

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） 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

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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>○理念・基本方針は、法人事業計画に記載され、それに基づきグループホームの倫理要綱に明文化され、法人パンフレット等に記載されていました。</p> <p>○法人理念は、障がいを持った人たちに、人間としての尊厳に基づく自由で個性的な「本人主体」の生活が送れ、生涯にわたって、自己実現の出来る安定した生活の場を保証するとともに、多様な福祉サービスを提供し、社会福祉事業を推進する。とわかりやすく使命や目指す方向が示されていました。</p> <p>○基本方針は、1、障がい者の「人」としての権利を保障し、障がいを持ったまま地域社会の中で、地域の人達と同等な個性的な生活が送れる。2、利用者と職員との間に対等の関係を確立する。3、地域に開かれた施設として施設機能を地域福祉に役立てる。職員の行動規範となる具体的なわかりやすい内容になっていました。</p> <p>○職員には、月1回行われる世話人会議等で周知されていました。</p> <p>○保護者へは、4月の総会時に周知されていましたが、利用者向けの周知が行われていませんでした。今後わかりやすい周知が図られることを望みます。</p>

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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。	○社会福祉法人しらかば会全体の動向は、評議員会、理事会・監事、選任・解任委員会が本部組織とされ、施設長を中心に管理者等職員は職務分担を担い運営されており定期的な会議が開催されられていました。
				<input type="checkbox"/> 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。	
		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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。	○経営環境や実施する福祉サービスの内容組織体制、設備、職員体制、育成、財務等それぞれの項目に従って施設長を中心にサービス管理者、食事、事務局、医療等グループホーム運営会議が開催され検討されていました。事業反省、事業計画にも記載されていました。 ○法人では、職員会議等において福祉サービスの為に、運営状態の改善等職員に周知し、改善に向けての取り組みが行われていました。
		<input checked="" type="checkbox"/> 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。			
		<input checked="" type="checkbox"/> 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。			
		<input checked="" type="checkbox"/> 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。			
				<input checked="" type="checkbox"/> 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。	
				<input checked="" type="checkbox"/> 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。	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。	○事業計画に、中・長期計画が策定されており、7～8年後に移転・改築が計画され完了が見込まれていました。 ○移転・改修に伴う支援方法も検討され、強度行動障害手順書、視覚障害に対応した改修、看取りを想定した医療施設への対応など、年度ごとに具体的な取り組みが計画されていました。 ○中・長期計画の支援においては、「支援計画シート」が作成され必要に応じた見直しが行われるものになっていました。
				<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 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 type="checkbox"/> 18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	

		<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。</p>	<p>b)</p>	<p>■</p>	<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>○中・長期計画は、単年度ごとに目標が明記され、取り組みが法人全体で実施する計画になっていました。</p>
	<p>(2) 事業計画が適切に策定されている。</p>	<p>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。</p>	<p>a)</p>	<p>■</p>	<p>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。</p>	<p>○事業計画は、法人全体で取り組まれており、職員会は、毎月1回開催され検討がされていました。</p> <p>○事業計画は、目標、計画、予算、その他とそれぞれ記載され、わかりやすく図式化されていました。</p> <p>○職員会では、計画の見直し等行われ支援に反映されていました。</p>
		<p>② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。</p>	<p>b)</p>	<p>■</p>	<p>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。</p>	<p>○事業計画は、保護者総会で周知されていましたが利用者への周知は、個別支援計画に基づき、作成され計画の周知や振り返りがされていました。</p> <p>○事業計画は、細部にわたり検討され作成されましたが、ルビをつけ利用者への理解や説明、掲示を行なわれることを期待します。</p>
				<p>■</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>○グループホームの中・長期計画は、目的、職員体制、利用者の定員、職員像、役割分担、ケース担当委員会内容が明記されていました。</p>
				<p>■</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>○グループホームの日課表は各ホーム毎計画され、利用者に応じた内容になっていました。</p>
				<p>□</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>■</p>	<p>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。</p>	
				<p>■</p>	<p>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。</p>	
				<p>■</p>	<p>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。</p>	
				<p>■</p>	<p>27 事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等）されており、理解を促すための取組を行っている。</p>	
				<p>■</p>	<p>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。</p>	
				<p>□</p>	<p>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。</p>	
				<p>□</p>	<p>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。</p>	

