

(別添1)

事業評価の結果（共通評価項目）

福祉サービス種別 共同生活援助

事業所名（施設名）

みのちグループホームセンター

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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	・法人としての第3次長期構想が平成29年度からスタートし、新しい理念「誰もが笑顔で輝く社会を創造します」と全員が覚えやすいキャッチコピー「夢・情熱・連携が織りなす豊かなくらし」が作成され法人長野ブロックの広報誌などに掲載されている。長野ブロックとして障がい児から高齢の利用者まで幅広く受け入れており、それぞれの施設や事業所の目的、存在意義、使命や役割等が明確にされており、その方向性等を理解することが出来る。理念は職員に周知されており職員の行動基準として具体的に実行に移されている。保護者への周知は広報誌「水内荘グループだより」、保護者会などを通じて行われているが全利用者となると難しいケースも見られる。直近の「水内荘グループだより」には法人の第3次長期構想に沿った長野ブロック運営方針が現在から5年後の姿として写真を使い具体的に示されており、同様な取り組みが理念の周知などにも期待される。

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 7 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。 ■ 8 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。 ■ 9 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、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。 	<p>・国や県の施策、改革の方向性などを踏まえ、法人及び長野ブロックの歴史的な推移や利用者の高齢化・重度化等の変化も加味し、また、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。毎年度末には次年度へ向けての事業報告書を作成しており利用率等の分析を行いながら、ホームのスクラップアンドビルドにも着手しつつある。すでに介護サービスを利用する利用者もおりライフステージに応じた支援体制が長期的に組まれているが、今後は法人内の相談支援事業所を中心に長野市を中心としたエリアの自立支援協議会、他法人の相談支援事業所、介護サービスの居宅介護支援事業所等とも更に連携を強化されることを期待したい。</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"> ■ 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。 	<p>・昨年度までの法人としての第2次長期構想を踏まえ検証がされ、また、法人長野ブロック内の事業報告書や収支報告書として分析されており、運営上の課題が明確にされ、次年度の事業計画や収支予算書として具体的に取り組みが行われるようになってきている。職員にも会議で周知されており職員個々の目標管理シート等にリンクされるようになってきている。</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
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。	a	<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>・平成29年度からの5カ年の法人としての第3次長期構想が策定されている。この構想では第2次長期構想を検証し、変化する障がい者ニーズや福祉施策の動向を踏まえつつ、法人の進むべき方向性を明確にしている。当センターを含む、法人長野ブロックの6施設・事業所ではブロックとしての運営方針を定め、法人の新しい理念や構想の具現化を図っている。</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。	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>・法人の長期構想を反映した単年度の当センターとしての事業計画が立てられている。事業計画書の前文には14ホームの主要課題が掲げられており、提供するサービスの質の向上や福祉サービス体制の充実など、実行可能な具体的な事業内容として示されている。収支予算書も事業計画に沿って別に作成されている。今後、事業計画が定量的に分析できるよう、各事業内容を可能な限り数値化し振り返りの際に活かされることが望まれる。</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
I	3	(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	<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>■ 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>■ 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>■ 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>■ 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>	<p>・中長期計画である法人の長期構想の策定には各施設や各事業所から委員が選ばれ策定委員会が設置され、それに沿いブロック別ワーキンググループや課題別ワーキンググループも設けられ一定の見識や業務上の経験を有する職員が参画している。それぞれのワーキンググループからの要請に従って当グループホームセンターの職員も資料等の分析に加わっている。また、当センターでも職員月例会議が毎月1回開かれており、そのほかに、定例世話人会議も年4回開催されている。また、職員は横の組織としての長野ブロックの委員会活動にも参加しており、事業計画の策定に当り意見を述べる事が可能となっている。事業計画については半期ごとに振り返りが行われ、見直しも行われている。</p>
		(2)	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b	<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>■ 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>■ 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>□ 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>	<p>・事業計画については保護者にも長野ブロックとしての「水内荘グループだより」などを配布し周知している。利用者にも「水内荘グループだより」を配布したり、利用者の集まりである「やぐも会」で法人の第3次長期構想や長野ブロックの運営方針を説明するなど、理解を促すための工夫をしている。重度化と高齢化などによりなかなか難しくなっているが、今後は事業計画の主な内容を簡潔にまとめ図示化する等、更なる工夫を重ね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	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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>	<p>・当グループホームセンターでは福祉サービスの向上のため日常的に取り組んでおり、特に支援内容については共同生活援助計画や週間ケア計画に組み込まれ、実施、評価、見直しの流れが築かれている。法人の長野ブロックには各事業所からの委員が参加する苦情解決委員会があり、月1回定例で開催し、苦情や相談内容に基づいた改善へ向けた活動が継続的に実施され、その改善策も全職員にフィードバックされサービスの質の向上に活かされている。福祉サービスの第三者評価について今回が初めてであるが自己評価については毎年実施している。今後は、第三者評価も定例化していただき、改善の課程が時系列的に見えるような形で実施されることを期待したい。</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	<p>□ 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。</p> <p>■ 37 職員間で課題の共有化が図られている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>・法人や長野ブロックとして組織的に実施する体制があり、職員会議等で課題の共有化が図られている。改善に向けての取り組みは今後、法人や長野ブロックとして実施される予定でスケジュール化もされている。評価結果の内容に沿い、分析した結果やそれに基づく課題について文書化され、今後の改善に活か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 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	■ 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。	・法人として、また、長野ブロックとしての職員の職務分掌等が文書化されており、業務の手引きにより職員にも周知されている。管理者は長野ブロックの障がい者施設所長を兼務しており、法人の長野ブロック広報誌「水内荘グループだより」でも法人の理念や運営方針、事業計画などに沿いブロックとしての方向性を示し、利用者や職員等に向けて自らの役割と責任を明らかにしている。
			■ 42		管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。		
			■ 43		管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。		
			■ 44		平常時のみならず、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。		
			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。	b	■ 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。	・法人としての職務分掌や当グループホームセンターとしての運営規定に管理者として「法令等に規定されている事業の実施に關し、事業所の職員に対して遵守させるための必要な指揮を行う」ことが規定づけられており、管理者も倫理や法令等の遵守に率先して取り組んでいる。また、管理者はミーティングや諸会議にて遵守すべき法令等の周知徹底を図っている。法人として第3次長期構想で取り組もうとしている「信州自然的暮らし」の「エコな暮らし」の実現に向けて環境等の関連法令についても更に理解を深められていくことを期待したい。
			■ 46		管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。		
			□ 47		管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。		
			■ 48		管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。		

