（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にいむら

〇判断基準の「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。	〇法人、慈泉会はその時の情勢に合わせて、先の１０年、５年を見据えたミッション・ビジョンを年頭に表明し、明文化し全職員に周知している。ミッション・ビジョンは法人が実施する、医療・介護・福祉サービスについての方針を示し、それぞれが果たす使命についての方向性や考え方が読み取れる。 〇ミッション・ビジョンには具体的にそれぞれの事業所の目指す方向が示されており、プロファイルや部署目標をもとに年間を通して勉強会で常に周知に取り組んでいる。 〇利用者・家族へは契約時に、重要事項説明書をその家族に合わせて分かるように説明している。
					■	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。	○厚生労働省や公的機関からの通達・メディアタイムス・介護情報などの情報紙、長野県高齢者プランの活用・松本市介護保険事業者連絡会・介護支援専門員の勉強会に参加しながら国・地域の福祉情勢・経営環境や課題を分析している。 ○事業所運営の月のデータの確認と共有、地域包括支援センターとの連携、地域の事業所等との情報交換等により課題を把握・分析している。
					■	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。	
			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）	■	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。	○年度初めに事業所の課題を決定している。３０年度は“介護報酬を正しく理解し、質の高い支援を提供することで顧客の満足に努め、新設された加算算定に繋げたい”としている。 ○地域在宅医療支援センターの運営会議、リーダー会議に管理者が出席し、経営状況や改善すべき点を役員と共有している。部署内に伝達し職員は勉強会により改善すべき点等周知、共有し、部署課題として改善している。
					■	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。	○法人慈泉会のミッション・ビジョンを受けて“利用者の望む暮らしが送れるように、その方の立場に立った支援ができる事業所になる”と事業所のビジョンを「５年後のあるべき姿」として計画している。 ○事業所のビジョンを達成するための手立てとして具体的に、〝・ケアマネジメントの質向上を図り、利用者が望む暮らしを支援できる事業所になる。・支援センターにいむら内の連携を強化して、住み慣れた地域での暮らしを支える事業所になる。”として事業所のビジョンを補完するものになっている。見直しは毎年行われる。
					■	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。	
			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）	■	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。	○毎年プロファイル策定時に事業所の経営課題を上げ、実行可能な具体的な事業計画にしている。今年度は退院退所加算を年間35件以上を計画として挙げている。
					■	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・見直しが組織的に行われ、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。	○事業計画の明記されたプロファイルの策定、事業所の課題策定は週１回の会議で議題として挙げて職員で検討している。 ○経営、運営課題実施計画書により実施事項を、誰が、何時までに、どんな手段で行うかが明記されている。経営、運営課題評価基準表では計画に対しての評価が一人ひとりできるような仕組みが作られている。年度ごとに会議で全体を評価し次年度に反映している。
					■	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が）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）	■	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。	○地域在宅医療支援センタ―長が利用者交流会で事業計画について説明している。 ○初回の訪問時に利用者に関係することは口頭で概要を主に家族に説明している。
					■	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。	○自己評価後、第三者評価を受審し、結果を事業所内会議で分析・検討し、課題を抽出する予定としている。課題があれば福祉サービスに活かし質の向上に繋がるように次の計画に載せる。 ○事業所の会議で課題を設定し取り組み、評価し、上長へ提出し、さらに評価される法人としての仕組みがある。 ○事業所内で居宅支援事業所の職員として揃えるべき書類、記録物等整備してチェックを受ける内部監査が年１回行われている。電子カルテ記載内容のモニタリングは３か月ごとに行われ、リーダー会や法人役員も参加する運営会議に報告される。身だしなみチェックは接遇委員会に報告される。
					■	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。	
			② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	ａ）	■	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。	○利用者満足度調査を行いアンケートを集計している。アンケートの集計結果を事業所内の勉強会で振り返りをし、結果を３０年度の課題として事業計画に挙げている。事業所の課題に設定し勉強会を開催している。
					■	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。	

