



| 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<br>(着眼点以外の取組等)   |
|------|--------------|-----------------------------|-------------------------------|----|--|---|
| I    | 2            | (1)                         | ② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。   | a  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 11 経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。</li> <li>■ 12 経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）間での共有がなされている。</li> <li>■ 13 経営環境や改善すべき課題について、職員に周知している。</li> <li>■ 14 経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。</li> </ul> | <p>・法人の単年度の事業計画に基づいて当事業所としての事業計画と収支予算が組まれており事業計画の「財務の視点」の中でも「年間稼働率の定着」「経費削減」とし、その結果も「事業報告書」の「実績・結果・評価」欄に記載し、施設の現状を正しく理解してもらうため職員にも説明をし運営の改善に役立てている。職員も運営状況を把握し、施設の課題解決に具体的に取り組んでいる。職員体制、人材育成という面でもキャリアパス制度が導入されている。</p>   |
|      | 3<br>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・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。 | a  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 15 中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。</li> <li>■ 16 中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。</li> <li>■ 17 中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。</li> <li>■ 18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</li> </ul>                | <p>・事業所の属する佐久地区のブロックとしての短・中期計画がある。現状を把握した収支目標とともに実現に向けた具体的な事業計画が策定されている。長野県の高齢者プランや法人としてのサービス提供地域の福祉計画なども踏まえ、法人本部として実施する福祉サービスの内容、組織体制や施設の整備、職員体制、人材育成等の課題や問題点を毎年度分析しており、短・中期計画の見直しも行われている。法人内のデイサービスセンター17事業所で部会を設けており、各デイサービスセンター共通の目標も定め、当事業所の単年度事業計画の中でも重点実施項目について具体的な「目標値」、「スケジュール(最終期日)」などが明記されている。</p> |
|      |              |                             | ② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。  | a  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 19 単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。</li> <li>■ 20 単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。</li> <li>■ 21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。</li> <li>■ 22 単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。</li> </ul>                 | <p>・短・中期計画を基にした単年度の事業所別事業計画書と収支予算書が策定されている。事業計画は「地域貢献の視点」、「財務の視点」、「利用者の視点」などの五つの視点に沿って「重点実施項目」、「実行計画」、「目標値」、「スケジュール(最終期日)」などが具体的に示され、実行可能なものとなっている。期末には事業活動計画書に対する振り返りとして事業報告書が作成され、「実行計画」や「目標値」についての「実績・結果・評価」が数値として客観的に示され、「改善策」として次年度に繋げられている。</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<br>(着眼点以外の取組等)  |
|------|------|--------------------------------|---|----|--|--|
| I    | 3    | (2) 事業計画が適切に策定されている。           | ① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。 | a  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 23 事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。</li> <li>■ 24 計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。</li> <li>■ 25 事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。</li> <li>■ 26 評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。</li> <li>■ 27 事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等）されており、理解を促すための取組を行っている。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・半期ごとに事業計画や収支状況についてふり返りが行われており評価や見直しをしている。年度終了時には事業所としての「事業報告書」と「資金収支計算書」が作成されており次年度のみならず短・中期計画にも繋げられている。各職員は事業所の職員会会議だけでなく、法人ブロック内の委員会に委員として参画しており、計画の策定段階でも意見具申ができるようになっている。</li> </ul>             |
|      |      |                                | ② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。                 | b  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 28 事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知（配布、掲示、説明等）されている。</li> <li>□ 29 事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。</li> <li>■ 30 事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。</li> <li>■ 31 事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。</li> </ul>   |  |
| 組 4  |      | (1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。 | ① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。         | b  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 32 組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。</li> <li>■ 33 福祉サービスの内容について組織的に評価（C:Check）を行う体制が整備されている。</li> <li>□ 34 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。</li> <li>□ 35 評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所としての第三者評価の受審については今回が初めてである。職員個々の自己評価シートがあり、「成果」「勤務態度」「能力」等について振り返り、サービスの質の向上について組織的な取り組みが行われている。組織として評価結果等を分析・検討する体制も整備されている。</li> </ul> <p>(注)PDCAとはP(Plan・計画策定)・D(Do・実行)・C(評価)・(Act・見直し)の略</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<br>(着眼点以外の取組等)  |
|------|-------------|----------------------|--|----|---|--|
