

事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別 施設入所支援
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)	■ ■ ■ ■ ■ ■ 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。	○法人の理念・基本方針は、ホームページ、パンフレット、事業計画書等に記載され、公表しています。専門業者に委託し、誰でもが分かり易いものになるよう、見直しを行っています。できる限り、法人の最新情報を発信できるようにしています。 ○法人の基本理念は「みんな幸せになりたい」となっています。また「憲章」において「パーソンセンタード（本人中心）」「お心主義」「意思決定支援」を掲げ、明星学園は「あなたも私も幸せになる場所です」と法人の基本的方向を示しています。 ○理念は、毎朝の朝礼時に確認し、新人研修では2回の理念習得のための学習会を行い、周知・共有を図っています。

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。	○社会福祉事業の動向等把握は、施設長はじめ、管理職職員が、県・圏域・県社会福祉協議会、県知的障がい福祉協会等で行われる研修会に出席し、全国及び県全体の動向を把握を行い、分析がされています。 ○地域の相談支援センターとの連携において、センター所長による研修を行い、地域社会の動向・ニーズ・課題について把握・分析をしています。また、地域の障がい者数、利用希望者数及び、事業所の稼働率やコストについて分析を行っています。
					■	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。	a)	■	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。	○施設長・管理職は、障がい福祉サービス等の内容を、各種研修会や事業所との情報交換により把握しています。また、事業所の設備・職員体制・人材確保・育成の状況を分析し、経営課題を明確にしています。 ○事業所の経営状態や課題は、毎月行う職員会において周知検討し、職員に共有されています。年度末の各係・委員会の振返りを行い、次年度へ繋げています。また、法人の定期開催する、理事会・評議員会で事業報告書により、役員（理事・評議員）へ説明し、周知を図っています。
					■	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。	
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。	○法人に長・中期計画（明星グランドデザイン・10年構想）が終了することに伴い、現在、新中・長期計画（第二期明星グランドデザイン）構想の検討されていて、本年度中の完成を目指しています。 ○中・長期計画は、前期5か年、後期5か年に分け、段階的に目標（ビジョン）に向かい達成していく方法がとられています。それぞれの段階での具体的目標及び達成数値等が表示され、分かり易い計画になっています。	
				□	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)	■ 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。	○法人の単年度の事業計画が作成され、理念、基本方針、各事業所計画が表示されています。事業計画をより詳細にし、業務計画・業務計画臨時を作成し、全職員に配布・共有を図っています。
					■ 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。	○事業計画は、各係・委員会の取り組み内容・目標の他に、利用者の状況を数値化して表記しています。目標達成の数値等が記載されていて、年度途中で見直し・評価を行い計画策定をしています。
					■ 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。	
		(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。	○新年度事業計画の策定は、前年度1月から2月にかけて、各係・委員会担当職員に年間反省用紙を配布・集約し、課題を明確にしています。新年度計画は、職員会等で各職務（係・委員会等）の課題を協議検討し、職員全体の総意により決定・作成することを期待致します。
					■ 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。	○単年度事業計画の見直しは、年度途中の職員会に行われる他、各係・委員会により課題の確認を行い、必要により見直しを行っています。法人の基本的事業計画の他に、事業計画の内容をより詳細にした、業務計画書があり、全職員に配布し職員会等で周知を図っています。
					■ 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。	○事業計画では、行事予定等については、年4回家族へ配布し、利用者会（白樺会）で周知に努めています。しかし、単年度事業の方針や具体的取り組み内容は利用者・家族の周知が不十分のように思われます。
					■ 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。	○単年度事業計画の重要点については、より分かり易い記述・方法を取入れ、資料化し、家族・利用者へ丁寧な説明を行う事を期待致します。また、計画作成に当たっては利用者参加の検討をお願い致します。
					□ 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
	取 4 組 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な	(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。 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。	○サービスの質の向上では、職員自己評価のチェックを毎年行っています。また、職員の意見を聴取し、PDCAサイクルに基づき、組織的な取組みを行っています。 ○福祉サービス第三者評価は3年1回の受審を行っていて、今回で3回の受審となっています。評価結果は、職員会議へ報告すると共に、運営会議で評価基準項目別に検討し、課題について明確にして課題改善へ繋げています。
			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)	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。	○職員会議、各委員会でサービスの質の評価を行い、課題や取組み内容を明確にして、職員間で共有を行っています。令和6年度事業報告の事業総括において、重点目標（支援の基本的姿勢・職員の資質向上・安全安心の確保・BCPの実施訓練）については概ね達成できたと評価しています。 ○福祉サービス第三者評価の結果は運営会議、職員会議で検討し、改善に向けた取組を行っています。今回の評価結果についても、内容を職員間で共有し、前回と同様にホームページ等で公表していく予定です。
Ⅱ 組織の運営管理	ダ 1 管理者の責任とリー	(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)	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。	○管理者は、事業所の経営方針を明確にし、ホームページ、事業計画や広報誌（プリズム）において公表しています。管理者の役割、責任体制も事業計画の職務分掌・役割分担表において表記しています。 ○管理者の役割と責任体制は、年度当初の職員会議や各委員会において事業計画の職務分担表で説明し周知を図っています。災害等有事での管理者不在時の権限移譲は、次長が行うことになっています。

