

| 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>○人事考課制度を実施するとともに、職員全体で課題や問題点改善に取り組めるようにキャリアパス、チャレンジカードの活用を行っている。一般職員にも経営状況を把握してもらおうよう毎月の実績報告を行っている。</p> <p>○人材育成の今後の課題としてキャリアパスの効果的な使い方を考えている</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。 | b) | <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。 | <p>○中長期計画は、理念・基本法人の実現に向け、基盤整備に重点を置いた計画として作成されている。</p> <p>○中長期計画は、法人が統合し更なる強化された法人を目指し計画変更を行ってきている。</p> <p>○具体的な重点項目の記載は示されているが数値目標など実施状況の評価が行える内容は確認できなかった。</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) | <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>○単年度の計画は中長期計画を反映した内容で作成され具体的な実施内容になっている。</p> <p>○単年度の事業計画を職員のチャレンジカードに反映し、実施評価に努めている。</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) 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。 | b) | <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 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）されており、理解を促すための取組を行っている。 | ○職員からの意見聴取は、個別面談の際に行う。職員のやりがいににつながるように策定されている。 ○事業計画は職員に配布し職員会議で説明している。 |
| | | | | | <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。 | |

| 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) |
|------------|-------------------------------|--------------------------------|--|----|--|--|
| | 組 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取 | (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 checked="" 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 checked="" 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 <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。 | ○第三者評価は今回初めての受審である。サービスの質の向上に対しては管理者を中心に様々な計画を立て実施、評価を行っている ○決められた評価基準に基づき自己評価を行い組織としてPDCAサイクルに基づく取組みに今後期待したい。 |
| | | | 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 checked="" 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。 | ○会議などで課題を共有し改善策を全体で検討している。分野別に分け担当を決め更なる職員参加の取組を行う。 ○第三者評価の結果や課題に基づき、今後、組織として職員間で課題の共有を行い計画的に取り組むことが期待される。 |
| II 組織の運営管理 | ダ 1 管理者の責任とリー | (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) | <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 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。 | ○管理者は、法人全体で毎年の事業報告を動画で発信し、周知に努めている。 ○管理者の役割については、職務分掌に記載され、周知が図られている。 ○管理者の役割は幅広く、責任も重い。災害事故時など、有事における権限移譲について文章で明確化しておくことが望まれる。 |

| 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 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>○管理者は、キャリア形成訪問事業のコンプライアンス研修に参加するなど、管理者として求められる能力・機能を発揮するた各種規則の理解・労務管理が行えるよう努めている。</p> <p>○自主的に経理の勉強もを行い、幅広い分野での法令遵守の取り組みも行っている。</p> |
| | | (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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>○美事会議や介護会議にて全体の課題を取り上げ毎月検討している。利用者の活動についてはプログラム会やトリム会などで検討している。</p> <p>○内部研修として講師を招き職員がテーマを決めて勉強会を開いている。</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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>○運営については、主任や相談員と相談し業務の実効性に向けた労務管理を行っている。職員の働きやすい環境や人員配置については時間認識を職員が行い、業務改善に取り組んでいる。</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) |
|------|-----------------|-----------------------------------|--|----|---|--|
| | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 | ○法人本部と経営企画室でとりまとめをしている。キャリアパスに沿った毎月の研修や1年間の研修計画を立てている。 ○美事では、新人教育の指導方法、活用できるマニュアルの作成に力を入れ人材育成に努めている。 |
| | | | 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。 | ○法人全体で人事考課を行っている。キャリアパスの導入を行い、自ら将来の姿がイメージできるように等級が明示されている。 ○等級に応じた目標管理を行い職員個人が何をスキルアップしたいのかが引き出せるように面接などを行っている。 |

| 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) |
|------|------|----------------------------|-------------------------------------|----|---|--|
| | | (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>○ワークライフバランスに配慮した環境づくりのため、休日を増やすための業務改善を行い、専門職でなくてもできる役割の検討を行った。「時間認識」を持つ働きかけを行い、マニュアルなど見直し「業務の見える化」を図った。</p> <p>○有給休暇の管理も行き、有給休暇が取れていない職員には優先的に取ってもらうなどの取り組みをしている。</p> <p>○職員のその時々々のライフスタイルに合わせ仕事ができるように面談など行い希望を聞いている。</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。 | b) | <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>○組織として目標管理に向け、チャレンジシートの活用で年2回、職員面談を行う。ひとりひとりの目標設定や水準など適切なものになるように面談方法の研修を受け実施している。</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 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。 | ○研修計画は、法人全体で作成されている。研修計画や運営会議案内には 毎月研修案内が含まれており、必要とされる技術や資格も明示されている。 |
| | | | 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) | <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。 | ○段階別、職種別研修やテーマ別研修を企画し参加されている。 ○短時間のオンライン研修を業務時間内で参加できるような業務改善も検討している。 ○新人職員の個別的なOJTはマニュアルもあり、それに基づき行われている。 |
| | | (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。 | b) | <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。 | ○介護体験などの受け入れは行っている。法人では実習受け入れも行っていると伺うも実習受け入れマニュアル、指導者研修については確認できなかった。マニュアル・基本姿勢の体制整備が求められる。 ○実習に当たって、専門校との連携を取り、プログラムの工夫をしている。 ○福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に対する整備が今後すべての事業所において必要と思われる。 |

