

(別添1)

### 事業評価の結果

福祉サービス種別:介護老人福祉施設  
事業所名(施設名):特別養護老人ホームさかき美山園

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「さかき美山園 職員の三つの心」とし明文化され、職員が日々心がけ、取り組む職員の心得が示されている。	
					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。		法人の基本方針は老人福祉施設倫理要綱をもとに、坂城福祉会職員綱領が作られ、利用者に対する職員の基本姿勢が明示されている。
					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。	理念や基本方針の職員への周知は職員の採用時説明を行う。また、毎朝の朝礼時にも唱和している。 年度初めには職員会で事業計画の説明や理念の説明を行う等機会をとらえ周知に取り組んでいる。	
					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。	b)	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、より理解しやすい工夫を行っている。	入所時に、相談員が重要事項説明書の中で家族に説明は行っているが、家族会などもなく、理念・基本方針を家族、利用者へ周知などの工夫は特にされていない。家族などに事業所が目指すサービスへの安心・信頼のためにも理念・基本方針の周知などの工夫が望ましい。 ホームページでは、理念が掲載されている。
					10	認知症などの利用者に対する周知の方法に工夫や配慮をしている。	
					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。	
					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。	
	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)	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。	中・長期計画は、平成24年に作成され平成28年度までの計画が策定されている。中・長期計画には地域ニーズを基に施設整備計画を行っている。 事業計画の進捗状況については、それぞれのセクションごとに検討し、職員会などで確認する取り組みがある。 ○毎月、市町村から委託された介護相談員の面接時に町の福祉課職員が来訪し、意見交換を行い、利用者の状況把握に努めている。
					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。	
					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。	
					16	中・長期計画に基づく取組を行っている。	
					17	中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	
					18	人件費の増減の予測を行っている。	
					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。	
					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。	

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	(1)	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。	事業計画は、中・長期計画に基づき、単年度ごとの事業計画が作成されている。事業計画は各部署が取り組む目標を記載し、職員の取り組むべき内容が明記され、年度当初に職員会議で説明を行っている。
		(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。	b)	27 年度終了時のもとより、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。	事業計画を年度途中、年度末に事業計画の進捗状況について話し合う機会がある。進捗状況を確認しながら取り組む仕組みがある。一連の過程が一般職員へ浸透なされておらず、今後、さらなる取り組みに期待したい。
			事業計画が職員に周知されている。	b)	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。	事業計画は、施設長が年度初めに会議で読み合わせをしている。年度途中では計画の進捗状況について各部署で話し合いを行い、法人での意見の吸い上げや見直しを行う機会がある。全ての職員が法人の目指す事業計画実行のため、継続的な取り組みの工夫が望まれる。
			事業計画が利用者等に周知されている。	b)	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。	○家族会や利用者会はない。行事計画は夏祭りなど家族の出席を求めため、案内文章を郵送することはある。今後、利用者に関わる事業計画などは、法人が目指す方向性の理解のため周知の工夫が望ましい。

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。	b)	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。	○施設長の責務は、職務表の中で明らかにされている。また、入所案内などでも明記されている。 ○施設長の自らの役割と責務について、広報誌等の発行なども考慮し、組織内の十分な理解を得る検討も望まれる。	
					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。		○施設長は法令遵守については、法人内の会議などに出席し、毎年の事業計画の説明時には法令遵守の周知に取り組み、職員の理解に努めている。 遵守する法令の理解のため、法人合同で勉強会（マイナンバー制度）等も行っている。 また、定期的に事例などともに弁護士が見え、規律、法令等の勉強会を行っている。
					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。	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。	b)	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。	○施設長は、毎年2回の職員面談を行い、職員の目標、課題など確認し、質の向上への取り組みがある。 質の向上に意欲を持ち、委員会の設置など積極的に取り組んでいるが、職員の意見を取り入れ、周知への工夫等によりリーダー層と共に更なる指導性の発揮に期待したい。	
					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)	
	3	(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。	b)	<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>	<p>○毎月、法人として合同の施設長会議が行われ人事、労務、業務の効率化などの話し合いを行っている。</p> <p>○職員の働きやすい環境整備や人員配置等、法人全体3施設の人員の異動などあり体制作りにもめた。理念・基本方針にむけた職員全体の意識形成の更なる取り組みに期待したい。</p>	
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>	<p>○毎月、町の福祉課の職員が介護相談員の面接時に同行し、福祉サービスの動向などの意見交換を行っている。</p> <p>○把握された福祉データをもとに中・長期計画を作成し、法人として地域密着型特養の開設に至り、小規模デイサービスへの変遷など情報をもとに中・長期計画に反映されている。</p>	
				b)	<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>	<p>○経営状況については毎月コスト分析を行い職員会等で周知をしている。しかし、職員の改善すべき課題への意見の吸い上げの機会や意見交換の場の工夫など全体の取り組みに期待したい。</p>	
				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>	<p>○法人全体で外部監査が行われている。</p>	
				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。	b)	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。	○必要な人材管理は、基本的な考えを法人全体で人事管理表として管理している。 ○介護福祉士、介護支援専門員など、有資格者については加算要件を達成されている。 組織が目標とする福祉サービスの確保のため、基本方針にある人材育成と処遇向上、働きやすく魅力ある職場づくりの取り組みに向け、課題を明らかにし常勤、非常勤職員、有資格者などの人材、人員体制、処遇など含めた人事管理に期待したい。	
					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。	b)	61	人事考課の目的や効果を正しく理解している。		○施設長の毎年2回の面談がある。面談では職員の目標の設定の機会、また、業務への不満要望など聞く機会となっている。 ○自らの仕事の達成度などについて職員にフィードバックし、考課基準を具体的に職員に示すなど客観性・透明性が図られることに期待したい。
					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。	b)		
		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)
	2	(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。 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。	○福利厚生はソウエルクラブに加入している。 ○産業医との相談時間、メンタルヘルスの教育研修に取り組みもあるが職員への周知や相談しやすい体制が望まれる。
		(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)	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。 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。	○理念や基本方針の坂城福祉会の職員綱領の中に、組織が求める職員像が明らかにされている。 ○事業計画の中に重点目標として人材育成があげられ各種資格取得に向けた援助について明記されている。嗜痰研修、初任者研修など積極的に資格取得されている。
			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。	b)	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。 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。	○職員一人ひとりの教育計画策定については、今後の課題として検討をしていただきたい。求められる職員の技術知識に応じ研修を行い教育・研修での評価分析により具体的な取り組みに期待したい。 ○新人職員研修は基本姿勢に沿った研修策定を法人で行っている。 ○法人内での資格取得や人材育成を進めるための人事管理表での把握がある。

