

自己評価結果表（訪問系サービス）

共通評価項目

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） | |
| <input type="radio"/> 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。 | |
| <input type="radio"/> 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。 | |
| <input type="radio"/> 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。 | |
| <input type="radio"/> 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。 | |
| <input type="radio"/> 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。 | |
| <input type="radio"/> 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 |
| <input type="radio"/> 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。 | |
| <input type="radio"/> 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。 | |
| <input type="radio"/> 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。 | |
| <input type="radio"/> 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 |
| <input type="radio"/> 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。 | |
| <input type="radio"/> 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。 | |
| <input type="radio"/> 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。 | |
| <input type="radio"/> 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 |
| <input type="radio"/> 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。 | |
| <input type="radio"/> 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。

| | | |
|-----------------------|---|----------|
| <input type="radio"/> | 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 |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。 | |
| <input type="radio"/> | 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 |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等）されており、理解を促すための取組を行っている。 | |
| ② | 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。 | 2 / 4 項目 |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | 2 / 4 項目 |
| | 組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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 |
| <input type="radio"/> | 評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。 | |
| <input type="radio"/> | 職員間で課題の共有化が図られている。 | |

| | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。 |
| <input type="radio"/> | 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。 |
| <input type="radio"/> | 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 |
| <input type="radio"/> | 管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。 | |
| <input type="radio"/> | 管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。 | |
| <input type="radio"/> | 管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。 | |
| <input type="radio"/> | 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 |
| <input type="radio"/> | 管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持している。 | |
| <input type="radio"/> | 管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。 | |
| <input type="radio"/> | 管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。 | |
| <input type="radio"/> | 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 |
| <input type="radio"/> | 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。 | |
| <input type="radio"/> | 管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。 | |
| <input type="radio"/> | 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。 | |
| <input type="radio"/> | 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。 | |
| <input type="radio"/> | 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行性を高める取組に指導力を発揮している。 | 4 / 4 項目 |
| <input type="radio"/> | 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。 | |
| <input type="radio"/> | 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。 | |
| <input type="radio"/> | 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。 | |
| <input type="radio"/> | 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 |
| <input type="radio"/> | 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。 | |
| <input type="radio"/> | 福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。 | |
| <input type="radio"/> | 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | 5 / 6 項目 |
| <input type="radio"/> | 法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。 | |
| <input type="radio"/> | 人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。 | |
| <input type="radio"/> | 一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。 | |
| <input type="radio"/> | 職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。 | |
| <input type="radio"/> | 把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。 | |
| | 職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができています。 | |

(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。 | 5 / 8 項目 |
| <input type="radio"/> | 職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。 | |
| <input type="radio"/> | 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。 | |
| <input type="radio"/> | 職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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 |
| <input type="radio"/> | 組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。 | |
| <input type="radio"/> | 個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。 | |
| <input type="radio"/> | 職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。 | |

| | | |
|-----------------------|--|----------|
| <input type="radio"/> | 職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。 | |
| <input type="radio"/> | 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 |
| <input type="radio"/> | 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。 | |
| <input type="radio"/> | 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。 | |
| <input type="radio"/> | 策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。 | |
| <input type="radio"/> | 定期的に計画の評価と見直しを行っている。 | |
| <input type="radio"/> | 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 |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。 | |
| <input type="radio"/> | 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | 0 / 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。 | 0 / 5 項目 |
| | 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。 | 6 / 6項目 |
| <input type="radio"/> | 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルールが明確にされ、職員等に周知している。 | |
| <input type="radio"/> | 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。 | |
| <input type="radio"/> | 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について、必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を得ている。 | |
| <input type="radio"/> | 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。 | |
| <input type="radio"/> | 外部監査の活用等により、事業、財務に関する外部の専門家によるチェックを行っている。 | |
| <input type="radio"/> | 外部監査の結果や公認会計士等による指導や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。 | |

