

事業所名

【評価の見方】○～実施 △～取組が不十分・未実施・課題

(種別： 全事業総合)

評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価
1 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	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。 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。 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。	■ 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。 ■ 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。 □ 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。 ■ 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。 □ 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。 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。	b ○毎年度職員への周知を図っている。 ○理念、基本方針は、明文化されており法人、施設職員には周知が図られている。 ○パンフレット・広報誌・ホームページにて掲載している。 △全職員が基本理念を知っているのか、理解しているのか疑問であるため、継続的に周知に努める事が必要。 △基本理念等を説明する資料等がない。 △家族への周知方法が不明。 △研修での確認も毎回ではない
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。	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。 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。 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。	■ 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。 □ 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。 □ 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。 ■ 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。	b 【主たる業務職員の評価】 ○昨年度と同様に施設運営コストの分析や利用者及びその家族並びに地域のニーズ調査等を実施している。 ○経営会議等を通じて分析等を行っている。 △各部署毎の分析を詳細に表したい。
3 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	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。 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。 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。	■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 □ 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。	b 【主たる業務職員の評価】 ○経営状況や法人(施設)の改善点等については、理事会、評議員会に諮り、課題等の共有化を図っており、職員へは管理職を通じて課題の周知を行っている。 ○経営会議の開催 △経営課題について、職員への理解度を高める必要がある。
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。	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。 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。 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。	■ 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。 □ 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。 □ 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。 □ 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	c 【主たる業務職員の評価】 △中長期的なビジョンが見えていない。 △施設のハード面も含めた計画策定が必要。 △計画立案及び実施案の策定を急務と考える。
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。	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。 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。 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。	□ 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。 □ 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。 □ 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。 □ 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。	c 【主たる業務職員の評価】 △施設全体としてとらえた事業内容と言えない。 △単年度の計画のみになっている。
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。	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。 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。 c) 事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	■ 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。 □ 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。 □ 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。 □ 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。 □ 事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等）されており、理解を促すための取組を行っている。	b 【主たる業務職員の評価】 ○職員の意見を反映した形で進めている。 △実施状況の中間見直しや職員間での情報共有ができていない。
7 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	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。 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。 c) 事業計画を利用者等に周知していない。	□ 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。 □ 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。 □ 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。 □ 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。	c 【主たる業務職員の評価】 △事業計画について、利用者等への説明までは行っていない。

	評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価
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 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。	【主たる業務職員の評価】 b ○自己評価を継続的に行っている。 △専門の合議体があるが、未だ十分な活動ができていない。
9	評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a) 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 checked="" 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。	【主たる業務職員の評価】 c △各部署で取り組む課題、施設全体で取り組む課題等が入り乱れている。 △改善策や改善計画を策定する仕組みが必要
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 checked="" 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。	【主たる業務職員の評価】 b ○定期的な会議及び研修等を通じ、職員全体に自らの役割の周知を図っており、今年度は災害対応マニュアルを作成した。 △職員個々の意識改革が不十分。 △職員に伝わっていないと思う。
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。	【主たる業務職員の評価】 a ○法令等の行政説明会や研修会へ積極的に参加するとともに、職員へも研修参加を促している。 △研修会等の内容を職員個々に周知する事が必要と考えている。
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。	【主たる業務職員の評価】 b ○サービス向上の為に、様々な視点から検討等を行っている。 ○ケア改善室での取組がなされている。 △職員個々の発言をどのように奮起させるかを十分に検討する必要がある。
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。	【主たる業務職員の評価】 b ○幹部職員と会議等を通じ、職員全体への経営状態の周知を図っている。 △職員個々の経営状態の理解度が不明であるため、その認知度を調査・分析する必要がある。 △指導力の基準がわからない。

