

(別添1)

## 事業評価の結果（共通評価項目）

福祉サービス種別 養護老人ホーム  
事業所名（施設名） 茅野市養護老人ホーム寿和寮

### 第三者評価の判断基準

長野県福祉サービス第三者評価基準の考え方と評価のポイント、評価の着眼点【養護老人ホーム、軽費老人ホーム】共通項目に係る判断基準による

○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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1 理念、基本方針が法人、福祉施設・事業所内の文書や広報媒体（パンフレット、ホームページ等）に記載されている。</li> <li>■ 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</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	・「共に歩む(桃李不言下自成蹊)」という法人の理念があり、また、「希望に起きて感謝に眠る一日の幸を応援します」というコンセプトがある。更に、「笑顔」「言葉」「食」「住まい」という具体的な行動規範も明文化されており、法人のホームページやパンフレットなどに掲載され、周知が図られている。そのために、法人の持つ福祉・保健・医療の機能を連携させた多種多様な介護サービスを法人の中で完結できるようにし継ぎ目のない体制を築いている。四つの行動規範は更に具体的な文言で補足されており、職員の業務に対する意思づけや利用者の支援の際の指針となっている。職員会議で事業計画やその進捗状況の説明があり、その際に改めて理念について具体的に話がされている。職員のネームの裏に理念の書かれたシールを貼ったり、施設内に掲示するなど周知を図っている。朝・夕の職員間の申し送り時や日常の支援の中でも常に確認している。利用開始時のオリエンテーションで利用者や家族に説明している。毎月行われる利用者との寮内話し合いや新型コロナ禍で現在中止せざるを得なくなっているが例年であれば5月に行われる家族会でも説明をし周知を図っている。

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・法人では塩尻市に法人本部を置き、23の拠点をもち55の事業所を運営していることから、地元塩尻市を始めとした長野県中・南部の自治体の社会福祉全般の動向を把握している。当施設にはヘルパーステーション、定期巡回随時対応型事業所、居宅介護支援事業所が併設されており、新型コロナ禍の中で職員が地域包括支援センターなどと電話や書面で連携し地域のニーズを把握し、さらに、年度の事業報告の中の利用率等の数値で的確に把握している。収集した情報や分析結果等は施設としての事業計画に「総合目標」として盛り込み、また、「資金収支計算書」として数値化している。</p>
			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>	<p>・法人の単年度の事業計画に基づいて当施設としての事業計画・資金収支計算書が組まれており、法人の事業計画の中でも「安定経営」とし、それを受け当施設としても「持続可能な社会のために」として「入居率98%を達成する」とし職員にも施設の現状を正しく理解してもらいより良い運営に役立っている。職員も運営状況を把握し、施設の経営課題の解決・改善に向けて具体的に取り組んでいる。職員体制、人材育成という面でもキャリアパス制度が導入され、モチベーションアップやスキルアップに繋がれている。</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。	c	<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>	<p>・法人の理事会が開かれ、また、評議員会も開催され方向性が決定されている。法人の中期計画は明文化したものは見る事ができなかった、当施設としての中・長期計画についても同様で、管理者委託制度の中での運営であるため、日頃、運営している中での課題や問題点については市と協議をしながら地域の高齢者福祉に貢献できるように可能な範囲での事業に取り組んでいる。今後、それぞれの事業として変化するニーズや福祉施策の動向を踏まえ、法人や各施設・事業所の進むべき方向性を「中・長期事業経営収支見込」等の数値目標とともに明らかにされていくことを期待したい。その達成のためにも法人の中・長期計画(3～5年程度)の作成に努められることを期待したい。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
I	3	(1)	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。	b	<input type="checkbox"/> 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。	・法人や当施設としての中・長期計画はないが、法人の今年度の事業計画を基にした施設としての単年度事業計画及び資金収支計算書が策定されている。当施設としての事業計画には「総合目標」とそれを具体化した「テーマ」と内容が示され、実行可能なものとなっている。今年度、「感染症対策と生活の潤い」「働きやすい職場づくり」「持続可能な社会のために」などを含めた5つのテーマが立てられ職員は実践している。期末には事業計画に対する振り返りとして事業報告が作成され、「事業のまとめ」や数値報告で客観的に示され、「改善策」として次年度に繋がられている。前の評価細目に関連するが中・長期計画（中・長期の事業計画と中・長期の収支計画）を組み立て、その内容が単年度の計画（単年度の事業計画と単年度の収支計画）に反映されるように実行可能な中・長期計画を立案されることを期待したい。	
		<input checked="" type="checkbox"/> 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。	・当施設としての事業計画や収支状況については施設内の各部署を代表する職員による月1回の「主任・リーダー会」で振り返りが随時行われており、収支状況も含め評価や見直しを行っている。また、年2回、全職員参加の会議で事業計画の説明やふり返しを行っている。8月の上半期職員会で半期の振り返りが行われ、下半期に向けて具体的な目標を周知している。年度終了時には施設としての「事業報告書」と「資金収支計算書」が作成されており次年度に繋がられている。職員は施設内や法人内の委員会に委員として参画しており、年度の計画の策定段階でもそれぞれの委員会を通じて意見具申ができるようになっている。				
