

### 事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別 地域密着型特別養護老人ホーム  
事業所名（施設名） ゆめの里朝日

○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	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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 3 基本方針は、法人の理念との整合性が確保されるとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	○社会福祉法人松本ハイランドの基本経営理念である「地域とともにに歩み、助け合う地域福祉をめざします。」「一人ひとりの尊厳を大切に、自分らしくらしの実現に向け支援します。」「笑顔と思いやりの心、責任と誇りを持ち、より高い目標に向かい、惜しみない努力をします。」の3つの理念がホームページ、法人事業計画、玄関等施設内に掲示され周知に努めていました。 ○理念や基本方針に対する全職員及び家族への周知についてはわかりやすい説明とわかりやすい資料としての提示が不十分であるとの意見を、多くの職員から上がっていましたので今後工夫をお願いします。
	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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	○法人の各会議（企画会議等）より、事業所の実績、決算等を掲示し、周知を図っていました。 ○施設長、リーダー、相談員、栄養、医務、ケアマネが参集するスタッフ会議を開催し、意見の収集、課題の発掘、内容の周知、共有を図っており、スタッフ会議の内容は、ユニット会議で周知・共有を図っていることをインタビューで伺いました。
				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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</li> </ul>	○中長期計画については、コロナ禍における事業運営の在り方を考慮して計画していることを管理者インタビューで伺いました。また、令和4年度から令和6年度までの第6次中期経営計画に於いては、コロナ禍の継続を前提に、職員のストレスに目を向けた事業の展開を計画していることを管理者インタビューで伺いました。	
			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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。</li> <li>■ 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。</li> </ul>		○令和3年度介護報酬改定の骨子である「感染症や災害への対応強化」「地域包括ケアシステムの推進」「自立支援・重度化防止の取り組みの推進」「介護人材の確保・介護現場の革新」「制度の安定性・持続可能性の確保」に関する実施具体策について、第5次中期経営計画の最終年度に事業計画として取り組んでいます。今後、地域に山積する介護・福祉の課題解決ならびに地域社会の貢献に期待します。
		(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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 27 事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等）がされており、理解を促すための取組を行っている。</li> </ul>	○事業計画は法人本部他13事業所を網羅した計画書と、各事業所の計画を掲載したものがありません。 ○各事業所の事業計画は各職種の担当者が計画案を策定し、職員全体で協議する仕組みになっていました。 ○事業計画は各職種により、一定の期間の中で見直しの検討を行い、見直された内容については職員間で周知、共有を図っていました。 ○事業計画書はすべての職員に配布され周知が図られていました。	
					<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>□ 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。</li> </ul>		○事業計画書は家族にも配布され、事業内容についての説明がなされていません。 ○事業計画書については多くの職員から利用者の理解を得るために、より具体化した内容にしたり、絵やイラスト等を取り入れたり工夫が必要との意見がありましたので検討をお願いします。 ○日々のコミュニケーションを通して利用者の思いを汲み取り、日常の支援や事業計画に反映させていることをコメントより確認しました。

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)	
取組	4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な	(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。	○福祉サービスの質の向上に向けた取り組みには組織的にPDCAのサイクルに基づいた評価が重要です。日々の多忙な業務を行う中で、計画的にまた組織的に評価を実施し、結果について分析・検討する場合は限られているかと思えます。職員による自己評価では質の向上に向けた取り組みに対する理解はされていないものの、PDCAといった具体的な手法について知らないと答えている方が多くいましたので、内容の周知共有に努めてください。
					□	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 評価結果にもとづく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)	■	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。	○評価結果に基づく課題は文書化されているとのことですが、その課題が職員間で共有されていないようです。事業所として職員組織は整っていますので多くの職員が評価結果を共有し、改善策を検討する中でサービスの質の向上に繋げていく仕組みの構築をお願いします。 ○今回の第三者評価への取り組みを契機に職員の皆さんが、福祉サービスの質の向上を更に広い見地に立って目指していく姿勢を期待いたします。
□	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。						
			④ 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。	■	40			
					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。	b)	■	41
			□	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	管理者は、自ら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。			
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。	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。	○管理者は事業運営に当たり、最低基準等のコンプライアンスの理解と遵守が求められます。自らの研修をはじめ事業所としての法令遵守すべき事項について職員に対して周知を図っていることを運営幹部の自己評価結果より確認しました。 ○職員の自己評価からは管理者の取り組みに対して知らないと答えている方がいますので、更に周知を図っていただくことをお願いします。
					■	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。			

