

事業所名

社会福祉法人 熊本南福祉会(全事業) 調査対象職員 23名(経験年数3年～25年)

(種別:

)

評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価と判断した理由
1 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	<p>a) 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。</p> <p>b) 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。</p> <p>c) 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が明文化されていない。</p>	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。</p>	<p>(実施)</p> <p>・基本理念が施設内に掲示しており、施設ホームページにも掲載されている。</p> <p>(改善点)</p> <p>・年に1度職員への研修を行い、周知を図っているが十分に浸透していない。</p> <p>・基本方針は、施設運営方針等に準ずる文言の記載はあるが、基本方針として明確になっておらず、職員等への周知も不十分であるため、早急に改善を図りたい。</p> <p>・利用者や家族等に対しては契約時等の説明や施設内掲示等で周知を図っているが不十分であるため、分かりやすい資料を作成する等、施設の役割や意義への理解を深めるとともに、基本理念、基本方針の周知状況を職員と併せてアンケートや研修を通じて継続的に確認していきたい。</p>
2 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。	<p>a) 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。</p> <p>b) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが分析が十分ではない。</p> <p>c) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。</p>	<p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>(実施)</p> <p>・月1回の経営会議等を通じて、コスト分析や利用率を中心に分析を行っている。</p> <p>・同業種の会合等に出席し、地域の福祉関係会議に参加し、ニーズ調査を行っている。</p> <p>(改善点)</p> <p>・上記以外の分析等については不十分。</p>
3 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	<p>a) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。</p> <p>b) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。</p> <p>c) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく取組が行われていない。</p>	<p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。</p> <p>□ 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。</p>	<p>(実施)</p> <p>・経営状況や改善すべき課題等は理事会評議会等にて役員間で共有されている。</p> <p>・内部経理監査等にて助言を受け、経営課題の改善に取り組んでいる。</p> <p>(改善点)</p> <p>・職員への周知や具体的な取り組みについては、不十分である。</p>
4 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。	<p>a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。</p> <p>b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。</p> <p>c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。</p>	<p>□ 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。</p> <p>□ 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で明文化されている。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</p>	<p>(実施)</p> <p>・施設老朽化に対する改善策を検討中。</p> <p>(改善点)</p> <p>・ハード面のみならず、ソフト面の充実策を併せて検討する必要がある。</p>
5 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	<p>a) 単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。</p> <p>b) 単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。</p> <p>c) 単年度の計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。</p>	<p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。</p> <p>□ 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。</p>	<p>(実施)</p> <p>(改善点)</p> <p>・中・長期計画の策定を早急に行い、年次計画を立案する必要がある。</p>
6 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。	<p>a) 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。</p> <p>b) 事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しまたは、職員の理解が十分ではない。</p> <p>c) 事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。</p>	<p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等が）されており、理解を促すための取組を行っている。</p>	<p>(実施)</p> <p>・事業計画策定においては、予算案等を通じ、職員の意見を反映している。</p> <p>(改善点)</p> <p>・計画の実施状況や評価、見直し、職員への周知は不十分である。</p>
7 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	<p>a) 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。</p> <p>b) 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>c) 事業計画を利用者等に周知していない。</p>	<p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p>	<p>(実施)</p> <p>(改善点)</p> <p>・事業計画の利用者等への周知。</p>

	評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価と判断した理由
8	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) 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) 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ているが、十分に機能していない。 c) 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ていない。	<input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 定められた評価基準にもとづいて、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 checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 評価結果を公表している。	(実施) ・平成28年度より自己評価への取組みを目的としたケア改善室を設置。 (改善点) ・組織的な福祉サービス内容の評価体制及び評価手順等の確立。
9	評価結果にもとづく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) 評価結果を分析し、明確になった組織として取組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。 b) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。 c) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしていない。	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 職員間で課題の共有化が図られている。 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 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。	(実施) (改善点) ・今年度は、自己評価の実施のみであるため次年度以降、定期的な自己評価の実施及び、評価結果の分析と課題の明確化、計画的な改善策の立案と実施。
10	施設管理者は、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) 施設管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。 b) 施設管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。 c) 施設管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。	<input checked="" type="checkbox"/> 施設管理者は、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 type="checkbox"/> 施設管理者は、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"/> 施設管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、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 type="checkbox"/> 平常時のみならず、有事（災害、事故等）における施設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。	(実施) ・月1回の職員研修、定時の業務運営会議等を通じて職員への周知を図っている。 (改善点) ・一部の職員への周知で終わっているため全職員への周知方法等の見直しを図る。
11	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) 施設管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。 b) 施設管理者は、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が、十分ではない。 c) 施設管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。	<input checked="" type="checkbox"/> 施設管理者は、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"/> 施設管理者は、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"/> 施設管理者は、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"/> 施設管理者は、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。	(実施) ・法令等の研修会参加及び関係省庁の通知文等の把握に努めている。 (改善点) ・職員個々が法令を熟知しているか不明なため、周知の徹底が必要。
12	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) 施設管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち組織としての取組に十分な指導力を発揮している。 b) 施設管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。 c) 施設管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	<input type="checkbox"/> 施設管理者は、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。 <input type="checkbox"/> 施設管理者は、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。 <input checked="" type="checkbox"/> 施設管理者は、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。 <input checked="" type="checkbox"/> 施設管理者は、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。 <input type="checkbox"/> 施設管理者は、福祉サービスの質の向上について職員の教育・研修の充実を図っている。	(実施) ・自らのサービス提供を改善するための対策室を設けるとともに、職員のスキルアップを奨励している。 (改善点) ・介護職不足から、職員個々の「やる気」度をどのように発奮させるか要検討。
13	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a) 施設管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。 b) 施設管理者は、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が、十分ではない。 c) 施設管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。	<input checked="" type="checkbox"/> 施設管理者は、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。 <input checked="" type="checkbox"/> 施設管理者は、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。 <input checked="" type="checkbox"/> 施設管理者は、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。 <input type="checkbox"/> 施設管理者は、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。	(実施) ・幹部職員との会議等を通じて、法人の基本理念の徹底化に努めている。 (改善点) ・職員個々との面談等を実施し、組織内の意見合意を求める必要あり。

