

(別添1)

事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別：高齢者通所介護
 事業所名（施設名）：さかき美山園デイサービスセンター
 ○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)	■	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。	○設置主体法人（坂城福祉会）の理念や基本方針が明文化され、ホームページ、広報誌（坂城福祉会便り）、事業計画書等に明記され、広く周知が図られています。 ○理念、基本方針は、事業計画に明記し、毎年度職員配布され、また、特に3つの理念は、内容が簡潔で分かりやすいことと、毎朝の職員朝礼で唱和されていることで、職員の周知度は、めだって高いことをインタビューで確認しました。 ○玄関や廊下等の掲示板には、理念が掲示され、通所介護利用者や家族等への周知共有も図っていました。また、利用者の満足度調査でも、利用者・家族の周知度を伺う設問もあり、周知度向上へ努めていることが伺うことができました。
	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。 ■ 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。 ■ 9 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。 ■ 10 定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。	○さかき美山園デイサービスセンターは、特養さかき美山園の併設型通所介護事業で、本体事業と一体的に運営されていることにより、必要な情報の相互共有が図られ、特に地域の福祉課題や利用ニーズ等は、運営推進会議の情報も含めて、通所介護から具体的な情報として共有され、一体的に周知共有できていることを管理者等のインタビューで伺いました。 ○管理者は、通所介護事業のコスト分析や利用稼働率等を毎月データ化し、経営状況の把握に努めていました。
			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。 ■ 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。	○設備や職員体制等の運営・経営課題については、管理者と主任が連携して把握し、法人の主任会、施設長会で協議、課題を共有する仕組みになっていました。 ○運営・経営課題は、事業計画や中・長期計画に反映され、法人役員会で改善計画等具体的な取り組みが審議承認される仕組みになっていました。また、毎月の職員会で管理者は、運営課題や取り組み状況等を説明して、周知を図っていました。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
				■ 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。	た。

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)
	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。 	<p>○法人の中・長期計画が策定されていて、通所介護は、本体の特養施設と一体的な主要計画として、屋根防水シート張替え工事や設備整備及び修繕計画が明示され、収支計画書も策定されていました。</p> <p>○中・長期計画は、具体的な数値目標や成果等を設定し、管理者が定期的に職員会で説明し、周知を図っていることを、職員会会議録で確認し、職員自己評価結果のコメントや職員インタビューで伺いました。</p>
		(2) 事業計画が適切に策定されている。	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○単年度事業計画には、中・長期計画が反映され、環境美化委員会等関係する委員会の事業計画として明記されていました。</p> <p>○単年度事業計画の実施状況は、事業報告に具体的に示される仕組みになっていて、従って、事業計画内容は、実行可能な具体的な内容として、計画されていることを、事業計画書及び事業報告書で確認しました。</p>
		(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・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○事業計画は、各委員会が計画案を職員会で説明し、全体協議で策定する仕組みになっていました。</p> <p>○事業計画の達成状況等振り返り評価は、12月に各委員会で行われ、評価に基づいて見直しや次年度の事業計画に反映させる仕組みになっていました。</p> <p>○通所介護の職員は、人数が少ないため、本体の特養施設職員と合同で委員会を構成する委員会もありました。</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)
			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a)	■	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。	○利用者自治会や家族会は発足されていませんが、主な事業計画内容は行事計画と一緒に通所介護エリアの掲示板に掲示され、また、同様な資料を法人の「坂城福祉会便り」が家族に配布されて、周知に努めていました。 ○利用者には、年度当初に、掲示された資料により、管理者が説明し、また、行事の都度、家族に家族通信が配布され、利用者にも、主任者から説明していることを案内文書とインタビューで伺いました。
					■	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。	
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。	○第三者評価受審は、平成28年度に本体特養施設と一緒に受審していて、その後、毎年度職員自己評価を実施し、評価結果を全職員で周知共有する取り組みがありました。 ○第三評価の受審や職員自己評価及び利用者満足度調査は、法人の中・長期計画にも明示され、評価結果の課題を改善業務委員会がPDCAサイクルによる取り組む仕組みで、利用者・家族へのサービスの質の向上へ努めていることを委員会記録で確認しました。