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)	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。	○現管理者は、施設長になりまだ数年であるが、遵守すべき法令や障がい福祉の制度等について、各種研修会や関係機関との連携において習得に努めています。 ○管理者は、各種研修会に積極的に参加し、幅広い分野についての、法令や制度を正しく理解するように努めています。また、習得した内容を職員会議で広く職員に周知できるように取組んでいます。
		(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。 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。	○管理者は、事業計画で示した、サービス内容（サービスの質）について、定期的に職員会議で検証・分析し、課題を明確にしています。また、課題の改善に向けた取組みを行い、指導力を発揮しています。 ○管理者は毎月行われるケース会議に出席し、対象利用者のケースについて、職員の意見の聴取を行うと共に、解決に向けた具体的方法等を提示し、福祉サービスの質の向上に努めています。
			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。 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。	○管理者は、法人事業計画をより具体化した、事業内容（業務計画書）を、全職員に配布し、職員会議等で内容確認を行い、業務の実効性を高めるための取組みを行い、リーダーシップを発揮しています。 ○業務計画書には、基本的事項の他に、就業規則、行動規範、各種規程が集約され、職員が取組むべき事項を分かり易く示しています。
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)	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。	○令和7年度事業計画書の人材に関する事項において「人材の確保について」が表記されています。リクルート会社「マイナビ」の利用、長野県知的障がい福祉協会の人材活動への参加、地元福祉短期大学との連携・協力体制等による人材確保への取組みを実施しています。 ○人材育成については、事業計画書において「人権侵害」「虐待防止」等の研修を行い、職員の資質向上を図っています。

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 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。 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。	○法人の「行動基準」が事業計画書、業務計画書に表記しており「職員の期待する人間像」を表記しています。「行動規範」には、「笑顔で明るくあいさつを、自分から先にします」等6項目の職員が目指すべき姿が示されています。 ○「行動基準」は朝の全館放送で、職員に周知・共用が行われています。人事評価は「行動基準」の項目により実施し、施設長（園長）が確認して、個々職員へのコメントを書き、指導を行っています。 ○法人に人事考課制度、キャリアパス制度があり、評価・分析を行い、必要な資格取得及び、職員が将来を展望できる仕組みが構築されています。
		(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。 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。	○労務管理体制は管理者（園長）・次長・事務長が行う体制となっています。法人として働きやすい職場づくりを進めており、給与改善、パート職員の増員、キャリアパス制度の創設、カウンセリング体制の強化に取り組んでいます。 ○職員のメンタルケア、健康推進では、職業性ストレスチェック実施センターに委託し、職員のメンタルチェックを実施しています。相談の必要がある場合は、産業医へ本人が直接申し込めるシステムになっています。 ○職員のメンタル相談機能を持つ専門機関（メンタルヘルスサポート）へ委託し、令和6年度は年2回事業所巡回相談を行っています。飯田下伊那の障がい関係5施設により「飯伊圏域メンタルヘルスサポート協議会」が平成27年度から設置され職員のメンタルヘルスケアに取り組んでいます。

