

評価項目表（共通項目）

番 号	評 価 項 目	評 価	評価の根拠	特 記 事 項
I	福祉サービスの基本方針と組織			
I-1-(1)-①	理念が明文化されている	a b c NA	事業計画書や施設パンフレットから、法人の使命や役割を反映した理念が明文化され、また施設内掲示等共通認識に努めていることあわせ総合的に評価した。	利用者や家族等に理念、基本方針等を順序立ててわかりやすく説明できる整理が必要である。
I-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている	a b c NA	事業計画書や施設パンフレットから、理念に基づく方針が明文化されていることが総合的に評価でき、特に利用者に対する基本姿勢は職員に浸透している。	利用者や家族等に理念、基本方針等を順序立ててわかりやすく説明できる整理が必要である。
I-1-(2)-①	理念や基本方針が職員に周知されている	a b c NA	主任会や各グループ会(ケアグループごと)を通じ、全職員を対象に周知を図っている。また、事業計画について研修する機会を設けている。	
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 b c NA	理念や基本方針が記載された事業計画を配付するほか、玄関や居室廊下に掲示し、また自由に持ち帰れるように備えられているが、積極的に説明するなど十分な理解を促すまでには至っていない。	
I-2-(1)-①	中・長期計画が策定されている	a b c NA	具体的な課題を明らかにした中・長期計画が策定されている。	目標(ビジョン)に対する整備目標の設定や、具体的に数値化していくなどの工夫が求められる。
I-2-(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 b c NA	事業計画には、指導主任の配置やグループケアの実施、認知症棟の廃止などの中・長期計画の内容が反映された取組が行われている。	
I-2-(2)-①	計画の策定が組織的に行われている	a b c NA	主任会や各グループ会を通じ、職員の間で計画が策定されており、評価・見直しが行われている。	計画の評価・見直しについて、年度途中にも時期を定めて実施し、サービスに反映していくことも求められる。
I-2-(2)-②	計画が職員や利用者等に周知されている	a b c NA	職員には主任会や各グループ会を通じ徹底しているが、利用者には配付にとどまり、積極的に説明するなど十分な理解を促すまでには至っていない。	
I-3-(1)-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 b c NA	施設運営規程や業務分担表に明文化しているほか、主任会や各グループ会に積極的に関与し、また、広報誌でも意思表明している。	

番号	評価項目	評価	評価の根拠	特記事項
I-3-(1)-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 (b) c NA	種別協議会等の研修会にも積極的に参加し、また、主任会等を通じ法令遵守を指導しているが、法令等の範囲において十分ではなく、また職員に周知及び指導すべき法令の整理が必要である。	
I-3-(2)-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) b c NA	主任会や専門部に積極的に参画し、課題の把握に努めるとともに、指導力を発揮している。	
I-3-(2)-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) b c NA	ケアグループごとに目標を設定し、人材の適正配置や異動に配慮している。また、「オムツはずし」など自立支援の身近な問題からコスト削減にも取り組み、経営面とサービスの質を総合的に検討し、効率化に向けた指導力が発揮できている。	
II	組織の運営管理			
II-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている	(a) b c NA	法人内の各事業所との連携はもとより、地域の各種団体や種別協議会に所属し、各種動向の把握に努めている。また、それらの動向を中・長期計画や事業計画に反映している。	
II-1-(1)-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) b c NA	経営状況について、人件費や事業運営コスト等の面から毎月分析を行い、職員にも周知され、ケアの身近な問題からコスト削減などが検討され改善の取組が行われている。	
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている	(a) b c NA	監事の一人に税理士を迎え、経営改善に努めている。	
II-2-(1)-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 b (c) NA	人材や人員体制に関するプランを策定していない。	グループごとのケアを実現するため、基準以上の人員を配置しており、資格者や正規と非正規職員の配置バランスにも配慮がされている
II-2-(1)-②	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている	a b (c) NA	現在のところ人事考課を実施していない。	
II-2-(2)-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) b c NA	職員の勤務実態を定期的に分析している。また、ケアワーカーの指導主任を配置し、勤務状況や課題の把握に努めている。職員に対しては管理職が有給休暇取得を呼びかけている。労働環境についてもケアグループごとの話し合いがされ、そこでの意見が法人の会議に提起されている。	
II-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる	a (b) c NA	会則に基づいた親和会が福利厚生に取り組んでいるが、施設としての取組は特別休暇の付与や被服手当にとどまっている。	職員親和会の活動が充実しており、また、職員増に伴う費用負担の増がネックとなり、19年3月末で福利厚生センターから脱退している。

