

(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）

望月デイサービスセンター駒

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	<input checked="" type="checkbox"/>	1	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。	法人としての基本理念、運営理念、介護理念がありホームページや広報誌等に記載されているほか、事業所の入口に大きく掲げられ利用者や来訪者にわかりやすいようになっている。更に理念を具体化するための当事業所独自のスローガンもホールの壁に掲げられている。基本理念には利用者の尊厳を支えるケアの確立、利用者一人ひとりのリズムを尊重したケアを目指すことが謳われている。
					<input checked="" type="checkbox"/>	2	理念から、法人・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・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。	
		(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。	b	<input checked="" type="checkbox"/>	3	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。	法人としての運営理念、介護理念が基本理念を具体化するものとして掲げられており、運営理念には「運営の適性化」・「施設の社会化」・「多様なニーズに対応できる職員の育成」を上げ、介護理念には「一人ひとりの尊重とプライバシー保護」・「個別ケア」・「利用者相互の社会的関係と自律した日常生活のサポート」・「利用者の主体性を引き出しその人らしさの生活を維持する介護」が上げられており、法人や事業所、職員の姿勢を示している。
					<input checked="" type="checkbox"/>	4	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。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	5	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。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	6	理念や基本方針を会議や研修において説明している。	職員会議が毎月開催されており、必要に応じ事業所職員に説明がされている。事業所の事業計画に年度の「運営方針」、「重点目標」として示し具体的な指針としている。新任職員研修が行われ、法人研修や事業所内研修なども毎月行われているが、時間的な制約もあり理念について振り返る機会が少ないように思われる。在籍年数の浅い職員も多いことから日常的に理念について掘り下げ、理解を深める機会をもたれることが望まれる。
			<input type="checkbox"/>	7	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。			
			<input type="checkbox"/>	8	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。			

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。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> <li><input type="checkbox"/> 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。</li> <li><input type="checkbox"/> 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。</li> <li><input type="checkbox"/> 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。</li> </ul>	<p>法人の案内に理念をよりわかり易く噛み砕き掲載している。また、事業所のホールの壁にも「人と人の触れ合いを大切に過ごす」というスローガンが大きく掲げられ利用者や事業所の目指す方向を示している。長年、地域の人々に利用していただき地域の人々から信頼され安心して利用していただける事業所となっているが事業所の行事報告に理念を掲載したり、家族の集まる食事会等で説明するなど利用者や家族に更に周知する機会をもたれることを期待したい。</p>
	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。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> <li><input type="checkbox"/> 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。</li> <li><input type="checkbox"/> 16 中・長期計画に基づく取組を行っている。</li> <li><input type="checkbox"/> 17 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 18 人件費の増減の予測を行っている。</li> <li><input type="checkbox"/> 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> </ul>	<p>法人の理念の実現に向けた中・長期の収支計画があり、地域のニーズに沿って、来年度、新たなサービスの介護予防・日常生活支援総合事業への参入を計画し人材育成なども進んでいる。数値目標を示した収支計画は立てられているが文章化されたものではなく、法人の運営幹部層に限られた機密事項の範ちゅうに入る可能性もあるが組織の現状を整理し福祉サービスの更なる充実と課題解決に向け文章化された中・長期計画を策定されることが望まれる。</p>
			② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 23 事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。</li> </ul>	<p>法人の中・長期収支計画があり数値目標が示されている。法人の各年度の事業計画と収支予算書に沿って事業所の収支計画と収支予算書が作成されている。事業所の計画や予算の原案は施設長である管理者と副施設長が作成しており、前年度の事業報告や収支報告を基に現状や現場の実態を踏まえ作成されている。事業計画には運営方針や重点目標、年間事業計画などが記載され、収支予算書の備考欄にも算定根拠が数値で示されており年度末には定量的な分析も可能となっている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点		特記事項 (着眼点以外の取組等)
I	2	(1)	②		■	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。	事業計画に基づいて毎週、法人幹部会議が開かれており、理事長や各施設長が事業計画や収支の進捗状況を検討し見直しもしている。幹部会議とは別に法人の運営会議も毎月開催されており、中間管理職である副施設長、チームリーダーなどが出席し、各事業所の運営状況や利用状況について話し合い改善に向けて意見を集約している。
					■	28 評価の結果に基づいて各計画の再確認や見直しを行っている。	
					■	29 一連の過程が一部の職員だけで行われていない。	
			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。	年度始めの職員会議で事業計画と収支予算について説明がされており、職員会議で進捗状況を振り返っている。キャリアパス制度が導入されており、各職員が事業所の年度の事業計画に連動した年度目標を設定し半期ごとに振り返りの機会を設けている。
					■	31 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。	
					■	32 各計画の進捗状況を確認し、継続的な取組を行っている。	
			③ 事業計画が利用者等に周知されている。	c	□	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。	法人全体の広報誌を使い、年度の決算報告と事業経営報告がされているが、事業計画について説明する場は設けられていない。在宅でのサービスでもあり登録利用者も多いことから利用者や家族が一同に会する場を設けるのは極めて難しいものと思われるが何らかの方法で事業計画を周知されることを期待したい。
					□	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。	事業計画の「職員分担表」に施設長(=在宅サービス施設長※以下同じ)の管理者としての職務内容が記載されており在宅サービスの充実や効率な運営についてチームワークを図りながら自らリーダーシップを発揮している。災害、事故等における責任者は副施設長が担当しており分担については明確化されている。		
			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。		■ 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。		■ 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。		■ 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。
		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。		■ 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。	■ 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。	施設長の意を受け副施設長が職員会議や朝礼で職員からの意見や情報を吸い上げ事業所のサービスの質を高めるための取り組みを行っている。毎月の職員会議も含め、事業所内には意見の言い易い職場風土が築かれており、出された意見や気づきについては職員で検討し法人全体に関連することについては副施設長を通じ意見具申し、事業所内で可能なことは改善に向けて全職員で取り組んでいる。また、施設長は法人研修の企画・立案も担当しており、サービス向上に直結する各種研修を年間計画として組み立てている。	
				■ 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。	■ 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。		■ 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。	b	■ 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。	介護サービスにの需要の動向については法人で的確に把握しており、新たなサービスの介護予防・日常生活支援総合事業への参入や介護予防リーダー育成、地域で暮らしていくために生活リハビリについての講演会や健康教室、事業所外での活動などつなげている。事業所外の活動として法人の各施設の専門職が地域に出て取り組んでいる「つどいの輪」などを通じて高齢者のニーズや潜在的な利用者の情報を収集・分析し、法人の中・長期計画として文章化し今後反映されていくことを期待したい。
			■ 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。	b	■ 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。	施設長や副施設長が随時実施しており、またその結果については事業報告書や収支報告書として職員に知らしめている。年度の事業計画には年間平均稼働率など前年度の推移等を分析し盛り込まれている。また、中・長期の収支計画には各年度の事業報告に沿って修正等が加えられている。現状は副施設長が主に運営状況を分析し重点課題を掲げ事業所の改善策を練っている。経験年数の浅い職員も見受けられるので今後は早期の戦力化を図り各職員のそれぞれの立場からの意見を集約し改善に向けて取り組まれることを期待する。
			■ 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。		
□ 55	経営状況や改善すべき課題について、職員に周知し、職員の意見を聞いたり、職員同士の検討の場を設定する等、事業所全体で取組を行っている。						
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。	外部監査が実施されており法人運営の透明性の確保と経営の健全化にむけ努めている。			
