

(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（施設名） 短期入所生活介護 ともしび

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○法人の理念として「地域の方々の安心・安全な自立生活の支援」を掲げ「地域の方々とは」「安心とは」「安全とは」「自立生活とは」「支援とは」について具体的な内容を明文化、ホームページやパンフレットに掲載しています。</p> <p>○介護方針は「ゆっくり」「いっしょ」「わがまま」を掲げ、それぞれの内容の詳細が文書化されています。</p> <p>○法人理念、介護方針については職員アンケート結果より、多くの職員が周知していることを確認しました。また、職員の昇級試験には理念や基本方針についての問いがあるとのことで、理念や介護方針の周知は徹底されています。</p> <p>○ショートステイの案内パンフレットにも介護方針が明記され、利用者や家族への周知が図られています。</p> <p>○行動方針は社会福祉職として社会人としての規範であり朝礼で職員が項目について一言スピーチをしてお互い確認している。</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 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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	<p>○令和4年度事業計画に目標稼働率の数値目標を掲げています。また、具体的な施策として、近隣施設で受け入れのできないロングショートを受け入れ、丸子塩川・鹿教湯地区、塩田地区への営業など、広域にわたる利用促進を目指しています。</p> <p>○令和3年度事業活動明細書では、事業収入が支出を上回っており、健全な事業運営となっています。</p> <p>○職員コメントでは多くの職員が経営状況について知らないとの回答がありましたので、周知の手だてをお願いします。</p>
			② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	b)	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	<p>○令和3年度は短期入所ということで、利用中の病変により利用が中止になるケースが5名みられたことで、次年度は感染症対策として、空けておく1床を有効活用していく方針を打ち出しています。</p> <p>○評議員会及び理事・監事会が年に2回開催され事業報告ならびに収支状況について周知共有がなされています。</p> <p>○職員の間では、項目によって周知に温度差が見られます。支援に邁進しているが故に経営面への関心は薄くなってしまいがちですが、改めて周知ご尽力願います。</p>
	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。	c)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	<p>○中・長期計画は法人として検討はされているが明確ではないことが評議員会で指摘されています。よって今年度より事業継続計画(BCP)と合わせて、計画の策定に着手されるとのことです。計画的に進めて下さい。</p> <p>○法人の理念・基本方針は明文化され、周知されています。進むべき方向性が明確になっていますので、職員間で実現可能な中・長期計画の策定を望みます。</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 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	b)	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<p>○単年度計画は具体的な数値目標を掲げ、実現するための施策が明示されています。</p> <p>○第三者評価の実施により、利用者や家族のニーズ、要望を明らかにして、中・長期計画への反映に繋げる取り組みが見られます。</p> <p>○介護予防体操教室の実施、認知症講習会、感染予防指導等、具体的な実施計画が示されています。</p>
		(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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<p>○事業計画は2月の段階で職員の意見を聞き、集約する中で策定しているとの話を管理者ヒヤリングで伺いました。</p> <p>○事業計画は、年度初めの職員会議の場において周知を図ると共に、職員通用口に張り出し、日々確認できるよう工夫しています。</p> <p>○月に1度のユニット会議やリーダー会議、各委員会（7）において事業の内容について検討、評価が行われ、必要に応じて見直しを行っています。</p>
			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	<p>○事業計画の内容は家族会の総会において配布し説明がなされています。（新型コロナウイルス感染症予防の観点より書面）</p> <p>○事業計画の利用者への説明については不十分との指摘がありました。利用者一人ひとりに沿った分かりやすい資料の作成と説明に努めてください。</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・福祉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"> ■ 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。 	<p>○認知症については認知症介護指導者のもとで研修を行い、知識と支援力の共有を図っています。また、褥瘡防止ゼロを目指し、栄養士が中心となって食事支援に力を入れることで、褥瘡ゼロが維持されています。</p> <p>○口腔ケアに重きをおいており、結果として肺炎を起こさない支援につながっています。</p>
