

(別添 1)

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（施設名）
かるいざわ敬老園デイサービスセンター

第三者評価の判断基準
a・・・着眼点をすべて実施している状態
b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態
c・・・着眼点を一つも実施していない状態
☐ 実施していない状態
☒ 実施している状態

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、基本方針が確立されている。	① 法人や事業所の理念が明文化されている。	a	<div>■</div> <div>1</div> 理念が文書（事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等）に記載されている。	法人には三つの理念があり、社会的存在理由や信条を明らかにしており、法人として実施する幅広い福祉サービスの質の向上に具体的に取り組んでいる。三つの理念は法人のホームページやパンフレット、広報誌などに掲載され、事業所のパンフレットにも法人理念を簡略化した「質の良い介護」、「健全経営」、「心と心の結びつき」という形で載せている。当事業所としての年度事業計画書には法人理念、方針や目標等が掲げられ、事業所の入る複合施設内の他の事業所と協働している。
			② 法人や事業所の運営理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	<div>■</div> <div>3</div> 基本方針が文書（事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等）に記載されている。	
		(2) 理念や基本方針が周知されている。	① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	<div>■</div> <div>4</div> 基本方針は、法人・事業所の理念との整合性が確保されている。	複合施設及び事業所では法人の理念に基づき行動指針としての方針・目標を掲げており、外部環境に合わせた事業運営、既存事業の見直しと将来展望など、実施する乳幼児期から老年期までの七つのライフステージに合わせた事業展開を強化しつつ地域社会に貢献している。
					<div>■</div> <div>5</div> 基本方針は、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。	
					<div>■</div> <div>6</div> 理念や基本方針を会議や研修において説明している。	
					<div>■</div> <div>7</div> 理念や基本方針の周知を目的とした実践テーマを設定して会議等で討議の上で実行している。	
					<div>■</div> <div>8</div> 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。	法人理念については事業所の朝礼で唱和し、また、事業所内や法人ブロックなどの研修時等でも参加者が唱和し周知を図っている。各職員には職員ノートというファイルがあり法人の経営理念や事業所の方針・目標、事業計画などが綴じられ、更に、一人ひとりの目標管理シートに反映されるようになっている。職員インタビューでも行動規範として機能し実践に移されていることが確認できた。

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	1	(2)	② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	■	9	理念や基本方針をわかりやすく説明した資料を作成する等、より理解しやすいような工夫を行っている。	法人や事業所としての案内には三つの理念が掲げられており、特に事業所案内に「質の良い介護」、「健全経営」、「心と心の結びつき」という簡略化した形で利用者や家族にわかりやすく示されている。認知症のある利用者やその家族等にもイラストを交えた「デイサービスの一日」、「事業所の特徴とお知らせ」等の内容で事業所の姿勢を周知している。サービスの特性上家族会はないが、利用者や家族には契約時に方針等をわかりやすく説明し、また、広報の配布や施設内でのスナップ写真の拡大掲示等により事業所の基本的な考えを示している。居宅のケアマネージャーの主催するサービス担当者会議でも利用者や家族に法人や事業所の考え方などを話している。
	■	10	認知症などの利用者に対しての周知の方法に工夫や配慮をしている。					
	■	11	理念や基本方針を利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。					
	■	12	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。					
	2 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・長期計画が策定されている。	a	■	13	理念や基本方針あるいは質の高い福祉サービスの実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。	法人では時代の趨勢に合わせ一般的にいわれる中・長期計画を変化に即応できる短・中期計画としており、当事業所及び事業所の入る複合施設の短・中期計画がある。絶えず組織の現状を整理・分析しつつ3年前後を目安とした収支目標とその実現に向けた事業計画が策定されている。収支目標には利用平均稼働率や時間外などの人件費について分析したものも見られる。事業計画の各項目についても到達レベルを設定し、健全な運営を目指している。
					■	14	実施する福祉サービスの内容や、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている。	
					■	15	中・長期計画は、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっている。	
					■	16	中・長期計画に基づく取組を行っている。	
					■	17	中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	
					■	18	人件費の増減の予測を行っている。	
					■	19	地域の年齢別の高齢者の数の増減を把握し、利用者の増減を予測している。	
					■	20	増改築、建て替え等の特別の支出の必要性を把握している。	
(1)		② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	■	21	事業計画には、中・長期計画及び中・長期の収支計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。	短・中期計画を基にした単年度の複合施設全体及び事業所別計画書と収支予算書が策定されている。事業計画には「地域貢献の視点」、「財務の視点」、「利用者の視点」などの五つの視点に沿って「重点実施項目」、「実行計画」、「目標値」、「スケジュール(最終期日)」等が具体的に示され、実行可能なものとなっている。また、年度の終了時にはそれぞれの「重点実施項目」を振り返り「実績・結果・評価」を記入し「改善策」も上げ、実績報告書も作成している。	
				■	22	事業計画は、実行可能かどうか、具体的な活動や数値目標等を設定することによって実施状況の評価を行えるかどうかについて配慮がなされている。		
				■	23	事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。		

