

(別添 1)

事業評価の結果（共通評価項目）

福祉サービス種別 施設入所支援・生活介護
事業所名（施設名） すわ湖のほとり

第三者評価の判断基準

長野県福祉サービス第三者評価基準の考え方と評価のポイント、評価の着眼点【障がい者・児福祉サービス版】共通項目に係る判断基準による

○判断基準の「a、b、c」は、評価項目に対する到達状況を示しています。
 「a」評価・・・よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
 「b」評価・・・aに至らない状況＝多くの施設・事業所の状態、aに向けた取組みの余地がある状態
 「c」評価・・・b以上の取組みとなることを期待する状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
I 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1 理念、基本方針が文書（事業計画等の法人（福祉施設・事業所）内の文書や広報誌、パンフレット、ホームページ等）に記載されている。 ■ 2 理念は、法人（福祉施設・事業所）が実施する保育の内容や特性を踏まえた法人（福祉施設・事業所）の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 ■ 3 基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。 ■ 4 理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。 □ 5 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。 ■ 6 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。 	<p>・法人として「福祉の追及」という理念があり、「ご利用者幸福の追求」や「地域貢献の追及」、「職員幸福、職場環境の追求」、「今を、未来を支える福祉の追求」など、四つの追及が掲げられ職員の行動規範となっている。法人のホームページやパンフレット等にも掲載があり、法人及び施設の目指す方向性などを読み取ることができる。また、理念に連動した施設としての運営指針があり、「仕事は丁寧に。対応は誠実に。」「ご利用者さんに寄り添った援助」という姿勢を貫き、職員も自らの業務の中で意識し利用者に接している。更に、法人及び施設が連動して毎年度の「注力事項」及び「事業計画」を立案しており、業務体制表、業務分掌などに具体的に落とし込み職員会議等で説明するとともに法人の動向や施設の動向等についても伝え、新規採用時にも説明を加え理解を深めるようにしている。職員はそれぞれ担当する業務は違うものの自らの言葉として理念や方針について語る事ができ、施設として目指す「職員像」に近づけようと努めている。利用者や家族には、毎月1回行われる利用者との対話集会や保護者会の開催、施設の活動記録を兼ねてのホームページ掲載などを通じて「法人理念」や「施設の運営指針」を周知している。今後、理念や方針を再確認していただく意味からも保護者や地域の人々に向けた「施設だより」を復活し、更に理解を促すような取り組みを期待したい。</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	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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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>	<p>・国や県、市の施策・方向性などを前提とし、施設利用者の特性等も含めた外的、内的な環境の変化を加味し、施設の将来性・継続性を見通しながら課題を把握している。施設移転から2年が過ぎようとしているが、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者の動向等の分析も行っている。毎年度見直しをしている法人及び施設としての中期計画というべき「注力事項」が明文化されており、圏域の自立支援協議会等への参画、入所や短期入所のニーズを調整する中で情報収集に努め、職員会議等で法人の実態や施設の実態等についても分析し地域での需要等について把握している。毎月開催している対話集会等を通して直接利用者の声を聞き、支援計画策定に際して利用者や保護者からのニーズも踏まえ、施設内相談窓口は勿論のことエリア内の自治体や自立支援センターなどの各種会議に参加し情報の収集や提供に努め長期的視野に立ち事業運営に反映している。</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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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>	<p>・法人として毎年度外部の専門機関による経営分析を受けており、各施設や各事業所については「収益性分析」「安全性分析」「生産性分析」の三つの分析から課題が明らかにされている。法人として、また、施設として毎年度、事業報告書や収支報告書を作成しており、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に反映され具体的に取り組んでいる。役職者会議や各部署ミーティング、各係会、朝礼などの場で職員にも課題が説明がされており、意見や提案等も集約され、職員個々の目標シート等にリンクするようになってきている。役職者会議では月次の収支試算の分析や事業計画の見直しなども行われ、各係会などでも年次の活動の振り返りが行われ、次年度の計画に繋げている。更に、利用者との対話集会も毎月開催され意見などを計画の見直しや施設運営の改善に活かしている。</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 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	■ 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。	・施設としての「注力事項」として中期計画が策定されており、障害者総合支援法の動向を踏まえ、年度によりフレキシブルに対応できるようになっている。計画の内容も法人理念の実現に向けたもので、「利用者支援(処遇)の向上」「地域貢献」「人材育成」「施設環境整備」等、マンネリ化にならないようにより具体的なものとしている。また、事業報告等においてもより具体的な数値として分析・評価を行えるようにしており、更に、毎年度、外部の専門機関による経営分析が法人の各施設や各事業所で実施され、その分析結果などを踏まえ中期計画の見直しも行われている。
			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	
■ 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