	評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価と判断した理由
14	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) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。 b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。 c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。 <input type="checkbox"/> 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。	(実施) ・配置基準に基づいた、専門職の配置はできている。 (改善点) ・人材確保及び育成に関する考え方や方針の確立。 ・必要な福祉人材や人員体制についての具体的な計画の策定。 ・人が集まるような効果的な福祉人材確保【採用活動等】の実施。 ・方針や計画に沿った新卒者の採用等、継続的かつ計画的な人材供給体制の構築。 ・取得した資格を活かす事ができる体制の構築。
15	総合的な人事管理が行われている。	a) 総合的な人事管理を実施している。 b) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。 c) 総合的な人事管理を実施していない。	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	(実施) ・人事考課制度において「期待する職員像等」を明確にしている。 ・人事考課制度を実施している。 (改善点) ・人事基準（異動、昇格等）は就業規則及び給与規定に定められているが、評価の基準となるであろう人事考課制度が熟成されておらず、変更や追加、更には規程等になく新たな正職員昇格制度も実施されており、人事考課制度自体が形骸化している。 職員への人事基準の周知も殆ど無いため、人事考課制度等を軸に人事基準等を整理した総合的な分りやすい仕組みが必要。
16	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) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取組んでいる。 b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが改善する仕組みの構築が十分ではない。 c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	(実施) ・労務管理については、各業務の責任者及び部署責任者にて管理し、有給取得状況、時間外労働のデータを定期的に確認している。 ・職員の労働衛生等を月1回の安全衛生委員会にて検討し、労働者代表あるいは部署責任者を通じて職員に周知している。 ・ハラスメント等の悩み相談窓口及び投書箱を設置し、職員が相談しやすい環境を整備している。 ・労働者代表等を通じて、職員の希望等の聴取等を適宜行い、感染症罹患時の取扱い、資格取得の金銭補助、年末年始手当の支給等に繋げている。 (改善点) ・ワーク・ライフ・バランスへの配慮、職場の魅力づくり、働きやすい職場づくり等への取組みや業務量等の不公平是正、業務の適切な役割分担が必要。
17	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。 b) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。 c) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	(実施) ・人事考課制度にて目標管理を行い、習熟度等の確認等を個別面談等で実施している。 (改善点) ・中間面接や適切な進捗状況を確認する時間的な余裕がない部署もあるため、必要な体制を整備する等、人事考課制度の意義を高めるための取組が必要。
18	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) 組織として職員の教育・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。 b) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育研修の実施が十分ではない。 c) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 定期的に計画の評価と見直しを行っている。 <input type="checkbox"/> 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。	(実施) ・部署によっては育成担当が新任研修等を計画的に実施している。 (改善点) ・人事考課制度を軸に職員教育・研修等、人材育成に関する基本方針を策定。 それに基づく職員教育の仕組みや手順の構築。 人事考課制度を活用した計画的かつ段階的な育成、指導の強化。



	評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価と判断した理由
19	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され適切に教育・研修が実施されている。 b) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。 c) 職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。	■ 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。 ■ 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 ■ 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。	(実施) ・部署によって違いがあるが、新任職員に対し能力や経験に応じたOJTを実施している。 ・職員一人ひとりが研修に参加できるよう配慮している。 (改善点) ・階層別研修や職種別研修への参加は人員等に左右される事が多いため、計画的に研修に参加できるように人員体制や職務分担等が必要。
20	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a) 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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。 b) 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てはいるが効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。 c) 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ておらず教育・研修が行われていない。	<input type="checkbox"/> 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化している。 <input type="checkbox"/> 実習生等の福祉サービスの専門職の教育・育成についてのマニュアルが整備されている。 ■ 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。 <input type="checkbox"/> 指導者に対する研修を実施している。 ■ 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。	(実施) ・専門職種の特性に配慮したカリキュラムや指導計画を策定している。 ・実習生等の受入れに際しては、事前にオリエンテーション等を行って、教育機関等との連携を図っている。 (改善点) ・実習生等の受入れに関する基本姿勢やマニュアル等の整備。 ・職員指導だけでなく実習指導も可能な職員の養成。
21	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) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について適切に公開している。 b) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。 c) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。	■ 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 ■ 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。 ■ 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。	(実施) ・広報誌を年4回発行し、施設や事業所での活動等を掲載している。 ・ホームページに、基本理念を掲載し、法人の存在意義や役割等を明確にしている。 (改善点) ・ホームページ上では事業計画や基本理念、苦情や相談の対応状況は公表していない。 ・将来的な第三者評価の受審。
22	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) 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) 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が、十分ではない。 c) 公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 ■ 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。 ■ 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。 <input type="checkbox"/> 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。 ■ 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。	(実施) ・内部経理監査を定期的に実施し、公認会計士等に助言を得て、経営改善を実施している。 (改善点) ・事務、経理、取引等に関するルールや職務分掌が明確でなく、管理者等の交代の度に変更される等、職員等の周知が追いついていない。
23	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) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。 b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。 c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。	■ 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。 ■ 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。 <input type="checkbox"/> 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。 ■ 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。 <input type="checkbox"/> 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。	(実施) ・活用できる社会資源や地域の情報を玄関ロビー等に掲示している。 ・近隣の保育園や小学校、ボランティア団体を受入れ、利用者等と交流する機会を設けている。 ・地域との関わりについての基本的な考え方に関しては、基本理念で文書化している。 (改善点) ・地域の行事等への参加及びボランティアや地域の社会資源の活用。
24	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) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。 b) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。 c) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。	■ 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 ■ 学校教育への協力を行っている。	(実施) ・実習や職場体験等の受入れにより、教育機関への協力を行っている。 (改善点) ・ボランティア受入れや学校教育への協力についての基本姿勢の明文化。 ・ボランティア受入れマニュアルの整備。

