

## 評価項目表（共通項目）

番 号	評 価 項 目	評 価	評価の根拠	特記事項
I	福祉サービスの基本方針と組織			
I-1-(1)-①	理念が明文化されている	a) b) c) 非該当	施設管理規定や事業計画書、広報誌、パンフレット、重要事項説明書などに、理念が明文化されている。	
I-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている	a) b) c) 非該当	基本方針は理念との整合性が確保されており、内容も行動規範となるような分かり易く具体的なものである。	
I-1-(2)-①	理念や基本方針が職員に周知されている	a) b) c) 非該当	基本理念が記載された事業計画書を職員全員に配布し、研修会などで説明するとともに職員を直接指導している。また、年に一度、職員全員が自己申告評価をしている中に、基本方針に基づいた評価も行なわれている。	
I-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている	a) b) c) 非該当	重要事項説明書、広報誌（年6回）、施設内掲示により周知されている。また、家族が参加する交流会などでは施設長自らが対応し周知に努めている。	
I-2-(1)-①	中・長期計画が策定されている	a) b) c) 非該当	「和の精神」「奉仕の精神」を基本に、業務見直し係の設置やサービス評価事業、介護福祉士資格取得計画といった具体的な内容の中長期計画を策定し、取り組んでいる。	
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	a) b) c) 非該当	各部署の参加のもと策定しており、理念、基本方針、中・長期計画の内容を反映している。また、施設内の各委員会で実施状況を評価している。	
I-2-(2)-①	計画の策定が組織的に行われている	a) b) c) 非該当	多くの職員が参画している業務管理委員会が中心となり、事業計画に基づき策定している。利用者の意見を取り入れる工夫もある。また、前期・後期の年2回、計画の評価見直しがされている。	
I-2-(2)-②	計画が職員や利用者等に周知されている	a) b) c) 非該当	職員には全体会や主任からの伝達研修などにて周知されている。家族・利用者には掲示板やイベント参加時などに説明実施されている。	
I-3-(1)-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) b) c) 非該当	管理者は、役割と責任を認識し、全体会で職員に表明するなど、施設の提供するサービスの質向上、職員の資質向上に一貫してリーダーシップを発揮している。また、自己申告評価票などにて職員一人ひとりの意見もくみ上げ、サービスの質向上に努めている。	

I-3-(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	㉑ b c 非該当	福祉分野に限らず、労働・防災・環境など幅広くリスト化し、法令理解の取組をしている。また、主任には例規集を配布し、職員に対しても周知の取組をしている。	
I-3-(2)-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	㉑ b c 非該当	サービス向上検討委員会や業務管理委員会を組織し、定期的に評価分析を行なっている。また、自己評価申告書により職員意見や、利用者アンケートによる利用者意見を取り込み、サービスの質向上に繋げている。	
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	㉑ b c 非該当	管理者は、主任会や施設内各委員会（サービス向上委員会、業務管理委員会等）から現場の意見を聞き、業務の効率化と質向上を配慮した計画策定・人事検討をしている。また、中長期の計画に基づき常に数年先まで検討しながら計画を実践している。	
II	組織の運営管理			
II-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている	㉑ b c 非該当	管理者自らが、町や施設関係の様々な役職につき、地域・社会の動向を情報収集している。	
II-1-(1)-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	㉑ b c 非該当	現場から出されたデータをもとに分析を行なっている。また、職員に対しコスト意識・経営上の課題などの研修も実施している。	
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている	㉑ b c 非該当	経営について詳しい知識を有する者が加わり監査が実施されている。	これまでのところ、改善課題等の指摘事項はない。
II-2-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランが確立している	㉑ b c 非該当	介護福祉士や介護支援専門員の資格を計画的に取得させ、職員の質向上を図っている。また、プラン作成者以外にも、それぞれの部署に介護支援専門員資格者を配置している。	
II-2-(1)-②	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている	a b ㉓ 非該当	人事考課は実施していない。	来年度から実施予定。
II-2-(2)-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	㉑ b c 非該当	職員の就業管理は各主任ほか役職員が行っており、また、自己申告評価を直接施設長に提出して希望や相談ができる仕組みを作っている。	
II-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる	㉑ b c 非該当	市町村職員互助会に加入のほか、組合親和会を組織し、福利厚生に取り組んでいる。	
II-2-(3)-①	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている	㉑ b c 非該当	管理規程に教育・研修に関する基本姿勢を明示しており、内外研修計画も樹立している。	

