

(別添1)

事業評価の結果（共通評価項目）

福祉サービス種別 障がい者施設入所支援
事業所名（施設名） 長野県立総合リハビリテーションセンター

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	■	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。	・県立の総合リハビリテーションセンターとしての理念が明文化されている。パンフレットやホームページ、センター内の掲示からも病院や更生相談室などセンター全体としての設置目的、事業内容、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3項目からなる基本方針も明文化され、「安心と満足が得られるリハビリテーションサービスの提供」「時代のニーズに即応した効果的・効率的な運営」「地域との連携を深めての利用者の自立生活の支援」というセンターの考え方を内外に周知している。また、職員もそれらを拠り所としてサービスを提供している。更に、基本方針を基にした職員倫理要綱があり職員の名札ケースに入れいつでも確認できるようになっている。年度当初の障がい者支援部門の各課会議や新規職員向けのオリエンテーションでも説明がされており、毎月の課会などで方針の確認もしている。利用受け入れ前からの事前の打ち合わせの中で利用者や家族にもパンフレットや運営規定などを基に説明し、新型コロナウイルス感染の影響を受け自粛ぎみとなっているが、平常時の利用者一人ひとりの支援計画検討会議の際には家族が出席しており、折にふれ、理念や基本方針の主旨を担当支援員等から口頭で説明している。
					■	2 理念は、法人、福祉施設・事業所が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人、福祉施設・事業所の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。	
					■	3 基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。	
					■	4 理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。	
					■	5 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。	
					■	6 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	

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"> <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>・県の運営する施設でもあり事業経営の基本として社会福祉全体の動向等を把握している。自立訓練事業所協議会や身体障害者施設協議会、相談支援専門員協議会、長野市障がい福祉ネットしごと部会等に参加し必要な情報を得ている。また、市町村福祉担当部署や地域の障がい者総合支援センター、ハローワーク、障害者就業・生活支援センター、県障がい者支援課等と連携し情報の共有化を図り課題を分析している。更に、退所した方へのアンケートを行い、利用者一人ひとりの属性を含め利用状況を分析しながら施設が位置する地域での特徴・変化等も把握している。毎年度の事業報告書にも事業計画に掲げた目標に対する事業実績や利用実績等の詳細な振り返りが行われており、コスト分析や利用率等の分析を行い次年度の事業計画の策定に反映している。</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	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>・令和元年10月の台風19号の影響を受け「総合リハビリテーションセンターの今後のあり方委員会」での第五次経営推進プランの策定が遅れており、現在、第四次経営推進プラン（平成30年度からの3年間）を継続運用している。そのプランにも「数値目標に基づく経営の推進」「オーダーリングシステムの活用」「収入の確保とコストの削減」が挙げられており、職員一人ひとりが利用報酬やコストを意識し、業務の改善を図ることが謳われ実行に移されている。また、総合リハビリテーションセンターとしての事業年報も毎年作成されており、人員配置などを分析・検討し事業計画の見直しや策定に役立て職員にも周知している。</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。	b	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。 	<p>・平常時であれば3ヶ年を一つの区切りとした経営推進プラン（暫定版）が策定されている。現在、第五次経営推進プランの策定が遅れており、第四次経営推進プラン（平成30年度からの3年間）を継続運用している。その第四次経営推進プランでは当センターの理念を基本に、総合的なリハビリテーションを目指しオンリーワン施設としての支援や訓練を充実し、高度・専門的な医療の提供、高次脳機能障害支援の強化、他の機関との連携強化等を推し進めている。そうした中で、当支援部門としても年度の振り返りを行い収支状況等も分析し、理念や基本方針の具現化のため新たな課題に取り組んでいる。今後、「総合リハビリテーションセンターの今後のあり方委員会」での第五次経営推進プランの策定を進め、県下唯一のセーフティネットを担う施設として方向性を早期に示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	3	(1)	② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 19 単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。 ■ 20 単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。 ■ 21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。 ■ 22 単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。 	<p>・総合リハビリテーションセンターの中の障がい者支援部としての年度の「運営方針」があり、目標や事業内容が具体的に示されている。「運営方針」には年度の「基本方針」「サービス提供の基本的視点」「生活支援課」及び「訓練課」の支援内容、「共通支援事項」等が取り上げられ、その計画の裏づけとして、数値化した指標も掲げられている。</p>
		(2) 事業計画が適切に策定されている。	① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。		a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 23 事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。 ■ 24 計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。 ■ 25 事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。 ■ 26 評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。 ■ 27 事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等が）されており、理解を促すための取組を行っている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
