

事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別：通所介護

事業所名：佐久市みついデイサービスセンター

○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（実施している場合は■）	特記事項 （着眼点以外の取組等）
I 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	① 理念・基本方針が明文化され周知が図られている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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>[取り組み状況] 施設全体の理念・基本方針が明確に定められており、外部に対してはホームページや広報誌・パンフレットをとおして、内部では朝礼での唱和などで、周知・理解に努めている。</p> <p>実践においては、利用者の満足度90%の達成や「介護サービスに関わる全ての分野に課題、目的意識を持ち、研究テーマを設定し研究を行い、発表します」と謳っている。</p> <p>[改善課題] 利用者・家族へ、わかりやすいより具体的な内容としたり、満足度の公表と同様に研究成果の公表なども期待したいところである。</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>[取り組み状況] 平成30年度からの長野県済生会の中長期計画の作成において、内外の環境の変化が把握されており、それを基にした計画を現在、検討・作成の途中である。</p> <p>そこには利用者の推移を基にした収支、質の向上に向けた取り組み、関係機関・地域課題を基にした地域貢献活動など、法人理念に沿う内容を謳っている。</p> <p>また、課題解決に向けた取り組みの優先順位などを話し合う機会もあり、周知度・理解度を高める効果を上げている。同時に、定期的なこの中長期計画の作成プロセスや、月に一度の報告により施設全体へと周知も広がりを見せている。</p> <p>この中長期計画作成に向けた検討プロセス・体制が、作成後も実施～評価・成果確認・見直しへと継続すると推測するのは容易である。</p>
		② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	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。 		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	3 事業計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b)	<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。 	<p>[取り組み状況] 外部の監査法人の協力を経て平成30年度からの中長期計画作成メンバーを中心にした衆知の集約による課題の把握・分析・対応策が話し合われ、策定が進められている。</p> <p>[改善課題] 中長期計画策定後、初年度の事業計画が本年度以上に具体的で、経過年度ごとに評価・見直しのしやすいものとなることが期待される。</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。	b)	<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。 	
		(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>[取り組み状況] 各フロアーや専門職の重点目標が掲げられ、それらを基に主任会議・経営全体会議で話し合わせ作成されている。そして、定期的な評価も行われ、改善・修正の実施も確認できる。 なお、利用者会・家族会等は組織化されていない。</p> <p>[改善課題] パンフレット・サービス計画書・そして契約書など、利用者・家族と専門職との介護における情報の非対称を意識して、専門性をよりわかりやすく、目的・効果も含めて説明することで、事業計画の理解も深まり協力も得やすいと思われる。 特に、身体拘束・尊厳ある死・口から食べるなど、専門職として理解している単語については説明内容に工夫が期待される。 また、担当職員については、その周知度を上げる取り組みとして、経験年数や部署を考慮したものにするなどして、直接の関わりを広げる参画型へと進化させることも必要であろう。</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。 	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	組 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取	(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)	<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>[取り組み状況]</p> <p>サービス向上委員会が中心となり、定期的な利用者への聞き取り、家族への満足度調査、職員自己評価、フロア全体での評価について話し合わせ、課題を把握し、可能なものについては改善を行い、不可能なものについては代替え案に沿った取り組みも展開されている。</p> <p>この組織的なPDCAのサイクルの成果を容易に確認できるのは、都度の対処療法から、より原因療法へと思考を進化させていることに起因しており、前回の第三者評価からのレベルアップを実感する。</p> <p>また、アンケート後のプロセスや結果、その後のアクションの周知を内部・外部に行うなどの取り組みも行われている。</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。	a)	<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。 	
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。	b)	<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>[取り組み状況]</p> <p>法人規定に定められた施設管理の下に、施設の運営・経営についての取り組みが推進されている。また、提供するサービスの質の向上にも意欲的で、サービス向上委員会からの課題提供・検討・改善案などから各委員会への活動へとつなげるなどの組織的体制が整い、それに基づいた取組が行われている。なお、早急な改善策が困難な場合は、代替え案を持って現状の向上を行っている。</p>
