

(別添1)

## 事業評価の結果（共通評価項目）

福祉サービス種別 障害者支援施設  
事業所名（施設名） 高森荘

### 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	■ 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。	・法人としての経営理念と基本方針があり、また、施設としての基本理念や運営方針、支援方針があり、ホームページに掲載されている。平成30年度の事業計画にも年度の基本方針と事業方針が明記されている。法人として養護を必要とする児童や障がいを有する利用者を受け入れており施設や事業所の目的や存在意義、使命や役割等が明確にされておりその方向性等を読み取ることが出来る。法人の3施設はそれぞれの独立性が重んじられており、全てが同じということではなく、当施設でも利用者の高齢化に沿い先ず「健康に暮らす」ことを重視している。理念や運営方針などは、会議等で職員に周知されており職員の行動基準として具体的な実践へと繋がっている。利用者への周知は利用者自治会などを通じて行われているが、全利用者となると困難なケースも見られ写真の多様化・図示化などの工夫が期待される。
					■ 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。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント	
I	2 経営状況の把握	(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b	■ 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。	・国・県の施策、改革の方向性などを前提とし、利用者の高齢化等、外的、内的な環境の変化も加味し事業の将来性・継続性を見通しながら課題を把握している。毎年度末には次年度へ向けての事業報告書を作成しており利用率等の分析を行っている。「第五期高森町障がい福祉計画」等の策定に際し、当施設からも職員が参画しており、地域での需要等については把握している。今後は法人内の相談支援事業所は勿論のこと、エリアの自立支援協議会、他の相談支援事業所等とも連携し、更に、データ収集等をされ、長期的視野に立ち事業運営に活かされていくことを期待したい。
			■ 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。						
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	■ 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。	・法人として、また、施設として事業報告書や収支報告書として分析されており、運営上の課題が明確にされ、次年度の事業計画や収支予算書として具体的な取り組みが行われるようになっている。職員にも会議で開示されており職員個々の目標管理等にリンクするようになっている。			
■ 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。					

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。	c	□	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。	・法人として当施設を含めた2障害者支援施設と児童養護施設を運営しており、施設や事業所の目的や存在意義、使命や役割、利用者等が多様化している。そのため、3施設は全てが同じということではなくそれぞれの独立性が重んじられ運営されている。今後、その良いところは継続し、高齢化や重度化しつつある障がい者や養護を必要とする児童のニーズ、福祉施策の動向を踏まえつつ、法人の進むべき方向性を更に明確にされる必要性が感じられる。
□	16 中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。						
□	17 中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。						
□	18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。						
② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	b	□	19 単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。	・平成30年度の当施設としての事業計画には3つ基本方針と5つの事業方針が掲げられ事業内容等も網羅し、また、組織体制(業務分担)も明確にしており、実行可能な計画となっている。事業計画に沿い、別に収支予算書も作成されている。今後、法人の中・長期計画の策定やそれに沿った施設としての構想を3年ぐらいを目途に立案されることを期待したい。			
■	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。	b	<input checked="" type="checkbox"/> 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>・事業計画の策定に当たっては企画運営委員会が中心となって行っている。リスクマネジメント、安全防災、身体拘束禁止、虐待防止等の11の委員会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ている。また、各委員会からの要請に従って他の職員も資料等の収集分析に携わっている。また、当施設では連絡会議や職員会議が毎月1回開かれており、事業計画の策定に当り意見を述べる事が可能となっている。今後、事業計画について期中でも定期的に振り返りを行い、必要であれば計画を見直されることを期待したい。</p>
			<input type="checkbox"/> 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。		
<input type="checkbox"/> 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。						
<input type="checkbox"/> 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。						
<input checked="" type="checkbox"/> 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。						
			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b	<input checked="" type="checkbox"/> 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>・事業計画については利用者の自治会総会や月例会・役員会、更に、保護者会で説明しており、出席できない保護者にも施設の広報誌「With」などを配布し周知している。利用者の重度化と高齢化などによりなかなか難しくなっているが、事業計画の主な内容を簡潔にまとめ図示化する等、更なる工夫を重ねることを期待したい。</p>
			<input checked="" type="checkbox"/> 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。		
			<input type="checkbox"/> 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。		
			<input checked="" type="checkbox"/> 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。		
組 4 織 福 的 社 ・ サ ー 計 画 ビ 的 な 取 質 組 の 向 上 へ の	(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	<input checked="" type="checkbox"/> 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>・当施設では福祉サービスの向上には日々取り組んでおり、特に支援内容については計画から実施、評価、見直しの流れが確立されている。施設の平成30年度の事業計画にも「苦情解決」として記載し、苦情相談内容に基づき改善活動が継続的に実施されている。改善策は利用者及び全職員にフィードバックされサービスの質の向上のために活かされている。福祉サービスの第三者評価については今回が初めてであるが公表される予定となっている。今後も定例化していただき、時系列的に改善の課程が見えるような形で実施されていくことを期待したい。</p>	
				<input checked="" type="checkbox"/> 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。		
				<input type="checkbox"/> 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。		
				<input type="checkbox"/> 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。		

