

(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)

特別養護老人ホーム佐久穂愛の郷

第三者評価の判断基準

- a・・・着眼点をすべて実施している状態
- b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態
- c・・・着眼点を一つも実施していない状態  
実施していない状態  
実施している状態

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)
福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立されている。	法人や事業所の理念が明文化されている。	a	1 理念が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に記載されている。 2 理念から、法人・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・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。	・七項目からなる法人の経営理念があり、ホームページに掲載され、施設の事業計画にも記されている。理念は運営方針や介護方針、年度の法人・施設のスローガン、ユニットのスローガンへと連鎖しており、全職員に配布されている小手帳「職員必携」にも記載がある。
			法人や事業所の運営理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	3 基本方針が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に記載されている。 4 基本方針は、法人・事業所の理念との整合性が確保されている。 5 基本方針は、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。	・法人の経営理念に連鎖した四つの基本方針(介護方針)があり、ホームページや事業計画に記載されている。基本方針は「個別ケア」、「認知症ケア」、「看取りケア」、「地域ケア」についてふれたもので利用者や家族に法人の基本的な考え方や姿勢を示している。
		(2) 理念や基本方針が周知されている。	理念や基本方針が職員に周知されている。	a	6 理念や基本方針を会議や研修において説明している。 7 理念や基本方針の周知を目的とした実践テーマを設定して会議等で討議の上で実行している。 8 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。	施設開設前の合同研修で意思統一している。日々の朝礼、会議などでも唱和している。中途の採用者にも理念、基本方針についてオリエンテーションで説明したり読み合わせをしている。施設の年度のスローガンは各フロアのスローガンに撃がり職員個々の目標にも反映され半期ごとに振り返りを行っている。

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)
	1	(2)	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	<p>9 理念や基本方針をわかりやすく説明した資料を作成する等、より理解しやすいような工夫を行っている。</p> <p>10 認知症などの利用者に対する周知の方法に工夫や配慮をしている。</p> <p>11 理念や基本方針を利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。</p> <p>12 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>	<p>理念や基本方針の利用者や家族への周知についてはやや取り組みが不足している。開設から2年目を迎えるということもあり家族会を結成したいという意向があるので、そのような場で説明されることを期待したい。</p>
2	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。	中・長期計画が策定されている。	b	<p>13 理念や基本方針あるいは質の高い福祉サービスの実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。</p> <p>14 実施する福祉サービスの内容や、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている。</p> <p>15 中・長期計画は、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっている。</p> <p>16 中・長期計画に基づく取組を行っている。</p> <p>17 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</p> <p>18 人件費の増減の予測を行っている。</p> <p>19 地域の年齢別の高齢者の数の増減を把握し、利用者の増減を予測している。</p> <p>20 増改築、建て替え等の特別の支出の必要性を把握している。</p>	<p>・法人としてのビジョンがあり5ヶ年計画も数値目標として示されている。また、法人全体の管理体制、本部や統括会議などの牽引体制も確立されており、中・長期構想及びその上位となる理念、基本方針などとの連鎖を含めた周知方法がしっかりとされており職員にも浸透している。</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	(1)	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	21	事業計画には、中・長期計画及び中・長期の収支計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。	・事業計画を踏まえた予算書が作成されており、実働ヵ月数が少ないながらも初年度からの分析をベースとし法人内他の施設の実績も勘案し予算が立案されている。
					22	事業計画は、実行可能かどうか、具体的な活動や数値目標等を設定することによって実施状況の評価を行えるかどうかについて配慮がなされている。	
					23	事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	
					24	事業計画は、前年度の実施状況の把握や評価を踏まえて策定している。	
					25	事業計画を踏まえた予算書が策定されている。	
					26	予算書と実績との対比・分析がなされており、対応を検討している。	
	(2) 事業計画が適切に策定されている。	a	事業計画の策定が組織的に行われている。	27	年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。	・法人が召集する統括会議や運営会議、施設内の運営会議、リーダー会議、フロア会議など階層別の会議があり職員は事業計画の立案に参画することができるようになっている。	
