

事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別：特別養護老人ホーム

事業所名（施設名）：ゆめの里和田

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
I 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	①理念・基本方針が明文化され周知が図られている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1 理念、基本方針が文書（事業計画等の法人（福祉施設・事業所）内の文書や広報誌、パンフレット、ホームページ等）に記載されている。 ■ 2 理念は、法人（福祉施設・事業所）が実施する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>○運営主体の社会福祉法人松本ハイランドの基本経営理念として、「地域とともに歩み、助け合う地域福祉をめざします。」「一人ひとりの尊厳を大切にし、自分らしいくらしの実現に向け支援します。」「笑顔と思いやりの心、責任と誇りを持ち、より高い目標に向かい、惜しみない努力をします。」の3つの理念が、ホームページや広報誌（ゆめの里だより）、中期計画書、事業計画書に明示され、玄関等施設内各所に掲示されて、周知に努めていました。また、基本方針は、基本理念に基づいて、5つ明示され、中期計画や事業計画に反映され明文化されていました。</p> <p>○職員個々の目標管理制度の仕事プランにも反映され、職員の自己評価結果やインタビューでも、職員が了知し共有していることを確認できました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
	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	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。	○介護保険制度等高齢者福祉制度や社会福祉事業全体の動向は、特に第5次中期計画の基礎資料として、地域福祉ニーズを含めて評価・分析的確に行われ、法人の全ての施設・事業所が周知共有する仕組みがあることを、中期計画策定経過会議記録や管理者インタビューで確認できました。 ○職員自己評価結果やインタビューでも、多くの職員が周知共有していることが伺えました。 ○管理者は、施設事業の経営状況の把握分析を定期的に行い、詳細にデータ化して、法人本部や役職員の周知共有に努めていることを資料等で確認しました。
					■ 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。	
			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)	■ 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。	○介護保険制度等高齢者福祉制度や社会福祉事業全体の動向は、特に第5次中期計画の基礎資料として、地域福祉ニーズを含めて評価・分析的確に行われ、法人の全ての施設・事業所が周知共有する仕組みがあることを、中期計画策定経過会議記録や管理者インタビューで確認できました。 ○職員自己評価結果やインタビューでも、多くの職員が周知共有していることが伺えました。 ○管理者は、施設事業の経営状況の把握分析を定期的に行い、詳細にデータ化して、法人本部や役職員の周知共有に努めていることを資料等で確認しました。
		■ 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。	○法人本部と管理者は、施設・事業所の経営環境を定期的に分析評価（SWOT）し、介護保険情報を把握しながら、経営課題を把握共有して、中期計画や事業計画に反映していることを確認しました。 ○毎月、実績検討会が開催され、組織体制や設備整備、職員体制、人材育成、財務状況等は、前年度実績と比較しながら、取り組む課題を明確にし、企画会議録やパソコンの共有ファイルにより、職員全員の周知を図り、改善課題へ全職員で取り組む仕組みがありました。
		■ 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			経営環境や改善すべき課題について、職員に周知している。		
		■ 14			経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。		
3 事業計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a)	■ 15	中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。	○令和元年度から3年間の法人第5次中期計画が策定実施されていて、法人の各施設・事業所の事業計画に適切に反映され、収支計画も予算書に明示されて、職員の周知共有が図られていました。 ○中期計画は、法人の各施設・事業所で検討提案された計画案を本部でまとめ、策定する仕組みがあるため、半期ごとの事業計画見直し時に中期計画の進捗状況の評価見直しも行われ、年度末には役職員が進捗状況の評価や見直しをしていることを事業報告書等で確認しました。	
				■ 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	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			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。	○単年度事業計画は、法人中期計画や法人本部事業計画と連動し、評価しやすい具体的な内容になっていました。 ○事業計画は、中期計画同様に具体的な内容になっていて、数値目標も明示され達成状況や進捗状況が評価しやすい内容になっていました。また、事業報告書には、計画達成結果や未達成の評価分析も的確に行われ、次年度計画に反映させていることを次年度事業計画で確認しました。
					■	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。	
	(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・見直しを組織的に行われ、職員が理解している。	a)	■	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。	○事業計画の策定については、各職種の担当者が次年度計画案を策定し、職員会で協議する仕組みになっていました。 ○サービス向上委員会は、前年度事業計画の評価・分析に基づいて、次年度事業計画に反映させる仕組みになっていました。 ○策定された事業計画案は、全職員の参画のもと、検討協議が行われ、全職員の周知共有のもとで事業計画として、法人役員会に提案され、決定される仕組みになっていることを会議録や管理者及びリーダーインタビューで確認しました。 ○事業計画書は、全職員に配布され、周知を図っていました。
