

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：シルバーランドきしの

○判断基準の「a、b、c」は、評価項目に対する到達状況を示しています。  
「a」評価・・・よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態  
「b」評価・・・aに至らない状況＝多くの施設・事業所の状態、aに向けた取組みの余地がある状態  
「c」評価・・・b以上の取組みとなることを期待する状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点（実施している場合は■）	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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</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る。</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>	<p>[取り組み状況] 「利用者一人ひとりが安心して過ごしやすい住まいを皆様と共に築いていく」ためにとの思いから、5つの基本理念と基本方針を定め、施設内掲示やホームページ等で周知度・理解度を上げる取り組みを行っている。また、契約の際や家族会総会などでも利用者・家族向けに説明を行っている。</p> <p>[改善課題] 施設全体のものから、各ユニットで年度ごとの行動目標を立てて取り組んでおり、その目標や結果などの取り組み内容を、事業報告書だけでなく、広報やお便りに掲載するなど、共に築いていく家族へも理解を増す取り組みへと発展させることも必要であろう。</p>
	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>[取り組み状況] 佐久市の老人福祉の拠点施設であることもあり、行政からの情報提供とその把握・分析が施設運営に生かされている。中心となる毎月の経営全体会議では収支状況から人員体制まで議題となっており、提供するサービスの質を保ちつつ経営の効率化が話し合われている。それらについては理事会から主任会議においても話し合われており、職員アンケートを基にした勤務形態の改善などの検討も始められている。</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>		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
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。	[取り組み状況] 中長期計画の最終年度ということもあり、評価とともに次年度以降の検討も始まっている。 外部監査法人の協力を経てのこの準備作業は、現状把握による課題の集約・改善策・代替え策などを精査するなど、質の高い作成のプロセスと感心できる。 単年度の事業計画の内容は、自律した施設を目指すものと理解できる。
				■	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。	
				■	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。	
(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。	b)	■	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。	[取り組み状況] 事業計画などの作成プロセスは、主任会議での提案などがユニットリーダー会議を通して各職員の意向の集約となり、結果の検討を経て経営全体会議へと繋がる仕組みになっている。職員の就業形態の変更などもシミュレーションを経て検討が進んでいる。 単年度の事業計画は利用者・家族向けに、意見や苦情の内容、介護マニュアルなど同様に玄関に設置しており、また、掲示も行われている。	
			■	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)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。	b)	■	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。	[改善課題] 各プロセスに携わらない職員なのか、内部での周知度が高まっておらず、その向上に向けた周知方法の検討が期待される。 また、ひもときシート、24時間シート、ユニットケア、同性介助などの専門用語は家族等や一般の方も分かり易いように、目的・内容についての解説の文言を加えるなど、「皆様と共に築いていく」視点は必要であろう。	
■			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(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
組4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取	(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。	■ 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。	[取り組み状況] 利用者・家族からの満足度調査や意見・苦情、介護相談員からの提案、また、各職員の自己目標・分析表など、可能な限りの内部環境を基にした定期的な評価が行われ、見直しや改善を経て主任会議からユニットリーダー会議へと周知され、各職員への有効活用に努めている。 この組織的なPDCAのサイクルの成果を容易に確認できるのは、都度の対処療法から、より原因療法へと思考を進化させていることに起因しており、前回の第三者評価からのレベルアップを実感する。 また、アンケート後のプロセスや結果、その後のアクションの周知を内部・外部に行うなどの取り組みも行われている。
		■ 34 定められた評価基準に基づいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。	■ 35 評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。	a)		