		<input checked="" type="checkbox"/> 21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。					
		<input checked="" type="checkbox"/> 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。					
		(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	<input checked="" type="checkbox"/> 23 事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。	・家族会があるが新型コロナウイルス拡大の影響を受け、また、養護老人ホームという特性上、利用者や家族が一堂に会することは難しく、法人の広報誌「平成会通信」や当施設の「寿和寮通信」、法人ホームページ等の具体的な資料の配布・掲載で事業計画の内容を周知している。活動状況も含めて発信している広報誌は工夫を凝らしたもので、掲載内容も充実しており楽しみにしている利用者・家族がいる。新型コロナ禍で参集しての話し合いができていないが、例年であれば利用者との寮内話し合いを基本的に毎月実施しており、現在は寮内の放送を使い事業内容に沿った活動について説明している。寮内話し合いの議事録の字を大きくしたり漢字にふりがなをつけて読み易くし、各フロアに掲示している。
		<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 checked="" 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。							
② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		a	<input checked="" type="checkbox"/> 28 事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知（配布、掲示、説明等）されている。	・家族会があるが新型コロナウイルス拡大の影響を受け、また、養護老人ホームという特性上、利用者や家族が一堂に会することは難しく、法人の広報誌「平成会通信」や当施設の「寿和寮通信」、法人ホームページ等の具体的な資料の配布・掲載で事業計画の内容を周知している。活動状況も含めて発信している広報誌は工夫を凝らしたもので、掲載内容も充実しており楽しみにしている利用者・家族がいる。新型コロナ禍で参集しての話し合いができていないが、例年であれば利用者との寮内話し合いを基本的に毎月実施しており、現在は寮内の放送を使い事業内容に沿った活動について説明している。寮内話し合いの議事録の字を大きくしたり漢字にふりがなをつけて読み易くし、各フロアに掲示している。			
<input checked="" type="checkbox"/> 29 事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。							
<input checked="" type="checkbox"/> 30 事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。							
<input checked="" type="checkbox"/> 31 事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。							

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
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	<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>・当施設としての第三者評価の受審は今回が2回目となり、組織として評価結果等を分析・検討する体制も整備されている。法人として各職員個々の目標管理シートがあり振り返りが行われている。また、「プリセプターチェックシート」により自己評価が年1回行われ、更に、「接遇チェックリスト」によるサービスも含めた各職員のセルフチェックが年4回行われ、自ら集計・分析し振り返りが行われている。別に、法人としての事例発表会が毎年度実施されており、当施設としてテーマを決めて参加し、サービスの質の向上に向けて組織的に取り組んでいる。</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。	b	<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>・各職員のセルフチェック等を分析し、分析した結果やそれにもとづく課題が周知されている。また、施設として年度末に主任・リーダー会でその年度の事業・業務の総括が行われ、次年度の事業・業務の立案に繋がられている。当施設としての第三者評価の受審は2回目であり、サービス評価については事業所組織全体として取り組んでいる。運営主体が公的機関でもあり、また、前回の第三者評価から時間も経っていることから今回実施した自己評価や第三者評価等の結果を分析し、単年度では解決ができないものについては計画の見直しあるいは計画の変更等を行い、継続的に取り組まれていくことを期待したい。</p>
II	組織の運営管理	(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、組織内の広報紙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>・当施設の運営規程に管理者としての施設長の役割と責務が明記されている。また、法人の定めるキャリアパスには組織にとって必要となる人材のキャリア・ポスト・スキルが段階的に決められており管理者はその立場を十分に理解している。利用者や家族、地域の人々に向けた法人の広報紙「平成会通信」や施設の「寿和寮通信」、また、毎月の寮内話し合いでも施設長としての管理者自らの仕事に対する抱負や今後の施設の取り組み姿勢などについて明確にしている。更に、年2回、上半期・下半期の職員会議などで施設のあるべき姿を伝え、職員もそれに呼応している。自衛消防活動や緊急時の連絡網でも総括としての立場を明確にし、管理者の役割と責任については大型災害マニュアル等で明確に定めている。</p>
