

別紙

## 福祉サービス第三者評価の結果

### 1 評価機関

|                                                                                     |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 名称：<br>コスモプランニング有限会社                                                                | 所在地：<br>長野市松岡 1 丁目 3 5 番 5 号 |
| 評価実施期間：<br>令和 6 年 5 月 1 6 日から 令和 6 年 1 0 月 2 8 日                                    |                              |
| 評価調査者（評価調査者養成研修修了者番号を記載）<br><br>B 1 6 0 2 1、B 1 8 0 1 6、0 5 0 4 8 2、B 2 0 2 3 0 1 9 |                              |

### 2 福祉サービス事業者情報（令和 6 年 8 月現在）

|                                                           |                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名：<br>（施設名） 指定生活介護施設はなみずき                              | 種別：<br>生活介護                                                                              |
| 代表者氏名： 中澤 和彦<br>（管理者氏名）岩崎 剛久                              | 定員（利用人数）： 2 0 （ 3 2 ） 名                                                                  |
| 設置主体：社会福祉法人長野市事業協会<br>経営主体：社会福祉法人長野市事業協会                  | 開設（指定）年月日<br>平成 8 年 4 月 1 日                                                              |
| 所在地：〒381-0006<br>長野市富竹 1520-3                             |                                                                                          |
| 電話番号：<br>026-296-1520                                     | FAX 番号：<br>026-296-1527                                                                  |
| 電子メールアドレス： Ituwaen-2@nagano-shajikyo.or.jp                |                                                                                          |
| ホームページアドレス：https://nagano-shajikyo.or.jp/hanamizuki-kaigo |                                                                                          |
| 職員数                                                       | 常勤職員 13 名<br>非常勤職員 12 名                                                                  |
| 専門職員                                                      | 施設長 1 名                                                                                  |
|                                                           | サービス管理責任者 1 名                                                                            |
|                                                           | 看護師 1 名 3 名                                                                              |
|                                                           | 生活支援員 9 名 6 名                                                                            |
|                                                           | 管理栄養士 1 名                                                                                |
|                                                           | 運転手 3 名                                                                                  |
| 施設・設備<br>の概要                                              | ・ 食堂・・・1 室 ・ 機能訓練室・・・1 室 ・ 静養室・・・1 室<br>・ 浴室・・・1 室 ・ 相談室・・・1 室 ・ 便所・・・2 室<br>・ 屋内運動場 1 室 |

### 3 理念・基本方針

#### ○社会福祉法人長野市社会事業協会基本理念

長野市事業協会は、利用者の人としての尊厳を大切にし、地域社会でゆとりと潤いのある、その人らしく、いきいきと自立した日常生活が送れるように、利用者本位のニーズに合った福祉サービスの提供に努めます。

## ○社会福祉法人長野市社会事業協会基本的視点

- ・私たちは、利用者や家族の声を大切にし、利用者と対等な立場で信頼関係を築きます。
- ・私たちは、サービスの質の評価を行い、公正で良質かつ適切なサービスを提供するように努めます。
- ・私たちは、地域やその他の関係機関と連携し、より充実したサービスが受けられるよう努めます。
- ・私たちは、サービス内容の情報提供を行い、個人情報을適正に取り扱い、事業運営の透明性の確保に努めます。
- ・私たちは、専門性を高めるため、常に研鑽し、資質の向上に努めます。

## ○はなみずき信条

- ・われわれの業務は常に利用者さんを中心にしてプランニング作成、ニーズの実現や環境整備などを行います。
- ・やりがいを感じる職場・仕事・仲間づくりを自ら行い停滞しない明るい職場を目指します。
- ・安全配慮義務を果たしながら、サービスの質の向上・拡大・効率化を目指します。
- ・ご利用者・ご家族と対等に礼儀正しく笑顔で接し、快適な時間と空間を提供します。
- ・業務に入ったら相手の立場を考え尊重しながら考え行動できる福祉の専門家としての自覚をもち行動します。
- ・挨拶と声掛け、アイ・コンタクト、傾聴はコミュニケーションの基本、時に優しく、時に元気に適切に行います。
- ・いろいろなアンテナの精度を向上させ範囲を拡大します。
  - ㊦言葉のない方はじめご利用者などの気持ちを察するアンテナ
  - ㊦地域・家族のニーズを受領するアンテナ
  - ㊦求められる知識・スキルなど時代の要請に気付くアンテナ

## 4 福祉サービス事業者の特徴的な取り組み

「障害者支援施設はなみずき」は社会福祉法人長野市社会事業協会を設置者とし、同じ法人により運営されている。当施設は「障害者福祉施設ほほえみ」、「障害者福祉施設すまいる」とともに、「長野障害者総合施設いつわ苑」を形成し市内北部地域の障がい者のニーズに応えている。

1996年(平成8年)4月に、「長野障害者総合施設いつわ苑」は「はなみずき」「ほほえみ」「ひまわり」「富竹作業所」「長野市ほほえみデイサービスセンター(当時は長野市からの受託事業)」の五つの施設が同一建物内にあることと、1998年(平成10年)開催の長野五輪にちなみ「いつわ苑」と命名され、地域の人々に親しまれている。

現在の「いつわ苑」は「はなみずき(生活介護・放課後等デイサービス)」「すまいる(就労継続支援B型)」「ほほえみ(施設入所支援・生活介護・短期入所)」という三つの障がい者施設から成り立っている。

当施設の事業開始は平成8年4月の「知的障害者更生施設はなみずき」の設置にまで遡ることができ、その後、障害者自立支援法から障害者総合支援法へと変遷する中での新事業体系の移行に基づき、現在「指定生活介護事業所はなみずき(定員20名)」の生活介護、放課後等デイサービスを実施し、「あなたらしく 笑顔咲く はなみずき」を目指し、28年の歳月を経ている。

当センターの運営母体である社会福祉法人長野市社会事業協会は現在、障害関係施設(施設入所、生活介護、就労移行、就労定着、就労継続、居宅介護、短期入所事業、共同生活援助)、児童福祉

関係施設(障害児通所支援施設、放課後等デイサービス、母子生活支援施設、保育所)、保護施設(救護施設、社会事業授産施設)、高齢者関係施設(特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、通所介護事業)など、33 事業所 52 の福祉サービス施設・事業所を運営しており、ライフステージに応じた一生サポートできる生涯支援を目指し、当施設もそのうちの障害者支援北部事業部に属し、長野市を中心に北信地域各地から施設での自立した生活を希望する利用者に対し、生活の場、日中活動の場を提供している。

当施設は長野市北東部の国道 18 号線柳原信号から北へ 1km の長野市富竹地区にある。施設のすぐ西側には長野市民病院が、さらにその西側には宅地が広がり、近くには長野市北部工業団地もあるほか、県立総合リハビリテーションセンター及び同じ県立の長野県障害者福祉センター(サンアップル)などもある。また、長野市東北中学校、長野市柳原小学校、長野市柳原総合市民センターなども近くにあり、医療、福祉、文教ゾーンを形成している。周りにはリンゴやモモの果樹園、田んぼも広がり、遠くに飯綱山を始めとした北信五岳や横岳・笠岳・根子岳などの上信国境の高峰を目にすることもでき、静かな環境に恵まれている。

現在、当施設では北信地域各地からの 32 名の利用者があり、男性 12 名・女性 20 名、平均年齢が 35.7 歳、在籍年数の平均が 15.8 年、重度者の割合が 12.5%となっている。設立当初から継続し利用している方や入所から 1 年という方まで幅広く、利用者の 85%の方が障がい者支援区分 6 で車いす使用(75%)・自立歩行(25%)となっている。更に、食事や着脱などの自立度も比較的低い。

施設の事業計画の「運営方針」として「様々な創作的な活動、各種機能訓練、レクリエーション、社会的活動等を通じ、利用者の持つ可能性を引き出し、その人らしい充実した活動を提供する」として、施設内で季節のメリハリが感じられる創作活動、各種行事やレクリエーションに取り組んでいる。

当施設の生活介護では常に介護を必要とする方に対して、主に昼間において、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事、生活等に関する相談・助言その他の必要な日常生活上の支援、創作的活動の機会の提供のほか、身体機能や生活能力の向上のために必要な援助を行っている。現在当施設の定員 20 名となっている。

施設では法人の基本理念に沿い運営方針に「利用者の心身の状況と家庭の意向と状態を踏まえ個別支援計画を作成し、適切なサービスを提供する」と掲げ、また、運営重点事項において「個々のニーズに対応し、安心して通所できる環境を作る」、「医療ケアを必要とする方の安全確保と個々のニーズに応じたプログラムを提供する」としている。当施設の特性として、いろいろな要因から人生の途中で障がいを持たれた利用者が多い。また、医療依存度の高い方の支援を受け入れざるを得なくなっており、一人ひとりの多岐にわたるニーズに即した目標を設定し、生活の質の向上を目指している。

