

神戸市老人福祉施設連盟 第三者評価 評価項目(2014年度版)

特別養護老人ホーム 萬寿園

自己評価記入日

平成26年10月8日

自己評価記入者

生活相談員 掘井 義朗

事務長 加護谷 芳樹

訪問調査日

平成26年10月31日

訪問調査員

26-0003

25-0003

26-0020

I. 組織体制とマネジメント

I. 組織体制とマネジメント

| 1. 施設が目指す理念と実現のための基本方針を策定し、周知している。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
|--|--|----|----|------------------------------|
| ① 事業所が理念・基本方針を策定している。 | | | | |
| 5 | 誰もが理解し、実践しやすい理念・基本方針を策定している。 | 5 | 5 | |
| 4 | 誰もが理解しやすい理念・基本方針を策定している。 | | | |
| 3 | 理念・基本方針を策定している。 | | | |
| 2 | 理念のみ策定している。 | | | |
| 1 | どちらも策定していない。 | | | |
| ② 事業所が理念・基本方針を施設内の誰もが見やすい場所に掲示している。 | | | | |
| 5 | 来訪者もスタッフも見やすい場所に、雰囲気配慮した上で、読みやすく掲示している。 | 4 | 4 | |
| 4 | 来訪者もスタッフも見やすい場所に、読みやすく掲示している。 | | | |
| 3 | 来訪者もスタッフも見やすい場所に掲示している。 | | | |
| 2 | 目につきにくい場所に掲示している。 | | | |
| 1 | 掲示していない。 | | | |
| ③ 事業所が理念・基本方針を外部に周知するための取り組みを行っている。 | | | | |
| 5 | 多くの人に伝わるように、パンフレット、ホームページ、お便り、契約書等を利用し、積極的に外部に向けて発信している。 | 5 | 5 | |
| 4 | 利用者・家族等にパンフレット、お便り、契約書等で定期的に発信している。 | | | |
| 3 | 利用者・家族等に契約書等で発信している。 | | | |
| 2 | 利用者・家族の全てには周知できていない。 | | | |
| 1 | 周知するための取り組みを行っていない。 | | | |
| ④ 事業所が理念・基本方針を、職員会議や職場内研修を通して職員が理解するための具体的な取り組みを行っている。 | | | | |
| 5 | 1年に1回以上、定期的に理念・基本方針に関する職場研修等を実施し、全職員が受講している。 | 5 | 5 | |
| 4 | 1年に1回以上、定期的に理念・基本方針に関する職場研修等を実施している。 | | | |
| 3 | 不定期に理念・基本方針に関する職場研修等を実施している。 | | | |
| 2 | 入職時にのみ理念・基本方針に関する研修を実施している。 | | | |
| 1 | 理念・基本方針に関する職場研修等を実施していない。 | | | |
| 2. 理念と基本方針を实践するための事業計画を策定・実施している。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 事業所が目指している理念や基本方針の実現に向けた、課題や問題点を明らかにしている。 | | | | |
| 5 | 3か月ごとに、会議等で課題や問題点を明らかにしている。 | 3 | 4 | 半年に1回、会議を実施。人事考課、接遇向上計画の記録有。 |
| 4 | 半年に1回、会議等で課題や問題点を明らかにしている。 | | | |
| 3 | 1年に1回、会議等で課題や問題点を明らかにしている。 | | | |
| 2 | 不定期に課題や問題点を明らかにしている。 | | | |
| 1 | 課題や問題点を明らかにしていない。 | | | |

| | | | | | |
|---|--|----|----|-------|--|
| ② 課題や問題点を克服するための目標やビジョンを設定した、中・長期的計画を策定している。 | | | | | |
| 5 | 課題や問題点を克服するための目標やビジョンを設定した中・長期目標を策定している。 | 2 | 2 | | |
| 4 | 課題や問題点を克服するための目標やビジョンを設定した中・長期目標のどちらかの目標を策定している。 | | | | |
| 3 | 策定しているが、課題や問題点を克服する内容になっていない。 | | | | |
| 2 | 策定しているが、具体的な内容になっていない。 | | | | |
| 1 | 策定していない。 | | | | |
| ③ 中・長期的計画の内容を反映した各年度における事業計画を策定している。【②を策定していない場合は1】 | | | | | |
| 5 | 各年度の事業計画を部署別に具体的に策定している。 | 4 | 4 | | |
| 4 | 各年度の事業計画を具体的に策定している。 | | | | |
| 3 | 各年度の事業計画を策定している。 | | | | |
| 2 | 隔年で事業計画を策定している。 | | | | |
| 1 | 策定していない。 | | | | |
| ④ 各計画の実施状況の把握、評価を職員等の参画のもとで行っている。 | | | | | |
| 5 | 全ての部署において、職員等の参画のもとで、各計画の実施状況の把握、評価を行っている。 | 3 | 3 | | |
| 4 | 一部の部署において、職員等の参画のもとで、各計画の実施状況の把握、評価を行っている。 | | | | |
| 3 | 幹部職員が、各計画の実施状況の把握、評価を行っている。 | | | | |
| 2 | 経営陣または施設長が、各計画の実施状況の把握、評価を行っている。 | | | | |
| 1 | 計画の実施状況の把握、評価を行っていない。 | | | | |
| ⑤ 各計画の評価および進捗状況の確認を定期的に行っている。 | | | | | |
| 5 | 毎月1回評価および進捗状況の確認を行っている。 | 3 | 3 | | |
| 4 | 3ヶ月に1回評価および進捗状況の確認を行っている。 | | | | |
| 3 | 半年に1回評価および進捗状況の確認を行っている。 | | | | |
| 2 | 1年に1回評価および進捗状況の確認している。 | | | | |
| 1 | 評価および進捗状況の確認をしていない。 | | | | |
| 3. 経営者・管理者等の責任を明確にし、リーダーシップを発揮している。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 | |
| ① 経営者・管理者等は、自らの役割と責任が職員に理解されるよう積極的に取り組んでいる。 | | | | | |
| 5 | 朝礼等、日々折にふれて自らの役割と責任が職員に理解されるよう積極的に取り組んでいる。 | 5 | 5 | | |
| 4 | 月に1回程度、会議・ミーティング等で自らの役割と責任が職員に理解されるように取り組んでいる。 | | | | |
| 3 | 半年に1回程度、会議・ミーティング等で自らの役割と責任が職員に理解されるように取り組んでいる。 | | | | |
| 2 | 1年に1回は会議等で自らの役割と責任が職員に理解されるように取り組んでいる。 | | | | |
| 1 | 取り組んでいない。 | | | | |

| | | | | |
|---|---|----|----|-------|
| ② 経営者・管理者等は、自らが果たすべき役割と責任について、日々の行動を自己評価している。 | | | | |
| 5 | 月単位で自己評価している。 | 3 | 3 | |
| 4 | 3ヶ月単位で評価している。 | | | |
| 3 | 半年単位で評価している。 | | | |
| 2 | 年単位で評価している。 | | | |
| 1 | 自己評価していない。 | | | |
| ③ 経営者・管理者等は、自らの行動が職員や利用者等から信頼を得ているかどうかを把握、評価・見直しをするための方法を持っている。 | | | | |
| 5 | 月に1回以上は行動や仕事に対する評価が行われている。 | 3 | 3 | |
| 4 | 3ヶ月に1回以上は行動や仕事に対する評価が行われている。 | | | |
| 3 | 半年に1回以上は行動や仕事に対する評価が行われている。 | | | |
| 2 | 不定期に行動や仕事に対する評価が行われている。 | | | |
| 1 | 行動や仕事に対する評価を行う仕組みがない。 | | | |
| 4. 経営者・管理者等は、情熱を持って施設の運営に携わっている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 経営者・管理者等は、実施する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。 | | | | |
| 5 | 毎月評価・分析を行っている。 | 5 | 5 | |
| 4 | 3ヶ月に1回、評価・分析を行っている。 | | | |
| 3 | 半年に1回、評価・分析を行っている。 | | | |
| 2 | 1年に1回、評価・分析を行っている。 | | | |
| 1 | 評価・分析を行っていない。 | | | |
| ② 経営者・管理者等は、質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような指導力を発揮している。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、会議等でサービスの質向上の重要性について職員に直接説明する機会を設けている。 | 4 | 4 | |
| 4 | 半年に1回以上、会議等でサービスの質向上の重要性について職員に直接説明する機会を設けている。 | | | |
| 3 | 年に1回以上、会議等でサービスの質向上の重要性について職員に直接説明する機会を設けている。 | | | |
| 2 | 経営者・管理者等のみで質の向上への取り組みを行っている。 | | | |
| 1 | 質の向上に向けた指導力を発揮していない。 | | | |
| ③ 経営者・管理者等は、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り組みを明示している。 | | | | |
| 5 | 改善のための具体的な取り組みを明示し、職員が理解し行動につながっている。 | 5 | 5 | |
| 4 | 改善のための具体的な取り組みを全部署で明示していることを職員が理解している。 | | | |
| 3 | 改善のための具体的な取り組みを全部署で明示している。 | | | |
| 2 | 明示していない部署がある。 | | | |
| 1 | 明示していない。 | | | |

| | | | | |
|---|---|----|----|-------------------------|
| ④ 経営者・管理者等は、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。 | | | | |
| 5 | サービスの質の向上の方法論を検討し、実際に行動を起こし、評価している。 | 5 | 5 | |
| 4 | サービスの質の向上の方法論を検討し、実際に行動を起こしている。 | | | |
| 3 | サービスの質の向上の方法論を検討する体制があり参加している。 | | | |
| 2 | サービスの質の向上の方法論を検討する体制があるが、経営者・管理者等は参加していない。 | | | |
| 1 | 具体的な体制がない。 | | | |
| 5. 利用者・家族等の意見を反映して施設の運営を行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 利用者やその家族等の意向の把握に日常的に取り組んでいる。 | | | | |
| 5 | 日常的に、家族との連携を密に取り、利用者・家族等の意向を把握する取り組みを行っている。 | 2 | 2 | |
| 4 | 1週間に1回以上、家族との連携を密に取り、利用者・家族等の意向を把握する取り組みを行っている。 | | | |
| 3 | 1ヶ月に1回以上、家族との連携を密に取り、利用者・家族等の意向を把握する取り組みを行っている。 | | | |
| 2 | 3ヶ月に1回以上、家族との連携を密に取り、利用者・家族等の意向を把握する取り組みを行っている。 | | | |
| 1 | 利用者・家族等の意向の把握は行っていない。 | | | |
| ② 家族会の開催、アンケート調査の実施等、定期的に利用者やその家族等の意向を把握する取り組みを行っている。 | | | | |
| 5 | 月1回以上は、利用者やその家族等の意向を把握する取り組みを行っている。 | 4 | 4 | |
| 4 | 3ヶ月に1回以上は、利用者やその家族等の意向を把握する取り組みを行っている。 | | | |
| 3 | 半年に1回以上は、利用者やその家族等の意向を把握する取り組みを行っている。 | | | |
| 2 | 年1回以上は、利用者やその家族等の意向を把握する取り組みを行っている。 | | | |
| 1 | 把握する取り組みを行っていない。 | | | |
| ③ 利用者満足に関する調査や、把握した結果を分析・検討するために、委員会等を定期的に開催し、検討内容を記録している。 | | | | |
| 5 | 半年に1回は委員会等を開催し、調査結果の分析・検討を行い、内容を記録している。 | 2 | 5 | 利用者さんの懇談会を実施し、内容を記録している |
| 4 | 1年に1回は委員会等を開催し、調査結果の分析・検討を行い、内容を記録している。 | | | |
| 3 | 隔年に1回は委員会等を開催し、調査結果の分析・検討を行い、内容を記録している。 | | | |
| 2 | 委員会等で調査結果の分析・検討を行っているが、内容を記録できていない。 | | | |
| 1 | 調査結果の分析・検討をしていない。 | | | |
| ④ 分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。 | | | | |
| 5 | 抽出された全ての課題について、改善のための具体的な取り組みを明示し実行している。 | 2 | 2 | |
| 4 | 抽出された70%以上の課題について、改善のための具体的な取り組みを明示し実行している。 | | | |
| 3 | 抽出された半数以上の課題について、改善のための具体的な取り組みを明示し実行している。 | | | |
| 2 | 抽出された課題について、改善のための具体的な取り組みを明示できていない。 | | | |
| 1 | 改善のための取り組みを行っていない。 | | | |

| 6. 職員の意見を反映して施設の運営を行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
|---|---|----|----|-------|
| ① 職員の意見を日常的に聞き取る機会がある。 | | | | |
| 5 | 日々、朝礼や面談、意見箱を利用して、職員の意見を聞き取る環境が整っている。 | 5 | 5 | |
| 4 | 月1回の会議・勉強会等で意見を聞き取る機会が整っている。 | | | |
| 3 | 半年に1回以上の会議・勉強会等で意見を聞き取る機会が整っている。 | | | |
| 2 | 1年に1回の会議・勉強会等で意見を聞き取る機会が整っている。 | | | |
| 1 | 聞き取る機会を作っていない。 | | | |
| ② 職員と経営者・管理者等が意見を交換する機会が定期的に設けられている。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、面談等の機会が設けられている。 | 4 | 4 | |
| 4 | 半年に1回以上、面談等の機会が設けられている。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、面談等の機会が設けられている。 | | | |
| 2 | 不定期に面談等の機会が設けられている。 | | | |
| 1 | 面談等の機会は設けられていない。 | | | |
| ③ 職員の意見を施設の運営に反映するための仕組みがある。 | | | | |
| 5 | 常時、職員の業務改善に関する提案を検討し、反映する仕組みがある。 | 5 | 5 | |
| 4 | 月1回以上、職員の業務改善に関する提案を検討し、反映する仕組みがある。 | | | |
| 3 | 半年に1回以上、職員の業務改善に関する提案を検討し、反映する仕組みがある。 | | | |
| 2 | 年1回以上、職員の業務改善に関する提案を検討し、反映する仕組みがある。 | | | |
| 1 | 職員の業務改善に関する提案を検討し、反映する仕組みがない。 | | | |
| ④ 職員の意見によって施設の運営がよい変化をした事例がある。 | | | | |
| 5 | よい変化をした事例が1年に3つ以上はある。 | 3 | 3 | |
| 4 | よい変化をした事例が1年に2つ以上はある。 | | | |
| 3 | よい変化をした事例が1年に1つはある。 | | | |
| 2 | よい変化をした事例が2年に1つはある。 | | | |
| 1 | よい変化をした事例がない。 | | | |
| 7. 利用者・家族等からの苦情を受け入れ、解決するための取り組みを行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 「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」等、苦情解決のための仕組みを整備している。 | | | | |
| 5 | 苦情解決のための仕組みが整備され、日常的に機能するとともに、事例の検証が行われている。 | 5 | 5 | |
| 4 | 苦情解決のための仕組みが整備され、日常的に機能している。 | | | |
| 3 | 苦情解決のための仕組みが整備されているが、日常的には機能していない。 | | | |
| 2 | 苦情解決のための仕組みを整備中である。 | | | |
| 1 | 苦情解決のための仕組みが整備されていない。 | | | |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| ② 苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。 | | | | |
| 5 | 入所契約時に担当者が苦情解決の仕組みについて資料を配布し、説明をするとともに、ホームページ等も活用して補足説明を行っている。 | 4 | 4 | |
| 4 | 入所契約時に担当者が苦情解決の仕組みについて資料を配布し、説明をしている。 | | | |
| 3 | 入所契約時に担当者が苦情解決の仕組みについて資料を配布している。 | | | |
| 2 | 重要事項説明書の記載事項のみを説明している。 | | | |
| 1 | 苦情解決の仕組みに関する説明が不十分なケースがある。 | | | |
| ③ 苦情への検討内容や対応策を、申し立てた利用者や家族等に必ずフィードバックしている。 | | | | |
| 5 | 全てフィードバックしている。 | 5 | 5 | |
| 4 | ほぼできている。 | | | |
| 3 | 半数以上できている。 | | | |
| 2 | ほとんどできていない。 | | | |
| 1 | 全くフィードバックできていない。 | | | |
| ④ 苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。 | | | | |
| 5 | 苦情内容及び解決結果等を、ホームページ・機関紙等で広く外部に公表している。 | 2 | 2 | |
| 4 | 苦情内容及び解決結果等を、掲示板等で広く公表している。 | | | |
| 3 | 苦情内容及び解決結果等を、報告書やホーム便り等で公表している。 | | | |
| 2 | 当事者にのみ連絡をし、公表していない。 | | | |
| 1 | 苦情への対応ができていない。 | | | |

取り組みの状況(自己評価)

