

## 事業評価の結果（共通項目）

福祉サービスの種類 障がい者（グループホーム）  
事業所名 たてしなホーム しらかばハイツ

### 第三者評価の判断基準

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

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

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
I 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1 理念、基本方針が法人、福祉施設・事業所内の文書や広報媒体（パンフレット、ホームページ等）に記載されている。</li> <li>■ 2 理念は、法人、福祉施設・事業所が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人、福祉施設・事業所の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人及びグループホームの理念・基本方針は、パンフレットや事業計画書に「障がいを持つ人たちに、人間としての尊厳に基づく自由で個性的な本人主体の生活がおくれ、生涯にわたって、自己実現のできる安定した生活の場の保証をすると共に、多様な福祉サービスを提供し社会福祉事業を推進していきます」と規定されていました。また、各グループホームの建物内にも掲示されていました。</p> <p>○グループホーム（しらかばハイツ）の目的として、「グループホームで暮らすことによって自分にあったご本人らしい暮らしを実現し、人生を豊かにできるように支援すると共に、障がいがあっても地域の中で普通に暮らし続けたいという思いを実現できるように支援する」と事業計画書に記載されていました。職員会議及び年2回のセルフチェック時での確認等で周知がされていましたが、利用者及び家族への分かりやすい周知については、今後の中で更なる取組みを期待致します。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
	2 経営状況の把握	(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人全体として、障がい者福祉、地域福祉の現状と課題について把握・分析が行われ、法人及びグループホームの方向性についても検討されていました。</p> <p>○グループホームしらかばハイツは7つの施設からなり、定員33名のところ現員29名と、ほぼ充足した利用となっていました。また、利用者の平均年齢、平均支援区分、男女の割合、出身地（県内、県外）の割合についても事業報告に記載され、利用者の把握及び分析がされていました。</p> <p>○地域市町村との関係会議等に出席して、行政関係との連携及び情報交換が図られていました。</p>
			② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人全体の具体的な課題として、重点目標の中に、1. 利用者の人権を尊重し、虐待防止を徹底する。2. 新型コロナウイルス感染症防止と災害及び危機管理の研修と徹底。3. オンプズ委員会の指摘に適切に対応した支援と研修。4. 高齢化に対応して、医療知識を深め、介護技術を研修・習得し事故防止を徹底する。5. 施設の老朽化に対応して、清掃、営繕について全員が徹底して取り組む。6. 利用者の精神安定を図りながら、利用者負担の軽減を目指す。7. 個別支援計画の統合化と重度支援手順書の作成が上げられていました。また、理事会・評議員会、職員会議等で周知されていました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
	3 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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</p>	<p>○社会福祉法人全体としての中・長期計画が、2022年度の事業計画の中に記載されていました。</p> <p>○中長期計画の内容としては、2022年度から2028年度までの内容となっており、たてしなホームの移転・改築に伴う、土地の取得、建築計画の基本案の決定等、2027年度竣工に向けた計画案が示されていました。その他の計画としては、相談支援事業、放課後等デイ事業の検討や2025年度に40周年記念計画が予定されていました。</p> <p>○今後、グループホーム全体としての中・長期計画についてのビジョンにつき具体的に明示されることを望みます。</p>
			② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	b)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。</p> <p>□ 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。</p>	<p>○本年度の事業計画の中に「グループホームで暮らすことによって、自分にあったご本人らしい暮らしを実現し、人生を豊かにできるように支援をするとともに、障がいがあっても地域の中で普通に暮らし続けたいという思いを実現できるように支援する」とグループホームの目的が記載されていました。</p> <p>○グループホーム独自の事業計画の中に、具体的数値目標や成果等の設定が示されておらず、次年度事業計画書の中に数値目標及び具体的成果・評価が記載できる内容の検討をお願い致します。</p>

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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○単年度事業計画の評価は、年度末に各事業単位で反省を行い、事業報告書としてまとめられ、職員会、役員会等での周知が図られていました。</p> <p>○各事業所で単年度事業反省、評価を行い、職員会議で周知・検討され、その結果に基づき、新年度計画が策定されていました。</p> <p>○新年度の事業計画については、事業単位での作成を行い、職員会全体で検討され新年度事業計画として作成され、職員会・役員会（理事・評議員会）で周知・共有がされていました。</p>
			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> </ul>	<p>○事業計画の内容は毎年の保護者会・利用者へ報告されたり、必要によってはグループホーム内に掲示され周知がされる仕組みとなっていました。事業計画の内容によっては（例えば外出や行事関係）、利用者の方に具体的な内容を伝えて、参加等ができれば工夫がされていました。</p> <p>○利用者会がないため、利用者の方への説明や周知が図られる方法を検討していただきたい。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
	4 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。	① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○グループホーム運営会議を毎月開催し、情報課題の検討・共有を行い世話人会議で周知を図り、福祉サービスの内容向上に取り組んでいました。</p> <p>○福祉サービス第三者評価の受審は前回、令和1年度に実施され、定期的なサービス評価の受審が行われていました。</p> <p>○福祉サービスの組織的チェック・見直しは職員全員で行われるセルフチェック制度の中で行われていました。</p>
			② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 37 職員間で課題の共有化が図られている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○福祉サービス第三者評価の受審を令和1年度に行われ、その内容に基づき改善・修正が行われていました。</p> <p>○質の向上に向けた取組と職員間の課題の共有化としては、職員会議、支援会議、ケース会議、各種委員会等で検討され、必要により内容の修正・改善が図られていました。グループホームの課題共有としては、月に1回行われる世話人会、3ヶ月に1回行われる各グループホーム会議で、検討される仕組みができていました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
Ⅱ 組織の運営管理	1 管理者の責任とリーダーシップ	(1) 管理者の責任が明確にされている。	① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○管理者としての経営方針や考え方は事業計画に記載されたり、グループホーム世話人会議において説明し、周知する方法がとられていました。</p> <p>○管理者はグループホームの運営内容について、事業計画書の中で、目的、職員体制、事業の具体的内容等について明示し、共有が図られていました。</p> <p>○グループホーム<b>管理者</b>が短期間で変わってしまい、事業の取組継続が十分にされていないという一部職員の意見がありました。</p>
			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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○管理者はたてしなホーム職員行動規範に示されているように、基本姿勢、具体的行動規範の内容に従い、遵守すべき内容を十分に理解した取組を行っていました。</p> <p>○管理者は県が主催する代表者会議や地域支援部会等の外部研修にも積極的に参加し、理解を深めるとともに、その研修内容をグループホーム世話人会で周知が図られていました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
		(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○法人全体としては、職員会議、支援会議、ケース会議、各委員会を定期的に開催し、サービスの質の分析が行われていました。</p> <p>○グループホーム世話人会議が月1回開催されると共に、3カ月に1回各グループホーム毎の会議が開催され、サービスの内容についての検討がされていました。</p> <p>○グループホームだけで解決できない課題については、法人内の総務委員会や運営会議で検討され、必要な事項についての解決が図られる仕組みとなっていました。</p> <p>○法人としての研修計画を作成し、管理者として積極的に参加を呼びかけていました。</p>
			② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○管理者は令和4年度事業計画の中で、グループホームの経営改善を図るための課題や取り組むべき内容について具体的に掲げ、経営改善に向け指導力を発揮する内容となっていました。</p> <p>○法人全体として、職員の係・業務分担を行い、いずれかの委員会に属するようにし、課題発生した場合には、先ず委員会で協議し、課題解決ができない場合は、職員会議、総務委員会で検討する体制がとられていました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
	2 福祉人材の確保・育成	(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理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。	a)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○職員確保については、高齢者雇用への積極的な取組が行われて、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構「令和4年度高齢者活躍企業コンテスト」において、理事長表彰（特別表彰）を受けていました。</p> <p>○法人全体では、ハローワーク、人材センター、マイナビなどの活用をし、人材確保を行っていました。</p> <p>○今年7月より、職員配置を4:1にした体制が実施できていて、安定した事業運営ができるようになっていました。</p>
			② 総合的な人事管理が行われている。	b)	<p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p>	<p>○たてしなホーム職員行動規範の中で、基本的姿勢として、①利用者の人間としての尊厳を大切に、利用者の権利擁護に努めなければならない。②支援・援助者としての立場を自覚し、利用者の主体性、個性を重んじなければならない。③利用者が快適で豊かな地域生活が送れるよう、支援・援助をしなければならない。④利用者一人ひとりの障がいの軽減と自己実現に向けた、専門的支援・援助を行われなければならない。⑤専門的役割と使命を自覚し、絶えず自己研鑽に努めなければならないと、「期待する職員像」を明確にしていました。</p> <p>○キャリアパス制度の用紙が配布されているが、内容の細かな説明が十分にされていないので、制度として機能していくための体制確立を望みます。</p>



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) 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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○労務内容についての相談や意見等については随時呼びかけるとともに、何かあった時や契約更新時に話を聞き、職員の意向・要望を把握する対応が図られていました。</p> <p>○グループホーム勤務職員については、就業希望や心身の状況に応じて、勤務変更・調整の対応が柔軟に行われるように配慮されていました。</p> <p>○サービス管理責任者が勤務表を作成し労務管理を行い、職員の勤務希望や要望を取り入れ、ワーク・ライフ・バランスに配慮した対応が図られていました。また、職員同士により融通し合うような自然な協力体制もできていました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
