

(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)：紅林荘

○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	特記事項（着眼点以外の取組等）
I 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	① 理念・基本方針が明文化され周知が図られている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1 理念、基本方針が文書（事業計画等の法人（福祉施設・事業所）内の文書や広報誌、パンフレット、ホームページ等）に記載されている。 ■ 2 理念は、法人（福祉施設・事業所）が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人（福祉施設・事業所）の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 ■ 3 基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。 ■ 4 理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。 ■ 5 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。 ■ 6 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。 	<p>○紅林荘は、ジェイエー長野会の理念に沿い、行動目標を掲げ今後を見据えた使命を明示してある。その使命を見据えて、紅林荘の理念を掲げ基本方針を明示している。その文章からは、人権を尊重した良質なサービスと地域との交流を図りながら、「その人らしい暮らしの実現」を目指す考えを読み取ることができる。</p> <p>○理念や方針の具体化として基本目標を明確にしている。考え方の実現に向け全職員は、年度初めや責任者会議で理念の唱和を行い、継続的な周知に努めている。</p> <p>○家族には、契約時や家族会開催時にパンフレットを活用し説明している。入居者には月1回開催される丁内会（入居者との懇談会）にて話をしている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項（着眼点以外の取組等）
	2 経営状況の把握	(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>○諏訪地区老人福祉施設連絡協議会、特養退所事務見直し検討会へ出席し、年間稼働率・職員の充足状況等の対策・第7期事業計画における特養整備に対する意見等の把握や介護保険事業の適切かつ円滑な運営等の内容を協議・分析している。その上で、第7期介護保険事業計画を作成し、地域の高齢者人口及び要支援・要介護認定者数の推移を把握し、紅林荘として情報やデータを活用している。</p> <p>○毎月の責任者会議や職員全体会に市町村別入所者の状況や入所利用者数・平均介護度及び平均年齢等収支状況など分析し、月次管理を行っている。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 12 経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）間での共有がなされている。 ■ 13 経営環境や改善すべき課題について、職員に周知している。 ■ 14 経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。 	<p>○毎月の責任者会議にて、実績検討・事業計画・人事・施設整備・職員アンケートの要望書等について検討している。その取り組みはフロア会議・リーダー会・責任者会議・職員全体会議で周知され、職員も改善に向けた意見を出している。また、収益と予算の動向など運営状況の推移を検証し、責任者会議にあげ、把握された課題等は計画に反映され、紅林荘が安定した事業運営を継続していくため取り組んでいる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項（着眼点以外の取組等）
	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。	b)	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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>○紅林荘の理念の、その人らしい暮らしの実現を目指し、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・積極的な事業展開・高齢者福祉事業の拡大に関する内容を明確にしている。</p> <p>○第6期最終年度を迎え、責任者会議で実績状況を把握し評価を行い、第7期中・長期計画への取組みを進めている。必要に応じて期間中の計画の見直しを行う事を期待する。</p>
			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)	<input checked="" 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>○法人の理念である「…地域との交流を通じて、豊かで安心して暮らせる…」に基づき中・長期計画に沿って基本目標を掲げている。単年度の目標の実現に向けた姿勢を示し、年度の施設整備計画の希望を取り纏めるなど、その実現に向けた取組みを具体的に挙げている。</p> <p>○中・長期計画との収支比較表を基に総収益・総費用・収支差額の対比及び分析を行い、責任者会議で目標達成の進捗状況や評価を行っている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項（着眼点以外の取組等）
4・福祉計画サービスの質の向上への組織	(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)	■ 23	事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。	○事業計画は、年度事業予算計画基礎数字を基に策定し、全職員の意見等を反映し、ユニット会・リーダー会・責任者会・全体会及び各委員会の手順に沿って策定されている。確定した計画は、全職員に回覧し研修会や各会議・委員会等で周知が行われている。
				■ 24	計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。	
	■ 25			事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。		
	■ 26			評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。		
	■ 27			事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等が）されており、理解を促すための取組を行っている。		
	■ 28	事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知（配布、掲示、説明等）されている。	○事業計画や経営状況等は、家族会や広報誌等で説明している。入居者には、月1回開催される丁内会での説明や行事予定は色別のチラシで説明している。更に入居者には、紅林荘が目指す事業計画の内容等を広報誌等を活用し説明するなど、また認知症や障がいを持つ入居者に対して、より解り易い説明の工夫を期待する。			
■ 29	事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。					
■ 30	事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成する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。					
■ 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。					
