

(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・生活介護

事業所名（施設名） 障害者支援施設ほほえみ

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。	・障害者支援施設ほほえみの運営母体である社会福祉法人長野市社会事業協会は長野市内で32事業所53福祉サービスを展開している。当施設もその内の一つで、施設入所支援を中心に生活介護、短期入所の3つ事業を実施している。法人としての明確な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。当施設は障害者総合支援法に基づき、利用者の能力及び適性に応じ、自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう生活の場及び日中活動の場を提供し、「法人の基本理念に基づいた福祉サービスを提供し、利用者には選ばれる事業所であること」等の年度施設目標も掲げ、その実現に努めている。当施設の施設入所・生活介護を利用する利用者は20歳台から80歳台まで幅広く、法人の基本理念・基本的視点に沿い当施設としての事業の目的・運営方針を明らかにし支援に当たっている。その目的・方針では当施設の有存在意義、使命や役割等が明確にされており、利用者ニーズに即したきめ細かな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、法人の「職員の行動規範(基本姿勢)」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年度の施設目標を掲示したり、現在新型コロナウイルス禍で利用者や保護者が集まる機会が制約されているが、3ヶ月に1回開かれる利用者懇談会で理念や基本的視点の中の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。
					■	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"> ■ 7 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。 ■ 8 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。 ■ 9 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。 ■ 10 定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。 	<p>・法人として全国及び長野県の知的障がい福祉協会、身体障害者施設協議会、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、法人内には「経営企画会議」があり、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地域の福祉ニーズも分析している。「経営企画会議」では毎年度末に各施設や各事業所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。更に、法人内の施設・事業所が関わりを持つ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・医療機関等と連携しつつ、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"> ■ 11 経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。 ■ 12 経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）間での共有がなされている。 ■ 13 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。 ■ 14 経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。 	<p>・法人として、また、法人内組織の障害者支援本部事業部及び当施設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、運営上の課題を洗い直し、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。職員一人ひとりに向けた小冊子「運営指針」が編まれており、施設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の職員会議で明らかにされる。更に、職員個々の目標管理等にも事業計画や課題などがリンクされるようになっている。法人の令和2年度から令和9年度の10年間の、中長期総合計画が策定されており、当施設でも所長や次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・提案等が施設の課題として反映され、解決に向けて取り組んでいる。</p>
	3 事業計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 15 中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。 ■ 16 中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。 ■ 17 中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。 ■ 18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。 	<p>・法人として令和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、経営計画の評価・見直しを5ヶ年を単位に行い、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の現状と課題を明確にし、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。当施設としても「利用者確保と利用率の向上」「サービスの質の向上」「人権意識の向上を図り、利用者への不適切な支援の一掃に努める」などを事業計画の運営重点事項として掲げ、その達成のために法人内の他の施設・事業部・事業所とともに中長期総合計画の具現化に努めている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
I	3	(1)	② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 19 単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。 ■ 20 単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。 ■ 21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。 ■ 22 単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。 	<p>・法人の中長期総合計画を反映した単年度の法人事業計画があり、更に、法人内の障害者支援北部事業部年度事業計画、当施設の年度事業計画へと連鎖している。当施設の年度事業計画には「事業の目的」「運営方針」「運営重点事項」「事業内容」「非常対策」などが盛り込まれており、個別支援の充実、利用者及び家族の意向を踏まえた個別支援の作成、利用者の持つ可能性を引き出しその力を活かしながらその人らしくくらしができるように支援する等が運営方針として掲げられている。更に、実績・成果等が客観的に判断できるように収支予算として数値的な指標も立てられている。</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）されており、理解を促すための取組を行っている。 	