



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 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	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。	・法人の単年度の事業計画に基づいて当施設としての事業計画と収支予算が組み立てられ、その結果を職員にも説明し施設の現状を正しく理解してもらい運営の改善に役立てている。事業報告書の様式も「具体的な活動(D)、現状(C)、今後の取り組み(A)」という形で目標値に対する結果が数値として示されようになっている。職員も運営状況を把握し、施設の課題解決に具体的に取り組んでいる。職員体制、人材育成とい面でもキャリアパス制度が導入されている。	
					■ 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。		
	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。	a	■ 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。	・介護保険の改正も3年毎に実施されている中で、介護保険改正のおおよその期間に合わせた中期計画が策定されており、「2025年ビジョン」が施設として掲げられている。特に、2020年度には「セーフティネットとしての役割が果たせる専門集団になっている」と理想とする姿を示し、小規模多機能施設の開設等も視野に入れた計画を立てている。単年度の事業計画や収支計画は中・長期計画を反映したものになっている。
						■ 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。	
			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	■ 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。	・法人本部の事業計画に基づいた単年度の当施設としての事業計画と収支予算が立てられている。事業計画には計画(P)、具体的活動(D)として数値でも示され、実行可能なものとなっている。また、年度の終了時にはそれぞれの「具体的な活動(D)」に対して「現状(C)」、「今後の取り組み(A)」という形で事業報告書を作成している。	
					■ 18	中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。		
					■ 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。		
					■ 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。		

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) 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・見直しを組織的に行われ、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。	・事業計画の進捗状況は毎月のチームリーダー会議等で確認し、また、半期ごとに事業計画や収支状況を振り返り確認や見直しもしている。監事による監査も行われ、年度終了時には当施設を中核とした拠点としての「事業報告書」と各事業所としての「資金収支計算書」も作成している。現在介護チーム、医務チーム、相談チームというチーム制になっており、介護チームではユニットリーダー会議と、ユニット会議が毎月実施されており、また、職員による14の委員会があり日ごろの業務の中での気づきや意見などを抽出し課題を明確にし改善策に繋げている。職員の面談も年2回実施されており、現場の職員の意見等を計画の策定に活かしている。
			■		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。	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。	・法人のホームページで現況報告が2期分、決算報告書が4期分公開されており、家族等がいつでも閲覧することができる。フロア毎の家族会があり、年1回行われており、また、夏祭りなどで家族が集まる機会もある。今後、そうした機会をとらえ、法人や当施設の運営状況についてふれることを期待したい。特別養護老人ホームという性格上、利用者への周知は難しいと思われるが、理解が可能な利用者に向けて説明方法に工夫を凝らし知らしめることを期待したい。
□	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。						
組 4	福祉サービスの質の向上	(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	■	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。	・当施設としての第三者評価の受審は今回が初めてである。職員個々のチャレンジカードに沿った自己評価は行われているがサービスの質の向上についての組織的な取り組みがまだ実施されていない。今後は組織としてそれぞれのサービスについて定期的に評価を実施し、評価結果等を分析・検討する体制を整備されることを期待したい。  (注) PDCAとはP(Plan・計画策定)・D(Do・実行)・C(評価)・(Act・見直し)の略
□	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。						

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	への組織的・計画的な取	(1)	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。	b	<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。 <input checked="" 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。		・前項同様、当施設として第三者評価の受審は初めてであり、サービス評価については組織全体として取り組むところまでには到っていない。今後は実施した自己評価や第三者評価等の結果を分析し、単年度では解決ができないものも想定されるから、計画の見直しあるいは計画の変更等に更に有効に活用されることを望みたい。
II	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。	a	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。		・施設長の役割と責務は事業所の運営規定や自衛消防隊編成表をはじめとした各種組織表、マニュアルなどに明記されている。また、法人のキャリアパスや特養事業部として業務分担などの職掌の範囲も明示されている。平成30年12月に発行された法人の広報誌「あっとホームだより」には施設長の顔写真とともに挨拶を兼ね、法人の運営方針や自ら目指す介護についての考え方等の決意表明をしている。
			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。	a	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。		・ユニットケアを推進している近隣の三つの特別養護老人ホームによる合同研修会や内部研修等で権利擁護や虐待防止等についての研修が開催されているので職員が経験年数等に応じて受講しており、施設長は介護保険を始めとした法令や倫理を常に意識し職員を正しい方向に導いている。毎月1回、チームリーダー会議やユニット会議が開かれ、また、各委員会が主催する勉強会なども実施され、具体的に守るべき法令について現場での事例等も交え周知されている。

