

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			② 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"> ■ 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。 ■ 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。 	○法人は特養をベースとして、訪問介護事業所、デイサービス事業所等、数々の事業を展開しています。それぞれの管理者は本部から提示される経営状況について、事業所間で周知、共有し課題を明確にしています。管理者は職員体制の確保、利用者の入居状況の把握と空床の解消に取り組んでいることをヒアリングで伺いました。
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	○2021.4.1～2024.3.31までの第2期中期計画書には、本計画における重点目標を3つ掲げ実行計画が策定されているのを資料より確認しました。 ○具体的な事業として、法人内保育所の設置により、女性が働きやすい環境を整えています。	
		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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	○中期目標は職員個人目標（チャレンジカード）チーム・ユニット目標、各事業所における事業計画・目標、単年度事業計画をベースとして作り上げられています。 ○年次有給休暇、育児・介護休業の取得、女性の管理職の比率等、数値目標が掲げられています。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(2) 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)	<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。 <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。	○事業計画には運営方針が明記され、目標及び行動計画が示されていることを資料より確認しました。 ○事業計画は、管理者が主体となって原案が作成され、職員会議の場で意見の集約が行なわれていることを管理者ヒアリングで伺いました。
	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		b)	<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。 <input 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 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 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。	○コロナ感染の影響で、家族との運営懇談会が中止になったり、利用者に対しての説明の場が持てないことにより、周知が不十分とのことです。家族や利用者に対して、個々の状態に応じた説明により、周知されることが望まれます。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	4 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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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>○ミーティング方式による自己評価が行われています。自己評価の項目は1~9まで設定されており、PDCAサイクルに基づいた取り組みが行なわれていることを資料より確認しました。</p> <p>○組織として取り組んでいますが、評価結果を分析・検討の場を職員会議の場で周知されることを期待します。</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。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 37 職員間で課題の共有化が図られている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○自己評価には、できている点、できていない点、次回までの具体的な改善計画が文書化され、職員間で共有されています。</p> <p>○法人単位では、キャリアパスを用いての自己評価を実施しており、管理者、リーダーとの面談を経て、個々の課題を明確にしてアクションにつなげていることを管理者ヒアリングで伺いました。</p>
II 組織の運営管理	1 管理者の責任とリーダー	(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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○前年度の利用実績を踏まえ、本部から算出された今年度の収支計画について事業所内で周知を図っています。</p> <p>○法人のキャリアパスには管理者に対して求められる能力・機能が明記されており、職員全体に周知されています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			② 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	○法人のキャリアパスにおいて、管理者はコンプライアンスについての研修ができることや、コンプライアンス関係全般の管理ができることが求められていることを資料より確認しました。 ○着眼点について、わからないと回答した職員が半数みられました。法令等に関する周知が望まれます。
		(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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	○職員自己評価を、複数の職員によるミーティング様式で行い、実施状況、評価、具体的な改善計画へ繋げていくための継続した取り組みが行われていることを資料より確認しました。 ○法人のキャリアパス研修計画に則り、ヒューマンスキル、専門技術・知識の会得に向けたカリキュラムが明文化されていることを資料より確認しました。
			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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	○日中デイサービスに通う利用者が多い時は、職員体制に余裕が生じる為、職員には有給の取得について相談していることを管理者ヒアリングで伺いました。 ○法人として、訪問介護4事業所の管理者及びリーダーによる経営・運営に関する具体的な事項が明示されていることを資料より確認しました。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	2 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○法人の事業所別必要資格等一覧には、各事業所毎に必要なとされる資格が掲載されており、キャリアパスとリンクした人材の育成方針が確立されていることを資料より確認しました。</p> <p>○管理者はマンパワーの確保に向けて、ハローワークとの連携、職員の知人を通しての募集に尽力しています。</p>
			② 総合的な人事管理が行われている。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	<p>○「期待する職員像」として明記されたものはないが、法人としてキャリアパスの中で求められる能力が明確にしています。</p> <p>○チャレンジカードにその年の目標を3つ記入し、3年後、5年後を見据えた行動計画が作成されていることをヒアリングで伺いました。</p> <p>○人事考課に基づいて、職員の評価が行われていますが、人事基準の内容について、職員アンケートで知らないとの回答が多数みられましたの今後、周知が望まれます。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(2) 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>○職員の有給休暇の取得状況を把握し、利用者の利用状況と職員配置との兼ね合いで、職員に余裕が生じる場合は、有給休暇の取得を進めています。</p> <p>○管理者をはじめ、法人の統括施設長との面談を定期的実施し、希望等を聞く機会を設けています。</p> <p>○法人組織の中に福利厚生委員会を設置して、職員にとって有用な福利厚生の在り方を職員から意見徴収して企画、運営しています。</p> <p>○法人は福祉人材の確保に様々な手段を用いて取り組んでいるところです。しかし、現場サイドではマンパワーの不足は否めない状況です。人員確保に向けた具体的計画の見える化に期待します。</p>
