

(別添1)

事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別 介護老人福祉施設
事業所名 特別養護老人ホーム笑みの里

第三者評価の判断基準

- a・・・着眼点をすべて実施している状態
 - b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態
 - c・・・着眼点を一つも実施していない状態
- 実施していない状態
 実施している状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (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、基本方針が確立されている。	① 法人や事業所の理念が明文化されている。	a)	■	1 理念が文書（事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等）に記載されている。	○法人は「綿半野原積善会の理念」として今後を見据えた使命を明示している。その使命を見据えて施設の理念、基本的考え方4項目、笑みの里十カ条を掲げている。その文章からは、尊厳や自立を尊重した良質なサービスを提供し、サブスローガン“安心してあなたのままの生活が続けられるケアを目指します”考えを読み取ることができる。 ○施設が目指す理念は、“あなたらしく暮らせるところあなたと共に創ります”を明確な方針としており、方針の具体化として「笑みの里の基本的考え方」を明確にしている。また、考え方の実現に向け「笑みの里十カ条」が示され、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。
				■	2 理念から、法人・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・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。		
			a)	■	3 基本方針が文書（事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等）に記載されている。		
			■	4 基本方針は、法人・事業所の理念との整合性が確保されている。			
		■	5 基本方針は、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。				
		(2) 理念や基本方針が周知されている。	① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a)	■	6 理念や基本方針を会議や研修において説明している。	
				■	7 理念や基本方針の周知を目的とした実践テーマを設定して会議等で討議の上で実行している。		
			■	8 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	講評 (着眼点以外の取組等)
I	1	(2)	② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a)	<p>■ 9 理念や基本方針をわかりやすく説明した資料を作成する等、より理解しやすいような工夫を行っている。</p> <p>■ 10 認知症などの利用者に対しての周知の方法に工夫や配慮をしている。</p> <p>■ 11 理念や基本方針を利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。</p> <p>■ 12 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>	<p>○入居前、入居時に家族等に対してパンフレットや広報誌を活用して説明している。 また、ホームページからも把握する事ができる。 ○年1回開催されるユニット毎の家族との懇親会において、理念や基本方針を説明している。 入居者には、耳元で話したり、大きい文字で説明しているが、更に認知症や障害を持つ入居者に対して、解り易い周知方法の工夫や継続的な取り組みを期待する。</p>
	2 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・長期計画が策定されている。	a)	<p>■ 13 理念や基本方針あるいは質の高い福祉サービスの実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。</p> <p>■ 14 実施する福祉サービスの内容や、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている。</p> <p>■ 15 中・長期計画は、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっている。</p> <p>■ 16 中・長期計画に基づく取組を行っている。</p> <p>■ 17 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</p> <p>■ 18 人件費の増減の予測を行っている。</p> <p>■ 19 地域の年齢別の高齢者の数の増減を把握し、利用者の増減を予測している。</p> <p>■ 20 増改築、建て替え等の特別の支出の必要性を把握している。</p>	<p>○笑みの里の理念の実現を目指し、中・長期にわたって取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、長期に渡り収支計画を策定し、業務分掌・体制・スタッフ構成・専門資格の状況等明確にしている。 ○飯田市人口推移等の関連資料として、一人暮らし高齢者世帯の予測や要介護者の予測、要介護者一人あたりの労働人口等の資料を活用し、介護事業計画を運営会議で分析している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (着眼点以外の取組等)	
I	2	(1)	② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a)	■ 21	事業計画には、中・長期計画及び中・長期の収支計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。	○単年度の事業・研修計画など、目標の実現に向けた姿勢を毎年事業計画で示し、その実現に向けた取り組みを具体的にあげている。 ○毎月予算と実績との対比及び分析を行い、目標達成の進捗状況や評価を行っている。
				■ 22	事業計画は、実行可能かどうか、具体的な活動や数値目標等を設定することによって実施状況の評価を行えるかどうかについて配慮がなされている。		
				■ 23	事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。		
				■ 24	事業計画は、前年度の実施状況の把握や評価を踏まえて策定している。		
				■ 25	事業計画を踏まえた予算書が策定されている。		
				■ 26	予算書と実績との対比・分析がなされており、対応を検討している。		
	(2) 事業計画が適切に策定されている。	① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a)	■ 27	年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。	○計画は、個人の評価、ユニット評価、各責任者の意見等を反映し確定に至る手順に沿って策定されている。 ○職員一人ひとりが取り組む具体的な計画は、現状分析等によりユニット課題として明確化し、その課題に対しての取り組みを職員で分担し計画書として明らかにするなど、全職員で担当・参画する計画となっている。	