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)	■ 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。	
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。	b)	■ 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。	
			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。	b)	■ 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。	[改善課題] 管理者の施設運営・方針についての考えや、内外の環境、法令遵守への取り組みなどを広報誌等へ掲載するなどすると、職員・利用者・家族だけでなく、地域住民にとっても身近な頼れる施設との位置づけが期待できる。
			■ 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(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(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。	b)	<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>[取り組み状況] 管理者の指示の下、施設サービスの向上に向けた取り組みが展開されている。 具体的には定期的な利用者への聞き取り、家族への満足度調査、職員の自己評価、各ユニットでの評価を基にした改善、また、各会議、委員会に参加の際は課題の提供を行うなど、現状の状況分析は進んでおり、課題に対応した研修の開催や、研修後の理解度などの把握も行われている。 人員配置等の困難さも理解しており、その対策に苦慮している現状である。</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。	b)	<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>[改善課題] 福祉施設の管理者のリーダーシップは底辺から自発的に発生するものであり、全職員との信頼関係が基になると考える。 各種会議や研修など、あらゆる機会を通して自らの役割と責任を明確にするとともに、より具体的に発言・表明することで、強固なリーダーシップの構築と職員からの信頼も更に増すと思われる。</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>[取り組み状況] 職員の専門資格を基にした現状の把握と配置基準を基にした採用・管理体制が実施されている。 また、課題の把握が委員会で行われ、それに基づく研修計画・学習会などを開催して質の向上に取り組んでいる。キャリアパス制度や定期的な面談による処遇改善、総合的な人事管理に努めているものの、人材確保の壁が具現化することの困難さとしてある。</p>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			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>[取り組み状況] 法人規定に則った人事管理が行われており、目標管理シートが活用されている。 また、キャリアパス制度の内容の検討も始まっている。</p> <p>[改善課題] 人事考課制度の対象者を広げたり、対象者・非対象者に関わらず、その制度の内容を全職員への周知として理解度を上げたり、受ける側の立場に立った手引き等の作成により、施設の求める職員像を更に具体的に示すことも必要であろう。 また、個々の職員の素質による特技やその他の資格・技能を把握・集約するなどして、新たな視点の利用者の生活の幅を広げる取り組みなども期待したい。</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。	b)	<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>[取り組み状況] 職員への就業状況についての定期的な意向の確認、育児・介護休暇、リフレッシュ休暇の提供、互助会での各種活動を行っており、より良い職場環境作りへの取り組みが行われている。 一方、その効果や有給休暇の消化率についての課題も認識している。</p> <p>[改善課題] 就業状況の現状把握を進めるとともに、各職員のワーク・ライフ・バランスの聴取や聞き取りで、可能なものはできる限り実現するなどして、それを施設の魅力とするなどの取り組みが進んでくると、その効果は職員の採用や定着にも繋がると思われる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(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>[取り組み状況] 新人職員研修プログラムでは、法人概要、介護保険制度、介護職員としての基本姿勢、ユニットケアについてだけでなく、社会人としての常識なども教えている。 主任会議、ユニットリーダー会議において、人材の確保・定着についての活発な議論が交わされてる。また、人材育成については研究教育委員会でも取り上げており、緊急の課題と意識も高く、新人にはプリセプターがOJTを担い、プリセプターを育てる、プリセプターと共に育てる環境作りも展開されている。 人材育成や人事管理の体制は整いつつあるものの、人材確保の困難さを実感している現状である。 定期的な職員面談などにより、健康状況や悩みについて、また、不平・不満なども聞き取りその対応・対策にも注力して、働きやすい職場環境作りにも努力している。 職員を直接のサービスの提供者としての人材意識も高く、心の健康づくり計画も策定、実施されている。 目標管理シートが活用されている。また、キャリアパス制度の内容についての検討も行っている。</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>	
