

(別添1)

## 事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別：通所リハビリ  
事業所名（施設名）  
：相澤通所リハビリテーション  
塩尻

○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	コメント
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"> <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。</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>	<p>○法人のミッション（理念）は、“…医療・介護・経営の質を高め、社会に貢献することができる地域を創る“と謳われており、法人の使命や目指す方向を読み取ることができる。それを受けて、地域在宅医療支援センターが今後の10年に向けたミッションとビジョンを作成している。さらに、通所リハビリテーション塩尻の5年後を見据えたビジョンがある。</p> <p>○通所リハビリテーション塩尻のビジョンは、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっており、会議のなかで職員に説明して周知されている。</p> <p>○地域在宅医療支援センター塩尻の朝礼において、ミッション・ビジョンを項目毎に読み合わせを行い、日常的に周知できるように取り組んでいる。</p> <p>○ミッション・ビジョンは、相澤病院広報誌「あいあい」や地域在宅医療支援センター20周年誌に掲載しており利用者に配布している。また、施設内にも掲示している。ホームページにも掲載されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
	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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	○県の集団指導や市で実施している会議、デイケア協会の説明会等に参加し、地域の状況、介護保険の動向を把握している。地域在宅医療支援センター運営会議において、社会福祉事業全体の動向や地域における介護サービスの状況について確認し、今後の方向性や改善に向けた分析を行っている。
			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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	○チームミーティングで現場の状況を汲み上げ、運営会議等で実績や財務の状況から人員配置を分析し課題について管理者間で共有されている。 ○毎月、利用者数や稼働率、収支状況などのデータをまとめて課題を明確にしておき、職員にも職場内情報伝達システムを活用して伝えている。また、半期ごと「運営・経営状況」として職員へ改善に向けた取り組みについて通達している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
	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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</p>	<p>○法人や地域在宅医療支援センターの中・長期計画を基に通所リハビリテーション塩尻のビジョンが5年後のあるべき姿として作成されている。また、経営課題等具体的な内容となっている。</p> <p>○体制や人員など、数値として出されており、毎年見直して次年度に活かしている。</p>
			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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。</p> <p>■ 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>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○部署会議等で職員の意見を集約して、運営会議において検討し、決定事項は部署会議で説明し伝達、承認する仕組みがある。</p> <p>○事業計画に基づいて「経営・運営課題実施計画書」が作成されており、実施状況の把握、見直しが定期的に行われている。</p>
			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○主な事業計画の塩尻祭りや防災訓練について、お便りを作成して配布、説明を行っており、参加を促している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
	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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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、今年度の部署課題の一つにあげ、計画的に取り組み受審している。 ○質の向上に向けては、職能評価等で評価を行い、改善点を明確にして取り組んでいる。接遇委員会が設置されており、接遇に関しての自己評価・他者評価を定期的にチェックして向上に努めている。
			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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 37 職員間で課題の共有化が図られている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	○職位に関する規定があり、管理者の役割が明確になっている。また、業務マニュアルにおいて、業務内の管理者の責任等が明示されており、緊急時に管理者が不在の対応についても明確化されている。
			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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	○県の集団指導、デイケア協会の説明会、倫理・医療安全・交通安全研修等へ参加して、遵守すべき法令について学び、職員に対して周知する取り組みを行っている。 ○交通安全については警察署とも連携し、掲示している交通安全標語は毎月変えて、意識をたかめるように取り組んでいる。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
