

(別添1)

事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別：通所リハビリテーション

事業所名（施設名）：相澤通所リハビリテーション「歩み」

○判断基準の「a、b、c」は、評価項目に対する到達状況を示しています。

「a」評価・・・よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態

「b」評価・・・aに至らない状況＝多くの施設・事業所の状態、

aに向けた取組みの余地がある状態

「c」評価・・・b以上の取組みとなることを期待する状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着	眼	点	コメント
I 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	① 理念・基本方針が明文化され周知が図られている。	a)	■	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。	○法人のビジョン・ミッションのもと、通所リハビリテーションが所属する地域在宅医療支援センターでのビジョン・ミッションが作成され、更に通所リハビリテーションのビジョンがある。 ○職員へのビジョン・ミッションの継続的な理解の取り組みは毎朝の朝礼で読み合わせを行い、日々の支援場面に反映した支援につながっている。また、家族へのビジョン・ミッションの周知は、広報誌や地域在宅医療支援センター20年誌などに掲載し配布している。
	■	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。						
	2 経営状況の把握	(1) 経営環境の変化等に対応している。	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、センター会議や、県主催の集団指導（研修会？）の際やデイケア協会に参加し動向の把握をしている。また、介護保険情報や医療情報、そして松本市の通所リハビリテーションの提供数の把握や稼働率改善に向け分析を行っている。定期的にコスト分析や利用者の推移等を職員ミーティングで説明をしている。
■	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。						

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○職員体制は、実績、財務状況から人員配置を分析し、職員ミーティングで職員からの意見等を吸い上げ課題に取り組んでいる。</p> <p>○経営状況は、院内のイントラネット（院内情報システム）でいつでも確認できる。さらに、地域在宅医療支援センター運営会議や経営会議で必要に応じ、課題分析を行っている。</p> <p>○毎年、職員ミーティングで部署課題を確認し、具体的な目標設定し、職員に役割をもって取り組みをしている。</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。	a)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</p>	○中長期的なビジョンは、法人のビジョンに基づき、地域在宅医療支援センタービジョンとして向かうべき方針が示されている。更に通所リハビリテーションとしてプロフィール内で部署ビジョン5年後のあるべき姿として示し、毎年の見直しを行っている。
			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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。</p> <p>■ 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>	○毎年の事業計画は地域在宅医療支援センターのビジョンに沿い、部署課題を単年度ごとに作成し自己評価し、その結果を分析している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(2) 事業計画が適切に策定されている。	① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 23 事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。 ■ 24 計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。 ■ 25 事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。 ■ 26 評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。 ■ 27 事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等）されており、理解を促すための取組を行っている。 	<p>○事業計画の策定は、前年度年末から、新年度に向け、職員から意見収集し、事業計画を策定しプロファイル、法人で承認を得たものを職員へ周知し署名同意を得ている。</p> <p>○プロファイルされた事業計画は、具体的な計画・実施期間が策定される。進捗状況や見直しは職員ミーティングで行い、年度末には評価を行う仕組みがある。</p>
			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 28 事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知（配布、掲示、説明等）されている。 ■ 29 事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。 ■ 30 事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。 ■ 31 事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。 	<p>○事業計画は、利用者に直接関わる事業計画（防災訓練、ひまわり交流会等）はパンフレットで掲載し、「歩み」通信で配布しご家族への周知を行い、利用者には印刷物を渡すなどにより周知に努めている。</p>
	4・福祉サービスの質の向上への組織	(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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○サービスの質の向上に向け、部署課題を単年度作成し自己評価し結果から次の課題解決のための見直しに繋げ、PDCAサイクルにより評価の体制が構築されている。</p> <p>○今年度、第三者評価を受審、質の向上への取り組みを行った。</p> <p>○接遇面では、接遇改善委員会で計画的にチェックリストを用いて職員同士で自己評価・他者評価し、委員会を中心に法人全体で質の向上を目指して取り組んでいる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			② 評価結果にもとづき組織として取り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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○部署として取り組む課題は、部署プロファイルとして明示され、チームミーティングなどにより、目標設定、目標に対する評価、分析など具体的に文書化されている。さらに所属職員の確認印や部署会議での読み合わせなど組織的に実施している。</p> <p>○課題に対して、担当者や実施時期が策定され、過去の実績も参考に設備や人員配置も含めて、具体的に検討されている。</p>
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	○職位に関する規定が定められ、管理者としての役割・責任を明確にしている。主任は、スタッフミーティングで主任の役割を皆の前で表明し、広報誌「歩み」により表明している。また、有事における権限移譲についてもマニュアルに明文化し周知している。
