

## I 社会福祉施設の運営管理

I-1 理念・基本方針	
(1) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が周知されている。	
①	評価結果 ●社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が職員に共有化されている。
	【判断基準】 a) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が全職員に向けて明示されており、職員間で共通認識を持つ機会が具体的に設けられている。 b) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が全職員に向けて明示されているが、職員間で共通認識を持つ機会が具体的に設けられていない。 c) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が職員に向けて明示されていない。
②	評価結果 ●社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に周知している。
	【判断基準】 a) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に理解してもらうために利用開始前に具体的な説明がなされ、かつ、利用開始後も、疑問や質問等が生じた場合に対応するための具体的な体制ができている。 b) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に理解してもらうために利用開始前に具体的な説明がなされているが、利用開始後に疑問や質問等が生じた場合に対応する具体的な体制はできていない。 c) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に理解してもらうための利用開始前の説明が十分ではない。
【I-1 理念・基本方針の特記事項】 ・「どういふふうに介護したいか？されたいか？」を全職員の意見を出し合い広く、利用者にもわかりやすい理念を作成し、職員の名札の裏にプリントし、広く周知されている。I-1-(1)-① ・利用開始後年1回家族アンケートが実施され、意見を出しやすくなっていて、その集計結果を職員に回覧し、課題の共有化をしている。I-1-(1)-②	

I-2 事業計画	
(1) サービスの質の向上に向けた事業計画を策定している。	
①	評価結果 ●福祉サービス実施機関としての中・長期的な課題を把握している。
	【判断基準】 a) サービス内容やサービス実施体制について分析を行い、中・長期的な課題や問題点を把握しており、サービスの質を高めるための具体的な事業計画ができている。 b) サービス内容やサービス実施体制について分析を行い、中・長期的な課題や問題点を把握しているが、サービスの質を高めるための具体的な事業計画はできていない。 c) サービス内容やサービス実施体制について、中・長期的な課題や問題点を把握していない。
②	評価結果 ●中・長期的な計画に基づいて当該年度の事業計画が適切に策定されている。
	【判断基準】 a) 年度毎にサービス内容やサービス実施体制について分析を行い、課題や問題点を把握しており、サービスの質を高めるための具体的な事業計画ができている。

		<p>b) 年度毎にサービス内容やサービス実施体制について分析を行い、課題や問題点を把握しているが、サービスの質を高めるための具体的な事業計画はできていない。</p> <p>c) 年度毎にサービス内容やサービス実施体制について、課題や問題点を把握していない。</p>
<p>(2) 事業計画の評価を行っている。</p>		
	評価結果	<p>●事業計画の実施状況に関する評価を行っている。</p>
①	a	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 事業計画に関する実施状況及び結果についての評価は職員の自己評価に基づいて行われており、そのための評価の様式が整備されている。</p> <p>b) 事業計画に関する実施状況及び結果についての評価は職員の自己評価に基づいて行われているが、そのための評価の様式が整備されていない。</p> <p>c) 事業計画に関する実施状況及び結果についての評価は職員の自己評価に基づいて行われていない。</p>
<p><b>【I-2 事業計画の特記事項】</b></p> <p>・富岡市が進めている地域高齢者の活躍の居場所づくりとして、「ふれあいの居場所事業」に参画したり、「こども安全の家」として通学児の見守りをするなど、小中学校との交流や地域との情報交換ができる機会づくりをしている。I-2-(1)-①</p> <p>・26年度は、施設全体の重点目標の他に、利用者の声を取り入れて、ユニットごとの目標を職員が話し合う中作成している。I-2-(1)-②</p> <p>・全職員に、年度内の事業及び委員会報告が配布され、各自が自己評価とともに年度の振り返りをし、次年度に活かす仕組みができています。I-2-(2)-①</p>		

<p><b>I-3 管理者の責任とリーダーシップ</b></p>		
<p>(1) 管理者の責任が明確にされている。</p>		
	評価結果	<p>●管理者の責任が明文化されている。</p>
①	a	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 管理者及び各職員の責任のあり方について、明文化されており、かつ共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 管理者及び各職員の責任のあり方について、明文化されているが、共通認識を図る場は設けられていない。</p> <p>c) 管理者及び各職員の責任のあり方について、明文化されていない。</p>
<p>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
	評価結果	<p>●管理者は福祉サービスの向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような組織作りをしている。</p>
①	a	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた具体的な取り組みを行い、かつ職員からの業務改善等の提案を具体的に検討する場を設ける等福祉サービスの質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような組織作りをしている。</p> <p>b) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた具体的な取り組みを行っているが、職員からの業務改善等の提案を具体的に検討する場を設ける等福祉サービスの質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような組織作りはしていない。</p> <p>c) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた具体的な取り組みを行っておらず、職員から</p>

	<p>の業務改善等の提案を具体的に検討する場を設ける等福祉サービスの質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような組織作りもしていない。</p>
<p>【I-3 管理者のリーダーシップの特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長、介護リーダー長、ユニットリーダーそれぞれの管理監督項目が9項目挙げられた職務規定マニュアルが整備されている。I-3-(1)-①</li> <li>・施設長が、年3回個人面談をするとともに、随時業務改善につながる、介護等の情報を全職員に回覧し、感想が書き込める用紙が添えられている。その感想等は、職員にフィードバックされ各ユニットでケアに活かされている。I-3-(2)-①</li> </ul>	

I-4 体制及び責任	
(1) 施設の運営が適切に行われている。	
評価結果	●施設内の組織について職制・職務分掌等を明確にしている。
① a	<p>【判断基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 職種ごとの分担や責任の所在が明文化されており、かつ、職員会議等で、共通認識を持つための取り組みを行っている。</li> <li>b) 職種ごとの分担や責任の所在が明文化されているが、職員会議等で共通認識を持つための取り組みは、十分に行われていない。</li> <li>c) 職種ごとの対する分担や責任の所在が明文化されていない。</li> </ul>
評価結果	●サービス内容の記録や引き継ぎは適切に行われている。
② a	<p>【判断基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) サービス内容の記録や引継ぎのあり方について明文化されており、かつ、職員会議等で、共通認識を持つための取り組みを行っている。</li> <li>b) サービス内容の記録や引継ぎのあり方について明文化されているが、職員会議等で共通認識を持つための取り組みは十分ではない。</li> <li>c) サービス内容の記録や引継ぎのあり方について明文化されていない。</li> </ul>
<p>【I-4 体制及び責任の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職務規定マニュアルに各職種の業務内容や管理指導内容が分かりやすく記載されている。I-4-(1)-①</li> <li>・パソコン内記録とタブレット端末を携帯し、随時記録をしたり、必要に応じ映像記録が残され、共通認識がよりの確にできている。I-4-(1)-②</li> </ul>	

I-5 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。	
評価結果	●事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。
① a	<p>【判断基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための具体的な取り組みを行い、把握された情報について職員と共通認識を図る場を設けている。</li> <li>b) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための具体的な取り組みを行っているが、把握さ</li> </ul>

		<p>れた情報について職員と共通認識を図る場を設けていない。</p> <p>c) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための具体的な取り組みを行っていない。</p>
②	評価結果	●経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。
	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 経営状況を分析的に把握して改善に向けた具体的な取り組みを行い、かつ経営状況について職員の共通認識を図る場を設けている。</p> <p>b) 経営状況を分析的に把握して改善に向けた具体的な取り組みを行っているが、経営状況について職員の共通認識を図る場は設けられていない。</p> <p>c) 経営状況の分析的な把握も改善に向けた具体的な取り組みも行っていない。</p>
<p>【I-5 経営状況の把握の特記事項】</p> <p>・施設長と生活相談員によって、介護を取り巻く新情報を確認し、ユニットごとに全職員が閲覧している。I-5-(1)-①</p> <p>・稼働率表や光熱費の2年比較で、職員の意識を経営にも向くよう工夫されている。I-5-(1)-②</p>		
<p>I-6 サービス内容の検討体制</p>		
<p>(1) 質の向上のための取り組みが行われている。</p>		
①	評価結果	●提供するサービス全般の内容検討が定期的に行われている。
	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 提供するサービス全般の内容検討を目的とした委員会等が職種や経験年数の異なる委員から構成され、かつ他施設の情報等も取り入れながら定期的開催されている。</p> <p>b) 提供するサービス全般の内容検討を目的とした委員会が職種や経験年数の異なる委員から構成されているが、定期的開催されておらず、他施設の情報等を取り入れたものでもない。</p> <p>c) 提供するサービス全般の内容検討を目的とした委員会が組織されていない。</p>
②	評価結果	●サービス全般の検討内容や結果について、職員の共通認識が図られている。
	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 検討内容や結果が記録されており、職員会議等で、具体的な方向性についての共通認識を持つための取り組みを行っている。</p> <p>b) 検討内容や結果が記録されているが、職員会議等で、具体的な方向性についての共通認識を持つための取り組みは行われていない。</p> <p>c) 検討内容や結果が記録されておらず、職員会議等で、具体的な方向性についての共通認識を持つための取り組みも行われていない。</p>
<p>【I-6 サービス内容の検討体制の特記事項】</p> <p>・毎月開催の全体会議・リーダー会議・各種委員会で話し合われたことは、各ユニットで議事録の回覧を行っている。I-6-(1)-①</p> <p>・検討は、ユニットにおろされ、話し合った結果をリーダー会議に持ち寄り、方向性が話し合われ、結果はユニットに伝えられるシステムができています。I-6-(1)-②</p>		

