

－ 高齢者福祉サービス版(特養、その他入所系施設) －

【記入方法】

〈事業所〉 「取組の状況」は、判断基準が「できている」・「できていない」と判断した内容等を具体的に記入してください。

〈評価員〉 各評価細目の判断基準について、「できている」項目にチェックを入れ、以下の評点基準で「a」「b」「c」を記入します。

- a .. 判断基準(取組)を全て実施している。
- b .. 判断基準(取組)の一部を実施している。
- c .. 判断基準(取組)のいずれも実施していない。

目 次

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている	1
----------------------------	---

I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等適切に対応している	3
---------------------------	---

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている	5
--------------------------------	---

(2) 事業計画が適切に策定されている	7
---------------------	---

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている	9
-----------------------------------	---

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている	11
--------------------------	----

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている

II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている	13
---------------------------------------	----

(2) 職員の就業状況に配慮がなされている	15
-----------------------	----

(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている

(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている	17
--	----

II-3 運営の透明性の確保

II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている	19
----------------------------------	----

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている	21
----------------------------	----

(2) 関係機関との連携が確保されている

(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている	23
-------------------------	----

目 次

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	25
(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている	27
(3) 利用者満足向上に努めている	29
(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている	
(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている	31

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している	35
(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている	37
(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている	39

A 実施する福祉サービスの内容

A-1 生活支援の基本と権利擁護

(1) 生活支援の基本	41
(2) 権利擁護	45

A-2 環境の整備

A-3 生活支援

(1) 利用者の状況に応じた支援	49
(2) 食生活	55
(3) 褥瘡発生予防・ケア	57
(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養	59
(5) 機能訓練、介護予防	
(6) 認知症ケア	61
(7) 急変時の対応	
(8) 終末期の対応	63

A-4 家族等との連携

A-5 その他

兵庫県福祉サービス第三者評価 評価基準説明・調査ポイント（高齢者福祉 入所施設版）

評価基準	評価基準説明・調査のポイント		
	判断のポイント	目的・趣旨・解説	評価の留意点
I 福祉サービスの基本方針と組織			
I-1 理念・基本方針			
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。			
【1】I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 ① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。 ⑤ 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。 ⑥ 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。	理念と基本方針が文書化され、公開している。 理念から事業所の使命や目指す方向、考え方が理解できる。 基本方針は、理念に沿って、利用者に対する姿勢や組織が持つ機能等を具体的に示している。 理念や基本方針を周知するための会議、研修が年1回以上開催されている。 理念や基本方針を利用者や家族が理解するための具体的な取組がある。 継続的に理念や基本方針の周知状況を確認している。	○本評価基準では、法人（福祉施設・事業所）の使命や役割を反映した理念、これにもとづく福祉サービス提供に関する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十分に図られていることを評価します。 【理念と基本方針】 ○福祉サービスの提供や経営の前提として、福祉施設・事業所（法人）の目的や存在意義、使命や役割等を明確にした理念が必要です。特に、福祉サービスを提供する福祉施設・事業所（法人）の理念において、利用者の人権の尊重や個人の尊厳に関わる姿勢が明確にされていることが重要です。 ○理念は、福祉施設・事業所（法人）における事業経営や福祉サービス提供の拠り所であり、基本の考えとなります。また、福祉施設・事業所（法人）のめざすべき方向性を内外に示すものでもあります。よって、理念は、実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた具体的な内容が示されていることが適当です。 ○基本方針は、理念に基づいて福祉施設・事業所の利用者に対する姿勢や地域との関わり方、あるいは組織が持つ機能等を具体的に示す重要なものです。また、理念を職員等の行動基準（行動規範）としてより具体的な指針とするためには、理念にもとづく基本方針を定めることが必要です。 ○基本方針が明確にされていることによって、職員は自らの業務に対する意識づけや利用者への接し方、福祉サービスへの具体的な取組を合目的に行うことができるようになります。また、対外的にも、実施する福祉サービスに対する基本的な考え方や姿勢を示すものとなり、組織に対する安心感や信頼にもつながります。 ○理念や基本方針は、職員の理解はもとより、利用者や家族、さらには地域社会に対して示していくことを前提として、明文化されていることが求められます。 ○理念や基本方針は、中・長期計画や単年度の事業計画を策定する際の基本ともなります。 ○本評価基準は、各評価基準にもとづく評価を行っていく際の基礎となるものです。各評価基準はそれぞれの具体的な取組状況を評価するものとなっていますが、福祉施設・事業所（法人）の理念や基本方針を達成する観点から、取組や内容等が十分であるかなどの視点から評価します。 【職員の理解】 ○理念や基本方針は、組織の福祉サービスに対する考え方や姿勢を示し、職員の行動規範となるものですから、職員には十分な周知と理解を促すことが重要となります。 【利用者や家族等への周知】 ○理念や基本方針は、組織の福祉サービスに対する考え方や姿勢を示すものです。よって、職員に限らず、利用者や家族等、さらには地域住民や関係機関にも広く周知することが必要となります。また、利用者や家族等に対して理念や基本方針を周知することによって、実施する福祉サービスに対する安心感や信頼を高めることにもつながるため、十分な取組が求められることとなります。	○複数の施設・事業を経営する法人の場合には、法人の理念にもとづき、各福祉施設・事業所の実情に応じて福祉施設・事業所ごとに理念を掲げている場合もありますが、本評価基準では、「重点事項」の前提となる、より基本的な考え方や姿勢を明示したものとして「基本方針」を位置づけています。 ○福祉施設・事業所によっては「基本方針」を単年度の事業計画における「重点事項」としている場合もありますが、本評価基準では、「重点事項」の前提となる、より基本的な考え方や姿勢を明示したものとして「基本方針」を位置づけています。 ○職員への周知については、訪問調査において組織として職員への周知に向けてどのような取組を行っているかを聴取したうえで、職員への聴取・確認を行うことによってその周知の状況をあわせて把握することになります。 ○利用者や家族等への周知については、訪問調査において利用者や家族等への周知に向けてどのような取組を行っているかを聴取します。また、作成された印刷物等の内容がわかりやすいかどうか、周知の方法に配慮しているかどうかについても評価の対象となります。職員に対する方法とは違った工夫も求められます。 ○認知機能の低下などが見られる利用者に対して、わかりやすい資料の作成、いつでも閲覧できるようにする等の取組や個別の説明が行われているかを確認します。 《注》 * 本評価基準における「管理者」とは、福祉施設・事業所を実質的に管理・運営する責任者（施設長等）を指しますが、法人の経営者に対しても、同様の姿勢が求められます。 * 本評価基準における「職員」とは、常勤・非常勤、あるいは職種を問わず、組織に雇用されるすべての職員を指しています。

兵庫県福祉サービス第三者評価 自己評価票／評価結果集計票（高齢者福祉 特養、その他入所施設）

事業所名:特別養護老人ホームサンライフ御立	種別:指定介護老人福祉施設
-----------------------	---------------

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
I 福祉サービスの基本方針と組織							
I-1 理念・基本方針							
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。							
【1】I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。							
① 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。	■	■					
② 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。	■	■	・理念は、パンフレットに記載している。 ・理念は、事務所・各階寮母室の壁かけパネルにて掲示、明記した携帯用カードを職員へ配布している。 ・理念は高齢者の尊厳と生活の質の向上、地域貢献に主眼をおいたものとしている。 ・サンライフ御立サービス10ヶ条があり、毎週月曜日の朝礼時に唱和を行っている。また、月曜日以外の朝礼時には1項目の挨拶の唱和を行っている。 ・朝の朝礼時には、各部署当番制で本読みを行っている。	・パンフレット ・ホームページ ・携帯用カード	パンフレット ホームページ 新任職員研修要領Ⅱ	理念や行動指針は、広報誌やホームページに記載され、新任職員研修資料や施設内の複数個所に掲示されています。また、サンライフ御立サービス十カ条を掲げ、掲示の他個人カードとして配布し周知されています。	b
③ 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。	■	■	・コロナ禍にて積極的な地域との交流ははかれないが、状況に応じイベントへご家族、地域の方を招待している。(R5.6年度敬老会実施済み、R6年度クリスマス会実施予定) ・毎年1回感染症や経営理念、運営規定等の試験を実施している。			一方で、基本方針としては明文化されたものではなく、利用者や家族に対する説明の機会がありません。今後は理念に基づいた基本方針が整備され、利用者家族に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、周知を図るとともに、周知状況を確認し、継続的な取り組みが望まれます。	
④ 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。	■	■					
⑤ 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。	□	□					
⑥ 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。	□	□					

評価基準	評価基準説明・調査のポイント		
	判断のポイント	目的・趣旨・解説	評価の留意点
I-2 経営状況の把握			
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
【2】I-2-(1)-① 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。 ① 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。 ② 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。 ③ ④ 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動向を把握し、まとめている。 地域の各種福祉計画の内容を把握し、まとめている。 地域での特徴や変化等を把握し、課題等をまとめている。 福祉サービスのコストや利用状況をまとめている。	○本評価基準では、事業経営の基本として、事業経営をとりまく環境と法人（福祉施設・事業所）の経営環境が適切に把握・分析されているかを評価します。 ○福祉施設・事業所においては、事業の将来性や継続性を見通しながら、利用者に良質かつ安心・安全な福祉サービスの提供に努めることが求められます。 ○社会福祉事業全体の動向、福祉施設・事業所が位置する地域での福祉に対する需要の動向、利用者数・利用者像の変化、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等は、事業経営を長期的視野に立って進めていくためには欠かすことのできない情報となります。 ○福祉施設・事業所の経営状況について定期的に分析しておくことも、事業経営の安定性や将来展望を描くうえでも欠かせません。実施する福祉サービスの内容や、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を適切に行うことが求められます。	○評価方法は、訪問調査において外的な動向を把握するための方策・取組と実際に把握している状況、また福祉施設・事業所における経営状況の分析状況について、具体的な資料等を確認します。 ○公立施設については、管理者に与えられた職掌の範囲内を考慮したうえで、本評価基準の基本的考え方にそった具体的な取組を評価します。 ○事業経営をとりまく環境と経営状況を把握する目的は、環境変化に適切に対応した事業経営の維持や改善にあります。そこで、把握された情報やデータが、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている必要があります。各計画に情報やデータが反映されなければ、その目的は達成されません。これらについては、「I-3-(1)-① 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。」で評価します。
【3】I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 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。 ① ② 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。 ③ 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。 ④ 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。	施設の経営に関する具体的な課題や問題点を文書化している。 経営状況や課題を役員会で検討している。 経営状況や課題を職員全員に話している。 施設の経営に関する具体的な課題や問題点を改善するための取り組みが確認できる。	○本評価基準では、事業経営をとりまく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、具体的な取組が行われているかを評価します。 ○I-2-(1)-① 事業経営をとりまく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、改善等に向けた具体的な取組が必要です。 ○経営状況の把握・分析は、組織として確立されたうえで実施される必要があります。経営者や管理者が個人的に行っているだけでは、組織としての取組として位置づけることはできません。 ○経営状況や経営課題については、役員（理事・監事等）間での共有がなされていることはもとより、職員に周知されていることが、経営課題の解決や改善等に向けての前提条件となります。	○経営上の課題を解決していくためには、職員の意見を聞いたり、職員同士の検討の場を設定したりするなど、組織的な取組が必要であるという観点で評価を行います。 ○公立施設については、管理者に与えられた職掌の範囲内を考慮したうえで、本評価基準の基本的考え方にそった具体的な取組を評価します。 ○評価方法は、担当者や担当部署等の有無、把握・分析を実施する時期や頻度、役員間での共有や職員への周知の方法、改善へ向けての仕組みなど、具体的な内容について聴取を行います。 ○経営課題の解決・改善に向けた取組の計画化については、「I-3-(1)-①」で評価します。

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
I-2 経営状況の把握							
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。							
【2】I-2-(1)-① 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。 ① 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。 ② 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。 ③ 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。	■ ■ ■ □ ■ □ ■ ■		・毎年経営幹部にて経営スローガンが決定され、それに沿って事業計画を作成し、事業計画に沿って各班での目標を立て運営している。 ・事業計画作成後は、経営幹部、各施設長が参加し、事業計画の発表会を実施している。 ・毎月運営会議を実施し、各施設・事業所管理者が集い運営状況の報告会を実施している。	・事業計画書 ・月次報告書	左記の通り	必要な情報は全職員に社内チャットで配布、共有されています。また、施設の全体会を月に2回開催し、職員全員が参加できるようにしています。また、福祉サービスのコストや利用状況などについては、毎月運営会議が開催され、「月次報告書」で経営状況の把握・分析が行われています。 事業全体の動向については、適宜情報収集を行っていますが、基本的には国の方針を重視しています。今後は施設のある地域の福祉計画など情報収集を行い、その地域における課題の把握と適切な対応が望まれます。	b
【3】I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 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。 ① 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。 ② 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。 ③ 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。	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■		・毎年経営幹部にて経営スローガンが決定され、それに沿って事業計画を作成し、事業計画に沿って各班での目標を立て運営している。 ・事業計画作成後は、経営幹部、各施設長が参加し、事業計画の発表会を実施している。 ・毎月運営会議を実施し、各施設・事業所管理者が集い運営状況の報告会を実施している。	・事業計画書 ・月次報告書	左記の通り	経営状況や改善すべき課題などについて、理事会や運営会議で共有がなされて、職員にも全体会を月に2回開催し周知されています。今後は、経営課題の解決・改善に向けて、中・長期計画などへの反映が期待されます。	a

評価基準	評価基準説明・調査のポイント		
	判断のポイント	目的・趣旨・解説	評価の留意点
I-3 事業計画の策定			
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
【4】I-3-(1)-① 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。 ① 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。 ② 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になっている。 ③ 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。 ④ 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	中・長期計画に重点目標などビジョンが記載されている。 中・長期計画に経営に関する具体的な課題や問題点を改善するための取り組みが記載されている。 中・長期計画の到達点が数値や取り組みによって具体的に示されている。 中・長期計画は、年1回以上見直されている。	○本評価基準では、理念・基本方針にもとづき、経営状況・環境の把握・分析等を踏まえた中・長期計画(中・長期の事業計画と中・長期の収支計画)の策定状況の評価します。 ○「中・長期計画」とは「中・長期の事業計画」と「中・長期の収支計画」をいいます。ここでの「中・長期」とは3～5年を指すものとしています。 ○中・長期計画の策定において反映する経営環境等の把握・分析は、理念や基本方針を具体化する事業や福祉サービスを効果的に実施する観点から活用されていることが必要です。経営環境等を理由として、理念や基本方針の具現化が図られないことがないようにします。 【中・長期の事業計画】 ○「中・長期の事業計画」とは、理念や基本方針の実現に向けた具体的な取組を示すものです。実施する福祉サービスの更なる充実、課題の解決等のほか、地域ニーズにもとづいた新たな福祉サービスの実施といったことも含めた目標(ビジョン)を明確にし、その目標(ビジョン)を実現するために、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等に関する具体的な計画となっている必要があります。 ○中・長期計画については、以下を期待しています。 i) 理念や基本方針の実現に向けた目標(ビジョン)を明確にする。 ii) 明確にした目標(ビジョン)に対して、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、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにする。 iii) 明らかになった課題や問題点を解決し、目標(ビジョン)を達成するための具体的な中・長期計画を策定する。 iv) 計画の実行と評価・見直しを行う。 【中・長期の収支計画】 ○中・長期の事業計画を実現するためには財務面での裏付けも不可欠といえます。そのため、中・長期の事業計画にしたがって「中・長期の収支計画」を策定することが必要です。 ○収支計画の策定にあたっては、利用者の増減、人件費の増減等を把握・整理するとともに、福祉施設・事業所の増改築、建替えなどにともなう支出について積立てるなどの、資金使途を明確にすることも必要です。適切な財務分析及び、資金(内部留保等)使途の明確化がなされていることも重要です。	○本評価基準で対象としている課題や問題点とは、経営環境等の把握・分析等を踏まえた組織として取り組むべき体制や設備といった全体的な課題です。個々の利用者に関する課題は対象ではありません。「I-2 経営状況の把握」を踏まえた内容となっているかなどを確認します。 ○公立施設については、管理者に与えられた職掌の範囲内を考慮したうえで、本評価基準の基本的考え方にそった具体的な取組を評価します。
【5】I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。 ① 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。 ② 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。 ③ 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。 ④ 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。	単年度の事業計画に中・長期計画の具体的な内容が記載されている。 単年度の事業計画は、具体的な取り組みがわかる内容になっている。 単年度の事業計画は、行事だけでなく幅広い内容になっている。 単年度の事業計画は、実施状況の評価が可能な内容になっている。	○本評価基準では、①中・長期計画(中・長期の事業計画と中・長期の収支計画)の内容が、単年度の計画(単年度の事業計画と単年度の収支計画)に反映されていること、②単年度における事業内容が具体的に示され、さらに実行可能な計画であることを評価します。 ○単年度の計画(単年度の事業計画と単年度の収支計画)は、当該年度における具体的な事業、福祉サービス提供等に関わる内容が具体化されていること、中・長期計画を反映しこの計画を着実に実現する内容であることが必要です。また、それらの内容が実現可能であることが不可欠です。 ○単年度の事業計画は、年度の終了時に実施状況についての評価を行うため、内容については、実施状況の評価が可能であることが必要です。数値化等できる限り定量的な分析が可能であることが求められます。 ○単年度の計画においても、中・長期計画と同様に、事業計画を実現可能とする収支計画が適切に策定されていることが要件となります。	○評価方法は、事業計画の内容を書面で確認するとともに、取組状況について管理者から聴取して確認します。

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
I-3 事業計画の策定							
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。							
【4】I-3-(1)-① 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。							
① 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。	■	■					
② 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になっている。	■	□	・本部の事業計画書に織り込んでいる	・事業計画書	左記の通り	中長期計画が作成されていないので、報酬改定時期などを目安にスケジュール化し、計画の作成され、よりビジョンが明確化されることが望まれます。	b
③ 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。	■	□					
④ 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	■	□					
【5】I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。							
① 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。	■	□					
② 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。	■	■	・各事業所で事業計画を作成し、共有している。	・事業計画書	左記の通り	単年度の計画は丁寧に作成され、わかりやすく明確なものが作成されていますが、その指標となる中長期の計画が未作成となっています。今後は中長期計画に基づいた事業計画が適切に作成され、その内容が実現されていくことが望まれます。	b
③ 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	■	■					
④ 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。	■	■					

評価基準	評価基準説明・調査のポイント		
	判断のポイント	目的・趣旨・解説	評価の留意点
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
【6】I-3-(2)-① 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。			
① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。 ⑤ 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。	事業計画の策定において、利用者や家族の意見が取り入れられている。 事業計画の実施状況を年2回以上、把握している。 事業計画について、年2回以上評価している。 事業計画について、年1回以上の見直しが行われている。 会議や研修会において、事業資格が説明され、意見交換が行われている。	○本評価基準は、事業計画(中・長期計画と単年度計画)の策定にあたり、職員等の参画や意見の集約・反映の仕組みが組織として定められており、事業計画の評価と見直しが組織的に行われているか、また、事業計画を職員が理解しているかを評価します。 ○事業計画(中・長期計画と単年度計画)は、策定や評価について体制を定め、職員の参画・理解のもとに組織的な取組を進めることが重要です。また、事業計画については、職員が十分に理解していることが必要です。 ○事業計画の策定については、関係職員の参画や意見の集約・反映の仕組みが組織として定められており、機能している必要があります。また、内容によっては利用者等の意見を集約して各計画に反映していくことも求められます。あわせて、各計画の実施状況について、評価・見直しの時期、関係職員や利用者等の意見を取り込むような手順が組織として定められ、実施されているかという点も重要です。 ○事業計画の評価は、設定した目標や経営課題の解決・改善の状況や効果を確認するとともに、社会の動向、組織の状況、利用者や地域のニーズ等の変化に対応するために実施します。単年度計画の評価は、次年度へのステップとなるだけでなく、中・長期計画の妥当性や有効性についての見直しの根拠ともなります。	○事業計画を職員がよく理解することは、計画達成のために欠かすことができない要件です。本評価基準では、職員に対する周知では各計画を文書にして配布することは基本的な取組と位置づけ、より理解を促進するためにどのような取組が行われているかを評価します。 ○評価方法は、訪問調査において職員への周知に向けてどのような取組を行っているかを聴取したうえで、職員への聴取・確認を行うことによってその周知の状況をあわせて把握することになります。 ○事業計画の策定過程の記録、計画の評価・見直しの記録等により実施状況を確認します。また、事業計画の評価結果が、次年度(次期)の事業計画に反映されているかについては、継続した事業計画を比較する方法で確認します。 ○職員の参画については、事業計画の策定や評価において、たとえば、中・長期計画に関しては幹部職員等が参画し、単年度の事業計画に関しては幹部職員以外に中堅職員等が加わるなど、計画の性質や内容に応じて、参画する職員が違っても考えられます。 ○中・長期の計画を策定していない場合には、単年度の計画の策定状況を踏まえ評価します。中・長期の計画と単年度の計画をいづれも策定している場合には、総合的に評価します。
【7】I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。			
① 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。 ② 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、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。 ④ 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。	事業計画の内容を利用者全員に配布・または掲示している。 利用者の会や家族の会で、事業計画の内容を説明している。 事業計画は、障害に応じた配慮や工夫が行われている。 事業計画の説明において、障害に応じた配慮や工夫が行われている。	○本評価基準は、事業計画が、利用者等に周知されるとともに、理解を促すための取組を行っているかを評価します。 ○事業計画は、利用者への福祉サービスの提供に関わる事項でもあり、事業計画の主な内容については、利用者や家族等に周知し、理解を促すための取組を行うことが必要です。 ○事業計画の主な内容とは、福祉サービスの提供、施設・設備を含む居住環境の整備等の利用者の生活に密接にかかわる事項をいいます。 ○利用者や家族等への説明にあたっては、理解しやすい工夫を行うなどの配慮が必要です。 ○また、単年度の事業計画にもとづく行事計画等については、利用者の参加を促す観点から周知、説明を行うことが求められます。	○評価方法は、訪問調査において利用者等への周知に向けてどのような取組を行っているかを聴取したうえで、利用者や家族等に聴取・確認を行うことによってその周知の状況をあわせて把握します。 ○利用者等への周知については、作成された印刷物等がわかりやすいかどうか、その内容や方法への配慮についても評価の対象となります。必ずしも計画そのものを配布する必要はなく、事業計画の主な内容を簡潔にまとめたものでも構いません。意図が共に理解されることが重要です。 ○高齢者や障害のある利用者、乳幼児等に対しては、利用者の家族に対して説明することも求められます。

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。							
【6】I-3-(2)-① 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。							
① 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。	■	■	・毎年経営幹部にて経営スローガンが決定され、それに沿って事業計画を作成し、事業計画に沿って各班での目標を立て運営している。 ・事業計画作成後は、経営幹部、各施設長が参加し、事業計画の発表会を実施している。 ・毎月運営会議を実施し、各施設・事業所管理者が集い運営状況の報告会を実施している。	・事業計画書 ・上半期・下半期事業報告書	左記の通り	月に1回の運営会議や生産性向上委員会、ユニット(フロア)毎の会議で職員からの意見を集約し、事業計画に反映される仕組みがあります。計画は手順に沿って作成されていますが、今後はPDCAサイクル化(改善のためのサイクル)やフローチャート化され、可視化されることでその取り組みがわかりやすく、より実行しやすく組織的に整備されていくことに期待します。	a
② 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。	■	■					
③ 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。	■	■					
④ 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。	■	■					
⑤ 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。	■	■					
【7】I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。							
① 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。	■	■	・エレベーター前掲示板へ掲示 ・施設の第三者委員会の報告会で活動報告を実施している。	・事業計画書 ・議事録	掲示物 機関誌 事業計画書	掲示物や機関誌に掲載し、第三者委員会の報告会で周知されていますが、利用者や家族に対して、事業計画を説明する機会はありません。計画の主な内容をわかりやすく説明する機会を設け、意図を理解してもらうための工夫が望まれます。	b
② 事業計画の主な内容を利用者会や家族会で説明している。	■	■					
③ 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。	■	□					
④ 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。	■	□					

評価基準	評価基準説明・調査のポイント		
	判断のポイント	目的・趣旨・解説	評価の留意点
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組			
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。			
【8】I-4-(1)-① 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。			
① 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。	福祉サービスの質の向上に関する取組が具体的に行われている。	○本評価基準は、福祉サービスの質の向上に向けた体制整備がなされ、機能しているかを評価します。 ○福祉サービスの質の向上は、日々の取組とともに、自己評価の実施や第三者評価の受審、苦情相談内容にもとづく改善活動等が総合的、継続的に実施される必要があります。そのため、福祉施設・事業所が自ら質の向上に努める組織づくりをすすめていることが重要です。 ○福祉サービスの質の向上は、P(Plan・計画策定)→D(Do・実行)→C(Check・評価)→A(Act・見直し)のサイクルを継続して実施することによって、恒常的な取組として機能していきます。これを具体的に示すと、福祉サービスの質の向上に関する計画策定→計画実施→実施状況の評価→計画の見直し→必要があれば計画の変更、となります。 ○福祉施設・事業所においては、計画策定(P)→実行(D)にとどまり、評価(C)が十分になされていないことが課題とされています。福祉サービスの質の向上に関する組織的な評価の方法の一つとして第三者評価や第三者評価基準にもとづく自己評価を活用することが考えられます。 ○自己評価、第三者評価などの計画的な実施、評価を行った後の結果分析、分析内容についての検討までの仕組みが、組織として定められ、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が実施される体制を整備することが求められます。 ○福祉サービスの内容について評価し、質の向上を進めるうえでは、担当者や複数職員による担当制等を定め、組織としての体制を整備する必要があります。また、その実施プロセスにおいてはより多くの職員の理解と参画を得ることが、取組の効果を高めるために必要です。 ○福祉サービスの質の向上において、自己評価と第三者評価は一つの方法であり、この後の各評価基準で示した事項が総合的、継続的に実施されることを通じて実現されるものです。 ○本評価基準は、自己評価や第三者評価の受審やそのプロセス、また、結果をもとにして組織的・継続的に福祉サービスの質の向上に取組むことの基礎となる体制を評価します。自己評価等を通じた日常的な質の向上のための取組や各評価基準において明らかになる必要とされる取組等を具体的に進める前提となるものです。	○日常的な福祉サービスの質の向上に向けた具体的な取組の有無とともに、自己評価、第三者評価の計画的な実施、結果の分析、分析内容についての検討までの仕組みが、組織として定められおり、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が実施されているか総合的に評価します。 ○例えば、自己評価や第三者評価等、また、日常的な福祉サービスの質の向上に向けた取組が一部の役職員のみで実施されているような場合には、組織的な取組とはいえません。
② 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。	福祉サービスの質を評価する体制(担当や委員会)がある。		
③ 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。	評価基準にもとづいて、毎年自己評価を行うとともに、定期的(5年に1度以上)に第三者評価等を受審している。		
④ 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。	自己評価や第三者評価の結果について、検討され、内容が分析されている。		
【9】I-4-(1)-② 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。			
① 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。	評価結果に基づく課題が文書化されている。	○本評価基準は、実施した自己評価、第三者評価等の結果を組織がどのように活用しているかを、改善の課題の明確化という観点から評価するとともに、評価結果から明確になった課題に対して、改善策や改善実施計画を検討し定めているか、また、定めた改善策・改善実施計画を実行しているかどうかを評価します。 ○自己評価、第三者評価等の結果については、改善の課題を明確にし、この解決・改善に計画的に取組むことが必要です。そのため、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、職員間で課題の共有化が図られることが求められます。 ○改善課題については、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定し、改善のための取組を計画的に行うことが必要です。また、計画については、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うことが求められます。 ○課題の中には、設備の改善や人員配置、予算的な課題等、単年度では解決できないものも想定されます。これらについては、必要に応じて目標や中・長期計画の中で、段階的に解決へ向かって取組んでいくことが求められます。	○改善の課題の明確化については、訪問調査時に、評価結果の分析結果やそれにもとづく課題等を、検討過程の記録等も含めて確認します。 ○課題の改善策や計画については、訪問調査において、改善の課題についての評価結果にもとづいた改善策、改善実施計画等の書面確認及び実施された改善策について聴取して確認します。 ○中・長期的な検討・取組が必要な改善課題については、中・長期計画に反映されているか確認します。
② 職員間で課題の共有化が図られている。	評価結果に基づく課題を職員全員に周知している。		
③ 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。	評価結果に基づく改善策または改善計画が文書化されている。		
④ 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。	評価結果に基づく改善が行われている。		
⑤ 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。	評価結果に基づく改善策または改善計画が見直されている。		