	評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価と判断した理由
25	福祉施設・事業所として必要な関係機関・団体等の機能や連絡方法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) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しその関係機関等との連携が適切に行われている。 b) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。 c) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。	<input type="checkbox"/> 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機能や連絡方法を明示したリストや資料を作成している。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 地域に適当な関係機関・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。	(実施) ・地域の福祉関係団体との連絡調整。  (改善点) ・法人として明確に関係機関の機能や連絡方法等を記載したリスト等は作成していない。 ・職員研修会等による関係機関等の機能等の説明。 ・利用者等の個人情報の守秘。
26	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。 b) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。 c) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 災害時に被災した高齢者、障がい者、その他特に配慮を要する者の受け入れや、その他の支援（物資・人）について地域住民や自治体等にあらかじめ説明している。 <input type="checkbox"/> 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。	(実施) ・コーラスや楽器演奏等、地域のボランティア団体を受入れ、お披露目の場所として提供している。 申し出があれば、民生委員の会合等に場所を提供している。 ・SOS事業、福祉避難所として対応している。  (改善点) ・地域の住民に対しての講演会等の実施。 ・まちづくりへの参加。 ・SOS事業、福祉避難所の地域住民への十分な説明。
27	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) 地域の具体的な福祉ニーズを把握し、これにもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。 b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握しているが、これにもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。 c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	(実施) ・ふれあい弁当の配食等を通じて、民生委員との情報交換を行い、福祉ニーズの把握に努めている。  (改善点) ・シルバー日吉での民生委員等との交流会等の開催。 ・把握した福祉ニーズの事業計画等への反映。
28	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) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。 b) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。 c) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の尊重や基本的な人権について、組織で勉強会・研修を実施している。 <input type="checkbox"/> 利用者の尊重や基本的な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。	(実施) ・基本理念の会議や職員研修会等での唱和。 ・就業規則に職員倫理に関する記載がある。 ・身体拘束、虐待防止等、人権に関する研修を実施している。  (改善点) ・「標準的な実施方法」等で利用者を尊重する姿勢の明確化。 ・利用者の尊重等に関する定期的な状況把握と評価等の実施。
29	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) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーと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) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備しているが利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。 c) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備していない。	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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れるよう設備等の工夫を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	(実施) ・プライバシー保護に関する指針あり。 ・職員研修会も実施している。 ・プライバシーを守る設備は概ね整っている。 ・利用者等に対し、契約書にプライバシー保護に関する内容あり。個人情報に関する同意書ももらっている。 ・サービスに実施においては、概ね秘密保持ができています。 ・不適切な事案が発生した場合には、苦情解決の指針やマニュアルに沿った対応を実施している。  (改善点) ・利用者の権利擁護に関する規程やマニュアル整備。



	評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価と判断した理由
30	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) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。 b) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。 c) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別にいていねいな説明を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 <input type="checkbox"/> 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。	<b>b</b> (実施) ・多くの情報を分かりやすく提供できるよう努めている。見学の希望にも随時対応できている。 (改善点) ・施設のパンフレット、広報紙等は配付が中心であるため、周辺の公共施設等に置いてもらえるような取組みが必要。 ・パンフレットの必要に応じた記載内容や写真等の見直しの実施。
31	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) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。 b) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。 c) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っていない。	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	<b>a</b> (実施) ・利用契約時は、より分かりやすい説明を心がけ、必要に応じて更に分かりやすい資料を作成、準備している。 ・サービス開始・変更時の利用者、家族等に同意を得た上で、内容を書面に残している。 (改善点) ・意思決定が困難な方への配慮のルール化。
32	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) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ている。 b) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ているが、十分ではない。 c) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ていない。	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	<b>b</b> (実施) ・サービス内容の変更にあたり、不利益が生じないように配慮している。 他施設等への移行に際してのサービスの継続性に配慮した手順等を契約書等に記載している。 (改善点) ・サービスの利用終了後の相談受付担当者や窓口の設置と文書等の作成。
33	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) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。 b) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。 c) 利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	<b>b</b> (実施) ・福祉サービス調査(アンケート)を実施し、利用者やご家族に意見や要望等を伺っている。 (改善点) ・調査(アンケート等)の定期実施。 ・調査結果を利用者等参画の下での分析、検討する会議等の設置。 ・将来的には利用者会や家族会等の発足。
34	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。 b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。 c) 苦情解決の仕組みが確立していない。	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 苦情内容については、受付と解決を図った記録が適切に保管している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<b>a</b> (実施) ・苦情解決の体制は整備しており、苦情解決の仕組み等を説明した掲示物も掲示している。 アンケート等にて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。 ・苦情内容については苦情受付簿に記載し、鍵付キャビネットにて保管している。 ・苦情内容に関する対応策は、申し出のあった利用者や家族等にフィードバックし、活動報告等で年に1回、件数及び概要を報告している。 ・苦情内容をリスクマネジメント委員会等で分析し、サービスの質の向上を図るための取組みに繋げている。 (改善点)
35	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) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選べる環境が整備され、そのことを利用者等に伝えるための取組が行われている。 b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選べる環境が整備されているが、そのことを利用者等に伝えるための取組が十分ではない。 c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者や家族等に、その文章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。 <input type="checkbox"/> 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。	<b>a</b> (実施) ・苦情と同様の取扱いとするのであれば、文書化している。 (改善点) ・相談等をし易い環境(場所)の整備。 ※現状のバーテーションでは話が漏れ過ぎる。

	評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価と判断した理由
36	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) 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。 b) 利用者からの意見や意見を把握しているが、組織的かつ迅速に対応していない。 c) 利用者からの相談や意見の把握、対応が十分ではない。	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 苦情や意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	(実施) ・「苦情相談」であれば指針等が整備されているが、「相談」単独ではない。 ・福祉サービス調査(アンケート)を年1回実施している。 ・相談内容に関しては、速やかに解決が図れるように配慮している。 ・受付けた意見を業務内容、サービスの質の向上に活用している。 (改善点) ・「苦情相談」を分けるべきかどうか明確にする。 ・指針等の定期的な見直し。 ・意見の傾聴ができる適切な体制の整備。
37	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) リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。 b) リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。 c) リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	(実施) ・事故防止指針を策定し、リスクマネジメント委員会を設置している。 ・事故防止マニュアルに基づき、職員研修会等(年2回)を通じて、周知を図っている。 ・事故発生時には事故報告書を作成し、事例として、組織内での事故情報の共有に努めている。 尚、特養においては転倒やケガ等が発見した場合には、各状態、状況別に「発見表」を用いている。
38	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) 感染症の予防策が講じられ発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。 b) 感染症の予防策が講じられ発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。 c) 感染症の予防策が講じられていない。	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 感染症の予防策が適切に講じられている。 <input checked="" type="checkbox"/> 感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	(実施) ・年2回の研修、流行期前の予防啓発、感染症対策マニュアルに準ずる役割分担や対応を行っている。 ・感染症対策委員会にてマニュアルの見直し等を行い、マニュアルは職員全員に配付し周知を図っている。 ・その他、対策物品(嘔吐物処理セット等)も各フロアに備出し、使用方法等の勉強会等も、部署単位で実施している。
39	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やっている。	a) 地震、津波、豪雨、火事等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的にやっている。 b) 地震、津波、豪雨、火事等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。 c) 地震、津波、豪雨、火事等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。	<input checked="" type="checkbox"/> 災害時の対応体制が決められている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	(実施) ・防火管理規程及び防災対策計画等を定め災害時の対応体制を明確にしている。 ・緊急時の職員召集、災害備蓄の管理を行い、継続して福祉サービスが提供できるよう努めている。 (改善点) ・利用者及び家族等の安否確認の方法の明確化と職員周知。 ・地元の行政や各関係機関と連携した避難訓練等の計画、実施。
40	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) 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、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。 b) 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ているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。 c) 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ていない。	<input type="checkbox"/> 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	(実施) ・一部の部署では業務の実施方法の手順書を作成している。(訪問介護、介護課育成) (改善点) ・標準的な実施方法の意味を理解し、実施方法の作成と文書化を行う必要がある。 ※ここで言う「標準的な実施方法」とは「業務マニュアル」あるいは「手順書」と解釈した。 ・標準的な実施方法関連の全般を組織として理解し、作成、運用、評価、見直しを司る委員会等が必要。
41	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) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。 b) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。 c) 標準的な実施方法について組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に実施されている。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	(実施) ・一部の部署では業務の実施方法の手順書を作成している。(訪問介護、介護課育成) (改善点) ・標準的な実施方法の意味を理解し、実施方法の作成と文書化を行う必要がある。 ※ここで言う「標準的な実施方法」とは「業務(ケア)マニュアル」と解釈する。 ・標準的な実施方法関連の全般を組織として理解し、作成、運用、評価、見直しを司る委員会等が必要。

