

(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 特別養護老人ホームさかき美里園

第三者評価の判断基準

- a・・・着眼点をすべて実施している状態
- b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態
- c・・・着眼点を一つも実施していない状態  
実施していない状態  
実施している状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点		講評 (評価細目ごと)	
福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立されている。	法人や事業所の理念が明文化されている。	a)	1	理念が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に記載されている。	法人の理念は、三つの心として明文化され、事業所内に掲示され、職員の介護に対する姿勢が明示されている。	
					2	理念から、法人・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・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。		
			法人や事業所の運営理念に基づく基本方針が明文化されている。	a)	3	基本方針が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に記載されている。		基本方針は運営方針として利用者本位のサービス提供、地域に根差した施設運営が記載され法人の事業計画や事業所内に掲示されている。
					4	基本方針は、法人・事業所の理念との整合性が確保されている。		
		5	基本方針は、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。					
		(2) 理念や基本方針が周知されている。	理念や基本方針が職員に周知されている。	a)	6	理念や基本方針を会議や研修において説明している。	理念や基本方針は、年度初めに総会で理事長・施設長が説明を行い毎朝の朝礼で唱和し周知している。	
					7	理念や基本方針の周知を目的とした実践テーマを設定して会議等で討議の上で実行している。		
					8	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	講評 (評価細目ごと)
	1	(2)	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a)	<p>9 理念や基本方針をわかりやすく説明した資料を作成する等、より理解しやすいような工夫を行っている。</p> <p>10 認知症などの利用者に対しての周知の方法に工夫や配慮をしている。</p> <p>11 理念や基本方針を利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。</p> <p>12 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。</p>	利用者への理念や基本方針の周知は、事業所内掲示が利用者の目線に立った位置に掲示され、掲示場所も手すりのある場所など考え、大きな文字で振り仮名を振り利用者が読んでいただく工夫をしている。 家族には、契約時に重要事項の説明をする際に時間をかけ、法人の理念や基本方針を説明し機会をとらえ家族に伝えている。また、ホームページでも確認できる。
	2 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。	中・長期計画が策定されている。	a)	<p>13 理念や基本方針あるいは質の高い福祉サービスの実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。</p> <p>14 実施する福祉サービスの内容や、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている。</p> <p>15 中・長期計画は、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっている。</p> <p>16 中・長期計画に基づく取組を行っている。</p> <p>17 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</p> <p>18 人件費の増減の予測を行っている。</p> <p>19 地域の年齢別の高齢者の数の増減を把握し、利用者の増減を予測している。</p> <p>20 増改築、建て替え等の特別の支出の必要性を把握している。</p>	法人の中・長期計画は、3-5年の中・長期計画策定に記載されており、今回は平成24年からの5年間の中長期計画が立てられている。中・長期計画での建物の修繕や建て替えが行われ、地域密着型特養が開設し計画的に実施されている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)
			中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a)	21 事業計画には、中・長期計画及び中・長期の収支計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。 22 事業計画は、実行可能かどうか、具体的な活動や数値目標等を設定することによって実施状況の評価を行えるかどうかについて配慮がなされている。 23 事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。 24 事業計画は、前年度の実施状況の把握や評価を踏まえて策定している。 25 事業計画を踏まえた予算書が策定されている。 26 予算書と実績との対比・分析がなされており、対応を検討している。	単年度の事業計画は、運営方針、重点目標が定められ、部署ごとの事業計画が作られ、より具体的な取り組みとなっている。また、係会などで進捗状況を評価し、具体的な事業計画が策定されている。
		(2) 事業計画が適切に策定されている。	事業計画の策定が組織的に行われている。	a)	27 年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。 28 評価の結果に基づいて各計画の再確認や見直しを行っている。 29 一連の過程が一部の職員だけで行われていない。	各係会・主任会、施設長会などで進捗状況を年2回以上話し合い、評価や結果が記録され、事業計画の見直しにつながっている。
			事業計画が職員に周知されている。	a)	30 各計画を配付し、会議や研修において説明している。 31 各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。 32 各計画の進捗状況を確認し、継続的な取組を行っている。	○新年度の総会・職員会で説明周知し、事業計画は職員に配布されている。事業計画は部署ごとに目標や実践内容が理解しやすい計画書になっている。
			事業計画が利用者等に周知されている。	a)	33 利用者あるいは家族向けに各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。 34 各計画を利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。	毎年、事業計画に沿った行事計画は利用者家族に郵送している。法人の事業計画について今年「坂城福祉会たより」が夏号として発行され事業計画についてわかりやすく理事長、施設長が表明している。今後も継続し、広報など全員の家族に郵送するなどの工夫により施設の共通理解が望まれる。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)		