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。 | 3 / 4項目 |
| <input type="radio"/> | 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。 | |
| | 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | 0 / 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。 | 3 / 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。 | |
| <input type="radio"/> | 職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。 | |
| <input type="radio"/> | 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 | |
| <input type="radio"/> | 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 | 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。 | 1 / 4 項目 |
| | 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。 | |
| | 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。 | |
| | 災害時の地域における役割等について確認がなされている。 | |
| ○ | 多様な機関等と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。 | |
| 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。 | 2 / 6 項目 |
| | 福祉施設・事業所の機能を地域に還元することなどを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。 | |
| ○ | 民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 | |
| | 地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。 | |
| ○ | 関係機関・団体との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 | |
| | 把握した福祉ニーズにもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。 | |
| | 把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。 | |

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 |
| ○ | 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。 | 7 / 7 項目 |
| ○ | 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。 | |
| ○ | 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。 | |
| ○ | 利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。 | |

| | |
|-----------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> | 規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスが実施されている。 |
| <input type="radio"/> | 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。 |

(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。 | 4 / 4 項目 |
| <input type="radio"/> | 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。 | |
| <input type="radio"/> | 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。 | |
| <input type="radio"/> | 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。 | |
| <input type="radio"/> | 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 |
| <input type="radio"/> | サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。 | |
| <input type="radio"/> | サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。 | |
| <input type="radio"/> | 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。 | |
| <input type="radio"/> | サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | 2 / 4 項目 |
| <input type="radio"/> | 福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。 | |
| <input type="radio"/> | 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) 利用者満足の上昇に努めている。

| | | |
|-----------------------|--|----------|
| ① | 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | 1 / 5 項目 |
| <input type="radio"/> | 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 |
|---|----------------------------|----------|

| | | |
|---------------------------------------|---|---------|
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。 | |
| <input type="radio"/> | 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | 0 / 2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を選ぶ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。 | |
| 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。 | 5 / 6項目 |
| <input type="radio"/> | 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。 | |
| | 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 | |
| <input type="radio"/> | 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。 | |
| <input type="radio"/> | 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。 | |
| <input type="radio"/> | 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| (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 |
| <input type="radio"/> | リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。 | |
| <input type="radio"/> | 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。 | |
| <input type="radio"/> | 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。 | |
| <input type="radio"/> | 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。 | |
| <input type="radio"/> | 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。 | |
| <input type="radio"/> | 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 |
| <input type="radio"/> | 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。 | |

| | | |
|-----------------------|---|----------|
| <input type="radio"/> | 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。 | |
| <input type="radio"/> | 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。 | |
| <input type="radio"/> | 感染症の予防策が適切に講じられている。 | |
| <input type="radio"/> | 感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | 2 / 5 項目 |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。 | |
| | 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。 | |
| | 防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。 | |

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。 | 3 / 4 項目 |
| <input type="radio"/> | 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 | |
| <input type="radio"/> | 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。 | |
| <input type="radio"/> | 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 |
| <input type="radio"/> | 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。 | |
| <input type="radio"/> | 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に行われている。 | |
| <input type="radio"/> | 検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されている。 | |
| <input type="radio"/> | 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 |
| <input type="radio"/> | 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。 | |
| <input type="radio"/> | アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |

| | | |
|-----------------------|--|----------|
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 福祉サービス実施計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | 3 / 4 項目 |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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 |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | サービス実施計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。 | |
| <input type="radio"/> | 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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 |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。 | |
| <input type="radio"/> | 記録管理の責任者が設置されている。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 | |
| <input type="radio"/> | 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（訪問系サービス）

A - 1 生活支援の基本と権利擁護

(1) 生活支援の基本

| | | |
|-----------------------|---|----------|
| ① | 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。 | 6 / 6 項目 |
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック） | | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 日々の支援において利用者の自立に配慮するとともに、利用者の自立への動機づけを行っている。 | |
| <input type="radio"/> | 自立した生活が営めるよう、利用者の意向やこれまでの生活を尊重しながら、居室等に配慮し支援を行っている。 | |
| <input type="radio"/> | 鍵を預かる場合や買い物代行などで金品を預かる場合のルールが決まっており、適正に取り扱っている。 | |
| <input type="radio"/> | 必要に応じて、介護支援専門員を通して、日常生活自立支援事業や成年後見制度等の利用につなげている。 | |
| <input type="radio"/> | 安心・安全で落ち着いた生活を送るための環境づくりについて、利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。 | |
| 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。 | 5 / 5 項目 |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |

(2) 権利擁護

| | | |
|-----------------------|--|----------|
| ① | 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。 | 6 / 6 項目 |
| <input type="radio"/> | 権利侵害の防止等のために具体的な内容・事例を収集・提示して利用者に周知している。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 権利侵害の防止等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。 | |
| <input type="radio"/> | 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 - 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。 | 7 / 7 項目 |
| <input type="radio"/> | 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。 | |

| | | |
|-------------------------------|--|----------|
| <input type="radio"/> | 安全・快適に入浴するための取組を行っている。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | （通所介護、訪問介護）家庭での入浴について利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。 | |
| 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 |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 自然な排せつを促すための取組や配慮を行っている。 | |
| <input type="radio"/> | トイレは、安全で快適に使用できるよう配慮している。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 排せつの自立のための働きかけをしている。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| | （通所介護、訪問介護）家庭での排せつについて利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。 | |
| 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。 | | 6 / 6 項目 |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 移動の自立に向けた働きかけをしている。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 安全に移動の介助を実施するための取組を行っている。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| | （通所介護、訪問介護）家庭での移動について、動線の安全の工夫や福祉用具等の利用を含めた助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。 | |
| (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。 | | 0 / 4 項目 |
| | 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。 | |
| | （訪問介護）訪問介護員に対して調理に関する研修を行っている。 | |

| | | |
|-----------------------|--|----------|
| | (訪問介護) 利用者の意向を確認し、調理している。 | |
| | (訪問介護、軽費) 調理器具・台所等の衛生に留意し対応している。 | |
| 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。 | 6 / 9 項目 |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 利用者の食事のペースと心身の負担に配慮している。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 経口での食事摂取を継続するための取組を行っている。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| | (訪問介護、通所介護) 家庭での食事や水分摂取について、利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。 | |
| | (訪問介護) サービス提供時のみならず、利用者の食事全体の聴き取りや確認をしている。 | |
| ③ | 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | 5 / 5 項目 |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 職員に対して、口腔ケアに関する研修を実施している。 | |
| <input type="radio"/> | (訪問介護、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。 | |
| <input type="radio"/> | (訪問介護、養護、軽費) 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。 | |
| <input type="radio"/> | (通所介護、訪問介護) 家庭での口腔ケアについて、利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。 | |
| (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 |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 褥瘡予防対策の関係職員が連携して取組んでいる。 | |
| <input type="radio"/> | 褥瘡発生後の治癒に向けたケアが行われている。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | (通所介護、訪問介護) 家庭での褥瘡予防について、利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。 | |
| (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。 | 0 / 5 項目 |

| | |
|--|---|
| | 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 |
| ○ | 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。 | |
| ○ | （通所介護、訪問介護）認知症の症状の早期発見に努め、介護支援専門員を通して医療機関等につないでいる。 | |
| ○ | （訪問介護）自宅や地域での介護予防活動やメニューについて助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。 | |

(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 |
| ○ | 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。 | |
| ○ | （通所介護、訪問介護）サービス利用時の様子を家族に伝えるなどして、よりよいケアの方法を家族と共有するようにしている。 | |
| ○ | （通所介護、訪問介護）家族の悩みや相談を受けとめ、よりよいケアの方法を家族と共有するようにしている。 | |
| ○ | （通所介護、訪問介護）認知症の理解やケアに関して、利用者・家族に助言したり、家族会などの社会資源について情報提供を行っている。また、助言した内容については、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。 | |