I-7 人事管理・研修

(1) 人事管理の体制が整備されている。	
評価 結果	●必要な人材に関する具体的なプランが確立している。
①  a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 組織が目標とするサービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制を検討する体制ができており、サービスの質の確保と人員体制に関して職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 組織が目標とするサービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制を検討する体制ができていないが、サービスの質の確保と人員体制に関して職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 組織が目標とするサービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制を検討する体制ができていない。</p>
評価 結果	●人事考課が明確かつ客観的な基準により行われている。
②  a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 定期的な人事考課を実施しており、客観性・公平性・透明性を確保するための工夫や、職員の納得を得るための仕組みを整備している。</p> <p>b) 定期的な人事考課を実施しているが、客観性・公平性・透明性を確保するための工夫がなされていない。</p> <p>c) 定期的な人事考課を実施していない。</p>
(2) 職員の就業環境に配慮がなされている。	
評価 結果	●職員の就業環境や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。
①  a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 職員の就業環境や意向を定期的に把握し、かつ就業環境に問題がある場合には改善に向けて職員をサポートする仕組みが構築されている。</p> <p>b) 職員の就業環境や意向を定期的に把握しているが、問題があっても改善したり、職員をサポートする仕組みが構築されていない。</p> <p>c) 職員の就業環境や意向を把握していない。</p>
評価 結果	●福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。
②  a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 福利厚生センター等の福利厚生事業に加入し、かつ組織として独自の福利厚生事業を実施している。</p> <p>b) 福利厚生センター等の福利厚生事業に加入しているが、組織として独自の福利厚生事業を実施していない。</p> <p>c) 福利厚生事業への取り組みを実施していない。</p>
(3) 職員の研修体制が確立している。	
評価 結果	●職員の資質向上に関する目標を設定している。
①  a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 職員の知識や技術等の修得に関する具体的な目標を単年度毎に設定し、担当者を中心にして職員研修を組織的に計画推進するための体制ができていない。</p> <p>b) 職員の知識や技術等の修得に関する具体的な目標を単年度毎に設定しているが、担当者を中心</p>

		<p>心にした職員研修を組織的に計画推進するための体制ができていない。</p> <p>c) 職員の知識や技術等の修得に関する具体的な目標も設定されておらず、組織的な計画推進もできていない。</p>
	評価結果	●職員の研修ニーズに基づく研修計画を策定している。
②	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 職員一人一人の研修ニーズを把握する機会が設けられ、それに基づいた具体的な研修計画が策定されている。</p> <p>b) 職員一人一人の研修ニーズを把握する機会が設けられているが、それに基づいた具体的な研修計画は策定されていない。</p> <p>c) 職員一人一人の研修ニーズを把握する機会が設けられておらず、研修計画も策定されていない。</p>
<p>【I-7 人事管理・研修の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の意思を確認する中、施設長とリーダー長による、法人全体組織の中で人事を検討する体制が作られている。I-7-(1)-①</li> <li>・キャリアパスが示され、人事考課マニュアルに自己評価も含めた記載手順が示されている。I-7-(1)-②</li> <li>・施設長自ら各ユニットのケア現場にかかわることで、職員とコミュニケーションが取りやすい体制が作られている。I-7-(2)-①</li> <li>・外部研修に頼らない計画、入職3か月・6か月・接遇・中堅・リーダー研修等を独自で作成し実施している。I-7-(3)-①</li> <li>・施設長との面談で、研修についても希望が話され、個人のニーズにあった研修計画を作成し、受講に向けた体制が作られている。I-7-(3)-②</li> </ul>		

## Ⅱ 地域等との関係

Ⅱ-1 地域社会との関係	
(1) 地域とのつながりを強めるための取り組みを行っている。	
①	評価結果 ●社会福祉施設としての役割等についての理解を深めるための取り組みをしている。
	【判断基準】 a) 社会福祉施設としての役割等について、自治会や商店街等、地域に理解してもらうような活動をしていて、協力団体等の施設を支援する組織がある。 b) 社会福祉施設としての役割等について、自治会や商店街等、地域に理解してもらうための活動をしているが、施設を支援する組織がない。 c) 社会福祉施設としての役割等について、自治会や商店街等、地域に理解してもらうための活動をしていない。
②	評価結果 ●専門機能が地域で活用されるための取り組みをしている。
	【判断基準】 a) 社会福祉施設の持っている専門的な知識や能力を地域で活用してもらうために、施設としての取り組みを行い、かつ職員が共通認識を持つ機会を設けている。 b) 社会福祉施設の持っている専門的な知識や地域で活用してもらうために、施設としての取り組みを行っているが、職員が共通認識を持つ機会を設けていない。 c) 社会福祉施設の持っている専門的な知識や能力を地域で活用してもらうために、施設としての取り組みを行っていない。
【Ⅱ-1 地域社会等との関係の特記事項】 ・小学校の運動会に見学に出かけたり、施設が主催する「するすみ祭」や外出レクで地域の方と交流している。Ⅱ-1-(1)-① ・相談員が担当し手書きで読みやすい「ショートステイ通信」が作られ、家族や地域に発信されている。これらは、ホームページからも閲覧できる。ボランティアに來た生徒が車いす体験など行っている。Ⅱ-1-(1)-②	

Ⅱ-2 ボランティアの受け入れ	
(1) ボランティアの受け入れが適切に行われている。	
①	評価結果 ●ボランティアの受け入れに関する基本的な考え方の共通認識が図られている。
	【判断基準】 a) 利用者の権利擁護の視点に立ったボランティア受け入れの可否を含む基本的な考え方が明示されており、かつ職員間で共通認識を図る場が設けられている。 b) 利用者の権利擁護の視点に立ったボランティア受け入れの可否を含む基本的な考え方が明示されているが、職員間で共通認識を図る場は設けられていない。 c) 利用者の権利擁護の視点に立ったボランティア受け入れの可否を含む基本的な考え方が明示されていない。
②	評価結果 ●ボランティアの受け入れにあたり利用者及びボランティアに適切な説明がなされている。
	【判断基準】 a) ボランティアに対して必要な事前説明を行い、かつ利用者に対しても活動開始前の説明を十

