

I 社会福祉施設の運営管理

I-1 理念・基本方針	
(1) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が周知されている。	
①	評価結果 ●社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が職員に共有化されている。
	【判断基準】 a) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が全職員に向けて明示されており、職員間で共通認識を持つ機会が具体的に設けられている。 b) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が全職員に向けて明示されているが、職員間で共通認識を持つ機会が具体的に設けられていない。 c) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が職員に向けて明示されていない。
②	評価結果 ●社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に周知している。
	【判断基準】 a) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に理解してもらうために利用開始前に具体的な説明がなされ、かつ、利用開始後も、疑問や質問等が生じた場合に対応するための具体的な体制ができている。 b) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に理解してもらうために利用開始前に具体的な説明がなされているが、利用開始後に疑問や質問等が生じた場合に対応する具体的な体制はできていない。 c) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に理解してもらうための利用開始前の説明が十分ではない。
【I-1 理念・基本方針の特記事項】 ・管理者は、サービスの質を伝えるとき「基本理念や方針に沿っているか？」職員と考える機会を作っている。I-1-(1)-① ・利用開始後不安や相談にいつでも応じられるよう、24時間携帯電話があり、相談員が管理者が対応していることを契約時に説明している。I-1-(1)-②	

I-2 事業計画	
(1) サービスの質の向上に向けた事業計画を策定している。	
①	評価結果 ●福祉サービス実施機関としての中・長期的な課題を把握している。
	【判断基準】 a) サービス内容やサービス実施体制について分析を行い、中・長期的な課題や問題点を把握しており、サービスの質を高めるための具体的な事業計画ができている。 b) サービス内容やサービス実施体制について分析を行い、中・長期的な課題や問題点を把握しているが、サービスの質を高めるための具体的な事業計画はできていない。 c) サービス内容やサービス実施体制について、中・長期的な課題や問題点を把握していない。
②	評価結果 ●中・長期的な計画に基づいて当該年度の事業計画が適切に策定されている。
	【判断基準】 a) 年度毎にサービス内容やサービス実施体制について分析を行い、課題や問題点を把握しており、サービスの質を高めるための具体的な事業計画ができている。

		<p>b) 年度毎にサービス内容やサービス実施体制について分析を行い、課題や問題点を把握しているが、サービスの質を高めるための具体的な事業計画はできていない。</p> <p>c) 年度毎にサービス内容やサービス実施体制について、課題や問題点を把握していない。</p>
<p>(2) 事業計画の評価を行っている。</p>		
	評価結果	<p>●事業計画の実施状況に関する評価を行っている。</p>
①	c	<p>【判断基準】</p> <p>a) 事業計画に関する実施状況及び結果についての評価は職員の自己評価に基づいて行われており、そのための評価の様式が整備されている。</p> <p>b) 事業計画に関する実施状況及び結果についての評価は職員の自己評価に基づいて行われているが、そのための評価の様式が整備されていない。</p> <p>c) 事業計画に関する実施状況及び結果についての評価は職員の自己評価に基づいて行われていない。</p>
<p>【I-2 事業計画の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 妙義会定例会（理事会）で中長期的見通しや、計画について話し合われている。I-2-(1)-① ・ 毎年利用者アンケートを実施し、利用者の希望に沿ったサービスの質を高める取り組みをしている。I-2-(1)-② ・ 年2回職員が個人目標をたてその評価をしている。それぞれの個人目標を集計し、全体の年度目標を作成している。I-2-(2)-① 		

<p>I-3 管理者の責任とリーダーシップ</p>		
<p>(1) 管理者の責任が明確にされている。</p>		
	評価結果	<p>●管理者の責任が明文化されている。</p>
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者及び各職員の責任のあり方について、明文化されており、かつ共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 管理者及び各職員の責任のあり方について、明文化されているが、共通認識を図る場は設けられていない。</p> <p>c) 管理者及び各職員の責任のあり方について、明文化されていない。</p>
<p>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
	評価結果	<p>●管理者は福祉サービスの向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような組織作りをしている。</p>
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた具体的な取り組みを行い、かつ職員からの業務改善等の提案を具体的に検討する場を設ける等福祉サービスの質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような組織作りをしている。</p> <p>b) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた具体的な取り組みを行っているが、職員からの業務改善等の提案を具体的に検討する場を設ける等福祉サービスの質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような組織作りはしていない。</p> <p>c) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた具体的な取り組みを行っておらず、職員からの業務改善等の提案を具体的に検討する場を設ける等福祉サービスの質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような組織作りもしていない。</p>

<p>【I-3 管理者のリーダーシップの特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者の業務内容について、責任の所在が具体的に示されている。I-3-(1)-① ・職員から提案がある介護用品や食器、職員防寒具など必要に応じ購入し活用している。I-3-(2)-①

I-4 体制及び責任

(1) 施設の運営が適切に行われている。

①	評価結果	●施設内の組織について職制・職務分掌等を明確にしている。
	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 職種ごとの分担や責任の所在が明文化されており、かつ、職員会議等で、共通認識を持つための取り組みを行っている。</p> <p>b) 職種ごとの分担や責任の所在が明文化されているが、職員会議等で共通認識を持つための取り組みは、十分に行われていない。</p> <p>c) 職種ごとの対する分担や責任の所在が明文化されていない。</p>

②	評価結果	●サービス内容の記録や引き継ぎは適切に行われている。
	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) サービス内容の記録や引継ぎのあり方について明文化されており、かつ、職員会議等で、共通認識を持つための取り組みを行っている。</p> <p>b) サービス内容の記録や引継ぎのあり方について明文化されているが、職員会議等で共通認識を持つための取り組みは十分ではない。</p> <p>c) サービス内容の記録や引継ぎのあり方について明文化されていない。</p>

<p>【I-4 体制及び責任の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の名前の入った職務分掌表が全職員配布され、一緒に働く仲間の職務をお互い理解している。I-4-(1)-① ・記録について、内部研修会を行い、適切な記録ができるように研鑽している。I-4-(1)-②
--

I-5 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	評価結果	●事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。
	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための具体的な取り組みを行い、把握された情報について職員と共通認識を図る場を設けている。</p> <p>b) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための具体的な取り組みを行っているが、把握された情報について職員と共通認識を図る場を設けていない。</p> <p>c) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための具体的な取り組みを行っていない。</p>

