

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

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>○社会福祉法人の基本理念は、「みんな幸せになりたい あなたも私も」であり、また憲章としては「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、パンフレット、広報誌、ホームページ、事業計画書の中に明文化されていました。</p> <p>○基本理念や、憲章の内容理解のために、理事長講話や各種研修会の中で説明され、職員共有を図るとともに、実践活動へつながる取組が行われていました。</p> <p>○職員の指針の具体的内容として、職員行動基準が6項目設定されていて、職員が目指す姿が明確になっていました。</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 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。 	<p>○理事長（総園長）をはじめ、各管理職部門において、社会福祉事業全体の動向や課題についての把握・分析を行い事業計画、中長期計画の策定につなげていました。</p> <p>○理事長（総園長）は現在、長野県知的障がい福祉協会の会長も務めているため、地域の動向だけでなく、全県及び全国の状況を把握して、県全体の知的障がい者福祉向上のために取り組んでいました。</p> <p>○法人内に、運営管理規程、事務処理規程、管理運営体制組織図が定められていて、組織体制についての課題把握・分析が行われていました。</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>○令和3年度事業の経営課題として、1. 社会福祉法人制度改革法に沿った適正な法人運営。2. 支援の基本姿勢。3. 職員の資質向上と利用者支援。4. 地域との交流。5. 安全・安心の確保 6. 第三者評価の導入が重点目標として上げられ、同年度事業報告書において、概ね達成できたとの報告がありました。</p> <p>○経営状況の課題や改善について、法人の役員会（理事会・評議員会・運営協議会）で事業報告書として協議・検討され、役員間での共有が図られていました。</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
	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>○「明星グランドデザイン」として、2015年に策定された、10年間の取り組むべき課題として具体的に提示され、職員間での共有化が図られていました。その中で日中活動の充実と地域移行（地域での生活）の課題が確認できました。</p> <p>○中長期計画の具体的な実施内容としては、グループホームの新設、日中活動支援スペースわくわく（生活介護）の開設等が行われて、計画の実現化が図られていました。</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>○法人全体としての事業計画が作成され、それぞれの事業形態における単年度計画が作成されていました。事業計画の中に明星学園、第二明星学園の運営方針が明示されていました。</p> <p>○「明星学園10年構想～グランドデザイン～」を見据え、どんなに障がいが高くても、地域社会で主体的に生きることによって自己実現が満たされることを目指して、「コミュニケーション支援」「自己確立と自己実現の支援」「社会参加の支援」を行っていくこと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) 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"> <li data-bbox="757 228 1691 292">■ 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 data-bbox="757 331 1691 395">■ 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 data-bbox="757 435 1691 499">■ 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 data-bbox="757 539 1691 603">■ 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 data-bbox="757 643 1691 707">■ 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>○事業計画は、年度末に各職務や委員会ごとに担当職員により、職員の意見や要望を集約し作成されていました。また、職員会議はじめ各種委員会において事業計画の職員への周知が行われると共に、理解を深める仕組みができていました。</p> <p>○事業計画内容の見直しについては、必要な場合は、各委員会や職員会議の中で検討され、見直しが行われる体制ができていました。また具体的な事業の実施及び手順については、業務計画書に詳細にわたり記載され、周知されていました。</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 data-bbox="757 754 1691 818">■ 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 data-bbox="757 858 1691 922">■ 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。 <li data-bbox="757 962 1691 1026">□ 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。 <li data-bbox="757 1066 1691 1129">□ 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>○コロナウイルス感染防止のため、一同に会しての利用者会や家族会が開催できない場合があります。家族への周知としては、機関紙（プリズム）や家族便り、ホームページ等を活用して説明・周知を行いました。</p> <p>○利用者や家族が集まりにくい状況の中で、事業計画の内容を周知していくことが、難しい状況にあります。利用者や家族がより解りやすく理解できるための工夫について、更なる取組の期待を致します。</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
