

(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)： **駒ヶ根市デイサービスセンター竜東やまびこ園**

○判断基準の「a、b、c」は、評価項目に対する到達状況を示しています。

「a」評価・・・よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態

「b」評価・・・aに至らない状況=多くの施設・事業所の状態、

aに向けた取組みの余地がある状態

「c」評価・・・b以上の取組みとなることを期待する状態

| 評価分類         | 評価項目                    | 評価細目                      | 評価 | 着眼点   | コメント   |
|--------------|-------------------------|---------------------------|----|---|--|
| 1<br>理念・基本方針 | (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。 | ① 理念・基本方針が明文化され周知が図られている。 | a) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1 理念、基本方針が文書（事業計画等の法人（福祉施設・事業所）内の文書や広報誌、パンフレット、ホームページ等）に記載されている。</li> <li>■ 2 理念は、法人（福祉施設・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（福祉施設・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。</li> <li>■ 3 基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。</li> <li>■ 4 理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。</li> <li>■ 5 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。</li> <li>■ 6 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>○理念及び基本方針は、事業所内に掲示され、事業計画にも記載されています。</p> <p>○竜東やまびこ園基本倫理が策定され玄関に掲示、職員の行動規範が示されて専門職として介護の実践について基本方針がより具体的に明示されています。</p> <p>○理念や基本方針の具現化に向けて、職員全員出席の拡大職員会議時に読み合わせ、説明し職員への周知を図っています。</p> <p>○利用者や家族に対しては、利用の契約締結時に理念や基本方針を記載した文書を用いて説明しています。また、ホームページに公開して理解に努めています。</p> <p>○年度途中の職員会議の中で管理者が理念や基本方針について職員への周知がされています。</p> |

| 評価分類         | 評価項目                        | 評価細目                              | 評価   | 着眼点   | コメント   |   |  |
|--------------|-----------------------------|-----------------------------------|------|---|--|---|--|
| 2<br>経営状況の把握 | (1) 経営環境の変化等適切に対応している。      | ① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | a)   | ■ 7   | 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。   | ○管理者は、毎月1回定例の代表者会議に出席して、法人及び各事業所からの報告事項の他、地域社会の多様な福祉ニーズの把握や地域課題について協議・分析しています。<br>○職員会議では、代表者会議の報告や事業所の利用者状況や介護報酬収支等を分析し、月次管理を行っています。<br>○日常的に利用者の担当介護支援専門員との情報交換ができており地域の変化や福祉ニーズの情報を得ています。また、事業所で運営しているやまびこ茶屋（認知症カフェ）を通して地域の方々から意見を聞く機会があります。 |  |
|              |                             |                                   | ■ 8  | 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。  |  |   |  |
|              |                             |                                   | ■ 9  | 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。 |  |   |  |
|              |                             |                                   | ■ 10 | 定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。  |  |   |  |
|              |                             | 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)   | ■ 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。 |   | ○管理者は、代表者会議に利用率の向上や職員体制、経営の効率化などの課題について報告し、職員会議では業務改善に向けての意見を出し合い、職員間でどのように取り組むか話し合われています。<br>○利用枠に空きが生じた時には地域内すべての介護支援専門員に一斉FAXして利用者の確保を図っています。 |
|              |                             |                                   | ■ 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。  |  |   |  |
|              |                             |                                   | ■ 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。   |  |   |  |
|              |                             |                                   | ■ 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。   |  |   |  |
| 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。     | b)   | ■ 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。                                   | ○事業所の理念や基本方針の具現化のため、現状の実施している介護サービス内容や職員体制、人材育成など組織の全体的な課題や問題点から中・長期計画が策定されています。今後は、必要に応じて見直しをしていくことを期待します。   |  |
|              |                             |                                   | ■ 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。   |  |   |  |
|              |                             |                                   | ■ 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。                                     |  |   |  |
|              |                             |                                   | □ 18 | 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。   |  |   |  |

| 評価分類 | 評価項目                 | 評価細目  | 評価 | 着眼点  | コメント   |
|------|----------------------|---|----|--|--|
|      |                      | 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。                | b) | <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>○単年度ごとの事業計画が策定されています。毎年12月より各部署に目標設定の検討が始まり、総合的なサービス提供ができる計画を掲げています。</p> <p>○単年度計画は、中・長期計画の内容を反映した内容となる取組みが望まれます。</p> |
|      | (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。 | b) | <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> | <p>○事業計画の実施状況の定期的な評価・見直しを行なえるようにして、次年度の事業計画に反映されることを期待します。</p> <p>○拡大職員会議を利用して職員への周知を図っています。</p>                         |

