事業評価の結果（共通評価項目）

福祉サービス種別　障がい者支援施設
事業所名　第二明星学園

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）	■	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。	○理念、基本方針は、法人明星会として作成され、「１０年構想〈明星グランドデザイン〉」として記載されています。 ○パンフレット・HPは専門の会社に委託され、だれにでも分かり易く理解されるような状態で発信されています。 ○基本方針は「お心主義」とされ利用者にも分かり易く、尊重しその人の立場に立てるように勤しまれているものとなっています。 ○グランドデザインは１０年ごとに見直しを行い現状に即しているか検討されています。 ○職員研修や朝の朝礼、新人研修等で職員の理解を深め支援に繋げられています。 ○「職員自己評価」においても「できている」と職員自身評価されています。
					■	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。	

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）	■	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。	○地域の相談支援センターの担当者などから、地域のニーズについて、定期的に研修を受け対応されています。 ○地域連絡推進会議に地域の方、他事業所、行政、家族の参加を得て、福祉サービスや地域環境、経営状況について意見を聞かれて対応されています。
					■	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。	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。	○事業報告には、地域の要望や現状等法人で把握データー収集が行われ、報告され、理事会、評議員会等で検討がされています。 ○経営状況や状態は、管理職員等で検討され数値化され、全職員に周知を図られていますが、自己評価で「知らない、わからない」の数値が気になります。
					■	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。	

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。	b)	■	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。	○１０年ごとにグランドデザインを作成され、事業計画に乗せ検討し解り易い物になっています。 ○ビジョンは、「現状と課題」「基本理念」「基本姿勢」「基本方針」と解り易く図式化され誰にでも分かり易く納得できるように作成されています。 ○１０年毎のグランドデザインは、解り易いものになっているが、職員間の理解、改善とまでは行えていない。
					■	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。	
			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）	■	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。	○法人として作成されている、１０年ごとのグランドデザインを基に単年度ごとの事業計画が作成されています。事業に沿ったものが検討されています。 ○事業計画は,事業所毎の取り組むべき事柄が、項目ごと、理解しやすく具体的に計画され記載されています。
					■	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。	

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。	b)	■	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。	○前年度１月～２月にかけて各係ごとに、委員会や職員に反省用紙が配布され、個々に反省や改善の意見を提出、取りまとめ次年度の事業計画が作成されています。 ○事業計画には、【「お心主義」を支える４つの柱から得た知見と哲学】を基に事業計画が作成され、見直しがされています。 ○事業計画は、職員に周知され理解されていますが、計画作成、評価の手順等が「わからない知らない」の職員が多少見受けられます。
					■	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。	
			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b）	■	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。	○事業計画や予定については、年４回、ご家族へ送付されています。特に重要事項については、その都度家族会に相談され、決定事項についても周知されています。 ○しらかば会、仲良し会という自治会組織があり、利用者主体で運営されており、その時に解り易く周知されています。 ○施設内には、絵文字等を利用され、理解しやすくされた物が表示されています。
					■	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。	

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)	■	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。	○「お心主義」を基本に福祉の質の向上に取り組まれ検討されています。 ○全職員に「月別目標行動の一覧表」が作成されており、個々の達成度の記入欄もあり振り返りも出来ています。年度末には「自己達成度、理念の共有等自己評価」を行うこともされています。 ○第三者評価も積極的に受審され、その結果について、運営委員会議で検討されています。
					■	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。	
			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）	■	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。	○課題に応じ委員会ごと活動され取り組まれていますが、評価の結果を基にされているか、職員間で周知されていません。
					■	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。	

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）	■	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。	○広報紙などで、方針や取り組みについて、年４回記載し理解に努められています、 ○事業計画者には、管理者の組織としての役割、職員の役割分担が分かり易く記載され周知を図られています。 ○事業計画や、BCP,マニュアルにも記載され管理者の役割、責任が明確にされています。職員への対応や指示も明確に記載されています。
					■	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。	
			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）	■	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。	○「明星グランドデザインは、管理者として法令に基づき、どうあるか記載されており、経営に取り組まれています。 ○世代交代をされ、法令遵守の為に研修会等積極的に参加され、法制度や世の流れ、新し知識の習得に努められています。 ○事業計画書は「永久編、臨時編」と職員に遵守すべき事項について分かり易く記載され周知を図られています。
					■	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。	

