



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 <sup>2</sup>	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 9 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・法人本部として上田市を中心とした長野県中部以北の社会福祉全般の動向を把握している。当事業所のある同じ建物内には居宅介護支援事業所があり、職員が地域ケア会議等に参加し市との関係を適切に維持し、また、地域ニーズも数値等での確に把握している。収集した情報等は事業所としての事業計画の「実行計画」に沿い「目標値」として具体的に盛り込まれており、利用者の推移、利用率等の分析も実施している。</p>
			② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・法人の単年度の事業計画に基づいて当事業所としての事業計画と収支予算が組まれており事業計画の「財務の視点」の中でも「毎月の目標値を達成」「経費削減」とし、その結果も「事業報告書」の「実績・結果・評価」欄に記載し、事業所の現状を正しく理解してもらうため職員にも会議で説明をし運営の改善に役立っている。職員体制、人材育成という面でもキャリアパス制度等が導入されており、その一環の「個人気づき報告シート」で改善項目を挙げることができ、職員も事業所の課題解決に具体的に取り組んでいる。</p>
	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</li> </ul>	<p>・事業所の属する上田東地区のブロックとしての短・中期計画があり、現状を把握した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。長野県の高齢者プランや法人としてのサービス提供地域の福祉計画なども踏まえ、法人本部として実施する福祉サービスの内容、組織体制や施設の整備、職員体制、人材育成等の課題や問題点を毎年度分析しており、短・中期計画の見直しも行われている。法人内のデイサービスセンター17事業所で部会を設けており、各デイサービスセンター共通の目標も定め、当事業所の単年度事業計画の中でも重点実施項目について具体的な「目標値」、「スケジュール(最終期日)」などが明記されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	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。	・短・中期計画を基にした単年度の事業所別事業計画書と収支予算書が策定されている。事業計画は「地域貢献の視点」、「財務の視点」、「利用者の視点」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)」などが具体的に立てられ、実行可能なものとなっている。期末には事業活動計画に対する振り返りとして事業報告書が作成され、「実行計画」や「目標値」についての「実績・結果・評価」が数値として客観的に示され、「改善策」として次年度に繋がられている。		
		■ 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。	・事業計画や収支状況を半期ごとに振り返り、評価や見直しをしている。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」も作成されており次年度のみならず短・中期計画にも繋がられている。各職員は事業所の職員会議だけでなく、法人ブロック内の委員会に委員として参画しており、日ごろから意見や提案を具申できるようになっており、計画の策定段階でも意見具申ができるようになっている。別に、人事考課制度の中に組み込まれた「個人気付き報告シート」で改善項目を挙げることができ、職員も法人やブロック、事業所の課題解決に具体的に取り組めるようになっている。
		■ 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。	
		(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。	・登録者数も日々の利用者数も多く、通所介護という特性上各曜日で利用者が変わっており、本人や家族が一堂に会することは難しく、法人の広報誌、事業所の通信「うえだデイ新聞」や法人の上田東地区ブロック通信「ふれあい」、法人ホームページ等に具体的な活動内容として掲載・配布している。法人のホームページにはブログのコーナーが設けられているが、当事業所としてのブログの掲載は少なく、今後、可能であれば利用者に関わる多彩な活動内容が遠方の家族等に更に関覧していただけるよう工夫されていくことが期待される。	
		□ 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。	b	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	・当事業所としての第三者評価の受審については今回が初めてである。職員個々の自己評価シートがあり、その着眼点の「成果」「勤務態度」「能力」等について振り返りを行っている。サービスの質の向上についてもサービス向上委員会が設けられ組織的な取り組みが行われており、組織として評価結果等を分析・検討する体制も整備されている。  (注)PDCAとはP(Plan・計画策定)・D(Do・実行)・C(Check)・A(Act・見直し)の略
			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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 37 職員間で課題の共有化が図られている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・前項同様、当事業所として第三者評価の受審は初めてではあるが、サービス評価についてはサービス向上委員会を設け事業所組織全体として取り組んでいる。事業所の事業計画の「利用者の視点」にも「CS向上事業」や「CS調査の実施」として掲げ、職員個々の自己評価シート等の結果を分析し、単年度では解決できないものについては計画の見直しあるいは計画の変更等を行い、前向きに取り組んでいる。改善課題についても人事考課制度の中に組み込まれた「個人気づき報告シート」で項目を挙げることができ、職員も法人やブロック、事業所の課題解決に向けて具体的に参画できるようになっている。  (注)CSとは顧客満足度を意味する「Customer Satisfaction」を略した言葉
II 組織の運営管理	1 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。	a	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・法人の職務権限表や事業所の運営規定に管理者の役割と責務が明確に示されており、また、法人として職員の経験や職位などに合わせた「人事評価制度研修キャリアパス」が定められ到達レベルも明示されている。利用者・家族や居宅介護支援事業所へ向けた法人の上田東地区ブロック通信「ふれあい」や事業所の通信「うえだデイ新聞」にも管理者自らの仕事に対する姿勢や考えなどが掲載されている。有事に備えた自衛消防活動対策マニュアルや緊急時の連絡網でも責任者としての立場を明確にしている。
			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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・地域別ブロックの各施設・事業所からの職員で構成される研修委員会が主催する法令順守に関わる「高齢者虐待防止」、「身体拘束について」などの法定研修が毎年度、日程を分散し誰もが受講できるように開催されており、管理者も含む職員は必ず受講している。単年度の事業計画の「方針・目標」として「関係法令を遵守した事業運営」が挙げられており、事業所の会議等で折にふれ事例等も含めた話し合いが行われ意思統一している。