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)
					■	24	事業計画は、前年度の実施状況の把握や評価を踏まえて策定している。	
					■	25	事業計画を踏まえた予算書が策定されている。	
					■	26	予算書と実績との対比・分析がなされており、対応を検討している。	
		(2) 事業計画が適切に策定されている。	① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	■	27	年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。	事業計画の進捗状況は毎月の役職者会議で確認し、また、半期ごとに事業計画や収支状況を振り返り確認や見直しをしている。年度終了時には事業所としての「事業報告書」と「資金収支計算書」も作成している。事業所の事業計画については職員が少人数であるという利点を活かし、日ごろの業務の中での気づきや意見などを抽出し計画の策定に活かしている。
			② 事業計画が職員に周知されている。	a	■	30	各計画を配付し、会議や研修において説明している。	短・中期計画は事業所の事務カウンターの壁面に掲示されいつでも確認できるようになっている。単年度の事業所別計画書には「実行計画」と「目標値」などが記載されており、会議で概要が説明され、一人ひとりの「職員ノート」にも綴られ、絶えず確認でき、個々の年度目標に連動している。事業計画の進捗状況については半期ごとに振り返り対策を講じている。
			③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	■	33	利用者あるいは家族向けに各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。	日々通所する利用者が変わることもあり、また、35人定員の通所介護という特性上利用者会はないが契約時も含め本人や家族あてに資料を配布し関連項目について説明している。法人開設記念の七色祭や納涼祭などで家族が集まる機会もあり、法人や複合施設の運営状況についてふれることもある。
					□	34	各計画を利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。	

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)	
I	3 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 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	■	35	管理者は、自らの役割と責任について、文書化するとともに、会議や研修において表明している。	管理者の役割と責務は事業所の運営規定や自衛消防活動対策マニュアルを初めとした各種マニュアルに明記されている。また、年度始めの法人地域別ブロックの通信(名称:「おらち通信」)で異動時に顔写真とともに挨拶を兼ね決意表明などを行うこともあり、事業所の定例会議にて管理者が自ら出席した会議の内容等を正確に伝えている。	
					■	36	管理者は、自らの役割と責任について、組織の広報誌等に掲載して表明している。		
					■	37	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、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	■	38	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等に参加している。		法人の地域別ブロック各施設からの職員で構成される教育・研修委員会で法令遵守に関わる研修が毎年度、数日に分けて開催されるので職員はいずれか1日必ず受講している。単年度の事業計画の方針として「関係法令を遵守した事業運営」が掲げられており、管理者は介護保険を始めとした法令や倫理を常に意識し職員を正しい方向に導いている。
					■	39	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、リスト化する等の取組を行っている。		
					■	40	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。		
		(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	a	■	41	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。	複合施設の役職者会議や毎月の事業所の会議などで管理者と職員は事業所のサービスを振り返り改善へとつなげている。年度の事業所別計画書にも「利用者の満足度の向上」を掲げ、年2回、利用者へアンケートを取り意見や要望を事業所の運営に反映することが挙げられている。	
					■	42	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を取り入れるための具体的な取組を行っている。		
					■	43	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。		
					■	44	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。		
			② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a	■	45	管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けて、人事、労務、財務等の面から分析を行っている。	前年度の事業を検証し、事業所の単年度事業計画の「財務」、「業務プロセス」、「人材育成」などの各視点から重点実施項目や実行計画が新たに作成され、運営や業務の効率化に向け全職員で取り組んでいる。事業所の定例会議で意思統一を図っているほか、職員も法人内や各地域別のブロックごとに組織された9つの委員会のいずれかに属し、業務の効率化やサービスの質の向上に取り組んでいる。	
					■	46	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。		
					■	47	管理者は、上記について、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。		
					■	48	管理者は、経営や業務の効率化や改善の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。		