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○口腔ケアについては日々の支援結果に基づいた課題を職員間で話し合い評価する中で、口腔ケアが要因となってみられる肺炎の利用者の抑制に成果を上げています。</p> <p>○褥瘡ゼロの維持に向けて、職員間による情報共有を徹底し、絶えず評価し改善を図っていく仕組みが整備されています。</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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○管理者の役割については運営規程および重要事項説明書に「事業所の従業者及び業務の管理を一元的に行う」と明記されています。ただ職務内容が抽象的な表現ですので、より詳細や役割を明示して、組織内において周知されることを望みます。</p> <p>○各職務についても運営規程の中で役割と責任を明確にして周知を図っています。</p> <p>○管理者以下の指示命令系統が組織図として明示されています。</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"> ■ 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。 	<p>○遵守すべき法令等については、法人本部との連携の中で、規定に則り運用されています。</p> <p>○管理者は職員の労働環境・処遇の改善に向けた制度を学び、導入に向けた取り組みを実施しています。</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。	<p>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。</p> <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。</p>	a)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>○毎月のユニット会議、リーダー会議、入浴・食事・排泄・レクリエーション・環境整備・写真・マニュアルを担当する委員会を掌握し、サービスの質についてリーダーと共に評価・分析を行っています。</p> <p>○職員の階層別の研修を実施して、研修で得た知識や技術がサービスの質の向上に反映されるよう努めています。</p> <p>○稼働率の向上に向けて積極的な営業活動の実施と、利用者が安心してショートステイが続けられるよう、関係部署との連携の中で取り組んでいます。</p> <p>○経費の面では利用者の介護用品について、排泄時の水分量を把握し、状態に見合ったオムツの形状を模索する等、職員と一緒に経営の適正化を探求しています。</p>
育2 成福 祉人 材の 確保		(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)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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>	<p>○入職に際しては資格にとらわれず、働く中で育成し資格取得に繋げていくとの考えを管理者より伺いました。</p> <p>○介護職員29名中23名が介護福祉士の有資格者であります。また事業所では、働きながら介護福祉士取得を目指すものに対する実務者研修受講支援や、より専門性の高い介護技術を取得しようとする者に対する喀痰吸引、認知症ケア等の受講支援に尽力されています。</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"> ■ 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>○法人の理念に基づき、「ともしび」としての行動方針が、①社会福祉職としてが10項目、②社会人としてが10項目明文化されています。</p> <p>○法人の職員として基本的態度を身に付けることを目的に、①すべての方に対して②利用者に対して③職員としてそれぞれに留意点、想定されるリスクを明記し、共有に努めています。</p> <p>○法人として多様でやる気のある人材を採用・育成を目指しており、職員が得意とする分野の力を施設内、地域で発揮する機会の創出に努めています。</p> <p>○職員一人ひとりが目標に応じた研修が受けられる体制が構築されています。</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"> ■ 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>○職員のワーク・ライフ・バランスについては、突然の休みや時間休に対してシフトを調整する等の手だてが講じられていることを職員アンケートより確認しました。</p> <p>○子育てサポート企業として”プラチナくるみん”を認定されており、子が小学校3年生まで一日6時間の短時間正規職員や臨時職員も取得可能な看護休暇、3か月間の男性育児休暇など子育てとの両立を目指す者のため制度の充実、また親の介護休暇等、職員のおかれた状況に考慮された福利厚生が整備されています。</p> <p>○法人として新人介護職員の早期離職防止のためのエルダー・メンター（新人指導担当者）制度の導入、介護職員の腰痛対策を含む負担軽減のための介護ロボットやリフト等の介護機器等が導入されています。</p> <p>○福祉人材の確保につきましては福祉業界にとって切実な課題であります。法人としての福祉人材や人員体制についての改善策や具体的な計画について、多くの職員に対して周知、共有を進めてください。</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。	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>○「ともしび」行動方針において「期待する職員像」が明確にされており、職員は理念、行動方針より目標を設定しています。</p> <p>○職員一人ひとりの目標は人事考課時に進捗状況の確認が行われていることを、職員アンケートより確認しました。</p> <p>○目標について年度当初・年度末に面接を行うなど、目標達成度の確認はすべての職員のコメントより出来ているとのことを確認しました。</p>
