

(別添1)

## 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)：うつくしの里

○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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○施設は「うつくしの里の理念・基本方針」に今後を見据えた使命を明示している。その使命に沿った基本的な考え方を事業方針に掲げており、職員の行動規範となるよう具体的な内容になっている。</p> <p>○施設の理念・考え方や実現に向けて、施設長から説明があり、会議にて確認するなど継続的な周知に取り組んでいる。</p> <p>○家族に対しては、入居時や家族会等にてパンフレットや広報誌等を活用し説明している。</p>
	2 経営状況の把握	(1) 経営環境の変化等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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○人口構造や利用者像、課題等のニーズ予測や利用者数など、地域の情報収集は地域包括支援センターと共に積極的に行われている。</p> <p>○毎月のエリア会議、科内会議、企画会議等においてベッド稼働率や平均介護度、健康状況、収支状況など分析し月次管理を行っている。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	○介護人材の確保、利用率の向上、経営の効率化・合理化等の課題は、企画会議・主任会議にて検討されている。その取り組みは、チーフ会議で話し合わせ、職員会や科内会議において職員の意見を聞き周知を図り、うつくしの里が安定して事業を継続していくため取組んでいる。
	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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</li> </ul>	○うつくしの里の理念は、利用者が望む生活のあり方の実現を目指しており、中・長期計画は、中・長期にわたって取り組む具体的な内容になっている。この計画を実現するため、地域社会づくり・人材育成・安定した施設経営・事業展開に関する内容を明確にしている。  ○第6期高齢者保健福祉計画、介護保険事業計画の最終年度を迎え、実施状況を把握し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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	○単年度の事業計画など目標の実現に向けた姿勢を示し、その実現に向けた取り組みを具体的に挙げている。  ○予算と実績との対比及び分析を行い、副主任・主任が目標達成の進捗状況や評価を行っている。

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) 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>■ 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> <li>■ 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> <li>■ 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> <li>■ 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> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○計画は、主任・副主任を中心に定期的に実施状況を確認している。その活動を基にして、チーフ会議、企画会議の意見を反映し、確定に至る手順にそって策定されている。</p> <p>○事業計画は全職員に配布され、それを基に職員個々の個人目標を作成し個人面接を行い、理解が深まるよう工夫されている。</p>
			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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> <li>■ 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> <li>■ 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> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○基本方針・事業方針・収支計画報告書等の取組み状況等を、面会時及び家族会にて説明している。家族会欠席の場合は、資料等を郵送している。また広報誌「うつくしの里だより」に掲載して理解を得られる様努めている。</p> <p>○利用者には、行事等の活動参加後に意見や感想を聞いている。また、食事委員会への出席や聞き取り調査により事業計画へ反映できるよう努めている。</p>
	的4・福祉計画サービスの質の向上への組織	(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。	① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○係会・食事委員会・力量評価・苦情相談・事故報告・各委員会等、日々の取組みや第三者評価受審の結果を受け、組織として話し合い、福祉サービスの質の向上に向け取り組む体制がある。</p> <p>○PDCAサイクルを活用し、部門別の評価として年2回の自己評価等の力量評価を実施し、チーフ会議において評価基準に沿った分析・検討を行っている。</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 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 37 職員間で課題の共有化が図られている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○明確になった課題は、企画会議・主任会議・チーフ会議等において更に分析し、科内会議・エリア会議・係や委員会にて全職員参画の下、改善策や計画の策定に取り組んでいる。</p> <p>○評価結果から、単年度の計画にその目標を掲げ、人員配置や予算等必要に応じて見直しを行うなど、中・長期の計画に反映している。