			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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>[取り組み状況] 研究教育委員会が施設内外の課題に注目した研修計画を策定しており、実施後の職員アンケートやその後の対応・効果などの分析も行われ、次に活かせるものとして残している。 また、その内容やプロセスは「知っている事」から「できる事」への進化を目指しており、さらに、参加意欲の旺盛な職員も多く、勤務シフトを考慮した日程をずらした数回の開催のものもある。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 94 指導者に対する研修を実施している。</p> <p>■ 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>	<p>[取り組み状況] 介護マニュアルに実習生の受け入れについての方針・対応などが記載されており、派遣元との協議もあるが、段階を追ってのカリキュラム、指導のポイント、評価についても定められ、実習に際してのチェック表も活用している。 これらの実習生への細かな気配りの工夫で、不安を抱える実習生も少ないと推測が可能である。</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。	b)	<p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>[取り組み状況] ホームページには法人の概要や事業目的、サービス内容・重要事項説明書などが掲載されている。 また、施設概要の載ったパンフレットを地域の関係施設に配布・設置もしており、定期的なお便りの配布・回覧・郵送も行っている。</p> <p>[改善課題] 事業計画・事業報告・予算・決算、公開可能な苦情等の対応プロセスや広報誌など、公開内容の充実や公表とはどのような事なのかなど、内部での検討が期待される。</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。	b)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>[取り組み状況] 適正な経営・運営を目指した規定や職務分掌が定められ、それに則った事業活動が行われている。 また、内部・外部からの監査での指摘事項に対しては、真摯に改善が行われていることが確認できる。</p> <p>[改善課題] 監査結果やその指摘事項に対しての改善・取り組みなどは、職員への周知とともに可能なものは公表することも地域・関係者からの信頼の高まりに寄与すると理解したい。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>[取り組み状況] 地域とのかかわりの方針に基づき、利用者の外出支援や地域住民の来所を促す催事の開催に努めている。また、玄関ロビーに各種勉強会や講演会の案内を掲示したり、地域住民を招待しての夏祭りなど、可能な限り地域との交流に努めている。また、定期的な職員の地元高校への臨時講師としての出張もある。 ボランティアの受け入れに関しては、利用者の生活並びに地域との交流の充実を図ることを目的と定め、オリエンテーション、申し込み、利用者情報の保護、事故等の際の補償など、担当窓口が実施しているので、その団体・個人も多く来所し、利用者の日々の暮らしに変化を与えている。</p> <p>[改善課題] 文化の配達人といえるボランティア団体・個人の拡大を更に進めて、それらの交流会や福祉行政の勉強会を開催して質を高めたり、地域・企業・団体に向けた認知症サポーター講座の開催など、施設の持つノウハウを地域へ還元する具体的な行動を更に事業計画に謳い、実施する事も期待したいところである。</p>
		(2) 関係機関との連携が確保されている。	② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 116 学校教育への協力を行っている。</li> </ul>	<p>[取り組み状況] 行政からの委託事業という事もあり、関係機関・団体との連携は良好である。そして、把握した地域の福祉課題などは行政にあげ、施策に活かされることもある。また、地域福祉活動委員会が立ち上がり、今後の活動が楽しみである。</p> <p>[改善課題] 委託事業の縛りの中であっても、施策に活かされないものについては、可能な限り公益活動として可能なのかなどの活発な議論が進むと、連携の必要な新たな団体等も確認でき、施設を取り巻く社会資源の幅もさらに広がると思われる。</p>
			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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 119 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>[取り組み状況] 行政からの委託事業という事もあり、関係機関・団体との連携は良好である。そして、把握した地域の福祉課題などは行政にあげ、施策に活かされることもある。また、地域福祉活動委員会が立ち上がり、今後の活動が楽しみである。</p> <p>[改善課題] 委託事業の縛りの中であっても、施策に活かされないものについては、可能な限り公益活動として可能なのかなどの活発な議論が進むと、連携の必要な新たな団体等も確認でき、施設を取り巻く社会資源の幅もさらに広がると思われる。</p>



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>[取り組み状況] 地域交流スペースを活用した取り組みが盛んに行われ、各種行事や催し物についても地域住民の参加を促しており、広報の配布先もリスト化され、長期・短期の利用者家族、第三者委員、民生委員、各ボランティア、各関係機関へ配布しており、その数は400を超えている。 なお、地域住民へは回覧である。</p> <p>[改善課題] 行政の防災計画では場合によっては避難収容所となるため、昨今の通信網の混乱を想定した公衆電話の設置など、災害時の各避難所における不具合についての情報収集と、その対策は欠かせないと思われる。</p>