	評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価
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。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p><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。</p> <p><input checked="" 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。</p> <p><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。</p> <p><input checked="" 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。</p>	<p>【主たる業務職員の評価】</p> <p>b</p> <p>○運営に関する基準等を遵守し、適正配置に努めている。 △人材確保が厳しい状況にあるため、既存体制の中で、職員個々のスキルアップを図る必要がある。 △計画的ではなく、退職者が出た場合の人員補充が中心となっている。 △福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や具体的な計画はない。</p>
15	総合的な人事管理が行われている。	<p>a) 総合的な人事管理を実施している。</p> <p>b) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。</p> <p>c) 総合的な人事管理を実施していない。</p>	<p><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。</p> <p><input checked="" 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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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ない。</p>	<p>【主たる業務職員の評価】</p> <p>b</p> <p>○人事考課制度を導入し、チャレンジシートを踏まえて職員の成果等を評価できる仕組みがある。 △人事考課の結果を職員に周知し、職員個々と一緒に、各々の課題解決につなげるような体制づくりが必要である。 △等級フレームや等級表も整備し、内容については、今後の実情を踏まえて改正をする必要がある。</p>
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。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。</p>	<p><input 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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p>	<p>【主たる業務職員の評価】</p> <p>b</p> <p>○有給取得を勧めている。 ○ハラスメント監視委員会や安全衛生委員会の設置と周知、ストレスチェックの実施。 △時間外労働の把握等は行われており、就業規則や給与規定等も整備されているが責任体制については、明確な書類は確認できない。 △ハラスメント監視委員会の窓口設置はあるが、その他に関しては、具体的な窓口設置はない。 △職員の意向把握が不完全である。 △職員希望の聴取、ワークライフバランスに配慮した取組等はできていない。 △魅力的な組織づくりは一蹴される。</p>
17	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p><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。</p> <p><input checked="" 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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p>	<p>【主たる業務職員の評価】</p> <p>b</p> <p>○人事考課制度における課業一覧表等が左記に該当するのであれば、目標管理のための仕組みはある。 人事考課において、目標面接を実施しており、設定された目標はチャレンジシートで明確にし、管理している。</p>
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。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p><input 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。</p> <p><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。</p> <p><input checked="" 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 定期的に計画の評価と見直しを行っている。</p> <p><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。</p>	<p>【主たる業務職員の評価】</p> <p>b</p> <p>○施設内研修計画に基づいた研修は実施している。 ○専門職の方達を招き研修を実施。 △職員の教育や研修に関する基本方針は明確にされておらず、評価や見直しも行われていない。</p>

	評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価
19	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>【主たる業務職員の評価】</p> <p>b</p> <p>○人員数次第で参加できない事もあるが個々のレベルに応じ、必要な研修への参加を促している。 ○新人職員には担当職員を配置している。</p>
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。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。</p> <p>□ 指導者に対する研修を実施している。</p> <p>■ 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。</p>	<p>【主たる業務職員の評価】</p> <p>b</p> <p>○実習受入に際しては、教育機関等と連携している。 △実習生や職場体験等の受入れや教育に関する基本姿勢やマニュアル等は作成していない。 △指導者に対する研修も実施していない。</p>
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。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>【主たる業務職員の評価】</p> <p>b</p> <p>○広報誌の定期発行やホームページでの広報を行い、情報公開を積極的に実施している。 △第三者評価を早急に受審し、第三者視点により課題等を見出す必要がある。</p>
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。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>【主たる業務職員の評価】</p> <p>b</p> <p>○内部経理監査を定期的に行い、公認会計士等の助言を得て、経営改善を実施している。 △事務分掌等について、職員への周知を図る必要がある。</p>
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。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 利用者の個別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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p>	<p>【主たる業務職員の評価】</p> <p>b</p> <p>○地域の学校等で福祉について依頼に応じた対応を行っている。 ○近隣の保育園や教育機関、ボランティア団体を受入れ、利用者や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は、基本理念で文書化している。 △地域の社会資源活用推奨事例なし。</p>
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。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 学校教育への協力を行っている。</p>	<p>【主たる業務職員の評価】</p> <p>b</p> <p>○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。 △ボランティア受入れに関するマニュアルはない。</p>