			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"> ■ 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。 ■ 46 管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。 ■ 47 管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。 ■ 48 管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。 	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	b)	■ 49 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。 ■ 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。	[取り組み状況] 管理者の指示の下、施設サービスの向上に向けた取り組みが展開されている。そのサービス向上委員会では定期的な利用者への聞き取り、家族への満足度調査、職員の自己評価、フロア全体での評価を基に改善へと繋げている。 [改善課題] 福祉施設の管理者のリーダーシップは底辺から自発的に発生するものであり、全職員との信頼関係が基になると考える。各種会議や研修など、あらゆる機会を通して自らの役割と責任を明確にするとともに、より具体的に発言・表明することで、強固なリーダーシップの構築と職員からの信頼も更に増すと思われる。
			② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	b)	■ 54 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。 ■ 55 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。 ■ 56 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。 ■ 57 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	
2 福祉人材の確保・育成		(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。	① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	b)	■ 58 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。 ■ 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。	[取り組み状況] 職員の専門資格を基にした現状の把握と配置基準を基にした採用・管理体制が実施されている。 また、課題の把握が委員会からなされ、それに基づく研修計画・学習会などが開催されて質の向上に取り組んでいる。キャリアパス制度や定期的な面談により処遇改善や総合的な人事管理に努めているものの、具現化することの困難さも理解している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			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る。 	<p>[改善課題]</p> <p>利用者の暮らしを支える介護施設として、介護職だけでなく機能訓練指導員の増員や歯科衛生士の採用計画もあるが、個々の職員の素質による特技やその他の資格・技能を把握・集約するなどして、利用者の生活の幅を広げる取り組みなども期待したい。</p> <p>また、人事考課制度の対象者を広げたり、対象者・非対象者に関わらず、その制度の内容を全職員への周知として理解度を上げるなど、受ける側の立場に立った手引き等の作成により、施設の求める職員像をより明確に示すことも必要であろう。</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"> ■ 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に確認するなど、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>[取り組み状況]</p> <p>職員への就業状況についての定期的な意向の確認、育児・介護休暇、リフレッシュ休暇の提供、互助会での各種活動を行っており、職場環境作りへの対応が行われている。</p> <p>一方、その効果や有給休暇の消化率についての課題も認識している。</p> <p>[改善課題]</p> <p>就業状況の現状把握を進めるとともに、各職員のワーク・ライフ・バランスの聴取や聞き取りで、可能なものはできる限り実現するなどして、それを施設の魅力とするなどの取り組みが進んでくると、その効果は職員の採用や定着にも繋がると思われる。</p>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)		
		(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)	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>[取り組み状況] 新人・リーダーなどの段階別、職種別の計画が立てられ、また、実習指導者研修も策定されている。それらを基に、研修教育、機能訓練・口腔ケア、褥瘡予防・排泄、身体拘束・事故防止、認知症介護、サービス向上、感染症対策などの各委員会からの提案による研修計画が定められている。 なお、適宜の研修なども職員掲示板にて掲示もなされている。</p> <p>[改善課題] 常時公表している意見・要望・苦情などの内容は職員の間人性に関するものもあり、専門性だけでなく、人間形成・人格形成に役立つ研修内容も加味するなど、研修項目の見直し・検討が必要であろう。</p>		
			② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。		b)		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。				82	
			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。				83	
			84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。				84	
			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。	85				
			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。		<p>[取り組み状況] 不安を抱える職員、困難事例などは職員のつぶやきノート、おだやか介護ノートを活用して、先輩職員や他ユニット職員からの助言を得る仕組みができており、機能しており、この仕組みが経験の浅い職員や、新任職員の不安を減らす効果も上げている。</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。			87
