

(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): 特別養護老人ホームのべやま

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	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
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。	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。	利用者に対する姿勢や地域と共に歩む姿勢を明文化した理念や基本方針(行動目標)が事業計画書やパンフレット、玄関、食堂に明示されている。
					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。	
			法人や事業所の運営理念に基づく基本方針が明文化されている。	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。	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。	職員への周知は年度初めの全体会議で、利用者等には家族会や家族会だよりで周知している。理念を踏まえての職員各自の年間目標設定の試みは、理念や基本方針を理解するうえで効果的な作用をもたらしている。利用者等への周知に対する継続的な取り組みや分かりやすい工夫を取り入れた周知への取り組みは今後の課題と思われる。	
				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	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	1	(2)	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b)	<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>	
	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。	中・長期計画が策定されている。	b)	<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>明文化された、中・長期計画は策定されていないが、人事管理や設備の整備、地域ニーズなどに関する現状分析や今後の展望についての検討は行われ、それに基づいた事業計画や予算が策定されている。 事業計画は評価や見直しが可能となるよう、出来るだけ数値目標を設定することが望ましい。</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	(1)	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	b)	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。	
					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。	事業計画の策定が組織的に行われている。	a)	27	年度終了時ではもとより、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。	事業計画は管理者会議や企画会議を通じて実施状況を把握して評価、見直しを行っている。 職員には全体会議で周知し、利用者等へは家族会だよりで直接かわる項目を中心に、分かりやすい工夫を施して周知されている。 事業計画が職員や利用者等にとって、より身近なものとなるような、さらなる分かりやすい工夫(文字の濃淡、囲み、字体など)を取り入れることが望まれる。
					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。	
		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。		
				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。		
		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。		
				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。		

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 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。	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	b)	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。	管理者の役割と責任は分掌規程に明文化されており、管理者として果たすべき責任を、幅広い分野も含めて理解しており、職員倫理規定などを基に、組織人として遵守すべき事柄を職員に周知する取り組みをしている。	
					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。		
			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。		
					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。	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。	事業所内組織として、身体拘束、排泄、食事、感染症などの委員会（係）を設け、提供するサービスの質を分析、評価し、課題の発見に努めている。 管理者は直接参加する会議を含めて、経過や検討結果を把握し、さらなるサービスの質の向上に取り組んでいる。 経営や事業の効率化・改善は事業所の必須の条件であるので、責任者会議等を通じて人事管理や予算の適正な執行に向けて、管理者としての指導力を発揮している。就任して4か月ほどの経過であるが、事業所の全体を捉えられる時期であり、さらなるリーダーシップの発揮が望まれる。	
					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	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
	3	(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)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>		
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。	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。	南牧村を始めとする五町村の協力を得ての運営であり、地域ニーズに応じ、地域にとってなくてはならない事業所となっている。定員の変更など常に地域でのニーズを把握し、地域に応える運営をしている。地域の動向は、主として相談員が会議等に参加し、その報告を基に分析が行われ、事業計画等に反映されている。外部監査はこれまで実施していないが、5年に1度ほどの経営や財務、組織運営の状況を外部の専門家に監査してもらうことは、気付きや発見につながり、事業所の新たな展望をもたらすものと思える。
					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。	
		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。		
				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。		
		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）	c)	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。		
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	特記事項 (着眼点以外の取組等)		
	2 人材の確保・養成	(1) 人事管理の体制が整備されている。	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。	職員採用や有資格者の配置、自己評価の実施など人事管理への対応は出来ている。人事考課の実施は介護職内部では行われているが、事業所の全職員にまでは至っていない。素地は充分に持っているため、事業所全体での人事考課の実施が望まれる。	
					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。		
			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。	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。	職員の有給休暇の消化状況や時間外等のデータ把握は出来ており、企画会議等で就業状況に関する検討が行われ、次世代育成支援対策行動計画も策定され、支援や取得を促進し、組織的な取り組みとなっている。福利厚生や健康管理も実施され、心身に関する相談窓口も内部に設置されているが、外部の窓口があれば、職員にとっては気軽に相談しやすい場となり、さらなる就業環境が整うものと思われる。	
					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	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
	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。	キャリアパス(ダラー)やプリセプター研修、毎週水曜日実施の施設内学習会、外部研修への参加など職員の質の向上への積極的な取り組みが行われている。 研修報告、発表、評価、分析、事業所内業務への実践的取り入れや次の研修に向けてのステップアップに取り組んでいる。
					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。	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。		
				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。		
			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。		
				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	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	2	(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)	78 研修を終了した職員は、報告レポートを作成している。	
					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。	
					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。	
					81 評価・分析された結果を次の研修計画に反映している。	
					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。	
		(4) 実習生の受入れが適切に行われている。	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。	c)	83 実習生の受入れに関する基本姿勢を明文化している。	立地条件等のため、実習希望者がほとんどないのが現状であり、基本姿勢や受け入れマニュアルは整備されていない。 福祉人材の育成は、事業所の社会的使命の一つでもあるので、学校等への働き掛けや実習しやすい環境作り(宿泊・食事・研修指導者の育成・特色ある事業所の介護環境の整備等)などの配慮を施して、多くの実習生が育っていける事業所作りを期待したい。
					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。	
					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。	
					86 実習指導者に対する研修を実施している。	
					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。	
					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。	
					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。	