I	3	(2)	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a	<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、また、関係機関にセンターとしての「ながの県リハだより」や支援部としての「リハビリ通信」を定期的に配布し、また、ホームページを活用し施設の活動内容をわかり易くしている。資料についても工夫しており、写真を多用に配置し見える化に努め、大きな字とわかりやすい字体で作成し説明している。また、利用者の意向によっては「アフターケアの充実」についても関係資料を渡し、関係機関とともに退所後の支援も行っている。</p> <p>・施設の特性上、利用者会・家族会を設けていないため非該当</p>
取4組	福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な	(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。	① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a	<p>■ 32 組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。</p> <p>■ 33 福祉サービスの内容について組織的に評価（C：Check）を行う体制が整備されている。</p> <p>■ 34 定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。</p> <p>■ 35 評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。</p>	<p>・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、平常時はセンターの委員会活動として倫理委員会、個人情報保護委員会、接遇委員会などがあり、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。職員は福祉サービスの向上に日々取り組んでおり、自らの支援方法や技術を振り返り、サービスの向上に努めている。また、「虐待防止・福祉サービス苦情解決委員会」を開催し、利用者からの意見・要望等を運営に活かしている。施設としての「苦情解決対応・解決要領」に沿い、更に、施設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5回目の受審となり、時系列的な振り返りを行っている。職員は「業績評価」を半期に一度実施し、自らの課題を明らかにし次の半期に活かし、全体としての支援の質の向上に努めている。更に、県の職員としての「職務遂行評価表」が導入されており、職種や等級に沿った自己評価シートで日ごろの業務の振り返りを行い、次年度へと繋げている。</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
I	4	(1)	② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a	<p>■ 36 評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。</p> <p>■ 37 職員間で課題の共有化が図られている。</p> <p>■ 38 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。</p> <p>■ 39 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。</p> <p>■ 40 改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。</p>	<p>・センター内の組織として「プラン推進委員会」があり、経営のまも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、それらを基にしセンターの各事業の中長期的な経営計画の立案を行っている。「プラン推進委員会」ではセンター内の各事業部からの事業報告や収支報告、各種委員会・専門部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。施設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職務能力を評価する「職務遂行評価表」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。</p>
II	1 組織の運営管理	(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>・管理者である所長は理念や基本方針を踏まえ、センターのホームページや「ながの県りハだより」、支援部の「リハビリ通信」などで自らの施設の運営・管理に関する方針を明確にし、センター全体としての「年度運営方針」を策定し具体的に取り組んでいる。また、質の高い支援の実現に向けて、「責任者会議」や「部(室)課(科)長会議」などを通じて自らの役割と責任を明らかにし実践している。更に、平常時のみでなく、有事の際の所長としての役割も明らかにしており、不在時の権限委任等も含め明確化している。センターとしての「大規模地震発生時業務継続計画(BCP)」が作成されており、緊急事態に遭遇した場合の方法、手段などを講じている。</p>
			② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a	<p>■ 45 管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持している。</p> <p>■ 46 管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。</p> <p>■ 47 管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。</p> <p>■ 48 管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。</p>	<p>・所長は障がい者総合支援法を含む医療・社会福祉関係法令はもとより当センターの理念・基本方針や諸規定、倫理などを自ら守るとともに、職員にも必要な教育・研修等を受講させている。長野県が実施するオンライン研修会等に参加したり、センター内での研修でも「倫理・法令順守」「権利擁護への意識の向上」「虐待防止について」など、関連する研修が組まれ、職員は受講し新たな関係法令についても理解を深め具体的に取り組んでいる。また、管理者は法令順守に関わる「倫理委員会」「個人情報保護委員会」「接遇委員会」などの担当者を定め、担当者を研修会等に参加させセンター内での伝達研修などを通じ周知を図っている。また、センターとしての「職員倫理要綱」もあり、守るべき指針としている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
II	1	(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a	<p>■ 49 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。</p> <p>■ 50 管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。</p> <p>■ 51 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。</p> <p>■ 52 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。</p> <p>■ 53 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。</p>	<p>・支援部を統括する部長が自らその提供する福祉サービスの質の評価を行うことにより、常に良質かつ適切な支援を提供するよう努めている。職員の日々の実践状況を「日誌」「ヒヤリハット」「事故報告書」等で把握し、課題があれば組織全体として取り組み、また、必要とあれば新たな体制を作るなど、支援の質の向上のために指導力を発揮している。また、施設の部会や課会などに参加し、職員の意見を取り入れながら現状を分析・検討し改善に向けて取り組んでいる。退所された方の生活状況を把握し、施設の今後の支援に活かしていくことを目的にアンケート調査を実施しており、個別支援計画検討会議等の各種会議からも課題を注出しサービスの改善に役立てている。</p>
			② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a	<p>■ 54 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。</p> <p>■ 55 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。</p> <p>■ 56 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。</p> <p>■ 57 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。</p>	<p>・所長は施設の理念・基本方針を具現化するために人事、労務、財務等、それぞれの視点から常に検証を行い、組織横断的な委員会を設置し職員の参画意識を高め、運営や単純なコスト削減のみではない効果的な業務の実現を目指し日常業務の効率化と合理化に取り組んでいる。また、運営主体である県と連携し運営しており経営プラン推進委員会で分析し責任者会議で検討を加え、組織の理念や基本方針の実現に向けて具体的に取り組んでいる。また、施設の継続性という中・長期的な面からも「経営推進計画(中期3カ年の計画)」を策定し、常に経営資源の有効活用という基本的な課題を視野に入れて施設を運営している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
II	2 福祉人材の確保・育成	(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。	① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>・県の施設ということもあり県の人事管理制度に基づき適正な人員配置となっている。職員の育児休業についても臨時的任用職員の配置により補完しており利用者へのリハビリなどのサービス低下に繋がらないようにしている。県有の施設での異動もあり県の担当部署とも連携を取っている。運営方針の基本的な方針として「多職種によるチームにより支援します」とし、また、「利用者の安全を第一に考えるとともに、職員の介助・支援スキルの向上に努めます」とし、福祉人材の確保と育成に関する方針を明確にしている。当施設としての「事務分担表」には、必ず「正」と「副」のダブルアサインメントとし不測の事態に備えている。また、施設として掲げる利用者の「新しい能力の開発」を実現するために、生活支援員、機能訓練指導員、看護師等の専門職員を配置し、それぞれが担う業務、役割を明示して、職員間での共通理解を図っている。採用や人事管理については、公設のため長野県で一括して所管しており、職員のインタビューからも福祉の現場に精通している人材が業務に携わっていることが確認できた。</p>
			② 総合的な人事管理が行われている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 62 法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針にもとづき「期待される職員像等」を明確にしている。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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きている。 	<p>・運営理念や基本方針に基づいた当施設としての職員倫理要綱があり「期待される職員像」として明らかになっている。また、長野県行政理念、組織のミッション（使命・目的）、バリュー（職員の価値観・行動の指針）に基づき、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施されており、OJTを含む教育・研修制度、キャリアパス、ジョブローテーション、人事考課制度などが機能している。各職員には「業績評価」「職務遂行評価表」が適用されており、自らの業務についての振り返りが年間で進められ、必要となるスキルの水準及びそれを獲得するための研修も明確にされ、また、職員の意向・希望を確認する自己申告書により人事ヒアリングなどの機会も設けられ、自らの将来を描くことができるような仕組みづくりがされている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
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>・各課に勤務割り振り及び勤務実績に関する担当者がおりセンター総務課と連携している。また、必要とする人員の確保については予算とも連動しており各部署の申し送りなどで実態を把握し必要人員を確保している。また、県の人事担当部署とも情報の共有化を図っている。年度の事務分担表があり、担当業務が細かく割り振られている。各業務の担当者も必ず「正」と「副」のダブルアサインメントとし、利用者へのサービスに滞りがないようにしている。県としてメンタルヘルスも含めた労働環境の整備にも努めており、ストレスチェックの結果も踏まえいつでも相談できるようになっている。また、自己申告書により職員の意向・希望を確認する人事ヒアリングなどの機会も設けられている。リフレッシュ休暇や育児休暇、介護休暇などの取得についても、必要性に合わせ職場内で融通し合い働きやすい環境が整備されている。更に、インフルエンザや新型コロナワクチンの予防接種、健康診断、人間ドック受診などにも配慮がされている。県職員互助会等、県職員の運用ルールに準じて取り組めるようになっており、各種同好会など余暇活動への参加も可能となっている。</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"> ■ 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>・県としての人事考課制度に基づき業績評価制度が取り入れられており、県の職場や県職員の運用ルールに準じて取り組めるようになっている。職員は当センターの理念・基本方針を踏まえたり、施設の年度運営方針にリンクし一人ひとりの目標を掲げ、その実現を目指している。設定する目標については、目標項目、具体策、目標期限が明確にされ、職員は自己評価として半期に一度進捗状況の振り返りを行い、また、考課者である上司との面談を実施し達成状況を確認し次の半期または次年度に繋げている。また、県職員としてのキャリア形成のため三年目、五年目、十年目等の経年研修が実施されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
