

(別添 1)

事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別：居宅介護支援
事業所名（施設名）：
相澤居宅介護支援事業所あずみの

○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)	■	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。	○理念・基本方針は、「慈泉会ミッション・ビジョン」として示され、事業所が所属する地域在宅医療支援センターのミッション・ビジョンのもと「居宅介護支援事業所あずみの」のミッション・ビジョンが作成されている。 ○地域住民・地域在宅支援センターから信頼を高めるための質の向上、地域住民が理解を深める取組を行う等、目指す方向が明確に示されている。 ○ミッション・ビジョンは、慈泉会理事長が、念頭に訓示という形で説明がある。職員は部署内で毎朝読み合わせ、また<職能要件で基本姿勢として学ぶ取組があり、すべての職員はミッション・ビジョンに立ち返り、日々の業務にあたっている。 ○利用者、家族へのミッション・ビジョンは、法人の20周年誌の配布等を行い、法人の目指す方向性を利用者・家族に説明している。
				■	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。		

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	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)	■	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。	○社会福祉事業全体の動向は、厚生省からの通達などにより確認、また、包括支援センター、市が示す介護保険の情報、長野県の高齢者プランをもとに部署課題を策定している。 ○事業所が位置する市の人口高齢化、要介護認定などの状況を把握・分析し、経営に反映している。	
					■	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。		
				a)	■	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。		○事業所が所属する地域在宅医療センター会議、リーダー会で経営状況・経営環境の共有を図り、部署内で課題の検討を行い、部署課題を毎年度設定し、取り組んでいる。 ○法人の理事長は、念頭所感の資料として人口の推移、人口構造の変化などを統計的に示し、地域包括システムの構築、課題への具体的な取組から今年を目指すミッション・ビジョンとともに配布し、具体的な取組に繋げている。 ○毎月の事業所運営・経営データや「地域在宅医療センター収益推移」をもとに課題を明確にしている。
						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。		

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	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)	■	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。	○地域の在宅医療を支えて20周年、「地域で自分らしく暮らしたい、その思いに応えるために」として、地域在宅医療支援センターが発足した。20年の歩みから、次の10年に向けた地域在宅医療センターが「私たちのミッション・ビジョン」として今後、目指す方向性を示している。さらに居宅介護支援事業所として5年後のあるべき姿として明示している。それに向けた取組が行われている。	
					■	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。		
				a)	■	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。		○毎年のプロフィールの作成と部署課題を設定している。プロフィールには現状の地域動向の分析により、年度の目標、さらに教育・育成計画を前年度の計画の反省にもとづき、本年度の計画作成を作成している。 ○計画した目標を達成のために経営運営実施計画が立てられ、経営課題評価基準表として目標に対する評価が数値で示される仕組みがある。
						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。		

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	3	(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。	○事業計画は前年度の計画の評価を踏まえ、法人の示す方向のもと、地域在宅医療支援センター全体での連携を図り、策定をしている。 ○法人の居宅介護支援事業所が目指す方針を定められ、部署内会議で職員からの意見を集約し、部署課題の明確化、さらに実施計画の策定、プロファイルの見直しを行っている。部署課題は年間のスケジュールに沿い、実施・評価している。計画の職員への周知は部門責任者の承認後、部署内会議で伝達・周知のため読み合わせを行い、確認印をする仕組みがある。	
					■	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。		
				a)	■	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。		○居宅介護支援事業所の主な内容は、事業所のしおりに示され、利用者に配布し理解を得ている。満足度調査など年度の新たな計画は事前に利用者・家族に書面で説明し理解を得ている。 ○居宅介護支援事業所のサービスの質の向上のため、介護支援専門員の担当交代の仕組みがあり、説明は重要事項に示し、さらに法改正による改訂事項等は書面にて説明し、署名にて了解を得ている。
						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。		