■ 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) 人事管理の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。	b	■	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。	組織を適切に機能させるために必要な人数を確保し、人員基準に沿った体制を組んでいる。新たなサービスの介護予防・日常生活支援総合事業への参入に備え当事業所でも職員体制を厚くしており、法人として近い将来に向けての人員プランが策定され実行に移されている。ご多間にもれず介護現場の人員不足は法人や当事業所でも深刻であるが、中・長期計画の文章化とともにその中で人員体制についての計画を盛り込まれることが望まれる。
			■		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。	b	■	61 人事考課の目的や効果を正しく理解している。	
		□	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。	b	■	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。	法人の人事担当部署で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。事業所は日曜日や祝日も営業しており、基本的に休暇の希望は職員の希望に沿ってシフトが組まれている。有給休暇については事業所の繁忙や人員体制に沿って副施設長と相談し取得しており、時間外労働も申告制で運用されている。キャリアパス制度に沿って職員と上位職との面談も定期的に行われている。
					■	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い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。	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。	職員の余暇活動などの充実を図るため外部の福利厚生センターに加入している。また、施設長が事業所職員のメンタルヘルスの窓口ともなっており日ごろの悩みや困ったことについての相談に応じている。職員の健康診断も定期的に行われておりインフルエンザの予防接種についても法人の負担で実施されている。		
			■	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)
		(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。	b	<p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p>	<p>法人の運営理念の中に「多様なニーズに対応できる職員の育成」が上げられており、意識・技術を高める研修を行うことにより高品質なサービスを実現するための人材育成に努力することが記されている。キャリアパス制度も導入され職員の経験や習熟度に合わせ研修計画等も練られているが法人が求める職員の専門性について更に検討を加えられ中・長期計画として文章化し明示されることを望みたい。</p>
			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。	b	<p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p>	<p>法人研修・内部研修・事業所に関わる外部研修については年間計画が組まれておりそれに沿って職員は参加している。キャリアパス制度が導入されており目標管理という点では職員一人ひとりに合わせた目標設定がされているが、一人ひとりに合わせた研修計画までには到っていない。法人研修・内部研修は全職員を対象とした内容が多く、職員の経験や習熟度、将来の意向などを勘案した一人ひとりに合わせた教育・研修部分も組み込まれたほうが良いのではないかと思われる。</p>
			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	<p>■ 78 研修を終了した職員は、報告レポートを作成している。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 81 評価・分析された結果を次の研修計画に反映している。</p> <p>■ 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。</p>	<p>基本的には復命書にて外部研修に出席しており、報告内容によっては事業所内で発表形式で伝達研修をしている。場合によっては研修資料を回覧し職員間で共有している。外部研修については定例化されているものもあり、職務内容により関係する職員が参加している。</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)
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。	b	<input type="checkbox"/> 83 実習生の受入れに関する基本姿勢を明文化している。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 86 実習指導者に対する研修を実施している。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	教育免許取得の為の介護等体験や高校生の実習、中学生の職場体験などは受け入れているが、法人として年3回ほど予定される「介護職員初任者研修」以外の社会福祉に関する資格取得のための実習生の受け入れは事業所としては実施されていない。今後、地域の福祉の担い手を育成することも視野に入れ、実習生の受け入れについての体制を整備されていくことを期待したい。
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 92 検討会には、現場の職員が参加している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	法人の安全管理指針があり施設長や副施設長を中心に安全確保のための体制を組織的に整備し、継続的に取り組んでいる。感染症や利用者の急変等についてのマニュアルも整備されており、事故報告書やひやりハット報告書を詳細に作成することで職員間で事例を検証し再発防止に努めている。
			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。		<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 96 災害時の対応体制が決められている。	同じ建物内に地域包括支援センターがあり年に1回合同の消防訓練を実施しているほか事業所独自に避難・誘導訓練を実施している。また、すぐ隣地にある病院、地域の消防署・警察とも連携がとれるようになっている。食料品等の備蓄も確保されている。



