

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	2	(1)	② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a	■ 11	経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。	・法人の単年度の事業方針に基づいて当施設としての事業方針と収支予算が組み立てられ、その結果を職員にも説明し施設の現状を正しく理解してもらい運営の改善に役立てている。月別の事業実施報告書の様式も「行事」「会議等」「職員研修」など、わかり易い内容で、管理者・主任の所見欄には「よかったこと」「苦戦したこと」「反省すること」などが具体的に記載され、ヒヤリハット件数なども数値として示されるようになってきている。これらから職員も運営状況を把握し、施設の課題解決に具体的に取り組んでいる。別に、法人としての月別及び年度累計としての損益計算書が作成されており、職員は数値的な面からも運営状況や課題を把握できるようになっている。
			■ 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。						
	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	■ 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。	・介護保険の改正が3年毎に実施されている中で、介護保険改正を踏まえた2019年度からの5ヶ年の中期計画が策定されており、法人の各施設・事業所ごとの損益計画とアクションプランが掲げられている。介護業界全体の流れと、当施設のビジネスモデル俯瞰図が示されており、また、強み、弱みも示され、単年度の事業方針や収支計画にも中期計画が反映されている。
			■ 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。						
			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	■ 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。	・法人本部の単年度事業方針に基づいた単年度の当施設としての事業方針と収支予算が立てられている。事業方針には目標(P)、具体的活動(D)として各年度の「予算骨子」が数値でも示され、実行可能なものとなっている。また、毎月、月別の事業実施報告書としてそれぞれの「具体的な活動(D)」に対して「現状(C)」、「今後の取り組み(A)」という形で報告書を作成している。
■ 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。						

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	3	(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・見直しが行われ、職員が理解している。	a	■ 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。	・事業計画の進捗状況は毎月リーダー会、職場会等で確認し、また、月別の当施設としての事業実施報告書や月別及び年度累計としての損益計算書が作成され、それらを基に振り返りや確認、見直しもしている。監事による監査も行われ、年度終了時には各事業所としての「事業報告書」と「資金収支計算書」も作成している。現在、法人として介護に関して、地域密着型特養・認知症対応型グループホーム・小規模多機能型居宅介護を所管する技術1課、特定施設入居者生活介護を所管する技術2課、通所介護・居宅介護支援・訪問介護を所管する技術3課があり、リーダー会と職場会も毎月実施され、また、職員による委員会もあり日ごろの業務の中での気づきや意見などを抽出し課題を明確にし改善策に繋げている。更に、職員の申し送りノートも回覧されており、職員は出勤時に必ず目を通し、他の職員との意思疎通を密にしている。
			■ 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。						
			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c	■ 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。	・法人のホームページで現況報告と決算報告書が共に7期分公開されており、家族等がいつでも閲覧することができる。家族等が年1回行われておりスライドを交えた事業報告等が行われている。今後、家族会や夏祭りなどの機会をとらえ、更に法人や当施設の運営状況についてふれることを期待したい。特別養護老人ホームという性格上、利用者への周知は難しいと思われるが、理解が可能な利用者に向けて説明方法に工夫を凝らし知らしめることも期待したい。
□ 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。						
組 4	福祉サービスの質の向上	(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。	・当施設としての第三者評価の受審は今回が初めてである。利用者一人ひとりの施設サービス計画書が立案されており、日常的な福祉サービスの質の向上に向けた取り組みが実施されている。今後は組織としてそれぞれのサービスについて定期的に評価を実施し、評価結果等を分析・検討する体制を整備されることを期待したい。
■ 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。						

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	への組織的・計画的な取	(1)	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。	c	<input 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 type="checkbox"/> 37 職員間で課題の共有化が図られている。 <input 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 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 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。	・前項同様、当施設として第三者評価の受審は初めてであり、サービス評価については組織全体として取り組むところまでには到っていない。今後は実施した自己評価や第三者評価等の結果を分析し、単年度では解決ができないものも想定されることから、計画の見直しあるいは計画の変更等に更に有効に活用されることを望みたい。