	4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。	① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a)	<p>■ 32 組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。</p> <p>■ 33 福祉サービスの内容について組織的に評価（C：Check）を行う体制が整備されている。</p> <p>■ 34 定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。</p> <p>■ 35 評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。</p>	<p>○サービスの支援内容向上に向けた取組としては、前回の評価の時同様に、自己評価票のチェックや組織的に評価される仕組み（PDCAサイクルによる見直し）が組織的に行われていることが確認できました。</p> <p>○第三者評価が3年おきに受審され、定期的評価が行われました。第三者評価項目の基準に基づく自己評価が行われその結果の分析・検討が行われていました。</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)	<p>■ 36 評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。</p> <p>■ 37 職員間で課題の共有化が図られている。</p> <p>□ 38 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。</p> <p>□ 39 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。</p> <p>■ 40 改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。</p>	<p>○取り組むべき課題として、給与体系、給与規程の見直し、新グループホームの運営準備、入所者居室の改修、新グループホーム設置に伴う人材確保、支援員の人員安定等が具体化され取組まれていました。</p> <p>○前回の評価を踏まえて、職員会の中で評価に対する分析・検討し共有されていることが、職員の聞き取り調査の中で確認できました。</p> <p>○職員会議等で確認された課題について見直しを行うとともに、具体的な改善計画の策定と改善へ向けた具体的取組と体制づくりを期待致します。</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
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)	<p>■ 41 管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。</p> <p>■ 42 管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。</p> <p>■ 43 管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。</p> <p>■ 44 平常時のみならず、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。</p>	<p>○管理者は自らの福祉サービスの方針と取組を事業計画・事業報告、業務計画、ホームページ等の中で明示すると共に、各種会議や委員会において表明し、職員間での周知を図る取組がされていました。</p> <p>○災害時、有事における管理者の役割については、災害対応計画書等の中に、役割と責任について組織図とともに明示されていました。</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)	<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>○管理者（総園長）は法人の理念・基本方針、障がい者福祉制度や諸規程等を十分に理解する中で、法令遵守（コンプライアンス）の徹底を図るよう努めていました。</p> <p>○管理者の姿勢として、自らが法令や倫理を正しく習得するために、各種研修会への参加を主体的に行い、組織全体をリードしていく存在となっていました。</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) 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 data-bbox="752 228 1688 292">■ 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 data-bbox="752 419 1688 475">■ 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 data-bbox="752 571 1688 627">■ 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 data-bbox="752 675 1688 730">■ 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 data-bbox="752 778 1688 834">■ 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>○実施する福祉サービスの質の評価・分析については、毎年度末に定期的に職員の意見を聴取すると共に、評価・分析・課題の明確化を行い、その内容を事業報告に記載し共有化が図られていました。</p> <p>○管理者（総園長）は、自ら提供する福祉サービスについての検証を行うために、自己評価の実施や、3年に1回福祉サービス第三者評価の受審を行い、サービス内容の評価と分析を行っていました。</p> <p>○管理者（総施設長）は、法人及び各事業所の福祉サービスの質の向上に向けた、具体的な取組についてを事業計画に掲載すると共に、各種研修を行い、会議や各種委員会において改善に向けた取組を行っていました。</p>
			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"> <li data-bbox="752 890 1688 946">■ 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 data-bbox="752 1010 1688 1066">■ 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 data-bbox="752 1121 1688 1177">■ 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 data-bbox="752 1225 1688 1281">■ 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>○法人としての業務計画書（永久保存編・臨時対応編）が作られていて、理念・憲章・行動基準から始まり、就業規則、各種規定等が約300頁により集約され具体化が図られていて、職員全体で効果的事業運営を目指すための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 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)	<p>■ 58 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。</p> <p>■ 59 福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。</p> <p>■ 60 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。</p> <p>■ 61 法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。</p>	<p>○昨今の福祉人材確保・定着は法人の大きな課題の一つとして捉えており、人材募集はハローワーク、リクルートナビケーション、各種就職説明会への参加等を行うとともに、法人のホームページにも募集内容が掲載され積極的な人材確保の対応がとられていました。また、県内だけでなく、県外からの募集についても行われていました。</p> <p>○福祉人材の確保・定着については、各事業所で必要とする人材を法人全体の中での確保・調整を行い、総合的な視点からの人材確保を行っていました。</p>