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 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が的確に把握されている。	a	■	49	社会福祉事業全体又は当該分野の社会福祉事業の動向について、具体的に把握するための方法を持っている。	地域ケア会議や町介護保険策定委員会、町介護保険運営委員会に複合施設として職員が参画しており、町との関係も適切に維持し、また、地域ニーズも数値で的確に把握している。収集した情報等は短・中期計画の策定等に盛り込んでいる。
					■	50	利用者数・利用者像等について、事業所が位置する地域での特徴・変化等を把握している。	
					■	51	福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等を収集している。	
					■	52	把握された情報やデータが、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。	
		② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	a	■	53	定期的にサービスのコスト分析やサービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。	法人の短・中期計画に基づいて事業計画と収支予算が組まれており、法人のデイサービス部会でも稼働率等の分析をし、その結果を職員にも説明し事業所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。年度毎の事業計画の全ての項目には目標値が示され、資金収支予算書にも科目ごとの数値が盛られ、その進捗状況に基づき健全経営に向けての組織としての判断が行われている。職員も運営状況を把握し、個々の目標管理シートに落とし込み事業所の課題解決に具体的に取り組んでいる。	
				■	54	改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。		
③ 外部監査が実施されている。※社会福祉法人のみ対象（他は評価外）	a	■	56	事業規模に応じ、定期的に（2年あるいは5年に1回程度）、外部監査を受けるよう努めている。	法人では外部の会計士による監査を毎年度実施している。法人として公平公正な施設運営を旨とすることが理念に謳われており、社会に貢献する健全経営を目指していることも職員は十分理解している。			
		■	57	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基づいて、経営改善を実施している。				

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)	
Ⅱ	2 人材の確保・養成	(1) 人事管理体制が整備されている。	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a	■	58	必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方や、人事管理に関する方針が確立している。	法人や複合施設としての事業計画の「人材育成の視点」に「人事制度運用による職員の能力の向上」、「上位資格取得へ向けた教育の実施」等が盛り込まれており、法人全体としてキャリアアップのためのプランが策定されている。次代を担う管理者層の育成及び教育も法人の各地域別ブロックの会議等の際に実施されている。	
					■	59	社会福祉士や介護福祉士等の有資格職員の配置等、必要な人材や人員体制について具体的なプランがある。		
					■	60	プランに基づいた人事管理が実施されている。		
			② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a	■	61	人事考課の目的や効果を正しく理解している。		法人として人事考課制度が本格導入されていることから、その目的と役割について周知が図られている。個々に所持する職員ノートには人事考課制度実施予定表があり、職員は目標管理シートを期初に作成し3ヶ月毎にふりかえり、その都度管理者との面談を行っている。
					■	62	考課基準を職員に明確に示すことや、結果の職員へのフィードバック等の具体的な方策によって客観性や透明性の確保が図られている。		
		(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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a	■	63	職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている。	職員の人事管理の主管は法人本部となっているが、時間外労働などについては複合施設の役職者会議で分析したり、勤務実績確認時に管理者がチェックしている。分析結果については複合施設全体として偏りがなく、部署を越えた協力体制を組んでいる。人事考課に伴う面談も定期的に行われており職員の意向・意見なども聞き、勤務体制を整備している。法人の産業医による巡回が月1回あり、相談したりカウンセリングを受けることができ、希望者は本部へ直接連絡する仕組みとなっている。法人内の安全衛生委員会が企画するメンタルヘルスカウンセラーによる研修もあり職員が受講している。	
					■	64	把握した職員の意向・意見や就業状況チェックの結果を、分析・検討する担当者や担当部署等を設置している。		
					■	65	分析した結果について、改善策を検討する仕組みがある。		
					■	66	改善策については、人材や人員体制に関する具体的なプランに反映し実行している。		
					■	67	定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談をしやすような組織内の工夫をしている。		
					■	68	希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家を確保している。		
			② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a	■	69	職員の希望の聴取等をもとに、福利厚生センターへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。		
					■	70	職員の悩み相談窓口を組織内に設置し、又は関係機関と連携して、解決に向けた体制が整備されている。		
			■	71	職員の心身の健康に留意し、定期的に健康診断を行っている。				