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) 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。	b)	■ 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。	○管理職の異動があり、新しい管理者は11月より現事業所に着任していますが、いままでの職域での実務経験から事業所のサービスの状況を分析し課題の表出と解決に向けての取り組みに尽力しています。 ○第6次中期経営計画(令和4年～令和6年)の策定に当たり、コロナ禍における事業運営の在り方について、法人本部との連携のもとで検討していました。
					□ 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)	■ 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。	○法人本部からの経営状況や人事、労務に関する情報を集約し、事業所の現況を各職務間で共有されていることを自己評価において確認しました。 ○管理者は基本方針の実現に向けて自らも福祉サービスの担い手として、組織内の環境整備等に積極的に取り組んでいるとのコメントを伺いました。
					■ 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。	
					■ 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、人事管理の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。	○必要な福祉人材の確保、育成、定着等の人事管理体制は本部の人事計画に基づき遂行され、法人職員の離職データから必要な専門職を計画的に配置していく仕組みがありました。 ○事業所として人材を確保するには、法人としての画一的な人員配置では難しい面があるため、各事業所の地域性に配慮した職員配置が行われているとのコメントがありました。
					■ 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。	
			② 総合的な人事管理が行われている。	b)	■ 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。	○法人の「期待する職員像」は利用者が気持ちよく生活できるために、その人に合った接遇を周囲に配慮しながら判断し行動できる職員像を掲げていることをインタビューより伺いました。 ○法人としての人事基準、人事基準に基づく評価、職員が将来を描くことができる仕組みについて、できていない・知らないといった評価を行った職員が多々いましたので再度、職員が働く上でモチベーションの向上を図る人事基準や評価の内容、方法について周知を図ってください。
					■ 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。	

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) 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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>□ 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。</li> <li>□ 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。</li> <li>□ 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。</li> </ul>		<p>○管理者は毎月の職員の勤務状況(有給休暇、時間外労働)をデータ化し把握していることを自己評価結果より確認しました。</p> <p>○管理者は定期的に職員との個別面談を設けていますが、すべての職員には浸透していないようですので、より細かな配慮をお願いします。また、総合的な福利厚生についても2/3の職員より不十分との意見でしたので、検討していただき職員が納得できる職場環境の改善にご尽力願います。</p> <p>○働きやすい職場づくりは職員の定着にとって必須条件です。現場からは、管理者には組織の魅力を一層高める取り組みを期待する声が聞かれました。</p>
		(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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>		<p>○法人または各事業所の中に「期待する職員像」が明確に位置付けられ、法人のキャリアパス制度、人事考課制度のもとで職員一人ひとりの目標が設定されていることを資料により確認しました。</p> <p>○職員が設定した目標については随時振り返り、進捗状況が確認されていました。</p> <p>○現場職員の自己評価より、職員一人ひとりが設定した目標に対して、管理者との面接が定期的に行われ、達成度の確認がなされていることを確認しました。</p>
			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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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、組織が職員に必要なとされる専門技術や専門資格を明示している。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。</li> <li>□ 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。</li> </ul>		<p>○法人として「期待する職員像」は明示されていますが、事業所の管理者からは質の高い福祉サービスの提供者としての「期待する職員像」についての考えをインタビューを通して伺いました。</p> <p>○組織として必要な資格について、職員からの申し出があれば法人として助成し、資格取得に協力する体制があることをインタビューより確認しました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○現場の職員から「介護の現場では日々認知症の対応が重要となっているので、新規に入職してくる介護職員には認知症の勉強に力を入れてほしい。」との話があり、対応として組織の中の人権委員会を活用して認知症や精神疾患についての研修に取り組んでいるとのことをインタビューで伺いました。</p> <p>○看取りの研修会を年に1回開催し、介護保険制度の看取り加算の周知、利用者・家族への対応、対策についての取り組みをインタビューで確認しました。</p>
		(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。	c)	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>□ 94 指導者に対する研修を実施している。</li> <li>□ 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。</li> </ul>	<p>○当事業所においては、コロナ禍ということもあり、ここ数年実習生を受け入れていないとのことで、指導者研修は実施されていませんでした。</p> <p>○介護施設のマンパワーが圧倒的に不足していることから、人材育成、人材確保の観点から介護施設の役割として、実習生の受け入れ並びに指導者の研修については今後検討されることを期待します。</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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 100</li> </ul>	<p>○法人ホームページには法人の理念をはじめ、法人の沿革、事業計画や財務状況が掲載されています。また、事業所においてはパンフレットに事業所のサービス内容が掲載されています。また、広報誌の中の事業所のブログには、コロナ禍での行事や地域との関りが内外に発信され、周知されていました。</p> <p>○利用者や利用者家族からの苦情や意見、要望については受け付けた内容と対応された事項を施設内に張り出し、利用者や職員に周知されていました。ただ半数の職員の間で把握できていないとの結果が伺えたので周知の方法の検討をお願いします。</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		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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 102 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。</li> <li>■ 103 福祉施設・事業所の事業・財務について、外部の専門家による監査支援等を実施している。</li> <li>■ 104 外部の専門家による監査支援などの結果や指摘事項にもとづいて経営改善を実施している。</li> </ul>		<p>○法人組織の中に事務経理規定、取引等の規定等が整備されており、それらの透明性を担保する組織が置かれていました。</p> <p>○監事監査および内部監査をそれぞれ年2回受検されており、また、長野県健康福祉部による一般指導監査を受けており、ガバナンスの強化、財務規律に向けた取り組みを管理者より伺いました。</p>
