

## 事業評価の結果（共通項目）（案）

### 第三者評価の判断基準

福祉サービス種別 障がい者・（児） 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  
 事業所名（施設名） 水内荘

○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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 3 基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。</li> <li>■ 4 理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。</li> <li>□ 5 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。</li> <li>■ 6 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。</li> </ul>	今年度より法人としての第3次長期構想がスタートし、新しい理念と全員が覚えやすいキャッチコピーが作成され事業計画や広報誌などに掲載されている。法人の長野グループとして障がい児から高齢の利用者を受け入れており施設や事業所の目的や存在意義、使命や役割等が明確にされておりその方向性等を読み取ることが出来る。理念は職員会議等で職員に周知されており職員の行動基準として具体的な実践へと繋がっている。保護者への周知は保護者会や広報誌「水内荘グループだより」などを通じて行われているが全利用者となると困難なケースも見られ写真の他用・図示化などの工夫が期待される。

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"> <li>■ 7 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。</li> <li>■ 8 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。</li> <li>■ 9 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。</li> <li>■ 10 定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。</li> </ul>	<p>国・県の施策、改革の方向性などを前提とし、法人や長野グループの歴史的な推移や利用者の高齢化等、外的、内的な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。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っている。すでに養護学校等との連携会議には出席をされているが今後は法人内の相談支援事業所は勿論のこと、長野市を中心としたエリアの自立支援協議会、相談支援事業所等とも連携されデータ収集を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"> <li>■ 11 経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。</li> <li>■ 12 経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）間での共有がなされている。</li> <li>■ 13 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。</li> <li>■ 14 経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。</li> </ul>	<p>法人として、また、法人長野グループ内で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な取り組みが行われるようになってきている。職員にも会議で開示されされており職員個々の目標管理等にリンクす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	定3 事業計画の策	(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	■ 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。	・平成29年度から平成33年度までの法人としての第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が明確にされている。当施設は法人の長野ブロック基幹施設として他の5事業所とともに新しい理念や構想の具現化を図っている。
			■ 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。		
			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	■ 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。	・法人の長期構想を反映した単年度の当施設としての事業計画が立案されている。事業計画書の前文には当施設の主要課題が網羅されており、総務課、支援課の実行可能な具体的な事業内容として示されている。事業計画に沿い、別に収支予算書も作成されている。今後、事業計画が定量的に分析できるよう、各事業内容について可能な限り数値化することが望まれる。
			■ 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。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(2) 事業計画が適切に策定されている。	① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="831 212 1570 308">■ 23 事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。</li> <li data-bbox="831 308 1570 403">■ 24 計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。</li> <li data-bbox="831 403 1570 499">■ 25 事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。</li> <li data-bbox="831 499 1570 595">■ 26 評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。</li> <li data-bbox="831 595 1570 691">■ 27 事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等が）されており、理解を促すための取組を行っている。</li> </ul>	<p>・中長期計画である長期構想の策定には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が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施設の職員も資料等の分析に携わっている。また、当施設でも職員会議が毎月1回開かれており、そのほかに、職員は横の組織としての当施設の委員会や法人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、事業計画の見直しも行われている。</p>
I	3	(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	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="831 699 1570 794">□ 28 事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知（配布、掲示、説明等）されている。</li> <li data-bbox="831 794 1570 890">□ 29 事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。</li> <li data-bbox="831 890 1570 986">■ 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ような工夫を行っている。</li> <li data-bbox="831 986 1570 1082">□ 31 事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。</li> </ul>	<p>・事業計画については保護者会で説明しており、出席できない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」を配布し法人の第3次長期構想や長野ブロックの長期構想をフローで説明し理解を促すための工夫をしているが重度化と高齢化などによりなかなか難しくなっている。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
	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>・当施設では福祉サービスの向上には日々取り組んでおり、特に支援内容については計画から実施、評価、見直しの流れがある。法人の長野ブロックには苦情解決委員会があり各事業所から委員が参加し月1回定例で開催され、苦情相談内容に基づき改善活動が継続的に実施されている。改善策は全職員にフィードバックされサービスの質の向上のために活かされている。福祉サービスの第三者評価について今回が第2回目ではほぼ3年毎に取り組むようになっているが、今後は、自己評価も定例化していただき、時系列的に改善の課程が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は図られている。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。評価結果の内容にもよるが分析した結果やそれに基づく課題については文書化され、今後の改善に反映されていくことを期待したい。</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。	<p>・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職員にも周知されている。管理者は本年度から所長として赴任しており、法人の長野ブロックの広報誌「水内荘グループだより」でも法人の理念や運営方針、事業計画などに沿った長野ブロックとしての方向性を示し、利用者や職員に対して自らの役割と責任を明らかにしている。</p> <p>・法人としての職務分掌や当施設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関し、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、管理者も率先垂範し倫理や法令等の遵守に取り組んでいる。また、管理者(所長、総務課長兼)と支援課長が連携しミーティングや諸会議にて遵守すべき法令等の周知を図っている。福祉分野以外の環境等の関連法令についても更に理解を深められることが望まれる。</p>
			■ 42		管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。		
			■ 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。	
			■ 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	<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>・管理者は当施設の所長、総務課長を兼任し、更に長野ブロックの14のグループホームを束ねる「みのちグループホームセンター」所長、相談支援事業所「歩楽里」所長も兼任しているので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。</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。	b	<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>・長野ブロックの代表者会議や施設の職員会議、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を目指し取り組んでいる。財務面では法人の本部に負う部分が大きく、収支予算のみに注視することなく、各業務についてもコストがかかっていることを意識されコスト削減に取り組まれることを期待したい。</p>
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は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。また、専門職については事業団としての独自の研修があり、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>

