

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性										
		実施 でき ている	実施 でき ている が不 十分	実施 でき てい ない		既 に 改 善 に 着 手	早 急 に 改 善 に 着 手	来 年 度 以 降 改 善 に 着 手	改 善 の 必 要 性 等 に 向 け て の 検 討 に 着 手	当 面 、 改 善 に 着 手 し な い						
I：事業所の運営と基本方針																
I－1:理念と職業倫理に関する取り組み																
(1)事業の理念等を明確に示している。	☒	a 事業の理念や方針を明文化し、適切な運営を図っている。			ホームページやパンフレットにて明記している。また、利用者及び家族にもパンフレットを配布している。	○	○	○	○	○						
	☒	b 事業理念や方針に従業者や利用者・家族の目につく場所に掲示する等、周知徹底するよう努めている。														
	☐	z 上記にチェックできる項目が全くない。														
(2)従業者が守るべき倫理・法令を周知している。	☒	a 従業者が守るべき倫理を明文化し、周知している。			倫理及び法令順守のための研修を、毎年度、実施している。	○	○	○	○	○						
	☒	b 従業者を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修の実施記録がある。														
	☐	z 上記にチェックできる項目が全くない。														
I－1:2項目		2	0	0												

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 でき ている	実施 でき ている が 不 十 分	実施 でき て い ない		既 に 改 善 に 着 手	早 急 に 改 善 に 着 手	来 年 度 以 降 改 善 に 着 手	改 善 の 必 要 性 等 に 向 け て の 検 討 に 着 手	当 面 、 改 善 に 着 手 し な い
I－2:事業計画の策定に関する取り組み										
(3)事業の計画、達成目標を定めている。	☐ a 毎年度の経営、運営方針等が記載されている事業計画又は年次計画がある。	○	○	●	事業拡大に向け、2カ月以内に事業計画書を作成する。	○	●	○	○	○
	☐ b 事業計画は、事業の理念・方針に基づくとともに、(1)中期・長期の運営の方針、(2)従業員の採用・研修計画、(3)施設・設備整備計画、(4)事業経営の方針及び計画、(5)部門別計画(処遇の方針及び計画、行事計画、防災訓練計画等)等を網羅している。									
	☐ c 計画の策定にあたっては、従業員の参加を得て行っている。									
	☐ d 目標や計画は従業員に徹底するとともに、達成度をもとに必要に応じて定期的に見直している。									
	☒ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
I－2:1項目		0	0	1						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施できている	実施できているが不十分	実施できていない		既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
I－3:事業の透明性の確保に関する取り組み										
(4)利用者・家族の求めに応じて、サービス提供記録を開示している。	☒ a 利用者・家族の求めに応じて、サービス提供記録を開示することを明記した文書がある。	●	○	○	これまで過去に開示請求を依頼されたことはないが、開示請求を依頼された場合は、早急に対応できるよう、日々、記録は実施している。	○	○	○	○	○
	☒ b 利用者・家族から利用者・家族の基本情報に関する台帳、通所介護計画の作成に関する記録、ケアカンファレンスの議事録、サービス提供に関する記録等の閲覧・複写について請求があった場合、直ちに関係の情報を開示して担当者が適切に対応している。									
	☒ c 開示された情報が事実ではなく誤りがあり、訂正を求められた時、事実関係を確認のうえ、直ちにその関係情報を訂正、削除等の対応をしている。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できている	実施 できているが不十分	実施 できていない		既に改善 に着手	早急に改善 に着手	来年度以降改善 に着手	改善の必要性等に向けて の検討に着手	当面、改善に着手しない
(5)利用者又はその家族に対して、必要な利用料の計算方法について説明し、同意を得ており、利用料請求の際には、請求明細書を交付している。	☒ a 必要な利用料の計算方法についての同意を得るための文書の同意欄に、利用者又はその家族の署名若しくは記名捺印がある。	●	○	○	a～b:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒ b 利用者に対して、サービス提供内容、費用の額、その他の必要と認められる事項を記載した請求明細書(サービス提供証明書)を交付している。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
(6)地域住民・利用者に対して、事業所情報を公開している。	☐ a 事業計画及び財務内容を閲覧に供することを明記した文書がある。又は、閲覧可能な状態にしている。	○	●	○	a:毎年、介護サービス情報の公表システムに当該事業所の情報を公表しているが、事業計画及び財務内容においては、公表をしていない。今年中にホームページで公表する。 b:実施している。	○	●	○	○	○
	☒ b 事業所のパンフレットや広報誌、インターネット等により事業所情報を公開している。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
I－3:3項目		2	1	0						

[illegible]

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できている	実施 できているが不十分	実施 できていない		既に改善 に着手	早急に改善 に着手	来年度以降改善 に着手	改善の必要性等 に向けての検討に 着手	当面、改善 に着手しない
(9) 通所介護計画を策定する際に、必要に応じて各種専門職の意見を取り入れ、目標を設定している。	☒ a 通所介護計画には、機能訓練等の目標の記載がある。	●	○	○	a～e:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒ b 通所介護計画は、居宅サービス計画書に沿って作成されている。									
	☒ c 通所介護計画は、ケース会議等を開催し、策定している。									
	☒ d 介護支援専門員の開催するサービス担当者会議に出席し、各種専門職の意見を取り入れている。									
	☒ e 通所介護計画の検討会議の記録がある。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施できている	実施できているが不十分	実施できていない		既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(10) サービスの実施状況及び目標の達成状況を記録している。	☒ a 通所介護計画等に、サービスの実施状況を記録している。 ☒ b 通所介護計画等に、目標の達成状況を記録している。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	a～b:すべて実施している。	○	○	○	○	○