</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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○広報誌「うつくしの里だより」にうつくしの里の方向性等、自らの役割について掲載されている。毎月開催される其々の会議や職員との面接等で表明を行っている。</p> <p>○施設長の役割や責任は、職務権限規程や運営規程に文章化されている。</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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○施設長は、各種研修会に出席し、現行法や法改正等理解を深め、全職員に対して、職員ルールや個人情報の保護、虐待防止法等の研修を実施し、遵守すべき法令等の周知を図っている。</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>■ 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> <li>■ 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> <li>■ 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> <li>■ 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> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○施設長として、福祉サービスの質の向上を図る事を明確にしており、各委員会や地域ケア会議などへの出席や行事への参加、第三者評価の受審等の分析や評価を行い、福祉サービスの質の向上に向け積極的に取り組んでいる。</p> <p>○目標管理シートを活用し、目標面接を実施し、業務目標や業務遂行の自己評価からの課題・目標達成のための具体的な方法など職員から聴きとり、出された課題について改善に向け取り組んでいる。</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>■ 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> <li>■ 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> <li>■ 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> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○うつくしの里の目指す理念を全職員に伝え、共有する仕組みを確立しており、職員一人ひとりが運営面にも関心を持ち、役割を果たして行く体制が出来ている。介護労働環境改善研究会に出席し、現場における職員の適正配置など、全職員で改善に向け取り組みを行っている。</p> <p>○毎年計画を作成し、年度毎の目標設定を行い、必要な人員等把握・数値化し職員に説明を行っている。</p>
2	福祉人材の確保・育成	(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○うつくしの里の中・長期計画には、必要な福祉人材の育成に努めると明記され、学校や一般、福祉の職場説明会への現場職員の出席や実習生の積極的な受け入れ等を行っている。また、障がい者雇用の継続等人材の確保と育成の方針を掲げて取り組んでいる。</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 総合的な人事管理が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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ます。</li> </ul>	<p>○職位毎の期待する職員像を明確にし、これを職員一人ひとりの介護考課表に明示している。目標や実施事項、業務遂行ポイント等について年2回の目標面接を行い、取組み状況を確認しながら行っている。</p> <p>○人事基準については、就業規則に、職能表にて資格手当・責任手当等定められ、職員に周知されている。</p>
		(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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○健康診断及び人間ドックは義務付けられ、全員が年1回以上受けている。リフレッシュ休暇や広報誌「健保の窓」の活用等日常生活の支援を図っている。</p> <p>○管理者は、超過勤務は毎月チェックし就業状況について把握し、個人面接を実施し相談しやすい職場環境に配慮している。</p> <p>○ストレスチェックの実施やメンタルヘルス研修、労働環境改善研究会や外部の研修会に参加し働きやすい職場作りに努めている。</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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○職位毎の求められる人物像を設定し、目標管理シートや特養介護考課表など用いて職員一人ひとりの目標管理を行い、上を目指す事ができる様チーフが支援している。</p> <p>○今後、ジェイエー長野会としての目標管理制度の下、部門及び個々の職員目標管理シートを設定し、更にスキルアップを図り、職員の質の向上に向けた取組みを期待する。</p>
				a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○基本方針や計画の中には、職員研修実施要綱に基づき、計画的な人材育成と明記されている。求められる人物像に沿って、階層別研修、個人目標に合わせた資格取得支援や職種別、役職等に必要教育に取り組んでいる。</p> <p>○職員教育一覧表があり、予定日・実施日・有効性の評価等記されており、企画会議等でその課題と対策を行っている。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○職員ごとの目標を設定し、基本研修及び目的に合わせた研修計画(外部・内部・外部講師・施設合同研修・海外研修)を策定し実施している。新規採用職員には、事前研修予定表を作成の上、OJTチェックシートを活用し段階ごとに必要教育・研修に取り組んでいる。</p> <p>○基礎的知識や現場での技術を行い報告レポートには、感想や課題、反省を活かして次への目標、担当者のコメント等記されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