I	3	(2) 事業計画が適切に策定されている。	① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a	<p>■ 23 事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。</p> <p>■ 24 計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。</p> <p>■ 25 事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。</p> <p>■ 26 評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。</p> <p>■ 27 事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等）されており、理解を促すための取組を行っている。</p>	<p>・事業計画の策定に当っては各部署からの役職者会議や職員会議において意見や提案を聞き反映するようにしている。日中活動(余暇)係、身体拘束廃止検討係、リスクマネジメント係、業務改善検討係、IOT導入検討係、BCP(非常時における事業継続計画)検討係等の係があり一定の見識や業務上の経験を有する職員が参画し、それぞれの立場で課題を上げ計画の策定に繋げ、各係からの要請に従って他の職員も資料等の収集・分析に関わっている。また、当施設では年度当初の役職者会議や職員会議で事業計画や年間行事計画を基に説明がされている。更に、各職員の目標シートの裏面には法人及び施設の目標が印刷され、表面にも部署の目標が掲げられ、職員はそれらを基に自らの目標を作成している。基本的に四半期ごとに役職者会議や各種会議において振り返りが行われており、外部の専門機関による経営分析も踏まえ進捗状況を確認し、改善すべきことがあれば対策を立て軌道修正を図っている。</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	<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>・利用者や家族には利用者との対話集会や保護者会開催時に事業計画などを説明している。また、保護者会役員に第三者委員を依頼していることから、毎月対話集会に参加していただき利用者の意見や要望等も一緒に聞いていただいている。更に、施設のホームページを活用し施設内外での活動がわかり易いようにブログとして公開している。利用者の重度化と高齢化などにより難しくなりつつあるが、行事などを含めた事業計画の主な内容を簡潔にまとめ図示化する等、利用者の理解が更に深まるような工夫を重ねら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	織4 的福 ・社 計画 ー的 ビス な取 組の 向上 への 組	(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。	① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a	<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を受審している。</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>・施設内には業務改善検討係、個別支援計画検討・実行係等の係があり、提供しているサービスの現状を把握し、その水準の維持向上に努めている。特に支援内容については計画から実施、評価、見直しの流れが確立されており、利用者の個別支援計画等を基にしたケース会議やケア会議が定期的に行われており課題を注出しサービスの改善に役立てている。施設の2020年度の「注力事項」にも「利用者支援（処遇）の向上」として記載し、サービスの向上に継続的に取り組んでいる。福祉サービスの第三者評価についてもほぼ三年に一度受審し、時系列的に改善の課程が見えるように積極的に取り組んでいる。</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。	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>・毎年度、法人として専門機関による各施設や各事業所の経営分析が行われている。その中で「実績対収入比率」も作成されており、客観的な分析が計数面からも行われている。また、それらを基に次年度の事業計画についての提言も行われており、提供しているサービスについては各係会等の体制を整え組織的に改善に努めている。更に、施設内の支援会議やケース会議等で課題の共有化も図られている。前回の第三者評価受審後、施設の新設移転という過程を経て新たな課題に取り組んでいる。</p>
II	リ1 ー管 ダ理 ー者 シの ツ責 プ任 と	(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>・管理者は施設の運営指針や注力事項、事業計画等を通し目指す方向性を示し、また、施設の運営規程や重要事項説明書にもその職務内容を明記し、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。更に、施設としての組織体制、職員業務分担等が文書化されており職員にも周知されている。有事の際には施設長が自営消防・防災組織の隊長となっていることから利用者や職員をリードする役割を担っており、不在時には施設の防火管理者が代行するようになっている。非常時の停電に際しても自家発電等により最低限必要な電源・燃料を確保し、食料品ほか備蓄等も備え利用者の安全・安心に繋げている。</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	(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>・法人としての職務分掌や当施設の運営規程に管理者として「施設の従業者に対し、法令等の規定を遵守させるための必要な指揮命令を行うこと」と定められており、管理者も各種団体の会議や研修等に参加しその主旨を会議等で職員に伝え、法令順守に関わる外部の会議や研修等に各職種の担当職員に復命で参加するよう促し施設内での伝達研修などを通じ周知を図っている。また、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。更に、施設内で虐待防止や権利擁護についての研修も行い、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>

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)	② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a	<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>・施設長は法人本部と連携し月次経営分析を実施しており役職者会議や職員会議でその状況を共有しさらなる改善に努めている。職員は職種に応じたり職種を横断したいずれかの係に所属しており、日常業務の効率化と合理化に取り組んでいる。人事、労務、財務等でも本部と協働し、効率的な業務運営を目指し取り組んでいる。特に財務面では法人の本部に負う部分もあるが、法人の各施設や各事業所は毎年度外部の専門機関による経営分析を受けており、三つの分析から課題が明らかにされ独立採算的な要素が求められることから収支予算のみでなく、各業務についてもコストがかかっていることを意識し経費削減に取り組んでいる。</p>