<p>・中長期総合計画に沿った年度の法人・事業部・事業所の事業計画が策定されている。また、施設では職員会議が毎月1回開かれており、そのほかに、職員は横の組織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。更に「生活介護」「施設入所支援」など、事業内容毎の打ち合わせも定期的実施しており、意見・要望などが集約され課題の把握に活かされている。職員に向けて毎年度、事業計画等の内容が網羅された「運営指針」が配布されており、職員の行動規範（基本姿勢）や職員倫理綱領、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。定例の職員会議や所長・次長のヒアリングで集約された意見・提案は検討され事業計画に反映されている。</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"> ■ 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。 ■ 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。 □ 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工夫を行っている。 □ 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>・事業計画の「運営方針」には利用者へのサービス提供に関わる事項として「利用者一人ひとりの能力、心身の状況、生活環境、社会的状況等を総合的に勘案し、利用者及び家族の意向を踏まえ個別支援計画を作成する」と掲げており、一人ひとりの利用者の「個別支援計画」の中にその運営方針や運営重点事項の主旨を組み込み、3ヶ月に1回開かれる利用者懇談会の中でも折にふれ説明がされている。新型コロナウイルスの影響を受け家族等の集まる機会が少なくなっているが年間行事計画や園の「ほほえみだより」等を送付し、より具体的に計画がわかるようにしている。当施設の生活介護に通う利用者が住むグループホームや相談支援事業所、また、同じ法人の運営する他の入所支援施設、日中活動支援事業所とも共同し、利用者に住居と食事を提供し、計画に沿って利用者への参加を促し余暇支援の充実も図っている。今後、事業計画の利用者に関わる内容を小まめに説明する機会を更に設け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	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。	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、会議の開催はオンラインなどで実施されており、法人の委員会活動としての権利擁護委員会、リスクマネジメント委員会などもオンラインなどで行われており権利擁護についての実践、緊急時対応等、全体のサービスの質のアップに繋げている。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、サービスの質を自己評価する「評価表」にも取り組んでいる。また、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定」に沿い、事業所としての第三者委員が選任されており、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。</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>・法人本部に運営のまとめ役としての「経営企画会議」があり、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、職員会議や法人の委員会等で課題の共有化が図られている。</p>
II	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>・法人として、また、当施設としての組織図及び職務分掌等が明確にされており職員にも周知されている。管理者は当施設の所長として、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。職員毎に毎年度配布される「運営指針」には「防災マニュアル」「非常時連絡マニュアル」などの有事の際のマニュアルが綴られており、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。更に、定期的に発行する「ほほえみだより」にも所長としての自らの役割と責任について記載し関係する機関や地域の人々に表明している。</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	(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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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「法令遵守規程」があり、所長は当施設の「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。施設の管理者として自らも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」などについて実践に即した職場内研修を開催し、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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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・研修の充実に図っている。 	<p>・管理者は当施設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、その改善に向けて指導力を発揮し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、当施設として事故・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、施設内部でも毎月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、利用者からの意見、要望等を日頃から収集・分析し、3ヶ月に1回開かれる利用者懇談会でもその結果を説明し、サービスの向上に活かしている。また、施設全体の経費の節減に努めており、特に、「光熱水費」等の節減・節約にとり組んでいる。</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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>・基本的に法人本部で人事、労務、財務について分析・検討を行っているが、所長は当施設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ある程度固定化していることから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、継続的に支援のスキルアップを図り、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、法人本部と協議しながら当施設としての人材確保にも取り組み、人員体制の整備についても取り組んでいる。また、法人、事業部、当施設としての独自の研修が年間で組まれており、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アップに寄与している。毎年度9月に職員の異動調書で希望を聴取しており、法人全体の効率的な人員配置に反映されている。