

事業評価の結果（共通評価項目）

福祉サービス種別：共同生活援助
事業所名：第二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"> ■ 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。 ■ 2 理念は、法人、福祉施設・事業所が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人、福祉施設・事業所の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 ■ 3 基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。 ■ 4 理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。 ■ 5 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。 ■ 6 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。 	<p>○社会福祉法人の理念として「みんな幸せになりたい、あなたも私も。」が業務計画書や事業計画書に記載されるとともに、インターネットにも掲載され、明文化が図られていました。また、憲章としてパーソンセンター度(本中心)を基本とした「お心主義」の信念で、「意思決定支援」を実践する場所であることが明記されてきました。</p> <p>○本年度の業務計画書マニュアルに、グループホームの基本方針・運営方針とその具体的内容が、およそ20ページにわたり詳細に記載されるとともに、職員間で共有が図られていました。</p> <p>○理念や基本方針、憲章は、年度当初の職員会議で確認され、各種会議や委員会において周知が図られていました。また、毎年度の活動計画及び活動報告がホームページに掲載されてきました。</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"> ■ 7 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。 ■ 8 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。 ■ 9 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域の特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。 ■ 10 定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。 	<p>○法人理事長(明星学園長)が、飯田市の社会福祉審議会の委員と審議会に参加し、地域の経営環境の動向や変化を把握していました。また、その把握した内容を分析して課題や方向性を明確にし、施設やグループホームの経営・運営に活かしていました。</p> <p>○グループホーム職員が地域自立支援協議会に参加して、障がい者福祉サービスのニーズ、潜在的利用者の情報等を収集・分析が行われていました。</p> <p>○利用者の利用推移や利用率等の状況、グループホーム収支金額についても事業報告書、決算書に詳細に記載されていました。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 11 経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。 ■ 12 経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）間での共有がなされている。 ■ 13 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。 ■ 14 経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。 	<p>○各事業所、グループホーム等の課題等は、定期的な職員会議や事業反省時に明確化が図られていました。また、その内容については、法人理事会、評議員会、地域協議会等へ提出して、審議するとともに、意見を聞く体制がとられていました。</p> <p>○運営・経営課題については、全体の運営会議で協議され、その結果は職員会議や各園報により職員に周知されていました。</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
	定 3 事業計画の策	(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>○平成27(2015)年度に示された、明星グランドデザイン(10年構想)において、「求められる社会的ニーズを的確に捉え、今後果たすべき役割と責任を整理して事業展開を行うため、ここに10年構想を取りまとめる」と法人全体の中・長期ビジョンが具体的に描かれ、10年後の令和6(2024)年度が目標達成年度に設定されました。</p> <p>○グループホームの中・長期プランとしては、施設入所支援及び地域在住の地域生活を希望される方々の支援を行うために、新たに2つのグループホームの設置を目指していくことが描かれていました。</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>○10年構想(長期計画)の中で計画されていた、新しいグループホーム(ヴィラそよ風)が、令和4年度に定員5名として開所し、運営が開始されていました。</p> <p>○令和5年度事業計画の中で、グループホームの基本的方針として、「利用者が地域の中で主体的に生きることを目指していく」明示していました。また、具体的な事業の概要として、「楽しく過ごせる時間の設定」「他のグループホームとの連携」「家族との継続的な連携と利用者の自治組織なかよし会の活動の充実」があげられていました。</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) 事業計画が適切に策定されている。	① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 23 事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。 ■ 24 計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。 ■ 25 事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。 ■ 26 評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。 ■ 27 事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等が）されており、理解を促すための取組を行っている。 	<p>○新年度事業計画の策定は、当該年度末の事業反省を踏まえ、各グループホーム職員の意見を集約して、世話人リーダー、グループホーム主任が調整を行い作成されていました。</p> <p>○新事業計画は、年度当初の職員やグループホームの担当者会議の中で説明や内容検討が行われ、職員間での周知が図られていました。</p> <p>○事業計画実施状況の確認や評価、見直しについては、主に行事計画について、振り返りシートにより、各係担当が年度末に反省、評価を実施していました。</p>
			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 28 事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知（配布、掲示、説明等）されている。 ■ 29 事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。 ■ 30 事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすい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>○事業計画の内容周知や、建物整備計画等については、保護者会や利用者会議などで、毎年度資料に基づいて説明がされていました。</p> <p>○新型コロナの影響もあり、保護者会、利用者自治会が思うように開催できない状況がありました。しかし、参加できる行事では事前説明を行い、必要により写真や絵カード等で掲示して、利用者が理解しやすい対応がとられていました。</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