| 評価分類                      | 評価項目                           | 評価細目   | 評価 | 着眼点  | コメント   |
|---------------------------|--------------------------------|--|----|--|--|
|                           |                                | ② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。                  | b) | <input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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。  | <p>○毎月発行の広報誌「やまびこだより」で提供しているサービスや事業内容を報告しています。</p> <p>○今後、サービス提供の計画を利用時間内に利用者全員がいるところで職員より分かりやすく説明する機会を作るなど期待します。</p>  |
| 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組 | (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進められ、機能している。         | b) | <input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 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。  | <p>○事業所では、自己評価を実施してサービスの質の向上に取り組んでいます。</p> <p>○提供しているサービス内容について年1回利用者アンケートを実施、集計結果を分析して検討する仕組みがあります。</p> <p>○職員会議では、日頃の利用者への支援内容を検討して業務改善にあたります。今後、更に第三者評価受審結果を分析して検討されることが期待されます。</p> |
|                           |                                | 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。 | b) | <input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 37 職員間で課題の共有化が図られている。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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。 | <p>○利用者アンケートから明確になった課題は、職員会議で協議し全職員で課題の共有化を図り、単年度計画にその目標を反映しています。</p> <p>○職員会議や日々の反省会だけでなく各職種の職員による委員会を組織して福祉サービスの質の改善に取り組むことを期待します。</p>   |

| 評価分類                | 評価項目                 | 評価細目                               | 評価 | 着眼点  | コメント  |
|---------------------|----------------------|------------------------------------|----|--|---|
| 1<br>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) | <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> | <p>○職務分掌が策定されて管理者の役割が明確に明示されています。</p> <p>○管理者が不在時には、業務主任又は機能訓練主任が役割を担うことが明記されています。</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) | <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>          | <p>○管理者は、各種会議や外部研修会に出席し、法令や倫理などの理解を深め、法人の理念・基本方針や諸規定及び個人情報保護、遵守すべき法令等を全職員に対して周知を図っています。さらに、福祉分野に限らず、身近な判例からの関連法令について職員と話し合いを行っています。</p> <p>○法人代表者会議で遵守しなければならない最新の関連法令や内容について情報提供を受けて、事業所全体での周知、徹底が図られています。</p> |

| 評価分類 | 評価項目                     | 評価細目                                 | 評価 | 着眼点  | コメント   |
|------|--------------------------|--------------------------------------|----|--|--|
|      | (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> | <p>○管理者は、年一回職員からのアンケート結果を集約、分析してサービスの向上に向けた取組を行っています。</p> <p>○職員一人ひとりの資格などを把握し、個別面談時に必要な研修会への出席を促したり、新たな資格取得に向けての支援、助言がされています。</p> |
|      |                          | 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>  | <p>○経営状況や稼働率、介護報酬収支等の月次管理がされて、毎月の実績検討やコスト削減のための分析が行われて、毎月の職員会議で報告、検討がされています。</p> <p>○職務分担表が作成され、各職員の業務内容や権限・責任の範囲などが明文化されています。</p> |

| 評価分類            | 評価項目                              | 評価細目                                       | 評価 | 着眼点  | コメント   |
|-----------------|-----------------------------------|--|----|--|--|
| 2<br>福祉人材の確保・育成 | (1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の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) | <input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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>○必要な人材採用などの要望は、人事管理を行っている法人事務局が担っています。</p> <p>○新人職員に対して、業務主任がチェックシートを活用して月単位で事業所職員としての基本姿勢や介護の実践など細部亙り、一人ひとりの習得速度に合わせて育成に取組んでいます。</p>                       |
|                 |                                   | ② 総合的な人事管理が行われている。                         | b) | <input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 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る。 | <p>○人事管理は、法人事務局が行っています。</p> <p>○事業所で基本倫理が策定されて職員の行動規範が示されています。職員面談時に職務に関する意向や処遇について話合われているはいるますが、今後、職員の目標管理シートなどを活用して人事評価の導入を検討して「期待する職員像等」を明確にすることを期待します。</p> |