今後、法人の第二期中長期総合計画の「人材育成について」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、今後、優秀な若い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基にした「職員倫理綱領」や「職員行動規範（基本姿勢）」が明らかにされ、人材の育成、配置、処遇等を進め、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。また、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、更に、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、それらに基づき多様な人材を確保している。目標管理制度に沿い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。毎年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）についての意向も聴取されるようになってきている。今後、法人内で職員が目標とするポストや職務に就くために必要な業務経験やルートといった道筋を更に明確にすることで、職員自ら将来を描くことができ、モチベーションアップにも繋げられるようにし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	(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>・法人として「就業規則」や「育児休暇、介護休業等に関する規定」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、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、働きやすい職場づくりに向けて職員の就業状況や意向・意見についても把握されており、現場で働く職員が休日が取りやすいように、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している。法人内の職員安全衛生委員会を中心に「メンタルヘルスケアセルフマネジメント研修」を開催し、ストレスチェックや定期的な健康診断なども行い、心身の健康維持に取り組んでいる。更に、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も設け、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の割引利用が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"> ■ 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>・法人の「期待する職員像」については「基本的視点」「職員倫理綱領」「職員行動規範(基本姿勢)」等から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」等も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ており、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を受けている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
II	2	(3)	② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 81 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。 ■ 82 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。 ■ 83 策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。 ■ 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。 ■ 85 定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。 	<p>・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(基本姿勢)」から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、当施設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、職員のスキルアップに取り組むことが掲げられ、実施されている。当施設内にも研修担当職員がおり、「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。法人としての階層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。</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>・法人として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。新型コロナ禍の中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。当施設としての職員の研修計画も立てられており、職員自らが希望する研修を探し、「個人目標」「研修目標」「内容」「実施時期」等を明記し、当施設の運営方針の「職員のスキルアップ研修を継続的に行い、サービスの質の向上に努める」ことに注力している。平常時であれば、職員は、更に、法人や当施設から提供された情報などを選び、自らの時間を使い自己研鑽のための研修等に参加している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
Ⅱ	2	(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a	<p>■ 91 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。</p> <p>■ 92 実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。</p> <p>■ 93 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。</p> <p>■ 94 指導者に対する研修を実施している。</p> <p>■ 95 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。</p>	<p>・法人では実習生の受け入れについて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、当施設でも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。新型コロナウイルス禍の中、今年度、実習の受け入れはないが要望があればいつでも受け入れができるようになっている。当施設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おり、実習元の専門学校・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。障がい者の施設入所支援あるいは生活介護という特性上、指導する職員もシフト勤務で実際の受け入れが難しいが、次代の福祉を担う若い人材の育成に力を入れている。</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。	① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a	<p>■ 96 ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。