施設が目指す理念と実現の基本方針については以前より策定、明文化、人事考課の目標共通課題とし、業務遂行レベルで実践できるよう進めてまいりました。平成25年度、接遇担当者による外部研修によりさらなる浸透を目指し、具体的に何を示し、現状の課題克服にどう取り組んでいくのかを、担当者によりパワーポイントで説明、理解を深めるよう取り組んでまいりました。朝礼後、業務開始前にグループで唱和し、日々のサービス行動に実践反映できるように取り組んでおります。経営者、管理者の責任・リーダーシップにおいては、施設長は出勤時は必ず朝礼に立つと同時に、ケース記録・日誌・議事録等により、ご利用者、職員の把握や報告・連絡・相談・提案に対する正確・スピーディな対応、指示により自己責任の明確化とサービスの質の確保・向上、リスク管理に向け指導力を発揮いたしました。自己評価としての書類作成や表明には至りませんでした。毎月の利用状況・収支状況の振り返り等も行っていますが、課題解決に向け、職員と共に業務改善と効率化までには至っておりません。

取り組みの状況(外部評価)

施設の基本理念、「笑顔、やさしい言葉かけ、丁寧な介護」「職員はプロとしての自覚を持ち、その人らしく、残存能力を生かすケアを目指す」という言葉が明文化されており、施設入口に掲示され、パンフレット、ホームページ、契約書などで外部に向けて発信している。職員は、毎日、朝礼後、基本理念を唱和し、研修を通して課題や問題点について考え、サービス向上に取り組んでいる。課題解決のために、年度事業計画を策定し、自己評価で確認している。利用者やその家族の意向については、利用者さんの集りで意見を聞き、サービス担当者会議で検討しているが、改善のための具体的な取り組みはできていない。

II. 人材の確保と育成

II. 人材の確保と育成

| 1. 上質なサービスの提供をするためにふさわしい職員の採用を行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
|---|---|----|----|-------|
| ① 職員採用に関する計画的かつ具体的なプランを策定している。 | | | | |
| 5 | 長期的な職員採用計画に基づき、採用スケジュールを決定している。 | 3 | 3 | |
| 4 | 中期的な職員採用計画に基づき、採用スケジュールを決定している。 | | | |
| 3 | 1年間の職員採用計画に基づき、採用スケジュールを決定している。 | | | |
| 2 | 職員採用計画はないが、ふさわしい職員がいれば常時採用している。 | | | |
| 1 | 退職者が出てから採用を行っている。 | | | |
| ② 事業所の必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方や、人事管理に関する方針を確立している。 | | | | |
| 5 | 事業所に必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方や、人事管理に関する方針を確立している。 | 4 | 4 | |
| 4 | 人員体制に関する基本的な考え方や、人事管理に関する方針が確立できている。 | | | |
| 3 | 各部署で、必要な人材像や人事管理はできている。 | | | |
| 2 | できている部署とできていない部署がある。 | | | |
| 1 | 方針等がない。 | | | |
| ③ 事業所の理念や方針を求職者に伝える取り組みを行っている。 | | | | |
| 5 | 求職者に理念・方針が理解できるように、口頭および書面で、丁寧に説明をしている。 | 3 | 3 | |
| 4 | 求職者に理念・方針を口頭および書面で伝えている。 | | | |
| 3 | 求職者に理念・方針を口頭で伝えている。 | | | |
| 2 | 求職者全員には伝えていない。 | | | |
| 1 | 伝える取り組みを行っていない。 | | | |
| ④ プランに基づいた人事管理を実施している。 | | | | |
| 5 | 長期的な職員採用・育成計画に基づき、人事管理を実施している。 | 3 | 3 | |
| 4 | 中期的な職員採用・育成計画に基づき、人事管理を実施している。 | | | |
| 3 | 短期的な職員採用・育成計画に基づき、人事管理を実施している。 | | | |
| 2 | 計画の半分程度実施できている。 | | | |
| 1 | プランに基づいた人事管理を実施できていない。 | | | |
| 2. 職員のスキル向上のために、長期的・継続的な研修計画に基づいた職員研修が実施されている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 職員の資質向上に向けた体制を整備している。 | | | | |
| 5 | 全職員を対象とした、それぞれの職種・スキルに合わせた資質向上の仕組みがある。 | 5 | 5 | |
| 4 | 入職後3年間は資質向上のプログラムがある。 | | | |
| 3 | 入職後2年間は資質向上のプログラムがある。 | | | |
| 2 | 入職後1年間は資質向上のプログラムがある。 | | | |
| 1 | 職員の資質向上の仕組みがない。 | | | |

| | | | | |
|---|---|----|----|-------------------------------------|
| ② 職員ひとりひとりに必要な技術水準、知識、専門資格等を把握し、明らかにしている。 | | | | |
| 5 | 毎年度、職員ひとりひとりの技術水準や知識に関する目標が設定されている。 | 3 | 4 | 職員ひとりひとりに面接を行っている。職員の資格取得に力を入れている |
| 4 | 毎年度、職員ひとりひとりの技術水準や知識の課題を明らかにしている。 | | | |
| 3 | 毎年度、職員ひとりひとりの技術水準や知識を理解している。 | | | |
| 2 | 不定期に、職員ひとりひとりの技術水準や知識を理解している。 | | | |
| 1 | 職員ひとりひとりの技術水準や知識を把握していない。 | | | |
| ③ 職員ひとりひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画を策定している。 | | | | |
| 5 | 全ての職員の教育・研修計画を策定している。 | 3 | 5 | 年12回、月の前半と後半に各1回、講師を呼んで年間24回の研修を実施。 |
| 4 | 75%以上の職員の教育・研修計画を策定している。 | | | |
| 3 | 半数以上の職員の教育・研修計画を策定している。 | | | |
| 2 | 25%以上の職員の教育・研修計画を策定している。 | | | |
| 1 | 教育・研修計画を策定していない。 | | | |
| ④ 個別の教育・研修計画に基づき、実際に計画に従った教育・研修を実施している。 | | | | |
| 5 | すべて実施している。 | 3 | 4 | 月2回、前半後半に分けて24回実施する為、ほぼ全員が参加。 |
| 4 | 計画の75%以上実施できている。 | | | |
| 3 | 計画の50%以上実施できている。 | | | |
| 2 | 計画の25%以上実施できている。 | | | |
| 1 | 実施していない。 | | | |
| ⑤ 職員が内部および外部の研修に参加するための支援を行っている。 | | | | |
| 5 | 研修に参加する風土ができているため、皆が積極的に研修に参加できる。 | 4 | 4 | |
| 4 | 参加するために、勤務シフトの調整・金銭的な補助を行っている。 | | | |
| 3 | 参加するために、勤務シフトの調整を行っている。 | | | |
| 2 | 職員同士でシフトの変更を行っている。 | | | |
| 1 | 参加するための支援を行っていない。 | | | |
| 3. 職員のモチベーションを向上させる取り組みを行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 職員の意欲向上のために、具体的な計画を立てて取り組んでいる。 | | | | |
| 5 | 中長期的な計画に基づき、職員の意見を取り入れたモチベーションを上げる取り組みを行っている。 | 4 | 4 | |
| 4 | 職員の意見を取り入れたモチベーションを上げる取り組みを、計画に基づいて行っている。 | | | |
| 3 | 職員のモチベーションを上げる取り組みを、計画に基づいて行っている。 | | | |
| 2 | 職種によっては行っている。 | | | |
| 1 | 行っていない。 | | | |

| | | | | | |
|--|--|----|----|--|--|
| ② 事業の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬等が連動した仕組みで人事管理を行っている。 | | | | | |
| 5 | 連動した人事管理の仕組みができており、皆が納得できる人事管理になっている。 | 4 | 4 | | |
| 4 | 連動した人事管理の仕組みができており、今後改善が求められる。 | | | | |
| 3 | 人事管理の仕組みはあるが、連動していない。 | | | | |
| 2 | 評価方法を検討中である。 | | | | |
| 1 | 評価する体制がない。 | | | | |
| ③ 人事管理の方法を職員に明確に示し、公平性・納得性・透明性の確保を図っている。 | | | | | |
| 5 | 全てのポジションの役割・責任・求められるを明確に示し、公募制をとっている。 | 4 | 4 | | |
| 4 | 全てのポジションの役割・責任・求められるを明確に示し、職員への説明を行っている。 | | | | |
| 3 | 全てのポジションの役割・責任・求められるを明確に示し、職員が閲覧できるようになっている。 | | | | |
| 2 | 全てのポジションの役割・責任・求められるを明確にしているが、周知はされていない。 | | | | |
| 1 | 全てのポジションの役割・責任・求められるが明確になっていない。 | | | | |
| ④ 職員の希望や要望を取り入れながら、福利厚生制度の充実に取り組んでいる。 | | | | | |
| 5 | 定期的にアンケート等で要望を聞き、福利厚生が充実した。 | 3 | 5 | 職員の要望をリーダーがまとめて上司に報告。産休や育児休暇など充実させている。 | |
| 4 | 定期的にアンケート等で要望を聞き、福利厚生の充実に取り組んでいる。 | | | | |
| 3 | アンケート等で要望を聞き、福利厚生の充実に取り組んでいる。 | | | | |
| 2 | アンケート等で要望を聞いているが、福利厚生の充実に至っていない。 | | | | |
| 1 | 取り組んでいない。 | | | | |
| 4. 職員が働きやすい環境づくりに取り組んでいる。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 | |
| ① 把握した職員の意向・意見や就業状況チェックの結果を、分析・検討する担当者や担当部署等を設置している。 | | | | | |
| 5 | 分析・検討する担当者や担当部署等を設置し、効果的に機能している。 | 2 | 3 | 労働安全管理者など、担当者を設置している | |
| 4 | 分析・検討する担当者や担当部署等を設置している。 | | | | |
| 3 | 分析・検討する担当者を設置している。 | | | | |
| 2 | 担当者は決めていないが、不定期に意向や意見は聞いている。 | | | | |
| 1 | 分析・検討を行っていない。 | | | | |
| ② 分析した結果について、改善策を検討する仕組みがある。 | | | | | |
| 5 | 経営者・管理者を含め、全ての職種による会議等で改善策を検討する仕組みがあり、実行されている。 | 2 | 4 | 相談員、看護師、介護職、管理栄養士などが集まり、ミーティングを実施している。 | |
| 4 | 多職種による会議等で改善策を検討する仕組みがあり、実行されている。 | | | | |
| 3 | 一部の職種による会議等で改善策を検討する仕組みがあり、実行されている。 | | | | |
| 2 | 改善策を検討する仕組みはあるが、実行されていない。 | | | | |
| 1 | 改善策を検討する仕組みがない。 | | | | |

| | | | | |
|---|---|----|----|-------|
| ③ 改善策については、人材や人員体制に関する具体的なプランに反映し、実行している。 | | | | |
| 5 | 関係者全員が、人材や人員体制に関する具体的な計画にそって期間を決めて実行している。 | 4 | 4 | |
| 4 | 人材や人員体制に関する具体的な計画を立て実行している。 | | | |
| 3 | 具体的な計画を立て実行している。 | | | |
| 2 | 具体的な計画は立てたが実行していない。 | | | |
| 1 | 実行していない。 | | | |
| ④ 定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。 | | | | |
| 5 | 管理者・リーダーによる個別面談を毎月実施している。 | 3 | 3 | |
| 4 | 管理者・リーダーによる個別面談を3か月に1回実施している。 | | | |
| 3 | 管理者・リーダーによる個別面談を半年に1回実施している。 | | | |
| 2 | 管理者・リーダーによる個別面談を1年に1回実施している。 | | | |
| 1 | 実施していない。 | | | |
| ⑤ 希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーやスーパーバイザー等の職員支援の専門家を確保している。 | | | | |
| 5 | 職員が自由に外部のカウンセラー等に相談できる体制が整っている。 | 1 | 1 | |
| 4 | 職員が自由に内部のカウンセラー等に相談できる体制が整っている。 | | | |
| 3 | 職員が事前に予約すれば外部のカウンセラー等に相談できる体制が整っている。 | | | |
| 2 | 職員が事前に予約すれば内部のカウンセラー等に相談できる体制が整っている。 | | | |
| 1 | 確保していない。 | | | |
| 5. 新入職員に対して適切な教育・指導ができるように体制を整えている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 全ての新入職員に対して、研修を実施している。 | | | | |
| 5 | 責任者を設定し、新入職員全員に対して計画に沿って研修を実施し、評価している。 | 5 | 5 | |
| 4 | 責任者を設定し、新入職員全員に対して計画に沿って研修を実施している。 | | | |
| 3 | 担当者を設定し、新入職員全員に対して計画に沿って研修を実施している。 | | | |
| 2 | スキルにあわせて研修を実施している。 | | | |
| 1 | 新入職員に対して研修を実施していない。 | | | |
| ② 指導者を定めた上で、計画的なOJTを実施している。 | | | | |
| 5 | マンツーマンの指導者を設定し、入職者のスキルに合わせた期間のOJTを実施している。 | 5 | 5 | |
| 4 | マンツーマンの指導者を設定し、入職後3ヶ月間のOJTを実施している。 | | | |
| 3 | マンツーマンの指導者を設定し、入職後1ヶ月間のOJTを実施している。 | | | |
| 2 | 指導者は設定せずに、OJTを実施している。 | | | |
| 1 | 計画的なOJTを実施していない。 | | | |

| | | | | |
|--|---|----|----|-------|
| ③ 入職後も定期的にフォローアップするための研修や面談の機会を設けている。 | | | | |
| 5 | 職員の成長の度合いに応じて、能力別・テーマ別の研修を実施している。 | 5 | 5 | |
| 4 | OJT終了後に入職後1年はフォローアップ研修・面談を行っている。 | | | |
| 3 | OJT終了後に入職後半年はフォローアップ計画があり研修・面談を行っている。 | | | |
| 2 | OJT終了後に必要時のみ研修・面談を行っている。 | | | |
| 1 | 設けていない。 | | | |
| ④ 新人職員に適切な教育・指導ができる職員を育成するための取り組みを行っている。 | | | | |
| 5 | 指導ができる職員を育成する計画を立て、外部研修に参加させ、評価するシステムがある。 | 5 | 5 | |
| 4 | 指導ができる職員を育成する計画を立て、内部で研修を実施している。 | | | |
| 3 | 指導ができる職員を育成する研修を実施している。 | | | |
| 2 | 指導ができる職員を育成するための外部研修があれば参加させている。 | | | |
| 1 | 取り組みを行っていない。 | | | |
| 6. 職員のキャリアパスを明示し、次のステップに進むためのサポートを行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 全職種の職員のキャリアパスが策定されている。 | | | | |
| 5 | 全職種のキャリアパスを策定し、目標を立て、担当者が実行状況の確認をしている。 | 4 | 4 | |
| 4 | 全職種のキャリアパスを策定し、目標を立て、実行するようにサポートしている。 | | | |
| 3 | 一部の職種のキャリアパスを策定し、目標を立て実行するようにサポートしている。 | | | |
| 2 | 一部の職種の職員のキャリアパスを策定している。 | | | |
| 1 | キャリアパスを策定していない。 | | | |
| ② キャリアパスが、すべての職員にわかる形で明示、周知されている。 | | | | |
| 5 | 全職員がファイルやホームページ等でキャリアパスを確認している。 | 4 | 4 | |
| 4 | 明示されているが75%の職員にしか周知されていない。 | | | |
| 3 | 明示されているが半分の職員にしか周知されていない。 | | | |
| 2 | 明示されているが25%の職員にしか周知されていない。 | | | |
| 1 | 明示・周知されていない。 | | | |
| ③ 次のステップに進むために、それぞれの段階に応じた研修が実施されている。 | | | | |
| 5 | 全てのステップに応じた研修が計画され、実施されている。 | 4 | 4 | |
| 4 | 大半のステップに応じた研修が計画され、実施されている。 | | | |
| 3 | 一部のステップに応じた研修が計画され、実施されている。 | | | |
| 2 | 研修は計画されているが、実施されていない。 | | | |
| 1 | 研修が計画されていない。 | | | |

