

1 第三者評価機関名

サービス評価センターはあとらんど

2 訪問調査実施日

平成29年11月9日～平成29年11月10日

3 事業者情報

(1)	種別	特別養護老人ホーム	(2)	名称	社会福祉法人永光会 特別養護老人ホーム清流の郷
(3)	代表者	理事長 眞下誠治	(4)	定員	特別養護老人ホーム50名 ショートステイ6名
(5)	所在地	群馬県渋川市赤城町敷島44-1			
(6)	H P	<a href="http://www.eikoso.or.jp/html/summary.html">http://www.eikoso.or.jp/html/summary.html</a>			

4 評価の総評

● 評価の高い点

1、提供するサービスの内容について、各職種(介護・看護・栄養課)の職員が9つの委員会に所属し、定期的(月に1回から2か月に1回)に検討会が開催されている。各職種の立場から意見交換が行われ、連携し、サービスの質に繋げている。入所時に褥瘡の症状がみられた場合には各職種が対応に向けて連携し、チームで改善させた事例があり、各職員の自信と誇りに繋がられた。

2、利用者が年々重度化しており、その対策の一つとして、喀痰吸引等研修機関として群馬県に登録している。年度ごとの事業計画には受講する介護職員の目標人数を定めている。職員の介護技術の質を高め利用者が一層安心して過ごせるように努力をしている。

3、利用者のお顔が晴れやかで、大切に対応されている様子が伺えた。居室で自由に過ごしている利用者もあり、趣味(パソコン・手芸・読書・絵画・俳句等)を活かし張り合いに繋げる自立支援がなされている。

○ 改善に向けて取り組んでいる点

1、サービス提供の根底となるマニュアルの不足分の作成と現行マニュアルの整備を行い、職員に周知徹底する機会を設け、定期的な見直しを検討している。

2、運営規定・重要事項説明書の内容については、30年度の介護保険制度改正に伴い、具体的な見直しに取り組みむ予定である。

5 事業者のコメント

各項目に沿って2日間をかけて評価を受けた。率直な感想は、意見交換を交えながら、正直に楽しく行えたと思う。その中で「出来ているところ」と「出来ていないところ」が整理され、それぞれの中で新たな気づきがあった。出来ているところは、見直しと取り組みの継続を行い、出来ていないところは、新たな体制づくりを多職種で協力して進めていく。こうした取り組みを通し、ご利用者に対するサービスの質の確保や地域とのつながりづくり、そして職員が働きやすい職場環境をさらに構築し、様々なところから求められる施設として発展していきたい。

6 第三者評価結果内容(項目毎)

## I 社会福祉施設の運営管理

I-1 理念・基本方針	
(1) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が周知されている。	
①	<p>評価結果 ●社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が職員に共有化されている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が全職員に向けて明示されており、職員間で共通認識を持つ機会が具体的に設けられている。</p> <p>b) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が全職員に向けて明示されているが、職員間で共通認識を持つ機会が具体的に設けられていない。</p> <p>c) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が職員に向けて明示されていない。</p>
②	<p>評価結果 ●社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に周知している。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に理解してもらうために利用開始前に具体的な説明がなされ、かつ、利用開始後も、疑問や質問等が生じた場合に対応するための具体的な体制ができている。</p> <p>b) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に理解してもらうために利用開始前に具体的な説明がなされているが、利用開始後に疑問や質問等が生じた場合に対応する具体的な体制はできていない。</p> <p>c) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に理解してもらうための利用開始前の説明が十分ではない。</p>
<p>【I-1 理念・基本方針の特記事項】</p> <p>(1)①法人の理念『春風致和』は玄関等に掲示されている。昨年10月には理事長から事業計画書に記載されている法人の基本理念について、パワーポイントを活用して全職員に説明を行い、周知させている。</p> <p>(1)②入所契約の際、重要事項説明書に記載されている「事業の目的」「運営方針」等について説明を行い、相談窓口は生活相談員が担当し、不明な点等については対応する旨を伝えている。</p>	

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

		<p>b) 年度毎にサービス内容やサービス実施体制について分析を行い、課題や問題点を把握しているが、サービスの質を高めるための具体的な事業計画はできていない。</p> <p>c) 年度毎にサービス内容やサービス実施体制について、課題や問題点を把握していない。</p>
<p>(2) 事業計画の評価を行っている。</p>		
①	評価結果	<p>●事業計画の実施状況に関する評価を行っている。</p>
	b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 事業計画に関する実施状況及び結果についての評価は職員の自己評価に基づいて行われており、そのための評価の様式が整備されている。</p> <p>b) 事業計画に関する実施状況及び結果についての評価は職員の自己評価に基づいて行われているが、そのための評価の様式が整備されていない。</p> <p>c) 事業計画に関する実施状況及び結果についての評価は職員の自己評価に基づいて行われていない。</p>
<p>【I-2 事業計画の特記事項】</p> <p>(1)①平成25年度から平成29年度の期間に、運営・設備等について市の事業計画に準じて作成している。</p> <p>(1)②利用者の重度化対応について、喀痰吸引等研修機関に登録している。受講する介護職員の目標人数を年度ごとの事業計画に位置付けている。</p> <p>(2)①事業計画実施状況については各ユニットの「リーダー会議」や各課の代表者が出席する「代表者会議」等で話し合い現状を把握しているが、全職員の自己評価の為の様式はなく作成を検討中である。</p>		

