉サービス事業者向け情報＞障害福祉サービス事業者の皆さまへ＞指定障害福祉サービス事業者等の指導について |

# Ⅱ　運営上の主な留意事項（参考）

## （令和元年、平成30, 29年度実地指導における主な指摘事項）

| 項　目 | 元年度<br>件　数 | 30年度<br>件　数 | 29年度<br>件　数 |
|---|---|---|---|
| 重要事項の説明等 | 8 | 1 | 4 |
| サービス提供の記録 | 4 | 2 | 3 |
| 運営規程 | 4 | 1 | 1 |
| 人員配置基準 | 3 | 1 | 3 |
| 支払の受領 | 3 | | |
| 給付費の額の通知 | 2 | 1 | 2 |
| 事故発生時の対応 | 1 | | 1 |
| 虐待の防止のための対応 | 1 | | 1 |

対象指摘事項：　口頭による指導を除く文書指摘事項件数

# 重要事項の説明等

【主な指摘事項】

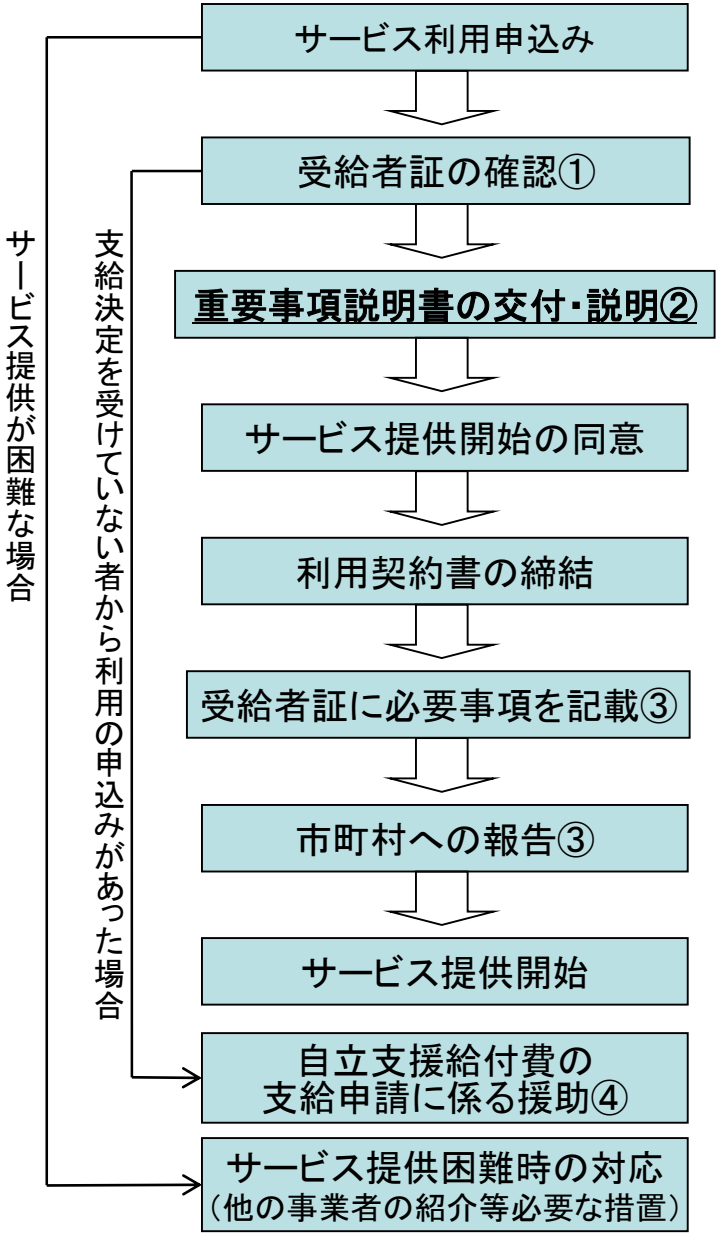
○　重要事項説明書に記載すべき事項の記載がない。
○　重要事項を記載した文書を交付して説明し、利用者から同意を得ていない。
○　運営規程、契約書と内容が一致していない。
○　重要事項を掲示していない。

・　利用の申し込みがあったときは、運営規程の概要、従業者の勤務体制、その他の利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項について、利用者の障害の特性に応じ、適切に配慮されたわかりやすい説明書やパンフレット等により原則、文書で交付し説明を行い、当該利用者の同意を得てください。
・　重要事項説明書には利用者の同意を確認する署名、捺印（電子署名の場合も）が必要です。
・　事業所の見やすい場所（入口など）に、重要事項を掲示等してください。
・　重要事項説明書、契約書、運営規程、現状は一致させてください。
・　**短期入所事業所としての**重要事項説明書等書類の整備をしてください。

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）　第68条準用第8条

（重要事項の説明等）
第8条 指定居宅介護等事業者は、支給決定障害者等から指定居宅介護等の利用の申込みがあったときは、その申込みを行った者（以下「利用申込者」という。）の障害の特性に応じた適切な配慮をしつつ、当該利用申込者に対し、第30条に規定する運営規程の概要、従業者の勤務体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記載した文書を交付して説明を行い、指定居宅介護等を提供することについて当該利用申込者の同意を得なければならない。
2 指定居宅介護事業者は、社会福祉法（昭和26年法律第45号）第77条第1項の規定により書面の交付を行う場合は、利用申込者の障害の特性に応じた適切な配慮をしなければならない。

# （参考）障害福祉サービスの提供の流れ




①受給資格の確認（指定基準条例第13条）

事業者は、サービスの提供を求められた場合は、その者の提示する受給者証によって、支給決定の有無、支給決定の有効期間、支給量等を確かめる。

**②内容及び手続の説明及び同意（指定基準条例第8条）**

利用申込みがあったときは、障害の特性に応じた適切な配慮をしつつ、利用申込者に対し、利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書（原則）を交付して説明を行い、サービスの提供の開始について同意を得なければならない。

③入退所の記録の記載等（指定基準条例第63条）

・利用者が入所又は退所するときは、事業所の名称、入所又は退所の期日その他の必要な事項を受給者証に記載しなければならない。

・利用者が支給決定を受けた支給量に達した場合は、受給者証の指定短期入所の提供に係る部分の写しを市町村等に提出しなければならない。

④自立支援給付費の支給の申請に係る援助（指定基準条例第14条）

利用申込者の意向を踏まえて、速やかに支給申請が行われるよう必要な援助を行う。

# （参考）重要事項説明書に記載すべき事項

## 重要事項説明書記載事項の例

- □ 事業者の概要
  （名称、所在地、代表者、設立年月日、連絡先）
- □ 事業所の概要
  （名称、所在地、開所年月日、サービス種類、 管理者等）
- □ サービスの目的及び運営方針
  （目的、運営方針）
- □ 提供するサービスの内容
- □ 従業者の勤務体制
  （職種、員数、勤務体制）
- □ 主たる対象とする障害の種類を定めた場合、その種類
- □ 利用定員
- □ 利用者から受領する費用の種類及びその額
- □ サービスの利用に当たっての留意事項
- □ 利用者の記録及び情報管理等
  （情報管理及び保管方法、個人情報の管理及び提供の取扱い）
- □緊急時における対応方法
- □ 苦情解決、虐待防止の体制
  （担当者、責任者、利用時間、連絡先、相談手順等）
- □ その他
  （協力医療機関、非常災害対策、事故発生時の対応等）

## 説明と同意の確認

令和◎◎年□月◇日

〇〇事業所の指定△△（サービス）の提供及び利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者名：
事業所名：
説明者職氏名：　　㊞

私は、本書面に基づいて事業者から〇〇事業所の△△（サービス）の提供及び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者
住所：
氏名：　　㊞
代理人
住所：
氏名：　　㊞
続柄：

# サービス提供の記録

【主な指摘事項】

○　サービスの提供の記録に利用者の確認がなされていない。

○　提供したサービスの具体的な内容の記載がない等、整備されていない。

・　短期入所サービスを提供したときは、その提供した日及び内容その他必要な事項をその都度記録しなければなりません。

・　サービスの提供の記録については、利用者等の確認を受けなければなりません。

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）　第68条準用第18条

（サービスの提供の記録）
第18条 指定居宅介護等事業者は、指定居宅介護等を提供した場合は、その期日及び内容その他必要な事項を、当該提供の都度記録しなければならない。
2 前項の規定による記録には、当該記録に係る指定居宅介護等の提供を受けたことについて支給決定障害者等の確認を受けなければならない。

# （参考）サービス提供の記録に関する留意事項について

## サービス提供の手順

1　サービスの提供　→　2　サービス提供記録の作成　→　3　利用者の確認

## サービス提供記録に関する留意事項

- **記録する内容**
  **サービス提供日及び支援した内容、利用者の状況、報酬請求事項に関する対応等を記載すること**
- **記録の方法**
  **短期入所の提供については、サービス提供の記都度録、記録し、確認を求めること**
- **記録の整備**
  **サービス提供記録に関する書類（業務日誌、個別支援記録、サービス提供実績確認票等）の整合及び誤りがないか、確認すること**

## 記録の整備に関する留意事項

**・事業者は、利用者に対する短期入所の提供に関する記録を整備し、5年間保存しなければなりません。**

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）　第80条準用第41条

（記録の整備）
第41条 指定居宅介護等事業者は、その従業者、設備、備品及び会計に関する記録を整備しておかなければならない。
2 指定居宅介護等事業者は、利用者に対する指定居宅介護等の提供に関する記録を整備し、その提供した日から5年間保存しなければならない。

# 利用契約の締結

【主な指摘事項】

- ○ 契約日の記載がないなど、内容に不備がある。
- ○ 支給決定有効期間を超えた契約期間となっている。
- ○ 利用契約書について、契約を締結したことを証する書面となっていない。
- ○ 契約書により利用者の同意を得ていない。

- ・ 契約書の記載事項は、重要事項説明書および現状と一致させてください。
- ・ サービスを利用するための契約が成立したときは、利用者の障害の特性に応じた適切な配慮をもって、書面を交付しなければなりません。
- ・ 支給決定有効期間を超えていないか、確認をしてください。

❖社会福祉法

（利用契約成立時の書面の交付）
第77条　社会福祉事業の経営者は、福祉サービスを利用するための契約（厚生労働省令で定めるものを除く。）が成立したときは、その利用者に対し、遅滞なく、次に掲げる事項を記載した書面を交付しなければならない。

一　当該社会福祉事業の経営者の名称及び主たる事務所の所在地
二　当該社会福祉事業の経営者が提供する福祉サービスの内容
三　当該福祉サービスの提供につき利用者が支払うべき額に関する事項
四　その他厚生労働省令で定める事項

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）　第68条準用第8条

（重要事項の説明等）
第8条 指定居宅介護等事業者は、社会福祉法（昭和26年法律第45号）第77条第1項の規定により書面の交付を行う場合は、利用申込者の障害の特性に応じた適切な配慮をしなければならない。

# （参考）利用契約の成立時の書面の交付について

| 社会福祉法第77条 | 指定基準条例第8条解釈通知 |
|---|---|
| 社会福祉事業の経営者は、福祉サービスを利用するための契約（厚生労働省令で定めるものを除く。）が成立したときは、その利用者に対し、遅滞なく、次に掲げる事項を記載した書面を交付しなければならない。<br>・当該社会福祉事業の経営者の名称及び主たる事務所の所在地<br>・当該社会福祉事業の経営者が提供する福祉サービスの内容<br>・当該福祉サービスの提供につき利用者が支払うべき額に関する事項<br>・その他厚生労働省令で定める事項 | 利用者との間で当該指定居宅介護の提供に係る契約が成立したときは、利用者の障害の特性に応じた適切な配慮をもって、社会福祉法第77条第1項規程に基づき、下記事項を記載した書面を交付すること。<br>・当該事業の経営者の名称及び主たる事務所の所在地<br>・当該事業の経営者が提供する指定居宅介護の内容<br>・当該指定居宅介護の提供につき利用者が支払うべき額に関する事項<br>・指定居宅介護の提供開始年月日<br>・指定居宅介護に係る苦情を受け付けるための窓口 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 契約書記載事項の例 | □ 契約の目的 | □ サービス利用料金 | □ 賠償責任 | □ 補足事項（契約に定めのない事項の取扱い） |
| | □ 契約の期間 | □ サービスの中止 | □ 緊急時の対応 | |
| | □ サービスの内容 | □ 相談・苦情対応 | □ 身分証携行義務 | □ 裁判管轄（訴訟となった場合の管轄裁判所） |
| | □ 介護給付費等申請に係る援助 | □ 契約の終了 | □ 関係機関等との連携 | |
| | □ サービス提供の記録 | □ 秘密保持 | | |

**説明と同意・交付の確認**

以上の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。
契約締結日　平成◎◎年□月◇日
契約者

事業者（事業者名）
（住所）
（代表者名）　　㊞

利用者　　代理人又は立会人等
（住所）　　（住所）
（氏名）　㊞　　（氏名）　㊞

# 給付費の額の通知

【主な指摘事項】

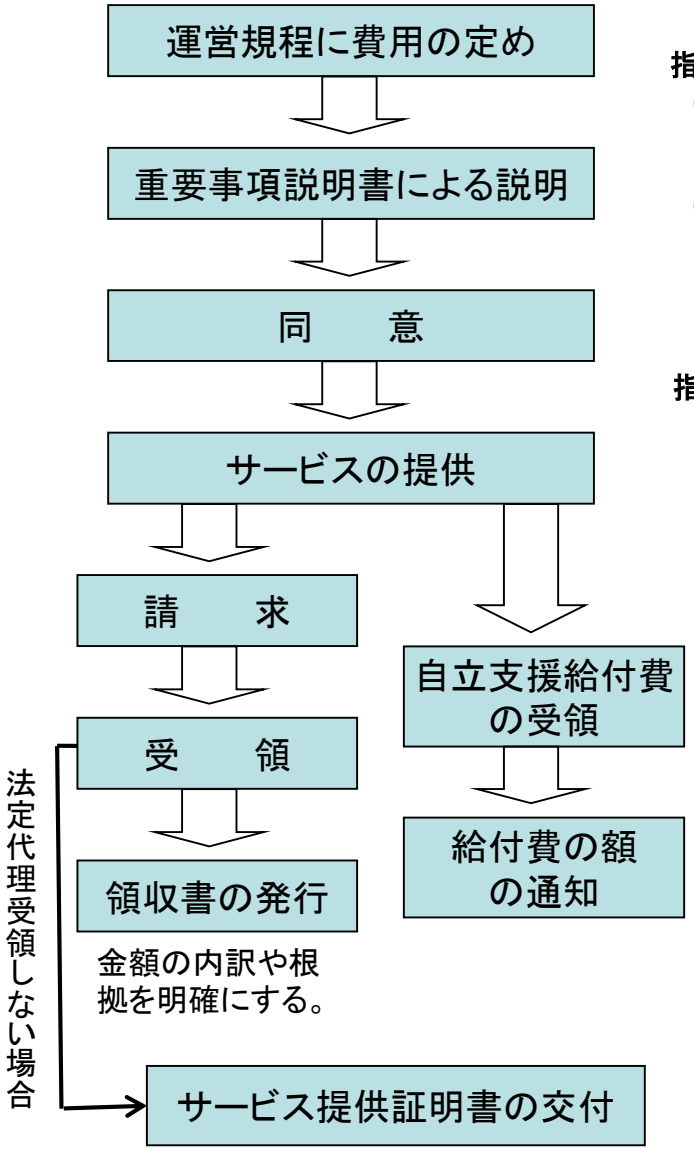
○　法定代理受理する介護給付費の額について、利用者に通知をしていない。

- 法定代理受領により市町村から介護給付費の支給を受けた場合には、利用者に対して額を通知してください。
- 額を利用者に通知することによって、利用者は、公費負担を含めた全体の費用について把握することができ、また、事業者による不適正な請求を防止する機能も期待されています。

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）　第68条準用第22条

（介護給付費の額の通知等）
第22条 指定居宅介護等事業者は、法定代理受領により指定居宅介護等に係る介護給付費の支給を受けたときは、支給決定障害者に対し、その者に係る介護給付費の額を通知しなければならない。
2 指定居宅介護等事業者は、支給決定障害者等から法定代理受領を行わない指定居宅介護等に係る費用の支払を受けた場合は、その者に対し、その指定居宅介護等の内容及び費用の額その他必要と認められる事項を記載した書面を交付しなければならない。

# （参考）利用者負担額等の受領の流れ




**指定基準条例　第19条**

（1）事業者が、利用者に対して金銭の支払を求めることができるのは、その使途が直接利用者の便益を向上させるものであって、当該利用者に支払を求めることが適当であるものに限る。

（2）上記（1）により金銭の支払を求める際は、金銭の使途及び額並びに利用者に金銭の支払を求める理由について書面によって明らかにするとともに、利用者に説明を行い、その同意を得なければならない。ただし、利用者負担額及び法定代理受領を行わない場合の基準額の支払については、この限りでない。

**指定基準条例施行規則　第25条**

（1）事業者は、サービスを提供した際は、利用者から利用者負担額の支払を受ける。

（2）事業者は、法定代理受領を行わないサービスを提供した際は、利用者から当該サービスに係る基準額の支払を受ける。

（3）事業者は、上記（1）～（2）の支払を受ける額のほか、サービスにおいて提供される便宜に要する費用のうち、次に掲げるものの費用の支払を利用者から受けることができる。

・食事の提供に要する費用
・光熱水費
・日用品費
・前各号に掲げるもののほか、サービスにおいて提供される便宜に要する費用のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者に負担させることが適当と認められるもの。

（4）事業者は、上記（1）～（3）の費用の支払を受けた場合は、当該費用に係る領収証を利用者に対し交付しなければならない。

# 支払の受領等

【主な指摘事項】

○ あいまいな名目での費用を徴収している。

○ 利用者から支払を受けた際に、領収書を交付していない。

・ 重要事項説明書により、利用者負担額及び利用者に求める費用等について、事前に説明を行い、同意を得てください。
・ 利用者から支払を受けた場合には、領収証を交付してください。
・ 利用者に求める費用は明確な項目としてください。
・ 短期入所で利用者から受領することが出来る費用は以下となります。
  食事の提供に要する費用
  光熱水費
  日用品費
  日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、支給決定障害者等に負担させることが適当と認められるもの

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）　第68条準用第20条

（支払の受領等）
第20条 指定居宅介護等事業者は、規則で定めるところにより、支給決定障害者等から指定居宅介護等に要した費用等の支払を受けるものとし、又は受けることができる。
2 指定居宅介護等事業者は、規則で定める費用に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、支給決定障害者等に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、その同意を得なければならない。

# （参考）支払の受領等

【利用者負担額の他、受領が可能な費用】

□ 食事の提供に要する費用　　□ 光熱水費　　□ 日用品費

□ その他の日常生活費（日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、支給決定障害者に負担させることが適当と認められるもの）

○ 「その他の日常生活費」の受領は、以下の基準を遵守してください。

・介護給付費の対象となっているサービスと重複していないこと。
・曖昧な名目の費用を受領しないこと。
・受領については、利用者に事前に充分な説明を行い、同意を得てください。
・受領は対象となる便宜を行うための実費相当額の範囲内で行ってください。
・対象となる便宜及びその額は、運営規程において定め、また、重要事項として、見やすい場所に掲示してください。

○ 「その他の日常生活費」の具体的な範囲

・利用者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを提供する場合に係る費用
・利用者の希望によって、教養娯楽費として日常生活に必要なものを提供する場合に係る費用
・利用者の希望によって、送迎を事業者又は施設が提供する場合に係る費用

○ 「その他の日常生活費」と「預り金の出納管理に係る費用」については、区別されるべき費用です。

○ 不正防止の観点から、立替払いをし、事後請求することは行わないでください。

参考通知　「障害福祉サービス等における日常生活に要する費用の取扱いについて」
平成18年12月６日障発第1206002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知

# 運営規程

【主な指摘事項】

○　必要な事項の記載がない。

・ 必要な事項が記載されているか確認し、**運営の実態**、**重要事項説明書**、**契約書**の内容は一致させてください。

・ 指定短期入所事業所としての運営規程を作成してください。

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）　第66条

（運営規程）
第66条　指定短期入所事業者は、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する運営規程を定めておかなければならない。
（1）第30条第1号、第2号及び第6号から第8号までに掲げる事項
（2）入居定員（規則で定める場合を除く。）
（3）指定短期入所の内容並びに支給決定障害者等から受領する費用の種類及びその額
（4）サービスの利用に当たっての留意事項
（6）非常災害対策
（7）その他運営に関する重要事項

# （参考）運営規程の項目について

【運営規程に記載すべき事項】

- □ 事業の目的及び運営の方針
- □ 事業所の概要（名称、所在地）
- □ 事業所の類型（併設型、空床利用型、単独型の別）
- □ 従業員の職種、員数及び職務内容
- □ 利用定員（空床利用型の場合は不要）
- □ サービスの内容
- □ 内容及び手続きの説明及び同意
- □ 受領する費用の種類及びその額
- □ 利用の当たっての留意事項
  サービス提供を受ける際に利用者側が留意するルール、施設利用上の注意事項等
- □ 緊急時等における対応方法
- □ 非常災害対策
  必要な設備の設置、非常災害に関する具体的計画、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制の整備、定期的な避難、救出その他必要な訓練の実施等
- □ 主たる対象者の障害の種類（定めた場合）
- □ 虐待防止のための措置
- □ その他の運営に関する重要事項
  身体拘束の禁止
  秘密保持
  苦情解決
  協力医療機関
  事故発生時の対応
  地域生活支援拠点等である場合は、その満たす機能　　等

# 事故発生時の対応

【主な指摘事項】

○　事故発生時の報告がされていない。

- 事故等が発生した場合、報告が必要です。
- 事故が発生した場合の対応方法について、手順等具体的な事故対応の仕組み及び家族への連絡など事故対応の体制について、マニュアル等を整備してください。
- 事故が発生した場合は、内容や発生した原因、対応について記録をし、原因を解明し、再発防止策を講じることが必要です。
- 賠償すべき事態において速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入しておくことが望まれます。
- リスクマネジメントの視点を取り入れた業務の見直しと取組として、日常業務を事故防止の観点から再点検し、ヒヤリ・ハット事例の収集と活用、継続的かつ定期的な職場内研修等が有効であるとされます。

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）　第68条準用第39条

（事故発生時の対応）
第39条 指定居宅介護等事業者は、利用者に対する指定居宅介護等の提供により事故が発生した場合は、県、市町村等、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
2 指定居宅介護等事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った措置について、記録しなければならない。
3 指定居宅介護等事業者は、指定居宅介護等の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

# （参考）事故発生時の対応等について

| 報告すべき事故等の範囲 | | |
|---|---|---|
| 報告先 | 事業者→家族、県（保健福祉事務所福祉課）、市町村等 | |
| 報告事項 | 報　告　項　目 | |
| | (1)　サービスの提供時の利用者のケガ等又は死亡 | ケガ等とは、サービスの提供時に発生した骨折、火傷、創傷、誤嚥、異食、誤薬等により、入院又は医療機関での治療を要するもの。<br>死亡は、サービスの提供時に発生した事故等によるものとするが、病気等により死亡した場合であっても、事業者の責めに帰する可能性のあるとき又は利用者の家族等から責任を問われているとき。 |
| | (2)　利用者の行方不明 | 外部の協力により捜索活動が必要となる場合 |
| | (3)　職員の法令違反・不祥事等 | 個人情報の漏えいや利用者預り金の横領など、利用者の処遇に影響があるもの。 |
| | (4)　食中毒及び感染症の発生 | インフルエンザ、ノロウィルス、O157等の集団発生 |
| | (5)　その他事業所等の長が必要と認めたもの | |

参考通知

「「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例等の解釈上の留意事項について」の一部改正について」

（平成29年４月７日29障第44号長野県健康福祉部障がい者支援課長通知）

「障害福祉サービス事業所等における事故発生時の報告について」

（平成29年３月10日28障第720号長野県健康福祉部障がい者支援課長通知）

# 秘密保持等

【主な指摘事項】

○ 秘密保持について、必要な措置が講じられていない。

○ 個人情報の提供について、利用者又は家族からの同意を得ていない。

・ 他の事業者等に対して、利用者又はその家族に関する情報を提供する際は、あらかじめ文書により当該利用者又はその家族の同意を得てください。（この同意は、サービス提供開始時に利用者及びその家族から包括的な同意を得ておくことで足りるとされています。）

・ 業務上知り得た利用者又はその家族の個人情報を保護するために、従業者に対して秘密の保持を義務付け、その規程について、就業規則、雇用契約書に明記してください。

・ 従業者に対して退職後も秘密の保持を義務付けるために、雇用契約時等に誓約書を取り交わすなどの取り決めをしてください。

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準） 第68条準用第35条

（秘密保持等）
第35条 指定居宅介護等事業所の従業者及び管理者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又は家族の秘密を漏らしてはならない。
2 指定居宅介護等事業者は、その従業者及び管理者であった者が、前項の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければならない。
3 指定居宅介護等事業者は、他の指定居宅介護等事業者等に対して、利用者又はその家族に関する情報を提供するときは、あらかじめ、当該利用者又はその家族の同意を文書により得ておかなければならない。

# 受給者証記載事項

【主な指摘事項】

○　必要事項が利用者の受給者証に記載されていない。
○　市町村へ提出がされていない。
○　入退所の記録が不十分。

・ 利用者が入所又は退所するときは、事業所の名称、入所又は退所の期日、その他の必要な事項を利用者の受給者証に記載してください。

・ 利用者の支給決定を受けた量が総額に達した場合には、受給者証の指定短期入所の提供に係る部分の写しを、その利用者の支給決定に係る市町村に提出しなければなりません。

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）　第63条

（入退所の記録の記載等）
第63条　指定短期入所事業者は、支給決定障害者等が入所又は退所をするときは、指定短期入所事業所の名称、入所又は退所の期日その他の必要な事項を当該支給決定障害者等の受給者証に記載しなけらばならない。
2　指定短期入所事業者は、その提供した指定短期入所により、当該提供を受けた支給決定障害者等の指定短期入所の量の総額がその者の支給決定を受けた支給量に達した場合には、その者の受給者証の指定短期入所の提供に係る部分の写しをその者に係る市町村等に提出しなければならない。

# 非常災害対策

【主な指摘事項】

○ 非常災害に対する具体的な計画が整備されていない。

○ 定期的な避難訓練等の実施がない。

- 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設ける必要があります。
- 非常災害に関する具体的な計画をたて、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、利用者及び職員に周知徹底する必要があります。
- 具体的な計画は、災害時において自力避難が困難な利用者の避難について的確に対応するために、あらかじめ防災組織を整え、職員の役割分担、緊急時連絡体制を整えることなどが必要です。
- 避難場所、避難経路、避難方法などについては、利用者及び家族にも周知してください。
- 避難訓練に関しては、職員や利用者が災害時において適切な行動をとることができるよう、定期的に避難訓練、救出訓練、その他必要な訓練を行ってください。（年2回以上）

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業の設備及び運営の基準に関する条例（最低基準）　第8条

（非常災害対策）

第8条 療養介護事業者は、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けるとともに、非常災害 に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、定期的に避難訓練、救出訓練その他必要な訓練を行うなど非常災害に対応できるための必要な措置を講じ なければならない。

2 療養介護事業者は、前項に規定する避難訓練、救出訓練その他必要な訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならない。

# 虐待の防止のための措置

【主な指摘事項】

○　虐待防止のための責任者を設置する等、必要な体制の整備がされていない。

○　従業者に対して研修を実施する等の措置がとられてない。

・　虐待防止のための措置を講ずるよう努めてください。
　虐待の防止に関する責任者の選定
　運営規程等への記載
　成年後見制度の利用支援
　苦情解決体制の整備
　従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施

❖障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（指定基準）　第3条の3

（指定障害福祉サービス事業者の一般原則）
第3条の3　指定障害福祉サービス事業者は、利用者に対する虐待の防止及び差別の禁止その他の人権の擁護のため、責任者を設置するなどの措置を講ずるよう努めなければならない。

# 虐待の防止

**令和4年度から義務化（令和3年度は努力義務）**

**○　従業者への研修を実施すること。**

**○　虐待防止のための対策を検討する委員会として虐待防止委員会を設置するとともに、委員会での検討結果を従業者に周知徹底すること。**

**○　虐待の防止等のための責任者を設置すること。**

※　虐待防止委員会に求められる役割は、虐待の未然防止、虐待事案発生時の検証や再発防止策の検討等となります。

❖指定基準条例　第39条の2

（虐待の防止）

第39条の2　指定居宅介護等事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、規則で定める措置を講じなければならない。

❖指定基準条例施行規則　第4条の4

（虐待の防止のための措置）

第4条の4　条例第39条の2の規則で定める措置は、次に掲げる措置とする。

（1）　当該指定居宅介護等事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して開催することができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。

（2）　当該指定居宅介護等事業所において、従業者及び管理者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること。

（3）　前2号に掲げる措置の適切な実施を図るための業務を担当する者を置くこと。

# 身体拘束等の適正化

令和３年度から義務化

○　身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録すること。
（記録が行われていない場合、減算適用となっております。５単位/日）

令和４年度から義務化（令和３年度は努力義務）

○　身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
○　身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。
○　従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。

令和５年度から「身体拘束廃止未実施減算」の適用

○　次のいずれかを満たしていない場合に、基本報酬を減算。
- 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（法人単位での開催も可）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。（年１回以上）
- 身体拘束等の適正化のための指針を整備していない場合
- 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的（年１回以上）に実施すること。

# 感染症の発生及びまん延の防止等に関する取組

**令和6年度から義務化（3年間は経過措置（準備期間））**

**○　感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する感染対策委員会を設置すること。**

**○　感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。**

**○　感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施すること。**

❖指定基準条例　第33条

（衛生管理等）

第33条　指定居宅介護等事業者は、従業者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行わなければならない。

2　指定居宅介護等事業者は、指定居宅介護等事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めなければならない。

3　指定居宅介護等事業者は、当該指定居宅介護等事業所において感染症が発生し、又はまん延しないよう、規則で定める措置を講じなければならない。

❖指定基準条例施行規則　第4条の2

（感染症の予防等のための措置）

第4条の2　条例第33条第3項の規則で定める措置は、次に掲げる措置とする。

（1）　当該指定居宅介護等事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して開催することができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。

（2）　当該指定居宅介護等事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。

（3）　当該指定居宅介護等事業所において、従業者及び管理者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施すること。

# 業務継続に向けた計画等の策定、研修・訓練等の実施

**令和6年度から義務化（3年間は経過措置（準備期間））**

- **感染症及び非常災害発生時において、サービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るために、業務継続計画を策定すること。**
- **業務継続計画に従い、研修及び訓練を実施すること。**

❖指定基準条例　第32条の2

（業務継続計画の策定等）

第32条の2　指定居宅介護等事業者は、感染症及び非常災害発生時において、利用者に対し指定居宅介護の提供を継続的に実施するため及び非常の場合における早期の業務再開を図るための計画（以下この条において「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

2　指定居宅介護等事業者は、従業者及び管理者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。

3　指定居宅介護等事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

# Ⅲ　指定基準上の留意事項

## 1. 事業所の形態

| | |
|---|---|
| 併設型 | 指定障害者支援施設等（※）に併設され、専ら指定短期入所用の居室において、当該指定障害者支援施設等と一体的に指定短期入所の運営を行う事業所。<br><br>※複数定員の居室を短期入所の居室として指定した場合、その居室は短期入所利用者しか利用できない。 |
| 空床利用型 | 利用者に利用されていない指定障害者支援施設等（※）の全部又は一部の居室において、指定短期入所の事業を行う事業所。<br><br>※複数定員の居室内で短期入所と指定障害支援施設等の利用者が同室しても可。 |
| 単独型 | 指定障害者支援施設等（※）（指定宿泊型自立訓練事業所等（※）を除く）以外の施設であって、利用者に利用されていない居室において、指定短期入所の事業を行う事業所。 |

※指定障害者支援施設等
　指定障害者支援施設、児童福祉施設その他の入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援を適切に行うことができる入所施設。指定宿泊型自立訓練事業所等（※）を含む。
※指定宿泊型自立訓練事業所等
　指定宿泊型自立訓練事業所、指定共同生活援助事業所、外部サービス利用型指定共同生活援助事業所、日中サービス支援型共同生活援助事業所（空床利用型は不可）

# 2. 設備に関する基準

<table>
<tr><th></th><th>居室</th><th colspan="2">その他設備</th></tr>
<tr><td>併設型</td><td>指定短期入所専用の居室であること。<br>居室の基準は、本体施設に準ずる。</td><td colspan="2">併設事業所及び併設本体事業所の効率的運営が可能であり、かつ、当該併設本体事業所の利用者の支援に支障がないときは、当該本体事業所の設備（居室を除く。）を指定短期入所事業の用に供することができる。</td></tr>
<tr><td>空床<br>利用型</td><td>本体施設の空床を利用する。</td><td colspan="2">その居室を利用する障害者支援施設等として必要とされる設備を有することで足りる。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">単独型</td><td rowspan="3">・1つの居室の定員は4人以下とすること。<br>・地階には設けてはならないこと。<br>・1人あたりの床面積は収納設備等を除き8㎡以上とすること。<br>・寝台又はそれに代わる設備を備えること。<br>・ブザー又はそれに代わる設備を備えること。</td><td>食堂</td><td>食事の提供に支障がない広さを有すること<br>必要な備品を備えること。</td></tr>
<tr><td>浴室</td><td>利用者の特性に応じたものであること。</td></tr>
<tr><td>洗面所<br>便所</td><td>居室のある階ごとに設けること。<br>利用者の特性に応じたものであること。</td></tr>
</table>

# 3. 人員（従業者）に関する基準

| 本体施設 | 指定障害者支援施設等 | 指定宿泊型自立訓練事業所等 |
|---|---|---|
| 併設型<br>空床利用型 | （本体施設の利用者の数）＋（短期入所の利用者の数） を 本体施設の利用者の数とみなした場合に、本体施設として必要とされる数以上 | ① 指定短期入所と同時に指定宿泊型自立訓練等を提供する時間帯<br>（本体施設の利用者の数）＋（短期入所の利用者の数） を 本体施設の利用者の数とみなした場合に、本体施設における生活支援員又はこれに準ずる従業者として必要とされる数以上<br><br>② 指定短期入所のみを提供する時間帯<br>６ ： １ 以上 |

| 本体施設 | なし | 指定生活介護事業所等 ※ |
|---|---|---|
| 単独型 | ６ ： １ 以上 | ① 指定生活介護等のサービス提供時間帯<br>（本体施設の利用者の数）＋（短期入所の利用者の数） を 本体施設の利用者の数とみなした場合に、本体施設における生活支援員又はこれに準ずる従業者として必要とされる数以上<br><br>② 指定短期入所のみを提供する時間帯<br>６ ： １ 以上 |

※指定生活介護事業所等
指定生活介護事業所、指定自立訓練（機能訓練）事業所、指定自立訓練（生活訓練）事業所、
指定宿泊型自立訓練事業所、指定就労移行支援事業所、指定就労継続支援Ａ型事業所、
指定就労継続支援Ｂ型事業所、指定共同生活援助事業所、外部サービス利用型指定共同生活援助事業所
指定障害児通所支援事業所（児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、
保育所等訪問支援）

# 人員に関する基準

○　管理者

・原則として、管理業務に従事すること。

・資格要件なし。必要な知識及び経験を有すること。

・管理業務上支障がない場合は、他の職務との兼務は可能。

【夜間の支援について】

・併設型、空床利用型においては、本体施設の従業者が夜間の支援を兼務することは可能。 単独型は不可。

【その他留意事項】

・障害の程度が著しく重度の利用者を受け入れる場合等については、医師及び看護職員も含めて、必要な職種の従業者が確保されるよう努めること。

# （参考） 共生型短期入所

| | |
|---|---|
| 本体施設 | 介護保険法による<br>① 指定短期入所生活介護 ・ 指定介護予防短期入所生活介護<br>② 指定小規模多機能型居宅介護 ・ 指定看護小規模多機能型居宅介護<br>指定介護予防小規模多機能型居宅介護 |
| 設備基準 | ○介護保険サービス事業所等として満たすべき設備基準を満たしていること<br>○１人あたりの床面積の基準は以下のとおり<br>・本体施設が①の場合<br>居室の面積は利用者１人あたりの床面積が 10.65㎡以上<br>・本体施設が②の場合<br>個室以外の宿泊室を設ける場合は宿泊サービスの利用者１人あたりの床面積が 7.43㎡以上 |
| 人員基準 | 共生型サービスの利用者数も含めて、介護保険サービス事業所等の利用者数とした場合に、介護保険サービス事業所等として必要とされる数以上 |
| 定員 | 介護保険サービス事業所等において同時にサービスを受けることができる利用者数の上限 |
| その他 | 障害福祉サービス事業所等、その他関係施設から、障がい者の支援を行う上で、必要な技術的支援を受けていること。 |

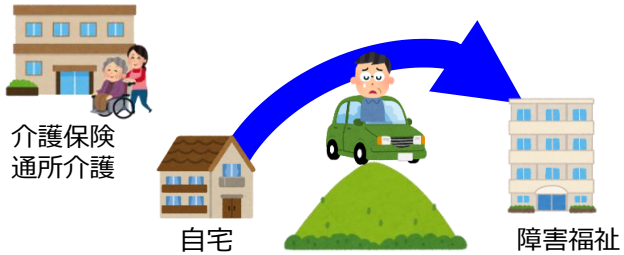
# 共生型サービスの基準・報酬の設定

○　介護保険サービスの指定を受けた事業所であれば、基本的に障害福祉（共生型）の指定を受けられるよう、障害福祉の居宅介護、生活介護、短期入所等の指定を受ける場合の基準の特例を設ける。

## ○介護サービス事業所が共生型障害福祉サービスの指定を受ける場合（障害報酬）

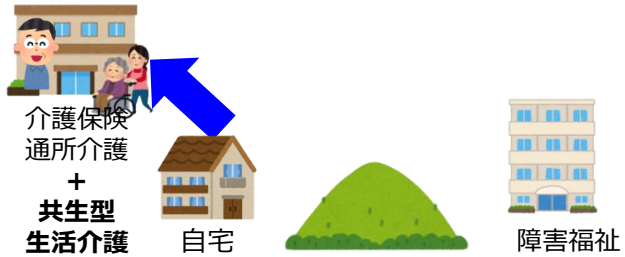
**見直し前**

山間地域など近くに事業所がない場合、遠方の事業所までの通所が必要。




**見直し後**

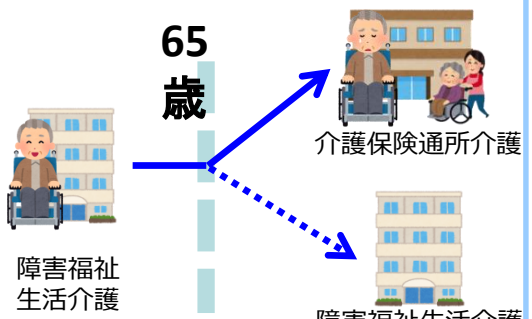
近隣の通所介護事業所が共生型生活介護になることで、身近な場所でのサービスが可能に。




## ○障害福祉サービス事業所が共生型介護サービスの指定を受ける場合（介護報酬）

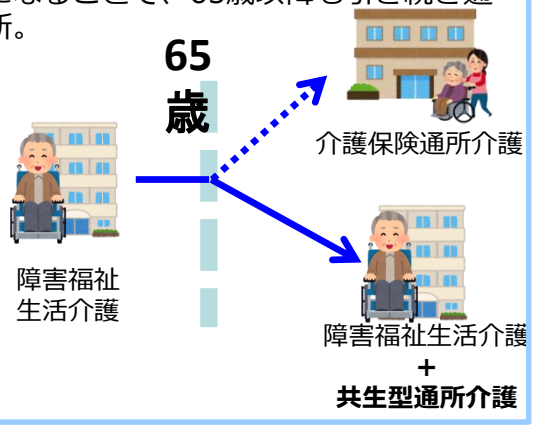
**見直し前**

65歳を境に、なじみのある事業所から介護サービス事業所へ移行する可能性。




**見直し後**

なじみのある事業所が共生型サービスになることで、65歳以降も引き続き通所。




【障害福祉サービス等報酬の例】

○　介護保険の通所介護事業所が、障害者への生活介護を行う場合　694単位

○　共生型生活介護事業所等について、サービス管理責任者等を配置し、かつ、地域交流の場の提供等の実施を評価。

【例】

・サービス管理責任者配置等加算（新設）
58単位

・　共生型サービス体制強化加算（新設）

①　児童発達支援管理責任者を配置
103単位

②　保育士又は児童指導員を配置
78単位

等

# Ⅲ　報酬請求上の留意事項

## 1．報酬請求に係る基本事項

| | 福祉型短期入所 | 福祉型強化短期入所 | 医療型短期入所 |
|---|---|---|---|
| 対象者 | 障がい者<br>（障害支援区分1以上）<br>障がい児<br>（障害児支援区分1以上） | スコア表の項目のいずれかの医療行為が必要な障がい児・者　等 | 療養介護対象者<br>重症心身障害児<br>遷延性意識障害者　等 |
| 実施主体 | 法人であること | | 病院・診療所<br>介護老人保健施設 |
| 実施サービス | 入浴、排せつ及び<br>食事の介護等 | 入浴、排せつ及び<br>食事の介護等<br>※医療的ケアに対応 | 入浴、排せつ及び<br>食事の介護等<br>※医療ニーズの高い利用者に対する計画的な医学的管理や療養上必要な措置を実施 |
| 報酬 | 福祉型短期入所サービス費<br>（Ⅰ）～（Ⅳ） | 福祉型強化短期入所サービス費（Ⅰ）～（Ⅳ） | 医療型短期入所サービス費<br>（Ⅰ）～（Ⅲ）<br>医療型特定短期入所サービス費<br>（Ⅰ）～（Ⅵ） |

# 福祉型強化短期入所サービス費

| 対象者 | 算定要件等 | 届出 |
| --- | --- | --- |
| 障がい者（障害支援区分１以上）、障がい児（障害児支援区分１以上）のいずれかに該当し、かつスコア表の項目の欄に掲げるいずれかの医療行為を必要とする状態である者等 | 指定短期入所事業所に看護職員を常勤で１以上配置する場合に算定<br><br>※算定上の留意事項<br>併設型及び空床利用型の短期入所で、本体施設に常勤換算方法で1以上の看護職員が配置されている場合は、福祉型強化短期入所の要件を満たす。ただし、本体施設と短期入所事業所の職務が同時並行的に行われていること。 | 要 |

【報酬請求上の留意事項】

・福祉型強化短期入所事業所において、医療的ケアが必要な利用者がいない日にサービスの提供を行った場合は、福祉型短期入所を請求する。

・福祉型強化短期入所の対象者であることを判断した書類（医師の診断書等）を整えること。

# 2. 各種加算等について

## 短期利用加算

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 短期利用加算 | 利用を開始した日から起算して30日以内の期間について、**1年間に通算して30日を限度**として算定<br>※「1年」は最初に短期入所を開始した日から起算 | 30単位／日 | 不要 |

## 常勤看護職員等配置加算

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 常勤看護職員等配置加算 | 看護職員を常勤換算方法で1人以上配置しているものとして届け出た事業所において、<br>**利用定員に応じて**算定<br><br>※医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している事業所は算定不可 | 利用定員が<br>6人以下<br>10単位／日<br>7人以上12人以下<br>8単位／日<br>13人以上17人以下<br>6単位／日<br>18人以上<br>4単位／日 | 要 |

## 医療的ケア対応支援加算

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 医療的ケア対応支援加算 | 福祉型強化短期入所サービス費若しくは共生型短期入所（福祉型強化）サービス費を算定している事業所において、スコア表に掲げるいずれかの医療行為を必要とする状態である利用者に指定短期入所の提供を行った場合に算定 | 120単位／日 | 不要 |

## 重度障害児・障害者対応支援加算

| 加算内容 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 重度障害児・障害者対応支援加算 | 福祉型強化短期入所サービス費若しくは共生型短期入所（福祉型強化）サービス費を算定している事業所において、区分5若しくは区分6又は障害児支援区分3に該当する利用者の数が、当該指定短期入所事業所等の利用者の数に100分の50を乗じて得た数以上である場合に算定 | 30単位／日 | 不要 |

## 地域生活支援拠点等加算（R3新設）

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 地域生活支援拠点等加算 | 市町村等により、地域生活支援拠点等として位置づけられていること及び、運営規程に定めがあること。 | 100単位／日<br>（利用開始日） | 必要 |

## 重度障害児・障害者対応支援加算

| 加算内容 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 重度障害児・障害者対応支援加算 | 福祉型強化短期入所サービス費若しくは共生型短期入所（福祉型強化）サービス費を算定している事業所において、区分5若しくは区分6又は障害児支援区分3に該当する利用者の数が、当該指定短期入所事業所等の利用者の数に100分の50を乗じて得た数以上である場合に算定 | 30単位／日 | 不要 |

# 重度障害者支援加算

| 加算内容 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 重度障害者支援加算<br><br>※注<br>医療型短期入所サービス費、医療型特定短期入所サービス費を算定している場合は算定不可 | 重度障害者等包括支援の対象者に相当する心身の状態にある者及び強度行動障がいを有する対象者に、指定短期入所を行った場合 | 50単位／日 | 不要 |
| | 重度障害者支援加算が算定されている指定短期入所事業所において、強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）修了者、重度訪問介護従業者養成研修行動障害支援課程修了者又は行動援護従業者養成研修修了者が支援を行った場合に、さらに追加で算定 | 10単位／日 | 要 |

# 単独型加算

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 単独型加算<br><br>※注<br>医療型短期入所サービス費、医療型特定短期入所サービス費を算定している場合は算定不可 | 単独型事業所において指定短期入所を行った場合 | 320単位／日 | 要 |
| | 福祉型短期入所サービス費（Ⅱ）又は（Ⅳ）、福祉型強化短期入所サービス費（Ⅱ）又は（Ⅳ）の算定対象となる利用者に対して、入所日及び退所日以外の日において、18時間（就寝の時間を含む）を超えて支援を行った場合については、さらに100単位を加算。<br>※同一敷地内の日中活動系サービス（別法人の場合は除く）を利用した日については算定しない。 | 100単位／日 | 不要 |

## 栄養士配置加算

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 栄養士配置加算（Ⅰ） | 常勤の管理栄養士又は栄養士を1名以上配置している場合 | 22単位／日 | 要 |
| 栄養士配置加算（Ⅱ） | 非常勤の管理栄養士又は栄養士を1名以上配置している場合 | 12単位／日 | |
| ※医療型短期入所サービス費、医療型特定短期入所サービス費を算定している場合は、算定不可 | | | |

## 利用者負担額上限管理加算

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 利用者負担額上限管理加算 | 利用者負担額合計額の管理を行った場合に、1月につき加算 | 150単位／日 | 不要 |

## 食事提供体制加算

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 食事提供体制加算 | 食事提供のための体制を整えている事業所で、低所得者等に対し、食事提供を行った場合<br>1日に複数回食事の提供をした場合、食事を提供する体制に係るものであることから、複数回分の算定は不可<br>原則として当該施設内の調理室を使用して調理し、提供されたものについて算定。食事の提供に関する業務を施設の最終的責任の下で第三者に委託することも可。 | 48単位／日 | 要 |

# 医療連携体制加算

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 医療連携体制加算（Ⅰ） | 医療機関との連携により、訪問した看護職員が利用者に対して1時間未満の看護を行った場合 （対象者は8人を限度）<br>※以下については算定不可<br>・福祉型強化短期入所サービス費、医療型短期入所サービス費、医療型特定短期入所サービス費、共生型短期入所（福祉型強化）サービス費の利用者<br>・指定生活介護等若しくは指定自立訓練（機能訓練）等を行う指定障害者支援施設等において指定短期入所を行う場合の利用者 | 32単位／日 | 不要 |
| 医療連携体制加算（Ⅱ） | 医療機関との連携により、訪問した看護職員が利用者に対して1時間以上2時間未満の看護を行った場合 （対象者は8人を限度）<br>※算定不可となる要件については（Ⅰ）と同様 | 63単位／日 | |
| 医療連携体制加算（Ⅲ） | 医療機関との連携により、訪問した看護職員が利用者に対して2時間以上の看護を行った場合 （対象者は8人を限度）<br>※算定不可となる要件については（Ⅰ）と同様 | 125単位／日 | |
| 医療連携体制加算（Ⅳ） | 医療機関との連携により、別に厚生労働大臣が定める者（スコア表の項目の欄のいずれかの医療行為を必要とする状態である者又は医師意見書により医療が必要であるとされる者に訪問した看護職員が4時間未満の看護を行った場合 （対象者は8人を限度）<br>※算定不可となる要件については（Ⅰ）と同様<br>（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）との併用不可 | 480～960単位／日 | |

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 医療連携体制加算（Ⅴ） | 医療機関との連携により、別に厚生労働大臣が定める者（スコア表の項目の欄のいずれかの医療行為を必要とする状態である者又は医師意見書により医療が必要であるとされる者に訪問した看護職員が4時間以上の看護を行った場合 （対象者は8人を限度）<br>※算定不可となる要件については（Ⅰ）と同様<br>（Ⅲ）との併用不可 | 800～1600単位／日 | 不要 |
| 医療連携体制加算（Ⅵ） | 医療機関との連携により、訪問した看護職員が4時間を超えて看護の提供等を行った場合 （対象者は3人を限度）<br>※算定不可となる要件については（Ⅰ）と同様<br>（Ⅲ）、（Ⅴ）との併用不可 | 1,000～2,000単位／日 | |
| 医療連携体制加算（Ⅶ） | 医療機関との連携により、訪問した看護職員が介護職員等に喀痰吸引等に係る指導を行った場合<br>（看護職員1人1日当たり）<br>※以下については算定不可<br>・福祉型強化短期入所サービス費、医療型短期入所サービス費、医療型特定短期入所サービス費、共生型短期入所（福祉型強化）サービス費の利用者 | 500単位／日 | |
| 医療連携体制加算（Ⅷ） | 認定特定行為業務従事者が、喀痰吸引等を実施した場合 （利用者1人1日当たり）<br>※以下については算定不可<br>・福祉型強化短期入所サービス費、医療型短期入所サービス費、医療型特定短期入所サービス費、共生型短期入所（福祉型強化）サービス費の利用者<br>（Ⅰ）～（Ⅵ）との併用不可 | 100単位/日 | |

| 加算の種類 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療連携体制加算（Ⅸ） | 日常的な健康管理、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している場合<br>※従業者として若しくは病院等との連携により、看護師を1名以上確保していること。<br>※看護師により24時間連絡できる体制を確保していること。<br>※重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に内容を説明し同意を得ていること。<br>※算定不可となる要件については（Ⅰ）と同様<br><br>※看護師１人につき、算定可能な利用者数は20人を上限とする取扱いについては適用されない。 | 39単位/日 | 要 |

# 緊急短期入所受入加算

| 加算内容 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 緊急短期入所受入加算（Ⅰ） | 福祉型短期入所サービス費又は共生型短期入所サービス費を算定している指定短期入所事業所が、居宅において介護を行う者の急病等の理由により指定短期入所を緊急に行った場合に、入所した日から起算して**7日を限度として**（やむを得ない場合は14日）、1日につき算定<br>※利用を開始した日の前々日、前日又は当日に利用の連絡があった場合の利用者であること | 180単位／日 | 不要 |
| 緊急短期入所受入加算（Ⅱ） | 医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している指定短期入所事業所が、居宅において介護を行う者の急病等の理由により指定短期入所を緊急に行った場合に、入所した日から起算して**7日を限度として**（やむを得ない場合は14日）、1日につき算定<br>※利用を開始した日の前々日、前日又は当日に利用の連絡があった場合の利用者であること | 270単位／日 | |

# 定員超過特例加算

| 加算内容 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 定員超過特例加算 | 定員超過減算の基準を超えて、緊急利用者を受け入れたとき、利用を開始した日から10日を限度として、1日につき算定 | 50単位／日 | 不要 |

## 特別重度支援加算

| 加算内容 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 特別重度支援加算（Ⅰ） | 医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している事業所が、別に厚生労働大臣が定める者に対して、指定短期入所を行った場合 | 610単位／日 | 不要 |
| 特別重度支援加算（Ⅱ） | 医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している事業所が、別に厚生労働大臣が定める者に対して、指定短期入所を行った場合<br>※（Ⅰ）を算定している場合は算定不可 | 297単位／日 | |
| 特別重度支援加算（Ⅲ） | 医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している事業所が、別に厚生労働大臣が定める者に対して、指定短期入所を行った場合<br>※（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定している場合は算定不可 | 120単位/日 | |

## 送迎加算

| 加算内容 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 送迎加算 | 利用者の居宅等と指定短期入所事業所との間の送迎を行った場合に、片道につき加算 | 186単位<br>／片道 | 要 |

## 日中活動支援加算（R3新規）

| 加算内容 | 算定要件 | 算定単位 | 届出 |
|---|---|---|---|
| 日中活動支援加算 | 医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している事業所が以下の基準を満たす者として、日中活動実施計画が作成されている利用者に対して、指定短期入所を行った場合に算定<br>（1）保育士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同して、利用者ごとの日中活動実施計画を作成していること。<br>（2）利用者ごとの日中活動実施計画に従い保育士等が実施し、かつ利用者の状態を定期的に記録していること。<br>（3）利用者ごとの日中活動実施計画の実施状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。 | 200単位／日 | 要 |

## 福祉・介護職員処遇改善加算／福祉・介護職員処遇改善特別加算

| 加算の種類 | 算定要件 | 届出 |
|---|---|---|
| 福祉・介護職員処遇改善加算 | 厚生労働省が定める基準に適合している福祉・介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして、都道府県知事に届け出た事業所が、利用者に対してサービスを行った場合に算定<br>※要件により、（Ⅰ）～（Ⅴ）の5つの加算区分あり | 要 |
| 福祉・介護職員処遇改善特別加算 | 福祉・介護職員を中心として従業者の処遇改善が図られていること。<br>※「キャリアパス要件」及び「職場環境等要件」は問わない。 | |

# 減算の概要

| 減算内容 | 減算要件等 |
|---|---|
| 大規模減算 | 基本単位数の90%を算定<br><br>※単独型で20床以上の場合 |
| 身体拘束廃止未実施減算 | 利用者全員について所定単位数から1日につき5単位を減算<br><br>※身体拘束等に係る記録を行っていない場合、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間 |
| 定員超過利用減算 | 基本単位数の70%を算定<br><br>※以下のいずれかに該当する場合<br>○　1日当たりの利用者数が、定員が50人以下の場合は当該定員の110%を、定員が51日以上の場合は当該定員から50を差し引いた員数の105%に55を加えた数を、それぞれ超過している場合。<br>○　過去3か月間の平均利用人員が、定員の105%を超過している場合 |
| サービス提供職員欠如減算 | 減算適用1月目から2月目：基本単位数の70%を算定<br>減算適用3月目以降：基本単位数の50%を算定<br><br>※指定基準に定める人員基準を満たしていない場合、<br>1割を超えて欠如：　その翌月から<br>1割の範囲内で欠如：　その翌々月から<br>人員基準欠如が解消されるに至った月までの間 |

# 届出書について

| 届出書の提出について | |
|---|---|
| | 提出期限 |
| 届出書 | 変更の日から10日以内 |
| 廃止・休止・再開届 | 廃止・休止： 廃止及び休止日の1ヶ月前<br>再開： 再開日から10日以内 |

| 加算の算定について | |
|---|---|
| | 提出期限 |
| 加算等を算定する場合<br>(単位数の増) | 前月の15日までに提出（開庁日） ※16日以降は翌々月からの適用となります。<br>（年度当初から算定する前年度実績に関わる加算については4月中旬） |
| 加算等を取り下げる場合<br>（単位数の減） | すみやかに提出<br>事実が発生した日から適用となります。 |
| 処遇改善加算 | 前々月の末日までに提出<br>（年度当初は前年度の2月末日） |

**（参考）変更届出書（様式第2号）に添付する書類例について**

ホーム > 健康・福祉 > 障がい者福祉 > 障害福祉サービス > 障害福祉サービス事業者向け情報 > 障害福祉サービス事業者の皆さまへ > 障害福祉サービス事業所の指定申請> 障害福祉サービス事業所の指定申請様式 ＞ (2)変更届

(URL）http://www.pref.nagano.lg.jp/shogai-shien/kenko/shogai/shogai/joho/jigyosha/shiteshinse.html

# 参考法令等

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年11月7日法律第123号）

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（平成24年長野県条例第60号）（指定基準）

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業の設備及び運営の基準に関する条例（平成24年長野県条例第61号）（最低基準）

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例施行規則（平成25年長野県規則第13号）

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例等の解釈上の留意事項について（通知）
（平成25年3月29日24障第687-1号長野県健康福祉部障害者支援課長通知）

障害福祉サービス等における日常生活に要する費用の取扱いについて（通知）
（平成18年12月６日障発第1206002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例等の解釈上の留意事項について」の一部改正について（通知）
（平成29年4月7日付け29障第44号長野県健康福祉部障がい者支援課長通知）

令和3年度指定障害福祉サービス事業者等集団指導資料

# 地域移行支援・地域定着支援
# 自立生活援助

Ⅰ　県の指導について
Ⅱ　各種届出について
Ⅲ　サービス内容
Ⅳ　人員・運営に関する基準について
Ⅴ　報酬請求上の留意事項
Ⅵ　相談支援専門員について

# Ⅰ県の指導について

| 指導の目的 |
| --- |
| 障害福祉サービス事業者の支援を基本とし、制度理解の促進、自立支援給付の適性化とよりよい支援の実現を目的とする。 |

| 指導の種類 | |
| --- | --- |
| 実地指導 | 主眼事項等に基づき、関係書類を閲覧し、関係者との面談方式で行い、文書又は口頭による指摘を行う。<br>・障害者支援施設：2年に1回<br>・障害福祉サービス事業所：3年に1回（新規事業所は指定後、概ね3カ月後） |
| 集団指導 | サービス等の取扱い、自立支援給付等に係る費用の請求の内容、制度改正内容及び過去の指導事例等について講習等の方式で行う。 |
| 監査 | 指定基準違反等の事実関係を的確に把握し、公正かつ適切な措置を採ることを主眼とする。 |

| 集団指導について | |
| --- | --- |
| 内容と目的 | ○実地指導等で指摘が多いところ、事業者から問い合わせの多い事項等について、重点的に説明<br>→不適切な請求を防げ、安定した事業所運営につなげる。<br>→利用者が安心して利用できるようにする。 |
| 事業者の対応 | ○指摘事項等に該当する場合は、速やかに見直しをしてください。<br>○事業所において伝達研修を実施願います。（後日研修資料を県ホームページに掲載します。）<br>（資料掲載先）健康・医療・福祉＞障がい者福祉＞障害福祉サービス＞障害福祉サービス事業者向け情報＞障害福祉サービス事業者の皆さまへ＞6．指定障害福祉サービス事業者等の指導について |

# II　各種届出について

## 各事業の届出窓口

| 事業所 | 指定機関 | 申請窓口 |
|---|---|---|
| **指定一般相談支援**<br>**指定自立生活援助** | **県**<br>中核市 | **所在地を管轄する保健福祉事務所福祉課** |
| 指定特定相談支援 | 事業所の所在地の市町村 | 所在地を管轄する市町村の障がい福祉主管課 |
| 指定障害児相談支援 | 事業所の所在地の市町村 | 所在地を管轄する市町村の障がい福祉主管課 |

※更新、変更、休止、廃止、加算等に関する届出も上記のとおりです。

**≪その他の留意事項≫**　平成二四・二・二〇　障害封建福祉主幹課長会議資料

○ 障がい児に対しての相談支援事業を実施する場合については、指定特定相談支援事業所及び障害児相談支援事業所の**両方の指定を受けることが基本**。

※当該事業所が障がい児のみを対象とする場合は、運営規程において主たる対象者を障がい児とする旨明記すること。（主たる対象者以外の者から依頼があった場合は、運営規程において主たる対象者を障がい児としていることにより、正当な理由があるものとしてサービス提供を拒否できる。）

○ 市町村直営の場合には、支給決定を行う組織とは独立した体制が確保されている場合に限り指定できる。

# 指定申請・更新について

事業者の指定は毎月1日付けで行っています。申請書の不備によっては審査期間が延長する場合もありますので、ゆとりを持って早めに相談・申請をお願いします。

**【指定一般相談支援・指定自立生活援助の場合】**

| 事前相談 | 事前協議 | 指定申請 | 指定 |
|---|---|---|---|
| 必要なし | 必要なし | 希望指定日の前々月の16日まで | 毎月1日付 |

# 指定更新について

指定一般相談支援事業所、指定自立生活援助事業所の指定は有効期限6年間です。
6年ごとに指定の更新の手続きを行ってください。
指定の更新については、新規の指定申請と同様の手続きが必要です。

※申請に必要な書類等はチェックリストを参照してください。（参考資料１，２参照）

# 変更届出の手続き

指定申請の際に指定申請書及び各付表に記載した事項について**変更があった場合は、その旨を10日以内に指定機関に届け出なければならない**とされています。
「変更届出書」に必要事項を記入し、変更のある事項に関する書類を添付し、提出してください。

**〇変更届出が必要な場合（主なもの）**

①事業所・施設の名称及び所在地が変更になった場合
②申請者の名称、重たる事業所の所在地、代表者の氏名が変更になった場合
③申請者の定款、寄付行為、条例等が変更になった場合
④建物の構造、事業所の平面図、施設の概要が変更になった場合
⑤管理者及び相談支援専門員の氏名、経歴及び住所が変更になった場合
⑥運営規程が変更になった場合
⑦主たる対象者が変更になった場合
⑧介護給付費等の請求に関する事項　等　（※参考資料3参照）

# 休止・廃止・再開の手続き

**〇廃止・休止する場合**

当該指定に係わる事業を廃止または休止する時は、**廃止・休止の1ヶ月前までに**指定機関に届出をしなければならないとされています。

**〇再開をする場合**

休止した指定計画相談支援事業を再開したときは、**10日以内に**指定機関に届け出なければならないとされています。
→「廃止・休止・再開届出書」に必要事項を記入し、提出してください。

# 事前に申請が必要な加算等に関する届出の手続き

## 地域移行支援

| 加算等の体制 | 提出が必要な書類 |
|---|---|
| 地域移行サービス費（Ⅰ）<br>地域移行サービス費（Ⅱ） | ・地域移行サービス支援費（Ⅰ）（Ⅱ）に係る届出書<br>・根拠書類 |

## 地域移行支援・地域定着支援、自立生活援助（共通）

| 加算等の体制 | 提出が必要な書類 |
|---|---|
| ピアサポート体制加算 | ・ピアサポート体制加算に関する届出書<br>・受講した研修の実施要綱、カリキュラム<br>・修了証書のコピー |
| 居住支援連携体制加算 | ・居住支援体制加算に関する届出書 |
| 地域生活支援拠点等の機能を担う事業所<br>（事業所が拠点等機能を担うかは各市町村等にご確認ください。） | ・運営規程（拠点等の機能の担う旨が書かれていること）<br>・拠点等整備単位地域から発行される証明書の写し |

## 自立生活援助

| 加算等の体制 | 提出が必要な書類 |
|---|---|
| 福祉専門職員配置等加算 | ・福祉専門職員配置等加算に関する届出書　等<br>・資格証明書 |

**※詳細は参考資料3、4を参照**

# 届出手続きの運用について

（平成18 年10 月31 日障発第1031001 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）

## ○届出に係わる加算等の算定の開始時期

　届出に係わる加算等（算定される単位が増えるものに限る）は、届け出が毎月15日以前になされた場合は翌月から、16日以降になされた場合は翌々月から算定を開始する。

（例）

| 届出日 | 算定開始 |
|---|---|
| 7月1日～15日に届け出た場合 | ８月サービス提供分から算定開始 |
| 7月16日～31日に届け出た場合 | ９月サービス提供分から算定開始 |

## ○加算等が算定されなくなる場合の届出の取り扱い

　加算等が算定されなくなる状況が生じた場合、速やかにその旨を届け出る。なお、この場合は加算が算定されなくなった事実が発生した日から加算等の算定を行わないものとする。

# Ⅲ　サービス内容

厚生労働省資料

## 障害者の地域移行・地域生活を支えるサービスについて

**地域生活への移行に向けて、地域移行支援・自立生活援助・地域定着支援を組み合わせた支援を実施**

○地域移行支援　：　障害者支援施設や病院等に入所又は入院している障害者を対象に、住居の確保その他の地域生活へ移行するための支援を行う。【支給決定期間：６ヶ月間】

○自立生活援助　：　グループホームや障害者支援施設、病院等から退所・退院した障害者等を対象に、定期及び随時訪問、随時対応その他自立した日常生活の実現に必要な支援を行う。【標準利用期間：１年間】

○地域定着支援　：　居宅において単身で生活している障害者等を対象に、常時の連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行う。【支給決定期間：１年間】

（参考）地域生活への移行に向けた支援の流れ（イメージ）

退院・退所

【出典】令和2年10月サービス提供分（国民健康保険団体連合会データ）

（例1）

地域移行支援
【事業所数　351事業所　利用者数　652人】

自立生活援助
【事業所数　240事業所　利用者数　952人】

地域定着支援
【事業所数　563事業所　利用者数　3，808人】

・事業の対象者への周知
・意向の聴取等
・対象者選定
・相談支援事業者へつなげる

【初期】
○計画作成
○訪問相談、情報提供

【中期】
○訪問相談
○同行支援
○日中活動の体験利用

【終期】
○住居の確保等
○同行支援
○関係機関調整

○定期訪問による生活状況のモニタリング、助言
○随時訪問、随時対応による相談援助
○近隣住民との関係構築など、インフォーマルを含めた生活環境の整備

○居宅で単身等で生活する者との常時の連絡体制の確保
○緊急訪問、緊急対応

能動的なアプローチによる支援

受動的な支援

（例2）　地域移行支援　自立生活援助

（例3）　地域移行支援　地域定着支援

1人暮らしの継続

【精神科病院・入所施設】　相談支援事業者との連携による地域移行に向けた支援の実施　→　通院、デイケア、訪問看護

日中活動の体験利用【障害福祉サービス事業所】　→　日中活動、居宅サービス利用

外泊・宿泊体験【自宅、ｱﾊﾟｰﾄ、ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ等】　→　住まいの場の支援

連携　　連携

自立支援協議会によるネットワーク化

市町村、保健所、精神保健福祉センター、福祉事務所、障害福祉サービス事業所、障害者就業・生活支援センター　等

## 地域移行支援

【対象者】

〇障害者支援施設、のぞみの園、児童福祉施設、療養介護を行う病院、矯正施設等又は保護施設に入所している障がい者

※児童福祉施設に入所する18歳以上の者、障害者支援施設に入所する15歳以上の障がい者みなしの者も対象。

〇精神科病院（精神科病院以外で精神病室が設けられている病院を含む）に入院している精神障がい者

※地域移行支援の支給決定主体は、障害者支援施設等に入所する者と同様に、精神科病院を含め居住地特例を適用。（入院・ 入所前の居住地の市町村が支給決定）

【支給決定期間】

〇６か月間。地域生活への移行が具体的に見込まれる場合には、６ヶ月以内で更新可。
更なる更新については、必要に応じて市町村審査会の個別審査を経て判断。

## 地域定着支援

【対象者】

〇以下の者のうち、地域生活を継続していくための常時の連絡体制の確保による緊急時等の支援体制が必要と見込まれる者。

- 居宅において単身で生活する障がい者
- 居宅において同居している家族等が障がい、疾病等のため、緊急時等の支援が見込まれない状況にある障がい者

→ 具体的には、施設・病院からの退所・退院、家族との同居から一人暮らしに移行した者、地域生活が不安定な者。（グループホーム、宿泊型自立訓練の入居者については、対象外。）

【支給決定期間】

〇1年間。地域生活を継続していくための緊急時の支援体制が必要と見込まれる場合には、１年以内で更新可。※自立生活援助との併給不可。

## 自立生活援助

### 【対象者】

① 障害者支援施設やグループホーム、精神科病院等から地域での一人暮らしに移行した障がい者等で、理解力や生活力等に不安がある者

② 現に、一人で暮らしており、自立生活援助による支援が必要な者（※１）

③ 障がい、疾病等の家族と同居しており（障がい者同士で結婚している場合を含む）、家族による支援が見込めない（※２）ため、実質的に一人暮らしと同様の状況であり、自立生活援助による支援が必要な者

（※１の例）

- 地域移行支援の対象要件に該当する施設に入所していた者や精神科病院に入院していた者等であり、理解力や生活力を補う観点から支援が必要と認められる場
- 人間関係や環境の変化等により、一人暮らしや地域生活を継続することが困難と認められる場合（家族の死亡、入退院の繰り返し　等）
- その他、市町村審査会における個別審査を経てその必要性を判断した上で適当と認められる場合

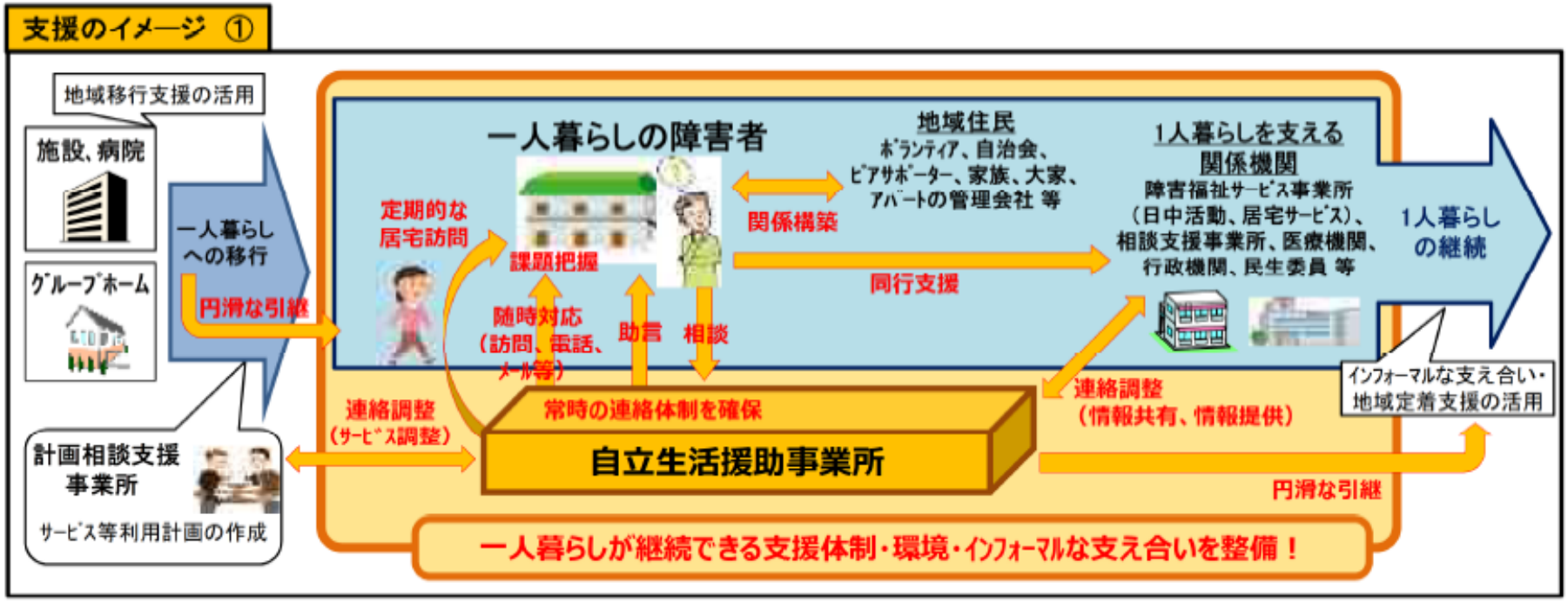
（※２の例）

- 同居している家族が、障がいのため介護や移動支援が必要である等、障害福祉サービスを利用して生活を営んでいる場合
- 同居している家族が、疾病のため入院を繰り返したり、自宅での療養が必要な場合
- 同居している家族が、高齢のため寝たきりの状態である等、介護サービスを利用して生活を営んでいる場合
- その他、同居している家族の状況等を踏まえ、利用者への支援を行うことが困難であると認められる場合

### 【標準利用期間】

〇1年間。市町村審査会の個別審査を経て、必要性が認められた場合は回数の制限なく更新が可能。

# ＜自立生活援助の支援のイメージ＞



平成31年3月7日障害保健福祉関係主管課長会議（厚労省）資料

# Ⅳ　人員･運営に関する基準について

## 地域移行･地域定着支援

平成24年3月13日　厚生労働省令27号　指定地域相談支援の事業の人員及び運営に関する基準
平成24年3月30日障発0330第21号　　指定地域相談支援の事業の人員及び運営に関する基準について

### 人員に関する基準について

| | |
|---|---|
| 従業者<br>（基準第3条） | ○事業所ごとに必ず1人以上の地域移行（定着）支援事業者を置くこと。<br>○地域移行（定着）支援事業者のうち、1人以上は相談支援専門員であること。 |
| 管理者<br>（基準第4条） | ○事業所ごとに専らその職務に従事する管理者を置くこと。<br>※ただし、管理上支障がない場合は、当該事業所の他の職務、又は他の事業所、施設等の職務に従事させることができる。 |

※指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所、指定一般相談支援事業所の業務を兼務する場合は業務に支障がないものとして認められる。

**○留意事項**
**※人員配置が変更になった場合は、必ず変更届を提出してください。**
- 相談支援専門員養成研修修了証については、初任者研修修了時から直近の現任研修修了証まで全て提出してください。（※すでに提出済のものは省略可。）

# 運営に関する基準について（基準一部抜粋）

## 地域移行支援・地域定着支援　共通事項

### 内容及び手続きの説明及び同意　（基準第５条）

利用申込者に対し、障がいの特性に応じた適切な配慮をしつつ、運営規程の概要、重要事項等について説明し、指定地域移行（地域定着）支援の提供の開始について同意を得なければならない。

### 契約内容の報告等（基準第６条）

指定地域移行（地域定着）支援の利用に係る契約をした時は市町村に遅滞なく報告しなければならない。

### 提供拒否の禁止（基準第７条）

指定地域移行(地域定着)支援事業者は、正当な理由なく、指定地域移行(地域定着)支援の提供を拒んではならない。

### サービス提供困難時の対応（基準第9条）

利用申込者に対し指定地域移行（地域定着）支援を提供することが困難であると認めた場合は、適当な他の指定地域移行（地域定着）支援事業者の紹介等を行わなければならない。

### 地域相談支援給付費の額に係る通知等（基準第18条）

法定代理受領により地域相談支援給付を受けた場合は給付決定障がい者に対し、地域相談支援給付の額を通知しなければならない。

### 掲示（基準第31条）

指定地域移行（地域定着）支援事業者は、事業所の見やすい場所に重要事項説明書を掲示しなければならない。

### 記録（基準第38条）

指定地域移行支援（地域定着）支援事業者は、サービスの提供に関わる記録を整備し、サービス提供日から5年間保存しているか。

①サービス提供の都度の記録
②地域移行（定着）支援計画
（アセスメントの記録、サービス担当者会議等の記録、計画変更の検討及び結果の記録）
③地域相談支援給付決定対象障がい者等に関する市町村への通知に係る記録
④苦情の内容等の記録
⑤事故の状況及び事故に際して取った処置についての記録

# 地域移行支援に係る運営基準

## 地域移行支援計画の作成（基準第20条）

対象者ごとに地域移行支援計画を作成。 なお、作成に当たっては、利用者への面接や障害者支援施設等又は精神科病院の担当者を招集した会議を開催し意見を求める。

## 地域における生活に移行するための活動に関する支援(基準第21条)

地域移行支援の提供にあたっては、利用者の心身の状況の的確は把握に努めなければならない。

利用者への対面による支援について、概ね週１回以上行わなければならない。

## 障害福祉サービスの体験的な利用支援、体験的な宿泊支援（基準第22、23条）

障害福祉サービスの体験利用について、指定障害福祉サービス事業者への委託により実施。また、体験宿泊について、指定障害福祉サービス事業者等への委託により実施できる。

# 地域定着支援に係る運営基準

## 地域定着支援台帳の作成（基準第42条）

対象者ごとに、緊急時において必要となる家族、サービス事業者、医療機関等の連絡先等を記載した地域定着支援台帳を作成。作成に当たっては、利用者に面接によるアセスメントを実施し、作成。

## 常時の連絡体制の確保等（基準第43条）

利用者との常時の連絡体制を確保するとともに、適宜居宅への訪問等を行い、利用者の状況を把握。

## 緊急の事態における支援等（基準第44条）

緊急時に速やかに居宅への訪問等による状況把握を実施するとともに、利用者の家族、関係機関との連絡調整、緊急一時的滞在支援（指定障害福祉サービス事業者に委託可）等の措置を講じる。

# 自立生活援助

## 人員に関する基準について

平成18年9月29日厚生労働省令第171号　指定障害福祉サービスの事業等の人員および運営に関する基準
平成24年長野県条例第60号　指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例
平成24年長野県条例第61号　障害福祉サービス事業の設備及び運営の基準に関する条例

| | |
|---|---|
| 地域生活支援員<br>（基準第206条） | ○1人以上<br>○利用者25人またはその端数を増すごとに増員することが望ましい。<br>（※報酬上は利用者30人） |
| サービス<br>管理責任者<br>（基準第206条） | 常勤換算方法により、必要な員数の配置が求められるものではないが、サービス管理責任者としての業務を適切に遂行する観点から、必要な勤務時間が確保されている必要があること。<br>※地域生活支援員との兼務可。 |
| 管理者 | ○事業所ごとに専らその職務に従事する管理者を置くこと。<br>※ただし、管理上支障がない場合は、当該事業所の他の職務、又は他の事業所、施設等の職務に従事させることができる。 |

### ○他事業所との兼務について

■利用者に対するサービス提供に支障がない場合、従業者を当該自立活援助事業所の管理者や他の事業所又は施設等の職務に従事させることができる。この場合、指定自立生活援助の従業者として勤務する時間を、兼務を行う他の職務に係る常勤換算に算入できない。

■相談支援事業所の従業者、併設する他の障害福祉サービス事業所又は障害者支援施設等の管理者又はサービス管理責任者の職務と兼務する場合については、業務に支障がない場合として認めるものとする。

# 自立生活援助に係る運営基準

## 実施主体（基準206条の17）

支援内容や利用者の居住の場の変化等を勘案し、指定障害福祉サービス事業者（居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、宿泊型自立訓練又は共同生活援助の事業を行う者に限る。）、指定障害者支援施設又は指定相談支援事業者であること。

## 定期的な訪問による支援（第206条の18）

おおむね週1回以上利用者の居宅を訪問することにより、利用者の心身の状況、環境及び日常生活全般の状況等を把握し、利用者が地域における自立した日常生活を営むために必要な相談等の支援及び環境調整を行う。

## 随時の通報による支援等（第206条の19）

利用者との常時の連絡体制を確保し、通報があった場合には、速やかに居宅訪問等による状況把握を行わなければならない。なお、対応の内容（通報のあった時間、相談の内容、対応の状況等）を具体的に記録するものとする。

# 令和3年度に追加された運営基準（※全サービス共通）

## 業務継続計画の策定等（第28条の２）令和６年度から義務化（３年間は経過措置（準備期間））

○　感染症及び非常災害発生時において、サービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るために、業務継続計画を策定すること。
○　業務継続計画に従い、研修及び訓練を実施すること。

## 感染症の発生及びまん延の防止等に関する取組（第30条）令和６年度から義務化（３年間は経過措置（準備期間））

○　感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する感染対策委員会を設置すること。
○　感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。
○　感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施すること。

## 虐待の防止（第36条の２）令和４年度から義務化（令和３年度は努力義務）

○　従業者への研修を実施すること。
○　虐待防止のための対策を検討する委員会として虐待防止委員会を設置するとともに、 委員会での検討結果を従業者に周知徹底すること。
○　虐待の防止等のための責任者を設置すること。

# Ⅴ 報酬請求上の留意事項

## 地域移行支援

平成24年3月14日　厚生労働省告示第124号　指定地域相談支援に要する費用の額に算定に関する基準
平成24年3月30日　障発第1031001号　実施上の留意事項について

### 地域移行サービス費

| 区分 | 算定要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| （Ⅰ） | 以下の要件を満たす場合　（※事前の届出が必要）<br>①社会福祉士又は精神保健福祉士の資格を有する者。長野県相談支援専門員協会がH30年度以降に実施している「専門分野研修（地域移行・地域定着）」を受講していること。<br>②退所施設と緊密な連携を取り、退院退所に向けた活動を月に1度以上行っていること<br>③前年度に地域生活に移行した者が3人以上いること<br>**（※年度当初に前年度の移行者がいない場合は、その旨を届け出ること）** | 3,504単位/月 |
| （Ⅱ） | 以下の要件を満たす場合　（※事前の届出が必要）<br>①（Ⅰ）の①②の要件を満たしていること<br>②前年度に地域生活に移行した者が1人以上いること<br>**（※年度当初に前年度の移行者がいない場合は、その旨を届け出ること）** | 3,062単位/月 |
| （Ⅲ） | （Ⅰ）（Ⅱ）に規定する要件を満たさない場合　（※届出不要） | 2,349単位/月 |

【留意事項】
〇当初から障害者支援施設入所や精神科病院等への転院が決まっている場合は支給決定できません。
〇以下の場合は地域移行サービス費を算定できません。
・地域移行支援計画を策定しない場合。　・利用者の対面による支援を1月に2日以上行わない場合。

# 初回加算

| 算定要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| ・サービス利用開始月に算定可。<br>【初回加算算定後に退院、退所し、その後再入院、入所した場合】<br>　退院、退所した日から、再入院入所した日までの間が3ヶ月以上空いている場合のみ再度算定可。 | 500単位/月 |

# 集中支援加算

| 算定要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| ・利用者との対面による支援を月に6日以上実施した場合。<br>（退院・退所月加算算定時は不可。） | 500単位/月 |

# 退院・退所月加算

| 算定要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| ・退院、退所をする日が属する月（退院退所する日が翌月初日であり、退院退所が確実な場合は前月に算定可）<br>【算定不可の場合】<br>・1月に2日以上対面による支援を行っていない場合。<br>・退院退所先が社会福祉施設や病院等又は死亡による退院、退所の場合。 | 2,700単位/月<br><br>※入院期間が3月以上1年未満の場合<br>+500単位 |

# 障害福祉サービスの体験利用加算

障害福祉サービス事業の体験的な利用支援を行った場合、15日以内に限り算定

| 区分 | 算定要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| （Ⅰ） | 初日から5日目まで | 500単位/日 |
| （Ⅱ） | 6日目から15日目まで | 250単位/日 |

※事業所が地域生活支援拠点等の場合は、＋50単位/日

【参考】 一人の利用者が、二つ以上の障害福祉サービス事業所の体験を行った場合、連続して日数を計算します。
（例） A事業所　８月１日～５日　初日から5日目とカウント　→　（Ⅰ）を算定
B事業所　８月８日～９日　６日目から7日目とカウント →　（Ⅱ）を算定

# 体験宿泊加算

一人暮らしに向けた体験的な宿泊支援を行った場合、15日以内に限り算定

| 区分 | 算定要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| （Ⅰ） | 一人暮らしに向けた体験的な宿泊支援 | 300単位/日 |
| （Ⅱ） | 一人暮らしに向けた体験的な宿泊支援（夜間及び深夜の時間帯を通じて、必要な見守り等の支援を、一晩につき複数回行った場合） | 700単位/日 |

※事業所が地域生活支援拠点等の場合は、＋50単位/日

【留意事項】
・利用開始日、終了日も算定可。
・体験宿泊加算（Ⅰ）については、居宅生活を体験するための宿泊を伴わない一時的な滞在による支援も算定可。
・施設入所者の場合は、施設入所支援の外泊支援に位置付けられ、入院・外泊時加算の算定可。体験宿泊の開始日及び終了日は施設入所支援サービス費も併せて算定可。

# 体験の場・機会に係る加算・報酬の関係性（イメージ図）

地域生活を体験
してみたい!

障害者支援施設

地域生活支援拠点等の場合算定可

**体験宿泊加算　120単位**

入所者の体験宿泊について地域移行支援事業者と連絡調整・相談援助等の支援を行った場合。

障害者支援施設の行う
日中活動系サービス

**障害福祉サービスの体験利用支援加算**
入所者が体験利用を行う場合、地域移行支援事業者と連絡調整・相談援助等の支援を行った場合
**開始日～5日目　500単位**
**6日目～15日目　250単位**

地域生活支援拠点等の場合　＋50単位

体験に送り出す側の事業者

**連携**

**連携**

地域生活支援拠点等の場合　＋50単位

**体験宿泊加算**
常時の連絡・支援体制を確保した上で、一人暮らしに向けた体験的な宿泊支援を行った場合　１５日が上限
※障害福祉ｻｰﾋﾞｽ事業者へ委託可
**・300単位**
**・700単位（夜間支援を行う場合）**

**地域移行支援（体験宿泊）**

地域移行支援事業所

**地域移行支援（体験利用）**

**障害福祉サービスの体験利用加算**
地域移行支援事業者が障害福祉ｻｰﾋﾞｽ事業者へ委託し、障害福祉ｻｰﾋﾞｽの体験的な利用支援を行った場合　１５日が上限
**開始日～5日目　500単位**
**6日目～15日目　250単位**

地域生活支援拠点等の場合　＋50単位

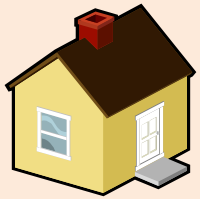
コーディネート

地域移行支援事業者と受入れ側の事業者が委託契約を結ぶ。

※地域移行事業者は緊急時の対応等のための常時の連絡体制を確保すること

**委託**

**委託**



グループホーム等

※「共同生活援助の体験入居」は、GHに入居を希望している者が体験的な入居を行う場合であるので、「体験宿泊」との違いに注意。

日中活動系
サービス事業所

体験を受け入れる側の事業者

# 地域定着支援

## 地域定着支援サービス費

### 体制確保費

| 算定要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 常時の連絡体制を確保等を行った場合。<br>・地域定着支援台帳の作成に係るアセスメントに当たっての利用者との面接<br>・適宜利用者の居宅への訪問等による状況把握。 | 306単位/月 |

### 緊急時支援費

利用者の障がい特性に起因して生じた緊急事態、その他緊急に支援が必要な事態が生じた場合、利用者又はその家族からの要請に基づき行う支援。
障がい特性に起因して生じうる緊急時の対応についてはあらかじめ利用者又はその家族との話し合いにより申し合わせておくこと。

| 区分 | 算定要件 | 算定単位 |
| --- | --- | --- |
| （Ⅰ） | 利用者の居宅等への訪問又は一時的な滞在による支援を行った場合。 | 712単位/日<br>※地域生活支援拠点等の場合+50単位 |
| （Ⅱ） | 深夜（午後10時～午前6時までの時間）に電話による支援を行った場合。 | 95単位/日 |

# 日常生活支援情報提供加算（令和3年度新設）

| 算定要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 精神科病院等に通院する利用者について、予め本人の同意を得て当該利用者が日常生活を維持するうえで必要な情報提供を精神科病院等に対して行った場合。<br>※「利用者の自立した日常生活の維持に必要と認められた場合」とは、服薬管理が不十分である場合や生活リズムが崩れている等であること。 | 100単位/回<br>（月1回を限度） |

# 地域移行支援・地域定着支援、自立生活援助共通

## ピアサポート体制加算（令和3年度新設）

| 算定要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| （1）「障害者ピアサポート研修（基礎研修及び専門研修）」を修了した次の者をそれぞれ常勤換算方法で0.5人以上配置していること。<br>㋐障がい者又は障がい者であったと県が認める者であって、指定地域移行支援事業者又は地域定着支援事業者である者。<br>㋑管理者、地域移行支援事業者である者。<br>※令和6年3月31日までの経過措置<br>県が「障害者ピアサポート研修（基礎研修及び専門研修）」に準ずるとして認める研修を修了した㋐の者を常勤換算法で0.5人以上愛知する場合についても本要件を満たすものとする。（㋑の者の配置がない場合にも算定可。<br>（2） 上記（1）の者により事業所の従業者に対し、障がい者に対する配慮等に関する研修が年1回以上行われていること。<br>（3） 上記（1）の者を配置していることを公表していること。<br>※ピアサポートによる支援を希望する者に対し、事業所を選択する際の情報として公表するものであり、ピアサポーター本人の氏名の公表を求めるものではない。 | 100単位/月 |

※ 現在、「障害者ピアサポート研修（基礎研修及び専門研修）」は未実施であり、開催時期は未定です。

# 居住支援連携体制加算

利用者の住居の確保及び居住支の支援の充実を図り、安心して地域で暮らせる環境整備を目的とする。

| 算定要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 「居住支援法人」又は「住宅確保要配慮者居住支援協議会」と連携し、利用者の住宅確保及び居住支援に必要な情報の共有をした場合。<br>※「利用者野住宅確保及び居住支援に必要な情報」とは、利用者の心身の状況、生活環境、日常生活における本人の支援の有無や具体的な状況、障がい特性に起因して生じうる緊急時の対応等に関する情報をいう。 | 35単位/月 |

# 地域居住支援体制強化推進加算

| 算定要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 居住支援法人と共同して、利用者に対して在宅での療養上必要な説明及び指導を行った上で、自立支援協議会や精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る協議の場に対し、住宅の確保及び居住支援に係る課題を報告した場合。 | 500単位/月<br>（月1回を限度） |

# 特別地域加算

| 算定要件 | 算定単位 |
| --- | --- |
| 別に厚生労働大臣が定める中山間地域等に居住している者に対してサービスの提供が行われた場合。 | 所定単位数の15%を加算 |

厚生労働省資料

# 居住支援協議会の概要

- 住宅確保要配慮者の民間賃貸住宅への円滑な入居の促進等を図るために、地方公共団体、不動産関係団体、居住支援団体等が連携して、居住支援協議会※を設立
- 住宅確保要配慮者・民間賃貸住宅の賃貸人の双方に対し、住宅情報の提供等の支援を実施

※ 住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律第51条第1項に基づく協議会

## 概要

**（１）設立状況** 103協議会が設立（令和3年1月31日時点）

○ 都道府県（全都道府県）
○ 市区町（５６市区町）

この他、60市区町村で設立検討中
（うち19市区町村が令和3年度までに設立予定）

北海道札幌市、旭川市、本別町、横手市、鶴岡市、さいたま市、千葉市、船橋市、千代田区、新宿区、文京区、台東区、江東区、品川区、豊島区、北区、杉並区、板橋区、練馬区、足立区、葛飾区、大田区、世田谷区、江戸川区、八王子市、府中市、調布市、町田市、西東京市、日野市、狛江市、多摩市、川崎市、横浜市、鎌倉市、岐阜市、小海町、名古屋市、岡崎市、瀬戸市、京都市、宇治市、豊中市、岸和田市、神戸市、宝塚市、姫路市、広島市、東みよし町、東温市、北九州市、福岡市、大牟田市、うきは市、熊本市、合志市

**（２）居住支援協議会による主な活動内容**

・メンバー間の意見・情報交換
・要配慮者向けの民間賃貸住宅等の情報発信、紹介・斡旋
・住宅相談サービスの実施
（住宅相談会の開催、住宅相談員の配置等）
・家賃債務保証制度、安否確認サービス等の紹介
・賃貸人や要配慮者を対象とした講演会等の開催

**（３）支援**

居住支援協議会が行う住宅確保要配慮者に対する民間賃貸住宅等への入居の円滑化に関する取り組みを支援
〔令和３年度予算〕
共生社会実現に向けたセーフティネット機能強化・推進事業（10.8億円）の内数

3

厚生労働省資料

# 居住支援法人制度の概要

## 居住支援法人とは

・居住支援法人とは、住宅セーフティネット法に基づき、居住支援を行う法人※として、都道府県が指定するもの
・都道府県は、住宅確保要配慮者の居住支援に係る新たな担い手として、指定することが可能

※住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給促進に関する法律第40条に規定する法人

## ● 居住支援法人に指定される法人

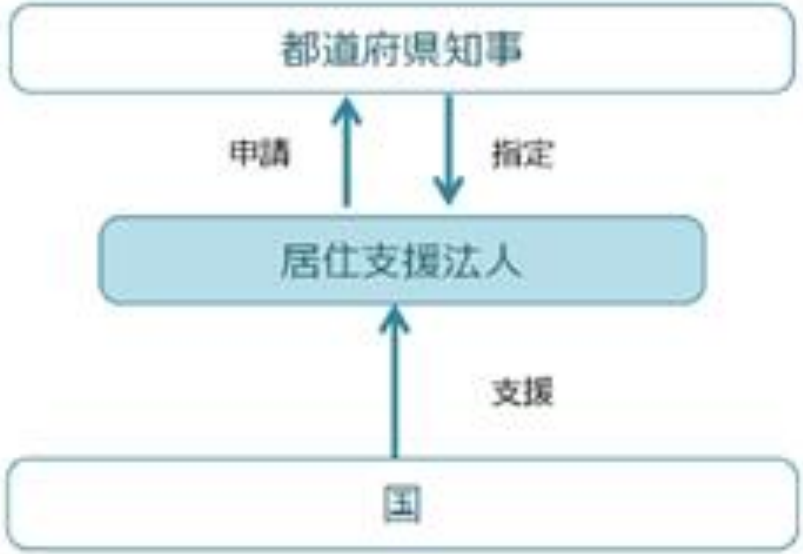
・NPO法人、一般社団法人、一般財団法人
（公益社団法人・財団法人を含む）
・社会福祉法人
・居住支援を目的とする会社　等

## ● 居住支援法人の行う業務

① 登録住宅の入居者への家賃債務保証
② 住宅相談など賃貸住宅への円滑な入居に係る情報提供・相談
③ 見守りなど要配慮者への生活支援
④ ①～③に附帯する業務

※ 居住支援法人は必ずしも①～④のすべての業務を行わなければならないものではない。

【制度スキーム】




## ● 居住支援法人への支援措置

・居住支援法人が行う業務に対し支援（定額補助、補助限度額1,000万円等）。
・［R３年度予算］共生社会実現に向けたセーフティネット機能強化・推進事業（10.8億円）の内数



※長野県では、「社会福祉法人長野県社会福祉協議会」が居住支援法人として指定されている。

# 自立生活援助

平成18年9月29日厚労省告示第523号指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準
平成18年10月31日障発第1031001号　実施上の留意事項について

## 自立生活援助サービス費

| 区分 | 算定要件 | 地域生活支援員１人あたり利用者数※ | |
|---|---|---|---|
| | | (1)30人未満 | (2)30人以上 |
| （Ⅰ） | ○障害者支援施設やグループホーム、精神科病院、救護施設、厚生施設、刑事施設等から退所し1年以内の者。<br>○同居家族の死亡や入院、虐待等、市町村が認める事情で急遽単身生活が必要であり、単身生活開始から1年以内の期間。 | 1,558単位／月 | 1,090単位／月 |
| （Ⅱ） | 上記以外の者。 | 1,166単位／月 | 817単位／月 |

※地域生活支援員1人あたり利用者数の算定方法
**サービス管理責任者と地域生活支援員を兼務する場合は0.5人とみなして算定する。**
（例）利用者数30人の事業所において、サービス管理責任者を兼ねる地域生活支援員１人と専従の地域生活支援員1人が障害者支援施設を退所してから１年以内の者に対し、支援を行った場合。→30人÷（0.5+1）＝20
地域生活支援員１人あたり利用者数は30人未満であり、自立生活援助サービス費（Ⅰ）(1)を算定。

※定期的な訪問による支援を月2回以上行わない場合は算定不可。
※地域生活支援員1人あたり利用者数が変更となった場合は、届出が必要。

# 初回加算

| 算定要件 | 算定単位 |
|---|---|
| サービス利用開始月に算定可。<br>※過去3ヶ月以内に自立生活援助を利用していないこと。 | 500単位／月 |

# 同行支援加算

| 算定要件 | | 算定単位 |
|---|---|---|
| 利用者の外出に同行し、地域で自立した生活を営むために必要な情報提供や助言を行った場合。 | イ　1月に2回以下 | 500単位／月 |
| | ロ　1月に3回 | 750単位／月 |
| | ハ　1月に4回以上 | 1,000単位／月 |

# 緊急時支援加算（令和3年度新設）

利用者の障がい特性に起因して生じた緊急事態、その他緊急に支援が必要な事態が生じた場合、利用者又はその家族からの要請に基づき行う支援。障がい特性に起因して生じうる緊急時の対応についてはあらかじめ利用者又はその家族との話し合いにより申し合わせておくこと。

| 区分 | 算定要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| （Ⅰ） | 利用者又はその家族等からの要請に基づき、深夜（午後10時～午前6時）に速やかに訪問又は一時的な滞在による支援を行った場合。 | 711単位/日<br>※地域生活支援拠点等の場合+50単位 |
| （Ⅱ） | 深夜（午後10時～午前6時までの時間）に電話による相談援助を行った場合。 | 94単位/日 |

# 福祉専門職員配置等加算

良質な人材の確保とサービスの質の向上の観点から、条件に応じて加算される。

| 区分 | 算定要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| （Ⅰ） | 常勤の地域生活支援員のうち、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士または公認心理士の資格保有者が35%以上雇用されている事業所。 | 450単位／月 |
| （Ⅱ） | 常勤の地域生活支援員のうち、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士または公認心理士の資格保有者が25%以上雇用されている事業所。 | 300単位／月 |
| （Ⅲ） | 地域生活支援員のうち、常勤職員が75%以上又は勤続3年以上の常勤職員が30%以上の事業所。 | 180単位／月 |

※日常生活支援情報提供加算、ピアサポート体制加算、居住支援連携体制加算、地域居住支援体制推進加算、特別地域加算については地域移行・地域定着と同様の内容であるため、省略。

# 人員欠如減算

<table>
<tr><th colspan="2">減算要件</th><th>減算期間</th><th>算定単位</th></tr>
<tr><td rowspan="2">地域生活支援員が欠如した場合</td><td>必要員数の1割を超えて欠如</td><td>人員欠如した月の翌月から人員欠如が解消されるに至った月まで</td><td rowspan="2">利用者全員に<br>減算適用月から2月目まで所定単位数の70/100<br>3月以上減算が連続した場合所定単位数の50/100</td></tr>
<tr><td>必要員数の1割を超えずに欠如</td><td rowspan="2">欠如した月の翌々月から解消される至った月まで<br>（翌月末日までに基準を満たした場合を除く。）</td></tr>
<tr><td colspan="2">サービス管理責任者が欠如した場合</td><td>利用者全員に<br>減算適用月から4月目まで所定単位数の70/100<br>5月以上減算が連続した場合所定単位数の50/100</td></tr>
</table>

# 個別支援計画未作成減算

| 減算要件 | 減算期間 | 算定単位 |
|---|---|---|
| 以下のいずれかに該当する場合<br>①サービス管理責任者による指揮の下、個別支援計画が作成されていない。<br>②指定基準に基づき、個別支援計画に係る一連の業務が適切に行われていない。 | 該当する月から解消されるに至った月の前月まで | 該当利用者に<br>減算適用月から2月目まで所定単位数の70/100<br>3月以上減算が連続した場合所定単位数の50/100 |

※減算対象となる場合は、変更届において減算となる旨を提出が必要。

# Ⅵ 相談支援専門員について（資料6．7参照）

厚労省資料
一部修正

○ 意思決定支援への配慮、高齢障害者への対応やサービス等利用計画の質の向上、障害福祉サービス支給決定の適正化等を図り、質の高いケアマネジメントを含む地域を基盤としたソーシャルワークを実践できる相談支援専門員を養成するため、**現行のカリキュラムの内容を充実する。**

○ 実践力の高い相談支援専門員養成のために、実践の積み重ねを行いながらスキルアップできるよう、現任研修（更新研修含む）の受講に当たり、相談支援に関する**一定の実務経験の要件(注)**を追加。（※旧カリキュラム受講者は初回の更新時は従前の例による。）

○ さらに、地域づくり、人材育成、困難事例への対応など地域の中核的な役割を担う専門職を育成するとともに、相談支援専門員のキャリアパスを明確にし、目指すべき将来像及びやりがいをもって長期に働ける環境を整えるため、**主任相談支援専門員研修を創設**。

## 改定前（～平成30年度）

専門コース別研修 （任意研修）

**相談支援従事者実務要件** ＋ 相談支援従事者初任者研修（31．5h） → **相談支援専門員として配置** ＋ 相談支援従事者現任研修（18h）※5年毎に現任研修を受講（更新研修） → **相談支援専門員としての要件更新**

## 改定後（令和2年度～）

専門コース別研修（任意研修）
※一部必須及び現任・主任研修受講の要件について検討

参考資料5.6参照

**相談支援従事者実務要件** ＋ **【カリキュラム改定】**相談支援従事者初任者研修（42．5h） → **相談支援専門員として配置** ＋ **【カリキュラム改定】**相談支援従事者現任研修（24h）※5年毎に現任研修を受講（更新研修） → **相談支援専門員としての要件更新**

＋ **【カリキュラム創設】主任相談支援専門員研修（30h）** → **主任相談支援専門員として配置**

一定の実務経験の要件(注)
（現任研修は①、更新研修は①又は②のいずれかに該当する場合）
①過去5年間に2年以上の相談支援の実務経験がある
②現に相談支援業務に従事している

# 令和３年度指定障害福祉サービス事業者等集団指導

## 相 談 支 援 事 業 ・ 自 立 生 活 援 助　　資 料

※相談支援事業：地域移行支援、地域定着支援

**長野県健康福祉部障がい者支援課**

**参考資料1**

# 指定申請書類チェック一覧及び書類審査留意事項（指定一般相談支援事業者用）

| 審査担当者 | 保健福祉事務所受付 | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| 受付番号 | | 受付年月日 | 年　月　日 | |
| 事 業 所 名 | | | | |
| 申請担当者名 | | | | |
| 連　絡　先 | 電話番号 | | FAX番号 | |

| 審査結果 | 指定　・　条件付指定 |
|---|---|
| 条件付指定の条件 | |

| | | 提出書類 | 留意事項 | 保福チェック | 審査欄 | チェック |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 申請書<br>（様式１号）<br>（更新の場合は1号−３）<br>（別紙） | (1)必要項目がみたされている。<br>(2)代表者の住所は、自宅の住所か。<br>(3)実施事業の種類、事業開始年月日が記載されているか。<br>(4)事業等の種類、事業開始予定年月日が記載されているか。 | | | |
| | 2 | （付表14）<br>指定に係る記載事項 | (1)管理者欄及び従業者欄に漏れなく記載があるか。<br>(2)常時の連絡体制確保の方法が具体的に記載されているか。<br>(3)主たる対象者を○で囲む等選定してあるか。<br>(4)条例の番号が記載されているか。(実施主体が地方公共団体である場合のみ記載。) | | | |
| | 3 | （付表14別紙）<br>兼務する相談支援専門員 | 他の事業所又は施設との兼務状況が全て記載されているか。 | | | |
| | 4 | （付表14別紙２）<br>地域移行のみ・地域定着のみの場合の連携体制 | 他の事業所との連携等が適切に行われることが確認できるか。 | | | |
| ※ | 5 | 法人登記簿謄本又は条例等 | (1)申請に係る事業を実施する旨の記載があるもの。<br>(2)市町村が申請する場合にあっては、条例(公報の写し)。 | | | |
| ※ | 6 | （参考様式１）<br>平面図 | 事業に使用される箇所(事務室、相談室等)が太囲み又は網掛けをしてあるか。 | | | |
| ※ | 7 | （参考様式３）<br>事業所の管理者及び相談支援専門員の経歴書 | 添付されているか。 | | | |
| ※ | 8 | 相談支援専門員の資格を証明するもの(写) | (1)相談支援従事者初任者(現任)研修の修了証書が添付されているか。<br>(※更新している場合は、過去の修了証書も全て添付すること。)<br>(2)「実務経験証明書」(参考様式4)または「実務経験見込証明書」<br>(参考様式5)及び資格証が添付されているか。<br>(3)「従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表」に記載されている者以外のものが入っていないか。 | | | |
| | 9 | 運営規程 | 添付されているか。 | | | |
| | 10 | （別紙２－３）<br>従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 | (1)従業者の種類・人数が付表の同欄の人数と合致しているか。<br>(2)相談支援専門員は事業所ごとに専従で配置されているか。 | | | |
| ※ | 11 | （参考様式７）<br>主たる対象者を特定する理由等 | 添付されているか。 | | | |
| | 12 | （参考様式８－２）<br>障害者自立支援法第36条第3項各号に該当しない旨の誓約書 | 添付されているか。 | | | |
| ※ | 13 | （参考様式２－２）<br>備品等一覧表 | 添付されているか。 | | | |
| | 14 | （参考様式６）<br>利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要 | 次の事項について、記載してあるか。<br>・利用者等からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口連絡先、担当者の設置<br>・円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順 | | | |
| | 15 | 事業計画書 | ・事業開始年度１年の計画 | | | |
| | 16 | 収支予算書 | ・事業開始年度の計画 | | | |
| | 17 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書 | 該当する書類が添付されているか。（地域移行支援のみ） | | | |
| ※ | 18 | 損害賠償発生時の対応を明示する書類（任意） | (1)損害賠償に加入している場合は、損害賠償の写しを提出する。<br>(2)損害賠償に加入予定の場合は、保険契約の予約を証する書類又は加入する旨を記載した確約書を提出する。 | | | |

注

2 左欄に※のある書類は指定更新申請、変更指定申請の場合、新規指定時に提出した書類又は直近の変更届の内容から変更がない場合は提出不要です。

# 指定申請書類チェック一覧及び書類審査留意事項（指定自立生活援助事業者用）

**参考資料2**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 審査担当者 | 保健福祉事務所受付 | | | 審査結果 | 指定　・　条件付指定 |
| 受付番号 | | 受付年月日 | 年　月　日 | 条件付指定の条件 | |
| 事 業 所 名 | | | | | |
| 申請担当者名 | | | | | |
| 連　絡　先 | 電話番号 | | FAX番号 | | |

| | | 提出書類 | 留意事項 | 保福チェック | 審査欄 | チェック |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 申請書<br>（様式１号）<br>（更新の場合は1号ー３）<br>（別紙） | (1)必要項目がみたされている。<br>(2)代表者の住所は、自宅の住所か。<br>(3)実施事業の種類、事業開始年月日が記載されているか。<br>(4)事業等の種類、事業開始予定年月日が記載されているか。 | | | |
| | 2 | （付表17）<br>指定に係る記載事項 | (1)管理者欄及び従業者の職種・員数欄に漏れなく記載があるか。<br>(2)サービス管理責任者と地域生活支援員を別に配置しているか。<br>(3)主たる対象者を〇で囲む等選定してあるか。<br>(4)定款、条例の番号が記載されているか。 | | | |
| | 3 | （付表17別紙）<br>併設する他の事業所の職務と兼務する自立生活援助に従事する者について | 併設する他の事業所又は施設との兼務状況が全て記載されているか。 | | | |
| ※ | 4 | 法人登記簿謄本又は条例等 | (1)申請に係る事業を実施する旨（例:障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業）の記載があるもの。<br>(2)市町村が申請する場合にあっては、条例（公報の写し）。 | | | |
| ※ | 5 | （参考様式３）<br>管理者の経歴書 | 添付されているか。 | | | |
| ※ | 6 | サービス管理責任者の経歴書及び資格を証明するもの（研修修了証の写し、資格証） | ・添付されているか<br>（※H22年度以降は、障がい者相談支援従事者初任者研修又は相談支援従事者初任者研修（講義部分）の添付が必要） | | | |
| ※ | 7 | （参考様式４）<br>サービス管理責任者の実務経験証明書 | (1)「実務経験証明書」（参考様式4）または「実務経験見込証明書」（参考様式5）が添付されているか。<br>(2)直接支援等の実務経験の年数及び日数が記載されているか。（実務経験年数（3年又は5年又は10年）分の証明が必要）<br>(3)業務内容について、相談支援業務又は直接支援業務を具体的に記載しているか。（例:看護業務、管理者、保育士、講師業務のみでは該当にならない） | | | |
| | 8 | 運営規程 | 添付されているか。 | | | |
| | 9 | （別紙２－６）<br>従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 | (1)従業者の種類・人数が付表の同欄の人数と合致しているか。<br>(2)従業員の勤務時間が記載されているか。 | | | |
| ※ | 10 | （参考様式７）<br>主たる対象者を特定する理由等（※該当する場合のみ） | 添付されているか。 | | | |
| | 11 | （参考様式８）<br>障害者総合支援法第36条第3項各号に該当しない旨の誓約書 | 添付されているか。 | | | |
| ※ | 12 | （参考様式１）<br>平面図 | 事業に使用される箇所（事務室、相談室等）が太囲み又は網掛けをしてあるか。 | | | |
| ※ | 13 | （参考様式２－２）<br>備品等一覧表 | 添付されているか。 | | | |
| | 14 | （参考様式６）<br>利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要 | 次の事項について、記載してあるか。<br>・利用者等からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口連絡先、担当者の設置<br>・円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順 | | | |
| | 15 | 事業計画書 | 事業開始年度１年の計画 | | | |
| | 16 | 収支予算書 | 事業開始年度の計画 | | | |
| | 17 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書 | 該当する書類が添付されているか。 | | | |
| | 18 | （加算別紙22）<br>加算届 | 福祉専門職員配置等加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）を算定する場合、該当する加算届出書と必要書類が添付されているか。<br>（※相談支援事業で特定事業所加算を算定する場合は、算定不可。） | | | |
| ※ | 19 | 損害賠償発生時の対応を明示する書類（任意） | (1)損害賠償に加入している場合は、損害賠償の写しを提出する。<br>(2)損害賠償に加入予定の場合は、保険契約の予約を証する書類又は加入する旨を記載した確約書を提出する。 | | | |

注
1 各様式とも漏れのないように記載してください。
2 左欄に※のある書類は指定更新申請、変更指定申請の場合、新規指定時に提出した書類又は直近の変更届の内容から変更がない場合は提出不要です。

# 変 更 届 出 書（様 式 第 ２ 号）に 添 付 す る 書 類 例 に つ い て

**参考資料3**

○ サービスの種類ごとに必要となる書類を□で表示しています。
○ 14「介護給付費等（障害児（通所・入所）給付費）の請求に関する事項」において、加算の新規取得などの報酬単価増となる変更届出は、毎月15日（15日が閉庁日の場合は、直前の開庁日）までに保健福祉事務所に届出があった場合は翌月１日から、毎月16日以降に届出があった場合は翌々月１日からの算定となります。
○ 14以外の変更届については、変更の日から10日以内に保健福祉事務所に届け出てください。
○ 必要に応じ、下記以外の書類の提出を求める場合があります。

＊１ 施設系・日中系サービス等：療養介護、生活介護、施設入所支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、就労定着支援、グループホーム、自立生活援助
＊２ 居宅系サービス等：居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、重度障害者等包括支援

| | 変 更 事 項 | サービスの種類 | | | | | 添 付 書 類 例 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ＊1施設・日中系サービス等 | ＊2居宅系サービス等 | 短期入所 | 地域相談支援 | 障害児通所・入所支援 | |
| 1 | 事業所（施設）の名称 | □<br>□ | □<br>□ | □<br>□ | □<br>□ | □<br>□ | 指定に係る記載事項（付表）<br>運営規程 |
| 2 | 事業所（施設）の所在地（設置の場所）<br><br>注）電話・FAX番号が変わった場合は必ず電話・FAX番号も記載してください | □<br>□<br>□<br>□<br><br>□<br>□<br>□<br>□<br>□ | □<br>□<br>□<br>□<br><br>□ | □<br>□<br>□<br>□<br><br>□ | □<br>□<br>□<br>□<br><br>□ | □<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□ | 指定に係る記載事項（付表）<br>運営規程<br>事業所の平面図（参考様式１）<br>賃貸借契約書（写）、土地・建物登記事項証明書等<br>（事業所の住居表示と異なる場合は住居表示証明書を添付）<br>設備、備品等一覧（参考様式２）<br>建築検査済証<br>消防設備検査済証<br>用途変更要否確認書類（200㎡以上、任意様式）<br>土砂災害特別警戒区域該当の有無確認書類<br>（任意様式。該当の場合は防災マニュアルを添付） |
| 3 | 申請者（設置者）の名称 | □<br>□ | □<br>□ | □<br>□ | □<br>□ | □<br>□ | 運営規程<br>法人登記事項証明書（登記に時間を要する場合は理事会議事録） |
| 4 | 主たる事務所の所在地 | □ | □ | □ | □ | □ | 法人登記事項証明書（登記に時間を要する場合は理事会議事録） |
| 5 | 代表者の氏名及び住所 | □<br>□ | □<br>□ | □<br>□ | □<br>□ | □<br>□ | 法人登記事項証明書（登記に時間を要する場合は理事会議事録）<br>誓約書（参考様式８） |
| 6 | ※定款等若しくはその登記事項証明書又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。） | □<br>□ | □ | □ | □ | □ | 定款（就労継続支援A型事業所のみ）<br>法人登記事項証明書 |
| 7 | 事業所（施設）の平面図及び設備の概要 | □<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□ | □<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□ | □<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□ | □<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□ | □<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□ | 指定に係る記載事項（付表）<br>運営規程（変更がある場合）<br>事業所の平面図（参考様式１）<br>賃貸借契約書（写）、土地・建物登記事項証明書等<br>事業所（施設）の位置図<br>設備、備品等一覧（参考様式２）<br>建築検査済証<br>消防設備検査済証<br>用途変更要否確認書類（200㎡以上、任意様式）<br>土砂災害特別警戒区域該当の有無確認書類<br>（任意様式。該当の場合は防災マニュアルを添付） |
| 8 | 事業所（施設）の管理者の氏名及び住所 | □<br>□<br>□<br>□<br>□ | □<br>□<br>□<br>□<br>□ | □<br>□<br>□<br>□<br>□ | □<br>□<br>□<br>□<br>□ | □<br>□<br>□<br>□<br>□ | 指定に係る記載事項（付表）<br>管理者経歴書（参考様式３）<br>実務経験証明書（参考様式４）<br>従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表<br>資格証（写）（資格要件等の場合） |
| 9 | 事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所<br><br>行動援護及び同行援護の従業者の変更 | | □<br>□<br>□<br><br>□<br>□<br>□ | | | | 指定に係る記載事項（付表）<br>運営規程（変更がある場合）<br>サービス提供責任者・従業者経歴書（参考様式３）<br>（サービス提供責任者の変更の場合）<br>資格証（写）、研修修了証<br>実務経験証明書（参考様式４）※業務内容を具体的に記載<br>従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 |