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。	c	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 37 職員間で課題の共有化が図られている。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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>・法人として提供しているサービスについては組織的に実施する体制があり、支援会議やケア会議等で課題の共有化が図られている。今回は初めての第三者評価受審であり、課題についてはスケジュール化し改善されていくことを期待したい。</p>
II 組織の 運営管理	1 管理者の 責任と リーダー シップ	(1) 管理者の責任が明確にされている。	① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>・法人として、また、施設としての職員の職務分掌等が文書化されており職員にも周知されている。管理者は施設のホームページで施設の基本理念や運営方針、支援方針を明らかにしている。また、施設の運営規定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。有事の際には「高森荘自営消防・防災組織」の隊長として、更に、「非常災害対策」では施設管理者が総括責任者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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 48 管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。	<p>・法人としての職務分掌や当施設の運営規定に管理者として「施設の職員に対し、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」と規定づけられており、管理者も率先垂範し倫理や法令等の遵守に取り組んでいる。また、施設長と総務課長がOJT研修として労務管理や虐待防止についての研修を行いミーティングや諸会議にて遵守すべき法令等の周知も図っている。</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) 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。	b	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>・施設長は当施設の管理者として、また、「指定特定相談支援事業所高森荘」の相談支援専門員を兼任しているので入所支援や生活介護等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。当施設内には「給食栄養」、「リスクマネジメント」、「感染症対策」、「褥瘡予防」等の11の委員会があり、それぞれの委員がマニュアルの整備や内部研修などを主導し全体的な福祉サービスの質の向上に繋げている。また、施設長は内部のOJT研修ばかりでなく、職員の経験や習熟度に応じて外部研修に派遣させ伝達研修等でサービスの質の底上げにも努めている。利用者一人ひとりに対するサービスについては支援会議やケア会議で振り返りをしているが、今後は、全体的な福祉サービスの向上についての委員会等を設けられ、定期的に振り返りの機会を持たれることを期待したい。</p>
			② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>・施設の職員会議、連絡会議、また、委員会などを通じて理念・運営方針の浸透や職員の意思統一を図っており、人事、労務、財務等、運営面でも総務課と協働し効率的な業務運営を目指し取り組んでいる。財務面では法人の本部に負う部分もあるが、独立採算的な要素が強く、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職員は意識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	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>・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施設として取り組んでいる。また、施設としての「OJT研修」や「高森荘自己啓発研修制度(SDS)」等の独自の研修、県補助事業「キャリア形成訪問指導事業」の受入れ、長野県社会福祉協議会や長野県社会福祉法人経営者協議会の研修への参加等で職員のモチベーションのアップを図っている。今後、法人や施設の中長期計画を立案する中で計画的な福祉人材確保に取り組まれることを期待したい。</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ます。</p>	<p>・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。「職員の行動規範」があり、施設内に掲示もされており行動する際の指標として職員も順守している。今後は職員自ら、自分の将来を描くことができるようなキャリアパスについて、法人としてその導入を図られるとともに期待される人間像等についても具体的に明確化されることを期待したい。</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。	b	<p><input checked="" type="checkbox"/> 68 職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 69 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 70 職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。</p> <p><input type="checkbox"/> 71 定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 72 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 74 改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。</p> <p><input type="checkbox"/> 75 福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。</p>	<p>・働きやすい職場づくりに向けて職員の就業状況や意向・意見を把握しており、仕事と生活の両立に配慮している。施設として有給休暇や育児休暇の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を整えている。また、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、また、福利厚生センター（ソウエルクラブ）にも加入し多様なサービスを受けることも可能になっている。日々の業務の中で施設長や役職員とは気軽に話ができているが、今後は、定期的な面談の場を設けたり、法人として組織内部のみでなく外部の相談窓口と連携するなどの工夫を期待したい。</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。	b	<p><input type="checkbox"/> 76 組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 77 個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 78 職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。</p> <p><input type="checkbox"/> 79 職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。</p> <p><input type="checkbox"/> 80 職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末（期末）面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。</p>	<p>・今まで法人の3施設は独立採算的な運営をしており、それぞれの施設での職員配置も固定化された傾向が見られた。今後、3施設での人事交流を図ることが進められることにより、職員一人ひとりの知識や経験に応じた具体的な「職員像」示すためにもキャリアパス的な仕組みの早期の確立が望まれる。また、目標設定時や中間での面接を行い、更に、進捗状況の振り返りも行い、上位職等から適切な助言等が得られよう取り組みも期待したい。</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	(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	□ 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。	・事業計画には法人あるいは施設内研修、他団体主催の外部研修計画があり、職員はそれぞれの担当職種、経験やスキルに合わせ出席し、専門性の向上や利用者本位のサービスの提供などに努めている。今後、キャリアパス制度等の導入について検討される際に期待されるレベルについても明確化され、体系的な教育・研修計画に結び付けられることを期待したい。即効的な意味から法人や施設内に研修委員会等を設けられ、職員からもアンケートを取り、それぞれの希望する教育・研修を受けることにより一人ひとりの資質の向上に繋がられることも期待したい。
			■ 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。		
			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	■ 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。	・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。職員は法人や施設内研修、外部研修等に復命で参加し、報告書の回覧等で職員間で情報を共有している。新任職員についても法人としてマナー講習会等が開かれており、「OJT記録シート」や「初任者OJTチェックシート」、「初任者のOJTフォローアップシート」などにより戦力化が図られている。職員の自己啓発についての意欲も高く、施設から提供された情報などを選び、自分の時間を使い研修等に参加している。毎年度介護福祉士の合格者があり、施設としても研修体制の確立とともに国家資格等の取得を推進している。
			■ 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。		