| I    | への組織的・計画的な取 | (1)                  | ② 評価結果にもとづく組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。 | a  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 36 評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。</li> <li>■ 37 職員間で課題の共有化が図られている。</li> <li>■ 38 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計画を策定する仕組みがある。</li> <li>■ 39 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。</li> <li>■ 40 改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。</li> </ul>            | <p>・前項同様、当事業所として第三者評価の受審は初めてであり、サービス評価については事業所組織全体として取り組んでいる。実施した自己評価等の結果を分析し、単年度では解決ができないものについては計画の見直しあるいは計画の変更等を行い、前向きに取り組んでいる。</p>  |
| II   | 組織の運営管理     | (1) 管理者の責任が明確にされている。 | ① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。           | a  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 41 管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。</li> <li>■ 42 管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。</li> <li>■ 43 管理者は、自らの役割と責任を含む職掌分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。</li> <li>■ 44 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、不在時の権限委任等を含め明確化されている。</li> </ul> | <p>・管理者の役割と責務は法人の職務権限表や事業所の運営規定に明確に示されており、また、法人として職員の経験や職位などに合わせた「人事評価制度研修キャリアパス」が定められ到達レベルも明示されている。居宅介護支援事業所向けの事業所のデイ通信にも管理者自らの仕事に対する姿勢や考え方が表れている。自衛消防活動対策マニュアルや緊急時の連絡網でも責任者としての立場を明確にしている。</p> |
|      |             |                      | 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  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 45 管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持している。</li> <li>■ 46 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に参加している。</li> <li>■ 47 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、取組を行っている。</li> <li>■ 48 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。</li> </ul>          | <p>・地域別ブロック各施設からの職員で構成される研修委員会が主催する法令順守に関わる「高齢者虐待防止」、「身体拘束について」などの法定研修が毎年度、数日間に分けて開催され、管理者も含む職員は必ず受講している。単年度の事業計画の「方針・目標」として「関係法令を遵守した事業運営」が掲げられており、事業所の会議等でも折にふれ事例等も含めた話し合いが行われている。</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<br>(着眼点以外の取組等)  |
|------|-----------------|----------------------------------|--|----|--|--|
| II   | 1               | (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。         | ① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。       | a  | <p>■ 49 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。</p> <p>■ 50 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。</p> <p>■ 51 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。</p> <p>■ 52 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。</p> <p>■ 53 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。</p> | ・法人のデイサービス部会や毎月の事業所の会議などで管理者は事業所の提供しているサービスをふりかえり改善へとつなげている。管理者はサービスの質の向上のために利用者や職員の声に耳を傾け、日々、改善すべき課題の共有化にも努めている。事業所としての「介護事故防止のための『気づきとヒヤリハット報告書』」、「介護事故報告書」、「相談・苦情記録」などを整備し、事業所の運営に活かし顧客満足に繋げている。また、ブロックサービス向上委員会に参画している当事業所内の委員と協働しサービスの向上に努めている。 |
|      |                 |                                  | ② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。           | a  | <p>■ 54 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。</p> <p>■ 55 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。</p> <p>■ 56 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、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。</p> <p>■ 57 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める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。</p>  | ・運営や業務の効率化に向け管理者や役職者が中心となり全職員で取り組んでいる。前年度の事業報告書や事業活動収支計算書の検証結果を基に単年度の事業計画の「財務」「業務プロセス」「人材育成」などの各視点から重点実施項目や実行計画が新たに作成されている。事業所の定例会議で意思統一を図っているほか、各職員も各地域別のブロックごとに組織された各委員会のいずれかに必ず属しており、業務の効率化やサービスの質の向上についての意識を高め取り組んでいる。                           |
|      | 2<br>福祉人材の確保・育成 | (1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理体制が整備されている。 | ① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。 | a  | <p>■ 58 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。</p> <p>■ 59 福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。</p> <p>■ 60 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。</p> <p>■ 61 法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。</p>  | ・法人全体で入職時からのキャリア形成のプランが策定されている。法人として「人事評価制度研修キャリアパス」が定められており、基礎研修Ⅰから始まるキャリアアップを目指すための研修が職位や習熟度に合わせ設けられている。介護福祉士やケアマネージャーなど、資格取得のための法人としてのバックアップ体制も整えられている。   |

| 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<br>(着眼点以外の取組等)   |
|------|------|------------------------|-------------------------------------|----|---|---|
