

(別添1)

事業評価の結果（共通評価項目）

福祉サービス種別 福祉型障害児入所施設

事業所名（施設名） 信濃学園

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。 ■ 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。 	・当学園は知的障がいを主とする長野県内唯一の福祉型障害児入所施設で、県の指定管理者として社会福祉法人長野県社会福祉事業団が運営している。その法人とし2022年度からの第4次中期構想がスタートし、法人としての理念が法人のホームページや中期構想、当学園の事業計画、広報誌などに掲載されている。当学園は基本的に障がいを持つ小学部から高等部の児童・生徒を受け入れており施設や事業の目的、存在意義、使命や役割等を明確にした「さわやか宣言21」（職員行動指針）を定め、その中に当学園としての5つの基本理念も定め、県民ニーズに応えながら利用者が主役となる新しい時代にふさわしい施設づくりに努めている。理念は職員会議や職員研修等で職員に周知されており職員の行動指針として具体的な実践へと繋げられている。また、全利用者となると困難なケースも考えられるが、保護者への周知はパンフレット、重要事項説明書や広報誌「信濃学園通信」などを通じて行われている。

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
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	<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>・全国・県の知的障がい福祉協会や社会福祉法人経営者協会、関係団体に加入しており研修なども含めて情報収集し、施策、改革の方向性などを把握している。また、県内各圏域の児童相談所や障がい者総合支援センター、養護学校などと連携し情報収集し、県内各ブロックの利用者の推移等、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当学園としての事業報告書が作成されており利用状況、利用率等の分析が行われている。</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。	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>・法人として、また、当学園としての年度の事業報告書や収支報告書を作成・分析し、組織体制や職員体制、財務状況等、運営上の課題が明確にされており、次年度の事業計画や収支予算として具体的な取り組みが行われている。年度の事業方針は職員一人ひとりの目標管理等にリンクするようになっており、毎月の職員会議でも進捗状況が報告されている。県の指定管理者ということもあり、大規模な設備の改修や整備については県と協議しながら進めている。</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>・県の指定管理者として5年間の受託となっており、また、県の管理業務仕様書に沿って運営されていることからビジョンについても協議しながら進めている。平成29年11月には県による「指定管理者制度導入施設の第三者評価(対象年度:平成28年度)」が行われ、その後の施設運営に反映されている。また、2022年度から2026年度までの法人としての第4次中期構想が策定されており、第3次長期構想を検証し、変化する障がい児ニーズや福祉施策の動向を踏まえ、法人や学園の進むべき方向性が明確にされている。学園として成人施設等への移行、施設の老朽化に伴う全面改修・立替など、課題解決に向けて法人の松本ブロックの他の4事業所とともに法人の理念や中期構想の具現化を図っている。</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
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。	a	<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>・法人の第4次中期構想を反映した単年度の学園としての事業計画が立案されている。県の指定管理者としての立場を踏まえ県と協議しながら進めている部分もあるが、事業計画には学園の年度事業方針が掲げられており、「サービス業務」の中の事業内容として「提供するサービス」「地域生活移行を目指す取り組み」「共生社会に向けた地域への取り組み」を掲げ、「管理業務」として「人材育成」「効率的・自立的な施設運営」「安全に配慮した事業所運営」などの事業内容を記している。別に、事業計画に沿った数値的な指標として収支予算も組まれている。</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が）されており、理解を促すための取組を行っている。 	<p>・法人の中長期計画である中期構想の策定については法人内に構想検討委員会が設置され、それに沿いブロック別ワーキンググループや事業所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学園職員も資料等の分析に携わっている。また、学園では職員会議や班会が毎月1回開かれており、そのほかに、職員は横の組織としての委員会にも参加しており、事業計画の策定から見直しまでのPDCAの流れの中で、意見を述べるの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、計画の見直しも行われている。</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
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	<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>・新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け保護者会が中止となっているが、保護者には個別に説明している。事業計画については法人のホームページ、当学園のホームページ、法人の広報誌「やまなみ」や学園の「信濃学園通信」などを配布し周知している。利用者にも事業計画の「サービス業務」の項の利用者に関わる部分については説明し理解を促すための工夫をしているが利用者の特性としてなかなか難しくなっている。今後、事業計画の生活に関わる内容を簡潔に図示化する等、工夫を重ねられることを期待したい。</p>
