



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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	○三者懇談会において、当面の施設運営の課題として、①物価高騰にかかる経費の増加と対策②介護報酬にないホテルコスト的な費用の徴収③施設維持に必要な入所数④効率的な業務を実施するための課題が共有されていることを資料及び管理者ヒヤリングで確認しました。
	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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>□ 18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</li> </ul>	○中・長期計画については、令和4年度に具体的な取組を検討する予定でしたが、法人方針より1年延期されました。事業所としての課題である将来の介護需要減少を見据えた施設利用の方向性、既存サービスの新たな転換が明確にされていますので、職員全体で取り組まれることを期待します。
			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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	○地域共生社会の実現、第8期高齢者プランへの対応として、川上村及び南牧村連絡会議への参加、三者懇談会（南牧村・川上村・特養）が定期的開催されています。 ○現在の施設の建物規模、定員規模がマンパワーや地域の実情から適切なのかについて検討がなされています。また、マンパワー不足を補うべく外国人の受け入れ、育成が検討されています。

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 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。	○事業計画には4つの基本目標と、15の重点項目、実施具体策が明示されています。事業計画の取り組み状況は四半期ごとに実施状況を振り返る仕組みになっているのを資料より確認しました。事業計画の周知については、コロナ禍の影響もあり、半数近くの職員が十分に把握していないとの結果が伺えました。今後、全職員への周知をお願いします。
			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c)	<input type="checkbox"/> 28 事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知（配布、掲示、説明等）されている。 <input type="checkbox"/> 29 事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。 <input type="checkbox"/> 30 事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。 <input type="checkbox"/> 31 事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。	○コロナ禍の中で、利用者に説明する機会が作れなかったり、家族会の開催が困難な状況から、説明が不十分であることを幹部職員とのヒアリングで伺いました。コロナが落ち着いた際は、事業計画の内容、進捗状況について一人ひとりの状態に応じた説明が行われることを期待します。

