

(別添1)

事業評価の結果（共通評価項目）

福祉サービス種別 障がい者共同生活援助

事業所名（施設名） グループホームおむすび

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。	・当事業所は法人の運営する5事業所12サービスの内の一つで、本体とも言うべきグループホームおむすびを指定上の核とし、他の四つユニットで障がい者の共同生活援助サービスを行っている。法人としての基本理念は現在策定中であるが当ホームとしての理念があり、パンフレットや事業計画、ホームページなどに掲載している。当ホームは障害者総合支援法に基づき、利用者の能力及び適性に応じ、生活介護や就労継続支援等の日中活動を利用しながら、共同生活を営む住居に入居している障がいのある方に対して、主に夜間において、共同生活住居で、入浴、排せつ、食事の介護、調理、洗濯、掃除等の家事、生活等に関する相談・助言、就労先や関係機関との連絡のほか、必要な日常生活上の支援を行っている。ホームの理念では「一人一人の特徴やニーズ、地域での生活を大切にしながら、おむすびのようにまとまって調和がとれる暮らしをつくる」としている。障がいのある40歳台から70歳台までの利用者が入居しており、グループホームの理念に沿い支援目標を明らかにしている。その支援目標には当ホームの存在意義、使命や役割等も明確にし、利用者の立場に立ったサービス提供に努めている。ホームの理念はホーム内に掲示しており、会議等で読み合わせ職員に周知されており、具体的な実践へと繋がられている。理念は、法人、福祉施設・事業所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、また、法人、福祉施設・事業所のめざすべき方向性を内外に示すものであるといわれている。法人の理念とグループホームの理念の整合性を図り、職員の行動規範となるような具体的な内容を示されることを期待したい。
					■ 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。	
					□ 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。	a	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>・法人内に「中堅者会議」を設置し、地域の利用者の推移等も含めた環境の変化も加味し、事業の将来性・継続性を見通しながら経営環境や課題を把握し分析している。「中堅者会議」では毎年度末には各事業所から上がって来る事業報告を基に次年度へ向けて法人全体の事業報告書を作成し、各事業所の実績として利用状況、利用率等の分析も行っている。更に、法人内の事業所間も含め、小諸市を中心とした相談支援事業者、障害福祉サービス事業者、保健・医療関係者等と連携しつつ、情報収集も行っている。</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。	b	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>・法人として、また、当ホームとしての事業報告書や収支報告書を作成し分析しており、組織体制や職員体制、財務状況等、運営上の課題を明確にし、次年度の事業計画や収支予算として課題解決に向けて取り組んでいる。経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）間での共有がされている。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思われ、今後、シフト勤務という中で職員会議の開催が難しいなかではあるが、計画の進捗状況を毎月の職員会議で明らかにし職員の意見・提案等をホームの課題として運営に反映されていくことを期待したい。</p>
	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。	c	<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>・法人や就労支援B型事業・生活介護・当ホームなど、それぞれの単年度の事業計画や収支計画は作成されているが、中・長期計画は文書として確認することができなかった。今後、それぞれの事業として変化するニーズや福祉施策の動向を踏まえ、法人や各事業所の進むべき方向性を「中長期事業経営収支見込」等の数値目標とともに明らかにされていくことを期待したい。その達成のためにも法人の中・長期計画（3～5年程度）の作成に努められることを期待したい。</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
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。	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。 <input checked="" 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 checked="" 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。	<p>・当ホームとしての単年度の事業計画が立案されているが、基盤とする法人の中長期総合計画が残念ながらない。当ホームの年度事業計画には「支援目標」「支援内容」「年度の課題」などが盛り込まれており、「自立した生活に向け、様々な生活体験を積む」「高齢利用者には、特設健康管理に配慮した生活の状態化に努める」などが支援目標として挙げられている。別に収支予算として数値的な指標も立てられ、成果等が客観的に判断できるようになっている。前の評価細目に関連するが中・長期計画（中・長期の事業計画と中・長期の収支計画）を組み立て、そ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）に反映されるように実行可能な中・長期計画を立案されることを期待したい。</p>