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 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。	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。	<p>事故防止委員会、リスク係、事故報告書の整備など利用者の安全確保の取り組みが組織的に行われ、効果的に実践されている。</p> <p>災害対策は防災計画があり、消防署や消防団と連携しながら夜間想定による年1回の通報・避難誘導等の訓練、緊急連絡網で一斉メールによる伝達訓練が実施され、備蓄リストも整備され、災害への備えは整っている。</p> <p>リスクマネジメントの姿勢も明確であり、設備や備品等の点検も行われている。</p>
					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。	
			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。	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。	
					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る。	
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	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	3	(1)	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。	a)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	
	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。	利用者地域とのかかわりを大切にしている。	a)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>「地域に根付き理解される施設を目指します」と理念に鑑み、繰り返し職員の中でも周知され、地域の方への説明や意見交換をしている。また、地域住民の認知度は高く、様々な形での支援（家族会やボランティア、学校行事への招待）を受け、また、地域の求めに応じて学習会の主催、近隣高校、大学への職員の協力、災害時の近隣の方の受け入れなど、事業所として地域へ貢献している。</p> <p>家族会を中心とした敷地内の草刈りや窓ふき、ボランティア主催の毎月の喫茶「なでしこ」の開催の他にも地域の方の訪問、慰問や小中学校との交流など、開かれた施設運営に努めている。</p> <p>ボランティア受け入れに関するマニュアルの整備が望まれる。</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)	
	4	(1)	事業所が有する機能を地域に還元している。	a)	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。	
					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。	
					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。	
					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。	
					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。	
			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)	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。	
					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。	
					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。	
					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。	
			(2) 関係機関との連携が確保されている。	a)	必要な社会資源を明確にしている。	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リストや資料を作成している。
		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。	

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)
	4	(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。	
					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。	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。	地域の方から選ばれる施設づくりを進め、各種会議やオンブズマン会議や利用申し込みに来所する家族など、丁寧に説明し、施設の理解を深めて頂くよう努めている。 南牧村と共に「認知症ネットワーク会議」を発足させて、認知症の方を持つ家族への支援の必要性など検討している。地域の福祉ニーズに基づき、地域住民への学習会の実施、短期入所の増床や、村の委託で自立デイサービスを併設の通所介護事業所内で実施している。
				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。		
			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。	
					133 把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動を、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	特記事項 (着眼点以外の取組等)		
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。	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)	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>理念に「利用者一人ひとりの心を大切に」と謳い、事業所内での研修計画に組み込み、法律面からの検討など具体的な研修を実施している。</p> <p>利用者を尊重する姿勢が、会議や研修で事あるごとに確認され、具体的な事例などで話し合っている。マニュアル、事業報告の中でも、具体的に記載されている。</p> <p>身体拘束廃止検討委員会では、毎月、評価会議を実施し、身体拘束の必要性について検討し、最小限に留めるように、職員間でも話し合っている。</p> <p>利用者のプライバシー保護に関して、トイレ、入浴設備面からも配慮され、実際の排泄介助などのマニュアルに記載されており、職員の自然な心くばり、目配りが各所に確認される。</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。		
					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。		
					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。		
					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。		
		(2) 利用者満足の向上に努めている。	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)	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>オンブズマンによる定期的な聞き取りを実施し、オンブズマンからの報告の会議実施など、職員以外の外部の方の協力を得る仕組みが定めてある。</p> <p>また、食事に関する聞き取り調査も方法を工夫しており、昨年度、家族に対し利用者満足に関する調査を実施したが、回収率が低く、内容を精査し今後も実施予定である。日々のケアの中での利用者の意向をくみ取ることも重要であることを理解し、利用者の視点にたち、具体的に取り組んでいる。</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。		
					b)	141		利用者満足に関する調査を定期的に行っている。
						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。
						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。
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。							
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。							

