

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
I	2 経営状況の把握	(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b)	■	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。	○施設の長期的視野に立ち、併設する特別養護老人ホームを中心に居宅介護支援事業所と連携し、地域の高齢化率、単身世帯の状況や福祉ニーズや潜在的利用者の把握に努めている。法人とともに施設経営や地域の各種福祉計画の動向などの把握や分析を行い、さらなる利用者への質の高い、安全なサービス提供に努めることに期待したい。
					□	8 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。	
					□	9 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。	
					■	10 定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。	
		(2) 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	b)	■	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。	○現状の経営状況を踏まえ、今後の介護保険改訂を考慮し、法人は「あり方会議」を施設内に設置している。施設運営の在り方について、法人職員と施設の職員を中心に現状の経営面や施設機能の多様化、そのための経費などを含め、今後の方向性を検討している。より良い経営を目指した方針と、方針に伴う全職員の理解や養護老人ホーム施設職員の参画による具体的な取組に期待したい。 ○養護老人ホームとしての定員確保などに向け、行政との連携や話し合いに努め、利用者の自立した日常生活や肺炎予防など、サービスの内容にも具体的な現状分析を行い、支援の充実を図っている。	
				■	12 経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）間での共有がなされている。		
				□	13 経営環境や改善すべき課題について、職員に周知している。		
				■	14 経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)		
I	3 事業計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b)	■	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、法人の中・長期総合計画として策定されている。5年ごとに計画の見直しを行い、毎年、理事長ヒアリングを行い、中・長期計画の進捗状況などの報告を行っている。 養護老人ホームは、行政と連携する中で、求められる養護老人ホームの将来像を描きながら計画を策定している。	
				□	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。			
			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。	b)	■	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。		○単年度の事業計画は、主な運営方針、運営重点項目、事業内容、保健衛生、災害対策の分野から策定されている。それにもとづく具体的な支援体制が各種策定され実行性のある計画ができています。しかし、職員の中・長期計画、単年度計画の認識が薄く、今後、職員の意見の集約、職員の参画した計画の作成や周知などへの工夫が望まれる。
				■	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。	○次年度の計画のために、事業計画の見直しを各部署・係会で行い、職員参加の元、職員会で反省会をし、予算計画とともに法人の理事長ヒアリングに合わせて職員の意見・集約し、現状課題を含め、報告をしている。しかし、職員の事業計画策定に対する理解は薄く、会議の持ち方、事業計画策定の取組の方法や手順、さらに職員の意見聴取など事業計画の周知に努めさらなる理解を促す取組に期待したい。	
					□	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。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)		
I	3	(2)	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 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。	○養護老人ホームでは、利用者会（尚寿会）があり、行事計画や事業計画を配布し説明を行っている。施設内には、利用者によりわかりやすく掲示する等工夫の様子が見られた。 しかし、施設を利用している利用者の状態に合わせた説明の工夫や資料作成など、図などを含めた理解しやすい周知方法が望まれる。	
					<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。		
	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。	b)	<input 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。	○福祉サービスの質の向上に対し、各委員会が設置され質の向上に向けた取組がある。しかし、組織的な取組の不十分さが見られる。今後、第三者評価結果等にもとづき、施設として検討し会議の持ち方、全体の課題の把握、分析、組織としての計画、実施、評価等の取組に期待したい。	
					<input 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 checked="" 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。		
			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 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。		○日常の課題への取組は、連携ノートなどを利用し、職員間で利用者の自立支援に向けた取組、感染防止などに向けた取組など課題解決への様子は見られる。 ○第三者評価は今回初めての受審である。今後、会議の工夫や開催の検討を含め、結果をもとに課題の明確化、文書化により職員参画での改善計画などPDCAサイクルに則った取組に期待したい。
					<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。					

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)		
Ⅱ 組織の 運営管理	1 管理者の 責任とリ ーダーシ ップ	(1) 管理者の責任が明確にされている。	① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	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。	○施設長は、全職員に対し、年度初めに職員会にて施設の方針や施設長の取組について説明している。また、職務分掌があり、施設長の役割が明文化されている。今後、組織内の広報誌の作成予定もあり施設長の役割・責任の表明、さらに有事の際の施設長不在時の権限委譲などの明文化が求められる。	
					□	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。		○施設長は、法令遵守について、管理者会や高齢者福祉事業協会などで研修に参加している。施設内においては、毎月、個人情報、身体拘束、ハラスメントなどを含め、研修計画を策定し、読み合わせなどを行い、法令順守のための研修に取り組んでいる。また、日々の生活の中で社会人として守るべき交通法規や倫理等に配慮し対応している。