II	2	(3)	② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 81 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。 ■ 82 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。 ■ 83 策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。 ■ 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。 ■ 85 定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。 	<p>・暫定的に継続している第四次経営推進プラン(平成30年から3年間)の「リハビリテーションの充実強化に向けた連携」にも「職員のスキルアップ」が挙げられており、職員一人ひとりが常に自己啓発・研修参加に努めることで利用者ニーズに応えることが謳われ実行に移されている。県の職員ということもあり異動も考えられることから一つの研修にも複数の職員が交替で参加できるように配慮されている。職員自らのスキルアップを図るため希望する研修にも参加することができる。センター内職員の職種を越えた「リハビリテーション研究会」等を実施し知識の取得と技術の向上を図っている。利用者の支援で基本となる利用者の権利の尊重についてもセンターとして5つの権利を掲げ全職員が意識し業務に当ており、権利擁護の研修も行われている。県職員としての教育・研修については、県として基本的な考え方が明確にされており、計画的に実施され、関係する職員はオンライン研修を中心に受講している。「期待される職員像」については運営理念や基本方針に基づいた当センターとしての「職員倫理要綱」があり職員として守るべき姿勢が明らかになっている。</p>
			③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 86 個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。 ■ 87 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。 ■ 88 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。 ■ 89 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。 ■ 90 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。 	<p>・県職員としてあるいは施設内における研修を受講することはもとより、外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨することで、教育・研修の場に参加できるように配慮している。必要な外部研修については機会均等を旨とし、全ての職員が公平に受講できるように保障している。県としても職種、等級別の研修が組み立てられ、それぞれに合わせた知識・技術を取得できるような仕組みが整備されている。また、集合研修とは別に、新任職員には個別的なオリエンテーションによるOJT、2年目以降の職員については1対1の面談を定期的実施するなど、一人ひとりの職員の資質の向上のための継続性にも留意がされており自らの将来を描けるようになっていく。研修を受講した職員は県の復命書に沿った様式で報告をしており、研修内容については必要性に応じ会議や申し送りでの説明が行われている。研修内容によっては利用者や家族にも有用な情報となることもあり「リハビリ通信」にもその具体的な内容を掲載し配布している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
Ⅱ	2	(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 94 指導者に対する研修を実施している。 ■ 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>・公営施設であり暫定的に継続している第四次経営推進プラン(平成30年から3年間)の「リハビリテーションの充実強化に向けた連携」にも「医療を目指す学生の受入」として専門職種を目指す学生の受け入れを挙げている。新型コロナウイルス感染の影響を受け自粛となっているが、平常時には専門学校へ向いて講演などし実習も受け入れ将来の専門家の育成にも協力しており、今年度もコロナ禍の中ではあるが短大生の介護実習生の受け入れや小学校及び中学校教諭免許状取得希望者に対する介護体験学習の受け入れなどを行っている。また、平常時には高校などの要請に応じ、看護などに関心のある高校生の一体験学習等も受け入れている。理学療法士、作業療法士などにより実習マニュアルも作成されている。</p>
	3 運 営 の 透 明 性 の 確 保	(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>・県ホームページから当センターのホームページへリンクすることができ、県内唯一の総合リハビリテーションセンターとして事業内容を紹介し情報の提供を行っている。また、各年度の事業実績等を「事業年報」として公開しており、閲覧することができ、平成30年度からの、3年間を期間とするサービスと経営の向上を図るための「経営推進プラン」も掲載されており、具体的な方針を読み取ることができる。障がい者入所支援施設として第三者評価の受審については3年に1回取り組んでおり、今回が5回目となり運営の透明性が図られている。いずれも年2回発行される「ながの県リハだより」「リハビリ通信」を施設に関係する地域の人々や周辺の関係する保健福祉事務所、市町村の障がい者相談支援センター、障がい者支援施設などに配布し、総合リハビリテーションセンターとしての特性に配慮しつつ施設で行っている活動を公開し、地域の人々からの理解を得るための取り組みも行っている。</p>
			② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a	<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、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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>・県の各種規程にそった業務の実施、意思決定の手続きや財務管理(会計処理)、また、取引・契約関係等の執行が適正に行われており、施設内部でのチェック体制も確立されている。県公設施設としての公正性と透明性を確保するために県の会計監査があり、毎年度書面での監査が行われ、また、年度によっては実地指導も行われることがある。施設の支援の実施及び業務執行に関わる業務分掌も社会的な責任を意識したもので信頼性を得られるような体制となっている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
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"> ■ 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。 ■ 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。 □ 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。 □ 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。 ■ 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>・センターの基本方針の3つ目に「地域との連携を深め、皆様の自立生活の支援に努めます」と掲げている。施設の利用者の最大の目的は家庭での自立した生活にあり自宅を中心とした地域に帰るための支援としてその地域の障がい者総合支援センター等とも連携し作業所や公共施設等の社会資源の見学にも同行することがある。新型コロナ禍で自粛しているが、例年であれば、秋に地域の人々にも告知しセンター祭を開催し、センター内の見学や模擬売店も設け利用者の手作りの品を来場記念品として贈呈するなど多くの地域の人々との交流が図られている。また、年2回発行される「ながの県リハだより」「リハビリ通信」も地元地区に配布し、例年であれば地域のボランティアによるセンター祭でのお手伝いや制作物の指導の受け入れを行っていたが現在新型コロナ禍の中で休止となっている。今後、新型コロナが収束した段階にはボランティアの受け入れや地域行事への参加を進め、地域の人々と交流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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 110 ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。 ■ 111 地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。 ■ 112 ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している □ 113 ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。 ■ 114 学校教育への協力をを行っている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