			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)	<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>○遵守すべき法令については、主任をはじめ職員全員の必須研修も定められている。交通安全セミナー等への全職員参加による法令遵守への取り組み、院内外研修の伝達講習や、研修を業務に活かす取組など様々な機会を利用した法令遵守を学び理解する機会がある。</p> <p>○法人全体でコンプライアンス室が設置され、内部監査や危機管理体制などの体制が構築されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(2) 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>○福祉サービスの質の向上に、主任をはじめ職員は、地域在宅医療支援センターの学術大会を毎年開催し、症例検討、サービスの質の振り返りの機会としている。</p> <p>○主任は、プロフィールを進めていくうえで職員の役割分担、進捗状況の確認などにより、事業計画の達成を目指し、質の改善に取り組んでいる。</p> <p>○主任は、ビジョン・ミッションを具体化する観点から、業務内容他幅広く職員の意見に耳を傾け、更なる課題改善に向けた取り組みに努めている。</p>
			② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a)	<p>■ 54 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。</p> <p>■ 55 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。</p> <p>■ 56 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。</p> <p>■ 57 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。</p>	<p>○主任は、稼働率の分析、超過勤務、勤務状態などにより労務管理に取組み、職員は有給なども適宜取得ができています。またリフレッシュ休暇取得制度もあり、働きやすい職場づくりになっている。</p> <p>○主任は、管理者研修でモチベーションマネジメントを学ぶことで職員が意欲的に働ける職場づくりや関わり等について学習している。</p>
	2 福祉人材の確保・育成	(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。	① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a)	<p>■ 58 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。</p> <p>■ 59 福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。</p> <p>■ 60 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。</p> <p>■ 61 法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。</p>	<p>○通所リハビリテーションの人員体制は、通所リハビリテーションプロフィールの1年間の業務などにより人員構成を決定している。利用者定員を基本とした職員配置により、業務量、休暇、産休などの変動を勘案した人員確保をしている。</p> <p>○キャリアパスシートの活用、職能要件書を用いて目標管理を行い、職員の育成に努めている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			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ます。 	<p>○期待する職員像は、共通の職能要件書、部署別職能要件書が作成され、それに沿った個人目標計画書が立てられ、総合的に管理している。</p> <p>○人事基準は、法人の人事制度で定め、法人の人事課にて決定している。</p>
	(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>○就業状況により非常勤職員や時間短縮職員が在籍し、職員の意向に沿い働きやすい環境を作っている。また、人事関係調査（配属異動調査）を、定期的に年に1-2回行い職員の意向を把握している。</p> <p>○福利厚生は、職員の意見などの反映により今年度より委託事業所を変更し充実させ、イントラネットで閲覧し活用することができる。</p> <p>○メンタルヘルスに対し、ストレスチェック、育成面接などにより対応している。イントラネット内でメンタルヘルス相談窓口、労働衛生相談、人事課健康センター等直接、相談できる窓口があり個人情報を守りいつでも気軽に相談できる体制が整備されている。</p> <p>○法人で次世代育成計画もあり、保育所の完備、育児介護休暇取得、時間短縮等があり、働きやすい環境に努めている。</p>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(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>○法人全体の人事管理制度や規定が整備されている。専門職種、事業種、職位や等級別に職能要件書が明示され、組織としての期待する職員像が明確にされている。また、合わせてキャリアパスシートを記入し、個別の職員の目標が明確にされるなど目標管理の仕組みがあり、職員の質の向上に取り組んでいる。</p> <p>○職能要件書、キャリアパスシートを用いての面談（職位や必要に応じて随時）が設定され、正規職員だけでなく非常勤の職員も含めて全職員一人ひとりの育成に向けて組織的に取り組んでいる。</p>
			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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○法人人事部が中心となり、組織的に全職員の研修計画、職能や部署ごとに必要な必修研修や選択研修の計画が立案されている。特にリハセラピスト（作業療法士、理学療法士、言語聴覚士）を対象とするリハビリテーション部門の職員に対する専門職としての教育スローガンも作成され、地域在宅医療支援センターの通所リハビリテーション部門としての計画（院内外研修も含む）もミッション、ビジョンに沿って作成されている。</p> <p>○年度ごとに、部署内や事業所ごとに教育、研修に関しても見直し、ミッションの実現に向けた計画が策定され、研修の実施、見直しが実施されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 86 個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。 <input checked="" type="checkbox"/> 87 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。 <input checked="" type="checkbox"/> 88 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 89 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を推奨している。 <input checked="" type="checkbox"/> 90 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。	<p>○院内研修は、複数回設定されている勤務時間内外の全体研修会やパソコンを活用しての院内自己学習システムなど、参加しやすい工夫がされている。院外研修は、部署内で研修報告会が設定されるなど、研修成果の報告、活用も配慮されている。</p> <p>○法人全体の研修は人事部で管理し、研修実施の有無や評価分析も実施されている。</p> <p>○例えば、接遇に関するものは法人の接遇改善委員会が中心になって計画、実施し、自己評価と他者からの評価、さらに職能要件書でも共通要件として習得状況が評価されている。