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	1	(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。	<p>・毎月の事業所の会議や法人のデイサービス部会などで管理者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。事業計画の「利用者の視点」として「CS向上事業」・「CS調査の実施」として掲げ、管理者はサービスの質の向上のために利用者や職員の声に耳を傾け、日々、改善すべき課題の共有化にも努めている。事業所としての「介護事故防止のための『気づきとヒヤリハット報告書』」、「介護事故報告書」、「相談・苦情記録」などを整備し、事業所の運営に活かし顧客満足に繋げている。また、ブロックのサービス向上委員会に参画している当事業所内の委員と協働しサービスの向上に努めている。</p>	
			■ 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。
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。	<p>・運営や業務の効率化に向け管理者が中心となり全職員で取り組んでいる。前年度の事業報告書や事業活動収支計算書を基に検証し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ている。事業所の定例会議で意思統一を図っているほか、各職員が保持する「職員ノート」にも事業所の「事業計画」が綴られ、また、職員は各地域別のブロックごとに組織された各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の意識を高め取り組んでいる。</p>				
■ 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。
■ 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。	a		■ 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。		<p>・法人全体として入職時から管理職までの階層別キャリア形成のプランが策定されている。法人として「人事評価制度研修キャリアパス」が定められており、基礎研修Iから始まるキャリアアップを目指すための研修が職位や習熟度に合わせ設けられている。介護福祉士やケアマネジャーなど、資格取得のための法人としてのバックアップ体制も整えられている。</p>
■ 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。			
■ 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	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。	<p>・法人全体として入職時から管理職までの階層別キャリア形成のプランが策定されている。法人として「人事評価制度研修キャリアパス」が定められており、基礎研修Iから始まるキャリアアップを目指すための研修が職位や習熟度に合わせ設けられている。介護福祉士やケアマネジャーなど、資格取得のための法人としてのバックアップ体制も整えられている。</p>	
			■ 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。
■ 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。					