# 変更届出書（様式第２号）に添付する書類例について

**参考資料3**

＊１　施設系・日中系サービス等：療養介護、生活介護、施設入所支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、就労定着支援、グループホーム、自立生活援助
＊２　居宅系サービス等：居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、重度障害者等包括支援

| | 変更事項 | サービスの種類 | | | | | 添付書類例 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ＊1施設・日中系サービス等 | ＊2居宅系サービス等 | 短期入所 | 地域相談支援 | 障害児通所・入所支援 | |
| 10 | 事業所のサービス管理責任者（児童発達支援管理責任者）の氏名及び住所 | □<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□ | | | | □<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□ | 指定に係る記載事項（付表）<br>運営規程（変更がある場合）<br>サービス管理責任者（児発管）経歴書（参考様式3）<br>実務経験証明書（参考様式4）※業務内容を具体的に記載<br>研修修了証（相談講義部分、サビ管分野別）<br>確約書（やむを得ない事由適用の場合）<br>組織体制図<br>従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 |
| 11 | 指定地域移行支援、指定地域定着支援の提供に当たる者の氏名及び住所 | | | | □<br>□<br>□<br><br>□<br>□<br>□<br>□ | | 指定に係る記載事項（付表）<br>運営規程（変更がある場合）<br>他の事業所又は施設の従事者と兼務する地域移行支援・地域定着支援に従事する者について（変更がある場合）<br>経歴書（参考様式3）<br>資格証（写）、研修修了証<br>実務経験証明書（参考様式4）※業務内容を具体的に記載<br>従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 |
| 12 | 主たる対象者 | □<br>□<br>□ | □<br>□<br>□ | □<br>□<br>□ | □<br>□<br>□ | □<br>□<br>□ | 指定に係る記載事項（付表）<br>運営規程<br>主たる対象者を特定する理由（参考様式7）（特定する場合） |
| 13 | 運営規程 | □<br>□ | □<br>□ | □<br>□ | □<br>□ | □<br>□ | 指定に係る記載事項（付表）（変更がある場合）<br>運営規程 |
| 14 | 介護給付費等（障害児（入所・通所）給付費）の請求に関する事項 | □<br><br>□<br>□ | □<br><br>□<br>□ | □<br><br>□<br>□ | | □<br><br>□<br>□ | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書（様式第5号）その1及びその2<br>介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表（様式第5号）別紙1<br>新規加算別紙（申請する加算に必要な提出様式及び添付資料）<br>注）具体的な様式は「各種報酬（加算）の算定に必要な届出書類一覧」を参照 |
| 15 | 事業所の種別（併設型・空床型・単独型の別） | | | □<br>□<br>□<br>□ | | | 指定に係る記載事項（付表）<br>運営規程<br>従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表<br>事業所の平面図（参考様式1） |
| 16 | 利用定員、併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員 | □<br>□<br>□<br>□ | | □<br>□<br>□<br>□ | | | 指定に係る記載事項（付表）<br>運営規程<br>従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表<br>事業所の平面図（参考様式1） |
| 17 | 協力医療機関の名称及び診療科目並びに当該協力医療機関との契約内容 | □<br>□<br>□ | | □<br>□<br>□ | | □<br>□<br>□ | 指定に係る記載事項（付表）<br>協力医療機関との契約書（写）<br>運営規程 |
| 18 | 他の障害福祉サービス事業者等との連携体制又は支援体制の概要 | □<br>□<br>□ | | | | | 指定に係る記載事項（付表）<br>協力機関との契約書（写）<br>運営規程 |
| 19 | 当該申請に係る事業の開始予定年月日 | □ | | | | | 開始予定年月日の変更に係る理由書（任意様式） |
| 20 | 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要 | | | □ | | | 併設施設の概要が分かる書類（パンフレット等） |
| 21 | 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要 | | | □ | | | 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要が分かる書類（パンフレット等） |
| 22 | 医療法第7条の許可を受けた病院又は診療所であること | | | | | □ | 医療法第7条の許可を受けた病院であることを証する書類 |

一般相談支援

**参考資料4**

＜地域移行支援＞

| 報酬・加算 | 報酬に関する届出様式 | |
|---|---|---|
| 地域移行サービス費 | 報酬様式 | 地域移行支援サービス費（Ⅰ）（Ⅱ）に係る届出書 |
| | | 資格証明書写し |

＜地域移行支援、地域定着支援共通＞

| 報酬・加算 | 加算に関する届出様式 | |
|---|---|---|
| ピアサポート体制加算 | 加算別紙1 | ピアサポート体制加算に関する届出書 |
| | | 受講した研修の実施要綱、カリキュラム<br>研修を修了したことを証明する書類<br>障がい者又は障がい者であったことを確認できる書類<br><br>※本加算の届出と併せて人員配置を変更する場合は変更届及び必要な添付書類を提出してください。 |
| 居住支援連携体制加算 | 加算別紙3 | 居住支援連携体制加算に関する届出書 |
| | | 居住支援法人又は居住支援協議会との連携の計画等を示す文書 |
| 地域生活支援拠点等 | | 運営規定及び拠点等整備単位から発行される証明書の写 |

自立生活援助

参考資料5

| 報酬・加算 | 加算等に関する届出様式 | |
|---|---|---|
| 報酬 | 報酬様式 | 人員配置区分に関する届出書 |
| 福祉専門職員配置等加算 | 加算別紙１－１ | 福祉専門職員配置等加算に関する届出書 |
| | | 資格証明書<br><br>※福祉専門職員配置等加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を申請する場合に加算別紙２－１に添付 |
| | 加算別紙１－２ | 勤続年数証明書（福祉専門職員配置等加算（Ⅲ）用）<br><br>※福祉専門職員配置等加算（Ⅲ）を申請する場合に加算別紙２－１に添付 |
| ピアサポート体制加算 | 加算別紙２ | ピアサポート体制加算に関する届出書 |
| | | 受講した研修の実施要綱、カリキュラム<br>研修を修了したことを証明する書類<br>障がい者又は障がい者であったことを確認できる書類<br><br>※本加算の届出と併せて人員配置を変更する場合は変更届及び必要な添付書類を提出してください。 |
| 居住支援連携体制加算 | 加算別紙３ | 居住支援連携体制加算に関する届出書 |
| | | 居住支援法人又は居住支援協議会との連携の計画等を示す文書 |
| 地域生活支援拠点等 | | 運営規定及び拠点等整備単位から発行される証明書の写 |

# 相談支援専門員の要件となる実務経験等について（参考）

**参考資料6**

※事業所指定に係る実務経験等については必ず各指定担当部局に確認してください。

〇下記のうち、いずれかに該当する者
① Aの期間が3年以上ある者
② Bの期間とCの期間が通算して5年以上ある者
③ Dの期間が通算して10年以上ある者
④ B、C、Dの期間が通算して3年以上かつEの期間が5年以上ある者

| 業務の範囲 | 対象となる事業・施設等の従事者 | | 経験年数 |
|---|---|---|---|
| **相談支援業務**<br>※日常生活の自立に関する相談に応じ、助言・指導等の支援を行う業務 | A | 平成18年10月１日において以下の①②に掲げる事業・施設等のいずれかで業務に従事していた者<br>① 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業<br>② 精神障害者地域生活支援センター | 平成18年９月30日までの間に3年以上 |
| | B | 以下①から⑤に掲げる事業・施設等のいずれかの業務従事者<br>① 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業その他これらに準ずる施設<br>② 児童相談所、身体障害者更生相談所、精神障害者地域生活支援センター、知的障害者更生相談所、福祉事務所、その他これらに準ずる施設<br>③ 障害者支援施設（※1）、障害児入所施設、老人福祉施設（※2）、精神保健福祉センター、救護施設及び更生施設、介護老人保健施設（※3）、介護医療院その他これに準ずる施設<br>④ 病院もしくは診療所（社会福祉主事任用資格を有する者、訪問介護員2級以上に相当する研修を修了した者、Eの国家資格を有する者、上記①②③に掲げる従業者である期間が1年以上の者に限る。）<br>⑤ 障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター<br>⑥ 特別支援学校その他これらに準ずる機関において障害のある児童及び生徒の就学相談、教育相談及び進路相談の業務 | ５年以上 |
| **介護等業務（直接支援）**<br>※入浴・排泄・食事等の介護、介護に関する指導の業務 | C | 1 障害者支援施設、障害児入所施設、介護老人保健施設（※3）、老人福祉施設、介護医療院、病院又は診療所の病室であって療養病床に係る施設その他これに準ずる施設<br>2 障害福祉サービス事業、障害児通所支援事業、老人居宅介護等事業（※4）その他これらに準ずる事業<br>3 病院若しくは診療所又は薬局、訪問看護事業所その他これらに準ずる施設<br><br>上記１～３に掲げる施設において、下記①～⑤の資格等を有した業務従事者<br>① 社会福祉主事任用資格<br>② 訪問介護員2級以上に相当する研修の修了<br>③ 保育士<br>④ 児童指導員任用資格者 | ５年以上 |
| | D | 上記①～⑤の資格に該当しない者で、１～３に掲げる施設の業務従事者 | 10年以上 |
| **有資格者** | E | B～Dの業務に従事し、以下に掲げる資格のいずれかを有する者<br><br>医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士 | B～Dの業務の従事期間が3年以上、かつ国家資格による業務の従事期間が5年以上 |

※1「障害者支援施設」とは、障害者につき、施設入所支援を行うとともに、施設入所支援以外の施設障害福祉サービスを行う施設及び旧法施設が該当する。
※2「老人福祉施設」とは、老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、老人福祉センター及び老人介護支援センターが該当する。
※3「介護老人保健施設」とは、要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設として、介護保険法の都道府県知事の許可を受けたものをいい、「介護保健施設サービス」とは、介護老人保健施設に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて行われる看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をいう。
※4 「老人居宅介護等事業」とは、老人福祉法第10条の4第1項第1号の措置に係る者又は介護保険法の規定による訪問介護に係る居宅介護サービス費、夜間対応型訪問介護に係る地域密着型介護サービス費若しくは介護予防訪問介護に係る介護予防サービス費の支給に係る者その他の政令で定める者につき、これらの者の居宅において入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活を営むのに必要な便宜であって厚生労働省令で定めるものを供与する事業をいう。

○留意事項（厚生労働省資料等による補足）

| | |
|---|---|
| 1 | ここで、1年以上の実務経験とは、業務に従事した期間が1年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が1年あたり180日以上であることを言うものとする。例えば、5年以上の実務経験であれば、業務に従事した期間が5年以上あり、かつ、実際に業務に従事した日数が900日以上であることをいう。<br>（H18.6.23　事務連絡） |
| 2 | 相談支援専門員の要件となる実務経験等について県の担当者は、１年１８０日以上×５年でないといけないと言うが、通算で5年以上９００日以上を満たしていれば良いはずなので、１８０日従事していない年があっても要件を満たすと考えるが、いかがか。<br>⇒（答）お見込みのとおり。<br>（H25.2.22　相談支援関係Q&A問15） |
| 3 | 公的な補助金または委託により運営されている小規模作業所であって、業務内容が勤務状況の記録が適正に整備されており、所属長による実務経験の証明が可能であれば、実務経験に含まれる。<br>（H18.8.24　主管課長会議資料） |
| 4 | 公的な委託又は補助によらない民間団体の相談支援業務の従業者について、次の要件を満たす場合に、Bの①に準ずる事業の従事者として、相談支援専門員の要件としての実務経験を満たす。<br>・当該者が従事する事業所が、指定相談支援事業者の指定を受けている、又は受けようとする場合であって、指定を受ける前から、相談支援業務を継続的に実施しているとき。<br>・当該事業所の長が「当該者が当該事業所において、相談支援業務に5年以上従事した経験を有する」旨を証明し、かつ、「相談支援業務に5年以上従事していることが客観的に分かる資料」があること。<br>（H23.10.26事務連絡） |
| 5 | 国家資格等による業務に5年以上従事している者は、相談支援業務及び直接支援業務の実務経験が3年以上となっているが、国家資格等による業務に従事した期間と相談支援業務及び直接支援業務に従事した期間が重複している場合は、どちらとしてもカウントしてよい。例えば、国家資格等による業務が相談支援業務となる場合は、8年以上の実務経験でなく、5年以上の実務経験で良いことになる。<br>（H18.6.23 Q&A） |
| 6 | 実務経験となる障害児関連施設として、児童相談所の他に、知的障害児施設、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、重症心身障害児（者）通園事業を行う施設、児童デイサービスを行う施設等が含まれる。<br>（H18.11.2 Q&A） |
| 7 | 社会福祉主事任用資格者等の場合、資格取得以前も含めて5年の経験があればよく、改めて5年間の実務経験が必要ということではない。<br>（H18.8.24　主管課長会議資料） |
| 8 | 相談支援専門員の実務経験について、配置される時点で満たしておけばよく、研修受講時に満たしておく必要はない。（H18.11.2 Q＆A） |
| 9 | 保健所において「保健師」として30年勤務し、その間、通算10年以上精神保健相談業務に従事していた場合、その間の年数を実務経験と見なしてよいのか。<br>⇒（答） お見込みのとおり。なお、保健所については、診療所に準じたものと考えるほか、行政機関として児童相談所、更生相談所などに準じたものとも考えられる。<br>（H25.2.22　相談支援関係Q&A問16） |
| 10 | 居宅介護支援事業所において相談支援の業務に従事していた期間は対象となるか。<br>⇒（答） 居宅介護支援事業所も対象に含まれる。また、地域包括支援センターも対象と考えられ、当該センターにおいて相談支援の業務に従事した期間が対象となる。（H25.2.22　相談支援関係Q&A問17） |

# 相談支援専門員の要件（研修体系の概要）

参考資料7

## 【例示】障がい者相談支援従事者（相談支援専門員）現任研修受講（更新）早見表

：第１回更新期間　：第２回更新期間　：第３回更新期間

| 初任研修了初年度 | 年度 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | H18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | R1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| H18年度 | 初 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19年度 | | 初 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| 20年度 | | | 初 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | |
| 21年度 | | | | 初 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | | | | | | | | |
| 22年度 | | | | | 初 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | | | | | | | | |
| 23年度 | | | | | | 初 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | | | | | | | | |
| 24年度 | | | | | | | 初 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | | | | |
| 25年度 | | | | | | | | 初 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | | | |
| 26年度 | | | | | | | | | 初 | 27 | 28 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | | | | | | |
| 27年度 | | | | | | | | | | 初 | 28 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | | | | | |
| 28年度 | | | | | | | | | | | 初 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | | | | | |
| 29年度 | | | | | | | | | | | | 初 | 30 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | | | | |
| 30年度 | | | | | | | | | | | | | 初 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | | | |
| R1年度 | | | | | | | | | | | | | | 初 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | | |
| 2年度 | | | | | | | | | | | | | | | 初 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | |
| 3年度 | | | | | | | | | | | | | | | | 初 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |

旧カリキュラム受講者（平成27年度～令和元年度に相談支援従事者現任研修、主任相談支援専門員研修、相談支援従事者初任者研修を受講している者）は、制度改正後（令和2年度以降）に初めて受講する更新研修については実務経験等の要件は求めない。

*＜現任研修受講時の留意点＞（参考：指定障害児相談支援の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの等の一部を改正する告示（令和元年厚生労働省告示第113号令和元年９月10日））*

### １　更新（現任研修受講）の考え方（告示）

（１）相談支援従事者初任者研修を修了した年度の翌年度を初年度した5年度ごとの各年度の末日までに相談支援従事者現任研修を修了すること。
（２）当該研修を修了した旨の証明書の交付を受けた者であること。

※上記早見表の「第○回更新期間」の間に一度、現任研修（主任相談支援専門員研修も可。）を修了することを目安としてください。
ただし、相談支援従事者現任研修の受講の間隔を5年以上にすることを推奨するものではありません。

### ２　相談支援従事者現任研修の実務経験等（令和2年度改正内容）

（１）初回の現任研修　　過去５年間に２年以上の相談支援の実務経験があること
（２）2回目以降の現任研修　　過去５年間に２年以上の相談支援の実務経験があること又は現に相談支援業務に従事していること
※経過措置
旧カリキュラム受講者は、制度改正後初回更新時においては（１）（２）の要件を求めない。
→ 令和２年４月１日前過去５年間（平成27年4月1日～令和２年３月31日）に相談支援従事者現任研修、主任相談支援専門員研修、相談支援従事者初任者研修を修了した者。

［例1］ 平成28年度に初任者研修を受講 →初回現任研修を平成29年度～令和3年度までに受講 →2回目の現任研修を令和4～8年度までに受講
※経過措置の対象となり実務経験は求められない。 ※過去5年の間に2年以上の実務経験又は、現に従事していることが必要。

［例2］ 平成23年度に初任者研修を受講 →初回現任研修を平成24～28年までに受講 →2回目の現任研修を平成29年～令和3年までに受講
※初回の現任研修を平成24～26年に受講した場合は過去5年の間に2年以上の実務経験又は現に従事していることが必要。
※初回の現任研修を平成27、28年に受講した場合は経過措置の対象となり、実務経験は求められない。

［例3］ 令和3年度初任者研修を受講 →令和6～8年度までの間に初回現任研修を受講 →2回目の現任研修を令和9年～13年までに受講
※過去5年の間に2年以上の実務経験が必要 ※過去5年の間に2年以上の実務経験又は、現に従事していることが必要。

# 障害児通所支援
# 集団指導資料

Ⅰ　令和3年4月からの変更点
Ⅱ　令和4年度以降に義務化が予定されているもの
Ⅲ　障害児通所支援事業の概要
Ⅳ　県の指導について
Ⅴ　運営上の主な留意事項
　　ⅰ　指定基準上の留意事項
　　（実地指導における主な指摘事項等）
　　ⅱ　報酬請求上の留意事項
　　（令和3年度報酬改定により新設された加算等）
Ⅵ 「障害児通所支援の在り方に関する検討会」

# Ⅰ　令和3年4月からの変更点

（※加算についてはⅤで説明）

① 人員配置基準の厳格化
② 機能訓練担当職員・看護職員の配置義務化
③ 放課後等デイサービスの基本報酬区分の改正
④ 医療的ケア児の基本報酬の創設
⑤ 新型コロナウイルス感染症対応への特例的評価
⑥ 人員基準における仕事と育児・介護等の両立支援

# ①人員配置基準の厳格化－１

**＜対象事業＞**

児童発達支援、放課後等デイサービス

**＜基準人員として事業所に置くべき従業者の資格要件>**

令和３年３月まで 「児童指導員、保育士又は障害福祉サービス経験者」

令和３年４月から 「児童指導員又は保育士」

（「障害福祉サービス経験者」が除外）

**＜経過措置＞**

令和３年３月31日までに指定を受けている事業所は、令和５年３月31日までの間は、引き続き障害福祉サービス経験者を基準人員として含めることができる。

※令和３年４月１日以降に指定を受けた事業所には、この経過措置は適用されない。

# ①人員配置基準の厳格化－２

## ★留意事項

### ○基準人員に加えて配置する従業者について

基準人員に加えて配置する従業者については、児童福祉事業に携わるにあたり適切な人物であれば、資格や実務経験等は不要。

### ○機能訓練担当職員等の配置について

機能訓練担当職員又は看護職員を配置した場合には、当該職員の数を児童指導員又は保育士の合計数に含めることができる。

※ただし、機能訓練担当職員又は看護職員の数を含める場合には、基準人員の半数以上は児童指導員又は保育士でなければならない。

（「基準人員の半数以上」であり、「従業者の総数の半数以上」ではない。）

・機能訓練担当職員＝理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及び心理指導担当職員等の訓練を担当する職員

・看護職員＝保健師、助産師、看護師又は准看護師

# ①人員配置基準の厳格化－３

基準人員として配置できる「児童指導員又は保育士」のうち、保育士は、保育士証等により資格の有無を確認できる一方で、児童指導員については、任用資格の種類が多数あり、資格の有無が明確でない場合もあるため、次ページから、誤り・質問が多い点を記載する。

⇒採用、配転等にあたって参考としていただきたい。

# （参考）児童指導員の任用資格

## ❖児童福祉施設の設備及び運営の基準に関する条例（平成24年10月11日条例69号）

（児童指導員の資格要件）
第59条　児童指導員は、次の各号のいずれかに該当する者でなければならない。
（1）社会福祉士の資格を有する者
（2）精神保健福祉士の資格を有する者
（3）その他規則で定める者

## ❖児童福祉施設の設備及び運営の基準に関する条例施行規則（平成25年3月25日規則8号）

（児童指導員の資格要件）
第22条　条例第59条第3号の規則で定める者は、次の各号のいずれかに該当する者とする。
（1）省令第43条第1項第1号の都道府県知事の指定する児童福祉施設の職員を養成する学校その他の養成施設を卒業した者
（2）学校教育法の規定による大学（短期大学を除く。次号において同じ。）において、社会福祉学、心理学、教育学若しくは社会学を専修する学科又はこれらに相当する課程を修めて卒業した者
（3）学校教育法の規定による大学において、社会福祉学、心理学、教育学又は社会学を専修する学科又はこれらに相当する課程において優秀な成績で単位を修得したことにより、同法第102条第2項の規定により大学院への入学が認められた者
（4）学校教育法の規定による大学院において、社会福祉学、心理学、教育学若しくは社会学を専攻する研究科又はこれらに相当する課程を修めて卒業した者
（5）外国の大学において、社会福祉学、心理学、教育学若しくは社会学を専修する学科又はこれらに相当する課程を修めて卒業した者
（6）学校教育法の規定による高等学校若しくは中等教育学校を卒業した者、同法第90条第2項の規定により大学への入学を認められた者若しくは通常の課程による12年の学校教育を修了した者（通常の課程以外の課程によりこれに相当する学校教育を修了した者を含む。）又は省令第43条第8号の規定により文部科学大臣がこれらと同等以上の資格を有すると認定した者であって、**2年以上児童福祉事業**に従事したもの
（7）教育職員免許法に規定する幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校又は中等教育学校の教諭の免許状を有する者であって、知事が適当と認めたもの
（8）**3年以上児童福祉事業**に従事した者であって、知事が適当と認めたもの

# ①人員配置基準の厳格化－4

## ★児童指導員任用に関する留意事項

### ＜実務経験により任用される場合＞

実務経験により児童指導員として任用されるためには、**「児童福祉事業」**の実務経験（高等学校等を卒業している等の要件を満たしていれば2年、それ以外であれば3年）を必要とする。

※児童福祉事業の一覧は次ページ参照。

※児童発達支援管理責任者の実務要件は「児童福祉事業」に限られない。

【注意点】

○同じ障害福祉に関係する事業であっても、障害児通所支援や障害児相談支援、障害児入所施設は児童福祉事業に該当する一方で、居宅介護や生活介護、短期入所などの障害福祉サービスは児童福祉事業に含まれない。

○また、学校におけるスクールカウンセラーや教員補助等の、児童福祉事業以外の実務経験も児童福祉事業に含まれない。（児童指導員任用資格においては、児童福祉事業のみが対象となるため、学校での実務経験であっても、放課後児童健全育成事業（放課後児童クラブ）等の児童福祉事業に該当する事業でなければ対象とならない。）

# （参考）児童福祉事業

＜児童福祉事業の一覧＞

## ①第１種社会福祉事業

乳児院、母子生活支援施設、児童養護施設、障害児入所施設、児童心理治療施設（情緒障害児短期治療施設）及び児童自立支援施設

## ②第２種社会福祉事業

障害児通所支援事業（児童発達支援、放課後等デイサービス、居宅訪問型児童発達支援及び保育所等訪問支援）、障害児相談支援事業、児童自立生活援助事業、放課後児童健全育成事業、子育て短期支援事業、乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業、地域子育て支援拠点事業、一時預かり事業、小規模住居型児童養育事業、小規模保育事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業、助産施設、保育所、児童厚生施設、児童家庭支援センター

## ③その他事業

家庭的保育事業、居宅訪問型保育事業、事業所内保育事業

※これらに準ずる内容を実施する事業であっても、厳密に上記①～③に分類される事業でなければ児童福祉事業として認められない。

# ①人員配置基準の厳格化－５

## ★児童指導員任用資格に関する留意事項

### ＜実務経験に係る日数換算について＞

○必要とされる経験年数１年あたり、180日の経験が必要となる。

例）実務経験２年が必要である場合は、業務に従事した期間が**2年以上** であり、**かつ** 実際に業務に従事した日数が**360日（180日×２年）以上**であることを要する。

※必要となる年数以上の期間をかけて、従事した日数を満たすことも可能。
例）１年に90日だけ勤務する者が、４年かけて360日を満たした場合も、「２年以上かつ360日以上」を満たすため、実務経験２年を満たすと認められる。

○従業者の方が以前の勤務先に実務経験証明書を請求する場合は、証明書を発行する法人に対し、日数の記載も依頼するようにお願いしたい。

※証明書を発行する法人において勤務日数を細かく把握していない場合には、「１か月につき約20日勤務」「週約３日勤務」「土日祝及び12月28日から１月３日以外に勤務」など、記載方法は任意だが、従事した日数が類推できるような記載を依頼していただきたい。

# ①人員配置基準の厳格化－６

## ★児童指導員任用資格に関する留意事項

### ＜児童指導員等加配加算における扱いについて＞

児童指導員等加配加算において、①「児童指導員」、②「手話通訳士」、③「手話通訳者」、④「強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）修了者」、⑤「重度訪問介護従業者養成研修行動障害支援課程修了者」、⑥「行動援護従業者養成研修修了者」は、まとめて「児童指導員**等**」として扱われる。

⇒加算上はまとめて「児童指導員等」であり、単位数的な扱いは同じであるが、②～⑥の資格保持者又は研修修了者であるからといって、「児童指導員」そのものの任用資格を満たすわけではない（加算上で同じグループというだけであって、②～⑥の資格所持や研修修了により「児童指導員」になれるわけではない。）。

### ＜養護教諭・栄養教諭の免許状について＞

「小学校、中学校、義務教育学校、高等学校又は中等教育学校の教諭の免許状」には、養護教諭・栄養教諭の免許状は該当しない。

# ②機能訓練担当職員・看護職員の配置義務化

## ＜対象事業＞

児童発達支援、放課後等デイサービス

## ＜概要＞

「事業所において、日常生活を営むのに必要な機能訓練を行う場合には機能訓練担当職員を、日常生活及び社会生活を営むために医療的ケアを恒常的に受けることが不可欠である障害児に医療的ケアを行う場合には看護職員を、それぞれ置かなければならない。」

**※機能訓練・医療的ケアを行わない事業所については配置不要。**

## ＜例外＞

次のいずれかに該当する場合には、看護職員を置かないことができる。

①医療機関等との連携により、看護職員を事業所に訪問させ、当該看護職員が障害児に対して医療的ケアを行う場合

②医療的ケアのうち喀痰吸引等のみを必要とする障害児に対し、社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3第1項の登録を受けた者が自らの事業又はその一環として喀痰吸引等事業を行う場合

③医療的ケアのうち特定行為のみを必要とする障害児に対し、社会福祉士及び介護福祉士法第20条第1項の登録を受けた者が自らの事業又はその一環として特定行為業務を行う場合

# ③放課後等デイサービスの基本報酬区分の改正

**＜対象事業＞**

放課後等デイサービス（主として重症心身障害児以外を受け入れる事業所）

**＜概要＞**

○令和3年3月まで：指標該当児の割合及び、運営規定上のサービス提供時間により基本報酬の区分が決定されていた。

○令和3年4月から：運営規定上のサービス提供時間のみにより基本報酬の区分が決定される。**運営規定上のサービス提供時間が3時間以上であれば区分1、3時間未満であれば区分2となる**。

○従来の区分名称からの変更は下記の通り。

| 令和3年3月31日までの名称 | 令和3年4月1日からの名称 |
|---|---|
| 区分1－1 | 区分1 |
| 区分1－2 | 区分2 |
| 区分2－1 | 区分1 |
| 区分2－2 | 区分2 |

# ④医療的ケア区分に応じた基本報酬の創設

**＜対象事業＞**

児童発達支援、放課後等デイサービス

**＜概要＞**

○医療的ケアのスコアが3点以上の児童に対して、一定の数の看護職員を配置して医療的ケアを提供した場合に、当該医療的ケア児の医療的ケアのスコアに応じた区分により基本報酬を算定することができる。

○医療的ケアのスコア表及び算定要件の詳細については、別添「医療的ケアを必要とする障害児への支援に係る報酬の取扱いについて（Vol.2）」（令和3年5月19日付け厚生労働省障害福祉課事務連絡）等を参照のこと。

# ⑤新型コロナウイルス感染症対応への特例的評価

**＜対象事業＞**

児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、居宅訪問型児童発達支援

**＜概要＞**

○新型コロナウイルス感染症に対応するため、かかり増しの経費が必要となること等を踏まえ、令和３年９月末までの間、通常の基本報酬に0.1%分を上乗せした報酬が支払われている。

# ⑥人員基準における仕事と育児・介護の両立支援－１

**＜対象事業＞**

児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、居宅訪問型児童発達支援

**＜概要＞**

○仕事と育児・介護との両立を進めるため、「常勤」要件及び「常勤換算」要件が次のとおり緩和される。

①「常勤」の計算にあたり、職員が、男女雇用機会均等法による母性健康管理措置又は、育児・介護休業法による育児・介護のための所定労働時間の短縮等の措置を受けている場合には、週30時間以上の勤務で「常勤」として扱うことが可能。

②「常勤換算」の計算にあたり、職員が、母性健康管理措置又は育児・介護休業法による育児・介護のための所定労働時間の短縮等の措置を受けている場合には、週30時間以上の勤務で常勤換算上も1.0人と扱うことが可能。

# ⑥人員基準における仕事と育児・介護の両立支援－２

**＜概要（続き）＞**

③人員基準や報酬算定において「常勤」要件が定められている職種にある職員が、労働基準法による産前産後休業、男女雇用機会均等法による母性健康管理措置、育児・介護休業法による育児休業、介護休業、育児休業に準ずる休業を取得した場合に、当該職種において求められる資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員基準を満たすことが可能。

例）児童発達支援管理責任者が労働基準法による産前産後休業により一定期間の休業を取得した場合、当該休業の期間中において、児童発達支援管理責任者の資格を有する非常勤職員２名を、合計常勤換算1.0人となるように配置した場合、児童発達支援管理責任者の配置基準を満たしているものとみなす。

# Ⅱ　令和４年度以降に義務化が予定されているもの

① 虐待防止の更なる推進（令和４年度～）

② 身体拘束等の適正化（令和４年度～）

③ 感染症の発生及びまん延の防止等に関する取組（令和６年度～）

④ 業務継続に向けた計画等の策定や研修・訓練等の実施（令和６年度～）

# ①虐待防止の更なる推進

**＜対象事業＞**

児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、居宅訪問型児童発達支援

**＜義務化期日＞**

令和４年４月１日から
（令和４年３月31日までは努力義務）

**＜概要＞**

〇虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
〇従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること。
〇上記2つの措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

# ②身体拘束等の適正化

**＜対象事業＞**

児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、居宅訪問型児童発達支援

**＜義務化期日＞**

令和４年４月１日から

（令和４年３月31日までは努力義務）

**＜概要＞**

○身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。

○身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。

○従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。

# ③感染症の発生及びまん延の防止等に関する取組の義務化

**＜対象事業＞**

児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、居宅訪問型児童発達支援

**＜義務化期日＞**

令和6年4月1日から

（令和6年3月31日までは努力義務）

**＜概要＞**

○感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。

○感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。

○従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的に実施すること。

# ④業務継続に向けた計画等の策定や研修・訓練等の実施

**＜対象事業＞**

児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、居宅訪問型児童発達支援

**＜義務化期日＞**

令和６年４月１日から

（令和６年３月31日までは努力義務）

**＜概要＞**

○感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する支援の提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下、「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

○従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。

○定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

# Ⅲ　障害児通所支援事業の概要

① 障害児通所支援事業に係る法律、省令、条例等

② 各サービスにおける目的及び対象者

③ 人員配置基準について

# ①障害児通所支援事業に係る法律、省令、条例等

〇制度全般に関するもの　≪例：定義、給付決定の手続き等≫
•児童福祉法（昭和22年12月12日法律第164号）
•児童福祉法施行令（昭和23年3月31日号外政令第74号）
•児童福祉法施行規則（昭和23年3月31日号外厚生省令第11号）

〇運営に関するもの　≪例：人員配置、支援計画、運営規程等≫
•児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成24年2月3日号外厚生労働省令第15号）
•児童福祉法に基づく指定通所支援の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（平成24年10月11日 条例第66号）
•児童福祉法に基づく指定通所支援の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例施行規則（平成24年長野県規則第19号）
•児童福祉法に基づく指定通所支援の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例等の解釈上の留意事項について（平成25年3月29日付24障第687-4号長野県健康福祉部長通知）

〇報酬に関するもの　≪例：加算・減算の要件等≫
•児童福祉法に基づく指定通所支援及び基準該当通所支援に要する費用の額の算定に関する基準（平成24年3月14日号外厚生労働省告示第122号）
•厚生労働大臣が定める施設基準（平成24年3月30日号外厚生労働省告示第269号）
•障害児通所支援又は障害児入所支援における日常生活に要する費用の取扱いについて（平成24年3月30日障発0330第31号）

〇その他
•児童発達支援ガイドライン、放課後等デイサービスガイドライン、保育所等訪問支援の手引き
•事故発生時の報告について（18障第439号平成19年2月26日長野県健康福祉部長通知）
•障害児通所支援又は障害児入所支援における日常生活に要する費用の取扱いについて（障発0330第31号平成24年3月30日）厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長　等

**→　多様かつ複雑。法令順守に努め、適正な支援をお願いします。**

# ②各サービスにおける目的及び対象者－１

児童福祉法

〔指定障害児通所支援事業者及び指定発達支援医療機関の設置者の責務〕

第二十一条の五の十八　指定障害児通所支援事業者及び指定発達支援医療機関の設置者（以下「指定障害児事業者等」という。）は、障害児が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、障害児及びその保護者の意思をできる限り尊重するとともに、行政機関、教育機関その他の関係機関との緊密な連携を図りつつ、障害児通所支援を当該障害児の意向、適性、障害の特性その他の事情に応じ、常に障害児及びその保護者の立場に立つて効果的に行うように努めなければならない。

②　指定障害児事業者等は、その提供する障害児通所支援の質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、障害児通所支援の質の向上に努めなければならない。

③　指定障害児事業者等は、障害児の人格を尊重するとともに、この法律又はこの法律に基づく命令を遵守し、障害児及びその保護者のため忠実にその職務を遂行しなければならない。

# ②各サービスにおける目的及び対象者－２

## ○児童発達支援

＜対象＞療育の観点から集団療育及び個別療育を行う必要があると認められる未就学の障害児

（具体例）

①市町村等が行う乳幼児健診等で療育の必要性があると認められた児童

②保育所や幼稚園に在籍しているが、併せて、指定児童発達支援事業所において、専門的な療育・訓練を受ける必要があると認められた児童

＜内容＞日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練、その他必要な支援

## ○医療型児童発達支援

＜対象＞肢体不自由児（上肢、下肢又は体幹の機能障害）があり、理学療法等の機能訓練又は医療的管理下での支援が必要であると認められた障害児

＜内容＞児童発達支援及び治療

# ②各サービスにおける目的及び対象者－３

## ○放課後等デイサービス

＜対象 ＞学校教育法第１条に規定している学校（幼稚園及び大学を除く。）に就学しており、授業の終了後又は休業日に支援が必要と認められた障害児

＜内容＞授業の終了後又は学校の休業日に、生活能力の向上のために必要な訓練、社会との交流の促進その他必要な支援

## ○居宅訪問型児童発達支援

＜対象＞人工呼吸器を装着している状態その他の日常生活を営むために医療を要する状態又は重い疾病のため感染症にかかる恐れがある状態等、重度の障害の状態にあるため外出することが著しく困難な障害児

＜内容＞居宅を訪問し、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練その他必要な支援を行う。（将来的に障害児通所支援の集団生活に移行していくために必要な支援であること。）

## ○保育所等訪問支援

＜対象＞保育所、幼稚園、小学校、特別支援学校、認定こども園、乳児院、児童養護施設、その他児童が集団生活を営む施設と市町村が認めた施設に通う児童であり、当該施設を訪問し、専門的な支援が必要と認められた障害児

＜内容＞保育所等を訪問し、障害児に対して、障害児以外の児童との集団生活適応のための専門的な支援その他必要な支援

# ②各サービスにおける目的及び対象者－４

## ○児童発達支援センター

・児童福祉法第７条に規定する児童福祉施設に該当

・児童発達支援事業に比べ、設備基準が厳格であり、調理室の設置が必須

※その他の児童福祉施設
乳児院、保育所、幼保連携型認定こども園、児童厚生施設、児童養護施設、
障害児入所施設等

・目的：障害児を日々保護者の下から通わせて、以下の支援を提供する。
（児童福祉法第四十三条）

**福祉型児童発達支援センター**
日常生活における基本的動作の指導、独立自活に必要な知識技能の付与又は集団生活への適応のための訓練

**医療型児童発達支援センター**
日常生活における基本的動作の指導、独立自活に必要な知識技能の付与又は集団生活への適応のための訓練及び治療

# ③人員基準について－１

## １　児童発達支援（医療型を除く）、放課後等デイサービス

| | |
|---|---|
| 児童指導員又は保育士 | ・１人以上は常勤<br>・合計数が以下の区分に応じてそれぞれに定める数以上<br>①障害児の数が10人まで　２人以上<br>②10人を超えるもの　２人に、障害児の数が10を超えて５又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上<br>・機能訓練担当職員、看護職員の数を合計数に含めることができる<br>・機能訓練担当職員、看護職員の数を合計数に含める場合は、半数以上は児童指導員又は保育士 |
| 児童発達支援管理責任者 | １人以上（１人以上は専任かつ常勤） |
| 機能訓練担当職員 | 機能訓練を行う場合に置く |
| 看護職員 | 医療的ケアを行う場合に置く |
| 管理者 | 原則として専ら当該事業所の管理業務に従事するもの（支障がない場合はほかの職務との兼務可） |

※令和3年3月31日までに指定を受けている事業所は、令和5年3月31日までの間は、引き続き障害福祉サービス経験者を基準人員として含めることができる。

※看護職員については、医療的ケアを行う場合であっても、医療機関等との連携により、看護職員を事業所に訪問させ医療的ケアを行わせる場合等、一定の場合には配置しないことができる。

※主として重症心身障害児を通わせる場合の従業者の基準は別に定められており、次の①～⑤につき各々１人以上配置することとされている。
①嘱託医　②看護職員　③児童指導員又は保育士　④機能訓練担当職員　⑤児童発達支援管理責任者

# ③人員基準について－２

## ２ 居宅訪問型児童発達支援

| | |
|---|---|
| 訪問支援員 | 訪問支援を行うために必要な数<br>（障害児について、介護、訓練等を行う業務その他の業務に3年以上従事した理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員又は保育士等） |
| 児童発達支援管理責任者 | １人以上（専ら当該事業所の職務に従事する者を１人以上） |
| 管理者 | 原則として専ら当該事業所の管理業務に従事するもの（上記訪問支援員及び児童発達支援管理責任者を併せて兼務する場合を除き、他の職務との兼務可） |

## ３ 保育所等訪問支援

| | |
|---|---|
| 訪問支援員 | 訪問支援を行うために必要な数 |
| 児童発達支援管理責任者 | １人以上（専ら当該事業所の職務に従事する者を１人以上） |
| 管理者 | 原則として専ら当該事業所の管理業務に従事するもの（上記訪問支援員及び児童発達支援管理責任者を併せて兼務する場合を除き、他の職務との兼務可） |

# ③人員基準について－３

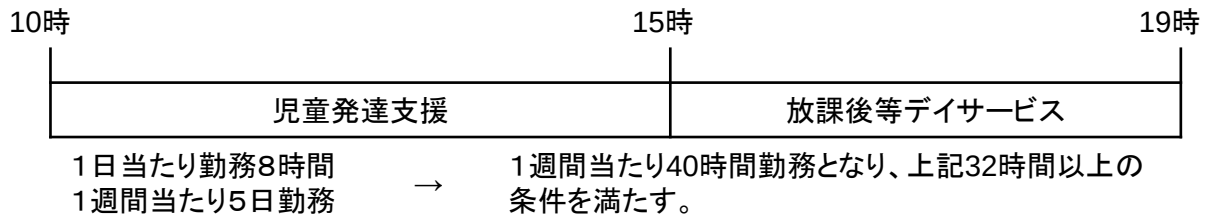
## ４　児童発達支援センター（医療型を除く）

| | |
|---|---|
| 嘱託医 | １人以上 |
| 児童指導員及び保育士 | ・総数がおおむね障害児の数を4で除して得た数以上<br>※機能訓練担当職員、看護職員の数を総数に含めることができる。<br>・児童指導員　１人以上<br>・保育士　１人以上<br>※機能訓練担当職員、看護職員の数を総数に含める場合は、半数以上が児童指導員又は保育士であること |
| 栄養士 | １人以上<br>※障害児の数が40人以下の場合は置かないことができる。 |
| 調理員 | １人以上<br>※調理業務の全部を委託する場合は置かないことができる。 |
| 児童発達支援管理責任者 | １人以上 |
| 機能訓練担当職員 | 機能訓練を行う場合に置く |
| 看護職員 | 医療的ケアを行う場合に置く |
| 管理者 | 原則として専ら当該事業所の管理業務に従事するもの（支障がない場合はほかの職務との兼務可） |

※看護職員については、医療的ケアを行う場合であっても、医療機関等との連携により、看護職員を事業所に訪問させ医療的ケアを行わせる場合等、一定の場合には配置しないことができる。
※主として難聴児を通わせる場合の従業者については、上表の人員に加え、「言語聴覚士」を指定児童発達支援の単位ごとに4人以上配置することとされている。
※主として重症心身障害児を通わせる場合の従業者については、上表の人員中「機能訓練担当職員」、「看護職員」は各１人以上が必置。

# ③人員基準について－４

## ６ 用語の定義

| | |
|---|---|
| 常勤 | 各事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（１週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいう。<br>ただし、**本資料Ⅰ⑥のような例外措置がある。**<br><br>多機能型事業所によって行われる指定児童発達支援と放課後等デイサービスの場合<br><br>各指導員を兼務している者は、これらの勤務時間の合計が所定の時間に達していれば、上記条件を満たす。<br><br>勤務形態の例<br>  <br> |
| 「専ら従事する」、「専ら提供に当たる」、「専従」 | 原則として、サービス提供時間帯を通じて指定通所支援以外の職務に従事しないことをいう。<br>→ 児童発達支援及び放課後等デイサービスについては、サービスの単位ごとの提供時間をいう。<br>→ 常勤・非常勤の別を問わない。 |

# Ⅳ　県の指導について

| 指導の目的 | |
|---|---|
| 障害児通所支援事業者の支援を基本とし、制度理解の促進、通所給付の適性化とよりよい支援の実現を目的とする。 | |
| **指導の種類** | |
| 実地指導 | 主眼事項等に基づき、関係書類を閲覧し、関係者との面談方式で行い、文書又は口頭による指摘を行う。<br>・児童発達支援センター：H30年度からは3年に1回（H29年度までは1年に1回）<br>・児童発達支援センター以外の障害児通所支援事業者<br>：3年に1回（新規事業所は指定後、概ね1年以内） |
| 集団指導 | サービス等の取扱い、障害児通所支援給付費等に係る費用の請求の内容、制度改正内容及び過去の指導事例等について講習等の方式で行う。 |
| 監査 | 指定基準違反等の事実関係を的確に把握し、公正かつ適切な措置を採ることを主眼とする。 |
| **集団指導について** | |
| 内容と目的 | ○実地指導等で指摘が多いところ、事業者から問い合わせの多い事項等について、重点的に説明<br>→不適切な請求を防げ、安定した事業所運営につなげる。<br>→利用者が安心して利用できるようにする。 |
| 事業者の対応 | ○指摘事項等に該当する場合は、速やかに見直しをしてください。<br>○事業所において伝達研修を実施願います。（後日資料を県ホームページに掲載します）<br>（資料掲載先）健康・福祉＞障がい者福祉＞障がい福祉サービス＞障がい福祉サービス事業者向け情報＞<br>障害福祉サービス事業者の皆さまへ＞指定障害福祉サービス事業者等の指導について |

# Ⅴ　運営上の主な留意事項

## ⅰ　指定基準上の留意事項
## （実地指導における主な指摘事項等）

1.利用契約時における重要事項の説明等
（参考）重要事項説明書に記載すべき事項
2.契約支給量の報告等
3.受給資格の確認
（参考）障害児通所支援提供の流れ
4.サービスの提供の記録
（参考）サービス提供の記録に関する留意事項について
5.支払いの受領等
（参考）利用者負担額等の受領の流れ
（参考）法定代理受領
（注意喚起）事業所における教材等の販売について
6.質の評価及び改善
7.通所支援計画の作成等
（参考）通所支援計画の作成等に関する条項
（参考）通所支援計画の作成等に係る流れ
8.運営規程
9.勤務体制の確保等
10.定員の遵守
11.非常災害対策
（参考）非常災害対策について
12.衛生管理等
（参考）衛生管理について
13.重要事項の掲示
14.秘密保持等
15.苦情解決
（参考）苦情解決の手順
16.事故発生時の対応
（参考）事故発生時の対応等について
17.会計の区分
18.記録の整備
19.変更の届出
（参考）変更の届出項目について

# １．利用契約時における重要事項の説明等

主な指摘事項

**〇利用契約手続き（契約書）に不備があった。**

**例 ・支援提供開始年月日、利用期間、利用申込者の同意、事業者名等の記載が契約書にない**

**・利用契約書に記載の利用期間が、給付決定期間を超えている**

**・利用者に対し契約書及び重要事項説明書が交付されていない**

**〇重要事項説明書に記載すべき事項（職員の職務の内容、苦情解決及び虐待防止の責任者等）の記載がなかった。**

**〇重要事項説明書の記載内容と現状（運営規程など）に相違があった。**

**【対応が求められる内容】**

**・サービス提供の開始に際しては、あらかじめ利用申込者に対し、運営規程の概要、従業者の勤務体制、事故発生時の対応、苦情解決の体制等の利用申込者がサービスの選択のために必要な重要事項について、障害児の障害の特性に配慮したわかりやすい説明書やパンフレット等の文書を提示して説明を行い、当該サービスの提供の開始について同意を得てください。**

**・利用契約を締結した場合は、契約書及び重要事項説明書を利用者に交付してください。**

**・運営規程等を変更した場合には重要事項説明書もあわせて変更してください。**

❖児童福祉法に基づく指定通所支援の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（基準条例）

（重要事項の説明等）

第12条 指定児童発達支援事業者は、通所給付決定保護者から指定児童発達支援の利用の申込みがあった場合は、その申込みを行った者（以下この条、第16条及び第42条において「利用申込者」という。）に係る障害児の障害の特性に応じた適切な配慮をしつつ、当該利用申込者に対し、第36条に規定する運営規程の概要、従業者の勤務体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記載した文書を交付して説明を行い、当該指定児童発達支援を提供することについて当該利用申込者の同意を得なければならない。

２ 指定児童発達支援事業者は、社会福祉法（昭和26年法律第45号）第77条第１項の規定により書面の交付を行う場合には、利用申込者に係る障害児の障害の特性に応じた適切な配慮をしなければならない。

# （参考）重要事項説明書に記載すべき事項

## 契約書記載事項の例

- □ 事業者の概要
  （名称、所在地、代表者、設立年月日、連絡先）
- □ 事業所の概要
  （名称、所在地、開所年月日、サービス種類、営業日・営業時間、サービス提供時間、管理者、サービス管理責任者、主たる対象者、連絡先、サービス実施地域、定員）
- □ サービスの目的及び運営方針
  （目的、運営方針）
- □ サービスに係る施設・設備の概要
  （主な設備、備品等）
- □ 従業者の勤務体制
  （職種、員数、勤務体制）
- □ 提供するサービスの内容及び利用者が支払うべき料金
  （給付対象サービス内容及び料金、給付費対象サービス内容及び料金）
- □ 支援提供開始年月日
- □ 利用者の記録及び情報管理等
  （情報管理及び保管方法、個人情報の管理及び提供の取扱い）
- □ 苦情解決、虐待防止の体制
  （担当者、責任者、利用時間、連絡先、相談手順等）
- □ その他
  （協力医療機関、利用の留意事項、非常災害対策、事故発生時の対応等）

## 説明と同意の確認

平成◎◎年□月◇日

〇〇事業所の指定△△（サービス）の提供及び利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者名：
事業所名：
説明者職氏名：　　㊞

私は、本書面に基づいて事業者から〇〇事業所の△△（サービス）の提供及び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

給付決定保護者
住所：
氏名：　　㊞

※実態と合っているか定期的に確認の上、最新の情報を記載すること。

# 2. 契約支給量の報告等

主な指摘事項

**〇契約をしたときに、受給者証記載事項等を市町村に報告していなかった、又は市町村に報告が遅れた。**

**〇契約の内容や支給量等の受給者証記載事項を受給者証に記載していなかった。**

**【対応が求められる内容】**

**・契約成立後、サービスの内容、契約支給量、契約日等の受給者証記載事項を記載（変更及び終了した際も含む。）してください。**

**※令和2年12月25日以降、「事業者確認印」は廃止され、当該欄への押印は不要となっている。**

**・サービスの利用に係る契約をしたときや契約内容（時間、日数）を変更（契約を終了した時を含む。）したときは、受給者証へ記載の上、市町村に遅滞なく報告してください。ただし、当該市町村から報告が不要である旨の通知が出ている場合には報告は不要です。**

❖児童福祉法に基づく指定通所支援の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（基準条例）

（契約支給量の報告等）

第13条 指定児童発達支援事業者は、通所給付決定保護者と指定児童発達支援の利用に係る契約をするときは、当該指定児童発達支援の内容、通所給付決定保護者に提供する指定児童発達支援の量（次項において「契約支給量」という。）その他の必要な事項を当該通所給付決定保護者の通所受給者証（法第21条の5の7第9項に規定する通所受給者証をいう。第17条において同じ。）に記載しなければならない。

2 指定児童発達支援事業者が提供する契約支給量の総量は、当該通所給付決定保護者の通所給付決定を受けた支給量を超えてはならない。

3 指定児童発達支援事業者は、通所給付決定保護者と指定児童発達支援の利用に係る契約をしたときは、遅滞なく、第1項に規定する事項その他必要な事項を通所給付決定保護者に係る市町村に報告しなければならない。ただし、当該市町村が必要ないと認めるときは、この限りでない。

4 前3項の規定は、第1項に規定する事項に変更があった場合について準用する。

# ３．受給資格の確認

主な指摘事項

**〇利用申込のあった支給決定障害者の受給者証を確認していなかった。**

**〇受給者証に記載のある支給決定期間を超えて契約を締結していた。**

**【対応が求められる内容】**

- **事業者が利用申込者に対して指定障害児通所支援を提供する場合は、利用申込者から受給者証の提示を受け、給付決定の有無、給付決定の有効期間、給付量、利用者負担額及び利用者負担額の適用期間を確かめなければなりません。**
- **受給資格は必ず受給者証の原本により、サービス提供を行う事業所の責任において確認します。（利用者の承諾があれば写し等を保管してもかまいません。）**
- **サービス提供に必要な給付決定がない場合は、利用者申込者に対して支給給付定が必要なこと等を説明し、給付申請に係る必要な援助（窓口の案内、支援者との連携、申請の代行等）を行わなければなりません（給付決定期間終了時も同様）。**

❖児童福祉法に基づく指定通所支援の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（基準条例）

（受給資格の確認）

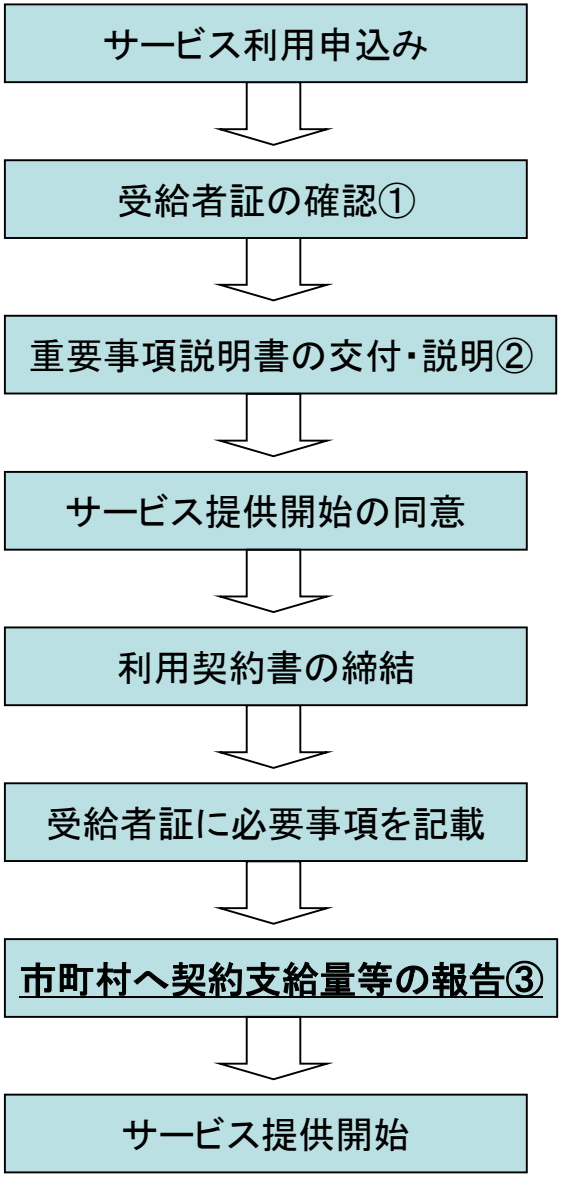
第17条　指定児童発達支援事業者は、指定児童発達支援の提供を求められた場合は、通所給付決定保護者の提示する通所受給者証によって、その者の障害児に係る通所給付決定の有無、通所給付決定をされた指定通所支援の種類、通所給付決定の有効期間及び支給量等を確認するものとする。

（障害児通所給付費の支給の申請に係る援助）

第18条 指定児童発達支援事業者は、指定児童発達支援に係る通所給付決定を受けていない者から利用の申込みがあった場合は、その者の意向を踏まえて、その者に対し、速やかに、障害児通所給付費の支給の申請を行うための必要な援助を行わなければならない。

２　指定児童発達支援事業者は、指定児童発達支援に係る通所給付決定に通常要すべき標準的な期間を考慮し、通所給付決定の有効期間の終了に伴い通所給付決定保護者が行う障害児通所給付費の支給申請について必要な援助を行わなければならない。

# （参考）障害児通所支援提供の流れ




**①受給資格の確認（指定基準条例第7条、第13条）**

事業者は、サービスの提供を求められた場合は、その者の提示する受給者証によって、支給決定の有無、支給決定の有効期間、支給量等を確かめる。

**②内容及び手続の説明及び同意（指定基準条例第3条、第8条）**

利用申込みがあったときは、障害の特性に応じた適切な配慮をしつつ、利用申込者に対し、利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、サービスの提供の開始について同意を得なければならない。

**③契約支給量の報告等（指定基準条例第4条、第9条、第86条）**

・サービスを提供するときは、サービスの内容、契約支給量、その他の必要な事項を受給者証に記載しなければならない。

・契約支給量の総量は、当該支給決定障害者等の支給量を超えてはならない。

・契約をしたときは遅滞なく市町村に報告しなければならない。ただし、市町村が必要ないと認めたときは、利用締結後の市町村への報告を行わないことができる。

（参考）「市町村に対する契約支給量等の報告の必要性について」
（平成25年3月11日付24障号外長野県健康福祉部障害者支援課長通知）

・受給者証記載事項に変更があった場合も同様とする。

# ４．サービスの提供の記録

主な指摘事項

**〇サービス提供記録に、サービス提供日、支援内容、利用者の状況、その他必要な事項について、その都度の記録がされていなかった。**

**〇サービスの提供に際して、保護者からサービスを提供したことについての確認を記録作成の都度受けていなかった。**

**【対応が求められる内容】**

**・支援を提供した際には、提供日、提供したサービスの具体的内容、利用者負担額等に係る必要な事項を記録しなければなりません。**

**・提供したサービスの記録について、保護者から確認を受けなければなりません。**
**※保護者の確認については、押印でなくてもよい。**

❖児童福祉法に基づく指定通所支援の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例

（サービスの提供の記録）

第21条 指定児童発達支援事業者は、指定児童発達支援を提供した場合は、その提供した日及び内容その他必要な事項を当該提供の都度記録しなければならない。

2 前項の規定による記録には、当該記録に係る指定児童発達支援の提供を受けたことについて通所給付決定保護者の確認を受けなければならない。

# （参考）サービス提供の記録に関する留意事項について

## サービス提供の手順

1　サービスの提供　→　2　サービス提供記録の作成　→　3　利用者の確認
※サービス提供の都度作成　※作成の都度確認

## サービス提供記録に関する留意事項

- **保護者及び事業者が、その時点での支援の利用状況等を把握できるようにするため、支援の提供日、提供したサービスの具体的内容、利用者負担額等に係る必要な事項を記録すること。**
- **内容について保護者の確認を得ること。**
- **欠席時対応に係る利用者の状況及び相談援助の内容、また支援にあたり職員間で共有すべき利用者に関する事項については、別途記録することが望ましい。**
- **サービス提供記録に関する書類（出席簿、業務日誌、個別支援記録、利用者実績確認票等）の整合及び誤りがないか確認すること**

サービス提供記録の様式例
（出典：東京都集団指導資料　記入内容：障がい者支援課）

利用者氏名　　（受給者番号　　）

サービス提供記録

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 日付 | 平成28年9月5日 | 食事提供 | あり | 送迎 | 迎 | あり | 送 | あり | 記録者 | ○○ |
| 来所時刻 | 9:00 | 活動内容 | 午前 | 創作活動（箱折）、テレビ鑑賞 | | | | | | |
| 帰所時刻 | 15:30 | | 午後 | 創作活動（箱折）、散歩 | | | | | | |
| 本人の状況 | 健康状態は良好であり、他の利用者と楽しく会話や活動をされていた。 | | | | | | | | | |
| 特記事項（欠席時対応等） | 特になし | | | | 欠席時対応 | なし | | | 本人確認印 | ㊞ |
| 日付 | 平成28年9月6日 | 食事提供 | | 送迎 | 迎 | | 送 | | 記録者 | ○○ |
| 来所時刻 | : | 活動内容 | 午前 | | | | | | | |
| 帰所時刻 | : | | 午後 | | | | | | | |
| 本人の状況 | 風邪の症状がみられるため自宅療養される（利用中止）。 ※詳細は「支援記録」に記載 | | | | | | | | | |
| 特記事項（欠席時対応等） | 8:00受電（母、利用中止連絡）　※詳細は<br>11:00受電（母、病院受診連絡）「支援記録」に記載 | | | | 欠席時対応 | あり | | | 本人確認印 | |
| 日付 | 平成　年　月　日 | 食事提供 | | 送迎 | 迎 | | 送 | | 記録者 | |
| 来所時刻 | : | 活動内容 | 午前 | | | | | | | |
| 帰所時刻 | : | | 午後 | | | | | | | |
| 本人の状況 | | | | | | | | | | |
| 特記事項（欠席時対応等） | | | | | 欠席時対応 | | | | 本人確認印 | |

・
・
・

# ５．支払いの受領等

主な指摘事項

**〇利用者から金銭の支払いを求める際に、その使途、額、理由について具体的な説明をした上で同意を得ることをしていなかった。**

**〇法定代理受領により給付費の支給を受けた場合において、保護者に当該給付費の額を通知していなかった。**

**〇保護者から金銭の支払いを受けた場合に領収書を交付していなかった。**

**【対応が求められる内容】**

**・障害児通所支援等において提供される支援のうち、「日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、通所給付決定保護者に負担させることが適当と認められるもの」の対象となる支援及びその額は、事業者又は施設の運営規程において定められなければならず、また、サービスの選択に資すると認められる重要事項として、当該事業者又は施設の見やすい場所に掲示しなければなりません。**

**・法定代理受領により給付費を受け取った場合には、給付費の額を保護者に対し通知してください。**

**・保護者から金銭の支払いを受けた場合には領収証を保護者に対し交付してください。**

❖児童福祉法に基づく指定通所支援の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例

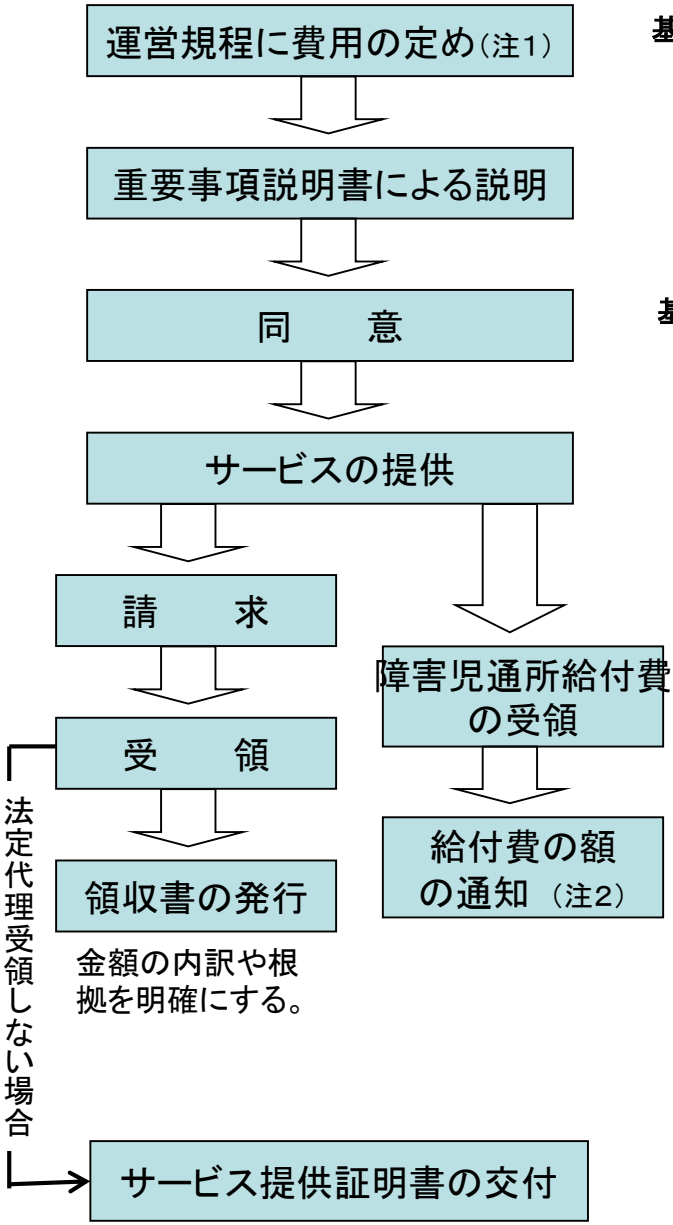
（通所給付決定保護者に求めることのできる金銭の支払の範囲等）

第22条 指定児童発達支援事業者が指定児童発達支援を提供する通所給付決定保護者に対して金銭の支払を求めることができる費用は、その使途が直接障害児の便益を向上させ、かつ、通所給付決定保護者に支払を求めることが適当であるものに限るものとする。

（支払の受領等）

第23条(3)事業者は、法定代理受領により支援に係る障害児通所給付費の支給を受けた場合は、通所給付決定保護者に対し、その者に係る障害児通所給付費の額を通知しなければならない。

# （参考）利用者負担額等の受領の流れ




**基準条例第22条**

（1） 事業者が指定児童発達支援を提供する通所給付決定保護者に対して金銭の支払を求めることができる費用は、その使途が直接障害児の便益を向上させ、かつ、通所給付決定保護者に支払を求めることが適当であるものに限る。

（2） 事業者は、前項の規定による支払を求めようとするときは、通所給付決定保護者に対し、その使途及び額並びにその理由について書面を交付して説明を行い、その同意を得なければならない。ただし、利用者負担額及び法定代理受領を行わない場合の基準額の支払については、この限りでない

**基準条例第23条**

（1） 事業者は、サービスを提供した際は、保護者から支援に要した費用等の支払を受ける。

（2） 事業者は、規則で定める費用に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、通所給付決定保護者に対し、当該サービスの内容及び当該費用の額について説明を行い、その同意を得なければならない。

（3） 事業者は、法定代理受領により支援に係る障害児通所給付費の支給を受けた場合は、通所給付決定保護者に対し、その者に係る障害児通所給付費の額を通知しなければならない。

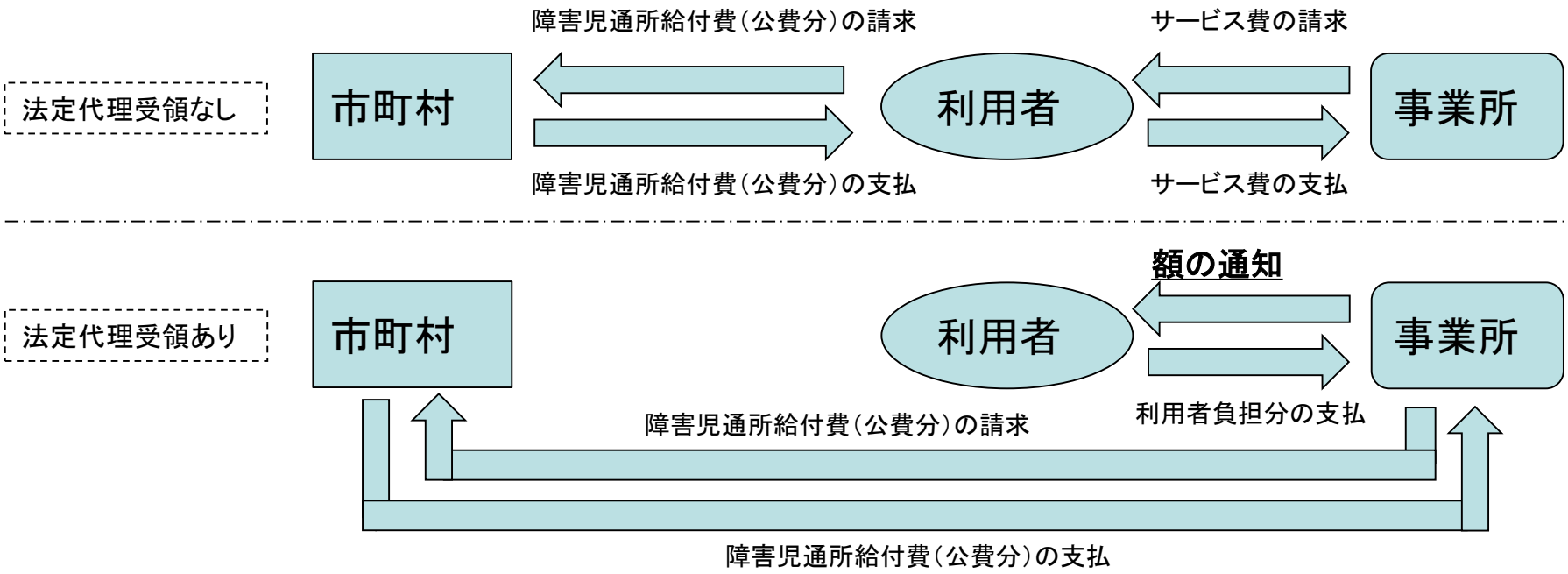
（4） 事業者は、通所給付決定保護者から法定代理受領を行わない支援に係る費用の額の支払を受けた場合は、その者に対し、その支援の内容及び費用の額その他必要と認められる事項を記載した書面を交付しなければならない。

注1）その都度金額が変動する性質の費用は、運営規程に「実費」と定める。

注2） 自立支援給付費の額を利用者に通知することによって、利用者は、公費負担を含めた全体の費用について把握することができ、また、事業者による不適正な請求を防止する機能も期待されている。

# （参考）法定代理受領

法定代理受領：本来、利用者から受け取る障害児通所給付費を市町村から直接受け取ること。



# ６．質の評価及び改善（自己評価結果等の公表）

主な指摘事項

**〇評価項目について条例で定める事項が不足していた。**
**〇保護者からの評価は実施しているが、事業所自らが行う評価を実施していなかった。**
**〇多機能型事業所において、児童発達支援と放課後等デイサービスの評価を合算して評価表を作成してしまっていた。**

**【対応が求められる内容】**
**・評価項目についてガイドラインによらない場合においても、条例で定める項目については最低限含めること。**
**・職員による自己評価及び保護者による評価を実施すること。**
**・実施する時期や方法等は同じでも全く構わないが、評価表や公表のフォーマットは事業ごと分けて作成すること。**

❖児童福祉法に基づく指定通所支援の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例

第25条　3 指定児童発達支援事業者は、その提供する指定児童発達支援の質の評価を行うとともに、その提供する指定児童発達支援の質の改善を図らなければならない。

4 指定児童発達支援事業者は、前項の規定により、その提供する指定児童発達支援の質の評価及び改善を行うに当たっては、次に掲げる事項について、自ら評価を行うとともに、当該指定児童発達支援事業者を利用する障害児の保護者による評価を受けて、その改善を図らなければならない。

（1）当該指定児童発達支援事業者を利用する障害児及びその保護者の意向、障害児の適性、障害の特性その他の事情を踏まえた支援を提供するための体制の整備の状況
（2）従業者の勤務の体制及び資質の向上のための取組の状況
（3）指定児童発達支援の事業の用に供する設備及び備品等の状況
（4）関係機関及び地域との連携、交流等の取組の状況
（5）当該指定児童発達支援事業者を利用する障害児及びその保護者に対する必要な情報の提供、助言その他の援助の実施状況
（6）緊急時等における対応方法及び非常災害対策
（7）指定児童発達支援の提供に係る業務の改善を図るための措置の実施状況

5 指定児童発達支援事業者は、おおむね1年に1回以上、前項の評価及び改善の内容をインターネットの利用その他の方法により公表しなければならない。

# 7. 通所支援計画（個別支援計画）の作成等

主な指摘事項

○通所支援計画の作成に当たって、障害児及びその保護者の希望する生活及び、障害児に係る課題等の把握、その計画作成に係る担当者会議等に関する記録が整備されていなかった。

○児童発達支援管理責任者が通所支援計画を作成していることが確認できなかった。

○通所支援計画作成後に保護者の同意を得ていなかった。

○通所支援計画の実施状況の把握（モニタリング）がされていなかった（把握結果の記録が無かった）。

○通所支援計画が6か月以上見直されていない状況が続いていた。

【対応が求められる内容】

・通所支援計画は、基準条例上の手続きを踏まえて作成してください。

・通所支援計画の作成に当たっては、作成者の欄等を整備し、児童発達支援管理責任者が作成したことが確認できるようにしてください。また、作成された通所支援計画はその都度保護者に交付し同意を得てください。

・児童発達管理責任者は計画の作成を行った後においては事業所内における当該計画の実施状況の把握（モニタリング）を行ってください。モニタリングにあたっては、障害児及び保護者と定期的に面接や連絡を行い、その把握した結果を記録に残してください。

・少なくとも半年ごとに通所支援計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行ってください。
見直しの結果、変更がなされなかった場合でも、見直しの内容及び経緯について記録の整備に努めてください。

# （参考）通所支援計画の作成等に関する条項

❖児童福祉法に基づく指定通所支援の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例

（児童発達支援計画）

第26条 指定児童発達支援事業所の管理者は、児童発達支援管理責任者に指定児童発達支援に係る第3条第1項に規定する通所支援計画（以下この条及び第53条第2項第2号において「児童発達支援計画」という。）の作成に関する業務を担当させるものとする。

2 児童発達支援管理責任者は、児童発達支援計画を作成しようとするときは、適切な方法により、障害児の有する能力、その置かれている環境、その日常生活全般の状況等を踏まえて、その者に対する支援を適切に行うことができるよう、その者及びその通所給付決定保護者の希望する生活並びに当該障害児に係る課題等の把握を行わなければならない。

3 前項の規定による把握は、障害児及びその通所給付決定保護者に対し、面接をして、その趣旨について十分に説明をし、その理解を得た上で行わなければならない。

4 児童発達支援管理責任者は、第2項の規定により把握した障害児及びその通所給付決定保護者の希望する生活並びに課題等の内容に基づき、適切な支援内容を検討して、次に掲げる事項を記載した児童発達支援計画を作成しなければならない。この場合において、児童発達支援計画には、障害児の家族に対する援助及び指定児童発達支援事業所が提供する指定児童発達支援以外の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携についても含めるよう努めなければならない。

（1）障害児の生活に対するその者及びその通所給付決定保護者の意向
（2）障害児に対する総合的な支援目標及びその達成時期
（3）障害児の生活全般の質を向上させるための課題
（4）提供する指定児童発達支援の具体的内容
（5）指定児童発達支援を提供する上での留意事項
（6）その他必要な事項

5 児童発達支援管理責任者は、児童発達支援計画の作成に当たっては、指定児童発達支援の提供に当たる担当者等を招集して行う会議により、当該担当者等の意見を聴かなければならない。

6 児童発達支援管理責任者は、児童発達支援計画を作成したときは、障害児及びその通所給付決定保護者にこれを交付して、その内容を説明し、文書により、これらの者の同意を得なければならない。

7 児童発達支援管理責任者は、児童発達支援計画に基づきサービスを提供している間、その実施状況の把握及び第2項の規定による把握を行うとともに、少なくとも半年ごとに児童発達支援計画を見直し、必要に応じてその変更を行うものとする。この場合において、これらの把握に当たっては、障害児に係る通所給付決定保護者との連絡を継続的に行うとともに、原則として、当該障害児及びその通所給付決定保護者に対し定期的に面接をして、その趣旨について十分に説明をし、その理解を得た上で行い、その把握した結果を記録しなければならない。

8 第4項から第6項までの規定は、児童発達支援計画の変更について準用する。

# （参考）通所支援計画の作成等に係る流れ

| 手順 | 留意事項 |
|---|---|
| 1　障害児及び保護者に関する状況及び課題等の把握（アセスメント） | 児童発達支援管理責任者は、適切な方法により障害児の有する能力、環境及び日常生活全般の状況等を踏まえて、障害児及びその通所給付決定保護者の希望する生活や課題等の把握を行い適切な支援内容を検討する。<br>前述については障害児及びその通所給付決定保護者に面接して行い、児童発達支援管理責任者は、面接の趣旨を利用者に対して十分に説明し、理解を得ること。 |
| 2　通所支援計画の原案の作成 | 児童発達支援管理責任者は、障害児及びその通所給付決定保護者の希望する生活並びに課題等の内容に基づき、次の事項が記載された通所支援計画の原案を作成する。<br>① 障害児の生活に対するその者及びその通所給付決定保護者の意向<br>② 障害児に対する総合的な支援目標及びその達成時期<br>③ 障害児の生活全般の質を向上させるための課題<br>④ 提供する指定児童発達支援の具体的内容<br>⑤ 指定児童発達支援を提供する上での留意事項<br>⑥ その他必要な事項　　等<br>障害児の家族に対する援助及び指定児童発達支援事業所が提供する指定児童発達支援以外の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携についても含めるよう努めること。 |
| 3　会議の開催 | 児童発達支援管理責任者は、個別支援計画の作成に係る会議（担当者の招集）を開催し、通所支援計画の原案について意見を求める。<br>会議の概要や担当者からの意見を記録すること。 |
| 4　通所支援計画の原案の障害児・保護者への交付・説明・同意 | 児童発達支援管理責任者は、通所支援計画の原案の内容について障害児及びその通所給付決定保護者に対して説明し、文書により利用者等の同意を得る。 |
| 5　実施状況等の把握（モニタリング）と個別支援計画の見直し | 児童発達支援管理責任者は、利用者についての継続的な状況及び課題等を把握するとともに、通所支援計画の実施状況の把握を行う。<br>前述に当たっては、保護者との継続的な連絡及び定期的な利用者との面接をし、十分な説明により理解を得た上で、結果を記録すること。 |

# ８．運営規程

主な指摘事項

**〇身体拘束を行う場合の手続きについて運営規程に記載がなかった。**

**〇運営規程が重要事項説明書に記載された内容と異なっていた。**

**〇運営規程に記載されたサービス提供時間と実際のサービス提供時間が異なっていた。**

**【対応が求められる内容】**

**・運営規程に記載されている事項に変更があった場合は、速やかに運営規程を変更してください。**

**・事業所のサービス提供の実態及び重要事項説明書の記載事項と整合が取れた運営規程とするよう、定期的に見直してください。**

**・突発的な事情等により、その日に運営規程に記載されたサービス提供時間が提供できない事態が生じたような場合には、利用者によく周知をしてください。**

❖児童福祉法に基づく指定通所支援の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例

（運営規程）

第36条 指定児童発達支援事業者は、指定児童発達支援事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する運営規程（第42条において「運営規程」という。）を定めておかなければならない。

（1）事業の目的及び運営の方針
（2）従業者の職種、員数及び職務の内容
（3）営業日及び営業時間
（4）利用定員
（5）指定児童発達支援の内容並びに通所給付決定保護者から受領する費用の種類及びその額
（6）通常の事業の実施地域
（7）サービスの利用に当たっての留意事項
（8）緊急時等における対応方法
（9）非常災害対策
（10）事業の主たる対象とする障害の種類を定めた場合には、当該障害の種類
（11）虐待の防止のための措置に関する事項
（12）その他運営に関する重要事項

# ９．勤務体制の確保等

主な指摘事項

**〇従業者の勤務体制（勤務時間・職種）が不明確であった。**

**〇月毎の勤務表が勤務実態と異なっていた。**

**〇毎月の勤務表が作成されていなかった。**

**【対応が求められる内容】**

**・勤務体制確保のため、勤務（予定）表は、管理者を含めた当該一事業所に関わる従業者 の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、職種、他のサービス・職種との兼務関係について明確にする必要があります。**

**・多機能型事業所で人員を兼務している場合を除き、原則として事業ごとに毎月の勤務表を作成する必要があります。PC等を用いて電子データで作成・管理することも構いませんが、実地指導等で提示を求められたときはその場で提示することができるようにしてください。**

**・また、事故対応、感染症対応、虐待防止等の事業運営上、全ての従業者に周知徹底すべきものについては毎年度定期的に実施することが必要であり、従業者の能力や経験に応じてキャリアアップを図るための研修については、研修計画を作成し、年一回以上受講できるように努めることが望まれます。**

❖児童福祉法に基づく指定通所支援の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例

（勤務体制の確保等）

第37条 指定児童発達支援事業者は、障害児に対し適切な指定児童発達支援を提供することができるよう、指定児童発達支援事業所ごとに、従業者の勤務の体制を定めておかなければならない。

３ 指定児童発達支援事業者は、従業者及び管理者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。

# 10.定員の遵守

主な指摘事項

**〇災害や新型コロナウイスの影響等、やむを得ない事情がないにもかかわらず、利用定員を超えて支援を提供していた。**

**〇定員超過に該当する場合の減算にならない範囲で利用定員を超えて支援を提供していた。**

**〇定員超過減算に該当していたにもかかわらず減算の措置をとっていなかった。**

**【対応が求められる内容】**

**・障害児に対する指定児童発達支援の提供に支障が生じることのないよう、災害等やむを得ない事情を除き、事業所が定める利用定員内で受入を行ってください。**

**・定員超過に該当する場合の減算措置は、あくまでも通所給付費の算定に係る概念のため、たとえ減算に係らないとしても事業所ごとに定めた運営規程における利用定員を遵守してください。**

**・定員超過減算に該当する場合には減算措置を行ってください。特に、過去3か月における利用実績により減算適用される場合があることに注意してください。**

**・必要に応じ、利用定員の変更を行ってください。**

❖児童福祉法に基づく指定通所支援の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例

（定員の遵守）

第38条 指定児童発達支援事業者は、利用定員及び指導訓練室の定員を超えて、指定児童発達支援の提供を行ってはならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

# 11. 非常災害対策

主な指摘事項

**〇災害の態様毎に非常災害に関する具体的な計画が作成されていなかった。**

**〇避難や救出その他必要な訓練を年間2回以上行っていなかった。**

**【対応が求められる内容】**

- **事業者は、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けるとともに、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知しなければなりません。**
- **対応マニュアルについては、火災や地震、水害といった災害の様態ごとに作成することが望ましいです。**
- **消防法の規定により、 事業者は、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うことが必要です（年間2回以上）。**
- **万が一、被災した場合は、県（保健福祉事務所福祉課）、市町村に対して、災害発生日時、災害発生場所、被害状況、対応状況等を可能な通信手段により、随時報告してください。**

❖児童福祉法に基づく指定通所支援の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例

（非常災害対策）

第39条　指定児童発達支援事業者は、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けるとともに、非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、定期的に避難訓練、救出訓練その他必要な訓練を行うなど従業者が非常災害に対応できるための必要な措置を講じなければならない。

# （参考）非常災害対策について

## 消防計画に基づく定期的訓練の実施（消防法施行規則第3条）

10　児童発達支援センター、児童発達支援又は放課後等デイサービスを行う施設（施行令別表第一（六）ハ（4）に掲げる防火対象物）の防火責任者は、消防訓練の予備避難訓練を年2回以上実施しなければならない。

11　防火責任者は、消火訓練及び避難訓練を実施する場合には、あらかじめ、その旨を消防機関に通報しなければならない。

## 消防用設備等の点検及び報告（消防法施行規則第31条の6）

児童発達支援センター、児童発達支援又は放課後等デイサービスを行う施設（施行令別表第一（六）ハ（4）に掲げる防火対象物）の防火責任者は、消防用設備等の点検結果を1年に1回消防長又は消防署長に報告しなければならない。

## 災害に備えた対策例

1　防火意識の醸成（避難場所、避難経路等のマニュアルの周知徹底、定期的な研修の実施等）

2　防災管理体制の整備（職員の責任分担の明確化等）

3　防災設備の点検

4　訓練の実施（立地条件に応じたさまざまな状況（時間帯、災害の種類等）を想定）

5　施設・設備の安全対策（施設の立地条件の確認、備品や工作物の落下・倒壊防止等）

6　飲料水及び非常用食料等の備蓄（水3リットル/人日、非常用食料、医薬品、調理器具、防災用品等）

7　関係機関及び利用者家族との連絡体制（連絡方法、帰宅・引取り方法の事前確認等）

8　地域社会との応援連携（協力体制づくり、福祉避難所の確認、他施設との協力体制等）

| 万一被災した場合の報告 | |
|---|---|
| 報告先 | 県保健福祉事務所福祉課、市町村 |
| 報告内容 | 災害発生日時、災害発生場所、被害状況、対応状況等を可能な通信手段により随時報告してください。 |

# 12. 衛生管理等

主な指摘事項

**〇感染症又は食中毒の発生予防に対する体制・マニュアルが整備されていなかった。**

**【対応が求められる内容】**

**・感染症又は食中毒の発生を防止し、また発生した場合でもまん延しないように予防指針の策定や従業者に対する当該指針の周知、その他必要な措置を講じることが必要です。**

**・従業者、利用者が感染症（ﾉﾛｳｨﾙｽ、ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ等）に感染した際の対応方法をあらかじめ決定しておいてください。**

**・また、従業者の感染予防やまん延防止の対策をマニュアル化し、研修等により周知してください。**

❖児童福祉法に基づく指定通所支援の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例

（衛生管理等）

第40条 指定児童発達支援事業者は、障害児の使用する設備及び飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、その者の健康管理等に必要となる機械器具等の管理を適正に行わなければならない。

2 指定児童発達支援事業者は、指定児童発達支援事業所において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

# （参考）衛生管理について

## 感染症、食中毒の予防対策例

1　タオルの共用の廃止、手洗い・うがいの励行

2　手指消毒の徹底、マスク・手袋の着用

※管理者は、従業者の清潔の保持及び健康状況について、必要な管理を行うことが必要です。従業者の健康管理については、労働完全衛生法等を遵守し、健康診断を実施してください。なお、パートタイム雇用等で事業主による健康管理の実施が義務付けられていない従業者については、加入している健康保険組合が実施する健康診断等を受診した結果等の提出を求めるなど、健康状態を定期的に把握するよう必要な措置を講じてください。

| 感染症等発生時の報告 | |
|---|---|
| 報告先 | （感染症の場合）県保健福祉事務所健康づくり支援課、市町村<br>（食中毒の場合）県保健福祉事務所食品・生活衛生課、市町村 |
| 報告が必要な場合 | (1)　同一の感染症もしくは食中毒又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合<br>(2)　同一の感染症もしくは食中毒の患者又はそれらが疑われるものが10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合<br>(3)　(1)又は(2)以外であって、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合 |

| インフルエンザ発生時の報告 | |
|---|---|
| 報告先 | 県保健福祉事務所健康づくり支援課、市町村 |
| 報告が必要な場合 | ・　「感染症等発生時の報告」と同様<br>※　インフルエンザと診断された場合に加えて、「疑われる者」の人数も含めて報告の要否を判断してください。 |

# 13. 重要事項の掲示

主な指摘事項

**〇事業所内の見やすい場所に重要事項等が掲示されていなかった。**

**〇重要事項として掲示すべき内容について一部不足があった。**

**〇契約時に利用者に交付する重要事項説明書を変更した際に、掲示している重要事項が変更されていなかった。**

**【対応が求められる内容】**

**・事業所内の見やすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務の体制、前条の医療機関その他の利用申込者のサービスの選択に必要な重要事項を掲示してください。**

**・利用者に交付する重要事項説明書を変更した際には、掲示している重要事項も忘れずに変更してください。**

❖児童福祉法に基づく指定通所支援の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例

（重要事項の掲示）

第42条 指定児童発達支援事業者は、指定児童発達支援事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務の体制、前条の医療機関その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しなければならない。

# 14. 秘密保持等

主な指摘事項

**〇利用者又は家族等に関する情報を提供する際に利用者又は家族の同意を得ていなかった。**

**〇従業者が退職した後においても、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らさない旨の取り決めが行われていなかった。**

**【対応が求められる内容】**

**・従業者が障害児の有する問題点や解決すべき課題等の個人情報を、他の指定障害福祉サービス事業者と共有するためには、あらかじめ文書により障害児又はその家族の同意を得ておくことが必要です（ただし、この同意は、サービス提供開始時に保護者等からの包括的な同意を得ておくことで足ります）。**

**・業務上知り得た個人情報を保護するため、従業者に対しては、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者の雇用時等に取り決めてください。**

❖児童福祉法に基づく指定通所支援の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（基準基準）

（秘密保持等）

第46条 指定児童発達支援事業所の従業者及び管理者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た障害児又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

2 指定児童発達支援事業者は、その従業者及び管理者であった者が、正当な理由がなく、前項の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければならない。

3 指定児童発達支援事業者は、法第24条の2第1項に規定する指定障害児入所施設等、障害者総合支援法第29条第2項に規定する指定障害福祉サービス事業者等その他の福祉サービスを提供する者等に対して、障害児又はその家族に関する情報を提供する際は、あらかじめ、文書により当該障害児又はその家族の同意を得ておかなければならない。

# 15. 苦情解決

主な指摘事項

**〇苦情解決に係る責任者が不明確であった。**

**〇苦情解決の体制、手順等が整備されていなかった。**

**〇苦情解決の連絡先電話番号が不通となっていた。**

**【対応が求められる内容】**

- **苦情について迅速かつ適切に対応するため、必要な措置（相談窓口、苦情解決の体制及び手順等）を講じ、当該苦情の受付日、内容等を記録しなければなりません。**
- **当該措置の概要は、利用申込者に対して文書で提示し、事業所内に掲示してください。また、連絡先等に変更があった場合には周知を行ってください。**
- **苦情解決の結果は、サービスの質や信頼性の向上を図る観点から、個人情報を除いて広報誌や事業報告書等により公表するように努めてください。**

❖児童福祉法に基づく指定通所支援の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（基準基準）

（苦情解決）

第49条 指定児童発達支援事業者は、指定児童発達支援を提供した障害児又はその通所給付決定保護者その他の当該障害児の家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するため、苦情を受け付けるための窓口の設置その他の必要な措置を講じなければならない。

2 指定児童発達支援事業者は、前項の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。

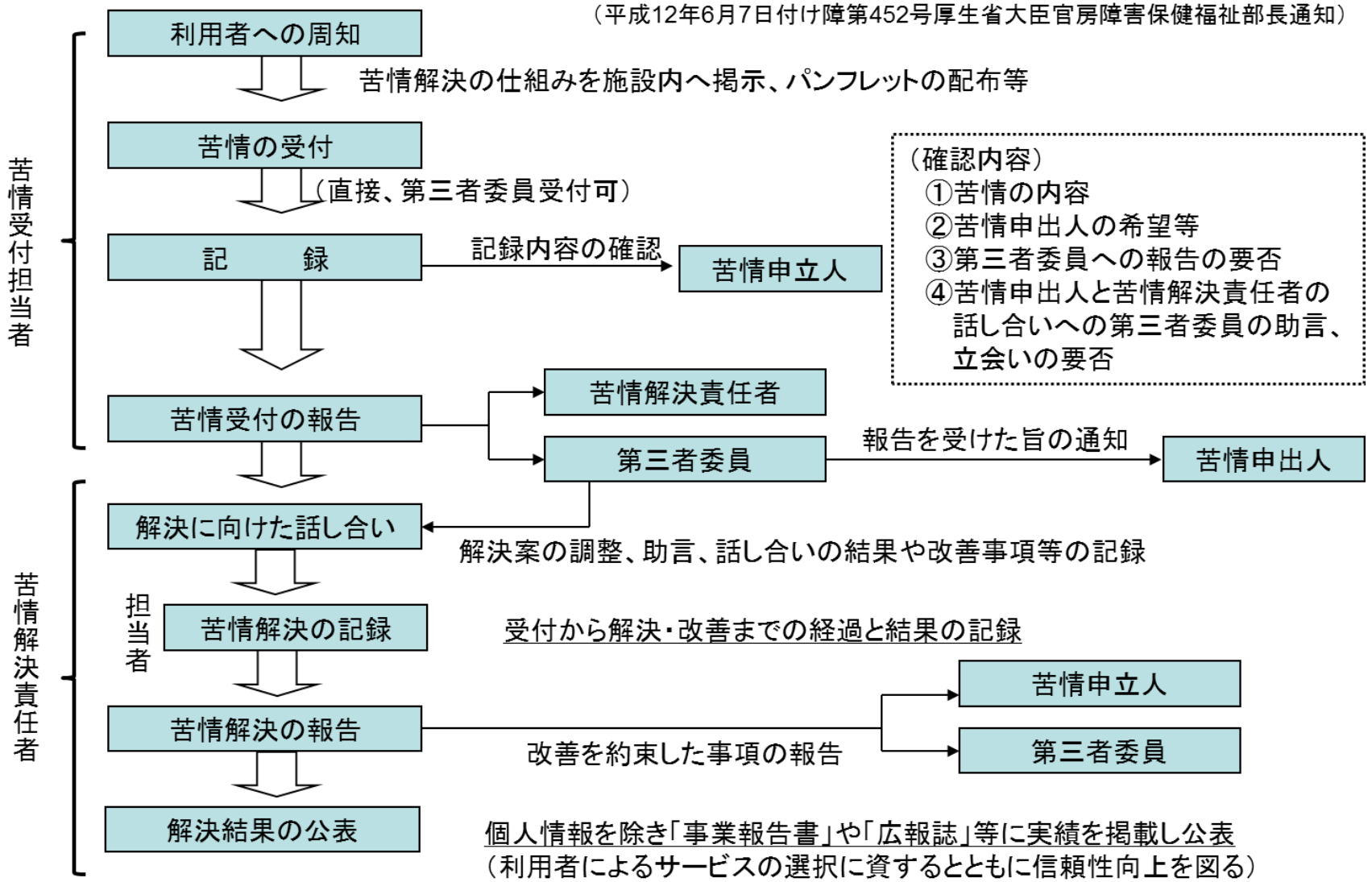
3 指定児童発達支援事業者は、提供した指定児童発達支援に係る苦情に関し、法第21条の5の21第1項の規定により知事又は市町村長（以下この条において「知事等」という。）が行う命令又はこれらの職員による質問若しくは検査に応じ、及び知事等が行う調査に協力するとともに、知事等から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

4 指定児童発達支援事業者は、知事等からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を当該知事等に報告しなければならない。

5 指定児童発達支援事業者は、社会福祉法（昭和26年法律第45号）第85条の規定により同法第83条に規定する運営適正化委員会が行う調査又はあっせんにできる限り協力しなければならない。

# （参考）苦情解決の手順

「社会福祉事業の経営者による福祉サービスに関する苦情解決の仕組みの指針について」
（平成12年6月7日付け障第452号厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知）



# 16. 事故発生時の対応

主な指摘事項

**〇事故発生時の対応整備に係る緊急時対応マニュアル、事故対応マニュアルが作成されていない等、事故対応の体制及び手順等、事故が発生した場合の措置が不十分であった。**

**〇事故発生時のマニュアルに報告先として給付決定をした市町村、県保健福祉事務所が記載されていなかった。**

**〇事故が発生した際に県保健福祉事務所へ報告をしていなかった。**

**【対応が求められる内容】**

- **事業者は、支援の提供により事故が発生した場合の対応マニュアルをあらかじめ定めておくことが望ましいです。 また、マニュアルの報告先には少なくとも、事故に係る障がい児の家族及び支給決定をした市町村、県保健福祉事務所を入れてください。**
- **事業所は、賠償すべき事故が起こった場合には速やかに賠償しなければならないため、損害賠償保険に加入することを検討してもよいです。**
- **リスクマネジメントの視点を取り入れた業務の見直しと取組としては、日常業務を事故防止の観点から再点検し、サービスの標準化と個別化を図るとともに、利用者の動きの把握、目配りを欠かさない体制づくり、記録と報告の積み重ね、自主的な業務マニュアルづくり、ヒヤリ・ハット事例の収集と活用、現場の知恵や意見を生かすQCサークル活動、継続的かつ定期的な職場内研修等が有効です。**

# （参考）事故発生時の対応等について

**【対応が求められる内容】**

**・次に掲げる事故等が発生した場合は、保健福祉事務所福祉課等あてに事故報告書を提出してください。（平成29年3月10日付け28障第720号長野県健康福祉部障がい者支援課長通知）**

**ア サービスの提供時の入所者等のケガ等又は死亡**
**※ケガ等とは、医療機関での治療を要するものをいいます。**

**イ 入所者等の行方不明（外部の協力により捜索活動が必要となる場合）**

**ウ 職員（従業者）の法令違反・不祥事等（個人情報の漏えいや利用者預り金の横領など）**

**エ 食中毒及び感染症の発生（インフルエンザ、ノロウイルス、0157等の集団感染）**

**オ 火災、震災、風水害その他これらに類する災害による、物的・人的被害の発生**

**カ その他管理者が必要と認める場合**

※長野県HPに様式を掲載しています。
ホーム＞健康・福祉＞障がい者福祉＞障害福祉サービス＞障害福祉サービス事業者向け情報＞障害福祉サービス事業者の皆さまへ　11. 事故発生時の報告について

❖児童福祉法に基づく指定通所支援の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（基準条例）

（事故発生時の対応）

第51条 指定児童発達支援事業者は、指定児童発達支援の提供により事故が発生した場合は、速やかに県、通所給付決定保護者に係る市町村、障害児の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

2 指定児童発達支援事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った措置について、記録しなければならない。

3 指定児童発達支援事業者は、指定児童発達支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

# 17. 会計の区分

主な指摘事項

**〇事業ごとに区分して会計処理をしていなかった。**

**【対応が求められる内容】**

**・会計は事業所ごと事業ごとに管理し、その他の事業の会計と区分してください。**

**・同一法人内や同一施設内における別事業等に係る人件費や光熱水費等の共通経費については、適切な按分をする等して、事業ごとの収支管理に努めてください。**

❖児童福祉法に基づく指定通所支援の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（基準条例）

（会計の区分）

第52条 指定児童発達支援事業者は、指定児童発達支援事業所ごとに経理を区分するとともに、指定児童発達支援の事業の会計をその他の事業の会計と区分しなければならない。

# 18. 記録の整備

主な指摘事項

**〇従業者の勤務体制や実績に関する記録（雇用契約書、勤務表、業務日誌、賃金台帳、就業規則等）が整備されていなかった。**

**【対応が求められる内容】**

- **事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備する必要がありますので、整備の上で実地指導等の際に求められれば提示することができるようにしてください。**
- **事業者は、利用者に対するサービスの提供に関する次に掲げる記録を整備し、当該サービスを提供した日から5年間保存しなければなりません。**

**①サービスの提供の記録、②個別支援計画、③市町村への通知に係る記録（※）、**
**④身体拘束等の記録、⑤苦情の内容等の記録、⑥事故状況及び事故に際し採った処置の記録**

**※保護者が偽りその他不正な行為によって通所給付費の支給を受け、又は受けようとしたとき**

❖児童福祉法に基づく指定通所支援の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例

（記録の整備）

第53条 指定児童発達支援事業者は、その従業者、設備、備品及び会計に関する記録を整備しておかなければならない。

2 指定児童発達支援事業者は、障害児に対する指定児童発達支援の提供に関する次に掲げる記録を整備し、その提供をした日から5年間保存しなければならない。

（1）第21条第1項に規定する指定児童発達支援の提供の記録
（2）児童発達支援計画
（3）第34条の規定による市町村への通知に係る記録
（4）第43条第2項に規定する身体拘束等の態様及び時間、その際の障害児の心身の状況、その理由等の記録
（5）第49条第2項の規定により受け付けた苦情の内容等の記録
（6）第51条第2項に規定する事故の状況及び事故に際して採った措置についての記録

# 19. 変更の届出

主な指摘事項

**〇管理者または児童発達支援管理責任者の変更があったにも関わらず、変更届出書を提出していなかった。**

**〇平面図を変更した（例：事業所の改装を行い間取りが変わった）が、変更届出書を提出していなかった。**

**〇期限内に変更届出書が提出されていなかった。**

**【対応が求められる内容】**

**・届出事項に変更があった場合は、10日以内に管轄の保健福祉事務所へ変更届出書を提出してください。**

**・事業を廃止又は休止する場合は、一ヵ月前までに届出を行ってください。**

❖児童福祉法

（変更の届出等）

第二十一条の五の十九　指定障害児通所支援事業者は、当該指定に係る障害児通所支援事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があつたとき、又は休止した当該指定通所支援の事業を再開したときは、厚生労働省令で定めるところにより、十日以内に、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

②　指定障害児通所支援事業者は、当該指定通所支援の事業を廃止し、又は休止しようとするときは、厚生労働省令で定めるところにより、その廃止又は休止の日の一月前までに、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

# （参考）変更の届出項目について

| | 変更事項 |
|---|---|
| 1 | 事業所（施設）の名称 |
| 2 | 事業所（施設）の所在地（設置の場所） |
| 3 | 申請者（設置者）の名称 |
| 4 | 主たる事務所の所在地 |
| 5 | 代表者の氏名及び住所 |
| 6 | 定款・寄付行為等及びその法人登記事項証明書又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る） |
| 7 | 医療法第7条の許可を受けた病院又は診療所であること |

| | 変更事項 |
|---|---|
| 8 | 事業所（施設）の平面図及び設備の概要 |
| 9 | 事業所（施設）の管理者の氏名及び住所 |
| 10 | 事業所（施設）の児童発達支援管理責任者の氏名及び住所 |
| 11 | 主たる対象者 |
| 12 | 運営規程 |
| 13 | 障害児（入所・通所）給付費の請求に関する事項 |
| 14 | 協力医療機関の名称及び診療科目並びに当該協力医療機関との契約内容 |

※変更届出書及び変更項目ごとに必要な添付書類は、長野県ホームページに掲載しています。
ホーム > 健康・医療・福祉 > 障がい者福祉 > 障害福祉サービス > 障害福祉サービス事業者向け情報 > 障がい福祉サービス事業者の皆さまへ > 障害児施設の指定申請様式

# Ⅴ　運営上の主な留意事項

## ⅱ　報酬請求上の留意事項

1.概要
2.減算措置
3.児童指導員等加配加算
4.専門的支援加算
5.児童指導員等加配加算と専門的支援加算の同時算定
6.看護職員加配加算
7.家庭連携加算
8.事業所内相談支援加算
9.欠席時対応加算
10.利用者負担上限額管理加算
11.個別サポート加算
12.医療連携体制加算
13.送迎加算
14.強度行動障害児支援加算
15.特別支援加算
16.保育・教育等移行支援加算

# 1．概要

## 1　報酬の算定に係る告示及び留意事項等

報酬及び加算の算定に関しては、以下の告示等に基づきます。内容を遵守の上、算定してください。

≪単位数及び算定要件に関すること≫

・児童福祉法に基づく指定通所支援及び基準該当通所支援に要する費用の額の算定に関する基準（平成24年3月14日号外厚生労働省告示第122号）

・児童福祉法に基づく指定通所支援及び基準該当通所支援に要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について（平成24年3月30日障発第0330第16号通知）

・厚生労働大臣が定める施設基準（平成24年3月30日号外厚生労働省告示第269号）

≪質問集≫

・令和3年度障害福祉サービス報酬改定に関するQ＆A

・平成30年度障害福祉サービス報酬改定に関するQ＆A

・平成27年度障害福祉サービス報酬改定に関するQ＆A　等

## 2　加算の算定時期

事前届出が必要な加算を算定する場合、または、算定していた加算の要件を満たさなくなった場合は、管轄の保健福祉事務所へ届出を行ってください。

※処遇改善加算については、別途発出される障がい者支援課からの通知に従ってください。

| | 届出の時期 | 適用日 |
|---|---|---|
| 加算等を算定する場合<br>（単位数が増える場合） | 毎月15日以前 | 翌月から |
| | 毎月16日以降 | 翌々月から |
| 加算等が算定されなくなる場合 | すみやかに | 事実が発生した日から |

届出に必要な様式及び添付書類等は、県ホームページに掲載しています。

ホーム > 健康・医療・福祉 > 障がい者福祉 > 障害福祉サービス > 障害福祉サービス事業者向け情報 > 障害福祉サービス事業者の皆さまへ > 障害福祉サービス指定申請 >障害児施設の指定申請様式

http://www.pref.nagano.lg.jp/shogai-shien/kenko/shogai/shogai/joho/jigyosha/shisetsushite.html#関係通知

## 3　事前に届出が必要な加算

| | 児童発達支援<br>（医療型を除く） | 放課後等<br>デイサービス | 居宅訪問型児童<br>発達支援・保育<br>所等訪問支援 |
|---|---|---|---|
| 児童指導員等加配加算 | ○ | ○ | 非該当 |
| 専門的支援加算 | ○ | ○ | 非該当 |
| 福祉専門職員配置等加算 | ○ | ○ | 非該当 |
| 特別支援加算 | ○ | ○ | 非該当 |
| 強度行動障害児支援加算 | ○ | ○ | 非該当 |
| 送迎加算<br>（重症心身障害児に対して行う場合） | ○ | ○ | 非該当 |
| 延長支援加算 | ○ | ○ | 非該当 |
| 看護職員加配加算<br>（算定できるのは主として重症心身障害児を受け入れる事業所のみ） | ○ | ○ | 非該当 |
| 共生型サービス体制強化加算 | ○<br>（共生型のみ） | ○<br>（共生型のみ） | 非該当 |
| 訪問支援員特別加算 | 非該当 | 非該当 | ○ |

※医療的ケア区分に応じた基本報酬を算定する場合や、現在算定している基本報酬の区分が変更となる場合にも届出を行ってください。

※事前届出が不要な加算についても、支援の提供日時や対応した従業員、利用者名等、実績記録を整備してください。実地指導等で確認させていただくことがあります。

# 2. 減算措置－1

減算となる主な事項

## ○定員超過利用

【所定単位数の70%を算定】
以下のいずれかに該当する場合
① １日当たり利用障害児が、定員50人以下の場合は当該定員の150%を、定員が51人以上の場合は当該定員から50を差し引いた員数の125%に25を加えた数を、それぞれ超過している場合

② 過去3か月間の平均利用障害児数が、定員の125%を超過している場合
（ただし、定員11人以下の場合は当該定員に3を加えた数を超過している場合）

## ○サービス提供職員欠如

①児童指導員、保育士の欠如
ア　減算が算定される月から3月未満の月【所定単位数の70%を算定】
イ　減算が算定される月から連続して3月以上の月【所定単位数の50%を算定】

②児童発達支援管理責任者の欠如
ア　減算が算定される月から5月未満の月【所定単位数の70%を算定】
イ　減算が算定される月から連続して5月以上の月【所定単位数の50%を算定】
※児童発達支援センターは除く
※翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く
※居宅訪問型児童発達支援及び保育所等訪問支援については②のみ適用される

## ○通所支援計画等未作成減算

児童発達支援計画（医療型児童発達支援計画、放課後等デイサービス計画、居宅訪問型児童発達支援計画、保育所等訪問支援計画）の作成が適切に行われていない場合
①　減算が算定される月から3月未満の月【所定単位数の70%を算定】
②　減算が算定される月から連続して3月以上の月【所定単位数の50%を算定】

# 2. 減算措置－2

## ○開所時間減算

運営規程に定められている営業時間が6時間未満の場合
開所時間4時間未満　【所定単位数の70%を算定】
開所時間6時間未満　【所定単位数の85%を算定】
※放課後等デイサービス事業所については学校の休業日における営業時間
（放課後等デイサービス事業所で授業終了後に行う場合については開所時間減算は適用されない）
※送迎のみを実施する時間は含まれない

## ○身体拘束廃止未実施減算

【1日につき5単位を減算】
身体拘束等の記録が行われていない場合

## ○自己評価結果等未公表減算

【所定単位数の85%を算定】
自己評価結果等（質の評価及び改善の内容）の公表が適切に行われていない場合

**【留意点】**

**・新型コロナウイルスの影響により減算事由が生じた場合には、減算が適用されないことがある。詳細は別添「新型コロナウイルス感染症防止のための障害児通所支援に係るQ&Aについて（その2）」等を参照。**

・やむを得ず上記事由が発生した場合は、すみやかに県に報告するとともに、利用者への適切な支援を確保した上で、当該事態の解消に努めること。
・当該事態が継続する場合や悪質な場合は、指定の取消処分の対象となる場合がある。

# （参考）減算となる具体例

〇定員超過減算の事例
　放課後等デイサービス　定員10名
・1日当たりの利用障害児数が、10名×150%を超える場合（16名以上の場合）　減算①に該当
・過去3か月間の平均利用障害児数が、10名+3名を超える場合　減算②に該当

| | 利用者数 | 開所日数 |
|---|---|---|
| 6月 | のべ280名 | 20日 |
| 7月 | のべ250名 | 19日 |
| 8月 | のべ250名 | 20日 |
| 9月 | のべ200名 | 20日 |
| 10月1日 | 16名 | |

〇6月～8月における平均利用障害児数
（280名+250名+250名）/（20日+19日+20日）＝13.2…名
　→減算②に該当
　⇒9月分実績に対し基本単位数の70%を算定

〇7月～9月における平均利用障害児数
（250名+250名+200名）/（19日+20日+20日）＝11.8…名
　→減算②非該当

〇10月1日の利用障害児数　16名
　→減算①に該当
　⇒10月1日実績に対し基本単位数の70%を算定

**【留意点】**
**・減算の有無に関わらず、定員は遵守してください。**
**・定員超過の状態が継続する場合、定員の変更を行ってください。**

❖児童福祉法に基づく指定通所支援の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（基準条例）
（定員の遵守）
第38条 指定児童発達支援事業者は、利用定員及び指導訓練室の定員を超えて、指定児童発達支援の提供を行ってはならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

# （参考）減算となる具体例

〇児童発達支援管理責任者が欠如し減算を受ける場合の事例

・8月31日　児童発達支援管理責任者が退職

・9月1日～10月31日　不在

・11月1日　新たな児童発達支援管理責任者を配置

10月末日までに配置していないので、11月分に対し基本単位数の70%を算定
※減算4か月目の末日（この場合において2月末日）までに欠如が解消されないときは
3月分から50%減算

**【留意点】**
- **サービス提供職員が不在となる場合にはできるだけ速やかに、遅くとも変更日から10日以内に変更届を提出してください。**
- **当該事態が継続する場合や悪質な場合は、指定の取消処分の対象となります。**

# 3. 児童指導員等加配加算－1

| 県への事前届出 | 必要 |
|---|---|

| 対象サービス | 算定要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| 児童発達支援<br>放課後等デイサービス | 基本報酬の算定に必要となる従業者の員数に加え、理学療法士等、児童指導員等又はその他従業者を常勤換算で 1名以上配置している場合に算定が可能。<br><br>イ 理学療法士等を配置する場合<br>ロ 児童指導員等を配置する場合<br>ハ その他従業者を配置する場合<br>（配置する職員の資格によりイ～ロのどれを算定できるか異なる。） | 配置する職員の区分や定員等により異なる。 |

※「基本報酬の算定に必要となる従業者の員数に加え、理学療法士等、児童指導員等又はその他従業者を常勤換算で 1名以上配置している場合」
⇒例えば、定員10人の事業所であれば、基準人員2名＋1名＝3.0名（常勤換算）の配置が必要。

※人員基準の経過措置を適用し、障害福祉サービス経験者を基準人員として配置している事業所については、イ又はロを算定するには児童指導員等又は保育士を2名以上配置していることが必要。

※専門的支援加算を同時に算定する場合には、基本報酬の算定に必要となる従業者の員数及び専門的支援加算の算定に必要となる従業者の員数に加え、上記を常勤換算で 1名以上配置している場合に算定可能。

# 3. 児童指導員等加配加算－2

| 県への事前届出 | 必要 |
|---|---|

## ★資格等の区分について

理学療法士等・・・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、厚生労働大臣が定める基準に適合する専門職員（※1）

児童指導員等・・・児童指導員、**手話通訳士**、**手話通訳者**、厚生労働大臣が定める基準に適合する者（※2）
（**令和3年4月から、手話通訳士、手話通訳者が追加。**）

その他の従業者・・・上記以外の者

※1　厚生労働大臣が定める基準に適合する専門職員
次のいずれかに該当する者
イ　学校教育法の規定による大学若しくは大学院において、心理学を専修する学科、研究科若しくはこれに相当する課程を修めて卒業した者であって、個人及び集団心理療法の技術を有するもの又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者
ロ　国立障害者リハビリテーションセンターの学院に置かれる視覚障害学科の教科を履修した者又はこれに準ずる視覚障害者の生活訓練を専門とする技術者の養成を行う研修を修了した者

※2　厚生労働大臣が定める基準に適合する者
強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）修了者、重度訪問介護従業者養成研修行動障害課程修了者、行動援護従業者養成研修修了者

## ★児童指導員加配加算を算定する場合の特別支援加算について

児童指導員等加配加算を、理学療法士等（保育士を除く。）を配置して算定している場合には、特別支援加算の算定をすることができない。

# ３．児童指導員等加配加算－３

| 県への事前届出 | 必要 |
|---|---|

**★取得の実例について**

児童発達支援、放課後等デイサービス又はそれらの多機能型
定員10人（基準人員2名のため、算定には常勤換算で3.0名以上の配置が必要）

| 職種 | 配置数（常勤換算） |
|---|---|
| 理学療法士等 | １．０人 |
| 児童指導員等 | １．０人 |
| その他の従業者 | １．０人 |
| （常勤換算合計） | （３．０人） |

→ **・理学療法士等を配置する場合**の取得が可能

| 職種 | 配置数（常勤換算） |
|---|---|
| 理学療法士等 | ０．５人 |
| 児童指導員等 | ２．０人 |
| その他の従業者 | １．０人 |
| （常勤換算合計） | （３．５人） |

→ **・児童指導員等を配置する場合**の取得が可能

※常勤換算については、月あたりの勤務時間により算定する。

# 4. 専門的支援加算－1

| 県への事前届出 | 必要 |
|---|---|

| 対象サービス | 算定要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| 児童発達支援 | 基本報酬の算定に必要となる従業者の員数に加え、理学療法士等（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士となってから児童福祉事業で5年以上実務経験がある保育士、厚生労働大臣が定める基準に適合する専門職員）、児童指導員となってから児童福祉事業で5年以上実務経験がある児童指導員を常勤換算で1名以上配置している場合に算定が可能。<br><br>イ　理学療法士等（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士となってから児童福祉事業で5年以上実務経験がある保育士、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する専門職員）<br><br>ロ　児童指導員となってから児童福祉事業で5年以上実務経験がある児童指導員<br><br>配置する職員の資格によりイ又はロを算定する。 | 配置する職員の区分や定員等により異なる。 |
| 放課後等デイサービス | 基本報酬の算定に必要となる従業者の員数に加え、理学療法士等（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する専門職員）を常勤換算で1名以上配置している場合に算定が可能。<br>イ　理学療法士等（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する専門職員） | 定員等により異なる。 |

※「厚生労働大臣が定める基準に適合する専門職員」の要件は、児童指導員等加配加算と同様であるため、「3. 児童指導員等加配加算－2」の「※1」を参照。

# 4. 専門的支援加算－2

| 県への事前届出 | 必要 |
|---|---|

## ★留意事項

○児童発達支援では、一定の実務経験がある保育士や児童指導員が対象となる一方で、放課後等デイサービスでは、保育士や児童指導員を配置しても専門的支援加算は算定できない。

○児童発達支援と放課後等デイサービスを多機能で実施する事業所で、児童発達支援のみ要件を満たす場合には、児童発達支援のみ専門的支援加算を算定することも可能。

○人員基準の経過措置を適用し、障害福祉サービス経験者を基準人員として配置している事業所については、専門的支援加算を算定するには児童指導員等又は保育士を2名以上配置していることが必要。

○児童指導員等加配加算と専門的支援加算について、どちらかだけ算定できる場合には、算定する上での優先順位は無いので、事業所において算定する加算を選ぶことができる。

○児童指導員等加配加算を同時に算定する場合には、基本報酬の算定に必要となる従業者の員数及び児童指導員等加配加算の算定に必要となる従業者の員数に加え、上記資格者を常勤換算で1名以上配置している場合に算定可能。

