

## 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：ゆめの里和田デイサービスセンター

○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・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。	b)	■	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。	○法人の理念及び基本方針は玄関、ホールに掲示されている。職員は、理念が記載された携帯用のカードを身近に所有している。また、毎年11月開催の職員大会時に理念の理解と具現化していく意識の高揚が図られている。第4次中期計画及びホームページに明記されていて、職員、利用者、地域などへの周知を図っている。 ○理念や方針の具体化に向けて、基本方針・具体策を明確化している。全職員が職員会議に読み合わせ、説明を行うなど事業計画作成のための基本的な考え方として定着している。年2回、管理者と職員との個人面談時に理念の共有を図り、実践に繋げている。 ○家族に対しては、利用の契約時や利用者との面談時などにパンフレットや広報誌を活用し説明している。
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					□	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。	
					■	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。	

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 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。	○管理者は企画会議に出席し、在宅系利用者及び家族ニーズの把握、地域ケア会議等からの情報収集などを行っている。また、地域の福祉ニーズと生活課題及び保険者である松本市の介護保険事業計画・高齢者福祉計画に対応した、新たな事業の展開などについて、法人や事業所による適切かつ円滑な運営等の内容を協議・分析している。 ○毎月の職員会議では、管理者より企画会議の内容報告と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る。 ○利用者の担当介護支援専門相談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る。また、公民館で開催している出張デイサービスを通して地域の方々から意見を聞く機会がある。		
					■	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、潜在の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。			
				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。			
			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 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。	a)	■	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。	○3年度単位で中期計画が作成されている。法人の経営理念のもと事業所の目指す「私たちの描く未来像～中期計画ビジョン～」が具体的に策定されている。職員一人ひとりが中期計画に対して評価、改善に向けた意見などが提案できる仕組みがある。 ○第4次中期計画（平成28～30年度）の最終年度を迎え、経営企画室会議及び企画会議で実績状況把握し評価を行い、第5次中期計画への取組を進めている。必要に応じて期間中の見直しが行われている。	
	■							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

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	(1)	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。	a)	■ 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。	○法人の理念、基本方針及び中期計画にもとづいて事業所単年度の基本方針・具体策を掲げている。職員一人ひとりが中期計画に対しての実施状況の把握、評価を行い、職員全員が参加して事業計画を策定している。	
					■ 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。		
					■ 21	単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。		
					■ 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。		
		(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。	a)	■ 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。		○個々の職員の中期計画に対する評価を基本としての意見を集約して策定している。職員会議で説明、周知して事業計画は全職員に配布されている。 ○2月開催の法人理事会へ事業計画を提出するよう作成の日程調整が理解されている。
					■ 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。		
					■ 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。		
					■ 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。		
					■ 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。		
		(2) 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b)	■ 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。		○毎月発行の広報誌「ゆめだより」で言語聴覚士の採用など、提供しているサービスや運営内容を報告している。 ○今後、利用者には、事業計画の主な内容をわかりやすい資料を作成して利用者の状況に合わせた周知への工夫の取組を期待する。また、今年度より始めた家族行事「家族参観」を活用して周知していきたいことを伺った。
					□ 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。		
					■ 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。		
	□ 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。				

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	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行われ、機能している。	a)	■ 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。	○毎月開催する職員会議で日々の利用者への支援に対して内容を検討して、改善にあたっている。また、利用者支援のための具体的な事業計画の達成のための目標管理（「私の仕事プラン」）システムを導入して事業全体で良質なサービス提供を図っている。 ○法人による内部監査を受けて、利用者により質の高いサービスを効果的・効率的に提供することで満足度を高め、地域社会に貢献できるよう組織的な取組が実施されている。 ○平成24年2月に第三者評価を受審し、今後も計画的な受審を予定している。	
				■ 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。			
				■ 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。			
				■ 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。			
			② 評価結果にもとづき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。	a)	■ 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。		○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っている。評価結果から単年度及び中期計画にその目標を反映している。 ○法人の内部監査による職員配置や予算、関係帳票類など明確になった改善の課題について、職員会議で内容を検討して改善にあたっている。
				■ 37	職員間で課題の共有化が図られている。			
				■ 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。			
				■ 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。			
				■ 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。			
II 組織の運営管理	1 管理者の責任とリーダー	(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。	b)	■ 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。	○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る。法人内の衛生委員会やリスク管理の会議でも管理者の役割と責任について表明されている。 ○管理者が不在時には、相談員が役割を担うことになっているが、権限委任などを含め明確化されることを期待したい。	
				■ 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。			
				■ 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。			
				□ 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。			