		(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。 <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。	<p>・年度の法人・事業所の事業計画が策定されている。また、当ホームでは職員会議が毎月1回開かれており、そのほかに、職員は日頃の業務の中で管理者に直接話ができて、意見を述べることが可能となっているが、シフト制の難しさから全職員に周知され、意見・要望などが集約され課題の把握に活かされているかどうかという点については十分ではないように思われる。今後、職員に向けて毎年度、事業計画等の内容や統一した各種支援マニュアル等を綴じこんだ「運営要綱」などを配布し、期初に全職員が集まる職員会議を開催し説明を行い、その後も随時目を通し実践に努められようようにしたら良いのではないかとと思われる。また、管理者と職員の定期的な面談の機会を設け、そのヒアリングでの意見・提案を集約・検討し事業計画に反映されていくことを期待したい。</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	<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 checked="" 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。	<p>・利用者へのサービス提供に関わる事項として当ホームの事業計画の「支援目標」に「自立した生活に向け、様々な生活体験を積む」と掲げており、一人ひとりの利用者の「個別支援計画」の中にその支援目標の主旨を組み込んで利用者にも説明している。家族等の集まる機会が新型コロナ禍の前には法人の保護者会として実施されており、現在、感染の影響を受け自粛ぎみとなっているが保護者の元におたより等を送付し、より具体的にわかるようにしている。当ホームの利用者が日中通う生活介護や就労継続支援B型事業所、相談支援事業所など、法人の運営する他の事業所とも共同し、利用者に住居と食事を提供し、計画に沿った利用者への参加を促し余暇支援の充実も図っている。今後、事業計画などについて、更に、利用者にも説明する機会を小まめに作り、利用者に関わる主な内容を簡潔にまとめ説明されることを期待したい。</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
I	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 checked="" 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 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 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>・職員は福祉サービスの向上に日々取り組んでおり、自らの支援方法や技術を振り返り、サービスの向上に努めている。また、更に、法人として「中堅会議」を開催し、各事業所の年度の課題を出し合い、お互いの意見や助言等を運営に活かしている。法人としての「苦情解決に関する規程」に沿い、当ホームとしての第三者委員も選任されており、苦情や相談内容に基づき継続的に改善への活動が行われている。外部の評価機関による第三者評価については今回が初めての受審となるが、今後、自己評価について毎年度実施し、時系列的な振り返りをされていくことを期待したい。</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。	b	<input 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 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>・法人の組織として「中堅会議」があり、運営のまとめ役としてのリーダー層が参画し各事業所の事業計画の立案を行っている。「中堅会議」では法人の各事業所からの事業報告や収支報告などを評価・分析し、設備の改善や人員配置、予算的な課題等の解決に取り組んでいる。当ホームの利用者へのサービスに関わる直接的な評価については、職員が作成する「個別支援計画評価表」などで実施されているが、職員が自ら提供しているサービス内容や業務内容を評価する「評価表」などは、まだ未整備である。今後、改善の課題の明確化という観点から、今回の第三者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、職員会議等で課題の共有化を図られることを期待したい。</p>
II	1 組織の運営管理	(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。 <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 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>・当ホームの運営規程には「職員の職種、員数及び職務内容」の項目があり、管理者の職務内容に「従業者に対し法令等を遵守させるために必要な指揮命令を行う」と定めている。また、当ホームとしての職務分掌等が「組織体制図」として明確にされており職員にも周知されている。管理者は当ホームの事業所長として職員会議で現状の取り組みや今後に向けての方向性を示し、職員に対して自らの役割と責任を明らかにしている。当ホームの防災計画には「防災組織分担表」「緊急連絡先」などの有事の際の手順が綴られており、所長としての役割等がフォローとなって示されている。今後、平常時のみならず、有事（災害、事故等）における管理者不在時の権限委任等を明確化されることを期待したい。</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
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。	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>・法人としての「就業規則」があり、その中に「服務規律」「遵守事項」が設けられ、管理者として自らが責任を担い、職員と連携をとりながら法令遵守を徹底し、業務を遂行している。当ホームの管理者として自らも率先垂範し倫理や法令等の遵守に取り組み、関連法令についても理解を深めている。また、長野県が主催する権利擁護研修に参加し、「権利擁護への意識の向上」や「虐待防止について」など、遵守すべき法令等の周知を図っている。</p>