					■	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。	○事業計画書は家族会に配布され、担当職員や管理者が、主な事業計画の内容について、説明し、周知に努めていることを職員インタビューで伺いました。 ○事業計画や中期計画は、利用者への福祉サービスの提供に関わる事項でもあります。施設・設備を含む居住環境の整備等利用者生活に密接に関わる計画内容にもなりますので、特に関係する主な計画については、利用者や家族にもわかりやすい資料を工夫作成して、説明や掲示をしていただくようお願いいたします。
					■	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。	
取上4組へ福祉の組織・計画的な質的向上	(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b)	■	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。	○サービスの質の向上に向けた取り組みは、PDCAサイクルに基づいて、半期ごとに行う仕組みがありました。 ○福祉サービスの質の向上に関する組織的な評価の方法と第三者評価や自己評価を活用することが有効といわれています。第三者評価の受審については、3年に1回の受審を中期計画にも明示してありますので、できましたら、職員自己評価を毎年実施していただくように期待いたします。
					■	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基づいて、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。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b)	<input type="checkbox"/> 36 評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。 <input type="checkbox"/> 37 職員間で課題の共有化が図られている。 <input type="checkbox"/> 38 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。 <input type="checkbox"/> 39 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 40 改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。	<p>○前回の第三者評価受審結果については、管理者や一部リーダー層は、改善課題等も把握していることをインタビューで伺うことができましたが、評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題等が文書化されていませんでした。職員の参画のもとで組織として改善策や改善計画を策定し、事業計画や中期計画にも反映させていただくことを期待します。</p> <p>○今回の第三者評価結果については、組織として、改善策を策定したいとの管理者の思いを伺うことができました。</p>
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)	<input checked="" type="checkbox"/> 41 管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 42 管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。 <input checked="" type="checkbox"/> 43 管理者は、自らの役割と責任を含む職掌分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。 <input checked="" type="checkbox"/> 44 平常時のみならず、有事（災害・事故等）における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。	<p>○管理者の職務分掌は、事業計画等にも明記されていて、施設長は年度当初の職員会で施設運営の重点事業や管理者の役割責任について、具体的に表明していることを会議録や職員インタビューで伺いました。</p> <p>○災害発生時の事業継続計画（BCP）が法人組織として整備されていて、有事の際の総合的な対策が具体的に明示され、優先事業や職員体制、備蓄等が数値化されていました。また、管理者の役割・責任、不在時の役割・責任分担も明示されました。</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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○管理者は、指定基準や最低基準等のコンプライアンス規程を十分に理解し、職員に対しても法令遵守についての徹底を図るために、定期的に職員会議等で周知に努めていることを会議録や職員インタビュー等で確認できました。</p> <p>○職員自己評価結果や職員インタビューでは、施設長の管理者としての姿勢を高く評価するコメントが多数ありました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	眼	点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 49 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。 ■ 50 管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。 ■ 51 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。 ■ 52 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。 ■ 53 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。 		○管理者は、定期的に関催されるサービス向上委員会に出席し、施設・事業所の福祉サービスの質の現状の把握に努め、また、各委員会にも積極的に出席し、管理者としての考えを表明し、職員からの情報の把握共有に努めていることを会議録や管理者インタビューで伺いました。 ○サービスの質の向上に向けた取り組みに関しては、上記のようにサービス向上委員会や各委員会に管理者が積極的に出席し、助言等スーパーバイザー的な役割とリーダーシップを十分に発揮担っていて、「職員のモチベーションアップに繋がっている」とのコメントを職員インタビューでも伺いました。