番号	評価項目	評価	評価の根拠	特記事項
Ⅱ-2-(3)-①	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている	Ⓐ b c NA	中・長期計画に指導主任の配置や資格取得支援を、事業計画では職種ごとの研修方針をそれぞれ示している。	
Ⅱ-2-(3)-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 b Ⓒ NA	個別の職員の教育・研修計画は策定されていない。	職員研修については、全職員あるいは初任者、中堅職員等を対象とした内部研修を主とした年間計画は研修委員会で策定されている。
Ⅱ-2-(3)-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 b Ⓒ NA	個別の職員の教育・研修計画は策定されていない。	
Ⅱ-2-(4)-①	実習生の受入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している	Ⓒ a b c NA	マニュアルにおいて受け入れの姿勢を明確にしており、実習指導者も研修に参加させている。	
Ⅱ-2-(4)-②	実習生の育成について積極的な取組を行っている	a Ⓒ c NA	資格の別に配慮した実習に腐心し、実習教員とも頻繁に意見交換が行えているが、併設の専門学校の実習プログラムを準用しており、独自のプログラムは作成していない。	
Ⅱ-3-(1)-①	緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている	Ⓐ b c NA	介護事故、感染症及び食中毒等、さらには非常災害時への対応マニュアル、連絡体制フローチャート、緊急連絡先一覧が備えられている。また、小さな事故でも必ず事故報告書の記載、提出を徹底し、事故事例の検討や研修も行われている。	
Ⅱ-3-(1)-②	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 b c NA	事故事例やヒヤリ・ハット事例を収集し検討を行い、原因分析・対応策、再発防止の検討を行うとともに、職員が共有している。また、新規職員による事故を防ぐため、マニュアルを作成し指導主任の指導のもとに業務が行われている。	
Ⅱ-4-(1)-①	利用者と地域とのかかわりを大切にしている	Ⓐ b c NA	事業計画に地域との関わりについての基本的な考え方が示され、イベントだけでなく、継続的なボランティア活動の受け入れ、地域(学校)行事への参加等に取り組んでいる。また、地域の福祉マップも整備している。	
Ⅱ-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している	Ⓐ b c NA	従来から介護講座や介護者教室を開催し、施設のハード・ソフト両面において地域に還元してきたが、近年では地域のミニデイや介護予防教室の立ち上げを支援している。また、老人大学や学校に福祉教育の講師として職員を派遣している。	

番号	評価項目	評価	評価の根拠	特記事項
Ⅱ-4-(1)-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	Ⓐ b c NA	事業計画にボランティア受け入れの基本的な考え方が示され、マニュアルも整備し、担当職員を配置している。また、継続的にボランティア活動を受け入れている。	
Ⅱ-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている	Ⓐ b c NA	法人として地域の福祉マップを整備し、ケアグループごとの事務所に貼付し、職員で共有している。	各社会資源との連携について具体の検討をすすめ、事業に反映していくことが望まれる。
Ⅱ-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている	a Ⓑ c NA	法人として、地域の様々な団体との連携の場を持ち、積極的に関与し、課題把握に努めている。ただし、ネットワーク化に向けたサービスの具体的な取組には至っていない。	
Ⅱ-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している	Ⓐ b c NA	法人全体として、地域の様々な団体との連携の場を持ち、積極的に関与し、課題把握に努めている。	
Ⅱ-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている	a b Ⓒ NA	同一法人で様々な在宅サービスを展開しており、現状では施設としての事業・活動の計画はない。	地域の福祉ニーズに基づき、ミニデイや介護予防教室の立ち上げを支援しており、また、同一法人で地域密着型サービスを実施することとしている。
Ⅲ	適切な福祉サービスの実施			
Ⅲ-1-(1)-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組を行っている	Ⓐ b c NA	事業計画書への記載のほか、利用者に対する基本姿勢が作成されており、マニュアル等とともに主任会や各グループ会を通じた取組がすすめられている。また、従来型の施設構造のなか、ケアグループ化をすすめ、職員を厚く配置するなど工夫と配慮がみられる。	
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している	Ⓐ b c NA	マニュアルを整備するとともに、主任会や各ケアグループ会を通じた取組がすすめられている。	
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している	Ⓐ b c NA	事業計画書への記載のほか、利用者に対する基本姿勢が作成されており、家族会等は設立されていないものの、定期的に利用者家族へのアンケートを実施している。	利用者会や家族会を設立するなど、様々な意見や苦情を把握する場を設けることも望まれる。
Ⅲ-1-(2)-②	利用者満足の向上に向けた取組を行っている	Ⓐ b c NA	利用者家族へのアンケートをもとに検討会議を実施し、それらの結果は主任会や各グループ会を通じて周知されている。また、ケアグループごとに月1回のケア検討会議を実施し、適宜改善を図っている。	