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	(1)	② 総合的な人事管理が行われている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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ます。</li> </ul>	<p>・法人として「人事評価制度研修キャリアパス」が定められている。それにより目指す到達レベルも分かり易くなっており、職員それぞれの経験や習熟度に合わせた「職員像」が示されている。毎年度、人事制度実施予定表に沿い、行動評価他の評価項目についても職員への周知が図られている。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、基本的にその都度管理者との面談を行っている。</p>
		(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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・法人本部総務部が職員の人事管理を主管している。勤怠データについてはブロックの統括施設長が集計・分析し、改善へと繋げている。毎年度、人事制度実施予定表に沿い、職員はそれぞれの上司と定期的に面談を行っている。労働衛生法上のメンタルヘルスチェックについても実施されており、毎月1回、法人の産業医が各施設や事業所を巡回しており、職員が直接相談したりカウンセリングを受けることができる。法人として仕事と生活の両立に向け、子育て支援制度や育児・介護休業等に関する規程なども整備し、実施している。福利厚生の一環として時期や場所などを別々に設定した職員旅行があり、職員一人ひとり選択できるようになっている。そのほか、法人としてクラブ活動を推奨したりブロック別のスポーツ大会なども実施し、ワーク・ライフ・バランスにも配慮がされている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
II	2	(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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・法人として「人事評価制度研修キャリアパス」が定められており、職員それぞれの経験や習熟度に合わせた「職員像」が示されている。年度の「人事制度予定表」に沿い、職員は資格面での「仕事調べ」・「目標管理シート」、行動面での「自己評価シート」・「必要ツール(職員研修受講記録・個人気づき改善報告書)」・行動評価表を作成し上司との面談で進捗状況を確認し合っている。目標設定については「仕事調べ」等を基に職員自ら設定しており、自主性も重んじられている。</p>	
			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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・法人の教育研修担当部署と連携しブロック別の研修委員会にて「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「基礎研修Ⅰ」から始まり研修受講要件もあり実務経験や習熟度により段階的に受講できるようになっている。「高齢者虐待防止」「身体拘束について」「感染予防」などの法定必須研修も含め、法人の多施設を1ブロックとし地域毎に開催するため、参加者の都合に配慮し同一研修が複数回開催されている。職員ノートには各職員が受講した法人内外の研修が「研修受講記録」として残されるようになっている。研修の結果は研修委員会で分析され、次の研修計画にも反映されている。パート職員に向けてほぼ2ヶ月に1回、勤務時間内に法定必須研修が組まれている。</p>
			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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 94 指導者に対する研修を実施している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	・法人本部が実習生の受入と導入教育を一括管理している。当事業所としても生活相談員を受け入れの担当者としており、実習生の受け入れマニュアルもあり、実習指導者としての研修も行われている。介護福祉士、介護職員初任者研修など社会福祉に関する資格を目指す短大生・専門学校生・高校生等の研修の受入を行っている。
	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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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ている。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	・法人としてのホームページがあり法人の理念や運営方針、当事業所や法人内の各事業所の概要等を知ることができ、過去、4年間の計算書類、現況報告等も見ることができる。また、独立行政法人福祉医療機構のWAM NET（福祉と医療を支援する総合情報提供サイト）で当法人に関する現況報告書等（現況報告書、計算書類）の情報が公開されており閲覧が可能となっている。法人の広報誌「敬老園だより」が発行されており法人各施設や事業所の利用者・家族などに配布されている。また、上田東ブロック全体としての「ふれあい」が年2回発行され、更に、事業所としての「うえだデイ新聞」も月1回発行されており、利用者・家族、地域の居宅介護支援事業所等に配布され、事業内容や活動報告などを知らせている。
			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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	・事務処理の規程、経理規程などの法人としての各種規程があり、必要に応じて社会保険労務士などの外部の専門家に相談し、助言を受けることができる。また、法人として外部の会計監査機関による監査を毎年度受けており、財務諸表が適正であるかどうかの評価も受け、法人運営の透明性を図っている。更に、監事による監査も実施され、法人理念に盛り込まれた「公平公正な施設運営を旨とする」に沿い、健全経営を目指している。



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 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。	・法人の理念の前文に「地域に根ざした社会福祉法人として、三つの理念を掲げ、役職員が一丸となり社会貢献を致します」としており、事業所の年度の計画の第一番目にも「地域貢献の視点」からの重点実施項目・実行計画が具体的に掲げられている。複合施設に隣接する保育園の幼児と定期的にふれあったり、小学校の児童の歌と寸劇・折り紙などでの交流、日本舞踊やフラダンス、草笛やフルート演奏、朗読などのボランティアが訪れており、複合施設1階の地域交流スペースを使用しているイベントにも希望者が参加している。事業所の納涼祭にも多くのボランティアが運営スタッフとして参加しており、複合施設全体の「うえだ敬老園祭」には地元の太鼓グループ、高校のブラスバンドなども参加し利用者や地域の人々との交流を深めている。	
			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。		■ 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 利用者の個別の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。
■ 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。	■ 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。		・当事業所の生活相談員が窓口となりボランティアを積極的に受け入れている。ボランティア受け付け簿があり、日本舞踊やフラダンス、草笛、フルート演奏などのボランティアが行事にあわせたり単独で来訪している。地区の小学校の児童との定期的な交流があり、更に、小学生のボランティア体験、中学生の職場体験なども受け入れている。初めて来訪していただくボランティアには個人情報保護や守秘義務についてのお願もしている。