			■ 28	評価の結果に基づいて各計画の再確認や見直しを行っている。			
			■ 29	一連の過程が一部の職員だけで行われていない。			
		② 事業計画が職員に周知されている。	a)	■ 30	各計画を配付し、会議や研修において説明している。		○確定した計画は、全職員研修で周知し、それを基に職員個々の個人目標を作成している。さらに、個人面談や計画に対する数値を示すなど理解が深まるように工夫している。 ○委員会やユニット毎で事業計画に沿って話し合い、委員会の議事録は全職員に回覧するなど、継続的な取り組みがされている。
			■ 31	各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。			
			■ 32	各計画の進捗状況を確認し、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	講評 (着眼点以外の取組等)			
I	3 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。	③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a)	■	33	利用者あるいは家族向けに各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。	○ユニット毎の懇親会で説明し、広報誌「ほほえみがえし」に掲載している。更に入居者には、より解りやすい工夫を行い説明する事を期待する。	
				■	34	各計画を利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。			
			① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a)	■	35	管理者は、自らの役割と責任について、文書化するとともに、会議や研修において表明している。		○広報誌「ほほえみがえし」に笑みの里の方向性等、自らの役割について掲載されている。また、月2回開催されるリーダー会や年3回の全職員との面接等で表明を行っている。 ○管理者の役割や責任は、職務権限規程や運営規程等に文章化されている。有事の場合は、災害時の対策本部長になっており、マニュアルなどに明確化している。
					■	36	管理者は、自らの役割と責任について、組織の広報誌等に掲載して表明している。		
					■	37	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、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)	■	38	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等に参加している。		○管理者は、各種研修会等に参加し、現行法や法改正等理解に努めている。全職員に対して、職員ルール、個人情報の保護、虐待防止法等の研修など実施して、遵守すべき法令等の周知を図っている。
		■			39	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、リスト化する等の取組を行っている。			
		■			40	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。			
		(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	a)	■	41	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。	○施設長として、サービスの質の向上を図る事を明確にしており、リーダー会や委員会などへの参加、第三者評価の受審など分析や評価を行い、サービスの質の向上に向け積極的に取り組んでいる。 ○定期的に個人面接を実施し、今年度の目標及び課題・目標達成のための具体的な方法・改善点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。	
					■	42	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を取り入れるための具体的な取組を行っている。		
					■	43	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。		
					■	44	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。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (着眼点以外の取組等)	
I	3	(2)	② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a)	■ 45	管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けて、人事、労務、財務等の面から分析を行っている。	○笑み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。コスト削減のため物品の変更、現場において職員の適正配置など、全職員で改善に向けての取組を行っている。 ○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。
					■ 46	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。	
					■ 47	管理者は、上記について、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。	
					■ 48	管理者は、経営や業務の効率化や改善の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。	
II 組織の 運営管理	1 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が的確に把握されている。	a)	■ 49	社会福祉事業全体又は当該分野の社会福祉事業の動向について、具体的に把握するための方法を持っている。	○法人は、地域の人口構造や利用者像の変化にいち早く着目し、軽費老人ホームや通所介護、特別養護老人ホーム等開設し、介護度別待機場所の状況等のデータ化、介護者の背景等、2030年までのニーズ予測や笑みの里の利用者数など、地域の情報収集等は組織として積極的に行われている。 ○管理者は、南信州広域連合会や県高齢者協会、全国社会福祉法人経営者協議会の動向等の情報を把握している。
					■ 50	利用者数・利用者像等について、事業所が位置する地域での特徴・変化等を把握している。	
					■ 51	福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等を収集している。	
					■ 52	把握された情報やデータが、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。	
			② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	a)	■ 53	定期的にサービスのコスト分析やサービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。	○毎月のユニット会議、リーダー会議、運営会議において、ベッド稼働率や平均介護度、健康状況の実態の月次管理を行い、改善に向けた意見を出し合っている。また、収益と予算の動向など運営状況の推移を検証し、これを最終決定の場となる運営会議にあげ、把握された課題等は計画に反映されている。
				■ 54	改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。		
				■ 55	経営状況や改善すべき課題について、職員に周知し、職員の意見を聞いたり、職員同士の検討の場を設定する等、事業所全体で取組を行っている。		
			③ 外部監査が実施されている。※社会福祉法人のみ対象（他は評価外）	a)	■ 56	事業規模に応じ、定期的に（2年あるいは5年に1回程度）、外部監査を受けるよう努めている。	○毎年度末に、公認会計士が当事業も含め法人全体の外部監査を実施している。公認会計士から課税対策等、専門的なアドバイスを頂き、経営会議にて改善対策を行っている。
		■ 57			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基づいて、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		講評 (着眼点以外の取組等)
Ⅱ	2 人材の確保・養成	(1) 人事管理の体制が整備されている。	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a)	■	58 必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方や、人事管理に関する方針が確立している。	○法人が定める人事考課規程に明示されており、OJTチェックシート考課表を用いて一人ひとりの職員の働き方を把握し、業務の内容を踏まえ必要な人材や人員体制を明確にして、計画的な人事管理を行っている。
					■	59 社会福祉士や介護福祉士等の有資格職員の配置等、必要な人材や人員体制について具体的なプランがある。	
					■	60 プランに基づいた人事管理が実施されている。	
			② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a)	■	61 人事考課の目的や効果を正しく理解している。	
					■	62 考課基準を職員に明確に示すことや、結果の職員へのフィードバック等の具体的な方策によって客観性や透明性の確保が図られている。	
		(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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a)	■	63 職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている。	○時間外勤務は毎月チェックし就業状況について話し合っている。個人面接を実施し、気軽に相談できる職場環境に配慮している。 ○ストレスチェックを行い、結果をフィードバックし必要な職員は、産業医と相談する事ができる。毎月産業医と安全衛生会議を開催し、職員の安全衛生をチェックしている。
					■	64 把握した職員の意向・意見や就業状況チェックの結果を、分析・検討する担当者や担当部署等を設置している。	
					■	65 分析した結果について、改善策を検討する仕組みがある。	
					■	66 改善策については、人材や人員体制に関する具体的なプランに反映し実行している。	
					■	67 定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談をしやすいような組織内の工夫をしている。	
					■	68 希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家を確保している。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (着眼点以外の取組等)		
II	2	(2)	② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a)	■ 69	職員の希望の聴取等をもとに、福利厚生センターへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。	○施設内で行われるヨガ教室の参加、マッサージ、ユニット毎の懇親会等職員の余暇活動や日常生活の支援を図っている。新たに飯田市勤労者共済組合に加入し、より充実した支援に努めている。 ○メンタルヘルスやハラスメント相談窓口が設置されている。健康診断は義務付けられ、全職員が年1回（夜勤従事者は2回）受けている。	
					■ 70	職員の悩み相談窓口を組織内に設置し、又は関係機関と連携して、解決に向けた体制が整備されている。		
					■ 71	職員の心身の健康に留意し、定期的に健康診断を行っている。		
		(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a)	■ 72	組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める基本的姿勢や意識を明示している。		○施設の理念に掲げてある福祉サービスの実施を受け、職員の基本姿勢、気づきのレベルの向上、ケアの統一と質の向上など重点課題と具体的対策が明示されている。また、携帯サイズの「笑みの里ノート」にまとめられており、いつでも確認することができる。 ○福祉サービスの実現に向けて、プロフェッショナル育成研修や専門資格研修、ユニットリーダー研修、キャリア別研修等法人として目的意識が明確になっており、整合性が確保されている。
					■ 73	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、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める専門技術や専門資格を明示している。		
			② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。		a)	■ 74	職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されている。	○職員ごとに目標を設定し、基本研修及び目的に合わせた研修計画（外部・法人内・職場内）を策定し実施している。個別の職員状況については、OJTチェックシート及び自己評価表で把握されており、段階ごとに必要な資質が明確になっている。 ○基本姿勢に基づき、職場内研修として年間計画を策定し、其々の職員に求められる技術や知識について実施されている。職場内の基本研修は、パート職員を含め全職員が参加できる体制をとっている。研修はプログラムに沿って毎月実施され新任職員研修を含め、段階的に実施されている。
						■ 75	個別の職員の技術水準、知識、専門資格の必要性などを把握している。	
						■ 76	策定された教育・研修計画に基づき、実際に計画に従った教育・研修が実施されている。	
						■ 77	教育・研修計画には、新任職員研修も含め段階的な教育・研修が設定されている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (着眼点以外の取組等)
