

事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別
事業所名（恋月荘）

○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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	○平成29年5月、新たな運営主体JA長野厚生連、富士見高原医療福祉センター「恋月荘」として新築移転しました。今年で6年目を迎えます。管理者より建設の準備段階から、「新しい恋月荘をどのようにしたいか？」旧恋月荘の職員が年間100回以上の建設会議を持ち利用者、職員からの意見を検討して現在の恋月荘が誕生しました。 ○施設基本理念は、「富士山のように輝く個を大切に、南アルプスを望みながら共に生き、八ヶ岳の麓、縄文の郷で楽しく集う」。そこで暮らす人々への思いを込めて創られたことを、管理者のヒアリングで伺いました。 ○施設玄関を入るとすぐに、イラスト入りのきれいな理念が目につきます。ホームページ、パンフレット、施設紹介の動画に掲載されています。 ○職員自己評価より、「職員、利用者、家族、地域への周知状況が不十分であり今後に向けて積極的な取り組みが必要である」との評価結果が伺えます。更なる取り組みを期待します。
	2 経営状況の把握	(1) 経営環境の変化等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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	○富士見高原医療福祉センター（事業統括センター）が中心となり社会福祉事業全体の動向を【事業部長会議】にて把握分析されています。更に、施設ではそれに基づき施設独自の地域性や入居希望者の動向等データ分析、サービスのコスト分析、利用率の分析等を毎月行っている資料を確認しました。 ○今後は、地域に求められる施設の役割として「地域の各種福祉計画の策定動向と内容の把握」について職員自己評価から「不十分」との意見が伺えましたので、今後取り組まれることを期待いたします。

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)		
I			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。	○統括センターの【事業部長会議等】で行われる経営環境分析にて、人事、経理、総務、企画開発部門含み組織全体を俯瞰した分析結果に基づき、各事業所固有の具体的な課題解決や改善に取り組まれていることを事業計画書で確認しました。 ○介護事業の展望と対応方針の中で、特に医療、介護、福祉を取り巻く環境として2025年問題や2040年問題を取り上げ、地域包括支援センターと連携し地域ケアシステムについて積極的に連携を図っていく方針が事業計画書に明記されていました。	
					■ 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。		
	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。	○中・長期計画は統括センターの介護事業部にて、取り巻く環境の展望を見据えた事業部長会議の意見等を踏まえて検討し作成されていました。 《長期ビジョン 2021年～2026年》とし《中期ビジョン2021年～2023年》を資料で確認しました。 ○計画の1つに、新たに介護記録システムの構築を進め、業務の効率化をはかる取り組みが計画されています。現在、施設でも記録システムへの移行を計画的に行っていることを職員ヒアリングで確認しました。
						■ 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。	
			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)	■ 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。	○《中長期ビジョン》を踏まえ、施設では単年度の職場目標が作成され取り組まれていることを資料と管理者・職員ヒアリングで確認しました。 ○施設の単年度目標として記録ソフト導入後の計画的立ち上げはじめ、介護・看護・栄養・事務・相談等の各部門目標、全体的な職場風土の醸成について作成されていました。 ○毎月、責任者会議にて実施状況の統計資料を作成し評価を行い改善に向けて検討されています。会議資料で確認しました。	
■ 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。		

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。	b)	<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 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 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 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）がされており、理解を促すための取組を行っている。	<p>○事業計画は、ユニット会議にて職員からの意向や聞き取りを行い、リーダー会議、責任者会議で検討され事業所として単年度の目標が作成されます。その後、目標達成のために各職種で更に具体的な職種目標を作成していることを令和4年度職場目標で確認しました。</p> <p>○決定された事業計画は、ユニット会議にて職員へ周知が行われています。しかし、事業計画の実施状況の把握や評価、見直し方法について手順や時期を明確にし計画的に取り組む必要性を職員自己評価から伺えましたのでお願いいたします。</p>
			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c)	<input 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 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 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。	<p>○利用者や家族等に、「事業計画をわかりやすい説明方法で理解していただくための工夫が必要である」との意見を職員自己評価とヒアリングにより確認しました。</p> <p>○コロナ禍で開催できなかった家族会や行事等、また日頃の面会を活用して利用者や家族等の理解や意見等を聞く機会を工夫することにより、大切な協力者としての参画意識や関係性を高め、今後更に活動的な事業運営を展開されることを期待いたします。</p>
