

(別添1)

事業評価の結果（共通評価項目）

福祉サービス種別 通所介護
 事業所名（施設名） かるいざわ敬老園デイサービスセンター

第三者評価の判断基準

長野県福祉サービス第三者評価基準の考え方と評価のポイント、評価の着眼点【高齢者福祉サービス】共通項目に係る判断基準による

○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。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1 理念、基本方針が文書（事業計画等の法人（福祉施設・事業所）内の文書や広報誌、パンフレット、ホームページ等）に記載されている。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>・少子高齢化が進む中、また、社会保障費の抑制等々、年々厳しさを増す社会環境下にあつて、法人として地域に根差し、地域に信頼される社会福祉法人で在り続けるための三つの理念を掲げ、法人のホームページやパンフレット、広報誌などに掲載している。当事業所の年度事業計画にも法人理念が記載されており、方針や目標も具体的に立案され事業所の属する複合施設や軽井沢ブロックの他の施設・事業所とも方向性を一つにし必要とされるサービスを提供している。法人では中長期からの視点で地域を支えるシステムづくりを推進しており、乳幼児期から老年期までの七つのライフステージに合わせた世代を結ぶ福祉のトータルネットワークを標榜しており、「点から面へのサービス提供」として保育、食育・飲食、医療、教育、生きがい対策支援、住まい換え支援、介護事業等を展開することで地域社会に貢献しようとしている。職員への周知についても毎日の朝礼で理念を唱和したり、また、事業所の事務スペースの掲示板に「2020年度 理念に基づく『行動指針(方針・目標)』」を掲げ、更に、各職員が保持している「職員ノート」というファイルにも理念を記載した書類をとじ込みいつでも確認できるようにしている。</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 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。	a	■ 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。	・法人や複合施設の位置する地域において事業の将来性や継続性を考えながら良質かつ安心・安全なサービスを提供するために、法人本部として上田市を中心とした長野県中部以北の社会福祉全般の動向を把握し、法人や施設を取り巻く経営環境について分析し各年度の事業計画に反映している。当事業所のある同じ建物内には居宅介護支援事業所があり地域ケア会議に出席し、また、町介護保険策定委員会、町介護保険運営委員会に複合施設として職員が参画しており、町との関係も適切に維持し、更に、地域ニーズも数値としての確に把握している。収集した情報等を複合施設の短・中期計画の策定等に盛り込んでおり、事業所の単年度事業計画の「実行計画」にも「目標値」として具体的に盛り込まれ、利用者の推移、利用率等の分析も行われている。
			② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。		■ 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。	
	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	■ 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。	・毎月行われる法人全体の運営会議や地区会議に複合施設の施設長が出席し、当施設の運営状況や運営課題について報告し役員との共有が図られている。また、複合施設内でも職員会議や責任者会議などで職員の意見を聞いたり職員同士の検討の場を設け運営課題を明確にし改善等に向けて具体的に取り組んでいる。法人や複合施設の単年度の事業計画に基づいて当事業所としての事業計画と収支予算が組まれており事業計画の「財務の視点」の中でも「稼働率及び収入の維持、向上」「人件費率を考えた配置を検討」とし、その結果も「事業報告書」の「実績・結果・評価」欄に記載し、法人のデイサービス部会でも稼働率等の分析をし、その結果を職員にも会議で説明し事業所の現状を正しく理解してもらい活動に役立っている。職員体制、人材育成という面でもキャリアパス制度等が導入されており、その一環の「個人気づき報告シート」で改善項目を挙げることができ、職員も事業所の課題解決に具体的に取り組んでいる。
			■ 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。	

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	(1)	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。	・単年度の事業所別事業計画と収支予算が短・中期計画を基にし策定されている。事業計画は「地域貢献の視点」、「財務の視点」、「利用者の視点」などの五つの視点に沿って「重点実施項目」、「実行計画」、「目標値」、「スケジュール(最終期日)」などが具体的に立てられ、実行可能なものとなっている。期末には事業計画に対するふり返りとして事業報告書が作成され、「実行計画」や「目標値」についての「実績・結果・評価」が数値として客観的に示され、「改善策」として次年度に繋がられている。
					■ 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。	
		(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・見直しが行われ、職員が理解している。	a	■ 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。	・事業計画の実施状況は毎月の役職者会議で確認し、収支状況と合わせ半期ごとにふり返り、評価や見直しをしている。年度終了時には事業所としての「事業報告書」と「資金収支計算書」も作成されており次年度のみならず短・中期計画にも繋がられている。事業所の事業計画は年度始めの職員会議で説明され、また、各職員に配布され「職員ノート」に綴られ、更に、短・中期計画とともに事業所の事務カウンターの壁面に掲示されいつでも確認できるようになっている。各職員は事業所の職員会議だけでなく、法人ブロック内の委員会に委員として参画しており、日ごろから意見や提案を具申できるようになっており、計画の策定段階でも意見を申し出ることができるようになっている。別に、人事考課制度の中に組み込まれた「個人気づき報告シート」で改善項目を挙げることができ、職員も法人やブロック、事業所の課題解決に具体的に取り組めるようになっている。