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組							
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。							
【8】I-4-(1)-① 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。							
① 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。	■	■					
② 福祉サービスの内容について組織的に評価(G: Check)を行う体制が整備されている。	■	■	・事業計画、各種会議、各種委員会、法人独自の第三者評価・情報告会を実施。	・事業計画書、事業報告書 ・それぞれの議事録	事業計画書 事業報告書 QC委員会議事録	QC委員会が定期的に開催され、業務内容によって班分けされた職員の中から、各班1名ずつが参加しています。年度末に1回意見などが集約され、発表される仕組みとなっています。また、職員集団での勉強会、マニュアルの見直しや業者の見直しなどにも必要に応じて実施されています。 しかし、自己評価を行う仕組みが確認できないため、今後は手法や評価基準を定め、定期的に自己評価を実施する仕組みづくりが望まれます。また、評価結果を分析・検討する場合(会議・委員会など)も、組織として位置づけが必要です。(第三者評価は前回2016年度に受審されています。)	b
③ 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。	■	□					
④ 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。	■	□					
【9】I-4-(1)-② 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。							
① 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。	■	■					
② 職員間で課題の共有化が図られている。	■	■					
③ 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。	■	□	・事業報告会を実施 ・リーダー会議、各班会議で情報共有を実施	・上期、下期の事業報告書 ・各種会議録	事業報告書 QC委員会議事録	QC委員会など、職員間で課題を明確化する仕組みがあります。また、社内チャットなどを使い情報の共有化が図られており、電子文書として周知されています。 課題に対して、日々のサービスの中で実践され、個別のケース記録に記載するようにしていますが、改善策や改善計画などを作成する仕組みがありません。今後は、課題解決に向けたPDCAサイクル化(改善のためのサイクル)を整備し、取り組みを評価する仕組みづくりに期待します。	b
④ 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。	■	□					
⑤ 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。	■	□					

評価基準	評価基準説明・調査のポイント		
	判断のポイント	目的・趣旨・解説	評価の留意点
Ⅱ 組織の運営管理			
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ			
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
【10】Ⅱ-1-(1)-① 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。			
① 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。 ② 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。 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。 ④ 平常時のみならず、有事(災害、事故等)における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。	管理者として事業に取り組む考え(方針)や取り組みを文書化している。 広報誌等のあいさつ等に、管理者として事業に取り組む考え(役割と責任)について明確に記している。 管理者の役割と責任を含む職務分掌があり、会議等で周知されている。 不在時の権限委任等を含め有事(災害、事故等)における管理者の役割と責任について、明記されている。	○本評価基準は、管理者が福祉施設・事業所の経営・管理をリードする立場として、職員に対して自らの役割と責任を明らかにしているかを評価します。 ○管理者は、福祉施設・事業所の経営・管理において、理念や基本方針等を踏まえた取組を具体化し、質の高い福祉サービスの実現に役割と責任を果たすことが求められます。 ○管理者が、福祉施設・事業所をリードする立場として、職員に対して自らの役割と責任を明らかにすることは、職員の信頼関係を築くために欠かすことができないことです。質の高い福祉サービスの実施や、効果的な経営管理は、管理者だけの力で実現できるものではなく、組織内での信頼関係のもとにリーダーシップを発揮することが必要であり、管理者の要件といえます。 ○福祉施設・事業所の事業経営における責任者として、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職員に周知が図られていることが必要です。その際、平常時のみならず、有事(災害、事故等)における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していることも重要です。 ○「管理者」とは、福祉施設・事業所を実質的に管理・運営する責任者(施設長等)を指しますが、法人の経営者に対しても、同様の姿勢が求められます。	○管理者の具体的な取組については、文書化されていること、また、会議や研修において表明するなど、組織内に十分に伝え、理解を得ることができる方法で行われているかを評価します。
【11】Ⅱ-1-(1)-② 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。			
① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。	遵守すべき法令の理解や、利害関係者(取引事業者、行政関係者等)との連携が行われている。 管理者は、実質的な法令等の研修に参加している。 福祉分野に限らず、消費者契約法や消費者関連法令、さらには雇用・労働や防災、施設周辺の環境などについての法令を把握している。 職員全員に遵守すべき法令について、年1回以上の研修や説明が行われている。	○本評価基準については、管理者が、自ら遵守すべき法令等に関する正しい理解に向けた取組を行っていること、また、職員等の法令等の遵守に関する具体的な取組を行っていることの双方を評価します。 ○福祉施設・事業所(法人)は、福祉サービスを提供する組織として、法令等を遵守した事業経営＝コンプライアンス(法令遵守)の徹底が求められます。ここでの法令等とは、社会福祉関係法令はもとより、福祉施設・事業所の理念・基本方針や諸規程、さらには、社会的ルールや倫理を含むものです。 ○管理者は、自らがそれらの法令や倫理を正しく理解し、組織全体をリードしていく責務を負っています。そのため、遵守すべき法令等を十分に理解し、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することが必要です。 ○また、福祉施設・事業所における法令遵守の体制づくり、教育・研修等を実施し、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、遵守するための具体的な取組を行うことが求められます。 ○福祉施設・事業所(法人)において、コンプライアンス(法令遵守)規程の策定、担当者・担当部署の設置、公益通報相談窓口の設置等、倫理や法令遵守の徹底に向けた規程の整備や体制の構築を図ることもより積極的な取組として考えられます。	○管理者の、遵守すべき法令等に関する正しい理解に向けた取組とともに、福祉施設・事業所の責任者として、職員等が遵守するための具体的な取組を実施していることの双方を総合的に評価します。 ○福祉施設・事業所として遵守しなければならない基本的な関連法令について、正しく把握・認識されているかどうか、また最新の内容が把握されているかどうかを確認します。 ○遵守の対象となる法令としては、福祉分野に限らず、消費者保護関連法令、さらには雇用・労働や防災、環境への配慮に関するものについて含んでいることが必要です。
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
【12】Ⅱ-1-(2)-① 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。			
① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。 ⑤ 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。	年1回以上、管理者自ら福祉サービスの質について自己評価を行っている。 自らサービスの質の向上に対し具体的な話や提案が出来る。 サービスの質の改善に関する検討が行われる組織体制(サービス向上委員会等)が設置され、管理者自ら参画している。 サービスの質に関して、業務改善提案書、アンケートの実施等、職員の意見を聴取するための場を設けている。 サービス(支援)の向上を図るための研修が、年複数回定期的に行われている。	○本評価基準は、管理者が福祉サービスの質の向上に関する福祉施設・事業所の課題を正しく理解したうえで、組織に対してどのように指導力を発揮しているかを具体的な取組によって評価します。 ○福祉施設・事業所における福祉サービスの質の向上において、管理者の責任と役割が重要です。個々の職員の継続的な努力により取組まれる実践を、組織的な取組とすることや体制づくりにつなげるなど、指導力の発揮が求められます。 ○社会福祉法第78条においては、「社会福祉事業の経営者は、自らその提供する福祉サービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、常に福祉サービスを受ける者の立場に立って良質かつ適切な福祉サービスを提供するよう努めなければならない」とされています。 ○管理者は、理念や基本方針を具体化する観点から、福祉施設・事業所における福祉サービスの質に関する課題を把握し、その課題と改善に向けた取組を組織全体に明らかにして取組を進める必要があります。	○管理者が福祉サービスの質の向上に関わる課題を理解・分析したうえで、組織に対してどのように指導力を発揮しているかを具体的な取組によって評価します。 ○訪問調査で聴取し可能なものについては書面での確認を行います。

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
Ⅱ 組織の運営管理							
Ⅱ－１ 管理者の責任とリーダーシップ							
Ⅱ－１-(1) 管理者の責任が明確にされている。							
【10】Ⅱ－１-(1)-① 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。			・毎年経営幹部にて経営スローガンが決定され、それに沿って事業計画を作成し、事業計画に沿って各班での目標を立て運営している。 ・事業計画作成後は、経営幹部、各施設長が参加し、事業計画の発表会を実施している。 ・毎月運営会議を実施し、各施設・事業所管理者が集い運営状況の報告会を実施している。	・事業計画書、報告書 ・BCP ・月次報告書	事業計画 キャリアパス 職務分掌 BCP	キャリアパスや職務分掌に各職員の役割などについて記載され、電子化され共有されています。また、有事の際の対応については、BCP(業務継続計画)だけでなく運営規定内にも記載が確認できました。 今後は、ホームページや機関誌などを活用し、管理者の役割や責任について、組織内に表明する機会を持つことが望まれます。	b
① 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。	■	■					
② 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。	■	□					
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。	■	■					
【11】Ⅱ－１-(1)-② 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。			・運営会議で周知 ・全体会議での研修	・各種議事録 ・全体会議(研修報告書)	研修計画 研修報告書 研修資料	計画に基づいて研修を受講されています。さらに、研修報告書による経営に関する研修が内部で実施されていることが確認できました。 今後もこの取り組みが継続されることに期待します。また、研修の内容の幅を広げることで、より質の高い施設運営へとステップアップされることが期待されます。	a
① 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。	■	■					
② 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。	■	■					
③ 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。	■	■					
④ 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。	■	■					
Ⅱ－１-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。							
【12】Ⅱ－１-(2)-① 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。			・事業計画の策定 ・運営会議、全体会議・パート会議、主任会議、リーダー会議、各種委員会会議にて周知	・各種会議録 ・面談表 ・研修報告書	QC委員会議事録	管理者は、「QC(品質管理)サークル活動」において、評価結果により取り組むべき課題を明確にされ、改善に向けて指導力を発揮されています。また、福祉サービスの質の向上に向けて、職員間でも共有化や意識形成を図るために、各種会議や委員会に積極的な参加がうかがえます。 今後は、福祉サービスの質の向上に向けた自己評価の仕組みづくりや評価結果から明確な課題について、定期的に現状について把握・評価・分析が期待されます。	b
① 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。	■	□					
② 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。	■	■					
③ 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。	■	■					
④ 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。	■	■					
⑤ 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。	■	■					

評価基準		評価基準説明・調査のポイント	
		判断のポイント	目的・趣旨・解説
【13】Ⅱ-1-(2)-② 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。			
① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。		経営の改善や業務の実行性について、年1回以上、人事、労務、財務等の面から分析を行っている。 管理者が、就労環境の向上に対し具体的な話や提案が来ている。 経営や業務の効率化や改善について、会議や研修を通じ周知している。 経営や業務の効率化や改善に関する検討が行われる組織体制(業務改善委員会等)が設置され、管理者自ら参画している。	○本評価基準は、管理者が経営の改善や業務の実効性を高める取組を自ら実行するとともに、組織内に同様の意識を形成し、職員全体で効果的な事業運営を目指すために指導力を発揮しているかを評価します。 ○管理者は、経営資源を有効に活用して、福祉施設・事業所(法人)の理念・基本方針を具現化した質の高い福祉サービスの実現を図る必要があります。 ○理念・基本方針の実現に向けて、人事、労務、財務等、それぞれの視点から常に検証を行い、経営や単純なコスト削減ではない効果的な業務の実現を目指す改善に向けた具体的な取組が必要で。 ○経営状況やコストバランスの分析に基づいて、経営や業務の効果を高めるとともに、その効果をさらなる改善に向けていくといった継続的な取組が安定的かつ良質な福祉サービスの実施には不可欠となります。 ○管理者は、福祉施設・事業所の将来性や継続性や経営資源の有効活用という基本的な課題を常に視野に入れて組織を運営していくことが求められます。
Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成			
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。			
【14】Ⅱ-2-(1)-① 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。			
① 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。 ③ 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。 ④ 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。		組織として、人材や体制について基本的な考え方や方針を示している。 専門職(有資格の職員)の配置等、必要な人材や人員体制に関する具体的な計画がある。 計画(プラン)に基づいて、計画的に採用や人材育成(研修や資格取得)が行われている。 人材確保について、組織として具体的な取り組みがある。	○理念・基本方針や事業計画を実現するために必要な福祉人材や人員体制につ ○本評価基準では、理念・基本方針や事業計画を実現するために必要な福祉人材や人員体制について、組織として具体的な計画をもって、取組んでいるかどうかを評価します。 ○理念・基本方針や事業計画を実現し、質の高い福祉サービスを実現するためには、必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、人材の確保と育成に関する方針を明確にした計画が求められます。 ○計画は、単に「質の高い福祉人材の確保」という抽象的な表現にとどまるものではなく、組織の理念・基本方針や事業計画に沿って、組織を適切に機能させるために必要な人数や、体制、あるいは常勤職員と非常勤職員の比率のほか、障害者雇用への対応といったことも含めて立案される必要があります。 ○また、社会福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、介護福祉士、保育士、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床心理士等の福祉サービスの提供に関わる専門職(有資格職員)である福祉人材の配置や確保等について具体的な計画となっていることが重要です。
【15】Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。			
① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。 ⑤ 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。 ⑥ 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。		職員の基本姿勢や求める意識が、基本方針または中・長期計画等に明記してある。 採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準(キャリアパス等)が定められ、全職員に周知している。 人事考課等一定の基準に基づいた評価を行っている。 自らの事業所の職員処遇の水準を評価している。 職員の意向・意見や評価・分析等にもとづいた人事管理に関する改善策がある。 総合的な人事管理の仕組みが確立している。	○本評価基準は、総合的な人事管理が実施されているかを評価します。 ○福祉施設・事業所(法人)における人事管理は、理念・基本方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発(育成)、活用(採用・配置)、処遇(報酬等)、評価等が総合的に実施されること、いわゆる「トータル人事(人材)マネジメント」の考え方により実施されることが望ましいと考えられています。 ○総合的な人事管理においては、主に以下の仕組みなどが一体的に運営されることが適切であるとされています。 ・法人(福祉施設・事業所)の理念と基本方針を踏まえた「期待する職員像等」の明確化 ・人事理念や人事基準の明確化と基準にもとづく運用 ・能力開発(育成)・・・目標管理制度、教育・研修制度(OJT等を含む) ・活用・・・キャリアパス、職員配置、ローテーション、異動に関する基準等の明確化等 ・処遇(報酬等)・・・昇任・昇格基準、給与基準、福利厚生等その他の労働条件の整備 ・評価・・・人事考課制度等 ○職員処遇の水準(賃金水準、有給取得率、時間外労働時間数等)については、地域性、福祉施設・事業所(法人)の特性等を踏まえながらも、同地域、同施設・事業種別間で比較・検討を行うなど、指標化しながら管理・改善することも必要です。 ○職員等が、自ら将来を描くことができるような仕組みづくり＝キャリアパス(昇進・昇格の基準、賃金の水準、必要となるスキルの水準、必要となるスキルを獲得するための機会(研修等)等の明確化や職員の意向・希望を確認するコミュニケーションも重要です。
			○本評価基準では、具体的な考え方や計画の有無とともに、計画どおりの人員体制が取られていない場合でも、その目標の実現に向かって計画的に人材の確保・育成が行われているかどうかを、具体的な取組や経過等から評価します。 ○採用や人事管理については、法人で一括して所管している場合もありますが、その場合にも本評価基準に照らし合わせて、当該組織に関する具体的な考え方や取組を評価します。 ○評価方法は、総合的な人事管理に関する仕組み、取組を具体的に聴取して確認します。また、人事管理に関わる規程(基準)等については、書面で確認します。 ○小規模な福祉施設・事業所については、福祉施設・事業所の規模や職員体制等を勘案し、その実施状況の評価します。また、大規模法人(複数福祉施設・事業所を経営する法人)における総合的な人事管理制度や人事管理モデルを一様に当てはめて、小規模な福祉施設・事業所を評価するものではありません。 ○能力開発(育成)における、目標管理制度についてはⅡ-2-(3)-①、教育・研修制度についてはⅡ-2-(3)-②、③で評価します。

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
【13】Ⅱ-1-(2)-② 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。							
① 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。	■	■	・運営会議の実施 ・月次報告会の実施 ・OJTsでの5S活動、業務改善に取り組んでいる。	・運営会議・全体会議録 ・月次報告会 ・OJTs研修(月1回)	左記の通り	管理者は、毎月の運営会議で「月次報告書」により経営状況の把握・分析が行われて、人員配置、職員の働きやすい環境整備など、具体的に取り組まれています。また、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、職員間でも共有化や意識形成を図るために、各種会議や委員会に積極的な参加がうかがえます。	a
② 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。	■	■					
③ 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。	■	■					
④ 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。	■	■					
Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成							
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。							
【14】Ⅱ-2-(1)-① 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。	■		・全体会議での各施設持ち回りの研修の実施 ・各施設での研修の実施 ・キャリアパス制度を導入し、定期的な昇級試験などを実施している。	・全体会議、パート会議 ・各種委員会議事録 ・昇級試験(キャリアパス制度)	事業計画 キャリアパス 勤務形態一覧表	人材確保や人員配置、育成についての基本方針が定められ、事業計画などにも盛り込まれています。勤務形態一覧表で人材の管理を一括で実施されています。しかし、具体的な内容を含む人材育成や人材確保の計画(人事プラン)は作成されていないため、今後は整備されることが望まれます。	b
① 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。	■	■					
② 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。	■	□					
③ 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。	■	■					
④ 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。	■	■					
【15】Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。			・キャリアパス制度を設け実施敷いてる ・「行動指針」と「伸びる職員の条件」をパネルにて掲示している。 ・昇給、賞与の評価を実施している。 ・職員面談時に面談資料として要望などを提出してもらい、改善策を検討し、可能な限り改善活動を行っている。	・面談時資料 ・全体会議、パート会議 ・昇級試験 ・キャリアパス制度	キャリアパス 事業計画 給与規定 ホームページ(行動指針) スローガン	「期待する職員像等」が「行動指針」や「サービス10ヶ条」に、職員の基本姿勢や求める意識を明記されています。キャリアパス制度(人事基準など)や人事考課制度(貢献度など)が整備されて、職員の「処遇改善の試算」もホームページに公表されています。総合的な人事管理制度の仕組みが確立されています。	a
① 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。	■	■					
② 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。	■	■					
③ 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。	■	■					
④ 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。	■	■					
⑤ 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。	■	■					
⑥ 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。	■	■					

評価基準	評価基準説明・調査のポイント		
	判断のポイント	目的・趣旨・解説	評価の留意点
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
【16】Ⅱ-2-(2)-① 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。 ① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。 ⑤ 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。 ⑥ ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。 ⑦ 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。 ⑧ 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。	職員の意見、意向を聴取し、就業状況を把握している部署など労務管理に関する責任体制が明確である。 有給休暇や時間外労働の状況について年1回以上のチェックと分析が行われている。 職員の健康管理と安全確保など労働衛生について、周知する機会がある。 施設長が職員と個別に面談。専門家によるカウンセリングなど、定期的(年1回以上)に職員が相談できる工夫がある。 職員の余暇活動や日常生活に対する支援など総合的な福利厚生を実施している。 休暇取得の促進、短時間労働の導入、時間外労働の削減等の取組がある。 検討された改善策などが、人事計画(プラン)に反映されている。 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がある。	○本評価基準は、職員の就業状況や意向を定期的に把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいるかを評価します。 ○福祉サービスの内容を充実させるためには、組織として、職員が常に仕事に対して意欲的にのぞめるような環境を整えること＝働きやすい職場づくりに取組むことが求められます。 ○「働きやすい職場」とは、①職員の心身の健康と安全の確保、②ワークライフバランス(仕事と生活の両立)に配慮した職場環境づくり、がなされている職場をいいます。 ○職員の心身の健康と安全の確保については、労働災害防止策(メンタルヘルス、ケガ・腰痛防止策、その他労働災害への対応)、セクシャルハラスメントやパワーハラスメントの防止策と対応策、希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家を確保する等の取組があります。また、健康維持の取組としては、たとえば、より充実した健康診断を実施する、全職員に予防接種を励行する、健康上の相談窓口を設置する、悩み相談の窓口を設置するなどが挙げられます。 ○福利厚生の取組としては、職員の余暇活動や日常生活に対する支援などがあります。 ○ワーク・ライフ・バランス(仕事と生活の両立)に配慮した職場環境の配慮については、休暇取得の促進、短時間労働の導入、時間外労働の削減等の取組があります。また、次世代育成支援対策推進法にもとづく事業主行動計画の策定や、改正育児休業法への適切な対応、定期的な個別面接や聴取等が制度として確立していることが望まれます。 ○働きやすい職場づくりに向けて、労務管理に関する責任体制を明確にすることはもとより、職員の就業状況や意向・意見を把握することが必要です。また、その結果を分析・検討し、改善に向けた取組を福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映したうえで進めていくといった仕組みが必要となります。	○把握された意向・意見について分析・検討する仕組みの有無、サポートする必要があると認められる職員に対しての対応等、把握した職員の状況に対して組織的にどのように取り組んでいるのかという点も評価します。 ○相談の窓口設置については、単に「困ったことがあれば管理者に相談する」といった運営ではなく、相談しやすい工夫を行っているか、相談を受け付けた後に解決を図る体制が整備されているかなど、組織的に取り組んでいるかどうかを評価します。相談窓口は組織内部のみならず、外部にも設置することが望ましいといえますが、組織内部に設置していれば評価の対象とします。 ○評価方法は、訪問調査において職員の就業状況や意向・意見等の記録、把握した結果についての対応の記録等の確認と聴取によって行います。
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
【17】Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 ① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。 ⑤ 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。	人事育成に向けた職員一人一人の目標管理を行う仕組みがある。 目標設定では、個別面接を行うなど職員とのコミュニケーションが図られている。 職員一人ひとりの目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた文書がある。 目標管理について進捗状況が確認されている。 職員一人ひとりが設定した目標について、達成度の確認を行っている。	○本評価基準では、職員一人ひとりの育成に向け、組織の目標や方針を徹底し、職員一人ひとりの目標の設定等が適切に行われているかを評価します。 ○目標管理制度は、福祉施設・事業所(法人)の理念・基本方針をはじめとする福祉施設・事業所の全体目標や部門(チーム)、さらには、職員一人ひとりの目標の統合を目指す仕組みです。 ○職員一人ひとりの知識・経験等に応じて具体的な目標を設定しながら、福祉サービスの実施を行うものです。職員の教育・研修機能を有するのみならず、モチベーションを高めるための取組もあります。 ○目標管理では、前提として「期待する職員像」(福祉施設・事業所(法人)の理念・基本方針、福祉サービスの目標等の実現を目指す人材像の定義)や理念・基本方針等を踏まえた、福祉施設・事業所の全体目標が明確にされている必要があります。そのうえで、部門(チーム)、職員一人ひとりの目標を設定することになります。 ○設定する目標については、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされ、また、到達可能な水準であることが必要です。 ○目標の設定にあたっては、一人ひとりの職員との面接を通じたコミュニケーションが重要です。職員が設定する目標については、福祉施設・事業所や部門(チーム)の目標と整合性を保つとともに、当該職員に期待するレベル、内容にふさわしいものである必要があります。 ○目標の達成に向けて、職員一人ひとりが取組を行います。管理者等は、支持的・援助的な姿勢で日常的に適切な助言や支援を行います。 ○中間段階や期末には、目標達成と取組状況を確認するため、面接を行い評価と振り返りを行います。	○職員一人ひとりの目標が適切に設定されるとともに、進捗状況の確認、目標達成度の確認等が行われていることが必要です。 ○評価方法は、目標管理に関する仕組み、取組を具体的に聴取して確認します。また、目標管理制度に関わる規程(基準)等を書面で確認するとともに、個々の職員の目標管理シートを抽出して確認します。

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。							
【16】II-2-(2)-① 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。 ① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。 ⑤ 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。 ⑥ ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。 ⑦ 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。 ⑧ 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。	■	■	・勤務実績管理に合わせ有給管理も行っている。 ・毎月時間外の内容一覧を作成し、運営会議にて報告している。 ・職員面談時に聴取及び提出書類の希望を確認し、可能な限り福利厚生に反映している。 ・子育てや介護をしながら働いている職員に対しては、勤務制限等配慮を可能な限り実施している。 ・公認心理師によるメンタルヘルス面談を実施している。	・全体会議、パート会議での面談報告 ・勤務実績 ・有給管理表 ・セルフケア制度	会議録 ストレスチェック 勤務形態一覧表	有給休暇や希望休暇が計画的に取得できるようになっており、勤務形態一覧表や有給管理表にて管理されています。ストレスチェックや定期面談をそれぞれ年に2回実施し、職員の意向の把握に努められています。ワーク・ライフ・バランス(仕事と生活の両立)に配慮した取り組みがなされています。今後は、労務管理業務の中に人事プランを取り入れ、計画性を持つ取り組みが望まれます。また、一般事業主行動計画を作成し、職場環境の配慮の仕組みを強化することが期待されます。	b
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。							
【17】II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 ① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。 ⑤ 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。	■	■	・年度末に人事考課を実施している。 ・職員面談を実施している。	・面談時資料 ・全体会議、パート会議録 ・人事考課表	サンライフ御立サービス十カ条 行動指針	施設ごとに行動指針や十カ条を掲げ、施設内の複数個所に掲示し、規範となる職員像を周知しています。人事考課制度を活用して、半年毎に管理者が短期目標・長期目標などについて個別面接を行い、進捗状況や達成度が確認されています。人材育成に向けた職員一人ひとりの目標管理が行われています。今後は、期待する職員像として、職務に向かう姿勢を定義づけし、キャリアパスに反映させる仕組みづくりに期待します。	a

評価基準		評価基準説明・調査のポイント	
		判断のポイント	評価の留意点
【18】Ⅱ-2-(3)-② 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。			
① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 定期的に計画の評価と見直しを行っている。 ⑤ 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。		職員の基本姿勢や求める意識が基本方針または中・長期計画等に明記している。 職員に求める専門技術や専門資格が基本方針または中・長期計画等に明記している。 教育・研修計画に基づいて、実際に教育・研修が実施されている。 年1回以上、個々の教育・研修成果を振り返り、評価を行うと共に分析している。 評価、分析された結果に基づいて、カリキュラムや研修内容が見直されている。	○組織が必要とする職員の知識・技術や専門資格について、具体的な目標が明記され、それとの整合性が確保された体系的な計画が明文化されているか確認します。 ○年度ごとに関連性・継続性のない研修の開催や外部研修への参加、あるいは職員の希望だけを尊重した研修計画は、福祉サービスの質の向上に対する取組の一環と位置づけることはできません。組織として目的を明確にし、体系化された研修計画が策定される必要があります。 ○組織が実施する福祉サービス全体の質の向上に対する取組を評価する項目ですので、正規職員の他、派遣契約職員や臨時職員等、すべての職員についての教育・研修を対象とします。 ○法人が一括して所管している場合であっても、本評価基準の趣旨に照らして福祉施設・事業所の取組を評価します。
【19】Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。			
① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。 ⑤ 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。		国家資格や業務に必要な資格のみで無く、職員個々に対し、必要な技術水準、知識、専門資格等について把握している。 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が行われている。 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行う仕組みがある。 職員個々に研修の参加状況を把握し、計画的に参加できるよう配慮している。	○本評価基準では、職員の教育・研修に関する計画にもとづき、職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されるとともに、教育・研修の場に参加し適切に教育・研修が実施されているかを評価します。 ○職員の教育・研修に関する計画が実施されていることはもとより、職員一人ひとりが実際に必要な教育・研修を受けることができるかということが重要です。 ○教育・研修の計画的な実施とあわせて、職員一人ひとりの知識、技術水準、専門資格の取得状況を把握することが必要です。 ○教育・研修の内容については、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こと、また、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・研修を実施されることなどが必要です。 ○福祉サービスに関わるニーズの複雑化や支援の困難化等により、専門性が一層求められることから、内部・外部研修等の研修の方法やテーマ・種類等を整理し、また職員間で学びあう機会と体制づくりも求められます。 ○必要に応じて、たとえば介護技術向上のための介護福祉士資格の取得、相談員の面接技術向上のための国家資格の取得、栄養士の管理栄養士資格の取得等も重要な教育・研修の取組となります。 ○福祉施設・事業所(法人)において、研修を実施することはもとより、外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨すること、教育・研修の場に参加できるように配慮することが必要であることはいうまでもありません。
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。			
【20】Ⅱ-2-(4)-① 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、積極的な取組をしている。			
① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。 ② 実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。 ③ 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。 ④ 指導者に対する研修を実施している。 ⑤ 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。		実習の受入れに対して基本姿勢が明文化され、周知されている。 実習の受入れについて、実習生に対するオリエンテーションの実施方法等の項目が記載されているマニュアル(手引き)がある。 各資格ごとの実習プログラムを作成し、それぞれの特性に応じた指導方法をとっている。 実習指導者への研修が行われている。 実習の事前、実習中、終了後において学校と協議し連携を図っている。	○本評価基準は、実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、効果的なプログラムを用意するなど、積極的な取組を実施しているか評価します。 ○福祉の人材を育成すること、また、福祉サービスに関わる専門職の研修・育成への協力は、福祉施設・事業所の社会的責務の一つです。地域の特性や事業所の種別、規模等、状況によって異なりますが、組織としての姿勢が明確にされているとともに、その体制が整備され、効果的な研修・育成や受入が行われている必要があります。「実習生等」とは、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、保育士、ホームヘルパー等、社会福祉に関する資格取得のために受け入れる実習生、看護師や保健師等の福祉サービスに関わる専門職、学生等のインターン研修、教員養成、司法関係の教育研修等の幅広い人材をいいます。 ○受入れ体制の整備については、受入れに関するマニュアルの作成が求められます。マニュアルには、受入れについての連絡窓口、利用者や家族等への事前説明、職員への事前説明、実習生等に対するオリエンテーションの実施方法等の項目が記載されている必要があります。 ○実習生等の受入れについて、組織として具体的にどのような取組を行っているかについて評価します。事前説明の方法や、実習生等を忌避する利用者への配慮等について聴取します。 ○さらに効果的な研修・育成のための工夫がなされているか確認します。具体的には、①実習(教育・研修)内容全般を計画的に学べるようなプログラムを策定する、②実施状況に関する連絡等についての学校等(教育・研修の実施主体・派遣機関等)との連携を強めるための取組を行う、③実習生等の目的や職種等に考慮したプログラムを用意する、④これらが職員に周知され共有されていること、などが考えられます。 ○実習生等の研修・育成に関わる実績がない場合には、受入体制の整備やプログラムの準備状況、指導者に対する研修の実施状況等をもって評価します。