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）	■	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。	○福祉サービスの為に各委員会を設置され、年間計画を基に適切なサービスが行われているか検討され改善されているか管理し検討されています。 ○福祉サービスの向上の為に各クラスでケース会議を行い利用者に適切な支援が行われているか、クラス全体で取り組み管理者も関わり質の向上に努められています。 ○福祉サービスの質の向上には「お心主義」を基本に検討されています。
					■	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。	
			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）	■	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。	○事業計画には、運営管理体制、組織図、事務組織図、支援組織図等明記され取り組まれています。法人の理念や基本方針に沿って運営され、職員が働きやすく、利用者に支援しやすい組織体制になっています。
					■	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。	

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	2 福祉人材の確保・育成	(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。	① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a）	■	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。	○業務計画書が作成され、福祉従事者としての育成、定着等就業規則が作成されています。福祉サービス者としての意識の向上責任等記載されています。具体的に、療育研究会、虐待防止研修、新人研修等内部研修や県知障協や長野県主催の外部研修計画に参加されています。
					■	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。	
			② 総合的な人事管理が行われている。	a)	■	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。	○「朝の放送」で理念に基づいた行動基準をされ職員が取り組みについて自己評価されそれぞれ評価振り返りを行い、管理者が確認されコメントを記載されています。 ○行動基準を基にした評価が行われています。 ○職員の専門性向上や個々の職員の将来像のためにキャリアパスシステムを実施する等の人事管理を行っています。
					■	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。	

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組んでいる。	a)	■	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。	○職員の個人面談は定期的に、また必要に応じ行い職員管理を行い、職員の悩みなどに対応されています。 ○有給休暇取得状況も把握され、労働時間のデーターも管理され職場環境を整えています。 ○働きやすい環境を整えストレスを最小限にされる様な体制を取られています。 ○各クラスごとに業務改善委員会が設置され、課題の提出を行い改善策を検討され職場環境の改善に繋げられています。
					■	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。	

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）	■	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。	○利用者支援は「お心主義」に基づきパーソンセンタードな支援を基にプログラムの提供に努められています。 ○職員の育成が大切となり、個人面談をされ、その人に合った働き方、期待される状況などを伝えられ、目標設定を行いそれぞれ振り返るようにされています。
					■	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。	
			② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a）	■	81	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。	○人材育成委員会の年度の反省を踏まえて、次年度の研修改革を立てられ実施されています。 ○事業報告者には、職員のメンタルケア、健康推進として・メンタルチェック、メンタル相談機能を持つ専門機関に委託・フィットネスクラブに法人で加入・メンタルサポート組織設置・相談委託先対応されています。 ○職員の年休取得率、産休･育休取得状況も報告されています。
					■	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。	

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）	■	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。	○職員研修は、目的を明確にされ、新任研修、中、上級など階層別に研修が行われています。 ○外部研修についても情報提供され参加を呼び掛けられています。 ○事業報告にも職務年数別研修計画の実施が報告されています。 ○明星学園主催の「療育研究会」「臨床動作法」介護研修・虐待防止研修･合同ケース研究会・ハラスメント防止研修・新人研修・ST研修・リーンオンミー研修会等多岐にわたり研修会が企画され実施されています。 ○パート職員を対象に動画視聴研修で強度行動障害研修も実施されています。
					■	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。	
		(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)	■	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。	○実習生受け入れは、積極的に行われています。担当者は明星学園実習生マニュアルに沿って行われています。専門職指導評価には指導者登録も必要になるので適宜行っています。 ○実習担当者は、学校との調整、園長や受け入れクラスとの日程調整を行い専門職としての研修実習が行えるようされています ○マニュアルに沿って行われた実習後の評価は、主任・園長が確認されています。
					■	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。	