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。 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。	○法人が示す「7つの行動基準」の他に、「利用者の処遇をよくする項目」「座右の銘」「指導者の8ヶ条」等が業務計画書等に記載され、職員が目指す姿を表記しています。 ○業務計画書に、「サービスの心得」があり、趣旨・原則・指導態度・服装・勤務態度・夜間勤務実施方法・仕事上の履物について等の細部にわたる心得が示されています。 ○管理者による個人面接を定期的実地実施し、個人目標の確認・検証を行い振り返りを行っています。
			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。 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。	○平成7年度業務計画（臨時編）に「明星学園職員として目指していきたい事」が3点表記されています。その内容として ①理念の共有による方向性の一致 ②人にやさしく、仕事は厳しく、職場は楽しく ③人をいきいき元気で育て、やる気を高める3つの要素が挙げられています。 ○法人に人材育成委員会があり、年間研修計画の策定、研修計画の各事業所への周知、研修会の実施、研修内容やカリキュラムの振り返り等を行い、教育・研修を積極的に行っています。
			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。 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。	○令和6年度職員研修の実施状況は、療育研修会（年間3回）、動作法月例会（年間7回）、介護研修（年間4回）、虐待防止研修（年5回）、ハラスメント防止研修（初任者編・管理者編）（年間各2回）、新任研修（8名対象者）、ST研修（19名参加）、リーンオンミー研修等幅広い分野の研修を実施しています。 ○各職員の研修目的を明確にし、新任研修、中・上級向け、階層別に分けた研修を行っています。外部研修にも、希望等により積極的に参加できる体制整備がされています。

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)	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。	○実習生係があり「明星学園実習生受入れマニュアル」「各学校の受入れ概要」に沿い対応が図られています。実習種別（保育士実習・介護福祉士実習）の受入れについてのマニュアル整備ができています。 ○実習生の受入れについては「実習生オリエンテーションマニュアル」「実習マニュアル」「実習生心得」等のプログラムを用意して、実習がスムーズに行われるための取組を実施しています。実習指導者講習会は必要に応じ参加し、学校側からの要請の対応ができる体制づくりを行っています。受入れには、各学校との緊密な連携を取り、積極的な受入れをしています。
	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。 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。	○法人ホームページには「明星学園について」「明星学園の暮らし」「感動ストーリー」「社会との関わり」「採用情報」が写真等を使い分かり易く掲示されています。また、園長メッセージ、施設概要、理念、運営方針、事業計画・報告、予算・決算報告、意思決定支援の重視、人材育成、広報誌等が適切に公開されています。 ○福祉サービス第三者評価の受審結果は、受審後に公表しています。苦情体制は、苦情解決委員会の設置し、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を設置し、それぞれ役割を明示しています。苦情・相談体制は、施設内に掲示すると共に、重要事項説明書に掲載し、公表しています。
			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。 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。	○法人に事務処理規程があり、各事業所では決められたルールに沿い、実施しています。理事長、園長、次長又は事務長の先決事項が別表に掲げられています。また、理事長不在時は園長、園長不在の時は次長がその業務を代行すると明示されています。 ○会計事務所の経理支援は受けているが、資産要件となっていないため、外部専門家の監査は実施していません。前回に引き続き、より透明性の運営を行うために、外部監査導入の検討をお願い致します。