II	組織の運営管理	(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。	b	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・施設長の役割と責務は施設の運営規定や職責組織図をはじめとした各種組織表、マニュアルなどに明記されている。また、法人の就業規則、基本給与表として業務分担などの職掌の範囲も明示されている。施設長は施設をリードする立場として、職員に対して自らの役割と責任を明らかにし、組織内での信頼関係のもとにリーダーシップを発揮することが必要であると思われ、また、質の高い福祉サービスの実施や、効果的な経営管理は、管理者だけの力で実現できるものではなく、今後、更に、チームとして組織力を発揮されていくことを期待したい。
			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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・法人として制度研修と介護技術研修をほぼ1ヶ月に2回ほど実施しており、虐待及び身体拘束等についての研修も年2回実施されている。職員は経験年数等に応じて法人研修を受講しており、施設長は法人の「職責者研修会」で介護保険を始めとした法令や倫理について学び、常に意識し職員を正しい方向に導いている。職責者会議、リーダー会、職場会が定例化されており、また、各委員会が主催する勉強会なども実施され、具体的に守るべき法令について現場での事例等も交え周知されている。

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)
Ⅱ	1	(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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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>・施設リーダー会議、職場会などで施設長は職員とともに事業所のサービスを振り返り改善へとつなげている。法人の年度事業方針にも「利用者が安心安全に過ごせる介護・施設をめざします」と掲げ、また、「在宅でも施設でも利用者が自分の家と同じように、自分らしく生活していくための支援、サービスを定期用いしましょう」とし利用者本位の暮らしができるように職員の意見や要望を施設の運営に反映している。また、施設内の研修についてもその内容についての充実を図るため職員からの要望・意見を受け止め次の機会に活かしている。</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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>・前年度の事業を検証し、施設としての単年度の事業方針を法人の事業方針に沿い立案している。事業方針に沿った収支予算の編成に当たってはリーダー会や職場会にも要望等を上げるように委ねている。施設の事業方針や具体的な活動が数値化され掲げられており、運営や業務の効率化に向け全職員で取り組んでいる。施設のリーダー会や職場会などで意思統一を図っているほか、職員も法人内に組織された委員会の質の向上に取り組んでいる。現状、人事、労務、財務等については法人本部に負うところが多く、今後、理念・基本方針の実現に向けて、施設長として効果的な業務の実現を目指し、更に、改善に向け具体的な取組みをされていくことを期待したい。</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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 58 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。 ■ 59 福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。 □ 60 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。 □ 61 法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。 	<p>・基本的に職員の採用については法人本部で行われている。職員が働きやすいように採用に際して時間帯や夜勤の有無により常勤と非常勤の勤務形態から選択できるようになっている。また、職員の勤務については柔軟に対応しており、場合によっては女性職員の子どもの同伴勤務も可能となっている。単年度の事業方針の中には「職員育成・教育研修」として法人としての制度教育への積極的な参加や自己研鑽のための様々な自己学習を積極的にすすめることが掲げられており、それに対応し月別の事業実施報告書の「職員研修」欄には具体的な実施内容を書き留めている。今後、法人の理念・綱領や事業方針に沿って、組織を適切に機能させるために、必要な人数や体制、あるいは常勤職員と非常勤職員の比率のほか、障害者雇用への対応といったことも含め、更には、専門職（有資格職員）である福祉人材の配置や確保等についても具体的に、計画に組み込まれていくことを期待したい。</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)
Ⅱ	2	(1)	② 総合的な人事管理が行われている。	b	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 67 職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができている。 	<p>・法人の運営理念の目標のうちの二つ、「私たちは、利用者の立場に立って親切でよい介護を行います」「私たちは、つねに学習し、たゆみなく福祉の充実と向上につとめます」は裏返せば職員に期待される姿であり、職員は理解し日頃の活動の中で実践している。法人としての基本給与表があり、役割や等級が明示されている。また、チームリーダー、ユニットリーダー、介護職員、生活相談員、介護支援専門員などの業務の内容も運営規程や組織図で明確になっている。職員の異動や勤務コースの希望等については日頃の面談で伝えることができる。今後、「人材育成シート」の活用を更に深耕し、職員が自らの将来を描けるような、昇進・昇格の基準、賃金の水準、必要なスキルの水準等についてキャリアパス制度などで明確にされていくことを期待したい。</p>
		(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。		b	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。

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	2	(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。	c	■ 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。	・法人の運営理念の中の目標の二つ「私たちは、利用者の立場に立って親切でよい介護を行います」「私たちは、つねに学習し、たゆみなく福祉の充実と向上につとめます」は裏返せば「期待する職員像」として示されたものであり、職員は日々実践している。職員は「人材育成シート」でチャレンジ目標を立て、期待する成果や能力開発の目標も具体的に立て、振り返りの場にもしている。また、職員それぞれの職位や担当職種に応じた職責組織図や基本給与表があり、業務の内容は明確になっている。法人として職員の経験や習熟度に合わせキャリアパス制度を確立され、各職員がそれぞれの段階で「求められる職員像」を十分に理解できるように明らかにし人事考課制度へと繋げられていくことを期待したい。		
