

(別添1)

事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別：特別養護老人ホーム
事業所名(施設名)：りんごの郷

○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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○理念・施設運営方針は、法人本部の理念・運営方針にもとづき作成され、利用者尊重・サービスの質の向上・地域の拠点として目指す方向が示されている。また、パンフレット・広報誌・ホームページなどにも掲載されている。</p> <p>○職員への理念・施設運営方針の周知は、職員会での唱和・配布文書印刷・施設内掲示などにより周知に努めている。</p> <p>○家族への理念・施設運営方針の周知は、広報誌・施設内掲示・施設利用時での説明・家族会での説明・パンフレット等により周知・理解に努めている。</p>
	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。 	<p>○行政連絡会をはじめ、各種セミナーの参加や行政からの情報誌などにより、地域の具体的な社会福祉事業全体の動向把握を行い、今後施設が進むべき道を明確に把握・分析されている。</p> <p>○福祉サービス利用者の推移利用率は、毎月の利用状況・収支検討により施設の増床などの取組みも行ってきた。</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 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。 	○「利用者のために何をするのか」を職員が意識し、「ムリ・ムラ・ムダ」を無くし「自ら動く」をスローガンに各係会・委員会などを中心に全職員が取り組んでいる。
	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。 	○法人本部の中・長期計画作成のもとに、運営委員会で実現に向けた目標を明確にしている。更に改善に向け実施事項で具体化している。
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。 	○単年度の事業計画は、基本目標のもと、事業方針として、「安心・安全・信頼」を実行するための事業計画が立てられている。そして、利用計画・収支計画も具体的に計画されている。	
(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）がされており、理解を促すための取組を行っている。 	○事業計画は、次年度に向け、定められた時期に各班のリーダー会議で職員の意見を集約し、主任・科長・施設長らが出席する運営会議で補正予算・決算見込みの検討含め事業計画の策定を行っている。	

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 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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>○事業計画は、家族会などで家族に説明している。また、施設内にも事業計画をわかりやすく掲示し、家族に郵送をしている。</p> <p>○利用者への周知についても、利用者が集まる場所を利用し、利用者自身の参画の促しや利用者自身に関わる計画に対しては、利用者尊重の観点から、理解説明の工夫が望ましい。</p>
	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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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な受審している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○福祉サービスの質の向上の取り組みとして、年1回の家族アンケート・利用者アンケート・安心相談員による意向確認を行い、アンケート結果は家族などに公表している。</p> <p>○福祉サービスの内容については、各委員会が主体に検討、評価し、運営会議にあげている。運営会議において組織的に検討され、実行の方向性を示している。</p> <p>○第三者評価を実施しており運営会議で検討し、「私の仕事プラン」（目標管理シート）の実施など質の向上への取り組みを行ってきた。</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。	a)	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。	<p>○福祉サービスの質の向上の評価結果から、運営会議で協議し各委員会に示され、委員長を中心に課題検討を行っている。さらに、係会で検討し具体的な計画につながっている。職員の課題共有のため、年度スローガンが立てられ 施設内に掲示し、職員は取り組んでいる</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)	
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。	○施設長の役割は、法人の職制規定に明示されている。管理者は常に「職員にサービスの結果が数字として表れ、自分たちがどう評価されるかも数値として表れてくる」ことを表明している。また、一方で利用者の意見を大事にし、職員自らが行動を起こす施設づくりに努めている。 ○有事における施設長不在時の権限委任は、法人の規定に記載してある。また、マニュアルに施設長不在時の代行職務として事務長の記載がある。
				■ 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。				
		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。	○法令遵守は、職員に対し委員会を中心に職員が法令遵守を理解する取り組みとして自己点検シートの利用などを行い、職員に法令順守の周知、具体的な取り組みを行っている。		
		■ 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。						
		(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)	■ 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。	○施設長は、目指す施設の方針を明らかにし、具体的な取り組みのため、併設するJAグループと協力し施設理解のため、地域交流の機会をつくるなど指導力の発揮を行っている。 ○認知症への支援、職員の労働環境改善などの課題を明らかにしている。運営会議や各委員会で検討・周知し、職員とともに改善に向けた取り組みを行っている。
■ 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。						
■ 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。						
			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)	■ 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。	