	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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>○PDCAサイクルに基づいた定期的な自己評価は、法人及びグループホーム共に行われ、サービスの質の向上や改善に向けた取り組みが行われていました。</p> <p>○福祉サービス第三者評価の受審は令和2年度に実施されていて、今年度の受審実施を含めて、定期的に行われていました。前回の評価内容と比較して、サービス内容の質の向上についての確認が行われ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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 37 職員間で課題の共有化が図られている。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>○グループホーム事業内容の自己評価は、当該年度の途中及び年度末に行い、課題等が上げられ、職員会議で検討されるとともに、職員間で共有が図られていました。また、年度末の事業反省での課題は新年度計画に盛り込み、取り組みが行われていました。</p> <p>○前回受審した福祉サービス第三者評価の結果については、グループホーム担当職員に対して、しなの福祉教育総研が独自に行っている評価結果説明会を開催し、内容の理解を深めると共に、課題について職員共有が図られていました。</p>
Ⅱ 組織の運営管理	シ 1 管理者の責任とリーダー	(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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>○管理者は、業務計画書、業務マニュアルに、基本方針・運営方針の他に、意思決定支援、支援メニュー等を具体的に提示すると共に、分かりやすく解説されていました。</p> <p>○令和5年度業務計画書の中に、明星学園管理・運営体制組織図(グループホーム含む)、年間行事計画、レクリエーション係等の職務分掌が明確に示されていました。</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 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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○法人の業務計画書の中に、法人理事長を含め管理者は遵守すべき法令の把握や環境への配慮を行い、取り組みをしていくと明記されていました。また、事業計画書の配布や職員会議での確認により、職員への周知が図られていました。</p> <p>○グループホーム管理者は、新型コロナウイルス感染防止のための研修会には参加できないが多かったようです。インターネットや新聞の情報をしっかりと取得する等の対応がとられていました。また、主催者として企画等へ参加していました。</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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○管理者は、グループホームの令和4年度事業報告の中に、質の向上を行うための運営方針と具体的な事業内容について報告がされていました。また、現状の課題や今後取り組むべき内容について記載すると共に、職員会議等で職員に明示し、共有化されていました。</p> <p>○サービスの向上への取り組みとして「北方のぞみハイツ」「北方日の出ホーム」「ヴィラそよ風」の3つのグループホーム利用者15名の希望・要望を取り入れたサービスを提供することが、記載されていました。職員研修はグループホーム単独で行う研修の他に、法人全体の研修体系があり、グループホーム職員も参加していました。</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 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 54 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。 ■ 55 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。 ■ 56 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。 ■ 57 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。 	<p>○法人理事長やグループホーム管理者は、業務計画書マニュアル等により、経営方針を明確にしています。また、経営の改善や業務の実効性の向上のために、明星学園運営会議(法人運営会議)を定期的で開催し、法人全体としての共通理解を図る場が設けられていました。</p> <p>○組織の理念や基本方針の実現に向け、法人全体としての職員の人員配置や、働きやすい場の設定に取り組んでいました。</p>
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>○グループホームの組織及び職員体制としては、3つのグループホームに世話人、生活支援員が配備されていました。世話人リーダー、副リーダー、グループホーム主任、副主任が全体として統括を行い、障がい者支援施設第二明星学園がバックアップ施設となっていました。</p> <p>○グループホームの人材確保は法人全体の中で採用が行われ、グループホームの宿直を伴う世話人等の確保が行われていました。</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る。 	<p>○法人の理念に基づき、期待される人間像として「6つの行動基準」が明示されました。その内容として、日常的な挨拶や「ありがとう・助かったよ」等の感謝の気持ち、利用者の受容の姿勢、職員間の連携・助け合うチーム支援など、組織の中で職員が行っていく基本的姿勢が分かりやすく掲げられていました。</p> <p>○人事考課制度やキャリアパス制度の導入により、必要なスキルを取得できる機会や方法が増え、将来展望が描けるような仕組みになっていました。</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) 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を確認するなど、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>○令和5年度業務計画書、業務実行マニュアルには、法人の各事業所組織図及びグループホーム組織図が記載され、3つのグループホームについても責任体制が明確に示されていました。</p> <p>○職員のメンタルケアへの対応としては、地域の事業所と協力して、「メンタルケアサポート協議会」の運営がされると共に、「メンタルの自己評価」が実施されました。</p> <p>○職員の健康推進として、中部公衆医学研究所に委託した健康診断の実施がされました。胃がん、乳がん、子宮頸がんの検診が行われるようになり、職員の健康増進に繋がっていました。</p> <p>○令和4年度事業報告書の中に、職員の有給休暇取得率が掲載され、令和4年度取得率は、83.3%と高取得率となっていました。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 76 組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。 ■ 77 個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。 ■ 78 職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。 ■ 79 職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。 ■ 80 職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末（期末）面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。 	<p>○法人職員の「期待される人間像」としては、職員の7つ行動基準の他に、業務計画マニュアル運営方針の中で、「意思決定支援」「支援メニューの概要「スーパービジョン体制」の目標が掲げられていました。その中に『明星学園職員として目指していきたい事』を読み取ることができました。</p> <p>○職員が目指して行きたいこととしては、①理念の共有性による方向性の一致。②人には優しく、仕事には厳しく、職場は楽しくの実践。③人をイキイキ育て、やる気を高める。という3の要素が示されていました。