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)
	1	(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	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)	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。	利用者が、家族が意見を述べやすい環境整備としてオンラインズマンを活用し、苦情解決の体制が確立されている。寄せられた相談、意見に対し、職員内での周知方法は会議だけでなく掲示も活用して徹底され、サービス改善に繋がるように取り組まれ、利用者、家族への報告もされている。しかし、利用者、家族との信頼関係を高めるといった視点から見ると、家族、利用者への経過や結果のフィードバックの体制がやや不十分であり、意見箱の利用も低調である。
				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。	苦情に限定されない利用者、家族からの意見や提案に対し、真摯に対応することが信頼関係の構築に繋がることを再確認し、手順書、記録様式など見直しされることを期待する。	
				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。		
		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)	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。		
					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。	
					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。	
					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。	
					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。	
					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。	
		利用者からの意見等に対して迅速に対応している。		b)	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。	
					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。	
					157 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。	
					158 意見等を福祉サービスの改善に反映している。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
	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。	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)	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。	第三者評価受審は3回目となる。前回の受審後、全体会で評価結果から改善課題を明確化し、部署ごとに出来ることに取り組む姿勢が出てきている。一方で、改善課題について文書化まではできているが、そこで留まっている課題もみられ、実行可能な計画策定と見直しが期待される。
					160	評価に関する担当者・担当部署が設置されている。	
					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。	
			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)	162	職員の参画により評価結果の分析を行っている。	
					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。	
					164	職員間で課題の共有化が図られている。	
					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。	
					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。	
		(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。	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。	提供するサービス全般について平成22年度に、標準的な実施方法の全面的な改定を実施している。標準的な実施方法の見直しの確立とは、サービスの質に関する検討が組織的に継続的に行われているかという意味をあわせ持ち、単に必要に応じて標準的な実施方法を策定したり、改定すればよいものではない。必要な改定や新規策定のみならず、定期的に全体に渡って検証する仕組みの確立が求められる。
					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。	
			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。	b)	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。	
					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。	

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	(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	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。	<p>サービス実施の記録は、統一した方法で記録され、職員の情報共有を図ると共に、サービス実施計画の評価・見直しを実施する際の基本的かつ重要な情報である。</p> <p>記録作成は、事業所の記録マニュアル、文書規程に沿っており、パソコンを利用して事業所内ネットワークの活用による情報共有など記録の管理体制が整備されている。また、新人にはより詳しい手順書を使用し、指導担当者が段階を踏んで指導している。また、個人情報保護について内部学習会の接遇研修でも取り組んでいる。</p> <p>情報共有を目的として朝夕の申し送り、連絡ノートの活用、個人記録も活用している。パソコンのネットワークにより、個人記録も部門を超えて共有し、統一して記録されている。またケアカンファレンスも定期的に施設サービス計画の見直しに合わせて実施されている。</p> <p>利用者の想い、職員の働きかけによる利用者の変化や反応など詳細な記録を積み重ね、一人ひとりを理解し、より質の高い個別のケアに繋がることが期待される。</p>
					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。	
				a)	175	記録管理の責任者が設置されている。	
					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。	
					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。	
					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。	
			a)	179	職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。		
				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。		
				a)	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。	
			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。		
			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。		

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 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。	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。	b)	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。	利用者のサービス選択に際しての情報提供は、相談員が中心となり、介護保険に始まり、入所検討委員会で客観的な入所ガイドラインに基づき点数化して順番を決定し半年ごとに見直しをしていること、看取りへの取り組み、地域の事情など丁寧に説明している。また、入所時には、改めてチェックリストに沿って、契約書、重要事項説明書、看取り介護についてなど書面を使い、利用者や家族に合わせて納得の得られる説明に努めている。 入所の順番が近い方には、短期入所を勧めることもある。
					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。	
				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。	
					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。	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。	昨年度の施設看取り12名は退所者の半数を超えており、医療機関に搬送する場合は、看護師が担当し、退所先に合わせて引き継ぎ文書を作成している。
					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	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
	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。	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。	サービス開始時のアセスメントは、相談員が定められた様式に基づき、利用者や家族、それまで担当していた介護支援専門員から情報を得て記録し、アセスメントを実施している。入所後1ヶ月、退院後2週間、定期的に3ヶ月毎などアセスメントの時期が定められ、介護部門、介護支援専門員を中心に、栄養、機能訓練、看護、医療の各部門の参加または情報を得て、ケアカンファレンスが開催されている。利用者、家族からの意向確認も手順が決められて、実施されている。
					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。	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。	アセスメントを経て作成された施設サービス計画は個人ファイルに綴じて共有され、計画に基づく短期目標と毎日のケアチェック表が作成され、毎月モニタリング、評価が実施され、確認する仕組みも機能している。 利用者の意向確認は、重度化に伴って困難なこともあるが、介護職員の話聞く姿勢やその個人ケース記録、一部の方に24時間シートの活用など、想いをくみ取り、計画に反映させる仕組みが構築されている。ターミナルケア時や、退院後ケアカンファレンス時など状態の変化に応じて見直しを実施する仕組みも整備されている。	
				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。		
				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。		
		定期的に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。						