

(別添1)

# 事業評価の結果（共通評価項目）

福祉サービス種別 障がい者・生活介護  
 事業所名（施設名） ハーモニー桃の郷 かがやき

### 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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</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>	・当事業所は法人の営む32事業所53サービスの内の一つで、障害者総合支援法に基づく指定障害者生活介護事業所として定員30名で運営されている。法人としての基本理念と基本的視点があり、法人のパンフレットや事業計画、ホームページなどに掲載されている。当事業所は障害者総合支援法に基づき、利用者の能力及び適正に応じ、社会参加、自立の促進、生活の改善、身体機能の維持向上などを目的に日中活動の場を提供し、「より自立的で安心した当たり前な暮らしができるように各種支援を行う」としている。障がいを持つ20才未満から70歳台後半までの利用者が当事業所を利用しており、法人の基本理念・基本的視点に沿い事業所としての目的・運営方針を明らかにしている。その目的・方針には当施設の存在意義、使命や役割等も明確にし、利用者の立場に立ったサービス提供に努めている。基本理念や基本的視点は期初の会議等で読み合わせ職員に周知されており、法人や当事業所の「職員の行動規範」と共に具体的な実践へと繋げられている。利用者や保護者に向けても、事業所の活動室内へ掲示をし、理念や基本的視点の中の利用者ニーズや生活に関わる項目をわかりやすく説明するなど工夫している。

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
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"> <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>・法人として全国及び長野県の知的障がい福祉協会、社会福祉法人経営者協会、関係団体等の研修に参加し、施策、改革の方向性などを把握している。また、法人内に「経営企画会議」を設け、地域の利用者の推移等も含めた環境の変化も加味し、事業の将来性・継続性を見通しながら経営環境や課題を把握し分析している。「経営企画会議」では毎年度末に各事業所や各施設から上がって来る事業報告を基に次年度へ向けて法人全体の事業報告書を作成し、各事業部の「運営の実績」として利用状況、利用率等の分析も行っている。当事業所としても毎月、法人本部に利用者数・利用率を報告し、独自に過去5年間のグラフを作成し運営に活かしている。更に、法人内の施設・事業所間も含め、長野市を中心とした相談支援事業者、障害福祉サービス事業者、保健・医療関係者等と連携しつつ、情報収集も行っている。</p>
			② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	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、法人内組織の障害者支援南部事業部及び当事業所としての事業報告書や収支報告書を作成し分析しており、組織体制や職員体制、財務状況等、運営上の課題を明確にし、次年度の事業計画や収支予算として課題解決に向けて具体的に取り組んでいる。当事業所の運営についての法人本部によるヒアリングが定期的にあり課題等についても話し合いが行われている。職員一人ひとりに「業務の手引き」が配布されており事業所としての事業計画も綴られ、課題や計画の進捗状況が期初や毎月の職員会議で明らかにされている。更に、事業計画や課題などは職員個々の目標管理等にもリンクするようになっている。法人の令和2年度からの8年間の、中長期総合計画が策定されており、当事業所でも所長からのヒアリングの場や日ごろの業務の中での職員の意見・提案等が事業所の課題として反映されている。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</li> </ul>	<p>・法人としての令和2年度から令和9年度までの中長期総合計画が策定されており、期間を定め経営計画の評価・見直しを行い、次期計画へと繋げている。法人が運営する児童支援事業や障害者支援事業、高齢者支援事業などについてそれぞれの事業として変化するニーズや福祉施策の動向を踏まえ、法人や事業部、施設、事業所の進むべき方向性が「中長期事業経営収支見込」等の数値目標とともに明らかにされている。当事業所としても「利用者確保と利用率の向上」「行動障害等の支援技術の向上を図るため、積極的に研修に参加する」「個別外出等利用者一人ひとりの希望や個性に基づいたプログラムを提供する」などを運営重点事項として掲げ、法人の他の施設・事業所とともに中長期総合計画の達成に向けて努力している。</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
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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・法人の中長期総合計画を反映した単年度の法人事業計画が立案され、更に、法人内の障害者支援南部事業部年度事業計画、当事業所の年度事業計画へと連鎖している。当事業所の年度事業計画には「事業の目的」「運営の方針」「運営の重点事項」「事業内容」「非常災害対策」などが盛り込まれており、利用者確保と利用率の向上、職場のモラルハラスメントを防止し、風通しの良い組織、働き易い職場環境を築くこと、行動障害等の支援技術の向上を図るため、積極的に研修に参加すること、個別外出等利用者一人ひとりの希望や個性に基づいたプログラムを提供することなどが重点事項として挙げられている。別に資金収支予算として数値的な指標も立てられ、成果等が客観的に判断できるようになっている。</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"> <li>■ 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>■ 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>■ 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>■ 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>■ 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。</li> </ul>	<p>・中長期総合計画に沿い、年度の法人、事業部、事業所としての事業計画が策定されている。また、定例の職員会議や所長のヒアリングでの意見・提案が集約・検討され事業計画に反映されている。また、事業所では職員会議が毎月1回開かれており、そのほかに、職員は横の、法人としての委員会にも参画しており、事業計画の策定から見直しまでのPDCAの流れの中で、意見を述べる事が可能となっている。日中活動の係毎の打ち合わせも定期的を実施しており、意見・要望などが集約され課題の把握に活かされている。更に、職員に向けて毎年度、事業計画等の内容が網羅された「業務の手引き」が配布されており、「職員の行動規範」や各種マニュアル等も綴じこまれていることから、期初の職員会議で説明がされ、自らの目標にも取り込み、その後も随時目を通し実践に努めている。</p>