					■ 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）されており、理解を促すための取組を行っている。	
		(2) 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b	■ 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。	・日々通所する利用者が変わることもあり、また、35人定員の通所介護という特性上利用者会はないが契約時も含め本人や家族あてに資料を配布し関連項目について説明している。今年度は新型コロナウイルス禍で自粛しているが、例年であれば開設記念の七色祭や納涼祭などで家族が集まる機会もあり、法人や複合施設の運営状況についてふれることもある。通所介護という特性上各曜日で利用者が変わっており、本人や家族が一堂に会することは難しく、法人の軽井沢ブロックの通信「おらち通信」や法人ホームページのブログ等で具体的な活動内容として掲載・配布している。今後、新型コロナウイルス収束後の行事等で事業計画の主な内容について説明し理解を促していくことが期待される。
					□ 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。	
					■ 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。	
■ 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。						

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	4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	(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。	a	■ 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。	・組織として事業所別事業計画の「利用者の視点」においてP(計画)、D(実行)、C(評価)、A(見直し)に継続的に取り組み、機能している。当事業所としての第三者評価の受審については今回が3回目である。職員個々の自己評価シートがあり、その着眼点の「成果」「勤務態度」「能力」等についてふり返りをしており、また、職員マナーチェックシートもあり、自らのサービスをふり返り、次期の目標シートに反映している。全体のサービスの質の向上についてもサービス向上委員会が設けられており、組織として評価結果等を分析・検討する体制も整備している。 (注)PDCAとはP(Plan・計画策定)・D(Do・実行)・C(評価)・(Act・見直し)の略											
			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。		■ 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。		■ 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を受審している。	■ 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。									
a	■ 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。	■ 37 職員間で課題の共有化が図られている。	■ 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。		■ 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。		■ 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。	・前項同様、当事業所として第三者評価の受審は3回目で、サービス評価についてはサービス向上委員会を設け事業所組織全体として取り組んでいる。事業所の事業計画の「利用者の視点」にも「利用者満足度の向上」として掲げ、職員個々の自己評価シート等の結果を分析し、単年度では解決ができないものについては計画の見直しあるいは計画の変更等を行い、前向きに取り組んでいる。人事考課制度の一環としての自己評価シートについては毎月ふり返りを行い、次月への対策を練り、それを基に半期に一度上司との面談を行い課題について話し合っている。改善課題についても人事考課制度の中に組み込まれた「個人気づき報告シート」で項目を挙げることができ、職員も法人やブロック、事業所の課題解決に向けて具体的に参画できるようになっている。									
	a	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。	■ 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。		■ 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。	・法人の職務権限表や事業所の運営規定に管理者の役割と責務が明確に示されており、また、法人として職員の経験や職位などに合わせた「人事評価制度研修キャリアパス」が定められ到達レベルも明示されている。利用者・家族や居宅介護支援事業所へ向けた法人の軽井沢地区ブロック通信「おらち通信」にも管理者自らの仕事に対する姿勢や考え方などを掲載することがある。有事に備えた自衛消防活動対策マニュアルや緊急時の連絡網でも責任者としての立場を明確にしている。								
			I	1 管理者の責任とリー	(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。	a	・法人の職務権限表や事業所の運営規定に管理者の役割と責務が明確に示されており、また、法人として職員の経験や職位などに合わせた「人事評価制度研修キャリアパス」が定められ到達レベルも明示されている。利用者・家族や居宅介護支援事業所へ向けた法人の軽井沢地区ブロック通信「おらち通信」にも管理者自らの仕事に対する姿勢や考え方などを掲載することがある。有事に備えた自衛消防活動対策マニュアルや緊急時の連絡網でも責任者としての立場を明確にしている。									