					■	46 管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。		
					■	47 管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。		
					■	48 管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。		
		(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)	■	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。	○利用者の苦情は、迅速に対応するもの、苦情として法人に上げていくものを確認し、利用者に説明・謝罪し、職員会で検討している。日々の言葉遣いなど職員間で留意した対応に心掛けている。 ○福祉サービスの質の課題は、提案型研修として法人に提案し研修を行う取組がある。また、毎年、職員の研修を計画し、毎月定期的に研修に取り組み、研修の充実に努めている。 ○施設全体として、サービスの質の評価により、課題を明確にし、職員とともに改善策に向けた取組が望まれる。そのために、職員の意見・意向の集約や検討等組織的な取組により、さらなる指導力や実効性が高まると思われる。	
					■	50 管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。		
					■	51 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。		
					■	52 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。		
					■	53 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実に努めている。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)		
II	1	(2)	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)	■	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。	○施設長は、施設の運営に必要な人員配置に努めているが、人材の確保ができず、今後の課題になっている。また、職員の働きやすい環境については、働き方改革により、有給休暇の取得を法人として奨励している。 ○経営改善や将来を見据えた質の高いサービスに向けて、施設内に同様の意識を形成していくための取組には、一般職員との意識に差が感じられる。今後の施設運営に対し、組織内で職員の意見を反映した質の高いサービスへの取組に期待したい。	
					■	55 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。		
					■	56 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。		
					■	57 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。		
	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。	b)	■	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。		○必要な福祉人材の基本的な考えや人材育成に関する方針は、法人として確立している。 しかし、人材の確保には、計画的に補充ができておらず、効果的な人材配置になっていない。様々な法人の人材育成制度は人材担当が中心に策定されているが今後の人材確保や職員体制の在り方や見直しなどにより、さらなる実情に沿った取組の工夫が必要と思われる。
					■	59 福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。		
					□	60 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。		
					□	61 法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)		
Ⅱ	2	(1)	② 総合的な人事管理が行われている。	b)	■	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。	○期待する職員像は、法人として定められている。さらに、職階別に求められる資質が示され、果たすべき役割が明示されている。しかし、必要な人材確保ができにくい昨今、法人の職員採用として、嘱託職員から正規職員への登用が難関であり、優れた人材が転職していく姿も見られる。将来の姿を描くことができる職員体制には今後の課題と考えられる。 ○人事基準は、法人として定められているが職員への周知等の工夫が求められる。人事基準にもとづく、職務に関する成果や貢献度については、評価基準が明確でない。また、職員の意見、意向の把握は人事ヒアリングにより職員の意向を聞く仕組みがあるが、質の向上や経営課題への取組には職員との意識に差が感じられる。	
					■	63 人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。		
					□	64 一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。		
					■	65 職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。		
					■	66 把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。		
					□	67 職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができています。		
					■	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。		
		(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り組んでいる。	b)	■	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。		○職員の就業状況の意向の把握や労務管理は、職員ヒアリング表を法人に提出・把握し、労務管理を行っている。 ○職員の心身の健康や安全確保については、法人として「心の健康づくり計画」があり、ストレスチェックの実施があり、相談方法として直接専任カウンセラーに相談できる仕組みもあり、職員には年間の相談スケジュールなどが周知されいつでも相談できる体制がある。 また、日常では主任、次長、施設長が窓口となり相談をする体制がある。 ○ワークライフバランスに配慮した取組は、働き方改革の推進があるが、職員の人材確保には課題があり、具体的な改善や計画には至っておらず、組織としての課題がある。
					■	70 職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。		
					■	71 定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。		
					■	72 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。		
					■	73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。		
					□	74 改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。		