な4	取福祉サービスの質の向上への組織的・計画的	(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	<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>・学園では福祉サービスの向上に日々取り組んでおり、全職員を対象とした「自己評価(年1回)」や「セルフチェック(年2回)」を実施しており、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、学園の委員会活動の一つとしてサービス向上委員会があり、利用者・保護者への施設利用満足度調査を実施しその集計・分析や「自己評価」「セルフチェック」の集計・分析を行い、サービスの質の向上に取り組んでいる。更に、外部委員による「福祉サービス評価委員会」も年3回(福祉サービス第三者評価受審年度は2回)開催し、意見・助言等を運営に活かしている。苦情解決委員会もあり、学園としての苦情や相談内容に基づき継続的に改善への活動を図っている。福祉サービスの第三者評価については定期的に受審しており、今回が6回目となり公開される予定となっている。</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
I	4	(1)	② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a	<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>・職員自ら施設サービスやサービス内容を評価する「サービス自己評価」や権利擁護の意識についての「セルフチェック」などを組織的に実施する体制があり、分析した結果やそれに基づく課題については文書化し、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、サービス向上委員会や虐待防止権利擁護委員会などの委員会として対応策を検討し、必要に応じてスケジュール化するとともに解決に向けて具体的に活動している。</p>
II	1	(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	<p>■ 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> <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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>・法人として、また、学園としての職員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。管理者は今年度から所長として着任しており、ホームページや当学園の広報誌「信濃学園通信」で法人や学園の現状の取り組み、今後に向けての方向性を示し、利用者や保護者、職員に対して自らの役割と責任を明らかにしている。また、運営規程や事務分担当表にも所長としての職務の内容が明記されており、危機管理実施要領、コロナウイルス感染対策基本方針などでも指揮・命令・監督する立場として役割が明確化されている。所長不在時には支援課長が代行するようになっている。</p>
			② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	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>・法人としての職務分掌や学園の運営規程には管理者として「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命令を行う」ことが規定づけられており、自ら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、総務課長兼務)と支援課長が連携し、運営調整会議、職員会議、朝会、研修などで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分野にも配慮し、関連法令についても理解を深め、学園の居住環境の整備などに努めている。</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
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>・管理者は当学園の所長、総務課長を兼任し、松本ブロックの他の5つの施設・事業所と連携している。当学園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。学園では職員による危機管理委員会、苦情解決委員会、福祉サービス評価委員会、安全衛生委員会等が設けられ、それらの委員会活動が充実しており、管理者としてもそれぞれの委員会に自ら関わり、検討し、対策等も職員会で周知している。法人としての職員提案制度があり表彰もあることから職員のモチベーションアップにも繋がっている。研修についても研修委員会があり内部で計画的に取り組んでおり、特に、年2回の職員全体研修にほぼ1日を使い、外部講師を招聘し充実した内容となっている。法人内外の研修にも職員を派遣している。</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>・学園の運営調整会議、職員会議、班長会議、また、委員会などを通じて理念・行動指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、指定管理という制約上事業の収入がある程度固定化しており支出面に留意しつつ、各業務についてもコストがかかっていることを意識し、毎月の職員会議でも収支状況を報告しコスト削減に取り組んでいる。</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
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。	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本部と協議しながら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法人としてのキャリアパス制度も稼働している。</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>・法人として福祉人材の確保・育成を進めており、「働く職員が誇りを持てる職場づくり」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やキャリアパス制度が導入されており、また、勤務評価制度で職務に対して、どれだけ迅速かつ的確に遂行できるのかを評価している。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。また、12月に「職員調書」を提出することにより異動などについての希望も聴取され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勤務評価とキャリアパス制度が連動する仕組みを整えていることから早期の運用が求められる。