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。	○管理者は法人のミッション・ビジョンを受け、部署会議の中心になって事業所の方針を決定し職員にも周知している。 ○管理者は地域の情報誌・組織の記念誌に寄稿し、事業所の代表であることを表明している。また「職務分掌」を作成し、会議において職員に表明し周知が図られている。 ○災害時において管理者は指揮命令者となり、決められたフローチャートにより指揮を執る。管理者不在の場合はセンター内に居る者、最初の到着者が代行するとしている。
					■	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。	
			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。	○管理者として県の事業所集団指導等に参加し介護保険制度をはじめ、必要な法令を学び職員に周知を図っている。「医療安全研修」「交通安全研修」にも参加している。法人として管理者としての研修で雇用、労務管理はじめ社会的なルール、倫理等職員が遵守すべきコンプライアンスについて学んで事業所の勉強会で職員に周知している。
					■	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。	

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。	○事業所内で定期的に行われる内部監査で、一人ひとりの職員のサービスの質について把握し、評価・分析をし、助言している。 ○事業所内のチーム勉強会で輪番制の体制を取り、職員に参加を促し勉強会での意見を取りまとめ、必要に応じてリーダー会へ報告している。 ○職員へ研修会の参加の呼びかけをし、参加の機会を確保している。
					■	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。	○リーダー会やセンター運営会議に参加し議事について分析し、職員に伝達している。 ○職員の定期的な目標・育成面接を実施し、職員教育、職員の質の向上を図りミッション・ビジョンの実現に向けて取り組んでいる。 ○職員一人ひとりの有給休暇、時間外労働などの把握、分析を行い、職員が働きやすい職場環境に取り組んでいる。
					■	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。	○法人のミッション・ビジョンの実現に向け、採用は法人で一括して行われる。事業所の理念実現に向けて具体的な人材育成は「業務マニュアル」「職能要件書」に沿って行われる。新任職員は１年間、教育係が1対1で付き「新入職員研修カリキュラム」により育成指導される。 ○特定事業所加算を算定できる人員配置を行い、介護支援専門員としての福祉サービスに加え、持っている基礎資格も適切に活用している。 ○ハローワークへの登録や新聞への求人広告、今年度は、求人を意識したホームページの作成、県の「福祉職場説明会・就職説明会」への参加を予定している。
					■	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。	
			② 総合的な人事管理が行われている。	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。	○法人のミッション・ビジョンを実現するための「期待する職員像」を「共通職能要件書」「部署別職能要件書」で具体的に明確にしている。職員の能力開発、昇任、昇格、評価などの人事基準・人事制度は法人の人事考課制度で明確にされ人事部による説明会も開催されている。 ○職能要件書で自己評価し、定期的に上司の評価を受け、必要となるスキルを獲得することで自らの将来を描くことができる仕組みづくりができている。
					■	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	(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）	■	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。	○法人の職位に関する規程の中の人事管理項目に責任体制が明確化されている。労務管理等は事業所の管理者（課長・主任）が上長に相談している。 ○各事業所の管理者が月末に有給休暇の取得、時間外労働等職員の就業状況を把握して職員の心身の健康と安全について配慮し、働きやすい職場環境を作ることに努めている。 ○定期的に健康診断、個人面談を行い、ストレスチェックは「相澤病院ストレスチェック制度実施規程」によって行われる。福利厚生は職員にアンケートを実施し希望を聴取して決めている。 ○ワーク・ライフ・バランスに配慮し、非常勤職員や時間短縮職員には意向に沿いながら対応し、フレックスタイム制についても管理者と相談している。 ○改善策は毎月集計している動向をもとにリーダー会で人員構成を検討し職員募集の資料としている。また定期的な目標・育成面接の実施結果を業務に反映している。
					■	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。	
		(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。	○「共通職能要件書」「部署別職能要件書」で「期待する職員像」を明確にし、新任職員には達成すべき項目を設け、目標・育成面接は3か月・6か月・1年と1年間に3回行われ、進捗状況、目標達成度が確認できている。教育担当者の下で行われる。他の職員も管理者による目標・育成面接があり評価を受けて次年度の目標設定に役立てている。 ○毎年一人ひとりの個別研修計画を作成し、目標に沿って研修に参加している。
					■	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。	