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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	■	72 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める基本的姿勢や意識を明示している。	複合施設や事業所の単年度の事業計画の中の「人材育成の視点」には上位資格取得を目指すことが掲げられ、組織として支援する計画が立てられている。
					■	73 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、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める専門技術や専門資格を明示している。	
			② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	a	■	74 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されている。	法人の研修委員会にて「年間教育スケジュール」が組まれ、計画的に実施されている。研修は法人の数施設を1ブロックとした7地域毎に開催しており、参加者の都合に配慮し同じ研修が複数回開催されている。研修として基礎研修Ⅰ、Ⅱから始まる基礎研修と拘束ゼロや虐待防止などの法定研修等が行われており実務経験や習熟度により段階的に受講することができる。
					■	75 個別の職員の技術水準、知識、専門資格の必要性などを把握している。	
					■	76 策定された教育・研修計画に基づき、実際に計画に従った教育・研修が実施されている。	
					■	77 教育・研修計画には、新任職員研修も含め段階的な教育・研修が設定されている。	
			③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a	■	78 研修を終了した職員は、報告レポートを作成している。	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、研修結果を「研修実施報告書」として上げ、記録として残されるようになっている。職員ノートには「職員研修受講記録」が綴られ、受講の感想や自身の評価を記載している。外部研修の成果を伝達研修という形で法人の部会や事業所で発表することもある。研修の結果は研修委員会で分析され、次年度の研修計画に活かされている。
					■	79 研修を終了した職員が、研修内容を発表する機会を設けている。	
					■	80 報告レポートや発表、当該職員の研修後の業務等によって、研修成果に関する評価・分析を行っている。	
					■	81 評価・分析された結果を次の研修計画に反映している。	
					■	82 評価・分析された結果に基づいて、研修内容やカリキュラムの見直しを行っている。	

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	(4) 実習生の受入れが適切に行われている。	① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	a	<p>■ 83 実習生の受入れに関する基本姿勢を明文化している。</p> <p>■ 84 実習生の受入れについて、受入れについての連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等の項目が記載されたマニュアルが整備されている。</p> <p>■ 85 受入れにあたっては、学校等との覚書を取り交わす等によって、実習における責任体制を明確にしている。</p> <p>■ 86 実習指導者に対する研修を実施している。</p> <p>■ 87 実習内容全般を計画的に学べるようなプログラムを用意している。</p> <p>■ 88 学校等と、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>■ 89 社会福祉士、介護福祉士、ホームヘルパー等の種別に配慮したプログラムを用意している。</p>	法人本部が一括し実習生の受入と導入教育を管理している。実習生の受け入れマニュアルがあり、事前オリエンテーションなども行っている。各事業所には受け入れの担当職員もあり、実習指導者としての研修も行われている。社会福祉に関する資格取得の実習生は勿論、町内にある高校の生徒のデュアル実習の受入も行っている。
	3 安全管理	(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。	① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	<p>■ 90 管理者は利用者の安全確保の取組について、リーダーシップを発揮している。</p> <p>■ 91 利用者の安全確保に関する担当者・担当部署を設置し、その担当者等を中心にして、定期的に安全確保に関する検討会を開催している。</p> <p>■ 92 検討会には、現場の職員が参加している。</p> <p>■ 93 リスクの種類別に、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。</p> <p>■ 94 事故発生対応マニュアル等を作成し職員に周知している。</p>	法人には安全衛生、感染症対策、危険防止の各委員会があり各施設から委員として職員がブロック毎の委員会に参画しており事例検討から対策へとつなげている。事故発生対応マニュアルや感染症対策マニュアルがあり、管理者は看護師などの関係職員とともに常に利用者の安全に留意し、事故があった後は検証を繰り返し再発防止に取り組んでいる。厳しい法人の基準で判断された事故報告書とヒヤリハット報告書も整備されており、参考事例として役立てられている。
			② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。		<p>■ 95 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類の必要な対策を講じている。</p> <p>■ 96 災害時の対応体制が決められている。</p> <p>■ 97 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、全職員に周知されている。</p>	法人には防災対策委員会があり、各ブロックからの職員が参加し、年2回の会議で非常時の対策について話し合っている。複合施設（特別養護老人ホーム、ショートステイ、グループホーム、デイサービス）として総合的に対応できる防災体制が構築されており、年2回、防災訓練が実施され利用者も参加している。複合施設は万が一に備えた広域の浅間山火山防災マップの範囲内にあり、そのため地元自治会との防災協定も締結され複合施

