

## 事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別 障がい者支援施設  
事業所名 明星学園グループホーム

### 第三者評価の判断基準

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

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

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
I 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1 理念、基本方針が文書（事業計画等の法人（福祉施設・事業所）内の文書や広報誌、パンフレット、ホームページ等）に記載されている。</li> <li>■ 2 理念は、法人（福祉施設・事業所）が実施する保育の内容や特性を踏まえた法人（福祉施設・事業所）の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○社会福祉法人明星会の理念・憲章・行動規程は、平成28年度に、新しく再構築され、パンフレット、広報誌、事業計画等に掲載されていました。また、グループホームの理念としても共通するものとなっていました。</p> <p>○法人理念は、「みんな幸せになりたい～あなたもわたしも」となっていて、本体施設だけでなく、グループホームの方向性としても共有された内容となっていました。</p> <p>○グループホームの運営方針としては、明星学園、第二明星学園の利用者や地域の方々から、地域移行を希望される方に、個々に対応した地域移行のための支援を行なうことが定められていました。具体的には、「利用者の希望に沿った、住環境等を備えた、グループホームの生活を提供します」「グループホームの生活を通じて、利用者の生活の権利を擁護し、就労や日中活動をはじめ、地域のコミュニティへの参加・交流を促進します」と謳われていました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
	2 経営状況の把握	(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人理事長は各事業を統括する総園長を兼ねており、法人全体の課題や方向性を把握して、事業運営に取り組んでいました。</p> <p>○理事長は長野県知的障がい者福祉協会の会長を永年歴任しており、南信地域はもちろん、県全体や全国の情報収集するとともに、内容の分析や課題についても明確化がされ対応に繋げていました。</p> <p>○グループホームのニーズについては平成24年4月に作成された明星学園グランドデザイン〈10年構想〉の中で、将来的構想を明らかにして、取り組んでいく計画策定がされていました。</p>
			② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人の組織体制や職員体制は、明星学園、第二明星学園を中心としてしっかりと確立がされており、経営課題の分析や対応が検討できる仕組みとなっていました。施設整備や人材育成も法人全体の中で行なわれていました。</p> <p>○法人の役員会は理事会が4回、評議員会が2回開催され、事業内容の報告及び検討がされていました。</p> <p>○法人運営に関する課題当は、明星学園運営会議において検討され、各部署へ周知される体制がとられていました。</p> <p>○グループホーム担当者会議が月1回開催され周知が図られていました。</p>
	3 事業計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</li> </ul>	<p>○平成27年4月(2018)に職員が中心となり作成された「10年構想～明星グランドデザイン～」の中に、グループホーム事業展開のステップ(全体像)として目指すべきグループホーム像が明示されていました。</p> <p>○目指すグループホーム像としては、障がいの有無にかかわらず、どこでどのように暮らすかを最終的に決めるのは自分自身である。その中でグループホームの生活は大きな選択肢の一つであり、障がいの重い人たちであっても、「市民」として自ら選んだ住まいで安心して自分らしい暮らしを実現することは、当然の権利であり、その実現に向かい支援・応援を行なう。と定めてありました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。</li> <li>□ 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。</li> </ul>	<p>○グループホームの中・長期計画は、I期計画(1~5年)では、本体入所施設利用者の方のグループホームへの移行が行なわれ、令和2年1月現在10名の利用となっていました。</p> <p>○グループホームのII期計画(6年~10年)では、本体施設利用者だけでなく、地域利用者のニーズに応えることができる、グループホームの設置を具体化していくことが明示されていました。</p> <p>○平成30年度事業報告において、計画に対する具体的な実施状況や評価についての記載が少なく、当年度の振り返りと次年度に向けた方向性についての表記をお願いしたい。</p>
	(2) 事業計画が適切に策定されている。	① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>■ 27 事業計画が、職員に周知(会議や研修会における説明等)されており、理解を促すための取組を行っている。</li> </ul>	<p>○グループホームはじめ各事業の事業計画書は、年度当初各事業担当職員により計画の立案がされ、最終的には全体の職員会議の了承を得て実施がされる仕組みとなっていました。</p> <p>○平成30年度事業報告書の中で、基本的なグループホの運営方針が示されていましたが、それに対しての具体的な取り組み内容と振り返りについての記述については確認できませんでした。</p> <p>○職員への事業計画の周知は、全体の職員会や第二明星学園の職員会当において周知が図られていました。</p>	
		② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 29 事業計画の主な内容を利用者や家族会等で説明している。</li> <li>□ 30 事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすい工夫を行っている。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○利用者への事業計画の内容説明や親睦会等の計画については、利用者の自治組織である「なかよし会」において、利用者の意思を尊重し決定がされていました。</p> <p>○定期的に行なわれている保護者会、家族会において基本的な事業計画についての説明が行なわれていました。</p> <p>○事業計画書の利用者への説明や周知については、利用者によりやすい資料の作成や配布について今以上の工夫をお願いしたい。</p>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
