

事業評価の結果（共通項目）

第三者評価の判断基準

福祉サービス種別 障がい者支援施設

事業所名（施設名） 第二明星学園 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"> ■ 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。 ■ 2 理念は、法人（福祉施設・事業所）が実施する保育の内容や特性を踏まえた法人（福祉施設・事業所）の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 ■ 3 基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。 ■ 4 理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。 ■ 5 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。 ■ 6 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。 	<p>○理念・基本方針は法人明星会のお心主義の理念に基づき【みんな幸せになりたい あなたも私も】と明文化され、広報誌、パンフレット、学園だよりに記載されていました。</p> <p>○理念は事業所の特性や目指すべき方向性や考え方が示され読み取れました。</p> <p>○基本理念は、「お心主義」に基づき作成され、職員の行動基準となるわかりやすい具体的な内容になっていました。</p> <p>○法人理念は、事業計画・法人説明資料などに記載され会議、研修時で職員に周知が図られていました。</p> <p>○理念や基本方針は、写真や分かりやすい言葉で作成された。資料は、家族会食会、年3回開催される家族懇親会等で利用者・家族に周知されていました。</p> <p>○理念や基本方針は機関誌（プリズム）年2回発行やホームページのブログで「お心主義」に年間135掲載等積極的・継続的な取組みが確認されました。</p> <p>○職員の目指す姿（行動基準）として、わかりやすく説明され内容が記載されていました。</p>

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。	c)	<input checked="" type="checkbox"/> 7 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。 <input checked="" type="checkbox"/> 8 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。 <input checked="" type="checkbox"/> 9 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。 <input type="checkbox"/> 10 定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。	○社会福祉法人事業全体の動向については、理事長を中心に法人組織化されており、理事会・評議員会は年2回以上開催され、事業計画・予算・決算・運営・等重要事項について協議、決済されていることが確認できました。 ○法人の運営する事業所の概要は、サービスの種類、利用者数、建物関係、事業計画は、数値化された内容を把握し分析されていました。 ○事業区分の収支内訳・決算は確認できましたが、福祉サービスの利用者の推移、利用率の分析の確認はされませんでした。 ○定期的に福祉サービスのコスト分析され経営環境の把握を期待します。
		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)	<input checked="" type="checkbox"/> 11 経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 12 経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）間での共有がなされている。 <input checked="" type="checkbox"/> 13 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。 <input checked="" type="checkbox"/> 14 経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。	○法人園長を中心に各事業所は次長等管理職員と経営状況、課題、組織体制など具体的な課題、課題の解決に向けての協議がされていました。 ○法人役員は、理事会年5回・評議員会年4回開催され、経営状況・改善等課題について協議され共有されている事が、事業報告で確認報告されていました。 ○経営課題等については運営会議で検討されておりますが、課題解決に向けた具体的な対応を今後も希望致します。