</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 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 81 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。 ■ 82 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。 ■ 83 策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。 ■ 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。 ■ 85 定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。 	<p>○法人としての理念があり、それを達成するための行動基準を設定されていました。この行動基準を実行できる職員が、「期待される職員像」であることを各会議や研修会を通じて説明がされていました。</p> <p>○基本方針や計画の中で、専門技術や専門資格について明示されていませんが、就業規則、業務計画において専門職・専門資格の記載がありました。</p> <p>○職員研修は法人全体で行われる研修と、グループホーム独自のものがあり、研修計画に基づいて実施されていました。内容としては、「療育研究会」「臨床動作法飯田月例会」「介護研修会」等が行われていました。</p>
			③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 86 個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。 ■ 87 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。 ■ 88 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。 ■ 89 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。 ■ 90 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。 	<p>○専門的支援としては、現場で生かせる「意思決定支援と支援者の姿勢」として、「意思表出支援の適切な言語化」「支援者の意思受審(チューナー)能力」「ストーリーとしての人生から読み解く意思の所在」「意思の存在の確認と応答への確信」の専門的取り組みが実施されていました。</p> <p>○法人全体としての総合的研修が行われると共に、グループホーム職員及びバックアップ施設との内部けん制体制が確立していました。</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
		(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 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>○法人全体として、「明星学園実習マニュアル」「実習生オリエンテーションマニュアル」「実習生の心得」等、実習生の受け入れのためのマニュアルと体制が整備されていました。</p> <p>○専門職種に対応するための、実習受け入れプログラムとしては、「長野県保育士養成校実習について」「介護福祉士養成校の実習の受け入れについて」の規程が実習要項の中に記載されていました。また、担当職員は実習指導者講習会に出席して、実習指導者としての資格認定を受け、対応を行っていました。</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。	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>○法人のホームページには、法人定款、園長(理事長)メッセージ、施設概要、法人理念、運営方針、意思決定支援の重視等の基本的情報が公開されていました。また、毎年度の事業計画・事業報告、現況報告、予算・決算報告、監事監査報告も公表されていました。</p> <p>○第三者評価の受審は、各事業所(明星学園、第二明星学園、グループホーム、保育園)は3年に1回の受審がされるとともに、情報公開がされていました。第三者評価受審後に事業所職員を対象とした、評価結果報告会が開かれ、職員への周知が図られていました。</p> <p>○令和5年度事業計画の中に、グループホームの第三者評価を、3年に1度受審することが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 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 data-bbox="696 212 1543 304">■ 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。 <li data-bbox="696 304 1543 397">■ 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。 <li data-bbox="696 397 1543 489">□ 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。 <li data-bbox="696 489 1543 584">□ 104 外部の専門家による監査支援等の結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。 	<p>○法人の事務処理体制としては、事務課等の組織図及び事務処理規程が定められ、職務分掌及び権限、責任の体制が明確化されていました。</p> <p>○法人の事務・経理の会計処理としては、内部監査の実施が行われ、監査報告が公表されていました。なお、会計事務所の支援を受けていましたが、内部監査的なものに留まっていて、外部の専門的監査支援とはなっていませんでした。今後、より高い公正性、透明性を目指した経営・運営の取り組みについて期待致します。</p>
4	地域との交流、地域貢献	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="696 584 1543 676">□ 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。 <li data-bbox="696 676 1543 769">□ 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。 <li data-bbox="696 769 1543 861">■ 107 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 data-bbox="696 861 1543 954">■ 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。 <li data-bbox="696 954 1543 1024">■ 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>○令和5年度事業計画の中に、地域との「つながり」を大切に、感染症拡大防止に努めながら、できる範囲で行事に参加し、交流できるように支援して行くことが記載されていました。</p> <p>○本来であれば、年に一度近隣住民の方々との焼肉交流会を行っているが、新型コロナウイルス感染防止のため、開催が難しかった、との記載がありました。</p> <p>○社会資源の内容や、地域情報についてはできるだけ集約して利用者に情報を提供し、利用者が活用できるような取り組みを期待致します。</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
			② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 110 ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。 ■ 111 地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。 □ 112 ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している ■ 113 ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。 ■ 114 学校教育への協力を行っている。 	<p>○業務計画書の中に、ボランティア系の業務が記載されていました。業務内容としては、ボランティアへの対応、地域の文化祭への出店対応、ふれあい広場への出店対応、各ボランティアの担当(係)決めなどが記載されていました。</p> <p>○ボランティアの受け入れについての基本的なマニュアル(登録手続き、ボランティアの受け入れ・配置内容・事前説明等)の整備を行い、ボランティアの取り組みがよりスムーズに行くことを期待いたします。</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"> □ 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。 □ 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。 ■ 117 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 ■ 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。 ■ 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>○法人として必要とする地域の社会資源(地域関係機関・団体等)との連携及び情報や課題の共有化、リストの作成は図られていました。また、必要とする機関・団体(相談支援事業所、福祉事務所、該当行政担当課、病院、学校等)との定期的な連絡調整が図られていました。</p> <p>○グループホームとして、関係機関・団体等の社会資源の個別の連絡リストは作成されていますが、緊急時に対応するため、総合的なリストの作成を行い、明示(掲載)をお願いいたします。また、関係機関や団体の内容について、職員会議で説明を合わせてお願いいたします。</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 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>	<p>○法人全体として関係機関や団体と協議調整を行い、地域社会の福祉的課題やニーズに対しての把握が行われていました。</p>
			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)	<p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 125 地域の防災対策や、被災時における福祉的な支援を必要とする人びと、住民の安全・安心のための備えや支援の取組を行っている。</p>	<p>○3つのグループホームはそれぞれが住宅地にあり、日常的な地域交流や連携が行われていました。また、それぞれのグループホーム地域のニーズや、福祉的課題についても把握が行われていました。</p> <p>○地域ニーズや福祉的課題への取り組みについては、実施に向けた計画の作成と明示を行うと共に、地域のコミュニティの活性化や街づくりへの更なる参画を期待致します。また、地域の防災対策や災害時の、グループホームとしての連携及び支援体系のあり方についての充実を望みます。</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)	<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>○令和5年度業務計画書の中に、法人の理念・憲章、基本方針が示されておりました。「みんな幸せになりたいあなたも私も」「パーソンセンタード(本人中心)をもとにした意思決定支援」の実践の場所であることや、利用者を尊重した支援が詳細に明記されていました。</p> <p>○業務マニュアルには、グループホームの運営、支援体制、勤務内容、責任者の体制、支援項目別計画、各種マニュアル等が記載されていました。業務マニュアルはグループホーム職員に配布され、職員会議、担当グループホーム会議で職員間に周知されていました。</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。	b)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○利用者のプライバシー保護の取り組みとしては、権利擁護や人権に関する研修を法人で行っていて、グループホームの職員も積極的に参加していました。</p> <p>○プライバシー保護に関する規程、マニュアルは現在作成中となっていますが、利用者の尊厳を守る福祉サービスの提供という観点からは、とても重要なものであり、早急な実施体制の整備をお願いします。</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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 138 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 <input checked="" type="checkbox"/> 139 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。	<p>○法人事業のパンフレットの他に、グループホーム重要事項説明書、サービス利用契約書等にグループホームの設備、職員体制、提供されるサービスの内容、利用料金等が記載されていて、市役所等公的機関や地域団体に配布されていました。</p> <p>○グループホームでの見学、体験、一時利用は希望や要望があれば、積極的に行うとともに、個別に説明や対応が行われていました。また、パンフレットや広報誌は、カラー写真やイラスト、タイトル表示がされ、見やすい内容となっていました。</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 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 140 サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。 ■ 141 サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。 ■ 142 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。 ■ 143 サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。 ■ 144 意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。 	<p>○福祉サービスの開始時には、関係する説明資料とともに重要事項説明書、契約書の説明が行われ、契約書では利用者又はご家族(成年後見人)との同意により、契約の締結が行われていました。契約書は利用者と事業者が各自1部ずつ保管されていました。</p> <p>○サービス内容の説明については、法人が定めるグループホーム運営規程の説明とともに、利用契約書に基づいて、同じ手順、内容、方法により行われていました。</p> <p>○利用者が説明内容を分かりやすく理解するための対応は日常的に行われ、相談支援事業の実施により、適切なサービス提供がされていました。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 145 福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。 ■ 146 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。 ■ 147 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。 ■ 148 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。 	<p>○福祉サービスの変更や家庭への移行時には、利用者及び家族に対して、十分な同意・説明がされ、福祉サービスの継続性が保てるような配慮がされていました。</p> <p>○福祉サービスの終了時に利用者及び家族に対して、その後の対応についての説明が口頭で行われていました。しかし、その内容を記載した書面を渡していないため、今後の対応をお願い致します。</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。	b)	<input type="checkbox"/> 149 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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>○利用者の満足度に関する調査として、毎月行われている利用者の自治会(なかよし会)において意見・要望をお聞きして、サービスに反映する取り組みがされていました。