	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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 32 組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 33 福祉サービスの内容について組織的に評価（C：Check）を行う体制が整備されている。 <input type="checkbox"/> 34 定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。 <input type="checkbox"/> 35 評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。	<p>○法人全体として各事業内容において、自己評価等サービス内容の質の向上の取り組みが行なわれていました。</p> <p>○定期的な自己評価については実施がされていましたが、福祉サービス第三者評価は今回が初めての受審となりました。</p> <p>○今回の福祉サービス第三者評価受審結果内容を、職員間で分析、検討を行ない、より良いサービスへの提供に繋げることを期待致します。</p>
			② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 36 評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 37 職員間で課題の共有化が図られている。 <input checked="" type="checkbox"/> 38 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。 <input type="checkbox"/> 39 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。 <input type="checkbox"/> 40 改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。	<p>○以前本体施設での自己評価を実施していたことがあるが、現在グループホームでの自己評価については行なわれていませんでした。</p> <p>○今回、グループホームとして初めて第三者評価の受審をしていただきました。評価結果につきましては職員間で周知・共有し、課題の改善への取り組みをお願いしたい。</p> <p>○第三者評価の実施だけでなく、定期的な自己評価の実施(年に1~2回)を行ない、日常的なサービス内容の点検についても務めていきたい。</p>
II 組織の運営管理	1 管理者の責任とリーダーシップ	(1) 管理者の責任が明確にされている。	① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 41 管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 42 管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。 <input checked="" type="checkbox"/> 43 管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。 <input checked="" type="checkbox"/> 44 平常時のみならず、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。	<p>○各部署の責任者によって構成されている、法人運営会議(明星学園運営会議)は2ヶ月に1回開催され、理事長(管理者)は、法人が運営する各事業の運営・管理の方針や取り組みの方向について明確にしています。</p> <p>○理事長(管理者)は毎年の事業計画書、広報誌(プリズム)、ホームページ等において、管理者の役割や責任について明記すると共に、関係者に理解を深める努力を行なっていました。</p> <p>○理事長(管理者)が不在の時は、園長、次長等に権限委任がされ、代理処理が行なわれる体制ができていました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○理事長(管理者)は現在長野県知的障がい者福祉協会の会長職を務めており、その経験を含め、障がい者福祉サービスを提供する組織のリーダーとして、コンプライアンス(法令遵守)の徹底に努めていました。</p> <p>○理事長(管理者)は障がい者総合支援法等、関係する法律を正しく理解するとともに、職員に対しても法令等遵守の周知を図っていました。</p>
		(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○理事長(管理者)は現在長野県知的障がい者福祉協会の会長職を務めており、その経験を含め、障がい者福祉サービスを提供する組織のリーダーとして、コンプライアンス(法令遵守)の徹底に努めていました。</p> <p>○理事長(管理者)は障がい者総合支援法等、関係する法律を正しく理解するとともに、職員に対しても法令等遵守の周知を図っていました。</p> <p>○平成31年度事業計画書に、今後取り組むべき方向性(理念・基本方針・憲章・行動基準等)を明示し、サービス内容の質の向上に向けた取り組みが行なわれていました。</p>
			② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○理事長(管理者)は、法人の理念や基本方針等を具体化した内容について、資料に基づき、法人の運営会議で職員に周知を図っていました。また、法人のホームページのブログを通して、広く社会に対しても情報を発信していました。</p> <p>○法人事業の経営改善や実行制のより向上を図るために、法人運営委員会組織体系を明確にし、実際に機能していくための体制づくりを行なっていました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
	2 福祉人材の確保・育成	(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。	① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○グループホームの職員体制はサービス管理責任者の元に、専従の世話人さん10名（宿直者、パートを含む）がいて、第二明星学園虹組の生活支援員10名が兼務する体制をとっていました。</p> <p>○グループホーム職員の確保は、法人全体の中でグループホームに必要な人材について検討され配置を行なう体制となっていました。</p> <p>○経験や専門性の高い第二明星学園虹組の職員がグループホームの兼務となっており、支援内容の向上に繋がっていました。</p>
			② 総合的な人事管理が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 67 職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができています。</li> </ul>	<p>○法人の行動基準の中で、①笑顔で明るいあいさつを自分からします。②利用者の目線で安全を考え、健康や環境に以上を感じたらすぐに報告し対応します。③どんな小さな発信も受け止め、対等、肯定の姿勢で、意思決定をサポートします。④職員同士で報・連・相を行ない、お互いを認め、助け合うチーム支援をします。⑤家族や地域に情報発信し、情報共有します。⑥関わるすべての人に「ありがとう」「助かったよ」を伝えます。と期待される職員像を明確にしていました。</p> <p>○法人の理念、基本方針、憲章、行動基準、人事考課の策定を職員の代表者チームにより、平成28年度に作成され実施されました。職員が中心に策定されたことの意義は大きなものがあります。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着	眼	点	コメント	