⇒児童指導員等加配加算と支援門的支援加算を併せて取得する場合については「5. 児童指導員等加配加算と専門的支援加算の同時算定」を参照。

# 4. 専門的支援加算－3

| 県への事前届出 | 必要 |
|---|---|

**★取得の実例について**

**児童発達支援（放課後等デイサービスと多機能型でない事業所）**
定員10人（基準人員2名のため、算定には常勤換算で3.0名以上の配置が必要）

| 職種 | 配置数（常勤換算） |
|---|---|
| 理学療法士等（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士となってから児童福祉事業で5年以上実務経験がある保育士、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する専門職員） | 1．0人 |
| 児童指導員（実務経験不問） | 1．0人 |
| それ以外の従業者 | 1．0人 |
| （常勤換算合計） | （3．0人） |

→ **・理学療法士等を配置する場合**の取得が可能

| 職種 | 配置数（常勤換算） |
|---|---|
| 保育士（実務経験不問） | 0．5人 |
| 児童指導員となってから児童福祉事業で5年以上実務経験がある児童指導員 | 1．5人 |
| それ以外の従業者 | 1．0人 |
| （常勤換算合計） | （3．0人） |

→ **・児童指導員を配置する場合**の取得が可能

※児童指導員等加配加算と専門的支援加算を同時に算定する場合については「5．児童指導員等加配加算と専門的支援加算の同時算定」を参照。

# 4. 専門的支援加算－4

| 県への事前届出 | 必要 |
|---|---|

**★取得の実例について**

**放課後等デイサービス**（**児童発達支援と多機能型でない事業所**）
定員10人（基準人員2名のため、算定には常勤換算で3.0名以上の配置が必要）

| 職種 | 配置数（常勤換算） |
|---|---|
| 理学療法士等（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する専門職員） | １．０人 |
| それ以外の従業者 | ２．０人 |
| （常勤換算合計） | （３．０人） |

**専門的支援加算**
**・理学療法士等を配置する場合**
の取得が可能

※児童指導員等加配加算と専門的支援加算を同時に算定する場合については「5．児童指導員等加配加算と専門的支援加算の同時算定」を参照。

# ５．児童指導員等加配加算と専門的支援加算の同時算定－１

**＜同時に算定する場合の算定要件＞**

**○児童指導員等加配加算**

基本報酬の算定に必要となる従業者の員数及び専門的支援加算の算定に必要となる従業者の員数に加え、加算の対象となる従業者を常勤換算で１名以上配置している場合に算定可能。

**○専門的支援加算**

基本報酬の算定に必要となる従業者の員数及び児童指導員等加配加算の算定に必要となる従業者の員数に加え、加算の対象となる従業者を常勤換算で１名以上配置している場合に算定可能

※例えば、定員10人（基準人員２名）の事業所において、同時に算定する場合には、常勤換算で4.0名以上の従業者の配置が少なくとも必要となる。また、配置だけでなく加算の対象となる資格を従業者が有していることが必要。

※専門的支援加算については、児童発達支援と放課後等デイサービスで算定の対象となる従業者の要件が異なるため、それらの多機能型事業所において、児童発達支援の方のみ専門的支援加算の要件を満たす場合には、児童発達支援は児童指導員等加配加算と専門的支援加算を算定し、放課後等デイサービスは児童指導員等加配加算のみを算定することも可能。

# ５．児童指導員等加配加算と専門的支援加算の同時算定－２

**★取得の実例について**

**<u>児童発達支援</u>（<u>放課後等デイサービスと多機能型でない事業所</u>）**
定員10人（基準人員2名のため、同時に算定するには常勤換算で4.0名以上の配置が必要）

| 職種 | 配置数（常勤換算） |
|---|---|
| 理学療法士等（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士となってから児童福祉事業で5年以上実務経験がある保育士、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する専門職員） | １．０人 |
| 保育士（実務経験不問） | １．０人 |
| 児童指導員（実務経験不問） | １．０人 |
| それ以外の従業者 | １．０人 |
| （常勤換算合計） | （４．０人） |

**<u>児童指導員等加配加算</u>**
・理学療法士等を配置する場合
**<u>専門的支援加算</u>**
・理学療法士等を配置する場合の算定が可能

| 職種 | 配置数（常勤換算） |
|---|---|
| 保育士（実務経験不問） | １．０人 |
| 児童指導員となってから児童福祉事業で5年以上実務経験がある児童指導員 | １．０人 |
| それ以外の従業者 | １．０人 |
| （常勤換算合計） | （４．０人） |

**<u>児童指導員等加配加算</u>**
・理学療法士等を配置する場合
**<u>専門的支援加算</u>**
・児童指導員を配置する場合の算定が可能

# 5. 児童指導員等加配加算と専門的支援加算の同時算定－3

**★取得の実例について**

**放課後等デイサービス（児童発達支援と多機能型でない事業所）**
定員10人（基準人員2人のため、同時に算定するには常勤換算で4.0人以上の配置が必要）

| 職種 | 配置数（常勤換算） |
|---|---|
| 理学療法士等（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する専門職員） | 1．0人 |
| 保育士（実務経験不問） | 1．0人 |
| 児童指導員（実務経験不問） | 1．0人 |
| それ以外の従業者 | 1．0人 |
| （常勤換算合計） | （4．0人） |

**児童指導員等加配加算**
・理学療法士等を配置する場合
**専門的支援加算**
・理学療法士等を配置する場合の算定が可能

| 職種 | 配置数（常勤換算） |
|---|---|
| 理学療法士等（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する専門職員） | 1．0人 |
| 児童指導員（実務経験不問） | 2．0人 |
| それ以外の従業者 | 1．0人 |
| （常勤換算合計） | （4．0人） |

**児童指導員等加配加算**
・児童指導員等を配置する場合
**専門的支援加算**
・理学療法士等を配置する場合の算定が可能

# 6. 看護職員加配加算

| 県への事前届出 | 必要 |
|---|---|

| 対象サービス | 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|---|
| 児童発達支援<br>放課後等デイサービス | Ⅰ | ＜主として重症心身障害児を受け入れる事業所等＞<br>基準人員に加え看護職員を常勤換算で1名以上配置し、医療的ケア児のそれぞれの医療的ケアに関する判定スコアを合計した数が40点以上であること。<br>なおかつ、医療的ケア児に対して支援を提供することができる旨を公表していること。 | 算定する事業所の種別・定員により異なる |
| | Ⅱ | ＜主として重症心身障害児を受け入れる事業所等＞<br>基準人員に加え看護職員を常勤換算で2名以上配置し、医療的ケア児のそれぞれの医療的ケアに関する判定スコアを合計した数が72点以上であること。<br>なおかつ、医療的ケア児に対して支援を提供することができる旨を公表していること。 | 算定する事業所の種別・定員により異なる |

※医療的ケア児の基本報酬の創設に伴い、主として重症心身障害児**以外**を受け入れる事業所における看護職員加配加算は廃止された。

# 7. 家庭連携加算

| 県への事前届出 | 不要 |
|---|---|

| 対象サービス | 区分 | | 算定単位 |
|---|---|---|---|
| 児童発達支援<br>医療型児童発達支援<br>放課後等デイサービス<br>保育所等訪問支援 | イ | 直接支援に従事する従業者又は児童発達支援管理責任者が、あらかじめ保護者の同意を得て、障害児の居宅を訪問して障害児及びその家族等に対する1時間未満の相談援助を行うこと。 | 該当利用者に187単位 / 回 |
| | ロ | 直接支援に従事する従業者又は児童発達支援管理責任者が、あらかじめ保護者の同意を得て、障害児の居宅を訪問して障害児及びその家族等に対する1時間以上の相談援助を行うこと。 | 該当利用者に280単位 / 回 |

※児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービスについては、区分イ、ロを合わせて1か月に4回を、保育所等訪問支援については区分イ、ロを合わせて1か月に2回を限度とする。

※児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービスについては、居宅ではなく、保育所又は学校等の当該障害児が長時間所在する場所において支援を行うことも、それが効果的とみとめられ、かつ保護者の同意を得た上であれば可能である（保育所等訪問支援については、保育所又は学校等の訪問先の場所では不可）。

※あらかじめ保護者の同意を得たこと及び相談援助の場所や日時、対応職員、内容等の記録を残すこと。

# 8. 事業所内相談支援加算

| 県への事前届出 | 不要 |
|---|---|

| 対象サービス | 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|---|
| 児童発達支援<br>医療型児童発達支援<br>放課後等デイサービス | Ⅰ | 従業者が、事業所内等の相談援助に適した場所において、通所支援計画に基づき、あらかじめ保護者の同意を得て、障害児及びその家族等に対する30分以上の相談援助を行うこと。<br>同一日に家庭連携加算又は事業所内相談支援加算（Ⅱ）を算定している場合には算定不可。 | 該当利用者に100単位/回 |
| | Ⅱ | 従業者が、事業所内等の相談援助に適した場所において、通所支援計画に基づき、あらかじめ保護者の同意を得て、障害児及びその家族等に対する30分以上の相談援助を、他の障害児及びその家族等と合わせて行うこと。<br>同一日に家庭連携加算又は事業所内相談支援加算（Ⅰ）を算定している場合には算定不可。 | 該当利用者に80単位/回 |

※算定については、1月につきそれぞれ1回を限度とする。該当利用者に支援を提供していない月においては算定することができない。

※（Ⅰ）については個別の相談援助を、（Ⅱ）についてはグループ（2～8人）での相談援助を想定。「2～8人」の数え方について、同一世帯から複数人参加する場合は、それら複数人を1と数える。

※あらかじめ保護者の同意を得たこと及び相談援助の場所や日時、対応職員、内容等の記録を残すこと。

# ９．欠席時対応加算－１

| 県への事前届出 | 不要 |
|---|---|

| 対象サービス | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| 児童発達支援<br>医療型児童発達支援<br><br>（※放課後等デイサービスは次ページ参照） | 利用を予定していた利用者が、急病等により急きょ利用を中止した日の前々日、前日、当日（開所日により算定）に中止の連絡があった場合において、利用者、家族等へ連絡調整を行うとともに、引き続き事業所の利用を促す等の相談援助を行った場合に１月につき４回を限度として加算。<br>（ただし、重症心身障害児を受け入れる事業所において定員充足率が80%未満の場合には月に８回を限度として加算。） | 該当利用者に94単位/日 |

※電話等により当該障害児の状況を確認し、引き続き児童発達支援等の利用を促すなどの相談援助を行うとともに、当該相談援助の内容を記録すること。

※直接の面会や自宅への訪問等は要しない。

# ９．欠席時対応加算－２

| 県への事前届出 | 不要 |
|---|---|

| 対象サービス | 区分 | | 算定単位 |
|---|---|---|---|
| 放課後等デイサービス | Ⅰ | 利用を予定していた利用者が、急病等により急きょ利用を中止した日の前々日、前日、当日（開所日により算定）に中止の連絡があった場合において、利用者、家族等へ連絡調整を行うとともに、引き続き事業所の利用を促す等の相談援助を行った場合に１月につき４回を限度として加算。<br>（ただし、重症心身障害児を受け入れる事業所において定員充足率が80%未満の場合には月に8回を限度として加算。） | 該当利用者に94単位/日 |
| | Ⅱ | 利用者が、急病等により利用を中断し、サービス提供時間が30分以下となった場合に算定する（この場合、基本報酬等は算定しない。）。<br>障害の特性から、30分を超えた利用ができない日が頻繁に生じる障害児については、あらかじめ市町村に協議を行い、徐々に在所時間数を延ばす必要性を市町村が認めた上であれば、サービス提供時間が30分以下となっても、30分を超えて支援したときの報酬を請求することが可能。 | |

※（Ⅰ）については、電話等により当該障害児の状況を確認し、引き続き児童発達支援等の利用を促すなどの相談援助を行うとともに、当該相談援助の内容を記録し、（Ⅱ）については、当該障害児の状況や提供した支援内容等を記録すること。

※（Ⅰ）については、直接の面会や自宅への訪問等は要しない。

# 10. 利用者負担上限額管理加算

| 県への事前届出 | 不要 |
|---|---|

| 対象サービス | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| 児童発達支援<br>医療型児童発達支援<br>放課後等デイサービス<br>居宅訪問型児童発達支援<br>保育所等訪問支援 | 事業所が通所給付決定保護者から依頼を受け、当該給付決定保護者の負担額合計額の管理を行った場合に1月につき1回を限度として加算する。（利用者が複数事業所をその月に利用している必要あり。） | 該当利用者に150単位/ 回 |

※1か月につき1回を限度として算定する。

※国保連への報酬請求をする際のシステム入力にあたり、自事業所以外の事業所の事業所番号を誤って入力したことで、請求エラーとなるケースが毎月複数の事業所でみられるため、ご注意いただきたい。

# 11. 個別サポート加算

| 県への事前届出 | 不要 |
|---|---|

| 対象サービス | 区分 | | 算定単位 |
|---|---|---|---|
| 児童発達支援<br>医療型児童発達支援<br>放課後等デイサービス | Ⅰ | 厚生労働大臣が定める基準に適合する心身の状態にある児童（著しく重度及び行動上の課題のあるケアニーズの高い障害児）に対し、支援を行った場合に算定する。 | 対象利用者に100単位/日 |
| | Ⅱ | 要保護児童（保護者のない児童・保護者に監護させることが不適当であると認められる児童）又は要支援児童（保護者の養育を支援することが特に必要と認められる児童）であって、保護者の同意を得て、児童相談所その他の公的機関又は当該児童若しくはその保護者の主治医と連携し、支援を行う必要がある児童に対し、支援を行った場合に算定する。 | 対象利用者に125単位/日 |

※（Ⅰ）について、「厚生労働大臣が定める基準に適合する心身の状態」にあるかどうかは、市町村が、5領域11項目の調査項目のスコア（児発・医児発）や、指標該当児の判定スコア（放デイ）等に基づき判断するため、本加算の対象となるかどうかは受給者証の記載事項等で確認するか、個別に市町村に問い合わせること。

※（Ⅱ）については、（Ⅰ）と異なり、本加算の対象となるかは事業所で判断することとなる。対象となる可能性がある障害児が利用している場合には、令和3年3月31日付け厚生労働省障害福祉課事務連絡「個別サポート加算（Ⅱ）の取扱いについて」を参照し、要件を満たすことができるか確認のうえで算定いただきたい。

# 12. 医療連携体制加算－1

| 県への事前届出 | 不要 |
|---|---|

| 対象サービス | 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|---|
| 児童発達支援<br>放課後等デイサービス | Ⅰ | 医療機関等との連携により、看護職員を訪問させ、**非医療的ケア児**に対して**1時間未満**の看護を行った場合に、1回の訪問につき8人の障害児を限度として算定する。 | 対象利用者に<br>32単位/日 |
| | Ⅱ | 医療機関等との連携により、看護職員を訪問させ、**非医療的ケア児**に対して**1時間以上2時間未満**の看護を行った場合に、1回の訪問につき8人の障害児を限度として算定する。 | 対象利用者に<br>63単位/日 |
| | Ⅲ | 医療機関等との連携により、看護職員を訪問させ、**非医療的ケア児**に対して**2時間以上**の看護を行った場合に、1回の訪問につき8人の障害児を限度として算定する。 | 指導を行った看護職員1人に<br>125単位/日 |

※（Ⅰ）～（Ⅲ）については、医療的ケア区分に応じた基本報酬又は重症心身障害児の基本報酬を算定している障害児には算定することができない。

※看護を提供した時間について、非医療的ケア児の場合には、医療的ケア児の場合と異なり、当該障害児に対し直接に支援を提供した時間となり、長時間看護職員が配置（訪問）されていたとしても、配置（訪問）時間がそのまま加算の区分上の時間にならない。

# 12. 医療連携体制加算－2

| 県への事前届出 | 不要 |
|---|---|

| 対象サービス | 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|---|
| 児童発達支援<br>放課後等デイサービス | Ⅳ | 医療機関等との連携により、看護職員を訪問させ、**医療的ケア児**に対して**4時間未満**の看護を行った場合に、1回の訪問につき8人の障害児を限度として算定する。（Ⅰ～Ⅲを算定している場合は算定不可） | 看護を受けた障害児の数に応じ、対象利用者に400～800単位/日 |
| | Ⅴ | 医療機関等との連携により、看護職員を訪問させ、**医療的ケア児**に対して**4時間以上**の看護を行った場合に、1回の訪問につき8人の障害児を限度として算定する。（Ⅰ～Ⅲを算定している場合は算定不可） | 看護を受けた障害児の数に応じ、対象利用者に800～1600単位/日 |

※（Ⅳ）、（Ⅴ）については、医療的ケア区分に応じた基本報酬又は重症心身障害児の基本報酬を算定している障害児には算定することができない。また、医療的ケア児が3人以上利用している事業所においては、医療的ケア区分に応じた基本報酬を算定することを原則とする。

※看護を提供した時間について、医療的ケア児の場合には、非医療的ケア児の場合と異なり、直接に看護を提供した時間以外の見守りの時間も含めた時間が、看護を提供した時間となる。

※医療連携体制加算と医療的ケア区分に応じた基本報酬の算定関係については、別添「医療的ケアを必要とする障害児への支援に係る報酬の取扱いについて（Vol.2）」（令和3年5月19日付け厚生労働省障害福祉課事務連絡）の21ページ以下を参照のこと。

# 12. 医療連携体制加算－3

| 県への事前届出 | 不要 |
|---|---|

| 対象サービス | 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|---|
| 児童発達支援<br>放課後等デイサービス | Ⅵ | 医療機関等との連携により、看護職員を訪問させ、認定特定行為業務従事者に喀痰吸引等の指導を行った場合。 | 指導を行った看護職員１人に500単位/日 |
| | Ⅶ | 認定特定行為業務従事者が、医療機関等との連携により喀痰吸引等を行った場合。<br>（Ⅰ～Ⅴを算定している場合は算定不可） | 対象利用者に100単位/日 |

※（Ⅵ）、（Ⅶ）については、医療的ケア区分に応じた基本報酬又は重症心身障害児の基本報酬を算定している障害児には算定することができない。

# (参考)医療連携体制加算の柔軟な運用

医療連携体制加算(Ⅰ)～(Ⅵ)は、以下の方法により実施することができる。

| | 方法 | 要件 |
|---|---|---|
| ① | 医療機関等の看護職員を訪問させる。 | 医療機関等(訪問看護ステーション含む)と委託契約を締結し、看護職員を施設へ訪問させ、施設において看護を行う。 |
| ② | 同一法人内の他施設の看護職員を派遣させる。 | 同一法人内の他施設に配置されている看護職員を派遣させ、看護を行う。<br>(※法人内の医療体制に係る実施計画等を作成する必要がある。また、派遣元の施設の看護職員の配置基準・加算要件に支障がないよう留意すること。) |
| ③ | 施設に看護職員を配置する。 | 施設に看護職員を雇用・配置し、看護を行う。(H27～)<br>(※基準上必要な職員のうち看護職員の資格を有する者が看護を行う場合も対象となるが、看護に係る時間は常勤換算数から除外される点に留意すること。) |

# (参考)医療連携体制加算の留意事項

| | 留意事項 | 内容 |
|---|---|---|
| ① | 看護職員の取扱い | ・看護職員とは、保健師、助産師、看護師、准看護師をいう。 |
| ② | 多機能型事業所の取扱い | ・多機能型事業所の複数サービスにわたって看護を行った場合も、対象者全員(看護師1人につき最大8名)に対して算定する。<br>※生活介護又は機能訓練を行っている多機能型事業所は、当該多機能型事業所の利用者に対して算定できない。 |
| ③ | 看護の取扱い | ・利用者に対する看護行為等を個別支援計画に明確に位置づけて実施する。<br>・障害児の主治医等から看護の提供等に関する指示を受けること。<br>・病状等により医師の指示による看護行為が行えない状況も想定されるため、その場合は医療ケアを実施しない場合も加算を算定できる。 |
| ④ | 対象者の取扱い | ・精神科訪問看護・指導料等の算定対象となる利用者は対象外。 |
| ⑤ | 委託契約の取扱い | ・医療機関等と委託契約を締結し看護職員を訪問させる場合、看護の提供又は喀痰吸引等に係る指導に必要な費用を事業所が医療機関等へ支払うこととなる。その際、医薬品等が医療保険の算定対象となる場合があるため、契約締結に当たっては医療機関等とよく相談すること。<br>【参考】医療保険の算定対象範囲は以下の通知を参照。<br>「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」(平成18年3月31日保医発第0331002号) |

# 13. 送迎加算

| 県への事前届出 | （★）以外不要 |
|---|---|

| 対象サービス | 区分 | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|---|
| 児童発達支援<br>放課後等デイサービス | 障害児（重症心身障害児を除く）に対して行う場合 | 障害児（重症心身障害児を除く）に対して、居宅等と事業所との間の送迎を行った場合。 | 片道につき<br>54単位 |
| | | 障害児（重症心身障害児を除く）に対する送迎加算及び医療的ケア区分に基づく基本報酬を算定している事業所において、看護職員を伴い、医療的ケア児に対して、居宅等と事業所との間の送迎を行った場合。 | 片道につき<br>54単位＋37単位 |
| 児童発達支援<br>医療型児童発達支援<br>放課後等デイサービス | 重症心身障害児に対して行う場合 | 重症心身障害児に対して、運転手に加え、直接支援業務に従事する職員を1人以上配置して送迎を行った場合（★）。 | 片道につき<br>37単位 |

※いずれも、事業所等の所在する建物と同一の敷地内又は隣接する敷地内の建物との間で障害児の送迎を行った場合には、所定単位数の70%を算定する。

# 14. 強度行動障害児支援加算

| 県への事前届出 | 必要 |
|---|---|

| 対象サービス | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| 児童発達支援<br>放課後等デイサービス | 強度の行動障害を有する児童に対し、強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）、重度訪問介護従業者養成研修行動障害支援課程、又は行動援護従業者養成研修のいずれか一つ以上を修了した者が支援を行った場合。 | 対象利用者に<br>155単位/日 |

※児童発達支援管理責任者が研修を修了している場合も算定が可能。

※「強度の行動障害を有する児童」・・・給付決定を行う市町村が認定し、受給者証への記載やその他の様式により通知される。

⇒算定対象となる児童が強度行動障害を有することが加算要件のひとつであるため、その児童が強度行動障害を有することを示す記録を保管すること。

※重症心身障害児の基本報酬を算定している場合は算定不可。

※研修修了者について常勤要件はないが、算定を行う日において研修修了者が配置されていることが必要となる。

# 15. 特別支援加算－1

| 県への事前届出 | 不要 |
|---|---|

| 対象サービス | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| 児童発達支援<br>放課後等デイサービス | 厚生労働大臣が定める施設基準（下記※1参照）に適合するものとして都道府県知事に届け出た事業所において、別に厚生労働大臣が定める基準（下記※2参照）に適合する支援を行った場合。 | 対象利用者に<br>155単位/日 |

**※1「厚生労働大臣が定める施設基準」**

次のイからハまでに掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ　理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理指導担当職員、看護職員等を配置していること。
ただし、医療的ケア区分に基づく基本報酬を算定する事業所にあっては看護職員を除き、児童発達支援センターにおいて難聴児の報酬を算定する場合には言語聴覚士を除き、重症心身障害児の報酬を算定する場合には理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及び看護職員を除く。

ロ　心理指導担当職員は、大学若しくは大学院において、心理学を専修する学科、研究科若しくはこれに相当する課程を修めて卒業した者であって、個人及び集団心理療法の技術を有するもの又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者であること。

ハ　心理指導を行う場合には、それを行うための部屋及び必要な設備を有すること。

**※2「厚生労働大臣が定める基準」**

次のイからニまでに掲げるいずれにも該当すること。

イ　加算対象児に係る児童発達支援計画を踏まえ、加算対象児の特別支援計画を作成し、当該計画に基づき、適切に訓練又は心理指導を行うこと。

ロ　特別支援計画の作成又は見直しに当たって、加算対象児に係る通所給付決定保護者および加算対象児に対し、当該特別支援計画の作成又は見直しについて説明するとともに、その同意を得ること。

ニ　加算対象児ごとの訓練記録を作成すること。

# 15. 特別支援加算－2

| 県への事前届出 | 不要 |
|---|---|

## ★留意事項

次に該当する場合には、特別支援加算は算定できない。

ア　児童発達支援センターにおいて難聴児に対して支援を行う場合の報酬を算定している事業所において、言語聴覚士による訓練を行う場合

イ　重症心身障害児に対して支援を行う場合の報酬を算定している事業所において、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及び看護職員による訓練を行う場合

**ウ　児童指導員等加配加算により理学療法士等（保育士を除く。）を配置している場合**

**エ　専門的支援加算により理学療法士等（5年以上児童福祉事業に従事した保育士を除く。）を配置している場合**

# 16. 保育・教育等移行支援加算

| 県への事前届出 | 不要 |
|---|---|

| 対象サービス | 加算要件 | 算定単位 |
|---|---|---|
| 児童発達支援<br>放課後等デイサービス | 障害児の有する能力、その置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて保護者及び障害児の希望する生活並びに課題等の把握を行ったうえで、地域において保育、教育等を受けられるよう支援を行ったことにより、障害児通所支援事業所を退所して保育所等に通うことになった障害児に対して、退所後30日以内に居宅等を訪問して相談援助を行った場合。 | 対象利用者に1回を限度として500単位 |

※次のいずれかに該当する場合には算定不可。
- 病院又は診療所へ入院する場合
- 他の社会福祉施設へ入所する場合
- 幼稚園を除く学校教育法第1条に規定する学校（小学校、中学校等）へ入学する場合
- 死亡退所の場合

※加算の対象となる移行支援及び相談援助を行った場合には、日付及びその内容の要点に関する記録を行うこと。

# Ⅵ 「障害児通所支援の在り方に関する検討会」

○令和３年６月より、厚生労働省において、障害児通所支援が担うべき役割や機能、対象者など、今後の障害児通所支援の在り方について検討するため、「障害児通所支援の在り方に関する検討会」が開催されている。

【主な検討事項】
- Ⅰ　児童発達支援センターの位置づけについて
- Ⅱ　児童発達支援・放課後等デイサービスの役割・機能の在り方について
- Ⅲ　インクルージョンの推進について
- Ⅳ　障害児通所支援の支給決定の在り方について
- Ⅴ　事業所指定の在り方について

※今後の制度について具体的にどのように影響するかは、現在のところ不明。

【資料掲載場所】
厚生労働省HP「障害児通所支援の在り方に関する検討会」
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_19218.html

【別添資料】
「障害児通所支援の在り方に関する検討会」第１回資料1「主な検討事項」

事　務　連　絡
令和３年３月31日

各 （都道府県／指定都市／中核市／児童相談所設置市） 障害児支援主管部（局）　御中

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課

# 個別サポート加算（Ⅱ）の取扱いについて

障害保健福祉行政の推進につきましては、日頃より御尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

令和３年度障害福祉サービス等報酬改定においては、児童発達支援、医療型児童発達支援及び放課後等デイサービス（以下「児童発達支援等」という。）において、要保護児童又は要支援児童（以下「要支援児童等」という。）を受け入れた場合において、家庭との関わりや、心理的に不安定な児童へのケア、関係機関との連携が必要となることを考慮し、児童相談所や母子健康包括支援センター等の公的機関や、要保護児童対策地域協議会、医師（以下「連携先機関等」という。）との連携を行うことへの加算として、「個別サポート加算（Ⅱ）」（以下「加算」という。）を創設することとしました。

加算の算定に当たって想定している具体的なケースや、具体的な算定要件について下記のとおりお示しします。

要支援児童等への支援は、要支援児童等の通所給付決定保護者（以下「保護者」という。）が、子どもが要支援児童等であることの認識がない中で行われることもあります。このため、加算の取扱いを事業所（児童発達支援等を行う事業所をいう。以下同じ。）が十分に把握しないままに算定することで、保護者とのトラブルに繋がり、ひいては要支援児童等の支援に支障が生じることも想定されることから、都道府県におかれては、御了知の上、市町村（指定都市、中核市及び児童相談所設置市を除く。）及び事業所に周知をお願いいたします。

また、都道府県、指定都市、中核市及び児童相談所設置市におかれては、管内の児童相談所に対して、本件加算の創設について御了知いただくよう周知をお願いいたします。

記

## １　加算の創設の経緯

放課後等デイサービスを利用する障害児のうち、家庭的な環境要因などにより児童の養育に困難さを抱えており児童相談所が関与している、もしくは児童相談所は

関与していないが、関係機関と連携しながら事業所で支援を行っている障害児が一定程度いるという現状が調査結果（※）等から窺える。このことを踏まえ、令和３年度障害福祉サービス等報酬改定において、こうした障害児に対する支援（保護者への相談援助等を含む。以下同じ。）を行う事業所を報酬上評価するため、加算を創設したところである。

（※）令和元年度障害者総合福祉推進事業「放課後等デイサービスの実態把握及び質に関する調査研究」

## ２　加算の目的・趣旨

加算は、事業所が要支援児童等を受け入れた場合において、家庭との関わりや、心理的に不安定な児童へのケア、関係機関との連携が必要となることを考慮し、児童相談所や母子健康包括支援センター等の公的機関や、要保護児童対策地域協議会、医師（以下「連携先機関等」という。）との連携を行うことに対して、報酬上で評価し、もって、要支援児童等の福祉を増進するものである。

これは、あくまで事業所に現に生じている費用を報酬上手当てしようとするものであり、地域における要支援児童等への対応に当たって、事業所に、従来以上の新たな役割を担うことを推進する等の目的で創設したものではない点に留意されたい。

## ３　加算の算定単位

４の算定要件を満たした要支援児童等が利用した日ごとに、当該要支援児童等に対して、所定単位数を算定することとする。

## ４　加算の算定要件

加算の算定要件は、以下の（１）及び（２）のいずれも満たすものである。

### （１）連携先機関等と連携して支援を行うこと

①　連携先機関等（※）と、加算を算定する障害児が要支援児童等であるとの認識や、要支援児童等への支援の状況等を共有しつつ支援を行うことを要件とする。

なお、支援の内容は、要支援児童等やその家庭により様々な内容になることが想定されるため、一律の要件は設けない。一方、当該加算の趣旨を踏まえた手厚い支援の内容について、個別支援計画（児童発達支援計画、医療型児童発達支援計画及び放課後等デイサービス計画をいう。以下同じ。）に記載するものとする。

（※）連携先機関等は全ての関係機関と連携することを求めるものではないが、いずれかの機関と連携することとする。

②　連携先機関等との①の共有は、年に１回以上行うこととし、その記録を文書で保管すること。

なお、ここでいう文書は、連携先機関等が作成したものや、事業所が作成し、連携先機関等と共有するなど、事業所と連携先機関等の双方で共有する必要が

あり、単に事業所において口頭でのやりとりをメモして保管しているだけの文書は対象とならない。

また、日頃の情報共有に係る資料に加え、医師との連携に当たっては、医師による保護者等への支援の必要性について、文書（※１）で把握しておく必要があるものとする（※２）。なお、文書の内容としては、以下のようなものを想定している。

**ア　保護者の治療等を行う医師の場合**

医師が、保護者への治療等をしており、事業所が保護者を支援していく上で、保護者の精神的な状況や家庭環境等のほか、保護者が適切な養育を行うことができるようになるための留意点についてまとめたもの。

**イ　障害児の治療等を行う医師の場合**

医師が、障害児の発達に係る治療等をしており、事業所が障害児を支援していく上で、医学的な知見に基づく発達上の課題や、家庭環境の要因等から生じる二次障害への対応に係る留意点についてまとめたもの。

（※１）医師の文書作成に伴う費用が生じる場合、その費用は事業所が負担するものとする。
（※２）医師が患者の情報を事業所に共有する上で、患者の同意が必要となる点に留意すること。

③　本加算の対象となる要支援児童等について、連携先機関等と連携して支援することの必要性は、一義的には事業所が検討することになるが、連携先機関等が、こうした手厚く連携した支援の必要まではないと考えることも想定される。連携先機関等と連携した支援の必要性を共有できない場合は、本加算の算定対象としての要支援児童等には該当しないことに留意されたい。

**（２）通所給付決定保護者の同意を得ること。**

**①　保護者に同意を求める趣旨**

（１）のように、連携先機関等と要支援児童等への支援の状況等について共有しながら支援をすることについて、個別支援計画に位置づけ、通所給付決定保護者の同意を得るものとする。この場合、保護者の心情に十分に留意すること。

報酬は、児童発達支援等の利用契約を締結した保護者に対して請求するものであり、加算も同様である。そのため、本加算の趣旨や事業所が行う手厚い支援について、保護者が事前に承諾することを加算の要件として求めるものである。

**②　同意を求める項目**

**ア　要支援児童等の課題や、課題に対する支援内容**

個別支援計画に、養育環境等も含めた要支援児童等の課題や、課題に対する支援内容を記載すること。（１）の①のとおり、支援の内容は、要支援児童等やその家庭により様々な内容になることが想定されるため、明確な要件は設けない。また、要支援児童等かどうかについても、保護者との信頼関係の中で把握した養育環境等から、一義的には事業所において把握し、加算の請求について判断するものとする。

一方で、保護者にとって、事業所の説明に納得がいかない限り、同意は得られないので、事業所においては、保護者の納得が得られるよう加算の算定を行う障害児や、当該障害児にどのような支援を行っているのか、また、どのような支援を行うのかについて、十分に検討する必要があることに留意すること。

**イ　市町村やその他連携先関係機関等と要支援児童等の支援状況等の情報共有を行うこと。**

事業所が連携する連携先機関等と、要支援児童等の支援状況等を情報共有することについて、保護者に同意を得ること。

なお、医師との連携により加算を算定しようとする場合（市町村が関わっていない場合）、保護者が市町村に情報提供をすることを拒否することも想定される。このような場合、まずは、市町村への情報提供により、市町村による支援を受けることが、保護者の身体的・精神的負担を軽減し、養育の支援となり得ることを保護者に説明することが必要となる。

その結果、保護者が市町村への情報提供を拒否する場合は、加算の算定は基本的には行わないものとする。加算を請求することは、保護者にとっては、報酬請求に係る審査を行う市町村の障害福祉担当課が、障害児が要支援児童等であることを把握し得ることになるため、保護者が市町村への情報提供に抵抗感がある場合に加算を請求することで、事業所との信頼関係を損ねることになりかねないためである。

こうした場合、保護者に対して、市町村による支援を受けることが、保護者の身体的・精神的負担を軽減し、養育の支援となり得ることについて、時間をかけて理解を求めることが必要である。

ただし、（３）のとおり、加算を算定しないことと、要支援児童等の通報・情報提供は異なる点に留意すること。

**③　保護者との信頼関係の構築**

当該障害児の養育環境等に対する実情や保護者の支援の必要性等を理解しないまま、②の同意を保護者に求めることは、一方的に当該障害児が要支援児童等に該当することや、障害児の養育環境等の問題等について伝えることになり、かえって要支援児童等への支援を困難にすることも想定される。

事業所が、障害児を要支援児童等と認識し、手厚い支援が必要だと感じても、保護者との認識の共有が図られているとは限らないため、こうした場合、まずは、保護者に寄り添い相談援助等を行うなどして、保護者との信頼関係を構築していくことが必要となる。

こうした信頼関係が築けていない場合に加算の算定に係る同意を求めることは、保護者との信頼関係を損ねるのみならず、要支援児童等の養育上も好ましくない影響が生じる恐れがあることから、行わないようにすること。

なお、保護者の同意を得た上で支援に当たるケースについて、どのようなケースが考えられるかは、「７　加算の算定を想定する具体的なケース」を参照すること。

**（３）市町村への通報義務等との関係について**

（２）の②の取扱いは、あくまで加算の算定に係る取扱いであり、事業所として、要支援児童等を把握したときの、児童福祉法等に基づく市町村への通報や情報提供の取扱いについては従前と変わらない。保護者の同意が得られない場合であっても、要保護児童を発見した場合は市町村等への通報を行う義務があり、要支援児童と思われる者を把握した場合、当該者の情報を市町村に提供するよう努めることが必要となる。

## ５　市町村における報酬の審査等

本加算は、４の（２）のとおり、現に要支援児童等の支援に当たる事業所が、保護者の同意を得て算定するものであり、あらかじめ、市町村において通所給付決定時に対象かどうかを決定し、受給者証に印字することはしないものとする。

市町村においては、報酬の請求に係る審査を行うときに、必要に応じて、請求を行う事業所に対して、連携先機関等との連携の状況や、要支援児童等への支援の状況等を個別に確認されたい。事業所は本加算を算定する上で、これらの説明を市町村に行う必要があるものとする。

## ６　加算を算定する期間

本加算は、連携先機関等と連携して支援を行う必要性がある間は算定できるものとする。

なお、個別支援計画の見直しの際に、連携先機関等と連携して支援する必要性についても見直しを行うものとする。

また、個別支援計画の見直し以降も、連携先機関等と連携して手厚い支援を必要とする場合、改めて４の（２）のとおり、保護者の同意を得るものとする。

## ７　加算の算定を想定する具体的なケース

**※　いずれのケースも、事業所と保護者との信頼関係が十分に構築されている場合であることに留意すること。**

### （１）公的機関からの依頼等により要支援児童等を受け入れるケース

障害児入所施設に措置入所している障害児が措置解除され、家庭で生活していくに当たり、児童発達支援等の利用が望ましいとされ、事業所において児童相談所や市町村との連携のもと、当該障害児を受け入れることとなり、児童相談所等と連携しつつ、当該障害児の支援を行っていくようなケースについて、加算を算定することが考えられる。

### （２）事業所が要支援児童等と判断した障害児について、公的機関に情報提供し、連携して支援をするケース

事業所を利用している障害児について、要支援児童等であると事業所が認識し、児童の養育に悩み支援を希望する保護者に対して、市町村の養育支援訪問事業による支援等を受けることを勧め、市町村と連携しつつ、当該障害児の支援を行っていくようなケースについて、加算を算定することが考えられる。

### （３）事業所が要支援児童等と判断した障害児について、医師と連携して支援をするケース

事業所を利用している障害児について、要支援児童等であると事業所が認識し、子育て等に関する不安やストレスから精神的に不安定と感じた保護者に対して、繰り返し相談援助を行い、信頼関係を構築した上で、医師による診察を勧め、医師と連携しつつ、当該障害児の支援を行っていくようなケースについて、加算を算定することが考えられる。

## ８　その他（Ｑ＆Ａ）

問１　児童福祉法において、要支援児童は、「保護者の養育を支援することが特に必要と認められる児童（要保護児童に該当するものを除く。）」とされており、障害児で障害児通所支援等を利用すること自体が、養育の支援を必要とする場合とも捉えられるが、対象児童についてどのように考えれば良いのか。

（答）

○　児童福祉法上の要支援児童の解釈については貴見のとおりであるが、本加算は、連携先機関等との連携を行い、通常の児童発達支援等よりも手厚い支援を行っていることについて、保護者が同意した上で算定するものであり、障害児を養育する保護者の中でも、特に保護者の養育を支援することが必要と認められる場合に対象となることを想定している。

問２　保護者への相談援助等を行ったときの加算としては、家庭連携加算や事業所内相談支援加算があるが、これらの加算は要支援児童等であることを保護者に伝えるなどの対応は不要と考えてよいか。

（答）

○　貴見のとおり。

問３　医師と連携して加算を算定する場合、当該医師は、主治医であることが必要か。また、医療型児童発達支援事業所の場合、当該事業所を運営する診療所の医師でも対象となるのか。

（答）

○　連携する医師は、保護者のカウンセリング等を行う医師や、要支援児童等の障害に係る治療等を行う医師等、保護者や当該児童の状況をよく把握している医師であることを要件とし、必ずしも、保護者又は要支援児童等の主治医である必要はない。

ただし、本加算は、事業所が外部の連携先機関等と連携しながら支援をしていくことを評価する加算であるため、医療型児童発達支援において、当該事業所の利用児童について、当該事業所を運営する診療所の医師と連携する場合は、本加算の対象にはならない。

問４　個別サポート加算（Ⅰ）や強度行動障害児支援加算、家庭連携加算や事業所内相談支援加算を算定している場合も、個別サポート加算（Ⅱ）の算定は可能か。また、重症心身障害児や医療的ケア児も算定対象か。

（答）

○　いずれの場合も算定可能であり、また、重症心身障害児や医療的ケア児も算定対象となる。

問５　市町村の審査事務の観点から、あらかじめ、本加算を算定する場合には、保護者の同意を得た個別支援計画について事業所から提出を求めるような段取りとすることは可能か。

（答）

○　各市町村の判断でそうした運用とすることも差し支えない。

問６　本加算の同意が得られない場合において、事業所が当該障害児の利用を断ることは、指定基準における提供拒否の「正当な理由」に該当するのか。そうした説明を保護者に行った事業所に対してはどのような対応が必要か。

（参考）児童福祉法に基づく指定通所支援の事業所等の人員、設備及び運営に関する基準

第 14 条　指定児童発達支援事業者は、正当な理由がなく、指定児童発達支援の提供を拒んではならない。

（答）

○　本加算は、保護者との信頼関係のもとで、連携先機関等と連携しつつ手厚い支援を行うことへの評価であり、そうした支援の必要性等に係る同意が保護者から得られないからといって、提供拒否の「正当な理由」には該当しない。

○　また、そうした趣旨を理解せず、保護者に対して提供拒否を背景に加算の算定の同意を迫るような事実が確認された場合、指定基準第 14 条の提供拒否の禁止に該当するため、都道府県等においては当該事業所に対して適切に指導する必要がある。

問７　児童相談所等からの依頼が無いケースでは、事業所が、利用する障害児が要支援児童等かどうかを判断することになるが、このとき、あらかじめ児童相談所や要保護児童対策地域協議会等に対して、当該障害児の支援を行っているかどうかを照会することは想定しているのか。

（答）

○　想定していない。児童相談所や要保護児童対策地域協議会にはケースに関する守秘義務があり、事業所から要支援児童等かどうかを照会しても当然ながら回答できないので、一義的には事業所が要支援児童等かどうかを判断することを想定している。

問８　児童養護施設に入所している措置児童が、児童福祉法第21条の６による「やむを得ない措置」により、児童発達支援等を利用する場合もあるが、この場合も本加算の算定ができるのか。

（答）

○　本加算は、児童相談所等の連携先機関等と連携しつつ手厚い支援を行うことを評価するものであり、児童養護施設等に措置入所している障害児や里親に委託されている障害児についても、児童相談所等と連携をして、心理的に不安定な児童へのケア等を行う必要があることから、算定の対象となることを想定している。この場合、保護者への同意は、市町村及び児童養護施設等の施設長又は里親に対して行うものとし、実親への説明は不要であることに留意すること。

【本件担当】
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課
障害児・発達障害者支援室　障害児支援係
ＴＥＬ：０３－５２５３－１１１１（内線3037，3102）
ＦＡＸ：０３－３５９１－８９１４
E-mail：shougaijishien@mhlw.go.jp

令和３年４月１日現在

# 児童発達支援管理責任者の要件について

（１）の実務経験かつ（２）の研修要件をみたすこと。

## （１）実務経験

以下の①～③のいずれかを満たしていること

① **イ**及び**ロ**の期間が通算して５年以上で、当該期間から**ハ**の通算期間を除いた期間が３年以上である者

② **ニ**の期間が通算して８年以上で、当該期間から**ホ**の通算期間を除いた期間が３年以上である者

③ **イ**、**ロ**及び**ニ**の通算期間から**ハ**及び**ホ**の通算期間を除いた期間が３年以上かつ**ヘ**の通算期間が５年以上である者

《児童発達支援管理責任者　実務経験一覧表》

<table>
<tr><td rowspan="7">イ</td><td colspan="2">次の(1)から(6)に掲げる者が、相談支援の業務（身体上若しくは精神上の障がいがあること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者又は児童の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務）に従事した期間</td></tr>
<tr><td>(1)</td><td>地域生活支援事業、障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業その他これらに準ずる事業の従業者</td></tr>
<tr><td>(2)</td><td>児童相談所、児童家庭支援センター、身体障害者更生相談所、精神障害者社会復帰施設、知的障害者更生相談所、福祉事務所、発達障害者支援センターその他これらに準ずる施設の従業者</td></tr>
<tr><td>(3)</td><td>障害児入所施設、乳児院、児童養護施設、児童心理治療施設、児童自立支援施設、障害者支援施設、老人福祉施設、精神保健福祉センター、救護施設、更生施設、介護老人保健施設、地域包括支援センターその他これらに準ずる施設の従業者</td></tr>
<tr><td>(4)</td><td>障害者職業センター、障害者就業・生活支援センターその他これらに準ずる施設の従業者</td></tr>
<tr><td>(5)</td><td>幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、高等専門学校その他これらに準ずる機関の従業者</td></tr>
<tr><td>(6)</td><td>病院若しくは診療所の従業者又はこれらに準ずる者で、以下のいずれかに該当する者<br>・社会福祉主事任用資格者<br>・訪問介護員２級以上に相当する研修の修了者<br>・ロに掲げる資格を有している者<br>・イの(1)から(6)に掲げる従業者の期間が１年以上の者</td></tr>
<tr><td rowspan="6">ロ</td><td colspan="2">次の(1)から(5)に掲げる者であって、以下のいずれかの資格を有して、直接支援の業務（身体上又は精神上の障がいがあることにより日常生活を営むのに支障がある者又は児童につき、入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う業務又は日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、生活能力の向上のために必要な訓練その他の支援を行い、並びにその訓練等を行う者に対して訓練等に関する指導を行う業務その他職業訓練又は職業教育に係る業務）に従事した期間<br>・社会福祉主事任用資格者<br>・訪問介護員２級以上に相当する研修の修了者<br>・保育士、児童指導員任用資格者（※１）<br>・精神障害者社会復帰指導員<br>（以下「社会福祉主事任用資格者等」という。）</td></tr>
<tr><td>(1)</td><td>障害児入所施設、助産施設、乳児院、母子生活支援施設、保育所、幼保連携型認定こども園、児童厚生施設、児童家庭支援センター、児童養護施設、児童心理治療施設、児童自立支援施設、障害者支援施設、老人福祉施設、介護老人保健施設、療養病床（病院又は診療所の病室であって医療法に規定する療養病床）その他これらに準ずる施設の従業者</td></tr>
<tr><td>(2)</td><td>障害児通所支援事業、児童自立生活援助事業、放課後児童健全育成事業、子育て短期支援事業、乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業、地域子育て支援拠点事業、一時預かり事業、小規模住居型児童養育事業、家庭的保育事業、小規模保育事業、居宅訪問型保育事業、事業所内保育事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業、障害福祉サービス事業、老人居宅介護等事業その他これらに準ずる施設の従業者</td></tr>
<tr><td>(3)</td><td>病院若しくは診療所又は薬局、訪問看護事業所その他これらに準ずる施設の従業者</td></tr>
<tr><td>(4)</td><td>特例子会社、助成金受給事業所（重度障害者多数雇用事業所施設設置等助成金の支給を受けた事業所）その他これらに準ずる施設の従業者</td></tr>
<tr><td>(5)</td><td>幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、高等専門学校その他これらに準ずる機関の従業者</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| ハ | 老人福祉施設（※３）、救護施設、更生施設、介護老人保健施設（※４）、地域包括支援センターの事業者が、**相談支援の業務**に従事した期間 |
| | 老人福祉施設、介護老人保健施設、療養病床、老人居宅介護等事業（※５）、特例子会社、助成金受給事業所の従業者であって、社会福祉主事任用資格者等である者が**直接支援の業務**に従事した期間 |
| ニ | ロの(1)から(5)に掲げる者であって、社会福祉主事任用資格者等でない者が、**直接支援の業務**に従事した期間 |
| ホ | 老人福祉施設、介護老人保健施設、療養病床、老人居宅介護等事業、特例子会社、助成金受給事業所の従業者であって、社会福祉主事任用資格者等でない者が**直接支援の業務**に従事した期間 |
| ヘ | 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士の資格に基づき当該資格に係る業務に従事した期間 |

根拠：「障害児通所支援又は障害児入所支援の提供の管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの」
（平成24年３月30日号外厚生労働省告示第230号）

（※１）児童指導員任用資格者

児童福祉施設の設備及び運営に関する基準(昭和23年12月29日厚生省令第63号）第43条に定められた、以下のうちいずれかに該当する者

| | |
|---|---|
| ア | 地方厚生局長等の指定する児童福祉施設の職員を養成する学校、その他の養成施設を卒業した者 |
| イ | 社会福祉士の資格を有する者 |
| ウ | 精神保健福祉士の資格を有する者 |
| エ | 大学の学部で、社会福祉学、心理学、教育学、又は社会学を専修する学科、若しくはこれらに相当する課程を修めて卒業した者 |
| オ | 大学の学部で、社会福祉学、心理学、教育学、又は社会学に関する科目の単位を優秀な成績で修得したことにより、大学院への入学を認められた者 |
| カ | 大学院において、社会福祉学、心理学、教育学、又は社会学を選考する研究科、若しくはこれらに相当する課程を修めて卒業した者 |
| キ | 外国の大学において、社会福祉学、心理学、教育学、又は社会学を専修する学科、若しくはこれらに相当する課程を修めて卒業した者 |
| ク | 以下の者で、２年以上児童福祉事業（※２）に従事した者<br>・高等学校、又は中等教育学校を卒業した者<br>・大学への入学を認められた者<br>・通常の課程による12年の学校教育を修了した者（これに相当する学校教育を修了した者を含む）<br>・文部科学大臣がこれと同等以上の資格を有すると認定した者 |
| ケ | 幼稚園、小・中学校、高校又は中等教育学校の教諭となる資格を有する者で、都道府県知事が適当と認めた者 |
| コ | ３年以上児童福祉事業に従事した者であって、都道府県知事が適当と認めた者 |

（※２）児童福祉事業

児童福祉法に基づく以下の事業及び幼保連携型認定こども園を経営する事業

ア　第１種社会福祉事業

乳児院、母子生活支援施設、児童養護施設、障害児入所施設、児童心理治療施設（情緒障害児短期治療施設）及び児童自立支援施設

イ　第２種社会福祉事業

障害児通所支援事業（児童発達支援、放課後等デイサービス、居宅訪問型児童発達支援及び保育所等訪問支援）、障害児相談支援事業、児童自立生活援助事業、放課後児童健全育成事業、子育て短期支援事業、乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業、地域子育て支援拠点事業、一時預かり事業、小規模住居型児童養育事業、小規模保育事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業、助産施設、保育所、児童厚生施設、児童家庭支援センター

ウ　その他事業

家庭的保育事業、居宅訪問型保育事業、事業所内保育事業

（※３）老人福祉施設

老人福祉法（昭和38年法律第133号）の第５条の３に規定される次の施設

・老人デイサービスセンター（介護保険法にいう「通所介護」等）
・老人短期入所施設（介護保険法にいう「短期入所生活介護」）
・養護老人ホーム、
・特別養護老人ホーム
・軽費老人ホーム
・老人福祉センター
・老人介護支援センター

（※４）介護老人保健施設

「老健（ろうけん）」とも言われ、介護保険が適用される介護サービスで、在宅への復帰を目標に心身の機能回復訓練を行う施設

（※５）老人居宅介護等事業

老人福祉法（昭和38年法律第133号）の第５条の２第２項に規定される、身体上または精神上の障がいのために、日常生活に支障がある人などを対象にして、居宅での入浴、排泄、食事等の介護、調理、洗濯、掃除などの家事や生活に関する相談などの便宜を供与する事業（介護保険法にいう「訪問介護」等）

（注）実務経験及び日数換算について
１年以上の実務経験とは、業務に従事した期間が１年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が１年あたり１８０日以上あることを言うものとする。例えば５年以上の実務経験であれば、実務に従事した期間が５年以上であり、かつ実際に業務に従事した日数が９００日以上であるものを言う。

## （２）研修要件

①及び②を修了すること。

①「サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者基礎研修」及び「実践研修」

※基礎研修は、（１）の実務経験に２年満たない段階から、受講可能。また、実践研修は、基礎研修修了後、実践研修受講開始日前５年間に通算して２年以上、相談支援又は直接支援の業務に従事した者が受講可能。

※実践研修を修了した日の属する年度の翌年度を初年度とし、同年度以降の５年度ごとに、「更新研修」を修了すること。

（例）令和３年 12 月 15 日に実践研修を修了した場合、令和４年度が初年度となるため、
令和８年度までに更新研修を修了する必要がある。

②「相談支援従事者初任者研修（講義部分）」

※旧障害者ケアマネジメント研修修了者についても該当する場合がある。

資格要件に関する経過措置

○ 旧体系研修受講済みの者（平成 30 年度までに次の①及び②の研修を受講済みの者：①「サービス管理責任者研修」又は「児童発達支援管理責任者研修」 ②「相談支援従事者初任者研修（講義部分）」）
⇒令和５年度末までは、更新研修受講前でも児童発達支援管理責任者とみなす。旧体系研修受講者は、令和５年度末までに、更新研修を受講する必要がある。

○ 基礎研修及び相談支援従事者初任者研修（講義部分）を修了し、かつ（１）の実務経験を満たしている者（令和元年度～３年度までに修了した者に限る。）
⇒研修修了後３年間は、実践研修を受講していなくても、児童発達支援管理責任者とみなす。この場合、修了後３年以内に実践研修を受講する必要がある。

○　児童発達支援管理責任者配置時の取扱いの緩和

　既に児童発達支援管理責任者が常勤で１名配置されている場合は、基礎研修修了者は、２人目の児童発達支援管理責任者として配置可能であり、個別支援計画原案の作成が可能になる。

○　やむを得ない事由（急病や急な退職の申し出等）により児童発達支援管理責任者が欠けた場合

　実務経験者である者については、当該事由の発生した日から起算して１年間は、資格要件を満たしているものとみなす。

# 主な検討事項（案）_①

| 障害児通所支援の在り方に関する検討会 | |
|---|---|
| 第１回(R3. 6. 14) | 資料１ |

## Ⅰ　児童発達支援センターの位置づけについて

○　センターに求められる「中核機能」について、法的に果たすべき機能が明確になっていない、一般の児童発達支援事業所との役割分担が明確になっていないという指摘について、どう考えるか。
○　「福祉型」と「医療型」のセンターの在り方についてどう考えるか。　等

## Ⅱ　児童発達支援・放課後等デイサービスの役割・機能の在り方について

○　平成24年度の制度再編以降、児童発達支援・放課後等デイサービスのサービス利用者数は大きく増加しており、サービスの内容が様々に広がり、中には、補習塾的な機能や預かり中心の事業所もあるとの指摘がある。
○　一方で、女性の就業率の上昇に伴い、発達支援を必要とする障害児の保護者の就労を支える役割を求められている側面もある。
○　また、放課後等デイサービスについては、専修学校・各種学校に通う障害児等は対象になっていない。
○　これらの点についてどう考えるか。　等

## Ⅲ　インクルージョンの推進について

○　児童発達支援・放課後等デイサービスの充実により、従来は障害と認識されずに育てづらさ・生きづらさを抱えていた児童が、新たに発達支援に繋がるようになった一方で、適切な支援を受けながら一般施策（保育所・放課後児童クラブ・放課後子ども教室等）を利用することが選択肢として検討しづらくなっているという指摘もある。
○　こうした状況も踏まえ、障害児の地域社会への参加・包容（インクルージョン）の推進において、児童発達支援センター・児童発達支援事業所・放課後等デイサービス事業所の役割についてどう考えるか。　等

# 主な検討事項（案）_②

## Ⅳ　障害児通所支援の支給決定の在り方について

○　障害児通所支援の支給決定は、障害児の心身の状態、当該障害児の介護を行う者の状況等を勘案して行うこととしており、障害児の心身の状態を把握する上で、5領域11項目の調査を行うこととしている。

○　5領域11項目の調査では、食事や入浴等の身体介助の必要度（全介助・一部介助）及び行動上の課題のみが把握され、発達支援の必要性の観点は含まれない。

　また、支給決定で決定するのは、サービスの種類とその利用日数等であり、どのような発達支援を行うかは、保護者が選択した事業所に事実上委ねられている。

○　こうしたことを踏まえ、障害児通所支援の支給決定のあり方についてどう考えるか。

等

## Ⅴ　事業所指定の在り方について

○　都道府県・指定都市・中核市は、児童発達支援・放課後等デイサービスの指定申請があったとき、必要量を満たす場合には、指定を行わないことができる。

○　一方で、同一都道府県等の中でも、地域によって事業所の偏在が著しい場合や、総量としてはニーズが達成されているが対象者（医療的ケア児等）によっては受入事業所がない等、事業所の配置に対し、都道府県等が適切に関与することが望まれる実情もある。

○　しかしながら、自治体としての必要な事業所数の見込み方やどのような場合に行うことが適切か等について示しておらず、指定が効果的に実施されていないとの声がある。

○　こうしたことを踏まえ、事業所指定の在り方についてどう考えるか。

等

# 令和2年度

# 障害福祉サービス事業所等における事故等の状況


**Ⅰ. 令和２年度事故報告の状況**

１　事故報告件数及び事故内容

（１）サービス別事故報告件数

（２）事故内容別の状況

２　骨折・打撲における受傷部位

３　ケガ等の発生場所

４　月別事故発生件数

５　死亡事故の状況

６　事故の事例と再発防止の取組

（１）障がい者サービス

（２）障がい児サービス

**Ⅱ. 年度比較**

１　事故報告件数

２　事故内容

３　死亡事故

＜参考＞事故情報の活用等について


（※長野市所管の事業所は含まない）


長野県健康福祉部障がい者支援課

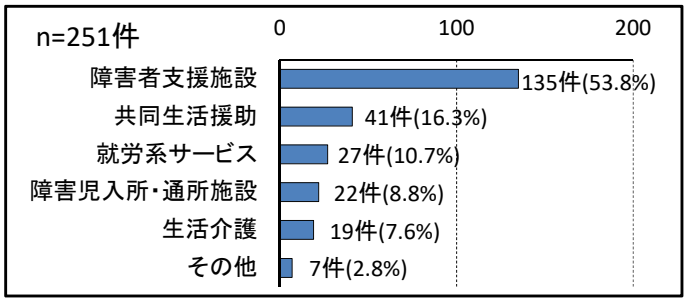
# Ⅰ. 令和2年度事故報告の状況

## 1　事故報告件数及び事故内容

### （１）サービス別事故報告件数

令和2年度の事故報告は251件でした。サービス別では、障害者支援施設が135件(53.8%)で最も多く、次いで、共同生活援助(グループホーム)41件(16.3%)、就労系サービス27件(10.7%)の順となっています。

【グラフ1　サービス別事故報告件数】

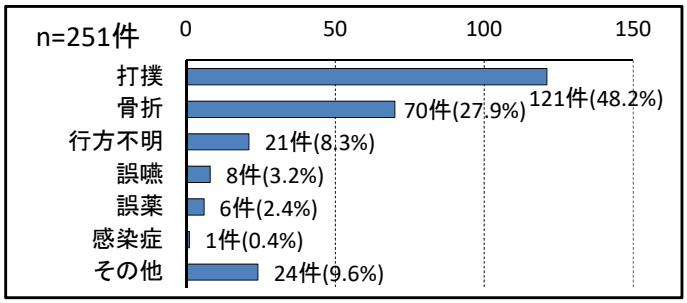



### （２）事故内容別の状況

事故内容で最も多かったのは「打撲※1」の121件(48.2%)で、次いで「骨折※2」70件(27.9%)、「行方不明」21件(8.3%)の順となっています。

サービスごとの傾向としては、「障害者支援施設」では、打撲※1や骨折※2も多くみられますが、行方不明や誤嚥、誤薬なども一定程度発生してします。

【グラフ2　事故内容別報告件数】




「共同生活援助(グループホーム)」では行方不明の割合が24.4%と他のサービスより高くなっています。
「就労系サービス」では、薪割りなどの作業中の事故がみられます。
「障害児入所・通所施設」では、レクリエーション中の事故がみられます。

【表1　サービス別事故報告件数及び事故の内容】　（単位：件）

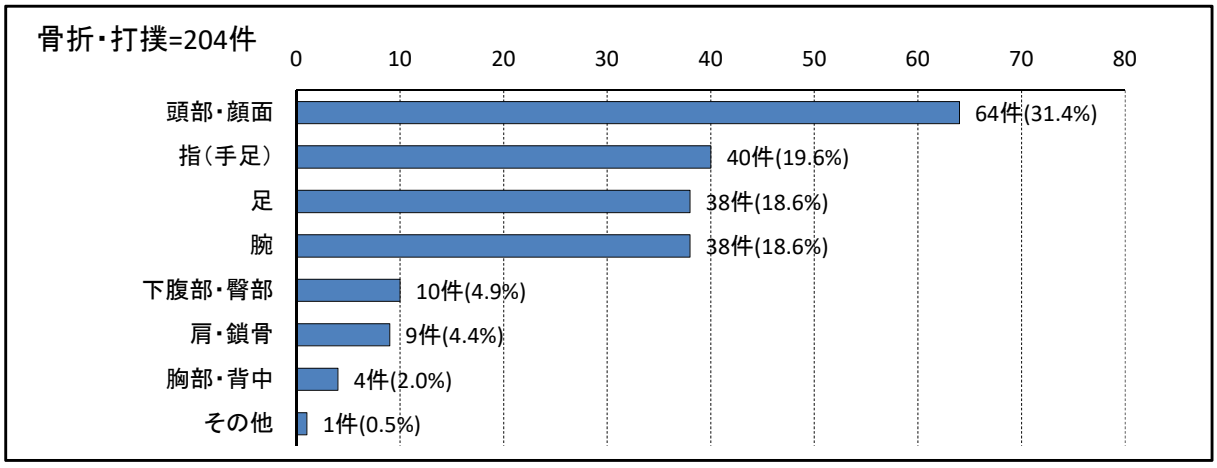
| 種別 | 打撲 ※1 | 骨折 ※2 | 行方不明 | 誤嚥 ※3 | 誤薬 | 感染症 | その他※4 | 計 | 構成比 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 障害者支援施設 | 68 (50.4%) | 40 (29.6%) | 5 (3.7%) | 5 (3.7%) | 4 (3.0%) | 1 (0.7%) | 12 (8.9%) | 135 | 53.8% |
| 共同生活援助 | 10 (24.4%) | 14 (34.1%) | 10 (24.4%) | 1 (2.4%) | 1 (2.4%) | 0 ( － ) | 5 (12.2%) | 41 | 16.3% |
| 就労系サービス | 20 (74.1%) | 3 (11.1%) | 1 (3.7%) | 0 ( － ) | 1 (3.7%) | 0 ( － ) | 2 (7.4%) | 27 | 10.8% |
| 障害児入所・通所施設 | 10 (45.5%) | 6 (27.3%) | 2 (9.1%) | 1 (4.5%) | 0 ( － ) | 0 ( － ) | 3 (13.6%) | 22 | 8.8% |
| 生活介護 | 10 (52.6%) | 5 (26.3%) | 2 (10.5%) | 0 ( － ) | 0 ( － ) | 0 ( － ) | 2 (10.5%) | 19 | 7.6% |
| その他 | 3 (42.9%) | 2 (28.6%) | 1 (14.3%) | 1 (14.3%) | 0 ( － ) | 0 ( － ) | 0 ( － ) | 7 | 2.8% |
| 計 | 121 (48.2%) | 70 (27.9%) | 21 (8.4%) | 8 (3.2%) | 6 (2.4%) | 1 (0.4%) | 24 (9.6%) | 251 | |

※1　打撲:打撲の他、裂傷、創傷、虫さされなどを含む。(以下同じ)
※2　骨折:骨折の他、腱断裂など全治1か月以上の重傷を含む。(以下同じ)
※3　誤嚥:誤嚥の他、誤飲、異食、食物アレルギーを含む。(以下同じ)
※4　その他:交通事故、土砂崩落　等

## 2　骨折・打撲における受傷部位

骨折と打撲における受傷部位は、「頭部・顔面」が64件（31.4%）と最も多く、次いで「指(手足)」40件（19.6%）、「足」・「腕」各38件（18.6%）の順となっています。

【グラフ3　受傷部位】




※複数の部位を受傷した事例があるため、表1の打撲・骨折に係る報告件数(191件)とは一致しない

## 3　ケガ等の発生場所

事故のうち、ケガ等（244件）の発生場所は、「事業所内（建物内）」が194件（79.5%）、「事業所外（敷地内）」が12件（4.9%）、「その他（就労先、外出先等）」が38件（15.6%）となっています。送迎時の事故は1件報告されています。

【表2　ケガ等の発生場所】　（単位：件、%）

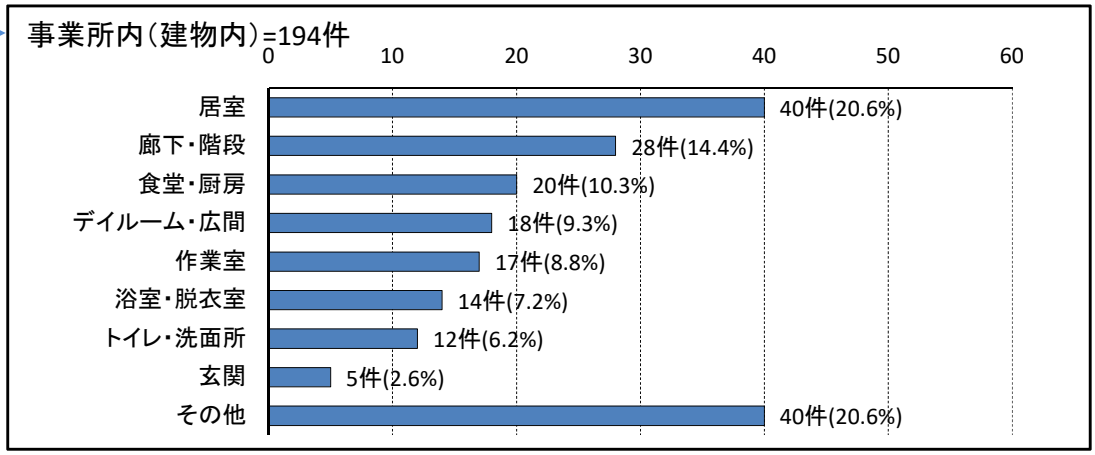
| 区　分 | 件数 | 構成比 |
|---|---|---|
| 事業所内（建物内） | 194 | 79.5 |
| 事業所外（敷地内） | 12 | 4.9 |
| その他・不明 | 38 | 15.6 |
| 合　計 | 244 | 100.0 |

その他：病院、就労先、公園、外出先　等

### ○ 事業所内（建物内）の詳細

「居室」が40件（20.6%）で最も多く、次いで、「廊下・階段」が28件（14.4%）、「食堂・厨房」が20件（10.3%）の順となっています。

【グラフ4　事業所内の事故発生場所】

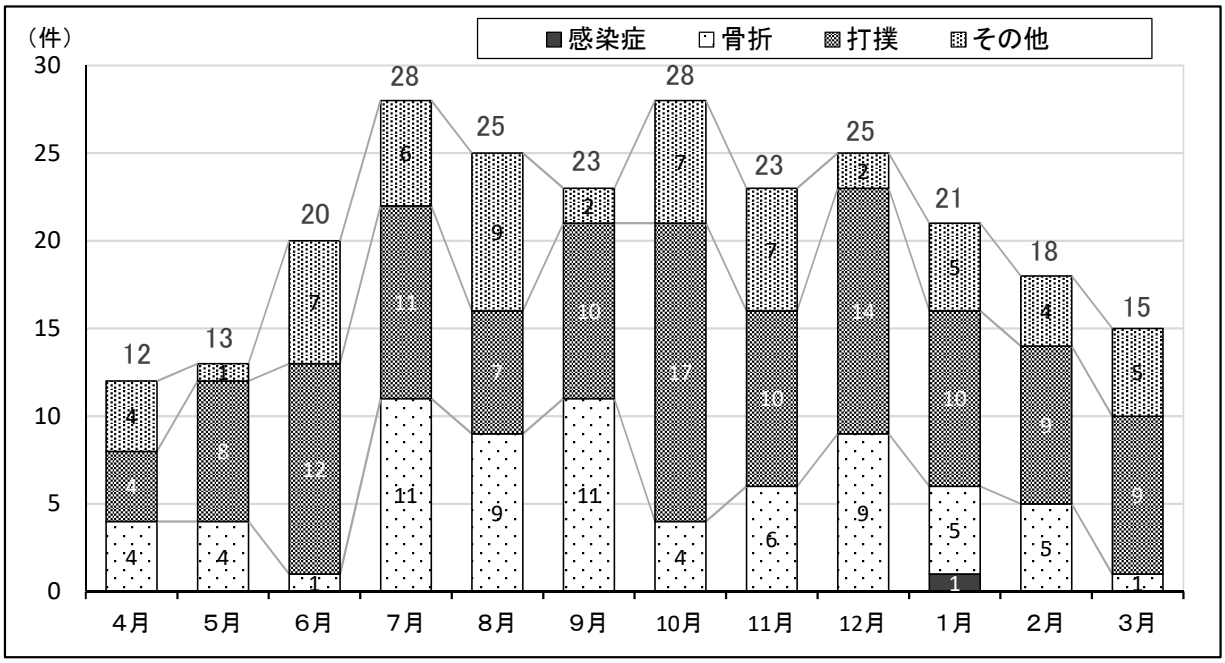


## 4　月別事故発生件数

事故の発生件数は、7月と10月が28件と最も多く、4月が12件と最も少なくなっています。季節性インフルエンザ(感染症)の報告は1件もありませんでした。

【表3・グラフ5　月別事故発生件数】　（単位：件）

| 区分 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 感染症 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 骨折 | 4 | 4 | 1 | 11 | 9 | 11 | 4 | 6 | 9 | 5 | 5 | 1 | 70 |
| 打撲 | 4 | 8 | 12 | 11 | 7 | 10 | 17 | 10 | 14 | 10 | 9 | 9 | 121 |
| その他 | 4 | 1 | 7 | 6 | 9 | 2 | 7 | 7 | 2 | 5 | 4 | 5 | 59 |
| 合計 | 12 | 13 | 20 | 28 | 25 | 23 | 28 | 23 | 25 | 21 | 18 | 15 | 251 |




## 5　死亡事故の状況

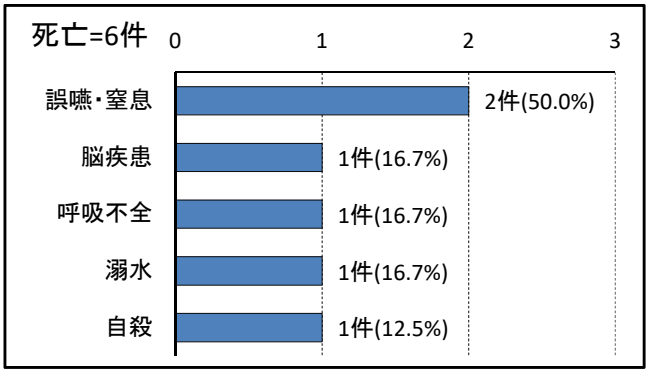
事故報告のうち、死亡事故は6件で、事故報告に占める割合は2.4%でした。
死亡の原因は、誤嚥・窒息2件(33.3%)が最も多くなっています。

（事故性のない老衰、がん等による病死の報告は除いて集計）

【表4　死亡事故の割合】　（単位：件、%）

| 区　分 | 件数 | 構成比 |
|---|---|---|
| 死亡事故 | 6 | 2.4 |
| 死亡事故以外の事故 | 245 | 97.6 |
| 合　計 | 251 | 100.0 |

【グラフ6　死亡事故の原因】



## ６　事故の事例と再発防止の取組

報告内容を要約して記載

### （１）障がい者サービス

#### ① 骨折・打撲

| | 事故の概要 | サービス種別 | 発生時間帯 | 事故発生場所 | 事故の原因 | 再発防止の取組 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 転倒している本人を発見。右眉上に3㎝ほどの裂傷、頬骨、副鼻腔内の骨折。 | 施設入所支援 | 夜間 | 洗面所 | ・年齢や身体状態から歩行時に足を滑らせたか、躓いたことが原因ではないかと推察。<br>・薄暗さなど建物の構造も要因の一つと推察。 | ・移動の際に職員が付き添う。<br>・階段にセンサーライトを設置。<br>・階段の蛍光テープを大きいものに張替え。 |
| 2 | 他の入居者の言動に反応し、冷蔵庫と壁のへりに額を打ち付け、切り傷、打撲。 | 共同生活援助 | 夜間 | 食堂 | 他の利用者から「うるさい」と言われたことが原因で、イライラし自傷行為に及んだと考えられる。 | ・利用者が集まっている状況で、一人だけはしゃいだ状況にならない様に注意する。<br>・事故が起きた時に素早い対応が出来るよう、対応マニュアルを作成にする。 |
| 3 | パイプ椅子に座って靴を履き替えていた際、椅子から転倒し、頭部打撲 | 施設入所支援 | 日中 | 玄関 | ・椅子からの転倒を予測せず、職員が目を離していた。<br>・玄関の椅子がパイプ椅子で安定性を欠いていた。 | ・パイプ椅子からひじ掛け付きの椅子に変更<br>・本人の様子に留意して見守りを行っていく。 |
| 4 | 入浴中に湯船から上がろうとした際に、湯船に転倒し、左大腿部に青あざ。 | 施設入所支援 | 日中 | 浴室 | ・湯船に入っている時に湯船把握職員がその場にいなかった。 | ・利用者が湯船に入っている時はその場で見守る。 |
| 5 | 食事をとりに行く際、他利用者のこぼした汁で濡れていた床で足を滑らせ転倒し、右ひざ関節内の軟骨損傷。 | 施設入所支援 | 日中 | 食堂 | ・床が濡れていたのにすぐに拭くなどの対応ができていなかった。<br>・ご自分で配膳などできる方だが見守りをしっかり行うことができていなかった。 | ・安全面の配慮、怪我に対し問題意識を高め、利用者主体の支援を行っていく。 |
| 6 | 階段を下りて移動する際、最後の3～4段を踏み外し、着地した際に足をひねり、 右足中指の付け根部分を骨折。 | 就労継続支援B型 | 日中 | 階段 | 普段からスリッパ履きであるが、事故時、スリッパが脱げかけた状態となったか、足元を見誤ったと考えられる。 | ・スリッパ履きをやめ、上履きの靴を履くことにする。<br>・階段は慌てず、足元をよく見ながら下りるように注意する。 |
| 7 | プラスチックハンマーを使った型抜き作業中に、左手人差し指を叩き、打撲。 | 就労継続支援B型 | 日中 | 作業場 | ・仕事に対する慣れが生じてしまったと考えられる。 | ・対象者への作業内容変更。<br>・型抜き作業をする際の道具の使い方の徹底 |
| 8 | 薪割り機を単独で操作中に左人差し指を挟んでしまい、皮膚が一部剥がれた(3針縫合) | 就労継続支援B型 | 日中 | 作業場 | 薪割機が動いている時に可動部分に手を入れてしまった。 | ・安全指導を全員に対して行う。<br>・そのほかの作業の危険個所についても再確認する。 |

② 誤嚥・異食・アレルギー

| | 事故の概要 | サービス種別 | 発生時間帯 | 事故発生場所 | 事故の原因 | 再発防止の取組 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | トレーに乗っていた、他の利用者に提供したお菓子の包装紙を口に入れ、飲み込んでしまった。 | 重度障碍者等包括支援事業 | 日中 | 居室 | ・行動特性による突発的な異食。<br>・職員による見守り不足。 | ・食事及びおやつなど提供する際に本人以外の利用者分も含め異食に繋がるものは排除し提供する。 |
| 2 | 歯磨きをしている時に、差し歯が取れ、そのまま飲み込んでしまった。 | 施設入所支援 | 日中 | その他 | ・異変を感じて吐き出していただける可能性は低いので、完全に防ぐことは難しいと感じている。 | ・口腔ケアを丁寧に行い、ぐらつき等異変があった場合は状況を共有して支援に当たる。 |

③ 誤薬

| | 事故の概要 | サービス種別 | 発生時間帯 | 事故発生場所 | 事故の原因 | 再発防止の取組 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 別の利用者の薬を誤って服薬させた。 | 施設入所支援 | 朝 | 食堂 | ・食事の席等は状況に応じて変更があるが、その確認が不十分であった。<br>・内服の際、職員が口頭でもチェックをしたが、見落とした。 | ・基本の声出し、ダブルチェックを丁寧に行う。<br>・薬が分けられたケースを管理する職員は薬と利用者の確認をしっかり行う。 |
| 2 | 利用者が、食堂の配膳カートに配置してあった7名分の薬を服用した。 | 施設入所支援 | 朝 | 食堂 | ・配膳カートに薬を配置したため、利用者が持ち出せる状況を作ってしまった。<br>・配膳に気を取られ、薬から目を離してしまった。 | ・必ず手渡しで薬を引継し、支援員の目が届かない状況で利用者が薬に触れることがないよう徹底。<br>・薬の管理に関して、食事支援と服薬支援を分けて対応できる体制を検討、支援の変更。 |
| 3 | 利用者が、本人分と他利用者3名分の薬を服用した。 | 共同生活援助 | 朝 | 食堂 | ・利用者の手が届くカウンターに薬を置き、そのまま、他の利用者を起こすため食堂を離れてしまった。 | ・薬は、一時的であっても、利用者の手が届かない鍵のかかる場所で保管し、服用時にそこから取り出すようにする。 |

④ 行方不明

| | 事故の概要 | サービス種別 | 発生時間帯 | 事故発生場所 | 事故の原因 | 再発防止の取組 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 夕食時に食堂に来ないため無断外出に気が付いた。民家から警察に連絡があり、保護された。 | 共同生活援助 | 夜間 | 事業所外 | ・複数の職員から注意されイライラしていた。<br>・何度も同じことの注意を受け憤慨し、無断外出したものと考えられる。 | ・本人の障がい特性、ケースごとの対応等を職員間で周知、統一する。<br>・本人の心情理解に努め、話したことの申し送りを行い、同じことを伝えない様に配慮する。 |
| 2 | 歯科治療後、グループホームへ帰宅する予定であったが、そのまま行方不明となり、翌日、駅の待合室に座っていたところを職員が発見した。 | 共同生活援助 | 日中 | 事業所外 | ・グループホームでの生活や利用者との関係に対する悩みを抱えていたためと考えられる。 | ・外出等は職員が同行する。<br>・連絡先を記した「連絡先カード」の携帯を求める。<br>・日常生活の中でいつもと違う様子などに気付き、早めの相談ができるよう話を聞き受ける体制を整える。 |
| 3 | 体験利用者に朝食の声がけをしたところ返事がなかったため、ドアを開けると姿がなかった。捜索したところ、当該利用者の実家から、帰宅した旨の連絡があった。 | 共同生活援助 | 朝 | 事業所外 | ・宿直室及び事務室が別棟にある為、利用者の外出などに気付くことのできない状況になっていた。 | ・職員が別棟にいても、人の出入りがわかるような機械を設置する。<br>・入居者には、外出する際、職員にその旨を伝えるよう再度確認する。 |

（２）障がい児サービス

| | 事故の概要 | サービス種別 | 発生時間帯 | 事故発生場所 | 事故の原因 | 再発防止の取組 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 工作中にカッターで自らの右手親指上部を切ってしまった。 | 放課後等デイサービス | 日中 | デイルーム | ・本児への危険の説明が不足していた。<br>・本児の活動レベルの認知が職員に不足していた。 | ・道具の使い初めに毎回、使い方と危険の説明を行う。<br>・利き手用のハサミの使用から初めて、安全に使用できる道具に段階を踏んで慣れていくようにする。 |
| 2 | バランスボールで遊んでいたときに、児童がそのボールをとび越えた。その際、着地に失敗し、左足首を骨折した。 | 放課後等デイサービス | 日中 | デイルーム | ・児童に対して道具の使用方法、危険の認知・周知が徹底されていなかった。<br>・当日、ボールを飛び越えようとした際に、危ないから飛び越えないように伝えると止めることができていたので、次はやらないと従業者が思い込んでしまった。 | ・ボールを使用する際には、しっかりと使用方法を伝える。<br>・職員が少ない時間帯や子どもの遊び方が危険だと感じたときにはボールの使用を制限するなど、安全に気を付けて使用できる環境を整えていく。<br>・障害特性の把握と共有。 |
| 3 | 公園の駐車場に駐車中の車内で、女性スタッフと児童が男性スタッフを待っていたところ、児童がスタッフの制止を強引に振りほどき、車外へ出てしまった。児童を見失ってしまったが、その後無事発見した。 | 放課後等デイサービス | 日中 | 事業所外 | ・児童の力が強くなっていて、女性スタッフでは、制止できないことを配慮していなかった。<br>・助手席から出る隙を狙っているという意識が足りなかった。 | ・当該児童を車に乗せる際には添乗者を男性とし、外部に出ることを防ぐ。<br>・そのような体制がとれるよう検討・計画し支援していく。 |

# Ⅱ. 年度比較

## 1　事故報告件数

令和2年度の事故報告件数は、前年度に比べて3件増加しました。

【表5　事故報告件数の推移】　（単位：件）

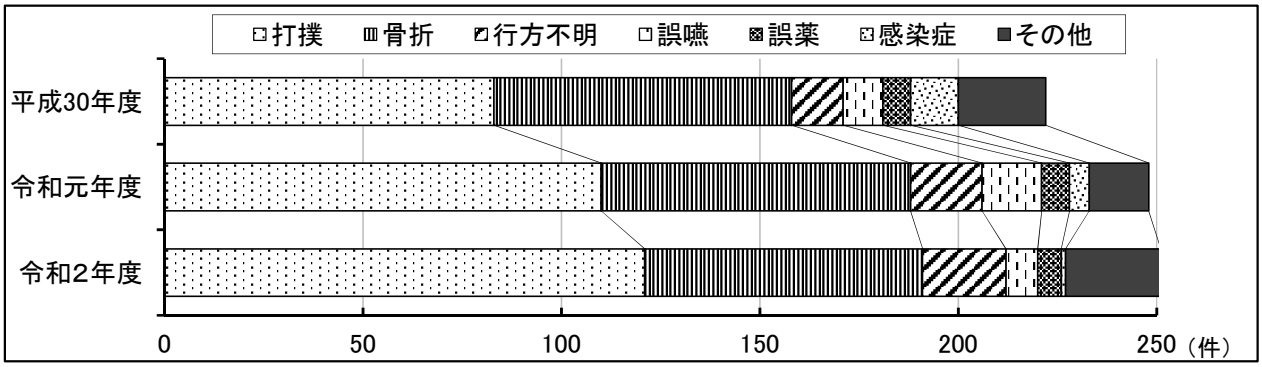
| 年度 | 平成30年度 | 令和元年度 | 令和２年度 |
|---|---|---|---|
| 件数 | 222 | 248 | 251 |

## 2　事故内容

令和2年度は前年度に比べて行方不明、打撲が増加しています。一方、感染症は減少しました。

【表6・グラフ7　事故内容別の推移】　（単位：件）

| 区　分 | 平成30年度 | 令和元年度 | 令和２年度 | 前年度比(%) |
|---|---|---|---|---|
| 打　撲 | 83 | 110 | 121 | 110.0 |
| 骨　折 | 75 | 78 | 70 | 89.7 |
| 行方不明 | 13 | 18 | 21 | 116.7 |
| 誤　嚥 | 10 | 15 | 8 | 53.3 |
| 誤　薬 | 7 | 7 | 6 | 85.7 |
| 感染症 | 12 | 5 | 1 | 20.0 |
| その他 | 22 | 15 | 24 | 160.0 |
| 合　計 | 222 | 248 | 251 | 101.2 |




## 3　死亡事故

死亡事故の原因は、誤嚥・窒息が各年度とも上位となっています。

【表7　死亡事故原因の推移】　（単位：件）

| 区　分 | 平成30年度 | 令和元年度 | 令和２年度 |
|---|---|---|---|
| 誤嚥・窒息 | 4 | 3 | 2 |
| 心疾患 | 2 | 2 | 0 |
| 脳疾患 | 1 | 1 | 1 |
| 呼吸不全 | 0 | 1 | 1 |
| 溺　水 | 0 | 0 | 1 |
| 自　殺 | 0 | 1 | 1 |
| 不　明 | 1 | 0 | 0 |
| 合　計 | 8 | 8 | 6 |

# ＜参考＞ 事故情報の活用等について

## 基本的な視点

福祉サービスは利用者の日常生活全般に対する支援や発育の助長を促すことを目的に提供するものであることから、「歩く」「食べる」など、日常生活の様々な場面で常に事故が起こる可能性があります。事故を完全になくすことは困難であり、その人らしい生活とその生活上でのリスクを、利用者、家族を含めた関係者が共有することが重要です。

万一、事故が起きてしまった場合は、適切・迅速な事故対応をすることにより、被害を最小限に抑え、さらなるトラブルの発生を防ぎ、利用者や家族との良好な関係の維持・強化につなげることができます。

なお、ケアの手順の誤りや職員のスキル不足等によって生じた事故は、サービス提供者として防ぐことができるものであり、徹底した事後対策が求められます。

事故報告は個人や事業者の責任を追及するためではなく、事故の原因や対策、教訓を広く共有することで、再発の防止、さらにはサービスの質の向上に生かす視点で収集しています。

## リスクマネジメント参考例

リスクマネジメント（危機管理）の具体的手法については、インターネットでも情報が得られますので、事業所における取組の参考としてください。

**○厚生労働省**
**「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取組指針**
**～利用者の笑顔と満足を求めて～」（概要）**
https://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/03/s0328-1.html

**○公益財団法人介護労働安定センター**
**「イラストで見る介護事故事例集」**
http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h30_kaigojiko_houkoku_panfu_20180420.pdf

**○鹿児島県社会福祉協議会**
**「福祉サービスにおけるリスクマネジメントモデル」**
http://www.kaken-shakyo.jp/riyoshien/unteki/28risk_management.pdf

## 事故等報告書の提出について

○障害福祉サービス事業所等における事故発生時の対応は、事業所指定基準条例等で定められています。

○サービス提供中に事故が発生した場合、「障害福祉サービス事業所等における事故等発生時の報告について」（平成29年３月10日付け28障第720号長野県健康福祉部障がい者支援課長通知）に基づき、すみやかに事故等報告書を提出してください。

**＜事故等報告様式の電子データ掲載場所＞**
長野県ホームページ>健康・医療・福祉>障がい者福祉>障害福祉サービス>障害福祉サービス事業者向け情報>障害福祉サービス事業者の皆さまへ>11.事故発生時の報告について
https://www.pref.nagano.lg.jp/shogai-shien/kenko/shogai/shogai/joho/jigyosha/index.html#jiko

2021年度　集団指導

# 虐待防止について

長野県健康福祉部障がい者支援課

虐待防止推進員　藤沢　久子

# １　障害者虐待防止法について

（１）法律第一条の抜粋

（障害者の虐待防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律）

第一条

　この法律は、障害者に対する虐待が障害者の尊厳を害するものであり、障害者の自立及び社会参加にとって障害者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等に鑑み、…省略…　障害者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって障害者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

# （2）障害者虐待防止法が目指すもの

**単に「虐待を防止する」というだけの**
**ことではない！と思います。**

- 障がいのある方との**共生社会**の実現及び**権利擁護**が大前提
- 障がい者虐待を防止すること

  ＝障がいのある方の権利擁護の推進

  ＝障がいのある方にとって事業所や地域を

  より良い環境にすること

# 施設保護から地域共生社会へ

・ノーマライゼーションの流れ（1959年デンマーク）
⇒共生社会の実現、障がい者の権利擁護

・社会福祉基礎構造改革（1990年代）
⇒「措置」から「契約」へ

・『障害者権利条約』国連採択（2006年）
「私たちのことを私たち抜きで決めないで！」

・**障害者虐待防止法**（2011年）
・**障害者差別解消法**（2013年）

・日本『障害者権利条約』に批准（2014年）

**保護の対象から権利の主体へ**
**医学モデルから社会モデルへ**

参考資料4

# 令和元年度　障害者虐待対応状況調査＜障害者福祉施設従事者等による障害者虐待＞

## 相談通報

2,761件

主な通報届出者内訳

- 本人による届出（18.4%）
- 設置者・管理者（14.5%）
- 当該施設・事業所その他職員（14.2%）
- 家族・親族（13.0%）
- 相談支援専門員（9.1%）

2,476件

## 市区町村

＊平成30年度に通報・届出があった事案82件を含む

**事実確認調査（2,817件）**

- 事実確認調査を行った事例　2,405件
  - うち、虐待の事実が認められた事例　613件
  - うち、さらに都道府県による事実確認調査が必要とされた事例　11件
- 事実確認調査を行わなかった事例　412件
  - うち、都道府県へ事実確認調査を依頼した事例　13件

259件（連絡した市区町村数）

※4　533件

※4　21件

285件

## 都道府県

＊平成30年度に通報・届出があった事案5件を含む
＊監査・実地指導等により判明した事案5件を含む

- 事実確認調査を行った事例（65件）
  - 更に都道府県において事実確認を行った事例で虐待事実が認められた事例　3件　3件
  - 都道府県調査により虐待の事実が認められた事例　11件　11件

**虐待の事実が認められた事例**

547件

被虐待者 734人※1
虐待者 654人※2

（死亡事例：2人）

## 障害者総合支援法等による権限行使等

### 市区町村による指導等

- 施設等に対する指導　324件
- 改善計画提出依頼　271件
- 従事者への注意・指導　161件

### 障害者総合支援法等による権限の行使等

- 報告徴収・出頭要請・質問・立入検査　182件
- 改善勧告　31件
- 改善命令　2件
- 指定の全部・一部停止　11件
- 指定取消※3　3件
- 都道府県・政令市・中核市等による指導　253件

## 虐待者（654人）

- 性別
  男性（68.0%）、女性（32.0%）
- 年齢
  50～59歳（19.1%）、60歳以上（16.5%）
  30～39歳（14.1%）
- 職種
  生活支援員（42.0%）、
  その他従事者（9.0%）、世話人（7.6%）、
  サービス管理責任者（7.3%）、
  管理者（7.2%）

市区町村等職員が判断した虐待の発生要因（複数回答）

| | |
|---|---|
| 教育・知識・介護技術等に関する問題 | 59.8% |
| 職員のストレスや感情コントロールの問題 | 55.3% |
| 倫理観や理念の欠如 | 53.6% |
| 虐待を助長する組織風土や職員間の関係性の悪さ | 16.2% |
| 人員不足や人員配置の問題及び関連する多忙さ | 24.2% |

虐待行為の類型（複数回答）

| 身体的虐待 | 性的虐待 | 心理的虐待 | 放棄、放置 | 経済的虐待 |
|---|---|---|---|---|
| 52.7% | 13.2% | 40.0% | 7.3% | 9.9% |

障害者虐待が認められた事業所種別

| | 件数 | 構成割合 |
|---|---|---|
| 障害者支援施設 | 160 | 29.3% |
| 居宅介護 | 16 | 2.9% |
| 重度訪問介護 | 11 | 2.0% |
| 同行援護 | 1 | 0.2% |
| 行動援護 | 2 | 0.4% |
| 療養介護 | 14 | 2.6% |
| 生活介護 | 68 | 12.4% |
| 短期入所 | 20 | 3.7% |
| 重度障害者等包括支援 | 1 | 0.2% |
| 自立訓練 | 1 | 0.2% |
| 就労移行支援 | 5 | 0.9% |
| 就労継続支援A型 | 22 | 4.0% |
| 就労継続支援B型 | 47 | 8.6% |
| 共同生活援助 | 90 | 16.5% |
| 一般相談支援事業所及び特定相談支援事業所 | 5 | 0.9% |
| 移動支援事業 | 8 | 1.5% |
| 地域活動支援センターを経営する事業 | 5 | 0.9% |
| 福祉ホームを経営する事業 | 1 | 0.2% |
| 児童発達支援 | 5 | 0.9% |
| 放課後等デイサービス | 64 | 11.7% |
| 児童相談支援事業 | 1 | 0.2% |
| 合計 | 547 | 100.0% |

## 被虐待者（734人）

- 性別
  男性（61.0%）、女性（39.0%）
- 年齢
  ～19歳（19.1%）、20～29歳（18.7%）
  40～49歳（18.5%）、30～39歳（16.8%）
- 障害種別（重複障害あり）

| 身体障害 | 知的障害 | 精神障害 | 発達障害 | 難病等 |
|---|---|---|---|---|
| 21.3% | 78.7% | 11.7% | 3.7% | 1.2% |

- 障害支援区分のある者　（72.9%）
- 行動障害がある者　（37.5%）

※1　不特定多数の利用者に対する虐待のため被虐待障害者が特定できなかった等の14件を除く533件が対象。
※2　施設全体による虐待のため虐待者が特定できなかった17件を除く530件が対象。
※3　指定取消は、虐待行為のほか人員配置基準違反や不正請求等の違反行為等を理由として行ったもの。
※4　同じ事例で、複数の市区町村が報告した事例等があるため一致しない。

# 令和元年度における障がい者虐待の状況

「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成23年６月24日法律第79号）第20条の規定により公表することとされている障がい者福祉施設従事者等による障がい者虐待の状況等は以下のとおりです。

| | |
|---|---|
| １.件数 | ７件 |
| 2.虐待の種別　（重複あり） | 身体的虐待、性的虐待、心理的虐待、 |
| 3.虐待があった施設等の種別 | 障がい者支援施設（3件）<br>短期入所（1件）<br>就労継続支援B型（３件） |
| 4.虐待を行った従業員等の職種 | 設置者・経営者、生活支援員、 |
| 5.虐待に対して採った措置 | 施設に対する調査を行い、適切な対応と改善報告の提出の指示 及び改善状況の確認 |



長野県ＨＰ　http://www.pref.nagano.lg.jp/shogai-shien/gyakutaikensu.html

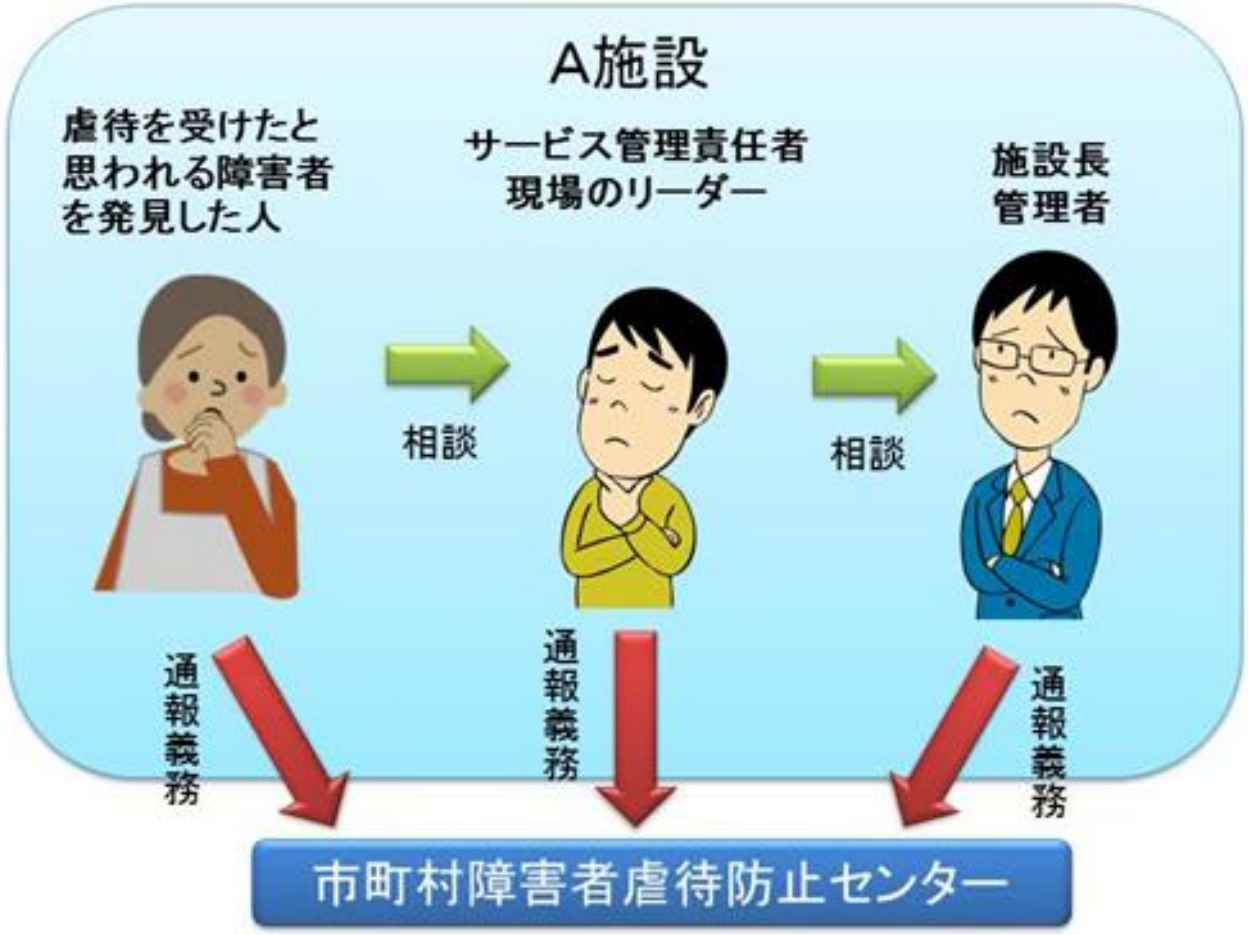
# 県内及び全国の状況

## ~令和元年度障がい者福祉施設従事者等による障がい者虐待~

| 区分 | | 長野県内 | 全国 |
|---|---|---|---|
| **相談・通報件数** | | 65件 | 2,761件 |
| **事実確認により虐待と認められた件数** | | 7件 | 547件 |
| 虐待の種別（重複あり） | 身体的虐待 | 4件 | 288件 |
| | 性的虐待 | 1件 | 72件 |
| | 心理的虐待 | 6件 | 219件 |
| | 放棄・放置 | 0件 | 40件 |
| | 経済的虐待 | 0件 | 54件 |

長野県ＨＰ　http://www.pref.nagano.lg.jp/shogai-shien/gyakutaikensu.htm

施設・事業所で虐待の疑いが起こったら、相談を受けた人も含めて、必ず通報しなくてはいけません。




厚労省「障害者福祉施設における障害者虐待防止と対応の手引き」より

# 身体的虐待の例

- 本人に向けられた危険な行為や身体に何らかの影響を与える行為。
  - 本人に向けて物を壊したり、投げつけたりする。
  - 本人に向けて刃物を近づけたり、振り回したりする。
- 本人の利益にならない強制による行為によって痛みを与えたり、代替方法があるにもかかわらず障害者を乱暴に取り扱う行為。
  - 医学的判断に基づかない痛みを伴うようなリハビリを強要する。
  - 移動させるときに無理に引きずる。無理やり食事や飲み物を口に入れる。本人の利益にならない強制による行為、代替方法を検討せずに障害者を乱暴に扱う行為
  - 介助がしやすいように、職員の都合でベッド等へ抑えつける。
  - 食事の際に、職員の都合で、本人が拒否しているのに口に入れて食べさせる、飲み物を飲ませる。

# 性的虐待の例

- あらゆる形態の性的な行為又はその強要
  - 排泄の失敗に対して懲罰的に下半身を裸にして放置する。
  - 排泄や着替えの介助がしやすいという目的で、下（上）半身を裸にしたり、下着のままで放置する。
  - 本人の前でわいせつな言葉を発する、又は会話する。性的な話を強要する（無理やり聞かせる、無理やり話させる）。

# 心理的虐待の例

- 脅しや侮辱などの言語や威圧的な態度、無視、嫌がらせ等によって、精神的苦痛を与えること。
  - 障害に伴う言動などを嘲笑したり、それを人前で話すなどにより、障害者に恥をかかせる（排泄の失敗、食べこぼしなど）。
  - 侮蔑を込めて、子どものように扱う。
  - 話しかけているのに意図的に無視する
  - 排泄交換や片づけをしやすいという目的で、本人の尊厳を無視して、トイレに行けるのにおむつをあてたり、食事の全介助をする。
  - 台所や洗濯機を使わせないなど、生活に必要な道具の使用を制限する。
  - 家族や親族、友人等との団らんから排除する。

- 威嚇的な発言、態度
  - 「この（施設等）にいられなくなるよ」「追い出す」な

- 侮辱的な発言態度
  - 排泄の失敗や食べこぼしなどを嘲笑する。
  - 排泄介助の際、「臭い」「汚い」などと言う。
  - 子ども扱いするような呼称で呼ぶ。
  - 本人の意思に反して呼び捨て、あだ名などで呼ぶ。

# 心理的虐待の例

- 障害者や家族の存在や行為、尊厳を否定、無視するような発言、態度
  - 無視する。
  - 「意味もなく呼ばないで」「どうしてこんなことができないの」などと言う。
  - 話しかけ等を無視する。
  - 障害者の大切にしているものを乱暴に扱う、壊す、捨てる。
  - したくてもできないことを当てつけにやってみせる（他の利用者にやらせる）。
- 障害者の意欲や自立心を低下させる行為
  - 自分で食事ができるのに、職員の都合を優先し、本人の意思や状態を無視して食事の全介助をする、職員が提供しやすいように食事を混ぜる。
  - 自分で服薬ができるのに、食事に薬を混ぜて提供する。
- 交換条件の提示
  - 「これができたら外出させてあげる」「買いたいならこれをしてからにしなさい」などの交換条件を提示する。
- 心理的に障害者を不当に孤立させる行為
  - 面会者が訪れても、本人の意思や状態を無視して面会させない。
- その他著しい心理的外傷を与える言動
  - 本人の意思に反した異性介助を繰り返す。
  - 浴室脱衣所で、異性の利用者を一緒に着替えさせたりする。

# ネグレクトの例

- 意図的であるか、結果的であるかを問わず、介助や生活の世話を行っている者が、その提供を放棄又は放任し、障害者の生活環境や、障害者自身の身体・精神的状態を悪化させていること。
  - 室内にごみを放置する、掃除をしない、冷暖房を使わせないなど、劣悪な住環境の中で生活させる。
- 専門的診断や治療、ケアが必要にもかかわらず、障害者が必要とする医療・障害福祉サービスなどを、周囲が納得できる理由なく制限したり使わせない、放置する。
  - 支援者が医療機関への受診や専門的ケアが必要と説明しているにもかかわらず、無視する。
  - 必要な障害福祉サービスを利用させない、利用を制限する。
- 障害者の権利や尊厳を無視した行為又はその行為の放置
  - 他の利用者に暴力を振るう障害者に対して、何ら予防的手立てをしていない。
  - 話しかけ等に対し「ちょっと待って」と言ったまま対応しない。

# 経済的虐待の例

- 本人の同意（表面上は同意しているように見えても、本心からの同意かどうかを見極める必要がある。）なしに財産や金銭を使用し、本人の希望する金銭の使用を理由なく制限すること。
  - 日常生活に必要な金銭を渡さない、使わせない。不当に制限する。
  - 年金や賃金を管理して渡さない。
  - 年金や預貯金を無断で使用する。
  - 事業所、法人に金銭を寄付・ 贈与するよう強要する。
  - 本人の財産を、本人が知らない又は支払うべきではない支払に充てる。
  - 立場を利用して、「お金を貸してほしい」と頼み、借りる。
  - 本人に無断で親族にお金を渡す、貸す。

# 虐待が発生する背景

## 虐待者

- 障がい特性への理解不足
- 余裕がない
- 虐待への認識不足
- 感情の制御が困難　など

## 被虐待者

- 虐待に気付かない
- 意思表出が難しい

など

## 職場環境

- 相談できない雰囲気
- 外部の目が届かない
- ストレスマネジメント　など

## その他

- 事業所が孤立している
- 被虐待者の家族の気持ち

など

# 深刻な虐待に共通して起きていること

1） 小さな虐待から大きな虐待にエスカレート

2） 結果、利用者の死亡、骨折など取り返しのつかない被害

3） 複数の職員が複数の利用者に対して長期間に渡り虐待

4） 通報義務の不履行

5） 設置者、管理者による組織的な虐待の隠ぺい

6） 事実確認調査に対する虚偽答弁（警察が送検した事例も）

7） 警察の介入による加害者の逮捕、送検

8） 事業効力の一部停止等の重い行政処分

9） 行政指導に基づく設置者、管理者の交代

10） 検証委員会の設置による事実解明と再発防止策の徹底

※起きた事実は変えることはできません。隠さない、嘘をつかないことが重要！

厚労省障害者福祉施設、障害福祉サービス事業所における障害者虐待防止法の理解と対応
職場内研修用冊子より

# 虐待を防止するために

障がい者虐待はどこでも起こり得ます。
小さな芽を見逃さず、小さなうちに摘み取りましょう

## １．チェックリストを活用する

○施設・地域における障害者虐待防止チェックリスト（※４）

Ａ：体制整備チェックリスト

社会福祉法人　全国社会福祉協議会「障害者の虐待防止に関する検討委員会」平成 23 年 3 月版

【規定、マニュアルやチェックリスト等の整備】

| 項目 | チェック欄 |
|---|---|
| 1. 倫理綱領、行動規範等を定めている。 | □はい<br>□いいえ |
| 2. 倫理綱領、行動規範等について職員への周知徹底ができている。 | □できている<br>□できていない |
| 3. 虐待防止マニュアルやチェックリスト等を作成している。 | □はい<br>□いいえ |
| 4. 虐待防止マニュアルやチェックリスト等について、職員に周知徹底するとともに、活用している。 | □できている<br>□できていない |
| 5. 緊急やむを得ない場合の身体拘束等の手続き、方法を明確に定め、職員に | □できている<br>□できていない |
| 6. 身体拘束について検討する場を定期的に設けている。 | □はい<br>□いいえ |
| 7. 緊急やむを得ない場合の身体拘束等について、利用者（家族）に説 | □はい |

施設・地域における障害者虐待防止チェックリスト
施設・地域における障害者虐待防止チェックリスト

Ｃ：職員セルフチェックリスト

社会福祉法人　全国社会福祉協議会「障害者の虐待防止に関する検討委員会」平成 23 年 3 月版

| ≪チェック項目≫ | チェック欄 |
|---|---|
| 1. 利用者への対応、受答え、挨拶等は丁寧に行うよう日々、心がけている。 | □できている<br>□できていな |
| 2. 利用者の人格を尊重し、接し方や呼称に配慮している。 | □できている<br>□できていな |
| 3. 利用者への説明はわかり易い言葉で丁寧に行い、威圧的な態度、命令口調にならないようにしている。 | □できている<br>□できていな |
| 4. 職務上知りえた利用者の個人情報については、慎重な取扱いに留意している。 | □できている<br>□できていな |
| 5. 利用者の同意を事前に得ることなく、郵便物の開封、所持品の確認、見学者等の居室への立ち入り等を行わないようにしている。 | □できている<br>□できていな |
| 6. 利用者の意見、訴えに対し、無視や否定的な態度をとらないようにしている。 | □できている<br>□できていな |
| 7. 利用者を長時間待たせたりしないようにしている。 | □できている |

厚労省手引き　P48～
「施設・地域における障害者虐待防止チェックリスト」

# ２．職員の権利擁護意識を向上させる

➢　職場内教育

職場内虐待防止研修用冊子
厚労省手引きP20～
「障害者福祉施設、障害福祉サービス事業所における障害者虐待防止法の理解と対応」（別冊）

➢「障がい者虐待防止・権利擁護研修（県実施）」の受講
…毎年テーマを変えて実施しています。
管理者もしくはサービス管理責任者、サービス提供責任者、児童発達支援管理責任者の参加をお願いします。

# 大切にしていただきたいこと

- 法の目的に沿って対応をしていただくことが大切です。
- 法が施行された背景、目的を理解し、障がいのある方に寄り添った対応を行いましょう。
- 職員が働きやすい職場環境づくりは、虐待を防止することにつながります。

＜参考＞
厚労省が作成している虐待防止と対応の手引き
長野県ホームページ＞健康・医療・福祉＞障がい者福祉＞相談窓口＞長野県障がい者権利擁護（虐待防止）センター＞障がい者虐待の手引き、対応フロー図＞障がい者福祉施設等における障がい者虐待の防止と対応の手引き（令和2年10月）
https://www.pref.nagano.lg.jp/shogai-shien/kenko/shogai/sodan/kenriyougo/documents/jigyouysotebiki.pdf

市町村障がい者虐待防止センター連絡先
長野県ホームページ＞健康・医療・福祉＞障がい者福祉＞相談窓口＞長野県障がい者権利擁護（虐待防止）センター＞市町村障がい者虐待防止センター一覧
https://www.pref.nagano.lg.jp/shogai-shien/kenko/shogai/sodan/kenriyougo/documents/r3_gyakutai-madoguchi.pdf

長野県PRキャラクター「アルクマ」
© 長野県アルクマ

# ご清聴ありがとうございました

令和3年度指定障害福祉サービス事業者等集団指導資料

# 「福祉・介護職員処遇改善（特別）加算」及び「福祉・介護職員等特定処遇改善加算」について

## 令和3年度障害福祉サービス等報酬改定における処遇改善加算等の主な変更点

**【加算区分（Ⅳ）、（Ⅴ）、特別加算廃止】**

○　令和3年3月31日をもって処遇改善加算の区分（Ⅳ）、（Ⅴ）及び処遇改善特別加算は廃止。

※　経過措置として、令和3年3月から引き続き令和3年度も当該加算を取得する事業所においては、令和4年3月31日まで、従前通り算定可能。

**【加算率の変更】**

○　加算率の算定方法の見直しに伴い、令和3年度から加算率を変更。
（短期入所については、新たに短期入所としての加算率を設定。）

※　障害者支援施設が行う日中活動系サービスに係る例外的取扱いについては、加算率の変更による影響を緩和する観点から、今回の報酬改定においては、加算率を見直した上で継続された。

**【職場環境等要件の内容等の変更】**

○　職場環境等要件について、各事業者による職場環境改善の取組をより実効性が高いものとする観点から、内容の見直しが行われた。

「入職促進に向けた取組」、「資質の向上やキャリアアップに向けた支援」、「両立支援・多様な働き方の推進」、「腰痛を含む心身の健康管理」、「生産性の向上のための業務改善の取組」及び「やりがい・働きがいの醸成」の6つの区分から3つの区分を選択し、それぞれで1つ以上の取組を行うこと。なお、処遇改善加算と特定処遇改善加算において、異なる取組を行うことまでは求められない。

○　職場環境等要件に基づく取組の実施について、原則、届出に係る計画の期間中における取組の実施が必要となる。

※　届出に係る計画の期間中に実施できない合理的理由がある場合は、例外的に前年度の取組実績をもって、要件を充たすものと認められる。

## 令和3年度障害福祉サービス等報酬改定における処遇改善加算等の主な変更点

**【配分ルールの変更（特定処遇改善加算）】**

○ 特定処遇改善加算の事業所における配分方法について、これまで、平均賃金改善額について、「経験・技能のある障害福祉人材（A）」は「他の障害福祉人材（B）」の2倍以上とする取扱いを平均賃金改善額について、「経験・技能のある障害福祉人材（A）」は「他の障害福祉人材（B）」を上回ることとする、に変更。

**【職員分類の変更特例（特定処遇改善加算）】**

○ 特定処遇改善加算における職員分類の変更特例の例示に以下が追記された。

a 通常の分類では「他の障害福祉人材」に分類される職員であって、研修等で専門的な技能を身につけた勤続10年以上の職員（例）
- 相談支援従事者研修修了者
- 社会福祉主事
- 教員免許保有者

b 通常の分類では「その他の職種」に分類される職員であって、個別の障害福祉サービス等の類型ごとに必要となる専門的な技能によりサービスの質の向上に寄与している職員（例）
- サービス管理責任者研修修了者
- 産業カウンセラー資格保有者

※ 従前と同様に、当該例示は適用の可否を決める限定列挙ではないため、各事業所等において、経験・技能等を鑑みて、通常の職員分類では適正な評価ができない職員がいるかどうかを考慮し、職員分類の変更特例を適用するかどうか判断すること。

## 処遇改善加算・特定処遇改善加算の届出

**【障害福祉サービス等処遇改善計画書】**

○ 4月（年度当初）から算定する場合 ： 毎年**2月末日まで**に計画書の提出が必要

○ 5月以降から算定する場合 （法人として初めて加算を算定） ： **前々月の末日まで**に計画書の提出が必要

○ 年度内に届け出ている計画書に変更がある場合 ： **前月の15日まで**に変更届出書の提出が必要

※ 注意事項
- 年度ごとに計画書の提出が必要。
- 同一法人で複数の当該加算算定事業所がある場合は、基本的には法人でまとめて提出。
- 計画書の提出の際、事業所一覧に記載されていない事業所及びサービスについては、処遇改善加算等の算定対象外となるためため、記載漏れの無いよう注意すること。

※ 変更の届け出が必要な変更内容
- 会社法による吸収合併、新設合併等による計画書の作成単位の変更
- **新規指定・廃止等による事業所の増減**
- 就業規則、給与規定等の改正
- キャリアパス要件等に関する適合状況に変更があり、**該当する加算の区分に変更が生じる場合**
- 配置等要件に関する適合状況に変更があり、**該当する加算の区分に変更が生じる場合**
- **前年度の福祉・介護職員の賃金総額、前年度の賃金総額、前年度のグループごとの平均賃金額に変更が生じる場合**