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)	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。	○「共通職能要件書」「部署別職能要件書」に「期待する職員像」が明示され、地域在宅医療支援センターのミッションには「期待する職員像」として行うべき役割が明記されている。 ○「専門資格一覧」で必要な資格は明示され職員はすべて必要とされる資格を持って仕事に従事し、主任介護支援専門員資格も７名の職員中４名が取得している。 ○法定研修については規程を作成し、職員の業務習得状況に応じて研修に参加する仕組みがある。また法人独自の教育研修にも同様の仕組みがある。また、個別研修計画にもとづいて研修を実施しており、年度末に見直しをしている。
					■	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。	○毎年一人ひとりの個別研修計画を立て、テーマを設け、達成の目標、研修の指標、得られる成果を記載し研修予定期間・研修の回数等も記載している。 ○「共通職能要件書」「部署別職能要件書」研修実施記録に沿って、知識、技術を評価し階層別・等級別に研修を実施している。毎年作成するプロファイルや年報で専門資格の取得状況を把握確認できる。 ○新任職員には1年間教育係が付き、業務マニュアルや研修カリキュラムに沿った教育を実施している。定期的に管理者と面接を行い状況を確認している。 ○県社会福祉協議会で開催される指導者研修会には新人を指導する職員が参加している。法定研修は規程を作成し職員の業務習得状況に応じて参加する仕組みがあり。法人でも経験年数に応じた研修を実施している。 ○外部研修の情報は院内ホームページ、社内メール、朝礼・終礼時等で提供し職員間で共有できている。
					■	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。	○県社会福祉協議会からの実習生を受け入れた。「受託実習生に関する規程」により実習生のオリエンテーションを行っている。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・実習指導の手引きを中心にして研修を実施している。 ○指導者は県社会福祉協議会の指導者養成研修に参加し、事前に県社会福祉協議会の担当者と連携し、必要に応じて適宜連絡している。
					■	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。	
	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。	○ホームページで法人のミッション・ビジョン・事業計画・事業報告・予算・決算状況を公開している。事業所の理念・事業所の業務内容等は年報・地域へ配布する広報誌で公開し、地域在宅医療センターの20周年誌にも記載されている。苦情や相談については重要事項説明書に明記し、事業所内にも掲示している。
					■	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。	

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）	■	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。	○公正かつ透明性の高い適正な経営・運営については法人の「経理規程」に明示されている。また財務部において外部の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。	
	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。	○法人のミッションには“・・・安心してその人らしく暮らし続けることができる地域を創る”とあり、部署ビジョンにおいては“・・・住み慣れた地域での暮らしを支える事業所になる”とうたっており、地域における役割が明確になっている。 ○活用できる社会資源については、松本市発行の「福祉のしおり」や「事業所一覧表」を渡す等している。また、インフォーマルサービス等は、地区毎に毎月発行し、地域の福祉情報や福祉関係のイベント等が掲載されている「福祉ひろば便り」を参考にして利用者に情報を提供している。ケアマネジャーとして島立の福祉ひろばに参加している。 ○地域在宅医療支援センター主催の年2回行なわれる「ひまわり交流会」や法人主催の「病院祭」において、地域の人々が訪れ利用者との交流の場になっている。また、利用者の作品展示スペースがあり、日頃の取組を地域の人々に見てもらっている。
					■	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。	

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	(1)	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	○ボランティアついては、業務内容の関係で受け入れていないため、非該当。113と116のみ該当。 ○法人として学校を含めた地域の人々に医療・介護・福祉に関する講座を提供する姿勢を示して「出前講座」を開催している。部署プロファイルには“・・・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”とある。地元短期大学でケアマネジメント業務についての講義や高校等で地域包括支援センターと一緒に認知症サポーター養成講座を開催するなど行っている。
					■	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。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。	
		(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。	○社会資源リストは、松本市発行の「福祉のしおり」を活用している。利用者には他に「緊急連絡先一覧表」を渡している。 ○介護保険事業者連絡会や介護・福祉等事業者連絡会、ケアマネジャー勉強会、地域ケア推進会議等に定期的に参加して、部署内勉強会で情報共有している。民生委員とは、利用者に応じて個別に挨拶し連携をとるようにしている。 ○地域包括支援センターの勉強や地域ケア推進会議、地域密着型事業所の地域会議への出席等の中で、情報の共有や意見交換など具体的な取組を行っている。
					■	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。	