| II   | 2    | (1)                    | ② 総合的な人事管理が行われている。                  | a  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 62 法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。</li> <li>■ 63 人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。</li> <li>■ 64 一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。</li> <li>■ 65 職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。</li> <li>■ 66 把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。</li> <li>■ 67 職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができています。</li> </ul>  | <p>・法人として「人事評価制度研修キャリアパス」が定められており、職員それぞれの経験や習熟度に合わせた「職員像」が示されており、目指す到達レベルも分かり易くなっている。毎年度、人事制度実施予定表に沿い、行動評価他の評価項目についても職員への周知が図られている。職員は目標管理シートを期初に作成し3ヶ月毎にふりかえり、その都度管理者との面談を行っている。</p>   |
|      |      | (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、働きやすい職場づくりに取組んでいる。 | a  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 68 職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。</li> <li>■ 69 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。</li> <li>■ 70 職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。</li> <li>■ 71 定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。</li> <li>■ 72 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。</li> <li>■ 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。</li> <li>■ 74 改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。</li> <li>■ 75 福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。</li> </ul> | <p>・法人本部総務部が職員の人事管理を主管している。勤怠データについてはブロックの統括施設長が集計・分析し、改善へと繋げている。毎年度、人事制度実施予定表に沿い、職員はそれぞれの上司と定期的に面談を行っている。労働衛生法上のメンタルヘルスチェックについても実施されており、法人内の教育委員会が主催するメンタルヘルスカウンセラーによる研修などもあり職員が受講できるようになっている。毎月1回、法人の産業医が各施設や事業所を巡回しており、職員が直接相談したりカウンセリングを受けることができる。法人として仕事と生活の両立に向け、子育て支援制度や育児・介護休業等に関する規程なども整備し、実施している。福利厚生の一環として時期や場所などを別々に設定した職員旅行があり、職員一人ひとり選択できるようになっている。</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<br>(着眼点以外の取組等)  |  |  |  |
|------|------|----------------------------|---|----|-------|--|--|--|--|
| Ⅱ    | 2    | (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | ① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。                 | a  | 76    | 組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。                   | ・法人として「人事評価制度研修キャリアパス」が定められており、職員それぞれの経験や習熟度に合わせた「職員像」が示されている。年度の「人事制度予定表」に沿い、職員は資格面での「仕事調べ」・「目標管理シート」、行動面での「自己評価シート」・「必要ツール(職員研修受講記録・個人気づき改善報告書)」・行動評価表」を作成し上司との面談で進捗状況を確認し合っている。 |  |  |
|      |      |                            |   |    | 77    | 個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。              |  |  |  |
|      |      |                            |   |    | 78    | 職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。                   |  |  |  |
|      |      |                            |   |    | 79    | 職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。                    |  |  |  |
|      |      |                            |   |    | 80    | 職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末(期末)面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。             |  |  |  |
|      |      |                            | ② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。 | a  | 81    | 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。                  |  | ・法人の教育研修担当部署と連携し研修委員会にて「年間教育スケジュール」が生まれ、計画的に実施されている。研修は「基礎研修Ⅰ」から始まり研修受講要件もあり実務経験や習熟度により段階的に受講できるようになっている。「高齢者虐待防止」「身体拘束について」「感染予防」などの法定必須研修も含め、法人の数施設を1ブロックとし地域毎に開催するため、参加者の都合に配慮し同一研修が複数回開催されている。職員ノートには各職員が受講した法人内外の研修が「研修受講記録」として残されるようになっている。研修の結果は研修委員会で分析され、次の研修計画にも反映されている。 |  |
|      |      |                            |   |    | 82    | 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、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。 |  |  |  |
|      |      |                            |   |    | 83    | 策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。                                   |  |  |  |
|      |      |                            |   |    | 84    | 定期的に計画の評価と見直しを行っている。   |  |  |  |
|      |      |                            |   |    | 85    | 定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。                                      |  |  |  |
|      |      |                            | ③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。               | a  | 86    | 個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。                                   |  |  | ・「基礎研修Ⅰ」「基礎研修Ⅱ」「指導者研修」など習熟度や勤務年数に合わせた法人研修が生まれ、対象となる職員が出席している。復命で外部研修に参加することもあるが、参加したい研修を職員自身で選択し参加することもできる。復命書を提出し、研修成果を報告書として上げ、各職員の年度別「職員研修受講記録」に残すようになっている。外部研修の成果を伝達研修という形で事業所の定例会議で発表することもある。外部研修に関する情報提供は掲示板やメール等を使用して行われている。新人研修についてはチューター制度が導入されており、指導者として教え導く役割を担う先輩の職員も助言者としてサポートしつつ、自らも振り返りをしている。 |
|      |      |                            |   |    | 87    | 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。                           |  |  |  |
|      |      |                            |   |    | 88    | 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。     |  |  |  |