		(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 94 指導者に対する研修を実施している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○長野県介護福祉士養成施設となっており、マニュアル等作成し、受け入れの基本的な考え方や方針等明確にしている。うつくしの里の理念に沿った利用者の意向を尊重できる受け入れ体制づくりに取り組んでいる。</p> <p>○外部の指導者研修を受講し、各学校と連携を図り連絡会に出席している。</p>
	3 運営の透明性の確保	(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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> <li>■ 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> <li>■ 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> <li>■ 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> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○ホームページ及び広報誌「うつくしの里だより」等を活用し、理念や基本方針・事業計画・報告、予算・決算等の情報を適切に公開している。</p> <p>○第三者評価の受審や苦情・要望等に対する第三者委員の意見等、社会及び地域に対して公表している。</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>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○経理規程、職制規程等にて経営・運営のチェック体制が確立されており、そのルールは職員等に説明し、周知を図っている。</p> <p>○毎年、定期監査と内部監査を実施している。主要指摘事項、指摘事項に対する処理顛末書等明記されている。顧問弁護士から入所契約書や利用料延滞金のアドバイスをもらい、会議にて改善対策を検討している。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 109 利用者の個別的状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○地域との交流を深めること・地域の関係機関との連携強化・地域のサーティーネットとしての地域貢献・地域包括ケアシステム構築の事業展開、の4つを基本方針の中の「地域と連携して地域と共にある施設を目指します」の項に文書化している。</p> <p>○施設内には利用者や地域の人が来所した時にも役立つ、成年後見制度・悪質業者から生活を守るポスター掲示がある。</p> <p>○地域のボランティアのほとんどは定期的に活動し利用者とは交流している。また、職員は地域の行事に参加できるように利用者の外出支援をしている。</p>
			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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 116 学校教育への協力を行っている。</li> </ul>	<p>○事業方針の地域との交流、連携強化を受けボランティアの受け入れを積極的に行っている。ボランティア受け入れマニュアル、登録票を用意し、資料を作成して個人情報保護等、利用者の権利擁護を中心に研修をしている。終了後は担当職員が報告書を記入している。年1回のボランティアの研修を兼ねた交流会を行っている。</p> <p>○地元の中学校などの職場体験、ボランティアの受け入れなど、学校教育に協力している。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 119 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 121 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。</li> </ul>	<p>○松本市内の介護保険事業所をはじめ福祉関係の関係機関については冊子として備え必要に応じて連携している。職員間では周知され誰もが使用できている。</p> <p>○市、市の社会福祉協議会等を中心に開かれる連絡協議会・地域ケア会議には施設内の地域包括支援センターが参加し情報を得ている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	① 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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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、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を行っている。</li> <li>■ 125 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○施設のスペースを使ってのうつくし夏祭りには広報誌「うつくしの里だより」で呼びかけ、ボランティア、地域住民と交流が出来ている。</p> <p>○昼間、夜間と、年2回行う避難訓練には地元の3つの自治会から、30名ほどの町民が参加して協力を得ている。今年から非常時の食料の備蓄リストに地域の分も加えている。また、災害時の福祉避難所として市から指定された。</p>
			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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人内の地域包括支援センターが、地区の民生・児童委員会などの団体や関係機関と連携し、地域の福祉ニーズを把握して高齢者福祉を中心に相談業務を受けている。施設へは地域包括支援センターから情報の提供がある。必要に応じ連携し持っている施設の社会資源を活用してもらっている。</p> <p>○地域のイベント、お祭り、地域へ配布する広報誌「うつくしの里だより」で、うつくしの里ができる地域活動を紹介している。例えば、排泄・食事介助・口腔ケア・移乗・老人ホームへの入所などについて個人・団体を問わず出向いて説明や支援を行う介護保険外のサービスとしてあげている。</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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人、ジェイエー長野会の行動目標に「利用者の尊厳を保つこと」「利用者・家族の思いを尊重し親切で良質な福祉サービスを提供すること」を謳っている。利用者を尊重した福祉サービスについて年1回は必ず全体会議で研修している。</p> <p>○接遇について各フロアで月ごとに目標を決めポスターとして貼りだしフロア職員で共有している。</p>