			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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>[取り組み状況] 地域福祉活動委員会を立ち上げ、定期的な民生委員等の来所や、地域住民からの相談により地域の福祉ニーズの把握が行われている。また、地域包括支援センター主催の会議や介護相談員との会議には、第三者委員(民生委員)の参加もある。</p> <p>[改善課題] 把握した福祉ニーズについて、施設職員の専門性が発揮できるものは何か、実施が可能かなど、委員会でのプロセスの充実が期待される。なお、法人の謳う、なでしこプランや災害派遣介護チームに関しては、現状の人員体制での実施の困難さも理解しており、今後に期待したい。</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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>[取り組み状況] 理念・方針には、利用者を敬愛し利用者本位の福祉サービスの実施を謳っている。 職員の目に触れる場所に掲示もしており、また、共通の理解を持つための取り組みとして、利用者尊重や基本的人権への配慮に関する全職員対象の研修、虐待防止に関する研修等、テーマごとの学習会や研修等にも幅広く取り組んでいる。</p> <p>[改善課題] 意識向上のこれら多くの取り組みが、日常的に支援現場で活かされるように、利用者尊重・プライバシーの保護について現状の見直しは必要であろう。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 141 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>[取り組み状況] 個人情報保護方針、虐待防止といった利用者の権利擁護に関する規定・マニュアル等を整備し、施設内研修も企画され職員の周知・理解を図っている。また、利用者にとってのプライバシー保護として、個室やトイレのドアに目隠しなどの工夫をしており、各支援マニュアルにも各場面での配慮について記載されている。</p> <p>[改善課題] 利用者の日常生活におけるプライバシーの保護は利用者尊重の基本であるという認識の下に、情報の保護とは異なる、個人や家庭内の秘密、羞恥心への配慮等についての施設としての姿勢を契約の際、入浴・排泄の同性・異性の介助の説明の際に明示して説明するなど、各種施設内規定・文書に明示することが期待される。</p>
	(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。	① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 148 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>[取り組み状況] ホームページの作成や公共施設等へのパンフレットの配置、利用希望者の施設見学の対応等が行われている。</p> <p>[改善課題] 希望者や家族等が福祉サービスを選択するための情報を、より積極的に提供することが望まれる。そのために、利用者の視点に立った情報、利用者や家族が知りたい内容、誰にでもわかる記述やデザイン等に工夫が欲しい。また、見学だけでなく体験入所・1日利用などの実施も期待したい。</p>	
		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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>[取り組み状況] 利用開始時には仮ケアプラン、重要事項説明書、日課表によりサービス内容の説明やケアプランの説明と承諾を行っている。また、急変時の対応・延命治療等についても、その際には意志確認書を書面で残している。</p> <p>[改善課題] 入所後に、利用開始前に知りたい事などのアンケート等の実施で、契約の際の説明内容の充実を図るなど、不安や疑問を減らし、より安心した利用が進む取り組みなどは期待したい。 また、内容変更の承諾が後追いになっている面もあり、検討中の家庭訪問などの迅速な対応を可能にする、新たな取り組みが期待される。</p>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>[取り組み状況]</p> <p>施設変更や家庭移行は稀であり、短期利用者については退所にあたりサマリーやノートを活用している。</p> <p>退所後の相談は生活相談員が窓口となり、相談体制を整えている。</p> <p>また、施設で看取り実施の際は、後日、遺族を招いての話し合いも行い、広報でも紹介するなど、施設の行う看取り実践の周知やその内容の充実を図る取り組みとして評価できる。</p>
		(3) 利用者満足の上昇に努めている。	① 利用者満足の上昇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"> <li>■ 159 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>[取り組み状況]</p> <p>年1回、サービスの質の向上のためのアンケートを家族等へ実施しており、各結果を広報紙等で公表し、具体的な意見も一覧にまとめるなど、施設内だけでなく、家族等との共有を図る取り組みは評価できる。</p> <p>[改善課題]</p> <p>この組織的に分析・検討を行い、改善策に取り組む仕組みの中に、家族会代表や利用者代表を加えることも期待したい。特に、重度化が深刻な現状ではあるが、この利用者の代表参加は施設のコミュニケーション能力の真価が試されると考えたい。</p>
		(4) 利用者が意見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>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>[取り組み状況]</p> <p>苦情解決に関する要綱が定められ、苦情対応検討委員会や第三者委員が設置されており、速やか対応などもあり、その活動は活発である。</p> <p>また、玄関とその他合わせて3か所に意見箱を設置したり、利用者の口頭による要望・苦情などは、ホットカードとして職員がすくい上げる仕組みが機能している。</p> <p>そして、各要望・苦情内容についての委員会や職員会議での検討内容・対応策は施設内に掲示したり、広報誌による公表を随時行っているため、利用者・家族からの信頼や安心感は増している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>[取り組み状況]</p> <p>意見箱を施設内3か所に設置しており、契約の際には担当職員が重要事項説明書などを使い、施設外の自治体、長野県社会福祉協議会窓口なども説明し、弱い立場の方が自由に相手先を選べることを意識した、周知・理解に努めている。</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>■ 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。