</p> <p>■ 97 福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。</p> <p>■ 98 第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。</p> <p>■ 99 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めている。</p> <p>■ 100 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。</p>	<p>・法人としてのホームページがあり事業部、全施設・事業所の活動内容等が閲覧でき、当施設のページもあり概要・事業内容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。法人として昨年度までに受審した第三者評価の結果も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。今回当施設として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。当施設としての「ほほえみだより」が定期的に発行されており、紙ベースで家族や関係する機関に情報提供がされている。また、施設のある地元の長野市富竹地区にも回覧として150部ほどが配布され、施設の活動状況等が地域にも知らされている。</p>
			② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a	<p>■ 101 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。</p> <p>■ 102 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。</p> <p>■ 103 福祉施設・事業所の事業、財務について、外部の専門家による監査支援等を実施している。</p> <p>■ 104 外部の専門家による監査支援等の結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。</p>	<p>・法人としての事務処理、文書、経理等の各種規程があり、必要に応じて会計士等の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、法人本部だけでなく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おり、その結果も管理職会議等で報告されている。法人として理事会・評議委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	<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>・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」を掲げ積極的に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「どんなに障がいがあっ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、入所支援施設として自施設で完結するだけでなく地域の他施設・事業所との連携を図りつつ利用者本位の支援を進めようとしている。新型コロナ禍で自肅ぎみになっているが、生活介護では同じ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、新型コロナ禍で交流が難しくなっているが、平常時であれば書道、将棋、傾聴、外出支援、衣類整理、地元中学校の音楽演奏などの地域のボランティアとの交流があり、年度によっては中・高生の職場体験の受け入れなどを行うこともある。現在、定期的に地域交流スペースを使い衣料品などの訪問販売会が開かれ利用者も楽しんでいるが、今後、新型コロナ収束後を見据え、地域の関係組織や相談支援事業所などと連携しながら更にイベント情報などを収集し、利用者が参加できるように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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 110 ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。 ■ 111 地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。 □ 112 ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している □ 113 ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。 ■ 114 学校教育への協力を行っている。 	<p>・ボランティアの受け入れについては法人としてのマニュアルがあり基本姿勢が示されており、当施設として「ボランティア・地域活動」の担当職員を任命し、平常時であれば当施設を含めた三つの施設で実施する「いわ苑祭」では合奏やタヒチアンダンス、太鼓、中学校のブラスバンド等のボランティアの発表があり、書道、将棋、傾聴、外出支援、衣類整理などのボランティアも受け入れている。しかし、現在、新型コロナ禍ということで受け入れが難しくなっている。今後は利用者の余暇支援などにボランティアの協力を得られるかどうか検討され、受け入れについての登録手続、事前説明等についても法人あるいは当施設として明確にされることが望まれる。また、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、障がいの特性等に関する研修や学習会などを定期的に実施されていくことも期待したい。</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	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 data-bbox="853 213 1704 272">■ 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 data-bbox="853 272 1704 331">■ 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 data-bbox="853 331 1704 391">■ 117 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 <li data-bbox="853 391 1704 450">■ 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 data-bbox="853 450 1704 509">■ 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>・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、養護学校などと連携しており、障がい者福祉全般についての課題解決に向け協働している。一人ひとりの利用者のフェイスシートには利用に到るまでに関係した機関や団体等の記載がありすぐに情報として引き出せるようになっている。また、当施設として医療処置を必要とする重度の障害者を受け入れていることから、生活支援と看護の職員が組織を横断し協働し、利用者が自立した日常生活を送ることができるよう理学療法士、作業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、現状新型コロナ禍の中で交流が難しくなっているが、平常時であれば長野県身体障害者連絡協議会、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 data-bbox="853 758 1704 831">■ 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>・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が地元の民生児童委員・人権養護委員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、法人や当施設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、当施設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であれば同じ建物内の他の2施設とともに「いつわ苑祭」を開いたり、また、施設の地域交流スペースで地域住民と交流する機会を設け、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も把握している。</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