②	評価結果	●経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。
	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 経営状況を分析的に把握して改善に向けた具体的な取り組みを行い、かつ経営状況について職員の共通認識を図る場を設けている。</p> <p>b) 経営状況を分析的に把握して改善に向けた具体的な取り組みを行っているが、経営状況について職員の共通認識を図る場は設けられていない。</p> <p>c) 経営状況の分析的な把握も改善に向けた具体的な取り組みも行っていない。</p>
<p>【I-5 経営状況の把握の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事務局長が富岡市全体、妙義地区の介護保険利用者等の情報収集など法人として取り組む課題を明確にし、職員の意識付けを提案している。I-5-(1)-① ・事務局長および管理者より、2期に分けて平均利用者数や運営にかかわる経営状況報告がデイ会議で行われている。I-5-(1)-② 		

I-6 サービス内容の検討体制		
(1) 質の向上のための取り組みが行われている。		
①	評価結果	●提供するサービス全般の内容検討が定期的に行われている。
	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 提供するサービス全般の内容検討を目的とした委員会等が職種や経験年数の異なる委員から構成され、かつ他施設の情報等も取り入れながら定期的開催されている。</p> <p>b) 提供するサービス全般の内容検討を目的とした委員会が職種や経験年数の異なる委員から構成されているが、定期的開催されておらず、他施設の情報等を取り入れたものでもない。</p> <p>c) 提供するサービス全般の内容検討を目的とした委員会が組織されていない。</p>
②	評価結果	●サービス全般の検討内容や結果について、職員の共通認識が図られている。
	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 検討内容や結果が記録されており、職員会議等で、具体的な方向性についての共通認識を持つための取り組みを行っている。</p> <p>b) 検討内容や結果が記録されているが、職員会議等で、具体的な方向性についての共通認識を持つための取り組みは行われていない。</p> <p>c) 検討内容や結果が記録されておらず、職員会議等で、具体的な方向性についての共通認識を持つための取り組みも行われていない。</p>
<p>【I-6 サービス内容の検討体制の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・月1回定期的にデイ会議・介護会議が行われている。そのほかに専門職員による会議が、5～6回あり必要に応じて業務検討している。I-6-(1)-① ・各専門会議（介護、看護、給食、レクリエーション、機能訓練、ケース検討、管理者相談員）で検討した内容をデイ会議に持ち寄り報告されている。I-6-(1)-② 		

I-7 人事管理・研修	
(1) 人事管理の体制が整備されている。	
評価結果	●必要な人材に関する具体的なプランが確立している。
①	<p>【判断基準】</p> <p>a) 組織が目標とするサービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制を検討する体制ができており、サービスの質の確保と人員体制に関して職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 組織が目標とするサービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制を検討する体制ができていないが、サービスの質の確保と人員体制に関して職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 組織が目標とするサービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制を検討する体制ができていない。</p>
評価結果	●人事考課が明確かつ客観的な基準により行われている。
②	<p>【判断基準】</p> <p>a) 定期的な人事考課を実施しており、客観性・公平性・透明性を確保するための工夫や、職員の納得を得るための仕組みを整備している。</p> <p>b) 定期的な人事考課を実施しているが、客観性・公平性・透明性を確保するための工夫がなされていない。</p> <p>c) 定期的な人事考課を実施していない。</p>
(2) 職員の就業環境に配慮がなされている。	
評価結果	●職員の就業環境や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。
①	<p>【判断基準】</p> <p>a) 職員の就業環境や意向を定期的に把握し、かつ就業環境に問題がある場合には改善に向けて職員をサポートする仕組みが構築されている。</p> <p>b) 職員の就業環境や意向を定期的に把握しているが、問題があっても改善したり、職員をサポートする仕組みが構築されていない。</p> <p>c) 職員の就業環境や意向を把握していない。</p>
評価結果	●福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。
②	<p>【判断基準】</p> <p>a) 福利厚生センター等の福利厚生事業に加入し、かつ組織として独自の福利厚生事業を実施している。</p> <p>b) 福利厚生センター等の福利厚生事業に加入しているが、組織として独自の福利厚生事業を実施していない。</p> <p>c) 福利厚生事業への取り組みを実施していない。</p>
(3) 職員の研修体制が確立している。	
評価結果	●職員の資質向上に関する目標を設定している。
①	<p>【判断基準】</p> <p>a) 職員の知識や技術等の修得に関する具体的な目標を単年度毎に設定し、担当者を中心にして職員研修を組織的に計画推進するための体制ができていない。</p>

		<p>b) 職員の知識や技術等の修得に関する具体的な目標を単年度毎に設定しているが、担当者を中心にした職員研修を組織的に計画推進するための体制ができていない。</p> <p>c) 職員の知識や技術等の修得に関する具体的な目標も設定されておらず、組織的な計画推進もできていない。</p>
	評価結果	<p>●職員の研修ニーズに基づく研修計画を策定している。</p>
②	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 職員一人一人の研修ニーズを把握する機会が設けられ、それに基づいた具体的な研修計画が策定されている。</p> <p>b) 職員一人一人の研修ニーズを把握する機会が設けられているが、それに基づいた具体的な研修計画は策定されていない。</p> <p>c) 職員一人一人の研修ニーズを把握する機会が設けられておらず、研修計画も策定されていない。</p>
<p>【I-7 人事管理・研修の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員間の問題について管理者会議にて解決に向けて検討されている。職員の意欲向上に向け永年勤続表彰制度が新しく設けられている。I-7-(1)-① ・人事考課表の最後に特記事項があり、仕事に向かう気持ちを記載してもらっている。自分の気持ちや考えをしっかりと伝えることも評価の対象になっている。I-7-(1)-② ・年2回管理者と面接があり、職場に対する希望など話されていて、就業環境を整える体制がある。I-7-(2)-① ・職員の希望により防寒具を支給した。1泊で行う忘年会が、事業者の補助により行われている。I-7-(2)-② ・今年度の内部研修は、担当者がテーマを学習し全体に発表する形式で行われている。その他に各種資格習得に向けた勉強会も定期的（週1回）に行われている。I-7-(3)-① ・積極的に外部研修に参加し、外部研修参加者は、デイ会議において伝達講習を行っている。I-7-(3)-② 		