			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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>■ 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>□ 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。</li> <li>□ 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>・当事業所の事業計画の「運営方針」に利用者へのサービス提供に関わる事項として「…、利用者及び保護者の意向を踏まえ個別支援計画を作成してサービスを提供する」と掲げ、その運営方針や運営重点事項の主旨を計画に組み込み利用者にも説明している。家族会が新型コロナ感染の影響を受け中止となっているが行事計画や事業所の「桃の郷通信」等を送付し、より具体的に計画がわかるようにしている。当事業所の生活介護に通う利用者が住むグループホーム、相談支援事業所、また、他の生活介護事業所、日中活動事業所とも共同し、可能な行事等に利用者への参加を促し余暇支援の充実を図っている。今後、事業計画に関わる具体的な場面で利用者や保護者に説明する機会を作り、利用者に関わる主な内容を簡潔にまとめ説明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		
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	■ 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。	・新型コロナウイルスの感染防止のため会議などの開催が自粛となっているが、平常時は法人の委員会活動として権利擁護委員会、リスクマネジメント委員会などがあり、事業所における権利擁護の実践状況、緊急時対応等、全体のサービスの質のアップに取り組んでいる。当事業所として「サービス検討会議」を毎月開き利用者一人ひとりへのサービスの向上に日々取り組んでおり、また、「より良い事業所にしていくためのセルフチェックシート」を活かし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。更に、法人として外部委員による「運営協議会」を開催し、意見・助言等を運営に活かしている。法人としての「苦情解決に関する規程」に沿い、事業所としての第三者委員も選任されており、苦情や相談内容に基づき継続的に改善への活動が行われている。外部評価機関による第三者評価については今回で2回目の受審となる。今後、事業所として自己評価及び第三者評価結果の分析に取り組まれることを期待したい。	
					■ 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。		
			a	② 評価結果にもとづく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。	■ 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。		・法人本部には「経営企画会議」があり、経営のまとめ役として全体的な福祉の動向、地域のニーズの把握・分析などを行い、それらを基にし法人の各事業の中長期的な経営計画の立案を行っている。「経営企画会議」では法人の各事業部や各施設・事業所からの事業報告や収支報告、各種委員会の報告などを評価・分析し、設備の改善や人員配置、予算的な課題等の解決に取り組んでいる。事業所の利用者へのサービスに関わる直接的な評価については、職員自ら作成する目標管理シートのセルフチェックやサービス内容を評価する「評価表」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文書化し、職員会議等で課題の共有化が図られている。
					■ 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。		
					■ 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。							
II	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。	b	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、当事業所としての職務分掌等が組織体制図として明確にされており職員にも周知されている。管理者は当事業所の所長として職員会議で現状の取り組みや今後に向けての方向性を示し、職員に対して自らの役割と責任を明らかにしている。職員に毎年度配布される「業務の手引き」には「自衛消防隊編成表」「災害時緊急連絡網」などが綴られており、更に、複合施設全体としてのBCP(事業継続計画)にも所長としての役割、代行者等がフローとなって示されている。今後、「桃の郷通信」を使用したり、新型コロナウイルスが収束段階に入り毎年5月に実施している家族会が再開されたらその場を使い、所長としての取り組み姿勢等を保護者に伝えられることを期待したい。	
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。							

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
II	1	(1)	② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a	<p>■ 45 管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持している。</p> <p>■ 46 管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。</p> <p>■ 47 管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。</p> <p>■ 48 管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。</p>	<p>・法人としての「法令遵守規程」があり、所長は当事業所の「法令遵守管理者」として自らが責任を担い、職員と連携をとりながら法令遵守を徹底し、業務を遂行している。事業所の管理者として自らも長野県や長野市、長野県知的障がい福祉協会などの研修に参加し、率先垂範し倫理や法令等の遵守に取り組み、福祉分野以外の関連法令についても理解を深めている。また、「権利擁護への意識の向上」や「虐待防止について」、労働基準法など、事業所内で遵守すべき法令等の周知も図っている。</p>