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

【I-3 管理者のリーダーシップの特記事項】	
(1)①事業計画書に施設長及び職種毎の職務内容について定めた職務分掌表を記載している。全職員に事業計画書が配布され、年度始に施設長が各種会議ごとに説明している。	
(2)①職員から起案書が作成されている。サービスについて気付いた職員が業務改善の提案を行い、施設長も各種会議や委員会等に参加して職員の意見を聞いている。	

<b>I-4 体制及び責任</b>	
(1) 施設の運営が適切に行われている。	
①	評価結果 ●施設内の組織について職制・職務分掌等を明確にしている。
	【判断基準】 a) 職種ごとの分担や責任の所在が明文化されており、かつ、職員会議等で、共通認識を持つための取り組みを行っている。 b) 職種ごとの分担や責任の所在が明文化されているが、職員会議等で共通認識を持つための取り組みは、十分に行われていない。 c) 職種ごとの対する分担や責任の所在が明文化されていない。
②	評価結果 ●サービス内容の記録や引き継ぎは適切に行われている。
	【判断基準】 a) サービス内容の記録や引継ぎのあり方について明文化されており、かつ、職員会議等で、共通認識を持つための取り組みを行っている。 b) サービス内容の記録や引継ぎのあり方について明文化されているが、職員会議等で共通認識を持つための取り組みは十分ではない。 c) サービス内容の記録や引継ぎのあり方について明文化されていない。
【I-4 体制及び責任の特記事項】	
(1)①事業計画書に職種毎の職務内容について定めた職務分掌表が記載されている。全職員に事業計画が配布され、年度始に施設長より各会議にて説明が行われ、共有化を図っている。	
(1)②独自の介護マニュアルを作成し、各部署に配布している。介護マニュアル内に『記録について』・『引継ぎ書』として具体的に記載されており、各種会議の場でも施設長が伝えている。新人職員には法人で行っている研修会で伝えている。	

<b>I-5 経営状況の把握</b>	
(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	
①	評価結果 ●事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。
	【判断基準】 a) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための具体的な取り組みを行い、把握された情報について職員と共通認識を図る場を設けている。 b) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための具体的な取り組みを行っているが、把握された情報について職員と共通認識を図る場を設けていない。 c) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための具体的な取り組みを行っていない。

②	評価結果	●経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。
	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 経営状況を分析的に把握して改善に向けた具体的な取り組みを行い、かつ経営状況について職員の共通認識を図る場を設けている。</p> <p>b) 経営状況を分析的に把握して改善に向けた具体的な取り組みを行っているが、経営状況について職員の共通認識を図る場は設けられていない。</p> <p>c) 経営状況の分析的な把握も改善に向けた具体的な取り組みも行っていない。</p>
<p>【I-5 経営状況の把握の特記事項】</p> <p>(1)①4半期毎に代表者会議（運営会議）で事業報告書と共に各課の状況を話し合っている。代表者会議を通して各部署の職員に伝達している。</p> <p>(1)②代表者会議（運営会議）で4半期毎に利用状況、収入状況（稼働率や感染症対策）等を職員は確認している。代表者会議を通して各部署の職員に伝達している。</p>		
I-6 サービス内容の検討体制		
(1) 質の向上のための取り組みが行われている。		
①	評価結果	●提供するサービス全般の内容検討が定期的に行われている。
	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 提供するサービス全般の内容検討を目的とした委員会等が職種や経験年数の異なる委員から構成され、かつ他施設の情報等も取り入れながら定期的に行われている。</p> <p>b) 提供するサービス全般の内容検討を目的とした委員会が職種や経験年数の異なる委員から構成されているが、定期的に行われておらず、他施設の情報等を取り入れたものでもない。</p> <p>c) 提供するサービス全般の内容検討を目的とした委員会が組織されていない。</p>
②	評価結果	●サービス全般の検討内容や結果について、職員の共通認識が図られている。
	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 検討内容や結果が記録されており、職員会議等で、具体的な方向性についての共通認識を持つための取り組みを行っている。</p> <p>b) 検討内容や結果が記録されているが、職員会議等で、具体的な方向性についての共通認識を持つための取り組みは行われていない。</p> <p>c) 検討内容や結果が記録されておらず、職員会議等で、具体的な方向性についての共通認識を持つための取り組みも行われていない。</p>
<p>(1-6 サービス内容の検討体制の特記事項)</p> <p>(1)①9つの委員会（入所等検討・苦情解決・感染症対策・リスクマネジメント対策・褥瘡対策・安全・食事・排泄・レクリエーション）は月1回、リハビリ委員会は2カ月に1回、行事委員会は随時に各担当職員が会議を開催し活動内容を検討している。</p> <p>(1)②リーダー会議、各種委員会の会議内容については、議事録が回覧され全職員が閲覧し、確認の印を押している。具体例では国際福祉機器展を見学して取り入れたものもある。</p>		