		(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>・管理者は当ホームの所長として福祉サービスの質に関する課題を十分把握しており、その改善に向けて指導力を発揮しつつ職員とともに取り組んでいる。ホームとしての職員会議や個別支援会議で事故・ケガ等について「事故報告書」を基に検討し、虐待や差別等の事案についても同じく、対策等を職員会議で周知している。今年度は新型コロナ禍のため開催が自粛となっているが、平常時は法人内外の研修に職員を派遣している。更に、利用者からの意見、要望等を収集・分析し、その結果をサービスの向上に活かしている。また、ホーム全体の経費の節減に努めている。</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>・基本的に法人本部で人事、労務、財務について行っているが、管理者は当ホームの職員会議などを通じて理念・運営方針の浸透や職員の意思統一を図り、人事、労務、財務等、運営面での効率的な業務を目指し具体的に取り組んでいる。財務面では法人の本部に負う部分が大きく、社会福祉法人という非営利的な福祉サービスという性格上事業所の収入がある程度固定化していることから支出面に留意しつつ、すべての業務についてもコストがかかっていることを意識し、特に、効率的な人員体制を組み働きやすい職場環境を整備している。</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	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。	c	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	・法人や就労支援B型事業・生活介護・当ホームなど、それぞれの単年度の事業計画や収支計画は作成されているが、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については確認できなかった。今後、当ホームとしての人材の確保について法人本部と協議しながら取り組み、必要な福祉人材の確保や人員体制について計画的に取り組みられていくことを期待したい。また、今後、法人として職階別研修や目標管理制度等の導入を図り、職員のモチベーションのアップに繋げ、更に、若く、優秀な人材の確保にも取り組まれていくことを期待したい。
			② 総合的な人事管理が行われている。	b	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	・法人としての「就業規則」があり、その中に「服務規律」「遵守事項」「勤務時間、休憩及び休日」「休暇(育児、介護、子の看護)」「安全衛生及び災害補償」などの項目が設けられ、人材の配置、処遇等を進めており、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。「期待する職員像等」についてはホームの理念から推し測ることができる。今後、可能であれば、法人として目標管理制度やキャリアパス制度などの導入を検討され、その中で、上位者と面談する機会をつくり職員の意向・意見などを集約し、職員自らが将来を描くことができるような仕組みづくりをされていくことを期待したい。

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
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	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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> <p>■ 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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>	<p>・法人としての「就業規則」がありその中に「勤務時間、休憩及び休日」や「休暇(育児、介護、子の看護)」に関する規程があり、有給休暇や育児休暇の取得の促進などを通じて職員が仕事に対して意欲的に取り組めるような環境を整えている。また、同じく、「就業規則」の中に「安全衛生及び災害補償」の項目を定め、定期的な健康診断なども行い心身の健康維持にも取り組んでいる。働きやすい職場づくりに向けて職員の就業状況や意向・意見について把握もされている。現場で働く職員が休日を取りやすいように、利用者との関係性にも配慮しながら勤務シフト表が生まれ、子育て、介護等にも柔軟に対応できるようにしている。今後、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、プラスパシーなどに配慮し法人として職員の相談の窓口を設け、受け付けた後に解決を図る体制を整備されていくことを期待したい。</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。	c	<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>・当ホームの理念が明確にされており、その中から「期待する職員像」を読み取ることができる。今後、可能であれば目標管理制度などを導入し、「職階別業務表」なども定め、それぞれの職位に応じ「基本的業務」「求められる資質」「果たすべき役割」等、職員一人ひとりの職務や経験、スキルに応じて具体的な目標が設定できるように取り組まれることを期待したい。また、目標設定時の面接での確認や中間面接での進捗状況の振り返りなども行い、管理者等からの適切な助言や指導を受けることができるようになされていくことも期待したい。</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
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。	b	<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>・当ホームの理念から「期待する職員像」を読み取ることができる。職員はホーム内外の研修等に出席し、支援に関するスキル等の専門性の向上や利用者本位のニーズにあったサービスの提供、利用者の権利養護などが実践されている。今後、教育・研修成果について評価・分析を行い、その結果を踏まえて次の教育・研修計画の策定に反映されることを期待したい。</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。	a	<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>■ 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>■ 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>■ 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>■ 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>・職員一人ひとりの知識、技術水準、専門資格の取得状況等について法人として把握しており、各事業所の人員配置に活かしている。