</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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 91 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。 <input checked="" type="checkbox"/> 92 実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 93 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。 <input type="checkbox"/> 94 指導者に対する研修を実施している。 <input type="checkbox"/> 95 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。	<p>○現在、事業所内の部署単独では実習生の受け入れは実施されていない。しかし、医療に関する学生の見学等は受け入れている。</p> <p>○実習生受け入れに向けて、実習受け入れに関するマニュアルや基本姿勢など明示されている。</p> <p>○実習指導者に対する研修としては実施されていないが、職能要件書に教育・育成に関して指導者育成、臨床教育や人材育成についての要件が明示され、管理者など職能が上位の者は、教育指導の習得が必要とされている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
	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"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○法人のホームページが作成され、担当部署により定期的に更新されている。法人の理念、基本方針、ミッション、ビジョンや予算、決算情報などの法人年報がホームページ上に毎年掲載され、広報誌等も含め、各相談窓口、第三者評価の実施結果へのリンクなど積極的に情報公開に取り組んでいる。</p> <p>○苦情、相談体制は、事業所パンフレットに担当部署ごとに大きな字で分かりやすい直通電話番号や外部の介護担当課の電話番号も掲載されている。しかし、福祉サービスの質の向上の観点から、苦情・相談の有無も含めた公表について手順の明文化や方法の見直しが望まれる。</p>
			② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○法人全体の経理規定が明示されている。経理規定には、毎年の外部監査実施が明示されて実施されている。内部監査については、コンプライアンス室が設置され、コンプライアンス室長（公認会計士）のもと透明性のある経営、運営に努めている。</p> <p>○医療法人であり、理事会、評議員会が規定にそって定期的に開催され、経営組織体制が明示、職員にも部署ごとの会議等で周知されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
	4 地域との交流、地域貢献	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 107 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。 ■ 108 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。 ■ 109 利用者の個別的状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。 ■ 110 福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。 ■ 111 利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。 	<p>○法人及び地域在宅医療支援センターのミッション、ビジョンにも地域との関わり方について明示している。さらに部署ビジョンに「高齢になっても安心して暮らせる地域をつくるため、持てる知識・経験を地域住民に提供し相談窓口としての機能を発揮する。」と掲げている。</p> <p>○在宅へ訪問して直接利用者や家族の相談にのり、担当の介護支援専門相談員など他職種とも連携して、個々の利用者のニーズに合わせた社会資源や地域の情報を収集し、提供している。（買い物、公共交通機関の利用など）</p> <p>○担当者会議のおりなど、地域の各自治会単位を基本とする交流場所「ひろば」との連携がとれるように、地域包括支援センターの方にも紹介するなど、調整役を担うこともある。</p>
			② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> □ 112 ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。 ■ 113 地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。 □ 114 ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。 □ 115 ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。 ■ 116 学校教育への協力を行っている。 	<p>○事業所単独では、ボランティアの受け入れは実施していない。</p> <p>○中学生の職場体験や職場見学等は、法人として体制を整備し受け入れを実施している。出身校への授業の協力等も行っている。</p> <p>○地域に開かれた事業所、「安心して暮らせる地域の創造」を目指すときに、地域の人々のボランティア活動は地域社会と事業所をつなぐ存在として期待されている。トラブルや事故を防ぐためのボランティアへの研修や受入時の説明などマニュアルの作成を含めた体制の整備が求められる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 117 当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。 ■ 118 職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。 ■ 119 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 ■ 120 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。 ■ 121 地域に適当な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。 	<p>○市の高齢者介護課、社会福祉連絡協議会、地域包括支援センター、利用者のそれぞれの関係する医療機関や事業所などは日常的に連携している。</p> <p>○市の地域包括ケア連絡協議会に職員が1名、委員として参加しており、地域における課題について情報交換を図り、今後、連携して課題に向けて協働して取組んでいく予定である。</p> <p>○デイケア協会に加入し、その研修への参加や講師派遣など、関係団体全体の質の向上にも取り組んでいる。</p>