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)	■ 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。	○法人に地域交流係が配置され、年間の業務内容を表記しています。その内容は3大行事ボランティア、地域交流、おもしろプラン（地域中学校との交流）、クラス交流会、等の計画作成となっています。 ○事業報告の「地域交流」に、駄科自治会から依頼があった、鈴岡城址公園の落ち葉清掃アルバイトに利用者が参加していて、今年度で4年目の実施を行っています。 ○現状でも、コロナウイルス感染症等の発生リスクがあり、地域と利用者との交流の機会が制限されています。状況等に十分配慮しながら、利用者と地域の交流を進めて頂く事を期待致します。
					■ 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。	○令和7年度業務計画書（臨時編）にボランティア係の業務内容を記載しています。係の役割は、① ボランティアの対応 ②地域文化祭への出展対応 ③ふれあい広場への出展及び出店対応 ④各ボランティアの係分担作成等を行うことになっています。 ○業務計画書の地域交流で、学校が実施する、職場体験・総合的学習・サマーチャレンジボランティア等の受入れ計画の記載があります。ボランティア受入のマニュアルの整備がされ、マニュアルに沿った取組みを行っています。飯田市内の小中高校、飯田短期大学との連携を図っています。
					■ 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。	
		(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。	○飯田市、伊那圏域での該当機関・団体及び社会資源を明記したリスト一覧を作成し、事務所に掲示されています。また、職員会議等で共有し必要に応じ、活用ができる体制整備が図られています。 ○療育研究会、臨床動作法月例会開催の中で、地域の障がい者施設、養護学校、児童施設、特別支援学級、医師の他、一般で興味がある方等、広い範囲の人達の参加によるケース検討会を実施しています。また、各種機関・団体との連携・協力・協働によるネットワーク化に取り組んでいます。
					■ 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。	

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)	■ 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。
			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。
					■ 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。
						明星学園管理運営体制組織図があり、地域交流係が設置されています。係では、ボランティアの受入れ、実習性の受入れ、外部行事の調整、催し物への出展・販売等を行い、地域との連携を図り、地域福祉向上に向けた実践に努めています。
						○法人の社会貢献活動は「SOいいだプログラムへボランティアの参加」「つなぐ事業（学生に地元企業に就職してもらう企業体の事業）」「地区の清掃活動への参加（ごみ当番、用水路の掃除等）」「障害者雇用の促進（現在6名雇用）」等を行い、地域福祉ニーズへの対応を図っています。
						○昨年度より「地域連携推進会議」が実施されていて、地域代表者から様々な意見が提示されています。地域連携推進会議通じて、地域コミュニティの活性化及び、新たな地域づくりに向け積極的にに関わり、社会福祉法人として、地域をリードしていくことに期待致します。
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。
					■ 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。
						○法人理念に「みんな幸せになりたい あなたも私も」を掲げ、「法人が行うサービスが、利用者の意向を尊重し総合的に提供されるよう創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に支援することを目標としています」と利用者尊重の姿勢を明示しています。
						○利用者を尊重した取組みは、事業計画書等にも多数記載されています。「倫理綱領」は日本知的障がい福祉協会規程を使用する他「人権擁護」「利用者の尊厳」の研修会を定期的に開催しています。

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)	■ 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。 □ 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。	○法人に「個人情報保護規程」が整備されている他「人権倫理委員会」「身体拘束廃止に向けた検討委員会」が設置され、利用者のプライバシー保護に関連する取組みが行われています。個人情報（文章・データ等）の取扱いや基本的人権倫理への対応、虐待防止について詳細に規定しています。 ○現状の規程及び各委員会では、利用者の日常生活・環境及び、支援場面における、利用者一人ひとりのプライバシー保護についての取扱いの規程・マニュアルは確認できません。今後において、利用者のプライバシー保護の明確な規程・マニュアルについての検討をお願い致します。
		(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。 ■ 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、個別に丁寧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。	○ホームページ、パンフレット、広報誌プリズム、明星学園便り等により、理念、基本方針、福祉サービスの内容等の情報提供を行っています。プリズムは15,00部作成し、年2回関係機関・保護者・役員・地域住民等へ配布しています。資料は、写真を多く活用しカラー刷りで、分かり易い内容になっています。 ○見学や体験希望がある場合は、随時対応を行う他、パンフレット、重要事項説明書等による説明をし、利用希望者への情報提供を行っています。
			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)	■ 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。	○利用者の福祉サービス開始・変更時は、利用契約書及び重要事項説明書により、福祉サービスの説明を行っています。また、利用者・家族への丁寧な説明を行い、同意を頂き、署名・捺印をしています。 ○福祉サービスの開始・変更時の取扱いは「対応マニュアル」が整備され、マニュアルに沿った対応を図っています。意思決定が困難な利用者への配慮は、具体的対応方法及び書類様式についての確認できませんでしたので、利用者が少しでも理解できる方法についての検討をお願い致します。