(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)	■ 32	組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。	○サービスの質の向上に向け、全職員対象に基礎介護マニュアルを基に項目毎、毎月1回評価を実施している。新入職員や異動で入職した職員には内容説明・自己評価・担当評価を行い評価終了後は、評価担当者が職員一人ひとりとミーティングを行い、そのコメントを付けて返している。 ○紅林荘としてのPDCAサイクルに基づき日々の取組みと共に、サービスの質の向上にむけた取組を行っている。	
			■ 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を受審している。		
			■ 35	評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項（着眼点以外の取組等）
			② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b)	<input type="checkbox"/> 36 評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 37 職員間で課題の共有化が図られている。 <input checked="" type="checkbox"/> 38 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。 <input checked="" type="checkbox"/> 39 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 40 改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。	<p>○評価結果から明確になった課題は、責任者会で協議し全職員で課題の共有化を図っている。評価結果から、単年度及び中・長期計画にその重点事業計画を上げられている。</p> <p>○更に評価結果に基づいた改善策、改善実施計画を、紅林荘としてどのように活用されるか文章化される事を期待する。</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)	<input checked="" type="checkbox"/> 41 管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 42 管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。 <input checked="" type="checkbox"/> 43 管理者は、自らの役割と責任を含む職掌分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。 <input checked="" type="checkbox"/> 44 平常時のみならず、有事（災害・事故等）における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。	<p>○広報誌「もみじ」に、「ご利用者様の生活を基本に、」と紅林荘の理念に基づく方向性や「介護人材の育成…」と自らの役割について記載されている。</p> <p>○施設長としての役割や責任は、職制規程及び職務権限表に権限の尊重及び相互の協力について明文化されている。</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)	<input checked="" type="checkbox"/> 45 管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持している。 <input checked="" type="checkbox"/> 46 管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。 <input checked="" type="checkbox"/> 47 管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 48 管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。	<p>○施設長は、各種会議に出席し、現行法や法改正等理解を深め、職員全体会議や責任者会議等において、紅林荘の理念・基本方針や諸規定及び職員ルール、年1回以上は必ず個人情報保護・遵守すべき法令等を全職員に周知を図っている。また、変更があった場合は、その都度全職員に対し周知に取組んでいる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項（着眼点以外の取組等）
		(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a)	<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>○施設長として、各会議や委員会での職員からの意見や、行事の参加を通じて現場からの課題を積極的に把握し、その改善事項を重点事項として事業計画に明記している。</p> <p>○更なる質の高いサービス提供をめざし、職員教育の徹底や強化等を行動目標や基本方針に掲げ充実を図るよう努めている。</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)	<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>○紅林荘の目指す理念や基本方針を全職員に伝え、年度の重点事業計画には、全ての原価意識と経費節減の取組みを明記し、共有する仕組みを確立している。また、職員一人ひとりが運営面に関心を持ち、役割を果たして行く体制が出来ている。</p> <p>○毎月の事業収入や人件費、介護用品費・水道光熱費等の事業支出を計画・当月末実績・前年同期末実績・事業収益費の面から検討を行い、全職員で改善に向けて取り組んでいる。</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)	<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>○中・長期計画や基本方針には、計画的な人材確保と育成を明記し、学校や職場説明会への出席や実習生の積極的な受け入れ等、障がい者雇用の取組みなど方針を掲げている。</p> <p>○責任者会議において専門職の要員計画を出し合い検討している。人材確保として、紅林荘ポケットティッシュにQRコードを付けて配布し、職員募集の知らせをするなど独自の取組を行っている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項（着眼点以外の取組等）
			② 総合的な人事管理が行われている。	b)	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	<p>○人事基準は採用・異動・資格手当・責任手当等明確に定めて規程集にまとめられており、施設長から説明があり、職員は何時でも閲覧でき、周知されている。</p> <p>○今後、紅林荘の理念・基本方針を踏まえた「期待する職員像」を明確にされ、ジェイエー長野会で現在試行中である、職員の育成・活用・処遇・評価等のトータル人材を踏まえた上で、職員の意向や希望を把握し、自ら将来の姿を描く事ができるような人事管理の取組みを期待する。</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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○職員一人ひとりの月別超過勤務時間や有給休暇取得台帳を、毎月責任者会議にて確認し、検討を行い改善に努めている。正規職員への登用制や紅林荘職員組合労使協定があり、働きやすい職場環境に取り組んでいる。</p> <p>○職員組合では、ストレスチェックアンケートや研究発表における手当のアンケート・介護労働環境実態調査等を行っている。健康診断及び人間ドックは義務付けられている。「健保の窓」の情報誌の活用や職員旅行への補助、スポーツ大会への参加補助等日常生活の支援を図っている。</p> <p>○委員会の一つとして、紅林荘独自の御柱実行委員会を立ち上げ、企画・運営し利用者及び家族、地元ボランティア、職員共々満足し、魅力を高める職場づくりに取り組んでいる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項（着眼点以外の取組等）