			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>○「期待する職員像」については法人の理念に沿った行動方針に明示されています。</p> <p>○職員研修については職員の希望や階層別に外部研修として認知症、感染症、喀痰吸引等のリスクマネジメント研修への参加、内部研修として理念、人権擁護、看取り、救急、接遇、高次脳機能障害等の研修を計画的に実施しています。</p> <p>○研修は策定された教育・研修計画に基づき実施されていることを職員コメントより確認しました。</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>○職員が取得している専門資格の取得状況を把握し、未取得の職員には資格取得のための援助体制が整備されています。</p> <p>○管理者研修をはじめとして、リーダー研修、チームリーダーによるマネジメント研修が計画的に実施されています。</p> <p>○新人職員のためのエルダー・メンター（新人指導担当者）制度を導入して、育成に努力しています。</p> <p>○職員の教育・研修の場への参加は、多くの職員より、できているとの結果をコメントより確認しました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	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"> ■ 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>○実習生には指導者研修を受講した職員が、研修・育成計画を作成し指導に当たっています。</p> <p>○実習生は社会福祉士養成として、長野大学からの受け入れを行っています。</p> <p>○実習期間中は学校との連携を密にして、実習内容やプログラム等の整備等の工夫が行われていることを、職員コメントより確認しました。</p> <p>○福祉人材の確保に向けて、幼児教育課程のある短大生の実習受け入れの検討が望まれます。</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"> ■ 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。 	<p>○法人のホームページには事業所の理念や介護方針、現況報告として、法人の組織図や決算報告、定款・役員名簿が公開されています。</p> <p>○事業所では自己評価制度の導入、苦情処理体制の設置、第三者委員を設置し、運営に対する評価・苦情体制を整備しています。第三者評価の受審については今回が初めてであり、公表を予定しています。</p> <p>○年に3回広報誌「ともしびだより」を発行し、法人本部を含めた4つの拠点事業所の状況をホームページに掲載しています。また、家族をはじめ、地域や関係機関に配布し啓蒙活動を展開しています。</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"> ■ 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。 	<p>○事業所の事務、経理、取引等に対しては法人の監事による内部監査、理事である税理士による監査体制の下で定期的の実施され公表されています。</p> <p>○ガバナンス強化・財務規律の確立に向けた取り組みとして財務会計に関する事務処理体制の向上についての支援を税理士より頂いています。</p> <p>○職員コメントから、運営面について半数の職員が十分に把握していないとの結果がみられましたので、周知の方策が望まれます。</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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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へ提供している。 ■ 107 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。 □ 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。 	<p>○「地域の方々の安心・安全な自立生活の支援」を理念として、生活に必要な様々な福祉事業を展開して、地域の安心・安全に寄与しています。</p> <p>○事業所の行事やイベント、事業所内外の清掃活動では家族会(さつき会)等のボランティアによる協力体制ができています。また家族会の中には、退居された利用者の家族が引き続き家族会との繋がりを維持してボランティア活動に参加されています。</p> <p>○重要事項説明書には事業所周辺の公共施設、教養娯楽施設が明記されています。コロナ禍の影響で地域の行事、イベントへの参加は自粛されています。</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"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○ボランティアの受け入れに対するマニュアルは明文化されていることを管理者とのヒヤリングで確認しました。</p> <p>○地域の方々による洗濯物畳みや清掃活動のボランティアの実態を、職員コメントより確認しました。</p> <p>○学校関係では地元中学校生徒による職業体験の実施、また小・中学校においては認知症サポーターについての講演会や職員による寸劇を行い、啓蒙活動に努めています。</p> <p>○ボランティアに関する活動は積極的に取り組まれています。現場職員の中には十分に把握されていない方がみられましたので周知をお願いします。</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) 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)	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 117 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<p>○地域には豊富な社会資源があり、重要事項説明書には明記されていますので、より分かりやすくリスト化された資料の作成をお願いします。</p> <p>○すみよい武石を作る会、武石地域協議会、四法人(当法人、恵仁福祉協会、みまき福祉会、大樹会)による協議会が組織され、さまざまな課題に対して情報提供、共有の場が設けられています。中でも四法人ではBCP(事業継続計画)に則り、災害時協定が検討されています。</p>
		(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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。	<p>○当法人では地域に特別養護老人ホームをはじめとして武石、長門、和田の三つの地域にデイサービスセンターを設置、また、小規模多機能型居宅介護、グループホームの設置、居宅介護支援、相談支援、ヘルパーステーションの運営により地域ニーズの把握とサービスの提供に努めています。</p>