			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。 		○管理者は、運営状況やコストバランスの評価分析を定期的実施し、また、人事、労務、財務等の検証を行い、運営や業務の効果を高める取り組みに努め、福祉サービスの質の向上を図っていることを資料やインタビューで確認しました。 ○管理者は、法人の経営理念、基本方針及び中期計画の実現に向けて、法人本部と密に連携し、施設・事業所のリーダー層とも定期的に話し合いの場を設け、意識の共有に努めていることを会議録やリーダー層のインタビューで伺うことができました。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	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>○福祉人材の確保、育成・定着等の人事管理体制は、法人本部の事業計画に基づいて行われ、管理者と協議連携実施する仕組みになっていました。</p> <p>○人材育成制度も整備され、キャリア段位制度の活用や資格取得を奨励する仕組みがありました。</p> <p>○法人の職員研修体系が確立していて、職種別、経験年数別、テーマ別研修等職員のスキルアップ研修や専門職研修が計画的に実施され、また、他法人との合同研修（学ぶじゃん会）も計画され、多くの職員が参加していることを研修実績報告書で確認しました。</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「期待する職員像」は、キャリアアップ制度の資料に明示され、法人の理念や基本方針の資料の中や職員倫理綱領にも掲示され、周知共有が図られていました。</p> <p>○法人の人事基準規程に基づいて、キャリアアップ制度、人事考課制度が導入され、職員と上位者が年5回以上の個別面談を実施する中で、適切に評価する仕組みになっていました。</p> <p>○給与や昇格等の処遇に関する職員の意見や要望は、随時管理者等が職員個別面談を実施し、年度末には管理者面談により、全職員個々の要望や意見を把握する仕組みがあり、管理者とリーダー層で協議対応し、法人としての課題については、法人本部と管理者が協議して対応する仕組みになっていることを運営幹部のインタビューで確認しました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	眼	点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(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>○管理者は、毎月の職員の勤務状況や年次休暇取得状況、時間外労働状況等をデータ化し、課題があれば個別に職員と話し、改善を働きかける等適切な労務管理が実施されていることを資料やインタビューで確認しました。</p> <p>○管理者は、職員との個別面談の他にも、日常的にも随時話し合う機会を設け、職員インタビューでも「的確な助言がある」「安心して気軽に話し合える」等のコメントがありました。</p> <p>○法人本部の事業計画は、働きがいのある働きやすい職場環境の整備（働き方改革等）、戦略的福祉人材の確保及び定着対策、福利厚生の拡充、職員の心身の健康対策等が明示されていました。</p> <p>○管理者は、職員会等で、年次有給休暇や希望休暇、育児休暇、介護休暇等を取得することを積極的に奨励し、個別面談では、家庭生活の問題も真摯に受けて、時短勤務への配慮等長く勤められるような対応により、ワークライフバランスを考慮した「働きやすい職場作り」に努めていることをデータ資料や管理者インタビューで伺いました。</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>○法人のキャリアパス制度や人事考課制度において、目標管理制度も導入され、年度当初に職員から年度目標（仕事プラン）が所定用紙により提出され、上位者との個別面談で目標の内容や水準等について、話し合われて目標を定めて実施する仕組みになっていました。</p> <p>○職員の目標の進捗状況を確認するために中間に上位者が個別面接を行う仕組みもありました。</p> <p>○目標の達成度の評価は、半期末に上位者による1次評価、更にその上位者による2次評価、管理者の最終評価を経て、法人本部に提出され、キャリアアップや人事考課に反映される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	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			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>○法人の中期計画や事業計画に「期待する職員像」は、明示されていました。</p> <p>○法人本部事業計画の職員研修体系には、理念・基本方針、倫理綱領、期待する職員像が明記され、各施設・事業所の事業計画にも反映されていることを職員研修、事業計画・事業報告書で確認しました。</p> <p>○単年度の事業計画には、評価見直し計画が明示され、適切に見直し等が行われ、次年度の計画にも反映されていることを事業報告書や事業計画書や管理者インタビューで確認できました。</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>○職員の資格取得や職歴、経験年数等は、施設・事業所の事務経理部署及び法人事務局で管理していて、毎年度、法人本部で人事異動等の資料として活用され、また、各施設の資格取得希望職員の情報も共有し、法人本部の事業計画の資格取得支援事業により、計画的に実施していることを管理者記録やインタビューで確認しました。</p> <p>○職員研修は、法人職員研修体系による研修と施設・事業所の研修計画による内部・外部研修を計画どおりに実施していることを事業報告書等で確認できました。職員自己評価結果でも必要な研修には希望どおりに参加できているとの職員のコメントがありました。</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、マニュアルにより、積極的な受け入れ体制があることを資料で確認しました。</p> <p>○実習指導者が配置され、実習生の希望・特性に配慮した実習計画書の作成や学校との調整、連絡会議への出席等適切に対応していました。</p> <p>○実習生に関する利用者への事前説明や紹介が実習指導者により適切に行われ、また、担当職員も計画書に示され、実習評価会議等も関係した職員の合議で行われていることを会議録で確認しました。</p> <p>○地域の専門学校等の学生の実習受け入れが毎年3～5人いました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
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。	○法人のホームページや広報誌（ゆめの里だより）には、理念や基本方針、各施設・事業所ごとの事業計画、財務状況がわかる資料や苦情件数、第三者評価受審結果が公表され、運営の透明性を確保するための取り組みに組織として努めていることを資料等で確認しました。 ○苦情・意見・要望の内容や解決対応内容は、苦情受付担当者（生活相談員）により、施設・事業所に掲示され、利用者・職員に周知が図られていました。
				■ 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。	○法人の広報誌（ゆめだより）を年2回発行し、家族や地域に配布し、法人の理念や各施設・事業所の利用者の活動の様子等を写真等で紹介して、地域の資源としての施設・事業所として、広く周知に努めていました。
				■ 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	