</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	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	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="792 220 1697 316">■ 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。 <li data-bbox="792 316 1697 411">■ 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。 <li data-bbox="792 411 1697 507">■ 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。 <li data-bbox="792 507 1697 603">■ 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。 <li data-bbox="792 603 1697 699">■ 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。 <li data-bbox="792 699 1697 794">■ 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。 <li data-bbox="792 794 1697 890">■ 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。 <li data-bbox="792 890 1697 986">□ 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>・法人として「育ボス・あたたかボス宣言」や「子育て応援宣言」をしており、また、「女性活躍推進法」に基づく行動計画や「次世代育成支援対策推進法」に基づく行動計画を策定し運営の中に取り入れ、有給休暇や育児休暇の取得の促進、職員調書の提出、目標管理制度による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臨めるような環境を整えている。また、安全衛生委員会を中心に、法人の「メンタルヘルスケア規程」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維持にも取り組んでいる。法人として共済制度に加入しており、慶弔金や食事の補助等の還付金などを受けることができる。当学園として5日連続の有給休暇の取得や子育て・介護についての休暇の取得についてお互いに融通し合い、働きやすい職場づくりに向けて勤務の調整が図られている。学園のサービスの特性からして心ならずも退職する方が散見されることから、今後、職員からの業務上の悩みなどの相談に応じる体制を強化し、職員の確保に更に努められることを期待したい。</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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="792 1027 1697 1123">■ 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。 <li data-bbox="792 1123 1697 1219">■ 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。 <li data-bbox="792 1219 1697 1315">■ 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。 <li data-bbox="792 1315 1697 1410">■ 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。 <li data-bbox="792 1410 1697 1506">■ 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>・「信濃学園『さわやか宣言21』（職員行動指針）」が定められており「期待する職員像」がそこから読み取ることができる。法人としての勤務評価制度があり、また、目標管理制度が法人として導入されており、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を設定している。目標設定時や中間での面接も行われ、また、職員調書提出時にも目標の進捗状況などについての振り返りが行われ、管理者等から適切な助言や指導を受けている。</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	(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	<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>・学園の職員行動指針である「さわやか宣言2-1」から「期待される職員像」を読み取ることができる。法人の第4次中期構想や当学園の事業計画には法人内あるいは学園内及び他団体主催の外部研修等に出席し、特に、学園のサービスの特性に沿った強度行動障害従事者研修への参加による専門性の向上により、職員の資質向上に取り組むことが掲げられており、受講している。法人内及び学園内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活かしている。また、キャリアパス制度に基づき、職員の経験や習熟度に応じて法人としての体系的な教育・研修計画などが立てられ実施されている。</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	<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>・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、各施設や事業所の人員配置にも適用されている。職員はWeb等で行われる法人の階層別研修、職種別研修等に参加し、また、外部研修等についてもWebなどで参加し、復命書の回覧等で職員間で研修内容や情報を共有している。新型コロナウイルス感染拡大前は法人以外の他の福祉施設や事業所への派遣・交換研修も法人として実施されており、職員自らが希望する事業所を探し、重点施策の「提供するサービスの質の向上」に取り組んでいたが現在自粛せざるを得ない状況が続いており再開が待たれるところとなっている。職員の自己啓発についての意欲も高く、法人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>

