

(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）

かるいざわ敬老園デイサービスセンター

第三者評価の判断基準

- a・・・着眼点をすべて実施している状態
  - b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態
  - c・・・着眼点を一つも実施していない状態
- 実施していない状態  
 実施している状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
I 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。	① 法人や事業所の理念が明文化されている。	a	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	法人の社会的存在理由や信条を明らかにした三つの理念が掲げられ、法人のホームページやパンフレット、広報誌などに掲載されている。当事業所としての事業所別活動計画書にも法人理念が記載されており、事業所の年度の方針や目標も具体的に示され事業所の入る複合施設とも方向性を一にしている。
			② 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 5 基本方針は、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。	
		(2) 理念や基本方針が周知されている。	① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	<input checked="" type="checkbox"/> 6 理念や基本方針を会議や研修において説明している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	法人理念については毎朝唱和し周知を図っている。事業所の会議が月に1回あり、管理者が理念を具体化するための年度方針や目標にふれている。職員インタビューでも十分理解し実践に移していることが確認できた。

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)
I	1	(2)	② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	法人の案内パンフレットや事業所としての案内にも三つの理念が掲げられ利用者や家族にわかりやすく示されている。認知症の利用者については家族に方針や利用内容を説明している。居宅のケアマネージャーの主催するサービス担当者会議でも利用者や家族に法人や事業所の考え方や取組みを話している。家族会は擁していないが、利用者や家族には広報の配布や施設内での拡大掲示等により伝達・説明している。
	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。	① 中・長期計画が策定されている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 16 中・長期計画に基づく取組を行っている。</li> <li>■ 17 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</li> <li>■ 18 人件費の増減の予測を行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	当事業所及び事業所の入る複合施設の3ヶ年計画がある。現状を把握し3年間の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。収支目標の数値には利用平均稼働率や時間外などの人件費について分析した経緯も見られる。事業計画についても「利用者や利用者家族への要望聴取」、「近隣住民との連携強化」、「在宅サービス機関との連携」の3項目について各年度の到達レベルを設定し、ブレのない組織運営を目指している。
			② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	3ヶ年計画を基にした単年度の事業所別活動計画書と収支予算内訳表が策定されている。事業計画は「利用者の視点」、「地域貢献の視点」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)」が具体的に示され、実行可能なものとなっている。

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)	
I	2	(1)	②	a	■ 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。	① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	■ 27	年度終了時とはもとより、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。	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」を作成している。半期ごとに事業計画や収支状況についてふりかえり再確認や見直しをしている。少人数の職員構成の利点を活かし、計画の策定段階で職員の声を抽出している。
					■ 28	評価の結果に基づいて各計画の再確認や見直しを行っている。	
■ 29	一連の過程が一部の職員だけで行われていない。						
(2) 事業計画が適切に策定されている。	② 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。	3ヶ年計画や単年度の事業所別活動計画書と収支予算内訳表が職員に配布され会議で説明がされている。計画の進捗状況については半期ごとにふりかえり修正を加えたり対策を講じている。		
			■ 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。			
(2) 事業計画が適切に策定されている。	② 事業計画が職員に周知されている。	a	■ 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。			
			■ 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。			
(2) 事業計画が適切に策定されている。	③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	□ 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。	35人定員の通所介護という特性上、本人や家族あてに資料を配布している。法人の設立記念の七色祭や納涼祭など家族が一堂に会する機会があり法人や複合施設の運営状況にふれることもある。		