職員は新型コロナウイルス禍でオンライン研修が主となっているが、外部研修等に参加し、復命書の回覧や伝達研修等で職員間でその内容を共有している。当ホームとしての職員の研修計画も立てられており、職員の質の向上に取り組んでいる。平常時であれば、更に、法人や当施設から提供された情報などを選び、職員自らの時間を使い自己啓発のための研修等に参加することもできる。</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	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。	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	<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>■ 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>■ 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>□ 94 指導者に対する研修を実施している。</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>・法人として実習生の受け入れを福祉人材の確保とともに地域との関係づくりの一つとしてとらえ、社会福祉に関する資格取得を目指す県内外の大学生、短大生、専門学校生などの実習の受け入れについて前向きに取り組んでいる。当ホームでの受け入れはこの数年ないが、効果的な実習が行えるようなプログラムを作成し実践的な指導に当ることができるようになってきている。障がい者の入所支援という特性上、指導する職員もシフト勤務で実際の受け入れが難しいが、次代の福祉を担う若い人材の育成に今以上力を入れ、ホーム全体で取り組まれていくことを期待したい。</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。	b	<p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>・法人としてのホームページがあり全事業所の概要等を閲覧でき、当ホームのページもあり事業内容を知ることができる。また、WAM NET(福祉・保健・医療に関する制度・施策やその取り組み状況などに関する情報をわかりやすく提供することにより、福祉と医療を支援する総合情報提供サイト)の「障害福祉サービス等情報検索」に当ホームの事業内容が掲載されており、また、同じくWAM NETの「財務諸表等電子開示システム」に法人に関する現況報告書等（現況報告書、計算書類）の情報を公表しており閲覧することができる。今回当ホームとして初めての第三者評価受審となっており、結果についても公表される予定である。法人のホームページにはそのほか、法人の定款などの主要な規程も公開されており、透明性が確保されている。一般的にはまだまだ紙ベースでの情報提供が多いことから年度の事業計画の主旨などについて広報誌などで告知されることを期待したい。</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	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>・法人としての事務処理、文書、経理規程等の各種規程があり、必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を受けることができる。また、法人運営の透明性を図るために外部監査を受けている。決算に際し、外部の会計士による監査が行われており、法人本部や場合により事業所を訪れチェックもしている。更に、法人内の監事会が期中に施設や事業所の事務調査に入ることがある。法人として理事会・評議委員会があり、所長などから運営状況を説明し、意見・要望等を述べる機会が設けられている。</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	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	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>・当ホームとしての事業計画の支援目標に「近隣住民との関係を大切にし、地域住民としての自覚を育てる」とし、同じ法人や他法人の施設・事業所と連携を図り、入所支援施設として自施設で完結するだけでなく外部サービスの活用も含め利用者本位の支援を進めようとしている。新型コロナ禍で自粛ぎみとなっているが、生活介護では同じ法人の生活介護や就労支援B型事業所に通う利用者もおり、利用者の生活に張り合いをもっていただけるように地域での活動に参加するように努めている。現在、新型コロナ禍で交流が難しくなっているが、夏祭りなどの地域行事に参加している。日常の隣近所の関わりについては管理者や世話人が1軒の家としてお付き合いをしている。今後、新型コロナ収束後を見据え、地域の関係組織や相談支援事業所などと連携しイベント情報を収集し、利用者が参加できるように支援されていくことを期待したい。</p>
			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。	c	<p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 114 学校教育への協力を行っている。</p>	<p>・障がい者の入所支援という特性上、受け入れをする職員もシフト勤務で実際の受け入れが難しく、また、極、「ふつうの家」「ふつうの生活」を目指していることから、当ホームとしてはボランティアの受け入れについて特にマニュアル等は定めていない。法人の就労支援B型事業所などでは「ボランティア・地域活動」の一環として中学生や高校生などの職場体験学習などを受け入れているが、現在、新型コロナ禍ということで難しくなっている。今後、利用者の余暇支援などにボランティアの協力を得られるかどうか検討され、受け入れについての登録手続、事前説明等についてもホームとして明確にされることが望まれる。また、利用者への理解を深めるためとボランティアの定着化を目指し、地域の人々に向けて障がいの特性等に関わる研修や学習会などを定期的に実施されていくことも期待したい。</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