| 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 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。 | b) | <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 | ○法人のホームページやSNSにより日々の様子など広報活動を行っている。 ○事業所の基本方針、予算、決算報告などもホームページやパンフレットにより公開されている。 ○第三者評価の受審が今年度行われ、更なる運営の透明性に取り組んでいる。 |
| | 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) | <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 | ○社会福祉法人としてのガバナンスの強化や財務規律の確立より構成・透明性の確保に努めている。 | |
| | 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) | <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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に提供している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 | ○基本理念に、「福祉のまちづくりに積極的に貢献し、地域介護の中核施設としての使命を果たす」と明示されている。年度の事業計画にも地域とのつながりが記載されている。 ○地区の防災訓練、コロナ前は児童館の子ども達との交流を移動販売やしめ縄づくりのボランティアの受け入れなどを行っている。 ○外出プランで数名と外出に出かけている。 |

| 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 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) | <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 114 学校教育への協力を行っている。 | ○ボランティア受け入れマニュアルの確認ができなかった。地域交流を明示している。マニュアルの作成により、トラブル等がないようにより効果的な利用が行えることを期待したい。 ○学校教育の協力を行っており介護体験の受け入れはしている。 |
| | | (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) | <input checked="" 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。 | ○まちづくり協議会、コロナネットワークへの協力、包括支援センター主催の研修会や事例検討会に参加をしている。 ○社会資源の明示については、地域包括支援センター、福祉事務所、社会福祉協議会、主治医など連携が必要な機関についてリスト化している。 |
| | | (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | ① 地域の福祉ニーズ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。 | ○まちづくり協議会へ参加し、地域課題の把握、地域発展に努める。また、地域包括支援センター主催の会合への参加も行っている。 |