I-7 人事管理・研修	
(1) 人事管理の体制が整備されている。	
評価結果	●必要な人材に関する具体的なプランが確立している。
①	<p>【判断基準】</p> <p>a) 組織が目標とするサービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制を検討する体制ができており、サービスの質の確保と人員体制に関して職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 組織が目標とするサービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制を検討する体制ができていないが、サービスの質の確保と人員体制に関して職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 組織が目標とするサービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制を検討する体制ができていない。</p>
評価結果	●人事考課が明確かつ客観的な基準により行われている。
②	<p>【判断基準】</p> <p>a) 定期的な人事考課を実施しており、客観性・公平性・透明性を確保するための工夫や、職員の納得を得るための仕組みを整備している。</p> <p>b) 定期的な人事考課を実施しているが、客観性・公平性・透明性を確保するための工夫がなされていない。</p> <p>c) 定期的な人事考課を実施していない。</p>
(2) 職員の就業環境に配慮がなされている。	
評価結果	●職員の就業環境や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。
①	<p>【判断基準】</p> <p>a) 職員の就業環境や意向を定期的に把握し、かつ就業環境に問題がある場合には改善に向けて職員をサポートする仕組みが構築されている。</p> <p>b) 職員の就業環境や意向を定期的に把握しているが、問題があっても改善したり、職員をサポートする仕組みが構築されていない。</p> <p>c) 職員の就業環境や意向を把握していない。</p>
評価結果	●福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。
②	<p>【判断基準】</p> <p>a) 福利厚生センター等の福利厚生事業に加入し、かつ組織として独自の福利厚生事業を実施している。</p> <p>b) 福利厚生センター等の福利厚生事業に加入しているが、組織として独自の福利厚生事業を実施していない。</p> <p>c) 福利厚生事業への取り組みを実施していない。</p>
(3) 職員の研修体制が確立している。	
評価結果	●職員の資質向上に関する目標を設定している。
①	<p>【判断基準】</p> <p>a) 職員の知識や技術等の修得に関する具体的な目標を単年度毎に設定し、担当者を中心にして職員研修を組織的に計画推進するための体制ができていない。</p>

		<p>b) 職員の知識や技術等の修得に関する具体的な目標を単年度毎に設定しているが、担当者を中心にした職員研修を組織的に計画推進するための体制ができていない。</p> <p>c) 職員の知識や技術等の修得に関する具体的な目標も設定されておらず、組織的な計画推進もできていない。</p>
②	評価結果	<p>●職員の研修ニーズに基づく研修計画を策定している。</p>
	C	<p>【判断基準】</p> <p>a) 職員一人一人の研修ニーズを把握する機会が設けられ、それに基づいた具体的な研修計画が策定されている。</p> <p>b) 職員一人一人の研修ニーズを把握する機会が設けられているが、それに基づいた具体的な研修計画は策定されていない。</p> <p>c) 職員一人一人の研修ニーズを把握する機会が設けられておらず、研修計画も策定されていない。</p>
<p>【I-7 人事管理・研修の特記事項】</p> <p>(1)①人員体制及び産休・退職や法人内異動の希望等についての事項は代表者会議（運営会議）で対応について検討し、リーダー会議等で伝えている。会議事録は回覧され全職員が確認し共通認識を図っている。</p> <p>(1)②全職員対象の人事考課は実施していない。</p> <p>(2)①腰痛対策として衛生委員会で「働き方改革で見直そう、みんなが輝く健康職場」を掲げ予防の為に体操を実施し、『職員就職支度金貸与規程』を設け、就職の際や資格取得費用について支援している。パート職員については就業時間の申し出等に対応している。</p> <p>(2)②福利厚生センターには加入していないが、法人独自の福利厚生事業を実施している。親睦会や職員旅行、結婚祝い等で補助金を提供している。</p> <p>(3)①年間の『職員研修予定表』として、施設内・外で月毎に事業計画書に記載されているが、職種や経験年数及び取り組み課題等についての組織的な計画体制はとられていない。</p> <p>(3)②研修は参加しているが、具体的な個別の研修計画はない。</p>		

## II 地域等との関係

II-1 地域社会との関係		
(1) 地域とのつながりを強めるための取り組みを行っている。		
①	評価結果	<p>●社会福祉施設としての役割等についての理解を深めるための取り組みをしている。</p>
	b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 社会福祉施設としての役割等について、自治会や商店街等、地域に理解してもらうような活動をしていて、協力団体等の施設を支援する組織がある。</p> <p>b) 社会福祉施設としての役割等について、自治会や商店街等、地域に理解してもらうための活動をしているが、施設を支援する組織がない。</p> <p>c) 社会福祉施設としての役割等について、自治会や商店街等、地域に理解してもらうための活動をしていない。</p>
②	評価結果	<p>●専門機能が地域で活用されるための取り組みをしている。</p>
	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 社会福祉施設の持っている専門的な知識や能力を地域で活用してもらうために、施設としての取り組みを行い、かつ職員が共通認識を持つ機会を設けている。</p>

	<p>b) 社会福祉施設の持っている専門的な知識や地域で活用してもらうために、施設としての取り組みを行っているが、職員が共通認識を持つ機会を設けていない。</p> <p>c) 社会福祉施設の持っている専門的な知識や能力を地域で活用してもらうために、施設としての取り組みを行っていない。</p>
<p>【II-1 地域社会等との関係の特記事項】</p> <p>(1)①地域のお祭りに参加して交流を図っているが、防災対策等についての協力・支援体制は今後検討して行く予定である。</p> <p>(1)②地元小学校の体験教室の指導協力や、高校での福祉教育に関しての講師派遣を行っている。事業計画書内に『社会に対する基本姿勢』が記載されており、全職員に配布されている。</p>	