			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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	<p>○事業所のホールの一部にフィットネスコーナーを設置し、地域の方々が気軽にフィットネスを楽しめるよう開放しています。(新型コロナウイルスの予防対策から休止中。小康期となれば再開予定)</p> <p>○「すみよい武石を作る会」と連携して認知症介護指導者による認知症講演会や、看護師による感染者予防指導研修会を開催し、事業所の専門的な機能を地域に提供しています。</p> <p>○事業所の立地場所は上田市による土石流の警戒区域に指定されています。防災対策については、避難場所への避難の方法等において課題を有するとのことですので、BCPを踏まえた上での対策の着手を期待します。</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"> ■ 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。 	<p>○事業所の介護方針には「ゆっくり、いっしょ、わがまま」が記されており、それぞれの項目は利用者を尊重した福祉サービスの実践として分かりやすく明文化されています。</p> <p>○法人に勤務する職員に対して「社会福祉職として」及び「社会人として」の行動方針が明記されています。また社会人として、福祉社会職員として基本的態度を身に付けるための具体的なマニュアルが作成されているのを資料より確認しました。</p> <p>○利用者の基本的人権への配慮については職員会議等で重点的に研修していることを職員コメントより確認しました。</p>
			② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○事業所の介護方針の中の排泄に関しては「排泄はプライド」と位置づけ、その考え方が明文化されています。</p> <p>○排泄介助マニュアルが整備されており、利用者の羞恥心に配慮した言葉かけが具体的に記載されています。</p> <p>○開設より25年が経過した建物や設備の老朽化に対する計画的な改修、修繕を事業計画に掲げて、利用者にとって快適な生活空間のあり方を模索しています。</p> <p>○利用契約書において「守秘義務・個人情報保護等」が規定されており、契約時に説明されています。</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"> ■ 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。 	<p>○法人のパンフレットには運営する事業所のサービス内容と連絡先、周辺地図が写真入りで分かりやすく掲載されています。また、事業所利用の案内についても利用目的の具体例を記載したリーフレットを作成し関係機関に配布しています。</p> <p>○見学や体験入所は随時受け入れる方向ですが、コロナ禍の中で実施できていないとこのことを職員ヒヤリングで伺いました。</p> <p>○利用に際しては、重要事項説明書にて説明が行われ、利用契約が締結されていることを資料より確認しました。</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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○サービスの開始・変更に関する家族や利用者への説明について、把握していない職員が多数いるという結果が、職員コメントでわかりましたので、資料の確認と周知をお願いします。</p> <p>○サービスの開始に際しては、初回施設サービス計画書により、利用者や家族の同意が得られていることを書面にて確認しました。</p> <p>○意思決定の困難な利用者への配慮はルール化あるいは明文化されたものではなく、事前調査とケアマネ、家族からの情報、利用者の様子で判断していることを職員ヒヤリングで伺いました。</p>
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○短期入所生活介護のサービス利用者であり、基本的には自宅に戻られている。しかし、自宅での生活が困難になった際は、関係機関、担当するケアマネとの連携により、福祉サービスを継続する仕組みがとられていることを、管理者ヒヤリングで伺いました。</p> <p>○福祉サービスの利用が終了した後の、利用者、家族の相談窓口の設置については明らかにされていないとの結果がコメントにありましたので、担当者及び窓口の設置をお願いします。</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)	<input type="checkbox"/> 149 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	<p>○利用者満足に関する調査、聞き取りは実施していないとのことですので、定期的な実施を行い、サービスに反映されるよう対応をお願いします。</p> <p>○短期入所という機能性から利用者会の組織は難しいといえますが、食事委員会において嗜好調査は実施され、利用者の希望が反映されているとのことを職員ヒヤリングで伺いました。</p> <p>○日々の支援経過よりケアプランの達成状況をチェックして、継続・変更を職員会議において検討していることを職員ヒヤリングで伺いました。</p>
