

(別添1)

事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別：障がい者（児）
事業所名（施設名）：長野県立総合リハビリテーションセンター

第三者評価の判断基準

長野県福祉サービス第三者評価基準の考え方と評価のポイント、評価の着眼点【障がい者・児福祉サービス版】共通項目に係る判断基準による

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

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント	
I 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b)	■	1 理念、基本方針が文書（事業計画等の法人（福祉施設・事業所）内の文書や広報誌、パンフレット、ホームページ等）に記載されている。	○理念・基本方針には、事業所の特徴あるリハビリテーションの充実により社会参加・利用者ニーズへの支援が示され、利用者の様々な権利の尊重が示されている。 ○職員への理念・基本方針の周知は、基本方針にもとづく倫理要綱を全職員が名札ケースに入れ、職員はいつでも確認できる。 ○利用者への理念・基本方針の周知は、事業所内に掲示され、利用開始に口頭で説明している。今後、事業所の理念・基本方針の十分な理解に努め、実施するサービスに対する安心・信頼を高めることが望まれる。
					■	2 理念は、法人（福祉施設・事業所）が実施する保育の内容や特性を踏まえた法人（福祉施設・事業所）の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。	
					■	3 基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。	
					■	4 理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。	
					□	5 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。	
					■	6 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント	
I	2 経営状況の把握	(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b)	■	7 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。	○長野県立総合リハビリテーションセンターは、当事業所（障がい者支援施設）・病院・身体障がい更生相談所・補装具製作施設としての4つの機能を持つ施設である。事業所が目指す「総合的なリハビリテーションの姿」に向け、地域に様々な病院がリハビリテーションを担う中、リハビリテーションの充実化に向けた連携等、利用者に良質、専門性の高いサービス提供の必要性を把握している。 ○長野県立総合リハビリテーションセンターは、県立の施設であり、建物の老朽化への課題、それに伴う病院機能、施設機能の将来像等、県での検討により示される大きな課題を抱えている。様々な当事業所が置かれている現状の中、職員の参画のもと、事業所の将来性・継続性を見通した取組に期待したい。
					■	8 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。	
					■	9 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。	
					■	10 定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。	
				b)	■	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。		
		② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。				○事業年報を毎年作成するとともに経営状況を月単位でまとめ職員へ周知している。プラン推進委員会が設置され要綱にもとづき経営目標の達成、経営情報の収集・分析、職員の意識・意向の把握に努める仕組みがある。今後、職員への積極的な意向把握や経営課題の理解や課題など具体的に示し、日々の利用者への生活支援、実行への取組に反映することが望まれる。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメ ント	
I	3 事業計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b)	<input checked="" type="checkbox"/>	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。	○中・長期計画は、県が「総合リハビリセンターの今後のあり方委員会」で検討を重ね、第四次経営推進プランを示し、平成30年から3年間のサービス向上と経営計画として示している。プラン推進委員会に置いて、進捗状況を把握し数値目標等含め検討している。
					<input checked="" type="checkbox"/>	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。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	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。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	
			b)	<input type="checkbox"/>	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。	○第四次経営推進プランにもとづき、管理者による「支援部運営方針」が示されている。単年度の事業計画として、具体的に示され実行可能な計画であり、毎年評価・分析し、次年度に反映していくことが望まれる。	
			<input type="checkbox"/>	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。			
			<input checked="" type="checkbox"/>	21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。			
			<input type="checkbox"/>	22 単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。			
		(2) 事業計画が適切に策定されている。	① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b)	<input type="checkbox"/>	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。	○中・長期計画は、プラン推進委員会で進捗状況を管理し、課題や必要な対応を検討している。毎月課会の中で職員の意見を吸い上げ、業務委員会などで検討する。また、翌年には前年の振り返りを行い、新たな運営方針の取組を行っている。しかし、職員の意見・意向の把握は不十分な点も多く、更なる工夫や管理者との面談の充実など、職員の理解や共に事業改善、利用者への最善のサービス提供のための取組に期待したい。
	<input checked="" type="checkbox"/>				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。		
	<input checked="" type="checkbox"/>				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。		
	<input checked="" type="checkbox"/>				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。		
			<input type="checkbox"/>	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。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	○第四次経営推進プランはホームページで公開されている。しかし、利用者・家族への事業計画周知には不十分と思われる。利用者に関わる主な内容を具体的にわかりやすく説明する文書・図など、利用者が目指す在宅生活への自立に向けた大切な計画でもあり、更なる理解、周知が望まれる。
4 福祉サービスの質の向上への取組	(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。	① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b)	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	○福祉サービスの質の向上への取組は、障がい者虐待防止マニュアルにもとづき、自己評価利用者アンケートを行い公表している。また、虐待防止・福祉サービス苦情解決委員会の設置による取組がある。改善策への取組としてのPDCAサイクルにもとづくサービスの改善に期待したい。 ○他職種がチームとして、連携を取り、様々な意見をどのように質の向上に向けた方向性を見出していくかに課題を感じている。今後、各々の専門職としての力を最大限に発揮し支援できる体制づくりが望まれる。 ○第三者評価を受審している。課題など課会などでの位置づけを行い、検討、実践がPDCAサイクルに則り、行われることに期待したい。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