			② 総合的な人事管理が行われている。	a)	<p>■ 62 法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。</p> <p>■ 63 人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。</p> <p>■ 64 一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。</p> <p>■ 65 職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。</p> <p>■ 66 把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。</p> <p>■ 67 職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができている。</p>	<p>○法人の基本理念にもとづき、職員が目指すべき姿としての「行動基準」が業務計画書に明示されていました。その内容としては、①笑顔で明るくあいさつを、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。⑤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。と5項目の法人が示す「期待する職員像」が記載されていました。</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自ら将来展望が描けるような仕組みがあり、取り組まれていました。</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>○職員のメンタルケア、健康推進のための取り組みとして、職業性ストレスチェック実施センターに委託して、メンタルチェックが実施されていました。相談の必要がある場合は直接産業医へ申し込めるシステムとなっていて、効果的内容となっているという説明がありました。</p> <p>○飯田、伊那地域の障がい者関係5施設が「飯田・伊那圏域メンタルヘルスサポート協議会」を設立し、職員の健康推進を図る取組が行われていました。令和3年度は35名の相談対応がありました。</p> <p>○職員の有給取得率が事業報告書に記載されていて、令和3年度の取得率は86%と過去3年間では最高の取得率となっていました。（令和2年度81%、令和元年度79%）</p> <p>○訪問調査日の職員面接の中で、多くの職員の方から、「給与待遇」についてはかなりの満足度であるとの解答があり、安定した職場環境が整備されていることがわかりました。</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
		(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>○業務計画書の中に、「サービスの心得」として、要旨、根本原則、指導態度、服装、勤務態度、夜間業務の実施方法、仕事上の履物等について、仕事を行う上での細部にわたる心得が明示されていました。</p> <p>○法人内に人材育成委員会が設置されていて、その目的としては「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」と明記されていました。委員会は各事業所より選出した委員により構成され、職員の育成に関する研修等の企画・検討・実施が行われていました。</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>○法人が目指す福祉サービスを実施するための「期待する職員像」については、法人パンフレット、事業計画書、業務計画書の中に職員行動基準として示されていました。また、法人が示す「座右の銘」「指導者の八か条」の項目にも、職員としての資質向上に関する記述がありました。</p> <p>○令和3年度事業計画書に、療育研修会（4回）、動作法月例会（8回）、合同ケース研究会等が実施されていて、外部機関との連携による研修が行われていることの記載がされていました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 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>○職員の人材育成、研修については、「人材育成委員会」が設置されていて、職員の資質を高めるために、積極的な研修計画が作成されていました。</p> <p>○法人全体を対象に行われる外部研修については、コロナ感染防止のため、リモート等非対面による研修が多く実施されていました。その他の研修計画としては、電話のかけ方研修、食事研修、作業研修等の内容が計画されていました。</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 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>○実習生の受け入れについては、業務計画書の中に、基本方針や「お心主義」理解についての基本的姿勢が明記されていました。また、実習生担当が設置されていて、実習の基本マニュアル、保育士養成校、介護福祉士養成校毎にマニュアルが定められていました。</p> <p>○明星学園実習心得があり、9項目の内容が記載され、実習を行う学生の心得が具体的に示されていました。また、実習前に実施されるオリエンテーションマニュアルがあり、事前打ち合わせの方法について定められていました。</p> <p>○実習担当者については、実習指導者講習会を受講して、指導者としての専門性を習得する研修に参加していました。</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