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	(1)	② 総合的な人事管理が行われている。	b	<input 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 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。	<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について法人として検討がされており、その導入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るものと思われるので早期の導入を期待したい。すでに導入済み。改善案が第3次長期構想P82・83にあり</p>
II		(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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。法人として有休休暇や育児休暇の取得の促進、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。また、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>



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) 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	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・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を設定しており、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が行われ、管理者等から適切な助言や支援を得ている。今後、更に、非常職員等にも適用の範囲を広げ、モチベーションを高めるような仕組みを構築されることを期待したい。
			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	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。

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)	③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="831 212 1588 300">■ 86 個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。</li> <li data-bbox="831 300 1588 387">■ 87 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。</li> <li data-bbox="831 387 1588 491">■ 88 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。</li> <li data-bbox="831 491 1588 579">■ 89 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を推奨している。</li> <li data-bbox="831 579 1588 687">■ 90 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。</li> </ul>	<p>・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適用されている。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、報告書の回覧等で職員間で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、施設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。</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。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="831 687 1588 775">□ 91 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。</li> <li data-bbox="831 775 1588 863">□ 92 実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。</li> <li data-bbox="831 863 1588 951">■ 93 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。</li> <li data-bbox="831 951 1588 1038">■ 94 指導者に対する研修を実施している。</li> <li data-bbox="831 1038 1588 1166">■ 95 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。</li> </ul>	<p>・実習の受け入れについては事業計画の「地域貢献活動」の一つとして上げており、保育士、社会福祉士、介護福祉士など、社会福祉に関する資格取得のための学生を受け入れている。また、学校側とも連携をとりながら適切なプログラムを策定している。今後、受け入れについての窓口、利用者や保護所への説明、職員への事前説明などのマニュアルを整備し受け入れ体制を万全に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	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 96 ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。</li> <li>■ 97 福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。</li> <li>□ 98 第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。</li> <li>■ 99 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めている。</li> <li>■ 100 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。</li> </ul>	<p>・法人としてのホームページがあり、当施設の概要や長野ブロック5事業所の収支報告等も知ることができる。また、前回の第三者評価の受審結果などもホームページに公開されている。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。</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。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 101 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルールが明確にされ、職員等に周知している。</li> <li>■ 102 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<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できる。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。施設における事務、経理、取引等に関するルールについて職員に再度周知される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	4 地域との交流 地域貢献	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="831 212 1570 308">■ 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。</li> <li data-bbox="831 308 1570 403">□ 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。</li> <li data-bbox="831 403 1570 499">■ 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。</li> <li data-bbox="831 499 1570 595">■ 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。</li> <li data-bbox="831 595 1570 691">■ 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。</li> </ul>	<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、施設等の運営方針・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。また、施設の体育館・陶芸窯などの開放や施設の備品の貸し出しなどもしている。学校などの行う資源回収や行事などにも協力しており、施設へのボランティアの来訪もある。「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。利用者の理解度に応じ掲示板等を通して地域のイベントや社会資源を利用できるような情報を提供し支援されることを期待したい。</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。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="831 691 1570 786">■ 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。</li> <li data-bbox="831 786 1570 882">□ 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。</li> <li data-bbox="831 882 1570 978">■ 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</li> <li data-bbox="831 978 1570 1074">■ 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。</li> <li data-bbox="831 1074 1570 1150">■ 116 学校教育への協力を行っている。</li> </ul>	<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「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整備されている。</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	(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"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 119 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"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<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。職員の経験等から頭の中には入っておりすぐに情報として引き出せるようになっていると思われるがリスト化等を行うことにより必要に応じて職員が活用できるような仕組みが望まれる。</p>
		(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)	<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 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>・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、施設の体育館・陶芸窯などの開放や施設の備品の貸し出しなども行っている。地区および隣の介護福祉施設と当施設との防災協定も結ばれており有事の際の避難所としても利用できるようになっている。昨年度、町内にある医療・福祉施設と水害時における一時避難施設利用に関する協定も結んでいる。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ており、地域の活性化やまちづくりに貢献している。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>

