

(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)：あさぎりの郷

○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>○「ジェイエー長野会の目指すところ」を基本理念とし、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基本的な考えを7項目及び基本目標を6項目掲げている。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住み慣れた「もう一つの我が家」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、考え方の実現に向け全職員には、年度初めや運営会議等にて確認するなど、継続的な周知に取り組んでいる。</p> <p>○家族等に対しては、入居の契約時や家族交流会等にてパンフレットや広報誌等を活用し説明している。</p>

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	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。 	○平成32年度までの地域の人口構造や利用者像、課題のニーズ予測や利用者数など情報収集は、高森町介護保険計画策定委員会にて組織として積極的に行われている。 ○毎月の主任会議やフロア会議、運営会議等にてベッドの稼働率や平均介護度、健康状況、収支状況など分析し月次管理を行っている。
			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。 	○毎月の主任会議において、利用率の向上や職員体制、経営の効率化・合理化等の課題について検討され、フロア会議において全職員で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、運営会議にあげ、把握された課題等は計画に反映され、あさぎりの郷が安定した事業を継続していくため取り組んでいる。
	3 事業計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。 	○あさぎりの郷の理念の、もう一つの我が家の実現を目指し、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充に関する内容を明確にしている。 ○第6期最終年度を迎え、実施状況を把握し見直しを行いながら、第7期中・長期計画への取組を進めている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。 ■ 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、単年度の目標の実現に向けた姿勢を示し、その実現に向けた取組みを具体的に挙げている。</p> <p>○予算と実績の対比及び分析を行い、主任会議で目標達成の進捗状況や評価を行っている。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○計画は、年度事業予算計画基礎数字を基に年度事業利用計画を策定し、全職員の意見を反映し、確定に至る手順に沿って策定されている。確定した計画は、全職員に配布し研修等で周知が行われている。</p>
			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> □ 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。 ■ 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。 	<p>○事業計画や経営状況等は、家族交流会で説明している。今後、入居者には、主な内容を解り易い資料を作成するなど、より解り易い周知への工夫の取組みを期待する。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
	4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	(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。	b)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 34 定められた評価基準に基づいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○第三者評価は計画的に実施され、運営会議にて結果の分析・検討はされている。今後、サービスの質の向上に向け、自己評価や第三者評価の受審のプロセスなど、日々の取組みと共に、組織としてPDCAサイクルに基づくサービスの質の向上に向けて、体制の取組みを期待したい。</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)	<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。	
II 組織の運営管理	1 リーダーの責任と	(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「あさぎり新聞」にあさぎりの郷の理念に基づく方向性等、自らの役割について掲載されている。毎月開催される全職員のフロア会議や介護主任会議等で施設長としての責任ある取組みを表明している。</p> <p>○施設長としての役割や責任は職務権限規程等に権限の尊重及び相互の協力について文章化されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			② 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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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、各種会議等に出席し、現行法や法改正等理解を深め、全体研修会や新年会、歓送迎会等に於き、あさぎりの郷の理念・基本方針や諸規定及び職員ルール、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。
		(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、福祉サービスの質の向上を図ることを明確にしており、毎月の運営会議やリスクマネジメント会議の出席及び行事への参加等を通じて、職員の意見等を聞き課題を把握し、サービスの質の向上に取り組んでいる。</p> <p>○更なる質の高いサービス提供のため、職員教育の徹底・強化等を基本目標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>	○あさぎりの郷の目指す理念や基本方針を全職員に伝え、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。勤務時間と人件費バランスの分析、毎月の実績検討やコスト削減ための分析など全職員で改善に向けての取り組みを行っている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
	2 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・長期計画には、計画的な人材の確保と育成を明記し、学校や職場説明会への出席、実習生の受け入れ、障がい者雇用の取組みなど方針を掲げている。</p> <p>○専門職確保については、現行職員から必要な福祉人材の育成を検討している。運営会議にて年度末退職予定者を把握した上で要員計画を策定している。</p>