				28	評価の結果に基づいて各計画の再確認や見直しを行っている。		
				29	一連の過程が一部の職員だけで行われていない。		
		a	事業計画が職員に周知されている。	30	各計画を配付し、会議や研修において説明している。		・施設内の運営会議で事業計画の内容が説明されている。事業計画もケアの重点目標、行事、防災・防犯等の項目ごとに月別に割り振られておりわかりやすくなっている。
				31	各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。		
				32	各計画の進捗状況を確認し、継続的な取組を行っている。		
b	事業計画が利用者等に周知されている。	33	利用者あるいは家族向けに各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。	・法人のホームページの施設スタッフブログや施設の広報誌「愛の交差点」で活動計画や行事など、家族に関わるものを簡潔に作成している。内容によっては各フロアの職員または担当職員から家族あての「生活の様子」に記載し周知している。			
		34	各計画を利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。				

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)		
	3 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。	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	35	管理者は、自らの役割と責任について、文書化するとともに、会議や研修において表明している。	・施設の事業計画や運営規定、「職員必携」などに職務内容などが明記されている。消防計画書、災害対策マニュアルなどにも管理者としての役割や責任が明確になっており施設内会議でも表明している	
					36	管理者は、自らの役割と責任について、組織の広報誌等に掲載して表明している。		
					37	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、明確化されている。		
		(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	a	38	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等に参加している。		・管理者は外部研修などに参加し関連法令や守るべき倫理について職員に周知している。「職員必携」にも「コンプライアンスの基本的考え方」や「環境整備に関する方針」が盛り込まれており朝礼で読み合わせをするなど職員も正しく理解している。
					39	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、リスト化する等の取組を行っている。		
					40	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。		
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	a	41	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。	・管理者は法人本部の担当部署と連携しつつ施設内の運営会議やリーダー会議に出席しサービスの現状を把握し課題の発見に努め、解決に向けて具体的に指示を出している。施設内には感染症・褥瘡対策委員会をはじめ10の委員会がありサービスの質の向上について組織的に取り組んでいる。			
			42	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を取り入れるための具体的な取組を行っている。				
			43	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。				
			44	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。				
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a	45	管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けて、人事、労務、財務等の面から分析を行っている。	・法人本部担当部署と連携しつつ管理者や施設の事務部門を中心にサービスコスト分析を実施している。喫煙の課題である人員の補充についても法人本部と連携し確保にむけて取り組んでいる。施設内の各種委員会とも課題を共有し経費の有効費消に努めている。			
			46	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。				
			47	管理者は、上記について、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。				
			48	管理者は、経営や業務の効率化や改善の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)
組織の運営管理	1 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。	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	<p>49 社会福祉事業全体又は当該分野の社会福祉事業の動向について、具体的に把握するための方法を持っている。</p> <p>50 利用者数・利用者像等について、事業所が位置する地域での特徴・変化等を把握している。</p> <p>51 福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等を収集している。</p> <p>52 把握された情報やデータが、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。</p>	<p>・法人本部からの情報・通達などを活用し福祉事業の動向や地域のニーズ・潜在的な利用者の情報などを収集し施設の運営に活かしている。また、地域ケア会議や町主催の「福祉と健康のつどい」に同じ町内にある同じ法人運営のグループホームとともに施設も参加し、需要の掘り起こしに努めている。</p>