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	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)	■	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。	○居宅介護支援事業所として、事業所が目指す課題を実行するため「利用者から求められる介護支援専門相談員像」を明らかにし、評価・分析し、事業所の質の向上に向け、利用者満足度調査を行った。また部署課題の設定と取組を評価し、上長への提出をしている。 ○今回、初めて第三者評価の受審を行った。受審後の結果を踏まえ検討していく予定である。 ○業務マニュアルには、「自己診断カルテ」というチェックリストがあり、事業全体の自己評価を定期的実施し管理者との面談がある。その結果をリーダー会で報告し事業所としての課題を全体で明らかにし、その課題は事業所ごとに検討し、改善に向けた取組を行っている。 ○居宅介護支援事業所運営基準に即した業務確認のため職員間相互にチェックシステム（内部監査）、電子カルテ記載内容のモニタリング、接遇委員会の身だしなみチェックなど実施している。	
					■	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に受審している。		
					■	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。		
				a)	■	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。		○自己評価・第三者評価の受審結果は、今後明確になった課題に対し改善策・改善計画を検討していく予定がある。 ○利用者満足度調査を行い、結果について部署内で話し合い、質の向上のために担当制の交代へ取組についての意見に対しては、事業所内の介護支援専門員を知っていただき、利用者への安心感、また利用者の居宅サービス計画書に対する様々な意見に対しての課題が明確になり、アンケート結果とともに利用者に書面で報告している。
				■	37 職員間で課題の共有化が図られている。			
				■	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。			
				■	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。			
				■	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。			
				■	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。			
	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。							

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)
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)	■	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。	○管理者の自らの役割は、プロフィールや法人の年報などに掲載し、業務分掌での表明している。また管理者は、部署内の質の向上のための取組や、事業所として目指す課題の実現のために、自ら積極的に取組をするなどリーダーシップを発揮している。 ○防災マニュアルには権限移譲について明記されている。センターの連絡網の共有連絡網の実施が行われている。オクレンジャーの登録による速やかな連携が取れるような仕組みがある。
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
		(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。	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)	■	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。	○管理者は事業所集団指導、管理者研修で法令遵守の理解を深めている。法令遵守については十分理解し、管理者として理解すべき事項は、法人のeラーニング、居宅介護支援事業所として必要な運営基準をしっかりと理解し、法令遵守違反にならないよう職員への徹底も行き、職員間でのチェック体制もある。 ○毎年、交通安全研修や職員の医療安全については、法人として必須の研修項目ともなっており、職員とともに法令遵守に取り組んでいる。慈泉会によるコンプライアンス室による研修会を行っている。
					■	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。	

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)		
Ⅱ	1	(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)	■	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。	○地域住民、地域包括支援センターなど事業所からの信頼を高めるため、利用者のニーズ把握・分析、研修・症例検討に参加し、個々の質の向上、事業所全体の質の向上を図るために、計画の見直し・評価などにより、具体的な教育・育成計画策定しリーダーシップを発揮している。	
				■	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。			
			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)	■	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。		○人事・労務・財務の分析は、法人で行っている。地域在宅医療センターの運営会議などで話し合い、＜経営・運営の質＞部署目標シートの作成を行っている。前年度の課題を評価し、職員の人数に対し、新規利用者獲得目標、平均単価目標等も具体的に掲げ、経営・運営課題実施計画を作成し実施期限や手段・方法、さらに年度末に経営・運営課題評価基準にもとづき実践結果を確認している。 ○管理者は職員の目標・育成面接を行い、人員配置、個々の職員の担当利用者数等、職員の偏った負担にならないように配慮する等の取組がある。
				■	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。			