I	組 4 福祉サービスの質の向上	(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 checked="" 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>○福祉サービスの質の向上について①介護の仕事に同じ意識ややりがいを感じられる目的の『教育委員会』②利用者、職員ともに安全で優しい介護業務を追及し介護技術の向上を目指す『ケア向上委員会』③感染対策・事故対策・予防を行う『リスク委員会』を施設内に設置しています。各ユニット職員が委員として参画し課題を検討改善し、各ユニットへ周知を図っています。（委員会資料とヒアリングで確認）</p> <p>○今回、外部の第三者評価を受審され、開設より5年経過した節目として、今後に向けて積極的に取り組まれる意欲を管理者から伺いました。</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)
	への組織的・計画的な取		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。	c)	<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 type="checkbox"/> 37 職員間で課題の共有化が図られている。 <input 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 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 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。	○①上段の各委員会が設定している、【今年度の仕事内容】の中間評価を行う。②自施設で自己評価を行うシステム作り。③今回受審された第三者評価の結果等により、施設の特色や強みを活かしながら、課題の検討・改善点への取り組み等…方法がありますが、一度に行うことは難しいと思いますので、取り組みやすく効果的な方向から職員参画のもとチーム一体となって取り組まれることを、期待いたします。(職員自己評価から伺えたので取り組みに期待いたします。)
Ⅱ 組織の運営管理	リーダーシップと	(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)	<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 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。	○統括センターの規定項目により、各事業部管理部業務内容のなかに各施設管理者の業務内容を細部にわたり明記された書類を確認しました。 ○施設責任者の業務基準について、明記されている書類で確認いたしました。 ○職員自己評価やヒアリングにより(知らない・わからない)職員がみられるため、理解や周知方法の工夫を行い、取り組まれることを期待いたします。
			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)	<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 checked="" 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。	○2022年4月より、新しい施設長が就任され、前施設長と半年にかけて引継ぎが行われています。また、1年間にわたる社会福祉施設長の研修を受講され必要な専門領域を学ばれています。 ○介護老人福祉施設の法定義務研修を年間研修計画の中に組み入れ実施していることを資料にて確認しました。 ○施設内の教育委員会やリスク委員会にて職員研修を企画実施し、法令の周知や再発防止活動に率先して取り組まれています。

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) 管理者のリーダーシップが発揮されている	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a)	<p>■ 49 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。</p> <p>■ 50 管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。</p> <p>■ 51 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。</p> <p>■ 52 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。</p> <p>■ 53 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。</p>	<p>○施設内の教育委員会・ケア向上委員会・リスク委員会にて職員からの意見や要望を聞き取り、福祉サービスの質の向上にむけて組織的に評価分析の仕組に取り組んでいることを、委員会活動記録や職員ヒアリングで確認しました。</p> <p>○例えば、施設の方針として、開設当初より利用者として【優しい介護】を取り入れ、職員の腰痛予防や利用者にとって安全で不安のない移乗環境を整備しています。職員が誰でも同じ技能を持てるよう個人のOJTや研修を開催し、介護技能の質の向上を図っていることを職員ヒアリングで確認しました。</p> <p>○施設では、サービスの質の向上と職員能力開発の目的で、毎年全ユニットから各発表者を選抜し取り組みを発表する実践研修発表会が企画運営され計画的に実践されています。</p>
			② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a)	<p>■ 54 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。</p> <p>■ 55 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。</p> <p>■ 56 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。</p> <p>■ 57 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。</p>	<p>○管理者は統括センターで行われる月1回の事業部長会議に出席します。そこでは各事業所の経営状況の総合の評価を行い、改善点や業務の効率性、コストバランスに向けた分析が行われています。また、管理者は施設の職員体制について部署責任者と現状把握を行い統括センターの人事部と連携し情報の把握を行っていることを管理者ヒアリングで伺いました。</p> <p>○上記の内容は管理者より施設の責任者会議やリーダー会議にて定期的に話し合いの場を設け、意識の共有に努めていることを会議録や管理者ヒアリングで伺いました。</p>
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)	<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>○統括センターにより、基本的な福祉人材に関する育成計画や採用計画・採用活動が実施されています。施設では、契約職員の採用活動を主にしています。管理者ヒアリングで伺いました。</p> <p>○施設の介護主任は、事業統括センター内の各事業所介護士長と各介護主任が連携し介護職員の適正な配置や育成の企画運営を行っていることを職員ヒアリングで確認しました。</p> <p>○施設の介護職員43人の内42名が介護福祉士資格取得者であり、専門職の配置が重視されていることを事業所プロフィールで確認しました。</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)
			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>○事業統括センターとして、JA長野厚生連介護職員役割基準書、同じく厚生連介護福祉士キャリアラダー一覧表の中で【期待する職員像】が明記されています。</p> <p>○中長期ビジョンの人材関係として「キャリアパス・OJT・自己啓発等を推進する。」が明記されています。施設内でもMBO（目標管理制度）が推進されています。</p> <p>○制度は構築されていますが、職員自己評価では、周知されていない、また将来の姿を描く仕組みが理解されていない様子が伺えます。今後の課題として職員への浸透を図り更に充実した人事管理を期待いたします。</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>○施設の介護主任業務として、介護職の労務管理、健康管理を行い状況を把握しています。また、勤務表の作成・超過勤務・休暇等の調整を行います。日々の業務の中でチーム内の職員とコミュニケーションを心がけ意向の把握や確認を行っています。職員ヒアリングと資料で確認しました。</p> <p>○主任業務として、職員の体調や心理状態に常に気配りし定期的に職員と個別面談を行っています。また、外部に相談機関を設置し職員が相談しやすいように配慮されています。毎年、事業所全体で定期的にストレスチェックを行い早期に対応しています。管理者ヒアリングと資料で確認しました。</p> <p>○職員自己評価より、ワーク・ライフ・バランスの取り組みについて周知できていない。また福祉人材や人員体制について具体的な計画を知らない等の意見が伺えました。周知されることによりさらに組織の魅力が高まる工夫をお願いします。</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) 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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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>○事業統括センターの方針としてMB0（目標管理制度）を導入しています。組織の単年度目標に対して、職種別目標、個人目標へと目標を細目化し実践を行います。実践の過程で主任や指導者と面談を行い評価をしていきます。</p> <p>○統括センターの方針として、人事評価制度は導入していないことを管理者ヒアリングで確認しました。</p> <p>○職員自己評価から、目標についての面接や進捗状況の確認が不十分との意見が伺えました。今後の目標の設定や中間の進捗状況の確認時には、職員との意思疎通を今まで以上に深める面談機会の活用を期待いたします。</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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。 <input type="checkbox"/> 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>○恋月荘では、「ケア重要行動指針」が策定されており、基本理念と基本方針を軸として、各対象、ケア場面、組織として、利用者、家族、地域との関係性について①キーワード（合言葉）②行動指針～これだけは大切にしたい3つ～を決めて取り組まれています。内容は「期待する職員像」をより細かく具体的にかみ砕いており、理念の実践に向けて日々の行動がわかりやすく描かれています。資料で確認しました。施設の開設準備委員会で作成されており、現在は評価見直し改善や教育研修計画に紐づけられて活用されていないとのことのお話でした。2年以上に及ぶコロナ禍の影響で研修カリキュラムが実施できない状態とのことですが、開設5年が経過し新たなステップとして見直し活用されることを期待いたします。</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 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b)	<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>○事業所の事前資料として、職種別職員構成で把握されています。特に介護部門に関しては43名中42名が介護福祉士資格を有し、職務に必要なユニットリーダー研修・実習指導者資格・外国人技能者指導資格等を確認しました。</p> <p>○各ユニットに指導係が配置され役割としてチームメンバーの育成及び新人教育を実践し職員のレベルアップを図っています。</p> <p>○今年度よりセンター統一で、WEBIによる介護サポート研修が導入されました。コロナ禍で外部研修や集合研修時間の確保が難しい中、個人の時間に合わせて行える研修に期待されていました。事業計画と職員ヒアリングで確認しました。</p> <p>○主任として職員へ聴き取りを行い、研修や資格取得の希望を把握するようにしていると管理者ヒアリングで確認しました。</p> <p>○職員自己評価の中で、階層別や外部研修等の情報提供や周知について課題に上げている意見が多く見られました。これからの取り組みに期待いたします。</p>