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できている	実施 できているが不十分	実施 できていない		既に改善 に着手	早急に改善 に着手	来年度以降改善 に着手	改善の必要性等に向けて の検討に着手	当面、改善に着手しない
(11) 定期的に通所介護計画を評価し、必要に応じ見直しを行っている。	☒ a 通所介護計画の評価を記入している記録がある。	●	○	○	a～d:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒ b 見直しの結果、変更が必要な場合には、通所介護計画に、見直した内容及び日付を記載し、変更が不要な場合には、通所介護計画に更新日を記載している。									
	☒ c サービス提供者側の一方的な計画見直しでなく、ニーズの再評価や利用者・家族の満足度の確認を行って、通所介護計画を見直している。									
	☒ d 通所介護計画の見直しの結果、居宅サービス計画の変更が必要と判断した場合に介護支援専門員に提案した記録がある。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅱ－1:5項目		5	0	0						

[illegible]

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 でき ている	実 施 で き て い る が 不 十 分	実 施 で き て い な い		既 に 改 善 に 着 手	早 急 に 改 善 に 着 手	来 年 度 以 降 改 善 に 着 手	改 善 の 必 要 性 等 に 向 け て の 検 討 に 着 手	当 面 、 改 善 に 着 手 し な い
(13) 利用申込者との契約にあたり適切な対応をしている。	☒ a サービスを選択するうえで必要な事項を説明するために、わかりやすい説明書やパンフレットを用意している。	●	○	○	a～g:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒ b 重要事項を記した文書の同意欄に、利用申込者又はその家族の署名若しくは記名捺印がある。									
	☒ c 利用申込者の判断能力が不十分な場合における家族、成年後見人等との契約書又は第三者である立会人を求めた契約書がある。									
	☒ d 自らの事業所において、利用者の受入ができない場合、理由について本人並びに家族に対して、受入ができない理由をわかりやすく説明している。									
	☒ e 自らの事業所のサービス利用では十分対応できない場合や、他のサービスも合わせて利用することが必要と判断された場合には、指定居宅介護支援事業者等と連携し、必要な他のサービスの紹介を行っている。									

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施できている	実施できているが不十分	実施できていない		既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(13) 利用申込者との契約にあたり適切な対応をしている。	☒ f 利用申込者にサービス受給資格があるか確認するため、利用者の被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び有効期間を確かめている。									
	☒ g 利用者が、いつでも契約の解除ができることを説明し、また、利用者又は事業者から直ちに契約を解除することができる事由を定めている。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
(14) 利用終了に際して、適切な対応をしている。	☒ a 必要な情報(利用者の身体面・心理面の状態、生活上の留意点、介護の方法・留意点、再利用に関する情報)の提供やアドバイスを利用者・家族にわかりやすく行っている。	●	○	○	a～b:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒ b 利用終了時に他の事業者が選定された際に、本人・家族等の状況を他の事業所へ情報提供する場合は、あらかじめ利用者・家族の同意を必要に応じて得ている。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅱ-2-①:3項目		3	0	0						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 でき ている	実施 でき ている が 不 十 分	実施 でき て い ない		既 に 改 善 に 着 手	早 急 に 改 善 に 着 手	来 年 度 以 降 改 善 に 着 手	改 善 の 必 要 性 等 に 向 け て の 検 討 に 着 手	当 面 、 改 善 に 着 手 し ない
Ⅱ－2－②:利用者及び家族とのコミュニケーション										
(15) 家族との連携・コミュニケーションを確保するよう努めている。	☒	a 家族とのコミュニケーションを確保するための連絡方法を整備している。	●	○	○	a～b:事業所公式LINEやInstagramを開設し、利用状況を適時、利用者及び家族に発信している。 c:行事計画は、毎月作成し配布しているが、行事内容によっては、家族の参加も案内している。	○	○	○	○
	☒	b 利用者の状況を、家族に対して、定期的に報告し、情報を共有している。								
	☒	c 利用者の家族への行事案内又は利用者の家族の参加が確認できる行事の実施記録がある。								
	☐	z 上記にチェックできる項目が全くない。								
(16) 利用者の心理面に配慮し、コミュニケーションをとるよう努めている。	☒	a 個々の従業者が気をつけるだけでなく、マニュアルの作成等により事業所全体に対して利用者を尊重した対応(言葉づかい等)が徹底されるようなシステムがある。	●	○	○	a～b:すべて実施している。	○	○	○	○
	☒	b 日常生活の各場面でも言葉かけを行い、特に会話の不足している利用者には気を配り、コミュニケーションの工夫をしている。								
	☐	z 上記にチェックできる項目が全くない。								
Ⅱ－2－②:2項目			2	0	0					

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施できている	実施できているが不十分	実施できていない		既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅱ－２－③：認知症の利用者に対する配慮										
(17) 認知症ケアの質を確保するための仕組みがあり、認知症の利用者の状態に配慮したケアに努めている。	☒	a 認知症の利用者への対応及び認知症ケアに関するマニュアル等があり、実務に活用している。	●	○	○	a～k:すべて実施している。	○	○	○	○
	☒	b 従業者に対する認知症及び認知症ケアに関する研修の実施記録がある。								
	☒	c 医師、歯科医師、看護職、介護職、介護支援専門員等の各専門職種と緊密に連携をとり、適切な対応を心がけている。								
	☒	d 利用者の人権・意思を尊重し、利用者の心を受容し、説得より納得してもらえるように努めている。								
	☒	e なじみの人間関係(仲間)をつくれるように、利用者の中に入り調整している。								
	☒	f 自立支援の観点から、あらゆる場面で支持的援助を重視し、その人らしさの中で出来る喜びを味わせている。								