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)		
Ⅱ	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)	■	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。	○法人、所属する地域医療支援センター内、部署内、専門職内の研修会等に職員の教育・研修の機会を持ち、すべての職員の質の向上により、質の高い人材の確保に繋がる仕組みができています。 ○法人のビジョンに「人材を育てる」と方針が示され、地域在宅医療センターミッションに専門家としての人材育成に取り組むことが明示されている。 ○毎月集計する利用者の動向をもとに、人員構成を行っている。効果的な人材育成は、本部機能を有する法人居宅介護支援事業所を中心に行っている。 ○特定事業所加算を算定できる配置、人材育成の仕組みがある。	
					■	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。		
				a)	■	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。		○期待する職員像が法人として示され、「慈泉会人材像」に具体的に明示されている。 ○人事基準は職能要件書で示し、法人の人事考課制度に定めている。職員が将来の姿を描くように定期的に目標・育成面接などを行い、業務に反映する等総合的な取組がある。
				■	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)
Ⅱ	2	(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)	<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>○職員の就業状況や意向の把握は、職員の満足度調査を行い、それをもとに管理者研修を実施し、働きやすい環境づくりに努めている。当事業所は職員人数も少なく、常に相談しながら業務を進めている。また魅力ある職場づくりを目標に、慈泉会居宅介護支援事業所全体での取組も行っている。</p> <p>○職員の有給休暇の取得状況や時間外労働については管理者が毎月確認している。</p> <p>○職員のストレスチェックは、法人のストレスチェック制度実施規定に沿って行い、弁護士への相談もイントラネット利用で周知し、安全衛生委員会での保健師の相談窓口も設置されている。</p> <p>○福利厚生は、職員のアンケートをもとに福利厚生の充実もしており、積極的に利用できる体制を作っている。</p> <p>○職員の生活パターンに合わせ、介護休暇取得もでき、非常勤職員の時間短縮の職員も在籍している。定期的な目標・育成面接から職員の意向・意見に沿い対応している。産休、育休などへの対応も行っている。</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)		
Ⅱ	2	(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)	■ 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。	○「個別研修計画書」が作成され、事業所の年度の研修テーマにもとづき、「達成目票、研修指標・得られる成果」等の項目を明記し、活動計画を作成し、管理者との面談を行っている。 ○職能要件書により、一人ひとりの育成に向けた取組が構築されている。また、様々な外部、内部研修については、パソコン内で周知し、研修参加に多くの職員が参加している。 ○職員の介護支援専門員としての業務確認のため、内部監査として、職員は居宅介護支援事業所の運営基準実施の職員間での点検を行い、業務の振り返りや個別の資質向上に役立っている。 ○主任介護支援専門員の配置基準が達成し、より専門性の高い事業所を目指す事業所加算を実施しているため、定期的に症例研修や部署内研修も行い個別の育成に役立っている。	
					■ 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。		
				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)	■ 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。		

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)	
Ⅱ	2	(3)	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)	■	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。	○新人職員には職能要件を満たした教育係が付き、業務マニュアル・研修カリキュラムに沿って実施している。○JTとしてのチェックシートもあり、定期的に管理者との面接し、状況確認している。 ○一人ひとりの職員は職能要件書に沿って、知識・技術を評価し、毎年作成するプロフィールや年報で取得状況を確認する仕組みがある。また院内研修、eラーニングの実施、イントラネットの中で、誰でも研修内容が確認でき、法人として必須の研修の参加、外部研修、学会の参加を推奨し、一人ひとりの研修の機会が確保されている。
					■	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○JT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。	
	(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)	■	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。	○実習の受け入れは、県社会福祉協議会からの受託として行い、「介護支援専門員実務研修テキスト・ケアマネジメントプロセスの見学学習、実習指導の手引き」により行っている。 ○指導者養成研修を受けた職員が打ち合わせ・内容確認を行い、適切に指導を行っている。	
				■	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。		

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)	
Ⅱ	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)	■	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。	○ホームページや年報を公開し、運営の透明性を図っている。さらに、第三者評価を今回初めて受審し、公表する予定である。 ○地域に向け広報誌、20周年記念誌には、法人のミッション・ビジョン、法人の活動の状況を掲載し配布している。
				■	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。		
			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)	■	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。	○事務、経理、取引等は、「経理規定」にもとづき、地域在宅医療センター庶務課、慈泉会財務部が対応している。また、外部の専門家については財務部で外部専門家と相談し助言を得ている。内部監査についてはコンプライアンス室を設置し、対応している。
				■	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。		