			② 総合的な人事管理が行われている。	b)	<p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○人事基準については、就業規則の職能表に資格手当・責任手当等定められ職員に周知されている。</p> <p>○今後、あさぎりの郷の理念・基本方針を踏まえた「期待する職員像」を明確にされ、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>

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) 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り組んでいる。	a)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○職員一人ひとりの超過勤務や有給休暇取得等の就業状況は、超過勤務集計表のデータから毎月運営会議にて確認し、検討を行い改善に努めている。感染防止対策や労働災害・メンタルヘルス研修に参加し働き易い職場作りに取り組んでいる。</p> <p>○健康診断及び人間ドックは義務付けられている。また、予防接種は補助があり、全職員が年1回以上受けている。「健保の窓」の情報誌の活用等日常生活の支援を図っている。施設の隣には「いちだっこ」宅児所を設け、職員の子どもを預けられる。短時間労働の導入や、改正育児休業法への対応等を配慮した職場環境に取り組んでいる。</p>
		(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。	c)	<p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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>	<p>○職員一人ひとりの育成に向け、キャリア段位制度の研修を受講している。今後、あさぎりの郷としての「期待する職員像」を明記し、職員と面接を行いながら、部門及び職員個々の目標管理を設定し、進捗状況の確認、目標達成度の確認を行い、更にスキルアップを図りモチベーションを高める取組を期待する。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			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。	○基本目標や計画の中には、「更なる資質向上のため…」と明記され、職員研修年間予定表があり、内部研修及び外部研修等に参加し、福祉サービスの質の向上を図っている。更に、「期待する職員像」を基本方針等に明記し、あさぎりの郷として目指す福祉サービスの向上を期待する。
			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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	○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、事前研修予定表を作成の上、OJTチェックシートを活用して、段階ごとに必要な教育・研修に取り組んでいる。 ○テーマ及び職種別等の研修を行い、職員間で共有し、研修成果の評価・分析を行い、どのように活かしていくか、次への目標、担当者のコメントが記されている。
		(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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 94 指導者に対する研修を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	○理念に沿った入居者の意向を尊重できる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、具体的に取り組んでいる。 ○指導者研修を受講し、受け入れ学校との連携を図り主任会において受け入れ体制を共有し、福祉施設として人材育成の社会的責務を果たしている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
	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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○ホームページ及び広報誌「あさぎり新聞」等を活用し、理念や基本方針・事業計画及び報告・予算・決算等の事業状況を適切に公開している。</p> <p>○第三者評価の受審結果や、苦情・要望等に対する第三者委員の意見等、地域に公表している。</p>
			② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○経理規程・職制規程・財務規程等にて経営・運営のチェック体制が確立されており、そのルール等は職員に説明し、周知を図っている。</p> <p>○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。監査意見や指摘事項等明記され、監査結果に基づき経営改善を行い、前年度監査指摘事項の改善状況を明確にしている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
	4 地域との交流、地域貢献	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>○ジェイエー長野会の理念をはじめ、あさぎりの郷の基本理念、基本方針には地域とのかかわり方について文書化されている。</p> <p>○施設内に設けられた地域交流センターの「杉の木ホール」は施設や地域住民の集会、研修の場として使用され、「あさぎり茶屋」では地域住民との交流や憩いの場として使われている。施設内で買い物ができるように必要に応じて地域の業者が食品、雑貨の販売に協力している。</p> <p>○玄関正面には利用者、地域住民に対して福祉サービス事業所のパンフレットや成年後見制度についての説明書などが置いてあり、自由に持ち帰ることができている。</p>
			② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 116 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手順をフローチャートで示し、ボランティアを希望している団体、個人があさぎりの郷のボランティアにふさわしいか面接をしてから受け入れしている。登録カードに記入し、必要に応じて研修をしている。</p> <p>○地域ボランティアの「あさぎり会」には喫茶と行事の手伝い、「JA 助け合い組織「にじの会」には清掃や行事の担当をしてもらっている。</p> <p>○保育園・小・中学校・高校・大学等との交流も職場体験、実習等で活発に行われている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