					□	75 福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)		
II	2	(3) 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)	■	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。	○職員一人ひとりの育成に向けた取組は、今年から目標管理制度が始まり、施設目標が示され、職員一人ひとりの目標が立てられているが、施設長との中間面接などによる進捗状況の確認や相談などの機会がまだできていない。さらに、まだ開始されたばかりであり、目標水準等の結果が確認できない。 ○目標管理にもとづき 資格取得に取り組む職員もおり、意欲的に将来を見据え自己啓発支援要綱活用の職員の姿も見られ、今後、さらなる積極的な取組に期待したい。	
					■	77 個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。		
					■	78 職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。		
					□	79 職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。		
					■	80 職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末（期末）面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。		
			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)	■	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。		○職員の教育・研修の基本方針は、期待する職員像にも示されている。法人として人材育成プログラムが研修体系として策定されている。養護老人ホーム職員としての専門技術や専門資格などの明確化、明文化によりさらなる施設職員の意欲や研修体系の確立ができ、福祉施設職員としての自覚に結びつくことが望まれる。研修体系がすべての職員別に行える体制づくりが望まれる。また、内部研修なども職場内研修として計画されているが職員が参画した研修内容の見直し意見計画の反映にも期待したい。
					□	82 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。		
					■	83 策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。		
					■	84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。		
					■	85 定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
II	2	(3)	③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b)	■	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。	○新人職員の研修は、OJTとして、サービスマニュアル、事業計画により行われている。担当職員が指導を行い、体験学習、職務を通しての研修を行っている。法人として職階別、職種別が階層に求められる水準にもとづき研修実施している。職員の意向や意見なども反映した外部研修などへの参加や内容の検討なども今後期待したい
					■	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。	
		(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)	□	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。	○「実習の心構え」の作成をしている。しかし、実習受け入れマニュアルには、実習生の福祉サービスに関わる研修・教育への協力は、施設の社会的責務であることを明示することが望まれる。さらに、実習受け入れの手順や利用者、職員への事前説明、また、オリエンテーション実施項目などが記載されていることが望まれる。 ○実習指導者は指導者研修を受けた職員を中心に、実習先の学校と連携し効果的な実習が行えるようにプログラム作成に努めている。
					□	92 実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。	
					■	93 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。	
					■	94 指導者に対する研修を実施している。	
					■	95 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。	

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)	■	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。	○施設の運営の透明性は、法人としてホームページを公開し、施設のサービスの内容、事業計画、事業報告を公開している。また、苦情対応についても公開し施設の運営の透明性の確保に努めている。今後、広報誌の発行の予定もありさらなる地域への発信に期待したい。	
				■	97 福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。			
				■	98 第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。			
				■	99 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めている。			
				□	100 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。			
			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)	■	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。		○施設の事務、経理取引等については、法人として規程に則って行い、内部監査は定期的実施されている。外部監査は法人として公認会計士などにより行われているが今後経営面についても職員への周知などの工夫が求められる。
				■	102 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。			
				■	103 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について、必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を得ている。			
				■	104 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。			
				■	105 外部監査の活用等により、事業、財務に関する外部の専門家によるチェックを行っている。			
■	106 外部監査の結果や公認会計士等による指導や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。							

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)			