				■ 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が明確にされ、職員等に周知している。	○法人組織として、事務経理規程、取引等の規程等が整備され、各施設・事業所の事業計画に職務分掌として担当職員も明示され、職員会等で周知を図る仕組みがありました。また、基本方針の中には、透明性の高い運営を目指すことを明記し、組織としての方針が公表されました。 ○各規程は、施設・事務所に置かれ、職員や来園者等がいつでも閲覧できるようになっていました。 ○法人の定期的な内部監査の他に、年に1回、外部の公認会計士による監査を実施し、法人各事業の経営管理、財務管理、組織運営等に関する助言や指導を受けて、より公正で透明性の高い法人組織としての運営・経営が求められています。 外部監査の活用を期待します。
				■ 102	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。	
				■ 103	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について、必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を得ている。	
				■ 104	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。	
				□ 105	外部監査の活用等により、事業、財務に関する外部の専門家によるチェックを行っている。	
				□ 106	外部監査の結果や公認会計士等による指導や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。	
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)	■ 107	地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。	○法人の基本方針や中期計画、広報誌には、「地域とともに」が法人のビジョンとして明示され、地域の福祉ニーズ・生活ニーズに地域と連携して取り組むことを表明していました。特に法人の母体であるJA松本ハイランドの地域の組合員とは、長年の深い信頼関係が構築されていて、より良い地域との信頼関係が培われていることを行事やボランティア活動記録で確認できました。 ○定期的な上記JAボランティアや地域のボランティア活動団体と懇談会を開催して、情報の共有と活動の調整が行われ、さらにJA助け合いネットワーク（夢あわせの会）の活動支援を積極的に行っていました。
				■ 108	活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。	
				■ 109	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。	
				■ 110	福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。	
				■ 111	利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 112 ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。 ■ 113 地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。 ■ 114 ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。 ■ 115 ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。 ■ 116 学校教育への協力を行っている。 	<p>○受け入れ担当職員が窓口になって、ボランティア受け入れ体制が文書で整備されていました。</p> <p>○地域からの定期的なボランティア活動として、毎月1回、ベッドメイキングや喫茶(抹茶)提供活動を地域ボランティア団体が来所活動して、上記JA女性部も毎月施設内の清掃や縫い作業、花のプランターの管理等の活動が定着し、利用者との交流活動も定着していることを行事計画書で確認できました。また、施設に隣接する児童センターの子どもたちや地元小・中学生が定期的に施設を訪れ、利用者も交流を楽しんでいるとの管理者のコメントがありました。</p>
	(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> □ 117 当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。 ■ 118 職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。 ■ 119 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 ■ 120 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。 ■ 121 地域に適切な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。 	<p>○利用者により良い福祉サービスを提供するためには、地域の様々な機関や団体との連携と必要な社会資源の情報提供が求められています。管理者等は、具体的な社会資源の情報を把握していることは、インタビューで確認できていますので、リスト化・文書化して利用者・職員の共有周知をさらに図っていただくようお願いいたします。</p> <p>○地域の関係機関・団体との連携については、定期的な地域包括支援センターとの連絡会や地域ケア会議への出席、JA助け合いネットワーク(夢あわせの会)会議への担当職員の参加等を積極的に行っていきます。</p>	
	(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 122 福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。 ■ 123 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。 ■ 124 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、 ■ 125 地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動 ■ 126 災害時の地域における役割等について確認がなされている。 ■ 126 多様な機関等と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。 	<p>○法人の中期計画や施設・事業所の事業計画には、地域福祉のための公益的事業として、施設の大ホールを児童センターの子どもたちや子育てサークルに無料で開放していました。また、健康教室や地域交流事業「居酒屋」の開催、「ゆめステージ」(地域のサークル活動の発表)の場として活用していただき、施設機能や専門的な知識や技術や情報を地域に還元する具体的な取り組みが確認できました。</p> <p>○地域の福祉避難所として松本市と協定を締結し、災害時の応援体制や地域住民の避難場所としての役割分担体制等、受け入れ体制の整備が図られていることを事業計画等で確認しました。</p>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 127 福祉施設・事業所の機能を地域に還元することなどを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。 ■ 128 民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 ■ 129 地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。 ■ 130 関係機関・団体との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 ■ 131 把握した福祉ニーズにもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。 ■ 132 把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。 	<p>○法人の中期計画や事業計画には、公益的事業として、地域の福祉ニーズにもとづいた、出張デイサービス、介護予防教室、認知症サポーター養成講座の開催の他にも、地域の高齢者買い物支援が明示され、計画的に運営されていました。</p> <p>○地域の福祉ニーズについては、JA助け合いネットワーク（夢あわせの会）支援活動や地域住民により構成されている「利用者の声を聴く会」の定期的訪問来所時に、待機者等の情報等も把握し、地域住民の緊急一時入所利用やデイサービス利用等により、地域の福祉ニーズに適切に対応していることを資料等で確認しました。</p> <p>○地域住民の相談に対しては、管理者、生活相談員、地域包括支援センター等が連携して対応する仕組みがありました。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 133 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。 ■ 134 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。 ■ 135 利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。 ■ 136 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。 ■ 137 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。 	<p>○利用者を尊重する福祉サービスの提供に関する基本姿勢は、理念や基本方針に明示され、個別ケア計画に反映される仕組みがありました。</p> <p>○人権侵害防止委員会により、人権についての研修会・勉強会が事業計画として計画され実施されていることを会議資料等で確認しました。標準的サービスの実施方法にも利用者の尊重・尊厳、基本的人権等の権利擁護が明記され、定期的に職員研修会等で周知共有に努めていることを記録等で確認しました。</p> <p>○職員の自己評価結果コメントやインタビューでも、周知共有への組織としての取り組みがあることを伺いました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 138 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。 ■ 139 利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。 ■ 140 利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。 ■ 141 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。 ■ 142 利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。 ■ 143 規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスが実施されている。 ■ 144 不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。 	<p>○利用者のプライバシー保護、権利擁護に関する虐待防止、身体拘束防止規程は、法人組織により整備され、入浴・トイレ介護マニュアルにもプライバシー保護に配慮した事項等を規程で確認しました。</p> <p>○プライバシー保護や権利擁護に関する定期的な職員研修会で、職員の周知を図り、ポスター等も掲示して、周知共有に努めていました。</p> <p>○建物、設備は、平成14年の開設時の従来型特養のため、2人部屋、4人部屋も多数あり、特にプライバシー保護には、ハード面で難しい問題もあるとの職員インタビューでのコメントが多くありましたが、多床居室は、プライベートカーテンで仕切り、面会者にも自由に話せる部屋を用意したり、トイレもカーテン等で工夫して、利用者のプライバシー保護に配慮していることが伺え、利用者や家族には、利用前や利用開始時に居室環境や設備等について、丁寧に説明し理解を得るように努めているとの管理者のコメントでした。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 145 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。 ■ 146 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。 ■ 147 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。 ■ 148 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 ■ 149 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。 	<p>○施設事業所の基本情報に関しては、法人広報誌「ゆめだより」に、誰にでもわかりやすい太字文面や写真等で編集、施設内で掲示したり、自由持ち出しとして、各施設・事業所の玄関に置いていました。また、広報誌を地域包括支援センターや児童センター、市役所の福祉課窓口等に置いたり、地元和田地区にも配布し、広く地域住民に情報を提供し、周知に努めていました。</p> <p>○利用希望者等の相談や見学については、随時受付、ケアマネジャーや相談員、管理者が丁寧に対応していることやショートステイ利用による入所体験も柔軟に対応していることを記録やインタビュー等で確認しました。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 150 サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。 ■ 151 サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。 ■ 152 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。 ■ 153 サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。 ■ 154 意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。 	