		(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"> <li>■ 105 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。</li> <li>■ 106 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。</li> <li>■ 107 利用者の個別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。</li> <li>■ 108 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。</li> <li>■ 109 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。</li> </ul>		<p>○法人の理念の中に「地域とともに歩み、支えあう地域福祉をめざす」を明文化し事業所においてもJA松本ハイランドの組合員との交流、コロナ禍の中でのボランティア活動の受け入れを積極的に行い、広報やブログを通して発信していました。</p> <p>○利用者の買い物や通院等の日常的な活動の多くは家族が担っていることですが、地域の資源が活用されていることを自己評価のコメントより確認しました。</p> <p>○公益活動の一環として地域ニーズに応じて福祉弁当の提供を行っていることをインタビューより伺いました（併設している宅老所にて）。</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"> <li>■ 110 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。</li> <li>■ 111 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。</li> <li>■ 112 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。</li> <li>■ 113 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。</li> <li>■ 114 学校教育への協力を行っている。</li> </ul>		<p>○ボランティア受け入れ担当職員が窓口となり受け入れ態勢が整備されました。</p> <p>○コロナ禍の中でボランティアの受け入れをセーブしなければならぬ状況が長く続いていたが、コロナ感染の状況を踏まえ、「お花ボランティア」による花の提供では対面での交流は避けて職員が各ユニットに飾るといった取り組みを広報誌の中で確認しました。</p> <p>○コロナ感染が終息し、様々な団体によるボランティアの受け入れが再開され、利用者の生活に活気が戻るのを期待しています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(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)	<input type="checkbox"/> 115 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 116 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 117 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 118 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 119 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。	○利用者の暮らしは施設サービスだけでなく、地域の様々な機関や団体との連携により、生活の質の向上が図られます。地域密着型の社会資源を有効に活用していることを資料より確認しました。 ○個々の利用者に対応できる社会資源の情報の共有化については、職員の中に認識の相違がみられましたので改めて職員会等で周知をお願いします。
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 120 福祉施設・事業所(法人)が実施する事業や運営委員会の開催、関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて地域の福祉ニーズや生活課題などの把握に努めている。	○運営推進会議や第三者委員等を通じて村内の情報を収集し、また村役場主催の地域ケア会議において情報交換が行われていることを管理者より伺いました。
			② 地域の福祉ニーズ等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"/> 121 把握した福祉ニーズ等にもとづいて、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"/> 122 把握した福祉ニーズ等にもとづいた具体的な事業の活動を、計画等で明示している。 <input checked="" type="checkbox"/> 123 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。のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくりに貢献している。 <input checked="" type="checkbox"/> 124 福祉施設・事業所(法人)が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を、地域に還元する取り組みを積極的に行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 125 地域の防災対策や、被災時における福祉的な支援を必要とする人々、住民の安全・安心のための備えや支援の取り組みをおこなっている。	○法人の中期経営計画及び事業所の事業計画に載せてある公益的な事業の一つとして、地域の方に弁当の配食サービスを実施していました(併設している宅老所にて)。 ○コロナ禍の中で、施設機能を開放しての取り組みはできていない状況ですが、地域ニーズに応じて再開に向けた準備を進めているとの話を伺いました。 ○災害時における役割は、法人の考えに基づき、地域の福祉避難所としての協定が交わされているのを確認しました。
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"/> 126 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"/> 127 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"/> 128 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"/> 129 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"/> 130 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。	○法人理念の中に「わたしたちは一人ひとりの尊厳を大切に、自分らしくらしの実現に向けて支援します」が明記されており、各事業所の基本目標には「最期まで自分らしく生きる」ための支援が掲げられていました。 ○コンプライアンスチェックを月に2回実施し、振り返りの機会を持ち、課題の解決に取り組む仕組みがありました。 ○利用者へのサービスは必ず同意を得てから動くことを原則として、職員間に周知徹底を図っていました。 ○利用者を尊重した福祉サービスの提供について多くの職員から内容の理解と周知共有が図られていることを自己評価より確認しました。