		(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a	<p>■ 49 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。</p> <p>■ 50 管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。</p> <p>■ 51 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。</p> <p>■ 52 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。</p> <p>■ 53 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。</p>	<p>・管理者は当事業所の所長として福祉サービスの質に関する課題を十分把握しており、「支援会議」や「活動室ごとのグループミーティング」などで出された利用者や家族からの意見・要望などを基に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。法人として安全衛生委員会があり、また、当事業所として事故・ケガ等については「事故報告書」を基に職員間で検討し、虐待や差別等の事案についても同じく法人の権利擁護委員会が機能するなど、委員会活動が充実しており、対策等も職員会議で周知している。研修についても法人内に研修推進委員会があり、事業所内部でもほぼ2ヶ月に1度研修に取り組んでおり、今年度は新型コロナ禍のため開催が自粛となっているが、平常時は法人内外の研修に職員を派遣している。更に、事業所全体の経費の節減に努めており、特に、「光熱水費」の節減・節約に取り組んでいる。</p>
			② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a	<p>■ 54 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。</p> <p>■ 55 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。</p> <p>■ 56 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。</p> <p>■ 57 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。</p>	<p>・基本的に法人本部で人事、労務、財務について行っているが、所長は事業所の職員会議などを通じて理念・運営方針の浸透や職員の意思統一を図り、人事、労務、財務等、運営面での効率的な業務を目指し具体的に取り組んでいる。財務面では法人の本部に負う部分が大きく、社会福祉法人という非営利的な福祉サービスという性格上事業所の収入が利用率に左右されることから新規利用者の受け入れについて態勢を整備し、利用率アップを図っている。また、事業所の支出面に留意しつつ、すべての業務についてもコストがかかっていることを意識し、特に、職員のスキルアップを図りつつ効率的な人員体制を組んでいる。</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。	b	<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>・法人の中長期総合計画や年度の事業計画には「サービスの向上を目指し、人材育成を積極的に行い専門性の確保に努めます」としており、当事業所の人材の確保についても法人本部と協議しながら取り組んでおり、必要な福祉人材や人員体制について計画的に取り組んでいる。また、法人、事業部、当事業所としての独自の研修が年間で細まれており、別に法人の職階別研修もあり目標管理制度とも連動し、職員のモチベーションのアップに寄与している。職員の異動調書についても毎年度9月に実施され、法人全体の効率的な人員配置に活かされている。今後、法人の第二期中長期総合計画に盛り込まれている「資格取得を支援する自己啓発支援制度や職員の自主性を重視した提案型研修」を更に充実させ、また、若い、優秀な人材の確保に取り組まれていくことを期待したい。</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ない。</p>	<p>・法人の基本理念や基本的視点を踏まえた「職員倫理綱領」や「職員行動規範」が明確にされ人材の育成、配置、処遇等を進めており、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。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、法人の中長期総合計画にも「人事について」として「採用」「異動」「職階制と給与」「その他」について明記し、それらに基づき実施している。目標管理制度の中で、上位者と面談する機会もあり職員の意向・意見なども集約されている。また、9月に「異動調書」を提出することにより希望する業種（サービス）についての意向も各施設・事業所で聴取されるようになってきている。今後、目標管理制度と処遇との連動や職員自ら将来を描くことができるようなキャリアパスの「求められる能力・機能」について更に具体的に明示され、モチベーションアップに繋が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	(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"> <li>■ 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> <li>■ 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> <li>■ 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> <li>■ 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> <li>■ 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> <li>■ 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> <li>■ 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> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・法人として「就業規則」や「育児休暇、介護休業等に関する規程」があり、有給休暇や育児休暇の取得の促進、職員異動調書の提出、目標管理制度による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取り組めるような環境を整えている。また、法人として「次世代育成支援対策推進法に基づく一般事業主行動計画」が今年度4月から4年間で実施されるようになっており、「男性の子育て目的の休暇の取得促進」ほかが進められている。更に、法人内の職員安全衛生委員会を中心に「メンタルヘルスクアセルフマネジメント研修」を開催している。法人としての「心の健康づくり計画」も3ヶ年で推進されており、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、法人及び施設内に職員親睦会を設け慶弔金などを受けることができ、職員のリフレッシュのために指定保養所やテーマパークなども割引利用できるようになっている。働きやすい職場づくりに向けて職員の就業状況や意向・意見について把握もされている。現場で働く職員が休日を取りやすいように、利用者との関係性にも配慮しながら勤務シフト表が組まれ、出産や子育て、介護等にも柔軟に対応できるようになっている。</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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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> <li>■ 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> <li>■ 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> <li>■ 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> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・法人の「基本的視点」「職員倫理綱領」「職員行動規範」が明確にされており、それらから「期待する職員像」を読み取ることができる。また、目標管理制度が導入されており、「職階別業務表」によりそれぞれの職階に応じ「基本的業務」「求められる資質」「果たすべき役割」等が定められていることから、職員一人ひとりの職務や経験、スキルに応じて具体的な目標が設定され、期初の目標設定時の面接での確認や中間面接での進捗状況の振り返りなども行われ、所長等から適切な助言や指導が行われている。</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