(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 |
| ○ | 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。 | |

| | |
|--|---|
| | (訪問介護) 訪問時に健康チェックを行い、異変があった場合には、家族、医師、訪問看護事業所、介護支援専門員等に連絡する体制を確立している。 |
|--|---|

(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。 | 5 / 5 項目 |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 医師・医療機関等との必要な連携体制を確立している。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |

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。 | 7 / 7 項目 |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | (通所介護、訪問介護) 家族が必要とする情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員など専門職、関係機関につないでいる。 | |
| <input type="radio"/> | (通所介護、訪問介護) 家族(介護者)に対し、必要に応じ介護に関する助言や介護研修を行っている。 | |
| <input type="radio"/> | (通所介護、訪問介護) 家族(主たる介護者)の心身の状況や家族による介護・介助方法にも気を配り、必要に応じて介護支援専門員に報告している。 | |

A - 5 サービス提供体制

(1) 安定的・継続的なサービス提供体制

| | | |
|-----------------------|--|----------|
| ① | 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。 | 6 / 6 項目 |
| <input type="radio"/> | 打ち合わせや会議等により、サービスの実施方法・手順等を職員全体に周知徹底するための方策を講じている。 | |
| <input type="radio"/> | 利用者の状況などの情報を共有するための仕組みがある。 | |
| <input type="radio"/> | 定期的にケアカンファレンスや研修を開催し、指導者や先輩等による相談、助言等が得られる機会を確保している。 | |
| <input type="radio"/> | 訪問介護員が変更になる場合、必要に応じ利用者に事前に連絡をしている。 | |
| <input type="radio"/> | 利用者宅に初めて訪問する訪問介護員に変更になった場合には、サービス提供責任者が同行している。 | |
| <input type="radio"/> | 必要に応じ、外部の専門職の指導や助言を得られるようにしている。 | |

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組を行っている。

| | | |
|---|---|----------|
| (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 / 7 項目 |
| <input type="radio"/> | 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。) | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 機能向上に向けた取組を生活中心に取り入れる工夫を行っている。 | |
| <input type="radio"/> | 利用者ごとの機能訓練の実施記録がある。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| <input type="radio"/> | 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。 | |
| (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。 | | 3 / 4 項目 |
| | 利用者の状態に応じた食事提供を行っている。 | |
| <input type="radio"/> | 利用者の状態に応じた食事介助を行っている。 | |
| <input type="radio"/> | 利用者の栄養状態を把握している。 | |
| <input type="radio"/> | 利用者の低栄養状態を改善するよう支援を行っている。 | |

事業所名称(事業所番号):アネラ訪問看護ステーション(2560390177) TEL 0749-53-4365

提供サービス名:介護予防訪問看護 訪問看護

評価年月日:R4 年 2 月 10 日

評価結果整理表(訪問系サービス)

○共通評価項目

| | | | |
|---|---|---|------------|
| 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。 | | | 着眼点でのチェック数 |
| ① | a | 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | 6 項目/6項目 |
| 総合評価・判断した理由等 | | | |
| 理念、基本方針は事務所に掲示し、事業計画の立案修正時には理念の振り返りをしている。 | | | |
| 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 | a | 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | 4 項目/4項目 |
| ② | a | 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 | 4 項目/4項目 |
| 総合評価・判断した理由等 | | | |
| 毎月の経営状況の把握を行い、スタッフへの周知、目標設定、修正を行っている。 | | | |
| 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 | a | 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 項目/4項目 |
| ② | a | 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 項目/4項目 |
| (2)事業計画が適切に策定されている。 | | | |
| ① | a | 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。 | 5 項目/5項目 |
| ② | c | 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。 | 2 項目/4項目 |
| 総合評価・判断した理由等 | | | |

半期ごとに中長期計画の評価を実施しスタッフの意見を取り入れながら修正を行っている。管理者・主任での評価後、カンファレンスにて事業報告し、次年度事業計画案を議論、修正、完全版を周知している。

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 | c | 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。 | 2 項目/4項目 |
| ② | a | 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 項目/5項目 |