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	3	(1)	②	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	
			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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	法人の安全管理指針に沿って施設長や副施設長を中心に安全確保のための体制を整備している。事故報告書が作成されており、極めて軽微なひやりハット事例についてもその要因を分析し対応策を検討し全職員に注意を促している。利用者の使用するホール、トイレ、浴室、着脱室、廊下などもゆったりとしたスペースがとられており利用者も安心して使っている。また、利用者に振り込め詐欺の事例を話し注意を喚起したり、災害時の連絡や安否確認についての事業所の手順も示しており、自宅に居る時の方が一の場合についても安心して地域で暮らせるように支援している。
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かわりを大切にしている。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	法人の運営理念に「施設の社会化」として掲げており利用者を地域の一人として受け止め、地域社会との交流を深めるためにボランティアの受け入れなど、交流事業を積極的に進めることが謳われている。民謡や歌、マジックなどのボランティアが定期的に訪れており、その中には利用者の顔馴染みの方もおりお互いに励まし合う姿も見られるという。また、外食や買い物ツアーなども事業所として企画し一人暮らしの利用者などから喜ばれている。在宅で介護サービスを受けながら暮らしている利用者であるので地域の情報は回覧板等で得ているが、高齢の利用者が記録や記憶としてとどめられよう重複するかもしれないが事業所の掲示板等でも地域の情報を流すなどの工夫を期待したい。

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	(1)	② 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>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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く。</li> </ul>	<p>ほぼ隣接している同じ法人の運営する特別養護老人ホームには居宅介護支援事業所があり当事業所とも連携しつつ介護予防を中心とした講演会や健康教室などを開催しており地域の公民館で行われる高齢者むけの集いの企画・運営にも参画している。法人としての広報誌「ゆうげん」を三ヶ月ごとに発行し法人全体の活動状況、講演会・勉強会・健康教室の告知などを掲載している。また、事業所としての行事報告もあり活動内容や予定などを利用者や家族に知らせている。法人として障がい者就労支援B型施設を運営しているのでその分野での地域ニーズにも応じている。利用者とは災害時の事業所のできることにについての相互の理解はあるが、地域の住民とも今後協働できるような体制を整備されていくことが望まれる。</p>
		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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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い取組みをしている。</li> </ul>	<p>法人の運営理念の「施設の社会化」の中で利用者が地域の一員として地域社会との交流を深めるために法人全体としてボランティアの受け入れや交流事業を積極的に進めることが掲げられている。事業所内にボランティアの窓口となる担当者がおり日程等の調整をしており、初回の受け入れ前に必要な説明を行っている。年に一回、ボランティアとの茶話会を設け活動上の気づきや意見等を聴き、事業所の運営に活かしている。</p>	
		(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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>事業所の事業実施地域に居住する職員が殆どで地域の様々な機関や団体についての情報を持っている。事業所の生活相談員も地域ケア会議等に出席しており、朝礼や職員会議等で職員間の情報の共有化も図られている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	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。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 122 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 126 地域に適当な関係機関・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。</li> <li>□ 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。</li> <li>□ 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。</li> </ul>	<p>地域ケア会議や利用者ごとのサービス担当者会議に管理者や生活相談員が定期的に出席し、関係機関や団体、かかりつけ医や歯科医師など、関係者と連携をとっている。また、その際に得られた情報については朝礼や職員会議で伝えられ共有化が図られており、情報の管理についても職員に守秘義務を課し徹底している。現在、成年後見人等を必要とする利用者はいないが、すでに一人暮らしの方も多く、また、高齢のご主人や奥様に支えられている方もいるので、万が一に備え、今後、徐々に体制を整えられていくことが望まれる。</p>
		(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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>保健・医療・福祉の連携を図るための地域ケア会議に出席し関係者から情報を収集し、高齢者福祉に関するニーズを把握している。法人として実施している介護予防に向けた健康教室や地域の公民館に出て行っている集いの場でも地域の高齢者のニーズを収集している。その結果、来年度、法人として介護予防・日常生活支援総合事業への参入も予定されている。</p>