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 122 福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。 ■ 123 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。 ■ 124 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。 ■ 125 災害時の地域における役割等について確認がなされている。 ■ 126 多様な機関等と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。 	<p>○法人母体の病院は、県の災害拠点病院となっており、ヘリポートが設置され、大規模災害時には法人としての役割が定められ、市の防災訓練にも法人として職員が参加している。</p> <p>○法人として、健康講座として市民のための医療・介護・福祉講座を月二回のペースで法人内のホールや近くの商業施設で開催している。</p> <p>○災害時に事業所がその機能を活かし、どのような役割を果たすかについて自治体や地域住民とあらかじめ決めておくことも重要な取組みであり、事業所のその活動を地域へ知らせるための取組みも望まれる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 127 福祉施設・事業所の機能を地域に還元することなどを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。 ■ 128 民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 ■ 129 地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。 ■ 130 関係機関・団体との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 ■ 131 把握した福祉ニーズにもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。 ■ 132 把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。 	<p>○法人全体で出前講座（平成25年より開始）として、医療介護福祉に関する様々な講座へ（テーマは136例）、専門の講師を無料で派遣している。要望に応じて、時間や内容を調整しており、部署内の職員も講師として派遣されている。</p> <p>○脳卒中連絡協議会への参加、市の地域包括ケア連絡協議会に委員として職員が参加など地域の関連する会議に職員が参加している。</p> <p>○昨年度、利用者の満足度調査を実施し、ものづくり講座、パーキンソン病の講座、物忘れ予防講座を月に1-2回開催し、今年度も継続している。特に、パーキンソン病の講座は、利用者同士の交流や病気の理解に繋がり、継続的な参加者がおられる。</p>
Ⅲ 適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービス	(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 133 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。 ■ 134 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。 ■ 135 利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。 ■ 136 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。 ■ 137 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。 	<p>○法人職業倫理規定、法人臨床倫理規定、法人倫理規定が規定されている。</p> <p>○法人のミッション、ビジョンに利用者尊重の姿勢が明示され、新年の年頭所感ならびに経営方針の訓示が法人理事長より行われ、職員は原則全員参加としている。</p> <p>○「患者の権利と義務」が事業所入り口に掲示されており、契約時に利用者やその家族に説明がされている。また、医療安全セミナーは全職員受講しなければならない必須研修となっており、利用者尊重のサービス提供について法人全体で周知に取り組んでいる。地域在宅医療支援センターのミッションとして「在宅で療養する人々の尊厳と自立を尊重し、（以下略）」と定め、朝礼等で読み合わせを行っている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 138 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。 ■ 139 利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。 ■ 140 利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。 ■ 141 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守れるよう設備等の工夫を行っている。 ■ 142 利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。 ■ 143 規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスが実施されている。 ■ 144 不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。 	<p>○患者の権利と義務に関する規定、虐待対応規定、身体拘束管理規定が明文化されている。また、業務マニュアルに「プライバシーの保護」として、具体的に記載されている。</p> <p>○利用者の日常生活におけるプライバシー保護に関して、トイレにおいては職員の手造りの札が活用されている。また、個別リハビリテーション時のついでやカーテンの活用、面談時の個室の利用など職員間で徹底されており、利用者の面接調査や実際の調査時も職員の配慮、心遣いが伺えた。</p>
	(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。	① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 145 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。 ■ 146 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。 ■ 147 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。 ■ 148 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 ■ 149 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。 	<p>○法人全体のホームページ内に、事業所の説明も写真入りで掲載されている。</p> <p>○事業所のパンフレットは、法改正等の機会に、また年に1回以上は定期的に見直しして、作成している。パンフレットは、利用者の作品を利用し、写真や図を用いて、分かり易いように書かれ、事業所の電話番号などは大きく見やすい場所に書かれている。</p> <p>○事業所の見学に応じており、主任が主に個別に丁寧に説明をしている。</p>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 150 サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。 ■ 151 サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。 ■ 152 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。 ■ 153 サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。 ■ 154 意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。 	<p>○サービス開始前には、自宅に事前訪問をして家族、介護支援専門員の同席で、重要事項書の説明を丁寧に行い、利用者の同意にあたっては自己決定を尊重して、その内容を書面に残している。</p> <p>○意思決定が困難な利用者は、家族、後見人、介護支援専門員等の同席の元で関係者の同意を確認して説明、運用を図っている。</p>