			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>・当施設の中に職員で構成される「教育研修委員会」があり、「虐待防止・身体拘束廃止研修」等、法定研修も含めた計画が毎年度、数日間に分けて開催され、この数年はオンラインで実施されることもあり、管理者も含む職員は必ず受講している。当施設の主任・リーダー会などでも折にふれ遵守すべき法令等について事例を上げ話し合い、注意を喚起している。管理者自身も法人の管理者研修等に参加し自己研鑽に努めている。また、職員を身体拘束や虐待防止などの外部研修会に参加させたり、法人内の各事業所職員が参加する各委員会とも連携し法令遵守に取り組んでいる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
Ⅱ	1	(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている	<p>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。</p> <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。</p>	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>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>・新型コロナ禍の中、毎月の施設の主任・リーダー会などで管理者は提供しているサービスをふりかえり改善へとつなげている。日々、タブレット端末で入力された施設の各部署からの日誌で改善すべき課題を掲げ共有化に努めている。施設として「事故報告書」「ヒヤリハット報告書」「インシデント報告書」「苦情記録」などを整備し、施設の運営に活かし利用者満足に繋げている。また、施設内研修として「緊急時・クレーム対応研修」などが組まれており、サービスの向上に努めている。更に、職員は年4回「接遇チェックリスト」により自ら提供しているサービスについてのふり返しを行い、集計後、問題点や課題の分析に努めている。管理者はそれらを踏まえ、職員との面接を半期に一度実施し、改善に向けた話し合いを行っている。</p> <p>・法人内の業務部、人事部、財務部と連携し対応しており、当施設としても管理者を含めた役職者が中心となり運営や業務の効率化に向け積極的に取り組んでいる。前年度の事業報告や事業活動収支計算の検証結果を基に単年度の事業計画の「総合目標」「テーマ」などの各視点から計画が新たに作成されている。施設の主任・リーダー会などで意思統一を図っているほか、管理者も法人の部課長・管理者会議に出席し課題の共有化を図っている。また、施設の各委員会に参画し、業務の効率化やサービスの質の向上について意識を高め実践に取り組んでいる。運営を移管されて14年を経ており改修の必要な箇所も見受けられるが、施設の将来性や継続性に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備、経営資源の有効活用等を視野に入れ運営をしている。</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>・法人全体での採用や人事管理が行われており、質の高い福祉サービスを実現するために必要な福祉人材の確保に努めている。年度の法人の事業計画の「職員の採用、育成と働きやすい職場づくり」として、企業ガイダンスなどに参加しており、施設としても近隣の高校の福祉コースの生徒の実習や職場体験を受け入れている。法人として介護資格取得支援助成などの支援体制も整備している。また、「キャリアパス」や経験や職員に応じた「教育研修計画」があり、入職時からのキャリア形成プランが策定されている。</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)
II	2	(1)	② 総合的な人事管理が行われている。	b	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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>	<p>・法人として「キャリアパス」と経験や職員に応じた「教育研修計画」が定められおり、それに沿い「求められる指標」が職員それぞれの経験や習熟度に合わせ目指す到達レベルとして示され、「職員像」として分かり易くなっている。また、目標管理制度が採り入れられており毎年度、職員は「目標管理シート」を作成し、目標に対して自己評価を行い上位職の助言を得て次のステップへと繋げている。更に、年2回、「プリセプター評価チェックシート」を作成し、基本的な能力を定期的に振り返り、自主的な自己啓発活動に活かしている。キャリアパスや目標管理の結果などと昇任・昇格、職員配置、異動に関する基準等との関係を更に明確化されていくことを期待したい。</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	<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>・法人本部が職員の労務管理を主管している。法人全体の福利厚生事業として職員健康診断、インフルエンザ予防接種、新型コロナ抗原検査、新型コロナワクチン接種などが上げられ、実施されている。また、施設として職員の勤怠データを定期的に確認するなど、職員の就業状況を施設として把握し、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。仕事と生活の両立に向け、法人として「次世代育成支援対策推進法にもとづく事業主行動計画」を策定し、子育て支援制度や育児・介護休業等に関する規程なども整備し、年次有給休暇取得の促進、毎週1回のノー残業デーの設定と定着化を図っている。また、「女性活躍推進法」に沿い法人としての行動計画を立て、ハラスメント対策や平均残業時間の短縮などにも取り組んでいる。労働衛生法上のメンタルヘルスチェックについても法人としての「ストレスチェック実施要領」に沿い実施されており、法人の産業医に職員が直接相談したりカウンセリングを受けることができる。当施設としては主任・丁目（ユニット）リーダー会議等で有給休暇の取得について検討し取得できるようにしている。</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)