	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ともに取り組んでおり、必要な福祉人材の採用や人員体制についても法人グループ内の県内3施設間での計画的な異動が実施され活性化が図られている。育児休暇・介護休暇・看護休暇などの職員への支援制度も充実しており職員同士で補完し利用者へのサービス低下に繋がらないようにしている。また、目標支援制度により職員の育成にも取り組んでおり、介護福祉士資格取得に向けた実務者研修のサポート体制も整備している。法人としての新任職員研修やスペシャリスト養成研修、長野県社会福祉協議会、長野県身体障害者福祉協会等の研修にも参加しレベルアップが図られている。</p>
			② 総合的な人事管理が行われている。	a	<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>・法人の理念の一つとして「職員の幸福」が掲げられ、法人や施設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。当施設として目指す「指定障害者支援施設すわ湖のほとりの職員像」と「経験職への期待水準」があり、運営指針に掲げられ行動する際の指針として職員も順守している。法人として2014年度から人事制度、「目標支援制度」を導入しており、キャリアパスが設定され、個々の職員についても等級により求められる役割が明確にされている。年2回、期初に立てた目標シートと人事考課表を基に中間面接と最終面接が行われ、職員一人ひとりの意向を表わす機会も設けられている。「目標支援制度」により職員の自覚も深まり、士気の高揚にも繋がっている。キャリアパスについて、法人としてその導入を図ることで「将来あるべき姿になるためには何が足りないのか、足りない要素をどう補うのか」という視点をもって職員の育成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	(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 68 職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。 ■ 69 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。 ■ 70 職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。 ■ 71 定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。 ■ 72 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。 ■ 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。 ■ 74 改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。 ■ 75 福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。 	<p>・ 職員の就業状況については本部と連携し把握している。職員の意向等についても法人の「目標支援制度」に沿い上位職との定期面接を行い、加えて面接時期に捉われず随時実施することで把握し、仕事と生活の両立に配慮しつつ働きやすい職場づくりに取り組んでいる。家庭を持つ職員も多いことから、業務の改善を職員自らが進めたり、施設の職員配置を見直したりして育児休暇・介護休暇・看護休暇なども含め職員間で休暇を融通し合っている。また、有給休暇取得の促進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も整えている。更に、定期的な健康診断や予防接種なども行い健康づくりにも取り組んでいる。職員の互助会があり、忘新年会や暑気払い、慶弔見舞などが行われている。資格取得についても法人からの一部助成があり、法人として「スペシャリスト養成研修」などを実施し、次世代の運営幹部層の育成についても取り組んでいる。法人としてストレスチェックも実施しており、メンタルヘルスの不調を未然に防止するために外部の医師、保健師、精神保健福祉士等との面接が可能となる仕組みも整えている。</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"> ■ 76 組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。 ■ 77 個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。 ■ 78 職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。 ■ 79 職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。 ■ 80 職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末(期末)面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。 	<p>・ 施設として「指定障害者支援施設すわ湖のほとりの職員像」と「経験職への期待水準」を定め、組織として求める「期待する職員像」を明確にしている。法人の県内3施設は独立採算的な運営をしており、当施設では移転に伴い新規職員の採用も見られるが、「目標支援制度」により、職員一人ひとりの知識や経験に応じた具体的な「職員像」がキャリアパスとしても明示されている。また、「目標支援制度」に基づき半期に一度個別面接が行われており、期の間や年度末で面接を行い、更に、自ら立てた計画の進捗状況についての振り返りも行い、上位職から適切な助言等が得られようになっている。また、定期的な面談だけでなく、係長や主任にも直接相談することもできる。</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>・職員の教育・研修については法人の経営理念の一つ「職員幸福、職務環境の追求」に沿った施設としての運営指針や年度事業計画に「人材育成」あるいは「職員育成」として明確にし、施設内外の職員研修計画を立て進めている。特に施設外研修の報告は、個人と施設のものだけでなく、全職員に行きわたるように報告会への参加や報告書の閲覧を促している。また、「指定障害者支援施設すわ湖のほとりの職員像」と「経験職への期待水準」も運営指針に掲げ、職員の期待されるレベルについても明確にしている。加えて、人事制度「目標支援制度」に基づいたキャリアパス制度に沿い、体系的な教育・研修計画に結び付けている。更に、施設が必要とする資格の取得も含め復命で研修に参加させるほか、職員はそれぞれの担当職種、経験やスキルに合わせ各種研修に参加し、専門性の向上や利用者本位のサービスの提供に努めている。「長野県身体障害者施設協議会」の研修や法人内の「事例・技術発表大会」もあり知識の取得と技術の向上を図っている。