										I	1 管理者の責任とリー	(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。	a	・法人の職務権限表や事業所の運営規定に管理者の役割と責務が明確に示されており、また、法人として職員の経験や職位などに合わせた「人事評価制度研修キャリアパス」が定められ到達レベルも明示されている。利用者・家族や居宅介護支援事業所へ向けた法人の軽井沢地区ブロック通信「おらち通信」にも管理者自らの仕事に対する姿勢や考え方などを掲載することがある。有事に備えた自衛消防活動対策マニュアルや緊急時の連絡網でも責任者としての立場を明確にしている。		
I																1 管理者の責任とリー	(1) 管理者の責任が明確にされている。
	I	1 管理者の責任とリー							(1) 管理者の責任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)	
II	1	(1)	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	■ 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。	・管理者は介護保険法などの遵守すべき法令はもとより法人や当事業所の理念・基本方針・諸規定、倫理などを自ら守るとともに、職員にも必要な研修等を受講させている。地域別ブロックの各施設・事業所からの職員で構成される研修委員会が主催する「職場倫理・法令順守」「高齢者虐待防止」「身体拘束について」などの法定研修が毎年度、日程を分散し誰もが受講できるように開催されており、管理者も含む職員は必ず受講し、新たな関係法令についても理解を深めている。単年度の事業計画の「方針・目標」として「関係法令を遵守した事業運営」が挙げられており、事業所の会議等で折にふれ事例等も含めた話し合いが行われ意思統一を図っている。
					■ 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。	a	■ 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。	・毎月の事業所の会議や法人のデイサービス部会などで管理者は事業所の提供しているサービスをふり返り改善へとつなげている。事業計画の「利用者の視点」として「利用者の満足度の向上」を掲げ「利用者満足度アンケート調査」を実施し、サービスの質の向上のために利用者や職員の声に耳を傾け、日々、改善すべき課題の共有化に努めている。事業所として「ヒヤリハット報告書」「介護事故報告書」「相談・苦情記録」などを整備し、事業所の運営に活かし顧客満足に繋げている。また、ブロックのサービス向上委員会に参画している当事業所内の委員と協働しサービスの向上に努めている。
					■ 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。	
		(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。	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	■ 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。	・運営や業務の効率化に向け管理者が中心となり全職員で取り組んでおり、職員の聞き取り調査でも方針が連鎖していることが確認できた。前年度の事業報告書や事業活動収支計算書を基に検証し単年度の事業計画の「財務」「業務プロセス」「人材育成」などの各視点から重点実施項目や実行計画が新たに作成されている。事業所の定例会議で意思統一を図っているほか、各職員が保持する「職員ノート」にも事業所の「事業計画」が綴られ、また、職員は各地域別のブロックごとに組織された各委員会のいずれかに必ず属しており、業務の効率化やサービスの質の向上についての意識を高め取り組んでいる。
					■ 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。	
■ 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。						
(1) 福祉人材の確保・育成	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	■ 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。	・事業計画の方針・目標として「人材の確保・養成」「次期リーダーの養成及び階層別教育の実施」「人事制度運用による職員の資質向上」などが掲げられている。法人全体として入職時から管理職までの階層別キャリア形成のプランが策定されている。法人として「人事評価制度研修キャリアパス」が定められており、基礎研修Ⅰから始まるキャリアアップを目指すための研修が職位や習熟度に合わせ設けられている。介護福祉士やケアマネジャーなど、資格取得のための法人としてのバックアップ体制も整えられている。
					■ 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。	
					■ 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。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>・法人として「トータル人材マネジメント」の考え方が導入されており、目標管理制度やOJTを含む教育・研修制度、キャリアパス、ジョブローテーション、人事考課制度などが機能している。各職員には「職員ノート」という綴りがあり、人事制度実施予定表などから自らの業務についてのふり返りの機会が年間で進められるようになっている。法人としての「人事評価制度研修キャリアパス」が定められており、それにより、職員それぞれの経験や習熟度に合わせた「職員像」が具体的に示され、目指す到達レベルも分かり易くなっている。職員は目標管理シートを期初に作成し3ヶ月毎にふり返り、基本的にその都度管理者との面談を行っている。</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。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>・法人本部総務部が職員の人事管理を主管している。勤怠データについてはブロックの統括施設長が集計・分析し、改善へと繋げている。毎年度、人事制度実施予定表に沿い、職員はそれぞれの上司と定期的に面談を行っている。労働衛生法上のメンタルヘルスチェックについても実施されており、毎月1回、法人の産業医が各施設や事業所を巡回しており、職員が直接相談したりカウンセリングを受けることができる。法人として仕事と生活の両立に向け、子育て支援制度や育児・介護休業等に関する規程なども整備し、実施している。福利厚生の一環として時期や場所などを別々に設定した職員旅行があり、職員一人ひとり選択できるようになっている。そのほか、法人としてクラブ活動を推奨したりブロック別のスポーツ大会なども実施し、ワーク・ライフ・バランスにも配慮がされている。法人の永年勤続表彰として10年目、15年目、20年目の職員の中から勤務成績が優秀で他の職員の模範となる職員を表彰し経験豊かな職員による質の良いサービスの提供を確保・継続するようにしている。</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)	