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	3	(1)	②	a	■	98 食料や備品類など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。	設が住民の避難先ともなっており相互に協力し合うようになっている。食料品の備蓄も3日間分(2,500食)用意されている。
			③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a	■	99 自治体、消防署、警察、自治会、消防団などと調整し、災害時の避難先、避難ルート、避難方法についてあらかじめ決めている。	
					■	100 自治体、消防署、警察、自治会、消防団などと連携するなど工夫して訓練を実施している。	
	4 地域との交流と連携	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 利用者と地域とのかわりを大切にしている。	a	■	101 利用者の安全を脅かす事例の収集を、その仕組みを整備した上で実施している。	法人の厳しい基準で判断された事故報告書とヒヤリハット報告書が整備されており事業所内で分析し、参考事例として支援に役立てている。日々のヒヤリハットの事例を終了時のミーティングで共有するとともに、業務日誌にも記録している。法人の基準は厳しく、一般的には報告書として上げなくても許されるような範囲にまで及び利用者の安全確保への警鐘としている。法人の危険防止委員会では事故やヒヤリハットの事例を各事業所を横断して収集しており、安全確保についての定期的な見直しも行いより実践的な研修へと繋げている。車両や車いす、介護機器の点検も日々行っている。
					■	102 収集した事例について、職員の参画のもとで発生要因を分析し、未然防止策を検討している。	
					■	103 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。	
					■	104 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。	
					■	105 介護機器、設備、備品等の点検のルールを定め、実行している安全基準や規格について理解し、定期的点検を行うなどしている。	
					■	106 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。	
					■	107 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。	短・中期計画や年度の事業計画の「地域貢献の視点」として具体的に掲げられている。隣接する小学校との交流や、地域の祭り「馬子唄道中」や「どんど焼き」のポスター等を事業所内に貼り利用人や家族の参加を促している。社交ダンスやオカリナ演奏のボランティアが来訪しており、複合施設の地域交流スペースを使用しているイベントも開催している。「馬子唄道中」などの地域のイベントに数名の職員が運営スタッフとして協力し地域との交流も深めている。
					■	108 利用者が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援助を行う体制が整っている。	
					■	109 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。	
					■	110 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。	

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	(1)	② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b	■ 111 介護や保育等について、専門的な技術講習会や研修会、地域住民の生活に役立つ講演会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。	防災についての講演会を複合施設として地域に向けて行っている。広報誌「おらち通信」を隔月で発行し、利用者や家族、公共施設などに配布し地域への情報発信に努めている。地域特有のリスクとして活火山浅間山の噴火への防災対策があり、地元自治会との地域防災協定に基づき複合施設を避難所として利用していただくことや食料品等を備蓄し万が一に備えている。
					□ 112 介護相談・育児相談窓口、障害者やその家族等に対する相談支援事業、子育て支援サークル等、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。	
					■ 113 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。	
					■ 114 地域の求めに応じて、職員等を講師として派遣している。	
					■ 115 災害時の事業所の役割、について、地域住民や自治体等とあらかじめ決めている。	
			③ ボランティア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。※社会福祉法人等公益法人以外は評価外	a	■ 116 ボランティア受入れに関する基本姿勢（基本的な考え方・方針）を明文化している。	法人のブロック内には広報ボランティア委員会があり「ボランティア活動内容について」という説明用のパンフレットもあり、方針やお願いしたいことなどが記載されている。広報・ボランティア委員会が窓口となり積極的にボランティアを受け入れており、複合施設として今年度7団体のボランティアの来園が予定されている。ダンスレッスンやオカリナ演奏など、行事にあわせたり単独で来訪し利用者と交流している。
					■ 117 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、仕事内容、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。	
					■ 118 ボランティアに対して必要な説明や研修を行っている。	
					■ 119 事業所の主催行事にボランティアを招くなどして、ボランティアに事業所をより深く理解してもらう取組みをしている。	
		(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 必要な社会資源を明確にしている。	a	■ 120 個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示し、当該地域の関係機関・団体について、その機関・団体との連携の必要性を含めたリストや資料を作成している。	緊急時の対応先、非常災害対策時の連絡先、市町村の相談窓口、居宅介護支援事業所などが重要事項に記載されており連携している。職員もそれぞれの業務で関わりをもっているので職員間での情報の共有化も図られている。
					■ 121 職員会議で説明する等職員間で情報の共有化が図られている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
Ⅱ	4	(2)	② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	■ 122 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	地域ケア会議、サービス担当者会議、町介護保険策定委員会、町介護保険運営推進会議などに複合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。複合施設内には居宅介護支援事業所があるので個々の利用者について他の介護保険事業者とも連携している。看護師や作業療法士を通じて利用者のかかりつけ医とも情報の共有化を図っている。
					■ 123 介護支援専門員、地域包括支援センターと綿密に連携し、また、サービス担当者会議に出席している。	
					■ 124 かかりつけ医（必要な場合は歯科医を含む）と連携している。	
					■ 125 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積極的に行っている。	
					■ 126 地域に適切な関係機関・団体がない場合には、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。	
					■ 127 日常生活自立支援事業、成年後見人との連携を常にとっている。	
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	① 地域の福祉ニーズを把握している。※社会福祉法人等公益法人以外は評価外	a	■ 128 必要な場合に、日常生活自立支援事業、成年後見人制度へのつなぎを行っている。	
					■ 129 関係機関・団体との連携に基づき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。	
					■ 130 民生委員・児童委員、住民の福祉組織（地区社会福祉協議会、自治会福祉部会、ボランティアグループ、NPO等）等と会合を開催したり、交流する等によって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。	
					■ 131 地域住民に対する相談事業を実施すること等を通じて、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。	
			② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。※社会福祉法人等公益法人以外は評価外	a	■ 132 通常の福祉サービスを通じて、利用者が困っていること、ニーズを把握するよう努めている。	
					■ 133 把握した福祉ニーズに基づいて実施した具体的な事業・活動がある。	
					■ 134 把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動の中・長期計画や事業計画の中に明示している。	