II	4	(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 115 当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。 ■ 116 職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。 ■ 117 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 ■ 118 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。 ■ 119 地域に適切な関係機関・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>・利用者への支援の質の向上やその継続性等を確保するために市町村福祉担当部署や保健福祉事務所、地域の障がい者総合支援センター、ハローワーク、障害者就業・生活支援センター、県障がい者支援課等と連携し情報の共有化を図り、協働している。また、施設として自立訓練事業所協議会や身体障害者施設協議会、相談支援専門員協議会、長野市障がい福祉ネットしごと部会等に参加し、加盟の各施設と連携を取り合っている。更に、令和3年度運営方針の「サービス提供の基本的視点」の中で「家族、職場、関係機関等と連携を図り、社会生活への参加を支援します」とし退所後の関係機関との連携を通じて相互理解を深めるようにしている。</p>
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 120 福祉施設・事業所（法人）が実施する事業や運営委員会の開催、関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。 	<p>・新型コロナウイルス感染の影響を受け自粛ぎみとなっているが、例年であれば、運営から経営という観点から、受身でなく県内各地域の障がい者総合支援センター、病院などへ積極的に出向き当施設のPR活動をし、更に出前講座や更生相談室の巡回相談などを通じ各地域のニーズを把握している。地元地区のニーズも第三者委員である児童民生委員の方からお聴きし把握するようにしている。また、市町村福祉担当部署や保健福祉事務所、地域の障がい者総合支援センター、ハローワーク、障害者就業・生活支援センター、県障がい者支援課等と連携し情報の共有化を図っている。更に、市町村福祉担当部署や障がい者総合支援センター、ハローワーク、障害者就業・生活支援センター等と連携し、北信地域で当施設が主体となり高次脳機能障害研修会を開催したり、県障がい者支援課と連携し高次脳機能障害支援対策協議会を当施設に設置している。地元長野市の障害者地域自立支援協議会に参画する他の事業所とも協働している。</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><input type="checkbox"/> 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><input type="checkbox"/> 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><input checked="" type="checkbox"/> 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><input checked="" type="checkbox"/> 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><input checked="" type="checkbox"/> 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>・暫定的に継続している第四次経営推進プラン(平成30年から3年間)にも利用者が早期に社会復帰できるよう、市町村福祉担当部署や地域の障がい者総合支援センター、地域の相談支援事業者等と連携することが挙げられている。また、北信地域で当施設が主体となり高次脳機能障害研修会を開催したり、県障がい者支援課と連携し設置している高次脳機能障害支援対策協議会でも実態把握と支援策の検討を行っている。地元長野市でも障がい者を支援するための障害者地域自立支援協議会に参加するなど、他の事業所とも協働している。隣接する県障がい者福祉センターの行事には自動車訓練場を開放している。家庭での一連の生活動作が自立できるようにキッチン、リビング、浴室、トイレ、冷蔵庫、洗濯機、テレビなどを完備した生活訓練室が設置されており期間を定め社会復帰の訓練が行われている。</p>
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><input checked="" type="checkbox"/> 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><input checked="" type="checkbox"/> 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><input checked="" type="checkbox"/> 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><input checked="" type="checkbox"/> 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><input checked="" type="checkbox"/> 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>・総合リハビリテーションセンターの理念や基本方針を基にした「センターを利用される皆様の権利」として基本姿勢を掲げ、利用者の5つの権利を尊重しつつ最善のサービスを提供している。病院や当施設などを含めた権利擁護等の研修会や各種会議でも周知が図られており、また、身体拘束他の各種マニュアルにも利用者尊重や基本的人権への配慮が謳われ徹底されている。また、施設内での共通の理解のために「職員倫理要綱」を定め、職員の名札ケースに入れいつでも確認できるようにしている。</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	(1)	② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 134 利用者や家族にプライバシー保護に関する取組を周知している。 	<p>・利用者のプライバシー保護に関する規定やマニュアルを整備し実践している。プライバシー保護に関する基本姿勢は、「職員倫理要綱」「皆様の権利」「各種マニュアル」などに明記され、定期的な研修を行い周知を図っている。居室は二人部屋で視界を遮るカーテンを使用し、また、脱衣場浴室はカーテンとパーテーションでプライバシーを保護し、羞恥心に配慮しつつ同性介助で行っている。トイレは男女別で各階に設置されている。車いすでも出入りしやすいようカーテンを使用している。施設設備の限界があり完全にプライバシー保護ができない所もあるが、羞恥心に配慮したり、工夫をし、対応している。</p>