	評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価と判断した理由
42	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) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。 b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。 c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立していない。	■ 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。 ■ 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。 <input type="checkbox"/> 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 <input type="checkbox"/> 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。	(実施) ・必要な部署に介護支援専門員の配置がありケアプランの策定に関する手順や仕組みを契約書等で明示している。 (改善点) ・ケアプラン策定方法等の統一化。 ・将来的に支援困難ケースを受入れられる体制の整備。
43	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) 福祉サービス実施計画について実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。 b) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。 c) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。	■ 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。 ■ 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。 <input type="checkbox"/> 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。 ■ 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。	(実施) ・契約書等にケアプランの見直しの仕組み等について明示している。 ・変更になったケアプランは日々の申し送りや部署会議等で関係職員に周知している。 (改善点)
44	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) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。 b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。 c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されていない。	■ 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。 ■ 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 ■ 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。 ■ パソコンのネットワークシステムを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。	(実施) ・各事業毎に組織が定めた記録様式がありサービスの実施状況も確認ができる。 ・情報の共有は各種会議や業務日誌等の回欄により共有を図っている。 (改善点) ・記録要領については、定めている事業と定めていない事業があるため、要領の作成が必要である。
45	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。 b) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。 c) 利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。	■ 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。 <input type="checkbox"/> 記録管理の責任者が設置されている。 ■ 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。 ■ 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 ■ 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。	(実施) ・個人情報保護に関する基本方針を定め、職員研修等にて周知を図り、規程の遵守に努めている。 (改善点) ・個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策等については内容が不十分である。 ・記録管理の責任者に関しては、現場には記録の管理担当者があるが、組織としての責任者は定めていない。
46	職員の接し方について、利用者を個人として尊重する取り組みを行っている。	a) 丁寧な行動、言葉遣い等について、利用者を個人として尊重するためのマニュアル等を整備し、利用者の人権を尊重している。 b) 丁寧な行動、言葉遣い等について、利用者を個人として尊重するためのマニュアル等の整備が十分ではない。 c) 利用者を個人として尊重する接し方が行われていない。	<input type="checkbox"/> 体罰や抑制、ふさわしくない呼称等の禁止事項についてマニュアル等が整備されている。 ■ 居室に入る際や所持品を確認する際には、本人の了解を得ている。	(実施) ・虐待防止等に関する研修等を実施している。 ・入室時や所持品確認、居室移動等の際は、本人や家族等の了解を得ている。 (改善点) ・マニュアル等は部署や業務によって整備できている、できていないに差があるため、検討及び整備が必要。