			経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	a	<p>53 定期的にサービスのコスト分析やサービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。</p> <p>54 改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。</p> <p>55 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知し、職員の意見を聞いたり、職員同士の検討の場を設定する等、事業所全体で取組を行っている。</p>	<p>・管理者や施設の事務部門を中心に法人本部担当部署と連携しつつサービスコスト分析を実施している。施設内の会議や委員会からの意見の吸い上げも図り、課題の把握と解決に向けて職員とともに取り組んでいる。</p>
			外部監査が実施されている。社会福祉法人のみ対象（他は評価外）	a	<p>56 事業規模に応じ、定期的に（2年あるいは5年に1回程度）、外部監査を受けるよう努めている。</p> <p>57 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基づいて、経営改善を実施している。</p>	<p>・社会福祉事業経験者と税理士により法人の運営管理や財務管理が実施されており法人の運営の透明性が確保されている。</p>
		(1) 人事管理の体制が整備されている。	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a	<p>58 必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方や、人事管理に関する方針が確立している。</p> <p>59 社会福祉士や介護福祉士等の有資格職員の配置等、必要な人材や人員体制について具体的なプランがある。</p> <p>60 プランに基づいた人事管理が実施されている。</p>	<p>・法人本部の担当部署の責任者が定期的に施設を訪れ人員基準に沿った必要な人材の確保に努めており、欠員が生じる前に施設からの要望も上がり、補充に努めている。毎年度新規採用者も2名から3名ほどおり人員体制が計画的に組まれている。</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)
			人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a	<p>61 人事考課の目的や効果を正しく理解している。</p> <p>62 考課基準を職員に明確に示すことや、結果の職員へのフィードバック等の具体的な方策によって客観性や透明性の確保が図られている。</p>	・人材の能力開発、育成を主眼として実施されており、考課の基準も職位や職種に合わせ重層化されている。考課者研修も実施されており考課者の評価の統一も図られている。また、年2回職員と考課者との面接も行われ次のステップに向けて目標の共有化を図っている。
	2	(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a	<p>63 職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている。</p> <p>64 把握した職員の意向・意見や就業状況チェックの結果を、分析・検討する担当者や担当部署等を設置している。</p> <p>65 分析した結果について、改善策を検討する仕組みがある。</p> <p>66 改善策については、人材や人員体制に関する具体的なプランに反映し実行している。</p> <p>67 定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談をしやすいような組織内の工夫をしている。</p> <p>68 希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家を確保している。</p>	・シフト表を基に管理者が勤務状況を把握するとともに本部の介護、人事の担当部署でも就業状況や施設からの意向・意見を把握し改善策を検討している。
			職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a	<p>69 職員の希望の聴取等をもとに、福利厚生センターへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。</p> <p>70 職員の悩み相談窓口を組織内に設置し、又は関係機関と連携して、解決に向けた体制が整備されている。</p> <p>71 職員の心身の健康に留意し、定期的に健康診断を行っている。</p>	・職員の互助会があり、職員の余暇活動などに対する支援が行われているほか、職員の健康管理についてもインフルエンザの予防接種などが法人負担で実施されている。職員の悩み相談なども内容によっては法人本部での対応が可能となっている。
		(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	<p>72 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める基本的姿勢や意識を明示している。</p> <p>73 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、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める専門技術や専門資格を明示している。</p>	・求められる職員のあり方については「職員必携」に明示されている。また、キャリアパス制度が導入されており階層別の研修も実施されている。

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)
			個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	a	<p>74 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されている。</p> <p>75 個別の職員の技術水準、知識、専門資格の必要性などを把握している。</p> <p>76 策定された教育・研修計画に基づき、実際に計画に従った教育・研修が実施されている。</p> <p>77 教育・研修計画には、新任職員研修も含め段階的な教育・研修が設定されている。</p>	・キャリアパス制度が導入されており階層別の研修が実施されている。また、「法人内講習会ポイントカード」を導入し施設外での法人研修にも参加を促すなどユニークな取り組みを行っている。新規採用職員研修にはチューター制度を導入し早期の戦力化を図っている。
			定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a	<p>78 研修を終了した職員は、報告レポートを作成している。</p> <p>79 研修を終了した職員が、研修内容を発表する機会を設けている。</p> <p>80 報告レポートや発表、当該職員の研修後の業務等によって、研修成果に関する評価・分析を行っている。</p> <p>81 評価・分析された結果を次の研修計画に反映している。</p> <p>82 評価・分析された結果に基づいて、研修内容やカリキュラムの見直しを行っている。</p>	・施設内外での研修受講後のレポートが作成されており、施設内研修への参加実績についても本部の担当部署に報告されている。外部研修受講者がその報告を基に施設内でも伝達研修を実施し知識や技術の共有化を図っている。研修内容やカリキュラムについても年間計画にかかわらず半期での見直しが行われ新しい研修が組み込まれたり優先順位などの変更もかけられている。