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	(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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 119 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 121 地域に適当な関係機関・団体がいない場合には、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。</li> </ul>	<p>・当事業所の入る複合施設内には特別養護老人ホーム、ショートステイ、ケアハウス、居宅介護支援事業所が併設されており、また、法人の上田東ブロックとして有料老人ホーム、地域密着型特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、保育園等の事業所もあり法人内外の事業所と連携している。職員もそれぞれの業務で関わりをもっている。職員間での情報の共有化も図られている。複合施設内には居宅介護支援事業所があるので他の介護保険事業者とも「サービス担当者会議」などで連携している。看護師を通じて利用者のかかりつけ医や地域の病院、老人保健施設等とも情報の共有化を図っている。利用者の生活にとってプラスになるような社会資源のリストや資料を可能な範囲で集めたり活用している。</p>
		(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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・地元の「馬場町地区」との防災協定に基づき、万が一の場合には当複合施設が避難場所となっている。また、法人や法人上田東地区の広報誌「ふれあい」、事業所の「うえだデイ新聞」を発行し、利用者や家族、地域の居宅介護支援事業所などに配布しブロック全体としての情報発信に努めている。事業所の専門性や特性を活かし、要望のある地区の公民館を使い2ヶ月に1回出張のリハビリ教室などを開いたり、複合施設1階の地域交流スペースを使用した地域住民に向けてのサテライト的なデイサービス、ミニデイサービスなども定期的に行っている。更に、複合施設全体として身近な生活に役立つ介護予防などの講演会も年に1回開催し、有する機能を地域に還元している。今年度はコロナウイルス禍で自粛されているが、通常であれば「上田祇園祭」や「上田わっしょい」に複合施設として関わりを持ち、街の活性化にも貢献している。</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)
Ⅱ	4	(3)	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。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・事業所の第三者委員として地元の民生児童委員の方に関わりを持っていただき、地域のニーズなどお聞きしている。また、複合施設として地域ケア会議に参画しており、地域のニーズを把握している。すでに複合施設1階の地域交流スペースを使用した地域住民に向けてのサテライト的なデイサービスを実施しているが、今後、第三者委員以外の民生児童委員等とも交流できるような場を設け、更に、地域の具体的なニーズを把握し事業所の活動に活かされていくことが期待される。</p>
Ⅲ	1	(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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・法人理念の中で利用者の尊厳についてふれており、毎日の朝礼で唱和したり、「新任職員教育マニュアル」に沿って初級研修で学ぶ機会が設けられている。また、利用者の基本的人権については人権研修や接遇研修を通して職員の意識を高め、人権への配慮については管理者が現場やデイサービス会議などで、随時、職員に指導するようにしている。</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)
Ⅲ	1	(1)	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。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者のプライバシー保護や虐待防止などの権利擁護に関しては「重要事項説明書」や「身体拘束廃止に関する指針」でふれており、身体拘束・高齢者虐待についての研修や法人の身体拘束委員会による注意喚起などによって、職員も理解を深めている。また、利用者や家族にはサービス開始時に重要事項説明書で説明したり、エレベーター前の虐待防止や虐待相談窓口に関するポスターで啓蒙している。更に、撮影した写真を事業所の「うえだデイ新聞」に掲載する際には、事前に複合施設施設地用の許可を得るようにしている。今後、万が一、事業所内でプライバシー保護や権利擁護に関わる不適切な事案が生じた場合を想定し、対応方法を文書化して明確にされることを期待したい。</li> </ul>
			(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

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)	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスの開始に当っては重要事項説明書やパンフレットを用いてサービスの内容や料金などをわかりやすく説明し、契約書に同意の上、署名をいただいている。また、利用者の身体状況や環境の変化などがあった場合には本人・家族やケアマネジャーなどの関係者と話し合いを行い、通所介護計画書や個別機能訓練計画書などを変更して同意を得ている。利用者本人の意思決定が困難な時は家族やキーパーソンに意思確認を行い同意を得ている。</li> </ul>
			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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉サービスの変更や移行にあたり、利用者の情報が詳細に伝わるように情報提供書などを用いて、ケアマネジャーや移行先の事業所に申し送りを行っている。また当事業所のサービスが終了した後も相談できるように、管理者が窓口となり、利用者や家族へ口頭で伝えている。</li> </ul>
		(3) 利用者満足の向上に努めている。	① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 159 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。</li> <li>■ 160 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。</li> <li>□ 161 職員等が、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>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人内にサービス向上委員会が設置されており、年2回、CS(顧客満足度)調査を実施し、集計結果を分析・検討した後に関係部署へフィードバックしている。またフィードバックされた情報は当事業所の会議や法人内のデイサービス部会で共有され、改善につなげている。利用者本人の満足度に関しては日常の会話の中やモニタリングで把握しており、デイサービスの楽しみの一つである食事に関しては法人の食事委員会が中心となって嗜好調査を実施している。</li> </ul> <p>・通所介護事業所のため対象外</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)	
Ⅲ	1	(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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・苦情解決責任者は施設長、受付担当者は管理者、第三者委員は民生委員が担っている。苦情解決の仕組みのポスターはエレベーター前に掲示され、サービス開始時には契約書や重要事項説明書を用いて利用者と家族に説明している。苦情があった場合には「苦情対策システムの規定」に基づいて対応し、「苦情対応記録簿」に記録している。また苦情に対しての検討内容は当事者に迅速に報告し、職員会議やデイサービス部会でも情報を共有しサービスの向上に努めている。「苦情対応記録簿」からは何度も謝罪したり、迅速に対応している様子を伺うことができた。</p>	
			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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・相談に関してのポスターが1階エレベーター前に貼られており、意見箱も設置されている。利用者や家族からの相談は、送迎時や入浴時、電話での相談が多く、その都度傾聴するようにしている。また、必要に応じて相談室を利用し、話しやすい環境を整えている。</p>
			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。			b	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 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。</li> <li>□ 175 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>