		(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。	① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 138 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 ■ 139 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。 	<p>・総合リハビリテーションセンターのホームページには、「障害者支援部門」のページがあり、障がい者支援施設で行われている機能訓練や生活訓練、その他活動の様子が紹介されている。また、パンフレットは総合リハビリテーションセンターと障がい者支援施設のパンフレットの2種類を用意し、より多くの方の目にふれるようにしている。資料はカラーで写真や絵図を用いて解りやすく構成されており、利用希望を考えている方については施設を見学することができる。障がい者支援施設を紹介する資料は適宜見直し、現状に即した内容にしている。</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)	② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 140 サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。 ■ 141 サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。 ■ 142 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。 ■ 143 サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。 ■ 144 意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。 	<p>・利用前面接に関わることや手続き支援のマニュアル、入退所マニュアルに沿い、利用開始時には重要事項説明書を基に当施設の概要や提供するサービスの内容、料金、契約上の留意点などを説明している。当施設利用に当り、市町村の窓口への申請などもあることから利用に到るまでは本人や家族が納得するまで時間の余裕を持たせ、同意を得られた場合に契約を交わしている。説明に用いる資料は本人・家族の理解度に合わせて配慮を行っている。</p>
			③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 145 福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。 ■ 146 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。 ■ 147 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。 ■ 148 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。 	<p>・施設退所時には、センター内の地域医療福祉連携室と連携を取り、家庭や他施設に移行の場合は「引き継ぎ書」等を使って継続性を損なわないように配慮し、入退所マニュアルで決められた様式、手順に沿って対応している。また、地域の相談支援事業所等への情報提供を行う際には、本人や家族の同意のもと行われている。更に、退所した方へのアンケートを行い、利用者一人ひとりの退所後の生活状況を把握し、場合によっては当施設のサービスを再利用できることなどを案内している。</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	(3) 利用者満足の上 に努めている。	① 利用者満足の上 を目的とする 仕組みを整備 し、取組を行っ ている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 149 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 ■ 150 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する 目的で定期的に行われている。 ■ 151 職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席してい る。 ■ 152 利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討す るために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。 ■ 153 分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。 	<p>・利用者満足度調査の担当者がおり毎年実施し、 接遇改善推進委員会により結果を分析し、改善に 活かしている。改善の必要性に応じマニュアルを 管理する担当者により変更がかけられている。利 用終了後には、退所後の生活を把握するとともに 利用時の生活支援・健康管理支援プログラムにつ いての満足度を把握する目的の調査を実施し、接 遇改善推進委員会が中心となり集計結果を分析し 機関紙「リハビリ通信」で公表している。新型コ ロナウイルス感染の影響を受け一同に会しての会 議は自粛となっているが、例年であれば、個別支 援会議に家族の参加もあり、施設利用時の満足度 を利用者や家族から把握するように努め、具体的 な改善につなげている。</p>
		(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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 160 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われて いる。 	<p>・苦情解決の仕組みについて施設全体として周知 が図られるようポスターを掲示し、契約前には重 要事項説明書にて苦情解決の体制と仕組みを説明 している。苦情解決の体制として「県立総合リハ ビリテーションセンター虐待防止、福祉サービス 苦情解決委員会」が設置され、責任者、受付担当 者、第三者委員がそれぞれ選任されている。各階 のデイルームには、匿名で投書のできる意見箱と 記入カードが準備され利用者や家族が申し出しや すいように工夫されている。表出された苦情につ いては手順に沿って、記録と報告がされ、また、 職員間での共有化も図られている。即時対応が可 能な苦情には迅速に対処し、すぐに対処できない 事項にはその旨を申し出者がわかる場合は直接伝 え、そうでない場合は掲示している。表出された 苦情は集計、分析を加え、サービスの向上に生か 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
Ⅲ	1	(4)	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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 163 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。 	<p>・総合リハビリテーションセンター内には「更生相談室」があり、障がい者医療や福祉に関する相談や情報提供等の相談業務を行っている。障がい者支援部門には生活支援員や相談支援専門員の配置がありいつでも相談のできる体制が整っている。各階には面談室や意見箱の設置、第三者委員による聞き取り等が可能であることも掲示し、複数の相手や手段を選択できる仕組みとして機能している。</p>