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) 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。	○業務の関係で、事業所にスペースはないが、必要な場合は他の場所を借りて取り組んでいる。27・28年度には「介護者の集い」、昨年は支援センター新村として地域向け勉強会を開催している。地域住民に対して、法人全体で専門性を活かした「出前講座」を行っており要請を呼び掛けている。 ○要請に答えて、地元短期大学への定期的な講義、小学校へ認知症サポーターの養成研修、地区公民館での講演等に職員が出向いている。また、地域のニーズに応じ、島立「福祉のひろば　健康ふれあい教室」に参加している。また、管理者が委員に就任しており長野県社会福祉審議会地域福祉計画専門分科会に出席して、地域ニーズを県に伝えている。社会福祉分野以外では、法人として行っているグリーンキャンペーン（地域貢献・社会貢献活動）への参加、里山合宿の企画・実施等行っている。 ○「地域在宅医療支援センター　災害対策マニュアル」が整備されており地域内での役割について確認されている。法人の病院が三次救急医療病院に指定されており、法人として災害時の役割が明確になっている。
					■	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。	

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）	■	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。	○出前講座を実施したあとのアンケートや地域密着連絡協議会など地域や関係団体の会議に出席し、意見・情報の交換を行うなど、地域の福祉ニーズの把握に努めている。認知症の予防・施設についてなどアンケート結果にもとづいて講座を増やすなどしている。また、島立「福祉ひろば　健康ふれあい教室へ毎月参加し、地域住民と話す機会を作っている。 ○出前講座で相談会の時間を設定したり、「病院祭」等で相談会を実施したり、気軽に相談できるように工夫して取り組んでいる。
					■	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。	

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）	■	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。	○地域在宅医療支援センターのミッションに“私たちは在宅で療養する人々の尊厳と自立を尊重し、良質な医療・介護・福祉サービスを提供します”、事業所の理念には“ケアプランの質向上を図り、利用者さまが望む暮らしを支援します”と明記されており、朝礼時に読み合わせをしている。 ○法人の「倫理規定」で社会倫理に適合した行動を実践できることを目的にして方針の策定や体制の構築、適用等が述べられており、「職業倫理規定」では遵守すべき職務に関する倫理原則及び倫理の保持をはかるために必要な事項が定められている。さらに、「臨床倫理規定」においては、患者・利用者の権利を尊重して安全で質の高い医療及び医療関連サービスを提供するため、遵守すべき臨床倫理の必要な事項が定められ、職員に周知されている。 ○法人職員として、定期的に人権や倫理等について学ぶ機会が設定されており、全員が必ず受講すべき研修として取り組まれている。「職能要件書」のケアマネジャーの基本姿勢として“利用者の権利、尊厳を護る”とあり、職員に周知されている。 ○利用者の状況を把握して、市のケースワーカーや担当地区地域包括支援センターに相談、必要に応じて社会福祉協議会の日常生活自立支援事業等に繋げる対応を図っている。
					■	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。	

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）	■	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。	○事業所としての「プライバシー保護マニュアル」が整備されており、利用者の個人情報の収集や利用・提供等を定め、職員に周知されている。また、法人の「患者の権利と義務に関する規定」「虐待対応規程」も整備され、職員の理解が図られている。社会福祉事業に携わる者としての姿勢や責務に関しては、事業所の「職能要件書」の“２居宅介護支援事業所の心得”に、ケアマネジャーの基本姿勢と職業人としての心構えが明記されており、マニュアルや規程に関しては、法人内及び部署内の研修等が実施されている。 ○利用者に対しては、契約時に「居宅介護支援契約書」等で説明している。また事業所内には、面談室があり個別の対応・面談等ができる設備を設けている。 ○不適切な事案が発生した場合は、法人の「苦情対策規程」の苦情対応手順に従って対応している。
					■	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。	

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) 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）	■	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。	○法人のホームページは、広報誌「あいあい」や事業所の案内が閲覧できる仕組みになっている。また、地域在宅支援医療センター20周年の記念誌には、ミッション・ビジョン、事業所の紹介が掲載されており、関係機関等に配布している。事業所の案内リーフレットは、理念や主な業務等が載っていて、文字が大きくカット絵を使用し分かりやすい内容となっている。 ○148については、業務内容の関係で非該当となるが、利用希望者に対しては、利用者宅や面談室等において、丁寧な説明を実施している。
					■	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、個別にていねい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。非該当	
					■	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。	
			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。	○事業所「職能要件書」「ケアマネジャー業務マニュアル」に沿って、サービス開始前には、事前に訪問し利用者の状況を確認して、サービス内容の紹介・提案を行っている。ケアマネジャーの基本姿勢として“利用者主権・自己決定”を大切にしており、重要事項説明書等を用いて丁寧に説明をして利用者や家族等に決めてもらっている。 ○具体的なサービスの開始前には、利用者・家族等から出された要望等を踏まえたケアプランを説明し、確認・同意を得て署名をしてもらっている。変更の際も要望等聞きながら作成したケアプランを説明し同意を得ている。開始からの状況は、支援経過記録に記載している。 ○意思決定が困難な利用者については、市や地域包括支援センターと相談しながら必要に応じて成年後見制度や日常生活自立支援制度を活用している。なお、日本語がわからない外国人利用者に対しては、言葉のわかる家族や知人、通訳を介して説明している。
					■	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。	