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)
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 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a	■	135 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ている。	法人の三つの基本理念の中に「人間の尊厳を大切にし柔軟な心を持ってあらゆる質の高い介護を目指す」と明記されている。法定研修として毎年計画される「利用者の尊重や基本的人権の確保」についてはサービス向上人権啓発推進委員会で、「身体拘束廃止や虐待防止」については身体拘束ゼロ委員会で取り上げ組織全体として取り組み、職員はその内容に沿い実践し、全体の意識を高めている。更に、管理者からの細かな指示で周知徹底を図っている。
			■		136 利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法等に反映されている。		
	■	137 利用者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。					
■	138 身体的拘束廃止や虐待防止について職員に周知徹底している。	a	■		139 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫等、組織として具体的に取り組んでいる。	利用者の「プライバシー」や「個人情報の取り扱い」について契約書等で規定を定め慎重に取り扱いをしている。契約時には誓約書を取り交わし、複合施設内には個人情報保護規定やプライバシーポリシーのポスターが掲示されおり利用者等に周知されている。また、排泄や入浴介助時のマニュアルが整備され、プライバシーに配慮したケアを行うようにしている。法人の各ブロック内で各種研修会が開催され、基本的知識などを学び実践に繋げている。	
■	140 利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。						
■	141 規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。						
		(2) 利用者満足の向上に努めている。	① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	b	□	142 利用者満足に関する調査を定期的に行っている。	顧客満足度調査を行える仕組みがあるが今年度実施に向けて検討を重ねている。食事に関する嗜好調査は実施しており、栄養士、調理員とともに事業所として分析し献立に活かしている。献立には季節や行事に合った変化がありメニューや外食等も取り入れている。利用者の聞き取り調査でもメニュー、質、量共にほとんどの利用者が満足度の高い回答が得られた。
			□		143 利用者満足を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会を定期的に行っている。		
			□		144 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。		
			□		145 利用者満足に関する調査の担当者・担当部署の設置や、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。		
			■		146 分析・検討の結果に基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	(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	■	147	利用者が、複数の相談方法や相談相手の中から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。	重要事項説明書の概要(3)に生活相談員の業務内容と人数が明記されており、平成29年4月現在、2名の相談員が配置されている。契約時には口頭で説明を行い契約を取り交わし、相談室を設け環境の整備もしている。更にサービス内容に関する外部の相談窓口として「長野県国民健康保険団体連合会」、「町の介護保険担当」、「第三者委員」について記載しており、相談や意見を述べ易い体制が整備されている。
					■	148	利用者や家族等に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。	
					■	149	相談や意見を述べやすいようなスペースの確保に配慮している。	
			② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	■	150	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)を整備している。	重要事項説明書にサービスに関する相談・苦情についての詳細が記載され、事業所内の連絡先、事業所外(市町村、第三者委員の名簿)の窓口と連絡先が掲載されている。今年度は「介護職員処遇改善交付金」について変更があり、本人・家族に文書配布と口頭説明を行うため自宅訪問をしている。複合施設内の2ヶ所に意見箱が設置されておりアンケート用紙が用意されている。苦情の内容が公のものであれば苦情申立人の了解を得て公表する仕組みがある。
					■	151	苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。	
					■	152	利用者や家族に対して、苦情記入カードの配布や匿名アンケート実施など利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫を行っている。	
					■	153	苦情を受け付けて解決を図った記録が適切に保管されている。	
					■	154	苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。	
					■	155	苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。	
			③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	■	156	意見や提案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規定したマニュアルを整備している。	利用者からの意見に関した対応マニュアルがあり、マニュアルの定期的な見直しの機会が設けられ法人の通所介護部会で検討がされている。
					■	157	対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。	
					■	158	対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。	
					■	159	意見等を福祉サービスの改善に反映している。	