今後、実施あるいは受講した教育・研修の成果について評価・分析し、外部研修については結果によっては取捨選択し、法人や内部の研修については見直しが必要であれば検討を加え有用な研修となるように対策を取ら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。	b	<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、参加を推奨している。</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は法人や施設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。復命での研修については文書として報告がされており、内容については必要性に応じ会議での報告や報告書の閲覧により周知されている。職員の自己啓発のための研修については、施設から提供された情報などを取り、自分の時間を使い研修等に参加している。法人として新入職員の集合研修とフォローアップ研修が行われており、施設としての業務分担表にも「新入職員(介護員)の指導に関すること」として担当者を数名任命し、新規職員の相談に乗ったり、きめ細かい指導に当たっている。今後、各階層や職員の経験・習熟度に配慮したOJTや各階層に合わせた研修の場を確保し、更に、必要とする知識・技術水準のレベルアップに取り組み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	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。	b	<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>・中期事業計画ともいえる施設の年度「注力事項」で実習生の受け入れを積極的に行うことを上げている。新築移転前の旧施設は市街地から離れ遠いこともあり、以前から実習生の受け入れが少なかったこともあり、現在も受け入れが少ない状況となっている。実習プログラムについては基本的に実習依頼元の大学や短大と打ち合わせ、実習生の種別等に配慮した効果的な内容となるよう依頼元のプログラムに沿って実施するようになっている。施設が市街地へ新規移転し利便性も改善されたことから大学や短大に実習生受け入れが可能であることをアピールし、今後、受け入れマニュアルや専門職種の特性に配慮したプログラムを組織として作成し、職員間の意志統一の場を設け、ブレのない受け入れ体制を整えられていくことを期待したい。</p>
II	3 運営の透明性の確保	(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b	<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>・法人や当施設としてのホームページがあり、法人や施設の概要、法人全体の現況報告や事業報告、収支報告等も知ることができ。施設の透明性を図るため第三者評価を受審しており既に前回分が公表されているが、今回、2回目の第三者評価として結果が「福祉保健医療情報ネットワークシステム(WAMNET)」に公開される予定になっている。時代の流れに沿って施設のホームページのブログを充実させているが、今後は、移転とともに休刊状態になっている広報誌について早期に発刊を進め、施設の活動報告やそれぞれの部署の取り組み姿勢、利用者や職員の紹介、利用者の作品等を掲載し、より施設への理解が深まるように配布方法等も含め工夫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	(1)	② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 101 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルールが明確にされ、職員等に周知している。 ■ 102 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。 ■ 103 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について、必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を得ている。 ■ 104 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。 ■ 105 外部監査の活用等により、事業、財務に関する外部の専門家によるチェックを行っている。 ■ 106 外部監査の結果や公認会計士等による指導や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。 	<p>・法人として事務、経理等についての各種規定を整備し、経理事務は各施設・各事業所の事務担当者が処理した経理業務と給与計算を本部に集約することで業務の迅速化が図られている。経理業務については社会福祉法人制度の改革「経営組織のガバナンスの強化」の一環として2017年度から会計監査人制度が導入され、法人運営の透明性を図っており、法人の定款にも定められ、会計監査人から助言なども受けることが出来るようになっている。会計監査人の選定に当たっては「社会福祉法人横浜社会福祉協会 会計監査人候補者選定基準」「社会福祉法人横浜社会福祉協会の会計監査等業務に係るプロポーザル実施要項」等を通して公平・公正が保たれている。</p>
II	4 地域との交流、地域貢献	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b	<ul style="list-style-type: none"> ■ 107 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。 □ 108 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。 ■ 109 利用者の個別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。 ■ 110 福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。 ■ 111 利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。 	<p>・法人理念に「地域貢献の追及」として掲げられており施設の注力事項(中期事業計画)や年度の事業計画にも「地域への貢献」として掲げている。新型コロナウイルス禍、現在自粛となっているが利用者の中には地域の他のデイサービス事業所に通う方もいる。新地移転後は地元洪崎区との交流を目指し、行事等の打ち合わせにより年間計画を作成し、また、施設行事の防災訓練では地元消防団に参加していただき、指導等を頂いている。外出サービスにおいては少人数グループによる外出支援を行うとともに、個別支援計画に沿った通院などの個人サービスにも取り組んでいる。今年度は新型コロナウイルス禍、利用者や職員のみで行われたが、毎年夏には地域の人々にも告知し夏祭りを開催し、施設内の見学や模擬売店も設け多くの地域の人々との交流が図られるようになっている。