	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 data-bbox="757 228 1688 316">■ 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 data-bbox="757 323 1688 411">■ 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 data-bbox="757 419 1688 507">■ 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 data-bbox="757 515 1688 603">■ 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 data-bbox="757 611 1688 699">■ 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等に、理念・基本方針の他に、毎年度の事業計画、事業報告、予算、決算報告、第三者評価結果等、法人の重要な情報が公開され、誰もが閲覧できるようになっていました。</p> <p>○運営の透明性の確保のために、法人パンフレットの配布の他に、学園機関紙（プリズム）の年2回発刊、学園だより（保護者だより）が年5回送付されていました。その他、ホームページやブログでの情報提供が定期的に行われていました。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="757 778 1688 826">■ 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="757 834 1688 882">■ 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="757 890 1688 938">□ 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="757 946 1688 994">■ 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>○県、及び市町村の監査、法人監事監査は実施されていますが、福祉サービス第三者評価の「外部の専門家による監査支援」の定義は、「公認会計士、監査法人、税理士若しくは税理士法人が実施する財務管理、経営管理、組織運営・事業等に関する指導・助言の専門的支援」を意味しますので、今後の中で外部専門家による中立的立場の外部監査実施の検討をお願い致します。</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
	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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 107 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。 □ 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。 □ 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>○地域交流係があり、ボランティアの受け入れ、地域交流、おもしろプラン（地域中学校との交流）、高校や短大との交流等の計画が記載されていました。</p> <p>○新型コロナウイルスの感染防止から、計画していた地域との交流行事が取りやめになり、参加できないことが多くあった中で、駄科自治会からの依頼があった、鈴岡城跡公園の落ち葉清掃活動に5名の利用者が参加できたとの記載がありました。</p> <p>○新型コロナウイルス感染防止のため、地域との交流や利用者の外出等の機会が限定されてしまっていますが、今後の中で感染状況を見据えながら、少しでも地域と関われる対応の検討をお願い致します。</p>
			② ボランティア等の受け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"> ■ 110 ボランティア受け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 ボランティア受け入れについて、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>○ボランティアの受け入れについては、運営会議の中に、ボランティア係があり、ボランティアの受け入れ体制やマニュアルが整備されていました。</p> <p>○職務内容としてボランティア係があり、①ボランティアの仕事内容（職務）について、②園外作業ボランティアについて③地域交流について、④ふれあい広場について等の実施内容が記載されていました。</p> <p>○新型コロナウイルス感染対策のため、例年と比較すると、ボランティアの受け入れが減少しているという、職員からのお話がありました。</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) 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)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 117 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○管理運営委員会の中に、地域交流係があり、それぞれの組の代表により組織的に構成されていました。地域の学校、各種団体との年間交流予定について等の、具体的計画が策定されていました。</p> <p>○明星学園が開催の主催者となり、障がい者のケース研究会が行われていました。地域の障がい者施設、児童施設、医師、特別支援学校、一般の興味がある人たちを含めて、多くの参加者のもとで開催されていました。</p>
		(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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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>○明星学園運営会議、明星学園運営委員会が組織化されていました。具体的には、広報委員会、地域交流係、ボランティア係り等が地域の福祉ニーズを把握・検討する体制ができていることを確認できました。</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。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○明星学園での社会貢献事業として、飯田市後援による「つなぐ事業」を実施していました。この事業は学生に地元企業をPRし、大学等卒業後、地域に戻り就職することを目的としていて、明星学園も参加事業所として加入していました。</p> <p>○地元自治会（新井原地区）のゴミ収集日に、学園職員が参加して当番を受け持つ。また、地区の浄化槽周辺の美化活動を浄化槽組合の当番として実施し、地域の社会貢献活動に取り組んでいました。</p> <p>○法人では、地域の障がい者雇用の推進に努めており、身体・知的・難病指定の障がい者の雇用に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	
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)	■ 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。	○法人が示す憲章の中に利用者を尊重した福祉サービスの提供として「パーソンセントラード（本人中心）」「意志決定支援の実践」が明示されていました。 ○利用者への福祉サービスを実践するための行動基準の中に、「利用者の目線で安全を考え、健康や環境を考えて対応する」「どんな小さな発信も受け止め、対等、肯定の姿勢で意志決定をサポートする」と利用者尊重の姿勢が明示されていました。