		<p>分行っている。</p> <p>b) ボランティアに対して必要な事前説明を行っているが、利用者に対しての活動開始前の説明が十分ではない。</p> <p>c) ボランティアに対しての必要な事前説明や利用者に対しての活動開始前の説明も行われていない。</p>
	評価結果	●ボランティアの受け入れについての工夫がなされている。
③	a	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) ボランティアに関する担当者が決められており、かつトラブル処理を含めてのボランティア受け入れマニュアルが整備されている。</p> <p>b) ボランティアに関する担当者が決められているが、マニュアルは整備されていない。</p> <p>c) ボランティアに関する担当者が決められておらず、マニュアルも整備されていない。</p>
	評価結果	●ボランティアからの疑問等に応えている。
④	a	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) ボランティアからの疑問等について適切に対応し、必要に応じて業務改善につなげる体制ができています。</p> <p>b) ボランティアからの疑問等について対応はするが、業務改善につなげるような体制はできていない。</p> <p>c) ボランティアからの疑問等を受け付けるような環境を整えていない。</p>
<p><b>【II-2 ボランティアの受け入れの特記事項】</b></p> <p>・利用者の権利擁護の観点から、事前にボランティアの情報等を提供し説明している。また、慰問ボランティア等は、ポスター等で開催を知らせている。II-2-(1)-②</p>		
<p><b>II-3 実習生・体験学習への対応</b></p>		
<p>(1) 実習生や体験学習の受け入れが適切に行われている。</p>		
	評価結果	●実習生や体験学習の受け入れに関する基本的な考え方が明示されており、共通認識が図られている。
①	a	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 利用者の権利擁護の視点に立った受け入れの可否を含む実習や体験学習の基本的な考え方が明示されており、かつ職員間で共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者の権利擁護の視点に立った受け入れの可否を含む実習や体験学習の基本的な考え方が明示されているが、職員間で共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者の権利擁護の視点に立った受け入れの可否を含む実習や体験学習の基本的な考え方が明示されていない。</p>
	評価結果	●実習や体験学習の意味について利用者及び実習生に適切な説明がなされている。
②	a	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 受け入れにあたって、実習生に対して必要な事前説明を行い、かつ実習や体験学習開始前に利用者の了解を得ている。</p> <p>b) 受け入れにあたって、実習生に対して必要な事前説明を行っているが、実習や体験学習開始前の利用者の了解は十分に得ていない。</p> <p>c) 受け入れにあたって、実習生に対しての事前説明や利用者の了解は得ていない。</p>
③	評価	●効果的な実習や体験学習を行うための工夫がなされている。

結果	
a	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 受け入れに関する指導担当者が決められており、かつ効果的な実習並びに体験学習が行われるためにトラブル処理を含めての受け入れマニュアルが整備されている。</p> <p>b) 受け入れに関する指導担当者が決められているが、受け入れマニュアルは整備されていない。</p> <p>c) 受け入れに関する指導担当者が決められておらず、受け入れマニュアルも整備されていない。</p>
<p><b>【Ⅱ-3 実習生・体験学習への対応の特記事項】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実習生への事前説明時に希望する個別の目標に応じた対応を図っている。Ⅱ-3-(1)-②</li> <li>・事前に実習生と担当者が面接し、目的に応じた実習内容を提供している。Ⅱ-3-(1)-③</li> </ul>	

### Ⅲ サービスの開始・実施

Ⅲ-1 サービス開始時の対応	
(1) サービスの開始が適切に行われている。	
評価結果	●施設が行っているサービスに関する情報の提供を行っている。
①	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設として実施するサービスの情報について、選択し易いような工夫をし、かつ情報提供は十分行われている。</p> <p>b) 施設として実施するサービスの情報について、選択し易いような工夫をしているが、情報提供は十分ではない。</p> <p>c) 施設として実施するサービスの情報について、選択し易いような工夫は十分ではない。</p>
評価結果	●サービスの実施にあたり、利用者や家族等への説明が適切に行われている
②	<p>【判断基準】</p> <p>a) サービス提供に際して、事前に行う説明のあり方等が明示されたマニュアルが整備されており、かつ利用者や家族等の意向を把握した上で、同意を得ている。</p> <p>b) サービス提供に際して、事前に行う説明のあり方等が明示されたマニュアルが整備され、利用者や家族等の同意を得ているが意向の把握が十分ではない。</p> <p>c) サービス提供に際して、事前に行う説明のあり方等が明示されたマニュアルの整備が十分ではない。</p>
(2) 利用者との契約が適切に行われている。	
評価結果	●契約を締結することが困難な利用者に対する配慮がなされている。
①	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用契約については契約書を取り交わし、かつ本人が契約することが困難である場合には、成年後見制度を活用して利用者に対する援助を行っている。</p> <p>b) 利用契約については契約書を取り交わしているが、本人が契約することが困難である場合には、成年後見制度の活用について、利用者に対する援助は十分ではない。</p> <p>c) 利用契約については契約書を取り交わしているが、本人が契約することが困難である場合には、成年後見制度の活用について、利用者に対する援助はしていない。</p>
<p>【Ⅲ-1 サービス開始・実施の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・体験見学の時は、特に、ユニットの特長を十分わかってもらえるよう、丁寧に説明している。</li> <li>・事務所窓口周辺に情報提供用ファイルが設置され、いつでも見られる状態にあり、またホームページやツイッター・フェイスブック等のSNSも活用し、かつ毎月2回ショートステイ通信や月1回『するすみ便り』等を入所者家族に配布している。Ⅲ-1-(1)-①</li> <li>・主に重要事項説明書を使って、相手の様子を見ながら、丁寧に説明している。Ⅲ-1-(1)-②</li> <li>・本人が契約することが困難である場合については、成年後見制度等を積極的に利用している。Ⅲ-1-(2)-①</li> </ul>	

## Ⅳ サービス実施計画の管理・実施

Ⅳ-1 サービス実施計画（ケアプラン）の管理体制	
(1) ケアプランに関する責任体制が明確である。	
評価結果	●サービス実施計画（ケアプラン）作成の実施体制が整備されている。
①	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 利用者のサービス実施計画（ケアプラン）を作成する専任担当者を置き、その実施状況を総合的に把握・管理する統括責任者を定め、指導助言をする体制が整備されている。</p> <p>b) 利用者のサービス実施計画（ケアプラン）を作成する専任担当者を置き、その実施状況を総合的に把握・管理する統括責任者を定めているが、指導助言する体制は十分ではない。</p> <p>c) 利用者のサービス実施計画（ケアプラン）を作成する専任担当者を置いているが、その実施状況を総合的に把握・管理する統括責任者を定めていない。</p>
評価結果	●サービス実施計画（ケアプラン）に基づく援助及び変更にあたり、職員の共通認識が図られている。
②	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 利用者のサービス実施計画（ケアプラン）の実施及び変更にあたり、指導助言を受ける体制があり、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者のサービス実施計画（ケアプラン）の実施及び変更にあたり、職員の共通認識を図る場が設けられているが、指導助言を受ける体制はない。</p> <p>c) 利用者のサービス実施計画（ケアプラン）の実施及び変更にあたり、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
(2) サービスの実施に対する評価を行っている。	
評価結果	●利用者の情報が、確実に伝わる仕組みがある。
①	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 利用者に関する情報が、サービス実施計画（ケアプラン）を作成する専任担当者に確実に伝達される体制が整備されており、かつ統括責任者の指導助言が行われている。</p> <p>b) 利用者に関する情報が、サービス実施計画（ケアプラン）を作成する専任担当者に確実に伝達される体制が整備されているが、統括責任者の指導助言は十分ではない。</p> <p>c) 利用者に関する情報が、統括する専任担当者に確実に伝達される体制を整備していない。</p>
評価結果	●サービス実施計画（ケアプラン）に基づく実施に対する評価がなされている。
②	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) サービス実施計画（ケアプラン）に設定されている目標に対する実施・達成状況を評価するための体制が整備され、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) サービス実施計画（ケアプラン）に設定されている目標に対する実施・達成状況を評価するための体制が整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) サービス実施計画（ケアプラン）に設定されている目標に対する実施・達成状況を評価するための体制が整備されていない。</p>
<p><b>【Ⅳ-1 サービス実施計画（ケアプラン）の管理体制の特記事項】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ユニット職員も含めて総合的に検討し、ケアマネが計画案を作成し、専任ケアマネ・施設長等で確認を行い、適宜指導・助言の上確定している。Ⅳ-1-(1)-①</li> <li>・ユニット職員及び関係専門職等でケアプランの重点事項を確認・回覧し、施設長が紙面上でも適宜指導・</li> </ul>	