		(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b)	<p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○事業計画書の中に求める人材として、①共に働きたいと思える人。②理解し合える人。③尊重し合える人。④達成感を目指して共同できる人。また、職員として目指す方向として、①利用者の安全に配慮する。②利用者の権利を尊重する。③高齢化に対応し、介護技術を習得しADL支援を徹底する。④地域の障がい者福祉に興味を持つ。が掲げられ、組織として「期待される人間像」が明示されていました。</p> <p>○年2回職員のセルフチェックが行われ職員一人ひとりの目標が設定され取り組む仕組みとなっていました。管理者は目標設定に関する中間・年度末面接を実施し、目標の進捗状況や達成度についての確認を行い、より支持的・援助的支援の実現を期待します。</p>
			② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○令和4年度の研修計画として、「研修は職員自らの資質を錬磨し、専門性の向上を図るとともに、自らの人格を陶冶し、地域福祉の向上とたてしなホームの理念の実現を図ることを目的とする。と職員研修の目的を明確にしていました。</p> <p>○職員研修等の機会が多く設けられており、特に強度行動障害の支援については、より専門的で特化した研修計画の内容が掲げられていました。</p> <p>○グループホーム研修では、佐久地域支援部会への参加を行い、他グループホームの情報を知るための良い機会となりました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○研修内容としては、長野県関係の研修、東京都関係の研修、施設内研修、その他の研修に分けられていて、それぞれの研修担当者が明示され行われていました。</p> <p>○新しくグループホームで勤務をする職員に対しては、ホームでの研修期間を設けたり、複数の職員が関わり教育・研修が行われるような体制が組まれていました。</p>
		(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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>■ 94 指導者に対する研修を実施している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○本年度の実習の方向性として、①福祉という職場に興味を持てるような支援をしていく。②実習生をウィルス等感染状況に応じて受け入れ、充実した実習が送れるよう支援していく。と事業計画書に基本姿勢が明示されていました。</p> <p>○長野県知的障害福祉協会のガイドラインにもとづく実習生対応マニュアルに沿った内容での実施がされていましたが、社会福祉士、介護福祉士、保育士等の種別用のプログラムの作成をお願い致します。</p> <p>○実習生の具体的な受け入れとしては、令和3年度は清泉学院短期大学、松本短期大学の受け入れがされていました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
	3 運営の 透明性の 確保	(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人のホームページには、法人及び事業所の理念・基本方針、サービス内容、事業計画・報告、予算計画、決算計画が年度毎に掲載され、公開されていました。</p> <p>○東京都第三者機関に3年に1回の第三者評価受審、佐久ふくしネット、オンブズ委員会による苦情受付がされ、対応及び改善が図られていました。</p> <p>○グループホームの福祉サービス第三者評価は令和1年に行われ、評価結果については、法人ホームページでの公開が行われていました。</p>
			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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 101 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。</li> <li>■ 102 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。</li> <li>■ 103 福祉施設・事業所の事業、財務について、外部の専門家による監査支援等を実施している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人運営規程、法人経理規程において、事業所における事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任が明確にされていました。また職員会議、法人理事会、評議員会等でも説明され周知が図られていました。</p> <p>○毎月定例実施されている、職員会、グループホーム世話人会議において、事務、経理、財務、取引等についての経営運営についても説明がされ、周知される体制ができていました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
	4 地域との交流、 地域貢献	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 108 福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人内にある地域広報委員会を中心として、体制作りが行われていました。</p> <p>○地域との関係の基本的な考え方（目標）として、①『たてしなだより』を中心に、新しい出会いや交流の場の創造につなげる。②利用者、家族、職員、地域社会に対し積極的な情報提供を行う。③学校関係の受け入れを行う。④地域住民としての社会参加と理解に向けたボランティアの受け入れ。が事業計画に示されていました。</p> <p>○家族からの要望として、グループホーム利用者の情報（写真等）が圧倒的に少ないという意見と共に、利用者に対して活用できる社会資源や地域の情報について情報提供できるように、更なる向上を進めていただきたい。</p>
			② ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 110 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明文化している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 112 ボランティア受け入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 114 学校教育への協力を行っている。</li> </ul>	<p>○学校関係との連携では、4月に打ち合わせ会議を行い、7月に施設体験研修の受け入れ、8月に社会福祉協議会主催の夏ボランティアの受け入れ、10月に中学福祉体験等の実施がされていました。</p> <p>○蓼科高校、町社会福祉協議会、小中学校へ呼びかけ、年2回の打ち合わせ会議を行いボランティアや交流事業の受け入れを行っているが、コロナウイルス感染防止のため、実際の受け入れは少なくなっていました。今後、コロナ対策を進めながらより積極的なボランティアの受け入れ方法について検討をお願いしたい。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 117 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 119 地域に適当な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。</li> </ul>	<p>○佐久地域の自立支援協議会、知的障がい施設協会地域支援部会、関係市町村等との連絡会議により、社会資源の明確化や適切な協力連携体制が確立されていました。</p> <p>○法人内及び外部相談支援員との協力を図り、地域ニーズへの調査及び対応が図られていました。</p> <p>○佐久地域の福祉機関や立科町にある福祉事業所（社会福祉協議会、ハートフルケアたてしな）との連携や合同会議、研修会等が実施されていました。</p>