		(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b)	<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ます。</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>○統括センターが一括して全体的に把握し、計画的に各施設へ配置を行っています。</p> <p>○施設では、実習指導者研修を受講し計画的に指導者の養成を行っています。</p> <p>○職員自己評価より、実習生等の受け入れやプログラムについて理解や周知されていない様子が伺えます。実習生受け入れ時には、指導者だけでなく関係部署全体で観ていく必要が考えられる為、職員への周知、理解を促し更に実習効果を高める工夫をお願いいたします。</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)	
II	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)	<input 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。	○ホームページには施設理念や基本方針が掲載されています。また施設内部を紹介する動画映像は、「入居希望者や家族、就職希望者、また一般の住民の方へもわかりやすいように工夫しましたので多くの方に関覧していただきたい。」と管理者ヒアリングで伺いました。現在、事業計画や報告、予算や決算情報等は特に公開されていないと管理者ヒアリングで伺いました。施設単独では難しいと思いますが、今後の情報公開に向けて検討を期待いたします。 ○苦情等の相談体制や内容、解決に至った経緯については、施設内の掲示板を利用して公表しています。 ○今回、初めて第三者評価に取り組みされました。受審結果と合わせて今まで以上に地域における施設の存在意義や役割を明確にする取り組みに期待いたします。
					<input 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 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。						
			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)	<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。	
					<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。	○事業部管理部業務内容にて、事務経理規程や取引等の規定が整備されており、職務分掌と権限・責任が明記され職員に周知されていることを資料と管理者ヒアリングで確認しました。 ○昨年までは内部監査で行われていましたが、今年度から統一方針として外部の専門家による外部監査を実施しています。 ○「施設や事業所が多いため、これからが恋月荘の順番になってくる」ことを管理者ヒアリングで伺いました。
				<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 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。		
II	4 貢 献 地 域 と の 交 流 、 地 域	(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)	<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。	○事業統括センターとしては、町の地域ケアシステム等連携し計画的に取り組んでいます。新築移転し現在の場所に施設が誕生し5年が経過しました。地域との馴染みの関係等ができてきている様子を職員ヒアリングで伺うことができました。 ○地域との関わり方の文章化や地域における社会資源を把握して、個々の利用者ニーズの充実した取り組みにむけて、更に活用していただきたいと思えます。職員自己評価からも要望が伺えました。
				<input 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。		
				<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 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。	

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 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 checked="" 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。	<p>○コロナ禍前は、地域のボランティアによる花壇や畑作り、本の貸し出し活動等を多く受け入れて入居者の憩いの時間を作っていました。隣の小学校との交流の機会も多く計画されていました。現在は制限されている中ですが徐々に復活させていきたいと生活相談員から話を伺いました。</p> <p>○ボランティアの受け入れは熱心に行われていますので、今後、受け入れに対する基本姿勢やマニュアル、ボランティアに対する研修等を整備されることを期待いたします。</p> <p>○先日、隣の小学生が花のプランターを施設へ寄贈された写真がホームページに公開されていました。「みんなで築こう人権の世紀 咲かせよう思いやりの花 人権の花運動」のコメントが付記されていました。</p> <p>身近なところで福祉や人権に対する教育の機会を設けています。</p>