	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。	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。	<p>○毎月世話人会議・ケース記録の確認が行われ支援に反映されていました。</p> <p>○ケース記録の確認と共に随時訪問を行う体制が整備されていました。</p> <p>○法人と同様セルフチェックを年2回実施されました。</p> <p>○法人（入所施設）は第三者評価を行っており今回グループホームで受審をされていました。</p> <p>○受審の結果を分析するとともに継続的第三者評価の受審を期待いたします。</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)	<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 checked="" type="checkbox"/> 38 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもと改善策や改善計画を策定する仕組みがある。 <input checked="" 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 checked="" 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。	<p>○法人は各評価結果に基づき、サービス担当会議、ケース会議、勉強会、施設内研修会議、職員会で改善を行い、改善計画の取り組みにつなげていました。</p> <p>○第三者評価の受審をされましたので、評価に基づく改善の取り組み、必要に応じた改善の見直しを期待いたします。</p>
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)	<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。 <input checked="" 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。	<p>○管理者は、法人の事業計画に役割や取り組み職務分担が記載されていました。</p> <p>○グループホームの管理者においては、世話人会議で明文化された物が配布され周知が図られていました。</p> <p>○事業計画書には、法人の防災マニュアルがあり管理者の役割と責任について、また不在時の権限等が明記されていました。</p>

	<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。</p>	<p>a)</p>	<p>■</p>	<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>○関係法令に関しては、法人「しらかば会遵守規程」が、事業計画書に規定され、目的及び適応範囲・基本方針・法令遵守責任者・法人組織体制の整備・法令遵守責任者の業務・相談窓口の仕組み・職員の責務・教育及び研修・処分・規程の改定等について明記され職員に周知されていました。</p> <p>○職員に周知徹底を図るため権利擁護委員会・オンブズ委員会・佐久福祉ネットの委員会の活用が積極的に取り組まれ、毎月の会議で取り上げられていました。</p>
<p>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>	<p>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。</p>	<p>a)</p>	<p>■</p>	<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>○法人には、総務委員会が組織されており施設長、管理者、事務、支援主任、医務、食事の各担当で組織されており、必要に応じて他職員の参加出席が求められていました。</p> <p>○各事業所は、定期的に職員会議、支援会議、ケース会議、委員会が開催されていました。係・担当は、いずれかの委員会に帰属し問題が発生した場合はそこで協議し職員会が総務委員会で検討されていました。</p> <p>○管理者は、福祉サービスの向上の為に取り組みを行い指導力が発揮される体制が確認できていました。</p> <p>○法人は、職員研修計画を立て職員自らの資質を錬磨し、専門性の向上を図ると共に自らの人格を陶冶した支援を掲げていました。</p>
	<p>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。</p>	<p>a)</p>	<p>■</p>	<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>○法人には、総務委員会が組織されており施設長、管理者、事務、支援主任、医務、食事の各担当で組織されており必要に応じて他職員の参加出席が求められていました。</p> <p>○各事業所は、定期的に職員会議、支援会議、ケース会議、委員会が開催されていました。係・担当は、いずれかの委員会に帰属し問題が発生した場合はそこで協議し職員会が総務委員会で検討されていました。</p> <p>○管理者は、福祉サービスの向上の為に取り組みを行い指導力が発揮される体制が確認できました。</p>