			③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a)	<p>■ 78 研修を終了した職員は、報告レポートを作成している。</p> <p>■ 79 研修を終了した職員が、研修内容を発表する機会を設けている。</p> <p>■ 80 報告レポートや発表、当該職員の研修後の業務等によって、研修成果に関する評価・分析を行っている。</p> <p>■ 81 評価・分析された結果を次の研修計画に反映している。</p> <p>■ 82 評価・分析された結果に基づいて、研修内容やカリキュラムの見直しを行っている。</p>	○外部研修終了後は、研修報告書を作成し、施設内研修はアンケートを実施している。外部研修受講者は伝達講習とし委員会やユニット会議等にて全職員に共有している。研修後は、振り返りシートに内容の評価・分析・見直しを行い、今後の研修計画に活かしている。
II	2	(4) 実習生の受入れが適切に行われている。	① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	a)	<p>■ 83 実習生の受入れに関する基本姿勢を明文化している。</p> <p>■ 84 実習生の受入れについて、受入れについての連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等の項目が記載されたマニュアルが整備されている。</p> <p>■ 85 受入れにあたっては、学校等との覚書を取り交わす等によって、実習における責任体制を明確にしている。</p> <p>■ 86 実習指導者に対する研修を実施している。</p> <p>■ 87 実習内容全般を計画的に学べるようなプログラムを用意している。</p> <p>■ 88 学校等と、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> <p>■ 89 社会福祉士、介護福祉士、ホームヘルパー等の種別に配慮したプログラムを用意している。</p>	○笑みの里が開設され2年半経過し、資格取得のための実習生受け入れが可能となり、マニュアル等作成し、受入れの基本的な考え方や方針等明確にしている。笑みの里の理念に沿った入居者の意向を尊重出来る受け入れ体制作りに取り組んでいる。 ○今後受け入れる予定の学校と連絡を取り、外部の指導者研修を受講するなど準備を進めている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (着眼点以外の取組等)	
	3 安全管理	(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。	① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a)	■ 90	管理者は利用者の安全確保の取組について、リーダーシップを発揮している。	○事故、災害、緊急時、感染症など利用者の安全確保のためのマニュアルが整備されている。管理責任者（施設長）は毎月1回開催のリスクマネジメント委員会の委員長、安全対策担当者を任命しリーダーとしての役割を果たしている。各ユニットからも参加して検討し、結果をユニットに報告している。 ○夜間帯の対応については夜勤者、看護職、守衛の動きを詳しくマニュアル化し役職者への報告順位も明確になっている。
					■ 91	利用者の安全確保に関する担当者・担当部署を設置し、その担当者等を中心にして、定期的に安全確保に関する検討会を開催している。	
					■ 92	検討会には、現場の職員が参加している。	
					■ 93	リスクの種類別に、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。	
					■ 94	事故発生対応マニュアル等を作成し職員に周知している。	
II	3	(1)	② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。 ②	a)	■ 95	立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類の必要な対策を講じている。	○年2回の避難訓練を実施している。消防署、地域の消防団（夜間に）も参加し避難ルート、ユニットの場所の確認をしてもらい職員が入居者を演じ安否の確認、避難方法を訓練した。参加した職員は全員、感想文を書いて振り返りを行い、次回はさらに現実に即した訓練ができるように努めている。 ○食料は3日間安全に暮らせるようにリスト化して備蓄している。倉庫の確保はできているので、食品以外の備品については早急に検討する予定がある。 ○職員はメールで安否の確認をし、家族への連絡はリストの緊急連絡先に行うよう決めてある。
					■ 96	災害時の対応体制が決められている。	
					■ 97	利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、全職員に周知されている。	
					■ 98	食料や備品類など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。	
					■ 99	自治体、消防署、警察、自治会、消防団などと調整し、災害時の避難先、避難ルート、避難方法についてあらかじめ決めていく。	
					■ 100	自治体、消防署、警察、自治会、消防団などと連携するなど工夫し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	着眼点	講評 (着眼点以外の取組等)
			③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 101 利用者の安全を脅かす事例の収集を、その仕組みを整備した上で実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 102 収集した事例について、職員の参画のもとで発生要因を分析し、未然防止策を検討している。 <input checked="" type="checkbox"/> 103 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 104 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。 <input type="checkbox"/> 105 介護機器、設備、備品等の点検のルールを定め、実行している安全基準や規格について理解し、定期的点検を行うなどしている。	○各ユニットで収集された、ヒヤリ・ハット、事故報告書は、ユニット会議で評価検討を行い、さらに必要に応じて事業所のリスクマネジメント委員会で検討される。 ○入居者のリスクに対応できるように「危険予知トレーニング」や施設内研修を実施している。介護機器は問題があれば随時対応している。今後、建物や付帯設備だけでなく、介護機器等も定期点検を実施されることが望ましい。