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 120 福祉施設・事業所（法人）が実施する事業や運営委員会の開催、関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。</li> </ul>	<p>○法人の地域広報委員会において、広報誌の発刊、ホームページの更新、学校関係、ボランティアとの連携、地域社会への参加等により地域福祉のニーズの把握や具体的な取組が行われていました。</p>
			② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 124 福祉施設・事業所（法人）が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を、地域に還元する取組を積極的に行っている。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○地域の要望を受け、相談支援事業と放課後デイサービス事業を実施したり、コロナ禍ではあるが、移動支援事業を行い、より地域ニーズに答えるための事業が行われていました。</p> <p>○地域に関係する機関及び、関係者との連携を行い、支援のため会議開催を行うと共に具体的支援が実施されていました。</p> <p>○地域の自治会及び消防団との、防災協定が結ばれ、災害時の支援が受けられる体制が作られていました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
Ⅲ 適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービス	(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○本年度事業計画の中に、法人のスローガン「地域と共に、地域の福祉を変える」職員共通理解として、「利用者の笑顔、支援を考え、笑顔を作る」が冒頭に掲げられていて、利用者を尊重した福祉サービス内容の明示と実施に向けた取組がされていました。</p> <p>○相談支援専門員と連携しながら、利用者のニーズを把握し、対応を図っていました。</p> <p>○地域内にある他の高齢者施設等との連携により、利用者の尊重や人権についての研修を行う機会が設けられていました。</p>
			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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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るよう設備等の工夫を行っている。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人内の権利擁護委員会を中心として、プライバシーの保護についての研修会を実施したり、具体的なケースについての検討会議が行われていました。</p> <p>○法人内に設置されている、くらし委員会において、利用者の皆さんが楽しく穏やかに過ごせるための支援や安全かつ快適に生活するための環境整備が検討されていました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
		(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。	① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 135 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 137 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別にいていねいな説明を実施している。</li> <li>■ 138 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○社会福祉法人しらかばの会、<b>障害者</b>支援施設たてしなホームのパンフレット等の資料が公的施設や公共機関に置かれていて、一般の人たちに見て頂ける体制がとられていました。また配布されている資料は写真等を活用した分かりやすいものとなりました。</p> <p>○グループホームの見学・体験入所を行う際には、グループホームの日課表、ホームのルール（きまり）等のパンフレットを渡し、理解を深められるような対応が図られていました。また、重要事項説明書、利用契約書はルビが振られ、より理解ができるような工夫がされていました。</p>
			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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○職員行動規範の中に、入退所・移動などは、本人並びに保護者・家族に十分な説明を行い、相互理解のもとで本人が選択の機会を得られるように努めることと記載されていました。</p> <p>○グループホーム利用者の中にも、対応が難しい障がいがある方も多く、説明や同意についてはできるだけ具体的に分かりやすい方法を考慮して、利用者や家族の方がより理解・納得できるような工夫をさらに検討していただきたい。</p>



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 146 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○他の事業所や病院等への移行・変更については、担当者から重要事項説明書等により分かりやすく説明がされ、利用者・家族が不利益にならないような対応が行われていました。</p> <p>○変更時の利用者・家族への説明においては、利用者本人の自己決定ができるような配慮を行うとともに、意思決定が難しい利用者については、図や写真等のツールを活用して、理解が深まるような工夫と配慮がされていました。</p>