3 事業計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 15 中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。 ■ 16 中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。 ■ 17 中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。 ■ 18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。 	<p>○中・長期計画は法事「明星グランドデザイン」として冊子になっており10年後を見据えた、「10年構想」が具体的計画として示されていました。</p> <p>○中・長期計画は 数値目標や現状と課題を具体的に設定され絵や図を多く使い誰もが解りやすい内容になっていました。事業展開のステップ（全体像）も見直しの時期が設定されていました。</p>
		② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 19 単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。 ■ 20 単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。 ■ 21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。 ■ 22 単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。 	<p>○単年度の事業計画は、法人の中・長期に基づき各事業所毎、事業所担当職員を中心に協議され、職員会、各会議で検討され職員に、明星会事業計画として職員に配布し周知が図られました。</p> <p>○事業計画は「お心主義」に基づきパーソンセンタード(本人中心)な支援とプログラムで具体的な内容の提供に努められていました。</p> <p>○単年度事業計画は、法人の計画に基づき、施設入所支援・生活介護・短期入所・人材育成・研修計画等、実施状況も数値化や具体的な成果実施状況の評価が行える内容になっていました。</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・見直しを組織的に行われ、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。	○事業計画は職員研修、各委員会等参画、意見の集約・反映がされやすい計画になっていました。
				■	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。	○事業計画はあらかじめ決められた時期に手順に基づき実施され評価されている事が確認できました。
				■	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。	○事業計画は職員に周知され理解する取り組みは職員に理解され取り組んでおり、理解されている事が確認できました。
				■	26	評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。	
				■	27	事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等）がされており、理解を促すための取組を行っている。	
		② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a)	■	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。	○事業計画の内容は年2回発行される機関紙「プリズム」やブログ等で解り易く記載され周知されていました。
				■	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。	○事業計画は、利用者自治会や家族会食会や家族懇談会で説明されていました。
				■	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。	○利用者自治会は年12回開催され年間事業計画、環境・食事などの要望を話し合われていました。参加を得る為行事を行い、周知・説明の工夫も図っていました。
				■	31	事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。	
組4 織福 祉社 ・サ 計画 画的 的の 質組 の向 上へ の	(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。	① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b)	■	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。	○福祉サービス向上のために、評価も行われ組織で取り組まれていました。
				■	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。	○福祉サービスの質の向上のため評価基準に基づいて評価されている事が確認できました。
				□	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。	○第三者評価は法人として初めて、受審されました。今後も継続的に受審されることを希望します。
				□	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。	

			② 評価結果にもとづく組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	c)	<input type="checkbox"/> 36 評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。 <input type="checkbox"/> 37 職員間で課題の共有化が図られている。 <input type="checkbox"/> 38 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。 <input type="checkbox"/> 39 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。 <input type="checkbox"/> 40 改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。	<p>○第二明星学園としての第三者評価は今回が初めての受審のため、評価分析は行われていませんでした。面談等により、評価結果の改善課題を明確にし改善の取組を計画していることが確認できました。</p> <p>○評価の結果に基づき、改善の取組みをされることを望みます。</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>○運営会議は毎月2回開催されていました。また必要がある時はその都度開催され、内容は議事録として記録されていました。</p> <p>○管理者の有事等権限は、支援マニュアル、事業計画に記載され、不在時の対応も明記されていました。</p>
			② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 45 管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持している。 <input checked="" type="checkbox"/> 46 管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。 <input checked="" type="checkbox"/> 47 管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 48 管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。	<p>○法人業務計画に服務規定が記載され、職場の秩序を維持されていました。</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	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。	○管理者は法人規程により、各委員会の組織図に記載されており、定期的に出席し、現状と課題を把握し評価・分析を行いサービスの質の向上に取り組みがされていました。 ○事業報告に職員の研修報告・活動報告・地域との交流など積極的にサービスの質の向上を行っていました。また聞き取り調査でも「職員の意見」が反映出来る様取り組みされたと確認できました。
		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)	■	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。	
				■	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。	○管理者は経営の改善、業務の実効性を高めるために、組織体制に次長職を設置し、人事・労務・財務等職員が働きやすい環境整備に取り組みがされていました。職員聞き取り調査にも、「やりがいがある」「提案や意見が採用され意欲がわく」という意見が聞かれました。
				■	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。	
2 福祉人材の確保・育成	(1) 福祉人材の確保・育成計画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)	■	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。	○法人事業計画に人材育成事業が掲げられ法人主催の「療育研究会」「臨床動作法飯田月例会」など研修の機会を積極的に活用すると共に外部研修にも積極的に参加の機会を設け職員の質の向上と支援力強化を図っていました。 ○内部研修は理学療法士・言語聴覚士(外部講師)等巡回指導をとりいれ具体的な取り組みがされていました。 ○法人事業計画に法人として、人材確保が困難な時代ですが、募集方法や活動の工夫、ホームページ・地域で開催される就職説明会に積極的に参加され人材確保を実施していました。 ○毎月課題を決めレポートを提出することで、意識・知識の向上及び自己啓発に務め一般常識のある、職員育成が実施されていました。
				■	59	福祉サービスの提供に関わる専門職(有資格の職員)の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。	
				■	60	計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。	
				■	61	法人(福祉施設・事業所)として、効果的な福祉人材確保(採用活動等)を実施している。	

