

(別添1)

### 事業評価の結果

福祉サービス種別: 通所介護

事業所名(施設名): ローマンうえだ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)		
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。	法人や事業所の理念が明文化されている。	a)	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。	利用者の思いや日々の生活を大切にし、地域との多様な交流と支え合いを主眼とした理念を持ち、事業計画やパンフレットに明文化している。さらに理念を職員の業務への意識付けとなる事業方針につなげている。利用者に対する姿勢、事業所の社会的使命、地域との関わり、職員としての資質の向上への姿勢など具体的な取組みを明言している。		
					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。			
			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)	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。			
					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。			
				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。				
		(2) 理念や基本方針が周知されている。	理念や基本方針が職員に周知されている。	a)	6	理念や基本方針を会議や研修において説明している。		職員には全体会議で施設長より理念や事業計画の説明があり、学習を通して周知徹底され、理念や事業計画を玄関や部署別に設置し、さらに理念を名札に入れて、自らの行動などに迷いが生じた時は理念に戻り、何時でも自覚し、確認できる体制になっており、継続的な取組みが行われている。利用者等には、面接時に伝えたり、広報誌の配布、事業所の玄関先への設置、ホームページなど分かりやすい文書にする等の工夫を施して説明し、事業所の基本姿勢の周知への取組を積極的に行っている。	
						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。
						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)
	1	(2)	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a)	<p>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。</p> <p>10 認知症などの利用者に対する周知の方法に工夫や配慮をしている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	
	2	(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	中・長期計画が策定されている。	a)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>16 中・長期計画に基づく取組を行っている。</p> <p>17 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</p> <p>18 人件費の増減の予測を行っている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>少子高齢化、認知症高齢者の増加、住み慣れた地域で暮らし続けたいという住民の思い、家族や事業所だけでは支えきれない現状などの福祉を取り巻く動向をとらえ、これからのあるべき方向を分析し、課題や問題点を明らかにして事業所として取り組めるビジョンを3か年の中期計画にまとめ、4つの基本目標を策定している。福祉サービスの計画にとって最も重要となる収支状況（介護収入と人件費）を十分な根拠を基に計算し、特別な支出にも対応出来るかの検証もしている。事業計画は具体的な数値目標を明確にすると共に、前年度の実績を踏まえた、内容の豊富な、具体的で実行可能な計画となっている。</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)
	2	(1)	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。 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。 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。	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。 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。	事業計画は、デイサービス会議や委員会ごとに多くの職員の参画の下に計画の実施状況が話し合わせ、毎月の運営会議で把握・評価が行われ、利用者や地域、職員にとって安心と信頼感を得る計画となるよう見直しが行われている。事業計画や事業報告は部署にファイルされ、何時でも確認出来るようにすると共に、玄関にも設置し、面会者や地域の方、家族等も自由に閲覧できるように配慮されている。
		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。 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。		
		事業計画が利用者等に周知されている。	a)	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。 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)		
	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。	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。	管理者の役割や責任は業務分掌に明文化され、広報誌にも掲載があり、職員からの信頼を得て事業展開するよう努めている。コンプライアンスや人権などの研修を通じて社会人としてあるべき姿勢を明示すると共に、交通安全の研修、シートベルトの着用点検などの福祉施設で働く者として日々心掛け、厳格に守るべき具体的な要件について周知徹底するよう取り組んでいる。	
					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。		
			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。		
					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。	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。		福祉サービスの質の向上については、利用者アンケート調査、事故報告、ヒヤリハット事例の分析、職員が意見を言える場としての個人面談などの情報を通じて検証すると共に、ボランティアとの意見交換や福祉サービス相談員との情報交換を行い、サービス向上委員会で検討し、組織的体制の下に、改善への取組をしている。業務の効率化や経営基盤の強化は利用者が安心して暮らせる環境作りに繋がり、設備整備・専門職員の配置・職員間の連携・負担の少ない介護など業務の効率化や改善に向けて組織的な取り組みをしている。
					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。		
			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。		
					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)	
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。	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。	地域での福祉に対する動向については県の人口統計や市の5期高齢者プラン、居宅介護支援事業所の情報等により把握しており、利用者数は多様化する利用者像の変化や潜在的な利用者のデータ、サービス担当者会議や地域ケア会議、地域での支え合いサロン活動などで掌握でき、地域の高齢者福祉の拠点として機能発揮できるよう各計画に反映させている。 外部監査は行われていないが、定期的な内部監査が実施され、財務や経営管理の改善課題の把握が行われ、家族等や地域の信頼性の確保に努めている。
					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。	
			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。	
					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。	
			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）	c)	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。	
					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。	
			2 人材の確保・養成	(1) 人事管理の体制が整備されている。	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a)	
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。						
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。		
		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。		