	評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価と判断した理由
47	利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	a) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。 b) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫しているが、十分ではない。 c) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫していない。	■ 利用者の心身の状況、ADL、睡眠・食事・排せつ暮らしの意向、これまでの環境（物的・人的）、生活習慣等の把握をしている。 ■ 利用者一人ひとりの暮らしの意向を理解し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援を行っている。 □ 利用者一人ひとりに応じた生活となっているかを検討し、改善する取り組みが組織的に継続して行われている。 ■ サービス提供場面において、自立に配慮した援助を行っている。 ■ 自立、活動参加への動機づけを行っている。 □ 趣味活動、嗜好品等、生活に楽しみがあるような工夫をしている。 □ 利用者の趣味、興味、希望を把握し、活動に反映するとともに複数のメニューを用意している。 □ 利用者の心身の状況を考慮し、利用者一人ひとりに配慮して日中活動に参加できるよう工夫している。 ■ 家族、ボランティアや地域住民の参加を得ることなどにより、活動の多彩化を図っている。 □ 買い物、外出、地域の行事への参加など社会参加に係るプログラムを導入している。 ■ 食事、排せつ、入浴について、本人の意思を尊重しできる限り、食堂、トイレ、風呂に移動して行えるようにしている。 □ 生活のメリハリづけ等のため、着替え・整容等を適時行っている。 ■ 利用者の体力や身体状況にあった離床時間となるように援助している。	(実施) ・入所や利用開始の際に、情報提供を行い極力これまでの生活に応じた生活づくりを支援している。 ・残存する能力等の活用を働きかける等、生活において自立に配慮した支援を行っている。 ・家族面会時に施設周辺の商業施設や公園等への散歩等を働きかけ、活動の多彩化を図っている。 ・食事、排泄、入浴はそれに相応しい場所に移動して実施している。 ・離臥床のバランスを取り、利用者の身体負担に配慮している。 ・意欲的で活動性の高い生活を送っていただけるような活動や訓練等への参加を働きかけている。 (改善点) ・就業人員数に左右され、利用者一人ひとりに応じた生活づくりはできていないため、適した人員体制を整える。 ・趣味活動や嗜好品等を楽しめるような機会や選択肢の充実。 ・パジャマや普段着等、生活にメリハリがつけられるような人員体制等の整備。 ・外出行事等の充実と外出に関わる人員数の確保、確保方法の確立。(ボランティア含む)
48	利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a) 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。 b) 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っているが、十分ではない。 c) 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っていない。	□ 利用者の考えや希望を十分に聴き取れるよう、さまざまな機会、方法でコミュニケーションを行っている。 □ 利用者の思いや希望を聴きとったり読みとったりして、その内容をケアに生かしている。 ■ 日常生活で援助を行う際に、コミュニケーションの重要性を認識し、話しかけている。 ■ 話すことや意思表示が困難など特に配慮が必要な人には、個別の方法で行っている。 ■ 利用者への言葉づかいに対する配慮や節度ある接し方がなされている。とくに自尊心を傷つけるような言葉づかい、幼児語の使用、指示的な言葉を慎んでいる。 ■ 利用者への言葉づかいや接遇に関する、継続的な検討や研修を実施している。 □ 会話の不足している利用者には特に気を配り、日常生活の各場面でも話をしてもらえるようにしている。 □ 利用者が話したいことを話せる機会を作っている。	(実施) ・コミュニケーションは利用者の状態に応じた方法を用いている。 ・援助時には声かけを行い、安心して介助を受けられるよう配慮している。 ・利用者に対しては本人の自尊心を傷つけるような言葉遣いを控えている。 ・虐待防止や接遇等の研修を行い、定期的に研修会を行っている。 (改善点) ・特殊なコミュニケーション方法が必要な利用者に対する、考えや希望を聴き取る能力の育成。 ・思いや希望をケア内容に活かす事ができる就業人員数の確保。 ・生活の各場面において話をしてもらえるような配慮とそれを傾聴できるだけの心のゆとりが職員に必要。
49	入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a) 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 b) 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。 c) 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	■ 利用者の心身の状況や意向に合わせ、入浴形態・方法を採用し、入浴介助や清拭等の方法を工夫している。 ■ 入浴の誘導や介助にあたっては、利用者の尊厳や羞恥心に配慮し、環境・介助方法等の工夫を行っている。 ■ 入浴を拒否する人への誘導や介助方法を工夫している。 ■ 入浴前の浴室内の安全確認（湯温、備品等）を行っている。 ■ 脱衣室等の室温管理を行っている。 ■ 入浴後は、水分摂取、スキンケアを行っている。 ■ 入浴の可否の判断基準を明確にし、入浴前に健康チェックを行い、必要に応じて清拭等に代えるなどの対応をしている。 ■ 入浴介助を安全に実施するための取り組みを行っている。 ■ 利用者の健康状態等、必要に応じて、入浴日以外の日でも、入浴あるいはシャワー浴等ができる。 □ 利用者の意向に応じて、入浴日を変更したり、入浴日以外の日でも、入浴あるいはシャワー浴等ができる。 ■ 浴槽は、機械浴、リフト浴、一般浴、個浴等、いくつかの種類が用意されている。 ■ シャワーチェアー、その他の介護機器が用意されている。 ■ 利用者が自力で入浴できる場合でも、安全のための見守りを行っている。 ■ 感染症、心身の状況や意向等を踏まえて入浴順の配慮を行っている。	(実施) ・利用者の状態に応じた入浴方法や適度な介助を実施している。 ・入浴誘導や介助にあたっては、可能な限り本人の意思を尊重し、無理な介助を行わないよう注意している。 ・浴室の安全確認を行い、湯温や備品だけでなく、水質確認も実施している。 ・特に冬場は、脱衣所に限らず、浴室内の室温にも配慮している。 ・入浴の可否は、事前に検温や血圧測定等のデータに基づき、看護職と連携を図り、判断し、必要に応じて清拭等に変更している。 ・浴室設備は、普通浴と機械浴があり、利用者の希望や状態に応じて使い分けている。 ・入浴介助時は必ず1名は浴室内に配置し、見守り等を行っている。 ・疥癬等の感染者においては、最後に入浴してもらっている。 (改善点) ・利用者の意向に沿った入浴日時の変更はできるが、随時での入浴に対応できるだけの就業人員数にゆとりがない。