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
【18】Ⅱ-2-(3)-② 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。 ① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 定期的に計画の評価と見直しを行っている。 ⑤ 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。	■	■	・全体会議での各施設持ち回りの研修の実施 ・各施設での研修の実施	・全体会議、パート会議 ・各種委員会議事録 ・新入職員の研修資料 ・キャリアパス	サンライフ御立サービス十カ条 研修報告 新任職員研修要領Ⅱ 研修計画	新任職員研修はマニュアル化され、個人に配布されています。また、中途採用職員にも研修の機会が設けられ、研修の取り組みが組織的に実施されています。内部研修は年間計画が作成されています。資格の取得を奨励しており、主に介護福祉専門員を取得した職員を掲示するなどし、意欲向上の取り組みを行っています。年度ごとに研修計画の評価や内容などの見直しは各委員会で行われています。	a
【19】Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。 ① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。 ⑤ 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。	■	■	・全体会議での各施設持ち回りの研修の実施 ・各施設での研修の実施 ・その他各種研修	・全体会議、パート会議 ・各種委員会議事録 ・新入職員の研修資料 ・指導書 ・履歴書 ・チューター制度資料 ・キャリアパス制度 ・研修報告書	左記の通り	研修計画により、新任職員研修はマニュアル化され、個人に配布されています。新任職員や職員の経験に配慮したOJT(職務を通じた研修)が適切に行われるとともに、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修が実施されています。また、管理者の指名や職員の要望により外部研修の機会が適切に確保されて、参加できるよう配慮されています。 今後は、職員一人ひとりの技術水準や専門資格の習得状況を、人事台帳や資格一覧表などで明らかにして、資格取得をサポートしていくことが期待されます。	a
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。							
【20】Ⅱ-2-(4)-① 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、積極的な取組をしている。 ① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。 ② 実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。 ③ 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。 ④ 指導者に対する研修を実施している。 ⑤ 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。	■	■	・介護福祉士、社会福祉士、ボランティア受け入れマニュアルに沿って実施	・各種マニュアル	左記の通り	実習生の受け入れは各学校の要領に沿って介護福祉士、社会福祉士などの実習受け入れが、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、資格指導者による専門職の研修・育成が実施されています。 今後は専門職の研修についてのマニュアルや手順が作成され、組織的な取り組みが実施されることに期待します。	b

評価基準	評価基準説明・調査のポイント		
	判断のポイント	目的・趣旨・解説	評価の留意点
Ⅱ-3 運営の透明性の確保			
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。			
【21】Ⅱ-3-(1)-① 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。 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。	ホームページに法人、施設の情報が詳細に公開されている。 地域の福祉向上の取組、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容を公表している。 改善・対応の状況を公表している。 法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を社会・地域に説明している。 施設の印刷物や広報誌を地域に配布している。	○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、運営の透明性を確保するための取組を行っていることを評価します。 ○福祉施設・事業所においては、実施する福祉サービスを必要とする利用者や家族等がその内容を知るための情報を適切に公開、発信する必要があります。 ○社会福祉法第75条には、「社会福祉事業の経営者は、福祉サービスを利用しようとする者が、適切かつ円滑にこれを利用することができるように、その経営する社会福祉事業に関し情報の提供を行うよう努めなければならない」と定められています。 ○福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公開することは、公費による福祉サービスを実施する主体としての説明責任を果たし、経営の透明性を図る取組でもあります。 ○福祉サービスを実施する福祉施設・事業所に対する、利用者や家族等、そして地域の理解を深めていくためには、第三者評価の受審や苦情・相談内容の公表などの福祉サービスの質の向上に関わる取組をはじめ、各法人の特色ある実践・活動を主体的に提示していくことが重要です。	○評価方法は、福祉施設・事業所のホームページ、広報誌やパンフレット等により確認します。 ○「地域の福祉向上のための取組の実施状況」については、Ⅱ-4-(3)「地域の福祉向上のための取組を行っている。」で評価する事項が適切に公表されているか確認します。
【22】Ⅱ-3-(1)-② 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。		○本評価基準では、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かを評価します。 ○福祉施設・事業所の経営・運営は、福祉サービスの提供及び、業務執行に関わる「内部統制」＝事業経営・運営におけるチェック体制を確立し社会的な責任を意識したものであることが重要です。 ○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、助言を得ることや、内部監査を実施するなど定期的に確認するなど事業経営・運営の適正性を確保する取組も有効です。 ○さらに、専門家による監査支援等での指摘事項、アドバイス等は、経営・財務の改善課題の発見とその解決のための客観的な情報と位置づけることができます。また、その結果を経営改善に活用することが必要です。 ○なお、ここでいう「外部の専門家による監査支援等」とは、会計監査又は公認会計士、監査法人、税理士若しくは税理士法人が実施する財務管理、経営管理、組織運営・事業等に関する指導・助言その他の専門的な支援を指します。当該法人の監事等の役員等や当該法人及びその役員等と、親族等の特殊の関係がある者が行う監査等は含めません。 ○特に、一定規模以上の社会福祉法人については、会計監査人の設置（公認会計士等による会計監査の実施）が義務づけられています。また、会計監査人を設置しない法人においても、ガバナンスの強化や財務規律の確立に向けて、会計に関する専門家の活用を行うことが望ましいとされています。	○公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が日常的に行われているか、さらに、必要に応じて外部の専門家による助言を得ているかを評価します。 ○また、福祉施設・事業所（法人）の規模を勘案したうえで、外部監査等を活用し事業、財務等に関するチェックや外部監査結果にもとづく経営改善を実施していることを評価します。 ○小規模な福祉施設・事業所については、外部監査等の活用や結果にもとづく経営改善が実施されていない場合も想定されます。福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について、①必要に応じて外部の専門家との契約にもとづき、相談し、助言を得ることや定期的確認することなどにより、事業経営・運営の適正性を確保する取組を行うこと、②実情にそくした経営改善の取組を行っていること、をもって総合的に評価します。 ○評価方法は、訪問調査において、書面での確認と聴取により行います。なお、行政による監査は対象ではありません。
① 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、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。 ② 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。 ③ 福祉施設・事業所の事業、財務について、外部の専門家による監査支援等を実施している。 ④ 外部の専門家による監査支援等の結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。	事務、経理、取引等に関する規定を職員全員に周知している。 事務、経理、取引等について、年1回以上、内部の監査を受けている。 事務、経理、取引等について、公認会計士等による外部監査（チェック）を実施している。 前項の指導や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。		

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
Ⅱ-3 運営の透明性の確保							
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。							
【21】Ⅱ-3-(1)-① 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。 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。 ① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。 ⑤	■	■	・ホームページにて情報公開を実施 ・施設にて第三者委員を設置し評価を実施している。	・ホームページ ・委員会議事録 ・ささゆり新聞	左記の通り	ホームページや機関誌に必要な情報が掲載されています。また、利用者・家族や関係機関・地域にも広報誌(ささゆり)が配布されています。今後は苦情内容や第三者評価の結果に対する取り組み内容について、利用者や家族などに公表する仕組みを作ることが望まれます。	b
【22】Ⅱ-3-(1)-② 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。							
① 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、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。 ② 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。 ③ 福祉施設・事業所の事業、財務について、外部の専門家による監査支援等を実施している。 ④ 外部の専門家による監査支援等の結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。	■	■	・運営規定に記載している	・規定集	左記の通り	事務、経理、取引などに関するルール(経理規定など)や組織における役割・責任などを職務分掌により職員全員に周知されています。外部の公認会計士による内部監査や監査支援(チェック・指摘・アドバイスなど)が実施され、適切な経営や運営に努められています。	a

評価基準	評価基準説明・調査のポイント		
	判断のポイント	目的・趣旨・解説	評価の留意点
Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献			
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
【23】Ⅱ-4-(1)-① 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。 ① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。 ⑤ 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。	地域（施設の所在する中学校区を想定）との関わりについての基本方針の明記している。 地域の行事や情報、社会資源について、利用者が理解しやすいような工夫をして掲示又は配布している。 地域活動に参加するための対応が定められ、一定のボランティアや職員体制が確保されている。 地域交流会や行事等、日頃から施設利用者と地域住民が接する機会（年3回以上）を設けている。 行事等だけでなく、個々の利用者のニーズに応じて、地域資源（買い物、飲食、公共施設など）を利用している。	○本評価基準では、利用者の地域との交流を広げることを目的とした組織の取組について評価します。 ○利用者が地域の人々と交流をもち良好な関係を築くことは、利用者の活動範囲を広げ、QOLを高めるための大切なプロセスです。 ○福祉施設・事業所においては、利用者の地域活動への参加を推奨し、利用者が参加しやすくなるための体制整備を行うことが求められます。 ○利用者と地域の人々との交流は、地域と事業所の相互交流を促進するという意味もあわせもっています。事業所が、地域社会の一員としての社会的役割を果たすためにも、利用者の地域への参加は大きな意味を持つといえます。 ○利用者の買い物や通院等日常的な活動については、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できるような情報提供や支援を行うことも必要です。	○本評価基準では、利用者の地域との交流を広げることを目的とした組織の取組について評価します。利用者が地域へ出て行きやすいような支援と同時に、地域に対して、事業所や利用者への理解を深めるための取組を行うことも評価の対象となります。 ○評価方法は、訪問調査において実施状況の聴取が主となり、事業報告書等、書面でも確認します。
【24】Ⅱ-4-(1)-② 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。 ① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。 ⑤ 学校教育への協力を行っている。	ボランティアの受入れに対して地域社会と施設をつなぐ柱として位置付けるなどの基本姿勢が明文化されている。 地域の学校等への協力（小学校の職場見学、中学校の職場体験、高校のインターンシップ）姿勢について明文化している。 ボランティア受入れのマニュアル（手引き）の作成している。 ボランティアに対して、障害の理解や安全対策などの研修が実施されている。 地域の学校等に講師派遣や福祉体験の受け入れなど具体的な協力を行っている。	○本評価基準は、地域、学校等のボランティアの受入れ、地域の学校教育施設・体験教室の学習等への協力について評価します。 ○地域の人々や学校等におけるボランティア活動は、地域社会と福祉施設・事業所をつなぐ柱の一つとして位置づけることができます。また、福祉施設・事業所は、社会福祉に関する知識と専門性を有する地域の社会資源として、地域の学校教育施設や体験教室の学習（小学校の職場見学、中学校の職場体験、高校のインターンシップ）等への協力がその役割の一つとして考えられます。 ○福祉施設・事業所の特性や地域の実情等にそくした、ボランティアの受入や学習等への協力を検討・実施することが求められます。 ○多くの福祉施設・事業所が、様々なボランティアの受入や学習等への協力等を実施しているものと思われます。福祉施設・事業所側の姿勢や受入れ方針や体制が明確になっていない、思いがけないトラブルや事故を誘引する場合もあります。特に利用者と直接接する場面では、十分な準備が必要であり、見知らぬ人を忌避する利用者への配慮が重要です。 ○ボランティア等は福祉の専門職ではないので、活動・学習時の配慮や注意事項等の十分な説明が必要です。	○本評価基準では、ボランティアの受入や学習への教育等への協力に関する方針とマニュアルの作成を求めています。 ○マニュアルには、登録・申込手続、配置（活動や学習の場）、利用者等への事前説明、ボランティアや学習への協力に係る事前説明、職員への事前説明、実施状況の記録、等の項目が記載されている必要があります。またトラブルや事故を防ぐためのボランティアへの研修や学習等への協力の受入時の説明の実施が必要です。 ○原則として、ボランティアの受入や地域の学校教育施設・体験教室等の学習等への協力に係る体制を整備していることをもって評価します。ただし、福祉施設・事業所の特性や地域性を鑑み、ボランティアの受入が困難と考えられる場合には、ボランティア等の受入を想定した体制整備の状況、ボランティアの養成教育や地域の学校教育施設・体験教室の学習等への協力（職員の派遣等を含む）の状況等を総合的に勘案し評価します。 ○評価方法は、受入れにあたっての手順や流れ、利用者等への事前説明の仕組み、ボランティア等への事前説明の仕組みなど、具体的な方法を書面と聴取によって行います。 ○ボランティアの受入等の実績がない場合には受入体制の整備やマニュアルの準備状況、学校教育への協力等をもって評価します。
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
【25】Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。 ① 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社会資源を明示したリストや資料を作成している。 ② 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。 ③ 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 ④ 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。 ⑤ 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。	利用者へのサービスに必要な機関や団体をリストアップし、連携や情報提供が出来るようにしている。 前項の利用者へのサービスに必要な機関や団体について明示し、職員会議において説明している。 前項で示した関係機関・団体等の参画のもと、地域の関係機関・団体と年複数回の連絡会を開催している。 地域の関係機関・団体の共通の様々な課題解決に協働で取り組んでいる。 前項の利用者へのサービスに必要な機関や団体とのネットワークを構築していることを確認します（施設協会など事業者団体は含みません）。	○本評価基準は、福祉施設・事業所として、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かを評価します。 ○利用者によりよい福祉サービスを提供するためには、地域の様々な機関や団体との連携が必要となります。 ○ここで言う「必要な社会資源」とは、利用者へのサービスの質の向上のために連携が必要な機関や団体を指し、具体的には、地域包括支援センター、福祉事務所、児童相談所、保健所、公共職業安定所、病院（医療機関）、学校（教育機関）、社会福祉協議会、民生委員・児童委員、弁護士、警察、地域内の他の事業所やボランティア団体、各種自治組織等が挙げられます。 ○介護予防・日常生活支援総合事業の実施等により、多様な主体によるサービス提供が行われています。それらの実施状況を踏まえ、連携にあたり地域の実情にあわせて、制度外のサービスを含めて考える必要があります。 ○利用者に対してより良いサービスを行うとともに、地域社会において役割を果たしていくためには、関係機関・団体とのネットワーク化が必要不可欠です。そのうえで、問題解決に向けてネットワークを有効に活用することが重要です。 ○取組の具体例としては、関係機関・団体等の参画のもとで定期的にケース検討会を開催している、地域の定期的な連絡協議会に参加している、地域内の他組織と定期的に連絡会を開催している、などが挙げられますが、利用者に対するサービスの一環として行われる具体的な取組でなければ、十分とは言えません。 ○築き上げたネットワークを有効に活用することが重要です。事業を進めていくうえで、地域全体で課題となっている点について、関係機関・団体へ積極的に問題提起し、解決に向けて協働して取り組んでいく、などが挙げられます。 ○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を積極的に図ることも福祉サービスを提供する福祉施設・事業所として重要な役割となります。	○社会資源の把握状況や関係機関・団体との連携に関する定期的な取組状況の評価します。 ○職員間でそれらに関する情報の共有化が図られているかどうかの評価も行います。関係機関・団体の機能や、連絡方法を記載した資料の保管場所や内容等が、必要に応じて職員が活用できるようになっているかどうか、会議で説明を行う等職員に周知されているかどうかについても、訪問調査で確認を行います。 ○評価方法は、いくつかの関係機関・団体との具体的な取組を聴取し、書面でも確認します。

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献							
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。							
【23】Ⅱ-4-(1)-① 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。							
① 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。	■	■					
② 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。	■	□					
③ 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場合、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。	■	■	・毎月広報誌を作成している ・平常時は特に使用制限はしていないが、コロナ禍にて外部の来訪制限や外出制限を行っており、現在は積極的な地域等の交流ははかれていない。	・ホームページ ・情報公開資料 ・広報誌	左記の通り	コロナ禍の影響を受けて以降、地域との交流の機会や外出機会を制限しています。今年度は地域の夏祭りや玄関ホールで敬老会などを通じて利用者と地域住民が接する機会がありました。施設内からのフードデリバリーなどを活用できるように配慮がされていますが、権利擁護や安全面に配慮した上で、地域との交流や社会資源の活用の機会を適切に確保することが望まれます。(下線を削除します。)	b
④ 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。	■	□					
⑤ 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。	■	□					
【24】Ⅱ-4-(1)-② 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。							
① 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。	■	■	・経営理念、サービス10ヶ条へ地域貢献、実習・ボランティアを積極的に受け入れることを明示している。 ・コロナ発生によりボランティアの受け入れを制限している。				
② 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。	■	■	・職業支援の実習なども対象者の状態や状況に応じ受け入れを行っている。 ・保育園や学校・クラブ活動等で高齢者とのふれあいを目的に問い合わせがあることもあり、受け入れを行っている。	・経営理念 ・サービス10ヶ条 ・実習受け入れ実績	左記の通り	ボランティアの受入れや地域の学校教育などへの協力についての基本姿勢が「サービス10ヶ条」やホームページに明文化されています。コロナ禍の影響でボランティアなどの受け入れを制限している時期もありましたが、状況によっては職業支援の実習や保育園や学校・クラブ活動などで高齢者とのふれあいの受け入れが行われて、オリエンテーションなど必要な研修が実施されています。	b
③ 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。	□	□	・ボランティアや実習の際には、はじめにオリエンテーションにて注意事項などの確認を行っている。 ・受け入れはその都度行っていますが、学校への協力状況書類やボランティアの問合せ状況表やマニュアルは作成していません。			今後は、ボランティアの受け入れに関する仕組みが整備され、地域の実情に則した取り組みが望まれます。	
④ 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。	■	■					
⑤ 学校教育への協力を行っている。	■	■					
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。							
【25】Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。							
① 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社会資源を明示したリストや資料を作成している。	■	□					
② 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。	■	□	・毎週水曜日パンの移動販売に来てもらっている。 ・いきいき通販を活用している ・必要な介護用品の選定に複数の福祉用具事業者と連携を図っている。	・連絡先一覧	左記の通り	近隣の病院のリストや居宅介護事業者のリストを保管し、必要に応じて活用しています。姫路市老人福祉施設連盟に加入して連絡会や協働した取り組みが行われています。また、事業者と連携して週1回「パンの移動販売」の取り組みもされています。	b
③ 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	□	■	・必要な物品の購入や検討を班で検討し、各種業者と連絡を取り情報収集を図っている。			今後は地域の社会資源をわかりやすく集約し、職員間で共有することでより良いサービスの検討実施に取り組まれることが望まれます。	
④ 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。	■	■					
⑤ 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。	■	■					

評価基準	評価基準説明・調査のポイント		
	判断のポイント	目的・趣旨・解説	評価の留意点
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
【26】Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。 ① 福祉施設・事業所(法人)が実施する事業や運営委員会の開催、関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。	実施する事業や地域との連携により、地域の福祉ニーズを把握し明文化している。	○本評価基準では、福祉施設・事業所(法人)が地域社会における福祉向上に積極的な役割を果たすために、具体的な地域の福祉ニーズや生活課題等を把握するための取組を積極的に行っているかを評価します。 ○地域社会では、地域経済や生活環境の変化等(雇用環境の変化、単身世帯や高齢者のみの世帯の増加、大規模団地等の集合住宅の課題等)により、これまでの社会福祉事業・制度が対象としてきた範囲では十分に対応することができない福祉ニーズ等が顕在化しています。 ○たとえば、地域の困りごとを議論するための運営委員会を開催する、相談事業を活性化させてその中でニーズを把握する、地域の交流イベント時にアンケートを実施するなど主体的に動くことが重要です。 ○さらに、日常的な福祉サービスの実施を通じて、当該福祉サービスでは対応できない利用者等のニーズを把握することも必要です。 ○このほか、施設等のスペースを活用した地域住民との交流を意図した取組等により、地域住民とのコミュニケーションを通じて主体的に地域の福祉ニーズ等を把握することも必要です。	○福祉施設・事業所ではなく、法人としてこうした取組を行っている場合でも、その内容等をていねいに把握して評価します。 ○評価方法は、訪問調査において具体的な取組を聴取し、書面でも確認します。
【27】Ⅱ-4-(3)-② 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。 ① 把握した福祉ニーズ等にもとづいて、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。 ② 把握した福祉ニーズ等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。 ③ 多様な機関等と連携して、社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどにも貢献している。 ④ 福祉施設・事業所(法人)が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を、地域に還元する取組を積極的に行っている。 ⑤ 地域の防災対策や、被災時における福祉的な支援を必要とする人びと、住民の安全・安心のための備えや支援の取組を行っている。	前項で把握したニーズに基づいた事業が実施されている。 前項で把握したニーズに基づいて、具体的に地域生活に関するサービスの事業が中・長期計画に記載されている。 地域コミュニティの活性化やまちづくりなどの支援を行っている。 施設が持つ専門的な技術や情報を地域に提供することを目的とした講演会や研修会を開催している。 福祉的な支援を必要とする人びと、住民の安全・安心のための備えや支援を行っている。	○福祉施設・事業所(法人)が地域社会における福祉向上に積極的な役割を果たすために、把握した地域の具体的な福祉ニーズや生活課題等にもとづいた独自の公益的な事業・活動を積極的に行っているかを評価します。 ○福祉施設・事業所(法人)においては、その有する機能をもって地域の福祉ニーズ等を解決・緩和する活動・事業の実施主体となること、あるいは、地域住民の主体的な活動を促進・支援することなどの取組が求められます。 ○把握した福祉ニーズ等にもとづき、これらを解決・改善するための福祉施設・事業所(法人)による公益的な事業・活動を行うことも必要です。 ○特に、社会福祉法人については、法人固有の使命・役割と社会福祉法等の関係・事項等を具体化するため、既存制度では対応しきれない生活困窮、生活問題等の支援・解決など、地域社会での貢献活動を主体的、積極的に進めていくことが重要です。 ○把握した福祉ニーズ等にもとづいた具体的な事業・活動は、事業計画等で明示することが必要です。 ○また、災害時には、利用者の安全確保と施設・設備の使用を含め事業継続が可能であることを前提として、二次被害や混乱が起きないように十分に留意し、可能な範囲で被災した福祉的な支援を必要とする人びとや住民への支援・取組を実施します。	○社会福祉法人が運営する福祉施設・事業所においては、社会福祉法に定める「地域における公益的な取組」の実施に係る責務や社会福祉充実残額を活用して行われる「地域公益事業」等が本評価基準における地域での公益的な事業・活動にあたります。 ○福祉施設・事業所(法人)の規模や支援の形態、所在する地域によって、具体的な取組はさまざまです。本評価基準の趣旨に沿って、個々の取組について評価を行います。 ○地域での公益的な事業・活動は、福祉施設・事業所が実施する地域の福祉ニーズ等に応じた取組や事業であって、原則として公的な費用負担のない取組や事業等を評価します。 ○なお、 <u>行政からの委託又は補助等を受けて実施している事業は評価の対象としません。</u> ただし、このような公的な費用負担があっても、福祉施設・事業所の資産等を活用した追加のサービスが行われている場合には評価の対象とします。 ○評価方法は、訪問調査において具体的な取組を聴取し、事業・活動の計画等の書面でも確認します。 ○福祉施設・事業所ではなく、法人として行っている場合でも、その内容等をていねいに把握して評価します。

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。							
【26】II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。 ① 福祉施設・事業所(法人)が実施する事業や運営委員会の開催、関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。	■	■	・事業計画発表会・報告会、運営会議の実施、姫路市や各種団体の説明会への参加	・会議録 ・参加資料	左記の通り	同法人事業所の運営推進会議への参加や姫路市老人福祉施設連盟に加入して連絡会や協働した取り組みを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題などの把握に努められています。 今後は、事業所(法人)が地域社会における福祉向上に積極的な役割を果たすために、関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題など把握に努め、地域貢献や公益的な事業・活動の取り組みが期待されます。	a
【27】II-4-(3)-② 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。							
① 把握した福祉ニーズ等にもとづいて、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。	□	■	・コロナ前は積極的に実施していたが、現在は積極的な行動は行っていない。 ・相談や依頼があれば出来る限りの協力を行っている。 ・子ども食堂の実施(サンライフ西庄)		掲示物 機関誌	コロナ禍の以前は積極的に社会貢献事業など実施されていましたが、現在は相談や依頼があれば出来る限りの協力を行っている状況です。同法人の事業所で行われている「子ども食堂」への支援はされています。また、今年度の「敬老の日」には、玄関ホールでの「親睦敬老会」などを通じて、利用者と地域住民が接する機会もありました。地域の福祉避難所の指定を受けており、有事の際の支援体制を確保する取り組みが実施されています。 今後は事業所が地域で活躍できる仕組みづくりに期待します。	b
② 把握した福祉ニーズ等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。	□	□					
③ 多様な機関等と連携して、社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどにも貢献している。	□	□					
④ 福祉施設・事業所(法人)が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を、地域に還元する取組を積極に行っている。	□	□					
⑤ 地域の防災対策や、被災時における福祉的な支援を必要とする人びと、住民の安全・安心のための備えや支援の取組を行っている。	□	■					

評価基準	評価基準説明・調査のポイント		
	判断のポイント	目的・趣旨・解説	評価の留意点
Ⅲ 適切な福祉サービスの実施			
Ⅲ－１ 利用者本位の福祉サービス			
Ⅲ－１－(１) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
【28】Ⅲ－１－(１)－① 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。 ① 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関する内容が記載され、職員が理解し実践するための取組を行っている。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。 ⑤ 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・評価を行い、必要な対応を図っている。	理念や基本方針に利用者尊重に関する内容が記載され、会議等で周知している。 利用者尊重に関する内容が記載された「倫理綱領」や「規程」等を策定し、会議等で周知している。 標準的なサービス実施方法（各サービスマニュアル）に、利用者尊重の姿勢が具体化されている。 過去1年の職員研修（内部研修）において利用者の人権にかかわる内容が行われている。 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的にチェックする仕組み（セルフチェック）がある。	○本評価基準は、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か評価します。 ○福祉サービスの実施では、利用者の意向を尊重することは当然ですが、さらに、利用者のQOLの向上を目指した積極的な取組が求められています。 ○組織内で共通の理解をもつための取組の具体例としては、倫理綱領の策定等、利用者尊重や基本的人権への配慮に関する組織内の勉強会・研修や、実施する福祉サービスの標準的な実施方法への反映、身体拘束や虐待防止についての周知徹底等が挙げられます。 ○必要に応じて成年後見制度や日常生活自立支援事業の活用等により、利用者の権利擁護に努めていることも重要です。	○福祉施設・事業所の種別や福祉サービスの内容の違いによって、利用者尊重の具体的な留意点は異なるので、組織としての基本姿勢と、組織全体の意識向上への取組を中心に評価を行います。組織の基本姿勢は、理念や基本方針に明示されていることを前提とします。 ○利用者の尊重について、組織内で共通の理解をもつためにどのような努力が行われているか、具体的な取組をもとに評価します。 ○利用者の権利擁護のため、虐待等の権利侵害の防止、発生時の対応等の徹底については、内容評価基準（A-1-（2）-①）で評価します。
【29】Ⅲ－１－(１)－② 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。 ① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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るよう設備等の工夫を行っている。 ⑤ 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。 ⑥ 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。 ⑦ 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。	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、会議等で周知している。 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、会議等で周知している。 利用者のプライバシー保護等の権利擁護について、年1回以上研修が実施されている。 利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫がある。 プライバシー保護と権利擁護に関する取組を利用者、家族に周知している。 プライバシー保護や権利擁護に関わる規定・マニュアルに基づいたサービスが行われていることをチェックしている。 プライバシー保護や権利擁護に関わる不適切な事案が生じた場合の対応方法等を策定し、明文化している。	○本評価基準は、利用者のプライバシー保護をはじめ、虐待防止といった利用者の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備し、職員に周知するための取組を行うとともに、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行われているか評価します。 ○利用者の日常生活におけるプライバシーの保護は、利用者を尊重した福祉サービスの提供における重要事項です。また、プライバシーの保護のみならず、虐待防止といった利用者の権利擁護に関わる取組も同様です。 ○ここでいうプライバシーとは、「他人の干渉を許さない、各個人の私生活上の自由」のことです。利用者のプライバシー保護については利用者尊重の基本であり、たとえば、利用者が他人から見られたい知られたいすることを拒否する自由は保護されなければなりません。利用者からの信頼を得るためにも、プライバシー保護に関する具体的な取組が求められます。 ○日常的な福祉サービスの提供においては、福祉施設・事業所の利用者や福祉サービスの特性とあり方を踏まえつつ、施設・設備の限界等を加味しながらも、可能な限り一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしいこちよい環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行うことも必要です。 ○プライバシー保護と権利擁護に関する取組が、規程・マニュアル等にもとづき実施されることはもとより、取組を利用者や家族に周知することも求められます。また、福祉施設・事業所において、プライバシー保護や権利擁護に関わる不適切な事案が生じた場合を想定し、対応方法を明確にしておくことも必要です。	○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の前提として、職員が、プライバシー保護や権利擁護に関する基本的な知識や社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識を十分に理解すること、福祉施設・事業所の特性に応じた留意点等に関する規程・マニュアル等を作成して周知徹底することが必要です。よって、職員に規程・マニュアル等を配布しただけでは取組は不十分です。 ○福祉サービスの場面ごとに作成されているマニュアル・手引書等の中で、プライバシー保護に関する留意事項が記載されている場合も、「規程・マニュアル等」に含みます。 ○入所施設の場合、通信、面会に関するプライバシー保護や、入浴・排泄時等生活場面におけるプライバシー保護について、福祉施設・事業所の利用者や福祉サービスの特性とあり方を踏まえつつ、設備面での配慮や工夫も含めた組織としての取組も評価の対象となります。規程・マニュアル等の整備と周知への取組とあわせて総合的に評価します。 ○評価方法は、規程・マニュアル等の内容を確認するとともに、具体的な取組を聴取します。 ○個人情報保護は本評価基準にいうプライバシー保護には含まれません。Ⅲ－2-（3）-②「利用者に関する記録の管理体制が確立している。」において評価します。 ○利用者の権利侵害の防止等に関する具体的な取組については、内容評価基準（A-1-（2）-①）において評価します。

