

事業所自己評価調査票

【事業所名】 特別養護老人ホームシルバー日吉 (介護老人福祉施設、短期入所生活介護、通所介護、居宅介護支援) (種別:総合(全事業))
 【調査項目】 全63項目 (事業所運営、経営、職員処遇、入所者処遇、地域交流等)
 【調査方法】 施設長、部長級以上の幹部職員による調査回答にて実施
 【調査期間】 令和8年1月5日(月)～19日(月)
 【公表日】 令和8年2月13日(金)
 下記、「自己評価」の項目中 ○:実施、△:取り組み不十分、未実施、課題有り

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な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。	○ 理念、基本方針は、明文化されており、職員への周知徹底は図られている。 △ 利用者様及び家族様への周知徹底が不十分である。サービス利用開始時における、契約書締結手続き等を通して、周知徹底を図る等検討が必要である。 b
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。	○ 社会福祉事業全体の傾向については、国県市等行政及び近隣地域の社会福祉協議会の動向並びに全国老人福祉施設協議会、全国社会福祉法人経営者協議会の会員となることで当該傾向をより把握出来るように努めている。 △ 近隣地域を中心とした潜在的な福祉サービスのニーズ等のデータ収集が不十分であり、今後、より充実させる必要がある。 b
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・分析にもとづき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。	○ 施設において、月1回以上、経営会議を開催、福祉サービス事業の運営、経営に係る課題や問題点を明らかにし対応策を検討及び実施に努めている。(参加者：理事長、施設長、部長等)また、当該課題及び問題点において、重要な案件については、理事会、評議員会に報告して、審議につなげている。 △ 事業の運営、経営状況について、職員一人一人の理解度を高める必要がある。 b
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。	△ 現時点において、中長期なビジョンを明確にした計画は策定できていない。 ・事業収支については、特養、ショートステイ、デイサービス利用者数の伸び悩みに伴う減収、食料費、工事費等物価高による経費支出の増加が継続しており見通しが困難である。 ・施設建物設備については、事業開始後、約30年が経過し全体的に老朽化していることから、専門的調査を実施し更新又は補修工事を計画して進めていく必要がある。 ・人材確保及び育成については、介護職を中心に計画的な新規採用が困難となっている。現状としては派遣職員等を必要に応じて随時採用している状況にあり、当該計画策定は困難な状況になっている。 C
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。	○ 提供する福祉サービスの事業所ごとに目標稼働率を設定し、当該数値を基に収入予算を編成している。 ○ 通常経費及び新規事業経費を算出して支出予算を編成している。 △ 単年度のみ事業計画となっている。 C
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。	○ 新年度の事業計画、予算編成に当たり各部署の意見を聴取し、それを集約、反映したものを議案として、理事会、評議員会における審議を受けるよう努めている。 △ 中間評価が出来ていない。 △ 全職員への周知、理解を促す取り組みは不完全である。 b

	評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価
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 ○ 事業計画については、施設内で閲覧可能な状態にしている。 △ 利用者様及び家族様への配布や説明による周知は徹底出来ておらず改善を要する。
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。	□ 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。 □ 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。 □ 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。 ■ 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。 ■ 評価結果を公表している。	b ○ 自己評価は定期的に実施し当該結果はホームページ等にて公表している。 △ 組織的にPDCAサイクルに基づく福祉サービスの質の向上に関する取組は実施出来ていない。 △ 第三者評価等を定期的に受審していない。
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る。	■ 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。 □ 職員間で課題の共有化が図られている。 □ 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。 □ 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。 □ 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。	b ○ 施設長及び幹部職員間においては経営会議等で課題を検討することになっている。 △ 評価結果から明確になった課題について、全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づくりを今後更に充実させる必要がある。
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。	■ 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。 □ 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。 ■ 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。 ■ 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。	b ○ 入所契約書、重要事項説明書、運営規程等において明確にしている。 ○ 起案文書、復命文書、会計決裁、県市からの通知 文書等について、施設における最終決裁者は施設長である。 ○ 有事における施設管理者の役割と責任については運営規程、防災対策に関する規程に明文化している。
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。	■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。	a ○ 外部研修は熊本県市及び社会福祉協議会等主催の研修や勉強会に参加している。
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。	■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。	a
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。	■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。	a