			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	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> </ul>	<p>法人として介護予防に向けた講演会や勉強会、健康教室などを実施し地域の高齢者への啓蒙活動に力を注いでいる。来年度、介護予防・日常生活支援総合事業への参入が法人として予定されているが、その後の中・長期計画については数値目標は示されていないが文章化がされていない。法人の運営幹部層に限られた機密事項の範ちゅうに入る可能性があり明らかにすることは難しいものと思われるが具体化に近づいた段階で早期に明示さ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)
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。	法人の基本理念に「『利用者の尊厳を支えるケアの確立』に向けて、一人一人の個性と生活のリズムを尊重した全人格ケアをめざす」ことを掲げ、接遇や身体拘束・虐待防止などの各種職員研修時に確認をしている。また、4つの介護理念の中でも「一人一人の今までの生活リズムを尊重する」と「利用者の主体性をひきだす介護とその人らしさの生活をつくる」ことが明確に示されており職員も実践している。
			■ 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。				
		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。	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。	法人の4つの介護理念の1つに「一人一人の今までの生活リズムを尊重し、プライバシーを守ります」と掲げ基本的な姿勢を示している。入浴時や排泄時にカーテンやタオルを使用しプライバシーに配慮しながら介助することがマニュアルにも明記されており職員がそれに沿って実践していることを視認できた。利用者からも必要時に相談をしたいことがあれば他の利用者から離れた場所で話しているという声もあり、職員はプライバシー保護について理解し実践している。	
		■ 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。	デイサービスの特性を活かし、送迎時に利用者家族等と直接会うことで体調や思いをリアルタイムで把握しサービス提供に反映している。また、サービス担当者会議や家族との交流のための食事会などを通じて意見・要望を聴取している。意見や要望は個人ファイルに記録したり、朝礼や職員会議で共有し個別のケアや事業所の運営に活かしている。サービスの質を高めるためには利用者や家族の満足度、意向などを把握することが大切ではないかと思われる。法人本部を中心に利用者満足に関する調査を定期的実施し具体的なサービスの改善に役立てていただくことを期待したい。		
■ 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>相談・苦情等に迅速に対応するため、契約時、利用者や家族に提示する「契約書」・「重要事項説明書」で担当者氏名、電話番号、有線番号などを説明している。文書の文字を大きくし、読みやすく、わかりやすい表記をこころがけている。また、生活相談員も複数配置しておりいつでも対応できるようにしている。事業所入口の掲示板にその日勤務する職員一人ひとりの笑顔の写真が貼り出されており利用者が声がけしやすいように配慮している。</p>
			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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」が事業所として定められており、施設長が苦情受付担当者となっている。事業所として「相談・要望受付書」を作成しており内容から結論に至るまでの詳細を記し、職員の閲覧も必須になっている。事業所として提供するサービスの妥当性の評価や利用者の満足度に沿っているかの判断にも繋がり、適切な対応がされている。</p>
			③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 158 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。</li> <li>■ 159 意見等を福祉サービスの改善に反映している。</li> </ul>	<p>組織の体制が明確になっているため、適切な管理のもと、利用者や家族の意見・提案などを具体化しサービスの改善につなげている。事業所としては副施設長がすべての案件を把握し迅速に対応している。</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	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。	c	□ 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。	今回初めての第三者評価の受審であるが、デイサービスの特色を活かし日々の送迎時、家族等と直接面談する中で意思疎通も取れており、サービスについての要望や意見は事業所運営に反映されている。今後は事業所全体のサービス内容を正しく評価するための自己評価などの計画的な実施と結果分析、検討までの仕組みづくりが望まれる。
			□ 161 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。		□ 162 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。	
		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。	c		□ 163 職員の参画により評価結果の分析を行っている。	
		□ 164 分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。		□ 165 職員間で課題の共有化が図られている。		
		□ 166 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。		□ 167 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。		
		□ 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。		■ 169 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。		