| | | | | |
|---|--|----|----|------------------|
| ④ 次のステップに進むためのチャンスが、全ての職員に平等に与えられている。 | | | | |
| 5 | 全ての職員にチャンスが平等に与えられている。 | 5 | 5 | |
| 4 | ほとんどの職員にチャンスが平等に与えられている。 | | | |
| 3 | 半数の職員に対してチャンスが平等に与えられている。 | | | |
| 2 | 一部の職員に対してチャンスが平等に与えられている。 | | | |
| 1 | 次のステップに進むためのチャンスが平等に与えられていない。 | | | |
| 7. 職員の資質向上に繋がる評価制度を実施している。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。 | | | | |
| 5 | 定期的に管理者等が職員個別の教育・研修計画の評価・見直しを行い、記録されている。 | 3 | 4 | 評価、見直して、記録されている。 |
| 4 | 不定期に管理者等が職員個別の教育・研修計画の評価・見直しを行い、記録されている。 | | | |
| 3 | 定期的に管理者等が職員個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。 | | | |
| 2 | 不定期に管理者等が職員個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。 | | | |
| 1 | 評価・見直しを行っていない。 | | | |
| ② 研修を終了した職員による研修内容発表又は報告レポートの提出を行っている。 | | | | |
| 5 | 全ての研修を受けた職員記録・レポートの提出の確認ができる。 | 5 | 5 | |
| 4 | 大半の研修を受けた職員記録・レポートの提出の確認ができる。 | | | |
| 3 | 半数の研修を受けた職員記録・レポートの提出の確認ができる。 | | | |
| 2 | 一部の研修を受けた職員記録・レポートの提出の確認ができる。 | | | |
| 1 | 記録・レポートが確認できない。 | | | |
| ③ 発表や報告レポート、当該職員の研修後の業務等によって、研修成果に関する評価・分析を行っている。 | | | | |
| 5 | 全ての研修に関して、研修成果に関する評価・分析が行われている。 | 4 | 4 | |
| 4 | 大半の研修に関して、研修成果に関する評価・分析が行われている。 | | | |
| 3 | 半数の研修に関して、研修成果に関する評価・分析が行われている。 | | | |
| 2 | 一部の研修に関して、研修成果に関する評価・分析が行われている。 | | | |
| 1 | 評価・分析を行っていない。 | | | |
| ④ 評価・分析された結果を次の研修計画に反映している。 | | | | |
| 5 | 全ての研修の評価・分析に基づき、次回以降の研修計画が策定されている。 | 4 | 4 | |
| 4 | 大半の研修の評価・分析に基づき、次回以降の研修計画が策定されている。 | | | |
| 3 | 半数研修の評価・分析に基づき、次回以降の研修計画が策定されている。 | | | |
| 2 | 一部の研修の評価・分析に基づき、次回以降の研修計画が策定されている。 | | | |
| 1 | 反映されていない。 | | | |

| | | | | |
|--|---|----|----|-------|
| ⑤ 評価・分析された結果に基づいて、研修内容やカリキュラムの見直しを行っている。 | | | | |
| 5 | 評価・分析された結果に基づいて、担当者が研修内容やカリキュラムの見直しを行っている。 | 2 | 2 | |
| 4 | 評価・分析された結果に基づいて、半年ごとに見直しを行っている。 | | | |
| 3 | 毎年、結果に基づいて見直しを行っている。 | | | |
| 2 | 必要に応じて、見直しを行っている。 | | | |
| 1 | 特に見直しはしていない。 | | | |
| 8. 職種の壁を越えてチームで仕事ができる体制を整えている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 職員が職種を超えて意見を交換する機会が、定期的に設けられている。 | | | | |
| 5 | 毎月、職員が職種を超えて議論することができる会議が実施されている。 | 5 | 5 | |
| 4 | 3ヶ月に1回、職員が職種を超えて議論することができる会議が実施されている。 | | | |
| 3 | 半年に1回、職員が職種を超えて議論することができる会議が実施されている。 | | | |
| 2 | 1年に1回、職員が職種を超えて議論することができる会議が実施されている。 | | | |
| 1 | 定期的に意見交換はなされていない。 | | | |
| ② 他職種の職務を理解するための機会が設けられている。 | | | | |
| 5 | 他職種の仕事を体験するためのプログラムが行われている。 | 3 | 3 | |
| 4 | 研修や日常の業務等で他職種の業務を理解する機会がある。 | | | |
| 3 | 入職時に他職種の業務を理解する研修を実施している。 | | | |
| 2 | 一部の職種の業務のみ理解する研修を実施している。 | | | |
| 1 | 機会を設けていない。 | | | |
| ③ 部門やユニットのビジョンや目標の策定に、全ての職種の職員が携わっている。 | | | | |
| 5 | ビジョンや目標を策定する会議には、全ての職種の職員が代表として参加し皆の意見を伝えている。 | 4 | 4 | |
| 4 | ビジョンや目標を策定する会議には、ほとんどの職種の職員が参加している。 | | | |
| 3 | ビジョンや目標を策定する会議には、半分の職種の職員が参加している。 | | | |
| 2 | ビジョンや目標を策定する会議には、一部の職種の職員が参加している。 | | | |
| 1 | 参加していない。 | | | |

取り組みの状況(自己評価)

人事体制プランといたしましては、ご利用者の医療依存度、重度化に備え、9名(常勤換算)の看護職員で、夜勤看護師配置による24時間看護体制も確立、嘱託医との連携により、安心感を強化しております。また、ご利用者は女性が多く、入退院の送迎含め 6割強の男性介護職員を配置しております。平成24年度以降、ケアの質の向上を図るべく、各加算要件に適應する人員体制を構築してまいりました。2人介助等、介護職員の業務負担度の軽減、施設の構造、認知度の重度化による見守りの必要性などにより、配置基準を上回る人材確保を行い、4つのゾーンに分割、担当制の強化により早期発見・事故防止への取り組みも行ってまいります。

人材育成では、新人職員への指導・教育については、各部署からの入社時のオリエンテーションを実施、介護職員についてはリーダーを中心に介護の実践・業務指導を行っております。

新人、中堅ごとの積極的なテーマ別外部研修参加に加え、介護福祉施設で働く職員としての資質の向上を目指し、コミュニケーション技術、介護技術、認知症ケア等 テーマ別に年間12回 外部講師を招き、平成24年度より実施、積極的参加と研修報告により職場全体の知識と技術の向上、共有化を図ります。

組織人としての自覚や職務に対する取り組み姿勢及び目標達成などの評価による、人事考課制度を通じ人材の育成を図ります。また同時に、高齢者雇用、障害者雇用に力を入れながら、「生活の場づくり」に取り組んでおります。

取り組みの状況(外部評価)

人事体制は、夜勤看護師の24時間看護体制が確立し、医療関係との連携もしっかりしている。人材育成については、新人職員への指導、介護職員への指導など、しっかりと取り組んでいる。

研修もコミュニケーション技術、介護技術、認知症ケア等、テーマ別に月の前半1回、後半1回と全職員が参加できるように年間24回取り組んでいる。

キャリアパスが策定されており、次のステップに進むためのチャンスが全職員に与えられている。

しかし、職員が働きやすい環境づくりについては、労働安全管理者を配置しているがカウンセラーやスーパーバイザー等の職員支援の専門家は確保していない。

III. 適切な福祉サービスの実施 a. 組織の取り組み

III. 適切な福祉サービスの実施 a. 組織の取り組み

| 1. 契約に際し、利用者・家族が理解できるように、情報提供・説明を行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
|--|---|----|----|-------|
| ① サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された資料を用意して、利用者に説明している。 | | | | |
| 5 | 具体的に記載された資料を交付し、サービス開始前に必ず説明している。 | 5 | 5 | |
| 4 | 記載された資料を交付し、サービス開始前に必ず説明している。 | | | |
| 3 | 記載された資料を用い、サービス開始前に説明している。 | | | |
| 2 | サービス内容や料金等について、サービス開始前に口頭で説明している。 | | | |
| 1 | 特に実施していない。 | | | |
| ② 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。 | | | | |
| 5 | 利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮として、書面等の交付を必ず行っている。 | 3 | 3 | |
| 4 | 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。 | | | |
| 3 | 利用者や家族等が理解しやすいように努めている。 | | | |
| 2 | 利用者や家族等に決められた内容のみを説明している。 | | | |
| 1 | 特に配慮していない。 | | | |
| ③ サービス開始時には、サービスの内容や料金等について、利用者や家族等の同意を得た上でその内容を書面で残している。 | | | | |
| 5 | 必ず利用者・家族等の同意を得た上で、書面に署名・捺印をして双方が保管している。 | 5 | 5 | |
| 4 | 利用者・家族等の同意を得た上で、書面に署名・捺印をして双方が保管している。 | | | |
| 3 | 利用者・家族等の同意を得た上で、書面を交付している。 | | | |
| 2 | 書面を交付している。 | | | |
| 1 | 口頭でしか説明していない。 | | | |
| 2. 利用者・家族の個人情報の取り扱いを適切に行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 利用者・家族の個人情報の保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫等、組織として具体的に取り組んでいる。 | | | | |
| 5 | 具体的な取り組みを実施し、半年に1回以上は見直しをしている。 | 3 | 3 | |
| 4 | 具体的な取り組みを実施し、1年に1回以上は見直しをしている。 | | | |
| 3 | 全てにおいて具体的な取り組みを実施している。 | | | |
| 2 | 一部において具体的な取り組みを実施している。 | | | |
| 1 | 取り組んでいない。 | | | |
| ② 利用者・家族の個人情報保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について職員に研修を実施している。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、研修を行っている。 | 2 | 2 | |
| 4 | 半年に1回以上、研修を行っている。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、研修を行っている。 | | | |
| 2 | 必要に応じて、研修を行っている。 | | | |
| 1 | 研修を行っていない。 | | | |

| | | | | |
|---|--|----|----|-------|
| ③ 規程・マニュアル等に基づいたサービスを実施している。 | | | | |
| 5 | 規程・マニュアル等に基づいたサービスを実施し、半年に1回以上は見直しをしている。 | 3 | 3 | |
| 4 | 規程・マニュアル等に基づいたサービスを実施し、1年に1回以上は見直しをしている。 | | | |
| 3 | 規程・マニュアル等に基づいたサービスを実施している。 | | | |
| 2 | 一部、規程・マニュアル等に基づいたサービスを実施している。 | | | |
| 1 | 取り組んでいない。 | | | |
| 3. 虐待を起ささないための取り組みを行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 利用者を尊重したサービスを提供するための指針を定め、公表している。 | | | | |
| 5 | 指針を定め、ホームページ・機関紙等で、広く外部に公表している | 2 | 2 | |
| 4 | 指針を定め、施設内に掲示するとともに、利用者・家族等に説明している | | | |
| 3 | 指針を定め、施設内に掲示している | | | |
| 2 | 指針を定めているが、公表はしていない。 | | | |
| 1 | 指針を定めていない。 | | | |
| ② 利用者の尊重や基本的人権、虐待の防止に関する研修を定期的実施している。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、研修を行っている。 | 3 | 3 | |
| 4 | 半年に1回以上、研修を行っている。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、研修を行っている。 | | | |
| 2 | 必要に応じて、研修を行っている。 | | | |
| 1 | 研修を行っていない。 | | | |
| ③ 虐待を防止するための具体的な方策について、定期的に議論をする機会を設けている。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、議論をする機会を設けている。 | 3 | 3 | |
| 4 | 半年に1回以上、議論をする機会を設けている。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、議論をする機会を設けている。 | | | |
| 2 | 必要に応じて、議論をする機会を設けている。 | | | |
| 1 | 議論をする機会を設けていない。 | | | |
| ④ 虐待を防止するための具体的な方策を実行し、その効果を評価している。 | | | | |
| 5 | 具体的な方策を実行し、3ヶ月に1回以上、効果を評価している。 | 3 | 3 | |
| 4 | 具体的な方策を実行し、半年に1回以上、効果を評価している。 | | | |
| 3 | 具体的な方策を実行し、1年に1回以上、効果を評価している。 | | | |
| 2 | 具体的な方策は実行されているが、効果を評価していない。 | | | |
| 1 | 具体的な方策が実行されていない。 | | | |

| 4. 利用者の行動を制限しないための取り組みを行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
|--|---|----|----|-------|
| ① 利用者の行動を制限しないための指針を定め、公表している。 | | | | |
| 5 | 指針を定め、ホームページ・機関紙等で、広く外部に公表している | 4 | 4 | |
| 4 | 指針を定め、施設内に掲示するとともに、利用者・家族等に説明している | | | |
| 3 | 指針を定め、施設内に掲示している | | | |
| 2 | 指針を定めているが、公表はしていない。 | | | |
| 1 | 指針を定めていない。 | | | |
| ② 身体拘束、行動制限の廃止に関する研修を定期的実施している。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、研修を行っている。 | 4 | 4 | |
| 4 | 半年に1回以上、研修を行っている。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、研修を行っている。 | | | |
| 2 | 必要に応じて、研修を行っている。 | | | |
| 1 | 研修を行っていない。 | | | |
| ③ 利用者の行動の制限につながりそうな行為を早期に発見し、具体的に対応を行っている。 | | | | |
| 5 | 担当者を決めて、1日に1回は早期に発見に努め、具体的に対応を行っている。 | 3 | 3 | |
| 4 | 担当者を決めて、1週間に1回以上は早期に発見に努め、具体的に対応を行っている。 | | | |
| 3 | 不特定の職員が早期発見に努め、その都度具体的に対応を行っている。 | | | |
| 2 | 気がついたら、具体的に対応を行っている。 | | | |
| 1 | 特に行っていない。 | | | |
| ④ 利用者の行動を制限しないケアに関する理解を深めるための取り組みを、家族や地域住民に向けて行っている。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、取り組みを行っている。 | 1 | 1 | |
| 4 | 半年に1回以上、取り組みを行っている。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、取り組みを行っている。 | | | |
| 2 | 不定期に、取り組みを行っている。 | | | |
| 1 | 取り組みは行っていない。 | | | |
| 5. 利用者・家族等の意向の把握と満足の上への活用に取り組んでいる。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 定期的に利用者やその家族等の意向を把握する取り組みを行っている。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、取り組みを行っている。 | 5 | 5 | |
| 4 | 半年に1回以上、取り組みを行っている。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、取り組みを行っている。 | | | |
| 2 | 不定期に、取り組みを行っている。 | | | |
| 1 | 取り組みは行っていない。 | | | |

| | | | | |
|---|---|----|----|-------|
| ② 利用者満足に関する調査や、把握した結果を分析・検討するために、委員会等を定期的に行い、検討内容を記録している。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、委員会等を定期的に行い、検討内容を記録している。 | 5 | 5 | |
| 4 | 半年に1回以上、委員会等を定期的に行い、検討内容を記録している。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、委員会等を定期的に行い、検討内容を記録している。 | | | |
| 2 | 特に期間は決めず、必要に応じて委員会等を定期的に行い、検討内容を記録している。 | | | |
| 1 | 委員会等を定期的に行っていない、または検討内容が記録されていない。 | | | |
| ③ 分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。 | 2 | 2 | |
| 4 | 半年に1回以上、分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。 | | | |
| 2 | 不定期に、分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。 | | | |
| 1 | 分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っていない。 | | | |
| 6. 利用者が心地良く過ごすことができる空間づくりを行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 生活空間の整備には利用者の意向を反映している。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、利用者・家族等に意向を確認し、反映している。 | 2 | 2 | |
| 4 | 半年に1回以上、利用者・家族等に意向を確認し、反映している。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、利用者・家族等に意向を確認し、反映している。 | | | |
| 2 | 不定期に、利用者・家族等に意向を確認し、反映している。 | | | |
| 1 | 利用者・家族等に意向を確認していない。 | | | |
| ② 生活空間のプライバシーに配慮している。 | | | | |
| 5 | 工夫を凝らしてプライバシーに配慮し、定期的に見直しを行っている。 | 3 | 3 | |
| 4 | 工夫を凝らしてプライバシーに配慮している。 | | | |
| 3 | プライバシーに配慮している。 | | | |
| 2 | プライバシーに配慮するように努めている。 | | | |
| 1 | 特に配慮していない。 | | | |
| ③ 身の回りのものを自己管理(施錠等)できるスペースが確保されている。 | | | | |
| 5 | 自己管理(施錠等)できるスペース(大・金庫)が確保されている。 | 2 | 2 | |
| 4 | 自己管理(施錠等)できるスペース(中・ロッカー)が確保されている。 | | | |
| 3 | 自己管理(施錠等)できるスペース(小・引き出し)が確保されている。 | | | |
| 2 | 自己管理(施錠等)できるスペースが確保されておらず、施設側で預かっている。 | | | |
| 1 | 特に確保していない。 | | | |