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。	a	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。	・法人として「人事評価制度研修キャリアパス」が定められており、職員それぞれの経験や習熟度に合わせた「職員像」が示されている。年度の「人事制度予定表」に沿い、職員は資格面での「仕事調べ」・「目標管理シート」、行動面での「自己評価シート」・「必要ツール(職員研修受講記録・個人気づき改善報告書)」・行動評価表を作成し上司との面談で進捗状況を確認し合っている。施設の年度の事業計画にリンクし一人ひとりの職員の目標が設定されており、目標設定に際しては「仕事調べ」等を基に職員自ら設定しており、自主性も重んじられている。職員は自己評価として毎月、目標の進捗状況の振り返りを行い、また、半期に一度、考課者である上司との面談を実施し達成状況を確認し次の半期または次年度に繋げている。
					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。	a	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。	
					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。	
			③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a	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。	
					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、参加を奨励している。	
					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。	
						・法人の教育研修担当部署と連携しブロック別の研修委員会にて「年間教育スケジュール」が生まれ、計画的に実施されている。研修は「基礎研修Ⅰ」から始まり研修受講要件もあり実務経験や習熟度により段階的に受講できるようになっている。「高齢者虐待防止」「身体拘束について」「感染予防」などの法定必須研修も含め、法人の数施設を1ブロックとし地域毎に開催するため、参加者の都合に配慮し同一研修が複数回開催されている。職員ノートには各職員が受講した法人内外の研修が「研修受講記録」として残されるようになっている。研修の結果は研修委員会で分析され、次の研修計画にも反映されている。パート職員に向けてほぼ2ヶ月に1回、勤務時間内に法定必須研修が組まれている。	
						・「基礎研修Ⅰ」「基礎研修Ⅱ」「指導者研修」など習熟度や勤務年数に合わせた法人研修が生まれ、対象となる職員が出席している。復命で外部研修に参加することもあるが、参加したい研修を職員自身で選択し参加することもできる。復命書を提出し、研修成果を報告書として上げ、各職員の年度別「職員研修受講記録」に残すようになっている。外部研修の成果を伝達研修という形で事業所の定例会議で発表することもある。外部研修に関する情報提供は掲示板やメール等を使用して行われている。新人研修については配属前の新人集合研修を経て現場でのOJT研修へと移行し、指導者として教え導く役割を担う先輩の職員が助言者としてサポートしつつ、その職員自らも振り返りを行っている。パート職員など研修に参加できなかった職員には研修を撮影したDVDを見ての研修が行われている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
II	2	(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。	a	■ 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。	・法人本部が実習生の受入と導入教育を一括管理し、介護福祉士、介護職員初任者研修など社会福祉に関する資格を目指す短大生・専門学校生・高校生等の研修の受入を行っている。当事業所としても生活相談員を受け入れ担当者とし、実習生の受け入れマニュアルもあり、実習指導者としての研修も行われている。実習生には職員が付き、支援、看護、栄養等、専門的な立場から指導している。また、町内にある高校の生徒のデュアル実習や中学生の職場体験も受け入れている。
					■ 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。						
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。	a	■ 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。	・法人としてのホームページがあり法人の理念や運営方針、当事業所を始めとした220近くの法人内各施設・各事業所の概要等を知ることができ、過去、4年間の計算書類、現況報告等も見ることができる。また、独立行政法人福祉医療機構のWAM NET(福祉と医療を支援する総合情報提供サイト)で当法人に関する現況報告書等(現況報告書、計算書類)の情報が公開されており閲覧が可能となっている。法人の広報誌「敬老園だより」が発行されており法人各施設や事業所の利用者・家族などに配布されている。また、軽井沢ブロック全体としての「おらち通信」が年2回発行され、利用者・家族、地域の居宅介護支援事業所等に配布され、事業内容や活動報告などを知らせている。当事業所として第三者評価の受審については定期的に取り組んでおり、運営の透明性が図られている。
					■ 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。						
■ 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。						