		(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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○部署課題に取り組む上で職員の役割分担を行い、進捗状況を確認しながら、課題の達成や質の向上に向けて取り組んでいる。</p> <p>○地域在宅医療支援センターの学術大会の開催、症例検討会などを実施している。また、地域に向けて開催される出前講座には全職員が講師を担当しており、全国規模の学術大会には介護職員も発表している。。その際には管理者が積極的に助言指導を行っており、職員の教育・研修の充実が、サービスの質につながっていることが伺える。</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)	<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>○稼働率や勤務日数、超過勤務の把握など、「運営・経営状況」の数値分析を実施して、経営の改善や業務の実効性に向けて取り組んでいる。</p> <p>○労務管理を実施して、その中で、職員の勤務日数や超過勤務、有給の取得状況等を確認しており、リフレッシュ休暇有給休暇等が取りやすいなど、働きやすい職場環境整備に取り組んでいる。また、管理者研修ではモチベーションマネジメントを学び、職員が意欲的に働ける職場作りや職員との関わり方等について学んでいる。</p> <p>○部署会議や定期的なセンター長報告を行っており、職員にも現状を伝える仕組みがあり経営の改善や業務の実効性の向上に向けて取り組まれている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
	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。	a)	<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>○部署プロフィールにおいて人員体制や教育・研修について述べられており、職能要件書やキャリアパスシートを使って、職員の育成を行っている。必要な人材については、個別リハビリテーション実施単位やリハビリテーション必要人数の分析を行ない、業務量から年に1回人員体制の見直しを実施している。</p> <p>○法人としての人材確保計画があり、通所リハビリテーション塩尻の実情を踏まえた人材確保が人事課において行われている。</p>
			② 総合的な人事管理が行われている。	a)	<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>○法人としての共通職能要件書及び部署別、職種別職能要件書が作成されており、評価して必要な育成が実施されている。</p> <p>○人事基準については、法人の人事制度で定められている。職能要件書やキャリアパスシート等を活用して目標面接が実施されており、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が評価されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(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り組んでいる。	a)	<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>○「職位に関する規定」内の人事管理の項目に従って責任体制が明確になっている。休暇等については就業規則にそって実施されている。年1回人事関係調査を行い、目標・育成面接を年1回ずつ実施して非常勤や時間短縮の職員も含めて意向を聞きながら対応している。</p> <p>○勤務表は職員みんなで休暇等の希望をだして作成しており、有給休暇や時間外労働のデータは毎月確認して、職員の就業状況が把握されている。</p> <p>○職員の満足度チェックやストレスチェックが実施されている。産業医や臨床心理士が配置されており、必要に応じて誰でも相談できる体制が整っている。また、朝礼、昼礼、終礼の際には健康状態等職員同士で確認をしている。</p> <p>○健康診断や感染症予防接種、各種福利厚生は、職員アンケートを取りより充実させて実施している。</p> <p>○人材の確保、定着の観点からは、スキルアップを目的に症例検討会の実施、有給休暇が取りやすいように配慮する、管理者研修でモチベーション研修を受けるなど、働きやすい職場づくりに努めている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(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)	<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>○ 法人全体の人事管理制度や規定が整備されている。共通要件と専門職種、事業の種類、職位や等級別に職能要件書が明示され、組織としての期待する職員像が明確にされている。また、合わせてキャリアパスシートを記入し、個別の職員の目標が明確にされるなど目標管理の仕組みがあり、職員の質の向上に取り組んでいる。</p> <p>○ 職能要件書、キャリアパスシートを用いての面談（職位や必要に応じて随時）が設定され、正規職員だけでなく非常勤の職員も含めて全職員一人ひとりの育成に向けて組織的に取り組んでいる。</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。	a)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○ 法人人事部が中心となり、組織的に全職員の研修計画、職能や部署ごとに必要な必修研修や選択研修の計画が立案されている。特にリハセラピスト（作業療法士、理学療法士、言語聴覚士）を対象とするリハビリテーション部門の職員に対する専門職としての教育スローガンも作成されている。</p> <p>○ 年度ごとに、地域在宅医療支援センター塩尻の全体や部署ごとに教育、研修に関して見直し、ミッションの実現に向けた計画が策定され、研修の実施、見直しがなされている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○ 院内研修は、法人本部での全体研修会、地域在宅医療支援センター内の併設事業所と合同の地区研修会、パソコンを活用しての院内自己学習システムなど、参加しやすい工夫がされている。院外研修は、部署内で研修報告会や伝達講習が設定されるなど、研修成果の報告、活用も配慮されている。さらに、内容によっては事業所の特性に合わせて、必要とする知識、技術水準に応じてのテーマ別の研修もその都度、開催されている。</p> <p>○ 法人全体の研修は人事部で管理し、研修実施の有無や評価分析も実施されている。待遇に関しては法人の接遇改善委員会が中心になって計画、実施し、自己評価と他者からの評価、さらに職能要件書でも共通要件として習得状況が評価されている。</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。	B)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 94 指導者に対する研修を実施している。</p> <p>□ 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>	<p>○ 実習生受け入れに向けて、実習受け入れに関するマニュアルや基本姿勢など明示されている。</p> <p>現在、事業所内の部署単独では実習生の受け入れは実施されていない。医療に関する学生の見学等は受け入れている。</p> <p>○ 職能要件書に教育・育成に関して指導者育成、臨床教育や人材育成についての要件が明示され、管理者など職能が上位の者は、教育指導の習得がされている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