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	1	(1)	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)	■ 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。	○管理者は、各種会議や研修会に参加し、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る。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る。 ○法人本部より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回覧文章があり、事業所全体での周知、徹底が図られている。	
				■ 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。			
				■ 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。			
				■ 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。			
		(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)	■ 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。		○管理者が中心となり介護サービスの質の向上に向けた研修を職員会議にて実施すると共に、事業所の各係担当による課題に向けた改善に向けた取組が行われている。 ○毎月、地元地区より選出された住民で構成された第三者委員による施設訪問があり、結果をふまえて利用者のサービス向上に反映している。
				■ 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。			
				■ 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。			
				■ 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。			
	(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。	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)	■ 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。	○経営状況や稼働率、介護報酬収支等の月次管理されて、毎月の実績検討やコスト削減のための分析が行われている。さらに、企画会議ではデイサービスセンターも含めた法人全体のコスト分析が行われている。 ○法人内の経営本部と常に検証を行い、効果的な業務の実現に向けた連携が図られている。また、経営改善の改善課題は、職員会議で検討を行い、全体で考える取組をしている。		
			■ 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。				
			■ 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。				
			■ 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。				

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 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)	■	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。	○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方は中期計画に明記されている。質の高いサービス提供するための職場環境の整備、人材確保・育成に努める方針を掲げている。 ○新人職員に対して担当が最後まで責任をもって育成に取り組んでいる。	
				■	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。			
				■	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。			
				■	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。			
			② 総合的な人事管理が行われている。	a)	■	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。		○法人全体で総合的な人事管理がなされ人数配置など、働く環境には配慮されている。人事基準に関して担当する部署も設置されていて、職員への説明など周知が図られている。 ○職員に対して職務等級別職務基準表を採用して、基準達成状況の把握をしている。職員の意向や要望を把握し、自ら将来の姿を描くことができるような人事管理の取組が行われている。
				■	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。			
				■	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。			
				■	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。			
				■	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。			
				■	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。			

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) 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組んでいる。	a)	■ 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。	○相談窓口が設置されて、解決を図る体制が整備されている。さらに、法人内に教育指導人材確保統括が配置されて、組織的なサポート体制が整っている。 ○職員の心の健康づくり及び活気のある職場づくりの取組として全職員対象にストレスチェックを実施し、ストレスについての認識を深めることができた。 ○機能訓練指導員による腰痛予防研修会を実施して腰痛予防への意識を高めることができた。職員交流として職員スポーツ交流会や職員サークル活動支援などを行い、部署間の職員交流や親睦を深める機会を設けている。
				■ 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。		
				■ 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。		
				■ 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。		
				■ 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。		
				■ 73	ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。		
				■ 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。		
				■ 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。		
	(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)	■ 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。	○目標管理（「私の仕事プラン」）の仕組みがあり、事業計画の達成するための自分の目標設定を明確にしている。また、管理者は、年間定期的な個人面談を通じて、職員が法人理念や事業計画をよく理解して目標達成できるように支援する仕組みがある。 ○法人本部では、経営理念の理解と各自の働く意欲と能力を高め、働き続けることができる職場環境を作るための人事関係制度の検討・再整備を図っている。	
			■ 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。			
			■ 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。			
			■ 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。			
			■ 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。			

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	(3)	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。	a)	■	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。	○第4次中・期計画の法人基本目標及び実施方策具体策として職務基準等級制度、目標管理制度など人事諸制度に関して、及び、職員教育体系にもとづく個別研修計画の策定など人材育成システムについての取組が明記されている。 ○職務等級別職務基準表を用いて人事評価が導入されて、利用者サービス向上の土台をつくるための能力・実績にもとづく人事管理が実施されている。 ○年度当初に研修計画を含めて自己啓発目標を作成されている。また、研修への参加記録等が整備されている。	
					■	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。		
					■	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。		
					■	84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。		
					■	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。		
			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)	■	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。		○管理者との面談時に研修に関する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る。 ○新人職員に対して、担当が最後まで責任をもって育成に取り組んでいる。 ○職員会議で管理者が中心となり計画的に介護サービスの質の向上に向けた内部研修に取り組んでいる。
					■	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。		
					■	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。		
					■	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。		
					■	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。		