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。	a	<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>・「実習等の受入実施」については事業計画の「地域貢献活動」の一つとして取り上げ、県内外の大学生、短大生の実習を受け入れ、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の指導をし、近い将来、福祉サービスを担う人材の育成に取り組んでいる。実習指導者としての研修も社会福祉士会の研修を受け、また、学校側ともWebなどで連携をとりながら適切なプログラムを策定している。業務としての実習生係が設けられており、受け入れについての窓口、利用者や保護者への説明、職員への事前説明などの「実習生受け入れマニュアル」などが整備されている。</p>
	3 運 営 の 透 明 性 の 確 保	(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a	<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施設・事業所の事業報告や収支報告等を閲覧でき、また、学園のホームページもあり概要を知ることができる。また、法人の広報誌「やまなみ」や学園の広報誌「信濃学園通信」があり、法人の第4次中期構想や年度の事業計画の主旨などについて掲載している。学園のホームページの「トビックス」欄では「信濃学園における苦情受付状況」や「満足度調査結果」などが、個人情報に留意しながら適切に公開されている。</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。	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出来る。また、法人運営の透明性を図るために全施設・事業所が外部監査を受けており、決算に際し、外部の会計士2名が法人の会計監査人として、法人本部や場合により事業所を訪れチェックしている。</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 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	<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>・利用者と地域との交流については法人の第4次中期構想、学園の「さわやか宣言21」や事業計画に明記されている。学園には業務としての地域交流支援係があり、新型コロナ感染拡大前は地域の「波田20区町会」のイベント等に参加し、また、町会の育成会行事や「さいさい祭り」、「地区子ども祭」などに利用者も参加し楽しんでいたが、現在は中止となっており再開が待望される状況となっている。また、同じく、新型コロナ前は学園として実施する「のびる祭」や防災・避難訓練などに地区住民や学園の第三者委員などが参加していたが、現在は学園内で実施している。更に、新型コロナ感染拡大前は利用者に「特別社会体験費(年3回)」や「社会体験費(毎月)」を学園から支出し、地域の店での食事や買い物などの機会を提供していたが、現在、自粛せざるを得なくなっている。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も紹介しているが、こちらも自粛せざるを得なくなっている。平成30年度には学園の第三者委員からの依頼があり、地元波田地区社会福祉協議会の研修会で職員が講師を務めたこともあり、地域の人々への障がい者や福祉に対する理解を促すための取組みもやっている。</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	(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。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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 ■ 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。 ■ 114 学校教育への協力を行っている。 	<p>・今年度の事業計画の「共生社会に向けた地域の取り組み」の中に「誰もが参加できる社会づくり」としてボランティアを積極的に受け入れていくことが掲げられている。ボランティア受け入れについてはボランティア受け入れマニュアルとして定めている。学園としてボランティア係を置き、新型コロナウイルス拡大前は県内の大学や短大、高校あてにボランティア募集案内等で働きかけ、実際、夏休みや当学園の「のびる祭」などで協力を得ていたが、現在、自粛をせざるを得なくなっている。また、同じく新型コロナウイルス前は「のびる祭」についても一般の団体や高校生のボランティアの協力を得ており、ボランティア団体「あじさいの会」による環境整備なども行われていたが、現在中止となっている。更に、新型コロナウイルス前にはボランティア団体「四つ葉会」による縫物や繕いなども行われおり現在中止となっているが雑巾やタオルなどの寄付が継続して行われている。学園の「福祉サービス評価委員会」にはボランティア代表も参加しており、別の視点から活動等を見守っていた。現状、事例としては少ないが、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。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 117 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>・保健福祉事務所、児童相談所、障がい者総合支援センター、各地の自立支援協議会、各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には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おり、毎月の職員会議でも新しい情報があれば情報を共有している。更に、当学園では在宅の障がい児の福祉の向上を図ることを目的として心理療法士、理学療法士などが助言・指導を行う「こまくさ教室」を行い相談に応じており、障がい児に必要な早期療育のネットワークの一員として重要な役割を担っている。</p>