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)
		(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	<p>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。</p>	a)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>就業状況については、部署の責任者や管理課での分析、施設長や副施設長との個人面談などによる意見や希望の把握などで職員が意欲的に業務に携われるよう配慮されている。職員組織である「くろみ会」による処遇改善労働環境アンケートもあり、職員の声を届ける仕組みも機能し、職員の働きやすい環境づくりにも努めている。職員の相談に心づく「A 健保の相談窓口、産業医の配置もあり、職員へのサポート体制も整っている。メンタルヘルス推進担当員の配置や職員の定期的健康診断、職員旅行もあり職員への福利厚生も整っている。</p>
			<p>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。</p>	a)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	
	2	(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	<p>職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。</p>	a)	<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>教育研修マニュアルがあり、組織が職員に求める基本姿勢が明示されており、それに基づいた個々の職員研修計画が策定されている。広範囲の専門的知識と対応力のある職員の育成を目指して、認知症ケア専門士、主任やリーダーの育成に力を置いている。初級、中級、主任などスキルに応じた施設内研修を構築し、職員教育シートで各研修の評価・分析を行い、スキルアップや意欲向上に繋がるよう、より綿密な研修計画の検討を行い、次の研修に反映するよう取り組んでいる。今を生きる利用者と向き合う介護現場で学習を繰り返し、先輩に相談し、チームとして対応することを学び、気づきを発表して、さらに学ぶことを大切にしている。</p>
			<p>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。</p>	a)	<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>	

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)
			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>	
	2	(4) 実習生の受入れが適切に行われている。	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>	<p>実習生の受け入れマニュアルが整備され、事業計画にも次世代を担う人材育成は事業所の社会的責務として積極的な受け入れを行うことを明記している。実習中や終了時には先生も交えて意見交換や反省会を行うなど学校との連携を重視している。実習指導者講習修了者の指導により実習が行われている。</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)	
	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。	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)	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。	利用者の安心・安全の確保は事業所のサービス提供の基本であり、防火管理者会議やリスクマネジメント委員会は毎月会議が行われ、ヒヤリハットや事故報告の分析も行い、安全確保への前向きな取組が行われている。非常災害時、感染対策のマニュアルも整備されている。自動通報装置、屋内消火栓、スプリンクラーなどの防災設備も整い、非常食の備蓄、地域との災害協定もあり、地元消防団などの協力を得て年1回の昼間想定避難・救出訓練が併設施設と合同で行われた。デイサービス事業所独自の訓練として、急な場合のナイトケア対策として、夜間想定訓練も年1回行っている。利用者が直接利用する設備や備品等の定期的な点検がマニュアルに基づき点検表によりチェックが行われている。 昼間想定訓練は、当日利用者のみ参加となっているが、災害時には利用者の理解と協力が必要になるので、防災週間として全利用者に具体的訓練までには至らなくとも、災害や地震の際の対応について説明することが望まれる。
					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。	
					92	検討会には、現場の職員が参加している。	
					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。	
					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。	
3	(1)	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。		a)	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。	
					96	災害時の対応体制が決められている。	
					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。	
					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。	
					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。	
		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)	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。	
					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。						



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)	
	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。	利用者や地域とのかかわりを大切にしている。	a)	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。	「多様な交流と支え合い」、「施設機能を発揮し、共に安心の地域づくり」など事業所と地域との関係性を明文化し、傾聴や喫茶ボランティアの受け入れ、保育園児、小・中学生との交流、地域の運動会や敬老会行事などへの参加・支援、近くのスーパーや直売所に出掛けるなど地域と共にあり、地域の一員として利用者や地域をつなげる支援をしている。各自治会の依頼による健康教室や認知症講和も行い、運動指導員などの講師派遣も行っている。ボランティアに際しての説明や研修を充分に行うと共に、ボランティア自身が創意工夫して主体的に関わるよう支援している。「安心」の地域づくりセミナーが農閑期に開講され、「福祉の地域づくりを住民の手で」などを学習し、住民が地域づくりの主人公となり、地域づくりの種まき運動を実践できるよう支援している。 災害時の事業所の役割は地域との協定書に避難場所や非常食の利用が出来ることが明記されている。
					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。	
					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。	
	4	(1)	事業所が有する機能を地域に還元している。	a)	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。	
					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。	