| 7. 利用者の力を引き出し、安全に配慮した環境づくりを行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
|--|-------------------------------------|----|----|-------|
| ① 利用者ひとりひとりの持つ身体的な能力を定期的に把握している。 | | | | |
| 5 | 1日に1回以上、定期的に把握している。 | 4 | 4 | |
| 4 | 1週間に1回以上、定期的に把握している。 | | | |
| 3 | 1か月1回以上、定期的に把握している。 | | | |
| 2 | 必要に応じて、把握している。 | | | |
| 1 | 把握していない。 | | | |
| ② 利用者の力を引き出すための器具や設備が整えられている。 | | | | |
| 5 | 整えられている。不足する場合は1週間以内に整えられる。 | 4 | 4 | |
| 4 | 整えられている。不足する場合は1ヶ月以内に整えられる。 | | | |
| 3 | 整えられている。 | | | |
| 2 | 一部整えられていない。 | | | |
| 1 | 整えられていない。 | | | |
| ③ 安全に配慮した環境づくりが行われているか、定期的に調査を行っている。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、担当者が調査を行っている。 | 5 | 5 | |
| 4 | 半年に1回以上、担当者が調査を行っている。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、担当者が調査を行っている。 | | | |
| 2 | 必要に応じて、担当者が調査を行っている。 | | | |
| 1 | 担当者がいない。または、調査を行っていない。 | | | |
| 8. 緊急時に適切に対応するための取り組みを行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 利用者の安全確保に関する担当者・担当部署を設置している。 | | | | |
| 5 | 担当者・担当部署を設置し、利用者・家族等、および従業員に周知している。 | 4 | 4 | |
| 4 | 担当者・担当部署を設置し、従業員に周知している。 | | | |
| 3 | 担当者・担当部署を設置し、取り組みを行っている。 | | | |
| 2 | 担当者・担当部署を設置しているが、効果的に機能していない。 | | | |
| 1 | 担当者・担当部署を設置していない。 | | | |
| ② 担当者等を中心に、現場の職員が参加する安全確保に関する検討会を定期的に開催している。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、検討会を定期的に開催している。 | 5 | 5 | |
| 4 | 半年に1回以上、検討会を定期的に開催している。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、検討会を定期的に開催している。 | | | |
| 2 | 必要に応じて、検討会を定期的に開催している。 | | | |
| 1 | 検討会を行っていない。 | | | |

| | | | | |
|--|---|----|----|-------|
| ③ リスクの種類別に、責任と役割を明確にした管理体制を整備している。 | | | | |
| 5 | 管理体制を整備し、明文化して従業員へ周知している。 | 5 | 5 | |
| 4 | 管理体制を整備し、掲示している。 | | | |
| 3 | 管理体制を整備している。 | | | |
| 2 | 一部のリスクに対し、管理体制を整備している。 | | | |
| 1 | 整備していない。 | | | |
| ④ 事故発生対応マニュアル等を作成し、職員に周知している。 | | | | |
| 5 | 事故発生対応マニュアル等を作成し、従業員へ交付し、部署ごとに設置して周知している。 | 5 | 5 | |
| 4 | 事故発生対応マニュアル等を作成し、従業員へ交付し、周知している。 | | | |
| 3 | 事故発生対応マニュアル等を作成し、従業員に周知している。 | | | |
| 2 | 事故発生対応マニュアル等を作成しているが、効果的に機能していない。 | | | |
| 1 | 事故発生対応マニュアル等を作成していない。 | | | |
| ⑤ 緊急の場合に備えて関係団体等と情報交換、連絡・協力体制を作っている。 | | | | |
| 5 | 上記を達成するための仕組みを作っており、全職員が活用できている。 | 2 | 2 | |
| 4 | 上記を達成するための仕組みを作っており、一部の職員が活用できている。 | | | |
| 3 | 上記を達成するための仕組みを作っており、管理職が活用できている。 | | | |
| 2 | 上記を達成するための仕組みを作っているが、活用するまでに至っていない。 | | | |
| 1 | 上記を達成するための仕組みを作っていない。 | | | |
| 9. 事故を未然に防ぐための取り組みを行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 利用者の安全を脅かす事例の収集を、その仕組みを整備した上で実施している。 | | | | |
| 5 | 事例の収集を3ヶ月に1回行い、その仕組みを整備した上で実施している。 | 5 | 5 | |
| 4 | 事例の収集を半年に1回行い、その仕組みを整備した上で実施している。 | | | |
| 3 | 事例の収集を1年に1回行い、その仕組みを整備した上で実施している。 | | | |
| 2 | 事例の収集をしているが、その仕組みは整備されていない。 | | | |
| 1 | 事例の収集を行っていない。 | | | |
| ② 収集した事例について、職員の参画のもとで発生要因を分析し、未然防止策を検討している。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、未然防止策を検討している。 | 5 | 5 | |
| 4 | 半年に1回以上、未然防止策を検討している。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、未然防止策を検討している。 | | | |
| 2 | 必要に応じて、未然防止策を検討している。 | | | |
| 1 | 検討していない。 | | | |

| | | | | |
|---|------------------------------------|----|----|-------------------------------|
| ③ 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。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、研修を行っている。 | 4 | 4 | |
| 4 | 半年に1回以上、研修を行っている。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、研修を行っている。 | | | |
| 2 | 必要に応じて、研修を行っている。 | | | |
| 1 | 研修を行っていない。 | | | |
| ④ 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。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、担当者と管理職が定期的に評価・見直しを行っている。 | 5 | 5 | |
| 4 | 半年に1回以上、担当者と管理職が定期的に評価・見直しを行っている。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、担当者と管理職が定期的に評価・見直しを行っている。 | | | |
| 2 | 必要に応じて、担当者が定期的に評価・見直しを行っている。 | | | |
| 1 | 定期的に評価・見直しを行っていない。 | | | |
| 10. 災害への対策を普段から行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 火災、地震、津波、洪水、土砂災害、竜巻等の災害の発生時の対応手順を定めている。 | | | | |
| 5 | 上記すべての災害の発生時の対応手順を定めている。 | 4 | 4 | 火災、地震、風水害、等の災害発生時の対応手順を定めている。 |
| 4 | 上記、3つ以上の災害の発生時の対応手順を定めている。 | | | |
| 3 | 上記、2つ以上の災害の発生時の対応手順を定めている。 | | | |
| 2 | 火災の対応手順のみ定めている。 | | | |
| 1 | 災害の発生時の対応手順を定めていない。 | | | |
| ② 災害の発生時の対応に関する研修を定期的実施している。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、研修を行っている。 | 5 | 5 | 2ヶ月に1回、研修を行っている。 |
| 4 | 半年に1回以上、研修を行っている。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、研修を行っている。 | | | |
| 2 | 法定の訓練のみを行っている。 | | | |
| 1 | 研修を行っていない。 | | | |
| ③ 災害の発生時の対応に関する訓練を、利用者とともに定期的実施している。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、利用者とともに定期的実施している。 | 5 | 5 | |
| 4 | 半年に1回以上、利用者とともに定期的実施している。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、利用者とともに定期的実施している。 | | | |
| 2 | 従業員と自立歩行可能な利用者のみで実施している。 | | | |
| 1 | 従業員のみで実施している。 | | | |

| | | | | |
|---|--|----|----|---------------------------------|
| ④ 災害の発生時に支援が得られるように、地域住民と関係性を構築している。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、地域住民と話し合う機会がある。 | 1 | 1 | |
| 4 | 半年に1回以上、地域住民と話し合う機会がある。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、地域住民と話し合う機会がある。 | | | |
| 2 | 必要に応じて、地域住民と話し合う機会がある。 | | | |
| 1 | 地域住民と話し合う機会を設けていない。 | | | |
| 11. サービスの質を向上させるために、定期的な自己評価を実施し、公表している。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 施設がサービスに関する自己評価を定期的実施し、その結果をホームページ等で公表している。 | | | | |
| 5 | 1年に1回以上、自己評価を定期的実施し、その結果をホームページ等で公表している。 | 1 | 1 | |
| 4 | 2年に1回以上、自己評価を定期的実施し、その結果をホームページ等で公表している。 | | | |
| 3 | 不定期に自己評価を実施し、その結果をホームページ等で公表している。 | | | |
| 2 | 自己評価を実施しているが、その結果は公表していない。 | | | |
| 1 | 自己評価を実施していない。 | | | |
| ② 自己評価の結果を分析・検討するために、委員会などを定期的開催するとともに、検討内容を記録している。 | | | | |
| 5 | 1年に1回以上、定期的開催し、検討内容を記録している。 | 3 | 5 | 自己評価の検討内容の結果をホームページで公表している。 |
| 4 | 2年に1回以上、定期的開催し、検討内容を記録している。 | | | |
| 3 | 不定期に開催し、検討内容を記録している。 | | | |
| 2 | 自己評価を実施しているが、分析・検討は行っていない。 | | | |
| 1 | 自己評価を実施していない。 | | | |
| ③ 自己評価の分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。 | | | | |
| 5 | 1年に1回以上、具体的な改善を行っている。 | 3 | 3 | |
| 4 | 2年に1回以上、具体的な改善を行っている。 | | | |
| 3 | 不定期に、具体的な改善を行っている。 | | | |
| 2 | 具体的な改善は行っていない。 | | | |
| 1 | 自己評価を実施していない。 | | | |
| 12. 利用者ひとりひとりの思いや意向を把握するための取り組みを行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 利用者が複数の相談方法や相談相手の中から自由選べることを、わかりやすく説明した文書を作成している。 | | | | |
| 5 | 具体例を記載する等、わかりやすく説明した文書を作成し、定期的に見直している。 | 1 | 5 | 利用者さんの相談内容を、施設内のパソコンで職員が共有している。 |
| 4 | 具体例を記載する等、わかりやすく説明した文書を作成している。 | | | |
| 3 | 上記を説明した文書を作成している。 | | | |
| 2 | 上記の一部を説明した文書を作成している。 | | | |
| 1 | 説明した文書を作成していない。 | | | |

| | | | | |
|--|---|----|----|---------------------------------------|
| ② 利用者や家族等に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示したりしている。 | | | | |
| 5 | 利用者・家族等に具体的に説明し、文書を配布するとともに、わかりやすい場所に掲示をしている。 | 5 | 5 | |
| 4 | 利用者・家族等に文書を配布するとともに、わかりやすい場所に掲示をしている。 | | | |
| 3 | 利用者・家族等に文書を配布している、またはわかりやすい場所に掲示している。 | | | |
| 2 | 文書を作成しているが、利用者・家族等に配布していない。 | | | |
| 1 | 文書を作成していない。 | | | |
| ③ 相談や意見を述べやすいようなスペースに配慮している。 | | | | |
| 5 | 施設内のフロアまたはユニットごとに確保している。 | 4 | 4 | |
| 4 | 施設内に複数確保している。 | | | |
| 3 | 施設内に確保している。 | | | |
| 2 | 確保しているが、周りに話し声が聞こえてしまう可能性がある。 | | | |
| 1 | 確保していない。 | | | |
| ④ 苦情解決の仕組みを確立し、十分に周知・機能している。 | | | | |
| 5 | 専門家・部外者を含めた仕組みが確立され、利用者・家族等に周知され、効果的に機能している。 | 4 | 4 | |
| 4 | 仕組みが確立され、利用者・家族等に周知され、効果的に機能している。 | | | |
| 3 | 仕組みが確立されているが、効果的に機能していない。 | | | |
| 2 | 仕組みが確立されているが、利用者・家族等に周知されていない。 | | | |
| 1 | 仕組みが確立されていない。 | | | |
| 13. サービスの質の向上のためにカンファレンスを定期的実施している。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 組織における情報の流れを明確にし、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みを整備している。 | | | | |
| 5 | 仕組みを具体的に整備し、全ての職員が有効に活用している。 | 3 | 4 | 仕組みを整備し、活用する為のカンファレンスを定期的実施し、職員が情報を共有 |
| 4 | 仕組みを具体的に整備し、一部の職員が有効に活用している。 | | | |
| 3 | 仕組みを整備しているが、効果的に機能していない。 | | | |
| 2 | 情報の流れは明確になっているが、仕組みは整備されていない。 | | | |
| 1 | 情報の流れが明確になっていない。 | | | |
| ② 情報共有を目的として、ケアカンファレンスの定期的な開催等、部門横断での取り組みがある。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、部門横断的な取り組みを行っている。 | 5 | 5 | |
| 4 | 半年に1回以上、部門横断的な取り組みを行っている。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、部門横断的な取り組みを行っている。 | | | |
| 2 | 定期的ではないが、部門横断的な取り組みを行っている。 | | | |
| 1 | 情報共有を目的とする、部門横断的な取り組みはない。 | | | |

| ③ パソコンのネットワークシステムを利用して、事業所内で情報を共有する仕組みを作っている。 | | | | |
|---|----------------------------------|---|---|--|
| 5 | 事業所内で情報共有の仕組みが構築され、全職員が活用している。 | 5 | 5 | |
| 4 | 事業所内で情報共有の仕組みが構築され、一部の職員が活用している。 | | | |
| 3 | 事業所内で情報共有の仕組みが構築され、管理職のみが活用している。 | | | |
| 2 | 事業所内で情報共有の仕組みが構築されているが、活用されていない。 | | | |
| 1 | 事業所内で情報共有の仕組みが構築されていない。 | | | |

取り組みの状況(自己評価)

ご家族への説明に関しては、入所契約時に多数の書類(重要事項説明書, 入所契約書, 個人情報など)を説明し署名をいただいています。
 高齢者虐待防止に関しては、担当職員が全従業者を対象とした研修を年1回実施しています。
 身体拘束は必要時、家族の意向は3ヶ月に1回のケース会議時に家族への連絡や書面にて確認し、利用者の満足度に関しては月1回の在園者懇談会時や随時の居室訪室時に確認しています。
 また、安全対策(身体拘束, 事故防止, 災害時など)に関しては、施設内の勉強会や防災避難訓練にて確認しています。

取り組みの状況(外部評価)

利用者・家族の個人情報の保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫し、取り組んでいるが、研修や見直しは定期的には行われていない。
 虐待防止に関しては全職員が年1回研修を受けている。身体拘束に関しては半年に1回、研修を行い、早期発見に利用者の行動制限につながりそうな行為の早期発見に取り組んでいる。どうしても行動を制限する必要がある時は、家族に確認をとっている。玄関は常時施錠し徘徊を防いでいる。
 居室は2人または4人部屋で、カーテンで仕切ってプライバシーを保っているが、狭いのでスペースが確保されておらず、身の回りの物を管理する物はタンスと照灯台だけで、貴重品等は施設側で管理している。利用者の思いや意向を把握するために、施設内のパソコンで情報を共有している。
 緊急時の対応の取り組みは災害発生時の対応に関する訓練を利用者と共に実施しているが、地域住民との関係性は周りに住宅が少ない環境のため、構築できていない。

III. 適切な福祉サービスの実施 b. ケアの計画と実施

| 1. 利用者本位のサービスを提供するために、適切な介護計画を策定・実施している。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
|---|--|----|----|-------|
| ① 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。 | | | | |
| 5 | 日常的に、評価・見直しを行っており、その記録がある。 | 3 | 3 | |
| 4 | 1ヶ月に1回、評価・見直しを行っており、その記録がある。 | | | |
| 3 | 3ヶ月に1回、評価・見直しを行っており、その記録がある。 | | | |
| 2 | 半年に1回、評価・見直しを行っており、その記録がある。 | | | |
| 1 | 評価・見直しを行っていない。 | | | |
| ② サービス実施計画の見直しについて、見直しの時期、検討会議の参加者、利用者や家族の意向を把握し同意を得るための手順等、仕組みを定めて実施している | | | | |
| 5 | 仕組みを定めて実施するとともに、随時仕組みの改善にも取り組んでいる。 | 4 | 4 | |
| 4 | 仕組みを定めて実施している。 | | | |
| 3 | 仕組みは定められているが、効果的に機能していない。 | | | |
| 2 | 仕組みが定められていない。 | | | |
| 1 | 実施していない。 | | | |
| ③ 見直しによって変更した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。 | | | | |
| 5 | 手順を定めて速やかに関係職員に周知し、実施している。 | 4 | 4 | |
| 4 | 手順を定めて関係職員に周知し、実施している。 | | | |
| 3 | 周知・実施はなされているが、手順は定められていない。 | | | |
| 2 | 周知・実施が不十分な状態である。 | | | |
| 1 | 周知・実施がなされていない。 | | | |
| ④ サービス実施計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している。 | | | | |
| 5 | 緊急に変更する際の手続きを定め、仕組みを整備し、効果的に機能している。 | 3 | 3 | |
| 4 | 緊急に変更する際の手続きを定め、仕組みを整備している。 | | | |
| 3 | 緊急に変更する際の手続きを定めている。 | | | |
| 2 | 緊急に変更する際の手続きが定められていない。 | | | |
| 1 | 緊急での変更は行われていない。 | | | |
| 2. 利用者ひとりひとりの個性やこれまでの人生が、ケアの中に活かされている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 入居に際し、利用者の現在の状態、嗜好や性格、これまでの人生等を把握している。 | | | | |
| 5 | 個人情報シートを作成し、利用者の情報を把握するとともに、関係する全ての職員に周知する仕組みが定められている。 | 4 | 4 | |
| 4 | 個人情報シートを作成し、利用者の情報を把握している。 | | | |
| 3 | 個人情報シートを作成し、利用者の情報を一部把握している。 | | | |
| 2 | 利用者の情報を把握しているが、個人情報シート等は作成されていない。 | | | |
| 1 | 把握していない。 | | | |