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
Ⅲ 適切な福祉サービスの実施							
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス							
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。							
【28】Ⅲ-1-(1)-① 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。							
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 ① 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。	■	■	・経営理念やサービス10ヶ条などマニュアルを作成している。 ・運営会議やリーダー会議、各班会議にて共有、支援を行っている。 ・注意点がかった際には、日々の申し送りやミーティング時に周知徹底している。	・経営理念、ビス10ヶ条 ・各種マニュアル ・班会議議事録 ・ケース記録 ・申し送りノート	倫理綱領 経営理念 サービス10ヶ条 研修計画書 定款・諸規程要項集	各階に経営理念、サービス10ヶ条、行動指針を掲示、及び各階寮母室に各規程・マニュアルを備えつけて、いつでも閲覧可能です。計画的に研修がなされています。	a
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 ② 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。	■	■					
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、 ③ 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。	■	■					
④ 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。	■	■					
⑤ 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・評価を行い、必要な対応を図っている。	■	■					
【29】Ⅲ-1-(1)-② 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。							
① 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。	■	■	・指針、マニュアルを作成し、定期的な研修を実施し周知徹底している。 ・リーダー会議や班会議でも議題に上げ検討している。 ・全体会議やパート会議にて研修を実施している。	・入職時書類(誓約書など) ・服務規程 ・高齢者虐待防止、身体拘束防止の指針、マニュアル	服務規程 誓約書 マニュアル	研修計画書に基づき令和6年7月にプライバシー保護研修を実施しています。虐待研修においては2か月に1回、全体会議(月1回)やパート会議(常勤・非常勤共)時にZOOMも活用し、すべての研修参加により法人全体の質の向上を図っています。	a
② 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。	■	■					
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。	■	■					
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るよう設備等の工夫を行っている。	■	■					
④ 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。	■	■					
⑥ 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。	■	■					
⑦ 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。	■	■					

評価基準	評価基準説明・調査のポイント		
	判断のポイント	目的・趣旨・解説	評価の留意点
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。			
【30】Ⅲ-1-(2)-① 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。			
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・ ① 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。 ② 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。 ③ 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別にていねいな説明を実施している。 ④ 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 ⑤ 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。	市役所、公民館、病院などに事業所のパンフレット等を設置している。 事業所のパンフレットから言葉遣いや写真・図・絵の使用等で利用者に応じた何らかの工夫が伺える。 利用希望者に対する説明など対応方法が明確になっている。 サービス利用のための見学や体験を実施している。 事業所のパンフレット等提供資料の見直しが定期的に行われている。	○本評価基準は、福祉サービスの利用希望者が、福祉サービスを選択するために必要な情報提供が積極的に行われているかを評価します。 ○社会福祉法第75条において、社会福祉事業の経営者は、利用者がサービス選択の際に参考とすることができる情報を積極的に提供することが求められています。 ○ここで言う情報とは、契約締結時の重要事項説明等ではなく、複数の福祉施設・事業所の福祉サービスの中から利用者が自分の希望にそったものを選択するための資料となるような、利用者の視点に立った情報を指します。このため、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とすることが重要です。 ○福祉施設・事業所の利用希望者については、個別にていねいな説明を実施すること、また、希望に応じて、見学、体験入所、一日利用等に対応することも必要な取組です。 ○情報提供の方法、内容等については、配布・活用状況、利用者や家族等の意見等を必要に応じて聴取しながら、定期的な見直しを行い、より良い内容を目指すことも重要です。	○福祉サービス内容がわかりやすく説明された印刷物の作成、ホームページの作成、公共施設へのパンフレットの配置、見学・体験希望者への対応等、利用者が情報を簡単に入手できるような取組、利用者にとってわかりやすい工夫が必要です。 ○実施する福祉サービスの内容等について組織が積極的に情報提供を行うことを求めています。
【31】Ⅲ-1-(2)-② 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。			
① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。 ⑤ 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。	サービス開始・変更時の同意にあたって、可能な限り利用者が関与している。 資料について専門用語や語句の説明書きや写真・図・絵の使用等、利用者に応じた何らかの工夫が伺える。 説明の手順や方法、留意点が定められており、利用者に応じた何らかの工夫が伺える。 サービス開始・変更時に利用者や家族等の同意を得た書面が確認できる。 意思決定が困難な利用者への配慮について定められ、実施されている。	○本評価基準では、福祉サービス開始及び変更時に、利用者や家族等にわかりやすく説明を行い、同意を得ているか評価します。 ○福祉サービスの開始や変更の際には、利用者等の自己決定に十分に配慮し、福祉サービスの具体的な内容や日常生活に関する事項、その他留意事項等をわかりやすく説明することが必要です。 ○福祉サービスの開始や変更時における説明は、福祉サービスの利用契約が必要な福祉施設・事業所はもとより、利用契約ではない福祉施設・事業所においても、利用者等の自己決定の尊重や権利擁護等の観点から必要な取組です。 ○説明にあたっては、前評価基準（Ⅲ-1-(2)-①）と同様に、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような資料を用いることが求められます。また、法令及び組織が定めた様式に基づいて、同じ手順・内容で行われることが必要です。 ○利用契約が必要な福祉施設・事業所においては、福祉サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料とともに、契約書は、組織と利用者の権利義務関係を明確にし、利用者の権利を守ると同時に、組織にとっても必要なトラブルを回避するための重要なものです。各種モデル契約書の内容に照らして、適切な契約書を整備することが求められています。	○利用契約ではない福祉施設・事業所における説明は、どの利用者等に対しても、組織が定めた様式に基づいて、同じ手順・内容で行われることを前提としています。また、本人が説明を受けることが困難な利用者に対しては、組織がどのような援助の方法をとっているかを確認します。 ○評価方法は、訪問調査において、説明の様式・内容と状況を聴取します。また、利用者や家族等への説明内容が具体的に記録された書面を確認します。 ○利用契約が必要な福祉施設・事業所における説明については、重要事項説明を行い契約を締結する必要があります。その際には、利用者の意向を受けた個別の福祉サービス内容を明確にして説明し、同意を得ることが求められています。また、本人が説明を受け、契約を締結することが困難な場合には、成年後見制度等の利用を含め、適正な方法がとられているか確認します。 ○評価方法は、訪問調査において重要事項説明や契約書等、契約に必要な書面を確認することとあわせて、利用者の同意を得るまでの過程の記録、苦情の受付状況等で確認します。
【32】Ⅲ-1-(2)-③ 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。			
① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。	利用者の支援の著しい変更や不利益が生じないように配慮について説明できる。 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、引継ぎ及び申し送りの手順と様式が定められている。 退所者の相談やフォローの窓口や担当が明確になっている。 退所後の窓口、相談方法を示した文書を渡し説明している。	○本評価基準は、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か評価します。 ○利用者の状態の変化や家庭環境の変化等で、福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等を行う場合、利用者への福祉サービスの継続性を損なわないような配慮のもとに、引継ぎや申し送りの手順、文書の内容等を定めておくことが必要です。 ○地域・家庭への移行にあたっては、利用者や家族の意向を踏まえ、他の福祉施設・事業所や行政をはじめとする関係機関との連携が十分に図られる必要があります。 ○他の福祉施設・事業所への情報提供が必要な場合には、利用者・家族等の同意のもとに適切に行うことが不可欠です。 ○福祉サービス終了後も利用者や家族等が相談を希望した場合のために、担当者や窓口を設置し、利用者や家族等に伝えておくことも福祉サービスの継続性を確保するための対応策です。その場合には、口頭だけでなく、書面等で伝える必要があります。	○福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等に係る生活の継続に欠かせない福祉サービスの提供等への配慮を具体的に評価します。 ○必要に応じて、行政や関係機関、他の福祉施設・事業所等と地域・家庭での生活の支援体制についての協議やネットワーク・体制の構築に関する取組も評価します。 ○評価方法は、訪問調査において関連する文書や、実際の対応記録等の確認を行い評価します。

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。							
【30】Ⅲ-1-(2)-① 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。							
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・ ① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 ⑤ 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。	■	□	・組織図を作成している ・各種資料、マニュアル等は各階寮母室や玄関先の本棚に設置したり、掲示したりして確認できるようにしている。 ・状況に応じ定期的な見直しを行っている。	・組織図	パンフレット 重要事項説明書	福祉サービスの内容や事業所の特徴等を紹介した資料は、当該施設1階玄関、及び当該事業所運営の地域包括支援センターのみに置かれていません。見学のみに対応し個別に説明を実施、随時情報について見直しを実施しています。今後は、事業所紹介の各種資料を複数の福祉施設の中から利用者が希望に沿ったものを選択できるよう多くの人が入手できる市役所、公民館等の公共施設に配置することが望まれます。	b
【31】Ⅲ-1-(2)-② 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。							
① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。 ⑤ 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。	■	■	・ケアプランの作成時には、毎回ご家族だけでなく、思いを表出しにくいご本人にも意向を確認し反映出来るようにしている。	・担当者会議録	契約書 重要事項説明書 担当者会議録	利用者・家族等にサービス開始・変更時の福祉サービスの内容を説明し同意を得ていますが、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いていることを確認できませんでした。意思決定が困難な利用者への配慮については状態に合わせて対応をしていますが、ルール化には至っていません。今後は、意思決定が困難な利用者への配慮について定め、実施していくことが望まれます。	b
【32】Ⅲ-1-(2)-③ 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。							
① 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。 ② 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。 ③ 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、 ④ 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。	■	■	・担当者会議録録の回覧を実施している。 ・窓口として設置はしていないが、利用終了後に再入所の相談や他の方の相談など受けている。	・担当者会議録	引継文書 手順書 担当者会議録	福祉サービスの継続性に配慮して、介護職と看護職により作成された引継文書と手順書にて対応しています。退所後も相談員、介護主任、介護支援専門員の3人体制で相談対応していますが、窓口の設置及び関連した文書は渡されていません。今後は、福祉サービスの終了した後も、利用者・家族等が相談できる担当者や窓口を設置し、退所後の相談方法を文書化していくことが望まれます。	b

評価基準	評価基準説明・調査のポイント		
	判断のポイント	目的・趣旨・解説	評価の留意点
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。			
【33】Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。			
① 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 ② 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足把握を目的で定期的に行われている。 ③ 職員等が、利用者満足把握を目的で、利用者会や家族会等に出席している。 ④ 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。 ⑤ 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。	年1回以上、アンケートや聞き取りによって利用者満足に関する調査が行われている。 年に1回以上、個別面接や聴取、利用者との懇談会の開催によって利用者満足に対する意見の把握が行われている。 利用者会や家族会等に職員が参加するとともに、利用者の満足度について記録されている。 年1回以上、利用者が参画のもと利用者の意見(調査結果)が分析され、検討されている。 調査結果に基づいた改善事例が確認できる。	○本評価基準は、利用者満足把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その上向上に向けた取組を行っているか評価します。 ○利用者本位の福祉サービスは、福祉施設・事業所が一方的に判断できるものではなく、利用者がどれだけ満足しているかという双方向性の観点が重要です。福祉サービスにおいては、専門的な相談・支援を適切に実施する一方、利用者満足を組織的に調査・把握し、これを福祉サービスの質の上向上に結びつける取組が必要です。 ○利用者満足に関する調査の結果については、具体的なサービス改善に結びつけること、そのために組織として仕組みを整備することが求められます。 ○実施する福祉サービスの質を高めるためには、組織として定められた仕組みにしたがって、継続した取組を進める必要があります。よって、随時出される個々の意見、要望等に対応するという方法のみでは、有効な改善対応と言うことはできません。 ○組織的に行った調査結果を分析・検討する担当者や担当部署の設置、定期的な検討会議開催等の仕組みが求められます。 ○このような仕組みが機能することで、職員の利用者満足に対する意識を上向上させ、組織全体が共通の問題意識のもとに改善への取組を行うことができるようになります。	○福祉施設・事業所の事業種別や福祉サービスの内容の違いによって、利用者満足の具体的な内容は異なるので、組織として利用者満足の向上に向けた仕組みを整備しているか、また利用者満足に関する調査等の結果を活用し、組織的に福祉サービスの改善に向けた取組が行われているかを評価します。 ○具体的には、利用者満足に関する調査、利用者への個別の聴取、利用者懇談会における聴取等があります。利用者満足に関する調査等を定期的に行うことは、改善課題の発見や、改善課題への対応策の評価・見直しの検討材料となります。 ○利用者満足の把握は、書面による調査や相談面接だけでなく、支援場面における利用者の満足の把握、日常的な会話等を通して利用者本人の意向をくみ取る等の取組を含めて評価します。 ○評価方法は、調査結果に関する分析や検討内容の記録、改善策の実施に関する記録等の書面や、訪問調査での具体的な取組の聴取等によって確認します。 ○着眼点「職員等が、利用者満足把握を目的で、利用者会や家族会等に出席している。」は、利用者の意向や家族関係に十分配慮しながら、利用者本人や家族の意向をくみ取る取組を評価します。利用者会や家族会等の組織の有無を評価するものではありません。
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。			
【34】Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。			
① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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されている。 ⑤ 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。 ⑥ 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。 ⑦ 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の上向上に関わる取組が行われている。	①苦情解決責任者の設置(施設長、理事長等)、②苦情受付担当者の設置、③第三者委員(複数)の設置がされている。 連絡先を含む苦情解決の仕組みを示した資料の掲示、配布され説明されている。 苦情の申し出に関する工夫を行っている。 苦情に関する受付簿、対応記録が整備され、保管されている。 苦情の対応についての申し出のあった利用者等への説明が、迅速に行われている。 匿名等に配慮した形で苦情の内容及びその対応事例を広報などで公表している。 苦情の対応結果に基づいた改善事例が確認できる。	○本評価基準は、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ことを評価します。 ○社会福祉法第82条では、社会福祉事業の経営者は、利用者等からの苦情の適切な解決に努めることが求められています。また、福祉施設・事業所の各最低基準・指定基準においては、利用者等からの苦情への対応が規定されています。 ○苦情解決の体制については、①苦情解決責任者の設置(管理者、理事長等)、②苦情受付担当者の設置、③第三者委員の設置が求められています。第三者委員は、苦情解決についての密着性の排除と社会性・客観性の確保、利用者の立場に立った苦情解決の援助のために設置されるもので、人数は複数が見望ましいとされています。 ○法令で求められる苦情解決の仕組みが組織の中で確立されていることを前提として、この仕組みが機能しているかどうか、また組織が苦情解決について、提供する福祉サービス内容に関する妥当性の評価や改善課題を探るための有効な手段と位置づけているか、つまり福祉サービスの質の上向上のための仕組みとなっているかが重要です。 ○福祉施設・事業所においては、法令で求められる苦情解決の仕組みを構築することはもとより、苦情解決や苦情内容への対応を通じて福祉サービスの質の上向上を図る必要があります。	○苦情解決の仕組みについては、利用者等への周知と理解の促進、苦情を申出やすい配慮や工夫、苦情受付に係る正確な記録と苦情解決責任者への報告、解決へ向けての話し合いの内容や解決策等について経過と結果の記録、苦情を申出た利用者等への経過や結果の説明、申出た利用者等に不利にならない配慮をしたうえで、公表、などの状況を総合的に勘案し、仕組みが機能しているかどうかを評価します。 ○また、福祉施設・事業所として、苦情解決の取組を、利用者保護の視点と同時に、福祉サービスの質の上向上に向けた取組の一環として積極的に捉えているかどうかを、体制の整備や解決手順・結果公表等の具体的な取組によって評価します。
【35】Ⅲ-1-(4)-② 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。			
① 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。 ② 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。 ③ 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。	事業所内、事業所外、専門的な相談が確保され、その相談方法が文書化されている。 前項の相談先と相談方法を示した文書を掲示、又は利用者等に配布されている。 相談場所は、相談の機密が守られる状況である(オープンスペースや第三者に話がか聞こえるパーテーションでは不可)。	○本評価基準では、利用者が相談したい時や意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が組織として整備されているか、また、その内容を利用者に伝えるための取組が行われているかを評価します。 ○利用者が必要に応じて相談ができ、また、意見が述べられる環境づくりは、利用者本位の福祉サービスにおいて不可欠であることは言うまでもありません。福祉施設・事業所として、相談しやすく、意見が述べやすい体制や方法をどのように構築しているか、また具体的にどのような取組が進められているかが重要です。 ○相談や意見について、方法や相手を選択できる環境とは、相談においては、日常的に接する職員以外に、相談窓口を設置するなど、専門的な相談、あるいは福祉施設・事業所において直接相談しにくい内容の相談等、相談内容によって複数の相談方法や相談相手が用意されているような取組を指します。 ○意見については、利用者、家族等との話し合いの機会をもつなどの日常的な取組、意見箱の設置、アンケートの実施、第三者委員による聞き取り等の複数の方法や相手が用意されていることを指します。	○利用者の相談、意見に関する取組については、利用者や家族等に十分に周知されている必要があります。また、利用開始時に説明を行うだけでなく、日常的に相談窓口を明確にしたうえで、その内容をわかりやすい場所に掲示する、日常的な言葉かけを積極的に行う等の取組も評価の対象となります。 ○評価方法は、訪問調査において福祉施設・事業所としての取組を聴取し、書面の確認及び福祉施設・事業所内の見学等で確認します。

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。							
【33】Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。							
① 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。	■	■					
② 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足把握を目的で定期的に行われている。	□	■	・年に1回アンケート調査を実施している。 ・施設の第三者委員会を開催したさいに、メンバーとして、家族会の代表として、家族会会長にも参加してもらい、職員も参加し、報告などを行い、情報共有を図っている。	・アンケート集計 ・委員会議事録	担当者会議録 全体会議・議事録 アンケート集計	年1回事務所発信による1項目10段階評価とコメント欄を使ったアンケート調査を実施し、結果を全体会議で報告するとともに家族に手紙で知らせています。又、6か月に1回の担当者会議にて個別聴取を行い、意向に反映されています。	a
③ 職員等が、利用者満足把握を目的で、利用者会や家族会等に出席している。	■	■					
④ 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。	■	■					
⑤ 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。	■	■					
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。							
【34】Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。							
① 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。	■	■					
② 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。	■	■					
③ 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。	■	■	・苦情解決体制を重要事項説明書に明示している。 ・年に1度アンケートを実施している。 ・全体会議にてアンケート調査結果報告を行っている。	・重要事項説明書 ・全体会議議事録	掲示物(1F) 苦情記録 全体会議議事録 重要事項説明書 アンケート集計	苦情解決の体制が整備されており、苦情解決の仕組みについて掲示物、及び重要事項説明書に記載して家族等に分かりやすく説明しています。『家族様アンケート』を年1回実施し、全体会議でアンケート調査結果報告を行っています。苦情受付簿や苦情報告書を整備し、苦情解決に至る経過や結果は、迅速に利用者や家族にフィードバックするとともに全体会議により法人全体で周知対応しています。苦情内容及び対応事例は、名前を伏せて掲示されています。	a
④ 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。	■	■					
⑤ 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。	■	■					
⑥ 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。	■	■					
⑦ 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。	■	■					
【35】Ⅲ-1-(4)-② 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。							
① 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。	□	□	・施設玄関に苦情相談についてのポスターを掲示している。	・玄関ポスター	玄関ポスター (寮母室)	相談等の方法や相談相手の選択についての説明文書は見られませんが、必要な時は随時、寮母室ならびに居室にて対応しています。玄関にポスターを掲示して周知を図られています。今後、方法や相手を選択できることを説明した文書の作成が望まれます。	b
② 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。	■	□					
③ 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。	■	■					

評価基準		評価基準説明・調査のポイント	
		判断のポイント	評価の留意点
【36】Ⅲ-1-(4)-③ 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。			
① 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い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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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に対応を行っている。 ⑤ 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。 ⑥ 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。	① 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い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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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に対応を行っている。 ⑤ 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。 ⑥ 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。	〇本評価基準は、苦情に限定するものでなく、利用者からの意見や要望、提案への組織的かつ迅速な対応について評価します。 〇苦情に関わらず、福祉サービスの内容や生活環境の改善等に関する利用者からの意見や要望、提案等に積極的に対応することが必要です。福祉施設・事業所においては、利用者からの苦情のみならず、意見や提案から改善課題を明らかにし、福祉サービスの質を向上させていく姿勢が求められます。 〇苦情について迅速な対応を行うことはもとより、利用者の意見や要望、提案等についても可能な限り迅速に対応する体制を整えることが、福祉サービスの質と利用者からの信頼を高めるために有効です。 〇苦情解決同様に、利用者からの意見や要望、提案等への対応についても仕組みを確立することが重要であり、対応マニュアル等の策定が必要です。 〇意見等に対する福祉施設・事業所の方針を伝え、理解いただく取組も含まれます。 〇対応マニュアル等においては、利用者の意見や要望、提案等にもとづく福祉サービスの質の向上に関する姿勢をはじめ、苦情解決の仕組み同様に、意見や要望、提案等を受けた後の手順、具体的な検討・対応方法、記録方法、利用者への経過と結果の説明、公表の方法等がその内容別に具体的に記載されていることが必要です。また、仕組みを効果的なものとする観点からマニュアル等については、適宜見直しを行うことが必要となります。	〇意見や要望、提案等への対応マニュアルの整備のほか具体的に福祉サービスの改善につなげている取組も含めて評価します。 〇苦情解決の仕組みと一体的に構築、運用している福祉施設・事業所の場合には、苦情解決のみならず、本評価基準でいう利用者の意見や要望、提案等への対応が実際に行われているか確認します。 〇評価方法は、訪問調査において福祉施設・事業所としての取組を聴取し、書面等で確認します。
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。			
【37】Ⅲ-1-(5)-① 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。			
① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。 ⑤ 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。	① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。 ⑤ 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。	〇本評価基準は、利用者の安心と安全を確保し福祉サービスの質の向上を図る観点からリスクマネジメント体制を構築するとともに、ヒヤリハット報告や事故報告等の事例の収集を積極的に実施し、その収集した事例について要因分析の実施と対応策が適切に講じられているか評価します。 〇福祉施設・事業所におけるリスクマネジメントの目的は、福祉サービスの質の向上にあります。具体的な取組としては、責任者の設置又は明確化、リスクマネジメントに関する会議等(体制づくり全般をはじめ、事故要因の分析、改善策・再発防止策等を検討する場)の設置、事故発生時の対応における責任と手順等の明確化、ヒヤリハット・事故報告の収集、これら報告にもとづく要因分析と改善策・再発防止等の実施が基本的な事項となります。 〇また、これらをリスクマネジメント規程等として定めておくこと、研修の実施や個々の取組について定期的な見直しと改善を図ることは、体制の構築と福祉施設・事業所の実態にそくした効果的な取組のために有効です。 〇ヒヤリハット・事故報告や事例等の収集は、福祉サービスの質の向上の観点から、職員間の情報共有をはじめ、要因分析の実施や改善策・再発防止策を講じるために行うものです。また、取組を通じて、職員の「危険への気づき」を促す効果も生まれます。よって、職員個人の反省を促したり、責任を追及したりするためのものではないということに留意が必要です。 〇福祉サービスの提供に関わる設備・機器類の日頃からの安全確認や定期的なメンテナンスも、日常的に利用者の安心・安全に配慮した福祉サービスの前提として重要です。また、外部からの侵入者への対応等についても、福祉施設・事業所の特性に応じて検討・対応します。	〇事故発生時の適切な対応と利用者の安全確保がなされていることを前提とし、リスクマネジメントに関する責任者の設置又は明確化、リスクマネジメントに関する会議等の設置・開催状況のみならず、ヒヤリハット報告・事故報告が収集され、要因分析と改善策・再発防止策の検討・実施がなされているか評価します。 〇ヒヤリハット報告・事故報告の分類や一覧表の作成等に留まらず、組織的・継続的な要因分析と改善策・再発防止策の検討・実施に結びつけていることが必要です。 〇評価方法は、訪問調査において具体的な取組を書面と聴取によって確認します。 〇感染症に関するリスク(対策)については、次項「Ⅲ-1-(5)-②」で評価します。

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
【36】Ⅲ-1-(4)-③ 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。 ① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。 ⑤ 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。 ⑥ 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。	■	■	・都度の相談や各種会議での検討など報連相が図れるようにしている。 ・利用者アンケートに関しては、集計内容を全体会議等で共有している。 ・アンケートの内容は必要に応じ、リーダー会議や各班会議でも議題にあげ、改善活動を行っている。	・各種会議録、議事録	介護記録 対応マニュアル	意見箱の設置はありませんが、主に介護主任、看護師が寮母室にて相談、要望をうかがったのち、介護主任と各班のリーダーを中心に介護記録の記載内容について多職種にて共有し、対応サービスの質の向上に努めています。	a
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。							
【37】Ⅲ-1-(5)-① 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。 ① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。 ⑤ 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。	■	■	・リスクマネジメント委員会を設置している。 ・各班にて発生した事故分析を行い報告書を作成している。 ・委員会にて、事故の情報を収集し共有、検討が必要なものや周知や発生予防に努められるようポスターを作成したり、研修を検討、実施している。	・事故報告書 ・ヒヤリハット記録 ・議事録	ヒヤリハット記録 リスクマネジメント委員会議事録	1日1件ヒヤリ・ハット事案を申し送りに入れて全館に配信を行い、事故発生予防に努めています。『ケアカルテ(介護ソフト)』のシステムを活用し、事故報告やヒヤリ・ハット事案を職員全員が迅速に共有し、検討対応できる仕組みがあり、リスクマネジメント委員会(月1回)にて班報告がなされ、事故防止に向けた取り組みが行われています。	a

評価基準		評価基準説明・調査のポイント	
		判断のポイント	目的・趣旨・解説
	⑥ 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。	定期的(年2回以上)に各リスクの事故防止等安全策について実施状況をチェックし、見直しが行われている。	○リスクマネジメントの体制整備の面では管理者のリーダシップが欠かれません。また、具体的な対策を講じる際には福祉サービスを提供する現場における知恵と工夫を活用した取組が最も重要です。
	【38】Ⅲ-1-(5)-② 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。	① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 感染症の予防策が適切に講じられている。 ⑤ 感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。 ⑥ 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。	○本評価基準は、感染症の予防策が適切に講じられているとともに、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、取組を行っていることを評価します。 ○利用者の生命と健康にとって感染症の予防と感染症発生時の適切な対応は非常に重要な取組といえます。 ○感染症の予防・対応についても、福祉サービスの質の向上を目的とするリスクマネジメントと同様に、マニュアル等を整備したうえで、福祉施設・事業所内の体制を確立し実行していくことが必要です。具体的には、①責任を明確にした安全確保のための体制の確立(緊急時の対応体制を含む)、②担当者・担当部署の設置、③定期的な検討の場の設置、④感染症予防策等の定期的な評価・見直しの実施等が挙げられます。 ○感染症については、季節、福祉サービスの提供場面に応じた適切な対応が必要であり、感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成したうえで、職員が十分に理解し、日頃から取組を進めることが必要です。 ○職員が感染の媒体になる可能性があることや事業継続の点から、職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応を含めて、職員の健康管理に関して十分な配慮が必要です。 ○対応マニュアル等については、保健医療の専門職の適切な助言・指導のもとに作成されていることも重要です。
	【39】Ⅲ-1-(5)-③ 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。	① 災害時の対応体制が決められている。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。 ⑤ 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。	○本評価基準は、地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を積極的に行っているか評価します。 ○利用者の安全を確保するためには、福祉サービス上のリスクや感染症対策のみならず、災害時における安全確保のための対策を講じる必要があります。 ○そのため福祉施設・事業所においては、災害時の対応体制(災害時の職員体制、災害時の避難先、避難方法、ルートの確認等)をあらかじめ定めておくことが求められます。 ○訪問・通所による福祉サービスを提供する福祉施設・事業所では、災害発生時の安否確認について、他の福祉施設・事業所や自治体等と連携して行う方法を決定・確認しておく必要があります。また、通所福祉施設・事業所については、利用者や家族と話し合う、家族への引継ぎの方策などを決めておくことなどが求められます。 ○福祉施設・事業所においては、災害時においても、利用者の安全を確保するとともに福祉サービスを継続することが求められます。「事業(福祉サービス)の継続」の観点から、災害等に備えた事前準備・事前対策を講じることが重要です。

