

(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 さかき美里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	講評 (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。 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。	法人の理念は玄関に掲示、デイサービス内にも掲示され、事業計画などにも記載されている。 法人の理念は、「三つの心」とし、職員が仕事に対する心構えを理念とし業務を進めるうえでの基本となっている。
			法人や事業所の運営理念に基づく基本方針が明文化されている。	a)	3 基本方針が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に記載されている。 4 基本方針は、法人・事業所の理念との整合性が確保されている。 5 基本方針は、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。	事業計画に運営方針として示され、玄関にも掲示されている。行動規範としても倫理要綱などに示され基本方針がより具体的に明示されている。
	(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)	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。	年度初めに理事長や管理者が理念、基本方針を説明している。毎朝、朝礼で唱和し職員への周知を図っている。また、デイサービスの重点目標をミーティングで毎朝唱和するなど職員の周知がされている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (着眼点以外の取組等)
	1	(2)	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a)	<p>9 理念や基本方針をわかりやすく説明した資料を作成する等、より理解しやすいような工夫を行っている。</p> <p>10 認知症などの利用者に対しての周知の方法に工夫や配慮をしている。</p> <p>11 理念や基本方針を利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。</p> <p>12 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。</p>	利用者家族への理念の説明は、契約時に重要事項をもとに説明している。また、ホームページでも公開し理解に努めている。 利用者が理解しやすいように大きな文字で振り仮名を振って掲示するなど、利用者が見やすい工夫もされている。
	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。	a)	<p>13 理念や基本方針あるいは質の高い福祉サービスの実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。</p> <p>14 実施する福祉サービスの内容や、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている。</p> <p>15 中・長期計画は、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっている。</p> <p>16 中・長期計画に基づく取組を行っている。</p> <p>17 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</p> <p>18 人件費の増減の予測を行っている。</p> <p>19 地域の年齢別の高齢者の数の増減を把握し、利用者の増減を予測している。</p> <p>20 増改築、建て替え等の特別の支出の必要性を把握している。</p>	中・長期計画は法人として平成24年から平成28年までの5か年計画が立てられている。 地域ニーズに基づいた増設計画、第三者評価受審による質の向上、施設から挙げられた課題・問題点により、中・長期計画が立てられ、毎年度の事業計画に反映している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (着眼点以外の取組等)
			中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a)	<p>21 事業計画には、中・長期計画及び中・長期の収支計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。</p> <p>22 事業計画は、実行可能かどうか、具体的な活動や数値目標等を設定することによって実施状況の評価を行えるかどうかについて配慮がなされている。</p> <p>23 事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。</p> <p>24 事業計画は、前年度の実施状況の把握や評価を踏まえて策定している。</p> <p>25 事業計画を踏まえた予算書が策定されている。</p> <p>26 予算書と実績との対比・分析がなされており、対応を検討している。</p>	<p>単年度ごとに事業計画が作成されている。各部署で目標が立てられ総合的なサービス提供が行われるように日々の目標が掲げられている。 法人として利用率の分析なども行い実施状況の把握、評価から事業計画を策定している。</p>
		(2) 事業計画が適切に策定されている。	事業計画の策定が組織的に行われている。	a)	<p>27 年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。</p> <p>28 評価の結果に基づいて各計画の再確認や見直しを行っている。</p> <p>29 一連の過程が一部の職員だけで行われていない。</p>	<p>サービス会議などにおいて、半期に一度事業の進捗状況を確認し目標達成できたかを評価している。</p>
			事業計画が職員に周知されている。	a)	<p>30 各計画を配付し、会議や研修において説明している。</p> <p>31 各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。</p> <p>32 各計画の進捗状況を確認し、継続的な取組を行っている。</p>	<p>年度初めに総会で職員に事業計画が配布される。理事長や管理者が説明を行い職員で読み合わせをしている。毎月サービス会議で話し合いを行っている。</p>
			事業計画が利用者等に周知されている。	a)	<p>33 利用者あるいは家族向けに各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。</p> <p>34 各計画を利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。</p>	<p>毎年、事業計画に沿った行事計画は利用者家族に郵送している。法人の事業計画について今年「坂城福祉会たより」が夏号として発行され 事業計画についてわかりやすく理事長や管理者が表明している。今後も継続し、広報など全員の家族に郵送するなどの工夫により施設の共通理解が望まれる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (着眼点以外の取組等)	
	3 管理者の責任とリーダーシップ	(1) 管理者の責任が明確にされている。	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a)	35 管理者は、自らの役割と責任について、文書化するとともに、会議や研修において表明している。	管理者は、併設する特養の施設長が兼務となっている。「坂城福祉会職務表」して管理者の役割が明確に示されている。 有事における管理者の役割についても併設した福祉施設と同様に責任を明確にしている。	
			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)	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。		