						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。							
		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。	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。	○評価結果の分析・検討は、法人施設長会で毎回行われ、明確にされた改善課題については、上記のように2カ月に1回開催される業務改善委員会により、改善計画案が示され職員研修会で周知共有が図られていることを委員会資料で確認しました。 ○業務改善委員会のプレッシャーを感じるとのコメントを数名の職員インタビューで伺いましたが、モチベーションが上がったとのコメントもあり、改善策や改善計画、実施状況の検証も確実に実施していることを確認できました。
				■	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。		

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 組織の 運営管理	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)	■	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。	○事業計画書に、管理者の責任や役割、不在時の権限委任が業務分掌として明示され、職員にも周知共有されていることを職員自己評価結果のコメントやインタビューで確認しました。 ○管理者は、職員会、研修会、座学等種々の職員の集いに必ず出席し、管理者としての考えを伝えていることを職員インタビューで伺いました。また、
			■	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。				
		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、福祉現場での経験が長く、遵守すべき法令についても見識があり、また、毎月開催される法人施設長会で、最低基準等関係法令についての勉強会等で情報の周知・共有もできていることを施設長会議録や管理者インタビューで伺いました。 ○管理者は、職員の研修会等種々の職員会合に出席し、遵守すべき法令について、わかりやすく説明し、周知を図っていることを職員インタビューで伺いました。	
		■	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。	○第三者評価結果を十分に活用しながら、通所介護事業のサービスの質の現状を把握し、改善計画等により、管理者が先頭になって、実行していることを職員インタビューで伺いました。 ○管理者は、業務改善委員会と連携して、通所介護利用者のサービスの向上のための取り組みを計画に基づいて積極的に進めていることを計画書で確認しました。 ○サービスの質の向上についての取り組み計画は、職員会等で随時、管理者から説明がされ、利用者・家族にも通信案内で周知と協力依頼がされていることを、事業所便りで確認できました。		
	■	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。	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。	○管理者は、運営の課題や業務の実効性・改善課題を評価・分析し、業務改善委員会に示し、具体的な改善計画を策定し、先頭に立って実践していることを改善計画や職員インタビューで伺いました。 ○職員インタビューでは、管理者が的確なアドバイスしてくれるので働きやすいとのコメントが多く聞かれました。			
■	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。						

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)
	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○必要な人材確保や採用計画は、毎月の法人施設長会で各事業所から情報報告がされ、法人事務局で一括して採用計画に反映される仕組みになっていました。</p> <p>○職員自己評価結果コメントや職員インタビューでは、数名から職員数が足りないとの訴えもありましたが、派遣職員の補充や人事異動、業務形態の見直し等で忙しい時間帯もあるが、無理なく働けているとのコメントもありました。配置基準はクリアしていました。</p>
			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る。 	<p>○「期待する職員像」は、法人の理念や基本方針の資料の中で職員倫理綱領とともに明示されていました。</p> <p>○法人の人事基準規程に基づいて、キャリアアップ制度、人事考課制度が導入され、職員と施設長の年2回の個別面談を実施する中で、適切に評価する仕組みになっていました。</p> <p>○給与や昇格等の処遇に関する職員の意見や要望は、毎年アンケート調査を実施し、改善課題については、施設内部でできることは施設長と業務改善委員会とで対応し、法人としての課題については、法人施設長会と役員会が対策を行う仕組みになっていることを運営幹部のインタビューで確認しました。職員インタビューでは、数名の方から、よくはわからないとのコメントもありました。</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>○管理者は、毎月、職員の勤務状況や年休取得状況、時間外労働状況等をデータ化し、課題があれば個別に職員と話し、改善を働きかける等適切な労務管理が実施されていました。</p> <p>○管理者は、年2回の職員との個別面談の他にも、日常的にも随時相談を受ける機会を設け、職員インタビューでも「的確な助言がある」「安心して気軽に話し合える」等のコメントが多く聞かれました。</p> <p>○管理者は、職員会で、有給休暇や希望休暇、育児休暇、介護休暇等を取得することを積極的に奨励し、個別面談では、家庭生活の問題も真摯に受けて、時短勤務への配慮や気づかい等長く勤められるような対応により、ワークライフバランスを考慮した「働きやすい職場作り」に努めていることをデータや資料や職員インタビュー、管理者インタビューで伺いました。また、職員の定着率も安定していることをインタビューで伺いました。</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)