新型コロナウイルスの 5 類への移行後は、ボランティア、実習生、高校生の職場体験受け入れなどを再開している。当施設「はなみずき」のみでなく、「ほほえみ」「すまいる」等の各施設が提供している様々な障がい者への福祉サービスが利用を希望する方の選択肢として更に広がりをもたせ、ますます必要とされる施設となっていくことが期待される。

## 5 第三者評価の受審状況

|               |                   |
|---------------|-------------------|
| 受審回数(前回の受審時期) | 2 回目(前回は平成 29 年度) |
|---------------|-------------------|

## 6 評価結果総評（利用者調査結果を含む。）

### ◇特に良いと思う点

#### 1)利用者のニーズに合わせた個別支援

生活介護事業所では、利用者一人ひとりの障がいや心身の状態を理解し、それぞれに適切な支援を行うことで、心身の健康の維持及び増進を目指すことが重要であるといわれている。そうした中、当事業所では利用者一人ひとりが持つ能力や個性を十分に発揮できるように、個別の目標を支援計画で設定し、実践している。

生活介護のサービスの提供に際しては、利用者一人ひとりのニーズや希望する生活について理解するための適切なアセスメントを行うことが重要であり、そのアセスメントを基盤として、利用者が主体的に生活を送り、自己決定による自立と自己実現に向けて支援を行うための個別支援計画（＝生活介護計画）の策定をしなければならないとされている。

当事業所の利用者登録数は32名で、障害者支援区分では「区分6」の方がほぼ85%と重度化している。また、平均年齢は35.7歳で50歳台の方も数名在籍しており、重度化と高齢化が進みつつあることから、高齢化にある保護者のことも含めて将来を見据えた支援が必要となってきた。

当事業所では、利用者一人ひとりの個別支援計画に沿って、利用者の心身の健康の維持・増進のための日常生活の支援を保障しながら、提供する諸活動によって友人や職員等との対人関係を構築し、利用者の自己実現のための主体的な生活の場として、サービスを提供している。

日中活動では一人ひとりの希望、障がいの状況や心身の状況に応じて、その活動の中に機能訓練や生活訓練を組み入れ、理学療法士などの専門職の助言・指導の下、多くの選択肢を整え実施している。外部講師による音楽療法も行われ、また、体操、ムーブメント(目的を持った身体づくり)、スヌーズレン(光、音楽、触感、香りなど心地良い感覚刺激の提供)、外出、散歩、プールなどを日中活動の場として心身及び感覚機能を動かす訓練も行っている。別に、歯科衛生士による口腔ケアの指導にも力を入れている。機能訓練・生活訓練ほかについても定期的なモニタリングで検証し、必要に応じて見直しを行っている。

当事業所では支援困難事例を抱える利用者が多いことからチームを組み、職員が協働しながら利用者の支援にあたっている。現在、2チームを編成して、期ごとに各担当職員により対象利用者の障がい特性や利用状況を把握することから始め、利用者一人ひとりの支援マニュアルを作ってチームで協力し合いながら各利用者の環境を整備した上で、支援に必要な事項の確認、チームでの検討等を経て、個別支援計画の作成へと繋げている。毎月、サービス管理責任者も交えたチームリーダーの会議も実施されており、最終的には「全体支援(全職員)」に向けて共有化を図っている。

生活介護事業所の利用者の障がいは多様化しており、利用者の多様なニーズに対する支援の提供が必要となってきたといわれている。当事業所では利用者の意思決定を尊重しつつ、利用者の心身の健康の維持・増進のための支援や利用者の主体的な生活と自己実現を目指した支援を保障し、そのための支援計画の作成とそれに沿った支援を実践している。

#### 2)利用者の権利擁護への取組み

障害者の権利に関する条約（平成18年国連総会にて採択。平成26年条約第1号）第12条においては「障害者が全ての場所において法律の前に人として認められる権利を有する」と定められており、利用者一人ひとりの基本的人権を保障し、利用者の自己決定を尊重した上で、利用者一人ひとりの主体的な活動を保障し、促進していくことが重要であるとされている。

また、障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（平成23年法律第79号）ならびに障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（平成25年法律65号）を遵守し、利用者に対する虐待、差別等の不適切な行為、権利侵害を防止しなければならないとされている。

当事業所の運営主体である法人の基本理念や職員基本方針に「人としての尊厳を大切にする」「人権尊重」等を掲げ、法人の「第二期中長期総合計画」の「運営基本方針」には「利用者の権利擁護」として「個人の尊厳に配慮し、利用者の自己選択、自己決定を尊重し、対等な立場で信

頼関係を築きます」としている。

更に、法人として「法令遵守規程」を設け、障がい者福祉に関する法令、ならびに人権、労働、社会保障、消防等事業の運営に係るすべての関係法令を確実に遵守することにより、利用者の権利を擁護する態勢や地域において利用者を継続的に支援していく姿勢を明らかにしている。

法人内には課題別に特化し、各施設・各事業所を横断した委員会や専門部会が幾つか設置されており、運営重点事項及びタイムリーな課題に対処し、その解決のため迅速に取り組んでいる。委員会の中に「虐待防止委員会」があり、人権擁護を主に虐待、差別防止啓発のための法人内職員研修などを企画するとともに権利擁護の実践状況の把握のために 28 項目からなる権利擁護や虐待防止に関わる職員の自己チェック、職員自らのサービスについてのアンケートなども行い、集計・分析するなど、精力的に活動している。加えて、当事業所の係分担として「権利擁護・虐待防止」の職員を置き、振り返りの内部研修を企画・実施し、上記アンケート結果を事業所内で信頼されるサービスの提供に向けての一つのツールとして活用している。

当事業所では一人ひとりの利用者が独立した一人の人間として尊重され、保護者・職員等ではなく利用者自身の利益を優先して、生命・生活が守られ、良い環境の中で生活することと自己実現・自己決定の実現を支援するために「はなみずき信条」を掲げて、全職員が一致協力して利用者支援にあたっている。

### 3) 適切なサービス実施記録の管理と個人情報の保護

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がされている。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。

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」を定めて、法人の事務部会でも各施設の事務担当の書記により記録の保管方法なども統一し、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。

### 4) BCP（業務継続計画）の策定及び非常災害対策の周知と実践

当事業所も含む「いつわ苑」として火災、自然災害等の緊急事態に備えて BCP（業務継続計画）を策定し、実際に運用している。

当施設としても「自衛消防隊編成表」によって職員の役割が決められており、「緊急連絡網」「緊急時対応マニュアル（火災・地震・風水害）」を整備して、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等を検討した結果、屋上が垂直避難可能な場所となり訓練に加えている。また、特に建物平面図には備蓄品の保管場所が詳細に示されているため、非常時に慌てず確実に備蓄品を確保することができるようになっている。

建物は長野市福祉避難所にも指定され、令和元年度の台風 19 号の際には近隣高齢者福祉施設の利用者の受け入れを行った。更に、施設としての防火管理者を置き、「防災計画」「消防計画」を整備して、定期的に訓練を行っている。内容としては「火災」と「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。令和元年度までの訓練は地元との協力応援協定に基づき、地域の消防団や区長他の参加があったが、それ以降、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受けて規模を縮小し実施している。また、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。

感染症対策については、法人で「BCP（業務継続計画）」を策定しており、これを基にして各

事業所も「BCP（業務継続計画）」を策定している。当事業所も「新型コロナ感染症発症時における事業継続計画」を策定しているが、毎年４月に内容を見直し、更新している。

また、管理体制を整備・強化しており、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「インフルエンザ等のワクチン接種」「体温測定・手指消毒」等を徹底して行っている。また、事業所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など、感染症の予防策が適切に実践されている。

## ◇改善する必要があると思う点

### 1) 公益的な事業・活動への更なる取組み

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み」を掲げ推進しようとしている。同じ中長期総合計画の「事業の今後の方向性」の「障害者支援事業について」の運営基本方針にも「どんなに障がいが高くても地域で当たり前の生活支援、自立支援を推進する」として、地域の他施設・事業所と連携を図り、生活介護支援事業所として利用者本位の支援を進めようとしている。

また、非常災害に備え、地元区との応援協力協定が結ばれており、更に、複合施設として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々や住民への支援もできるようにしている。

今後、社会福祉法人としての使命・役割と社会福祉法等の関係・事項等を具体化するため、既存制度では対応しきれない生活困窮、生活問題等の支援・解決など、地域社会での貢献活動を主体的、積極的に進め、また、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、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り組まれるとともに、障がい者が地域の担い手の一人として地域社会を創っていけるように地域共生社会の実現に更に寄与されていくことが期待される。