		(2) 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)	■	68	■	<p>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>○法人として労務管理の体制は、組織や書類等を含め、しっかりとした体制が確立されていました。また平成31年度業務計画書の中にも責任体制が明示されていました。</p> <p>○職員のメンタルケア、健康促進としては、メンタルチェックの専門機関(中部講習医学研究所)に委託して、職員チェックを実施しました。希望のあ職員が直接申し込めるシステムとなっていました。</p> <p>○メンタル相談としては「メンタルヘルスサポート(飯田下伊那郡の5つの障がい施設により設立)」での相談、日本カウンセラー協会での相談が実施されていました。</p> <p>○グループホームの世話人はパートの方が多いが、正規職員と同様の福利厚生が受けられる体制となっていました。</p> <p>○国の働き方改革当の影響もあり、グループホームの世話人さんについてのオーバーワークは殆んどなく、定時に終了できていました。</p>
		(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b)	■	76	■	<p>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>○法人が示す7つの行動基準は「期待される職員像」となっており、職員が個別目標を設定する際の基本的な指針となっていました。</p> <p>○グループホーム職員の個別目標まの設定は、サービス提供責任者との面接により確認され実施する方法がとられていました。</p> <p>○グループホーム職員の単年度目標については個別に設定がされていますが、管理者が中間面接を実施したり、年度末の中で目標達成の確認が十分されていないため、今後の体制づくりを期待致します。</p>
			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)	■	81	■	<p>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7つの行動基準の他に、指導者の八か条として、1.健全な身体と心の持ち主であってほしい。2.明るい感じを与える人であってほしい。3.清潔感を与える人であってほしい。4.聡明な心を持った人であってほしい。5.勤勉な人であってほしい。6.広い心を持った人であってほしい。7.ものわかりがよい人であってほしい。8.使命感を強く持った人であってほしい。と謳っていました。</p> <p>○職員の教育・研修計画は事業計画に「療育研究会」「臨床動作法講習会」の他に理学療法研修、言語聴覚研修等が実施されていました。</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
			③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○グループホームの人材育成事業としては、世話人の資質向上を図るために本体施設(明星学園・第二明星学園)で行う、内部研修の機会が設けられていました。</p> <p>○明星学園の専門的支援として、1.「お心主」に基づくパーソンセンタード支援のプログラムの提供を掲げています。2.重度の障がい者に特化した活動の場を提供します。3.「自己選択」を尊重した意思決定支援に努めます。支援の基本的な考え方を定めました。</p>
		(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>□ 94 指導者に対する研修を実施している。</li> <li>■ 95 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。</li> </ul>	<p>○実習生の研修・育成の基本姿勢は、明星学園実習マニュアルの中で、「実習に取り組む姿勢」として記載されていました。その中に、「失敗を恐れずに、新しい自分を発見するつもりで実習に取り組んでください」と記載されていました。</p> <p>○実習マニュアルが整備され、実習の心得等、研修・育成のための項目や事項が定められていました。</p> <p>○実習の内容保育養成施設のものが中心であり、その他の実習生に対応する内容について整備を望みます。</p> <p>○実習指導者の研修内容について明示をお願いします。</p>
II	3 運営の透明性の確保	(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人のホームページに法人の概要、沿革、基本理念、基本方針、憲章、各事業の内容、事業計画、予算計画が掲載されていました。ブロックとして142掲載、閲覧数4,889件となりました。</p> <p>○広報活動として、機関紙「プリズム」を1,500部作成し、年2回(8月、2月)に関係機関、学校関係、地域住民、法人役員等に配布していました。</p> <p>○平成30年度長野県福祉サービス第三者評価を明星学園、第二明星学園が受審しました。内容については、ワムネットにより公表を行なっています。</p>



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 101 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルールが明確にされ、職員等に周知している。</li> <li>□ 102 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。</li> <li>■ 103 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について、必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を得ている。</li> <li>■ 104 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。</li> <li>□ 105 外部監査の活用等により、事業、財務に関する外部の専門家によるチェックを行っている。</li> <li>■ 106 外部監査の結果や公認会計士等による指導や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。</li> </ul>	<p>○グループホームの予算については、1年間の事業費計画を担当サイドから計上し、必要な予算獲得をしていく仕組みがありました。グループホームの担当側からの要望、希望が取り入れやすい仕組みとなっていました。</p> <p>○グループホームでの事務、経理、取引等に関する職務分掌については、組織内での理解はされていますが、文書等による明確な規定がないため、今後の整備をお願い致します。</p> <p>○法人の内部監査や県による実地指導は受けていますが、公認会計士、第三者等による専門外部監査の実施についてのチェックの検討をお願いしたい。</p>