	評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価
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。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p>	<p>【主たる業務職員の評価】</p> <p>b</p> <p>○地域福祉関係団体との連絡調整。 ○連絡会はないが、サービス利用に際して何らかの連絡や調整は行っている。 △利用者の個人情報等の守秘義務をどのように扱うかが課題。</p>
26	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p><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。</p> <p><input checked="" 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。</p> <p><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。</p> <p><input checked="" 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。</p> <p><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。</p>	<p>【主たる業務職員の評価】</p> <p>b</p> <p>○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活用してもらっている。 申し出があれば民生委員の会合等の場所を提供している。 ○その他、SOS事業、福祉遊楽所としての対応、触れ合い弁当や民生委員との交流。</p>
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。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><input checked="" 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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p>	<p>【主たる業務職員の評価】</p> <p>b</p> <p>○ふれあい弁当の配食事業を通じて、一部の地域ではあるが、福祉ニーズの把握を行っており、又生活困窮者に対する行動にも参加している。 ○不定期ではあるが、地域包括による連絡協議会、民生委員会議等で交流やニーズ把握に努めている。 △地域の福祉団体との定期的な意見交換等の実施を検討したい。</p>
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。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p><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。</p> <p><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。</p> <p><input checked="" 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。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 利用者の尊重や基本的的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者の尊重や基本的的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。</p>	<p>【主たる業務職員の評価】</p> <p>b</p> <p>○基本理念を会議等で唱和しており、施設内にも掲示している。 ○倫理要綱や規定はないが、就業規則の中に服務規律(倫理的内容)がある。 ○身体拘束や虐待防止等、人権に関わる研修は実施している。</p>
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。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p><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。</p> <p><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。</p> <p><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と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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p>	<p>【主たる業務職員の評価】</p> <p>a</p> <p>○研修を通じてプライバシーについて周知している。 ○指針及び研修機会あり。 ○プライバシーを守る設備は概ね整っている。 ○利用等契約書にプライバシー保護等の内容があり、個人情報に対する同意書も取得している。 ○苦情解決の指針、マニュアルもある。 △プライバシー保護に関する研修は行っているが、規定やマニュアルはない。 △利用者、家族への周知が十分ではない。</p>

	評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価
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、個別に丁寧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。	【主たる業務職員の評価】 b ○分かりやすいフレットになっていると思う。 ○利用希望者に対し、電話や面談での説明・相談援助を行っている。 ○施設は見学、サービス体験利用を対応している。 △情報が十分に提供されていないと感じる。
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 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。	【主たる業務職員の評価】 a ○確認書類を取得している。 ○分かりやすく咀嚼した説明を心がけている。 ○プランを説明し、署名、捺印を取得し、複写を交付している。 △利用説明時にはケアプラン等を使用するが、分かりやすい資料を別に用意する事は少ない。
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 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。	【主たる業務職員の評価】 b ○内容の変更にあたっては、不利益が生じないように配慮している。 △サービスの移行や継続性に関しては、契約書等に大まかな連携の記載がある程度である。 △利用終了者の相談窓口の設置なし。 相談方法については口頭伝達のみ。
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 checked="" 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 checked="" 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。	【主たる業務職員の評価】 b ○面会時に家族と交流し、意見等を伺っている。 ○アンケートの実施あり。 △家族会や利用者懇談会等はない。
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 checked="" 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。	【主たる業務職員の評価】 a ○重要事項説明書に記載があり、説明して交付している。又施設内に掲示している。 ○利用者・家族等へのアンケートも実施している。 ○苦情受付簿にて記録を残している。 △公表は活動報告で年1回、件数と見出し程度の報告のみである。
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択できる環境が整備され、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択でき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 checked="" 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。	【主たる業務職員の評価】 b ○苦情相談と捉えれば、文書や相談スペースは整備されている。 △説明文書は作成されていない。