Ⅱ 地域等との関係

Ⅱ-1 地域社会との関係	
(1) 地域とのつながりを強めるための取り組みを行っている。	
①	<p>評価結果 ●社会福祉施設としての役割等についての理解を深めるための取り組みをしている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 社会福祉施設としての役割等について、自治会や商店街等、地域に理解してもらうような活動をしていて、協力団体等の施設を支援する組織がある。</p> <p>b) 社会福祉施設としての役割等について、自治会や商店街等、地域に理解してもらうための活動をしているが、施設を支援する組織がない。</p> <p>c) 社会福祉施設としての役割等について、自治会や商店街等、地域に理解してもらうための活動をしていない。</p>
②	<p>評価結果 ●専門機能が地域で活用されるための取り組みをしている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 社会福祉施設の持っている専門的な知識や能力を地域で活用してもらうために、施設としての取り組みを行い、かつ職員が共通認識を持つ機会を設けている。</p> <p>b) 社会福祉施設の持っている専門的な知識や地域で活用してもらうために、施設としての取り組みを行っているが、職員が共通認識を持つ機会を設けていない。</p> <p>c) 社会福祉施設の持っている専門的な知識や能力を地域で活用してもらうために、施設としての取り組みを行っていない。</p>
<p>【Ⅱ-1 地域社会等との関係の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・妙義地域に1か所のデイサービスでもあり、多くの地域ボランティアに支えられている。足りない食材をすぐに持ってきてくれる地区のお店や、出張美容を利用者のために毎月行ってくれる地区の美容院がある。Ⅱ-1-(1)-① ・毎月のお便りに健康へのアドバイスが記載されているとともに、感染症流行時期に流行についての記事や、高齢者に必要な健康に関する情報をご家族に配布している。Ⅱ-1-(1)-① 	

Ⅱ-2 ボランティアの受け入れ	
(1) ボランティアの受け入れが適切に行われている。	
①	<p>評価結果 ●ボランティアの受け入れに関する基本的な考え方の共通認識が図られている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の権利擁護の視点に立ったボランティア受け入れの可否を含む基本的な考え方が明示されており、かつ職員間で共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者の権利擁護の視点に立ったボランティア受け入れの可否を含む基本的な考え方が明示されているが、職員間で共通認識を図る場は設けられていない。</p> <p>c) 利用者の権利擁護の視点に立ったボランティア受け入れの可否を含む基本的な考え方が明示されていない。</p>
②	<p>評価結果 ●ボランティアの受け入れにあたり利用者及びボランティアに適切な説明がなされている。</p> <p>【判断基準】</p>

	a	<p>a) ボランティアに対して必要な事前説明を行い、かつ利用者に対しても活動開始前の説明を十分行っている。</p> <p>b) ボランティアに対して必要な事前説明を行っているが、利用者に対しての活動開始前の説明が十分ではない。</p> <p>c) ボランティアに対しての必要な事前説明や利用者に対しての活動開始前の説明も行われていない。</p>
	評価結果	●ボランティアの受け入れについての工夫がなされている。
③	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) ボランティアに関する担当者が決められており、かつトラブル処理を含めてのボランティア受け入れマニュアルが整備されている。</p> <p>b) ボランティアに関する担当者が決められているが、マニュアルは整備されていない。</p> <p>c) ボランティアに関する担当者が決められておらず、マニュアルも整備されていない。</p>
	評価結果	●ボランティアからの疑問等に応えている。
④	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) ボランティアからの疑問等について適切に対応し、必要に応じて業務改善につなげる体制ができています。</p> <p>b) ボランティアからの疑問等について対応はするが、業務改善につなげるような体制はできていない。</p> <p>c) ボランティアからの疑問等を受け付けるような環境を整えていない。</p>
<p>【Ⅱ-2 ボランティアの受け入れの特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・学生介護ボランティアや傾聴、演芸、音楽療法等たくさんのボランティアが来所するため心構えを含め詳細なマニュアルが整備されている。定期的ボランティアは、その団体用の手順も示されている。Ⅱ-2-(1)-① ・担当職員が決められていて、訪問予定については月間カレンダーに記され、当日は朝礼で伝えられている。Ⅱ-2-(1)-② ・定期的に訪問のあるボランティア団体にアンケートを実施し、施設の改善に取り組む姿勢が示されている。Ⅱ-2-(1)-④ 		

Ⅱ-3 実習生・体験学習への対応		
(1) 実習生や体験学習の受け入れが適切に行われている。		
	評価結果	●実習生や体験学習の受け入れに関する基本的な考え方が明示されており、共通認識が図られている。
①	c	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の権利擁護の視点に立った受け入れの可否を含む実習や体験学習の基本的な考え方が明示されており、かつ職員間で共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者の権利擁護の視点に立った受け入れの可否を含む実習や体験学習の基本的な考え方が明示されているが、職員間で共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者の権利擁護の視点に立った受け入れの可否を含む実習や体験学習の基本的な考え方が明示されていない。</p>
②	評価結果	●実習や体験学習の意味について利用者及び実習生に適切な説明がなされている。

	b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 受け入れにあたって、実習生に対して必要な事前説明を行い、かつ実習や体験学習開始前に利用者の了解を得ている。</p> <p>b) 受け入れにあたって、実習生に対して必要な事前説明を行っているが、実習や体験学習開始前の利用者の了解は十分に得ていない。</p> <p>c) 受け入れにあたって、実習生に対しての事前説明や利用者の了解は得ていない。</p>
	評価結果	●効果的な実習や体験学習を行うための工夫がなされている。
③	b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 受け入れに関する指導担当者が決められており、かつ効果的な実習並びに体験学習が行われるためにトラブル処理を含めての受け入れマニュアルが整備されている。</p> <p>b) 受け入れに関する指導担当者が決められているが、受け入れマニュアルは整備されていない。</p> <p>c) 受け入れに関する指導担当者が決められておらず、受け入れマニュアルも整備されていない。</p>
<p>【Ⅱ-3 実習生・体験学習への対応の特記事項】</p> <p>・事前説明用タイムスケジュール表には、当日実習担当者名が記入されており、実習責任者が明確になっている。Ⅱ-3-(1)-②</p> <p>・毎年、県社協の「介護等年間受け入れ」に協力する体制をとっている。Ⅱ-3-(1)-③</p>		