<p>助言を行っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ユニット会議にて共通理解を図っている。その上、ユニットにあるタブレット端末にてケース記録をいつでも確認できる。IV-1-(1)-②</li> <li>・ケアマネや相談員等の専門職も、随時ユニットに支援で入り、現場での情報交換は頻度が高い。</li> <li>・24時間シートが各ユニットにあり、利用者の変化や情報が、即24時間シートに反映され、全員で共有できる体制がある。IV-1-(2)-①</li> <li>・3か月ごとの計画見直し時期に、ユニット職員・専門職同席でケアマネを中心に、モニタリングを行っている。</li> <li>・ケース記録や申し送りノート・24時間シートにて、会議欠席職員も情報共有が可能となっている。IV-1-(2)-②</li> </ul>					
<p><b>IV-2 サービスの実施</b></p>					
<p>(1) サービスの実施に関する記録が整備されている。</p>					
<p>①</p>	<table border="1"> <tr> <td>評価結果</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>●サービス実施計画（ケアプラン）に基づく実施に関わる記録が整備されている。</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>b</td> <td> <p><b>【判断基準】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 一人一人の利用者について、サービス実施計画（ケアプラン）に基づく支援の実施状況が適切かつ十分に記録されている。</li> <li>b) 一人一人の利用者について、サービス実施計画（ケアプラン）に基づく支援の実施状況の記録が十分ではない。</li> <li>c) 一人一人の利用者について、サービス実施計画（ケアプラン）に基づく支援の実施状況が記録されていない。</li> </ul> </td> </tr> </table>	評価結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>●サービス実施計画（ケアプラン）に基づく実施に関わる記録が整備されている。</li> </ul>	b	<p><b>【判断基準】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 一人一人の利用者について、サービス実施計画（ケアプラン）に基づく支援の実施状況が適切かつ十分に記録されている。</li> <li>b) 一人一人の利用者について、サービス実施計画（ケアプラン）に基づく支援の実施状況の記録が十分ではない。</li> <li>c) 一人一人の利用者について、サービス実施計画（ケアプラン）に基づく支援の実施状況が記録されていない。</li> </ul>
評価結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>●サービス実施計画（ケアプラン）に基づく実施に関わる記録が整備されている。</li> </ul>				
b	<p><b>【判断基準】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 一人一人の利用者について、サービス実施計画（ケアプラン）に基づく支援の実施状況が適切かつ十分に記録されている。</li> <li>b) 一人一人の利用者について、サービス実施計画（ケアプラン）に基づく支援の実施状況の記録が十分ではない。</li> <li>c) 一人一人の利用者について、サービス実施計画（ケアプラン）に基づく支援の実施状況が記録されていない。</li> </ul>				
<p>(2) 各種マニュアルは見直しがされている。</p>					
<p>①</p>	<table border="1"> <tr> <td>評価結果</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>●各種マニュアル類は、定期的に見直しがされている。</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>a</td> <td> <p><b>【判断基準】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 施設としての各種マニュアルは、定期的を検証し、必要な場合には見直しを行い、職員の共通認識を図る場が設けられている。</li> <li>b) 施設としての各種マニュアルは、定期的を検証し、必要な場合には見直しを行っているが、職員の共通認識を図る場が設けられている。</li> <li>c) 定期的な検証・見直しをしていない。</li> </ul> </td> </tr> </table>	評価結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>●各種マニュアル類は、定期的に見直しがされている。</li> </ul>	a	<p><b>【判断基準】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 施設としての各種マニュアルは、定期的を検証し、必要な場合には見直しを行い、職員の共通認識を図る場が設けられている。</li> <li>b) 施設としての各種マニュアルは、定期的を検証し、必要な場合には見直しを行っているが、職員の共通認識を図る場が設けられている。</li> <li>c) 定期的な検証・見直しをしていない。</li> </ul>
評価結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>●各種マニュアル類は、定期的に見直しがされている。</li> </ul>				
a	<p><b>【判断基準】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 施設としての各種マニュアルは、定期的を検証し、必要な場合には見直しを行い、職員の共通認識を図る場が設けられている。</li> <li>b) 施設としての各種マニュアルは、定期的を検証し、必要な場合には見直しを行っているが、職員の共通認識を図る場が設けられている。</li> <li>c) 定期的な検証・見直しをしていない。</li> </ul>				
<p><b>【IV-2 サービスの実施の特記事項】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・記録内容充実に向けて、記入のレベルを上げるための、マニュアルが作られている。IV-2-(1)-①</li> <li>・全職員が分担して作ったマニュアルについて、内容に問題や不備が生じた場合には見直し作業を行い全体会議で内容検討がなされ最終決定し、年度当初に配布し、新入職員に関しては、各ユニットで先輩職員が指導している。IV-2-(2)-①</li> </ul>					

## V サービスの内容

V-1 人権への配慮	
(1) 利用者一人一人の尊厳を守っている。	
評価結果	●職員の接し方は、利用者一人ひとりの尊厳を守っている。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者との適切な関わり方（呼称・言葉づかいを含む）についてのマニュアルが整備され、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者との適切な関わり方（呼称・言葉づかいを含む）についてのマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者との適切な関わり方（呼称・言葉づかいを含む）についてのマニュアルの整備は十分ではない。</p>
評価結果	●入浴、排泄等の介助は、利用者の意向を尊重している。
② a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 入浴、排泄等の介助について、職員は利用者の意向を尊重することを日常的な課題として意識し、共通認識を図る場を設け、かつ同性介助に配慮している。</p> <p>b) 入浴、排泄等の介助について、職員は利用者の意向を尊重することを日常的な課題として意識し、共通認識を図る場が設けられているが、同性介助の配慮は十分ではない。</p> <p>c) 入浴、排泄等の介助について、職員は利用者の意向を尊重することを日常的な課題として意識せず、職員の共通認識を図る場も設けられていない。</p>
評価結果	●入浴、排泄等の介助に関して、利用者の心を傷つけないよう配慮している。
③ a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 入浴、排泄等の介助に関して、利用者の自尊心への配慮や「利用者の心を傷つける」言動とは何かについての指針が整備され、かつ職員の共通認識を図る場を設けている。</p> <p>b) 入浴、排泄等の介助に関して、利用者の自尊心への配慮や「利用者の心を傷つける」言動とは何かについての指針が整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 入浴、排泄等の介助に関して、利用者の自尊心への配慮や「利用者の心を傷つける」言動とは何かについての指針が整備されていない。</p>
(2) 不適切な関わりがないように配慮している。	
評価結果	●虐待（暴言、暴力、無視、放置、精神的な等）に関する人権侵害の防止策を講じている。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 虐待の防止に関して、具体的な事例等が示されるマニュアルが整備され、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 虐待の防止に関して、具体的な事例等が示されるマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 虐待の防止に関して、具体的な事例等が示されるマニュアルの整備は十分ではない。</p>
② 評価結果	●虐待（拘束、暴言、暴力、無視、放置等）に備えた対応方法が定められている。

	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 虐待については、就業規則（サービス規定等）で禁止事項・罰則規定が明文化され、虐待等が疑われたり、行なわれた場合の対応策（調査委員会、苦情処理、補償等）が定められている。</p> <p>b) 虐待については、就業規則（サービス規定等）で禁止事項・罰則規定が明文化されているが、虐待等が疑われたり、行なわれた場合の対応策は定められていない。</p> <p>c) 虐待については、就業規則（サービス規定等）で禁止事項・罰則規定が明文化されていない。</p>
	評価結果	●抑制・拘束は行わないようにしている。
③	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 抑制・拘束に関するマニュアルが整備され、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 抑制・拘束に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 抑制・拘束に関するマニュアルの整備は十分ではない。</p>
(3) プライバシー保護が適切に行われている。		
	評価結果	●利用者のプライバシーが守られる体制ができている。
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 個人情報の取り扱いや守秘義務についての指針及びマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 個人情報の取り扱いや守秘義務についての指針及びマニュアルは整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 個人情報の取り扱いや守秘義務についての指針及びマニュアルの整備は十分ではない。</p>
(4) 苦情の申し立て体制が適切である。		
	評価結果	●苦情申し立てができる体制が整備されている。
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 苦情申し立ての体制（第三者委員設置含）について、職員の共通認識を図る場が設けられ、運用が適切に行われている。</p> <p>b) 苦情申し立ての体制（第三者委員設置含）について、職員の共通認識を図る場が設けられているが、運用が十分ではない。</p> <p>c) 苦情申し立ての体制（第三者委員設置含）について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
<p>【V-1 人権への配慮の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の尊厳に関する細かな気配りや気づきについて「おやっどさん！あれっどさん！」といった見出しで、経験年数にかかわらず興味を引くような研修資料が作成され、研修を通じ周知されている。V-1-(1)-①</li> <li>・新人職員から「『利用者さんから〇〇さんに〇〇してほしい』など職員の指名があり、自分も指名していただけるようになることを目標に今頑張っている」という意見があり、日常的に利用者が自由に発言できる場を提供し、思いを汲み取る環境となっている。V-1-(1)-②</li> <li>・24時間シートに入浴やトイレに誘うための声掛けの方法や便座と車椅子の位置関係等について記載があり、自尊心や羞恥心など考慮したうえで身体機能や本人意向を重視した内容となっている。V-1-(1)-③</li> <li>・必要に応じ離床センサー等を使って夜間等の動きの観察、排泄時間、起床時間など、個別の生活リズムを把握している。拘束ではないがあえて拘束扱いとし戒めることで、拘束しない介護が行えるよう管理してい</li> </ul>		