I	4	(1)	② 評価結果にもとづき組織として取り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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 37 職員間で課題の共有化が図られている。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	○定期的に行われる利用者アンケートの結果は公表され、文書化されている。更に虐待防止マニュアルにもとづく自己評価での結果や受審した第三者評価の結果に対する職員参加、職員の意見を反映した改善計画を策定し周知する取組に期待したい。
II 組織の 運営管理	1 管理者の 責任とリ ーダーシ ップ	(1) 管理者の責任が明確にされている。	① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 41 管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。	○管理者は、第四次経営推進プランにもとづき、毎年運営方針を作成し進むべき方針を明確にしている。 ○管理者の役割や責任は総括として表明されている。今後、リハビリ通信などによる表明の工夫も望まれる。 ○管理者の役割や責務を表明し職員との信頼関係の構築を図り、更なるリーダーシップに期待したい。
					<input type="checkbox"/> 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。	
					<input checked="" type="checkbox"/> 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。	
					<input checked="" type="checkbox"/> 44 平常時のみならず、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。	
		(2) 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。	○倫理要綱は、すべての職員が名札に入れ持っており組織的に取り組んでいる。 ○管理者は、法令遵守などについて規定等を充分理解し、日々、意見箱に入れられた利用者の声を職員に伝え、その時をとらえ、分かりやすく話をしている。 ○虐待防止への取組はチェックリストとして、毎年職員は行っている。
					<input checked="" type="checkbox"/> 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。	
					<input checked="" type="checkbox"/> 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。	
					<input checked="" type="checkbox"/> 48 管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント	
Ⅱ	1	(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	b)	<input checked="" type="checkbox"/>	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。	○事業所が目指す利用者への最善のサービスを提供するために、様々な方針が示されている。管理者は、全ての職種が統一した意識を持った支援を行うため、職員の意見や意向の反映、多職種連携への課題を明らかにし、組織的に取り組むことが望まれる。
					<input type="checkbox"/>	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。	
					<input type="checkbox"/>	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。	
					<input type="checkbox"/>	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。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	53 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。	
		② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	b)	<input checked="" type="checkbox"/>	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。	○当事業所の勤務は、夜勤などもあり変則勤務である。また、県の運営する施設であり、異動などもある。そのため人が変わることに伴うサービスの質の低下にならないようマニュアルの整備などによる質の担保への取組に努めている。しかし、同様の意識を形成していくためには混乱やストレスになりやすい。組織的な理解や取組のために職員の思いや意見・意向の把握や反映等積極的に行える仕組みや取組に期待したい。	
				<input checked="" type="checkbox"/>	55 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。		
				<input checked="" type="checkbox"/>	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。		
				<input checked="" type="checkbox"/>	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。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント		
Ⅱ	2 福祉人材の確保・育成	(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。	① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	b)	■	58 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。	○必要な福祉人材の基本的な考えは県人事委員会による規定で決められている。 ○サービス管理責任者等の育成は、計画的に職員研修に職員を派遣して資格を取得し、より良い支援に繋がるようにしている。当事業所は異動が多く、長野県立総合リハビリセンターで培った知識、職員としての経験の蓄積が困難な状況である。専門性を高めるための人事計画に期待したい。	
					■	59 福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。		
					■	60 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。		
					■	61 法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。		
			② 総合的な人事管理が行われている。	b)	■	62 法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。		○期待する職員像は、県人事委員会が作成する職員採用に関するホームページに記載されている。しかし、期待する職員像には、職員・管理職・一般職での隔たりを感じる。今後、職員間での話し合いの場などが必要と感じられる。
					■	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ます。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
Ⅱ	2	(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	○職員の心身の健康と安全の確保のため、県にメンタルチェックシステムがあり、全員が行い、職員へフィードバックされる。メンタル面での相談窓口があり連絡先は職員に周知されている。 ○職員の有給取得や休暇については、庶務で確認・管理し、勤務状況を確認している。 ○個別面談は業務評価の中間面接として行う仕組みはできている。しかし、職員の異動に伴い体制の変更などから、日々の業務遂行への不安やストレスを抱えやすい。管理者は、積極的に意見・意向の把握の機会、さまざまな場面を利用した職員の理解に努め、組織として働きやすい職場づくりをする事が望まれる。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント			
Ⅱ	2	(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b)	<input type="checkbox"/>	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。	○期待する職員像には、職員・管理職・一般職での隔たりを感じる。今後、職員間での話し合いの場などが必要と感じられる。 ○職員一人ひとりの目標に向けた業績評価が行われている。しかし、今後、職員一人ひとりに対する管理者の支持的・援助的な取組にも期待したい。		
					<input checked="" type="checkbox"/>	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。			