			③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 164 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。 ■ 165 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。 ■ 166 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。 ■ 167 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。 ■ 168 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。 ■ 169 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 	<p>・総合リハビリテーションセンター内には更生相談室があり、障がい者の医療・福祉に関する相談や情報提供などを行っている。また、施設には生活支援員の他、専任の相談支援専門員がおりいつでも相談に応じることができる。1階、2階、それぞれの階に面談用の部屋も設けており個別の相談がしやすいようになっている。利用者の施設利用中の生活は、生活支援員が主にかかわり、生活支援員は信頼関係の構築に努めている。生活支援員は担当を持ち、利用者の障がい特性やコミュニケーション能力に応じて対応している。意見箱の設置や利用者調査の実施等のほか、日々のかかわりの中での意見の傾聴に努めている。対応マニュアルがあり、定期的な見直しが行われている。</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
Ⅲ	1	(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。	① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 170 リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。 ■ 171 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。 ■ 172 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。 ■ 173 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。 ■ 174 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。 ■ 175 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。 	<p>・医療・施設支援安全委員会を設置し、月1回、委員会を開催し、施設内のリスクマネジメントの確認と対応を行っている。インシデント報告書（事例収集）を基に発生要因の分析や再発防止に向けての検討を行っており、利用中の利用者の転倒・転落を未然に防ぐための「チェック項目」があり、予測をし対策を立てている。支援部門としてリスクマネジメントに関する責任者を明確化し、体制を整備している。入浴マニュアルほか事故発生時の対応と安全確保の必要性に関わるマニュアルについては適宜見直しを加え活用している。また、定期的な研修を実施し周知徹底を図っている。</p>
			② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 176 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。 ■ 177 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。 ■ 178 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。 ■ 179 感染症の予防策が適切に講じられている。 ■ 180 感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。 ■ 181 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。 	<p>・センター全体として院内感染対策委員会を設置し、責任と役割を明確にした管理体制を整備し、感染症の予防や発生時における利用者の安心と安全を確保し支援に当たっている。感染症対策は併設されている病院と同等水準であり、厳しい制限をかけている。そのため、新型コロナウイルス、インフルエンザ等の対策として、現在も余暇活動の制限や管内の連絡通路も閉鎖し万全な体制を講じている。また、普段カラオケやスポーツなどで利用している隣接の障がい者福祉センターの利用についても、現在、制限されている状況ではあるが、利用者の命と健康を守るために時間で貸し切りスポーツ活動への取り組みを行っている。新型コロナウイルス、インフルエンザ、その他感染症発生時における対応についてのマニュアルがある。また、責任者や役割等が業務継続計画（BCP）に示されている。利用者は毎朝検温をし健康チェックを受け、日常的には手洗い、うがい等を習慣化し感染予防に取り組んでいる。更に、感染症が発生した場合には各部屋、静養室等で療養し、感染症マニュアルに従い対応している。</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)	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。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 182 災害時の対応体制が決められている。 ■ 183 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。 ■ 184 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。 ■ 185 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。 ■ 186 防災計画等を整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。 ■ 187 防犯に係る利用者等の安全の確保対策を検討し、実施している。 	<p>・総合リハビリテーションセンター全体で「大規模地震発生時業務継続計画(BCP)」を策定し、災害時等の対応体制を定めている。年2回行われる「総合防災訓練」では、利用者も参加しての通報・避難・消火訓練に加えて警戒訓練や救護訓練等も行っている。備蓄は一覧で管理され「飲料水や食料品等」と「医薬品等」に分け保管されており、それぞれの管理者を定めている。総合リハビリテーションセンターは令和元年10月の台風19号時の浸水被害を受けたことで県も関与し建物、設備などの必要な改修が図られ、更に危機管理を強化し、再度の浸水被害を防ぐための体制を整備している。万が一に備え、地元、長門市下駒沢地区との防災協定も結ばれている。</p>