		(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。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	<p>○法人の運営規程に苦情対応の項目が明記されており、重要事項説明書には苦情受付窓口、苦情解決責任者の職、氏名が記載されています。また第三者委員の設置も資料より確認しました。</p> <p>○苦情記入カードには受理者による申し出日時、申し出者氏名、受理のルート、申し出の内容、対応内容が記入され、理事長までの決裁手続きが明示されています。</p> <p>○苦情の受付については契約時に説明されていることを職員ヒヤリングで伺いました。</p> <p>○法人の現況報告の透明性の確保に向けた取り組み状況には、苦情処理結果の有無についての報告がされています。令和3年度においては苦情処理はなしとの結果を確認しました。</p> <p>○第三者委員会では苦情のプロセスシートを作成し分析をおこない苦情の再発防止に向けての取り組みが明示されています。</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。	b)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<p>○利用者からの相談や意見に対してはその都度言葉による説明は行っているが、文章化はできていないとの結果が職員コメントより窺えました。</p> <p>○事業所内における苦情受付及び苦情解決、事業所外における苦情受付機関が表示されたポスターが掲示されています。</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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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ます。 □ 165 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。 ■ 166 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。 ■ 167 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。 ■ 168 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。 ■ 169 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 	<p>○利用者が相談しやすく意見を述べやすい環境が配慮されていることを、職員コメントより確認しました。</p> <p>○利用者の意見を、意見箱の設置やアンケートを通して把握する取り組みが不十分とのことですので、実施に向けての体制づくりが望まれます。</p> <p>○業務日誌には一日の支援内容、ケアプランの実施状況が記載され、対応については相談員との間で検討されています。支援の経過についてはユニットリーダーが把握、確認し管理者に上げていることを、職員ヒヤリングで伺いました。</p>
		(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"> ■ 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。 	<p>○法人組織の中にリスクマネジメント委員会が設置され、各事業所を横断した体制が整備されています。</p> <p>○事故発生時の対応はヒヤリハット報告書/事故報告書に記載されますが、事故発生の実事に対応した職員による経過報告と共に、リスクマネージャーや管理者が、発生の原因、今後の対応について、対策後の経過が記入される様式になっており、検証と対策が重視されています。</p> <p>○事故報告書の他に事故・苦情解決のプロセスが記されたフローが整備されています。</p> <p>○安心・安全を目的としたリスクマネジメント体制の取り組みについて、多くの職員からできているとのコメント結果が確認できました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	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"> ■ 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。 	<p>○感染マニュアルが整備されています。事業所内では感染症に関する研修をはじめ、マスクの着用、手洗いの徹底、個別での食事場を設けて対応しているとのことを職員ヒヤリングで伺いました。</p> <p>○コロナ禍における面会はホールでビニールカーテン越しでマイクやヘッドホンなどを使って実施されています。看取り期の方の面会はホールまたは庭から家族が直接入れる居室を移動し直接面会ができるよう配慮されています。</p> <p>○コロナ対応で職員が疲弊しないよう、リフレッシュとモチベーションの向上を目指して4連休の取得に取り組んでいます。</p>
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○事業所の立地場所は土石流警戒区域に指定されており、年に2回の火災訓練・防災訓練が実施されており、対応体制も整備されています。しかし、指定された避難場所へは物理的に全員の移動は困難であるとのことを職員ヒヤリングで伺いました。万が一に備えた避難体制のあり方が望まれます。</p> <p>○食料や備品類の備蓄のリスト、場所が事業所内に提示されています。</p> <p>○地域住民との避難時の協力体制が未整備とのことです。地域住民に対して具体的な避難マニュアルを提示する中で、避難時の協力が得られるような体制の構築をお願いします。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 187 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 ■ 188 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。 ■ 189 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。 ■ 190 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。 	<p>○事業所として最も基本となるケアは「食事はコミュニケーション」「排泄はプライド」「入浴はリフレッシュ」と明記し、実施方法が具体的に記載されています。</p> <p>○食事、排泄、入浴に関する各種マニュアルが手順、留意事項、リスクの項目ごとに詳細に文書化されており、職員間に周知共有が図られています。</p>
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 191 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。 ■ 192 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。 ■ 193 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。 ■ 194 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。 	<p>○福祉サービスの標準化については、日々の業務から表出した課題をユニット会議やリーダー会議、係会議(食事・入浴・排泄・レクリエーション・環境整備)において検証・見直しが行われていることを管理者ヒヤリングで伺いました。</p> <p>○職員によるコメントでも、できているとの結果が多くのお返りとして確認できました。</p>