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。	a	<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。	<p>・管理者は長野ブロックの母体ともいべき障がい者施設の所長・総務課長を兼任し、また当グループホームセンターの所長として14のグループホームを束ね、相談支援事業所「歩楽里」所長も兼任している。そのため、ブロック内の施設や事業所の福祉サービスの質に関する課題を十分把握しており、その質の向上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。</p>
			<input checked="" 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 checked="" 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。	
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 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。	<p>・長野ブロックの代表者会議や当グループホームセンターの職員会議、ホーム支援会議、また、ブロックや施設の委員会などを通じて理念・運営方針の浸透や職員の意思統一を図っており、人事、労務、財務等、運営面での効率的な業務の推進を目指し取り組んでいる。財務面では法人本部に負う部分が大きく、指導性を発揮し各業務についてもコスト意識を高め全体のコスト削減に取り組まれることを期待したい。</p>			
<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	成2 福祉人材の確保・育	(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。	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>・人材の確保について法人として取り組んでおり必要な福祉人材の採用や人員体制について計画的に取り組んでいる。法人の第3次長期構想の5つの重点施策の1つとして「人材確保と定着への取組」が掲げられ、「確保して育てる」育成システムや改正した法人のキャリアパス制度の実施等が具体的に示されている。また、専門職については法人としての独自の研修が組まれており、目標管理制度とともに職員のモチベーションのアップに寄与している。</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>・法人として働きがいのある職場づくりに努め、有能な人材の確保に取り組んでいる。法人として目標管理制度が導入されており、また、勤務評価制度で職務に関する成果や貢献度等を評価している。目標管理制度に伴い上位者と改めて面談する機会もあり職員の意向・意見なども集約できるようになっている。職員自ら将来を描くことができるようなキャリアパス制度についても法人として改正がされており、それとともに期待される人間像等についても具体的に明確化されている。必要性から生じるものと思われるが配置・異動についての基準について明確にされ、職員への説明の機会を持た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	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。	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。 ■ 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>・働きやすい職場づくりに向けて職員の就業状況や意向・意見を把握しており、仕事と生活の両立に配慮している。法人として有給休暇や育児休暇取得の促進をしたり、福利厚生のための情報を発信し、また、定期的な個別面談の実施などを通じて職員が仕事に対して意欲的にのぞめるような環境を整えている。法人の「メンタルヘルスケア規定」に沿ったストレスチェックや定期的な健康診断なども行い心身の健康にも取り組んでいる。</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。	b	<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>・法人として目標管理制度が導入されており、職員一人ひとりの知識や経験に応じて具体的な目標が設定されており、目標設定時や中間での面接も行われ進捗状況の振り返りも行われ、管理者等から適切な助言や支援が得られている。今後、非常勤職員等にも更に適用の範囲を広げ、士気を高めるような仕組みを作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
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。	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>・法人第3次長期構想や施設の事業計画には法人内あるいはブロック内研修、施設内及び他団体主催の外部研修等に出席し、支援に関する技術等の専門性の向上や利用者本位のサービスの提供、人権意識の高揚など、職員の資質向上に取り組むことが掲げられ、実施されている。ブロック内に職員研修委員会があり、研修の最後に受講者のアンケートを取り教育・研修の成果について分析し次年度に向けての年間計画策定時に反映している。キャリアパス制度の改正がされ、期待されるレベルについても明確化され、体系的な教育・研修計画に結び付けられている。</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>			
			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>・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は法人として把握されており、施設の人員配置にも運用されている。職員は法人の階層別研修、職種別研修等に参加し、また、外部研修等について復命で参加し、報告書の回覧等により情報を共有している。職員の自己啓発についての意欲も高く、当センターから提供された情報などを選び、自分の時間を使い研修等に参加している。また、新任職員をはじめ経験年数・習熟度に配慮されたOJTも個別に実施されている。</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>			