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)
I	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。	① 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	管理者の役割と責務は事業所の運営規定や自衛消防活動対策マニュアルを初めとした各種マニュアルに明記されている。
			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>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	法人の地域別ブロック各施設からの職員で構成される教育委員会では法令順守に関わる研修が毎年度計画され、数日に分けて開催されるので職員はいずれか1日必ず受講している。単年度の事業計画にも「コンプライアンスの徹底」が掲げられており、事業所の会議等で「法を学び法に沿った支援内容を提供」することについて話し合っている。
		(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	毎月の事業所の会議などで管理者と職員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には関わる職員の満足度の向上も必要と考えており、職員の声に耳を傾け、改善すべき課題の共有化にも努めている。年に1回法人として顧客満足度調査が実施されており、法人のデイサービス部会で分析がされ運営に活かされている。
			② 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	前年度の事業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、運営や業務の効率化に向け全職員で取り組んでいる。事業所の定例会議で意思統一を図っているほか、職員も法人内や各地域別のブロックごとに組織された11の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意識を高めている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
I	3	(2)	②		<p>■ 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。</p>	
II 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。	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	地域でも重要な役割を担う複合施設であり、地域ニーズを数値で的確に把握している。地域ケア会議や町介護保険策定委員会、町介護保険運営委員会にも複合施設として参画しており町との関係も適切に維持している。収集した情報等は中期計画の策定等に盛り込まれている。
			② 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	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	3ヶ年計画には収支の現状分析を踏まえ3年後の数値目標が策定されている。年度毎の事業計画の全ての実行計画には目標値が示され、資金収支予算内訳表にも科目ごとの数値が盛り込まれている。その数値目標に基づき、経営判断が行われているので職員も経営状況や課題については十分把握している。
			③ 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）	a	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	法人では外部の会計士による監査を毎年実施している。法人として公平公正な施設運営を旨とすることが理念に盛り込まれており健全経営を目指していることを職員も十分理解している。

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)
Ⅱ	2 人材の確保・養成	(1) 人事管理の体制が整備されている。	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 60 プランに基づいた人事管理が実施されている。</li> </ul>	法人全体でのキャリアプランが策定されている。キャリアアップを目指すための研修も設けられており、資格取得のための事業所としてのバックアップ体制もできている。
			② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 61 人事考課の目的や効果を正しく理解している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	平成27年度に法人として人事考課制度が本格導入されることから現在試行段階にあり、その目的と役割について周知が図られている。現在、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なっている。
		(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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	職員の人事管理の主管は法人本部総務部が行っている。法人の産業医に相談したりカウンセリングを受けることができ、希望者は本部へ直接連絡する仕組みとなっている。法人内の安全衛生委員会が企画するメンタルヘルスカウンセラーによる研修があり職員も受講している。長野県が従業員の子育てを支援する職場環境づくりに積極的に取組み、成果が認められる他の模範となる取組みを推進している企業を表彰する「社員の子育て応援企業知事表彰」を平成22年度に受け「働きやすい職場環境づくり」に継続して取り組んでいる。
			② 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	各種サークル活動や職員研修旅行への補助、リフレッシュ休暇の推進、温泉保養所との契約など法人独自の福利厚生事業を行なっている。法人の産業医に心身の相談やカウンセリングをすることができ、職員のインフルエンザの予防接種や定期健康診断も行なわれている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
II	2	(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。	① 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。	単年度の事業計画の中の「人材育成の視点」には介護福祉士や介護支援専門員の資格取得を事業所として支援する計画が立てられている。
			② 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。	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。研修は法人の数施設を1ブロックとした地域毎に開催するため、参加者の都合を考慮し同一研修が複数回開催されている。研修は基礎研修Ⅰ、Ⅱから始まっており実務経験や習熟度により段階的に受講することができる。
			③ 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。	外部研修については復命で参加することもあるが、職員自身で参加したい研修を選択し参加することもできる。復命書を提出し、研修結果を「研修実施報告書」として上げ記録として残されるようになっている。外部研修の成果を法人の部会や事業所で伝達研修という形で発表することもある。研修の結果は研修委員会で分析され、次の研修計画に反映されている。

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)
II	2	(4) 実習生の受入れが適切に行われている。	① 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 83 実習生の受入れに関する基本姿勢を明文化している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 86 実習指導者に対する研修を実施している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	実習生の受入と導入教育は法人本部が一括管理している。実習生の受け入れマニュアルがあり事業所としても受け入れの担当職員がおり、実習指導者としての研修も行なわれている。社会福祉に関する資格取得の実習生は勿論、県の職員の研修の受入、国際交流事業としての外国の介護施設職員及び大学生の研修受入も行なっている。
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。	① 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 92 検討会には、現場の職員が参加している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	事故発生対応マニュアルや感染症対策マニュアルがあり管理者は看護師などの関係職員とともに常に利用者の安全について留意している。法人には安全衛生、感染症対策、危険防止の各委員会があり各施設から委員として職員が参画しており事例検討から対策へとつなげている。厳しい法人の基準で判断された事故報告書とヒヤリハット報告書も整備されており参考事例として役立てられている。
			② 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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 96 災害時の対応体制が決められている。</li> </ul>	災害時には複合施設（特別養護老人ホーム、ショートステイ、グループホーム、デイサービス）として総合的に対応できる防災体制が構築されている。年2回の総合防災訓練が実施されており利用者も参加し実施している。法人全体の訓練も数年に一度実施されている。