		(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)	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。		管理者は、併設する特養の施設長が兼務となっている。「坂城福祉会職務表」して管理者の役割が明確に示されている。 有事における管理者の役割についても併設した福祉施設と同様に責任を明確にしている。
					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。		
					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。		
		3 管理者の責任とリーダーシップ	(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	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)	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。	管理者は職員と面談し、職員が目標を立て、達成できているかを半年に1回以上は面談を行い、職員の質の向上に努めている。 利用者アンケートなどにより、送迎時間の厳守や嗜好調査など、具体的な改善に向けて、職員の意見を聞き改善に努めている。
						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。	
						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。	毎月施設長会議があり、稼働率など分析し、人事労務面の管理を行っている。 職員との個人面談も行き、職員の意見や思いを聞き指導している。働きやすい環境整備に努め休暇も希望休みにより、リフレッシュできる時間を作り、業務の効率化や意欲への配慮も行っている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (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。	役場への出向職員からの福祉ニーズの把握や介護相談員面接が毎月2回行われ、事業全体の課題を把握する機会となっている。 千曲坂城医療連絡会議などで地域の福祉ニーズの把握を行い、中・長期計画に反映し、通所介護時間も利用者に合わせて対応ができるようになった。		
			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。	50	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。		51	
			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。	52	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。		53	
			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。	54	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。		55	
			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)	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。
			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)	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。		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。
	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)	60 プランに基づいた人事管理が実施されている。	61	法人全体で人員体制について検討し、必要な人材や人員体制に対する考えは事業計画に明示され有資格者の取得への支援体制も示されている。質の高いサービス提供するための環境整備、人材確保・育成に努める方針が示されている。 施設長会で人事管理がされ職員配置など、働く環境に配慮した人事異動も行われている。 管理者との面談を行い、年2回目標を立て目標について話をする。目標達成について確認し更なる目標に向けた取り組みを行えるようにアドバイスをしている。 ○今後、新人育成などはしっかり段階的な指導が行え、一定水準まで引き上げる効果があるようになっているが、資格職員などの基準を明確に更なるスキルアップできる取り組みに期待したい。	
			人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a)	62 人事考課の目的や効果を正しく理解している。	62		
			人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a)	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。			
			人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a)				

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (着眼点以外の取組等)
		(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a)	<p>63 職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている。</p> <p>64 把握した職員の意向・意見や就業状況チェックの結果を、分析・検討する担当者や担当部署等を設置している。</p> <p>65 分析した結果について、改善策を検討する仕組みがある。</p> <p>66 改善策については、人材や人員体制に関する具体的なプランに反映し実行している。</p> <p>67 定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談をしやすいような組織内の工夫をしている。</p> <p>68 希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家を確保している。</p>	<p>○時間外勤務、欠勤など管理者が毎日確認している。職員一人ひとりから業務改善策を出し、職員の就業時間希望などもシフト変更など行い、有給なども取りやすく、働きやすい環境ができています。</p> <p>○個別面談が年2回、管理者や主任と行い意見や相談しやすい仕組みがある。</p> <p>○相談できる産業医、弁護士、住職などに相談できるようになっている。</p>
			職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a)	<p>69 職員の希望の聴取等をもとに、福利厚生センターへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。</p> <p>70 職員の悩み相談窓口を組織内に設置し、又は関係機関と連携して、解決に向けた体制が整備されている。</p> <p>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。</p>	<p>○ソウエルクラブに加入し福利厚生が充実している。職員旅行、食事券、スポーツ交流、永年勤続表彰など多岐にわたっている。</p> <p>○毎年、職員の健康診断が行われ、健康管理がある。</p> <p>○相談窓口が設置され、セクハラ相談窓口の設置もされている。</p>
		(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)	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>○法人の基本方針、組織が目指す基本姿勢が明文化されている。組織が求める職員像についても理事長が年度初めには話をしている。</p> <p>○事業計画に人事教育と示され資格取得について具体的に明示され、資格取得の支援が行われている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (着眼点以外の取組等)