					<input checked="" type="checkbox"/>	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。			
					<input checked="" type="checkbox"/>	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。			
					<input checked="" type="checkbox"/>	80 職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末（期末）面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。			
					② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b)	<input type="checkbox"/>	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。	○期待する職員像の職員の理解への隔たりという課題への取組とともに、目指す職員像に向けた施設内外研修の計画的な取組も更に検討していただきたい。 ○異動が多く、研修計画の実施が難しく、新たな資格取得や専門性の向上ができにくい現状でもある。
							<input checked="" type="checkbox"/>	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。	
							<input checked="" type="checkbox"/>	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。	
							<input checked="" type="checkbox"/>	84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。	
							<input checked="" type="checkbox"/>	85 定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント	
Ⅱ	2	(3)	③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b)	■	86 個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。	○職員の教育・研修に関する計画策定があり、事業所内でリハビリ事例検討会もある。今後、一人ひとりの職員の職種別やテーマ別研修などの機会を積極的に計画し、職員の意向を反映した研修参加により更なる質の向上に期待したい。異動により職員の一人ひとりの基本水準、新しい専門資格の取組への課題がある。
					■	87 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。	
					■	88 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。	
					■	89 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。	
					■	90 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。	
		(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b)	□	91 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。	○実習生受け入れマニュアルには、福祉サービスに関わる専門職の研修・育成は事業所としての社会的責務であることの明示が望まれる。 ○実習指導者は、指導者研修は受けていないが養成校と事前に打ち合わせを行い、効果的な研修が行えるように努めている。
					■	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。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント		
Ⅱ	3 運営の 透明性 の確保	(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a)	■	96 ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。	○ホームページに事業所の第四次経営計画や事業所内の取組の様子が掲載されている。 ○年報には苦情件数などの報告がある。理念・基本方針には、社会・地域に対し事業所が目指す方向、役割を明確化し更なる利用率改善への取組がある。 ○リハビリ通信の発行により地域への理解に努めている。また、第三者受審の結果も公表し運営の透明性に努めている。	
				■	97 福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。			
				■	98 第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。			
				■	99 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めている。			
				■	100 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。			
			② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a)	■	101 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルールが明確にされ、職員等に周知している。		○経理、取引など事務については、県のルールに従い、外部監査は、県として公認会計士により行っている。
				■	102 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。			
				■	103 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について、必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を得ている。			
				■	104 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。			
				■	105 外部監査の活用等により、事業、財務に関する外部の専門家によるチェックを行っている。			
■	106 外部監査の結果や公認会計士等による指導や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。							

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント		
II	4 地域との交流、 地域貢献	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b)	■	107 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。	○地域との関わりは基本方針に示され、「地域連携を深め、利用者の自立生活の支援に努める」ことが明記されている。 ○利用者は、社会参加として隣接にある障がい者福祉センターを利用者の自立への取組として利用し、地域交流をしている。また、中学生ボランティア等が来訪し交流する機会がある。地域の交流は今後の課題とし、更なる連携に努めていきたいと考えている。	
					■	108 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。		
					■	109 利用者の個別的状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。		
					■	110 福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。		
					■	111 利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。		
				b)	■	112 ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。		○ボランティア活動受け入れマニュアル・ボランティア活動推進要綱があり、押し花、折り紙、動物の触れ合いなどボランティアの受け入れを行っている。また、学校の職場体験、奉仕活動の受け入れも行っており、地域の学校教育への協力についての基本姿勢の明文化もある。 ○ボランティアの受け入れは、ボランティア活動保険への加入にも配慮した要綱が作成されている。ボランティア活動は、地域と事業所を繋ぐ柱の一つとして位置づけ、更なる取組に期待したい。
					■	113 地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。		
					■	114 ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している		
					□	115 ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。		
					■	116 学校教育への協力を行っている。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着	眼	点	コメント