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できている	実施 できているが不十分	実施 できていない		既に改善 に着手	早急に改善 に着手	来年度以降改善 に着手	改善の必要性等 に向けての検討に 着手	当面、改善 に着手しない
(17) 認知症ケアの質を確保するための仕組みがあり、認知症の利用者の状態に配慮したケアに努めている。	☒ g ある程度反復性を持たせたり、軽度の人にはあまり単純な内容にしないなどプログラムに配慮している。									
	☒ h 周辺症状を呈する利用者には、一定期間観察と記録を行い、その分析や症状の原因、行動パターン、自他への危険性等を把握し、それを従業者が認識している。									
	☒ i 観葉植物や生き物を飼う等の心の潤いに留意し、安心できるような環境の整備を行っている。									
	☒ j 認知症高齢者の心身の健康状態及び生活歴の把握を積極的に行うようにする。(発熱、傷み、脱水、便秘等やその人特有の生活習慣)									
	☒ k 利用者の生命、身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等により行動を制限しない。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅱ－２－③：1項目		1	0	0						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 でき ている	実施 でき てい るが 不十分	実施 でき てい ない		既に 改善 に 着手	早急 に 改善 に 着手	来年度 以降 改善 に 着手	改善 の 必要性 等 に 向 け て の 検 討 に 着 手	当面、 改善 に 着 手 し ない
Ⅱ－2－④:個々のサービス										
(18)入浴介助に関して、利用者本人の意向に沿った適切な支援を行っている。	☒	a 入浴介助についての記載があるマニュアル等があり、実務に活用している。	●	○	○	a～h:すべて実施している。	○	○	○	○
	☒	b 入浴介助の実施記録がある								
	☒	c 看護職(必要に応じて医師)による健康状態のチェックを行い必要に応じて立ち会っている。								
	☒	d 健康状態に問題があると判断した利用者について、静養、部分浴、清拭等へとサービス内容を変更した記録がある。								
	☒	e 利用者が入浴・保清することを十分納得した上で行っている。								

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できている	実施 できているが不十分	実施 できていない		既に改善 に着手	早急に改善 に着手	来年度以降改善 に着手	改善の必要性等 に向けての検討に着手	当面、改善 に着手しない
(19) 利用者の心身の状態に合わせた排泄介助を行っている。	☒ a 排泄介助についての記載があるマニュアル等があり、実務に活用している。	●	○	○	a～j:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒ b 利用者ごとに、排泄についてのチェックリスト等の記録がある。									
	☒ c 精神機能の低下している利用者や、オムツ利用者もなるべくトイレで介助するように、言葉かけ等で誘導を行い、トイレでの排泄を促している。									
	☒ d 気兼ねしないよう手際よく、必要に応じて励ましの言葉かけをしている。									
	☒ e 不必要な皮膚の露出は避けるなど、プライバシーに配慮している。									

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施できている	実施できているが不十分	実施できていない		既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(20)トイレ内の安全性・快適性を確保するための仕組みがある。	☒ a トイレの手すりがある。	●	○	○	a～c:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒ b トイレ内に、介助者が介助できるスペースがある。									
	☒ c 車いす対応が可能なトイレがある。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施できている	実施できているが不十分	実施できていない		既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(21) 利用者の心身の状態に合わせた食事介助を行っている。	☒ a 食事介助についての記載があるマニュアル等があり、実務に活用している。	●	○	○	a～h:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒ b 心身の状態に合った座位時間の調整をしている。									
	☒ c 嚥下しやすい姿勢を保ち利き手の自由を確保している。									
	☒ d 自分のペースで食べられるように、身体状況にあわせて福祉用具や食器を工夫している。									
	☒ e 利用者に言葉かけを行いながら、あせらずに食べられるようにしている。									

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施できている	実施できているが不十分	実施できていない		既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(21) 利用者の心身の状態に合わせた食事介助を行っている。	☒ f 一回のスプーン使用などによる量に気を配り、飲み込んだのを確認した後、次の介助をしている。									
	☒ g 自立への支援を促すような介助をしている。									
	☒ h 食事をおいしく食べられる雰囲気づくりを行っている。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できている	実施 できているが不十分	実施 できていない		既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(23) 食事について、利用者の希望及び好みを聞く仕組みがある。	☒ a 食事について、利用者の希望及び好みを聞くことについての記載があるマニュアル等があり、実務に活用している。	○	●	○	a～b:すべて実施している。 c:食事の提供は外部委託しているため、利用者ごとの希望や好みについての会議をこれまで開催することがなかった。今後、検討する。	○	○	○	●	○
	☒ b 利用者ごとの希望及び好み、摂取量又は嗜好の記録がある。									
	☐ c 利用者ごとの希望及び好みについて検討された食事についての会議の記録がある。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
(24) 利用者ごとの栄養マネジメントを行っている。	☒ a 利用者ごとの栄養状態に関して、アセスメント(解決すべき課題の把握)の記録がある。	●	○	○	a～c:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒ b 利用者ごとの栄養ケア計画についての同意を得るための文書の同意欄に、利用者又はその家族の署名若しくは記名捺印がある。									
	☒ c 栄養改善のためのサービスの実施記録がある。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施できている	実施できているが不十分	実施できていない		既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(25) 定期的に口腔ケアが適切に行われている。	☒ a 口腔ケアについての記載があるマニュアルがあり、実務に活用している。	●	○	○	a～e:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒ b 利用者ごとの口腔機能についてのアセスメント(解決すべき課題の把握)記録がある。									
	☒ c 口腔機能の改善のための計画について、署名若しくは記名捺印により同意を得ている。									
	☒ d 口腔機能の向上のためのサービスの実施記録がある。									
	☒ e ブラッシングやうがい等日常の口腔ケアについて、必要に応じて利用者・家族に助言している。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									

[illegible]