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。	a)	■	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。	○実習生等の受け入れマニュアルが整備されている。 ○介護福祉士、職場体験学習などを受け入れるなど、受け入れ先の指導者研修にも参加するなど、連携を密にして実習が進められている。
				■	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。		
				■	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。		
				■	94 指導者に対する研修を実施している。		
				■	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。		
	3 運営の 透明性の 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。	b)	■	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。	○財務諸表等を財務諸表等電子開示システムにより所轄庁へ届け出し、長野県・厚生労働省へ提出するとともに、公開用データとして公開されている。 ○法人ホームページ及び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る。今後は、苦情・相談などの内容や対応の状況などについての公表も望みたい。
					■	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。	
					□	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。	
					■	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	
					■	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。	

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 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。	b)	■ 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。	○法人運営の健全化の強化策として、監事による期中監査に取り組んでいる。リスク管理室を設置し、監事監査の補助及び事故・苦情などの分析や再発防止に向けた取組により品質向上対策が進められている。今後は、外部監査を実施されることを期待したい。 ○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る。	
					■ 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。		
					■ 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。		
					■ 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。		
					□ 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。		
					□ 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。		
	4 地域との交流、 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)	■ 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。	○法人として発足以来、取り組んできた「地域」との関係性強化を最重点に位置付けて取り組み、理念の実践に繋げている。中期計画及び単年度事業計画においても地域との積極的な関わりを明記されている。出張デイサービス、健康教室など地域における公益的な取組を積極的に展開している。地域との繋がり「見える化」に取り組んでいる。 ○地元地域の回覧板に広報誌「ゆめだより」を入れて、地域住民に施設の活動などを知らせる機会がある。事業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。 ○地元地区の文化祭へ利用者の作品を出展し、見学に訪れる機会を設けている。また、個々の利用者の生活状況に応じて職員による買い物支援を行うなど利用者の満足度は高い。
						■ 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。	
						■ 109	利用者の個別的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。	
						■ 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。	
						■ 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。	

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)	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。	a)	■ 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。	○ボランティアの受け入れマニュアルが作成され、受け入れ状況が記録されている。地元地区の方々が定期的に利用者と共にレクリエーション活動の支援やみそ汁づくりのお手伝いなど日常的な交流が盛んに実施されている。 ○そば打ち、ハーモニカ、文化筆など多岐にわたるボランティアの受け入れも多く、ボランティアとの意見交換も行われている。また、地元小・中学校からの生徒の受け入れも多い。
					■ 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。	
					■ 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。	
					■ 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。	
					■ 116	学校教育への協力を行っている。	
	(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)	■ 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。	○利用者担当の介護支援専門相談員が開催す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、地域の関係機関と情報交換するなど連携を取っている。 ○出張デイサービス、健康教室など地域における公益的な取組を展開して、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る。また、夏に併設の特別養護老人ホームと合同で開催している「ゆめの里和田ゆめまつり」には、多くの地域の方が参加して交流を図り、安心して頼れる事業所づくりを目指している。 ○ボランティアの受け入れや地域の介護養成機関・職場体験などの学習する場を提供するなど積極的な事業展開を図っている。	
				■ 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。		
				■ 119	関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。		
				■ 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。		
				■ 121	地域に適切な関係機関・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。		

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	(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)	■	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。	○施設の地域交流スペースを活用して喫茶店、居酒屋、子ども（乳幼児）対象の活動の場を提供している。歌を歌うなど様々な活動を行っている。利用者も一緒に参加している。 ○出張デイサービス、健康教室など地域における公益的な取組を展開して、社会的孤立解消やデイサービス活動の周知に努めている。 ○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する福祉避難場所を開設している。
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	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)	■	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。	○理念の実現に向けて組織、事業組織全般に関する事項を協議している企画会議の内容を職員が理解している。 ○出張デイサービス、健康教室など地域に出向くことで情報共有や交流を行っている。地域ケア会議に参加して、地域課題など福祉ニーズの把握を図っている。 ○J A松本ハイランドと連携協力して、デイサービスセンター所有の車両及び運転手を派遣して買い物支援を実施している。
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	133	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。	

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 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。	b)	■	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。	○理念が記載された携帯用のカードを全職員に配布して職員は所有している。玄関、ホール等に理念の掲示があり、確認できる状況にある。利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する基本姿勢は、法人・経営理念、基本方針にあり、各種マニュアルに反映されている。 ○基本的人権、利用者尊重に関する職員への周知に向けた研修会を計画している。 ○利用者の尊重、基本的人権への配慮について職員会議等で把握に努めている。さらに理念や基本方針の周知状況も合わせて確認し、継続的な取組が期待される。				
					■	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。					
					■	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。					
					□	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。					
					□	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。					
				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)	■		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。			
					■	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。					
					■	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。					
					■	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。					
					■	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。					
					■	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。					
					■	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。					
											○プライバシー保護について各種マニュアルに記載し、カーテンやパーテーションの利用などの工夫、会話方法など意識的にプライバシー保護に努め、配慮した取組をしている。 ○利用者や家族にプライバシー保護、権利擁護について利用開始時に説明をして同意書で確認をしている。不適切な事案が生じた場合は、第三者委員会の設置や職員就業規則に明示されている。玄関に個人情報保護に関する基本方針、利用目的を掲示している。

