

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（施設名）明星学園

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"> ■ 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及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>○社会福祉法人明星会の現在の理念・憲章・行動規準は、平成28（2016）年に、職員の有志15名により、専門経営研究所の研修体制の中で再構築されました。</p> <p>○理念は、「みんな幸せになりたい～あなたもわたしも」です。この理念は、法人のパンフレットの表紙中央に大きく掲載されています。また、法人の説明資料や法人紹介のインターネット上にも、一番最初の項目として記載されていました。</p> <p>○憲章としては、「明星学園は、本当の気持ちを伝えられずに困っている知的障がい・自閉症の方に、パーソンセンタード（本人中心）を基本とした、行動すべてが発信であるという『お心主義』の信念で、『意思決定支援』を実践する、あなたも私も幸せになる場所です」と謳っていました。</p> <p>○職員の目指す姿（行動基準）として14項目の内容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 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。	b)	■ 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。	○法人理事長（総園長）が、社会情勢や地域の福祉動向、各種の福祉計画の内容等について、積極的に把握・分析し、事業運営に活かしている姿勢が見られました。分析した内容や課題については、理事長（総園長）から運営会議等で主任ルートにより伝達されたり、職員会議で全職員に周知される方法がとられていました。 ○南信地域での障がい分野の課題としては、放課後ディサービスの乱立。障害の専門サービスが十分に確立されていない。事業所の児・者転換に伴い、サービス内容の低下が見られる等の状況の把握や分析がされていたので、より一層の改善に向けた取り組みを期待します。		
					■ 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。	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)	■ 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。	○明星学園は、知的障がいと身体障がいを併せ持ち、身体的介護を必要とする人が多いクラス（20名・月組）と、強度行動障害があり、若くて活動的なクラス（20名・星組）の2クラスにより編成されています。利用者の状況に応じたクラス編成がされているために、より専門的な支援（重度支援・強度行動障害支援）が行われる体制ができていました。 ○法人役員に対しては、理事会、評議員会において、事業計画、明星グランドデザイン等を配布して周知・共有が図られていました。 ○経営課題については、運営会議等で検討されていましたが、課題解決に向けた具体的な対応を、今後より進めていただきたい。
							■ 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。	○法人の中・長期的ビジョンを明確にするため、平成27（2015）年に「明星グランドデザイン」の策定を行い、10年間の取り組むべき課題（ハード&ソフト）を作成して、職員間での共有を図ってきていました。また、そのことにより、日中活動の充実と地域移行、地域生活への方向性と言った課題が明確になりました。 ○日中活動の充実としては、日中活動事業所「わくわく」、生活介護事業所「ふらっと」等の利用者が夢や生きがいを見つけ、叶えるための場の設立を目指していました。 ○地域移行のための支援としては、安心して、自分らしい暮らしを実現するためのグループホームの開設を目指しています。		
					■ 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
			② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 19 単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。 ■ 20 単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。 ■ 21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。 ■ 22 単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。 	<p>○法人の平成30（2018）年度の基本方針としては、①利用者が、個人の尊厳を保持しつつ、自立した生活を地域社会において営むことができるように支援する。②今日社会福祉法人に求められている、「地域における公益的な活動の推進」「法人組織の体制強化」「法人運営の透明性の確保があり、利用者及び地域住民等からの信頼を得続けるために必ず実施して行く必要があります」と記載されていました。</p> <p>○研修計画や施設・整備計画については具体的な数値、内容を決めて取り組んでいました。</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・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 23 事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。 ■ 24 計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。 □ 25 事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。 □ 26 評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。 □ 27 事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等）がされており、理解を促すための取組を行っている。 	<p>○事業計画書は年度当初に単年度計画が作られ、法人、施設、グループホームごとの計画となっていました。事業計画書の作成は、各担当、主任が原案を考え、職員会議で最終決定を行ない、全職員に周知が図られていました。また、事業計画に伴う予算の獲得についても担当職員が行うシステムとなっていました。</p> <p>○各年度ごとの事業計画の作成は行われていましたが、各年度の目標や実施内容の評価・見直しについては事業報告書等に記載がありませんでした。評価や見直しの内容について明記するとともに、職員全体への周知を図ることを望みます。</p>	
		② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 28 事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知（配布、掲示、説明等）されている。 ■ 29 事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。 □ 30 事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成する方法によって、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。 	<p>○各年度の事業計画については、利用者の自治会（白樺会）や保護者会で説明が行われたり、広報誌（プリズム）の配布等で周知が図られていました。</p> <p>○事業計画の周知については、利用者の自治会や家族会で説明がされていましたが、より解りやすい資料のづくり及び利用者の事業計画作成への参加について、より一層の取組を期待します。</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
	組 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取	(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>○福祉サービスの質の向上のための、自己評価やチェックについては、事業所内で定期的に行われており、組織的に評価を行う体制が整備されていました。</p> <p>○事業所内部による自己評価は実施されていましたが、福祉サービス第三者評価の受審は今回が初めてとなります。今後においても、第三者による評価を定期的に実施し、評価内容や課題を全職員で周知を図り、より高いサービスの実施に繋げていくことを望みます。</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 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 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>○単年度ごとの事業計画が作成され、それに基づく実施、実施内容の評価がされ、事業報告により改善を図っていくという一連のPDCAサイクルによる取組みが行なわれ、職員の共有化が図られていました。</p> <p>○今後、自己評価や内部評価と共に、第三者による評価を定期的に受審し、事業所の良い点、改善点を客観的な視点から明確にし、職員間で共有を図り、利用者本位の福祉サービスの提供を期待します。</p>
II 組織の運営管理	ブ1 管理者の責任とリーダーシッ	(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>○理事長（総園長）は運営会議や職員会議等において、明星学園の方針・目標等について説明を行い、自らの運営・経営方針について説明を行っていました。</p> <p>○理事長（総園長）は各年度の事業計画書、広報誌（プリズム）、法人のホームページ等を通して、法人、事業所の方向性、職務等の考え方、課題などを掲載するとともに、自らの考え方について表明していました。</p> <p>○代理処理として、理事長が不在の時は、園長、園長が不在の時は次長が行う旨の権限移任がさ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"> ■ 45 管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持している。 ■ 46 管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。 ■ 47 管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。 ■ 48 管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。 	<p>○理事長（総園長）は長く知的障がい福祉に携わってきており、法人・事業所の運営・経営についても、利用者本位（中心）を主軸とした社会福祉法人や事業所のあり方を追求し実践してきた経緯があり、事業所内外の関係者からもその功績について認められていました。</p> <p>○理事長（総園長）は、自らの研修や勉強を行うことはもとより、法人や事業所においても職員が学ぶことができる数多くの研修や勉強を積極的にを行い、遵守すべき法令等を正しく理解するための場を創っていました。</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"> ■ 49 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。 ■ 50 管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。 ■ 51 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。 ■ 52 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。 ■ 53 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。 	<p>○理事長（総園長）は、長野県知的障がい者福祉協会の会長職を永年にわたり遂行してきており、自法人のみならず長野県全体の障がい福祉の動向や課題等について常に把握するとともに、評価・分析を行い、県全体の障がい福祉の向上に努めていました。</p> <p>○理事長（総園長）は、平成30年度明星学園/第二明星学園運営方針の中で、基本理念にもとづく法人及び各事業所の具体的な課題について明示し、今後の方向性についても提言を行っていました。</p> <p>○療育サービスの向上を行うために、「療育研修会」「臨床動作法飯田月例会」「介護研修」「合同ケース研究会」等が年間を通じて数多く開催されていました。</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"> ■ 54 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。 ■ 55 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。 ■ 56 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。 ■ 57 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。 	<p>○平成26年度より、現理事長（総園長）体制となり、経営改善のための具体的措置が図られてきていました。特に各年度の人材確保・育成・定着マップによる対応・施策を具体的に掲げ、その実現に取り組んでいました。</p> <p>○平成26年度から実施されている、人材定着への取組は、平成29年度には、正規職員の離職率が0%となり、大きな成果が見られています。</p> <p>○法人内の障がい関係事業所の連携と円滑な運営を図り、利用者の福祉サービスの向上を資するために、明星学園運営会議が毎月2回開催されていました。</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