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できている	実施 できているが不十分	実施 できていない		既に改善 に着手	早急に改善 に着手	来年度以降改善 に着手	改善の必要性等に向けて の検討に着手	当面、改善 に着手しない
(26) 送迎に当たって、利用者の状態に対する配慮を行っている。	☒ f 送迎を効率的に行うために、送迎経路の調整を常に図っている。									
	☒ g 個々の利用者の乗車時間が、1時間を超す場合は、改善を検討している。									
	☒ h 常に利用者の状況を観察して変化を把握し、無理のない送迎を心がけている。									
	☒ I 問題が発生したときには、すみやかに送迎方法と順番を変えることができる仕組みを考えてある。									
	☐ j 緊急時の対応が可能なように、送迎車に携帯電話等を配置し、運転手以外に1名以上の従業者が同乗している。									
	☒ k 利用者の種々の状態に対応できる車種を用意している。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅱ－2－④：9項目		7	2	0						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 でき ている	実施 でき ている が 不 十 分	実施 でき て い ない		既 に 改 善 に 着 手	早 急 に 改 善 に 着 手	来 年 度 以 降 改 善 に 着 手	改 善 の 必 要 性 等 に 向 け て の 検 討 に 着 手	当 面 、 改 善 に 着 手 し ない
Ⅱ－2－⑤:健康管理										
(27) 利用者の体調や健康状態に気を配り、健康の管理や保持増進のために必要な支援を行っている。	☒ a 利用者の健康管理についての記載があるマニュアル等があり、実務に活用している。	●	○	○	a～d:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒ b 利用者ごとの体温、血圧等健康状態の記録がある。									
	☒ c 健康状態に問題があると判断した時は、利用者の家族、主治医等に連絡し、必要があれば指示を仰ぎ必要な支援を行っている。また、その連絡の記録がある。									
	☒ d 脱水症対策(水分補給)を行っている。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅱ－2－⑤:1項目		1	0	0						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 でき ている	実施 でき ている が 不 十 分	実施 でき て い ない		既 に 改 善 に 着 手	早 急 に 改 善 に 着 手	来 年 度 以 降 改 善 に 着 手	改 善 の 必 要 性 等 に 向 け て の 検 討 に 着 手	当 面 、 改 善 に 着 手 し ない
Ⅱ－2－⑥：自立した生活への配慮										
(28) 利用者が自立して生き生きとした生活が送れるような配慮している。	☒	a 現在の能力及び将来の変化を予測し、できる部分は見守る、或いは協力していくために設備改善を行っている。	●	○	○	残存機能を高めるためのリハビリテーションを積極的に実施している。また、地域活動及び障がい者支援活動においても、包括やサービス事業所間で積極的に取り組んでいる。	○	○	○	○
	☒	b 社会資源等の情報提供を行っている。								
	☐	z 上記にチェックできる項目が全くない。								

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できている	実施 できているが不十分	実施 できていない		既に改善 に着手	早急に改善 に着手	来年度以降改善 に着手	改善の必要性等 に向けての検討に着手	当面、改善 に着手しない
(29) 利用者の自立に必要な施設・福祉用具(自助具・車いす等)が整備されている。	☒ a 車いすは必要な利用者が利用できるだけの台数を揃えている。	●	○	○	a～d:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒ b 福祉用具の使用を前提とした施設設備とする(建物内部の段差を解消している等)。									
	☒ c 利用者の障害を正確に把握し、個々のレベルに応じ、使いこなすことができる福祉用具を複数タイプのモデルを用意し、それぞれのレベルでの自立生活ができるように配慮している。									
	☒ d 必要に応じて、理学療法士、作業療法士、介護支援専門員等、他職種との連携を図り、個別の対応、適正な福祉用具の選択に努めている。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
(30) 機能訓練の必要な利用者に対しては、計画的に機能訓練を行っている。	☒ a 利用者ごとの機能訓練計画がある。	●	○	○	a～b:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒ b 利用者ごとの機能訓練の実施記録がある。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できている	実施 できているが不十分	実施 できていない		既に改善 に着手	早急に改善 に着手	来年度以降改善 に着手	改善の必要性等 に向けての検討に 着手	当面、改善 に着手しない
(31) 利用者の身体的、精神的 能力、判別、嗜好等を考慮した レクリエーション等の健康増進 に努めている。	☒ a 年間のレクリエーション計画等及びその 実施記録がある。	●	○	○	a～g:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒ b 少人数又は利用者ごとのレクリエーション 計画及び実施記録がある。									
	☒ c 能力や意向に応じて適切なグルーピング をしている。									
	☒ d 1日だけでなく、週単位・月単位でプログ ラムを策定している。									
	☒ e 利用者が参加しやすい雰囲気作りをして いる。									
	☒ f 季節や行事、地域特性を取り込んだプロ グラムを策定している。									
	☒ g 利用者同士が会話を楽しむプログラムや 場所を用意している。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅱ－2－⑥:4項目		4	0	0						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性					
		実施 できている	実施 できているが不十分	実施 できていない		既に改善 に着手	早急に改善 に着手	来年度以降改善 に着手	改善の必要性等 に向けての検討に着手	当面、改善 に着手しない	
Ⅱ－2－⑦:介護者への配慮・支援											
(32) 利用者の家族の心身の状態に気を配り、健康の保持増進や介護負担軽減のために必要な支援を行っている。	☒	a 利用者の家族に対して個別相談・援助として介護技術指導を行っている。	●	○	○	a～c:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒	b 地域で実施されている健康教室や食事会等に参加するよう働きかけている。									
	☒	c 家族の悩み事や相談を受けとめるように努めている。									
	☐	z 上記にチェックできる項目が全くない。									
(33) 介護予防について、利用者の家族のために適切なプログラムを作成し、介護予防に努めている。	☒	a 参加のしやすさ、楽しさ、仲間作りという視点を持つようなプログラムにしている。	●	○	○	a～c:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒	b 部分的であっても全員がプログラムに何らかの形で関わるよう配慮している。									
	☒	c 活動的なプログラムだけでなく、機能の低下している人に配慮したものを用意している。									
	☐	z 上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅱ－2－⑦:2項目			2	0	0						
Ⅱ－2:22項目			20	2	0						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施できている	実施できているが不十分	実施できていない		既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない

II-3:利用者及び家族のプライバシー保護に関する取り組み

[illegible]