## 処遇改善加算・特定処遇改善加算の届出

**【障害福祉サービス等処遇改善実績報告書】**

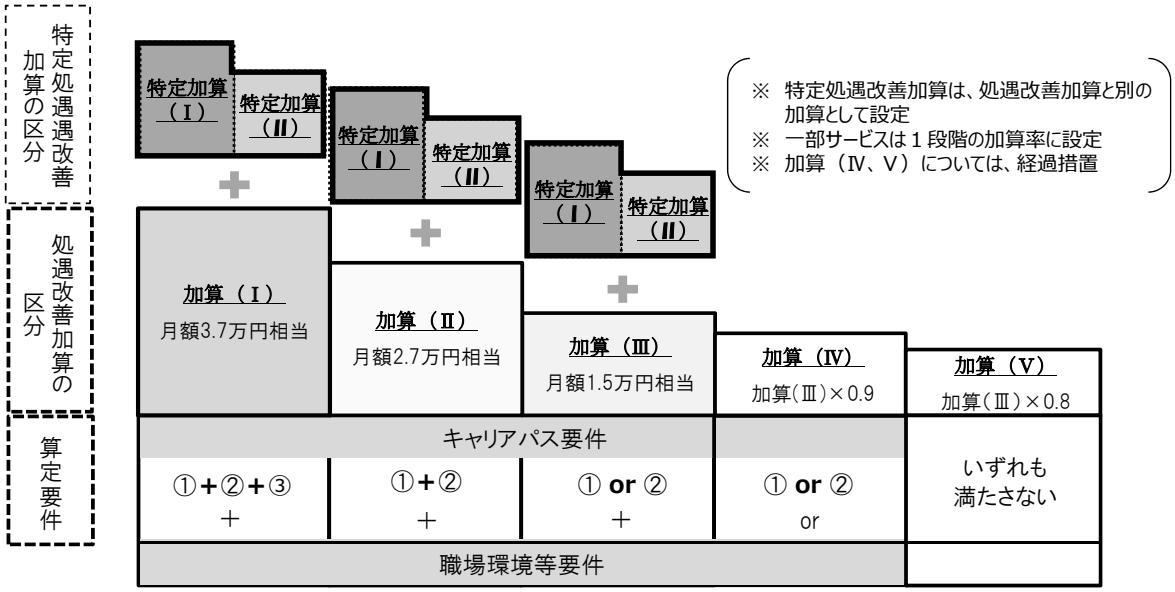
○ 提出期限 ： **各事業年度における最終の加算の支払いがあった月の翌々月の末日まで**

（例） 令和2年度末まで加算を取得した場合、事業所への自立支援給付費の最終の支払いは令和3年5月
＝＞ 令和3年7月末日が報告の期限

※ 注意事項
- 年度ごとに実績報告が必要。
- 計画書と同じ単位で作成が必要。
  （例） 同一法人で複数の当該加算算定事業所をまとめて計画を作成した場合、法人でまとめて作成。
- 実績報告書は2年間保存する。
- 当該年度の計画に基づいて実績報告書を作成するにあたり、計画書における前年度の福祉・介護職員の賃金総額、前年度の賃金総額、前年度のグループごとの平均賃金額に変更が生じていないか注意が必要。

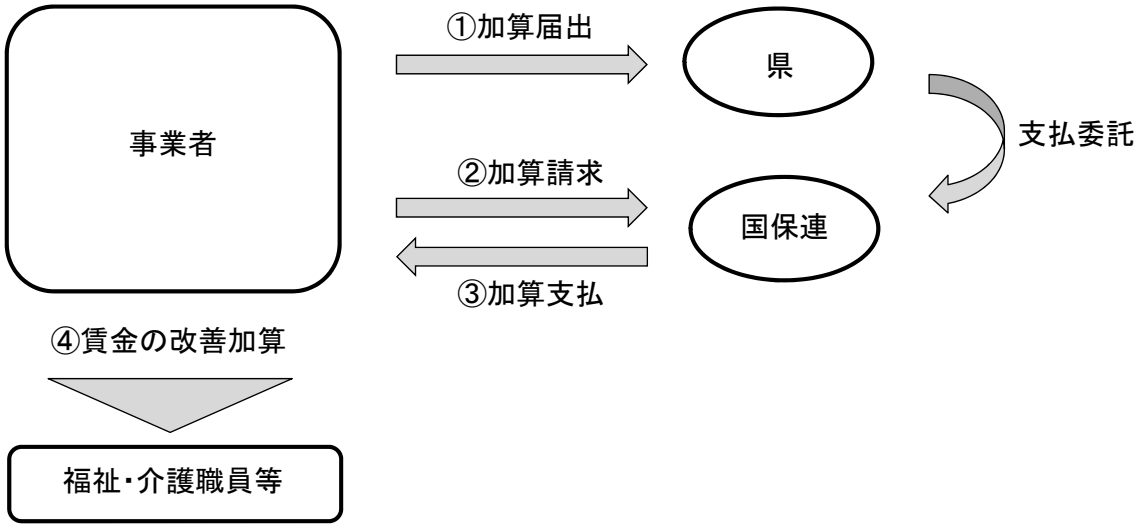
## 処遇改善加算全体のイメージ

【処遇改善加算とは】
福祉・介護職員の安定的な処遇改善を図るために、事業所が「（処遇改善加算を除く報酬額）×加算率」により算定された加算額を取得し、加算額以上の賃金改善を福祉・介護職員に行うことを目的に創設された加算。



## 処遇改善加算取得の流れ

＜加算の届出の流れ＞

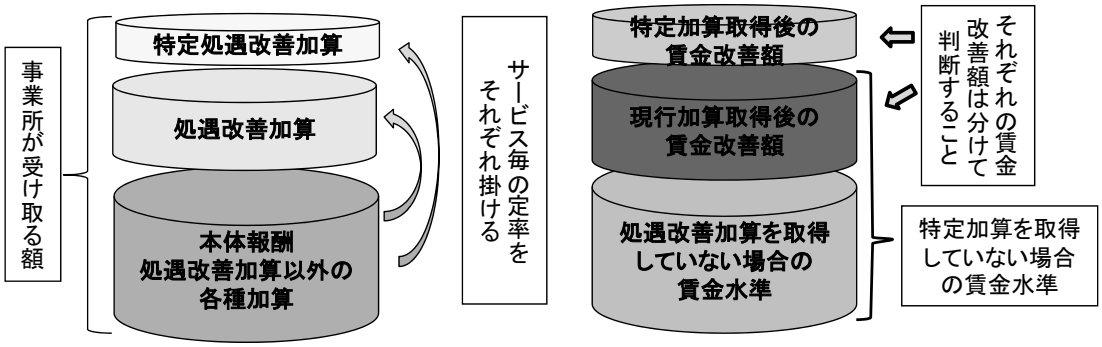



加算を取得した事業者は、福祉・介護職員の研修機会の確保や雇用管理の改善などとともに、加算の算定額に相当する賃金改善を実施する。

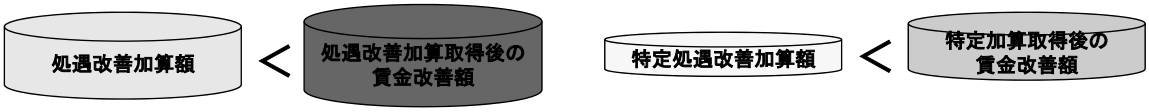
事業者は県に加算の届出をした上で、国保連に加算請求を行う。
支払の委託を受けた国保連は事業者に加算（報酬）を支払い、事業者は福祉・介護職員の賃金改善を行う。

## 加算の算定額に相当する賃金改善の実施

賃金改善は、加算を取得していない場合の賃金水準と、加算を取得し実施される賃金水準との差分を用いて算定する。
なお、比較時点において勤務実績のない福祉・介護職員については、当該福祉・介護職員と同職であって、勤続年数等が同等の職員の賃金水準と比較する。




現行加算及び特定加算について、各加算額に対し、賃金水準と比較した賃金改善額がそれぞれ上回ること




賃金改善に係る留意点
特定加算の取得要件に係る取組に要する費用は、賃金改善の実施に要する費用に含まれない。

## 福祉・介護職員処遇改善（特別）加算の概要

| 加算概要 | |
|---|---|
| 対象サービス | 就労定着支援・自立生活援助・相談支援　を除く全サービス |
| 対象職種 | ホームヘルパー、生活支援員、児童指導員、保育士、障害福祉サービス経験者、世話人、職業指導員、地域移行支援員、就労支援員、訪問支援員、夜間支援従事者、共生型障害福祉サービス等事業所及び特定基準該当障害福祉サービス等事業所に従事する介護職員<br>（福祉・介護職員処遇改善特別加算は対象職種の限定なし） |

| 加算区分 | 加算要件 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | キャリアパス要件Ⅰ | キャリアパス要件Ⅱ | キャリアパス要件Ⅲ | 職場環境等要件 | その他 |
| 処遇改善加算（Ⅰ） | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 処遇改善加算（Ⅱ） | ○ | ○ | × | ○ | ○ |
| 処遇改善加算（Ⅲ） | △ | | × | ○ | ○ |
| 処遇改善加算（Ⅳ） | △ | | × | △ | ○ |
| 処遇改善加算（Ⅴ） | × | | | | ○ |
| 特別 | × | | | | ○ |

○：要件を満たす／△：いずれかの要件を1つ満たす／×：要件を満たさない

## 福祉・介護職員処遇改善（特別）加算の算定要件①

| 各要件の内容 | | |
|---|---|---|
| キャリアパス要件Ⅰ | 以下全てを満たす。<br>①職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定めている。<br>②職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系を定めている。<br>③①及び②を明文化し、職員に周知している。 | |
| キャリアパス要件Ⅱ | ①、②のいずれかを満たし、その内容を職員に周知している。<br>①研修機会の提供又は技術指導等を実施し、職員の能力評価を行う。<br>②資格取得のための支援を実施する。 | |
| キャリアパス要件Ⅲ | ①、②、③、いずれかの要件を満たした上で、その内容を明文化し、職員に周知している。<br>①経験に応じて昇給する仕組み<br>②資格等に応じて昇給する仕組み<br>③一定の基準に基づき定期に昇給する仕組み | |
| | ①経験 | 「勤続年数」や「経験年数」等に応じて昇給する仕組み。 |
| | ②資格等 | 「介護福祉士」や「実務者研修修了者」等、資格の取得や研修の修了に応じて昇給する仕組み。<br>※既に「介護福祉士」の資格を取得している職員が、「社会福祉士」等、新たな資格を取得した際についても昇給が図られる必要がある。 |
| | ③一定の基準 | 「実技試験」や「人事評価」等の取得に応じて昇給する仕組み。<br>※客観的な評価基準・昇給条件や昇給の判定時期（「年一回」、「毎年10月」等）について、規定等の中で具体的に明示されている必要がある。 |

## 福祉・介護職員処遇改善（特別）加算の算定要件②

| 各要件の内容 | |
|---|---|
| 職場環境等<br>要件 | いずれかの職場環境向上の取組を行う。（具体例は計画書中に記載） |
| その他<br>（基本要件） | 以下全てを満たす。<br>①処遇改善計画書の作成。<br>②同計画書を指定権者へ届出、及び職員へ周知。<br>③賃金改善の実施。<br>④実績報告書の提出。<br>⑤労働基準法等の違反による罰金以上の刑に処せられていない。<br>⑥労働保険料の納付が適切に行われている。 |

**【経過措置について】**

**<u>加算（Ⅳ）、（Ⅴ）及び処遇改善特別加算　については、令和3年3月31日をもって廃止され、令和3年3月から引き続き令和3年度も当該加算を取得する事業所のみが令和4年3月31日まで、従前通り算定可能。</u>**

当該加算を算定している事業所においては加算（Ⅲ）以上の取得等を行えるよう、要件の整備等を検討いただきたい。（特定処遇改善加算についても、加算Ⅲ以上の算定が要件とされている。）

## キャリアパス要件の考え方

| キャリアパス要件Ⅰ | |
|---|---|
| 職位、職責又は職務内容等に応じた任用要件と賃金体系を就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知する。 | |
| 職位 | 介護士長、フロアリーダー、主任、上級ヘルパー、中級ヘルパーなど、介護職員として2段階以上の職位を定めること。<br>指定基準上当然配置する職種（管理者、サービス管理責任者、サービス提供責任者、生活支援員など）のみの定めは対象外。<br>職位の名称は法人独自のもので可。 |
| 職責又は<br>職務内容 | 職位で定めた2段階以上の職位間における職責や職務内容の違いを定める。<br>（上級ヘルパーの職責として「困難事例に対応する」「初級ヘルパーの指導に当たる」など） |
| 任用要件 | 職位で定めた上級ヘルパー、主任等定めた上位の職位になるためにはどうしたらよいかを定める。<br>（「サービス提供〇〇時間以上」「介護福祉士有資格者」「当法人が実施する昇任試験に合格する」など） |
| 賃金体系 | 職位に応じて給与表を分ける、あるいは上位職位に〇〇手当を付けるなど、上位職位の職員を賃金で評価し、各職位に対応する賃金を明示する。 |
| 書面での<br>整備 | 就業規則、給与規定等に上記の内容を記載し、介護職員に周知する。<br>就業規則とは別にキャリアパス表等で定めることでも可。 |

## （参考）キャリアパス表の例

（例1）訪問系サービス事業所の例

| 職位 | 職責及び職務内容 | 任用要件 | 賃金評価 |
|---|---|---|---|
| 上級<br>ヘルパー | ・中級、初級ヘルパーの指導に当たる。<br>・困難事例への対応をする。 | ・介護福祉士有資格<br>・当法人でのサービス提供時間が900時間以上<br>・当法人が実施する上級ヘルパー試験に合格 | ・上級ヘルパー手当<br>5,000円／月<br>・時給50円アップ |
| 中級<br>ヘルパー | ・専門性をもってサービス提供ができる。 | ・当法人でのサービス提供時間が500時間以上<br>・当法人が実施する中級ヘルパー試験に合格 | ・中級ヘルパー手当<br>3,000円／月<br>・時給30円アップ |
| 初級<br>ヘルパー | ・上級ヘルパーの指導のもとサービス<br>提供ができる。 | ・介護職員初任者研修修了 | |

（例2）通所・入所系サービス事業所の例

| 職位 | 職責及び職務内容 | 任用要件 | 賃金評価 |
|---|---|---|---|
| 介護主任 | ・専門職としての高度かつ適切な技術を身<br>につけ、指導・育成等の役割を果たす。<br>・他部門や地域の関係機関と連携する。 | ・介護福祉士有資格<br>・当法人が実施する介護主任試験に合格 | ・給与表Ⅰ－イ適用<br>・主任手当10,000円／月 |
| フロア<br>リーダー | ・チームケアの重要性を理解し、日常的にメ<br>ンバー間の信頼関係を構築しつつ、課題の<br>解決に組織的に取り組む。 | ・介護福祉士有資格<br>・勤続年数3年以上 | ・給与表Ⅰ－ロ適用<br>・リーダー手当5,000円／月 |
| ケア<br>スタッフ | ・法人の理念と目標を理解し、組織の一員と<br>して業務を確実に行う。 | ・介護職員初任者研修修了 | ・給与表Ⅰ－ハ適用 |

## キャリアパス要件の考え方

| キャリアパス要件Ⅱ | |
|---|---|
| 資質向上のための目標を定め、その実現のための取り組みとして、次の①又は②を実施する。 | |
| ① 研修の機会の提供 | 研修計画を定め、研修機会の提供又は技術指導等を実施するとともに、職員の能力評価を行う。 |
| ② 資格取得の支援 | 資格取得のための支援を実施する。<br>（例）「資格取得のための費用（交通費、受講料等）の援助」<br>「研修受講のための勤務シフトの調整」　など。 |

| キャリアパス要件Ⅲ | |
|---|---|
| 経験若しくは資格などに応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給する仕組みを設ける。<br>昇給の仕組みとして、次の①～③が挙げられる。 | |
| ① 経験 | 「勤続年数」や「経験年数」等に応じて昇給する仕組み |
| ② 資格 | 「介護福祉士」や「実務者研修修了者」等の取得に応じて昇給する仕組み |
| ③ 一定の基準 | 「実技試験」や「人事評価」等の結果に基づき昇給する仕組み<br>※試験や人事評価で昇給する仕組みでは、客観的な評価基準や「年１回」「毎年１０月」など判定時期について規定等の中で具体的に明示されている必要がある。 |

## 賃金水準及び賃金改善額の算定方法①

※以下で示す計算方法は一例のため、実態に応じた方法で計算すること。
　また、計画書には賃金の総額の見込額を、報告書には支払った賃金の総額を計算し記入する。

（例1）賃金改善の対象となる職員に変動がない場合

A　元々の賃金水準の賃金の総額（加算を取得する前年の1～12月の実績から算出）

| 対象職員 | 基本給 | 処遇改善手当 | 賞与 | 法定福利費 | 小計 |
|---|---|---|---|---|---|
| Aさん | 170,000 | 0 | 50,000 | 26,000 | 246,000 |
| Bさん | 190,000 | 0 | 70,000 | 29,000 | 289,000 |
| Cさん | 210,000 | 0 | 100,000 | 35,000 | 345,000 |
| | | | | 合計 | 880,000 |

B　賃金改善を行った場合の賃金の総額（当該年度に対象職員に支払った賃金の総額）

| 対象職員 | 基本給 | 処遇改善手当 | 賞与 | 法定福利費 | 小計 |
|---|---|---|---|---|---|
| Aさん | 190,000 | 20,000 | 60,000 | 27,000 | 297,000 |
| Bさん | 210,000 | 20,000 | 85,000 | 30,000 | 345,000 |
| Cさん | 230,000 | 20,000 | 120,000 | 36,000 | 406,000 |
| | | | | 合計 | 1,048,000 |

※賃金改善を基本給及び賞与UP、処遇改善手当創設で行った場合

賃金改善は
　B－A＝ 1，048，000－880，000 ＝ 168，000円

## 賃金水準及び賃金改善額の算定方法②

（例2）前年度と当該年度で対象の職員数が変動した場合

退職者がいる場合　：賃金水準から退職者に支払った賃金の額を除く。
　※退職手当は賃金改善には当たらないため、計算に含めない。

新規職員がいる場合：当該職員と同職であって、勤続年数等が同等の職員の賃金水準の賃金の額と比較する。
　※非正規職員から正規職員に転換した場合も、正規職員であり同程度の職員の賃金水準の賃金の額と比較する。

【Cさんが当該年度前に退職、Dさんが当該年度から新規職員となった場合】

A´　元々の賃金水準の賃金の総額（加算を取得する前年の1～12月の実績から算出）

| 対象職員 | 基本給 | 処遇改善手当 | 賞与 | 法定福利費 | 小計 |
|---|---|---|---|---|---|
| Aさん | 170,000 | 0 | 50,000 | 26,000 | 246,000 |
| Bさん | 190,000 | 0 | 70,000 | 29,000 | 289,000 |
| （Cさん） | － | － | － | － | － |
| Dさんと同程度の職員 | 160,000 | 0 | 50,000 | 25,000 | 235,000 |
| | | | | 合計 | 770,000 |

※　Cさんは賃金総額に含めない。

## 賃金水準及び賃金改善額の算定方法③

B´ 賃金改善を行った場合の賃金の総額（当該年度に対象職員に支払った賃金の総額）

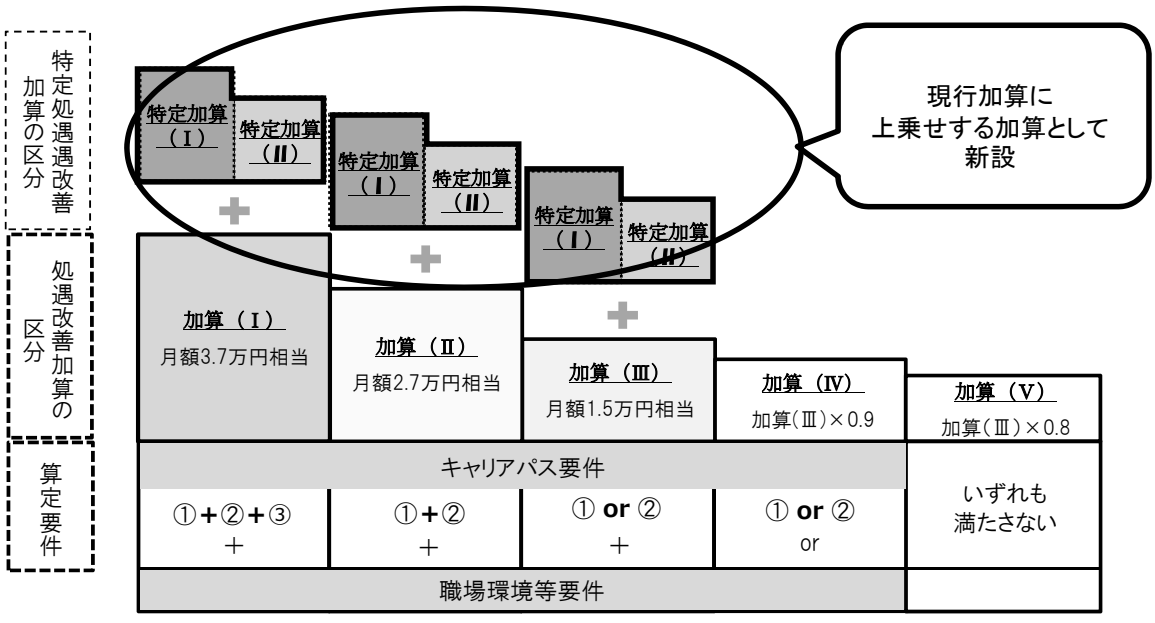
| 対象職員 | 基本給 | 処遇改善手当 | 賞与 | 法定福利費 | 小計 |
|---|---|---|---|---|---|
| Aさん | 190,000 | 20,000 | 60,000 | 27,000 | 297,000 |
| Bさん | 210,000 | 20,000 | 85,000 | 30,000 | 345,000 |
| （Cさん） | － | － | － | － | － |
| Dさん | 180,000 | 20,000 | 60,000 | 26,000 | 286,000 |
| | | | | 合計 | 928,000 |

※賃金改善を基本給及び賞与UP、処遇改善手当創設で行った場合

賃金改善は
B´－A´＝ 928，000－770，000 ＝ 158，000円

## 福祉・介護職員等特定処遇改善加算

【福祉・介護職員等特定処遇改善加算の目的】
職員の確保・定着につなげていくため、福祉・介護職員処遇改善加算（以下「現行加算」という。）に加え、特定加算を創設することとし、経験・技能のある障害福祉人材に重点化しつつ、職員の更なる処遇改善を行うとともに、一定程度他の職種の処遇改善も行うことができる柔軟な運用を認めることとした。



## 福祉・介護職員等特定処遇改善加算の概要

| 加算概要 | |
|---|---|
| 対象サービス | 就労定着支援・自立生活援助・相談支援　を除く全サービス |
| 対象職員の範囲 | 経験・技能のある職員を定義した上で、全ての職員を「経験・技能のある障害福祉人材（A）」、「その他の障害福祉人材（B）」、「その他の職種（C）」に分け、どの職員範囲で加算を配分するかを決める。 |
| 賃上げ額と方法 | 「経験・技能のある障害福祉人材」のうち1人以上は、月額8万円の賃上げ又は年収440万円までの賃金増が必要。（合理的な理由の説明が出来る場合、例外適用あり）<br>各グループの平均賃金改善額について、「（A）は、（B）を上回ること」、「（C）は、（B）の2分の1以下」を基本とする。（ただし、（B）の平均賃金額が（C）の平均賃金額以上であれば、（C）は（B）　以下の平均賃金改善額であれば可。） |

| 加算区分 | 加算要件 | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 配置等要件 | 現行加算要件 | 職場環境等要件 | 見える化要件 |
| 特定加算（Ⅰ） | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 特定加算（Ⅱ） | × | ○ | ○ | ○ |
| 区分なし | ー | ○ | ○ | ○ |

○：要件を満たす／×：要件を満たさない／ー：要件対応なし

## 福祉・介護職員等特定処遇改善加算の算定要件

| 各要件の内容 | |
|---|---|
| 配置等要件 | 福祉専門職員配置等加算（居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護にあっては特定事業所加算）を算定していること。（該当加算がないサービスは「区分なし」） |
| 現行加算要件 | 福祉・介護職員処遇改善加算ⅠからⅢまでのいずれかを算定していること（特定加算と同時に現行加算にかかる処遇改善計画書の届出を行い、算定される場合も含む。） |
| 職場環境等要件 | 届出に係る計画の期間中に実施する処遇改善の内容を全ての職員に周知していること。<br>職場環境等要件に関し、複数の取組を行っていること。<br>具体的には、「入職促進に向けた取組」、「資質の向上やキャリアアップに向けた支援」、「両立支援・多様な働き方の推進」、「腰痛を含む心身の健康管理」、「生産性の向上のための業務改善の取組」、「やりがい・働きがいの醸成」の6つの区分から3つの区分を選択し、それぞれで1つ以上の取組を行うこと。 |
| 見える化要件 | 特定加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等により公表していること。<br>具体的には、障害福祉サービス等情報公表制度を活用し、特定加算の取得状況を報告し、賃金以外の処遇改善に関する具体的な取組内容を記載すること。<br>（令和3年度および令和4年度においては算定要件としない） |

## 対象職員の範囲　経験・技能のある障害福祉人材（A）

| 経験・技能のある障害福祉人材（A） | |
|---|---|
| 対象者 | 以下の要件に該当する職員であるとともに、所属する法人等における勤続年数10年以上の職員を基本としつつ、他の法人における経験や、当該職員の業務や技能等を踏まえ、各事業所（法人）の裁量で設定する。 |
| 要件 | ・福祉・介護職員（※）のうち、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士又は保育士のいずれかの資格を保有する者<br>・心理指導担当職員（公認心理士含む）<br>・サービス管理責任者<br>・児童発達支援管理責任者<br>・サービス提供責任者 |

**上記要件のいずれかを満たすこと＋「勤続年数10年以上」であること**

※福祉・介護職員
ホームヘルパー、生活支援員、児童指導員、指導員、保育士、障害福祉サービス経験者、世話人、職業指導員、地域移行支援員、就労支援員、訪問支援員、夜間支援従事者、共生型障害福祉サービス等事業所及び特定基準該当障害福祉サービス等事業所に従事する介護職員

## 対象職員の範囲　経験・技能のある障害福祉人材（A）

【注意事項】

**※「勤続10年以上の考え方」は各事業所の裁量により柔軟に設定可能。**

例えば
・勤続年数を計算するにあたり、同一法人のみだけではなく、他法人や医療機関等での経験等も通算する。
・すでに事業所内で設けられている能力評価や等級システムを活用する。　など

10年以上の勤続年数を有しない者であっても業務や技能等を勘案して対象とすることが出来る。

**※以下のような場合は「経験・技能のある障害福祉人材」のグループを設定しないことも可能。**

例えば
・介護福祉士等に該当する者がいない場合。
・比較的新たに開設した事業所で、研修・実務経験の蓄積等に一定期間を要するなど、職員間における経験・技能に明らかな差がない場合。　など

グループを設定しない場合は、その理由について、計画書に記載が必要。
どのような経験・技能があれば、「経験・技能のある障害福祉人材」のグループに該当するかについての基準設定の考え方についても、処遇改善計画書に記載する。

## 対象職員の範囲　他の障害福祉人材（B）

| 他の障害福祉人材（B） | |
|---|---|
| 対象者 | 経験・技能のある障害福祉人材に該当しない福祉・介護職員、心理指導担当職員（公認心理士含む）、サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、サービス提供責任者 |

**【配分対象における職員分類の変更特例】**

経験若しくは技能等を鑑みて、通常の職員分類では適正な評価ができない職員の特性を考慮し、以下の職員分類の変更を行うことができる。
（例示に該当する者を必ず変更しなければならないものではない。）
ただし、本特例の趣旨に添わない変更については、詳細な理由の説明を行うものとする。

**「他の障害福祉人材」に分類される職員であって、以下の例示を参考にした上で、研修等で専門的な技能を身につけた勤続10年以上の職員について、「経験・技能のある障害福祉人材」に分類することができる。**

・強度行動障害支援者養成研修修了者
・手話通訳士、手話通訳者、手話奉仕員、要約筆記者
・点字技能士、点字指導員、点字通訳者
・盲ろう者向け通訳・介助員養成研修修了者
・失語症者向け意思疎通支援者養成研修修了者
・サービス管理責任者研修修了者
・児童発達支援管理責任者研修修了者
・サービス提供責任者研修修了者
・たんの吸引等の実施のための研修修了者
・職場適応援助者（ジョブコーチ）養成研修修了者
・相談支援従事者研修修了者
・社会福祉主事
・教員免許保有者
など

配分対象における職員分類の変更特例については、処遇改善計画書および実績報告書で報告が必要。

## 対象職員の範囲　その他の職種（C）

| その他の職種（C） | |
|---|---|
| 対象者 | 障害福祉人材以外の職員（看護職員、栄養士、事務職員等）<br>※すでに賃金が年額440万円以上（特定加算を算定しなくても、すでに年額440万円以上）の者は特定加算の対象外。 |

**【配分対象における職員分類の変更特例】**

経験若しくは技能等を鑑みて、通常の職員分類では適正な評価ができない職員の特性を考慮し、以下の職員分類の変更を行うことができる。
（例示に該当する者を必ず変更しなければならないものではない。）
ただし、本特例の趣旨に添わない変更については、詳細な理由の説明を行うものとする。

**「その他の職種」に分類される職員であって、以下の例示を参考にした上で、個別の障害福祉サービス等の類型ごとに必要となる専門的な技能によりサービスの質の向上に寄与している職員について、「他の障害福祉人材」に分類することができる。**
ただし、賃金改善前の賃金がすでに年額440万円を上回る者の分類は変更できないものとする。

・職場適応援助者（ジョブコーチ）養成研修修了者
・障がい者の芸術文化活動を指導する職員
・障がい者のスポーツ活動を指導する職員
・工賃・賃金の向上に寄与する職員
・障害者ITサポーター
・サービス管理責任者研修修了者
・産業カウンセラー資格保有者
など

配分対象における職員分類の変更特例については、処遇改善計画書および実績報告書で報告が必要。

## 対象職員の範囲 （注意事項）

**【注意事項】**

・ （A）グループの対象職員がいるにもかかわらず、（A）グループを設定せず、（B）、（C）グループを設定することは不可。

・ 事業所で働く障害福祉人材全員が、（A）グループであると認められる場合（（B）グループの対象職員がいない）には、（A）グループ、（C）グループのみの設定も可能。

・ 事業所内で業務をしていないが、法人本部で特定加算の算定対象サービス事業所における業務（事務員等）を行っていると判断できる場合は、その他職種の対象となる。

・ その他職種に該当する職員で、賃金改善前の賃金がすでに年額440万円以上の者は、特定加算の対象外であるが、グループの人数には含める。 例えば、その他の職種20人の平均賃金額を計算する場合
特定加算により賃金改善を行う職員が10人、行わない職員が10人
＝＞ 賃金改善を行う職員に加え、賃金改善を行わない職員についても、平均賃金額の計算に含めるため、グループ人数は20人となる。

・ 非常勤職員も特定加算の対象職員に含める。

・ 管理者も特定加算の対象職員とすることは可能。 管理者専従であれば、（C）グループに含まれ、管理者が介護業務と兼務していれば、勤務実態等に応じて（A）グループや（B）グループの対象とすることも可能。

・ 兼務職員の場合、どのグループに入れるかは法人の裁量で判断可能。
（常勤換算による配分も可。）

・ 法人の理事等の役員であっても、職員としての勤務実績のある者（使用人兼務役員）は特定加算の対象職員とすることが可能。

## 加算の取得による配分のルール①

**平均賃金改善額について、**

**経験・技能のある障害福祉人材グループ（A）の平均は、他の障害福祉人材グループ（B）の平均と比較し高いこと。**

**他の障害福祉人材グループ（B）は、その他の職種グループ（C）の2倍以上であること。**

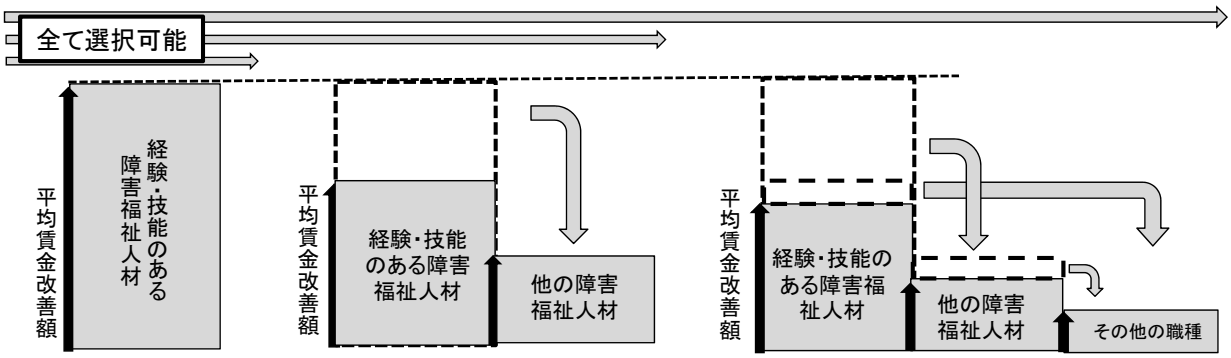
※ ただし、その他の職種グループ（C）の平均賃金改善額が、他の障害福祉人材グループ（B）の平均賃金改善額を上回らない場合は、平均賃金改善額は同額でも可。

**その他の職種グループ（C）について、すでに賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上 （特定加算を算定しなくても、すでに年額440万円以上）の者は当該加算の対象外とすること。**

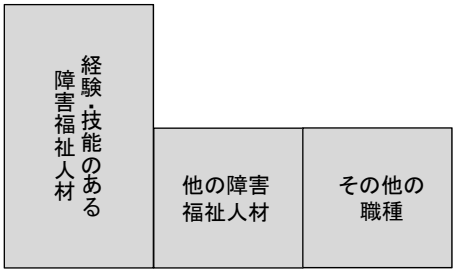
※ 例えば、
その他の職種で、前年度の年額が430万円で、特定加算により30万円改善され、年額460万円になった場合、440万円までの10万円は、特定加算による改善額としてよいが、440万円を超えた額（20万円）は特定加算の対象外となる。

## 加算の取得による配分のルール②

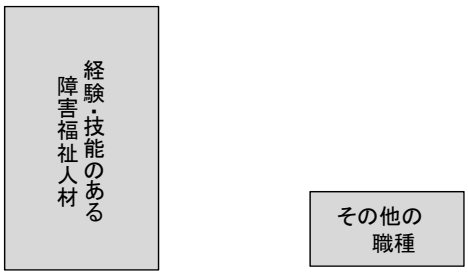
【配分のイメージ】




※「その他の職種の賃金改善後の平均賃金額≦他の障害福祉人材の賃金改善後の平均賃金額」の場合に認められる配分（例）




※他の障害福祉人材がいない場合に認められる配分例（例）




## 加算の取得による配分のルール③

**【具体的な配分方法】**

- （A）グループのみへの配分、（A）（B）グループへの配分、（A）（B）（C）グループへの配分いずれも事業所の裁量により選択可能。

- 加算の配分後の各グループの平均賃金改善額は、（A）＞（B）＞（C）であること。
  また、（B）：（C）＝ 2：1 の配分比率であること。
  ただし、（B）グループの平均賃金額が（C）グループの平均賃金額以上であれば、（B）と（C）の配分比率は平均賃金額が等しくなる（1 ： 1）までの改善が可能。

- 各グループの平均賃金改善額の計算に当たっては、経験・技能のある障害福祉人材（A）及び他の障害福祉人材（B）については、常勤換算方法による人数の算出を行う。
  その他の職種（C）については、常勤換算方法によらず、実人数による算出も可能。

- 各グループの中での配分は、一律同額でなくてもよく、各事業所（法人）の裁量で職員ごとに差があることも認められるが、その配分方法については、職員全員に十分説明することが必要。

- 法人単位で対象となる職員のグループ設定をした場合、平均賃金改善額は事業所ごとに比較するのではなく、法人全体で比較することも可能。

- 介護サービスや総合事業、障害福祉サービス等において兼務している場合、配分方法における年収は、どのサービスからの収入に関わらず、実際にその職員が収入として得ている額で判断可能。

## 加算の取得による配分のルール④

**<u>経験・技能のある障害福祉人材（A） において、「月額8万円以上」の処遇改善となる者、または、処遇改善後の賃金の見込額が年額440万円以上となる者を設定・確保すること。</u>**

※ ただし、すでに賃金が年額440万円以上の職員がいる場合には、既にこの要件を満たしているものとする。

【月額8万円以上の賃金改善の計算ルール】

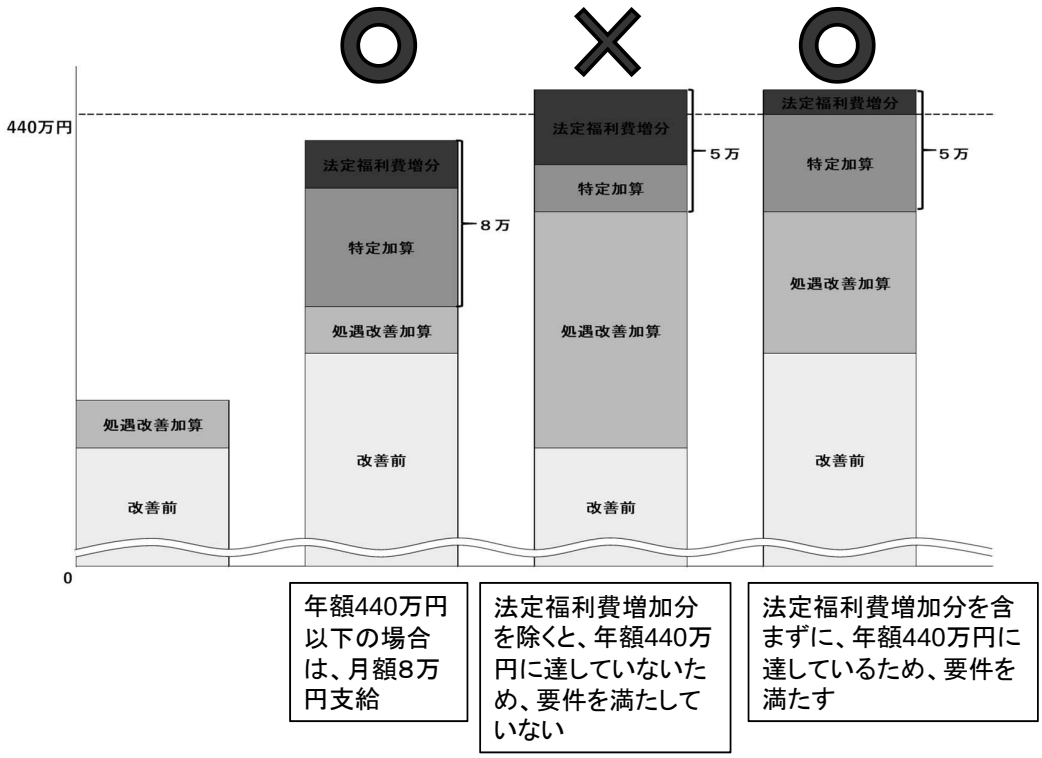
- 処遇改善加算による賃金改善分は含まない。
- 特定加算の賃金改善に伴う法定福利費等の事業主負担の増加分は含めることができる。

【賃金改善後の賃金年額440万円以上の計算ルール】

- 処遇改善加算による賃金改善分を含む。
- 手当等（退職手当は除く）を含む。
- 社会保険料等の事業主負担その他の法定福利費等は含まずに判断する。
- 月途中から加算を算定する場合、12か月間加算を算定していれば、年額440万円以上となることが見込まれる場合にあっては、要件を満たしていることとする。
- 常勤換算で0.8人年額400万円の方でも、1になおすと、400万円÷0.8人＝500万円となり、年額440万円以上となるため、要件を満たすので、人数を1人とカウントしてよい。

## 加算の取得による配分のルール⑤

【賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であることの要件のイメージ】



## 加算の取得による配分のルール⑥

**【注意事項】**

※　月額8万円以上又は賃金改善後の賃金年額440万円以上の改善が困難な場合は、例外的に合理的な説明を行うことで、代替の要件とする。
その理由について、計画書において該当する理由を選択する。

例えば
- 小規模事業所等で加算額全体が少額である場合。
- 職員全体の賃金水準が低い事業所などで、直ちに一人の賃金を引き上げることが困難な場合。
- 8万円等の賃金改善を行うに当たり、これまで以上に事業所内の階層・役職やそのための能力・処遇を明確化することが必要になるため、規程の整備や研修・実務経験の蓄積などに一定期間を要する場合。

※　法人単位で月額8万円以上の処遇改善となる者等の設定・確保を行う場合、法人全体で一人ではなく、一括して申請する事業所の数に応じた設定が必要。

例えば
- 3事業所を法人で一括して申請をする場合→月額8万円以上の処遇改善となる者等として3人設定が必要。
（ただし、事業所の中に設定することが困難な事業所が含まれる場合は、その合理的な理由を説明する。）
- 複数の事業所をまとめて申請をする場合、法人単位でこの数を満たす職員がいるか判断するため、1事業所1人必ず要件を満たす職員を設定する必要はない。
（A事業所0人、B事業所0人、C事業所3人とすることも可）

## 処遇改善加算・特定処遇改善加算の実施

**賃金改善の実施に当たっては、基本給、処遇改善手当、賞与等、対象とする賃金項目を特定して実施する。**

【賃金改善実施期間】

- 賃金改善実施期間とは、加算の収入を充当して実際に賃金改善を行う（賃金を支払う）期間のことであり、原則4月（年度の途中で加算の算定を受ける場合は、その算定を受けた月）から翌年の3月までの最長12カ月間となる。
- 実施期間の長さは、加算の算定月数と同じ月数であること、また、連続した期間であること。
- 賃金改善実施期間の最初の月は、最初のサービス提供月以降の月であること。
- 賃金改善実施期間の最後の月は、最終の加算の支払いのあった月の翌月以前であること。

| | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| サービス提供 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | | | |
| 報酬請求 | | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | | |
| 加算の入金 | | | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | |
| 処遇改善による賃金改善 | ← | ← | ← | ← | ← | ← | ← | ← | ← | ← | ← | ← | | | |
| | | ← | ← | ← | ← | ← | ← | ← | ← | ← | ← | ← | ← | | |
| | | | ← | ← | ← | ← | ← | ← | ← | ← | ← | ← | ← | ← | |
| | | | | ← | ← | ← | ← | ← | ← | ← | ← | ← | ← | ← | ← |

# 障害福祉サービス等処遇改善計画書作成のポイント

**1 処遇改善計画書 を入手**

○ 県ホームページに掲載してある計画書を入手。

※ 処遇改善加算のⅣ及びⅤ並びに処遇改善特別加算は、廃止予定であるため、令和2年度からの継続（1年限り）以外の新規申請は不可。

**2 前年1～12月の報酬総額等を確認**

○ 次年度の処遇改善加算の申請は、原則、2月末日までのため、処遇改善計画書に入力する前年度の賃金総額及び処遇改善加算等の額は、前年1～12月分の実績となっている。

○ 報酬総額及び処遇改善加算等の額について、国民健康保険団体連合会から通知される以下の資料を確認しておく。

・ 障害福祉サービス費等支払決定額内訳書

・ 福祉・介護職員処遇改善加算等総額のお知らせ

**3 様式の基本情報入力シートの入力**

○ 提出先自治体名（指定権者）、法人名などの基本情報及び加算対象事業所に関する情報を入力する。

○ 1月当たりの障害福祉サービス等報酬総額は、原則、前年1～12月分の支払決定額内訳書に基づき報酬総額の平均額を入力する。

○ 1月当たりの処遇改善加算等の総額は、原則、前年1～12月分の処遇改善加算等総額のお知らせに基づき加算総額の平均額を入力する。

○ 上記の対応ができない新規事業所などは、想定される利用者数や取得予定の加算などから標準的な額として見込まれる1か月分の額を入力する。

# 障害福祉サービス等処遇改善計画書作成のポイント

**4 様式の施設・事業所別個表の入力**

○ 様式2－2、2－3へ事業所ごとに「新規・継続の別」、「加算の区分」、「算定対象月」を入力する。

**5 賃金改善計画の入力（処遇改善加算）**
**（処遇改善加算と特定処遇改善加算を併せて申請する場合）**

○ ④処遇改善加算の賃金の総額（前年度、改善後）には、職員グループを分けた後の「経験・技能のある障害福祉人材（A）」と「他の障害福祉人材（B）」の合計額を入力する。
※ 処遇改善加算の対象職種に変更は無く、便宜的な対応であることに注意。

○ 前年度の処遇改善加算の総額及び特定処遇改善加算の総額を入力する。
なお、特定処遇改善加算の総額は「その他の職種（C）」に支払われた額を除いた額を入力する。

○ 前年度に処遇改善加算等以外に事業所で独自の賃金改善を実施している場合は、その額を入力する。
（A、Bの職員に係る額）

**6 賃金改善計画の入力（特定処遇改善加算）**

○ ⑤賃金改善の見込額の各項目について、賃上げを行う職員の範囲に関わらず、事業所・法人内の全ての職員の賃金額等を入力する。 ※ 独自の賃金改善額も全ての職員に係る額を入力する。

○ ⑥のⅰ～ⅳを入力し、当該項目の右の印刷範囲外に、配分比率を入力する項目があるので、配分ルールに沿って設定する。

**7 その他**

○ 各加算により賃金改善を行う賃金項目及び方法並びに独自の賃金改善の内容・算定根拠を入力する。

○ 各キャリアパス要件、職場環境等要件、見える化要件及び届出に係る根拠資料について該当項目を選択・入力する。

（別添４）

# 福祉サービス第三者評価基準ガイドラインにおける
# 各評価項目の判断基準に関するガイドライン

# 福祉サービス第三者評価基準ガイドラインにおける各評価項目の判断基準に関するガイドライン

## Ⅰ　福祉サービスの基本方針と組織

### Ⅰ－１　理念・基本方針

#### Ⅰ－１－（１）　理念、基本方針が確立・周知されている。

##### 1　Ⅰ－１－（１）－①　理念、基本方針が明文化され周知が図られている。

【判断基準】

ａ）法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。

ｂ）法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。

ｃ）法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が明文化されていない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準では、法人（福祉施設・事業所）の使命や役割を反映した理念、これにもとづく福祉サービス提供に関する基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が十分に図られていることを評価します。

（２）趣旨・解説

【理念と基本方針】

〇福祉サービスの提供や経営の前提として、福祉施設・事業所（法人）の目的や存在意義、使命や役割等を明確にした理念が必要です。特に、福祉サービスを提供する福祉施設・事業所（法人）の理念において、利用者の人権の尊重や個人の尊厳に関わる姿勢が明確にされていることが重要です。

〇理念は、福祉施設・事業所（法人）における事業経営や福祉サービス提供の拠り所であり、基本の考えとなります。また、福祉施設・事業所（法人）のめざすべき方向性を内外に示すものでもあります。よって、理念は、実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた具体的な内容が示されていることが適当です。

〇基本方針は、理念に基づいて福祉施設・事業所の利用者に対する姿勢や地域との関わり方、あるいは組織が持つ機能等を具体的に示す重要なものです。また、理念を職員等の行動基準（行動規範）としてより具体的な指針とするためは、理念にもとづく基本方針を定めることが必要です。

〇基本方針が明確にされていることによって、職員は自らの業務に対する意識づけや利用者への接し方、福祉サービスへの具体的な取組を合目的的に行うことができるようになります。また、対外的にも、実施する福祉サービスに対する基本的な考え方や姿勢を示すものとなり、組織に対する安心感や信頼にもつながります。

〇理念や基本方針は、職員の理解はもとより、利用者や家族、さらには地域社会に対して示していくことを前提として、明文化されていることが求められます。

〇理念や基本方針は、中・長期計画や単年度の事業計画を策定する際の基本ともなります。

〇本評価基準は、各評価基準にもとづく評価を行っていく際の基礎となるものです。各評価基準はそれぞれの具体的な取組状況を評価するものとなっていますが、福祉施設・事業所（法人）の理念や基本方針を達成する観点から、取組や内容等が十分であるかなどの視点から評価します。

【職員の理解】

〇理念や基本方針は、組織の福祉サービスに対する考え方や姿勢を示し、職員の行動規範となるものですから、職員には十分な周知と理解を促すことが重要となります。

【利用者や家族等への周知】

〇理念や基本方針は、組織の福祉サービスに対する考え方や姿勢を示すものです。よって、職員に限らず、利用者や家族等、さらには地域住民や関係機関にも広く周知することが必要となります。また、利用者や家族等に対して理念や基本方針を周知することによって、実施す

る福祉サービスに対する安心感や信頼を高めることにもつながるため、十分な取組が求められることとなります。

（３）評価の留意点

〇複数の施設・事業を経営する法人の場合には、法人の理念にもとづき、各福祉施設・事業所の実情に応じて福祉施設・事業所ごとに理念を掲げていても構いません。

〇公立施設については、管理者に与えられた職掌の範囲内を考慮したうえで、本評価基準の基本的考え方にそった具体的な取組を評価します。

〇福祉施設・事業所によっては「基本方針」を単年度の事業計画における「重点事項」としている場合もありますが、本評価基準では、「重点事項」の前提となる、より基本的な考え方や姿勢を明示したものとして「基本方針」を位置づけています。

〇職員のへの周知については、訪問調査において組織として職員への周知に向けてどのような取組を行っているかを聴取したうえで、職員への聴取・確認を行うことによってその周知の状況をあわせて把握することになります。

〇利用者や家族等への周知については、訪問調査において利用者や家族等への周知に向けてどのような取組を行っているかを聴取します。また、作成された印刷物等の内容がわかりやすいかどうか、周知の方法に配慮しているかどうかについても評価の対象となります。高齢者や障害のある利用者に対しては、職員に対する方法とは違った工夫も求められます。

〇理念、基本方針のいずれも適切に明文化されている場合であっても、職員、利用者等への周知が不十分である場合は「ｂ」評価とします。

〇理念、基本方針のいずれも明文化されている場合であっても、いずれかの内容が不十分である場合や利用者への周知が不十分である場合は「ｂ」評価とします。

〇理念、基本方針のいずれかが明文化されていない場合は「ｃ」評価とします。

〇理念、基本方針のいずれも明文化されている場合であっても、職員への周知が不十分である場合は「ｃ」評価とします。

≪注≫

＊本評価基準における「管理者」とは、福祉施設・事業所を実質的に管理・運営する責任者（施設長等）を指しますが、法人の経営者に対しても、同様の姿勢が求められます。

＊本評価基準における「職員」とは、「職員」とは、常勤・非常勤、あるいは職種を問わず、組織に雇用されるすべての職員を指しています。

## Ⅰ－２　経営状況の把握

### Ⅰ－２－（１）　経営環境の変化等に適切に対応している。

#### 2　Ⅰ－２－（１）－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。

【判断基準】

ａ）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）事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。

ｃ）事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準では、事業経営の基本として、事業経営をとりまく環境と法人（福祉施設・事業所）の経営環境が適切に把握・分析されているかを評価します。

（２）趣旨・解説

〇福祉施設・事業所においては、事業の将来性や継続性を見通しながら、利用者に良質かつ安心・安全な福祉サービスの提供に努めることが求められます。

〇社会福祉事業全体の動向、福祉施設・事業所が位置する地域での福祉に対する需要の動向、利用者数・利用者像の変化、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等は、事業経営を長期的視野に立って進めていくためには欠かすことのできない情報となります。

〇福祉施設・事業所の経営状況について定期的に分析しておくことも、事業経営の安定性や将来展望を描くうえでも欠かせません。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、財務状況等の現状分析を適切に行うことが求められます。

（３）評価の留意点

〇評価方法は、訪問調査において外的な動向を把握するための方策・取組と実際に把握している状況、また福祉施設・事業所における経営状況の分析状況について、具体的な資料等を確認します。

〇公立施設については、管理者に与えられた職掌の範囲内を考慮したうえで、本評価基準の基本的考え方にそった具体的な取組を評価します。

〇事業経営をとりまく環境と経営状況を把握する目的は、環境変化に適切に対応した事業経営の維持や改善にあります。そこで、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ことが必要です。各計画に情報やデータが反映されなければ、その目的は達成されません。これらについては、「Ⅰ－３－（１）－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。」で評価します。

3　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。

【判断基準】

ａ）経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。

ｂ）経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。

ｃ）経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく取組が行われていない。

評価の着眼点

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準では、事業経営をとりまく環境と経営状況の把握・分析にもとづき、経営課題を明確にし、具体的な取組が行われているかを評価します。

（２）趣旨・解説

〇Ⅰ－２－（１）－① 事業経営をとりまく環境と経営状況の把握・分析にもとづき、経営課題を明確にし、改善等に向けた具体的な取組が必要です。

〇経営状況の把握・分析は、組織として確立されたうえで実施される必要があります。経営者や管理者が個人的に行っているだけでは、組織としての取組として位置づけることはできません。

〇経営状況や経営課題については、役員（理事・監事等）間での共有がなされていることはもとより、職員に周知されていることが、経営課題の解決や改善等に向けての前提条件となります。

（３）評価の留意点

〇経営上の課題を解決していくためには、職員の意見を聞いたり、職員同士の検討の場を設定したりするなど、組織的な取組が必要であるという観点で評価を行います。

〇公立施設については、管理者に与えられた職掌の範囲内を考慮したうえで、本評価基準の基本的考え方にそった具体的な取組を評価します。

〇評価方法は、担当者や担当部署等の有無、把握・分析を実施する時期や頻度、役員間での共有や職員への周知の方法、改善へ向けての仕組みなど、具体的な内容について聴取を行います。

〇経営環境・状況が適切に把握・分析されていない場合（Ⅰ－２－（１）－①が「ｃ」評価の場合）は、「ｃ」評価とします。

〇経営課題の解決・改善に向けた取組の計画化については、Ⅰ－３－（１）－①で評価します。

## Ⅰ－３　事業計画の策定

### Ⅰ－３－（１）　中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

#### 4　Ⅰ－３－（１）－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。

【判断基準】

ａ）経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。

ｂ）経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。

ｃ）経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。

評価の着眼点

□中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。

□中・長期計画は、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。

□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。

□中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準では、理念・基本方針にもとづき、経営状況・環境の把握・分析等を踏まえた中・長期計画（中・長期の事業計画と中・長期の収支計画）の策定状況を評価します。

（２）趣旨・解説

〇「中・長期計画」とは「中・長期の事業計画」と「中・長期の収支計画」をいいます。ここでの「中・長期」とは３～５年を指すものとしています。

〇中・長期計画の策定において反映する経営環境等の把握・分析は、理念や基本方針を具体化する事業や福祉サービスを効果的に実施する観点から活用されていることが必要です。経営環境等を理由として、理念や基本方針の具現化が図られないことがないようにします。

【中・長期の事業計画】

〇「中・長期の事業計画」とは、理念や基本方針の実現に向けた具体的な取組を示すものです。実施する福祉サービスの更なる充実、課題の解決等のほか、地域ニーズにもとづいた新たな福祉サービスの実施といったことも含めた目標（ビジョン）を明確にし、その目標（ビジョン）を実現するために、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等に関する具体的な計画となっている必要があります。

〇中・長期計画については、以下を期待しています。

ⅰ）理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にする。

ⅱ）明確にした目標（ビジョン）に対して、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、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにする。

ⅲ）明らかになった課題や問題点を解決し、目標（ビジョン）を達成するための具体的な中・長期計画を策定する。

ⅳ）計画の実行と評価・見直しを行う。

【中・長期の収支計画】

〇中・長期の事業計画を実現するためには財務面での裏付けも不可欠といえます。そのため、中・長期の事業計画にしたがって「中・長期の収支計画」を策定することが必要です。

〇収支計画の策定にあたっては、利用者の増減、人件費の増減等を把握・整理するとともに、福祉施設・事業所の増改築、建替えなどにともなう支出について積立てるなどの、資金使途を明確にすることも必要です。適切な財務分析及び、資金（内部留保等）使途の明確化がなされていることも重要です。

（３）評価の留意点

〇本評価基準で対象としている課題や問題点とは、経営環境等の把握・分析等を踏まえた組織として取り組むべき体制や設備といった全体的な課題です。個々の利用者に関する課題は対象ではありません。「Ⅰ－２　経営状況の把握」を踏まえた内容となっているかなどを確認します。

〇中・長期の事業計画と中・長期の収支計画のいずれかが策定されていない場合は「ｂ」評価とします。

5　Ⅰ－3－（1）－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。

【判断基準】

ａ）単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。

ｂ）単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。

ｃ）単年度の計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。

評価の着眼点

□単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。

□単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。

□単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準では、①中・長期計画（中・長期の事業計画と中・長期の収支計画）の内容が、単年度の計画（単年度の事業計画と単年度の収支計画）に反映されていること、②単年度における事業内容が具体的に示され、さらに実行可能な計画であることを評価します。

（２）趣旨・解説

〇単年度の計画（単年度の事業計画と単年度の収支計画）は、当該年度における具体的な事業、福祉サービス提供等に関わる内容が具体化されていること、中・長期計画を反映しこの計画を着実に実現する内容であることが必要です。また、それらの内容が実現可能であることが不可欠です。

〇単年度の事業計画は、年度の終了時に実施状況についての評価を行うため、内容については、実施状況の評価が可能であることが必要です。数値化等できる限り定量的な分析が可能であることが求められます。

〇単年度の計画においても、中・長期計画と同様に、事業計画を実現可能とする収支計画が適切に策定されていることが要件となります。

（３）評価の留意点

〇評価方法は、事業計画の内容を書面で確認するとともに、取組状況について管理者から聴取して確認します。

〇中・長期計画が反映されていても、内容が十分ではない場合は「ｂ」評価とします。

〇中・長期の事業計画または中･長期の収支計画のいずれかのみ反映している場合は「ｂ」評価とします。

〇中・長期計画が策定されていない場合（Ⅰ－３－（１）－①が「ｃ評価」の場合）は、「ｃ」評価とします。

Ⅰ－３－（２） 事業計画が適切に策定されている。

6 Ⅰ－３－（２）－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。

【判断基準】

ａ）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）事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、または、職員の理解が十分ではない。

ｃ）事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□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。

□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。

□事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等が）されており、理解を促すための取組を行っている。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、事業計画（中・長期計画と単年度計画）の策定にあたり、職員等の参画や意見の集約・反映の仕組みが組織として定められており、事業計画の評価と見直しが組織的に行われているか、また、事業計画を職員が理解しているかを評価します。

（２）趣旨・解説

〇事業計画（中・長期計画と単年度計画）は、策定や評価について体制を定め、職員の参画・理解のもとに組織的な取組を進めることが重要です。また、事業計画については、職員が十分に理解していることが必要です。

〇事業計画の策定については、関係職員の参画や意見の集約・反映の仕組みが組織として定められており、機能している必要があります。また、内容によっては利用者等の意見を集約して各計画に反映していくことも求められます。あわせて、各計画の実施状況について、評価・見直しの時期、関係職員や利用者等の意見を取り込めるような手順が組織として定められ、実施されているかという点も重要です。

〇事業計画の評価は、設定した目標や経営課題の解決・改善の状況や効果を確認するとともに、社会の動向、組織の状況、利用者や地域のニーズ等の変化に対応するために実施します。単年度計画の評価は、次年度へのステップとなるだけではなく、中・長期計画の妥当性や有効性についての見直しの根拠ともなります。

（３）評価の留意点

〇事業計画を職員がよく理解することは、計画達成のために欠かすことができない要件です。本評価基準では、職員に対する周知では各計画を文書にして配布することは基本的な取組と位置づけ、より理解を促進するためにどのような取組が行われているかを評価します。

〇評価方法は、訪問調査において職員への周知に向けてどのような取組を行っているかを聴取したうえで、職員への聴取・確認を行うことによってその周知の状況をあわせて把握することになります。

〇事業計画の策定過程の記録、計画の評価・見直しの記録等により実施状況を確認します。また、事業計画の評価結果が、次年度（次期）の事業計画に反映されているかについては、継続した事業計画を比較するなどの方法で確認します。

〇職員の参画については、事業計画の策定や評価において、たとえば、中・長期計画に関しては幹部職員等が参画し、単年度の事業計画に関しては幹部職員以外に中堅職員等が加わるなど、計画の性質や内容に応じて、参画する職員が違う場合も考えられます。

〇中・長期の計画を策定していない場合には、単年度の計画の策定状況を踏まえ評価します。中・長期の計画と単年度の計画をいずれも策定している場合には、総合的に評価します。

〇事業計画を職員が理解している場合であっても、職員等の参画のもとで策定されていない場合は「ｃ」評価とします。

7　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。

【判断基準】

ａ）事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。

ｂ）事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。

ｃ）事業計画を利用者等に周知していない。

評価の着眼点

□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。

□事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、事業計画が、利用者等に周知されるとともに、理解を促すための取組を行っているかを評価します。

（２）趣旨・解説

〇事業計画は、利用者への福祉サービスの提供に関わる事項でもあり、事業計画の主な内容については、利用者や家族等に周知し、理解を促すための取組を行うことが必要です。

〇事業計画の主な内容とは、福祉サービスの提供、施設・設備を含む居住環境の整備等の利用者の生活に密接にかかわる事項をいいます。

〇利用者や家族等への説明にあたっては、理解しやすい工夫を行うなどの配慮が必要です。

〇また、単年度の事業計画にもとづく行事計画等については、利用者の参加を促す観点から周知、説明を行うことが求められます。

（３）評価の留意点

〇評価方法は、訪問調査において利用者等への周知に向けてどのような取組を行っているかを聴取したうえで、利用者や家族等に聴取・確認を行うことによってその周知の状況をあわせて把握します。

〇利用者等への周知については、作成された印刷物等がわかりやすいかどうか、その内容や方法への配慮についても評価の対象となります。必ずしも計画そのものを配布する必要はなく、事業計画の主な内容を簡潔にまとめたものでも構いません。意図が共に理解されることが重要です。

〇高齢者や障害のある利用者、乳幼児等に対しては、利用者の家族に対して説明することも求められます。

〇「行事計画」のみを周知・説明し、事業計画の主な内容の周知・説明がなされていない場合には、「ｃ」評価とします。

## Ⅰ－４　福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

### Ⅰ－４－（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。

#### ８　Ⅰ－４－（１）－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。

【判断基準】

ａ）福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。

ｂ）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ているが、十分に機能していない。

ｃ）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ていない。

評価の着眼点

□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。
□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、福祉サービスの質の向上に向けた体制整備がなされ、機能しているかを評価します。

（２）趣旨・解説

〇福祉サービスの質の向上は、日々の取組とともに、自己評価の実施や第三者評価の受審、苦情相談内容にもとづく改善活動等が総合的、継続的に実施される必要があります。そのため、福祉施設・事業所が自ら質の向上に努める組織づくりをすすめていることが重要です。

〇福祉サービスの質の向上は、Ｐ（Plan・計画策定）→Ｄ（Do・実行）→Ｃ（Check・評価）→Ａ（Act・見直し）のサイクルを継続して実施することによって、恒常的な取組として機能していきます。これを具体的に示すと、福祉サービスの質の向上に関する計画策定→計画実施→実施状況の評価→計画の見直し→必要があれば計画の変更、となります。

〇福祉施設・事業所においては、計画策定（Ｐ）→実行（Ｄ）にとどまり、評価（Ｃ）が十分になされていないことが課題とされています。福祉サービスの質の向上に関する組織的な評価の方法の一つとして第三者評価や第三者評価基準にもとづく自己評価を活用することが考えられます。

〇自己評価、第三者評価などの計画的な実施、評価を行った後の結果分析、分析内容についての検討までの仕組みが、組織として定められ、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が実施される体制を整備することが求められます。

〇福祉サービスの内容について評価し、質の向上を進めるうえでは、担当者や複数職員による担当制等を定め、組織としての体制を整備する必要があります。また、その実施プロセスにおいてはより多くの職員の理解と参画を得ることが、取組の効果を高めるために必要です。

〇福祉サービスの質の向上において、自己評価と第三者評価は一つの方法であり、この後の各評価基準で示した事項が総合的、継続的に実施されることを通じて実現されるものです。

〇本評価基準は、自己評価や第三者評価の受審やそのプロセス、また、結果をもとにして組織的・継続的に福祉サービスの質の向上に取組むことの基礎となる体制を評価します。自己評価等を通じた日常的な質の向上のための取組や各評価基準において明らかになる必要とされる取組等を具体的に進める前提となるものです。

（３）評価の留意点

〇日常的な福祉サービスの質の向上に向けた具体的な取組の有無とともに、自己評価、第三者評価の計画的な実施、結果の分析、分析内容についての検討までの仕組みが、組織として定められおり、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が実施されているか総合的に評価します。

〇例えば、自己評価や第三者評価等、また、日常的な福祉サービスの質の向上に向けた取組が一部の役職員のみで実施されているような場合には、組織的な取組とはいえません。

9　Ⅰ－4－（1）－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。

【判断基準】

a）評価結果を分析し、明確になった組織として取組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。

b）評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。

c）評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしていない。

評価の着眼点

□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。

□職員間で課題の共有化が図られている。

□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。

□評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、実施した自己評価、第三者評価等の結果を組織がどのように活用しているかを、改善の課題の明確化という観点から評価するとともに、評価結果から明確になった課題に対して、改善策や改善実施計画を検討し定めているか、また、定めた改善策・改善実施計画を実行しているかどうかを評価します。

（２）趣旨・解説

〇自己評価、第三者評価等の結果については、改善の課題を明確にし、この解決・改善に計画的に取組むことが必要です。そのため、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、職員間で課題の共有化が図られることが求められます。

〇改善課題については、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定し、改善のための取組を計画的に行うことが必要です。また、計画については、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うことが求められます。

〇課題の中には、設備の改善や人員配置、予算的な課題等、単年度では解決できないものも想定されます。これらについては、必要に応じて目標や中・長期計画の中で、段階的に解決へ向かって取組んでいくことが求められます。

（３）評価の留意点

〇改善の課題の明確化については、訪問調査時に、評価結果の分析結果やそれにもとづく課題等を、検討過程の記録等も含めて確認します。

〇課題の改善策や計画については、訪問調査において、改善の課題についての評価結果にもとづいた改善策、改善実施計画等の書面確認及び実施された改善策について聴取して確認します。

〇中・長期的な検討・取組が必要な改善課題については、中・長期計画に反映されているか確認します。

## Ⅱ　組織の運営管理

### Ⅱ－１　管理者の責任とリーダーシップ

#### Ⅱ－１－（１）　管理者の責任が明確にされている。

10　Ⅱ－１－（１）－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。

【判断基準】

ａ）管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。

ｂ）管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。

ｃ）管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。

評価の着眼点

□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、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。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、管理者が福祉施設・事業所の経営・管理をリードする立場として、職員に対して自らの役割と責任を明らかにしているかを評価します。

（２）趣旨・解説

〇管理者は、福祉施設・事業所の経営・管理において、理念や基本方針等を踏まえた取組を具体化し、質の高い福祉サービスの実現に役割と責任を果たすことが求められます。

〇管理者が、福祉施設・事業所をリードする立場として、職員に対して自らの役割と責任を明らかにすることは、職員の信頼関係を築くために欠かすことができないことです。質の高い福祉サービスの実施や、効果的な経営管理は、管理者だけの力で実現できるものではなく、組織内での信頼関係のもとにリーダーシップを発揮することが必要であり、管理者の要件といえます。

〇福祉施設・事業所の事業経営における責任者として、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職員に周知が図られていることが必要です。その際、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していることも重要です。

〇「管理者」とは、福祉施設・事業所を実質的に管理・運営する責任者（施設長等）を指しますが、法人の経営者に対しても、同様の姿勢が求められます。

（３）評価の留意点

〇管理者の具体的な取組については、文書化されていること、また、会議や研修において表明するなど、組織内に十分に伝え、理解を得ることができる方法で行われているかを評価します。

11　Ⅱ－１－（１）－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。

【判断基準】

ａ）管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。

ｂ）管理者は、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が、十分ではない。

ｃ）管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準については、管理者が、自ら遵守すべき法令等に関する正しい理解に向けた取組を行っていること、また、職員等の法令等の遵守に関する具体的な取組を行っていることの双方を評価します。

（２）趣旨・解説

〇福祉施設・事業所（法人）は、福祉サービスを提供する組織として、法令等を遵守した事業経営＝コンプライアンス（法令遵守）の徹底が求められます。ここでの法令等とは、社会福祉関係法令はもとより、福祉施設・事業所の理念・基本方針や諸規程、さらには、社会的ルールや倫理を含むものです。

〇管理者は、自らがそれらの法令や倫理を正しく理解し、組織全体をリードしていく責務を負っています。そのため、遵守すべき法令等を十分に理解し、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することが必要です。

〇また、福祉施設・事業所における法令遵守の体制づくり、教育・研修等を実施し、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、遵守するための具体的な取組を行うことが求められます。

〇福祉施設・事業所（法人）において、コンプライアンス（法令遵守）規程の策定、担当者・担当部署の設置、公益通報相談窓口の設置等、倫理や法令遵守の徹底に向けた規程の整備や体制の構築を図ることもより積極的な取組として考えられます。

（３）評価の留意点

〇管理者の、遵守すべき法令等に関する正しい理解に向けた取組とともに、福祉施設・事業所の責任者として、職員等が遵守するための具体的な取組を実施していることの双方を総合的に評価します。

〇福祉施設・事業所として遵守しなければならない基本的な関連法令について、正しく把握・認識されているかどうか、また最新の内容が把握されているかどうかを確認します。

〇遵守の対象となる法令としては、福祉分野に限らず、消費者保護関連法令、さらには雇用・労働や防災、環境への配慮に関するものについて含んでいることが必要です。

Ⅱ－１－（２）　管理者のリーダーシップが発揮されている。

12　Ⅱ－１－（２）－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。

【判断基準】

ａ）管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。

ｂ）管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。

ｃ）管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。

評価の着眼点

□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、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。

□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。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、管理者が福祉サービスの質の向上に関する福祉施設・事業所の課題を正しく理解したうえで、組織に対してどのように指導力を発揮しているかを具体的な取組によって評価します。

（２）趣旨・解説

〇福祉施設・事業所における福祉サービスの質の向上において、管理者の責任と役割が重要です。個々の職員の継続的な努力により取組まれる実践を、組織的な取組とすることや体制づくりにつなげるなど、指導力の発揮が求められます。

〇社会福祉法第 78 条においては、「社会福祉事業の経営者は、自らその提供する福祉サービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、常に福祉サービスを受ける者の立場に立って良質かつ適切な福祉サービスを提供するよう努めなければならない」とされています。

〇管理者は、理念や基本方針を具体化する観点から、福祉施設・事業所における福祉サービスの質に関する課題を把握し、その課題と改善に向けた取組を組織全体に明らかにして取組を進める必要があります。

（３）評価の留意点

〇管理者が福祉サービスの質の向上に関わる課題を理解・分析したうえで、組織に対してどのように指導力を発揮しているかを具体的な取組によって評価します。

〇訪問調査で聴取し可能なものについては書面での確認を行います。

13　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。

【判断基準】

ａ）管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。

ｂ）管理者は、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が、十分ではない。

ｃ）管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、管理者が経営の改善や業務の実効性を高める取組を自ら実行するとともに、組織内に同様の意識を形成し、職員全体で効果的な事業運営を目指すために指導力を発揮しているかを評価します。

（２）趣旨・解説

〇管理者は、経営資源を有効に活用して、福祉施設・事業所（法人）の理念・基本方針を具現化した質の高い福祉サービスの実現を図る必要があります。

〇理念・基本方針の実現に向けて、人事、労務、財務等、それぞれの視点から常に検証を行い、経営や単純なコスト削減ではない効果的な業務の実現を目指す改善に向けた具体的な取組が必要です。

〇経営状況やコストバランスの分析に基づいて、経営や業務の効果を高めるとともに、その効果をさらなる改善に向けていくといった継続的な取組が安定的かつ良質な福祉サービスの実施には不可欠となります。

〇管理者は、福祉施設・事業所の将来性や継続性や経営資源の有効活用という基本的な課題を常に視野に入れて組織を運営していくことが求められます。

（３）評価のポイント

〇管理者の自らの取組とともに、組織内に同様の意識を形成し、職員全体で効果的な事業運営を目指すための指導力の発揮に関わる取組の双方を、具体的な取組によって総合的に評価します。

〇訪問調査で聴取し可能なものについては書面での確認を行います。

## Ⅱ－２　福祉人材の確保・育成

### Ⅱ－２－（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。

#### 14　Ⅱ－２－（１）－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。

【判断基準】

ａ）組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。

ｂ）組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。

ｃ）組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準では、理念・基本方針や事業計画を実現するために必要な福祉人材や人員体制について、組織として具体的な計画をもって、取組んでいるかどうかを評価します。

（２）趣旨・解説

〇理念・基本方針や事業計画を実現し、質の高い福祉サービスを実現するためには、必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、人材の確保と育成に関する方針を明確にした計画が求められます。

〇計画は、単に「質の高い福祉人材の確保」という抽象的な表現にとどまるものではなく、組織の理念・基本方針や事業計画に沿って、組織を適切に機能させるために必要な人数や、体制、あるいは常勤職員と非常勤職員の比率のほか、障害者雇用への対応といったことも含めて立案される必要があります。

〇また、社会福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、介護福祉士、保育士、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床心理士等の福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格職員）である福祉人材の配置や確保等について具体的な計画となっていることが重要です。

（３）評価の留意点

〇本評価基準では、具体的な考え方や計画の有無とともに、計画どおりの人員体制が取られていない場合でも、その目標の実現に向かって計画的に人材の確保・育成が行われているかどうかを、具体的な取組や経過等から評価します。

〇採用や人事管理については、法人で一括して所管している場合もありますが、その場合にも本評価基準に照らし合わせて、当該組織に関する具体的な考え方や取組を評価します。

15　Ⅱ－２－（１）－②　総合的な人事管理が行われている。

【判断基準】

ａ）総合的な人事管理を実施している。

ｂ）総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。

ｃ）総合的な人事管理を実施していない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、総合的な人事管理が実施されているか評価します。

（２）趣旨・目的

〇福祉施設・事業所（法人）における人事管理は、理念・基本方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施されること、いわゆる「トータル人事（人材）マネジメント」の考え方により実施されることが望ましいと考えられています。

〇総合的な人事管理においては、主に以下の仕組みなどが一体的に運営されることが適切であるとされています。

・法人（福祉施設・事業所）の理念と基本方針を踏まえた「期待する職員像等」の明確化
・人事理念や人事基準の明確化と基準にもとづく運用
・能力開発（育成）…目標管理制度、教育・研修制度（OJT 等を含む）
・活用…キャリアパス、職員配置、ローテーション、異動に関する基準等の明確化等
・処遇（報酬等）…昇任・昇格基準、給与基準、福利厚生等その他の労働条件の整備
・評価…人事考課制度等

〇職員処遇の水準（賃金水準、有給取得率、時間外労働時間数等）については、地域性、福祉施設・事業所（法人）の特性等を踏まえながらも、同地域、同施設・事業種別間で比較・検討を行うなど、指標化しながら管理・改善することも必要です。

〇職員等が、自ら将来を描くことができるような仕組みづくり＝キャリアパス（昇進・昇格の基準、賃金の水準、必要となるスキルの水準、必要となるスキルを獲得するための機会（研修等）等）の明確化や職員の意向・希望を確認するコミュニケーションも重要です。

（３）評価の留意点

〇評価方法は、総合的な人事管理に関する仕組み、取組を具体的に聴取して確認します。また、人事管理に関わる規程（基準）等については、書面で確認します。

〇小規模な福祉施設・事業所については、福祉施設・事業所の規模や職員体制等を勘案し、その実施状況を評価します。また、大規模法人（複数福祉施設・事業所を経営する法人）における総合的な人事管理制度や人事管理モデルを一様に当てはめて、小規模な福祉施設・事業所を評価するものではありません。

〇能力開発（育成）における、目標管理制度についてはⅡ－２－（３）－①、教育・研修制度についてはⅡ－２－（３）－②、③で評価します。

Ⅱ－２－（２）　職員の就業状況に配慮がなされている。

16　Ⅱ－２－（２）－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。

【判断基準】

ａ）職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取組んでいる。

ｂ）職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。

ｃ）職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□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。

□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。

□ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、職員の就業状況や意向を定期的に把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいるかを評価します。

（２）趣旨・解説

〇福祉サービスの内容を充実させるためには、組織として、職員が常に仕事に対して意欲的にのぞめるような環境を整えること＝働きやすい職場づくりに取組むことが求められます。

〇「働きやすい職場」とは、①職員の心身の健康と安全の確保、②ワークライフバランス（仕事と生活の両立）に配慮した職場環境づくり、がなされている職場をいいます。

〇職員の心身の健康と安全の確保については、労働災害防止策（メンタルヘルス、ケガ・腰痛防止策、その他労働災害への対応）、セクシャルハラスメントやパワーハラスメントの防止策と対応策、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する等の取組があります。また、健康維持の取組としては、たとえば、より充実した健康診断を実施する、全職員に予防接種を励行する、健康上の相談窓口を設置する、悩み相談の窓口を設置するなどが挙げられます。

〇福利厚生の取組としては、職員の余暇活動や日常生活に対する支援などがあります。

〇ワーク・ライフ・バランス（仕事と生活の両立）に配慮した職場環境の配慮については、休暇取得の促進、短時間労働の導入、時間外労働の削減等の取組があります。また、次世代育成支援対策推進法にもとづく事業主行動計画の策定や、改正育児休業法への適切な対応、定期的な個別面接や聴取等が制度として確立していることが望まれます。

〇働きやすい職場づくりに向けて、労務管理に関する責任体制を明確にすることはもとより、職員の就業状況や意向・意見を把握することが必要です。また、その結果を分析・検討し、改善に向けた取組を福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映したうえで進めていくといった仕組みが必要となります。

（３）評価の留意点

〇把握された意向・意見について分析・検討する仕組みの有無、サポートする必要があると認められる職員に対しての対応等、把握した職員の状況に対して組織的にどのように取り組んでいるのかという点も評価します。

〇相談の窓口設置については、単に「困ったことがあれば管理者に相談する」といった運営ではなく、相談しやすい工夫を行っているか、相談を受け付けた後に解決を図る体制が整備されているかなど、組織的に取り組んでいるかどうかを評価します。相談窓口は組織内部のみならず、外部にも設置することが望ましいといえますが、組織内部に設置していれば評価の対象とします。

〇評価方法は、訪問調査において職員の就業状況や意向・意見等の記録、把握した結果についての対応の記録等の確認と聴取によって行います。

Ⅱ－２－（３） 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

17 Ⅱ－２－（３）－① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。

【判断基準】

ａ）職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。

ｂ）職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。

ｃ）職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準では、職員一人ひとりの育成に向け、組織の目標や方針を徹底し、職員一人ひとりの目標の設定等が適切に行われているかを評価します。

（２）趣旨・解説

〇目標管理制度は、福祉施設・事業所（法人）の理念・基本方針をはじめとする福祉施設・事業所の全体目標や部門（チーム）、さらには、職員一人ひとりの目標の統合を目指す仕組みです。

〇職員一人ひとりの知識・経験等に応じて具体的な目標を設定しながら、福祉サービスの実施を行うものです。職員の教育・研修機能を有するのみならず、モチベーションを高めるための取組でもあります。

〇目標管理では、前提として「期待する職員像」（福祉施設・事業所（法人）の理念・基本方針、福祉サービスの目標等の実現を目指す人材像の定義）や理念・基本方針等を踏まえた、福祉施設・事業所の全体目標が明確にされている必要があります。そのうえで、部門（チーム）、職員一人ひとりの目標を設定することになります。

〇設定する目標については、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされ、また、到達可能な水準であることが必要です。

〇目標の設定にあたっては、一人ひとりの職員との面接を通じたコミュニケーションが重要です。職員が設定する目標については、福祉施設・事業所や部門（チーム）の目標と整合性を保つとともに、当該職員に期待するレベル、内容にふさわしいものである必要があります。

〇目標の達成に向けて、職員一人ひとりが取組を行いますが、管理者等は、支持的・援助的な姿勢で日常的に適切な助言や支援を行います。

〇中間段階や期末には、目標達成と取組状況を確認するため、面接を行い評価と振り返りを行います。

（３）評価の留意点

〇職員一人ひとりの目標が適切に設定されるとともに、進捗状況の確認、目標達成度の確認等が行われていることが必要です。

〇評価方法は、目標管理に関する仕組み、取組を具体的に聴取して確認します。また、目標管理制度に関わる規程（基準）等を書面で確認するとともに、個々の職員の目標管理シートを抽出して確認します。

18　Ⅱ－２－（３）－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。

【判断基準】

ａ）組織として職員の教育・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。

ｂ）組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。

ｃ）組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□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。

□定期的に計画の評価と見直しを行っている。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準では、求められる職員のあり方を、具体的な知識・技術水準や専門資格の取得といった点から明確にした職員の教育・研修に関する組織の基本姿勢を、基本方針や計画として策定し、これらにもとづく教育・研修が適切に実施されていることを評価します。

（２）趣旨・解説

〇教育・研修は、基本的考え方等を明確にし、計画的に実施される必要があります。

〇福祉サービスの質の向上のために組織が定めた目標とその目標達成に向けた事業計画と職員の研修計画が整合していることが必要です。

〇職員の教育・研修に関する基本方針や計画は、概略的なものではなく、具体的な知識、技術の内容・水準や専門資格の取得といった点から明確にしたものであることを求めています。

〇基本方針や計画にもとづいて、教育・研修が適切に実施されていることが必要です。

〇また、教育・研修成果の評価・分析を行い、その結果を踏まえて次の教育・研修計画を策定に反映することが必要です。

（３）評価の留意点

〇組織が必要とする職員の知識・技術や専門資格について、具体的な目標が明記され、それとの整合性が確保された体系的な計画が明文化されているか確認します。

〇年度ごとに関連性・継続性のない研修の開催や外部研修への参加、あるいは職員の希望だけを尊重した研修計画は、福祉サービスの質の向上に対する取組の一環と位置づけることはできません。組織として目的を明確にし、体系化された研修計画が策定される必要があります。

〇組織が実施する福祉サービス全体の質の向上に対する取組を評価する項目ですので、正規職員の他、派遣契約職員や臨時職員等、すべての職員についての教育・研修を対象とします。

〇法人が一括して所管している場合であっても、本評価基準の趣旨に照らして福祉施設・事業所の取組を評価します。

19　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。

【判断基準】

ａ）職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。

ｂ）職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。

ｃ）職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準では、職員の教育・研修に関する計画にもとづき、職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されるとともに、教育・研修の場に参加し適切に教育・研修が実施されているかを評価します。

（２）趣旨・解説

〇職員の教育・研修に関する計画が実施されていることはもとより、職員一人ひとりが実際に必要な教育・研修を受けることができているかということが重要です。

〇教育・研修の計画的な実施とあわせて、職員一人ひとりの知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握することが必要です。

〇教育・研修の内容については、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こと、また、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・研修を実施されることなどが必要です。

〇福祉サービスに関わるニーズの複雑化や支援の困難化等により、専門性が一層求められることから、内部・外部研修等の研修の方法やテーマ・種類等を整理し、また職員間で学びあう機会と体制づくりも求められます。

〇必要に応じて、たとえば介護技術向上のための介護福祉士資格の取得、相談員の面接技術向上のための国家資格の取得、栄養士の管理栄養士資格の取得等も重要な教育・研修の取組となります。

〇福祉施設・事業所（法人）において、研修を実施することはもとより、外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨すること、教育・研修の場に参加できるように配慮することが必要であることはいうまでもありません。

（３）評価の留意点

〇研修成果の評価・分析が行われているかどうかを評価します。研修参加者の報告レポートや、評価・分析が記載された文書（職員別研修履歴等）で確認を行います。

〇研修成果の評価・分析が、次の研修計画に反映されているかどうかを、継続した記録等の資料で確認します。

〇「階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会」の確保については、福祉施設・事業所（法人）において企画・実施する場合はもとより、外部研修への参加を含め評価します。

Ⅱ－２－（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。

20　Ⅱ－２－（４）－①　実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。

【判断基準】

ａ）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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。

ｂ）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てはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。

ｃ）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ておらず、教育・研修が行われていない。

評価の着眼点

□実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化している。

□実習生等の福祉サービスの専門職の教育・育成についてのマニュアルが整備されている。

□専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。

□指導者に対する研修を実施している。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、効果的なプログラムを用意するなど、積極的な取組を実施しているか評価します。

（２）趣旨・解説

〇福祉の人材を育成すること、また、福祉サービスに関わる専門職の研修・育成への協力は、福祉施設・事業所の社会的責務の一つです。地域の特性や事業所の種別、規模等、状況によって異なりますが、組織としての姿勢が明確にされているとともに、その体制が整備され、効果的な研修・育成や受入が行われている必要があります。

〇実習生等は、受入れの時期や期間、受入れ人数などが一定ではありません。したがって、よりきめ細やかな利用者への配慮が求められます。「実習生等」とは、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、保育士、ホームヘルパー等、社会福祉に関する資格取得のために受け入れる実習生、看護師や保健師等の福祉サービス関わる専門職、学生等のインターン研修、教員養成、司法関係の教育研修等の幅広い人材をいいます。

（３）評価の留意点

〇受入れ体制の整備については、受入れに関するマニュアルの作成が求められます。マニュアルには、受入れについての連絡窓口、利用者や家族等への事前説明、職員への事前説明、実習生等に対するオリエンテーションの実施方法等の項目が記載されている必要があります。

〇実習生等の受入れについて、組織として具体的にどのような取組を行っているかについて評価します。事前説明の方法や、実習生等を忌避する利用者への配慮等について聴取します。

〇さらに効果的な研修・育成のための工夫がなされているか確認します。具体的には、①実習（教育・研修）内容全般を計画的に学べるようなプログラムを策定する、②実施状況に関する連絡等についての学校等（教育・研修の実施主体・派遣機関等）との連携を強めるための取組を行う、③実習生等の目的や職種等に考慮したプログラムを用意する、④これらが職員に周知され共有されていること、などが考えられます。

## Ⅱ－３　運営の透明性の確保

### Ⅱ－３－（１）　運営の透明性を確保するための取組が行われている。

#### 21　Ⅱ－３－（１）－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。

【判断基準】

ａ）福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。

ｂ）福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。

ｃ）福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開し、運営の透明性を確保するための取組を行っていることを評価します。

（２）趣旨・解説

〇福祉施設・事業所においては、実施する福祉サービスを必要とする利用者や家族等がその内容を知るための情報を適切に公開、発信する必要があります。

〇社会福祉法第 75 条には、「社会福祉事業の経営者は、福祉サービスを利用しようとする者が、適切かつ円滑にこれを利用することができるように、その経営する社会福祉事業に関し情報の提供を行うよう努めなければならない」と定められています。

〇福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公開することは、公費による福祉サービスを実施する主体としての説明責任を果たし、経営の透明性を図る取組でもあります。

〇福祉サービスを実施する福祉施設・事業所に対する、利用者や家族等、そして地域の理解を深めていくためには、第三者評価の受審や苦情・相談内容の公表などの福祉サービスの質の向上に関わる取組をはじめ、各法人の特色ある実践・活動を主体的に提示していくことが重要です。

（３）評価の留意点

〇評価方法は、福祉施設・事業所のホームページ、広報誌やパンフレット等により確認します。

〇「地域の福祉向上のための取組の実施状況」については、Ⅱ - ４−（３）「地域の福祉向上のための取組を行っている。」で評価する事項が適切に公表されているか確認します。

22　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。

【判断基準】

ａ）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。

ｂ）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が、十分ではない。

ｃ）公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準では、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かを評価します。

（２）趣旨・解説

〇福祉サービスに関わる福祉施設・事業所においては、質の高い福祉サービスを実施する基盤となる経営・運営が、公正かつ透明性の高い適正なものである必要がありあます。これは、福祉サービスを提供する主体としての信頼性に関わる重要な取組です。

〇福祉施設・事業所の経営・運営は、福祉サービスの提供及び、業務執行に関わる「内部統制」＝事業経営・運営におけるチェック体制を確立し社会的な責任を意識したものであることが重要です。

〇具体的には、福祉施設・事業所内における各種規程にそった業務の実施、意思決定の手続きや財務管理（会計処理）、また、取引・契約関係等、どの業務や過程に課題や問題が発生しやすいか福祉施設・事業所の実情に応じて検討する必要があります。さらに、その発生を防ぐための仕組み・体制を構築することが求められます。

〇福祉施設・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、助言を得ることや、内部監査を実施するなどで定期的に確認するなど事業経営・運営の適正性を確保する取組も有効です。

〇また、特に公益性の高い社会福祉法人については、公正性と透明性を確保し、説明責任を果たす観点から、外部監査を活用することも有効です。

〇公認会計士等の専門家による指摘事項、アドバイス等は、経営・財務の改善課題の発見とその解決のための客観的な情報と位置づけることができます。また、その結果を経営改善に活用することが必要です。

〇社会福祉法人審査基準では、外部監査の頻度について「資産額が 100 億円以上若しくは負債額が 50 億円以上又は収支決算額が 10 億円以上の法人については、その事業規模に鑑み、2 年に 1 度程度の外部監査の活用を行うことが望ましいものであること。これらに該当しない法人についても、5 年に 1 回程度の外部監査を行うなど法人運営の透明性の確保のために取組を行うことが望ましい」としています。

〇ここでいう外部監査とは法人等の財務管理、事業の経営管理、組織運営・事業等に関する外部の専門家の指導・助言を指します。なお、財務管理、経営管理等は「公認会計士等、税理士その他の会計に関する専門家」（以下「外部監査の考え方」３．外部監査の実施者を参照）によることが求められます。

〇外部監査の考え方は、以下のとおりです。

１．外部監査の趣旨について

広く法人の外部の専門家によるチェックを通じて法人運営の透明性の確保に資することを目的とするものであること。

２．外部監査の範囲について

①公認会計士法にもとづき公認会計士又は監査法人（以下「公認会計士等」という。）が行う財務諸表の監査

②公認会計士等、税理士その他の会計に関する専門家が行う会計管理体制の整備状況の点検等

③財務状況以外の事項（法人の組織運営・事業等）の監査

３．外部監査の実施者について

外部監査は、法人の財務管理、事業の経営管理その他法人運営に関し優れた識見を有する者が行うこと。具体的には、公認会計士等、税理士その他の会計に関する専門家や、社会福祉事業について学識経験を有する者等がこれに該当すること。なお、当該法人の役職員等や、当該法人及びその役員等と親族等の特殊の関係がある者が外部監査を行うことは適当でないこと。

（３）評価の留意点

〇公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が日常的に行われているか、さらに、必要に応じて外部の専門家による助言を得ているかを評価します。

〇また、福祉施設・事業所（法人）の規模を勘案したうえで、外部監査等を活用し事業、財務等に関するチェックや外部監査結果にもとづく経営改善を実施していることを評価します。

〇小規模な福祉施設・事業所については、外部監査等の活用や結果にもとづく経営改善が実施されていない場合も想定されます。福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について、①必要に応じて外部の専門家との契約にもとづき、相談し、助言を得ることで定期的確認することなどにより、事業経営・運営の適正性を確保する取組を行うこと、②実情にそくした経営改善の取組を行っていること、をもって総合的に評価します。

〇評価方法は、訪問調査において、書面での確認と聴取により行います。なお、行政による監査は対象ではありません。

## Ⅱ－４　地域との交流、地域貢献

### Ⅱ－４－（１）　地域との関係が適切に確保されている。

#### 23　Ⅱ－４－（１）－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。

【判断基準】

ａ）利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。

ｂ）利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。

ｃ）利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準では、利用者の地域との交流を広げることを目的とした組織の取組について評価します。

（２）趣旨・解説

〇利用者が地域の人々と交流をもち良好な関係を築くことは、利用者の活動範囲を広げ、ＱＯＬを高めるための大切なプロセスです。

〇福祉施設・事業所においては、利用者の地域活動への参加を推奨し、利用者が参加しやすくなるための体制整備を行うことが求められます。

〇利用者と地域の人々との交流は、地域と事業所の相互交流を促進するという意味もあわせもっています。事業所が、地域社会の一員としての社会的役割を果たすためにも、利用者の地域への参加は大きな意味を持つといえます。

〇利用者の買い物や通院等日常的な活動については、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できるような情報提供や支援を行うことも必要です。

（３）評価の留意点

〇本評価基準では、利用者の地域との交流を広げることを目的とした組織の取組について評価します。利用者が地域へ出て行きやすいような支援と同時に、地域に対して、事業所や利用者への理解を深めるための取組を行うことも評価の対象となります。

〇評価方法は、訪問調査において実施状況の聴取が主となり、事業報告書等、書面でも確認します。

24　Ⅱ－４－（１）－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。

【判断基準】

ａ）ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。

ｂ）ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。

ｃ）ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□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

□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。

□学校教育への協力を行っている。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、地域、学校等のボランティアの受入れ、地域の学校教育施設・体験教室の学習等への協力について評価します。

（２）趣旨・留意点

〇地域の人々や学校等におけるボランティア活動は、地域社会と福祉施設・事業所をつなぐ柱の一つとして位置づけることができます。また、福祉施設・事業所は、社会福祉に関する知識と専門性を有する地域の社会資源として、地域の学校教育施設や体験教室の学習（小学校の職場見学、中学校の職場体験、高校のインターンシップ）等への協力がその役割の一つとして考えられます。

〇福祉施設・事業所の特性や地域の実情等にそくした、ボランティアの受入や学習等への協力を検討・実施することが求められます。

〇多くの福祉施設・事業所が、様々にボランティアの受入や学習等への協力等を実施しているものと思われます。福祉施設・事業所側の姿勢や受入れ方針や体制が明確になっていないと、思いがけないトラブルや事故を誘引する場合もあります。特に利用者と直接接する場面では、十分な準備が必要であり、見知らぬ人を忌避する利用者への配慮が重要です。

〇ボランティア等は福祉の専門職ではないので、活動・学習時の配慮や注意事項等の十分な説明が必要です。

（３）評価の留意点

〇本評価基準では、ボランティアの受入や学習への教育等への協力に関する方針とマニュアルの作成を求めています。

〇マニュアルには、登録・申込手続、配置（活動や学習の場）、利用者等への事前説明、ボランティアや学習への協力に係る事前説明、職員への事前説明、実施状況の記録、等の項目が記載されている必要があります。また、トラブルや事故を防ぐためのボランティアへの研修や学習等への協力の受入時の説明の実施が必要です。

〇原則として、ボランティアの受入や地域の学校教育施設・体験教室等の学習等への協力に係る体制を整備していることをもって評価します。ただし、福祉施設・事業所の特性や地域性を鑑み、ボランティアの受入が困難と考えられる場合には、ボランティア等の受入を想定した体制整備の状況、ボランティアの養成教育や地域の学校教育施設・体験教室の学習等への協力（職員の派遣等を含む）の状況等を総合的に勘案し評価します。

〇評価方法は、受入れにあたっての手順や流れ、利用者等への事前説明の仕組み、ボランティア等への事前説明の仕組みなど、具体的な方法を書面と聴取によって行います。

Ⅱ－４－（２）　関係機関との連携が確保されている。

25　Ⅱ－４－（２）－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。

【判断基準】

ａ）利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。

ｂ）利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。

ｃ）利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、福祉施設・事業所として、利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われているかを評価します。

（２）趣旨・解説

〇利用者によりよい福祉サービスを提供するためには、地域の様々な機関や団体との連携が必要となります。

〇ここで言う「必要な社会資源」とは、利用者へのサービスの質の向上のために連携が必要な機関や団体を指し、具体的には、福祉事務所、児童相談所、保健所、公共職業安定所、病院、学校、地域内の他の事業所やボランティア団体、各種自助組織等が挙げられます。

〇利用者に対してより良いサービスを行うとともに、地域社会において役割を果たしていくためには、関係機関・団体とのネットワーク化が必要不可欠です。そのうえで、問題解決に向けてネットワークを有効に活用することが重要です。

〇取組の具体例としては、関係機関・団体等の参画のもとで定期的にケース検討会を開催している、地域の定期的な連絡協議会に参加している、地域内の他組織と定期的に連絡会を開催している、などが挙げられますが、利用者に対するサービスの一環として行われる具体的な取組でなければ、十分とは言えません。

〇築き上げたネットワークを有効に活用することが重要です。事業を進めていくうえで、地域全体で課題となっている点について、関係機関・団体へ積極的に問題提起し、解決に向けて協働して取り組んでいく、などが挙げられます。

〇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を積極的に図ることも福祉サービスを提供する福祉施設・事業所として重要な役割となります。

（３）評価の留意点

〇社会資源の把握状況や関係機関・団体との連携に関する定期的な取組状況を評価します。

〇職員間でそれらに関する情報の共有化が図られているかどうかの評価も行います。関係機関・団体の機能や、連絡方法を記載した資料の保管場所や内容等が、必要に応じて職員が活用できるようになっているかどうか、会議で説明を行う等職員に周知されているかどうかについても、訪問調査で確認を行います。

〇評価方法は、いくつかの関係機関・団体との具体的な取組を聴取し、書面でも確認します。

Ⅱ－４－（３）　地域の福祉向上のための取組を行っている。

26　Ⅱ－４－（３）－①　福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。

【判断基準】

ａ）福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。

ｂ）福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。

ｃ）福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っているかを評価します。

（２）趣旨・解説

〇地域との関わりを深める方法として、福祉施設・事業所の専門的な知識・技術や情報を地域に提供することが挙げられます。このような取組を積極的に行うことは、地域の人々の理解を得ることやコミュニケーションを活発にすることにつながっていきます。

〇具体的には、介護、保育、障害者（児）、生活困窮者等の理解を深めるための講習会や研修会・講演会等の開催、福祉に関する相談窓口の設置等が挙げられます。

〇また、福祉施設・事業所は、災害時に福祉避難所として指定されている場合や避難所となる場合も想定されるため、日頃から災害時の行政や地域との連携・協力に関する事項を決定・確認しておくことが求められます。

〇福祉施設・事業所がその機能を活かし、災害時にどのような役割を果たすかについて、自治体や地域住民とあらかじめ定めておくことも重要な取組といえます。

〇事業所のこのような活動を地域へ知らせるための取組も必要です。

（３）評価の留意点

〇事業所の種別や規模によって、具体的な取組は様々だと思われますが、本評価基準の趣旨にそって、個々の取組について評価を行います。

27　Ⅱ－４－（３）－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。

【判断基準】

ａ）地域の具体的な福祉ニーズを把握し、これにもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。

ｂ）地域の具体的な福祉ニーズを把握しているが、これにもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。

ｃ）地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準では、福祉施設・事業所が地域社会における福祉向上に役割を果たすために、地域の具体的な福祉ニーズを把握し、これにもとづく福祉施設・事業所独自の公益的な事業・活動を積極的に行っているかを評価します。

（２）趣旨・解説

〇福祉施設・事業所は、社会福祉に関する知識と専門性とともに福祉サービスを実施するという公益性を有する組織として、地域社会における役割や機能を発揮するために、地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行うことが必要です。

〇地域住民からの意見や要望を把握する場合は、たとえば、相談事業を活発化させてその中でニーズを把握する、地域交流のイベント時にアンケートを実施する、など主体的に動くことが重要です。

〇日常的な福祉サービスの実施を通じて、当該福祉サービスでは対応できない利用者等のニーズを把握することも必要です。

〇また、把握した福祉ニーズにもとづき、これらを解決・改善するための福祉施設・事業所の公益的な事業・活動を行うことも必要です。特に、社会福祉法人については、既存制度では対応しきれない生活困窮問題等の支援など、地域社会での貢献活動を主体的、積極的に進めていくことが重要です。

〇地域社会では、地域経済や生活環境の変化等（雇用環境の変化、単身高齢者世帯や高齢者のみの世帯の増加、大規模団地等の集合住宅の課題等）により、従来の社会福祉事業が対象とする範囲以外の生活課題・福祉課題等が顕著化しています。また、地域における生活課題・福祉課題の解決・緩和においては、福祉施設・事業所による専門的な地域への支援のみならず、地域住民の主体的な活動、協力の促進も重要です。

〇福祉施設・事業所においては、その有する機能をもって地域の生活課題・福祉課題を解決・緩和する活動・事業の実施主体となること、あるいは、地域住民の主体的な活動を促進・支援することなどの取組が求められます。

（３）評価の留意点

〇施設・事業者が、法定の社会福祉事業及び自治体の補助事業以外に独自に行う取組を評価します。行政からの依頼によりサービス・事業を新規受託することは、評価の対象としませんが、いままで地域の福祉ニーズにもとづいて先駆的に施設・事業者が独自に実施していた事業・活動を発展させ公的に位置づけ、行政側から委託を受けた場合には評価の対象とします。

〇評価方法は、訪問調査において具体的な取組を聴取し、書面でも確認します。

## Ⅲ　適切な福祉サービスの実施

### Ⅲ－１　利用者本位の福祉サービス

#### Ⅲ－１－（１）　利用者を尊重する姿勢が明示されている。

28　Ⅲ－１－（１）－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。

【判断基準】

ａ）利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。

ｂ）利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。

ｃ）利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われているか評価します。

（２）趣旨・解説

〇福祉サービスの実施では、利用者の意向を尊重することは当然ですが、さらに、利用者のＱＯＬの向上を目指した積極的な取組が求められています。

〇組織内で共通の理解をもつための取組の具体例としては、倫理綱領の策定等、利用者尊重や基本的人権への配慮に関する組織内の勉強会・研修や、実施する福祉サービスの標準的な実施方法への反映、身体拘束や虐待防止についての周知徹底等が挙げられます。

〇必要に応じて成年後見制度や日常生活自立支援事業の活用等により、利用者の権利擁護に努めていることも重要です。

（３）評価の留意点

〇福祉施設・事業所の種別や福祉サービスの内容の違いによって、利用者尊重の具体的な留意点は異なるので、組織としての基本姿勢と、組織全体の意識向上への取組を中心に評価を行います。組織の基本姿勢は、理念や基本方針に明示されていることを前提とします。

〇利用者の尊重について、組織内で共通の理解をもつためにどのような努力が行われているか、具体的な取組をもとに評価します。

29　Ⅲ－１－（１）－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。

【判断基準】

ａ）利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーと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）利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。

ｃ）利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備していない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、利用者のプライバシー保護をはじめ、虐待防止といった利用者の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備し、職員に周知するための取組を行うとともに、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービスの提供が行われているか評価します。

（２）趣旨・解説

〇利用者の日常生活におけるプライバシーの保護は、利用者を尊重した福祉サービスの提供における重要事項です。また、プライバシーの保護のみならず、虐待防止といった利用者の権利擁護に関わる取組も同様です。

〇ここでいうプライバシーとは、「他人の干渉を許さない、各個人の私生活上の自由」のことです。利用者のプライバシー保護については利用者尊重の基本であり、たとえば、利用者が他人から見られたり知られたりすることを拒否する自由は保護されなければなりません。利用者からの信頼を得るためにも、プライバシー保護に関する具体的な取組が求められます。

〇日常的な福祉サービスの提供においては、福祉施設・事業所の利用者や福祉サービスの特性とあり方等を踏まえつつ、施設・設備の限界等を加味しながらも、可能な限り一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしいここちよい環境を提供し、利用者のプライバシーを守れるよう設備等の工夫を行うことも必要です。

〇プライバシー保護と権利擁護に関する取組が、規程・マニュアル等にもとづき実施されることはもとより、取組を利用者や家族に周知することも求められます。また、福祉施設・事業所において、プライバシー保護や権利擁護に関わる不適切な事案が生じた場合を想定し、対応方法等を明確にしておくことも必要です。

（３）評価の留意点

〇利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービスの提供の前提として、職員が、プライバシー保護や権利擁護に関する基本的な知識や社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識を十分に理解すること、福祉施設・事業所の特性に応じた留意点等に関する規程・マニュアル等を作成して周知徹底することが必要です。よって、職員に規程・マニュアル等を配布しただけでは取組は不十分であり、「ｂ」評価とします。

〇福祉サービスの場面ごとに作成されているマニュアル・手引書等の中で、プライバシー保護に関する留意事項が記載されている場合も、「規程・マニュアル等」に含みます。

〇入所施設の場合、通信、面会に関するプライバシー保護や、入浴・排泄時等生活場面におけるプライバシー保護について、福祉施設・事業所の利用者や福祉サービスの特性とあり方を踏まえつつ、設備面での配慮や工夫も含めた組織としての取組も評価の対象となります。規程・マニュアル等の整備と周知への取組とあわせて総合的に評価します。

〇評価方法は、規程・マニュアル等の内容を確認するとともに、具体的な取組を聴取します。

〇個人情報保護は本評価基準にいうプライバシー保護には含みません。Ⅲ-2-⑶-②「利用者に関する記録の管理体制が確立している。」において評価します。

Ⅲ－１－（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。

30　Ⅲ－１－（２）－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。

【判断基準】

ａ）利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。

ｂ）利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。

ｃ）利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□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。

□見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、福祉サービスの利用希望者が、福祉サービスを選択するために必要な情報提供が積極的に行われているかを評価します。

（２）趣旨・解説

〇社会福祉法第 75 条において、社会福祉事業の経営者は、利用者がサービス選択の際に参考とすることができる情報を積極的に提供することが求められています。

〇ここで言う情報とは、契約締結時の重要事項説明等ではなく、複数の福祉施設・事業所の福祉サービスの中から利用者が自分の希望にそったものを選択するための資料となるような、利用者の視点に立った情報を指します。このため、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とすることが重要です。

〇福祉施設・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すること、また、希望に応じて、見学、体験入所、一日利用等に対応することも必要な取組です。

〇情報提供の方法、内容等については、配布・活用状況、利用者や家族等の意見等を必要に応じて聴取しながら、定期的な見直しを行い、より良い内容を目指すことも重要です。

（３）評価の留意点

〇福祉サービス内容がわかりやすく説明された印刷物の作成、ホームページの作成、公共施設へのパンフレットの配置、見学・体験希望者への対応等、利用者が情報を簡単に入手できるような取組、利用者にとってわかりやすい工夫が必要です。

〇実施する福祉サービスの内容等について組織が積極的に情報提供を行うことを求めています。利用希望で訪れた人に対して、パンフレットを渡しただけ、というような取組のみの場合は「ｃ」評価とします。

31　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。

【判断基準】

ａ）福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。

ｂ）福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。

ｃ）福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っていない。

評価の着眼点

□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・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。

□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。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準では、福祉サービス開始及び変更時に、利用者や家族等にわかりやすく説明を行い、同意を得ているか評価します。

（２）趣旨・解説

〇福祉サービスの開始や変更の際には、利用者等の自己決定に十分に配慮し、福祉サービスの具体的な内容や日常生活に関する事項、その他留意事項等をわかりやすく説明することが必要です。

〇福祉サービスの開始や変更時における説明は、福祉サービスの利用契約が必要な福祉施設・事業所はもとより、利用契約ではない福祉施設・事業所においても、利用者等の自己決定の尊重や権利擁護等の観点から必要な取組です。

〇説明にあたっては、前評価基準（Ⅲ－１－（２）－②）と同様に、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような資料を用いることが求められます。また、法令及び組織が定めた様式に基づいて、同じ手順・内容で行われることが必要です。

〇利用契約が必要な福祉施設・事業所においては、福祉サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料とともに、契約書は、組織と利用者の権利義務関係を明確にし、利用者の権利を守ると同時に、組織にとっても不必要なトラブルを回避するための重要なものです。各種モデル契約書の内容に照らして、適切な契約書を整備することが求められています。

（３）評価の留意点

〇利用契約ではない福祉施設・事業所における説明は、どの利用者等に対しても、組織が定めた様式に基づいて、同じ手順・内容で行われることを前提としています。また、本人が説明を受けることが困難な利用者に対しては、組織がどのような援助の方法をとっているかを確認します。

〇評価方法は、訪問調査において、説明の様式・内容と状況を聴取します。また、利用者や家族等への説明内容が具体的に記録された書面を確認します。書面での確認ができない場合は「ｃ」評価とします。

〇利用契約が必要な福祉施設・事業所における説明については、重要事項説明を行い契約を締結する必要があります。その際には、利用者の意向を受けた個別の福祉サービス内容を明確にして説明し、同意を得ることが求められています。また、本人が説明を受け、契約を締結することが困難な場合には、成年後見制度等の利用を含め、適正な方法がとられているか確認します。

〇評価方法は、訪問調査において重要事項説明や契約書等、契約に必要な書面を確認することとあわせて、利用者の同意を得るまでの過程の記録、苦情の受付状況等で確認します。書面での確認ができない場合は「ｃ」評価とします。

32　Ⅲ－１－（２）－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。

【判断基準】

ａ）福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ている。

ｂ）福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ているが、十分ではない。

ｃ）福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ていない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ているか評価します。

（２）趣旨・解説

〇利用者の状態の変化や家庭環境の変化等で、福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等を行う場合、利用者への福祉サービスの継続性を損なわないような配慮のもとに、引継ぎや申送りの手順、文書の内容等を定めておくことが必要です。

〇地域・家庭への移行にあたっては、利用者や家族の意向を踏まえ、他の福祉施設・事業所や行政をはじめとする関係機関との連携が十分に図られる必要があります。

〇他の福祉施設・事業所への情報提供が必要な場合には、利用者・家族等の同意のもとに適切に行うことが不可欠です。

〇福祉サービス終了後も利用者や家族等が相談を希望した場合のために、担当者や窓口を設置し、利用者や家族等に伝えておくことも福祉サービスの継続性を確保するための対応策です。その場合には、口頭だけでなく、書面等で伝える必要があります。

（３）評価の留意点

〇福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等に係る生活の継続に欠かせない福祉サービスの提供等への配慮を具体的に評価します。

〇必要に応じて、行政や関係機関、他の福祉施設・事業所等と地域・家庭での生活の支援体制についての協議やネットワーク・体制の構築に関する取組も評価します。

〇評価方法は、訪問調査において関連する文書や、実際の対応記録等の確認を行い評価します。

Ⅲ－１－（３）　利用者満足の向上に努めている。

33　Ⅲ－１－（３）－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。

【判断基準】

ａ）利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。

ｂ）利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。

ｃ）利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っているか評価します。

（２）趣旨・解説

〇利用者本位の福祉サービスは、福祉施設・事業所が一方的に判断できるものではなく、利用者がどれだけ満足しているかという双方向性の観点が重要です。福祉サービスにおいては、専門的な相談・支援を適切に実施する一方、利用者満足を組織的に調査・把握し、これを福祉サービスの質の向上に結びつける取組が必要です。

〇利用者満足に関する調査の結果については、具体的なサービス改善に結びつけること、そのために組織として仕組みを整備することが求められます。

〇実施する福祉サービスの質を高めるためには、組織として定められた仕組みにしたがって、継続した取組を進める必要があります。よって、随時出される個々の意見、要望等に対応するという方法のみでは、有効な改善対応と言うことはできません。

〇組織的に行った調査結果を分析・検討する担当者や担当部署の設置、定期的な検討会議開催等の仕組みが求められます。

〇このような仕組みが機能することで、職員の利用者満足に対する意識を向上させ、組織全体が共通の問題意識のもとに改善への取組を行うことができるようになります。

（３）評価の留意点

〇福祉施設・事業所の事業種別や福祉サービスの内容の違いによって、利用者満足の具体的な内容は異なるので、組織として利用者満足の向上に向けた仕組みを整備しているか、また利用者満足に関する調査等の結果を活用し、組織的に福祉サービスの改善に向けた取組が行われているかを評価します。

〇具体的には、利用者満足に関する調査、利用者への個別の聴取、利用者懇談会における聴取等があります。利用者満足に関する調査等を定期的に行うことは、改善課題の発見や、改善課題への対応策の評価・見直しの検討材料となります。

〇評価方法は、調査結果に関する分析や検討内容の記録、改善策の実施に関する記録等の書面や、訪問調査での具体的な取組の聴取等によって確認します。

Ⅲ－１－（４）　利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

34　Ⅲ－１－（４）－①　苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。

【判断基準】

ａ）苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。

ｂ）苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。

ｃ）苦情解決の仕組みが確立していない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□苦情内容については、受付と解決を図った記録が適切に保管している。

□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。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能していることを評価します。

（２）趣旨・解説

〇社会福祉法第 82 条では、社会福祉事業の経営者は、利用者等からの苦情の適切な解決に努めることが求められています。また、福祉施設・事業所の各最低基準・指定基準においては、利用者等からの苦情への対応が規定されています。

〇苦情解決の体制については、①苦情解決責任者の設置（管理者、理事長等）、②苦情受付担当者の設置、③第三者委員の設置が求められています。第三者委員は、苦情解決についての密室性の排除と社会性・客観性の確保、利用者の立場に立った苦情解決の援助のために設置されるもので、人数は複数が望ましいとされています。

〇法令で求められる苦情解決の仕組みが組織の中で確立されていることを前提として、この仕組みが機能しているかどうか、また組織が苦情解決について、提供する福祉サービス内容に関する妥当性の評価や改善課題を探るための有効な手段と位置づけているか、つまり福祉サービスの質の向上のための仕組みとなっているかが重要です。

〇福祉施設・事業所においては、法令で求められる苦情解決の仕組みを構築することはもとより、苦情解決や苦情内容への対応を通じて福祉サービスの質の向上を図る必要があります。

（３）評価の留意点

〇苦情解決の仕組みについては、利用者等への周知と理解の促進、苦情を申出やすい配慮や工夫、苦情受付に係る正確な記録と苦情解決責任者への報告、解決へ向けての話し合いの内容や解決策等について経過と結果の記録、苦情を申出た利用者等への経過や結果の説明、申出た利用者等に不利にならない配慮をしたうえでの公表、などの状況を総合的に勘案し、仕組みが機能しているかどうかを評価します。

〇また、福祉施設・事業所として、苦情解決の取組を、利用者保護の視点と同時に、福祉サービスの質の向上に向けた取組の一環として積極的に捉えているかどうかを、体制の整備や解決手順・結果公表等の具体的な取組によって評価します。

〇第三者委員が設置されていない場合、連絡方法が明示されていない場合、解決に係る話し合いの手順等が定められていな場合、苦情解決状況の公表を行っていない場合は、「ｃ」評価とします。

35　Ⅲ－１－（４）－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。

【判断基準】

ａ）利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。

ｂ）利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。

ｃ）利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準では、利用者が相談したい時や意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が組織として整備されているか、また、その内容を利用者に伝えるための取組が行われているか評価します。

（２）趣旨・解説

〇利用者が必要に応じて相談ができ、また、意見が述べられる環境づくりは、利用者本位の福祉サービスにおいて不可欠であることは言うまでもありません。福祉施設・事業所として、相談しやすく、意見が述べやすい体制や方法をどのように構築しているか、また具体的にどのように取組が進められているかが重要です。

〇相談や意見について、方法や相手を選択できる環境とは、相談においては、日常的に接する職員以外に、相談窓口を設置するなど、専門的な相談、あるいは福祉施設・事業所において直接相談しにくい内容の相談等、相談内容によって複数の相談方法や相談相手が用意されているような取組を指します。