	成2 福祉人材の確保・育	(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理体制が整備されている。	① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 58 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。 ■ 59 福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。 ■ 60 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。 ■ 61 法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。 	<p>○福祉人材の確保が困難な時代であり、募集方法や活動を工夫し、またホームページや各地域で開催される就職説明会に積極的に参加し「人材確保」を重点目標として取り組んでいました。</p> <p>○具体的な人材確保の内容としては、リクルートナビゲーションへの掲載、県外からの就職者には20,000円の住宅費の加算等を行い、10年後を見据え、法人・事業所のマネジメントができる人材を全国より確保するための方策がとられていました。</p>
			② 総合的な人事管理が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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>○平成28年度に作成された新行動基準には、職員が目指す姿として6項目が設定されていました。その内容としては、①笑顔で明るいあいさつを自分から先にします。②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・相を行い、お互いを認め、助け合うチーム支援をします。家族や地域に情報発信し、情報を共有します。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。であり、法人・施設が期待する職員像として明示されていました。</p> <p>○法人・施設の理念、基本方針、憲章、行動規準、人事考課等の策定を職員が中心になり行っていく仕組みがありました。</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) 職員の就業状況に配慮がなされている。	① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 68 職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。 ■ 69 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。 ■ 70 職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。 ■ 71 定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。 ■ 72 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。 ■ 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。 ■ 74 改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。 ■ 75 福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。 	<p>○平成26年度から取り組んできた、働きやすい職場づくりの具体的内容としては、新卒者の初任給4号俵アップ、日給者の日給額のアップ、パートタイマー職員の増員、ていねいな昇職制度の実施、カウンセリングルームの創設、キャリアパス制度の確立、住宅手当のアップ、主任補佐2人体制の導入等職員のワーク・バランスの改善や福利厚生の充実を図り、働きやすい職場づくりへ積極的な取り組みが行われていました。</p> <p>○訪問調査日に面接をした一般職員の多くが、給与面、福利厚生面での待遇は充実していると回答されており、安定した職場環境が保障されていることが解りました。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 76 組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。 □ 77 個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。 ■ 78 職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。 ■ 79 職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。 □ 80 職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末(期末)面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。 	<p>○職員が目指す7つの行動基準の他に、業務計画書の中に利用者の処遇をよくするためにの項目として「健康の保持」「保護者の代役」等の職員の心構えの記入がありました。また、「座右の銘」「指導者の八か条」「支援力」の項目の中にも期待する職員像が記述されていました。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 81 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。 ■ 82 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。 ■ 83 策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。 ■ 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。 ■ 85 定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。 	<p>○期待する職員像については、平成28年度に、外部専門機関の助言を得て、一般職員の有志を中心として、新理念、憲章、行動基準が作成されました。行動基準は「期待する職員像」を具体的かつ分かりやすくに明示していました。</p> <p>○職員の資質を高めるために、主体的な研修計画を構築するために、「人材育成委員会」が中心となる取組がありました。「人材研修委員会」は毎月第一火曜日に会議を行い、研修内容を検討し、検討した内容について各クラスへ伝達し、多くの職員が参加でき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