					□ 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。			
			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	■ 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。		・職員それぞれの職位や担当職種に応じた職責組織図や運営規程があり、業務の内容は明確になっている。法人としての第3期目の制度研修が行われており、また、ユニット型の特別養護老人などを対象とした広域連合主催の合同研修会などに職員が出席している。今後は、法人本部や施設の事業方針に基づいた教育内容やカリキュラムについての評価と見直しをされることが求められる。	
					□ 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。			
			③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a	■ 86	個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。			・職員は復命で外部研修に参加することもあるが、参加したい研修を職員自身で選択し参加することもできる。復命書を提出し、研修成果を報告書として上げ、伝達研修という形で施設やユニット会議で発表することもある。法人として中堅職員を対象とした第3期制度研修が月2回ほど実施されており、習熟度や勤務年数に合わせ、対象となる職員が出席している。外部研修に関する情報提供は掲示板やメール等を使用している。新人研修については法人として4期ごとに2日間集中して実施し、新入職員自ら目標シートを作成し、先輩の職員が助言者としてサポートしている。
					■ 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。			

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	2	(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	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 94 指導者に対する研修を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・施設として実習生の受入れをしており、そのためのマニュアルもあり、施設長自ら介護福祉士実習指導者研修に参加し、職員にもその内容を伝えている。資格を目指す実習生の事前オリエンテーションなども行われている。学校側と、実習内容について連携してプログラムの打ち合わせをするのと同時に、実習期間中においても継続的な連携を取っている。今後、事業方針等にも明記され、次代を担う若者たちの養成についても更に前向きに取り組んでいただくことを期待したい。
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・法人としてのホームページがあり法人の理念、当施設や法人内の各事業所の概要、法人の決算・現況報告等も知ることができる。法人の広報誌「こころ通信」が利用者や家族を主に配布されており、また、バックナンバーが法人のホームページに掲載されており、地域の人々も法人の事業内容や活動報告などを知ることができる。第三者評価についても今年度受審し、県のホームページ等を通じて公表される予定になっている。
			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。	b	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・法人として事務処理の規程、経理規程などの各種規程があり、必要に応じて社会労務士などの外部の専門家に相談し、助言を受けることが出来る。また、法人運営の透明性を図るために会計士による監査業務が行われ、財務諸表が適正であるかどうかの評価を受けている。更に、監事による監査も実施されている。今後、施設における事務、経理、取引等に関するルールを職員に周知することで、法人の今年度事業方針の「経営の改善について」の「経費削減は各職場の創意工夫ですすめます」という具体策の裏付けとして役立てられることを期待したい。

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)
II	4 地域との交流、 地域貢献	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a	■ 107 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。	・利用者と地域との関わりについては法人の運営理念の目標の一つとして「私たちは、地域・職場のひとびとと協力を深め、福祉を守る運動をすすめます」とし、当施設も含めた複合施設全体のコンセプトを「ひと・まち イキイキこころのひろば」としている。複合施設内には地域交流センターとして「多目的ホール」「小・中会議室」「天然温泉」「屋外足湯」などが設けられ、また、複合施設内や広い敷地内にはクリニックや介護ショップ、薬局などもあり、地元野菜の販売等も定期的に行われ多くの地域住民が利用している。更に、複合施設全体の秋祭り等のイベントにも地域の人々が参加しやすいようにしている。また、複合施設へのボランティアの来訪もあり、利用者の理解度に応じ掲示板等を通して地域のイベントや社会資源を利用できるように情報も提供している。
			② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。		b	
	■ 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。					

