

# 自己評価結果表（入所系サービス）

## 共通項目

### 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。           |                                                                           | 5 / 6 項目 |
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック）               |                                                                           |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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。                      |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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。                    |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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。   |                                                                                           | 2 / 4 項目 |
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック）               |                                                                                           |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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。 |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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。         |                                                                                           | 3 / 4 項目 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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。                                                             |          |

#### 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。                                           | 1 / 4 項目 |
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック）                                                         |          |
| <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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。          |          |
| <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 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。                                  | 1 / 5 項目 |
| <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 職員間で課題の共有化が図られている。                        |          |
| <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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。                                                             | 1 / 4 項目 |
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック）                                                                          |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 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) 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り組んでいる。 |                                                                   | 4 / 8 項目 |
| <input checked="" type="checkbox"/>  | 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 checked="" type="checkbox"/>  | 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 checked="" type="checkbox"/>  | 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。                                    |          |
| <input checked="" type="checkbox"/>  | 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。                 |                                                                    | 0 / 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。 |                                                                    | 4 / 5 項目 |
| <input checked="" type="checkbox"/>       | 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。 |          |
| <input checked="" type="checkbox"/>       | 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 checked="" type="checkbox"/>       | 定期的に計画の評価と見直しを行っている。                                               |          |
| <input checked="" type="checkbox"/>       | 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。                                      |          |

#### 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。         |                                                                      | 2 / 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。                              |          |
| <input checked="" type="checkbox"/>  | 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。                   |          |
| <input checked="" type="checkbox"/>  | 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。 |                                                                      | 1 / 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。                              |          |
| <input checked="" type="checkbox"/>  | 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。 |                                                          | 1 / 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。                           |          |
| <input checked="" type="checkbox"/>            | 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。                                  |          |
|                                                | 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。             |          |
|                                                | 地域に適切な関係機関・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。 |                                                                                                | 0 / 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) 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 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。                                             |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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。                                   | 4 / 5 項目 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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。                      | 2 / 4 項目 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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。              |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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。                                  | 2 / 5 項目 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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。 |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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。                                      |          |

|                                     |                                                                |          |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------|
| 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 感染症の予防策が適切に講じられている。                                            |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。                                      |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 災害時の対応体制が決められている。                                              |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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。                           |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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。                            |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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）               |                                                 |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 標準的な実施方法が適切に文書化されている。                           |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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。 |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的の実施されている。             |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 記録管理の責任者が設置されている。                               |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。                       |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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（該当する場合は口にチェック）               |                                                                |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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。             |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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。    |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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。                      |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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。                                   |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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。               |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | （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。                     |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | （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 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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。            |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | （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。                        |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | （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。 |          |

## 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）               |                                                                  |           |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 安全・快適に入浴するための取組を行っている。                                           |           |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | （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。                   |           |
| <input checked="" type="checkbox"/> | （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。                       |           |
| <input checked="" type="checkbox"/> | （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。 |           |
| <input checked="" type="checkbox"/> | （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。           |           |
| <input checked="" type="checkbox"/> | （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   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 自然な排せつを促すための取組や配慮を行っている。                                         |           |
| <input checked="" type="checkbox"/> | トイレは、安全で快適に使用できるよう配慮している。                                        |           |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 排せつの自立のための働きかけをしている。                                             |           |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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。                             |           |
| <input checked="" type="checkbox"/> | （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 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。             |                                                                    | 6 / 6 項目 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 職員に対して、口腔ケアに関する研修を実施している。                                          |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | (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。  |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | (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。 |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | (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。                                 |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | (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)              |                                                      |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 褥瘡予防対策の関係職員が連携して取組んでいる。                              |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 褥瘡発生後の治癒に向けたケアが行われている。                               |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | (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。 |                                                                     | 2 / 5 項目 |
| 評価の着眼点 (該当する場合は□にチェック)                      |                                                                     |          |
| <input type="checkbox"/>                    | 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。 |          |
| <input checked="" type="checkbox"/>         | 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。                             |          |
| <input checked="" type="checkbox"/>         | 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。                        |          |

(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 / 6 項目 |
| 評価の着眼点（該当する場合は□にチェック）               |                                                                        |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 医師・医療機関等との必要な連携体制を確立している。                                              |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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。                              |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | （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）               |                                         |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | （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・組織的にしている。      |                                                           | 1 / 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。        |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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                                                       |          |