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	(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。	・施設のチームリーダー会議、ユニットリーダー会議などで施設長は職員とともに事業所のサービスを振り返り改善へとつなげている。事業計画にも「重度化に対応できる『支援体制の整備』『職員教育』ができる」を掲げ、利用者が自分らしい暮らしができるよう支援を強化するとし職員の意見や要望を施設の運営に反映している。また、施設内の研修についてもその内容についての充実を図るため研修アンケートなどをとり職員からの要望・意見を次の機会に活かしている。
					■ 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。					
	■ 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。					
		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	■ 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。	・前年度の事業を検証し、施設としての単年度の事業計画を法人の事業計画に沿い立案している。事業計画に沿った収支予算の編成に当たっては各ユニットや各委員会にも要望等を上げるように委ねている。施設の事業計画や具体的な活動が数値化され掲げられており、運営や業務の効率化に向け全職員で取り組んでいる。施設のチームリーダー会議やユニットリーダー会議、ユニット会議などで意思統一を図っているほか、職員も法人内に組織された14の委員会のいずれかに属し、業務の効率化やサービスの質の向上に取り組んでいる。	
	■ 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。					
	■ 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。	・基本的に職員の採用については法人本部で行われている。職員が働きやすいように採用に際して時間帯や夜勤の有無による6つの勤務形態から選択できるようになっている。また、事業所内保育所を開設し女性職員の子育て支援も行っている。単年度の事業計画の基本方針の中には「職員の持つ潜在能力を引き出すための教育研修活動を整備し、やる気を引き出して、離職者ゼロの職場を目指してまいります」とし、それに対応し「教育・研修予定」欄には具体的な実施内容を掲げている。今後、新たな事業を展開していく中で人材の確保・育成に向けて更に具体的に取り組まれることが望まれる。
					□ 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。	a	■ 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。	・法人としてのキャリアパス制度があり、役割等級制度、目標管理制度、人事考課制度などとして取り上げられ、職員が自らの将来を描けるような、昇進・昇格の基準、賃金の水準、必要なスキルの水準等について明確にされている。また、チームリーダー、ユニットリーダー、介護職員、生活相談員、介護支援専門員などの業務の内容も明確になっている。職員の異動や勤務コースの希望等については人事考課に伴う面談で伝えることができる。
			■ 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。						
		(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。	b	■ 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。	・職員の労務管理の主担者はチームリーダーとユニットリーダーとなっている。時間外労働などについてはユニットリーダーに口頭で伝え、事後の勤務実績確認時にチームリーダーがチェックしている。有給休暇の取得については施設として偏りがないう、ユニット間を越えたフロアごとの協力体制を組んでいる。人事考課に伴う面談も年2回行われており職員の意向・意見なども聞き、勤務体制を整備している。施設内研修でもメンタルヘルスに係る研修が行われており、ストレスチェックも毎年度行われ、法人内の産業カウンセラー有資格者による定期的な面談があり、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ている。今後、将来に向けての中期計画や年度の事業計画等に福祉人材や人員体制に関する具体的な計画も取り上げていただき、人材の確保に取り組みされることを期待したい。
■ 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。						