			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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○プライバシー保護規程・虐待防止対応規程としてマニュアルを整備し、研修責任者を中心に行動目標に到達するために年1回必ず研修を受けるよう義務付けられている。研修終了後は効果を確認している。</p> <p>○利用者・家族への権利擁護については入所時の契約の時に説明している。また、家族会でも説明している。</p> <p>○不適切な事案の発生は就業規則の懲戒として記載されている。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 148 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○利用希望者は、ホームページや介護支援専門員から情報を得ており、パンフレットやホームページの内容の充実、見直しに配慮している。</p> <p>○随時、見学希望者には施設を案内し丁寧に説明している。法人内の通所介護、短期入所を利用してから入所に繋がるケースがある。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○サービスの開始にはうつくしの里の理念がわかる文書・運営規定・独自の契約書・重要事項説明書・利用料についての説明書等を利用者・家族に説明し、入所の同意を得ている。また、引き続き利用者・家族の意向を尊重した介護支援計画書を作成し同意を得ている。</p> <p>○サービスの変更時は担当者会議を開き利用者・家族の思いや意向を尊重した新たな介護計画書を作成し、同意を得ている。</p> <p>○契約が困難な利用者・家族の場合は、市の高齢福祉課と連携して対応している。</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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○契約が終了して施設を退所する際は入所契約書に、</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1・心身の状況、置かれている環境により適切な病院・診療所・介護老人保健施設の紹介</li> <li>2・居宅介護支援事業者の紹介</li> <li>3・その他の保険医療サービスまたは福祉サービスの提供者の紹介</li> </ol> <p>を記載している。移行に当たっては移行先の施設、事業所の要請に合わせて、利用者、家族に了解を取り福祉サービスの継続性が保たれるように引き継ぎ文書を送っている。</p> <p>○看取りでの退所に当たっては担当職員が写真を送り、手紙を出すこともある。相談のある時は介護の担当だった職員があたる。</p>
	(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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 159 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。</li> <li>■ 160 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。</li> <li>■ 161 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○年に1回利用者満足の上昇のためのアンケート調査を行っている。収集し、分析して報告書として職員、家族に周知している。</p> <p>○担当者会議で家族のサービスに対する意見を聴取し、家族会でも職員が参加して家族の意見を聞いている。食事委員会では嗜好調査を含めて食事に関する聞き取りを行っている。</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>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○重要事項説明書に、サービス内容に関する相談、苦情、要望の項を設け、相談窓口、受付担当者、連絡先電話番号、受付時間を示している。相談窓口の複数個所をあることも記載されている。解決責任者は施設長で第三者委員も設置されている。苦情があった場合は広報誌等で公表される。</p> <p>○苦情解決の仕組みがフローチャートで示され解決の実施、改善について申し出た人には文書で報告している。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○入所契約時に重要事項説明書を丁寧に説明している。</p> <p>○担当者会議は自分の意向を正しく伝えられる場合は利用者が参加し、自分の考えを十分伝えられない利用者は家族の参加をお願いしている。お互いに気兼ねをしない環境を用意して意向の把握に努めている。</p> <p>○相談しやすい環境として相談室、医務室などが用意されており、その場の状況に合わせて配慮している。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 175 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	○苦情の申出人に苦情の内容を詳細に聞き、受け付け簿に記載している。苦情の内容の調査か、賠償を求める内容か等、苦情について申出人に確認し、申出人の意向に沿って解決している。必要によって第三者委員の参加も要請している。具体的な話し合いの記録、改善の記録を残しており、対応マニュアルに沿って組織的に迅速に行っている。