			③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 86 個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。 ■ 87 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。 ■ 88 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。 ■ 89 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。 ■ 90 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。 	<p>○明星学園主催の「療育研究会」「臨床動作法飯田月例会」等研修の機会を積極的に活用するとともに、外部研修にも参加し職員の資質向上と支援力強化のための実践が行われていました。</p> <p>○内部研修としては、月に1回外部理学療法士及び言語聴覚士による巡回指導を実施していました。理学療法士については、運動機能の回復、褥瘡の予防などの研修、言語聴覚士については、嚥下・咀嚼機能低下への食事の指導研修を行い、実際に身に付けることを目的として実施がされていました。</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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 91 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。 ■ 92 実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。 ■ 93 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。 □ 94 指導者に対する研修を実施している。 □ 95 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。 	<p>○実習生の受け入れは、長野県保育士養成校の実習生の受け入れを行っていました。受け入れについては、明星学園実習マニュアルに沿って行われており、実習の手順書、実習マニュアル（プログラム）が整備されていました。</p> <p>○養成校との連携については、実習生係総括担当が窓口となり行う体制があり、各担当と責任者が協力して実習マニュアルに沿って、実習終了まで実施する内容が確認できました。</p> <p>○実習指導者に対する研修については、特に規定がないため、指導者の研修体制及び研修内容について具体化して明記をお願いしたい。</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"> ■ 96 ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。 ■ 97 福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。 ■ 98 第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。 ■ 99 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めている。 ■ 100 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。 	<p>○平成29年度の事業報告では、広報活動として広報誌（機関誌）「プリズム」が年2回（8月、2月）に1,500部作成され、各種関係機関、法人役員、保護者、職員、地域住民への配布が行われ情報公開がされていました。また、事業所のホームページを活用したブログによる活動の掲載は1年間で135回を行っており、6,834件のブログ閲覧回数がありました。</p> <p>○ブログでは、法人の基本理念から始まり、事業や活動の基本的考え方、具体的実践事項、意思決定支援の考え方などを分かりやすく説明して、多くの人達に見ていただく取組が行われていました。</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 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)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○法人の事務処理規程がありその中に、事務処理に関するルールが記載されていました。職務分掌及び決裁関係としては、理事長の決裁事項、理事会の決裁事項、園長の先決事項、代理決裁事項、先決事項があり、権限と責任が明確にされていました。</p> <p>○内部監査については、法人監事により毎年度事業内容及び経理内容について内部監査がされ、理事・評議員会において報告がされていました。</p> <p>○外部監査については、県の監査が毎年実施され、指摘事項についての改善が図られていました。</p> <p>○事務、経理、取引に関するルールの記載はありましたが、今後の中で全職員に対しての周知・徹底を望みます。</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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○平成30年度事業計画の基本方針の中で、「自立した生活を地域社会において営むことができるようにする」「地域における公益的な活動の推進」「利用者及び地域住民から信任を得続けるために」と地域との関わりについての基本的な考え方が記載されていました。</p> <p>○地域交流でのボランティアの参加としては、地域の企業、シニア大学、日赤奉仕団、国際ソロプチミスト等の定期的交流が行われていました。</p> <p>○地域の行事への参加としては、駄科夏祭り、竜丘文化祭、竜丘市民運動会、飯田市ふれあい広場への参加交流を行い、作品展示販売等を積極的に行っていました。</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 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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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 ■ 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。 ■ 116 学校教育への協力を行っている。 	<p>○地域学校等との交流としては、施設でのレクリエーション大会、運動会、明星きらめき祭、いきいきライフ等へ小中学生、高校生、短大生、一般の方が150名を超える方が参加していただき、交流を深めていることがわかりました。また、中学校の交流会、文化祭への参加、サマーチャレンジボラでの外食交流会、高校の交流演奏会等地域や各学校への参加も数多く行われていました。</p> <p>○ボランティアの受け入れについては、ボランティア担当係りによる内容別に対応マニュアルが作成され実施されていました。</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"> ■ 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。 □ 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。 ■ 119 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 ■ 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。 ■ 121 地域に適切な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。 	<p>○地域交流については地域交流係が設けられていて、各交流事業毎に担当者がいて、担当者により実施するようになっていました。また、地域交流の全体を責任者が全体の進捗状況把握していく仕組みがありました。</p> <p>○地域学校関係との交流の内容としては、三大行事（大運動会、明星きらめき祭、いきいきライフ）、学校（小学校・中学・高校・短大）との交流事業、おもしろプラン等を各担当職員が具体的計画を立てて実施していることが確認できました。</p> <p>○地域との交流内容について、職員への情報提供を行い、今まで以上の共有を図っていただくよう期待します。</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"> <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。 <input checked="" 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。 <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。 <input 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。 <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>○明星学園、第二明星学園の他に、敷地内には同法人が運営する明星保育園があり、障がい児だけでなく普通児を含めた、飯田地域の療育支援の拠点として機能している体制がありました。専門機関として地域に対して研修会や勉強会の実施が行われていました。</p> <p>○地域側からの支援として、(株)オムロン、電気連合飯田、松川町日赤奉仕団などの支援活動が行われていました。</p> <p>○災害時等の場合、明星学園が地域の避難場所としての開放を行うことや、火事等の災害時に地元の消防署、消防団との連携により対応ができる体制ができていました。</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"> <input checked="" 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。 <input 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。 <input 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。 <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。 <input checked="" 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。 <input checked="" 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>○長い明星学園の歴史の中で、法人や事業所の建物や、専門的機能を地域に開放し、地域のニーズに対応しており、地域側からの大きな信頼があることが分かりました。</p> <p>○地域の関係機関や福祉団体との連携を図り、障がい福祉、地域福祉のリーダー的存在として機能し、地域貢献活動を推進していました。</p> <p>○民生・児童委員等との定期的な会合や、地域に対する相談事業については十分に行われていないため、今後の取組に期待をします。</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
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・評価を行い、必要な対応を図っている。 	<p>○平成30年度事業計画の中の法人の基本方針として、「多様な福祉サービスがその利用者意向を尊重して総合的に提供されるよう総意工夫することにより、利用者が、個人の尊厳を保持しつつ、自立した生活を地域社会において営むことができるよう、支援することを目的とした事業を行います」と利用者の意向や利用者を尊重したサービスの実施を明示していました。</p> <p>○人権倫理委員会が毎月（年12回）開催され、（理事長）総園長、次長、事務長、人権倫理委員4名の構成で行われていました。委員会の内容としては、身体拘束の廃止に向けた取り組み及び研究。人権に関する勉強会。人権チェックリストの見直し。全体研修会の実施計画等が行われていました。</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"> ■ 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>○各種委員会の1つに「人権倫理委員会」があり、年12回（毎月第1水曜日）にかいさいされていました。委員としては、4名の職員の他に、園長、次長、事務長も構成委員として出席していました。</p> <p>○人権倫理委員会での検討内容としては、身体拘束の廃止に向けた取り組みと研究、人権に関する文献の読み合わせ、人権チェックリストの改定及び確認、人権に関する研修会実施内容の確認、虐待があった場合、虐待防止委員会との連携、情報共有等が話し合われる内容となっていました。</p> <p>○明星会虐待防止委員会の設置があり、「明星学園虐待防止規程」に基づき、虐待防止、人権擁護に関わる観念の啓発、その監視、発覚後の処理を行うとともに、再発防止、改善策、通報促進を行うためのマニュアルにより、質の高いサービス提供につながるシステムが実施されていました。</p> <p>○虐待（権利侵害）等受付通知書、発生状況報告書、虐待と思われる案件についての聞取り票、通報の虐待及び人権侵害を疑われる案件についての報告書等の書類が整備されており、虐待発生から対応、処理、報告までの一連の流れに対応できる体制が確立されていました。</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) 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に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>○社会福祉法人明星会のパンフレットには、法人の念、憲章、各事業所の紹介、沿革等が記載されていて、関係機関への配布がされている。</p> <p>○広報誌「プリズム」明星学園・第二明星学園便りは「一筋の光を七色の虹に変える、人は皆プリズム」と題し、写真を沢山使って活動の様子を紹介する内容や「ブレイクスルー」「こちら明星学園一丁目」などの掲載がされ、明星学園を多くの人に知っていただくための内容が満載されていました。