| 評価分類 | 評価項目                   | 評価細目                                 | 評価 | 着眼点   | コメント  |
|------|------------------------|--------------------------------------|----|---|---|
|      | (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り組んでいる。 | 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>○職員全員から職場や法人に対しての意見要望書を基に法人役員と事業所との間で年一回、職場懇談会を開催されて、組織的に支援する仕組みが機能しています。</p> <p>○相談窓口として管理者並びに業務主任が担当して、常に職員から相談を受付けて解決に向けた体制があります。</p> |



| 評価分類 | 評価項目                       | 評価細目                                      | 評価 | 着眼点   | コメント   |
|------|----------------------------|---|----|---|--|
|      | (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) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul> | <p>○管理者と年一回、必要に応じて個別面談を行い資格取得や研修会参加の意向を確認して支援されています。</p> <p>○法人主催で職員全体研修会が実施されています。</p>  |
|      |                            | 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。 | b) | <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。</li> <li>■ 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。</li> </ul>   | <p>○すべての職員の有している資格について一括管理されて、個別面談時に具体的な研修計画を立てています。</p> <p>○事業所では、年間研修計画が策定されています。</p> <p>○組織が目指す福祉サービスを実施するために基本方針などに「期待する職員像」の明示を期待します。</p> |

| 評価分類 | 評価項目                                    | 評価細目  | 評価 | 着眼点  | コメント  |
|------|---|---|----|--|---|
|      |   | 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) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>  | <p>○管理者と面談時に研修に関して希望や要望を確認して、職員一人ひとりの年間研修計画が作成されて、研修会に参加しています。</p> <p>○新人職員に対してマニュアルが策定されています。業務主任が「新人研修シート」を使用して育成に取り組んでいます。</p>                         |
|      | (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。 | b) | <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> | <p>○介護福祉士養成の実習生、職場体験学習などを受入れています。受入れ先の指導者と連携を密にして実施されています。</p> <p>○今後、指導者に対しての研修には、日程調整して出席することを期待します。</p> <p>○実習生等の研修・育成に関する基本姿勢の明文化、マニュアルの整備が望まれます。</p> |

| 評価分類                   | 評価項目                         | 評価細目                               | 評価 | 着眼点   | コメント   |
|------------------------|------------------------------|------------------------------------|----|---|--|
| 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> | <p>○法人ホームページや広報誌を活用して理念や基本方針・事業計画及び報告・予算・決算など事業状況を適切に公開しています。</p> <p>○自治会に広報誌「やまびこだより」の回覧や戸別配布を行っています。支所、公民館、郵便局に施設パンフレッドなどを配置しています。</p> |
|                        |                              | 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>             | <p>○法人運営の健全化の強化策として、会計事務所の公認会計士による外部監査を活用しています。</p> <p>○職務分掌表が整備、作成されていて、全職員に周知されています。</p> <p>○内部監査により法人本部と事業所間で経営課題と改善点の共有が図られています。</p> |

| 評価分類                 | 評価項目                   | 評価細目                                 | 評価 | 着眼点   | コメント   |
|----------------------|------------------------|--------------------------------------|----|---|--|
| 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>○地域社会の中で福祉拠点としての社会的役割を果たし、理念の実践に繋がっています。事業計画に地域との積極的な関わりを明記されています。やまびこ茶屋運営や地区サロンへ職員が参加協力など積極的な取組みを展開しています。</p> <p>○自治会の回覧板に広報誌「やまびこだより」を入れて、地域住民に施設の活動の周知に活用しています。事業所内の掲示板に他の福祉関連の冊子やチラシなど展示しています。</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。 | b) | <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>○毎月「保健あすなる」に登録の個人ボランティアの方々が定期的に利用者支援やお手伝いなど日常的な交流が盛んに実施されています。</p> <p>○大正琴、詩吟、歌（演歌、ハーモニカ）など多岐にわたるボランティアの受入れが多く、ボランティアと意見交換を目的とした交流会を年一回開催しています。また、地元保育園児・小・中学校からの児童・生徒の受入も多いです。</p> <p>○ボランティア受入、学校教育等への協力に関する基本姿勢を明文化されています。今後、事前説明等のマニュアルの整備が望まれます。</p> |