□ 170 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。	■ 171 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。					
(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	■ 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。	入浴介助や排泄介助、食事介助などの標準的な実施方法が文書化されており、それぞれの場面でのプライバシー保護についても記載がされている。利用者一人ひとりのサービス計画書が作成されており、それに沿って個々の支援内容も組み立てられている。職員がいつでも確認できるようにマニュアルのファイルが事務所書棚に保管されている。		
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		■ 173 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。			

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>利用者一人ひとりのサービス計画書が作成されており、本人や家族の意向、長期目標、短期目標、サービス内容などが記載され、支援経過とモニタリングも記入できるようになっている。利用日には一人ひとりの様子を記載し職員はいつでも確認できるように個々のファイルとして保管されている。新任職員には経験豊富な職員が業務内容全般に亘り指導に当たっているため記録内容や書き方についても統一がされている。</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"> <li>■ 176 記録管理の責任者が設置されている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 180 職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。</li> <li>■ 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丁寧に説明している。</li> </ul>	<p>記録の管理責任者は副施設長となっており、個人情報等の利用目的についても契約時に説明がされ利用者や家族からも同意書をいただいている。また、サービス提供時の記録の開示と複写物の交付などについても契約書に明記し説明がされている。職員も個人情報保護法について十分理解しており、法人の広報誌や事業所の行事報告への写真についても個人が特定されないように留意している。</p>
			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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>サービス計画書に基づき介護職、看護師、機能訓練指導員等の連携ができており、朝礼や昼食後の時間帯に職員間の情報共有を行いブレのないサービス提供がされている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 188 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</li> </ul>	法人のホームページがあり写真と共に法人全体の紹介をしており、理念と事業内容を明確に開示しており各事業所の月間行事予定表なども掲載している。法人全体や事業所の案内は写真も豊富でサービスの内容も簡潔に記載されており分かりやすいものとなっている。			
			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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>		契約書・重要事項説明書の書類は字体を大きくし、見やすく読みやすくするなどの工夫がされている。契約書で利用者や家族等と法人との権利義務関係を明確にし、重要事項説明書に基づき設備の概要や料金などを説明している。利用申込者の判断能力に障がいが見られる場合においては利用者に代わってその家族、代理人等との契約を行うようになっている。		
		(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			<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	利用者の状態の変化や希望に合わせ他のサービスや事業所へ移行する場合は利用者のケアマネージャーと連携し、申し送りや引継ぎを滞りなく行っており利用者が戸惑うことのないように配慮している。利用者家族などと交わす契約書にもサービス提供記録を2年間保管することを明記しており、サービス終了後も利用者や家族等からの要望にそって提供できるようにしている。



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。	利用者のケアマネージャーからの情報を基に事業所としても利用者や家族のニーズ、生活状況や身体機能などを事業所の様式に落としこみアセスメントしている。また、担当のケアマネージャーが主催するサービス担当者会議に出席し、各専門職との連携をとり利用者へのサービス内容を検討し、利用者や家族等との意向も踏まえた個別サービス計画書を作成している。		
		■ 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。	利用者のケアマネージャーが作成した居宅サービス計画書に基づき個別サービス計画書を作成している。また、希望をされる利用者には機能訓練計画も作成し実施している。サービス計画書策定の責任者は副施設長で生活相談員も兼務していることから他の生活相談員、介護職員、看護職員、機能訓練指導員と相談しながら作っている。職員はサービス計画に記載されている個別の援助内容や留意点を念頭に置き日々のサービス提供に取り組んでいる。個別のサービス実施記録やデイサービス日誌などに一人ひとりの利用者の記録を整理し記している。
		■ 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。		個別サービス計画書のそれぞれのサービス内容には「支援経過とモニタリング(評価)」の欄があり定期的に評価を実施し、毎月の職員会議でもケアカンファレンスを行い随時見直しもしている。見直しが必要になった場合には利用者や家族等の意向を踏まえ、また、心身の状況も把握・検討しサービス計画の変更をかけている。		
		■ 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。				