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。	a)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○一人ひとりの介護計画について、PDCAサイクルに則り、職員間で検討されていることを施設サービス計画書及び職員ヒアリングより確認しました。</p> <p>○事業所の人事考課に基づいた自己評価が実施されています。</p> <p>○各カンファレンス、栄養サービス委員会等、管理会計アクションプランでPDCAをまわしています</p>
			② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a)	<p>■ 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。</p> <p>■ 37 職員間で課題の共有化が図られている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○現状評価と課題については、ADLの場面より抽出された内容が、施設サービス計画書に文書化されたものが添付されていました。</p> <p>○事業所ではアクションプランが作成され、進捗状況の共有が職員間で図られています。また、各委員会を統括している企画会議では、職員に対して、プランの意識づけ、計画の遂行についての働きかけが行われています。</p>
II 組織の運営管理	1 管理者の責任とリーダー	(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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○業務分掌として事務（施設長を含む）・介護・看護・生活相談・介護支援専門員・管理栄養士の業務、権限が明文化されていることを資料より確認しました。</p> <p>○管理者は、自らが取り組んでいる内容について、臨時の会議やオクレンジャー等を活用して情報発信していることをヒアリングで伺いました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	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)	<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>	<p>○内部監査を実施して、法令遵守の確認が行われています。</p> <p>○管理者は個人情報に関する勉強会を開催して、事業所内でのミニテストをする等、理解の促進に尽力しています。</p> <p>○管理者によるコンプライアンスに関する学習会が計画されています。</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)	<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>○管理者は、近隣町村との定期的な懇談会を開催し、その中でよりよいサービスの在り方を評価・分析しています。また、課題の改善に向けて関係機関との連携を構築しています。</p> <p>○今年度の施設学習会には、サービスの質の向上に向けた様々な研修、学習会が企画・計画されている事を資料より確認しました。</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>○事業所内には10の委員会が組織され、基本方針の実現に向けた取り組みが行われています。</p> <p>○管理者はマンパワーが不足する中、経営面、人員配置に配慮しながら、事業所内の修繕・修理に自ら率先して取り組んでいることを職員ヒアリングで伺いました。</p>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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>○事業所として必要な介護職の人数（基準以上）を数値で示しているが不足している状況であり、紹介制度や派遣を利用して長期間の勤務に至っていないとのことを管理者ヒアリングで伺いました。</p> <p>○事業所が過疎地にあり、人材が集まりにくいと、法人として、外国人労働者を真剣に迎える時期に来ているとの話を伺いました。</p>
			② 総合的な人事管理が行われている。	b)	<input checked="" 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 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 checked="" 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 checked="" 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る。	<p>○法人の人材育成マニュアルには「求められる人物像」として4つの内容が明記されています。</p> <p>○人事基準は人事考課として昇給・賞与、配置・異動、昇進・昇格が記載されています。職員アンケートより、人事考課で昇進、昇格が決まるとのコメントが見られました。</p> <p>○人事考課を実施してから3.4年経っているとのことですが、職員アンケートから広く職員間に浸透していない結果が見られました。人事考課の内容についての周知が望まれます。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	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。	b)	<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>○職員は上司との面談を経て目標管理シートを作成しています。目標管理シートは、働きやすい職場環境の下で、職員の目標達成に必要な研修等を、上司がキャリアパスに沿って計画されています。</p> <p>○人材育成マニュアルでは、プリセプター制度を用いて先輩が新卒採用者に対してマンツーマンで指導する体制がとられています。</p> <p>○アンケート結果より、職員の意見が反映された総合的な福利厚生はできていないとの結果が見られました。働きやすい職場環境を整えていくためにも、職員の意見や希望を更に汲み取る仕組み作りが望まれます。</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。	a)	<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>○法人の人材育成マニュアルには「求められる人物像」が明記されており、職員は上司との面談を経て、目標管理シートを作成しています。</p> <p>○目標管理シートには、既に身につけているスキルと今後会得したいスキルが表記され、人事考課に反映される仕組みになっていることを管理者ヒアリングで伺いました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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、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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人の人材育成基本方針の中に「求められる人物像」として4項目が表記されています。</p> <p>○階層別の研修として、受講対象者、研修課題、目的、研修内容が表記されています。</p> <p>○課題について、他施設との意見交換、講師によるレクチャーを受ける等の取り組みが行われています。</p> <p>○認知症研修には積極的に参加して、研修の報告会が行なわれていることを管理者から伺いました。</p>
			③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人の人材育成に係る研修形態は、OJT、Off-JT、SDSを基本に据えており、それを基にした育成プランがマニュアルとして整備されています。</p> <p>○法人が運営する複数の事業所で事例を持ち寄っての検討会が行われています。</p> <p>○研修は職員の希望を取り入れながらも、必要とされる研修には、管理者が割り振りをして計画的に進めていることをヒアリングで伺いました。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 94 指導者に対する研修を実施している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人には、実習指導要綱、実習指導マニュアルが整備され明文化されています。また、実習生一人ひとりの個別の実習計画が作られていることを書面より確認しました。</p> <p>○事業所の研修スケジュールに、実習指導者講習会の日程が定まっているのを確認しました。</p>