Ⅲ サービスの開始・実施

Ⅲ-1 サービス開始時の対応		
(1) サービスの開始が適切に行われている。		
	評価結果	●施設が行っているサービスに関する情報の提供を行っている。
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所が実施するサービス等の情報について、選択し易いような工夫をし、かつ情報提供が十分行われている。</p> <p>b) 事業所が実施するサービス等の情報について、選択し易いような工夫をし、情報提供が十分ではない。</p> <p>c) 事業所が実施するサービス等の情報について、選択し易いような工夫が十分ではない。</p>
	評価結果	●サービスの実施にあたり、利用者やその家族等に説明し、同意を得ている。
②	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) サービスの実施に先立つ利用者や同意代理人（成年後見人、家族）に対しての説明について、施設が定めるマニュアル等に基づいて重要事項等の説明を行うとともに、必ず意向を把握して、同意を得ている。</p> <p>b) サービスの実施に先立つ利用者や同意代理人（成年後見人、家族）に対しての説明について、施設が定めるマニュアル等に基づいて重要事項等の説明を行い、同意は得ているが、意向の把握は十分ではない。</p> <p>c) サービスの実施に先立つ利用者や同意代理人（成年後見人、家族）に対しての説明について、施設が定めるマニュアル等は整備されておらず、重要事項等の説明も同意を得ることも十分ではない。</p>

<p>【Ⅲ-1 サービスの開始・実施の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・HPは、レクレーションなどの写真が多く掲載され、楽しい雰囲気が伝わっている。パンフレットは「こんな時にご相談ください」など挿絵もあり、見やすくなっている。Ⅲ-1-(1)-① ・契約時に本人とご家族に重要事項説明と利用にあたっての詳細な意向（嗜好、送迎の方法家族がいない場合など、歩行や午睡等）確認を行っている。Ⅲ-1-(1)-①

Ⅳ サービス実施計画の管理・実施

IV-1 通所介護計画の管理体制	
(1) 通所介護計画に関する責任体制が明確である。	
①	<p>評価結果</p> <p>●通所介護計画の作成、実施において責任者が定められている。</p>
	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者一人一人の通所介護計画の作成を統括する担当者を置き、かつその実施状況を総合的に把握、管理する責任者を定め、指導助言が行われている。</p> <p>b) 利用者一人一人の通所介護計画の作成を統括する担当者を置き、その実施状況を総合的に把握、管理する責任者を定めているが、指導助言は十分ではない。</p> <p>c) 利用者一人一人の通所介護計画の作成を職員が個々に行なっている。</p>
②	<p>評価結果</p> <p>●通所介護計画の作成及び変更が介護支援専門員と連携して行われている。</p>
	<p>【判断基準】</p> <p>a) 通所介護計画の作成及び変更にあたり、介護支援専門員と事業所が相互に協力し合い作成することについて、職員の共通認識を図る場が設けられ、連携して作成する体制が整備されている。</p> <p>b) 通所介護計画の作成及び変更にあたり、介護支援専門員と事業所が相互に協力し合い作成することについて、職員の共通認識を図る場が設けられているが、連携して作成する体制が整備されていない。</p> <p>c) 通所介護計画の作成及び変更にあたり、介護支援専門員と事業所が相互に協力し合い作成することについて、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
<p>【IV-1 サービス実施計画（ケアプラン）の管理体制の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職務分掌表において、通所介護計画の作成担当者と作成責任者が定められており、作成にあたっては、管理者による助言指導が行われている。IV-1-(1)-① ・サービス担当者会議で介護支援専門員と情報共有した内容について、利用者ごとに報告書が作成され、通所介護計画の作成時に活用されている。IV-1-(2)-① 	

IV-2 通所介護計画の策定	
(1) 利用者に対する通所介護計画を作成している。	
評価結果	●具体的な目標を明らかにし、目標に対する通所介護計画が作成されている。
① a	【判断基準】 a) 利用者一人一人のニーズに対して、具体的な目標を明示し、その目標に対する具体的な通所介護計画を作成している。 b) 利用者一人一人のニーズに対して、具体的な目標を明示しているが、その目標に対する具体的な通所介護計画の作成は十分ではない。 c) 利用者一人一人のニーズに対して、具体的な目標の明示は十分ではない。
【IV-2 通所介護計画の策定の特記事項】 ・サービス担当者会議の報告書をもとに、通所介護における課題と目標が通所介護計画書に明示され、具体的な対応や留意点が記載されている。IV-2-(1)-①	

IV-3 サービスの実施	
(1) サービス実施に関わる記録が整備されている。	
評価結果	●通所介護計画の実施に関わる記録が整備されている。
① b	【判断基準】 a) 計画や目標に対するサービス実施状況を記録できる様式が整備され、適切に記録されている。 b) 計画や目標に対するサービス実施状況を記録できる様式が整備されているが、記録は十分ではない。 c) 計画や目標に対するサービス実施状況を記録できる様式が整備されていない。
(2) 各種マニュアルは見直しがされている。	
評価結果	●各種マニュアル類は、定期的に見直しがされている。
① a	【判断基準】 a) 事業所としての各種マニュアルは、定期的に見直しを行い、職員の共通認識を図る場が設けられている。 b) 事業所としての各種マニュアルは、定期的に見直しを行っているが、職員の共通認識を図る場が設けられている。 c) 定期的な検証・見直しをしていない。
【IV-3 サービスの実施の特記事項】 ・以前からあった各種マニュアルの見直しが順次行われている。見直しにあたっては職員に既存のマニュアルを回覧して修正等を書き込んでもらい、担当者が作り上げたものを再度職員に回覧して完成されている。IV-3-(2)-①	

IV-4 評価・変更	
(1) サービスの実施に関する評価を行っている。	
評価結果	●通所介護計画に基づく実施状況に関する評価がなされている。
①	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の情報をふまえ、設定されている目標に対する実施・達成状況を定期的に評価する体制が整備され、通所介護計画の変更・継続について職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者の情報をふまえ、設定されている目標に対する実施・達成状況を定期的に評価する体制が整備されているが、通所介護計画の変更・継続について職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者の情報をふまえ、設定されている目標に対する実施・達成状況を定期的に評価する体制が整備されていない。</p>
<p>【IV-4 評価・変更の特記事項】</p> <p>・通所介護計画の期間ごとに、計画に対する実施・達成状況が記載され、介護支援専門員にも情報提供されている。IV-4-(1)-①</p>	