II	4 地域との交流と連携	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 106 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 107 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 108 利用者が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援助を行う体制が整っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 109 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 110 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。	○「笑みの里の基本的考え方」として「地域に開かれた施設運営を行います。」とあり、『施設の中に地域性を設け、また、地域とのコミュニティー性を持ちながら、「暮らしを広げていける場」としての施設(家)を目指します。』と明文化している。 ○入居者には掲示板で地域の行事、イベントを知らせ、施設で参加したりユニットで参加したり、希望者に対しては個別に対応している。 ○ギャラリーでは地域の方々の作品展、上郷地域530組合への広報誌「ほほえみがえし」の回覧でボランティアの呼びかけ、地域交流ホールの活用で利用者との交流を広げるための働きかけを積極的に行っている。 ○地域のお祭りへの参加、保育園児や小学生との交流、ボランティアの訪問など、入居者の楽しみとなっている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (着眼点以外の取組等)
			② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a)	<p>■ 111 介護や保育等について、専門的な技術講習会や研修会、地域住民の生活に役立つ講演会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。</p> <p>■ 112 介護相談・育児相談窓口、障害者やその家族等に対する相談支援事業、子育て支援サークル等、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。</p> <p>■ 113 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。</p> <p>■ 114 地域の求めに応じて、職員等を講師として派遣している。</p> <p>■ 115 災害時の事業所の役割、について、地域住民や自治体等とあらかじめ決めている。</p>	<p>○ギャラリーを活用し地域の写真クラブ、婦人会の作品、小中学校の作品など地域の方々の作品展示を行いギャラリーの見学者も入居者、職員を除いて延べ400名に迫っている。</p> <p>○毎月第1日曜日と第3水曜日には喫茶店を開き地域にも開放している。外部講師を招いてのヨガ教室、職員が講師になるパソコン教室にも地域の方々の参加を歓迎している。</p> <p>○地区のイベント、お祭りに参加する中でまちづくり委員会や福祉関係者の依頼で職員が介護等に関する講演をしている。</p> <p>○飯田市と災害時の福祉避難所の契約をしている。</p>
			③ ボランティア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。※社会福祉法人等公益法人以外は評価外	b)	<p>□ 116 ボランティア受入れに関する基本姿勢（基本的な考え方・方針）を明文化している。</p> <p>□ 117 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、仕事内容、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。</p> <p>■ 118 ボランティアに対して必要な説明や研修を行っている。</p> <p>■ 119 事業所の主催行事にボランティアを招くなどして、ボランティアに事業所をより深く理解してもらう取組みをしている。</p>	<p>○ボランティアには注意事項として、認知症の入居者がいること、個人情報保護のこと、介護行為はしないように等伝えている。</p> <p>○ボランティア活動終了後はお茶を飲んでいただき、課題、改善点を聞き、次回も気持ち良く来てもらえるよう配慮している。職員には挨拶や感謝の気持ちを伝えるよう指導している。</p> <p>○地域に根ざした施設として、積極的に多くのボランティアを受け入れている。今後ボランティアの受け入れに関する基本姿勢の明文化、受け入れマニュアル等の整備をすることが望まれる。</p>
		(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 必要な社会資源を明確にしている。	a)	<p>■ 120 個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示し、当該地域の関係機関・団体について、その機関・団体との連携の必要性を含めたりリストや資料を作成している。</p> <p>■ 121 職員会議で説明する等職員間で情報の共有化が図られている。</p>	<p>○社会資源としての関係機関や団体の役割や連絡先は組織体制として幹部職員などがリスト化して承知している。関係機関との連絡は幹部職員が行っている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (着眼点以外の取組等)		
Ⅱ	4	(2)	② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a)	■ 122	関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	○施設長会、地域連絡会、サービス担当者会等定期的に開かれる会議については担当幹部が出席している。同じ法人内の特別養護老人ホームとは幹部職員が定期的に会議を開き具体的な介護内容、マニュアルを検討する機会が設けられている。 ○内科の嘱託医や協力歯科医院の歯科医がおり、看護職員が中心となって連絡・相談等、日頃から連携がとれている。 ○日常生活自立支援事業、成年後見制度が必要な入居者がいる場合は制度へ繋げる用意がある。	
					■ 123	かかりつけ医（必要な場合は歯科医を含む）と連携している。		
					■ 124	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積極的に行っている。		
					■ 125	地域に適当な関係機関・団体がない場合には、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。		
					■ 126	日常生活自立支援事業、成年後見人との連携を常にとっている。		
					■ 127	必要な場合に、日常生活自立支援事業、成年後見人制度へのつなぎを行っている。		
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	① 地域の福祉ニーズを把握している。※社会福祉法人等公益法人以外は評価外	a)	■ 128	関係機関・団体との連携に基づき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。	○地域の民生委員会や地域連絡会等に参加し地域の福祉ニーズの把握に努めている。 ○地域（別府上）では夏祭り、文化祭などの際には、入居者が参加できるような配慮をしてくれている。また施設行事には、地域からの大勢のボランティアの訪問など、日頃の交流から福祉ニーズを把握している。 ○入居者や家族からはユニット懇親会でアンケート調査を行い入居者のニーズなど把握するよう努めている。また、サービス担当者会議に家族も参加しており、要望や意見を聞いている。	
					■ 129	民生委員・児童委員、住民の福祉組織（地区社会福祉協議会、自治会福祉部会、ボランティアグループ、NPO等）等と会合を開催したり、交流する等によって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。		