### 2) ボランティアの受け入れについて

当事業所はハーモニカ演奏、ピアノ演奏、体操教室などのボランティアを随時受け入れている。

また、高校生の職場体験を受け入れており、複合施設全体として中学生の職場体験も受け入れている。

ボランティアとして年齢、性別、職業、趣味など様々な背景の人々が関わることで、「職員とは異なる視点から課題や対応策を見つけることができる」「職員の代替ではなく、職員にプラスの視点となり、ボランティアの協力でより幅広い事業展開が可能となる」「地域との懸け橋となり地域住民に親しみを感じてもらえ、施設の目的や利用児者への理解拡大につながる」「ボランティアの存在自体が大きな意味を持ち生活や人間関係が限定されがちな利用者の人生の質の向上にもつながる」等、色々な効果が期待できるのではないかと思われる。

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し、平日のボランティアは無理であるが土、日の行事などに参加してみたいという方、定年後の余暇の時間を何かに活かしたいと考えている方、福祉に興味のある方などに声を掛け、今後、ボランティア受け入れについての登録手続き、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。

## 7 事業評価の結果（詳細）と講評

共通項目の評価対象Ⅰ福祉サービスの基本方針と組織及び評価対象Ⅱ組織の運営管理並びに評価対象Ⅲ適切な福祉サービスの実施（別添１）、内容評価項目のＡ－１利用者の尊重と権利擁護、Ａ－２生活支援（別添２）

## 8 利用者調査の結果

聞き取り方式で実施

ただし、長野県福祉サービス第三者評価事業評価結果取扱要領第２条第１項の規定により、有効回答者数が１０人未満のため非公開とします。

## 9 第三者評価結果に対する福祉サービス事業者のコメント（別添４）

（令和６年１１月１日）

今回の第三者評価にて当方の取り組みとして、利用者の意思決定を尊重した利用者主体の支援実践、権利擁護に対する意識を高め不適切な支援をなくしていく試み、適切な記録と個人情報保護に対する取り組み、非常時への備えと感染症等予防に対する取り組みに対して好評価いただいた。日頃重点項目として実践し、改善をしていくべく取り組んでいることを評価していただけたことは、職員のやりがいに繋がり、なお一層の支援力等の向上に励む動機になると感じている。

また、今後の努力ポイントとして、社会福祉法人として地域作りへの貢献度を高めることや、ボランティアの有効活用について助言をいただいた。施設内から視野を広げて地域との繋がりを深め、より多様で柔軟な観点に基づく支援サービスができるようにしていきたい。

(別添1)

## 事業評価の結果（共通評価項目）

福祉サービス種別 障がい者・生活介護

事業所名（施設名） 指定生活介護施設はなみずき

### 第三者評価の判断基準

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

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

| 評価対象                | 評価分類         | 評価項目                    | 評価細目                      | 評価 | 着 眼 点                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | コメント                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------|--------------|-------------------------|---------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I<br>福祉サービスの基本方針と組織 | 1<br>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  | <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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> | <p>・障害者支援施設はなみずき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33事業所52福祉サービスを展開している。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く指定生活介護事業所として障害者一人ひとりの心身の状況と年齢に応じた確かなニーズを把握し、自立的で安心した当たり前の暮らしができるように介護及び日中活動にかかわる各種支援を行っている。当施設の施設入所・生活介護を利用する利用者は20歳未満から50歳台後半までと幅広く、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て、支援に当たっている。その目的・方針では当施設の存在意義、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て職員に周知されており、法人の「職員基本指針（求められる職員像）」と共に具体的な実践へと繋がられている。利用者や保護者に向けて年度の施設目標を掲示したり、家族懇談会など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。</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  | ■ 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。                                                            | ・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。 |
|      |           |                             |                                   |    | ■ 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、法人内組織の障害者支援北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、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。施設としても事業計画、資金収支予算書が作成され、施設の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ている。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。                |
|      |           |                             |                                   |    | ■ 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。                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|      | 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。                                               | ・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ヶ年を単位に行って、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て、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。    |
|      |           |                             |                                   |    | ■ 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。                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| 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  | ■ 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。                 | ・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ヶ年を単位に行って、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。                                                             |
|      |      |                      |                                             |    | ■ 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。        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|      |      | (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  | ■ 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。                              | ・中長期総合計画に沿い年度の法人・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」など、事業内容毎の打ち合わせも定期的に実施しており、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、職員基本指針（求められる職員像）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・提案は検討された後、事業計画に反映されている。                    |
|      |      |                      |                                             |    | ■ 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。                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|      |      |                      | ② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。                 | b  | ■ 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。             | ・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「利用者の心身の状況と家庭の意向と状態を踏まえ個別支援計画を作成し、適切なサービスを提供する」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、家族懇談会の中でも折にふれて、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「はなみずき通信」等を送付し、より具体的に計画がわかるようにしている。当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共同し、利用者に住居と食事を提供して、計画に沿った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。 |
|      |      |                      |                                             |    | ■ 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ような工夫を行っている。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|      |      |                      |                                             |    | □ 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。                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| 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>                        | ・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が毎月行われており、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がっている。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程」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。                       |
|      |                           |                                | 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>              | ・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・分析などを行って、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。<br>「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      |
| 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> | ・法人組織図、また、当事業所としての職務分掌等が組織体制図として明確にされており、職員にも周知されている。管理者は当事業所の所長として定例の職員会議で現状の取り組みや今後に向けての方向性を示し、職員に対して自らの役割と責任を明らかにしている。職員に毎年度配布される「事業計画」には「研修計画」「業務分担表」「係分担表」などが綴じられ、また、有事の際の危機管理マニュアルでも役割などが明確になっている。更に、複合施設及び事業所としてのBCP（業務継続計画）にも意思決定者としての役割、意思決定代行者等が一覧として掲載されており、権限委任等が明確になっている。加えて、家族懇談会でも事業所の経営・管理に関する方針や取組などを説明し理解に繋げている。 |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目                     | 評価細目                                 | 評価 | 着眼点                                                             | コメント                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------|------|--------------------------|--------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ⅱ    | 1    | (1)                      | ② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。       | a  | ■ 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。 | ・法人としての「法令遵守規程」があり、所長は当事業所の「法令遵守管理者」として、職員と連携をとりながら法令遵守を徹底し、業務を遂行している。事業所の管理者として自らも法人内で実施される研修に参加し、率先垂範して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、法人内にある「虐待防止委員会」などと協働しつつ、「権利擁護への意識の向上」や「虐待防止について」、更に、労働基準法など、事業所内で遵守すべき法令等の周知も図っている。                                                                                       |
|      |      |                          |                                      |    | ■ 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。             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|      |      | (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  | ■ 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。               | ・管理者は当事業所の所長として福祉サービスの質に関する課題を十分把握しており、「支援会議」や「チーム会議（ケース会議）」などで出された利用者や家族からの意見・要望などを基にその改善に向けて指導力を発揮し、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等があり、また、当事業所として事故・ケガ等については「事故報告書・ヒヤリハット報告書」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。更に、研修についても法人内に研修推進委員会があり、法人内外の研修に職員を派遣し、事業所内部でもほぼ2ヶ月～3ヶ月に1度、研修に取り組んでいる。 |
|      |      |                          |                                      |    | ■ 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・研修の充実を図っている。                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|      |      |                          | 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  | ■ 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。            | ・基本的に法人本部で人事、労務、財務について管理をしているが、所長は事業所の職員会議などを通じて理念・運営方針の浸透や職員の意思統一を図り、人事、労務、財務等、運営面での効率的な業務を目指し具体的に取り組んでいる。財務面では法人の本部に負う部分が大きい。社会福祉法人という非営利的な福祉サービスという性格上事業所の収入が利用率に左右されることから新規利用者の受け入れについて体制を整備し、利用率アップを図っている。また、事業所の支出面に留意しつつ、すべての業務についてもコストがかかっていることを意識して、法人内の「業務省力化委員会」と協働し、経営の改善や業務の実効性を高めるために効率的な人員配置を整備している。           |
|      |      |                          |                                      |    | ■ 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。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| 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  | <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>                                                                                                                    | ・法人の中長期総合計画や年度の事業計画には「サービスの向上を目指し、人材育成を積極的に行い専門性の確保に努めます」としており、当事業所の人材の確保についても法人本部と連携しながら、必要な福祉人材の確保や人員体制の整備に計画的に取り組んでいる。また、法人、事業部、当事業所としての独自の研修が年間で組まれているほか、別に法人の職階別研修もあり目標管理制度とも連動して、職員のモチベーションのアップに寄与している。職員の自己申告カードの提出についても毎年度9月に実施され、異動についての希望なども把握して法人全体の効率的な人員配置に活かしている。法人の第二期中長期総合計画に盛り込まれている「資格取得を支援する自己啓発支援制度や職員の自主性を重視した提案型研修」などにも法人本部や事業所から外部研修の情報等が発信され、希望する職員は受講することができる。                             |
|      |              |                                   | 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」や「職員行動規範」が明確にされ人材の育成、配置、処遇等を進めており、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。法人として目標管理制度が導入されており、また、キャリアパス要綱の立案も進められている。更に、法人の中長期総合計画にも「人事について」として「採用」「異動」「職階制と給与」「その他」について明記し、それらに基づき実施している。目標管理制度の中で、上位者と面談する機会もあり職員の意向・意見なども集約されている。毎年度9月には「自己申告カード」を提出することにより希望する業種（サービス）についての意向も各施設・事業所で聴取されるようになっていく。現在進められている、目標管理制度と処遇との連動や職員自ら将来を描くことができるようなキャリアパスの「求められる能力・機能」について早期に具体化され、モチベーションアップに繋がられていくことが期待される。 |