	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。	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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 □ 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。 □ 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。 ■ 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。 	○ 施設運営、人員に関する基準に基づき適正な人員配置を実施している。 ○ 人材育成に当たってはOJTによる研修が中心となっている。また、職務資質向上を目的とした外部研修を可能な限り積極的に受講させている。 △ 近年、介護職等福祉人材の確保には困難な状況となっている。離職者の発生状況に応じ適正な人材確保に努めているが、派遣職員での充足でしか対応出来ないケースが増加している。 △ 人材確保の為に採用及び採用後の育成計画自体の策定が不完全となっている。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができています。 	○ 施設が定める人事考課制度を中心に人事管理を実施している。基本給に係る段階号俸表及び等級、職位、等級定義、資格要件等を定めた等級フレームを職員に示して法人施設と職員、共通のルールの上で運用している。この制度は平成25年度から実施しているが、必要に応じて制度内容の一部改正を行い実情に合わせるように修正している。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 □ ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。 □ 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。 ■ 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。 	○ 安全衛生委員会を通して、職員の就業状況や意向の把握に努めている。また、同委員会が中心となり年1回実施しているストレスチェックで職員自身のストレスへの気づき及び軽減に努めるようにしている。 △ 現状として、特養介護職の夜勤可能な求人確保が困難となっており、同職員の月平均夜勤回数の削減が達成できていない等、職員の就業環境整備の必要性は理解しているものの実現できていない。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	○ 平成25年度より、人事考課制度導入。職員個人ごとにチャレンジシートを作成、活用して実施している。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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、組織が職員に必要なとされる専門技術や専門資格を明示している。 ■ 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。 ■ 定期的に計画の評価と見直しを行っている。 ■ 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。 	○ 人材育成に当たってはOJTによる研修が中心となっている。また、職務資質向上を目的とした外部研修を可能な限り積極的に受講させている。 ○ 特養部門を中心に施設内年間研修計画に基づき研修を実施している。

	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。	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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	a ○ 日常業務体制等の事情により、研修参加が困難な場合もあるが、極力研修参加を促進している。
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。	<ul style="list-style-type: none"> □ 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。 □ 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。 □ 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。 	b ○ 実習生受入にあたっては、当該所属する教育機関等と密に連携している。 △ 実習生等の教育、育成についてのマニュアルは整備されていない。 △ 指導者に対する研修の実施はされていない。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 □ 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。 	b ○ ホームページ等の活用により、提供する福祉サービスの内容、事業計画、予算、事業報告、決算状況等を適切に公開している。 △ 現時点では、第三者評価の受審なし。 △ 社会、地域に対して、法人の存在意義役割を明確に出来ているかについては、明示、説明の機会が設定出来ていない等不十分である。
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経営・運営のための取組が行われていない。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 □ 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。 	a ○ 運営、経理規程等諸規程に基づき、事務、経理、取引等を適切に処理している。また、諸規程については、全職員に周知している。 ○ 公認会計士と業務委託契約を締結し、内部経理監査を定期的に実施し、経営に係る指導、助言を受けるようにしている。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 □ 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。 □ 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。 	b ○ 地域との関わり方について、法人としての基本的考えは、基本理念において明文化している。 △ 地域の人々と施設の交流の機会については、地域の民生委員、老人会等から施設会議室の使用、研修会の講師依頼等があり、可能な限り対応しているが、それ以外については、積極的に行えていないのが現状である。 △ 地域の人々と利用者との交流の機会については、ボランティアとしての慰問等受け入れを通して等があるが、その時期、開催は不定期である。
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。	<ul style="list-style-type: none"> □ 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。 □ 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。 □ 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。 □ 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。 	c ○ 学校教育への協力については、近隣の中学校のナイスライ事業等の受け入れを実施している。 △ 法人施設としてボランティア受入れに関する基本姿勢、地域の学校教育等への協力に関する基本姿勢について明文化されたものはない。 △ ボランティア受入れに係るマニュアルは整備出来ていない。