II	4	(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b)	■	117	当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。	○「長野県県立総合リハビリテーションセンター」の基本方針に地域との連携を挙げ、利用者の自立を目指し、市町村や、障がい者支援センター、ハローワーク、障がい者就労・生活センター等と連携し、就職・復職に向けた支援を行っている。事務所には関係機関の連絡先が見やすいところに貼られていた。また、定期的に自立支援協議会の仕事部会に参加し、地域の情報を施設に持ち帰り、職員に報告し、情報共有を行っている。しかし、職員間での周知が不充分との認識があるため、今後は職員への周知方法についての検討が必要と思われる。
					■	118	職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。	
					■	119	関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	
					■	120	地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。	
					■	121	地域に適当な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。	
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b)	□	122	福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。	○高次脳機能障がい者に対する理解を深めるため、家族の会や地域事業所との交流会や研修会を実施している。また、「長野県立総合リハビリテーションセンター」として年1回、下駒沢地区総合防災訓練に参加している。災害時の相互応援に関する協定書を交わしており、災害時の一時避難所として敷地の提供や飲料水、トイレの提供等に関して協定が結ばれている。今後、日頃から災害時の行政や地域協力に関する事項を決定・確認し、職員への周知をしていくことが望ましい。
					■	123	福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。	
					□	124	福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。	
					■	125	災害時の地域における役割等について確認がなされている。	
					□	126	多様な機関等と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
Ⅱ	4	(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。	b)	<input type="checkbox"/> 127 福祉施設・事業所の機能を地域に還元することなどを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。 <input checked="" type="checkbox"/> 128 民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 <input checked="" type="checkbox"/> 129 地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。 <input type="checkbox"/> 130 関係機関・団体との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 <input type="checkbox"/> 131 把握した福祉ニーズにもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。 <input type="checkbox"/> 132 把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。	○障がい者の自立訓練、職業訓練、日常生活訓練等の各種リハビリテーションを実施し、社会復帰を目的として、関係機関と連携を図り、地域福祉の向上への取組を行っている。時代の移り変わりとともに、生活スタイルが施設から地域へと変化する中、利用率は低下しており、職員間にこれらの取組が不足との認識がある。今後は、県立の障がい者支援施設として、専門的な知識・技術や情報を地域に提供し、利用率の向上に努力することに期待したい。
Ⅲ 適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービス	(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 133 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 134 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 135 利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 136 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。 <input type="checkbox"/> 137 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。	○理念、基本方針を定めて利用者を尊重したサービスの提供を行っており、年度初めの職員会において、職員全員に利用者を尊重する姿勢を周知している。また、権利擁護研修会への参加等を行っている。職員間に取組が不足との認識があるため、組織内での利用者尊重への更なる取組が期待される。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント	
Ⅲ	1	(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。	b)	<input type="checkbox"/>	138 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。	○「長野県立総合リハビリテーションセンター」の規定に、利用者の個人情報保護や虐待防止に関する規定はあるが、プライバシー保護についての記載が確認できなかった。利用者の通信、面会に関することや、入浴、排泄時等の生活場面におけるプライバシーの保護についての規定や支援マニュアルの作成が必要と思われる。また、不適切な事案が発生した場合の対応方法について検討が必要と思われる。
					<input checked="" type="checkbox"/>	139 利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	140 利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	141 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	142 利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。	
					<input type="checkbox"/>	143 規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスが実施されている。	
					<input type="checkbox"/>	144 不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。	
	(2)	福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。	① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b)	<input checked="" type="checkbox"/>	145 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。	○理念や基本方針及び実施するサービスの内容等については、ホームページにおいて掲載し、広く地域に施設の情報を発信しており、広報誌やパンフレットは利用者の状況に合わせたわかりやすい説明や、写真、図などの工夫を行っている。また、利用者の見学や、体験などの受け入れを行い、利用者の状況に応じた対応を行っている。 ○理念や基本方針については年1回、広報紙「リハビリ通信」に記載するなど、より一層積極的な取組に期待したい。
					<input checked="" type="checkbox"/>	146 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	147 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	148 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	149 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント	
Ⅲ	1	(2)	② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	b)	■	150 サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。	○サービス開始時及び変更の際には、重要事項説明書で説明している。また、利用者が自己決定できるように1日の流れや、作業内容を説明し、必要に応じて、実際に体験することで、本人の意思を確認して同意を得ている。これらの過程はマニュアル化されている。しかし、職員の対応方法については、個人差があることがうかがえる。今後は、誰が対応しても、同じ説明ができるような工夫が望まれる。また、意思決定が困難な利用者への配慮についてもルール化を行い、受け入れ体制を整えておくことが必要と思われる。