	評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価と判断した理由
50	排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a) 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 b) 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っているが十分ではない。 c) 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	■ 利用者の心身の状況や意向を踏まえ、排せつ介助の方法を工夫している。 <input type="checkbox"/> 排せつの自立に向けた働きかけをしている。 ■ 必要に応じ、尿や便を観察し、健康状態の確認を行っている。 ■ 排せつの誘導や介助にあたっては、利用者の尊厳や羞恥心に配慮し、環境・介助方法等の工夫を行っている。 ■ 利用者が気兼ねしないように手際よく、必要に応じて声かけを行いながら介助している。 ■ トイレ（ポータブルトイレを含む）は、衛生や臭いに配慮し、清潔を保持している。 ■ 冬場のトイレの保温に配慮している。 ■ トイレ内での転倒、転落を防止する等、排せつ介助を安全に実施するための取り組みを行っている。 <input type="checkbox"/> 自然な排せつを促すために、排せつのリズムの把握適度な運動、食事改善・水分摂取等に配慮している。 ■ 睡眠時の排せつ介助については、利用者個々の心身の状況を検討し、睡眠を妨げないように実施している。 ■ おむつ・おむつカバー、便器等は、利用者に適したものが使用できるよう準備している。 ■ おむつ交換を行う際には、皮膚の観察、清拭等を行っている。 <input type="checkbox"/> 尿意・便意の訴えやおむつ交換の要望に対して、できる限り早く対応できるようにしている。	a (実施) ・利用者の状態に適した排泄介助を実施している。 ・尿や便の観察を行い、異常の早期発見に努めている。 ・排泄介助時は、プライバシーカーテンを閉め尊厳や羞恥心に配慮している。 ・悪臭軽減のために、換気や汚物の密封、消毒液の散布等を実施し、定期的に清掃を実施している。 ・トイレ内での事故を予防するため、転倒等の危険性がある方に対しては、見守りや付添いを行っている。 ・睡眠時は、日中の活動や覚醒状態等を踏まえ、時間を変更する等の配慮を行っている。 ・排泄介助時は、皮膚状態の観察を行い、必要に応じて、陰部洗浄を実施している。 (改善点) ・オムツ外し等の自立に向けた取組みは、行っていないため、今後、検討が必要だが、実施するため必要な手順等の勉強会や人員数の確保が必要。
51	移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a) 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 b) 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っているが十分ではない。 c) 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	■ 利用者の心身の状況、意向を踏まえ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている。 ■ 移乗・移動の自立に向けた働きかけをしている。 ■ 移乗・移動の介助の安全な実施のための取り組みを行っている。 ■ 使用している福祉用具が、利用者の心身の状況に合っているかを確認している。 <input type="checkbox"/> 福祉用具に不備はないか等の点検を常時行っている。 <input type="checkbox"/> 移動に介助が必要な利用者が移動を希望した際にできる限り早く対応できるようにしている。 ■ 移乗、移動している本人だけでなく、他の利用者の安全にも配慮している。 ■ 車イスや杖などを利用する場合に、移動しやすい環境整備を行っている。 ■ 利用者の心身の状況に合わせた福祉機器、福祉用具を準備している。	a (実施) ・移動に関しては、状態に応じて自走の働きかけを行っている。 ・利用者の能力に応じ、車椅子自走訓練を実施する等、自立に向けた働きかけしている。 ・シルバーカーや歩行器等は使い易い高さに調整し、利用者に適したものを提供している。 ・移動や移乗を介助する際は、他者との位置関係を見極め、移動の自立が高い方にも見守りを行い、他者とのトラブル回避に努めている。 ・車椅子は月1回の修理ボランティアにて不具合修理。移乗用器具はリネン交換時に都度確認を行っている。 (改善点) ・移動を希望する方の速やかな移動介助の実施。
52	褥瘡の発生予防を行っている。	a) 褥瘡の発生予防を行っている。 b) 褥瘡の発生予防を行っているが、十分ではない。 c) 褥瘡の発生予防を行っていない。	■ 皮膚の状態確認、清潔の確保の方法など、褥瘡の予防について、標準的な実施方法を確立している。 ■ 利用者の心身の状況に応じた体位変換や姿勢の変換を行っている。 ■ 必要に応じ、マッサージの実施、軟膏等の塗布を行っている。 ■ 傷や皮下組織のずれが起きないように安全に介助している。 ■ 標準的な実施方法について職員に周知徹底するため研修や個別の指導等の方策を講じている。 ■ 褥瘡を食事面から予防するために、利用者一人ひとりの食事の摂取状況の確認、栄養管理を行っている。	a (実施) ・褥瘡に関しては、入浴や排泄時の好発部位の観察を行い、表皮剥離や傷等を見出した際は、発見表に記入し、悪化予防のための情報共有に努めている。 ・清潔を保持するために、通常の入浴以外に排泄等において洗浄を行っている。 ・褥瘡予防に関しては、職員研修を年1回開催し、職員の褥瘡予防への意識づけを行っている。 ・定期的な血液検査の結果を基に、管理栄養士が看護職、介護職と連携し、適切な栄養管理を行っている。
53	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として、おいしく、楽しく食べられるよう工夫している。	a) 食事をおいしく、楽しく食べられるよう工夫している。 b) 食事をおいしく、楽しく食べられるよう工夫しているが十分ではない。 c) 食事をおいしく、楽しく食べられる工夫をしていない。	■ 利用者の希望や好みを聴き、献立に反映させている。 ■ 食材に旬のものを使用するなど、献立に変化をもたせるよう工夫をしている。 ■ 食の安全安心に配慮し、なるべく地元の食材を仕入れるように心掛けている。 ■ 料理にあった食器を使用したり、盛り付けの工夫をしている。 ■ 適温で食事を提供している。 ■ 利用者の状況に応じた、食堂の雰囲気づくりを工夫している。 <input type="checkbox"/> 座る席や一緒に食べる人について利用者の意向を聞き、テーブルや席の配置を配慮している。 <input type="checkbox"/> 食事に選択性を取り入れる工夫をしている。 <input type="checkbox"/> 居室へ配膳する際も保温に配慮している。	a (実施) ・利用者や家族に希望や好みを聴き取り、可能な範囲で献立に反映させている。 ・旬の食材を使用し、献立に活かしている。 ・食材の地産地消に取り組んでいる。 ・盛り付けは料理に合った食器等を選択している。 ・温冷配膳車にて、適時適温に努めている。 ・食堂に季節やイベントに応じた装飾を施し、雰囲気づくりに努めている。 (改善点) ・配席マッチングの実施。 (その他) ・費用や外注業者との契約の関係上、食事の選択は困難。(バイキング等) ・居室配膳に際しては、温冷配膳車を使用する事ができないため、保温は困難。