| | | | | |
|--|--|----|----|-------|
| ② 利用者の現在の状態、嗜好や性格、これまでの人生等を、その利用者に関わる全ての職員が把握している。 | | | | |
| 5 | 関係する全ての職員が把握している。 | 4 | 4 | |
| 4 | 関係する大半の職員が把握している。 | | | |
| 3 | 関係する半数の職員が把握している。 | | | |
| 2 | 担当者のみが把握している。 | | | |
| 1 | 把握していない。 | | | |
| ③ 家族や友人・知人等から、利用者のこれまでの人生について情報を得る機会を設けている。 | | | | |
| 5 | 家族や友人・知人等から、広く情報を得る機会を設けている。 | 4 | 4 | |
| 4 | 家族等から、情報を得る機会を設けている。 | | | |
| 3 | 入居説明・契約の際に、情報を得ている。 | | | |
| 2 | 必要があれば、情報を得るように努めている。 | | | |
| 1 | 設けていない。 | | | |
| 3. 個人の記録を適切に作成し、日々のケアに活かしている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 利用者に関するサービス実施状況の記録、責任者による確認を適切に行っている。 | | | | |
| 5 | サービス実施状況が適切に記録され、責任者がアドバイスをしている。 | 3 | 3 | |
| 4 | サービス実施状況が適切に記録され、責任者が適切なタイミングで確認をしている。 | | | |
| 3 | サービス実施状況の記録、責任者の確認が一通り行われている。 | | | |
| 2 | 記録は行っているが、責任者の確認が適切に行われていない。 | | | |
| 1 | 記録が不十分である。 | | | |
| ② 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。 | | | | |
| 5 | 職員間で情報共有する仕組みがあり、適切に運用されている。 | 4 | 4 | |
| 4 | 職員間で情報共有する仕組みがある。 | | | |
| 3 | 情報を共有化しているが、仕組みは整備されていない。 | | | |
| 2 | 情報の共有化に取り組んでいるが、不十分である。 | | | |
| 1 | 情報の共有化をしていない。 | | | |
| ③ 利用者の過去の状況をケアに活かせるように、データベースを構築している。 | | | | |
| 5 | データベースを構築、分析し、その結果を日常的にケアに活用している。 | 4 | 4 | |
| 4 | データベースを構築、分析し、その結果を必要に応じて活用している。 | | | |
| 3 | データベースを構築し、必要に応じて活用している。 | | | |
| 2 | データベースを構築しているが、活用されていない。 | | | |
| 1 | データベースを構築していない。 | | | |

| | | | | |
|--|---|----|----|-------|
| ④ 利用者や家族の求めに応じ、個人の記録を開示している。 | | | | |
| 5 | 開示のための手続きが定められており、全て開示した上でその記録が適切に行われている。 | 3 | 3 | |
| 4 | 開示のための手続きが定められており、全て開示している。 | | | |
| 3 | 手続きは定められていないが、開示している。 | | | |
| 2 | 部分的に開示している。 | | | |
| 1 | 開示していない。 | | | |
| 4. 感染症の予防や対応のための取り組みを行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 感染症の予防や対応のための手順を定めている。 | | | | |
| 5 | 想定される全ての感染症の予防や対応のための手順が定められ、全職員に周知されている。 | 5 | 5 | |
| 4 | 想定される全ての感染症の予防や対応のための手順が定められ、一部の職員に周知されている。 | | | |
| 3 | 一部の感染症の予防や対応のための手順が定められ、全ての職員に周知されている。 | | | |
| 2 | 一部の感染症の予防や対応のための手順が定められ、一部の職員に周知されている。 | | | |
| 1 | 手順を定めていない。 | | | |
| ② 感染症の予防や対応のための研修を定期的実施している。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、研修を行っている。 | 4 | 4 | |
| 4 | 半年に1回以上、研修を行っている。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、研修を行っている。 | | | |
| 2 | 必要に応じて、研修を行っている。 | | | |
| 1 | 研修を行っていない。 | | | |
| ③ 主治医や医療機関等と連携をとり、感染症の予防や対応のための体制を整えている。 | | | | |
| 5 | 連携をとって体制を構築し、効果的に活用しており、定期的に見直しを行っている。 | 4 | 4 | |
| 4 | 連携をとって体制を構築し、効果的に活用している。 | | | |
| 3 | 連携をとって体制を構築している。 | | | |
| 2 | 体制を整えているが、連携は不十分である。 | | | |
| 1 | 体制が整えられていない。 | | | |
| ④ 感染症の予防や対応の事例やデータを蓄積し、ケアの質の向上に役立てている。 | | | | |
| 5 | データを蓄積し、日々のケア・会議・研修等で効果的に活用されている。 | 3 | 3 | |
| 4 | データを蓄積し、会議・研修等において活用されている。 | | | |
| 3 | データの蓄積を行っているが、活用していない。 | | | |
| 2 | データの蓄積を行っているが、不十分である。 | | | |
| 1 | データの蓄積は行っていない。 | | | |

| | | | | |
|---|--|----|----|-------|
| ⑤ 感染症の予防や対応の実践からの学びを、外部に向けて発信している。 | | | | |
| 5 | 学会・研修会・講演会等を通じて、外部に向けて発信している。 | 1 | 1 | |
| 4 | ホームページ・機関紙等を通じて、外部に向けて発信している。 | | | |
| 3 | 外部からの要望があれば、情報提供を行っている。 | | | |
| 2 | 関係者にのみ発信している。 | | | |
| 1 | 発信していない。 | | | |
| 5. 褥瘡の予防や対応のための取り組みを行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 褥瘡の予防や対応のための手順を定めている。 | | | | |
| 5 | 手順が定められ、全職員に周知され、効果的に活用されている。 | 4 | 4 | |
| 4 | 手順が定められ、全職員に周知されている。 | | | |
| 3 | 手順が定められ、一部の職員に周知されている。 | | | |
| 2 | 手順が定められているが、内容が不十分である。 | | | |
| 1 | 手順を定めていない。 | | | |
| ② 褥瘡の予防や対応のための研修を定期的実施している。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、研修を行っている。 | 2 | 2 | |
| 4 | 半年に1回以上、研修を行っている。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、研修を行っている。 | | | |
| 2 | 必要に応じて、研修を行っている。 | | | |
| 1 | 研修を行っていない。 | | | |
| ③ 主治医や医療機関等と連携を取り、褥瘡の予防や対応のための体制を整えている。 | | | | |
| 5 | 連携をとって体制を構築し、効果的に活用しており、定期的に見直しを行っている。 | 5 | 5 | |
| 4 | 連携をとって体制を構築し、効果的に活用している。 | | | |
| 3 | 連携をとって体制を構築している。 | | | |
| 2 | 体制を整えているが、連携は不十分である。 | | | |
| 1 | 体制が整えられていない。 | | | |
| ④ 褥瘡の予防や対応の事例やデータを蓄積し、ケアの質の向上に役立っている。 | | | | |
| 5 | データを蓄積し、日々のケア・会議・研修等で効果的に活用されている。 | 1 | 1 | |
| 4 | データを蓄積し、会議・研修等において活用されている。 | | | |
| 3 | データの蓄積を行っているが、活用していない。 | | | |
| 2 | データの蓄積を行っているが、不十分である。 | | | |
| 1 | データの蓄積は行っていない。 | | | |

| | | | | |
|--|--|----|----|-----------------------------------|
| ⑤ 褥瘡の予防や対応の実践からの学びを、外部に向けて発信している。 | | | | |
| 5 | 学会・研修会・講演会等を通じて、外部に向けて発信している。 | 1 | 1 | |
| 4 | ホームページ・機関紙等を通じて、外部に向けて発信している。 | | | |
| 3 | 外部からの要望があれば、情報提供を行っている。 | | | |
| 2 | 関係者にのみ発信している。 | | | |
| 1 | 発信していない。 | | | |
| 6. ターミナルケアの取り組みを行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① ターミナルケアに対する施設の方針を策定している。 | | | | |
| 5 | 方針を定め、ホームページ・機関紙等で、広く外部に公表している。 | 2 | 2 | ターミナルケアの加算をとっていないが、必要に応じて取り組んでいる。 |
| 4 | 方針を定め、施設内に掲示するとともに、利用者・家族等に説明している。 | | | |
| 3 | 方針を定め、施設内に掲示している。 | | | |
| 2 | 方針を定めているが、公表はしていない。 | | | |
| 1 | 方針を定めていない。 | | | |
| ② ターミナルケアに関する研修を定期的実施している。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、研修を行っている。 | 2 | 2 | |
| 4 | 半年に1回以上、研修を行っている。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、研修を行っている。 | | | |
| 2 | 必要に応じて、研修を行っている。 | | | |
| 1 | 研修を行っていない。 | | | |
| ③ ターミナルケアに関して利用者または家族と話し合う機会を設けている。 | | | | |
| 5 | 日常的に、利用者・家族等と話し合う機会を設け、定期的に意向を把握している。 | 2 | 2 | |
| 4 | 日常的に、利用者・家族等と話し合う機会を設けている。 | | | |
| 3 | 入居時、ターミナルケア開始前に話し合う機会を設けている。 | | | |
| 2 | 必要に応じて、話し合う機会を設けている。 | | | |
| 1 | 設けていない。 | | | |
| ④ 主治医や医療機関等と連携を取り、ターミナルケアを実施するための体制を整えている。 | | | | |
| 5 | 連携をとって体制を構築し、効果的に活用しており、定期的に見直しを行っている。 | 3 | 3 | |
| 4 | 連携をとって体制を構築し、効果的に活用している。 | | | |
| 3 | 連携をとって体制を構築している。 | | | |
| 2 | 体制を整えているが、連携は不十分である。 | | | |
| 1 | 体制が整えられていない。 | | | |

| | | | | |
|---|-----------------------------------|----|----|---|
| ⑤ ターミナルケアの事例やデータを蓄積し、ケアの質の向上に役立っている。 | | | | |
| 5 | データを蓄積し、日々のケア・会議・研修等で効果的に活用されている。 | 1 | 2 | ターミナルケアの加算を取っていないけれど、必要に応じて実施し、データはパソコンで管理。 |
| 4 | データを蓄積し、会議・研修等において活用されている。 | | | |
| 3 | データの蓄積を行っているが、活用していない。 | | | |
| 2 | データの蓄積を行っているが、不十分である。 | | | |
| 1 | データの蓄積は行っていない。 | | | |
| ⑥ ターミナルケアの実践からの学びを、外部に向けて発信している。 | | | | |
| 5 | 学会・研修会・講演会等を通じて、外部に向けて発信している。 | 1 | 1 | |
| 4 | ホームページ・機関紙等を通じて、外部に向けて発信している。 | | | |
| 3 | 外部からの要望があれば、情報提供を行っている。 | | | |
| 2 | 関係者にのみ発信している。 | | | |
| 1 | 発信していない。 | | | |
| 7. 認知症の利用者のために、適切なケアを行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 認知症ケアに関する研修を定期的実施している。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、研修を行っている。 | 4 | 5 | 3か月に1回実施。その記録有。 |
| 4 | 半年に1回以上、研修を行っている。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、研修を行っている。 | | | |
| 2 | 必要に応じて、研修を行っている。 | | | |
| 1 | 研修を行っていない。 | | | |
| ② 認知症の利用者の家族に対して、認知症への理解を深める機会を設けている。 | | | | |
| 5 | 認知症への理解を深める勉強会・講演会等を定期的開催している。 | 1 | 1 | |
| 4 | 必要に応じて個別に認知症への理解を深める機会を設けている。 | | | |
| 3 | 必要に応じて情報提供をしている。 | | | |
| 2 | 希望があれば対応をしている。 | | | |
| 1 | 設けていない。 | | | |
| ③ 精神科医や認知症ケアの専門家等と連携を取り、ケアに関するスーパービジョンを受ける機会を設けている。 | | | | |
| 5 | 連携をとり、常時スーパービジョンを受ける機会を設けている。 | 1 | 2 | 要望があれば、受け入れ可能な体制になっている。 |
| 4 | 半年に1回程度、スーパービジョンを受けられる体制になっている。 | | | |
| 3 | 1年に1回程度、スーパービジョンを受けられる体制になっている。 | | | |
| 2 | 要望すれば、スーパービジョンを受けられる体制になっている。 | | | |
| 1 | 設けていない。 | | | |

| | | | | |
|---|---|----|----|--------------------------------------|
| ④ 認知症ケアの事例やデータを蓄積し、ケアの質の向上に役立っている。 | | | | |
| 5 | データを蓄積し、日々のケア・会議・研修等で効果的に活用されている。 | 4 | 4 | |
| 4 | データを蓄積し、会議・研修等において活用されている。 | | | |
| 3 | データの蓄積を行っているが、活用していない。 | | | |
| 2 | データの蓄積を行っているが、不十分である。 | | | |
| 1 | データの蓄積は行っていない。 | | | |
| ⑤ 認知症ケアの実践からの学びを、外部に向けて発信している。 | | | | |
| 5 | 学会・研修会・講演会等を通じて、外部に向けて発信している。 | 1 | 1 | |
| 4 | ホームページ・機関紙等を通じて、外部に向けて発信している。 | | | |
| 3 | 外部からの要望があれば、情報提供を行っている。 | | | |
| 2 | 関係者にのみ発信している。 | | | |
| 1 | 発信していない。 | | | |
| 8. 利用者ひとりひとりに適切な食事の提供を行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 定期的に利用者の嗜好や喫食状況を把握し、献立作成に反映させている。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、定期的に嗜好や喫食状況を把握し、献立作成に反映させている。 | 5 | 2 | 管理栄養士さんより「不定期」に変更するよう申し出あり。 |
| 4 | 半年に1回以上、定期的に嗜好や喫食状況を把握し、献立作成に反映させている。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、定期的に嗜好や喫食状況を把握し、献立作成に反映させている。 | | | |
| 2 | 不定期に嗜好や喫食状況を把握し、献立作成に反映させている。 | | | |
| 1 | 嗜好や喫食状況を把握していない。 | | | |
| ② 食事を楽しむことができるような雰囲気づくりを行っている。 | | | | |
| 5 | 外部の専門家からのアドバイスを受けながら、雰囲気づくりを行っている。 | 5 | 3 | 管理栄養士さんより「外部の専門家」ではなく、「介護士の要望」と訂正あり。 |
| 4 | 利用者・家族等の要望を取り入れながら、雰囲気づくりを行っている。 | | | |
| 3 | 介護士および栄養士の要望を取り入れながら、雰囲気づくりを行っている。 | | | |
| 2 | 介護士の要望を取り入れながら、雰囲気づくりを行っている。 | | | |
| 1 | 雰囲気づくりを行っていない。 | | | |
| ③ 利用者ひとりひとりの体調や状況に応じて、適切な食事提供の形態を取っている。 | | | | |
| 5 | 利用者ひとりひとりの体調や状況を常に把握し、適切な食事提供の形態を取る体制を整えている。 | 5 | 5 | |
| 4 | 利用者ひとりひとりの体調や状況を常に把握し、可能な限り、適切な食事提供の形態を取っている。 | | | |
| 3 | 利用者ひとりひとりの体調や状況に応じて、現場で対応を行っている。 | | | |
| 2 | 利用者ひとりひとりの体調や状況に応じて、適切な食事提供の形態を取るよう努めている。 | | | |
| 1 | 利用者ごとの対応は行っていない。 | | | |