					■	151 サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。	
					■	152 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。	
					■	153 サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。	
					□	154 意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。	
			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。	b)	■	155 福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。	○事業所の変更や、地域、家庭への移行にあたっては、更生相談室との連携を図り、相談できる体制を整えている。また、相談支援事業所と連携し、自立に向けての一貫した支援を行っている。しかし、そのことについて職員に周知されていないことがうかがえる。今後は、職員への周知方法についての検討が望まれる。
					■	156 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。	
					■	157 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。	
					■	158 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント	
Ⅲ	1	(3) 利用者満足の上昇に努めている。	① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 159	利用者満足に関する調査が定期的に行われている。	○利用者の意向は、個別支援計画作成時やケア会議時に職員が利用者の意見として取り上げている。また、利用者会や保護者会などはないが、利用者満足度調査を年1回及び退所時に行い、アンケート結果を業務改善に繋げている。今後は利用者の意見を直接聞く機会を増やすなど、事業所と利用者の関係性の向上のための更なる取組を行うことが期待される。
					<input type="checkbox"/> 160	利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。	
<input type="checkbox"/> 161	職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。						
<input type="checkbox"/> 162	利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。						
<input type="checkbox"/> 163	分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。						
		(4) 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている。	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 164	苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。	○「長野県リハビリテーションセンター」の当事業所には苦情相談の受付があり、1F及び2FのDルームに意見箱が設置されている。集められた意見・要望は、職員会議で検討し、解決する仕組みができています。しかし、件数が少なく、データの蓄積や分析には課題を感じる。今後は、利用者から多くの意見・要望が出される体制づくりを行うことが望まれる。また、苦情・要望を法人のホームページ等に公表し、福祉サービスの質の向上を行うための取組が期待される。 ○「長野県立総合リハビリテーションセンター」の仕組みに則って体制は整備されている。しかし、苦情要望と虐待が同じ委員会で構成されており、苦情解決の仕組みと虐待通報の仕組みが混同されているため、フローチャートが分かりにくいものとなっている。今後は、苦情要望と、虐待をそれぞれの独立した委員会とし、それぞれの仕組みについての体制の整備及びマニュアルの再検討が望まれる。
					<input checked="" type="checkbox"/> 165	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。	
					<input checked="" type="checkbox"/> 166	苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。	
					<input checked="" type="checkbox"/> 167	苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。	
					<input checked="" type="checkbox"/> 168	苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。	
					<input checked="" type="checkbox"/> 169	苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。	
					<input checked="" type="checkbox"/> 170	苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント	
Ⅲ	1	(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。	b)	■	171 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由を選ぶことをわかりやすく説明した文書を作成している。	○利用者からの相談方法や、相談相手については重要事項説明書に明示されており、利用者への周知を行っている。また、相談室を利用して日常的に相談を行っている。今後は、更なる意見・要望を出しやすい環境づくりに期待したい。
					■	172 利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。	
					■	173 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。	
			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。	b)	■	174 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。	○利用者からの相談・意見は、個別支援計画検討時やケース会議において、職員との面談の中で聞き取る仕組みがある。また、必要に応じ、職員会議や申し送り等で話し合わせ、改善策が検討されている。しかし、職員の傾聴姿勢に課題があることがうかがえた。また、把握した相談や意見について、ケース記録への記載や個別支援計画への反映についての確認ができなかった。今後は、利用者からの相談・意見の反映、支援方法の検討や、業務改善に活かされることに期待したい。併せて、利用者の相談・意見が積極的に支援に反映される体制づくりが望まれる。
				■	175 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。		
					■	176 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。	
					■	177 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。	
					■	178 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。	
					■	179 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント	
Ⅲ	1	(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。	① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b)	■	180 リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネージャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。	○長野県立総合リハビリテーションセンターのリスクマネジメントの仕組みに則り、医療・施設支援安全管理委員会を設置しており、要因の分析や、再発防止の取組を行っている。しかし、事故として取り上げる基準が病院機構の基準となっており、一般の社会福祉施設のものとは異なっていた。その結果、実際のヒヤリハット及び事故報告書の事例が少なく、事例の収集による分析、対応策が充分とは言えなかった。今後は、「長野県立総合リハビリテーションセンター」としての取組及び「支援部」としてのリスクマネジメントの取組を再検討し、社会福祉施設の基準に則った体制が早急に整備されることが必要と思われる。
					□	181 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。	
					□	182 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。	
					■	183 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。	
					■	184 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。	