II-2-(3)-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	Ⓐ b c 非該当	事業計画に基づき、内外での研修を実施。内部研修では、5年間は新人研修が課せられており、主任以上の職員が研修担当をしている。
II-2-(3)-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 c 非該当	研修後はレポート提出や職員会での研修報告、レポートを冊子化して全職員に配布している。計画的に研修がされ、学ぶ習慣づけと、業務の質向上に取り組んでいる。
II-2-(4)-①	実習生の受入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している	Ⓐ b c 非該当	管理規程に基本姿勢を明示し、受入れマニュアルも作成している。受入担当職員も決めており、学校側との連携もとれている。
II-2-(4)-②	実習生の育成について積極的な取組を行っている	Ⓐ b c 非該当	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作成し、担当者も配置して育成の取り組みを行なっている。
II-3-(1)-①	緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている	Ⓐ b c 非該当	感染症対応マニュアル、夜間急変時対応マニュアルといった、具体的方法まで記載したマニュアルを整備している。
II-3-(1)-②	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	Ⓐ b c 非該当	施設内の事故防止委員会において、事故状況報告書、事故再発防止報告書を分析し、未然防止策を検討している。
II-4-(1)-①	利用者と地域とのかかわりを大切にしている	Ⓐ b c 非該当	地域行事への職員参加や、施設内行事に地域から参加があるほか、利用者のニーズに応じて外出援助を行なっている。
II-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している	Ⓐ b c 非該当	介護相談窓口の設置や健康教室の開催等の取り組みを行なっている。
II-4-(1)-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	Ⓐ b c 非該当	管理規程に基本姿勢を明示し、受入れマニュアルも作成している。受入れ担当も決め、積極的に受入れを行なっている。
II-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている	Ⓐ b c 非該当	社会資源の資料として福祉ネットワーク表を作成し、職員に説明するとともに各部署でいつでも確認できるところに保管されている。
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている	Ⓐ b c 非該当	町内の団体や広域圏の施設団体と連携し、当面の課題について協議し、解決に向けて取り組みを行なっている。

Ⅱ-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している	Ⓐ b c 非該当	管理者が町内の団体やその他関係団体の役職をしていることもあり、それらの連携により情報収集・福祉ニーズの把握を行なっている。また、個々のニーズは、介護支援専門員との連携で把握している。	
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	Ⓐ b c 非該当	民生委員、社会福祉協議会などとネットワークを組み、地域の福祉ニーズをくみ上げて事業・活動を行なっている。その具体例として、療養食やキザミ食、ミキサー食といった特別食の配食サービスが行われている。	
Ⅲ	適切な福祉サービスの実施			
Ⅲ-1-(1)-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組を行っている	Ⓐ b c 非該当	管理規程や事業計画に、利用者を尊重したサービス提供について基本姿勢を明示している。また、職員に事業計画を配布、説明し、共通の理解を持つよう指導徹底している。	
Ⅲ-1-(1)-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	Ⓐ b c 非該当	プライバシー保護に関するマニュアルを整備するとともに、職員意識と、プライバシーが確保できる環境づくりを徹底している。	
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している	Ⓐ b c 非該当	利用者満足の向上を目指す姿勢が明示されており、利用者満足度の把握の仕組みとして、アンケート、週一回の相談、月一回のグループ対話、月一回の介護相談が行なわれている。	
Ⅲ-1-(2)-②	利用者満足の向上に向けた取組を行っている	Ⓐ b c 非該当	施設内のサービス向上検討委員会で、利用者満足の内容について分析・検討を行なっている。また、毎朝、相談員は全ての居室を訪問し、利用者の要望・希望・ニーズの把握に努め、サービス向上に取り組んでいる。	
Ⅲ-1-(3)-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 c 非該当	相談員が毎朝居室を訪問し、利用者の要望等を聞く機会を持っているほか、アンケートや週一回の相談、月一回のグループ対話、第三者委員による介護相談といった、複数の相談方法を整備している。また、相談方法を掲示板で周知している。	
Ⅲ-1-(3)-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 c 非該当	苦情解決の体制ができており、説明資料の掲示により周知している。これまで苦情件数は無く、苦情に至るまでにサービス向上・対応をしている。	今後は、更に細やかなニーズ掘り起しへの働きかけも期待する。
Ⅲ-1-(3)-③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している	Ⓐ b c 非該当	意見提案マニュアルを作成し、体制整備をしている。これまでには意見・提案はない。	

