# 評価結果表

# 共通項目（入所系サービス）

## Ⅰ　福祉サービスの基本方針と組織

### １　理念・基本方針

（１）理念、基本方針が確立・周知されている。

| ①　理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | 6 /６項目 |
|---|---|
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | |
| ✓ | 理念、基本方針法人、福祉施設・事業所内の文書や広報媒体(パンフレット、ホームページ等）に記載されている。 |
| ✓ | 理念は、法人、福祉施設・事業所が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人、福祉施設・事業所の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 |
| ✓ | 基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。 |
| ✓ | 理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。 |
| ✓ | 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。 |
| ✓ | 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。 |

### ２　経営状況の把握

（１）経営環境の変化等に適切に対応している。

| 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。 | 4 /４項目 |
|---|---|
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | |
| ✓ | 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。 |
| ✓ | 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。 |
| ✓ | 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。 |
| ✓ | 定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。 |

| ②　経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 | 4 /４項目 |
|---|---|
| ✓ | 経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。 |
| ✓ | 経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）間での共有がなされている。 |
| ✓ | 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。 |
| ✓ | 経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。 |

## ３　事業計画の策定

（１）中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

| 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。 | 4 /４項目 |
|---|---|
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | |
| ✓ | 中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。 |
| ✓ | 中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。 |
| ✓ | 中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。 |
| ✓ | 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。 |
| 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。 | 4 /４項目 |
| ✓ | 単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。 |
| ✓ | 単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。 |
| ✓ | 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。 |
| ✓ | 単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。 |

（２）事業計画が適切に策定されている。

| 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。 | 5 /５項目 |
|---|---|
| ✓ | 事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。 |
| ✓ | 計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。 |
| ✓ | 事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。 |
| ✓ | 評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。 |
| ✓ | 事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等が）されており、理解を促すための取組を行っている。 |
| ②　事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。 | 4 /４項目 |
| ✓ | 事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知（配布、掲示、説明等）されている。 |
| ✓ | 事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。 |
| ✓ | 事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。 |
| ✓ | 事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。 |

## ４　福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

（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。

| | | |
|---|---|---|
| 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。 | | 4 /４項目 |
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | | |
| ✓ | 組織的にＰＤＣＡサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。 | |
| ✓ | 福祉サービスの内容について組織的に評価（C：Check）を行う体制が整備されている。 | |
| ✓ | 定められた評価基準にもとづいて、年に１回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。 | |
| ✓ | 評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。 | |
| 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。 | | 5 /５項目 |
| ✓ | 評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。 | |
| ✓ | 職員間で課題の共有化が図られている。 | |
| ✓ | 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。 | |
| ✓ | 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。 | |
| ✓ | 改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。 | |

# Ⅱ　組織の運営管理

## １　管理者の責任とリーダーシップ

（１）管理者の責任が明確にされている。

| | | |
|---|---|---|
| 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。 | | 4 /４項目 |
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | | |
| ✓ | 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。 | |
| ✓ | 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。 | |
| 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。 | | 4 /４項目 |
| ✓ | 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。 | |
| ✓ | 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。 | |
| ✓ | 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。 | |
| ✓ | 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。 | |

（２）管理者のリーダーシップが発揮されている。

| 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。 | 5 /５項目 |
|---|---|
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 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。 |
| ② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。 | 4 /４項目 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 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。 |

## ２　福祉人材の確保・育成

（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。

| 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。 | 4 /４項目 |
|---|---|
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | |
| ✓ | 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。 |
| ✓ | 福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。 |
| ✓ | 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。 |
| ✓ | 法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。 |
| ② 総合的な人事管理が行われている。 | 6 /６項目 |
| ✓ | 法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。 |
| ✓ | 人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。 |
| ✓ | 一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。 |
| ✓ | 職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。 |
| ✓ | 把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。 |
| ✓ | 職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができている。 |

（２）職員の就業状況に配慮がなされている。

| | | |
|---|---|---|
| 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。 | 7 /８項目 |
| ✓ | 職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。 | |
| ✓ | 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。 | |
| ✓ | 職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。 | |
| ✓ | 定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。 | |
| ✓ | 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。 | |
| ✓ | ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。 | |
| | 改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。 | |
| ✓ | 福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。 | |

