

(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): 南牧村デイサービスセンター野辺山

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

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。	理念は特養と同じであるが、玄関ホール、パンフレット、ホームページに明文化され、事業所の目指す方向が明示されている。基本方針は事業計画に明示され、理念に基づいた5つの方針を掲げ、職員の行動規範となっている。
					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。	
		(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)	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。	年度当初の全体会議で資料を基に、職員には説明し周知への取り組みをしている。利用者等には玄関の掲示による周知に留まっている。 事業の根幹である理念や基本方針は利用者や家族に十分に理解されることが信頼関係を築く為の要素でもあるので、文字や内容に工夫を施した、分かり易い資料で周知することが望まれる。
					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。	
					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。	b)	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。		
					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。		
					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。		
					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。		
	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。	b)	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。	明文化された、中・長期計画と、それを達成するための具体的収支計画までには至っていないが、地域ニーズに応えるための設備や職員体制の課題等の把握は出来ている。事業計画や予算は、それらを踏まえて作成されており、事業計画は前年度の評価、分析を基に具体的な内容となっている。
	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。		
	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。		
	16					中・長期計画に基づく取組を行っている。		
	17					中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。		
	18					人件費の増減の予測を行っている。		
	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。		
	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。		

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。	b)	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。	今年度は、年度途中で予算を中心に計画の見直しに取り組み、管理者会議や企画会議を通じて見直しに取り組んでいる。 事業計画は職員には全体会議を通じて周知されているが、利用者等には説明していない。理念や基本方針も含めて利用者や家族に分かり易い資料で事業所の姿勢を周知することが望まれる。
				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。	c)	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。	b)	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。	管理者の役割と責任は、分掌規程に明文化されており、職員倫理規定により組織人としてあるべき姿勢を明確にし、幅広い分野での法令等の遵守、職員として、又、社会人として節度のない言動をすることのないよう明言している。	
					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。		
					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。	提供する福祉サービスの質の向上のため、各種委員会や係をもうけ、自ら参画する会を含め、経緯や問題点を把握して改善のための具体的な取り組みをしている。 業務の効率化や改善に向けて、企画会議等を通じて人事・財務などの分析を行い、職員の働きやすい環境作りに取り組んでいる。	
					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。		
					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。	地域の中の事業所、地域と共に歩む事業所として立地しているため、地域ニーズの把握は関係会議の出席や介護支援専門員からの情報によりデータを収集しており、デイサービスの定員増に繋がると共に特定高齢者支援事業として、村から委託されている週1回の自立支援デイサービスの独自のサービスへと反映されている。 経営状況の把握や分析は事務部門を中心に管理者会議等を通じて行われ、課題発見と見直しに取り組んでいる。 外部監査は実施していないが、今後検討されることが望まれる。
					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。	

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)	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。	有資格者の配置や人員体制に関する基本的な考え方は確立しており、特養も含めた組織図も明確になっている。 人事考課は行われていない。個々の意欲喚起や公正な職員処遇を促す要素となるので、特養も含めて全職員を対象とした人事考課の実現を検討されたい。
					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。	c)	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。	
		(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)	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。	有給休暇の消化率や時間外労働のデータを把握すると共に休憩時間も交代で取ることが実現しており、次世代育成支援対策行動計画も策定され、支援や取得を促進している。健康管理や職員の親睦・融和を図る福利厚生事業も実施され、相談窓口として看護部や上司が有効に活用されている。
					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。	
					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。	
					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。	
					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。	
					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。	
			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)	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。	
		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。		
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。						

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) 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。	特養も含めて行われる施設内部学習会に参加し、サービスの質の向上への取り組みは行われているが、職員一人ひとりについての明確な研修計画は策定されていない。又、外部研修参加への積極的な取り組みや研修後の評価・分析・見直しは今後の課題と思われる。
					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。	
			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。	c)	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。	
			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。	b)	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。	

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。	c)	83	実習生の受入れに関する基本姿勢を明文化している。	実習生の受入れに関する基本姿勢やマニュアルは整備されていない。希望する学生が居ないことにもよるが、デイサービスは一般的に実習生の研修窓口にもなっているので、何時でも受け入れの出来る環境を整備(マニュアル等の作成)されることが望まれる。		
					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。			
					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。			
					86	実習指導者に対する研修を実施している。			
					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。			
					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。			
					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。			
	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。	緊急時、災害時などのリスク回避のための取り組みは管理者がリーダーシップを発揮して行われている。感染予防、誤嚥、職員の労力軽減だけでなく利用者自身の安全確保にもつながる北欧式トランスファーテクニックの取り入れ等のマニュアルも整備され、リスクカンファレンスのあり方、リスク係、事故防止委員会などの組織的仕組みが有効に稼働している。 利用者の災害時の安否確認の方法、居住地の避難場所の確認が望まれる。		
					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。			

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)	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。	b)	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>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。</p>	理念、行動目標、事業計画、基本方針に地域とのかかわりを明示し、特養に併設された事業所であり、一体となって運営されている。地域性もあり限られた社会資源の中で、地域唯一の事業所であり、利用者や地域住民の認知度は高く、様々な形での支援を受けており、地域に貢献し、開かれた事業所となっている。特養の行事やボランティア来所時には、一緒に参加している。事業所の有する機能や役割として、積極的な地域ニーズの把握やその代弁者としての役割に期待したい。
	4	(1)	事業所が有する機能を地域に還元している。	b)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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く。</p>	
			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	b)	<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>	