| 評価分類 | 評価項目                     | 評価細目   | 評価 | 着眼点  | コメント   |
|------|--------------------------|--|----|--|--|
|      | (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 地域に適当な関係機関・団体がない場合には、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>○利用者担当介護支援専門員開催によるサービス担当者会議や地域ケア会議など各種会議に出席して、地域との関係機関と情報交換するなど連携を取っています。</p> <p>○認知症カフェ、地区サロンへの参加をして社会的孤立者の予防やデイサービス活動の周知に努めています。</p> <p>○ボランティアや地域の介護養成機関・職場体験の実習生の受け入れをしています。</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。                    | a) | <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>○事業所では2カ月1回、やまびこ茶屋を運営、地域住民の出会いを目的とする認知症カフェを実施しています。毎回30数名から60名の方が参加して体操、様々なカルチャーなどお茶を飲みながら住民同士の触れ合いの場を提供しています。</p> <p>○地域住民からの要望を受けて、豪雨土砂災害発令時の一時避難場所として協定を結んでいます。</p> <p>○一般の避難場所では生活に支障をきたす高齢者や障がい者等の要援護者に対しての福祉避難場所を開設しています。</p> |

| 評価分類 | 評価項目 | 評価細目                             | 評価 | 着眼点  | コメント   |
|------|------|----------------------------------|----|--|--|
|      |      | 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。 | a) | <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>○職員が地区サロンに参加協力して地域住民との情報共有や交流、地域課題など福祉ニーズの把握を図っています。</p> <p>○地元開催の中沢地区支え合い推進会議やNPO地域支え合いネット、自治会ごとのネットワーク会議、多様な相談や具体的な福祉ニーズの把握に努めています。</p> |

| 評価分類              | 評価項目                    | 評価細目                                       | 評価 | 着眼点   | コメント   |
|-------------------|-------------------------|--|----|---|--|
| 1<br>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>○基本理念、倫理、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、玄関に掲示しています。年度当初の職員会議で確認し合い、職員が理解して支援に活かせる取組を行っています。</p> <p>○排せつ、入浴支援などの標準的な実施方法に反映しています。</p> <p>○職員は、利用者の尊重や基本的人権に関する研修会に参加して職員会で復命をする、職員に利用者の尊重や基本的人権に関する意識調査を行い業務主任がまとめ、具体的に改善を図り、意識を高める取組を行っています。</p> |
|                   |                         | 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> | <p>○プライバシー保護と虐待に関して基本方針に具体的に「介護サービスの基本、サービスの心得」に明示されています。</p> <p>○職員は、利用者のプライバシー保護について研修をして定期的に自己評価をして取り組んでいます。</p> <p>○不適切な事案が発生した場合の対応方法が職員就業規則に明示しています。</p> <p>○福祉サービス提供時には、羞恥心・プライバシー保護のためにパーテーション、カーテンなどを随時利用しています。</p>                       |

| 評価分類 | 評価項目                                    | 評価細目                                  | 評価 | 着眼点  | コメント   |
|------|---|---------------------------------------|----|--|--|
|      | (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>               | <p>○実施する福祉サービスの内容や福祉施設の利用に関するパンフレットを四季ごとに作り、写真や図、絵を入れ読み易く編集し、理念・基本方針を記載した用紙を添付して市役所支所、各公民館などに置いています。</p> <p>○利用希望者についての対応は、管理者が中心に行い、希望者は見学、利用体験等が実施されています。</p> <p>○利用者に対する情報提供の見直しは、随時行い現状に相応しい情報が掲載される配慮をしています。</p>  |
|      |   | 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。  | b) | <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> | <p>○利用者、家族に対してサービス開始・変更時に利用者に解りやすい説明のために、一人ひとりに合わせて工夫をし、利用者の自己決定を尊重をするよう心掛けています。</p> <p>○サービスの開始・変更時に行う契約書、重要事項説明書の説明は、時間をかけて丁寧に行い、理解が得られるよう配慮しています。利用者・家族から同意書で確認をしています。</p> <p>○意思決定困難な利用者・家族の対象となる事例がなく、配慮についてのルール化は図られていない状況ですが、今後、意思決定困難な利用者・家族の利用を想定してルール化されることが望まれます。</p> |