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	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)	■	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。	○運営の透明性を確保する為の広報活動は機関誌発行年２回、学園だより年２回、ホームページの運用を行ってます。関係機関地域住民（地区）に公開されています。 ○地域連携推進会議も開催され様々な質問や意見感想を聞き運営の改善に活用されています。 ○運営の透明性を確保する為に、事業報告書や学園だより（プリズム）に苦情、虐待人権侵害等の内容や件数が開示されています。 ○事業報告者には、苦情内容その対応、事故内容その対応、ヒヤリハット、虐待について月別に報告されています。 ○第三者評価も積極的に受審され結果の公表もされています。
					■	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。	
			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)	■	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。	○資産額により外部の専門家の監査対象になっておりませんが、会計事務所に経理の支援を受けられ経理の改善に努められています。
					■	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。	
					□	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。	
					■	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。	

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	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）	■	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。	○利用者の地域移行を積極的に討されており、地域での利用者への理解に努められ、ボランティアの受け入れや交流を行っています。業務計画書に三大行事ボランティア、地域交流、おもしろプラン、交流会と区分され学校関係や地域の方等の交流が出来ています。 ○子どもたちの訪問やサマチャレ、地域の運動会、落ち葉拾いのアルバイトなどが行われて利用者の「働く」に繋がっている事もあります。 ○利用者の地域の活用として買い物外出や旅行を本人の希望に沿って行っています。 ○地域移行としてグループホームの見学が計画されています。順番に体験されています。
					■	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。	
					■	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。	
			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）	■	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。	○コロナ禍後清掃ボランティア等について係が、受け入れの方法を検討され計画を作成対応されています。
					■	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。	

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。	a）	■	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。	○自立支援協議会の会議で、地域の課題や事業所の求められるもの等、事例を通し検討し、それを持ちかえリ復命されています
					■	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。	
		(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）	■	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。	○地域連携推進会議を開催し、地域のニーズや理解を深めてもらう為にプレゼンテーションを行って協力を呼び掛け取り組まれています。
			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）	■	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。	○地域での福祉ニーズを把握され、災害時等において「福祉避難所」として登録され対応できる体制を整えられています。
					■	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。	
					□	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。	
					■	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。	
					■	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。	

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。	○日本知的障害者協会で出された倫理綱領を代用され「生命・尊厳の尊重」「プライバシーの保護」「専門能力の向上」「公正な提供」を基に【お心主義】として職員に周知され、利用者の尊重に繋げられています。
					■	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。	a)	■	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。	○プライバシー保護について職員研修で理解を図っています。 ○「明星グランドデザイン」にもパーソンセンタードが謳われ「自分の人生を、自分で選び取る」を職員で取り組まれています ○１日の活動でも、参加は本人の希望で参加を決められています。 ○食生活でも健康管理は、行いますが、希望の場所、希望の食品を食べる事が出来ています。 ○利用者や家族がなにを大切にされ、守って欲しいか検討され支援されています。
					■	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れ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）	■	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。	○実施されている福祉サービスの内容を記載した資料は、公共施設等誰でもが利用できる場所に置かれているとの事です。 ○最近では、飯田短期大学、図書館にも置かれるようになったと聞かれます。
					■	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。	
			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）	■	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。	○福祉サービスの支援は、利用者に分かり易く伝えられるように、マニュアル化され、絵などを使っています。 ○入所時には、重要事項説明書、等を始め学園等を利用される説明を丁寧に説明をされています。 ○入所時に、いつでも変更できる事を伝えるマニュアルが作成されています。 ○利用者聞き取りで、わからなかったの声が聞かれ、理解されなかったこともあり、写真や図、絵、ルビ等の工夫をされ、理解されることを望みます。
					■	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。	

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。	b）	■	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。	○ケア会議等でサービスの内容の変更について、変更前と変更後の対応について説明し理解を得ているが、文章として作成されていないとの事です。 ○例として、地域移行の為にグループホームの説明や見学、体験は行われています。
					□	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。	
		(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。	a)	■	149	利用者満足に関する調査が定期的に行われている。	○チューター面談質問シートを活用され、本人の希望を聞かれています。 ○利用者の満足等の検討会には利用者の参加はありませんが。利用者の自治会組織があり活用されています。
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	

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）	■	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。	○苦情要望は、本人からの聞き取りや、家族の面会時、家族通信の返信等で受けています。 ○苦情内容、件数は、事業報告書、学園たより｛プリズム｝より、虐待、人権侵害の件数や対応について掲載されています。 ○苦情や改善希望には、対応され報告もされています。
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
			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）	■	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。	○一人一人に合わせた、マニュアルを作成されています。 ○落ち着いて相談できるペースは、わかりやすい場所に仕切りがされ、プライバシーが守られ、相談しやすくなっています。
					■	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。	