	3 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。	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a)	35	管理者は、自らの役割と責任について、文書化するとともに、会議や研修において表明している。	「坂城福祉会 職務表」として示され、施設長の役割責任が明文化され、職員会、総会などでもリーダーシップを発揮している。 坂城福祉会たよりの中でも理事長、施設長の表明があり、有事にも責任、役割がマニュアルとして整備されている。	
					36	管理者は、自らの役割と責任について、組織の広報誌等に掲載して表明している。		
					37	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、明確化されている。		
			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)	38	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等に参加している。		施設長は、法人の施設長会議に参加、共有し、外部研修、勉強会で学び、法令に基づく施設運営に積極的に取り組んでいる。 施設長は、法人内で顧問弁護士により法令の勉強会を行い、積極的に出席するなど職員の周知に取り組んでいる。
					39	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、リスト化する等の取組を行っている。		
					40	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。		
		(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	a)	41	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。	職員面接を毎年行い、職員の目標を設定し前期、後期に評価し職員の質の向上に努めている。 業務改善委員会が設置されており、職員の意見を反映し業務改善に取り組んでいる。 ヒヤリハット、事故報告書をまとめ、リスク管理、業務改善に取り組んでいる。	
					42	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を取り入れるための具体的な取組を行っている。		
					43	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。		
					44	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。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)			
			経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a)	<p>45 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けて、人事、労務、財務等の面から分析を行っている。</p> <p>46 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>47 管理者は、上記について、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>48 管理者は、経営や業務の効率化や改善の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>	施設長は、稼働率から収益の把握、分析を行い施設長会議で毎月検討している。また、中堅職員を中心とした業務改善委員会が設置され業務の効率や改善に向け職員とともに実践している。			
組織の運営管理	1 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。	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a)	<p>49 社会福祉事業全体又は当該分野の社会福祉事業の動向について、具体的に把握するための方法を持っている。</p> <p>50 利用者数・利用者像等について、事業所が位置する地域での特徴・変化等を把握している。</p> <p>51 福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等を収集している。</p> <p>52 把握された情報やデータが、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。</p>	役場職員と施設職員の連携があり、社会福祉動向は具体的に把握することができている。毎年待機利用者のリスト整理により地域での利用者の変化、特徴なども把握している。 把握した情報により、中長期計画に地域密着型特養の建設が反映され、建設された。また、法人として地域特性から小規模デイサービスへの移行など行っている。			
				a)	<p>53 定期的にサービスのコスト分析やサービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。</p> <p>54 改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。</p> <p>55 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知し、職員の意見を聞いたり、職員同士の検討の場を設定する等、事業所全体で取組を行っている。</p>		経営状況について、毎月稼働率を把握し施設長会議で報告し、消耗品など(おむつ)についても使用状況を把握し分析している。安定した施設運営の方針が中・長期計画に反映している。 係会、主任会、業務改善委員会などから意見を聞き、課題に取り組んでいる。		
				a)	<p>56 事業規模に応じ、定期的に(2年あるいは5年に1回程度)、外部監査を受けるよう努めている。</p> <p>57 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基づいて、経営改善を実施している。</p>			毎年、法人全体で税理士による外部監査がある。	
					経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。				
					外部監査が実施されている。社会福祉法人のみ対象(他は評価外)				

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)		
	2 人材の確保・養成	(1) 人事管理の体制が整備されている。	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a)	58	必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方や、人事管理に関する方針が確立している。	必要な人材や人員体制に対する考えは事業計画に明示され有資格者の取得への支援体制も示されている。質の高いサービス提供するための環境整備、人材確保・育成に努める方針が示されている。 施設長会で人事管理がなされ人数配置など、働く環境に配慮した人事異動も行われている。	
					59	社会福祉士や介護福祉士等の有資格職員の配置等、必要な人材や人員体制について具体的なプランがある。		
					60	プランに基づいた人事管理が実施されている。		