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できている	実施 できているが不十分	実施 できていない		既に改善 に着手	早急に改善 に着手	来年度以降改善 に着手	改善の必要性等 に向けての検討に 着手	当面、改善 に着手しない
(35) 利用者の人権やプライバシーの保護について配慮している。	☒ a 利用者のプライバシーの保護の取り組みに関するマニュアル等があり、実務に活用している。	●	○	○	a～d:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒ b 利用者のプライバシーの保護の取り組みに関する研修の実施記録がある。									
	☒ c 利用者を「一個人の人格」として尊重する教育を重視し、利用者の呼称等にも留意している。									
	☒ d 認知症高齢者等の権利に関しても十分な配慮を行っている。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅱ－3:2項目		2	0	0						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性					
		実施できている	実施できているが不十分	実施できていない		既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない	
Ⅱ－4:利用者の満足の向上に関する取り組み											
(36)利用者又はその家族からの相談、苦情等に対応する仕組みがあり、サービスの改善につなげている。	☒	a 相談、苦情等対応に関するマニュアル等があり、実務に活用している。	○	●	○	a～f、h:すべて実施している。 g:過去に、第三者評価機関による評価を受けたが、今後も客観的な評価を受ける必要性はあるため、検討する。	○	○	●	○	○
	☒	b 重要事項を記した文書等利用者に交付する文書に、相談、苦情等対応窓口及び担当者が明記されている。									
	☒	c 相談、苦情等対応に関する記録がある。									
	☒	d 利用者・家族との懇談(話し合い)の機会を定期的に持ち、苦情・訴えを聞き、サービスのあり方を見直している。									
	☒	e 利用者の家族の参加が確認できる意見交換会、懇談会等の記録又は利用者の家族との連絡帳等がある。									
	☒	f トラブル等があった場合、担当従業者、サービス担当責任者ができるだけ早く話を聞く機会を持っている。									
	☐	g 第三者委員を積極的に受け入れている。									

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できている	実施 できているが不十分	実施 できていない		既に改善 に着手	早急に改善 に着手	来年度以降改善 に着手	改善の必要性等 に向けての検討に 着手	当面、改善 に着手しない
(36)利用者又はその家族からの相談、苦情等に対応する仕組みがあり、サービスの改善につなげている。	☒ h 相談、苦情対応の結果について、利用者又はその家族に対して説明し、理解を得た記録がある。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
(37)利用者・家族の意向、意向調査結果、満足度調査結果等を、経営改善プロセスに反映する仕組みがある。	☒ a 経営改善のための会議において、利用者の意向、満足度等について検討された記録がある。	●	○	○	a～b:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒ b 利用者・家族からの意見や評価を調査やアンケートによって定期的実施している。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
(38)身体的拘束等の排除のための取り組みを行っている。	☒ a 身体的拘束等の廃止のための取り組みに関する施設の理念、方針等が記載された文書がある。	●	○	○	a～c:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒ b 身体的拘束等の廃止のための取り組みに関するマニュアル等があり、実務に活用している。									
	☒ c 身体的拘束等の廃止のための取り組みに関する研修の実施記録がある。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できている	実施 できているが不十分	実施 できていない		既に改善 に着手	早急に改善 に着手	来年度以降改善 に着手	改善の必要性等 に向けての検討に着手	当面、改善に着手 しない
(39)利用者や家族のニーズに合わせて、営業日以外・営業時間外にも対応できる体制が取られてる。	☐ a 日曜日その他の休日の対応ができる体制が取られている。	○	●	○	a: 日曜日及びその他の休日(年末年始12/30～1/3)に営業することはこれまで実施していない。 b: 予定されていたサービス提供時間を超えてサービスを提供する場合は、臨機応変に対応している。		○	○	●	○
	☒ b 利用時間の延長に対応できる体制がとられている。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅱ－4:4項目		2	2	0						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性						
		実施 でき ている	実施 でき ている が 不 十 分	実施 でき て い ない		既 に 改 善 に 着 手	早 急 に 改 善 に 着 手	来 年 度 以 降 改 善 に 着 手	改 善 の 必 要 性 等 に 向 け て の 検 討 に 着 手	当 面 、 改 善 に 着 手 し な い		
Ⅲ：サービスの質の確保												
Ⅲ－１：従業者の質の確保に向けた体制に関する取り組み												
(40) 従業者の接遇の質を確保するための仕組みがある。	☒	a 従業者の接遇についての記載があるマニュアル等があり、実務に活用している。	○	●	○	接遇に関する研修は昨年度、未実施であったため、今年中に開催する。	○	●	○	○	○	
	☐	b 従業者の接遇に関する研修の実施記録がある。										
	☐	z 上記にチェックできる項目が全くない。										

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施できている	実施できているが不十分	実施できていない		既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(41) 従業者に対する研修体系を整備し、研修を計画的かつ定期的に行っている。	☒ a 常勤及び非常勤の全ての従業者(新任・現任)を対象とする通所介護に関する研修計画がある。	●	○	○	a～f:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒ b 常勤及び非常勤の全ての従業者(新任・現任)を対象とする通所介護に関する研修の実施記録がある。									
	☒ c 県や団体の行う研修計画を把握して参加計画を立てている。									
	☒ d 外部研修に従業者が参加した場合には、他の従業者に伝達するよう努めている。									
	☒ e 外部研修だけでなく、事例研究会等の従業者研修や勉強会を企画し計画的に行っている。									
	☒ f 職場内訓練(OJT)を、従業者の状況に応じ適切な方法で実施している。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できている	実施 できているが不十分	実施 できていない		既に改善 に着手	早急に改善 に着手	来年度以降改善 に着手	改善の必要性等 に向けての検討に着手	当面、改善 に着手しない
(42) 従業者の調査研究・研究発表及び専門資格の取得を積極的に進めている。	☒ a 外部の学会、研究会等への参加を促進している。	●	○	○	a～c:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒ b 研究会の定期開催、外部講師・指導者への依頼を行うなど、調査研究の推進・指導体制を整備している。									
	☒ c 従業者の専門資格取得を積極的に進めている。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅲ－1:3項目		2	1	0						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施できている	実施できているが不十分	実施できていない		既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない

Ⅲ－2: 定期的なサービスの評価の実施に関する取り組み

(43) 自ら提供する通所介護の質について、定期的に自己評価を行っている。	☐	a 自ら提供する通所介護の質についての自己評価の実施記録がある。	○	●	○	昨年度、未実施であったため、今後、毎年度末(3月)に介護サービスの自己評価を実施する。	○	●	○	○	○
	☒	b 評価することを目的にした評価作業ではなく、一定期間ごとに評価作業を繰り返し、確実に業務改善に結びつけている。									
	☐	z 上記にチェックできる項目が全くない。									
(44) 第三者評価を積極的に受け入れて、必要な業務改善を行っている。	☐	a サービスの質の向上のため、一層の効果が得られるよう自己評価だけでなく、第三者評価機関による客観的な評価を受けている。		○	●	過去に、第三者評価機関による評価を受けたが、今後も客観的な評価を受ける必要性はあるため、今後検討する。	○	○	●	○	○
	☒	z 上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 でき ている	実 施 で き て い る が 不 十 分	実 施 で き て い な い		既 に 改 善 に 着 手	早 急 に 改 善 に 着 手	来 年 度 以 降 改 善 に 着 手	改 善 の 必 要 性 等 に 向 け て の 検 討 に 着 手	当 面 、 改 善 に 着 手 し な い
(45)「介護サービス情報の公表」を行っている。	☒ a 公表の対象である場合は、年に1回、基本・調査情報を報告し、調査情報については事実確認調査を受け、その結果を含めた介護サービス情報を公開している。	●	○	○	a: 毎年、実施している。	○	○	○	○	○
	☒ b 公表の対象となっていない。 (県が策定する「報告・調査・公表計画」の策定基準日前1年間の介護報酬支払い実績が、100万円を超える事業所が対象となります。)									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅲ－2:3項目		1	1	1						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性					
		実施 できている	実施 できているが不十分	実施 できていない		既に改善 に着手	早急に改善 に着手	来年度以降改善 に着手	改善の 必要性等 に向けて の検討に 着手	当面、改善 に着手しない	
Ⅲ－3:サービスの標準化に関する取り組み											
(46)サービスの標準化を図るため、マニュアル等を整備し、活用している。	☒	a サービスに関するマニュアルを整備し、従業員が自由に閲覧できる場所に設置してある。	●	○	○	a～c:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒	b マニュアル等の内容には、個々のサービスの留意点や具体的手順、その他重要事項を盛り込んでいる。									
	☒	c マニュアル等の見直しについて検討された記録がある。									
	☐	z 上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅲ－3:1項目			1	0	0						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 でき ている	実施 でき ている が不 十分	実施 でき てい ない		既 に 改 善 に 着 手	早 急 に 改 善 に 着 手	来 年 度 以 降 改 善 に 着 手	改 善 の 必 要 性 等 に 向 け て の 検 討 に 着 手	当 面 、 改 善 に 着 手 し な い
Ⅲ－4:利用者の情報の適切な記録に関する取り組み										
(47) 利用者に関する情報を、適切に記録し、担当者間で共有している。	☒	a 利用者へのサービス提供を行う際に効率的な記録用紙を事業所独自で作成している。	●	○	○	a～e:すべて実施している。	○	○	○	○
	☒	b 統一的な記入方法を推進している。								
	☒	c サービス提供票から、サービス提供記録、相談・情報提供に関する記録を利用者ごとにファイルする等、一元的に整理している。								
	☒	d 記録の特記事項等については、適切な報告・連絡・相談・引継ぎについて記入している。								
	☒	e 記録を作成することにより、サービス提供内容を整理し、客観的に見直している。								
	☐	z 上記にチェックできる項目が全くない。								

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 でき ている	実施 でき ている が不 十分	実施 でき てい ない		既 に改 善に 着手	早 急に 改善 に着手	来 年度 以降 改善 に着手	改善 の必要 性等に 向けて の検討 に着手	当面、 改善に 着手し ない
(48) 利用者の記録の保管方法を定めて、それを基に適切に記録を保管している。	記録の保管方法については、次の点を定めてください。	●	○	○	a～e:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒ a 記録の管理責任者									
	☒ b 記録の保管場所									
	☒ c 記録の利用方法とその手続									
	☒ d 記録の保管期間									
	☒ e 管期間終了後の処理方法									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅲ－4:2項目		2	0	0						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性						
		実施できている	実施できているが不十分	実施できていない		既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない		
Ⅲ－５：効率的なサービスの提供体制に関する取り組み												
Ⅲ－５－①：サービス提供体制												
(49) サービス提供前に、必要な準備・確認を行っている。	☒	a 定例のミーティングを行い連絡事項の確認を行っている。	●	○	○	a～e:すべて実施している。	○	○	○	○		
	☒	b 利用者の記録を確認し、サービス提供の留意点を確認するとともに、必要に応じて関係機関等に連絡をとっている。										
	☒	c サービス計画表を確認し、当日のサービス内容を確認している。										
	☒	d 必要な備品等を準備している。										
	☒	e 利用者の生活習慣を把握し、その準備をしている。										
	☐	z 上記にチェックできる項目が全くない。										