〇意見については、利用者、家族等との話し合いの機会をもつなどの日常的な取組、意見箱の設置、アンケートの実施、第三者委員による聞き取り等の複数の方法や相手が用意されていることを指します

（３）評価の留意点

〇利用者の相談、意見に関する取組については、利用者や家族等に十分に周知されている必要があります。また、利用開始時に説明を行うだけでなく、日常的に相談窓口を明確にしたうえで、その内容をわかりやすい場所に掲示する、日常的な言葉かけを積極的に行う等の取組も評価の対象となります。

〇評価方法は、訪問調査において福祉施設・事業所としての取組を聴取し、書面の確認及び福祉施設・事業所内の見学等で確認します。

36　Ⅲ－１－（４）－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。

【判断基準】

ａ）利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。

ｂ）利用者からの意見や意見を把握しているが、組織的かつ迅速に対応していない。

ｃ）利用者からの相談や意見の把握、対応が十分ではない。

評価の着眼点

□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。

□対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。

□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。

□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。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、苦情に限定するものでなく、利用者からの意見や要望、提案への組織的かつ迅速な対応について評価します。

（２）趣旨・解説

〇苦情に関わらず、福祉サービスの内容や生活環境の改善等に関する利用者からの意見や要望、提案等に積極的に対応することが必要です。福祉施設・事業所においては、利用者からの苦情のみならず、意見や提案から改善課題を明らかにし、福祉サービスの質を向上させていく姿勢が求められます。

〇苦情について迅速な対応を行うことはもとより、利用者の意見や要望、提案等についても可能な限り迅速に対応する体制を整えることが、福祉サービスの質と利用者からの信頼を高めるために有効です。

〇苦情解決同様に、利用者からの意見や要望、提案等への対応についても仕組みを確立することが重要であり、対応マニュアル等の策定が必要です。

〇意見等に対する福祉施設・事業所の方針を伝え、理解いただくこと取組も含まれます。

〇対応マニュアル等においては、利用者の意見や要望、提案等にもとづく福祉サービスの質の向上に関する姿勢をはじめ、苦情解決の仕組み同様に、意見や要望、提案等を受けた後の手順、具体的な検討・対応方法、記録方法、利用者への経過と結果の説明、公表の方法等がその内容別に具体的に記載されていることが必要です。また、仕組みを効果的なものとする観点からマニュアル等については、適宜見直しを行うことが必要となります。

（３）評価の留意点

〇意見や要望、提案等への対応マニュアルの整備のほか具体的に福祉サービスの改善につなげている取組も含めて評価します。

〇苦情解決の仕組と一体的に構築、運用している福祉施設・事業所の場合には、苦情解決のみならず、本評価基準でいう利用者の意見や要望、提案等への対応が実際に行われているか確認します。

〇評価方法は、訪問調査において福祉施設・事業所としての取組を聴取し、書面等で確認します。

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。

37　Ⅲ－１－（５）－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。

【判断基準】

ａ）リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。

ｂ）リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。

ｃ）リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、利用者の安心と安全を確保し福祉サービスの質の向上を図る観点からリスクマネジメント体制を構築するとともに、ヒヤリハット報告や事故報告等の事例の収集を積極的に実施し、その収集した事例について要因分析の実施と対応策が適切に講じられているか評価します。

（２）趣旨・解説

〇福祉施設・事業所におけるリスクマネジメントの目的は、福祉サービスの質の向上にあります。具体的な取組としては、責任者の設置又は明確化、リスクマネジメントに関する会議等（体制づくり全般をはじめ、事故要因の分析、改善策・再発防止策等を検討する場）の設置、事故発生時の対応における責任と手順等の明確化、ヒヤリハット・事故報告の収集、これら報告にもとづく要因分析と改善策・再発防止等の実施が基本的な事項となります。

〇また、これらをリスクマネジメント規程等として定めておくこと、研修の実施や個々の取組について定期的な見直しと改善を図ることは、体制の構築と福祉施設・事業所の実態にそくした効果的な取組のために有効です。

〇ヒヤリハット・事故報告や事例等の収集は、福祉サービスの質の向上の観点から、職員間の情報共有をはじめ、要因分析の実施や改善策・再発防止策を講じるために行うものです。また、取組を通じて、職員の「危険への気づき」を促す効果も生まれます。よって、職員個人の反省を促したり、責任を追及したりするためのものではないということに留意が必要です。

〇福祉サービスの提供に関わる設備・機器類の日頃からの安全確認や定期的なメンテナンスも、日常的に利用者の安心・安全に配慮した福祉サービスの前提として重要です。また、外部からの侵入者への対応等についても、福祉施設・事業所の特性に応じて検討・対応します。

〇リスクマネジメントの体制整備の面では管理者のリーダーシップが欠かせません。また、具体的な対策を講じる際には福祉サービスを提供する現場における知恵と工夫を活用した取組が最も重要です。

（３）評価の留意点

〇事故発生時の適切な対応と利用者の安全確保がなされていることを前提とし、リスクマネジメントに関する責任者の設置又は明確化、リスクマネジメントに関する会議等の設置・開催状況のみならず、ヒヤリハット報告・事故報告が収集され、要因分析と改善策・再発防止策の検討・実施がなされているか評価します。

〇ヒヤリハット報告・事故報告の分類や一覧表の作成等に留まらず、組織的・継続的な要因分析と改善策・再発防止策の検討・実施に結びついていることが必要です。

〇評価方法は、訪問調査において具体的な取組を書面と聴取によって確認します。書面がなく、職員会議等で事故防止に向けた意識啓発をしているというような取組のみの場合には、「ｃ」評価とします。

〇感染症に関するリスク（対策）については、次項「Ⅲ－１－（５）－②」で評価します。

38　Ⅲ－１－（５）－②　感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。

【判断基準】

ａ）感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。

ｂ）感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。

ｃ）感染症の予防策が講じられていない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□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。

□感染症の予防策が適切に講じられている。

□感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、感染症の予防策が適切に講じられているとともに、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っていることを評価します。

（２）趣旨・解説

〇利用者の生命と健康にとって感染症の予防と感染症発生時の適切な対応は非常に重要な取組といえます。

〇感染症の予防・対応についても、福祉サービスの質の向上を目的とするリスクマネジメントと同様に、マニュアル等を整備したうえで、福祉施設・事業所内の体制を確立し実行していくことが必要です。具体的には、①責任を明確にした安全確保のための体制の確立（緊急時の対応体制を含む）、②担当者・担当部署の設置、③定期的な検討の場の設置、④感染症予防策等の定期的な評価・見直しの実施等が挙げられます。

〇感染症については、季節、福祉サービスの提供場面に応じた適切な対応が必要であり、感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成したうえで、職員が十分に理解し、日頃から取組を進めることが必要です。

〇対応マニュアル等については、保健医療の専門職の適切な助言・指導のもとに作成されていることも重要です。

（３）評価の留意点

〇評価方法は、訪問調査において具体的な取組を書面と聴取によって確認します。書面がなく職員会議等で感染症予防に向けた意識啓発をしているというような取組のみの場合には、「ｃ」評価とします。

39　Ⅲ－１－（５）－③　災害時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。

【判断基準】

ａ）地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、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）地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。

ｃ）地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。

評価の着眼点

□災害時の対応体制が決められている。

□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。

□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。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を積極的に行っているか評価します。

（２）趣旨・解説

〇利用者の安全を確保するためには、福祉サービス上のリスクや感染症対策のみならず、災害時における安全確保のための対策を講じる必要があります。

〇そのため福祉施設・事業所においては、災害時の対応体制（災害時の職員体制、災害時の避難先、避難方法、ルートの確認等）をあらかじめ定めておくことが求められます。

〇訪問・通所による福祉サービスを提供する福祉施設・事業所では、災害発生時の安否確認について、他の福祉施設・事業所や自治体等と連携して行う方法を決定・確認しておく必要があります。また、通所福祉施設・事業所については、利用者や家族と話し合う、家族への引継ぎの方策などを決めておくことなどが求められます。

〇福祉施設・事業所においては、災害時においても、利用者の安全を確保するとともに福祉サービスを継続することが求められます。「事業（福祉サービス）の継続」の観点から、災害等に備えた事前準備・事前対策を講じることが重要です。

（３）評価の留意点

〇消防計画の策定など法律で定められた事項や監査事項の対策にとどまらず、実効性の高い取組を積極的に行っているかどうかを確認します。たとえば、ハード面では立地条件から災害の影響を把握する、耐震診断を受けて必要な耐震措置を実施する、設備等の落下防止措置を講じる、消火設備を充実させる、食料や備品などの備蓄を整備するなどが挙げられます。

〇ソフト面では、災害発生時の体制を整備する、利用者及び職員の安否確認の方法の確立し全職員に周知する、災害発生時の初動時の対応や出勤基準などを示した行動基準を策定し、全職員に周知を図る、定期的に訓練を行い、対策の問題点の把握や見直しを行うなどが挙げられます。

## Ⅲ－２　福祉サービスの質の確保

### Ⅲ－２－（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。

#### 40　Ⅲ－２－（１）－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。

【判断基準】

ａ）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、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。

ｂ）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ているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。

ｃ）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ていない。

評価の着眼点

□標準的な実施方法が適切に文書化されている。

□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。

□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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、福祉施設・事業所における福祉サービスの標準的な実施方法が文書化され、それにもとづいて福祉サービスが適切に実施されていることを評価します。

（２）趣旨・解説

〇福祉施設・事業所における福祉サービスの提供・実践は、利用者の特性や必要とする支援等に応じて柔軟に行われるべきものであり、いわば標準化できる内容と個別的に提供・実践すべき内容の組合せです。

〇標準化とは、画一化とは異なり、福祉サービスを提供する職員誰もが必ず行わなくてはならない基本となる部分を共通化することであり、個別的な福祉サービスの提供と相補的な関係にあるものといえます。すべての利用者に対する画一的な福祉サービス実施を目的としたマニュアル化を求めるものではありません。

〇標準化とは、各福祉施設・事業所における利用者の特性等を踏まえた標準的な実施方法等を定め、職員の違い等による福祉サービスの水準や内容の差異を極力なくし一定の水準、内容を常に実現することを目指すものです。標準的な実施方法を定め、一定の水準、内容を保ったうえで、それぞれの利用者の個別性に着目した対応を行うことが必要です。

〇標準的な実施方法は、文書化され、職員が十分に理解していることが不可欠です。標準的な実施方法には、基本的な相談・援助技術に関するものだけでなく、福祉サービス実施時の留意点や利用者のプライバシーへの配慮、設備等の福祉施設・事業所の環境に応じた業務手順等も含まれ、実施する福祉サービス全般にわたって定められていることが求められます。

〇また、標準的な実施方法に基づいて実施されていることを組織として確認するための仕組みを整備し、標準的な実施方法にそぐわない福祉サービスが提供されている場合の対応方法についても定めておくことが必要です。

（３）評価の留意点

〇標準的な実施方法については、文書化されていること、また、これにもとづいた福祉サービスの提供状況について確認します。具体的には、標準的な実施方法（文書）の活用状況と職員の理解を図るための取組や工夫、個別的な福祉サービス実施計画との関係性、標準的な実施方法にそった福祉サービスの提供がなされているか確認する仕組みの有無等により、総合的に評価します。

〇標準的な実施方法を記載した文書は、職員がいつでも閲覧でき、日常的に活用している状態にあるか確認します。

〇評価方法は、訪問調査において書面を確認するとともに、関係職員への聴取等によって確認します。

41　Ⅲ－２－（１）－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。

【判断基準】

ａ）標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。

ｂ）標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。

ｃ）標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されている。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、標準的な実施方法について、定期的に現状を検証し、必要な見直しを組織的に行うための仕組みが定められているか、その仕組みのもとに見直しが実施されているかどうかを評価します。

（２）趣旨・解説

〇標準的な実施方法については、利用者が必要とする福祉サービス内容の変化や新たな知識・技術等の導入を踏まえ、定期的に現状を検証し、必要な見直しを行うことが必要です。また、検証や見直しについては、福祉施設・事業所として方法や仕組みを定め、これのもとに継続的に実施されることが、福祉サービスの質の向上にとって必要です。

〇標準的な実施方法の見直しは、職員や利用者等からの意見や提案にもとづき、また、個別的な福祉サービス実施計画の状況を踏まえ行われなければなりません。

〇標準的な実施方法を定期的に見直すことは、福祉サービスの質に関する職員の共通意識を育てるとともに、PDCA のサイクルによって、質に関する検討が組織として継続的に行われているという意味をあわせ持っています。

（３）評価の留意点

〇評価方法は、訪問調査において、標準的な実施方法（文書）の改訂記録や検討会議の記録等、書面をもって確認します。

Ⅲ−２−（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。

42　Ⅲ−２−（２）−①　アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。

【判断基準】

ａ）利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。

ｂ）利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。

ｃ）利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立していない。

評価の着眼点

□福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。

□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。

□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。

□福祉サービス実施計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。

□福祉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。

□福祉サービス実施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。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、福祉サービス実施計画の策定に関する体制が確立し、アセスメントにもとづく適切な個別的な福祉サービス実施計画が策定されているか評価します。

（２）趣旨・解説

〇利用者の特性や状態、必要な支援等の内容に応じた福祉サービスの提供において、利用者ニーズ等の適切なアセスメントにもとづく「福祉サービス実施計画」、つまり個別的な福祉サービス実施計画（利用者一人ひとりについてニーズと具体的なサービス内容等が記載された個別計画）が必要です。

〇福祉サービス実施計画の策定にあたっては、福祉施設・事業所での体制が確立していることが不可欠です。具体的には、福祉サービス実施計画策定の責任者を設置・明確化するとともに、アセスメントから計画の作成、実施、評価・見直しに至るプロセスを定める必要があります。

〇福祉サービス実施計画策定の責任者については、必ずしもサービス実施計画を直接作成する者を意味していません。各部門の担当者の意見を、集約・調整する場を設定し、その場に参画して福祉サービス実施計画の内容の決定までを統括する、また家族への連絡や説明等を行う、等が責任者に求められる役割です。

〇アセスメントは、利用者の身体状況や生活状況等を把握するとともに、利用者にどのようなサービス実施上のニーズがあるかを明らかにすることを目的とします。利用者の状況を正確に把握し、ニーズを明らかにすることは、福祉サービス実施計画を作成する基本となる重要なプロセスです。身体状況や生活状況あるいはニーズを組織が定めた手順と様式によって把握する必要があります。

〇福祉サービス開始直後には、事前に把握していた身体状況や生活状況等が実際と異なっている場合もあるため、そのような状況も視野に入れたアセスメントが行われる必要があります。

〇アセスメントについては、①サービス開始前後におけるアセスメントに関する手順が組織として定められていること、②手順は正確なアセスメントを行うために計画的なものになっていること、③その手順のもとに実施されていること、④アセスメントによって、利用者全員について、個別に具体的なニーズが明示されていることが求められます。

〇福祉サービス実施計画は、医療やリハビリ、メンタル面での支援等も含めた総合的な視点で作成されなければならないこと、実施状況の評価・見直しにあたっても、ＱＯＬを含め、総合的な視点から利用者のより良い状態を検討する必要があります。

（３）評価の留意点

〇利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の策定が、法令上求められる福祉施設・事業所については、アセスメントから計画策定、実施、評価・見直しといった一連のプロセスが適切に行われていることを基本とします。また、利用者の希望やニーズを適切に反映した内容となっているか、計画にもとづく福祉サービスの提供がなされているか、福祉サービスの質の向上に結びつく活用がなされているかといった観点から評価します。

〇福祉サービス実施計画策定における責任者の役割について、役割分担して実施している場合があります。役割分担は、組織の状況に応じて異なりますので、組織として福祉サービス実施計画の策定方法が定まっていること、それぞれの担当者がその定められた方法における役割を果たしていること、そして責任者は、これらの内容を掌握し必要に応じて助言・指導を行っていることをもって役割を果たしていると評価します。

〇アセスメント結果を福祉サービス実施計画に適切に反映されているかどうかについては、アセスメント結果を福祉サービス実施計画に反映させる際に関係職員で協議を実施しているか、アセスメント結果から課題解決のための目標と、目標達成に向けた具体的な対応策を福祉サービス実施計画に反映しているか等を記録等から判断します。

〇利用者の意向の反映については、サービス実施計画に利用者の意向が明示されていることによって、意向を踏まえた計画が策定されていると評価します。

〇評価方法は、訪問調査において、福祉サービス実施計画の策定・実施のプロセス、責任及び役割分担体制の実態がどのようになっているかを具体的に聴取したうえで、利用者数名分の福祉サービス実施計画及びアセスメント票等を抽出して、書面の確認と担当者への聴取を行います。

〇また、福祉サービス実施計画が日常的な福祉サービスの提供場面でどのように実施されているか、記録と職員からの聴取により確認します。

〇組織としてアセスメントをまったく行っていないことは想定していませんが、その場合は「ｃ」評価とします。

〇利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画が作成されていないことは想定していませんが、その場合は「ｃ」評価とします。福祉サービス実施計画の策定が法令上求めされる福祉施設・事業所については、法令違反となりますので、早急な改善・策定が求められることはいうまでもありません。

43　Ⅲ－２－（２）－②　定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。

【判断基準】

ａ）福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。

ｂ）福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。

ｃ）福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。

評価の着眼点

□福祉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。

□見直しによって変更した福祉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。

□福祉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。

□福祉サービス実施計画の評価・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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているか評価します。

（２）趣旨・解説

〇利用者一人ひとりに対する福祉サービスの質の向上を継続的に図るためには、策定した福祉サービス実施計画について、ＰＤＣＡのサイクルを継続して実施することによって、恒常的な取組にしていかなければなりません。

〇福祉サービス実施計画の評価・見直しに関する組織として決定された手順が定められ、実施されている必要があります。評価・見直しを行う時期の設定や記録の方法、実施計画変更の手順と関係職員への周知の方法等が明示されていることが望まれます。

〇また、福祉サービス実施状況が責任者に確実に伝わる仕組みが必要です。実施記録での福祉サービス実施状況の確認や、担当者からの報告ルート等が、システムとして成立しており、責任者が総合的な視点で情報を管理している状態を求めています。

〇福祉サービス実施計画の策定及び定期的な見直しが法令上求められる福祉施設・事業所はもとより、それ以外の福祉施設・事業所についても、適切な期間・方法で計画の見直しが実施されているか、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）など、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、福祉サービスの質の向上に結びつく積極的な取組がなされているかを評価します。

（３）評価の留意点

〇福祉サービス実施計画の見直しでは、目標そのものの妥当性や、具体的な支援や解決方法の有効性等について検証するとともに、変更に関する利用者の意向の確認と同意を得られているかが留意点です。

〇定期的な評価結果に基づいて、必要があればサービス実施計画の内容を変更しているかどうかを、記録等と実施計画等の書面によって評価します。

〇福祉サービス実施計画の定期的な評価・見直しが、法令上求めされる福祉施設・事業所については、取り組みがなされていない場合には、法令違反となりますので、早急な改善・策定が求められることはいうまでもありません。

Ⅲ－２－（３）　福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

44　Ⅲ－２－（３）－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、職員間で共有化さている。

【判断基準】

ａ）利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。

ｂ）利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。

ｃ）利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されていない。

評価の着眼点

□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。

□サービス実施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。

□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。

□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。

□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。

□パソコンのネットワークシステムを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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録されるとともに、職員間で共有化されていることを評価します。

（２）趣旨・解説

〇利用者一人ひとりに対する福祉サービスの実施状況は、組織の規定にしたがって統一した方法で記録される必要があります。記録は、職員の情報の共有化を図るとともに、福祉サービス実施計画の評価・見直しを行う際の基本情報となります。

〇適切に記録されているとは、福祉サービス実施計画にそってどのようなサービスが実施されたのか、その結果として利用者の状態はどのように推移したか、について具体的に記録されていることを指します。

〇また、記録のほか、利用者の状況等に関する情報の流れや共通化について、組織としての取組を評価します。

〇利用者の状況等に関する情報とは、利用者の状況、福祉サービスの実施にあたり留意すべき事項、実施に伴う状況の変化、アセスメントやサービス実施計画の実施状況等、利用者に関わる日々の情報すべてを指します。

〇共有化については、知っておくべき情報が職員に正確に伝わる仕組みが確立していることが必要です。その際、伝えてはならない情報、担当者で留めてよい情報と責任者等へ伝えるべき情報、他部門への伝達が必要な情報、速やかに伝えるべき内容と後日整理して伝えるべき内容等が的確に分別され、決められた方法によって伝達されていくことが求められます。

〇情報の流れと共有化について組織的に管理することは、利用者の状態の変化や福祉サービス内容の不具合に対して、速やかな対応を行うために欠かせないものです。

（３）評価の留意点

〇引継ぎや申送り、回覧等は当然に行われていることとして捉え、組織の特性に応じた共有化へのより積極的な取組を評価します。

〇評価方法は、訪問調査において、利用者数名の福祉サービス実施計画と、それに対する記録等の書面を確認します。また、利用者の状態等に関する情報に関する具体的な取組を聴取し、書面でも確認します。

45　Ⅲ－２－（３）－②　利用者に関する記録の管理体制が確立している。

【判断基準】

ａ）利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。

ｂ）利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。

ｃ）利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。

評価の着眼点

□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。

□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。

□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の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。

□職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。

□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。

評価基準の考え方と評価の留意点

（１）目的

〇本評価基準は、個人情報保護規程等の利用者の記録の管理について規定が定められるとともに、適切に管理が行われていることを評価します。

（２）趣旨・解説

〇利用者に関する記録の管理については、個人情報保護と情報開示の２つの観点から管理体制が整備される必要があります。

〇福祉施設・事業所が保有する利用者や家族の情報は、個人的な情報であり、その流出は利用者や家族に大きな影響を与えることから、情報が外部に流出しない管理体制が必要となります。記録の保管場所や保管方法、扱いに関する規程、責任者の設置、保存と廃棄に関する規程等が必要です。

〇個人情報保護については「個人情報の保護に関する法律（個人情報保護法）」とともに、福祉・介護分野における個人情報保護に関するガイドライン等の理解と、取組が求められます。

〇厚生労働省は、「福祉関係事業者における個人情報の適正な取扱いのためのガイドライン（平成 16 年 11 月 30 日通達）」、「福祉分野における個人情報保護に関するガイドライン（平成 25 年 3 月 29 日通達）」、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（平成 16 年 12 月 24 日通知、平成 18 年 4 月 21 日改正、平成 22 年 9 月 17 日改正）を示しています。

〇一方、情報開示については、利用者や家族等から情報開示を求められた際のルール・規程が必要です。情報開示の基本姿勢、情報開示の範囲、利用者への配慮等が求められます。

〇ここでいう「記録の管理」とは、書面による管理に加え電子データによる管理も含みます。電子データについては、取扱いや情報漏えい対策が十分になされることが必要です。

（３）評価の留意点

〇評価方法は、訪問調査において規程等の確認、実際の記録の保管状況、開示請求への対応、保存と廃棄の確認等を行います。

別添１－２

# 第三者評価共通評価基準ガイドライン
# における各評価項目の判断基準に関する
# ガイドライン

## 判断基準、評価の着眼点

## 評価基準の考え方と評価の留意点

# （障害者・児福祉サービス解説版）

# 目次


## Ⅰ　福祉サービスの基本方針と組織

### Ⅰ－１　理念・基本方針

Ⅰ－１－（１）　理念、基本方針が確立・周知されている。

1　Ⅰ－１－（１）－①　理念、基本方針が明文化され周知が図られている。・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5

### Ⅰ－２　経営状況の把握

Ⅰ－２－（１）　経営環境の変化等に適切に対応している。

2　Ⅰ－２－（１）－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。・・・・9

3　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。・・・・・・・・・・・・・・・11

### Ⅰ－３　事業計画の策定

Ⅰ－３－（１）　中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

4　Ⅰ－３－（１）－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。・・・・・・・・・・・13

5　Ⅰ－３－（１）－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。・・・・・・・・・・・・・15

Ⅰ－３－（２）　事業計画が適切に策定されている。

6　Ⅰ－３－（２）－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。・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・17

7　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。・・・・・・・・・・・・・・・19

### Ⅰ－４　福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

Ⅰ－４－（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。

8　Ⅰ－４－（１）－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。・・・21

9　Ⅰ－４－（１）－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。・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・23

## Ⅱ　組織の運営管理

### Ⅱ－１　管理者の責任とリーダーシップ

Ⅱ－１－（１）　管理者の責任が明確にされている。

10　Ⅱ－１－（１）－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。・・・25

11　Ⅱ－１－（１）－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。・・・・・・・・・27

Ⅱ－１－（２）　管理者のリーダーシップが発揮されている。

12　Ⅱ－１－（２）－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。・・・29

13　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。・・・・31

**Ⅱ－２　福祉人材の確保・育成**

Ⅱ－２－（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。

14　Ⅱ－２－（１）－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。・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・33

15　Ⅱ－２－（１）－②　総合的な人事管理が行われている。・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・35

Ⅱ－２－（２）　職員の就業状況に配慮がなされている。

16　Ⅱ－２－（２）－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。・・・37

Ⅱ－２－（３）　職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

17　Ⅱ－２－（３）－①　職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・39

18　Ⅱ－２－（３）－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。・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・41

19　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。・・・・・・・・・・・・・・・43

Ⅱ－２－（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。

20　Ⅱ－２－（４）－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。・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・45

**Ⅱ－３　運営の透明性の確保**

Ⅱ－３－（１）　運営の透明性を確保するための取組が行われている。

21　Ⅱ－３－（１）－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。・・・・・・・・・・・・・47

22　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。・・・49

**Ⅱ－４　地域との交流、地域貢献**

Ⅱ－４－（１）　地域との関係が適切に確保されている。

23　Ⅱ－４－（１）－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。・・・・・・・・・・・・・53

24　Ⅱ－４－（１）－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。・・・55

Ⅱ－４－（２）　関係機関との連携が確保されている。

25　Ⅱ－４－（２）－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。・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・57

Ⅱ－４－（３）　地域の福祉向上のための取組を行っている。

26　Ⅱ－４－（３）－①　福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。･･････････････59

27　Ⅱ－４－（３）－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。････61

Ⅲ　適切な福祉サービスの実施

Ⅲ－１　利用者本位の福祉サービス

Ⅲ－１－（１）　利用者を尊重する姿勢が明示されている。

28　Ⅲ－１－（１）－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。･････････････････････････････････････････････65

29　Ⅲ－１－（１）－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。･･････････････････････････････････････････････67

Ⅲ－１－（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。

30　Ⅲ－１－（２）－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。･･････････････････････････････････････････････････69

31　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。･･･71

32　Ⅲ－１－（２）－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。･･･････････････････････････････････73

Ⅲ－１－（３）　利用者満足の向上に努めている。

33　Ⅲ－１－（３）－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。･･･75

Ⅲ－１－（４）　利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

34　Ⅲ－１－（４）－①　苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。････････････79

35　Ⅲ－１－（４）－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。･･･81

36　Ⅲ－１－（４）－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。･･･83

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。

37　Ⅲ－１－（５）－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。･･････････････････････････････････････････85

38　Ⅲ－１－（５）－②　感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。･････････････････････････････････････････87

39　Ⅲ－１－（５）－③　災害時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。･･･89

## Ⅲ－２　福祉サービスの質の確保

Ⅲ－２－（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。

40　Ⅲ－２－（１）－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。・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・91

41　Ⅲ－２－（１）－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。・・・・・・・93

Ⅲ－２－（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。

42　Ⅲ－２－（２）－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。・・・・・・・・・95

43　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。・・・・・・・・・・・・・・・・・99

Ⅲ－２－（３）　福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

44　Ⅲ－２－（３）－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。・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・101

45　Ⅲ－２－（３）－②　利用者に関する記録の管理体制が確立している。・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・103

## Ⅰ　福祉サービスの基本方針と組織

### Ⅰ－１　理念・基本方針

#### Ⅰ－1－(1)　理念、基本方針が確立・周知されている。

1　Ⅰ－1－(1)－①　理念、基本方針が明文化され周知が図られている。

**【判断基準】**

ａ）法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。

ｂ）法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。

ｃ）法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が明文化されていない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

## 評価基準の考え方と評価の留意点

### （１）目的

〇本評価基準では、法人（福祉施設・事業所）の使命や役割を反映した理念、これにもとづく福祉サービス提供に関する基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が十分に図られていることを評価します。

### （２）趣旨・解説

【理念と基本方針】

〇福祉サービスの提供や経営の前提として、福祉施設・事業所（法人）の目的や存在意義、使命や役割等を明確にした理念が必要です。特に、福祉サービスを提供する福祉施設・事業所（法人）の理念において、利用者の人権の尊重や個人の尊厳に関わる姿勢が明確にされていることが重要です。

〇理念は、福祉施設・事業所（法人）における事業経営や福祉サービス提供の拠り所であり、基本の考えとなります。また、福祉施設・事業所（法人）のめざすべき方向性を内外に示すものでもあります。よって、理念は、実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた具体的な内容が示されていることが適当です。

〇基本方針は、理念に基づいて福祉施設・事業所の利用者に対する姿勢や地域との関わり方、あるいは組織が持つ機能等を具体的に示す重要なものです。また、理念を職員等の行動基準（行動規範）としてより具体的な指針とするためは、理念にもとづく基本方針を定めることが必要です。

〇基本方針が明確にされていることによって、職員は自らの業務に対する意識づけや利用者への接し方、福祉サービスへの具体的な取組を合目的的に行うことができるようになります。また、対外的にも、実施する福祉サービスに対する基本的な考え方や姿勢を示すものとなり、組織に対する安心感や信頼にもつながります。

〇理念や基本方針は、職員の理解はもとより、利用者や家族、さらには地域社会に対して示していくことを前提として、明文化されていることが求められます。

〇理念や基本方針は、中・長期計画や単年度の事業計画を策定する際の基本ともなります。

〇本評価基準は、各評価基準にもとづく評価を行っていく際の基礎となるものです。各評価基準はそれぞれの具体的な取組状況を評価するものとなっていますが、福祉施設・事業所（法人）の理念や基本方針を達成する観点から、取組や内容等が十分であるかなどの視点から評価します。

【職員の理解】

〇理念や基本方針は、組織の福祉サービスに対する考え方や姿勢を示し、職員の行動規範となるものですから、職員には十分な周知と理解を促すことが重要となります。

【利用者や家族等への周知】

〇理念や基本方針は、組織の福祉サービスに対する考え方や姿勢を示すものです。よって、職員に限らず、利用者や家族等、さらには地域住民や関係機関にも広く周知することが必要となります。また、利用者や家族等に対して理念や基本方針を周知することによって、実施する福祉サービスに対する安心感や信頼を高めることにもつながるため、十分な取組が求められることとなります。

### （３）評価の留意点

〇複数の施設・事業を経営する法人の場合には、法人の理念にもとづき、各福祉施設・事業所の実情に応じて福祉施設・事業所ごとに理念を掲げていても構いません。

〇公立施設については、管理者に与えられた職掌の範囲内を考慮したうえで、本評価基準の基本的考え方にそった具体的な取組を評価します。

〇福祉施設・事業所によっては「基本方針」を単年度の事業計画における「重点事項」としている場合もありますが、本評価基準では、「重点事項」の前提となる、より基本的な考え方や姿勢を明示したものとして「基本方針」を位置づけています。

〇職員への周知については、訪問調査において組織として職員への周知に向けてどのような取組を行っているかを聴取したうえで、職員への聴取・確認を行うことによってその周知の状況をあわせて把握することになります。

〇利用者や家族等への周知については、訪問調査において利用者や家族等への周知に向けてどのような取組を行っているかを聴取します。また、作成された印刷物等の内容がわかりやすいかどうか、周知の方法に配慮しているかどうかについても評価の対象となります。高齢者や障害のある利用者に対しては、職員に対する方法とは違った工夫も求められます。

〇理念、基本方針のいずれも適切に明文化されている場合であっても、職員、利用者等への周知が不十分である場合は「ｂ」評価とします。

〇理念、基本方針のいずれも明文化されている場合であっても、いずれかの内容が不十分である場合や利用者への周知が不十分である場合は「ｂ」評価とします。

〇理念、基本方針のいずれかが明文化されていない場合は「ｃ」評価とします。

〇理念、基本方針のいずれも明文化されている場合であっても、職員への周知が不十分である場合は「ｃ」評価とします。

≪注≫

＊本評価基準における「管理者」とは、福祉施設・事業所を実質的に管理・運営する責任者（施設長等）を指しますが、法人の経営者に対しても、同様の姿勢が求められます。

＊本評価基準における「職員」とは、常勤・非常勤、あるいは職種を問わず、組織に雇用されるすべての職員を指しています。

## Ⅰ－２　経営状況の把握

### Ⅰ－２－（１）　経営環境の変化等に適切に対応している。

2　Ⅰ－２－（１）－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。

**【判断基準】**

ａ）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）事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。

ｃ）事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準では、事業経営の基本として、事業経営をとりまく環境と法人（福祉施設・事業所）の経営環境が適切に把握・分析されているかを評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇福祉施設・事業所においては、事業の将来性や継続性を見通しながら、利用者に良質かつ安心・安全な福祉サービスの提供に努めることが求められます。

〇社会福祉事業全体の動向、福祉施設・事業所が位置する地域での福祉に対する需要の動向、利用者数・利用者像の変化、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等は、事業経営を長期的視野に立って進めていくためには欠かすことのできない情報となります。

〇福祉施設・事業所の経営状況について定期的に分析しておくことも、事業経営の安定性や将来展望を描くうえでも欠かせません。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、財務状況等の現状分析を適切に行うことが求められます。

**（３）評価の留意点**

〇評価方法は、訪問調査において外的な動向を把握するための方策・取組と実際に把握している状況、また福祉施設・事業所における経営状況の分析状況について、具体的な資料等を確認します。

〇公立施設については、管理者に与えられた職掌の範囲内を考慮したうえで、本評価基準の基本的考え方にそった具体的な取組を評価します。

〇事業経営をとりまく環境と経営状況を把握する目的は、環境変化に適切に対応した事業経営の維持や改善にあります。そこで、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ことが必要です。各計画に情報やデータが反映されなければ、その目的は達成されません。これらについては、「Ⅰ－３－（１）－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。」で評価します。

3　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。

**【判断基準】**

ａ）経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。

ｂ）経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。

ｃ）経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく取組が行われていない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準では、事業経営をとりまく環境と経営状況の把握・分析にもとづき、経営課題を明確にし、具体的な取組が行われているかを評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇Ⅰ－２－（１）－① 事業経営をとりまく環境と経営状況の把握・分析にもとづき、経営課題を明確にし、改善等に向けた具体的な取組が必要です。

〇経営状況の把握・分析は、組織として確立されたうえで実施される必要があります。経営者や管理者が個人的に行っているだけでは、組織としての取組として位置づけることはできません。

〇経営状況や経営課題については、役員（理事・監事等）間での共有がなされていることはもとより、職員に周知されていることが、経営課題の解決や改善等に向けての前提条件となります。

**（３）評価の留意点**

〇経営上の課題を解決していくためには、職員の意見を聞いたり、職員同士の検討の場を設定したりするなど、組織的な取組が必要であるという観点で評価を行います。

〇公立施設については、管理者に与えられた職掌の範囲内を考慮したうえで、本評価基準の基本的考え方にそった具体的な取組を評価します。

〇評価方法は、担当者や担当部署等の有無、把握・分析を実施する時期や頻度、役員間での共有や職員への周知の方法、改善へ向けての仕組みなど、具体的な内容について聴取を行います。

〇経営環境・状況が適切に把握・分析されていない場合（Ⅰ－２－（１）－①が「ｃ」評価の場合）は、「ｃ」評価とします。

〇経営課題の解決・改善に向けた取組の計画化については、Ⅰ－３－（１）－①で評価します。

## Ⅰ－３　事業計画の策定

### Ⅰ－３－（１）　中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

4　Ⅰ－３－（１）－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。

【判断基準】

ａ）経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。

ｂ）経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。

ｃ）経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。

**評価の着眼点**

□中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。

□中・長期計画は、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。

□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。

□中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。

## 評価基準の考え方と評価の留意点

### （１）目的

〇本評価基準では、理念・基本方針にもとづき、経営状況・環境の把握・分析等を踏まえた中・長期計画（中・長期の事業計画と中・長期の収支計画）の策定状況を評価します。

### （２）趣旨・解説

〇「中・長期計画」とは「中・長期の事業計画」と「中・長期の収支計画」をいいます。ここでの「中・長期」とは３～５年を指すものとしています。

〇中・長期計画の策定において反映する経営環境等の把握・分析は、理念や基本方針を具体化する事業や福祉サービスを効果的に実施する観点から活用されていることが必要です。経営環境等を理由として、理念や基本方針の具現化が図られないことがないようにします。

【中・長期の事業計画】

〇「中・長期の事業計画」とは、理念や基本方針の実現に向けた具体的な取組を示すものです。実施する福祉サービスの更なる充実、課題の解決等のほか、地域ニーズにもとづいた新たな福祉サービスの実施といったことも含めた目標（ビジョン）を明確にし、その目標（ビジョン）を実現するために、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等に関する具体的な計画となっている必要があります。

〇中・長期計画については、以下を期待しています。

ⅰ）理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にする。

ⅱ）明確にした目標（ビジョン）に対して、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、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにする。

ⅲ）明らかになった課題や問題点を解決し、目標（ビジョン）を達成するための具体的な中・長期計画を策定する。

ⅳ）計画の実行と評価・見直しを行う。

【中・長期の収支計画】

〇中・長期の事業計画を実現するためには財務面での裏付けも不可欠といえます。そのため、中・長期の事業計画にしたがって「中・長期の収支計画」を策定することが必要です。

〇収支計画の策定にあたっては、利用者の増減、人件費の増減等を把握・整理するとともに、福祉施設・事業所の増改築、建替えなどにともなう支出について積立てるなどの、資金使途を明確にすることも必要です。適切な財務分析及び、資金（内部留保等）使途の明確化がなされていることも重要です。

### （３）評価の留意点

〇本評価基準で対象としている課題や問題点とは、経営環境等の把握・分析等を踏まえた組織として取り組むべき体制や設備といった全体的な課題です。個々の利用者に関する課題は対象ではありません。「Ⅰ－２　経営状況の把握」を踏まえた内容となっているかなどを確認します。

（障害者・児版：共通）

〇公立施設については、管理者に与えられた職掌の範囲内を考慮したうえで、本評価基準の基本的考え方にそった具体的な取組を評価します。

〇中・長期の事業計画と中・長期の収支計画のいずれかが策定されていない場合は「ｂ」評価とします。

5　Ⅰ－3－（1）－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。

**【判断基準】**

ａ）単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。

ｂ）単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。

ｃ）単年度の計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。

**評価の着眼点**

□単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。

□単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。

□単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準では、①中・長期計画（中・長期の事業計画と中・長期の収支計画）の内容が、単年度の計画（単年度の事業計画と単年度の収支計画）に反映されていること、②単年度における事業内容が具体的に示され、さらに実行可能な計画であることを評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇単年度の計画（単年度の事業計画と単年度の収支計画）は、当該年度における具体的な事業、福祉サービス提供等に関わる内容が具体化されていること、中・長期計画を反映しこの計画を着実に実現する内容であることが必要です。また、それらの内容が実現可能であることが不可欠です。

〇単年度の事業計画は、年度の終了時に実施状況についての評価を行うため、内容については、実施状況の評価が可能であることが必要です。数値化等できる限り定量的な分析が可能であることが求められます。

〇単年度の計画においても、中・長期計画と同様に、事業計画を実現可能とする収支計画が適切に策定されていることが要件となります。

**（３）評価の留意点**

〇評価方法は、事業計画の内容を書面で確認するとともに、取組状況について管理者から聴取して確認します。

〇中・長期計画が反映されていても、内容が十分ではない場合は「ｂ」評価とします。

〇中・長期の事業計画または中･長期の収支計画のいずれかのみ反映している場合は「ｂ」評価とします。

〇中・長期計画が策定されていない場合（Ⅰ－３－（１）-①が「ｃ評価」の場合）は、「ｃ」評価とします。

## Ⅰ－3－（2） 事業計画が適切に策定されている。

6 Ⅰ－3－（2）－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。

**【判断基準】**

a）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）事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、または、職員の理解が十分ではない。

c）事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

□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。

□事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等が）されており、理解を促すための取組を行っている。

## 評価基準の考え方と評価の留意点

### （１）目的

〇本評価基準は、事業計画（中・長期計画と単年度計画）の策定にあたり、職員等の参画や意見の集約・反映の仕組みが組織として定められており、事業計画の評価と見直しが組織的に行われているか、また、事業計画を職員が理解しているかを評価します。

### （２）趣旨・解説

〇事業計画（中・長期計画と単年度計画）は、策定や評価について体制を定め、職員の参画・理解のもとに組織的な取組を進めることが重要です。また、事業計画については、職員が十分に理解していることが必要です。

〇事業計画の策定については、関係職員の参画や意見の集約・反映の仕組みが組織として定められており、機能している必要があります。また、内容によっては利用者等の意見を集約して各計画に反映していくことも求められます。あわせて、各計画の実施状況について、評価・見直しの時期、関係職員や利用者等の意見を取り込めるような手順が組織として定められ、実施されているかという点も重要です。

〇事業計画の評価は、設定した目標や経営課題の解決・改善の状況や効果を確認するとともに、社会の動向、組織の状況、利用者や地域のニーズ等の変化に対応するために実施します。単年度計画の評価は、次年度へのステップとなるだけではなく、中・長期計画の妥当性や有効性についての見直しの根拠ともなります。

### （３）評価の留意点

〇事業計画を職員がよく理解することは、計画達成のために欠かすことができない要件です。本評価基準では、職員に対する周知では各計画を文書にして配布することは基本的な取組と位置づけ、より理解を促進するためにどのような取組が行われているかを評価します。

〇評価方法は、訪問調査において職員への周知に向けてどのような取組を行っているかを聴取したうえで、職員への聴取・確認を行うことによってその周知の状況をあわせて把握することになります。

〇事業計画の策定過程の記録、計画の評価・見直しの記録等により実施状況を確認します。また、事業計画の評価結果が、次年度（次期）の事業計画に反映されているかについては、継続した事業計画を比較するなどの方法で確認します。

〇職員の参画については、事業計画の策定や評価において、たとえば、中・長期計画に関しては幹部職員等が参画し、単年度の事業計画に関しては幹部職員以外に中堅職員等が加わるなど、計画の性質や内容に応じて、参画する職員が違う場合も考えられます。

〇中・長期の計画を策定していない場合には、単年度の計画の策定状況を踏まえ評価します。中・長期の計画と単年度の計画をいずれも策定している場合には、総合的に評価します。

〇事業計画を職員が理解している場合であっても、職員等の参画のもとで策定されていない場合は「ｃ」評価とします。

7　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。

**【判断基準】**

ａ）事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。

ｂ）事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。

ｃ）事業計画を利用者等に周知していない。

**評価の着眼点**

□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。

□事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、事業計画が、利用者等に周知されるとともに、理解を促すための取組を行っているかを評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇事業計画は、利用者への福祉サービスの提供に関わる事項でもあり、事業計画の主な内容については、利用者や家族等に周知し、理解を促すための取組を行うことが必要です。

〇事業計画の主な内容とは、福祉サービスの提供、施設・設備を含む居住環境の整備等の利用者の生活に密接にかかわる事項をいいます。

〇利用者や家族等への説明にあたっては、理解しやすい工夫を行うなどの配慮が必要です。

〇また、単年度の事業計画にもとづく行事計画等については、利用者の参加を促す観点から周知、説明を行うことが求められます。

**（３）評価の留意点**

〇評価方法は、訪問調査において利用者等への周知に向けてどのような取組を行っているかを聴取したうえで、利用者や家族等に聴取・確認を行うことによってその周知の状況をあわせて把握します。

〇利用者等への周知については、作成された印刷物等がわかりやすいかどうか、その内容や方法への配慮についても評価の対象となります。必ずしも計画そのものを配布する必要はなく、事業計画の主な内容を簡潔にまとめたものでも構いません。意図が共に理解されることが重要です。

〇高齢者や障害のある利用者、乳幼児等に対しては、利用者の家族に対して説明することも求められます。

〇「行事計画」のみを周知・説明し、事業計画の主な内容の周知・説明がなされていない場合には、「ｃ」評価とします。

## Ⅰ－４　福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

### Ⅰ－４－（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。

8　Ⅰ－４－（１）－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。

**【判断基準】**

ａ）福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。

ｂ）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ているが、十分に機能していない。

ｃ）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ていない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

## 評価基準の考え方と評価の留意点

### （１）目的

〇本評価基準は、福祉サービスの質の向上に向けた体制整備がなされ、機能しているかを評価します。

### （２）趣旨・解説

〇福祉サービスの質の向上は、日々の取組とともに、自己評価の実施や第三者評価の受審、苦情相談内容にもとづく改善活動等が総合的、継続的に実施される必要があります。そのため、福祉施設・事業所が自ら質の向上に努める組織づくりをすすめていることが重要です。

〇福祉サービスの質の向上は、Ｐ（Plan・計画策定）→Ｄ（Do・実行）→Ｃ（Check・評価）→Ａ（Act・見直し）のサイクルを継続して実施することによって、恒常的な取組として機能していきます。これを具体的に示すと、福祉サービスの質の向上に関する計画策定→計画実施→実施状況の評価→計画の見直し→必要があれば計画の変更、となります。

〇福祉施設・事業所においては、計画策定（Ｐ）→実行（Ｄ）にとどまり、評価（Ｃ）が十分になされていないことが課題とされています。福祉サービスの質の向上に関する組織的な評価の方法の一つとして第三者評価や第三者評価基準にもとづく自己評価を活用することが考えられます。

〇自己評価、第三者評価などの計画的な実施、評価を行った後の結果分析、分析内容についての検討までの仕組みが、組織として定められ、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が実施される体制を整備することが求められます。

〇福祉サービスの内容について評価し、質の向上を進めるうえでは、担当者や複数職員による担当制等を定め、組織としての体制を整備する必要があります。また、その実施プロセスにおいてはより多くの職員の理解と参画を得ることが、取組の効果を高めるために必要です。

〇福祉サービスの質の向上において、自己評価と第三者評価は一つの方法であり、この後の各評価基準で示した事項が総合的、継続的に実施されることを通じて実現されるものです。

〇本評価基準は、自己評価や第三者評価の受審やそのプロセス、また、結果をもとにして組織的・継続的に福祉サービスの質の向上に取組むことの基礎となる体制を評価します。自己評価等を通じた日常的な質の向上のための取組や各評価基準において明らかになる必要とされる取組等を具体的に進める前提となるものです。

### （３）評価の留意点

〇日常的な福祉サービスの質の向上に向けた具体的な取組の有無とともに、自己評価、第三者評価の計画的な実施、結果の分析、分析内容についての検討までの仕組みが、組織として定められおり、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が実施されているか総合的に評価します。

〇例えば、自己評価や第三者評価等、また、日常的な福祉サービスの質の向上に向けた取組が一部の役職員のみで実施されているような場合には、組織的な取組とはいえません。

9　Ⅰ－4－（1）－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。

**【判断基準】**

a）評価結果を分析し、明確になった組織として取組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。

b）評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。

c）評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしていない。

**評価の着眼点**

□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。

□職員間で課題の共有化が図られている。

□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。

□評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、実施した自己評価、第三者評価等の結果を組織がどのように活用しているかを、改善の課題の明確化という観点から評価するとともに、評価結果から明確になった課題に対して、改善策や改善実施計画を検討し定めているか、また、定めた改善策・改善実施計画を実行しているかどうかを評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇自己評価、第三者評価等の結果については、改善の課題を明確にし、この解決・改善に計画的に取組むことが必要です。そのため、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、職員間で課題の共有化が図られることが求められます。

〇改善課題については、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定し、改善のための取組を計画的に行うことが必要です。また、計画については、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うことが求められます。

〇課題の中には、設備の改善や人員配置、予算的な課題等、単年度では解決できないものも想定されます。これらについては、必要に応じて目標や中・長期計画の中で、段階的に解決へ向かって取組んでいくことが求められます。

**（３）評価の留意点**

〇改善の課題の明確化については、訪問調査時に、評価結果の分析結果やそれにもとづく課題等を、検討過程の記録等も含めて確認します。

〇課題の改善策や計画については、訪問調査において、改善の課題についての評価結果にもとづいた改善策、改善実施計画等の書面確認及び実施された改善策について聴取して確認します。

〇中・長期的な検討・取組が必要な改善課題については、中・長期計画に反映されているか確認します。

## Ⅱ　組織の運営管理

### Ⅱ－１　管理者の責任とリーダーシップ

#### Ⅱ－１－（１）　管理者の責任が明確にされている。

10　Ⅱ－１－（１）－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。

**【判断基準】**

ａ）管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。

ｂ）管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。

ｃ）管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。

**評価の着眼点**

□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、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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、管理者が福祉施設・事業所の経営・管理をリードする立場として、職員に対して自らの役割と責任を明らかにしているかを評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇管理者は、福祉施設・事業所の経営・管理において、理念や基本方針等を踏まえた取組を具体化し、質の高い福祉サービスの実現に役割と責任を果たすことが求められます。

〇管理者が、福祉施設・事業所をリードする立場として、職員に対して自らの役割と責任を明らかにすることは、職員の信頼関係を築くために欠かすことができないことです。質の高い福祉サービスの実施や、効果的な経営管理は、管理者だけの力で実現できるものではなく、組織内での信頼関係のもとにリーダーシップを発揮することが必要であり、管理者の要件といえます。

〇福祉施設・事業所の事業経営における責任者として、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職員に周知が図られていることが必要です。その際、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していることも重要です。

〇「管理者」とは、福祉施設・事業所を実質的に管理・運営する責任者（施設長等）を指しますが、法人の経営者に対しても、同様の姿勢が求められます。

**（３）評価の留意点**

〇管理者の具体的な取組については、文書化されていること、また、会議や研修において表明するなど、組織内に十分に伝え、理解を得ることができる方法で行われているかを評価します。

11　Ⅱ－1－(1)－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。

**【判断基準】**

ａ）管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。

ｂ）管理者は、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が、十分ではない。

ｃ）管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準については、管理者が、自ら遵守すべき法令等に関する正しい理解に向けた取組を行っていること、また、職員等の法令等の遵守に関する具体的な取組を行っていることの双方を評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇福祉施設・事業所（法人）は、福祉サービスを提供する組織として、法令等を遵守した事業経営＝コンプライアンス（法令遵守）の徹底が求められます。ここでの法令等とは、社会福祉関係法令はもとより、福祉施設・事業所の理念・基本方針や諸規程、さらには、社会的ルールや倫理を含むものです。

〇管理者は、自らがそれらの法令や倫理を正しく理解し、組織全体をリードしていく責務を負っています。そのため、遵守すべき法令等を十分に理解し、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することが必要です。

〇また、福祉施設・事業所における法令遵守の体制づくり、教育・研修等を実施し、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、遵守するための具体的な取組を行うことが求められます。

〇福祉施設・事業所（法人）において、コンプライアンス（法令遵守）規程の策定、担当者・担当部署の設置、公益通報相談窓口の設置等、倫理や法令遵守の徹底に向けた規程の整備や体制の構築を図ることもより積極的な取組として考えられます。

**（３）評価の留意点**

〇管理者の、遵守すべき法令等に関する正しい理解に向けた取組とともに、福祉施設・事業所の責任者として、職員等が遵守するための具体的な取組を実施していることの双方を総合的に評価します。

〇福祉施設・事業所として遵守しなければならない基本的な関連法令について、正しく把握・認識されているかどうか、また最新の内容が把握されているかどうかを確認します。

〇遵守の対象となる法令としては、福祉分野に限らず、消費者保護関連法令、さらには雇用・労働や防災、環境への配慮に関するものについて含んでいることが必要です。

## Ⅱ－1－（2） 管理者のリーダーシップが発揮されている。

### 12 Ⅱ－1－（2）－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。

**【判断基準】**

ａ）管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。

ｂ）管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。

ｃ）管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。

**評価の着眼点**

□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、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。

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、管理者が福祉サービスの質の向上に関する福祉施設・事業所の課題を正しく理解したうえで、組織に対してどのように指導力を発揮しているかを具体的な取組によって評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇福祉施設･事業所における福祉サービスの質の向上において、管理者の責任と役割が重要です。個々の職員の継続的な努力により取組まれる実践を、組織的な取組とすることや体制づくりにつなげるなど、指導力の発揮が求められます。

〇社会福祉法第 78 条においては、「社会福祉事業の経営者は、自らその提供する福祉サービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、常に福祉サービスを受ける者の立場に立って良質かつ適切な福祉サービスを提供するよう努めなければならない」とされています。

〇管理者は、理念や基本方針を具体化する観点から、福祉施設・事業所における福祉サービスの質に関する課題を把握し、その課題と改善に向けた取組を組織全体に明らかにして取組を進める必要があります。

**（３）評価の留意点**

〇管理者が福祉サービスの質の向上に関わる課題を理解・分析したうえで、組織に対してどのように指導力を発揮しているかを具体的な取組によって評価します。

〇訪問調査で聴取し可能なものについては書面での確認を行います。

13　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。

**【判断基準】**

ａ）管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。

ｂ）管理者は、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が、十分ではない。

ｃ）管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、管理者が経営の改善や業務の実効性を高める取組を自ら実行するとともに、組織内に同様の意識を形成し、職員全体で効果的な事業運営を目指すために指導力を発揮しているかを評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇管理者は、経営資源を有効に活用して、福祉施設・事業所（法人）の理念・基本方針を具現化した質の高い福祉サービスの実現を図る必要があります。

〇理念・基本方針の実現に向けて、人事、労務、財務等、それぞれの視点から常に検証を行い、経営や単純なコスト削減ではない効果的な業務の実現を目指す改善に向けた具体的な取組が必要です。

〇経営状況やコストバランスの分析に基づいて、経営や業務の効果を高めるとともに、その効果をさらなる改善に向けていくといった継続的な取組が安定的かつ良質な福祉サービスの実施には不可欠となります。

〇管理者は、福祉施設・事業所の将来性や継続性や経営資源の有効活用という基本的な課題を常に視野に入れて組織を運営していくことが求められます。

**（３）評価の留意点**

〇管理者の自らの取組とともに、組織内に同様の意識を形成し、職員全体で効果的な事業運営を目指すための指導力の発揮に関わる取組の双方を、具体的な取組によって総合的に評価します。

〇訪問調査で聴取し可能なものについては書面での確認を行います。

## Ⅱ－２　福祉人材の確保・育成

### Ⅱ－２－（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。

14　Ⅱ－２－（１）－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。

**【判断基準】**

ａ）組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。

ｂ）組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。

ｃ）組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準では、理念・基本方針や事業計画を実現するために必要な福祉人材や人員体制について、組織として具体的な計画をもって、取組んでいるかどうかを評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇理念・基本方針や事業計画を実現し、質の高い福祉サービスを実現するためには、必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、人材の確保と育成に関する方針を明確にした計画が求められます。

〇計画は、単に「質の高い福祉人材の確保」という抽象的な表現にとどまるものではなく、組織の理念・基本方針や事業計画に沿って、組織を適切に機能させるために必要な人数や、体制、あるいは常勤職員と非常勤職員の比率のほか、障害者雇用への対応といったことも含めて立案される必要があります。

〇また、社会福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、介護福祉士、保育士、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床心理士等の福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格職員）である福祉人材の配置や確保等について具体的な計画となっていることが重要です。

**（３）評価の留意点**

〇本評価基準では、具体的な考え方や計画の有無とともに、計画どおりの人員体制が取られていない場合でも、その目標の実現に向かって計画的に人材の確保・育成が行われているかどうかを、具体的な取組や経過等から評価します。

〇採用や人事管理については、法人で一括して所管している場合もありますが、その場合にも本評価基準に照らし合わせて、当該組織に関する具体的な考え方や取組を評価します。

15　Ⅱ－２－（１）－②　総合的な人事管理が行われている。

**【判断基準】**

ａ）総合的な人事管理を実施している。

ｂ）総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。

ｃ）総合的な人事管理を実施していない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、総合的な人事管理が実施されているか評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇福祉施設・事業所（法人）における人事管理は、理念・基本方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施されること、いわゆる「トータル人事（人材）マネジメント」の考え方により実施されることが望ましいと考えられています。

〇総合的な人事管理においては、主に以下の仕組みなどが一体的に運営されることが適切であるとされています。

・法人（福祉施設・事業所）の理念と基本方針を踏まえた「期待する職員像等」の明確化
・人事理念や人事基準の明確化と基準にもとづく運用
・能力開発（育成）…目標管理制度、教育・研修制度（OJT 等を含む）
・活用…キャリアパス、職員配置、ローテーション、異動に関する基準等の明確化等
・処遇（報酬等）…昇任・昇格基準、給与基準、福利厚生等その他の労働条件の整備
・評価…人事考課制度等

〇職員処遇の水準（賃金水準、有給取得率、時間外労働時間数等）については、地域性、福祉施設・事業所（法人）の特性等を踏まえながらも、同地域、同施設・事業種別間で比較・検討を行うなど、指標化しながら管理・改善することも必要です。

〇職員等が、自ら将来を描くことができるような仕組みづくり＝キャリアパス（昇進・昇格の基準、賃金の水準、必要となるスキルの水準、必要となるスキルを獲得するための機会（研修等）等）の明確化や職員の意向・希望を確認するコミュニケーションも重要です。

**（３）評価の留意点**

〇評価方法は、総合的な人事管理に関する仕組み、取組を具体的に聴取して確認します。また、人事管理に関わる規程（基準）等については、書面で確認します。

〇小規模な福祉施設・事業所については、福祉施設・事業所の規模や職員体制等を勘案し、その実施状況を評価します。また、大規模法人（複数福祉施設・事業所を経営する法人）における総合的な人事管理制度や人事管理モデルを一様に当てはめて、小規模な福祉施設・事業所を評価するものではありません。

〇能力開発（育成）における、目標管理制度についてはⅡ－２－（３）－①、教育・研修制度についてはⅡ－２－（３）－②、③で評価します。

## Ⅱ－２－（２） 職員の就業状況に配慮がなされている。

16 Ⅱ－２－（２）－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。

**【判断基準】**

ａ）職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取組んでいる。

ｂ）職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。

ｃ）職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

□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。

□ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、職員の就業状況や意向を定期的に把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいるかを評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇福祉サービスの内容を充実させるためには、組織として、職員が常に仕事に対して意欲的にのぞめるような環境を整えること＝働きやすい職場づくりに取組むことが求められます。

〇「働きやすい職場」とは、①職員の心身の健康と安全の確保、②ワークライフバランス（仕事と生活の両立）に配慮した職場環境づくり、がなされている職場をいいます。

〇職員の心身の健康と安全の確保については、労働災害防止策（メンタルヘルス、ケガ・腰痛防止策、その他労働災害への対応）、セクシャルハラスメントやパワーハラスメントの防止策と対応策、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する等の取組があります。また、健康維持の取組としては、たとえば、より充実した健康診断を実施する、全職員に予防接種を励行する、健康上の相談窓口を設置する、悩み相談の窓口を設置するなどが挙げられます。

〇福利厚生の取組としては、職員の余暇活動や日常生活に対する支援などがあります。

〇ワーク・ライフ・バランス（仕事と生活の両立）に配慮した職場環境の配慮については、休暇取得の促進、短時間労働の導入、時間外労働の削減等の取組があります。また、次世代育成支援対策推進法にもとづく事業主行動計画の策定や、改正育児休業法への適切な対応、定期的な個別面接や聴取等が制度として確立していることが望まれます。

〇働きやすい職場づくりに向けて、労務管理に関する責任体制を明確にすることはもとより、職員の就業状況や意向・意見を把握することが必要です。また、その結果を分析・検討し、改善に向けた取組を福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映したうえで進めていくといった仕組みが必要となります。

**（３）評価の留意点**

〇把握された意向・意見について分析・検討する仕組みの有無、サポートする必要があると認められる職員に対しての対応等、把握した職員の状況に対して組織的にどのように取り組んでいるのかという点も評価します。

〇相談の窓口設置については、単に「困ったことがあれば管理者に相談する」といった運営ではなく、相談しやすい工夫を行っているか、相談を受け付けた後に解決を図る体制が整備されているかなど、組織的に取り組んでいるかどうかを評価します。相談窓口は組織内部のみならず、外部にも設置することが望ましいといえますが、組織内部に設置していれば評価の対象とします。

〇評価方法は、訪問調査において職員の就業状況や意向・意見等の記録、把握した結果についての対応の記録等の確認と聴取によって行います。

## Ⅱ－２－（３） 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

### 17 Ⅱ－２－（３）－① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。

**【判断基準】**

ａ）職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。

ｂ）職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。

ｃ）職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準では、職員一人ひとりの育成に向け、組織の目標や方針を徹底し、職員一人ひとりの目標の設定等が適切に行われているかを評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇目標管理制度は、福祉施設・事業所（法人）の理念・基本方針をはじめとする福祉施設・事業所の全体目標や部門（チーム）、さらには、職員一人ひとりの目標の統合を目指す仕組みです。

〇職員一人ひとりの知識・経験等に応じて具体的な目標を設定しながら、福祉サービスの実施を行うものです。職員の教育・研修機能を有するのみならず、モチベーションを高めるための取組でもあります。

〇目標管理では、前提として「期待する職員像」（福祉施設・事業所（法人）の理念・基本方針、福祉サービスの目標等の実現を目指す人材像の定義）や理念・基本方針等を踏まえた、福祉施設・事業所の全体目標が明確にされている必要があります。そのうえで、部門（チーム）、職員一人ひとりの目標を設定することになります。

〇設定する目標については、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされ、また、到達可能な水準であることが必要です。

〇目標の設定にあたっては、一人ひとりの職員との面接を通じたコミュニケーションが重要です。職員が設定する目標については、福祉施設・事業所や部門（チーム）の目標と整合性を保つとともに、当該職員に期待するレベル、内容にふさわしいものである必要があります。

〇目標の達成に向けて、職員一人ひとりが取組を行いますが、管理者等は、支持的・援助的な姿勢で日常的に適切な助言や支援を行います。

〇中間段階や期末には、目標達成と取組状況を確認するため、面接を行い評価と振り返りを行います。

**（３）評価の留意点**

〇職員一人ひとりの目標が適切に設定されるとともに、進捗状況の確認、目標達成度の確認等が行われていることが必要です。

〇評価方法は、目標管理に関する仕組み、取組を具体的に聴取して確認します。また、目標管理制度に関わる規程（基準）等を書面で確認するとともに、個々の職員の目標管理シートを抽出して確認します。

18　Ⅱ－２－（３）－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。

**【判断基準】**

ａ）組織として職員の教育・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。

ｂ）組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。

ｃ）組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

□定期的に計画の評価と見直しを行っている。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準では、求められる職員のあり方を、具体的な知識・技術水準や専門資格の取得といった点から明確にした職員の教育・研修に関する組織の基本姿勢を、基本方針や計画として策定し、これらにもとづく教育・研修が適切に実施されていることを評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇教育・研修は、基本的考え方等を明確にし、計画的に実施される必要があります。

〇福祉サービスの質の向上のために組織が定めた目標とその目標達成に向けた事業計画と職員の研修計画が整合していることが必要です。

〇職員の教育・研修に関する基本方針や計画は、概略的なものではなく、具体的な知識、技術の内容・水準や専門資格の取得といった点から明確にしたものであることを求めています。

〇基本方針や計画にもとづいて、教育・研修が適切に実施されていることが必要です。

〇また、教育・研修成果の評価・分析を行い、その結果を踏まえて次の教育・研修計画を策定に反映することが必要です。

**（３）評価の留意点**

〇組織が必要とする職員の知識・技術や専門資格について、具体的な目標が明記され、それとの整合性が確保された体系的な計画が明文化されているか確認します。

〇年度ごとに関連性・継続性のない研修の開催や外部研修への参加、あるいは職員の希望だけを尊重した研修計画は、福祉サービスの質の向上に対する取組の一環と位置づけることはできません。組織として目的を明確にし、体系化された研修計画が策定される必要があります。

〇組織が実施する福祉サービス全体の質の向上に対する取組を評価する項目ですので、正規職員の他、派遣契約職員や臨時職員等、すべての職員についての教育・研修を対象とします。

〇法人が一括して所管している場合であっても、本評価基準の趣旨に照らして福祉施設・事業所の取組を評価します。

19　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。

**【判断基準】**

ａ）職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。

ｂ）職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。

ｃ）職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準では、職員の教育・研修に関する計画にもとづき、職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されるとともに、教育・研修の場に参加し適切に教育・研修が実施されているかを評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇職員の教育・研修に関する計画が実施されていることはもとより、職員一人ひとりが実際に必要な教育・研修を受けることができているかということが重要です。

〇教育・研修の計画的な実施とあわせて、職員一人ひとりの知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握することが必要です。

〇教育・研修の内容については、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こと、また、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・研修を実施されることなどが必要です。

〇福祉サービスに関わるニーズの複雑化や支援の困難化等により、専門性が一層求められることから、内部・外部研修等の研修の方法やテーマ・種類等を整理し、また職員間で学びあう機会と体制づくりも求められます。

〇必要に応じて、たとえば介護技術向上のための介護福祉士資格の取得、相談員の面接技術向上のための国家資格の取得、栄養士の管理栄養士資格の取得等も重要な教育・研修の取組となります。

〇福祉施設・事業所（法人）において、研修を実施することはもとより、外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨すること、教育・研修の場に参加できるように配慮することが必要であることはいうまでもありません。

**（３）評価の留意点**

〇研修成果の評価・分析が行われているかどうかを評価します。研修参加者の報告レポートや、評価・分析が記載された文書（職員別研修履歴等）で確認を行います。

〇研修成果の評価・分析が、次の研修計画に反映されているかどうかを、継続した記録等の資料で確認します。

〇「階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会」の確保については、福祉施設・事業所（法人）において企画・実施する場合はもとより、外部研修への参加を含め評価します。

## Ⅱ－2－（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。

20 Ⅱ－2－（4）－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。

**【判断基準】**

a）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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。

b）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てはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。

c）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ておらず、教育・研修が行われていない。

**評価の着眼点**

□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。

□専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。

□指導者に対する研修を実施している。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、効果的なプログラムを用意するなど、積極的な取組を実施しているか評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇福祉の人材を育成すること、また、福祉サービスに関わる専門職の研修・育成への協力は、福祉施設・事業所の社会的責務の一つです。地域の特性や事業所の種別、規模等、状況によって異なりますが、組織としての姿勢が明確にされているとともに、その体制が整備され、効果的な研修・育成や受入が行われている必要があります。

〇実習生等は、受入れの時期や期間、受入れ人数などが一定ではありません。したがって、よりきめ細やかな利用者への配慮が求められます。「実習生等」とは、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、保育士、ホームヘルパー等、社会福祉に関する資格取得のために受け入れる実習生、看護師や保健師等の福祉サービスに関わる専門職、学生等のインターン研修、教員養成、司法関係の教育研修等の幅広い人材をいいます。

**（３）評価の留意点**

〇受入れ体制の整備については、受入れに関するマニュアルの作成が求められます。マニュアルには、受入れについての連絡窓口、利用者や家族等への事前説明、職員への事前説明、実習生等に対するオリエンテーションの実施方法等の項目が記載されている必要があります。

〇実習生等の受入れについて、組織として具体的にどのような取組を行っているかについて評価します。事前説明の方法や、実習生等を忌避する利用者への配慮等について聴取します。

〇さらに効果的な研修・育成のための工夫がなされているか確認します。具体的には、①実習（教育・研修）内容全般を計画的に学べるようなプログラムを策定する、②実施状況に関する連絡等についての学校等（教育・研修の実施主体・派遣機関等）との連携を強めるための取組を行う、③実習生等の目的や職種等に考慮したプログラムを用意する、④これらが職員に周知され共有されていること、などが考えられます。

（障害者・児版：共通）

〇実習生等の研修・育成に関わる実績がない場合には、受入体制の整備やプログラムの準備状況、指導者に対する研修の実施状況等をもって評価します。

（障害者・児版：訪問支援）

〇実習生等の受入を行っていない場合は、「非該当」とすることができます。

## Ⅱ－３　運営の透明性の確保

### Ⅱ－３－（１）　運営の透明性を確保するための取組が行われている。

21　Ⅱ－３－（１）－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。

**【判断基準】**

ａ）福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。

ｂ）福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。

ｃ）福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開し、運営の透明性を確保するための取組を行っていることを評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇福祉施設・事業所においては、実施する福祉サービスを必要とする利用者や家族等がその内容を知るための情報を適切に公開、発信する必要があります。

〇社会福祉法第 75 条には、「社会福祉事業の経営者は、福祉サービスを利用しようとする者が、適切かつ円滑にこれを利用することができるように、その経営する社会福祉事業に関し情報の提供を行うよう努めなければならない」と定められています。

〇福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公開することは、公費による福祉サービスを実施する主体としての説明責任を果たし、経営の透明性を図る取組でもあります。

〇福祉サービスを実施する福祉施設・事業所に対する、利用者や家族等、そして地域の理解を深めていくためには、第三者評価の受審や苦情・相談内容の公表などの福祉サービスの質の向上に関わる取組をはじめ、各法人の特色ある実践・活動を主体的に提示していくことが重要です。

**（３）評価の留意点**

〇評価方法は、福祉施設・事業所のホームページ、広報誌やパンフレット等により確認します。

〇「地域の福祉向上のための取組の実施状況」については、Ⅱ - ４−（３）「地域の福祉向上のための取組を行っている。」で評価する事項が適切に公表されているか確認します。

22　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。

**【判断基準】**

ａ）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。

ｂ）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が、十分ではない。

ｃ）公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（1）目的**

〇本評価基準では、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かを評価します。

**（2）趣旨・解説**

〇福祉サービスに関わる福祉施設・事業所においては、質の高い福祉サービスを実施する基盤となる経営・運営が、公正かつ透明性の高い適正なものである必要がありあます。これは、福祉サービスを提供する主体としての信頼性に関わる重要な取組です。

〇福祉施設・事業所の経営・運営は、福祉サービスの提供及び、業務執行に関わる「内部統制」＝事業経営・運営におけるチェック体制を確立し社会的な責任を意識したものであることが重要です。

〇具体的には、福祉施設・事業所内における各種規程にそった業務の実施、意思決定の手続きや財務管理（会計処理）、また、取引・契約関係等、どの業務や過程に課題や問題が発生しやすいか福祉施設・事業所の実情に応じて検討する必要があります。さらに、その発生を防ぐための仕組み・体制を構築することが求められます。

〇福祉施設・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、助言を得ることや、内部監査を実施するなどで定期的に確認するなど事業経営・運営の適正性を確保する取組も有効です。

〇また、特に公益性の高い社会福祉法人については、公正性と透明性を確保し、説明責任を果たす観点から、外部監査を活用することも有効です。

〇公認会計士等の専門家による指摘事項、アドバイス等は、経営・財務の改善課題の発見とその解決のための客観的な情報と位置づけることができます。また、その結果を経営改善に活用することが必要です。

〇社会福祉法人審査基準では、外部監査の頻度について「資産額が 100 億円以上若しくは負債額が 50 億円以上又は収支決算額が 10 億円以上の法人については、その事業規模に鑑み、2 年に 1 度程度の外部監査の活用を行うことが望ましいものであること。これらに該当しない法人についても、5 年に１回程度の外部監査を行うなど法人運営の透明性の確保のために取組を行うことが望ましい」としています。

〇ここでいう外部監査とは法人等の財務管理、事業の経営管理、組織運営・事業等に関する外部の専門家の指導・助言を指します。なお、財務管理、経営管理等は「公認会計士等、税理士その他の会計に関する専門家」（以下「外部監査の考え方」３．外部監査の実施者を参照）によることが求められます。

〇外部監査の考え方は、以下のとおりです。

１．外部監査の趣旨について

広く法人の外部の専門家によるチェックを通じて法人運営の透明性の確保に資することを目的とするものであること。

２．外部監査の範囲について

①公認会計士法にもとづき公認会計士又は監査法人（以下「公認会計士等」という。）が行う財務諸表の監査

②公認会計士等、税理士その他の会計に関する専門家が行う会計管理体制の整備状況の点検等
③財務状況以外の事項（法人の組織運営・事業等）の監査

３．外部監査の実施者について

外部監査は、法人の財務管理、事業の経営管理その他法人運営に関し優れた識見を有する者が行うこと。具体的には、公認会計士等、税理士その他の会計に関する専門家や、社会福祉事業について学識経験を有する者等がこれに該当すること。なお、当該法人の役職員等や、当該法人及びその役員等と親族等の特殊の関係がある者が外部監査を行うことは適当でないこと。

**（３）評価の留意点**

〇公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が日常的に行われているか、さらに、必要に応じて外部の専門家による助言を得ているかを評価します。

〇また、福祉施設・事業所（法人）の規模を勘案したうえで、外部監査等を活用し事業、財務等に関するチェックや外部監査結果にもとづく経営改善を実施していることを評価します。

〇小規模な福祉施設・事業所については、外部監査等の活用や結果にもとづく経営改善が実施されていない場合も想定されます。福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について、①必要に応じて外部の専門家との契約にもとづき、相談し、助言を得ることで定期的確認することなどにより、事業経営・運営の適正性を確保する取組を行うこと、②実情にそくした経営改善の取組を行っていること、をもって総合的に評価します。

〇評価方法は、訪問調査において、書面での確認と聴取により行います。なお、行政による監査は対象ではありません。

## Ⅱ－４　地域との交流、地域貢献

### Ⅱ－４－（１）　地域との関係が適切に確保されている。

23　Ⅱ－４－（１）－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。

**【判断基準】**

ａ）利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。

ｂ）利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。

ｃ）利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準では、利用者の地域との交流を広げることを目的とした組織の取組について評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇利用者が地域の人々と交流をもち良好な関係を築くことは、利用者の活動範囲を広げ、ＱＯＬを高めるための大切なプロセスです。

〇福祉施設・事業所においては、利用者の地域活動への参加を推奨し、利用者が参加しやすくなるための体制整備を行うことが求められます。

〇利用者と地域の人々との交流は、地域と事業所の相互交流を促進するという意味もあわせもっています。事業所が、地域社会の一員としての社会的役割を果たすためにも、利用者の地域への参加は大きな意味を持つといえます。

〇利用者の買い物や通院等日常的な活動については、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できるような情報提供や支援を行うことも必要です。

（障害者・児版：障害児支援）

〇障害児が地域の人々と交流をもつことは、子どもの社会体験の場を広げ社会性を育てるために大切なプロセスです。

（障害者・児版：障害児支援）

〇障害児支援においては、子どもの社会体験や地域の中での子育ての視点から、子どもが地域活動に参加できるよう支援することが求められます。

**（３）評価の留意点**

〇本評価基準では、利用者の地域との交流を広げることを目的とした組織の取組について評価します。利用者が地域へ出て行きやすいような支援と同時に、地域に対して、事業所や利用者への理解を深めるための取組を行うことも評価の対象となります。

〇評価方法は、訪問調査において実施状況の聴取が主となり、事業報告書等、書面でも確認します。

（障害者・児版：共通）

〇当該福祉施設・事業所での取組のほか、地域の関係組織や相談支援事業所をはじめ関連する障害福祉サービスや支援の活用と連携等を含め評価します。

（障害者・児版：訪問支援）

〇着眼点「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。」について、利用者が理解しやすいように配慮した資料や情報の提供方法により実施されている事項をもとに評価します。

（障害者・児版：訪問支援）

〇着眼点「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。」は適用しません。

24　Ⅱ－4－（1）－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。

**【判断基準】**

a）ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。

b）ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。

c）ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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

□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。

□学校教育への協力を行っている。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、地域、学校等のボランティアの受入れ、地域の学校教育施設・体験教室の学習等への協力について評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇地域の人々や学校等におけるボランティア活動は、地域社会と福祉施設・事業所をつなぐ柱の一つとして位置づけることができます。また、福祉施設・事業所は、社会福祉に関する知識と専門性を有する地域の社会資源として、地域の学校教育施設や体験教室の学習（小学校の職場見学、中学校の職場体験、高校のインターンシップ）等への協力がその役割の一つとして考えられます。

〇福祉施設・事業所の特性や地域の実情等にそくした、ボランティアの受入や学習等への協力を検討・実施することが求められます。

〇多くの福祉施設・事業所が、様々にボランティアの受入や学習等への協力等を実施しているものと思われます。福祉施設・事業所側の姿勢や受入れ方針や体制が明確になっていないと、思いがけないトラブルや事故を誘引する場合もあります。特に利用者と直接接する場面では、十分な準備が必要であり、見知らぬ人を忌避する利用者への配慮が重要です。

〇ボランティア等は福祉の専門職ではないので、活動・学習時の配慮や注意事項等の十分な説明が必要です。

**（３）評価の留意点**

〇本評価基準では、ボランティアの受入や学習への教育等への協力に関する方針とマニュアルの作成を求めています。

〇マニュアルには、登録・申込手続、配置（活動や学習の場）、利用者等への事前説明、ボランティアや学習への協力に係る事前説明、職員への事前説明、実施状況の記録、等の項目が記載されている必要があります。また、トラブルや事故を防ぐためのボランティアへの研修や学習等への協力の受入時の説明の実施が必要です。

〇原則として、ボランティアの受入や地域の学校教育施設・体験教室等の学習等への協力に係る体制を整備していることをもって評価します。ただし、福祉施設・事業所の特性や地域性を鑑み、ボランティアの受入が困難と考えられる場合には、ボランティア等の受入を想定した体制整備の状況、ボランティアの養成教育や地域の学校教育施設･体験教室の学習等への協力（職員の派遣等を含む）の状況等を総合的に勘案し評価します。

〇評価方法は、受入れにあたっての手順や流れ、利用者等への事前説明の仕組み、ボランティア等への事前説明の仕組みなど、具体的な方法を書面と聴取によって行います。

（障害者・児版：共通）

〇ボランティアの受入等の実績がない場合には、受入体制の整備やマニュアルの準備状況、学校教育への協力等をもって評価します。

（障害者・児版：訪問支援）

〇ボランティアの受入等を行っていない場合は、「非該当」とすることができます。

## Ⅱ－4－（２） 関係機関との連携が確保されている。

25 Ⅱ－4－（２）－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。

**【判断基準】**

ａ）利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。

ｂ）利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。

ｃ）利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、福祉施設・事業所として、利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われているかを評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇利用者によりよい福祉サービスを提供するためには、地域の様々な機関や団体との連携が必要となります。

〇ここで言う「必要な社会資源」とは、利用者へのサービスの質の向上のために連携が必要な機関や団体を指し、具体的には、相談支援事業所、福祉事務所、児童相談所、保健所、公共職業安定所、病院、学校、地域内の他の事業所やボランティア団体、各種自助組織等が挙げられます。

〇利用者に対してより良いサービスを行うとともに、地域社会において役割を果たしていくためには、関係機関・団体とのネットワーク化が必要不可欠です。そのうえで、問題解決に向けてネットワークを有効に活用することが重要です。

〇取組の具体例としては、関係機関・団体等の参画のもとで定期的にケース検討会を開催している、地域の定期的な連絡協議会に参加している、地域内の他組織と定期的に連絡会を開催している、などが挙げられますが、利用者に対するサービスの一環として行われる具体的な取組でなければ、十分とは言えません。

〇築き上げたネットワークを有効に活用することが重要です。事業を進めていくうえで、地域全体で課題となっている点について、関係機関・団体へ積極的に問題提起し、解決に向けて協働して取り組んでいく、などが挙げられます。

〇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を積極的に図ることも福祉サービスを提供する福祉施設・事業所として重要な役割となります。

**（３）評価の留意点**

〇社会資源の把握状況や関係機関・団体との連携に関する定期的な取組状況を評価します。

〇職員間でそれらに関する情報の共有化が図られているかどうかの評価も行います。関係機関・団体の機能や、連絡方法を記載した資料の保管場所や内容等が、必要に応じて職員が活用できるようになっているかどうか、会議で説明を行う等職員に周知されているかどうかについても、訪問調査で確認を行います。

〇評価方法は、いくつかの関係機関・団体との具体的な取組を聴取し、書面でも確認します。

（障害者・児版：障害児支援）

〇発達支援における学校等、地域の関係機関との連携については、Ａ−３−（１）−①においても評価します。

## Ⅱ－４－（３） 地域の福祉向上のための取組を行っている。

### 26 Ⅱ－４－（３）－① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。

**【判断基準】**

ａ）福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。

ｂ）福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。

ｃ）福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っているかを評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇地域との関わりを深める方法として、福祉施設・事業所の専門的な知識・技術や情報を地域に提供することが挙げられます。このような取組を積極的に行うことは、地域の人々の理解を得ることやコミュニケーションを活発にすることにつながっていきます。

〇具体的には、介護、保育、障害者（児）、生活困窮者等の理解を深めるための講習会や研修会・講演会等の開催、福祉に関する相談窓口の設置等が挙げられます。

〇また、福祉施設・事業所は、災害時に福祉避難所として指定されている場合や避難所となる場合も想定されるため、日頃から災害時の行政や地域との連携・協力に関する事項を決定・確認しておくことが求められます。

〇福祉施設・事業所がその機能を活かし、災害時にどのような役割を果たすかについて、自治体や地域住民とあらかじめ定めておくことも重要な取組といえます。

〇福祉施設・事業所のこのような活動を地域へ知らせるための取組も必要です。

**（３）評価の留意点**

〇事業所の種別や規模によって、具体的な取組は様々だと思われますが、本評価基準の趣旨にそって、個々の取組について評価を行います。

（障害者・児版：共通）

〇当該福祉施設・事業所での取組のほか、地域の関係組織や相談支援事業所をはじめ関連する障害福祉サービスや支援の活用と連携等を含め評価します。

（障害者・児版：通所支援、就労支援、共同生活支援）

〇着眼点「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。」は、福祉施設・事業所の設備の状況等により、適用しないことができます。

（障害者・児版：訪問支援）

〇着眼点「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。」は適用しません。

（障害者・児版：訪問支援）

〇着眼点「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。」については、相談支援事業所等との連携を含め、利用者の安否確認等の手順や方法が明確にされているか確認します。

27　Ⅱ－４－（３）－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。

**【判断基準】**

ａ）地域の具体的な福祉ニーズを把握し、これにもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。

ｂ）地域の具体的な福祉ニーズを把握しているが、これにもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。

ｃ）地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準では、福祉施設・事業所が地域社会における福祉向上に役割を果たすために、地域の具体的な福祉ニーズを把握し、これにもとづく福祉施設・事業所独自の公益的な事業・活動を積極的に行っているかを評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇福祉施設・事業所は、社会福祉に関する知識と専門性とともに福祉サービスを実施するという公益性を有する組織として、地域社会における役割や機能を発揮するために、地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行うことが必要です。

〇地域住民からの意見や要望を把握する場合は、たとえば、相談事業を活発化させてその中でニーズを把握する、地域交流のイベント時にアンケートを実施する、など主体的に動くことが重要です。

〇日常的な福祉サービスの実施を通じて、当該福祉サービスでは対応できない利用者等のニーズを把握することも必要です。

〇また、把握した福祉ニーズにもとづき、これらを解決・改善するための福祉施設・事業所の公益的な事業・活動を行うことも必要です。特に、社会福祉法人については、既存制度では対応しきれない生活困窮問題等の支援など、地域社会での貢献活動を主体的、積極的に進めていくことが重要です。

〇地域社会では、地域経済や生活環境の変化等（雇用環境の変化、単身高齢者世帯や高齢者のみの世帯の増加、大規模団地等の集合住宅の課題等）により、従来の社会福祉事業が対象とする範囲以外の生活課題・福祉課題等が顕著化しています。また、地域における生活課題・福祉課題の解決・緩和においては、福祉施設・事業所による専門的な地域への支援のみならず、地域住民の主体的な活動、協力の促進も重要です。

〇福祉施設・事業所においては、その有する機能をもって地域の生活課題・福祉課題を解決・緩和する活動・事業の実施主体となること、あるいは、地域住民の主体的な活動を促進・支援することなどの取組が求められます。

（障害者・児版：共通）

〇障害者権利条約や障害者基本法の理念等を踏まえ、共生社会の実現や障害者・児の自立及び社会参加の支援等に資する事業・活動をそれぞれの地域において進めることも重要です。

**（３）評価の留意点**

〇施設・事業者が、法定の社会福祉事業及び自治体の補助事業以外に独自に行う取組を評価します。行政からの依頼によりサービス・事業を新規受託することは、評価の対象としませんが、いままで地域の福祉ニーズにもとづいて先駆的に施設・事業者が独自に実施していた事業・活動を発展させ公的に位置づけ、行政側から委託を受けた場合には評価の対象とします。

〇評価方法は、訪問調査において具体的な取組を聴取し、書面でも確認します。

（障害者・児版：共通）

〇当該福祉施設・事業所での取組のほか、地域の関係組織や相談支援事業所をはじめ関連する障害福祉サービスや支援の活用と連携等を含め評価します。

（障害者・児版：訪問支援、通所支援、共同生活支援）

〇着眼点「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。」及び「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。」は、福祉施設・事業所の状況等により、適用しないことができます。

## Ⅲ　適切な福祉サービスの実施

### Ⅲ－１　利用者本位の福祉サービス

#### Ⅲ－１－（１）　利用者を尊重する姿勢が明示されている。

28　Ⅲ－１－（１）－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。

**【判断基準】**

ａ）利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。

ｂ）利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。

ｃ）利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われているか評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇福祉サービスの実施では、利用者の意向を尊重することは当然ですが、さらに、利用者のＱＯＬの向上を目指した積極的な取組が求められています。

〇組織内で共通の理解をもつための取組の具体例としては、倫理綱領の策定等、利用者尊重や基本的人権への配慮に関する組織内の勉強会・研修や、実施する福祉サービスの標準的な実施方法への反映、身体拘束や虐待防止についての周知徹底等が挙げられます。

〇必要に応じて成年後見制度や日常生活自立支援事業の活用等により、利用者の権利擁護に努めていることも重要です。

**（３）評価の留意点**

〇福祉施設・事業所の種別や福祉サービスの内容の違いによって、利用者尊重の具体的な留意点は異なるので、組織としての基本姿勢と、組織全体の意識向上への取組を中心に評価を行います。組織の基本姿勢は、理念や基本方針に明示されていることを前提とします。

〇利用者の尊重について、組織内で共通の理解をもつためにどのような努力が行われているか、具体的な取組をもとに評価します。

29　Ⅲ－１－（１）－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。

**【判断基準】**

ａ）利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーと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）利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。

ｃ）利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備していない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、利用者のプライバシー保護をはじめ、虐待防止といった利用者の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備し、職員に周知するための取組を行うとともに、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービスの提供が行われているか評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇利用者の日常生活におけるプライバシーの保護は、利用者を尊重した福祉サービスの提供における重要事項です。また、プライバシーの保護のみならず、虐待防止といった利用者の権利擁護に関わる取組も同様です。

〇ここでいうプライバシーとは、「他人の干渉を許さない、各個人の私生活上の自由」のことです。利用者のプライバシー保護については利用者尊重の基本であり、たとえば、利用者が他人から見られたり知られたりすることを拒否する自由は保護されなければなりません。利用者からの信頼を得るためにも、プライバシー保護に関する具体的な取組が求められます。

〇日常的な福祉サービスの提供においては、福祉施設・事業所の利用者や福祉サービスの特性とあり方等を踏まえつつ、施設・設備の限界等を加味しながらも、可能な限り一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしいここちよい環境を提供し、利用者のプライバシーを守れるよう設備等の工夫を行うことも必要です。

〇プライバシー保護と権利擁護に関する取組が、規程・マニュアル等にもとづき実施されることはもとより、取組を利用者や家族に周知することも求められます。また、福祉施設・事業所において、プライバシー保護や権利擁護に関わる不適切な事案が生じた場合を想定し、対応方法等を明確にしておくことも必要です。

**（３）評価の留意点**

〇利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービスの提供の前提として、職員が、プライバシー保護や権利擁護に関する基本的な知識や社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識を十分に理解すること、福祉施設・事業所の特性に応じた留意点等に関する規程・マニュアル等を作成して周知徹底することが必要です。よって、職員に規程・マニュアル等を配布しただけでは取組は不十分であり、「ｂ」評価とします。

〇福祉サービスの場面ごとに作成されているマニュアル・手引書等の中で、プライバシー保護に関する留意事項が記載されている場合も、「規程・マニュアル等」に含みます。

〇入所施設の場合、通信、面会に関するプライバシー保護や、入浴・排泄時等生活場面におけるプライバシー保護について、福祉施設・事業所の利用者や福祉サービスの特性とあり方を踏まえつつ、設備面での配慮や工夫も含めた組織としての取組も評価の対象となります。規程・マニュアル等の整備と周知への取組とあわせて総合的に評価します。

〇評価方法は、規程・マニュアル等の内容を確認するとともに、具体的な取組を聴取します。

〇個人情報保護は本評価基準にいうプライバシー保護には含みません。Ⅲ－２－（３）－②「利用者に関する記録の管理体制が確立している。」において評価します。

（障害者・児版：共通）

〇利用者の権利侵害の防止等に関する具体的な取組については、Ａ－１－（２）－①において評価します。

## Ⅲ－１－（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。

30 Ⅲ－１－（２）－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。

**【判断基準】**

ａ）利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。

ｂ）利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。

ｃ）利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

□見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、福祉サービスの利用希望者が、福祉サービスを選択するために必要な情報提供が積極的に行われているかを評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇社会福祉法第 75 条において、社会福祉事業の経営者は、利用者がサービス選択の際に参考とすることができる情報を積極的に提供することが求められています。

〇ここで言う情報とは、契約締結時の重要事項説明等ではなく、複数の福祉施設・事業所の福祉サービスの中から利用者が自分の希望にそったものを選択するための資料となるような、利用者の視点に立った情報を指します。このため、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とすることが重要です。

〇福祉施設・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すること、また、希望に応じて、見学、体験入所、一日利用等に対応することも必要な取組です。

〇情報提供の方法、内容等については、配布・活用状況、利用者や家族等の意見等を必要に応じて聴取しながら、定期的な見直しを行い、より良い内容を目指すことも重要です。

**（３）評価の留意点**

〇福祉サービス内容がわかりやすく説明された印刷物の作成、ホームページの作成、公共施設へのパンフレットの配置、見学・体験希望者への対応等、利用者が情報を簡単に入手できるような取組、利用者にとってわかりやすい工夫が必要です。

〇実施する福祉サービスの内容等について組織が積極的に情報提供を行うことを求めています。利用希望で訪れた人に対して、パンフレットを渡しただけ、というような取組のみの場合は「ｃ」評価とします。

（障害者・児版：訪問支援）

〇着眼点「見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。」については、適用しません。

31　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。

**【判断基準】**

ａ）福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。

ｂ）福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。

ｃ）福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っていない。

**評価の着眼点**

□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・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。

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準では、福祉サービス開始及び変更時に、利用者や家族等にわかりやすく説明を行い、同意を得ているか評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇福祉サービスの開始や変更の際には、利用者等の自己決定に十分に配慮し、福祉サービスの具体的な内容や日常生活に関する事項、その他留意事項等をわかりやすく説明することが必要です。

〇福祉サービスの開始や変更時における説明は、福祉サービスの利用契約が必要な福祉施設・事業所はもとより、利用契約ではない福祉施設・事業所においても、利用者等の自己決定の尊重や権利擁護等の観点から必要な取組です。

〇説明にあたっては、前評価基準（Ⅲ−１−（２）−①）と同様に、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような資料を用いることが求められます。また、法令及び組織が定めた様式に基づいて、同じ手順・内容で行われることが必要です。

〇利用契約が必要な福祉施設・事業所においては、福祉サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料とともに、契約書は、組織と利用者の権利義務関係を明確にし、利用者の権利を守ると同時に、組織にとっても不必要なトラブルを回避するための重要なものです。各種モデル契約書の内容に照らして、適切な契約書を整備することが求められています。

**（３）評価の留意点**

〇利用契約ではない福祉施設・事業所における説明は、どの利用者等に対しても、組織が定めた様式に基づいて、同じ手順・内容で行われることを前提としています。また、本人が説明を受けることが困難な利用者に対しては、組織がどのような援助の方法をとっているかを確認します。

〇評価方法は、訪問調査において、説明の様式・内容と状況を聴取します。また、利用者や家族等への説明内容が具体的に記録された書面を確認します。書面での確認ができない場合は「ｃ」評価とします。

〇利用契約が必要な福祉施設・事業所における説明については、重要事項説明を行い契約を締結する必要があります。その際には、利用者の意向を受けた個別の福祉サービス内容を明確にして説明し、同意を得ることが求められています。また、本人が説明を受け、契約を締結することが困難な場合には、成年後見制度等の利用を含め、適正な方法がとられているか確認します。

〇評価方法は、訪問調査において重要事項説明や契約書等、契約に必要な書面を確認することとあわせて、利用者の同意を得るまでの過程の記録、苦情の受付状況等で確認します。書面での確認ができない場合は「ｃ」評価とします。

32　Ⅲ－１－（２）－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。

**【判断基準】**

ａ）福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ている。

ｂ）福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ているが、十分ではない。

ｃ）福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ていない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ているか評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇利用者の状態の変化や家庭環境の変化等で、福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等を行う場合、利用者への福祉サービスの継続性を損なわないような配慮のもとに、引継ぎや申送りの手順、文書の内容等を定めておくことが必要です。

〇地域・家庭への移行にあたっては、利用者や家族の意向を踏まえ、他の福祉施設・事業所や行政をはじめとする関係機関との連携が十分に図られる必要があります。

〇他の福祉施設・事業所への情報提供が必要な場合には、利用者・家族等の同意のもとに適切に行うことが不可欠です。

〇福祉サービス終了後も利用者や家族等が相談を希望した場合のために、担当者や窓口を設置し、利用者や家族等に伝えておくことも福祉サービスの継続性を確保するための対応策です。その場合には、口頭だけでなく、書面等で伝える必要があります。

**（３）評価の留意点**

〇福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等に係る生活の継続に欠かせない福祉サービスの提供等への配慮を具体的に評価します。

〇必要に応じて、行政や関係機関、他の福祉施設・事業所等と地域・家庭での生活の支援体制についての協議やネットワーク・体制の構築に関する取組も評価します。

〇評価方法は、訪問調査において関連する文書や、実際の対応記録等の確認を行い評価します。

（障害者・児版：訪問支援、通所支援、共同生活支援、就労支援）

〇着眼点「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。」については、福祉施設・事業所の変更等にあたっての取組を中心に評価します。

（障害者・児版：訪問支援、通所支援、共同生活支援、就労支援）

〇着眼点「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。」については、地域の関係組織や相談支援事業所をはじめ関連する障害福祉サービスや支援の活用と連携等を含め評価します。

Ⅲ－１－（３）　利用者満足の向上に努めている。

33　Ⅲ－１－（３）－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。

**【判断基準】**

ａ）利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。

ｂ）利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。

ｃ）利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っているか評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇利用者本位の福祉サービスは、福祉施設・事業所が一方的に判断できるものではなく、利用者がどれだけ満足しているかという双方向性の観点が重要です。福祉サービスにおいては、専門的な相談・支援を適切に実施する一方、利用者満足を組織的に調査・把握し、これを福祉サービスの質の向上に結びつける取組が必要です。

〇利用者満足に関する調査の結果については、具体的なサービス改善に結びつけること、そのために組織として仕組みを整備することが求められます。

〇実施する福祉サービスの質を高めるためには、組織として定められた仕組みにしたがって、継続した取組を進める必要があります。よって、随時出される個々の意見、要望等に対応するという方法のみでは、有効な改善対応と言うことはできません。

〇組織的に行った調査結果を分析・検討する担当者や担当部署の設置、定期的な検討会議開催等の仕組みが求められます。

〇このような仕組みが機能することで、職員の利用者満足に対する意識を向上させ、組織全体が共通の問題意識のもとに改善への取組を行うことができるようになります。

（障害者・児版：共通）

〇意思疎通が困難な利用者については、コミュニケーション支援等を適切に行いながら、取組を行います。

（障害者・児版：共通）

〇満足については、支援を含む生活全般に関わる状態や過程の把握、また、生活環境等の個別の領域ごとに把握する方法があります。当該福祉施設・事業所において支援の基本方針や利用者の状況等を踏まえた考え方や方法により取組を進めます。

（障害者・児版：共通）

〇一人ひとりの利用者にとっての満足は、本来は利用者本人が判断することですが、家族等がどのように受け止めているかという視点から把握・評価することも、支援の質の向上に向けた重要なプロセスです。

**（３）評価の留意点**

〇福祉施設・事業所の事業種別や福祉サービスの内容の違いによって、利用者満足の具体的な内容は異なるので、組織として利用者満足の向上に向けた仕組みを整備しているか、また利用者満足に関する調査等の結果を活用し、組織的に福祉サービスの改善に向けた取組が行われているかを評価します。

〇具体的には、利用者満足に関する調査、利用者への個別の聴取、利用者懇談会における聴取等があります。利用者満足に関する調査等を定期的に行うことは、改善課題の発見や、改善課題への対応策の評価・見直しの検討材料となります。

〇評価方法は、調査結果に関する分析や検討内容の記録、改善策の実施に関する記録等の書面や、訪問調査での具体的な取組の聴取等によって確認します。

（障害者・児版：共通）

〇利用者の満足の把握については、書面による調査や面談だけではなく、日常的な支援において把握する取組等を含めて評価します。

（障害者・児版：訪問支援、通所支援、共同生活支援）

〇着眼点「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。」は、福祉施設・事業所の状況等により、適用しないことができます。

（障害者・児版：訪問支援）

〇着眼点「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。」については、サービス管理責任者等による取組を含め、「利用者への個別の相談面接や聴取」の実施状況をもとに評価します。

## Ⅲ－１－（４） 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

34 Ⅲ－１－（４）－① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。

**【判断基準】**

ａ）苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。

ｂ）苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。

ｃ）苦情解決の仕組みが確立していない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能していることを評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇社会福祉法第 82 条では、社会福祉事業の経営者は、利用者等からの苦情の適切な解決に努めることが求められています。また、福祉施設・事業所の各最低基準・指定基準においては、利用者等からの苦情への対応が規定されています。

〇苦情解決の体制については、①苦情解決責任者の設置（管理者、理事長等）、②苦情受付担当者の設置、③第三者委員の設置が求められています。第三者委員は、苦情解決についての密室性の排除と社会性・客観性の確保、利用者の立場に立った苦情解決の援助のために設置されるもので、人数は複数が望ましいとされています。

〇法令で求められる苦情解決の仕組みが組織の中で確立されていることを前提として、この仕組みが機能しているかどうか、また組織が苦情解決について、提供する福祉サービス内容に関する妥当性の評価や改善課題を探るための有効な手段と位置づけているか、つまり福祉サービスの質の向上のための仕組みとなっているかが重要です。

〇福祉施設・事業所においては、法令で求められる苦情解決の仕組みを構築することはもとより、苦情解決や苦情内容への対応を通じて福祉サービスの質の向上を図る必要があります。

**（３）評価の留意点**

〇苦情解決の仕組みについては、利用者等への周知と理解の促進、苦情を申出やすい配慮や工夫、苦情受付に係る正確な記録と苦情解決責任者への報告、解決へ向けての話し合いの内容や解決策等について経過と結果の記録、苦情を申出た利用者等への経過や結果の説明、申出た利用者等に不利にならない配慮をしたうえでの公表、などの状況を総合的に勘案し、仕組みが機能しているかどうかを評価します。

〇また、福祉施設・事業所として、苦情解決の取組を、利用者保護の視点と同時に、福祉サービスの質の向上に向けた取組の一環として積極的に捉えているかどうかを、体制の整備や解決手順・結果公表等の具体的な取組によって評価します。

〇第三者委員が設置されていない場合、連絡方法が明示されていない場合、解決に係る話し合いの手順等が定められていない場合、苦情解決状況の公表を行っていない場合は、「ｃ」評価とします。

（障害者・児版：訪問支援）

〇着眼点「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。」については、利用者等への資料の配布及び説明に関する取組をもとに評価します。

35　Ⅲ－１－（４）－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。

**【判断基準】**

ａ）利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。

ｂ）利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。

ｃ）利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準では、利用者が相談したい時や意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が組織として整備されているか、また、その内容を利用者に伝えるための取組が行われているか評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇利用者が必要に応じて相談ができ、また、意見が述べられる環境づくりは、利用者本位の福祉サービスにおいて不可欠であることは言うまでもありません。福祉施設・事業所として、相談しやすく、意見が述べやすい体制や方法をどのように構築しているか、また具体的にどのように取組が進められているかが重要です。

〇相談や意見について、方法や相手を選択できる環境とは、相談においては、日常的に接する職員以外に、相談窓口を設置するなど、専門的な相談、あるいは福祉施設・事業所において直接相談しにくい内容の相談等、相談内容によって複数の相談方法や相談相手が用意されているような取組を指します。

〇意見については、利用者、家族等との話し合いの機会をもつなどの日常的な取組、意見箱の設置、アンケートの実施、第三者委員による聞き取り等の複数の方法や相手が用意されていることを指します

**（３）評価の留意点**

〇利用者の相談、意見に関する取組については、利用者や家族等に十分に周知されている必要があります。また、利用開始時に説明を行うだけでなく、日常的に相談窓口を明確にしたうえで、その内容をわかりやすい場所に掲示する、日常的な言葉かけを積極的に行う等の取組も評価の対象となります。

〇評価方法は、訪問調査において福祉施設・事業所としての取組を聴取し、書面の確認及び福祉施設・事業所内の見学等で確認します。

（障害者・児版：訪問支援、通所支援、共同生活支援）

〇着眼点「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。」については、当該福祉施設・事業所での取組のほか、地域の関係組織や相談支援事業所をはじめ関連する障害福祉サービスや支援の活用と連携等を含め評価します。

（障害者・児版：訪問支援）

〇着眼点「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。」については、利用者等への資料の配布及び説明に関する取組をもとに評価します。

（障害者・児版：訪問支援）

〇着眼点「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。」については、適用しません。

（障害者・児版：共通）

〇支援としての相談（意思決定支援）に関する具体的な取組については、Ａ−２−（１）−③において評価します。

36　Ⅲ－１－（４）－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。

**【判断基準】**

ａ）利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。

ｂ）利用者からの相談や意見を把握しているが、組織的かつ迅速に対応していない。

ｃ）利用者からの相談や意見の把握、対応が十分ではない。

**評価の着眼点**

□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。

□対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。

□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。

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、苦情に限定するものでなく、利用者からの意見や要望、提案への組織的かつ迅速な対応について評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇苦情にかかわらず、福祉サービスの内容や生活環境の改善等に関する利用者からの意見や要望、提案等に積極的に対応することが必要です。福祉施設・事業所においては、利用者からの苦情のみならず、意見や提案から改善課題を明らかにし、福祉サービスの質を向上させていく姿勢が求められます。

〇苦情について迅速な対応を行うことはもとより、利用者の意見や要望、提案等についても可能な限り迅速に対応する体制を整えることが、福祉サービスの質と利用者からの信頼を高めるために有効です。

〇苦情解決同様に、利用者からの意見や要望、提案等への対応についても仕組みを確立することが重要であり、対応マニュアル等の策定が必要です。

〇意見等に対する福祉施設・事業所の方針を伝え、理解いただく取組も含まれます。

〇対応マニュアル等においては、利用者の意見や要望、提案等にもとづく福祉サービスの質の向上に関する姿勢をはじめ、苦情解決の仕組み同様に、意見や要望、提案等を受けた後の手順、具体的な検討・対応方法、記録方法、利用者への経過と結果の説明、公表の方法等がその内容別に具体的に記載されていることが必要です。また、仕組みを効果的なものとする観点からマニュアル等については、適宜見直しを行うことが必要となります。

**（３）評価の留意点**

〇意見や要望、提案等への対応マニュアルの整備のほか具体的に福祉サービスの改善につなげている取組も含めて評価します。

〇苦情解決の仕組と一体的に構築、運用している福祉施設・事業所の場合には、苦情解決のみならず、本評価基準でいう利用者の意見や要望、提案等への対応が実際に行われているか確認します。

〇評価方法は、訪問調査において福祉施設・事業所としての取組を聴取し、書面等で確認します。

## 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。

37 Ⅲ－１－（５）－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。

**【判断基準】**

ａ）リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。

ｂ）リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。

ｃ）リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、利用者の安心と安全を確保し福祉サービスの質の向上を図る観点からリスクマネジメント体制を構築するとともに、ヒヤリハット報告や事故報告等の事例の収集を積極的に実施し、その収集した事例について要因分析の実施と対応策が適切に講じられているか評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇福祉施設・事業所におけるリスクマネジメントの目的は、福祉サービスの質の向上にあります。具体的な取組としては、責任者の設置又は明確化、リスクマネジメントに関する会議等（体制づくり全般をはじめ、事故要因の分析、改善策・再発防止策等を検討する場）の設置、事故発生時の対応における責任と手順等の明確化、ヒヤリハット・事故報告の収集、これら報告にもとづく要因分析と改善策・再発防止等の実施が基本的な事項となります。

〇また、これらをリスクマネジメント規程等として定めておくこと、研修の実施や個々の取組について定期的な見直しと改善を図ることは、体制の構築と福祉施設・事業所の実態にそくした効果的な取組のために有効です。

〇ヒヤリハット・事故報告や事例等の収集は、福祉サービスの質の向上の観点から、職員間の情報共有をはじめ、要因分析の実施や改善策・再発防止策を講じるために行うものです。また、取組を通じて、職員の「危険への気づき」を促す効果も生まれます。よって、職員個人の反省を促したり、責任を追及したりするためのものではないということに留意が必要です。

〇福祉サービスの提供に関わる設備・機器類の日頃からの安全確認や定期的なメンテナンスも、日常的に利用者の安心・安全に配慮した福祉サービスの前提として重要です。また、外部からの侵入者への対応等についても、福祉施設・事業所の特性に応じて検討・対応します。

〇リスクマネジメントの体制整備の面では管理者のリーダーシップが欠かせません。また、具体的な対策を講じる際には福祉サービスを提供する現場における知恵と工夫を活用した取組が最も重要です。

**（３）評価の留意点**

〇事故発生時の適切な対応と利用者の安全確保がなされていることを前提とし、リスクマネジメントに関する責任者の設置又は明確化、リスクマネジメントに関する会議等の設置・開催状況のみならず、ヒヤリハット報告・事故報告が収集され、要因分析と改善策・再発防止策の検討・実施がなされているか評価します。

〇ヒヤリハット報告・事故報告の分類や一覧表の作成等に留まらず、組織的・継続的な要因分析と改善策・再発防止策の検討・実施に結びついていることが必要です。

〇評価方法は、訪問調査において具体的な取組を書面と聴取によって確認します。書面がなく、職員会議等で事故防止に向けた意識啓発をしているというような取組のみの場合には、「ｃ」評価とします。

〇感染症に関するリスク（対策）については、次項「Ⅲ−１−（５）−②」で評価します。

38　Ⅲ－１－（５）－②　感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。

**【判断基準】**

ａ）感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。

ｂ）感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。

ｃ）感染症の予防策が講じられていない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

□感染症の予防策が適切に講じられている。

□感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、感染症の予防策が適切に講じられているとともに、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っていることを評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇利用者の生命と健康にとって感染症の予防と感染症発生時の適切な対応は非常に重要な取組といえます。

〇感染症の予防・対応についても、福祉サービスの質の向上を目的とするリスクマネジメントと同様に、マニュアル等を整備したうえで、福祉施設・事業所内の体制を確立し実行していくことが必要です。具体的には、①責任を明確にした安全確保のための体制の確立（緊急時の対応体制を含む）、②担当者・担当部署の設置、③定期的な検討の場の設置、④感染症予防策等の定期的な評価・見直しの実施等が挙げられます。

〇感染症については、季節、福祉サービスの提供場面に応じた適切な対応が必要であり、感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成したうえで、職員が十分に理解し、日頃から取組を進めることが必要です。

〇対応マニュアル等については、保健医療の専門職の適切な助言・指導のもとに作成されていることも重要です。

（障害者・児版：共通）

〇職員が感染症の媒体になる可能性があることと事業継続の観点から、職員及び職員の家族が感染症にかかった場合の対応を含め、感染症対策を講じる必要があります。

（障害者・児版：訪問支援、通所支援、就労支援）

〇感染症の対応は、予防及び発症時に感染を広げないための対策について、利用者や家族への周知も重要となります。感染症発症時の利用者や家族への周知については、利用者のプライバシーに配慮することが必要です。

**（３）評価の留意点**

〇評価方法は、訪問調査において具体的な取組を書面と聴取によって確認します。書面がなく職員会議等で感染症予防に向けた意識啓発をしているというような取組のみの場合には、「ｃ」評価とします。

39　Ⅲ－１－（５）－③　災害時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。

**【判断基準】**

ａ）地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、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）地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。

ｃ）地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。

**評価の着眼点**

□災害時の対応体制が決められている。

□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。

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を積極的に行っているか評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇利用者の安全を確保するためには、福祉サービス上のリスクや感染症対策のみならず、災害時における安全確保のための対策を講じる必要があります。

〇そのため福祉施設・事業所においては、災害時の対応体制（災害時の職員体制、災害時の避難先、避難方法、ルートの確認等）をあらかじめ定めておくことが求められます。

〇訪問・通所による福祉サービスを提供する福祉施設・事業所では、災害発生時の安否確認について、他の福祉施設・事業所や自治体等と連携して行う方法を決定・確認しておく必要があります。また、通所福祉施設・事業所については、利用者や家族と話し合う、家族への引継ぎの方策などを決めておくことなどが求められます。

〇福祉施設・事業所においては、災害時においても、利用者の安全を確保するとともに福祉サービスを継続することが求められます。「事業（福祉サービス）の継続」の観点から、災害等に備えた事前準備・事前対策を講じることが重要です。

**（３）評価の留意点**

〇消防計画の策定など法律で定められた事項や監査事項の対策にとどまらず、実効性の高い取組を積極的に行っているかどうかを確認します。たとえば、ハード面では立地条件から災害の影響を把握する、耐震診断を受けて必要な耐震措置を実施する、設備等の落下防止措置を講じる、消火設備を充実させる、食料や備品などの備蓄を整備するなどが挙げられます。

〇ソフト面では、災害発生時の体制を整備する、利用者及び職員の安否確認の方法の確立し全職員に周知する、災害発生時の初動時の対応や出勤基準などを示した行動基準を策定し、全職員に周知を図る、定期的に訓練を行い、対策の問題点の把握や見直しを行うなどが挙げられます。

## Ⅲ−２　福祉サービスの質の確保

### Ⅲ−２−（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。

40　Ⅲ−２−（１）−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。

**【判断基準】**

ａ）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、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。

ｂ）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ているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。

ｃ）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ていない。

**評価の着眼点**

□標準的な実施方法が適切に文書化されている。

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、福祉施設・事業所における福祉サービスの標準的な実施方法が文書化され、それにもとづいて福祉サービスが適切に実施されていることを評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇福祉施設・事業所における福祉サービスの提供・実践は、利用者の特性や必要とする支援等に応じて柔軟に行われるべきものであり、いわば標準化できる内容と個別的に提供・実践すべき内容の組合せです。

〇標準化とは、画一化とは異なり、福祉サービスを提供する職員誰もが必ず行わなくてはならない基本となる部分を共通化することであり、個別的な福祉サービスの提供と相補的な関係にあるものといえます。すべての利用者に対する画一的な福祉サービス実施を目的としたマニュアル化を求めるものではありません。

〇標準化とは、各福祉施設・事業所における利用者の特性等を踏まえた標準的な実施方法等を定め、職員の違い等による福祉サービスの水準や内容の差異を極力なくし一定の水準、内容を常に実現することを目指すものです。標準的な実施方法を定め、一定の水準、内容を保ったうえで、それぞれの利用者の個別性に着目した対応を行うことが必要です。

〇標準的な実施方法は、文書化され、職員が十分に理解していることが不可欠です。標準的な実施方法には、基本的な相談・援助技術に関するものだけでなく、福祉サービス実施時の留意点や利用者のプライバシーへの配慮、設備等の福祉施設・事業所の環境に応じた業務手順等も含まれ、実施する福祉サービス全般にわたって定められていることが求められます。

〇また、標準的な実施方法に基づいて実施されていることを組織として確認するための仕組みを整備し、標準的な実施方法にそぐわない福祉サービスが提供されている場合の対応方法についても定めておくことが必要です。

**（３）評価の留意点**

〇標準的な実施方法については、文書化されていること、また、これにもとづいた福祉サービスの提供状況について確認します。具体的には、標準的な実施方法（文書）の活用状況と職員の理解を図るための取組や工夫、個別支援計画との関係性、標準的な実施方法にそった福祉サービスの提供がなされているか確認する仕組みの有無等により、総合的に評価します。

〇標準的な実施方法を記載した文書は、職員がいつでも閲覧でき、日常的に活用している状態にあるか確認します。

〇評価方法は、訪問調査において書面を確認するとともに、関係職員への聴取等によって確認します。

41　Ⅲ−２−（１）−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。

**【判断基準】**

ａ）標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。

ｂ）標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。

ｃ）標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、標準的な実施方法について、定期的に現状を検証し、必要な見直しを組織的に行うための仕組みが定められているか、その仕組みのもとに見直しが実施されているかどうかを評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇標準的な実施方法については、利用者が必要とする福祉サービス内容の変化や新たな知識・技術等の導入を踏まえ、定期的に現状を検証し、必要な見直しを行うことが必要です。また、検証や見直しについては、福祉施設・事業所として方法や仕組みを定め、これのもとに継続的に実施されることが、福祉サービスの質の向上にとって必要です。

〇標準的な実施方法の見直しは、職員や利用者等からの意見や提案にもとづき、また、個別支援計画の状況を踏まえ行われなければなりません。

〇標準的な実施方法を定期的に見直すことは、福祉サービスの質に関する職員の共通意識を育てるとともに、ＰＤＣＡのサイクルによって、質に関する検討が組織として継続的に行われているという意味をあわせ持っています。