			■ 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。		
			■ 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。		
			■ 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。		
			■ 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。		
			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)	□ 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。	○法人内に「人権擁護委員会」が設置されていて、人権に関する研修、プライバシー保護に関する研修が行われていました。また、利用者のプライバシー保護、虐待防止、権利擁護に配慮した取組が実施されていました。 ○福祉事業所及びその事業に携わる職員は、利用者の日常生活におけるプライバシーの保護は、利用者を尊重した福祉サービスの提供のための最も重要な事項となります。そのためにも、規定・マニュアルの早急な整備を行うとともに、職員への周知を行い、マニュアルに沿った対応が行われることを望みます。
			□ 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。		
			■ 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。		
■ 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。						

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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 137 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別にいていねいな説明を実施している。 ■ 138 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 ■ 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>○社会福祉法人明星会のパンフレット広報誌『プリズム』明星学園・第二明星学園だより等において、法人の理念・憲章、事業所の紹介、沿革が掲載され、公的機関や各種関係機関へ配布されていました。</p> <p>○事業所への利用希望者には、広報誌の提供の他に、利用契約時に必要書類により契約内容や重要事項について説明と同意が行われていました。</p> <p>○事業所への見学・体験入所・一日利用をされる方に対しては、随時対応を行うと共に、必要な情報についての提供と見学・体験についてのご意見・感想についてお聞きする対応がとられていました。</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"> ■ 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>○利用者へのサービスの開始・変更時には、指定サービス利用契約書、施設入所支援重要事項説明書によりサービス内容及びサービス提供時間、利用金額等について分かりやすく説明がされていました。</p> <p>○説明と同意については契約書及び重要事項説明書内に、事業所の説明、利用者が説明を受けた事の確認のための署名・捺印がされていました。</p> <p>○意思決定が困難な利用者への対応についての具体的な方法は、説明様式・方法が確認出来ませんでしたので、適切な説明が行われる様式・方法の整備を期待致します。</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 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a)	<p>■ 145 福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。</p> <p>■ 146 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。</p> <p>■ 147 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。</p> <p>■ 148 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。</p>	○利用者の退所時の援助について、1. 事業者は、契約が終了し、利用者が退所する際には、利用者及びその家族の希望、利用者が退所後におかれることとなる環境を勘案し、円滑な退所のために必要な援助を行います。2. 事業者は、施設サービスの提供を終了する際には、その旨を援助の実施者である市町村へ連絡します。と円滑に移行が行われるための方法が、利用契約書に記載されていました。
		(3) 利用者満足の向上に努めている。	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。	b)	<p>■ 149 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。</p> <p>■ 150 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。</p> <p>□ 151 職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。</p> <p>□ 152 利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。</p> <p>■ 153 分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。</p>	<p>○利用者の外出については、新型コロナウイルスの影響があったが、お花見ドライブ（4月～5月）、マイクロドライブ（6月～12月）、散歩、外食、買い物等可能な範囲で実施されていました。</p> <p>○利用者旅行（小グループに分かれての旅行）は、新型コロナウイルス感染防止のため行えず、代わりに食事、ドライブ、カラオケ等での楽しみ行事を小グループにより実施されていました。</p> <p>○利用者の満足度調査は、利用者から日常生活の中で聞き取りは行っていますが、全体的・定期的な調査を、家族や家族会の要望も含めて実施さ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