Ⅱ	4 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)	■ 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。	○地域との関わり方については、法人基本理念、基本的視点に明示、事業計画の冒頭に記載し、年度はじめの職員会にて周知している。 ○お菓子や衣類の販売などに地域の業者が来所、また希望に応じての買い物の個別外出や外出支援の有償サービスも活用している。毎年秋の尚和寮祭への地域の方に来所頂き、地域の老人会の行事などに希望者が参加している。 ○併設事業所とも連携して地域の情報を収集し、掲示やチラシ等で利用者に提供していく取組も望まれる。		
					□ 108	活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。			
					■ 109	利用者の個別的状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。			
					■ 110	福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。			
					■ 111	利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。			
				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)	■ 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。	○ボランティア受け入れのマニュアルを今年度策定し、基本姿勢、受け入れ記録や事前説明資料などの体制が担当者を中心に整備されている。 ○中高生の職場体験、小学生や保育園との交流など、福祉への理解を深める学習に協力している。食堂で定期的に楽器の演奏を行うグループや傾聴ボランティアなどが活動している ○地域の学校教育への協力についての基本姿勢の明文化、策定したマニュアルの全職員への周知も望まれる。
					□ 113	地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。			
					■ 114	ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。			
					■ 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。			
					■ 116	学校教育への協力を行っている。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
Ⅱ	4	(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)	■	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。	○地域の関係機関・団体について、事務室や介護職員室、医務室等に掲示や連絡先を備えている。また利用者個々のファイルには、家族の緊急連絡先や主治医、歯科医、かかりつけ医などの必要な情報がまとめられている。 ○地域包括支援センター、自治体担当課や担当者、地域の民生委員と定期的、または不定期でも何かあれば相談や意見交換を実施している。 ○地域の関係機関や団体の情報について、併設のデイサービスや居宅支援事業所とも連携し、併設事業所内での情報の共有化にも努めている。地域の社会資源の情報に関して、さらに積極的な取組が期待される。
					■	118 職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。	
					■	119 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	
					■	120 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。	
					■	121 地域に適当な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。	
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a)	■	122 福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。	○市の福祉避難所として指定され、地域の区長、消防団、市の消防関係者、駐在所などが参加する防災訓練打ち合わせ会において、福祉避難所の役割についても説明している。また、この打ち合わせ会は、地域の防災における関係者が顔を合わせる貴重な機会であり、災害への備えとして、地域においても重要な役割を担っている。 ○地域有志の楽器演奏のグループが、定期的に施設の食堂で演奏会を実施している。これは、地域の方にとっても生きがいに繋がり、そして地域の高齢者の様子や介護の現状を知っていただく機会にもなり、双方に有益な機会となっている。
					■	123 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。	
					■	124 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。	
					■	125 災害時の地域における役割等について確認がなされている。	
					■	126 多様な機関等と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
Ⅱ	4	(3)	② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b)	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	<p>○地域の民生委員が定期的に訪れており、様々な課題に関して情報交換や相談を受けている。また、市の民生委員等の視察も受け入れている。</p> <p>○地域交流会を実施しているが、これにもとづく事業所独自の公益的な事業、活動にまでは至っておらず、今後の検討課題としている。</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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<p>○法人理念、尚和寮運営方針にも利用者尊重の姿勢を明示し、「職員行動規範（基本姿勢）」を策定し、年度初めの職員会で職員に配布し、周知に努めている。</p> <p>○職員行動規範には、冒頭に身体拘束に関する姿勢を明示し、やむを得ず身体拘束を実施する場合の手順を年度当初の職員会にて再確認している。また、虐待防止、身体拘束関係に関する研修も計画的に実施されている。</p> <p>○直接処遇職員を配置基準以上の配置をしており、利用者の高齢化、重度化や障がい者認定を受けている利用者など、利用者の個性、体調に合わせて、職員は日々、「和」を基調にしてその人らしく生活が送れるように努めている。しかし、全職員が共通の理解をもつための努力、具体的な取組が望まれる。</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)	
Ⅲ	1	(1)	② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b)	■ 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。	○法人として、個人情報保護規程、就業規則、法令遵守規程等の体制が整備されている。施設内では、虐待防止、身体拘束関連、個人情報等の利用者の権利擁護に関する研修が年間計画に沿って実施されている。 ○利用者の排せつや入浴等生活場面におけるプライバシー保護について、業務手順、サービスマニュアルの中で、設備や施設構造上に配慮が必要なポイントが記載され、新人職員には業務の中で手順に則って指導されている。 ○利用者の個性や重度化に伴い、プライバシー保護と権利擁護、さらにその中で安全性の担保という課題に向かって、職員間での情報共有に努め、状況に合わせた支援に努めている。 ○プライバシー保護に関する取組やその職員への周知も期待される。
					■ 139	利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。	