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○社会福祉法人の事業報告、予算、決算報告はホームページ上に公開されていることを確認しました。</p> <p>○事業所では第三者のオンブズマン3名選定し、事業所内に氏名と連絡先を明示しています。</p> <p>○第三者評価の受審は今回で2回目であり、法人としてサービスの質の向上を目指した熱心な取組みが伺えます。</p> <p>○南牧村、川上村を交えた三者懇談会を開催し運営状況についての情報共有が図られています。</p>
			② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	
献 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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○施設行動目標の中に、地域・家族・ボランティア・オンブズマンの方々と連携して、地域に開かれた施設を目指すとの文言が明記されています。</p> <p>○地域の健康福祉祭りへの参加、地域連携関係者月例会議、村主催のケアカフェへの参加等、コロナ感染状況をみながら取組みが始まっています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	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 checked="" 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 checked="" 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。	<p>○コロナ禍の中で、ボランティアとの交流の場面は少なくなっています。</p> <p>○ボランティアの登録、受け入れはあるが、マニュアルについては未整備とのことです。改善を期待します。</p> <p>○地元の中学校生徒による体験学習が行われています。</p> <p>○地元小学校の音楽会に招待され参加しています。</p>
		(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b)	<input type="checkbox"/> 115 当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。 <input 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。	<p>○社会資源を明示したパンフレットはないが、名称と連絡先は一覧にしています。</p> <p>○関係機関との定期的な連絡会が開催されており、運営面等の情報共有と課題解決に向けた取り組みが行われていることを管理者ヒヤリングで伺いました。</p> <p>○村との連携の一端として、南牧村の資料館の案内を出しています。</p>
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 120 福祉施設・事業所（法人）が実施する事業や運営委員会の開催、関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。	<p>○事業所、南牧村、川上村、三者による懇談の場が設置されています。</p> <p>○南牧村主催の健康祭りへの参加、川上村地域包括支援センターが行うケアカフェに参加しています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	○事業所は村の避難所に指定されており、自家発電の設備を導入して災害が発生した際、被災された地域の方の避難所、自宅での生活が困難になった方の宿泊所としての機能を備えています。 ○コロナ禍前は、事業所での夏祭りや、地域の方も参加する敬老会が行われていました。
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"> <li>■ 126 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	○のべやまの基本方針の中に、「利用者一人ひとりの心を大切にし、自己選択、自己決定に基づいて介護サービスを提供し、安心して過ごせる施設を目指します」が掲げられています。 ○認知症ケアの実践に取り組んだり、嚥下と食事提供、排泄支援についての定期的な検討の場が持たれている事を資料より確認しました。
			② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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れるよう設備等の工夫を行っている。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	○入浴支援、排泄支援時のマニュアルには、介助者のポイントとして、プライバシーの保護に配慮することが明記されています。 ○食事の対応については、利用者の意見を聞き取り介助すること、介助者の態度と言葉づかいに注意することが明記されています。 ○居室は個室、多床室となっていますが、居室の面積は広くゆったりとした空間が確保されています。

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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 137 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。</li> <li>■ 138 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	○事業所の実施するサービスは、南牧村、川上村等の役所や関係する機関の中で情報が入手できる仕組みになっています。 ○コロナ禍により、体験入所、見学等はできないでしたが、ショートステイのためのお試し入所は実施していました。
			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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	○サービスの提供は施設サービス計画書に基づいて、介護支援専門員により説明され、同意を得ていることを資料より確認しました。 ○サービスの開始・変更時には利用者、家族への説明と同意がとられていることを計画書より確認しました。
			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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> </ul>	○事業所の特性から他の福祉施設や家庭への移行はほとんどみられないことを管理者ヒアリングで伺いました。 ○福祉サービス終了時に、その後の相談方法について記載された文書は未整備とのことですので整備されることが望まれます。

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)	<p>■ 149 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○利用者満足 の調査は施設 サービス計画 に基づいて実 施しているこ とを管理者よ り伺いました。 ○利用者満足 把握の為の利 用者会や家族 会はコロナ禍 の中で実施で きていません が、個別の聴 き取りを行う ことで把握に 努めています。 ○利用者満足 の向上に向けた 取組について 、把握されて いない職員が 半数見られま したので、事 業所内での周 知共有が望ま れます。</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。	b)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○事業所には 第三者委員と して5名のオ ンブズマンが 設置されてお り、事業所内 の分かりやす い場所に氏名 と写真、連絡 先が明示され ています。 ○事業所には 明文化された 苦情解決実施 要領が整備さ れており、苦 情解決の仕組 みがフローに より分かりや すく表記され ています。 ○利用者調査 結果より、不 満や要望を遠 慮なく職員に 伝えることにつ いて、8人中 できていると 答えた方が3 名でした。不 満や希望を掌 握する方法に ついて、事業 所内での検討 を望みます。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	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。	b)	<input type="checkbox"/> 161 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 163 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。	○事業所内には5名のオンブズマンの氏名と写真、文書化された役割が貼り出されています。一方で利用者調査ではオンブズマンの存在について把握していない方がいましたので、入所時の重要事項説明書での説明に加えて、利用者へのわかりやすい周知が望まれます。
			③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 169 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。	○職員アンケートから、日々の業務の中で、利用者が相談しやすい環境に配慮すると共に、相談対応と意見の傾聴に努めているとの結果が伺えました。 ○利用者調査より、利用者の要望やケアの場面で、職員はきちんと対応してくれるとの意見を伺いました。 ○相談や意見を受けた際の記録のマニュアルについて、定期的な見直しがなされていませんので検討をお願いします。