		<p>② 総合的な人事管理が行われている。</p>	<p>a)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 62 法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。 ■ 63 人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。 ■ 64 一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。 ■ 65 職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。 ■ 66 把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。 ■ 67 職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができています。 	<p>○法人の理念・基本方針に基づき、職員の行動基準として明確にされていました。</p> <p>○法人業務計画書の職員のキャリアパス規程が作成されており、職務要件、資格、在籍年数、職務基準に基づき成果や貢献度が評価されました。</p> <p>○職員の人事考課表が職務等級ごと作成され評価・分析に取り組みが行われていました。</p> <p>○キャリアパス規程には、階層別研修等組み込まれており、レポート提出を行う事で、自らの将来を描くシステムが出来ていました。</p>
<p>(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>	<p>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組んでいる。</p>	<p>a)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 68 職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。 ■ 69 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。 ■ 70 職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。 ■ 71 定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。 ■ 72 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。 ■ 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。 ■ 74 改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。 ■ 75 福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。 	<p>○法人として職員のメンタルケア、健康推進に配慮がされ中部公衆医学研究所に委託し、職員のメンタルチェックを重視されていました。</p> <p>○職員のメンタルの相談機能を持つ専門機関に委託（メンタルヘルスサポート）し、障がい福祉現場における人材確保、人材育成、職場定着は最重要課題として対応、職員に周知されている事が確認できました。</p> <p>○職場で相談できる人がいない、家族や友達、仲間にも話せない、上司に分かってもらえない、部下との人間関係等相談したいけど秘密が守られるか心配の声に応じてメンタルヘルスケアの推進を図っていました。</p> <p>○職員の健康推進のためフィットネスクラブに法人で加入、利用の促進を図り福利厚生を実施されていました。</p>	

	<p>(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p>	<p>① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。</p>	<p>b)</p>	<p>■ 76 ■ 77 ■ 78 □ 79 □ 80</p>	<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>○法人では、職員の質の向上のために、内部研修・外部研修が企画され、在籍年数に応じた研修、専門知識の研修、全職員対象の研修当一人ひとりにあった育成の取り組みがされていました。</p> <p>○「期待する職員像」の仕組みは確認できましたが、職員の事業評価の結果に「できていない」と思われています。職員はハイレベルを望まれていますので、目標達成のための面接等目に見える取り組みをお願いします。</p>
		<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。</p>	<p>a)</p>	<p>■ 81 ■ 82 ■ 83 ■ 84 ■ 85</p>	<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>○「期待する職員像」は具体的に、明星グランドデザイン・事業計画に基本姿勢、行動基準としてわかりやすく明記されていました。</p> <p>○法人業務計画に必要とされる専門職が記載され、また計画的に研修制度が実施されていました。</p>
		<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。</p>	<p>a)</p>	<p>■ 86 ■ 87 ■ 88 ■ 89 ■ 90</p>	<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>○キャリアパス規程には階層別研修や共通研修も組み込まれており専門職、知識、技術の向上に努め、評価されていました。</p> <p>○法人で職務等級が設定され、それに基づき研修対象に成りOJTが活用されていました。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 91 ■ 92 ■ 93 ■ 94 ■ 95 	<p>91 実習生等の福祉サービスに関する専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。</p> <p>92 実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。</p> <p>93 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。</p> <p>94 指導者に対する研修を実施している。</p> <p>95 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。</p>	<p>○法人事業計画には、保育士の人材育成への協力等目的に「明星保育園実習受け入れマニュアル」に基づき実習生の積極的な受け入れを行いました。</p> <p>○法人事業報告に保育実習、施設実習、ゼミ研修等受け入れ専門職の研修、育成が明文化され実施されていました。</p>
3 運 営 の 透 明 性 の 確 保	(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 96 ■ 97 □ 98 ■ 99 ■ 100 	<p>96 ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。</p> <p>97 福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。</p> <p>98 第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。</p> <p>99 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めている。</p> <p>100 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。</p>	<p>○法人の定款、財務諸表、法人の現況報告は機関紙、ホームページに法人本部事業報告・明星会事業計画等公開されていました。</p> <p>○福祉施設・事業所における地域福祉向上の取り組みや実施状況、苦情・相談の体制や内容は透明かつ数値化されたものが公表されていました。</p> <p>○第三者評価の受審は今回が初めてでしたが、評価結果について、掲示やホームページで公開したいと、管理者のコメントがありましたので今後に期待いたします。</p> <p>○法人の中・長期計画に、「ささえ、ささえられながら地域と共にある施設として、また多くの人が気軽に出入でき、親しめる場所としての施設をめざしている」と明確に示されていました。</p> <p>○機関紙「プリズム」は地元地域に850部の配布があり、基本方針、事業活動内容が情報公開されていました。</p>