		(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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>・利用者へのサービスの質の向上のために保健福祉事務所、児童相談所、障がい者総合支援センター、各地の自立支援協議会、各養護学校などと連携しており、利用者に対してより適切なサービスを行うとともに、地域社会において役割を果たしていくためネットワークを有効に活用している。関係機関・団体等の参画の下、定期的に検討会、連絡会を開催し、ニーズを把握している。当園の専門性や特性を活かした相談支援事業として「こまくさ教室」を開き在宅の障がい児及び家族への療育相談を実施し、更に、新型コロナ禍の中で学園最大イベントである文化祭の「のびろ祭」の一環として「こまくさ教室」の公開講座をWebにより開催し、在宅の障がい児及び家族への啓蒙活動としてニーズの掘り起こしを行っている。</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
II	4	(3)	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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="801 225 1688 272">■ 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。 <li data-bbox="801 357 1688 405">■ 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。 <li data-bbox="801 489 1688 537">■ 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。 <li data-bbox="801 622 1688 670">■ 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。 <li data-bbox="801 754 1688 802">■ 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。 	<p>・当学園の事業計画には「名実ともに児童の施設となるよう、さらに地域との連携を強化し、地域に愛される開かれた施設づくりを目指す」としており、一貫性のある支援体制の整備」として未就学の利用者のニーズに合わせた個別のプログラムの作成とサービス提供が日中一時支援や短期入所などとして実施されている。「こまぐさ教室」による相談事業も行い、また、福祉サービス評価委員や苦情解決第三者委員を通じて地域の福祉ニーズも把握している。地区及び隣接している波田学院、学園との三者による防災協力協定も結ばれており有事の際に相互に協力し活動できるようになっている。新型コロナウイルス感染拡大前は、地元の「波田20区町会」との防災訓練を共同で計画・実施していたが現在自粛せざるを得なくなっている。年度によっては地元波田地区社会福祉協議会の研修会で職員が講師を務めることもあり、地域の人々への障がい者や福祉に対する理解を促すための取組みも行われている。</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="801 884 1688 932">■ 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。 <li data-bbox="801 984 1688 1032">■ 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。 <li data-bbox="801 1085 1688 1133">■ 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。 <li data-bbox="801 1185 1688 1233">■ 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。 <li data-bbox="801 1286 1688 1334">■ 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。 	<p>・法人としての倫理綱領に「利用者の尊厳の保障」「利用者の人権の保障」「利用者の受容」等を掲げ職員に周知している。また、学園としての「さわやか宣言21（職員行動指針）」に掲げた基本理念及び行動指針に基づき、職員は利用者の権利擁護に努めている。更に、「信濃学園に勤務するにあたっての留意事項」を策定し綱紀の肅正や服務規律の確保などを職員に徹底している。学園内に「虐待防止・権利擁護委員会」を設け、利用者の尊重や基本的人権への配慮などについて共通の理解を持つために定期的な勉強会を行い職員全体への浸透を図っている。</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	(1)	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	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>・プライバシー保護、虐待防止など権利擁護に関する規程として、「生活支援マニュアル」「虐待防止マニュアル」「身体拘束ガイドライン」などを整備し理解を深めている。「虐待防止・権利擁護委員会」では支援者としての姿勢・責務、プライバシーの保護や権利擁護に関する規程を基に研修し、職員間の共通の理解を深めている。また、外部研修を受けた職員からの伝達研修や個別学習などを行い、意識の向上にも努めている。更に、職員の権利擁護についての振り返りの機会として「職員セルフチェック」を年2回行い、集計・分析後、問題があれば改善に取り組んでいる。園内の施設についても「施設マニュアル」に基づき、安全を確保した上で施設理由の検証や設備、支援体制の整備を行っている。共有スペースではカーテンやパーテーションで空間を仕切り、利用者のプライバシーを確保している。保護者には、面会や個別懇談、家庭訪問など、折に触れ取り組み状況を説明している。</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	<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>・カラー印刷されたパンフレットはイラストや写真を使い、分かりやすい内容になっており、行政や関係機関など、多くの人が入手出来る場所に置いている。ホームページの充実を図り、学園生活の状況、意義や役割を発信している。園の広報誌「信濃学園通信」は年3回発行しており、家族、関係機関などにメール配信や郵送し、学園の様子を幅広く積極的に情報提供している。更に、第2期指定管理者指定後(平成28年4月)の5年間の足跡を綴った「支援実践記録集」でも学園の活動を詳細に知ることができる。現在、新型コロナウイルス感染予防対策のため限定的な実施となっているが、基本的には見学は随時受け付け、体験入所や一日利用については児童相談所やケア会議などに出向き希望に沿えるかどうか検討し受け入れている。</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