総合評価・判断した理由等

第三者評価の導入がまだできていない

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 | b | 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。 | 3 項目/4項目 |
| ② | a | 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 項目/4項目 |

(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

| | | | |
|---|---|------------------------------------|----------|
| ① | a | 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 項目/5項目 |
| ② | a | 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。 | 4 項目/4項目 |

総合評価・判断した理由等

事業計画にて管理者の役割・責任に関しては周知しているが、広報誌などはないため、常に周知できているわけではない

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 | a | 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 項目/4項目 |
| ② | b | 総合的な人事管理が行われている。 | 5 項目/6項目 |

(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|----------|
| ① | b | 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。 | 5 項目/8項目 |
|---|---|-----------------------------------|----------|

(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

| | | | |
|--|---|---|----------|
| ① | a | 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 | 5 項目/5項目 |
| ② | a | 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 項目/5項目 |
| ③ | a | 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。 | 5 項目/5項目 |
| (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。 | 項目/5項目 |
| 総合評価・判断した理由等 | | | |
| 計画的人材確保や福利厚生についてが不十分。魅力的な職場づくりとしての取り組みは行っていない。 | | | |
| 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 | c | 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。 | 0 項目/5項目 |
| ② | a | 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。 | 5 項目/6項目 |
| 総合評価・判断した理由等 | | | |
| 事業計画の概要についてはHPに掲載しているが第三者評価の受審はしていず、それ以上の公表はしていない。 | | | |
| 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 | b | 利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。 | 3 項目/4項目 |
| 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。 | 項目/5項目 |
| (2) 関係機関との連携が確保されている。 | | | |
| ① | b | 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。 | 3 項目/5項目 |
| (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | | |
| ① | c | 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。 | 1 項目/4項目 |
| ② | c | 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。 | 2 項目/6項目 |
| 総合評価・判断した理由等 | | | |
| 人員の都合もあり地域に向けての研修などは定期的にはできていない。依頼があれば時間を確保して行っていくが企画からしていくことは現状は困難。 | | | |

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 | a | 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 項目/5項目 |
| ② | a | 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。 | 7 項目/7項目 |

(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 | a | 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。 | 4 項目/4項目 |
| ② | a | 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 項目/5項目 |
| ③ | b | 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。 | 2 項目/4項目 |

(3) 利用者満足の向上に努めている。

| | | | |
|---|---|---------------------------------|----------|
| ① | c | 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。 | 1 項目/5項目 |
|---|---|---------------------------------|----------|

(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 | b | 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 | 6 項目/7項目 |
| ② | c | 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。 | 0 項目/2項目 |
| ③ | b | 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。 | 5 項目/6項目 |

(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 | a | 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 項目/6項目 |
| ② | a | 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 項目/6項目 |
| ③ | c | 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。 | 2 項目/5項目 |

総合評価・判断した理由等

利用者満足度調査は実施しており、そこから評価は実施していく。リスクマネジメントに関しては来年度も継続して委員会を開催し、体制構築につなげる。災害対策に関しては数年単位で計画しており、現在マニュアルの作成を開始している。

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 | b | 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。 | 3 項目/4項目 |
| ② | a | 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 項目/4項目 |

| | | | |
|---|---|---|-------------|
| (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 | a | 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 項目 / 7 項目 |
| ② | b | 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。 | 3 項目 / 4 項目 |
| (3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | | | |
| ① | a | 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 項目 / 6 項目 |
| ② | a | 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | 6 項目 / 6 項目 |
| 総合評価・判断した理由等 | | | |
| マニュアルの作成、記録様式の確立はできているが、緊急的な変更を実施するための仕組みは確立できていない。 | | | |