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。 ■ 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。	○利用者のサービス変更時の対応マニュアルでは「事業者は契約が終了し、利用者が退所する際は、利用者及び家族の希望を把握して、利用者が退所後に必要なサービスを継続して受けられるような援助を行う」「利用者が福祉サービスを終了する場合、援助実施者である市町村へ連絡を行う等、手順や引継ぎ文章を定めています。 ○サービス終了後、利用者・家族が相談できる窓口及び対応担当者の明確な表示をお願い致します。
		(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)	■ 149 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 □ 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。	○利用者の意向に基づいた、外出・旅行等が実施されています。季節に応じたドライブ、小グループでの旅行・外出、外食、カラオケ等が利用者の希望により実施されています。 ○利用者の意向をお聞きして、希望に沿ったサービスを提供することは、今日の福祉事業所の目的の一つです。日常生活の中で、利用者の希望・要望を聴取する体制はありますが、組織的に利用者及び家族からの要望を聞き取り、満足度を高めるための委員会等の設置を含めた体制整備をお願い致します。
		(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。	b)	■ 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。 □ 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。	○法人に「苦情解決に関する規程」が整備されています。規程の目的、苦情の受付、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員の設置、苦情解決の手続き、苦情解決の報告・公表について表記してあります。 ○苦情解決の体制は、事業所の玄関に利用者・家族等誰でもが見えやすい場所に掲示されています。また、重要事項説明書に、苦情の窓口（受付担当者名、解決責任者名、第三者委員名）が表記してあります。また、飯田市の受付窓口、長野県福祉サービス運営適正化委員会の窓口が掲示され、申込体制が公表されています。 ○利用者や家族が苦情や要望を述べやすい体制整備について、引き続き取り組んで頂くようお願い致します。

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)	■ 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。	○重要事項説明書には、苦情受付体制（受付窓口、担当者氏名）を掲示しています。また、サービス利用契約書に（相談・苦情対応）の記載があり「利用者の要望・苦情等に対し、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」と表記しています。苦情等の受入れ及び解決体制は、利用者・家族へ分り易い資料の作成と配布への取組をお願い致します。
			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)	■ 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。	○利用者の苦情・要望への対応の手順は、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・申出人への通知 ⑤苦情解決に向けた話し合い、⑥苦情解決の報告・公表を行う事が明記されています。 ○苦情受付対応の各種書類（苦情受付書・苦情受付台帳・苦情相談申込書・電話口頭による相談記録簿等）を整備し、円滑に対応する仕組みが整備されています。 ○利用者や家族からの相談・要望より積極的に把握するための手法（定期アンケートの実施・意見ボックスの設置、相談日の設置等）について、検討されることと、対応マニュアルの整備をお願いします。
	(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。 ■ 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。	○法人にリスクマネジメント委員会が設置されていて ①委員会の目的 ②内容・委員会の仕事 ③委員会の開催日及び開催事項等の記載があります。担当責任者は、リスクマネジメント委員長となっています。 ○ヒヤリハットの対応手順は、ヒヤリハットの回収（各クラス）、ヒヤリハット報告書の作成、クラス主任会で抽出課題の検討、委員会で報告・検討、抽出表を次長・園長に提出、クラス会議に提出・共有となっていて、迅速な対応を図っています。 ○事故に対する各種書類は、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記入表、行方不明対応マニュアル等が整備されています。