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。	地域性もあるが、地域全体で地域ケア体制の構築に積極的に取り組んでいる。地域ケア会議を始め、地域の関連する会議には特養と一体になって参加、情報を共有している。南牧村介護事業者連絡会の会合に相談員が毎月出席し、介護支援専門員との密な連携体制がとれている。利用者が持参する連絡ノートは、昨年度より使われているが、関係する介護事業者と医療関係者、家族が連携して情報を共有するシステムであり、地域全体で優れた取り組みとなっている。
					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。	
			関係機関等との連携が適切に行われている。	a)	122 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	
					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。	
					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。	
					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。	
					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。	
					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。	
				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。		
		(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	a)	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。	特養と併設されており、地域の各種会議やオンブズマン会議、ボランティア、家族会、地域交流などを通して、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。南牧村と共に「認知症安心ネットワーク会議」を発足させ、認知症の方の家族支援の必要性を地域会議等で検討している。
					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。	
					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。	
					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。	
				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	a)	
	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。					

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)	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。	理念に「利用者一人ひとりの心を大切に」と謳い、基本方針、事業計画にも具体的に明示、検討されている。 各マニュアル、手順書に場面ごとにわかりやすく記載されている。事業所内の研修年間計画に虐待、身体拘束や接遇として研修が実施され、関連する外部研修にも職員が参加し、全体会議でも伝達講習として報告し、共有に努めている。 プライバシー保護に関する規程、マニュアル、倫理規程等整備されているが、周知不足の感があり、意識的あるいは定期的な取り組みが望まれる。	
					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。		
					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。		
					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。		
		(1) 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。	b)	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。			
				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。			
				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。			
		(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。	c)	142	利用者満足に関する調査を定期的に行っている。		昨年度（平成25年）に特養で実施時に検討はしたが、デイサービスでは実施はしていない。利用者会、家族会も組織されていないが、今後、利用者満足に関する調査について実施の方向で検討中である。日々のケアの中での利用者の意向をくみ取ることも重要であることを理解し、利用者の視点にたち、具体的な取り組みを期待する。
					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。				

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)	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。	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。	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。	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。	
			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)	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。	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。 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。 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。 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。 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。 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。 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。 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。 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。 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。
				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。	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。	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。	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。	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。	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。	
			利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b)	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。	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。 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。 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。 意見等を福祉サービスの改善に反映している。
				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。	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。	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。	意見等を福祉サービスの改善に反映している。	

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)	
	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。	<p>第三者評価受審は3回目となる。前回の受審後、全体会で評価結果から改善課題を明確化し、改善策や実施計画を策定する仕組みは構築されている。しかし、少人数の職員体制で、人事異動等もあり、継続性に課題がある。また、改善課題について文書化まではできているが、そこで留まっている課題もみられ、実行可能な計画策定と見直しが期待される。</p>
					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。	
			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。	
		(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。	<p>提供するサービス全般について平成22年度に、標準的な実施方法の全面的な改定を実施している。標準的な実施方法の見直しの確立とは、サービスの質に関する検討が組織的に継続的に行われているかという意味を合わせ持ち、単に必要に応じて標準的な実施方法を策定したり、改定すればよいものではない。必要な改定や新規策定のみならず、定期的に全体に渡って検証する仕組みの確立が求められる。</p>
					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。	b)	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。	

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。	<p>現在、記録全般の様式を見直し検討中である。利用者のサービスの実施状況の記録は、利用日のケアチェック表に記載されており、毎月のモニタリング、評価欄も様式は整備されているが、十分機能しているとは言いがたい。</p> <p>利用者が持参する連絡ノートには、注意点とともに、他の介護サービスや医療の情報が書かれ、情報の共有に有効である。</p> <p>介護支援専門員とは、口頭での密接な連絡体制が構築されており、サービス担当者会議は定期的で開催され、相談員が出席している。</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。	
			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。	
			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)	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。	
					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。	
					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。	

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。	b)	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。	地域内で実質的に唯一の事業所であり、地域の方々の認知度は高く、ホームページやパンフレットなどの資料よりも、実際に利用している方やその家族からの情報も大いに参考にされている。利用開始時には、書面で確認しながら、利用者や家族に合わせての説明に努めている。
					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。	
					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。	
		(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)	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。	事業所の変更時は、担当の介護支援専門員との口頭でのやりとりが中心となり、求めに応じて文書を作成することもある。また、併設の特養に入所の場合は関係性が続くが、それ以外は積極的に働きかけるなどの配慮はしていない。
					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。	
					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。	
					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)	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。	現在、記録全般の様式を見直し検討中である。利用開始時のアセスメントは、主に担当介護支援専門員からの情報と、必要に応じて利用者、家族から面談して把握し記録している。アセスメントは、「できる・できない」だけでなく、「していること」の評価を入れることで、生活の質の向上、自立支援に繋がることが期待される。モニタリングは毎月実施し、アセスメントも居宅サービス計画の見直し時に併せて実施し、サービス担当者会議に出席し、協議も実施している。
					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。	
					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。	
					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。	
	(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)	200	サービス実施計画策定の責任者を設置している。	アセスメント、サービス担当者会議を踏まえて、居宅サービス計画が策定され、それに基づいてサービス実施計画を策定し、利用者または家族の意向把握と同意を得る手順ではあるが、必ずしも手順どおりとは限らない。サービス実施計画に基づくケアチェック表や毎月のモニタリング、評価でサービスの実施を確認する仕組みは構築されている。計画の見直しによる変更は、朝夕のミーティングや日誌、利用者の個人ファイルで周知している。	
				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。		
				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。		
				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。		
		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)	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。		
				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。		
				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。		