| | | | | |
|---|--|----|----|-------|
| ④ 利用者ひとりひとりの生活のリズムやペースにあわせて食事の提供を行っている。 | | | | |
| 5 | 利用者ひとりひとりの生活のリズムやペースにあわせて、食事の提供を行っている。 | 3 | 3 | |
| 4 | 食事の提供時間は決まっているが、利用者ひとりひとりの生活のリズムやペースに合わせている。 | | | |
| 3 | 食事の提供時間は決まっているが、特に必要な場合は利用者に合わせている。 | | | |
| 2 | 決められた時間通りに食事の提供を行っている。 | | | |
| 1 | 介護者のペースにあわせて食事の提供を行っている。 | | | |
| ⑤ 利用者が好みに応じて献立を選択する機会を定期的に設けている。 | | | | |
| 5 | 日常的に主食、副食ともに選択できる献立になっている。 | 2 | 2 | |
| 4 | 日常的に主食、副食のいずれかは選択できる献立になっている。 | | | |
| 3 | 定期的に利用者の好みによって選択できる日がある。 | | | |
| 2 | 不定期に、利用者の好みによって選択できる日がある。 | | | |
| 1 | 利用者が選択する機会はない。 | | | |
| 9. 利用者の力を活かすために適切なアクティビティを実施している。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 利用者ひとりひとりの持つ能力を適切に把握するための取り組みがある。 | | | | |
| 5 | 定期的に、利用者の能力を把握するための取り組みを行い、その結果を活用している。 | 4 | 4 | |
| 4 | 定期的に、利用者の能力を把握するための取り組みを行っている。 | | | |
| 3 | 不定期に、利用者の能力を把握するための取り組みを行っている。 | | | |
| 2 | 利用者の能力を把握するための取り組みを行うことがある。 | | | |
| 1 | 利用者の能力を把握する取り組みはない。 | | | |
| ② 個別プログラムを作成し、計画的な機能訓練やアクティビティが実施されている。 | | | | |
| 5 | 利用者ひとりひとりに適切な個別プログラムを作成・実施し、定期的に見直しを行っている。 | 5 | 5 | |
| 4 | 利用者ひとりひとりに適切な個別プログラムを作成・実施している。 | | | |
| 3 | 利用者ひとりひとりに適切な個別プログラムを作成している。 | | | |
| 2 | 一部の利用者に対し、個別プログラムを作成している。 | | | |
| 1 | 実施されていない。 | | | |
| ③ 日常生活の中で、利用者のもつ力を活かしたケアが行われている。 | | | | |
| 5 | 利用者のもつ力を活かしたケアを全職員で徹底して実施している。 | 3 | 3 | |
| 4 | 利用者のもつ力を活かしたケアに取り組んでいる。 | | | |
| 3 | 利用者のもつ力を活かしたケアを目標に、努力している。 | | | |
| 2 | 利用者のもつ力を活かしたケアを検討している。 | | | |
| 1 | 利用者のもつ力を活かしたケアは行われていない。 | | | |

| | | | | |
|---|--|----|----|-----------------------|
| ④ 利用者がいまある力を最大限に発揮するために、新たなことにチャレンジをすることができる機会が設けられている。 | | | | |
| 5 | 全ての利用者に、新たなことにチャレンジする機会が設けられており、その仕組みが整えられている。 | 2 | 2 | |
| 4 | 全ての利用者に、新たなことにチャレンジする機会が設けられている。 | | | |
| 3 | 半数以上の利用者に、新たなことにチャレンジする機会が設けられている。 | | | |
| 2 | 一部の利用者に、新たなことにチャレンジする機会が設けられている。 | | | |
| 1 | 新たなことにチャレンジする機会は設けられていない。 | | | |
| 10. 利用者にひとりひとりに適切な排泄ケアを行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 利用者ひとりひとり適切な排泄ケアを行うための方針を策定している。 | | | | |
| 5 | 方針を定め、ホームページ・機関紙等で、広く外部に公表している。 | 3 | 3 | |
| 4 | 方針を定め、職員に周知するとともに、利用者・家族等に説明している。 | | | |
| 3 | 方針を定め、職員に周知している。 | | | |
| 2 | 基本的な考え方はあるが、方針としては定められていない。 | | | |
| 1 | 方針を定めていない。 | | | |
| ② おむつ、移動式便器、集尿器、採尿器、ストマ用具等の排泄用具の適切な使用法を定めたマニュアルがある。 | | | | |
| 5 | マニュアルに基づき、職員全員が対応を徹底している。 | 4 | 2 | ストマ使用の人がいない。今後作成する。 |
| 4 | マニュアルに基づき、対応を徹底している。 | | | |
| 3 | マニュアルに基づき対応を行っているが、徹底できていない。 | | | |
| 2 | マニュアルを現在作成している。 | | | |
| 1 | マニュアルはない。 | | | |
| ③ 利用者ひとりひとりが持てる能力を活かして排泄することができるような排泄ケアを行っている。 | | | | |
| 5 | 利用者ひとりひとりに応じた排泄ケアの仕組みを構築し、全職員が徹底している。 | 3 | 4 | パートさんも含んで、職員が取り組んでいる。 |
| 4 | 利用者ひとりひとりに応じた排泄ケアに全職員が取り組んでいる。 | | | |
| 3 | 利用者ひとりひとりに応じた排泄ケアに大半の職員が取り組んでいる。 | | | |
| 2 | 利用者ひとりひとりに応じた排泄ケアに一部の職員が取り組んでいる。 | | | |
| 1 | 利用者ひとりひとりに応じた排泄ケアは行っていない。 | | | |
| ④ 利用者ひとりひとりの身体状況に応じて快適に排泄することができるように、ハード面の整備や工夫を行っている。 | | | | |
| 5 | 全ての利用者ひとりひとりに応じた、ハード面の整備や工夫が行われている。 | 3 | 3 | |
| 4 | 大半の利用者ひとりひとりに応じた、ハード面の整備や工夫が行われている。 | | | |
| 3 | 一部の利用者ひとりひとりに応じた、ハード面の整備や工夫が行われている。 | | | |
| 2 | 利用者ひとりひとりに応じて、工夫を行っている。 | | | |
| 1 | まったく行っていない。 | | | |

| 11. 利用者ひとりひとりに適切な入浴ができるように支援している。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
|--|---|----|----|--------------------------|
| ① 入浴(着脱衣・洗身)、清拭時の安全やプライバシーの保護を含めて、サービスを個別・具体的に実施するための方法を策定している。 | | | | |
| 5 | 個別・具体的に実施するための方法を策定されており、全職員に徹底されている。 | 4 | 4 | |
| 4 | 個別・具体的に実施するための方法を策定されており、大半の職員に徹底されている。 | | | |
| 3 | 個別・具体的に実施するための方法を策定されており、一部の職員に徹底されている。 | | | |
| 2 | 個別・具体的に実施するための方法を策定中である。 | | | |
| 1 | 方法は策定されていない。 | | | |
| ② 設定された時間のほかに、失禁や汗をかいた場合等必要に応じて入浴が可能である。 | | | | |
| 5 | 必要に応じて入浴が可能であり、実施された記録がある。 | 5 | 5 | |
| 4 | 職員の体制に応じて、可能な限り対応している。 | | | |
| 3 | 職員の体制に応じて、対応が可能な場合もある。 | | | |
| 2 | 入浴は困難であるが、清拭等で対応している。 | | | |
| 1 | 入浴はできない。 | | | |
| ③ 入浴の時間帯や回数について、利用者の意向を尊重した上で決定している。 | | | | |
| 5 | 利用者の意向を尊重し、いつでも入浴することができる。 | 3 | 3 | |
| 4 | 利用者の意向を尊重した上で、時間帯や回数を決定している。 | | | |
| 3 | 利用者の意向に沿えるう、努力をしている。 | | | |
| 2 | 特に必要と認められた場合は考慮している。 | | | |
| 1 | 施設の都合により、決定している。 | | | |
| 12. 職員は利用者との適切なコミュニケーションを行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 利用者のコミュニケーション能力を高めるため、サービス実施計画や支援計画を策定し、実行している。 | | | | |
| 5 | 全ての利用者に対して、実施計画や支援計画を策定・実行している。 | 4 | 5 | 入居者全員のサービス実施計画書、支援計画書あり。 |
| 4 | 大半の利用者に対して、実施計画や支援計画を策定・実行している。 | | | |
| 3 | 一部の利用者に対して、実施計画や支援計画を策定・実行している。 | | | |
| 2 | 取り組んでいるが、計画には基づいていない。 | | | |
| 1 | 取り組みを行っていない。 | | | |
| ② 意思伝達に制限のある人の場合、日常的な関わり合いを通じて、その人固有のコミュニケーション手段やサインの発見と確認に心掛けている。 | | | | |
| 5 | その人固有の手段やサインを発見し、情報を共有する仕組みがあり、日々のケアに活かされている。 | 4 | 5 | 全員で情報を共有をしている。 |
| 4 | その人固有の手段やサインの発見を心がけ、情報を共有し、日々のケアに活かしている。 | | | |
| 3 | その人固有の手段やサインの発見を心がけ、それぞれの職員が日々のケアに活かしている。 | | | |
| 2 | その人固有の手段やサインの発見を心がけているが、日々のケアには活かしていない。 | | | |
| 1 | 目的意識を持った対応はしていない。 | | | |

| | | | | |
|--|--|----|----|-------------------|
| ③ 意思伝達に制限のある人の場合、個別のコミュニケーション手段の検討とそれに基づく支援をしている。 | | | | |
| 5 | 日々のケアの中で、個別のコミュニケーション手段の検討と支援をする仕組みがあり、実践されている。 | 3 | 3 | |
| 4 | 日々のケアの中で、個別のコミュニケーション手段の検討と支援を行っている。 | | | |
| 3 | 個別のコミュニケーション手段の検討と支援に取り組んでいる。 | | | |
| 2 | 個別のコミュニケーション手段の検討はしているが、それに基づく支援は行えていない。 | | | |
| 1 | 特に検討・支援はしていない。 | | | |
| ④ 意思伝達に制限のある人の場合、担当職員やその他の専門職等の連携により、その人の意志や希望をできるだけ正しく理解しようと努力している。 | | | | |
| 5 | 職員・専門職・家族等が連携を取ることで、意志や希望を正しく理解する取り組みを日常的に行っている。 | 2 | 2 | |
| 4 | 職員・専門職・家族等が連携を取ることで、意志や希望を正しく理解する取り組みを行っている。 | | | |
| 3 | 職員と家族等が連携を取ることで、意志や希望を正しく理解する取り組みを行っている。 | | | |
| 2 | 職員同士で連携を取ることで、意志や希望を正しく理解する取り組みを行っている。 | | | |
| 1 | 取り組みを行っていない。 | | | |
| ⑤ 必要性や要望に基づいて、コミュニケーションの取れる知人、代弁者、手話通訳者等を受けいれている。 | | | | |
| 5 | 常時、コミュニケーションの手助けとなる人を受け入れるための仕組みが整っている。 | 1 | 2 | 受け入れの用意はあるが事例がない。 |
| 4 | 必要により、コミュニケーションの手助けとなる人の受け入れを行っている。 | | | |
| 3 | コミュニケーションの手助けとなる人の受け入れを行った事例がある。 | | | |
| 2 | 受け入れる用意はあるが、これまでに事例はない。 | | | |
| 1 | 受け入れは行っていない。 | | | |
| 13. 利用者ひとりひとりのプライバシーを確保するための取り組みを行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 利用者のプライバシー保護について、施設の方針を定め、公表している。 | | | | |
| 5 | 方針を定め、ホームページ・機関紙等で、広く外部に公表している。 | 2 | 2 | |
| 4 | 方針を定め、施設内に掲示するとともに、利用者・家族等に説明している。 | | | |
| 3 | 方針を定め、施設内に掲示している。 | | | |
| 2 | 方針を定めているが、公表はしていない。 | | | |
| 1 | 方針を定めていない。 | | | |
| ② プライバシー保護の方針のもと、規定・マニュアル等を整備している。 | | | | |
| 5 | 規定・マニュアル等が整備され、全職員に周知徹底されている。 | 4 | 4 | |
| 4 | 規定・マニュアル等が整備され、大半の職員に周知徹底されている。 | | | |
| 3 | 規定・マニュアル等が整備され、一部の職員に周知徹底されている。 | | | |
| 2 | 規定・マニュアル等が整備されているが、周知はなされていない。 | | | |
| 1 | 規定・マニュアル等が整備されていない。 | | | |

| | | | | |
|---|--|----|----|-------|
| ③ 利用者のプライバシーを確保するために必要な知識や取り組みに関する研修を定期的実施している。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、研修を行っている。 | 2 | 2 | |
| 4 | 半年に1回以上、研修を行っている。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、研修を行っている。 | | | |
| 2 | 必要に応じて、研修を行っている。 | | | |
| 1 | 研修を行っていない。 | | | |
| ④ 利用者ひとりひとりのプライバシーを確保するために、具体的な計画を策定し、実行している。 | | | | |
| 5 | 利用者ひとりひとりに具体的な計画が策定され実行されていることが、記録から確認できる。 | 1 | 1 | |
| 4 | 大半の利用者に具体的な計画が策定され実行されていることが、記録から確認できる。 | | | |
| 3 | 一部の利用者に具体的な計画が策定され実行されていることが、記録から確認できる。 | | | |
| 2 | 具体的な計画を策定したが、実行はできていない。 | | | |
| 1 | 具体的な計画の策定・実行はできていない。 | | | |
| 14. 利用者がその人らしい身だしなみやお洒落をするための支援を行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択等について支援している。 | | | | |
| 5 | 全ての利用者の個性や気分を踏まえた上で、日々衣服の選択を支援している。 | 3 | 3 | |
| 4 | 大半の利用者の個性や気分を踏まえた上で、日々衣服の選択を支援している。 | | | |
| 3 | 一部の利用者の個性や気分を踏まえた上で、日々衣服の選択を支援している。 | | | |
| 2 | 日々衣服の選択を支援するよう、努力している。 | | | |
| 1 | 衣服の選択の支援は行っていない。 | | | |
| ② 職員は必要があれば、衣類の選択、整髪や化粧を手伝ったり、相談に応じている。 | | | | |
| 5 | 常時、手伝ったり、相談に応じたりしている。 | 3 | 3 | |
| 4 | 可能な限り、手伝ったり、相談に応じたりしている。 | | | |
| 3 | 手伝ったり、相談に応じたりする努力をしている。 | | | |
| 2 | 担当者任せとなっている。 | | | |
| 1 | 手伝ったり、応じたりはしていない。 | | | |
| ③ 衣類の着替え時の支援や汚れに気付いたときの対応を行っている。 | | | | |
| 5 | その場ですぐに臨機応変に対応を行っている。 | 3 | 3 | |
| 4 | 可能な限りその場ですぐに対応を行っている。 | | | |
| 3 | 状況によっては、事後の対応となることがある。 | | | |
| 2 | 担当者任せとなっている。 | | | |
| 1 | 全く行っていない。 | | | |

| | | | | |
|---|-----------------------------------|----|----|-------|
| ④ 理髪店や美容院の利用について、希望に応じた支援を行っている。 | | | | |
| 5 | 希望をすれば、いつでも地域の理髪店や美容院を利用することができる。 | 2 | 2 | |
| 4 | 事前に希望をすれば、地域の理髪店や美容院を利用することができる。 | | | |
| 3 | 地域の理髪店や美容院を利用することができるよう、努力している。 | | | |
| 2 | 施設内で対応をしている。 | | | |
| 1 | 支援は行っていない。 | | | |
| 15. 利用者が快適に睡眠を取るための取り組みを行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 寝室やベッド周辺の光や音について、利用者の希望や状況に応じた適切な配慮をしている。 | | | | |
| 5 | 全ての利用者の希望に応じた環境整備がなされている。 | 3 | 3 | |
| 4 | 大半の利用者の希望に応じた環境整備がなされている。 | | | |
| 3 | 一部の利用者の希望に応じた環境整備がなされている。 | | | |
| 2 | 利用者の希望に応じた環境整備のために努力している。 | | | |
| 1 | 環境整備がされていない。 | | | |
| ② 夜間就寝中の利用者に対するサービスについては、体位変換やおむつ交換、さらには睡眠リズムの乱れや不眠者への対応等を含むマニュアルを用意している。 | | | | |
| 5 | マニュアルに基づき、職員全員が対応を徹底している。 | 2 | 2 | |
| 4 | マニュアルに基づき、対応を徹底している。 | | | |
| 3 | マニュアルに基づき対応を行っているが、徹底できていない。 | | | |
| 2 | マニュアルを現在作成している。 | | | |
| 1 | マニュアルはない。 | | | |
| ③ 寝具は利用者の好みに基づいて用意され、又は私物使用も認めている。 | | | | |
| 5 | 自由に寝具を選択したり、持ち込んだりすることができる。 | 4 | 4 | |
| 4 | 自由に寝具を持ち込むことができる。 | | | |
| 3 | 寝具を選択することができる。 | | | |
| 2 | 部分的に、寝具を選択したり、持ち込んだりすることができる。 | | | |
| 1 | 施設のもののみ使用しており、選択肢はない。 | | | |
| ④ 不眠等により同室者に影響を及ぼす場合、一時的に他の部屋を使用することができる。 | | | | |
| 5 | 臨機応変に部屋を一時的に変更することができる。 | 4 | 4 | |
| 4 | 空き状況によって、部屋を一時的に変更することができる。 | | | |
| 3 | 部屋を一時的に変更することができる場合がある。 | | | |
| 2 | その他の手段を検討する。 | | | |
| 1 | 特に対応はしていない。 | | | |