	(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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 180 リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネージャーの選任・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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○リスクマネジメントについては事故防止委員会が設置され、メンバーは施設長・事務長・医師・生活相談員・看護師・介護福祉士・介護支援専門員・管理栄養士で構成され施設長が責任者となっている。</p> <p>○事故発生時のマニュアルは、事故の状況把握をし、利用者に対する対応を速やかにし、関係者への連絡、報告から損害賠償に至るまで細かく記載されている。職員は全体会議、科内会議等で周知される。</p> <p>○ヒヤリ・ハット報告書・事故報告書は各エリアで現場主体で検討、解決し再発防止の確認は複数回行われる。施設全体に周知することはエリアへ回覧している。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 189 感染症の予防策が適切に講じられている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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ている。</li> </ul>	<p>○感染症の予防対策は日常的には看護職を中心に衛生委員会で行われ、職員は職員会議で研修を行っている。また、栄養科では、食中毒の予防に取り組んでいる。</p> <p>○感染症の予防対策はマニュアルを整備し、インフルエンザ、ノロウイルスの予防対策は11月から実施している。マニュアルの見直しもこの時期に行われ、インフルエンザワクチンの接種（利用者・職員）を実施している。</p> <p>○感染症予防対策委員会を開催し利用者・職員へ予防の周知を徹底している。外来者への協力（面会、マスク対応）のお願いも行っている。発生時の対策マニュアルを備え各関係機関（保健所、市）との連携をしている。</p>
			③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 192 災害時の対応体制が決められている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○防災計画を整備し、年2回の避難訓練、緊急連絡訓練を年1回実施し、災害や緊急時に備えている。年2回の避難訓練時には近隣に訓練を実施する旨のお知らせを配布し了承を得ている。地元の3つの自治会からの応援があり、消防署、警察署との連携が行われている。</p> <p>○避難訓練の実施にはチェック表があり職員は参加した感想文を提出している。</p> <p>○水、食料の備蓄は地域の分も含め3か所の倉庫に3日間分備えている。</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)	■ 197	標準的な実施方法が適切に文書化されている。	○業務マニュアルを標準的な実施方法として用い、接遇・食事・排泄・入浴・観察等の手順書になっている。福祉サービス実施時の留意点には利用者のプライバシー保護についての記載もあり、介護計画に反映している。  ○力量評価表によって自己評価し、チーフの評価を受ける。
				■ 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。	
	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)	■ 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。	○質の向上に向けてPDCAサイクルに基づく福祉サービスを行い、見直しは継続的に行われている。利用者のサービス内容の変化、新たな知識や介護技術の導入に当たり見直しが行われる。	
			■ 202	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。		
■ 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。					
(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。	○主任介護支援専門員が責任者となり福祉サービス実施計画書を策定している。アセスメントは利用者の入所前の生活歴、生活状況、入所に対する思い、身体状況、家族の状況や思いを詳しく把握し、入所後の希望、意向等丁寧に聞き取りアセスメントしている。  ○アセスメントから個別のニーズを明らかにし、必要に応じ、生活相談員・理学療法士・看護師・管理栄養士、等の参加を得て個別の福祉サービス実施計画策定を行っている。  ○理学療法士による利用者個人のリハビリ計画、管理栄養士による個々の栄養計画がある。	
			■ 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。					

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			② 定期的に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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○福祉サービス実施計画書に基づいて行われる介護サービス等は目標に沿った評価が記載されている。</p> <p>○カンファレンス・サービス担当者会議には介護支援専門員・利用者または家族・担当職員・生活相談員・理学療法士・看護師・管理栄養士等の参加で行い、計画書の見直しもしている。</p> <p>○アセスメント・福祉サービス実施計画書策定・計画書実施・モニタリング・担当者会議等一連として継続的に行われPDCA サイクルで定期的な見直しになっている。</p> <p>○福祉サービス実施計画書の急な変更は担当介護士から介護支援専門員・看護師に連絡される仕組みがある。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○施設で使用する記録物はほとんど施設独自で用意され記入の仕方は統一されている。</p> <p>○情報の共有を迅速に正確にできるように各エリアでタブレットの導入を始めている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 224 記録管理の責任者が設置されている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 226 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	○利用者の記録についての規程は、法人、ジェイエー長野会の規程で行っている。（介護に関する日誌等は2年間等）個人情報の不適切な使用についても法人、ジェイエー長野会の法令遵守に記載されている。個人情報の扱いについては、利用者、家族に対し入所時の契約時に重要事項説明と一緒に説明している。