	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。	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・団体がいない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。	b <input type="checkbox"/> 施設と監督官庁(熊本市役所)、選任医師及び医療機関等との連絡連携、社会福祉協議会、社会福祉施設団体等との連絡連携については、適切に行っている。
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 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。 <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。	b <input type="checkbox"/> 以前はボランティア団体に会場を提供するなどしていたが、現在はボランティア団体からの要請はなし。 <input type="checkbox"/> 熊本市から要請に基づく「福祉避難所」開設、近隣校区社協との契約に基づく「SOS事業」として、台風、地震発生時等に当該利用希望者の意思をふまえて積極的に受け入れるようにしている。
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 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。 <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。	b <input type="checkbox"/> 近隣校区社会福祉協議会実施の給食配食事業(月2回実施)を受託している。 <input type="checkbox"/> 生活困窮者に対する相談支援事業に参加している。 <input type="checkbox"/> 不定期であるが、地域包括による連絡協議会、民生委員会等で交流やニーズ把握に努めている。 △ 地域包括による連絡協議会、民生委員との定期的な意見交換会等の実施の検討。
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 checked="" 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 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。	a <input type="checkbox"/> 就業規則内に倫理、服務に関して規定している。 <input type="checkbox"/> 身体拘束、虐待防止に係る指針を定め、当該委員会を運営し、また定期的に職員研修を実施している。
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 checked="" 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。	a <input type="checkbox"/> 利用者様のプライバシー保護と権利擁護に係る指針を定め、全職員からも当該事項を遵守させることを目的として誓約書を徴している。 <input type="checkbox"/> 利用者様との施設入所契約書にもプライバシー保護に関する条項を定め個人情報に関する同意書を当該家族様等から徴している。

	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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 ■ 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。 	a <ul style="list-style-type: none"> ○ 理念や基本方針については施設内に常時掲示、運営規程等についても正面玄関ホールに常時閲覧可能な状態にしている。 ○ 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当該者に理解しやすく、誤解がないように、担当者がマンツーマンで対応する等、積極的に情報提供するようにしている。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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 <ul style="list-style-type: none"> ○ 説明者は、先方にとって分かりやすく感じられるような説明を心がけている。 ○ サービスプランを説明後は、利用者様の同意の署名押印を徴して保管することとしている。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 □ 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。 ■ 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。 □ 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 <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉サービスの内容変更にあたっては、著しい変更や不利益が生じないように配慮している。 ○ 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者様や家族様等に対し、その後の相談方法や担当者等の説明は行っている。 △ 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に係る文書を定めていない。 △ 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者様や家族様等に対し、その後の相談方法や担当者等の説明の内容を記載した文書はない。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 ■ 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。 □ 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。 □ 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。 ■ 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 <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者様の満足度調査を定期的実施している。 △ 利用者会、家族会は組織していない。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	a
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	a <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。

	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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	a
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	a
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 担当者等を中心として、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。 ■ 感染症の予防策が適切に講じられている。 ■ 感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。 ■ 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。 	a
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 災害時の対応体制が決められている。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	a ○ 防災計画に基づく訓練実施あり。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 ■ 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。 ■ 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。 □ 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。 	b ○ ケアマニュアル作成あり。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に行われている。 ■ 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。 ■ 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。 	a ○ 利用者様の満足度調査を定期的に行っている。

	評価基準	判断基準	評価の着眼点	自己評価
42	<p>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>	<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>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 支援困難ケースへの対応について検討し、積極かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。 	<p>a</p>
43	<p>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>	<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>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>a</p>
44	<p>利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。</p>	<p>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>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>a</p>
45	<p>利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p>	<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>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>a</p>
46	<p>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>	<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>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>a</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 就業規則内に倫理、服務に関して規定している。 ○ 身体拘束、虐待防止に係る指針を定め当該委員会を運営し、また定期的に職員研修を実施している。 ○ 利用者様の所持品確認時には、必ず本人(又は家族様)の了解を得ている。 △ 利用者様居室への入退出時の対応について、職員により差異がある。

	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。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<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。 ■ 生活のリハビリづけ等のため、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援助している。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者様の満足度調査を定期的に実施している。 ○ 以前は、傾聴、楽器演奏、舞踊等を行う地域ボランティアを受け入れていたが現在は依頼自体がなし。 △ 職員は利用者様の趣味活動、嗜好等に極力沿えるよう努めているが、人員配置等の面から十分とは言えない。
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。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<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。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者処遇研修を定期的に実施している。 △ 利用者様の名前呼びかけ時、○○さん以外の表現、○○ちゃん、苗字ではなく名前と呼ぶ等の職員がいる。
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。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<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、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。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者様個々の体調等をふまえて入浴介助実施。 ○ 利用者様一人あたり週2回実施。 △ 利用者様の希望に沿った入浴日時回数等には対応出来ない。 △ 入浴対応日の職員の配置状況(体調不調等による欠勤等)によっては、入浴中止となることがある。