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) 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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 94 指導者に対する研修を実施している。 <input type="checkbox"/> 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>・グループホームという性格上、特に平日、日中の実習の受け入れについては難しく資格取得のための学生の受け入れについて当センターとしての明文化はされていない。長野ブロックとして受け入れプログラムが策定されている。今後、学校側とも連携をとりながら土・日などを主とした日程の調整を行い、窓口、利用者や保護者への説明、職員への事前説明などのマニュアルも整備し受け入れられていくことを期待したい。</p>
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。	b	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>・法人としてのホームページがあり、当センターの概要や長野ブロック5事業所の現状も知ることができる。長野ブロックの広報誌「水内荘グループだより」があり、法人の第3次長期構想や年度の事業計画などが掲載されている。今後、苦情・相談の内容についても個人情報に留意しながら何らかの形で適切に公開をされることが望まれる。第三者評価の受審は今回が初めてで今後の継続的な取り組みが期待される。</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
II	3	(1)	② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	b	<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>・法人として事務、経理等についての各種規定があり、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出来る。また、法人運営の透明性を図るために外部監査も受けている。当センターにおける事務、経理、取引等に関するルールについて職員に周知される機会を持たれることを期待したい。</p>
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。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>・利用者と地域との交流については法人の第3次長期構想や長野ブロック、当グループホームセンターの事業計画に明記され、地域のイベント等にも参加しやすいようにしている。2カ月に1回、余暇情報誌「ふらっと」を発行し利用者へ地域のイベントや映画等を案内している。地域の夏祭りや運動会などの行事にも利用者が参加しており、ホームへのボランティアの来訪も可能となっている。「長野障害ふくしネット」の各部会に参画したり、「ケアプランナー・指定相談事業所連絡会」にも参加するなど、地域の関係団体や組織とも連携している。</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	4	(1)	② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 □ 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。 	<p>・ボランティア受け入れについての基本姿勢や登録手続、事前説明等については長野ブロックとして定めている。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、年度末に反省会の意味も含め長野ブロックとして「ボランティア懇親会」を開催し良好な関係を築いている。また、中学生や高校生の体験学習の受け入れ体制についても長野ブロックとして整備されている。</p>
		(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"> ■ 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。 ■ 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 地域に適切な関係機関・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。 	<p>・福祉事務所、地域の相談支援事業所、県知的障がい福祉協会、長野市障害ふくしネット、ケアプランナー・指定相談事業所連絡会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。個々の利用者のファイルに利用している社会資源などが書き込まれ情報として引き出せるようになっており、新しいものも付け加えられている。利用者の高齢化や重度化に対応し、介護保険適用のデイサービス事業所等とも定期的に連絡を取り合っている。</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
Ⅱ	4	(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	<p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>・母体とも言うべき障がい者支援施設の最大イベントである夏祭りの「泉水祭」を隣の介護福祉施設とともに開催し開放している。また、その障がい者支援施設と地区および隣の介護福祉施設との防災協定が結ばれており、グループホームとしても有事の際の避難所として利用できるようになっている。長野ブロックとして長野市豊野地区住民自治協議会の社会福祉部会にも参画し地域の活性化やまちづくりに貢献しており、地域からの呼びかけに応じ利用者が地域の夏祭りや運動会にも参加している。すでに法人として検討段階にあるが、今後、講演会・研修会との開催を通じてグループホームや障がい者への理解を深めていただくための働きかけをされることを期待したい。</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。	b	<p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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>	<p>・法人としての第3次長期構想にも「ライフステージに応じた一貫性のある支援体制整備」が上げられており、法人の運営している各事業所の過去数年間の利用に至ったケースを分析し今後の利用予測をしている。長野ブロックとして「長野市障害ふくしネット(自立支援協議会)」、「ケアプランナー・指定相談事業所連絡会」などと連携し、地域の具体的なニーズを把握している。今後は長野ブロックあるいは当グループホームセンターとして既存制度では対応しきれない困難事例等の支援にも取り込ま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
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>・法人の理念として「誰もが笑顔で輝く社会を創造します」と掲げ、各種会議で確認しながら意識付けを行い、利用者の基本的人権の尊重、身体拘束や虐待防止に向けて委員会で取り上げ全体研修を行っている。各ホームには「職員の行動規範」が掲示され、毎朝読み合わせを行い実践している。また、研修会やDVDを使った勉強会等も実施し組織として取り組んでいる。</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。