**（３）評価の留意点**

〇評価方法は、訪問調査において、標準的な実施方法（文書）の改訂記録や検討会議の記録等、書面をもって確認します。

## Ⅲ−２−（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。

### 42 Ⅲ−２−（２）−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。

**【判断基準】**

ａ）利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。

ｂ）利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。

ｃ）利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）を策定するための体制が確立していない。

**評価の着眼点**

□個別支援計画策定の責任者を設置している。

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、個別支援計画の策定に関する体制が確立し、アセスメントにもとづく適切な個別支援計画が策定されているか評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇利用者の特性や状態、必要な支援等の内容に応じた福祉サービスの提供において、利用者ニーズ等の適切なアセスメントにもとづく「福祉サービス実施計画」、つまり個別的な福祉サービス実施計画（利用者一人ひとりについてニーズと具体的なサービス内容等が記載された個別計画）が必要です。

（障害者・児版：共通）

〇障害者・児支援においては、施設障害福祉サービス計画、居宅介護計画、療養介護計画、生活介護計画、就労継続支援計画、児童発達支援計画、入所支援計画等の「個別支援計画」がこれにあたります。

（障害者・児版：共通）

〇個別支援計画については、相談支援事業者が作成するサービス等利用計画（障害児支援利用計画）の内容を踏まえ作成することが必要です。

〇個別支援計画の策定にあたっては、福祉施設・事業所での体制が確立していることが不可欠です。具体的には、個別支援計画策定の責任者を設置・明確化するとともに、アセスメントから計画の作成、実施、評価・見直しに至るプロセスを定める必要があります。

〇サービス管理責任者（サービス提供責任者、児童発達支援管理責任者等）は、法令で定められた役割とともに、各部門の担当者の意見を、集約・調整する場を設定し、その場に参画して個別支援計画の内容の決定までを統括する、また家族への連絡や説明等を行う、等が責任者に求められる役割です。

〇アセスメントは、利用者の身体状況や生活状況等を把握するとともに、利用者にどのようなサービス実施上のニーズがあるかを明らかにすることを目的とします。利用者の状況を正確に把握し、ニーズを明らかにすることは、個別支援計画を作成する基本となる重要なプロセスです。身体状況や生活状況あるいはニーズを組織が定めた手順と様式によって把握する必要があります。

〇福祉サービス開始直後には、事前に把握していた身体状況や生活状況等が実際と異なっている場合もあるため、そのような状況も視野に入れたアセスメントが行われる必要があります。

〇アセスメントについては、①サービス開始前後におけるアセスメントに関する手順が組織として定められていること、②手順は正確なアセスメントを行うために計画的なものになっていること、③その手順のもとに実施されていること、④アセスメントによって、利用者全員について、個別に具体的なニーズが明示されていることが求められます。

〇個別支援計画は、医療やリハビリ、メンタル面での支援等も含めた総合的な視点で作成されなければならないこと、実施状況の評価・見直しにあたっても、ＱＯＬを含め、総合的な視点から利用者のより良い状態を検討する必要があります。

**（３）評価の留意点**

〇利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）の策定が、法令上求められておりアセスメントから計画策定、実施、評価・見直しといった一連のプロセスが適切に行われていることを基本とします。また、利用者の希望やニーズを適切に反映した内容となっているか、計画にもとづく福祉サービスの提供がなされているか、福祉サービスの質の向上に結びつく活用がなされているかといった観点から評価します。

〇サービス管理責任者等の役割について、役割分担して実施している場合があります。役割分担は、組織の状況に応じて異なりますので、組織として個別支援計画の策定方法が定まっていること、それぞれの担当者がその定められた方法における役割を果たしていること、そして責任者は、これらの内容を掌握し必要に応じて助言・指導を行っていることをもって役割を果たしていると評価します。

〇アセスメント結果を個別支援計画に適切に反映されているかどうかについては、アセスメント結果を個別支援計画に反映させる際に関係職員で協議を実施しているか、アセスメント結果から課題解決のための目標と、目標達成に向けた具体的な対応策を個別支援計画に反映しているか等を記録等から判断します。

〇利用者の意向の反映については、個別支援計画に利用者の意向が明示されていることによって、意向を踏まえた計画が策定されていると評価します。

〇評価方法は、訪問調査において、個別支援計画の策定・実施のプロセス、責任及び役割分担体制の実態がどのようになっているかを具体的に聴取したうえで、利用者数名分の個別支援計画及びアセスメント票等を抽出して、書面の確認と担当者への聴取を行います。

〇また、個別支援計画が日常的な福祉サービスの提供場面でどのように実施されているか、記録と職員からの聴取により確認します。

〇組織としてアセスメントをまったく行っていないことは想定していませんが、その場合は「ｃ」評価とします。

〇利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）が作成されていないことは想定していませんが、その場合は「ｃ」評価とします。法令違反となりますので、早急な改善・策定が求められることはいうまでもありません。

43　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。

**【判断基準】**

ａ）個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。

ｂ）個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。

ｃ）個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているか評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇利用者一人ひとりに対する福祉サービスの質の向上を継続的に図るためには、策定した個別支援計画について、ＰＤＣＡのサイクルを継続して実施することによって、恒常的な取組にしていかなければなりません。

〇個別支援計画の評価・見直しに関する組織として決定された手順が定められ、実施されている必要があります。評価・見直しを行う時期の設定や記録の方法、計画変更の手順と関係職員への周知の方法等が明示されていることが望まれます。

〇また、福祉サービス実施状況が責任者に確実に伝わる仕組みが必要です。実施記録での福祉サービス実施状況の確認や、担当者からの報告ルート等が、システムとして成立しており、責任者が総合的な視点で情報を管理している状態を求めています。

〇個別支援計画の策定及び定期的な見直しが法令上求められる福祉施設・事業所はもとより、それ以外の福祉施設・事業所についても、適切な期間・方法で計画の見直しが実施されているか、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）など、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、福祉サービスの質の向上に結びつく積極的な取組がなされているかを評価します。

**（３）評価の留意点**

〇個別支援計画の見直しでは、目標そのものの妥当性や、具体的な支援や解決方法の有効性等について検証するとともに、変更に関する利用者の意向の確認と同意を得られているかが留意点です。

〇定期的な評価結果に基づいて、必要があれば個別支援計画の内容を変更しているかどうかを、個別支援計画と記録等の書面によって評価します。

〇個別支援計画の定期的な評価・見直しが、法令上求められており、取り組みがなされていない場合には、法令違反となりますので、早急な改善・策定が求められることはいうまでもありません。

## Ⅲ－２－（３）　福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

44　Ⅲ－２－（３）－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。

**【判断基準】**

ａ）利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。

ｂ）利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。

ｃ）利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）の実施状況が記録されていない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）の実施状況が適切に記録されるとともに、職員間で共有化されていることを評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇利用者一人ひとりに対する福祉サービスの実施状況は、組織の規定にしたがって統一した方法で記録される必要があります。記録は、職員の情報の共有化を図るとともに、個別支援計画の評価・見直しを行う際の基本情報となります。

〇適切に記録されているとは、個別支援計画にそってどのようなサービスが実施されたのか、その結果として利用者の状態はどのように推移したか、について具体的に記録されていることを指します。

〇また、記録のほか、利用者の状況等に関する情報の流れや共通化について、組織としての取組を評価します。

〇利用者の状況等に関する情報とは、利用者の状況、福祉サービスの実施にあたり留意すべき事項、実施に伴う状況の変化、アセスメントや個別支援計画の実施状況等、利用者に関わる日々の情報すべてを指します。

〇共有化については、知っておくべき情報が職員に正確に伝わる仕組みが確立していることが必要です。その際、伝えてはならない情報、担当者で留めてよい情報と責任者等へ伝えるべき情報、他部門への伝達が必要な情報、速やかに伝えるべき内容と後日整理して伝えるべき内容等が的確に分別され、決められた方法によって伝達されていくことが求められます。

〇情報の流れと共有化について組織的に管理することは、利用者の状態の変化や福祉サービス内容の不具合に対して、速やかな対応を行うために欠かせないものです。

**（３）評価の留意点**

〇引継ぎや申送り、回覧等は当然に行われていることとして捉え、組織の特性に応じた共有化へのより積極的な取組を評価します。

〇評価方法は、訪問調査において、利用者数名の個別支援計画と、それに対する記録等の書面を確認します。また、利用者の状態等に関する情報に関する具体的な取組を聴取し、書面でも確認します。

45　Ⅲ－２－（３）－②　利用者に関する記録の管理体制が確立している。

**【判断基準】**

ａ）利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。

ｂ）利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。

ｃ）利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。

**評価の着眼点**

□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。

□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。

□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の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。

□職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。

□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。

**評価基準の考え方と評価の留意点**

**（１）目的**

〇本評価基準は、個人情報保護規程等の利用者の記録の管理について規定が定められるとともに、適切に管理が行われていることを評価します。

**（２）趣旨・解説**

〇利用者に関する記録の管理については、個人情報保護と情報開示の２つの観点から管理体制が整備される必要があります。

〇福祉施設・事業所が保有する利用者や家族の情報は、個人的な情報であり、その流出は利用者や家族に大きな影響を与えることから、情報が外部に流出しない管理体制が必要となります。記録の保管場所や保管方法、扱いに関する規程、責任者の設置、保存と廃棄に関する規程等が必要です。

〇個人情報保護については「個人情報の保護に関する法律（個人情報保護法）」とともに、福祉・介護分野における個人情報保護に関するガイドライン等の理解と、取組が求められます。

〇厚生労働省は、「福祉関係事業者における個人情報の適正な取扱いのためのガイドライン（平成 16 年 11 月 30 日通達）」、「福祉分野における個人情報保護に関するガイドライン（平成 25 年 3 月 29 日通達）」、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（平成 16 年 12 月 24 日通知、平成 18 年 4 月 21 日改正、平成 22 年 9 月 17 日改正）を示しています。

〇一方、情報開示については、利用者や家族等から情報開示を求められた際のルール・規程が必要です。情報開示の基本姿勢、情報開示の範囲、利用者への配慮等が求められます。

〇ここでいう「記録の管理」とは、書面による管理に加え電子データによる管理も含みます。電子データについては、取扱いや情報漏えい対策が十分になされることが必要です。

**（３）評価の留意点**

〇評価方法は、訪問調査において規程等の確認、実際の記録の保管状況、開示請求への対応、保存と廃棄の確認等を行います。

利用者の 安心 信頼
職員の 意欲向上 意識改革 を導く

# 福祉サービス第三者評価

## 活用のご案内

福祉サービス第三者評価とは、専門的・客観的な立場から
福祉サービスについて評価を行う仕組みです。

### 第三者評価の受審により

- 福祉サービスの質にかかわる取り組みや成果（よいところ）などが明らかなります。
- 福祉サービスの具体的な改善点を把握し、質の向上に結びつけることができます。
- 利用者の適切な福祉サービスの選択に資する情報になります。
- 利用者や家族、地域への説明責任を果たし、信頼を高めることにつながります。

社会福祉法人　全国社会福祉協議会

# 第三者評価の流れ

～受審申込みから結果公表までの標準的な流れ～

| 福祉施設・事業所（事業者） | | 第三者評価機関 |
|---|---|---|
| ●評価機関についての情報収集 | | |
| ●複数の評価機関を選定・比較し、評価機関を決定する<br>●契約内容に関する同意と契約 | 契約の締結 | ●事業者に対し、評価実施方法や費用、スケジュールなどを説明する<br>●事業者の同意を得たうえで契約する |
| ●スケジュールなどの調整<br>●**自己評価の実施、提出** ★<br>●必要書類の提出<br>●利用者調査実施への協力<br>**事前準備** | | ●スケジュールなどの調整<br>●事業者からの提出書類による事前分析<br>●自己評価の確認・分析<br>●利用者調査の実施<br>**事前分析** |
| ●必要書類等の準備<br>●福祉施設・事業所見学への対応<br>●事業者インタビューへの対応 | 訪問調査 | ●福祉施設・事業所の見学<br>●事業者インタビュー（聴き取り）<br>●書類確認　等 |
| ●事業者コメントの記入<br>●評価結果公表に関する同意 | 評価結果の取りまとめ | ●評価調査者の合議による評価結果の取りまとめ<br>●必要に応じ、事業者との調整と確認<br>●事業者への評価結果の報告<br>●評価結果の公表に関する事業者への説明 |
| ●ホームページ等での評価結果の公表 | **評価結果の公表** ★★ | ●都道府県推進組織への評価結果の報告<br>●評価結果の公表 |

**都道府県推進組織ホームページあるいはWAM NET*において評価結果を公開**

*P.7のQ1を参照

※上記は、標準的なフローを示したものであり、受審にあたっては、都道府県推進組織や評価機関に確認してください。

**福祉施設・事業所による評価結果の有効活用**

## ■ 福祉サービス第三者評価とは

福祉施設・事業所でのよりよい福祉サービスの実現に向けて、公正・中立な第三者評価機関が専門的・客観的立場から福祉サービスについて評価を行う仕組みです。

- **福祉サービスの質の向上を図ることを目的としています。**
- **評価結果を公表することで、福祉サービスの利用を希望される方や、家族が福祉サービスを選択するための情報源の一つとなります。**

## ★自己評価に取り組む意義

- **組織運営やサービスの質を見直すことによって新たな気づきが得られます。**
- **福祉施設・事業所全体でサービスの質の向上に取り組むきっかけを得られます。**

自己評価は、職員個人の取り組みを基礎としながら、チームや福祉施設・事業所全体での議論を経て、課題等が共有されることが重要です。

第三者評価の目的は、福祉施設・事業所の福祉サービスの質を向上させることですが、第三者評価で更なる質の向上の取り組み・改善策等を見出し、実際の取り組みにつなげていくことが重要です。

共有された課題、さらに第三者評価で得られた課題に、組織的に取り組む基礎となるものが自己評価だといえます。

## ★★評価結果を公表する意義

- **福祉施設・事業所が行う福祉サービスの質の向上のための取り組みが明らかになります。**

評価結果を広く社会に発信することで、事業運営の透明性が図られ、福祉施設・事業所の理念・基本方針やサービスや支援の内容、特徴をアピールすることができます。

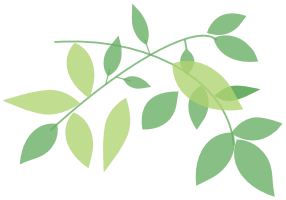
福祉施設・事業所が第三者評価の受審を通して、福祉サービスの質の向上・改善に取り組んでいることを、利用者や家族、地域住民等に発信し、理解を広げることが重要です。

その際には、ホームページや機関誌へ掲載するとともに、報告会等を開催することで、取り組みへの理解が一層深まります。

さらに、福祉施設・事業所で仕事をしたいという人にとって、有意義な情報となります。

# 評価基準と評価結果

## ～福祉サービス第三者評価事業に関する指針～



福祉サービス第三者評価は、国が示した『福祉サービス第三者評価事業に関する指針』をもとに都道府県が実施する事業です。

国は、平成26年4月1日に、「『福祉サービス第三者評価事業に関する指針について』の全部改正について」を通知し、①共通評価基準ガイドライン及び判断基準ガイドライン、②公表ガイドライン等を改定しました。

## ■ 第三者評価は、評価基準をもとに福祉施設・事業所のサービスの状況や内容を評価します。

国が示している『福祉サービス第三者評価基準ガイドライン』は、「共通評価基準（45項目）」と「内容評価基準（20項目程度）」で構成されています。

### 共通評価基準 45項目

全ての福祉施設・事業所に共通の項目

**Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織**

1．理念・基本方針
2．経営状況の把握
3．事業計画の策定
4．福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取り組み

**Ⅱ．組織の運営管理**

1．管理者の責任とリーダーシップ
2．福祉人材の確保・育成
3．運営の透明性の確保
4．地域との交流、地域貢献

**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
（利用者の尊重、説明と同意、利用者満足、利用者の意見、リスクマネジメント）
2．福祉サービスの質の確保
（標準的実施方法、アセスメントにもとづく計画の策定、記録）

＋

### 内容評価基準 20項目程度

種別ごとの項目

福祉施設・事業所の特性や専門性を踏まえたサービス・支援内容を評価する

（評価項目の一部）

**【保育所】**

- 生活にふさわしい場として、子どもが心地よく過ごすことのできる環境の整備
- 乳児保育（0歳児）において、養護と教育が一体的に展開されるよう適切な環境の整備、保育の内容や方法への配慮

**【障害者・児福祉サービス】**

- 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取り組み
- 利用者の意思を尊重する支援としての相談等の適切な実施

**【高齢者福祉サービス】**

- 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫
- 認知症の状態に配慮したケア

※各都道府県において使用される評価基準は、国の示したガイドラインに基づき、各都道府県推進組織が定めています。

## ■ 評価結果は、よりよい福祉サービスに向けた「到達度」です。

『福祉サービス第三者評価基準に関する指針』では、a・b・c評価の判断基準を次のように示しています。

**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に向けた取り組みの余地がある状態

**c評価** …… b以上の取り組みとなることを期待する状態

評価結果は福祉施設・事業所の格付けや順位付けを行うものではなく、福祉施設・事業所の理念や基本方針を具体化し、よりよい福祉サービスの実現に向けた「達成度」を示すものです。

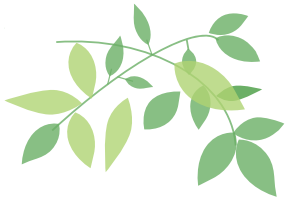
## ■ 評価結果は、利用者・家族への適切な情報提供と福祉施設・事業所での質の向上や改善に活用できます。

評価結果の公表様式には、福祉施設・事業所の理念や基本方針、特徴的な取り組みなど、福祉施設・事業所の取り組みをアピールできる項目が記載されます。

また、評価項目ごとに判定理由等のコメントが記載されます。

# 受審した福祉施設・事業所の声

## ～第三者評価を経営や福祉サービスの改善に活かす～



経営する福祉施設や事業所が増えるなか、法人全体として理念や基本方針を共有し、施設間・部門間の連携を強化することが課題となっていた。法人内の複数の施設におけるサービスの標準化の必要性と取り組むべき課題が明らかになった。

「トータルな人材マネジメントシステムの構築と人材確保・定着」を施設の重点課題としているが、管理職のみならず、自己評価に関わった職員も必要性を理解することができ、施設内の「人材育成」への意識が変わった。具体的な課題が明確となり、職員それぞれのキャリア段階に対応した人材育成の仕組みを構築するため、業務改善委員会や法人事務局ワーキンググループで早急に検討することとした。

第三者評価の結果のなかで改善を求める事項として、「薬に関するヒヤリ・ハットへの対策」があげられた。結果を受けて、事故発生原因の分析を行うと、「～しながら業務」が散見され、職員の意識の低さが大きな要因ではないかとの意見が出された。具体的な改善策を検討し、マニュアルを見直すとともに、職員の目につくところに注意を促す文書を掲示した。こうした取り組みにより、ヒヤリ・ハットの減少につながっている。

利用者・家族へのアンケートは、施設の環境や職員の対応についての意見が多く、家族の思いや日ごろ聞くことのない意見・要望等を知ることができた。全職員で共有すべきものとしてとらえ、利用者・家族の言葉に耳を傾けていくことの大切さを実感することができた。

受審を機に確認・作成した文書や書類は、サービス内容の「見える化」、「言語化」となり、職員間で共通理解を得ることができた。またその後のサービスの実践、見直し、改善においても役立った。

### 第三者評価受審のための参考書籍

『福祉サービスの第三者評価 受け方・活かし方』
全国社会福祉協議会発行

- 保育所版（2016年）
- 障害者・児福祉サービス版（2017年）
- 高齢者福祉サービス版（2017年）

# 第三者評価のQ&A

**Q1** 評価機関には、どのようなところがありますか？

**A** 都道府県推進組織のホームページ、または福祉医療機構のホームページ（WAM NET：http://www.wam.go.jp/ ）の第三者評価情報をご参照ください。

また、各評価機関のホームページでは、所属する評価調査者（資格・経歴）、評価実績、標準的な評価の流れ、評価料金、評価機関の特徴等が公表されています。

**Q2** 受審申込みから結果公表までの期間はどのくらいですか？

**A** 福祉施設・事業所と評価機関の計画にもよりますが、おおむね3ヵ月から半年程度です。

**Q3** 受審費用は、どのくらいかかりますか？

**A** 受審料は評価機関によって異なります。詳細は各評価機関にお問い合わせください。

＊社会的養護関係施設は、30万8,000円が措置費の第三者評価受審加算と算定されています。

＊第三者評価の受審および評価結果の公表を行った保育所に対しては、受審料の半額程度を公定価格の加算（15万円）として補助されています。

**Q4** 誰が調査や評価を行うのですか？

**A** それぞれの専門分野で一定の経験や資格を有し、かつ、評価調査者養成研修を修了した者が評価調査者となります。また、評価は２名以上でチームをつくり、一貫して評価にあたります。

**Q5** 訪問調査では、どのようなことをするのですか？

**A** 評価調査者が福祉施設・事業所へうかがい、評価項目等に基づき聴き取りをします。期間は概ね１～２日です（評価機関によって異なります）。

施設・事業所内の見学をはじめ、自己評価結果や事業計画等の事前に提出した資料をもとに聴き取りや資料確認等が行われます。利用者や職員に対して、訪問時に聴き取りが実施される場合もあります。

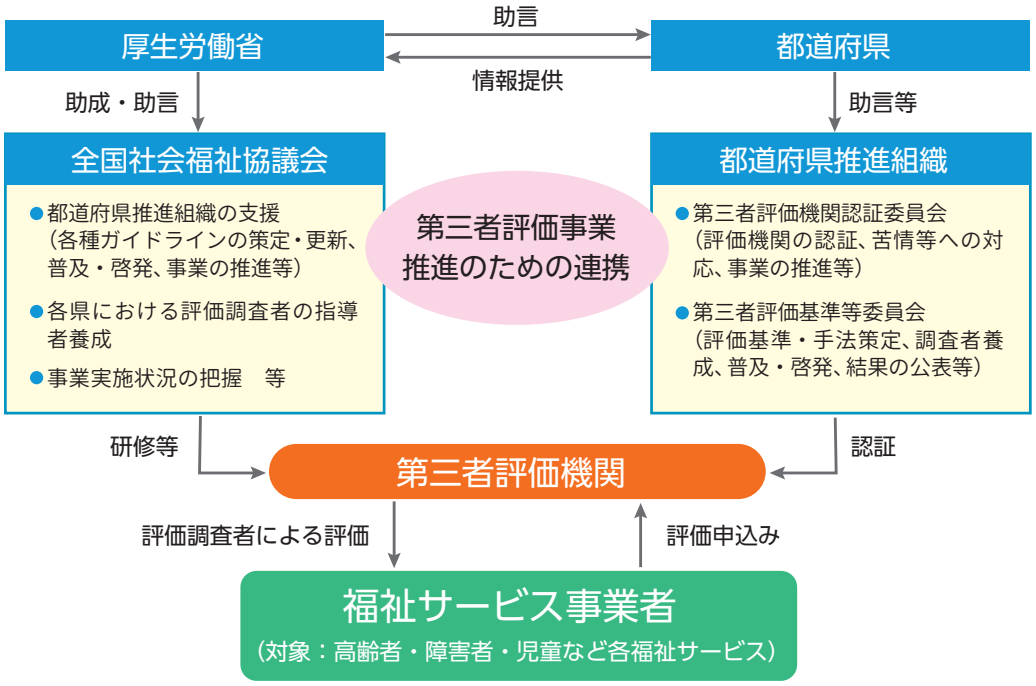
**Q6** 評価結果には、評価調査者の主観が入り、客観性に欠けるのではないですか？

**A** 評価結果が１人の評価調査者のみの判断とならないよう、取りまとめの際には、複数の評価調査者による合議を行っています。

評価機関において、評価結果の報告書を確定する際に、公平性や客観性をより高めるため、「評価決定委員会」を設置して協議を行う場合もあります。

また、評価調査者は、自らの専門性、客観性を高めるため、日ごろから福祉制度の動向を把握するとともに各種研修に参加し、評価調査者自身の質の向上に取り組んでいます。

## 福祉サービス第三者評価事業の推進体制




## 福祉サービスの質の向上と利用者の権利擁護のために

福祉サービスを必要とする人々が増加し、支援を必要とする人々のニーズが多様化・深刻化するなか、福祉サービスは量的拡充とともに質の向上が求められています。

第三者評価は、福祉施設・事業所が、継続的に福祉サービスの質・改善に取り組むための方法のひとつです。評価のプロセスを通じて、質の向上に取り組む職員の意識高揚や継続的に質の向上に取り組む組織づくりにつながります。

また、福祉サービスについては、利用者が福祉サービスの専門性を評価しにくいこと、利用者と事業者の対等性が確保しづらいこと、福祉制度が理解しづらいことなどが課題とされています。第三者評価の受審により、客観的に福祉サービスの内容や水準を示すことは、利用者の権利擁護を実現することにつながります。

福祉施設・事業所は、第三者評価の受審と活用を組織として明確に位置づけ、定期的かつ継続的に受審していくことが求められています。

**第三者評価事業に関する情報を掲載しています**

全国社会福祉協議会 福祉サービス 第三者評価事業　HP http://shakyo-hyouka.net/


**社会福祉法人 全国社会福祉協議会 政策企画部**

〒100-8980　東京都千代田区霞が関3-3-2　新霞が関ビル　TEL 03-3581-7889　FAX 03-3580-5721



2017年3月

# 福祉サービス評価ガイドブック

ー福祉サービスの質の向上に向けてー

社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会
かながわ福祉サービス第三者評価推進機構

## もくじ

はじめに

第 1 部　福祉サービスの質の向上と「評価」……3

第 2 部　福祉サービス評価の基本　……11

パート 1　自己評価のすすめ方　……13

パート 2　利用者の意向調査のすすめ方　……24

パート 3　第三者評価の活用　……27

第 3 部　評価後の課題解決・改善に向けて ……31

## はじめに

平成12年6月に施行された社会福祉法は、福祉サービスの提供者に対し、「社会福祉事業の経営者は、自らその提供する福祉サービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、常に福祉サービスを受ける者の立場に立って良質かつ適切な福祉サービスを提供するよう努めなければならない」（第78条）と規定してい祉事業の経営者は、自らその提供する福祉サービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、常に福祉サービスを受ける者の立場に立って良質かつ適切な福祉サービスを提供するよう努めなければならない」（第78条）と規定してい

この第78条が掲げる「福祉サービスの質の評価」の具体化に向け、厚生省（当時）が「福祉サービスの第三者評価に関する報告書」（平成13年3月）を提示してからの間、福祉サービス分野の「評価」については、「第三者評価をいかにすすめるか」を中軸に検討がすすめられてきました。

本県においても、福祉サービス第三者評価の推進組織が設置され、複数の第三者評価機関が誕生しました。また、平成21年7月の「かながわ障害者地域生活支援推進プログラム大綱」に、平成22年度からの5年間の取組の基本的な方向のひとつに「障害者グループホームなどの質の向上と確保」を掲げ、県独自手法による障害者グループホーム第三者評価が導入されています。

このように福祉サービス第三者評価の仕組みづくりがすすめられてきた中、本会においては、サービス評価の基本である「自己評価」を主軸とし、事業者自らの行う質の評価の推進に向けて取り組んで参りました。

本書は、福祉サービスの質の向上に向けて、サービス提供主体である事業者自らの評価「自己評価」へのバックアップを目的に作成したものです。

めまぐるしい福祉政策の変動により、事業者を取り巻く環境は大変厳しい状況にありますが、そのような中でこそ、組織全体でサービスの質の向上に努めることが重要となります。

「サービス評価」を通してのサービスの質の向上に向けて、本書をお役立ていただければ幸いです。

社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会
かながわ福祉サービス第三者評価推進機構

# 第１部
# 福祉サービスの質の向上と「評価」

福祉サービスの質の向上をはかるには、事業所全体での組織的な取り組みが必要です。

福祉サービスの利用／提供を通して、利用者・職員・事業者すべての「満足」を実現するために、評価という手法を活用してみませんか。

# 1. 今日の福祉サービスの動向と目指す方向

## 福祉サービス制度の動向

介護保険法（2000年）や障害者支援費制度（2003年）に代表されるように、福祉の分野にも利用者と事業者が「契約」に基づいてサービスを利用/提供する仕組みが導入されました。

契約利用制度により、利用者（及び家族）がサービス利用にかかる費用の一部を利用量に応じて直接、負担することになり、サービス利用者の権利意識も徐々に高まり、サービスには「量」とともに「質」が求められるようになってきました。

## 社会福祉基礎構造改革と福祉サービスの理念、目指す方向

社会福祉基礎構造改革の理念と目指す方向は、利用者本位の福祉サービスへの転換（個人の選択・決定の尊重、良質なサービスの拡充、地域福祉の推進）と、そのための社会福祉制度の構築（措置から契約利用への移行、権利擁護、苦情解決、情報提供等利用者支援制度、評価によるサービスの質の向上など）です。

2000年に施行された社会福祉法では、この改革の理念の実現、望ましいサービス提供の実現に向けて、事業者の主要な責務を次のように明示しています。

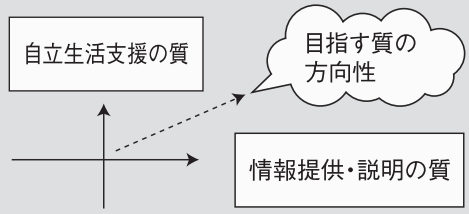
**第３条**　福祉サービスの基本的理念「個人の尊厳の保持を旨とし…良質かつ適切なものでなければならない」
**第５条**　福祉サービスの提供の原則「利用者の意向を十分に尊重し…実施に努めなければならない」
**第75条**　情報の提供「適切かつ円滑にこれを利用することができるように…情報の提供を行うよう努めなければならない」
**第78条**　福祉サービスの質の向上のための措置等「…常に福祉サービスを受ける者の立場に立って良質かつ適切な福祉サービスを提供するよう努めなければならない」
**第82条**　社会福祉事業の経営者による苦情の解決「苦情の適切な解決に努めなければならない」

**POINT**

### これからの福祉サービスが目指す「質」の方向性

これからの福祉サービス提供は、従来の指示的・指導的・管理的なサービスから脱却し、利用者への十分な情報提供とその意向を尊重した、質の高いサービス提供へと転換することが求められています。

図



## 2. 福祉サービスの提供上の課題

### 事業者の現状、サービス現場はどうなっているか

では、サービス提供現場の現状はどのようになっているのでしょうか。

介護報酬のマイナス改定をはじめ、相次ぐ制度改革は事業所運営に大きな影響を及ぼしています。さらに、短いスパンで制度の見直しが続いていることから、事業者にとっては先の見通しが立てづらい状況があります。

また、契約利用制度導入にあわせ、福祉サービス分野も市場での競争･競合によって事業所の自然淘汰や選別化が進むように規制緩和を促進する動きなど、外的環境は引き続き厳しい様相を呈しています。さらに、外国人介護労働者の受入などサービス提供の根幹にかかわる人材確保に関する課題も見過ごせません。

### 利用者の思いは伝わっているか

次に利用者の側から、サービスの現状を見てみます。

一般的なサービスの場合、消費者は「事前期待」に基づいて、サービスを選択し、利用し、評価（再購入の検討）をするサイクルで行動しています（参考①）。しかし、福祉サービスの利用者は情報を入手しづらい（情報がない、入手の仕方がわからない）、体験がないなどの理由で、「事前期待」をもちづらい、という特性があります。

加えて、事業者と利用者には上下の力関係が働きやすく、密接な関わりが求められる一方、閉鎖的な関係に陥りやすい状況にもあります。このため、契約利用であるとはいえ、利用者は事業者に対して、意向や希望を表出しにくく（諦め、我慢）、事業者は時として、その意向を取り違えてしまうおそれがあります。

**参考①　意識・行動サイクル**

**満足とはこの事前期待に対する充足の程度を示すものと見ることができます。**
**満足・不満足を決定するのに、事前期待の高さが重要な役割を果たします。**

（出典：佐野良夫「顧客満足の実際」＜日経文庫＞日本経済新聞社　2001年　39～40ページ）

### 苦情解決事業から見える利用者と事業者のすれ違い

かながわ福祉サービス運営適正化委員会が、平成29（2017）年度に受付けた福祉サービスの苦情は120件を数えます。※注1 苦情内容を見ると、「サービスの質や量」が34.2%と最も多く、「職員の接遇」が20.8%、「説明・情報提供」が19.2%と上位を占めます。「職員の接遇」や「説明･情報提供」に関する苦情は、日頃の関わりで生じたすれ違いが、その根っこにあると考えられます。事業所側と利用者側での問題認識の隔たりを放置した結果、生じたものといえるのではないでしょうか。

※注1）　平成29年度かながわ福祉サービス運営適正化委員会事業報告より

## 3. これからのサービス提供に求められる視点

### 福祉サービス市場の特性とリスク

現在の福祉サービス市場は、一般的なサービスと異なり、消費者による「選択」が十分に働く環境にはなく、また、制度上の制約事項等もあって、いわゆる市場原理に基づく自由競争状態にはありません。

このため、事業者にあってはまだ他との競合を「勝ち抜く」必要性は高くないとして、現状で問題が表面化していなければ、問題の芽を見過ごしてしまいがちです。

しかし、利用者が【他に選びようがない】という状態におかれている福祉サービス分野においては、選択肢がないこと自体の不満が、事業者への不満に転化され、苦情として表出するリスクがある（参考②）ことを、事業者は十分認識しておかねばなりません。

**参考②**

**消費者の選択する権利と、苦情・意見を述べる権利はセットで考える必要があります。民間のサービスは競争下にあるため、消費者の選択の権利はかなり保障されています。しかし公共のサービスにおいては、選択肢が全くなかったり、あるいは極めて限定されているケースが多くあります。**

**例えば、幼児の保育施設は需給バランスが大きく崩れており、消費者にとって利用しやすい保育所を自由に選べるような環境にはなっていません。自分の希望（期待）とは異なっていてもやむを得ず利用している人が多く、できるだけ希望に沿えるような要求を聞く態度が必要でしょう。消費者からの苦情を待つのではなく、積極的に消費者の要望を聞くように心がけなければなりません。問題を大きくしない危機管理の第一歩でもあります。**

（出典：佐野良夫「顧客満足の実際」＜日経文庫＞　日本経済新聞社　2001年　101ページ）

### 信頼関係の構築がカギを握る

事業者には、常に自己のサービスについて、利用者の意向や満足度を確認し、現状と課題を的確に把握して解決をはかるとともに、将来の問題･課題をも未然に防ぐように努める、「日常からの積極的なリスクマネジメント」が求められます。

このようなサービス提供姿勢が、利用者から「質の高いサービス」提供として、満足を得ることに結びつき、信頼獲得につながります。利用者との信頼関係の積み重ねこそが事業所の底力となり、今後、事業者を取り巻く環境がどのように変化しようとも対応可能な堅固な基盤となるのではないでしょうか。

# 4. 福祉経営に求められる視点

## 事業所全体での取り組み

事業者が常に自己の提供するサービスの課題解決をはかっていくためには、組織全体での取り組みが必要です。福祉サービス事業所は、“人による人への生活支援サービスの提供”という共通の目的をもったヒトの集まり＝「組織」です。組織であることの意義は、目的実現のために複数の人々が集結し協働することによって、「1＋1＋1＝3＋α」というプラスアルファ（相乗（シナジー）効果）を生み出し、目的を遂行することにあります。組織の相乗効果を最大化し、目的達成を効率的にはかっていくことが「経営」です（参考③）。

**参考③**

**経営とは組織体を、ある共通した目的意識の下に、計画的に、効率的に進めていくリーダーシップである**

（出典：高村寿一 「経営入門」＜日経文庫＞　日本経済新聞社　2001年　20ページ）

## 求められる経営の目線

福祉サービス事業の「経営」が目指すのは、福祉サービスの利用/提供を通して、事業者にとっては「『使命の達成、社会貢献』という満足」、従事者(職員)にとっては「『人の生活支援という仕事のやりがい』という満足」、利用者にとっては「『質の高いサービスの利用』という満足」という、それぞれの「満足」の実現です。この3つの「満足」は相関関係にあり、経営者にはすべてが「満足」する経営を目指す姿勢が常に求められます。

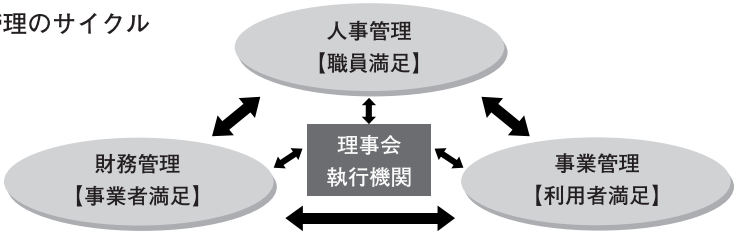
**POINT**

### 「経営管理」の視点

組織全体で効率的に目的を達成し、よりよいものを目指していくにあたっては、いわゆる「経営管理」の視点が大変重要になります。経営管理とは、ヒト、モノ、カネなどの経営資源を有効活用して、組織の目的達成を効率的にはかっていくものです。

経営管理の三要素には、人的資源の管理（人事管理）、物的資源と財政的資源の管理（財務管理）、時間的資源と情報的資源の管理（事業管理）があります。

図　経営管理のサイクル



# 5. 組織全体での質的向上への仕組みづくり

## 人的資源管理の目標

組織を構成するヒト（組織構成員）＝人的資源は、経営資源の中でも最も重視すべきものです。利用者満足（CS）と従業員満足（ES）は表裏の関係にあるといわれるとおり、サービス利用者の満足を獲得する「質の高いサービス」の提供には、サービスを提供する職員の「満足」が大きく影響します。特に福祉（対人）サービスは、“人による人への生活支援のサービス”ですので、福祉サービスの現場においては、人的資源の管理（人事管理）がすべての基礎となります。

人的資源管理の目標は、組織の目的を効率的に達成するために、組織構成員が自ら意欲的・創造的に働く状態をつくり出すことにあります。このためには、組織構成員の「能力」の向上とともに「意欲」の維持や向上をはかることが大変重要になります。

## より高い「意欲」をうむ要因

アメリカの心理学者ハーツバーグが提唱した「動機付け（促進）要因論」は、人間の欲求の枠組みを、職務満足にかかわる「動機付け要因」と職務不満足にかかわる「衛生要因」の2つの要因に分けています。

衛生要因は職務環境（賃金や福利厚生、労働環境）に関する要因で、環境を整えれば不満の予防はできますが、それのみでは必ずしも好ましい人間行動を誘い出すことはできません。それに対して、動機付け要因は、仕事のやりがい、達成、承認などの要因で、この欲求が満足されると、達成感と仕事への満足感が高まり、この体験が、さらなる成果を目指す「やる気」を引き起こす、としています。

## 職員は現在のしごとに満足しているか

あなたの事業所では、職員は現在の仕事に満足していますか。日本介護福祉士会の調査（平成29(2017)年3月）によれば、介護福祉士の転職理由には「職場の人間関係」「職場の運営方針・考え方等の違い」「仕事にやりがいが感じられない」などが挙げられています。サービスの質の向上には、まず、職員の満足を獲得する必要があります。職員が組織の中で、自らの仕事にやりがいを感じ、達成感を得られるためには何が必要なのでしょうか。

**POINT**

### 組織全体でサービスの質を高める「仕組み」づくり

サービス提供現場では複数の職員が協働してサービスを提供しています。組織の使命の達成には、全職員が組織の目的を共通理解し、自らの日々の業務に反映させることが重要です。このためには、職員が、自分の日々の業務の遂行によって、組織目的の達成にどれだけ近づいたかを確認でき、成果のわかちあい、共有化を通じて、達成へのさらなる意欲をもてるような「ふりかえりの機会」を用意する必要があります。組織全体でサービスの質を高めるための「仕組み」をつくるのです。

## 6. 評価という手法の活用

### ふりかえりの大切さ

ルーティンワークの多い福祉職場では、職員全体で日常のサービスをふりかえり、利用者の意向や満足度を確認したり、組織の目的を共有化して、今後に向けての課題を確認しあう機会をもつことはとても大切なことです。このような機会が積み重ねられることによって、職員相互の理解が進み、思いが共有化され、共通の目的に向かって職員が業務を遂行しやすい、働きやすい環境が形成されます。

この“ふりかえり”が「自己評価」の基本行動となります。

### 評価という手法の活用

サービス評価は目的達成のための「手法」であり、事業者自身が、この「評価」という手法を主体的に“活用する”という意識をもつことが必要です。

「評価」の方法は画一的ではありません。例えば、評価の視点も、最低基準のレベルから望ましい水準まで幅広くあり、ものさしの当て方によって評価の結果は当然、異なります。また、個人単位で評価をする場合もあれば、組織全体で評価をする場合もあるなど、その用い方は様々にあり、組織の規模や状況にあわせ、自らに最も適した評価の仕方を工夫して活用していくことが大切です。

**POINT**

### 業務目標と評価目標との違い

評価という言葉のイメージから「点数をつける」「結果主義」といったことが想像され、とかくマイナス事項の発見に目を向けてしまいがちです。特に福祉サービス提供では、数値的な目標やゴールが掲げにくいため、どうしても成果を確認することよりも、できていない点や課題にばかり目を向けがちです。

しかし、目標通りに達成できたかできなかったかだけが「評価」のすべてとは考えません。「評価」は決して、“できていない”ことを明らかにするためだけに行うものではありません。良い点や成果など“できていること”を確認し、そのことを土台に、よりよいサービスにするための自己の課題に気づき、課題の解決に向けて取り組むきっかけとするものなのです。

“犯人さがし”ではなく、“解決方法さがし”であるというねらいをふまえると、評価は結果だけではなく、むしろ結果を導くまでのプロセスこそが、より重要視されることが自然と浮かびあがります。

本書では、この「評価」に着目し、自己評価、利用者調査、第三者評価についてその基本的な考え方や取り組みにあたって活用できる情報（国の評価基準ガイドライン）などを紹介しています。

第2部では、事業者がサービス評価に取り組むうえで具体的な情報となるように、取り組み方法のモデルなどを整理しています。第3部では、課題の解決に向けた取り組みのすすめ方に触れています。

本書の内容は、初めてサービス評価に取り組む場合を想定していますので、事業所の状況にあわせて適宜、アレンジをしてご活用ください。

# 第２部
# 福祉サービス評価の基本

評価の必要性は感じつつも、「どう取り組めばよいのかわからない」、「職員の協力が得られない」という声をよく聞きます。

サービス評価の基本である「自己評価」は、自ら評価の対象や基準を決めることができ、事業所の現状にあわせて取り組むことができます。“まずやってみよう”を合い言葉に、一歩踏み出してみませんか。

## 評価の種類と目線

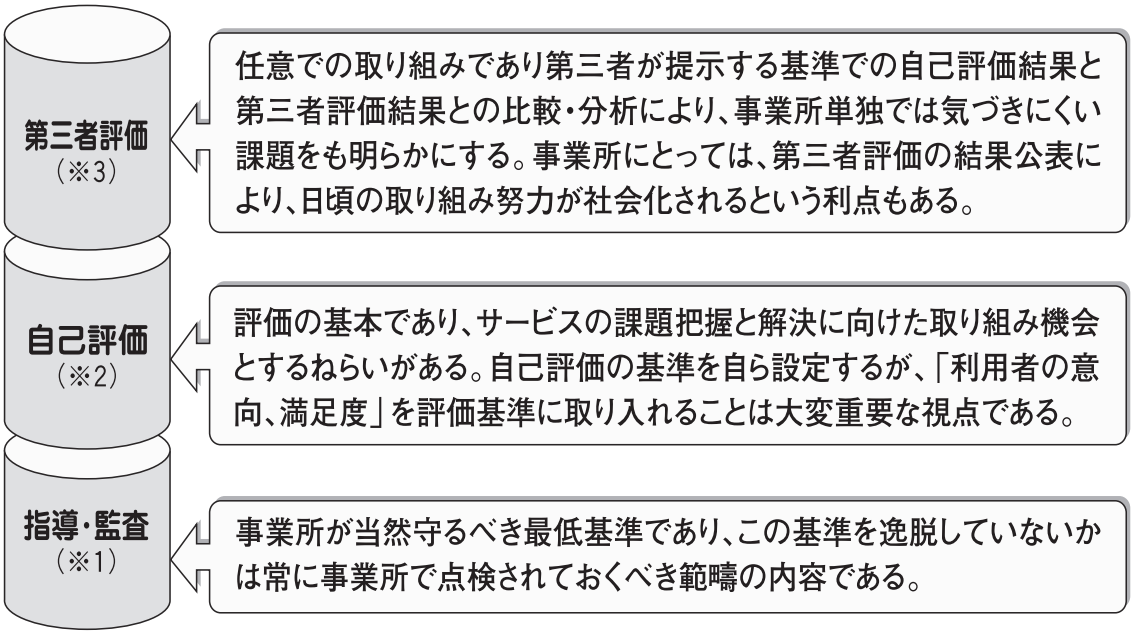
「評価」の最も基本的な整理の枠組みとして、「評価基準と種類」により整理をすると別図のようになります。それぞれの特徴は後述しますので、ここでは、基準の性質の相違点のみを取り上げていきます。

質の「確保」のための最低基準として、指導・監査基準（※１）が設定されています。指導･監査基準は「評価」とは一線を画するものですが、「当然守るべき事項･内容」として、事業者は認識を徹底せねばなりません。

「最低基準」を定めた指導･監査基準に対して、第三者評価基準（※３）は、望ましいサービスの質を指し示す基準です。望ましさを具体化した基準ですので、決して特定の1つではなく、すでに民間の第三者評価機関やあるいは行政などから、様々な第三者評価基準が提示されています。第三者評価基準は、社会が期待する基準、社会的に要請される基準ととらえることができます。

この「最低基準」と「社会的に望ましい基準」の間に位置するのが、事業者による自己評価基準（※2）です。自己評価基準の最大の特徴は、事業者が自ら評価の対象や評価点の段階（レベル）を自由に設定できることにあります。つまり、事業者が自ら到達したい「組織としての目標基準」といえます。自己評価基準は自由に設定ができる反面、事業者の独り善がりに陥る危険性もあり、その基準の設定の前提には、利用者の意向や満足度を適正に把握し、自らの目標設定の根拠を明らかにしておく必要があります。

### 【事業者にとっての評価の基準と種類】




介護保険法の改正により平成18年4月より開始された「介護サービス情報公表制度」は、利用者が介護サービス事業所を選ぶための情報提供のしくみであり、第三者評価ではありません。

# パート1　自己評価のすすめ方

## 1. 自己評価は“基本のき”

福祉サービス評価の基本は、自己のサービスを自ら評価する「自己評価」にあります。

詳細は後述しますが、第三者評価も「自己評価」の実施を必須の前提条件としています。その理由は、**自ら問題・課題を発見することが、「課題意識」をもつことにつながる**点にあります。「課題意識」は他者からの一方的な指摘では決して持つことができません。そして「課題意識」がなければ、解決や改善に向けたステップに踏み出すことはできません。このため、「自己評価」でまず、自ら提供するサービスを見つめ直すことが不可欠なのです。

組織全体でサービスの自己評価に取り組む場合、大切なことは、**問題・課題の気づき方は人それぞれである、**という前提にたつことです。立場や職種が異なれば問題・課題の見え方は当然、異なります。始めから問題・課題の認識が違うということにばかりに捉われて、職員間での相互批判を繰り返したりすることのないように留意する必要があります。

むしろ自己評価の実施を通して、**職員が互いの認識の違いを受け止めつつ、相互理解を深めて信頼関係を構築していくこと、組織としての見方をまとめていくプロセスで、事業所が目指す方向や目標を共有化していくこと**が自己評価のかなめです。このため、自己評価のプロセスは話し合いを重視し、意図的に職員の意見交換の機会を組み入れます。

また、自己評価は継続性も重視されます。職員の入れ替わりなどを考慮すると、年1回程度、定期的に自己評価を実施することが必要です。

## 2. 自己評価の特徴は

自己評価の最大の特徴は、評価の対象や評価基準・項目を自ら設定できることにあります。第三者評価基準のように予め設定された項目に沿って評価を行わなくてもよい、ということです。

例えば、「マニュアルの整備などサービス提供システム」「人権尊重・プライバシー保護」など評価の対象とする範囲と、○（できている）や×（できていない）をつける判断の基準（例えば、“事故の件数が前年度比で3割減少すれば○とする”など）を自由に設定することができます。

このように事業所の裁量で評価に取り組むことができるため、ポイントを絞って確実に進めることができます。

反面、評価項目や判断基準を自ら作成し設定しなければならないため、取り組むにあたっては相応の時間と労力が必要となります。すでに行政等から提示されている自己評価基準などを用いて自己評価に取り掛かりながら、その結果を踏まえて、徐々に自らの基準作りを進めていく方法もあります。

なお、自己評価の基準を設定するうえでは、利用者への調査により利用者の意向や満足度を把握することが重要となります。利用者調査については後述します。

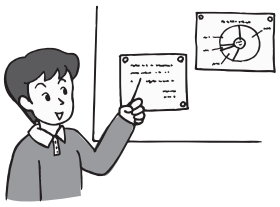
## 3. 自己評価をどうすすめるか

自己評価は原則として職制や雇用形態にかかわらず、事業所の全職員で実施します。

### 自己評価のプロセスモデル

組織内の体制づくりからスタート

❶ 自己評価推進委員会（チーム）の設置



❷ 自己評価推進委員会で自己評価の計画をたてる

評価は全職員参加で取り組もう！

❸ 評価の実施方法を全職員に周知徹底する

❹ 全職員参加による自己評価の実施

❺ 自己評価結果と課題の共有化をはかる

「共有化」は課題解決に不可欠！

**課題の解決にむけ、組織全体で取り組もう！**

■ 手順に沿って、各プロセスのポイント、留意点などを整理します。

## ①　自己評価推進委員会（チーム）の設置 ー 推進体制の明確化

◆自己評価をすすめる中核組織として「自己評価推進委員会（チーム）」を設置します。委員（メンバー）の選出は、理事長、施設長等による指名もしくは推薦とし、委員（メンバー）が業務の一環として委員会活動に参加できるよう、組織的な位置づけを明確にします（※すでに類似の委員会などを設置している場合は、既存のものを活かしても構いません。）。

◆自己評価推進委員会では、様々な立場や見方からの意見が出されることが望ましいため、委員（メンバー）構成は幹部職員層ばかりに偏らないようにし、様々な職種や職制、経験年数、年齢層の職員により構成します（※施設長の参加は事業所の実状にあわせて判断しましょう。）。

◆自己評価推進委員会の主な役割は次のようなことが挙げられます。
(1) 自己評価基準と実施方法、手順（自己評価の計画）の検討
(2) 職員への実施方法等の説明
(3) 評価の進捗状況の確認と評価結果のとりまとめ
（自己評価の話し合いでの進行などのサポート）
(4) 理事長、施設長等への評価結果報告と改善対応策の提案
役割や負担が特定の個人に集中しないよう、委員（メンバー）間の役割分担もしっかり行いましょう。

◆役割や負担が特定の個人に集中しないよう、委員（メンバー）間の役割分担もしっかり行いましょう。

◆委員（メンバー）の人数は、自己評価に参加する職員総数を6～8で割った人数以上とします。これは自己評価のプロセスで職員の話し合いを行うにあたっては、参加した全職員が発言できるよう6～8名で1つのグループを形成することが望ましいため、全てのグループに1名以上の委員（メンバー）が参加できるよう設定します。
※全職員数が40人以上であれば、委員（メンバー）は5人以上となります。

◆自己評価推進委員会には委員長･副委員長をおきます。正副委員長の役割は会議の円滑な進行と議論が活発に行われるようにサポートをすること、理事長･施設長に適宜、進捗状況を報告し、スケジュール等の調整をはかることが主となります。

## ②　自己評価推進委員会で自己評価の計画をたてる

◆自己評価推進委員会で、自己評価の実施計画を立案します。現場のうごき、スケジュール等に無理のない形ですすめることが成功の秘訣です。職員の立場から、十分にスケジュールを検討しましょう。

◆全職員参加で行うにあたっては、共通理解が得られやすいよう、できるだけわかりやすくシンプルな取り組み方法を採用しましょう。現場の職員向けには、できるだけ簡易な作業とし、チェックシート方式なども効果的に取り入れましょう（※20頁の「全職員参加による自己評価の実施」などを参考に、事業所の実状にあわせた最適な方法を検討しましょう。）。

◆実施計画の立案にあたっては基本事項の5W2Hを中心に、具体的事項をもらさず検討します。計画シート（例示）を参考に必要事項を委員会で詰めていきましょう。

**自己評価推進委員会計画立案シート（例）**

| 自己評価推進委員会計画立案シート | |
|---|---|
| 期間（いつ） | ※いつからいつまで？ |
| 主体（誰が） | ※参加する職員は？ |
| 方法（どうやって） | ※どのような方法で？ |
| 場所（どこで） | ※話し合いの場はどこで（どの会議で）？ |
| 対象（何を） | ※評価の対象は？ |
| 程度（どのくらい） | ※評価の基準は？ |
| 予算（経費） | ※かかる経費は？ |

| 委員会スケジュール管理表 | | | |
|---|---|---|---|
| スケジュール | | 検討すべき内容・準備すべきこと | 検討したこと・実行したこと |
| ◆月 | 第1週 | 第1回委員会<br>（内容：委員長選出、スケジュールの確認） | 正副委員長（◆◆さん、△△さん）を選出<br>次回までに正副委員長がスケジュール案と役割分担（案）を作成する。 |
| | 第2週 | | |
| | 第3週 | 第2回委員会 | |
| | 第4週 | | |
| | 第1週 | | |

## “評価項目・評価基準・・・自分たちの状況にあわせて選択を”

◆自己評価は本来、点検・評価の対象範囲や評価項目、判断基準を自ら決めて実施することになります。自己評価推進委員会の大きな役割の一つには、評価項目を作成することが含まれますが、項目を作成するには相応の時間とエネルギーがかかりますので、場合によっては、すでに国や都道府県、種別協議会など様々な機関･団体から出されている「自己(第三者)評価項目・基準」を用いて取り組むとよいでしょう。基準の内容をよく比較検討し、自分たちのサービスの現状に最も適したものを使用するようにします（評価基準の情報は18頁を参照)。

◆一時にすべての内容を網羅しようとすると、作業量が膨大になり、混乱を招いたり、作業が追いつかず、中途半端になってしまいがちです。既存の評価基準を使用する場合は基準をいくつかのパートに分けるなどして評価の対象部分や評価項目数をできるだけ絞込み、1回1回の作業量が少なくなるように工夫することも円滑にすすめるためには有効です。

### 自己評価を成功させるためのOne Pointメモ ①

自己評価はサービスの質の向上に向け、とても大切な取り組みですが、日常業務に追われる職員にとっては、少なからず負担感が生じます。

自己評価の実施にあたっては、全職員が評価のプロセスに参加し、直接関わることが最も重要です。自らが直接関わったからこそ、評価結果を自分のこととして受け止め、成果に自信を深め、仕事に誇りを持てるようになり、また、課題を真摯に受け止め、課題意識を持てるようになるのです。

このため、特に初めて自己評価に取り組む場合は、サービス全体を網羅的に評価しようとせず、全職員が関わることに重点をおいて、

**① できるところから**
**② できる限り、難しくない方法で**
**③ 皆がよい方向への変化を感じられるように**
**④ 確認しながら段階的に取り組む**

というように、実行可能な取り組む計画を立案することが大切です。自己評価の成功体験が、次の自己評価への意欲を生むことを重視しましょう。

# information

## 福祉サービスの評価基準・評価項目情報

◆ 社会福祉法人全国社会福祉協議会

URL　http://shakyo-hyouka.net/

☆福祉サービス第三者評価基準ガイドライン

☆各評価項目の判断基準に関するガイドライン

（全サービス共通版）（高齢者福祉版）（障害者・児福祉版）（保育所版）（児童館版）

（救護施設版）（婦人保護施設版）（社会的養護関係施設版）

◆ 社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会

（かながわ福祉サービス第三者評価推進機構）

URL　http://www.knsyk.jp/

☆評価基準

☆評価各評価項目の判断基準

（高齢者福祉版）（障害者・児福祉版）（保育所版）

（児童館版）（救護施設版）（婦人保護施設版）

（障害者グループホーム版）

◆ 公益社団法人かながわ福祉サービス振興会

（地域密着型サービス外部評価）

URL　http://hyouka.kanafuku.jp/index.php

☆評価項目

（（ 認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム））

さまざまな機関・団体が評価基準を作成・公表しています。

ホームページなどチェックしてみましょう?

## ③　評価の実施方法を全職員に周知徹底する

◆職員会議やミーティングなどの場を活用して、全職員に「自己評価のねらいと実施手順・方法」を周知する機会を設定します。

◆自己評価への取り組みの決定の表明とねらいの説明については、必ず、理事長・施設長など事業所のトップから行います。全職員が「何のために」評価を行うのかを理解することは取り組みの開始にあたってもっとも重要なところです。また「自己評価への取り組みは業務のひとつである」ということを確実に理解するようにするためもあります。

◆自己評価の実施方法については、自己評価推進委員会の委員（メンバー）が職員に説明します。混乱をきたすことがないよう、職員が「自分はこれから何をすればよいのか」を明確に理解できるように説明しましょう。

### 自己評価を成功させるためのOne Pointメモ ②

評価への取り組みにあたって、事業所のトップは職員に対し、自組織の使命や達成目標について、明確に示すことが重要です。

事業所のトップにとって、自己評価は職員一人ひとりと自組織の使命や達成目標を再確認する絶好の機会となります。「まかせてまかせず」という言葉があるとおり、

**① 職員の自主性に任せるところは委ねつつ**
**② 無関心にならない、放任しないように**
**③ 絶えず気に留めて、適度に報告を求め**
**④ 問題があれば方向の修正をはかる**

ことをふまえて、職員の取り組みを見守りましょう。

## ④　全職員参加による自己評価の実施

### “自己評価の実施方法・・・話し合いを基本に３段階のステップ”

全職員で「組織の目標と課題を共有化」することが、自己評価の最大のねらいです。そのためには、３段階のステップをふんで話し合いを行います。段階に応じて、作業シートなども様式・内容を変え、議論のポイントの共通理解が図られるよう配慮しましょう。

### 第1段階　ー個人の評価ー

評価項目に基づいて、職員個々が日常のサービスをふりかえり、それぞれ評価をつけます。

第1段階では、各自が自分なりの評価をつけてかまいません。

ただし、その評価をつけた理由を必ず評価シート（例1）に記入します。

記入にあたっての質問には、自己評価推進委員会の委員（メンバー）が対応するようにします。

### 第2段階　ーグループでの評価ー

６～８人を単位にグループを形成します。グループメンバー構成は「職種」「フロア担当」「階層別」など、事業所の実状にあわせて工夫します。各グループに1名以上、自己評価推進委員会の委員（メンバー）が加わるようにし、話し合いの進行をしていきます。

各職員が個々人の自己評価結果を持ち寄り、「評価をつけた理由」を発表しあいながら、グループで評価をまとめていき、最終的に「グループでの評価結果シート」（例2）を作成します。

グループでの話し合いのねらいは、互いに異なる見方や意見をもっていることに気づくこと、意見交換をしながら、その違いについて理解しあいつつ、問題に対して共通の見方ができるようにすることにあります。

### 第3段階　ー自己評価推進委員会による評価のまとめー

自己評価推進委員（メンバー）は、各グループの評価結果を持ち寄ります。必要があれば、各グループの代表者にも自己評価推進委員会に同席してもらいましょう。

委員（メンバー）はそれぞれ、自分のグループでの①評価結果、②評価結果をまとめるうえで意見交換のポイントになったところ、などを発表しあいます。

最終的には、自己評価推進委員会で、事業所としての評価結果を１つにまとめます（評価シートは例3）。評価をまとめたプロセスや話し合いの内容が不透明にならないよう、委員会での話し合いの内容についても記録を残しましょう。また、自己評価を通して職員から聞かれた自己評価の取り組み自体に関する意見や感想も整理しておきましょう。さらに自己評価推進委員会として、自己評価のすすめ方についての総括も行います。

## 例1：職員個々の自己評価シート

| 作成日:　　年　　月　　日 | 氏名 | |
|---|---|---|
| 所属: | | |

| 評価項目 | 自己評価（該当する1つに○） | 評価理由、皆に知っておいてほしいこと、 |
|---|---|---|
| ******* ***** | A　よくできている<br>B　できている<br>C　一部できていない<br>D　できていない | |
| ******** | A　よくできている<br>B　できている | |

## 例2：グループでの評価シート

| 作成日:　年　月　日 | グループNo: | （参加者名） | |
|---|---|---|---|

| 評価項目 | グループ評価結果（ABCD）と評価理由 | | 意見交換の主な内容 |
|---|---|---|---|
| ******* ***** | 結果 | | |
| ******** | 結果 | | |

## 例3：評価結果まとめシート

| 作成日: | 自己評価推進委員 | |
|---|---|---|

評価項目ごとの自己評価結果

| 評価項目 | 評価結果 | よい点として挙げられたこと | 問題・課題として挙げられたこと | 改善への提案として挙げられたこと |
|---|---|---|---|---|
| **** | | | | |
| *** | | | | |

全体を通して挙げられたこと

| | |
|---|---|
| サービスの良い点や特徴 | |
| サービスの課題 | |
| 評価後の取り組み方の提案 | |
| 自己評価を実施してみての職員の感想、意見 | |
| 自己評価委員会の感想 | |

## 自己評価を成功させるためのOne Pointメモ ③

自己評価のプロセスでの話し合いは、職員間の共通理解を深め、課題解決に向けての強い主体性を形成することに役立ちます。

話し合いがうまく進むと、参加した職員は、組織への所属感を強めることができ、悩みや思いを共有化できたことで、課題解決への強い意欲を持つことができます。

しかし、話し合いがうまくいかないと全体に停滞ムードが漂い、時には愚痴や文句の吐き出しのみになってしまい、次第に全員の参加意欲が萎えてしまいます。

建設的な話し合いをすすめるためには、“ファシリーテーター”の存在が大変重要になります。話し合いの進行役を務める自己評価委員会メンバーは、ファシリテーションに関する知識や情報を身につけたり、ワークショップの技法（ブレインストーミングなど）を取り入れたりして工夫をはかりましょう。

なお、よりよい話し合いのために、参加者で「話し合いのルール」を決め遵守することも、基本的な事柄ですが大変重要なことです。

■■事業所の話し合いのルール（例）
★ 愚痴や文句を言わない
★ 人の話は最後まで聞く
★ 思い込みをすてる
★ 立場や肩書きを忘れる

日頃の話し合いの仕方や様子をふりかえって、ルールを決めていきましょう。

■■■ホームのミーティングでの約束事10カ条（例）
★ 集合時間・終了時間は厳守する
★ 資料の作成や持ち寄りの決めごとは必ず守る
★ 「多忙」を言い訳の理由にしない
・・・

問題解決手法やファシリテーションについて詳しく学びたい方へのおすすめ参考資料
「問題解決手法の知識」　高橋　誠著（日本経済新聞社）
「ファシリテーション入門」　堀　公俊著（日本経済新聞社）
日本ファシリテーション協会　http://www.faj.or.jp/

## ⑤　自己評価結果と課題の共有化をはかる

◆評価推進委員会は、「評価結果のまとめシート」を施設内に掲示するなどして、最終的な職員の意見を聞くようにしましょう。その後、自己評価結果のまとめを理事長･施設長に報告します。全職員への最終的な報告は職員会議の場や職員研修の機会を活用するとよいでしょう。評価結果をもとにした職員研修などふりかえりの機会を設けて職員間の共有をはかりましょう。自己評価推進委員会の役割は、一旦、ここで完了となります。

◆自己評価･利用者調査及び第三者評価は、“成果と課題の確認の機会”です。
これらの取り組みを通して把握した成果については、さらなるステップアップにつながるように、課題についてはできるだけ効果的・効率的に解決をはかるように、評価後の取り組みをすすめていかなければなりません。
ここからは、事業所のトップ（理事長、施設長、管理者など）が中心となり、事業所としての取り組み体制をつくって実行にあたっていくことになります。

➡ 課題解決への取り組みは「第3部 評価後の課題解決・改善に向けて」を参照してください。

### 自己評価を成功させるためのOne Pointメモ ④

サービスの質の向上は、日々の努力の積み重ねの結果であり、自己評価を実施したら即時に質的な向上や改善成果を実感できるということはありません。「目に見える改善成果」ばかりを追うと、「自己評価をしても何も変わっていない」といった思いを抱いてしまいがちです。

しかし、自己評価の実施を通して、職員一人ひとりから発せられた、たくさんの「気づき」に目を向けてみれば、「よい方向に向かっている」ことをきっと実感できるはずです。

ポジティブな目線や思考をもって、目に見えないもの、見えにくいものもキャッチする意識をもちたいものです。

# パート2　利用者の意向調査のすすめ方

## 1.　利用者の意向調査とは

今日の福祉サービスの基本理念は利用者主体の支援です。事業者はその理念をふまえ、質の高いサービスの提供に向けて、常に利用者の権利を保障する（参考④）ことを念頭において取り組んでいかなければなりません。利用者意向調査は、サービス提供にあたっての基礎となるものです。

もちろん、事業者にも「できること・できないこと」があり、利用者の意向や希望の全てに対応できるわけではありませんが、事業者は利用者が持っている意向や希望に対し、できること・できないことをきちんと説明して対応することで、利用者はエンパワメントされ、サービスに対する自らの意向や要望を表明できるようになり、「期待」を持てるようになります。利用者が「期待」をもつことで、事業者もサービスの質の向上を効果的にはかっていくことができます。

**参考④　利用者主体のサービスがめざす権利の保障**

**（8つの権利）**

**① 地域社会で生活する権利**
**② 個別ケアを受ける権利**
**③ 質の高いサービスを受ける権利**
**④ 自己決定・自己選択する権利**
**⑤ わかりやすい情報提供を受ける権利**
**⑥ 意見・質問・苦情を表明する権利**
**⑦ プライバシーの保護に関する権利**
**⑧ 自己尊重の念と尊厳を維持する権利**

（出典：久田則夫「社会福祉における権利擁護の視点に立つ新たな援助論『利用者主体のサービス』の実現をめざして」＜社会福祉研究　第70号＞　鉄道弘済会　1997年　47～48ページ）

## 2.　利用者の意向把握を何のために行うか

利用者の意向調査結果の活かし方としては、次の3点が挙げられます。

**① 提供するサービスに対する利用者の満足を確認し、職員の励みにする。**

**② 提供するサービスに対する利用者の不満を把握し、問題・課題を明らかにする。**

**③ 提供するサービスに対する利用者の希望を把握し、今後の方向性を導く。**

①は職員が仕事のやりがいを実感できる情報として、さらなる向上への意欲を引き出す動機付け情報となります。

②はリスクマネジメントとして、苦情につながるおそれのある具体的な不満の芽を的確に把握し、早期に解決することに役立てられます。

③は利用者がどのような意向を持ち、どのような期待をもっているのかを掴むことができ、これからのサービス提供の目指す方向性を考える際に大きなヒントになります。

また、事業所が自ら設定する自己評価基準に、調査で把握した利用者の意向や期待を組み入れていくことで、目指したい方向と点検･評価の視点が近づき、より実効性の高い自己評価とすることができます。

## 3.　利用者意向調査の取り組みにあたっての留意点

利用者の意向は、サービス利用の経験度合いや担当職員の交替などに伴って変化しますので、利用者意向調査は、定期的に実施することが必要です。また、特に不満に思うことなどは事業所の職員には直接言いづらいこともありますので、アンケート方式や第三者委員によるヒアリングなど、利用者が意見や意向を述べやすいように配慮することも必要です。

また、認知症や障害などにより意思表示が困難な利用者についても、意思表示が把握できない要因について検討し、できる限り本人の意向を汲み取るように工夫しましょう。

なお、利用者本人の意向と家族などの意向は必ずしも一致しない場合もあります。利用者本人に代わって家族などに調査を行う場合は、家族としての意見ではなく、家族からみた利用者の様子をもとに調査に協力してもらうことがよいでしょう。

## 4.　利用者意向調査の手順

利用者意向調査の手順は、原則、自己評価と同様です。

**❶ 利用者意向調査委員会（チーム）の設置**

**❷ 委員会で利用者意向調査の計画をたてる（調査項目など）**

利用者調査の項目は、すでに第三者評価基準とセットで行政をはじめ、さまざまな機関・団体から提示されていますので、それらを活用したり、アレンジするとよいでしょう。
独自に調査項目を作成する場合は、調査したい点を明確にし、利用者・家族が答えやすいような質問の内容、量に留意します。集計作業も考えて選択方式と自由回答方式をバランスよく取り入れるようにし、調査の実施方法（郵送、第三者委員によるヒアリング調査など）も検討します。さらに守秘義務の徹底の周知など調査にあたって必要なことを整理します。

**❸ 調査の主旨、方法を対象の利用者・家族に説明し、理解を得る**

調査の主旨と調査方法（調査票郵送、ききとり方式など。回答者が本人の場合と家族など本人ではない場合などの対応など）について、利用者・家族によく説明しましょう。

**❹ 利用者意向調査の実施**

**❺ 調査結果をまとめ、調査結果からみえる課題を抽出する**

調査結果を集計し、統計処理を行い、個々の自由意見に共通する内容がないかなどを分析して、サービス提供にあたっての課題を抽出しましょう。調査結果は、事業所職員だけでなく、利用者・家族に対しても報告を行うとよいでしょう。ただし、調査結果から回答者が特定化されないように留意する必要があります。

**❻ 課題の解決にむけ、課題の共有化と改善活動に取り組む**

満足・不満の両方とも気づきの源です。

# パート3　第三者評価の活用

## 1.　第三者評価の特徴は

福祉サービスの評価というと、自己評価よりも「第三者評価（事業者でも利用者でもない第三者による評価）」を思い浮かべる方も多くいると思います。

自己評価との違いを強いて挙げれば、対社会的に次のような特徴があります。

①評価結果が公表される。
②取り組み事実について、第三者が確認できる裏付けや根拠が必要である。

第三者評価の受審は事業者の任意で行われます。第三者評価への取り組みは、運営の透明性を高め、説明責任を遂行しようという事業者の情報開示、情報提供の姿勢の明示でもあり、望ましいサービスの提供に向けての意欲や自主的な努力の表れであるといえます。

第三者評価は、このような事業者の取り組み努力を支えるために、主に 2 つの役割をもっています。

①事業所のサービスについて第三者の視点から評価することによって、自己評価では気づきにくい課題の発見や気づきをサポートする。
②第三者評価機関が評価結果を公表することで、事業者の取り組み努力を広く社会に周知するとともに事業者の社会的信頼の獲得をたすける。

## 2.　本県の第三者評価の特色は

本県の第三者評価項目・評価基準は、かながわ福祉サービス第三者評価推進機構の指定する「県全域で共通して使用する評価項目・評価基準」により実施します。この評価項目・評価基準は、厚生労働省「福祉サービス第三者評価事業に関する指針について」に示す評価基準ガイドラインを使用しています。なお、障害者グループホーム第三者評価については、同ガイドラインに準拠した上で本県独自の評価項目（評価手法）により実施します。

**《参考：本県の取組経過》**

**本県では、全国に先駆けて数多くの第三者評価手法が検討され、横浜市・川崎市行政や関係団体、評価機関の独自性をもって取り組みを進めてきました。評価機関等の多様性・独自性を尊重する立場から、かながわ福祉サービス第三者評価推進機構では、評価項目・評価手法を特定しない仕組みを採ってきましたが、運用状況の複雑さ、事業者や利用者にとっての仕組みの分かりづらさ、評価機関や評価調査者の負担軽減等を課題としていました。**

**そこで、事業者自らによる質の向上に向けた取り組みを確認しやすくなるよう、本事業のさらなる推進を目指し、県、横浜市及び川崎市との協働のもと、平成31年4月より、県全域で共通して使用する評価基準を導入しています。**

（神奈川県の福祉サービス第三者評価マスコットキャラクター）

## 3.　第三者評価と自己評価とのつながり

第三者評価は、前述のとおり、自己評価に「社会性」を付加する役割を担いますが、その前提には必ず自己評価の実施があり、あくまでも事業所の自己評価の取り組みと連動するものであることにかわりはありません。

第三者評価はよりよいサービスを目指すために、計画的に受審するものです。やみくもに第三者評価に取り組んでも、結果としてあまり大きな効果は見出せません。第三者評価に限ったことではありませんが、「何のために」という取り組みにあたっての目的やねらいを明確することが最初の一歩になります。

受審にあたっては、事業所としても体制を整え、目的・ねらい、準備の中心となる人物などを明確にしたうえで、全職員、全利用者に参加・協力を求めましょう。事業者も利用者も一丸となって取り組むことで、サービスの質の向上への全体の機運を高めることにもつなげていくことができます。なお、第三者評価についての詳細情報は、ホームページなどを照会してみましょう。

information

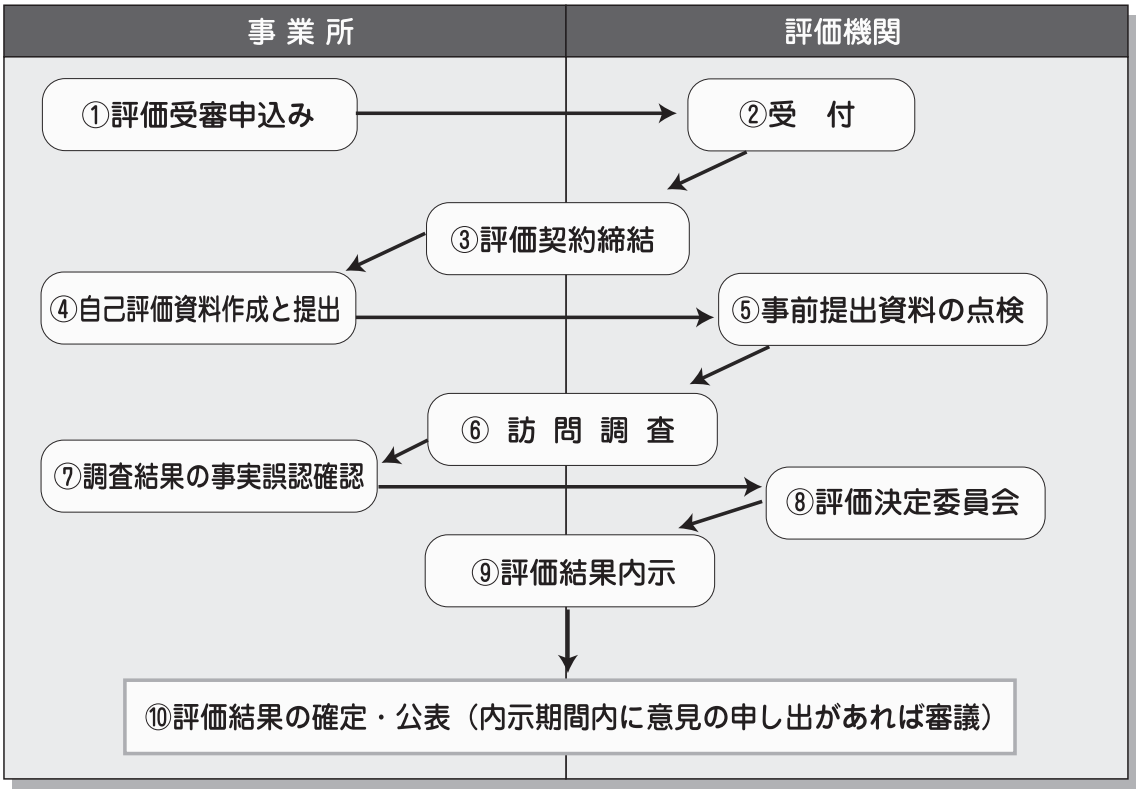
### 第三者評価に関するホームページ

- 社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会 かながわ福祉サービス第三者評価推進機構
  http://www.knsyk.jp/
- 横浜市健康福祉局
  https://cgi.city.yokohama.lg.jp/kenkou/fukushi/site/hyouka/
- 川崎市健康福祉局
  http://www.city.kawasaki.jp/kurashi/category/23-2-26-1-0-0-0-0-0-0.html
- 社会福祉法人全国社会福祉協議会
  http://shakyo-hyouka.net/

**参考⑥　監査対象法人の重点化**

社会福祉法人に対する監査については、従来、特に運営に問題が認められない法人については実地監査を2年に1回とし、実地監査を行わない年度においては、書面調査を実施することとされてきましたが、平成19年度からは、外部監査の実施や苦情解決への取り組み、福祉サービス第三者評価の受審など施設経営における積極的な取り組み等を実施する法人については、所轄庁の判断により、実地監査を4年に1回に緩和することができるようになりました。

参考：第三者評価の標準的な実施手順




## 第三者評価受審事業所の声

●特別養護老人ホームより

サービス評価を受審するために施設全体で取り組んだ。皆でかかわり一つのことをやり遂げていくという連携、協働、一体感が生まれた。

今回の第三者評価で、ある一定の評価をいただけたことで、自信を持つことができ、更に向上心を持って業務を改善し、より良いサービスを提供しようという意識につながっている。

●障害者施設より

組織的に取り組んだことにより、十分な達成感と自信を持って、説明等受審査にあたることができました。

また、そのことが日常業務において、より積極的に取り組める意欲となって現れています。

●保育所より

インターネットで公表されている第三者評価結果を見た利用希望者から、施設の見学をしたいと問合せがありました。

利用者は、第三者評価結果をしっかり見ているのだなと実感しました。

# 第３部
# 評価後の課題解決･改善に向けて

評価を通して、あるいは日頃の業務を通して課題が明らかになったら、その解決に向けて、具体的な行動を起こすことになります。

効果的・効率的な解決をはかっていくためには「課題」の見極めが重要な鍵を握ります。

評価はゴールではなく、出発点です。課題解決へのステップを踏みだしましょう。

## 1.　課題解決のステップ

自己評価や第三者評価、利用者調査の実施を通して、あるいは苦情解決（報告）やリスクマネジメントの結果の検証（報告）などから、現状のサービスについて、さまざまな問題点が浮かび上がります。

問題点に気づいたら、問題の背景にある原因・要因を見極め、解決（改善）に取り組んでいくことになります。

課題解決（改善）に向けては、次のようなステップがあります（参考⑦）。

**参考⑦　改善のステップ**

**品質･質を改善するには、結果をよいレベルにするための活動が必要になります。改善のステップをまとめると次のとおりとなります。**

**(1) 改善の背景、投入資源、日程、あるべき姿などを整理する（背景の整理）**
**(2) 現状を徹底的に調べる（現状の分析）**
**(3) 問題の要因を探索する（要因の探索）**
**(4) 要因の探索結果に基づいて対策を立案する（対策の立案）**
**(5) 対策の効果を検証する（効果の検証）**
**(6) 効果がある対策を現場に導入する（導入と管理）**

（出典：山田　秀「ＴＱＭ品質管理入門」＜日経文庫＞日本経済新聞社　2006年　77ページ）

## 2.　問題とその背景にあるもの(原因・要因)

問題が起こったとき、あるいは問題を発見したときは、当然、その解決をはかることになりますが、表面化している問題だけにとらわれて、その場しのぎの対応や対症療法的な手立てをとるだけでは、一時的には解決されたように見えても、時間の経過などとともにやがて問題が再発するおそれがあります。応急処置をとりながら、問題の背景にある発生原因・要因をしっかり見極めることが必要です。

例えば、「誤嚥事故の発生」という問題点について、その問題発生の原因･要因には「職員の介助技術のレベルが低い」「食事の形状が利用者の嚥下機能にあっていない」「人員配置体制が不適切で介助が必要な利用者に行き届いていない」など様々なことが考えられます。このような**問題発生の原因・要因を見極めていくと事業所にとって「解決すべき課題」が明確になりますが、**問題発生の原因・要因を見誤ると問題点に対する有効な解決方法は見出せません。

## 3.　「課題」を見極める

問題発生の原因･要因（＝事業所にとって解決すべき課題）を探る際に気をつけなければならないことに、“思い込みや決め付け”があります。自分達にとって都合の良い解釈やとらえ方をして、原因・要因を見誤ることがないようにするには、思い当たる事柄や想定される事柄はあくまで「仮説（この問題の原因は○○にあるのではないか）」とし、仮説を検証する（利用者や職員への聞き取りによる事実確

認など）ことがポイントです。

問題の発生原因・要因は常に１つとは限りません。むしろ複数の原因・要因が複合的に絡み合っていることの方が多いため、問題発生の原因･要因を探る際には、できるだけ複数の目で検証することが重要です。

## 4.　「課題」がみえたら仕分けをする

課題が明らかになったら具体的な対応策を考えます。課題の内容と問題への表れ方をふまえながら、組織上の職務や役割分担に応じて、課題ごとに解決の責任主体（組織上のどこで、あるいはだれが責任をもって解決にあたるか）を明確にしていきます。（問題・課題整理シートを参考に整理をしてみましょう。）

例示として前述の「誤嚥事故」の場合に、発生要因に「①介助技術の未熟」「②個別援助の見直し不足」「③人員配置体制の不備」の3つがあるとすれば、①や②は現場職員のリーダー（主任）のレベルで解決すべき課題と設定できますが、③については、現場職員のリーダーのレベルでは困難であり、事業所の管理者レベルあるいは経営者レベルが解決にあたるべき課題となります。また、①や③では職員の資質向上の観点から法人の人事・研修担当など、特命担当者レベルが解決にあたる課題とされることもあります。

課題ごとの解決責任主体が明確になったら、次は課題に優先順位をつけて取り組みます。利用者の生命や権利をおびやかすおそれがあるような緊急度の高いものから、腰を据えて取り組まねばならない組織的、構造的なものまで様々ありますので、その仕分けが必要になります。

特に、各部門等での課題解決の取り組みにあたっては、組織内でプロジェクトチームなどを設け、課題の見極め、仕分けや優先順位決めなど、課題解決のプロセスを組織的に進行管理することが求められます。

**問題･課題整理シートの具体例**

**問題・課題整理シート**

神奈川沢渡ホーム
作成日　R○○年○月○日

| 自己評価や第三者評価結果、苦情報告、リスク報告などの中から取り上げた問題 | 問題の原因・要因（課題）として考えられること（仮説） | 課題についての「現状」の取り組み状況 | 課題（仮説の検証結果） | 課題の解決方法・改善策として考えられること | 改善策の具体的な対応方法 |
|---|---|---|---|---|---|
| 誤嚥事故の発生（リスクマネジメント報告より） | ①職員の介助技術のレベルが低い<br>②食事の形状が利用者の嚥下機能に合っていない<br>③人員配置体制が不適切で介助が必要な利用者に行き届いていない | ①は、食事介助については「食事介助マニュアル」を整備している<br>②は、食事は、超刻み・刻み・一口大など5種類の形状に区分して提供している。<br>③は、介助職員数は最低基準を上回る人員数を確保している | ・事故発生時の状況を職員で検証したところ、副菜の刻み方が不十分であったこと、さらに職員が刻みの具合に注意を払わず、通常の介助のまま対応していたことがわかった。このため、事故発生の主な要因（課題）は①介助技術の未熟、②食事の形状が不適切、であることを確認した。 | ・食事の介助の際、誤嚥を起こしやすい利用者には、介助の方法を注意するのみでなく、喫食状況を観察し、食事の形状（5種類）が適切であるかを見直し、本人の体調変化などにあわせて適切な形状の食事を提供するようにする（1と2）。 | ・介護職主任会議で、食事介助マニュアルの内容に喫食状況の観察を加え、再整備する。<br>・介護・栄養・調理の全職員で喫食時の観察について重点的に取り組む。<br>・研修委員会で、ＯＪＴでの介助技術向上の方策を検討する。 |

現状の取り組みを一旦、整理することで、解決策も現実的なものを提案することができます。

## 5.　対応策を立てる

課題の仕分けと順位づけができたら、解決に向け、具体的な対応策を立案します。

対応策は現場に即したものであることが重要です。何もかもすべてを一気に完璧に解決しようとして、職員がやるべきことが複雑になったり、負担が急増したりして、かえって現場に混乱をきたしたり、反発を招いてしまうこともあります。地道でも組織的かつ確実に実行できることから目標に掲げて取り組むようにし、順次、目標を高くしていくようにします。

対応策立案にあたっての目標設定については、ＳＭＡＲＴの法則（参考⑧）などを参考にしましょう。“いつまでに・だれが・なにを・どうするのか”といった5W2Hを明確化することが大切です。

対応策の導入にあたっては、全面的な導入の前に、試行(テスト)期間を設ける、予備調査を行うなど、対応策の効果についてある程度は検証しておくことが大切です。特に多数の職員の理解と協力が必要な場合は、現場に円滑に導入できるよう丁寧に進めたいものです。

### 参考⑧　SMARTの法則

**特定の意味を持つこと（Specific）**
　実行することによって、一定の成果が期待できることが、皆にわかること

**測定可能なこと（Measuable）**
　一回一回の活動が測れること

**遂行可能なこと（Achievable）**
　一回一回の活動が簡単にできること、すぐに成果が見えること

**現実的なこと（Realistic）**
　日常活動の中に組み入れても違和感のない活動

**タイムリーなこと（Timely）**
　今、それをやらなければならないと、皆が感じるような活動

（出典：佐野良夫 「顧客満足の実際」 ＜日経文庫＞ 日本経済新聞社　2001年　161～164ページ）

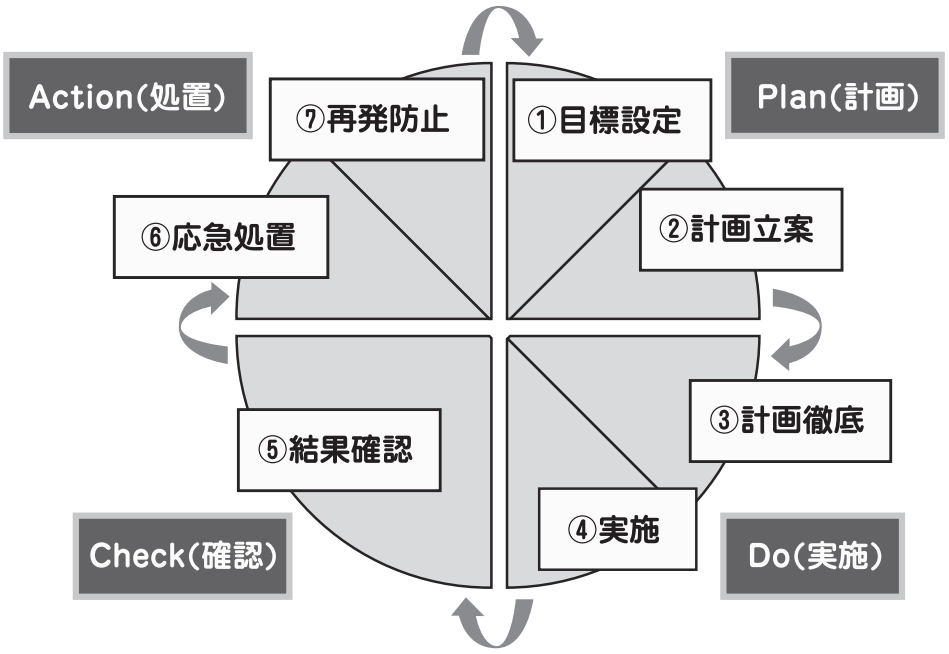
## 6.　日常管理こそ重要ーマネジメントサイクルを意識する

対応策は日常的に確実に取り組み、その効果や成果を確認し、必要に応じて内容の見直しをはかっていかねばなりません。このため、対応策の実行にあたっては、

ＰＬＡＮーＤＯーＣＨＥＣＫーＡＣＴＩＯＮのＰＤＣＡサイクルを意識し、常に進捗状況を確認しながら取り組むことが大切です。

ＰＤＣＡサイクルを意識して取り組むことによって、取り組みが途中で失速してしまった場合や想定していたような成果が挙げられなかった場合に、取り組み方における問題点をつかむことができ、見直しにつなげられます。ＰＤＣＡサイクルに沿った取り組み記録シート（巻末）などを活用して、日々、実行していきましょう。

マネジメントサイクル



# PDCAマネジメントサイクルに沿った取り組み記入シート

拡大コピーしてご利用ください

①このシートは必ず複数名で相談しながら作成します。
②取り組み期間は1ヶ月〜3ヶ月程度を想定し、この期間内で達成可能な水準の目標を設定しましょう。
③順番どおりに設問を追って、シートを作成していきます。

| 記入日 | P① | ①現在、事業所で「サービス提供上で困っていること、意欲的に取り組んでみたいことなどの事柄を「根拠や理由」とともに挙げましょう。 |
|---|---|---|
| ／ | 記入欄 | |

| 記入日 | P② | ②①で挙げた事柄について取り組みの優先順位をつけ、取り組む「問題・課題」を１つ決めます。 |
|---|---|---|
| ／ | 記入欄 | |

↓

| | テーマ | 取り組む問題・課題について端的に記入します。 | |
|---|---|---|---|

| 記入日 | P③ | ③「テーマ」に取り上げたことについて、状況を記載していきます。<1>現在の状態。<2>現在の取り組み状況。<3>問題となっている要因として考えられること。 |
|---|---|---|
| ／ | 記入欄 | |

↓

| 記入日 | P④ | ④現在の状態から、どのような状態(目標とする状態、理想の状態）にしたいかを長期・短期それぞれで挙げます。<1>長期的な目標、<2>この取り組み期間内で達成したい目標（短期目標） |
|---|---|---|
| ／ | 記入欄 | |

| 記入日 | P⑤ | ⑤④で挙げた<2>この取り組み期間内で達成したい目標(短期目標）を、具体的な数値や状態で表します(達成目標数値、達成したい状態）。 |
|---|---|---|
| ／ | 記入欄 | |

↓

| 記入日 | P⑥ | ⑥⑤であげた目標(数値・状態）の達成に向けてどのようにして取り組むか『計画』をたてます。<1>期間（いつからいつまで）　<2>参加者（だれとだれが）<3>実行方法（何をどのようにして） |
|---|---|---|
| ／ | 記入欄 | |

↓

| | 共有化 | ここまでの経過とこれから取り組む『計画』内容を全職員で共有化します。 | 共有化の方法： |
|---|---|---|---|
| | D | ⑦⑥で挙げた『計画』を実行しましょう。 | |

| 記入日 | C① | ⑧⑥で挙げた「計画」は予定通り実行できましたか。 | できなかった場合→ | 記入日 | C② | ⑧ー2　『計画』通りにできなかった場合は「できなかった理由」を挙げます。 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ／ | 記入欄 | できた　・　できなかった | | ／ | 記入欄 | |

↓

| 記入日 | C③ | ⑨『計画』を実行した結果について⑤で挙げた目標の数値や状態に照らして達成度合いを自己評価します。 |
|---|---|---|
| ／ | 記入欄 | |

↓

| 記入日 | C④ | ⑩⑤自己評価の結果、目標は達成できましたか、できませんでしたか。 | → | 記入日 | C⑤ | ⑪目標達成／未達成になった理由（うまくいった／うまくいかなかった要因・原因）を挙げます。 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ／ | 記入欄 | できた　・　できなかった | | ／ | 記入欄 | |

↓

| 記入日 | A① | ⑫⑪自己評価の結果、目標は達成できましたか、できませんでしたか。 | → | 記入日 | A② | ⑬⑫で挙げた方針が継続／一部修正して継続　の場合は、次の『計画』内容をたてます。 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ／ | 記入欄 | 取り組みを：　継続（維持）　／<br>一部修正して継続　／ 中止（廃止） | | ／ | 記入欄 | |

↓

| 記入日 | A③ | ⑭取り組みの結果、思いがけない効果や気づきはありましたか。 | あった場合→ | 記入日 | A④ | ⑮⑭で「あった」とした場合、その内容を挙げます。 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ／ | 記入欄 | あった　・　なかった | | ／ | 記入欄 | |

↓

| 記入日 | A⑤ | ⑯⑮で挙げたことについて、どうしてこのような「思いがけない成果や効果、気づき」が生じたか理由を挙げます。またこの成果を今後どのように活かしていきたいかを挙げます。 |
|---|---|---|
| ／ | 記入欄 | |

↓

| 記入日 | ふりかえり | このシートを全て記入し終えてみて、ＰＤＣＡサイクルを意識した取り組みができたかどうか自己評価をします（感想でも可）。 |
|---|---|---|
| ／ | 記入欄 | |

## 参 考 文 献 ・ 資 料


| | | |
|---|---|---|
| 「顧客満足の実際」 | 佐野　良夫 著 | 日本経済新聞社 |
| 「TQM品質管理入門」 | 山田　秀 著 | 日本経済新聞社 |
| 「経営入門」 | 高村　寿一 著 | 日本経済新聞社 |
| 「非営利組織の成果重視マネジメント」 | P·F·ドラッカー／G·J·スターン著 | ダイヤモンド社 |
| 「問題解決手法の知識」 | 高橋　誠 著 | 日本経済新聞社 |
| 「ファシリテーション入門」 | 堀　公俊 著 | 日本経済新聞社 |
| 「改訂　福祉職員研修テキスト」 | | 社会福祉法人全国社会福祉協議会 |
| 「新　社会福祉援助の共通基盤」 | | 社団法人日本社会福祉士会 |
| 「平成18年度評価調査者フォローアップ研修資料」 | | かながわ福祉サービス第三者評価推進機構 |
| 「福祉サービスの質の向上を目指して」 | | 社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会 |


**********


**福祉サービスの質の向上にむけて ー 福祉サービス評価ガイドブック**

令和元年 6 月発行

社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会

かながわ福祉サービス第三者評価推進機構



〒221-0844　横浜市神奈川区沢渡 4 ー 2　県社会福祉会館内

TEL：045ー290ー7432　FAX：045ー320ー4077

e-mail：daisansya@knsyk.jp


**********


この冊子は、赤い羽根共同募金の配分金により作成されました。

平成31年度 日本国内でのボランティア活動中のケガや賠償責任を補償!!

# ボランティア活動保険

**全国200万人加入!!**

**●後遺障害もフルカバーなので安心です!!**

## 保険金額

| 保険金の種類＼プラン | | | Aプラン | Bプラン |
|---|---|---|---|---|
| ケガの補償 | 死亡保険金 | | 1,040万円 | 1,400万円 |
| | 後遺障害保険金 | | 1,040万円（限度額） | 1,400万円（限度額） |
| | 入院保険金日額 | | 6,500円 | 10,000円 |
| | 手術保険金 | 入院中の手術 | 65,000円 | 100,000円 |
| | | 外来の手術 | 32,500円 | 50,000円 |
| | 通院保険金日額 | | 4,000円 | 6,000円 |
| | 特定感染症の補償 | | 上記後遺障害、入院、通院の各補償金額（保険金額）に同じ | |
| | 葬祭費用保険金（特定感染症） | | 300万円（限度額） | |
| 賠償責任の補償 | 賠償責任保険金（対人・対物共通） | | 5億円（限度額） | |

## 年間保険料（1名あたり）

| タイプ＼プラン | Aプラン | Bプラン |
|---|---|---|
| 基本タイプ | 350円 | 510円 |
| 天災タイプ(※)（基本タイプ+地震・噴火・津波） | 500円 | 710円 |

団体割引20%適用済／過去の損害率による割増引適用

（※）天災タイプでは、天災（地震、噴火または津波）に起因する被保険者自身のケガを補償します（天災危険担保特約条項）が、賠償責任の補償については、天災に起因する場合は対象になりません。

## 保険金をお支払いする主な場合

- 清掃ボランティア活動中、転んでケガをして通院した。（ケガの補償）
- 活動に向かう途中、交通事故にあって亡くなられた。（ケガの補償）
- 活動中、食べた弁当でボランティア自身が食中毒になって入院した。（ケガの補償）
- 家事援助ボランティア活動で清掃中、誤って花びんを落としてこわした。（賠償責任の補償）

# ボランティア行事用保険

（傷害保険、国内旅行傷害保険特約付傷害保険、賠償責任保険）

地域福祉活動やボランティア活動のさまざまな行事におけるケガ、賠償（主催者責任）を補償!!

## 保険金額

A・B・Cプラン共通（A・B・Cプラン共に熱中症危険補償特約セット）

| | 保険金の種類 | | 補償内容 |
|---|---|---|---|
| ケガの補償 | 参加者本人のケガ | 死亡保険金 | 400万円 |
| | | 後遺障害保険金 | 400万円（限度額） |
| | | 入院保険金日額 | 3,500円 |
| | | 手術保険金 入院中の手術 | 35,000円 |
| | | 手術保険金 外来の手術 | 17,500円 |
| | | 通院保険金日額 | 2,200円 |
| 賠償責任の補償 | | 対人事故 | 1名・1事故2億円（限度額） |
| | | 対物事故 | 1事故1,000万円（限度額） |

※賠償責任の補償の限度額は、補償の対象となるリスクの種類ごとに適用されます。

## 保険料（1名あたり）

団体割引15%適用済

※詳しい内容は、パンフレットをご覧ください。

| Aプラン（宿泊を伴わない行事） | | |
|---|---|---|
| A1の行事 | A2の行事 | A3の行事 |
| 1日 28円（最低保険料 560円） | 1日 126円（最低保険料 2,520円） | 1日 248円（最低保険料 4,960円） |

| Bプラン（宿泊を伴う行事） | | | |
|---|---|---|---|
| 1泊2日（2日間） | 241円 | 2泊3日（3日間） | 295円 |

| Cプラン（A1区分で宿泊を伴わない、かつ参加者が事前に特定できない行事） |
|---|
| 1日 28円（最低保険料 560円） |

## 送迎サービス補償

（傷害保険）

◆送迎・移送サービス中の自動車事故などによるケガを補償！

## 福祉サービス総合補償

（傷害保険、賠償責任保険、約定履行費用保険（オプション））

◆ヘルパー・ケアマネジャーなどの活動中のケガや賠償責任を補償！

●このご案内は概要を説明したものです。お申込み、パンフレット・詳しい内容のお問い合わせは、あなたの地域の社会福祉協議会へ●


団体契約者 社会福祉法人 全国社会福祉協議会

〈引受幹事保険会社〉 損害保険ジャパン日本興亜株式会社 医療・福祉開発部 第二課
TEL：03（3349）5137
受付時間：平日の9:00～17:00（土日・祝日、12/31～1/3を除きます。）

取扱代理店 株式会社 福祉保険サービス
〒100-0013 東京都千代田区霞が関3丁目3番2号 新霞が関ビル17F
TEL：03（3581）4667 FAX：03（3581）4763
営業時間：平日の9:30～17:30（12/29～1/3を除きます。）


●この保険は、全国社会福祉協議会が損害保険会社と一括して締結する団体契約です。

〈SJNK18-13567 2019.1.16作成〉

# はじめに

福祉サービス第三者評価事業は、「福祉サービスの質の向上」と「利用者のサービス選択に資する情報提供」を目的に、平成 16 年度より本格実施されました。

本県においても、平成 22 年度末で 680 か所を超える福祉サービス事業者が第三者評価を受審され、さらに複数回受審する福祉サービス事業者も増加しており、福祉の現場に第三者評価が普及しつつあります。しかし一方では「第三者評価を受審することによる効果・メリットが分からない」という声も聞かれています。

この事例集は、これまでに第三者評価を受審した事業者の実践事例を具体的にまとめています。受審する経過や、受審して良かった点・大変だったこと、さらには第三者評価を受審してどのようにサービスを改善してサービスの質の向上を行ったのか、等を具体的に確認し、作成しました。事例は、高齢、障害、保育の並びで、受審の早い順に並べています。

福祉サービス事業者や市町村の皆様には、第三者評価への理解を深めていただくと共に、福祉サービスの質の向上に向けての一つのヒントとして、ご活用いただけますと幸いです。

平成 24 年 2 月

社会福祉法人　神奈川県社会福祉協議会

かながわ福祉サービス第三者評価推進機構

# ―もくじ―


○はじめに …… 1

○もくじ …… 2

○第１章　福祉サービス第三者評価とは …… 3

○第２章　第三者評価受審とサービスの質の向上に向けて …… 7

○第３章　第三者評価実践事例

①（高齢）社会福祉法人麗寿会　ふれあいの森 …… 9

②（高齢）社会福祉法人竹生会　芭蕉苑 …… 15

③（障害）社会福祉法人大和しらかし会　第２松風園 …… 21

④（障害）社会福祉法人かながわ共同会　厚木精華園 …… 27

⑤（保育）社会福祉法人はとの会　鳩の森愛の詩あすなろ保育園 …… 33

⑥（保育）社会福祉法人ＩＣＡ　わくわくの森保育園 …… 39

⑦（保育）川崎市　東中野島保育園 …… 45

⑧（保育）財団法人横浜ＹＭＣＡ　ＹＭＣＡあつぎ保育園ホサナ …… 51

○第４章　かながわの第三者評価情報 …… 57

# 第１章　福祉サービス第三者評価とは



### （１）福祉サービス第三者評価とは

福祉サービス第三者評価は、福祉サービス事業者（福祉施設など）が利用者によりよいサービスを提供するために、自ら進んで評価機関による評価を受けてサービスの改善に取り組むとともに、その評価結果情報を社会に公表する仕組みです。福祉サービス事業者でも利用者でもない公正・中立な評価機関が事業者の提供するサービスを客観的・専門的な立場から総合的に評価します。

#### 福祉サービス第三者評価の目的

福祉サービス第三者評価は、社会福祉法第 78 条に基づき実施されるものですが、その目的は次のとおりです。

①個人の意思が尊重され、生き生きと自分らしい自立した生活を送ることができるよう、福祉サービスの質の向上への取組みを促進すること

②第三者評価結果を公表することを通じて、利用者のサービス選択を支援するための、情報を提供すること

※評価対象となる福祉サービスは、高齢・障害・児童・保護の各分野です。

#### 福祉サービス第三者評価の特徴

評価という言葉から、「点数をつけられる」「格付けをされる」などのマイナスのイメージが連想されやすいのですが、第三者評価は事業者の格付けや順位付け、あるいは指摘や指導を行うことが目的ではありません。第三者評価は、自ら提供するサービスの質の向上に取り組む事業者に対し、**公平・中立な立場からの客観的な評価を通して、事業者におけるサービスの質の向上への取組みがより効果的・効率的に進められるよう支援するもの**です。

また、時折、「“人による人への生活支援”という福祉の仕事の困難さや大変さを、たった１～２日の調査で一方的に評価されてはたまらない。」といった事業者の声も聞かれますが、**第三者評価は決して、事業者に対し、一方的な課題の指摘や責任追及をするものではありません。**評価結果が公表されるまでの間に、事業者と評価機関の間では、自己評価の取り組みへのサポート、訪問調査での事実確認、調査後の事業者側意見の聞き取りなど、何度もやりとりが交わされ、双方の納得と合意の上で、評価結果が公表されます。

第三者評価は、サービスの質を向上させたいと願う事業者の応援団なのです！

## 福祉サービス第三者評価と指導・監査の違い

第三者評価と指導･監査の違いは２点あります。また、第三者評価の受審は、任意で行うものであり、それだけに職員の方々への「動機づけ」として大変有効な手段として作られています。

**■最低基準を超える「より望ましい水準のサービス」の追求です！**

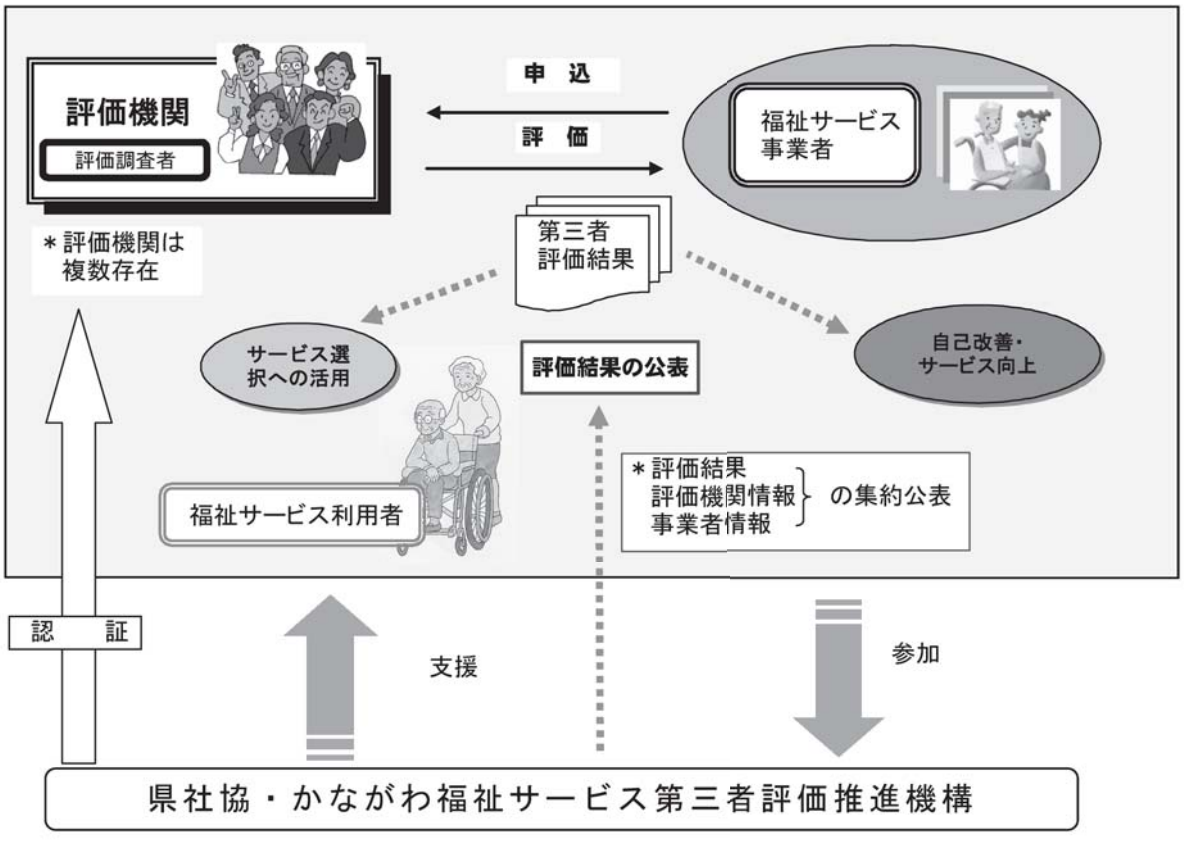
福祉サービス第三者評価は、行政が行う指導・監査や立ち入り検査のように法令で定める最低基準（職員の配置数や会計処理など）が適切に守られているかといった視点で事業者を点検・評価するものではありません。最低基準をクリアしていることは第三者評価受審の前提であり、第三者評価では**社会的に要求される「望ましい水準」に照らして、サービスの質を評価します。**

**■任意での「受審」だからこそ、質の向上への努力姿勢を示しています！**

行政による指導・監査は義務であるのに対し、第三者評価の受審は事業者の「任意」で行われます。このため、**第三者評価を受審すること自体が、「質の高いサービス提供をしたい」という事業者の積極的な努力姿勢を利用者や利用者家族、地域社会などに示すことにつながります。**

### （２）かながわの第三者評価の仕組み

## 第三者評価のしくみ




※県内で活動する第三者評価機関の情報は、59 ページをご参照ください

## 第三者評価の評価項目・評価基準

多くの都道府県では、行政がサービス分野別に「統一の第三者評価項目・基準」を示し、すべての事業者が同一の評価項目・基準で第三者評価を受審する方式を採っていますが、かながわの場合は、**統一評価項目･基準は示していません。**（横浜市、川崎市では市内の事業者に対し市が「統一評価項目･基準」を示しています。）

代わりに、本県では、全県共通の「評価の対象領域」を定めています（※「共通評価対象領域」と言います。詳細は下記を参照してください。）。

本県では、この「共通評価対象領域」に沿って、**評価機関によって複数の評価項目・基準が作成・使用されており、事業者は各評価機関が使用している評価項目・基準を比較して、希望の評価項目・基準を使用している評価機関を選んで第三者評価を受審することができます。**

**なお、複数の評価項目が使用されているため、県民や利用者が評価結果を比較しやすいよう、かながわ福祉サービス第三者評価推進機構（以下、推進機構）では、「共通評価対象領域」に沿って評価結果を公表しています。**（詳しくは神奈川県社会福祉協議会ホームページ(57 ページ参照)をご覧ください。）

**★なぜ神奈川県では県内で統一した評価基準を持っていないのか…**

神奈川県は、「日本の縮図」と言われるほど、地域性が豊かな県です。大都市もあれば一次産業中心の小さな町村もあり、工業地帯もあれば緑豊かな観光地もあります。地域性を活かした福祉サービスを提供していくために、評価項目は様々な評価基準を設けています。

**＜共通評価対象領域＞**

**1 人権の尊重**
利用者の権利を保障し、プライバシーの保護を図るとともに、身体拘束や体罰、虐待の防止に取組むなど、人権への配慮に関する領域を評価の対象とする。

**2 意向の尊重と自立生活への支援に向けたサービス提供**
利用者満足の向上に向けた取組みや利用者が意見等を述べやすい体制の確保、利用者の意思や思いをくみとる努力などを通じて、利用者の意思や可能性を尊重し、あるいは、健やかな成長を促し、発達を保障するなど、利用者がその人らしくいきいきと自立した生活を送れるような支援に関する領域を評価の対象とする。

**3 サービスマネジメントシステムの確立**
サービスの質の向上に向けて、福祉サービスの標準的あるいは個別的な実施方法や苦情解決・利用者満足向上のしくみの確立、再評価と見直しなど、サービス管理システムに関する領域を評価の対象とする。特に、利用者の安心や安全を確保するため、事故防止対策を中心としてマニュアル・規程類の整備等、危機管理体制の確立と対策に関する領域を評価の対象とする。

**4 地域との交流・連携**
地域のニーズに基づき、施設機能やノウハウを地域福祉の資源として活用し、地域住民の一員として地域住民やボランティアの活動・交流の場の提供、事業の地域展開、専門機能の地域への還元や関係機関と連携するなど、地域福祉を推進することに関する領域を評価の対象とする。

**5 運営上の透明性の確保と継続性**
社会福祉基礎構造改革等の流れ、時代の環境変化やニーズをふまえ、地域や社会から信頼される事業者として、経営者の責任を明確化し、そのリーダーシップのもと、法令等を遵守し、理念や基本方針、中・長期計画を策定し、職員や利用者への周知を行なうとともに、経営改善や情報開示に積極的に取組むなど、事業運営に関する領域を評価の対象とする。

**6 職員の資質向上の促進**
質の高いサービス提供のために、職員の資質向上に向けて、研修の基本姿勢の明示、個別研修計画の策定・見直しなど、研修の充実に取組むとともに、人事管理体制の整備、職員の処遇・就業環境への配慮、実習生の受け入れなどに関する領域を評価の対象とする。

☆この６つの領域をすべて満たしたうえであれば、評価機関等が独自の評価領域を追加しても差し支えありません。

### （3）第三者評価受審の手順

第三者評価の受審の流れは下記にようになります。県内で活動する第三者評価機関の情報は、59ページをご参照ください。第三者評価は「事業所」単位での受審となります。

**STEP1 「評価機関の選定」**

評価機関の情報収集、比較、選定

県内には複数の評価機関があります。評価機関の情報は県社協のホームページなどから入手できます。評価機関の特徴や使用している評価項目などを参考に評価機関を選定しましょう。

**STEP2 「契約」**

評価機関との契約
スケジュール調整など

評価手数料（受審料）は評価機関によって異なります。
調査時期など今後のスケジュールを双方で確認します。場合によっては、契約後に評価機関が事業所職員向けに評価項目の説明・研修を行うなど、自己評価への取り組みをサポートします。

**STEP3 「自己評価、書面調査、利用者・家族アンケート調査など」**

自己評価の実施、提出
評価機関による利用者・家族アンケート調査など

評価機関の所定の自己評価表により、事業所で自己評価を実施し、評価機関に提出します。評価機関では提出された自己評価をもとに事前書面調査をします。
評価機関によっては、利用者・家族にアンケート調査を実施することがあります。利用者・家族への配付は事業所が行い、回収は評価機関が直接、行います。

**STEP4 「訪問調査」**

現地での職員、利用者への調査、観察など

評価機関から派遣された複数の評価調査者（2～3名）が事業所を訪問（1～2日）し、職員や利用者へのヒアリング、書面確認、観察などの調査を実施します。

**STEP5 「調査結果の確認（評価結果の内示）」**

評価機関では、事前書面調査や訪問調査での調査結果を報告書にまとめて、事業所に事実誤認がないかを確認します（調査結果内容の確認は双方が納得するまで、何度でも行われます）。その後、評価機関の評価決定委員会で審議され、評価（結果）報告書がまとめられます。

**STEP6 「評価結果の確定、公表」**

ホームページ等で公表

評価機関から事業所に評価（結果）報告書が提出され、併せて、評価結果が公表されます。評価結果は、県社協ホームページや横浜市、川崎市のホームページなどで公表されます。評価結果が公表された事業所には、推進機構から受審ステッカーを送付します。

# 第２章　第三者評価受審とサービスの質の向上に向けて

かながわ福祉サービス第三者評価推進機構　運営委員会委員長
藤村　和靜

## 第三者評価をとりまく環境は厳しいですが・・・

平成16年度後半に神奈川県における福祉サービス第三者評価の実施体制が整い、平成22年度末で680件を超える第三者評価が実施されました。この間、第三者評価に対する事業者からのさまざまな疑問、質問に応えるべく毎年事業者説明会を開催してきましたが、必ずしも十分なご理解が得られていない現状があります。その背景には、社会福祉法第78条の「福祉サービスの質の向上のための措置」で示されたサービス評価に対して、日頃から事業改善に努めている事業者にとって、情報公表制度や指導監査などと重複、複雑との印象を抱かざるを得ないことも一つの要因と思われます。

第三者評価は「客観的な評価を通じて、サービスの質の向上への取り組みがより効果的、効率的に進められるよう、事業者を支援する」一つの取組みです。また、ここに掲載した事例はこの取組みの経過と結果をふり返ってまとめられたもので、決して難しい、特別な手法を取り入れて行われたものではありません。それは第三者評価の基本プロセスを忠実に実行した内容そのものであり、本章では事例に共通するキーワードから、サービスの質の向上をめざす第三者評価の機能をまとめてみました。

## 大事なことは指導者としての姿勢の保ち方・・・

今「もしドラ（「もし高校野球の女子マネージャーがドラッカーの『マネジメント』を読んだら」）」がベストセラーになり、福祉サービスの指導者も自らの役割の重要性を認識され、目標の明示、ＰＤＣＡ管理サイクルの運用などで事業が進められています。