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)				
Ⅲ	1	(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)	■	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。	○事業所のサービス内容は、ホームページで確認することができる。パンフレットは、地区文化祭、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所に配布している。 ○パンフレットは、カラー写真や図を入れ、読みやすい文字にしてサービス内容を整理して分かりやすく編集している。事業内容が変更された場合は、パンフレットの内容を見直して編集している。 ○利用希望者には、パンフレット等で説明を行い、食事、入浴、レクリエーションなど午前中の体験ができる。		
				■	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。				
				■	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。				
				■	148	見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。				
				■	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。				
			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。	a)	■	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。		○通所介護サービス利用開始時の説明は、重要事項説明書、契約書の内容を分かりやすく説明をして家族・利用者の気持ちを尊重して同意を得ている。通所介護サービス内容の変更した場合も説明をして同意書にて確認をしている。 ○一人暮らしや意思決定が困難な方への対応は、介護支援専門員、身内の方などの同席を依頼して適切な説明、運用が図られている。	
				■	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。				
				■	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。				
				■	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。				
				■	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。				
			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。	a)	■	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。			○通所介護サービス利用の変更にあたり、新しくサービスを利用される機関、介護支援専門員からの問い合わせに対して管理者・相談員は、利用者に不利が生じないよう事業所でのサービス状況の情報提供を行っている。 ○サービス利用終了後も相談できる窓口を紹介している。
				■	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。				
				■	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。				
				■	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。				

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。	a)	■	159 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。	○食事、レクリエーションなど通所介護サービスに関してその都度、利用者から感想を聞き取っている。家族参観を実施して、利用中の様子を把握する機会を作り、家族から個別に感想を聞く時間を作っている。 ○利用者・家族からのニーズや要望は、職員会議で検討して、必要に応じて食事内容など通所介護サービスの改善を図っている。
					■	160 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足度を把握する目的で定期的に行われている。	
					■	161 職員等が、利用者満足度を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
	■	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。					
	□	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。					
	■	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。					
	■	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。					
	■	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。					
			(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。	b)	■	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。

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	(4)	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。	a)	■ 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。	○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選ぶことを利用開始時に利用者や家族に説明している。 ○利用者から相談を受けた際は、コーナーを設けて相談スペースの確保をして、個別に対応して、尊厳が守られるよう配慮して話しやすい環境を作っている。	
					■ 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。		
					■ 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。		
			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。	a)	■ 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。		○利用者や家族からの相談意見に対する対応・手順を定めたマニュアルの整備、意見箱の設置、アンケートの実施など具体的に進めている。 ○日常的に職員は、支援中や送迎時に利用者からの会話の中から意見・要望を傾聴し、職員会議で検討して、送迎、食事などのサービスの向上に反映している。 ○出された意見・要望などの内容により速やかな対応ができない場合は、事情を説明をして理解を得ている。
					■ 175	対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。		
					■ 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。		
			■ 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。				
			■ 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。				
			■ 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。				