（３）職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

| | | |
|---|---|---|
| ① | 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 | 5 /５項目 |
| ✓ | 組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。 | |
| ✓ | 個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。 | |
| ✓ | 職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。 | |
| ✓ | 職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。 | |
| ✓ | 職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末（期末）面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。 | |
| 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。 | 5 /５項目 |
| ✓ | 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。 | |
| ✓ | 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。 | |
| ✓ | 策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。 | |
| ✓ | 定期的に計画の評価と見直しを行っている。 | |
| ✓ | 定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。 | |

| | | |
|---|---|---|
| ③ | 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。 | 5 /５項目 |
| ✓ | 個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。 | |
| ✓ | 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なＯＪＴが適切に行われている。 | |
| ✓ | 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。 | |
| ✓ | 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。 | |
| ✓ | 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。 | |

（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。

| | | |
|---|---|---|
| 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。 | 5 /５項目 |
| ✓ | 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。 | |
| ✓ | 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。 | |
| ✓ | 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。 | |
| ✓ | 指導者に対する研修を実施している。 | |
| ✓ | 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。 | |

## ３　運営の透明性の確保

（１）運営の透明性を確保するための取組が行われている。

| | | |
|---|---|---|
| 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。 | 5 /５項目 |
| | 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | |
| ✓ | 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。 | |
| 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。 | 4 /４項目 |
| ✓ | 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。 | |
| ✓ | 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。 | |
| ✓ | 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。 | |
| ✓ | 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。 | |

## ４　地域との交流、地域貢献

（１）地域との関係が適切に確保されている。

| 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。 | 5 /５項目 |
|---|---|---|
| | 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | |
| ✓ | 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。 | |
| ✓ | 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。 | |
| ✓ | 利用者の個別的状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。 | |
| ✓ | 福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。 | |
| ✓ | 利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。 | |
| 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。 | 5 /５項目 |
| ✓ | ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。 | |
| ✓ | 地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。 | |
| ✓ | ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。 | |
| ✓ | ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。 | |
| ✓ | 学校教育への協力を行っている。 | |

（２）関係機関との連携が確保されている。

| 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。 | 5 /５項目 |
|---|---|---|
| ✓ | 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。 | |
| ✓ | 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。 | |
| ✓ | 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 | |
| ✓ | 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。 | |
| ✓ | 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。 | |

（３）地域の福祉向上のための取組を行っている。

| 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 /１項目 |
|---|---|---|
| ✓ | 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。 | |

| ② | 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | 5 | /５項目 |
|---|---|---|---|
| ✓ | 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。 | | |
| ✓ | 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。 | | |
| ✓ | 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。 | | |
| ✓ | 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。 | | |
| ✓ | 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。 | | |

## Ⅲ　適切な福祉サービスの実施

### １　利用者本位の福祉サービス

（１）利用者を尊重する姿勢が明示されている。

| 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。 | 5 | /５項目 |
|---|---|---|---|
| | 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | | |
| ✓ | 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。 | | |
| ✓ | 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。 | | |
| ✓ | 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。 | | |
| ✓ | 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。 | | |
| ✓ | 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。 | | |
| ② | 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 | 4 | /４項目 |
| ✓ | 利用者のプライバシー保護について、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記した規程・マニュアル等が整備され、職員への研修によりその理解が図られている。 | | |
| ✓ | 規程・マニュアル等にもとづいて、プライバシーに配慮した福祉サービスが実施されている。 | | |
| ✓ | 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れるよう設備等の工夫を行っている。 | | |
| ✓ | 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。 | | |

（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。

| | | |
|---|---|---|
| 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。 | 5 /５項目 |
| ✓ | 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。 | |
| ✓ | 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。 | |
| ✓ | 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別にていねいな説明を実施している。 | |
| ✓ | 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 | |
| ✓ | 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。 | |
| 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。 | 5 /５項目 |
| ✓ | サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。 | |
| ✓ | サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。 | |
| ✓ | 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。 | |
| ✓ | サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。 | |
| ✓ | 意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。 | |
| 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。 | 4 /４項目 |
| ✓ | 福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。 | |
| ✓ | 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。 | |
| ✓ | 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。 | |
| ✓ | 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。 | |