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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 94 指導者に対する研修を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・介護福祉士など、社会福祉に関する資格取得のための短大生を受け入れ、広報誌「With」にも「実習・研修の受け入れ」として掲載している。また、学校側とも連携をとりながらプログラムの打ち合わせをしている。今後、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マニュアルを整備し受け入れ体制を万全にされることを期待したい。
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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・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る。今回が初めての第三者評価の受審で「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。施設としての広報誌「With」が発行されており、年度の事業計画などが掲載されている。今後、苦情・相談の内容についても個人情報に留意しながら何らかの形で適切に公開をされることが望まれる。

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"> <li>■ 101 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルールが明確にされ、職員等に周知している。</li> <li>■ 102 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。</li> <li>■ 103 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について、必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を得ている。</li> <li>■ 104 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。</li> <li>■ 105 外部監査の活用等により、事業、財務に関する外部の専門家によるチェックを行っている。</li> <li>■ 106 外部監査の結果や公認会計士等による指導や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。</li> </ul>	・法人として事務、経理等についての各種規定があり、必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を受けることが出来る。また、法人運営の透明性を図るため監事の一人として税理士が携わっている。
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 107 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。</li> <li>■ 108 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。</li> <li>■ 109 利用者の個別的状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。</li> <li>■ 110 福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。</li> <li>■ 111 利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。</li> </ul>	・利用者と地域との交流については施設の運営方針や支援方針にも掲げられており、事業計画の「サービス内容について」の「生活介護」の中で「社会的活動」や「余暇活動」として明記されており、「530運動」や「運動会」、小学校の音楽会、ふれあい広場などの地域のイベント等にも参加しやすいようにしている。また、演芸や歌・踊り、人形劇団、紙芝居、施設環境整備、地元老人クラブによる松飾りづくり・節分の豆まきなど、施設へのボランティアの来訪もあり、広報誌「With」にも「ボランティアの受け入れ」として掲載している。更に、施設として「育成会交流会」などを企画し地元の子どもたちとふれ合っている。地域の中学生の職場体験学習なども受け入れている。利用者の理解度に応じ掲示板等を通して地域のイベントや社会資源を利用できるような情報を提供し支援している。