II	2	(3)	② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b	<p>■ 81 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。</p> <p>□ 82 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。</p> <p>■ 83 策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。</p> <p>■ 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。</p> <p>■ 85 定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。</p>	<p>・法人の基本理念や基本的視点を踏まえた「職員倫理綱領」「職員行動規範」が明確にされており、期待される職員像を読み取ることができる。法人の中長期総合計画や年度事業計画、事業部年度事業計画、当事業所年度事業計画には法人や事業所内外の研修等に出席し、支援に関するスキル等の専門性の向上や利用者本位のニーズにあったサービスの提供、利用者の権利養護など、職員の資質向上に取り組むことが掲げられ、実践されている。当事業所内にも研修担当係があり、「職場内研修計画」には「職場研修(職員育成)の方針」や「現状と課題(継続する課題、新たな課題)」、「年度の重点テーマ」などが明記され、最終の研修で受講者のアンケートを取り研修の評価をし、研修の成果についても分析し次年度の年間計画策定時に反映している。法人としての職階別研修や専門部会研修も実施されており、体系的に教育・研修が実施されている。今後、当施設が必要とする職員の具体的な知識、スキルの内容・水準、専門資格の取得などについて明確にし人員を充足されていくことを期待したい。</p>
			③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a	<p>■ 86 個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。</p> <p>■ 87 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。</p> <p>■ 88 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。</p> <p>■ 89 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。</p> <p>■ 90 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。</p>	<p>・職員一人ひとりの知識、技術水準、専門資格の取得状況等について法人として把握しており、各施設や事業所の人員配置に活かしている。新型コロナ禍でオンライン研修が主となっているが、職員は法人の階層別研修、業種別・職種別の専門部会研修等に参加し、また、平常時には長野県や長野市、長野県知的障がい福祉協会等の外部研修等についても参加し、復命書の回覧や伝達研修等で職員間でその内容を共有している。当事業所としての職員の研修計画も立てられており、更に、新型コロナ禍前や新型コロナ感染拡大警戒レベルが低い時であれば、法人や当施設から提供された情報などを選び職員自らが希望する研修を探し研修計画を立て「個人目標」「研修目標」「内容」「実施時期」等を明記し、当事業所の運営方針や運営重点事項の「サービスの質の向上」「働きやすい職場環境構築」等に取り組んでいる。自分の時間を使い自己啓発のための研修等に参加している職員もいる。</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>・当事業所では実習生の受け入れを福祉人材の確保とともに地域との関係づくりの一つとしてとらえ、社会福祉に関する資格取得を目指す県内外の大学生、短大生、専門学校生などの実習の受け入れについて前向きに取り組んでいる。新型コロナ禍にも関わらず、今年度も社会福祉の仕事を目指す大学生や専門学校生の実習の受け入れを行っている。当事業所には実習指導者として指導者研修を受けた施設実習担当者が複数おり、実習先の大学などと連携し効果的な実習が行えるようなプログラムを作成し実践的な指導に当たっている。別に、在宅の障がい者の受け皿としての生活介護という特性上から、特別支援学校の生徒の体験実習も受け入れている。</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。	<p>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。</p> <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。</p>	b  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>■ 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>・法人としてのホームページがあり全施設・事業所の事業報告等を閲覧でき、当事業所のページもあり概要・事業報告を知ることができる。また、「財務諸表等電子開示システム(WAM NET)」のウェブサイトに法人に関する現況報告書等（現況報告書、計算書類）の情報を公表しており閲覧することができる。法人として受審した第三者評価の結果も法人のホームページで公表されており、長野県ホームページからWAM NETへリンクすることができる。今回当事業所として2回目の第三者評価受審となっており、結果についても公表される予定である。法人のホームページにはそのほか、苦情解決結果や法人としての個人情報保護規程などの主要な規程も公開されており、透明性が確保されている。法人のホームページにはブログのコーナーもあり情報提供されているが、一般的にはまだまだ紙ベースでの情報提供が多いことから中長期総合計画や年度の事業計画の主旨などについて広報誌などで広く知らしめることを期待したい。</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定められており、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いる。決算に際し、外部の会計士による監査が行われており、法人本部や場合により事業所を訪れチェックもしている。更に、法人内の監事会が期中に施設や事業所の事務調査に入り、預かり金等のチェックもしている。