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。	a）	■	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。	○日々の生活の中から利用者の意見を聴きとられ、相談に乗っています。自治組織も定期的に開かれ要望に答えられています。 ○自治会には、職員担当者も参加され意見要望を把握し改善や福祉のサービス向上の取り組みが行われています。 ○３年に１度ですが満足度調査が行われています。
					■	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。	
		(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）	■	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。	○業務計画書にリスクマネージメント委員会が設置され事故の未然防止や万が一にも発生した場合の対応が記載され、より質の高いサービスの提供に努められています。 ○事故が未然に回避できるようにヒヤリハット事例、事故報告から導き出せる危機回避に対する検討や研修、職員の情報提供を行い事故の未然防止に努められています。 ○事故発生時に対応されるマニュアルが作成され適切に対応されています。 ○行方不明時等具体的に対応も記されています。 ○マニュアルを作成し毎年更新して職員に周知されています。
					■	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。	

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）	■	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。	○業務計画書等に衛生委員会規程、衛生委員会、保健・衛生責任者等中心になり感染症対策をされています。 ○BCP事業計画には、新型コロナウイルス対策本部が設置され園長中心に対応され、「持ち込まない」取り組みをされています。 ○職員対応や家族の面会、外来者についても対策が検討され、利用者の健康管理に力を入れています。
					■	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。	
			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。	a）	■	182	災害時の対応体制が決められている。	○BCP事業計画には、自然災害のマニュアルが作成されており、「利用者職員の生命を守る」災害時の行動指針とされています。 ○職員への周知も徹底されています。 ○災害時の食料や備品類の確保管理もされています。 ○ハザードマップ的に問題がほとんどない災害時の地域の避難場所として行政と連携が持たれています。 ○事業報告書には、防災・防犯訓練が実施され外部の行政との協力、実施についても記載されています。 ○防災・防犯訓練は、毎年全職員の参加の訓練を行われています。
					■	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。	

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	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）	■	188	標準的な実施方法が適切に文書化されている。	○【明星グランドデザイン】には、基本理念・基本姿勢を基に「お心主義」を支える４つの柱として、福祉サービスについて標準的な実施方法が記載されています。 ○利用者が「自分の人生を、自分で選び取る」心のバリアをなくし尊重されプライバシーが守られる支援方法が記載されています。 ○事業計画に基づき研修や個別指導を行い全員に周知が図られています。
					■	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。	
			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）	■	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。	○業務計画には、毎月委員会、クラス会議で支援サービスについて検討する時間を設定されており実施されています。 ○個別支援計画の検証や見直しについては1年で全員行えています。
					■	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。	

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）	■	196	個別支援計画策定の責任者を設置している。	○個別支援計画は、サービス管理責任者を中心に個人担当者や支援に関わる職員、関係する職員が参加され、日々の様子など参考にし計画されています。 ○個別支援計画は、自己選択を尊重した、地域社会で主体的に生きることを大切にするよう計画されています。 ○個別支援計画作成にあたりアセスメント、モニタリングが実施されています。 ○支援困難な利用者へのケース会議は、年間職員会議に取り上げ検討されている事が事業計画に記載されています。
					■	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。	
			② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a）	■	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。	○個別支援計画の評価、見直し、利用者の聞き取り、家族の聞き取りは、実施され支援計画が作成されています。 ○ケース会議での変更や緊急性のある利用者の計画の見直し検討は、必要に応じ行われています。
					■	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。	

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	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）	■	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。	○利用者の毎日の活動や日常生活の記録は統一された書式を利用し職員間でも共有できるようになっています。 ○日中活動の記録は、活動ごとに書式があり活動内容が分かり易いものになっています ○身体拘束解除に向けた検討会は、定期的に開催されています。
					■	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。	
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a）	■	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。	○個人情報の扱いについては、業務計画書に個人情報保護規程に記載され、職員に周知されています。 ○利用開始時の重要事項説明書にも記載され、個人情報の保護には、責任者も記載され説明されています。
					■	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。	