		(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。 ■ 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。	○法人組織の人事考課制度により、目標管理制度が導入され、年度当初に職員から年度目標が用紙により提出され、主任がチェックして、管理者との個別面談で目標の内容や水準等について話し合われて、目標を定めて実施する仕組みになっていました。 ○職員の目標の進捗状況を確認するために中間に管理者が個別面談を行う仕組みがあり、適切に実施されていることを資料等で確認できました。 ○目標の達成度の評価は、年度末に主任による1次評価、管理者の2次評価を経て、法人の施設長会と法人事務局により最終評価として決定する仕組みになっていました。
			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。	○法人の職員研修体系には、理念・基本方針、倫理綱領に、「期待する職員像」と必置専門資格も明記され、各施設・事業所の職員研修委員会の研修計画に反映されていることを事業計画・事業報告書で確認しました。 ○法人の研修体系は、法人の主任会、施設長会で毎年検討見直しが行われ、また、当通所介護の研修計画は、特養との合同研修委員会で伝達研修の評価をすることで見直しも行われていることを計画書と職員インタビューでも確認しました。 ○職員研修委員会は、本体特養施設と合同で組織し、研修内容を調整する仕組みでした。
			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。	○職員の資格取得や職歴、経験年数等は、法人事務局で管理していて、毎年度、法人の施設長会で人事異動の資料として活用され、また、各施設の資格取得希望職員の情報も共有し、法人の資格取得支援事業により、計画的に実施していることを管理記録や施設長インタビューで確認しました。 ○職員研修は、法人職員研修体系による研修と施設・事業所の合同研修計画による内部・外部研修を計画どおりに実施していることを事業計画書等で確認できました。職員自己評価のコメントや派遣職員インタビューでは、もっと外部研修の機会を増やして欲しいとのコメントがありました。

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)
		(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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○実習生の受け入れについては、マニュアルにより、積極的な受け入れ体制があることを資料で確認しました。</p> <p>○実習生の受け入れについては、特養と合同の委員会があり、特養の実習指導者が窓口になり、実習生の希望や特性、実習テーマにより、通所介護に配属され、実習指導者の実習計画書に基づいて、適切に対応していることを計画書等で確認しました。</p> <p>○実習生に関する利用者への事前説明や紹介が実習指導者により適切に行われ、また、担当職員も計画書に示され、実習評価会議等も関係した職員の合議で行われていることを会議録で確認しました。</p>
	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○法人のホームページや広報誌には、理念や基本方針、職員倫理綱領、各施設・事業所ごとの事業計画、財務状況がわかる資料や苦情件数、第三者評価受審結果が公表され、運営の透明性を確保するための取り組みに努めています。また、各施設・事業所の事業報告書にも実施事業や財務状況、寄付物品等が詳細に報告されていることを事業報告書で確認できました。</p> <p>○法人の広報誌（坂城福祉会便り）を年2回発行し、通所介護利用者・家族や地域に配布し、地域のデイサービスセンター資源として、広く周知に努めています。</p>
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>○法人組織として、事務経理規程、取引等の規程等が整備され、各施設・事業所の事業計画に職務分掌の中で明示され、職員会等で周知を図る仕組みがありました。また、基本方針の中には、透明性の高い運営を目指すことを明記され、組織としての方針が公表されていました。</p> <p>○各規程は、事務所の前に置かれ、職員等がいつでも閲覧できるようになっていました。</p> <p>○法人の定期的な内部監査の他に、年に1回の外部の公認会計士の監査を実施し、法人各事業の経営管理、財務管理、組織運営等に関する助言や指導を受けて、公正で透明性の高い法人組織としての運営・経営に努めていました。</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)
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。	○地域との関わりに関しては、法人の基本方針の中で「社会に対する基本姿勢」として、地域との信頼関係の構築、地域における公益的事業の実施等が明示されていました。 ○施設内の掲示板には、地域のイベントのポスター等も掲示され、参加希望を募る資料も示して、利用者の周知と参加への勧めにも努めていました。また、参加希望者については、地域の福祉車両等を活用する支援もありました。 ○定期的に毎月、地域の方が来園して、お話しの会や法話等の活動を通して、地域の様子や伝統行事等の情報を利用者に伝えているとのこでした。
				■ 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。				
	■ 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。				