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。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>・学園としての「入退所事務等取扱要綱」に基づき、利用開始前には契約書及び重要事項説明書、学園のパンフレットなどを用いて、権利擁護に関する細やかな説明も行い、サービス内容や料金を具体的に説明している。また、変更時には、変更内容を明記した変更契約書を取り交わし対応している。</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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>・地域生活移行、事業所の変更などについては「入退所事務取扱要綱」等に基づき具体的に対応している。家庭を始め児童相談所や養護学校、市町村を含む圏域自立支援協議会など、関係団体や関係機関との連携・協力体制の強化に努め、利用者や保護者に不利益が生じないように配慮がされている。</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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 149 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 ■ 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。 ■ 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。 □ 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。 ■ 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>・学園から保護者を対象とした満足度調査を行い、サービスの向上に繋げている。調査内容は「生活の様子」「保健衛生」「職員の支援」「家族への接し方」「総合的な感想」等で構成され、どのような視点で受け止めているかを把握し、支援の質の向上に努めている。また、集計した結果を利用者や保護者に報告し、ホームページでも公表している。利用者の特性からして利用者会などを作ることは難しいが、今後、更に、利用者も参加し、利用者満足について検討する場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
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。	a	<p>■ 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。</p> <p>■ 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、資料利用者等に配布し説明している。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>・契約書及び重要事項説明書には、窓口担当者、第三者委員の設置が明記されており、サービス利用開始前に説明がされている。学園内通路には、苦情解決の仕組みや第三者委員の氏名が記載されたポスターが掲示されている。表出された苦情については法人の「苦情解決要綱」に基づき解決に向けて関係者で迅速に対応している。苦情解決委員会では第三者委員を交え、前年度の満足度調査の結果報告などを行い、また、学園のホームページで苦情受け付けから解決に向けての取り組みも公表し適正化を図っている。苦情解決の結果は「事業団事業報告書」や「学園広報誌」などで公表し、申し出た利用者や家族には説明を行っている。更に、苦情解決第三者委員の方には必要に応じて学園に来訪していただく機会を作り学園や利用者についての理解を深めていただくようにしている。</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	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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>	<p>・学園の正面玄関には意見箱が設置されており、保護者への「満足度調査」でも積極的に苦情・要望を汲み取れるように自由記載欄も設けている。学園内廊下にはポスターを掲げ、利用者や保護者に外部の第三者委員を紹介し、必要に応じて助言・立ち会いを求める体制を整備している。現在、検討をされているが、個人情報やプライバシーに配慮しつつ利用者が安心して話せるスペースを早期に確保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。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 169 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 	<p>・法人としての「福祉サービスに関する苦情解決要項」があり、また、それに沿った当学園としての「福祉サービス苦情解決要綱」もあり、記録や報告の手順を定めている。また、定期的に見直しを行ない整備もしている。意見箱の設置や保護者満足度調査（無記名返送方式）を実施し、積極的に把握するように取り組んでいる。相談や意見に対する対応等は迅速に行われており、職員間での意思疎通を十分に図りサービス向上に生かしている。</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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>・学園生活の中で起こりうる事故などに適切に対応するため、「事故等対応マニュアル」「緊急対応マニュアル」「アレルギー疾患マニュアル」等の各種マニュアルを整備し、責任や手順等を定め、随時見直しも行き体制を整えている。学園の「危機管理委員会」ではインシデントや事故の発生報告を受け、要因分析を行い再発防止に努め、新入職員研修や会議での研修を行う等、組織的に取り組んでいる。</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	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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 179 感染症の予防策が適切に講じられている。 ■ 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。 ■ 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>・「安全衛生委員会」で「感染症の予防と発生時などの対応マニュアル」を作成・整備し、定期的な見直しも行っている。