</li> <li>■ 175 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>[取り組み状況]</p> <p>利用者の声の代弁者といえるホットカード、家族等の訪問の際の職員聞き取りなどから、可能なものは速やかに対応をしている。</p> <p>利用者・家族からの意見や要望をできるだけ収集し迅速に対応する姿勢は、基本方針の「利用者のための公共施設としての役割」が念頭にある証であろう。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>[取り組み状況]</p> <p>事故防止小委員会では施設内での事故を防ぐための情報収集に努め、発生の防止とその際の対応、再発の防止について協議している。</p> <p>また、ヒヤリハット報告書作成についての勉強会も行っており、報告書の分析・改善策の検討の後、事故防止のための研修会も企画・実施するなど、事故防止に組織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(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 189 感染症の予防策が適切に講じられている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>[取り組み状況] 感染症や食中毒の蔓延の防止のための指針に沿って、感染症対策委員会で防止対策を協議している。また、マニュアルを各ユニットに置き、食中毒の勉強会や下痢・嘔吐物の処理方法の研修も行っている。</p> <p>[改善課題] 入所する利用者は抵抗力も低い事を意識して、インフルエンザなど、流行性のものについては最新の情報を得て、その対策・周知徹底を再度図ることも必要であろう。</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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 192 災害時の対応体制が決められている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>[取り組み状況] 各種災害に対応した災害時マニュアルの作成や、防災・防犯委員会による災害時における安全確保のための対策が講じられている。消防訓練は避難・誘導・消火等の訓練の他に、夜間防災訓練では夜勤者のみと想定した初期行動や役割分担の確認も行っている。</p> <p>[改善課題] 各種訓練では地元の消防署を始めとする各種関係機関の参加・連携で取り組んでおり、身近な地域住民との日常的な関わりを増やすなどして、万一の際の多様な協力環境をつくることも必要と思われる。</p>
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"> <li>■ 197 標準的な実施方法が適切に文書化されている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>[取り組み状況] サービス内容・水準の差異を極力なくし、同一内容の提供を実現することを目指して、介護マニュアルを定めている。介護技術・認知症ケア・医療口腔ケア・介護環境・看取り介護等々、実施サービス全般にわたっている。 また、フロア会議、各委員会、職員会議において、日常的に実施されているかどうかの確認も行い、事業計画などと共にこの介護マニュアルを玄関に設置する姿勢もある。</p>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	[取り組み状況] 毎年度、研究教育委員会において介護マニュアルの見直しを行っている。排泄褥瘡・認知症介護・機能訓練等の各小委員会で組織され、研修会や学習会で新たな知識・技術の習得や現状の検証をして必要な見直しを行っている。これらの委員会以外でも、職員会議等において日常的・継続的に検討を加えるなど、標準的な実施方法の組織的・定期的・継続的な見直しは、提供するサービスの質に関する職員の共通認識を育てている。
	(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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 205 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	[取り組み状況] 組織的な継続性を持った介護の提供を目指した体制ができており、利用者一人ひとりのケアプランがアセスメントを基に、定められた手順・様式に基づきサービス担当者会議において策定されている。 担当介護職員・看護師・管理栄養士等の関係職員により協議されたこのケアプランの内容については、利用者・家族等の同意を得ている。 評価・見直しは3か月、6か月、12か月と行い、継続や変更により提供サービスの内容を充実させ、利用者のQOLの向上が図られていることは容易に判断できる。 当然、これらも利用者・家族の同意を得ている。	
		② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>[取り組み状況] 利用者の日々の様子やサービスの実施状況の記録は統一した様式で記録されており、これら情報の共有は引き継ぎや職員連絡ノート、回覧等によっても適宜行われている。 また、各種会議録等も回覧されている。</p> <p>[改善課題] 記録の共有化については、その内容や記載方法の統一が基本であり、記載内容やその目的意識の理解を意図した研修の充実で、利用者に関する必要な情報がより正確・確実に共有化されると理解したい。</p>
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 224 記録管理の責任者が設置されている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 226 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>[取り組み状況] 個人情報保護方針等の規定の下に、利用者に関する記録の管理が取り扱われており、定期的な個人情報保護の研修なども行っている。また、個人情報の取り扱いに関する説明を入所時に利用者・家族に行い、個人情報の第三者提供に係る同意書を交わしている。</p> <p>[改善課題] 利用開始時だけでなく、定期的なお便りなどで施設の個人情報保護の方針や取り組みなどの情報提供を図り、安心・信頼を更に高めることも期待したい。</p>