2	(4)	実習生の受入れが適切に行われている。	実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	<p>83 実習生の受入れに関する基本姿勢を明文化している。</p> <p>84 実習生の受入れについて、受入れについての連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等の項目が記載されたマニュアルが整備されている。</p> <p>85 受入れにあたっては、学校等との覚書を取り交わす等によって、実習における責任体制を明確にしている。</p> <p>86 実習指導者に対する研修を実施している。</p> <p>87 実習内容全般を計画的に学べるようなプログラムを用意している。</p> <p>88 学校等と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。</p> <p>89 社会福祉士、介護福祉士、ホームヘルパー等の種別に配慮したプログラムを用意している。</p>	・開設初年度ということもあり実習生の受け入れについては今後積極的に取り組んでいく意向である。法人本部を中心に各施設での受け入れについての体制ができていく。

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 安全管理	(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。	緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	<p>90 管理者は利用者の安全確保の取組について、リーダーシップを発揮している。</p> <p>91 利用者の安全確保に関する担当者・担当部署を設置し、その担当者等を中心にして、定期的に安全確保に関する検討会を開催している。</p> <p>92 検討会には、現場の職員が参加している。</p> <p>93 リスクの種類別に、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。</p> <p>94 事故発生対応マニュアル等を作成し職員に周知している。</p>	<p>・施設内には介護事故防止委員会、身体拘束委員会、感染症・褥瘡対策委員会などがあるほか、「事故発生防止と発生時の対応策」などのマニュアルもあり利用者の安全確保への取り組みが行われている。また、中間管理者向けのリスクマネジメント研修なども充実している。</p>	
		災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	a	<p>95 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類の必要な対策を講じている。</p> <p>96 災害時の対応体制が決められている。</p> <p>97 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、全職員に周知されている。</p> <p>98 食料や備品類など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>99 自治体、消防署、警察、自治会、消防団などと調整し、災害時の避難先、避難ルート、避難方法についてあらかじめ決めていく。</p> <p>100 自治体、消防署、警察、自治会、消防団などと連携するなど工夫して訓練を実施している。</p>	<p>・施設は地域の災害時の避難所となっており、屋根の庇も幅広く軒下も万が一の退避場所としても使用でき、ライフラインの切断にも耐えられるように非常時のプロパンガスも備えられている。防災・防犯については年度の事業計画に組み込まれており、年間スケジュールが立てられている。防災総合訓練も年間で2回以上予定されており、消防計画書に沿って実施され消防署もその都度参加している。災害対策マニュアルもあり、備蓄も準備されている。</p>	
		利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a	<p>101 利用者の安全を脅かす事例の収集を、その仕組みを整備した上で実施している。</p> <p>102 収集した事例について、職員の参画のもとで発生要因を分析し、未然防止策を検討している。</p> <p>103 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。</p> <p>104 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> <p>105 介護機器、設備、備品等の点検のルールを定め、実行している安全基準や規格について理解し、定期的点検を行うなどしている。</p>	<p>・法人しとして定められた「ヒヤリはっと報告書」、「介護事故報告書」により事例を収集しその要因を分析し、対応策を講じている。ナース会議、介護事故防止委員会、環境整備委員会、感染症・褥瘡対策委員会などがあるほか、「事故発生防止と発生時の対応策」などのマニュアルもあり、介護機器、設備についても定期点検が行われている。</p>	



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	4 地域との交流と連携	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	b	<p>106 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。</p> <p>107 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。</p> <p>108 利用者が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援助を行う体制が整っている。</p> <p>109 事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。</p> <p>110 利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。</p>	<p>・法人の運営方針や施設の事業計画の中に「地域との結びつきや市町村、保健・福祉・医療機関との密接な連携」に努めることが掲げられている。地域包括支援センターなどの協力を得て地域の多くのボランティアが訪れている。また、地域の人々に施設の会議室等の貸し出しもしている。開設後2ヵ月で実施した「夏祭り」についても短期間の中で近所の家庭へ開催案内をポスティングしたり回覧板で告知し多くの人々の参加を得ることができた。また、小学生との交流も始まり、今後も継続する予定である。</p>