|      |      |                            |   |    | 89    | 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。                                  |  |  |  |
|      |      |                            |   |    | 90    | 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。                                    |  |  |  |

| 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<br>(着眼点以外の取組等)   |
|------|------------------------|---|---|----|---|---|
| II   | 2                      | (4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。 | ① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | a  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 91 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。</li> <li>■ 92 実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。</li> <li>■ 93 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。</li> <li>■ 94 指導者に対する研修を実施している。</li> <li>■ 95 実習生については、学校側と、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。</li> </ul>  | ・法人本部が実習生の受入と導入教育を一括管理している。事業所としても相談員を受け入れの担当者としており、実習生の受け入れマニュアルもあり、実習指導者としての研修も行われている。介護福祉士、介護職員初任者研修など社会福祉に関する資格を目指す短大生・専門学校生等の研修の受入を行っている。  |
|      | 3<br>運営の<br>透明性の<br>確保 | (1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。            | ① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。                      | a  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 96 ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。</li> <li>■ 97 福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。</li> <li>■ 98 第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。</li> <li>■ 99 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めている。</li> <li>■ 100 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> </ul> | ・法人としてのホームページがあり法人の理念や運営方針、当事業所や法人内の各事業所の概要等を知ることができ、過去、4年間の計算書類、現況報告等も見ることができる。また、独立行政法人福祉医療機構のWAM NET(福祉と医療を支援する総合情報提供サイト)で当法人に関する現況報告書等（現況報告書、計算書類）の情報が公開されており閲覧が可能となっている。法人の広報誌「敬老園だより」が発行されており法人各施設や事業所の利用者や家族などに配布されている。また、佐久地区全体としての「さあくる～よって鯉便り～」が年3回発行され、更に、事業所としての「さくだいら敬老園デイ通信」も定期的に発行され地域の居宅介護支援事業所等に配布され、事業内容や活動報告などを知らせている。 |
|      |                        |   | ② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。                | a  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 101 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルールが明確にされ、職員等に周知している。</li> <li>■ 102 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。</li> <li>■ 103 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について、必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を得ている。</li> <li>■ 104 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。</li> <li>■ 105 外部監査の活用等により、事業、財務に関する外部の専門家によるチェックを行っている。</li> <li>■ 106 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もとづいて、経営改善を実施している。</li> </ul>             | ・法人として事務処理の規程、経理規程などの各種規程があり、必要に応じて社会労務士などの外部の専門家に相談し、助言を受けることが出来る。また、法人運営の透明性を図るために法人として外部の会計士による監査を毎年受け、財務諸表が適正であるかどうかの評価を受けている。更に、監事による監査も実施されている。法人理念に公平公正な施設運営を旨とすることが盛られており健全経営を目指している。   |



| 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<br>(着眼点以外の取組等)   |
|------|----------------------|------------------------|--------------------------------------|----|---|---|
| II   | 4<br>地域との交流、<br>地域貢献 | (1) 地域との関係が適切に確保されている。 | ① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。         | a  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 107 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>■ 108 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>■ 109 利用者の個別の状況に配慮しつつ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支援を行う体制が整っている。</li> <li>■ 110 福祉施設・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>■ 111 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> | <p>・法人の理念の前文に「地域に根ざした社会福祉法人として、三つの理念を掲げ、役職員が一丸となり社会貢献を致します」としており、事業所の年度の計画の第一番目にも「地域貢献の視点」からの重点実施項目が具体的に掲げられている。散歩先の公園で近くの保育園の幼児とふれあったり、小学校の児童の歌と寸劇・折り紙などでの交流、日本舞踊やフラダンス、ギター演奏などのボランティアが訪れており、すぐ近くにある有料老人ホームの地域交流スペースを使用しているイベントにも希望者が参加している。事業所の納涼祭にも多くのボランティアが運営スタッフとして参加しており利用者との交流を深めている。</p> |
|      |                      |                        | ② ボランティア等の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  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 112 ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。</li> <li>■ 113 地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。</li> <li>■ 114 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、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>■ 115 ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。</li> <li>■ 116 学校教育への協力を行っている。</li> </ul>  | <p>・ブロックとしてボランティア委員会があり、当事業所の相談員が窓口となりボランティアを積極的に受け入れている。ボランティア受け付け簿があり、日本舞踊やフラダンス、ギター演奏、ハーモニカ演奏などのボランティアが行事にあわせたり単独で来訪している。近くの小学校の児童との定期的な交流があり、更に、小学生のボランティア体験、中学生の職場体験なども受け入れている。初めて来訪していただくボランティアには個人情報保護や守秘義務についてのお願ひもしている。</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<br>(着眼点以外の取組等)  |