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 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>○法人は、職員研修を事業計画に掲げ、福祉人材の育成と共に、人間としての尊厳を守り豊かな人生を自己表現のできる支援を行う専門職的役割を自覚できる職員の育成をさせていました。</p> <p>○法人の人材確保のみならず、実習生の受け入れも積極的に行い、地域社会での福祉人材の育成を行っていました。</p>
		② 総合的な人事管理が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○法人は、「たてしなホーム職員行動規範」が事業計画にあり、「すべての人間は、生まれながらにして自由であり、かつ尊厳と権利について平等である」と謳われ、職員が行動規範を遵守する事が明確に示されていました。</p> <p>○事業計画に、人事考課表サンプルが作成され、人事基準が明確に定められていました。自己評価の記載欄もあり、自身で職務の成果に関する貢献度が確認できるものが策定されていました。</p> <p>○人事考課表の提出・面談が行われていました。職員は自らの将来の姿を描く、総合的な仕組みが出来意欲を持って職務に取り組んでいる事が確認できました。</p>
	(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組んでいる。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○職員の就業状況は、世話人アンケートを実施及随時希望の確認がされていました。</p> <p>○職員の就業状況や心身の健康状態は、変化のあった時、その都度、管理者に報告、世話人会議、運営会議で周知されていました。</p>

		a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○ワーク・ライフ・バランスは、希望に応じた勤務体系にされていました。</p> <p>○職員親睦会等組織されており、働きやすい職場作りに取り組みが行われていました。</p>
(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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○「たてしなホーム職員行動規範」には、福祉職員としての専門的役割を持った職員像が示されています。</p> <p>○管理職は職員（世話人）との面談を行い、人事考課表等活用しながら、職員の質の向上と共に期待される職員像のアドバイスが行われていました。</p> <p>○グループホームには、セルフチェックリストが作成されており、職員の利用者への関わり、虐待、仕事への向き合い状況等チェックが出来る体制が確認されました。</p> <p>○セルフチェックリストの活用は年2回行われていましたが、目標の設定欄等個々が確認できるものを期待いたします。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○年間事業計画には、職員行動規範が制定されており、そのために、各担当に必要とされる研修が組み込まれていました。職員の経験年数、担当部署の役割りに応じた研修が行われていました。</p> <p>○法人組織図には職員が必要とされる資格を所有し経験等が考慮されていました。特に専門性が求められる、強度行動障害の支援に力を入れ、年度に研修受講予定者等の氏名が記載され、教育・研修計画に基づき実施されていました。</p> <p>○研修等の計画評価は、年間予定表の職員会、支援会議、ケース会議で評価と見直しが行われていました。</p>

	<p>③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。</p>	<p>a)</p>	<p>■</p>	<p>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。</p> <p>■</p> <p>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。</p> <p>■</p> <p>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。</p> <p>■</p> <p>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。</p> <p>■</p> <p>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。</p>	<p>○職員研修は、職員の資質を錬磨し、専門性を図り、自らの人格を陶冶し、地域福祉の向上を図るとされており、個々の技術水準の向上を図る事を目的とされておりました。</p> <p>○長野県障害者福祉協会等で行う、新人研修等経験や習得技術水準に沿って研修の機会が配慮されていました。</p> <p>○研修参加計画には受講予定者名も記載され職員の専門性を高める教育がされていました。</p> <p>○研修は、長野県関係研修、法人が東京都の管轄であり、都関係の研修、その他各種必要な研修は、情報を提供すると共に必要に応じ研修参加が義務づけられていました。</p> <p>○施設内研修も計画され実施されていました。</p>
<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。</p>	<p>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。</p>	<p>a)</p>	<p>■</p>	<p>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。</p> <p>■</p> <p>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。</p> <p>■</p> <p>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。</p> <p>■</p> <p>94 指導者に対する研修を実施している。</p> <p>■</p> <p>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。</p>	<p>○事業計画に実習生の受け入れは、担当・計画が明記されていました。</p> <p>○実習生の受け入れは、年2回夏季・春季計画され、方向性・その他利用者への配慮が記載されていました。</p> <p>○実習オリエンテーションでは、スケジュール・日課・実習内容・注意事項利用者の食事。班集体・施設見取り図・実習ノート記載方法・宿舎仕様の決まり・実習にあたってについて明文化されていました。担当者は、学校などの対応も取られていました。</p> <p>○実習指導は、資格に応じた指導者研修会に参加し指導を行っていました。</p> <p>○保育士の育成、福祉サービスにかかわる専門職の研修育成に積極的な関わりを行っていました。</p>