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	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"> <li>■ 131 利用者のプライバシー保護について、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記した規程・マニュアル等が整備され、職員への研修により理解が図られている。</li> <li>■ 132 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>■ 133 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。</li> <li>■ 134 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> </ul>	<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、事故防止規定が整備されていることを各種書類より確認しました。</p> <p>○利用者の尊厳に配慮した排泄交換支援、トイレの誘導支援、排泄介助、口腔ケア介助、食事介助、入浴介助等のマニュアルが整備され、変更のあった場合の日時が記入できるよう書類が整備されていました。</p> <p>○利用者の居室は個室になっており、プライバシー保護の整備は整っています。また、トイレ、風呂場などの共有スペースについてもプライバシー保護に向けた環境整備と並行して、周囲の反応に配慮した職員の言葉かけを大切にしているとの話を伺いました。</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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 135 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。</li> <li>■ 136 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>■ 137 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>■ 138 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</li> <li>■ 139 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>○法人では情報誌「ゆめだより」を発行し、各事業所の行事や地域との交流内容を広く地域や、関係機関に送付し情報発信に努めていました。</p> <p>○法人の福祉サービスの内容や情報は公共機関等に資料として置いたり、広報誌を通して情報提供している活動を、多くの職員の間で共有されていないことを自己評価より伺えましたので周知をお願いします。</p>
			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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 140 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。</li> <li>■ 141 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。</li> <li>■ 142 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。</li> <li>■ 143 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。</li> <li>■ 144 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。</li> </ul>	<p>○利用開始時には重要事項説明書や利用契約書にもとづき、丁寧な説明を本人または家族に行い同意を得た上での利用であることを資料により確認しました。</p> <p>○利用に向けての手続きはルール化され書類等も整っています。ただ、利用者、家族の中にはより分かりやすい説明の必要な方もいらっしゃるかと思いますので、今後更に分かりやすい資料(イラストや写真)の作成を検討されることを期待します。</p>
			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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 145 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。</li> <li>□ 146 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。</li> <li>■ 147 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。</li> <li>■ 148 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。</li> </ul>	<p>○他の福祉施設、事業所や地域、家庭への移行についての手順、引継ぎ文書は想定にないことから未整備とのことですが、今後に向けて整えておいてください。</p> <p>○福祉サービスの変更や終了に際して、様々な立場の職員が関係機関との調整を図っていますが、そうした手続きについて多くの職員が理解していないとの自己評価結果でしたので、内容の周知と共有をお願いします。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(3) 利用者満足の上向上に努めている。	① 利用者満足の上向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 149 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。</li> <li>■ 150 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足把握を目的で定期的に行われている。</li> <li>□ 151 職員等が、利用者満足把握を目的で、利用者会や家族会等に出席している。</li> <li>■ 152 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。</li> <li>■ 153 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。</li> </ul>	<p>○利用者満足については定期的に行われており、特に食事に関しては利用者がメニューを選択できる等、利用者の希望を反映させているとの話を伺いました。</p> <p>○利用者の満足度は日々の何気ない会話や表情等、支援の中で受け止めることができます。一方でコロナ禍ではありますが、利用者や家族が参加する談話会やアンケート等を活用した仕組みも検討してみてください。</p>