II-2 ボランティアの受け入れ	
(1) ボランティアの受け入れが適切に行われている。	
①	<p>評価結果 ●ボランティアの受け入れに関する基本的な考え方の共通認識が図られている。</p>
	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の権利擁護の視点に立ったボランティア受け入れの可否を含む基本的な考え方が明示されており、かつ職員間で共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者の権利擁護の視点に立ったボランティア受け入れの可否を含む基本的な考え方が明示されているが、職員間で共通認識を図る場は設けられていない。</p> <p>c) 利用者の権利擁護の視点に立ったボランティア受け入れの可否を含む基本的な考え方が明示されていない。</p>
②	<p>評価結果 ●ボランティアの受け入れにあたり利用者及びボランティアに適切な説明がなされている。</p>
	<p>【判断基準】</p> <p>a) ボランティアに対して必要な事前説明を行い、かつ利用者に対しても活動開始前の説明を十分行っている。</p> <p>b) ボランティアに対して必要な事前説明を行っているが、利用者に対しての活動開始前の説明が十分ではない。</p> <p>c) ボランティアに対しての必要な事前説明や利用者に対しての活動開始前の説明も行われていない。</p>
③	<p>評価結果 ●ボランティアの受け入れに関しての工夫がなされている。</p>
	<p>【判断基準】</p> <p>a) ボランティアに関する担当者が決められており、かつトラブル処理を含めてのボランティア受け入れマニュアルが整備されている。</p> <p>b) ボランティアに関する担当者が決められているが、マニュアルは整備されていない。</p> <p>c) ボランティアに関する担当者が決められておらず、マニュアルも整備されていない。</p>
④	<p>評価結果 ●ボランティアからの疑問等に応えている。</p>
	<p>【判断基準】</p> <p>a) ボランティアからの疑問等について適切に対応し、必要に応じて業務改善につなげる体制ができています。</p> <p>b) ボランティアからの疑問等について対応はするが、業務改善につなげるような体制はできて</p>



	いない。 c) ボランティアからの疑問等を受け付けるような環境を整えていない。
【Ⅱ-2 ボランティアの受け入れの特記事項】	
(1)①ボランティア受け入れのマニュアルは整備されていない。	
(1)②生活相談員が事前に口頭でボランティアに注意事項等を説明しているが、利用者に対しては事前にボランティアの活動内容等を全員には周知していない。	
(1)③生活相談員がボランティアの受け入れ担当者として窓口となっているが、受け入れ等に関するマニュアルは整備されておらず、文章化はされていない。	
(1)④疑問等については、担当の生活相談員が口頭で回答しており、言葉での対応となり業務改善に結び付ける体制作りとはなっていない。	

Ⅱ-3 実習生・体験学習への対応	
(1) 実習生や体験学習の受け入れが適切に行われている。	
①	<p>評価結果 ●実習生や体験学習の受け入れに関する基本的な考え方が明示されており、共通認識が図られている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の権利擁護の視点に立った受け入れの可否を含む実習や体験学習の基本的な考え方が明示されており、かつ職員間で共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者の権利擁護の視点に立った受け入れの可否を含む実習や体験学習の基本的な考え方が明示されているが、職員間で共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者の権利擁護の視点に立った受け入れの可否を含む実習や体験学習の基本的な考え方が明示されていない。</p>
②	<p>評価結果 ●実習や体験学習の意味について利用者及び実習生に適切な説明がなされている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 受け入れにあたって、実習生に対して必要な事前説明を行い、かつ実習や体験学習開始前に利用者の了解を得ている。</p> <p>b) 受け入れにあたって、実習生に対して必要な事前説明を行っているが、実習や体験学習開始前の利用者の了解は十分に得ていない。</p> <p>c) 受け入れにあたって、実習生に対しての事前説明や利用者の了解は得ていない。</p>
③	<p>評価結果 ●効果的な実習や体験学習を行うための工夫がなされている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 受け入れに関する指導担当者が決められており、かつ効果的な実習並びに体験学習が行われるためにトラブル処理を含めての受け入れマニュアルが整備されている。</p> <p>b) 受け入れに関する指導担当者が決められているが、受け入れマニュアルは整備されていない。</p> <p>c) 受け入れに関する指導担当者が決められておらず、受け入れマニュアルも整備されていない。</p>
【Ⅱ-3 実習生・体験学習への対応の特記事項】	
(1)①実習生・体験学習等の受け入れはしているがマニュアルはない。	
(1)②実習指導者と生活相談員が実習校の「実習要綱」に基づいて、事前にオリエンテーションを実施している。利用者には入所契約時に交わした『重要事項説明書』に記載されている「実習、研修生の受け入	

れについて」で説明している。  
 (1)③介護課長・実習指導者と生活相談員が実習段階ごとに中間のカンファレンス（評価）を行い、状況確認と助言を行っている。プログラミングはあるが、受け入れのマニュアルは整備されていない。