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"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○法人運営、福祉施設の事業所理念・基本方針・提供のサービス内容・事業計画・事業報告・予算・決算報告は、機関誌「たてしなホーム」に記載されていました。</p> <p>○法人「たてしなホーム」は、東京都の第三者評価を受審しており、グループホームは今回が初めての実施となりました。</p> <p>○第三者評価は今回が初めてでしたがオンブズマン制度・佐久ふくしネットが活用され、利用者の苦情・相談の体制や内容にもとづく改善対応がされていました。</p> <p>○今回の受審の結果報告は、ワムネットでの公表を希望されております。継続しての受審と公表を期待します。</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"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○法人の規程に則って事務・経理・取引に関するルールは、法人事務が中心行ない、世話人会議で説明され職員に周知されていました。</p> <p>○福祉施設・事業所における事務、経理・取引に関する責任は、施設長・評議員会・理事会・監事が組織され事業計画に記載されていると共に、ホームでは、世話人会で報告されておりました。</p> <p>○監査は、県が行っている2年に1度実施されていました。</p>

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。	a)	■ 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。	○法人は、地域広報委員会が設置されており「たてしなだより」を中心に・新しい出会いの場創造に繋げる。・利用者、家族、職員は地域社会に対して積極的に情報を提供する。・学校との関わりと受け入れ。・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文章化されていました。
				■ 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。	○学校関係・ボランティアの受け入れは検討され、利用者に分かりやすく掲示されていました。
				■ 109	利用者の個別の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。	○地域にあるグループホームは、地域住民との関わりも多く、活用できる社会資源は、利用者の身近なものでありました。
				■ 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。	○地域との繋がりは、中学校の文化祭、地区文化祭、町の敬老会参加、どんど焼き、陶芸クラブ、ふれあいワーク、空き缶拾い、たてしなホームの地区の協力会と草刈り等の活動があり利用者との交流が深められていました。
				■ 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。	○利用者の買い物や外出は、移動支援「のんびり」を活用、以外にも個人的に買い物や外出を行っているが地域の方の助けがありました。
			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)	■ 112	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。
■ 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。	○ボランティア受け入れフローシートも作成され、組織的に行われていました。
■ 114					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	○ボランティアの受け入れ、調整、学校との関わり、学校への協力等は事業計画に記載され法人全体で関わり支援をおこなっていました。
■ 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している。	
(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)
	■ 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。	○佐久地域支援部会・自立支援部会への参加を行い、相談支援専門員などと協力と連絡を行っています。			
	■ 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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○地域住民との交流は、法人で行う秋祭りへの参加や陶芸等のボランティアへの参加を呼びかけていました。</p> <p>○事業計画に、地域広報委員会が設置されており、「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ていました。利用者や家族はもとより地域社会に対して積極的な情報提供がされていました。</p> <p>○法人の相談支援事業は、在宅者への訪問をし聞き取り、各関係者と支援会議が実施されていました。</p> <p>○グループホーム希望者には、支援会議を行いサービス等利用計画案を作成されていました。</p> <p>○養護学校卒業予定者、新規就労B利用者には、就労アセスメントを行う専門性を生かした支援がされていました。</p> <p>○法人として、町の行事への参加、活動での商品の販売を積極的に行っていました。</p>
		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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>○佐久圏域11市町村で生活する、障害者・児の緊急一時支援事業を行う等社会福祉ニーズ把握ができていました。</p> <p>○地域委員や社会福祉協議会など地域住民に対する相談は、相談支援専門員と連携して行っていました。</p> <p>○高齢者関係施設との連携も行われていました。</p> <p>○社会福祉事業のみならず、町ふれ愛園（多機能型事業）等への参加を行っていました。</p>