<p>る。V-1-(2)-①</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体拘束廃止委員会主催の内部研修が実施されており、施設内の実情に即した研修資料が作成され、職員個々のキャリアに見合った資料配布、参考図書等の紹介など、徹底した職員教育がなされている。V-1-(2)-②</li> <li>・マニュアルに拘束・抑制の具体例が明記され、併せて言葉による目に見えない暴力や拘束について具体的に明記されている。</li> <li>・「縛らない介護の実現のために」と題し、身体拘束がもたらす弊害について具体的に記載され実用的なマニュアルが作成されている。V-1-(2)-③</li> <li>・個人情報マニュアルが整備され、簡潔で理解しやすくまとめられた内容である。V-1-(3)-①</li> <li>・苦情報告書を作成しタブレット端末を使って施設全体にその内容、対応策等周知している。また、定期的に第三者委員会を開催し苦情報告書の内容等について報告している。V-1-(4)-①</li> </ul>
---

V-2 生活環境	
(1) 生活環境が適切に整備されている。	
①	<p>評価結果</p> <p>●利用者の生活空間への配慮がなされている。</p>
	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の快適な居室のあり方についての指針等があり、かつ「その人らしい居室」のあり方について職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者の快適な居室のあり方についての指針等があるが、「その人らしい居室」のあり方について職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者の快適な居室のあり方についての指針等が整備されていない。</p>
②	<p>評価結果</p> <p>●居室において、利用者のプライバシーを保護するような環境整備の工夫がなされている。</p>
	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者のプライバシーを保護することについて、職員の共通認識を図る場が設けられ、環境づくりに具体的に反映されている。</p> <p>b) 利用者のプライバシーを保護することについて、職員の共通認識を図る場が設けられているが、環境づくりへの具体的な反映が十分ではない。</p> <p>c) 利用者のプライバシーを保護することについて、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
③	<p>評価結果</p> <p>●共有スペースについて、利用者がくつろげる工夫がなされている。</p>
	<p>【判断基準】</p> <p>a) 共有スペースのあり方について職員の共通認識を図る場が設けられ、環境づくりに工夫がなされている。</p> <p>b) 共有スペースのあり方について職員の共通認識を図る場が設けられているが、環境づくりへの工夫は十分ではない。</p> <p>c) 共有スペースのあり方についての職員の共通認識を図る場は設けられていない。</p>

<p><b>【V-2 生活環境の特記事項】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特にショート利用者の居室レイアウトに関しては、生活機能の低下防止と安全対策を兼ね、自宅と同様のレイアウトを施すため映像に残し、誰もがそのセッティングを不備なく行える体制を整えるなど創意工夫を行っている。V-2-(1)-①</li> <li>・プライバシー保護という観点に着目し共同トイレに使用中の札を下げるなど、日常的に入居者第一主義の支援が行われている。V-2-(1)-②</li> <li>・「そこで暮らす方々にとってくつろげる場所であることが一番大切なこと」を重視して、家庭に近い環境作りが工夫されている。V-2-(1)-③</li> </ul>
--

<p><b>V-3 コミュニケーション</b></p>	
<p>(1) 利用者のコミュニケーションが円滑に保たれている。</p>	
①	<p>評価結果</p> <p>●利用者へのコミュニケーションの支援が適切である。</p>
	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 施設としてのコミュニケーションのあり方を明示したマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設としてのコミュニケーションのあり方を明示したマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 施設としてのコミュニケーションのあり方を明示したマニュアルの整備は十分ではない。</p>
②	<p>評価結果</p> <p>●コミュニケーションの支援について、支援が必要な利用者に対して適切に実施されている。</p>
	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) コミュニケーションの支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) コミュニケーションの支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) コミュニケーションの支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制は十分ではない。</p>
<p><b>【V-3 コミュニケーションの特記事項】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・相談員を中心に年2回開催される参加型の研修により、利用者との関わり方についても気軽に学ぶことができる環境を整え、職員のコミュニケーション能力の向上が図られている。V-3-(1)-①</li> <li>・個別の生活リズムに沿った援助が行えるようアセスメントができています。計画に沿ったケア提供の評価もしっかりと記録され、継続的な支援と柔軟な変更が適切に実施されている。V-3-(1)-②</li> </ul>	

<p><b>V-4 入浴</b></p>	
<p>(1) 入浴の支援が適切に行われている。</p>	
①	<p>評価結果</p> <p>●入浴・清潔保持の援助が適切である。</p>

	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設としての入浴・清潔保持のあり方を明示したマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識が図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設としての入浴・清潔保持のあり方を明示したマニュアルが整備されているが、職員の共通認識が図る場が設けられていない。</p> <p>c) 施設としての入浴・清潔保持のあり方を明示したマニュアルの整備が十分ではない。</p>
	評価結果	●入浴の援助が必要な利用者に対して適切に実施されている。
②	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 入浴の支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 入浴の支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 入浴の支援が必要な利用者について、それぞれのサービスサービス実施計画（ケアプラン）のもとで検討する体制の整備は十分ではない。</p>
(2) 快適な入浴環境の整備に配慮している。		
	評価結果	●「快適な入浴」のあり方について取り組んでいる。
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 「快適な入浴」のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられ、かつ利用者の意見、要望等に配慮して改善・工夫に取り組んでいる。</p> <p>b) 「快適な入浴」のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられているが、利用者の意見、要望等に配慮して改善・工夫は十分ではない。</p> <p>c) 「快適な入浴」のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
<p>【V-4 入浴の特記事項】</p> <p>・マニュアルには入浴に関する基本的な考え方が明記されている。またケアマネが4名在籍しており、日頃の状況把握が十分行え、本人意向に沿った入浴についてアセスメントを基に検討会議も開催されている。V-4-(1)-①</p> <p>・その日の気分で入浴時間の意向が変わったり、訴える内容に変化がある場合でも極力考慮し、柔軟に対応している。V-4-(1)-②</p> <p>・個々の要求や希望を聞き入れる姿勢を持ち、日常で発した言動を聞き漏らすことなく湯の温度調整や洗髪の仕方など細かく意向を記録し、本人意向として取り上げるなど個別対応できている。V-4-(2)-①</p>		

V-5 排泄		
(1) 排泄の援助が適切に行われている。		
	評価結果	●排泄の援助が適切である。
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設としての排泄に関するマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられ</p>

		<p>ている。</p> <p>b) 施設としての排泄に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 施設としての排泄に関するマニュアルの整備が十分ではない。</p>
	評価結果	●排泄の援助が必要な利用者に対して適切に実施されている。
②	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 排泄の支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 排泄の支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 排泄の支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制の整備は十分ではない。</p>
	評価結果	●排泄の自立を維持するための働きかけをしている。
③	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 排泄の自立を維持するための働きかけについての指針等が整備され、かつ日常生活の関わりやリハビリ等を通して生活意欲を高め、排泄の自立を維持するための工夫や働きかけについて、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 排泄の自立を維持するための働きかけについての指針等が整備されているが、日常生活の関わりやリハビリ等を通して生活意欲を高め、排泄の自立を維持するための工夫や働きかけについて、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 排泄の自立を維持するための働きかけについての指針等が整備されていない。</p>
<p>【V-5 排泄の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>施設の基本方針に則り、個々の状況と排泄パターンを十分把握することで、オムツ廃止に向けた取組みが実施されている。V-5-(1)-①</li> <li>オムツ廃止の取組みを通じ、画一的な援助ではなく利用者の自立の意向を引き出せるよう、個々のこだわりに着目した対応を行っている。また、24時間シートには排泄援助時の車椅子と便座の位置関係など図入りで記載され、計画内容の周知及びケアの統一が図られている。V-5-(1)-②</li> <li>食物繊維や福祉用具（ふんばる君）を取入れ、施設全体で無理なくオムツ廃止に向けた取組みが行われている。V-5-(1)-③</li> </ul>		