V サービスの内容

V-1 人権への配慮	
(1) 利用者一人一人の尊厳を守っている。	
評価結果	●職員の接し方は、利用者一人一人の尊厳を守っている。
①	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者との適切な関わり方（呼称・言葉づかいを含む）についてのマニュアルが整備され、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者との適切な関わり方（呼称・言葉づかいを含む）についてのマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者との適切な関わり方（呼称・言葉づかいを含む）についてのマニュアルの整備は十分ではない。</p>
評価結果	●入浴、排泄等の介助に関して、利用者の心を傷つけないよう配慮している。
②	<p>【判断基準】</p> <p>a) 入浴、排泄等の介助に関して、利用者の自尊心への配慮や「利用者の心を傷つける」言動とは何かについてのマニュアルが整備され、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 入浴、排泄等の介助に関して、利用者の自尊心への配慮や「利用者の心を傷つける」言動とは何かについてのマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 入浴、排泄等の介助に関して、利用者の自尊心への配慮や「利用者の心を傷つける」言動とは何かについてのマニュアルが整備されていない。</p>

(2) 不適切な関わりが無いように配慮している。	
評価 結果	●事業所内虐待（拘束、暴言、暴力、無視、精神的等）に備えた対応方法が定められている。
① b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所内における虐待については、就業規則（サービス規定等）で禁止事項が明文化され、虐待等が行なわれたり、疑われたりした場合の対応策（調査委員会、苦情処理、補償等）が定められている。</p> <p>b) 事業所内における虐待については、就業規則（サービス規定等）で禁止事項が明文化されているが、虐待等が行なわれたり、疑われたりした場合の対応策は定められていない。</p> <p>c) 事業所内における虐待については、就業規則（サービス規定等）で禁止事項が明文化されていない。</p>
評価 結果	●抑制・拘束は行わないようにしている。
② c	<p>【判断基準】</p> <p>a) 抑制・拘束に関するマニュアルが整備され、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 抑制・拘束に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 抑制・拘束に関するマニュアルの整備は、十分ではない。</p>
(3) プライバシーの保護が、適切に行われている。	
評価 結果	●利用者のプライバシーが、守られる体制ができている。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 個人情報の取り扱いや守秘義務についての指針及びマニュアルが整備され、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 個人情報の取り扱いや守秘義務についての指針及びマニュアルは整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 個人情報の取り扱いや守秘義務についての指針及びマニュアルの整備は十分ではない。</p>
(4) 苦情の申し立て体制が適切である。	
評価 結果	●苦情申し立てができる体制が整備されている。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 苦情申し立ての体制（第三者委員設置含）について、職員の共通認識を図る場が設けられ、運用が適切に行われている。</p> <p>b) 苦情申し立ての体制（第三者委員設置含）について、職員の共通認識を図る場が設けられているが、運用が十分ではない。</p> <p>c) 苦情申し立ての体制（第三者委員設置含）について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
<p>【V-1 人権への配慮の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入社時の入社誓約書に、利用者との関わり方についての記載がある。職員研修で接遇、マナーについて学ぶ機会が設けられている。V-1-(1)-① ・入社時に職員からとる誓約書に、利用者へ「不適切な態度」をとった場合の対応が記載されている。 	

V-1-(2)-①	
<ul style="list-style-type: none"> 施設外で開催された身体拘束廃止に関する研修に参加した職員が、その内容を施設内の職員研修で伝達し学習する機会が予定されている。V-1-(2)-② 人事考課表の自己評価項目に、個人情報保護についての項目が設けられており、職員自ら定期的に振り返ることができる仕組みができています。V-1-(3)-① 苦情解決の意義と役割について勉強する職員研修が実施されている。 サービス提供中に職員が受けた苦情は、介護主任又は生活相談員に報告され、苦情受付票に記載されて情報共有されている。V-1-(4)-① 	

V-2 生活環境	
(1) 利用者が、心地よく過ごすことのできる生活環境に配慮している。	
評価結果	●利用者の意向に沿った施設環境が整備されている。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設環境に対する利用者の意向を把握する体制があり、かつ「利用者のための施設環境のあり方」について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設環境に対する利用者の意向を把握する体制があるが、「利用者のための施設環境のあり方」について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 施設環境に対する利用者の意向を把握する体制がない。</p>
<p>【V-2 生活環境の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> 毎年実施されている利用者アンケートで、施設環境に対する意見も挙げられ把握が行われている。 始業時の朝礼、終業時の業務報告等で、利用者の席順など、利用者が心地よく過ごせるための環境改善についての報告が行われている。 デイルームに隣接した一室が、利用者同士の懇談や喫煙のための場所として、利用者の目的に応じて多目的に利用できるようにされている。V-2-(1)-① 	

V-3 コミュニケーション	
(1) コミュニケーションが円滑に保たれている。	
評価結果	●コミュニケーションの支援が適切に行われる体制がある。
① c	<p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所としてのコミュニケーションのあり方を明示したマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 事業所としてのコミュニケーションのあり方を明示したマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 事業所としてのコミュニケーションのあり方を明示したマニュアルの整備は十分ではない。</p>
② 評価結果	●コミュニケーションの支援が適切に実施されている。

	<p>【判断基準】</p> <p>a) コミュニケーションの支援が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) コミュニケーションの支援が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) コミュニケーションの支援が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制は十分ではない。</p>
<p>【V-3 コミュニケーションの特記事項】</p> <p>・コミュニケーションの支援が必要な利用者について、ケース会議が開催され、具体的な対応について検討がされている。V-3-(1)-②</p>	

<p>V-4 入浴</p>	
<p>(1) 入浴の援助が、適切に行われている。</p>	
評価結果	<p>●入浴の援助が、適切に行われる体制がある。</p>
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所としての入浴に関するマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 事業所としての入浴に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 事業所としての入浴に関するマニュアルの整備は十分ではない。</p>
評価結果	<p>●入浴の援助が適切に実施されている。</p>
② a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 入浴の支援が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 入浴の支援が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 入浴の支援が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制は十分ではない。</p>
<p>(2) 快適な入浴環境の整備に配慮している。</p>	
評価結果	<p>●「快適な入浴」のあり方について取り組んでいる。</p>
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 「快適な入浴」のあり方について職員の共通認識を図る場が設けられ、かつ利用者の意見、要望等に配慮して改善に取り組んでいる。</p> <p>b) 「快適な入浴」のあり方について職員の共通認識を図る場が設けられているが、利用者の意見、要望等に配慮した改善は十分ではない。</p> <p>c) 「快適な入浴」のあり方について職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>