		(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"> <li>■ 154 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。</li> <li>■ 155 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。</li> <li>■ 156 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。</li> <li>■ 157 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。</li> <li>■ 158 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。</li> <li>■ 159 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。</li> <li>■ 160 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。</li> </ul>	<p>○苦情解決の仕組みは基準通りの体制が整備され機能していました。</p> <p>○苦情として上がってくる件数は少ないのが現状のようですが、上がってきた内容については誰がどのように対応したのかを所定の場所に掲示して全体に周知していました。</p> <p>○苦情の受け付けは日々の利用者との関わりの中で確認し、内容によってはヒヤリハットの書式を活用して職員間で共有、記録して公表していました。</p> <p>○利用者からの苦情について、職員側が絶えず意識して受け止めようとしている姿勢が自己評価結果より窺えました。</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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 161 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。</li> <li>□ 162 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。</li> <li>■ 163 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。</li> </ul>	<p>○リビングが開放的で、職員がいつでも相談に応じられる環境になっています。</p> <p>○利用者が相談相手を選べたり、相談の方法が選択できる仕組みについては具体的な方法の提示と明文化されたものをわかりやすい場所に明示されるようお願いいたします。</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"> <li>■ 164 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。</li> <li>■ 165 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。</li> <li>■ 166 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。</li> <li>■ 167 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。</li> <li>■ 168 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。</li> <li>□ 169 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。</li> </ul>	<p>○利用者の意見・要望・相談を受け付ける意見箱は設置されていますが、利用者が意見や相談を文章にして箱に投函するのは難しい行為であることから、意見箱よりも実際に日々の関りの中から汲み取ることに留意して実践していました。</p> <p>○職員は日々の業務を通して利用者からの相談や意見があった場合は直ぐにパソコンに記録できるよう、リビングに記録スペースを設け体制を整えていました。</p> <p>○苦情解決対応マニュアルについては現場の意見として定期的な見直しが不十分とのことでしたので改善をお願いします。</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)
		(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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 170 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。</li> <li>■ 171 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>□ 172 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>■ 173 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>■ 174 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>■ 175 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>○法人組織の中にリスクマネジメントの体制（リスク管理室）が置かれ、様々なリスクに対しての対応が検討され、各事業所にフィードバックされていました。</p> <p>○職員に対する安全確保、事故防止策について評価、見直しを定期的実施していることを管理者等のコメントより確認しました。</p> <p>○利用者の安全を阻害する事例等の収集、事例をもとにした対応策については未整備とのことですので検討されて職員への周知共有をお願いします。</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>■ 176 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>■ 177 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>■ 178 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>■ 179 感染症の予防策が適切に講じられている。</li> <li>■ 180 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>■ 181 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>○感染症の対策については感染予防委員会を開催し、感染症についての情報収集、予防対策等を検討し、職員間による周知共有が図られていました。</p> <p>○褥瘡委員会も設置されており、褥瘡ゼロに向けた取り組みが看護師を中心にきめ細かな対応がなされており、褥瘡を出さない状態が維持されていました。</p> <p>○職員のコメントからも、感染症については多くの職員の間でできているとの評価結果でしたので、事業所としての管理体制が整っていることを確認しました。</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"> <li>■ 182 災害時の対応体制が決められている。</li> <li>■ 183 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。</li> <li>■ 184 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。</li> <li>■ 185 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。</li> <li>■ 186 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。</li> </ul>	<p>○BCP(事業継続計画)を策定し、訓練および検証が実施されています。</p> <p>○法令に基づいた年2回の防災訓練(通報訓練・避難訓練・消火訓練)が実施されています。</p> <p>○停電に備え、発電装置を設置しており、事業継続の体制を整えていました。</p> <p>○職員安否確認システム(法人全体、事業所別)および利用者名簿が整備されています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