					■ 140	利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。	
					■ 141	一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。	
					■ 142	利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。	
					■ 143	規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスが実施されている。	
					■ 144	不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。	
	(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)	■ 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。	○事業所紹介のパンフレットは、事務室にて毎年見直して、印刷を外部に発注して作成しており、協力病院窓口、地域包括支援センターなどに置いてある。 ○希望者は見学が可能である。 ○パンフレットは併設の事業所合同であり、基本理念、基本的視点の掲載、利用者視点の情報になっているのか、再検討が望まれる。
					■ 146	組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。	
					■ 147	福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。	
					■ 148	見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。	
					■ 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。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)			
Ⅲ	1	(2)	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)	■	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。	○利用者の入所、退所時の対応の担当者は、次長としている。 ○サービス開始時は、自治体の担当者、家族等と連携しながら、事前面接を次長が行い、施設やサービスの説明に努めている。入所後は、生活に関する決まりごとなど、大きな字体でわかりやすく、部屋に掲示して職員と一緒に確認するなどの工夫をしている。施設の特性により、措置の場合など利用者の状況に合わせた繰り返しの説明に努めている。 ○意思決定が困難な利用者への配慮については自治体担当者や家族等と話し合い、適正な説明、運用に努めているが、ルールの明示や文書化も期待される。	
					■	151	サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。		
					■	152	説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。		
					■	153	サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。		
					□	154	意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。		
			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。	b)	■	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。		
					□	156	他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。		
					■	157	福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。		
				□	158	福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。			
		(3) 利用者満足の向上に努めている。	① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b)	■	159	利用者満足に関する調査が定期的に行われている。		○利用者会を毎月月末に定期的開催し、利用者からの要望をお聞きし、寮長より返答し、その内容をまとめ、文書として廊下に掲示している。日常生活の中で利用者からの意見、要望を議題として取り上げる場合もある。 ○家族交流会が開催され、開催通知の送付、行事後の開催などを工夫し、利用者の家族関係に配慮しながら、参加者が非常に少なくとも施設としての姿勢を示している。 ○利用者満足に関する定期的な調査や検討会議など組織的な取組が期待される。
					■	160	利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。		
					■	161	職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。		
					□	162	利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。		
					■	163	分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)		
Ⅲ	1	(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b)	■	164 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。	○法人の苦情解決に関する規程、事業所の玄関と介護職員室前に苦情解決体制のポスターの掲示など体制が整備されている。苦情解決における第三者委員の委員会は、法人全体で実施され、年度ごとの苦情内容と結果の件数が法人ホームページ上に公表する仕組みになっている。 ○事業所では職員会にて、苦情解決結果の報告、対応方法等研修が実施されている。 ○苦情解決の記録様式や報告を見直し、利用者保護の視点から、申し出た利用者等に不利にならないような配慮の文書化が望まれる。また、利用者、家族が申し出しやすい工夫も期待される。 ○利用者保護の視点と同時に、福祉サービスの質の向上に向けた取組の一環として、事業所内での職員への周知が求められる。	
					■	165 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。		
					□	166 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。		
					■	167 苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。		
					■	168 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。		
					■	169 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。		
					■	170 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。		
			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)	□	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を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。		○個室の利用者は居室、または相談室等の意見を述べやすい環境が確保されている。 ○契約書、重要事項説明書が玄関に掲示され、複数の相談相手が記載されているが、読みやすい工夫が望まれる。 ○利用者が相談、意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由を選べることを説明した文書を作成し、文書の配布や掲示などの取組が望まれる。