○評価方法は、訪問調査において具体的な取組を書面と聴取によって確認します。

○消防計画の策定など法律で定められた事項や監査事項の対策にとどまらず、実効性の高い取組を積極的に行っているかどうかを確認します。たとえば、ハード面では立地条件から災害の影響を把握する、耐震診断を受けて必要な耐震措置を実施する、設備等の落下防止措置を講じる、消火設備を充実させる、食料や備品などの備蓄を整備するなどが挙げられます。
○ソフト面では、災害発生時の体制を整備する、利用者及び職員の安否確認の方法の確立し全職員に周知する、災害発生時の初動時の対応や出勤基準などを示した行動基準を策定し、全職員に周知を図る、定期的に訓練を行い、対策の問題点の把握や見直しを行うなどが挙げられます。

評価基準			自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
					取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
	⑥	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。	■	■					
	【38】Ⅲ-1-(5)-② 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。					・感染症マニュアル ・感染BCP ・委員会議事録	感染予防委員会議事録 感染BCP 感染症マニュアル	今年度研修計画により5月に「感染症/食中毒」、9月に「BCP感染症訓練」、11月に「感染BCP」の研修が実施された。感染症の予防や安全確保に関して周知されています。又、感染症発生時の初期対応の為に『感染症別対策キット』を1か所に常備し、常時対応可能な体制を整えています。	a
	①	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。	■	■					
	②	感染症の予防や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。	■	■					
	③	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。	■	■					
	④	感染症の予防策が適切に講じられている。	■	■					
	⑤	感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。	■	■					
	⑥	感染症の予防や発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。	■	■					
	【39】Ⅲ-1-(5)-③ 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。					・BCP策定において、各種訓練計画を立て、定期的な訓練が実施できるようにしている。 ・通報訓練も含め定期的の実施している。	緊急連絡網 BCPマニュアル 備蓄リスト	災害時における利用者の安全確保のため「防災・リスクマネジメント・事故防止・苦情対策」の委員会が毎月1回開催され、必要な対応が行われています。防災計画や災害時対応マニュアルを整備し、土砂災害を想定したBCP(業務継続計画)策定により定期的な訓練を実施しています。食品や備品等の備蓄リストを作成し、メンテナンス担当者がチェックを行っています。	a
	①	災害時の対応体制が決められている。	■	■					
	②	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。	■	■					
	③	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。	■	■					
	④	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。	■	■					
	⑤	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。	■	■					

評価基準	評価基準説明・調査のポイント		
	判断のポイント	目的・趣旨・解説	評価の留意点
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保			
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。			
【40】Ⅲ-2-(1)-① 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。			
① 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。	提供する福祉サービスの標準的な実施方法(マニュアル)を定めている。 マニュアルには、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。 標準的なサービス方法(各サービス実施マニュアル)についての研修が年1回以上行われている。 会議等において標準的なサービス方法に基づいたサービス実施を確認している。	○本評価基準は、福祉施設・事業所における福祉サービスの標準的な実施方法が文書化され、それにもとづいて福祉サービスが適切に実施されていることを評価します。 ○福祉施設・事業所における福祉サービスの提供・実践は、利用者の特性や必要とする支援等に応じて柔軟に行われるべきものであり、いわば標準化できる内容と個別的に提供・実践すべき内容の組合せです。 ○標準化とは、画一化とは異なり、福祉サービスを提供する職員誰もが必ず行わなくてはならない基本となる部分を共通化することであり、個別的な福祉サービスの提供と相補的な関係にあるものといえます。すべての利用者に対する画一的な福祉サービス実施を目的としたマニュアル化を求めるものではありません。 ○標準化とは、各福祉施設・事業所における利用者の特性等を踏まえた標準的な実施方法等を定め、職員の違い等による福祉サービスの水準や内容の差異を極力なくし一定の水準、内容を常に実現することを目指すものです。標準的な実施方法を定め、一定の水準、内容を保ったうえで、それぞれの利用者の個性に着目した対応を行うことが必要です。 ○標準的な実施方法は、文書化され、職員が十分に理解していることが不可欠です。標準的な実施方法には、基本的な相談・援助技術に関するものだけでなく、福祉サービス実施時の留意点や利用者のプライバシーへの配慮、設備等の福祉施設・事業所の環境に応じた業務手順等も含まれ、実施する福祉サービス全般にわたって定められていることが求められます。 ○また、標準的な実施方法に基づいて実施されていることを組織として確認するための仕組みを整備し、標準的な実施方法にそぐわない福祉サービスが提供されている場合の対応方法についても定めておくことが必要です。	○標準的な実施方法については、文書化されていること、また、これにもとづいた福祉サービスの提供状況について確認します。具体的には、標準的な実施方法(文書)の活用状況と職員の理解を図るための取組や工夫、個別的な福祉サービス実施計画との関係性、標準的な実施方法にそった福祉サービスの提供がなされているか確認する仕組みの有無等により、総合的に評価します。 ○標準的な実施方法を記載した文書は、職員がいつでも閲覧でき、日常的に活用している状態にあるか確認します。 ○評価方法は、訪問調査において書面を確認するとともに、関係職員への聴取等によって確認します。
【41】Ⅲ-2-(1)-② 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。			
① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。	マニュアルを見直す仕組みについて定められている。 マニュアルが、定期的に(年1回以上)定められた方法によって見直されている。 見直しに当たっては、サービス実施計画との整合性や、実施状況を確認する仕組みがある。 マニュアルの見直しについて職員や利用者の意見や提案が会議の内容や資料に入っている。	○本評価基準は、標準的な実施方法について、定期的に現状を検証し、必要な見直しを組織的に行うための仕組みが定められているか、その仕組みのもとに見直しが実施されているかどうかを評価します。 ○標準的な実施方法については、利用者が必要とする福祉サービス内容の変化や新たな知識・技術等の導入を踏まえ、定期的に現状を検証し、必要な見直しを行うことが必要です。また、検証や見直しについては、福祉施設・事業所として方法や仕組みを定め、これのもとに継続的に実施されることが、福祉サービスの質の向上にとって必要です。 ○標準的な実施方法の見直しは、職員や利用者等からの意見や提案にもとづき、また、個別的な福祉サービス実施計画の状況を踏まえ行われなければなりません。 ○標準的な実施方法を定期的に見直すことは、福祉サービスの質に関する職員の共通意識を育てるとともに、PDCAのサイクルによって、質に関する検討が組織として継続的に行われているという意味をあわせ持っています。	○評価方法は、訪問調査において、標準的な実施方法(文書)の改訂記録や検討会議の記録等、書面をもって確認します。

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保							
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。							
【40】Ⅲ-2-(1)-① 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。							
① 標準的な実施方法が適切に文書化されている。	■	■	・介護マニュアル、介護の仕事の手引きを作成し活用している。 ・4月に新人および前年度の中途採用者に対し権利擁護等の研修を実施している。 ・チューター制度を導入し、各班リーダー、チューターが中心となり、指導マニュアル・チェックリストを活用し指導を実施している。	・介護マニュアル ・介護の仕事の手引き ・新入職員入職時研修資料 ・指導マニュアル、チェックリスト	介護技術マニュアル・チェックリスト 介護マニュアル 新人職員研修要領Ⅱ 虐待防止のための指針	提供する福祉サービスの標準的な実施方法として、「介護マニュアル」や「介護の仕事の手引き」を作成・活用して実施されています。 チューター制度を導入し、チューターが中心となりチェックリストで達成度を判断しながら職員一人ひとりの個人指導を行い、標準的な実施方法について職員に周知徹底を図っています。	a
② 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。	■	■					
③ 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。	■	■					
④ 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。	■	■					
【41】Ⅲ-2-(1)-② 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。							
① 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。	■	■	・介助マニュアルを作成し定期的に見直しを行っている。 ・リーダー会議、各班会議にて困難事例等を含め検討し、マニュアルの変更や提供サービスの変更を実施している。 ・OJTの研修を受け、5s活動、業務改善に取り組んでいる。	・会議録 ・研修資料	介護マニュアル 会議録	標準的な実施方法は定期的ではないが随時、会議にて見直しが行われ、サービス内容が必要に応じて変更されています。OJT研修、介護技術の達成度チェックにより業務改善への取り組みがなされています。 今後は、マニュアルの検証・見直しが定期的にも実施されることが望まれます。	a
② 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。	■	■					
③ 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。	■	■					
④ 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。	■	■					

評価基準	評価基準説明・調査のポイント		
	判断のポイント	目的・趣旨・解説	評価の留意点
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。			
【42】Ⅲ-2-(2)-① 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。			
① 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。	福祉サービス実施計画の策定の責任者の設置とその役割が明記してある。	○本評価基準は、福祉サービス実施計画の策定に関する体制が確立し、アセスメントにもとづく適切な個別的な福祉サービス実施計画が策定されているか評価します。 ○利用者の特性や状態、必要な支援等の内容に応じた福祉サービスの提供において、利用者ニーズ等の適切なアセスメントにもとづく「福祉サービス実施計画」、つまり個別的な福祉サービス実施計画（利用者一人ひとりについてニーズと具体的なサービス内容等が記載された個別計画）が必要です。 ○職員が感染の媒体になる可能性があることや事業継続の点から、職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応を含めて、職員の健康管理に関して十分な配慮が必要です。 ○福祉サービス実施計画の策定にあたっては、福祉施設・事業所での体制が確立していることが不可欠です。具体的には、福祉サービス実施計画策定の責任者を設置・明確化するとともに、アセスメントから計画の作成、実施、評価・見直しに至るプロセスを定める必要があります。 ○福祉サービス実施計画策定の責任者については、必ずしもサービス実施計画を直接作成する者を意味していません。各部門の担当者の意見を、集約・調整する場を設定し、その場に参画して福祉サービス実施計画の内容の決定までを統括する、また家族への連絡や説明等を行う、等が責任者に求められる役割です。 ○アセスメントは、利用者の身体状況や生活状況等を把握するとともに、利用者にとどのようなサービス実施上のニーズがあるかを明らかにすることを目的とします。利用者の状況を正確に把握し、ニーズを明らかにすることは、福祉サービス実施計画を作成する基本となる重要なプロセスです。身体状況や生活状況あるいはニーズを組織が「定めた手順と様式によって把握する必要がある」。 ○福祉サービス開始直後には、事前に把握していた身体状況や生活状況等が実際と異なっている場合もあるため、そのような状況も視野に入れたアセスメントが行われる必要があります。 ○アセスメントについては、①サービス開始前後におけるアセスメントに関する手順が組織として定められていること、②手順は正確なアセスメントを行うために計画的なものになっていること、③その手順のもとに実施されていること、④アセスメントによって、利用者全員について、個別的なニーズが明示されていることが求められます。 ○福祉サービス実施計画は、医療やリハビリ、メンタル面での支援等も含めた総合的な視点で作成されなければならないこと、実施状況の評価・見直しにあっても、QOLを含め、総合的な視点から利用者のより良い状態を検討する必要があります。	○利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の策定が、法令上求められる福祉施設・事業所については、アセスメントから計画策定、実施、評価・見直しといった一連のプロセスが適切に行われていることを基本とします。また、利用者の希望やニーズを適切に反映した内容となっているか、計画にもとづく福祉サービスの提供がなされているか、福祉サービスの質の向上に結びつく活用がなされているかといった観点から評価します。 ○特に標準的な実施方法（Ⅲ-2-(1)-①）では対応できない一人ひとりの状況に応じた個別の介助方法・手順を福祉サービス実施計画に記載する必要があります。この内容は福祉サービス実施計画とは別に作成していることもありますので、これとあわせて福祉サービス実施計画を確認する必要があります。 ○福祉サービス実施計画策定における責任者の役割について、役割分担して実施している場合があります。役割分担は、組織の状況に応じて異なりますので、組織として福祉サービス実施計画の策定方法が定まっていること、それぞれの担当者がその定められた方法における役割を果たしていること、そして責任者は、これらの内容を掌握し必要に応じて助言・指導を行っていることをもって役割を果たしていると評価します。 ○アセスメント結果を福祉サービス実施計画に適切に反映されているかどうかについては、アセスメント結果を福祉サービス実施計画に反映させる際に関係職員で協議を実施しているか、アセスメント結果から課題解決のための目標と、目標達成に向けた具体的な対応策を福祉サービス実施計画に反映しているか等を記録等から判断します。 ○利用者の意向の反映については、サービス実施計画に利用者の意向が明示されていることによって、意向を踏まえた計画が策定されていると評価します。 ○評価方法は、訪問調査において、福祉サービス実施計画の策定・実施のプロセス、責任及び役割分担体制の実態がどのようになっているかを具体的に聴取したうえで、利用者数名分の福祉サービス実施計画及びアセスメント票等を抽出して、書面の確認と担当者への聴取を行います。 ○また、福祉サービス実施計画が日常的な福祉サービスの提供場面でどのように実施されているか、記録と職員からの聴取により確認します。 ○福祉サービス実施計画の策定が法令上求められる福祉施設・事業所については、法令違反となりますので、早急な改善・策定が求められることはいうまでもありません。
② 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。	アセスメントの時期と手順が書面によって定められている。		○利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の策定が、法令上求められる福祉施設・事業所については、アセスメントから計画策定、実施、評価・見直しといった一連のプロセスが適切に行われていることを基本とします。また、利用者の希望やニーズを適切に反映した内容となっているか、計画にもとづく福祉サービスの提供がなされているか、福祉サービスの質の向上に結びつく活用がなされているかといった観点から評価します。 ○特に標準的な実施方法（Ⅲ-2-(1)-①）では対応できない一人ひとりの状況に応じた個別の介助方法・手順を福祉サービス実施計画に記載する必要があります。この内容は福祉サービス実施計画とは別に作成していることもありますので、これとあわせて福祉サービス実施計画を確認する必要があります。 ○福祉サービス実施計画策定における責任者の役割について、役割分担して実施している場合があります。役割分担は、組織の状況に応じて異なりますので、組織として福祉サービス実施計画の策定方法が定まっていること、それぞれの担当者がその定められた方法における役割を果たしていること、そして責任者は、これらの内容を掌握し必要に応じて助言・指導を行っていることをもって役割を果たしていると評価します。 ○アセスメント結果を福祉サービス実施計画に適切に反映されているかどうかについては、アセスメント結果を福祉サービス実施計画に反映させる際に関係職員で協議を実施しているか、アセスメント結果から課題解決のための目標と、目標達成に向けた具体的な対応策を福祉サービス実施計画に反映しているか等を記録等から判断します。 ○利用者の意向の反映については、サービス実施計画に利用者の意向が明示されていることによって、意向を踏まえた計画が策定されていると評価します。 ○評価方法は、訪問調査において、福祉サービス実施計画の策定・実施のプロセス、責任及び役割分担体制の実態がどのようになっているかを具体的に聴取したうえで、利用者数名分の福祉サービス実施計画及びアセスメント票等を抽出して、書面の確認と担当者への聴取を行います。 ○また、福祉サービス実施計画が日常的な福祉サービスの提供場面でどのように実施されているか、記録と職員からの聴取により確認します。 ○福祉サービス実施計画の策定が法令上求められる福祉施設・事業所については、法令違反となりますので、早急な改善・策定が求められることはいうまでもありません。
③ 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。	部門を横断したさまざまな職種のアセスメント等に関する協議を実施している。		
④ 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。	ニーズや課題が、個別にサービス実施計画に記載されている。		
⑤ 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。	カンファレンスや利用者の意向と同意を含んだ福祉サービス実施計画の策定の手順が定められている。		
⑥ 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。	計画に基づいたサービスの実施について日常的なチェック（モニタリング）の仕組みがある。		
⑦ 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。	支援困難ケースへの対応について検討する機会を定期的に設けている。		
【43】Ⅲ-2-(2)-② 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。			
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。	時期、状況の分析、利用者の意向把握、合議及び利用者の同意、見直しの周知を含んだ福祉サービス実施計画の見直しについての仕組みがある。	○本評価基準は、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か評価します。 ○利用者一人ひとりに対する福祉サービスの質の向上を継続的に図るためには、策定した福祉サービス実施計画について、PDCAのサイクルを継続して実施することによって、恒常的な取組にしていかなければなりません。 ○福祉サービス実施計画の評価・見直しに関する組織として決定された手順が定められ、実施されている必要があります。評価・見直しを行う時期の設定や記録の方法、実施計画変更の手順と関係職員への周知の方法等が明示されていることが望まれます。 ○また、福祉サービス実施状況が責任者に確実に伝わる仕組みが必要です。実施記録での福祉サービス実施状況の確認や、担当者からの報告ルート等が、システムとして成立しており、責任者が総合的な視点で情報を管理している状態を求めています。 ○福祉サービス実施計画の策定及び定期的な見直しが法令上求められる福祉施設・事業所はもとより、それ以外の福祉施設・事業所についても、適切な期間・方法で計画の見直しが実施されているか、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）など、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、福祉サービスの質の向上に結びつく積極的な取組がなされているかを評価します。	○福祉サービス実施計画の見直しでは、目標そのものの妥当性や、具体的な支援や解決方法の有効性等について検証するとともに、変更に関する利用者の意向の確認と同意を得られているかが留意点です。 ○定期的な評価結果に基づいて、必要があればサービス実施計画の内容を変更しているかどうかを、記録等と実施計画等の書面によって評価します。 ○福祉サービス実施計画の定期的な評価・見直しが、法令上求められる福祉施設・事業所については、取り組みがなされていない場合には、法令違反となりますので、早急な改善・策定が求められることはいうまでもありません。
② 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。	見直しの周知方法が定められている。		
③ 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。	体調の変化や入院等緊急の場合の見直しの方法が定められている。		
④ 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。	見直しにあたっては、個々のサービス実施計画における課題を明記している。		

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。							
【42】Ⅲ-2-(2)-① 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。							
① 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。	■	■					
② 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。	■	■					
③ 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。	■	■	・担当者会議には、介護職員だけでなく、各種専門職が参加し、意見交換している。 ・日々のケア時にも各職種がかかわり、ケアを実施している。	・担当者会議録	・入所時の意向確認書 ・看取り介護指針 ・入所時リスク説明書 ・外泊、入院による空ベッド使用の承諾書 ・担当者会議録 ・施設サービス計画書 ・栄養ケア計画書 ・機能訓練計画書	福祉サービス実施計画の策定に関する体制が確立し、アセスメントにもとづく適切で個別的な福祉サービス実施計画が策定されています。施設サービス計画書は家族の思い、日々の気持ちをプランに組み入れ、介護支援専門員、介護職員、管理栄養士、作業療法士、看護師等の多職種メンバーの参加、連携により策定されています。	a
④ 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。	■	■					
⑤ 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。	■	■					
⑥ 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。	■	■					
⑦ 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。	■	■					
【43】Ⅲ-2-(2)-② 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。							
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。	■	■					
② 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。	■	■	・定期的にサービス担当者会議を実施し、ケアプランの見直し・更新を行っている。 ・都度出勤者にて対応を検討し、班会議に共有している。	・担当者会議録 ・各班会議録 ・申し送りノート		福祉サービス実施計画の見直しは基本的に6か月に1回開催する担当者会議で評価・見直しが行われています。施設サービス計画の変更・更新の内容は班会議にて共有されており、緊急時の変更については班会議での検討にて対応しています。	a
③ 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。	■	■					
④ 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。	■	■					

評価基準	評価基準説明・調査のポイント		
	判断のポイント	目的・趣旨・解説	評価の留意点
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
【44】Ⅲ-2-(3)-① 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。			
① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。 ⑤ 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 ⑥ 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。	利用者個別にサービスの実施状況が統一した様式に記録されている。 サービス実施計画に基づくサービス実施内容が記録されている。 記録の際の留意事項が示され、周知されている。 利用者に関する情報が、決められた方法によって伝達されている。 利用者について、各職種が参加して概ね月1回以上の連絡・検討会議がある。 施設の部署ごとに利用者の状況などの情報が共有できるような仕組みが確立している。	○本評価基準は、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るとともに、職員間で共有化されていることを評価します。 ○利用者一人ひとりに対する福祉サービスの実施状況は、組織の規定にしたがって統一した方法で記録される必要があります。記録は、職員の情報の共有化を図るとともに、福祉サービス実施計画の評価・見直しを行う際の基本情報となります。 ○適切に記録されているとは、福祉サービス実施計画にそってどのようなサービスが実施されたのか、その結果として利用者の状態はどのように推移したか、について具体的に記録されていることを指します。 ○また、記録のほか、利用者の状況等に関する情報の流れや共通化について、組織としての取組を評価します。 ○利用者の状況等に関する情報とは、利用者の状況、福祉サービスの実施にあたり留意すべき事項、実施に伴う状況の変化、アセスメントやサービス実施計画の実施状況等、利用者に関わる日々の情報すべてを指します。 ○共有化については、知っておくべき情報が職員に正確に伝わる仕組みが確立していることが必要です。その際、伝えるはならない情報、担当者で留めてよい情報と責任者等へ伝えるべき情報、他部門への伝達が必要な情報、速やかに伝えるべき内容と後日整理して伝えるべき内容等が的確に分別され、決められた方法によって伝達されていくことが求められます。 ○情報の流れと共有化について組織的に管理することは、利用者の状態の変化や福祉サービス内容の不具合に対して、速やかな対応を行うために欠かせないものです。	○引継ぎや送り、回覧等は当然に行われていることとして捉え、組織の特性に応じた共有化へのより積極的な取組を評価します。 ○評価方法は、訪問調査において、利用者数名の福祉サービス実施計画と、それに対する記録等の書面を確認します。また、利用者の状態等に関する情報に関する具体的な取組を聴取し、書面でも確認します。
【45】Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。			
① 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。 ② 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。 ③ 記録管理の責任者が設置されている。 ④ 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。 ⑤ 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 ⑥ 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。	保管、保存、廃棄、情報提供を含んだ利用者の記録の管理についての規定が定められている。 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定められている。 責任者によって実際に記録の点検などを行っている。 記録の管理や個人情報保護について、すべての職員に対し、研修や会議で取り上げられている。 個人情報の取扱いについてチェックする仕組みが明確になっている。 利用開始時だけでなく、継続的に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。	○本評価基準は、個人情報保護規程等の利用者の記録の管理について規定が定められるとともに、適切に管理が行われていることを評価します。 ○利用者に関する記録の管理については、個人情報保護と情報開示の2つの観点から管理体制が整備される必要があります。 ○福祉施設・事業所が保有する利用者や家族の情報は、個人的な情報であり、その流出は利用者や家族に大きな影響を与えることから、情報が外部に流出しない管理体制が必要となります。 ○記録の保管場所や保管方法、扱いに関する規程、責任者の設置、保存と廃棄に関する規程等が必要で。 ○個人情報保護については「個人情報の保護に関する法律（個人情報保護法）」とともに、福祉・介護分野における個人情報保護に関するガイドライン等の理解と、取組が求められます。 ○厚生労働省は、「福祉関係事業者における個人情報の適正な取扱いのためのガイドライン（平成16年11月30日通達）」、「福祉分野における個人情報保護に関するガイドライン（平成25年3月29日通達）」、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（平成16年12月24日通知、平成18年4月21日改正、平成22年9月17日改正）」を示しています。 ○一方、情報開示については、利用者や家族等から情報開示を求められた際のルール・規程が必要で。情報開示の基本姿勢、情報開示の範囲、利用者への配慮等が求められます。 ○ここでも「記録の管理」とは、書面による管理に加え電子データによる管理も含まれます。電子データについては、取扱いや情報漏えい対策が十分になされることが必要です。	○評価方法は、訪問調査において規程等の確認、実際の記録の保管状況、開示請求への対応、保存と廃棄の確認等を行います。

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。							
【44】Ⅲ-2-(3)-① 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。			・介護ソフトケアカルテにて記録管理を行っている ・主任会議、リーダー会議、各班会議にて共有している。			介護ソフトの変更により音声入力が可能になっています。『ケアカルテ(新しい介護ソフト)』は業務効率が向上しており、記入漏れを防ぐため入力者と入力時間を決めて記録を管理しています。利用者個別の実施状況が統一した様式に記録され、主任会議、リーダー会議、各班会議で共有される仕組みになっています。	a
① 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。	■	■					
② 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。	■	■					
③ 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。	■	■					
④ 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。	■	■					
⑤ 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 ⑥ 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。	■	■					
【45】Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。			・個人情報保護規定を設けている。 ・就業規定に明示している。 ・契約時、契約書類の一つとして個人情報の取り扱いについての同意書を取っている。	・個人情報保護規定 ・就業規則 ・契約書類	運営規定 重要事項説明書 個人情報保護規定 就業規定	個人情報保護規程を定め、職員に対し定期的な教育・研修を実施するとともに、利用者の記録の保管状況・開示請求への対応等管理体制も整備されています。又、個人情報の取り扱いについては、利用開始時に利用者や家族に分かりやすく説明されていることがうかがえました。今後は、電子データについての取り扱いや情報漏えい対策を強化されることが望まれます。	b
① 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。	■	■					
② 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。	■	□					
③ 記録管理の責任者が設置されている。	■	■					
④ 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。	■	■					
⑤ 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。	■	■					
⑥ 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。	■	■					

兵庫県福祉サービス第三者評価 自己評価票／評価結果集計票（高齢者福祉 入所施設版）

事業所名：		種別：
	判断のポイント	評価の基準と考え方と評価のポイント
A-1 生活支援の基本と権利擁護		
A-1-(1)生活支援の基本		
【A①】A-1-(1)-① 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。(特養)		
① 利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握・理解し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。	利用者の意向やこれまでの暮らしの把握	(1) 目的 ○ 本評価基準では、利用者一人ひとりに応じた過ごし方ができるよう、どのような支援を行っているのかを評価します。 (2) 趣旨・解説 ○ 利用者がその人らしく生き生きと生活できるよう、利用者の意向や生活習慣を尊重するとともに、心身の状況に合わせ自立した生活となるよう支援し、一人ひとりに応じた過ごし方ができるようにすることが重要です。 ○ 利用者の心身の状況、ADL、睡眠・食事・排せつ、これまでの環境(物的・人的)、生活習慣等を把握するとともに、利用者の暮らしへの意向を確認、理解したうえで、一人ひとりの生活を支援することが必要です。 ○ 身体的自立のみではなく、利用者の意向や気持ちを受けとめ、生活のなかで利用者自らが選択して自己決定することを支援することが重要です。 ○ サービス提供にあたっては、利用者の生活のリズム、活性化、寝たきり防止の観点等から、サービス全体を貫く支援の考え方、方法等について確立をはかります。 ○ 日中の活動を充実させるため、利用者の心身の状況を考慮し、利用者一人ひとりに合った活動に参加できるように工夫します。また、利用者の自立や活動参加への動機づけを行います。 ○ 日々の活動については、利用者の趣味・興味、希望を把握し、活動(レクリエーション、趣味活動、行事、外出等)に反映するとともに複数のメニューを用意するように努めることが必要です。 ○ また、ひとつの活動(プログラム)であっても、一人ひとりに配慮した参加の仕方を工夫することも必要です。 ○ 活動の多様化をはかるため、家族、ボランティアや地域住民の活動への参加、他の社会資源の協力を得ます。また、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・実施することも必要です。 ○ 生活のリズムを整え、快適に過ごせるよう、着替え・整容等を適時に行うこと、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支援することなどが必要です。また、食事、排せつ、入浴については、できる限り、食堂、トイレ、風呂に移動して行えるよう支援することが必要です。 ○ 利用者一人ひとりが福祉施設・事業所での生活を楽しくめるよう、利用者の自己肯定感につながる活動や役割(福祉施設・事業所内での仕事等)、利用者間の交流、文化活動、趣味活動、嗜好品等についての具体的な取組が必要です。 (3) 評価の留意点 ○ 利用者一人ひとりに応じた過ごし方がどのように実施されているか、その実施方法、実施状況や取組を確認します。 ○ 福祉施設・事業所の一日の流れ(日課等)のなかで、利用者の意向や思い、生活習慣等に合わせた取組や工夫をどのように行っているかを確認します。 ○ 利用者一人ひとりの生活の楽しみに配慮した取組や工夫を確認します。 ○ 寝たきりや意思疎通が困難な場合など、個別に配慮が必要な利用者への支援や取組を確認します。
② 日々の支援において利用者の自立に配慮して援助を行うとともに、自立や活動参加への動機づけを行っている。	自立に配慮した援助の事例や、自立や参加の動機づけを行っている事例	
③ 利用者の希望等を把握し、日中活動に反映するとともに、複数の活動メニューと社会参加に配慮したプログラムが実施されている。	社会参加にかかるプログラム	
④ 利用者一人ひとりの生活と心身の状況に配慮し、日中活動に参加できるよう工夫している。	日中活動に参加できる工夫事例	
⑤ 利用者が日常生活の中で、役割が持てるように工夫している。	日常生活での利用者の役割	
⑥ 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、改善する取組が組織的に継続して行われている。	個々に応じた生活を検討する機会	
⑦ 利用者の心身の状況に合わせ、快適な生活のリズムが整えられるよう支援している。	生活のリズムを整えている事例	
⑧ 利用者の生活の楽しみについて配慮と工夫を行っている。	生活を楽しくめるような工夫事例	