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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>○法人事業計画は、利用者を尊重する福祉サービス内容が記載されていました。グループホームでは、世話人会議で説明がされていました。</p> <p>○法人は、倫理要綱・規程が作成され、事業計画書、世話人会議、各グループホームに掲示されていました。</p> <p>○事業計画に記載されている、目的や運営方針は利用者中心に立てられ、「個別支援計画」に反映されていました。</p> <p>○利用者尊重の配慮は、研修委員会等中心に年間計画されていました。ホームでは世話人会議でも勉強会が行われていました。</p>
			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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>○人権擁護委員会を中心に、職員会等で研修がされていました。入浴支援マニュアルが作成されていて、プライバシーへの配慮が記載され、利用者が不快な思いをしない様書かれ、職員に周知されていました。</p> <p>○「たてしなホーム倫理要綱」が作成され、事業計画に記載され職員に周知されていました。</p> <p>○倫理要綱には、1・生命の尊厳、2・個人の尊厳、3・人権擁護、4・社会への参加、5・専門的な支援としての理解が図られていました。</p> <p>○個々のプライバシーを守るために個室の確保に努めていました。</p> <p>○止むをえない、異性介助などについては、個別支援計画で説明を行っていました。</p>

	(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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 148 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 ■ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ○法人の福祉サービス内容が記載されている資料は、「たてしなふれ愛むら」や「ひだまり作品展」（利用者の作品展示場所）等に置かれていました。 ○配布資料は、写真などを使用した分かりやすいものになっていました。 ○事業所利用希望者には、相談支援専門員等を中心に説明されていました。 ○見学、体験入所、一日利用体験は、日程調査後希望に応じて行われていました。 ○利用希望者には、情報として、ルビの振られた、重要事項説明者や利用契約書が説明されていました。
		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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ○サービス開始・変更時の契約書や重要事項説明書には、利用者にも分かりやすく、ルビや一部の利用者には写真や絵を用いる等工夫がされていました。 ○利用者本人の自己決定を尊重する為に、施設長、管理者、相談支援専門員等必要に応じた担当者が分かり易く利用者・家族に説明がされていました。
		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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ○サービス等利用計画に基づき、個別支援計画が作成され、振り返り等ケース検討が行われ利用者の希望に沿ったサービスが受けられる様配慮されていました。 ○福祉サービスの変更は、利用者・家族が納得できる計画を、地域等の組織と連携して行われていました。 ○福祉サービス利用の終了後も、地域福祉団体と協力し相談を行っていました。その内容についての記載された物等、利用者の安心につながる支援を望みます。

		<p>(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>	<p>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。</p>	<p>c)</p>	<p><input type="checkbox"/> 159</p> <p><input type="checkbox"/> 160</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 161</p> <p><input type="checkbox"/> 162</p> <p><input type="checkbox"/> 163</p>	<p>利用者満足に関する調査が定期的に行われている。</p> <p>利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足把握を目的で定期的に行われている。</p> <p>職員等が、利用者満足把握を目的で、利用者会や家族会等に出席している。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>○法人でオンブズ委員会が中心に聞き取り調査を行っていました。</p> <p>○今回の第三者評価利用者聞き取り調査では、大方満足の結果になっていましたが、定期的な「利用者満足調査」を行い利用者の満足把握を期待いたします。</p> <p>○利用者満足調査を定期的に行い、結果の分析・検討をオンブズマン等も参加し改善される事を期待いたします。</p>
		<p>(4) 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている。</p>	<p>① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。</p>	<p>a)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 164</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 165</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 166</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 167</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 168</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 169</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 170</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>○法人全体で取り組みが行われ、オンブズ委員会・佐久ふくしネット計画もあり、隔月ごとの研修やオンブズマン参加の会議・外部の勉強会が行われていました</p> <p>○利用者等仕組みに、ホーム毎の説明や掲示物、意見箱の設置が確認できました。</p> <p>○利用契約書、重要事項説明書にも苦情対応について独自の取り組みを行っている事、「長野県福祉サービス運営適正委員会」についての記載も確認され、施設内に掲示されている事が確認できました。</p> <p>○苦情要望受け付けについても、記載されオンブズマンの活用が出来ていました。意見箱は年3回オンブズマンが開封を行っている事が確認できなした。</p> <p>○利用者・家族からの苦情内容・検討・対応については、「たてしなだより」に記載されていました。</p> <p>○法人全体での、「たてしなホーム苦情解決フローシート」に記載され、組織化されていました。</p> <p>○オンブズマンへの報告、保護者面会日に解決報告の掲示するシステムが確認できました。</p>