</p> <p>○見学や体験入所は希望がある場合に随時対応するとともに、利用希望者に対しては重要事項説明書やパンフレットにより情報提供がされていました。</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"> ■ 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>○利用者のサービスの開始・変更時には、指定障害者支援施設利用契約書及び重要事項説明書によりサービスの内容に関する説明が行われていました。また、利用者の同意にあたっては、契約書内に利用者及び家族・後見人の承諾記入欄があり、署名・捺印がされていました。</p> <p>○意志決定困難の利用者への同意などのルールについての説明はありましたが、ルール化されたマニュアルや文章の確認ができませんでしたので、家族等へ説明できるルールと文章化についての整備を望みます。</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"> ■ 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。 ■ 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。 □ 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。 □ 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。 	<p>○福祉サービスの変更や地域・家庭への移行についての手順書及び、引き継ぎ文章等は整備されていました。また、明星学園運営規程の中に、「サービス提供困難時の対応」として、他の事業者への紹介及び、援護市町村との協議の措置を講じることが記述されていました。</p> <p>○福祉サービスが終了後の利用者への対応や相談窓口の設置、利用者や家族への相談方法や担当者についての説明した資料、文章については確認できませんでしたので、今後の対応を期待します。</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。	b)	<input type="checkbox"/> 159 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 <input checked="" type="checkbox"/> 160 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足把握を目的で定期的に行われている。 <input checked="" type="checkbox"/> 161 職員等が、利用者満足把握を目的で、利用者会や家族会等に出席している。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	<p>○各クラスや担当者による利用者からの要望・希望などの聞き取りは行われていたが、満足度に関する調査表等による総合的な実施については、確認できませんでした。また、調査の担当者等の設置、利用者参加による調査結果の分析や検討及び改善方法のシステムについても、今後より具体化して、利用者の満足度を向上するための組織体制の充実に望みます。</p> <p>○満足度調査について、今年度初めて実施。12月中に取りまとめを行う予定があることを確認しました。</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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<p>○法人の苦情解決に関する規程により、「要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口」を設け、受付窓口担当者、相談担当者として明星学園第三者委員、飯田市役所福祉課、運営適正化委員会が規定されていました。また、相談窓口については、法人、事業所の玄関に掲示されていました。重要事項説明書にもそれぞれの記載がされていました。</p> <p>○法人の苦情解決の規程の中には、受付担当者、責任者、第三者委員の職務及び苦情解決の手続き、手順解決結果の報告、解決結果の公表について規程されていました。</p> <p>○苦情解決のための、利用者・家族用の解りやすい説明資料については確認できませんでしたので、今後の中での整備をお願いします。</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 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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>○相談窓口としては、明星会第三者委員、飯田市役所福祉課、運営適正委員会の複数による相談窓口が設置されていました。</p> <p>○指定障害者支援施設「重要事項説明書」の中にも掲載され、家族等に配布されていました。</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。	a)	<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>○相談を受けた際の手順書については、苦情解決委員会の中の手順として、①苦情受付、②苦情解決委員会の招集、③苦情受付の報告、④第三者委員による内容確認と申し出人への通知、⑤苦情解決に向けた話し合い、⑥苦情解決の報告、公表の順番で対応することが規程されていました。</p> <p>○苦情に対応する書式としては、「苦情相談申込書」「苦情受付書」「苦情受付台帳」が整備されていました。</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"> ■ 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>○明星学園リスクマネジメント委員会による、「福祉サービスを提供する過程における事故の未然防止や、万が一にも発生した場合の対応」がありました。そして、より質の高いサービスの提供によって事故が未然に回避できるようにヒヤリハット事例、苦情、自己報告等から導き出される危機回避に対する検討や研修、職員への情報提供を行うとともに、事故、苦情などの未然防止、発生時にマニュアルに沿った対応が図られていました。</p> <p>○リスクマネジメント委員会は、毎月1回の定例会を行い、ヒヤリハットの事例検討、事故・苦情事例の検討及びその対応や防止について会議を行う仕組みが確認できました。また、人権擁護委員会、人材育成委員会、虐待防止委員会との連携による対応が行われていました。</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 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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 189 感染症の予防策が適切に講じられている。 ■ 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。 ■ 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>○感染症対応マニュアルとしては、「インフルエンザ感染防止マニュアル」「新型インフルエンザ発生時の対応マニュアル」「新型インフルエンザ発生時の対応フロー」「新型インフルエンザ流行時における明星学園事業継続計画」「風邪症状対応マニュアル」「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」が整備されていました。</p> <p>○新型インフルエンザ発生時対応マニュアルでは、発生状態をレベル1～レベル4までの状態に応じた対応が定められていました。また、主な医療機関名、感染症発生時の連絡先である、所轄保健福祉事務所、市の危機管理対策室の電話番号が記載され、周知が図られていました。</p>