### Ⅲ サービスの開始・実施

(1) サービスの開始が適切に行われている。					
①	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">評価結果</td> <td>●施設が行っているサービスに関する情報の提供を行っている。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">a</td> <td>                     【判断基準】                      a) 施設として実施するサービスの情報について、選択し易いような工夫をし、かつ情報提供は十分行われている。                      b) 施設として実施するサービスの情報について、選択し易いような工夫をしているが、情報提供は十分ではない。                      c) 施設として実施するサービスの情報について、選択し易いような工夫は十分ではない。                 </td> </tr> </table>	評価結果	●施設が行っているサービスに関する情報の提供を行っている。	a	【判断基準】 a) 施設として実施するサービスの情報について、選択し易いような工夫をし、かつ情報提供は十分行われている。 b) 施設として実施するサービスの情報について、選択し易いような工夫をしているが、情報提供は十分ではない。 c) 施設として実施するサービスの情報について、選択し易いような工夫は十分ではない。
評価結果	●施設が行っているサービスに関する情報の提供を行っている。				
a	【判断基準】 a) 施設として実施するサービスの情報について、選択し易いような工夫をし、かつ情報提供は十分行われている。 b) 施設として実施するサービスの情報について、選択し易いような工夫をしているが、情報提供は十分ではない。 c) 施設として実施するサービスの情報について、選択し易いような工夫は十分ではない。				
②	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">評価結果</td> <td>●サービスの実施にあたり、利用者や家族等への説明が適切に行われている</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">a</td> <td>                     【判断基準】                      a) サービス提供に際して、事前に行う説明のあり方等が明示されたマニュアルが整備されており、かつ利用者や家族等の意向を把握した上で、同意を得ている。                      b) サービス提供に際して、事前に行う説明のあり方等が明示されたマニュアルが整備され、利用者や家族等の同意を得ているが意向の把握が十分ではない。                      c) サービス提供に際して、事前に行う説明のあり方等が明示されたマニュアルの整備が十分ではない。                 </td> </tr> </table>	評価結果	●サービスの実施にあたり、利用者や家族等への説明が適切に行われている	a	【判断基準】 a) サービス提供に際して、事前に行う説明のあり方等が明示されたマニュアルが整備されており、かつ利用者や家族等の意向を把握した上で、同意を得ている。 b) サービス提供に際して、事前に行う説明のあり方等が明示されたマニュアルが整備され、利用者や家族等の同意を得ているが意向の把握が十分ではない。 c) サービス提供に際して、事前に行う説明のあり方等が明示されたマニュアルの整備が十分ではない。
評価結果	●サービスの実施にあたり、利用者や家族等への説明が適切に行われている				
a	【判断基準】 a) サービス提供に際して、事前に行う説明のあり方等が明示されたマニュアルが整備されており、かつ利用者や家族等の意向を把握した上で、同意を得ている。 b) サービス提供に際して、事前に行う説明のあり方等が明示されたマニュアルが整備され、利用者や家族等の同意を得ているが意向の把握が十分ではない。 c) サービス提供に際して、事前に行う説明のあり方等が明示されたマニュアルの整備が十分ではない。				
(2) 利用者との契約が適切に行われている。					
①	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">評価結果</td> <td>●契約を締結することが困難な利用者に対する配慮がなされている。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">a</td> <td>                     【判断基準】                      a) 利用契約については契約書を取り交わし、かつ本人が契約することが困難である場合には、成年後見制度を活用して利用者に対する援助を行っている。                      b) 利用契約については契約書を取り交わしているが、本人が契約することが困難である場合には、成年後見制度の活用について、利用者に対する援助は十分ではない。                      c) 利用契約については契約書を取り交わしているが、本人が契約することが困難である場合には、成年後見制度の活用について、利用者に対する援助はしていない。                 </td> </tr> </table>	評価結果	●契約を締結することが困難な利用者に対する配慮がなされている。	a	【判断基準】 a) 利用契約については契約書を取り交わし、かつ本人が契約することが困難である場合には、成年後見制度を活用して利用者に対する援助を行っている。 b) 利用契約については契約書を取り交わしているが、本人が契約することが困難である場合には、成年後見制度の活用について、利用者に対する援助は十分ではない。 c) 利用契約については契約書を取り交わしているが、本人が契約することが困難である場合には、成年後見制度の活用について、利用者に対する援助はしていない。
評価結果	●契約を締結することが困難な利用者に対する配慮がなされている。				
a	【判断基準】 a) 利用契約については契約書を取り交わし、かつ本人が契約することが困難である場合には、成年後見制度を活用して利用者に対する援助を行っている。 b) 利用契約については契約書を取り交わしているが、本人が契約することが困難である場合には、成年後見制度の活用について、利用者に対する援助は十分ではない。 c) 利用契約については契約書を取り交わしているが、本人が契約することが困難である場合には、成年後見制度の活用について、利用者に対する援助はしていない。				
<p>【Ⅲ-1 サービス開始・実施の特記事項】</p> <p>(1)①『契約書・重要事項説明書』内に「提供するサービスの主な内容」が記載されており、施設での看取り介護の希望については「終末期の事前確認書」を作成している。</p> <p>(1)②『契約書・重要事項説明書』と共に独自の「入居時アセスメントシート」が作成されており、生活習慣や嗜好、本人・家族の希望等を聞き取り同意を得ている。</p> <p>(2)①利用契約書を交わす際には、成年後見制度についても生活相談員が利用関係者に説明を行い、該当者に対しては援助をしている。</p>					

## IV サービス実施計画の管理・実施

IV-1 サービス実施計画（ケアプラン）の管理体制	
(1) ケアプランに関する責任体制が明確である。	
①	<p>評価結果 ●サービス実施計画（ケアプラン）作成の実施体制が整備されている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者のサービス実施計画（ケアプラン）を作成する専任担当者置き、その実施状況を総合的に把握・管理する統括責任者を定め、指導助言をする体制が整備されている。</p> <p>b) 利用者のサービス実施計画（ケアプラン）を作成する専任担当者置き、その実施状況を総合的に把握・管理する統括責任者を定めているが、指導助言する体制は十分ではない。</p> <p>c) 利用者のサービス実施計画（ケアプラン）を作成する専任担当者置いているが、その実施状況を総合的に把握・管理する統括責任者を定めていない。</p>
②	<p>評価結果 ●サービス実施計画（ケアプラン）に基づく援助及び変更にあたり、職員の共通認識が図られている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者のサービス実施計画（ケアプラン）の実施及び変更にあたり、指導助言を受ける体制があり、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者のサービス実施計画（ケアプラン）の実施及び変更にあたり、職員の共通認識を図る場が設けられているが、指導助言を受ける体制はない。</p> <p>c) 利用者のサービス実施計画（ケアプラン）の実施及び変更にあたり、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
(2) サービスの実施に対する評価を行っている。	
①	<p>評価結果 ●利用者の情報が、確実に伝わる仕組みがある。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者に関する情報が、サービス実施計画（ケアプラン）を作成する専任担当者に確実に伝達される体制が整備されており、かつ統括責任者の指導助言が行われている。</p> <p>b) 利用者に関する情報が、サービス実施計画（ケアプラン）を作成する専任担当者に確実に伝達される体制が整備されているが、統括責任者の指導助言は十分ではない。</p> <p>c) 利用者に関する情報が、統括する専任担当者に確実に伝達される体制を整備していない。</p>
②	<p>評価結果 ●サービス実施計画（ケアプラン）に基づく実施に対する評価がなされている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス実施計画（ケアプラン）に設定されている目標に対する実施・達成状況を評価するための体制が整備され、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) サービス実施計画（ケアプラン）に設定されている目標に対する実施・達成状況を評価するための体制が整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) サービス実施計画（ケアプラン）に設定されている目標に対する実施・達成状況を評価するための体制が整備されていない。</p>
【IV-1 サービス実施計画（ケアプラン）の管理体制の特記事項】	
(1)①ケアプランは担当の介護支援専門員が作成しており、施設長が統括責任者となっている。施設長は担当者会議に出席して必要に応じた指導助言を行っている。	
(1)②ケアプランの評価は各ユニット会議で話し合わせ、ケアプランの変更については介護支援専門員が担	