			人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a)	61	人事考課の目的や効果を正しく理解している。		施設長との面談を行い、年2回目標を立て目標について話をする。目標達成について確認し更なる目標に向けた取り組みを行えるようにアドバイスをしている。 新人育成など段階的な指導が行えるようになっているが、資格職員などの基準を明確に更なるスキルアップできる取り組みに期待したい。
					62	考課基準を職員に明確に示すことや、結果の職員へのフィードバック等の具体的な方策によって客観性や透明性の確保が図られている。		
		(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a)		63	職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている。	本部や施設長により有給、欠勤などの管理が行われている。職員の勤務意向を確認し勤務表が主任、施設長などにより立てられるが職員同士融通しあいながら休みを取ることができている。 離職率改善に向けても福利厚生の実を図り、親睦会などで職員同士関係性のよい環境を目指し取り組みをしている。 定期的に個別面談し相談しやすい組織体制に努めている。顧問弁護士、医師など希望があれば相談できる専門窓口も整っている。
						64	把握した職員の意向・意見や就業状況チェックの結果を、分析・検討する担当者や担当部署等を設置している。	
						65	分析した結果について、改善策を検討する仕組みがある。	
						66	改善策については、人材や人員体制に関する具体的なプランに反映し実行している。	
						67	定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談をしやすいような組織内の工夫をしている。	
						68	希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家を確保している。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)
			職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a)	<p>69 職員の希望の聴取等をもとに、福利厚生センターへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。</p> <p>70 職員の悩み相談窓口を組織内に設置し、又は関係機関と連携して、解決に向けた体制が整備されている。</p> <p>71 職員の心身の健康に留意し、定期的に健康診断を行っている。</p>	<p>福利厚生はソウエルクラブ加入し、永年勤続者、資格取得者、子供の入学などの福利厚生も整い、職員旅行やスポーツ交流会での職員の親睦も充実している。健康診断が定期的になされ、職員の飲み水も健康に良いものを取り入れるなど健康管理に配慮している。</p>
		(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a)	<p>72 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める基本的姿勢や意識を明示している。</p> <p>73 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、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める専門技術や専門資格を明示している。</p>	<p>職員の質の向上については、事業計画に示され、中・長期計画では、第三者評価の受審など、基本姿勢が明示されている。</p> <p>事業計画の中に組織が求める専門技術や専門資格が示され、取得支援が行われている。</p>
			個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	a)	<p>74 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されている。</p> <p>75 個別の職員の技術水準、知識、専門資格の必要性などを把握している。</p> <p>76 策定された教育・研修計画に基づき、実際に計画に従った教育・研修が実施されている。</p> <p>77 教育・研修計画には、新任職員研修も含め段階的な教育・研修が設定されている。</p>	<p>職員一人ひとりが目標設定し初任者、中堅、リーダー研修などが策定されている。</p> <p>毎月の内部研修が計画的に行われ質の向上に取り組んでいる。</p> <p>専門職の質の向上のため、外部研修、出向職員との連携、情報、知識に基づいた更なる外部に目を向けた取り組みに期待したい。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)
			定期的な個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	b)	78 研修を終了した職員は、報告レポートを作成している。	研修報告は報告レポート・復命書の提出を行っている。職員会議で研修報告を行っている。 毎年行われる施設内研修での実施状況から、基本の技術、法令遵守などについては網羅できているが、更なる専門職のレベルアップのために、内部ばかりでなく外部研修に目を向けた幅広いカリキュラムのあり方も検討しステップアップに期待したい。
					79 研修を終了した職員が、研修内容を発表する機会を設けている。	
					80 報告レポートや発表、当該職員の研修後の業務等によって、研修成果に関する評価・分析を行っている。	
					81 評価・分析された結果を次の研修計画に反映している。	
					82 評価・分析された結果に基づいて、研修内容やカリキュラムの見直しを行っている。	
	2	(4) 実習生の受入れが適切に行われている。	実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	a)	83 実習生の受入れに関する基本姿勢を明文化している。	実習受け入れは法人として受け入れを行っている。実習指導者の研修も行い、マニュアルに沿った指導ができるようになっている。介護福祉士、ホームヘルパーの受け入れが可能であり、受け入れ先との連携により実習が進められている。
					84 実習生の受入れについて、受入れについての連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等の項目が記載されたマニュアルが整備されている。	
					85 受入れにあたっては、学校等との覚書を取り交わす等によって、実習における責任体制を明確にしている。	
					86 実習指導者に対する研修を実施している。	
					87 実習内容全般を計画的に学べるようなプログラムを用意している。	
					88 学校等と、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。	
					89 社会福祉士、介護福祉士、ホームヘルパー等の種別に配慮したプログラムを用意している。	



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)