○内容評価項目

| | | | |
|-------------------------|---|-----------------------------------|-------------|
| A-1 生活支援の基本と権利擁護 | | | |
| (1) 生活支援の基本 | | | |
| ① | a | 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。 | 6 項目 / 6 項目 |
| ② | a | 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。 | 5 項目 / 5 項目 |
| (2) 権利擁護 | | | |
| ① | a | 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。 | 6 項目 / 6 項目 |
| 総合評価・判断した理由等 | | | |
| | | | |
| A-3 生活支援 | | | |
| (1) 利用者の状況に応じた支援 | | | |
| ① | a | 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | 7 項目 / 7 項目 |
| ② | a | 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 項目 / 9 項目 |

| | | | |
|----------------------|---|---|----------|
| ③ | a | 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | 6 項目/6項目 |
| (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。 | 項目/4項目 |
| ② | a | 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。 | 6 項目/9項目 |
| ③ | a | 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | 5 項目/5項目 |
| (3)褥瘡発生予防・ケア | | | |
| ① | a | 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。 | 6 項目/6項目 |
| (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。 | 項目/5項目 |
| (5)機能訓練、介護予防 | | | |
| ① | a | 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。 | 2 項目/5項目 |
| (6)認知症ケア | | | |
| ① | a | 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | 7 項目/7項目 |
| (7)急変時の対応 | | | |
| ① | a | 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。 | 5 項目/6項目 |
| (8)終末期の対応 | | | |
| ① | a | 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。 | 5 項目/5項目 |
| 総合評価・判断した理由等 | | | |
| | | | |
| A-4 家族等との連携 | | | |
| (1)家族等との連携 | | | |
| ① | a | 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。 | 7 項目/7項目 |
| 総合評価・判断した理由等 | | | |
| | | | |
| A-5 サービス提供体制 | | | |
| (1)安定的・継続的なサービス提供体制 | | | |

| | | | |
|--------------|---|-------------------------------|----------|
| ① | a | 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。 | 6 項目/6項目 |
| 総合評価・判断した理由等 | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|----------|
| 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) | b | 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 項目/7項目 |
| (2) | b | 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。 | 3 項目/4項目 |
| 総合評価・判断した理由等 | | | |
| 現状要介護状態の改善に対する取り組みはできていない。単独での実施は困難であるため、他サービスと連携しながら行っていく。 | | | |

事業所名称(事業所番号):アネラ訪問看護ステーション(2560390177) TEL:0749-53-4365
 提供サービス名:訪問看護

評価年月日: 4 年 2 月 10 日

★サービスの質の向上に向けて、取り組む課題と優先順位、達成度評価の計画

評価年月日: 4 年 2 月 10 日

前回評価年月日: 3 年 2 月 15 日

| サービスの質の向上に向け取り組む課題 | | | 取り組み期間 (○年○月～ ○年○月まで) | 改善に向けた具体的な 行動 | 達成度評価 | 次期 評価 実施 時期 |
|--------------------|------|-----------------------------------|-----------------------------|---|-------|----------------------|
| 評価項目 番号 | 優先順位 | 内 容 | | | | |
| Ⅲ-1 | 1 | リスクマネジメント | 令和4年3月～ 令和5年2月 | ヒヤリハットからマニュアル作成、事故報告など一連のリスクマネジメントについて体制を整える | | 令和 5年 2月 |
| | 2 | 災害対策 | 令和4年3月～ 令和5年2月 | マニュアルの完成と業務分掌、マニュアルを元にしたシュミレーション | | 令和 5年 2月 |
| Ⅱ-2 | 3 | 魅力ある職場づくり | 令和4年3月～ 令和5年2月 | ワークライフバランスの意味と職員それぞれの考え方について話し合うことが必要と思われるため、それを事業計画に反映できるようにしていく。 教育体制としては、現任教育の体制、仕組みがまだ構築できていないため、単に研修を受けるだけでなく、伝達講習や同行訪問など計画的に行う仕組みを作る | | 令和 5年 2月 |
| I-4 | 4 | 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。 | 令和4年8月～ 令和5年2月 | 現在、事業所の質に対して自己評価のみとなっている。また、PDCAサイクルを回し、フィードバックする仕組みもまだ作られていない状況。 次年度は、PDCAサイクルにのせることと、第三者機関評価を受ける準備期間とする。 | | 令和 5年 2月 |