					■	172 利用者や家族等に、その文書の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。		
					■	173 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
Ⅲ	1	(4)	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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 175 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○意見箱は設置していないが、日々の支援の中で直接聞き取りに努めている。また、利用者は事務室を訪れ、意見や相談を述べている。聞き取りの中から、内容に応じて主任やその日の日勤責任者が相談や意見を記録用紙に記入している。また、マニュアルとしては定めていないが、苦情解決の手順に従って対応している。</p> <p>○相談や意見から、利用者会の議題として取り上げ、相談してもらう体制も整備している。</p> <p>○相談、意見を受けた際の報告手順や対応策の検討等についてマニュアル等に定めて職員への周知し、サービスの向上に関わる取組が期待される。</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。	b)	<p>■ 180 リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネージャーの選任・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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○事故防止対策委員会が組織され、毎月の職員会でヒヤリハット報告書の内容が報告され、年間の分析（月ごとの発生件数、場所、時間、発生分類の件数とグラフ表示）が、翌年度初めの職員会で報告されている。分析から、職員の出勤時間変更や業務手順の見直しを実施している。また、利用者の個別性に関する安全に対しては、ケアカンファレンスで対応や検証を実施している。</p> <p>○安全管理（緊急時対応）を5月に、事故防止の研修を年に2回計画的に実施している。</p> <p>○リスクマネジメント体制に関して、職員内での確実な周知と管理者のリーダーシップが期待される。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
Ⅲ	1	(5)	② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a)	■ 186	感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。	○感染症の研修が年に2回、計画的に全職員を対象に実施されている。 ○看護師は、夜間はオンコールの体制であり、マニュアル等が整備されている。また、感染予防の視点から、嘔吐時の対応物品が、食堂、トイレ、介護職員室等にマニュアルと分かりやすい説明書と共に用意されている。 ○感染症対応マニュアルは、看護師により定期的に見直しがされ、全職員に周知されている。さらに、利用者の状況に応じて、看護師との連携などの体制が整備されている。
				■ 187	感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。		
				■ 188	担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。		
				■ 189	感染症の予防策が適切に講じられている。		
				■ 190	感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。		
				■ 191	感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。		
			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)	■ 192	災害時の対応体制が決められている。	○防災計画を整備し、地元の区長、消防署、消防団、駐在所等の協力、参加を得て、敷地内の併設事業所と合同の避難訓練を実施している。事前の打ち合わせ会、事後の職員会での反省も実施され、記録されている。 ○担当者を決めて、備蓄リストが作成、食料、備品が準備されている。 ○法人として、大規模災害時の事業継続計画（BCP）が策定され、水害、地震等の職員出勤基準も定められている。 ○職員の安否確認方法として、連絡網が担当者により作成、職員の入れ替えごとに修正され、抜き打ちの連絡網の訓練が実施、記録されている。 ○大規模災害時の初動時の対応や行動基準の全職員への周知、さらに定期的な訓練の実施により対策の問題点の把握や見直しが望まれる。
				■ 193	立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。		
				■ 194	利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。		
				■ 195	食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。		
		■ 196	防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。				

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
Ⅲ	2 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。	b)	<input type="checkbox"/>	197 標準的な実施方法が適切に文書化されている。	○標準的な実施方法として年度ごとのサービスマニュアルが1冊にまとめられ、新人職員の研修等に活用が予定され、介護職員室に置かれている。 ○標準的な実施方法において、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の視点からの見直しが望まれる。 ○標準的な実施方法は、目次作成など使いやすいような工夫、見直しが望まれる。
				<input type="checkbox"/>	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。		
				<input checked="" type="checkbox"/>	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。		
				<input checked="" type="checkbox"/>	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。		
		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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/>	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。	○標準的な実施方法については、必要に応じてさらに年度ごとに見直しがなされ、決められた方法で実施しているが、策定日または修正した日付が記載されておらず、組織的な見直しが望まれる。 ○標準的な実施方法について、定期的に検証、必要な見直しを組織的に行うための手順の明示が望まれる。	