			事業所が有する機能を地域に還元している。	b	<p>111 介護や保育等について、専門的な技術講習会や研修会、地域住民の生活に役立つ講演会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。</p> <p>112 介護相談・育児相談窓口、障害者やその家族等に対する相談支援事業、子育て支援サークル等、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。</p> <p>113 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>114 地域の求めに応じて、職員等を講師として派遣している。</p> <p>115 災害時の事業所の役割、について、地域住民や自治体等とあらかじめ決めている。</p>	<p>・ケア交流講座として事業計画にも上げている「介護者のつどい」、「ふるさとカフェ」を施設内の交流スペースで定期的で開催し、地域の人々に参加していただいている。また、町主催の「健康福祉のつどい」にも同じ法人の町内にあるグループホームとともに参加し法人や施設の活動を紹介している。施設は地域住民の災害時の避難場所ともなっている。</p>
			ボランティア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。社会福祉法人等公益法人以外は評価外	a	<p>116 ボランティア受入れに関する基本姿勢（基本的な考え方・方針）を明文化している。</p> <p>117 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、仕事内容、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。</p> <p>118 ボランティアに対して必要な説明や研修を行っている。</p> <p>119 事業所の主催行事にボランティアを招くなどして、ボランティアに事業所をより深く理解してもらう取組みをしている。</p>	<p>・法人の介護方針の「私たちが大切にする4つのケア」に「地域ケア」が上げられており、法人内外の組織や地域住民と連携を図り利用者を支援するようになっている。ボランティアについても地域包括支援センターなどの協力を得て踊り、歌、傾聴など、地域の人々が訪れている。</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)
	4	(2) 関係機関との連携が確保されている。	必要な社会資源を明確にしている。	b	120 個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示し、当該地域の関係機関・団体について、その機関・団体との連携の必要性を含めたリストや資料を作成している。 121 職員会議で説明する等職員間で情報の共有化が図られている。	・利用者のサービスのために必要とする機関や団体について職員は把握しているが利用者への周知については今後の取り組みの中で実施していこうという意向である。
			関係機関等との連携が適切に行われている。	a	122 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 123 かかりつけ医（必要な場合は歯科医を含む）と連携している。 124 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積極的に行っている。 125 地域に適当な関係機関・団体がいない場合には、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。 126 日常生活自立支援事業、成年後見人との連携を常にとっている。 127 必要な場合に、日常生活自立支援事業、成年後見人制度へのつなぎを行っている。	・地域包括支援センターが主催する「地域ケア会議」に毎月出席し関係機関や団体との情報の共有化を図り、地域の課題解決に向けて協働している。町千曲病院の医師が嘱託医として1ヵ月に2回往診しているほか、入院・検査を必要とする場合の2つの医療機関及び地元の歯科医院などの協力医療機関を確保している。
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	地域の福祉ニーズを把握している。社会福祉法人等公益法人以外は評価外	a	128 関係機関・団体との連携に基づき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 129 民生委員・児童委員、住民の福祉組織（地区社会福祉協議会、自治会福祉部会、ボランティアグループ、NPO等）等と会合を開催したり、交流する等によって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 130 地域住民に対する相談事業を実施すること等を通じて、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 131 通常の福祉サービスを通じて、利用者が困っていること、ニーズを把握するよう努めている。	・地域包括支援センターが主催する毎月の「地域ケア会議」に出席し、関係機関や団体との情報の共有化を図る中で、利用希望者の把握や連絡、調整などを行っている。
			地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。社会福祉法人等公益法人以外は評価外	a	132 把握した福祉ニーズに基づいて実施した具体的な事業・活動がある。 133 把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動を、中・長期計画や事業計画の中に明示している。	・地域包括支援センターや民生児童委員と協力しながら、施設内で地域の「介護者のつどい」、「ふるさとカフェ」などを行い介護についての相談や悩みを聞く場を設けている。

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)
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。	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a	<p>134 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ている。</p> <p>135 利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々の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 身体的拘束廃止や虐待防止について職員に周知徹底している。</p>	<p>・当施設の運営方針にも「人格を尊重した介護」にふれており、利用者を尊重したサービス提供のためのケアマニュアルが排泄、入浴、食事などの場面ごとに細かく定められ「利用者目線」での支援が謳われている。施設内の教育委員会により毎月の研修計画が立案されており、「介護保険法で義務付けられた行動制限や虐待防止」の研修についても毎年1回必ず組み込まれるようになっている。職員が一堂に会した開設時研修でも学んでおり、職員への浸透を図り実践に撃げている。</p>
