

(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（施設名）

特別養護老人ホーム 杏寿荘

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	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、基本方針が確立されている。	① 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。 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。	・法人としての3つの理念があり、別に、「礼節を重んじ、忍耐強く、何時如何なるときでも誠実であれ」という職員基本理念がある。パンフレットやホームページにも掲載されており法人や施設の方向性を読み取ることができる。
			② 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。 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。	① 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。	・期初の職員会議で運営方針や事業計画について周知しており、毎月の全体会議でもその実践状況の振り返りを行っている。各会議のレジメにも必ず法人の理念と施設の運営方針を記載し徹底を図っている
					■	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	特記事項 (着眼点以外の取組等)
I	1	(2)	② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> <li><input type="checkbox"/> 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> </ul>	<p>・理念や運営方針については事業計画を基に家族総会で発表し周知している。認知症の利用者に対しては認知症ケアのプロジェクトチームを立ち上げ施設全体で取り組もうとしている。</p>
	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。	① 中・長期計画が策定されている。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> <li><input type="checkbox"/> 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。</li> <li><input type="checkbox"/> 16 中・長期計画に基づく取組を行っている。</li> <li><input type="checkbox"/> 17 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 18 人件費の増減の予測を行っている。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> </ul>	<p>・移管後1年であり法人本部を中心に利用者や人件費の増減、人材育成、建物の改修等について把握・整理されており個々の計画策定に取り組んでいるが、全体の中・長期計画は今後法人本部とともに策定する予定で現段階では事業計画の中に包括し運営している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
I	2	(1)	② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	b	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 23 事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 25 事業計画を踏まえた予算書が策定されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・全体の中・長期計画は今後法人本部とともに策定する予定で現段階では事業計画の中に包括し運営がされており、単年度の事業計画が実行可能な内容で、具体的に示されている。年度末には事業の振り返りを各部門で行い、全体会議でも検討が加えられている。予算書については基本的に法人が統括しているが、連携しながら策定や分析をしている。施設の各部門の代表者で構成される企画運営会議(代表者会議)が毎月1回開かれ、前月の実績の報告・分析もされている。
		(2) 事業計画が適切に策定されている。	① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 29 一連の過程が一部の職員だけで行われていない。	・施設の各部門の代表者で構成される企画運営会議(代表者会議)や全体会議、委員会、係会などで半期ごとに見直しが行われている。また、品質評価シートにより数値化され客観的な振り返りもし対策を講じている。委員会や係会に所属することで職員も計画の策定や評価、見直しに参画している。
		② 事業計画が職員に周知されている。		a	<input checked="" type="checkbox"/> 30 各計画を配付し、会議や研修において説明している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・期初の職員会議や毎月の全体会議で事業計画について周知したり、その実践状況の振り返りを行っている。
		③ 事業計画が利用者等に周知されている。		a	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・事業計画では本来の介護についての重要事項である目標やケアプランの作成、生活プラン等に触れており、更に、部門目標なども具体的で分かりやすく記載されている。家族にも家族会総会で説明・周知しており、五者懇談会(地域代表者や広域連合、家族代表などが参加)でも家族会役員等に進捗状況などについて周知している。

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)	
I	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。	① 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。	・ 組織運営・職務分掌規定に施設長(施設管理者)としての役割と責任が明記されており、施設長が自らの経験を生かし率先してその責務を果たしている。また、防火管理施設総括責任者、自衛消防隊隊長なども兼務し有事に備えている。年2回発行される施設の広報誌でも地域の高齢者福祉の拠点として施設がその役割の一端を担うことを表明している。	
		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。	■ 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。
① 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	■ 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。		■ 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。		■ 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。	■ 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。	・ 施設内には6つの会議と11の委員会があり、そのうち施設長が主宰する会議と委員会がそれぞれ2つずつあるが、施設長はほとんどの会議や委員会に出席し、その会議や委員会の内容をつぶさに把握し課題解決に向けて職員と協働している。また、利用者の満足する良質かつ適切なサービスを提供するために方向性を明確にし、職員の士気を高揚するため尽力している。
① 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。		■ 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。					
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。								