法人として理事会・評議員会とは別に運営協議会があり、利用者や地域の人々に運営状況を説明し、意見・要望等を聞く機会も年1回設けている。</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	4 地域との交流、 地域貢献	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b	<p>■ 105 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。</p> <p>■ 106 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。</p> <p>■ 107 利用者の個別の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>・法人の中長期総合計画の運営基本方針に「地域ニーズに対応した貢献」として「地域との連携の確立」「地域から信頼される事業の提供」「地域における公的な取組」を推進しようとしている。また、同じ中長期総合計画の「事業の今後の方向性」の「障害者支援事業について」の運営基本方針にも「どんなに障がいが高くても地域で当たり前の生活支援、自立支援を推進する」とし、地域の他施設・事業所と連携を図り、生活介護の事業所として事業所のカラーを明確にし障がい特性に応じ利用者の住み分けを行い、活動グループや活動場所の確保に取り組もうとしている。新型コロナウイルス禍で自粛ぎみとなっているが、同じ法人や他法人のグループホームから通う利用者もおり、利用者の生活に張り合いをもっていただけるように地域での活動に参加するように努めている。現在、新型コロナウイルス禍で交流が難しくなっているが、平常時であれば例年秋に行われる隣接する他法人の事業所と協働で行う「夢まつり」でボランティアの協力が得られており、また、隣接の中学校の文化祭などで地域のボランティアとの交流がある。今後、新型コロナウイルス収束後を見据え、地域の関係組織や相談支援事業所などと連携し地域資源である公共施設等の利用案内などの情報を収集し、ニーズに応じて可能な範囲で支援されていくことを期待したい。</p>
			② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。		b	<p>■ 110 ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。</p> <p>□ 111 地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。</p> <p>□ 112 ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している</p> <p>□ 113 ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。</p> <p>■ 114 学校教育への協力をを行っている。</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	(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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 117 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。</li> </ul>	<p>・法人の中長期総合計画に障害者支援事業の運営基本方針として「法人のスケールメリットや多様なサービス機能を活かし、様々な障害者に対応できるトータル支援並びにライフステージに応じた生涯支援を推進する」としており、長野市を中心とした法人内外の相談支援事業者、障害福祉サービス事業者、保健・医療関係者、特別支援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いる。また、当事業所として業務組織図を作成し、各職員が個別支援、アクティビティ活動、衛生・美化、食事、入浴等の各サービス管理担当として分担しているが組織を横断し協働し、利用者の福祉の向上を図ることを目的として作業療法士、音楽療法士などからの協力も得られるようになっている。また、現状新型コロナ禍で交流が難しくなっているが、平常時であれば長野県の知的障がい福祉協会の支援スタッフ部会、障がい者支援部会、北レク、長野市障害ふくしネットなどに参画し情報交換などを行うこともある。</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"> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・法人として、利用者や地域の人々からなる外部委員による「運営協議会」を開催し、意見・助言等を運営に活かしている。法人としての「苦情解決に関する規程」に沿い、事業所としての第三者委員も地域の民生児童委員などから選任されており、地域のニーズを上げていただくこともある。また、法人や当事業所も含めた複合施設内各事業所の有する専門性や特性を活かし地域住民の多様な相談に応じることで福祉ニーズ等を把握している。更に、日常的な福祉サービスの実施を通じて、当事業所の福祉サービスでは対応できない利用者等のニーズも把握している。このほか、現状新型コロナ禍で地域の人々への公開が難しくなっているが、例年秋には隣接の他法人の障害者支援事業所と共同して「夢まつり」を開き、隣接の中学校体育館もお借りし地域住民と交流しており、その際のコミュニケーションを通じて地域の福祉ニーズ等を把握している。</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	(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。	b	<p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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>	<p>・法人の中長期総合計画の運営基本方針に「地域ニーズに対応した貢献」として「地域における公的な取組」を掲げ推進しようとしている。また、同じ中長期総合計画の「事業の今後の方向性」の「障害者支援事業について」の運営基本方針にも「どんなに障がいが高くても地域で当たり前な生活支援、自立支援を推進する」とし、地域の他施設・事業所と連携を図り、生活介護支援事業所として利用者本位の支援を進めようとしている。また、非常災害に備え、地元区との応援協力協定が結ばれており、更に、市からも福祉避難所としての指定を受け、利用者の安全確保と施設・設備の使用を含め事業継続が可能であることを前提として、二次被害や混乱が起きないように十分に留意し、福祉的な支援を必要とする人びとや住民への支援もできるようにしている。今後、社会福祉法人としての使命・役割と社会福祉法等の関係・事項等を具体化するため、既存制度では対応しきれない生活困窮、生活問題等の支援・解決など、地域社会での貢献活動を主体的、積極的に進め、また、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催し、地域住民の福祉に対する理解の促進や地域づくりのために取組まれていくことを期待したい。</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	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>・年度初めに全職員へ配布される「業務の手引き」内に法人の理念や基本的視点、職員の行動規範が記載されており、職員会議にて読み合わせをし内容について理解を深めている。