	評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価と判断した理由
54	食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a) 食事提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 b) 食事提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。 c) 食事提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	■ 利用者の嚥下能力に合わせた飲み込みやすい食事（形状や調理方法）を工夫して提供している。 ■ 利用者自身で行える範囲を把握し、自分でできることは自分で行えるよう支援している。 ■ できる限り利用者のペースで食べられるように工夫するとともに、利用者の身体に負担がかからないよう配慮している。 ■ 嚥下しやすいようにできるだけ座位をとるなど、利用者の食事の姿勢に常に配慮している。 □ 誤嚥、喉に詰まったなど食事時の事故について、対応方法を確立し、日頃から確認、徹底している。 ■ 食事、水分の摂取量を把握し、食事への配慮、水分補給を行っている。 ■ 栄養士や医療スタッフ等と連携し、利用者の心身の状況に合わせ、栄養面・形態に配慮した食事を提供している。 □ 経口での食事摂取が継続できるようにするための取り組みを行っている。 ■ 利用者一人ひとりの栄養状態を把握し、栄養ケア計画を作成し、それに基づく栄養マネジメントを実施している。 ■ 発熱、歯痛等の突発的な状況に対応した食事を提供している。	(実施) ・能力に応じた自力摂取支援を行っている。 ・食事は、口腔状態や嚥下能力に適した形態を提供し、安全な食事摂取を支援している。 ・摂取ペースを把握し、経過時間等に応じて介助を行う等、可能な限り自分のペースで自力摂取を勧めている。 ・食事は、基本食堂で摂取してもらえよう支援し、椅子又は車椅子での摂取を勧めており、座位保持が困難な方に関しても、摂取に適した姿勢に配慮している。 ・食事や水分の摂取量を観察し、摂取量の低下が見られる際は、体調の異常又は間食摂取状況等を観察、情報収集し、その後の食事摂取等の観察を行っている。 (改善点) ・誤嚥、窒息の対応方法については、を部署内研修等で確認を行っているが、確立はしていない。 ・経口摂取の継続への取組みについては、施設としての方針が決まっておらず、具体的な取組みは行っていない。
55	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 b) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っているが、十分ではない。 c) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っていない。	■ 利用者の口腔清掃の自立の程度を把握している。 □ 一人ひとりに応じた口腔ケアの計画を作成し、実施評価・見直しをしている。 ■ 歯科医師、歯科衛生士の助言・指導を受けて、口腔状態および咀嚼嚥下機能の定期的なチェックを行っている。 □ 口腔機能を保持・改善するための体操（口腔体操等）を行っている。 □ 職員に対して、口腔ケアに関する研修を実施している。 ■ 食後や就寝前に、利用者の状況に応じた口腔ケアおよび口腔内のチェックを行っている。 ■ 必要に応じて、義歯の着脱、清潔、保管について援助している。 □ 利用しやすい洗口スペースを確保している。	(実施) ・週1回歯科より口腔指導を受けて、適切な口腔ケアへと繋がっている。 食後の口腔内チェックを実施し、状態に応じて、就寝前にもチェックを行っている。 義歯の清潔保持については、利用者の自立度に応じた介入を行い、着脱、清掃、保管等を支援している。 (改善点) ・口腔ケア計画の策定及び計画に基づいたケアの実施。 ・洗口スペースに関しては、洗面台に奥行がなく車椅子が入らないため、使いづらいものとなっているため、計画的な改善等が必要。
56	利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	a) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。 b) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順があるが、未整備の部分が残っている。 c) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順がない。	■ 利用者が終末期を迎えた場合の対応について手順が明らかになっている。 ■ 利用者および家族に、終末期を迎えた場合の施設・事業所での対応・ケアについて十分な説明を行い対応方法・連絡方法を確認している。 ■ 職員に対して、終末期のケアに関する研修を実施している。 □ 終末期のケアに携わる職員や利用者の担当職員等に対して、精神的なケアを実施している。 ■ 医師・医療機関等との連携体制を確立している。 ■ 利用者・家族から希望があった場合に、利用者の状況に応じてできる限り施設での看取り介護を行う体制を整えている。	(実施) ・現在、看取り加算は取っていないが、家族等より希望があれば、可能な範囲で看取りを実施している。 実施に際しては家族に対応可能なケア等の説明を行い、同意を得ており、主治医や家族との連絡体制等を確立している。 ・看取りの研修は部署あるいは業務単位で実施しているが十分ではない。 (改善点) ・職員等に対する精神的ケアの実施。 ・看取りマニュアル等の職員への周知。
57	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a) 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 b) 認知症の状態に配慮したケアを行っているが、十分ではない。 c) 認知症の状態に配慮したケアを行っていない。	■ 利用者の日常生活能力、残存機能の評価を行っている。 □ 周辺症状を呈する利用者には、一定期間の観察と記録を行い、症状に合わせたケアや生活上の配慮を行っている。 ■ あらゆる場面で、支持的、受容的な関わり、態度を重視した援助を行っている。 ■ 利用者が日常生活の中でそれぞれ役割（家事等）が持てるように工夫している。 ■ 職員に対して、認知症の医療・ケア等について最新の知識・情報を得られるよう研修を実施している。 □ 医療スタッフ等との連携のもと、周辺症状について分析を行い、支援内容を検討している。 □ 利用者一人ひとりの症状に合わせ、個人あるいはグループで継続的に活動できるよう工夫している。 ■ 抑制・拘束は行っていない。やむを得ず実施する場合には、必要な手続きをとっている。	(実施) ・定期的なモニタリングや機能訓練評価等を実施し、状態の把握に努めている。 ・生き甲斐や意欲を持って過ごしていただけるよう、洗濯物たみや職業等を活かした役割づくりに取り組んでいる。 ・認知症に関する職員研修を年1回実施。 (改善点) ・周辺症状が見られる方に対しての観察と医療スタッフとの連携による分析を行い、症状に合わせたケア等の検討実施。 ・利用者個々の症状に合わせた活動の充実。
58	認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	a) 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。 b) 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っているが、十分ではない。 c) 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っていない。	■ 利用者が安心・安全で落ち着ける環境となるよう工夫している。 ■ 利用者の行動が抑制されたり拘束されたりすることのないよう、環境に十分な工夫をしている。 ■ 危険物の保管、管理が適切に行われている。 □ 異食や火傷等の事故防止のため、片付け、清掃が行われている。 ■ 共有スペースも、認知症高齢者が安心して過ごせる環境づくりの工夫を行っている。 ■ 居室については、同室者の組み合わせ等に配慮している。 ■ ベッドの周囲には、写真や個々の好みのものを飾る等の配慮をしている。 □ 居室・トイレ等、一目でわかるような表示をする等の工夫を行っている。	(実施) ・食堂に家庭的な雰囲気のあるような装飾を施し、職員の見守りの下、利用者同士がレクリエーション等で交流を図りながら、安心して過ごしていただけるよう配慮している。 ・洗剤等の危険物に関しては、鍵付のキャビネットに保管し、事故の予防に努めている。 ・居室の組合せに関しては、本人や家族の希望や認知症等の状態に応じた組合せに配慮し、ベッド周囲には家族の写真や思い出のある私物等を飾る等、配慮している。 (改善点) ・清掃は行っているが、小物の異食や収集等が改善されないため、職員による確実な管理が必要。 ・居室、トイレ等の表示が分かりづらいため、改善が必要。