			③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 155 福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。 ■ 156 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。 ■ 157 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。 ■ 158 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。 	<p>○サービス内容の変更、終了時には相談窓口を紹介して、相談出来る体制を整備している。</p> <p>○病院、他事業所等への移行時は、リハビリ等の不利益を生じないように多職種で検討をし、情報提供書を作成して提供をしている。</p> <p>○終了された場合は、自宅でも出来るように「自主トレーニングメニュー」を提供している。</p>
		(3) 利用者満足度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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○利用者及び家族満足度調査、介護支援専門員に対して福祉ニーズアンケートを実施している。調査内容をまとめて検証し、改善に向けた取組みを実施して、利用者満足度の再調査を行いサービスの質の向上に繋いでいる。</p> <p>○支援計画見直し時のアセスメントは、利用者との面談を行い、聴取された内容を検討してサービスの提供に反映させている。</p> <p>○満足度調査、アンケート結果報告は家族、関係者に広報誌等の利用により報告し、共有されることを期待したい。</p> <p>○事業所の状況により、非該当とする。(161)</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(4) 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○重要事項説明書に窓口が明示され、苦情解決に対する仕組みが整備されている。</p> <p>○意見箱の設置がある。</p> <p>○出された苦情は速やかに検討され、解決結果を施設内の利用者が読みやすい場所に掲示されている。</p> <p>○苦情の解決結果を施設内に掲示し広報誌に掲載するなど公表しているが、利用者・家族が不利とならぬように配慮した公表の手順、方法を整備することを期待したい。</p>
			② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 171 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。 ■ 172 利用者や家族等に、その文書の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。 ■ 173 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。 	<p>○利用者が相談や意見を述べたりする際の方法等は周知されている。</p> <p>○ホールに記載カード、意見箱の設置をしている。</p> <p>○相談や意見を述べる際は、相談室で行われている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 174 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。 ■ 175 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 ■ 176 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。 ■ 177 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。 ■ 178 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。 ■ 179 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。 	<p>○苦情・意見を受け付けた際のマニュアルが整備され、マニュアルに沿って対応している。</p> <p>○意見箱の設置、満足度調査等を行い利用者の意見・要望等積極的に把握している。また、職員は会話をするよう努めて、相談を必要としている利用者には迅速に時間を作って対応している。</p> <p>○相談や意見の内容により、家族、介護支援専門員に報告して解決に向けた取り組みを行い、質の向上に繋いでいる。</p>
	(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。	① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 180 リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネージャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。 ■ 181 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。 ■ 182 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。 ■ 183 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。 ■ 184 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。 ■ 185 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。 	<p>○法人として医療介護福祉安全推進部が設置され、体制・整備があり、また、地域在宅医療支援センター医療安全規定が整備されている。事業所でのリスクマネジメントに関する責任者は、主任となっている。事故発生時は規定に沿って対応している。</p> <p>○事故報告、ヒヤリハット報告にもとづいて評価・見直しを行い再発防止に努め、職員に周知をしている。</p> <p>○医療福祉に関する安全セミナー、交通安全等安全確保、事故防止に関する研修は必須研修に位置づけられて全職員が自己学習システム等により受講している。</p> <p>○送迎車両、設備、福祉機器の点検を毎月定期的にマニュアルに沿って行っている。</p>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 186 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。 ■ 187 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。 ■ 188 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。 ■ 189 感染症の予防策が適切に講じられている。 ■ 190 感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。 ■ 191 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。 	<p>○感染対策マニュアルが整備され、主任が責任者となり体制が作られている。感染対策の研修を定期的に行い、感染症の予防に努めている。</p> <p>○インフルエンザ等感染症予防のための文書を家族・利用者向けに、広報誌等に掲載して予防を呼びかけている。</p> <p>○職員、利用者が感染の媒体とならないよう規定があり、感染した場合は、規定にもとづいて対応して感染防止に努めている。</p>