当者会議を通して伝え、共有化を図っている。

(2)①「包括的自立支援プログラム」や「ケアチェックシート」を活用しており、担当職員より申し送り時等で担当の介護支援専門員に伝えられ、当者会議時に施設長が助言等を行っている。

(2)②介護支援専門員がケース記録や直接観察等で3ヵ月毎にモニタリングシートにてサービス内容毎に評価を行い、目標等の評価結果についてはユニット会議で確認している。

IV-2 サービスの実施					
(1) サービスの実施に関する記録が整備されている。					
①	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;">評価結果</td> <td style="padding: 5px;">●サービス実施計画（ケアプラン）に基づく実施に関わる記録が整備されている。</td> </tr> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;">a</td> <td style="padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 一人一人の利用者について、サービス実施計画（ケアプラン）に基づく支援の実施状況が適切かつ十分に記録されている。</p> <p>b) 一人一人の利用者について、サービス実施計画（ケアプラン）に基づく支援の実施状況の記録が十分ではない。</p> <p>c) 一人一人の利用者について、サービス実施計画（ケアプラン）に基づく支援の実施状況が記録されていない。</p> </td> </tr> </table>	評価結果	●サービス実施計画（ケアプラン）に基づく実施に関わる記録が整備されている。	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 一人一人の利用者について、サービス実施計画（ケアプラン）に基づく支援の実施状況が適切かつ十分に記録されている。</p> <p>b) 一人一人の利用者について、サービス実施計画（ケアプラン）に基づく支援の実施状況の記録が十分ではない。</p> <p>c) 一人一人の利用者について、サービス実施計画（ケアプラン）に基づく支援の実施状況が記録されていない。</p>
評価結果	●サービス実施計画（ケアプラン）に基づく実施に関わる記録が整備されている。				
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 一人一人の利用者について、サービス実施計画（ケアプラン）に基づく支援の実施状況が適切かつ十分に記録されている。</p> <p>b) 一人一人の利用者について、サービス実施計画（ケアプラン）に基づく支援の実施状況の記録が十分ではない。</p> <p>c) 一人一人の利用者について、サービス実施計画（ケアプラン）に基づく支援の実施状況が記録されていない。</p>				
(2) 各種マニュアルは見直しがされている。					
①	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;">評価結果</td> <td style="padding: 5px;">●各種マニュアル類は、定期的に見直しがされている。</td> </tr> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;">a</td> <td style="padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 施設としての各種マニュアルは、定期的に見直し、必要な場合には見直しを行い、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設としての各種マニュアルは、定期的に見直し、必要な場合には見直しを行っているが、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>c) 定期的な検証・見直しをしていない。</p> </td> </tr> </table>	評価結果	●各種マニュアル類は、定期的に見直しがされている。	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設としての各種マニュアルは、定期的に見直し、必要な場合には見直しを行い、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設としての各種マニュアルは、定期的に見直し、必要な場合には見直しを行っているが、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>c) 定期的な検証・見直しをしていない。</p>
評価結果	●各種マニュアル類は、定期的に見直しがされている。				
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設としての各種マニュアルは、定期的に見直し、必要な場合には見直しを行い、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設としての各種マニュアルは、定期的に見直し、必要な場合には見直しを行っているが、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>c) 定期的な検証・見直しをしていない。</p>				
<p>【IV-2 サービスの実施の特記事項】</p> <p>(1)①原則6ヵ月毎に「ケアチェック表」を活用してアセスメントを行い、ケアプランを見直している。ケアプランの実施状況については3ヵ月毎にモニタリングと共に実施状況と評価を行っている。内容等についてはケース記録に記載されている。</p> <p>(2)①介護マニュアルについては、定期的（3ヵ月毎）に利用者の状態変化等の確認や内容に応じた随時の見直しを介護課会議で行い、ユニット毎に確認している。平成29年5月1日付で見直しが行われている。</p>					