					■ 130	地域住民に対する相談事業を実施すること等を通じて、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。		
					■ 131	通常の福祉サービスを通じて、利用者が困っていること、ニーズを把握するよう努めている。		
			② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。※社会福祉法人等公益法人以外は評価外	a)	■ 132	把握した福祉ニーズに基づいて実施した具体的な事業・活動がある。		○地域（別府上）まちづくり委員会と情報交換を行い、事業所が地域に対してできることを模索し、地域に開かれた施設づくりを積極的に行う旨が事業計画に明記されている。 ○介護長を中心に地域から求められた福祉ニーズについての講演会や説明会などの依頼があれば対応している。 ○ギャラリーや地域交流ホール、喫茶ラウンジの地域住民などへの活用推進も事業計画にある。
					■ 133	把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動の中・長期計画や事業計画の中に明示している。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (着眼点以外の取組等)
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 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a)	<p>■ 134 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ている。</p> <p>■ 135 利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法等に反映されている。</p> <p>■ 136 利用者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。</p> <p>■ 137 身体的拘束廃止や虐待防止について職員に周知徹底している。</p>	<p>○「笑みの里十カ条」に“あなたに敬意を持った言葉遣いや態度で接します”、“視線を合わせて笑顔で話します”とあり、ユニットケアの基本方針として“入居者一人ひとりの意思及び人格を尊重し”と入居者を尊重する姿勢が示されている。</p> <p>○介護サービスの手順書にも本人の意向確認、声かけなど利用者本位の姿勢が明記されている。</p> <p>○理念、基本方針について4月に理事長より全職員が研修を受けることが義務付けられ、その中で利用者尊重、基本的人権について学んでいる。また、中途採用者にも入職時の、同様の研修が行われている。身体拘束、虐待防止についてはリスクマネジメント委員会を中心に研修が行われている。</p>
			② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a)	<p>■ 138 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫等、組織として具体的に取り組んでいる。</p> <p>■ 139 利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。</p> <p>■ 140 規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。</p>	<p>○笑みの里の職員ルールで「プライバシーや羞恥心への配慮について」を整備し居室、入浴介助、排せつ介助についてプライバシー保護の具体的な事例が挙げられている。年1回4月に全員研修する機会がある。</p> <p>○介護サービス手順書では、入浴・排せつ・口腔ケアにおいてプライバシーへの配慮が明記されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (着眼点以外の取組等)
		(2) 利用者満足の上昇に努めている。	① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	a)	<p>■ 141 利用者満足に関する調査を定期的に行っている。</p> <p>■ 142 利用者満足を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会を定期的に行っている。</p> <p>■ 143 利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。</p> <p>■ 144 利用者満足に関する調査の担当者・担当部署の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。</p> <p>■ 145 分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。</p>	<p>○年1回のユニット懇親会に家族を招き、その際、要望、意見の聞きとり、アンケートを実施している。面会が多いので来所の際要望を聞いている。</p> <p>○寄せられた要望はユニット会議で分析検討され改善につなげている。他のユニットにも関連することについては連携している。</p> <p>○入居者に対しては、個別に食事の嗜好調査や要望等聞き取りを行っている。</p>
Ⅲ	1	(3) 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている。	① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a)	<p>■ 146 利用者が、複数の相談方法や相談相手の中から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。</p> <p>■ 147 利用者や家族等に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。</p> <p>■ 148 相談や意見を述べやすいようなスペースの確保に配慮している。</p>	<p>○笑みの里の重要事項説明書に事業所の相談窓口と共に、長野県国民健康保険団体連合会、最寄りの市町村の介護保険窓口の連絡先が明記されている。</p> <p>○面会時に気さくにユニットの担当者、職員に要望を伝えてくれるように呼びかけている。</p> <p>○意見箱を事業所内の2か所に設置し、全室個室、相談スペースも確保し意見を述べやすい配慮をしている。</p>
			② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a)	<p>■ 149 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）を整備している。</p> <p>■ 150 苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。</p> <p>■ 151 利用者や家族に対して、苦情記入カードの配布や匿名アンケート実施など利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫を行っている。</p> <p>■ 152 苦情を受け付けて解決を図った記録が適切に保管されている。</p> <p>■ 153 苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。</p> <p>■ 154 苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。</p>	<p>○苦情受付窓口担当者等、笑みの里運営規程、重要事項説明書に明記され、入居に際して説明をしている。第三者委員は2名設置されている。</p> <p>○前年度は苦情はないが、相談や要望があり、その都度説明や対応をしてきた。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (着眼点以外の取組等)
