

(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）デイサービスあおば

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)
					1	2	
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。	機関紙「いろりばた」を年6回発行し、ホームページにて広報を行っている。タブロイド版も整備されている。組合員全員に配布するとともに、各種会議で配布し、理念の周知に努めている。個人の尊厳保持については民医連綱領でうたっており、地域づくり、無差別平等を中心に掲げている。
			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。		
				6	理念や基本方針を会議や研修において説明している。		
				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。		
		(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)	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。	新人から役職者全員が県民医連での研修、法人の制度教育にて実施している。毎月の職場報告にて方針実践報告、さらに困難職場への援助等を行っている。更に、目標管理(MBO)を導入し、「民医連綱領」「私たちの行動宣言」「医療生協の介護」を全職員の行動指針とし個人目標での成長を目指している。入所4年目の職員は通信教育で「いのち章典」の受講が義務付けられている。

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)
	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しての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>	<p>総代会後に機関紙「いろりばた」などに掲載して、職員は読み合わせをして理解を深めている。</p> <p>利用者については強化月間等で法人理念を家族に話して理解をしてもらっている。家族会はないが組織の様々な会議の中で周知している。総代会等を通じ、利用者である組合員に理念、基本方針を周知している。</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。	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>2016年度に第5次長期計画を策定している。今後6年間この長期計画に対して年度ごとの計画を立てて実施している。毎年課題や、問題点の点検を職員レベルから点検して次年度へつなげている。</p> <p>新築間もないため、特別の支出の予定はない。事業計画、予算により把握している。</p>
			中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。		<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>具体的な事業計画、数値目標を掲げ、1か月単位で職場会議で振り返り、検証を行っている。</p> <p>さらに上部会議での経営検討につながっている。</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)		a)	<p>23 事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。</p> <p>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。</p> <p>25 事業計画を踏まえた予算書が策定されている。</p> <p>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。</p>	
		(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)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>29 一連の過程が一部の職員だけで行われていない。</p>	現場職員を対象にした職場会議、職場責任者の職責者会議とつなげ2週に1回事業方針や、職員育成、経営について話す管理委員会へとつながっている。年度中途でも随時見直しが行われている事実を確認した。計画の変更等はしっかり周知する仕組み（文書回覧等）になっている。
			事業計画が職員に周知されている。	a)	<p>30 各計画を配付し、会議や研修において説明している。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	現場の職場会議の冒頭必ず事業進捗状況について確認、更に職場責任者会議で対策について話し合いがもたれている。
			事業計画が利用者等に周知されている。	a)	<p>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。</p> <p>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。</p>	伊那エリアの運営委員会を月1回開催し、事業の経過について報告している。又機関紙「いろりばた」は組合員に担当地区役員ができる限り直接手渡しをし事業内容について伝達している。総代会は北、南、中の3ヶ所で利用者である組合員、家族に周知している。

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。	役職者の役割、利用者に寄り添う介護を目指すということ等について役職者の職務(心得)及権限規定を策定して全員確認している。 災害対策マニュアル(生協総合ケアセンターいな)を策定し、任務分担を明確にしている。	
					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。		
			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。		コンプライアンスマニュアルを整備し、地域連絡会運営委員会(管理者会議)の中で研修している。 法令等周知する必要があるものについて学習会を行っている(ハラスメント、個人情報等)。コンプライアンス基本規則、上伊那医療生協コンプライアンスの基準を制定している。
					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。	毎年ISO9001に基づく内部監査を実施し、事業運営、経営内容等については細部にわたってチェックが入り、これに基づいた改善策を立てている。 又全国の医療生協で実施している、利用者満足度調査を10年以上実施している。 年度方針で評価項目をアップさせる項目を一つ決め、個人目標までつなげ意識して取り組んでいる。	
					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。	職場会議などでの検討事項をもとにして、事務長会議、地域連絡会運営委員会などで常に経営検討を行っている。 同フロアで実施している他事業(小規模多機能事業)と入浴業務の共同運用を開始予定である。			
			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。				

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	(2)			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。	
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。	行政主催（伊那市）の地域ケア会議、医療と介護の連携会議などに参加して福祉事業の情報収集を図っている。 社会情勢については厚労省の資料、自治体の資料などを参考に動向分析を行っている。その結果は毎年度の総代会議案書に反映されている。
					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。	月次報告で経営に関する分析を求めている。職場会議、職責者会議、管理委員会と経営に関する検討をしている (新規利用者・介護度の変化等・利用者の要望等)
					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。	
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）	—	—	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。	経費削減の取り組み（消耗品のメーカー変更の際は職員、利用者に使い心地を確認。）		
			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。	社会福祉法人以外は評価外