			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	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="855 215 1715 343">■ 121 把握した福祉ニーズ等にもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。 <li data-bbox="855 343 1715 470">■ 122 把握した福祉ニーズ等にもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。 <li data-bbox="855 470 1715 598">□ 123 多様な機関等と連携して、社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどにも貢献している。 <li data-bbox="855 598 1715 726">□ 124 福祉施設・事業所（法人）が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を、地域に還元する取組を積極的に行っている。 <li data-bbox="855 726 1715 839">■ 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>・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「どんなに障がいが重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、入所支援施設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、地元区及び近隣施設との応援協力協定が結ばれており、実際に近隣施設の高齢者の避難場所として地域交流スペースを提供したこともある。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なっている。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>

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
<p>Ⅲ適切な福祉サービスの実施</p>	<p>1利用者本位の福祉サービス</p>	<p>(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>	<p>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。</p>	<p>a</p>	<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>・法人の基本理念や基本方針には「利用者を尊重した姿勢」が明示されている。職員はこの基本理念、基本方針を意識し利用者の尊厳を大切に支援している。「職員倫理要綱」「職員行動規範」は職員一人ひとりが所持している「運営指針」に綴られている。職員倫理要綱や職員行動規範は年度初めの職員会議で読み合わせ共通の理解を深め、周知している。また、基本的人権への配慮、身体拘束や虐待防止についても法人全体で取り組み、各事業所で勉強会、研修会を実施している。事業計画の運営重点事項で「人権意識の向上を図り、利用者への不適切な支援の一掃に努める」としており、利用者の意向を尊重しながら、QOLの向上を目指し積極的に支援している。</p>
			<p>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。</p>		<p>a</p>	<p>■ 131 利用者のプライバシー保護について、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記した規程・マニュアル等が整備され、職員への研修によりその理解が図られている。</p> <p>■ 132 規程・マニュアル等にもとづいて、プライバシーに配慮した福祉サービスが実施されている。</p> <p>■ 133 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。</p> <p>■ 134 利用者や家族にプライバシー保護に関する取組を周知している。</p>

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。	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>・法人としてホームページを充実しており、理念や基本方針、当施設の特性等は法人のホームページに掲載されており、契約書や重要事項説明書等からもその概要を確認することができる。施設を紹介するパンフレットは、カラー刷りで写真や地図を使用し、サービス選択に必要な情報が掲載されており、市内の相談支援事業所等に置かれている。施設見学は希望に応じて対応し丁寧な説明を行っている。</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。	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>・当法人の相談支援事業所も含む相談支援事業所には法人、当施設のパンフレットがあり、サービスの選択、自己決定をする際の資料となっている。希望に応じて施設見学を受け、見学には当施設のパンフレットや他の資料を使って説明している。サービスの利用開始前には、本人の障がい程度や理解力、家族も理解しやすいように資料を選択して説明をしている。サービス利用を希望した際には当施設との契約を行う流れに沿って契約書や重要事項説明書を使い説明をしている。更に、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、サービス変更時にはサービス管理責任者や担当職員が中心となり、本人や家族の意向を確認しながら進めている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
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	<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>・福祉サービス事業所の変更にあたっては、相談支援事業所等の関係機関と支援会議を通じて、現状のサービスがスムーズに移行できるように必要な情報を所定の様式（フェイスシート、引継ぎシート等）に記入し情報提供を行い、従前の支援内容から著しい変更や不利益が生じないようにしている。事業の変更や家庭等へ移行する場合も相談支援事業所や関係機関と移行支援会議を行い継続性に配慮している。また、サービス終了後については、事務所が窓口となっており、いつでも相談できることを口頭で伝えている。</p>
