

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 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"> ■ 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。 	○福祉事業全体については、地域の特性から地元と地域三村の三者懇談により、地域動向を把握している。施設が位置する地域状況に沿った経営により、利用者のニーズや課題を適切に検討した取り組みを行っている。
			② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	○事業経営を取り巻く環境や経営状況の把握分析により、経営環境や改善すべき課題については、職員の意見を吸い上げ職員会議、企画会議などにより集約され分析・検討している。地域三村との相談により短期入所の稼働率を上げる検討などにも取り組んでいる。
	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)	<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。 	○中・長期計画は、法人本部で3年毎立てられている。介護保険の見直し時期に合わせた中・長期計画になっており、経営状況を示す計画になっている。

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)
			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>○単年度の事業計画は、基本方針を示し、年度目標・行動目標として日々目標とする内容が示されている。新年度に向け各棟・委員会や責任者会議などで討議し、企画会議で計画作成している。</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。	b)	<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>○次年度の計画策定のため、職員の意見を反映し各委員会が活動報告書として作成し、さらに次年度に向けた課題や計画を明確にしている。 ○企画会議での各委員会の意見や結果にもとづき事業計画が見直されている。毎年、上半期・下半期の見直しを行い 職員会議で周知している。 ○事業運営の基本となる事業計画は、職員へ策定手順、流れなど含めた更なる周知の工夫に努め、適切に実行されることに期待したい。</p>
			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○事業計画の利用者や家族などへの周知は、家族会だよりにより説明している。年に2回発行する家族だより5月版には、当施設の今年度の目標を掲げ、「利用者、家族が安心して過ごすことができる施設運営のための事業計画」が示されている。また、利用者への行事計画は施設内に掲示され参加を促すなどの取り組みをしている。しかし、利用者家族への更なる周知の工夫に期待したい。</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)
	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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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に受審している。 ■ 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。 	<p>○第三者評価は今回で2回目である。評価結果を検討する場として企画会議で検討している。また、各委員会において提供するサービスの評価・課題の解決に向けた取り組みをしている。</p> <p>○毎年1回の利用者・家族アンケートの実施により、意見・意向・苦情の把握を行い改善に取り組んでいる。</p>
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○評価結果を分析した結果は文書化され会議にて検討し、解決に取り組んでいる。マニュアルの見直し終末期のグリーンケアなどについて話し合い改善に取り組んでいる。会議の在り方などの検討もおこなっている。</p> <p>○今後の更なる職員間の共有を図り、計画的な改善実施に期待したい。</p>
Ⅱ 組織の運営管理	1 シ 管 理 プ ー の 責 任 と リ ー ダ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○施設長の役割は、法人本体で示している職務権限表に示されているが、当施設としてより具体的な職務分掌等を明確に示すことにより更なる職員への周知に期待したい。</p> <p>○施設長は、毎年2回発行する家族便りの中で施設長として表明をしている。また、職員会議などにおいて施設の経営状況について説明する等職員の理解に努めている。</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)
			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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="795 209 1624 300">■ 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。 <li data-bbox="795 331 1624 395">■ 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。 <li data-bbox="795 427 1624 491">■ 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。 <li data-bbox="795 523 1624 587">■ 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。 	<p>○施設長は、法令遵守については県の実施指導や虐待防止、個人情報保護や雇用など含めた幅広い分野での法令遵守に取り組んでいる。</p> <p>○職員は、自己点検シートで業務の適正、業務処理の法令遵守等、職員としてのマナー、身だしなみなどを含めたチェックリストにて振り返りを行っている。さらに一層の取り組みに期待したい。</p>
		(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)	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="795 608 1624 671">■ 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。 <li data-bbox="795 703 1624 767">■ 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。 <li data-bbox="795 799 1624 863">■ 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。 <li data-bbox="795 895 1624 959">■ 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。 <li data-bbox="795 991 1624 1054">■ 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。 	<p>○施設長は、福祉サービスの質の向上に向け、職員が利用者の権利擁護、利用者尊重に配慮した支援や職員の労働環境に向けた取り組みのため、組織の見直し、職員の研修体系、職員の目標管理体制の構築など積極的な取り組みをしている。今後、職員の意見を取り入れた更なる質の向上に向けた視点を発揮し取り組まれることを期待したい。</p>
			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)	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="795 1059 1624 1123">■ 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。 <li data-bbox="795 1155 1624 1251">■ 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。 <li data-bbox="795 1283 1624 1347">■ 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。 <li data-bbox="795 1378 1624 1474">■ 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。 	<p>○施設長は、この地域の特性から、近隣町村との連携により施設利用率の確保や高齢者を支える大きな役割も担っている。更に地域特性を十分加味した施設利用への取り組みもしている。</p> <p>○職員の働きやすい環境整備のため人員配置の取り組みに努め、職員と常に現場で話し合い、経営改善や業務の実行性など踏まえ、積極的に指導力を発揮している。</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)
	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)	<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。 	○福祉人材の人員体制は、基本的な考え方が示され計画にもとづき、人材確保や育成に努めている。今後、自分の将来を見据えた意欲的な職員が育っている中、どのような学びが職員に必要なか、個別の人材育成の検討を行い職員の定着につながる取り組みに期待したい。
			② 総合的な人事管理が行われている。	b)	<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。 	○期待する職員像は、施設として示されている。法人本部での職制規定が変更となり今後の更なる取り組みに期待したい。介護職員のキャリアパスへの取り組みも適切な評価分析が行われている。○職員の意向などの把握は棟ごとの主任面談などにより行う仕組みはあるが、すべての面談はできておらず職員の意向や把握への課題が感じられる。今後、人事管理として職員の意向の把握や自ら将来を描くことができる職員が育っている中、面談による更なる効果、面談での意欲向上等、施設長による職員面談なども含め、総合的な人材マネジメントへの取り組みに期待したい。