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	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 117 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	・小諸市を中心とした法人内外の相談支援事業者、障害福祉サービス事業者、保健・医療関係者、養護学校などと連携しており、障がい者福祉全般についての課題解決に向け協働している。一人ひとりの利用者のフェイスシートがあり、利用に到るまでに関係した機関や団体等の記載がありすぐに情報として引き出せるようになっている。また、当ホームとして「チーム支援」を目指しており、同じ法人の生活介護や就労支援B型事業所などの職員が組織を横断し協働し、利用者の福祉の向上を図ることを目的として活動している。また、現状新型コロナ禍で交流が難しくなっているが、平常時であれば「小諸市障害者福祉事業所連絡会」などに参画し情報交換などをすることもある。今後、更に、従来関わりを持たなかった関係機関や団体についての機能や連絡方法などについてもリサーチし新たな関係を築かれていくことを期待したい。
		(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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。	・当ホームとしての第三者委員も地元の民生児童委員などが選任されており、地域のニーズを上げていただくこともある。また、法人や当ホームの有する専門性や特性を活かし地域住民の多様な相談に応じることで福祉ニーズ等を把握している。更に、日常的な福祉サービスの実施を通じて、当ホームの福祉サービスでは対応できない利用者等のニーズも把握し、市内の他施設・事業所に繋いでいる。
			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。	b	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・当ホームとしての事業計画の支援目標に「近隣住民との関係を大切に、地域住民としての自覚を育てる」とし、同じ法人や他法人の施設・事業所と連携を図り、入所支援施設として自施設で完結するだけでなく、地域の他施設・事業所と連携を図り、入所支援施設として利用者本位の支援を進めようとしている。また、非常災害に備え、口頭ではあるが地元区との応援協力協定について合意しており、福祉的な支援を必要とする人びとや住民への支援もできるようになっている。今後、社会福祉法人としての使命・役割と社会福祉法等の関係・事項等を具体化するため、既存制度では対応しきれない生活困窮、生活問題等の支援・解決など、地域社会での貢献活動を主体的、積極的に進め、また、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催し、地域住民の福祉に対する理解の促進や地域づくりのために取組まれていくことを期待したい。

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	
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	■ 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。	・当ホームの基本理念には「一人一人の特徴やニーズ、地域での生活を大切にしながら」という一節があり「利用者を尊重した姿勢」として明示されている。職員はこの理念を常に意識し利用者の尊厳を大切に支援に当たっている。また、基本的人権への配慮や尊厳、身体拘束や虐待防止について、当ホームとして県の研修会に職員が出席し、ホームでも伝達研修を実施し、利用者の意向を尊重するとともに利用者のQOLの向上を目指し積極的に取組んでいる。今後、組織内で共通の理解をもつために倫理綱領等を策定し、また、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くことを期待したい。
			□ 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。						
			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	■ 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。	・利用者のプライバシー保護に配慮した支援をするために職員研修や会議の場でプライバシーについて学んでいる。指定上の核となるグループホームおむすびのほかにユニットとしてグループホーム七草、グループホーム天池、グループホーム芦原、グループホーム与楽町があり、それぞれ居室、共有スペースの浴室、トイレなどはプライバシーに配慮された造りとなっている。入浴はほぼ毎日可能で入浴介助が必要な場合は同性介助を基本としている。入浴時の衣類の着脱等では「カーテンを閉める」等の配慮を行い、プライバシー保護に配慮したサービス提供を行っている。またハード面では性差や心身の状況に応じて、居室配置などを配慮している。万が一、職員による不適切な事案が発生した場合には、個別に管理者が注意したり、案件に応じて第三者委員や行政機関と連携し対応することになっている。
■ 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。						
■ 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。						
■ 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。						