			利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a	<p>138 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫等、組織として具体的に取り組んでいる。</p> <p>139 利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。</p> <p>140 規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。</p>	<p>・場面ごとのケアマニュアルにはプライバシー保護についての記載があり、特に排泄時や入浴時のプライバシー保護については細かく記されており開設時の介護研修でも周知徹底が図られた。利用者からも「入浴時にカーテンを引き、配慮してくれる」という声があり、面会者についても玄関脇の事務室で確認し利用者の家族や知人、友人等の関係性に配慮するなど具体的に実践している。</p>
		(2) 利用者満足の向上に努めている。	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	b	<p>141 利用者満足に関する調査を定期的に行っている。</p> <p>142 利用者満足を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会を定期的に行っている。</p> <p>143 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>144 利用者満足に関する調査の担当者・担当部署の設置や、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>145 分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。</p>	<p>・開設から満1年という状況下で当施設での利用者満足度調査は実施されていないが主担する部署が法人本部にあり実施することができる仕組みがある。利用者からの個別の聞き取りについては日常の暮らしの中で十分聴取されており、サービス実施計画の見直しのためのサービス担当者会議には介護、看護、機能訓練、栄養などの横断的な職種が集まり一人ひとり利用者が満足するための目標やサービス内容を検討している。昨夏、開設から2ヵ月足らずで実施された施設主催の「夏祭り」にも地域住民とともに80%の家族が参加しており、機を見計らい家族会を設けたいという意向もある。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	1	(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	<p>146 利用者が、複数の相談方法や相談相手の中から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。</p> <p>147 利用者や家族等に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。</p> <p>148 相談や意見を述べやすいようなスペースの確保に配慮している。</p>	<p>多床室のフロアとユニット型のフロアにはそれぞれ生活相談員がおり、利用者の要望や意見、苦情に応じている。各フロアの入口には職員の顔写真が役職名とともに掲示されており、主任、リーダー、サブリーダー、担当職員に利用者・家族が気軽に相談できるようになっている。</p>
			苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	<p>149 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）を整備している。</p> <p>150 苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。</p> <p>151 利用者や家族に対して、苦情記入カードの配布や匿名アンケート実施など利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫を行っている。</p> <p>152 苦情を受け付けて解決を図った記録が適切に保管されている。</p> <p>153 苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。</p> <p>154 苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。</p>	<p>苦情解決の体制が組まれており、重要事項説明書に記載し入居契約時に説明がされている。1階地域交流スペースの脇には苦情解決の手順とともに「意見箱」も設置されており、意見などがあれば事務係から法人本部に報告されるようになっている。苦情内容によっては関係者に配慮をしつつ公表をするようにルール付けがされている。開設から間もなく一年になるが苦情はない。</p>
			利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	<p>155 意見や提案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規定したマニュアルを整備している。</p> <p>156 対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。</p> <p>157 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。</p> <p>158 意見等を福祉サービスの改善に反映している。</p>	<p>・全職員に配布され携行することができる小手帳の「職員必携」に「クレーム・ミスに関する指針」があり発生から対処、再発防止・未然防止までの流れが各職員に示されている。また、施設内研修として「苦情処理・職業倫理について」の研修も実施されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	2 サービスの質の確保	(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	b	<p>159 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>160 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。</p> <p>161 評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。</p>	<p>・今回が初めての福祉サービス第三者評価の受審であるが、法人本部に主担する部署がある。評価結果についてはホーム長、係長、主任、相談員、リーダー等で構成する施設の運営会議で分析・検討するようになっている。</p>