	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"> <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ている。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人のホームページが作成され、担当部署により定期的に更新されている。法人のミッション、ビジョンや予算、決算情報などの法人年報がホームページ上に毎年掲載され、広報誌等も含め、各相談窓口、第三者評価の実施結果へのリンクなど積極的に情報公開に取り組んでいる。</p> <p>○苦情、相談体制は、事業所パンフレットや重要事項説明書に、担当部署ごとに大きな字で分かりやすく直通電話番号や市の長寿課や国保連合会の電話番号も一覧にして掲載している。</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"> <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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人全体の経理規定が明示されている。経理規定には、毎年の外部監査実施が明文化され、規定に従い実施されている。内部監査については、コンプライアンス室が設置され、コンプライアンス室長（公認会計士）のもと透明性のある経営、運営に努めている。</p> <p>○医療法人であり、理事会、評議員会が規定にそって定期的に開催され、経営組織体制が明示、職員にも部署ごとの会議等で周知されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
	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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○ 法人及び地域在宅医療支援センターのミッション、ビジョンに地域との関わり方が明示されている。さらに部署ビジョンには「塩尻地区のリハビリ情報発信基地となる」と掲げている。</p> <p>○ 担当の介護支援専門相談員など他職種とも連携して、個々の利用者のニーズに合わせた社会資源や地域の情報を収集し、提供している。（利用する店舗での買い物、旅行プランの提案など）</p> <p>○ 出前講座の講師として全職員が地域に出向き、講座終了後にはアンケートを実施するなど、地域住民との交流の機会となっている。事業所開設以来、年に1回の塩尻祭りを開催しており、6回目の昨年は160名以上の地域の方の来所があり、地域の方の理解が広がっている。</p>
			② ボランティア等の受け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)	<p>□ 112 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明文化している。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 114 ボランティア受け入れについて、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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 116 学校教育への協力を行っている。</p>	<p>○ 中学生の職場体験や職場見学等は、法人として体制を整備し受け入れを実施している。職員の出身校への授業の協力等も行っている。事業所単独では事業の特性を鑑み、ボランティアの受け入れは実施していないが、塩尻祭りなどでは活躍されている場面も見受けられる。</p> <p>○ 地域に開かれた事業所、「安心して暮らせる地域の創造」を目指すときに、地域のボランティアは地域社会と事業所をつなぐ存在として期待されている。ボランティアへの研修や受入時の説明などマニュアルの作成を含めた体制の整備が求められる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 119 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○ 市の長寿課、社会福祉協議会、地域包括支援センター、利用者それぞれの関係する医療機関や事業所などとは日常的に連携している。事業所一覧等の「地域社会資源」のファイルを作成しており、市の長寿課によるパンフレットも活用して職員の情報の共有化が図られている。</p> <p>○ 市の介護保険連絡会に参加し、地域における課題について情報交換を図り、連携して取組んでいる。また、関係団体主催の研修会への参加や講師派遣をしており、関係団体全体の質の向上に取り組んでいる。</p>
		(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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○ 地域在宅医療支援センター塩尻全体で取り組む塩尻祭りには、通所リハビリセンターのスペースを活用して地域住民との交流を図っている。また、出前講座の開催や社会福祉協議会・民生委員・居宅介護支援専門員対象の講座の開催など、専門性を活かした取り組みを積極的に行っている。</p> <p>○ 法人内の病院は、県の災害拠点病院となっており、本体病院にヘリポートが設置され、大規模災害時には法人としての役割が定められている。</p> <p>○ 地域在宅医療支援センター塩尻災害対策マニュアルを整備し、災害時行動計画を明文化しており、事業所内での確認がされている。自治体との具体的な災害時の役割や災害時避難場所としての活用については、今後の検討課題としている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○ 法人全体で出前講座として、2013年より医療介護福祉に関する様々な講座へ（テーマは136例）、専門の講師を無料で派遣している。要望に応じて、時間や内容を調整しており、講師として部署内の全職員が交替で派遣されている。</p> <p>○ 出前講座の実施後にはアンケートを実施し、ニーズの掘り起こしに努めている。また、在宅介護支援専門員や民生委員、社会福祉協議会と連携して地域のニーズを検討し、出前講座の内容に反映している。</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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○ 法人職業倫理規定、法人臨床倫理規定、法人倫理規定が定められている。</p> <p>○ 法人のミッション、ビジョンに利用者尊重の姿勢が明示されている。職員は原則全員参加の下、法人理事長より新年の年頭所感ならびに経営方針の訓示が行われている。</p> <p>○ 「患者の権利と義務」が事業所内に掲示されており、契約時に利用者や家族に説明がされている。また、医療安全セミナーは全職員受講しなければならない必須研修となっており、利用者尊重のサービス提供について法人全体で周知に取組んでいる。地域在宅医療支援センターのミッションとして「在宅で療養する人々の尊厳と自立を尊重し、（以下略）」と定め、朝礼、終礼等で読み合わせを行っている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			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 data-bbox="795 212 1624 268">■ 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。