# 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 7年 1月 1日時点 |         |         | 参考(前回評価時)<br>令和 6年 1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          | 6.9%                  | 93.1%   | 0.0%    | 6.9%                       | 75.9%   | 17.2%   |
| 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 | 6.9%                  | 89.7%   | 3.4%    | 6.9%                       | 82.8%   | 10.3%   |
| 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    | 10.3%                 | 89.7%   | 0.0%    | 3.5%                       | 79.3%   | 17.2%   |

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。

事業者名称: 特別養護老人ホーム姉川の里(2570301248) TEL0749-73-8010

提供サービス名: 指定介護老人福祉施設

評価年月日: 令和 7年 3月 1日

## 評価結果整理表

### ○共通項目

|                                                       |   |                                          |
|-------------------------------------------------------|---|------------------------------------------|
| 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                                                     | a | 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。                  |
|                                                       |   | 5 項目/6項目                                 |
| 総合評価・判断した理由等                                          |   |                                          |
| 家族への周知が図られていない。                                       |   |                                          |
| 2 経営状況の把握                                             |   |                                          |
| (1) 経営環境の変化等に対応している。                                  |   |                                          |
| ①                                                     | b | 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。          |
|                                                       |   | 2 項目/4項目                                 |
| ②                                                     | b | 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。                |
|                                                       |   | 3 項目/4項目                                 |
| 総合評価・判断した理由等                                          |   |                                          |
| 経営状況・運営状況については、理事会で共有されている。決定事項や現状等の報告はその都度職員へ行われている。 |   |                                          |
| 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                                                     | c | 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。              |
|                                                       |   | 0 項目/4項目                                 |
| ②                                                     | c | 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。               |
|                                                       |   | 2 項目/4項目                                 |
| (2) 事業計画が適切に策定されている。                                  |   |                                          |
| ①                                                     | b | 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直し組織的に行われ、職員が理解している。 |
|                                                       |   | 2 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。                |
|                                                       |   | 1 項目/4項目                                 |
| 総合評価・判断した理由等                                          |   |                                          |
| 単年度の事業計画は策定されているが、中長期的な計画は策定されていない。                   |   |                                          |

|                                                       |   |                                                                |
|-------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------|
| (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り組んでいる。<br>4 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                                                     | c | 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。<br>0 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。<br>4 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。<br>4 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                                                     | b | 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。<br>1 項目 / 5 項目 |
| 総合評価・判断した理由等                                          |   |                                                                |
| 毎月1回の施設内研修を実施している。人事考課制度はない。                          |   |                                                                |
| 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。 「自己評価結果表」の「評価の着眼点」のチェック数 |   |                                                                |
| ①                                                     | a | 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。<br>2 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。<br>2 項目 / 4 項目                |
| 総合評価・判断した理由等                                          |   |                                                                |
| 経営状況はすべて公開している。                                       |   |                                                                |
| 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。 「自己評価結果表」の「評価の着眼点」のチェック数       |   |                                                                |
| ①                                                     | c | 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。<br>2 項目 / 5 項目                      |
| ②                                                     | c | 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。<br>1 項目 / 5 項目              |
| (2) 関係機関との連携が確保されている。                                 |   |                                                                |
| ①                                                     | c | 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。<br>1 項目 / 5 項目    |

## 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。

「自己評価結果表」の  
「評価の着眼点」のチェック数

|   |   |                                             |          |
|---|---|---------------------------------------------|----------|
| ① | a | 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。 | 4 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 | a | 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 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 | b | 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。 | 5 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

サービスの質の確保や適切な記録実施のため、lifeの活用やICT化を進めていく必要がある。

|              |          |                                                   |
|--------------|----------|---------------------------------------------------|
| (5)機能訓練、介護予防 |          |                                                   |
| ①            | <b>b</b> | 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。<br>2 項目/5項目       |
| (6)認知症ケア     |          |                                                   |
| ①            | <b>a</b> | 認知症の状態に配慮したケアを行っている。<br>7 項目/7項目                  |
| (7)急変時の対応    |          |                                                   |
| ①            | <b>a</b> | 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。<br>5 項目/6項目 |
| (8)終末期の対応    |          |                                                   |
| ①            | <b>b</b> | 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。<br>5 項目/6項目     |

#### 総合評価・判断した理由等

入浴支援では心身状態に合わせた入浴方法の検討や声かけ方法・時間の調整、排泄支援ではオムツ等の使用チェック表の作成・集計を実施し状況把握に努め、食事支援では音楽を流す等雰囲気作りに努めるとともに量や形態・自助食器の調整、少量でも栄養がとれるような補助食品の検討、機能訓練では計算問題や塗り絵の実施、散歩等の生活習慣の中での歩行訓練やyoutubeを使ったりリハビリ体操の実施等、それぞれの面から利用者の快適・安心な生活支援に努めている。  
また、体調管理・感染症予防のため、利用者への毎日の体調確認・検温の実施、状況に応じた検討・対策会議をこまめに開催している。