a	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。	■ 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。	・事務処理の規程、経理規程などの法人としての各種規程があり、必要に応じて社会保険労務士などの外部の専門家に相談し、助言を受けることが出来る。また、法人として外部の会計監査機関による監査を毎年度受けており、財務諸表が適正であるかどうかの評価も受け、法人運営の透明性を図っている。更に、監事による監査も実施され、法人理念に盛り込まれた「公平公正な施設運営を旨とする」に沿い、健全経営を目指している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	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。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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 利用者の個別の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。 	<p>・法人の理念の前文に「地域に根ざした社会福祉法人として、三つの理念を掲げ、役職員が一丸となり社会貢献を致します」としており、事業所の年度の計画の第一番目にも「地域貢献の視点」として重点実施項目・実行計画が具体的に掲げられている。今年度、新型コロナウイルス渦で地域の人々との交流を自粛しているが複合施設の近くにある保育園の幼児とのふれあいは3密を避け行われている。例年、複合施設1階の地域交流スペースを使用し実施されている小学校の児童の歌と寸劇・折り紙などでの交流、「社交ダンス」「フラダンス」「コーラス」などのボランティアとの交流は今年度自粛せざるを得なくなっている。そうした中、2月には日本舞踊のボランティアの来園が予定されている。同じく、例年であれば事業所の七色祭(複合施設の開設記念日)や納涼祭にも中学生を始めとした多くのボランティアが運営スタッフとして参加しており、利用者や地域の人々との交流を深めている。複合施設の職員が運営スタッフとして協力している「馬子唄道中」などの地域のイベントも残念ながら中止となっており、新型コロナウイルスの早期の収束が待たれる状況となっている。</p>
			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。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>・法人のブロック内には広報ボランティア委員会があり「ボランティア活動内容について」という説明用のパンフレットもあり、方針やお願いしたいことなどが記載されている。広報・ボランティア委員会が窓口となり積極的にボランティアを受け入れており、例年であれば複合施設として数団体の介護ボランティアが来園しているが、今年度は新型コロナウイルス感染の影響を受け自粛せざるを得なくなっている。また、例年であれば「社交ダンス」「フラダンス」「コーラス」などのボランティアも行事にあわせたり単独で来訪し利用者で交流している。</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)
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。	a	■ 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。	・当事業所の入る複合施設内には特別養護老人ホーム、ショートステイ、グループホーム、居宅介護支援事業所が併設されており、町サービス担当者会議、町介護保険策定委員会、町介護保険運営推進会議などに複合施設や事業所の職員が参画し問題提起をしたり解決に向けて協働している。職員もそれぞれの業務で複合施設内の他の事業所との関わりをもっているので重複して利用している利用者の情報の共有も図られている。複合施設内には居宅介護支援事業所があるので個々の利用者について他の介護保険事業者とも連携している。看護師や作業療法士を通じて利用者のかかりつけ医や地域の病院等とも情報の共有を図っている。利用者の生活にとってプラスになるような社会資源のリストや資料についても可能な範囲で集めたり活用している。
					■ 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 地域に適切な関係機関・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。	b	■ 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。	・地域特有のリスクとして活火山浅間山の噴火への防災対策があり、地元の「追分地区」との防災協定に基づき、万が一の場合には協定に基づき複合施設を避難所として利用していただくことや食料品等を備蓄し備えている。防災についての講演会を複合施設として地域に向けて行ったことがある。また、法人や法人軽井沢地区の広報誌「おらち通信」を発行し、利用者や家族、地域の居宅介護支援事業所などに配布しブロック全体としての情報発信に努めている。今年度は新型コロナウイルス禍で自粛されているが、通常であれば「追分道中」や「軽井沢ハーフマラソン」などに複合施設として関わりを持ち、また、複合施設内の30歳以下の職員が「ヤングドライバークラブ」を結成し「安全運転管理者協会軽井沢支部」での交通安全運動に協力するなど、街の活性化に寄与している。今後、更に地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催し、地域住民への参加を呼びかけていくことを期待したい。
		□ 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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 □ 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。 □ 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>・例年であれば、避暑地という土地柄から夏場になると別荘に泊まりこみつづ当事業所を利用する利用者もおり、利用を希望する高齢者や家族に柔軟に対応し可能な限り受け入れを行っているが、新型コロナウイルスの影響を受け今年度の利用は少なかったという。事業所の第三者委員として地元の民生児童委員の方などに関わりを持っていただいております。地域のニーズなどもお聞きしている。また、複合施設として町サービス担当者会議に参画しており、地域の介護ニーズを把握している。すでに複合施設1階の地域交流スペースを使用し、他施設職員も交えた消防署員によるAED講習を行ったり、町内の診療所による看取り研修にも参加し互いに知識やスキルの取得に努めつつ、情報交換も行っている。今後、複合施設として相談事業を活発化させていく中で、把握した福祉ニーズにもとづき、これらを解決・改善するための福祉施設・事業所の公益的な事業・活動を行うこと、特に、既存制度では対応しきれない生活困窮問題等の支援など、地域社会での貢献活動を主体的、積極的に更に進めていくことが期待される。</p>