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)		
Ⅲ	2 サービスの質の確保	(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。	① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a	■	160	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。 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。 評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。	組織としては事業所別事業計画の「利用者の視点」においてP(計画)、D(実行)、C(評価)、A(見直し)の恒常的な取り組みが機能している。また、第三者評価も定期的に受審し、結果や今後の取り組み状況を全体会議や朝礼で共有し改善に向けて取り組んでいる。個人としては人事考課の一環としての自己評価シートや職員マナーチェックシートがあり、定期的な自己評価を実施し、自らのサービスを振り返り、次期の目標シートに反映している。	
					■	161			
					■	162			
			② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	b	■	163	職員の参画により評価結果の分析を行っている。 分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。 職員間で課題の共有化が図られている。 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実施計画を策定する仕組みがある。 改善策や改善実施計画の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて計画の見直しを行っている。		P(計画)、D(実行)、C(評価)、A(見直し)のサイクルが機能しており、評価結果は全体会議で共有され、改善指摘事項については計画的に取り組んでいる。
					□	164			
					■	165			
		(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。	① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a	■	168	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。 標準的な実施方法には、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。 標準的な実施方法を記した文書は、いつでも閲覧でき、職員が日常的に活用している。 標準的な実施方法に基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。	介護マニュアルがあり入職時の新任研修で配布され、項目ごとに研修が進められ受講している。OJTを通じて個別訓練や指導が行われ、標準的な実施方法を習得している。サービスを提供する側の基本姿勢として法人理念の一つである「人間の尊厳」が徹底され、介護マニュアルにも「プライバシーの配慮」が明記され実践されている。介護マニュアルは職員コーナーに置かれ何時でも自由に閲覧することが可能となっている。	
					■	169			
					■	170			
					■	171			
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	■	172	サービスの標準的な実施方法の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。 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。	毎月実施される処遇会議の中でモニタリングを位置付けている。担当制があり1職員10名程度の利用者を受け持ち、日々のケアで把握した利用者からの意見や要望等を全体で共有し、検討を加え、出来る限りサービスに反映するようにしている。マニュアルは定期的に見直しの機会を設け法人の看護介護部会で検討している。				
		■	173						

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) サービス実施の記録が適切に行われている。	① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	■	174	サービス実施計画に基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。	一人ひとりのケアプランに即した通所介護計画が作成されサービス実施状況も適切に記録され、各種記録からは計画に基づきサービスが確実に提供されていることが確認できた。機能訓練計画は期間ごとに作業療法士により作成され、計画に基づき実施されている。記録の内容、書き方については各職種で基本的な記載内容や方法があり、表記上の表現や内容に個人差がないようにマニュアル化し0JTにより実践的な指導が行われている。	
					■	175			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などの工夫をしている。
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	■	176	記録管理の責任者が設置されている。		記録管理の責任者は管理者で、記録物の保管方法、保管期間（5年間）、廃棄に関する規定、個人情報保護、情報開示などについては利用契約書及び重要事項説明書に明記され契約時に説明している。サービス向上人権啓発推進委員会で研修会を計画的に実施し、個人情報の取扱いに沿い、記録の管理が正しく行えるように取り組んでいる。
					■	177	利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程等を定めている。		
					■	178	利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。		
					■	179	記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。		
					■	180	職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。		
					■	181	個人情報の取扱いについて、利用者や家族等に理解されるようていねいに説明している。		
			③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a	■	182	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。		毎月開催される処遇会議では通所介護計画、リハビリ計画、利用状況等についてモニタリングを基に話し合い、利用者の援助内容やリハビリの見直し等を検討している。個人記録は部署のパソコンで閲覧、共有できるようになっている。
					■	183	情報共有を目的として、ケアカンファレンスの定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。		
					■	184	記録については、パソコンを利用している場合には、ネットワークシステムの利用により、パソコンを利用していない場合には、台帳の整備により、事業所内で情報を共有する仕組みを作っている。		