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
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。	c	<input 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 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>・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し、地域の2つの中学校から受け入れおり、養護学校の生徒の見学や実習も受け入れている。また、義務教育研修機関初任者研修の受け入れなどにも協力している。利用者への理解を深めるためとボランティアの定着化を目指し、ボランティア受け入れについての基本姿勢や登録手続、事前説明等についても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。	c	<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 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 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。	<p>・福祉事務所、地域の相談支援事業所、長野県社会福祉協議会などと連携しており、障がい者福祉全般についての課題解決に向け協働している。当施設職員の経験等から頭の中には入っておりすぐに情報として引き出せるようになっていると思われるがリスト化等を行うことにより必要に応じて職員が活用できるような仕組みが望まれる。</p>

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>・施設主催のイベントとして「育成会交流会」が夏休みに開催され、地区の小中学生や中学生を招き開放している。「指定特定相談支援事業所高森荘」として障害福祉サービス等を申請した障害者（児）について、サービス等利用計画の作成、及び支給決定後のサービス等利用計画の見直し（モニタリング）を行っている。地区と当施設との防災協定も結ばれており有事の際の避難所としても利用できるようになっている。「第五期高森町障がい福祉計画」等の策定に際し、当施設からも職員が参画しており、地域の活性化やまちづくりに貢献している。今後、講演会・研修会などの開催を通じて障がい者への理解を深めていただくための働きかけ等をされることを期待したい。</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>	<p>・施設として利用者の利用状況を毎年度事業報告で分析し、次年度に活かしている。運営している通所事業所としての過去数年間の利用に至ったケースを分析し利用予測などもしている。昨年度までは公益事業として身体障害者向け住宅「生活ホーム高森」を運営していた。今後、既存制度では対応しきれない困難事例等の支援にも取り組まれることを期待したい。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
Ⅲ 適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービス	(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 133 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。</li> <li>■ 134 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。</li> <li>■ 135 利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。</li> <li>■ 136 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。</li> <li>■ 137 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。</li> </ul>	<p>・「働くこと 暮らすこと」を施設の基本理念とし、利用者の望む暮らしの実現に向けて健康で暮らすことを支援の柱として実践している。施設ではOJT研修や外部研修への参加、勉強会等に力を入れ「利用者の尊厳、基本的人権への配慮」等の研修も行っている。全職員が正しい知識と共通の理解を深めるため組織として取り組み全体のスキルアップも図っている。</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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 138 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。</li> <li>■ 139 利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。</li> <li>■ 140 利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。</li> <li>■ 141 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。</li> <li>■ 142 利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。</li> <li>■ 143 規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスが実施されている。</li> <li>■ 144 不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。</li> </ul>

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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 148 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 <input checked="" type="checkbox"/> 149 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。	<p>・利用希望者に対してサービス選択に必要な情報をホームページ、パンフレット、広報誌（With）等で提供している。写真や図等を用いて見やすい内容ではあるが障がいの程度によっては一人で情報を取得することは難しく、工夫が必要ではないかと思われる。また、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置くなど、情報を積極的に発信することを期待したい。施設体験や見学等は随時受付対応している。</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。	b	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 154 意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。	<p>・サービスの開始や変更にあたり、その方の障がいの程度に合わせて、使用する資料を選択し、理解しやすい工夫をしている。施設のパンフレットはカラーで写真や図を使用しており、利用者の障がいの程度に合わせて、契約書・重要事項説明書・個人情報同意書等はルビがある物を使用している。成年後見制度を活用している利用者もおり適切な方法が取られている。</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)	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>■ 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>	・福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等、福祉サービスの継続性に配慮し手順に沿って対応している。他施設や入院等で移行先が決まっており当施設の利用を終了されるケースが多いようであるが、地域の関係組織や関連する障害福祉サービス等と更に連携されていくことを期待したい。
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>	・利用者満足の向上を目的として「保護者会の開催（総会・環境整備奉仕活動・交流会）」、「利用者自治会 芽吹き会の開催」等で意見を把握、利用者の満足の向上に向けて取り組んでいる。利用者の年齢も高齢化し外出頻度や行事が減少しているが、「出張販売」、「訪問理美容」、「クリーニング」、「金融サービス」、「車椅子修理」、「音で楽しむコンサート」等を企画し生活の質を高めるための取り組みを行っている。利用者アンケートでは半数以上の利用者が施設での生活に「満足」と評価していたが、「行事や楽しみを増やして欲しい」との要望も上がっており、更に、満足度を向上するため工夫を期待したい。