			③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a)	<p>■ 155 意見や提案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規定したマニュアルを整備している。</p> <p>■ 156 対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。</p> <p>■ 157 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。</p> <p>■ 158 意見等を福祉サービスの改善に反映している。</p>	○意見、提案についても苦情に沿った解決方法を取り、対応可能なことは即対応している。例えば、トイレプースの荷物棚が欲しいとの提案がありすぐに取り付けた。
Ⅲ	2 サービスの質の確保	(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。	① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a)	<p>■ 159 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。</p> <p>■ 160 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。</p> <p>■ 161 評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。</p>	○現在、事業計画の中に位置づけられた第三者評価を受審中である。今後、結果を受け、施設長や幹部を中心に組織として分析・検討する予定である。
			② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a)	<p>■ 162 職員の参画により評価結果の分析を行っている。</p> <p>■ 163 分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。</p> <p>■ 164 職員間で課題の共有化が図られている。</p> <p>■ 165 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実施計画を策定する仕組みがある。</p> <p>■ 166 改善策や改善実施計画の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて計画の見直しを行っている。</p>	○評価結果に基づき明確になった課題を組織として分析し改善実施計画につなげていく予定である。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (着眼点以外の取組等)			
		(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。	① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a)	■ 167	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。	○平成28年8月1日更新の法人の介護マニュアルは、入居者の起床から就寝、夜間まで生活における必要な介護行為を入居者の立場に立って手順書に整備している。留意事項として人生の先輩に対しての尊敬の気持ちを表し、プライバシーに配慮している。 ○OJTチェックシートで自己評価し上司の考課をうける仕組みがあり、今年度はより高い質を目指して事業計画に“ケアの統一と質の向上”を掲げている。		
					■ 168	標準的な実施方法には、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。			
					■ 169	標準的な実施方法を記した文書は、いつでも閲覧でき、職員が日常的に活用している。			
					■ 170	標準的な実施方法に基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。			
				a)	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。	■ 171		サービスの標準的な実施方法の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。	○同じ法人の特別養護老人ホームと幹部職員の合同会議が定期的開催され「介護マニュアル」について議題に揚げ、入居者、職員の意見も反映して見直す仕組みがある。
						■ 172		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。	
Ⅲ	2	(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a)	■ 173	サービス実施計画に基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。	○入居者の1日に必要なサービス実施計画がシート化され、サービス内容を確認しながら「記録の書き方とポイント」を参考に、それぞれの職員に差異が生じないように配慮している。		
		■ 174		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などの工夫をしている。					

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (着眼点以外の取組等)
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	<p>■ 175 記録管理の責任者が設置されている。</p> <p>■ 176 利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程等を定めている。</p> <p>■ 177 利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。</p> <p>■ 178 記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。</p> <p>■ 179 職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。</p> <p>■ 180 個人情報の取扱いについて、利用者や家族等に理解されるよういねいに説明している。</p>	<p>○ユニットでの記録管理は内容が見えないようにカーテンを取り付けてある。法人の「文書管理規程」があり、管理者は施設長で開示、保存、廃棄について規定されている。</p> <p>○「重要事項説明書」で「個人情報に関する基本方針」「個人情報の利用目的」「個人情報の使用にかかわる同意書」「写真等の掲載に関する承諾書」を示し家族等に説明している。</p> <p>○今年度は、記録の管理について、4月の「理念、接遇研修」の中で行われた。今後、2月の「個人情報の取り扱い」の研修が行われる予定がある。</p>