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。	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。 	<p>・「長野ブロック事業所のご案内」というパンフレットにグループホームの紹介欄があり、インターネット上でもホームページを閲覧することができ、内容も分かり易く、写真や絵図等を取り入れ誰でも自由に情報を取得できる。利用希望者があれば、見学や体験等も受け入れている。</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	<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。 	<p>・サービス開始前には決められた契約書を用いて、利用者、家族の理解度に合わせた説明を行い、契約書や個別支援計画書等の書類は内容を分かり易く、漢字に振り仮名を使用し、自己決定できるよう配慮をしている。障害者総合支援法の改定に伴うサービスの変更時には同じく利用者が自己決定ができるように工夫を行い同意を得ている。</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	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="801 220 1568 279">■ 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。 <li data-bbox="801 311 1568 406">■ 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。 <li data-bbox="801 414 1568 478">■ 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。 <li data-bbox="801 510 1568 606">■ 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。 	<p>・生活の場、日中活動の場を移行する際には継続的に支援が受けられ不利益が生じないように、関係者と連携を密に取り合い、スムーズに移行できるよう努めている。統一様式はないが必要な情報をまとめて情報提供をしている。</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。		a	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="801 619 1568 654">■ 159 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 <li data-bbox="801 710 1568 774">■ 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。 <li data-bbox="801 813 1568 877">■ 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。 <li data-bbox="801 917 1568 997">■ 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。 <li data-bbox="801 1013 1568 1045">■ 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。