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 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)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>60 プランに基づいた人事管理が実施されている。</p>	<p>年度ごとに地域連絡会教育要綱を策定して目指す方向について決めている。</p> <p>介護職員の資格取得状況一覧を作成、年度ごと求められる資格取得の計画を作成をしている。各課、管理委員会を通じ総務課でまとめられている。</p>
			人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a)	<p>61 人事考課の目的や効果を正しく理解している。</p> <p>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。</p>	<p>年度当初に事業所方針に基づく個人目標設定を全員が行い、目標管理のための面談をしている。チェックシートを用い実施している。給与の等級の昇給には直接反映はされていないが、昇格の際に参考とされる。</p>
		(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	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)	<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>勤怠管理システムを導入してデータ管理、月々の報告を受けている。安全衛生委員会とも連携して時間外労働の中身の把握を行い、長時間労働改善に向けた方針を立てている。</p> <p>職員が管理者と気楽に相談面談できるよう同フロアにて業務を行っている。法人として保健室でカウンセラーによる相談と定期的な相談会を行っている。毎年2回個人面談を実施している。</p> <p>残業時間は極めて少なく。有給も年間10日前後取得している。</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。	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>職員共済組合(社会保険対象者は強制加入)を作り、医療費補助、温泉入浴補助(12回無料)を行っている。</p> <p>サークルや勤続功労金、病気見舞い等の制度が整備されている。</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)
	2	(2)			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。	
		(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	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。 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、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。	「職員育成の基本方向」を長期計画で明示し、個人の力量向上のための研修について方針に基づいて実施している。法人全体で将来的職員の配置を含め明示している。
			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。 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。	教育要綱に基づき、すべての職員が年に1回は制度教育への参加計画し研修している。 職能団体関係の研修、民医連主催の研修又各種組織による研修には個人の希望とともに組織的に選出する等して参加をすすめている。
			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。 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。	研修修了者は必ず振り返りレポートを作成して上司に報告している。 研修内容は職場会や全職員学習会等で報告されている。 研修レポートのまとめを評価し、次回計画につなげている。 外部出張時の出張報告書を確認した。

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)
	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>高遠高校福祉課コース学生の受け入れを行っている。</p> <p>着眼点84～89については実習生の受入れ実績がないので除外し評価。</p> <p>実習生の受け入れに関する基本姿勢は「研修要項」に定めている。</p>
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)	<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>	<p>相談、苦情、緊急事態、事故発生、職員事故、交通事故、感染対策などについてそれぞれマニュアルが整備されている。</p> <p>リスクマネージャーを配置し、緊急時での対応と管理体制を整備している。</p>
			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>地震、水害の可能性はあるので建物全体での災害対策マニュアルを策定。</p> <p>伊那市の災害時福祉避難所として指定されている。（年1回の会議と市支給の備蓄品確認）</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	(1)		a)	<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> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>他法人施設含む3事業所と利用者避難先としての災害時協定を結ぶ予定。(口頭では確認済)</p>
			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)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>職場でのカンファレンスを経て、安全管理委員会でインシデント・アクシデント報告の収集と分析を行い必要に応じ、職責者会議で事例検討を行っている。 法人として警鐘的事例について共有している。伊那市、消防、警察と連携が取れている。</p> <p>お風呂の温度は毎日、介護機器は月1度定期点検を行っている。</p>
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。	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>文化祭への参加や外出企画などの時は車両の貸し出しや職員ボランティアとして積極的に協力している。</p> <p>施設のまつりには地域の人たちに利用券を配布しながら招待したり、参加希望の利用者には送迎を行った。</p> <p>近隣伊那東小学校との音楽祭等の交流(相互に出向く)を年間通して行っている。</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)
	4	(1)			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。	
			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。	施設のおまつりの際、認知症に関する寸劇を行った。 生協相談センターあおば、介護なんでも相談所（伊那市指定）として窓口を設置している。 地域へは、HPH（健康増進活動拠点病院）と連携し、ロコモ対策等の講師を派遣している。 災害時福祉避難所（伊那市）として指定されている。
			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	—	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。 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おう取組みをしている。	「ボランティアの心得」により基本姿勢を文書で定めている。法人ボランティア委員会を設置して組織として受け入れ体制を作り、ボランティアマニュアルを整備している。 社会福祉法人以外は評価外
		(2) 関係機関との連携が確保されている。	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。 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。	地域の関係機関の連絡先リストを整備し、職員にも周知している。 利用者個々の台帳に必要な情報が明記され、誰が見てもわかるようになっている。宅老所連絡会、医療と介護のネットワーク、介護JOB等に参加している。

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	(2)	関係機関等との連携が適切に行われている。	a)	<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。</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>医療生協として伊那市との懇談を年に1回は行い、情報交換をしている。</p> <p>伊那市の医療と介護の連携会議に参加している。</p> <p>法人はHPH(ヘルスプロモーションホスピタル)に加入している。</p> <p>地域包括支援センターとの関係を密にして福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>組合員の班会などで意見聴取に努めている。</p> <p>日常生活自立支援事業を行っている。青年後見人制度については事例がなかった。</p>
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	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>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>	社会福祉法人以外は評価外
			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>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>	社会福祉法人以外は評価外