|------|------|--------------------------|--|----|--|--|
| II   | 4    | (2) 関係機関との連携が確保されている。    | ① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。 | a  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 117 当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。</li> <li>■ 118 職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。</li> <li>■ 119 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</li> <li>■ 120 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行っている。</li> <li>■ 121 地域に適切な関係機関・団体がいない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。</li> </ul>  | <p>・法人の佐久地区内には有料老人ホーム、居宅介護支援事業所、ヘルパーステーションなどがあり、また、法人の他の拠点としてサービス付き高齢者住宅やデイサービス、保育園等の事業所があり法人内外の事業所と連携している。職員もそれぞれの業務で関わりをもっているので職員間で情報の共有化も図られている。施設内には居宅介護支援事業所があるので他の介護保険事業者とも連携している。看護師を通じて利用者のかかりつけ医や地域の病院、老人保健施設等とも情報の共有化を図っている。利用者の生活にとってプラスになるような社会資源のリストや資料を可能な範囲で集めたり活用している。</p>   |
|      |      | (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | ① 福祉施設・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>□ 122 福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。</li> <li>□ 123 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。</li> <li>□ 124 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、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>■ 125 災害時の地域における役割等について確認がなされている。</li> <li>■ 126 多様な機関等と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。</li> </ul> | <p>・同じ法人の近くにある有料老人ホームとして地元の「長土呂地区」と「災害時における相互援助に関する協定書」を交わしており、万が一の場合には地区公民館・小学校等が避難場所となっていて有料老人ホームとしても受け入れが可能となっている。また、法人佐久地区の広報誌「さあくる～よって鯉便り～」、事業所の「さくだいら敬老園デイ通信」を発行し、利用者や家族、地域の居宅介護支援事業所などに配布しブロック全体としての情報発信に努めている。また、法人のホームページのブログも小まめに更新し事業所の活動を地域に発信している。地元自治会との防災協定に基づき避難所として有料老人ホームを利用していただくことや水・食料品等も事業所として備蓄し万が一に備えている。今後、事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催し、地域に還元されていくことを期待したい。</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<br>(着眼点以外の取組等)  |
|------|----------------------|-------------------------|--|----|--|--|
| II   | 4                    | (3)                     | ② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。           | b  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 127 福祉施設・事業所の機能を地域に還元することなどを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。</li> <li>■ 128 民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</li> <li>□ 129 地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。</li> <li>■ 130 関係機関・団体との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</li> <li>□ 131 把握した福祉ニーズにもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。</li> <li>■ 132 把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。</li> </ul> | <p>・法人の佐久地区内の施設・事業所の第三者委員として区長や民生児童委員の方に関わりを持っていただいております。また、法人の佐久地区として地域ケア会議に参画しており、地域のニーズを把握している。今後、デイサービスとして有する機能をもって、地域住民の主体的な活動を促進・支援することなどが期待される。</p> |
| III  | 1<br>利用者本位の福祉サービスの実施 | (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | ① 利用者を尊重した福祉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  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 133 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、職員が理解し実践するための取組を行っている。</li> <li>■ 134 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。</li> <li>■ 135 利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。</li> <li>■ 136 利用者の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。</li> <li>■ 137 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。</li> </ul>                           | <p>・法人の理念には「人間の尊厳を大切にし柔軟な心を持ってあらゆる可能性のある質の良い介護を目指します」と明記しており、福祉サービスの基本姿勢としている。法人では、委員会等を通じて「基本的人権への配慮について」の勉強会や研修会を実施し共通の理解をもつための取り組みを行っている。</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<br>(着眼点以外の取組等)  |
|------|------|---|---|----|---|--|
| Ⅲ    | 1    | (1)                                     | ② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 | a  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 138 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。</li> <li>■ 139 利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。</li> <li>■ 140 利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。</li> <li>■ 141 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。</li> <li>■ 142 利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。</li> <li>■ 143 規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスが実施されている。</li> <li>■ 144 不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する内容は、重要事項に細かく記載され、本人、家族等に説明している。職員会議では、適切なサービスが提供できているかを話し合っている。法人内には「身体拘束適正委員会」があり定期的に委員会を開催し、利用者のプライバシー保護、虐待防止に関する正しい知識を習得し、委員から各施設・事業所へ伝達研修をしている。入浴は、男女の入浴が重ならないように時間で区切る等の工夫をしている。また、トイレは、男女が同じ場所を使用する設えではあるが、個別対応や空いている時間に誘導する等、利用者のプライバシー保護に配慮し対応している。</li> </ul> |