		(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)	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○紅林荘としての、個人目標管理シート（試行中）を策定した上で、理念を記載し目標・具体的な取り組み・中間評価・達成に向けた取り組みを試行している。このシートをPDCAサイクルに設定し、評価者コメントを記載し面接を通じて実施している。</p> <p>○今後、紅林荘として「期待する職員像」を明確にし、これを前提として面接を通じて部門及び職員個々の目標管理を設定し、進捗状況の確認、目標達成の確認を行い、更にモチベーションを高める取り組みを期待する。</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。	b)	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○基本方針及び年度重点事業計画には、職員研修の取組みの必要性が明記されている。正規職員、臨時職員、パート職員の研修計画・研修実施表、研修・勉強出席状況一覧表があり、職員の知識や専門資格について目標が掲げられている。定期的に責任者会で研修成果の評価・分析を行い、これを次の研修計画に反映している。</p> <p>○更に「期待する職員像」を基本方針や事業計画に明記し、紅林荘として目指す福祉サービスの向上を期待する。</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）
			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>○基本研修及び目的に合わせた研修計画を策定し実施している。新規採用職員には個別のOJTシートを活用し段階ごとに必要な教育・研修に取り組んでいる。内部の研修・勉強会実施記録には反省及び感想の記入欄があり伝達講習のアンケートを実施している。</p> <p>○紅林荘研究発表会を開催し、「紅林荘における看取り加算経過報告」「『結婚式に出たい!』の夢の実現に向けて」等の発表を行うなど、職員間で学び合う体制が構築されている。外部研修参加後の復命書には、感想記入欄の他紅林荘で実践出来る事の提案欄もある。</p>
		(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 91 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。 ■ 92 実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。 ■ 93 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。 ■ 94 指導者に対する研修を実施している。 ■ 95 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。 	<p>○紅林荘の理念に沿った入居者の意向を尊重できる実習生受け入れ体制を整え、受け入れに対する基本的な考え方・マニュアル・計画的に学べるプログラム等を整備して、具体的に取組んでいる。オリエンテーションでは、施設実習時の注意や守秘義務等、実習指導者が説明している。</p> <p>○指導者研修を受講し、受け入れ学校との連携を図り責任者会議にて受け入れ体制を共有し、福祉施設として人材育成を図っている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項（着眼点以外の取組等）
	3 運営の 透明性の 確保	(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a)	<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。 	○理念や基本方針・事業計画及び報告・予算及び決算等事業状況を広報誌「もみじ」に掲載している。また、内容を詳細に記載した資料の添付、ホームページを活用し、適切に公開している。第三者評価や受審結果や、苦情・要望等に対する第三者の意見等・地域に公表している。
			② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	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、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。 ■ 103 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について、必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を得ている。 ■ 104 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。 ■ 105 外部監査の活用等により、事業、財務に関する外部の専門家によるチェックを行っている。 ■ 106 外部監査の結果や公認会計士等による指導や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。 	○経理規程・職制規程・財務規程等で経営・運営のチェック体制が確立されおり、そのルール等は職員に説明し、周知が図られている。 ○監事監査規程・内部監査規程に基づき、定期監査を実施している。主要指摘事項や前回主要指摘事項に対する改善状況を明記している。内部監査報告書には、指摘事項等が記載され、安定した事業運営に向けた諸課題への対応等明確にしている。

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 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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○ジェイエー長野会の理念や行動目標に、“地域との交流を通じ、豊かで安心して暮らせる地域福祉の拠点・・・” “・・・地域の皆様との積極的な交流と連携強化につとめます”と掲げている。また、29年度事業計画においては、2. 重点事業計画に地域との連携、5. 地域との交流の項で、具体的な内容が明記されている。</p> <p>○地元の新聞の読み聞かせを行っており、地域のイベントや出来事等の情報を伝えている。地域のお祭りや病院祭への参加、夏祭りに地域の人々に参加していただくなど、交流の機会を設けている。</p> <p>○施設主体で実施する御柱祭りでは、木遣りやラッパなど地域の方にボランティアをお願いして実施しており、住民の参加・見学もある。</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。	b)	<p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 116 学校教育への協力を行っている。</p>	<p>○ボランティア受け入れマニュアルが整備されている。窓口は事務長が担当しており、受け入れや施設側からの依頼、ボランティアに対するオリエンテーション（注意事項や感染防止、守秘義務等）を行っている。</p> <p>○中・高生の職場体験を受け入れるなど、学校教育への協力を行っている。</p> <p>○今後、ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化して、体制を確立することを期待したい。