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	4	(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"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 119 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"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>・当施設の入居複合施設内及び敷地内には特定施設入居者生活介護事業所、小規模多機能型居宅介護支援事業所、認知症高齢者グループホーム、福祉用具貸与事業所、内科・外科クリニック、歯科クリニック、薬局などがあり、また、法人の他の拠点として居宅介護支援事業所、デイサービス等の事業所もあり法人内外の事業所と連携している。職員もそれぞれの業務で関わりをもっているため職員間での情報の共有化も図られている。諏訪広域連合第7期介護保険事業計画の専門委員会や地域ケア会議などに法人の施設や事業所の職員が参加し問題提起や解決に向けて協働している。看護師を通じて利用者のかかりつけ医や地域の病院、老人保健施設等とも情報の共有化を図っている。入居施設としての特別養護老人ホームという性格上難しい点もあるが、今後、利用者にとってプラスになるような社会資源のリストや資料を可能な範囲で集めたり活用されることを期待したい。</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	<input checked="" type="checkbox"/> 122 福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。 <input type="checkbox"/> 123 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。 <input checked="" type="checkbox"/> 124 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 125 災害時の地域における役割等について確認がなされている。 <input checked="" type="checkbox"/> 126 多様な機関等と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。	<p>・複合施設周辺の地元町内と「災害時における緊急活動の協力に関する協定書」を取り交わしており、万が一の場合には住民の避難場所として利用していただけるようになっており、食料品等を備蓄している。また、諏訪地方で7年に1回開かれる御柱の小宮祭の休憩所として場所を提供しており、更に、施設の秋祭りには地域の人々も大勢参加している。広報誌「こころ通信」を毎月発行し、利用者や家族に配布し、ホームページでも公開し法人全体としての情報発信に努めている。複合施設1階の多目的ホールや小・中会議室は地域交流センターとして幅広い人々に利用され、地域の活性化に役立っている。今後、施設の専門的な知識・技術や情報を講演会などで地域の人々に提供する場を設け、更に、地域との関わりを深めていかれることが望まれる。</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)
Ⅱ	4	(3)	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>・諏訪広域連合第7期介護保険事業計画の専門委員会や地域ケア会議などに法人や施設として参画し地域のニーズを把握している。法人として2019年度からの5ヶ年の中期計画が策定されており、法人の各施設・事業所ごとのニーズに合わせた年度の損益計画とアクションプランが明らかにされている。複合施設内の小規模多機能型居宅介護支援事業所、認知症高齢者グループホームともに、「運営推進会議」を3ヶ月に1回開き、家族、地元の区長、民生委員などから地域の情報などを聴き、把握している。また、複合施設内に安心して住み続けられる地域をめざして「こころ地域支え合い事業」の部門を置き、地域住民がお互いに助け合う事業を展開している。</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"> ■ 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>・法人運営理念に5つの目標を掲げ全体で取り組んでいる。職責会議や職場会では運営理念を唱和し、各ユニットの事務室にも理念を掲示し職員間での共通化を図っている。また、利用者の尊厳や基本的人権への配慮についても定期的な勉強会を開催し実践している。</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)
Ⅲ	1	(1)	② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 138 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。 ■ 139 利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。 ■ 140 利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。 ■ 141 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。 ■ 142 利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。 ■ 143 規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスが実施されている。 ■ 144 不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。 	<p>・利用者のプライバシー保護や権利擁護については「高齢者施設、虐待防止マニュアル」「身体拘束ゼロへの手引き」等のマニュアルで職員間の意思統一がされている。運営規定のサービス方針には利用者のプライバシーの確保に配慮してケアを行うことが明記されており、プライバシー保護、権利擁護に関する姿勢を示している。法人の制度研修では利用者のプライバシー保護、虐待防止、権利擁護等に関する研修を行い、入浴や着替え、排泄等の場面でも利用者の羞恥心への配慮をしながらケアをしている。</p>
		(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。	① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 145 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの方が入手できる場所に置いている。 ■ 146 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。 ■ 147 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。 ■ 148 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 ■ 149 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。 	<p>・法人の全事業所が掲載されたパンフレットがあり見学者や関係者に配布している。パンフレットはカラーで写真やイラストを用いた分かりやすい内容になっている。体験、一日入所は行っていないが見学は希望に応じて可能であり、施設長、計画作成担当者が対応している。</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)	