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)
			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)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	
	4	(2) 関係機関との連携が確保されている。	<p>必要な社会資源を明確にしている。</p> <p>関係機関等との連携が適切に行われている。</p>	a)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>122 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。 地域に適切な関係機関・団体があるため非該当とする。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>学校や病院、ボランティア団体など社会資源としての様々な機関や団体をファイルにまとめた資料が整備されている。</p> <p>サービス担当者会議、地域ケア会議などに定期的に参加し、連携しながら地域全体で課題となっていることについても解決に向けて、生活相談員が中心となって協働して取り組んでいる。</p> <p>成年後見等の利用者はいないが、今後必要な方がいれば制度につなげる体制を整えている。</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)
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	<p>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</p> <p>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</p>	a)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>134 把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動を、中・長期計画や事業計画の中に明示している。</p>	<p>地域ケア会議、民生児童委員や自治会との会議、ボランティア団体との交流を通して地域の福祉ニーズを把握している。具体的な活動として、地域住民のサロン活動への協力、運動指導員の派遣による体操や筋力トレーニング、認知症理解のための講演や認知症サポーター養成講座を行っている。</p>
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。	<p>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。</p> <p>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。</p>	a)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>施設全体の理念として「ご利用される方々の思いや日々の生活を大切にしたい支援を行う」ことを明示し、「パーソン・センタード・ケア」を実行するためのツールとして「センター方式」を採用し実践に取り組んでいる。</p> <p>マニュアルは、マニュアル等検討委員会にて定期的に見直され内容の確認とともに周知徹底されている。研修は、部署内や部署を超えた研修（デイサービス以外の他部署で企画されたミニ学習会は共有され参加することができる）など様々なレベルで行われている。</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)
		(2) 利用者満足の上 に努めている。	利用者満足の上を意図 した仕組みを整備し、取 組を行っている。	a)	142 利用者満足に関する調査を定期的に行っている。 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。	意見箱や利用者アンケートなどにより積極的に 利用者の意見や感想を受け止めている。また、セ ンター方式のアセスメントシートに本人の言葉や 家族の言葉や気持ちを記載し、職員で共有情報と しながら改善に取り組んでいる。
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。	利用者が相談や意見を述 べやすい環境を整備して いる。  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)	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。 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。 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。 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。	契約書や重要事項説明書には、相談や苦情受け 付け担当者が明記されるとともに、第三者委員の 名前や連絡先などが明記されている。 受け付けた苦情は、迅速に検討され記録が残さ れている。また、記録は苦情解決委員会にて併設 事業者間で共有され、施設全体でサービス向上に 活かす取り組みとなっている。 更に、苦情内容や解決結果などについては、プ ライバシーに配慮しファイリングされ、施設に訪れ た人が閲覧できる場所に置かれている。 苦情に対して、検討された内容を報告書として 利用者に提示し、確認のサインをいただくなど、 誠実な対応及びコミュニケーションに努めてい る。苦情から数日で報告するなど、迅速な対応が 行われている。

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)
			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。 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。	
	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。	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。 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。	定期的に第三者評価を受審し評価結果をもとに改善に取り組んでいる。 施設全体で各種委員会（業務委員会やサービス向上委員会、リスクマネジメント委員会など）が組織され、それぞれの苦情や改善点は、事業所を超えて共有化され改善に向けた取り組みが行われている。デイサービスでは、介護予防や機能維持のニーズに対応するために理学療法士の配置など職員体制についても改善に取り組まれている。
		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。	a)	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。		

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)
		(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。	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。 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。	職種毎に整備されたマニュアルや業務手順書は、定期的な更新に加え、業務で必要なことや研修内容を随時反映させている。また、マニュアル等の定期的な見直しは、更新（改正）内容がない場合でも検討した日時が記録され、委員会によるチェック体制が確立している。
			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。 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。	
2		(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	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。 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。	記録は、利用者毎にファイルされ適切に記録・管理されている。コンピュータシステムが導入されているが、利用者や家族とのやり取りに使用されるメモも、記録として保存されて、サービス実施計画や、評価、見直しに役立っている。 利用者記録はサービス終了に伴い書庫にて保管・保存し、保存年限がすぎたものは適宜、管理者立ち会いのもと廃棄している。
			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。	
					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いねいに説明している。	

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)
			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)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	
	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。	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>	<p>ホームページは、利用者に伝えたい情報については、文字のサイズも大きく、写真も掲載し分かりやすいものとなっている。また、「その人らしさへの支援」については「センター方式」が使用しているシートとともに紹介され、具体的な取り組み（サービス内容）を伝える工夫がされている。</p> <p>サービス開示時の資料についても、施設方針や理念、サービス料金などは文字も大きく利用者にとって分かりやすい情報提供に努めている。書類やホームページなど、利用者の目線で作られているものが多く、サービス提供にあたっては十分な情報提供が行われている。</p>
		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>		

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)
		(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	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>	サマリー（介護等に関する連絡票）をサービスの移行時には他の事業所に提供している。また、他の事業所からもサマリーをいただきサービスの継続性に配慮した取り組みを行っている。他事業からのサマリーについては書式が統一されているわけではないので、必要な情報については直接、または、介護支援専門員を通じて情報の入手に努めている。
	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。	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	センター方式を活用し、利用者の視点や立場に立ったケアを実践するためのアセスメントを行っている。心身の情報（私の姿と気持ちシート）には、その利用者の直接の言葉や家族の言葉など、他職種も同じツールを活用することで、評価及び今後の見直しに役立つ情報が整理されている。
		(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。	サービス実施計画を適切に策定している。	a)	<p>200 サービス実施計画策定の責任者を設置している。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	サービス実施計画は、アセスメントと連動し3か月毎に見直しが行われている。センター方式によるアセスメントは、利用者の立場に立った支援が具体化されるため、各職種が何を求められどの様な支援を実践するか明確となる。そのため、サービスの実施、評価、見直しが適切に行われている。
			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)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	