III	1	(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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>・法人理念の中に「人間の尊厳を大切にし柔軟な心を持ってあらゆる質の高い介護を目指す」と明記されており、入職時には「新任職員教育マニュアル」に沿って初級研修で学ぶ機会が設けられ、また、事業所としても毎日の朝礼で唱和し実践している。法定研修として毎年計画される「利用者の尊重や基本的人権の確保」についてはサービス向上人権啓発推進委員会で、「身体拘束廃止や虐待防止」については身体拘束ゼロ委員会で取り上げ組織全体として取り組み、職員はその内容に沿って実践し、全体の意識を高めている。人権への配慮については管理者が現場やデイサービス会議などで、随時、職員に指導するようにし、更に、管理者からの細かな指示もあり周知徹底が図られている。</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)
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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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れ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。 	<p>・利用者のプライバシー保護や虐待防止などの権利擁護に関しては「重要事項説明書」や「身体拘束廃止に関する指針」でふれており、身体拘束・高齢者虐待についての研修や法人の身体拘束委員会による注意喚起などによって、職員も理解を深め実践に繋がっている。また、利用者や家族にはサービス開始時に重要事項説明書で説明したり、事業所内の虐待防止や虐待相談窓口に関するポスターで啓蒙している。更に、撮影した写真を事業所のブログやブロックの「おらち通信」に掲載する際には利用者や家族の了解を得た上で事前に複合施設施設長の許可も得るようにしている。排泄や入浴介助時のマニュアルが整備され、プライバシーに配慮したケアを行うようにしている。今後、事業所内でプライバシー保護や権利擁護に関わる不適切な事案が生じた場合を想定し、対応方法を文書化して明確にされることを期待したい。</p>
		(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。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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方が入手できる場所に置いている。 ■ 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。 	<p>・法人のホームページに当事業所の入る複合施設の紹介があり、また、法人の軽井沢・佐久地区独自のパンフレットもあり、法人概要、法人理念、各施設概要、サービス概要等の分かり易い内容が掲載されている。法人のホームページにはブログのコーナーがあり、複合施設や当事業所としてその活動を情報として積極的に掲載している。見学希望の問い合わせについては随時受け付け、施設内見学とパンフレット等を用いて説明を行っている。パンフレットはケアマネジャーを通して必要な方へ配布し情報を発信している。更に、見学やお試し利用などは、随時、管理者を窓口として対応し、ホームページやパンフレットは必要に応じて随時見直しをしている。</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)
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。	a	■ 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。	・サービスの開始時には当事業所の重要事項説明書や利用案内を用いてサービスの内容や料金などをわかりやすく説明し、契約に同意の上、署名もいただいている。また、利用者に合わせて資料を選び、より分かり易く丁寧に説明をしている。利用者の身体状況や環境の変化などがあった場合には本人・家族やケアマネジャーなどの関係者と話し合いを行い、通所介護計画書や個別機能訓練計画（介護）、運動機能向上計画（予防）を変更する旨の説明を行い同意を得ている。利用者本人の意思決定が困難な時は家族やキーパーソンに意思確認を行い同意を得ている。
			■ 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。	a	■ 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。	・福祉サービスの変更や移行にあたり、利用者の情報が詳細に伝わるように情報提供書などを用いて、ケアマネジャーや移行先の事業所に申し送りを行っており、移行先で不利益が生じず継続的に支援が受けられるように配慮をしている。また、当事業所のサービスが終了した後も相談できるように、管理者が窓口となり、利用者や家族へ口頭で伝えている。			
■ 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。	a	■ 159 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。	・法人の軽井沢ブロック内にサービス向上委員会が設置されており、基本的に年2回、顧客満足度調査を実施し、集計結果を分析・検討した後に関係部署へフィードバックしている。またフィードバックされた情報は当事業所の掲示板で利用者にも知らせ、事業所の会議や法人内のデイサービス部会で共有され、改善につなげている。更に、日常の会話の中やモニタリングで利用者の満足度を把握しており、デイサービスの楽しみの一つである食事に関しては法人の食事委員会が中心となって嗜好調査を実施している。		
■ 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。			・通所介護事業所のため対象外			