</li> <li data-bbox="795 427 1624 483">■ 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。</li> <li data-bbox="795 547 1624 659">■ 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。</li> <li data-bbox="795 707 1624 786">■ 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。</li> <li data-bbox="795 834 1624 882">■ 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。</li> <li data-bbox="795 930 1624 978">■ 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。</li> <li data-bbox="795 1010 1624 1058">■ 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。</li> </ul>	<p>○ 患者の権利と義務に関する規定、虐待対応規定、身体拘束管理規定が明文化されている。また、業務マニュアルに「プライバシーの保護」として、具体的に記載されている。</p> <p>○ 利用者のサービス利用時におけるプライバシー保護に関して、トイレ入口には、利用者の意見を取り入れた職員の手造りの札が活用されている。また、個別リハビリテーション時のついたてやカーテンの使用、面談時の個室の利用、電話は内容によっては周りに聞こえないよう配慮するなど職員間で徹底されている。利用者の面接調査や実際の調査時も職員の配慮、心遣いが伺えた。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 148 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○ 法人全体のホームページ内に、事業所の説明も写真入りで掲載されている。</p> <p>○ 事業所のパンフレットは、法改正等の機会や年1回以上は定期的に見直し、作成している。パンフレットは、写真や図を用いて、分かり易いように書かれ、事業所の電話番号などは大きく見やすい場所に書かれている。</p> <p>○ 事業所の見学に応じており、個別に丁寧に説明をしている。</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>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○ サービス開始前には、自宅に事前訪問をして家族、介護支援専門員の同席で、重要事項説明書の説明を丁寧に行い、利用者の同意にあたっては自己決定を尊重して、その内容を書面に残している。</p> <p>○ 意思決定が困難な利用者は、家族、後見人、介護支援専門員の同席の下で関係者の同意を確認して説明、運用を図っている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○サービス内容の変更、終了時には相談窓口を紹介した文書を渡し、相談出来る体制を整備している。</p> <p>○病院、他事業所等への移行時は、リハビリ等の不利益を生じないよう多職種で検討をし、情報提供書を作成して提供をしている。</p> <p>○終了した場合は、自宅でも出来るように「自主トレーニングメニュー」を提供し、1カ月後に自宅訪問をして相談に応じている。</p>
		(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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 159 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。 非該当とする。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○利用者及び家族満足度調査やアンケート調査を継続的に実施している。調査結果、改善に向けた取組みの状況を利用者・家族に文書で報告している。また、調査の取組みをまとめて学会等で発表をしている。</p> <p>○定期的なアセスメントを行う際には、個々の利用者から直接サービスの満足に関して確認しており、リハビリテーション実施計画書に反映している。</p> <p>○日常的な会話、担当者会議、面談、自宅訪問、利用者が地域で参加しているサークル等に向く等して利用者満足の把握に努めている。</p> <p>○161については、事業所の状況により非該当とする。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(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>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○重要事項説明書に窓口が表示され、苦情解決に対する仕組みが整備されている。</p> <p>○出された苦情は速やかに検討され、解決結果を施設内の利用者が読みやすい場所に掲示されている。</p> <p>○送迎時に関する意見・要望等は、検討、解決を図り、内容を広報誌に掲載して利用者・家族に公表している。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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を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>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○利用者が相談や意見を述べる方法等は、利用契約時に説明しており、また、ホール内の掲示物等で周知されている。</p> <p>○ホールに記載カード、意見箱の設置をしている。</p> <p>○相談や意見を述べる際は、相談室で行われている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 175 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○意見・苦情を受け付けた際のマニュアルが整備され、マニュアルに沿って対応をしている。職員は、出された相談や意見に対して業務連絡ノートにより内容を把握し、検討して迅速な対応に繋がっている。</p> <p>○職員は会話をしよう努めて、相談を必要としている利用者には意識的に時間を作って対応している。</p> <p>○相談や意見の内容により、家族、介護支援専門員に報告して解決に向けた取り組みを行っている。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人として医療介護福祉安全推進部が設置され、体制が整備されている。また、地域在宅医療支援センター医療安全規定が明示されている。事業所でのリスクマネジメントに関する責任者は、科長となっており、事故発生時は規定に沿って対応している。