| 16. 利用者が電話や手紙によってコミュニケーションを取るための支援を行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
|---|--|----|----|-------|
| ① 利用者が郵便や電話等を利用したいときに、いつでも利用できる工夫をしている。 | | | | |
| 5 | 郵便物の投函、電話の使用ができるように設備が整えられている。 | 4 | 4 | |
| 4 | 郵便物の投函、電話の使用ができるように、職員が手助けを行っている。 | | | |
| 3 | 郵便物の投函、電話の使用ができるように努力している。 | | | |
| 2 | 郵便物を投函することができるが、電話はできない。 | | | |
| 1 | 特に対応はしていない。 | | | |
| ② 郵便や電話等の利用時のプライバシーに配慮している。 | | | | |
| 5 | ひとりで手紙を書いたり、電話をしたりするスペースが設けられている。 | 5 | 5 | |
| 4 | 各居室で職員等が対応している。 | | | |
| 3 | 居室以外で職員が対応している。 | | | |
| 2 | 対応できるよう努力しているが、出来ない時もある。 | | | |
| 1 | 特に対応はしていない。 | | | |
| ③ 自室に電話やインターネットの設備が整えられている。 | | | | |
| 5 | 自室に電話およびインターネットを利用できる設備が整えられている。 | 1 | 1 | |
| 4 | 自室に電話またはインターネットを利用できる設備が整えられている。 | | | |
| 3 | 電話およびインターネットの設備を、自室以外で提供している。 | | | |
| 2 | 電話またはインターネットの設備を、自室以外で提供している。 | | | |
| 1 | 整えられていない。 | | | |
| 17. 利用者が金銭を所持し、使うことの支援をしている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 利用者が金銭を所持することができる。 | | | | |
| 5 | ひとりひとりの能力に応じ、利用者が金銭を所持することが認められている。 | 2 | 2 | |
| 4 | ひとりひとりの能力に応じ、施設の定める範囲内で、利用者が金銭を所持することが認められている。 | | | |
| 3 | 利用者が金銭を所持するための支援を行っている。 | | | |
| 2 | 例外的に、金銭を所持することが認められている利用者がある。 | | | |
| 1 | 利用者が金銭を所持することはできない。 | | | |
| ② 利用者が金銭を使用することのできる機会を定期的に設けている。 | | | | |
| 5 | 買い物等、金銭を使用することのできる機会を、定期的に設けている。 | 3 | 3 | |
| 4 | 買い物等、金銭を使用することのできる機会を、不定期に設けている。 | | | |
| 3 | 利用者が希望し、施設が対応できる場合には、機会を設けている。 | | | |
| 2 | 施設が決めた機会にのみ対応している。 | | | |
| 1 | 設けていない。 | | | |

| | | | | |
|--|--|----|----|-------|
| ③ 金銭を管理することが難しい利用者が金銭を使用するための支援を行っている。 | | | | |
| 5 | 全ての利用者に対し、ひとりひとりの能力に応じて、金銭使用の支援を行っている。 | 5 | 5 | |
| 4 | 半数の利用者に対し、ひとりひとりの能力に応じて、金銭使用の支援を行っている。 | | | |
| 3 | 一部の利用者に対し、ひとりひとりの能力に応じて、金銭使用の支援を行っている。 | | | |
| 2 | 金銭使用の支援を行うよう、努力している。 | | | |
| 1 | 金銭使用の支援を行っていない。 | | | |
| 18. 利用者が趣味の時間を楽しむための取り組みを行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 利用者ひとりひとりの趣味や生きがいについて、把握している。 | | | | |
| 5 | 利用者の趣味や生きがいを、本人・家族等から聞き取り把握し、職員で情報を共有している。 | 5 | 5 | |
| 4 | 利用者の趣味や生きがいを、本人・家族等から聞き取り把握している。 | | | |
| 3 | 利用者の趣味や生きがいを、家族等から聞き取り把握している。 | | | |
| 2 | 利用者の趣味や生きがいを把握する努力をしている。 | | | |
| 1 | 把握していない。 | | | |
| ② 利用者ひとりひとりが趣味や生きがいを楽しむ機会を定期的に設けている。 | | | | |
| 5 | 週1回以上、趣味や生きがいを楽しむ機会を定期的に設けている。 | 4 | 4 | |
| 4 | 月1回以上、趣味や生きがいを楽しむ機会を定期的に設けている。 | | | |
| 3 | 半年に1回以上、趣味や生きがいを楽しむ機会を定期的に設けている。 | | | |
| 2 | 不定期に、趣味や生きがいを楽しむ機会を設けている。 | | | |
| 1 | 設けていない。 | | | |
| ③ 利用者が自発的にグループ活動等を行うための支援をしている。 | | | | |
| 5 | 利用者がグループ活動等を行うために、日常的に提案やサポートを行っている。 | 4 | 4 | |
| 4 | 利用者がグループ活動等を行うために、可能な限り、提案やサポートを行っている。 | | | |
| 3 | 利用者がグループ活動等を行うために、要請があれば、提案やサポートを行っている。 | | | |
| 2 | 利用者がグループ活動等を行うために、提案やサポートを行うよう、努力している。 | | | |
| 1 | 支援をしていない。 | | | |
| ④ 必要に応じて、地域の社会資源等を積極的に活用している。 | | | | |
| 5 | 地域の社会資源等を日常的に活用できる体制を取っている。 | 4 | 4 | |
| 4 | 地域の社会資源等を定期的に活用できる体制を取っている。 | | | |
| 3 | 必要な時には、地域の社会資源等を利用している。 | | | |
| 2 | 地域の社会資源等を利用できるよう、努力している。 | | | |
| 1 | 地域の社会資源等を活用していない。 | | | |

| 19. 利用者同士が良好な関係を築くことができるように支援を行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
|---|--|----|----|---------------------|
| ① 利用者ひとりひとりの人柄を把握し、日々ケアに活かしている。 | | | | |
| 5 | 利用者ひとりひとりの人柄を把握し、情報共有を行うことによって、日々のケアに活かしている。 | 4 | 5 | 職員は、基本的に、全員把握できている。 |
| 4 | 大半の利用者の人柄を把握し、日々のケアに活かしている。 | | | |
| 3 | 一部の利用者の人柄を把握し、日々のケアに活かしている。 | | | |
| 2 | 利用者の人柄を把握するために、努力している。 | | | |
| 1 | 利用者の人柄の把握はできていない。 | | | |
| ② 利用者同士が良好な関係を築くために、職員が必要な知識を身につける機会がある。 | | | | |
| 5 | 職員が必要な知識を身につけるよう、研修や会議等を半年に1回以上、定期的に行っている。 | 3 | 3 | |
| 4 | 職員が必要な知識を身につけるよう、研修や会議等を年に1回以上、定期的に行っている。 | | | |
| 3 | 職員が必要な知識を身につけるよう、必要な時にアドバイスをしている。 | | | |
| 2 | 職員が必要な知識を身につけるよう、努力している。 | | | |
| 1 | 必要な知識を身につける機会がない。 | | | |
| ③ 利用者同士が良好な関係を築くことができるよう、具体的な計画を立て実行している。 | | | | |
| 5 | 仕組みをつくり、具体的な計画を立案し、実行している。 | 3 | 3 | |
| 4 | 具体的な計画を立案し、実行している。 | | | |
| 3 | 具体的な計画を立案するが、実行できないときがある。 | | | |
| 2 | その場その場で個別に対応している。 | | | |
| 1 | 実行していない。 | | | |
| 20. 利用者が適切な医療ケアを受けられるように支援している。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 利用者の体調や健康状態の変化を、日々記録している。 | | | | |
| 5 | 毎日詳細に記録し、職員同士で適切に情報共有がなされている。 | 4 | 4 | |
| 4 | 1週間単位で記録している。 | | | |
| 3 | 1ヶ月単位で記録している。 | | | |
| 2 | 異常がある場合のみ記録している。 | | | |
| 1 | 記録していない。 | | | |
| ② 利用者の健康管理に関するマニュアルを策定している。 | | | | |
| 5 | マニュアルに基づき、職員全員が対応を徹底している。 | 3 | 3 | |
| 4 | マニュアルに基づき、対応を徹底している。 | | | |
| 3 | マニュアルに基づき対応を行っているが、徹底できていない。 | | | |
| 2 | マニュアルを現在作成している。 | | | |
| 1 | マニュアルはない。 | | | |

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| ③ 体調や健康状態に変化があるときは、速やかに主治医等と情報の共有を行っている。 | | | | |
| 5 | 主治医・家族等との情報の共有を速やかにできるよう、普段から体制を整えている。 | 4 | 4 | |
| 4 | 主治医・家族等との情報の共有を速やかにできるよう、取り組んでいる。 | | | |
| 3 | 主治医・家族等との情報が医療関係者のみに伝達され、全職員に周知されていない。 | | | |
| 2 | 速やかに主治医等と情報共有ができない場合がある。 | | | |
| 1 | 主治医等との情報の共有を行っていない。 | | | |
| ④ 医師又は看護師が、利用者または家族等に対して健康面の説明を定期的に行っている。 | | | | |
| 5 | 医師又は看護師が3ヶ月に1回以上、健康面の説明を定期的に行っている。 | 2 | 2 | |
| 4 | 医師又は看護師が半年に1回以上、健康面の説明を定期的に行っている。 | | | |
| 3 | 医師又は看護師が1年に1回以上、健康面の説明を定期的に行っている。 | | | |
| 2 | 医師又は看護師が不定期に、健康面の説明を行っている。 | | | |
| 1 | 医師又は看護師が説明を行っていない。 | | | |

取り組みの状況(自己評価)

介護計画に関しては、3ヶ月に1回または本人の状態に変化があった時(退院時など)にケース会議を実施し、ケアプランなどのケアに対する確認を行っています。また、褥瘡対策に関しては、随時の体位交換や栄養補強面からも検討し、感染症対策、認知症ケアに関しても月1回の委員会や年2回の勉強会を実施しています。

取り組みの状況(外部評価)

介護計画の見直しは、3ヶ月に1回行っているが、入所者に変化が見られるときは、必要に応じて見直しは行っている。利用者の個性や、これまでの人生は家族の書いた調査書や入所前の面接で把握し、データベースを構築し職員間で共有している。
 感染症、褥瘡の予防のための取り組みは行なわれているが、あまりデータの蓄積は行なわれていない。ターミナルケアは、加算をとっていないため必要に応じて実施。
 認知症ケアは、入居者の90%が認知症なので、職員が状況を把握しケアの向上に努めている。
 食事は外部業者が入り、栄養士の要望を取り入れて音楽をかけるなど雰囲気作りにも努めている。外食の機会もある。アクティビティに関してはあまり力をいれていない。
 排泄ケアに関してはまだマニュアルは無いが、どの職員もケアでき、場合に応じて近くにいる職員が行う。
 利用者とのコミュニケーションは、意志伝達に制限のある人の場合職員同士で連携をとって理解するよう取り組んでいる。夜間就寝中のマニュアルはまだ無く必要に応じて対応している。利用者の体調や健康状態の変化は特に変化が無ければ、1週間単位で記録しているが、主治医、家族との情報の共有は速やかに行っている。

IV. 地域・家族・他団体との連携

| 1. 利用者が地域で生活するための支援を行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
|---|--|----|----|-------|
| ① 事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々に向けた日常的なコミュニケーションを行っている。 | | | | |
| 5 | 日常的に、地域の人々とコミュニケーションを取る機会が設けられている。 | 1 | 1 | |
| 4 | 3ヶ月に1回以上、地域の人々とコミュニケーションを取る機会が設けられている。 | | | |
| 3 | 半年に1回以上、地域の人々とコミュニケーションを取る機会が設けられている。 | | | |
| 2 | 1年に1回以上、地域の人々とコミュニケーションを取る機会が設けられている。 | | | |
| 1 | 特に地域の人々に向けた日常的なコミュニケーションは行っていない。 | | | |
| ② 外出や外食等、利用者が地域に出かける機会が定期的に確保されている。 | | | | |
| 5 | 月に1回以上、定期的に確保されている。 | 5 | 5 | |
| 4 | 半年に1回以上、定期的に確保されている。 | | | |
| 3 | 年に1回以上、定期的に確保されている。 | | | |
| 2 | 特に期間は決めず、定期的に確保されている。 | | | |
| 1 | 定期的に確保されていない。 | | | |
| ③ 利用者が、地域で開催される祭りやイベント等に参加できるように支援している。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、参加できるように支援している。 | 3 | 3 | |
| 4 | 半年に1回以上、参加できるように支援している。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、参加できるように支援している。 | | | |
| 2 | 特に期間は決めず、必要に応じて参加できるように支援している。 | | | |
| 1 | 特に参加できるような支援をしていない。または、家族に任せている。 | | | |
| 2. 施設の力を活かし、地域に貢献する取り組みを行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 施設において、地域住民に向けた行事を定期的に開催している。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、行事を行っている。 | 1 | 1 | |
| 4 | 半年に1回以上、行事を行っている。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、行事を行っている。 | | | |
| 2 | 特に期間は決めず、行事を行っている。 | | | |
| 1 | 特に行事は実施していない。 | | | |
| ② 介護等について、専門的な技術講習会や研修会、地域住民の生活に役立つ講演会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、研修や講演等を開催し、地域へ参加を呼びかけている。 | 1 | 1 | |
| 4 | 半年に1回以上、研修や講演等を開催し、地域へ参加を呼びかけている。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、研修や講演等を開催し、地域へ参加を呼びかけている。 | | | |
| 2 | 特に期間は決めず、研修や講演等を開催し、地域へ参加を呼びかけている。 | | | |
| 1 | 特に研修や講演等を開催していない。 | | | |

| | | | | |
|--|--|----|----|-------|
| ③ 介護相談窓口等、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。 | | | | |
| 5 | 日常的に介護相談窓口を設ける等、多様な支援活動を行っている。 | 1 | 1 | |
| 4 | 3ヶ月に1回以上、多様な支援活動を行っている。 | | | |
| 3 | 半年に1回以上、多様な支援活動を行っている。 | | | |
| 2 | 1年に1回以上、多様な支援活動を行っている。 | | | |
| 1 | 特に支援活動を行っていない。 | | | |
| 3. ボランティアを継続的・計画的に受け入れるための体制を確立し、実施している。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。 | | | | |
| 5 | 基本姿勢を明確にし、責任者・担当者を定め、常時受け入れ体制を確立している。 | 4 | 4 | |
| 4 | 基本姿勢を明確にし、責任者を定め、受け入れ体制を確立している。 | | | |
| 3 | 基本姿勢を明確にし、受け入れ体制を確立している。 | | | |
| 2 | 基本姿勢を明確にしているが、体制は確立していない。 | | | |
| 1 | 基本姿勢を明確にしていない。 | | | |
| ② ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明文化している。 | | | | |
| 5 | 基本姿勢を明文化し、ホームページや広報誌を通じて、広く外部に公表されている。 | 1 | 1 | |
| 4 | 基本姿勢を明文化し、利用者の家族や地域住民には公表されている。 | | | |
| 3 | 基本姿勢を明文化し、施設内に掲示している。 | | | |
| 2 | 基本姿勢を明文化しているが、周知はなされていない。 | | | |
| 1 | 基本姿勢を明文化していない。 | | | |
| ③ ボランティア受け入れについて、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。 | | | | |
| 5 | ボランティア受け入れマニュアルを整備し、全ての職員が把握している。 | 1 | 1 | |
| 4 | ボランティア受け入れマニュアルを整備し、一部の職員が把握している。 | | | |
| 3 | ボランティア受け入れマニュアルを整備し、担当者のみが把握している。 | | | |
| 2 | ボランティア受け入れマニュアルを整備中である。 | | | |
| 1 | ボランティア受け入れマニュアルを特に整備していない。 | | | |
| ④ ボランティアに対して必要な研修を行っている。 | | | | |
| 5 | 半年に1回以上、研修を行っている。 | 1 | 1 | |
| 4 | 1年に1回以上、研修を行っている。 | | | |
| 3 | 2年に1回以上、研修を行っている。 | | | |
| 2 | 特に期間は決めず、研修を行っている。 | | | |
| 1 | 特に研修は実施していない。 | | | |