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できている	実施 できているが不十分	実施 できていない		既に改善 に着手	早急に改善 に着手	来年度以降改善 に着手	改善の必要性等 に向けての検討に 着手	当面、改善 に着手しない
(50) サービス提供が円滑に引き継がれるとともに、関係者と情報が共有されるように、報告・事後処理を行っている。	☒ a サービス提供後に、利用者及びサービス内容についての報告と検討を行っている。	●	○	○	a～b:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒ b 必要に応じて、関係機関や家族等と連絡・連携をとっている。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅲ－5－①:2項目		2	0	0						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できている	実施 できているが不十分	実施 できていない		既に改善 に着手	早急に改善 に着手	来年度以降改善 に着手	改善の必要性等 に向けての検討に 着手	当面、改善 に着手しない
Ⅲ－５－②：チーム体制										
(51) 管理者や従業者が各種会議や委員会に参加し、事業運営に対して積極的に関わっている。	☒	a 事業所全体のサービス内容を検討する会議の設置規程又は会議録がある。	●	○	○	a～d:すべて実施している。	○	○	○	○
	☒	b 現場の従業者と幹部従業者が参加する業務改善会議等の記録がある。								
	☒	c 職員会議を定例化している。								
	☒	d 適切な構成員のもとに各種会議や委員会を設置し随時民主的な活動を行っている。								
	☐	z 上記にチェックできる項目が全くない。								
(52) 事業所の組織体制、従業者の権限、業務分担及び協力体制を定めている。	☒	a 組織体制、従業者の権限、業務分担及び協力体制に関する規程等がある。	●	○	○	a:実施している。	○	○	○	○
	☐	z 上記にチェックできる項目が全くない。								

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できている	実施 できているが不十分	実施 できていない		既に改善 に着手	早急に改善 に着手	来年度以降改善 に着手	改善の必要性等 に向けての検討に着手	当面、改善 に着手しない
(53) サービスに関する情報について、従業者が共有するための仕組みがある。	☒ a サービスに関する情報の共有についての会議、研修、勉強会、回覧等の記録がある。	●	○	○	a: 実施している。	○	○	○	○	○
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
(54) 従業者に対しての指導・助言の実施及び従業者からの相談に応じる体制がとられている。	☒ a 管理者と担当者との間に十分な理解と疎通が図られた上で、サービス実施状況の定期的又は随時の報告、確認を行い、必要に応じて管理者等から助言・指導が行われる体制をとっている。	●	○	○	a: 実施している。	○	○	○	○	○
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅲ－５－②: 4項目		4	0	0						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施できている	実施できているが不十分	実施できていない		既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅲ－5－③:必要な情報の収集										
(55) 保健・医療・福祉サービスに関する情報を収集し、事業運営やサービス提供に役立てている。	次に例示される情報を収集し、共有を図っている。	●	○	○	a～e:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒ a 行政の施策動向の情報									
	☒ b 行政(市町村・県)の保健・医療・福祉関連予算の情報									
	☒ c 先進的な事業や事業運営を行っている市町村、機関・施設の情報									
	☒ d 介護保険制度にとどまらず、その他の公的・民間の社会資源に関する情報									
	☒ e 介護保険の動向・情報									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅲ－5－③:1項目		1	0	0						
Ⅲ－5:7項目		7	0	0						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性						
		実施 でき ている	実 施 で き て い る が 不 十 分	実 施 で き て い ない		既 に 改 善 に 着 手	早 急 に 改 善 に 着 手	来 年 度 以 降 改 善 に 着 手	改 善 の 必 要 性 等 に 向 け て の 検 討 に 着 手	当 面 、 改 善 に 着 手 し ない		
IV:安全・安心の確保												
IV-1:事故対策に関する取り組み												
(56) 事故の発生又はその再発を防止するための仕組みがある。	☒	a 事故の発生又はその再発の防止に関するマニュアル等があり、実務に活用している。	●	○	○	a～e:すべて実施している。	○	○	○	○		
	☒	b マニュアル(チェックリスト)を作成するだけでなく、それをもとに定期的に点検を行っている。										
	☒	c 事故事例、ヒヤリ・ハット事例等事故防止につながる事例の検討記録がある。										
	☒	d 事故の発生又はその再発の防止に関する研修の実施記録がある。										
	☒	e 事故に至らなかったが、ヒヤリ・ハットした事象について、記録様式を作成し、記録として残し今後の事故防止に努めている。										
	☐	z 上記にチェックできる項目が全くない。										

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できている	実施 できているが不十分	実施 できていない		既に改善 に着手	早急に改善 に着手	来年度以降改善 に着手	改善の必要性等 に向けての検討に 着手	当面、改善 に着手しない
(57) 事故の発生、非常災害時 や利用者の症状の急変等緊急 時に対応するための仕組みが ある。	☒ a 事故の発生等緊急時の対応(対応手順、 役割分担等)に関するマニュアル等及び緊 急時の連絡体制を記載した文書があり、周 知徹底している。	○	●	○	a～d、f～h:すべて実施している。 e:個人の非常袋は在庫を抱えてい ない。今後、検討する。	○	○	○	●	○
	☒ b 事故の発生等緊急時・非常災害時の対 応に関する研修の実施記録がある。									
	☒ c 非常災害時に通報する関係機関及び利 用者ごとの主治医、家族、その他の緊急連 絡先の一覧表等がある。									
	☒ d 非常災害時の避難、救出等に関する訓 練の実施記録がある。									