		<p>② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。</p>	<p>a)</p>	<p>■</p>	<p>101 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルールが明確にされ、職員等に周知している。</p> <p>■</p> <p>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。</p> <p>■</p> <p>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。</p> <p>■</p> <p>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。</p> <p>■</p> <p>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。</p> <p>■</p> <p>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。</p>	<p>○公正かつ透明性を高めるための運営・経営への取組は、法人本部で行い事業報告や事業計画に具体的な内容で明示されていました。事業報告・計画は全職員に配布され周知が図られていました。</p>
<p>4 地域との交流、地域貢献</p>	<p>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p>	<p>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。</p>	<p>a)</p>	<p>■</p>	<p>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。</p> <p>■</p> <p>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。</p> <p>■</p> <p>109 利用者の個別の状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。</p> <p>■</p> <p>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。</p> <p>■</p> <p>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。</p>	<p>○法人の基本理念において地域との関わりについて、基本的な考えが文書化されていました。</p> <p>○中学校や地域の夏祭り、市民運動会などの情報は、わかりやすく参加しやすく掲示板等で社会資源の情報が提示されていました。利用者の参加数も事業報告に記載されていました。</p> <p>○地域交流は、内容や日にち、参加者数など事業報告に数値化されており、利用者との交流の機会が定期的に設けられている事が確認できました。</p>

		<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。</p>	<p>b)</p>	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 116 学校教育への協力を行っている。</p>	<p>○毎年行われている、運動会や学園祭には地元中学を始め小学校、高校、短大、一般ボランティアの支えで行事が行われていました。利用者には掲示板等で社会資源の情報が提示されていました。</p> <p>○中学・高校ボランティア育成については、法人組織として行われ、基本方針は明文化され学校教育への協力は確認されました。特に「おもしろプラン」の行事として、市内の5中学で外食交流会等企画され広く学校教育の場を提供していました。</p>
<p>(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		<p>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。</p>	<p>a)</p>	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 119 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 121 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>	<p>○法人として地域の関係機関との連携は日常的に行われており、行事計画として、地域夏祭り・文化祭・市民運動会・ふれあい広場等社会資源の活用が出来ていました。また生産物販売も福祉センター、庁舎、市役所等ロビーで行われ活躍する利用者がアピールされていました。</p> <p>○法人組織として、地域の施設連絡協議会や、県知的障がい者福祉協会等中核施設として積極的に活動していました。</p> <p>○《メンタルヘルスサポート組織》 飯田下伊那の障がい者関係の5施設と連携し「飯伊圏域メンタルヘルスサポート協議会」を設置し毎月第一木曜日に開催し、各団体の職員のメンタルケアに取り組まれていました。</p>