Ⅲ	1	(2)	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	■ 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。	・利用開始前には、パンフレットや重要事項説明書等を用いて、基本方針や理念、サービス内容や料金等を説明し、利用者家族の自己決定ができるように配慮している。意思決定や言葉による表現ができない利用者への配慮については非言語的コミュニケーション他で対応している。
			■ 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。						
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	■ 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。	・生活の場を移行するに当たり、今までと同じように生活が継続できるように、居宅介護支援事業者や施設、病院等と綿密に連携を図りながら必要な情報を、本人・家族の同意を得て提供している。契約書や重要事項説明書等には、サービス終了後の相談方法や相談窓口を記し、契約時に説明している。契約の終了事由として、当施設でできる限り終末に到るまで利用する例が多く、看取りも行われている。今後、利用者の状態の変化や家庭環境の変化等で、サービスの内容や福祉施設の変更、家庭への移行等を伴うことがあり得るかと思われ、利用者へのサービスの継続性を損なわないような手順と引継ぎ文書などを定められることを期待したい。			
□ 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。					
(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	■ 159	利用者満足に関する調査が定期的に行われている。	・利用者と日々かわりながら希望や意向を把握し、できることから進めている。年に1回のペースで家族アンケートを実施し家族の意向も把握している。表出された意見は職場会等で話し合い日頃の支援や行事等に反映している。また、一人ひとりのニーズに応じた満足度（外出や外泊、居心地の良い居室づくり、馴染みの茶碗や箸の使用等）を把握し、今までの過ごし方を大切に支援を行っている。		
■ 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。				

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	1	(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。 	<p>・苦情解決の体制（責任者、受付担当者の設置）を整備し、定期的な会議や随時の会議を開催している。運営規定や契約書には、表出された苦情は迅速かつ適切に対応するとし、記録、保存期間も定めている。</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。	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。 	<p>・運営規定等に利用者・家族に対して何時でも相談に応じられることを明示し、利用者・家族が意見を述べやすいように取り組んでいる。環境面では相談室や共有スペース等が確保されており、意見を述べやすい配慮もされている。今後、意見等について、利用者、家族等との話し合いの機会をもつなどの日常的な取組のほか、第三者委員による聞き取り等、複数の方法を用意されることが望まれる。</p>
			③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 174 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。 ■ 175 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 ■ 176 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやす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>・「苦情処理対策マニュアル」他のマニュアルがあり表出された相談や意見は記録し、決められた手順に沿って対応している。また、職場会等で全体共有も図りながら検討し、直ぐに対応できるものから速やかに実施している。利用者の中には言葉で表出が出来ない方もおり、表情や仕草等から汲み取ることもある。家族アンケート（年に1回）の実施、意見箱の設置等、積極的に相談・意見を把握するようにしている。</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)
Ⅲ	1	(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。	① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 180 リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・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>・安全で安心な福祉サービスの提供のためリスクマネジメント委員会を設置し定期的な会議を行い、また、職員へマニュアルを周知することで事故発生時の対応や安全の確保について明確にしている。更に、外部研修に参加し、内部でも研修を行い施設全体としてリスクマネジメントに取り組んでいる。</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"> ■ 186 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。 ■ 187 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。 ■ 188 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。 ■ 189 感染症の予防策が適切に講じられている。 ■ 190 感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。 ■ 191 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。 	<p>・感染症発生時における安全の確保のため感染症対策委員会を設置し、定期的な会議の開催や研修（外部、内部）に参加し感染症等についての知識を十分に持ち、予防、発生時の体制も整備している。感染症対策マニュアルの他に新型インフルエンザマニュアル、ノロウイルス等のマニュアルも整備し、模擬訓練（嘔吐物処理方法）等も実施している。</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)