法人の理念や職員の行動規範には利用者の尊重や人権に関わる項目があり、それらは各種マニュアルに反映され、倫理綱領と不適切ケアを含む接遇研修や権利擁護の研修を受講することにより、職員の人権意識を高めている。また、各種会議が毎月3回あり、毎回「業務の手引き」を持参し、適宜、利用者の人権について考える機会を持っている。</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) 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。	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・利用者のプライバシー保護に配慮した支援をするために「職員倫理綱領」「職員行動規範」に明示し、職員研修や会議の場でプライバシーについて学んでいる。共有スペースの浴室、トイレなどはプライバシーに配慮された造りとなっている。「職員の行動規範」の利用者のプライバシー保護に関する記載内容は各種マニュアルにも反映され、年度初めの読み合わせにて職員の理解を深めている。入浴や排泄の支援は原則同性で行い、トイレ誘導の際には小声で話しかけるなどプライバシーに配慮している。また、お便りなどに写真を掲載する際には事前に可否を相談し、その他プライバシーにかかわる事案に関しては、随時、本人や家族に相談し同意を得るようにしている。万が一、職員による不適切な事案が発生した場合には、個別に所長が注意したり、案件に応じて第三者委員や行政機関と連携し対応することになっている。</p>
			① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 138 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・複合施設としてのホームページやカラー版のパンフレットがあり、活動の様子が映った写真や平面図が記載され、分かりやすいものとなっており、必要時には各事業所ごとに見直しをしている。また、事業所の利用希望者や見学者に対してはパンフレットを用いて説明したり、事業所内を案内することによってイメージが湧くようにしている。ホームページはいつでもだれでも閲覧できる状態にあるが、広く事業所やサービスを知ってもらうためにも、今後、公共施設や相談支援事業所などにパンフレットを置くことを期待したい。</p>
			② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・サービスの開始にあたっては、運営規程や重要事項説明書、パンフレットを用いて利用者や家族の意向を確認しながら説明し、同意を得た上で書面にサインをいただいている。サービスの開始にあたっては、利用者や家族の意向を聞き、自己決定を尊重しながらサービス内容も決め支援計画を作成している。また、サービスの変更が必要な時は、サービス管理責任者や担当職員が中心となって利用者や家族の意向を確認しながら進めている。意思決定が困難な利用者については主に家族から詳細な情報を収集し、類推しながら同意を得るようにしている。</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	(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。	b	<p>■ 145 福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。</p> <p>□ 146 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。</p> <p>■ 147 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。</p> <p>□ 148 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。</p>	<p>・福祉サービスの内容に変更のある場合には、フェイスシートやアセスメントシート、ケース記録などを基にしてスムーズに変更できるように配慮している。他の施設や事業所への移行にあたっては支援会議や関係者会議にて支援の経過や課題などを口頭で申し送りしている。また、福祉サービスが終了した後の相談窓口は所長やサービス管理責任者が担い、いつでも相談できることを利用者や家族へ口頭で伝えている。今後サービス終了後についても相談できることを明確にする観点から、文書化し対象者に配布することを期待したい。</p>
		(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。	b	<p>□ 149 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。</p> <p>■ 150 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。</p> <p>■ 151 職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。</p> <p>■ 152 利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。</p> <p>■ 153 分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。</p>	<p>・利用者の満足を定期的に把握する取り組みとして、食事アンケートの実施、個別支援計画のモニタリング、担当者によるヒアリング等、様々な場面で取り組みを行っている。利用者への一番の楽しみである食事では食事係が中心となって年1回食事アンケートを実施し、出された意見や要望を基に改善を行っている。日常的には利用者との関わりの中で意見を傾聴したり、送迎時や連絡ノートで家族と意見交換を行っている。利用者や家族からの意見や要望は職員会議やサービス検討会議で検討し、必要に応じてフィードバックしている。現在、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け家族会としての活動ができておらず、書面での会議となっている。今後、幅広く潜在的な意見や満足度を把握するために匿名のアンケートを実施し、集計・分析するなどの仕組みを構築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) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="853 212 898 244">■ 154 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。</li> <li data-bbox="853 308 898 339">■ 155 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。</li> <li data-bbox="853 403 898 435">□ 156 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。</li> <li data-bbox="853 499 898 531">■ 157 苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。