今後、活用できる社会資源や地域の情報を収集し、利用者が理解しやすいように資料や情報の提供方法を工夫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	(1)	② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 116 学校教育への協力を行っている。 	<p>・現状新型コロナウイルス禍、地域のフラワーアレンジメント、木やり保存会等のボランティアの来訪が中断となっているが収束後はいつでも受け入れられようになっている。同じく、見学も積極的に受け入れ、利用者との交流の機会を多く作れるよう体制を整えている。地元子供会が実施する夏休み中のラジオ体操の場所の提供や中学生の職場体験学習受け入れのための事前授業についても参加している。今後、施設としての業務分担表にボランティアに関わる担当者を任命し、利用者への理解を促すためとボランティアの定着化を目指し、ボランティア受け入れのマニュアルの策定や研修、事前説明等について機会を見て取り組まれることを期待したい。</p>
		(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。		b	<ul style="list-style-type: none"> <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 type="checkbox"/> 121 地域に適切な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
II	4	(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b	<p>■ 122 福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。</p> <p>□ 123 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。</p> <p>□ 124 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。</p> <p>■ 125 災害時の地域における役割等について確認がなされている。</p> <p>■ 126 多様な機関等と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。</p>	<p>・法人理念には「地域貢献の追求」として掲げられており施設の年度注力事項(中期事業計画)や年度の事業計画にも「地域への貢献」とし具体的に上げられており、諏訪圏域の自立支援協議会の委員を務め、市、市社会福祉協議会などと連携し地域での活動に取り組んでいる。市の障がい福祉計画の策定にも参画しており、地域の活性化やまちづくりに貢献している。また、施設の夏祭りなどで施設の見学受け入れも行い、地元洪崎地区と防災協定を結び協力体制を整えている。更に、2019年10月の台風19号の際には避難所として他の福祉施設利用者の受け入れも行った。今後、施設の専門性を活かし、研修会や講習会の開催、地域住民のニーズに応じた自由に参加できる多様な支援活動などを行っていくことを期待したい。</p>
			② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。		b	<p>■ 127 福祉施設・事業所の機能を地域に還元することなどを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>□ 128 民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>□ 129 地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。</p> <p>■ 130 関係機関・団体との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>□ 131 把握した福祉ニーズにもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。</p> <p>■ 132 把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
Ⅲ適切な福祉サービスの実施	1利用者本位の福祉サービス	(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 137 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。</p>	<p>・施設の運営指針の基本方針で「重度の障がい者を支援する障がい者施設としての役割を常に自覚し利用者の立場に立った安心安全なサービス提供を徹することを基本とする」とし、法人理念にある4つの「福祉の追及」を掲げている。また、「仕事は丁寧に。対応は誠実に。」「ご利用者さんに寄り添った援助」を目指し、施設として「生活援助検討係体系」定め内容を充実させ、17の各係毎に専門性を発揮させている。「経営理念」や「施設運営指針」、「指定障害者支援施設すわ湖のほとりの職員像」等は、権利擁護のための行動や職員研修の実施を促す内容となっている。職員は職員会議や研修で利用者の尊厳や基本的人権への配慮について学び、利用者本位の福祉サービスを実践している。</p>
			② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。		a	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 144 不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント								
Ⅲ	1	(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。	① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b	□ 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。	・法人の理念に即した施設の運営指針があり、法人のパンフレット、事業所のパンフレット、ホームページ等で情報を発信している。「見学」は随時受付け、個別に説明をしており、施設の概要として「生活介護事業」「施設入所支援事業」などの主たるサービスに加え「地域生活拠点事業」や「タイムケア」、「短期入所」等も載せ、選択ができるように工夫をしている。パンフレットや広報誌はカラーで写真や絵、図等を使って分かりやすい内容となっている。今後、パンフレットなど施設に関する資料を福祉事務所や行政の窓口等に置き多くの人が入手できるようにし、実施する福祉サービスの内容等について組織として積極的に情報提供を行うことを期待したい。							
			■ 146		組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。	■ 147		福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。	■ 148	見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。	■ 149	利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。		