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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○施設長は職員の働きやすい環境整備に取り組み、ノーリフトなどの介護負担軽減について委員会を中心に実施し、法人の介護労働環境改善研修会での海外研修も行っている。</p> <p>○施設長は、経営改善のため、職員の意識改革に努め、JAグループの協力を得て、施設理解、施設の公開の足掛かりをつけ、利用者確保、職員の経営理解にも努めている。運営会議、各種委員会などの役割が発揮できるよう施設内の意識づけに努めている。</p>
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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○必要な人材確保、育成はキャリアパス任用要件表にて管理している。また、福祉人材の人員体制は要員計画により具体的な計画がある。</p> <p>○効果的な人材確保のため、福祉の仕事説明会、学校訪問、介護研究会での人材確保に努めているが、昨今の介護人材の不足により採用が難しい面がある。</p>	
		② 総合的な人事管理が行われている。	b)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○人事管理はキャリアパス任用要件により明確にされ、目標管理シート「私の仕事プラン」の裏面に記載され職員の周知ができています。</p> <p>○期待される職員像はキャリアパス任用要件表にて明確に示しているが科長を中心とした職員面談の際に目標管理シートを確認しながら生涯学習の視点を持ち面談し、職員が自ら進むべき道を一緒に考える等の機会にもなっている。</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) 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"> ■ 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>○職員の就業状況は有給取得など含め、主任が管理し勤務表などに有給取得なども考慮した取り組みをしている。しかし、有給を消化する勤務体制を作るには人員配置上難しい面がある。</p> <p>○職員の心身の健康、メンタル面についてはストレスチェックで衛生委員会で管理し、本人の申告により産業医などに繋げる仕組みがある</p> <p>○働きやすい環境整備のため法人として介護労働環境改善の仕組みがあり、優しい介護(リフト、スライディングボード)、海外研修、感情労働への支援体制に努めている。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○法人で求められる職員像が階層別に示されており、「利用者から求められる・信頼できるパートナー」になる為の全体目標が明確化されている。</p> <p>○職員一人ひとりの育成は、「私の仕事プラン」にて、仕事の目標値を設定し中間段階、期末には、目標達成と取り組み状況を確認するため、面接を行い評価と振り返りを行っている。</p> <p>○より一層、高い支援ができる職員の育成が望まれる。</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 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)	<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・研修は、キャリアプラン・ライフプランの中に、研修理念として基本的考え方を示している。 ○教育・研修計画は、キャリアパス・共通内部必須研修に沿った個別計画を作成し、自己啓発のために施設内研修、各班研修、外部研修等で多様な分野の能動的な学習を支援する体系化された研修計画が策定されている。
			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)	<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。 	○「私の仕事プラン」にもとづき、新人職員をはじめ職員一人ひとりの経験、習熟度、階層別研修、職種別研修の機会を確保し必要な知識・技術水準に応じた教育・研修の実施が行われている。 ○研修計画は、施設の教育研修委員会で評価・見直しが行われ、次年度の計画につながっている。
		(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。	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。 	○実習マニュアルが作成されており、福祉サービスの専門職の研修・育成の基本姿勢が明示されている。 ○受け入れ体制は、受け入れ窓口、利用者、家族への説明、職員への説明、実習生へのオリエンテーションが整備されている。職員、利用者への周知は施設内掲示により行っている。 ○実習指導者は、介護福祉士、社会福祉士の指導者研修を受けた職員が対応している。 ○実習プログラムは、実習校と連携し、実習生の意向を踏まえたプログラムに配慮し取り組んでいる。