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。 ■ 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。	○令和5年1月に作成された法人BCP事業計画（事業継続計画）は感染症対応の計画を含めた内容となっています。感染症対応マニュアルの内容は ①新型コロナウイルス感染症の症状と感染経路 ②対策本部の設置 ③感染予防策 ④新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安 ⑤感染対策（レベル1～レベル5）が表記されています。 ○感染症マニュアルは「新型コロナウイルス感染症マニュアル」の他に「インフルエンザ感染症対策マニュアル」「風邪症状対応マニュアル」「ノロウイルス対応マニュアル」等が整備しており、感染症別に対応できる体制が整備されています。
			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。 ■ 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。	○令和5年度に社会福祉法人明星会BCP事業計画（事業継続計画）が策定され、自然災害・感染症対応への対応をより明確なものにしています。計画内容では「災害時行動指針」を基として ①基本方針 ②予防対応 ③初動対応 ④大災害対応 ⑤感染症発生対応 ⑥平常時の災害対応力向上 ⑦避難場所・避難経路等が詳細に規定され、災害時対応が図られています。 ○災害時には、「事業所の自立性、地域連携、共助状況を踏まえた災害対応の考え方」を基本とし、法人内事業所、近隣自治会（新井原自治会、駄科自治会等）、消防署、飯田市、関係機関・団体、圏域ネットワーク等との関係を踏まえて、連携・共助方針で臨むこととしています。
確 2 保 福 祉 サ ー ビ ス の 質 の	(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。 ■ 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。	○事業計画書、業務計画書には理念・憲章・行動基準、各規程集、各委員会・各係の取組み、クラスの取組み等が記載され、標準的サービスの内容を定めています。また、人権倫理委員会等が設置され、利用者の権利擁護に関わる姿勢を示すと共に、具体的取組を行っています。

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)	■ 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。	○標準的な実施方法の見直しは、事業計画及び業務計画書において、期間途中及び、年度末に運営会議、職員会議、各種委員会で検証・振り返りを行い、より良い支援サービスが行われる仕組みが確立しています。 ○標準的なサービスの実施方法の見直しに当たっては、利用者、職員等の意見や希望・要望を反映し計画作成を行っています。また、見直しは、必要に応じ個別支援計画の内容が反映されています。
		(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。 ■ 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。	○個別支援計画の策定は、事業所のサービス利用契約書において「事業者は利用者について解決すべき課題を把握し、利用者の意向を踏まえた上で、サービスの目標、サービスの達成期間、サービスの内容、サービスを提供する上での留意点を盛り込んだ、個別支援計画書作成を行います」と表記しています。アセスメント手法による個別支援計画の作成を行っています。 ○個別支援計画の作成及び見直しは、サービス管理責任者の他に、専門職種、各クラス担当（複数）により確認され、利用者・家族の同意を得て実施されています。また、計画作成に当たっては「豊かな生活をおくるための計画・評価・再評価マニュアル」を用いて実施されています。
			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。 ■ 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。	○個別支援計画の定期的な評価については、サービス利用契約書で「計画作成後において、個別支援計画の実施状況の把握を行うと共に、4月、8月、1月の年3回定期的な見直しを行う他、必要に応じて見直します」と見直しの方法・時期を明確にしています。 ○個別支援計画の策定・変更に際しては「事業者はその内容を利用者に説明し、書面にて同意を得ます」とし、利用者の了承を頂くと共に、職員への周知を図っています。

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)	■ 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。	○法人業務計画に計画に「ケース記録に関する事項」が規定されています。ケース記録記入の目的と共に記録の書き方について記載しています。記録の内容としては ①入所者の記録(入所希望者調査票・アセスメント表・ケース記録) ②個別支援計画(個別支援計画表・懇談会内容記入用紙) ③重点支援項目についての記録 ④保健・医療機関の記録 ⑤通常支援項目に対する記録 ⑥事故報告の記録等、記録に関する書類が整備されています。 ○記録ソフトは「福祉の森管理システム」の様式を使用し、統一した対応を図っています。記録等がパソコンから記入でき、その他情報を含め職員が共有できるシステム整備がされています。
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b)	■ 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。	○法人の特定個人情報等取扱規程において、各種記録類、データ等の保管、保存、破棄、情報の提供等について定められています。また、利用者の記録は、契約終了後5年保存することが利用契約書に規定されています。 ○個人情報等取扱規程には、記録管理として、保管制限、安全保管措置、提供制限、情報の開示、情報の破棄等の安全管理体制を確立しています。 ○個人情報の取扱いは、利用契約書等に記載してありますが、利用者・家族に対して丁寧に分かりやすい説明については不十分に思われますので、今後において、検討の対応をお願い致します。