	<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。</p>	<p>a)</p>	<p>■ 171</p> <p>■ 172</p> <p>■ 173</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>○利用者が相談、意見を述べたりするた為の、その方法は明文化されていました。個々の個別支援計画に記載されている利用者もいますが、全員ではないため、利用者に分かり易く理解されやすい周知を望みます。</p> <p>○相談は、利用者のプライバシーが守られる空間が確保されていました。</p>
	<p>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。</p>	<p>a)</p>	<p>■ 174</p> <p>■ 175</p> <p>■ 176</p> <p>□ 177</p> <p>■ 178</p> <p>■ 179</p>	<p>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。</p> <p>対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>○相談を受けた時は、担当者による会議などで検討されていました。</p> <p>○手順書は、世話人・担当・係り・サービス管理責任者等報告手順が組織されていました。</p> <p>○利用者の相談や意見を言いやすいように、意見箱が設置され、オンブズマンが開封していました。</p> <p>○意見や要望は、オンブズマンも参加し検討が行われ、福祉サービスの質の向上につなげていました。</p>
<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。</p>	<p>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。</p>	<p>b)</p>	<p>■ 180</p> <p>■ 181</p> <p>■ 182</p> <p>■ 183</p> <p>■ 184</p> <p>■ 185</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>○事業計画には、安心安全な福祉サービスの為に災害時のマニュアルが整備され、火災、災害（地震、土砂災害）、車両、感染症の対応が整備されていました。</p> <p>○事故発生時の対応や責任も明記され手順も職員に周知されていました。</p> <p>○事故報告書 兼 ヒヤリハットの報告書も作成されていました。報告があった場合、発生状況、結果、改善報告が確認できました。</p> <p>○改善策の記入や時系列の報告を記載する事で、さらなる事故防止を期待いたします。</p>

		<p>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。</p>	<p>a)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○感染症対策に関する指針が記載されていました。マニュアルは10ページに及び、細かく対応が記載されています。職員、事業評価調査でも、できているの評価が示されていました。</p> <p>○勉強会は食事委員会と協力し開催されました。看護師を中心に、県内外の研修に参加し、利用者の安全確保の為に職員の周知と医療のレベルアップが図られていました。</p> <p>○感染マニュアルには、手洗い方法等図で示され分かり易い予防策が示されていました。</p> <p>○感染症が発生した場合、利用者の関わり、責任者への報告、記録、また必要に応じて保健所等への報告は適切に行われていました。</p>
		<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している。</p>	<p>a)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 192 災害時の対応体制が決められている。 ■ 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、地域の行政をはじめ、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。 	<p>○防災マニュアルは、火災、台風、大雨、大雪、地震を想定し対応・体制が取られそれぞれの役割や方法が記載されていて、日ごろの備えも作成されました。</p> <p>○防災マニュアルには、利用者は基より職員の安否確認の把握も記載され、周知されていました。</p> <p>○食糧や備品類の備蓄は、リストに作成され、賞味期限も一目でわかるようになっており更新対象も確認がされていました。</p> <p>○災害時の地域との協力については、「災害時総合援助協定書」が作成されており、地域協力が出ており、施設の建物を避難場所として提供されたり、備蓄食料の提供の協力も行っていき事が確認出来ました。</p>