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)		③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
			実施 でき ている	実 施 で き て い る が 不 十 分	実 施 で き て い な い		既 に 改 善 に 着 手	早 急 に 改 善 に 着 手	来 年 度 以 降 改 善 に 着 手	改 善 の 必 要 性 等 に 向 け て の 検 討 に 着 手	当 面 、 改 善 に 着 手 し な い
(57) 事故の発生、非常災害時 や利用者の症状の急変等緊急 時に対応するための仕組みが ある。	☐	e 非常時のために、個人の非常袋(ヘル メット、非常用食品、水等)やラジオ、懐中電 灯、非常用食品・水、救急箱、紙おむつ等の 備蓄をしている。									
	☒	f 消防法令に基づいた適切な施設・設備整 備や、割れにくい窓ガラス、防災加工寝具 等、非常時を想定した施設、設備整備として いる。									
	☒	g 火災等に対しての予防対策を行ってい る。									
	☒	h 賠償責任や災害時に備え、保険に加入 している。									
	☐	z 上記にチェックできる項目が全くない。									
IV－1:2項目			1	1	0						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性					
		実施 でき ている	実 施 で き て い る が 不 十 分	実 施 で き て い な い		既 に 改 善 に 着 手	早 急 に 改 善 に 着 手	来 年 度 以 降 改 善 に 着 手	改 善 の 必 要 性 等 に 向 け て の 検 討 に 着 手	当 面 、 改 善 に 着 手 し な い	
IV－2:衛生管理に関する取り組み											
(58)感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延を防止するための仕組みがある。	☒	a 感染症及び食中毒の発生事例、ヒヤリ・ハット事例等の検討記録がある。	●	○	○	a～j:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒	b 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止に関するマニュアル等があり、実務に活用している。									
	☒	c 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止に関する研修実施記録がある。									
	☒	d 緊急時の対応が従業者に周知徹底されている。									
	☒	e 緊急時の関係機関への連絡体制が確立されている。									
	☒	f 必要な手洗い等の設備機器を設置し、食前に利用者に手洗いを促す等衛生面に配慮している。									

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)		③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
			実施 でき ている	実施 でき ている が 不 十 分	実施 でき て い ない		既 に 改 善 に 着 手	早 急 に 改 善 に 着 手	来 年 度 以 降 改 善 に 着 手	改 善 の 必 要 性 等 に 向 け て の 検 討 に 着 手	当 面 、 改 善 に 着 手 し ない
(58)感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延を防止するための仕組みがある。	☒	g 利用者・家族に対して感染予防及び感染の対応に関する啓発普及を行っている。									
	☒	h 感染者に対する適切な対応法を助言している。									
	☒	i 感染者のサービス利用を拒まず、そのための厳重な衛生管理を行っている。									
	☒	j 食品衛生のマニュアル等を作成し、知識を徹底している。									
	☐	z 上記にチェックできる項目が全くない。									
IV－2:1項目			1	0	0						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施できている	実施できているが不十分	実施できていない		既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
IV－3:快適性に関する取り組み										
(59)施設全体の雰囲気は、利用者の快適性に配慮している。	☒	a 利用者の行動範囲について、バリアフリー構造(床の段差、急な傾斜、鋭く角張った場所、滑りやすい床等の解消)とする工夫を行っている。	●	○	○	a～e:すべて実施している。	○	○	○	○
	☒	b 快適に時間を過ごせるように、各所に絵を飾ったり、本を置く等の工夫をしている。								
	☒	c 椅子・テーブル・床などに工夫し雰囲気が家庭に近くなるように配慮している。								
	☒	d 休息時間にベッドが用意されている。								
	☒	e 換気を行うなど、快適で衛生的な環境をつくるよう努めている。								
	☐	z 上記にチェックできる項目が全くない。								
IV－3:1項目			1	0	0					

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性						
		実施できている	実施できているが不十分	実施できていない		既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない		
V：地域住民・関係機関との連携												
V－1：地域住民との連携に関する取り組み												
(60) ボランティアや地域住民を受け入れる体制が整備されている。	☒	a 具体的な受け入れについてのマニュアルを作成し継続的な対応を行っている。	●	○	○	a～d:すべて実施している。	○	○	○	○		
	☒	b 受け入れ窓口担当者を決めている。										
	☒	c ボランティア申込票、登録票、受入票等がある。										
	☒	d ボランティア活動プログラム、ボランティア活動記録等がある。										
	☐	z 上記にチェックできる項目が全くない。										

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できている	実施 できているが不十分	実施 できていない		既に改善 に着手	早急に改善 に着手	来年度以降改善 に着手	改善の必要性等に向けて の検討に着手	当面、改善に着手しない
(61) 地域との交流に努めている。	☒ a 地域行事への参加、施設内行事への参加を依頼している。	●	○	○	a～c:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒ b 一般住民向けに講習会・介護教室を実施している。									
	☒ c 体験学習の場を提供している。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
(62) 事業所の行事、催し、サービス内容等について、地域への情報提供を行っている。	☒ a 事業所の広報誌、パンフレット等を地域に配布した記録がある。	●	○	○	a:実施している。	○	○	○	○	○
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
V－1:3項目		3	0	0						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性					
		実施 でき ている	実施 でき ている が不 十分	実施 でき てい ない		既 に 改 善 に 着 手	早 急 に 改 善 に 着 手	来 年 度 以 降 改 善 に 着 手	改 善 の 必 要 性 等 に 向 け て の 検 討 に 着 手	当 面 、 改 善 に 着 手 し な い	
V-2: 関係機関・職種との連携に関する取り組み											
(63) 関連する専門諸機関及び 職種等との連携、調整を図つて いる。	☒	a 1か月に1回以上、介護支援専門員に対 し、通所介護の実施状況を報告し、記録して いる。	○	●	○	a～b:すべて実施している。 C:現在、共同開催はしていない が、連携の必要性はあるため、今 後検討する。	○	○	○	●	○
	☒	b サービス担当者会議に出席した記録があ る。									
	☐	c 市町村域あるいは広域行事を共同開催し ている。									
	☐	z 上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できている	実施 できているが不十分	実施 できていない		既に改善 に着手	早急に改善 に着手	来年度以降改善 に着手	改善の必要性等 に向けての検討に着手	当面、改善 に着手しない
(64) 利用者の主治医等との連携を図っている。	☒ a 利用者ごとの記録に、主治医又はかかりつけ医の氏名等を記載し、病状の急変や事故発生等緊急時の対応がとれるような連絡体制がとられている。	●	○	○	a～c:すべて実施している。	○	○	○	○	○
	☒ b マニュアル、運営規程等に、主治医等に連絡する場合の基準等を記載している。									
	☒ c 体調や健康状態に変化がある時は、かかりつけ医、かかりつけ歯科医等からの指示を仰ぎ、必要な支援を行っている。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
V-2:2項目		1	1	0						
合 計		53	9	1						