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。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・リスクマネジメントに関する責任者は施設長が担い、法人内に危険防止委員会が設置されている。「事故発生防止及び発生時の対応の指針」「介護緊急事態対応フローチャート」「デイサービスセンター事故発生時連絡表」「事故報告手順」等が整備され、リスクマネジメント研修やデイサービス職員会議にて職員に周知されている。事故やヒヤリハット事例が発生した場合は、事故報告書に経過や考えられる原因、受傷部位の写真などを細かく記入し、職員間で対応策を検討し再発防止に役立てている。また、事故報告書は毎月危険防止委員会に提出し、委員会で集計した後、各事業所へ事故事例をフィードバックし、再発防止のための啓蒙も行っている。</p>
			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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 189 感染症の予防策が適切に講じられている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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ている。</li> </ul>

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している。	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 192 災害時の対応体制が決められている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・備蓄品の管理も含めた災害対応の責任者は施設長が担い、「防災マニュアル」や「消防計画書」に基づいて、複合施設全体として2月と10月に「通報・消火・避難訓練」を夜間想定も含めて行っている。食料や介護用品などの備蓄品は地下に保管されており、月2回建物全体の消火設備点検を各部署持ち回りで実施している。また、防災協定により建物は地域の避難所となっており、行政や消防署など関係機関との連携体制も整備されている。</p>
	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 197 標準的な実施方法が適切に文書化されている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・介護技術についてまとめられた「介護マニュアル」を中心として各種マニュアルが整備され、随所に利用者のプライバシーや権利擁護に関する記述がある。また、基本研修やデイサービス職員会議で職員に周知し、現場では管理者や新人職員教育担当職員が中心となって、技術や付随する支援について指導や振り返りを行っている。</p>
			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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・介護マニュアルを中心とした各種マニュアルは必要に応じて法人本部や各委員会にて見直しをしている。また各委員会には各事業所職員が所属しており、各種マニュアルには医学的根拠や職員の意見なども反映されている。</p>



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 205 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>・通所介護計画策定の責任者を管理者が担い、実際の作成は利用者や家族のニーズを把握した上で生活相談員が主となり行っている。アセスメントについては、「デイサービスアセスメント表」を用いて、家族とケアマネジャーからの情報や初回訪問時の情報などを基に身体状況や生活状況をアセスメントし、必要に応じて看護師や栄養士などの関係職員も参加し協議している。また計画通りに実施されているかどうかは、毎月の利用状況報告書や3ヶ月から6ヶ月ごとに行うモニタリングで確認することができる。支援困難なケースについてはケアマネジャーを中心とした関係職種でケース会議を行い、積極的に福祉サービスが提供できるように努めている。</p>
			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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>

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。	<p>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。</p> <p>② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p>	<p>a</p> <p>a</p>	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 224 記録管理の責任者が設置されている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 226 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</p> <p>■ 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。</p>	<p>・利用者の身体状況や生活状況はフェイスシートに記入することになっており、通所介護計画に基づくサービスが実施されているかは、業務日誌やサービス提供記録、利用状況報告書などで確認することができる。記録に関しては介護計画に沿った内容で記録するように管理者が指導し、朝礼やデイサービス職員会議で情報が共有されている。また、法人としてパソコンのネットワークシステムが整備されており、利用者の通所介護計画やサービス提供記録などが法人内で共有できるようになっている。</p> <p>・法人としてのプライバシーポリシーがあり、記録の保存や廃棄、不適切な利用に関して定められている。記録管理の責任者は管理者が担い、記録類は事務室内で管理し、パソコンはスタッフ専用IDとパスワードがないと利用できないようになっており、個人情報保護について内部研修やデイサービス職員会議で職員の意識を高めている。また、利用者や家族へは契約時に契約書や重要事項説明書を用いて個人情報保護について説明し、「個人情報の使用に係る同意書」に署名もいただいている。</p>