			③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 192 災害時の対応体制が決められている。 ■ 193 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。 ■ 194 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。 ■ 195 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。 ■ 196 防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、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>○災害時対応規定、防災マニュアルに沿った体制が整備されている。</p> <p>○利用者・職員の安否確認は、個人携帯電話、業務携帯電話に送信する仕組みが整備されている。</p> <p>○水、排泄用品等を備蓄している。</p> <p>○利用者、職員、消防署等が参加しての避難訓練を実施して、広報誌に掲載して利用者・家族、関係者に周知をしている。</p> <p>○市総合防災訓練に法人として職員が自治体と一緒に参加している。隣接の法人駐車場が地域住民の避難場所になっている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 197 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 ■ 198 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。 ■ 199 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。 ■ 200 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。 	<p>○利用者の尊厳やプライバシーの保護等の姿勢を表示して、日次、週次、月次別に実施方法等業務マニュアルにして明文化している。</p> <p>○職員は、職能要件書を用いて目標の設定を行い、標準的な実施方法を実践するための仕組みが整備されている。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 201 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。 ■ 202 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に行われている。 ■ 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。 	<p>○業務マニュアルは毎年更新を行い、支援内容、リハビリテーション実施計画書の作成を通して、標準的なサービスの見直しを必要とする場合は、部署会議で検証している。実態に即した適切な内容となるよう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	コメント
		(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。	① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 205 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。 ■ 206 アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。 ■ 207 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。 ■ 208 福祉サービス実施計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。 ■ 209 福祉サービス実施計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。 ■ 210 福祉サービス実施計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。 ■ 211 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。 	<p>○リハビリテーション実施計画策定の責任者は主任となっている。リハビリテーション実施計画が実施、機能していることを確認する仕組みが構築され機能している。</p> <p>○多職種でアセスメントを行い、利用者が出席してカンファレンスを行い意見・要望を聴き、サービス担当者会議で再度利用者からニーズの確認を行っている。</p> <p>○支援困難ケースは、チームカンファレンスを随時行い、家族、介護支援専門員と連携を図っている。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 212 福祉サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。 ■ 213 見直しによって変更した福祉サービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。 ■ 214 福祉サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。 ■ 215 福祉サービス実施計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。 	<p>○リハビリテーション実施計画書は、3ヶ月毎にマニュアルに沿って見直しをしている。</p> <p>○利用者の状況変化により、アセスメントを行い、サービス実施計画を見直し、家族、介護支援専門員に報告をしている。</p> <p>○「やりたいこと」「できること」の探求を職員が利用者と共に考え、提案、サポートする姿勢を明示し、利用者のニーズを多職種で検討するように努めている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 216 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。 ■ 217 サービス実施計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。 ■ 218 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。 ■ 219 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。 ■ 220 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。 ■ 221 パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの閲覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。 	<p>○サービス実施状況、リハビリテーション実施計画にもとづく記録は電子カルテに入力され、職員間で共有されている。</p> <p>○記録する職員に差異が生じないように記録手順・方法が文書化され、記録のチェックを行い職員に指導が行われている。</p> <p>○職員は、パソコンのネットワークシステムの利用、リハビリテーション実施計画書、カンファレンス、リハビリ会議、症例検討等の記録の情報共有を行い、多職種間で効果的なサービスの実施に繋がるよう努めている。</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"> ■ 222 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。 ■ 223 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。 ■ 224 記録管理の責任者が設置されている。 ■ 225 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。 ■ 226 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 ■ 227 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。 	<p>○利用者に関する記録の管理体制は、「地域在宅医療支援センター記録・書類等の保存・破棄規程」に定められている。管理責任者は管理事務部長となり、事業所では主任になっている。</p> <p>○個人情報保護、不適切な利用、電子カルテの漏えい防止等の方法、対応に関する研修を行い職員に周知徹底している。</p> <p>○個人情報の取扱い及び利用目的を利用者・家族に説明して同意書にて同意を得ている。</p> <p>○予定されている電子カルテシステムの改修に備えて、規定等の見直し、研修等検討している。</p> <p>○学会等に使用される個人情報は、法人個人情報保護規定に沿って倫理委員会で検討されて対応している。</p>