

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 ㉔ 非該当	事業計画書にそれらしき文言はあるものの、理念とし普遍的に明文化されていない。	事業部門の理念や、理念に基づいていないものの基本方針は整理されていた。
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 ㉔ 非該当	前提となる基本理念が明文化されていない。	
I-1-(2)-①	理念や基本方針が職員に周知されている	a b ㉔ 非該当	同上	
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 ㉔ 非該当	同上	
I-2-(1)-①	中・長期計画が策定されている	a b ㉔ 非該当	中・長期計画が策定されていない。	
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 ㉔ 非該当	前提となる、中・長期計画が策定されていない。	
I-2-(2)-①	計画の策定が組織的に行われている	a b ㉔ 非該当	計画策定の場合である会議記録が無いため確認できない。	
I-2-(2)-②	計画が職員や利用者に周知されている	a ㉔ c 非該当	事業計画書が職員に配布され、また、広報紙の全戸配布とホームページへ掲載がされていたが、職員・利用者への説明が十分でない。	
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 ㉔ c 非該当	法人の事務決裁の規程により責任の所在が明確にされていたが、職員に理解されるような取組が十分でない。	
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 ㉔ c 非該当	規程の整備や、労働に関する説明会への参加がされていたが、職員が理解するための取組みが十分でない。	
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 ㉔ 非該当	職員意見を取り込むなど日常連携はできているが、指示の具体的記録が確認できない。	
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 ㉔ c 非該当	半期ごとに事業報告を行い、経営状況や業務状況の分析がされていることは伺えるが、サービスごとの取組や成果が均質化されていない。組織全体として改善の余地がある。	
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 非該当	安芸市高齢者保健福祉計画のデータや民生委員からの報告により把握しているが、個々に収集したデータを組織として全体に活用する場面がみられない。	
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 非該当	事業数値の分析を行い、随時改善する取り組みを行なっている。	
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている	a b (c) 非該当	外部監査は実施されていない。	
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) 非該当	具体的プランが確立されていない。	
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) 非該当	人事考課は行なわれていない。	
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 非該当	就業状況は把握されていたが、職員意向の個別聴取が十分でない。	
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 非該当	福利厚生センターへの加入、制服貸与がされていた。	
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	a b (c) 非該当	基本姿勢が明示されていない。	年一回、職員の全体研修が実施されていた。
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 (c) 非該当	教育・研修計画が策定されていない。	
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 (c) 非該当	評価・見直しが行なわれていない。	外部研修受講の後は、復命書により報告がされていた。
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) 非該当	基本姿勢が明示されていない。	
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 (b) c 非該当	実習内容全般を計画的に学べるようなプログラムが用意されていない。	
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	a (b) c 非該当	緊急時の連絡先や、感染症対応マニュアルが整備されていたが、緊急時に到るまでの対応がその都度の対応になっている。	
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 非該当	再発防止策検討を確認できる記録が一部署にとどまり、その他の部署では確認できない。	
II-4-(1)-①	利用者と地域とのかかわりを大切にしている	(a) b c 非該当	民生委員による地域住民への声かけや、デイサービスセンターへのボランティア受入れにより行なっている。	今後は、体制整備のみならず、個々の利用者を支える面で社協らしさを発揮する場面を創出されたい。