		(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を適切に策定している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 195 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。 ■ 196 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。 ■ 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、アセスメント等に関する協議を実施している。 ■ 198 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。 ■ 199 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。 ■ 200 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。 ■ 201 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。 	<p>○短期入所生活介護初回サービス計画書・アセスメントシート計画作成責任者に生活相談員が配置されていることを書面より確認しました。</p> <p>○アセスメントシートには食事・排泄・生活歴・移動・入浴・意思疎通・健康・居室環境の項目が記載され、説明と同意の形がとられています。</p> <p>○ユニットでは、一人ひとりのサービス提供状況について、どこが変わったのか、同じことができるかについて職種を超えた職員間で協議し、実施状況の確認が行われていることを職員ヒヤリングで伺いました。</p> <p>○支援困難なケースへの対応については、積極的なアプローチが実施されていることを職員コメントより確認しました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	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"> ■ 202 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。 ■ 203 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。 ■ 204 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。 ■ 205 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>○福祉サービスの実施計画の見直しは、引継ぎや会議録等の記録を基に検討し、見直されたサービス内容について利用者の同意を得る手順が整備されています。</p> <p>○検討された福祉サービスの実施内容は職員間で共有、周知する仕組みがあることを職員ヒヤリングで伺いました。</p> <p>○利用者に係るすべての職員による共通理解を図るために、他ユニットとの連携が重視されています。</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"> ■ 206 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。 ■ 207 福祉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。 ■ 208 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。 ■ 209 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。 ■ 210 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。 ■ 211 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。 	<p>○サービスの実施計画が統一した記録の様式により確認できる仕組みになっていることを、すべての職員コメント結果より確認しました。</p> <p>○記録の書き方や表現について気づいた点は、リーダーが職員間に提示し、互いに確認作業をする中で共有していることを職員ヒヤリングで伺いました。</p> <p>○記録の書き方について、他法人(四法人)と連携して研修会等の取り組みが行われていることを職員ヒヤリングで伺いました。</p> <p>○パソコンによるネットワークシステムが確立しており、事業所内で情報を共有するシステムが整備されています。</p>
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 212 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。 ■ 213 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。 ■ 214 記録管理の責任者が設置されている。 ■ 215 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。 □ 216 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 ■ 217 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>○運営規定の13条に記録の整備が明文化されており、利用者に係る生活介護の記録、やむを得ない場合に行った身体拘束の記録について明記されています。</p> <p>○「個人情報の利用に係る同意書」により、利用目的、利用条件が定められており、契約時に本人や家族による同意を頂いています。</p> <p>○個人情報の取り扱いについて、職員によっては理解に温度差があり、その都度指導を行っているとの職員コメントがありました。</p>