（３）利用者満足の向上に努めている。

| | | |
|---|---|---|
| ① | 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | 5 /５項目 |
| ✓ | 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 | |
| ✓ | 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。 | |
| ✓ | 職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。 | |
| ✓ | 利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。 | |
| ✓ | 分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。 | |

（４）利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

| | | |
|---|---|---|
| ① | 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 | 6 /７項目 |
| ✓ | 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。 | |
| ✓ | 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。 | |
| ✓ | 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。 | |
| ✓ | 苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。 | |
| ✓ | 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。 | |
| | 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。 | |
| ✓ | 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。 | |
| 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。 | 3 /３項目 |
| ✓ | 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。 | |
| ✓ | 利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。 | |
| ✓ | 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。 | |
| 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。 | 4 /６項目 |
| | 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。 | |
| | 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。 | |
| ✓ | 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。 | |
| ✓ | 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。 | |
| ✓ | 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。 | |
| ✓ | 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 | |

（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。

| | | |
|---|---|---|
| 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。 | 6 /６項目 |
| ✓ | リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。 | |
| ✓ | 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。 | |
| ✓ | 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。 | |
| ✓ | 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。 | |
| ✓ | 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。 | |
| ✓ | 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。 | |

| | | |
|---|---|---|
| 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。 | 6 /６項目 |
| ✓ | 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。 | |
| ✓ | 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。 | |
| ✓ | 担当者等を中心にして、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。 | |
| ✓ | 感染症の予防策が適切に講じられている。 | |
| ✓ | 感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。 | |
| ✓ | 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。 | |
| 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。 | 5 /５項目 |
| ✓ | 災害時の対応体制が決められている。 | |
| ✓ | 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。 | |
| ✓ | 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。 | |
| ✓ | 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。 | |
| ✓ | 防災計画等を整備し、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。 | |

## ２　福祉サービスの質の確保

（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。

| | | |
|---|---|---|
| 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。 | 4 /４項目 |
| | 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | |
| ✓ | 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 | |
| ✓ | 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。 | |
| ✓ | 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。 | |
| ✓ | 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。 | |
| 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。 | 4 /４項目 |
| ✓ | 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。 | |
| ✓ | 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に実施されている。 | |
| ✓ | 検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されている。 | |
| ✓ | 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。 | |

（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。

| | | |
|---|---|---|
| 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。 | 7 /７項目 |
| ✓ | 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。 | |
| ✓ | アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。 | |
| ✓ | 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。 | |
| ✓ | 福祉サービス実施計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。 | |
| ✓ | 福祉サービス実施計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。 | |
| ✓ | 福祉サービス実施計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。 | |
| ✓ | 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。 | |
| 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。 | 4 /４項目 |
| ✓ | 福祉サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。 | |
| ✓ | 見直しによって変更した福祉サービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。 | |
| ✓ | 福祉サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。 | |
| ✓ | 福祉サービス実施計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。 | |

（３）福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

| | | |
|---|---|---|
| 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。 | 6 /６項目 |
| ✓ | 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。 | |
| ✓ | サービス実施計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。 | |
| ✓ | 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。 | |
| ✓ | 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。 | |
| ✓ | 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。 | |
| ✓ | パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。 | |

| ② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | 6 /６項目 |
|---|---|
| ✓ | 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。 |
| ✓ | 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。 |
| ✓ | 記録管理の責任者が設置されている。 |
| ✓ | 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。 |
| ✓ | 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 |
| ✓ | 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。 |

# 内容評価項目（入所系サービス）

## Ａ－１　生活支援の基本と権利擁護

### （１）生活支援の基本

| 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。 | 8 /８項目 |
|---|---|
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | （特養）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。 |
| ✓ | （特養）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。 |
| 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。 | 7 /７項目 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいが徹底されている。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | （特養、通所介護、養護、軽費）利用者が話したいことを話せる機会をつくっている。 |
| ✓ | （特養、通所介護、養護、軽費）会話の不足している利用者には特に気を配り、日常生活の各場面でも話をしてもらえるようにしている。 |

（２）権利擁護

| ①　利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 | 7 /７項目 |
|---|---|
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行っている。 |
| ✓ | 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等を明確に定め、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。 |
| ✓ | 権利擁護のための取組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。 |
| ✓ | 権利侵害が発生した場合に再発防止策等を検討し理解・実践する仕組みが明確化されている。 |