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)
I	3	(2)	② 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・業務の効率化と改善に向けての取り組みの一例として各会議や各委員会、各係会で品質評価シートを使用しその実効性について定期的に評価、分析し対策を考えている。また、職員アンケートや職員との個別面談を実施し慣行にとられない全職員からの提言に耳を傾け職員の働きやすい環境や職場風土づくりに努めている。幹部だけでなく職員全員が参加する会議や職種横断的な委員会、各棟リーダーや職員を中心とした係会などで施設運営への参画意識も高めている。</p>
II 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。	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> </ul>	<p>・外部の会議や研修を通じて介護事業の外的な動向について十分把握している。市の介護保険事業者連絡協議会総会、施設部会、居宅部会などに出席し地域のニーズも把握している。また、本部とも連携しながら周りを取り巻く環境の変化にも適切に対応できるようデータ収集などにも取り組んでいる</p>
			② 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。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・毎月、企画運営会議において前月の実績の分析が行われ、次月以降の改善に向けて施設全体で取り組んでいる。中・長期計画とまではいかないが期末には単年度での振り返りが行われ改善に向けて対策が練られている。また、職員全員が出席する年に1回の職員会議や毎月の全体会議でも職員の意見・提言を聞き改善に役立てている。</p>
			③ 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）	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・施設運営上の改善課題の発見とその解決のために法人本部主導で税理士による監査が実施されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点		特記事項 (着眼点以外の取組等)
II	2 人材の確保・養成	(1) 人事管理の体制が整備されている。	① 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。	・人事管理については法人本部で対応しているが、キャリアアップ段位制度を導入し、今年度、管理職2名がアセッサーの資格を取得している。また、内部及び外部の研修計画もしっかりと組まれている。また、将来を見据えた幹部候補生の見極めと教育も実施されている。
			② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	c	□	61 人事考課の目的や効果を正しく理解している。	・民間移管から漸く2年目でもあり制度そのものの導入については模索中である。
					□	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。	① 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。	b	■	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。	・事務部門が管理しており、異常値については事務部門から各部門長に報告し対応している。民間に移管されて2年目という位置づけの中で本項目については準備的な位置づけであったが来年度からは事務部門によるチェックと改善を励行する意向である。施設長による職員一人ひとりの面談もあり職員が意見・意向を言える体制は整えられている。施設内には職場安全衛生委員会があり職員の健康障害防止や精神的健康の保持・増進などにも取り組んでいる。また、メンタルヘルス担当者もおり職員の相談に応じており、外部講師によるメンタルヘルス研修なども実施されている。
					■	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。	
			② 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。	b	□	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。	・民間に移管されて2年目という位置づけの中で、職員の余暇活動や日常生活に対する支援については明確な対応が見受けられない。施設内には職場安全衛生委員会があり職員の心身の健康の保持・増進などにも取り組んでいるほか、メンタルヘルス担当者もおり職員の相談に応じる体制も整っている。外部講師によるメンタルヘルス研修なども毎年実施されている。
					■	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。	
					■	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。	

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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	c	□ 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。	・単年度の内部研修や外部研修については事業計画の中に盛り込まれているが、職員の具体的な技術や専門資格の取得といった点からの教育・研修について組織全体として明確に示した基本姿勢を中・長期計画に織り込んでいく予定である。
			□ 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。		
			② 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	■ 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。	・施設としての研修体系は出来ている。個々の職員の知識や専門性などについては2年度目のため完全には把握されていないが、職員の習熟度などに合わせ今後綿密な計画を策定する予定である。新任、中堅、リーダー、管理者など職位や経験に合わせた段階的な研修が行われている。
			■ 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。		
			■ 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。		
			■ 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。		
			③ 定期的に個別の教育・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。	・研修や出張のレポートは義務化されており、完璧に実施している。報告の仕方等も施設長が自ら範を示している。研修を受講した職員が他の職員に伝達研修をすることもある。
			■ 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。		

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	(4) 実習生の受入れが適切に行われている。	① 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。	b	<input type="checkbox"/> 83 実習生の受入れに関する基本姿勢を明文化している。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 86 実習指導者に対する研修を実施している。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	<p>・今年度、実習指導者を養成できたので来年度から実習生の受け入れを実施する予定で、マニュアルなども作成中である。</p>
	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。	① 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 92 検討会には、現場の職員が参加している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>・事故防止・身体拘束廃止検討委員会があり事故報告やインシデント報告を分析し防止のための改善策を練り、全体会議や棟会議で全職員に周知徹底している。その委員会により策定された研修プログラムに沿った「事故発生の防止のための研修」が年2回以上実施されている。</p>