| 4. 実習生を継続的・計画的に受け入れるための体制を確立し、実施している。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
|---|---|----|----|-----------------------------|
| ① 実習生の受け入れに関する基本姿勢を明文化している。 | | | | |
| 5 | 基本姿勢を明文化し、ホームページ等で広く公表している。 | 4 | 3 | 実習に来る人がへっている。外部にまでは公表していない。 |
| 4 | 基本姿勢を明文化し、外部の関係者に対し公表している。 | | | |
| 3 | 基本姿勢を明文化し、職員に周知している。 | | | |
| 2 | 基本姿勢を明文化しているが、公表・周知はできていない。 | | | |
| 1 | 基本姿勢を明文化していない。 | | | |
| ② 実習生の受入れについて、受入れについての連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等の項目が記載されたマニュアルを整備している。 | | | | |
| 5 | 実習生受け入れマニュアルを整備し、全ての職員が把握している。 | 4 | 3 | 相談員等主任クラスだけが把握している。 |
| 4 | 実習生受け入れマニュアルを整備し、一部の職員が把握している。 | | | |
| 3 | 実習生受け入れマニュアルを整備し、担当者のみが把握している。 | | | |
| 2 | 実習生受け入れマニュアルを整備中である。 | | | |
| 1 | 実習生受け入れマニュアルを特に整備していない。 | | | |
| ③ 受け入れにあたっては、学校との覚書を取り交わす等によって、実習における責任体制を明確にしている。 | | | | |
| 5 | すべての学校等と覚書等を毎年度書面で取り交わし、責任体制を明確にしている。 | 3 | 1 | かかわる学校がほとんどなくなった。 |
| 4 | すべての学校等と覚書等を書面で取り交わし、責任体制を明確にしている。 | | | |
| 3 | 一部の学校等と覚書等を書面で取り交わし、責任体制を明確にしている。 | | | |
| 2 | 学校等と覚書等を書面で取り交わしているが、責任体制等詳しい内容が記載されていない。 | | | |
| 1 | 学校等と特に書面での覚書等は交わしていない。 | | | |
| ④ 実習指導者に対する研修を実施している。 | | | | |
| 5 | 半年に1回以上、研修(外部研修の受講含)を行っている。 | 2 | 2 | |
| 4 | 1年に1回以上、研修(外部研修の受講含)を行っている。 | | | |
| 3 | 2年に1回以上、研修(外部研修の受講含)を行っている。 | | | |
| 2 | 特に期間は決めず、研修(外部研修の受講含)を行っている。 | | | |
| 1 | 特に研修は実施していない。または、個人で外部研修を受講するようにしている。 | | | |
| 5. 利用者と家族のこれまで通りの関係を維持するための取り組みを行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① 利用者が家族と定期的に交流する機会を確保している。 | | | | |
| 5 | 1ヶ月に1回以上、交流する機会を確保している。 | 3 | 3 | |
| 4 | 3ヶ月に1回以上、交流する機会を確保している。 | | | |
| 3 | 半年に1回以上、交流する機会を確保している。 | | | |
| 2 | 1年に1回以上、交流する機会を確保している。 | | | |
| 1 | 特に期間は決めず、必要に応じて交流する機会を確保している。 | | | |

| | | | | |
|---|---|----|----|--------------------------|
| ② 利用者との関係性に関して、家族の意向や方法について話し合う機会を設けている。 | | | | |
| 5 | 1ヶ月に1回以上、話し合う機会を設けている。 | 1 | 1 | |
| 4 | 3ヶ月に1回以上、話し合う機会を設けている。 | | | |
| 3 | 半年に1回以上、話し合う機会を設けている。 | | | |
| 2 | 1年に1回以上、話し合う機会を設けている。 | | | |
| 1 | 特に期間は決めず、必要に応じて話し合う機会を設けている。 | | | |
| ③ 家族が遠方にいる場合でも、訪問するための支援を行っている。 | | | | |
| 5 | 1ヶ月に1回以上、訪問するための支援を行っている。 | 1 | 5 | 機関紙を月に1回、発行し、家族などに送っている。 |
| 4 | 3ヶ月に1回以上、訪問するための支援を行っている。 | | | |
| 3 | 半年に1回以上、訪問するための支援を行っている。 | | | |
| 2 | 1年に1回以上、訪問するための支援を行っている。 | | | |
| 1 | 特に期間は決めず、必要に応じて訪問するための支援を行っている。 | | | |
| 6. 利用者が馴染みの人や場所との関係を維持するための取り組みを行っている。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① これまで利用していた施設・お店等を継続的に利用できるよう支援している。 | | | | |
| 5 | 1ヶ月に1回以上に利用できるよう支援している。 | 2 | 2 | |
| 4 | 3ヶ月に1回以上に利用できるよう支援している。 | | | |
| 3 | 半年に1回以上利用できるよう支援している。 | | | |
| 2 | 家族に必要なに応じて協力してもらっている。 | | | |
| 1 | 特に取り組みは行っていない。 | | | |
| ② 利用者が地域の行事に参加するための支援を実施している。 | | | | |
| 5 | 定期的に家族を含めて話し合う機会を設け、支援を実施している。 | 2 | 2 | |
| 4 | 定期的に利用者の要望を聞く機会を設け、支援を実施している。 | | | |
| 3 | 必要に応じて要望を調査し、支援を実施している。 | | | |
| 2 | 要望があれば、支援を実施している。 | | | |
| 1 | 特に支援はしていない。 | | | |
| ③ 利用者が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援助を行う体制を整えている。 | | | | |
| 5 | 職員やボランティアが援助を行う体制を整え、広く外部に公表している。 | 2 | 2 | |
| 4 | 職員やボランティアが援助を行う体制を整え、利用者・家族に周知している。 | | | |
| 3 | 職員やボランティアが援助する体制を整えているが、公表・周知はなされていない。 | | | |
| 2 | 特に体制は整えていないが、その時の勤務状況やボランティアの受け入れ状況により対応している。 | | | |
| 1 | 特に体制は整えていない。 | | | |

| 7. 地域の資源を把握し、よりよいサービスの提供のために有効に活用している。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
|--|--|----|----|-----------------------------|
| ① 活用できる社会資源や地域の情報を収集している。 | | | | |
| 5 | 施設が活用できる社会資源や地域の情報を収集・整理し、利用者や職員に積極的に提供している。 | 5 | 5 | |
| 4 | 施設が活用できる社会資源や地域の情報を収集・整理し、必要に応じて利用者や職員に提供している。 | | | |
| 3 | 施設が活用できる社会資源や地域の情報を収集・整理している。 | | | |
| 2 | 施設からの情報収集は行っていないが、与えられた情報は整理している。 | | | |
| 1 | 特に情報の収集は行っていない。 | | | |
| ② 活用できる社会資源や地域の情報を、掲示板等を活用し利用者に提供している。 | | | | |
| 5 | 情報を確認することができる掲示板が設置されており、常時内容が更新されている。 | 3 | 3 | |
| 4 | 情報を確認することができる掲示板が設置されている。 | | | |
| 3 | 必要に応じて、情報を文書で利用者に提供している。 | | | |
| 2 | 必要に応じて、情報を口頭で利用者に提供している。 | | | |
| 1 | 特に情報は提供していない。 | | | |
| ③ 利用者に対して、どのような支援ができるか相談窓口を設けている。 | | | | |
| 5 | 施設への支援を希望する地域住民が相談できる窓口を、常時設けて対応している。 | 2 | 2 | |
| 4 | 施設への支援を希望する地域住民が相談できる窓口を、定期的に設けて対応している。 | | | |
| 3 | 施設への支援を希望する地域住民が相談できる窓口を、不定期に設けて対応している。 | | | |
| 2 | 特に相談窓口は設けておらず、必要に応じて職員が対応している。 | | | |
| 1 | 相談には対応していない。 | | | |
| ④ 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。 | | | | |
| 5 | 1ヶ月に1回以上、社会資源が利用されていることが確認できる。 | 5 | 5 | |
| 4 | 3ヶ月に1回以上、社会資源が利用されていることが確認できる。 | | | |
| 3 | 半年に1回以上、社会資源が利用されていることが確認できる。 | | | |
| 2 | 1年に1回以上、社会資源が利用されていることが確認できる。 | | | |
| 1 | 日常的な活動において、社会資源は利用されていない。 | | | |
| 8. 外部の専門家からサービス向上のためのアドバイスをもらう機会がある。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① サービス向上のために外部の専門家と関係性を構築している。 | | | | |
| 5 | 4人以上の専門分野の違う専門家からアドバイスをもらう機会がある。 | 5 | 5 | 研修講師、評議員、監事などからアドバイスを貰っている。 |
| 4 | 3人以上の専門分野の違う専門家からアドバイスをもらう機会がある。 | | | |
| 3 | 2人以上の専門分野の違う専門家からアドバイスをもらう機会がある。 | | | |
| 2 | 1人以上の専門分野の違う専門家からアドバイスをもらう機会がある。 | | | |
| 1 | 特に定期的な機会はないが、必要な時にアドバイスをもらうようにしている。 | | | |

| | | | | |
|--|---|----|----|-------|
| ② 外部の専門家とともに、サービス向上のために議論をする機会がある。 | | | | |
| 5 | 1ヶ月に1回以上、議論をする機会があり、記録を残している。 | 4 | 4 | |
| 4 | 3ヶ月に1回以上、議論をする機会があり、記録を残している。 | | | |
| 3 | 半年に1回以上、議論をする機会があり、記録を残している。 | | | |
| 2 | 1年に1回以上、議論をする機会があり、記録を残している。 | | | |
| 1 | 議論をする機会はない。 | | | |
| ③ サービス向上のための具体的な方策を、外部の専門家とともに策定し、実行している。 | | | | |
| 5 | 3ヶ月に1回以上、具体的な方策を策定し、実行している。 | 2 | 2 | |
| 4 | 半年に1回以上、具体的な方策を策定し、実行している。 | | | |
| 3 | 1年に1回以上、具体的な方策を策定し、実行している。 | | | |
| 2 | 特に期間は決めず、具体的な方策を策定して実行している。 | | | |
| 1 | 具体的な方策を実行していない。 | | | |
| 9. 家族や地域住民への情報発信を定期的実施している。 | | 自己 | 外部 | 評価の根拠 |
| ① ホーム便り等を作成し、定期的な家族や地域住民への情報発信を行っている。 | | | | |
| 5 | 1ヶ月に1回以上、ホーム便り等の文書で情報発信を行っている。 | 5 | 5 | |
| 4 | 3ヶ月に1回以上、ホーム便り等の文書で情報発信を行っている。 | | | |
| 3 | 半年に1回以上、ホーム便り等の文書で情報発信を行っている。 | | | |
| 2 | 1年に1回以上、ホーム便り等の文書で情報発信を行っている。 | | | |
| 1 | ホーム便り等の文書で情報発信を行っていない。 | | | |
| ② 家族や地域住民への情報発信のために、ホームページやブログ、SNS等を開設し、効果的に活用している。 | | | | |
| 5 | ホームページやブログ、SNS等を開設し、常時情報を発信している。 | 2 | 2 | |
| 4 | ホームページやブログ、SNS等を開設し、1か月に1回以上、情報発信をしている。 | | | |
| 3 | ホームページやブログ、SNS等を開設し、3ヶ月に1回以上、情報発信をしている。 | | | |
| 2 | ホームページやブログ、SNS等を開設し、不定期に情報発信をしている。 | | | |
| 1 | ホームページやブログ、SNS等を開設していない。 | | | |
| ③ 施設を訪問する機会の少ない家族に対しては、電話や手紙等によって、定期的に利用者の状況を報告している。 | | | | |
| 5 | 1ヶ月に1回以上、利用者の状況を電話や手紙等で報告している。 | 4 | 4 | |
| 4 | 3ヶ月に1回以上、利用者の状況を電話や手紙等で報告している。 | | | |
| 3 | 半年に1回以上、利用者の状況を電話や手紙等で報告している。 | | | |
| 2 | 1年に1回以上、利用者の状況を電話や手紙等で報告している。 | | | |
| 1 | 定期的に報告はしていない。 | | | |

取り組みの状況(自己評価)

ボランティアに関しては、慰問やレクリエーション・クラブ活動を週1～2回実施しており、踊りの好きな方や習字、音楽鑑賞などを楽しんでいただけるようにと考えています。また、小学校の音楽会や文化祭などにも参加し、少人数ではありますが地域との交流も図っています。

取り組みの状況(外部評価)

利用者が地域に出かける機会は、外食、買い物同伴、小学校の文化祭、神出町祭など月に1回以上実施されているが、施設に於いて地域の人も参加できる行事はない。また、地域へ参加を呼び掛けるような専門的な講習会、研修会は実施していない。慰問やレクリエーション、クラブ活動などあるが、ボランティアの受け入れは、積極的に行なわれていない。利用者との家族の交流は、クリスマス会、納涼祭など。家族会は4ヶ月に1度、開催されているが参加する家族は遠方のため少ない。遠方にいる家族には、月1回機関紙を発行し送付する等、家族に情報発信している。地域住民との交流は少ないが、外部から、研修講師、評議員、監事などに専門的な人をお願いしてアドバイスを貰っている。

総合評価(自己評価)

平成24年度より、介護保険制度は認知症ケアの確立、医療と介護の機能分担及び連携、サービスの質の向上ということで抜本的な改革がおこなわれました。自施設といたしましては35年目を迎え、それまでの一体的ケアより各加算を基本としたサービス体系に連動したケアの見直しを進めてまいりました。加算サービスメニューといたしましては、栄養マネジメント、個別機能訓練、日常生活継続維持管理、口腔機能維持管理、夜勤職員加配、看護体制(Ⅰ)(Ⅱ)、精神科医師定期的療養指導等、介護度と認知度の重度化、医療依存が進む中、医療の場との連携を確立しながら進めてまいりました。医務室におきましては、常勤6名の看護師と夜勤含めた9名の非常勤看護師の配置、精神科医師、歯科医師、歯科衛生士との連携で、きめ細やかな看護を進めてまいりました。介護現場につきましては、ご利用者との関わりを重視し、観察力を向上させる為、施設内を4つのゾーンに分け介護職員を担当制で配置し、従来からの一斉介護を廃止、ご利用者、ご家族への責任の明確化と安心感が確保できる様にいたしました。職員の資質向上を目指し、職員への指導・教育については、リーダーを中心に介護の実践・業務指導を行っております。また、外部研修に加え、介護福祉施設で働く職員としての資質の向上を目指し、コミュニケーション技術、介護技術、認知症ケア等 テーマ別に年間12回を目標に、外部講師を招き研修を、平成24年度より実施、積極的参加と研修報告により職場全体の知識と技術の向上、共有化を図ります。また、組織人としての自覚や職務に対する取り組み姿勢及び目標達成などの評価による人事考課制度を通じ人材の育成を図っております。介護職員の介護福祉士資格保有率も65%を越えてきており、今後も資格取得へ向けてチャレンジしております。施設の構造としましては、全室南向き、平屋建てで、バリアフリーで動線が非常に長く、自由に車椅子が自走出来る方にとりましては、恰好の機能訓練にも繋がり、四季折々の草花の中、表情豊かに過ごされておられます。

総合評価(外部評価)

設立35年という施設としては、平屋建て、全室南向きで、各部屋が庭に面しているの、どの部屋も明るく、清潔さが保たれている。掃除は、障害者や拘置所の社会復帰施策として人を雇用し、施設内は掃除が行き届いている。

人事体制プランとしては、人材確保はどこも困難ではあるが、当施設では男性職員が多く、60歳までは正規雇用、65歳まではパート雇用、それ以降は嘱託として働く人もいる。介護士や見守りの人は、年配者が多い。医務室には常勤9名の看護師・准看護師が待機し、夜間も夜勤看護師1名を配置する等、利用者が夜間も安心して暮らせるシステムになっている。職員の資格向上を目指し、法人内での研修に力を入れ、キャリアパス制度も配慮されていて、職員の働く意欲を上げる工夫がされている。

利用者の聞き取りでは、1人は入所して10年、他の一人はまだ数ヶ月という方達であったが遠慮なく過せること、食べ物のことを皆が心配してくれるのが有難い、お風呂も週2回入れてもらえて嬉しいとのこと。、2人とも少し認知症ではあるが、安心して過ごされている様子である。

職員聞き取りでは、1年半の女性と、20年のベテラン男性職員さんから話を聞いた。若い女性職員は分からないことはその場で聞いて教えて貰う。研修もたくさん受けている、とのこと。男性職員はもう50前なので、いつまで働けるかは少し不安とのことだった。

特筆すべき項目・取り組み(外部評価)

法人内研修が年12回、月の前半と後半に各1回実施されているので、全職員が研修を受ける機会がある。

施設内が4つのゾーンに分かれ、職員が仕事をしやすく、利用者との関わりがきめ細かで安心できるシステムになっている。

パソコン導入で、全職種の職員が情報共有出来るようになっている。

食事介護度によって別の場所で取るシステムになっているので、軽度の利用者は自由に食事を取り、重度の利用者は一人ずつ丁寧にケアされている。

にぎり寿司が、6月～10月までは食中毒に注意しているので出さないが、11月以降提供して食生活に変化を持たせている。

改善が必要な項目・ポイント(外部評価)

住宅地が周りにないということもあるが、地域との交流が少ない。公民館を借りて研修など実施しているので、その機会に地域住民に呼びかけて参加してもらおうような取り組みが必要ではないか。

ボランティアもクラブ活動などで入って貰っているが、話し相手など、地域の人にボランティアとして関わって貰えば、地域との交流になるのではないか。