	3 安全管理	(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。	緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a)	<p>90 管理者は利用者の安全確保の取組について、リーダーシップを発揮している。</p> <p>91 利用者の安全確保に関する担当者・担当部署を設置し、その担当者等を中心にして、定期的に安全確保に関する検討会を開催している。</p> <p>92 検討会には、現場の職員が参加している。</p> <p>93 リスクの種類別に、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。</p> <p>94 事故発生対応マニュアル等を作成し職員に周知している。</p>	急変時マニュアル、事故防止、夜間巡回マニュアル等、フローチャートによりマニュアルが整備されている。また、職員の連絡網なども整備されている。感染対策委員会や主任会、係会の中で毎月報告や検討をする機会があり、職員周知も行いリスク管理に努めている。
			災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	a)	<p>95 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類の必要な対策を講じている。</p> <p>96 災害時の対応体制が決められている。</p> <p>97 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、全職員に周知されている。</p> <p>98 食料や備品類などの備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。</p> <p>99 自治体、消防署、警察、自治会、消防団などと調整し、災害時の避難先、避難ルート、避難方法についてあらかじめ決めている。</p> <p>100 自治体、消防署、警察、自治会、消防団などと連携するなど工夫して訓練を実施している。</p>	災害については、法人本部の方針もあり、地域住民に向けた支援も含めた災害対策を充実させている。マニュアルの作成はもちろんのこと、独自で自家発電、地域環境から冠水ポンプ、炊き出し用のまきなど含めた備蓄を管理している。地域住民も含めた3日分の食品備蓄を行いリスト化し管理している。 地区との合同防災訓練も行われ、防災協定も結んでいる。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)
			利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a)	101 利用者の安全を脅かす事例の収集を、その仕組みを整備した上で実施している。 102 収集した事例について、職員の参画のもとで発生要因を分析し、未然防止策を検討している。 103 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。 104 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。 105 介護機器、設備、備品等の点検のルールを定め、実行している安全基準や規格について理解し、定期的点検を行うなどしている。	ヒヤリハット報告により施設長が集計し、係会、主任会で収集した結果を分析、検討し職員会で報告し 職員への再発、未然防止に努めている。 介護機器、設備などは定期的に点検している。ボイラー年1回、エレベーター毎月、地下タンクなど法定点検はもとより、年2回以上は事故防止研修を行い、利用者の安全確保に努めている。
	4 地域との交流と連携	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a)	106 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。 107 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。 108 利用者が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援助を行う体制が整っている。 109 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。 110 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。	地域との関わりを強化していくことは、事業計画にも明示されている。パラ祭りや町の情報などポスターの掲示をしている。地元の神輿が立ち寄り休憩場所になり、文化祭に参加するなど地域交流している。地域のお寺の法話や老人会もあり、夏祭りにも定期的に交流している。 地域の理美容院の利用、地域の歯科医の往診なども入所時に説明し利用されている。地域に開かれた施設づくりを目指している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)
			事業所が有する機能を地域に還元している。	b)	<p>111 介護や保育等について、専門的な技術講習会や研修会、地域住民の生活に役立つ講演会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。</p> <p>112 介護相談・育児相談窓口、障害者やその家族等に対する相談支援事業、子育て支援サークル等、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。</p> <p>113 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>114 地域の求めに応じて、職員等を講師として派遣している。</p> <p>115 災害時の事業所の役割、について、地域住民や自治体等とあらかじめ決めている。</p>	<p>町役場との連携により、安心電話の夜間受付施設として協力体制ができており、夜間の相談受付や安否確認などの事業協力がある。 災害時の施設の役割は十分に地域に発信し、防災協定を結び役割の確認もされている。また、地域の災害のための支援準備も万全に対応され、地域還元の準備もなされている。 地域連携の強化をしていくために、事業所が有している専門職の持つ情報を地域に提供し、さらに地域との関わりを深めることに今後期待したい。</p>
			ボランティア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。社会福祉法人等公益法人以外は評価外	a)	<p>116 ボランティア受入れに関する基本姿勢（基本的な考え方・方針）を明文化している。</p> <p>117 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、仕事内容、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。</p> <p>118 ボランティアに対して必要な説明や研修を行っている。</p> <p>119 事業所の主催行事にボランティアを招くなどして、ボランティアに事業所をより深く理解してもらう取り組みをしている。</p>	<p>ボランティア受け入れについて、基本的な考え方も記載されている。必要なボランティアへの説明は相談員が行い、多くのボランティアが来所している。実習に来た生徒が来たり、定期的に歌や踊り、施設内クラブでの俳句等を教えるボランティアの方もいる。ボランティアによるトラブルや事故のないように留意した対応が行われている。 マニュアルの整備により、ボランティア登録手続や利用者、ボランティアの事前説明、研修体制など受け入れに対する不測の事故を招かないような体制作りも今後望まれる。トラブルや事故防止の多面整備が求められる。</p>