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)	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"> <li data-bbox="831 212 1588 300">■ 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。</li> <li data-bbox="831 300 1588 387">□ 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。</li> <li data-bbox="831 387 1588 475">■ 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。</li> <li data-bbox="831 475 1588 563">■ 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。</li> <li data-bbox="831 563 1588 651">□ 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。</li> <li data-bbox="831 651 1588 738">□ 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。</li> </ul>	<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施設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組まれることを期待したい。</p>
III	1	(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="831 799 1588 887">■ 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。</li> <li data-bbox="831 887 1588 975">■ 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。</li> <li data-bbox="831 975 1588 1062">■ 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。</li> <li data-bbox="831 1062 1588 1150">■ 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。</li> <li data-bbox="831 1150 1588 1238">■ 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。</li> </ul>	<p>・法人の理念に「誰もが笑顔で輝く社会を創造します」と掲げられている。各種会議で確認をしながら意識付けを図り、利用者の基本的人権や尊重、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。また、倫理綱領を策定し職員が理解し実践するための行動規範としている。</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	(1)	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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・プライバシー保護、虐待防止、権利擁護についてマニュアルが整備され、法人内研修、ブロック内研修を実施し計画的な取り組みがされている。マニュアルは職員一人ひとりに配布され、リスクごとに分類されている。・一人ひとりの居室（二人部屋も含む）は男性棟、女性棟と別れている。二人部屋を使用している利用者の状況によって、間仕切りをする等の対応をしている。各棟にトイレ、浴室があり、プライバシーも守られるように設備も整備されている。また、利用者の中には居室に鍵をつけている方もいる。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 148 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・施設のホームページがあり施設独自のパンフレット及び長野ブロックのパンフレットもあり、利用希望者がサービスを選択する際に参考とすることができる。パンフレットはカラーで写真や絵図を取り入れ分かり易いようになっている。また、施設見学や体験入所もできるようになっている。</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	1	(2)	② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	b	■ 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。	・重要事項説明書など施設で決められた資料を用いて説明を行い、利用者、家族の理解度に合わせて工夫し、利用者の自己決定に配慮した資料を用いて説明を行っている。意思決定が困難な利用者への配慮についても法人としてのルール化を検討中で早期の策定が望まれる。
			■ 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。	
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	■ 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。	・生活の場を移行する際は不利益が生じないように、日々の支援から関係者との連携を密にとりスムーズに移行ができる取り組みを行っている。特に家族との関係作りには力を入れ、個別支援計画の説明をはじめ不安や悩み等について適宜面談の機会を設けている。「水内荘グループだより」を送ったり、手紙や電話で近況報告をし、必要であれば、自宅訪問している。サービスの終了後も利用者や家族が相談できるように担当者や窓口を設置している。			
■ 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。	
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			■ 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、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。				□ 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。	□ 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。