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。	・法人としてのキャリアパス制度があり職員の経験や習熟度に合わせた「期待する職員像」が示されており人事管理への活用が図られている。法人として人事考課制度が取り入れられており、職員はチャレンジシートでチャレンジ目標を立て、毎年度、上位者との面談を2回行い、期待する成果や能力開発の目標を具体的に立て、振り返りの場にもしている。また、職員それぞれの職位や担当職種に応じた業務一覧があり、業務の内容は明確になっている。	
					■ 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。	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。		・法人のキャリアパス制度や業務一覧などがあり、職員の業務の内容は明確になっている。施設としての独自の研修や勉強会が行われており、また、ユニット型の特別養護老人ホーム3施設の合同研修会などに職員が出席している。研修後は出席者からその研修から得られたもの、内容についての満足度等、アンケートが必ず取られており次回に活かされている。今後は、法人本部や施設の事業計画に基づいた教育内容やカリキュラムの評価と見直しをされることが求められる。
					■ 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。		・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「研修出席表」に記録し残すようになっている。中堅職員研修など習熟度や勤務年数に合わせ外部研修が生まれ、対象となる職員が出席している。外部研修の成果を伝達研修という形で施設やユニット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チューター制度が導入されており、指導者として教え導く役割を担う先輩の職員も助言者としてサポートしつつ、自らも振り返りを行っている。
					■ 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。							

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。	b	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 94 指導者に対する研修を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・施設として実習生の受入れをしており、そのための手引きが作成されている。介護チームリーダーが受け入れの窓口となり介護福祉士を目指す実習生の事前オリエンテーションなども行っている。学校側と、実習内容について連携してプログラムの打ち合わせをするとともに、実習期間中においても継続的な連携を取っている。今後、事業計画等にも明記され、次代を担う若者たちの養成についても更に前向きに取り組んでいただくことを期待したい。
保3	運営の透明性の確	(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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・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、当施設や法人内の各事業所の概要、法人の決算・現況報告等も知ることができる。法人の広報誌「あつとホームだより」が地域の松本市梓川地区全戸に半期ごとに配布されており、法人の事業内容や活動報告などを掲載している。
			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。	a	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・法人として事務処理の規程、経理規程などの各種規程があり、必要に応じて社会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できる。また、法人運営の透明性を図るために会計士による監査業務が行われ、財務諸表が適正であるかどうかの評価を受けている。更に、監事による監査も実施されている。



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	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	■ 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。	・利用者と地域との関わりについては法人の理念の一つとして「介護とは、地域のネットワークである」とし、「自治体・医療機関・地域住民と連携し、福祉のまちづくり貢献すること」を謳っている。今年度の事業計画の中の施設目標として「家族や地域住民と定期的な交流ができる」と掲げ、地域向け勉強会なども開催している。サルビア祭り等、施設のイベント等にも地域の人々が参加しやすいようにしている。また、施設へのボランティアの来訪もある。利用者の理解度に応じ掲示板等を通して地域のイベントや社会資源を利用できるように情報を提供している。
			■ 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。	
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	■ 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については「サルビアでのボランティア活動の心得」として担当者が登録手続き、事前説明等を行っている。繕いものやコーラス、ハーモニカなどのボランティアが来訪しており、利用者への理解を深めるためとボランティアの定着化を目指している。また、高校生のボランティア体験学習の受け入れもあり、地元の児童との流しそうめんでの交流、小学校PTAとの焼き芋大会での交流、地区民生児童委員などとの交流も行われている。			
■ 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。						

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>■ 119 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 121 地域に適当な関係機関・団体がいない場合には、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。</li> </ul>	・施設内には法人本部があり、居宅介護支援事業所、ヘルパーステーション、グループホーム、保育園などもあり、また、他の拠点としてサービス付き高齢者住宅やデイサービス等の事業所があり法人内外の事業所と連携している。職員もそれぞれの業務で関わりをもっているので職員間での情報の共有化も図られている。松本市第7期介護保険事業計画の専門委員会や地域ケア会議などに法人の施設や事業所の職員が参加し問題提起や解決に向けて協働している。施設内には居宅介護支援事業所があるので他の介護保険事業者とも連携している。看護師を通じて利用者のかかりつけ医や地域の病院、老人保健施設等とも情報の共有化を図っている。入居施設としての特別養護老人ホームという性格上難しい点もあるが、利用者にとってプラスになるような社会資源のリストや資料を可能な範囲で集めたり活用している。
		(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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>