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"> ■ 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。 ■ 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。 □ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>・契約書に苦情解決の体制を整備するとし、重要事項説明書には、具体的に責任者、窓口が明記されている。サービス開始前には、利用者やその家族に合わせて分かり易く説明を行っている。年1回、苦情解決報告会議が開催され、第三者委員にも参加を呼び掛け、事例の共有をしつつ解決に向けて取り組みサービスの質の向上に活かしている。意見箱や意見カード等の設置は無いが、センター職員、世話人は利用者と良好な関係性が保てるよう、信頼関係の構築に努めている。申し出された苦情はリスクマネジメント委員会、長野ブロック苦情解決委員会等で共有し、再発防止に向けて検討を加え利用者や家族にフィードバックしている。</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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>・文書化された資料を理解することが難しい場合が多く、主に口頭での説明を行っている。利用者の理解力に合わせ専門職の協力を得て、丁寧に繰り返し説明を行っている。可能であれば、日常的に接する職員以外の相談窓口などを設置し対応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
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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>・重要事項説明書第6条に「利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に常に努め、利用者又はその家族に対して、必要な助言、その他の確な援助を行います」とあり、センター職員は定期的にホームを訪問し信頼関係の構築に努め、意見を積極的に把握するよう取り組んでいる。出された意見はマニュアルに基づき速やかに対応されており、全体で共有し利用者満足に繋げている。全マニュアルが期初の事業計画立案時に見直しがされており、変更があれば、随時の見直しもされている。相談や意見に対する説明等については職員間の意思疎通を十分に図り、更に迅速に対応されることを期待したい。</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"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>・長野ブロックにリスクマネジメント委員会があり、また、責任者も選任され体制が整備されている。事故が発生した場合は「リスクマネジメント指針（法人としての）」に基づき迅速に対応できるようにしており、「インシデント報告、事故報告」で傾向を分析し研修会等で周知している。事故報告書、ヒヤリハット報告書は指定の様式に沿って項目ごとに記入し、会議にて再発防止策を検討している。安全確保についてもマニュアルを用いて具体的に示し防止策を検討しており、更に、ブロックの代表者会議でも情報の共有化を図っている。</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	(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"> ■ 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>・感染症対策について責任者、役割が明確にされている。長野ブロックの年間研修計画があり計画的な研修を実施し、更にブロック内の看護師が講師となり季節毎に流行する感染症の勉強会を行い、啓発に努めている。保健マニュアル、事故予防マニュアルもあり発生時の対応手順が示されている。感染症が発生した場合には要因を分析し、改善策、再発防止策などを検討している。ホームでは外出後は手洗いうがいの励行をするようにとの張り紙をし、予防面も強化している。</p>
			③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a	<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。 	<p>・災害対応体制が組まれており具体的な行動が想定別に記されている。災害対応マニュアルもあり定期的（年3回）に避難訓練を実施し、消火器の使い方、援助が必要な利用者名簿の作成や自衛消防隊による役割分担が業務内容に組み込まれている。長野ブロック全体として取り組み、万が一に備えている。更に職員への周知方法として小マニュアルの携帯、講演会の開催、防止月間を定める等、様々な方法で組織的に取り組んでいる。当センターでは一人ひとりのプロフィールに顔写真をつけて安全カードとして準備し、各ホームでも筒状のケースに個々の情報を集約した書類を入れ玄関に備えており、非常災害時にすぐ対応できようになっている。</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	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	■ 198 標準的な実施方法が適切に文書化されている。	・長野ブロック研修委員会、各種委員会が中心となって行う研修会等で標準的な実施方法について周知している。契約書、重要事項説明書、事業計画には「尊厳やプライバシー保護、権利擁護について」の姿勢が明示されている。世話人も定例の世話人会議、ホーム支援会議などに参加し、標準的なケアについて理解を深めている。
			■ 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。				
		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	■ 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。	・定期的（6ヶ月・12ヶ月）な見直しを行っている。PDCAサイクルに沿った日々の実践状況や生活状況からモニタリングを行い、各種会議での全体共有と検証を経て、次の個別支援計画に反映させ、実践へとつなげている。	
		■ 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。						
(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。		■ 206 個別支援計画策定の責任者を設置している。	・個別支援計画責任者が設置されており、決められた様式でアセスメントを実施し各専門職で話し合い、現状に即した計画を策定している。個別支援計画書には一人ひとりのニーズが明確に記されており、各種記録により実践されていることも確認できた。また、個別支援計画は利用者や家族に説明が行われ、同意が得られている。		
■ 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。						

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)	①	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。 	
			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"> ■ 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>・基本的な見直しは短期半年、長期1年で行われ、状況に応じての見直しも行われている。センター職員は日常的に報告、連絡、相談をし合い、利用者の状況を把握している。健康状態の把握をするための保健訪問を隔月に実施し、また、センター職員は各ホームを定期的に訪れ状況把握に努めている。個別支援計画を緊急に変更する場合のマニュアルはないが、個々に工夫をし相談しながら行っている。</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	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。	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>・統一された様式があり身体状況、生活状況を記録している。ホームでの生活状況等は世話人により記録がされ、日中の活動については生活支援先で記録されている。それぞれ計画に基づくサービスが提供されていることが記録より確認できた。記録内容、書き方に差異が生じないようにマニュアル化も行われている。職員個々のパソコンで記録等をしており、情報共有できるシステムが導入されている。</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"> ■ 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>・記録の保管、保存、廃棄等について個人情報保護規定を定め適正に管理している。職種毎に情報を取得できるエリアがありIDとパスワードで管理されている。また、契約書第15条に個人情報についての記載があり、使用目的や使用範囲の説明を行い同意書に署名をいただいている。長野ブロック職員行動規範にも守秘義務が盛り込まれており、職員は厳守している。</p>