</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) 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"> ■ 117 当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。 ■ 118 職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。 ■ 119 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 ■ 120 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。 ■ 121 地域に適当な関係機関・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。 	<p>○医療・福祉など関係機関の名簿を作成し、フロアの事務所に掲示しており、職員間で共有できている。</p> <p>○諏訪広域特別養護老人ホーム入所検討会、富士見町社会福祉協議会の会議等に参加して、地域の関係機関等と情報交換をするなど連携をとっている。</p>
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 122 福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。 □ 123 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。 □ 124 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、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。 ■ 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。 □ 126 多様な機関等と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。 	<p>○施設で実施する御柱祭りには、地域住民に声を掛け、ともに楽しみ交流できる良い機会となっている。災害時には、避難先として提供する旨、回りの人々に呼び掛けている。また、運営委員会の中でも、地域に呼び掛けている。</p> <p>○さらに、事業所の専門性を活かして、地域住民生活に役立つ講習会や介護相談等、地域ニーズを検討しながら取り組まれることが期待される。</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）
			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。	b)	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	○生活相談員が相談員会議、施設長は老人福祉協議会会議に出席して、地域の福祉ニーズの把握に努めている。今後、把握した福祉ニーズにもとづいて、地域貢献に関わる事業や活動を検討して実施されることが望まれる。
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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	○ジェイエー長野会・行動目標に利用者の皆様の尊厳を保持し・・・と掲げ、紅林荘の理念には利用者が長年大切にされてきた「思い」「もの」「生活」を尊重し・・・とあり、利用者を尊重したサービス提供を目指していることが伺える。 ○身体拘束や虐待についての研修を実施している。「基礎介護マニュアル」においては、具体的に排泄の基本姿勢では自尊心を傷つけないこと、チェック項目として利用者のプライバシーの保護・尊厳を守ることが明記されており、日常的な支援の目安となっている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項（着眼点以外の取組等）
			② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 138 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。 ■ 139 利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。 ■ 140 利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。 ■ 141 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守れるよう設備等の工夫を行っている。 ■ 142 利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。 ■ 143 規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスが実施されている。 ■ 144 不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。 	<p>○ジェイエー長野会に「プライバシー保護規程」・「虐待防止対応規程」が整備されている。不適切な事案が発生した場合は、「社会福祉法人ジェイエー長野会法令遵守マニュアル」に法令違反をした際は就業規則に基づく措置を取ると記載されている。</p> <p>○職員研修で、高齢者虐待・職業倫理についての勉強会が行われている。社会福祉事業に携わる者としての姿勢については、「基本介護マニュアル」の接遇・ビジネスマナーのなかで守秘義務やプライバシーの保護等について、自己評価・担当評価をする機会がある。</p> <p>○利用者や家族等に対しては、契約時に重要事項説明書や契約書で、身体拘束・秘密保持等について説明を行っている。</p>
	(2)	福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。	① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 145 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。 ■ 146 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。 ■ 147 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。 ■ 148 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 ■ 149 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。 	<p>○パンフレットは、紅林荘の理念、長期入所・ショートステイ・デイサービスの紹介と施設の特徴であるリハビリ・栄養科について説明が、景色や具体的な様子のわかる写真とともに掲載されており、分かりやすい内容となっている。</p> <p>○ホームページは、紅林荘の紹介と合わせて、年間カレンダーやお知らせとして、行事等の様子が公開されており、毎月1回見直しをして更新している。</p> <p>○利用希望者の見学時には、個別に丁寧な説明と案内をしており、体験として短期入所を経験してもらっている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項（着眼点以外の取組等）
			② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 150 サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。 ■ 151 サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。 ■ 152 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。 ■ 153 サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。 ■ 154 意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。 	<p>○サービスの開始時には、重要事項説明書・契約書・運営規定等について、利用者や家族等に分かりやすく説明をして、同意書に署名・捺印をもらっている。具体的なサービス内容については、暫定的な福祉サービス実施計画を説明し同意をもらっている。書式は、大きな活字で書かれており、見やすいように配慮がされている。</p> <p>○意思決定が困難な利用者は、成年後見人制度を活用するなど検討して対応している。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>○退所時の援助として、契約書に“・・・利用者及びその家族の希望、利用者が退所後に置かれることとなる環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な援助を行います”とあり、必要に応じて、引継ぎ文書を作成している。</p> <p>○退所時には、退所関係書類を、広域の施設の連絡先が載っている封筒に入れて渡しており、その後の相談方法等は、口頭で説明している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項（着眼点以外の取組等）
		(3) 利用者満足 の向上に努 めている。	① 利用者満足 の向上を目的 とする仕組み を整備し、取 組を行っている。	b)	<input type="checkbox"/> 159 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	<p>○担当職員や介護支援専門員が、利用者と個別に話す機会を持ち、介護サービスの内容について要望や満足度について聞いている。年1回家族会が開かれており、職員も参加して、話を聞いている。</p> <p>○今後、利用者満足に関する調査を実施し、分析・検討を行い、さらに利用者満足 の向上に努められることを期待したい。</p>
		(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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<p>○苦情解決の仕組みの指針が整備されている。責任者は施設長で、施設内外の相談窓口、第三者委員の名簿等は、重要事項説明書に記載がされており、施設内に掲示がしてある。</p> <p>○苦情処理委員会が設置されており、苦情等があった場合必要に応じて開催し、内容の検討・改善に向けた話し合いを行っている。</p> <p>○苦情については、利用者・家族等にフィードバックしており、申し出た利用者・家族等に配慮した上で、事業報告書や広報誌に掲載して公表している。また、玄関ホールに掲示もされている。</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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<p>○重要事項説明書に苦情相談窓口と合わせて記載されており、相談先が載っているポスターの掲示がされている。</p> <p>○家族面談室や他にも個別に話ができる部屋が確保されており、意見を述べやすい環境に配慮している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項（着眼点以外の取組等）
			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"> ■ 174 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。 ■ 175 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 ■ 176 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。 ■ 177 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。 ■ 178 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。 ■ 179 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。 	<p>○対応手順については、苦情対応と同じになっている。意見箱は、面談室に設置されている。</p> <p>○担当職員、介護支援専門員等が、サービス内容等について利用者に要望や意見を聞いている。内容によって、サービス計画書に反映させるなど、サービスの質の向上に努めている。</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"> ■ 180 リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。 ■ 181 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。 ■ 182 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。 ■ 183 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。 ■ 184 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。 ■ 185 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。 	<p>○リスクマネジメント委員会が設置されており、全職員が自己分析能力を高め、事故を予測し防止・減少に努めることを基本方針に掲げ取り組んでいる。事故発生の防止及び発生時対応の指針を定めて、対応にあたっている。</p> <p>○事故発生時は、事故の状況によってレベルを三段階に分け、アクシデント報告書、インシデント報告書は2種類があり、報告書の記入方法、報告の流れについてのマニュアルがある。報告書に基づいて、リスクマネジメント委員会で事故の検証と分析を行い、全職員に周知している。特に、インシデント報告については、些細な事や小さな事も積極的にあげ、大きな事故につながらないように取り組んでいる。</p> <p>○「基礎介護マニュアル」に安全対策の項があり、転倒・転落・誤嚥など、事故防止に向けた具体的な項目があげられており、職員がチェックして確認する体制ができています。安全対策委員会も設置されている。</p>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項（着眼点以外の取組等）
		②	感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 187 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。 ■ 188 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。 ■ 189 感染症の予防策が適切に講じられている。 ■ 190 感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。 ■ 191 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。 	<p>○インフルエンザ・感染症マニュアルが整備されている。「基礎介護マニュアル」の医療の項には、感染防止について具体的なチェック項目があり、“施設においてなぜ感染防止が必要か理解できる”から始まり、具体的に注意すべきこと等細部にわたり記載されている。</p> <p>○看護師が中心となり、施設内感染予防対策等について定期的に研修を行い、全職員に感染予防について周知している。職員がかかった場合や疑いのある場合の対応についても徹底している。家族等については、掲示をして感染予防への協力を求めている。