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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> </ul>	<p>・松本市第7期介護保険事業計画の専門委員会や地域ケア会議などに法人や施設として参画し地域のニーズを把握している。施設の単年度の事業計画にも「家族や地域住民と定期的な交流ができる」としており、家族向け勉強会や地域向け勉強会の開催を盛り込んでいる。ユニットケアを行う市内の他の2施設とも合同研修会をし交流を図っており、地域に眠っている力を掘り起こし、介護、福祉、地域社会に活かせる組織づくりを行おうとしている。地域の民生児童委員が施設のボランティアとして訪れ、また、利用者、家族、地元民生委員からなる運営懇談会も開催され地域の状況も把握できるようになっている。また、併設のグループホーム(認知症対応型共同生活介護)が主体となりオレンジカフェなども実施し施設としてもバックアップしている。今後、施設独自に地域住民の主体的な活動を支援するような取り組みを期待したい。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・法人の運営方針として「入居者を管理するのではなく、日常生活の継続を基本」、「個性を大切に」、「プライバシーとプライドを守るケア」、「自分らしく生きること」を上げ、職員は毎朝唱和をし業務についている。新人研修時には倫理綱領・法人規程についてふれ理解し、施設全体で理念や基本方針を実践している。</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	(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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> </ul>	<p>・重要事項説明書等にプライバシーに関する姿勢が明記されており、施設の会議において「プライバシー個人情報保護の現状と課題」についての研修等を行い、周知を図っている。苦情等の対応マニュアルはフローチャートとして示されている。今後、プライバシー保護と権利擁護に関する不適切な事案が発生した場合の対応方法等について明確にされていくことを期待したい。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 148 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・法人の広報誌「あっとホームだより」は施設のある梓川地区の約8,000戸に配布している。パンフレットはカラー印刷と写真掲載で読みやすく、わかりやすい内容になっている。利用希望時にはケアマネジャーが説明を行い、施設見学については施設長が対応している。</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。	・利用開始前には重要事項説明書でサービス内容や具体的な利用料金等の説明を行い契約をしている。利用者・家族等の話し合いから意向や希望の聞き取りを行い、本人が自己決定できる工夫をしている。意思決定や言葉による表現ができない利用者への配慮についてはマニュアルがあり、「基本的な対人援助、接遇技術」に非言語的コミュニケーション他16項目が示されている。
			■ 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。	・生活の場を移行するにあたり不利益が生じないように、日々の支援から関係者との連携を取りスムーズに移行できるように体制を整備している。福祉サービスの変更に当たっては書類に必要事項を記入し、継続して同じサービスが受けられるように引継ぎを行い、利用者や家族への説明もしている。	
■ 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。	・サービスに対する満足度アンケート調査を毎年、年度末に行っている。集計結果を施設の介護チーム、医務チーム等で話し合い、ユニット会議でも報告し施設運営に活かしている。また、集計結果は施設内に掲示し家族等にも知らせている。今後は、利用者懇談会等で集計結果を知らせ、可能な限り利用者にも参加いただき課題解決にむけて意見等をいただき反映されていくことを期待したい。
■ 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。	a	■	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。	・運営規程や利用契約書に苦情解決の仕組みを記載し、重要事項説明書には苦情等申立先（窓口担当者、第三者委員、公的機関等）が明記され、苦情解決第三者委員会において内部研修も行っている。また、事業報告では年間苦情件数と概要を報告し、公表することにより再発防止に向けての取組や質の向上に繋げている。	
					■	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。		
			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	■	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。		・相談や意見について相談窓口を利用者、家族等に文書にて説明を行い、各ユニット入り口に意見箱を設置している。意見を述べやすい雰囲気づくりに職員は日々心掛け、利用者や家族への言葉がけを積極的に行っている。
					■	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。							
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	□	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。	・生活相談員が窓口となり、受け付けた相談は記録として残している。職員は日々の利用者との関わりなかで、適切な対応と意見の聴取に努めていることが利用者や職員のインタビューで確認でき、職員の真摯な取り組みの姿勢を窺うことができた。マニュアル等の見直しについて、指針を第三者委員に提示をし相談を行っているが、意見や要望、提案等を受けた後の手順、検討・対応方法、記録方法、利用者への経過と結果の説明、公表の方法等をその内容別に具体的に記載されることが望まれる。				
		□	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。					