	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。 	a) <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者様個々の体調等をふまえて排せつ介助実施。 ○ 毎食事後、及び昼間夜間定期的に排せつ介助実施。 △ 随時に排せつ介助を実施しているが、当該介助者が職員2名必要な場合等職員数が揃うまでに暫く利用者に待機してもらうことがある。
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が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は、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て福祉機器、福祉用具を準備している。 	a) <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者様自身が出来る限りの自力移動を促している。 ○ 利用者様の移動介助の直前、必ず使用しているシルバーカー、車椅子等福祉用具等を目視等で点検している。 △ 利用者様の使用している車椅子の空気圧が減少していることがある。
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。 	a) <ul style="list-style-type: none"> ○ 褥瘡予防の検討会、研修会定期、不定期に開催している。 ○ 管理栄養士を中心に栄養状態を管理している。 △ 褥瘡の早期発見、悪化予防対策については日常の申し送り等で職員間で意思統一を図り対処しているが、それでも生じさせてしまうことがある。
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。	<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。 ■ 料理にあつ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。 	a) <ul style="list-style-type: none"> ○ 温冷配膳車の活用により、適温での食事の提供が可能となっている。 ○ 季節、行事等を配慮した献立の作成、料理の提供が可能となっている。 △ 地元の食材を優先的に使用する予定であるが、食材費の高騰により困難となっている。 △ 食事に選択性の導入は出来ていない。

	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、利用者の食事時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。 	a <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者様個々の心身の状態、体調に合わせた食事形態で提供している。普通食、刻み食、ミキサー食等 ○ 管理栄養士を中心に栄養状態を管理している。栄養バランスの摂れる献立となっている。
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。 	b <ul style="list-style-type: none"> △ 口腔ケア計画は未策定。 △ 口腔ケア研修計画は未策定であり、実施出来ない。 △ 2階食堂ホール、各居室の口腔ケア用スペースは車椅子利用者には使い辛い面あり。
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。 	b <ul style="list-style-type: none"> ○ 対応手順は定めている。 △ 対応手順について明文化はされていない。 △ 終末期に関する研修は実施出来ない。
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、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。 	b <ul style="list-style-type: none"> ○ 個別機能訓練計画書、通所介護計画書等に基づき対応している。 ○ 抑制・拘束実施の際は身体拘束実施マニュアルに基づき家族様の同意を得た上で実施することとしている。 ○ 認知症の医療・ケア等について施設内で定期的に職員研修を実施している。
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。 	b <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者個々に応じた環境整備の構築を心がけている。 △ 利用者様の共有スペースが限られている為に利用者様同士のトラブルが発生することあり。

	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。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>c) 機能訓練や介護予防活動は行っていない。</p>	<p>■ 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。</p> <p>■ 介護予防活動も計画的に行い、評価・見直しをしている。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 利用者が主体的に訓練を行えるように工夫をしている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>b</p> <p>○ 理学療法士による指導や助言を実施している。</p>
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。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 健康状態の記録を行っている。</p>	<p>b</p> <p>○ 体調変化時の対応マニュアルを作成、運用している。</p> <p>△ 職員によっては、利用者様個々の既往歴や服薬管理状況等の把握が不十分である。</p>
61	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	<p>a) 感染症や食中毒の発生予防を行っている。</p> <p>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。</p> <p>c) 感染症や食中毒の発生予防を行っていない。</p>	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 必要な手洗器・消毒薬等の設備機器等が設置されている。</p> <p>■ 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。</p>	<p>a</p> <p>○ 感染症対策マニュアルを作成、運用している。</p> <p>○ 利用者様及び職員等施設関係者に当該感染症や食中毒が発生した場合にすみやかに対応出来る体制を構築している。</p> <p>○ 手指消毒液噴霧器を居室はじめ施設内の主要箇所に配備、運用している。</p> <p>△ 職員の体調管理にあたっては、当該職員の自己申告を基本に実施している。</p>
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。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 利用者が思い思いに過ごせる工夫がされている。</p> <p>■ 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)</p> <p>■ 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)</p> <p>■ 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。</p>	<p>b</p> <p>○ 建物設備について必要に応じて、更新、修理等対応予定。</p> <p>○ 備品について更新修理の必要があれば随時対応するようになっている。</p> <p>○ 季節に応じた飾りつけなど実施している。</p>
63	利用者の家族との連携を適切に行っている。	<p>a) 利用者の家族との連携を適切に行っている。</p> <p>b) 利用者の家族との連携を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の家族との連携を行っていない。</p>	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 家族の面会時には、利用者の近況を報告している。</p> <p>■ 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。</p>	<p>a</p> <p>○ 定期及び必要時随時、利用者様家族様とは連携を密にしている。</p>