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)	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。	○個別の研修結果は復命書の提出を行い職員会で研修内容の共有を行っている。 ○研修報告の内容により認知症研修など、次年度への継続につながるものもあるが、個別の教育研修の成果・評価などが分析され次年度研修に反映されているか確認ができず、今後の課題とし職員の質の向上に期待したい。	
					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。		
				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。		○実習受け入れは実習指導者養成研修を受けた職員が担当し、介護実習受け入れマニュアルに沿っている。 ○実習プログラムは、養成校の指導方針に基づき指導が行われ、受け入れ前に学校と打ち合わせを行っている。
					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。		
					(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。		
	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>	<p>○緊急時の安全体制は事故発生対応マニュアルがあり、事故発生の種別ごとにフローチャートが準備されている。</p> <p>○事故や感染症等委員会を設置し毎月検討会を行っている。必要時緊急会議なども行っている。</p>
			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>	<p>○火災時におけるマニュアルは夜間用、昼間用に分けられ整備されている。フローチャートが解りやすく作成されている。</p> <p>○地震、風水害などの対応手順もマニュアル化され、避難誘導図、非常用発動操作手順などもわかりやすく表示掲示されている。</p> <p>○備蓄リストも栄養士が管理し作成されている。</p> <p>○防災計画が消防署に提出され、防災訓練が年2回行われている。地域協定はないが消防署からの指導を受けている。</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)
	3	(1)	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)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>○利用者の安全確保の取り組みとしてヒヤリハットの記入や対策を記録している。</p> <p>○年2回内部研修により安全確保事故防止の研修を行っている。</p> <p>○年2回の防災訓練に合わせ介護機器、設備、備品、ボイラー、などの点検を行っている。電気機器は毎月の点検を行っている。</p>
	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)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>事業報告に地域福祉の向上を掲げ、毎月の「お話しの会」や近隣の僧侶からの「法話」、地域の小学生との交流など、積極的なボランティアの受入を定期的に行っている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価細目ごと)		
	4	(1)	事業所が有する機能を地域に還元している。	b)	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。	地域の自治体や公共機関に情報提供は行っているが、施設の社会資源として活用は行われていない。施設設備だけでなく、経験ある介護職員の知識や技術を地域住民に還元することで、より一層地域との交流が深まるものと思われる。 施設の広報誌の発行が滞っているため、積極的な施設の情報発信が出来ていない。施設の出来事や機能について、広報誌やホームページを通して積極的な発信を行うことを期待したい。	
					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。		
					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。		
					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。		
					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。		
			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)	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。		施設の長い歴史の中で、既に多くの団体・個人との信頼関係が築かれている。 ボランティア活動は地域と施設をつなぐ柱でもあり、受け入れ目的も明らかにしたボランティアのマニュアルや規定の整備が望まれる。
					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。		
					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。		
					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。		
			(2) 関係機関との連携が確保されている。	a)	必要な社会資源を明確にしている。	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。
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。							