II	4 地域との交流、地域貢献	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 107 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。</li> <li>■ 108 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。</li> <li>■ 109 利用者の個別的状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。</li> <li>■ 110 福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。</li> <li>■ 111 利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。</li> </ul>	<p>○平成31年度グループホーム事業計画書の中で「地域とのつながりを大切に、可能な限り地域参加ができるように支援します」と基本的な考えが示されていました。</p> <p>○二つのグループホーム(北方のぞみハイツ・北方日出ホーム)は北方地区の住宅街の中にあり、日常的な地域とのかかわりを通して、地域の交流を深めている。</p> <p>○ささえ、支えられながら地域と共にある事業所として、地域の人達が気軽に出入りでき、親しめる場所づくりを目指している。</p> <p>○具体的交流としては、地域の行事(お祭り、地区運動会)への参加や、グループホームで行なう焼肉パーティーに来ていただいている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 112 ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。</li> <li>■ 113 地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。</li> <li>■ 114 ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している</li> <li>□ 115 ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。</li> <li>■ 116 学校教育への協力を行っている。</li> </ul>	<p>○明星学園、第二明星学園でのボランティア受け入れ体制及び、地域学校との交流の基本的姿勢の明文化はされていました。グループホーム独自の受け入れに関する基本姿勢について今以上の整備を望みます。</p> <p>○学校関係との交流については、明星学園本体の交流事業の時に、グループホームも一緒に行なっていました。内容としては、明星きらめき祭等の中学生との交流を行ないました。</p> <p>○ボランティアに対する学習・研修等の実施の充実を期待致します。</p>
		(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 117 当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。</li> <li>■ 118 職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。</li> <li>■ 119 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</li> <li>□ 120 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。</li> <li>□ 121 地域に適切な関係機関・団体がいない場合には、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。</li> </ul>	<p>○本体施設である明星学園、第二明星学園では、地域関係機関・団体のリストが作られ、社会資源として明示されていました。</p> <p>○グループホームの地域関係機関・団体との協力体制としては、地域総合支援センター、契約医療機関、飯田市手をつなぐ育成会等との連絡会や交流を行なっていました。</p> <p>○グループホーム利用者の出身地域自治会で行なわれる、行事や活動への参加を行なっていました。</p> <p>○地域でのグループホームの課題解決に向けた、関係機関との連携をより充実して取組んでいかれることを期待致します。</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
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 122 福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。</li> <li>■ 123 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。</li> <li>■ 124 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。</li> <li>□ 125 災害時の地域における役割等について確認がなされている。</li> <li>□ 126 多様な機関等と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。</li> </ul>	<p>○北方日の出グループホームにおいては、グループホームの庭で行う焼肉交流パーティーに地域の皆さんに参加していただき、利用者との交流を図る取り組みが行なわれていました。</p> <p>○明星学園全体としては、飯田市を含めた地域の障がい児・普通児の療育支援の拠点として機能していました。また、療育のための多くの研究会や勉強会が開催されていました。</p> <p>○本体である明星学園・第二明星枝学園は、災害時等の避難場所として地域にその機能を開放する体制ができていましたが、グループホームについては整備がじゅうぶんではありませんでした。</p>
			② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 127 福祉施設・事業所の機能を地域に還元することなどを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。</li> <li>□ 128 民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</li> <li>■ 129 地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。</li> <li>■ 130 関係機関・団体との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</li> <li>□ 131 把握した福祉ニーズにもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。</li> <li>■ 132 把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。</li> </ul>	<p>○2つのグループホームは、北方地域の住宅街の中にあり、普段から日常的な交流が行なわれており、地域福祉課題やニーズについては把握しやすい体制となっていました。</p> <p>○本体施設である明星学園・第二明星学園については、民生委員・児童委員との交流がりましたが、グループホーム独自の交流は行なわれていないため、理解を深めるための会議や交流の機会をお願いしたい。</p> <p>○マダグループホームが出来て年数が浅いため、地域への貢献が十分できていませんが、今後地域の隣組制度などへ加入して、地域活動を担う存在として機能していただきたい。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