</p> <p>○事故報告、ヒヤリハット報告にもとづいて評価・見直しを行い再発防止に努め、職員に周知をしている。</p> <p>○医療福祉に関する安全セミナー、交通安全等安全確保、事故防止に関する研修は必須研修に位置づけられて自己学習システム等により全職員が受講している。送迎車両、設備、福祉機器については、点検を定期的に行い、安全確保に努めている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			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>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 189 感染症の予防策が適切に講じられている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○感染対策マニュアルが整備され、科長が責任者となり体制が作られている。感染対策の研修や自己学習システムを活用しての学習を定期的に行い、感染症の予防に取り組んでいる。</p> <p>○インフルエンザ等感染症予防のための文書を家族・利用者向けに、広報誌等に掲載して予防を呼びかけている。また、職員、利用者が感染の媒体とならないよう規定にあり、感染した場合は、規定に基づいて対応し、感染拡大予防に努めている。</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>■ 192 災害時の対応体制が決められている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○災害時対応規定、防災マニュアルに沿った体制が整備されている。</p> <p>○利用者・職員の安否確認は、安否確認システムを使って、個人用携帯電話、業務用携帯電話に送信する仕組みが整備されている。</p> <p>○備蓄リストを作成して、水、排泄用品等を備蓄して緊急時に備えている。</p> <p>○利用者、職員、消防署等が参加しての避難訓練を実施している。また、職員は、県政出前講座・県危機管理防災課職員による防災講座を受講して災害時に備えている。</p> <p>○事業所として地元の行政、自治体との関係、役割について検討している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
	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"> <li>■ 197 標準的な実施方法が適切に文書化されている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○利用者の尊厳やプライバシーの保護等の姿勢を表示して、日次、週次、月次別に実施方法等マニュアルとして明文化している。</p> <p>○職員は、職能要件書を用いて目標の設定を行い、標準的な実施方法を可能にするための仕組みがあり実践をしている。</p> <p>○科長は、標準的な実施方法について、日々のカンファレンスの中で周知徹底に努めている。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○リハビリテーション実施計画書の作成を通して、部署会議等から検証して職員、利用者からの要望を反映させて定期的に標準的なサービスの見直しを行っている。</p> <p>○制度改正時には、部署会議を経て見直しを行い、手順等の研修会を実施し、職員に周知している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(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"> <li>■ 205 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>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○リハビリテーション実施計画策定の責任者は科長となっている。リハビリテーション実施計画は、毎月モニタリングを実施して、計画通りにサービスが実施されているか確認する仕組みが構築され、機能している。</p> <p>○多職種でアセスメントを行い、カンファレンスには利用者も出席して、意見・要望を聴いている。サービス担当者会議では、再度利用者へニーズの確認を行っている。</p> <p>○支援困難ケースは、チームカンファレンスを随時開き、検討を重ねている。また、家族、介護支援専門員と連携を取っている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			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>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	○リハビリテーション実地計画書は、3ヶ月毎に身体機能評価にもとづいてアセスメントを多職種で行う等、業務マニュアルに沿って見直しを行っている。利用者の状況変化があった時にも、見直しを行っている。 ○変更した場合は、利用者・家族等、介護支援専門員にリハビリテーション実施計画書、会議録を配布して報告をしている。職員には、カンファレンス、終礼、連絡ノート等で周知している。
		(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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	○サービス実施状況、リハビリテーション実施計画にもとづく記録は電子カルテに入力され、職員間で共有されている。 ○記録する職員に差異が生じないように記録手順・方法が文書化され、記録のチェックを科長が行い職員に指導をし、科長の記録を職員がチェックをする仕組みになっている。3か月毎、経過記録も含めてチェックをしている。 ○職員は、パソコンのネットワークシステムの利用、カンファレンス、リハビリ会議、症例検討等で記録の情報共有を行い、多職種間で効果的なサービスの実施に繋がるよう努めている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			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>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 224 記録管理の責任者が設置されている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 226 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○利用者に関する記録の管理体制は、「地域在宅医療支援センター記録・書類等の保存・破棄規程」に定められている。管理責任者は管理事務部長となり、事業所では科長になっている。</p> <p>○個人情報保護、不適切な利用、電子カルテの漏えい防止等の方法、対応に関する研修を行い職員に周知徹底している。個人情報の取扱及び利用目的を利用者・家族等に説明して同意書にて同意を得ている。</p> <p>○予定されている電子カルテシステムの改修に備えて、規程等の見直し、研修等計画している。</p> <p>○学会等に使用される個人情報は、個人情報保護規程に沿って倫理委員会で検討され対応している。</p>