| 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    | 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  | <p>■ 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>■ 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>■ 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>■ 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>■ 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>■ 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>■ 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>■ 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>・法人として「就業規則」や「育児休暇、介護休業等に関する規程」があり、有給休暇や育児休暇の取得の促進、職員自己申告カードの提出、目標管理制度による個別面談の実施などを通じて職員が仕事に対して意欲的に取り組めるような環境を整えている。また、法人として「次世代育成支援対策推進法」に基づく一般事業主行動計画」が今年度4月から4年間で実施されるようになっており、「年次有給休暇の取得日数を一人あたり平均年間12日以上とする」ほかが進められている。更に、法人内の職員安全衛生委員会を中心に「メンタルヘルス活動の推進」に取り組んでいる。法人としての「心の健康づくり計画」も3ヶ年で推進されており、ストレスチェックや定期的な健康診断なども行っており、心身の健康維持に取り組んでいる。法人として共済制度に加入しており、法人及び施設内に職員親睦会を設け慶弔金などを受けることができ、職員のリフレッシュのために指定保養所やテーマパークなども割引利用できるようになっている。職員の就業状況や意向・意見について把握もされており、現場で働く職員が休日を取りやすいように、利用者との関係性にも配慮しながら勤務シフト表が組まれ、出産や子育て、介護等にも柔軟に対応できるようになっている。</p> |
|      |      | (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | ① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。            |    | <p>■ 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>■ 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>■ 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>■ 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>■ 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>・法人の「基本的視点」「職員倫理綱領」「職員行動規範」が明確にされており、それらから「期待する職員像」を読み取ることができる。また、法人として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た「基本的業務」「求められる資質」「果たすべき役割」等が定められていることから、職員一人ひとりの職務や経験、スキルに応じて具体的な目標が設定され、期初の目標設定時の面接での確認や中間面接での進捗状況の振り返りなども行われ、所長等から適切な助言や指導が行われている。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目                                      | 評価 | 着 眼 点                                                                                                                                                                                                                                                                  | コメント                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------|------|------|-------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ⅱ    | 2    | (3)  | ② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。 | a  | <p>■ 81 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。</p> <p>■ 82 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。</p> <p>■ 83 策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。</p> <p>■ 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。</p> <p>■ 85 定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。</p>   | <p>・法人の基本理念や基本的視点を踏まえた「職員基本方針(求められる職員像)」が明確にされており、目指すべき職員像として人材育成の目標にもなっている。法人の中長期総合計画や年度事業計画、事業部年度事業計画、当事業所年度事業計画には法人や事業所内外の研修等に出席し、支援に関するスキル等の専門性の向上や利用者本位のニーズにあったサービスの提供、利用者の権利擁護など、職員の資質向上に取り組むことが掲げられ、実践されている。当事業所内にも研修担当があり、「職場内研修計画」には「職場研修(職員育成)の方針」や「現状と課題(継続する課題、新たな課題)」、「年度の重点テーマ」などが明記され、最終の研修で受講者のアンケートを取ることで研修の評価をし、その成果についても分析して、次年度の年間計画策定時に反映している。法人としての職階別研修や専門部会研修も実施されており、体系的に教育・研修が実施されている。</p> |
|      |      |      | ③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。               | a  | <p>■ 86 個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。</p> <p>■ 87 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。</p> <p>■ 88 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。</p> <p>■ 89 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。</p> <p>■ 90 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。</p> | <p>・職員一人ひとりの知識、技術水準、専門資格の取得状況等については法人として把握しており、各施設や事業所の人員配置に活かしている。オンライン研修などを含めて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ている。また、長野県や長野県社会福祉協議会、長野県知的障がい福祉協会などの外部研修についても参加し、復命書の回覧や伝達研修等で職員間でその内容を共有している。当事業所としての職員の研修計画も立てられており、更に、法人や当事業所から提供された情報などを選び職員自らが希望する研修を探し研修計画を立て「個人目標」「研修目標」「内容」「実施時期」等を明記して、当事業所の運営の方針や運営重点事項に掲げる「信頼されるサービスの提供」「サービスの質の向上」「働き易い職場環境を築く」等に取り組んでいる。自分の時間を使い自己啓発のための研修等に参加している職員もいる。</p>            |

| 評価対象                                           | 評価分類                                             | 評価項目                                     | 評価細目                                                      | 評価                        | 着 眼 点                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | コメント                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Ⅱ                                              | 2                                                | (4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。  | ① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。         | a                         | ■ 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ・法人や当事業所では実習生の受け入れを福祉人材の確保とともに地域との関係づくりの一つとしてとらえ、社会福祉に関する資格取得を目指す県内外の大学生、短大生、専門学校生などの実習の受け入れについて前向きに取り組んでいる。今年度も社会福祉の仕事を目指す短大や専門学校生の実習の受け入れを行っている。当事業所には実習指導者として指導者研修を受けた実習担当者がおり、「介護福祉士・教員」「保育士養成」「社会福祉士」などの資格別に実習担当職員を配置して、実習先の短大・専門学校などと連携して効果的な実習が行えるようなプログラムを作成し、実践的な指導に当たっている。別に、在宅の障がい者の受け皿としての生活介護という特性上から、特別支援学校の生徒の体験実習も受け入れている。 |      |
|                                                | ■ 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 |
| 3<br>運<br>営<br>の<br>透<br>明<br>性<br>の<br>確<br>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                                                         | ■ 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。      | ・法人としてのホームページがあり全施設・事業所の事業報告等を閲覧できる。その中に当事業所のページもあり概要・事業報告を知ることができる。また、「財務諸表等電子開示システム(WAM NET)」のウェブサイト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。今回当事業所として2回目の第三者評価受審となっており、結果についても公表される予定で、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。法人のホームページにはそのほか、苦情解決結果や法人としての個人情報保護規程などの主要な規程も公開されており、透明性が確保されている。法人のホームページを通じて様々な情報が提供されているが、地域に向けての情報提供については一般的にはまだまだ紙ベースで行われることが多いのではないかと思います。今後、複合施設全体の事業計画の主旨などについて広報誌などで広く周知することを期待したい。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |
|                                                |                                                  |                                          |                                                           | ■ 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。 | ■ 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。 | a                         | ■ 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ・法人としての「庶務規程」「経理規程」などで、事務、経理、取引等について定められている。法人の庶務部会も定期的に開かれ統一が図られている。必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を受けることも出来る。また、法人運営の透明性を図るために全施設・事業所が外部監査を受けている。決算に際し、外部の会計士による監査が行われており、法人本部や場合により事業所を訪れチェックもしている。更に、法人内の監事会が期中に施設や事業所の事務調査に入り、預かり金等のチェックもしている。法人として理事会・評議員会とは別に運営協議会があり、利用者や地域の人々に運営状況を説明し、意見・要望等を聞く機会も年1回設けている。                                  |      |
| ■ 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。        |                                          |                                                           |                           |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |

| 評価対象 | 評価分類          | 評価項目                   | 評価細目                                 | 評価 | 着 眼 点                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | コメント                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------|---------------|------------------------|--------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ⅱ    | 4 地域との交流、地域貢献 | (1) 地域との関係が適切に確保されている。 | ① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。         | b  | <p>■ 105 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。</p> <p>■ 106 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。</p> <p>□ 107 利用者の個別状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。</p> <p>□ 108 福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。</p> <p>■ 109 利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。</p> | <p>・法人の中長期総合計画の運営基本方針に「地域ニーズに対応した貢献」として「地域との連携の確立」「地域から信頼される事業の提供」「地域における公的な取組」など掲げ推進しようとしている。また、同じ中長期総合計画の「事業の今後の方向性」の「障害者支援事業について」の運営基本方針にも「どんなに障がいが高くても地域で当たり前の生活支援、自立支援を推進する」として、地域の他施設・事業所と連携を図っている。生活介護の事業所として事業所のカラーを明確にし、障がい特性に応じ利用者の住み分けを行い、活動グループや活動場所の確保に取り組もうとしている。利用者の生活に張り合いをもっといただけるように、利用者一人ひとりの希望に合わせて外出、外食、プール体験などの活動を行っている。新型コロナ以降難しくなっているが、今後、地域内の障がい福祉センターや隣接する医療機関等の公共施設の利用案内などの情報を収集し、また、地域の関係組織や相談支援事業所などと連携して、利用者のニーズに応じた地域の人々との可能な範囲での交流を支援されていくことが望まれる。</p> |
|      |               |                        | ② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。 | b  | <p>■ 110 ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。</p> <p>□ 111 地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。</p> <p>□ 112 ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している</p> <p>■ 113 ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。</p> <p>■ 114 学校教育への協力を行っている。</p>                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目                     | 評価細目                                           | 評価 | 着 眼 点                                                                                                                                                                                                                                                                                 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------|------|--------------------------|------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ⅱ    | 4    | (2) 関係機関との連携が確保されている。    | ① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。 | a  | <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 117 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 119 地域に適当な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、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、特別支援学校などと連携して、障がい者福祉全般についての課題解決に向け協働している。一人ひとりの利用者のフェイスシートには利用に到るまでに関係した機関や団体等の記載がありすぐに情報として引き出せるようになっている。また、当事業所として「係分担表」を作成し、各職員が音楽療法、ムーブメント、創作活動、静的弛緩誘導法、スヌーズレン、口腔ケア等の各サービス担当として分担している。更に、「業務分担表」も作成し、支援係を中心に組織を横断して協働し、利用者の自立支援を図ることを目的として歯科衛生士、理学療法士、音楽療法士などからの協力も得られるようになっている。加えて、長野県の知的障がい福祉協会の支援スタッフ部会、障がい者支援部会、長野市障害ふくしネットなどにも参画し情報交換などを行っている。 |
|      |      | (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  | <p>■ 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、利用者や地域の人々からなる外部委員による「運営協議会」を開催し、意見・助言等を運営に活かしている。法人としての「苦情解決に関する規程」に従って、事業所としての第三者委員も地元の民生児童委員や人権擁護委員などから選任されており、地域のニーズを上げていただくこともある。また、法人や当事業所も含めた複合施設内各事業所の有する専門性や特性を活かし地域住民の多様な相談に応じることで福祉ニーズ等を把握している。更に、日常的な福祉サービスの実施を通じて、当事業所の福祉サービスでは対応できない利用者等のニーズも把握している。このほか、現状、新型コロナウイルス以降、地域の方々への公開が難しくなっているが、例年、秋には複合施設全体として「いつわ苑祭」を開き地域住民と交流しており、その際のコミュニケーションを通じて地域の福祉ニーズ等を把握している。                                                                                                                    |

| 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  | <div>□ 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。</div> <div>□ 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。</div> <div>□ 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。</div> <div>■ 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。</div> <div>■ 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。</div> | <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」のうち、「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の生活支援、自立支援を推進する」としており、地域の他施設・事業所と連携を図り、生活介護支援事業所として利用者本位の支援を進めようとしている。非常災害に備え、地元区との応援協力協定が結ばれており、更に、複合施設として市からも福祉避難所としての指定を受けている。利用者の安全確保と施設・設備の使用を含め事業継続が可能であることを前提として、二次被害や混乱が起きないように十分に留意し、福祉的な支援を必要とする人びとや住民への支援もできるようにしている。今後、社会福祉法人としての使命・役割と社会福祉法等の関係・事項等を具体化するため、既存制度では対応しきれない生活困窮、生活問題等の支援・解決など、地域社会での貢献活動を主体的、積極的に進め、また、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、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り組まれていくことが期待される。</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                                                                                                                                                                                                 |
|---------------|---------------|-------------------------|--------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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>■ 126 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。</p> <p>■ 127 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。</p> <p>■ 128 利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。</p> <p>■ 129 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。</p> <p>■ 130 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。</p> | <p>・年度始めに全職員へ配布される資料の中に法人の理念、基本方針、行動規範が盛り込まれており、年度初めの職員会議で読み合わせ研修を実施して共通の理解を持つための取り組みを行っている。理念や行動規範には利用者の尊重や人権に関わることが示されており各種マニュアルにも反映され、社内研修においては研修推進委員会が中心となり利用者の尊重や基本的人権への配慮について勉強会や研修を行っている。</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。        | a  | <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  | <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 138 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</p> <p>■ 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>               | <p>・総合施設いつわ苑のホームページには事業所毎のページがあり、画像で活動の様子を載せている。また、パンフレットもありカラー刷りで分かりやすい内容である。見学は随時受付し情報提供する内容は随時見直しをしている。</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。  | a  | <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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> |                                                                                                                |

| 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>■ 145 福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。</p> <p>■ 146 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。</p> <p>■ 147 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。</p> <p>■ 148 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。</p> | ・サービス内容の変更や事業所等の移行には、支援会議等で支援内容や支援経過を報告、情報提供資料として法人で決められた様式にて引継ぎ文書とし継続性に配慮した対応を行っている。サービス終了後はサービス管理者が窓口となることを重要事項説明書等で明記し、相談事業所とも連携している。                                                     |
|      |      | (3) 利用者満足の上昇に努めている。 | ① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。                 | a  | <p>■ 149 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。</p> <p>■ 150 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。</p> <p>■ 151 職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。</p> <p>■ 152 利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。</p> <p>■ 153 分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。</p>             | ・利用者満足の上昇を目的とする仕組みがあり、取り組んでいる。事業所では家族とのかかわりを大事に日頃から声をかけて会話する機会を作っている。また、年に2回、家族懇談会を実施し、利用者家族の声を聴く機会を設けている。生活介護での活動はアンケート実施、個別支援計画の策定時に反映させている。更に個別の支援マニュアルを作成し、障がい特性に配慮した支援を常に受けられるように努めている。 |

| 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    | (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  | <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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> | <p>・苦情解決・虐待防止責任者は所長、苦情受付担当者はサービス管理責任者、第三者委員2名の設置がされ整備されている。「長野市社会事業協会苦情に関する規程」が整備され、重要事項説明書や運営規程、利用契約書に苦情解決に関する記載がある。受付は利用者の特性を考慮して家族が主になっているが、事業報告やホームページにも公表している。利用者は個別にノートがあつて、利用者・家族と事業所間で連絡等をやり取りしており、家族の意見も記載されている。表出された相談・意見は電話や面談で報告されているほか、年に1回、第三者委員会にて苦情の内容を報告し、全職員も把握できるよう申し送りや各会議の場で周知している。</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。 | b  | <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| 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  | <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 169 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。</p>     | ・日頃から利用者が意見を言いやすい雰囲気づくりに努めている。利用者の特性から意見相談を申し出ることは難しい状況であり、表情や仕草等から汲み取っている。意見箱の設置や個人ノートの活用、家族懇談会等において意見を積極的に把握するよう努めている。「苦情相談受付マニュアル」や「長野市社会事業協会苦情に関する規程」に沿って対応し、その場で判断が難しい相談や意見は、あらかじめ時間がかることを伝えている。 |
|      |      | (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。 |    | <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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> | ・安心安全なサービス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。リスクマネジメントに関する責任者を設置することにより責任を明確にするとともに、リスクマネジメント委員会を設置し、組織として体制が整備がされている。「令和6年長野市社会事業協会職員安全衛生事業計画」や「危機管理マニュアル」等を使用した研修や法人内で起きた事故事例の共有、再発防止に向けて取り組みが行われている。      |

| 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    | (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  | <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 179 感染症の予防策が適切に講じられている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>                                           | ・感染症予防や発生時における利用者の安全確保の為に体制を整備して取り組んでいる。年度初めの会議等で感染症予防と発生時の対応マニュアルを確認し、職員に周知している。また、法人では「BCP（業務継続計画）」を策定しており、これをもとに各事業所で事業継続計画を策定している。当施設では、「新型コロナウイルス発症時における事業継続計画」を策定し、毎年4月に見直して、更新している。                                                                                           |
|      |      |      | 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行っている。          | a  | <p>■ 182 災害時の対応体制が決められている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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> | ・複合施設「いつわ苑」において消防計画が策定されており、事業所の「自衛消防隊編成表」によって職員の役割分担が決められている。「危機管理マニュアル」の中には、「緊急時のマニュアル」が整備されており、「防災マニュアル」「通報マニュアル」等と細かくまとめられている。また、非常災害対策として、防災計画には、訓練の実施、諸設備の点検を励行し万全を期すとしており、今年度も実施している。業者より火元責任者を対象に防災設備及び使用時の説明を受ける等、組織的に取り組んでいる。また、地域との協力応援協定を締結し、災害時等における利用者の安全確保の為に取り組んでいる。 |