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。	・法人として教育・研修についての中・長期計画があり、経験年数や習熟度に応じた段階的なカリキュラムが組まれている。それに沿い、職員それぞれの経験や習熟度に合わせ目指す到達レベルが示され、「職員像」として示されている。更に、新卒者、中途採用者対象の研修や3年目以上の職員に対する外部研修の受講など法人内外での年間教育・研修計画が組まれている。資格取得にむけた研修や自由参加としている法人の全体研修にも大勢の職員が参加している。法人の制度として「プリセプター評価チェックシート」を作成し、基本的な能力を定期的に振り返り、自主的な自己啓発活動に活かしている。更に、職員は目標管理シートを期初に作成し、定期的に振り返り、その都度上位職との面談を行っている。現場を指揮する主任・副主任はOJTとして支持的・援助的な姿勢を保ちつつ、職員に対して日常的に適切な助言・支援を行っている。
			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。		・今年度の法人の事業計画に「研修事業」として記載し、「『シーティング』『KTSM(口から食べる幸せを守る会)』『ユマニチュード』を柱とする介護技術の向上」ほかが明記され、計画的に実施されている。キャリアアップを目指すための研修があり実務経験や習熟度により受講要件があり、段階的に受講できるようになっている。「虐待・身体拘束防止研修」「高齢者虐待研修」等の必須研修も含め、この数年の新型コロナ禍の中でネット配信として開催するため、受講者の都合により自ら計画し受けることが出来る。各職員が受講した法人内外の研修は研修受講記録として残されるようになっている。法人内研修では終了後に参加職員から研修についてのアンケートを必ず取り、研修内容やカリキュラムなどについて講師も交え話し合い、次の研修の機会に活かすようにしている。事例発表会を法人内で開催し共有化を図っている。	
			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。			
			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。
			87 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。			
88 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。						
89 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。						
90 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。						

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	(4) 実習生等の福祉サービスに関する専門職の研修・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する専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	<ul style="list-style-type: none"> <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>・法人本部が実習生の受入と導入教育を一括管理している。法人としての実習生受け入れマニュアルがあり、法人内の他の施設・事業所では介護福祉士、介護職員初任者研修など、社会福祉に関する資格を目指す短大生・専門学校生等の研修の受入が可能となっており、実習指導者としての研修を受けた担当者による指導が行われている。新型コロナウイルス禍で当施設としての実習生の受け入れはしていないが、施設として近隣の高校の福祉コースの生徒の実習や職場体験を受け入れている。現在、当施設には実習指導者研修を受けている職員がいないことから、近い将来に備え研修を受講し、受け入れが可能となるように取り組まれていくことを期待したい。</p>
	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>・法人としてのホームページがあり法人の理念やコンセプト、法人内各施設・各事業所の概要等を知ることができ、独立行政法人福祉医療機構のWAM NET(福祉と医療を支援する総合情報提供サイト)で当法人に関する現況報告書等（現況報告書、計算書類）の情報が公開されており閲覧が可能となっている。法人の広報誌「平成会通信」が年2回発行されており、法人各施設や事業所の利用者や家族などに配布され、また、当施設の「寿和寮通信」も年2回発行され、家族等に活動報告などが知らされている。今回の第三者評価の結果についてもWAM NET(福祉と医療を支援する総合情報提供サイト)に掲載される予定になっている。</p>



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
II	3	(1)	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>	<p>・法人として文書や経理、組織などについての各種規程があり、必要に応じて社会保険労務士などの外部の専門家に相談し、助言を受けることが出来る。また、法人運営の透明性を図るために法人として外部の会計士による監査を毎年受け、財務諸表が適正であるかどうかの評価を受けている。更に、「任意監査」として「独立した第三者の立場の監査」を依頼することもでき、公平公正な法人運営を行っている。</p>