		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体制が文書して整備されていました。 ○定期的なボランティア活動として、上記のお茶の会、法話、オカリナ演奏会、琴演奏会、フラダンス、友愛訪問等、地域の皆さんのボランティア活動が定着していることを行事計画書で確認できました。 ○地元の小学校の遠足コースの休憩場所として施設が活用され、また、クリスマスには小学生が来園して、キャンドルサービスや歌を披露して、利用者との定期的交流も定着していました。
			■ 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。		
	(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)	□ 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。	○利用者により良い福祉サービスを提供するためには、地域の様々な機関や団体との連携と必要な社会資源の情報提供が求められています。管理者等は、具体的な社会資源の情報を把握していることは、インタビューで確認できていますので、リスト化・文書化して利用者・職員の周知をさらに図っていただくようお願いいたします。 ○地域の関係機関・団体との連携については、地域包括支援センターとの連絡会、千曲・坂城医療と介護の連携推進会議、介護相談員の定期的訪問、町社協との会議等によるネットワーク体制がありました。
			■ 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	地域に適当な関係機関・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。		

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)
		(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)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<p>○地域との関わりを深める方法として、通所介護の専門的な知識や技術や情報を地域に提供する具体的な取り組みが期待されています。管理者は、地域の福祉に関する講演会で講師として出席していることをインタビューで伺いましたが、さらに介護や生活困窮者、地域の福祉課題等に関する組織としての講習会や研修会を回り、施設機能を地域に還元する具体的な取り組みを期待します。</p> <p>○地域から少し離れた立地環境で、普段、地域住民との交流の機会が少ないようですが、災害時の応援体制や避難場所としての役割分担体制もさらに強化していただくようお願いします。</p>
			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。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○地域の福祉ニーズにもとづいた公益的の事業活動に関しては、町との共催で認知症サポーター研修や地域サロン、コミュニティカフェ等の公益的の事業計画が進んでいるとのことでした。</p> <p>○地域の福祉ニーズについては、民生委員の定期的訪問来園時に、待機者等の情報をも把握し、ケアマネジャーは、地域包括支援センターや社協からの依頼等で地域住民の緊急一時入所利用やデイサービス利用等で適切に対応していることを資料で確認しました。</p> <p>○地域住民の相談に対しては、管理者、主任者、サービス管理責任者と相談員が連携して対応する仕組みがありました。</p>
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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○利用者を尊重するサービス提供に関する基本姿勢は、理念や基本方針に明示され、毎朝の唱和等で職員の周知徹底が図られていました。</p> <p>○事業計画書の冒頭や、標準的サービスの実施方法にも利用者の尊重・尊厳、基本的人権の権利擁護が明記され、定期的に職員研修会や座学勉強会で周知共有に努めていることを記録等で確認しました。</p> <p>○職員の自己評価結果コメントやインタビューでも、周知共有への組織としての取り組みがあることを確認しました。</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)
			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。	a)	<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、権利擁護に関する虐待防止、身体拘束規程は、法人組織により整備され、マニュアル化されていることを資料で確認しました。</p> <p>○プライバシー保護や権利擁護に関する定期的な合同職員研修や座学等で、職員の周知を図り、ポスター等も掲示して、周知共有に努めていました。</p> <p>○通所介護エリアは、施設の中でも見晴らしが最もよい場所にあり、展望も良く明るく快適な構造環境の中で、休養のためのベッドも全員分用意され、カーテン等で仕切る等でプライバシーに配慮されていました。利用者や家族には、利用開始時に居室環境や設備等について、丁寧に説明し理解を得るように努めているとの主任者のコメントでした。また、不適切な事案が生じた場合の対応方法についても、マニュアルに明示され、特養との合同委員会で検証する仕組みになりました。</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人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>○法人の基本情報案内及び広報誌は、誰にでもわかりやすい文面内容になっていて、施設内で掲示したり、自由持ち出しとして、施設・事業所の玄関に置いていました。また、同資料を町役場の福祉課窓口や地域包括支援センター等に置いて、広く地域住民に情報を提供しているとの管理者のコメントでした。</p> <p>○利用希望者等の相談や見学については、随時受付、ケアマネジャーや相談員、主任者、管理者が丁寧に丁寧に対応し一時利用体験も柔軟に対応していることを記録で確認しました。</p>
			② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等によりわかりやすく説明している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○利用開始時には、利用契約書や重要事項説明書、同意書等基準に基づいて、適切に実施されていることを書類で確認しました。</p> <p>○利用変更時には、所定のわかりやすい文書により、相談員、主任者が丁寧に説明し、説明資料を渡し同意書もいただいていることを資料で確認できました。</p> <p>○意思決定が困難な利用者等については、主任者とケアマネジャー、相談員が連携し、家族、身元引受者、後見人等に同席していただき、適切な対応をしていることを手順書や資料で確認できました。</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)
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○利用変更については、手順書等対応マニュアルが整備されていました。</p> <p>○利用変更の際には、主任者、ケアマネジャーと相談員が連携し、関係者及び地域包括支援センターのケアマネジャー等との調整会議を重ね、利用者・家族の同意確認をする文書がありました。</p> <p>○利用変更した利用者・家族には、その後の相談支援窓口として、ケアマネジャーや相談員の連絡先を手渡しているとのことでした。</p>
		(3) 利用者満足の上昇に努めている。	① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 159 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 ■ 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。 	<p>○利用者のニーズ調査は、嗜好調査や外出希望調査を毎年度実施し、また、介護相談員の利用者個別面談を毎月実施することで、生活全般の満足度調査が実施され、利用者一人ひとりの情報を把握・共有する仕組みがありました。</p> <p>○利用者ニーズ調査結果については、改善委員会により評価・分析が行われ、利用者個々への説明や改善計画案が示され、職員全体で検討され、実施される仕組みになっていることを資料や記録で確認させていただきました。</p>
		(4) 利用者が意見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>○法人組織の苦情解決体制は、基準どおりに適切に整備されていることをマニュアルで確認しました。</p> <p>○苦情解決体制は、園内の数か所に掲示され、面会コーナーには、意見箱や記入カードも適切に設置されていました。</p> <p>○利用開始時に、利用者・家族には、苦情解決体制の資料を渡し、丁寧に説明していることを説明資料で伺うことができました。</p> <p>○苦情内容により、第三者委員に依頼したり、苦情申し出人に解決策を提案説明する等の対応も適切に行っていることを記録等で伺うことができました。</p> <p>○苦情件数や苦情・要望の概要については、毎年度、事業報告書に掲示し、周知共有に努めていました。</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)
			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>○利用者が意見や相談をする際には、相談員以外にも管理者や第三者委員、行政の方、介護相談員等の複数の人に相談できることを重要事項説明書に明示、説明し、音楽コーナーや応接室、面会コーナーにも掲示して、利用者・家族への周知に努めていました。</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。	a)	<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い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>○利用者個々の意見・要望、相談については、主任者や担当職員等が日常的に対応して、定期的に個別面談も実施し、内容を記録し、相談員に報告する仕組みがあることを、記録等で確認できました。</p> <p>○苦情解決対応マニュアルに準じて、利用者の意見・要望等に対する対応マニュアルも整備されていました。</p> <p>○利用者からの意見・要望等については、記録等の報告により、相談員がまとめ、検討会議により、解決・改善策案を示し、申し出利用者や家族に説明、同意を得る仕組みになっていることを記録等で確認しました。また、運営推進会議や第三者委員に管理者から報告する仕組みもありました。</p>
	(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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>○法人組織として、リスクマネジメント体制が整備され、委員会が設置され、定期的に委員会が開催され、毎回、理事長も出席し、組織として取り組む体制があることを体制図や会議録等で確認しました。</p> <p>○各施設・事業所は、法人の委員会と連動して、事故防止委員会を設置し、ヒヤリハット報告書や事故報告書等を把握、分析し、法人の委員会に報告し、改善策を共有する仕組みになっていました。</p> <p>○各施設・事業所の合同事故防止委員会により、事例に関する職員研修会が定期的に行われ、また発生事例によっては緊急会議を開き、法人の委員会による研修会も開催され、リスクマネジメントに関する全職員への周知共有を図っていました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 189 感染症の予防策が適切に講じられている。 ■ 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。 ■ 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ている。 	<p>○感染症の対策については、感染症予防対策委員会を毎月開催し、感染症に関する確かな情報収集・把握に努め、マニュアルによる予防対策を適切に実施し、見直しもする仕組みがありました。</p> <p>○感染症に関する内部研修会も委員会の計画により、年2回開催され、職員への周知が図られていました。</p> <p>○特に感染症の季節になると、マニュアルに基づいて、出入口ドア、手すり、リフト消毒、加湿器の設置、また、利用者・職員、来園者には、洗面所に絵図でわかりやすい手順書を掲示し、手洗い、うがい、マスク着用を徹底していました。</p>