		(3) 利用者満足の向上に努めている。	① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	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>・利用者満足の向上を目的として様々な場面で利用者、家族の意見を聴取している。定期的に行われる調査は、食事提供に関するアンケート、個別支援計画のモニタリング、懇談会、利用者調査等があり、双方向的な形で意見を把握しサービスの質の向上に繋げている。利用者が一番の楽しみである食事では毎年アンケート調査を実施し食べたい献立や好きな献立を調査し提供することで、利用者の満足に繋げている。また、利用者の言動や職員の気づきは職員会議で共有や検討がされ、利用者支援でフィードバックしている。個別支援計画は実践状況を半年ごとにモニタリングし、個別面談でも意向を聴取している。随時出される利用者からの意見、要望等については、担当職員によりその都度対処するとともに、利用者との懇談会でも3ヶ月分が丁寧に説明され、継続すべき課題について前向きに取り組んでいる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
Ⅲ	1	(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>・苦情解決の仕組みや体制については「社会福祉法人長野市社会事業協会苦情解決に関する規程」「運営規程」「契約書」に明記され、「重要事項説明書」には苦情についての解決責任者、受付担当者、第三者委員の氏名も記載し、掲示物（ポスター）も張り出している。利用者、家族から表出された意見は「社会福祉法人長野市社会事業協会苦情解決に関する規程」の手順に沿って再発防止に向け取り組み、利用者や家族にフィードバックしている。公表については申し出た利用者や家族に配慮して公表している。また、利用者が直接意見を言える懇談会が定期的に（3ヶ月に1回）開催され、利用者が意見を述べやすい体制として機能している。日々、関わりながら利用者が発信している意見等も含め、あえて「苦情」として取り扱うことで福祉サービスの質の向上に繋げている。</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"> ■ 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>・重要事項説明書に相談受付の窓口を記載し、利用者や家族にも説明し、口頭でも職員に相談ができることを伝えている。当施設の利用者の障がい特性から、記載内容を理解して相談受付窓口へ申し出ることが難しい方もおり、直に担当する職員に話すことが多く、自分で発言できる利用者は自らその思いを声にしている。相談や意見は随時受付、定期的に懇談会（3ヶ月に1回）を開催しており、利用者が意見を述べやすい環境を整えている。</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。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 164 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。 ■ 165 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。 ■ 166 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。 ■ 167 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。 ■ 168 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。 ■ 169 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 	<p>・法人の規程集には「苦情解決に関する規程」があり組織として統一した対応が定められている。当施設の業務日誌やケース記録の記述から、日頃から職員は利用者から相談を受けており、その時々において傾聴に努めていることが窺えた。受けた相談は記録として記載され、朝礼や職員会議で検討し、利用者へフィードバックされている。利用者インタビューの結果でも「話をよく聞いてくれる」「担当職員に相談できる」「先ずは担当者に話している」等の回答があることから、随時、適切に対応している。</p>
		(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。	① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 170 リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。 ■ 171 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。 ■ 172 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。 ■ 173 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。 ■ 174 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。 ■ 175 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。 	<p>・法人として「リスクマネジメント委員会」を設置し、法人全体及び各事業所のリスクマネジメント体制を強化している。各施設・事業所から委員を選出し委員会が主になりリスクマネジメントについての知識の習得や危険予知トレーニング等を行っている。また、「事故発生と事後の対応」「緊急時連絡マニュアル」なども整備されている。令和3年度の当施設の目標に「利用者の健康を第一に考え事故のない安全で衛生的な事業所であること」を上げ、日々の業務の中でヒヤリハットを多くあげ、危険への意識を高め事故防止に繋げている。月1回の頻度で事故防止委員会を開催し、報告のあった事例の発生要因を分析し再発防止に積極的に取り組んでいる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
Ⅲ	1	(5)	② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 176 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。 ■ 177 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。 ■ 178 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。 ■ 179 感染症の予防策が適切に講じられている。 ■ 180 感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。 ■ 181 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。 	・感染症対策についての管理体制を整備しており、感染症の予防、発生時における利用者の安全の確保等をマニュアル（感染症マニュアルほか）にし周知徹底している。感染症予防策として「インフルエンザ・新型コロナウイルスのワクチン接種」「三密の回避」「体温測定・手指消毒の徹底」等を実施している。また、施設内ではハンドソープ、ペーパータオル、アルコールなどを使用した標準予防の励行、入浴日を増やして1日の入浴人数を減らす等、新型コロナ対策、感染症の予防策が適切に実践されている。マニュアルは感染症委員会が主になり必要に応じて見直しを加えている。現在、月1回程度、検証委員会を開催し、感染症に関するBCP（事業継続計画）を策定中で体制強化に取り組んでいる。