| 評価分類                | 評価項目                              | 評価細目  | 評価   | 着眼点  | コメント   |
|---------------------|-----------------------------------|---|--|--|--|
|                     |                                   | 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。 | b)   | <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> | <p>○事業所の変更（入院、他の福祉施設利用、在宅）に当たり不利益を生じないように、担当介護支援専門員、家族から情報提供の依頼があった場合は口頭で、必要に応じて引き継ぎ文書を渡しています。退所後に利用者・家族から相談が寄せられ、相談に応じています。</p> <p>○利用者が事業所から移行した後の相談窓口や連絡先に関する明示、事業所移行に関する申し送りの手順の作成等を期待します。</p> |
| (3) 利用者満足の上昇に努めている。 | ① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | b)  | <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>○毎年、利用者・家族アンケートを行っています。アンケート結果の集計を行い、職員会議に報告をして出された意見を分析・改善を図り、支援に活かされています。</p> <p>○アンケートの集計結果、改善された内容等を利用者・家族に対して報告する取組を期待します。</p> <p>○利用者満足に関する調査は、利用者参画のもとで検討会を設けるなどして利用者満足の向上を目的とした仕組みを整備されることが望まれます。</p>   |  |

| 評価分類 | 評価項目                         | 評価細目                                 | 評価 | 着眼点  | コメント  |
|------|------------------------------|--------------------------------------|----|--|---|
|      | (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>○苦情受付について重要事項説明書に記載され説明をして同意を得ています。</p> <p>○苦情解決の体制が整備され、苦情解決のための組織図が玄関に掲示されています。複数の第三者委員の設置があり、事業所を理解するために訪問しています。</p> <p>○職員は利用者から意見・相談・苦情を申し出やすいよう話しやすい配慮した対応に心掛けています。意見箱などの設置をして意見を出し易い工夫を検討しています。</p> <p>○職員は、苦情システム研修に参加して職員会議で復命研修をしています。</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。 | b) | <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の掲示、利用者・家族への説明が望まれます。</p> <p>○管理者はじめ職員は、日常的に利用者への声掛けを積極的に行い相談しやすい雰囲気を作っています。</p> <p>○相談や意見を述べやすいよう相談室が用意されています。市の介護相談員の巡回があり利用者が相談できる機会があります。</p>   |

| 評価分類                                  | 評価項目  | 評価細目                              | 評価  | 着眼点   | コメント  |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|---|---|---|
|                                       |   | 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。 | b)  | <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>○職員は、利用者が相談しやすく意見が述べやすい配慮をして、傾聴に努めています。利用者は、職員といつでも話をする事ができると評価しています。</p> <p>○利用者からの意見等は、ミーティングなどで共有を図り、改善が必要な相談内容は、迅速に改善に繋げています。</p> <p>○利用者・家族アンケートを実施した際は、出された意見等は、職員会議で検討して改善が図られています。</p> <p>○利用者・家族から出された相談・意見を受けた際の記録方法、手順等のマニュアルの整備と定期的な見直しが望まれます。</p> |
| (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>○「ヒヤリハット・事故報告書」「自動車事故報告書」が出され事故・ヒヤリハット研究担当者が中心になり発生要因を分析し、再発防止策を検討して職員会議に報告しています。報告書の内容を回覧して、全職員が確認印を押して周知をしています。</p> <p>○「利用時のリスクの説明」「送迎時に関する同意」は重要事項説明書に掲載され、利用者・家族に説明して同意を得ています。</p> <p>○福祉サービス提供における事故防止策の安全確保策に関して研修を行い、事故発生時の対応と安全確保について評価・見直しを随時行い、職員に対して周知・徹底を図っています。</p>  |   |

| 評価分類 | 評価項目 | 評価細目   | 評価 | 着眼点   | コメント   |
|------|------|--|----|---|--|
|      |      | 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>○感染症対策についての責任者は、業務主任となり管理体制、マニュアルが整備され、必要に応じて見直しがされています。</p> <p>○感染症対策担当者による感染予防の取組みに関する研修が行われ職員に周知しています。</p> <p>○マスク、手洗い、うがいの励行、汚物の適切な処理方法など徹底し、感染症の予防、発生時の対応が行われています。</p>   |
|      |      | 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。           | b) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 192 災害時の対応体制が決められている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>     | <p>○災害別にマニュアルを整備し、計画的に訓練を実施しています。防災訓練等に地域住民の参加、豪雨土砂災害発令時の地区内一時避難所開設、災害用自動販売機の管理など具体的に地元の行政はじめ、消防署、自治会と連携をして、防災体制を構築しています。</p> <p>○利用者、職員の安否確認の方法を明確にしています。職員への連絡は通報システムに組み込まれています。事業所の各エリアに有線放送の配線工事を行い、非常時に必要な情報が支援している現場に届く取組をしています。</p> <p>○非常災害時用備蓄品チェックリスト（食料品、食器代用品、日用品、衛生用品、医薬品、機材、防寒用品、事務用品、情報機器など）が策定されてチェックリストにもとづいて管理をしています。</p> <p>○災害時に備えた先進的な取り組みをしています。今後も継続して利用者の安全確保のための取組みが期待されます。</p> |