| 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) |
|----------------|----------------|-------------------------|--|----|--|--|
| | | | 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。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>○まちづくり協議会へ参加し、地域の皆さんの困りごとを把握するため美事見学会の開催を行う。</p> <p>○公民館活動の参加として美事で作った作品の展示などを行い地域コミュニティの活性化に努めている。</p> <p>○福祉避難所にはなっていないが場所の提供は行っている。地域の防災訓練や環境整備を行っている。</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"> ■ 125 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>○法人の理念に基づき、マニュアルなどにもしっかり尊厳、人権擁護については述べられており、利用者の意志・意向を大切にしている様子が垣間見られた。</p> <p>○福祉サービス提供の基本姿勢や不適切ケアマニュアルなどと明示し不適切ケアの周知徹底に努めている。</p> <p>○利用者尊重の研修会は法人を中心に年2回行っている。不適切ケアのアンケートも取っている。</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。 | b) | <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>○プライバシー保護については、福祉現場での日常の取組として理解し日々の生活の場でも個人がゆっくりできる場所の工夫など環境に留意している。</p> <p>○排泄の声掛けなどプライバシーへの配慮が感じられる。</p> <p>○プライバシー保護マニュアル 規定の確認ができず、更なるマニュアルの取り組みに期待したい。</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) 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、個別にでない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>○理念や基本方針は玄関に開示してある。またホームページに細かに理念・基本方針について述べられている。写真を利用しわかりやすく説明している。</p> <p>○見学や体験の際には誰でもが個別に丁寧に説明できるようにマニュアルが作成され、必要な情報を提供できる仕組みが確認できた。</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。 | a) | <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>○相談員を中心に契約時に説明・案内を行っている。フェイスシートを活用し施設の特徴を伝え、利用者が利用者が理解しやす意思決定できるように説明し同意を得ている。</p> <p>○意思決定困難な利用者に対しルール化したものは特に確認できなかったが利用者の立場に立ち、判りやすい説明がなされていることが資料などで確認できた。</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>○通所の変更については、相談員、介護支援専門員が対応しているが必要によっては情報提供を行う。</p> <p>○利用終了後の再利用希望については優先的に受け入れを行っている。</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) |
|------|------|--------------------------------------|---|----|--|--|
| | | (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"/> 149 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"/> 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 checked="" 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 checked="" 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>○満足度アンケートは、昨年はコロナのためで実施できていない。今年を行う予定。</p> <p>○アンケートによる食事への意見を反映しおやつ の工夫を行っている。</p> <p>○サービス担当者会議の際や希望時には意見を聞き、活動への反映をしている。</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"/> 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 checked="" 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>○苦情第三者委員会を法人全体として設置している。年に一度委員会を開催しており、再発防止に努めている。</p> <p>○苦情解決の仕組みの指針があり、玄関に掲示している。契約時に分かり易く説明している。</p> <p>○マニュアルに従い報告書に記載して、職員などに周知しケア記録に記載している。</p> <p>○ホームページに公表している。</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 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"> ■ 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。 ■ 162 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。 ■ 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>○相談員マニュアルがあり、事業所玄関の窓口にチラシを掲示している。苦情時には管理者が対応し、記録をしている。</p> <p>○苦情解決に関する規定、取り組みの指針があり、玄関に掲示がしてある。</p> <p>○場所をその時に応じて移し、立ち話・相談室など対応している。</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"> ■ 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る。 ■ 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>○玄関ホール入り口にご意見箱設置するとともに、気軽に立ち話などで意見を聞いている。</p> <p>○相談対応マニュアルを整備している。</p> <p>○相談・意見を記録し、直ぐに対応出来る様に心掛けている。</p> <p>○対応マニュアル更新を1年ごとに行っている。</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) |
|------|------|---------------------------------------|--|----|---|--|
| | | (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>○リスクマネジメントは、責任者を配置、ヒヤリハット事故報告書を作成し、未然に防止できるように活用している。</p> <p>○交通事故緊急対策マニュアル、ヒヤリハットなど記入様式も簡略化し、全体に周知している。</p> <p>○記入様式の簡略化により多くの事例収集をして防止に努めている。</p> <p>○年に1回自己傾向をまとめ評価し職員と検証している。</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"> ■ 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している。 | <p>○看護師を中心に1年に3回の内部研修を実施している。</p> <p>○感染症及び食中毒の防止・蔓延防止のための指針で周知徹底している。</p> <p>○送迎時到着時に検温、マスク着用、食事前の手洗い、テーブルの消毒、換気・加湿などを実施している。</p> <p>○安全衛生委員会がマニュアルの定期見直しを行っている。</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) |
|------|---------------|---------------------------------|---|----|---|---|
| | | | 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。 | b) | <input checked="" type="checkbox"/> 182 災害時の対応体制が決められている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 | ○BCPの作成がしており、独自の部分は委員会で検討している。職員間の連絡は「チャドツール」という連絡網と法人でのSNSを活用して安否確認訓練も行っている。 ○年に1回の地域の防災訓練に参加している。 ○備品の備蓄は、厨房と連携し整備できている。 ○防災訓練計画を作成し、今後地元の行政、消防署などと連携して体制を整え訓練実施などが望まれる。 |
| | 確 2 福祉サービスの質の | (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) | <input checked="" type="checkbox"/> 187 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 | ○マニュアルがあり、新人ブリセプター制度があり、細やかに利用者の尊重・動作など指導している。 ○その場でセラピストによる起き上がり訓練、たちあがり訓練などの指導もある。 ○スキルアップマニュアルがあり、指導・面談の流れがある。 |
| | | | 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) | <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 192 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に実施されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 193 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 | ○1年に1回内部監査があり、指導を受けている。 ○担当者会議・退院時カンファレンスに参加して、意見交換を行い個別の福祉サービス実施計画に反映している。 |

| 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) 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。 | b) | <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>○通所介護計画書マニュアルが作成されている。定期的な介護計画更新を行っている。毎月日々の変化を記録した内容に基づき相談員が中間評価し介護支援専門員に報告している。</p> <p>○アセスメント、計画策定、実施、評価、見直しという一連のプロセスに沿い、利用者の希望、ニーズを反映した内容となるよう適切なアセスメントの見直しが望まれる。</p> <p>○支援困難ケースとして、特浴などの対応の場合は当事業での支援が難しく介護支援専門員・家族と相談し他施設移行なども検討している。</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。 | b) | <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>○福祉サービス実施計画の見直しには、専門分野の意見を取り入れるために個人ファイルを活用している。</p> <p>○福祉サービス見直しについては、手順を含め通所介護計画マニュアルなどに定めて、実施していくことが望ましい。</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) |
|------|------|----------------------------|---|----|---|--|
| | | (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 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>○職員共通・介護職員マニュアル・看護職員マニュアル、機能訓練マニュアル、記録の書き方マニュアルで統一している。</p> <p>○1ケア・1記録を目標にして、利用者ノートを活用し共有している。</p> <p>○介護記録・ソフトウェアカルテ使用記録と、分かり易い記録の仕方をマニュアル化している。</p> <p>○日々の利用者ノート、定期的なケースカンファレンスなどを実施している。</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"> ■ 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>○基本は持ち出し禁止としている。またUSBへの写しも禁止にしている。</p> <p>○個人情報保護方針が定められ、記録管理責任者は管理者である。</p> <p>○相談員を中心に個人情報保護の観点から記録の管理に努めている。</p> <p>○文書で共有し、相談窓口もあり、契約時に説明している。</p> <p>○個人情報保護方針が定められ、記録管理責任者は管理者である。</p> |