それでも「『評価』という言葉の響きがよろしくない。点数を付けられる、格付けされるなど、ましてや評価が改善につながるとは思えない。加えて、職員の仕事ぶりを評価するのでは職員の理解も得られない。」多くの指導者がこのような感想を持っています。

実践事例の「ひと言アドバイス」の中に、「抵抗はあったが、結果的に実感できた」、「満点をもらわない方がよい。課題がもらえるよい機会だ」との記述があります。指導者として、職員が抱く第三者評価への誤解や拒否感を払拭するためのご指導や会議等の開催は並大抵のことではなかったと拝察しますが、この貴重な体験によるアドバイスは、第三者評価の機能を効果的に活用したからこそ得られた実感として受け止められます。

第三者評価を受審して「質の向上」に向けて多くの取組みをしている事業所では、指導者が決して評価結果には固執することなく、評価のプロセスを有効に活用し、かつ利用者の意向に柔軟な姿勢で臨む姿勢を堅持していることが窺えます。つまり、第三者評価の有効性は一つに指導者の姿勢に委ねられていると言えるでしょう。

## 全員参加で情報を共有することから・・・

第三者評価の受審にあたり、最大の困難は「職員の全員参加」です。実践事例でも殆どの事業所が「大変だった。」と記述しています。職員全員で自己評価、そのための判断基準などの理解、さらには個々人の現状認識のすり合わせと結果のとりまとめ、とにかく職員参加で学習会や話し合いを重ねて自己評価結果を取りまとめる。この作業は日常業務に追われる職員にとっては大きな負担であり、だからこそただ負担感だけを残す自己評価で終わらせてはいけないのです。実際に話し合いを進めると、「知らなかった」、「できている」など、ふり返りを通じて、職員間でさまざまな気づきが得られます。「知らなかった」組織のあり方を協議、「できていない」ことへの関心と課題の共有へと進んでいきます。

実践事例の「受審してよかったこと」の中に、殆どの事業所が「できていること、できていないこと」が確認できたことと記述しています。福祉サービスの現場では、職員一人ひとりの仕事に「できている」との承認を与える機会が乏しいものですが、第三者評価のプロセスを通じて、職員相互に成果を確認し合う機会が得られ、職員の意欲向上へと結びつきます。さらには、「職員としての自覚やチームワークが育った」、「皆が同じ目標に向かって協働する意識が芽生えた」、「業務の意思統一ができた」と、第三者評価が職員自ら事業所の現状をふり返り、課題を発見共有し、課題解決に向けて職員が一丸となって取り組むことの動機づけとなっています。すなわち第三者評価の全員参加のプロセスが職員間で情報を共有する結果となり、仕事への意欲、意識を活性化させ、サービスの質の向上へ相乗効果を発揮するのです。

## サービスの質の向上に向けて・・・

福祉サービスの質の向上とは？極めて漠然としたものです。それだけに組織として、質の向上への目標設定、職員間の課題意識の共有、具体的な取り組み方策の検討と職員の協働による実践が不可欠ですが、多くの事業者、指導者がこれらの作業を日常業務の中で取り組むために苦労しているのが現状です。

実践事例の改善事例紹介の中に、「ＰＤＣＡサイクルの活用」、「人権尊重をケア基準書に明示」、「マニュアルの見直し」など、第三者評価は実践事例を通じて、質の向上に極めて有用な事業改善の手法が組み込まれていることが窺えます。また、第三者評価における利用者調査は事業者が実施するアンケート調査と異なり、利用者の真の声が聞けたと高く評価されています。実践事例でも「思ったよりサービスの提供方針・内容が伝わっていない」、「防犯に不満」など、事業者と利用者・家族との間での意思疎通の不十分さが明らかとなり、「セキュリティの強化」の改善策が「家族から感謝された」との記述もありました。

第三者評価の受審により、組織目標の再確認、課題の発見・共有、課題解決に向けた職員の協働体制の確立など、福祉サービスの質の向上に向けたさまざまな取り組みがこの実践事例で報告されています。是非、第三者評価のめざすもの、質の向上に果たす機能をこの実践事例で読み取ってください。

最後に、実践事例で「人材育成につながった」、「職員研修になった」との記述が多くありました。第三者評価は「人を育てて、質を向上させる」のに有効な取り組みです。是非、ご活用ください。

# 第３章　第三者評価実践事例

## ふれあいの森

| | |
|---|---|
| 経　営　主　体 | 社会福祉法人　麗寿会 |
| 施　設　種　別 | 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） |
| 所　在　地 | 〒253-0081 茅ヶ崎市下寺尾 1928 |
| 電話・FAX 番号 | TEL：0467-54-9111 ／ FAX：0467-54-1540 |
| U　R　L | http://www.reijukai.or.jp/ |
| 定　員 | 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）54 名 |
| 職　員　数<br>（常勤・非常勤等含む） | 70 名（施設長、介護職員、介護支援専門員、生活相談員、看護師、理学療法士、管理栄養士、調理師、事務員、医師） |
| 施　設　概　要 | ふれあいの森は、JR 東海道線茅ヶ崎駅からバス約 15 分・徒歩 10 分の自然豊かな住宅地の中にあります。平成 4 年に認知症専門の棟を有する施設として開設し、法人の基本理念「人を尊び、命を尊び、個を敬愛す」の下、介護が必要な高齢者の「その人らしい生活」を支援しています。施設では、認知症高齢者への回想法や音楽療法、コンパニオンアニマル等を行っています。また、茅ヶ崎・寒川地区の SOS ネットワーク事業の事務局として、認知症高齢者の捜索や一時保護を行うなど、地域で生活する認知症高齢者の安全に努めるとともに、地域における福祉サービスの拠点として先駆的な取り組みを行っています。<br>現在の入所者は 54 名、平均要介護度は 4.2 です。入所者の居室は、2 ～ 4 人部屋です。<br> <br>特別養護老人ホーム・ふれあいの森 |

**○第三者評価の受審について**

| | | |
|---|---|---|
| 1回目 | 評価実施時期 | 平成 16 年（2004 年）4 月～平成 17 年（2005 年）1 月 |
| | 公　表　年　月 | 平成 17 年（2005 年）1 月 |
| | 評 価 機 関 名 | 社会福祉法人　神奈川県社会福祉協議会 |
| | 評　価　項　目 | 県社協グレード 1 |
| 2回目 | 評価実施時期 | 平成 22 年（2010 年）6 月～平成 23 年（2011 年）2 月 |
| | 公　表　年　月 | 平成 23 年（2011 年）2 月 |
| | 評 価 機 関 名 | 社団法人　神奈川県介護福祉士会 |
| | 評　価　項　目 | 県社協グレード 2 |
| | 評価結果 URL | http://www.knsyk.jp/search/3hyouka/?id=89 |

## 訪問インタビュー

ふれあいの森の吉田敦子氏（施設長）にお話を伺いました。

### Q. 受審して良かったと感じられた点は？

第三者評価を受審したことにより、一番変わったと感じるのは、職員の意識です。訪問調査時には、リーダークラスの職員が面接に参加し、直接評価調査者からの質問にも答えました。他のセクションのやりとりについても聞くことができ、その経験がリーダークラスの職員にとって大変プラスになりました。自分たちが中心的役割であるという気持ちを再確認でき、フロアでもよりイキイキと日々の仕事をするようになりました。リーダーのやる気が手本となって、職員全体のサービスの質も向上し、フロアの雰囲気も変わりました。

また、自己評価表をまとめる過程を通して職員同士が話し合うことで、他のセクションの仕事内容や細かな試みまで知ることができ、職種を超えたチームワークが深まりました。さらに自己評価の項目からも、変えていかなければいけないことが見えてきて、自分たちに問われていることをはっきりと意識できるようになりました。受審結果で褒められたり、認められたりしたことも、職員の自信に繋がったと思います。



### Q. 受審の際、大変だったことはありますか

自己評価表をまとめるための作業や準備、話し合いに時間がかかりますので、その時間を作り出すのが大変でした。けれど、大変なのは、そこだけです。当施設は入所施設ですので、職員が集まって会議を開けるのは、午後７時から９時頃までになります。全体としての会議数は３回くらいでしたが、関係する委員会や担当セクションの単位では、何回もの話し合いが必要となりました。職員から直接「大変」との声は聞かれませんでしたが、話し合いのための時間調整は大変だったと思います。

## Q. 第三者評価を受審した動機は？

平成 13 年に、国のモデル事業として第三者評価を受審しました。それから 3 年後の平成 16 年度には、「私たちがやってきたことは、これでいいのだろうか」、「第三者に見ていただくことで、もっと伸ばしていけることがあるのではないか」、「学ぶ機会が得られるのではないか」という動機で、神奈川県社会福祉協議会の評価票によりグレード 1 を受審しました。そのときの有効期限が平成 20 年 1 月までででしたので、その前には再度受審することが目標だったのですが、職員の入れ替え等もあり平成 22 年度の受審になりました。

以前の経験から、第三者評価の受審により職員が良い方向に変わっていくということは実感していましたので、受審しないという選択肢は考えられませんでした。平成 22 年度に受審する際は職員もだいぶ入れ替わっていたので、グレード 1 で再度受審するという選択についても検討しましたが、リーダークラスで話し合った結果「目標を高くして、前に進んでいくことが大事」という結論に至り、グレード 2 での受審を決めました。

## Q. 評価機関はどのように選ばれたのですか

すでにグレード 1 を受審していて、グレード 2 で評価してくださる評価機関が 2 ヶ所ほどしかなかったので、選ぶということではありませんでした。今後はグレード 3、もしくは他の評価票を使用している評価機関での受審についても考えています。

## Q. 評価調査に向けての作業は？

平成 22 年度に第三者評価を受審するということで、平成 22 年 4 月からリーダークラスとの検討を開始し、全職員には 8 月に受審する旨を伝えました。その後、フロアリーダー、生活相談員、看護師、栄養士等のリーダークラスとともに役割分担とタイムスケジュールを決めました。

自己評価表は、評価項目の内容により、事故防止、ケア検討、教育研修等の職員による委員会と、生活相談員、栄養課、医務課で分担して作成しました。10 月 8 日に進捗状況を確認し、10 月 20 日にはそれぞれが作成した自己評価表をもとにフロアリーダーと生活相談員、介護課長、施設長が意見を出し合い、最終的には 10 月末までに施設長が取りまとめました。

訪問調査当日は業務の職員配置等を工夫して、フロアリーダーや介護課長、生活相談員、関係委員会の委員長等、自己評価表作成に参加したリーダークラスの職員も面接に同席させていただき、実際に関連項目に関する質問にも答えました。

## Q. 受審した結果、具体的な改善事例を教えてください

### ① フロアの雰囲気向上により、ご家族の面会数が増加

良いケアにはフロアの雰囲気も大切です

当施設は従来型の特別養護老人ホームということもあり、フロアが良い雰囲気に包まれることは、より良いケアのためにとても大事なことです。第三者評価の受審により、訪問調査当日の質疑に関わったリーダークラスを中心に、第三者から認められたことによる前向きな姿勢が感じられるようになりました。第三者に認められることは、とても重要なことなのですが、日々の介護の仕事の中ではなかなかそのチャンスがありません。リーダーを中心にしたやる気は、全体の職員にも良い影響を及ぼして、フロアの空気が変わってきました。さらに自己評価表の作成を通して、評価項目と向き合うことでも、職員の意識が高くなりました。

職員の意識が変わり、フロアの雰囲気が向上する中で、足を運んでいただけるご利用者のご家族が増えてきました。ご家族には気軽においで頂けるように声かけをしていますが、今では食事介助や音楽療法に参加されたり、毎日のようにお出でいただくご家族もいます。また、ボランティアとしてご協力いただいているご家族もおられます。

### ② 日々の記録をより具体的に記載

ケアプランの変更については、ご利用者の変化に合わせて行っていましたが、その際の記録が評価項目で求められているものには足りなかったことに気づきました。具体的なやり取りや、本人のメッセージまでは記載していなかったのです。

例えば、外出支援等のときに、「ご利用者の希望により計画しました」という書き方をしていました。これでは、発端のところのご利用者の思いまでは伝わりません。ご希望通りに支援するというだけでなく、その思いまできちんと記載して、共有することで次のステップにも繋がることができるようになりました。記録をコンパクトに記載するのは難しいのですが、全職員に周知・統一し、ポイントをつかんだ記録を残せるようにしています。

### ③ チームワークの向上によりスムーズなサービス提供を実施

第三者評価の受審によって職員のチームワークが向上し、ご利用者やご家族の希望にも臨機応変に、スムーズに対応できるようになりました。

例えば、行事食のときに提供していた少し手のかかるメニューを、ご家族からの要望で普段でも月１回ほど提供している事例があります。ご家族から、「蟹を模ったメニューの時には、口の開け方が違うので、もっと頻繁に提供してほしい」というご要望がありました。その声に対し、栄養士、調理師、看護師、生活相談員、介護士等が話し合い、ご希望に添った食事提供を実現することが出来ました。職員のチームワークにより、臨機応変な対応を可能にした一例です。

また、ご家族にとっては、このような要望が言いやすい雰囲気になっているようで、ご家族とのコミュニケーションも向上していると感じます。

ご希望に沿った食事提供を心がけています

### ④ グループワーク形式の接遇研修を実施

自己評価表を作成していく中で、より良い接遇が出来るようになるにはどうすればいいのかという課題が見つかりました。毎年４月には、接遇研修を行っています。しかし更なる向上を目指して、今回はケア検討委員会が中心となり、職員参加型の研修を実施することにしました。

実際の現場と同じように、職員自身が接遇を行うグループワーク形式の研修です。職員自身で参加し、他の人の動きを改めてみることで、日頃のケアを振り返ることができました。職員からは気づかないで行っていたことに気づき、「何気ない言葉でも意識して発すること」、「気持ちをこめて介助すること」等を再確認でき、お互いに「気づいたら注意しあいましょう」ということも実践しやすくなったとの声が聞かれました。また、「どうしてご利用者を「○○さん」と苗字で呼ばなければいけないのか」という当施設の方針も、改めて伝えられる良い機会になりました。

ケア検討委員会が中心になり、支援につながる研修を実施しています

### ⑤ 入浴方法の改善

グレード２の評価項目には、事業所におけるサービスの質の向上のためのシステムについて評価する「発展的サービス評価」というのがあります。当施設では、平成22年５月～９月まで、「安全・安心な入浴について」に、取り組みました。その中で、特に「入浴後の着替えの準備を利用者と一緒に行うことにより、入浴への理解が深まり、楽しみを得られるようになる」取り組みは、取り組み期間終了後も継続して実践しています。それまでは、入浴を早く済ませるために、事前に職員が入浴後の衣類を揃えて置いておきました。それがご利用者と一緒に入浴前に衣類を準備することで、ご利用者に安心感もうまれ、入浴への意識付け・動機付けができ、入浴を楽しめるようになりました。ご利用者の状態に合わせて対応していますが、特にショートステイでは、この方法を実行できるご利用者も多く好評です。

このサービスを定着できた背景には、評価項目の「発展的サービス評価」という形で公表したことと、そのサイクルに従って見直しをしながら実行できたことがあります。さらに第三者評価の受審により、これまでの固定概念を大切にしつつも、柔軟に考える発想の転換が必要だと再確認しました。

**ご利用者と一緒に入浴後に着る服を選びます**

## ひと言アドバイス

第三者評価を受審することで、最も効果を実感できるのは職員の成長です。具体的に変わった点は、改めて目には見えにくいものですが、受審により職員の意識が変わり、チームワークも良くなって、サービスの質が向上したことを実感しています。

今後、選ばれる施設になっていくためには、良いケアを提供していくことが大事です。ご利用者に満足していただけるケアの実現は、職員のモチベーションにも繋がり、さらに良いケアを提供できるようになります。そのために、第三者評価は継続して受審していくものであると考えています。

## 芭蕉苑

| | |
|---|---|
| 経　営　主　体 | 社会福祉法人　竹生会（ちくぶかい） |
| 施　設　種　別 | 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） |
| 所　在　地 | 〒252-0816　藤沢市遠藤 35 番地 |
| 電話・FAX 番号 | TEL：0466-87-1710 ／ FAX：0466-88-5326 |
| U　R　L | http://www.shonanfujisawa.com/~basyoen/ |
| 定　員 | 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）50 名 |
| 職　員　数<br>（常勤・非常勤等含む） | 45 名（医師、看護師、介護福祉士、生活相談員、ケアマネジャー、管理栄養士、事務員等） |
| 施　設　概　要 | 芭蕉苑は、JR 東海道線辻堂駅からバス約 20 分・徒歩 3 分の、緑に囲まれ、四季折々の風景の楽しめる自然環境の中にあります。施設は、昭和 62 年に設立し、法人理念のすべての高齢者に「愛の心」で接することができるよう、様々な研修の参加機会を設け、また地域との関わりに力を入れています。<br>2 階建ての建物は、近年外壁の工事を行いました。現在の入所者は 50 名、平均要介護度は 4.2、年代は 60 代から 90 代です。入所者の居室は 2 人部屋や 4 人部屋です。苑内には、施設で行った様々な行事・イベントの時の写真や作品が数多く掲示され、苑内はアットホームな雰囲気があり、施設に訪れる家族・親族にも好評です。<br> <br>特別養護老人ホーム・芭蕉苑 |

**○第三者評価の受審について**

| | | |
|---|---|---|
| 1回目 | 評価実施時期 | 平成 17 年（2005 年）1 月 |
| | 公　表　年　月 | 平成 17 年（2005 年）1 月 |
| | 評 価 機 関 名 | 社会福祉法人　神奈川県社会福祉協議会 |
| | 評　価　項　目 | 県社協グレード 1 |
| 2回目 | 評価実施時期 | 平成 21 年（2009 年）12 月 |
| | 公　表　年　月 | 平成 22 年（2010 年）3 月 |
| | 評 価 機 関 名 | 社団法人　神奈川県社会福祉士会 |
| | 評　価　項　目 | 県社協グレード 1 |
| | 評価結果 URL | http://www.knsyk.jp/search/3hyouka/?id=236 |

## 訪問インタビュー

芭蕉苑の白井純子氏（介護部長）、関昆亘氏（介護部施設福祉課課長）にお話を伺いました。

### Q. 受審して良かったと感じられた点は？

家族アンケートにおいて、ご家族の意見をお聞きできたことが一番良かった点です。神奈川県社会福祉士会の第三者評価では、神奈川県社会福祉協議会が実施する「福祉サービス利用者意向調査キット」を使って家族アンケートを行います。これは施設が集計に関わらないので、ご家族から忌憚のないご意見を頂戴することが出来ました。その結果、施設での支援の様子が思った以上にご家族には伝わっていないこと、ご家族は食事・入浴・排泄等のケアの質だけでなく、「ご利用者が何か楽しみを持って暮らしているか」という視点で見ていることが分かりました。それを受け職員の意識も変わりましたし、ご家族との関わり方も大きく前進できたと思います。

さらに、受審によって日常の業務の中で「出来ていることと出来ていないこと」がはっきりし、施設の目標や問題点も明らかになりました。やるべきこと、進むべき方向がクリアになったことによって、様々な場面で職員の理解が得やすくなりました。

また、第三者評価の最終目標（最大のメリット）は人材育成だと思います。中堅職員たちは、現場の職員の意見を聞き、話し合いながら評価票をまとめる作業を通して、リーダーとしての自覚やチームワークも育まれました。



### Q. 受審の際、大変だったことはありますか

調査資料の自己評価表を作ることが一番大変でした。介護部長・施設福祉課長・主任・副主任・看護師・施設ケアマネジャー等が中心となって仕上げましたが、どのように答えればいいのか分からない設問もあり、判断に困るものは後回しにしながら進めました。

自己評価表は現場スタッフの言葉をたくさんもらわないと書けないのですが、それらの意見を一つにまとめることが、さらに大変でした。しかし、職員の声を拾う中で、それぞれ課題等、様々な気づきが得られるようになり、その後の職員の仕事に対する取り組み方・姿勢が変わりました。

## Q. 第三者評価を受審した動機は？

介護の現場というのは、外から評価をしていただく機会が少なくて、どのような形を求められているのかが分かりづらいと常々思っていました。自己満足になってしまったり、こちらが思いもよらないことでお叱りを受けたりすることもあります。外からどのように見られているか知りたいと思っていたところ、福祉サービス第三者評価事業を知り受審しました。

平成 17 年の 1 回目の受審では効果が感じられたのですが、その後職員がずいぶん入れ替わってしまったので、日々の業務の根拠をきちんと捉えることのできる職員に育ってほしいとの期待から、平成 21 年度に再度受審をしました。

## Q. 評価機関はどのように選ばれたのですか

1 回目の評価機関は、神奈川県社会福祉協議会でした。たしかモデル事業としての受審だったと思います。2 回目は、同じ評価票を使っていて比較が出来るということで、神奈川県社会福祉士会にお願いしました。本来ならば、グレード 2 が望ましいのかもしれませんが、職員が新しく入れ替わっていたので、基礎が大切と考えて再度グレード 1 を選択しました。

## Q. 評価調査に向けての作業は？

2 回目の評価は、平成 21 年度内に公表まで終わらせたいとの希望で、評価機関に連絡しました。8 月上旬に評価機関の担当者が来苑してスケジュール調整をし、12 月に訪問調査を実施することになりました。

右記の図のように、8 月 31 日に受審を申込み、11 月 1 日の評価機関への提出を目指して自己評価表などの調査書類作成に取組みました。11 月 6 日には、家族アンケートの調査キットをご家族に送付し、12 月 17 日に訪問調査を受けました。スタッフには月 1 回の課内会議で取り組み状況を報告し、現場の情報を提供してもらいました。その情報をもとに、中心メンバーが協力し合って調整をし、自己評価表を取りまとめました。自己評価表の作成には、事業所内で確認、修正を繰り返し行い、2 ヶ月かかりました。

評価機関の担当者には、直接お電話で質問をしたこともありますが、スケジュール調整で来

**第三者評価受審のスケジュール**

| 日付 | 内容 |
|---|---|
| 8/31 | 評価受審申込み |
| 9/1 | 受付受理 |
| 9/3 | 調査書類作成（各々、担当者分配） |
| 9/30 | 調査書類提出期限① |
| 10/1 | 調査書類確認 |
| 10/5 | 調査書類差戻し修正 |
| 10/20 | 調査書類提出期限② |
| 10/21 | 調査書類最終確認 |
| 11/1 | 調査書類　県社会福祉士会提出 |
| 11/1 | 県社協より、調査キット到着 |
| 11/6 | 調査キット　ご家族へ送付 |
| 12/17 | 訪問調査実施日 |

苑されたときに、「この設問では何が求められているか」ということや、書き方、まとめ方のポイントを教えていただき、監査とは違うということを実感しました。また訪問調査の当日は、職員はプレッシャーを感じていましたが、評価調査者にはこちら側の言葉を引き出していただきながら進みました。

## Q. 受審した結果、具体的な改善事例を教えてください

### ① レクリエーション委員会の発足とご家族への写真送付

家族アンケートの結果により、「生活支援のケアに加え、ご利用者が楽しみを持っていただけるようなケアを考えよう」、「ご家族にご利用者の日々の暮らしを見ていただこう」と、職員の視点が変わりました。

それを受けて、平成 22 年度には「いかに楽しく豊かに暮らせるか」をテーマに、レクリエーション委員会を発足しました。毎月の合同誕生会や敬老会、クリスマスディナー等の行事をきっかけにして、ご家族の来苑機会が増えました。職員の声かけも功を奏して、納涼祭等の行事にも、より多くのご家族に参加いただけるようになりました。

苑内に掲示された作品。大きなひまわりは、ご利用者の手型で花びらを作成しました。

また苑内の共有スペースには、苑内行事・ゲーム大会等の写真やご利用者の作品等を数多く展示しています。さらに、ご利用者の栄養状況等のコメントと一緒に写真をご家族に送付するなどし、ご利用者の生活を視覚で伝えています。

日頃の食事内容やご利用者の写真をご家族にお送りします

こういった取り組みにより、職員が様々なアイデアを出しやすい雰囲気が生まれ、職員も楽しみながらイベントを実施しています。

### ② ＰＤＣＡサイクルの活用

評価項目に「発展的サービス評価」というのがあります。事業所におけるサービスの質の向上の取り組みを、Ｐ（目標と実践計画）→Ｄ（計画の実践）→Ｃ（実践の評価結果）→Ａ（結果を踏まえての改定計画）にそって整理し、第三者評価コメントをいただくというものです。1回目の受審の時より、これは有効な取り組みと考えて、日常業務の中で職員にも実践しています。現在では、職員はそれぞれのサービス提供内容をＰＤＣＡサイクルにそって整理するようになりました。

例えば、「誤薬事故ゼロの達成」についての取組みですが、「看護師が責任を持って服薬管理を担当する」ことを目標にした第１回の受審時以来、ＰＤＣＡサイクルによる評価、改善を進めています。現在は…、

Ｐ→最終的には看護職員が服薬管理を担当するものの、更なる誤薬を防ぐために介護職員も連携をして与薬を行う。

Ｄ→介護職員がひと目で毎食ごとの服薬の有無を確認できるよう、ご利用者の配膳棚に服薬有無の色別シールを添付。同姓のご利用者や自身で薬を持ってしまうご利用者には、重ねて看護職員が声かけをする。

Ｃ→介護職員との連携ははかられたものの、食欲のないご利用者等、食事時間内に与薬できなかった場合の飲み忘れが発生した。

Ａ→服薬後の薬袋を決まった場所に置くようにして、看護職員による二重チェックをする、さらに介護職員から看護職員への声かけをしてもらう等、お互いに与薬の確認をし、協力体制を整えることにしました。

このようなＰＤＣＡサイクルによる取り組みが職員に浸透して業務に生かされるようになり、毎年２月に苑内で開催される各課の研究発表大会についても内容が充実してきました。

### ③ 地域への貢献

評価対象領域の「地域との交流・連携」を受けて、地域内に芭蕉苑という特別養護老人ホームがあることを知っていただくのが大事だという認識を得ました。まずは、一番大きな納涼祭というイベントを知っていただき、ご参加いただこうということで、公的施設にポスターを掲示し、地域の回覧板を利用して回覧をし、約600軒のお宅に直接職員がポスティングも行いました。今では納涼祭を楽しみにしていただく地域の方も増え、ご家族も交えて500～600人もの方にご参加いただけるようになりました。

納涼祭の様子はタウンニュースにも掲載されました

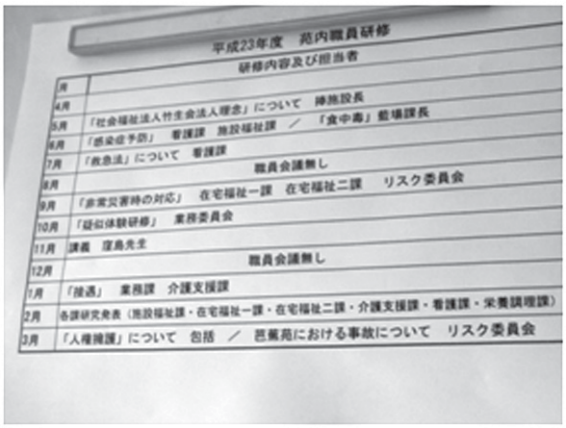
また、介護予防教室として「サロン元気」や管理栄養士によるお料理教室等の「いきいき健口（け

んこう）講座」を開催し、「介護の方法」や「車椅子の操作法」等をテーマにした介護教室にも積極的に職員を派遣しています。

### ④ 業務委員会を立ち上げ、年間研修計画に基づく研修の実施

1 回目の評価結果で「年間を通しての職員教育・研修の計画化が望まれる」という評価コメントをいただきました。それを受けて、デイサービスや地域包括支援センターも含めた全施設のメンバーで業務委員会を立ち上げ、苑内職員研修計画を毎年度立てて実行しています。

内容は、毎年 5 月の施設長による「法人理念について」に始まり、感染症予防、接遇、人権擁護、疑似体験研修等多岐にわたります。さらに 2 月には各課職員による研究発表大会も行います。又、階層別研修の年間計画や、外部研修の伝達研修も実施しています。




**年間職員研修の内容は職員が日頃通る場所に掲示されています**

### ⑤ 人権尊重をケア基準書に明示

1 回目の評価では、「人権の尊重・人権侵害禁止」について、分かりやすく明文化することが望まれる」とのコメントをいただきました。それ以降、人権の尊重･利用者のプライバシー尊重･自己決定の尊重・羞恥心の尊重について「ケアの基準書」に明示し、職員会議や苑内研修でも人権や身体的拘束の問題について取り上げ、外部研修にも積極的に参加しています。職員からは、「同じ言葉掛けでも、人権を意識しているのといないのとでは違う」との意見も聞かれるようになりました。



## ひと言アドバイス

第三者評価は、外部からは何が求められているか、施設が何を求めるかについて、課題をもらえる良い機会だと思います。そういう意味では、満点をもらわない方がいいかもしれません。もし満点をいただいたとしても、自己評価表を作成する段階で必ず課題が見えてきます。課題を見つけることが、次のステップへとつなぐチャンスだと思います。

## 第２松風園

| | |
|---|---|
| 経　営　主　体 | 社会福祉法人　大和しらかし会 |
| 施　設　種　別 | 生活介護事業 |
| 所　在　地 | 〒242-0005　大和市西鶴間 2-24-1 |
| 電話・FAX 番号 | TEL：046-274-2426 ／ FAX：046-276-9049 |
| U　R　L | http://www.oak.or.jp/index.htm |
| 定　員 | 45 名 |
| 職　員　数<br>（常勤・非常勤等含む） | 51 名（園長、サービス管理責任者、生活支援員、看護職員、理学療法士、臨床心理士、嘱託医、事務員、栄養士、調理員） |
| 施　設　概　要 | 第２松風園は、小田急線鶴間駅から徒歩８分の住宅地の中にあります。園は、昭和 52 年に知的障害者更生施設として認可され、平成 18 年には自立支援法に基づく指定支援施設として指定、平成 20 年度から自立支援法の「生活介護事業」に移行しました。<br>同じ建物では、同法人の事業である「第１松風園（知的障害児通園施設）」、「日中一時支援事業松風園」、「相談支援センター松風園」が行われています。<br>第２松風園は、現在 59 名の方が毎日通所しており、障害程度区分の平均は 5.1 です。園では、ご利用者の自立支援に向けて、一人一人に合わせた支援を行うほか、ボランティアとの連携による外出支援や、多様な地域交流、送迎の配慮や通院時の送迎・付添にも力を入れています。<br>ご利用者のそれぞれの自立に向けてご利用者・家族・職員が一つになり、さらに近隣事業所とのネットワークを大切にして取り組んでいます。<br> <br>第２松風園 |

**○第三者評価の受審について**

| | | |
|---|---|---|
| 1回目 | 評価実施時期 | 平成 20 年（2008 年）12 月～平成 21 年（2009 年）３月 |
| | 公　表　年　月 | 平成 21 年（2009 年）３月 |
| | 評価機関名 | 特定非営利活動法人　介護の会まつなみ |
| | 評　価　項　目 | 県社協グレード１ |
| | 評価結果 URL | http://www.knsyk.jp/search/3hyouka/?id=120 |

## 訪問インタビュー

第２松風園の目黒裕氏（施設長）にお話を伺いました。

### Q. 受審して良かったと感じられた点は？

訪問調査に向けて準備を進める中で、職員の意識が変わりました。自己評価表の取り組み欄に「やっています」や「あります」とだけ書いていた職員に、「それをするためには、具体的にどのような取り組みをしているのか」と再度問いかけることにより、職員一人ひとりが自分の役割を意識するようになりました。支援について見つめ直すことができ、取り組みを文章化することでマニュアルも整備されました。自己評価表作成のために意見を出し合う中で、気づきも多く、チームワークも確立されたと思います。

さらに受審後の職員アンケートでは、「ご利用者・家族の声を聞く良い機会になった」、「説明責任の必要性、大切さが理解できた」、「私たちは何をやっていかなければならないかという支援の目標が、より明確になった」等の意見も職員から出されています。

ご家族からは、「客観的に評価を受けることは望ましいのではないか」と言った反応もあり、第三者評価の受審を望ましいと考えていただけているようです。



### Q. 受審の際、大変だったことはありますか

全職員による検討会議を全部で８回行ったのですが、その日程調整が大変でした。さらにグループごとに意見をまとめるための会議を週１回ずつ位行いましたし、主任以上の幹部職員でも３回の会議を行いました。全職員による検討会議は、出来るだけ時間内に開催するようにしましたが、時間外になってしまった場合には、時間外手当を支給しました。

最初は「何でこんな忙しいときに、第三者評価を受けなければいけないのか」といった職員の不満もあり、「全職員で検討、見直しを実施する」というところまで職員の意思を統一する大変さはありましたが、だんだんと職員の方が丁寧に会議を進めるようになりました。職員にとってはマニュアル化の作業も大変だったと思いますが、とても勉強になったようです。

## Q. 第三者評価を受審した動機は？

当法人は、平成 17 年度から第１・第２松風園の運営を大和市の指定管理制度により行っています。実は、それ以前の平成 16 年 8 月に開催された指定管理を受けるための審査会の中で第三者評価についてのご質問があり、「速やかに受審します」とお約束もしていました。

「ご利用者の個人意思が尊重され、生き生きと自分らしい自立した生活を送れているのか」ということを客観的な視点で評価していただき、私たち自身を振り返る意味で受審したいと考えていましたので、職員にもそのように説明して協力を得ました。

## Q. 評価機関はどのように選ばれたのですか

第三者評価を受審するからには、同一建物内で運営している第１松風園（知的障害児通園施設）と第２松風園（生活介護事業）を一緒に受けたいという希望がありました。けれど、知的障害児通園施設の第三者評価を行っている評価機関がなかったのです。そこで、評価機関にご協力いただき、新たに知的障害児通園施設のための評価票を作成して、評価をしていただくことになりました。ご協力をいただけるということで、この評価機関にお願いしたのです。なお、現在も同じ評価機関で、２回目の評価を受審中です。

## Q. 評価調査に向けての作業は？

評価票を作っていただいていた評価機関で、第三者評価受審の準備が整ったのが平成 20 年 10 月でした。さっそく全職員を集めて、評価機関の方から第三者評価の意義と意味や、その取組方法についてのレクチャーをしていただきました。

自己評価表は、全職員で検討しました。現在提供している支援について、一つひとつ確認・見直しを進めました。評価項目の取り組み欄に「やっている」と一行で書いていた職員に対し、「どのようにやっているの？」との問いかけを繰り返しました。繰り返すうちに、職員が日々の支援を詳細に記入するようになり、行数が増えていきました。その支援の方法を具体的に文章化したものが、マニュアルになります。構えすぎずに職員の負担感を少なくするための努力でもあったのですが、職員も気づきが多かったと思います。

この自己評価表は、３人の主任ごとにまとめて、園長がさらにポイントや書き方をアドバイスして完成させて、評価機関に提出しました。

## Q. 受審した結果、具体的な改善事例を教えてください

### ① 防犯カメラの設置

ご利用者家族アンケートの結果に、「今後の防犯対策強化についての努力を期待する」という一文がありました。当園はご家族の出入りも多いため、建物の玄関入口の自動ドアや門扉はいつでも自由に出入りできる体制をとっていました。その上での防犯対策として、今年から建物の左右から門扉に向けて２台と、玄関ロビーに１台の防犯カメラを設置し、自動ドアはインターフォンを押してから開くようにしました。

当園は大和市所有の建物のため設置には市との協議が必要で、さらにプライバシー保護の観点からも調整には時間がかかりましたが、ご家族からは「防犯カメラがあると防犯対策がしっかりしているという印象で安心する」という喜びの声もいただいています。また先日、車椅子からの転倒事故が起きたときには、たまたまですが防犯カメラで状況を確認することもできました。

将来的には、室内廊下の死角になっている場所にも防犯カメラを設置できるよう検討中です。

防犯カメラを設置しました

### ② マニュアルを園内に掲示

受審により職員がマニュアルの重要性を認識し、その活用充実を検討するようになりました。受審前には先輩から後輩へ日々の業務の中で「口伝」されていた支援方法を、書いて残すことでマニュアルを作成し、常に現状に合わせて見直しもするようになりました。職員はそれにより業務内容を伝えていくことの難しさに気づき、根拠となる書類に当たる作業を繰り返すことで意識も高まりました。

さらに、そうして作ったマニュアルを常に誰でも活用でき、より良い支援が統一化されるように、今ではトイレや配膳室、屋内訓練室等の見やすい場所に掲示しています。

マニュアルは誰でも分かりやすく掲示しています
（写真：トイレに掲示）

### ③ 園独自の自己評価表の作成・実施

受審を機に、評価機関からアドバイスいただいて園独自の自己評価表（下図参照）を作成しました。ひな型を基に松風園風にアレンジした内容で、第三者評価の訪問調査前の平成 20 年 11 月に実施して以来、平成 21 年度以降は毎年度末に自己点検を行っています。

まず幹部職員が検討して、項目ごとに「できている」「できていない」のランクを記入し、それを全職員に配布して意見を求めます。まとまった自己評価表は理事会に報告し、誰でもが見られる園の掲示板にはり出しています。

**松風園自己評価表　　（2011．3）　一部抜粋**

| 基本的事項 | 判定 |
|---|---|
| 評価基準 | 22 年 |
| （1）利用申込者又はその家族に対し重要事項の説明を行う際、重要事項説明書の他にパンフレットを用意するなど、わかりやすい説明に配慮していますか。<br>□ 障害者自立支援法や関係法令についても説明している。 | |
| （2）利用申込者の利用決定の判断に役立つよう、サービスの体験利用ができますか。<br>□体験利用には実習生も含みます | |
| （3）利用者との契約は契約書を作成して行っていますか。<br>□あらかじめ契約書（約款）により契約を結ぶことにより、契約関係の適正化を図るとともにサービス利用に伴うトラブルを未然に防止することができるので、契約書を交わすことが望ましい。 | |

松風園自己評価表の項目は、

①基本的事項（12 項目）、②事業の管理・運営（9 項目）、③サービス提供体制（9 項目）、
④利用者の心身の状況や生活習慣等個別性に配慮（7 項目）、
⑤利用者の人権・意思等の尊重（11 項目）、⑥医療的管理（9 項目）、
⑦事故発生時の対応（1 項目）、⑧地域との連携（2 項目）です。

判定は、A（達成できている）、B（一部達成している）、C（達成できていない）で評価します。

### ④ あらゆる場面でのアンケートの実施

第三者評価でご家族へのアンケートを経験してから、その効果を実感し、職員は率先して様々な場面でアンケートを実施するようになりました。まず第三者評価受審後には、「受審効果」や「今後のサービス向上に向けて取り組んでいきたいこと考えていること」についてのアンケートを行いました。ほかにも、地域の方々も参加する松風園祭りや地域生活公開講座等、あらゆる場面で関係者や参加者からアンケートを回収して次回への参考としています。事業が終了するとアンケートをとって反省し、次回に活かすということが当たり前になりました。

また、３つのグループ編成で行っている日々の支援業務に関しても、例えばＡグループの業

務内容をＢとＣのグループがどう思っているかという視点でアンケートをとっています。アンケートや評価の結果は職員自身に跳ね返ってくるものですので、良い結果がでれば自信につながりますし、悪い結果でも次へのステップになると感じているようです。

**松風園祭りには近隣中学校の学生も参加して生演奏を披露し、好評です**

### ⑤ 職員の専門性の向上をめざして

ご利用者家族アンケートでは職員の専門性やスキルアップの研修実施についてのご意見をいただきました。必ずしも資格取得がすべてというわけではありませんが、園としても職員の資格取得をバックアップし、現在ではすべての職員が何らかの資格を有するようになりました。

また、内部研修については以前にも増して取り組んでおり、近隣施設との交流や他施設への実地研修の受け入れも積極的に行っています。毎月１回の講師を招いての講演会では、よりリアルタイムで具体的な内容について学べるよう事例検討会を取り入れるようになりました。一人ひとりの職員のステップアップを目指し、司会も職員が交代で担当するようにしています。

**毎月職員研修を開催して、職員のスキルアップを図っています**



## ひと言アドバイス

第三者評価を受審することで、自分の施設の弱点が分かります。評価項目は支援についての内容が中心ですので、自分たちが成長し、ご利用者支援を良くすることに直結しています。またアンケートでは、ご利用者・家族の真実の声を聞くことができ、次への励みにもなります。

評価に対してアレルギーのようなものがあるのかもしれませんが、私としては「何で受けないのかな」と思っているくらいで、知り合いにも受審を勧めていますし、当園では現在２回目の受審が進行中です。前回よりもご利用者・家族の満足度が上がっていると思いますのでさらなる期待が増える分、評価結果は下がるかもしれませんが、今は成績表をもらうようなドキドキ感を味わっています。新しい職員もおりますし、２回目の受審にも新しい発見があります。第三者評価の受審は、苦労も多いですが、得ることも多いと実感しています。

## 厚木精華園

| | |
|---|---|
| 経　営　主　体 | 社会福祉法人　かながわ共同会 |
| 施　設　種　別 | 知的障害者支援施設 |
| 所　在　地 | 〒243-0201　厚木市上荻野 4835-1 |
| 電話・FAX 番号 | TEL：046-291-0780 ／ FAX：046-291-0949 |
| U　R　L | http://www.kyoudoukai.jp/atsugi/ |
| 定　員 | 知的障害者支援施設入所：110 名 |
| 職　員　数<br>（常勤・非常勤等含む） | 177 名（支援員、事務員、看護師、栄養士、調理師） |
| 施　設　概　要 | 厚木精華園は、小田急線本厚木駅からバス約 40 分、徒歩 25 分の、豊かな自然環境の中にあります。園は、中高齢の知的障害のある方を対象とする入所施設として、平成 6 年に県立民営施設として開設し、平成 18 年度からは県の指定管理施設となりました。園の広大な敷地には、4 階建ての建物のほかに、体育館やプール、グラウンドなども整備しています。現在、平均年齢 67 歳、100 名の方が入所しています。また生活介護事業には、入所する利用者だけでなく、園運営のケアホームからも含めて 140 名が通所しています。<br>地域移行支援にも力を入れており、グループホーム・ケアホームを開設しています。園から車で 10 分ほどの距離に点在しており、現在 11 戸に 44 名の方が生活しています。<br>園では、利用者の権利擁護のための福祉オンブズマン制度「A ネット（NPO 法人厚木福祉ネットワーク）」の導入や、嚥下困難な利用者向けの介護食としての「口どけ食」の考案など利用者主体の生活支援を心がけています。<br> <br>厚木精華園 |

**○第三者評価の受審について**

| | | |
|---|---|---|
| 1回目 | 評価実施時期 | 平成 21 年（2009 年）12 月～平成 22 年（2010 年）4 月 |
| | 公　表　年　月 | 平成 22 年（2010 年）8 月 |
| | 評価機関名 | 株式会社　コモンズ 21 研究所 |
| | 評　価　項　目 | コモンズ 21 研究所 |
| | 評価結果 URL | http://www.knsyk.jp/search/3hyouka/?id=20 |

## 訪問インタビュー

厚木精華園の佐々木透氏（第２支援部長）にお話を伺いました。

### Q. 受審して良かったと感じられた点は？

まず、我々がやってきた支援や運営について、良かったのかどうかの振り返りが出来たことです。受審の結果、やってきたことの基本的なラインは間違っていなかった、進んできた方向はこれで良かったのだと確認しあうことができました。

さらにこれを機に、設立以来 16 年間分の記録やマニュアルを全園で見直しました。それにより、情報を共有化することが出来たのも良かった点です。

### Q. 受審の際、大変だったことはありますか

マニュアルは整備されていても、細かい手直しや見直しまではされていなかった部分もありましたので、16 年分の過去の記録を振り返る作業や、マニュアルを確認しなおす作業は大変でした。結果的には、それによって情報の共有化も出来たのですが、振り返り作業は全園をあげての取組みになりました。

それから、家族アンケートの回収率を上げるために、家族会に依頼してご協力いただきました。当園の入所者は平均年齢が 67 歳と高齢のため、ご家族の協力も得づらい状況です。本来、園とは独立関係にある家族会にもお願いして、毎月の家族会で第三者評価についての報告やアンケートへの協力依頼をさせていただきました。

## Q. 第三者評価を受審した動機は？

設立から16年経って、「今まで行ってきたことの振り返りをしたい」という思いがありました。それには、第三者の方に評価していただくのが一番良いということで、グレード1の受審に至りました。実は平成19年度からの当園の中長期計画の中では、平成23年度の受審が計画されていたのですが、早いにこしたことはないということで計画を1年半早めての受審となりました。

なお、同じ法人の2施設がすでに受審していましたし、県からも受けてほしいという意向はありましたが、強制ということではありませんでした。さらに当園では、次の中長期計画でグレード2の受審を計画しています。

## Q. 評価機関はどのように選ばれたのですか

当時の園長が、かながわ福祉サービス第三者評価推進機構の主催する事業者説明会に出席しました。そのときに、おおよそ候補を決めていたようです。後日、その評価機関から営業のお電話をいただきまして、お願いすることに決まりました。

## Q. 評価調査に向けての作業は？

平成21年の10月下旬に、評価機関の担当者に来園していただき説明を受けました。特に、作業の進め方などを確認し、揃えなければならない書類や資料の一覧表も渡されました。まず各課に声をかけて必要な資料を取りまとめ、過去の16年間の振り返りとともに、足りない資料、不備な資料の確認をしました。

平行して、家族アンケートを配布し、家族会等で協力を呼びかけました。さらに、職員アンケートについては、園で結果をまとめました。自己評価表の記入は、生活一課（入所・女性）、生活二課（入所・男性）、地域サービス課（ケアホーム）の各課長が課内の意見を取りまとめ、支援部長が一つにまとめて、管理職会議で話し合いました。

訪問調査は、ケアホームを含めて3日間でした。当日の本人調査は10名程度のご利用者に対応していただきましたが、ある程度話せる方にお願いしたので、特に問題はありませんでした。

それらを総合した評価結果（案）を評価機関から受け取り、園からは知的障害者の特性をご理解いただく等の補足説明をさせていただきました。それらのやり取りを繰り返して、最終結果となりました。

## Q. 受審した結果、具体的な改善事例を教えてください

### ① ご利用者意向確認の書面化の推進

個別支援計画（ケアプラン）作成についての評価の判断基準で、「策定にあたって利用者本人の思いを確認している」という項目があります。当園では人権擁護を柱に掲げており、ご利用者本人の意向については、ご家族や成年後見人の協力も得て確認の努力をしてきました。ただ知的障害者でかつ高齢者といったご利用者の特性上、書面に残すことが難しかったり、ご家族の協力を得にくいケースもあります。一つひとつの支援についてはそのつど確認をしているものの、ご利用者本人の意向を書面に記載するまでには至らない事例もありました。

評価機関とは、当園のご利用者の特性について何度もやり取りをして理解していただきましたが、それでも受審後はご利用者・家族の意向を出来るだけ書面で残すことを心がけるようになりました。

### ② 総合的な支援マニュアルの整備

評価結果で、「個別支援アニュアルについては活用されているものの、法人作成の総合的な支援マニュアルについては、十分活用されていない状況が見受けられる」との改善点をあげられました。受審を機に、非常勤職員や経験年数の少ない職員でも手順の共通認識が図れるようにするため、改めてすべてにわたってのマニュアル整備を行いました。例えば、園内診療所の受診時に医師に伝えるべき事項などの細かい部分までマニュアル化しました。

さらに、必要に応じて随時見直しを行い、より職員が活用できるようにしています。

### ③ 毎朝ＡＥＤを自己点検

「身体状況の重度化に備えて施設設備や福祉機器の点検ルール等の確立を」とのアドバイスに応じて、点検についての見直しを行いました。施設の設備等は定期的に業者による保守点検が行われています。しかし、各フロアに設置されている合計４台のＡＥＤ（自動体外式除細動器）については、いざというときに使えないのでは困るということで、毎日自主点検をすることにしました。具体的には、毎朝連絡会の後、早番の職員がスイッチを入れて電気が入ることを確認しています。それにより、職員のＡＥＤへの意識も高まり、すばやい対応につながるという効果も期待できます。

各フロアにＡＥＤが設置されています

### ④ ケアホームスタッフのための研修の充実

今までは園内の職員研修に参加してもらう程度だったケアホームのスタッフに対し、「更なる研修の充実を」というご意見をいただきました。当園では、現在 11 ホームで 30 人弱のスタッフが、世話人を担っています。今年度から、当園においてケアホームスタッフのための専門研修を年 4 回行うようにしました。テーマは、「人権について」、「業務に携わる姿勢について」、さらにご利用者のご家族にパネラーになっていただく「利用者ご家族の思い」等です。

ケアホーム・すみれホーム

外部講師をお招きすることもありますし、近隣の他法人のケアホームスタッフにも声をかけてオープンに参加できるようにしています。

ケアホームの職員・世話人への研修を開催しています

### ⑤ 防災訓練でＡＥＤの使い方をレクチャーする等自治会との協力の維持・強化

ケアホームにおいて、「日常的に地域住民の協力が得られるような関係構築」も課題として挙げられました。園や各ケアホームでは、それぞれ地域の自治会にも加入して、自治会の催しにも積極的に参加するようにしています。

さらに今年は自治会の役員になったこともあり、月１回の会議にも参加しています。今年９月の自治会防災訓練では、施設職員がＡＥＤの使い方をレクチャーする機会を得ました。また、園としても、年１回の防災訓練時には園の非常食を供出する等により、自治会との協力関係を維持しています。今後とも、日常的に地域の方の協力が得られるよう、ケアホームとしても園としても、より緊密な関係を構築できるようにしていきたいと思っています。

AED の使い方のレクチャー等、福祉の専門性を活かしています

## ひと言アドバイス

第三者評価を受審することで、今までやってきたことの振り返りができました。支援も運営も含めての全体的な振り返りです。中でも、特に良かったと感じている点は、その振り返り作業を通じて、全園で情報の共有化が出来たことです。

## 鳩の森愛の詩あすなろ保育園

| | |
|---|---|
| 経営主体 | 社会福祉法人　はとの会 |
| 施設種別 | 保育所 |
| 所在地 | 〒245-0009　横浜市泉区新橋町812-2 |
| 電話・FAX番号 | TEL：045-810-3565 ／ FAX：045-810-3666 |
| URL | http://www.hatonomori.jp/ |
| 定員 | 87名（受入年齢：0歳児（産休明）～5歳児（就学前）） |
| 職員数<br>（常勤・非常勤等含む） | 34名（園長、主任保育士、事務員、保育士（常勤・非常勤）、栄養士、調理員（常勤・非常勤）） |
| 施設概要 | 鳩の森愛の詩あすなろ保育園は、相鉄いずみ野線弥生台駅から歩いて3分の、緑に囲まれた小高い丘の上にあります。2階建ての建物は見晴らしが良く、園庭には斜面を利用して遊具を設置しています。<br>当園は平成14年（2002年）に開園しました。保育理念として、子どもたちをまん中に、保育者と父母が手をつなぎ合い、支え合い、成長し合う『共育て共育ち』と呼んで、日々の暮らしの原点にしています。<br>発達に合わせた遊びや造形活動、地域との交流等の保育全般を通じてや、保育者の風通しの良さ、父母が積極的に保育に係わることにより、この理念を実践しています。また、卒園児一人ひとりに「卒園のうた」がある等の特徴があります。<br> <br>鳩の森愛の詩あすなろ保育園 |

**○第三者評価の受審について**

| | | |
|---|---|---|
| 1回目 | 評価実施時期 | 平成18年（2006年）7月～平成19年（2007年）4月 |
| | 公表年月 | 平成19年（2007年）5月 |
| | 評価機関名 | 特定非営利活動法人　市民セクターよこはま |
| | 評価項目 | 横浜市 |
| 2回目 | 評価実施時期 | 平成20年（2008年）9月～平成21年（2009年）4月 |
| | 公表年月 | 平成21年（2009年）5月 |
| | 評価機関名 | 特定非営利活動法人　市民セクターよこはま |
| | 評価項目 | 横浜市 |
| | 評価結果URL | http://www.knsyk.jp/search/3hyouka/?id=369 |

## 訪問インタビュー

鳩の森愛の詩あすなろ保育園の瀬沼静子氏（理事長）、林和恵氏（園長）にお話を伺いました。

### Q. 受審して良かったと感じられた点は？

受審に際して、自己評価表作成のための全職員参加による学習会を行ったのですが、それによって「日々の保育の中で、職員が共通して理解しておかなければならないこと」の意思統一ができたことは、一番大きな成果でした。これまで漠然と無意識に行っていたような細かい部分まで、意識化することができました。職員間で改善に向けて、マニュアルも定期的に見直すようになりましたし、採光や照明等の施設環境も感覚ではなく意識的に注意するようになりました。

さらに学習会を通して、特にパート職員が自分たちの役割を確認することができたのも成果です。今までは遠慮したり、物怖じして聞けなかったことでも、学習会の体験を経てお互い聞きあえるようになりました。職員間の意思の疎通が深まり、職場がより明るくなったように感じます。

また、第三者評価は様々な気づきを与えてくれました。第三者評価の各評価項目と向き合うことで、豊かな保育、より良い保育のために大事なことが見えてきます。例えば、当園で毎年4月に行っている「子どもの権利条約」と「個人情報」についての勉強会でも、受審後はその大切さとポイントがより伝わって、今まで以上に有効な勉強会になっています。



### Q. 受審の際、大変だったことはありますか

自己評価表作成のための学習会を、全員参加にするための日程調整が大変でした。学習会は全部で4回開催しましたが、園ではほかにもカリキュラム会議や父母との懇談会等、多くの会議が予定されています。また、当園は夜8時まで保育をしていますので、7時から全職員参加の学習会を開始するために、同じ法人の姉妹園の協力を得て全員参加を可能にしました。その状況の中で、パートも含めた全職員が集まれるように、会議日程を設定しなければならなかったのです。1回目の学習会が、ほとんど「理念」の部分の話し合いだけで終わってしまったときには、すべての項目が終えられるのかと心配になりました。

## Q. 第三者評価を受審した動機は？

当園は 2002 年 4 月の開園ですが、当法人では 2005 年 4 月に「鳩の森愛の詩瀬谷保育園」が開園しました。この園は横浜市からの民間移管によるのですが、その際の書類審査の半数くらいが、第三者評価の項目とかなり近いものでした。そこで気づかされたこと、学びが多かったことを実感し、これからの経営運営を学ぶためにも受審を決めました。

1 回目受審の 2 年後には、常に積み重ねていくことが大事だと考えて、2 回目の受審をしました。

## Q. 評価機関はどのように選ばれたのですか

2005 ～ 6 年頃は、第三者評価がスタートしたばかりだったせいか、評価機関からの受審の働きかけが結構ありました。東京都内の事業所からも声を掛けられたほどです。お訪ねいただいた 4 社ほどの中から、そのときの相性というのでしょうか、受審施設を丁寧に理解していただけるように思える機関にお願いしました。

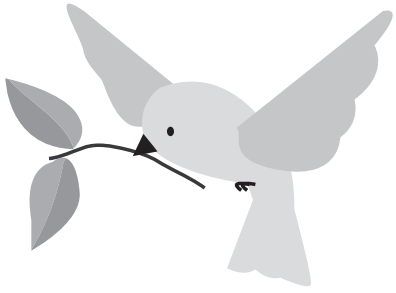
## Q. 評価調査に向けての作業は？

中心となる作業が、自己評価表の作成です。

当園では、自己評価表を全職員に配布して、個人で記入してもらいました。しかしそれらを単純に集計するのではなく、また多数決でもなく、全職員がそれを持ち寄り、学習会で項目ごとに「出来ているか、いないか」を話し合いました。学習会の前には、毎回理事長・園長・主任保育士で進め方や気づいた点などを話し合っておきました。一項目ずつ丁寧に評価項目の意味を確認し合いながら進めて、合計 4 回の学習会で全項目を終えることが出来ました。

学習会は、午後 7 時から 9 時までの 2 時間としました。2 時間分の時間外手当も支給しましたが、実際には 9 時を過ぎてしまうこともありました。





## Q. 受審した結果、具体的な改善事例を教えてください

### ① ケースファイルの活用と毎日のミニ会議で情報共有

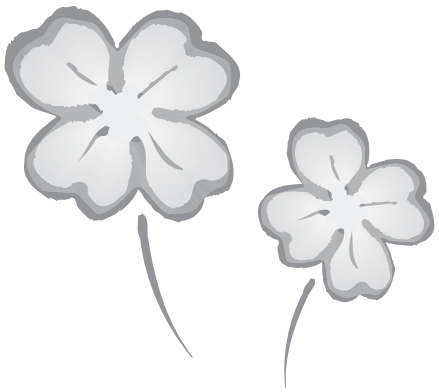
自己評価表作成のための学習会の中で、あるパート職員から「個人情報であるケースファイルを、パート職員の立場で見てはいけないと思っていた」との意見が出されました。その場で、「ケースファイルは見なければいけないものだ」との見解を統一し、その後パートの職員も自信を持ってケースファイルを閲覧、活用できるようになりました。結果、個々の園児への理解が深まり、保護者からの質問にも即答できることが多くなりました。パート職員の意識も高まり、園児を受け止める器がより大きくなったと感じます。

さらに、日々起こる変化を早い段階で共有できるように、午後 1 時 30 分より毎日「一時半会」を実施するようにしました。学習会を経験したことで、わずかのことでも職員同士で声をかけあい話し合う習慣もできましたので、様々な情報の共有がよりスムーズになりました。保護者には、どの職員が対応しても、質問に対しての答えが以前よりすぐに返ってくるという安心を感じていただけているようです。

### ② 入園前面談の実施

第三者評価を受審するまで、保育園の入園時面談に関しては、入園後に行わなければいけないと思い込んでいました。保育園に入園する児童、特に 0 歳児は発達の目覚しい時期なので個人差が著しく、毎年入園後 1 週間ほどは手探り状態が続きます。それが評価受審時に「入園が決定しているのだから、入園前に面談を実施しても良い」とのアドバイスをいただいて、3 月に個人面談を実施することにしました。ゆっくり 1 時間ほどかけての面談で、個々の園児の状況を丁寧に把握することができるようになりました。4 月の入園時にはすべてが分かっている状態なので、保護者も職員も、より安心な保育をスタートできるようになりました。





### ③「満足」ではない少数保護者へも配慮

法人理念は誰もが見える場所に掲示しています

利用者（園児）家族アンケートの総合的な評価では、1回目が97.9％、2回目が98.1％という高い割合で、「満足」または「どちらかといえば満足」というご回答をいただきました。これはとてもありがたい結果なのですが、同時に満足と答えていただけなかった約2％の保護者に対して、より丁寧な配慮をしなければいけないと思いました。

例えば、入園説明会時に説明している理念についても、「あまり知らない」とのお答えもあったことから、現在は入園時にも資料とともに説明したり、父母懇談会でも繰り返しお話させていただくようにしています。また、当園では、毎回父母懇談会の出席率がほぼ100％です。子どもぐるみで保護者同士も仲良くしていただきたいとの考えから行事も多く行っています。保護者アンケートには、それらへの参加が負担だと感じさせる回答もありました。当園の『共育て共育ち』という理念の実現に向けて保護者参加の行事が多くなることを理解いただくとともに、ご無理がないかの確認もするようになりました。受審後は、必ずしも満足とはご回答いただけなかった少数の保護者のご意見に耳を傾け、より丁寧なアプローチを心がけるようにしています。

さらに毎年の保護者アンケートは、第三者評価の家族アンケートの内容を当園流に手直しをしました。これを保護者にご協力いただき、次年度の保育に活かしています。職員が保護者の気持ちを理解するのに役立ち、それに応じた声かけなども出来るようになりました。

### ④ 使いやすいマニュアルへの見直し

マニュアルは職員の確認しやすい場所に置かれています。

1回目の受審時に「書類ファイリングの工夫を」という改善点を提示されました。「マニュアル・規定類の整備はしているが、さらにファイリング方法を工夫し、使いやすいものとすること」といった内容でした。

それ以降、「現在の状況に合っているか」という視点でマニュアルを見直し、誰もが活用しやすいように内容を整理しました。毎年4月には、定期的にマニュアルの見直しも実施するようになりました。

さらに、バラバラだったマニュアルを1冊にまとめたことにより、手に取りやすく、見やすくなったと職員にも好評です。30分早く来てマニュアルを確認する職員もみられるようになりました。

### ⑤ 環境配慮への活動参加

１回目の受審時、環境配慮についてご指導いただきましたが、その後さらに子どもたちと一緒に出来るような活動を広げています。現在では、ペットボトルの蓋を集めて海外の子どもたちへのワクチンを援助する活動にも参加しています。その際、活動目的が保護者にも伝わるよう、説明パンフレットも共に掲示しています。

**ペットボトルを回収する容器も子どもたちが参加しやすいよう工夫しています**

**園周辺の道路にはごみもなく、いたるところに花が咲いています**

また、地域の道路や公園の清掃と緑化を進めているハマロードサポーターというボランティアにも参加し、園周辺の花植えなどの活動もしています。このような活動から地域ボランティアさんとの交流も生まれ、芋掘り等の園行事にもご参加いただけるようになりました。



## ひと言アドバイス

第三者評価の受審によって、自分たちの保育を見直すきっかけを与えてもらえました。受審前には、こんな短時間で評価機関は評価できるのだろうかという不安もありましたが、実際はとても丁寧に見てくれて、さらに丁寧なやり取りの中で結果を出していただけたので安心しました。

受審してみて、評価は「ありのまま」がでるということを実感しました。保育の内容にしても、保護者との関係にしても、毎日の積み重ねが大事だということを、あらためて気づかされました。

## わくわくの森保育園

| | |
|---|---|
| 経営主体 | 社会福祉法人　ＩＣＡ |
| 施設種別 | 保育所 |
| 所在地 | 〒230 － 0022　横浜市鶴見区東中町 12-27 |
| 電話・FAX 番号 | TEL：045-508-1858 ／ FAX：045-521-2275 |
| U R L | http://www.kidslink.jp/wakuwakunomori/ |
| 定員 | 60 名（受入年齢：0 歳児（産休明）～ 5 歳児（就学前）） |
| 職員数<br>（常勤・非常勤等含む） | 23 名（園長、主任保育士、事務員、保育士（常勤・非常勤）、栄養士、調理員（常勤・非常勤）） |
| 施設概要 | 　わくわくの森保育園は、京浜急行鶴見市場駅から徒歩 10 分の下町情緒の残る住宅街の中にあります。園の裏にはＪＲ線の線路が見渡せ、電車が行き交う様子が見られます。<br>　当園は、平成 18 年（2006 年）に開園し、現在では定員を超える 72 名が利用しています。日々の保育では、保育目標の「みんなの森」「個性の森」「わたしの森」「よろこびの森」「見守りの森」を大切にして実施しています。特に、人と関わる力・自主性・主体性を追求するためにチーム保育・異年齢児保育の推進や、子どもの発達に合わせた個別計画を策定し、子どものありのままを受容する保育を心がけています。<br> <br>わくわくの森保育園 |

**○第三者評価の受審について**

| | | |
|---|---|---|
| 1回目 | 評価実施時期 | 平成 19 年（2007 年）3 月～ 9 月 |
| | 公表年月 | 平成 19 年（2007 年）9 月 |
| | 評価機関名 | 社会福祉法人　横浜市社会福祉協議会 |
| | 評価項目 | 横浜市 |
| 2回目 | 評価実施時期 | 平成 21 年（2009 年）4 月～平成 22 年（2010 年）3 月 |
| | 公表年月 | 平成 22 年（2010 年）3 月 |
| | 評価機関名 | 特定非営利活動法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ　ナルク神奈川第三者評価事業部 |
| | 評価項目 | 横浜市 |
| | 評価結果 URL | http://www.knsyk.jp/search/3hyouka/?id=38 |

## 訪問インタビュー

わくわくの森保育園の楠本敦子氏（園長）にお話を伺いました。

### Q. 受審して良かったと感じられた点は？

1回目の受審は、保育園自体がスタートしたばかりだったので、毎日の保育で精一杯という状況ではありましたが、園の保育内容の確認ができたのは良かった点です。

じっくりと第三者評価に取り組むことができた2回目の受審では、全職員が参加できたこと、そして自己評価をする中で様々の気付きを得られ、職員の資質向上につながったことが実感できました。例えば、普段の保育で当たり前にやっていたことが、評価項目から「なるほど意味のあることだった」という気づきや、「保育計画や保育目標を作り、振り返って、見直すこと」の大切さ、「事業計画会議の意義」等についてです。当園では、特色のある保育を実践しているため、どうしても高評価を得られない項目もありますが、それらについても自分たちの保育内容の確認になりました。

さらに利用者家族（保護者）アンケートでは、かなり手厳しいご意見も頂きましたが、たくさんの気づきを頂き、改善へとつなげることができました。

また、理事長や園長としては、自己評価表を一つにまとめる作業の中で、職員がどう考えているのかを把握することができ、職員へのさらなる情報公開の必要性も感じました。



### Q. 受審の際、大変だったことはありますか

園受審前には、自己評価項目の数が多いので敬遠してしまう気持ちがありましたが、大変なのはその自己評価に関する作業くらいでした。

職員は、自己評価の勉強会前に行う評価票の記入が大変だったと思います。全職員が時間外作業になりましたし、評価点だけでなく、工夫点をたくさん文章で書いてもらいました。また、運営に関する評価項目等の記入が「難しい」という声もありましたが、それもそれぞれが今の立場で解釈、理解をしてくれたようです。職員から、「やりたくない」という声は聞かれませんでした。

## Q. 第三者評価を受審した動機は？

オープンしたてだった 1 回目は少々チャレンジでもあったと思いますが、「保育園のスキルアップ」と、新しい職員も多い中で「保育を共有したい」との思いもあって、受審に踏み切りました。受審当時に当園園長でもあった現法人理事長が、東京都の第三者評価調査者をしていることもあり、第三者評価のメリット等については普段からよく話されていて、「受審しましょう」という雰囲気がありました。

さらに、3 年間隔で第三者評価を受審しましたので、平成 24 年度には 3 回目の受審があるかもしれません。

## Q. 評価機関はどのように選ばれたのですか

2 回目の受審の時には、プレゼンテーションをして決めました。法人内の保育園や親しくしている保育園 4 ヶ所が集まって、3 社の評価機関にお出でいただきました。その中で、「利用者家族（保護者）アンケートの内容をすべて報告していただける」ということが決め手のひとつとなって、評価機関を決めさせていただきました。4 保育園とも同じ評価機関で受審しました。

次回もまた数ヶ所の保育園と協力して、プレゼンテーションで選ぶかもしれません。評価結果を比較できるというよりは、色々な評価機関での第三者評価とその結果を経験できるメリットもあると思います。

## Q. 評価調査に向けての作業は？

平成 20 年度末に、評価機関のプレゼンテーションを行い、新年度に入って平成 21 年 4 月に評価機関を決定しました。同時期に、職員に説明をし、保護者にも第三者評価の受審についての協力依頼を園入口の掲示板に掲示しました。

6 月から勉強会の中で自己評価作成を開始し、10 月には自己評価表を評価機関に提出しました。当園では、職員はリーダー、中堅、新人のグループに分けて、それぞれで毎月 1 回の勉強会を行っているのですが、その勉強会の中で 5 ヶ月かけて自己評価表に取り組みました。具体的には、項目ごとに個人でＡ・Ｂ・Ｃ評価の点を入れ、特記事項のところに工夫点などを書き込んで持ち寄り、話し合いをしました。勉強会では、自分が気づかなかった点に気づくことができました。さらに意見交換をすることでお互いの考え方を理解し、気持ちを統一することに繋がりました。3 つのグループの自己評価表を、理事長、園長、主任の 3 人で 1 つの自己評価表にまとめました。グループによって違う評価だった場合には、工夫点を読み込んで最終自己評価表に反映しました。

11 月に訪問調査を実施し、翌 1 月末に報告書が出来上がりましたが、その間評価機関の担当者が何度も来園してくださって、中間報告や内容確認の話し合いをしました。

## Q. 受審した結果、具体的な改善事例を教えてください

### ① 保護者懇談会の定例開催

利用者家族（保護者）アンケートの結果から、当園の保育理念や保育の特長を、入園時だけでなく繰り返し保護者に伝えることの必要性を感じ、2回目の受審以降毎年1回保護者懇談会を開催しています。そこで、「保育の中でこんな事を大切にしています」とか、「子どもたちは今こんなことに興味を持ち、こんなふうに成長しています」、さらに「年度後半に向けてこんなことをしていきます」等を伝えています。

保護者も、普段なかなか言えないことでも機会を設ける事によって、例えば「好きな遊びだけしているのか」「お勉強の時間はあるのか」「異年齢児保育について」等のご意見を頂き、「異年齢の子ども同士の関わり」、「自主的な活動」、「主体性の尊重」といった当園の保育の特長を説明することもできました。

保育時間内の平日17時～19時という短時間ではありますが、7～8割の保護者にご参加頂き、保護者からは「子どもの様子が良くわかる」という声もいただきました。

### ② 送迎時の保護者への声かけ意識の共有化

利用者家族（保護者）アンケートの「送り迎えの際のお子さんの様子に関する説明について」の項目で、満足度の合計が52%という低い結果をいただいてしまいました。全体としては高評価をいただけていただけに、この結果がものすごくショックで、さっそく送迎時の職員の対応や勤務のシフトを見直しました。

担任以外の職員でも保護者に子どもの様子が伝えられるように、それぞれの子どもの活動に関わった職員がパソコンに入力して記録を残し、全職員が把握することのできるシステムがあります。入力時間も基本的に仕事終わりの15分を当てることに決めました。今では、パソコンの入力も習慣化して、臨機応変に対応ができるようになりました。

声かけが功を奏して、以前はお話する機会の少なかった保護者から声をかけていただくことや、家庭での様子までお聞きすることもできるようになりました。より保護者からも声を掛けていただくと同時に子どもたちにも、にこやかな笑顔で接することができるよう保育室の入り口に笑顔チェック用鏡をセッティングし、新人職員にもできる範囲から努力してもらっています。大きな苦情となる前に、日頃から保護者の方と密接に情報交換することを目標としています。

写真を目指して笑顔をチェック

### ③ 園だよりの内容を充実

わくわくだより（園だより）は保育の内容の分かりやすいエピソードがたくさん入っています

利用者家族（保護者）アンケートの結果で、もう 1 項目満足度が低かったのが「園だよりなどでの情報提供について」でした。そこで、園だよりで園の保育の特長が分かっていただけるように、具体的な園でのエピソードを多く紹介し、10 ページを超える園だよりを毎月発行しています。

例えば運動会のとき、当園では異年齢の子どもが一緒に踊ったり、子どもたちが保護者と一緒の席にいて出番になったら自ら出て行くことを大切にしています。それは、自主性、主体性を尊重してのことなのですが、なかなかご理解頂きにくい部分でもありますので、運動会前の園だよりも活用して、園の理念や特長も合わせて知っていただくようにしています。

園だよりには、異年齢の子ども同士のかかわり等、子どもたちの様子を具体的な内容で数多く紹介しています。名前は個人情報の観点からイニシャルにしていますが、それもまた保護者の話題にもなっているようです。

### ④ 毎週水曜日に園庭開放を実施

園庭では毎日子どもがのびのびと遊んでいます

1 回目、2 回目の評価結果で、「日を決めての育児相談の実施を」というアドバイスをいただきました。そこで、開園時からの懸案事項でもあった園庭の開放を毎週水曜日の午前中に実施し、同法人の前市場保育園長が地域子育て支援担当として相談にも対応をしています。0 歳～ 2 歳時の親子を中心に毎回数組が訪れており、親御さんは「離乳食を食べない」等の身近な相談や、「ハイハイし始めました」といった発育状況等の話をされていきます。子どもたちは、園児とも、自然な形で交流をしています。

### ⑤ 一時保育の開始

評価結果で課題とされた「地域支援の充実」の一環として、2回目の受審前から、一時保育の受入れを開始しました。離乳食終了後から修学前までのお子さんが対象ですが、1歳児のご利用希望の方が圧倒的に多いです。そのため沢山のお子さんをお預かりする事が難しくなっています。

多くの人にご利用してだきたいので予約制にしていますが、1ヶ月前の1日から申込みを開始すると、4日ほどでいっぱいになってしまいます。

一時保育の子どもも園児と一緒に過ごします

## ひと言アドバイス

利用者家族（保護者）アンケートでは、保護者の満足度が低い項目もあって大ショックを受けましたが、園としても改善すべき点をあえて引き出していただけて大変ありがたかったです。

自己評価表を作成するのに、全職員が同じ土俵で参加でき、全員で考えられたことはとても良かったと思います。A・B・Cの評価以外にも職員が工夫点を書き出すことで、できていない点だけでなく、「この部分はこれからも続けていこう」という自分たちの良いところを自分たちで再確認しあうこともできました。園全体で積極的に自己評価に取り組むことによって、自己評価をすることが職員の資質向上に繋がるということも実感できました。

## 東中野島保育園

| | |
|---|---|
| 経営主体 | 川崎市 |
| 施設種別 | 保育所 |
| 所在地 | 〒214-0012 川崎市多摩区中野島 4-4-15 |
| 電話・FAX 番号 | TEL & FAX：044-922-8173 |
| 定員 | 120 名（受入年齢：生後 5 カ月～ 5 歳児（就学前）） |
| 職員数<br>（常勤・非常勤等含む） | 24 名（園長、保育士、看護師、業務栄養士、用務員、嘱託医） |
| 施設概要 | 川崎市立東中野島保育園は、小田急線・ＪＲ南武線の登戸駅から徒歩 20 分の住宅地の中にあります。田園風景に囲まれ、近くには多摩川も流れ、自然環境豊かな場所に位置しています。<br>当園は、昭和 51 年（1976 年）に開園し、以来地域の自然に親しみながら、心豊かな子どもを育ててきました。現在は定員を超える 126 名が利用しています。<br>当園の方針は、「にこにこ＋きらきら＋らんらん＝東中野島保育園」です。子ども一人一人の思いを大切に受け止めること、自然との触れ合いや戸外遊びを充実することで丈夫な身体づくりを目指し、友達や様々な人との関わりから共感や思い居やりの心、豊な心をはぐくんでいきます。<br> <br>東中野島保育園 |

**○第三者評価の受審について**

| | | |
|---|---|---|
| 1回目 | 評価実施時期 | 平成 21 年（2009 年）11 月～平成 22 年（2010 年）3 月 |
| | 公表年月 | 平成 22 年（2010 年）3 月 |
| | 評価機関名 | 株式会社　R-CORPORATION |
| | 評価項目 | 川崎市 |
| | 評価結果 URL | http://www.knsyk.jp/search/3hyouka/?id=28 |

## 訪問インタビュー

東中野島保育園の清野祐子氏（次席）にお話を伺いました。

### Q. 受審して良かったと感じられた点は？

第１に、「保育をする、保育園を運営する」という基本的なことでの合意が、職員全体でとれたことです。話し合いを重ねる中で、直接保育に携わるものだけでなく、看護も用務も同じラインに立てたと感じることが出来るようになりました。

第２に、マニュアルが充実して、より活用できるようになったことです。

第３には、ご利用者（保護者）アンケートの結果によって保護者の考えていることが分り、その後の保育の参考になりました。私たちが思っていた視点と違う部分も多く、目からウロコの思いでした。

### Q. 受審の際、大変だったことはありますか

職員は日常の保育に加え、自身の自己評価表を作成し、そのための根拠となる資料に当たり、もちろん会議にも出席しなければならなかったので時間を作るのが大変でした。会議も、全体会や乳児・幼児の年齢別に加え、栄養士、看護師、用務等の管理部門、食育や子育て支援などのグループ別等、週２～３回ほど開かれました。園長や次席は、まとめ作業を行うために全ての打合せや会議に出席していました。ただ、第三者評価は「仕事の一環として、受審しなければならないこと」と受け止めていたので、職員からの不満というのはありませんでした。

さらに、自己評価が高くならない部分については、どのように改善していくかの意見がなかなかまとまりませんでした。また、評価項目の特記事項の記載やマニュアルの作成では、分かりやすく端的に文章化するのが難しかったです。

## Q. 第三者評価を受審した動機は？

当園は川崎市立の保育園です。川崎市では、すべての市立保育園が受審できるよう計画的に進めています。受審費用についても、計画的な受審を図るため、一括で予算を組んでいます。その中で当園も第三者評価を受審しました。

## Q. 評価機関はどのように選ばれたのですか

評価機関についても、計画的な受審を図るため、一括して川崎市の業者選定のルールに基づいて、決めています。

## Q. 評価調査に向けての作業は？

第三者評価を受審することは決まっていたのですが、その時期については当該年度の園長会で打診され、その後、市からの正式通知が届きました。訪問調査を年度内のいつ頃受けるかも決められているので、園としてはそれに向かって準備を始めました。評価機関との最初の打合せは、平成 21 年 11 月に行われ、評価の流れや調査内容について説明を受けました。

川崎市立保育園の場合、いつ受審するかに関係なく、第三者評価の自己評価表は事前に配布されています。当園でも、自分たちの保育を見直すということと、いつ受審をしても大丈夫なように、日頃から自己評価表を活用して全職員による話し合いを行っていました。ですから、どのような項目があり、どう保育を捉えるかというところまでは、職員も分かっていたと思います。

自己評価表の作成については、事前に全職員が評価のチェックを入れて持ち寄り、話し合って具体的にしていきました。考え方をどのように統一し、マニュアルに反映していくかという作業を項目ごとに繰り返しました。川崎市の保育園では、おのおの園独自の保育計画を作成しているため、当園の保育計画や保育の考え方を改めて確認しあう場となりました。項目ごとに「a 評価」にするか「b 評価」なのかを念入りに話し合いながら、園長と次席が特記事項に記載する内容も掬い取っていきました。話し合いは、新年度の 4 月から翌年 1 月の自己評価表提出時期まで、ほぼ一年続きました。

## Q. 受審した結果、具体的な改善事例を教えてください

### ① 活用できるマニュアルの整備

自己評価表を作成するにあたって、保育について、また保育園の運営について全職員で話し合いました。その成果として、この項目については、このような根拠・考え方で、園としてはこういう保育を行うということを、職員一人ひとりが自信を持って言えるようなりました。その話し合いの内容をもとに、今までのマニュアルをより深めることが出来ました。そこまで話し合ったおかげで、職員は自分たちの保育をきちんと表に出せるようになったと感じます。マニュアルも綺麗に整い、より活用されるようになりました。

### ② 全園児・保護者に対して全職員が対応をする

ご利用者（保護者）アンケートの結果を受けて、園では改善プロジェクトを立ち上げました。その中でまず取り組んだのが、「すべての園児に対し、全保育士が自分のクラスの子どもと考えて、園児にも保護者にも接する」という取り組みです。アンケート項目の「クラス担任が不在でも、他の保育士等に日中のお子さんの様子を気軽に聞く雰囲気がありますか」という問いに対して、「はい」の回答が 70％を割ってしまいました。そこで、「保育園にいる間は、みんなが子どもを見てくれていると感じていただけるようにしよう」と話し合い、担任以外の子どもでも褒めたり叱ったりし、気づいた点等は保護者に積極的に報告をするようにしました。

現在、園には 106 世帯・126 人の子どもたちが通ってきていますが、日頃からケース検討会を行っていますし、全部の園児と保護者を覚えて声かけをするのはそんなに難しいことではありませんでした。パートも含めて全職員の意識改革をすることと、保護者には送迎時に子どもの名前を書いたＩＤカードを装着していただくことで、スムーズに実現することが出来ました。

### ③ お便りを使っての情報発信

ご利用者（保護者）アンケートでは、保護者から「保育士が忙しそうで声をかけづらい、もっと話したい」「うちの子を見てくれているの？」という具体的なお声もいただきました。そこで、直に保護者とお話する機会を増やすのはもちろんですが、お便りを使って子どもたちの成長ぶりや興味を持っていること等をお伝えすることにしました。園の保育士が、一人ひとりの園児を、しっかり見つめていることも伝わると考えたのです。

保育内容を伝えるためにたくさんのお便りを出しています

お便りの回数が増えても、出来るだけ無駄な作業が省けるように、お知らせやお便り、カリキュラムの定型化した部分はデータ化しました。最初の一年は大変でしたが、データ化の促進により変更だけで使える資料も多くなり、人が異動しても引き継げるようになりました。園にある３台のパソコンを使い、それぞれＵＳＢでデータ保存をしています。

### ④ 施設環境を明るく、清潔に改善

昭和 51 年設立の当園は、園舎が築 35 年ということもあり、保護者に明るく清潔とはいえない印象を持たれてしまいました。また、下駄箱が室内にあるため、子どもたちの出入りにより廊下に砂が落ちてしまうことも多く、ご利用者（保護者）アンケートでも、「園内の清潔・安全が保たれている」とお答えいただいたのは 80％との結果でした。そこで、子どもたちの通園時や園庭に出たときには、すぐに廊下を掃くことを徹底し、夕方の担当者が必ず掃除機をかけるようにしました。

玄関先にはカラフルな下駄箱があり、園全体が明るい印象です

また、古い園舎ではありますが少しでも明るくなるように、園児用下駄箱をカラフルにペイントしました。さらに、古く壊れかけていたトイレのドアも、明るい色へと取り替えました。

### ⑤ 施設空間の活用

園内が保護者にとっても居心地の良い場所であり、情報発信の場にもなるように改善しました。玄関脇には椅子と机と絵本を並べた本コーナーを設置し、季節を感じられる小物等も並べています。このコーナーは好評で、２階の乳児用スペースにも絵本コーナーを作りました。階段の踊り場には、季節にあった子ども服をコーディネートして展示しています。

また、今まで漠然と貼り出していたお知らせ等も、インフォメーションコーナーに発信者や項目ごとに場所を決めて掲示し、市・区役所からのお知らせはファイルしていつでも閲覧できるようにしました。

１階の本コーナーは机と椅子を設置し、いつでも本が読めます

発信者が分かりやすいように色分けして情報発信

保護者に向けて季節に合わせた服装を掲示します



## ひと言アドバイス

古い建物ではありますが園内も少しずつ綺麗になってきていますし、園便りや掲示板を利用して、何のためにこういう保育をやっているのかという思いも伝えられるようになりました。保護者も気になった所があれば率直に指摘してくれるようになったと感じますし、行事後のアンケートでは以前より表現が穏やかになっていて、保護者が好意的に見てくれているように思います。

第三者評価を受審したことにより、職員は一つ一つの保育を、より深く、もう一歩踏み込んで考えられるようになりました。自分たちの保育について、言葉で伝えられるようになったのは大きな成果だと思います。

## ＹＭＣＡあつぎ保育園ホサナ

| | |
|---|---|
| 経　営　主　体 | 財団法人　横浜ＹＭＣＡ |
| 施　設　種　別 | 保育所 |
| 所　　在　　地 | 〒243-0018　厚木市中町 3-2-6　Ｔビル 4 階 |
| 電話・FAX 番号 | TEL：046-222-8619 ／ FAX：046-223-2101 |
| Ｕ　　Ｒ　　Ｌ | http://www.yokohamaymca.org/childcare/atugi-hosana.html |
| 定　　員 | 60 名（受入年齢：0 歳児（産休明）～ 5 歳児（就学前）） |
| 職　員　数<br>（常勤・非常勤等含む） | 26 名（園長、主任保育士、事務員、保育士（常勤・非常勤）、栄養士、調理員（常勤・非常勤） |
| 施　設　概　要 | ＹＭＣＡあつぎ保育園ホサナは、小田急線本厚木駅から徒歩約 5 分のオフィスビルの建ち並ぶ中にあります。ビルの 4 階の 1 フロアを利用して運営していますが、園の中は開放感があり、小規模のためアットホームな雰囲気です。<br>当園は 1989 年に無認可保育園として開園し、その当時から長時間保育や自園調理などの先駆的な取り組みを行っていました。2003 年に認可保育園に移行し、2009 年には 20 周年を迎えました。<br>横浜ＹＭＣＡの保育方針は、子ども・家庭・地域に対して「子どもが愛されていると感じられる」、「家庭と手を携え、子どもの成長を共に喜び合える」、「地域の人々とふれ合い、地域と連携して」保育を行うこととしています。<br>特に、ユニークで子どもに分かりやすい食育の取り組みや、ビル型の保育園の弱点をカバーする豊富な自然体験などに力を入れています。また、地域の方々にも参加していただける子育て支援事業も行っています。<br> <br>YMCA あつぎ保育園ホサナ |

**○第三者評価の受審について**

| | | |
|---|---|---|
| 1回目 | 評価実施時期 | 平成 21 年（2009 年）7 月～平成 22 年（2010 年）3 月 |
| | 公　表　年　月 | 平成 22 年（2010 年）4 月 |
| | 評 価 機 関 名 | 株式会社　学研データサービス |
| | 評　価　項　目 | 横浜市 |
| | 評価結果 URL | http://www.knsyk.jp/search/3hyouka/?id=290 |

## 訪問インタビュー

ＹＭＣＡあつぎ保育園ホサナの齋藤信氏（園長）、中野恵子氏（主任保育士）にお話を伺いました。

### Q. 受審して良かったと感じられた点は？

全職員が自己評価に取組み、さらにその結果をまとめる全職員参加の検討会議を通して、当園で「出来ていること、出来ていないこと」の確認ができました。運営面に関することや地域での役割等、保育園に求められている機能についての理解も深まり、職員にとっては研修効果もあったと思います。皆が同じ目標に向かって取り組む中で、協働していくという意識も強くなりました。

また、保護者の意見を、いつもとは違った角度から伺うこともできました。保護者会での反応からは概ね好評価をいただけたと感じています。質の改善に誠実に取組んでいる園という印象を持ってもらえたようです。利用者家族アンケートをうけて改善した点については、何人かの保護者からお礼の言葉も頂戴しました。

### Q. 受審の際、大変だったことはありますか

強いて言えばですが、職員皆が受けようという気持ちになるまでが大変でした。第三者評価を受けると退職者が出るという噂のようなものまであって、恐怖感を持っている職員もいたのです。そこはタイミングを計りつつ説得をしました。もちろん、受審によって退職した職員は一人もおりません。

あとは全職員が自己評価に取り組みましたので、それらをすべて一覧表にする集計作業と、全員が参加できるように検討会議を設定することが大変でした。しかし、終わってみると監査ほど大変ではないという印象です。

### Q. 第三者評価を受審した動機は？

一番の動機は、保育の質を高めたいということです。また比較的若い職員が多い中で保育の質を高めるためには、「今の当園の保育のありのままの姿を客観的に評価していただいて、直すべきところは直していく」のが一番良いと考えました。

さらに、第三者評価の受審は、横浜ＹＭＣＡの法人園長会の既定方針にもなっています。この時期、保育所保育指針の改定にあわせて保育スタンダード（横浜ＹＭＣＡの保育理念、保育

目標、保育方針をまとめたもの）を作り、職員で話し合って保育課程も策定しました。職員の異動が少なかったこともあり、ちょうど機が熟したと思って受審しました。

## Q. 評価機関はどのように選ばれたのですか

横浜ＹＭＣＡでは、県内に 12 ヶ所の保育園がありますので、すべて同じ評価機関と一括契約をしています。ですから、当園で選んだということではないのですが、法人全体のことを分かっていただいているし、評価票も同じということで、次回受審する際には、同じ評価機関にお願いしたいと思っています。

## Q. 評価調査に向けての作業は？

**第三者評価受審の流れ**

| 時間経過 | 保育園・職員の動き | 保護者への働きかけ |
|---|---|---|
| 2009 年<br>３月頃 | ◆受審を決意 | |
| ４月 | ◆職員会議で発表 | ◆受審を意識して、４月から園だより表紙に保育理念、保育目標を掲載<br>◆保育課程の説明などの連載開始<br>◆前期保護者会で園の理念、方針、目標を説明 |
| ６月 | ◆かながわ福祉サービス第三者評価推進機構の説明会（平塚）に参加 | |
| ７月 | ◆評価機関（学研Ｒ＆Ｃ（現：学研データサービス））と契約、打ち合わせ | |
| ８月 | ◆職員会議にて、評価機関による説明会実施 | ◆園だよりで初めて受審することを告知 |
| ９月 | | ◆後期保護者会で説明（受審の目的、日程、ご協力いただく内容など）了解いただいた |
| 10 月 | ◆自己評価記入資料配布<br>全職員が記入し、集計 | |
| 11 月 | ◆第１回検討会議<br>◆職員アンケート配布 | ◆保護者アンケート告知<br>◆保護者アンケート配布 |
| 12 月 | ◆第２回検討会議 | |
| 2010 年１月 | ◆事前提出書類を評価機関に提出（18 日） | |
| ２月 | ◆訪問調査（15 日、16 日） | ◆園だよりで経過報告 |
| ３月 | ◆評価結果受け取り、ホームページアップ内容の確認 | |
| ４月 | ◆評価結果を職員会議で説明、改善等の協議<br>◆できる部分から対応開始 | ◆前期保護者会で評価結果公表、ご協力へ感謝し、改善等の考えを説明、欠席者には会の記録をお渡しした |

53 ページの図は、受審決定から終了までの 1 年間の流れです。職員の動きと、保護者への働きかけをまとめました。

この中で、まず決めたのは訪問調査日です。準備期間が十分に取れることと、比較的園の行事の少ない時期ということで、2 月 15 日、16 日を訪問調査日として設定しました。それに従い、事前書類の提出が 1 月、全職員での自己評価表記入開始が 10 月となりました。パート職員も含めた全職員分の自己評価表を保育主任が一覧表に集約しましたが、これには項目ごとの判定の数だけでなく、一人ひとりの判定根拠、意見もすべて入れ込みました。その一覧表をもとに、11 月と 12 月に全職員参加による検討会議ですべての判定項目を検討し、意見交換、確認作業をした上で園としての自己評価表をまとめました。

保護者に対しては、年 2 回の保護者会と「ホサナだより」を活用してご理解・ご協力をいただくことに努めました。

## Q. 受審した結果、具体的な改善事例を教えてください

### ① 定期的な育児相談の実施と子育て支援事業の充実

評価結果の期待したい点で、「育児相談も含め、より一層の地域に根付いた取組の検討を」というアドバイスをいただきました。それを受けて、随時お受けしていた育児相談を予約制とし、担当者を決めて毎週定期的に開催することにしました。ポスターやチラシを作成し、園での掲示、チラシ配布だけでなく、厚木市子育て支援センターや厚木ＹＭＣＡにも掲示するとともに、園のホームページやホサナだよりにも掲載しました。PR 効果に加え、きちんと時間をとって相談に応じられるということで、保護者からの反応も増えました。

保護者の確認しやすい場所に掲示された子育て相談のチラシ

現在は定期的というだけでなく、予約制でご都合の良い日にお受けするという形に進化していますが、予約電話でそのまま相談を受けたり、入園見学のときにポスターを見て相談される方に対しても、臨機応変に対応しています。

また、日頃から相談しやすい環境を作ることが大切と考え、子育て支援プログラムの内容は人形劇や音楽会など単発のイベント的なものから、少人数で複数回開催できる「親子クッキン

大人気の親子クッキング！

グ」「ベビーマッサージ」「子どもの写真を使っての絵本作り」等にシフトさせてきました。参加者の希望で次回のテーマを決めたり、講座の中でも気軽なおしゃべりから相談をうけられるように工夫しています。最近では、近隣のエリアからも講師派遣を依頼されるようになり、講師の数やテーマを増やす等、体制を整えています。

これらにより、保護者の敷居が低くなって気軽にご相談いただけるようになったと思います。ご相談いただく件数も増えています。

### ② セキュリティの強化

利用者家族アンケートの「外部からの不審者侵入を防ぐ対策について」の項目で、「どちらかといえば不満」の声が 20％超ありました。「セキュリティの強化をしてほしい」といった声に応えて、まず４階玄関内にも防犯カメラを増設しました。さらに閉め忘れを防ぐため、玄関ドアをオートロックに変更しました。IC カードをかざしてドアを開閉するというタイプのものです。

**玄関ドアからの出入りが確認しやすい場所に防犯カメラを設置しました**

以降、数名の保護者から「安心した」との反応をいただき、半年に１回実施しているアンケートでもセキュリティに関する苦情・要望がなくなりました。これからも、安全面は常に第一に考えてやっていきたいと思っています。

### ③ より活用できる保護者アンケートに変更

第三者評価の受審によって「保育方針」「理念」を保護者に知っていただくことの大切さを感じ、年２回当園で実施している保護者アンケートの質問項目に新たに加えました。さらに、これまでは意見を記入してもらうだけのアンケートでしたが、第三者評価の利用者家族アンケートを参考にして「満足している」「していない」「どちらでもない」という三択を加えたところ、回答していただく保護者が増えました。より多くの保護者からお声を頂戴し、園の運営により有効活用できるアンケートになりました。

### ④ 職員に対しての情報提供場面を増やす

ロバの喫茶は子どもたちや保護者同士の交流の場になっています

全職員に自己評価表を記入してもらった結果、園の運営面などの情報が必ずしも職員に行渡っていないということが分かりました。それらの情報を、職員マニュアルや園のしおりを活用して盛り込んだり、意識的に職員休憩室に掲示したり、連絡ノートで細かい情報まで伝わるように改善しました。

また、常勤職員の会議は月１回開催していますが、この他にパート職員のミーティングも年４回に増やしました。さらに、様々な場面で共通理解のための会議・打合せが増えましたが、それによって職員のやる気も向上し、自分のやり方も他の職員に伝えなければという気風が出てきました。

例えば、職員運営により月１回開催される「ロバの喫茶」も、最近では手作りクッキーを提供する等、職員のさまざまなアイデアと楽しむ工夫によって参加者が増えています。「ロバの喫茶」は「東日本大震災復興支援」や「アジアの子どもたちへの国際・地域協力」のための募金活動の一環として行っているものですが、今では集まってくださる保護者同士の交流の場にもなって、保護者のゴスペルサークルも誕生しました。

### ⑤ 共同防火管理協定の整備

当園は、ビルの４階に立地するということもあり、「今後同じビル内の方々との共同防火管理の協定を結ぶなどの対策強化を期待します」との評価結果を頂戴しました。さっそくビルのオーナーに働きかけて、受審の翌年度には共同防火管理協定を整備し、消防署にも届け出ました。今後も、定期的に見直し、安全・安心のための体制を維持、強化していきたいと思っています。



## ひと言アドバイス

初めは、受審に対して抵抗もあったのですが、結果的には様々なところで効果を実感でき、受けてよかったと思っています。当園では、第三者評価受審後、保護者からの苦情がなくなりました。小さな要望はありますが、大きな苦情はいただいていません。

準備が出来てから受けようと思っていると、いつまでたっても受けられなくなるので、必要と思ったときに、思い切って受審するのがいいと思います。第三者評価を受けることで、学びもありますし、改善・自信にもつながっています。

# 第４章　かながわ福祉サービス第三者評価推進機構とは

かながわ福祉サービス第三者評価推進機構

かながわ福祉サービス第三者評価推進機構（以下、推進機構）は、国の指針及び県要綱に基づき神奈川県における福祉サービスの第三者評価を推進するための中核的組織として、社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会が運営し、県と協働で第三者評価を推進しています。

### （１）推進機構の役割

推進機構は、福祉サービス第三者評価の推進のため、様々な役割を担っています。

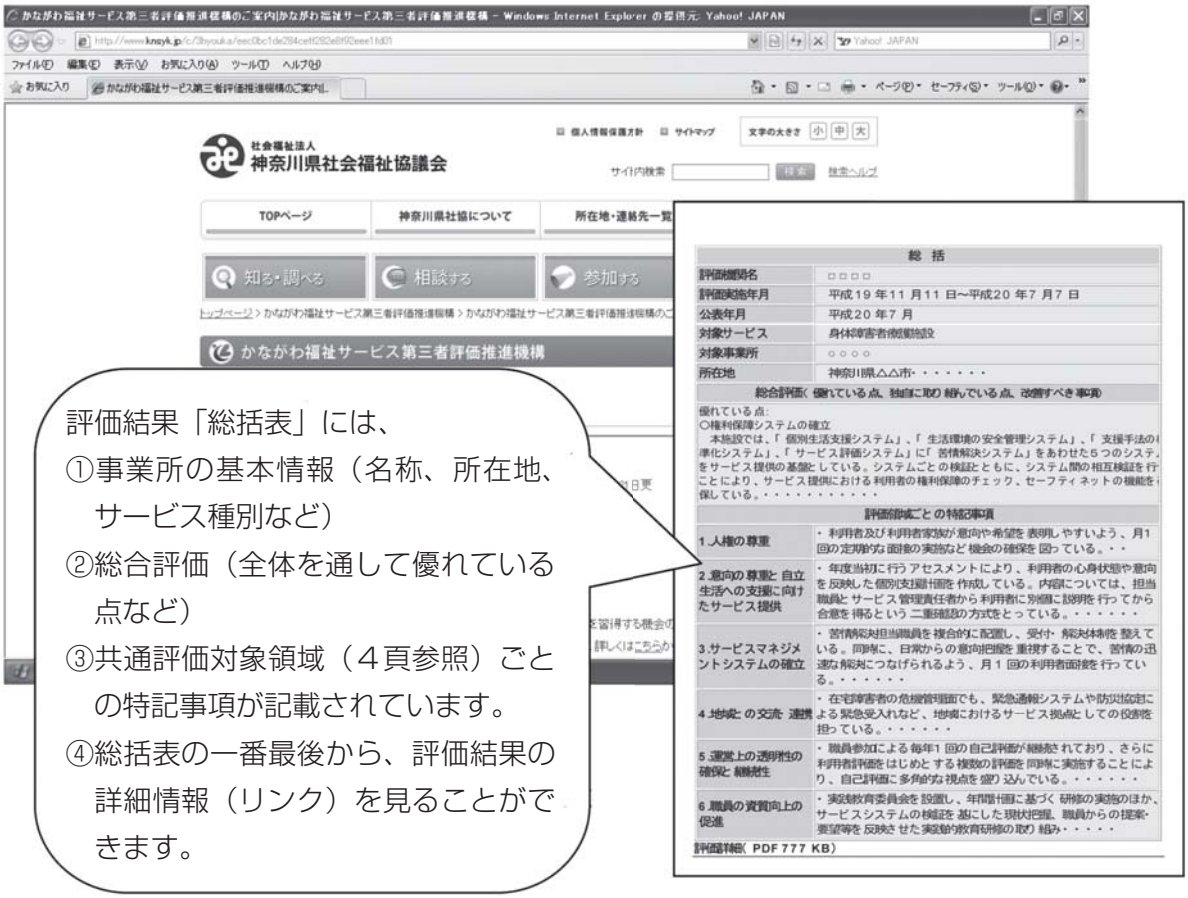
①第三者評価機関の認証及び取消
②第三者評価調査者の養成研修
③第三者評価結果の公表
④第三者評価の普及啓発
⑤第三者評価内容、評価手法等の研究
⑥第三者評価結果の苦情処理
⑦第三者評価機関相互の連携の推進
⑧その他、第三者評価の推進に必要な事業

また、推進機構の各種事業の運営にあたっては、公正･中立な審査等を行うため、利用者、事業者、学識者、行政で構成される「運営委員会」を設置しています。

### （２）第三者評価結果の公表

第三者評価結果は、社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会　かながわ福祉サービス第三者評価推進機構のホームページで公表しています。（※評価結果情報は推進機構の窓口で閲覧することができます。）

## ホームページアドレス：http://www.knsyk.jp




評価結果「総括表」には、
①事業所の基本情報（名称、所在地、サービス種別など）
②総合評価（全体を通して優れている点など）
③共通評価対象領域（４頁参照）ごとの特記事項が記載されています。
④総括表の一番最後から、評価結果の詳細情報（リンク）を見ることができます。

### （3）かながわにおける福祉サービス第三者評価の進捗状況

① 本県の評価結果公表件数の推移（平成17年度～22年度）

| 年度 | 平成17年度 | | | 平成18年度 | | | 平成19年度 | | | 平成20年度 | | | 平成21年度 | | | 平成22年度 | | | | 累計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 分野 | 横浜 | 川崎 | 県域 | 横浜 | 川崎 | 県域 | 横浜 | 川崎 | 県域 | 横浜 | 川崎 | 県域 | 横浜 | 川崎 | 県域 | 横浜 | 川崎 | 相模原 | 県域 | |
| 高齢福祉 | 12 | 0 | 15 | 22 | 0 | 5 | 7 | 0 | 2 | 12<br>(3) | 3 | 2 | 4<br>(3) | 0 | 2<br>(1) | 13<br>(8) | 0 | 0 | 6<br>(1) | 105<br>(16) |
| 障害福祉 | 0 | 0 | 9 | 6 | 0 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 7<br>(1) | 0 | 3 | 6<br>(2) | 1 | 1 | 1 | 19 | 65<br>(3) |
| 児童福祉 | 3 | 0 | 0 | 38 | 15 | 10 | 71<br>(2) | 31 | 15 | 98<br>(11) | 25 | 9 | 60<br>(22) | 20<br>(1) | 12<br>(1) | 63<br>(19) | 32<br>(15) | 4 | 8<br>(1) | 514<br>(72) |
| （保育所） | 3 | 0 | 0 | 38 | 15 | 10 | 65<br>(2) | 31 | 15 | 88<br>(11) | 25 | 9 | 56<br>(19) | 20<br>(1) | 11<br>(1) | 58<br>(16) | 32<br>(15) | 3 | 8<br>(1) | 487<br>(66) |
| 保護 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 小計 | 15 | 0 | 24 | 66 | 15 | 18 | 81<br>(2) | 32 | 18 | 112<br>(14) | 33 | 18<br>(1) | 64<br>(25) | 23<br>(1) | 20<br>(4) | 77<br>(27) | 33<br>(15) | 5 | 33<br>(2) | 687<br>(91) |
| 合計 | 39 | | | 99 | | | 131<br>(2) | | | 163<br>(15) | | | 107<br>(30) | | | 148<br>(44) | | | | |

② 全国の受審状況

○都道府県別の受審数

| 順位 | 都道府県 | 平成22年度実績 | 平成17～22実績 |
|---|---|---|---|
| 第1位 | 東京都 | 1,979 | 10,289 |
| 第2位 | 京都府 | 207 | 1,033 |
| **第3位** | **神奈川県** | **148** | **686** |
| 第4位 | 大阪府 | 80 | 301 |
| 第5位 | 愛知県 | 110 | 291 |
| 全国合計 | | 2,985 | 15,073 |

※カウント方法の違いにより、神奈川県の数は一部異なります。

# 神奈川県の第三者評価機関一覧（認証順）

| | 評価機関名 | 所在地・連絡先等 | 対象分野 | 実施地域 | 評価料金（税込み） |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 株式会社<br>コモンズ２１研究所 ＊ | 〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-3<br>県公社根岸駅前共同ビル 207 号<br>℡:045-752-0211 Fax:045-752-0242<br>http://www.commons21.com | 児童<br>障害<br>高齢<br>保護 | 横浜市全域とその近隣都市<br>横 川 | ＊保育所：35 ～ 40 万円 横浜保育室 35 万円<br>＊障がい・高齢・保護分野 35 ～ 50 万円<br>（施設規模等に応じて見積り）<br>＊障害者グループホーム等：15 万円 |
| 2 | 特定非営利活動法人<br>市民セクターよこはま ＊ | 〒231-0013 横浜市中区住吉町 2-26 洋服会館ビル２階<br>℡:045-222-6501 Fax:045-222-6502<br>http://www.shimin-sector.jp | 児童<br>障害<br>高齢<br>保護 | 横浜市及び横浜市周辺市町村<br>横 | 【障がい・高齢・児童・保護の各分野】<br>入所者 100 名規模の施設を基準として 56 万円<br>【保育所】46 万円～ 56 万円程度<br>【横浜保育室】41 万円程度<br>【障害者グループホーム・ケアホーム】15 万円 |
| 3 | 株式会社<br>R-CORPORATION ＊ | 〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町 3-30-8 ＳＹﾋﾞﾙ2Ｆ<br>℡:045-319-0278 Fax:045-319-0268<br>http://www.r-corp.jp/training/<br>contents/estimation | 児童<br>障害<br>高齢<br>保護 | 神奈川県全域（主たる地域は横浜市，川崎市及び近隣都市）<br>横 川 | 【児童分野】一律　350,000 円<br>【障害分野】グループホーム等 99,000 円<br>その他は一律　350,000 円<br>【高齢分野】居宅系　252,500 ～ 280,000 円<br>その他は一律　350,000 円 |
| 4 | 福祉サービス第三者評価機関しょうなん<br>株式会社 フィールズ ＊ | 〒251-0024 藤沢市鵠沼橘 1-2-7 湘南リハウスビル 4F<br>℡:0466-29-9430 Fax:0466-29-2323<br>http://www.s-pado.co.jp/daisansha.html | 児童<br>障害<br>高齢<br>保護 | 神奈川県全域<br>横 川 | ＜規模別料金＞<br>＊高齢・障害・児童（保育所等）保護の各分野：<br>300,000 円～ 525,000 円（9 名～ 200 名規模）<br>＊横浜保育室：300,000 円<br>＊障害者グループホーム等：94,500 円 |
| 5 | 特定非営利活動法人<br>ﾆｯﾎﾟﾝ・ｱｸﾃｨﾌﾞﾗｲﾌ・ｸﾗﾌﾞ<br>ナルク神奈川 福祉サービス第三者評価事業部 ＊ | 〒220-0074 横浜市西区南浅間町 8-22-207<br>℡:045-323-4711 Fax:045-309-7401<br>http://nalk/kf-hyouka | 児童<br>障害<br>高齢<br>保護 | 神奈川県全域（横浜市内に重点を置く）<br>横 川 | 高齢分野：500,000 円 *100 名規模を標準<br>障害分野：400,000 円 *50 名未満規模を標準<br>障害者グループホーム等 120,000 円<br>児童分野<br>横浜市版保育所・横浜保育室一律 33 万円<br>川崎市版保育所一律　365,000 円 |
| 6 | 株式会社<br>学研データサービス ＊ | 〒221-0834 横浜市神奈川区台町 11-29 横浜ｴﾑｱｲﾋﾞﾙ 501<br>℡:045-313-9304（本部：03-5436-8191）<br>Fax:045-313-9318（本部：03-5487-8810）<br>http://www.relief-c.co.jp | 児童<br>障害<br>高齢<br>保護 | 神奈川県全域<br>横 川 | ＊ 50 万円前後：施設の規模や状況に応じて見積<br>＊障害者グループホーム等：1 居住 20 万円 |
| 7 | 社団法人<br>神奈川県社会福祉士会 ＊ | 〒221-0844 横浜市神奈川区沢渡 4-2<br>℡:045-317-2045 Fax:045-317-2046<br>http://www.kacsw.or.jp | 児童<br>障害<br>高齢 | 神奈川県全域 | ＊保育分野：367,500 円<br>＊障害・高齢分野：420,000 円<br>＊障害者グループホーム等：136,500 円 |
| 8 | 社会福祉法人<br>川崎市社会福祉協議会 | 〒211-0053 川崎市中原区上小田中 6-22-5 川崎市<br>総合福祉ｾﾝﾀｰ内<br>℡:044-739-8727 Fax:044-739-8738<br>http://www.csw-kawasaki.or.jp/feedback | 児童<br>障害 | 川崎市内<br>川 | ＊評価調査 1 件につき　500,000 円 |
| 9 | 社団法人<br>神奈川県経営診断協会<br>（略称：経診） | 〒231-0015 横浜市中区尾上町 5-80 神奈川中小企業ｾﾝﾀｰ 11F<br>℡:045-633-5163 Fax:045-662-5174<br>http://www.keieishindan.jp/06fukushi.html | 児童<br>高齢 | 神奈川県全域<br>横 川 | ＊介護老人福祉施設・介護老人保健施設・保育所 :50 万円（利用者 100 名定員の場合） |
| 10 | 一般社団法人<br>ｱｸﾃｨﾌﾞ ｹｱ ｱﾝﾄﾞ ｻﾎﾟｰﾄ | 〒215-0021 川崎市麻生区上麻生 2-26-10 神奈川事務所<br>℡:080-1182-9420<br>http://www.active-cs.org | 児童<br>障害<br>高齢 | 神奈川県全域<br>横 川 | ＊標準モデル<br>保育所：550,000 円（定員 100 名、職員 25 名）<br>特養等：550,000 円（定員 100 名、職員 50 名） |
| 11 | 特定非営利活動法人<br>介護の会 まつなみ | 〒253-0022 茅ヶ崎市松浪 1-1-12<br>℡:0467-57-5272 Fax:0467-57-5273<br>http://www.matsunami-k.com | 児童<br>障害<br>高齢 | 横浜市・川崎市を除く県域 | ・高齢者施設：336,300 円（100 名定員）<br>・障害者施設：332,500 円（70 名定員）<br>・保　育　所：324,000 円（180 名定員） |
| 12 | 特定非営利活動法人<br>NPO 中小企業再生支援 | 〒226-0025 横浜市緑区十日市場町 1258<br>十日市場町ﾋﾙﾀｳﾝ 14-1-207<br>℡ & Fax：045-982-2290<br>http://www.npo-care.com | 児童<br>高齢 | 神奈川県全域<br>横 川 | ・高齢分野：50 人規模 550,000 円<br>100 人規模 600,000 円<br>・保育分野：350,000 円 |
| 13 | 公益社団法人<br>長寿社会文化協会<br>（通称：WAC） | 〒244-0804 横浜市戸塚区前田町 508-7-309<br>WAC ｺﾐｭﾆﾃｨｰ事業部第三者評価かながわ支部<br>℡:070-5542-5811 Fax:045-824-8566<br>http://www.wac.or.jp | 児童<br>障害<br>高齢<br>保護 | 神奈川県全域 | ＊ 20 ～ 50 万円（施設規模等に応じて見積り） |
| 14 | 株式会社 ＡＳＦＯＮ ＊<br>（アスフォン） | 〒216-0031 川崎市宮前区神木本町 4-7-1<br>ワコーレ溝の口Ⅱ Ｂ号室<br>℡：044-870-6029 Fax：044-877-8686<br>http://asfon.jp | 高齢<br>障害 | 神奈川県全域 | ＊利用者 50 人ほどの規模で 50 万円程度<br>（施設規模、状況、事業者の御希望等に応じて見積り）<br>＊障害者グループホーム等：125,000 円 |
| 15 | 福祉・医療事業支援機構<br>有限責任事業組合 | 〒220-0011 横浜市西区高島 2-11-2-605<br>℡ &Fax：045-442-2435<br>http://www.e-fukusi.jp | 児童<br>障害<br>高齢<br>保護 | 神奈川県全域 | ＊標準料金：調査 1 件につき 60 万円 |
| 16 | 福祉サービス第三者評価機関<br>一般社団法人<br>神奈川県介護福祉士会 ＊ | 〒220-0003 横浜市西区楠町 9-7 TAKﾋﾞﾙ 3F<br>℡:045-323-1085　Fax:045-317-5930<br>http://www.kanagawa-accw.org | 児童<br>障害<br>高齢 | 神奈川県全域 | ＊児童分野：367,500 円<br>＊障害・高齢分野：420,000 円<br>＊障害者グループホーム等：136,500 円 |
| 17 | 特定非営利活動法人<br>チャーミングライフサポート協会 | 〒221-0046 横浜市神奈川区本町 3-1 弘中ビル 203<br>℡:045-451-1213　Fax:03-6891-1175<br>http://seniorcommons.sakura.ne.jp/www1/htdocs | 児童<br>高齢 | 神奈川県全域 | ＊保育所：39 万円程度（利用者 100 名程度）<br>＊高齢分野：45 万円程度（利用者 80 名程度） |
| 18 | 株式会社<br>ケアシステムズ ＊ | 〒225-0013 横浜市青葉区荏田町 110 メゾンハイネス 103<br>℡:080-3401-7845<br>本部：℡ 03-3511-5035 Fax03-5511-5036<br>http://caresystems.ico.bz/index.html | 児童<br>障害<br>高齢<br>保護 | 神奈川県全域 | 300,000 ～ 600,000 円<br>＊施設の規模、状況に応じて見積り<br>＊障害者グループホーム等：100,000 円 |

※上記表の料金は標準的な料金です。詳しくは各評価機関にお問合せください。　（平成24年1月現在）
※ 実施地域等の欄に表示されている 横 は横浜市の、川 は川崎市のそれぞれ指定評価機関であることを表しています。
※ 評価機関名の右肩に＊記号の付いている評価機関は、障害者グループホーム等（共同生活援助、共同生活介護）の第三者評価実施評価機関です。

社会福祉施設総合損害補償

# しせつの損害補償

迅速で丁寧、かつ適正なお支払い!!