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	3 サービスの開始・継続	(1) サービス提供の開始が適切に行われている。	① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a	<p>■ 185 インターネットを利用して、組織を紹介したホームページを作成し公開している。</p> <p>■ 186 理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資料を、行政、関係機関に配布し、置いている。</p> <p>■ 187 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。</p> <p>■ 188 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</p>	法人のホームページを開設しており理念や事業、関係施設などを紹介している。複合施設及び事業所ブログを活用しイベント等の紹介も随時実施している。イラスト写真入のパンフレットや広報誌を定期的に作成し利用者や家族、地域の居宅介護支援事業所等へ配布し、見学やお試し利用等にも随時対応している。
			② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a	<p>■ 189 サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料を用意して、利用者に説明している。</p> <p>■ 190 重要事項説明書等の資料や契約書の内容、及び説明の仕方は利用者にもわかりやすいように工夫している。</p> <p>■ 191 サービス開始時には、サービスの内容や料金等について、利用者や家族等の同意を得た上でその内容を書面で残している。</p> <p>■ 192 利用申込者の判断能力に障害が見られる場合において、利用者に代わってその家族、代理人、成年後見人等との契約を行うか、立会人を立てている。</p>	
		(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	<p>■ 193 他の事業所や地域・家庭への移行にあたり、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。</p> <p>■ 194 サービス終了した後も、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。</p> <p>■ 195 サービス終了時に、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>	施設入所時には通所介護時の様子と個別機能訓練及び運動機能向上計画の実施状況等が記載された引き継ぎ書、在宅の場合には家族や担当ケアマネジャーに実績報告書や状況報告書等、関係する職員から変更先の関係者に必要な情報を提供している。

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)
Ⅲ	4 サービス実施計画の策定	(1) 利用者のアセスメントが行われている。	① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	■	196 利用者の心身の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。	利用開始前の面談で通所介護事業所としてのアセスメントを行っている。法人の統一様式により必要な情報をアセスメントし関係者で共有している。アセスメントの加除修正は処遇会議で行い職員間で共有している。一人ひとりの具体的なニーズや意向についても記録し、処遇会議で把握している。
					■	197 アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている。	
					■	198 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、アセスメントに関する協議を実施している。	
					■	199 利用者一人ひとり、家族の具体的なニーズ、意向が明示されている。	
		(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。	① サービス実施計画を適切に策定している。	a	■	200 サービス実施計画策定の責任者を設置している。	管理者が通所介護計画書（サービス実施計画）策定の責任者であり、本人や家族の意向に沿い計画を策定している。要支援者には介護予防通所介護計画書と運動機能向上計画書を、要介護者には通所介護計画書と個別機能訓練計画書をそれぞれ作成し実施している。月末には評価をし、計画通りに進捗している場合には継続、問題や新たな課題が明らかになった場合は随時検討し現状に即したサービスが提供できるように努めている。
					■	201 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。	
					■	202 サービス実施計画どおりに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るとともに、機能している。	
					■	203 標準的な実施方法では対応できない一人ひとりの個別の介助方法・手順はサービス実施計画又は別文書で作成している。	
			② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	■	204 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。	通所介護計画には期間が定められており、3ヶ月毎に定期的な見直しを行うための担当者会議を開き各専門職で話し合い、現状に即した計画になるよう検討している。心身の状態の変化や本人・家族の意向・希望に応じて随時見直しをしている。変更された計画書は本人や家族に説明され同意を得た後、実施に移されている。
					■	205 見直しによって変更した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。	
					■	206 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。	