			③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a)	<p>■ 181 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。</p> <p>■ 182 情報共有を目的として、ケアカンファレンスの定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。</p> <p>■ 183 記録については、パソコンを利用している場合には、ネットワークシステムの利用により、パソコンを利用していない場合には、台帳の整備により、事業所内で情報を共有する仕組みを作っている。</p>	<p>○入居者の状況等はパソコン内で共有している。また、ユニットごとに「気づきノート」を用意しユニット内での情報を共有している。</p> <p>○月1回のユニット会議で行われるカンファレンスは部門を超えて取り組まれている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (着眼点以外の取組等)	
Ⅲ	3 サ ー ビ ス の 開 始 ・ 継 続	(1) サービス提供の開始が適切に行われている。	① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a)	■ 184 インターネットを利用して、組織を紹介したホームページを作成し公開している。	○法人として写真、図などを入れたホームページを作成し、施設の概要をわかりやすく説明している。広報誌は年3回発行し地域での回覧、関係機関に配布し置いている。 ○見学は希望に添って受け入れている。本入居に際して、場合によっては短期入所を体験することを勧めている。	
				■ 185 理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資料を、行政、関係機関に配布し、置いている。			
				■ 186 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。			
				■ 187 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。			
			② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a)	■ 188 サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料を用意して、利用者に説明している。		○サービス開始には運営規程、契約書、重要事項説明書、看取りについての説明を行い、入居者、家族（代理人）から、同意を受けている。
				■ 189 重要事項説明書等の資料や契約書の内容、及び説明の仕方は利用者にもわかりやすいように工夫している。			
				■ 190 サービス開始時には、サービスの内容や料金等について、利用者や家族等の同意を得た上でその内容を書面で残している。			
				■ 191 利用申込者の判断能力に障害が見られる場合において、利用者に代わってその家族、代理人、成年後見人等との契約を行うか、立会人を立てている。			
		(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a)	■ 192 他の事業所や地域・家庭への移行にあたり、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。	○退居については、運営規定や重要事項説明書、契約書に記載されている。他事業所や家庭に移行することはほとんどないが、必要に応じて文書をだしている。 ○相談員が担当しており、退去届を提出してもらい説明している。	
				■ 193 サービス終了した後も、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。			
■ 194 サービス終了時に、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。							

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点		講評 (着眼点以外の取組等)					
Ⅲ	4 サービス実施計画の策定	(1) 利用者のアセスメントが行われている。	① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a)	■	195 利用者の心身の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。	○アセスメントシートとして、24時間シートを作成している。生活の流れに沿って、利用者の心身の状況、希望、できること、支援内容等が記載されている。 ○半年に1回の定期的な見直しの際には、ユニット内の職員及び多職種へ24時間シートとケアプランについての意見を聞く回覧を回している。 ○日々の個人記録は、24時間シートの支援内容毎に記録するようになっており、変化等あれば見直し修正を行っている。また、月1回のユニット会議においてケアカンファレンスが行われ、入居者の状況や支援内容について検討されている。					
		■	196 アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている。	■	197 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、アセスメントに関する協議を実施している。	■		198 利用者一人ひとり、家族の具体的なニーズ、意向が明示されている。				
		(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。	① サービス実施計画を適切に策定している。	a)	■	199 サービス実施計画策定の責任者を設置している。		■	200 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。	○サービス担当者会議は、多職種や家族も参加して意見を聞いて、サービス実施計画の策定を行っている。 ○ケアプラン策定の責任者は介護支援専門員で、ケアプランの評価表にそって確認を行っている。 ○24時間シートに、個別の対応方法、注意点等を具体的に記載し支援を行っている。		
		■	201 サービス実施計画どおりに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るとともに、機能している。	■	202 標準的な実施方法では対応できない一人ひとりの個別の介助方法・手順はサービス実施計画又は別文書で作成している。	(2) 定期的サービス実施計画の評価・見直しを行っている。		② 定期的サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a)		■	203 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。
		■	204 見直しによって変更した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。	■	205 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。							