

(別添1)

事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別 障がい者・（児）

事業所名（施設名） 社会福祉法人からし種会：緑の牧場学園グループホーム（秋桜寮、こまくさ寮、ひまわり寮、しおなだ（指定管理）

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"> ■ 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。 	<p>○法人の理念として、(1)「利用者の権利擁護」、(2)「利用者主体のサービス」、(3)「地域に開かれた施設・グループホーム」の3つの基本理念と5つの基本方針、①個性性、②家族化、③地域化、④生産化、⑤民主化がホームページや事業計画書、グループホームのパンフレットに明文化されていました。</p> <p>○理念、基本方針は、利用者の人権の尊重や個人の尊厳に関わる法人組織及びグループホームの姿勢が明確にされていました。</p> <p>○基本方針は、理念に基づいた利用者に対する基本姿勢や地域との関わり方、グループホームの機能・役割を具体的に示し、職員自らの業務に対する意識づけや利用者への接し方等が十分に読み取れる内容になっていました。</p> <p>○理念や基本方針は、各グループホームの玄関や廊下に掲示され、職員や利用者・家族等への周知を図っていました。職員インタビュー、利用者聴き取り調査でも周知状況は良好でした。</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 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"> ■ 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>○社会福祉事業全体の動向は、4つのグループホームが位置する地域での福祉ニーズ動向等について、管理者とサービス管理責任者が調査や積極的な研修会参加等により、的確な情報の把握に努めていました。</p> <p>○各グループホームの経営・運営状況や利用者数、利用率、利用者像の変化及び利用ニーズ等は、管理者とサービス管理責任者が毎年度定期的に調査し、分析をデータ化して、各グループホームの運営課題等も把握していることをインタビューや資料等で確認できました。</p> <p>○データ化された情報・運営課題は、単年度事業計画や中・長期計画に反映され、サービスの内容や組織体制、設備整備計画、職員採用計画等運営の安定性や将来展望への具体的な取り組みが資料等で伺えました。</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"> ■ 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>○管理者は、各グループホームの経営・運営状況の把握・分析に基づいて、運営課題を明確にして、法人役員会で共有を図り、法人組織として、改善に向けて具体的に取り組む仕組みがありました。</p> <p>○管理者、サービス管理責任者及び各グループホームのリーダーは、定期的な連絡会等で改善課題を共有し、各グループホームの毎月の世話人会議等で意見を聞き、組織的に取り組もうとする姿勢が伺えました。</p> <p>○4つのグループホームの中で、「しおなだ」は、佐久市の指定管理事業のため、共同体として難しい面もあるとのことですが、職員は、一体的に運営の改善課題として、取り組む体制がありました。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。 	<p>○中・長期計画は、法人組織として、全ての事業の設備整備計画や職員体制、人材確保育成計画として、策定されていて、財務面での中・長期収支計画も策定されていました。</p> <p>○法人の役員（理事）も計画担当委員として、進捗状況の把握や計画達成に関わる仕組みがありました。</p> <p>○中・長期計画は経営環境の把握・分析に基づいて、組織として取り組むべき体制や設備等全体的な課題としての改善計画になっていました。特に各グループホームの老朽化課題は、耐用年数が明記されていました。</p> <p>○中・長期計画は、利用者増減や人件費の増減を分析し、各グループホームの設備整備計画、増築に伴う支出についての積み立て等資金使途が明確になっていました。</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 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。 □ 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>○事業計画は、各グループホームごとの具体的な重点目標計画と予算収支計画が策定され、中・長期計画は、グループホーム共同体としての計画として反映されていました。</p> <p>○事業計画は、具体的な数値目標が明示されていて、年度終了時に達成状況が評価できる内容になっていました。</p> <p>○事業計画の達成状況は、事業報告書に分析評価が明示され、達成されていない計画は、次年度の事業計画に反映される仕組みになっておりました。</p> <p>○事業計画の中で、数値目標化ができるものについてはできるだけ具体化し、より一層結果の評価ができるような仕組みを期待致します。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>○事業計画は、前年度末に各グループホームのリーダーとサービス管理責任者が中心になって計画案が示され、係会や職員会で話し合われて、策定する仕組みになっていました。</p> <p>○各グループホームのリーダーとサービス管理責任者は、年度途中の半年ごとに事業計画の達成状況等を評価し、係職員や利用者の意見を聞きながら計画の見直しをする仕組みがありました。</p> <p>○事業計画の策定経過や評価見直しは、記録やサービス管理責任者のインタビュー、一般職員インタビューでもできていることを伺いました。</p>	
		② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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方法によって、利用者等がより理解しやすい工夫を行っている。 ■ 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>○各グループホームの活動サービス内容や設備整備、住環境整備に関する主な事業計画については、各グループホームにわかりやすい文面で掲示され、また、ホーム便りや施設の広報誌（みどりつうしん）が家族にも配布されて、利用者・家族への周知に努めていました。</p> <p>○各グループホームは、利用者会や家族会があるところと機能していないところがあるとのことでしたが、事業計画の主な内容については、職員インタビューや利用者聴き取り調査では、周知しているとのコメントが多く聞かれました。</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 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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>○各グループホームのサービスの質の向上に向けた取り組みは、リーダーとサービス管理責任者によるPDCAサイクルに基づいた評価、見直しをする仕組みがありました。</p> <p>○職員の自己評価は、東京都の自己評価シートを活用して、毎年度実施し、データ化されていました。</p> <p>○自己評価結果は、管理者とサービス管理責任者が、分析・評価し、職員にフィードバックするという組織的な取り組みが管理者やサービス管理責任者インタビューで確認できました。</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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> □ 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。 ■ 37 職員間で課題の共有化が図られている。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>○自己評価結果については、管理者やサービス管理責任者から職員にも報告しているとのことですが、自己評価や第三者評価結果は、改善課題を明確にして、解決・改善計画を策定し、職員間で共有化を図ることが求められます。特に改善課題については、全職員の参画の中で改善計画を策定し、組織として取り組むことが必要になります。課題によっては、人員配置や設備改善等予算的課題等で単年度では改善困難な課題も想定されるので、中・長期計画に反映させる等の工夫も必要になります。新たな取り組みを期待します。</p> <p>○第三者評価の継続受審については、事業計画に明記され、総務委員会やサービス改善向上委員会の事業計画としても明示されていました。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○4つのグループホーム共同体の統括管理者は入所支援施設の施設長が兼務していますが、実質的な責任者はサービス管理責任者が担っていて、職務分掌表にも明示されていました。</p> <p>○管理者及びサービス管理責任者は、運営管理面での役割遂行等、職員の信頼関係が構築できていることを一般職員の自己評価結果やインタビューでも伺うことができました。</p> <p>○管理者及びサービス管理責任者は、平常時の役割や責任と同様に有事の際の役割分担も事業計画書で分掌化されていました。</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 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○法人のコンプライアンス規程に基づいて、管理者とサービス管理責任者は、法人の定期的な会議や関係する研修会に積極的に出席して、遵守法令についての把握や理解に努めていることを事業報告書の研修報告資料やインタビューで確認できました。</p> <p>○管理者とサービス管理責任者は、各グループホームの世話人会や職員会に出席して、法令遵守の周知徹底を図っていることを会議録や職員インタビュー等で確認できました。</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	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>○サービス管理責任者は、各グループホームのサービスの質について、定期的に現状分析を行い、管理者に報告し、課題改善に向けた計画により、職員に周知共有を図り、先頭になって取り組んでいることを資料やインタビューで伺うことができました。</p> <p>○福祉サービスの質の向上については、法人組織でサービス改善向上委員会が設置されていて、入所支援施設職員、各グループホームの職員が委員会を構成し、定期的に会議を開き、利用者アンケートや職員自己評価を実施して、サービスの質の向上に努めていました。</p> <p>○管理者とサービス管理責任者は、利用者満足度調査や職員自己評価の結果に基づいて、課題を明確にし、職員研修等で周知共有を図り、利用者に対しても改善計画を説明する機会を設け、組織全体として取り組む仕組みがあることを管理者や職員インタビューで伺うことができました。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>○管理者は、理念や基本方針の実現に向けて、各グループホームの経営状況をデータ化し、人事管理や労務管理、財務等を分析検証し、コストバランスに配慮した改善策を職員に明示し、積極的に実践していることを資料やインタビューで伺うことができました。