兵庫県福祉サービス第三者評価 自己評価票／評価結果集計票（高齢者福祉 特養、その他入所系施設）

事業所名：特別養護老人ホームサンライフ御立	種別：指定介護福祉施設
-----------------------	-------------

	第三者評価	自己評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
A-1 生活支援の基本と権利擁護							
A-1-(1)生活支援の基本							
【A①】A-1-(1)-① 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。(特養)							
① 利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握・理解し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。	■		・季節に応じたレクリエーション(敬老会、クリスマス会、ドライブ、食事・おやつレク)やYouTubeを活用したリズム体操、口腔体操、毎朝のラジオ体操を実施している。 ・口腔体操は、歯科衛生士主導のものの実施している。 ・毎月お誕生日会を開催。 ・日課として、エプロンやタオル類などを畳むのをご自身の当番と考えたりお手伝いをしたいと仰り協力してくださっているか多がいる。	・行事計画書、報告書	介護計画 ケース記録 行事計画書 「日課リスク表」	新型コロナウイルス感染の観点から外出レクリエーションの実施はありませんが、季節を感じられる、お食事、お誕生日会でのケーキバイキング、隔週1回の移動販売バンでの買い物、カラオケレクリエーション等、生きがいや楽しみを感じられる工夫がされています。又、YouTubeを活用した体操や歯科衛生士の主導の口腔体操等の複数の活動メニューが実施されています。 今後は、利用者一人ひとりが、生き生きと活動に参加できるよう更なる工夫が望まれます。	b
② 日々の支援において利用者の自立に配慮して援助を行うとともに、自立や活動参加への動機づけを行っている。	■	■					
③ 利用者の希望等を把握し、日中活動に反映するとともに、複数の活動メニューと社会参加に配慮したプログラムが実施されている。	■	■					
④ 利用者一人ひとりの生活と心身の状況に配慮し、日中活動に参加できるよう工夫している。	■	□					
⑤ 利用者が日常生活の中で、役割が持てるように工夫している。	■	■					
⑥ 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、改善する取組が組織的に継続して行われている。	■	■					
⑦ 利用者の心身の状況に合わせ、快適な生活のリズムが整えられるよう支援している。	■	■					
⑧ 利用者の生活の楽しみについて配慮と工夫を行っている。	■	■					

		判断のポイント	評価の基準と考え方と評価のポイント
【A①】A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援(生活相談等)を行っている。(養護、軽費)			
生活相談等により、利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握・理解し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。 ② 日々の相談・支援において利用者の自立に配慮して支援を行うとともに、自立や社会参加の支援を行っている。 利用者の希望等を把握し、日中活動に反映するとともに、複数の活動メニューと社会参加等に配慮したプログラムや支援が実施されている。 ④ 精神疾患がある高齢者や被虐待高齢者などの利用者については、一人ひとりに配慮した支援を行っている。 ⑤ 行政手続、生活関連サービス等の利用を支援している。 ⑥ 介護が必要になった利用者には、必要に応じて介護保険サービス等を利用できるよう支援している。 (養護)地域移行が可能な利用者については、地域生活移行に⑦ 取組むとともに、地域生活移行後の継続的な個別支援を行っている。	利用者の意向やこれまでの暮らしを把握	(1) 目的 ○ 本評価基準では、利用者の心身の状況に合わせて、生きがいをもって安心・安定して生活できるようどのように支援しているのかを評価します。 (2) 趣旨・解説 ○ 利用者一人ひとりが生きがいをもってその人らしく生き生きと生活できるよう、利用者の意向や生活習慣を尊重するとともに、心身の状況に合わせ自立した生活の維持・継続をめざし支援することが重要です。 ○ 生活相談等をつづけて、利用者の心身の状況、ADL、睡眠・食事・排せつ、これまでの環境(物的・人的)、生活習慣等を把握するとともに、利用者の暮らしへの意向を確認、理解することが必要です。 ○ 利用者の心身の状況や生活課題などに応じて、必要な生活相談や助言、生活支援などを行います。 ○ 生活にかかわるさまざまな相談・支援とともに、身体介護や家事などについても必要な支援や助言を行います。 ○ 利用者一人ひとりの自立の状況に応じて、見守りや声かけなどを行います。また、生活の自己管理を促すなど自立生活の継続のために必要な支援を行います。 ○ 利用者の希望に沿うだけでなく、利用者自身が行えることは、できるだけ本人が行えるようにする自立支援の視点が重要です。 ○ 利用者の意向を把握し、外出機会の確保、社会参加に資する情報や機会を提供する等、外出や社会参加への支援を行います。外出や社会的活動への参加に必要な支援については、地域の社会資源の活用を含め調整します。 ○ 日々の活動(プログラム等)や個別の支援については、利用者の生きがいや社会的な役割を確保するという視点や工夫が必要です。 ○ 日々の活動については、利用者の趣味・興味、希望を把握し、活動(レクリエーション、趣味活動、行事、外出等)に反映するとともに複数のメニューを用意するよう努めることが必要です。 ○ また、ひとつの活動(プログラム)であっても、一人ひとりに配慮した参加の仕方を工夫することも必要です。 ○ 活動の多様化をはかるため、家族、ボランティアや地域住民の活動への参加、他の社会資源の協力を得ます。また、買い物、外出、地域の行事への参加など社会的活動への参加に係るプログラムを導入・実施することも必要です。 ○ 利用者が施設において、安心し、安定して生活するためには、必要に応じ利用者間の関係にも十分に配慮する必要があります。 ○ 精神疾患のある高齢者、矯正施設を退所した高齢者、被虐待高齢者など、個別の配慮を要する高齢者への適切な支援にあたっては、利用者の意向や心身の状況を把握し、職員間で支援方法等の検討と理解・共有をしながら、日々の生活支援を行います。 ○ また、支援にあたっては、行政、医療機関、他の福祉施設、地域生活定着支援センター等の関係機関と連携することが必要です。 ○ 行政手続や司法手続、通院などの生活に関わるさまざまな制度やインフォーマルサービスを含む各種のサービス等が利用できるよう必要に応じて支援します。 ○ 判断能力の状況により、利用者本人が金銭管理をすることが難しくなってきた場合には、速やかに家族に連絡をとり、必要な場合には、市町村や介護支援専門員に状況等を報告・連絡し、日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用につなげます。 ○ 介護が必要になった利用者には、訪問介護などの介護保険サービス等を利用できるよう支援することが必要です。 ○ (養護)地域生活移行にあたっては、利用者の状況に応じて支援するとともに、介護サービス、医療サービス、行政等やインフォーマルサービスとの連携が重要です。養護老人ホームを退所後も、必要に応じてアウトリーチや生活の再構築や継続のための個別支援が必要です。 (3) 評価の留意点 ○ 利用者一人ひとりに応じた生活となるようどのような支援や取組を行っているか、その実施方法、実施状況や取組を確認します。 ○ 生活支援、相談・助言等については、職員体制等を前提として、どのような支援をめざして取組を行っているかを捉えたうえで、具体的な内容を確認します。 ○ 個別に配慮が必要な利用者への支援や取組を確認します。 ○ 行政手続や生活関連サービス等の利用支援及び介護保険サービスの利用支援については、具体的な手順と個別の支援計画等を確認します。 ○ (養護)地域生活移行や地域生活移行後の継続的な個別支援の展開をどのように考えているのかを聴取し、個別の支援計画や記録等をもとに具体的な支援や取組を確認します。 ○ 生活支援における家族との連携・支援等については、「A-4-(1)-①」で評価します。	
	自立に配慮した援助の事例		
	複数の社会参加にかかるプログラム		
	精神疾患がある高齢者や被虐待高齢者の配慮事例		
	行政手続、生活関連サービス等の支援事例		
	介護保険サービス等の利用事例		
	地域生活移行後の継続的な個別支援事例		

		自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
				取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
【A①】A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援(生活相談等)を行っている。(養護、軽費)	生活相談等により、利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握・理解し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。	■	／	・各種計画を立てる際には、利用者、家族の意向を確認し作成している。 ・相談員も食事の際などご利用者の状態把握も含め現場に入っている。 ・会議にも参加し状況把握を行い、内容に応じ利用者を訪問したり、職員への助言を行っている。 ・寮母室に在室時は、扉を開放し、来室できるようにしている。 ・希望を含め必要物品に関しては、ご家族へ依頼し足り、イキイキ通販を活用している。 ・施設入所や見学、介護相談の問い合わせや来園があった際には、対応している。	・各種計画書 ・ケース記録			
		■	／					
		■	／					
		■	／					
		■	／					
		■	／					
		■	／					
		■	／					

		判断のポイント	評価の基準と考え方と評価のポイント
【A2】A-1-(1)-②	A-1-(1)-② 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。		
	① 利用者の思いや希望を十分に把握できるよう、日々の支援場面などさまざまな機会、方法によりコミュニケーションを行っている。	複数の利用者の希望等を聞き取る機会	(1)目的 ○本評価基準では、利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行うための取組や工夫について評価します。
	② 利用者の思いや希望を把握し、その内容を支援に活かしている。	利用者の希望等をケアに反映した事例	(2)趣旨・解説 ○利用者の思い、困っていること、不安や要望等を支援に活かし、利用者が安心・安定した生活が送れるよう支援します。利用者の尊厳を尊重し、一人ひとりに応じたコミュニケーションを工夫し実践することが重要です。
	③ 利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいが徹底されている。	利用者の言葉遣いについて、留意することがまとめられている。	○利用者の思いや希望を十分に把握し、その内容を支援に活かすため、日々の支援場面などさまざまな機会、方法によりコミュニケーションをはかることが必要です。
	④ コミュニケーションの方法や支援について、検討・見直しが定期的に行われている。	コミュニケーションの方法や支援の見直し	○日常生活で支援を行う際に、コミュニケーションの重要性を認識し、利用者に話しかけ、コミュニケーションをはかるとともに、会話でのコミュニケーションだけではなく、利用者の表情、身振り、姿勢、動作など多くの情報から利用者の気持ちをくみ取るとも重要です。
	⑤ 話すことや意思表示が困難であるなど配慮が必要な利用者には、個別の方法でコミュニケーションを行っている。	個別のコミュニケーション方法	○また、利用者とのコミュニケーションにあたっては、利用者の尊厳に配慮し、節度ある話し方や丁寧な言葉づかいとなるように留意します。特に、自尊心を傷つけるような言葉づかい、指示的な言葉は厳禁です。
	⑥ 利用者が話したいことを話せる機会をつくっている。	利用者が自由に話してできる機会	○利用者への接遇や言葉づかいに関する振り返りや継続的な検討・研修の機会を設け、適切な利用者との関わりとなるよう組織的に取組むことが重要です。
A-1-(2)権利擁護			
【A3】A-1-(2)-①	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。		
	① 利用者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。	利用者の権利擁護の規程・マニュアルの整備と周知状況(書面要)	(1)目的 ○本評価基準では、利用者の権利擁護のため、虐待等の権利侵害の防止、発生時の対応等の徹底について評価します。
	② 利用者の権利擁護のための具体的な取組を利用者や家族に周知している。	権利侵害の防止等に関する取組の利用者への周知状況	(2)趣旨・解説 ○利用者の権利擁護においては、高齢者の尊厳保持、自立や社会参加を実現する支援・取組とともに、虐待等の権利侵害の防止や権利侵害が発生した場合の迅速かつ適切な対応が重要であり、これらの取組が職員全員に徹底されている必要があります。
	③ 権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行っている。	権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組事例	○マニュアルや掲示物等での周知だけではなく、職員が権利侵害の防止等について具体的に検討する機会等を通じて、権利擁護に関する意識と理解を高め、権利侵害を発生させない組織づくりと対応方法の周知・徹底をすすめることが重要です。
	④ 原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法を明確に定め、職員に徹底している。	身体拘束禁止のマニュアルの整備と周知状況(書面要)	○身体拘束は、原則、虐待に該当する行為であり、禁止されています。この前提のもと、介護保険法にもとづく指定基準(関係法令)等において、例外的に生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合に一時的に身体拘束を行う際の手順、解除等が厳格に定められており、早期の解除に努めなければなりません。利用者の生命または身体を保護するための取組については、身体拘束を行わず、福祉施設・事業所の専門性をもとに、さまざまな方法や対応(代替手段)を検討し取組むことが重要です。
	⑤ 所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にしている。	虐待の届出・報告についての手順を記した規程又はマニュアルの整備(書面要)	○なお、緊急やむを得ず身体拘束を一時的に行う場合には、本人や家族に説明し同意を得たうえで、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録しなければならないとされています。これらについては関係法令に示された事項や要件等を十分に確認して取組をすすめることが必要です。
	⑥ 権利擁護のための取組について職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている。	権利擁護について検討する定期的な機会(年2回以上)	○虐待防止等の取組は、虐待等の権利侵害を防止することのみならず、発生時の迅速かつ適切な対応について、体制、手続や方法等を具体化し、すべての職員が理解しておくことが重要です。
⑦	権利侵害が発生した場合に再発防止策を検討し、理解のもとで実践する仕組みが明確化されている。	権利侵害を発見したときの対応について規程、マニュアルへの明記	○福祉施設・事業所は、利用者の心身の状況や家庭での生活・介護の状況等を把握できる機会があるだけでなく、介護者などの家族の状況を把握することが可能です。虐待等の権利侵害を発見した場合の対応を定めるとともに、予防的な支援、早期発見のための取組を行うことが重要です。

			自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
					取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
	【A2】A-1-(1)-②	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。							
	①	利用者の思いや希望を十分に把握できるよう、日々の支援場面などさまざまな機会、方法によりコミュニケーションを行っている。	■	■	・リーダー会議や各班会議にて対応困難事例など困っていることを共有し対応方法を検討している。 ・身体拘束や虐待防止委員会にて研修を行っている。		会議録 ケース記録	認知症の利用者とのコミュニケーションについてリーダー会議や班会議にて常に対応を検討されています。意思表示が困難である利用者とはアイコンタクトや所作、仕草を読み取って支援されています。今後は、利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行う中で、話したいことを自由に話せる工夫への取組が望まれます。	b
	②	利用者の思いや希望を把握し、その内容を支援に活かしている。	■	■					
	③	利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいが徹底されている。	■	■					
	④	コミュニケーションの方法や支援について、検討・見直しが定期的に行われている。	■	■					
	⑤	話すことや意思表示が困難であるなど配慮が必要な利用者には、個別の方法でコミュニケーションを行っている。	■	■					
	⑥	利用者が話したいことを話せる機会をつくらせている。	■	□					
	⑦	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してもらえるようにしている。	■	■					
	A-1-(2)権利擁護								
	【A3】A-1-(2)-①	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。							
	①	利用者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。	■	■	・身体拘束や虐待についての研修を定期的実施している。 ・リーダー会議や各班会議にて対応困難事例など困っていることを共有し対応方法を検討している。 ・やむを得ず身体拘束を実施した場合には、必要手順に則り、日々の記録や委員会や当該班での話し合いなどを定期的に実施し、記録に残している。	・ケース記録 ・会議録	研修記録 重要事項説明書 会議録	利用者の権利擁護についての規程・マニュアルが整備され、職員に理解・周知を図るとともに利用者家族等に対しても契約時に周知が行われています。身体拘束・人権擁護・虐待対策の委員会を設置し、3か月に1回会議を開催して利用者の権利擁護の取り組みが行われています。職員に対して定期的かつ継続した研修が実施されています。身体拘束事例は直近で1件ありますが、会議を重ね適切な対応を行っています。	a
	②	利用者の権利擁護のための具体的な取組を利用者や家族に周知している。	■	■					
	③	権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行っている。	■	■					
	④	原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法を明確に定め、職員に徹底している。	■	■					
		所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にしている。	■	■					
	⑤	権利擁護のための取組について職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている。	■	■					
	⑥	権利侵害が発生した場合に再発防止策を検討し、理解のもとで実践する仕組みが明確化されている。	■	■					

	判断のポイント	評価の基準と考え方と評価のポイント
A-2 環境の整備		お、虐待等の権利侵害の再発防止策の検討・実施については、本評価基準での評価を含め、29Ⅲ-1-(1)～②:着眼点I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。Jにおいてもプライバシー保護に関する取組とあわせて評価します。
A-2-(1)利用者の快適性への配慮		
【A④】A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。		
① 福祉施設の環境は清潔で、適温と明るい雰囲気が保たれている。	福祉施設の環境	(1)目的 ○本評価基準では、利用者が安心・快適に、安定して過ごせるよう、環境を整備する取組について評価します。 (2)趣旨・解説 ○利用者にとって安心して快適に、安定して過ごせるような環境整備や工夫をすることが必要です。 ○福祉施設・事業所の環境は清潔であり、適温と明るい雰囲気には保たれていることが必要です。 ○室温、換気、部屋の明るさ、音や声の大きさなどに配慮し、心身の健康が保てるよう環境を整えます。 ○利用者にとって快適で、くつろいで過ごせる環境づくりのため、利用者同士や家族などに配慮した談話スペース等を配置するなどの工夫が必要です。 ○利用者が生活の場で、思い思いに過ごせるよう環境整備のための検討と取組を行います。 ○椅子・テーブル・ベッド等の家具、床・壁等は、落ち着けるような雰囲気づくりに配慮します。 ○居室、トイレ、風呂などの施設・設備は、利用者にわかりやすいものとなるよう、表示をするなどの工夫を行います。 ○認知機能が低下した利用者が生活しやすいように、わかりやすい案内表示を設けたり、ドアや床の色分けをするなど、福祉施設・事業所に応じた配慮が必要です。 ○福祉施設・事業所の環境に関する利用者や家族の意向等を把握する取組と改善の工夫を行うことが重要です。環境を定期的に点検し、問題点については改善し、利用者の快適性や安全を維持する取組を継続的に実施します。 ○(特養)利用者の意向やこれまでの生活を尊重した過ごし方ができるよう、居室に個々の好みのものを置くなどの配慮を行います。 ○(養護、軽費)利用者の意向やこれまでの生活を尊重しながら、利用者が自立した生活を継続できるよう、居室の環境に配慮した支援を行う必要があります。 ○(特養、養護)同室者の組み合わせに配慮する必要があります。 ○建物自体は、簡単には変更できないことから、一定の条件下での工夫を評価することになります。
② 利用者にとって快適で、くつろいで過ごせる環境づくりの工夫を行っている。	くつろいで過ごせる環境づくりの工夫事例	(3)評価の留意点 ○どのような環境づくりを目指して整備をはかっているかを捉えたうえで、具体的な取組や工夫を確認します。 ○建物・設備、備品等の整備状況といった観点とともに、快適性や安心・安全について、利用者のニーズや心身の状況に応じた配慮や工夫を確認します。
③ 環境について、利用者の意向等を把握する取組と改善の工夫を行っている。	環境について、利用者の意向等を把握する取組	○居室、浴室、トイレ等が、利用者のプライバシーに配慮した設備・環境となっているかについては、「Ⅲ-1-(1)-②」で評価します。
④ 利用者の意向やこれまでの生活を尊重した過ごし方ができるよう、居室の環境等に配慮し支援している。	居室の環境等に対する配慮	

	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
A-2 環境の整備							
A-2-(1)利用者の快適性への配慮							
【A4】A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。							
① 福祉施設の環境は清潔で、適温と明るい雰囲気が保たれている。	■	■	・毎食後の片付け(テーブル拭きや床掃除)、夜間のモップ掛け、浴槽やトイレ等の毎日の清掃を実施 ・清掃専門の業者やスタッフも雇っており、環境整備に努めている。 ・利用者を担当制にしており、居室内や必要物品の整理整頓、管理を行っている。 ・必要に応じ家族へ連絡し物品依頼も行っている。			居室は担当職員により整理・整頓され、床等の掃除は、専門の業者に外部委託にて常に清潔で快適な環境が保たれています。多床室が多いので利用者の意向に添えない場合もありますが、生活歴や利用者の意向を参考に改善に取り組まれています。	a
② 利用者にとって快適で、くつろいで過ごせる環境づくりの工夫を行っている。	■	■					
③ 環境について、利用者の意向等を把握する取組と改善の工夫を行っている。	■	■					
④ 利用者の意向やこれまでの生活を尊重した過ごし方ができるよう、居室の環境等に配慮し支援している。	■	■					

	判断のポイント	評価の基準と考え方と評価のポイント
A-3 生活支援		
A-3-(1)利用者の状況に応じた支援		
【A5】A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		
① 利用者の心身の状況や意向を踏まえ、入浴形態や方法を検討・確認し、入浴支援(入浴介助、清拭、見守り、声かけ等)を行っている。	心身の状況や意向に合わせた入浴の事例	(1)目的 ○本評価基準では、利用者の心身の状況や意向を踏まえた、安全で快適な入浴のための取組・工夫について評価します。 (2)趣旨・解説 ○利用者の心身の状況や意向を踏まえ、できるだけ自立性の高い入浴形態・方法により、安全で快適な入浴支援(入浴介助、清拭、見守り、声かけ等)を行います。心身ともにリラックスでき、利用者にとって、入浴が施設の生活のなかでの楽しみの一つになるような取組や工夫を行うことが大切です。
② 安全・快適に入浴するための取組を行っている。	安全・快適に入浴するための取組事例	○利用者が自分で行えるよう、できるだけ自立性の高い入浴形態・方法を採用します。
③ 入浴の誘導や介助を行う際は、利用者の尊厳や感情(羞恥心)に配慮している	利用者の尊厳や羞恥心に配慮した工夫事例	○入浴介助を安全に実施するための取組について、利用者の心身の状況や入浴設備、機器等の状況を総合的に勘案した取組や工夫を検討・実施します。
④ 入浴を拒否する利用者については、利用者の状況に合わせ対応を工夫している。	入浴を拒否する人への対応の工夫事例	○安全に入浴するため、入浴前の浴室(湯温、備品等)の安全確認や脱衣室等の温度管理を適切に行います。
⑤ 入浴方法等について利用者の心身の状況に合わせ、検討と見直しを行っている。	入浴方法等についての検討と見直し	○入浴の誘導や介助を行う際には、利用者の尊厳や感情(羞恥心)に配慮し、環境・介助方法等を工夫します。
⑥ 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。	入浴の可否の判断基準	○利用者が入浴を拒否する場合は、その理由を把握し、気持ちよく入浴できるよう誘導や介助方法などの工夫を個別に検討・実施することが重要です。
⑦ 心身の状況や感染症、意向等を踏まえて入浴順の配慮を行っている。	入浴順の配慮事例	○利用者の心身の状況、意向に合わせて、洗い方や入浴時間の長さ、湯温などに気を配り、快適な入浴、清拭等を実施します。
⑧ (特養)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。	自力入浴の安全確保の体制	○入浴は、転倒転落、体調変化など多くの危険をはらんでいるため、利用者の心身の状況を把握し、慎重に介助を行うことが必要です。
⑨ (養護、軽費)利用者の安全及び健康管理のため、利用者の入浴状況を把握している。	利用者の入浴状況を把握	○このため、入浴の可否の判断基準を明確にするとともに、入浴前に健康チェックを行い、必要に応じて清拭等の代替方法により支援します。
⑩ 利用者の心身の状況や意向に合わせた入浴形態・方法を実施するための浴槽、福祉用具等が用意されている。	身体状況に合わせた浴槽、必要な介護機器の整備。	○入浴の前後に健康状態を確認し、必要に応じて看護師等の関係職員に連絡・相談します。また、入浴後は、水分摂取やスキンケアを行います。
⑪ 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。	入浴日以外の対応事例	○入浴順については、心身の状況や感染症、利用者の意向等を踏まえて配慮します。
⑫ 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。	入浴日以外の対応事例	○(特養)利用者が自力で入浴できる場合であっても、利用者の自立に配慮しつつ、安全のための見守りを行います。
		○(養護、軽費)利用者の安全及び健康管理のため、入浴状況を把握するとともに、安全で快適な入浴となるよう必要に応じた支援、助言等を行います。
		○心身の状況や意向に合わせた形態・方法により入浴するため、機械浴、リフト浴、一般浴、個室等いくつかの種類の浴槽を整備したり、シャワーチェア、その他の福祉用具を用意します。
		○入浴は施設での生活において利用者の楽しみの一つです。健康状態などにより、必要に応じて入浴日の変更等ができるだけではなく、入浴日、時間帯等の利用者の意向への配慮も必要です。
		(3)評価の留意点
		○利用者一人ひとりの心身の状況などに合わせ、入浴支援がどのように行われているか、実施方法や取組を評価します。
		○利用者一人ひとりの身体状況に応じた福祉用具・設備等の工夫や配慮を確認します。
		○入浴を拒否する利用者の対応についても、拒否する理由の把握、支援の方法、状況や取組を確認します。
		○(養護、軽費)外部サービス利用型特定施設入居者生活介護については、外部サービスの活用と連携状況を含め確認します。
		○(養護、軽費)着眼点「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。」については、利用者の状況により、支援を行っていない場合は、適用しないことができます。

		自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
				取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
A-3 生活支援								
A-3-(1)利用者の状況に応じた支援								
【A5】A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。								
① 利用者の心身の状況や意向を踏まえ、入浴形態や方法を検討・確認し、入浴支援(入浴介助、清拭、見守り、声かけ等)を行っている。	■	■		・基本的には、設定した入浴表に沿って順番に入浴を実施する。 ・体調に応じ順番や曜日を変更する。 ・入浴マニュアルにもとに利用者の状態に応じ対応する。	・入浴マニュアル ・ケアプラン ・ケース記録 ・入浴マニュアル ・介護の仕事の手引き	・ケアプラン ・ケース記録 ・入浴マニュアル ・介護技術マニュアル	利用者の状況に合わせて、順番、曜日、時間の変更に対応しています。又、利用者の心身の状態や意向に合わせて入浴形態、方法の実施のための浴槽、介護リフトも整っています。	a
② 安全・快適に入浴するための取組を行っている。	■	■						
③ 入浴の誘導や介助を行う際は、利用者の尊厳や感情(羞恥心)に配慮している	■	■						
④ 入浴を拒否する利用者については、利用者の状況に合わせて対応を工夫している。	■	■						
⑤ 入浴方法等について利用者の心身の状況に合わせて、検討と見直しを行っている。	■	■						
⑥ 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。	■	■						
⑦ 心身の状況や感染症、意向等を踏まえて入浴順の配慮を行っている。	■	■						
⑧ (特養)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。	■	■						
⑨ (養護、軽費)利用者の安全及び健康管理のため、利用者の入浴状況を把握している。	■	■						
⑩ 利用者の心身の状況や意向に合わせて入浴形態・方法を実施するための浴槽、福祉用具等が用意されている。	■	■						
⑪ 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。	■	■						
⑫ 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。	■	■						