	評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価
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 checked="" 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 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。	【主たる業務職員の評価】 b ○苦情相談であれば指針等はあるが、相談単独では整備していない。 ○利用者・家族アンケートは実施している。
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。	【主たる業務職員の評価】 a ○マニュアルを把握し実施している。
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ている。	【主たる業務職員の評価】 a ○職員研修等により周知されている。
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行っている。	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行っている。 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 checked="" type="checkbox"/> 利用者及び職員の安否確認の方法が決まられ、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 checked="" 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。	【主たる業務職員の評価】 a ○自然災害対応マニュアルを策定している。 ○避難訓練の実施あり。 △地域の自治会、福祉団体等と連携した訓練の実施を検討する必要がある。
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 checked="" type="checkbox"/> 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 <input checked="" 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。	【主たる業務職員の評価】 b ○各事業でオリジナルのケアマニュアルが整備されており、訪問には別手順書も存在する。 △標準的な実施方法（ケアマニュアル）が何の事を指すのかが曖昧である。 △マニュアルを活用しての指導は定着していない。
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 checked="" 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 checked="" 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。	【主たる業務職員の評価】 b ○アンケートの活用でより良いサービスが実施出来る様心掛けています。

	評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価
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。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>■ 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p>	<p>【主たる業務職員の評価】</p> <p>a</p> <p>○他職種連携を図り、アセスメントを行っている。 ○契約書にケアプラン作成やサービス担当者会議開催等の内容記載があり、同意を得ている。 △人間的、時間的に多職種での協議はできていない。 △アセスメントに関する協議は少ない。状態等の口頭確認のみ。 △支援困難ケースの対応事例なし。</p>
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。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>【主たる業務職員の評価】</p> <p>b</p> <p>○見直しや更新においては、モニタリングシートやモニタリング評価表を活用。 ○契約書に記載してあり、一連の流れにより実施している。 △各担当者に計画書の配布等で周知は行っているが、手順書はない。（居宅）</p>
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。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>■ 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。</p> <p>■ サービス実施計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。</p> <p>■ 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。</p> <p>□ 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。</p> <p>□ 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。</p> <p>■ 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。</p>	<p>【主たる業務職員の評価】</p> <p>b</p> <p>△情報共有という点では、まだ不十分である。 △提供しているサービスの裏付けとなるものが重要であるが、食事摂取量、水分量等の記録が足りない。又、本人の様子や職員の関わり、アセスメント記録も足りないと思っている。</p>
45	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>■ 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管・廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。</p> <p>■ 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。</p> <p>□ 記録管理の責任者が設置されている。</p> <p>■ 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。</p> <p>■ 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</p> <p>■ 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。</p>	<p>【主たる業務職員の評価】</p> <p>b</p> <p>○個人情報の管理はできている。 △記録用紙もそうだが、OAボードを活用している中で、その情報管理は大きな課題だと考えている。</p>
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。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>【主たる業務職員の評価】</p> <p>b</p> <p>○職員研修会や個別指導等を実施している。 ○身体拘束についてのマニュアルあり。 ○所持品の確認については必ずご本人の了承を得ている。 △各自の対応に任せている現状もある。 △職員により対応に違いがある。</p>

	評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	【主たる業務職員の評価】 ○利用者が安全に安心して生活ができるような取り組みを行っている。 ○地域住民の方によるボランティアの開催を定期的実施。 ○出来ることは自身で行ってもらっている。 △普段の生活リズムを利用者に応じて、確立したいが、施設の生活の流れに流された部分がある。 趣味・楽しみへの更なる取組みで生活の充実や生き甲斐作りに繋がると考える。 △職員のベースでの援助にならないように注意が必要である。 △個別では無くグループでの対応にならないように注意が必要。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	【主たる業務職員の評価】 ○個別やグループで聞き取りを実施。 ○接遇についての研修会を開催。 △言葉づかいが気になる時がある。 △介助の中でのコミュニケーションが中心で、傾聴する機会を設けていく事は課題である。 言葉づかいにも慣れが見られる。 （良くも悪くも）
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	【主たる業務職員の評価】 ○御利用者の状態に合わせた入浴方法を実施。 ○週2回の入浴は対応できている。 ○脱衣所にエアコンを設置したため、快適な室温管理が可能になり、脱水やヒートショック等の予防に繋がっている。 △在宅においてはリフト浴の設置が無い為特養の浴室のリフトにて対応する等の検討をしたい。 △希望に沿った入浴時間、入浴日、回数等、柔軟な対応はできていない。 △職員の欠勤等で、入浴を中止せざるを得ない日がある。