	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。</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>・今年度の法人の事業計画にも「地域貢献事業」として「オレンジネットワークの運用」「平成会認知症サポーター養成プロジェクト活動による認知症サポーター養成事業の運用」等を具体的に上げている。新型コロナ禍ということで自粛せざるを得なくなっているが例年であれば、地域の代表者や市の担当者などが参加する運営会議で事業所の運営についての協力を仰いでおり、また、音楽療法や絵手紙、読み聞かせ、民謡講習など、多くのボランティアが事業所を訪れている。また、同じく例年であれば利用者との寮内話し合いや掲示板で地域でのイベント等の情報を提供している。更に、近くの保育園児や小学生、中学生が年に2・3回来訪し利用者や交流したり、衣類の販売に業者が来ていたので利用者は楽しみにしていたが、現在は中止となっている。施設恒例の夏祭りについても平常時であれば地域の人々にも開催のご案内をし、多くのボランティアが運営スタッフとして参加し利用者との交流を深めていたが、この数年は新型コロナ感染防止のため中止となり残り残念な状況が続いている。施設として今までのノウハウがあり、いつでも立ち上げられるように体制を整えている。</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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 114 学校教育への協力を行っている。</li> </ul>	<p>・新型コロナ禍で自粛しているが、当施設としてボランティアを積極的に受け入れようとしている。新型コロナ感染拡大前はボランティアによるシーツ交換や清掃、近くの小・中学校との交流などが行われ、保育園の運動会などにも招待を受けたりしていた。更に、中学生の職場体験・ボランティア体験なども受け入れていた。現在、新型コロナ感染防止のため受け入れを中止しているが、事業所としていつでも立ち上げられるように体制を整えている。初めて来訪していただくボランティアには個人情報保護や守秘義務についてのお願ひもし、受け入れに際して事業所の担当者とボランティア希望者とのミーティングを実施し文書を基に説明している。登録した方のボランティアリストについても情報が漏れないように管理がされている。法人として認知症サポーター養成講座の開催を積極的に進めており、学校教育の一環として諏訪地域の高校などに施設長が出向いている。</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	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 117 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・事業を進めていくうえで地域の高齢者福祉で課題となっている点について、関係機関・団体へ問題提起し、解決に向けて協働している。施設内には養護老人ホームのほかグループホーム、ヘルパーステーション、定期巡回随時対応型事業所、居宅介護支援事業所が併設されており、また、法人の他の拠点として介護老人保健施設、軽費老人ホーム、グループホーム、デイサービス、デイケア、病院等の施設・事業所があり、それぞれ法人内外の事業所と連携しており、利用者の生活にとってプラスになるような社会資源のリストや資料を可能な範囲で集めたり活用している。更に、職員はそれぞれの業務で他の法人の施設・事業所との関わりをもっているので職員間での情報の共有化も図られている。施設内には居宅介護支援事業所があるので他の介護保険事業者とも連携し、看護師を通じて利用者のかかりつけ医や地域の病院、老人保健施設等とも情報の共有化を図っており、市西部保健福祉サービスセンター、訪問入浴事業所等と連携し利用者の支援に当たっている。更に、例年であれば定期的に開かれる市内事業所連絡会に参加し、情報の共有化と課題解決に向けて協働している。</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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・法人として地域を支えるために「地域貢献事業」として事業計画に掲げ、「点から面」へのサービスを提供し社会貢献につなげようとしている。法人は長野県内に23のサービスの拠点を持ち、自治体等からの事業を受託し地域の活性化にも寄与している。新型コロナウイルスで自粛ぎみとなっているが、当施設として地域の代表者や市の担当者などが参加する運営会議で情報を得たり、市西部保健福祉サービスセンターと情報交換を行わない地域ニーズの把握に努めている。また、グループホーム、定期巡回随時対応型事業所の運営推進会議でも関係機関の担当者や地域の代表者に当施設の活動状況を知らせ、働きかけを行っている。更に、施設内に併設されている居宅介護支援事業所では「介護予防教室」などを企画し地域の高齢者の参加を促している。</p>
			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>	<p>・施設として地元の「ひばりヶ丘区」と災害時における相互協定を交わしており、万が一の場合には地区の公民館が避難場所となっており、また、施設を避難所として利用していただくことが可能で水・食料品等も備蓄し非常時に備えている。新型コロナウイルス感染拡大以前は施設の夏祭りに地域の人々も大勢参加していたが、現在は利用者や職員のみで実施している。法人の広報誌「平成会通信」を年2回発行し情報発信に努め、施設としても「寿和寮通信」を利用者や家族に配布している。新型コロナウイルス感染拡大以前は施設の第三者委員を始めボランティアなど、日頃から関わりを持っていただく地域の人々から地域の福祉ニーズなども聞き、事業計画の「総合目標」などに盛り込んでいた。更に、地域ニーズに合わせ市の介護予防教室や認知症サポーター養成講座の開催などにも積極的に取り組んでいる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)				
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	■ 125 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。	・法人の基本理念「共に生きる」とコンセプト「希望におきて感謝に眠る一日の幸を応援いたします」を反映した「利用者様一人ひとりの想いに応えるケアを大切にします」として利用者を尊重した具体的な方針を示している。法人の基本理念及びコンセプトは、利用者を尊重した内容で、年度初めの職員会議などで確認し周知を図っている。職員の吊り下げ名札の裏にも理念の書かれたカードを入れ、施設内にも掲示し、朝礼、夕礼の時に読み合わせを行っている。また、養護老人ホームとして利用者の尊重や基本的人権について共通の理解を持つため必須となっている「プライバシー保護について」「身体拘束、虐待防止について」などの施設内外の研修の機会を捉え職員の意識の向上にも努めている。研修やマニュアルだけでは補えない部分は主任やリーダーの職員に対する日常の指導で徹底している。				