<p>○利用開始時には、利用契約書や重要事項説明書、同意書等を基準に基づいて、適切に実施されていることを書類で確認しました。</p> <p>○利用変更時には、所定のわかりやすい文書により、相談員が丁寧に説明し、説明資料を渡し、同意書もいただいていることを資料で確認できました。</p> <p>○意思決定が困難な利用者等については、ケアマネジャーと連携し、家族、身元引受者、後見人等に同席していただき、適切な対応をしていることを手順書や資料で確認できました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	眼	点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			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)	■	155 福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。	○利用やサービス内容の変更の事例は、少ないようですが、対応マニュアルは適切に整備されていました。
					■	156 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。	○利用変更の際には、ケアマネジャーと相談員が連携し、関係者及び地域包括支援センターのケアマネジャー等との調整会議を重ね、利用者・家族の同意確認をする文書がありました。
					■	157 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。	○利用変更した利用者・家族には、その後の相談支援窓口として、ケアマネジャーや相談員の連絡先を手渡しているとのことでした。
					■	158 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。	
	(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)	□	159 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。	○利用者のニーズ調査は、嗜好調査や外出希望調査を毎年度実施し、また、相談員やサービス向上委員会により利用者個別面談やケアマネジャー、担当職員のアセスメント、家族連絡等で、利用者個々の生活全般のニーズを把握する仕組みがありました。	
					■	160 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足度を把握する目的で定期的に行われている。	○利用者本位の福祉サービスは、施設事業所が一方向的に判断できるものではなく、利用者一人ひとりがどれだけ満足しているかという双方向性の観点が重要です。福祉サービスにおいて、上記のように専門的な相談・支援を適切に実施し、利用者満足度調査を組織的に調査・把握し、これを福祉サービスの質の向上に結びつけることを期待します。
					■	161 職員等が、利用者満足度を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。	
					□	162 利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。	
					□	163 分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。	
	(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)	■	164 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。	○苦情解決の仕組みは、基準どおりの体制が適切に整備されていました。	
					■	165 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。	○苦情記入カードや苦情箱は、利用者等が気軽に自由に活用できるフロアに設置され、相談員が適切に管理して、支援していることを掲示物や記録で伺うことができました。
					■	166 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。	○苦情記入カード（苦情・意見・要望等）の内容は、解決策を明示して、申し出人の同意を得て、施設内の人権委員会の掲示板に毎回掲示し、公表周知に努めていました。訪問調査時に10件以上の苦情内容が掲示されていて、食事、ベッドメイク、新型コロナへの職員激励等興味深く拝見させていただき、苦情解決の仕組みが適切に機能していることを確認しました。
					■	167 苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。	
					■	168 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。	○苦情件数や苦情・要望の概要については、毎年度、法人の広報誌や事業報告書に掲示し、公表に努め、また、第三者委員の他に外部団体の「利用者の声を聴く会」が毎月来所し、利用者個々の相談に対応する仕組みもありました。
					■	169 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。	
					■	170 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	眼	点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			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)	■	171 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。 ■ 172 利用者や家族等に、その文書の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。 ■ 173 相談をしやすい、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。	○相談室が設けられ、相談員が窓口になり、個々の利用者からの相談内容が周知共有できる仕組みがありました。また、上記の外部団体の「利用者の声を聴く会」が毎月来所し、利用者個々の相談に対応する仕組みもありました。利用者・家族も相談の仕組みを周知して、相談内容により、看護師や担当職員等に気軽に相談していることを相談員、管理者インタビューで伺いました。