## V サービスの内容

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

	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 虐待については、就業規則（服務規定等）で禁止事項・罰則規定が明文化され、虐待等が疑われたり、行なわれた場合の対応策（調査委員会、苦情処理、補償等）が定められている。</p> <p>b) 虐待については、就業規則（服務規定等）で禁止事項・罰則規定が明文化されているが、虐待等が疑われたり、行なわれた場合の対応策は定められていない。</p> <p>c) 虐待については、就業規則（服務規定等）で禁止事項・罰則規定が明文化されていない。</p>
	評価結果	●抑制・拘束は行わないようにしている。
③	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 抑制・拘束に関するマニュアルが整備され、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 抑制・拘束に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 抑制・拘束に関するマニュアルの整備は十分ではない。</p>
(3) プライバシー保護が適切に行われている。		
	評価結果	●利用者のプライバシーが守られる体制ができている。
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 個人情報の取り扱いや守秘義務についての指針及びマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 個人情報の取り扱いや守秘義務についての指針及びマニュアルは整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 個人情報の取り扱いや守秘義務についての指針及びマニュアルの整備は十分ではない。</p>
(4) 苦情の申し立て体制が適切である。		
	評価結果	●苦情申し立てができる体制が整備されている。
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 苦情申し立ての体制（第三者委員設置含）について、職員の共通認識を図る場が設けられ、運用が適切に行われている。</p> <p>b) 苦情申し立ての体制（第三者委員設置含）について、職員の共通認識を図る場が設けられているが、運用が十分ではない。</p> <p>c) 苦情申し立ての体制（第三者委員設置含）について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
<p>【V-1 人権への配慮の特記事項】</p> <p>(1)①『権利擁護マニュアル』内に「人権擁護」の項目があり、プライバシー・個人情報等『介護マニュアル』内に「介護職としての心構え」等の記載が整備されており、法人内でグループワークを含めた研修を実施した。</p> <p>(1)②アセスメント時に確認してケアプランに反映させている。入浴介助で同性介助を希望の利用者には対応しているが、全員の希望は取っていない。ユニット会議や担当者会議時に共有している。</p> <p>(1)③『介護マニュアル』内に「排泄介助におけるプライバシー保護に関する注意事項」の項目があり、排泄や入浴の介助において羞恥心への配慮等が記載されており、月1回開催の各委員会やリーダー会議で話し合わせ、議事録のコピーを各ユニットに配布して共通認識を図っている。</p> <p>(2)①『権利擁護マニュアル』内に人権擁護等についての記載があり、リーダー会議等で検討された内容に</p>		

については各ユニット会議を通して伝達している。

(2)②『就業規則』内に「禁止事項」の項目があり、虐待等人権侵害が記載されており、リスクマネジメント対策委員会等で検討している。契約書に苦情受付担当者の記載があり説明を行っている。又、損害賠償保険に加入している。

(2)③『権利擁護マニュアル』内に身体拘束ゼロへ向けての項目を記載しており、「身体拘束ゼロへの手引き」を基に研修を実施している。やむを得ず実施せざるをえない場合は、リーダー会議や各ユニット会議で話し合っている。

(3)①『契約書』内に「守秘義務」や『就業規則』内に「禁止事項」及び『権利擁護マニュアル』内に「プライバシー保護」等が記載されており、代表者会議を通して各部署の職員に伝達している。新入職員には法人内での研修会で伝えている。

(4)①「重要事項説明書」に「苦情解決委員会」及び福祉オンブズマンや評議員会等の記載があり、意見箱を設置して意見を求めている。苦情解決委員会を月1回開催している。月1回訪問の福祉オンブズマンからの報告書は職員に回覧して共有化されている。

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

<p><b>【V-2 生活環境の特記事項】</b></p> <p>(1)①『施設運営の方針』内に「利用者に対する基本姿勢」の項目に生活環境の向上についての記載があり、各ユニットの年度目標を掲げ、月1回のユニット会議で話し合っている。</p> <p>(1)②『権利擁護マニュアル』内に「プライバシー保護について」の記載があり、居室に入る際に戸をロック或いは声掛けしてから入室している。内側から鍵を掛けている利用者もいる。排泄委員会で介助時はトイレのカーテンを閉める等の意見が出て、実施している。</p> <p>(1)③交流スペースを活用して利用者の作品の展示や慰問の受け入れに使用している。各ユニット内の共有スペースはユニット会議で話し合わせ、炬燵やソファの位置、カフェの設置、個別対応で使えるスペースを確保している。又、夏場のグリーンカーテンやベランダでの野菜づくり等、利用者と共に楽しめる環境作りの工夫が実践されている。</p>
---

<p><b>V-3 コミュニケーション</b></p>	
<p>(1) 利用者のコミュニケーションが円滑に保たれている。</p>	
<p>①</p>	<p>評価結果 ●利用者へのコミュニケーションの支援が適切である。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 施設としてのコミュニケーションのあり方を明示したマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設としてのコミュニケーションのあり方を明示したマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 施設としてのコミュニケーションのあり方を明示したマニュアルの整備は十分ではない。</p>
<p>②</p>	<p>評価結果 ●コミュニケーションの支援について、支援が必要な利用者に対して適切に実施されている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) コミュニケーションの支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) コミュニケーションの支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) コミュニケーションの支援が必要な利用者について、それぞれのサービスサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制は十分ではない。</p>
<p><b>【V-3 コミュニケーションの特記事項】</b></p> <p>(1)①『介護マニュアル』内に「利用者に接するにあたっての留意事項」の項目があり、介護職員研修会やリーダー会議等で伝えている。</p> <p>(1)②認知症状や感情失禁がある利用者のケアプランについては、本人の感情に配慮したサービス内容になるよう対応等の留意点が具体的に記載されている。ケアプランは定期的に見直され、ユニット会議や担当者会議で確認し合っている。</p>	