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) 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	<p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 137 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。</p> <p>■ 138 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</p> <p>■ 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。</p>	<p>・理念や本体、各ユニットのホームの特色等は法人のホームページに掲載されており、契約書や重要事項説明書等からもその概要を確認することができる。グループホーム全体のパンフレットにはそれぞれのホームの概要、実施する福祉サービスの内容や主な活動内容が掲載されている。パンフレットはカラー刷りで、法人の沿革や各ホームの写真を用いてわかりやすい内容で作成されている。施設見学の際にはパンフレットを使用し、より具体的に施設での活動を説明している。インターネット環境の整備が進んでいるが、まだまだ、情報源として紙ベースでのものも求められることがあると思われ、サービス内容が更にわかりやすく説明された印刷物の作成、公共施設へのパンフレットの配置等、利用者が簡単に入手できるような工夫をされていくことを期待したい。</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。	a	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>・入所やサービス利用を希望した際には当ホームとの契約を行う流れに沿い、更に詳しい説明を行っている。希望に応じて見学を受け、見学にはホームのパンフレットや他の資料を使って説明している。契約や必要な説明を行う際には契約書や重要事項説明書を使い、利用者の障がいの程度や家族が理解しやすいようにルビをふるなどの配慮をしながら説明をしている。サービスの開始にあたっては、利用者や家族の意向を聞き、自己決定を尊重しながらサービス内容も決め支援計画を作成している。またサービス変更時にはサービス管理責任者や担当職員が中心となって、本人や家族の意向を確認しながら進めている。</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	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。	a	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>・福祉サービス事業所の変更にあたっては、相談支援事業所などの関係機関と支援会議を通じて現状のサービスが移行できるように、従前の支援内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮している。また、変更にあたっては、相談支援事業所や関係機関と移行支援会議などを通じて連携し、サービス管理責任者を中心となってサービスが継続できるように配慮している。更に、入居者の財産保護の観点から、貴重品の授受書等を作成して渡している。サービス終了後についても、事務所が窓口となっており、いつでも相談できることを口頭で伝えている。</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。		b	<p>■ 149 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</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	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。	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	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="763 225 813 284">■ 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 data-bbox="763 328 813 387">■ 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 data-bbox="763 432 813 491">□ 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 data-bbox="763 536 813 595">■ 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 data-bbox="763 639 813 699">■ 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 data-bbox="763 743 813 802">■ 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 data-bbox="763 847 813 906">■ 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。 	<p>・利用者からの苦情を適切に解決するため、「運営規程」「利用契約書」「重要事項説明書」に苦情解決の対応が定められている。また、重要事項説明書には苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員が明記され、苦情解決の体制が整備されている。利用者の障がい特性から苦情を申し立てることが難しい方もいるが、日々、関わりながら利用者が発信している思いや表情から汲み取り対応している。モニタリングや個別面談等で定期的に利用者の意見・要望などを聴いている。家族から表出された意見は手順に沿って対応している。出された苦情等については再発防止に向け取り組み、利用者や家族にフィードバックしている。障がいの特性から難しいが、可能な範囲で無記名のアンケート調査などを行い、更に、表に出ない苦情等を掘り下げていただくことを期待したい。</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 data-bbox="763 935 813 994">■ 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 data-bbox="763 1038 813 1098">■ 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 data-bbox="763 1142 813 1201">■ 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。 	<p>・契約書や重要事項説明書に相談やコミュニケーションに関することを記載し、口頭でも職員に相談ができることを伝えている。第三者委員についてもわかり易くホーム内に掲示している。