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)
II	3	(1)	②	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	平成25年度は地震を想定し日時を定め全事業所で一斉に行ない、本部に情報が集められるような実践的な訓練が行われた。複合施設は万が一に備えた広域の浅間山火山防災マップの範囲内にある。そのため地元自治会との防災協定も締結され住民の避難先ともなっており相互に協力し合うようになっている。食料品の備蓄も3日間分(2,500食)用意されている。
			③ 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	日々のヒヤリハットの事例を終了時のミーティングで共有するとともに、業務日誌に記録している。事故報告書とヒヤリハット報告書も作成され、事業所内で分析し対応策を検討している。報告をあげる基準も厳しく、一般的には報告書として上げなくても許されるような範囲にまで及び利用者の安全確保への警鐘としている。法人の危険防止委員会で事故やヒヤリハットの事例収集をしており安全確保についての定期的な評価・見直しも行い研修も開催している。車両や介護機器の点検も日々行なっている。
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。	① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	3ヶ年計画や年度の計画には地域貢献について具体的に掲げられている。隣接する西部小学校との交流や、地域の祭り「馬子唄道中」や「どんど焼き」のポスター等を事業所内に貼り利用者や家族の参加を促している。傾聴ボランティアをはじめ多くのボランティアが来訪しており、複合施設の地域交流スペースを使用してのイベントも開催している。「馬子唄道中」などの地域のイベントに職員が運営スタッフとして協力し地域との交流も深めている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
Ⅱ	4	(1)	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。	
			② 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く。	介護や認知症についての研修会や講演会を複合施設として地域に向けて行っている。地域住民が独自に企画するイベントなども地域交流スペースを使用し行われている。地域から認知症についての研修の講師依頼もあり協力している。広報誌「おらち通信」を隔月で発行し、利用者や家族、地域住民、公共施設など佐久地域と合わせ750ヶ所に配布し地域への情報発信に努めている。地域特有のリスクとして活火山浅間山の噴火への防災対策があり、地元自治会との地域防災協定に基づき避難所として利用していただくことや食料品等を備蓄し万が一への策を講じている。
			③ ボランティア受入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。※社会福祉法人等公益法人以外は評価外	a	■ 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う取組みをしている。	「ボランティア活動内容について」という説明用のパンフレットがあり、方針やお願いしたいことなどが記載されている。広報・ボランティア委員会が窓口となり積極的にボランティアを受け入れ、現在、6団体と5名の個人がボランティア登録簿に登録されている。傾聴や歌、演芸やそばうちなど季節や行事にあわせたり単独で来訪していただいている。今後の「地域包括ケアシステム」を展開する中で有償、無償のボランティアの位置づけが重要となっており、町担当部署が「ボランティア」について協議をする場を設けており複合施設として参画している。
		(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 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。	町内の病院や学校、他の介護サービスの事業所、ボランティア団体、自治会など、地域の機関や団体と連携している。職員もそれぞれの業務で関わりをもっているため職員間での情報の共有化を図っている。

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)
II	4	(2)	② 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>■ 122 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	地域ケア会議、サービス担当者会議、町介護保険策定委員会、町介護保険運営推進会議などに事業所や複合施設として参加し問題提起や解決に向けて協働している。複合施設内には居宅介護支援事業所を有しているため個々の利用者について他の介護保険事業者とも連携している。看護師を通して利用者のかかりつけ医とも情報の共有化を図っている。
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	① 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	町介護保険策定委員会、町介護保険運営推進会議などに事業所や複合施設として参画し地域のニーズを把握している。3ヶ年計画や年度計画に複合施設近隣住民との連携を強化することで独居者や老々世帯への支援をすることが盛り込まれており継続的に実施されている。法人の7つのライフステージの一つとして「生きがい対策支援事業」があり、介護保険事業に加え、各種教室やイベントを開催したり、食事サービス（配食、高齢者向けレストラン）などさまざまな形で自立支援をサポートするサービスも取り上げている。
			② 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	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 134 把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動の中・長期計画や事業計画の中に明示している。</li> </ul>	ゴールデンウィークなど、家族が遠出をする機会が多い時季にお泊りサービスを実施するなど、家族の負担を軽減するレスパイトケアにも取り組んでいる。