			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)	<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、地域の行政をはじめ、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>○施設の立地環境を考慮した、予想される災害も含めた防災計画により、利用者の安全確保の具体的な計画体制がありました。</p> <p>○マニュアルにより、地域住民や自治会役員、消防署の協力で防災訓練を年2回実施し、また、緊急連絡網や発生時緊急会議による、実践的な訓練を行い、役割や責任等、職員の周知共有の徹底に努めていました。</p> <p>○園内の掲示板には、ハザードマップを掲示し、土砂崩落への対応と周知共有に努めていました。</p> <p>○災害時の食料や備蓄品については、栄養士が管理していて、被災を想定した、備蓄品の試食も献立に反映していました。</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>○提供する福祉サービスの標準的な実施方法は、サービス提供マニュアルとして、文書化され、全職員に配布し、職員会で周知共有に努めていました。</p> <p>○サービス提供マニュアルには、利用者の権利や尊重、尊厳についての基本事項も明記され、また、ケース記録の表現や記述内容についても管理者がチェックし、個別に助言・指導していることを記録で確認しました。</p>
		② 標準的な実施方法について見直しをする	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。 	<p>○サービス提供マニュアルは、法人の主任会で検証や見直しが定期的に行われ、ケアプランやリスクマネジメント委員会とも共有されていることをインタビューで伺えました。</p> <p>○利用者や家族等からの意見・要望、クレームについては、把握した職員から、相談員に報告され、主任会に情報として提供されて、マニュアルの見直しに反映</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)
					<p>■ 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>	<p>される仕組みになっていました。</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)
		(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"> ■ 205 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。 ■ 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。 	<p>○法人所定のアセスメント、ケアプラン、モニタリング様式により、適切な個別福祉サービス計画が策定され、実施されていることをサービス実施計画書で確認しました。</p> <p>○アセスメント様式は、利用者ニーズ、家族ニーズ、利用前の生活歴、趣味活動等が具体的に把握できる様式になっていて、ケアマネジャーが作成していました。</p> <p>○アセスメント結果に基づいて、ケアマネジャーが作成したケアプラン案により、介護士、看護師、栄養士、相談員等が策定会議で協議し、計画書の策定が決定する仕組みになっていました。</p> <p>○策定されたケアプランは、利用者や家族にも渡され、ケアマネジャーと相談員、主任者により、丁寧に説明され、同意を得る仕組みになっていました。</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"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○ケアプランの見直しは、半年ごとのモニタリングが定められ、ケアマネジャーにより、評価・検証が行われていました。</p> <p>○モニタリングにより、ケアプランの変更が必要になった場合には、担当介護職員、看護師、栄養士、相談員等が計画策定担当者会議で変更を決定し、利用者・家族にも同意を得ていました。</p> <p>○ケアマネジャーと相談員、施設長は、プラン変更の原因や理由を確認し、変更プランに明示していることを計画書で確認しました。</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)
		(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。 	<p>○利用者個々の福祉サービス実施計画の実施状況や、日常生活、健康状況は、パソコンのネットワークシステム、介護支援システム（ほのぼの）により、関係職員が記録して、全職員が周知共有できるようになっていました。</p> <p>○介護支援システムは、記録項目や記録内容等についても書式化されていますが、職員によって記録内容に差異が生じてしまうため、定期的に職員研修会で話し合い、統一した記録内容に努めているとの主任、管理者のコメントでした。</p> <p>○職員インタビューでは、パソコン入力が苦手という方もいましたが、いつでも必要な情報が把握できて安心感があるとのコメントが多く寄せられました。</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。 	<p>○基準に基づいた、法人の個人情報保護規程により、個人情報に関する資料や記録、保管場所、保存期間、廃棄年数が定められ、適切に整備され実施されていました。</p> <p>○資料や記録の管理責任者は、記録により、主任者、相談員、ケアマネジャーが担っていましたが、統括管理は施設長が管理責任者として明記されていました。</p> <p>○個人情報保護規程は、職員の個人情報保護にも関連する研修会として定期的に開催し、座学での倫理綱領の勉強会等でも、個人情報保護の具体的事例を紹介し、職員一人ひとりの周知共有の徹底を図っていました。</p> <p>○利用者・家族には、利用開始時に個人情報保護に関する規程や使用、開示について説明され、同意書があることを契約書類で確認できました。</p>