■ 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。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>・重要事項説明書にサービスに関する相談・苦情についての詳細が記載され、苦情解決責任者は施設長、受付担当者は管理者となっており、事業所外（市町村、第三者委員の名簿）の窓口と連絡先が掲載されている。苦情解決の仕組みのポスターは当事業所内に掲示され、サービス開始時には契約書や重要事項説明書を用いて利用者や家族に説明している。苦情があった場合には「苦情対策システムの規定」に基づいて対応し、「苦情対応記録簿」に記録している。また、苦情内容に対する検討内容や対応策は当事者にフィードバックし、年2回の第三者委員会の開催時には苦情内容と解決策を報告している。更に、職員会議やデイサービス部会でも情報を共有しサービスの向上に努めている。複合施設内の2ヶ所に意見箱が設置されておりアンケート用紙が用意されている。苦情の内容が公のものであれば苦情申立人の了解を得て公表するための仕組みがある。</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。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>・重要事項説明書の概要(3)に生活相談員の業務内容と人数が明記されており、現在、2名の相談員が配置されている。契約時には口頭で説明を行い契約を取り交わし、相談室を設け環境の整備もしている。更にサービス内容に関する外部の相談窓口として「長野県国民健康保険団体連合会」、「町の介護保険担当」、「第三者委員」について記載しており、相談や意見を述べやすい体制が整備されている。相談に関してのポスターが事業所に貼られており、意見箱も設置されている。利用者や家族からの相談は、送迎時や入浴時、電話での相談が多く、その都度傾聴するようにしている。また、必要に応じて相談室を利用し、相談内容に丁寧に応じている。</p>
			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"> ■ 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。 □ 175 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>・マニュアルが整備されており意見表出から一連の流れを統一した手順で実施している。日頃から相談し易い雰囲気作りを心がけ利用者や家族と良好な関係が構築できるよう、送迎時や入浴介助などのマンツーマンで対応するときなどに、その都度意見や相談を聴いたり、意見箱を置いたり、顧客満足度調査などを実施し、意見の集約に努めている。表出された意見は真摯に受け止め、業務日誌等に記録し全職員で共有している。検討が必要で時間のかかりそうな意見についてはその旨を説明し迅速に対応を行いながら話し合いを進めている。出された意見はサービス向上委員会や法人のデイサービス部会、当事業所の職員会議で検討し、サービスの質の向上に活かしている。今後、サービスの質の向上を更に図るため、対応マニュアルの見直しを定期的に行っていたくことを期待したい。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
Ⅲ	1	(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。	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>a</p> <p>a</p>	<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>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 189 感染症の予防策が適切に講じられている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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している。</p>	<p>・法人の軽井沢ブロックには安全衛生、感染症対策、危険防止の各委員会があり各施設・事業所から委員として職員が参画しており事例検討から対策へとつなげている。事故発生対応マニュアルや感染症対策マニュアルがあり、管理者は看護師などの関係職員とともに常に利用者の安全に留意し、事故があった後は検証を繰り返し再発防止に取り組んでいる。厳しい法人の基準で判断された事故報告書とヒヤリハット報告書も整備されており、参考事例として役立てられている。リスクマネジメントに関する責任者は施設長が担い、「事故発生防止及び発生時の対応の指針」「介護緊急事態対応フローチャート」「デイサービスセンター事故発生時連絡表」「事故報告手順」等が整備され、リスクマネジメント研修やデイサービス職員会議にて職員に周知されている。事故やヒヤリハット事例が発生した場合は、事故報告書に経過や考えられる原因、受傷部位の写真などを細かく記入し、職員間で対応策を検討し再発防止に役立てている。また、事故報告書は毎月危険防止委員会に提出し、委員会で集計した後、法人内の各事業所へ事故事例をフィードバックし、再発防止のための啓発も行っている。</p> <p>・感染症対策に関する責任者は複合施設の施設長が担い、法人内に感染予防対策委員会が設置されている。「感染症マニュアル」「新型コロナウイルス感染予防対策マニュアル」「新型コロナウイルス感染症市民向け感染予防ハンドブック」等が整備され、その中に各種感染症に対するフローチャートや手順書があり、内部研修やデイサービス職員会議にて職員へ周知している。今年度新型コロナウイルス感染症が世界的に発生しており、利用者や家族へお知らせを配布して啓蒙したり、職員に対しても日頃より予防に努めることを喚起している。また、施設に利用者を迎え入れる際には靴の裏消毒や手指消毒、手洗い・うがいを励行し、送迎車やテーブル・イスなども徹底して消毒を行っている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
Ⅲ	1	(5)	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している。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 192 災害時の対応体制が決められている。 ■ 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。 	<p>・法人には防災対策委員会があり、各ブロックからの職員が参加し、年2回の会議で非常時の対策について話し合っている。複合施設(特別養護老人ホーム、ショートステイ、グループホーム、デイサービス)として総合的に対応できる防災体制が構築されており、「防災マニュアル」や「消防計画書」に基づいて、年2回、夜間も想定し「通報・消火・避難訓練」を実施し利用者も参加している。複合施設は万が一に備えた広域の浅間山火山防災マップの範囲内にあり、そのため軽井沢西地区(7地区)との防災協定も締結され、複合施設が住民の避難先ともなっており相互に協力し合うようになっている。備蓄品の管理も含めた災害対応の責任者は施設長が担い、食料品の備蓄も3日間分(2,500食)用意され、その他の介護用品などの備蓄品も保管されており、月2回建物全体の消火設備点検を各部署持ち回りで実施している。また、行政や消防署など関係機関との連携体制も整備されている。</p>