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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○職員の有給休暇、消化状況や時間外等集計し確認し、企画会議での検討が行われている。しかし、人材不足の昨今、有給休暇は取りにくい現状も課題がある。</p> <p>○心身の健康・メンタル面については法人の関連病院の健康センターで管理し相談できる窓口がある。</p> <p>○定期的な職員との個別面談の機会を設け、職員の意向を把握し、職員が相談しやすい取り組みの必要性を感じる。職員の自己評価からも更なる取り組みに期待したい。</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。	b)	<p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p>	<p>○職員一人ひとりの育成は目標管理シートがあり、職員の目標を明確にし取り組む仕組みを構築中である。様式変更等、効果的な仕組みを模索している。そのため、組織としてすべての職員への面接、目標管理への適切な進捗状況や目標達成の確認等に課題を感じ、職員育成の今後に期待したい。</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)
			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"> ■ 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。 	○職員の教育・研修に関する基本方針は、期待する職員像などに明記され、毎年研修成果を研修委員会で評価見直しを行い、次年度の計画策定につながっている。 ○期待する職員像に向け、職員の具体的な目標が明記され更なる体系的な計画の取り組みに期待したい。
			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"> ■ 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。 	○職員一人ひとりの教育の機会は、法人の職階別研修があり、施設内外の研修も定期的に行っている。 ○新任教育は、OJTとして中堅クラスの職員が担当し勤務表で職員配置を配慮し、独り立ちできるか新人チェックシートにより確認している。
		(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)	<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。 	○実習要綱はあるが、実習マニュアルの作成はない。現状では立地条件から実習希望者はほとんどいない。しかし、今後人材確保のためには大切なマニュアルと考え、整備しておくことが望ましい。 ○指導者研修は、来年度研修受講する予定もあり、実習受け入れの意義や施設としての基本姿勢を明文化したマニュアルの作成が望まれる。

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 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。 	○運営の透明は、運営委員会で説明し公開をしている。 ○第三者評価を定期的に受診し福祉向上に努め、公開している。当施設も今回2度目の受審である。また、苦情は規定に沿い解決し公表し施設玄関に掲示している。
			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)	<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。 	○施設における事務、経理などはルール化され、法人の経理規定があり適正な運営が行われている。 ○外部監査は法人本部で契約した公認会計士により行われている。

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)
	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。	b)	<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。 	<p>○地域の関わりは、理念に基本的な考えが示され「地域に根付き理解される施設」を目指すことが示されている。</p> <p>○地域住民との関わりとして、家族会、ボランティア、学校行事へ参加している。毎月のボランティアの「喫茶なでしこ」の開催、小中学校の交流等開かれた施設運営に努めている。</p> <p>○ボランティア利用により、利用者の買い物支援や地域の祭りへの参加などにはボランティアや家族の支援を受け参加することがある。</p> <p>○今年度の目標にも掲げられ、一層の取組みに期待したい。</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。	b)	<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>○ボランティア等の受け入れを行っているが、ボランティアと利用者との交流を効果的にするためにも職員へのマニュアルの周知や手順など含めたマニュアルの見直しが求められる。</p>
		(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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○利用者の居住地の各町村の担当窓口とはよく連携がとれ、地域ケア会議・高齢者ケア会議・医療機関との連絡会議など担当者が出席している。所内での全体会議で報告し情報を共有化している。</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)
		(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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	○特別養護老人ホームとしての機能を生かし、災害時の役割について自治体・地域住民との検討などにより、この地域だからこそできる役割や今後期待される地域包括ケアを見据えた取り組みに期待したい。
			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。 	○地域ニーズを把握することに努め、専門的技術・技法を地域住民に還元することの取り組みが望まれる。 ○地域ケア会議、高齢者会議などにより福祉ニーズの把握や地域の利用者や高齢者等の現状把握に努め（生活課題、福祉課題など）、JAグループを踏まえた力活動に期待したい。
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。	b)	<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。 	○理念や基本方針は組織内に明示され、さらに職員が理解し実践するために、職員の名札の裏に明記され、実践されている。 ○利用者尊重したサービスの提供は、施設内で共通理解の元取組まれているが、認知症専門棟での施設がある。利用者の安全を担保とした生活支援の中で認知症ケア専門職員のいる施設として今後の取り組み課題として対応が望まれる。