</p> <p>○利用者の満足度を組織的に行うために、定期的な満足度調査の実施をお願い致します。また、調査された意見・要望の分析と検討、具体的な改善の実施に至るまでの一連の仕組み作りについての書式整備を期待致します。</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"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○法人の業務計画書に苦情解決委員会が設置されていました。また、重要事項説明書の中に、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員の設置、市町村、県の受付窓口が表記されていました。</p> <p>○苦情解決委員会の規程には、各責任者の他に、具体的手順として①苦情の受付。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苦情解決に向けての話し合いと苦情解決の報告、公表に至るまでが明示されていました。</p> <p>○苦情対応及び解決のための書類として、「苦情受付簿」「苦情受付台帳」「苦情相談申込み書」「電話・口頭記録」が整備されていました。</p> <p>○令和5年事業報告には、苦情、虐待、ヒヤリハットの月別件数、主な苦情受付内容及び対応について記載され、情報公開がされていて、透明性のある対応がとられていることは高く評価できます。</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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 161 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。 □ 162 利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。 ■ 163 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。 	<p>○利用者やその家族が意見・要望が述べやすい環境(文章の作成・配布、スペースの確保等)については行われていたが、わかりやすい場所への掲示については確認できませんでしたので、今後の改善をお願い致します。</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"> ■ 164 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。 ■ 165 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。 ■ 166 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。 ■ 167 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。 ■ 168 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。 ■ 169 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 	<p>○利用者自治組織「なかよし会」の定期会議が毎月、総会は年1回開催され、行事計画、地域交流、生活環境全般についての検討が行われ、利用者の生活向上に繋がっていました。</p> <p>○明星学園(法人)として、オランダの障がい者施設で10年前に始まった、「スヌーズレン」の方法により、障がい者の様々な感覚刺激を、自分自身で選択し、自由に楽しい活動を行っていく試みが始まりました。利用者の意見や要望を収集する新しい手法として、今後の実践と体系化を期待致します。</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
		(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。	① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 170 リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。 ■ 171 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。 ■ 172 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。 ■ 173 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。 ■ 174 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。 ■ 175 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。 	<p>○法人としてリスクマネジメント委員会が設置されていて、マニュアルが整備されていました。グループホームもこのマニュアルに沿った適切な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の目的としては、「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、万が一にも事故が発生した場合の対応」が記載されていました。事故が未然に回避できるような対応としては「研修、職員への情報提供を行い、事故、苦情の未然防止、事故発生時のマニュアルに沿った対応を行うこと」と明記されていました。</p> <p>○リスクマネジメントに関する記録及び書類としては、「事故報告書」「ヒヤリハット報告書」「利用者行方不明時基本情報用紙」等が整備されていました。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 176 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。 ■ 177 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。 ■ 178 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。 ■ 179 感染症の予防策が適切に講じられている。 ■ 180 感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。 ■ 181 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。 	<p>○法人全体として、感染症マニュアルが整備されていました。内容としては、「風邪・下痢対応マニュアル」「インフルエンザ対応マニュアル」「ノロウイルス感染防止マニュアル」「血液感染症防止マニュアル」「新型コロナウイルス感染対応マニュアル」等幅広く整っていました。</p> <p>○インフルエンザ対応フローとして、感染者発症後の①確認・連絡・報告。②処置・対応について。医療機関との連携。③利用者家族への報告。④行政機関（飯田市保健課、飯田保健福祉事務所）への報告等の対応がとられる体制が記載されていました。</p> <p>○新型コロナウイルスの感染状況については、令和4年度事業報告書の中に、法人全体及びグループホームでの対応について記載され、公表していました。</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 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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 182 災害時の対応体制が決められている。 ■ 183 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。 ■ 184 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。 ■ 185 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。 ■ 186 防災計画等を整備し、地元の行政をはじめ、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。 ■ 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>○法人として防災・防犯委員会が設置されていて、総合的な災害対応が規定されていました。</p> <p>○防災の体制としては、「消防計画及び地震防災規定」のほかに「年間の防災訓練計画書」「避難訓練事前点検表」「地震防災応急計画」「自衛消防隊組織表及び事業計画書」等が整備されていました。