			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)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>○併設する特養の研修計画に沿って行っている。職員一人ひとりが目標設定し、初任者、中堅、リーダー研修などが策定されている。</p> <p>毎月の内部研修が計画的に行われ質の向上に取り組んでいる。</p> <p>デイサービスとして、個別支援や利用者層への取り組み、介護職の専門性を高めていくために外部に目を向けた情報、知識に基づくデイサービスの在り方などの研修計画も今後期待したい。</p>
			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)	<p>78 研修を終了した職員は、報告レポートを作成している。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>81 評価・分析された結果を次の研修計画に反映している。</p> <p>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。</p>	<p>○研修報告は報告レポートの提出、復命書の提出を行っている。職員会議で研修報告を行っている。</p> <p>毎年行われる施設内研修での実施状況から基本の技術、法令遵守などについては網羅できているが更なる専門職のレベルアップのために外部研修の幅広いカリキュラムのあり方も検討しステップアップに期待したい。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (着眼点以外の取組等)
	2	(4) 実習生の受入れが適切に行われている。	実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	a)	<p>83 実習生の受入れに関する基本姿勢を明文化している。</p> <p>84 実習生の受入れについて、受入れについての連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等の項目が記載されたマニュアルが整備されている。</p> <p>85 受入れにあたっては、学校等との覚書を取り交わす等によって、実習における責任体制を明確にしている。</p> <p>86 実習指導者に対する研修を実施している。</p> <p>87 実習内容全般を計画的に学べるようなプログラムを用意している。</p> <p>88 学校等と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。</p> <p>89 社会福祉士、介護福祉士、ホームヘルパー等の種別に配慮したプログラムを用意している。</p>	○実習受け入れは法人として受け入れを行っている。実習指導者の研修も行い、マニュアルに沿った指導ができるようになってきている。介護福祉士、ホームヘルパーの受け入れが可能であり、受け入れ先との連携により実習が進められている。
	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)	<p>90 管理者は利用者の安全確保の取組について、リーダーシップを発揮している。</p> <p>91 利用者の安全確保に関する担当者・担当部署を設置し、その担当者等を中心にして、定期的に安全確保に関する検討会を開催している。</p> <p>92 検討会には、現場の職員が参加している。</p> <p>93 リスクの種類別に、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。</p> <p>94 事故発生対応マニュアル等を作成し職員に周知している。</p>	○ヒヤリハット報告を行い管理者が分析している。毎月の職員会、サービス会議で話し合い再発防止に努めている。 ○マニュアルは法人として作成されマニュアルに沿った支援をおこなっているが、デイサービス独自の送迎時、感染症への対応など、家族との連携をも含めた手引書などの作成も今後期待したい。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (着眼点以外の取組等)
			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。	a)	<p>95 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類の必要な対策を講じている。</p> <p>96 災害時の対応体制が決められている。</p> <p>97 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、全職員に周知されている。</p> <p>98 食料や備品類などの備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。</p> <p>99 自治体、消防署、警察、自治会、消防団などと調整し、災害時の避難先、避難ルート、避難方法についてあらかじめ決めている。</p> <p>100 自治体、消防署、警察、自治会、消防団などと連携するなど工夫して訓練を実施している。</p>	<p>○防災訓練は年2回行っている。デイサービスの当日利用者名簿が毎日作成され併設施設でも常に安否確認できるようになっている。</p> <p>○災害時対応マニュアルが法人で作成され、職員に周知されている。避難経路も掲示されている。</p> <p>○食料や備蓄については併設の法人がすべて一緒に管理している。</p> <p>○デイサービス独自のマニュアルとして災害時に家族への引継ぎの検討や家族への連携なども含めた検討を期待したい。</p>
			利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a)	<p>101 利用者の安全を脅かす事例の収集を、その仕組みを整備した上で実施している。</p> <p>102 収集した事例について、職員の参画のもとで発生要因を分析し、未然防止策を検討している。</p> <p>103 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。</p> <p>104 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。</p> <p>105 介護機器、設備、備品等の点検のルールを定め、実行している安全基準や規格について理解し、定期的点検を行うなどしている。</p>	<p>○ヒヤリハットを利用し、その都度対応している。</p> <p>○事故防止研修を併設施設と行い、利用者の安全確保に努めている。</p> <p>○介護機器、設備なども法人として定期的に点検している。日々の危険への対応として風呂のすべり止めマット変更などその都度話し合い見直しをしている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (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。	利用者地域とのかわりを大切にしている。	a)	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。 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。 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。 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。 110 利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。	○事業計画に地域との連携体制の強化、地域に開かれた施設を目指すことが示されている。 ○地域のボランティアの受け入れも多く、併設する法人施設で一緒に楽しみ、地域で文化祭に作品を出展、祇園神輿の参加も職員の援助で行っている。 ○町の官報を回覧しバラ園のポスターや地域行事の掲示もしている。利用者の希望で買い物外出、ドライブに行っている。	