	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"> ■ 197 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>・介護技術についてまとめられた「介護マニュアル」を中心として各種マニュアルが整備されており、サービスを提供する側の基本姿勢として法人理念の一つである「人間の尊厳」が徹底され、介護マニュアルにも、随所に利用者のプライバシーや権利擁護に関する記述があり職員は実践している。また、法人としての基本研修やデイサービス職員会議で職員に周知し、現場では管理者や主任が中心となり技術や付随する支援について指導や振り返りを行っており、また、OJTを通じて個別訓練や指導も行われ、標準的な実施方法を習得している。介護マニュアルは職員事務スペースに置かれ何時でも自由に閲覧することが可能となっている。</p>
			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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>・介護マニュアルを中心とした各種マニュアルは必要に応じて法人本部や各委員会にて見直しをしている。また、法人の軽井沢ブロックの各委員会には各事業所の職員が所属しており、各種マニュアルには医学的根拠や職員の意見なども反映されている。当事業所では1職員10名程度の利用者を受け持つ担当制が採られており、策定された通所介護計画や機能訓練計画はPDCAサイクルで継続実施され、毎月実施される処遇会議の中で3ヶ月から6ヶ月ごとにモニタリングを行い、日々のケアで把握した利用者からの意見や要望等を全体で共有し検討を加え、必要に応じて見直し、計画等に反映されていることが実践状況から確認できた。</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)
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。	a	■ 205 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。	<p>・通所介護計画策定の責任者を管理者が担い、実際の作成は利用者や家族のニーズを把握した上で生活相談員が主となり行っている。アセスメントについては、「デイサービスアセスメント表」を用いて、家族とケアマネジャーからの情報や初回訪問時の情報などを基に身体状況や生活状況をアセスメントし、必要に応じて看護師や栄養士などの関係職員も参加し協議している。アセスメントの加除修正は処遇会議で行い職員間で共有している。一人ひとりの具体的なニーズや意向についても記録し、処遇会議で把握している。また、計画通りに実施されているかどうかは、毎月の利用状況報告書や3ヶ月から6ヶ月ごとに行うモニタリングで確認することができる。支援困難なケースについてはケアマネジャーを中心とした関係職種でケース会議を行い、積極的に福祉サービスが提供できるように努めている。</p>
			■ 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。	a	■ 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。	<p>・通所介護計画には期間が定められており、3ヶ月毎に定期的な見直しを行うためのサービス担当者会議を開き、ケアマネジャーを中心とした関係職種で話し合い、現状に即した計画になるよう検討している。見直しに当たってはモニタリングの結果や課題、関係職種の意見などを反映し、次に繋がるようにしている。また、変更した通所介護計画は個人ファイルやパソコン内に保管され、職員は必ず確認し変更内容を把握するようにしている。入退院や機能低下などにより身体状況が変化した場合には本人・家族の意向・希望に応じ随時、計画を見直し、現状に即した計画になるようにしている。また、変更された計画は本人や家族に説明し同意を得た後、実施に移されている。</p>
			■ 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。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>・利用者の身体状況や生活状況は法人で統一されたフェイスシート、アセメントシートなどに記入することになっており、通所介護計画に基づくサービスが実施されているかは、業務日誌やサービス提供記録、利用状況報告書などで確認することができる。記録に関しては介護計画に沿った内容で記録するように管理者が指導し、朝礼やデイサービス職員会議で情報が共有されている。また、法人としてパソコンのネットワークシステムが整備されており、利用者の通所介護計画やサービス提供記録などが法人内で共有できるようになっている。また、個別機能訓練計画や運動機能向上計画は期間ごとに理学療法士により作成され、計画に基づき実施されている。記録の内容、書き方については各職種で基本的な記載内容や方法があり、表記上の表現や内容に個人差がないようにマニュアル化しOJTにより実践的な指導が行われている。毎月開催される処遇会議では通所介護計画、機能訓練計画、利用状況等についてモニタリングを基に話し合い、利用者の援助内容やリハビリの見直し等を検討している。個人記録は部署のパソコンで閲覧、共有できるようになっている。</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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 224 記録管理の責任者が設置されている。 ■ 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。 ■ 226 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 ■ 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。