Ⅲ適切な福祉サービスの実施	1利用者本位の福祉サービス	(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 133 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。</li> <li>■ 134 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。</li> <li>■ 135 利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。</li> <li>■ 136 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。</li> <li>■ 137 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。</li> </ul>	<p>○法人の組織委員会として、「人権倫理委員会」があり、毎月1回の開催がされていました。また、グループホームの管理者、サービス提供責任者がメンバーとして参加し、グループホームとして内容を共有していました。</p> <p>○人権倫理委員会では、「身体拘束の廃止に向けた取り組み、研究」「人権に関する文章の読み合わせ」「人権チェックリストの改定や確認」「虐待があった場合、虐待防止委員会との連携・情報交換」等の内容についてけんつ当がされていました。</p> <p>○人権に関する研修会の方について、全体もしくはグループホーム単独での開催が行なわれ、理解を深める取り組みがされていました。</p>
			② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 138 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。</li> <li>■ 139 利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。</li> <li>■ 140 利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。</li> <li>■ 141 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守れるよう設備等の工夫を行っている。</li> <li>■ 142 利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。</li> <li>■ 143 規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスが実施されている。</li> <li>■ 144 不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。</li> </ul>	<p>○平成30年度の明星学園、第二明星学園(グループホームを含む)の人権侵害、虐待を疑わせる事案の通報はありませんでした。</p> <p>○事業所の虐待防止、人権侵害等防止に関する取り組みとして、虐待防止委員会の設置、人材育成委員会による定期的課題提供、園内外の研修への参加、各クラスや事業所での人権擁護、虐待防止にに関わる強化週間の実施が行なわれていました。</p> <p>○法人の人権倫理委員会を中心に、内部研修、外部研修を実施し、書籍や資料を使った研修がされていました。グループホーム独自としても、サービス管理責任者により、権利擁護・虐待に対する研修が行なわれていました。</p> <p>○地域で組織する、南信州広域自立支援協議会の中の、グループホーム部会において、虐待についての研修会が実施され、参加をしていました。</p> <p>○苦情・虐待、ヒヤリーハット、事故等の対応は、規程、マニュアルに基づき適正に処理がされていました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着目	点	コメント
		(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。	① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 145 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。</li> <li>■ 146 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。</li> <li>■ 147 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。</li> <li>■ 148 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</li> <li>■ 149 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。</li> </ul>	<p>○法人、事業所の理念・基本方針、憲章・行動基準・事業内容等が記載された、パンフレット、広報誌(プリズム・年間2,500部作成配布)、明星学ランドデザイン(10年構想)等を、公共機関や福祉関係団体に配布・設置し多くの地域の皆さんへ見ていただく方法がとられていました。</p> <p>○広報誌「プリズム」は、写真(カラー)や分かりやすいイラストを多く使用し、読む側に優しい紙面となっていました。</p> <p>○グループホームの見学や体験利用が実施され、希望される利用者の選択の機会を提供していました。</p>	
			② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 150 サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。</li> <li>□ 151 サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。</li> <li>□ 152 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。</li> <li>■ 153 サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。</li> <li>■ 154 意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。</li> </ul>	<p>○グループホーム利用開始時には、パンフレットや、共同生活援助事業重要事項説明書によりサービス内容の説明を行ない、利用者の自己決定と同意につとめていました。</p> <p>○重要事項説明書には、2つのグループホーム毎に事業内容や利用料金等が記載されていて、同意の場合の本人、後見人署名欄が設けられていました。</p> <p>○重要事項説明書等の資料の内容は十分網羅されていましたが、字の大きさや、漢字へのルビをふる等、利用者に分かりやすい資料の作成について検討していただきたい。</p>	