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
II	3	(1)	② 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 96 災害時の対応体制が決められている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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く。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・災害対策委員会があり、防災計画や消防計画が策定されている。それぞれの計画に合わせ組織やマニュアルなども整備されている。地元区と「災害時における協力応援体制に関する協定書」を締結しており、夜間想定も含めた年3回の防災訓練には地域の人々も大勢参加し有事に備えており、特に秋9月に実施した「夜間想定総合訓練」では100名に及ぶ消防や地域関係者の参加を得て消火、通報、連絡、避難・誘導、応急救護などの訓練が実施された。備蓄についても施設と給食業者により必要量が常時確保されている。</p>
			③ 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・事故防止マニュアルが作成されている。事故報告やインシデント報告についても事故防止・身体拘束廃止検討委員会で分析し再発防止のための改善策が立てられ、全体会議や棟会議で全職員に周知徹底されている。「事故発生防止のための研修」が年2回以上実施されており、品質評価シートを使い実効性について評価・見直しもしている。また、衛生上や感染症のリスクに対する安全確保策も講じられているほか、車いすの定期点検なども実施されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
II	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。	① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・法人の理念や施設の運営方針に地域との連携や地域との共生が謳われており、広域連合管理下で築かれてきた地域の人々との交流が踏襲されている。保育園児や小学生、中学生の来訪もあり、逆に、小学校の運動会へのお誘いもあり交流している。また、洗濯もの置みや傾聴、書道クラブや詩吟クラブの指導などのボランティアも定期的に訪れ利用者との関係性となっている。</p>
	4		② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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く。</li> </ul>	<p>・地元地区の公民館主催の「文化講演会」に職員を講師として派遣し、「老いをどう生きるか」、「認知症介護」等についての専門的な知識や技術を伝えている。施設の広報誌も半期に一度発行しており、施設の持つ機能を広く知らしめている。地元区と「災害時における協力応援体制に関する協定書」を締結しており、相互に協力し合えるようになっている。</p>
			③ 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	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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おう取組みをしている。</li> </ul>	<p>・広域連合管理下で築かれてきた地域の人々との慣例として確立されており暗黙の了解的なものが出来あがっており、明文化はされていない。特に盆踊り・花火大会、運動会などのイベント関連ではスタッフの一員として活躍していただいております。定期的に訪れているボランティアにも事前の説明資料を渡し協力を呼びかけている。施設内にはボランティア日誌が備え付けられており、大勢のボランティアが関わっていることが見て取れる。</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)
II	4	(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 必要な社会資源を明確にしている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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りリストや資料を作成している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・サービスの質を向上させていくために市町村や社会福祉協議会の窓口、病院、保健所、地域内の介護事業所やボランティア団体など、地域の機関や団体と連携している。</p>
		(2) 関係機関等との連携が適切に行われている。	② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 122 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 125 地域に適切な関係機関・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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・市介護保険事業者連絡協議会に参加しており、地域の課題解決に向けて情報交換をしながら協働している。内科医、精神科医、歯科医とも連携しており利用者の健康管理や療養上の相談にのっていただいている。また、成年後見人を使われている利用者もおり関係者との意思疎通も図っている。</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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・千曲市介護保険事業者連絡協議会に参加し他の事業所や高齢者福祉活動関係者と交流し地域の拠点としての役割を果たそうとしている。また、施設内には居宅介護支援事業所も併設されており、更に、法人本部には市地域包括支援センターからの委託業務としての在宅介護支援センターもあることから地域住民からの相談にも応じることができ高齢者福祉についての情報提供も可能となっている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	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	b	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 133 把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動を、中・長期計画や事業計画の中に明示している。	・地元地区の公民館主催の「文化講演会」に職員を講師として派遣し、専門的な知識や技術を伝えており、今後も取り組んでいく方針である。また、健康や介護について気軽に参加できるサロンのような活動を実施していきたいとの意向もある。
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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・法人の理念には利用者の人間としての尊厳の保持に全力を尽くすことが掲げられており、ホームの案内パンフレットにも大きく掲載し職員の姿勢として示している。また、「接遇・マナー」、「身体拘束高齢者虐待防止」などの内部研修で利用者尊重や基本的人権への配慮についても周知している。
			② 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・入浴、排泄などのマニュアルには目隠し用や仕切り用のカーテンの使用、同室の他の利用者へ配慮した声かけなどについての記載があり、設備面でも配慮がされている。
		(2) 利用者満足の向上に努めている。	① 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。	b	<input checked="" type="checkbox"/> 141 利用者満足に関する調査を定期的に行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・ホームとしての利用者満足度調査を実施しておりその内容を集計分析し結果を踏まえ改善策を立て実行に移している。また、その結果や改善策を家族会役員等にも知らせている。ホームには家族会があり職員が総会に出席し直接、意見や要望を家族からお聞きしサービスの改善に繋げている。