#### A-4 家族等との連携

|            |          |                                      |
|------------|----------|--------------------------------------|
| (1)家族等との連携 |          | 「自己評価結果表」の<br>「評価の着眼点」のチェック数         |
| ①          | <b>a</b> | 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。<br>5 項目/5項目 |

#### 総合評価・判断した理由等

定期的な電話連絡を通して家族へ状況報告・情報提供を行っている。また、面会は時間制限等は設けず、家族と過ごす時間を尊重するようにしている。  
その他、利用者状態や家族等の希望に応じて、その都度相談支援等を実施している。

#### 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 |          | 「自己評価結果表」の<br>「評価の着眼点」のチェック数                    |
| ①              | <b>c</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。<br>1 項目/8項目       |
| ②              | <b>a</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。<br>8 項目/8項目 |
| ②              | <b>b</b> | 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。<br>3 項目/8項目      |

#### 総合評価・判断した理由等

前年度同様、日常生活支援の中で現状を維持できるように取り組んでいるが、要介護状態の改善にまでは至っていない。

事業者名称(事業者番号): 特別養護老人ホーム姉川の里(2570301248) TEL0749-73-8010

提供サービス名: 指定介護老人福祉施設

評価年月日: 令和 7年 3月 1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: 令和 7年 3月 1日

前回評価年月日: 令和 6年 3月 1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<br>(○年○月<br>～○年○月<br>まで) | 改善に向けた具体的な<br>行動                                                                                                                   | 達成度評価                                                                                                                        | 次期評<br>価実施<br>時期              |
|--------------------|------|---------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 評価項目<br>番号         | 優先順位 | 内 容                                                     |                                 |                                                                                                                                    |                                                                                                                              |                               |
| Ⅱ 2(1)             | 2    | 個々の育成・教育体制が確立されておらず、人材確保・スキルアップが不十分であり、人材不足が常態化している。    | 令和6年4月<br>～<br>令和7年3月           | 評価体制や評価項目等を明確にしたうえで評価を実施し、個々の目標・目的を明確にして人材育成や人材確保にもつなげていく必要がある。<br>外国人労働者の働きやすい環境づくりが必要である。                                        | 昨年同様できていない。                                                                                                                  | 令和7<br>年4月<br>～<br>令和8<br>年3月 |
| Ⅱ 2(3)             | 1    | 職員の質の向上に向けた体制の確立が十分でない。                                 | 令和6年4月<br>～<br>令和7年3月           | 苦情・介護事故等の減少を目指し、職員一人ひとりが普段から自分の言動を意識するように努める。<br>虐待チェックリストなどのアンケートを実施し、常に意識できるようにしていく。<br>定期的な面談やレベル評価・試験を実施するなど、職員への個別対応に取り組んでいく。 | 今年度途中からは、動画研修を取り入れることで定期的な研修機会を設けられているが、虐待チェックリストの実施などはできていない。<br>職員面談やICT機器の導入等進めていけるとよい。                                   | 令和7<br>年4月<br>～<br>令和8<br>年3月 |
| A-3(5)①            | 3    | 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く必要がある。                    | 令和6年4月<br>～<br>令和7年3月           | 脳トレーニングやリハビリ機器の取り入れ等、利用者の自立や意欲向上・機能維持のための意味のある機能訓練を取り入れていく。                                                                        | youtubeを活用し、リハビリ体操・機能訓練の実施を進めている。また、一部ではあるが脳トレーニングとして計算問題等へ取り組める機会を設けている。全体的には機能訓練の機会はまだ少ないため、自立や意欲向上のための機能訓練について学んでいく必要がある。 | 令和7<br>年4月<br>～<br>令和8<br>年3月 |
| A-4(1)①            | 4    | 災害や感染症の発生時に、利用者の家族等へ状況や取り組み内容を適切に伝達・周知できるように体制作りが必要である。 | 令和6年4月<br>～<br>令和7年3月           | メールやアプリの使用も検討しながら、正確な情報を適切に発信できるような仕組み作りを検討していく。                                                                                   | 昨年同様できていない。                                                                                                                  | 令和7<br>年4月<br>～<br>令和8<br>年3月 |