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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○リスクマネジメント委員会が組織され、委員長及び各部署の委員が明示されています。</p> <p>○事故発生時の対応が明文化され、職員の動きも対応図として見える化されています。</p> <p>○重大事故ゼロを目標に、ヒヤリハット・アクシデントの分析と予防対策について定期的な会議が企画されていることを事業計画より確認しました。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 179 感染症の予防策が適切に講じられている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 181 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。</li> </ul>	<p>○事業所の感染対策指針の中に感染症対策委員会が設置されており、施設長が統括管理者であることを資料より確認しました。</p> <p>○感染症対策・対応マニュアルが整備されています。</p> <p>○安全衛生委員会において、感染状況を見据えたコロナ感染対策の確認が実施されているのを資料より確認しました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	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)	<p>■ 182 災害時の対応体制が決められている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 186 防災計画等を整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。</p>	<p>○非常災害対策計画が整備されており、基本方針と組織体制が決められています。</p> <p>○建物の立地条件より想定される災害と優先すべき対策が明示されています。</p> <p>○災害発生時のBCPが策定され、検証と災害訓練が計画されています。</p> <p>○消防署を招いての防災訓練はコロナの影響で実施できていないとのことです。消防署や地域を巻き込んでの訓練の実施が望まれます。</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。	a)	<p>■ 187 標準的な実施方法が適切に文書化されている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 190 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。</p>	<p>○施設サービス計画書には、利用者一人ひとりのサービスの内容、担当者、頻度、期間が文書化されています。</p> <p>○利用者の援助の方法に、プライバシーに配慮した内容に配慮されたケアプランが明記されています。</p>	
		② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 194 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。</p>	<p>○施設サービス計画書に記載された内容は、月毎に確認、見直しを行い、3ヵ月1回のケアプランの作成に反映していることを管理者ヒアリングで伺いました。</p> <p>○標準的な実施方法について、事業所が取り組んでいる手法等を職員間で周知、共有されることが望まれます。</p>	



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 195 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○福祉サービス計画書は、利用者、家族の意向を踏まえた課題分析を行って、総合的な援助の方針が検討され、作成されています。</p> <p>○計画書に記載される援助内容は介護、看護、栄養士、各職種間で協議され策定されていることを管理者ヒアリングで伺いました。</p> <p>○職員アンケートでは、多くの職員がアセスメントに基づく実施計画について周知共有していることを確認しました。</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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○利用者のサービス内容は月毎に確認作業が実施され、3ヵ月に1回の頻度で利用者、家族の同意が得られています。</p> <p>○福祉サービス計画書には利用者の介護面からの現状評価と課題について、具体的な援助方法が明記されています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○利用者の記録は介護ソフトによって運用され、内容は職員間で共有できる仕組みになっています。</p> <p>○日々の記録はタブレットを用いて、その場で入力できる環境が整っています。</p> <p>○記録の書き方等、記録要領の作成について、職員間での再確認と周知・共有をお願いします。</p>
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 214 記録管理の責任者が設置されている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 216 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○運営規程16条には記録の整備に関する規定が定められています。</p> <p>○個人情報保護方針に記載された、個人情報の安全管理措置の徹底の中に、教育・研修の実施が明記されていることを確認しました。</p> <p>○記録管理の責任者を介護係長として、事業所内において明確に位置付けられています。</p>