		(2) 関係機関との連携が確保されている。	必要な社会資源を明確にしている。	a)	<p>120 個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示し、当該地域の関係機関・団体について、その機関・団体との連携の必要性を含めたリストや資料を作成している。</p> <p>121 職員会議で説明する等職員間で情報の共有化が図られている。</p>	<p>施設が連携する病院や自治体、公共施設などの連絡先は、リスト化し誰もがわかりやすいように整理されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)
	4	(2)	関係機関等との連携が適切に行われている。	a)	<p>122 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</p> <p>123 かかりつけ医（必要な場合は歯科医を含む）と連携している。</p> <p>124 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積極的に行っている。</p> <p>125 地域に適当な関係機関・団体がない場合には、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。</p> <p>126 日常生活自立支援事業、成年後見人との連携を常にとっている。</p> <p>127 必要な場合に、日常生活自立支援事業、成年後見人制度へのつなぎを行っている。</p>	千曲坂城医療介護連携会議が3か月に1回開催され、施設長が出席し地域の取り組みなどについて検討している。 市町村との連携のもと、安心電話の夜間受付を行い、一人暮らしの高齢者への支援への協力などネットワーク化に取り組んでいる。 町役場と出向職員の仕組みにより、地域の全体の課題の取り組みに努めている。
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	地域の福祉ニーズを把握している。 社会福祉法人等公益法人以外は評価外	a)	<p>128 関係機関・団体との連携に基づき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>129 民生委員・児童委員、住民の福祉組織（地区社会福祉協議会、自治会福祉部会、ボランティアグループ、NPO等）等と会合を開催したり、交流する等によって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>130 地域住民に対する相談事業を実施すること等を通じて、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>131 通常の福祉サービスを通じて、利用者が困っていること、ニーズを把握するよう努めている。</p>	福祉ニーズの把握は、役場の介護相談員面接時に町の係長などが来所し定期的に話し合う機会があり、地域の把握を行っている。 民生・児童委員が毎年施設見学に見え、意見交換を行い具体的なニーズの把握を行っている。
			地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。社会福祉法人等公益法人以外は評価外	a)	<p>132 把握した福祉ニーズに基づいて実施した具体的な事業・活動がある。</p> <p>133 把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動の中・長期計画や事業計画の中に明示している。</p>	福祉ニーズの把握により、入所待機者が多いことから法人で地域密着型特養の建設を行い、さらに増床計画が中長期計画に盛り込まれている。 また、介護度の分析などにより、ショート利用につながるよう関係者との連携も行っている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)			
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。	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a)	134	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ている。	○母体法人の職員綱領及び事業計画書の運営方針内に利用者尊重と基本的人権への配慮に関する内容が記載されている。 ○併設デイサービスセンターと合同で高齢者の人権尊重や身体拘束廃止について定期的な研修や法人顧問弁護士による勉強会を行ない全職員に周知を図っている。		
					135	利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々の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	身体的拘束廃止や虐待防止について職員に周知徹底している。			
		利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a)	138	利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫等、組織として具体的に取り組んでいる。	プライバシー保護は、施設独自の介護業務マニュアルや運営規程の中に記載され、日々の業務や研修会において、その都度マニュアル参照するなどして周知徹底が図られている。			
				139	利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。				
				140	規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。				
		(2) 利用者満足の向上に努めている。	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	a)	141			利用者満足に関する調査を定期的に行っている。	年2回、嗜好調査が実施されて、提供される毎日の食事の献立に反映されている。 サービス担当者会議や介護相談員面接時などに利用者や家族より意向を確認するとともに利用者満足の把握に努めているが、新たな利用者満足に関する調査方法や結果の検討方法を期待したい。
					142			利用者満足を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会を定期的に行っている。	
					143			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。	
144	利用者満足に関する調査の担当者・担当部署の設置や、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。								
145	分析・検討の結果に基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	講評 (評価細目ごと)		
1	(3)	利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a)	146	利用者が、複数の相談方法や相談相手の中から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。	施設内に専用の相談室や意見箱があり、話しやすい雰囲気が確保されている。また、相談受付担当者や管理者及び第三者委員の連絡先を記したポスターを掲示して利用者が相談や意見を言いやすい環境づくりに努力している。 苦情・要望などの報告を受けた場合の対応マニュアルが整備されている。マニュアルの見直しは、必要に応じて行っている。	
					147	利用者や家族等に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。		
					148	相談や意見を述べやすいようなスペースの確保に配慮している。		
			苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a)	149	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）を整備している。		○苦情解決の体制及び手順は確立されていて、関係帳票類は事務所で保管されている。苦情受付に関する要領は、施設内に掲示するとともに意見箱を設置して、常時利用者からの意見や苦情を受け付ける体制が整っている。 ○苦情受付の結果については、法人内で確認するとともに第三者委員会にも苦情を報告し意見を頂き施設内に匿名で掲示し、公表をしている。
					150	苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。		
					151	利用者や家族に対して、苦情記入カードの配布や匿名アンケート実施など利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫を行っている。		
					152	苦情を受け付けて解決を図った記録が適切に保管されている。		
					153	苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。		
					154	苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。		
	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a)	155	意見や提案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規定したマニュアルを整備している。	○苦情・要望マニュアルは整備されていて、併設デイサービスセンターと合同の職員会議で頂いた意見など話し合い、課題の共有を図っている。 ○今までに意見箱から得られた苦情や相談・要望の実態は、数少ないのが現状である。日常的な会話の中で発せられる何気ない利用者からのつぶやきや相談内容を意見や提案として受け付けて、職員間で検討して対応策を利用者や家族にフィードバックする工夫を期待したい。			
			156	対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。				
			157	対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。				
	158		意見等を福祉サービスの改善に反映している。					

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)		
	2 サービスの質の確保	(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a)	159	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。	施設長が長野県の評価基準に基づき自己評価を行うとともに、第三者評価を定期的に受審している。 評価結果について主任会・施設長が評価・分析を行い、業務改善委員会でサービス内容の検討・見直しを定期的に行いサービスの質の向上に努めている。	
					160	評価に関する担当者・担当部署が設置されている。		
					161	評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。		
			評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a)	162	職員の参画により評価結果の分析を行っている。		○多くの職員が参加する職員会議やミーティング時に改善策・改善実施計画を策定、周知、実施する体制を整えている。
					163	分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。		
			164	職員間で課題の共有化が図られている。				
			165	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実施計画を策定する仕組みがある。				
			166	改善策や改善実施計画の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて計画の見直しを行っている。				
		(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。	提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a)		167	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。	○提供するサービス種類ごとのマニュアルに加え、詳しい参考資料も添付して常時設置及び全職員に配布されて、いつでも閲覧し使える体制になっている。
						168	標準的な実施方法には、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。	
	169				標準的な実施方法を記した文書は、いつでも閲覧でき、職員が日常的に活用している。			
	170				標準的な実施方法に基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。			
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)			171	サービスの標準的な実施方法の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。	○併設デイサービスセンターと合同で業務改善委員会を定期的開催、職員や利用者からの意見や提案に基づいて利用者ニーズに沿ったサービス内容の見直しを図っている。 今後、定期的な見直しによる改訂記録、検討記録など残すことでマニュアルの改訂の職員周知の工夫も望まれる。		
		172	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。					

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)			
	2	(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a)	173	サービス実施計画に基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。	<p>○各種チェック表、アセスメント、モニタリング、サービス担当者会議をはじめケース記録など利用者個々の施設サービス計画に沿っての記録が整備されている。</p> <p>○ケース記録記入マニュアルがあり、記録管理責任者が職員の記録に対して閲覧し、改善すべき点についてはその都度、指導されている。</p> <p>○利用者に関わる記録は、個別にファイルされてプライバシーを侵害することが無いように、慎重に取り扱われている。</p> <p>○申送りや日誌など用いて施設で生活している利用者の状態変化やサービス内容の実施状況に対して、より伝わりやすい情報整理の仕方を工夫している。</p> <p>記録のほとんどが手書きにより記載された様式を使用しているが、併設のデイサービスセンターなど事業の複合化の中、ネットワークシステム導入により、更に情報の共有化とケアサービスの向上が図れることを期待したい。</p>		
					174	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などの工夫をしている。			
					利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)		175	記録管理の責任者が設置されている。