		(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 checked="" 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 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 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。	<p>○「ふじみ見守りネットワーク」に登録し、介護保険事業所として「認知症SOSネットワーク連絡会議」に出席しています。会議には警察署・役場・消防署・包括支援センター・社会福祉協議会・ケアマネージャー等、地域の協力機関が参加し意見交換や連携が図られていることを会議資料と管理者ヒアリングで確認しました。</p> <p>○事業統括センターの2025年問題への対応として、「富士見町や原村から地域包括支援センターの委託を受けて積極的に推進している。」とビジョンの中に明記されていました。以前から積極的に地域の中で活動されていることを管理者ヒアリングから伺えました。</p> <p>○職員自己評価から「職員間で情報共有が図られていない」ことが伺えます。地域と施設の大事な役割を周知理解され活動が行われることを期待いたします。</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)	<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。	<p>○事業統括センターの方針として、富士見町から地域支援センターの委託を受け地域ケア会議等で地域課題の抽出や福祉ニーズの把握に努めている。ことを管理者ヒアリングで確認しました。</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)
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 □ 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。 	<p>○地域貢献事業については、主に統括センターの担当部署で企画運営されています。地域の介護教室の講師等に施設から派遣されています。</p> <p>○地域の他事業所が複数集まり、【介護労働環境改善研究会】会議が定期的開催されています。福祉サービスに関するノウハウを発表し、学び合い、推進していく研究会です。恋月荘では、介護職員の腰痛予防に関する移乗介護技術等を研究し成果をあげています。利用者と職員双方にとって『優しい介護』となる生活介護技術を他事業所や地域への推進に努めています。管理者と職員からヒアリングと会議資料で伺いました。</p> <p>○地域の防災対策への支援は、今後の検討課題としての取り組みに期待いたします。</p>
Ⅲ適切な福祉サービスの実施	1利用者本位の福祉サービス	(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○施設理念、施設運営規程や各介護マニュアルの中で、具体的に介護の基本姿勢が明記されています。</p> <p>○身体拘束や虐待等の法定研修はじめ接遇に関する研修等が年間計画で決められていますが、前半はコロナ禍の為、集合研修が中止になっています。10月以降に組みなおして実施する予定のことを管理者ヒアリングで伺いました。</p> <p>○各ユニットの主任や指導者は、利用者の尊重や基本的人権に配慮された福祉サービスが日常生活支援の中で実施されているかの把握・評価を行い、リーダー会議にて報告し改善しています。今後は可能であればクロス評価等の工夫もお願い致します。</p>
			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。 	<p>○運営規程第23条「プライバシーポリシーについて施設内に掲示する。」と規定されています。施設のホール入口に掲示されているのを確認しました。</p> <p>○施設内の生活環境、特に居室内、トイレ、浴室等のプライバシーについて配慮され工夫されていることを確認いたしました。</p> <p>○施設利用契約時や随時面会の機会に取り組みをお話していること、また、利用者聞き取りの中で「施設では、プライバシーを守る設備になっている」「職員も配慮している」との話が聞かれました。</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)
		(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)	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 138 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<p>○今後に向けて、施設を理解していただく手段や方法について、また、資料等を多くの方が手にする仕組みについて今後検討していきたい。</p> <p>また、6年目を迎え現在のパンフレットを新たにしていきたいとの意向を管理者ヒアリングで伺いました。</p> <p>○施設の利用希望者や見学希望者に対して主に生活相談員から時間をかけて説明しています。体験入所については、まずは短期入所を利用してみたいとの希望が多いと伺いました。</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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	<p>○施設利用時や変更時は、生活相談員より説明を行い利用者、または家族により同意をいただいています。担当職員や施設ケアマネージャーが利用者の意向確認を行っています。</p> <p>○サービスの開始・変更時には必ず施設介護支援計画（ケアプラン）を作成し、それをもとに説明を行い利用者または家族より同意をいただいています。</p> <p>○利用者聞き取り調査の中で、「ケアプランを見たことはない」とのお話がありました。また、意思決定が困難な利用者へのルール化等について「知らない・わからない」等、職員自己評価から伺えました。更なる工夫や配慮。また職員への周知をお願いします。</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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<p>○職員ヒアリングを行う中で、特に看取りの在宅支援について伺いました。看取りの状態になられた利用者の家族が、「最後は自宅で看たい」とのことで自宅へお帰りになりました。その後、同センターの訪問看護師や訪問介護、ケアマネージャーが自宅訪問し利用者の生活の継続と看取り期で不安な家族の精神的支援に入り支えました。家族に見守られ安らかに旅立たれる方、また、在宅支援と家庭環境の中で看取り期から恋月荘の短期入所を再利用された事例の方もいらっしゃったそうです。事業所全体でこのようなサポート体制ができていることを管理者と職員ヒアリングで確認しました。</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)