			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。		■ 127 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。		■ 128 利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。	■ 129 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。	■ 130 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的な状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。	
		(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		■ 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。	・利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービスの提供が行われている。サービス開始時に、運営規程、重要事項説明書の守秘義務等に関する事項を利用者に説明している。利用者に日常的な福祉サービス（排泄、入浴等）を提供する職員は、利用者のプライバシー保護について法人及び施設内での研修を受けたりマニュアルの活用等で利用者のプライバシー保護に関する基本的な知識を身に付け、利用者の尊厳の保持やプライバシー保護等を実践している。入浴や排泄等の場面では、限られた環境の中でバスタオル、カーテンや衝立等を使って視界を遮る等の配慮をしており、また、居室、トイレ、浴室には扉があり中は見えない設えて、暖簾やカーテン等を用いて効果的に外部の視線を遮っている。事前に行われた利用者調査でも多くの利用者がプライバシーが守られていると回答している。		
							■ 132 規程・マニュアル等にもとづいて、プライバシーに配慮した福祉サービスが実施されている。		■ 133 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。	■ 134 利用者や家族にプライバシー保護に関する取組を周知している。
							■ 135 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。		■ 136 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。	■ 137 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。
				■ 139 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。						

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	<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>	<p>・施設のサービス利用にあたり本人や家族に運営規程や重要事項に関する説明資料、パンフレットなどを提示しながら説明している。措置入所施設ではあるが、入所時必要書類の中に「入居にあたっての約束事」「自己管理物品取り扱い同意書」「レクリエーション・クラブ活動参加同意書」「アナフィラキシー自己チェック」「個人情報使用同意書」他、書面で意思を確認し同意を得ている。サービス開始時は勿論、変更時には十分な説明をしており、家族等にも適切な対応をしている。意思決定が困難な利用者には、心身の状況に合わせ、紙に書き記したり、大きな声ではっきりと話をする等の工夫を行っている。</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		■ 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。	<p>・施設の変更や家庭への移行等にあたり、サービスの継続性に配慮した対応を行っている。施設入所前の事前情報として措置元の市町村担当者より在宅時の状況等を確認し、在宅生活から施設生活に移行するにあたり不利益が生じないようにしている。また、事業所の変更、移行などにあたり、利用者、家族等の意向・希望を踏まえ、当該施設としてのサービスの継続性に配慮された手順を定め、引継ぎ文書（利用者情報提供書他）を作成し、移行先でも従前の生活と大差なく福祉サービスが継続できるよう対応している。また、施設変更や事業所の変更、家庭への移行時には市町村や関係機関、他の福祉施設・事業所等と話し合い体制を整えている。</p>
		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	
	■ 147 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。					
	■ 148 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。					
	■ 149 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。					
	■ 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。					
	■ 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。					
	■ 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。					
	■ 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。					

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。施設には、苦情解決の仕組みを説明するポスターが掲示され、意見箱とアンケート用紙も置かれ、利用者家族が苦情を申し出やすいように工夫を行っている。苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員が定められており、利用開始時に説明がされている。表出された苦情は、正確な記録が残せるよう施設（法人）で決められた様式に記録し、利用者家族等に必ずフィードバックしている。また、内容によっては「寮内話し合い」で利用者公表している。</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。		b	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・利用者が相談や意見を述べやすい環境の整備をしている。相談相手や相談方法は入所時に説明している。利用者は相談ごとがあれば事務室を訪れており、訪問調査当日も事務室に相談に来ている利用者が見られた。相談内容によっては、居室や応接室を使いプライバシーに配慮をしながら行っている。今後、専門的な相談、あるいは施設において直接相談しにくい内容の相談等、相談内容によって複数の相談方法や相談相手を選べることを利用者に知らしめていくことを期待したい。</p>	