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 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。 	○利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規定、マニュアルを整備しているが、より利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービスの提供を期待したい。
		(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"> ■ 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。 	○利用希望者に対しては、相談員が中心になり、介護保険に始まり、入所、看取りなど、きめ細かに説明をしている。意思疎通の困難な利用者さんには家族の了解が得られるよう心掛けている。 ○利用希望者に対する情報提供は、適宜見直しを行い利用者の自己決定につながるもの等の工夫も期待したい。
			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"> ■ 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。 	○書面から福祉サービスの開始、変更時の同意を得るための説明内容を確認できる。利用計画書により利用者家族等への説明内容、成年後見制度等の利用を必要時対応支援している。

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)
			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"> ■ 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。 	○福祉サービスの内容や施設の変更、家庭への移行などには福祉サービスの継続性が配慮されているが、福祉サービスの利用が終了した時点での家族等への説明文書など書面で伝えることが望ましい。
		(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。	b)	<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、利用者満足把握を目的で定期的に行われている。 ■ 161 職員等が、利用者満足把握を目的で、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。 	○利用者満足把握する仕組みアンケート、第3者委員（オンブズマン）の制度はある。アンケートの結果をもとに関係者のサービスの向上に向けた取り組みを期待したい。 ○職員は、利用者に対する会話を大切に、意向・意見の把握に努めているが日々、忙しそうに働く職員に遠慮している様子も感じられ利用者との個別のコミュニケーションの課題への取り組みに一層期待したい。
		(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。	b)	<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。 	○施設内に、宝箱として、利用者および家族からの苦情、意見などを吸い上げる仕組みはある。しかし、利用はされていない。苦情対応マニュアルはある。第三者委員会の設置もある。しかし、気軽に相談・意向が言いやすい環境など含めさらに一層の取り組みに期待したい。

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。	b)	<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。 	○利用者・家族には、日常的に相談を受け入れやすい環境に配慮している。更なる取り組みに期待したい。
			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。 	○利用者の相談や意見は、相談員を中心に聞き取りを行い、迅速に対応できるように取り組んでいる。また、利用者の入所棟の職員にも相談しやすい配慮をしているが、今後、更なる取り組みに期待したい。
		(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"> ■ 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。 ■ 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。 	○リスクマネジメントに関する会議、ヒヤリハット報告など、事故再発防止の記録等がある。マニュアルに沿った解決、再発防止に努めているが利用者の、事故・ヒヤリハット等の考え方の統一も行き、ヒヤリハットの検証を更に進める等の取り組みに期待したい。

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 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。	b)	<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。 	○感染症マニュアルは整備されている。年2回の学習会を行い、感染症への予防策が講じられている。マニュアルの見直し等更なる一層の取り組みに期待したい。
			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。	b)	<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。 	○災害対策は、消防計画により、消防署、消防団と連携し夜間想定した年1回の通報、避難誘導、緊急連絡伝達訓練が行われている。今後、更なる災害時の利用者安全確保のため「サービス継続」の観点から更なる具体的な取り組みと職員への周知が望まれる。
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)	<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。 	○標準的福祉サービス実施方法は、手順書を中心としたマニュアルが作成となっているが職員の違いによる差異を極力なくし一定の水準、内容を保ち実現を目的とした更なる、この施設ならではの高い水準を担保したマニュアルの作成に期待したい。

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 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"> ■ 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・見直しが定期的に変更されている。 ■ 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。 	○福祉サービスの標準的な実施方法の検証は、組織として見直しの時期を明文化し、定期的な見直しが行い、新しい情報を取り入れたマニュアルとしてわかるように見直しの日付を入れて整理していくことが望ましい。
		(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。 	○利用者一人ひとりの福祉サービスの実施計画策定が、「ケアプラン作成管理マニュアル」に沿い、PDCAサイクルにもとづき、3か月ごとの見直し作成が行われている。 ○担当職員が利用者や面接し、介護支援専門員も更に利用者面接によりアセスメントを深め、ご家族の意向を踏まえた、他職種連携による計画作成が行われている。 ○支援困難ケースは法人内の研修発表などにより検討している。 ○センター方式による認知症アセスメントは関わり方のタイミングなど確認でき、適切な福祉サービス実施計画につながっている。
			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)	<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。 	○定期的に福祉サービスの見直しには各部屋に連絡ノートを備え、マニュアルに沿った福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。また、変更があった場合にはノートを活用し周知している。 ○毎月のモニタリングには、十分支援が提供できないサービスを検討し、課題を明らかにしサービスの見直しに努めている。

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)
		(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"> ■ 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。 	○利用者の福祉サービスと実施記録から、内容等、施設内ネットワークシステムでの共有で確認できる。しかし、利用者の情報に関する共有は利用者情報、福祉サービス実施に留意すべき点があり、伝えてはならない情報、担当者でよい情報、責任者に伝えるべき情報に分類し、決められた方法で伝達できるよう今後の工夫が望まれる。
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b)	<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。 	○記録の管理体制は、法人の個人情報保護規定により定められ、適切に管理されている。また、廃棄などの整備についても規定による対応とともに廃棄物の内容確認ができる工夫なども期待したい。