			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)	■	174 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。 ■ 175 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 ■ 176 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。 ■ 177 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。 ■ 178 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。 ■ 179 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	○利用者個々の意見・要望、相談については、担当職員等が日常的に対応して、定期的に個別面談も実施し、内容を記録し、相談員に報告する仕組みがあることを、資料等で確認できました。 ○苦情解決対応マニュアルに準じて、利用者の意見・要望等に対する記録等対応マニュアルも整備されていました。 ○利用者からの意見・要望等については、記録等の報告により、相談員がまとめ、迅速に対応するための検討会議が随時開催され、解決・改善策案を示し、申し出利用者等に説明、同意を得る苦情解決システムと同様な適切な仕組みになっていると、ケア計画にも反映されていることを記録や管理者インタビュー等で確認しました。
	(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)	■	180 リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。 ■ 181 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。 ■ 182 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。 ■ 183 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。 ■ 184 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。 ■ 185 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。	○法人組織として、リスクマネジメント体制が整備され、委員会が設置され、定期的に委員会が開催され、組織として取り組む体制があることを体制図や会議録等で確認しました。 ○各施設・事業所は、法人の委員会と連動して、事故防止委員会を設置し、ヒヤリハット報告書や事故報告書等を評価分析し、課題改善へ取り組む仕組みになっていました。 ○施設・事業所の事故防止委員会により、事例に関する職員研修会が定期的で開催され、また、発生事例によっては緊急会議を開き、対応改善策が検討される仕組みがありました。また、法人本部事業計画による研修会も開催され、リスクマネジメントに関する全職員への周知共有を図っていました。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	眼	点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			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)	■	186 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。	<p>○感染症の対策については、感染症予防委員会を毎月開催し、感染症に関する的確な情報収集・把握に努め、マニュアルによる予防対策を適切に実施し、定期的に見直しもする仕組みがありました。</p> <p>○感染症に関する内部研修会も委員会の計画により、定期的に行われ、職員への周知が図られていました。</p> <p>○特に感染症の季節になると、マニュアルに基づいて、出入口ドア、手すり、リフト消毒、加湿器の設置、また、利用者・職員、来所者には、洗面所に絵図でわかりやすい手順書を掲示し、手洗い、うがい、マスク着用を徹底していました。</p> <p>○従来の感染症の発症は、昨年度から0件というコメントを看護師インタビューで伺いました。また、訪問時の新型コロナの感染予防対策も適切に行われていました。</p>
					■	187 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。	
					■	188 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。	
					■	189 感染症の予防策が適切に講じられている。	
					■	190 感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。	
					■	191 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直ししている。	
			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)	■	192 災害時の対応体制が決められている。	<p>○法人組織として、災害発生時事業継続計画（BCP）を策定し、当施設の事業計画にも、職員教育研修、訓練、検証等総合的な災害時対応計画が単年度事業計画に反映され、適切に実施されていました。</p> <p>○マニュアルにより、地域住民や自治会役員、消防署の協力で防災訓練を年2回実施し、また、緊急連絡網や発生時緊急会議による、実践的な訓練を行い、役割や責任等、職員の周知共有の徹底に努めていました。</p> <p>○松本市の福祉避難所として、災害時の飲食物や備蓄品を拡充し、被災を想定した、備蓄品の試食も献立に反映していました。</p>
					■	193 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。	
					■	194 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。	
					■	195 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。	
					■	196 防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
2 福祉サービスの質の確保	t	(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"> ■ 197 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 ■ 198 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。 ■ 199 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。 ■ 200 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ○各業務マニュアルで標準的な実施方法が策定されていました。 ○提供する福祉サービスの標準的な実施方法は、サービス提供マニュアルとして、文書化され、全職員が閲覧できるように各部署に配布するとともに、職員会・研修会で周知共有に努めていました。 ○サービス提供マニュアルには、利用者の権利や尊重、尊厳についての基本事項も明記され、また、ケース記録の表現や記述内容についても管理者がチェックし、個別に助言・指導していることを記録で確認しました。 	