番号	評価項目	評価	評価の根拠	特記事項
Ⅲ-1-(3)-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	㉠ b c NA	重要事項説明書や施設内の掲示物で窓口を明らかにし、ケアグループごとに職員の顔写真を貼りだし利用者及び家族に周知している。また、第三者委員氏名と相談日も掲示するとともに、意見箱も設置している。	利用者会や家族会を設立するなど、様々な意見や苦情を把握する場を設けることも望まれる。
Ⅲ-1-(3)-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	㉠ b c NA	苦情責任者及び窓口を設置するとともに、第三者委員(3名)を委嘱し、広報、掲示及び口頭で利用者及び家族への周知を図っている。苦情は記録のうえ施設内で検討している。また、改善策を書面にて利用者及び家族に説明している。	
Ⅲ-1-(3)-③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している	㉠ b c NA	マニュアルを整備し、意見等の内容により、主任会や各グループ会(ケアグループごと)、各専門部会での検討を経て速やかに対応及び改善を図っている。	
Ⅲ-2-(1)-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 b ㉠ NA	個別事案については主任会や各グループ会で評価・検討を行っているが、施設全体としてのサービス評価は現状では行っていない。	
Ⅲ-2-(1)-②	評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている	a b ㉠ NA	前項のとおりサービス評価を行っていない。	
Ⅲ-2-(1)-③	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している	a b ㉠ NA	前項のとおりサービス評価を行っていない。	
Ⅲ-2-(2)-①	個々の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	㉠ b c NA	施設マニュアルや介助時注意事項、新規職員に対する教育マニュアル等業務を標準化するためのマニュアルが整備されている。また、指導主任が職員の指導やカウンセリングも行っている。	
Ⅲ-2-(2)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している	㉠ b c NA	年度末の担当者会においてマニュアルについての話し合いや見直しが行われている。また、課題解決に向けて新たなマニュアルの整備も行われている。	
Ⅲ-2-(3)-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	㉠ b c NA	サービス実施状況の記録はケアグループごとのパソコンで管理し、ネットワークで情報の共有を行っている。申し送りノートについては手書で職員が記録している。	
Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制が確立している	㉠ b c NA	個人情報保護規程、文書管理規程が整っており、記録の管理保管の体制も整っている。また、職員から誓約書の提出を求める等の取り組みを行うとともに職員会議等で周知を行っている。	

番 号	評 価 項 目	評 価	評価の根拠	特 記 事 項
Ⅲ-2-(3)-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	Ⓐ b c NA	定期的にグループ会やケアカンファレンスを開催し情報の共有が行われている。また、状況やサービス提供の記録をパソコンによってネットワークで共有し、必要な時に情報が取り出せる体制になっている。	
Ⅲ-3-(1)-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	Ⓐ b c NA	紹介ビデオ、ホームページ、パンフレットがあり、詳細の問合せには重要事項説明書の個別送付を行っている。また、希望者の施設見学も行っている。	
Ⅲ-3-(1)-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	Ⓐ b c NA	重要事項説明書に基づき、利用者・家族に説明を行っている。	
Ⅲ-3-(2)-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	Ⓐ b c NA	退所にあたってのマニュアルや退所直前の情報についての引継書があり、体制は整っている。	
Ⅲ-4-(1)-①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている	Ⓐ b c NA	「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」を用いて、定期的に評価を行っている。	
Ⅲ-4-(1)-②	利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している	Ⓐ b c NA	アセスメントに基づき、利用者一人ひとりについて課題を抽出している。	
Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している	Ⓐ b c NA	サービス実施計画策定の責任者を介護支援専門員とし、サービス担当者会議を定期的に実施し協働して計画を策定している。	
Ⅲ-4-(2)-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	Ⓐ b c NA	短期目標・長期目標が設定され、改善・達成の一定の基準があり、評価及び見直しを行う体制ができている。	