		判断のポイント	評価の基準と考え方と評価のポイント
	【A6】A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		
	① 利用者の心身の状況や意向を踏まえ、排せつのための支援、配慮や工夫がなされている。 ② 自然な排せつを促すための取組や配慮を行っている。 ③ トイレは、安全で快適に使用できるよう配慮している。 ④ 排せつの介助を行う際には、利用者の尊厳や感情(羞恥心)に配慮している。 ⑤ 排せつの介助を行う際には、介助を安全に実施するための取組を行っている。 ⑥ 排せつの自立のための働きかけをしている。 ⑦ 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。 ⑧ 支援方法等について利用者の心身の状況に合わせて検討と見直しを行っている。 ⑨ (特養)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。	心身の状況や意向に合わせた排せつ介助の事例 自然な排せつを促す配慮や工夫事例 トイレにおける安全性の配慮 利用者の尊厳や羞恥心に配慮した工夫事例 排せつ介助のマニュアルに安全確保に関する記載 排せつの自立に向けた取り組み事例 尿や便を観察し、健康状態のチェックを行う事例 排せつ方法等についての検討と見直し 排せつ介助の要望に対して、迅速に対応する配慮や工夫	(1)目的 ○本評価基準では、自然な排せつを促すための取り組み、利用者の心身の状況や意向を踏まえた排せつの支援、衛生面・安全面の配慮について評価します。 (2)趣旨・解説 ○排せつの支援は、利用者一人ひとりの心身の状況や意向を踏まえ、自然な排せつを促す支援を行うとともに、利用者の尊厳の保持に配慮することが必要です。また、できるだけ自立した排せつができるよう支援を行います。 ○トイレ(ポータブルトイレを含む)は、衛生面や臭気、冬場の保温等に配慮し、安全で快適に使用できる環境を整えます。 ○おむつやおむつカバー、便器等は利用者に最適なものを選び、使用するなど適切な環境を整えます。 ○トイレでの転倒や転落等を防ぐために座位の保持や見守り等を適切に行うなど、利用者の心身の状況やトイレ内の状況を総合的に勘案した、排せつ介助を安全に実施するための取組や工夫を検討・実施します。 ○利用者が気兼ねないように配慮し、手際よく必要に応じて声かけを行いながら介助します。 ○安易におむつに頼らず、トイレ(ポータブルトイレを含む)で排せつが行えるよう支援します。 ○(養護、軽費)排せつについて、利用者個々の状況に応じた適切な支援を行います。 ○利用者の生活リズムと心身の状況に配慮した自然な排せつを促します。そのため、適度な運動、食事改善・水分摂取、必要に応じて排せつリズムの把握等に配慮します。 ○(特養)睡眠時の排せつ介助については、睡眠を妨げないよう配慮すること等、利用者一人ひとりの生活リズムに応じた排せつ介助を行います。 ○(特養)個々の排尿・排便の状況を記録し、排せつ介助に活かします。 ○(特養)尿や便の観察により健康状態を確認し、必要に応じて看護師等の関係職員に連絡し対応を相談します。 ○おむつ交換を行う際には、皮膚の観察、清拭等を行い、清潔の保持と褥瘡予防に努めます。 (3)評価の留意点 ○利用者の一人ひとりの状況に応じた、排せつ支援の方法、状況や取組を確認します。 ○(特養)排せつ支援状況の確認のため、排せつチェック表や記録等を確認し、利用者一人ひとりの心身の状況などに合わせた排せつ支援が行われているかを確認します。 ○(養護、軽費)外部サービス型特定施設入居者生活介護については、外部サービスの活用と連携状況を含め確認します。 ○(養護、軽費)着眼点「排せつの介助を行う際には、利用者の尊厳や感情(羞恥心)に配慮している。」、「排せつの介助を行う際には、介助を安全に実施するための取組を行っている。」、「排せつの自立のための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。」については、利用者の状況により、支援を行っていない場合は、適用しないことができます。
	【A7】A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		
	① 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。 ② 移動の自立に向けた働きかけをしている。 ③ 利用者の心身の状況に適した福祉機器や福祉用具が利用されている。 ④ 安全に移動の介助を実施するための取組を行っている。 ⑤ 介助方法等について利用者の心身の状況に合わせて検討と見直しを行っている。 ⑥ 利用者が移動しやすい環境を整えている。 ⑦ 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。	自力で移動できるような支援の工夫事例 移動の自立に向けた取り組み 車椅子等の福祉用具に関して、利用者に応じた提供 移動の介助のマニュアルに安全確保に関する記載 移動方法等についての検討と見直し 移動しやすい環境(バリアフリー)の配慮や工夫 移動の希望に対して、迅速に対応する配慮や工夫	(1)目的 ○本評価基準では、利用者の心身の状況や意向を踏まえた移動・移乗の支援、安全面の配慮について評価します。 (2)趣旨・解説 ○利用者の心身の状況や意向を踏まえ、できるだけ自力で移動できるよう、移動の自立に向けた働きかけをしながら支援を行います。 ○移乗、車いすの操作等の介助をする際は、安全かつ適切な方法により実施することが重要です。 ○高齢者にとって、骨折は寝たきりやADLの低下につながる危険性が高いため、安全に移動しやすいよう環境を整備します。また、安全な移動・移乗介助を実施するための取組を行うことが重要です。 ○(養護、軽費)必要に応じて、動線の安全確保や、福祉用具等の利用を含めた助言・情報提供を行います。 ○(特養)利用者の自立と安全の確保に配慮し、利用者の心身の状況に適した福祉機器や福祉用具を準備します。 ○福祉用具(杖、歩行器、車いす等)は利用者の心身の状況や環境に合わせたものであるか、点検を行い、安全かつ快適に使用できるようにします。 ○移動している利用者のみならず、周囲の他の利用者の安全にも配慮することが重要です。 ○(特養)利用者が、施設内を移動したいときに、制約なく移動できるよう環境整備や工夫をすることが必要です。 ○(特養)移動介助については、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、手順や体制を確認しておくことが必要です。 (3)評価の留意点 ○利用者一人ひとりの心身の状況に合わせ、移動の支援の方法、状況や取組を確認します。

		自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			判定
				取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点		
【A6】A-3-(1)-② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	① 利用者の心身の状況や意向を踏まえ、排泄のための支援、配慮や工夫がなされている。	■	■	・トイレは個室型と集団型があり、それぞれの班仕様に合わせ使用。 ・身体状況に合わせて、トイレ誘導またはおむつ交換にて対応している。 ・トイレでの排泄が可能な方は、必要に応じ2人介助も実施しトイレにて排泄介助を行う。 ・排泄状況に合わせてパットの見直しを行っている。 ・定時の誘導時間以外にも希望時には対応している。 ・排泄状況を把握し、看護師と連携を図り排便や排尿がスムーズにできるよう支援している。	・ケアプラン ・排泄支援計画書 ・個別機能訓練計画書 ・ケース記録 ・未排便チェック表 ・介護の仕事の手引き	トイレ ケアプラン ・排泄支援計画書 ・個別機能訓練計画書 ・ケース記録 ・未排便チェック表 ・介護技術マニュアル	トイレでの転倒や転落等を防ぐための座位の保持や立位姿勢の維持の取り組みのため週1回作業療法士によるリハビリを実施しています。又、夜間のポータブルトイレの使用環境を整えたり、夜間の排泄や睡眠の妨げにならないための配慮、排泄の自立を促す取り組みがうかがえました。	a	
	② 自然な排泄を促すための取組や配慮を行っている。	■	■						
	③ トイレは、安全で快適に使用できるよう配慮している。	■	■						
	④ 排泄の介助を行う際には、利用者の尊厳や感情(羞恥心)に配慮している。	■	■						
	⑤ 排泄の介助を行う際には、介助を安全に実施するための取組を行っている。	■	■						
	⑥ 排泄の自立のための働きかけをしている。	■	■						
	⑦ 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。	■	■						
	⑧ 支援方法等について利用者の心身の状況に合わせて検討と見直しを行っている。	■	■						
	⑨ (特養)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。	■	■						
	【A7】A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。								
	① 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。	■	■	・自操(自走)可能な方は、出来る限りご自身での移動を促している。 ・必要に応じ見守り、直接介助を行う。 ・介助マニュアルを作成している。	・個別機能訓練計画書 ・ケアプラン ・介護の仕事の手引き ・介護マニュアル	・個別機能訓練計画書 ・ケアプラン ・介護の仕事の手引き ・介護技術マニュアル	利用者の7～8割が車いすを使用されていますが、L字柵等を活用し移乗の支援を行い、個別の機能訓練の取り組みがされています。又、リフト研修等職員のスキルアップの取り組みも積極的に行われています。	a	
	② 移動の自立に向けた働きかけをしている。	■	■						
	③ 利用者の心身の状況に適した福祉機器や福祉用具が利用されている。	■	■						
	④ 安全に移動の介助を実施するための取組を行っている。	■	■						
	⑤ 介助方法等について利用者の心身の状況に合わせて検討と見直しを行っている。	■	■						
	⑥ 利用者が移動しやすい環境を整えている。	■	■						
	⑦ 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。	■	■						

		判断のポイント	評価の基準と考え方と評価のポイント
	【A⑧】A-3-(1)-④ 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択などについて支援している。		
	① 利用者の個性や好みを尊重し、衣類は利用者の意思で選択している。	衣類の選択に関する配慮や工夫	○本評価基準では、衣服について、利用者の主体性の尊重を基本にした上で、個性、好みを踏まえた、施設の具体的取組と工夫について評価します。
	② 衣類の選択について、必要があれば相談に応じている。	衣類の選択に関する相談の取り組み事例	
	③ 衣類の購入の際には、必要があれば、職員が相談、情報提供、買い物支援等に応じている。	衣類の購入の支援に関して配慮や工夫	
	④ 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応を行っている。	衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応マニュアル	
	【A⑨】A-3-(1)-⑤ 利用者の個性や好みを尊重し、理容・美容への支援を行っている。		
	① 髪型や化粧の仕方等は利用者の意思で決めている。	髪型や化粧の仕方に関する意思決定への配慮や工夫	○整髪、つめきり、ひげそり、歯磨き、化粧など生活のメリハリをつける身だしなみについては、可能な限り利用者の意思が尊重されることが重要です。また、本人の希望に応じた選択が可能となる環境を整えることも重要です。 ○また、地域の理髪店や美容院の利用については、その理解と協力が不可欠であり、日常的な連携が重要です。 ○定期的な理・美容師の施設への訪問日を設けるなど、利用者の希望に応じた理・美容が利用できることも評価します。 ○本評価基準では、好みや意向を把握し、利用者一人ひとりが、趣味、興味、おしゃれ感覚を理・美容で楽しみ、気持ちを表すことを支援するための具体的な取組や工夫を評価します。 [例 示] ○希望に応じた支援 ・必要に応じて職員の送迎や同行などの支援を行っている。 （なお、行きつけの理・美容室が家族と同じところの場合など、強要にならないなら家族に外出支援の協力を仰ぐこともさしつかえありません。） ・利用する理髪店や美容院に対しては、理解と協力を得られるよう、必要に応じて職員が連絡・調整を行っている。
	② 職員は、必要があれば、整髪や化粧を手伝ったり、又は相談に応じたりしている。	整髪や化粧に関する支援や相談の取り組み事例	
	③ 理容・美容に関する資料や情報を用意している。	理容・美容に関する資料や情報の提供	
	④ 理髪店や美容院の利用について、希望に応じた支援を行っている。	希望に応じた理髪店や美容院の利用について配慮や工夫	
	【A⑩】A-3-(1)-⑥ 安眠できるように配慮している。		
	① 寝室やベッド周辺の光や音について、利用者の希望や状況に応じた適切な配慮をしている。	枕もとの明かりや音量の個別調整	○本評価基準は、夜間就寝中の対応に関するマニュアルの策定と個別支援を求めています。併せて、安眠できるような具体的な取組や工夫についても評価します。
	② 夜間就寝中の利用者に対するサービスについては、体位変換やおむつ交換、さらには睡眠リズムの乱れや不眠者への対応等を含むマニュアルを用意している。	就寝中の支援マニュアルの整備	
	③ 寝具は利用者の好みに基づいて用意され、又は私物使用も認めている。	寝具の個別な配慮や私物の使用	
	④ 不眠等により同室者に影響を及ぼす場合、一時的に他の部屋を使用することができる。	不眠時や病気のときに一時的に使用できる部屋	

		自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
				取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
	【A⑧】A-3-(1)-④ 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択などについて支援している。							
	① 利用者の個性や好みを尊重し、衣類は利用者の意思で選択している。	■	■	・ご家族へ季節に応じたものやADLに応じた介助に支障の出ない程度のもので好みの衣類準備を依頼している。	・介護の仕事の手引き ・介助マニュアル ・衣類依頼表	・介護技術マニュアル ・介助マニュアル ・衣類依頼表	利用者一人ひとりの主体性と意向を尊重し、利用者家族等とコンタクトを取りながら丁寧に対応されています。	a
	② 衣類の選択について、必要があれば相談に応じている。	■	■	・衣類の準備で見当がつかないご家族もいるため、衣類依頼表を作成している。				
	③ 衣類の購入の際には、必要があれば、職員が相談、情報提供、買い物支援等に応じている。	■	■	・入浴時の衣類準備を希望される方は、一緒に衣類準備を行っている。				
	④ 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応を行っている。	■	■	・ご自身で衣類準備が可能なのは、準備の声掛け(確認)を行い、自力にて準備していただいている。				
	【A⑨】A-3-(1)-⑤ 利用者の個性や好みを尊重し、理容・美容への支援を行っている。							
	① 髪型や化粧の仕方等は利用者の意思で決めている。	■	■	・スキンケアや化粧等をされる方は、ご家族に準備をお願いし、ご自身にていただいている。できなくなった場合には、可能な範囲で職員が実施している。 ・2種類の訪問美容を導入しており、月に数回実施している。 ・ご家族やご本人の希望に応じ、申し込みを行い利用されている。			月3回の訪問美容の導入を実施されており、ご家族や利用者本人の希望により申し込みを行い、2か月に1回のペースで利用されているとうかがいました。	a
	② 職員は、必要があれば、整髪や化粧を手伝ったり、又は相談に応じたりしている。	■	■					
	③ 理容・美容に関する資料や情報を用意している。	■	■					
	④ 理髪店や美容院の利用について、希望に応じた支援を行っている。	■	■					
	【A⑩】A-3-(1)-⑥ 安眠できるように配慮している。							
	① 寝室やベッド周辺の光や音について、利用者の希望や状況に応じた適切な配慮をしている。	■	■	・多床室も多いため、居室全体、常備等、枕などの電気を設置して使い分けている。 ・基本のリネン以外の利用を昨日の方は、ご家族に持参を依頼している。 ・夜間覚醒後寝付けない方などは、おむつ交換のタイミングや巡回の方法などを検討して対応している。 ・使用するおむつの見直しにて対応。	・居室 ・排泄表 ・体交表	居室	夜間就寝中の利用者に対して巡回、体位変換、おむつ交換等の支援、及び常備灯や枕元に電気を設置する等の取り組みが行われています。今後は、夜間就寝中の対応に関するマニュアルの整備が望まれます。	b
	② 夜間就寝中の利用者に対するサービスについては、体位変換やおむつ交換、さらには睡眠リズムの乱れや不眠者への対応等を含むマニュアルを用意している。	■	□					
	③ 寝具は利用者の好みに基づいて用意され、又は私物使用も認めている。	■	■					
	④ 不眠等により同室者に影響を及ぼす場合、一時的に他の部屋を使用することができる。	■	■					

		判断のポイント	評価の基準と考え方と評価のポイント
A-3-(2) 食生活			
【A⑪】A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。			
① 食事をおいしく、楽しく食べられるよう献立や提供方法を工夫している。	献立や食器、盛り付け、食事の適温提供についての配慮や工夫	(1)目的 ○本評価基準では、利用者が食事時間を楽しみ、食事をおいしく食べられるようにするための取組・工夫を評価します。 (2)趣旨・解説 ○食事は生命の維持、身体の健康に重要な役割を果たすとともに、一日の生活に楽しみとリズムをもたらします。 ○献立については、食事を楽しくかつおいしく食べられるよう、利用者の希望や好みを聴きとり反映させる取組や、食材に旬のものを使用することなどにより、変化をもたせるように工夫します。また、適温で食事を提供するとともに、料理にあった食器の使用や盛り付けなどの工夫も必要です。	
② 食事の環境と雰囲気づくりに配慮している。	利用者の状況に応じた、食堂の雰囲気づくりの配慮や工夫	○食事を楽しく、おいしく食べるための環境と雰囲気づくりに配慮することが必要です。例えば、座る席や一緒に食事をする人について利用者の意向を聴きとり、テーブルや席の配置を工夫するなどの取組を行います。会話をしながら食事することにより、なごやかに楽しい雰囲気をつくることができます。	
③ 衛生管理の体制を確立し、マニュアルにもとづき衛生管理が適切に行われている。	衛生管理体制とマニュアルの整備	○居室等に配膳する場合や利用者の希望や心身の状況により食事時間をずらして提供する場合などの保温や配膳に配慮します。 ○衛生管理とその体制確立は、組織的、継続的に取組むことが必要です。衛生管理を目的としたマニュアル等を整備し、組織内の体制を確立します。	
④ 食事を選択できるよう工夫している。	選択メニューや希望メニューなど食事を選択できるような工夫	○利用者が満足感を味わい、食事の楽しみに結びつけるという視点から、体調や食欲、好みに応じた食事のメニューや量を選択できるようにします。 ○(経費)調理器具や台所まわりや食品などの衛生に留意し、必要に応じて支援することが必要です。	
⑤ (経費)調理器具・台所等の衛生に留意し対応している。	調理器具・台所等の衛生	(3)評価の留意点 ○利用者一人ひとりの心身の状況に応じて食事をおいしく食べるための実施方法、実施状況や取組を確認します。 ○利用者一人ひとりの心身の状況に応じた食事の環境や雰囲気づくりに関する取組を確認します。 ○嗜好調査等の結果や利用者の希望について、メニュー等への反映の仕方と反映状況を確認します。 ○食事の提供を行っていない場合は、「非該当」とすることができます。	
【A⑫】A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。			
① 利用者の心身の状況、嚥下能力や栄養面に配慮した食事づくりと提供方法を工夫している。	刻み食など嚥下能力に合わせた食事の配慮や工夫	(1)目的 ○本評価基準では、利用者の心身の状況や意向を踏まえた食事の提供、支援について評価します。 (2)趣旨・解説 ○食事提供と食事の支援は、利用者の心身の状況と必要となる支援を十分に把握・検討したうえで実施することが必要です。 ○食事の提供にあたっては、利用者の嚥下能力に合わせて、飲み込みやすい食事となるよう形状や調理方法を工夫します。食事形態は安易に変更せず、できるだけ普通食が食べられるように支援することが必要です。	
② 利用者の食事のペースと心身の負担に配慮している。	食事のペースと心身の負担への配慮	○食べる楽しみを持ち続けられるよう、利用者自身が行える範囲を把握し、できるだけ自分で食べられるように支援します。 ○自分のペースで食べることと同時に、心身の負担にも配慮します。気がねせずに食事ができるような声かけや、嚥下しやすいようにできるだけ座位をとるなど、利用者の食事中の心身の負担に常に配慮することが必要です。	
③ 利用者の心身の状況を適切に把握し、自分でできることは自分で行えるよう支援している。	食事を自分でできるような配慮や工夫	○(特養)利用者の食事、水分の摂取量を把握し、食事への配慮、水分補給などの支援を行います。 ○栄養士や看護師等の関係職員と連携しながら、利用者の心身の状態を把握し、それに合わせた食事の提供、支援を行います。 ○突発的な発熱、歯痛等の場合は、利用者の栄養状態や健康状態に合わせた食事を提供します。	
④ 経口での食事摂取を継続するための取組を行っている。	経口での食事摂取を継続するための取組事例	○食事中の事故発生について、対応方法を確立し、緊急時に職員が対応できるよう取組を行います。 ○(特養)利用者の状態に応じた栄養ケアマネジメントを行うことが必要です。栄養ケア計画の作成にあたっては、関係職員が連携して取組みます。なお、ここでいう栄養ケアマネジメントとは、介護報酬の加算にかかわらず、利用者の状態に合わせて実施されているかどうかをさします。	
⑤ 誤嚥、窒息など食事中の事故発生の対応方法を確立し、日頃から確認、徹底している。	食事中の事故について、マニュアルが整備	(3)評価の留意点 ○利用者一人ひとりの心身の状況等に応じた食事提供、支援の実施方法、実施状況や取組を確認します。 ○利用者の体調変化に応じた食事の急な変更の手順・方法等とその取組について確認します。	
⑥ 食事提供、支援・介助方法等について利用者の心身の状況に合わせて、検討と見直しを行っている。	食事提供、支援・介助方法等についての検討と見直し	○(養護、経費)外部サービス利用型特定施設入居者生活介護については、外部サービスの活用と連携状況を含め確認します。 ○食事の提供を行っていない場合は、「非該当」とすることができます。	
⑦ (特養)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。	食事、水分の摂取量を把握する仕組み		
⑧ (特養)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、それに基づく栄養ケアマネジメントを実施している。	個別の栄養ケア計画を作成		

		自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
				取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
A-3-(2) 食生活								
【A11】A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。								
① 食事をおいしく、楽しく食べられるよう献立や提供方法を工夫している。	■	■		・管理栄養士や介護職に思考調査を実施し、献立の検討や食事・おやつレクを実施している。 ・衛生管理マニュアルをもとに衛生管理を徹底している。 ・利用者の状況や状態の応じ配席を行っている。	・献立表 ・行事計画書 ・安全衛生マニュアル	・献立表 ・行事計画書 ・安全衛生マニュアル	年1回の嗜好調査をもとにおせち料理のお重や流しそうめん等季節感のある献立での提供及び月1回のおやつレクやお誕生日会のケーキバイキング等の食の楽しみの工夫、又、保冷保温庫の使用における配膳への配慮がうかがえます。今後は、選択メニューや希望メニューなど食事を選択できるような工夫が望まれます。	b
② 食事の環境と雰囲気づくりに配慮している。	■	■						
③ 衛生管理の体制を確立し、マニュアルにもとづき衛生管理が適切に行われている。	■	■						
④ 食事を選択できるよう工夫している。	■	□						
⑤ (経費)調理器具・台所等の衛生に留意し対応している。	■	■						
【A12】A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。								
① 利用者の心身の状況、嚥下能力や栄養面に配慮した食事づくりと提供方法を工夫している。	■	■		・管理栄養士のミールラウンドや会議への出席、専門職間での都度の相談を実施し、食事形態を検討している。 ・利用者の状況や状態に応じた配席を行っている。	・ケアプラン ・栄養ケアマネジメント計画書 ・食事選 ・ケース記録	・ケアプラン ・栄養ケアマネジメント計画書 ・ケース記録	介護職と看護師による食事中の利用者の状況把握、及び管理栄養士のミールラウンド、さらに多職種での食事提供検討会議等利用者一人ひとりへの支援を実施されています。	a
② 利用者の食事のベースと心身の負担に配慮している。	■	■						
③ 利用者の心身の状況を適切に把握し、自分でできることは自分で行えるよう支援している。	■	■						
④ 経口での食事摂取を継続するための取組を行っている。	■	■						
⑤ 誤嚥、窒息など食事時の事故発生への対応方法を確立し、日頃から確認、徹底している。	■	■						
⑥ 食事提供、支援・介助方法等について利用者の心身の状況に合わせ、検討と見直しを行っている。	■	■						
⑦ (特養)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。	■	■						
⑧ (特養)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、それに基づく栄養ケアマネジメントを実施している。	■	■						

		判断のポイント	評価の基準と考え方と評価のポイント
	【A13】A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。		
	① 利用者が口腔機能の保持・改善に主体的に取り組むための支援を行っている。	口腔機能の保持・改善に主体的に取り組むための支援事例	(1)目的 ○本評価基準では、利用者の口腔状態を保持・改善するための口腔ケアの取組について評価します。 (2)趣旨・解説 ○利用者自身が口腔の健康に関心を持ち、主体的に口腔機能の保持・改善に努めるよう支援をすることが必要です。 ○利用者の心身の状況や口腔機能の状態に応じて必要な口腔ケアを行います。ここでいう口腔ケアとは、介護報酬の加算にかかわらず、利用者の状態に合わせて実施されているかどうかをさします。 ○口腔ケアは、歯科疾患の予防にとどまらず、肺炎など種々の疾病や認知機能の低下を予防することにもつながります。また、摂食嚥下機能の向上は、栄養状態の改善を促し、口腔機能の向上は要介護状態の進行や生活機能の低下を抑制します。 ○口臭をとり除くことで不快感をなくし、対人関係の円滑化など心理的・社会的な健康を保つ役割があります。 ○口腔ケアの意義や具体的な実施方法などに関する職員への研修を十分に行うことが必要です。 ○(養護、軽費)利用者の心身の状況により、必要に応じて口腔衛生についての支援や助言等を行います。 ○歯科医師、歯科衛生士の助言・指導を受けて、口腔状態及び咀嚼嚥下機能の定期的なチェックを行います。 ○(特養)口腔ケアの実施にあたっては、利用者の口腔清掃の自立度を把握するとともに、一人ひとりに応じた口腔ケア計画を作成し、実施、評価・見直しを行うことが重要です。 ○(特養)口腔機能を保持・改善するための取組として、口腔体操等を実施します。 ○(特養)食後や就寝前に、利用者の状況に応じた口腔ケア及び口腔内のチェックを行い、必要に応じて、義歯の着脱、清潔、保管について援助します。また、利用しやすい洗口スペースを確保する取組なども必要です ○(養護、軽費)利用者の状況に応じ、食後や就寝前に口腔ケア及び口腔内のチェックを行います。また、利用者の自立と生活のリズムに配慮しながら、必要に応じて、義歯の着脱、清潔、保管について援助します。 (3)評価の留意点 ○利用者一人ひとりの心身の状況に応じて口腔ケア等の適切な計画・支援方法が選択され、取組まれているかを確認します。 ○介護職員等と他の専門職がどのように連携・協働し支援しているか、記録等を確認します。 ○食事の提供を行っていない場合は、「非該当」とすることができます。
	② 職員に対して、口腔ケアに関する研修を実施している。	口腔ケアに関する研修	
	③ 歯科医師、歯科衛生士の助言・指導を受けて、口腔状態及び咀嚼嚥下機能の定期的なチェックを行っている。	歯科医師、歯科衛生士による口腔状態の複数回チェック	
	④ (特養)利用者の口腔清掃の自立の程度を把握し、一人ひとりに応じた口腔ケアの計画を作成し、実施と評価・見直しを行っている。	個別の口腔ケア計画の作成	
	⑤ (特養)口腔機能を保持・改善するための取組を行っている。	口腔機能を保持・改善するための取組事例	
	⑥ (特養)食後や就寝前に、利用者の状況に応じた口腔ケア及び口腔内のチェックが実施されている。	日常的に口腔内をチェックする仕組み	
	⑦ (養護、軽費)食後または就寝前に、利用者の状況に応じた口腔ケア及び口腔内のチェックを行っている。	日常的に口腔内をチェックする仕組み	
A-3-(3)褥瘡発生予防・ケア			
	【A14】A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。		
	① 褥瘡対策のための指針を整備し、褥瘡の予防についての標準的な実施方法を確立し取組んでいる。	褥瘡の予防についてのマニュアルの整備	(1)目的 ○本評価基準では、褥瘡の発生予防・ケアについて、標準的な実施方法の確立とそれに基づく取組を評価します。 (2)趣旨・解説 ○褥瘡は、一度できてしまうとなかなか治癒せず、利用者にとっては苦痛を伴います。また、感染症を引き起こす原因となることもあり、発生予防の取組が重要です。 ○褥瘡を予防するには、体位変換や福祉用具の使用、皮膚の清潔、栄養管理など総合的な対応が必要で、関係職種が連携して総合的に取組みます。また、日常生活自立度が低い利用者に対し、褥瘡発生の起因となる身体状況の把握を継続的に行います。 ○褥瘡対策のための指針を整備するとともに、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の標準的な実施方法を確立し、職員が理解し取組んでいることが重要です。 ○標準的な実施方法について職員に周知徹底するため、褥瘡対策に関する研修や個別の指導等の方策を講じます。 ○褥瘡対策のための体制づくりも重要であり、褥瘡対策チームなど医師、看護職員、介護職員、栄養士、機能訓練等の関係職種が検討する場を設けることも有効な取組です。褥瘡を発見した場合は連携して取組めます。 ○万一、褥瘡が発生した場合は、早期発見と治療が重要です。入浴介助やおむつ交換など、皮膚の観察をする頻度が高い介護職員や家族は、褥瘡の前兆を見逃さず、褥瘡予防と悪化防止に努めることが必要です。 ○治癒のためには圧迫・ずれの除去、皮膚の保護、栄養等の環境を整えることが重要です。また、他の部位の新たな褥瘡発生の予防や再発の予防にも注意が必要です。 ○医師等への専門職による相談、指導を積極的に活用することなどにより、最新の情報を収集し、ケアに活かすことが必要です。 ○(特養)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、栄養管理を行うことも必要です。 (3)評価の留意点 ○褥瘡の発生・予防の実施方法、実施状況や取組を具体的に確認します。 ○介護職員等と他の専門職がどのように連携・協力して対応しているか、記録等を確認します。 ○利用者の心身の状況により、褥瘡発生予防・ケアを行っていない場合は、「非該当」とすることができます。
	② 標準的な実施方法について職員に周知徹底するための方策を講じている。	褥瘡の予防についての研修やOJT	
	③ 褥瘡予防対策の関係職員が連携して取組んでいる。	褥瘡予防対策の関係職員が連携状況	
	④ 褥瘡発生後の治癒に向けたケアが行われている。	褥瘡発生後の治癒に向けたケア事例	
	⑤ 褥瘡ケアの最新の情報を収集し、日常のケアに取り入れている。	褥瘡ケアの最新の情報を収集	
	⑥ (特養)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。	褥瘡を食事面から予防するため取り組み事例	

		自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
				取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定	
【A13】A-3-(2)-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。								
	① 利用者が口腔機能の保持・改善に主体的に取り組むための支援を行っている。	■	■	・訪問口腔ケア利用を促すとともに、希望のない方も含め施設の歯科衛生士及び介護職による口腔ケアを毎食後に実施。 ・ご自身で実施可能な方は、準備など必要な支援を行い出来る限りご自身で実施していただいている。 ・口腔の状況に応じた物品の準備 ・往診時や施設歯科衛生士より口腔ケアの注意事項や方法の指導を受け実施している。	・口腔衛生管理加算 ・訪問歯科の往診時記録 ・訪問歯科協会のリーフレット等 ・口腔衛生用品の購入 ・ケース記録 ・申し送りノート	・ケース記録 ・口腔衛生用品の購入 ・ケース記録 ・申し送りノート	施設の歯科衛生士による食事時の見守り支援、及び毎食前の口腔体操や毎食後の口腔ケア、さらに週1回の訪問歯科医の定期的な口腔ケアの実施がなされています。	a	
	② 職員に対して、口腔ケアに関する研修を実施している。	■	■						
	③ 歯科医師、歯科衛生士の助言・指導を受けて、口腔状態及び咀嚼嚥下機能の定期的なチェックを行っている。	■	■						
	(特養)利用者の口腔清掃の自立の程度を把握し、一人ひとりに応じた口腔ケアの計画を作成し、実施と評価・見直しを行っている。	■	■						
	⑤ (特養)口腔機能を保持・改善するための取組を行っている。	■	■						
	⑥ (特養)食後や就寝前に、利用者の状況に応じた口腔ケア及び口腔内のチェックが実施されている。	■	■						
	⑦ (養護、経費)食後または就寝前に、利用者の状況に応じた口腔ケア及び口腔内のチェックを行っている。	■	■						
	⑧ (養護、経費)口腔内に異常が認められた場合、歯科の受診を促している。	■	■						
	A-3-(3)褥瘡発生予防・ケア								
【A14】A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。									
	① 褥瘡対策のための指針を整備し、褥瘡の予防についての標準的な実施方法を確立し取組んでいる。	■	■	・褥瘡委員会を設置し、状況確認や発生予防の取り組みを実施している。 ・機能訓練指導員(作業療法士)や看護師と連携を図り、座位や臥床時のポジショニングの改善や統一実施、エアマットやクッションなどの活用を検討している。 ・嘱託医へ相談しケア方法を確認、統一を図っている。	・会議録 ・褥瘡マネジメント計画書 ・ケース記録 ・往診記録	介護技術マニュアル 褥瘡委員会議事録 ケース記録	管理栄養士による栄養管理、毎月の体重測定でのBMI算出、予防対策としてQC対応等多職種での連携検討を重ねる予防・ケアに取り組んでいます。	a	
	② 標準的な実施方法について職員に周知徹底するための方策を講じている。	■	■						
	③ 褥瘡予防対策の関係職員が連携して取組んでいる。	■	■						
	④ 褥瘡発生後の治癒に向けたケアが行われている。	■	■						
	⑤ 褥瘡ケアの最新の情報を収集し、日常のケアに取り入れている。	■	■						
	⑥ (特養)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。	■	■						