Ⅲ	1	(5)	③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 192 災害時の対応体制が決められている。 ■ 193 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。 ■ 194 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。 ■ 195 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。 ■ 196 防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、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。 	<p>・災害時における利用者の安全確保のため災害対策委員会を設置し、定期的な会議を開催している。また、年間計画を立て計画的に想定を変えた訓練も実施しており、防災・避難訓練（年2回）や施設周辺自主防災会との合同避難訓練なども実施している。災害対策委員会代表者が外部研修に参加したり、その他、内部研修も行い全体で共有している。敷地内にある防災倉庫には約170名分の食料や飲料水等が備蓄されており、近隣住民との自主防災協定の締結等もあり、日頃から体制を整え災害に備えている。</p>
2	福祉サービスの質の確保	(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。	① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 197 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 ■ 198 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。 ■ 199 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。 ■ 200 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。 	<p>・運営規定には「地域密着型施設サービス計画の作成」から始まり「地域密着型施設サービスの取扱方針」「介護の内容」などが詳細に記されており、利用者の尊重、プライバシー保護や権利擁護に関わる姿勢を含め標準的な実施方法が文書化されている。更に、各業務に分けて業務手順書やマニュアル等があり一定水準の福祉サービスを提供している。</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"> ■ 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・見直しが定期的実施されている。 ■ 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。 	<p>・職場会等で標準的な福祉サービスの実践状況を踏まえ介護技術や知識の習得に努めている。法人として制度研修と介護技術研修もほぼ1ヶ月に2回ほど実施し質の向上へ積極的に取り組んでいる。</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)
Ⅲ	2	(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。	① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 205 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。 ■ 206 アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。 ■ 207 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。 ■ 208 福祉サービス実施計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。 ■ 209 福祉サービス実施計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。 ■ 210 福祉サービス実施計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。 ■ 211 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。 	<p>・アセスメントは定められた手順により実施されており、職場会や毎朝の申し送り、担当者会議等で話し合い、解決すべき課題を見つけ、一人ひとりに即した計画が策定されている。また、計画された福祉サービスが実践されていることが各種記録から確認することができた。担当者会議には本人、家族、担当者や看護師、ケアマネジャー等の関係者が参加し、利用者一人ひとりの現状に即した計画が策定できるよう話し合っている。</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。		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。
<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 						
<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 						
<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 						

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	2	(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	<p>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。</p> <p>② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p>	<p>a</p> <p>a</p>	<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。</p> <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>・利用者の身体状況や生活状況を統一様式に記録している。利用者の日々（24時間）の様子はパソコンのネットワークを使って「施設介護支援経過」に詳細に記録され、計画に即したサービス提供をされていることが確認できた。また、ネットワークの「記録の一覧」では時系列の情報を共有することができ、必要な情報を施設全体として共有できる仕組みが整備されている。</p> <p>・個人情報の取扱いや使用目的、守秘義務等について、契約書や運営規定に定められており、利用者・家族には契約時に説明をし同意を得ている。職員は個人情報保護規定を基に研修を行い、個人情報について正しく理解し遵守している。また、個人に関する記録は外部に流出しないようにケースファイル等は鍵付きの書庫で管理され、ケア記録等はパソコンで一元管理されている。職員は一人ひとりIDとパスワードを持ち、情報の漏えい対策も万全になっている。</p>