手洗い・手指消毒の励行、標準予防策を徹底し感染予防に努めている。また、日常的な健康管理では、看護師と支援員とが連携をとり、早期発見、早期受診に努めている。インフルエンザや新型コロナウイルスの予防接種は希望者全員（利用者・職員）がワクチン接種を行っている。感染症が発生した場合には、適切な医療を受けて静養室で過ごすなど、蔓延防止に努めている。職員は外部や内部の研修に参加し予防や安全確保に関する知識を蓄え実践している。新型コロナウイルス対策として「コロナウイルス医療感染基本方針」「コロナウイルス業務継続計画（BCP）」を定め、「コロナウイルス感染症対策会議」で臨機に対応するように体制を整備している。新型コロナウイルス発生時の園内でのゾーニングも確立されており安心して生活できるようになっている。</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"> ■ 182 災害時の対応体制が決められている。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>・年1回の総合防災訓練を防災計画に位置づけ訓練を実施している。また、毎月、防災訓練を実施し、職員の防災意識・技術の向上、利用者のスムーズな避難などに繋げている。毎月行われる訓練は班（寮）毎に行われ、実施後の報告書（避難状況・初期消火状況）と反省を書き込み翌月の訓練に活かしている。スプリンクラーが設置されており、3日分の備蓄（非常食、衛生物品など）がリスト化され、施設内複数箇所に備蓄管理されており、定期的（年1回）に点検を行っている。また、防火扉の開閉については職員が逐次確認し、実施している。更に、危機管理委員会を設置し、防犯マニュアルに基づく防犯訓練も今年度計画していたが、新型コロナウイルス感染拡大予防対策のため実施はできず、その代替えとして、警察署による防犯講習をリモートで実施している。本年11月2日を施行日として「自然災害発生時における業務継続計画（BCP）」を策定し、既に、運用がされている。</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	
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	■	188 標準的な実施方法が適切に文書化されている。	<p>・「事業計画」や「さわやか宣言21」には利用者の尊厳、プライバシーの保護、権利擁護等に関わる姿勢が明記され、職員会議や研修会、OJT等で全体に周知されている。また、「生活支援マニュアル」があり標準的な実施方法が定められており、年2回、職員が接遇や個人情報の保護、権利擁護などについての項目をセルフチェックし、学園全体として実践状況を確認する仕組みがあり機能している。</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。		
■	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。						
■	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。						
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	■	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>・班会議で個別支援総合評価を実施すると共に、標準的な実施方法の検証・見直しについても意見や提案を出し合い、検討を重ねている。また、ケース検討会議などの各種会議でもPDCAのサイクルに沿い、サービスの質の向上について組織として継続的に見直しをする仕組みを整えている。</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。					
■		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。					
■		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。					

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>・「個別支援計画作成要領」に基づき計画作成責任者を設置し、「フェイスシート」等の統一様式を用いてサービス前後のアセスメントが実施されている。一人ひとりの具体的なニーズに即した個別支援計画を作成するために組織内の関係者（支援員、栄養士、看護師等）及び組織外（行政・児童相談所・学校等）の関係者が参加・協議を行い、総合的な視点で作成されている。実践された支援内容は支援システムの支援経過記録Ⅰ・Ⅱとして入力され、個別支援計画総合評価で評価が実施されている。</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>・個別支援計画については、本人や保護者の意見・要望を基に作成され、半年ごとに見直しを行っている。班会議では利用者一人ひとりの見直し検討会議を毎月行い、現状に即した計画や支援が行われているかを評価している。1ヶ月毎のステップ目標を設定し、その重点目標に向けて実践しており、組織的な仕組みとして定着している。</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	(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"> ■ 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>・「フェイスシート」や「個別の支援経過記録」等はシステム化されており、身体状況、生活状況などを記録、把握し職員間での情報共有がスピーディに行われている。一人ひとりの個別支援計画が立てられ、それに沿いサービスが実施されていることが「個別の支援経過記録Ⅱ」等のシートで確認することができた。また、情報共有を目的とした運営調整会議、班長会議及び職員会等が定期的に開催されている他、支援システムを使い職種間で情報を共有するための取り組みも行われており、更に、業務の効率化を図る上で、Webでの会議やテレワークの活用などが推進されている。</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"> ■ 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>・法人の「個人情報保護規則」を遵守するとともに学園の「個人情報保護要領」「個人情報マニュアル」により個人情報の管理をしている。「サービス向上委員会」では記録の管理をはじめ、職員に対する研修を定期的に行い、守秘義務の観点からも意識の統一に努めている。利用者や家族への説明は入所契約時に重要事項説明書で掲げる「個人情報の取り扱い」を基に基本的な利用目的を説明している。</p>