<p>【V-4 入浴の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入浴の目的が冒頭に掲げられ、入浴介助の手順が詳細に記載されたマニュアルが、職員による見直し作業を経て新たに作成された。V-4-(1)-① ・入浴の順番について、利用者間で不公平感が生じないように、前回利用時の状況などを考慮して日ごとに決定されている。V-4-(2)-①
--

<p>V-5 排泄</p>	
<p>(1) 排泄の援助が適切に行われている。</p>	
<p>①</p>	<p>評価結果 ●排泄の援助が適切に行われる体制がある。</p>
	<p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所としての排泄のあり方が明示されたマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 事業所としての排泄のあり方が明示されたマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 事業所としての排泄のあり方が明示されたマニュアルの整備は十分ではない。</p>
<p>②</p>	<p>評価結果 ●排泄の援助が適切に実施されている。</p>
	<p>【判断基準】</p> <p>a) 排泄の支援が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 排泄の支援が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 排泄の支援が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制は十分ではない。</p>
<p>③</p>	<p>評価結果 ●排泄の自立を維持するための働きかけをしている。</p>
	<p>【判断基準】</p> <p>a) 排泄の自立を維持するための働きかけについての指針等が整備され、かつ日常生活の関わりやリハビリ等を通して生活意欲を高め、排泄の自立を維持するための工夫や働きかけについて、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 排泄の自立を維持するための働きかけについての指針等が整備されているが、日常生活の関わりやリハビリ等を通して生活意欲を高め、排泄の自立を維持するための工夫や働きかけについて、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 排泄の自立を維持するための働きかけについての指針等が、整備されていない。</p>
<p>【V-5 排泄の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・排せつ介助マニュアルの検証、見直し作業が続けられている。V-5-(1)-① ・支援が必要な利用者に対し、できるだけ自立した排泄ができるような働きかけがケース会議で検討されたり、排泄の自立を目標として実施されている日々の介助について詳細に記録されたりしている。V-5-(1)-③ 	

V-6 食事	
(1) 食事の援助が適切に行われている。	
評価結果	●食事の援助が適切に行われる体制がある。
① a	【判断基準】 a) 事業所としての食事に関するマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識が図る場が設けられている。 b) 事業所としての食事に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識が図る場が設けられていない。 c) 事業所としての食事に関するマニュアルの整備は、十分ではない。
評価結果	●食事の援助が適切に実施されている。
② a	【判断基準】 a) 食事の支援が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。 b) 食事の支援が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。 c) 食事の支援が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制は十分ではない。
(2) 快適な食事環境の整備に配慮している。	
評価結果	●利用者の嗜好等を把握し、それに応じたメニューが提供されている。
① a	【判断基準】 a) 利用者の食事の状況や好き嫌いを把握し、かつ利用者の嗜好に合うメニューのあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。 b) 利用者の食事の状況や好き嫌いを把握しているが、利用者の嗜好に合うメニューのあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。 c) 利用者の食事の状況や好き嫌いの把握は十分ではない。
評価結果	●利用者が食事を楽しむことができるような工夫をしている。
② a	【判断基準】 a) 食事を楽しむ環境について、利用者の意向を把握する体制があり、利用者が食事を楽しむ環境について職員の共通認識を図る場が設けられている。 b) 食事を楽しむ環境について、利用者の意向を把握する体制があるが、利用者が食事を楽しむ環境について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。 c) 食事を楽しむ環境について、利用者の意向を把握する体制は十分ではない。
【V-6 食事の特記事項】 ・毎年実施されている利用者アンケートの中に食事に関する設問があり、食事についての意見や要望の把握が定期的に行われている。V-6-(2)-① ・花見、納涼祭といった季節の行事ごとに、お弁当などの特別献立が作成され、提供されている。 ・メニューに応じて使用ができ、利用者が使いやすい食器が導入されている。V-6-(2)-②	

V-7 整容	
(1) 身だしなみや清潔の援助が適切に行われている。	
評価結果	●身だしなみや清潔の援助が適切に行われる体制がある。
① b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所としての身だしなみや清潔に関するマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 事業所としての身だしなみや清潔に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 事業所としての身だしなみや清潔に関するマニュアルの整備は十分ではない。</p>
<p>【V-7 整容の特記事項】</p> <p>・入浴後に整髪剤、化粧水のサービスが行われている。V-7-(1)-①</p>	

V-8 レクリエーション等	
(1) レクリエーションの支援が適切に行われている。	
評価結果	●レクリエーション等への参加は、利用者の意思を尊重している。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者が参加しやすいレクリエーション等について、職員の共通認識を図る場を設け、かつ参加しにくい人への配慮がなされている。</p> <p>b) 利用者が参加しやすいレクリエーション等について、職員の共通認識を図る場を設けているが、参加しにくい人への配慮は十分ではない。</p> <p>c) 利用者が参加しやすいレクリエーション等について、職員の共通認識を図る場を設けていない。</p>
<p>【V-8 レクリエーション等の特記事項】</p> <p>・日々のレクリエーションの内容が、担当者によって毎月計画立案され、計画的に実行されている。</p> <p>・七夕、豆まきなど季節行事のほか、買い物外出など、毎月行事が計画され実行されている。V-8-(1)-①</p>	

V-9 送迎	
(1) 送迎の援助が適切に行われている。	
評価結果	●送迎の体制が整備されている。
① c	<p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所としての送迎に関するマニュアル（安全、健康把握、乗降時、送迎計画、緊急時、添乗者の有無等）が整備され、かつ職員の共通認識が図る場が設けられている。</p> <p>b) 事業所としての送迎に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識が図る場が設けられていない。</p> <p>c) 事業所としての送迎に関するマニュアルの整備は十分ではない。</p>

<p>【V-9 送迎の特記事項】</p> <p>・全介護職員から、送迎時の危険箇所等についての意見を提出してもらい、安全な送迎についての職員研修が実施された。V-9-(1)-①</p>