Ⅲ-2-(1)-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	Ⓐ b c 非該当	施設内にサービス向上検討委員会を組織して、93項目の自己評価を定期的に行なう体制ができている。
Ⅲ-2-(1)-②	評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている	Ⓐ b c 非該当	全職員参加で93項目の評価・分析を行い、課題の改善策を全職員に周知徹底している。
Ⅲ-2-(1)-③	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している	Ⓐ b c 非該当	評価分析に基づき、課題について向上計画を立て、サービスの質の維持向上を行なっている。
Ⅲ-2-(2)-①	個々の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	Ⓐ b c 非該当	標準ケアマニュアルを作成し、全職員に配布するとともに、各主任が指導に当たっている。
Ⅲ-2-(2)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している	Ⓐ b c 非該当	業務見直し係により、年一回見直しを行なっている。また、定期のほか、必要時には随時見直しを行なう仕組みができている。
Ⅲ-2-(3)-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	Ⓐ b c 非該当	ユニット単位で計画を共有し、実施状況の記録を適切に行なっている。
Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制が確立している	Ⓐ b c 非該当	個人情報管理規程と個人情報管理責任者が定められており、記録の管理状況も適切である。また、職員には研修を実施して周知徹底している。
Ⅲ-2-(3)-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	Ⓐ b c 非該当	ユニット単位で毎朝ミーティングを行うとともに、介護支援専門員と毎週カンファレンスやケース検討をし、情報共有をしている。
Ⅲ-3-(1)-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	Ⓐ b c 非該当	チラシや広報誌の配布、ホームページにより情報発信し、施設見学はいつでも受け入れ態勢ができている。
Ⅲ-3-(1)-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	Ⓐ b c 非該当	重要事項説明書に基づき繰り返し説明し、同意を得ている。
Ⅲ-3-(2)-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	Ⓐ b c 非該当	退所対応手順書や、引継文書として退所時サマリーを定め、転施設や家庭への移行の体制が整っている。
Ⅲ-4-(1)-①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている	Ⓐ b c 非該当	サービス計画マニュアルに基づき、計画的にアセスメントを行なっている。その際、担当ユニットの介護職員からも情報を得つつ、現状に即して行なっている。
Ⅲ-4-(1)-②	利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している	Ⓐ b c 非該当	アセスメントに基づき、ニーズや課題を明示している。
Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している	Ⓐ b c 非該当	介護支援専門員を責任者とし、介護職員や他職種参加によるサービス担当者会議を実施して、連携・合議のうえ計画を策定している。

Ⅲ-4-(2)-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	① b c 非該当	介護支援専門員が現場と常に連携をとり、3ヵ月に一度の定期見直しを実施するとともに、必要時は随時見直しを行なっている。また、職員へは、ミーティングや連絡ノートで変更事項について連絡を行なう体制ができています。	
-----------	---------------------------	-----------	---	--