			事業所が有する機能を地域に還元している。	b)	111 介護や保育等について、専門的な技術講習会や研修会、地域住民の生活に役立つ講演会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。 112 介護相談・育児相談窓口、障害者やその家族等に対する相談支援事業、子育て支援サークル等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。 113 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。 114 地域の求めに応じて、職員等を講師として派遣している。 115 災害時の事業所の役割、について、地域住民や自治体等とあらかじめ決めている。		○併設の法人として、町役場との連携により、安心電話の夜間受付施設として協力体制ができており、夜間の相談受付や安否確認などの事業協力がある。 法人として、災害時の施設の役割は十分地域に発信し、防災協定を結び役割の確認もされている。また、地域の災害のための支援準備も万全に対応され、地域還元の準備もされている。 地域連携の強化をしていくために、事業所が有している専門職の持つ情報を地域に提供し、さらに地域との関わりを深めることに今後期待したい。
			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おう取組みをしている。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (着眼点以外の取組等)
		(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。	b)	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>○利用者のサービスの質の向上のため、連携が必要な福祉事務所、病院、地域内の事業所、制度外のサービスなどのリストや資料の整備が望まれる。デイサービスと連携し支援する体制が望まれる。 ○必要な情報は法人に連絡し対応している。</p>
			関係機関等との連携が適切に行われている。	a)	<p>122 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</p> <p>123 介護支援専門員、地域包括支援センターと綿密に連携し、また、サービス担当者会議に出席している。</p> <p>124 かかりつけ医（必要な場合は歯科医を含む）と連携している。</p> <p>125 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を積極的に行っている。</p> <p>126 地域に適当な関係機関・団体がない場合には、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。</p> <p>127 日常生活自立支援事業、成年後見人との連携を常にとっている。</p> <p>128 必要な場合に、日常生活自立支援事業、成年後見人制度へのつなぎを行っている。</p>	
		(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)	<p>129 関係機関・団体との連携に基づき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>130 民生委員・児童委員、住民の福祉組織（地区社会福祉協議会、自治会福祉部会、ボランティアグループ、NPO等）等と会合を開催したり、交流する等によって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>131 地域住民に対する相談事業を実施すること等を通じて、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>132 通常の福祉サービスを通じて、利用者が困っていること、ニーズを把握するよう努めている。</p>	<p>併設する法人が中心に行い、福祉ニーズの把握は、役場の介護相談員面接時に町の係長などが来所し定期的に話し合う機会があり、地域の把握を行っている。 民生・児童委員が毎年施設見学に見え、意見交換を行い具体的なニーズの把握を行っている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (着眼点以外の取組等)	
			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)	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。 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。	○短期入所や特養との連携により、デイサービス利用者が冬季期間は短期入所の利用につなぎ、ニーズに基づいた支援に努めている。 ○入所待機者のニーズに伴い第二美里園の増設など中長期計画に掲げられ取り組みがされている。	
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。 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。	○母体法人の職員綱領及び事業計画書の運営方針内に利用者尊重と基本的人権への配慮に関する内容が記載されている。 ○併設特別養護老人ホームと合同で高齢者の人権尊重や身体拘束廃止について定期的な研修や法人顧問弁護士による勉強会を行ない全職員に周知を図っている。	
			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)	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。		○浴室は、透明ガラスで採光に優れ明るく開放的な雰囲気を漂わせているが、プライバシー保護への工夫が望まれる。 ○トイレと洗面所が同一区画に位置している、トイレ3か所の出入口はカーテンで仕切られ使い易く工夫されているが、更なるプライバシー保護を期待したい。
			利用者満足の向上に努めている。	a)	142 利用者満足に関する調査を定期的に行っている。 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	講評 (着眼点以外の取組等)
	1	(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a)	<p>147 利用者が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べることを、わかりやすく説明した文書を作成している。</p> <p>148 利用者や家族等に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。</p> <p>149 相談や意見を述べやすいようなスペースの確保に配慮している。</p>	○デイサービスセンター内に専用の相談室や意見箱があり、話しやすい雰囲気確保されている。また、相談受付担当者や管理者及び第三者委員の連絡先を記したポスターを掲示して利用者が相談や意見を発言しやすい環境づくりに努めている。
			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)	<p>150 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）を整備している。</p> <p>151 苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。</p> <p>152 利用者や家族に対して、苦情記入カードの配布や匿名アンケート実施など利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫を行っている。</p> <p>153 苦情を受け付けて解決を図った記録が適切に保管されている。</p> <p>154 苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。</p> <p>155 苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。</p>	○苦情解決の体制及び手順は確立されていて、関係帳票類は事務所内で保管されている。苦情受付に関する要領は、施設内に掲示するとともに意見箱を設置して、常時利用者からの意見や苦情を受け付ける体制が整っている。 ○苦情受付の結果については、法人内で確認するとともに第三者委員会にも苦情を報告し意見を頂きデイサービスセンター内に匿名で掲示し、公表をしている。