			<input checked="" type="checkbox"/>	202 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に行われている。			
			<input checked="" type="checkbox"/>	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。			
			<input checked="" type="checkbox"/>	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。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)		
Ⅲ	2	(2) 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。	b)	■	205 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。	○アセスメント手法が確立され、手順が明記され、計画的にケアカンファレンスも実施されている。パソコンのネットワークシステムを活用して介護、医療、栄養と記録を共有しており、部門を横断して様々な職種の関係職員との協議もされている。サービス実施計画に対する実施記録も、月ごとにまとめられて、評価がされている。 ○利用者の高齢化に伴う重度化、家族関係、個性や特性も一人ひとり違い、アセスメント手法が明文化されているが、職員全体では認識に差が生じている。今後、ケアカンファレンスでの話し合いやアセスメントから得られる課題への取組など、さらなる職員への理解と福祉サービス実施計画への反映や職員の適切な実施に繋がることが望まれる。	
				■	206 アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。			
				■	207 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。			
				■	208 福祉サービス実施計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。			
				■	209 福祉サービス実施計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。			
				■	210 福祉サービス実施計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。			
				■	211 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。			
			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。	b)	■	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。		○福祉サービス実施計画の評価、見直しは手順に沿って、組織的に実施されている。 ○入退院時など緊急に変更する場合は、定期的な見直しの手順に沿って実施しているが、手順の策定が望まれる。 ○福祉サービス実施計画の評価・見直しにおいて、標準的な実施方法に反映すべき事項等を定期的に検討し、その手順を明示し、福祉サービスの質の向上に結びつけるよう活用されるよう期待する。
				■	213 見直しによって変更した福祉サービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。			
				□	214 福祉サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。			
■	215 福祉サービス実施計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。							

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)			
Ⅲ	2	(3) 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)	<input type="checkbox"/>	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。	○パソコンのネットワークシステムを利用し、介護職員だけでなく看護師などとも部門を超えて個人記録を共有している。 ○標準的な実施方法、パソコンのシステム上も工夫がされ、職員間で記録内容や書き方に差異が生じないような方法が考えられており、新人職員には個別的に指導がされている。パソコン上の記録だけでなく、月ごとの記録を印刷し個人ファイルに綴じており、情報の共有化と停電時にも備えている。 ○ケース記録に関する手順及び福祉サービス実施計画においては、利用者の希望やニーズを適切に反映し、記録されているかの視点から見直しが期待される。		
					<input checked="" type="checkbox"/>	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。			
					<input checked="" type="checkbox"/>	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。			
					<input checked="" type="checkbox"/>	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。			
					<input checked="" type="checkbox"/>	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。			
					<input checked="" type="checkbox"/>	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。			
				② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b)	<input checked="" type="checkbox"/>		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。	○法人の個人情報保護規程、法令遵守規程等により記録の管理体制が整備されている。 ○個人情報についての研修も全職員を対象として、計画的に実施されている。また、職員は個人情報等に関して誓約書を施設長宛に提出しており、不適切な利用や漏洩に対する対応も誓約書等に明示されている。 ○家族、利用者に対しては、入所時に契約書、重要事項説明書に沿って、説明している。また、個人情報保護と合わせて、情報開示についても記録の保管期間、開示方法が明記されている。 ○利用者に関する記録の管理体制について、情報開示の観点からの教育、研修が期待される。
					<input checked="" type="checkbox"/>	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。			
					<input checked="" type="checkbox"/>	224 記録管理の責任者が設置されている。			
					<input checked="" type="checkbox"/>	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。			
					<input checked="" type="checkbox"/>	226 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。			
					<input checked="" type="checkbox"/>	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。			