V-6 食事		
(1) 食事の援助が適切に行われている。		
	評価結果	●食事の援助が適切である。
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設としての食事に関するマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p>

		<p>b) 施設としての食事に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識が図る場が設けられていない。</p> <p>c) 施設としての食事に関するマニュアルの整備が十分ではない。</p>
	評価結果	<p>●食事の援助が必要な利用者に対して適切に実施されている。</p>
②	a	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 食事の支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 食事の支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 食事の支援が必要な利用者について、それぞれのサービスサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制は十分ではない。</p>
<p>(2) 快適な食事環境の整備に配慮している。</p>		
	評価結果	<p>●利用者の嗜好を把握し、それに合ったメニューが提供されている。</p>
①	a	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 利用者の食事の状況や好き嫌いを把握し、食事サービスの検討会等に利用者も参加して、その結果をメニューの改善に十分反映させている。</p> <p>b) 利用者の食事の状況や好き嫌いを把握し、食事サービスの検討会等を開催しているが、メニューの改善に活かすことが十分ではない。</p> <p>c) 利用者の食事の状況や好き嫌いをメニューの改善に反映させていない。</p>
	評価結果	<p>●利用者が食事を楽しむことができるような工夫をしている。</p>
②	a	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 利用者が食事を楽しむ環境について、職員の共通認識を図る場を設け、かつ利用者の意向に配慮した工夫をしている。</p> <p>b) 利用者が食事を楽しむ環境について、職員の共通認識を図る場を設けているが、利用者の意向に配慮した工夫は十分ではない。</p> <p>c) 利用者が食事を楽しむ環境について、職員の共通認識を図る場を設けていない。</p>
<p><b>【V-6 食事の特記事項】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>基本マニュアルとともに、ケアプラン等で家庭的雰囲気大切に、個々の状態に応じたマニュアルが設定されている。V-6-(1)-①</li> <li>食事の支援が必要な利用者に関して、①ユニット会議②栄養管理委員会③給食会議などで専門職を含めた多角的な取り組みがされている。実際の場面では、食事姿勢、食事内容、提供の仕方、保温などきめ細やかな支援がなされている。V-6-(1)-②</li> <li>ケース記録や申し送りノートに利用者の嗜好を記録し、必要に応じて給食会議や栄養管理委員会にあげ、専門職との共通理解にも役立っている。V-6-(2)-①</li> <li>食事時間は一人一人に合わせて自由に設定されている。食事の位置、いす、テーブル、食器、保温など一律でなく、利用者の状態に合わせて設定されている。栄養士も食事場面に入り、利用者の嗜好を把握し、楽しい食事時間をつくらうとしている。V-6-(2)-②</li> </ul>		

<b>V-7 整容</b>	
(1) 整容の援助が適切に行われている。	
評価結果	●整容の援助が適切である。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設としての整容のあり方が明示されたマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識が図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設としての整容のあり方が明示されたマニュアルが整備されているが、職員の共通認識が図る場が設けられていない。</p> <p>c) 施設としての整容のあり方が明示されたマニュアルの整備が十分ではない。</p>
評価結果	●整容に関する援助が必要な利用者に対して適切に実施されている。
② a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 整容に関して支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 整容に関して支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 整容に関して支援が必要な利用者について、それぞれのサービスサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制は十分ではない。</p>
<p>【V-7 整容の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・整容や衛生面のケアが高齢者の日常生活の場ではリフレッシュ効果があるとし、改善点を後回しにしない努力が行われている。V-7-(1)-①</li> <li>・介護計画書、24時間シートに整容に関する記述があり、日々の気づきや問題点、ケア方法など個々の状況について記録され定期的に確認し、事実関係に基づいて検討する機会が設けられている。V-7-(1)-②</li> </ul>	

<b>V-8 口腔ケア</b>	
(1) 口腔ケアの援助が適切に行われている。	
評価結果	●口腔ケアの援助が適切である。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設としての口腔ケアのあり方を明示したマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設としての口腔ケアのあり方を明示したマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 施設としての口腔ケアのあり方を明示したマニュアルの整備が十分ではない。</p>
<p>【V-8 口腔ケアの特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・月1回歯科衛生士による直接指導があり、各部屋の洗面所にて、ゆったりとケアが行われている。V-8-(1)-①</li> </ul>	

V-9 睡眠	
(1) 睡眠の支援が適切に行われている。	
評価結果	●安眠できるような支援が行われている。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 安眠できる環境のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられており、かつ個々の利用者の状況に配慮した支援が行われている。</p> <p>b) 安眠できる環境のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられているが、個々の利用者の状況に配慮した支援は十分ではない。</p> <p>c) 安眠できる環境のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
<p>【V-9 睡眠の特記事項】</p> <p>・居室のしつらえについて本人・家族と話し合いの場を設けている。安心感やくつろげる場であることに気を配ると同時に、安眠できる環境についても個々の希望やこだわりを尊重しており、個別の支援に基づくケアが実施されている。V-9-(1)-①</p>	
V-10 外出・外泊	
(1) 外出・外泊の支援が適切に行われている。	
評価結果	●外出・外泊は利用者の希望に応じた支援を行っている。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設としての外出・外泊のあり方を明示したマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設としての外出・外泊のあり方を明示したマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 施設としての外出・外泊のあり方を明示したマニュアルの整備が十分ではない。</p>
<p>【V-10 外出・外泊の特記事項】</p> <p>・季節感を味わえるような場所への外出を計画、実行している。日常生活上で発した言動を聞き逃すことなく実現に繋がるよう記録に残すなど取組んでいる。V-10-(1)-①</p>	

V-11 行事・レクリエーション	
(1) 行事やレクリエーションの支援が適切に行われている。	
評価結果	●行事やレクリエーション等への参加は利用者の意思を尊重している。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者が参加しやすい行事やレクリエーションについて、職員の共通認識を図る場を設け、かつ参加しにくい人への配慮がなされている。</p> <p>b) 利用者が参加しやすい行事やレクリエーションについて、職員の共通認識を図る場を設けているが、参加しにくい人への配慮は十分ではない。</p> <p>c) 利用者が参加しやすい行事やレクリエーションについて、職員の共通認識を図る場を設けていない。</p>
(2) 趣味・娯楽等の活動への支援は適切に行われている。	

①	評価結果	●趣味・娯楽等の活動は利用者の意思を尊重している。
	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 趣味・娯楽等に関して、利用者が主体的に活動できるような支援についての指針が整備され、職員の共通認識を図る場を設けている。</p> <p>b) 趣味・娯楽等に関して、利用者が主体的に活動できるような支援についての指針が整備されているが、職員の共通認識を図る場を設けていない。</p> <p>c) 趣味・娯楽等に関して、利用者が主体的に活動できるような支援についての指針の整備が十分ではない。</p>
<p>【V-11 行事・レクリエーションの特記事項】</p> <p>・利用者個々の真意を把握するため「夢をかなえるプロジェクト」と称し、日常生活で発した言葉やつぶやき、TV CMなどの話題や新聞広告などへの目線等、見逃さないようにし、個々のやりたいことを叶える活動を行っている。V-11-(1)-①</p> <p>・利用者の意向を聴きながら四季折々の行事や野菜の苗植え、さんまの炭火焼き、スイカ割り、夜の花火や、居室で植木を利用して花を育てるなど柔軟に実行できる体制がある。V-11-(2)-①</p>		
V-12 預り金		
(1) 預かり金の管理・運用が適切である。		
①	評価結果	●預かり金について、管理体制が適切である。
	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 預かり金に関する契約（規程や細則）について、職員の共通認識を図る場を設け、かつ利用者及び家族に説明する体制が整備されている。</p> <p>b) 預かり金に関する契約（規程や細則）について、職員の共通認識を図る場が設けられているが、利用者及び家族に対する説明する体制が十分ではない。</p> <p>c) 預かり金に関する契約（規程や細則）について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
<p>【V-12 預り金の特記事項】</p> <p>・施設としては預り金をしない方向ではあるが、家族が遠方で直ぐに面会や金銭準備できない方などのために預り金規程が整備され、個々の実情に応じた柔軟的な支援が行われている。V-12-(1)-①</p>		

V-13 相談支援		
(1) 利用者・家族の相談に適切に対応している。		
①	評価結果	●利用者・家族からの多様な相談に対応する体制がある。
	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者・家族からの相談に対応する指針・体制が整備され、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者・家族からの相談に対応する指針・体制が整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者・家族からの相談に対応する指針・体制が整備されていない。</p>