			③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 155 福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。</li> <li>□ 156 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。</li> <li>□ 157 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。</li> <li>□ 158 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。</li> </ul>	<p>○福祉サービスの内容変更(事業所の変更、地域・家庭への移行等)については、十分な説明がされ、利用者の不利益にならないように対応がとられていました。</p> <p>○福祉サービスの変更時における、担当窓口社の設置や移行時の手順、引継ぎ方法を記した内容の文章(手順書)が確認できませんでしたので、今後の整備をお願い致します。</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
		(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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 159 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。</li> <li>■ 160 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。</li> <li>■ 161 職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。</li> <li>■ 162 利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。</li> <li>■ 163 分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。</li> </ul>	<p>○利用者満足についての調査は毎年定期的に行なわれていました。調査の方法としては、嗜好調査アンケート、旅行の希望等を個別の面接、利用者の自治会において意見の集約を行なう体制がありました。</p> <p>○調査の結果得られた利用者の希望については、その内容を利用者の自治会において検討していただき、必要とするものを取り入れていくことができていました。</p>
		(4) 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている。	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 164 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。</li> <li>■ 165 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。</li> <li>■ 166 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。</li> <li>■ 167 苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。</li> <li>■ 168 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。</li> <li>■ 169 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。</li> <li>■ 170 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。</li> </ul>	<p>○法人の苦情解決の規程が明文化されてきました。その中には、目的、苦情の受付、苦情解決責任者、苦情受付担当者、責任者・担当者の職務、第三者委員、苦情解決の手続、結果の報告・公表について明記されていました。</p> <p>○グループホームの玄関に苦情解決の体制、申し込み先（苦情解決責任者、苦情受付担当者、支援先市町村、第三者委員、県の適正化委員）の掲示がされていました。</p> <p>○平成30年度における明星学園・第二明星学園（グループホーム含む）の苦情に関する通報事案はありませんでした。</p> <p>○共同生活援助事業重要事項説明書の中に、「苦情等申し込み先」が記載されていました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 171 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。</li> <li>■ 172 利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。</li> <li>■ 173 相談しやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。</li> </ul>	<p>○利用者が相談しやすい体制としては、入居時にグループホームの重要事項説明書において、説明を行なうとともに、家族に足しても説明が行なわれていました。</p> <p>○グループホームでの相談はグループホームを担当する生活支援員が中心に対応する仕組みとなっていました。必要に応じて世話人が対応することも行なわれていました。</p>
			③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 174 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。</li> <li>□ 175 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。</li> <li>■ 176 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。</li> <li>■ 177 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。</li> <li>■ 178 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。</li> <li>■ 179 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。</li> </ul>	<p>○グループホームでの利用者の相談や意見に対しては、担当する生活相談員が対応する仕組みとなっているが、必要に応じ世話人が柔軟に対応を行なう体制となっていて、利用者には、相談しやすい仕組みとなっていました。</p> <p>○グループホームでは相談や意見を受ける際の、対応の手順や記録、検討の内容等を記入するためのマニュアルの整備が十分ではありませんでした。利用者の相談や意見を正しく知り、正しい対応を図るためのマニュアルの整備をお願いします。</p>