</p> <p>○管理者は、サービス管理責任者と日常的に情報の共有につとめ、各グループホームのリーダーとも定期的に話し合う機会を設定し、組織全体で効果的な事業運営に努めていることをインタビューで伺いました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着目	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)	<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>○理念や基本方針及び事業計画、中長期計画の実現を目指すために必要な人材や人員体制等の採用計画が法人組織として定められ、管理者とサービス管理責任者も人材確保活動や育成のためのプログラムを職員研修体系の中に明示し、実施する仕組みを資料等で確認しました。</p> <p>○各グループホームの職員体制は、共同体としての人事交流も定期的に行われていることをインタビューで伺いました。</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>○法人組織の採用計画には、理念、基本方針の実現に向けた「求める職員像」が明示されていて、育成のための職員研修体系や配属事業所の特徴、待遇及び評価、福利厚生等の総合的な人事管理体制が明示されていました。</p> <p>○育成プログラムには、目標管理制度を導入し、また、人事考課制度による評価システム体制が整備されていることを人事考課規程や幹部職員、一般職員のインタビューで確認しました。</p> <p>○各グループホームの職員インタビューでは、特に世話人の職員からは、人事基準について、十分にはわからないとのコメントもありましたが、待遇には満足しているとのコメントが多くありました。</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。 ■ 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>○サービス管理責任者は、各グループホームの職員の出勤状況や有給取得状況、育児休業取得、時間外労働等の就業状況を毎月調査データ化して、職員の就業に関する意見や要望を把握し、管理者に報告協議しながら、働きやすい職場環境作りに努めていることをデータ資料とインタビューで確認しました。</p> <p>○管理者とサービス管理責任者は、年に2回職員の個別面談を実施し、目標や意見・要望を把握し、適切なアドバイスや説明等で労務管理に反映させる仕組みがあることを記録やインタビューで伺いました。</p> <p>○法人組織として、ワークライフバランスに力をいれ、ストレスチェックの仕組みは、健康経営優良法人として認定されていました。</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) 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>○目標管理制度規程に基づいて、目標管理シートには、期待する職員像、自己評価項目、目標、目標水準等が明示され、1年間の目標達成期限で評価する仕組みになっていました。</p> <p>○年度当初に目標の設定についての管理者とサービス管理責任者との個別面談が行われる仕組みがありました。</p> <p>○目標管理の評価結果が、良くわからないとのコメントが職員自己評価結果やインタビューでも聞かれました。目標管理制度は、職員一人ひとりの知識や経験等に応じて具体的な目標を設定実践するもので、教育・研修機能も有し、達成状況の評価によりモチベーションアップを図る目的もあります。可能限り評価結果のフィードバックもお願いします。</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>○法人の職員研修体系には、新任職員研修計画、中堅職員研修計画、幹部職員研修計画、専門職研修等テーマ別研修計画等があり、組織としての研修についての基本姿勢や研修の基本方針が策定され、求められる職員像についても明示されていました。</p> <p>○社会福祉士や介護福祉士等の専門資格の取得については、法人の資格支援規程により、費用の補助や勤務への配慮もあり、組織として奨励する仕組みがありました。</p> <p>○研修計画は、年度ごとに組織としての内部研修の他にも関連する外部研修や及び専門研修が全般的に計画され、全職員が研修に参加できるような仕組みになっていました。</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"> ■ 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。 ■ 87 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。 ■ 88 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。 ■ 89 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。 ■ 90 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。 	<p>○資格の取得状況は、法人事務局でデータ化され、職員処遇改善の申請等に活用されていました。</p> <p>○研修成果については、内部、外部研修ともに復命による伝達研修を確実に実施し、また、管理者やサービス管理責任者による研修参加者への感想等の聞き取りや伝達研修の感想等も職員と話し合い、情報の周知共有と研修成果の評価等により、次年度の研修体系に反映させていることを研修会議録やインタビューで確認しました。</p> <p>○職員の研修会への参加状況は、事業報告書にまとめて報告されていて、全職員がまんべんなく参加していることを確認しました。