

(別添1)

事業評価の結果

福祉サービス種別: 通所介護

事業所名(施設名): うつくしの里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)		
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。	個人の尊厳、地域との交流、サービスの質の向上を明確に述べた理念を持ち、施設内に掲示し、ホームページやパンフレットへ掲載している。理念に基づく5つの基本方針を掲げ、利用者への姿勢、職員のあり方、地域との関係等が明文化され、職員の業務への意識付けとなっている。利用者を支える根底となる経営基盤の強化も明示され、家族等に安心感や信頼を与えている。	
				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。			
			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。	a)	理念や基本方針が職員に周知されている。	6	理念や基本方針を会議や研修において説明している。		職員への周知の取組は職員全体会議で行われ、全員配布による当年度の事業計画書の説明の中で周知され、文字の大きさや囲みなどの工夫が施されている。利用者等には施設内の掲示により周知されている。企画会議で周知状況を確認し、職員は名札に理念を入れており何時でも理念に戻り行動の拠り所とし、パンフレットやホームページにも掲載があり、家族等を含めて事業所の基本的姿勢の継続的な周知に努めている。
					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。	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する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>	
	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)	<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>	<p>事業計画に社会福祉の動向についての分析があり、施設の今後のあり方について明示している。組織や人材育成などのビジョンは明確になっているが、具体的な中・長期計画までには至っていない。中・長期計画は介護保険法の改正の中で、施設がこれから、どのように対応するかを示すものであり、職員配置、設備整備、組織体制など年度ごとの具体的な計画が必要である。職員、利用者や家族、地域にとっても関心の高い事柄であるので、財政基盤も含めた計画策定が望まれ、多くの方から支持され、安心や信頼を得られる計画となることを期待したい。</p> <p>事業計画は数値目標も設定され、前年度の実績を踏まえた実行可能な計画となっており、予算の裏付けも出来ている。</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)
	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)	<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>	
		(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>	事業計画は、デイサービス会議を経て企画会議で検討され、多くの職員の意見等を盛り込んだ内容となっている。事業の進捗状況は、課題に応じて企画会議で検討されている。家族等には、年4回発行するふれあい通信による事業の実施状況などの報告があり、事業所内にも掲示して事業計画をいつでも閲覧できるようにして、事業所のサービス提供の姿勢をさらに理解してもらえるよう努めている。
		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>		
		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>		

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。	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。	管理者の役割と責任については職務規程に明文化されており、災害時の役割も防災マニュアルに明記され、職員からの信頼を得て組織全体をリードしている。法令遵守マニュアルや職員倫理規程があり研修を通じて周知すると共に、交通安全運動の啓蒙を行うなど社会人としてあるべき姿勢を明確にしている。	
					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。		家族アンケート、事故やヒヤリハット報告、苦情報告、個人別の力量評価、管理者の個人面談による職員の意見も取り入れ、サービスの質の現状を把握し、デイサービス会議で評価・分析して課題を把握し、企画会議を通じて、管理者はサービスの質の向上に向けて指導力を発揮している。業務の改善と効率化のため、目標管理シートでの評価分析や企画会議で課題改善の検討が行われ、やさしい介護の実施、リフレッシュ休暇（1週間位の連続休暇）、日勤業務の見直し、記録の電子化など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。	法人の施設長事務長会議、介護保険情報、包括支援センターよりの情報、市の高齢者福祉計画、月刊デイサービスの定期購読等により社会福祉事業の動向を把握し、地域の利用者数や多様化する利用者像の変化などを事業計画に反映させている。経営状況については、コスト分析は総務課で行い、利用率等はデイサービス会議で把握し、企画会議で課題の検討をしている。 内部監査が行われ、財務や経営管理の適正と透明性は確保されているが、外部監査は実施していない。利用者や家族、地域からの、さらなる信頼や安心を得て、透明性のある事業運営となるよう外部監査を行うことが望まれる。
			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。	職員配置計画や職員資格情報、資格取得への奨励、認知症対応の専門職のスキルアップなど人事管理に対する方針が確立している。看護師や介護福祉士、介護支援専門員などの有資格者や専門職の配置が整っており、計画に基づいた人事管理が行われている。 一人ひとりの力量評価表があり、仕事の完成度は把握・評価がされ、評価結果に基づく考課も行われているが、情意（協調性・責任性）や能力（実効性・判断力）等の総合評価までには至っていない。	
					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。		
					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。		就業状況については、リーダーや総務課で把握・分析されており、管理者の個人面談を通して職員の意見や希望を言える機会が設けられ、労働環境等の改善への取組を行っている。JA健保の相談窓口やメンタルヘルス推進担当員の配置があり、就業や健康に関する相談し易い対応への配慮がある。親睦会や職員旅行、健康診断、インフルエンザ予防接種など福利厚生も充実している。
		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。	組織が職員に求める基本姿勢は、職員配置計画や資格取得状況などで明示され、リハビリ・口腔ケア・接遇など資質向上や意識改革に向けた内部研修を充実させ、職員全体会議での研修、外部研修、階層別3施設合同研修なども行われ資質向上への取組は充実している。 職員の希望を取り入れた一人ひとりの研修計画があり、技術や知識のスキルに応じた研修が実施されている。係会、科内会議の場で研修の評価・分析が行われ次の研修計画に反映させている。
					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。	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。	
			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。	