		(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。	b)	<input type="checkbox"/> 149 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	<p>○施設利用者の年齢が85歳以上の方が8割で明確に意思を表現できる方は少ないと職員ヒアリングで伺いました。そのような状況に配慮し、日常生活の中で利用者の思いを職員がいかにくみ取るか、ユニット内で工夫して取り組んでいます。現在の取り組みの継続と、更に利用者満足の調査に変わる独自の取り組みの工夫を期待いたします。</p> <p>○コロナ禍の為、家族等の面会もできず、また家族会やお祭りに職員と交流する機会が無くなっています。家族へ施設内の取り組みを積極的に発信して、家族との情報共有を行いながら利用者満足に関する課題の検討や分析・改善を期待いたします。職員自己評価からも今後工夫が必要との意見が伺えました。</p>
		(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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○苦情解決の体制は、施設の【苦情の考え方】に基づき指針・マニュアル・規定等が基準通り整備され機能していました。</p> <p>○入居時に、生活相談員より重要事項説明書の中で苦情等について「丁寧にわかりやすい説明に努めている。掲示は、施設内や地域の皆さん、ボランティアの皆さんが目にしやすい地域交流ホールに掲示されている」とヒアリングで確認し現場で掲示の確認をしました。</p> <p>○申し出られた苦情や提言、また相談については、毎月1回行われる苦情検討委員会にて検討されます。必要時や緊急性が高い内容は随時対応します。</p> <p>○苦情内容や対応策、解決結果等は利用者や家族に説明します。内容に配慮し同意をいただき公表しています。</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。	b)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○主に生活相談員や介護主任・指導者が対応するようになっています。「利用者によりわかりやすい説明文章は用意されていませんが、相談しやすく意見を述べやすい環境や職員のコミュニケーション対応を意識して取り組んでいます。」管理者ヒアリングにて伺いました。</p> <p>○利用者聞き取り調査の中で、「不満や要望を遠慮なく伝える事ができますか？」の項目では、「きちんと対応してくれる。」との話が伺えました。</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)
			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。	b)	<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>○日常生活支援の中で、「特に入浴の時間はプライベートに配慮しゆっくりリラックスして話を伺う時間に行っている。」と職員ヒアリングで伺いました。利用者の聞き取りでも、「職員は良く聞いてくれて、きちんと対応してくれる」との言葉が伺えました。</p> <p>○意見箱は施設内の3か所に設置されています。</p> <p>＜苦情の定義＞＜対応方法＞＜苦情処理委員会の役割＞等が、苦情対応の指針や規程・マニュアルにて明確に記載されています。</p> <p>○職員自己評価より、「報告の手順、対応策のマニュアル等整備している」を【分からない・知らない】等が見られました。さらに周知の工夫をお願いいたします。</p> <p>○マニュアルの見直しは、新築移転前の日付でしたので、現状に即した内容になっているのか等含め定期的な見直しをお願いいたします。</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"> ■ 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>○安全対策委員会が設置され責任者が明確になっています。安全対策委員会は毎月1回の定例会を開催し委員長の判断による臨時会を開催します。富士見高原医療福祉センター介護施設安全管理指針に基づき、安全管理の基本的考え方が示され、事故防止体制、事故発生時の対応について記載されています。</p> <p>○事故報告書、ヒヤリハットの事例を基にリスク委員会で分析を行い未然防止策を検討し実施状況や評価を行っています。</p> <p>○職員対象に安全対策研修会を6月に予定されていましたがコロナ禍で中止となり10月に再度計画されています。</p> <p>○職員自己評価でも「事故発生時の対応や安全確保等の取り組みに対して周知できている」ことが伺えました。</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)
			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ている。 	<p>○富士見高原医療福祉センター共通の指針が策定され、対策委員会の設置、構成メンバー、月1回の委員会開催、業務内容等が規定されています。施設では感染症対策委員会にて、感染症マニュアルが整備され定期的に委員会にて見直しが行われています。</p> <p>○職員研修について、新規採用者、全職員、委託業者等別に規定されています。年2回の法定義務研修について1回目が7月に実施され、2回目は1月に予定されています。</p> <p>○感染症等の時期に応じたリスクの注意喚起は施設のリスク委員会が主体となって行います。(資料：委員会の目的にて確認)</p> <p>○新型コロナウイルス感染症対策マニュアルもセンター共通で作成され予防から対策感染時の行動等細部にわたり、作成されています。</p> <p>○感染症対策について職員への周知徹底がしっかり行なわれていることを職員自己評価で伺えました。</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やっている。	b)	<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、地域の行政をはじめ、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>○コロナ禍の中で、大規模な地域を巻き込んだ避難訓練は行えませんでした。年2回、今年度は5月に実施され2回目を10月に行います。更に関係機関と連携して防災計画の充実を図りたいとの考えを管理者ヒアリングで伺いました。</p> <p>○災害時の事業継続計画は、現在作成中とのことです。ハザードマップ等により災害の影響を把握し、新築移転する際の選定要件として災害の影響の少ない土地を選定しました。近くに店舗がないため、いざと言う時の連携としてJAとの協力体制を定めています。</p> <p>○職員自己評価では、利用者、職員の安否確認や周知が不十分との意見が伺えました。災害が危惧される中取り組みをお願いいたします。</p>