		(3) 利用者満足の向上に努めている。	① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 149 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○利用者会はありませんが、個別訪問や利用者の方からの聞き取りにより満足度についての把握が行われていました。</p> <p>○個別支援計画作成時に利用者及び保護者からの聞き取りを行い、満足度やニーズ・要望を聞き取っていました。</p> <p>○ふくしオンブズでの調査、食事の嗜好調査、各グループホーム毎で行う個別調査を実施し、利用者の満足度に対する調査を行うとともに、分析・検討がされ、改善が行われていました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○苦情解決の体制については、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員の氏名と解決する仕組みが、重要事項説明書に記載されていました。またグループホーム内にも掲示され、利用者にも周知する体制が取られていました。</p> <p>○苦情解決の仕組みと実施方法については、重要事項説明書、利用契約書の中に明記されていました。また、長野県福祉サービス適正委員会についても記載がされていました。</p> <p>○苦情解決の家族を含めた対外的な周知としては、佐久ふくしネットワークや園便りで公表されていました。ふくしオンブズマンの活用がされ、保護者への報告がされる仕組みとなっていました。</p>
			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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○利用者の相談体制については、各グループホーム内にポスターが掲示されていました。</p> <p>また、利用者・家族が相談しやすくプライバシーが保護できる空間や場所が各グループホーム内に設置されていました。</p> <p>○利用者個々の個別支援計画書の中に、相談できる具体的な体制についての説明がされていました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 169 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。</li> </ul>	<p>○利用者が第三者及び職員に対して自分自身の意見が言える環境づくりが行われ、オンブズ制度、佐久ふくしネットワーク等、感染症の状況によっては中止となったこともあります。利用者からの意見の傾聴や把握を行うことができたことが事業報告書に記載されていました。</p> <p>○各グループホームには、利用者からの意見・要望を聞き取るための意見箱が設置されていて、オンブズマンにより開封される仕組みとなっていました。</p> <p>○利用者の方からの意見・要望の対応フローが定められていて、世話人→担当→サービス管理責任者の手順となっていました。</p>
		(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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人内に権利擁護委員会が設置されていて、目標及び事業計画の内容について、事業計画書に記載されると共に、検討されました。また、ヒヤリハットの提出や支援の見直しが行われ、世話人会議等で周知されていました。</p> <p>○グループホームの事故対応の手順（マニュアル）が整備されていました。平日の作業を休む場合、早退する場合、行方が分からない利用者への対応手順が示されていました。</p> <p>○ヒヤリハットについては随時、ミーティング等にて職員に周知され、権利擁護委員会において毎月各部署毎に集計され、分析が行われていました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 179 感染症の予防策が適切に講じられている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○たてしなホーム健康管理マニュアルの中にも、感染症対策に関する指針が示されていて、感染症の理解を行うとともに、感染症対策について具体的に明示されていました。</p> <p>○たてしなホーム新型コロナウイルス感染症対策マニュアルが整備されていて、感染レベルによるフローが示されており、グループホームについても対応できるようになっていました。</p> <p>○感染症の予防や対応については、医療担当や保健委員会を中心に検討され、世話人会議で周知されていました。</p> <p>○感染防止のための手洗いの仕方について、各グループ毎に掲示されていて、利用者への周知が図られていました。</p>
			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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 182 災害時の対応体制が決められている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 186 防災計画等を整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。</li> <li>■ 187 防犯に係る利用者等の安全の確保対策を検討し、実施している。</li> </ul>	<p>○たてしなホーム防災マニュアルには火災だけでなく、地震、風水害等を想定した対応の記載がされていました。</p> <p>○法人としての事故対応マニュアル、事故対応フローシート、連絡・通報マニュアル、無断外出の捜索手順等が定められていました。</p> <p>○災害時に必要な食料品、備品類についても備蓄が行われていました。また、備蓄のリスト及び非常食管理も定期的に行われていました。</p> <p>○防災訓練については、年間5回の訓練実施がされていました。通常の訓練の他に、長野県知障協、佐久支部連絡網による情報収集訓練も行われていました。また、近隣地域自治体との防災協力協定が定められていました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
	2 福祉サービスの質の確保	(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。	① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 188 標準的な実施方法が適切に文書化されている。</li> <li>■ 189 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。</li> <li>■ 190 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。</li> <li>■ 191 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。</li> </ul>	<p>○利用者の尊厳、プライバシー保護・権利擁護等の各種運営マニュアル及び利用者支援マニュアルが整備されていて、職員の支援が標準的に行われるような取組がされていました。</p> <p>○グループホームでの標準的サービスの内容については、しらかばハイツ（グループホーム）日課計画表がそれぞれのホームにおいて定められていました。平日のサービスの内容と休日のサービスの内容について記載されていました。</p>
			② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 192 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。</li> <li>■ 193 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に行われている。</li> <li>■ 194 検証・見直しにあたり、個別支援計画の内容が必要に応じて反映されている。</li> <li>■ 195 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。</li> </ul>	<p>○利用者への標準的サービスの実施についての見直しや検討については、各種委員会（くらし委員会、住環境委員会、個別サービス委員会）等で定期的に見直しが行われ、改善できる仕組みができていました。</p> <p>○標準的なサービスの実施については、個別支援計画の中にも取り入れられ、PDCAのサイクルによって、個別のサービス内容の質の向上が図られていました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。	① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 196 個別支援計画策定の責任者を設置している。</li> <li>■ 197 アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。</li> <li>■ 198 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。</li> <li>■ 199 個別支援計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。</li> <li>■ 200 個別支援計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。</li> <li>■ 201 個別支援計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。</li> <li>■ 202 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。</li> </ul>	<p>○利用者一人ひとりのサービス実施計画（個別支援計画）の策定が、法令に基づき、計画の策定・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ました。</p> <p>○個別支援計画の作成は、相談支援事業者の作成を踏まえ個々の利用者の作成がされていました。また、アセスメント内容についても、利用者の身体的状況や生活状況を把握し、利用者のニーズや課題を明確にした内容となっていました。</p> <p>○強度行動障害については、グループホーム全体で支援が行われるように取組がされていました。具体的には、新たな対象となる利用者に対して、支援ノート・支援計画書の作成を行い、定期的な支援内容の確認と見直しがされていました。</p>
			② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 203 個別支援計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。</li> <li>■ 204 見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。</li> <li>■ 205 個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。</li> <li>■ 206 個別支援計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。</li> </ul>	<p>○個別支援計画の検討や見直しは、定期的に行われ、利用者や家族の要望・希望等も考慮され行われていました。</p> <p>○個別支援計画の見直しは基本的には6ヶ月に1回行われていましたが、必要に応じ計画の見直しが行われ、グループホーム担当者会議、世話人会議、ケース検討会議等で検討され、職員に周知されていました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。 とと	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 207 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。</li> <li>■ 208 個別支援計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。</li> <li>■ 209 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。</li> <li>■ 210 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。</li> <li>■ 211 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。</li> <li>■ 212 パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの閲覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。</li> </ul>	<p>○利用者並びに家族等に関する資料やデータの保護については十分配慮され、個人情報保護規程の方針に基づき適切に管理されていました。また、記録・管理を行う責任者が設定されていました。</p> <p>○個別支援計画に基づく、提供サービス内容や支援の方法については、記録での共有を行うとともに、各グループ会議や世話人会議を通じ、情報の提供が図られていました。</p> <p>○グループホーム毎の運営会議、世話人会議を行い、情報の共有をはかる組織となっていました。また、課題内容によっては、法人の総務委員会との連携を行い課題の解決が図られていました。</p>
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 213 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。</li> <li>■ 214 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。</li> <li>■ 215 記録管理の責任者が設置されている。</li> <li>■ 216 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。</li> <li>■ 217 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</li> <li>■ 218 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。</li> </ul>	<p>○法人の「個人情報保護規程」により、利用者の情報の保管方法、保存期間、破棄について記載されており、情報が外部に漏れないよう十分配慮された体制が確立されていました。</p> <p>○記録の最終的な管理は、各グループホーム毎でなく、たてしなホーム本体で行われていました。管理責任者はグループホーム管理者となっていました。</p> <p>○個人情報の取り扱いや情報開示については、グループホーム利用契約書に記載されていて、利用契約時に説明・同意を行っていました。</p>