		<p>(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>	<p>① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。</p>	<p>c)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 122 福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。</p> <p><input type="checkbox"/> 123 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。</p> <p><input type="checkbox"/> 124 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 125 災害時の地域における役割等について確認がなされている。</p> <p><input type="checkbox"/> 126 多様な機関等と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。</p>	<p>○法人は、グランドデザインに掲げる基本姿勢障がい者と社会の架け橋となり、ともに自己実現を目指すとしていました。地域住民との交流に積極的に取り組まれていました。</p> <p>○法人では、災害時に地域の協力をお願いする傍ら、地域災害時に家族会館施設等の開放や備蓄食品の提供が検討されている事が聞き取り調査で確認出来ました。</p>
			<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。</p>	<p>b)</p>	<p><input type="checkbox"/> 127 福祉施設・事業所の機能を地域に還元することなどを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 128 民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 129 地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 130 関係機関・団体との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p><input type="checkbox"/> 131 把握した福祉ニーズにもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。</p> <p><input type="checkbox"/> 132 把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。</p>	<p>○説明資料に、地域活動について、ささえ、ささえられながら地域と共にある施設をめざし、より多くの人が気軽に出入りでき親しめる場所と掲げ、地域と共にある施設の実現を図られていました。</p> <p>○法人では相談支援事業所を中心に関係機関・団体と、多様な相談に応じ地域で暮らす方とのつながりを持ち、福祉ニーズの把握に努めていました。</p>

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービス	(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>○法人理念や基本方針は、「お心主義」の信念で「意思決定支援」を実践する事が謳われ、新職員を始め全職員が読破する取り組みがされていました。</p> <p>○法人憲章には、利用者パーソンセンタード(本人中心)が記載され、行動基準にも職員が理解しやすく実践できる出来る様説明されていました。</p> <p>○理念は施設内の見やすい所に掲示されていました。事業計画書にもページ毎記載され職員が、日常的に意識できるよう配慮されていました。</p> <p>○法人組織で人権倫理委員会が設置され、月1回の委員会が開催され、全職員への研修を企画周知も図られていました。人権擁護のレポート提出も年2回義務づけられていました。</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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> □ 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。 ■ 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。 ■ 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。 □ 141 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>○法人組織として中・長期計画にある「お心主義」の基本方針に、虐待防止・人権倫理委員会が設けられ、委員会を中心にプライバシー保護、虐待防止・権利擁護に関して規定・マニュアル等が整備され職員間での検討・理解が図られていました。</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、書籍、資料を使って知識を深めていました。虐待事案及び報告があった場合調査、審査、報告、公表がされ職員にも周知されていました。</p> <p>○虐待防止委員会では、虐待事案及び報告があった場合調査、審査、報告するマニュアルが整備されていました。</p> <p>○苦情・虐待・ヒヤリーハット・事故は、規程・マニュアルに基づき福祉サービスが実施され、件数も数値化され報告されていました。</p> <p>○利用者・家族には、支援施設利用契約書に秘密の保持等記載され、利用開始時に説明し周知されていました。</p> <p>○不適切な事案に対する、マニュアルが作成されており、手順に沿って報告、対応、改善が図られていました。第三者委員、行政への報告システムも確認できました。</p>

	(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。	① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 148 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 ■ 149 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。 	<p>○法人が一体となり各施設、事業所の状況を広報する機関紙を定期的に発行し、地域や関係機関に配布されていました。</p> <p>○組織を紹介する広報紙や資料内容は写真や図・絵を多く使い、誰でも分かりやすい内容になっていました。</p> <p>○法人事業所を中心に利用希望に対する、適切な対応がなされていました。また見学、体験利用者は、積極的に受け入れる体制があり、利用希望者には、情報の提供、機関紙資料等により適切な説明がされているのが確認できました。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 154 意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。 	<p>○事業所利用開始や変更には、サービス管理責任者や次長、相談支援担当者から文章により、利用者・家族に解りやすく丁寧な説明があり、利用者本人の同意の確認を行う仕組みができていました。</p> <p>○利用契約書・重要事項説明書も基準どおり整備されている事を確認できました。なお文字理解の困難な利用者の為に、ルビ等の工夫を望みます。</p> <p>○利用者の理解が困難な場合は、キーパソンになる家族や相談支援事業者にも同意を得る工夫も行っていました。</p>