| 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  | <p>■ 188 標準的な実施方法が適切に文書化されている。</p> <p>■ 189 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。</p> <p>■ 190 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。</p> <p>■ 191 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。</p>         | <p>・標準的な実施方法を「重要事項説明書」「運営規程」「はなみずき事業計画」等に文書化している。標準的な実施方法には利用者の尊重やプライバシー保護が明示されている。更に個別に提供する福祉サービスの実施方法は「業務の手引き」や各種マニュアルに文書化されている。また、利用者の尊重、プライバシー保護や権利擁護に関わる事業所の姿勢も明示されている。年度始め及び毎月の各種会議、社内外の研修により全職員に周知されている。利用者アンケート、職員インタビュー、各種の記録により標準的な実施方法にもとづいて実践されている。</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>■ 192 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。</p> <p>■ 193 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に実施されている。</p> <p>■ 194 検証・見直しにあたり、個別支援計画の内容が必要に応じて反映されている。</p> <p>■ 195 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。</p> | <p>・各種の支援マニュアルは職員一人ひとりに手渡され「業務の手引き」として綴られている。法人の各委員会が中心となり、定期的に検証・見直しを実施している。また、検証・見直しにあたり、各事業所では職員会議や朝礼等で利用者や職員の意見や提案が反映されており、個別支援計画の内容も反映されることもある等、検証・見直しは状況を踏まえて行われており、PDCAのサイクルが機能していることから、サービスの質の向上が確保されている。</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    | (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  | <p>■ 196 個別支援計画策定の責任者を設置している。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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> | <p>・個別支援計画の責任者の設置、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。個別支援計画策定時には他職種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。個別（生活介護）支援計画の実施状況を把握（モニタリング）し、半年に1回以上見直しを行っている。毎月チーム会議、支援会議、課題検討を実施して、現状に即した支援が実践されているかを協議している。また、支援困難ケースは話し合いの場を増やして、適切な支援ができるように努めている。</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  | <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>                                                                                                                                   | <p>・個別（生活介護）支援計画の実施状況は利用者、家族の意向を把握と日々のケース記録や担当職員等の意見を総合的に評価して、モニタリングを行っている。基本的なモニタリングは年に2回、定期的に実施されている。評価見直し後の個別支援計画は、全員に周知されるよう回覧している。</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  | <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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> | <p>・利用者の身体状況や生活状況等は法人の定めた記録用ソフトに入力され、職員間で共有されている。実践された記録（日誌やケース記録）から個別支援計画に即した支援が行われていることが確認できる。法人内の「記録在り方委員会」から発信された記録に関する注意事項を全体で周知するとともに、サービス管理責任者は記録のOJTを担当している。各種会議や朝夕の引継ぎでは必要な情報が的確に届き、看護師や栄養士も参加して意見を出し合っている。</p> |
|      |      |                            | ② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。                    | a  | <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 215 記録管理の責任者が設置されている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 217 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</p> <p>■ 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>                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                          |

(別添2)