					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。			88
					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。			89
		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。			90			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(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>[取り組み状況] 各派遣元との契約を経て、本人からの誓約書等、また、健康状態の確認をしており、実習指導者研修のカリキュラム等も定められている。</p> <p>[改善課題] 提出した実習記録などを保管・点検するなど、その後の実習体制の改善に役立てる取り組みなどは期待したいところである。つまり、教える事で教えられる事の整理・蓄積である。なお、実習指導者研修のカリキュラムの修了者による指導の徹底は、各派遣元との信頼関係を強めるものと意識したい。</p>
	3 運営の 透明性の 確保	(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b)	<p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>[取り組み状況] ホームページには法人の概要や事業目的、サービス内容・重要事項説明書などが掲載されている。また、施設概要の載ったパンフレットを地域の関係施設に配布・設置もしており、定期的なお便りの配布・回覧・郵送も行っている。 なお、来年度に向けてのホームページの充実の検討は始まっている。</p> <p>[改善課題] 事業計画・事業報告・予算・決算、広報誌、公開可能な苦情等の対応など、公開内容の充実と公表とはどのような事なのかなど、能動的な広報委員会の活動・取り組みが期待される。</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。	b)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>[取り組み状況] 適正な経営・運営を目指した規定や職務分掌が定められ、それに則った事業活動が行われている。また、内部・外部からの監査での指摘事項に対しては、真摯に改善が行われていることが確認できる。 なお、認知症対応型通所介護における年2回の運営推進会議では、事業計画・研修・アクシデント・苦情などの報告を行い、運営に活かしている。</p> <p>[改善課題] 監査結果や、その指摘事項に対しての改善・取り組みなどを公表することも地域・関係者からの信頼の高まりに寄与すると理解したい。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	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>[取り組み状況] 地域交流の委員会があり、地域の「いきいきサロン」・施設内の「いきやしょみつい」・地域住民を招待しての夏祭りなど、可能な限りの地域との交流に努めている。 また、ボランティア団体・個人も多く来所しており、利用者の日々の暮らしに変化を与えている。</p> <p>[改善課題] ボランティアの受け入れや福祉教育への協力については体制は整っているものの、受け身の姿勢が見受けられる。 地域に開かれた施設、運営目標や地域活動事業に謳う公益的な取り組みに関して、具体的な計画が期待される。 文化の配達人といえるボランティア団体・個人の拡大を進めたり、それらの交流会や福祉行政の勉強会の開催、地域・企業・団体に向けた認知症サポーター講座の開催など、施設の持つノウハウを地域へ還元する具体的な行動などを事業計画に謳い、実施する事も必要であろう。</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。	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。 ■ 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>[取り組み状況] 行政からの委託事業という事もあり、関係機関・団体との連携は良好である。 そして、把握した地域の福祉課題などは行政にあげ、施策に活かされることもある。</p> <p>[改善課題] 委託事業の縛りの中であっても、施策に活かされないものについては、可能な限り公益活動として可能なのかなどの活発な議論が期待される。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	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>[取り組み状況] 施設内の地域交流スペースを活用した、行政の「ほねぶと健康クラブ」や独自の「いきやしよみつい」の活動が施設全体として行われている。</p> <p>[改善課題] 行政の防災計画では場合によっては避難収容所となるため、有事の際における通所介護事業所としての具体的な活動の検討が期待される。</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>[取り組み状況] 定期的な民生員等の来所や、地域住民の相談により地域の福祉ニーズの把握が行われている。そして、年2回の「いきいきサロン」での介護技術講座の開催や、認知症予防教室、施設開放なども実施している。また、地域活動委員会では把握した福祉ニーズ等について、施設職員の専門性を発揮できるものは何なのか、実施が可能なのかなどの議論を経て実施に至っており、この体制や取り組みが続くことで、実施内容の充実が更に期待できる。</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。	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>[取り組み状況] 理念・方針には、利用者を敬愛し利用者本位の福祉サービスの実施を謳っている。これらを朝礼や職員が集まる折々に唱和し、職員の目に触れる場所に掲示もしており、また、共通の理解を持つための取り組みとして、利用者尊重や基本的人権への配慮に関する全職員対象の研修、虐待防止に関する研修等、テーマごとの学習会や研修等にも幅広く取り組んでいる。</p> <p>[改善課題] 意識向上のこれら多くの取り組みが、知っている事から出来る事、自己の振り返りなど、新たな日常的な取り組みの開始で、類似する意見・要望も減ると思われる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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>[取り組み状況]</p> <p>利用者の日常生活におけるプライバシーの保護は利用者尊重の基本であるという認識のもとに、個人情報保護方針等プライバシー保護を始め、虐待防止といった利用者の権利擁護に関する規定・マニュアル等を整備している。