<p>V-10 機能回復等への支援</p>	
<p>(1) 利用者の機能の回復等に向けた支援が適切に行われている。</p>	
<p>①</p>	<p>評価結果</p> <p>●利用者の機能訓練に対する支援が、適切に実施される体制がある。</p>
<p>a</p>	<p>【判断基準】</p> <p>a) 機能訓練が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 機能訓練が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 機能訓練が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制は十分ではない。</p>
<p>【V-10 機能訓練等への支援の特記事項】</p> <p>・支援が必要な利用者に対し、訓練の目標や実施内容を記載した個別機能訓練計画に基づき、機能訓練が実行されている。V-10-(1)-①</p>	

<p>V-11 認知症高齢者への対応</p>	
<p>(1) 認知症高齢者への支援が適切に行われている。</p>	
<p>①</p>	<p>評価結果</p> <p>●認知症高齢者に適切に対応する体制がある。</p>
<p>a</p>	<p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所としての認知症高齢者に対応するマニュアルが整備されており、安定した生活ができることについて職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 事業所としての認知症高齢者に対応するマニュアルが整備されているが、安定した生活ができることについて職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 事業所としての認知症高齢者に対応するマニュアルの整備が十分ではない。</p>
<p>②</p>	<p>評価結果</p> <p>●認知症高齢者の利用者に対して支援が、適切に実施されている。</p>
<p>a</p>	<p>【判断基準】</p> <p>a) 認知症高齢者の利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 認知症高齢者の利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 認知症高齢者の利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制は十分ではない。</p>
<p>【V-11 認知症高齢者への対応の特記事項】</p> <p>・「全てを受け入れること」を心得とし、各介護場面での対応方法が詳細にまとめられた認知症高齢者介護マニュアルが整備されているほか、認知症の理解と対応についての職員研修が定期的に計画されている。V-11-(1)-①</p>	

V-12 家族との連携	
(1) 利用者の家族との連携が図られている。	
評価結果	●利用者の家族との共通理解を図っている。
① b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 家族と介護の共通理解を図ることの意味について、職員の共通認識を図る場を設け、定期的に懇談会等を開催して家族の意向を把握している。</p> <p>b) 家族と介護の共通理解を図ることの意味について、職員の共通認識を図る場を設け、定期的に懇談会等を開催して家族の意向を把握は十分ではない。</p> <p>c) 家族と介護の共通理解を図ることの意味について、職員の共通認識を図る場を設けられていない。</p>
評価結果	●家族との協力関係が適切に図られている。
② a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 介護について、家族と施設が相互に協力し合うことの意味に関して、職員の共通認識を図る場が設けられ、家族と連携する体制が整備されている。</p> <p>b) 介護について、家族と施設が相互に協力し合うことの意味に関して、職員の共通認識を図る場が設けられているが、家族と連携する体制の整備は十分ではない。</p> <p>c) 介護について、家族と施設が相互に協力し合うことの意味に関して、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
<p>【V-12 家族との連携の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議報告書が、職員供覧できるように作成されている。V-12-(1)-① ・家族との連携は、毎日の連絡帳と24時間携帯電話で連絡がつく体制で行っている。V-12-(1)-② 	

V-13 他機関との連携	
(1) 他の機関・団体等と連携する体制が整えられている。	
評価結果	●他の機関・団体等との協力関係が適切に図られている。
① b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の援助を実施する上で、福祉関係、その他の機関・団体等との連携の意義について、職員の共通認識を図る場が設けられ、他機関と連携する体制が整備されている。</p> <p>b) 利用者の援助を実施する上で、福祉関係、その他の機関・団体等の連携の意義について、職員の共通認識を図る場が設けられているが、他機関と連携する体制が整備されていない。</p> <p>c) 利用者の援助を実施する上で、福祉関係、その他の機関・団体等との連携の意義について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
<p>【V-13 他機関との連携の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者にかかわる介護事業者と連携をとっている。V-13-(1)-① 	

V-14 相談支援	
(1) 利用者・家族からの相談に適切に対応している。	
評価結果	●利用者・家族からの多様な相談に対応する体制がある。
① b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者・家族からの相談に対応する指針・体制が整備され、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者・家族からの相談に対応する指針・体制が整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者・家族からの相談に対応する指針・体制が整備されていない。</p>
<p>【V-14 相談支援の特記事項】</p> <p>・相談員が相談援助について研修してきたことをデイ会議において伝達講習している。V-14-(1)-①</p>	

V-15 口腔ケア	
(1) 口腔ケアの援助が適切に行われている。	
評価結果	●口腔ケアの援助が適切である。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所としての口腔ケアについてのマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 事業所としての口腔ケアについてのマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 事業所としての口腔ケアについてのマニュアルが整備されていない。</p>
評価結果	●口腔ケアの支援が必要な利用者に対して支援が適切に実施されている。
② b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 口腔ケアの支援が必要な利用者に対して、それぞれの通所介護計画を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 口腔ケアの支援が必要な利用者に対して、それぞれの通所介護計画を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 口腔ケアの支援が必要な利用者に対して、それぞれの通所介護計画を検討する体制は十分ではない。</p>
<p>【V-15 口腔ケアの特記事項】</p> <p>・洗面所に全ての利用者のコップや歯ブラシ等が用意されており、昼食後の歯磨き、口腔ケアが毎日実施されている。V-15-(1)-②</p>	

VI 利用者本位のサービス実施

VI-1 利用者の意向の尊重	
(1) 利用者の自立支援が適切に行われている。	
評価結果	●その人に合った生きがいがづくり等に対する支援が適切に行われている。
①	<p>【判断基準】</p> <p>a) その人に合った「生きがいのある生活を送る」という支援を行うための指針が整備され、利用者の希望や必要性を把握し、支援の創意工夫について職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) その人に合った「生きがいのある生活を送る」という支援を行うための指針が整備されているが、利用者の希望や必要性を把握し、支援の創意工夫について職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) その人に合った「生きがいのある生活を送る」という支援を行うための指針が整備されていない。</p>
評価結果	●「自立」を維持増進する支援を行うための取り組みを行っている。
②	<p>【判断基準】</p> <p>a) 「自立」を維持増進する支援を行うためのマニュアルが整備され、利用者の意思を尊重し、できるだけ自分で取り組むような支援について職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 「自立」を維持増進する支援を行うためのマニュアルが整備されているが、利用者の意思を尊重し、できるだけ自分で取り組むような支援について職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 「自立」を維持増進する支援を行うためのマニュアルの整備は十分ではない。</p>
<p>【VI-1 利用者の意向の尊重の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・デいの目標は職員がデイ会議で話し合い決定している。 ・希望等は利用者目線で検討し、可能な事項は利用者の意思をかなえるよう支援している。VI-1-(1)-① ・自立促進に向け自分でできることは安全を見守りながら、できないところを介助している。VI-1-(1)-② 	