			利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a)	<p>156 意見や提案を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について規定したマニュアルを整備している。</p> <p>157 対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。</p> <p>158 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。</p> <p>159 意見等を福祉サービスの改善に反映している。</p>	○苦情・要望マニュアルは整備されていて、併設特別養護老人ホームと合同の職員会議で頂いた意見など話し合い、課題の共有を図っている。 ○今までに意見箱から得られる苦情や相談・要望の実態は、数少ないのが現状である。日々のサービス提供時の介護面で何気ない利用者からのつぶやきや相談内容を意見や提案として受け付けて、職員間で検討して対応策を利用者や家族にフィードバックする工夫を期待したい。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (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を受審している。 161 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。 162 評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。	○デイサービス満足度調査は、年1回、アンケート方式で送迎、食事、入浴、排泄、レク、職員の対応など多岐の項目にわたり利用者及び家族に対して実施している。その集計結果をサービス会議の議題とし課題を共有、組織として対応策を検討している。 ○今回、初めて第三者評価を受審された。			
			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。		○定期的な職員会議で改善策を検討する機会を作ってきたが、今回の第三者評価を機に更なる改善を期待したい。		
			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。 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。	○法人全体で標準マニュアルが作成されている。提供するサービス種類ごとのマニュアルに加え、詳しい参考資料も添付して全職員に配布されている。通所介護の特性を活かしたマニュアルの作成にも期待したい。
				標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a)			172 サービスの標準的な実施方法の見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。 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	講評 (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。 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。	○アセスメント、モニタリング、サービス担当者会議をはじめケース記録など利用者個々の通所介護計画に沿っての記録が整備されている。 ○ケース記録記入マニュアルがあり、記録管理責任者が職員の記録に対して閲覧し、改善すべき点についてはその都度、指導されている。
			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。	○利用者に関わる記録は、個別にファイルされてプライバシーを侵害することが無いように、慎重に取り扱われている。
			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。	○サービス担当者会議録の回覧や健康チェック表、申送りノートなどの手法を用いて在宅で暮らす利用者の状態変化やサービス内容の不都合に対しても職員に、より伝わりやすい情報整理の工夫をしている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (着眼点以外の取組等)
	3 サービスの開始・継続	(1) サービス提供の開始が適切に行われている。	利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a)	185 インターネットを利用して、組織を紹介したホームページを作成し公開している。	○ホームページを作成し、事業所の運営方針及びサービス内容などについて公開している。 ○顔写真付きで勤務職員紹介や施設案内図を掲示している。 ○地域住民の要望に応じてデイサービスセンター見学の機会を提供している。
					186 理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資料を、行政、関係機関に配布し、置いている。	
					187 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。	
				188 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。		
		(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	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)	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。	○通所介護契約締結の際には、重要事項説明書を用いてサービス内容、料金、契約の解約などの説明を行っている。また、契約時には必ず利用者に同席していただいている。
					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。	
			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。	○併設特別養護老人ホームと同様に他事業所あるいは家庭での生活へ利用者が移行する場合の手順や引継ぎのための連絡表が整備されている。契約終了後も再度の利用に備えて受け入れるための体制を整えている。			
		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	講評 (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。	○利用者の心身及び生活状況について、統一した様式によって把握して記録している。 ○要介護認定更新時に行っているが、ケアプランの変更を必要とする新しい課題が生じた時などにも見直しを行っている。介護職だけでなく看護師や必要に応じて管理栄養士からの助言を得ている。
					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。	○通所介護計画は、居宅介護支援事業所の介護支援専門員からの居宅サービス計画書に基づいて策定される。 ○利用者及び家族より意向や要望、日常生活動作、送迎方法などアセスメントを行い、毎月サービス内容についてモニタリングされている。その確認は、定期的なサービス会議で行われて、その結果が記録されている。
					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。						
	定期的な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。	○サービス会議で通所介護計画書を評価、見直しを行ってからサービス担当者会議へ担当職員が参加している。変更など生じた場合には、担当介護支援専門員と連絡を図りサービス内容の調整などを行う体制になっている。		
			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。			