当施設の利用者の障がい特性から、記載内容を理解して苦情受付窓口へ申し出ることは難しく、担当する職員に直に話すことが多く、自分で発言できる利用者は自らその思いを声に出している。</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	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。	b	<p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 169 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。</p>	<p>・当ホームの業務日誌やケア記録の記述から、日頃から職員は利用者から相談を受けており、その時々において傾聴に努めていることが窺えた。受けた相談は記録として記載され、朝礼や職員会議で検討し、利用者へフィードバックされている。利用者インタビューでも「日頃から職員に相談をしている」「担当者に対応している」等の声があり、その都度適切に対応していることが理解できた。今後、現在行っている相談の記録方法や報告手順、検討方法、対応策などをマニュアル化し、適宜見直すことによって組織的に運用されていくことを期待したい。また、口頭で直接伝えることが憚れる場合があるかも知れないことから意見箱の設置なども検討されたら良いのではないかとと思われる。</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。	b	<p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p>	<p>・当施設としてリスクマネジメントに関する責任者を管理者とし体制の整備を行っている。また、事故事例は報告書として記載され、朝礼でも報告し、改善策を含め職員へ周知するようにしている。今後、リスクマネジメント委員会などを設置し全体としてのリスクマネジメント体制を整備し、各ホームから委員を選出し、委員会ではリスクマネジメントの知識の習得や危険予知トレーニングなどを行い、職場へフィードバックできるように取り組まれることを期待したい。また、「リスクマネジメント要綱」等を定め、それを基に研修などを実施されることも期待したい。</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
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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="763 225 813 260">■ 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 data-bbox="763 331 813 367">■ 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 data-bbox="763 438 813 474">■ 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 data-bbox="763 545 813 580">■ 179 感染症の予防策が適切に講じられている。 <li data-bbox="763 652 813 687">■ 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 data-bbox="763 759 813 794">■ 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。 	<p>・感染症についての責任者は管理者と看護師が担い、感染症の予防や発生時における利用者の安全の確保のため「感染症マニュアルの整備」「感染症関連の研修」等に取り組み周知徹底している。感染症の予防策として「インフルエンザ・新型コロナウイルス」のワクチンの接種、3密の回避ができるような環境整備をしている。新型コロナ感染症予防のため基本的に職員は勤務前の消毒(エタノール)と手洗い(石鹸)を実施し、食堂スペースの机、椅子などの消毒も行い予防に努めている。利用者にも食前の手洗いは必ず行なってもらい(手指の洗い方など掲示し、意識づけ)、マスクは食べる時だけ外すようにし、パーテーションも使用している。ふきんや台ふきんについては毎日、次亜塩素酸消毒を行っている。更に、職員の声掛け・付き添いで手洗い等、スタンダードプリコーション(標準予防策)を確実にし感染予防を徹底している。また、マニュアルは適宜見直しが行われている。消毒液や感染予防のセットなどは随時チェックし、いつでも補充できるようになっている。</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。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="763 834 813 869">■ 182 災害時の対応体制が決められている。 <li data-bbox="763 941 813 976">■ 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 data-bbox="763 1048 813 1083">□ 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 data-bbox="763 1155 813 1190">■ 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 data-bbox="763 1262 813 1297">■ 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 data-bbox="763 1369 813 1404">■ 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。 	<p>・防災については管理者が防火管理者としての役割を担っており、「緊急連絡先」や「緊急時対応マニュアル(火災・地震・風水害)」が整備され、「防災計画」には手順や職員の役割分担が明記されている。また、年2回以上、非常災害に備えて「火災・地震」を想定した訓練を日中想定、夜間想定で行っており、通報・避難・誘導・消火訓練を実施し、消防設備の点検も行い万が一に備えている。地元の地域との「地域防災協定」については口頭で合意がされている。食料品や備品類はリストで管理され各ホームとも3日分の備蓄がされている。防犯については口頭で利用者や職員へ注意を喚起している。