また、施設内研修も企画され職員の周知・理解が図られている。</p> <p>さらに、各個人ファイルは一般利用と認知症対応型利用とで、色分けするなどの配慮もある。</p> <p>そのため、施設が実施している利用者満足度アンケート調査や今回の聞き取り調査においても、プライバシーは守られているという結果となっている。</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。	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。 	<p>[取り組み状況]</p> <p>ホームページの作成や公共施設等へのパンフレットの配置、利用希望者の施設見学の対応等が行われている。</p> <p>[改善課題]</p> <p>希望者や家族等が福祉サービスを選択するための情報を、より積極的に提供することが望まれる。そのために、利用者の視点に立った情報、利用者や家族が知りたい内容、誰にでもわかる記述やデザイン等に工夫が欲しい。また、見学だけでなく、お試し利用などの実施も期待したい。</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。	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。 	<p>[取り組み状況]</p> <p>デイサービスのご案内や定期的な広報誌を使ってサービス内容の説明や、計画書の説明と同意を経て、サービスの提供が行われている。年3回の広報誌では新人職員の紹介や利用者日々の様子も載っており、利用者・家族にとっても施設を知る機会である。</p> <p>[改善課題]</p> <p>通所介護は本人・家族と共に共通の認識を持つ必要があり、施設でできる事、自宅でもできる事、また、その目的や効果なども事前にわかりやすく説明し、自宅と施設での共通の対応が可能として、本人の主体的・継続的な活動を促す取組みも期待される。</p>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<p>[取り組み状況] 施設変更は稀であり、利用終了の場合は生活相談員が窓口となっている。</p> <p>[改善課題] 施設変更や介護サービスの変更などでの、系列施設の利用の有無にかかわらず、自宅でできる事や、本人・家族の主体的・継続的な活動を促す取り組みを伝えることは必要であろう。</p>
		(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。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 159 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 <input checked="" type="checkbox"/> 160 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足度を把握する目的で定期的に行われている。 <input checked="" type="checkbox"/> 161 職員等が、利用者満足度を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<p>[取り組み状況] 利用者ご家族様サービス満足度調査が年1回毎年実施され、利用者への聞き取りアンケートでの満足度を把握する仕組みも整備されている。各結果は広報紙等で公表し、具体的な意見も一覧にまとめており、苦情対応検討委員会・フロア会議等において組織的に分析・検討が行われ改善策に取り組んでいる。 なお、利用者会等がないため、その着眼点は非該当とする。</p>
		(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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>[取り組み状況] 苦情解決に関する要綱が定められ、苦情対応検討委員会や第三者委員が設置されている。施設内には玄関とその他合わせて3か所に意見箱が設置され、苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した案内資料も置かれている。利用者の口頭による要望・苦情などは、受付カードである「ホットカード」によって職員がすくい上げている。 苦情内容に関する委員会や職員会議での検討内容・対応策は施設内に掲示したり、広報誌による公表がなされている。</p> <p>[改善課題] 苦情解決の仕組みが機能して質の向上に効果を上げており、課題と意識する同様の苦情発生については、理念の周知度の向上や防止対策における原因療法の徹底が期待される。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	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。	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。 	<p>[取り組み状況]</p> <p>日常的に接する担当介護職員の他、ケアプラン作成ケアマネージャー、生活相談員など、必要に応じて誰にでも相談できる体制である。</p> <p>また、苦情（相談）申し出窓口設置のご案内はQ&A方式でわかりやすく、相談スペースも確保されている。職員からの日常的な言葉かけもあり、利用者は気軽な相談可能な体制の下、安心して過ごしている。</p> <p>そして、口頭による要望や苦情などを職員が積極的に汲み取り、聞き取って記入するホットカードも活用されている。</p> <p>それらの利用者の意見や要望は職員会議等において検討し、具体的な改善に取り組んでいることも確認できる。</p> <p>利用者からの意見や要望をできるだけ収集し迅速に対応することで、利用者からの信頼・安心の高まりにつながっている。</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。 	