## 社会福祉施設の事故・紛争 円満解決のために

## プラン1 施設業務のための補償 （賠償責任保険、普通傷害保険、動産総合保険）

### ❶基本補償

▶補償金額

| | | 基本補償（A型） | 見舞費用付補償（B型） |
|---|---|---|---|
| 賠償事故に対応 | 対人賠償（1名・1事故） | 2億円・10億円 | 2億円・10億円 |
| | 対物賠償（1事故） | 2,000万円 | 2,000万円 |
| | 受託・管理財物賠償（期間中） | 200万円 | 200万円 |
| | うち現金補償限度額（期間中） | 20万円 | 20万円 |
| | 人格権侵害（期間中） | 1,000万円 | 1,000万円 |
| | 身体・財物の損壊を伴わない経済的損失（期間中） | 1,000万円 | 1,000万円 |
| お見舞い等の各種費用 | 初期対応費用（期間中） | 500万円 | 500万円 |
| | 事故初期見舞費用（1名につき） | 死　亡 10万円<br>入院時　3万円<br>通院時　1万円<br>（1事故で10万円限度） | 死　亡 10万円<br>入院時　3万円<br>通院時　1万円<br>（1事故で10万円限度） |
| | 利用者傷害死亡事故弔慰金 | | 死亡（重度後遺障害）<br>100万円（78～100万円） |
| | 利用者傷害事故見舞費用 | | 死亡時 100万円<br>入院時 1.5～7万円<br>通院時 1～3.5万円 |

▶年額保険料（掛金）

●基本補償（A型）　保険期間1年職種級別A級

| 定　員 | 基本補償（A型） |
|---|---|
| 1～50名 | 33,000～59,400円 |
| 51～100名 | 66,000～94,200円 |
| 101～150名 | 96,000～103,200円 |
| 151～200名 | 104,700～110,700円 |
| 以降1名～10名増ごと | 1,500円 |

●見舞費用付補償（B型）

基本補償（A型）保険料 ＋ 【見舞費用加算】定員1名あたり 入所：1,400円 通所：1,500円

●オプション1 ●訪問・相談等サービス補償
●オプション2 ●施設の医療事故補償

### ❷個人情報漏えい対応補償

施設の利用者の個人情報が万一漏えいし、施設（法人）に法律上の賠償責任が発生した場合の損害賠償金等を補償

### ❸施設の什器・備品損害補償

○施設内の什器・備品を幅広い範囲で補償
○施設の現金等も補償

## プラン2 施設利用者のための補償 （普通傷害保険）

### ❶入所型施設利用者の傷害事故補償　❷通所型施設利用者の傷害事故補償

▶補償金額　（10口まで加入できます）

| | 1口あたりの補償額 |
|---|---|
| 死亡保険金 | 100万円 |
| 後遺障害保険金 | 死亡保険金額の 3～100% |
| 入院保険金（1日あたり） | 800円 |
| 手術保険金 | 8,000円・16,000円・32,000円 |
| 通院保険金（1日あたり） | 500円 |

▶年額保険料（掛金）　保険期間1年職種級別A級

| | 定員1人1口あたり |
|---|---|
| 入所型施設利用者 | 1,410円 |
| 通所型施設利用者 | 960円 |

### ❸施設送迎車搭乗中の傷害事故補償

施設送迎車に搭乗中のケガに対し、2-❶、❷の普通傷害保険や自動車保険などとは関係なく補償

## プラン3 施設職員のための補償 （労働災害総合保険、普通傷害保険、約定履行費用保険）

### ❶施設の労災上乗せ補償　❷施設職員の傷害事故補償　❸施設職員の感染症罹患事故補償

●このご案内は概要を説明したものです。詳しい内容のお問合せは下記にお願いします。

団体契約者
社会福祉法人
全国社会福祉協議会

取扱代理店
株式会社 福祉保険サービス
〒100-0013 東京都千代田区霞が関3丁目3番2号 新霞が関ビル17F
TEL：03（3581）4667　FAX：03（3581）4763

〈引受幹事保険会社〉株式会社 損害保険ジャパン　〈SJ10-11484,2011/2/9〉

●この保険は全国社会福祉協議会が保険会社と一括して契約を行う団体契約（「賠償責任保険」「普通傷害保険」「労働災害総合保険」「約定履行費用保険」「動産総合保険」）です。

この冊子は、共同募金配分金により発行しています


**福祉サービスの質の向上にむけて**

～福祉サービス第三者評価によるサービス向上事例集～

平成 24 年 2 月　発行

発　行：社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会
　　かながわ福祉サービス第三者評価推進機構



〒221−0844　横浜市神奈川区沢渡 4−2　県社会福祉会館 3 階
TEL 045 (290) 7432　FAX 045 (313) 0737
E-mail：daisansya@knsyk.jp



第 3 章・訪問インタビュー執筆：福祉ライター 村田裕子



福祉サービスの質の向上に向けて　～福祉サービス第三者評価によるサービス向上事例集～　社会福祉法人　神奈川県社会福祉協議会


# 福祉サービスの質の向上に向けて

## ～福祉サービス第三者評価によるサービス向上事例集～

社会福祉法人　神奈川県社会福祉協議会

# 障害者グループホーム第三者評価の手引き
# （令和4年3月）

社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会
かながわ福祉サービス第三者評価推進機構

# 目　　次


**はじめに　障害者グループホーム第三者評価制度創設の背景** ····· **Ｐ．１**

**1. 障害者グループホーム第三者評価の基本的な考え方** ····· **Ｐ．５**

(1)　障害者グループホーム第三者評価の基本的視点

(2)　障害者グループホーム第三者評価の手法

(3)　推進機構指定「標準となる評価基準」との関係性

**2. 障害者グループホーム第三者評価の概要** ····· **Ｐ．７**

(1)　障害者グループホーム第三者評価項目

(2)　障害者グループホーム自己評価項目の設定

(3)　評価の実施単位

(4)　評価調査者

(5)　評価結果の公表

(6)　第三者評価の標準的な手順

(7)　自己評価の手順

各種様式　自己評価表（共通評価・内容評価・自己評価表（総括）） ····· **Ｐ.16**

(8)　利用者調査の実施方法

各種様式　利用者アンケート調査表 ····· **Ｐ.40**

(9)　訪問調査の実施方法

(10)　評価結果報告書の作成方法

各種様式　評価結果報告書 ····· **Ｐ.48**

**3. 障害者グループホーム第三者評価事業実施要綱** ····· **Ｐ.68**

# はじめに　障害者グループホーム第三者評価制度創設の背景

## （1）福祉サービス第三者評価の目的と実施経過

福祉サービスの第三者評価は、①個々の事業者が事業運営における課題を把握し、サービスの質の向上に結びつけること、②福祉サービス第三者評価を受けた結果が公表されることにより、結果として利用者の適切なサービス選択に資するための情報となることを目的に、任意の制度として、平成16年度より導入された事業です。

福祉サービスの質の向上のための取り組みについては、社会福祉基礎構造改革による措置制度から契約利用方式への転換に伴い、制度上はじめて「質と効率性の確保」についての方向性が示され、社会福祉法第78条において社会福祉事業経営者の責務として明記されました。

福祉サービスは本来、非常に個別性が高く標準化には馴染まないサービスです。福祉サービスを提供した結果、福祉サービスの理念が実現されたかどうかを外部から評価することは極めて困難です。なぜなら「尊厳の保持や自己決定の尊重、自己実現の達成」が叶ったかは、サービス提供を受けた利用者本人の「実感」によってでしか確認することができず、かつ「実感」にはその時々の思いや暮らしの環境を背景に著しい個人差があるためです。

このため、福祉サービスの第三者評価では、サービス提供の結果や効果ではなく、サービスを提供する体制（職員研修の実施状況、設備・機器の整備等）や手順（マニュアル整備等）など、標準化できる部分に重点を置いた評価が行われており、主に施設サービスを対象に進められていました。この背景には、集団ケアを基本形態とし、サービス提供にあたって一定の標準化をせざるを得ないという施設サービスの特性があり、第三者評価に必要な「指標化」につながりやすいという側面をもっていたからでした。

## （2）神奈川県版：障害者グループホームへの第三者評価の仕組み

施設サービスには施設サービスとしての固有の役割がありますが、障害福祉の分野では長きにわたり、障害のある人の暮らしのあり方について、「地域の中で、自分らしく、あたりまえの暮らし」を営むことがないがしろにされてきたことを省みて、昭和50年代頃から生活ホームや福祉ホームなどの実践が進められ、平成元年には「障害者グループホーム」制度が誕生しました。その後、さまざまな制度改正等が行われ今日に至っています。

障害者グループホームでは、障害のある人が地域の中で少人数による共同生活を営む形態を採り、一人ひとりが自らの意思や自己決定に基づいて主体的な生活を送ることを目指します。障害者グループホームは共同生活の形態ではありますが、そこに暮らす利用者の「自分らしい暮らし」のあり様とは一人ひとり異なるものであり、「個別性の尊重」を基本とした生活支援が展開されています。

一方、昨今の障害者グループホームを取り巻く様々な状況から、障害者グループホームにおける支援の状況について、検証・確認を求める声も高まっていました。小規模体制で利用者と職員の密接な関わりができる反面、密室性も高くなることから外部の目が入ることの必要性、重要性は多くの関係者から課題として提起されているところでもあります。このような背景を受けて、神奈川県では平成21年7月の「かながわ障害者地域生活支援推進プログラム大綱」で、平成22年度からの5年間の取り組みの基本的な方向の一つに「障害者グループホームなどの質の向上と確保」を掲げ、障害者グループホームへの第三者評価の導入を計画しました。

前述のとおり、障害者グループホームのサービスは個別支援を基本としており、標準化することは極めて困難です。施設サービスの第三者評価と同じ視点にたって第三者評価を実施することは可能なのか、障害者グループホームでの支援の質を適切に評価するためにはどのような視点や手法を設定す

るべきかなど、導入にあたっての懸念や様々な課題を整理した結果、本県では障害者グループホームに独自の第三者評価の仕組みを構築しました。障害者グループホームは、利用者の住まいであることと世話人等職員の一人職場になりやすいという特性があります。そのため、組織全体で課題を共有して改善していくことを目的に、他分野と共通の６つの「共通評価対象領域」に７つ目の「日常生活支援」を加え、自己評価を重視する評価手法としました。

そして、平成30年度の事業見直しに伴い、国の評価基準ガイドラインに基づく県全域で共通する標準的な評価基準を取り入れることとなったことを受けて、本県独自の障害者グループホーム第三者評価の仕組みを継承しつつ、評価項目の基本構成の組み替え等を行いました。支援の振り返りを効果的に進めていくため、自己評価項目の「共通評価」の一部には＜取組例＞を記載するとともに、「内容評価」には、従来の自己評価項目170項目の中から、欠かすことのできない項目＜神№＞を追加する形で、神奈川の独自性を継承しました。

**＜評価手法の変遷＞**

| 区分 | 平成30年度まで | 平成31年度・令和元年度から |
|---|---|---|
| 評価基準 | 障害者グループホームの特性を考慮して神奈川独自の県全域で統一した評価基準を使用<br>７つの共通評価対象領域（①人権の尊重、②意向の尊重と自立生活への支援に向けたサービス提供、③サービスマネジメントシステムの確立、④地域との交流・連携、⑤運営上の透明性の確保と継続性、⑥職員の資質向上の促進、⑦日常生活支援） | 国の評価基準に準拠しつつ独自性を継承（７つの共通評価対象領域についても全て網羅されていることを確認）<br><br>共通評価（管理者向け）45細目<br>内容評価（現場向け）　15細目<br>（計60細目） |
| 自己評価 | ○170項目<br>７つの共通評価対象領域に基づく総評の根拠 | ○共通評価217項目（取組例の記載）<br>○内容評価150項目（県独自71項目）<br>（計367項目） |
| 利用者調査 | ○利用者本人・家族のヒアリング<br>○観察 | 同左 |
| 評価結果公表 | 自己評価非公表、利用者調査公表<br>第三者評価結果＝総評＋７領域で＜努力・工夫していること＞＜課題と考えていること＞<br>グループホーム基本情報住所以下全て非公表 | 自己評価非公表、利用者調査公表<br>第三者評価結果＝総評＋26事項で＜努力・工夫していること＞＜課題と考えていること＞<br>グループホーム基本情報住所以下全て非公表 |

さらに、令和３年度までの事業見直し検証期間においは、受審事業者アンケートと評価機関・評価調査者の意見をふまえ、受審の効果を一層高めるため、評価機関の役割を明確化する方針で検討し、自己評価項目の整理、自己評価方法の一部修正、評価結果報告書の追加を行いました。

**＜事業見直しの検証結果をふまえた変更＞**

| 区分 | 平成31年度～令和３年度まで | 令和４年度から |
|---|---|---|
| 評価基準 | 国の評価基準ガイドラインに準拠しつつ、独自性を継承（７つの共通評価対象領域についても全て網羅されていることを確認） | |
| 評価細目 | ○共通評価（管理者向け）45細目　○内容評価（現場向け）15細目（計60細目） | |
| 自己評価項目 | ○共通評価：217項目（取組例の記載）<br>○内容評価：150項目（県独自71項目）<br>（計367項目） | ○共通評価：217項目（取組例の記載）<br>○内容評価： 80項目（取組例の記載）<br>（計297項目）<br>※内容評価のうち、県独自71項目を共通評価と同様に取組例で記載 |
| 受審事業者の自己評価 | STEP①：自己評価（職員一人ひとり）<br>STEP②：自己評価（ホーム全体）<br>※◎○△×<br>STEP②：自己評価（ホーム全体で到達度を確認・※判断基準abc）<br>STEP③：STEP①②の自己評価結果を基に＜努力・工夫していること＞と＜課題と考えていること＞を左右に分けて文章で記入 | STEP①：自己評価（職員一人ひとり）<br>STEP②：自己評価（ホーム全体）<br>※◎○△×<br>STEP③：STEP①②の自己評価結果を基に現在・将来の取り組みを一体的に文章で記入＜努力・工夫していること、課題と考えていること等＞ |
| 評価機関の調査手法 | ○事前書面調査　○訪問調査<br>○利用者調査（利用者本人または家族のヒアリングまたは観察） | ○事前書面調査　○訪問調査<br>○利用者アンケート（全員対象）<br>○利用者ヒアリング（１名以上） |
| 評価機関作成評価結果報告書<br><br>自己評価・訪問調査・利用者調査を総合的に判断 | ○結果報告書：総評（別紙1）<br>○第三者評価結果（別紙2）<br>26事項のコメント<br>左＜努力・工夫していること＞<br>右＜課題と考えていること＞<br>○利用者調査結果（別紙3） | ○結果報告書：総評（別紙1）<br>○第三者評価結果（別紙2）<br>26事項のコメント<br>現在・将来の取り組みを一体的に記載<br>＜努力・工夫していること、課題と考えていること等＞<br>○利用者調査結果（別紙3）<br>○評価細目(60細目)の到達度を受審事業者に説明(※判断基準abc) |
| 公表 | ○評価結果報告書　○第三者評価結果　○利用者調査結果 | |
| 非公表 | ○自己評価結果　○評価細目の到達度 | |

## (3) 障害者グループホーム第三者評価が目指すもの

障害者グループホームは多様な運営形態でのサービス提供が必要とされています。障害者グループホーム第三者評価では、その特性をしっかり踏まえて、それぞれの障害者グループホームにおいて利用者に対し一人ひとりに合わせた支援がどう実践されているか、そのための努力や工夫、あるいは今後の課題は何かなどを職員との丁寧な対話により引き出し、多様な障害者グループホームのそれぞれの状況に応じたサービスの質の向上への気づきの促しや動機付けを図ることを目指します。

また、福祉サービス第三者評価では、サービス提供事業所の職員が自らのサービス提供を振り返ることがサービスの質の向上に不可欠であるとして、評価の過程では「自己評価」に非常に重きを置いています。この“自己評価重視”の姿勢は障害者グループホーム第三者評価でも変わりありません。第三者評価の実施が、障害者グループホームにおいて提供しているサービスを職員全員で振り返り、ホームの支援目標や方針の共有を進める契機となるよう、障害者グループホームの取り組みをバックアップしていくことを目指します。

一方、障害者グループホームは「個別支援」を重視したサービスであるため、利用者支援で生じる様々な課題がその利用者の特性から生じる個別(ケース)的な問題とされてしまい、課題が普遍化されにくい面があります。また、障害者グループホームは比較的新しいサービスのため、固有の役割の確立という今後の課題もあります。第三者評価によって、障害者グループホームが直面している課題を明らかにして様々な立場の方々と課題の共有化、課題提起をはかり、制度の基盤強化や発展に向けた動きにつなげていくことを目指します。

このように障害者グループホームの第三者評価は、それぞれの障害者グループホームにおける、支援者の“思い”と利用者一人ひとりの“願い”の結びつけに向けた橋渡しと、障害者グループホーム制度の発展を目指して行います。

**※ 評価実施にあたっての留意事項（評価機関・評価調査者の皆さんへ）**

- ○ 障害者グループホームでは、利用者一人ひとりの暮らしに合わせた、多様な運営形態でのサービス提供が必要とされています。
- ○ ホームの運営形態やサービス提供の体制、利用者に対する支援についての「望ましさ」や「理想の姿」を一つに固定し、それをすべてのホームに一律的に当てはめ、「グループホームはこうあるべき」「利用者にはこう対応するべき」という一律の尺度を安易にあてて実践を求めることは、利用者の主体性を尊重した生活を損なうことにもつながりかねません。
- ○ 障害者グループホーム第三者評価項目は、サービスの振り返り・気づきの視点を提供することを目的に、他分野に比べ数多くの自己評価項目を設定しています。評価結果の表示（公表）について○×評価、abc評価で示す方式はとりません。
- ○ それぞれのホームの多様性の尊重を基本姿勢とし、評価調査の場面では書面や根拠資料による客観的な取り組みの確認を行うこともさることながら、まずは対話形式による調査面接を重視し、障害者グループホームの職員の「思い」を丁寧に聴いていくことを重点的に行ってください。

# 1. 障害者グループホーム第三者評価の基本的な考え方

## (1) 障害者グループホーム第三者評価の基本的視点

### ● 基本的視点①「障害者グループホームの多様性を尊重」

障害者グループホームでは、運営の規模や立地条件などによってさまざまな運営形態をとっており、さらに利用者の障害特性などによって求められている支援、提供しているサービスもさまざまです。障害者グループホームの運営形態やサービス提供の体制、利用者に対する支援についての「望ましさ」や「理想の姿」を一つに固定し、それをすべての障害者グループホームに一律的に当てはめ、「グループホームはこうあるべき」「利用者にはこう対応するべき」という一律の尺度を安易にあてて実践を求めることは、利用者の主体性を尊重した生活を損なうことにもつながりかねません。第三者評価にあたっては、それぞれの障害者グループホームの多様性の尊重を大前提とします。

### ● 基本的視点②「職員の”思い”を聴く」

障害者グループホームでは、職員が外部からの承認や動機づけを得られる機会が多くありません。福祉サービスの現場では、職員が日々の業務への努力を承認される実感を得られたり、あるいは漠然と課題に感じていたことがはっきりと意識されたり、もしくは課題への思いがけない気付きや発見を得られるなどの実感が得られる機会を持つことが大切です。サービスの質を高めるうえではサービスを提供する職員自身が課題解決や質の向上への動機を持つことが欠かせないからです。

第三者評価はこのような動機付けの絶好の機会となります。評価調査の場面では書面や根拠資料による客観的な取り組みの確認を行うこともさることながら、まずは対話形式による調査面接を重視し、障害者グループホームの職員の「思い」を丁寧に聴いていくことを重視します。

### ● 基本的視点③「振り返り重視」

障害者グループホームでは、限られた空間で利用者・職員間も密度の濃い人間関係が築かれますが、その一方、密室性が高くなり、サービス提供が外部からは見えにくいという面があります。また、外部との接点が少ないことや職員一人での勤務体制が多いことから、サービス提供が提供する側の視点中心で進められてしまう危険性も高くなります。

第三者評価では、自己評価の実施などを通して障害者グループホームの職員が日々のサービス提供について共に振り返り、ホームの利用者支援の目標や方針を共有することにつながるよう、障害者グループホームの取り組みをバックアップすることを重視します。

### ● 障害者グループホーム第三者評価のもう一つの役割

障害者グループホームの第三者評価には、個別の障害者グループホームに対する質の向上への動機付けなどを行う役割とともに、もう一つ大きな役割が期待されています。障害者グループホームは「個別支援」形態を重視したサービスのため、利用者支援で生じる様々な課題がその利用者の特性から生じる個別(ケース)的な問題とされてしまい、課題が普遍化されにくい面があります。また、個人情報保護の面からも利用者支援の内容を明らかにすることには特に配慮が必要で、結果として課題の実際が外部からは掴みづらく、課題の共有化がはかられにくい状況にあります。

かながわ福祉サービス第三者評価推進機構（以下「推進機構」という）では、評価機関との協働のもと、第三者評価を通して障害者グループホームの実践の「見える化」をはかり、障害者グループホームが抱えている課題を明らかにするとともに、さまざまな立場の方の参画を得て、個々の障害者グループホームにおける努力だけでは解決困難な課題を普遍化し、制度の基盤強化や発展につなげるよう、課題の共有化、課題提起と政策提言に取り組みます。

## (2) 障害者グループホーム第三者評価の手法

前述の基本的な視点をふまえ、本県の障害者グループホーム第三者評価では、他の福祉サービスへの第三者評価とその目的は同じとしつつも、評価手法については、障害者グループホームのサービス特性にあわせた独自の手法を設定することとしました。

**① 障害者グループホーム第三者評価では、自己評価（サービスの振り返り）を重視します。**

すべての障害者グループホームに共通する第三者評価項目を設けますが、評価調査にあたっては、多様な運営形態をもつ障害者グループホームの特性に留意する必要があります。そこで、自己評価（サービスの振り返り）に重点を置き、サービス提供において努力・工夫している点や課題になっている点などを自己申告した内容に基づいて取り組み状況を中心にした評価を実施します。

**② 自己評価（サービスの振り返り）の進め方は次の通りです。**

STEP① サービス提供に関する自己評価項目（共通評価（45細目217事項）、内容評価（15細目80事項））について、４段階【◎・○・△・×】の評価を行います。

STEP② STEP①の評価結果を踏まえて、ホーム全体の自己評価項目（共通評価（45細目217事項）、内容評価（15細目80事項））について、４段階【◎・○・△・×】の評価を行います。

STEP③ STEP①②の評価結果について全職員で確認の上、話し合いながら、評価対象・分類単位（６カテゴリ26事項）の取り組み状況や目標などを文章で記述します。

**③ 自己評価の結果をもとに、第三者評価の訪問調査を行います。**

「取り組み状況」部分については、「努力・工夫している」その取り組みの具体的な内容の確認、「課題となっている」要因分析や改善計画などの課題認識の確認を、対話を重視した調査面接によって行います。（４段階評価の真偽確認のための調査は行いません。）

**④ 第三者評価結果は、文章で表現します。**

第三者評価結果をまとめるにあたっては、評価調査で確認した内容を総合的に判断した細目の到達度（判断基準abc）を作成したうえで、取り組み状況を中心に文章で第三者評価結果・利用者調査結果を作成します。（自己評価結果、評価細目の到達度、利用者アンケート結果は公表の対象外です）

## (3) 推進機構指定「標準となる評価基準」との関係性

福祉サービス第三者評価事業の見直しにあたり、推進機構では、県全域で共通して使用することのできる「標準となる評価基準」として、厚生労働省「福祉サービス第三者評価事業に関する指針について」に示す評価基準ガイドライン（判断基準ガイドラインを含む）、福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドラインを使用することとしています。

この見直しを受けて、障害者グループホーム第三者評価における評価項目については、「第三者評価共通評価基準ガイドライン（障害者・児福祉サービス解説版）」「第三者評価内容評価基準ガイドライン（同）」を基礎に、「自己評価項目の設定」を行っています。

なお、障害者グループホーム第三者評価における評価調査手法等については、ホームに特化した課題整理や検証等の積み上げを活かし、従前通り、神奈川県独自の仕組みにより実施します。

## ２．障害者グループホーム第三者評価の概要

### （1）障害者グループホーム第三者評価項目

■　評価項目の概要

| 評価項目 | 評価対象／分類／評価項目 |
|---|---|
| 1）共通評価<br>4カテゴリ<br>16事項 | **Ⅰ　福祉サービスの基本方針と組織**<br>Ⅰ－1　理念・基本方針<br>Ⅰ－2　経営状況の把握<br>Ⅰ－3　事業計画の策定<br>Ⅰ－4　福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組 |
| | **Ⅱ　組織の運営管理**<br>Ⅱ－1　管理者の責任とリーダーシップ<br>Ⅱ－2　福祉人材の確保・育成<br>Ⅱ－3　運営の透明性の確保<br>Ⅱ－4　地域との交流、地域貢献 |
| | **Ⅲ　適切な福祉サービスの実施**<br>**Ⅲ－1　利用者本位の福祉サービス**<br>Ⅲ－1－(1)　利用者を尊重する姿勢の明示<br>Ⅲ－1－(2)　福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）<br>Ⅲ－1－(3)　利用者満足の向上<br>Ⅲ－1－(4)　利用者が意見等を述べやすい体制の確保<br>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 |
| | **Ⅲ－2　福祉サービスの質の確保**<br>Ⅲ－2－(1)　提供する福祉サービスの標準的な実施方法の確立<br>Ⅲ－2－(2)　適切なアセスメントによる福祉サービス実施計画の策定<br>Ⅲ－2－(3)　福祉サービス実施の適切な記録 |
| 2）内容評価<br>2カテゴリ<br>10事項 | **A－1　利用者の尊重と権利擁護**<br>A－1－（1）　自己決定の尊重<br>A－1－（2）　権利侵害の防止等 |
| | **A－2　生活支援**<br>A－2－（1）　支援の基本<br>A－2－（2）　日常的な生活支援<br>A－2－（3）　生活環境<br>A－2－（4）　機能訓練・生活訓練<br>A－2－（5）　健康管理・医療的な支援<br>A－2－（6）　社会参加、学習支援<br>A－2－（7）　地域生活への移行と地域生活の支援<br>A－2－（8）　家族等との連携・交流と家族支援 |

## (2) 障害者グループホーム自己評価項目の設定

### ■ 自己評価項目

障害者グループホーム第三者評価の自己評価は、生活支援員・世話人・調理補助員の方など、ホーム運営に携わる職員の全員参加で実施することを想定しています。

支援の振り返りを効果的に進めていくため、標準となる評価基準の共通評価、内容評価に「ホームの取り組み例」をそれぞれ追加し、独自規定としています。

### ■ 自己評価の取り扱い

| 評価項目 | 自己評価項目数 | 自己評価の実施内容 | 第三者評価結果の取り扱い |
|---|---|---|---|
| 1）共通評価<br>4ｶﾃｺﾞﾘ<br>16事項 | 217<br>自己評価項目 | STEP①:297自己評価項目について、個人の◎・○・△・×の4段階評価<br>STEP②:STEP①を取りまとめホーム全体の、◎・○・△・×の4段階評価<br>STEP③:STEP①②を踏まえ、評価対象等単位(6ｶﾃｺﾞﾘ26事項)で文章記述 | ※左記「自己評価」STEP①②③は、非公表。 |
| 2）内容評価<br>2ｶﾃｺﾞﾘ<br>10事項 | 80<br>自己評価項目 | | |

### ■ 評価基準の構造

（例:内容評価の場合）

| 用語 | | 評価基準 |
|---|---|---|
| 国基準 | 分類 | A－1　利用者の尊重と権利擁護 |
| | 評価項目 | A－1－(1)　自己決定の尊重 |
| | 評価細目 | A－1－(1)－①　利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。 |
| | 評価の着眼点<br>自己評価項目/ | A－1－(1)－①－ア　利用者の自己決定を尊重するエンパワメントの理念にもとづく個別支援を行っている。 |
| 県独自 | 取り組み≪例≫<br>※平成30年度までの神奈川県独自項目を≪例≫として表示 | A－1－(1)－①－ア<br>≪例≫　利用者の要望を出来るだけ尊重し、一方的な介助や支援を行わないようにしている。 |

※「神奈川県独自版 障害者グループホーム自己評価取り組み例」の設定

生活支援員・世話人・調理補助員など、ホーム運営に関わる全員参加による自己評価を効果的に進めることを目指し、ホーム支援を意図した神奈川県独自取り組み例を設定しています。

■　評価基準の項目数

| 用　語 | 共通評価 | 内容評価 | 計 |
|---|---|---|---|
| 評価対象 | 3 | 1 | 4 |
| 分類 | 10 | 2 | 12 |
| 評価項目 | 23 | 10 | 33 |
| 評価細目 | 45 | 15 | 60 |
| 評価の着眼点/自己評価項目<br>（神奈川県独自取り組み≪例≫含む） | 217 | 80 | 297 |

## (3) 評価の実施単位

■　原則として、「住居単位」で行います。

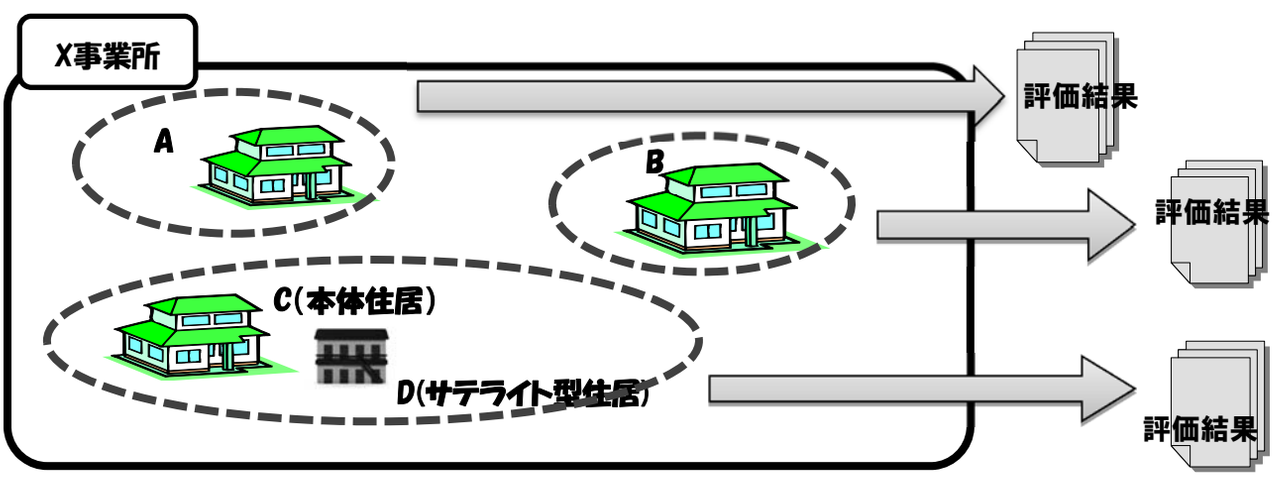
障害者グループホームは、障害者自立支援法により複数の住居をまとめた事業所単位での運営となりました。また、サテライト型住居も制度化されました。同一事業所内であっても、住居ごとで利用者の特性などが異なるため、求められる支援の内容や提供しているサービス内容には違いがみられます。そのため、障害者グループホームの第三者評価は原則として、「住居単位」で行いますが、サテライト型住居においては、一人暮らしに近い形態であることから、本体住居に含んだかたち（※１）で評価を行います。

第三者評価を受審する場合、事業所側は事業所に所属する全ての住居の評価を同時に受けることもできますし、一部の住居だけで評価を受けることも可能です。なお、同一事業所内で複数住居が同時に第三者評価を受審し、当該の複数住居が一体的に運営されている場合（※２）は、各住居に共通する取り組みも多くなるため、事業所と評価機関とが合意すれば、複数住居合同での自己評価表の作成及び訪問調査の実施を可とします。

ただし、その場合でも利用者調査は住居ごとに実施し、評価結果報告書も住居ごとに作成します。また、サテライト型住居を運営している場合、サテライト型住居への訪問調査は必須とはせず、事業所との合意の上で訪問調査や利用者調査の対象や方法を決定します。

※１　たとえば、A･B･Cの3つの住居と、Cを本体住居とするサテライト型住居DがあるX事業所がA～Dの第三者評価受審を希望した場合、評価調査はA・B・Cの本体住居ごと（ DはCに含む）に実施し、評価結果報告書は3つとなり、評価結果の公表も3件とします。

※２　同一のサービス管理責任者であること。また、ホーム職員の多くが当該複数住居を兼務して担当しているか、少なくとも常勤職員については全員が当該複数住居を担当している場合。



## (4) 評価調査者

### ■ 評価調査者

１件の評価調査にあたり複数名の評価調査者が一貫して調査にあたります。

《注意事項》

訪問調査時、評価調査者は「評価調査者の身分を証明する書類」を携帯します。ホーム職員や利用者等の関係者から求められた場合、提示してください。

### ■ 評価調査者の守秘義務の徹底

障害者グループホーム第三者評価の評価調査では、サービスの特性から個別の利用者支援の事例などを具体的に挙げながら取り組みの状況を確認することが多くなりますので、評価調査者はより一層の守秘義務が厳しく求められます。

評価結果報告書をまとめる際も、公表により不特定多数の人の目に触れることを意識し、個人情報保護に配意して作成することが求められます。

## (5) 評価結果の公表

### ■ 評価結果の公表手続き

評価機関は、評価結果等公表要綱に基づき事業者の同意を得た上で公表手続きを行います。

第三者評価結果報告書（総括）・第三者評価結果（６カテゴリ26事項）・利用者調査結果を、推進機構のホームページで公表します。

【評価結果等公表要綱】　第３条

第３条　評価機関は、評価結果の公表について事業者の同意を得た上で、事業者に評価結果を同意した日から原則として１週間以内に、第三者評価実施報告書（様式１）に必要な書類を添付して、推進機構に報告するものとする。

２　推進機構は、当該報告書等が提出されてから原則として３０日以内に、評価機関から報告された内容を確認し、公表するものとする。ただし、事業者が公表に同意しない場合は、その旨を公表するものとする。

### ■ 評価結果の公表期間

評価結果等公表要綱第６条（公表期間）に基づき、評価結果の公表期間は、公表日から３年目に該当する年度の末日までとします。　ただし、公表日から３年目に該当する年度の末日までに、当該事業者の新しい評価結果が　公表された場合は、旧評価結果は公表を取り止めるものとします。

### （6）第三者評価の標準的な手順

**①　評価機関の選定・契約**　評価機関を選び、契約します。

**②　自己評価の実施**　事業所が自己評価を実施します。

「住居単位」で自己評価表を作成します。

※複数住居を一体的に運営している場合は、複数住居合同で自己評価表を作成しても可。

**③　利用者調査**　アンケート調査とヒアリング調査

利用者全員を対象としたアンケート調査を行ったうえで、その結果をふまえて1名以上にヒアリング調査を実施します。

アンケート調査では読み取ることができなかった疑問点や生活の実感を、ヒアリング調査で確認

**④　訪問調査**　訪問調査は複数名の評価調査者が1日以上実施します。

複数名の評価調査者が本体住居を訪問し、自己評価結果と利用者調査結果をもとにヒアリングを行います。　※サテライト型住居は、事業所との協議のうえで訪問の有無を決定。

**⑤　訪問調査終了後の合議と報告書の作成**

訪問調査で得られた情報は評価調査者間で共有し、報告書に盛り込むべき情報を十分収集できたか、評価調査者間で認識に違いがないか等を確認します。情報の不足や不明確な点があれば、速やかに事業所に確認します。さらに、事前準備段階で明確にした評価の視点に基づき、報告書をどのような方向性で取りまとめるのか、事業所の強み・弱み、評価60細目等について確認し、記載すべき内容を話し合います。

**⑥　評価機関としての報告書の取りまとめ**

評価機関では、客観性が保たれているか、内容の整合性がとれているか、事実誤認がないか等について十分に確認して調整を図り、正式な評価結果報告書として決定します。

評価機関は、公正な評価決定を行うために「評価決定委員会」を設置し、評価決定プロセスの透明性を確保します。

**⑦　事業所への報告**

評価機関で決定した評価結果報告書は、事業所に確認してもらい、調整を図った後に最終決定となります。

**⑧　評価結果の公表**

評価機関は評価結果報告書を推進機構に提出、推進機構ではｖｺﾄﾛｺ☺で公表します。

## （7）自己評価の手順

・自己評価表は、管理者とサービス管理責任者が中心となり、共同で作成します。

・生活支援員・世話人・調理補助員などホーム運営に関わる全職員が、自己評価（サービスの振り返り）のプロセスに携われるよう調整を図ってください。

**STEP①**

職員一人ひとりの自己評価

**共通評価（45細目）**

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。 | | 自己評価 ◎○△× |
|---|---|---|
| 【1】　①　理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | | |
| 1 | 理念、基本方針が運営法人、ホーム内･･･ | ○ |
| 2 | 理念は、運営法人、ホームが実施する福祉･･･ | ◎ |
| 3 | 基本方針は、運営法人の理念との整合性･･･ | △ |
| 4 | 理念や基本方針は、会議や研修会での説明･･･ | △ |
| 5 | 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料･･･ | ○ |
| 6 | 理念や基本方針の周知状況を確認し･･･ | △ |

**STEP②**

ホーム全体の自己評価

**共通評価（45細目）**

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。 | | 自己評価 ◎○△× |
|---|---|---|
| 【1】　①　理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | | |
| 1 | 理念、基本方針が運営法人、ホーム内･･･ | ○ |
| 2 | 理念は、運営法人、ホームが実施する福祉･･･ | ◎ |
| 3 | 基本方針は、運営法人の理念との整合性･･･ | △ |
| 4 | 理念や基本方針は、会議や研修会での説明･･･ | △ |
| 5 | 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料･･･ | ○ |
| 6 | 理念や基本方針の周知状況を確認し･･･ | △ |

**STEP③**

STEP①と②をもとに、ホームでの取り組み状況など文章で記入

**自己評価表（総括）**

Ⅰ　福祉サービスの基本方針と組織（共通評価Ⅰ－1～4）

| | 取組の状況（努力・工夫していること、課題と考えていること等） |
|---|---|
| 1 | （Ⅰ-1 理念・基本方針） |
| 2 | （Ⅰ-2 経営状況の把握） |
| 3 | （Ⅰ-3 事業計画の策定） |
| 4 | （Ⅰ-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組） |

## STEP①

「自己評価表」（60細目297自己評価項目）について、
4段階（◎○△×）で自己評価します。
※該当者がいないなど当てはまらない事項は
「非該当」と記入します。

STEP①は、
**「職員一人ひとり」**の
福祉サービスの
自己評価（振り返り）

＜記入例＞

**共通評価（45細目）**

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。 | | 自己評価<br>◎○△× |
|---|---|---|
| 【1】　①　理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | | |
| 1 | 理念、基本方針が運営法人、ホーム内･･･ | ○ |
| 2 | 理念は、運営法人、ホームが実施する福祉･･･ | ◎ |
| 3 | 基本方針は、運営法人の理念との整合性･･･ | △ |
| 4 | 理念や基本方針は、会議や研修会での説明･･･ | △ |
| 5 | 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料･･･ | ○ |
| 6 | 理念や基本方針の周知状況を確認し･･･ | △ |

| 【A12】 ② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。 | | |
|---|---|---|
| 276 | 医療的な支援の実施についての考え方（方針）と･･･<br>《例》・利用者が終末期を迎えた場合の対応について方･･･<br>・必要に応じて、利用者及び家族に終末期を迎えた･･･ | ◎ |
| 277 | 服薬等の管理（内服薬・外用薬等の扱い）を･･･<br>《例》・薬の効能や副作用等を知り、利用者の･･･<br>・利用者に薬の正しい知識を知らせ、本人が･･･ | ○ |
| 278 | 慢性疾患やアレルギー疾患等のある利用者については･･･ | △ |
| 279 | 介護職員等が実施する医療的ケアは、医師の･･･ | △ |
| 280 | 医師や看護師の指導・助言のもと、安全管理体制が･･･ | 非該当 |
| 281 | 医療的な支援に関する職員研修や職員の･･･ | ○ |

すべての自己評価項目について、４段階評価を行い、その結果を記入します。

《４段階評価》
◎：よくできていている
○：できている
△：一部できていない
×：できていない

※共通評価(45細目)は、全てのサービス種別の共通項目です。運営法人の別施設が第三者評価を受けている場合、その自己評価結果を参考にすることができます。

対象となる利用者がいないなど、あてはまらない事項は「非該当」とします。

**☑自己評価の進め方 ～全員参加を目指そう！～**

・自己評価は、職員のさまざまな思いや価値観、認識の違いに気づくことから始まります。
・「全職員が個別に自己評価表に取り組む」「職員の階層別に評価項目を分担する」「課題認識に応じて評価項目を抽出する」など、ホームに合った取り組み方を工夫し、全員参加を目指します。

STEP②

## 職員全員で話し合います

STEP①を踏まえ、ホーム全体の4段階評価（◎○△×）をとりまとめます。

＜記入例＞

STEP②は、
**「ホーム全体の」**の
福祉サービスの
自己評価（振り返り）

**共通評価（45細目）**

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。 | | 自己評価 ◎○△× |
|---|---|---|
| 【1】　①　理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | | |
| 1 | 理念、基本方針が運営法人、ホーム内･･･ | ○ |
| 2 | 理念は、運営法人、ホームが実施する福祉･･･ | ◎ |
| 3 | 基本方針は、運営法人の理念との整合性･･･ | △ |
| 4 | 理念や基本方針は、会議や研修会での説明･･･ | △ |
| 5 | 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料･･･ | ○ |
| 6 | 理念や基本方針の周知状況を確認し･･･ | △ |

STEP①の結果を踏まえ、ホーム全体としての４段階評価（◎○△×）を取りまとめます。

| 【A12】 ② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。 | | |
|---|---|---|
| 276 | 医療的な支援の実施についての考え方(方針)と･･･<br>《例》・利用者が終末期を迎えた場合の対応について方･･･<br>・必要に応じて、利用者及び家族に終末期を迎えた･･･ | ◎ |
| 277 | 服薬等の管理(内服薬・外用薬等の扱い)を･･･<br>《例》・薬の効能や副作用等を知り、利用者の･･･<br>・利用者に薬の正しい知識を知らせ、本人が･･･ | ○ |
| 278 | 慢性疾患やアレルギー疾患等のある利用者については･･･ | △ |
| 279 | 介護職員等が実施する医療的ケアは、医師の･･･ | △ |
| 280 | 医師や看護師の指導・助言のもと、安全管理体制が･･･ | 非該当 |
| 281 | 医療的な支援に関する職員研修や職員の･･･ | ○ |

**☑　自己評価の取りまとめ方 ～丁寧に深めよう！語り合おう！～**

- 自己評価の取りまとめでは、職員間の相互理解を深め、事業所の方針や目標を共有し、職員全員で取り組むための機運や土壌をつくることが重要です。
- ホーム職員が個別に取り組んだ４段階評価（◎○△×）を見比べ、認識が同じところは具体的な言語化に取り組み、認識の違うところはお互いの思いを話し合う相互理解のプロセスを大切にしてください。

STEP③

**記入にあたっては、必ず全職員での話し合いを行います**

評価対象・分類（６カテゴリ26事項）で、
ホームでの取り組み状況と認識（努力・工夫している
こと・課題と考えていること）を文章で記入します。
記入にあたっては、必ず全職員での話し合いを行います。

STEP③は、
自己評価（振り返り）
をもとに全員で話し合った、ホームの**取り組み状況や今後の目標などを文章で作成します**

# 自己評価表（総括）

Ⅰ　福祉サービスの基本方針と組織（共通評価Ⅰ－１～４）

| | 取組の状況（努力・工夫していること、課題と考えていること等） |
|---|---|
| １ | （Ⅰ-1 理念・基本方針） |
| ２ | （Ⅰ-2 経営状況の把握） |
| ３ | （Ⅰ-3 事業計画の策定） |
| ４ | （Ⅰ-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組） |

※障害者グループホーム第三者評価の自己評価結果は、すべて**「公表の対象外」**です。
（ホームページ等では一切公開されません。）

# 障害者グループホーム第三者評価
# 自己評価表（※非公表）

**STEP ①②** 自己評価表【共通評価45細目・内容評価15細目】

**STEP ③** 自己評価表（総括）【6カテゴリ26事項】

| | |
|---|---|
| 法人名 | |
| 事業所名 | |
| 自己評価表作成日 | |

# 自己評価表【共通評価45細目】



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】　①　理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | | 自己評価<br>◎○△× |
|---|---|---|
| 1 | 理念、基本方針が運営法人、ホーム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。 | |
| 2 | 理念は、運営法人、ホームが実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた運営法人、ホーム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、運営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。

| 【2】　①　ホーム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。 | | 自己評価<br>◎○△× |
|---|---|---|
| 7 | 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。 | |
| 8 | 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。 | |
| 9 | 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、運営法人（ホーム）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。 | |
| 【3】　②　経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。 | | |
| 11 | 経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。 | |
| 12 | 経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）間での共有がなされている。 | |
| 13 | 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。 | |
| 14 | 経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。 | |

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。

| 【4】　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。 | | 自己評価<br>◎○△× |
|---|---|---|
| 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。 | |
| 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。 | |

| 【5】 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。 | | |
|---|---|---|
| 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。 | |
| 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。

| 【6】 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。 | | |
|---|---|---|
| 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。 | |
| 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。 | |
| 【7】 ② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。 | | |
| 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。 | |
| 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。

| | | 自己評価<br>◎○△× |
|---|---|---|
| 【8】 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。 | | |
| 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。 | |
| 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。 | |
| 【9】 ② 評価結果にもとづきホーム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。 | | |
| 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。 | |
| 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。 | |

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。

| | | 自己評価<br>◎○△× |
|---|---|---|
| 【10】 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。 | | |
| 41 | 管理者は、自らのホームの経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。 | |
| 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。 | |
| 【11】 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。 | | |
| 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。 | |
| 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。

| | | |
|---|---|---|
| 【12】 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。 | | |
| 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。 | |
| 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。 | |
| 【13】 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。 | | |
| 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。 | |
| 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。

| | | 自己評価<br>◎○△× |
|---|---|---|
| 【14】 | 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。 | |
| 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。 | |
| 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 | 運営法人（ホーム）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。 | |
| 【15】 | ②　総合的な人事管理が行われている。 | |
| 62 | 運営法人（ホーム）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。 | |
| 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。

| | | |
|---|---|---|
| 【16】 | 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。 | |
| 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。 | |
| 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。

| 【17】 | ①　職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 | |
|---|---|---|
| 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。 | |
| 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。 | |
| 【18】 | 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。 | |
| 81 | 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。 | |
| 82 | 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。 | |
| 83 | 策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。 | |
| 84 | 定期的に計画の評価と見直しを行っている。 | |
| 85 | 定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。 | |
| 【19】 | ③　職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。 | |
| 86 | 個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。 | |
| 87 | 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。 | |
| 88 | 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。 | |
| 89 | 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。 | |
| 90 | 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。 | |

（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。

| 【20】 | 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。 | |
|---|---|---|
| 91 | 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。 | |
| 92 | 実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。 | |
| 93 | 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。 | |
| 94 | 指導者に対する研修を実施している。 | |
| 95 | 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。 | |

## 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。

| | | 自己評価<br>◎○△× |
|---|---|---|
| 【21】 | 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。 | |
| 96 | ホームページ等の活用により、運営法人（ホーム）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。 | |
| 97 | ホーム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 | 運営法人（ホーム）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、運営法人（ホーム）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、ホーム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。 | |
| 【22】 | 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。 | |
| 101 | ホームにおける事務、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。 | |
| 102 | ホームにおける事務、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 | ホームの事業、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。 | |

## 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。

| | | 自己評価<br>◎○△× |
|---|---|---|
| 【23】 | 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。 | |
| 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。 | |
| 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 | ホーム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。 | |
| 【24】 | 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。 | |
| 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。 | |
| 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。 | |

（２）　関係機関との連携が確保されている。

| 【25】 ①　ホーム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。 | | |
|---|---|---|
| 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。 | |
| 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。

| 【26】 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。 | | |
|---|---|---|
| 120 | ホーム（運営法人）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。 | |
| 【27】 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。 | | |
| 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。 | |
| 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 | ホーム（運営法人）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。 | |

## 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。

| | | 自己評価<br>◎○△× |
|---|---|---|
| 【28】 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。 | | |
| 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。 | |
| 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。 | |

| 【29】 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。 | | |
|---|---|---|
| 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。 | |
| 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。<br>《例》・外部ボランティア・見学者等の受け入れは、必ず利用者の了解を得てから行い、外部ボランティア 見学者等に対して利用者のプライバシー尊重等の留意事項を伝えている。 | |
| 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。 | |

（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。

| 【30】 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。 | | |
|---|---|---|
| 135 | 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容やホーム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。 | |
| 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 | ホーム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。 | |
| 【31】 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。 | | |
| 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。 | |
| 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。 | |
| 【32】 ③ ホーム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。 | | |
| 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。 | |
| 146 | 他のホームや地域・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。

| 【33】　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。 | | |
|---|---|---|
| 149 | 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 | |
| 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。<br>《例》・サービス管理責任者・事業所管理者・運営法人の関係職員等が、利用者全体の話し合いの中に入るなどして、通常のバックアップとして相談以外の苦情を聞きとりをしている。 | |
| 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。 | |

（４）　利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

| 【34】　①　苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 | | |
|---|---|---|
| 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。 | |
| 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。 | |
| 【35】　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。 | | |
| 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。 | |
| 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。 | |
| 【36】　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。 | | |
| 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。 | |
| 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。

| 【37】 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。 | | |
|---|---|---|
| 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。<br>《例》・利用者が外出先でトラブルにまきこまれた際の対応体制を整えている。 | |
| 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。<br>《例》・緊急時の連絡体制について、スタッフおよび利用者に周知している。<br>・緊急時、スタッフの勤務時間外または出勤者のみでの対応困難な場合、短時間でホームへ出動できる職員を決めている。<br>・緊急時、当該利用者以外の利用者への支援対応について連絡体制等を決めている。 | |
| 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。 | |
| 【38】 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。 | | |
| 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。 | |
| 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。 | |
| 【39】 ③　災害時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。 | | |
| 182 | 災害時の対応体制が決められている。 | |
| 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。 | |

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。

| 自己評価<br>◎○△× |
|---|

| 【40】 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。 | | |
|---|---|---|
| 187 | 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 | |
| 188 | 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。 | |
| 189 | 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。 | |
| 190 | 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。 | |

| 【41】 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。 | | |
|---|---|---|
| 191 | 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。 | |
| 192 | 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。 | |
| 193 | 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。 | |
| 194 | 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個別支援計画書が策定されている。

| 【42】 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。 | | |
|---|---|---|
| 195 | 個別支援計画策定の責任者を設置している。 | |
| 196 | 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。 | |
| 197 | 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。<br>《例》・本人の状況について、通所している施設等と情報交換を行っている。<br>・相談支援専門員と連携して、サービス等利用計画の立案やモニタリングに協力している。 | |
| 198 | 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。 | |
| 199 | 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。<br>《例》・個別支援計画は、サービス等利用計画と連動している。<br>・個別支援計画策定の際、利用者に分かりやすい表現などを工夫し、利用者が自分のものと感じられるよう努めている。 | |
| 200 | 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。<br>《例》環境に変化が生じた場合、または、最低6ヶ月に1度モニタリングを行い、個別支援計画書に反映させている | |
| 201 | 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。<br>《例》行政等関係機関からの要請に応じ、積極的な受け入れ調整を行っている。<br>（公立施設退所者、児童養護施設退所者、刑務所等矯正施設出所者など行政要請への対応。区分軽度だが社会的自立に難しさを抱える人、就職したものの馴染めずに退社した人への支援、報酬上の評価は低いが、支援ニーズの高い人たちへの積極的かつ適切な支援等） | |
| 【43】 ② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。 | | |
| 202 | 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。 | |
| 203 | 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。 | |
| 204 | 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。 | |
| 205 | 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。<br>《例》・利用者の生活状況の変化やサービス内容に変更があった場合、相談支援専門員と連携して対応している。 | |

（３）　福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

| 【44】 | 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。 | |
|---|---|---|
| 206 | 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。 | |
| 207 | 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。 | |
| 208 | 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。 | |
| 209 | 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。 | |
| 210 | 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。 | |
| 211 | 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、ホーム内で情報を共有する仕組みが整備されている。 | |
| 【45】 | ②　利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | |
| 212 | 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。 | |
| 213 | 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。 | |
| 214 | 記録管理の責任者が設置されている。 | |
| 215 | 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。 | |
| 216 | 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 | |
| 217 | 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。 | |

# 自己評価【内容評価15細目】

## Ａ－１　利用者の尊重と権利擁護

（１）自己決定の尊重

| 【Ａ１】①　利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。 | | 自己評価<br>◎○△× |
|---|---|---|
| 218 | 利用者の自己決定を尊重するエンパワメントの理念にもとづく個別支援を行っている。<br>《例》・利用者の要望を出来るだけ尊重し、一方的な介助や支援を行わないようにしている。<br>・ひとりで入浴できる場合、可能な限り、利用者の希望する時間に入浴やシャワー浴をできるようにしている。 | |
| 219 | 利用者の主体的な活動については、利用者の意向を尊重しながら、その発展を促すように支援を行っている。<br>《例》・利用者の思考・行動を先回りせず、その人らしさや、失敗経験を含めた利用者の自己決定を支える支援に努めている。 | |
| 220 | 趣味活動、衣服、理美容や嗜好品等については、利用者の意思と希望や個性を尊重し、必要な支援を行っている。<br>《例》・酒やたばこの害について、利用者が理解できるよう説明し、場所や時間、適度な量などを利用者と話し合うなどしている。<br>・衣類の購入・選択や着替えについて、自分でできる場合は利用者本人に任せ、支援の必要な場合には相談に応じたり手伝ったりしている。<br>・身だしなみについて、自分でできる場合は利用者本人に任せ、支援の必要な場合には季節や天候に合わせた衣類の選択など、相談に応じたり手伝ったりしている。<br>・理美容について、自分でできる場合は利用者本人に任せ、支援の必要な場合には理髪店・美容院の予約や同行をしたり、要望があれば髪形や化粧の仕方について相談に応じたり手伝ったりしている。 | |
| 221 | 生活に関わるルール等については、利用者と話し合う機会（利用者同士が話し合う機会）を設けて決定している。<br>《例》・共用の部屋にあるテレビ等の利用方法は、利用者同士の話し合いで決められるよう支援している。 | |
| 222 | 利用者一人ひとりへの合理的配慮が、個別支援や取組をつうじて具体化されている。 | |
| 223 | 利用者の権利について職員が検討し、理解・共有する機会が設けられている。 | |

（２）権利擁護

| 【Ａ２】①　利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 | | |
|---|---|---|
| 224 | 利用者の権利擁護について、規定・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。<br>《例》・虐待防止に向けたツール（マニュアル等）を作成し、全職員に周知している。 | |
| 225 | 利用者の権利擁護のための具体的な取組を利用者や家族に周知している。<br>《例》・利用者個々人の障害特性をふまえた虐待防止策について検討し、個別支援計画に記載している。 | |
| 226 | 権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行っている。<br>《例》・利用者に声を掛けるときは、年齢相応の適切な言葉づかいと呼称をしている。<br>・利用者に同等に対応し、利用者間で差別されていると感じさせないように努めている。<br>・利用者へ一方的にルールを押し付けたり、無自覚に禁止語や命令語を使わないようにしている。<br>・居室には、必ずノックや声かけ等の合図をしてから入るようにしている。<br>・利用者個人あての手紙や電話等については、通信の秘密が守られるよう配慮している。<br>・職場での労働条件・トラブル等について、所管ハローワークや福祉事務所等の専門機関、家族と連携して問題解決に取り組むようにしている。<br>・利用者個々人の障害特性に応じた個別支援計画に虐待防止について反映して記載し、全職員に周知している。 | |
| 227 | 原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法等を明確に定め、職員に徹底している。 | |

| | | |
|---|---|---|
| 228 | 所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にしている。<br>《例》・利用者や家族等に対して、障害者虐待防止センター等への通報について説明・周知を行っている。 | |
| 229 | 権利擁護のための取組について職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている。<br>《例》・利用者支援に関して不適切な対応がないよう、ホームのスタッフ間の連携のもと、相互に確認・検証する体制がある。 | |
| 230 | 権利侵害が発生した場合に再発防止策等を検討し、理解のもとで実践する仕組みが明確化されている。 | |

## Ａ－２　生活支援

### （１）支援の基本

| | | 自己評価<br>◎○△× |
|---|---|---|
| 【Ａ３】 | ①　利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。 | |
| 231 | 利用者の心身の状況、生活習慣や望む生活等を理解し、一人ひとりの自律・自立に配慮した個別支援を行っている。 | |
| 232 | 利用者が自力で行う生活上の行為は見守りの姿勢を基本とし、必要な時には迅速に支援している。 | |
| 233 | 自律・自立生活のための動機づけを行っている。 | |
| 234 | 生活の自己管理ができるように支援している。<br>《例》・調理・洗濯・清掃について、自分でできる場合、利用者本人に任せられるように必要な設備や環境の整備をしている。<br>・買い物について、何を購入するかは利用者の判断に任せているが、明らかに問題があると思われるときは助言したり、支援の必要な場合には本人の意思を確かめながら相談に応じたり手伝ったりしている。<br>・居室の管理・清掃について、自分でできる場合は利用者本人に任せ、支援の必要な場合には相談に応じたり手伝ったりしている。<br>・衣類の清潔保持について、自分でできる場合は利用者本人に任せ、支援の必要な場合にはスタッフが代わりに洗濯したり、声かけなど支援をしている。<br>・極端に不潔な衣類は、利用者本人の理解を求め処分している。<br>・調理について、自分でできる場合は利用者本人に任せ、献立の栄養バランスや食材の価格、調理方法、盛りつけ等の相談に応じたり、気付いたことを助言したりしている。<br>・金銭管理について、自己管理できる場合、利用者本人に任せ、要望があれば金庫に預かるなど支援している。自己管理が難しい場合、スタッフと一緒に出納帳を付けるなどして自己管理ができるよう支援したり、無計画な消費に気づいた際は本人収入に応じた家計管理について説明し、適切な使い方ができるよう相談に応じたり、気づいたことを助言したりしている。 | |
| 235 | 行政手続、生活関連サービス等の利用を支援している。<br>《例》・入院・通院の際、付添いが必要な場合は、地域の社会資源を活用したり、運営法人の関係職員と連携したりして支援をしている。<br>・失業し、求職する人に対しては、必要に応じてハローワーク等の利用支援を行っている。<br>・利用者または家族・親族の求めに応じて、成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用支援（専門機関や相談機関へのつなぎ等）をしている。 | |
| 【Ａ４】 | ②　利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。 | |
| 236 | 利用者の心身の状況に応じて、さまざまな機会や方法によりコミュニケーションがはかられている。 | |
| 237 | コミュニケーションが十分ではない利用者への個別的な配慮が行われている。<br>《例》・言葉で表現することが難しい人の意向を感じ取るために、サービス管理責任者や管理者、法人関係者等とも協力してコミュニケーション支援を工夫している。 | |
| 238 | 意思表示や伝達が困難な利用者の意思や希望をできるだけ適切に理解するための取組を行っている。<br>《例》・言葉による表現が難しい利用者の場合でも、本人意向を把握するよう努め、絵や写真を見せるなど工夫している。 | |
| 239 | 利用者のコミュニケーション能力を高めるための支援を行っている。 | |
| 240 | 必要に応じて、コミュニケーション機器の活用や代弁者の協力を得るなどの支援や工夫を行っている。 | |

| | | |
|---|---|---|
| 【Ａ５】 ③　利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。 | | |
| 241 | 利用者が職員に話したいことを話せる機会を個別に設けている。 | |
| 242 | 利用者の選択・決定と理解のための情報提供や説明を行っている。<br>《例》・行政・関係機関・住民組織から得られた情報は、利用者にわかりやすく説明できるようにしている。 | |
| 243 | 利用者の意思決定の支援を適切に行っている。<br>《例》・こちらから伝えたことが、理解されているかどうかの確認を必ず行うようにしている。<br>・通勤を躊躇したり無断欠勤するなど利用者に変化が見られたり、勤務先から連絡が入ったりした場合、本人と話し合い、サービス管理責任者・事業所管理者・運営法人の関係職員等の協力を得るなどしている。 | |
| 244 | 相談内容について、サービス管理責任者等と関係職員による検討と理解・共有を行っている。<br>《例》・利用者間トラブルが発生したときの対応について、スタッフ、運営法人の関係職員等全体で確認している。 | |
| 245 | 相談内容をもとに、個別支援計画への反映と支援全体の調整等を行っている。 | |
| 【Ａ６】 ④　個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。 | | |
| 246 | 個別支援計画にもとづき利用者の希望やニーズにより選択できる日中活動（支援・メニュー等）の多様化をはかっている。<br>《例》・余暇の過ごし方を自分で選択することが難しい人のために、ホーム内または地域の社会資源を利用して参加できるプログラムを用意している。 | |
| 247 | 利用者の状況に応じて活動やプログラム等へ参加するための支援を行っている。<br>《例》・送迎が必要な場合、移動支援との連携など関係職員の協力を得ながら利用を支援している。 | |
| 248 | 利用者の意向にもとづく余暇やレクリエーションが適切に提供されている。 | |
| 249 | 文化的な生活、レクリエーション、余暇及びスポーツに関する情報提供を行っている。 | |
| 250 | 地域のさまざまな日中活動の情報提供と必要に応じた利用支援を行っている。<br>《例》・日中活動の場が得られない場合、関係機関の協力を得ながら、短時間でも参加できる地域の社会資源を探す努力をしている。<br>・週末や盆、正月等には、利用者が希望すれば、運営法人等の行事などに参加できるようにしている。 | |
| 251 | 個別支援計画の見直し等とあわせて日中活動と支援内容等の検討・見直しを行っている。 | |
| 【Ａ７】 ⑤　利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。 | | |
| 252 | 職員は障害に関する専門知識の習得と支援の向上をはかっている。 | |
| 253 | 利用者の障害による行動や生活の状況などを把握し、職員間で支援方法等の検討と理解・共有を行っている。<br>《例》・自傷・他害・物損などの危険行為のある利用者に対し、その人の特性を受容する姿勢で受けとめ、利用者の心身を傷つけずに対応するためのマニュアルを用意するなど、スタッフで統一した対応をしている。 | |
| 254 | 利用者の不適応行動などの行動障害に個別的かつ適切な対応を行っている。<br>《例》・必要に応じて専門医の協力を得るなどして、行動障害の誘因や刺激、人的・物的環境との因果関係を分析し対応している。 | |
| 255 | 行動障害など個別的な配慮が必要な利用者の支援記録等にもとづき、支援方法の検討・見直しや環境整備等を行っている。 | |
| 256 | 利用者の障害の状況に応じて利用者間の関係の調整等を必要に応じて行っている。 | |

（２） 日常的な生活支援

| 【Ａ８】 ① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。 | | |
|---|---|---|
| 257 | 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本としておいしく、楽しく食べられるように工夫されている。<br>《例》・食事の献立は、利用者と一緒に考えるようにしている。 | |
| 258 | 利用者の心身の状況に応じて食事の提供と支援等を行っている。<br>《例》・利用者の健康状態に応じた食事内容や調理方法・形態を踏まえ、盛りつけや配膳を工夫して、おいしく食べられるように配慮している。<br>・出勤時間の都合や食事をとるペースなど、個々の利用者に合わせた時間帯で食事がとれるようにしている。 | |
| 259 | 利用者の心身の状況に応じて入浴支援や清拭等を行っている。<br>《例》・浴室・脱衣場でのプライバシー保護に配慮し、支援が必要な場合は、原則、同性介助を守っている。<br>・洗体・洗髪等の介助が必要な利用者も、毎日、入浴ができるよう支援をしている。 | |
| 260 | 利用者の心身の状況に応じて排せつ支援を行っている。<br>《例》・トイレでのプライバシー保護に配慮し、支援が必要な場合は、原則、同性介助を守っている。<br>・利用者に失禁や夜尿があった場合、すみやかに処置をしている。<br>・夜尿のおそれのある利用者については、本人および専門家の意見も取り入れて、必要な夜間ケアの工夫をしている。 | |
| 261 | 利用者の心身の状況に応じて移動・移乗支援を行っている。 | |

（３） 生活環境

| 【Ａ９】 ① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。 | | |
|---|---|---|
| 262 | 利用者の居室や日中活動の場等は、安心・安全に配慮されている。<br>《例》・移動に支障のある利用者のための手すり、洋式便器やバスチェアーなど、身体に障害があったり、日常生活に多くの介助を必要とする利用者にも不便のない環境整備をしている。 | |
| 263 | 居室、食堂、浴室、トイレ等は、清潔、適温と明るい雰囲気を保っている。<br>《例》・居室、食堂、浴室、トイレ等の設備や雰囲気について、利用者の意見を取り入れ改善に努めている。<br>・快適な採光・風通し・室温調節など、健康面に留意した住環境の整備に努めている。<br>・清掃は毎日行い、汚れた場合は放置せず直ちに清掃している。<br>・設備・備品等が故障したり消耗した場合には、速やかに修理や取替えをしている。<br>・換気や消臭器具などを配備し、防臭対策をしている。 | |
| 264 | 利用者が思い思いに過ごせるよう、また安眠（休息）できるよう生活環境の工夫を行っている。<br>《例》・天気の良い日には寝具を干したり、定期的にシーツの洗濯・交換をしたり、毛布やタオルケット等の季節に応じた寝具を快適に利用できるよう支援している。<br>・安眠を妨害するような光や音が、利用者の居室に入らないよう配慮している。 | |
| 265 | 他の利用者に影響を及ぼすような場合、一時的に他の部屋を使用するなどの対応と支援を行っている。 | |
| 266 | 生活環境について、利用者の意向等を把握する取組と改善の工夫を行っている。<br>《例》 ・居室の家具やしつらえなどは、利用者本人の好みを反映して整備するよう努めている。 | |

（４） 機能訓練・生活訓練

| 【A10】 ① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。 | | |
|---|---|---|
| 267 | 生活動作や行動のなかで、意図的な機能訓練・生活訓練や支援を行っている。 | |
| 268 | 利用者が主体的に機能訓練・生活訓練を行えるよう工夫している。 | |
| 269 | 利用者の障害の状況に応じて専門職の助言・指導のもとに機能訓練・生活訓練を行っている。 | |
| 270 | 利用者一人ひとりの計画を定め、関係職種が連携して機能訓練・生活訓練を行っている。 | |
| 271 | 定期的にモニタリングを行い、機能訓練・生活訓練計画や支援の検討・見直しを行っている。 | |

（５） 健康管理・医療的な支援

| 【A11】 ① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。 | | |
|---|---|---|
| 272 | 入浴、排せつなどの支援のさまざまな場面をつうじて、利用者の健康状態の把握に努めている。 | |
| 273 | 医師又は看護師等による健康相談や健康面での説明の機会を定期的に設けている。 | |
| 274 | 利用者の障害の状況にあわせた健康の維持・増進のための工夫を行っている。 | |
| 275 | 利用者の体調変化等における迅速な対応のための手順、医師・医療機関との連携・対応を適切に行っている。<br>《例》・利用者が身体に異常を感じた場合、本人がスタッフに伝えることができるよう、日頃からその方法などについて話し合っている。<br>・利用者の勤務先・日中活動先・外出先などで、「体調が急変して休養が必要」等の連絡が入った場合、サービス管理責任者・事業所管理者・運営法人の関係職員等との連携体制を整えている。<br>・利用者の体調急変時、当該利用者以外の利用者への支援対応について、運営法人の関係職員等との連携体制を整えている。<br>・事前に家族等の協力を得て健康管理に必要な情報を得るなど、利用者の体調急変時、医療機関に伝達すべき事項はあらかじめ整理している。 | |
| 276 | 障害者・児の健康管理等について、職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。 | |
| 【A12】 ② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。 | | |
| 277 | 医療的な支援の実施についての考え方（方針）と管理者の責任が明確であり、実施手順や個別の計画が策定されている。<br>《例》・利用者が終末期を迎えた場合の対応について方針と手順が明らかになっている。<br>・必要に応じて、利用者及び家族に終末期を迎えた場合の意向の確認とホームでの対応やケアについて説明し、対応している。 | |
| 278 | 服薬等の管理（内服薬・外用薬等の扱い）を適切かつ確実に行っている。<br>《例》・薬の効能や副作用等を知り、利用者の健康状態を把握するとともに、自己管理が難しい場合はスタッフが適正な服薬・塗布などをするように支援している。<br>・利用者に薬の正しい知識を知らせ、本人が納得して服薬できるように支援している。 | |
| 279 | 慢性疾患やアレルギー疾患等のある利用者については、医師の指示にもとづく適切な支援や対応を行っている。 | |
| 280 | 介護職員等が実施する医療的ケアは、医師の指示にもとづく適切かつ安全な方法により行っている。 | |
| 281 | 医師や看護師の指導・助言のもと、安全管理体制が構築されている。 | |
| 282 | 医療的な支援に関する職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。 | |

（６）社会参加、学習支援

| 【A13】① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。 | | |
|---|---|---|
| 283 | 利用者の希望と意向を把握し、社会参加に資する情報や学習・体験の機会を提供する等、社会参加への支援を行っている。<br>《例》・地域で行われている行事や地域の運動施設、娯楽施設などの情報をわかりやすく提供し、利用希望者には、必要に応じて支援をしている。 | |
| 284 | 利用者の外出・外泊や友人との交流等について、利用者を尊重して柔軟な対応や支援を行っている。<br>《例》・利用者が希望すれば、レストラン等に出かけて外食をすることがある。<br>・利用者個人にかかってきた電話は、原則として必ず取り次いでいる。<br>・利用者個人への来客は、利用者の意思を確認の上、迎えいれるようにしている。 | |
| 285 | 利用者や家族等の希望と意向を尊重して学習支援を行っている。 | |
| 286 | 利用者の社会参加や学習の意欲を高めるための支援と工夫を行っている。 | |

（７）地域生活への移行と地域生活の支援

| 【A14】① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。 | | |
|---|---|---|
| 287 | 利用者の希望と意向を把握し、地域生活に必要な社会資源に関する情報や学習・体験の機会を提供している。 | |
| 288 | 利用者の社会生活力と地域生活への移行や地域生活の意欲を高める支援や工夫を行っている。 | |
| 289 | 地域生活への移行や地域生活について、利用者の意思や希望が尊重されている。 | |
| 290 | 地域生活への移行や地域生活に関する課題等を把握し、具体的な生活環境への配慮や支援を行っている。 | |
| 291 | 地域生活への移行や地域生活のための支援について、地域の関係機関等と連携・協力している。 | |

（８）家族等との連携・交流と家族支援

| 【A15】① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。 | | |
|---|---|---|
| 292 | 家族等との連携・交流にあたっては、利用者の意向を尊重して対応を行っている。 | |
| 293 | 利用者の生活状況等について、定期的に家族等への報告を行っている。<br>《例》・金銭の自己管理が難しい利用者について、家族等からの預かり金がある場合、支出状況を毎月、当該家族等へ報告している。 | |
| 294 | 利用者の生活や支援について、家族等と意見交換する機会を設けている。 | |
| 295 | 利用者の生活や支援に関する家族等からの相談に応じ、必要に応じて助言等の家族支援を行っている。 | |
| 296 | 利用者の体調不良や急変時の家族等への報告・連絡ルールが明確にされ適切に行われている。 | |
| 297 | 利用者の生活と支援に関する家族等との連携や家族支援についての工夫を行っている。 | |

# 自己評価表（総括）

Ⅰ　福祉サービスの基本方針と組織（共通評価Ⅰ－１～４）

| | 取組の状況（努力・工夫していること、課題と考えていること等） |
|---|---|
| １ | （Ⅰ-1 理念・基本方針） |
| ２ | （Ⅰ-2 経営状況の把握） |
| ３ | （Ⅰ-3 事業計画の策定） |
| ４ | （Ⅰ-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組） |

Ⅱ　組織の運営管理（共通評価Ⅱ－１～４）

| | 取組の状況（努力・工夫していること、課題と考えていること等） |
|---|---|
| ５ | （Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ） |
| ６ | （Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成） |
| ７ | （Ⅱ-3 運営の透明性の確保） |
| ８ | （Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献） |

## Ⅲ　適切な福祉サービスの実施

### Ⅲ－１　利用者本位の福祉サービス（共通評価Ⅲ－１－（１）～（５））

| | 取組の状況（努力・工夫していること、課題と考えていること等） |
|---|---|
| ９ | （Ⅲ-1-(1)利用者を尊重する姿勢の明示） |
| 10 | （Ⅲ-1-(2)福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定）） |
| 11 | （Ⅲ-1-(3)利用者満足の向上） |
| 12 | （Ⅲ-1-(4)利用者が意見等を述べやすい体制の確保） |
| 13 | （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） |

### Ⅲ－２　福祉サービスの質の確保（共通評価Ⅲ－２－（１）～（３））

| | 取組の状況（努力・工夫していること、課題と考えていること等） |
|---|---|
| 14 | （Ⅲ-2-(1)提供する福祉サービスの標準的な実施方法の確立） |
| 15 | （Ⅲ-2-(2)適切なアセスメントによる福祉サービス実施計画の策定） |
| 16 | （Ⅲ-2-(3)福祉サービス実施の適切な記録） |

### Ａ－１　利用者の尊重と権利擁護（内容評価Ａ－１－（１）、（２））

| | 取組の状況（努力・工夫していること、課題と考えていること等） |
|---|---|
| 17 | （Ａ-1-(1)自己決定の尊重） |
| 18 | （Ａ-2-(2)権利侵害の防止等） |

Ａ－２　生活支援（内容評価Ａ－２－（１）～（８））

| | 取組の状況（努力・工夫していること、課題と考えていること等） |
|---|---|
| 19 | （Ａ-2-(1)支援の基本） |
| 20 | （Ａ-2-(2)日常的な生活支援） |
| 21 | （Ａ-2-(3)生活環境） |
| 22 | （Ａ-2-(4)機能訓練・生活訓練） |
| 23 | （Ａ-2-(5)健康管理・医療的な支援） |
| 24 | （Ａ-2-(6)社会参加、学習支援） |
| 25 | （Ａ-2-(7)地域生活への移行と地域生活の支援） |
| 26 | （Ａ-2-(8)家族等との連携・交流と家族支援） |

## (8) 利用者調査の実施方法

### ■ 利用者調査の目的

障害者グループホームにおけるサービス理念は「障害のある人の地域での主体的な暮らしの実現」であり、サービス提供の主な目的は、障害のある人が地域で安心して、その人らしく生活することを支援することにあります。

利用者調査では、そのような理念と目的が実現されているかどうか、利用者本人の「ホームでの生活の実感」（1人1人の主体的な暮らしが支援され実現しているか等）を把握することを通して確認します。その把握によって、受審事業所の振り返り、気づき、今後の方向性への動機付け等が促進されることを目指します。

利用者の実感は、評価を決定する際の重要な情報です。しかし、利用者による評価イコール第三者評価ではないことに留意する必要があります。受審事業所の振り返りに役立てるための貴重な情報として受け止め、利用者の実感の背景にあるものの理解に努めることが重要です。

### ■ 利用者調査の事前準備

障害のある人の言動や行動は障害特性等によって様々であり、表面的な捉えでは利用者本人の思いを把握することは困難です。また、ホームは生活の場であり、生活習慣は個々人によって様々であることをふまえ、一律に「普通」の価値観を持ち込むことは慎まねばなりません。このため、ヒアリング調査にあたっては、必要に応じて、ホーム職員から利用者の障害特性や状態などの事前説明を受けるようにします。それをふまえ、ヒアリングの場所や実施方法等、利用者に負担をかけすぎないための留意事項等について予め事業所と相談しておくことが重要です。

### ■ 利用者調査の手順

利用者全員を対象としたアンケート調査に加え、訪問調査における利用者ヒアリング調査を実施します。

**利用者アンケート調査**

推進機構が定めたアンケート調査項目により、利用者全員を対象にアンケート調査を行います。

↓

**利用者ヒアリング調査の事前準備**

アンケート調査の集計結果を示すだけでは、利用者の実感を理解できたとは言えません。アンケート調査結果の傾向や特徴・疑問点などを整理するとともに、ヒアリング調査での確認内容等を整理します。

↓

**利用者ヒアリング調査**

アンケート調査では読み取ることができなかった疑問点や生活の実感をヒアリング調査で確認します。

- １ホームにつき１名以上のヒアリング調査を実施します。
- 利用者の理解しやすい表現や伝え方を工夫しながらヒアリング調査を行います。
- 利用者本人の言葉そのものだけで判断するのではなく、言葉に含まれた思いなどについて、事業所から得た背景情報も含めて総合的に判断します。

■　利用者調査に関する規定事項

| 事項 | 規定事項 |
|---|---|
| 調査対象 | 利用者本人とする。利用者にはホーム職員から第三者評価利用者調査の趣旨の説明と調査協力の了承を得てもらう。 |
| 調査対象人数 | アンケート調査は、利用者全員を対象として行う。<br>ヒアリング調査は、１ホームにつき１名以上に行う。 |
| 調査項目 | アンケート調査は、推進機構が定めたアンケート調査票により行う。 |
| 調査実施方法（アンケート調査） | ・個々の利用者がアンケート用紙に記入して回答するが、一人での回答が難しい場合には、利用者が望むホーム職員や家族等が回答を手伝えるように依頼する。<br>・アンケート用紙の回収は、個別に封筒に入れて封をし、記載内容がホーム職員や他の利用者等の目に触れることがない方法とする。 |
| 調査実施方法（ヒアリング調査） | 〈対象者の選出〉<br>・協力可能な利用者の選出を事業所に依頼し、その利用者の障害特性等について予め説明を受ける。<br>〈ヒアリング調査の注意点〉<br>・開始時には、利用者に対し、調査の目的並びに個人情報及びプライバシー情報の守秘義務について説明を行う。<br>・ヒアリング調査は、利用者が落ち着いて安心して話せる環境で行う。利用者によっては、ホーム職員が一緒にいることで安心する場合もあるが、その場合でも、利用者が遠慮なく話ができるよう配慮する。<br>・時間は利用者の負担にならないように配慮しつつ、利用者の話したい気持ちを尊重して丁寧に行う。<br>〈障害特性への対応〉<br>・利用者によっては言葉が出にくい場合があるが、必要に応じて利用者の状況や障害特性等についての情報を得て、利用者の出しているサインや雰囲気からも気持ちを汲み取るよう努める。<br>・緊張等から表現が偏ってしまうような場合も想定されるが、事前に障害特性や体調を理解しておき、言葉の表面的な理解に留まらず、背景を理解するように努める。<br>・利用者の発する言語情報が得られない場合には、事業所と相談の上で、自室やホーム内で過ごす様子やホーム職員との関わりの様子から生活実感（安心感、楽しみ等）を推し量るよう努め、記録する。 |
| 利用者調査結果報告書 | ・ヒアリング調査で確認した利用者の「声」、話の内容1つ1つを具体的事実として羅列するのではなく、障害特性や利用者本人の背景情報や表情等も含めて総合的にとらえる。<br>・利用者の語りが「生活の実感」として何を意味するかを慎重に検討し、必要に応じて言葉の意味等を事業所に確認したうえで評価結果としてまとめる。 |
| 調査結果の取り扱い | ・調査において利用者が話した内容に、ホーム職員や他利用者など個人を特定する情報が含まれる場合は、個人が特定できないように留意する。<br>・調査結果は、調査に協力した利用者が不利益を被ることがないよう、十分に配慮しながら記載して取り扱う。 |

# 第三者評価　障害者グループホーム

## 利用者アンケート調査のお願い

評価機関

あなたが現在利用しているサービスを、よりよいものにするために、福祉サービス第三者評価を行うことになりました。

この評価は、かながわ福祉サービス第三者評価推進機構によって認められた○○○評価機関が行います。

皆さんが、日常のサービスに対して、どのように感じていらっしゃるか調べるため、アンケート調査を行います。

結果は、誰にお答えいただいたかがわからないようにいたしますし、第三者評価の目的以外に使用することは絶対にいたしません。お忙しいところ申し訳ありませんが、ご協力のほどお願いいたします。

◩ アンケートの回答にあたって

・あなたの気持ちに近いものに○をつけてください

・調査表は、封筒に入れ封をしてください

# 障害者グループホーム　利用者アンケート調査表（※非公開）

アンケート回答方法（あてはまる番号に○をつけてください）

1.自分で回答した

2.職員に手伝ってもらって回答した

3.他の人にに手伝ってもらって回答した

| | 質問 | 回答（※あてはまる番号を1つ選んで○をつけてください） | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ① | ② | ③ |
| 1 | あなたは、グループホームでの生活は好きですか。 | 好き | あまり好きではない | わからない |
| | | ① | ② | ③ |
| 2 | あなたは、グループホームでは自分のペースで過ごしていますか | 過ごしている | あまり過ごせていない | わからない |
| | | ① | ② | ③ |
| 3 | あなたは今、困っていることや不安なことはありますか。 | ある | ない | わからない |
| | | ① | ② | ③ |
| 4 | グループホーム内で悩みを聞いてもらったり、相談できる人はいますか。 | 相談できる人がいる | いない | わからない |
| | | ① | ② | ③ |
| 5 | あなたに、職員・スタッフは丁寧な言葉で話してくれますか | 話してくれる | 話してくれない | わからない |
| | | ① | ② | ③ |
| 6 | あなたは職員・スタッフから大切にされていると感じますか。 | 感じる | あまり感じない | わかならい |
| | | ① | ② | ③ |
| 7 | 利用者同士でトラブルのあった場合、職員・スタッフが対応してくれますか。 | 対応してくれる | 対応してくれない | わからない |
| | | ① | ② | ③ |
| 8 | あなたは、自分のお金がどのくらいたまっているか知っていますか。 | 知っている | | わからない |
| | | ① | ② | ③ |
| 9 | （ホームにお金を預けている場合）<br>あなたはホームに預けているお金の使い道や、使った金額を毎月報告してもらっていますか。 | 聞いている | 聞いていない | わからない |
| | | ① | ② | ③ |
| 10 | 自由に外出したり、友達に会いに行ったりできますか。 | 自由にできる | できない | わからない |
| | | ① | ② | ③ |
| 11 | あなたはグループホームでの生活についての不満や苦情（困っていること）がありますか。 | ある | ない | わからない |
| | | ① | ② | ③ |
| 12 | あなたはグループホームでの生活に関する不満や苦情（困っていること）がある時に、誰かに伝えることができますか。 | できる | できない | わからない |

## (9) 訪問調査の実施方法

### ■ 訪問調査の目的

対話形式による訪問調査により、強みや課題の整理や明確化、言語化を促し、自己評価だけでは得られない気づきを与え、今後の取り組みの意欲を高めることを目指します。

・自己評価 STEP③ の取り組み状況＜努力・工夫していること、課題と考えていること等＞に基づいて、その背景や理由など具体的に掘り下げて聞き、気づきを促し、言語化を助け、振り返りを深めることを助けます。

・職員の思いや大切にしていること等を聴き、強みの再確認や改善への動機づけを図ります。

### ■ 訪問調査の事前準備

#### ① 制度動向と評価項目の理解

・日ごろから障害者グループホーム（共同生活援助事業）に関する制度施策の動向について情報収集します。

・国の評価基準の判断基準ガイドライン（障害者・児福祉サービス解説版）に準拠しているため、「評価基準の考え方と評価の留意点」を熟読して理解し、項目の意図を説明できるようにしておきます。*ガイドラインの「評価の着眼点」を自己評価項目に採用しています

#### ② 全体像の把握から質問を準備

・受審事業所が大切にしている理念、方針の把握をします。

・自己評価結果や事前提出資料で受審事業所の全体像、強み、弱み（伸びしろ）を把握します。

・個々の項目に注目するだけではなく、理念と実態のギャップをとらえ、そこを埋めるために必要なことを想定して、認識や実態の詳細を聞く質問を準備します。

・継続受審の場合、前回受審後の改善の取り組み、変化の状況を把握し今回の受審にあたっての重点的なポイントや意向を確認します。

### ■ 訪問調査の留意点

**調査場所と調査時間帯は「利用者の生活ペース」を優先して設定します**

障害者グループホームは、まさしく「家」であり、通常は限られた人間の出入りだけです。第三者評価の調査にあたっては、ホーム職員から利用者に対し事前に十分な説明をすることとしていますが、実際に利用者が就労先や日中活動の場から帰宅したときに、住居に見知らぬ訪問者がおり、いつもの雰囲気と異なることで、落ち着かない気分になったり、訪問者のことが気になってしまったりすることがあります。人によっては、調査の内容が自分に関することではないかと不安になり、緊張を感じてしまうこともあります。

また、住居内は物理的な空間も限られるため、調査で共用スペース（主にリビング）を長時間占有してしまうと、利用者の帰宅時の行動を制限してしまうことになったり、夕食までの時間の住居内での過ごし方のペースを乱してしまうことになるおそれもあります。

さらには、帰宅後の時間は、利用者にとっては、就労先や日中活動の場でのその日のできごとをホーム職員に話して気持ちを切り替えたり、職員にとっては利用者と会話をしながら、いつもと違う様子はないかなどを観察したりする重要な時間でもあります。

このため、住居内でのホーム職員への調査は、できるだけ、利用者が帰宅するまでに終えるようにします。また、利用者のいるまえで書類を広げて調査をすることは極力避けるようにし、利用者が在宅している、または帰宅時間が早いなどの場合は、可能であれば法人内の他の事業所の空きスペースを活用するなど、できるだけ利用者の生活ペースを乱さないように留意して実施します。第三者評価の調査では“現場をしっかり見る”ことが求められますが、利用者にとってはプライベートスペースであることもふまえ、短時間で必要なポイントを押さえ、効率的に調査を実施します。

**参考:訪問調査当日の流れ**

| 時間<br>（めやす） | 流れ | 留意事項 |
|---|---|---|
| ※利用者の帰宅まで<br>3～3.5 時間 | ① 評価調査者が訪問<br>② オリエンテーション<br>・ホームの沿革の説明<br>・住居内の見学（共用部分） | ・利用者が在宅している、あるいは帰宅時間が早い、複数住居を合同で同日に調査するなどの理由により、住居以外の場所で調査を行う場合は、調査開始以前に住居内を見学する。<br>・本人の了解がなければ居室の見学は不可。<br>・世話人等職員への抜き打ち調査は実施しない。世話人等への調査は管理者等の了解を得て行う。 |
| | ③ 職員側への調査<br>・主に管理者及びサービス管理責任者へのヒアリング調査、書面確認など | |
| 1～1.5 時間 | ④ 利用者へのヒアリング調査<br>（事業所と相談の上で、夕食までの間の過ごし方などの様子を観察する等、ヒアリング調査を補う情報収集にも努める） | ・利用者へのヒアリング調査は単独、グループ形式のどちらでも可とする。<br>・複数住居を同日調査する場合でも、利用者調査はそれぞれの住居で行う。 |
| | ⑤ 調査内容の確認や追加質問<br>⑥ 退出 | ・特に確認等が必要なければ、利用者への調査終了後、退出する。 |

## ～ 受審事業所は対話重視の第三者評価を望んでいます ～

・受審事業所は「評価」という言葉で緊張してしまいますので、信頼関係作りがとても大切です。そのためには事前準備が重要となります。

・訪問調査の前に事業所の理念・基本方針を把握し、過去の第三者評価受審履歴等を含め事業所のことを深く理解することが大切です。それと同時に第三者評価項目と障害福祉サービスに対する専門的な視点に期待しています。

## （10）評価結果報告書の作成方法

### ■　評価調査者

すべての評価調査で得た情報を総合的に捉えるため、評価調査者間で意見交換を行います。そこで、評価結果報告書作成の方向性と総評で取り上げる「特長や今後期待される点」について確認してから、個々の評価結果報告を作成します。

### ■　評価機関

評価結果報告書を取りまとめる際には、全体的な視点をもって作成します。個々の記載内容の整合性が取れているか、客観性が保たれているか、受審事業所が今後のサービスの質向上に活かせる内容になっているか等が重要です。

なお、今回受審した事業所の評価結果報告書だけではなく、評価機関の取りまとめ方針やこれまでの他の事業所の評価結果報告書と比較し、取りまとめ方に極端な相違がないかなども確認します。

### ■　評価結果報告書

評価結果報告書は、「第三者評価結果報告書＜別紙１＞」・「第三者評価結果＜別紙２＞」・「利用者調査結果＜別紙３＞」・「評価項目の到達度＜別紙４＞」で構成されています。

### ■　結果報告書作成の留意点

#### ①　誰に対してコメントを書くかを意識します

・受審事業所が強み・弱みを理解でき、改善へのやる気が出て、質の向上のための具体的な取り組みにつながる表現でコメントします。

・サービス利用者や家族等が受審事業所を知るうえで重要となるポイントを明確に記します。

#### ②　総評は全体的に捉えたうえで

・事業所の特徴や理念をふまえて、その実現へ向けての強み（特長）と伸びしろ（今後期待される点）を明記します。

#### ③　納得感ある合意のためのコミュニケーション

・一方的に評価結果を通知するのではなく、充分な時間をとって双方で確認・共有し、あいまいな点はなくします。

・事実誤認や不適切な言い回しが発覚したら、誠意をもって確認し、修正します。

・事業所の納得のうえでの合意（「分かってもらえた感」）があってこそ、質の改善に活かされる評価結果となります。

**～　評価結果報告書は一般公表されます　～**

評価結果報告書は、推進機構をはじめ評価機関のホームページ等で公表され、不特定多数の人の目に触れるものです。障害者グループホーム第三者評価では、サービスの特性から、個別の支援の事例などを例に挙げながら取り組みの状況を確認することが多くなると想定します。評価結果報告書の作成にあたっては、一般公表を前提に、個人情報、プライバシー情報への配慮を十分にはかるよう留意してください。**（自己評価結果と評価項目の到達度（判断基準 abc）は非公表です）**

# ① 第三者評価結果報告書(総評)＜別紙 1＞

事業所の基本情報を記載します



＜別紙１＞

## 第三者評価結果報告書

①第三者評価機関名

| |
|---|
| |

②施設・事業所情報

| | | | |
|---|---|---|---|
| 名称： | | 種別： | |
| 代表者氏名： | | 定員（利用人数）： | 名 |
| 所在地： | | | |
| TEL： | | ホームページ： | |
| 【施設・事業所の概要】 | | | |
| 開設年月日 | | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）： | | | |
| 職員数 | 常勤職員： 名 | 非常勤職員 | 名 |
| 専門職員 | （専門職の名称） 名 | | |
| | | | |
| | | | |
| 施設・設備の概要 | （居室数） | （設備等） | |
| | | | |

③理念・基本方針

| |
|---|
| |

④施設・事業所の特徴的な取組

| |
|---|
| |

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|---|---|
| 評価実施期間 | 年 月 日（契約日） ～<br>年 月 日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 回（ 年度） |

⑥総評

| |
|---|
| ◇特長や今後期待される点 |

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

| |
|---|
| |

「施設・事業所の特徴的な取り組み」は、当該障害者グループホームの特徴（利用者の特性、運営形態など）と、その特徴・特性に対して、ホームがどのように取り組んでいるかについて記載します。

「総評（特長や今後期待される点）」は、自己評価・訪問調査・利用者調査の全行程を通じた評価調査結果を総合的に見て記載します。

他の障害者グループホームとの比較など相対的な評価ではなく、当該ホームとしての努力事項や工夫点、今後の伸びしろを取り上げます。

事業所のコメント
評価実施後、ホーム側の自由意見を記述します。（第三者評価受審の感想、受審を通しての気づきなど）

## ② 第三者評価結果＜別紙 2＞

評価結果（２６事項）の記入欄は取り組み状況を一体的に記載する枠になっていますが、記載は強みである＜努力・工夫していること＞と今後の伸びしろでもある＜課題と考えていること＞を整理して、区分けして文章化します。

＜別紙２ 障害者グループホーム版＞

第三者評価結果

Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織（共通評価Ⅰ－１～４）

| | 取組の状況（努力・工夫していること、課題と考えていること等） |
|---|---|
| 1 | （I-1 理念・基本方針） |
| 2 | （I-2 経営状況の把握） |
| 3 | （I-3 事業計画の策定） |
| 4 | （I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組） |

別紙２（６カテゴリ２６事項）の作成は、自己評価の記載をふまえて訪問調査で確認したことを文章で作成します。
自己評価の記載に加え、訪問調査での気づきも含めてホームの認識を言語化し、整理して記載します。

## ③ 利用者調査結果＜別紙 3＞

＜別紙３ 障害者グループホーム＞

**利用者調査結果報告書**

事業所名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

| 利用者調査概要 | 利用者調査総合結果 |
|---|---|
| 利用者総数： 名<br>アンケート調査対象： 名<br>ヒアリング調査対象： 名 | |

利用者調査概要は、調査対象者数や実施方法等を記載します。
利用者調査総合結果は、アンケート・ヒアリング両方の調査結果に基づき、利用者の生活実感を記載します。
（回答者が特定されないよう、匿名化を図った上で記載します）

（留意点）

利用者の言葉が、そのまま評価結果とはなりません。利用者の語りが「生活の実感」として何を意味するか、解釈する必要があります。言葉の裏に隠された背景を推察して慎重に扱います。安易な言い換えは誤解を招くので、場合によっては事業所側に解釈の妥当性を確認することも必要です。

# ④ 評価細目の到達度

自己評価・利用者調査・訪問調査で確認したことを、評価細目ごとに到達度（判断基準 abc）と到達度の根拠となるコメントを明瞭簡潔な文章で記載します。

評価細目の到達度（判断基準 abc）は、受審事業所へ報告しますが、公表はされません。

**到達度**～判断基準（ａ ・ｂ・ｃ）は、ランク付けではありません。
より望ましい福祉サービスの水準に向けた「到達状況」を表わしています。第三者評価が事業者自身では気づき得なかった課題等への気づきを促し、日常業務の振り返りと課題解決に向けたきっかけをつくるという意味で、多くの事業者が標準的な「ｂ」となるよう整理されています。

<共通評価　障害者グループホーム>

評価項目の到達度

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】 Ⅰ-1-（1）-①<br>理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | 判断基準 |
|---|---|
| 判断基準 | a）法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。<br>b）法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。<br>c）法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針の明文化や職員への周知がされていない。 |
| コメント | |

**評 価 項 目**

**評 価 細 目**

**判 断 基 準**（abc）
評価項目の到達度

**コ メ ン ト**
自己評価・利用者調査・訪問調査で確認した、判断基準（abc）の根拠となるコメントを明瞭簡潔な文章で記載します。

## ～　受審事業所は第三者評価結果を、このように活用しています　～

- 事業の指針として有効活用
- 事業計画に取り入れる
- 課題解決に向けた取組み（例）基本方針策定ミーティング、中長期計画の策定、マニュアル作成等

# 障害者グループホーム第三者評価
# 評価結果報告書

・評価結果報告書（別紙１）

・第三者評価結果（別紙２）　　6カテゴリ26事項

・利用者調査結果（別紙３）

・評価項目の到達度　共通評価45細目・内容評価15細目（※非公表）

＜別紙１＞

# 第三者評価結果報告書

①第三者評価機関名

| |
|---|
| |

②施設・事業所情報

| | | |
|---|---|---|
| 名称： | | 種別： |
| 代表者氏名： | | 定員（利用人数）：　　名 |
| 所在地： | | |
| TEL： | | ホームページ： |
| 【施設・事業所の概要】 | | |
| 開設年月日 | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）： | | |
| 職員数 | 常勤職員：　　名 | 非常勤職員　　名 |
| 専門職員 | （専門職の名称）　　名 | |
| | | |
| | | |
| 施設・設備の概要 | （居室数） | （設備等） |
| | | |

③理念・基本方針

| |
|---|
| |

④施設・事業所の特徴的な取組

| |
|---|
| |

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|---|---|
| 評価実施期間 | 年　月　日（契約日）　～<br>年　月　日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 回（　　年度） |

⑥総評

| |
|---|
| ◇特長や今後期待される点 |

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

| |
|---|
| |

⑧第三者評価結果

別紙２のとおり

＜別紙2 障害者グループホーム版＞

# 第三者評価結果

評価機関

Ⅰ　福祉サービスの基本方針と組織（共通評価Ⅰ－１～４）

| | 取組の状況（努力・工夫していること、課題と考えている事） |
|---|---|
| １ | （Ⅰ-1 理念・基本方針） |
| ２ | （Ⅰ-2 経営状況の把握） |
| ３ | （Ⅰ-3 事業計画の策定） |
| ４ | （Ⅰ-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組） |

Ⅱ　組織の運営管理（共通評価Ⅱ－１～４）

| | 取組の状況（努力・工夫していること、課題と考えている事） |
|---|---|
| ５ | （Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ） |
| ６ | （Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成） |
| ７ | （Ⅱ-3 運営の透明性の確保） |
| ８ | （Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献） |

## Ⅲ　適切な福祉サービスの実施

### Ⅲ－１　利用者本位の福祉サービス（共通評価Ⅲ－１－（１）～（５））

| | 取組の状況（努力・工夫していること、課題と考えている事） |
|---|---|
| ９ | （Ⅲ-1-(1)利用者を尊重する姿勢の明示） |
| 10 | （Ⅲ-1-(2)福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定）） |
| 11 | （Ⅲ-1-(3)利用者満足の向上） |
| 12 | （Ⅲ-1-(4)利用者が意見等を述べやすい体制の確保） |
| 13 | （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） |

### Ⅲ－２　福祉サービスの質の確保（共通評価Ⅲ－２－（１）～（３））

| | 取組の状況（努力・工夫していること、課題と考えている事） |
|---|---|
| 14 | （Ⅲ-2-(1)提供する福祉サービスの標準的な実施方法の確立） |
| 15 | （Ⅲ-2-(2)適切なアセスメントによる福祉サービス実施計画の策定） |
| 16 | （Ⅲ-2-(3)福祉サービス実施の適切な記録） |

### Ａ－１　利用者の尊重と権利擁護（内容評価Ａ－１－（１）、（２））

| | 取組の状況（努力・工夫していること、課題と考えている事） |
|---|---|
| 17 | （Ａ-1-(1)自己決定の尊重） |
| 18 | （Ａ-2-(2)権利侵害の防止等） |

Ａ－２　生活支援（内容評価Ａ－２－（１）～（８））

| | 取組の状況（努力・工夫していること、課題と考えている事） |
|---|---|
| 19 | （Ａ-2-(1)支援の基本） |
| 20 | （Ａ-2-(2)日常的な生活支援） |
| 21 | （Ａ-2-(3)生活環境） |
| 22 | （Ａ-2-(4)機能訓練・生活訓練） |
| 23 | （Ａ-2-(5)健康管理・医療的な支援） |
| 24 | （Ａ-2-(6)社会参加、学習支援） |
| 25 | （Ａ-2-(7)地域生活への移行と地域生活の支援） |
| 26 | （Ａ-2-(8)家族等との連携・交流と家族支援） |

＜別紙３ 障害者グループホーム版＞



# 利用者調査結果

**事業所名：**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

| 利用者調査概要 | 利用者調査総合結果 |
| --- | --- |
| 利用者総数：　　名<br>アンケート調査対象：　　名<br>ヒアリング調査対象：　　名 | |

# 評価項目の到達度（共通評価）

| 事業所名： |
|---|

評価機関

## 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】 Ⅰ－1－（1）－①<br>理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。<br>b）法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。<br>c）法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針の明文化や職員への周知がされていない。 | |
| 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。

| 【2】 Ⅰ－2－（1）－①<br>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。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）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。<br>b）事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。<br>c）事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。 | |
| コメント | | |
| 【3】 Ⅰ－2－（1）－②<br>経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 | | 判断基準 |
| 判断基準 | a）経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。<br>b）経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。<br>c）経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく取組が行われていない。 | |
| コメント | | |

### 3　事業計画の策定

（１）　中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

| 【4】 Ⅰ－3－（1）－①<br>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。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。<br>b）経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していなく、十分ではない。<br>c）経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。 | |
| コメント | | |

| 【5】 Ⅰ－3－（1）－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。 | 判断基準 |
|---|---|
| 判断基準 a）単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。<br>b）単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。<br>c）単年度の計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。 | |
| コメント | |

（2） 事業計画が適切に策定されている。

| 【6】 Ⅰ－3－（2）－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。 | 判断基準 |
|---|---|
| 判断基準 a）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。<br>b）事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、または、職員の理解が十分ではない。<br>c）事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。 | |
| コメント | |

| 【7】 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。 | 判断基準 |
|---|---|
| 判断基準 a）事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。<br>b）事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。<br>c）事業計画を利用者等に周知していない。 | |
| コメント | |

## 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。

| 【8】 Ⅰ－4－（1）－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。 | 判断基準 |
|---|---|
| 判断基準 a）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。<br>b）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ているが、十分に機能していない。<br>c）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ていない。 | |
| コメント | |

| 【9】 Ⅰ－4－（1）－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。 | 判断基準 |
|---|---|
| 判断基準 a）評価結果を分析し、明確になった組織として取組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。<br>b）評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。<br>c）評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしていない。 | |
| 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。

| 【10】Ⅱ－１－（１）－①<br>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。 | 判断基準 |
|---|---|
| 判断基準<br>a）管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。<br>b）管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。<br>c）管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。 | |
| コメント | |

| 【11】Ⅱ－１－（１）－②<br>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。 | 判断基準 |
|---|---|
| 判断基準<br>a）管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。<br>b）管理者は、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が、十分ではない。<br>c）管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。 | |
| コメント | |

### （２）　管理者のリーダーシップが発揮されている。

| 【12】Ⅱ－１－（２）－①<br>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。 | 判断基準 |
|---|---|
| 判断基準<br>a）管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。<br>b）管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。<br>c）管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。 | |
| コメント | |

| 【13】Ⅱ－１－（２）－②<br>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。 | 判断基準 |
|---|---|
| 判断基準<br>a）管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。<br>b）管理者は、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が、十分ではない。<br>c）管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。 | |
| コメント | |

## 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。

| 【14】Ⅱ－２－（１）－①<br>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。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。<br>b）組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。<br>c）組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。 | |
| コメント | | |

| 【15】Ⅱ－２－（１）－②<br>総合的な人事管理が行われている。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）総合的な人事管理を実施している。<br>b）総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。<br>c）総合的な人事管理を実施していない。 | |
| コメント | | |

### （２）　職員の就業状況に配慮がなされている。

| 【16】Ⅱ－２－（２）－①<br>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。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取組んでいる。<br>b）職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。<br>c）職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。 | |
| 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。

| 【17】Ⅱ－２－（３）－①<br>職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。<br>b）職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。<br>c）職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。 | |
| コメント | | |

| 【18】Ⅱ－２－（３）－②<br>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。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）組織として職員の教育・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。<br>b）組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。<br>c）組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。 | |
| コメント | | |

| 【19】 Ⅱ－2－（3）－③<br>職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。 | 判断基準 |
|---|---|
| 判断基準<br>a）職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。<br>b）職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。<br>c）職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。 | |
| コメント | |

（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。

| 【20】 Ⅱ－2－（4）－①<br>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。 | 判断基準 |
|---|---|
| 判断基準<br>a）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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。<br>b）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てはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。<br>c）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ておらず、教育・研修が行われていない。 | |
| 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。

| 【21】 Ⅱ－3－（1）－①<br>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。 | 判断基準 |
|---|---|
| 判断基準<br>a）福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。<br>b）福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。<br>c）福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。 | |
| コメント | |

| 【22】 Ⅱ－3－（1）－②<br>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。 | 判断基準 |
|---|---|
| 判断基準<br>a）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。<br>b）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が、十分ではない。<br>c）公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。 | |
| 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。

| 【23】 Ⅱ－4－（１）－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。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。<br>b）利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。<br>c）利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。 | |
| コメント | | |

| 【24】 Ⅱ－4－（１）－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。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。<br>b）ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。<br>c）ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。 | |
| コメント | | |

### （２）　関係機関との連携が確保されている。

| 【25】 Ⅱ－4－（２）－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。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。<br>b）利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。<br>c）利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。 | |
| コメント | | |

### （３）　地域の福祉向上のための取組を行っている。

| 【26】 Ⅱ－4－（３）－① 福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っている。<br>b）地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っているが、十分ではない。<br>c）地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っていない。 | |
| コメント | | |

| 【27】 Ⅱ－4－（３）－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。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。<br>b）把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。<br>c）把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を行っていない。 | |
| コメント | | |

評価機関

## 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。

| 【28】Ⅲ－１－（１）－①<br>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。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。<br>b）利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。<br>c）利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。 | |
| コメント | | |

| 【29】Ⅲ－１－（１）－②<br>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。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）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、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が行われている。<br>b）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が、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。<br>c）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ない。 | |
| 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。

| 【30】Ⅲ－１－（２）－①<br>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。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。<br>b）利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。<br>c）利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。 | |
| コメント | | |

| 【31】Ⅲ－１－（２）－②<br>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。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。<br>b）福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。<br>c）福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っていない。 | |
| コメント | | |

| 【32】Ⅲ－１－（２）－③<br>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。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ている。<br>b）福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ているが、十分ではない。<br>c）福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ていない。 | |
| コメント | | |

（３）　利用者満足の向上に努めている。

| 【33】 Ⅲ－１－（３）－①<br>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。 | 判断基準 |
|---|---|
| 判断基準 | a）利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。<br>b）利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。<br>c）利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。 |
| 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。

| 【34】 Ⅲ－１－（４）－①<br>苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 | 判断基準 |
|---|---|
| 判断基準 | a）苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。<br>b）苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。<br>c）苦情解決の仕組みが確立していない。 |
| コメント | |

| 【35】 Ⅲ－１－（４）－②<br>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。 | 判断基準 |
|---|---|
| 判断基準 | a）利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。<br>b）利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。<br>c）利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。 |
| コメント | |

| 【36】 Ⅲ－１－（４）－③<br>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。 | 判断基準 |
|---|---|
| 判断基準 | a）利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。<br>b）利用者からの相談や意見を把握しているが、対応が十分ではない。<br>c）利用者からの相談や意見の把握をしていない。 |
| コメント | |

（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。

| 【37】 Ⅲ－１－（５）－①<br>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。 | 判断基準 |
|---|---|
| 判断基準 | a）リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。<br>b）リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。<br>c）リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。 |
| コメント | |

| 【38】 Ⅲ－１－（５）－② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。 | 判断基準 |
|---|---|
| 判断基準 | a）感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。<br>b）感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。<br>c）感染症の予防策が講じられていない。 |
| コメント | |

| 【39】 Ⅲ－１－（５）－③ 災害時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。 | 判断基準 |
|---|---|
| 判断基準 | a）地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。<br>b）地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。<br>c）地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。 |
| 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。

| 【40】 Ⅲ－２－（１）－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。 | 判断基準 |
|---|---|
| 判断基準 | a）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、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。<br>b）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ているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。<br>c）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ていない。 |
| コメント | |

| 【41】 Ⅲ－２－（１）－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。 | 判断基準 |
|---|---|
| 判断基準 | a）標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。<br>b）標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。<br>c）標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。 |
| 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。

| 【42】Ⅲ－２－（２）－①<br>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。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。<br>b）利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。<br>c）利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）を策定するための体制が確立していない。 | |
| コメント | | |

| 【43】Ⅲ－２－（２）－②<br>定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。<br>b）個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。<br>c）個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。 | |
| 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。

| 【44】Ⅲ－２－（３）－①<br>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。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。<br>b）利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。<br>c）利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）の実施状況が記録されていない。 | |
| コメント | | |

| 【45】Ⅲ－２－（３）－②<br>利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。<br>b）利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。<br>c）利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。 | |
| コメント | | |

# 評価項目の到達度（内容評価）

| 事業所名： |
|---|

## A－1　利用者の尊重と権利擁護

### A－1－（1）　自己決定の尊重

評価機関

| 【A 1】 A－1－（1）－①<br>利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。<br>b）利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っているが、十分ではない。<br>c）利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っていない。 | |
| コメント | | |

### A－1－（2）　権利擁護

| 【A 2】 A－1－（2）－①<br>利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。<br>b）－<br>c）利用者の権利擁護に関する取組が十分ではない。 | |
| コメント | | |

## A－2　生活支援

### A－2－（1）　支援の基本

| 【A 3】 A－2－（1）－①<br>利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。<br>b）利用者の自律・自立生活のための支援を行っているが、十分ではない。<br>c）利用者の自律・自立生活のための支援を行っていない。 | |
| コメント | | |
| 【A 4】 A－2－（1）－②<br>利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。 | | 判断基準 |
| 判断基準 | a）利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。<br>b）利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っているが、十分ではない。<br>c）利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っていない。 | |
| コメント | | |

| 【A５】 A－２－（１）－③<br>利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。<br>b）利用者の意思を尊重する支援としての相談等を行っているが、十分ではない。<br>c）利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っていない。 | |
| コメント | | |

| 【A６】 A－２－（１）－④<br>個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。<br>b）個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っているが、十分ではない。<br>c）個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っていない。 | |
| コメント | | |

| 【A７】 A－２－（１）－⑤<br>利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。<br>b）利用者の障害の状況に応じた支援を行っているが、十分ではない。<br>c）利用者の障害の状況に応じた支援を行っていない。 | |
| コメント | | |

A－２－（２）　日常的な生活支援

| 【A８】 A－２－（２）－①<br>個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。<br>b）個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っているが、十分ではない。<br>c）個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っていない。 | |
| コメント | | |

A－２－（３）　生活環境

| 【A９】 A－２－（３）－①<br>利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。<br>b）利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されているが、十分ではない。<br>c）利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されていない。 | |
| コメント | | |

A−2−（４）　機能訓練・生活訓練

| 【A10】 | A－２－(４)－①<br>利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。 | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。<br>b）利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っているが、十分ではない。<br>c）利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っていない。 | |
| コメント | | |

A−2−（５）　健康管理・医療的な支援

| 【A11】 | A－２－(５)－①<br>利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。 | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。<br>b）利用者の健康状態の把握と体調変化時の対応等を行っているが、十分ではない。<br>c）利用者の健康状態の把握と体調変化時の対応等を行っていない。 | |
| コメント | | |

| 【A12】 | A－２－(５)－②<br>医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。 | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。<br>b）医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されているが、十分ではない。<br>c）医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されていない。 | |
| コメント | | |

A−2−（６）　社会参加、学習支援

| 【A13】 | A－２－(６)－①<br>利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。 | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。<br>b）利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っているが、十分ではない。<br>c）利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っていない。 | |
| コメント | | |

## A−2−（７）　地域生活への移行と地域生活の支援

| 【A14】 A－２－(７)－① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。<br>b）利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っているが、十分ではない。<br>c）利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っていない。 | |
| コメント | | |

## A−2−（８）　家族等との連携・交流と家族支援

| 【A15】 A－２－(８)－① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。 | | 判断基準 |
|---|---|---|
| 判断基準 | a）利用者の家族等との連携･交流と家族支援を行っている。<br>b）利用者の家族等との連携･交流と家族支援を行っているが、十分ではない。<br>c）利用者の家族等との連携･交流と家族支援を行っていない。 | |
| コメント | | |

## 社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会
## かながわ福祉サービス第三者評価推進機構
## 障害者グループホーム第三者評価事業実施要綱

**（目的）**

第１条　この要綱は、社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会かながわ福祉サービス第三者評価推進機構（以下「推進機構」という。）運営要綱第３条に基づき、障害者グループホーム第三者評価の実施に関する必要な事項を定め、障害者グループホームのサービスの質の向上を図ることを目的とする。

**（定義）**

第２条　この要綱において第三者評価の対象とする障害者グループホームとは、 障害者総合支援法に規定する「共同生活援助」をいう。

**（評価機関）**

第３条　障害者グループホーム第三者評価は、推進機構福祉サービス第三者評価機関認証要綱に基づき認証された評価機関（以下「評価機関」という。）が行うものとする。

**（評価調査者）**

第４条　障害者グループホーム第三者評価の評価調査は、推進機構登録評価調査者が実施するものとする。

**（評価調査活動）**

第５条　障害者グループホーム第三者評価の実施は、推進機構福祉サービス第三者評価機関認証要綱第5条によるものとする。但し、評価基準及び評価手法の詳細については「障害者グループホーム第三者評価の手引き」に基づき実施するものとする。

**（評価結果の公表）**

第６条　評価結果の公表は、推進機構評価結果等公表要綱に基づいて行う。但し、評価結果の公表様式は「障害者グループホーム第三者評価の手引き」に定めるものとする。

**（その他）**

第７条　この要綱に定めるもののほか、障害者グループホーム第三者評価の実施に必要な事項は、「障害者グループホーム第三者評価の手引き」に定めるものとする。

**附　則**　この要綱は、平成23年2月2日から施行する。
**附　則**　この要綱は、平成26年4月1日から施行する。
**附　則**　この要綱は、平成31年4月1日から施行する。
**附　則**　この要綱は、令和２年４月1日から施行する。
**附　則**　この要綱は、令和4年４月１日から施行する。

日本国内でのボランティア活動中のケガや賠償責任を補償!!

令和３年度

# ボランティア活動保険

全国200万人
加入!!

## 保険金額・年間保険料（１名あたり）

| 保険金の種類＼プラン | | | 基本プラン | 天災・地震補償プラン |
|---|---|---|---|---|
| ケガの補償 | 死亡保険金 | | 1,040万円 | |
| | 後遺障害保険金 | | 1,040万円(限度額) | |
| | 入院保険金日額 | | 6,500円 | |
| | 手術保険金 | 入院中の手術 | 65,000円 | |
| | | 外来の手術 | 32,500円 | |
| | 通院保険金日額 | | 4,000円 | |
| | 地震・噴火・津波による死傷 | | × | ○ |
| 賠償責任の補償 | 賠償責任保険金（対人・対物共通） | | 5億円(限度額) | |
| 年間保険料 | | | 350円 | 500円 |

団体割引20%適用済／過去の損害率による割増引適用

＜基本プランに加入される方へ＞
基本プランでは、地震・噴火・津波が起因する死傷は補償されません。

**◆災害ボランティア活動の参加は、「天災・地震補償プラン」への加入をおすすめします。**
※被災地でのボランティア活動では、予測できない様々な事態が想定されます。二次被害への備えとしても、あらかじめ「天災・地震補償プラン」に加入いただきますと、より安心してボランティア活動に参加いただけます。

https://www.fukushihoken.co.jp
ふくしの保険　検索

商品パンフレットは
コチラ
（ふくしの保険ホームページ）

**ボランティア行事用保険**
（傷害保険、国内旅行傷害保険特約付傷害保険、賠償責任保険）

**送迎サービス補償**
（傷害保険）

**福祉サービス総合補償**
（傷害保険、賠償責任保険、約定履行費用保険(オプション)）

● このご案内は概要を説明したものです。お申込み、詳しい内容のお問い合わせは、あなたの地域の社会福祉協議会へ ●

団体契約者　社会福祉法人 全国社会福祉協議会

〈引受幹事保険会社〉 損害保険ジャパン株式会社 医療・福祉開発部 第二課
TEL:03(3349)5137
受付時間：平日の9:00～17:00（土日・祝日、年末年始を除きます。）

取扱代理店　株式会社 福祉保険サービス
〒100-0013 東京都千代田区霞が関3丁目3番2号 新霞が関ビル17F
TEL:03(3581)4667　FAX:03(3581)4763
受付時間：平日の 9:30～17:30（12/29～1/3 を除きます。）

この保険は、全国社会福祉協議会が損害保険会社と一括して締結する団体契約です。

〈SJ20-12302　2020.12.28 作成〉

---

障害者グループホーム第三者評価の手引き

令和４年３月発行

社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会
かながわ福祉サービス第三者評価推進機構

〒221-0825　横浜市神奈川区反町3-17-2　神奈川県社会福祉センター
TEL045-290-7432　　FAX045-312-6302
E-mail　daisansya@knsyk.jp
URL　http://www.knsyk.jp