|      |      | (2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。 | ① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。     | a  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 145 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。</li> <li>■ 146 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>■ 147 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。</li> <li>■ 148 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</li> <li>■ 149 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所のパンフレットはカラー刷りで写真や挿絵を使って構成され法人の理念や事業所の特徴等がわかりやすく掲載されている。見学希望の受け入れは随時行い、個別に丁寧に説明をしている。法人のホームページで法人理念や法人の展開しているライフステージに合わせた事業、各施設、事業所などを紹介しており、事業所のブログでも活動内容を発信している。</li> </ul>  |

| 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<br>(着眼点以外の取組等)   |
|------|------|---------------------|---|----|--|---|
| Ⅲ    | 1    | (2)                 | ② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。              | a  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 150 サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。</li> <li>■ 151 サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。</li> <li>■ 152 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。</li> <li>■ 153 サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。</li> <li>■ 154 意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。</li> </ul> | ・サービス開始前には、重要事項説明書やパンフレット等を用いて、施設の特徴、料金等の説明を行い同意を得ている。また、身体状態の変化等により、利用時間、利用回数、介護度等に変更があった場合には、本人、家族、関係者との話し合い合意の下、通所介護計画書や個別機能訓練書Ⅱ、支援計画を作り直し、本人、家族に説明している。   |
|      |      |                     | ③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉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>■ 155 福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。</li> <li>■ 156 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉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>■ 157 福祉サービスの利用が終了した後も、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>■ 158 福祉サービスの利用が終了した時に、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>           | ・変更、移行などにあたり、各関係機関とは利用者、家族等の意向・希望を踏まえ専用用紙にてケアマネジャーが連携を取っている。事業所の変更や医療機関等への移行時には、必要に応じて、担当者会議の出席や文書を用いて、本人の様子、支援内容や留意点を関係者に情報提供し、サービスの継続性に配慮している。サービス終了後も相談員や管理者が窓口となり何時でも相談できるようになっている。   |
|      |      | (3) 利用者満足の向上に努めている。 | ① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。                 | a  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 159 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。</li> <li>■ 160 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。</li> <li>□ 161 職員等が、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。</li> <li>■ 162 利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、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。</li> <li>■ 163 分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。</li> </ul>                     | <p>・サービスについての満足度調査は「モニタリング表」にて行い、また、サービス担当者会議において解決すべき問題、援助目標、実践状況、目標達成、今後の方針と具体的な取り組み等について話し合い、家族と事業所との調整を行っている。支援場面における利用者満足度の把握については日常的な会話を通して見極め、見直しや検討を行っている。更に、満足度調査同様の「興味関心チェックリスト」を各利用者担当スタッフが調査して次年度への支援内容の検討の資料にしている。</p> <p>・通所介護事業所のため対象外</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<br>(着眼点以外の取組等)   |
|------|------|------------------------------|--------------------------------------|----|--|---|
| Ⅲ    | 1    | (4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。 | ① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。         | a  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 164 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）が整備されている。</li> <li>■ 165 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。</li> <li>■ 166 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。</li> <li>■ 167 苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。</li> <li>■ 168 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。</li> <li>■ 169 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。</li> <li>■ 170 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。</li> </ul> | <p>・現在、苦情の受付実績はないが、苦情解決の体制（責任者、受付担当者、第三者委員の設置）が整備されており、利用者、家族には、サービス開始前に重要事項説明書等で説明し同意をいただいている。また、玄関には苦情解決の仕組みについて説明されたポスターが掲示されている。もし、苦情が発生した場合、管理者、担当者が速やかに対応に当たり、苦情を申し出た利用者、家族等に対して検討結果や対応策をフィードバックできるようになっている。また、利用者、家族等に了解をいただいた苦情内容は事業所内にて公表するようになっている。</p> |