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	■ 150	サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。		■ 151	サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。		■ 152	説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。	■ 153	サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。	■ 154	意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。	・利用開始時には、重要事項説明書を基に法人や施設の概要、サービスに関わる設備等の概要、従業者の配置状況、利用料金等を利用者の理解度に合わせ、また、家族にも説明し、同意を得ている。施設利用に当っては市町村の窓口への申請等もあることから利用に到るまでは本人や家族が理解・納得するまで余裕を持たせている。毎月開催される利用者との対話集会やケア会議（モニタリング）等では、サービス内容の変更も含めて利用者へ説明を行い、自己決定を常に重んじている。
■ 151		サービス開始・変更時には、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。	■ 152		サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。	■ 154		意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。						

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
Ⅲ	1	(2)	③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 158 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。</p>	<p>・利用者の状態の変化や家庭環境の変化等が見られ、事業所の変更や地域・家庭への移行が必要とされる場合にはサービスの継続性を損なわないように生活状況などを細かく申し送り、引継ぎを行っている。情報提供が必要な場合は利用者の意向、希望を尊重し利用者や家族の同意のもと行われている。契約時には、サービスの終了後にも相談ができる窓口があることを説明し重要事項説明書に担当者や連絡先を明記し、また、退所時にも説明をしている。</p>
Ⅲ	1	(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	<p>□ 159 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 163 分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。</p>	<p>・職員は数名の利用者を担当し、日々かかわる中で、どれだけ満足しているかを把握し個別支援計画を作成する中で細かく話し合い実現できるように取り組んでいる。ケース会議等では担当職員、利用者本人から表出された意向を全体で共有している。また、対話集会や保護者会等が定期的に行われており、利用者満足を把握する仕組みとして機能している。食事や外出などの具体的な要望は、食事検討係や日中活動(余暇)係で担当し実現に向けて検討を加えている。自分の思いを表出できない場合には、担当職員等が思いを推測したり、汲み取ったりして満足度の把握に努めている。利用者本位の福祉サービスについては、施設が一方向的に判断できるものではなく、利用者がどれだけ満足しているかという双方向性の観点が重要であるといわれている。利用者への個別の相談面接や聴取を定期的に行い福祉サービスの質の向上に結びつけ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	Ⅰ	(4) 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている。	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b	<ul style="list-style-type: none"> ■ 164 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。 ■ 165 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。 ■ 166 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。 ■ 167 苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。 ■ 168 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。 □ 169 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。 ■ 170 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。 	<p>・運営規定第20条（苦情解決）、契約書第16条（苦情解決）では、提供した施設障害福祉サービスに関する利用者及び家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するため、苦情を受けつけるための窓口を設置するとし、重要事項説明書には、苦情受付窓口（担当者）、受付時間、苦情解決責任者、第三者委員を明記し体制を整備している。利用者には「苦情を適切に対応する体制を整えていること」を表記した文書を配布し、疾病の程度に合わせて説明を工夫している。「利用者聞き取り調査」では約半分の利用者が第三者委員の存在や外部の人に意見を述べることができることを知っていた。表出された意見・要望、苦情については謙虚に受けとめ、話し合いがなされている。検討内容や対応策は利用者及び家族にフィードバックし、決められた様式に記録されている。また、利用者と職員が参加して行う対話集会の質疑応答では、多くの意見が出されているが、すぐに対応できるものと時間を必要とするものを分け、中には苦情として扱うものもある。今後、利用者や保護者から寄せられた意見や苦情等に適切に対応してその解決にあたり、苦情申し立て者への配慮を苦情内容や解決策をホームページ等で公開することで福祉サービスの質の向上を図るとともに施設の透明性をアピールされていくことを期待したい。</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"> ■ 171 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に行うことをわかりやすく説明した文書を作成している。 □ 172 利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。 ■ 173 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。 	<p>・重要事項説明書には「利用者や家族に対して適切な相談対応、助言、援助等を行い常に連携を図る」として、対話集会の充実や個別支援計画等で意見を聴いている。利用者が相談や意見を述べる方法や相手は複数あり、それぞれの疾病や心身の状況により選ぶことができるようになってきている。対話集会等で意見を述べる利用者もいるが、主には担当職員に相談したり、担当職員が表情やしぐさ等からくみ取ったりしている。玄関横には相談のできるスペースがあり環境にも配慮がされている。今後、利用開始時に説明を行うだけでなく日常的に相談窓口を明確にしたうえで、その内容をわかりやすい場所に掲示したり、利用者等へわかりやすい資料を配布するなど、更に相談や意見を述べやすい環境を整備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
Ⅲ	1	(4)	③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b	<ul style="list-style-type: none"> ■ 174 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。 □ 175 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 ■ 176 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。 ■ 177 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。 ■ 178 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。 ■ 179 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。 	<p>・利用者から申し出のあった苦情・相談は受付から解決までの一連の手順を追って記録のできる記録簿を整備し活用している。日々利用者とかかわり信頼関係の構築に努め、利用者が相談しやすい関係づくりや意見の傾聴に努めている。施設内には意見箱が設置されており、定期的な対話集会や保護者総会に施設職員が参加する等、様々な場面で「利用者の声」を把握するための取組を行っている。意見には迅速に対応できることから速やかに取り組み、検討に時間のかかる場合には状況を説明している。今後、仕組みを効果的なものとする観点からマニュアル等については、適宜見直しをされることが望まれる。</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"> ■ 180 リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。 ■ 181 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。 ■ 182 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。 ■ 183 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。 ■ 184 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。 ■ 185 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。 	<p>・安全安心なサービスを提供するため、施設では「リスクマネジメント係」を設置し事故要因の分析、改善策を話し合い再発防止に努めている。リスクマネジメント係では3ヶ月毎に会議を開き、「事故報告書」「ヒヤリハット報告書」に基づきその過程や要因を分析・検討し、全職員が共有できるように会議等で報告し施設全体として共有し、サービスの質の向上につなげている。</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。	b	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 189 感染症の予防策が適切に講じられている。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 191 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。</p>	<p>・「感染症予防対策検討係」を中心に感染症の予防と発生時における利用者の安全の確保のための体制を整備し組織として取り組んでいる。「感染症予防対策検討係」として感染症についての的確な情報を収集し、施設職員としての意思統一のための研修を開催したり、感染症に関するガイドラインやマニュアルなどを基に予防手順や対応方法を周知したりして蔓延防止に努めている。また、インフルエンザ、ノロウイルス、新型コロナウイルス等についての知識も身に付け、季節ごとにミニ研修会を実施し周知徹底を図っている。感染対策を効果的に実施するためには、職員一人ひとりが自ら考え実践することが重要であり、各施設での実情を踏まえ、独自の指針やマニュアル等を作成することが望ましいとされている。今後、近年の施設における感染症の動向や新たな知見も踏まえマニュアルの改訂に取り組まれることを期待したい。</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。	a	<p>■ 192 災害時の対応体制が決められている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 197 防犯に係る利用者等の安全の確保対策を検討し、実施している。</p>	<p>・災害時における利用者の安全確保のための取り組みは、「事業計画」に位置づけられており、日頃から防災意識とその重要性を第一に防災教育、訓練を行っており、災害時における利用者の安全確保のために様々な取組を行っている。訓練は年に3回（火災・地震・水害等の想定で）行われ、地区の住民や消防団員も加わり実施している。本年度は特に水害による訓練に力を入れ職員研修も重ねている。地元区・消防団とはそれぞれに協定書を交わし、災害時にはお互いができることで協力し合えるように分担を決めている。施設の1階には食料品や水等の備蓄（利用者人数×3日）があり、栄養士が主となりリストを作成し備蓄の管理・整備を行っている。また、災害時におけるBCP（事業継続計画）マニュアルの作成も検討しており、2年後に完成させる予定である。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント		