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。	b)	<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>	<p>実習生の受け入れマニュアルにより、受け入れ手順の説明や実習指導計画の作成を行い、種別に応じた指導要綱にそって受け入れることが明示されている。体調不良時の対応も明記され、利用者への影響を考慮して発熱や下痢症状、感染症の場合の対応など自己判断することのないよう、丁寧な説明がされている。実習指導者講習修了者はいない。実習受け入れについては、パンフレットやホームページに人材育成のため積極的に受け入れることを明記している。</p>
	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>	<p>デイサービス会議、衛生委員会など安全確保に向けた組織的な取り組みが行われ、事故発生に対する対応マニュアルも整備されている。防災訓練は、消防団・近隣3町会の協力を得て年2回（昼・夜想定）行われ、一斉連絡配信システム利用の緊急連絡網による訓練も年1回行い、自動通報装置・スプリンクラー・食糧の備蓄など災害への備えは整っている。</p> <p>利用者は昼間想定の訓練に参加しているが、訓練当日の利用者のみである。災害時には利用者の理解や協力が無いと混乱するので、全利用者に災害時対応の具体的な行動の説明が必要と思われる。</p> <p>土砂災害の危険地域になっているので、今後の訓練のあり方の検討を行っている。</p> <p>事故やヒヤリハット報告、新聞記事等により各種の事例を収集し、各係会や事故防止係で評価分析し、リスク軽減のための取組をしている。機械浴・リフト・車椅子・送迎車などの点検は毎日、日誌にチェックし安全への万全な体制を整えている。</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)
	3	(1)	<p>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。</p> <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。</p>	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している。</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>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>	
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>	<p>地域との交流についての基本姿勢は理念や基本方針に明文化され、積極的な情報交換や連携の強化に努めている。職場体験の中学生、実習生の高校や大学生、喫茶や楽器演奏、踊りのボランティア団体との交流、併設施設行事のうつくし祭りの参加、地域の社会資源活用としてのバスハイクなど地域と共にある活動を行っている。介護者教室の開催、広報誌の福祉ひろばや農協・地域への配布、町会との災害協定による避難場所や備蓄品の活用など施設機能の地域への還元も行っている。</p> <p>ボランティア受け入れに関してはマニュアルも整備され、パンフレットやホームページでも受け入れへの姿勢を明示し、守秘義務や体調不良時の対応、利用者との接し方について丁寧な説明が行われている。広報誌へのボランティア活動の紹介があり活動の支援も行っている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	4	(1)	<p>事業所が有する機能を地域に還元している。</p>	a)	<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る。</p>	
			<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</p>	a)	<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。	利用者にとって必要な社会資源のリストがあり、部署に設置して情報の共有化を図っている。ボランティア団体との意見交換会やサービス担当者会議、町会等との連携により具体的な福祉ニーズを把握すると共に居宅介護支援事業所や包括支援センターと連携しながら問題解決に取り組んでいる。成年後見人制度の利用者はいないが、相談に応じる体制は整っている。	
			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。 地域に適切な関係機関・団体があるので非該当とした。				
			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。		福祉ひろば運営推進会議、町会の会、サービス担当者会議、ボランティア団体との会議などを通じて具体的な福祉ニーズの把握に努めている。各種の情報は居宅介護支援事業所や包括支援センターにつなげ、併設施設行事のうつくし祭りでの介護相談事業への協力・支援や事業所の単独事業としての介護者教室開催にも取り組んでいる。
		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)	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。							