</li> <li data-bbox="853 595 898 627">■ 158 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。</li> <li data-bbox="853 691 898 722">■ 159 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。</li> <li data-bbox="853 786 898 818">■ 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。</li> </ul>	<p>・苦情解決責任者は所長、苦情受付担当者は主任が担い、人権擁護委員が第三者委員として任命されている。「長野市社会事業協会苦情解決に関する規程」が整備され、重要事項説明書や運営規程、利用契約書に苦情解決に関する記載があり、サービス利用開始にあたって利用者や家族に説明している。苦情解決の仕組みや担当者が記載されたポスターが活動室の中にも掲示され、利用者にわかるようになっている。苦情が発生した場合には「苦情・要望受付書」に記入し、朝礼や職員会議で検討して速やかに利用者や家族にフィードバックするようにしている。また、出された苦情は法人本部へも報告し、法人全体として共有するほか、再発防止策も検討し質の向上に努めている。障がいの特性から難しいが、今後、可能な範囲で無記名のアンケート調査などを行い、更に、利用者や家族が申し出しやすいように意見箱を設置す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 data-bbox="853 895 898 927">□ 161 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。</li> <li data-bbox="853 991 898 1023">■ 162 利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。</li> <li data-bbox="853 1086 898 1118">■ 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。</li> </ul>	<p>・当事業所の利用者の障がい特性から、重要事項説明書などの記載内容を理解して苦情受付窓口へ申し出ることは難しく、日常的には担当職員だけでなく、その日勤務している職員が利用者からの意見や相談を聴き、特に配慮が必要な場合や利用者が希望する場合には食堂や医務室を利用している。普段から利用者の意見や相談に対応しているが、日常的に接する職員以外にも専門的な相談や当事業所に相談しにくいことなど相談内容によって複数の相談方法や担当があることを説明した文書を整備す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><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> <li><input type="checkbox"/> 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。</li> <li><input type="checkbox"/> 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> <li><input type="checkbox"/> 169 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。</li> </ul>	<p>・日常の利用者からの相談はケアの中で随時傾聴するように努めている。苦情に関わるものは「長野市社会事業協会苦情に関する規程」に沿って対応し、その場で判断が難しい相談や意見に関しては、極力早く返答する旨を利用者に伝えた上で、所長や主任、サービス管理責任者に相談したり、職員会議で検討してからフィードバックするようにしている。また利用者や家族からの意見や要望は、随時、個別ケアや全体的なケアの質の向上に生かしている。今後広く潜在的な意見を収集するために意見箱の設置やアンケートを実施したり、現在行っている利用者からの相談への手順や対応をマニュアル化しサービスの向上に繋げられていくことを期待したい。</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"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> </ul>	<p>・リスクマネジメントに関する責任者はサービス管理責任者が担い、法人内にはリスクマネジメント委員会が設置されている。法人として「危機管理マニュアル」や業務の手引き内にある「事故発生と直後の対応」を整備し、年度初めには職員会議にて確認をしている。随時、ヒヤリハット報告書や事故報告書を起草しており、発生当日に暫定対策を考え、翌日の朝礼で周知し、職員会議にて再度発生要因を分析して対応策の変更や再確認を行っている。またヒヤリハットや事故報告の事案は法人のリスクマネジメント委員会に報告し、委員会でも分析して各事業所へフィードバックしている。沢山のヒヤリハット報告書や事故報告書がファイルに綴られており、職員のリスクマネジメントに関する意識の高さが窺えた。</p>



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
Ⅲ	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><input checked="" type="checkbox"/> 176 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 177 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 178 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 179 感染症の予防策が適切に講じられている。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 180 感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> </ul>	<p>・感染症対策の責任者は所長が担い、新型コロナウイルス感染症を始めとした「感染予防の基本マニュアル」が整備され、年度初めの職員会議にて確認をしている。県や市の保健所主催の研修やガウンテクニックの研修を通して感染予防の意識を高め、正面玄関では検温と手指消毒、体調確認を行い、食堂の入り口にはハンドソープ、ペーパータオル、アルコールが準備され、職員の声掛け・付き添いで手洗いを促す等、スタンダードプリコーション(標準予防策)を確実に実施し感染予防を徹底している。日常的に食堂や活動室の消毒もしたり、食事介助の際にガウンやマスク、フェイスシールドを着用して感染予防に努めている。感染症が発生した場合には家族に迅速に連絡をしたり、医務室で隔離するなど適切な対応が取られている。また、感染症に関わるマニュアルは法人の看護部会が中心となって随時更新しており、事業所としては事業継続計画を作成していく予定である。</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している。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 182 災害時の対応体制が決められている。