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 92 実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。 ■ 93 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。 ■ 94 指導者に対する研修を実施している。 ■ 95 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。 	<p>○実習生の受け入れマニュアルが整備されていて、サービス管理責任者が各グループホーム配属、実習計画等を作成する仕組みがありました。</p> <p>○実習生の窓口は、入所支援が一括して行い、学校との事前調整や評価まとめも入所施設の担当指導者が行う体制になっていました。</p> <p>○グループホーム利用者の所定の日常活動から終日実習生を受け入れるプログラムも困難なこともあり、特に実習希望もないため、実際の受け入れは、ほとんどないが、入所支援施設の実習生が見学等で毎回実習しているとの管理者、サービス管理責任者のコメントでした。</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"> ■ 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>○法人のホームページや広報誌には、各グループホームのサービス内容や収支計算書が明示されて運営の透明性を確保するように努めていました。</p> <p>○ホームページや広報誌には、苦情相談件数等も掲示され、広報紙を各グループホームの利用者、家族にも配布され周知に努めていました。</p> <p>○入所支援施設や各グループホームの掲示板に広報誌が掲示されて、利用者への周知が図られていました。</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"> ■ 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>○法人の事務・会計処理規程、取引・契約規程等に基づいて、管理者は職務権限の範囲において、グループホーム共同体のサービス管理責任者や各グループホームのリーダーに指示し、定期的に情報をチェックしながら規程に基づいた、適切な事業運営に努めていました。</p> <p>○規程に反する事案の発生対策や事業運営・経営の公正性・透明性の確保のために、専門の会計事務所よる外部監査を年1回実施し、助言指導も受けていることを資料で確認できました。</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。	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>○地域との関係や交流については、事業計画等にも重点事項として明文化されていました。</p> <p>○本体の入所支援施設と2つのグループホームは、浅科地区御牧原の人里から離れた場所に立地していることもあり、日常的に地域の方々と交流する機会は少ないようですが、施設の祭り行事には多くに地域の方が来ていただいて交流を深めていました。</p> <p>○地域には福祉資源が多くはないため、佐久市の事業所や地域関係組織や団体、相談支援事業所との定期的な会議や連携を図っていました。</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"> ■ 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している。 	<p>○ボランティアの受け入れに関しては、マニュアルがあり、入所支援施設と一体的に対応する仕組みで係職員とグループホームのサービス管理責任者が連携して受け入れ態勢を整備していました。</p> <p>○地元の小学生が定期的な活動として利用者との交流活動があり、グループホームでは、中学生の職場体験実習を受け入れていました。</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>○各グループホームの近隣には、利用者が活用できる地域社会資源が少ないため、遠方の佐久市のスーパー等に計画的に出かけているとの利用者のコメントでした。</p> <p>○佐久市の関係団体との定期的な連絡会に積極的に参加して、地域の福祉ニーズ・課題について、情報を共有し、また、法人の相談支援事業所と連携しながら、利用者のアフターケアにも取り組む体制がありました。</p> <p>○管理者とサービス管理責任者は、県知的障がい者施設協議会に積極的に参加し、県全体の情報等も把握し、職員会等で情報を伝達し周知共有に努めています。</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
		(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)	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○グループホームは、入所施設と一体的に災害時の備蓄品を整備する等の取り組みがサービス管理責任者とのインタビューで伺いました。</p> <p>○地域との関わりを深める方法として、施設・事業所の専門的な知識・技術や情報を地域に提供することが求められています。知的障がい者や介護、生活困窮者等への地域住民の理解を深めるための講習会、研修会、講演会を定期的に計画して実施していただくことを期待いたします。</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)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 127 福祉施設・事業所の機能を地域に還元することなどを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。 <input checked="" type="checkbox"/> 128 民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 <input checked="" type="checkbox"/> 129 地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。 <input checked="" type="checkbox"/> 130 関係機関・団体との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 <input checked="" type="checkbox"/> 131 把握した福祉ニーズにもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 132 把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。 	<p>○地域社会は、従来の社会福祉事業が対象としてきた範囲以外の生活課題・福祉課題等が顕著化していると言われていています。地域における生活課題・福祉課題の解決・緩和においては、福祉事業者による専門的機能を活かした地域支援活動、地域住民の主体的な活動を支援する取り組みが求められています。立地環境等で日常の地域との関わりが困難な状況もあるとは思いますが、地域の福祉課題改善への積極的な取り組みを期待します。</p> <p>○「グループホームしおなだ」は、佐久市の指定管理事業として運営しておりますが、地域社会の福祉向上の役割を果たすための法人独自の公益的・活動も求められています。地域住民からの意見・要望を把握するために、相談支援事業をさらに活発化させ、地域交流イベント時にアンケート調査をする等、主体的な取り組みの中で、具体的な地域ニーズの把握と改善に向けた独自の公益的・活動も検討していただくようお願いいたします。</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
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>○理念や基本方針に基づいた、利用者尊重や基本的人権に関する基本姿勢は、標準的サービスの実施方法や各グループホームの個別支援計画書にも明示され、職員の周知に努めていました。</p> <p>○身体拘束マニュアル、虐待防止マニュアルが整備され、委員会が定期的に開催され、職員研修会で事例等の検討をしていることを記録で確認しました。</p> <p>○意思決定能力や金銭感覚に問題のある利用者に対しては、入支援施設利用者と一緒に成年後見制度や地域生活支援事業を活用する仕組みもありました。</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>○法人組織として、プライバシー保護規程、権利擁護に関する虐待防止、身体拘束防止規程が整備され、委員会による定期的な研修会や外部研修の伝達研修等により全職員の周知徹底を図っていました。</p> <p>○実習生受及びボランティアの受け入れ受け入れマニュアルにもプライバシーに保護に関する留意事項が明記されていました。</p> <p>○各グループホームは、広いスペースの全個室として整備され、浴室やトイレ等もプライバシーに配慮した設備環境になっていました。</p> <p>○権利擁護関係やプライバシー保護に関する資料は、毎年度法人の広報誌を家族に配布し、利用者にもホーム内に掲示したり、サービス管理責任者から説明し、周知に努めていました。</p> <p>○利用者等に対する不適切言動等事例は、法人の委員会で検討され、職員会で協議して、個別支援計画や標準的サービスの実施方法に反映させる仕組みが会議録や資料で認められました。</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"> ■ 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>○各グループホームの福祉サービス内容や利用料や利用者の現状等については、法人のホームページや広報誌等に詳細な情報が公表され、各グループホームの玄関にもわかりやすい「案内パンフレット」が用意されていました。</p> <p>○見学や体験利用は、相談支援専門員と連携して、積極的に受け入れる体制になっていました。</p> <p>○各グループホームのパンフレットは、市役所の福祉情報コーナーにも設置されていました。</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。	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>○グループホームの利用開始時には、ルビがある利用契約書や重要事項説明書で丁寧に説明し、特に利用者の同意を確認する仕組みがありました。</p> <p>○組織の説明資料や契約資料は、法令に基づいた資料以外にも権利擁護関の後見制度資料、第三者評価受審結果資料等も用意され、十分な説明と利用者や家族の同意を確認していることを契約資料等で確認しました。</p>