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)
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。	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)	<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>事業案内「生協総合ケアセンターいな」チラシに理念、基本方針を記載している。</p> <p>研修は年1回は開催され、職場集会、朝会で全員に周知できる仕組みになっている。</p> <p>理念のガイドラインの中に身体拘束、虐待に関することを定めている。2017年度教育要綱で計画し実施している。</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。	a)	<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>個人情報の基本方針、身体抑制についてのマニュアルを整備している。利用者契約書の中にも明記している。全職員学習会を実施（個人情報の保護）している。就業、服務規程で具体的に定めている。</p>
		(2) 利用者満足の向上に努めている。	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。	a)	<p>142 利用者満足に関する調査を定期的に行っている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>医療介護満足度調査を年1回行っている。前年や全国的な平均との比較を行っている。</p> <p>調査結果の分析を年度総括に記載し次年度の課題としている。7項目で平均を上回っている。</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)
	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。	a)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>玄関の掲示、パンフレット、HPで説明している。</p> <p>相談や意見を述べやすい個室は確保されている。</p>
			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)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>着眼点150は第三者委員の設置が義務付けられていないので除外。 相談窓口については、担当者責任者を決めて重要事項説明書に明記し、玄関にも掲示し周知している。</p> <p>面談室を用意しプライバシー保護をしている。</p> <p>連絡帳等を介して行うほか、自治体や事業所への直接の連絡のほか、「虹の箱」への投稿もできるようにしている。</p> <p>落とし物への要望対応の解決事例の記録がある。苦情の事例はまだ発生していない。苦情処理マニュアルで公表等の手順が定められている。</p>
			利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>158 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。</p> <p>159 意見等を福祉サービスの改善に反映している。</p>	<p>事業所名を外した車で来てほしいという要望があり、即対応している。</p> <p>サービスの内容についての提案はサービス担当者会議を通じ上げられることもあり、持ち帰り対応及び会議録を残している。 事業所利用委員会、地域連絡会で報告されている。</p> <p>「虹の箱」で利用者の意見や提案を受け取る手順になっている。</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 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。	ISO9001を取得し、年1回の内部監査及び更新審査を受けている。ISOの規定に従って自己評価も行っている。評価結果については管理委員会及び法人内部監査室に集約されている。改善事項等は水平展開されている。		
					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。			
					163	職員の参画により評価結果の分析を行っている。		改善事項等は水平展開されている。マネジメントレビューを作成し改善につなげている。アクシデント、インシデントの分析結果から課題を明確化し共有している。	
					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。						
				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)	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。						
		(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。	それぞれのケアについてのマニュアルが策定されており、ウインケアに帳票を揃えている。利用者との契約、アセスメントについてはISOのフロー図に作業手順を明記している。マニュアルはだれでも簡単に閲覧できる状態にしている。
							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。								
		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。	マニュアルISOの文書管理手順に従い見直しは職場会などで行われている。特にインシデントアクシデント報告を受けての書式の見直しや規程の改訂につながる改善が多い。			
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)
	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行われている。	a)	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>記録の書き方学習会を行う予定。安全対策委員会による事故報告書にまとめている。特に送迎時のサービスが着実に終わる工夫をしている。</p>
			利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	<p>176 記録管理の責任者が設置されている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>180 職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。</p> <p>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。</p>	<p>管理規定はISOに則って整備している。情報の開示については現在その開示範囲について検討中である。全職員から入職時に守秘義務の宣誓書の提出をもとめている。個人情報の保護などについての研修会は全職員学習会等を通じて行い、欠席者については資料を渡し伝達している。</p> <p>個人情報の取扱いについては、利用者や家族等に説明し、同意書もらっている。</p>
			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>	<p>毎日カンファレンスを開き情報共有をしている。</p> <p>WINケアシステムやサイボウズによりネットワークシステムを利用している。</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)	
	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)	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。	「介護サービス情報の公表システム」で情報を公開している。 HPやパンフレットを作成し、案内している。 お試しサービスを実施している。
					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。	
					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。	
					188	見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。	
		(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	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)	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。	利用者の個別記録により確認した。
					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。	
(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。	b)	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。	他事業所への移行についてはサマリー用紙で申し送りを行っている。 終了時に文書は渡さないが口頭で当事業所での相談の継続を伝えている。 事業所やケアマネージャーを通じサービス終了時に利用者や家族に説明しているが、文書で渡すまでは至っていない。		
			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。			
			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。			
(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。	b)	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。			
			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。			

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 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>	<p>統一されたアセスメント表にて記録している。</p> <p>生活行為聞き取りノート、興味関心チェックシート、リハビリテーション報告書、利用者基本情報により把握し、アセスメントは6ヶ月、1年で定期的に見直している。</p>
		(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>	<p>長期目標及び短期目標を定め、期間終了時に評価を行い、その結果を記録している。</p> <p>サービス担当者会議、利用者の同意を手順に定め実施している。</p> <p>内部監査、職場巡回、利用者委員会による監視を通じ確認する仕組みが構築されている。</p> <p>個別機能訓練計画書等で作成している。</p>
			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>	<p>通所介護計画の変更時は家族の同意を得ている。</p> <p>介護度や心身機能に変化のある場合はケアプランの変更を受け対応している。</p> <p>実施計画を緊急で変更する場合も、ケアマネージャーに連絡し、ケアプラン変更後、サービス実施計画を再作成する仕組みになっている。</p>