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)		
Ⅱ	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)	■ 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。	○地域とのかかわりについて基本的な考え方は、運営規定の「方針」としても明示されている。 ○市発行の介護保険に関する冊子や事業所の一覧表を利用し、社会資源や地域の情報を利用者に説明をしている。 ○地域の利用者が参加できる交流会（A i カフェ）を公共施設で秋に計画しており、利用者やその家族、事業所の方に案内のチラシを配布している。利用者に合わせて、開催場所までの交通手段を検討し、配慮している。昨年度には地域向けの勉強会を公民館で開催し、利用者やその家族、地域の事業所、市の関係部署の方などが参加されている。	
				■ 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。			
				■ 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。			
			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)	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。非該当		○法人には、短期大学等から介護保険などについての講師依頼があり、講師として職員を派遣している。法人として、学校教育への協力として実習生の受け入れ、中高生の職場体験の受け入れ、地域への出前講座の講師派遣など積極的に取り組んでいる。
				■ 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。非該当			
				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。非該当			
				■ 116	学校教育への協力を行っている。			

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)	
Ⅱ	4	(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)	■ 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。	○利用者に関する資料やリストは個別のケース記録にまとめられている。特に緊急連絡先一覧表を全利用者に配布し、災害時の避難場所、緊急時の連絡先の確認など職員が支援し、まとめている。事業所として「安曇野市の事業所連絡先一覧表」を活用している。 ○市の介護保険事業所連絡会、介護・福祉等事業所連絡会、介護支援専門員勉強会、民生委員との懇談会などに事業所として参加し、職員内でも周知している。特に介護支援専門員勉強会は、市内のブロックごとの勉強会として開催され、管理者以外の職員も参加している。 ○他事業所との合同症例検討会を実施しており、地域ケア会議等でも困難ケースの対応方法を検討し、地域全体で取り組んでいる。
				■ 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	地域に適切な関係機関・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。		
	(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)	■ 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。非該当	○市包括支援センター主催の災害時の対応に関する介護保険事業所向けの研修会に参加し、災害時における事業所の役割について確認している。また利用者の緊急連絡先の確認に取り組んでいる。 ○民生委員との懇談会に出席し、顔の見える関係づくりに努め、時には地域の高齢者に関する相談の電話が民生委員さんから寄せられている。	
			■ 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。			

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)
Ⅱ	4	(3)	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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	○懇談会での意見や出前講座でのアンケート結果をもとに、利用者交流会の実施や内容を検討している。出前講座や地域向けの勉強会等の開催時には、合わせて介護保険他、何でも相談の機会を設けている。
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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	○法人の理念、部門、部署のミッション、ビジョンに利用者を尊重する姿勢が明示されている。また法人として、倫理綱領の制定、法人内の個別の研修体制（eラーニング）が確立され、職能要件書、上司との面談など職員が理解し実践するための方策が複数取られている。 ○利用者の状況に応じて、地域包括支援センターとの連携を図り、権利擁護に努めている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
Ⅲ	1	(1)	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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○法人内の「患者の権利と義務に関する規定」、倫理規程等にプライバシーの保護について明示されている。また患者（利用者）の義務として、他の方のプライバシーの保護についてもルールを守ることが明示され、職員にも徹底されている。</p> <p>○事業所を訪問する人は多くはないが、面談用の個室が確保されている。</p> <p>○利用者に応じて、同性の職員が対応するような配慮もされている。また訪問時の駐車場所にも配慮しており、利用者の近所の人に知られたくないという思いをくみ取り、プライバシー保護と権利擁護に取り組んでいる。</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)	<p>■ 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方が入手できる場所に置いている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>148 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。非該当</p> <p>■ 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>	<p>○事業所のパンフレットを地域包括支援センターや地域の介護保険事業所に置いてある。法人内の地域在宅医療支援センターの記念誌や法人の広報誌「あいあい」、法人のホームページ等を活用し、事業所の紹介をしている。</p> <p>○介護サービス情報公表制度も活用している。</p> <p>○事業所のパンフレットは大きな字で印刷され、図や絵の使用など簡潔で分かりやすい内容の工夫がされている。</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)		
Ⅲ	1	(2)	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)	■ 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。	○サービス開始前に事前訪問し、状況の確認、サービス内容の紹介や提案をしてから決定してもらうようにしている。契約時も重要事項説明書に沿って、ゆっくり丁寧な説明に努めている。利用予定の事業所やサービスには同行訪問し、見学や特徴を具体的に説明している。 ○昨年度、法人内の居宅介護支援事業所でマニュアルを見直し、業務マニュアルを新規に作成した。巻末には自己診断カルテをつけて、振り返りを定期的実施している。また必要に応じて成年後見制度の活用をしており、業務マニュアルにも記載されている。	
				■ 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。			
			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)	■ 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。		○業務マニュアルに手順等が明示されている。サービス内容の変更時は、担当者会議を開催し、利用者にも不利益が生じないように配慮している。事業所の変更等は、利用者情報を作成し、引継ぎを実施している。 ○重要事項説明所冒頭に、相談窓口として担当者と電話番号が大きな字体で記載され、契約終了後も相談できることを説明している。
				■ 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。			
			(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。	a)	■ 159		利用者満足に関する調査が定期的に行われている。
		■ 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。		
		■ 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。		
		■ 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。		
		■ 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。		