<p><b>【V-13 相談支援の特記事項】</b></p> <p>・利用者・家族と常日頃から円滑なコミュニケーションが図れるよう、施設長や相談員は日に何度も施設内を巡回することで、利用者に近い存在として信頼関係を築き、利用者・家族からの相談受入体制を整えている。V-13-(1)-①</p>
--

**V-14 寝たきり防止**

(1) 寝たきり防止が徹底されている。

①	評価結果	●寝たきり防止のため、離床が徹底されている。
	a	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 寝食分離や日中活動等のあり方について、職員の共通認識を図る場を設け、離床が徹底されている。</p> <p>b) 寝食分離や日中活動等のあり方について、職員の共通認識を図る場を設けているが、離床の徹底が十分ではない。</p> <p>c) 寝食分離や日中活動等のあり方について、職員の共通認識を図る場を設けていない。</p>

②	評価結果	●日常の着替えが徹底されている。
	a	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 生活する上でのリズムを整えることの意義について、職員の共通認識を図る場を設け、着替えが十分行われている。</p> <p>b) 生活する上でのリズムを整えることの意義について、職員の共通認識を図る場を設けているが、着替えが十分ではない。</p> <p>c) 生活する上でのリズムを整えることの意義について、職員の共通認識を図る場を設けられていない。</p>

<p><b>【V-14 寝たきり防止の特記事項】</b></p> <p>・胃瘻の方の滴下をリビングで行ったり、寝たきりでも参加できる行事や活動、認知症の方への声のかけ方など、利用者第一に考え日々工夫がされている。V-14-(1)-①</p> <p>・寝巻から平服に着替えるときや入浴時の衣類選択は、本人意思を確認しながら行っている。また、施設で衣類の移動販売など取入れ、自らの意志で衣類を選んだり購入したりする機会を設けている。V-14-(1)-②</p>
--

**V-15 認知症高齢者**

(1) 認知症高齢者への支援が適切に行われている。

①	評価結果	●認知症高齢者に対応する支援体制が整備されている。
	a	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 認知症高齢者が安定した生活ができることについて、職員の共通認識を図る場が設けられ、具体的な工夫がなされている。</p> <p>b) 認知症高齢者が安定した生活ができることについて、職員の共通認識を図る場が設けられて</p>

		いるが、具体的な工夫は十分ではない。 c) 認知症高齢者が安定した生活ができることについて、職員の共通認識を図る場が設けられていない。
	評価結果	●認知症の利用者に対して支援が適切に実施されている。
②	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設における認知症の利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設における認知症の利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 施設における認知症の利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制は十分ではない。</p>
<p>【V-15 認知症高齢者の特記事項】</p> <p>・介護職員に限らず施設全体で見守る体制が整っており、認知症状に起因する徘徊や帰宅願望への支援が行われている。V-15-(1)-①</p> <p>・認知症周辺症状等により日常生活に支障をきたし、思うような改善が図れない場合、居室移動など行うことで安定した生活が営めるようになった事例があり、施設全体で問題に取り組んでいる。V-15-(1)-②</p>		

V-16 家族との連携		
(1) 利用者の家族との連携が図られている。		
	評価結果	●利用者の家族との共通理解を図っている。
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 家族と介護の共通理解を図ることの意味について、職員の共通認識を図る場を設け、定期的に懇談会等を開催して家族の意向を把握している。</p> <p>b) 家族と介護の共通理解を図ることの意味について、職員の共通認識を図る場を設け、定期的に懇談会等を開催して家族の意向を把握は十分ではない。</p> <p>c) 家族と介護の共通理解を図ることの意味について、職員の共通認識を図る場を設けていない。</p>
	評価結果	●家族との協力関係が適切に図られている。
②	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 介護について、家族と施設が相互に協力し合うことの意味に関して、職員の共通認識を図る場が設けられ、家族と連携する体制が整備されている。</p> <p>b) 介護について、家族と施設が相互に協力し合うことの意味に関して、職員の共通認識を図る場が設けられているが、家族と連携する体制の整備は十分ではない。</p> <p>c) 介護について、家族と施設が相互に協力し合うことの意味に関して、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>

<p><b>【V-16 家族との連携の特記事項】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日常の様子や行事参加の様子など、写真を残し個別のアルバムを作成している。家族面会の際、写真を観て頂くとともに日頃の状況を伝達している。V-16-(1)-①</li> <li>・連絡や報告した内容や家族の意向、希望、モノの考え方など個人記録に残し、必要に応じて申送りノートを使って周知している。V-16-(1)-②</li> </ul>
--

<p><b>V-17 機能訓練等への支援</b></p>	
<p>(1) 利用者の機能の回復等に向けた支援が適切に行われている。</p>	
<p>評価結果</p>	<p>●利用者の機能訓練について支援が適切に実施されている。</p>
<p>①</p> <p>a</p>	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 機能訓練が必要な利用者について、それぞれのリハビリテーション計画書等を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 機能訓練が必要な利用者について、それぞれのリハビリテーション計画書等を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 機能訓練が必要な利用者について、それぞれのリハビリテーション計画書等を検討する体制の整備は十分ではない。</p>
<p><b>【V-17 機能訓練等への支援の特記事項】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・担当職員とユニット職員が協力して、利用者の無理のないかたちでマッサージやレクリエーションの支援が行われている。V-17-(1)-①</li> </ul>	

<p><b>V-18 ターミナルケア</b></p>	
<p>(1) ターミナルケアの支援が適切に行われている。</p>	
<p>評価結果</p>	<p>●ターミナルケアを実施する体制が整えられている。</p>
<p>①</p> <p>a</p>	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) その人が望む「安らかな死」に対する支援についてのマニュアルが整備され、利用者の希望や必要性を把握し、支援の創意工夫について職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) その人が望む「安らかな死」に対する支援を行うためのマニュアルが整備されているが、利用者の希望や必要性を把握し、支援の創意工夫について職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) その人が望む「安らかな死」に対する支援を行うためのマニュアルの整備が十分ではない。</p>
<p>評価結果</p>	<p>●ターミナルケアが適切に行われている。</p>
<p>②</p> <p>a</p>	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) ターミナル期にある利用者について、それぞれのターミナルケアプランを検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) ターミナル期にある利用者について、それぞれのターミナルケアプランを検討する体制があ</p>

		<p>るが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) ターミナル期にある利用者について、それぞれのターミナルケアプランを検討する体制の整備は十分ではない。</p>
	評価結果	<p>●ターミナル期にある利用者の家族との協力関係が適切に図られている。</p>
③	a	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) ターミナル期にある利用者の尊厳や意向にそった援助について、家族と施設が相互に協力し合うことの意味に関して、職員の共通認識を図る場が設けられ、家族と連携する体制が整備されている。</p> <p>b) ターミナル期にある利用者の尊厳や意向にそった援助について、家族と施設が相互に協力し合うことの意味に関して、職員の共通認識を図る場が設けられているが、家族と連携する体制の整備は十分ではない。</p> <p>c) ターミナル期にある利用者の尊厳や意向にそった援助について、家族と施設が相互に協力し合うことの意味に関して、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
	評価結果	<p>●ターミナル期にある利用者の家族に対する支援体制が整えられている。</p>
④	a	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) ターミナル期にある利用者の家族に対する支援マニュアルが整備され、利用者の死のプロセスを家族が受けとめることについて、職員の共通認識をはかる場が設けられている。</p> <p>b) ターミナル期にある利用者の家族に対する支援マニュアルが整備されているが、利用者の死のプロセスを家族が受けとめることについて、職員の共通認識をはかる場が設けられていない。</p> <p>c) ターミナル期にある利用者の家族に対する支援マニュアルの整備が十分ではない。</p>
<p><b>【V-18 ターミナルケアの特記事項】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・マニュアルが整備され、本人の状態確認及び家族意向の確認等行われている。 V-18-(1)-①</li> <li>・担当者会議の席で本人・家族の意向確認や主治医も含め話し合いの場を設けているが、刻々と変化する状況に合わせ、説明や意向確認が行われ、その内容は個別記録や申送りノートを使って周知されている。 V-18-(1)-②</li> <li>・本人、家族の意向により自宅に一時帰宅し愛犬と一緒に過ごし、その後愛犬と一緒に施設に戻り家族も泊まり込んで最期のときを迎えた事例があり、多職種及び家族との連携が図られている。 V-18-(1)-③</li> <li>・看取りに関する施設方針は「できるだけ、できることをする」といった、とてもシンプルなものであり、高齢者介護に携わる者にとって「看取りは当たり前のことである」といった懐の深い考え方の中、「偲びの会」が開催され看取った後の家族支援まで行っている。 V-18-(1)-④</li> </ul>		