			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、地域の行政をはじめ、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。 	・火災、自然災害等の緊急事態に備えてBCP（事業継続計画）が策定されている。「緊急連絡網」「緊急時対応マニュアル（火災・地震・風水害）」により、利用者、職員の安否確認の方法等が定められ訓練や研修等で周知している。当施設周辺の過去の被災体験により、施設の立地条件等から想定される災害の影響を検討し、屋上が垂直避難可能な場所となり訓練に加えている。建物は長野市福祉避難所にも指定され、令和元年度には近隣施設の利用者の受け入れを行う等の経験があり、組織的に取り組んでいる。また、防火管理者を設置し「防災計画」「消防計画」を整備し、定期的に訓練を実施している。訓練は「火災」「地震」「日中」と「夜間」を想定し、通報訓練、避難・誘導訓練、消火訓練等を実施している。令和元年までの訓練は地元の消防団や区長他の参加があったが、それ以降、新型コロナ感染拡大の影響を受け規模を縮小し実施している。また、非常時の体制強化の取り組みとして「上級救命講習」を受講し、非常災害時の対応が施設内外でもできるように組織的に取り組んでいる。

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
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	<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>・標準的な実施方法は文書化され、職員一人ひとりが所持する「運営指針」に「食事に関して」「入浴に関して」「車イスに関して」等のマニュアルとして綴じ込まれ実践に繋がられている。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は「職員倫理綱領」「職員行動規範」などに明記されており、年度初めの4月の職員研修で読み合わせを行い、新規採用職員には3月に実施している。また、朝礼や職員会議、各種の研修でも繰り返し取り上げ、振り返りをするとともに再度の周知・徹底を図っている。</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	<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・見直しが定期的な実施されている。 ■ 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>・各種支援マニュアルは職員一人ひとりに手渡される「運営指針」に綴られており、法人として必要に応じて見直しがされており、マニュアルを基にし利用者毎のサービスを個別支援計画に載せている。また、各種マニュアルは職員が業務の中で気づいたことや利用者との関わりの中で感じたことなども取り上げ、実践の中で見直しをすることによりサービスの質の確保にも繋がっている。</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"> ■ 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>・アセスメントは法人が定めた様式（基本情報、課題分析標準項目）を用いて、個別支援計画策定前、身体状態や生活環境等に変化があった場合等に実施し課題を明確にしている。アセスメントにより明確になった課題を看護師、作業療法士などの関係職員も交え専門的な視点で話し合い、適切な個別支援計画の作成に繋げている。個別支援計画には具体的なニーズが示され、実践されていることが個別支援計画書や各種記録から確認することができた。</p>
			② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 203 個別支援計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。 ■ 204 見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。 ■ 205 個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。 ■ 206 個別支援計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。 	<p>・個別支援計画の目標や支援状況が利用者ニーズや現状の身体状況等に適しているかを評価する仕組みとして定期的なモニタリングを実施している。モニタリングは基本的に6ヶ月毎に実施しているが、日々の支援状況や身体状態の変化等によっては随時見直しを行っている。また、「PDCAサイクル」を基本とし継続しながら評価・見直しに取り組んでいる。見直しを行う際には支援会議等で関係者からの意見を集約し個別支援計画に反映させている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
Ⅲ	2	(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 207 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。 ■ 208 個別支援計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。 ■ 209 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。 ■ 210 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。 ■ 211 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。 ■ 212 パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。 	<p>・利用者の身体状況、生活状況等は「フェイスシート」、個別支援計画に基づくサービス実施状況は「ケース記録」「業務日誌」等に記録されている。各記録の様式は必要な記録が記入できるように作られており、また、必要な情報が取得できるようにになっている。記録が適切に行われるように研修や会議等でも具体的に指導している。個別支援計画はアセスメントにより明確になった課題を支援目標として掲げ、支援内容として必要なサービスが実施されていることが各種記録からも確認することができた。</p>
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 213 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。 ■ 214 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。 ■ 215 記録管理の責任者が設置されている。 ■ 216 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。 ■ 217 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 ■ 218 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。 	<p>・利用者及び家族に関する個人情報の保護については「個人情報保護に関する法律」「福祉事業者における個人情報の適切な取り扱いにおけるガイドライン」を基に適切な取扱いに努めている。利用者の記録の保管、保存、破棄、情報提供に関しては「社会福祉法人長野市社会事業協会個人情報保護規定」として定め、記録の管理体制を確立している。利用者及び家族の個人情報については、契約時に「使用目的」「使用範囲」等を説明し同意を得ている。取得した個人情報（紙、電子媒体）は責任者の管理の下、「漏えい事故」「不適切な利用」がないよう厳重に保管されている。法人の基本的視点で「個人情報を適正に取り扱う」ことについて明らかにし、職員には「職員倫理要綱」「職員行動規範」を基に研修を行い、個人情報保護についての理解を深めている。</p>