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)	<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>○令和4年度の介護マニュアルが適切に整備されています。</p> <p>○全てのケアの基本として利用者の尊重・プライバシーの保護や権利擁護に関する姿勢がわかりやすく明示されていました。</p> <p>○施設内のケア向上委員会、業務マニュアルの見直しが行われています。(今年度の重点目標は排泄ケアに関する事)になっており毎年課題を設定して重点的に取り組んでいます。実施状況については、各ユニットの責任者と指導員や委員会の委員が中心となり評価しています。資料と職員ヒアリングで確認しました。</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)
			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。 ■ 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>○毎月のケア向上委員会にて検証、見直しが行われます。</p> <p>○一例として、今年度、朝食を提供する時間の課題があり、変更するにあたり栄養課と介護課で協力し、随時課題を出し合いながら試行を行っています。その中で利用者の個別サービス実施計画の見直しが必要時は反映されますが、職員や利用者等からの意見や要望、実際の様子を観察しながら、利用者の日常生活に影響しないように考慮して試行を行っています。リーダー会議録で確認しました。</p>
	(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、積極かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。 	<p>○介護保険法の規程に基づき介護支援専門員が責任者として配置されています。</p> <p>○入所時事前面談では、生活相談員や看護師等の専門職が参加し利用者・家族から基本情報・嗜好・要望等をお聞きし、入所前のアセスメント情報を共有しています。</p> <p>○初回カンファレンスでは、介護支援専門員・介護リーダー・専門職・利用者と家族が参加し、これからの生活について職員との意見交換が行われ利用者の意向に沿った施設サービス計画（ケアプラン）が作成されます。</p> <p>○作成されたケアプランは利用者、家族に説明し書面にて同意をいただいています。</p> <p>○入居後は、日々のケアプラン実施状況記録や毎月の担当介護職員のケアプラン確認表（モニタリング）により定期的に確認、把握されています。</p> <p>○市町村や地域包括支援センターと施設が連携し支援困難ケースへの対応を行っています。（職員ヒアリングと資料で確認しました）</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>○施設サービス計画の見直しは、手順・時期などの基準を定めた「ケアプラン作成マニュアル」に沿って行われています。</p> <p>○入所時に1か月暫定プランが作成され、モニタリングが行われ正規のケアプランが決定されます。その後は6か月または基本的には1年ごとの見直しを介護支援専門員主導で行っています。また、利用者が入院や心身状況の変化により状況が変わった時には、随時計画を見直しています。</p> <p>○定期の見直しは、年間の各ユニットカンファレンス予定が計画されており、多職種が集まり検討します。カンファレンスで変更になった内容は関係部署に文章で連絡され周知しています。（職員ヒアリングと資料で確認しました）</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)
		(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>○現在、統括センター介護事業部の統一事業として【介護記録ソフト】を導入しパソコン入力へ移行しています。</p> <p>○準備段階として利用者の基本情報、ケアプラン等をパソコンソフトへの入力を行っています。</p> <p>○また、入力の作業手順や記録の作成、入力方法の研修を全職員へ行っています。</p> <p>○令和4年度職場目標として、「介護記録システムを計画に従い円滑に立ち上げる。」と明記されています。パソコンのネットワークシステムが構築されると、記録ファイルの閲覧や情報共有が多職種で素早く必要時に行え、一層の連携が図れると職員ヒアリングで伺いました。</p> <p>○「現在、日常的な記録を手書きの記録とパソコンでの記録と二重に行っているため職員の負担となっているので早く完全移行を行いたい。」と管理者ヒアリングで伺いました。</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"> ■ 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>○恋月荘運営規程第22条に「守秘義務及び個人情報の保護」についての内容が明記されています。</p> <p>○個人情報の不適切な利用や漏えいに対する対応・対策は就業規則に明記されています。</p> <p>○記録管理責任者については、各役職の業務基準に明記されています。</p> <p>○利用者や家族への説明は契約書第10条「秘密保持」の項目で説明し同意をいただいています。</p> <p>○職員自己評価の中に、個人情報の取り扱いや処理の方法が不十分とのコメントが複数ありましたが、更に職員周知をお願いいたします。</p>