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)
			法人以外は評価外			
Ⅲ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。	① 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	法人としての理念に「人間の尊厳」が明記されており、福祉サービスの基本姿勢として明確に示されている。人権に関する研修が毎年サービス向上人権啓発推進委員会主催で開催され、身体拘束廃止や虐待防止に関しても身体拘束ゼロ委員会が主催する研修会で職員に周知徹底されている。マニュアル・研修だけでは補えない部分で管理者の職員に対する日常のモニタリングも充実している。
			② 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	利用者のプライバシー保護や個人情報の取扱いについて、個人情報保護規定、プライバシーポリシー、個人情報保護に関する誓約書等が定められており職員研修で周知が図られている。排泄や入浴、食事等の介護マニュアルには支援時にプライバシーに配慮する旨が記され、サービス提供時にプライバシーに配慮した支援を実践している。
		(2) 利用者満足の上昇に努めている。	① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 142 利用者満足に関する調査を定期的に行っている。</li> <li>□ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	顧客満足度(CS)について利用者及び家族アンケートを年一回実施している。食事に関する嗜好調査も行われており、日々の献立に活かしている。利用者の聞き取り調査でも意思表示のできる利用者は直接職員と話をし意見、要望などを伝えているという回答が得られた。

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)
Ⅲ	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。	① 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	重要事項説明書に記載されている相談員は4名おりその業務内容の「生活等相談及び助言を行う」旨について契約時に文書を基に口頭で説明し取り交わしている。相談室も用意されている。事業所外の県国保連及び市町村の相談・苦情の窓口、第三者委員についても重要事項説明書に明記されている。
			② 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	苦情解決責任者、相談苦情担当者、法人の第三者委員等、苦情解決の体制は設けられている。食費を改正した時には各利用者や家族に料金表と値上げに至った理由を文書で示し配布している。苦情を申し出た家族等に対し検討結果や対応策をフィードバックするようにしている。苦情内容が公のものであれば申出者の了解を得た上で公表する仕組みがある。玄関にはご意見箱とアンケート用紙が置かれている。
			③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 158 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。</li> <li>■ 159 意見等を福祉サービスの改善に反映している。</li> </ul>	利用者からの意見等に関しての対応マニュアルがある。マニュアルの見直しは法人内各デイサービス管理者の集りである部会で年一回程度行っている。