				176		利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程等を定めている。			
				177		利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。			
				178		記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。			
				179		職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。			
				180	個人情報の取扱いについて、利用者や家族等に理解されるようにいねいに説明している。				
				利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a)	181		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。	
					182	情報共有を目的として、ケアカンファレンスの定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。			
					183	記録については、パソコンを利用している場合には、ネットワークシステムの利用により、パソコンを利用していない場合には、台帳の整備により、事業所内で情報を共有する仕組みを作っている。			



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)			
	3 サービスの開始・継続	(1) サービス提供の開始が適切に行われている。	利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a)	184	インターネットを利用して、組織を紹介したホームページを作成し公開している。	○ホームページを作成し、事業所の運営方針及びサービス内容などについて公開している。パンフレッドを作成して関係機関に配布している。 ○顔写真付きで勤務職員紹介や施設案内図を掲示している。 ○地域住民の要望に応じて施設見学や体験入所の機会を提供している。		
					185	理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資料を、行政、関係機関に配布し、置いている。			
					186	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。			
					187	見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。			
				サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a)	188		サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料を用意して、利用者に説明している。	○施設の介護サービス契約締結の際には、重要事項説明書を用いてサービス内容、料金、契約の解約などの説明を行っている。また、判断能力に障害のある利用者には、立会人や成年後見人を立てている。
					189	重要事項説明書等の資料や契約書の内容、及び説明の仕方は利用者にもわかりやすいように工夫している。			
					190	サービス開始時には、サービスの内容や料金等について、利用者や家族等の同意を得た上でその内容を書面で残している。			
					191	利用申込者の判断能力に障害が見られる場合において、利用者に代わってその家族、代理人、成年後見人等との契約を行うか、立会人を立てている。			
			(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a)	192	他の事業所や地域・家庭への移行にあたり、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。	○併設デイサービスセンターと同様に他事業所あるいは家庭での生活へ利用者が移行する場合の手順や引継ぎのための連絡表が整備されている。契約終了後も再度の利用に備えて受け入れるための体制を整えている。	
		193				サービス終了した後も、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。			
194	サービス終了時に、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。								

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)	
	4 サービス実施計画の策定	(1) 利用者のアセスメントが行われている。	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a)	195	利用者の心身の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。	○利用者の心身及び生活状況について、統一した様式によって把握して記録している。 ○見直しは、要介護認定更新時とケアプランの変更を必要とする新しい課題が生じた時などに介護支援専門員及び介護職員など他職種による月1回及び随時のサービス会議で協議している。
					196	アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている。	
					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、アセスメントに関する協議を実施している。	
					198	利用者一人ひとり、家族の具体的なニーズ、意向が明示されている。	
		(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。	サービス実施計画を適切に策定している。	a)	199	サービス実施計画策定の責任者を設置している。	○施設サービス計画書の策定責任者は介護支援専門員である。 ○毎月サービス内容についてモニタリングされて、その結果がケース記録に記録（青字）されている。 ○状況に応じ個別ケアを実施している。多職種間で検討して一人ひとりに応じた介護方法を実施している。
					200	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。	
					201	サービス実施計画どおりに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るとともに、機能している。	
					202	標準的な実施方法では対応できない一人ひとりの個別の介助方法・手順はサービス実施計画又は別文書で作成している。	
			定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a)	203	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。	○サービス担当者会議を定期的に行い、その結果について詳細に記録されている。また、施設サービス計画書の変更及びその周知手順の仕組みが整備されている。 ○施設サービス計画書の援助目標及び援助内容の期間欄は、その目標に対する見直しの期間と考える。目標を達成するための期間を定め、その終了時点でアセスメントを行うなど、現在の利用者に沿った施設サービス計画書作成への工夫を期待したい。
					204	見直しによって変更した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。	
		205	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。				