## 事業評価の結果（内容評価項目）

福祉サービス種別 障がい者・生活介護

事業所名（施設名） 指定生活介護施設はなみずき

### 第三者評価の判断基準

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

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

| 評価対象 | 評価分類             | 評価項目        | 評価細目                          | 評価着眼点 | 点                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | コメント                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------|------------------|-------------|-------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A    | 1<br>利用者の尊重と権利擁護 | (1) 自己決定の尊重 | ① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。 | a     | <div>■</div> <div>1</div> <div>利用者の自己決定を尊重するエンパワメントの理念にもとづく個別支援を行っている。</div> <div>■</div> <div>2</div> <div>利用者の主体的な活動については、利用者の意向を尊重しながら、その発展を促すように支援を行っている。</div> <div>■</div> <div>3</div> <div>趣味活動、衣服、理美容や嗜好品等については、利用者の意思と希望や個性を尊重し、必要な支援を行っている。</div> <div>■</div> <div>4</div> <div>生活に関わるルール等については、利用者と話し合う機会（利用者同士が話し合う機会）を設けて決定している。</div> <div>■</div> <div>5</div> <div>利用者一人ひとりへの合理的配慮が、個別支援や取組をつうじて具体化されている。</div> <div>■</div> <div>6</div> <div>利用者の権利について職員が検討し、理解・共有する機会が設けられている。</div> | <p>・「利用者の人としての尊厳を大切にし、地域社会でゆとりと潤いのある、その人らしく、いきいきと自立した日常生活が送れるよう利用者本位のニーズに合った福祉サービスの提供に努めます」という法人理念は利用者や家族の自己選択、自己決定を尊重した内容で法人の基本的視点や当事業所の運営方針の基になっている。事業所の目的として「障害者総合支援法に基づく指定生活介護サービス事業所として、障がい者一人ひとりの心身の状況に応じた的確なニーズを把握し、自立的で安心した当たり前の暮らしが出来るように介護及び日中活動に関わる各種支援を行います」とし、職員会議、サービス検討会議などで、基本情報、健康状態、疾病や傷害等の詳細な情報を把握して、アセスメントを通じて根拠を知り、利用者や保護者の困り事や障壁になっていることが負担にならないように取り除くようにしながら、自己決定を尊重した取り組みを実践している。</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------|---------------|-----------|----------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A    | 1             | (2) 権利擁護  | ① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。  | a  | <p>■ 7 利用者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>■ 8 利用者の権利擁護のための具体的な取組を利用者や家族に周知している。</p> <p>■ 9 権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行っている。</p> <p>■ 10 原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法を明確に定め、職員に徹底している。</p> <p>■ 11 所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にしている。</p> <p>■ 12 権利擁護のための取組について職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている。</p> <p>■ 13 権利侵害が発生した場合に再発防止策等を検討し、理解のもとで実践する仕組みが明確化されている。</p> | ・法人では虐待防止委員会の活動も有り、セルフチェックシートや虐待発生後の検証も行われている。また、「身体拘束廃止委員会」が職員研修（外部・内部研修もあると職員インタビューで聞き取る）を身体拘束の規程に基づき、勉強会を年2回実施している。身体拘束は原則禁止とし、緊急やむを得ず一時的に拘束を行う場合には本人や家族に説明し、「緊急やむを得ない身体拘束に関する同意書」の提出を受けて対応している。また、拘束の理由、開始・終了時間、利用者の心身状況などを観察し、記録している。                                                                            |
|      | 2<br>生活<br>支援 | (1) 支援の基本 | ① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。 | b  | <p>■ 14 利用者の心身の状況、生活習慣や望む生活等を理解し、一人ひとりの自律・自立に配慮した個別支援を行っている。</p> <p>■ 15 利用者が自力で行う生活上の行為は見守りの姿勢を基本とし、必要な時には迅速に支援している。</p> <p>□ 16 自律・自立生活のための動機づけを行っている。</p> <p>□ 17 生活の自己管理ができるように支援している。</p> <p>■ 18 行政手続、生活関連サービス等の利用を支援している。</p>                                                                                                                                            | ・支援の基本となる心身の状況や生活習慣や望む生活などを理解するため、法人で定められた「フェイスシート」にまとめ、その人らしく生活できるように個別支援計画を策定している。事業所では極力ご本人の持っている力を発揮できるように支援している。必要に応じて、マンツーマン対応も行い、迅速に対応している。しかしながら、利用者本人が意向を自ら発信できない状況の中で、家族が利用者本人の意向を汲みとり、ニーズの把握もしている。個別事情にも充分配慮されていると思われる。また、利用者、家族からの相談に対しては、各種手続きの方法を伝えたり、利用者担当の相談支援員と連携しながら支援している。更なる、自律・自立生活の為の動機づけが望まれる。 |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目                                       | 評価着 | 着眼点                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | コメント                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------|------|------|--------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A    | 2    | (1)  | ② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。 | a   | <div><div>■</div><div>19</div><div>利用者の心身の状況に応じて、さまざまな機会や方法によりコミュニケーションがはかられている。</div></div> <div><div>■</div><div>20</div><div>コミュニケーションが十分ではない利用者への個別的な配慮が行われている。</div></div> <div><div>■</div><div>21</div><div>意思表示や伝達が困難な利用者の意思や希望をできるだけ適切に理解するための取組を行っている。</div></div> <div><div>■</div><div>22</div><div>利用者のコミュニケーション能力を高めるための支援を行っている。</div></div> <div><div>■</div><div>23</div><div>必要に応じて、コミュニケーション機器の活用や代弁者の協力を得るなどの支援や工夫を行っている。</div></div> | ・利用者を支援する上で意思疎通やコミュニケーションは「はなみずき信条」にも記載されているとおり、障害特性に配慮しつつ一人ひとりの心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保とコミュニケーション能力を高めながら、挨拶と声掛け、アイ・コンタクト、傾聴を基本として必要な支援を行っている。コミュニケーションが難しい利用者については、ボディランゲージや写真などを利用したり、パーテーションで仕切った個別のスペースで活動をするなど個別的な配慮がなされている。職員は日頃から一人ひとりの利用者に声を掛け、関わる時間を長く持つことでサインを見逃さないようにしている。 |
|      |      |      | ③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。           | a   | <div><div>■</div><div>24</div><div>利用者が職員に話したいことを話せる機会を個別に設けている。</div></div> <div><div>■</div><div>25</div><div>利用者の選択・決定と理解のための情報提供や説明を行っている。</div></div> <div><div>■</div><div>26</div><div>利用者の意思決定の支援を適切に行っている。</div></div> <div><div>■</div><div>27</div><div>相談内容について、サービス管理責任者等と関係職員による検討と理解・共有を行っている。</div></div> <div><div>■</div><div>28</div><div>相談内容をもとに、個別支援計画への反映と支援全体の調整等を行っている。</div></div>                                              | ・利用者の意思を尊重するために日頃から声を掛け、コミュニケーションを図るとともに利用者の自己決定や自己選択を促すように努めている。また、可能な限り利用者本人や保護者と送迎時などに直接話す時間を作るなどして信頼関係も深めている。職員は1～複数名の利用者を担当し、サービス管理責任者と共に利用者の特性を踏まえて、利用者個々の思いや意向を福祉機器VOCA（音声出力会話補助装置）なども利用して受容し、意思決定の代弁も行っている。相談内容については関係職員と検討し、個別支援計画にも反映されている。                                 |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目                           | 評価着 | 着眼点                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | コメント                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------|------|------|--------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A    | 2    | (1)  | ④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。 | a   | <p>■ 29 個別支援計画にもとづき利用者の希望やニーズにより選択できる日中活動（支援・メニュー等）の多様化をはかっている。</p> <p>■ 30 利用者の状況に応じて活動やプログラム等へ参加するための支援を行っている。</p> <p>■ 31 利用者の意向にもとづく余暇やレクリエーションが適切に提供されている。</p> <p>■ 32 文化的な生活、レクリエーション、余暇及びスポーツに関する情報提供を行っている。</p> <p>■ 33 地域のさまざまな日中活動の情報提供と必要に応じた利用支援を行っている。</p> <p>■ 34 個別支援計画の見直し等とあわせて日中活動と支援内容等の検討・見直しを行っている。</p> | ・当施設の日中活動は、基本的な介護サービス・生活動作や機能維持のための機能訓練・障害特性に応じたレクリエーションなどである。一人ひとりの障害特性や適性に応じて個別支援計画の日中活動として取り組み、計画に即した支援を行っている。特に、事業所として個々のニーズに応じ、「外部講師：理学療法士による機能訓練」「ムーブメント」「音楽療法」「スヌーズレン」など利用者の障害特性に応じて計画・実行されている。また、事業所内でボランティアによる「ハーモニカ演奏」、旧利用者家族による「ピアノ演奏」を計画し、実施している。個別支援計画は基本的に半年ごとに評価・見直しを行い、現状に即した計画になるように検討・見直しをしている。 |
|      |      |      | ⑤ 利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行っている。   | a   | <p>■ 35 職員は障がいに関する専門知識の習得と支援の向上をはかっている。</p> <p>■ 36 利用者の障がいによる行動や生活の状況などを把握し、職員間で支援方法等の検討と理解・共有を行っている。</p> <p>■ 37 利用者の不適応行動などの行動障がいに関し、個別対応を行っている。</p> <p>■ 38 行動障がいなど個別的な配慮が必要な利用者の支援記録等にもとづき、支援方法の検討・見直しや環境整備等を行っている。</p> <p>■ 39 利用者の障がいの状況に応じて利用者間の関係の調整等を必要に応じて行っている。</p>                                              | ・当事業所の事業計画では、「行動障害などの支援技術の向上を図るため、積極的に研修に参加している」とし、障害の状況に応じた適切な支援を行うために職場内研修（在籍3年以上対象の中堅者研修、主任副主任対象の指導監督職研修、4月新入職者対象の初任者研修他アンガーマネジメント・メンタルヘルス研修、ハラスメント研修、虐待防止研修など）を積極的に行っている。支援会議では一人ひとりの障害状況に応じた支援が適切に行われているかどうか、PDCAを活用しチーム会議を行い『根拠のある支援』を重要視しながら検討・共有を行っている。                                                   |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目         | 評価細目                              | 評価着 | 着眼点                                                                                                                                                                                                                                                           | コメント                                                                                                                                                                                                                     |
|------|------|--------------|-----------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A    | 2    | (2) 日常的な生活支援 | ① 個別支援計画にもとづく日常的生活支援を行っている。       | a   | <p>■ 40 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本としておいしく、楽しく食べられるように工夫されている。</p> <p>■ 41 利用者の心身の状況に応じて食事の提供と支援等を行っている。</p> <p>■ 42 利用者の心身の状況に応じて入浴支援や清拭等を行っている。</p> <p>■ 43 利用者の心身の状況に応じて排せつ支援を行っている。</p> <p>■ 44 利用者の心身の状況に応じて移動・移乗支援を行っている。</p>                                   | <p>・日常生活支援では個別支援計画に基づき基本的なサービスの提供を行っている。特に食事は利用者の楽しみの一つであり、毎月のメニューカレンダーが発行され、毎朝利用者が読み上げている。また、障害特性に応じ座席にも配慮がある。体調によっては食事形態を変更し、個々に合わせて美味しく食べられるように配慮がされている。排泄、移乗・移動支援についても支援計画に基づいて実施されている。入浴は希望者のみ、2週に1回男女交代で行っている。</p> |
|      |      | (3) 生活環境     | ① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。 |     | <p>■ 45 利用者の居室や日中活動の場等は、安心・安全に配慮されている。</p> <p>■ 46 居室、食堂、浴室、トイレ等は、清潔、適温と明るい雰囲気を保っている。</p> <p>■ 47 利用者が思い思いに過ごせるよう、また安眠（休息）できるよう生活環境の工夫を行っている。</p> <p>■ 48 他の利用者に影響を及ぼすような場合、一時的に他の部屋を使用するなどの対応と支援を行っている。</p> <p>■ 49 生活環境について、利用者の意向等を把握する取組と改善の工夫を行っている。</p> |                                                                                                                                                                                                                          |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目            | 評価細目                                 | 評価着 | 眼 | 点  | コメント                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------|------|-----------------|--------------------------------------|-----|---|----|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A    | 2    | (4) 機能訓練・生活訓練   | ① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。      | a   | ■ | 50 | 生活動作や行動のなかで、意図的な機能訓練・生活訓練や支援を行っている。               | ・利用者一人ひとりの持っている能力や個性を十分に発揮できるように、個別の目標を立て実践している。日中活動では一人ひとりの希望、障害の状況や心身の状況に応じて、その活動の中に機能訓練、生活訓練を組み入れ、理学療法士の助言・指導の下、実施されている。ムーブメント（目的を持った身体作り）が行われたり、レク体操等、スヌーズレン（日中活動の場として心身及び感覚機能を動かす訓練）も行っている。別に歯科衛生士による口腔ケアに係る指導も行われている。機能訓練、生活訓練については年2回モニタリングを行って、検討見直しを実施している。 |
|      |      |                 |                                      |     | ■ | 51 | 利用者が主体的に機能訓練・生活訓練を行えるよう工夫している。                    |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|      |      |                 |                                      |     | ■ | 52 | 利用者の障がいの状況に応じて専門職の助言・指導のもとに機能訓練・生活訓練を行っている。       |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|      |      |                 |                                      |     | ■ | 53 | 利用者一人ひとりの計画を定め、関係職種が連携して機能訓練・生活訓練を行っている。          |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|      |      |                 |                                      |     | ■ | 54 | 定期的にモニタリングを行い、機能訓練・生活訓練計画や支援の検討・見直しを行っている。        |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|      |      | (5) 健康管理・医療的な支援 | ① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。 | a   | ■ | 55 | 入浴、排せつなどの支援のさまざまな場面をつうじて、利用者の健康状態の把握に努めている。       | ・利用者の健康状態については利用開始時に把握し、フェイスシートなどに記録されている。日々の健康状態は連絡帳で確認したり、送迎時に家族から聴いている。医師とは年2回、看護師は随時、健康相談や健康面での説明機会を設けている。身体状況のチェックなど健康状態を把握しながら、家庭や医療機関と連携を密に行っている。急変時には、医師や家族に連絡が出来るように連絡手順を統一している。看護師は、支援会議にも出席して、利用者の健康状態を把握している。また、歯科衛生士のコメントは各自ファイルに看護師が転記している。            |