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
Ⅲ	Ⅰ	(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 164 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。</li> <li>■ 165 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。</li> <li>■ 166 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。</li> <li>■ 167 苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。</li> <li>■ 168 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。</li> <li>■ 169 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。</li> <li>■ 170 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。</li> </ul>	<p>・苦情解決責任者（施設長）、受付担当者（サービス管理責任者、生活支援係長、生活支援係主任）、第三者委員（人権擁護委員、民生児童委員他）が設置されており、ポスターも利用者が見える場所に掲示されている。施設では年2回「第三者委員打ち合わせ会議」を開催し、利用者より寄せられた意見・要望・苦情等の検討を行っている。毎月開催される自治会や自治会役員月例会で話し合いを行い、改善できるところは迅速に対応している。毎朝9時45分から利用者・職員全員が集まる朝会が行われ、自治会からの連絡や各セクションからの業務連絡等を行い、意見が述べやすい体制も整備している。</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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 171 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由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>■ 172 利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。</li> <li>■ 173 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。</li> </ul>	<p>・「契約書・重要事項説明書」等に相談や意見を述べる際に複数の方法や相手を自由に選べる記述があり、言い出しやすい環境も整えている。</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	(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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 175 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>・利用者からの相談や意見に対して組織的かつ迅速な対応をするために、利用者集会での意見受付や直接相談を受けた担当職員からの情報提供等で把握し、職員会議等でも共有し、できることから速やかに対応している。利用者アンケートでは「担当職員が聴いてくれる」、「集会で言っている」等の意見も聴かれ、利用者との信頼関係が築かれていることが窺える。利用者が相談や意見を述べやすい信頼関係が出来上がっており問題ないが、今後、利用者の世代等も変化していくことも考えられるので対応マニュアル等を検討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管理体制が構築されている。	a	<input checked="" type="checkbox"/> 180 リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネージャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>・安心・安全な福祉サービスの提供を目的としてリスクマネジメント委員会があり、定期的に研修会や定例会議を開催し組織全体で取り組みを行っている。事案によって、リスクマネジメント、褥創防止、嚥下防止、転倒防止、感染症対策等の各委員会にて要因分析を行い具体的な対応や対策マニュアルの見直しを行っている。利用者にも理解を深めてもらうため、朝会での呼びかけやポスターの作製・掲示をする等の工夫をしている。常にリスクを考え「危険への気付き」を職員のみならず利用者へも促している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
Ⅲ	1	(5)	② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 186 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。</li> <li>■ 187 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。</li> <li>■ 188 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。</li> <li>■ 189 感染症の予防策が適切に講じられている。</li> <li>■ 190 感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。</li> <li>■ 191 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。</li> </ul>	<p>・感染症の予防や発生時における利用者の安全確保の為、施設長を責任者と定め役割を明確にし体制を整備している。感染症対策委員会ではマニュアルを基に全職員に向けてOJT研修や勉強会を実施し、周知徹底し、日々の業務でも実践している。食事の前、排泄の後、外出等、日常的にスタンダートプレコーションを徹底し予防策を講じている。感染症が発生した場合は静養室、個室にて静養し、交流や外部との接触を遮断し、蔓延防止に向け対応している。</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"> <li>■ 192 災害時の対応体制が決められている。</li> <li>■ 193 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。</li> <li>■ 194 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。</li> <li>■ 195 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。</li> <li>■ 196 防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。</li> <li>■ 197 防犯に係る利用者等の安全の確保対策を検討し、実施している。</li> </ul>	<p>・災害時の利用者の安全確保のために、安全防災委員会では「消防計画」、「非常災害対策計画」、「避難確保計画」を策定し、訓練を行っている。「地震及び風水害、自然災害に対する想定別マニュアル」を作成し、消防防火訓練を年3回実施し、9月には地震総合防火訓練も行った。水防避難訓練も年3回実施し、「避難準備情報発令」を想定した「水害時移動訓練」も行い方が一に備えている。施設内廊下、居室棟廊下には片手で被れるヘルメットや懐中電灯等が準備され、職員用には役割り分担が記されたビブスが準備されている。食料品、消耗品の備蓄リストで管理された備蓄品も準備されている。高森町山吹区との地域防災協定が締結されており、地域の防災組織と連携している。外部からの不審者対応として施設の内外に防犯カメラが設置され、外出時の安全対策として通報装置の機器も準備されている。</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
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>■ 198 標準的な実施方法が適切に文書化されている。</p> <p>■ 199 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。</p> <p>■ 200 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。</p> <p>■ 201 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。</p>	<p>・提供する福祉サービスについて標準的な実施方法を「生活支援業務マニュアル」として共有している。マニュアルには利用者の尊厳や個人のプライバシーに配慮された内容が盛り込まれ、OJT研修で周知している。利用者インタビューでも「気を遣ってくれている」、「同性介護をしてくれている」等の意見も聴かれ、一定水準のケアが実践されている。</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	<p>■ 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> <p>■ 203 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 205 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。</p>