Ⅲ	2 福祉サービスの質の確保	(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。	① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a	■ 198 標準的な実施方法が適切に文書化されている。	<p>・提供される福祉サービスの「基本」となる法人の理念「福祉の追求」には利用者の尊厳、プライバシー保護、権利擁護にかかわる姿勢が示され、職員には新入職員研修を始め社内研修で周知し、一定水準のサービスが提供できるよう取り組んでいる。法人内では標準的なサービスについてマニュアルを作成し実践に役立っている。マニュアルは一冊のファイルに集約され、スタッフ室に置かれ何時でも閲覧できるようになっている。具体的な実施方法については、6ヶ月毎に行われる個別支援検討会議(ケア会議)において各部署の代表者により意見交換がされ、利用者一人ひとりのマニュアルの作成とともに見直しが行われ、具体的な実施方法が決められている。</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		■ 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。	<p>・標準的な実施方法は、対話集会等で表出された利用者の意見や職員の意見等を踏まえて、各係会等で定期的に検証・見直しを行い、話し合われた内容は個別支援計画に反映している。標準的なサービスマニュアルについては介護技術だけでなく、コミュニケーションの心得等幅広く盛り込まれ、定期的な点検で最新の内容に変更されている。職員会議や各係では標準化されたサービスの実施方法について話し合う機会を持ち、利用者一人ひとりの支援マニュアルに活かされている。</p>
			■ 203 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的の実施されている。					
							■ 204 検証・見直しにあたり、個別支援計画の内容が必要に応じて反映されている。	
				■ 205 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。				

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"> ■ 206 個別支援計画策定の責任者を設置している。 ■ 207 アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。 ■ 208 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。 ■ 209 個別支援計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。 ■ 210 個別支援計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。 ■ 211 個別支援計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。 ■ 212 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。 	<p>・個別支援計画策定の責任者はサービス管理責任者で半年ごとにケア会議を行いモニタリングを実施し、困難事例などについては必要部署の代表者が集まりケース会議を行っている。サービス開始前には「生活環境・健康・日常生活動作・コミュニケーション・社会生活技能・社会参加余暇活動・家族とのつながり」等の領域について独自のアセスメントを行い、サービス提供を行う上でのニーズを明らかにして個別支援計画に活かしている。サービス担当者会議では本人や家族を交え話し合い、個別支援計画の立案、作成を行っている。個別支援計画には、具体的なニーズが明示され、原則1年を長期計画として半年毎の見直し(モニタリング)も繰り返して継続的に行っている。入所後は日々生活をする中で担当職員が主となり、個別支援計画に即したサービスが提供されているかどうかをアセスメントしている。法人には「個別支援計画の作成ならびに運用における指針」があり、「個別支援計画作成の流れ」に沿って、一連の業務が機能している。</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"> ■ 213 個別支援計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。 ■ 214 見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。 ■ 215 個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。 ■ 216 個別支援計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。

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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ■ 217 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。 ■ 218 個別支援計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。 □ 219 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。 ■ 220 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。 ■ 221 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。 ■ 222 パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの閲覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。 	<p>・組織で定めたアセスメントシートにより、利用者の課題を分析し個別支援計画を策定している。日々の実践状況は、個別に記録され定期的（中間評価、終了時評価）に評価シートで評価している。ケース会議、ケア会議等で話し合った内容は所定の記録様式に記録し、全体で共有できるようにしている。施設では、記録用ソフトを導入し、日々の記録から保存、閲覧することができ情報の共有化ができるように環境を整えている。今後は記録内容や書き方などに差異が生じないように研修の機会を持ち、一定のレベルを保てるように工夫されていくことを期待したい。</p>
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 223 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。 ■ 224 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。 ■ 225 記録管理の責任者が設置されている。 ■ 226 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。 ■ 227 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 ■ 228 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。