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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 198 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 ■ 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。 	<p>○提供する標準的福祉サービスは、グループホーム日課表に記載され、計画に基づき支援が行われていました。</p> <p>○法人としての記載もありますが、グループホームでも記載され、個々には、個別支援計画に記載されていました。尊厳プライバシーに関しては具体的に支援の中に記載され、職員に周知徹底されていました。</p> <p>○実施の確認は、毎月行われる世話人会議において確認されていました。管理者は、法人の会議に出席し、世話人会議で報告、伝達が行われていました。</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"> ■ 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。 ■ 203 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。 ■ 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。 	<p>○福祉サービスの標準的実施の検討や見直しは、法人組織で行われ計画されていました。ホームでは、世話人会議でも、法人で行う見直しが報告されていました。</p> <p>○グループホームでは、日常生活の支援は、個別支援計画に基づきサービス管理責任者を中心に行われ支援・各種記録がされていました。</p>
	(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"> ■ 206 個別支援計画策定の責任者を設置している。 ■ 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。 	<p>○個別支援計画は、サービス管理責任者が個別支援計画作成のサポート、確認、捺印を行っていました。</p> <p>○アセスメントは、担当者を中心に法人の手法に従って実施されていました。</p> <p>○各部門担当者も、個別支援計画作成に参加し協議が行われていました。</p>

			a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○個別支援計画は、ケース会議・担当者会議が実施され、個々のアセスメントを基に個別支援計画が作成されていました。</p> <p>○グループホーム担当職員は、個別支援計画の作成のほか、定期的に各ホームを訪問し個別支援計画どりの支援が実施されているか、アドバイスのほかに世話人が行えない支援が行っていました。</p> <p>○ケース記録やケース会議を基に、支援困難ケースの対応について、検討、かつ積極的に支援されていました。特に強度行動障害については、法人全体で支援を行えるよう、研修参加も積極的に行い、適切な福祉サービスに繋げていました。</p>	
	② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。		b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>○個別支援計画は、定期的に検討され、ホーム世話人、利用者の同意を得ていました。世話人会議、ケース会議で検討される仕組みになっていました。</p> <p>○支援計画の見直しや変更は、利用者の同意を得て行われ、世話人に周知されていました。</p> <p>○個別支援計画の見直しは、6か月に1度行われていました。緊急に変更が必要な場合も、仕組みが整い利用者の希望に沿った支援が出来る事を期待します。</p> <p>○個別支援計画の評価見直しは、定期的行われ生活介護支援と一緒に、通所されている事業所と意見の交換を行い、福祉サービスの質の向上が図られていました。</p>	
	(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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>○記録や健康状態は、法人で定められたケース記録に記入がされていました。</p> <p>○個別支援計画に基づくサービスは、支援の確認と共に見直し等参考になる為、法人で統一された物に記載され、世話人会議で確認されていました。</p> <p>○サービスの共有を目的とした会議は、運営会議・世話人会議が実施されていました。</p> <p>○各グループホームから提出される書類は、法人で検討されていました。職員会議資料は、それぞれ配布を行い職員の周知に繋げていました。</p> <p>○会議資料については、パソコンのネットワークシステムを利用し情報の共有を行ってから、会議に参加するシステムを取り入れている事が確認できました。</p>	

		<p>② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p>	<p>a)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 225 記録管理の責任者が設置されている。 ■ 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。 ■ 227 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 ■ 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>○利用者に関する記録や情報の保管、管理、廃棄については、運営規定に記載されている「個人情報の保護」に規定され、十分な配慮がされていました。</p> <p>○個人情報を適切かつ安全に取り扱う為、役職員全てが順守すべき行動基準として、個人情報保護方針を定め、その順守の徹底を図っている事が記載されていました。</p> <p>○記録管理の責任者は設定され管理されていました。</p> <p>○個人情報の取り扱いは、利用契約書等に記載されており、契約時に利用者・家族に説明を行っていました。</p>
--	--	---------------------------------	-----------	--	--