					■	185 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。	
			b)	■	186 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。	○「長野県立総合リハビリテーションセンター」と兼務する看護師により、安心して医療が受けられる環境がある。感染症についてはインフルエンザ、ノロウイルス（感染性胃腸炎）等の対応について、危機管理マニュアルに記載され、看護師が中心となり、研修や申し送りを行うなど、蔓延防止に取り組んでいる。今後は、誰もがすぐに使えるわかりやすいマニュアルの見直しが望まれる。	
				■	187 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。		
				■	188 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。		
				■	189 感染症の予防策が適切に講じられている。		
				■	190 感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。		
				■	191 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント	
Ⅲ	1	(5)	③ 災害時等における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b)	■ 192	災害時の対応体制が決められている。	○防災訓練は年2回実施している。消防署及び地区住民の参加があり、地域との連携が図られている。食料の備蓄については栄養士が管理し、災害時の体制を整えている。今後は地震や水害時についての訓練を定期的に行うとともに、記録の整備を行い、災害時に活かされることに期待したい。 ○建物には防犯カメラ及び赤外線センサーが備え付けられており、防犯体制が整っている。今後は、利用者・職員ともに、有事に備えた更なる体制づくりが期待される。
					■ 193	立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。	
					■ 194	利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。	
					■ 195	食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。	
					■ 196	防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。	
					■ 197	防犯に係る利用者等の安全の確保対策を検討し、実施している。	
					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。	
□ 199	標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。						
■ 200	標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。						
■ 201	標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。						

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント		
Ⅲ	2	(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。	b)	■	202 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。	○マニュアル委員会が設置されており、1年ごとに見直しを行っている。また、必要に応じて見直しが行われる仕組みができています。今後は支援マニュアルが個別支援計画に反映される仕組みづくりについての検討が望まれる。また、職員や利用者の意見や提案などが反映され、業務改善に繋がることに期待したい。	
					■	203 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に行われている。		
					□	204 検証・見直しにあたり、個別支援計画の内容が必要に応じて反映されている。		
					■	205 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。		
					■	206 個別支援計画策定の責任者を設置している。		○当事業所としてのアセスメントシートを使ってアセスメントを行い、個別支援計画を作成している。しかし、アセスメントから個別支援計画作成までのニーズ把握の過程や、個別支援計画検討会議（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の合議）の記録の確認ができなかった。今後は、ニーズの把握の過程を明らかにし、合議で話し合われた内容の記録をすることにより、利用者一人ひとりのニーズを明らかにし、個別支援計画について検討されることが期待される。また、支援困難ケースについては検討が積極的に行われることが望まれる。
					■	207 アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。		
					■	208 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。		
					■	209 個別支援計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。		
	□	210 個別支援計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。						
	□	211 個別支援計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。						
	□	212 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。						
						21 ページ		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
Ⅲ	2	(2)	② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 213 個別支援計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 214 見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 215 個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。 <input type="checkbox"/> 216 個別支援計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。	○個別支援計画の評価及び見直しは、サービス管理責任者が中心となり、個別支援計画検討会議において3か月に1回行われている。しかし、個別支援計画の根拠となるアセスメント表及び、日常のサービス提供記録と個別支援計画との整合性の確認ができなかった。早急に個別支援計画作成に関するマニュアルの整備等を行い、PDCAサイクルに則って継続的に行われることに期待したい。
		(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 217 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。 <input type="checkbox"/> 218 個別支援計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。 <input type="checkbox"/> 219 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。 <input type="checkbox"/> 220 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 221 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。 <input checked="" type="checkbox"/> 222 パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
Ⅲ	2	(3)	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	<p>■ 223 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。</p> <p>■ 224 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。</p> <p>■ 225 記録管理の責任者が設置されている。</p> <p>■ 226 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。</p> <p>■ 227 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</p> <p>■ 228 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。</p>	○利用者の個人情報については、法人の管理規定に則って管理されており、契約時には個人情報の取り扱いについて、利用者・保護者に説明をしている。また、情報開示については、重要事項説明書に定められ、必要に応じ情報公開を行う体制が整っている。