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	Ⅰ	(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>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・苦情解決対応マニュアルが整備されており受付担当者、第三者委員の設置などがされている。定期的（年に1回）に、苦情解決報告会が実施され、第三者委員の委員にも参加を呼び掛け、事例共有をして解決に向けた取り組みを行い、福祉サービスの質の向上に活かしている。申し出された苦情は、リスクマネジメント会議で取り上げ、長野ブロックの苦情解決委員会でも共有している。再発防止に向けて検討し利用者、家族にフィードバックしている。利用者用の意見箱や意見カードはなく、担当職員に口頭で伝えているととの利用者インタビューでの回答が多かった。意思疎通が困難な利用者には図示等、コミュニケーションの支援を適切に行い可能な限り対応されることを期待したい。</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。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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を選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・文書化された資料を理解することが難しく、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て、専門職も協力して分かり易く、丁寧に繰り返し説明を行っている。可能であれば、相談内容によって、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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 175 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<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かな援助を行います。」とあり、関係職員は連携を図り、利用者の意見の傾聴に努めている。表出された意見は、マニュアルに基づき速やかに体応し、全体で共有、サービスの質の向上と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行われており、変更があれば、随時の見直しもされている。職員の人員も限られていることから、相談や意見に対する説明等が必ずしも迅速でないことがあるようであるが、職員間の意思疎通を十分にとり代行者による説明等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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・リスクマネジメント責任者、委員会があり体制が構築されている。事故が発生した場合は「リスクマネジメント指針（事業団）」に基づき、迅速に対応が図れるよう研修会等で周知し、「インシデント報告、事故報告」で傾向を分析し、再発防止策を検討している。更にブロック代表者会議で情報共有を図り対策を強化している。</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	(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>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 189 感染症の予防策が適切に講じられている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・感染症対策について責任者、役割が明確にされている。長野ブロックでの年間研修計画があり計画的な研修を実施し、更に施設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。事故報告書を基に要因分析や改善策・再発防止策等も検討している。</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>■ 192 災害時の対応体制が決められている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・災害対応体制があ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があり、定期的（年に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の名簿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、施設全体で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「小マニュアルを携帯、講演会の開催、標語ポスターを作成掲示、会議、防止月間を定める」等、様々な方法で組織的に取り組んでおり、地域等との防災協定も締結されている。食料品や備品類等についても定期的な入れ替えや補充のためにもリスト化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
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 198 標準的な実施方法が適切に文書化されている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・ブロック毎の研修会、各種委員会が中心となっていく研修会等を実施し、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や、権利擁護について」の姿勢が明記されている。マニュアルは何時でも自由に閲覧できる場所にある。</p>
			② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・PDCAサイクルにより、サービスの質に関する検討が施設として継続的に行われている。標準的な実施方法の見直しは職員の意見・提案や利用者等からの意見に基づき、利用者の個別支援計画の状況も踏まえ行われている。</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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 206 個別支援計画策定の責任者を設置している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・個別支援計画策定責任者を設置し明確にしている。年度毎に「個別計画策定一覧」を作成し管理している。担当チーム毎にアセスメントを行い個々のモニタリング時期に合わせて「サービス調整会議・ケア会議」を実施している。モニタリングでは本人・家族の意向や意見を吸い上げ計画に反映させ、同意を得ている。個々のケースファイルには利用者プロフィールとして、家族構成、現病、既往歴、生育歴等の記入欄があり入手情報を記入している。定期的に（1年毎。変更があれば随時）更新している。</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	2	(2)	①	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>随時)に書き換えを行い更新させている。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・短期半年、長期1年を基本的な見直しの時期としているが、状況に応じて支援計画を変更し期間を定めている。日常的に利用者の様子を共有し、定期、随時の検討会議を実施し、現状に即した計画になるよう見直しを行っている。</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	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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・施設が定めた統一様式で身体状況、生活状況を把握し記録している。個別支援計画に基づき実践された内容は班の活動単位で記録されパソコンで管理されている。各種の書類は統一様式であり、記録者による格差が生じない工夫がされている。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 225 記録管理の責任者が設置されている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 227 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・個人情報保護規定に関する規定により、記録の保管、保存、廃棄等の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とパスワードで個人情報を管理している。また、契約書の「第15条」に個人情報の同意についてが記載され、使用目的や使用範囲等を説明、「個人情報使用同意書」に署名を頂き同意を得ている。</p>