			② 標準的な実施方法について見直しをする	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 201 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。 ■ 202 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。 ■ 203 検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されている。 ■ 204 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ○サービス提供マニュアルは、サービス向上委員会で検証や見直しが定期的に行われ、ケアプランとも共有されていることを会議録や職員インタビューで伺えました。 ○利用者や家族等からの意見・要望、クレームについては、把握した職員から、相談員に報告され、管理者、関係部署・委員会に情報として提供されて、マニュアルの見直しに反映される仕組みになっていました。 	
		(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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a)	■ 205 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 206 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。 ■ 207 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。 ■ 208 福祉サービス実施計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。 ■ 209 福祉サービス実施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。 ■ 210 福祉サービス実施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。 ■ 211 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ○法人所定のアセスメント、ケアプラン、モニタリング様式により、適切な個別福祉サービス計画が策定され、実施されていることをサービス実施計画書で確認しました。 ○アセスメント様式は、利用者ニーズ、家族ニーズ、利用前の生活歴、趣味活動等が具体的に把握できる様式になっていて、ケアマネジャーが作成していました。 ○アセスメント結果に基づいて、ケアマネジャーが作成したケアプラン案により、介護士、看護師、管理栄養士、機能訓練指導員等が策定会議で協議し、計画書の策定が決定する仕組みになっていました。 ○策定されたケアプランは、利用者や家族にも渡され、ケアマネジャーにより、丁寧に説明され、同意を得る仕組みになっていました。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 212 福祉サービス実施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。 ■ 213 見直しによって変更した福祉サービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。 ■ 214 福祉サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。 ■ 215 福祉サービス実施計画の評価・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>○1カ月ごとのモニタリングが定められ、ケアマネジャーにより、評価・検証が行われていました。ケアプランの見直しは、原則半年ごとに行われていました。</p> <p>○モニタリングにより、ケアプランの変更が必要になった場合には、ケアマネジャー、担当介護職員、看護師、管理栄養士、機能訓練指導員等が計画策定担当者会議で変更を決定し、利用者・家族にも同意を得ていました。</p> <p>○ケアマネジャーと関連職種は、プラン変更の原因や理由を確認し、変更プランに明示していることを経過記録や計画書で確認しました。</p>
		(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"> ■ 216 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。 ■ 217 サービス実施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。 ■ 218 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。 ■ 219 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。 ■ 220 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。 ■ 221 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>○利用者個々の福祉サービス実施計画の実施状況や、日常の生活、健康状況は、パソコンの情報通信技術ネットワークシステム（ICT）、介護支援システムにより、関係職員が記録して、全職員が周知共有できるようになっていました。</p> <p>○介護支援システムは、記録項目や記録内容等についても書式化されていますが、職員によって記録内容に差異が生じてしまうため、定期的に職員研修会で話し合い、統一した記録内容に努めているとの管理者のコメントでした。</p> <p>○職員インタビューでは、パソコン入力が苦手という方もいましたが、いつでも必要な情報が把握できて安心感があるとのコメントが多く寄せられました。</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"> ■ 222 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。 ■ 223 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。 ■ 224 記録管理の責任者が設置されている。 ■ 225 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。 ■ 226 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 ■ 227 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>○基準に基づいた、法人の個人情報保護規程により、個人情報に関する資料や記録、保管場所、保存期間、廃棄年数が定められ、適切に実施されていました。</p> <p>○資料や記録の管理責任者は、記録により、相談員、ケアマネジャーが担っていましたが、統括管理は管理者が管理責任者として明記されていました。</p> <p>○個人情報保護規程は、職員の個人情報保護にも関連する研修会として定期的に開催し、サービス向上委員会や人権委員会でも、個人情報保護の具体的事例を紹介し、職員一人ひとりの周知共有の徹底を図っていました。</p> <p>○利用者・家族には、利用開始時に個人情報保護に関する規程や使用、開示について説明され、同意書があることを契約書類で確認できました。</p>