VII 健康管理・安全管理

VII-1 健康管理	
(1) 健康管理が適切に行われている。	
評価結果	●健康管理の実施体制が整備されている。
①	<p>【判断基準】</p> <p>a) 健康管理のマニュアルを整備し、かつ利用者一人一人の健康状態を把握することについて、職員が共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 健康管理のマニュアルを整備しているが、利用者一人一人の健康状態を把握することについて、職員が共通認識を図るための場は設けられていない。</p> <p>c) 健康管理のマニュアルの整備は十分ではない。</p>

<p>【VII-1 健康管理の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・朝礼で相談員等から健康状態の報告があり、書類設置机上で確認している。 ・看護師が毎朝連絡ノートで健康状態を把握し観察している。VII-1-(1)-①
--

VII-2 安全管理	
(1) 事故防止のための取り組みを行っている。	
<p>①</p> <p>評価結果</p>	<p>●発生した事故ならびに事故につながりそうになった事例を確実に把握する体制ができています。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 発生した事故ならびに事故につながりそうになった事例は、責任者に確実に報告する体制が整備され、職員の共通認識を図る場を設け、周知徹底している。</p> <p>b) 発生した事故ならびに事故につながりそうになった事例は、責任者に確実に報告する体制が整備されているが、職員の共通認識を図る場を設けておらず、周知徹底は十分ではない。</p> <p>c) 発生した事故ならびに事故につながりそうになった事例は、責任者に確実に報告する体制は整備されておらず、職員の共通認識を図る場も設けられていない。</p>
<p>②</p> <p>評価結果</p>	<p>●事故防止のための体制が適切である。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 発生した事故事例や、事故につながりそうになった事例の分析をし、事故防止についての職員の共通認識を図る場を設け、具体的な取り組みを行っている。</p> <p>b) 発生した事故事例や、事故につながりそうになった事例の分析をし、事故防止についての職員の共通認識を図る場を設けているが、具体的な取り組みは十分ではない。</p> <p>c) 発生した事故事例や、事故につながりそうになった事例の分析は行われておらず、事故防止についての職員の共通認識を図る場も設けられていない。</p>
(2) 故や災害発生時の対応体制が確立している。	
<p>①</p> <p>評価結果</p>	<p>●事故（けが、急病等）や災害に適切に対応できるマニュアルがあり、職員の共通認識が図られている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 事故や災害に適切に対応できる事業所としてのマニュアルを整備し、職員の共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 事故や災害に適切に対応できる事業所としてのマニュアルを整備しているが、職員の共通認識を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 事故や災害に適切に対応できる事業所としてのマニュアルの整備は十分ではない。</p>
(3) 与薬が適切に実施されている。	
<p>①</p> <p>評価結果</p>	<p>●与薬について、適切に行われるような体制になっている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所としての与薬についてのマニュアルを整備し、かつ利用者一人一人に確実に実施することについて、職員の共通理解を図るための場が設けられている。</p>

	<p>b) 事業所としての与薬についてのマニュアルを整備しているが、利用者一人一人に確実に実施することについて、職員の共通理解を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 事業所としての与薬についてのマニュアルは整備されていない。</p>
<p>【VII-2 安全管理の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 具体的事例から今後の対応、防止対策を検討し朝礼で報告すると共に書類を置く机上で報告書を確認している。VII-2-(1)-① ・ 事故やヒヤリハットの事例はその都度作成しており、朝礼で報告し報告書は定位置の卓上に置き確認している。VII-2-(1)-② ・ 防災訓練を年2回実施、災害時の役割分担表、緊急連絡網は各自に配布されている。VII-2-(2)-① ・ 定期的に提出された処方明細等と撮影した薬の写真で、看護師の管理のもと誤投薬を防いでいる。VII-2-(3)-① 	

VII-3 衛生管理・感染症対策	
(1) 衛生管理ならびに感染症対策が適切に行われている。	
	<p>評価結果 ●衛生管理に関するマニュアルを整備し、職員の共通認識が図られている。</p>
①	<p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所の実態に応じた衛生管理に関するマニュアルを整備し、職員の共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 事業所の実態に応じた衛生管理に関するマニュアルを整備しているが、職員の共通認識を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 事業所の実態に応じた衛生管理に関するマニュアルは整備されていない。</p>
	<p>評価結果 ●感染症への対応や予防の体制が整備されている。</p>
②	<p>【判断基準】</p> <p>a) 感染症への対応や予防についての体制を整備し、職員の共通認識を図る場を設け、周知徹底している。</p> <p>b) 感染症への対応や予防についての体制は整備されているが、職員の共通認識を図る場を設けられていない。</p> <p>c) 感染症への対応や予防についての体制は整備されていない。</p>
	<p>評価結果 ●調理場、水周りなどの衛生管理は、マニュアルが整備され、職員の共通認識が図られている。</p>
③	<p>【判断基準】</p> <p>a) 調理場、水周りなどの衛生管理に関するマニュアルを整備し、職員の共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 調理場、水周りなどの衛生管理に関するマニュアルを整備しているが、職員の共通認識を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 調理場、水周りなどの衛生管理に関するマニュアルは整備されていない。</p>

【VII-3 衛生管理・感染症対策の特記事項】

- ・職員は手洗いの後、アルコール消毒を励行している。
- ・浴室・トイレは、塩素消毒を毎日している。
- ・配膳はエプロンを変えて行っている。
- ・食事前に利用者全員の手にアルコール消毒を励行している。VII-3-(1)-①
- ・看護師から提案し予防や対応についてデイ会議で話し合い、内部研修で共通理解している。
- ・利用者へ感染防止の資料を配布している。VII-3-(1)-②
- ・食中毒に関する内部研修会で衛生管理の重要性を学び共通認識を図っている。
- ・定期的な清掃実施確認表が有り管理している。VII-3-(1)-①