		(2) 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>○地域の行政機関はじめ医療関係、福祉関係の事業所等、連携の必要な団体のリスト・役割は施設職員で共有できている。特に隣接する厚生病院とは日常的に連携を取っている。</p> <p>○高森町の事業者連絡会等地域内で開催される高齢者福祉に関連する会議等に参加し、協働している。</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。	a)	<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>○地域交流センターを中心にして地域住民が集い、喫茶などを活用し施設利用者と交流できている。</p> <p>○地域交流センターの「杉の木ホール」で地域住民に呼びかけ、施設職員が講師になって介護や認知症等についての研修会を開いている。</p> <p>○認知症の人と家族、支援者などがタスキをつなぎゴールを目指す「RUN伴」に、職員が参加して認知症の人と地域の中でも交流し、施設の専門性を発揮している。</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 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>○地元町長・隣接する村の村長・民生委員、児童委員等があさぎりの郷の運営委員会を構成しており、地域の福祉ニーズを把握できている。</p> <p>○隣接する厚生病院で行われる病院福祉祭に、病院の職員と一緒に相談コーナーを設け介護・福祉の相談に当たっている。</p>
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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>○基本理念に「利用者の個人の尊厳と人間性を尊重したサービスの提供」と謳い基本方針にも「利用者本位の立場に立ち、個人の人権を尊重し」と施設としての福祉サービスの在り方を示している。ジェイエー長野会や施設で年2回、利用者の尊重や人権への配慮について研修している。</p> <p>○自己点検表で業務についての適正や法令を遵守しているか、礼儀、挨拶、思いやり等を自己評価している。</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 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>○ジェイエー長野会のプライバシー保護規程・虐待防止対応規程等を中心に、施設の全体研修で高齢者の尊厳に関する研修を実施し、不参加の職員はDVDを見て研修しレポートを提出している。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」の（法令に違反した場合）に就業規則に基づく措置を取ると記載がある。</p> <p>○施設においては特に排泄についてのプライバシー保護・入浴についてのプライバシー保護のマニュアルを手順書のほかに整備している。</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>○施設を紹介するパンフレットはジェイエー長野会の理念、施設の理念・基本方針を記載し、施設の全景と四季の自然や行事の写真を配し、施設の概要、設備を紹介している。施設全体を理解できるものになっている。町役場に施設の広報誌と一緒に置き町民が手に取ることができている。ホームページも開設し適宜見直ししている。</p> <p>○利用希望者の施設見学に対しては施設内を案内し丁寧に対応している。短期入所を体験してから本入所するケースもある。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			② 福祉サービスの開始・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>○福祉サービスを開始するに際しては、生活相談員が利用者・家族に理念・基本方針、施設と利用者の権利と義務の関係、サービス計画、契約書、重要事項説明書等についてわかりやすく丁寧に説明している。書面は、活字を大きくして読みやすいように配慮がされている。</p> <p>○理念・契約書・重要事項説明書について同意でき施設サービスの提供を受ける場合は、施設の代表者と利用者・代理人（意思決定が困難な利用者の代理）・家族代表の押印をした同意書をいただいている。</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>○契約を終了し利用者が他の福祉事業所・医療施設へ変更がある場合は、利用者、家族の希望により利用者の心身の状況、置かれている環境を勘案し円滑な退所のための必要な援助を速やかに行う旨、契約書の第19条に謳っている。</p> <p>○必要に応じて、引継文書を渡している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
		(3) 利用者満足 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)	<p>■ 159 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○担当者会議・家族会等において、利用者・家族等の意向や希望を聴取している。</p> <p>○毎年利用者満足に関するアンケートを実施している。言葉・プライバシー・食事・清潔・建物の安全・全体の印象等調査し、提出したアンケートに返事が必要な場合は電話番号、名前を記入する欄を設けている。</p> <p>○今後アンケートの分析・検討する担当者や担当部署を設置し利用者・家族等にフィードバックして組織全体で共通の問題意識を持ち福祉サービスの質の向上に繋げ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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○契約書・重要事項説明書に相談・苦情について記載され、相談窓口は介護支援専門員・生活相談員、解決責任者は施設長になっている。第三者委員の設置もある。</p> <p>○アンケートには苦情はあげられていないが、苦情があった場合は広報誌「あさぎり新聞」で公表し、利用者、家族等へは苦情の内容や解決策をフィードバックしている。</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 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 171 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。 ■ 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。 ■ 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>○重要事項説明書には施設外苦情相談窓口として高森町役場健康福祉課をはじめ南信州広域連合事務局等6か所もの相談窓口を記載している。利用者・家族には契約時に重要事項説明書で伝えている。</p> <p>○施設内には個室もあり他にもいくつかの相談に適したスペースが用意されている。</p>
			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>○意見・相談はパソコン内の個人の介護記録に記入し職員皆が共有できるようになっている。</p> <p>○意見・相談の内容によっては必要に応じて介護支援専門員・生活相談員が中心になり迅速にカンファレンスを行いケアプランに反映している。検討に時間がかかる場合は家族にはその旨を連絡している。</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