Ａ－２　環境の整備

（１）利用者の快適性への配慮

| 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。 | 4 /４項目 |
|---|---|
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | （特養、養護、軽費）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。 |

## Ａ－３　生活支援

### （１）利用者の状況に応じた支援

| | | |
|---|---|---|
| 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。 | | 11 /11項目 |
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | | |
| ✓ | 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。 | |
| ✓ | 安全・快適に入浴するための取組を行っている。 | |
| ✓ | 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。 | |
| ✓ | 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。 | |
| ✓ | （特養、通所介護、養護、軽費）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。 | |
| ✓ | （特養、通所介護）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。 | |
| ✓ | （特養、通所介護、養護、軽費）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。 | |
| ✓ | （特養、養護、軽費）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。 | |
| ✓ | （特養、養護、軽費）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。 | |
| 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。 | | 9 /９項目 |
| ✓ | 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。 | |
| ✓ | 自然な排せつを促すための取組や配慮を行っている。 | |
| ✓ | トイレは、安全で快適に使用できるよう配慮している。 | |
| ✓ | 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。 | |
| ✓ | 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。 | |
| ✓ | （特養、通所介護）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。 | |

| 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。 | 7 /７項目 |
|---|---|
| ✓ | 利用者の心身の状況、意向を踏まえ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている。 |
| ✓ | 移動の自立に向けた働きかけをしている。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 安全に移動の介助を実施するための取組を行っている。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | （特養、通所介護、養護、軽費）利用者が移動しやすい環境を整えている。 |
| ✓ | （特養、通所介護、養護、軽費）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。 |

（２）食生活

| ①　食事をおいしく食べられるよう工夫している。 | 4 /４項目 |
|---|---|
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | （特養、通所介護、養護、軽費）食事の環境と雰囲気づくりに配慮している。 |
| ✓ | （特養、通所介護、養護、軽費）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。 |
| ✓ | （特養、養護、軽費）食事を選択できるよう工夫している。 |
| 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。 | 7 /８項目 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 利用者の食事のペースと心身の負担に配慮している。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 経口での食事摂取を継続するための取組を行っている。 |
| | 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。 |
| ✓ | （特養、通所介護、訪問介護）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。 |
| ✓ | （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。 |

| ③　利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | 6 ／６項目 |
|---|---|
| ✓ | 利用者が口腔機能の保持・改善に主体的に取組むための支援を行っている。 |
| ✓ | 職員に対して、口腔ケアに関する研修を実施している。 |
| ✓ | （特養、通所介護、養護、軽費）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、通所介護）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。 |
| ✓ | （特養、通所介護）口腔機能を保持・改善するための取組を行っている。 |
| ✓ | （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。 |

（３）褥瘡発生予防・ケア

| ①　褥瘡の発生予防・ケアを行っている。 | 6 ／６項目 |
|---|---|
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 褥瘡予防対策の関係職員が連携して取組んでいる。 |
| ✓ | 褥瘡発生後の治癒に向けたケアが行われている。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | （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。 |

（４）介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

| 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。 | 5 ／５項目 |
|---|---|
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 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。 |

（５）機能訓練、介護予防

| 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。 | 5 /５項目 |
|---|---|
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | （特養、通所介護、訪問介護）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。 |
| ✓ | （特養、通所介護、養護、軽費）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。 |
| ✓ | （特養、養護、軽費）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。 |

（６）認知症ケア

| ①　認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | 7 /７項目 |
|---|---|
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | あらゆる場面で、職員等は利用者に配慮して、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。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | （特養、通所介護、養護、軽費）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。 |
| ✓ | （特養、通所介護、養護、軽費）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。 |
| ✓ | （特養、通所介護、養護、軽費）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。 |

（７）急変時の対応

| 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。 | 5 /６項目 |
|---|---|
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 職員に対して、高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用等に関する研修を実施している。 |
| | 体調変化時の対応について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。 |
| ✓ | （特養、通所介護、養護、軽費）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。 |

（８）終末期の対応

| 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。 | 6 /６項目 |
|---|---|
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 医師・医療機関等との必要な連携体制を確立している。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 職員に対して、終末期のケアに関する研修を実施している。 |
| ✓ | 終末期のケアに携わる職員や利用者の担当職員等に対して、精神的なケアを実施している。 |
| ✓ | （特養、養護、軽費）利用者・家族から希望があった場合に、利用者の状況に応じてできる限り施設での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