	(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>[取り組み状況] 「事故発生の防止及び発生時対応の指針」に基づき事故発生委員会が組織化され、事故対応マニュアルにより積極的に取り組んでいる。今年度は、ヒヤリハット報告書の内容を見直し、受診に至った事故報告書やアクシデント報告書とは別に「気付き・周知報告書」が新たに設けられた。これらによって要因分析と改善策・再発防止策が検討されている。</p> <p>職員自らが報告書の課題改善に取り組み、その取り組みを通じて、職員の危険への気づきを促す効果も生まれている。</p> <p>[改善課題] 通所介護における送迎は、居宅の玄関や居室などの場所ではなく、利用者が安全な状態と確認できてからの始まりと終了である事の意識の高まりが期待される。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	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)	<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>[取り組み状況]</p> <p>医療ケア委員会において、看護師を中心に組織的に取り組んでいる。インフルエンザ・MRSA・ノロウイルス等、個別感染対策マニュアルも整備し職員に周知している。</p> <p>また、通所利用者は2枚のバスタオル持参の取り組みや、職員が感染の媒体になる可能性があることから、職員がマスクの着用や手洗い・うがいを徹底して行い、職員の家族が感染症に罹ると1週間の勤務禁止とするなど、蔓延の予防策も講じられている。</p> <p>感染症の施設内での発生は、2年前のインフルエンザに遡るなど、職員の徹底した予防策の成果と感心する。</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。	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。 	<p>[取り組み状況] 火災に加え、地震・風水害等の災害にも対応した「災害時マニュアル」や防災・防犯委員会による災害時における安全確保のための対策が講じられている。消防訓練は避難・誘導・消火等の訓練の後に、対策の問題点の把握や見直しが行われている。</p> <p>また、こうした訓練では地元の消防署を始めとする各種関係機関の参加・連携のもとに取り組んでいる。</p> <p>[改善課題] 入所施設とは異なる通所介護の特殊性や利用者の在宅生活を考慮した災害時の対応など、体制の見直しや整備は必要であろう。</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>[取り組み状況]</p> <p>サービス内容・水準の差異を極力なくし、同一内容の提供を実現することを目指して、介護マニュアルを定めている。介護技術・認知症ケア・医療口腔ケア・介護環境・看取り介護等々、実施サービス全般にわたっている。また、フロア会議、各委員会、職員会議において、日常的に実施されているかどうかの確認も行われている。事業計画などと共にこの介護マニュアルを玄関に設置する姿勢もある。</p>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	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。	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・見直しが定期的に実施されている。 ■ 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>[取り組み状況]</p> <p>毎年度、研究教育委員会において介護マニュアルの見直しを行っている。排泄褥瘡・認知症介護・機能訓練等の各小委員会で組織され、研修会や学習会で新たな知識・技術の習得や現状の検証をして必要な見直しを行っている。この組織化されたもの以外でも、職員会議等において日常的・継続的に検討を加えるなど、標準的な実施方法の定期的・継続的な見直しは、提供するサービスの質に関する職員の共通認識を育てている。</p>
	(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。	① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	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>[取り組み状況]</p> <p>利用者一人ひとりの計画がアセスメントから始まり、定められた手順・様式に基づき策定されている。このアセスメントにより利用者の状況やニーズを正確に把握し、策定に当たっては担当介護職員・生活相談員・看護師・管理栄養士等、また、外部の福祉用具貸与事業者の担当者も加わったりして、サービス担当者会議において協議し、内容については利用者・家族の同意を得ている。</p> <p>支援困難ケースでは別に時間を取り、ケース会議を実施しており、家族参加もある。</p> <p>そして、アセスメントにより把握した利用者の身体状況や生活状況・個人史等を職員間で共有し、具体的なサービスに活かそうと取り組んでいるので、暮らしへの不安は少なくなっている。</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。 ■ 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。 	<p>[取り組み状況]</p> <p>評価・見直しは策定時と同様に、関係職員の合議により組織的である。ケアプランと日常的なサービス実施が並んで記録され、経過表としてまとめられている。6か月ごとのアセスメント、3か月ごとのモニタリングの実施によりケアプランが見直されている。変更が必要な場合は3か月に1回、利用者家族に同意を得ている。これらの過程が提供サービスの内容向上となるなど、積極的な取り組みがなされている。こうした部門横断の関係する職種・職員が集まり認識の共有で、担当職員の意欲・責任感も育てている。</p>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点(実施している場合は■)	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。	a)	<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。 	<p>[取り組み状況]</p> <p>利用者の日々の観察記録やサービスの実施状況の記録は統一した様式で記録されている。これらの情報の共有化は、引き継ぎや申し送り、回覧等によっても適宜行われている。</p> <p>また、フロア会議・全体会等により情報は共有化され、組織的な管理もあり、会議録も回覧されている。</p> <p>さらに、今年度は記録についての内部研修も実施している。</p> <p>記録については記録様式の見直しや記録・記載についての研修なども行われており、事務の効率化や正確な情報の迅速な共有が進んできている。</p>
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>[取り組み状況]</p> <p>個人情報保護方針等の規定により利用者に関する記録の管理が取り扱われており、医療関係は看護師が責任者となり、記録の管理体制は整備されている。</p> <p>また、利用の際には個人情報の取り扱いに関する説明を利用者・家族に行い、個人情報の第三者への提供に係る同意書も交わし、定期的な広報誌にもそれらの内容を掲載している。</p> <p>そして、フロアごとのキャビネット管理・責任体制により、個人情報の外部への漏洩等の事故発生の問題は起きていない。</p>