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	(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。	b)	■	180 リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネージャーの選任・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。	○事故発生時のマニュアル整備がされている。ヒヤリ・ハットの内容も含めて事故報告書にて報告されている。管理者は衛生委員会に出席して関係する事故報告は衛生委員会で検討している。職員会議では、事故の再発防止に向けて発生要因を分析して検討している。リスクマネジメント体制をさらに整備して、職員に対する安全確保・事故防止に関する研修の実施、事故防止対策などの安全確保策の実施状況や実行性についてに評価・見直しを行う取組が期待される。		
					■	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。			
					■	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。			
					■	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。			
					□	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。			
					■	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。			
					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)	■	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。	○感染症の予防と発生時の対応マニュアルを作成している。衛生委員会は必要に応じてマニュアルの見直し、感染症の流行時期に備え、職員研修を行い周知を図っている。 ○洗面台に指手消毒液、石鹸、うがい液、紙コップ、マスクが用意され、利用者、来訪者に対して洗い、うがい、マスクの着用を促し、感染症の予防をしている。 ○感染症の流行期には、事前に利用者家族に対して分かりやすく便りに掲載して予防方法などを知らせている。
							■	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。	
							■	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。	
							■	189 感染症の予防策が適切に講じられている。	
							■	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。	
■	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	1	(5)	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)	■ 192	災害時の対応体制が決められている。	○火災、地震、停電時に対する対応体制の整備がされている。風水害、大雪等に関しては対応体制は未整備であるが、以前の経験を活かして季節毎に準備している。利用者、職員の安否確認は、電話連絡をするよう徹底している。あらゆる災害を想定しての対応策、連絡体制の整備が望まれる。 ○防災委員会が開かれ、日中・夜間想定避難訓練を年2回実施している。避難訓練は、地区消防団、地区住民が参加して併設事業所と合同で実施している。地域の方には車いす操作方法の講習も合わせて行い、避難所用の段ボール製のトイレ、ベッド、椅子等の利用体験している。 ○食料の備蓄品は厨房に用意している。地域の福祉避難所に指定されているので、関係者で食料以外の備蓄品の検討をし、リスト化、備蓄品の定期的な点検・評価・見直しが見られる。	
					■ 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。		
					■ 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。		
					■ 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。		
					■ 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。		
	2 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。	a)	■ 197	標準的な実施方法が適切に文書化されている。	○標準的な実施方法は、利用者の尊厳、プライバシーに配慮した内容が文書化され、職員がいつでも確認できるようデイサービスセンター事務室に置いている。新入職員には管理者が説明を行っている。 ○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の確認は、職員会議の中でやっている。
						■ 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。	
						■ 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。	
						■ 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。	
						■ 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。	
					■ 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。		
					■ 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。		
					■ 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。		
		(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)	■ 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。	○福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しは、毎年、事業計画作成時に行われている。 ○食事、排せつ、入浴支援等の標準的な実施方法は、通所介護計画書作成・見直し時のカンファレンスの中で見直しが生じた場合は、職員会議で検討して反映させている。	

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	(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)	■	205 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。	○通所介護計画は管理者が責任者となり、利用者の担当者が居宅介護支援事業所の介護支援専門員や家族、利用者、関係職種からの情報にもとづいて、アセスメント手法に従い、アセスメントを実施している。 ○通所介護計画書は、看護師、機能訓練士などの関係職員が参加して協議し、利用者・家族の意向を反映させて作成をしている。実施状況を「デイサービスセンター利用記録表」に記録している。 ○支援困難ケースに関しては、介護支援専門員、家族と連携を図り必要な福祉サービスの提供が行われるよう支援している。	
				■	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。			
				■	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。			
				■	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。			
				■	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。			
				■	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。			
				■	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。			
			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。	a)	■	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。		○通所介護計画の見直しは6ヵ月毎に実施している。利用者担当職員は、実施状況を評価、アセスメントをして、利用者・家族の意見を反映して関係職員で検討会議を行っている。見直しされた通所介護計画書は利用者・家族の同意を得ている。 ○通所介護計画内容を心身の状況等により変更する場合は、介護支援専門員と連携して利用者・家族の同意を得て内容の変更をしている。
				■	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。			
				■	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。			
				■	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。			

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) 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)	■ 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。	○利用者の心身の状況や生活状態を統一した書式に記録して把握をしている。通所介護計画にもとづいたサービスを記録している。 ○記録に差異が生じないよう管理者、生活相談員が記録の確認を定期的に行い、指導・助言を行っている。 ○連絡ノートの活用、毎日の朝礼、毎月の職員会議で利用者の支援内容や情報を共有している。パソコンのネットワークシステムの利用、回覧等で、事業所内の情報の共有を図っている。	
					■ 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。		
					■ 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。		
					■ 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。		
					■ 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。		
					■ 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。		
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	■ 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。		○個人情報保護規定により、利用者の記録の保管・保存・情報提供に関する規定が定められ、規定の見直しを行っている。 ○個人情報の不適切な利用、漏えい等に関する規定は就業規則・秘密保持義務に定められてる。 ○個人情報保護に関する職員研修が予定されている。職員は規程を理解して、パソコンのセキュリティ管理、個人情報が入った関係書類の取り扱い等、個人情報保護規定を遵守して対応している。 ○個人情報の扱いに関して利用者・家族に利用契約時に説明して書面にて承諾を得ている。
					■ 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。		
					■ 224	記録管理の責任者が設置されている。		
					■ 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。		
					■ 226	職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。		
					■ 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。		