		(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>○法人が求める職員のスキルが、明文化されたキャリアパスに正規職員および非正規職員用として標記され、必要とされる資格が示されています。また、キャリアパスに応じた内部研修計画が企画、実施されています。内部研修以外に必要な研修は、外部研修として各自で見つけて取り入れています。</p> <p>○職員一人ひとりには、統括施設長、管理者による定期的な面談が行われています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			② 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○「期待する職員像」としての明文化されたものはありませんが、キャリアパスの中に求められる能力が明記されています。</p> <p>○キャリアパスに応じた専門資格を一覧にして明示しています。</p> <p>○事業所として必ず取り組まなければならない研修等、加算を念頭に計画的に実施していることを管理者ヒアリングで伺いました。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○新任職員については、まず特別養護老人ホームにて研修が実施され、各事業所への配属が行われています。</p> <p>○各階層、職種別の研修内容が計画され、実施されていることが職員アンケートより確認しました。</p> <p>○管理者自らが、終末期ケア専門士の資格を取得し、看取りを重視した事業所の方向性を職員間で共有しています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(4) 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)	<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 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 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 checked="" 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>○実習生の受け入れは、本部のある特養において実施されていますが、事業所としての実績はありません。要望があれば受け入れたいとのことを管理者ヒアリングで伺いました。</p> <p>○事業所の性格上、実習生の受け入れがないことから、プログラム、マニュアルは整えていないとのことをヒアリングで伺いました。</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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○ホームページには法人の概要、基本理念、福祉サービスの内容他、情報が公開されています。</p> <p>○法人の透明性の確保に向けた取り組みの中に、第三者評価結果、苦情処理結果が公表されています。</p> <p>○事業所通信を年に4回発行して家族をはじめとして、梓川地域に情報を提供しています。</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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<p>○4つの訪問介護事業所内での職務分担と業務内容が明文化されており、委員会の中で周知されています。</p> <p>○法人の財務については、監事2名（うち1名は税理士）による監査が行われ、ホームページに公表されています。</p> <p>○事業所には市による監査が定期的に実施されています。</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)
献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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 107 利用者の個別の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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	○自治会長及び地元民生児童委員メンバーとした運営懇談会が設置されています。 ○利用者の中には、デイサービスを利用して様々な人たちの交流の場を楽しんでいます。 ○コミュニティスペースを活用した地域交流の場を模索しています。
			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)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 114 学校教育への協力を行っている。	○ボランティアの受け入れを行っていますが、受け入れに係る姿勢やマニュアル等は整備されていないとのことです。文書化が望まれます。 ○事業所として、受診時の送迎や傾聴等のボランティアの必要性を発信していきたいとのことです。 ○学校からの職場体験実習の要望があれば、続けていきたいとの意向を伺いました。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(2) 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。	b)	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 117 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 119 地域に適切な関係機関・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。	○今年度、地域連携在宅の会を設立し、地域医療を支えるための仕組み作りに取り組んでいます。 ○利用者が日中利用しているデイサービス事業所との情報交換が図られています。 ○事業所と関わりのある関係機関のリスト化や、具体的な役割や内容を資料にする等の取組を進めてください。
		(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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。	○法人が運営するコミュニティスペースが企画する様々な活動を通して地域との関わり場が作られています。
			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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	○事業所に隣接する小規模多機能型居宅介護施設は子どもを守る安心の家としての市からの委嘱を受けています。 ○関係機関や地域から寄せられる施設利用に係る相談に対応しています。 ○事業所の公益的な活動について、職員間での周知をお願いします。

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 126 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。 ■ 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、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。 	○基本理念の中に、利用者を尊重した介護の在り方が明文化されています。 ○法人の理念・運営方針を経験年数、等級ごとに研修する仕組みをキャリアパスより確認しました。 ○事業報告より、虐待防止、身体拘束、苦情対応研修が実施されていることを確認しました。
			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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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れ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。 	○人権・プライバシーについて複数の職員による自己評価が行われています。前回の改善計画に対する取り組み、次回までの具体的な改善計画が明記されています。 ○法人の中に安全衛生・防災・環境美化委員会が組織され、よりよい生活の場の在り方について検討しています。
		(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"> ■ 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。 ■ 138 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 ■ 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。 	○利用希望者には見学をしていただき、事業所の雰囲気を知ってもらう機会を設けています。また、パンフレット等の資料を提供し、質問に答えています。 ○体験入所の受け入れは実施していません。 ○サービス提供に際して、利用者への説明と同意が行われている実態を、職員間で周知共有されることが望まれます。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			② 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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	○利用者や家族に対しては、分かりやすい説明に心がけており、特に意思決定の困難な利用者には、写真などを用いて選んでもらう対応がとられています。
			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"> ■ 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。 ■ 146 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。 ■ 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。 	○事業所は看取りを行っており、事業所の変更や家庭への移行はなされていません。 ○看取りに入ったことで、入浴等の継続の困難なサービスについて、訪問介護のサービスが利用されています。