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。	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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・施設長を責任者とする事故対策委員会を月1回開催し、事故報告を基にした検討会の実施と、危険予知を高める勉強会を実施している。重要事項説明書に「事故防止および対応について」として詳細に記述し、事故対策委員会での会議録を職員に配信し周知を図っている。</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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 189 感染症の予防策が適切に講じられている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・医療的ケア委員会の中に感染対策委員会があり、そこからの発信で感染症の情報を職員は得ている。また、定期的な研修を通して毎年度確認している。各ユニットには感染症マニュアルが置かれている。感染症流行時には、水際対策の一環として手指の消毒とマスクを施設玄関に常備している。</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	(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行っている。	a	■	192	災害時の対応体制が決まっている。	<p>・運営規程・利用契約書に「非常災害対策」として記載し利用者、家族等に説明している。月に一度、火災危険防止のため自主点検を実施し、非常災害用の設備点検も契約保守業者に依頼し、施設内の被害を最小限度にとどめるようにしている。また、自営消防隊を編成し任務の遂行に当たり、施設を地域の避難場所として活用することも念頭に置き、適切な対応をしている。更に、防火管理者は職員に対して防火教育の実施と年2回以上の消火・通報・避難訓練を実施している。自然災害については水害避難訓練計画を防災委員会で立てている。食料の備蓄は管理栄養士が担当し3日分を確保しており、施設内の飲料自動販売機のうちの一は、防災対応の販売機を設置している。</p>
					■	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まられ、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。	
	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	■	197	標準的な実施方法が適切に文書化されている。	<p>・標準的な実施方法は業務手順書として文書化され、各分野の担当者は遂行している。各種マニュアルは何時でも閲覧できるように「ど忘れしたら、すぐ見よう」と大書し各ユニットに配置され、新人職員はチューター制度により育成担当者からの指導を受けている。今後、標準的な実施方法に基づいて実施されていることを組織として確認するための仕組みを整備し、標準的な実施方法にそぐわない福祉サービスが提供されている場合の対応方法などについても検討されることを期待したい。</p>
					■	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。	
					□	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。	
b	② 標準的な実施方法について見直しをする	□	202	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。	<p>・ユニット会議やその他会議で研修を組み込みながら、技術、知識を高め一定水準の支援が実践されよう見直しを回り組織全体で取り組んでいる。「24時間シート」で3ヶ月に1回見直しをしており利用者一人ひとりにあったサービスを提供している。介護用の器械等も新しく開発されており、介助の方法も今後変化していくことが予測されることから、期初等に、定期的に見直しの機会を持たれることを期待したい。</p>			
		■	203	検証・見直しにあたり、個別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。				



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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 205 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・アセスメントは定められた手順により実施され、ユニット会議や日々の申し送り等で他職種との連携も取っている。サービス実施計画には一人ひとりのニーズが反映され実施されていることがケース記録からも読み取れた。</p> <p>(注)アセスメントとは高齢者のニーズ（解決すべき生活課題）や可能性を把握するために、さまざまな情報を収集・分析することです。</p>
			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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・施設サービス計画は一年間の長期スパンでとらえ、目標を定めてプランを策定している。24時間シートについては3ヶ月毎に見直しを行い、実施状況についても詳細な記録から読み取ることができ、支援内容は専門的表現方法で記載を行うよう様式を整備している。</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	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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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閲覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。</li> </ul>	<p>・統一様式を用いて適切な記録を実施するため、記録要領を作成し職員への研修を行い、適切な運用に務めている。パソコンでの情報管理体制を用いているが、不正閲覧防止策を採用しアクセスした記録が残るようにしており、情報漏えい防止策も整備されている。</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>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 224 記録管理の責任者が設置されている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 226 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・サービス開始前には利用契約書において「秘密保持」の説明を行い、個人情報を使用する範囲を含めた同意をいただいている。個人情報保護規程を基に、職員への教育や研修が行われている。</p>