|      |      |                              | ② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。 | a  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 171 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を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>■ 172 利用者や家族等に、その文書の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。</li> <li>■ 173 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。</li> </ul>  | <p>・利用者、家族から寄せられる意見・相談は、朝の申し送りや職員会議等で共有し、全職員で把握するようにしている。利用者、家族とは、日頃から信頼関係の構築に努め、事業所全体で意見を述べやすい環境を整備している。</p>   |
|      |      |                              | ③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。    | a  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 174 相談や意見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定めたマニュアル等を整備している。</li> <li>■ 175 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。</li> <li>■ 176 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。</li> <li>■ 177 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。</li> <li>■ 178 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。</li> <li>■ 179 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。</li> </ul>  | <p>・利用者、家族からの意見等に関しての対応マニュアルがあり、マニュアルは法人のデイサービス部会にて定期的に見直しが行われている。利用者アンケートでは「話しかけてくれる」「職員はきちんと対応してくれる」「気を遣ってくれるいい職員達」と利用者と良好な関係が築かれていることや利用者、家族からの意見を積極的に聴こうとする姿勢が窺える。また、意見に基づき話し合いが行われ組織的に対応がされていることが、職員会議等の記録から読み取ることができた。</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<br>(着眼点以外の取組等)  |
|------|------|---------------------------------------|--|----|--|--|
| Ⅲ    | 1    | (5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。 | ① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。  | a  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 180 リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネージャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。</li> <li>■ 181 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。</li> <li>■ 182 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。</li> <li>■ 183 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。</li> <li>■ 184 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>■ 185 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> </ul> | <p>・リスクマネジメントに関する責任者の選任や配置、委員会の設置がされ、「リスクマネジメント（危険防止）」等の研修や勉強会を開催し職員に周知している。事故発生時の対応と安全の確保についてのマニュアルがあり、職員会議や委員会、研修等で周知し、利用者の安全の確保のための取り組みを組織的に行っている。</p>  |
|      |      |                                       | ② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。 | a  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 186 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。</li> <li>■ 187 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。</li> <li>■ 188 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。</li> <li>■ 189 感染症の予防策が適切に講じられている。</li> <li>■ 190 感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。</li> <li>■ 191 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。</li> </ul>  | <p>・法人内には、感染症対策委員会が設置され、定期的な委員会を開催し、感染症の予防や安全の確保等についての勉強会等を開催している。外部の研修では感染症および食中毒の研修等に参加し全体共有を図っている。感染症対応マニュアルが事務スペースに置かれ、いつでも職員が手に取り確認ができるようになっている。朝礼時に職員は感染症情報等に沿い確認と話し合いを行い、職員が感染の媒体になる可能性も踏まえ、家族等との連絡の強化や職員の健康管理も含め、適切な対応をしている。</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<br>(着眼点以外の取組等)   |
|---|------|-------------|---|---|---|---|
| Ⅲ   | 1    | (5)         | ③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。                  | a   | ■ 192 災害時の対応体制が決められている。   | ・防災訓練は防災教育（6月・12月）、総合訓練（9月・3月）、基礎訓練（9月・3月）、震災訓練等と年間計画を立て、利用者と一緒にやっている。年間計画の中には法人の全事業所が参加して行う訓練も組み込まれ、避難誘導にかかる時間等を総合的に評価し、次の訓練に活かしている。また、佐久地区には、2施設と3事業所があり、年3回の合同訓練も実施している。食料、水、備品類等の備蓄品は各事業所と代表施設に準備し、災害時に備えている。                                       |
|   |      |             |   |   | ■ 193 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。          |   |
|   |      |             |   |   | ■ 194 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。                          |   |
|   |      |             |   |   | ■ 195 食料や備品類等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。                           |   |
|   |      |             |   |   | ■ 196 防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。 |   |
|   | 2    | 福祉サービスの質の確保 | (1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。                     | ① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。 | a   | ■ 197 標準的な実施方法が適切に文書化されている。   |
| ■ 198 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。 |      |             |   |   |   |   |
|   |      |             |   |   | ■ 199 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。               |   |
|   |      |             |   |   | ■ 200 標準的な実施方法にもと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 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   | ■ 201 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・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。                 | ・利用者の担当ケアマネジャーが個々の居宅サービス計画書を作成し、それに沿って事業所としての通所介護計画書を作りサービスを提供している。機能訓練に関しては看護職兼機能訓練士がリハビリテーション計画書を作成し、実施している。標準的な実施方法については定期的（月1回）に開催される職員会議や法人で設置されている委員会やその他会議で検討している。利用者の状態に変化が見られない時には6ヶ月毎に見直し、変化が見られた場合にはその都度サービス内容を担当者会議等で見直し、利用者や家族等の意向も反映している。 |