今後、更に、生活介護や就労支援B型事業所に通所している利用者の災害発生時等の安否確認について、他の施設・事業所や自治体等と連携して行えるように方法等を相談・確認しておく必要があるのではないかと思われる。</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	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	<p>■ 188 標準的な実施方法が適切に文書化されている。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p>	<p>・利用者の尊重、プライバシー保護、権利擁護に関する姿勢は「服務規律」などで明示されており、ホーム内研修で研修を行い、朝礼や職員会議でも随時確認し周知している。今後、計画・実践された支援が標準的な実施方法で実施されたかどうかを検証する仕組みを考え、対応されることを期待したい。また、サービス管理責任者が必要に応じて標準的な実施方法について個別に指導している。今後、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を期待したい。</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	<p>■ 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。</p> <p>■ 193 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>・福祉サービスの標準的な実施方法については個別支援計画の「サービス等の内容・頻度・時間」を一人ひとりの標準的な実施方法として捉えており、必要に応じて一人ひとりの利用者の支援内容が見直しがされ、利用者毎の支援目標達成度が個別支援計画評価表に記載され見直しの基となっている。また、職員が業務の中で気づいたことや利用者との関わりの中で感じたことなども取り上げられ、支援計画の適宜見直しに繋げている。標準的な実施方法についての検証、見直しが定期的に行われていることが当ホームのケア記録、職員インタビューなどからも確認することができた。</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	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。	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"> ■ 196 個別支援計画策定の責任者を設置している。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>・ホームとして定めた様式を用いて定期的にあセスメントを実施し、利用者の身体状態、生活環境も把握しニーズを明確にしている。個別支援計画策定の責任者はサービス管理責任者が担い、担当者等からの意見を集約し個別支援計画に反映させている。策定された個別支援計画は実践状況を評価しながら現状に即した計画になっているかを合議し見直しを行っている。また、必要に応じて計画の変更を行いアセスメントに基づき個別支援計画を策定している。職員はチームとして協力し合いながら利用者の環境を整備し、情報を共有しながら担当職員のみでなく全職員により支援に当たっている。</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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>・個別支援計画の支援目標が利用者ニーズや現状の身体状況等に適しているか、支援目標の達成度を評価する仕組みとして個別支援計画評価を実施している。モニタリングは6ヶ月毎に実施しているが、日々の支援状況や身体状態の変化等によっては支援会議で共有し必要に応じて随時見直しを行っている。当ホームでは「個別支援計画」を策定しており、担当職員とサービス管理責任者がチームとして協力しており、「PDCAサイクル」を継続しながら評価・見直しに取り組んでいる。</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	2	(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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 □ 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。 ■ 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。 	<p>・利用者の身体状況、生活状況等は「プロフィール」、「アセスメント票」「個別支援計画表」に基づくサービス実施状況はケース記録や業務日誌等に記録されていた。各記録の様式は必要な情報が取得でき、必要な記録が記入できるように作られており、記録の書き方は統一されている。新型コロナウイルス禍で職員が集まったり、シフト制で職員が揃う機会が少ないことから、今後はオンラインシステムなどを活用し在宅からも参加できるようにし、会議形式で現状の利用者の心身の状況やサービスの実施方法等の共有化を図ることを期待したい。</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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 215 記録管理の責任者が設置されている。 ■ 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。 ■ 217 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 ■ 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。 	<p>・利用者及び家族に関する個人情報の保護については「個人情報の保護に関する法律」「福祉事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を基に、適切な取り扱いに努めている。また、当ホームの「運営規程」「重要事項説明書」等に個人情報の取り扱いや保存、廃棄等について定めている。利用者及び家族の個人情報は契約時に「使用目的」「使用範囲」等を説明し「個人情報使用同意書」として同意を得ている。取得した個人情報（紙、電子媒体）は不適切な利用や漏えい事故の起きないように責任者の管理の下、厳重に保管されている。</p>