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。	利用者尊重の姿勢は理念に明文化され、身体拘束や虐待、個人情報の保護、接遇などの研修が行われ、デイサービス会議で周知徹底が行われ、利用者の価値観や生活習慣を尊重したサービス提供を心掛けている。プライバシー保護のマニュアルが整備されており、入浴や排泄等の介護サービス提供の場で実践されている。
			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な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。			
			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。			
			(2) 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。	
			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。	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)	<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>	<p>利用者からの意見や苦情については相談要望意見苦情に関するマニュアルに基づき「苦情・要望・意見等受け付け書」により申し出る体制になっており、科内会議で検証し、改善対応への研修会を実施すると共に、経過や改善状況を広報誌に公表し、透明性のある事業運営を行い、利用者や家族、地域からの安心や信頼感を得ている。 重要事項説明書やポスターに苦情等の申し出に関する内容を明文化し、丁寧に説明すると共に掲示し、相談し易い場所として2か所の相談室を準備している。</p>
			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>	
			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>	

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。	介護サービス自己評価、個別の力量評価表、デイサービス全体の目標管理シートにより提供するサービス内容や達成状況を分析・評価し、事業所内会議で検討し、改善に向けて取り組んでいる。 目標管理シートは事業所の目標を決めて、その目標達成のための具体策を設定して、活動経過や実施状況を毎月把握し、課題や改善策を明確にする取り組みである。質の向上に向けた体制が整備され機能している。	
					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。		
			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。		各種のマニュアルが整備され、いつでも閲覧できるようにステーション内に設置してある。デイサービス会議で情報の共有化を図り、定期的なマニュアルの見直しを行い、常に現状との整合性を保ち、職員のサービスの質に対する意識を高めるよう取り組んでいる。 力量評価表に基づき、職員一人ひとりの提供するサービスが標準的な実施方法に沿っているかの確認をしながら、利用者の心身の状況に応じた個別対応も出来るような配慮もしている。
					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。		
			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		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。	デイサービス利用記録用紙があり、看護の記録、利用者や家族のつぶやきも記録されておりモニタリングへのつながりも良く、職員の情報の共有化とサービス提供による利用者の状況が具体的な記録となっている。記録の管理者が決められ、文書記録管理規程や契約書により保存・廃棄等も明確になっている。情報開示や個人情報保護についても契約書に明示し、適切な記録管理が行われている。
			利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	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。	
					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。	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。	利用者がサービスの内容等の情報を入力し、より良い選択をすることが出来るよう、公共機関へのパンフレットや広報誌の配布、ホームページの作成と更新、見学や相談等への対応の明記などを行い、利用者視点に立った情報提供を行っている。 重要事項説明書は、文字の濃淡、囲み、別紙による利用料の表示、キャンセルの規定等利用者等に関心の深い内容を具体的に、わかり易く明記している。
					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。	
			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、利用者説明している。	
					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。	
		(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	a)	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。	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。	移行にあたっては事業所独自の対応は出来ないため、介護支援専門員からの依頼に基づき、サービスの継続性を損なわないために終了時引継書が準備されているが、具体的な活用事例はない。
					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。	関係機関やサービス担当者会議等の情報も考慮して、デイサービス独自の「利用者事前状況」によりアセスメントが行われ、課題や援助、利用者や家族の思いや意向が把握されている。アセスメントは介護支援専門員との連動により6か月毎の見直しを行っている。
					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。	計画策定責任者が決められており、介護支援専門員主催によるサービス担当者会議は多くは自宅で開催され、利用者や家族の出席の下、関係する事業所、福祉用具業者が参加している。サービス提供記録も適切に行われ、モニタリング・評価・見直しに繋がっている。サービス提供時の課題や心身の状況変化に伴う計画の変更等については、デイサービス会議で検討し介護支援専門員に連絡・調整すると共に実績報告書には計画に対する提案等をコメントとして明記している。	
				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。		
				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。		
a)	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。					