		(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="757 223 808 284">■ 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。 <li data-bbox="757 331 808 392">■ 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。 <li data-bbox="757 440 808 501">■ 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。 <li data-bbox="757 549 808 609">■ 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。 <li data-bbox="757 657 808 718">■ 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。 <li data-bbox="757 766 808 826">■ 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。 <li data-bbox="757 874 808 935">■ 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>○利用者の苦情解決の仕組みとしては、苦情解決委員会が設置されていて、苦情解決の目的、苦情解決のための3つの役割、苦情解決の具体的手順（フロー）が明示されていました。</p> <p>○苦情解決のための責任体制として、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員の役割についても明示されていました。苦情対応の仕組みについては、施設内の分かりやすい場所に掲示されるとともに、重要事項説明書にも記載され、利用者や家族に説明がされていました。</p> <p>○苦情解決に係る記録簿として、苦情受付書、苦情受付台帳、苦情相談申込書が整備され、利用者への周知がされていました。</p> <p>○令和3年度の中で苦情・虐待に対する案件が理事会運営状況に報告されていました。対応及び研修については、実施されていましたが、今後、このような案件が発生しないように取組んで頂くことを強く望みます。</p>
			② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="757 1275 808 1335">■ 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。 <li data-bbox="757 1383 808 1444">□ 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。 <li data-bbox="757 1492 808 1552">■ 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>○サービス利用契約書の中に、「事業者は、利用者からの相談・苦情等に対応する窓口を設置し、この契約に関する利用者の要望・苦情に対し、利用者の立場に立って、誠実かつ迅速に対応し、改善に努めます。なお、苦情の申請の申立てによって、利用者が不利益な対応を受けることは一切ありません」と意見・要望が述べやすい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 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)	<p>■ 164 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。</p> <p>□ 165 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。</p> <p>■ 166 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。</p> <p>■ 167 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。</p> <p>■ 168 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。</p> <p>□ 169 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。</p>	<p>○利用者からの意見・相談・苦情を聞く体制としては、苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員が設置されていました。</p> <p>○具体的な対応手順としては、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苦情解決に向けた話し合い。⑥苦情解決の報告、公表を行うことが明示されていました。</p> <p>○対応するための書類としては、「苦情受付書」「苦情受付台帳」「苦情相談申込書」「電話・口頭記録」が整備されていました。</p> <p>○利用者の意見を積極的に把握するための手段として、意見箱の設置、定期的なアンケートの実施等を行い、利用者ニーズに対応できる体制と対応マニュアルの整備について検討をお願い致します。</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)	<p>■ 170 リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。</p> <p>■ 171 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。</p> <p>■ 172 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。</p> <p>■ 173 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。</p> <p>■ 174 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。</p> <p>■ 175 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。</p>	<p>○法人内にリスクマネジメント委員会が設置されていて、責任者の任命、リスクマネジメントの目的、ヒヤリハットについて、委員会の仕事、手順（マニュアル）が明示されていました。</p> <p>○リスクマネジメント委員会の目的として「福祉サービスを提供する過程における事故の未防止や、万が一にも発生した場合の対応」にその中心を置き、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、事故報告等から導き出される危険回避に対する検討や研修、職員への情報提供を行うと共に、事故、苦情などの防止、発生時にマニュアルに従った適切な対応を行う」と記載されていました。</p> <p>○事故等への対応するための書類として、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、行方不明者対応マニュアル等が整備されていました。</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"> ■ 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>○業務計画の衛生委員会規定により、感染症に対する基本的な考え方及び職員の役割と責任について規定されていました。また、感染症対応マニュアル（感染症予防のための衛生管理対策）には、1. 