|      |      |                 |                                      |     | ■ | 56 | 医師又は看護師等による健康相談や健康面での説明の機会を定期的に設けている。             |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|      |      |                 |                                      |     | ■ | 57 | 利用者の障がいの状況にあわせた健康の維持・増進のための工夫を行っている。              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|      |      |                 |                                      |     | ■ | 58 | 利用者の体調変化等における迅速な対応のための手順、医師・医療機関との連携・対応を適切に行っている。 |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|      |      |                 |                                      |     | ■ | 59 | 障がい者・児の健康管理等について、職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。         |                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------|------|---------------|--------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A    | 2    | (5)           | ② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。    | a              | <div>■ 60</div> <div>■ 61</div> <div>■ 62</div> <div>■ 63</div> <div>■ 64</div> <div>■ 65</div> | <p>医療的な支援の実施についての考え方（方針）と管理者の責任が明確であり、実施手順や個別の計画が策定されている。</p> <p>服薬等の管理（内服薬・外用薬等の扱い）を適切かつ確実に行っている。</p> <p>慢性疾患やアレルギー疾患等のある利用者については、医師の指示にもとづく適切な支援や対応を行っている。</p> <p>介護職員等が実施する医療的ケアは、医師の指示にもとづく適切かつ安全な方法により行っている。</p> <p>医師や看護師の指導・助言のもと、安全管理体制が構築されている。</p> <p>医療的な支援に関する職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。</p> | <p>・医療的な支援の実施については、マニュアルがあり個別計画も策定されている。利用中の服薬に関して、医師の診断書、与薬指示書を基に個別に手順が定められて、看護師が管理している。昼食前後の与薬は担当支援員が行い飲み込むまで見守っており、確実な与薬を行っている。食物アレルギーのある利用者の昼食はアレルギー食として個人札を準備し、引き継ぎを確認して、配膳は担当職員が行っている。栄養マネジメントを実施して栄養管理、健康面を加味した献立作りを心掛けている。また、日常生活の排泄介助時には、便尿の性状、食事量や食べ具合などを観察し健康状態を把握している。医療的な支援を実施する職員職員の不安などを把握し実施体制の見直しなどを継続的にやっていく事を期待したい。</p> |
|      |      | (6) 社会参加、学習支援 | ① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。 | a)<br>b)<br>c) | <div>□ 66</div> <div>□ 67</div> <div>□ 68</div> <div>□ 69</div>                                 | <p>利用者の希望と意向を把握し、社会参加に資する情報や学習・体験の機会を提供する等、社会参加への支援を行っている。</p> <p>利用者の外出・外泊や友人との交流等について、利用者を尊重して柔軟な対応や支援を行っている。</p> <p>利用者や家族等の希望と意向を尊重して学習支援を行っている。</p> <p>利用者の社会参加や学習の意欲を高めるための支援と工夫を行っている。</p>                                                                                                      | <p>・重度障害の利用者が多く、通所支援のため対象外</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                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------|------|----------------------|--------------------------------------------|-----|-----------------------------------------|----|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A    | 2    | (7) 地域生活への移行と地域生活の支援 | ① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。 | b   | ■                                       | 70 | 利用者の希望と意向を把握し、地域生活に必要な社会資源に関する情報や学習・体験の機会を提供している。 | ・住み慣れた地域での生活が継続出来るように、福祉施設・事業所やその他の社会資源（支援会議などで短期入所サービスやグループホーム）の情報提供を行っている。また、利用者の保護者からは重度者用グループホーム設置の希望があり、法人に働きかけている。また、グループホームで生活しながら通所している利用者の中には、地域で自立した生活を継続希望する利用者もあり、支援者で話し合い、そのための取り組みを検討している。また、利用者本人の意向が自ら発信できない状況の中で、家族が利用者本人の意向を汲みとりニーズの把握もなされており、個別事情にも充分配慮されていると思われる。 |
|      |      |                      |                                            |     | □                                       | 71 | 利用者の社会生活力と地域生活への移行や地域生活の意欲を高める支援や工夫を行っている。        |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|      |      |                      |                                            |     | □                                       | 72 | 地域生活への移行や地域生活について、利用者の意思や希望が尊重されている。              |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|      |      |                      |                                            |     | ■                                       | 73 | 地域生活への移行や地域生活に関する課題等を把握し、具体的な生活環境への配慮や支援を行っている。   |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|      |      |                      |                                            |     | ■                                       | 74 | 地域生活への移行や地域生活のための支援について、地域の関係機関等と連携・協力している。       |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|      |      | (8) 家族等との連携・交流と家族支援  | ① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。               | a   | ■                                       | 75 | 家族等との連携・交流にあたっては、利用者の意向を尊重して対応を行っている。             |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|      |      |                      |                                            |     | ■                                       | 76 | 利用者の生活状況等について、定期的に家族等への報告を行っている。                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|      |      |                      |                                            |     | ■                                       | 77 | 利用者の生活や支援について、家族等と意見交換する機会を設けている。                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|      |      |                      |                                            |     | ■                                       | 78 | 利用者の生活や支援に関する家族等からの相談に応じ、必要に応じて助言等の家族支援を行っている。    |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|      |      |                      |                                            |     | ■                                       | 79 | 利用者の体調不良や急変時の家族等への報告・連絡ルールが明確にされ適切に行われている。        |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|      |      |                      | ■                                          | 80  | 利用者の生活と支援に関する家族等との連携や家族支援についての工夫を行っている。 |    |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| 評価対象 | 評価分類      | 評価項目     | 評価細目                              | 評価着                                                                                                                                                                                             | 着眼点                                                                                                                                                                                                                                                       | コメント                    |
|------|-----------|----------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| A    | 3<br>発達支援 | (1) 発達支援 | ① 子どもの障がいの状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。 | a) <input type="checkbox"/> 81<br>b) <input type="checkbox"/> 82<br>c) <input type="checkbox"/> 83<br><input type="checkbox"/> 84                                                               | 81 子どもの発達過程や適応行動の状況等を踏まえた発達支援（個別支援）を行っている。<br>82 子どもの発達に応じて必要となる基本的日常動作や自立生活を支援するための活動や取組について、個別活動と集団活動等を組み合わせながら実施している。<br>83 子どもの活動プログラムについてはチームで作成するとともに、子どもの状況に応じた工夫や見直しを行っている。<br>84 子どもと保護者に対し、学校及び保育所や認定こども園、児童発達支援事業所等との情報共有、連携・調整をはかっている。        | ・児童発達支援のための事業所ではないので対象外 |
|      | 4<br>就労支援 | (1) 就労支援 | ① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。     | a) <input type="checkbox"/> 85<br>b) <input type="checkbox"/> 86<br>c) <input type="checkbox"/> 87<br><input type="checkbox"/> 88<br><input type="checkbox"/> 89<br><input type="checkbox"/> 90 | 85 利用者一人ひとりの働く力や可能性を引き出すような取組や工夫を行っている。<br>86 利用者一人ひとりの障がいに応じた就労支援を行っている。<br>87 利用者の意向や障がいの状況にあわせて、働くために必要なマナー、知識・技術の習得や能力の向上を支援している。<br>88 働く意欲の維持・向上のための支援を行っている。<br>89 仕事や支援の内容について、利用者への定期的な報告と話し合いを行っている。<br>90 地域の企業、関係機関、家族等との連携・協力のもとに就労支援を行っている。 | ・就労支援のための事業所ではないので対象外   |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目                                | 評価着                      | 着眼点                                                       | コメント                                                  |                       |
|------|------|------|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------|
| A    | 4    | (1)  | ② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。 | a)                       | <input type="checkbox"/>                                  | 91 利用者の意向や障がいの状況に応じた仕事時間、内容・工程等となっている。                | ・就労支援のための事業所ではないので対象外 |
|      |      |      |                                     | b)                       | <input type="checkbox"/>                                  | 92 利用者が選択できるよう、多様な仕事の内容・工程等を提供するための工夫を行っている。          |                       |
|      |      |      |                                     | c)                       | <input type="checkbox"/>                                  | 93 仕事の内容・工程等の計画は、利用者で作成するよう努めている。                     |                       |
|      |      |      |                                     | <input type="checkbox"/> | 94 賃金（工賃）等を利用者にわかりやすく説明し、同意を得たうえで適切に支払われている。              |                                                       |                       |
|      |      |      |                                     | <input type="checkbox"/> | 95 賃金（工賃）を引き上げるための取組や工夫を行っている。                            |                                                       |                       |
|      |      |      |                                     | <input type="checkbox"/> | 96 労働安全衛生に関する配慮を適切に行っている。                                 |                                                       |                       |
|      |      |      | ③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。   | a)                       | <input type="checkbox"/>                                  | 97 職場や受注先の開拓等により仕事の機会の拡大（職場開拓）に努めている。                 | ・就労支援のための事業所ではないので対象外 |
|      |      |      |                                     | b)                       | <input type="checkbox"/>                                  | 98 障害者就業・生活支援センターやハローワーク等との連携を定期的かつ適切に行っている。          |                       |
|      |      |      |                                     | c)                       | <input type="checkbox"/>                                  | 99 利用者の障がいの状況や働く力にあわせて、利用者と企業とのマッチングなどの就職支援を適切に行っている。 |                       |
|      |      |      |                                     | <input type="checkbox"/> | 100 就労後の利用者と職場との関係づくりなど、職場定着等の支援を必要に応じて行っている。             |                                                       |                       |
|      |      |      |                                     | <input type="checkbox"/> | 101 利用者や地域の障がい者が離職した場合などの受入や支援を行っている。                     |                                                       |                       |
|      |      |      |                                     | <input type="checkbox"/> | 102 地域の企業等との関係性の構築や障がい者が働く場における「合理的配慮」を促進する取組・働きかけを行っている。 |                                                       |                       |