			③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。			a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 166 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 169 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。</li> </ul>	<p>・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。利用者調査では「職員は話を聞いてくれる」「職員に、健康や生活のことなど様々なことについて、気軽に相談できる」との回答が多数あり、利用者は事務室やステーションへ出向き、直接、管理者や職員等に相談している。当施設では居室担当制をとっており、日頃から利用者とは良好な関係が築けるように、小まめに声を掛けかわりを持ち、意見を述べやすいようにしている。毎月定期的に開催されている利用者との「寮内話し合い」や年に2回栄養士による「嗜好調査」の実施等も含め意見を聴き把握に、利用者満足に繋げている。対応マニュアルは法人の委員会で適宜見直しが行われている。利用者や家族から意見や要望などあれば朝礼や夕礼にて伝達され、対応策も講じられるようになっていく。</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	(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。	<p>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。</p> <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。</p> <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している。</p>	<p>a</p> <p>a</p> <p>a</p>	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 175 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 179 感染症の予防策が適切に講じられている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <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>・管理者を中心に利用者の安全確保のための取組が組織的・継続的に行われており、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。施設内にはリスクマネジメントに関する「医療安全対策・身体拘束委員会」が設置されている。「食事リスクアセスメント」「転倒・転落リスクアセスメント」などのアセスメント様式を用いて一人ひとりのアセスメントを実施し、評価分析を行っている。法人の厳しい基準で判断された事故報告書とヒヤリハット報告書が整備されており事例として役立てられている。また、リスク研修も年2回実施し、万が一事故が発生した場合には必ず要因等を分析し、見直しを図っている。</p> <p>・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。感染症に関する「感染症対策・褥瘡対策委員会」が施設内に設置されている。感染症の予防及び発生時の対応マニュアルがあり、年3回、感染症研修を開催している。利用者及び職員はワクチンの予防接種や日々の健康管理を行い感染予防策を講じている。また、職員は日々の朝礼時にも新型コロナウイルス以外の感染症情報等も踏まえ確認と話し合いを行い、職員が感染の媒体になる可能性も踏まえ、家族等との連絡の強化や職員の健康管理も含め、適切な対応をしている。万が一感染症が発生した場合は感染拡大を防止するため、静養室の利用やゾーニング一覧表を参照し安全な場所と感染リスクのある場所を明確にしている。</p> <p>・災害時における利用者の安全確保のためグループホーム、ヘルパーステーション、定期巡回随時対応型訪問介護事業所、居宅介護支援事業所として総合的に対応できる防災体制が構築されている。「大型災害防災マニュアル」には災害時の行動マニュアルがあり、災害時の対応について詳細に示されている。年2回、総合防災訓練が実施され、更に「地震対応訓練」「情報伝達訓練」等の災害時に必要な訓練を同一建物にあるグループホームと合同で行っている。新型コロナ禍で中止となっているが、例年であれば地元自治会の防災訓練にも参加している。茅野市緊急地震速報端末を設置し、食料、水等の備蓄も栄養士により管理されている。また、介護用品、衛生用品、感染対策用品、カセットコンロ等の備蓄もされている。</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)		
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	■ 187 標準的な実施方法が適切に文書化されている。	・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。各利用者を担当する職員が決まっており、また、日々の支援は全職員で行っていることからお互いに確認し合い、利用者本人に沿った手順で支援している。介護マニュアルには提供するサービス毎の実施内容や手順、留意点が文書化され、実践されている。標準的なサービス提供の実践状況は「プリセプター評価チェックシート」により定期的な評価を行っている。評価結果については、プリセプター担当職員が指導を行い周知徹底している。また、プライバシー保護や権利擁護についても介護マニュアルに明記している。標準的な実施方法に沿った実施状況については「丁目(ユニット)会議」「モニタリング」等で確認している。		
			② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。		■ 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。		■ 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。	■ 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。
		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		■ 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。		・施設サービスで提供される標準的な実施方法の見直しについては利用者等からの意見や要望に基づき、また、一人ひとりの「個別処遇計画」の実施状況を踏まえ、利用者が必要とする福祉サービスに新たな知識・技術等も加え、丁目(ユニット)チーフや委員会(排泄、入浴、食事他)が主になり検証・見直しを行っている。定期的に現状を検証する機会として毎月、丁目(ユニット)毎の会議を開催して検討し、計画内容に変更等があれば関係者に相談し、PDCAサイクルに沿って実施している。	
					■ 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。			■ 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。
				■ 195 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。	■ 196 アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。	■ 197 部門を横断したさまざまな職種の関係職員(種別によっては組織以外の関係者も)が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。		・主任生活相談員が利用者一人ひとりの「個別処遇計画書」を作成し、施設入所にあたり、施設が定めた様式でアセスメントが実施され、計画を適切に策定している。入所後のアセスメントも計画的に行われており、主任生活相談員により半年毎の個別処遇計画立案時にアセスメントを実施している。丁目(ユニット)会議や担当者会議等では異なった職種の職員が参加しアセスメントされた内容について協議している。利用者の状態に変化が見られた場合には丁目会議等でその都度サービス内容を見直し、利用者や家族等の意向・要望などを反映している。個別処遇計画で一人ひとりの具体的なニーズが明確にされ、半年ごとに更新されていることが確認できた。支援の実践状況は日々の支援経過に記録され実践状況を評価している。支援困難なケースについては施設内で抱え込まず、措置元の市町村に相談し指示を仰いでいる。
				■ 198 福祉サービス実施計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。	■ 199 福祉サービス実施計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員(種別によっては組織以外の関係者も)の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。	■ 200 福祉サービス実施計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。		
■ 201 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。								

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)	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>・ 策定した個別処遇計画についてサービス提供記録、個別機能訓練計画、モニタリング表等の各資料からPDCAサイクルを継続して行っていることが読み取れた。基本的に評価・見直しは半年ごとに行い、環境、身体状態の変化等で随時評価見直しを行っている。各丁目(ユニット)の会議が毎月行われ、様々な職種が関わり意見を出し合い、計画の達成状況や問題点の確認をし計画を見直している。施設サービス計画書の見直しに伴い新しく作り変えた場合には本人に説明し了承を頂き、職員に周知するようにしている。</p>
		(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"> <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。施設サービスに必要な情報（身体状況、生活状況等）は施設として決められた「利用者情報提供書」に記録され半年毎に更新し、生活全般の解決すべき課題が明確にされている。また、施設でのサービスが「個別処遇計画書」に基づき実施されていることが各種記録から確認することができた。実施状況についてはパソコンのシステムを使い入力・記録されている。毎月、定期的に丁目(ユニット)会議を開催しており、全体で情報共有が行える仕組みがあり機能している。また、「スマケア」「OneNote」等の記録システムは情報の種類によって使い分け、パソコン上での情報管理体制については情報漏えい防止策が整備され、職員間の情報の共有と計画の見直しに活用している。</p>
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	<ul style="list-style-type: none"> <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>・ 利用者に関する記録の管理体制が確立している。施設で取り扱われる個人情報については個人情報保護規程により保護と開示について規定を定めている。入所時の重要事項の説明に際し「個人情報同意書」の内容を説明し、プライバシー保護のため個人情報を扱うときは文書で同意を得るとし、その取り扱いと使用範囲について利用者や家族に説明し同意を得ている。職員は「個人情報保護」等の研修を受け正しく理解しており、日々の業務でも個々にIDを持ち、個人情報が外部に流出しないように電子データの管理体制も強化している。毎月、法人の危機管理室から「個人情報保護通信」が発行され職員教育や研修に使用され、また、遵守にも繋がっている。</p>