	評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	【主たる業務職員の評価】 a ○心身の状況に合わせた排泄介助を実施。 ○東トイレには大型の消臭機を設置した事で以前よりも消臭対策はできている。 ○施設と在宅で若干の違いはあるが概ね対応出来ている。 △居室設置のポータブルトイレについては念入りの清掃時間が取れていないため、今後の課題としたい。 △排泄の随時対応の方に関しては、業務内容の変更により、以前より対応できているが、職員2名で介助する必要がある方は、トイレに職員が揃わなければ、待つてもらう事がある。 △尿便意の有無を踏まえた支援と定時排泄が課題である。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 □ 福祉用具に不備はないか等の点検を常時行っている。 ■ 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。 	【主たる業務職員の評価】 b ○出来る限り歩行での自力移動を促している。 ○自力支援はいつも行っており、職員にも自力を促すよう指導を行っている。 ○福祉用具の点検も定期的の実施している。 △車椅子のタイヤの空気にも気配りが必要。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	【主たる業務職員の評価】 b ○褥瘡予防の研修会を実施。 ○管理栄養士を中心に栄養状態を管理している。 △褥の早期発見・悪化予防のシステムは確立しているが、職員全員が理解し予防に努めているかはわからない。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 □ 食事に選択性を取り入れる工夫をしている。 ■ 居室へ配膳する際も保温に配慮している。 	【主たる業務職員の評価】 b ○適温での食事の提供が出来ている。 ○旬の食材を用いて献立に変化はもたらししていないが、果物等を入れる事で季節を感じる事ができるよう努めている。 △選択食は行えていない。

	評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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て、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。 	【主たる業務職員の評価】 b ○状態に合わせた食事形態で提供している。 ○利用者個々の状態に合わせた栄養バランスや摂取介助ができている。 △発熱時の水分補給は十分ではないと思う。体温が1℃上がると、120～150ccの水分を付加する必要があると言われてるので、脱水が心配な時がある。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	【主たる業務職員の評価】 b ○口腔ケア指導を受けている。 △口腔ケア計画は未策定。 △口腔体操も取組みとしては不十分。 △口腔ケアの研修もできていない。 △自立の方への支援（磨き残し確認等） △洗口スペースは食堂、居室共に車椅子では非常に使い辛い。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	【主たる業務職員の評価】 b ○手順等はある。 △勉強不足で、対応内容によっては、確立していない事項もあり、不十分であると感ずる。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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て、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。 	【主たる業務職員の評価】 b ○個別機能訓練計画書、通所介護計画書の作成をしている。 △部署毎に研修を実施しているが、職員が持つ知識を含め、対応力は不十分である。 △医療との連携はとれていない場合も多い。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	【主たる業務職員の評価】 a ○環境整備を行っている。 △状況によりスピーチロック等に繋がってしまう可能性があり注意が必要。 △現状のハードで出来る限りの対応となってしまう。

	評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価
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。	【主たる業務職員の評価】 b ○理学療法士による助言や指導を行っている。 △認知症、拒否傾向の方に対する積極的な訓練や関わりが不足していると思う。また個別訓練等の関わりも不足している。 △医療機関との連携がない。
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。	【主たる業務職員の評価】 b ○体調変化時の対応マニュアルを作成している。 △既往歴や服薬の種類等を職員把握が不十分であると感ずる。 △マニュアルの周知が出来ていない。
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。	【主たる業務職員の評価】 a ○手指消毒器の設置が出来ている。 ○感染症発生予防のため、早めの取組みができています。 ○マニュアルがある。 △職員の体温チェックまでは出来ていない。
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、手すりなど） ■ 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。	【主たる業務職員の評価】 b ○季節感が分かるような飾り付けを行っている △点検が不定期である
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。	【主たる業務職員の評価】 a ○必要時、家族連絡は実施している。 ○体調不良時又は行事等について、連絡連絡を行っている。