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 非該当	車両貸出や、ボランティア団体への研修室貸出などハード面のほか、高等学校の福祉に関する講義への職員派遣がされている。	
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	a b ㉔ 非該当	現状では、社協に事務局を置くボランティア協会にボランティア受入れを一本化しており、社協としては明文化していない。	
II-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている	a ㉔ c 非該当	関係機関の連絡先が目的別に一覧化されているが、職員に周知するための取組み記録が確認できない。	関係機関・団体の連絡先リストがデータ化され、各自のパソコンから検索可能になっている。
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている	Ⓐ b c 非該当	関係機関との連絡会が開催されており、ミニデイサービスが年2回、学校とは年1回、ボランティアとは3ヵ月毎、地区社協は2ヵ月毎に、それぞれ開催されている。	
II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している	Ⓐ b c 非該当	民生委員との月例会や、支援センター、地区社協からもたらされる情報により把握がされている。	
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	Ⓐ b c 非該当	地区社協活動や小口資金貸付が実施されている。	
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	a ㉔ c 非該当	個々の部署においては、利用者尊重のための取組ができていないが、組織内で取組みの均質化ができていない。	
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	a b ㉔ 非該当	プライバシー保護に関するマニュアルがない。	マニュアルはないが、職員に対し机上に名簿を置かないことを周知するなど、プライバシー保護に配慮した取組みがされている。
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	a b ㉔ 非該当	利用者満足の向上を目指す姿勢を明示した文書等がない。	
III-1-(2)-②	利用者満足の向上に向けた取組を行っている	a b ㉔ 非該当	利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されていない。	
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 非該当	在宅介護支援センターや福祉総合相談所などの複数の窓口が設けられて、相談スペースとして個室も設置されていた。	
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	a ㉔ c 非該当	苦情相談窓口と、苦情解決の体制は整備されている。これまで苦情が無いということであるが、個々の問合せに対応している実態は伺えるので、苦情のとらえ方・対応方法を職員に徹底し、組織の均質化にとりくむ必要がある。	
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	a b ㉔ 非該当	利用者意見に対するマニュアルが整備されていない。	

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 <input checked="" type="radio"/> c 非該当	半期ごとに分析・報告をしていることにより一定の評価がされていることが伺えるが、組織全体の取組として伺えるものがない。	
Ⅲ-2-(1)-②	評価の結果に基づき組織として取組むべき課題を明確にしている	a b <input checked="" type="radio"/> c 非該当	課題明確化の前提となる評価について、組織全体の取組として伺えるものがない。	
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 <input checked="" type="radio"/> c 非該当	課題の前提となる評価について、組織全体の取組として伺えるものがない。	
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	a <input checked="" type="radio"/> b c 非該当	標準的な実施方法が文書化されているが、部署によりばらつきがあり、サービス実施としては十分ではない。	
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	a b <input checked="" type="radio"/> c 非該当	組織全体として、標準的な実施方法が作られていない。	
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	<input checked="" type="radio"/> a b c 非該当	介護サービスにおいて、記録が適切に行なわれている。	(評価対象は介護保険サービス部門に限定)
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	<input checked="" type="radio"/> a b c 非該当	個人情報保護および情報開示の規程が定められ、記録は、扉付き棚等の適切な保管場所で管理されている。	
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	<input checked="" type="radio"/> a b c 非該当	介護サービスの部署において、通所介護では毎日、訪問介護で毎週カンファレンスを開催し、情報が共有されている。	(評価対象は介護保険サービス部門に限定)
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	<input checked="" type="radio"/> a b c 非該当	民生委員を通じ、情報を伝達できている。	(評価対象は介護保険サービス部門に限定)
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	<input checked="" type="radio"/> a b c 非該当	介護サービスの部署において、契約書・重要事項説明書・個人情報使用同意書により同意が得られている。	(評価対象は介護保険サービス部門に限定)
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	a <input checked="" type="radio"/> b c 非該当	在宅介護支援センターの連絡先シールを渡しているのみであるため、サービス継続性に配慮した対応としては十分ではない。	(評価対象は介護保険サービス部門に限定)
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	<input checked="" type="radio"/> a b c 非該当	アセスメント表に基づいて記録されている。	(評価対象は介護保険サービス部門に限定)
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	<input checked="" type="radio"/> a b c 非該当	アセスメント表やサービス実施計画等個別支援プログラムが作成されている。	(評価対象は介護保険サービス部門に限定)
Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している	<input checked="" type="radio"/> a b c 非該当	サービス事業所、家族を交え、医師の意見も聞きながら策定されている。	(評価対象は介護保険サービス部門に限定)
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	<input checked="" type="radio"/> a b c 非該当	計画策定と同じ手順で行なわれている。	(評価対象は介護保険サービス部門に限定)