| 評価分類             | 評価項目                            | 評価細目  | 評価 | 着眼点   | コメント   |
|------------------|---------------------------------|---|----|---|--|
| 2<br>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。 | b) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 197 標準的な実施方法が適切に文書化されている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>                | <p>○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ています。プライバシー保護や人権に関わる姿勢が明示されています。</p> <p>○新人職員への周知のために標準的な実施方法に添って福祉サービスが提供できる手順、仕組みがあり、到達チェックシートを用いて取組んでいます。</p> <p>○標準的な実施方法は、日々の福祉サービスの中で職員が閲覧・活用できるように設置方法や設置場所など工夫した取組みが望まれます。</p> |
|                  |                                 | 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。               | b) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul> | <p>○標準的な実施方法の見直しは、年度末に職員会議などで検討しています。利用者、職員からの意見・提案などにより随時見直しを行い、見直された内容を職員に周知を図っています。</p> <p>○福祉サービス全般に亘り標準的な実施方法の評価・見直しをする仕組みの確立が期待されます。作成日及び見直し・検証して変更された期日を記載することが望まれます。</p>                                       |

| 評価分類 | 評価項目                                | 評価細目                                   | 評価 | 着眼点   | コメント   |
|------|-------------------------------------|--|----|---|--|
|      | (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>○事業所利用開始時に個別的なサービス計画が立案できるよう、計画作成担当職員は、在宅への訪問、本人・家族、担当介護支援専門員からの情報、フェイスシートからアセスメントを行っています。</p> <p>○福祉サービス実施計画は、利用者・家族の要望を確認して、関係職員でアセスメントを含めた協議を図っています。</p> <p>○立案された個別的な実施計画を本人・家族に説明をして同意を得て、職員に周知して共有を図っています。</p> <p>○利用者一人ひとりの目標は、短期・長期目標が立てられ、短期目標に対して実施状況を利用日毎に記録・チェックをして計画担当職員が確認をしています。</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。         | b) | <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>○福祉サービス実施計画は6か月毎に見直しを行っています。個別介護記録用紙に達成度を確認できるチェック欄を設けて、関係職員が記載する仕組みになっています。</p> <p>○担当介護支援専門員が行うサービス担当者会議の情報は、業務日誌に記載して職員で共有しています。</p> <p>○福祉サービス実施計画の見直し検討会は、月末に実施して検討結果をミーティングに報告、業務日誌に記録して、見直された内容を職員に回覧して共有しています。</p> <p>○利用者の状況変化が見られた時は、福祉サービス実施計画を変更しています。</p> <p>○福祉サービス実施計画策定・見直しに関する手順、仕組みを定めて明示されることが望まれます。</p> |

| 評価分類 | 評価項目                       | 評価細目  | 評価 | 着眼点   | コメント  |
|------|----------------------------|---|----|---|---|
|      | (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) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul> | <p>○利用者の身体・生活状況等を定めた様式に記録され、福祉サービス実施計画にもとづく実施記録が明記されています。記録に関する指導を業務主任が行っています。</p> <p>○管理者が窓口となり情報の分別、必要な情報伝達がされています。パート職員に必要な情報が届くようにパート職員専用ノートを作成すると共に毎日ミーティングを実施しています。</p> <p>○情報を共有するために月末に職員会議が行われ、会議録や記録のファイルを回覧しています。</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>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 224 記録管理の責任者が設置されている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 226 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>  | <p>○個人情報保護規程（利用者の記録の開示、請求への対応、保管、保存、破棄等）が定められています。重要事項説明書に記録の保存期間を明示しています。</p> <p>○個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策、対応方法が職員就業規則に定められ、職員は周知しています。</p> <p>○記録の管理は、個人情報保護の観点から新人職員教育や職員研修が行われています。</p> <p>○個人情報の扱いについて、利用契約時に説明をして同意書で確認をしています。</p> |