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>	関係機関との連携について、職員研修等で情報の共有を図っている。 市町村が委嘱した「介護相談員」が毎月2名(3名中)が施設を訪れ、利用者の相談にのり、客観的な利用者の要望や悩みの把握に努めている。
		(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>	自治体との連絡だけでなく、短期入所や通所利用者の声からも待機者の人数や状況の把握を行っている。 毎年、民生委員の施設訪問は、情報交換、福祉ニーズの把握の良い機会になっている。
			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・活動を、中・長期計画や事業計画の中に明示している。</p>	多くの待機者を抱える中、短期入所や併設のデイサービスと連携しながら事業活動が行われている。

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)	
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。	利用者の尊厳を尊重した倫理綱領を事業計画に冒頭に掲げ、身体拘束などについても、施設内で定期的な研修を行うことで、職員の意識の向上を図っている。	
					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。		施設のサービスマニュアルの各場面や介助方法の中に、必ず利用者のプライバシーに配慮した記述があり、日々の介護や研修において、その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。		
		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。	市町村が委嘱した「介護相談員」が毎月2名施設を訪れ、毎回4人ずつ面接を行い、相談にのっている。また、施設内に相談日や相談員の氏名を掲示することで、利用者への伝達が行われている。
			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。	「苦情解決指針」および「苦情解決マニュアル」に従い、苦情受け付けのポスターを掲示すると共に、意見箱を設置し、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。 苦情受け付けの結果については、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掲示し、公表している。
			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。	マニュアルに従い、「苦情・要望受付票」に対応についても記入するよう定め、家族に対しても電話等で連絡し、その記録も徹底されている。
			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。	c)	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。	今回の第三者評価が初めて評価を受ける機会です。今まで、自己評価を行っていない。	
					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。	c)	162	職員の参画により評価結果の分析を行っている。		近隣や同法人の第三者評価を参考に改善を行ってきたが、今回の評価を機に更なる改善を期待したい。
					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。	標準的なサービス提供マニュアルに加え、詳しい参考資料も添付し、全職員に配布してある。 毎月の職員会議のあと概ね40分程度の研修の時間を設け、テーマを絞った研修を行い、周知が図られている。	
					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。	利用者アンケートや日々のヒヤリハット報告などの結果を踏まえ、改善が行われている。しかし、作成日の記述はあるが、改訂日の記述がないため、今後改訂の記述の記録が必要と思われる。			
			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。	食事や歯磨きなど、介護の多くの部分において、毎回のサービス提供記録が細かくチェックされている。 記録時の言葉や記録方法についての細かなマニュアルが整備されている。
					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。	記録の管理責任者を配置している。 個人情報保護法により、個人情報の利用目的が明示され、個人情報の利用同意書にて説明し通知している。
					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。	b)	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。	多くの場面で細かく記録されているが、情報量の多さから職員に正確に伝わる仕組みとして「速やかに伝える内容、後日で良い内容、伝えてならない情報、担当者で留める情報等」的確に分別され、決められた方法で伝達・共有に繋がる事が望ましい。 今後、施設内にパソコンのネットワーク化などによる情報共有にも期待したい。
					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。	b)	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。	ホームページには、施設理念やサービス内容など詳しい資料が掲載されているが、行政機関や利用予定者に配付する資料には、詳しい掲載がない。誰にでも分かり易い表現の資料の作成が求められる。	
					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。		サービス開始時の重要事項説明書には、契約内容が詳しく掲載されている。特に利用料については詳しく説明されているが、様々な利用者にも解り易いようにルビをふるなどの工夫に期待したい。
					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、利用者によってその家族、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。	a)	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。	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。	サービス契約書および重要事項説明書に退所時の援助について記載されている。 サービス終了時には、連絡票の作成があり、円滑な退所の援助が行われている。	
					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。	定められた様式で定期的にアセスメントが行われている。アセスメント方法についての手順等組織として定め、職員間での他職種とのアセスメント協議なども今後の課題として検討したい。
					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。	介護支援専門員が施設サービス計画を作成し、実施状況について細かく記録されている。また、家族への連絡も関係職員間で情報の共有を図るべく、申し送りの調整を図っている。 施設サービス計画は、介護支援専門員を中心としたアセスメントにより、作成されている。 施設サービス計画作成に当たり、医療、メンタル面の支援を含めた総合的な視点にたち、「組織として策定方法が定まっている、それぞれの担当が定められた方法で役割を果たす、アセスメント結果が関係職員の協議で決定され、計画書に反映されていく」という一連の流れを職員が理解し進められる工夫も考慮していきたい。	
				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。	施設サービス計画は、介護支援専門員によって毎月モニタリングを行い、見直しの時期に、サービス担当者会議の開催と記録の回覧によって周知が図られている。 サービス実施状況など担当者からの報告ルート等、責任者が総合的に情報管理ができるような組織的な取り組みにより、緊急時の計画変更にも、よりスムーズな実施に繋がるものと思われる。	
				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。		