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)	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。	○利用者の状況変化や要望等によりサービス内容の変更をする時は、担当者会議を開催している。会議において関係機関や利用者、家族等と情報の共有を行い、変更内容等の確認を実施して、利用者に不利益が生じないように配慮をしている。 ○他事業所への変更の際には、利用者情報を作成して新たな事業所へ情報提供している。サービスが終了した場合は、その後電話等の相談は、受けている。また、利用者が死亡した場合は、訪問して家族等の話を聴いている。
					■	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。	○年1回利用者満足度調査を実施している。利用者・家族等の状況やケアプラン内容の確認等で毎月1回は自宅訪問をしており、サービス内容についての要望や満足度について話を聞いている。 ○ひまわり交流会に利用者・家族の参加を呼びかけ、職員も参加している。満足度調査の担当は決まっており、部署内勉強会で振り返りを行い、把握した結果を分析・検討をして報告書を出している。業務内容の関係で利用者は検討会に参加できる状況ではないが、訪問した際、個別に話を聞いている。
					■	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。	○法人として「苦情対応規程」が整備されており、苦情対応手順（フローチャート）に沿って対応している。利用者に対しては、「重要事項説明書」のサービス内容に関する苦情の項で相談と苦情担当や連絡先等が明記されており、わかりやすく説明している。 ○毎年行っている「満足度調査」において、自由記載の覧を設け苦情を含め自由に記入できるように配慮している。結果については、まとめて報告書を作成している。事業所にあった苦情や問い合わせについては「苦情・問い合わせ報告書」を提出して、職員間で回覧し確認している ○苦情相談内容で、いくつか出された担当変更については同行訪問を増やすなど変更方法を検討し改善に努めている。また、アンケートについて無回答が多いので、アンケートの内容の検討を進めている。
					■	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。	

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)	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）	■	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。	○「重要事項説明書」に、事業所内の担当の他に介護保険全般に関する窓口として、松本市役所と国民健康保険団体連合会の連絡先を掲載し、契約時に説明している。重要事項説明書は、事務所に掲示している。 ○事務所入り口に面談室がある。
					■	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。	
			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。	○法人として「患者相談対応規程」が整備されており、患者相談フローチャート、記録簿がある。また、ケアマネジャーの役割のひとつが相談業務であり、「ケアマネジャー業務マニュアル」のケアマネジャー業務のポイントの項に相談について、利用者の思い・意向を受け止めていくことから始まる流れやポイント等が明記されている。 ○定期的に利用者満足度調査を実施して結果と改善策を書面で報告しており、結果から「身だしなみ研修」や「電話対応研修」を開催して接遇改善に努めるなど、福祉サービスの質の向上に向けた取組を行っている。
					■	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。	

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。	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。	○法人で「医療安全管理規定」を整備し、医療安全管理体制を確立して取り組んでいる。事故発生時には、「事故発生時マニュアル」に沿って対応できるように、職員に周知されている。また、医療安全研修・交通安全研修は、法人内システムを活用して年2回開催され全職員が受講している。 ○地域在宅医療支援センター内で起きた医療・介護事故事例等については、センターの「医療安全調査委員会規程」により、調査等実施し医療安全報告書を作成している。報告書を活用して、定期的に評価・見直しを行っている。
					■	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。	
			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。	○法人として感染対策室を設置して体制を整備して取り組んでいる。「感染症対策委員会規程」に役割と責任者、委員会のメンバー等が明記されている。 ○職員は入職時に感染症対策研修の受講が必須となっており、職員は法人内システムを活用して感染症について継続的に学び、予防に努めている。発生時にはマニュアルに沿って対応し、マニュアル等は定期的に見直しをしている。
					■	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。	