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>■ 206 個別支援計画策定の責任者を設置している。</li> <li>■ 207 アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。</li> <li>■ 208 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。</li> <li>■ 209 個別支援計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。</li> <li>■ 210 個別支援計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。</li> <li>■ 211 個別支援計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。</li> <li>■ 212 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。</li> </ul>	<p>・アセスメントに基づく個別支援計画を適切に策定するため、ケア会議では本人をはじめ様々な職種の関係者（サービス管理者、看護師、施設長、担当職員等）が協議をしている。法人の理念「働くこと、暮らすこと」の意義について多方面から考え、アセスメントも多角的な視点から実施している。ICF(国際生活機能分類)の思考で残存機能や潜在能力に着眼し総合的な支援目標を立てている。「参加」のレベルの拡大で利用者の意欲を高め生活の質を上げている。随時ケア会議を行い、現状に即した個別支援計画を策定している。</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"> <li>■ 213 個別支援計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。</li> <li>■ 214 見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。</li> <li>■ 215 個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。</li> <li>■ 216 個別支援計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。</li> </ul>	<p>・個別支援計画は短期6ヶ月、長期1年で評価、見直しを行っている。心身の状態に変化が見られた場合は随時検討会議を開催し評価を行い、見直しが必要になった場合には現状に即した個別支援計画を策定している。</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>■ 217 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。</li> <li>■ 218 個別支援計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。</li> <li>■ 219 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。</li> <li>■ 220 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。</li> <li>■ 221 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。</li> <li>■ 222 パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。</li> </ul>	<p>・利用者に関する福祉サービスの実施状況は統一された様式に記録され、全体で把握するため電子データにも書き込まれ共有している。利用者の現状に即した個別支援計画に基づきサービスが実施されていることが各種記録や利用者インタビューで確認できた。支援員専用のソフトに日々の支援やケアの実践状況が記録され情報共有も行っている。</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>■ 223 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。</li> <li>■ 224 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。</li> <li>■ 225 記録管理の責任者が設置されている。</li> <li>■ 226 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。</li> <li>■ 227 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</li> <li>■ 228 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。</li> </ul>	<p>・利用者に関する記録の管理体制を確立するために、重要事項説明書や契約書には「個人情報保護規定により利用者の記録・保管・廃棄・開示」等と定め、取扱いについても説明し同意を得ている。ケア状況は電子データとして記録され全体で把握できるシステムであるが、取扱いや情報漏えい対策として職種毎に管理され保護されている。</p>