			評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	b	<p>162 職員の参画により評価結果の分析を行っている。</p> <p>163 分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。</p> <p>164 職員間で課題の共有化が図られている。</p> <p>165 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実施計画を策定する仕組みがある。</p> <p>166 改善策や改善実施計画の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて計画の見直しを行っている。</p>	<p>・初めての福祉サービス第三者評価の受審であるので改善策・改善実施計画の策定については今後に託されることとなるが、すでに自己評価の段階で開設初年度という多忙なかで十分な取り組みに到らなかったことについて改善策が立てられ実行に移されている。</p>
		(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。	提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a	<p>167 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>168 標準的な実施方法には、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。</p> <p>169 標準的な実施方法を記した文書は、いつでも閲覧でき、職員が日常的に活用している。</p> <p>170 標準的な実施方法に基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>・排泄、入浴、食事などの場面ごとに細かく定められたケアマニュアルがあり、サービス実施時の留意点やプライバシーへの配慮なども盛り込まれブレのない対応がされている。開設に際しての合同研修時にも意思統一のための介護研修が含まれており、新入職員の指導についても9か月間のチューター制度が導入されており業務手順の周知徹底が図られている。マニュアルなどは各フロアのステーションに常備されており職員はいつでも見ることができる。</p>
			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>171 サービスの標準的な実施方法の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>172 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>・「服薬管理マニュアル」には改訂日が記されており、新しい福祉用具や補助具などの導入時にはマニュアルの見直しがされ、マニュアルの改訂もされている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	2	(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	<p>173 サービス実施計画に基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。</p> <p>174 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などの工夫をしている。</p>	<p>・サービス実施計画の短期目標及びサービス内容に沿った各利用者ごとの「ケアプランチェック表」があり、実施された項目には毎日実施時に「 」印が記入され、担当した職員のサインが入るようになっている。開設時の合同研修時や施設の毎月の研修にも記録の書き方やケアプランの理解についての研修も行われており意思統一がされている。</p>
			利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	<p>175 記録管理の責任者が設置されている。</p> <p>176 利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程等を定めている。</p> <p>177 利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。</p> <p>178 記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。</p> <p>179 職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。</p> <p>180 個人情報の取扱いについて、利用者や家族等に理解されるよういねいに説明している。</p>	<p>・記録の責任者は各フロアの主任、リーダーとなっており各規定も定められている。法人として「コンプライアンスの基本的な考え方」が示されており、個人情報の保護についても職員は十分理解している。また、利用者や家族にも利用開始時に運営規定や契約書などで「秘密の保持」について説明している。</p>
			利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a	<p>181 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。</p> <p>182 情報共有を目的として、ケアカンファレンスの定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。</p> <p>183 記録については、パソコンを利用している場合には、ネットワークシステムの利用により、パソコンを利用していない場合には、台帳の整備により、事業所内で情報を共有する仕組みを作っている。</p>	<p>・職員のシフトに合わせ標準的な流れが示されており、申し送りやノートで利用者の情報の共有化が図られている。別に、月1回のフロア会議でも利用者のケアカンファレンスが行われている。また、サービス担当者会議が週1回開催されており、全利用者についてローテーションを組み、各利用者についても3ヵ月ごとに介護、看護、機能訓練、栄養の各担当者が参加しそれぞれの立場から分析・検討を加えている。</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 サービスの開始・継続	(1) サービス提供の開始が適切に行われている。	