職員の衛生管理。2. 園内の衛生管理。3. 感染予防マニュアル表。4. 給食関係。等総合的な感染症対策の内容が記載されていました。</p> <p>○感染症対応マニュアルとしては、インフルエンザ対応マニュアル、発生時のフロー、風邪症状対応マニュアル、ノロウイルス感染対応マニュアル等の整備がされていました。また、予防対策についての記載がありました。</p> <p>○感染症が発生した場合には各感染症の内容に応じて、対応するためのフローがあり、適切に行われていました。</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行っている。	b)	<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>○災害への対応として、法人内に防火・防犯委員会が設置されていて、事業計画、年間計画、地震防災対応計画等が規定され、組織的に対応する仕組みが確立されていました。</p> <p>○明星学園自衛消防隊が組織されていて、事業計画書が作成されていました。計画書には、「火災発生を予防警戒し、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災害から保護すると共に被害を最小限に食い止める」と目的が明示されていました。また、実施内容や、実施方法についての記載もありました。</p> <p>○消防計画、地震防災計画規程が作成され、消化避難、通報訓練、避難訓練が地元の消防署と連携して実施されましたが、今後の中で関係機関や地元自治会の協力を得て防災訓練を行う体制について検討していただきたい。</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
	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>○福祉サービスの標準的な実施が行われるために、毎年度の事業計画・事業報告の中で文章化がされ、各種会議での職員間共有が行われていました。</p> <p>○法人で共通する「業務計画書」が毎年作られていて、理念、憲章、行動基準から始まり、各種委員会、係、日中活動職員の心得等全297ページに及び内容が記載されていて、共有化が図られていました。</p> <p>○委員会の中に「人権倫理委員会、ハラスメント防止委員会、身体拘束廃止に向けた検討委員会」が設置されていて、権利擁護への対応が行われていました。</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"> ■ 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・見直しが定期的に実施されている。 ■ 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>○標準的な実施方法としては、業務計画書（永久編）（臨時編）により実施方法が定められていました。また、内容の見直し及び検討が定期的に実施されていました。</p> <p>○毎年作成される事業計画・事業反省の中でも標準的な実施方法についての見直しが行われ、事業計画に反映されていました。</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) 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>○個別支援計画の作成については、「事業者は、利用者が自立した生活を営むことができるよう支援するため、利用者の意向を踏まえた上で、個別支援計画の作成を行ないます」と作成の義務を定めていました。</p> <p>○個別支援計画の利用者の説明と同意については、「その内容について利用者に説明し、文書により利用者の同意を得ます。また当該計画について、利用者に書面で交付します」とサービス利用契約書に記載されていました。</p> <p>○個別支援計画の作成及び見直しについては、作成担当者の他に関係職員の参加により作成されていました。作成に当たっては、「豊かな生活をおくるために、個別的QOLリスト計画/評価/再評価マニュアル」により実施されていました。</p>
			② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 203 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。 ■ 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については、サービス利用契約書の中に、「個別支援計画書作成後においても、個別支援計画の実施状況の把握を行うとともに、4月、8月、1月の年3回定期的に見直すほか、必要によって見直します」と明示されていました。</p> <p>○個別支援計画の評価・見直しについては、サービス管理責任者により、利用者のアセスメント、目標設定、サービス内容の作成等定期的に行う仕組みが確認できました。</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
		(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"> ■ 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>○ケース記録に関する事項の中で、記録の目的の他に、記録の種類として、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.重点支援項目に対する記録 4.保健、医療関係の記録 5.通常支援項目に対する記録 6.事故報告記録等の統一した記録整備が行われていました。</p> <p>○サービス提供の記録保管については、契約終了後5年間保存することが、サービス利用契約書に規定されていました。</p> <p>○該当利用者の記録の閲覧・複写交付については、平日の9時から17時にその事業所においてできることが記載されていました。</p> <p>○記録の管理・記載は「福祉の森管理システム」により統一した記載がパソコンで行われるシステムとなっていました。</p>
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 215 記録管理の責任者が設置されている。 ■ 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。 ■ 217 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 ■ 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>○社会福祉法人明星会 特定個人情報等取扱規程に基づき、各種個人情報及び記録等の保管、廃棄が行われていました。また、国が定める、「個人情報の適切な取り扱いに関するガイドライン」に基づき、当法人が扱う個人情報等の適正な取り扱いを行うと記載されていました。</p> <p>○個人情報の管理については、保管制限、安全保管措置、提供制限、情報の開示、情報の破棄、安全管理措置等の規程により管理体制が確立していました。</p> <p>○サービス利用契約書の中に、「秘密保持」の項目が記載されていて、知りえた情報の漏洩禁止、利用者・家族の同意等の個人情報保護の観点からの記録管理の体制が確立していました。</p>