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 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。 	<p>○施設の事業報告、予算、決算などの公開は、広報誌により行い、施設内にも掲示している。</p> <p>○第三者評価の受審を行い、結果を公開している。苦情・相談は施設内広報誌で公表している。また、家族会においても苦情・相談の集計を行い、内容説明をしている。</p> <p>○法人の理念・基本方針は、地域の社会福祉の拠点となるように地域へ発信し、活動報告、を有線放送、隣接するJAグループの広報誌で紹介している。</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>○法人本部の経理規定に、事務、経理、取引のルール化され、職務分掌には権限・責任が示され、内部監査室により監査が定期的に行われている。</p> <p>○外部監査は、法人本部が外部の公認会計士に寄り監査受審の契約をしている。</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)
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)	<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>○施設が地域の拠点として、中・長期計画に示され、単年度事業計画にもJAとの連携により福祉事業の展開を図ることが示されている。</p> <p>○利用者が地域の人との交流や良好な関係を築くため、隣接するJAグループと協力し、地域に役立つ活動を行い（フリーマーケットなど）施設を知っていただく取り組みを行っている。</p> <p>○JAの縁日に参加し、地域交流、施設公開を行い住民との交流の場所が増えている。</p>
				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>○ボランティア受け入れ方針及びマニュアルがあり、ボランティア受け入れの目的、受け入れ手順、受け入れ事前の説明や講習会の開催等整備している。</p> <p>○「職場体験受け入れ要綱」もあり、毎年中学校、高校から職場体験を受け入れている。</p> <p>○地域交流、ボランティアなどとの交流を広げた施設運営における事故なども考慮したボランティア保険などの検討も望まれる。</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。 	<p>○民間特養連絡会議、三施設合同研修会など、地域の連絡会議等に積極的に参加している。また、経営母体であるJAと連携した地域活動にも積極的に参加し、多方面での連携がとれている。</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。 	<p>○施設の研修室を地域住民に開放し、地域住民の福祉活動に寄与している。また、地域住民の研修には講師として職員を派遣するなど、地域貢献と地域にニーズの把握に努めている。</p> <p>○施設が近隣河川の倒壊時、水害危険地域であるが、災害時における災害弱者の具体的な受け入れ計画はなかった。水害以外の災害時には、自宅での災害弱者の受け入れを求められることが予想される。具体的な受け入れ体制の検討と現実的な準備が必要と思われる。</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)	<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。 	<p>○地域住民の団体や経営母体である「JAながの」と連携し、地域の福祉ニーズの把握と公益的な事業活動を積極的に行っている。</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 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。 	<p>○法人の理念、施設の行動規範に基づき、高い人権意識をもった事業を行っている。</p> <p>○毎年、利用者・家族双方にアンケートを行っている。その結果の分析を丁寧に行い、研修会にも積極的に参加している。</p> <p>○時代とともに人々の人権意識や倫理観は常に変化してきている。施設の内外の様々な意見を受け入れ、価値観が硬直化しないよう更なる配慮を期待したい。</p>
			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れ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>○法人の「プライバシー保護に関する指針」について、全ての職員を対象に「資料読み込み研修」を行い、周知に努めている。また、利用者や家族に対して、入所時に重要事項説明書にて説明を行い、理解を得ている。</p> <p>○各居室にはトイレが設置され、居室に十分な広さがあるため、同室者との距離も保たれている。一方で、臥床状態で共用スペースに過ごす利用者が見受けられた。利用者の安全と健康状態を把握する目的は理解できたが、プライバシーに配慮した介護方法を常に心がけることを望みたい。</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) 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。 	○施設のパンフレットのほかに、定期的に広報誌を発行し、地域住民やJAを利用する人たちにも配布している。そのため、施設の存在が地域の多くの人に浸透し、徐々に施設の近隣からの利用が増え、身近な施設として地域に認知されてきている。
			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。	b)	<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。 	○施設の利用に際しては、適正なルールに基づき、利用者・家族に対して適切な説明を行うとともに、アセスメントに基づき個別支援計画を策定し、サービス内容を明確にして利用開始している。 ○認知症などにより、意思決定が困難な利用者が増える中、利用やサービス内容の説明の方法について、一層の配慮や工夫を期待したい。
			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。 	○当施設利用後、家庭復帰を果たした利用者もおり、関係機関と情報の共有と連携を行い、継続的に様々なサービスが受けられるよう積極的に取り組んでいる。

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) 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)	<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 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。 	○利用者・家族双方にアンケートを実施、その結果を分析し、施設の改善を行っている。
		(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"> ■ 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。 	○施設に対する苦情等を「要望」「意見」「苦情」の3段階で受け付け、利用者アンケートを含めて分析し、具体的な改善策と共に公表を行い、透明性の高い施設運営に心がけている。
			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)	<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・家族へのアンケートは毎年行われており、日常的な苦情や要望の他に鍵の付いた苦情受け付け箱も設置されている。また、玄関横の事務所の隣には会議室もあり、利用者の要望によっては、個別に聞き取りを行うスペースも用意されている。