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)		
Ⅲ	1	(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)	■ 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。	○苦情解決の体制は、法人として整備されており、重要事項説明書に明示し、説明もされている。事務所内の面談室にも掲示されている。業務マニュアル「苦情対応」の項目で図解した説明があり、自己評価等で定期的に確認する仕組みを整備している。 ○苦情解決の仕組みとして、利用者に配慮したうえで公表する体制が取られている。	
					■ 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。		
					■ 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。		
					■ 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。		
					■ 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。		
					■ 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。		
					■ 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。		
				a)	■ 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。		○利用者の相談や意見を述べる方法について、重要事項説明書に明示し、契約時にも説明に努めている。また、重要事項説明書は、利用者が来所時に利用する面談室に掲示されている。
					■ 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。		

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)	
Ⅲ	1	(4)	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)	■ 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。	○昨年度、業務マニュアルを見直し、新規作成している。巻末の自己診断カルテの冒頭に「相談」として、職員の態度や話し方について記載し、振り返りを定期的に行い、適切な相談対応や意見の傾聴に努めている。 ○法人内に「患者相談対応規定」が策定され、相談や意見についての対応に関する内部研修も実施され、職員内に周知されている。 ○昨年度の満足度調査の結果と改善策を画面にて作成し、利用者に配布している。
				■ 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。		
	(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)	■ 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。	○法人全体の担当部署が設置され、医療安全研修、交通安全研修を定期的に行っている。またeラーニングを活用して全職員が法人内のネット上で研修を受講している。 ○交通安全に関する事故のマニュアルなど、すぐに活用できる場所に置かれている。 ○医療安全報告を活用し、定期的に事故防止策等の啓蒙に努めている。	
			■ 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。			

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)	
Ⅲ	1	(5)	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)	■ 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。	○医療法人であり、全体の「感染対策委員会規定」に沿った管理体制を取っている。また内部研修として個別のeラーニングを活用した研修を全職員が受講し、新人職員は感染対策研修の受講が義務となっている。 ○インフルエンザに予防として、手洗い方法の掲示や実地での研修、うがいの励行や呼びかけも実施されている。併設の訪問看護ステーションの看護師からの専門的な助言も迅速に直接受けられる環境にある。
				■ 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。		
			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)	■ 192	災害時の対応体制が決められている。	○利用者の災害時避難場所、ハザードマップの確認や緊急時連絡先一覧表、担当介護支援専門員、主治医などが記載できる一覧表を全利用者に配布し、作成をお手伝いしている。利用者によっては自宅の見やすい場所に掲示してある方もおられ、活用されている。 ○市の危機管理部署職員が講師の災害対策研修会（包括支援センター主催）に参加している。 ○災害時の対応体制の整備、発電機等の備蓄品や水等のリストが併設の事業所とともに、リストを作成し管理されている。また、毎年法人の防災訓練には、事業所からも参加している。 ○医療依存度の高い、要介護度の高いなど優先順位のリストも作成し、定期的に更新している。事業の継続の観点からも、事前の想定、地震発生時の出勤基準の明示がされている。
				■ 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。		