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 183 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 184 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 185 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 186 防災計画等を整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。</li> <li><input type="checkbox"/> 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。</li> </ul>	<p>・「自衛消防隊編成表」によって職員の役割分担が決められ、「危機管理マニュアル」内に「緊急時対応マニュアル」や「災害時緊急連絡網」、「利用者情報」などがまとめられている。毎年消防計画を作成し地震や火災想定での防災訓練を実施し、その内1回は消防署員立ち会いの下で行っている。当事業所は長野市の福祉避難所に指定されており、食料や水、毛布などの備蓄も用意され、所長と主任が定期的に備蓄リストに沿って在庫管理をしている。また、今年度、連絡の迅速化や業務の効率化を目的にSNSの活用を始めており、台風の時期には成果があったという。現在、不審者対応が記載された「防犯マニュアル」が整備されているが、実際には訓練を実施していないため、今後、訓練を実施し万が一に備え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
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	<p>■ 188 標準的な実施方法が適切に文書化されている。</p> <p>■ 189 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。</p> <p>■ 190 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。</p> <p>■ 191 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。</p>	<p>・標準的な文書として「業務の手引き」や「かがやき職員タイムスケジュール」、「業務内容（1日の流れ）」「個別外出マニュアル」「送迎に関する注意事項」「ハーモニー桃の郷入浴・トイレ・食事介助・支援についての指針」があり、マニュアルによっては利用者のプライバシーや権利擁護についても触れられている。これらのマニュアルは年度初めの職員会議で確認したり、OJTによって周知を図っている。また、朝礼や職員会議、サービス検討会議で適切に実施されているか随時確認している。</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	<p>■ 192 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。</p> <p>■ 193 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。</p> <p>■ 194 検証・見直しにあたり、個別支援計画の内容が必要に応じて反映されている。</p> <p>■ 195 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。</p>	<p>・各種支援マニュアルは職員一人ひとりに手渡される「業務の手引き」に綴られており、必要に応じて法人の各委員会が中心となって改訂を実施している。「業務内容（1日の流れ）」や「かがやき職員タイムスケジュール」など事業所独自のマニュアルに関しては職員会議にて随時見直しを行い、必要に応じて個別支援計画の内容、利用者や家族の意見なども反映するようにしている。</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) 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"> <li>■ 196 個別支援計画策定の責任者を設置している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・個別支援計画策定の責任者はサービス管理責任者が担い、アセスメントはプランナーや他事業所の情報を基にサービス開始前や定期的な見直しの時期に実施し、利用者や家族のニーズを吸い上げた上で個別支援計画策定に繋げている。また、必要に応じてプランナーやケアマネジャー、他事業所職員が参加する支援会議や関係者会議に参加し情報共有や支援の方向性など話し合っている。ケース記録やサービス検討会議にて計画通りにサービスが実施されているかどうかを確認できるようになっている。また、強度行動障害の方に対しては利用者の状態やニーズを深く掘り下げるために「5ピクチャーズ」というツールを用いて、支援計画シートや支援手順書に落とし込んでいる。</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>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・個別支援計画のモニタリングはケース記録や利用者担当の意見を基に6ヶ月ごとに実施され、その際、実施できなかった内容や課題などを明確にしながら、プランナーが作成する「アセスメントのまとめ」や「支援の方向性と具体的支援内容」も参考にし見直しをしている。見直しの結果は職員会議やサービス検討会議、申し送りノートにて職員へ周知している。また、利用者の心身の状況や取り巻く環境が変化した場合には、サービス管理責任者が中心となって随時計画を変更している。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・利用者の身体状況や生活状況などは「フェイスシート」に記録され、支援日誌やバイタルチェック表から個別支援計画に基づいてサービスが実施されているか確認することができる。法人として記録の書き方に関する研修を実施し、職員によって書き方に差異が生じないように努めており、様々な情報共有を目的として朝礼や職員会議、サービス検討会議が実施され、申し送りノートの活用もされている。また、法人としてパソコンのネットワークシステムが導入されており、必要な情報をすぐに関連したり、利用することができる状況になっている。</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>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 215 記録管理の責任者が設置されている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 217 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・記録管理の責任者は所長が担い、「長野市社会事業協会個人情報保護規程」や「個人情報に対する基本方針」によって、個人情報の取り扱いや不適切支援に関して規定されており、年度初めの職員会議で読み合わせをしたり、必要に応じて確認している。また個人情報が含まれる書類は事務所で厳重に管理され、パソコンのネットワークシステムはパスワードにて管理されている。利用者や家族に対しては個人情報の取り扱いについて、契約時に重要事項説明書を用いて説明している。</p>