	評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価と判断した理由
59	利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	a) 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。 b) 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っているが、十分ではない。 c) 機能訓練や介護予防活動は行っていない。	■ 一人ひとりに応じた機能訓練のプログラムを作成し実施、評価・見直しをしている。 ■ 介護予防活動も計画的に行い、評価・見直しをしている。 ■ 日々の生活動作の中で、意図的な機能訓練・介護予防活動を行っている。 ■ 利用者が主体的に訓練を行えるように工夫をしている。 ■ 利用者の状況に応じて、専門職（理学療法士、作業療法士等※）の助言・指導を受けている。 ※ここで「等」は、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、看護師を指す。 □ 判断能力の低下や認知症の症状の変化を早期発見し医師・医療機関との連携など必要な対応を行っている。	a (実施) ・機能訓練計画書を作成し、利用者一人ひとりの状態に応じた訓練を行っている。 ・利用者が主体的に訓練を行えるよう時間を決めて声かけを行う等、取り組んでいる。 ・日々の生活において残存機能を活かした支援を行う事で、能力の維持に努めている。 ・利用者の状態に応じて、理学療法士が助言指導を行っている。 (改善点) ・
60	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	a) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立している。 b) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順があるが、十分ではない。 c) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立していない。	■ 利用者の体調変化や異変の兆候に早く気づくための工夫をしている。 ■ 利用者の体調変化に気づいた場合の対応手順、医師・医療機関との連携体制を確立している。 □ 職員に対して、高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用等に関する研修を実施している。 ■ 体調変化時の対応について、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。 ■ 利用者ごとに看護・介護職員が適切に服薬管理または服薬確認をしている。 ■ 健康状態の記録を行っている。	a (実施) ・日々のバイタルチェックや観察により、異常の早期発見に努めており、緊急時には、主治医あるいは救急医療機関と連携して対応に当たっている。 ・体調変化時の対応については、研修や情報提供、共有を部署単位で行っており、内服についても、申し送りや部署会議を通じて、情報提供を行っており、マニュアル作成も進めている。 ・内服はチェック表等を活用し、誤薬等を予防するために三重チェックを実施している。 (改善点) ・高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用等に関する研修の定期的な実施。
61	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a) 感染症や食中毒の発生予防を行っている。 b) 感染症や食中毒の発生予防を行っているが、十分ではない。 c) 感染症や食中毒の発生予防を行っていない。	■ 感染症や食中毒に対する予防対策、発生した場合の標準的な対応方法が確立されている。 □ 職員の健康状態についてチェックし、インフルエンザ等の体調の変化を日常的に把握できる仕組みがある。 □ 職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法が文書化されている。 ■ 職員に対して、インフルエンザ等必要な予防接種について、費用負担を支援し受けさせている。 ■ 感染症や食中毒の発生予防・対応方法について、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。 ■ 必要な手洗器・消毒薬等の設備機器等が設置されている。 ■ 家族、来館者への手洗いや手指消毒等の呼びかけをしている。	a (実施) ・感染症対策マニュアルにて対応方法が確立されており、感染症流行期前には職員への予防接種を実施する他、年2回の感染症及び食中毒の予防研修を実施している。 ・家族や来館者に対し、特に感染症流行期においては、手指消毒やマスク着用を働きかけしており、食中毒予防の観点から、生ものの持込み等に関しても、職員への問合せをしてもらえよう依頼している。 ・職員に対して、インフルエンザ予防接種の費用負担を支援し、受けさせている。 (改善点) ・職員の健康状態のチェック体制の確立による、感染症等の異常の早期発見、把握。
62	施設の建物・設備について、利用者の快適性や来所者が利用しやすいように配慮した取り組みを行っている。	a) 施設の建物・設備について利用者の快適性や来所者が利用しやすいものとなるよう常に意識し、十分な配慮をしている。 b) 施設の建物・設備について利用者の快適性や来所者が利用しやすいものとなるよう意識し、配慮しているが、十分ではない。 c) 施設の建物・設備について利用者の快適性や来所者が利用しやすいものとなるような意識が弱く、配慮を行っていない。	□ 建物・設備の点検を定期的に行い、問題点については改善するなど、快適性や安全を維持する取り組みをしている。 □ 建物・設備について利用者や来所者が利用しやすいものとなるよう、各職員が改善提案できる体制がある、さらに改善提案を組織的に検討し、実施していく体制がある。 ■ 備品の点検を定期的に行い、常に故障や不具合、汚れなどがないように維持する取り組みをしている。 ■ 椅子・テーブル・ベッド等の家具、床・壁等の建物について、落ち着けるような雰囲気づくりに配慮している。 ■ 談話スペースを配置するなど、快適に時間を過ごせるよう配慮している。 □ 利用者が思い思いに過ごせる工夫がされている。 ■ 施設内での移動がスムーズに行える（移動経路上の段差や障害物がない、スロープの設置、手摺りなど） □ トイレ、洗面所、浴室、食堂等の設備は、あらゆる人が状況に対応できるよう配慮されている（各設備について無理な姿勢をとることなく利用できる設備がある） □ トイレや各部屋の案内表示がわかりやすく、迷わずに目的の場所に行くことができる。	b (実施) ・部署単位で車椅子等の備品は定期点検を行い、故障や不具合、汚染等がないよう努めている。 ・より家庭的な雰囲気の中で過ごしていただけるよう、優しい色合いの家具を使用し、季節やイベントに応じた装飾を施す等の演出を行っている。 ・談話スペースや喫煙所等を設けている。 ・施設内のスムーズな移動に適した環境を整備しているが、収納スペースが少ない事から備品が障害物になっている事がある。 (改善点) ・建物、設備の改善や点検を検討する場がなく殆どが何らかの不具合が発生してから対応となっているため、業務に支障が生じており、その対応も殆どが応急的であるため、根本的な不具合等の解決になっていない。 ・トイレや居室の表示が見にくい。 ・居室や共有スペースの洗面台が車椅子利用の利用者に適していない。 ・浴槽が深く、職員の負担が大きい。 ・井戸水を中心に使用しているため、飲み水として使用する事ができない。 ・空調により乾燥が激しく、湿度管理も困難。 ・備品の収納スペースの確保。
63	利用者の家族との連携を適切に行っている。	a) 利用者の家族との連携を適切に行っている。 b) 利用者の家族との連携を行っているが、十分ではない。 c) 利用者の家族との連携を行っていない。	■ 家族に対し、定期的および変化があった時に利用者の状況を報告している。 ■ 家族に対し、サービスの説明をしたり、要望を聞く機会を設けている。 ■ 家族との相談を定期的および必要時に行っている。また、その内容を記録している。 □ 家族の面会時には、利用者の近況を報告している。 ■ 行事等について家族に日程等を案内し、参加できるようにしている。	a (実施) ・体調変化時等には家族に連絡を行い、状態の説明等を行っている。 家族からの要望については、アンケートを年1回実施する他、随時でも受け付けている。 家族との相談については、随時受け付けてお内容を業務日誌等に記録している。 行事参加の働きかけは、館内のポスター掲示及び文書送付や電話、訪問時等に実施して (改善点) ・全職員での家族面会時の近況報告の励行。 家族とのコミュニケーション機会の充実。