（１）家族等との連携

| ①　利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。 | 5 /５項目 |
|---|---|
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 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。 |
| ✓ | 家族に対し、サービスの説明をしたり、要望を聞く機会を設けている。 |
| ✓ | 家族との相談を定期的及び必要時に行っている。また、その内容を記録している。 |
| ✓ | （特養、養護、軽費）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。 |

利用者の要介護状態の改善のためのサービス評価基準（滋賀県独自項目）

１．プロセス(過程)の評価

利用者の要介護状態の改善に資する取り組みを行っている。

| ①　運動器の機能向上に資する取組を計画的・組織的に行っている。 | 7 /８項目 |
|---|---|
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | |
| ✓ | 利用者ごとの機能訓練計画がある。（個別のサービス計画に機能訓練に関する取組を盛り込んでいる場合を含む。） |
| ✓ | 機能向上に向けた取組を計画するにあたり、利用者の自己決定に配慮するとともに、具体的な目標を設定するよう努めている。 |
| ✓ | 機能向上に向けた取組を計画するにあたり、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師等が参加している。 |
| ✓ | 機能向上に向けた取組を行っている。 |
| ✓ | 利用者ごとの機能訓練の実施記録がある。 |
| ✓ | 機能向上に向けた取組が組織的に行えるよう、研修や職員の意識啓発に取り組んでいる。 |
| ✓ | 課題分析、目標設定、モニタリング、目標達成状況の評価と利用者の状態に応じて、継続的に取り組んでいる。 |
| | その他 |

| ② 日常的な介護サービスにおいて要介護状態の改善に資する取組を行っている。 | 8 /８項目 |
|---|---|
| | |
| ✓ | 利用者の状態に応じた食事提供を行っている。 |
| ✓ | 利用者の状態に応じた食事介助を行っている。 |
| ✓ | 利用者の栄養状態を把握している。 |
| ✓ | 利用者の低栄養状態を改善するよう支援を行っている。 |
| ✓ | 利用者の意向や状態に応じ、自然な排泄を促すよう支援を行っている。 |
| ✓ | 一日の総臨床時間を減らすため、施設全体として離床を進めている。 |
| ✓ | 福祉用具は、定期的に点検している。 |
| ✓ | 福祉用具は、利用者の使用の状況を確認し、心身の状態に対応したものとなっている。 |

| ③ 要介護状態の改善に資する生活環境等の整備の取組を行っている。 | 8 /８項目 |
|---|---|
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | |
| ✓ | 利用者が居室以外で過ごせる場所を、複数個所確保し利用されている。 |
| ✓ | 利用者の過ごす場所の選択は、利用者の意思を尊重している。 |
| ✓ | 利用者の余暇活動を個別に援助できるようボランティアや家族などと活動できるような配慮をしている。 |
| ✓ | 利用者が選べるよう複数の余暇活動を準備している。 |
| ✓ | 利用者が、要介護状態の改善に取り組む意欲を引き出す工夫をしている。 |
| ✓ | 日常の中で、散歩の機会など個別に援助する時間を設けるよう配慮している。 |
| ✓ | 認知症の進行予防のための活動等を取り入れている。 |
| ✓ | その他 |

アウトカム（結果）指標

利用者の要介護度等の状態の変化を評価するための指標の設定

| アウトカム指標 | 評価年度<br>令和８年6月24日時点 | | | 参考（前回評価時）<br>令和8年2月１日時点 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 改善<br>% | 維持<br>% | 悪化<br>% | 改善<br>% | 維持<br>% | 悪化<br>% |
| ①要介護度を維持、改善した利用者の割合 | 0.0% | 95.0% | 5.0% | 2.5% | 85.0% | 12.5% |
| ②認知症高齢者の日常生活自立支援度が改善した利用者の割合 | 0.0% | 90.0% | 10.0% | 0.0% | 95.0% | 5.0% |
| ③障害高齢者の日常生活自立度が改善した利用者の割合 | 0.0% | 90.0% | 10.0% | 0.0% | 90.0% | 10.0% |

注）各割合（%）＝該当する状態の人数／対象者の延べ人数×100

②および③については、事業所において状況を把握している場合にのみ集計すること。