		<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。</p>	<p>a)</p>	<p>■</p>	<p>155</p>	<p>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>○法人で入所支援・地域移行・日中活動・グループホーム・家庭と連携を取りながら利用者が望むサービスが受けられるよう、担当者や窓口が設けられていました。</p>
	<p>(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>	<p>① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。</p>	<p>c)</p>	<p>□</p>	<p>159</p>	<p>利用者満足に関する調査が定期的に行われている。</p>	<p>○第三者評価、利用者聞き取り調査で利用者より、話は聞いてもらうが満足度調査はしてない、「聞いて欲しい」と話されました。個々の聞き取りは行い寄り添いはされていますが、利用者満足の向上のために取り組みをお願いします。</p>
				<p>■</p>	<p>156</p>	<p>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>○障害者支援施設 利用契約書には、契約解除又は契約終了の場合、利用者の状態に見合った適切な受け入れ先確保に努めると、記載されていることが確認されました。</p>
				<p>■</p>	<p>157</p>	<p>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>■</p>	<p>158</p>	<p>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>	
				<p>□</p>	<p>160</p>	<p>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>■</p>	<p>161</p>	<p>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>□</p>	<p>162</p>	<p>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>□</p>	<p>163</p>	<p>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>	

		<p>(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</p>	<p>① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。</p>	<p>a)</p>	<p>■</p>	<p>164</p>	<p>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>○法人の施設運営の中に評価・苦情処理体制について記載があり苦情処理体制・第三者委員の設置は確認されました。</p> <p>○法人事業計画には、仕組みについて記載され玄関等解りやすい場所に投函箱等設置されましたが、計画書の中に苦情受付担当や第三者委員の氏名・連絡先の記載が確認できませんでした。</p> <p>○苦情件数は事業所毎数値化され、内容・改善策の報告が記載されていました。法人全体で意識を持って対処されている事が確認できました。</p> <p>○法人での苦情等は個々に事実確認を行った上、調整・改善・全利用者・家族・職員に周知し理解を得られていました。</p> <p>○様子からの内容により施設設備の改修を行い利用者に安全で快適な環境の提供につながっていました。特にトイレ改修は利用者の足腰への負担軽減になっていました。</p>
			<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。</p>	<p>a)</p>	<p>■</p>	<p>171</p>	<p>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>○事業評価利用者聞き取り調査で、利用者から「誰にでも相談できる、でも担当に伝える」と話される。また家族と「家族会会食・年3回の家族懇談会等で相談を受けたり、学園便り等でわかりやすく記載されていました。</p>
					<p>■</p>	<p>165</p>	<p>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>■</p>	<p>166</p>	<p>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>■</p>	<p>167</p>	<p>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>■</p>	<p>168</p>	<p>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>■</p>	<p>169</p>	<p>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>■</p>	<p>170</p>	<p>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>■</p>	<p>172</p>	<p>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>■</p>	<p>173</p>	<p>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>	

		<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。</p>	<p>a)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 175 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 □ 179 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。 	<p>○法人は「お心主義」に基づき、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。と謳われ利用者の意見、相談を受けとめられていました。記録、報告、対応の手順書も確認できました。</p>
<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。</p>	<p>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>	<p>a)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 185 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。 	<p>○法人組織の基本方針に、利用者の目線で安全を考え、健康や環境に異常を感じたらすぐに報告し対応すると謳われていました。リスクマネジメント委員長を中心に担当職員が参加する組織が整備されていました。</p> <p>○事故発生時の対応は、安全を確保し、対処する手順書が作成され職員に周知されていました。</p> <p>○利用者の安全・安心の為に、施設整備等快適な生活の為に工夫されていました。</p> <p>○法人全体で事故発生時には内容の検討・解決策がとられ再発防止に取り組まれ、事業報告にも記載されている事が確認できました。</p> <p>○法人として職員会でリスクマネジメントが取り上げられており、各項目ごと年7回議題として挙げ検討されていました。また研修は新人を中心に行われていました。</p> <p>○委員会は定期的に関催されており、評価見直しの検討が行われている事が確認できました。</p>	