</p> <p>○グループホームの避難訓練は、8月に地震想定による訓練、2月に火災想定による避難訓練が行われる計画となっていました。また、9月には、明星版BCPマニュアルに沿った大規模な訓練の計画が想定されていました。</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"> ■ 188 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 ■ 189 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。 ■ 190 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。 ■ 191 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。 	<p>○福祉サービスが標準化された実施方法としては、法人全体としてパーソンセンタード(本人中心)を基本とした取り組みが行われていました。</p> <p>○対象者の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していくというプログラムが文書化され、共通理解がされていました。この考え方は、法人サービスの標準的な実施方法として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 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 192 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。 ■ 193 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に行われている。 ■ 194 検証・見直しにあたり、個別支援計画の内容が必要に応じて反映されている。 ■ 195 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。 	<p>○2016年に職員の代表者と専門機関による「理念」「憲章」「基本方針」等が再構築され、運営方針がより明確となりました。</p> <p>○グループホームの利用者への対応としては、グループホーム担当会議が月1回開催され、個別ケース会議(個別支援計画)や標準的サービスの提供についての検討が行われていました。</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"> ■ 196 個別支援計画策定の責任者を設置している。 ■ 197 アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。 ■ 198 部門を横断したさまざまな職種の関係職員(種別によっては組織以外の関係者も)が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。 ■ 199 個別支援計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。 ■ 200 個別支援計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員(種別によっては組織以外の関係者も)の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。 ■ 201 個別支援計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。 ■ 202 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。 	<p>○法人として、相談支援事業所があり、利用者及び家族の意向・要望を十分考慮し、自立した日常生活や社会生活が実現できるよう、支援が行われていました。</p> <p>○アセスメントの手法が分かりやすく確立されていて、利用者の心身の状況、生活の環境状態を把握して、利用者の選択性を重視した取り組みが実践されていました。</p> <p>○利用者の意思や人格を尊重し、ニーズや要望を取り入れ、利用者の立場に立った個別支援計画が策定されていました。その内容として、地域生活に移行するための支援、日常の連絡体制作り、それぞれの障害特性をに配慮した対応が適切に行われていました。</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 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 203 個別支援計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。 ■ 204 見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。 ■ 205 個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。 ■ 206 個別支援計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。 	<p>○個別支援計画の見直しは、年3回実施され定期的な見直し会議が行われていました。モニタリング(評価・見直し)は、利用者の意向を再確認して、新たな計画作成がされていました。手順等も組織的な取り組み体制が確立していました。</p> <p>○個別支援計画の内容の変更がされる場合は、十分な職員の周知、連携を図るとともに、本人及び保護者への説明が行われていました。</p>
	a)	(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	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 207 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。 ■ 208 個別支援計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。 ■ 209 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。 ■ 210 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。 ■ 211 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。 ■ 212 パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。 	<p>○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、パソコンによる記録の記入、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 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 data-bbox="701 209 1543 288">■ 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。 <li data-bbox="701 288 1543 368">■ 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。 <li data-bbox="701 368 1543 448">■ 215 記録管理の責任者が設置されている。 <li data-bbox="701 448 1543 528">□ 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。 <li data-bbox="701 528 1543 608">□ 217 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 <li data-bbox="701 608 1543 684">□ 218 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。 	<p>○利用者の秘密の保持と個人情報の保護について、重要事項説明書に記載がありました。その内容としては、①利用者及びその家族に関する秘密保持について。②個人情報の保護について。が明示されていました。</p> <p>○個人情報保護については、2017年に施行された「個人情報の保護に関する法律」により、その規定内容のガイドラインの理解と取り組みが求められています。また、職員の研修や教育を行うとともに個人情報保護の理解と順守、利用者及び保護者への取扱いの説明を充実されることを期待致します。</p>