	(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"> □ 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。 	○利用者満足度調査は実施されていない為、調査内容を検討している段階です。 ○利用者への定期的なモニタリングを通して満足度の把握に努めています。 ○食事については、利用者からの希望を取り入れた「お楽しみ献立」が提供されています。 ○利用者調査では、アンケートの設問に対して「はい」が多くみられ、「満足」との意見を伺いました。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(4) 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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>○苦情受け付けは担当管理者が、解決責任者には、統括施設長が選任されています。内容は第三者委員への連絡が義務付けられています。</p> <p>○苦情対応マニュアルには、手順、留意点、想定されるリスクが明記されています。</p> <p>○利用者からの苦情や意見は日々の関わりの中で、その都度解決しているとのことを管理者ヒアリングで伺いました。</p> <p>○苦情件数は0件とのことですが、日々の中で利用者から表出された要望や意見は記録に留めることが望まれます。</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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>○利用者アンケートでは、2名から複数の相談相手の存在を承知していました。</p> <p>○利用者アンケートより、困った時は介護支援専門員に相談しているとの意見を伺いました。</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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 169 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 	<p>○リビングの目立つ場所に意見箱が設置されています。</p> <p>○苦情対応マニュアルは、意見の申出人が何を希望しているのかを、手順に沿って記録する仕組みになっています。</p> <p>○マニュアルには、想定されるリスクとして、中途半端な説明は避け、回答の期限を明確にするよう明文化しています。</p> <p>○苦情対応マニュアルは、福祉サービスの向上を目標としていることを確認しました。</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)
		(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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>○事故対策委員会が設置されており、施設内で起きた事故事例が検討されています。</p> <p>○車輛事故、交通事故、転倒・怪我、離接者等に対して実行する手順、想定されるリスクをマニュアル化していることを確認しました。</p> <p>○事故対策委員会では、ヒヤリハット報告書を集計し、事故カンファレンスを基に検討会が開催されています。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 179 感染症の予防策が適切に講じられている。 ■ 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。 ■ 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している。 	<p>○法人内に医療的ケア委員会が組織され、コロナ感染、インフルエンザ、ノロウイルス感染対策の研修会が実施されています。</p> <p>○各種感染症についてのマニュアルが整備されており、目標、必ず実施する手順、留意点、想定されるリスクが表記されています。</p> <p>○国によって定められている感染対策、褥瘡対策、看取り介護の研修が計画的に実施されています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			③ 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"> ■ 182 災害時の対応体制が決められている。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>○法人に安全衛生・防災・環境美化委員会が組織されており、各事業所毎の防災総合訓練が実施されました。</p> <p>○火災、地震、水害時の対応マニュアルが整備されています。</p> <p>○防災計画はSNSによって運用されています。</p> <p>○災害時の備蓄として、5日分備えていることを管理者ヒアリングで伺いました。</p>
保2	福祉サービスの質の確	(1)	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"> ■ 187 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 ■ 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。 	<p>○標準的な実施方法は、マニュアル化されており、全ての職員が同じ対応でケアに当たっています。</p> <p>○サービス計画書にはケアプランに沿った内容が書かれており、職員間で共有されています。</p> <p>○標準的な実施方法についての確認を、丁寧に実施されることを期待します。</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"> ■ 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。 ■ 192 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に行われている。 ■ 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。 ■ 194 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>○モニタリングを繰り返しながら見直しされています。特に身体的な機能低下、入院後の機能低下について職員間で検証し、サービス計画の見直しが行われています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(2) 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"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○サービス計画書は介護支援専門員と管理者であるサービス提供責任者が、現場職員が収集した情報や意見を汲み取り策定されていることを管理者ヒアリングで伺いました。</p> <p>○支援困難なケースとして、医療に係る誤嚥が挙げられています。一方で、誤嚥を軽減するための方法として、横になって寝る事で、予防の効果がみられるとの話を伺いました。</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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>○サービス計画の見直しは、短期目標(3~6ヵ月)毎に、一人の利用者に関わる全ての職員の間で検討会が開かれ、見直し後のサービス内容が共有されています。</p> <p>○法人のケアスタディ委員会は、職員が個別のケース事例について学習し、共有する場として機能しています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(3) 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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>○記録のシステムは訪問介護4事業所に共有されています。</p> <p>○システムの導入時には、職員研修を実施し、同時にマニュアルが整備されています。</p> <p>○利用者の記録は、職員の空いている時間に、パソコンやタブレットに記載し、誰もが共有できる仕組みになっています。</p> <p>○記録の書き方については、管理者が内容を確認し、必要に応じて個別に対応しています。</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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 214 記録管理の責任者が設置されている。 ■ 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。 ■ 216 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 ■ 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。 	<p>○利用契約書には秘密保持と個人情報の保護が規定されています。</p> <p>○インターネット上へ掲載、広報誌へ掲載、お便りへ掲載、事業所内の掲示、名前の掲載について、個人情報利用に関するお伺いと、個人情報に関する同意・表明書が交わされています。</p> <p>○個人情報の取り扱いに関する書面は整備されています。家族への説明と同意が取られています。</p>