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)
			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。 	<p>○職員は常に利用者の苦情や要望を受け入れる姿勢にあり、必要に応じて事務所に案内し、管理職が対応を行っている。そのため、日頃から多くの利用者が事務所を訪れている。</p> <p>○アンケート結果、個別の苦情・要望については、分析が行われ、対応策が示されている。また、マニュアルの改訂は、適時行われており、マニュアルの末尾に更新日が記載されていた。これらの情報やその蓄積をマニュアルや個別支援計画に反映し、より一層利用者の意向に沿った支援が行われることを期待したい。</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。	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>○リスクマネジメントにおける情報収集は、一般的な「ヒヤリハット」と「事故報告」に加え、発生に至らなかった「気づき」の情報収集を行い、発生を未然に防止する取り組みにも努力している。</p> <p>○事故報告には、「概要」「事故報告書」「発生場所の図面」「勤務表」の4点が整理され、小さな事故についても、監督行政機関である長野市に報告されている。</p> <p>○現場職員は、年間を通して「KYT研修（危険予知訓練）」を行い、事故の「予想」・「対策検討」・「改善の実行」に努めている。</p> <p>○一連のリスクマネジメント活動を施設のマニュアルだけでなく、個別の支援計画にも反映されることが必要と思われる。</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 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)	■ 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。	○施設には「感染症対応マニュアル」が用意され、適切な対応を心がけている。 ○インフルエンザが流行する時期には、各棟の出入りをできるだけ最小限に留め、感染の拡大に注意している。
	■ 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。		
		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)	■ 192	災害時の対応体制が決められている。	○年2回の防災訓練を実施し、市や関係機関と連携した防災体制が出来ている。 ○職員の安否確認等については、緊急連絡網の他に安否確認システムを導入している。 ○全国の大規模災害における事例を参考に更に防災対策の徹底を期待したい。
	■ 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。		

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)	<p>■ 197 標準的な実施方法が適切に文書化されている。</p> <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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○支援場面ごとのマニュアルが用意され、特に重要な人権に関するものは「指針」として提示されている。また、マニュアルの内容については、各棟での会議で周知確認を行っている。</p> <p>○施設の標準的な介護方法は、常に検討されるものであるが、それらを日常的に意識する必要もある。これらのマニュアルを各委員会の記録から確認できたが、全てがまとめられたマニュアルの確認ができなかった。マニュアルや指針の集約と、常に身近に感じられる工夫とが必要と思われる。</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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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> <p>■ 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> <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>○標準的な実施方法について、各種委員会を整備し、見直しを含めてマニュアルの改訂を行っている。また、委員会での改訂事項については、棟会議で現場の職員に伝達が行われている。</p> <p>○特に重要な「人権擁護」・「プライバシー保護」・「虐待防止」・「身体拘束」などの人権に関わる部分は指針を設け、施設内の「ふれあい委員会」で集中的に議論し、指針を確実に周知するために「資料読み込み研修」と称して、確実に周知したことを確認している。</p> <p>○マニュアルの改訂に際しては、委員会での検討に留まらず、現場の全ての職員はもとより、利用者など、幅広い意見や提案も反映されるよう更なる工夫を期待したい。</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) 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)	<p>■ 205 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○入所開始時及び、年2回アセスメントが行われているが、年4回のサービス実施計画策定時と必ずしも符合しない。また、アセスメント内容がサービス実施計画の内容にどのように反映されたか確認することができなかった。アセスメントで得られた情報がどのような検討や思考でサービス実施計画に反映されたか確認できるシステムの検討が必要と思われる。</p> <p>○一人の利用者につき、2～3ヶ月毎に関係者が集まってカンファレンス会議を行っているが、アセスメントやサービス実施計画との整合性が明確でない。アセスメントやサービス実施計画策定の過程に合わせたカンファレンス会議の開催時期や検討・記録方法の工夫が必要と思われる。</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。	b)	<p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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>	<p>○サービス実施計画の見直しのためのモニタリング用紙がないが、2～3ヶ月毎に開催されるカンファレンス会議で見直しが行われているように思われた。しかし、サービス実施計画の改定時期との整合性はなく、内容においても反映が確認できなかった。介護過程の基本に立ち返り、サービス実施計画策定の手順の見直しが早急に必要と思われる。</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) 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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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>	<p>○毎日のサービス実施記録は担当者を決めて、全ての利用者に対し、丁寧に記録されている。また、記録者は日々代わり、差異がないように工夫し、他の職員の記録も確認できている。</p> <p>○日中活動などの利用者を横断した「横軸」の記録が確認できなかった。利用者個々の記録のみならず、日々提供されている活動の有効性を検証するための記録も必要ではないだろうか。</p> <p>○サービス実施計画の内容にあまり変化がないため、日々の記録との整合性があるとはいいがたい。基本的な介護過程に則り、サービス実施計画に始まり、記録、モニタリングまでの流れを認識し、部署を超えたサービス実施記録の見直しが必要と思われる。</p>
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 224 記録管理の責任者が設置されている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 226 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</p> <p>■ 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>	<p>○法人の規定に基づき、適切に保管されている。しかし、廃棄についての規定が明確でない。今後、施設が歴史を重ねる中、情報の廃棄について検討する必要があると感じた。</p>