確保	福祉サービスの質	(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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 187 標準的な実施方法が適切に文書化されている。</li> <li>■ 188 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。</li> <li>■ 189 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。</li> <li>□ 190 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。</li> </ul>	<p>○各種サービスの内容がマニュアル化され標準的な実施方法が策定されていました。</p> <p>○各種マニュアルには利用者の権利擁護に関わる内容について、細部にわたり記述され周知共有を図っていました。</p> <p>○標準的な実施方法について共有は図られています。実施の是非を確認する仕組みが未整備ですので整えてください。</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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 191 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。</li> <li>□ 192 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。</li> <li>■ 193 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。</li> <li>■ 194 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。</li> </ul>	<p>○福祉サービスの標準的な実施方法の各種マニュアルは整備されていますが、検証・見直しの定期的な実施についての取り組みをお願いします。</p> <p>○利用者の個別的な福祉サービスについては、家族の意向をリアルタイムに実施計画の中に取り入れ対応していました。このことは事業所の開設時より大切にしていることであると管理者より伺いました。</p>
		(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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 195 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>■ 196 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>■ 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、アセスメント等に関する協議を実施している。</li> <li>■ 198 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>■ 199 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>■ 200 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>□ 201 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>○法人所定のケアプラン様式にもとづいて、作成の責任者（ケアマネ）によって策定されたケアプランは職員間で共有・周知されていることを資料や管理者のコメントより確認しました。</p> <p>○アセスメントも法人所定の様式により、利用者ニーズ、家族ニーズ、入所前の生活歴、趣味等が把握できるようになっているのを資料より確認しました。</p> <p>○ケアマネのアセスメント結果によって作成されたケアプランは医療等の関係部署の間で協議して、「利用者別実施状況一覧表」に基づいて確認がなされていました。</p> <p>○支援困難なケースの対応については、半数の職員より検討と積極的なサービスの提供がなされていないとの評価結果でしたので検討をお願いします。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			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>■ 202 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>■ 203 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>■ 204 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>■ 205 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>○福祉サービスの実施計画の見直しは、定期的な会議を開催して、全体の中で計画の変更、継続を判断して実施していることを管理者より伺いました。</p> <p>○会議には直接支援に当たる職員ができるだけ出席できるよう事務職員による補佐的な支援体制がとられていました。</p> <p>○福祉サービスの計画の見直しについては多くの職員が検討会議に参加し、周知されていることを自己評価結果より確認しました。</p>
		(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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 206 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>■ 207 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>□ 208 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>■ 209 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>■ 210 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>■ 211 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>○利用者の記録については共有のソフト（ワイズマン）を用いて実施されています。記録は統一された記録項目、記録内容となるよう働きかけているが、書き方に差異等がみられるとのこと。客観的事実をより簡潔に文章化してまとめあげる作業は、職員一人ひとりの力量が反映しますので、ある程度マニュアル化した形を明示することも検討してみてください。</p> <p>○スタッフ会議、ユニット会議、職員会議等により情報共有がなされていました。</p> <p>○利用者の記録は各ユニットで利用者の様子を伺いながら机上でパソコン上に打ち込むことができる環境になっていました。</p> <p>○記録した内容はルールに沿って事業所内でいつでも情報として共有できる仕組みになっていました。</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"> <li>■ 212 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>■ 213 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>■ 214 記録管理の責任者が設置されている。</li> <li>■ 215 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>■ 216 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</li> <li>■ 217 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>○個人情報保護規定は法人の「個人情報に関する基本規定」および「個人情報に関する文書等管理細則」に規定されています。</p> <p>○運営規定の中に「秘密保持等」21条1項、2項、3項が規定されており、職員との雇用契約の内容にも盛り込まれています。</p> <p>○記録管理の責任者は「個人情報に関する文書等管理細則」により、ゆめの里朝日の管理者が文書管理責任者となっていることを確認しました。</p>