利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	b	<p>184 インターネットを利用して、組織を紹介したホームページを作成し公開している。</p> <p>185 理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資料を、行政、関係機関に配布し、置いている。</p> <p>186 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>187 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</p>	<p>・法人のホームページには施設の概要をはじめ施設内の様子がわかる写真も掲載されており、心配事などの相談に丁寧に対応するという一文も添えられている。また、本来開設から1年経った事業所が公開する機会が多い「信州介護べんり帳」にもすでに情報を公開し利用者や家族のサービスの選択に資するような配慮もされている。施設全体で地域に根ざすことを標榜しているので随時の見学に応じており併設のショートステイ等の利用も可能なことから施設のサービスの情報について得やすいようになっている。</p>
			サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a	<p>188 サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料を用意して、利用者説明している。</p> <p>189 重要事項説明書等の資料や契約書の内容、及び説明の仕方は利用者にもわかりやすいように工夫している。</p> <p>190 サービス開始時には、サービスの内容や料金等について、利用者や家族等の同意を得た上でその内容を書面で残している。</p> <p>191 利用申込者の判断能力に障害が見られる場合において、利用者に代わってその家族、代理人、成年後見人等との契約を行うか、立会人を立てている。</p>	<p>・従来型の多床室のフロアとユニット型のフロアにはそれぞれ相談員があり利用契約時に十分な説明がされている。現在、成年後見人をつけている方は若干名で、利用申込者の判断能力に障がいが見られる場合には家族が立ち会うケースが殆どで丁寧な説明がされている。</p>
		(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	<p>192 他の事業所や地域・家庭への移行にあたり、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。</p> <p>193 サービス終了した後も、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。</p> <p>194 サービス終了時に、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>	<p>・利用契約書に「契約の修了に伴う援助」の条項があり、利用者の退所後の移行が円滑にいくように必要な援助をすることを明記している。入退所検討委員会があり入所継続の要否の判定についても部門横断的に行われている。施設としてのサマリーがあり病院などへの引継ぎも確実にされている。</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)
	4 サービス実施計画の策定	(1) 利用者のアセスメントが行われている。	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	<p>195 利用者の心身の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。</p> <p>196 アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている。</p> <p>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、アセスメントに関する協議を実施している。</p> <p>198 利用者一人ひとり、家族の具体的なニーズ、意向が明示されている。</p>	<p>・施設としての「利用者調書」があり、診療情報やADLの状況等を事前に把握し、利用開始時に利用者と家族、看護、介護、機能訓練、栄養の各担当者が集まり意向を確認したりニーズを把握している。サービス開始後も施設サービス計画書に沿って毎日「ケアプランチェック表」を記入し、状態に変化が見られた場合には計画を即時変更している。3ヵ月ごとの計画の見直しの際にはモニタリングを実施し計画の進捗状況を把握し、部門横断的な多職種の担当者が参加するサービス担当者会議で課題を検討している。</p>
		(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。	サービス実施計画を適切に策定している。	a	<p>199 サービス実施計画策定の責任者を設置している。</p> <p>200 サービス実施計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。</p> <p>201 サービス実施計画どおりに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るとともに、機能している。</p> <p>202 標準的な実施方法では対応できない一人ひとりの個別の介助方法・手順はサービス実施計画又は別文書で作成している。</p>	<p>・従来型の多床室のフロアとユニット型のフロアにはそれぞれ介護支援専門員がおりサービス実施計画策定の責任者となっている。介護支援専門員が主管するサービス担当者会議が週に1回開かれ、介護、看護、機能訓練、栄養などの担当者の意見を集約・調整をしている。職員は毎日「ケアプランチェック表」でサービス内容が実施されているか確認している。サービス実施計画とともに一人ひとりの利用者の「機能訓練実施計画書」も策定されている。</p>
			定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	<p>203 サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。</p> <p>204 見直しによって変更したサービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。</p> <p>205 サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。</p>	<p>・サービス担当者会議が週1回開催されている。全利用者のローテーションを組み、各利用者ごとに3ヵ月単位でサービス実施計画の見直しが行われている。職員は毎日「ケアプランチェック表」でサービス内容が実施されているか確認し、実施ができないような日々が続くようであれば関係者と相談し即、サービス実施計画の変更を掛けている。変更後のサービス内容については朝礼やフロア会議などで周知している。</p>