## VI 利用者本位のサービス実施

VI-1 利用者の意向の尊重	
(1) 利用者の自立支援が適切に行われている。	
①	<p>評価結果 ●その人に合った生きがいがづくり等に対する支援が適切に行われている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) その人に合った「生きがいのある生活を送る」という支援についての指針が整備され、利用者の希望や必要性を把握し、支援の創意工夫について職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) その人に合った「生きがいのある生活を送る」という支援を行うための指針が整備されているが、利用者の希望や必要性を把握し、支援の創意工夫について職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) その人に合った「生きがいのある生活を送る」という支援を行うための指針が整備されていない。</p>
②	<p>評価結果 ●「自立」を維持増進する支援を行うための取り組みを行っている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 「自立」を維持増進する支援を行うためのマニュアルが整備され、利用者の意思を尊重し、できる限り可能な範囲で自分で取り組むような支援について職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 「自立」を維持増進する支援を行うためのマニュアルが整備され、利用者の意思を尊重しているが、できる限り可能な範囲で自分で取り組むような支援について職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 「自立」を維持増進する支援を行うためのマニュアルが整備されていない。</p>
(2) 利用者の信仰の自由が保障されている。	
①	<p>評価結果 ●利用者の信仰の自由が保障されている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の信仰について、施設の考え方が明示され、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者の信仰について、施設の考え方が明示されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者の信仰について、施設の考え方が明示されていない。</p>
<p>【VI-1 利用者の意向の尊重の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員がユニットでの生活の会話の中から、日々変わる利用者の希望や必要性を丁寧に拾い出し、夢をかなえるプロジェクト等、利用者の意志をなるべくかなえるよう努力している。VI-1-(1)-①</li> <li>・24時間シートをもとにADL全般の自立促進に向けた支援が行われている。VI-1-(1)-②</li> <li>・看取り対象の方や、イベント参加・食べ物など宗教上制限がある場合などは、必要なことは配慮されている。VI-1-(2)-①</li> </ul>	

## VII 健康管理・安全管理

VII-1 健康管理	
(1) 健康管理が適切に行われている。	
評価結果	●健康管理の実施体制が整備されている。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 健康管理マニュアルを整備し、かつ利用者一人一人の健康状態を把握することについて、職員が共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 健康管理マニュアルを整備しているが、利用者一人一人の健康状態を把握することについて、職員が共通認識を図るための場は設けられていない。</p> <p>c) 健康管理マニュアルの整備が十分ではない。</p>
<p>【VII-1 健康管理の特記事項】</p> <p>・専門性の高い「診察事項」は看護師が中心になって健康管理をするとともに、基本的にはユニット職員にてバイタルチェックや日常生活の健康状態の観察などを行っている。VII-1-(1)-①</p>	

VII-2 安全管理	
(1) 事故防止のための取り組みを行っている。	
評価結果	●発生した事故ならびに事故につながりそうな事例を確実に把握する体制ができている。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 発生した事故ならびに事故につながりそうな事例は、責任者に確実に報告する体制が整備され、職員の共通認識を図る場を設け、周知徹底している。</p> <p>b) 発生した事故ならびに事故につながりそうな事例は、責任者に確実に報告する体制が整備されているが、職員の共通認識を図る場を設けておらず、周知徹底は十分ではない。</p> <p>c) 発生した事故ならびに事故につながりそうな事例は、責任者に確実に報告する体制は整備されておらず、職員の共通認識を図る場も設けられていない。</p>
評価結果	●事故防止のための体制が適切である。
② a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 発生した事故や、事故につながりそうな事例の分析をし、事故防止について職員の共通認識を図る場を設け、具体的な取り組みを行っている。</p> <p>b) 発生した事故や、事故につながりそうな事例の分析をし、事故防止について職員の共通認識を図る場を設けているが、具体的な取り組みは十分ではない。</p> <p>c) 発生した事故や、事故につながりそうな事例の分析は行われておらず、事故防止について職員の共通認識を図る場も設けられていない。</p>
(2) 事故や災害発生時の対応体制が確立している。	
評価結果	●事故補償（賠償）について周知徹底している。
① c	<p>【判断基準】</p>

		<p>a) 利用者の事故補償等について、説明書類等を職員及び家族等に配布するとともに、説明会等を開催し周知徹底している。</p> <p>b) 利用者の事故補償等について、説明書類等を職員及び家族等に配布しているが、説明会等を開催しておらず、周知徹底していない。</p> <p>c) 利用者の事故補償等について、説明書類等を職員及び家族等に配布していない。</p>
	評価結果	●事故（けが、急病等）や災害に適切に対応できる体制が整備されている。
②	a	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 事故や災害に対するマニュアルを整備し、職員の共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 事故や災害に対するマニュアルを整備しているが、職員の共通認識を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 事故や災害に適切に対応するマニュアルは整備されていない。</p>
(3) 与薬が適切である。		
	評価結果	●与薬について、適切に行われるような体制が整備されている。
①	a	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 与薬に関するマニュアルを整備し、かつ利用者一人一人に確実に実施することについて、職員の共通理解を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 与薬に関するマニュアルを整備しているが、利用者一人一人に確実に実施することについて、職員の共通理解を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 与薬に関するマニュアルの整備は十分ではない。</p>
<p><b>【VII-2 安全管理の特記事項】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ユニットごとに、具体的事例に関して、事例検討などを行うとともに、危険個所の検討なども KJ 法などを使い職員参加型で実際的な研修もされている。VII-2-(1)-①</li> <li>・事故防止に向けて、具体的な今後の対策を確認して再発防止に努めている。VII-2-(1)-②</li> <li>・利用者、家族、職員に説明はしているが、賠償保険の説明書類の配布は行っていない。VII-2-(2)-①</li> <li>・普段から、参加型の事故防止勉強会・危険予知トレーニングを実施し、あわせて転倒転落アセスメントスコアシートを利用している。防火防災訓練等の後には、職員アンケートや反省文記載を実施している。VII-2-(2)-②</li> <li>・臨時薬は通常薬と別の色の袋に入れて管理するとともに、配薬時薬袋にマーカーで「朝：赤、昼：緑、夜：青」等色分けして線を引き誤投薬を防ぎ、薬のない場合は「薬なし」のカードが入れられている。VII-2-(3)-①</li> </ul>		

<b>VII-3 衛生管理・感染症対策</b>		
(1) 衛生管理ならびに感染症対策が適切に行われている。		
	評価結果	●衛生管理に関するマニュアルを整備し、職員の共通認識が図られている。
①	a	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 施設の実態に応じた衛生管理に関するマニュアルを整備し、職員の共通認識を図るための場が設けられている。</p>

		<p>b) 施設の実態に応じた衛生管理に関するマニュアルを整備しているが、職員の共通認識を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 施設の実態に応じた衛生管理に関するマニュアルは整備されていない。</p>
②	評価結果	●感染症への対応や予防の体制が整備されている。
	a	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 感染症への対応や予防についての体制を整備し、職員の共通認識を図る場を設け、周知徹底している。</p> <p>b) 感染症への対応や予防についての体制は整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 感染症への対応や予防についての体制は整備されていない。</p>
③	評価結果	●調理場、水周りなどの衛生管理は、マニュアルが整備され、職員の共通認識が図られている。
	a	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 調理場、水周りなどの衛生管理に関するマニュアルを整備し、職員の共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 調理場、水周りなどの衛生管理に関するマニュアルを整備しているが、職員の共通認識を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 調理場、水周りなどの衛生管理に関するマニュアルは整備されていない。</p>
<p><b>【VII-3 衛生管理・感染症対策の特記事項】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・全体会議等でトピックを挙げ報告がなされている。VII-3-(1)-①</li> <li>・季節ごとの対応や予防について全体会議や委員会で話し合い、ユニット会議や研修会を通して周知している。VII-3-(1)-②</li> <li>・調理場は清掃実施確認表に時間を記入している。VII-3-(1)-③</li> </ul>		