		<p>② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。</p>	<p>a)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 186 ■ 187 ■ 188 ■ 189 ■ 190 ■ 191 	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>189 感染症の予防策が適切に講じられている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>○法人では衛生委員会が組織され、感染症を中心に月1回の委員会を開催し、衛生に関する問題について検討がされていました。</p> <p>○感染症については、インフルエンザ・ノロウイルス・風邪等それぞれの対応マニュアルが作成されて職員に周知徹底いされていました。</p> <p>○インフルエンザにおいては、レベル1から4までの対応マニュアルが作成されていました。施設内での発生時の対応、利用者への関わり・対処・職員配置・医療機関との連携・報告等のマニュアルが確認できました。</p> <p>○衛生委員会を中心に定期的見直しの報告が確認されました。</p>
		<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。</p>	<p>a)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 192 ■ 193 ■ 194 ■ 195 ■ 196 ■ 197 	<p>192 災害時の対応体制が決められている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>○法人の事業計画に、防災・防犯訓練・交通安全教室等記載されていました。</p> <p>○法人で自衛消防隊が組織されており、火災発生を予防警戒・発生時の利用者の保護・被害の最小限に食い止められていました。</p> <p>○訓練は総合訓練・消火訓練・通報訓練は年2回、毎月避難訓練は実施され、利用者・職員に安全確保の周知徹底を図っていました。</p> <p>○災害時用、食品、備品類のリストは確認できませんでしたが、聞き取り調査で備蓄されている事が確認できました。</p> <p>○防災計画書には通報装置取扱い方法も記載されておりました。消防署連絡、地域住民に電話、または拡声器で応援要請も確認できました。</p> <p>○防犯に関しては、刺す股が用意され年1回訓練も実施報告がありました。</p>

2 福祉サービスの質の確保	(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。	① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 198 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 201 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。 	<p>○法人で「お心主義」に基づきパーソンセンタード(本人中心)の支援とプログラムが文書化され提供されていました。</p> <p>○標準的サービスには「自己選択」を尊重した支援に努め、利用者の個別支援計画に基づき充実した生活が送られる支援が謳われていました。</p> <p>○標準的サービスには、外部講師の起用や研修を受けた職員の関わりで、利用者個々にあった支援がされている事が事業報告に記載されていました。</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"> ■ 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。 ■ 203 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。 ■ 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。 ■ 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。 	○職員会では計画的に、「個別支援計画」支援目標の確認・ケース研究・アセスメント・モニタリングがされていました。
	(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"> ■ 206 個別支援計画策定の責任者を設置している。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>○法人組織図にサービス管理責任者が設置されていて、個別支援計画は職員会で検討されPDC Aが計画的に行われていました。</p> <p>○アセスメントは、写真・絵・等を用いて一人ひとりのニーズを探り、個別支援計画が作成されていました。</p> <p>○個別支援計画は、職員会で定期的に検討されアセスメントに基づき計画され、福祉サービスがされている事が確認できました。</p>

		<p>② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。</p>	<p>a)</p>	<p>■</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>○定期的に個別支援計画の評価・見直しは活動計画に記載されていました。定期的に検討会議利用者の意向把握と同意を得るための手順等は、記載され実施されていました。</p> <p>○個別支援計画の変更は、福祉サービスの変更を伴う時、相談支援等関係機関との協議も行い、福祉サービスの質の向上が検討されている事が確認できました。</p>
<p>(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</p>		<p>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。</p>	<p>a)</p>	<p>■</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>222 パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。</p>	<p>○利用者の個人記録は、法人所定の様式に基づき身体・生活状況が記録されていました。</p> <p>○記録を基に、個別支援計画に基づくサービスが行われているか、サービスの質の向上がされているか、部門別に取り組みがされているか、検討され工夫されていました。</p>
		<p>② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p>	<p>a)</p>	<p>■</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>225 記録管理の責任者が設置されている。</p> <p>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。</p> <p>227 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</p> <p>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。</p>	<p>○障害者支援施設、第二明星運営規定に、秘密保持・情報の提供について明文化されていました。</p> <p>○個人情報・記録の管理は、管理者やサービス管理者が中心に管理されていました。</p> <p>○利用者の個人情報を提供する際は、あらかじめ文章により、各利用者の同意を得る等行われていました。</p> <p>○職員は、職員会等で周知され、個人情報の管理の重要性を認識されていました。</p> <p>○利用者・家族には、重要事項説明書に記載され、利用時に説明がされ確認の同意がされていました。</p>