			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"> ■ 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。 	<p>○グループホームの利用変更に関しては、サービス管理責任者と相談支援専門員が対応する仕組みがありました。</p> <p>○変更手順書が整備されていて、仕事先や日中活動だけの変更や他グループホームや他施設及びアパートや家庭への移行等に関する相談支援や調整、支援会議、移行後のアフターケア等が明示され、丁寧に説明され手順書も本人や家族に手渡されていました。</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) 利用者満足の上昇に努めている。	① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 159 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 ■ 160 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足把握を目的で定期的に行われている。 ■ 161 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>○入所支援施設は、平成19年から継続して、第三者評価受審をしていて、第三者評価の利用者アンケート様式を活用して、各グループホームでも定期的に満足度調査を実施していました。</p> <p>○利用者満足度調査結果で特に課題点については、職員、利用者や家族の意見や要望を聞いて、改善計画を策定し、解決のための取り組みが実践されていることを改善計画書で確認しました。</p>
		(4) 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている。	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a)	<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>○苦情解決のシステムは、法人組織として、法令に基づいて整備されていました。また、オンブズマン制度を導入して、苦情解決制度の機能強化に努めていました。</p> <p>○苦情解決体制は、ポスターや資料として、各グループホームに掲示され、意見箱や用紙や筆記用具も設置されていました。</p> <p>○苦情、意見・要望は、所定の受付用紙に記録され、受付窓口のサービス管理責任者から管理者に報告されて、各リーダーと検討会や改善委員会で協議、改善案を示し、申立人や第三者委員に報告する仕組みになっていることを記録で確認しました。</p> <p>○記録では、利用者は口頭での訴えが多く、保護者は文書での申し出があり、適切に対応していることが伺えました。</p> <p>○苦情や意見・要望は、内容概要と件数が事業報告書や広報誌に示され、家族等にも配布されて、周知共有を図っていました。</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 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"> ■ 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>○利用者の相談や訴えについては、世話人やリーダー、サービス管理責任者等誰にでも相談できる仕組みで、サービス管理責任者が相談内容まとめて記録し、管理者に報告する体制になっていました。</p> <p>○各グループホームには、相談室が設けられ、利用者や家族が気軽に利用できるようになっていました。</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。	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い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>○利用者の相談や意見への対応は、組織的に適切に対応していました。</p> <p>○対応マニュアルの文書化や整備が不十分でした。利用者からの意見や要望・提案等への対応は、迅速に対応していることは、記録やインタビューで確認できましたが、対応マニュアルは、利用者の意見や要望、提案により、福祉サービスの質の向上に反映させる姿勢や受けた後の手順、具体的な検討方法や対応方法、記録方法、利用者への経過説明方法、公表の方法等が苦情解決と同様に具体的に文書化されていることが求められています。実際には適切に行われておりますので、対応マニュアルの整備をお願いします。</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（リスクマネージャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。 ■ 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>○法人組織として、虐待・事故防止委員会を設置し、入所施設とグループホームが一体となって取り組む仕組みになっていることをリスクマネジメント規程等で確認できました。</p> <p>○ヒヤリハット報告書は、所定の様式により記録され、引継ぎ時報告され職員の周知を図っていました。また、虐待・事故防止委員会により、分析・結果、件数がまとめられ、保護者にも報告がされ、リスクマネジメントの目的としての、福祉サービスの質の向上と組織のリスク軽減が図られていました。</p> <p>○虐待・事故防止委員会が定期的及び随時に関われ、事例や情報は職員会で検討され、全職員の周知を図っていました。</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"> ■ 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>○感染症対応マニュアルが法人組織で整備されて、入所支援施設職員と各グループホーム職員が必要に応じて、感染症対応委員会を設置し、マニュアルに基づいて、利用者の手洗いやうがい等予防対策を実践していました。</p> <p>○医療委員会は、入所支援施設の看護職員が中心になり、定期的に会議を開き、職員に向けての勉強会も実施していることを事業報告や記録で確認しました。</p> <p>○対応マニュアルの見直しは、定期的に委員会で検討され、看護師等の情報で見直しもされていました。</p> <p>○各グループホームでは、特にインフルエンザの季節になると、マニュアルに基づいて、毎朝の検温や帰寮時のうがい、手洗いを徹底するように努めていました。