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)	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）	■	192 災害時の対応体制が決められている。	○法人の「災害時対応規程」や地域在宅医療支援センター「災害対策マニュアル」に対応体制や災害時行動計画等が明記されている。職員の連絡体制は、電話連絡網（災害用伝言ダイヤル操作マニュアルが記載されている）と緊急連絡網・安否確認システムを活用して行う方法が決められている。利用者については、利用者の安否確認と対応の項で、登録台帳に優先順位を決めたリストアップから安否確認を行うことなど具体的な対応方法が掲載されている。 ○地域在宅医療支援センターで食料や備品等の備蓄リストを作成して、庶務課で管理する体制ができている。事務所内には、発電機・吸引器・消火器・ＡＥＤが設置されている。 ○法人の「災害対策計画2018年度版」が策定されており、地域との関係や法人の果たす役割など明記されている。毎年避難訓練を実施している。
					■	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。	
	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。	○標準的な実施方法は、相澤居宅介護支援事業所「職能要件書」「ケアマネジャー業務マニュアル」に明示されており、周知・指導が行われている。「職能要件書」には利用者の権利、尊厳を護ること、秘密保持等がケアマネジャーの基本姿勢として述べられている。 ○居宅介護支援業務の流れについて達成できているかどうか3段階でチェックする評価基準があり確認する仕組みができている。入職後1年は、指導者により業務の達成状況を確認している。「ケアマネジャー業務マニュアル」には、“自己診断カルテ”があり、相談、アセスメント、要介護認定など、標準的な実施方法について振り返る内容となっている。
					■	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。	

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	(1)	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）	■	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。	○「職能要件書」は1年毎に見直し改正を行っている。「業務マニュアル」は介護保険の見直しの時期に合わせ3年に1回改正している。職員や利用者等からの意見や提案については週1回の部署会議や勉強会等で検討する仕組みがある。
					■	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。	
		(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。	○責任者は管理者で、アセスメントは事業所独自のアセスメント用紙を使い、ケアマネジャー業務の中で実施している。他事業者からの意見を聞きながらアセスメント表を定期的に更新している。 ○居宅サービス計画書は、利用者や家族等の具体的なニーズに基づいて作成しており、関係者等が集まって担当者会議を開き確定して実施している。計画通りにサービスが実施されているかは、モニタリング表を活用してチェックしている。 ○支援困難ケースについては、部署内のケース検討と合わせて、地域ケア会議で検討を行うなど適切な福祉サービスの提供ができるように努めている。
					■	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。	

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）	■	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。	○ケアマネジャー業務の中で、評価・見直しを実施しており、「業務マニュアル」や「職能要件書」に明示されている。見直しの時期は基本的に年1回だが、利用者等の状況の変化等によっては緊急に変更する仕組みが整備されている。見直し・変更の際は、サービス担当者会議を開催している。
					■	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。	
		(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。	○ケアマネジャーの業務として、福祉サービスの実施状況の記録を適切に行い、職員間で共有化されている。利用者の状況は、事業所独自のアセスメント表に記録しており、計画にもとづいたサービスの実施状況は支援経過記録・モニタリング表に記録されている。 ○電子カルテを使用しており、「電子カルテの居宅介護支援記録記載規定」「地域在宅医療支援センター　電子カルテの記載に関する規定」に記載内容や記述方法等が明示されており、差異が生じないように取り組んでいる。また、院内ホームページがあり、必要な情報が各自に的確に届き共有できる仕組みが整備されている。あわせて管理者からの情報伝達がある。 ○会議は、毎月地域在宅医療支援センター運営会議が開催されており、必要な情報共有がなされ、各部署内に伝達されている。
					■	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。	

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)	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。	○「個人情報保護規程」「記録・書類当の保存・破棄規程」が定められており、責任者や個人情報の利用・適正管理等が明記されている。法人として年1回定期的に研修を実施して、職員に周知徹底している。昨年には、個人情報保護法の改正について個人情報保護委員会事務局が“個人情報保護法の基本”の資料を作成して職員に配布している。 〇利用者に対しては、契約時に個人情報の取り扱いや利用に関しての説明を行い、了承を得ている。
					■	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。	