			③ 災害時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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 192 災害時の対応体制が決められている。 □ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>○明星学園防災計画及び地震防災規定により、自衛消防隊、地震防災隊の設置、訓練等の実施、検査等の実施、視察、震災対策措置等が定められていました。</p> <p>○明星学園自衛消防隊計画では、「火災予防発生を予防警戒し、一旦火災発生の場合には、速やかに入所者の生命身体の保護はもとより、施設及び職員の生命財産を火災から保護すると共に被害を最小限に食い止める」ことを目的として、「防災管理の完全実施」「火気の早期発見と通報及び初期消火」「敏速、適切なる避難誘導」を実施する内容と定めていました。</p> <p>○災害時後のサービス提供を継続するための具体的対応については、明確な記載がありませんでしたので、職員間で共有できるマニュアルについての検討を期待します。</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)	■ 198	標準的な実施方法が適切に文書化されている。	○標準的な実施方法については、40分野における支援対応方法が記載され、職員間での共有がされると共に、各クラスに配布されていました。また、各内容の周知についても委員会や職員会、クラス会の中で周知が図られていました。 ○標準的な実施方法の各内容については、利用者の人権、プライバシーの保護、権利擁護等の利用者尊重の内容が含まれた実施方法となっていました。	
					■ 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。		
			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)	■ 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。		○福祉サービスの標準的な見直しについては、利用者の個別支援計画書当の内容に基づいて、PDCAサイクルにより必要な内容の検討がされ、定期的な見直しが行われていました。 ○各委員会、運営会議の中で必要事項についての見直しが行われていました。
					■ 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われている。		
■ 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。							
(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)	■ 206	個別支援計画策定の責任者を設置している。	○明星学園支援施設利用契約書の中に記載されている個別支援計画には、「サービス管理責任者は利用者の置かれている環境及び日常生活全般の状況等を通じて、利用者及びその家族が希望する生活や課題を明らかにし、適切な支援内容の把握に基づき個別支援計画を作成します」と明示されていました。 ○個別支援計画の作成は、ほっと安心、ふっと嬉しい、個別的日常生活支援ガイド「豊かな生活を送るために 個別的QOLリスト計画/評価/再計画/再評価マニュアル」により実施されていました。			
			■ 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。				

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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>○サービス管理責任者が設置され、利用者に対するアセスメント、施設サービス計画書の作成、定期的な見直しの実施がされていました。</p> <p>○個別支援計画の見直しについては、作成後、4月、8月、1月の年3回の定期的な実施状況の把握及び見直しを行い、必要に応じ個別支援計画内容の変更を行っていました。また、変更については、利用者とその家族に説明を行ない、文章による同意をお願いしていました。</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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>○業務計画書の中の「ケース記録に関する事項」にはケース記入の目的と共に、記録の内容として、①入所者の記録（入所希望者調査票、アセスメント票、ケース記録）②個別支援計画（個別支援計画表、懇談会内容用紙）③重点支援項目に対しての記録、④保健・医療関係の記録、⑤通常支援項目に対しての記録、⑥事故報告書の記載マニュアルが整備されていました。</p> <p>○記録内容は、「福祉の森」記録システムにより統一した記載が行われていました。また、パソコン等により記入や情報の共有が可能な体制が整備されていました。</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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 225 記録管理の責任者が設置されている。 □ 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。 □ 227 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 ■ 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>○法人の特定個人情報等取扱規程により、保管、保存、廃棄等の機能が定められ、その内容により実施されていました。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>○明星学園運営管理規程及び、指定障害者施設利用契約書の中に、「秘密保持等」の規程があり、事業所で知り得た利用者及び家族の秘密は保持する。また、利用者の情報提供をする場合は、事前に文章による同意得ることが定められていました。</p> <p>○個人情報の保護の観点からの記録管理に関する教育・研修についての記述は確認できませんでしたので、今後において十分な対応を期待します。</p>