		(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（リスクマネージャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。 ■ 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は定例会議を開催し、発生した事故について評価・検討し集計して再発防止に努めている。発生した事故について学習会を開催し、各フロアで報告し全職員の意識統一を図っている。</p> <p>○事故発生時、事故報告を受けた施設長は管理者会議を招集しており、メンバーは施設長・事務長・科長代理・介護支援専門員・生活相談員・看護主任・介護主任・事故関係職員等で構成している。事故の要因を把握するとともに対応方針を整理し、最終的には管理者メンバー（施設長・事務長・科長代理）が施設の対応方針を決定し家族等へ説明を行っている。</p>
			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している。 	<p>○感染症対策についてのマニュアルは平成24年度の介護施設の重度化に対応したケアの在り方に関する検討委員会制作のものを採用している。委員会が構成され施設長を管理責任者として事務長・介護支援専門員・生活相談員・看護職員・介護職員・管理栄養士等それぞれの役割分担が明確にされている。</p> <p>○日常的には看護職が中心になり研修会等の計画を立て、厚生病院の感染対策看護師が講師となって全職員で研修している。マニュアルの見直し等も感染対策看護師の指導による。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			③ 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>○総合防災マニュアルには施設長を委員長に、防災委員会が組織され委員のそれぞれの任務が記載されている。避難誘導はフロア主任・通所科主任を中心にを行い、入所利用者の把握は入所者一覧表で確認する仕組みがある。年2回の避難訓練に合わせて職員の連絡網の点検等を実施している。</p> <p>○食料の備蓄は管理栄養士を中心に利用者・職員分3日分備えている。</p> <p>○消防署等と連携しており、自衛消防隊が組織され出砂原自治会には初期消火活動・避難誘導の協力依頼をしている。</p>
	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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 197 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 ■ 198 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。 ■ 199 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。 ■ 200 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。 	<p>○福祉サービスの標準的な実施方法の提供は排泄・入浴・ボードやリフトを使用時の移動等の手順書が整備されている。留意点としてプライバシー保護等に配慮しての言葉がけも記載されている。初任者についてはチェックリストがあり、習得・実施状況が確認されている。</p> <p>○他の介護においても標準的な実施方法に値するものを整備されたい。また、職員が標準的な実施方法をいつでも閲覧でき、日常的に活用されることが望まれる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 202 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。 ■ 203 検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されている。 ■ 204 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。 	○各委員会や係会で見直しを行い、提案も受け入れている。今後、新たに作成した実施方法とあわせて、新しい知識・技術等を踏まえて、定期的に検証・見直しを行っていくことを期待したい。
	(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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 205 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。 ■ 206 アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。 ■ 207 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。 ■ 208 福祉サービス実施計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。 ■ 209 福祉サービス実施計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。 ■ 210 福祉サービス実施計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。 ■ 211 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。 	<p>○介護支援専門員が責任者となり福祉サービス実施計画書の策定に当たっている。</p> <p>○今までの生活歴・本人の希望・家族の意向や希望・これから施設で生活する人生・（看取りを含めて）家族関係・趣味・性格・日々の生活状況等々を細かく丁寧に聞き取り利用者のニーズを具体的にアセスメントしている。</p> <p>○機能訓練指導員・管理栄養士はじめ多職種はモニタリングのためのアセスメント事項を文書で提出してから会議に臨み、アセスメントから実施計画まで組織的に取り組んでいる。</p>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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する課題等が明確にされている。 	○見直しは概ね3か月で行われている。介護支援専門員がモニタリングの日時を明記し前回の実施計画書を添付し各職種の意見を記入してもらうように回覧している。回覧する職種は担当職員・フロア主任・栄養科・看護科（機能訓練を含む）生活相談員となっている。
	(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。 	○利用者の状況についての記録は各係会を中心に使い易いように見直しの検討が行われている。介護記録検討係会は係会で具体的な記録の内容の共通理解が得られるか、言葉遣い等の検討をしている。 ○福祉サービスの実施状況はモニタリングで確認できる。パソコン内の個々の介護記録と共に職員間で共有できている。
			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。 	○記録の管理責任者は施設長で、書類（記録物）保管マニュアルを整備し業務日誌・申し送り簿・介護に関する記録をはじめ会計に関する記録の保管期間等が記載されている。 ○個人情報の保護については契約書に「守秘義務等」と記載され、職員は研修会で周知、遵守し家族等には契約時に説明している。