2	福祉サービスの質の確保	(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。	① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 188 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 ■ 189 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。 ■ 190 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。 ■ 191 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。 	<p>・職員は、県立総合リハビリテーションセンター職員倫理要綱や業務マニュアルに基づきサービスの提供を行っている。「倫理要綱」や「センターを利用される皆様の権利」等には、利用者の尊重、プライバシー保護や権利擁護についての姿勢が明記され職員は実践している。また、全体研修や施設研修等の研修を行い、標準的なサービスが一定水準に保たれるように取り組んでいる。標準的な実施方法について研修や自己評価、個別面談を行い、必要に応じて指導をしている。</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	(1)	② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 193 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。 ■ 194 検証・見直しにあたり、個別支援計画の内容が必要に応じて反映されている。 ■ 195 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。 	<p>・標準的な実施方法については、実践状況を検証し、利用者が必要とする支援内容の変化や新たな知識・技術等の導入を踏まえ、サービス提供の基本となる共通の実施方法が必要に応じて見直され、支援の質の向上に取り組んでいる。個別支援計画(含むリハビリテーション実施計画書)は、定期及び身体状態の変化に伴い随時見直しがされている。見直しはPDCAサイクルにより継続的に行われていることがケース記録や会議録で確認することができた。利用者からの要望等についても職員間で共有し、見直しに反映するようになっている。</p>
		(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。	① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 196 個別支援計画策定の責任者を設置している。 ■ 197 アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。 ■ 198 部門を横断したさまざまな職種の関係職員(種別によっては組織以外の関係者も)が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。 ■ 199 個別支援計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。 ■ 200 個別支援計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員(種別によっては組織以外の関係者も)の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。 ■ 201 個別支援計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。 ■ 202 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。 	<p>・個別支援計画(含むリハビリテーション実施計画書)策定の責任者が配置され、アセスメントシートは施設で決められた様式を使用し必要項目をアセスメントしている。個別支援計画の策定に当たっては、利用者や家族から事前に聴取した意見・要望などを照らし合わせ現状の確認を行い、ニーズ等の適切なアセスメントに基づき、特性や状態、必要な支援等の内容に応じ一人ひとりの支援計画を立案している。各部門間の調整を行い「支援計画検討会議」を開催し、基本的に3ヶ月経過毎に会議を実施している。支援会議は本人・家族の参加を原則として支援計画内容を説明し、同意が得られた場合には、本人や家族等からの署名をいただきサービスの開始に到っている。</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)	② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 203 個別支援計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。 ■ 204 見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。 ■ 205 個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。 ■ 206 個別支援計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。 	<p>・個別支援計画の見直しについて施設で手順が定められ、実施されている。個別支援計画の策定から実践された標準的サービスと個別サービスをモニタリングし根拠を持って継続している。利用者の心身状態に変化が見られた場合には関係者と情報を共有し、計画の変更を行う場合もある。また、評価・見直しを行う時期の設定や記録の方法、実施計画変更の手順と関係職員への周知の方法等も明らかにされている。PDCAのサイクルは利用者の状況に応じ随時、または、短縮して行うこともある。</p>
		(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。		a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 207 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。 ■ 208 個別支援計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。 ■ 209 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。 ■ 210 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。 ■ 211 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。 ■ 212 パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。

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)	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 213 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。 ■ 214 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。 ■ 215 記録管理の責任者が設置されている。 ■ 216 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。 ■ 217 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 ■ 218 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。 	<p>・個人情報保護規定により記録の保管、保存、破棄、情報提供について定め、管理体制を整備している。施設の運営規定には職員の守秘義務として「業務上知り得た利用者等の秘密を保持する為、退職後においても秘密を保持する」とし、雇用契約にも位置づけている。重要事項説明書には、「記録の管理」「情報の開示」についての記載があり、契約時に「個人情報使用同意書」とともに本人・家族に説明している。職員は「情報セキュリティ研修」を受講し、個人情報保護と記録の開示について正しく理解している。ケースファイルは鍵付きの書庫に管理し、また、記録された個人情報にはパスワードが必要で、不適切な利用や漏えいに対する対策を立てている。</p>