</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"> ■ 192 災害時の対応体制が決められている。 ■ 193 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。 ■ 194 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。 ■ 195 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。 ■ 196 防災計画等整備し、地域の行政をはじめ、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>○施設長を責任者とする対応体制が決められており、防災計画に基づいて、年2回消防訓練を実施している。他に、エレベーターに閉じ込められた場合の訓練も行った。また、災害対策委員会が各部署の代表が委員となり設置されており、防災訓練の運営・実施、災害に備えての備品管理を行っている。食料や水は、リストを作成し、2日分を備蓄している。</p> <p>○防災訓練には、消防署だけでなく地域の消防団も依頼して参加してもらい実施している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項（着眼点以外の取組等）
	2 福祉サービスの質の確保	(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)	<p>■ 197 標準的な実施方法が適切に文書化されている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○「基礎介護マニュアル」を作成し、基本姿勢・具体的な項目が詳細に整備されており、職員として習得すべき知識や標準的な実施方法が文章化されている。マニュアルは、接遇・ビジネスマナーから始まり、食事、排泄、入浴、基本動作、ケアプラン、治療レク・行事・フロアレク、日常勤務、記録、医療、安全対策、北欧式トランスファーまで12の項目に分類されており、具体的な内容となっている。</p> <p>○利用者に対しての姿勢として、実施方法の接遇の項では、年長者に対して敬意を持った言葉遣い、排泄の項では、自尊心を傷つけない、プライバシーの保護、尊厳を守っている、入浴の項では、羞恥心への配慮などが明示されている。</p> <p>○「基礎介護マニュアル」の教育プログラムの流れがあり、新任職員や異動で入った職員に対しては、担当者が付き説明、自己評価、担当者評価がされている。他の職員は、自己評価した後、項目毎の評価担当者に提出して評価を行なう仕組みができています。</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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○リーダー会において、全プログラムに関して評価結果をまとめ、内容の見直しを含め来年度の方向性を明確にしている。</p> <p>○施設長、科長が、全職員に対して個別面談を実施しており、教育プログラムの成果や来年度に向けての取組みについて話をしている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項（着眼点以外の取組等）
		(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)	<p>■ 205 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○介護支援専門員が福祉サービス実施計画の責任者となり、アセスメント手法を確立し、適切なアセスメントが行われている。アセスメントは、アセスメント表を用いて心身の状況を細かく把握して医療・基本動作・食事・排泄など項目毎に目標等をまとめている。また、本人・家族等から、これまでの生活歴や今後の生活等への希望を聞き、個別のニーズを明らかにして、看護師、理学療法士、生活相談員、管理栄養士等すべての職員と連携・情報交換を行って、適切なアセスメントを実施して福祉サービス実施計画を策定している。</p> <p>○支援困難ケースについては、カンファレンスの中で時間を設け、センター方式24時間シートを使ってアセスメントするなど検討して対応している。</p> <p>○福祉サービス実施計画とあわせて、理学療法士によるリハビリテーション計画、管理栄養士による栄養ケア計画が作成されている。</p>
			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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 215 福祉サービス実施計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。</p>	<p>○福祉サービス実施計画に基づいたサービスの提供についての確認は、サービス実施評価表に毎日○×でチェックをしている。モニタリングは、日々の実施計画をまとめ3か月毎に実施して、カンファレンスを開いて、福祉サービス実施計画の見直し修正を行っている。</p> <p>○福祉サービス実施計画の評価・見直しに関して、「基礎介護マニュアル」のケアプランの項に、アセスメント・ケアプラン作成・カンファレンス等のポイントや流れについて、明示されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項（着眼点以外の取組等）
		(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 216 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。 ■ 217 サービス実施計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。 ■ 218 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。 ■ 219 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。 ■ 220 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。 ■ 221 パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。 	<p>○記録について、「基礎介護マニュアル」に記録の種類や記入方法が載っており、施設で定めた用紙を使って統一されている。また、使用する用語や略語、医学用語についても一覧表にして、記録に差異がでないようにしている。教育接遇記録委員会が設置されており、すべての記録の見直しや記入方法をチェックしている。</p> <p>○会議については、フロア会議・リーダー会・責任者会議・職員全体会議・カンファレンス等が定期的で開催され、会議の目的に応じて情報の共有がなされている。</p>
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 222 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。 ■ 223 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。 ■ 224 記録管理の責任者が設置されている。 ■ 225 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。 ■ 226 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 ■ 227 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。 	<p>○記録管理の責任者は施設長で、利用者の記録の保管・保存・廃棄等について規程があり、適切に管理されている。コンプライアンスと職業倫理の研修が行われ、個人情報保護についても、定期的に周知されている。</p> <p>○利用者・家族等に対して、入所時の説明の中で、個人情報の扱いについて説明がなされている。</p>