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	(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	b	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<p>・組織としての相談部門があり生活相談員と介護支援専門員が当たるようになっている。また、利用契約書にも相談・苦情対応の条文が記載されており利用開始時に説明がされている。また、訪問調査の際にも利用者が事務所に気軽に訪れお茶を飲みながら職員に相談している光景がしばしば見られたが、ホームでは利用者のプライバシーに配慮するために簡易的な相談の場を設ける予定である。今後、施設内のわかりやすい場所に相談に係わる文書等を掲示されることが望まれる。</p>	
			② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。		b	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	<p>利用契約書や重要事項説明書にも相談・苦情対応の条文やホームの窓口としての苦情解決責任者・苦情受付担当者、第三者委員、行政機関の窓口などが記載されており利用開始時に説明がされている。また、意見箱も設置されており利用者や家族が自由に投函でき、各部門に用意されている苦情・要望等受付簿とともに利用者や家族からの苦情が組織的に取り上げられるようになっている。更にその内容や対応について第三者委員が参加する「苦情・要望処理委員会」で報告し意見等を聴いている。今後は個別の事案についての関係者へフィードバックのみでなく何らかの方法で施設内外に公表されることを期待したい。</p>
			③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。			b	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 157 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
Ⅲ	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。	① 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。	・福祉サービスの第三者評価の受審は初めてではあるが、施設独自に、「品質評価シート」に基づいた自己評価を半期に一度実施しており、施設長が主管し全体の改善課題を見つけ改善に取り組んでいる。  ・半期に一度、施設独自に実施する「品質評価シート」の自己評価の結果を各種会議や各委員会、各係で分析し、改善策とその実施計画を立案し職員全体会議で発表・共有している。
					■ 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。	
			② 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。	
		■ 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。		
		(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。	① 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	■ 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。						
■ 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。						
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	■ 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。	・マニュアルに沿って実施された中での課題については各棟の棟会議や介護リーダー会議、各係会などで検討され、関係する各委員会と連携し見直しがされ改定している。			
		■ 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。	
					■ 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。	
					■ 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	特記事項 (着眼点以外の取組等)
Ⅲ	2	(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・一人ひとりの利用者のケース記録やケアチェック表、看護・介護日誌、生活相談員日誌などにサービス計画に沿ってどのようなサービスが実施されたのか、また、その結果、利用者の状態がどのように推移しているかなど、具体的に記録されている。施設として更に記録方法を統一するための「記録プロジェクト」を立ち上げ活動している。</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"> <li>■ 175 記録管理の責任者が設置されている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 179 職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。</li> <li>■ 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いねいに説明している。</li> </ul>	<p>・記録の管理については事務部門が担当、利用者の記録の保管や記録の閲覧については契約書にも記載し、運営規定や契約書にも「守秘義務」、「秘密保持」としてそれぞれ定められている。職員の面談からも個人情報保護法について十分理解していることが把握できた。</p>
			③ 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・毎日行われる朝・夕の引き継ぎで利用者の状況、サービス実施計画の実施状況等、利用者の日々の情報が職員間で共有されている。また、各棟ごとの棟会議やサービス担当者会議には棟介護職員、介護支援専門員、生活相談員、看護職員、栄養士、機能訓練指導員が必ず参加し利用者の状態の変化やサービス内容の不具合について速やかに対応できるようになっている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
Ⅲ	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。	① 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。	・利用者の聞き取り調査でも施設の選択については家族が見学し利用に到ったケースが多く、病院等から紹介され利用された方も見受けられた。法人全体のホームページがあり、利用者や家族が分かり易いように工夫している。
					■ 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。	
		② 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。	・利用者の聞き取り調査でもほとんどの利用者が利用に際し家族が契約に関わったとの回答が多かった。直接、生活相談員から説明を受けたという利用者もあり、重要事項説明書には介護保険給付対象と対象外のサービス料金などについての記載があり同意を得るようになっている。	
				■ 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。	① 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。	・生活相談員と介護支援専門員による相談支援部門が設けられており、円滑な退所のための援助について重要事項に記載し適切な医療や介護が受けられるようにしている。		
			■ 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。			
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。	① 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。	各棟ごとの棟会議やサービス担当者会議が月に1回実施されており、棟介護職員、介護支援専門員、生活相談員、看護職員、栄養士、機能訓練指導員が必ず参加し利用者の心身の状況を正確に把握し、利用者のニーズに速やかに対応できるようになっている。認知症の利用者も多くなっている。場合によってはひもときシートを使い、利用者のこれまでの背景を探り利用者の思いに沿えるようにしている。	
				■ 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。		



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	4	(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。	① サービス実施計画を適切に策定している。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 199 サービス実施計画策定の責任者を設置している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・介護支援専門員が主催するサービス担当者会議が棟毎に必ず月1回開かれ、棟介護職員、生活相談員、看護職員、栄養士、機能訓練指導員など他職種の職員も参加し、利用者や家族の意向を踏まえたより良い計画の策定について意見交換している。また、各棟のリーダーが主催する棟会議も月1回、ほぼ同じメンバーで開かれ、利用者一人ひとりの処遇他について検討を重ねている。</p>
			② 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>