</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している。	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>○防災計画は、法人組織としてマニュアルが整備され、防災委員会により、防災訓練が実施されていることを訓練記録で確認しました。</p> <p>○御牧原の台地に施設、2グループホームが立地していることもあり、地滑り等の災害に対する対応計画もあり、非常時の食料や備品類の備蓄も入所支援施設とグループホームで整備していました。</p> <p>○避難訓練には、地域の消防署や自治会役員も参加し、連携体制がありました。</p> <p>○防災計画同様に防犯計画もあり、防犯訓練も年2回実施していました。</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"> ■ 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>○標準的な実施方法は、各グループホームに掲示されていて、各リーダーから職員にも周知を図っていました。</p> <p>○標準的な実施方法は、年度ごとに見直しがされ、見直し前の方法や検討会議の記録が整備されていました。</p> <p>○不適切な言動があった場合には、サービス管理責任者と管理者が個別面談で注意したりアドバイスを随時おこなっていることをインタビューで伺いました。</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>○サービス管理責任者は、各グループホームの現状を定期的に検証して、利用者アンケート結果や職員の自己評価結果も参考にしながら標準的な実施方法の見直しを年1回行い、個別支援計画にも反映させ、職員への周知を図っていました。</p> <p>○サービス管理責任者は、標準的な実施方法の見直しにおいて、PDCAサイクルによって、サービスの質や職員個々の能力にも配慮した検討会を各グループホームの職員全体で行う仕組みの中で、各グループホームの特性や個々の意見も反映させるように努めていました。</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。 ■ 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>○個別支援計画の策定については、サービス管理責任者が相談支援のアセスメント様式を参考した様式で適切なアセスメントを行い、アセスメントに基づいて、各グループホームの職員で検討して策定する仕組みになっていました。</p> <p>○サービス管理責任者は、相談支援専門員と連携しながら、サービス等利用計画を個別支援計画に反映させていました。</p> <p>○個別支援計画の策定会議には、利用者や家族が希望すれば参加することができ、また、相談支援専門員も会議に出席し、計画の周知共有を図っていました。</p> <p>○個別支援計画は、利用者のニーズが目標として明記され、目標達成に向けた取り組みや支援が具体的に数値化され、適切に実施されていることをアセスメントシートや個別支援計画書で確認しました。</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 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>○個別支援計画は、半年ごとに管理者、サービス管理責任者による検印が行われ、目標の進捗状況や記録の添削、担当職員及び利用者の意見等を聴き取り、評価見直しをする仕組みになっていることを計画書や職員インタビューで確認しました。</p> <p>○見直しされた個別支援計画は、利用者や家族の認印があり、同意確認がされていました。</p> <p>○アセスメントの本人ニーズがグループホーム機能から支援困難な事柄については、サービス管理責任者が丁寧に説明し、本人が納得するように努めていました。</p> <p>○個別支援計画の緊急な変更に対する仕組みの整備の充実を、より一層お願い致します。</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>○利用者に関する記録は、個別支援計画の支援経過や評価記録の他にも、日中活動の状況や健康状態等生活全般の出来事も記録されていて、利用者の生活の様子が把握できる記録内容になっていることをケース記録で確認できました。</p> <p>○グループホーム記録様式は、統一した所定の書式がさだめられており、どのような事柄を記録するかを記録担当職員は、周知共有していることをインタビューで伺いました。</p> <p>○サービス管理責任者、半年ごとにケース記録の検印を行い、担当職員に記録内容の訂正・修正を助言して、適切な記録整備に努めていました。</p> <p>○各グループホームは、離れた場所にあるため、情報の共有のためにリーダーの定期的な連絡会やパソコンでの共有ネットワークで情報の共有を図っていました。</p> <p>○各記録内容の記入方法について、職員全体の統一した方式を、より深めていただきたい。</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"> ■ 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>○法人組織として、個人情報保護規程が整備されて、グループホームの記録管理は各グループホームのリーダーとサービス管理責任者、管理者が分担して管理する仕組みになっていました。</p> <p>○利用者や保護者には、利用開始時に個人情報の守秘義務に関する同意書を丁寧に説明し、家族に配布していました。</p> <p>○個人情報の守秘義務に関する研修会が定期的に開催され、職員への周知が図られていました。</p> <p>○個人情報に関わる記録は、規程に基づいて、所定の管理場所に適切に保管され、利用者、家族からの開示請求にも速やかに対応できるように工夫保管されていました。</p>