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)		
Ⅲ	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。	① 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。	b	<input type="checkbox"/> 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。	外部監査で運営の評価は受けているが第三評価は今回が初めての受審である。評価に関わる担当者については施設長、管理者、相談員としている。	
					<input checked="" type="checkbox"/> 161	評価に関する担当者・担当部署が設置されている。		
					<input type="checkbox"/> 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。		
			② 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。	c	<input type="checkbox"/> 163	職員の参画により評価結果の分析を行っている。		第三評価は今回が初めての受審であるため、評価結果の分析・検討の場に今後一般職員も参画する予定がある。
					<input type="checkbox"/> 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。		
					<input type="checkbox"/> 165	職員間で課題の共有化が図られている。		
<input type="checkbox"/> 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。							
<input type="checkbox"/> 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。	① 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。	介護マニュアルがあり新任研修時に各自に配布され、項目毎に研修を受けている。エルダー制度を設け、新任者には配属された職場において先輩職員からOJTで更に個別指導も行われる。理念には「人間の尊厳」が上げられ、介護マニュアルには「プライバシーの配慮」として基本姿勢が明示されている。フロアにおいて管理者や副主任が見守り、実践状況を確認している。また、各利用者の担当職員は決まっているが日々の支援は全職員で行っているのでお互いに確認し合い、利用者本人に沿った手順で行なっているか確認し合っている。マニュアルはフロアの職員コーナーにあり何時でも見ることが出来る。			
			<input checked="" type="checkbox"/> 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。				
			<input checked="" type="checkbox"/> 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。				
			<input checked="" type="checkbox"/> 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。				
			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		<input checked="" type="checkbox"/> 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。	毎月、利用者の中から必要のある方を選び見直ししている。新規利用者が毎月2~3名、夏場は軽井沢という特性から10名位一気に増えるので会議で意志統一している。受け入れ側の介護の基本として話を聞き、でしゃばらず、やりすぎないようにしている。利用者が他の利用者を世話していたり、職員が利用者から意見や気づきを聞くこともある。法人の看護介護部で介護マニュアルの定期的な見直しを行っている。
						<input checked="" type="checkbox"/> 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)
Ⅲ	2	(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	担当ケアマネージャーが個々にサービス計画を作成し、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理学療養士がリハビリ計画書を作成し、看護師と共に実施し、記録している。介護、看護、リハビリ、相談等の記録が利用者ファイルに綴られている。記録の基本的な書き方は法人の新人教育で説明がされており、実際の現場でもOJTによる指導が行われている。
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 176 記録管理の責任者が設置されている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 180 職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	管理者が記録管理の責任者となっている。記録の保管、保存、廃棄、また、個人情報保護と情報開示に関する規定は利用契約書に記載されており、契約時に利用者や家族に担当者から具体的に解りやすく説明がされている。個人情報の取扱いについては個人情報保護規定やプライバシーポリシー等で職員は理解し厳守している。フロアの一角にあるスタッフ室は浴室やトイレへの通路側にオープンとなっているが個人記録は目に触れることなく保管されている。
			③ 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	利用者情報共有のためにデイサービス処遇会議を毎月開催し、利用者の処遇やリハビリのプランの見直しについて看護師、理学療法士、管理栄養士を交えた全職種が集り検討している。利用者の個人記録を書いた日誌をそれぞれの部署のパソコン上で閲覧できるようになっている。

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)
Ⅲ	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。	① 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 188 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</li> </ul>	法人のホームページを開設しており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情報提供している。事業所パンフレットはイラストと写真でデイサービスの1日を紹介し、事業所の特徴をわかりやすく伝えている。パンフレットを公共施設にも置き問合せに応じている。見学やお試し利用なども随時、受け入れている。
			② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 189 サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料を用意して、利用者説明している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	サービス利用に当り、本人や家族、あるいは代理人や後見人等に重要事項説明書、パンフレットなどを提示しながら説明し同意を得てから契約書の説明をしている。料金表は重要事項に記載しているが、分かり易く工夫した別葉の「ご利用ご案内」もある。利用者の聞き取り調査でも「家族が聞いている」、「息子が聞いている」と答えた方がおり、本人に代わりキーパーソンにも説明がされている。
		(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	① 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	サービスの継続性に配慮し移動先に合わせた引継ぎ書を作成している。医療機関には情報提供書、施設入所には引継ぎ書、自宅の場合は担当ケアマネジャーに実績報告書・状況報告書などを作成し、看護、介護、リハビリ、相談などの各担当者がコメントを書き込んでいる。サービス終了後は相談員が窓口となり何時でも相談できるようにしている。



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)	
Ⅲ	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。	① 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。	サービス利用前に居宅担当ケアマネージャーによって行われたアセスメントを利用開始にあわせ、法人で定めた手順によりアセスメントを行っている。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ージャーに確認している。アセスメントの見直しについては月末に介護、看護、リハビリ、栄養士、相談員の関係職種の参加を得て1ヶ月間の状況を協議し、確認している。本人、家族の意向はアセスメント表に記載している。
					■ 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。	① 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。	通所介護計画書（サービス実施計画）策定の責任者は管理者で、計画は本人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。事業所では要支援者に介護予防通所介護計画と運動器機能向上計画を、要介護者には通所介護計画と個別機能訓練計画を作成している。評価は毎月月末に関係職種が集り実施状況を確認後、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検討を加え修正や作り変えをすることもあ
					■ 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。						
(2) 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	② 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。	3ヶ月毎に担当者会議を開き、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。見直しの結果、修正や新たなものに作り変えた場合は本人・家族に説明し確認印を頂いた後、居宅ケアマネージャーに報告し職員に周知する仕組みになっている。		
			■ 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。			