		判断のポイント	評価の基準と考え方と評価のポイント
A-3-(4)介護職員等による喀痰吸引・経管栄養			
【A15】A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。			
① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養の実施についての考え方(方針)と管理者の責任が明確であり、実施手順や個別の計画が策定されている。	介護職員等による喀痰吸引・経管栄養の実施についての考え方(方針)と計画の作成		(1)目的 ○本評価基準では、喀痰吸引や経管栄養を必要とする利用者が、生活の場において、安心・安全に暮らすため介護職員等による喀痰吸引・経管栄養の体制や実施状況等について評価します。
② 喀痰吸引・経管栄養は、医師の指示にもとより適切かつ安全な方法により行っている。	喀痰吸引・経管栄養の実施状況		(2)趣旨・解説 ○喀痰吸引や経管栄養を必要とする利用者が、生活の場において、安心・安全に暮らし続けるためには、利用者の状況に応じて、適切にケアが提供されることが求められます。 ○介護職員等による喀痰吸引・経管栄養等については、福祉施設・事業所の考え方(方針)と責任者の責任を明確にし、業務の手順等を記載した書類等の整備とともに、実施手順や個別の計画を策定して実施します。
③ 医師や看護師の指導・助言のもとが構築されている。	喀痰吸引・経管栄養の安全管理体制		○喀痰吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部)と経管栄養(胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養)については、法令の定める一定の要件を満たす場合に、所定の研修を修了した介護福祉士及び介護職員等(介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者)が実施することができるとされています。
④ 介護職員等の喀痰吸引・経管栄養に関する職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。	喀痰吸引・経管栄養に関する職員研修や職員の個別指導等		○医師の指示と定められた手順、方法などにより実施すること、実施状況の報告書の作成・提出が必要です。 ○医師、看護職員等の医療関係者との連携を確保し、医師の文書による指示のもと適切に実施します。また、実施内容に関する書面を医師・看護職員等とともに作成し、利用者またはその家族に丁寧に説明を行い、同意のもとに実施します。
⑤ 介護職員等の喀痰吸引・経管栄養の研修の機会を確保し、実施体制の充実・強化をはかっている。	喀痰吸引・経管栄養に関する職員研修や実施体制強化		○利用者の生命・身体への影響の大きさを十分に認識したうえで、医師や看護師の指導・助言のもと、安全管理体制を構築します。安全委員会等を設置することなどの安全確保のための体制を整備するとともに、必要な備品の衛生的な管理等が必要となります。 ○職員研修や職員の個別指導等を定期的に行います。あわせて、職員の不安等を把握し、実施体制の見直しなどを継続的に行うことも必要です。 ○利用者のニーズや喀痰吸引・経管栄養の実施状況を把握し、実施体制の見直しや介護職員等の喀痰吸引の研修の受講をすすめるなど、充実・強化をはかることも重要です。
A-3-(5)機能訓練、介護予防			
【A16】A-3-(5)-① 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。			
① 利用者が生活の維持や介護予防に主体的に取組むための支援を行っている。	利用者が主体的に訓練を行える配慮や工夫		(1)目的 ○本評価基準では、利用者の心身の状況に応じた機能訓練・介護予防活動の実施について評価します。
② 利用者の状況に応じて、機能訓練や介護予防活動について、専門職の助言・指導を受けている。	機能訓練・介護予防活動における専門職の連携		(2)趣旨・解説 ○要介護度の改善や機能の向上をはかるだけではなく、利用者本人が現在もっている機能を維持するための働きかけが重要であり、利用者の心身の状況に応じた機能訓練や介護予防活動の取組が必要です。
③ (特養)日々の生活動作の中で、意図的な機能訓練や介護予防活動を行っている。	日々の生活動作における機能訓練・介護予防活動の取り組み事例		○(特養)機能訓練、介護予防活動は、医師の指示に基づきリハビリテーションや機能訓練室における訓練だけではなく、日々の生活動作の中で行うことも重要です。 ○(特養)レクリエーション、趣味活動、行事等において、利用者が主体的に訓練を行えるような工夫をします。
④ 一人ひとりに応じた機能訓練や介護予防活動を計画的に行い、評価・見直しをしている。	個別に機能訓練のプログラムの作成		○(養護、軽費)社会生活の維持や介護予防について、利用者が主体的に取組むことができるよう支援します。 ○(特養、養護)機能訓練の実施にあたっては、利用者の状況に応じて、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の専門職の助言・指導を得ながら、機能訓練を検討・実施します。
⑤ 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。	判断能力の低下や認知症の症状の医療機関連携状況		○(特養)機能訓練が必要な利用者に対しては、一人ひとりに応じたプログラムを作成し、実施します。 ○(特養)機能訓練を必要としない利用者に対しても、介護予防活動や身体を動かすプログラムを提供します。 ○判断能力の低下や認知症の症状の早期発見に努め、医師・医療機関等と連携することが重要です。 ○(養護、軽費)利用者の心身の状況に合わせ、介護予防活動を行うよう働きかけます。必要に応じて、地域で開催されている健康教室、サロン活動等への参加を働きかけます。

		自己 評価	第 三 者 評 価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
				取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
A-3-(4)介護職員等による喀痰吸引・経管栄養								
【A15】A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。								
① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養の実施についての考え方(方針)と管理者の責任が明確であり、実施手順や個別の計画が策定されている。		■	■	・医師の指示書のもと、必要に応じ看護師にて吸引が安全にできるようにしている。 ・吸引が必要な場合は、看護師へ報告し安全に吸引をじしつ敷いている。	・吸引等指示書	・吸引等指示書	喀痰吸引の実施は医師の指示書のもと看護師のみで行われています。夜間においては家族の同意の上拭き取りでの対応となっています。今後夜間の実施体制の充実を図ることが期待されます。	b
② 喀痰吸引・経管栄養は、医師の指示にもとづく適切かつ安全な方法により行っている。		■	■					
③ 医師や看護師の指導・助言のもと安全管理体制が構築されている。		■	■					
④ 介護職員等の喀痰吸引・経管栄養に関する職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。		■	□					
⑤ 介護職員等の喀痰吸引・経管栄養の研修の機会を確保し、実施体制の充実・強化をはかっている。		■	□					
A-3-(5)機能訓練、介護予防								
【A16】A-3-(5)-① 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。								
① 利用者が生活の維持や介護予防に主体的に取り組むための支援を行っている。		■	■	・利用者、家族より、意向を確認し、ケアプラン、機能訓練計画書を作成し、残存機能を活かし、状態に配慮したケアを実施している。 ・生活リハビリを中心とし、残存機能を活かし、排泄、食事、入浴、移動・移乗などの動作の介助にあたっている。	・ケアプラン ・個別機能訓練計画	・ケアプラン ・個別機能訓練計画	医師の指示に基づくリハビリテーションや機能訓練のみならず日々の生活において車いすではなく歩行器を使つての立位保持、お箸を使用しての指の機能や脳の活性化等、利用者が主体的に取り組めるように支援しています。	a
② 利用者の状況に応じて、機能訓練や介護予防活動について、専門職の助言・指導を受けている。		■	■					
③ (特養)日々の生活動作の中で、意図的な機能訓練や介護予防活動を行っている。		■	■					
④ 一人ひとりに応じた機能訓練や介護予防活動を計画的に行い、評価・見直しをしている。		■	■					
⑤ 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。		■	■					

		判断のポイント	評価の基準と考え方と評価のポイント
A-3-(6)認知症ケア			
【A17】A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。			
① 利用者一人ひとりの日常生活能力や機能、生活歴について適切にアセスメントを行っている。	日常生活能力や機能、生活歴についてのアセスメント	(1)目的 ○本評価基準では、認知症にある利用者の心身の状況や意向を踏まえ、尊厳を尊重し、その人らしく生活ができるような日常生活や活動の支援・配慮について評価します。	
② あらゆる場面で、職員等は利用者に対して、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。	支持的、受容的な関わり、態度を重視した援助の取り組み事例	(2)趣旨・解説 ○認知症に関する正確な知識をもとに、利用者一人ひとりの生活と必要とされる支援を把握したうえで、利用者の尊厳を基本とした認知症ケアを実施することが必要です。 ○日常生活において利用者が自ら行えることを評価し、その力が十分発揮できるように支援します。自らの力を発揮することで自尊心が高められるよう配慮します。 ○一日のメリハリづけや季節感が感じられるような工夫や情緒に訴えるような働きかけを通じて、精神活動の活性化等に配慮し、日中の生活ができるだけ活動的となるよう支援します。 ○利用者への関わり方を振り返り、認知症の行動・心理症状(BPSD)の原因、行動パターンや危険性等について、十分理解して支援にあたる必要があります。 ○認知症による行動・心理症状(BPSD)を早急に抑制しようとするのではなく、環境を整備したり、受容的な態度で行動を受けとめます。職員等は、生活のあらゆる場面で利用者に配慮して、支持的・受容的な関わりや態度を重視した援助を行います。 ○職員が、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な研修を行うことも必要です。 ○認知症の利用者が、安心・安全で落ち着ける環境となるように改善し工夫することは、その人らしい生活を送るための重要な支援です。利用者一人ひとりの環境変化への適応状況に配慮するとともに、利用者の行動を制限することのないよう工夫することが必要です。 ○利用者が安心して落ち着いて過ごせるよう、一人ひとりの認知症の状態に合わせた支援や生活上の配慮、プログラムを行います。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ます。 ○利用者同士の関係・関わりについても配慮し、安心して過ごすことができるよう取組むことも必要です。 ○医師及び看護師等の関係職員と連携のもと、行動・心理症状(BPSD)について分析を行い、支援内容を検討します。	
③ 行動・心理症状(BPSD)がある利用者には、一定期間の観察と記録を行い、症状の改善に向けたケアや生活上の配慮を行っている。	認知症の周辺症状の原因、行動パターンや危険性等について、配慮や工夫	(3)評価の留意点 ○認知症の状態に応じた支援の実施方法、実施状況や取組を確認します。	
④ 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。	認知症ケアに関する研修を定期的(年1回以上)な開催		
⑤ 認知症の利用者が安心して落ち着ける環境づくりの工夫を行っている。	認知症の利用者が落ち着ける環境づくりの工夫		
⑥ 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。	認知症の方の継続的な活動プログラム		
⑦ 医師及び看護師等の関係職員との連携のもと、行動・心理症状(BPSD)について分析を行い、支援内容を検討している。	認知症の周辺症状について、医療スタッフ等と連携状況		
A-3-(7)急変時の対応			
【A18】A-3-(7)-① 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、取組を行っている。			
① 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、取組んでいる。	利用者の体調変化の対応の手順のマニュアル整備	(1)目的 ○本評価基準では、利用者の体調変化時の対応手順の確立と、迅速に対応するための具体的な取組を確認し、評価します。	
② 日々の利用者の健康確認と健康状態の記録を行っている。	カルテ等、利用者個々に健康状態の記録整備	(2)趣旨・解説 ○利用者一人ひとりの日々の体調を把握するとともに、体調変化時には的確かつ迅速に対応する手順を医師との連携のもとに明確にしておくことが重要です。 ○利用者一人ひとりの日々の状況を十分に把握し、わずかな体調変化や異変の兆候に早く気づくための取組や工夫と情報共有が必要でです。 ○(養護、経費)健康診断の結果に基づいて必要があれば、嘱託医やかかりつけ医等の医療機関と連携した対応が必要です。 ○職員に対しては、高齢者の健康管理や病氣、薬の効果や副作用等に関する研修を実施します。 ○体調急変時の対応について、研修や個別の指導等により職員に周知徹底するための方策を講じることが重要です。 ○看護職員及び介護職員等は、日々利用者の健康チェックを行い、その結果を記録し、介護に関わる職員等へ周知します。看護職員のみで行うのでなく、もっとも利用者と接する機会の多い介護職員も看護職員と連携して、健康チェック、健康管理に加わることが必要です。	
③ 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。	利用者の体調変化や異変の兆候に早く気づくための配慮や工夫	(3)評価の留意点 ○利用者の体調変化時の連絡体制や対応の方法、取組を確認します。 ○体調変化時の対応に関する研修や個別指導等の方法、実施状況等を確認します。	
④ 職員に対して、高齢者の健康管理や病氣、薬の効果や副作用等に関する研修を実施している。	職員全員に健康や薬についての研修実施		
⑤ 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。	体調変化時の対応について、研修やOJTにおける指導		
⑥ 利用者の状況に応じて、職員が適切に服薬管理または服薬確認をしている。	服薬管理または服薬確認の方法のマニュアル整備		

		自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
				取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
A-3-(6)認知症ケア								
【A17】A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。								
①	利用者一人ひとりの日常生活能力や機能、生活歴について適切にアセスメントを行っている。	■	■	・ケアプランに沿ったケアを実施している ・日々の状態に応じ班職員や必要に応じ専門職と連携を図り支援方法を検討し実施している。	・ケース記録 ・ケアプラン	・ケース記録 ・ケアプラン	周辺症状が見られた時、ビデオ撮影にて記録を取り、精神科医に提出しています。対応やケア等についての助言を得て、支援の取り組みをしています。又、利用者一人ひとりの症状に合わせリハビリテーションやレクリエーションの参加を継続的にできるよう工夫をされています。	a
②	あらゆる場面で、職員等は利用者に対応して、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。	■	■					
③	行動・心理症状(BPSD)がある利用者には、一定期間の観察と記録を行い、症状の改善に向けたケアや生活上の配慮を行っている。	■	■					
④	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。	■	■					
⑤	認知症の利用者が安心して落ち着ける環境づくりの工夫を行っている。	■	■					
⑥	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。	■	■					
⑦	医師及び看護師等の関係職員との連携のもと、行動・心理症状(BPSD)について分析を行い、支援内容を検討している。	■	■					
A-3-(7)急変時の対応								
【A18】A-3-(7)-① 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、取組を行っている。								
①	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、取組んでいる。	■	■	・介護職、看護師により日々の状態確認を行っている。 ・申し送り(口頭、記録)を徹底し、急変時の早期対応が図れるようにしている。 ・介助時に体調変化や異常がみられた際には、看護師へ報告し、主治医との連携を図り、受診や処方薬での対応等実施している。 ・24時間体制で嘱託医や看護師と連携が図れるようにしている。 ・救急対応マニュアルを作成し、救急搬送等看護職がいなくても救急対応ができるようにしている。 ・新入職員に対して実施する入職時研修時、前年度の中途採用者も含めて、消防署から人形を借りるなどして実際に救急対応の研修を実施している。	・急変時、救急対応マニュアル ・ケース記録	・急変時、救急対応マニュアル ・ケース記録	ケアカルテ(新しい介護ソフト)で最新情報を共有し、申し送りの徹底や24時間体制でのオンコール対応等、緊急時の体制が確立しています。	a
②	日々の利用者の健康確認と健康状態の記録を行っている。	■	■					
③	利用者の体調変化や異常の兆候に早く気づくための工夫をしている。	■	■					
④	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。	■	■					
⑤	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。	■	■					
⑥	利用者の状況に応じて、職員が適切に服薬管理または服薬確認をしている。	■	■					

		判断のポイント	評価の基準と考え方と評価のポイント
A-3-(8)終末期の対応			
【A19】A-3-(8)-①利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。			
① 利用者が終末期を迎えた場合の対応について方針と手順が明らかになっている。	利用者が終末期を迎えた場合の対応について手順	終末期のケアに関する医師・医療機関等との連携体制 終末期の対応についての説明と連絡体制 職員全員に終末期のケアに関する研修の実施 終末期のケアに携わる職員等に精神的なケアの実施状況 施設での看取り介護を行う体制状況	(1)目的 ○本評価基準では、終末期を迎える利用者のための対応手順の確立とそれに基づく具体的な取り組みについて確認し、評価します。 (2)趣旨・解説 ○利用者の尊厳を尊重するとともに、家族への精神的ケアにも配慮し、最期の瞬間まで安らかな気持ちで生きることができるよう支援することが必要です。 ○利用者が終末期を迎えた場合の福祉施設・事業所の方針、対応の手順を明らかにし、職員間で合意形成をはかります。 ○終末期ケアの実施にあたっては、医師・医療機関や訪問看護事業所等、それぞれの福祉施設・事業所に応じて必要な連携体制を確保します。 ○利用者・家族に対し、利用者が終末期を迎えた場合の福祉施設・事業所の方針、提供できる環境やケア等について契約時・入所時及び必要な時期に説明し意向を確認します。 ○家族への連絡方法についても、留守の場合の連絡先を含め具体的に確認しておくことが必要です。 ○実際に、利用者が終末期を迎えた時には、あらかじめ確認した対応方法を基本としつつ、利用者・家族の意向を確認しながら対応します。 ○職員に対して、終末期のケアについての研修とともに、職員の精神的な負担に配慮して精神的ケアを適切に実施します。 ○できるだけ利用者・家族の希望に沿った終末期のケアが行えるように、体制を整備し取組を行います。 (3)評価の留意点 ○終末期の対応についての方針と利用者が終末期を迎えた場合のケア等の実施方法、実施状況や取組を確認します。 ○終末期の対応について、利用者・家族の希望の確認方法、また希望に応じた体制作りをどのように検討・実施しているかを確認します。 ○(経費)終末期の対応について、医師・医療機関や訪問看護事業所等との連携体制や取組を確認します。 ○終末期のケアを実施していない場合には、福祉施設・事業所の方針が明確化されているか確認したうえで、利用者・家族の意向の確認方法と同意の状況を確認します。 ○さらに、利用者が終末期を迎えた際の具体的な対応について、対応やケアを行う医師・医療機関、施設・事業所等との連携・調整の実施など、利用者・家族の意向とあらかじめ定めた方針と手順に沿って、必要となる調整や支援がなされているか確認し評価します。 ○(経費)福祉施設・事業所での取組の状況によっては、「非該当」とすることができます。
② 医師・医療機関等との必要な連携体制を確立している。	終末期のケアに関する医師・医療機関等との連携体制		
③ 利用者及び家族に終末期を迎えた場合の意向の確認と福祉施設・事業所での対応・ケアについて説明し、対応している。	終末期の対応についての説明と連絡体制		
④ 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。	職員全員に終末期のケアに関する研修の実施		
⑤ 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。	終末期のケアに携わる職員等に精神的なケアの実施状況		
A-4 家族等との連携			
A-4-(1)家族との連携			
【A20】A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。			
① 家族に対し、定期的及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、定期的(年2回以上)に利用者の状況を文章で報告	家族に対し、要望を聞く機会(年2回以上)の確保 利用者個々の家族との相談の定期的(年2回以上)開催 利用者と家族がつながりをもてる取組や工夫	(1)目的 ○本評価基準では、利用者の家族等(家族、成年後見人等)との連携や家族への支援の取組について評価します。 (2)趣旨・解説 ○家族は、利用者にとって介護者であり、利用者本人の代理者や後見人となる場合があります。利用者本人の支援にあたり、利用者と家族等のそれぞれの立場を理解して、適切に連携と支援をすることが必要です。 ○家族との関係は単に支援をする側とされる側ではなく、利用者をともに支えるパートナーとして、日頃から連携・協力して利用者を支えることが大切です。 ○利用者の意向や家族関係に十分に配慮しながら、定期的及び利用者の体調不良や急変時の家族等への報告・連絡ルールを福祉施設・事業所として明確にし、あらかじめ定めた家族等への報告・連絡や情報提供を適切に行います。(訪問介護については、同居家族がいる利用者であっても、その家族に報告することが必要です。) ○利用者の状況など報告すべき事項については、必ず家族に伝わるよう伝達方法を工夫します。 ○家族のサービス・施設(事業所)運営等に対する要望を聴き取り、利用者の意向を踏まえたうえで、サービス内容・施設(事業所)運営に活かしていきます。 ○家族支援の観点から、家族との相談を定期的及び必要時に行います。また、その内容を記録し、福祉施設・事業所の取組に活かすようにします。 ○利用者と家族がつながりをもてるよう、暮らしや介護に家族も関われる場面や機会の提供、面会しやすい環境をつくるのが大切です。 ○行事等について家族に日程等を案内するなど、家族が参加できるようにするとともに、家族の面会時などには、利用者の近況を報告します。 (3)評価の留意点 ○利用者の家族等の連携と支援の実施方法、実施状況や取組を確認します。 ○利用者の家族への連絡・報告の手順と実施状況を確認します。 ○(養護)家族との関係を持たない、または連絡をとらない等のさまざまな事情の利用者がいますので、施設が個別の事情を踏まえたうえで、どのような対応や支援、家族との連絡を行っているのか、状況を確認します。
② 利用者の状況など報告すべき事項は、必ず家族に伝わるよう伝達方法を工夫している。	必要事項が家族に伝わるよう伝達方法の工夫		
③ 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。	家族に対し、要望を聞く機会(年2回以上)の確保		
④ 家族との相談を定期的及び必要時に行っている。また、その内容を記録している。	利用者個々の家族との相談の定期的(年2回以上)開催		
⑤ 利用者と家族がつながりをもてるよう、取組や工夫をしている。	利用者と家族がつながりをもてる取組や工夫		

	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
A-3-(8)終末期の対応							
【A19】A-3-(8)-①利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。							
① 利用者が終末期を迎えた場合の対応について方針と手順が明らかになっている。	■	■	・看取り指針、マニュアルを作成し、最期まで尊厳に配慮したケアが実施できるよう実施している。 ・入所契約時に看取り指針について、家族への説明を行っている。 ・最期まで介護職、看護職、リハ、歯科衛生士が連携を図り、対応している。 ・デスカンファを実施し、今後の介護方法などの検討、職員のグリーフケアに努めている。	・看取り委員会会議録 ・看取り指針・マニュアル ・ケース記録	・看取り委員会会議録 ・看取り指針・マニュアル ・ケース記録	入所契約時に、利用者家族等に対して利用者が終末期を迎えた場合に備えて「看取りの指針」について説明し同意を得るようにされています。眠りSCANの使用により呼吸や心拍数の測定ができることで利用者の状態を可視化、リアルタイムに把握できる支援システムの活用にて必要な連携体制を確保されています。 さらに、利用者、家族の希望に沿った終末期のケアが行えるように体制を整備し取り組むことを期待します。	a
② 医師・医療機関等との必要な連携体制を確立している。	■	■					
③ 利用者及び家族に終末期を迎えた場合の意向の確認と福祉施設・事業所での対応・ケアについて説明し、対応している。	■	■					
④ 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。	■	■					
⑤ 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。	■	■					
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⑥ できる限り施設での終末期のケアを行う体制を整え取組を行っている。	■	■					
A-4 家族等との連携							
A-4-(1)家族との連携							
【A20】A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。							
① 家族に対し、定期的及び変化があった時に利用者の状況を報告している。	■	■	・月1回身元引受人へ生活状況が分かるよう写真付きの手紙を送付している。 ・状態変化があった際には、ご家族へ連絡を取り、支援の方法を検討している。 ・コロナのため、面会は制限しているが、週1回15分間の面会を予約制にて実施している。	・面会予約 ・ケース記録 ・ケアプラン ・手紙	左記の通り	利用者や家族の意向に添って、左記の通り行われています。 ・月1回家族へ生活状況が分かるよう写真付きの手紙「おたより」を送付されています。状態変化があった際には、ご家族へ連絡を取り、支援の方法を検討されています。 ・コロナ禍の影響で、現在は面会制限されていますが、週1回15分間の面会を予約制にて実施されています。	a
② 利用者の状況など報告すべき事項は、必ず家族に伝わるよう伝達方法を工夫している。	■	■					
③ 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。	■	■					
④ 家族との相談を定期的及び必要時に行っている。また、その内容を記録している。	■	■					
⑤ 利用者と家族がつながりをもてるよう、取組や工夫をしている。	■	■					

	判断のポイント	評価の基準と考え方と評価のポイント
A-5 その他		
【A21】A-5-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。		
① 必要なときには、職員・地域のボランティア等、いずれかの人からの介助や支援・助言を受けられる体制を整えている。 ② 地域のガイドマップやイベント等の情報を普段から収集するよう努め、利用者に提供している。 ③ 外出に伴う安全確保や不測の事態に備えて、利用者に必要な学習を行うとともに、連絡先を明示したカード等を準備し、利用している。	職員・ボランティアによる外出の支援体制 外出に必要な情報の提供 利用者に外出に必要な学習と連絡カードの提供	○本評価基準では、利用者の希望に応じた外出が行われるように、利用者の外出に関するルール化の方法、外出援助の体制整備について評価します。
【A22】A-5-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。		
① 郵便や電話などを利用したい時に、いつでも利用できる工夫をしている。 ② 郵便や電話などの利用時のプライバシーに配慮している。	郵便や電話の利用についての配慮や工夫 郵便の取扱いや電話の取次ぎなどにおけるプライバシーの配慮	○電話や郵便等の利用が職員に気兼ねなくできることを評価します。 ○時間帯(早朝・深夜帯)による制限や、利用者一人ひとりのサービス提供の目標を達成するために必要な個別の制限については、「いつでも」という評価には含みません。 ○利用者の電話を職員が聞くことのないように、職員詰所と電話の設置場所を離したり、個室化する等の配慮が必要となります。 [例 示] ○便せんや封筒、切手類を自由に購入でき、また自由に投函できる設備等を工夫している。 ○自室に電話やファクシミリを設置している。
【A23】A-5-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。		
① 新聞・雑誌を個人で購読できる。 ② テレビやラジオ等を個人で所有できるように便宜を図っている。 ③ 新聞・雑誌やテレビ等の共同利用の方法について、利用者間の話し合いで決めている。	新聞、雑誌を個人購読している実績 アンテナやコンセントの配置など、テレビやラジオ等を個人で所有できるような配慮 共同利用の方法について、関係利用者の協議	○本評価基準では、新聞、雑誌、テレビ等の情報媒体や情報機器を、利用者の意思や希望が尊重され、その意思や希望に添って利用できるようにするために、施設はどのような工夫を行っているか、その具体的取組について評価します。

			自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
					取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定	
A-5 その他										
	【A21】A-5-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。									
	① 必要ときには、職員・地域のボランティア等、いずれかの人からの介助や支援・助言を受けられる体制を整えている。	■	■	・気候の良い頃や木々の変化がみられる季節には「ドライブ」を計画し実施している。	・行事計画書	左記の通り	・コロナ禍の影響により、外出やイベントへの参加を控えているが、定期的に季節に応じた場所へ利用者でドライブに外出しています。 ・今後は、さらに利用者の希望に応じた外出が行われるように、体制整備(情報提供、安全対策など)が望まれます。	b		
	② 地域のガイドマップやイベント等の情報を普段から収集するよう努め、利用者に提供している。	□	■							
	③ 外出に伴う安全確保や不測の事態に備えて、利用者に必要な学習を行うとともに、連絡先を明示したカード等を準備し、利用している。	□	□							
	【A22】A-5-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。									
	① 郵便や電話などを利用したい時に、いつでも利用できる工夫をしている。	■	■	・充電や操作、管理が可能な方に関しては、携帯電話の持ち込みを可能としている。 ・必要に応じ施設の電話を使用することも可能としている。			管理が可能な方に関しては、携帯電話の持ち込みを可能として、充電や操作の支援をされています。	a		
	② 郵便や電話などの利用時のプライバシーに配慮している。	■	■							
	【A23】A-5-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。									
	① 新聞・雑誌を個人で購読できる。	■	■	・個人購入やご家族の持ち込みは可能としている。 ・施設でも各階で購入しており、共有物品として閲覧可能としている。			新聞・雑誌の購読は個人購入やご家族の持ち込みは可能とされて、施設でも各階で購入しており、共有物品として閲覧可能となっています。また、テレビなどは利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮されています。	a		
	② テレビやラジオ等を個人で所有できるように便宜を図っている。	■	■							
	③ 新聞・雑誌やテレビ等の共同利用の方法について、利用者間の話し合いで決めている。	■	■							