		(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。	① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 180 リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネージャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。</li> <li>■ 181 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。</li> <li>■ 182 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。</li> <li>■ 183 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。</li> <li>■ 184 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。</li> <li>■ 185 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。</li> </ul>	<p>○法人としてリスクマネジメント委員会の設置があり、月1回の定例会議が開催されました。その内容としては、「ヒヤリハット事例検討」「苦情事例検討」「事故事例の検討」その内容に対する対応、防止などが検討されていました。</p> <p>○記録類としては、「ヒヤリハット報告書」事「故報告書」があり、対応マニュアルとしては、「利用者所在不明時対応マニュアル」「重症自己発生時対応マニュアル」が整備されていました。</p> <p>○法人として明星学園自衛消防隊が設置されていて、消防隊の組織、分担については明示されていました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 186 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。</li> <li>■ 187 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。</li> <li>■ 188 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。</li> <li>■ 189 感染症の予防策が適切に講じられている。</li> <li>■ 190 感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。</li> <li>■ 191 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。</li> </ul>	<p>○明星学園衛星委員会が設けられ、グループホームを統括する虹組主任がメンバーとして参加し、感染症についても検討されていました。</p> <p>○法人全体としての感染症対応マニュアルがあり、「インフルエンザ感染症対応マニュアル」「風邪感染症対応マニュアル」「下痢嘔吐対応マニュアル」「ノロウイルス感染予防マニュアル」等が整備され、周知が図られていました。</p> <p>○インフルエンザについては、レベル1～4段階までの対応内容がありました。また、緊急時の医療機関名および連絡先等が記載されていました。</p> <p>○明星学園衛星委員会が年4回開催され、マニュアルの定期的な見直しが行なわれていました。</p>
			③ 災害時等における利用者の安全確保のための取組を組織的にしている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 192 災害時の対応体制が決められている。</li> <li>□ 193 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。</li> <li>■ 194 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。</li> <li>■ 195 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。</li> <li>□ 196 防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。</li> <li>■ 197 防犯に係る利用者等の安全の確保対策を検討し、実施している。</li> </ul>	<p>○本体施設である明星学園・第二明星学園では、災害時の対応体制やマニュアルの整備がされ、避難訓練が実施されていましたが、グループホームにおいては、まだ避難訓練の計画策定やマニュアルの策定ができていませんでした。</p> <p>○グループホームとしての、防災計画の策定を現在計画中であり、地元の関係機関や地域自治会の協力要請を行ない、災害時に実際に機能できる計画と体制を作っていく予定となっていました。早急な計画の策定をお願い致します。</p>



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
	2 福祉サービスの質の確保	(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。	① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 198 標準的な実施方法が適切に文書化されている。</li> <li>■ 199 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。</li> <li>■ 200 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。</li> <li>■ 201 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。</li> </ul>	<p>○標準的なサービスの実施については、第二明星学園職員会にグループホーム職員が参加して、内容を共有する場となっていました。</p> <p>○グループホーム担当者会議は毎月1回開催され、次長、サービス提供責任者、世話人が参加し、標準的な取り組みや、個別のケース会議の検討が行なわれていました。</p>
			② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 202 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。</li> <li>■ 203 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に行なわれている。</li> <li>■ 204 検証・見直しにあたり、個別支援計画の内容が必要に応じて反映されている。</li> <li>■ 205 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。</li> </ul>	<p>○グループホーム利用者への、標準的な福祉サービスを提供するために、月1回行なわれる担当者会議の中で、個別支援計画の内容や課題等を職員が共有するための話し合いが行なわれていました。</p> <p>○個別支援計画の見直しについては、年間の中で定期的に行ない、計画の修正や修正が必要な場合は関係者(利用者、家族、職員等)の意見を反映して行なわれていました。</p>
		(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。	① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 206 個別支援計画策定の責任者を設置している。</li> <li>■ 207 アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。</li> <li>■ 208 部門を横断したさまざまな職種の関係職員(種別によっては組織以外の関係者も)が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。</li> <li>■ 209 個別支援計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。</li> <li>■ 210 個別支援計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員(種別によっては組織以外の関係者も)の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。</li> <li>■ 211 個別支援計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。</li> <li>■ 212 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。</li> </ul>	<p>○法人として、個別支援計画策定のための体制が十分に確立されていて、アセスメントにより課題を明確にし、目標の設定、実施、モニタリング(評価)といった一連の過程が行なわれていました。</p> <p>○グループホームにおける個別支援計画策定責任者は、サービス提供管理者が行なっていました。</p> <p>○グループホーム利用者の個別支援計画については、グループホーム運営会議の中で、関係職員が協議を行ない決定をする方式がとられていました。</p> <p>○毎月行なわれるグループホーム担当者会議や、第二明星額園ケース会議の中で、困難ケース等の検討が行なわれていました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 213 個別支援計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。</li> <li>■ 214 見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。</li> <li>■ 215 個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。</li> <li>■ 216 個別支援計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。</li> </ul>	<p>○個別支援計画の見直しについては年3回（4月、8月、1月）行なわれ、モニタリング（評価）により必要に応じ見直しの実施がされていました。</p> <p>○また、計画の変更が行なわれた場合、関係職員への周知を行なうとともに、保護者（家族）への説明が行なわれていました。</p>
Ⅲ	2	(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 217 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。</li> <li>■ 218 個別支援計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。</li> <li>■ 219 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。</li> <li>■ 220 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。</li> <li>■ 221 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。</li> <li>■ 222 パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの閲覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。</li> </ul>	<p>○記録様式及び管理については法人全体として、「福祉の森」記録システムより統一した様式となっていました。また、パソコン当により記録の記入、情報の共有ができるシステムが整備されていました。</p> <p>○グループホームの支援員は毎日パソコンによる日誌、記録、服薬、夜勤業務等の記録管理が行なわれていました。</p> <p>○世話人さんには年齢の高い職員がいるため、一部記録の記入が手書きとなっているところがありました。</p>
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 223 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。</li> <li>■ 224 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。</li> <li>■ 225 記録管理の責任者が設置されている。</li> <li>□ 226 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。</li> <li>□ 227 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</li> <li>■ 228 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。</li> </ul>	<p>○法人の特定個人情報等取扱規程により、記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する内容が定められていました。利用者の記録は契約終了後5年間の保管となっていました。</p> <p>○記録管理の責任者はサービス管理責任者となっていました。</p> <p>○記録の保管については鍵付きのケースに保管しており、個人情報の不適切な利用や漏洩を防ぐ対応が図られていました。</p> <p>○記録の管理や個人情報保護の観点からの職員研修については、記録として確認できませんでしたので、今後の対応をお願い致します。</p>