|   |      |             | ■ 202 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に行われている。            |   |   |   |
|   |      |             | ■ 203 検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されている。   |   |   |   |
|   |      |             | ■ 204 検証・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<br>(着眼点以外の取組等)   |
|------|------|-------------------------------------|--|----|---|---|
| Ⅲ    | 2    | (2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。 | ① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。 | a  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 205 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。</li> <li>■ 206 アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。</li> <li>■ 207 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、アセスメント等に関する協議を実施している。</li> <li>■ 208 福祉サービス実施計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。</li> <li>■ 209 福祉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。</li> <li>■ 210 福祉サービス実施計画どおりに福祉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、機能している。</li> <li>■ 211 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。</li> </ul> | <p>・通所介護計画書の作成は、主に利用者の担当者が行い、それぞれが責任を持って業務を行っている。計画は利用者や家族の意向を基にした居宅サービス計画に沿っている。法人では、利用者の身体状況や生活状況を把握するためのツールがあり、手法も確立しており、ケアプランに基づき、通所介護計画書には一人ひとりのニーズが明示され、計画に即したサービスが実施されている。利用前の情報と利用後の利用者の状況に差異がある場合にはケアマネジャーに確認している。本人や家族の意向はアセスメント表に記載し、通所介護計画書の作成時に役立てている。計画通りに進んでいる場合は継続し、問題や新たな課題などが生じた場合にはケアマネジャーとも相談し検討を重ね作り変えることもある。</p>      |
|      |      |                                     | ② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。         | a  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 212 福祉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。</li> <li>■ 213 見直しによって変更した福祉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。</li> <li>■ 214 福祉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。</li> <li>■ 215 福祉サービス実施計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。</li> </ul>   | <p>・ケアプランに基づいて策定された「通所介護計画書」についてPDCAサイクルを継続して行っていることが、サービス提供記録、個別機能訓練Ⅱ計画書、通所介護計画モニタリング表等の各資料から読み取ることができ、短期、長期の目標を設定し評価見直しも行っている。身体状況や精神状況等変化が合った場合には、本人家族を中心にケアマネジャー及び関係者で話し合い計画の見直しを行っている。ケアマネジャーが主催する担当者会議に3ヶ月ごとに参加し、様々な職種の立場から意見を出し合い、計画の達成状況や問題点の確認をし計画を見直している。見直しに伴い新しく作り変えた場合には本人・家族に説明し了承を頂き、その後、居宅のケアマネジャーに報告し、職員に周知するようになっている。</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<br>(着眼点以外の取組等)   |
|---|------|---|--|----|--|---|
| Ⅲ   | 2    | (3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。                            | ① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。  | a  | ■ 216 利用者の身体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。 | ・利用者の担当ケアマネジャーが一人ひとりの居宅サービス計画書を作成し、それに基づいて事業所としての通所介護計画書を作りサービス提供を行っている。また、機能訓練は看護職兼機能訓練士が個別機能訓練計画書を作成している。法人で統一された様式により、身体状況や生活状況を記録し把握している。ケアプランに基づき計画された「通所介護計画書」や「個別機能訓練書Ⅱ」があり、現状に即したサービスが実践されていることが職員インタビュー、利用者アンケート、記録等から確認することができた。記録は紙ベースや電子媒体を使って事業所内で共有されている。 |
|   |      |   | ■ 217 サービス実施計画にもと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。   |    |  |   |
| ■ 218 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等の工夫をしている。         |      |   |  |    |  |   |
| ■ 219 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。          |      |   |  |    |  |   |
| ■ 220 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。                       |      |   |  |    |  |   |
| ■ 221 パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。 |      |   |  |    |  |   |
| ② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。  | a    | ■ 222 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。 | ・法人としてプライバシーポリシーを定め、全職員への周知徹底を図り個人情報の保護に努めている。また、利用契約書及び重要事項説明書において「守秘義務」と「個人情報の使用に係る同意書」の中の「事業者の遵守事項」として明確に定めている。個人情報保護規定等の関係法令に基づき、利用者に関する記録の保管、保存、廃棄等、また、不適切な利用、漏えいに対する規定を定めて遵守している。個人のケースファイルは鍵付き書庫で管理し、電子データは職員毎のIDとパスワードで管理している。 |    |  |   |
| ■ 223 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。                         |      |   |  |    |  |   |
| ■ 224 記録管理の責任者が設置されている。   |      |   |  |    |  |   |
| ■ 225 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。                     |      |   |  |    |  |   |
| ■ 226 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。                                   |      |   |  |    |  |   |
| ■ 227 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。                                 |      |   |  |    |  |   |