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)		
Ⅲ	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)	■	197 標準的な実施方法が適切に文書化されている。	○昨年度、業務マニュアルを見直し、「ケアマネジャー業務マニュアル」として法人内の介護支援事業所が合同で新規策定している。巻末には、自己評価チェック表があり、定期的に自己評価を実施している。 ○職能要件書、OJTチェックリスト等を使い、上司と面談しながら、研修や個別指導実施と確認する体制ができてい	
					■	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。		
				a)	■	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。		○業務マニュアル、職能要件書は見直しを定期的に更新している。その周知は、法人内のネット上で公開されている。 ○見直しに際しては、事業所内での意見や提案が部署会議やセンター会議等で検討されて、内容に応じてさらに上部の会議で検討されて、意見や提案が反映されるような組織体制が構築されている。また管理者はその進捗状況を、職員に毎週の勉強会の機会などの折に説明に努めている。
				■	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。			

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)	
Ⅲ	2	(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)	■ 205	福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。	○業務マニュアルに明示され、独自のアセスメント表を活用している。ケース記録はパソコンを活用して記録しているが、紙媒体のファイルにも綴じられている。 ○利用者・家族、居宅サービス担当者や主治医などの意見を集約し、アセスメント表を定期的に更新している。またサービス担当者会議を開催し、利用者・家族の意向の確認、目標の決定、ケアプランの策定等を目的とし協議を実施している。毎月のモニタリング表を活用して、サービス実施状況を確認している。 ○支援困難ケースの対応については、地域ケア会議を活用し、適切なサービス提供に努めている。
				■ 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。		
			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)	■ 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。	○業務マニュアルに手順、組織としての決まりや必要書類、介護支援専門員としての姿勢などが明示されている。支援経過記録、サービス担当者会議の要点などに業務マニュアルに沿って、実施や記録がされている。 ○業務マニュアル巻末に自己診断カルテに注意点が明記されており、定期的な自己評価がされている。また、職員同士で書類を見直し、自身の「気づき」を振り返る機会を設け、専門性の向上にも努めている。
				■ 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わる課題等が明確にされている。		

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)			
Ⅲ	2	(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)	■ 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。	○事業所の定めたアセスメント表を活用して記録している。業務マニュアルにも、明示されている。また法人内の居宅介護支援センターとしての記録記載規程が策定されており、記入方法も工夫している。 ○情報共有として、会議などの組織体制も構築されているが、同じフロアに訪問看護や訪問リハビリテーションの事業所が併設されており、医療的なことやリハビリテーションに関することなど、日常的に意見交換がされている。 ○介護記録のネットワークシステムにより、職員間で共有する仕組みがある。		
					■ 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閲覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。			
				② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	■ 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。	○法人内の規程やマニュアルが策定され、内部研修も法人全体で実施されており、個人の研修記録も管理され、研修の実施が事業所ごとにも把握する体制が構築されている。また就業規則に不適正な利用や漏洩に対する対策と対応方法が規定され、研修でも職員に周知されている。 ○職能要件書に記録と保管に関する職務が明示され、教育や研修の内容を本人と上司で確認している。 ○利用者や家族に対し、個人情報の取り扱いについて、契約時に利用目的について説明し、同意書を頂いている。また、明示されている利用目的以外の利用については、改めて説明している。
					■ 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。			