V-4 入浴	
(1) 入浴の支援が適切に行われている。	
評価結果	●入浴・清潔保持の援助が適切である。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設としての入浴・清潔保持のあり方を明示したマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識が図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設としての入浴・清潔保持のあり方を明示したマニュアルが整備されているが、職員の共通認識が図る場が設けられていない。</p> <p>c) 施設としての入浴・清潔保持のあり方を明示したマニュアルの整備が十分ではない。</p>
評価結果	●入浴の援助が必要な利用者に対して適切に実施されている。
② a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 入浴の支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 入浴の支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 入浴の支援が必要な利用者について、それぞれのサービスサービス実施計画（ケアプラン）のもとで検討する体制の整備は十分ではない。</p>
(2) 快適な入浴環境の整備に配慮している。	
評価結果	●「快適な入浴」のあり方について取り組んでいる。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 「快適な入浴」のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられ、かつ利用者の意見、要望等に配慮して改善・工夫に取り組んでいる。</p> <p>b) 「快適な入浴」のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられているが、利用者の意見、要望等に配慮して改善・工夫は十分ではない。</p> <p>c) 「快適な入浴」のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
<p>【V-4 入浴の特記事項】</p> <p>(1)①『介護マニュアル』内に「入浴について」の項目があり、意義等について具体的に記載があり、皮膚トラブルのある利用者への対応を委員会等で話し合いリーダー会議を通して伝達している。</p> <p>(1)②本人の希望に基づいた同性介助の実施や時間等入浴方法についてケアプランに位置付け、担当者会議やユニット会議等で話し合い共有化されている。</p> <p>(2)①日頃のケアの中で出された入浴時間や温度等の意見に対してユニット会議で話し合い、希望に沿えるように検討している。</p>	

V-5 排泄	
(1) 排泄の援助が適切に行われている。	
評価結果	●排泄の援助が適切である。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設としての排泄に関するマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設としての排泄に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 施設としての排泄に関するマニュアルの整備が十分ではない。</p>
評価結果	●排泄の援助が必要な利用者に対して適切に実施されている。
② a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 排泄の支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 排泄の支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 排泄の支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制の整備は十分ではない。</p>
評価結果	●排泄の自立を維持するための働きかけをしている。
③ a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 排泄の自立を維持するための働きかけについての指針等が整備され、かつ日常生活の関わりやリハビリ等を通して生活意欲を高め、排泄の自立を維持するための工夫や働きかけについて、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 排泄の自立を維持するための働きかけについての指針等が整備されているが、日常生活の関わりやリハビリ等を通して生活意欲を高め、排泄の自立を維持するための工夫や働きかけについて、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 排泄の自立を維持するための働きかけについての指針等が整備されていない。</p>
<p>【V-5 排泄の特記事項】</p> <p>(1)①『介護マニュアル』内に「排泄について」の項目があり、プライバシーに配慮すること等の具体的な記載があり、月1回排泄委員会で話し合いユニット会議等で伝えている。</p> <p>(1)②トイレでの自然排泄が出来るよう、皮膚のトラブル予防にも配慮して、トイレ誘導等をケアプランのサービス内容に位置付け担当者会議で共有されている。</p> <p>(1)③『介護マニュアル』内の「排泄について」に、意義が具体的に記載されており、リハビリ委員会では月2回訪問の理学療法士の指示の下、自立支援に向けた検討を行い、ユニット会議を通して共有されている。</p>	

V-6 食事	
(1) 食事の援助が適切に行われている。	
評価結果	●食事の援助が適切である。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設としての食事に関するマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識が図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設としての食事に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識が図る場が設けられていない。</p> <p>c) 施設としての食事に関するマニュアルの整備が十分ではない。</p>
評価結果	●食事の援助が必要な利用者に対して適切に実施されている。
② a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 食事の支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 食事の支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 食事の支援が必要な利用者について、それぞれのサービスサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制は十分ではない。</p>
(2) 快適な食事環境の整備に配慮している。	
評価結果	●利用者の嗜好を把握し、それに応じたメニューが提供されている。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の食事の状況や好き嫌いを把握し、食事サービスの検討会等に利用者も参加して、その結果をメニューの改善に十分反映させている。</p> <p>b) 利用者の食事の状況や好き嫌いを把握し、食事サービスの検討会等を開催しているが、メニューの改善に活かすことが十分ではない。</p> <p>c) 利用者の食事の状況や好き嫌いをメニューの改善に反映させていない。</p>
評価結果	●利用者が食事を楽しむことができるような工夫をしている。
② a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者が食事を楽しむ環境について、職員の共通認識を図る場を設け、かつ利用者の意向に配慮した工夫をしている。</p> <p>b) 利用者が食事を楽しむ環境について、職員の共通認識を図る場を設けているが、利用者の意向に配慮した工夫は十分ではない。</p> <p>c) 利用者が食事を楽しむ環境について、職員の共通認識を図る場を設けていない。</p>
【V-6 食事の特記事項】	
(1)①『介護マニュアル』内に「食事について」の記載があり、食事委員会（栄養課・介護職・施設長・生活相談員）等で話し合い、ユニット会議等で共有化している。	
(1)②認知症状や食事の拒否がある利用者の対応方法（初めの一口のみ介助）等についてはケアプランに位	

<p>置づけ担当者会議で共有化している。</p> <p>(2)①管理栄養士が利用者一人ひとりに食事中等で直接聞き取り、「栄養アセスメント」や「栄養スクリーニング」を実施して低栄養のリスク等に応じた「栄養ケア計画書」を作成し、栄養・食事委員会で検討している。食べられない物や形態等については食事箋を活用して変更が行われている。</p> <p>(2)②栄養・食事委員会で話し合い、新メニューのアンケートを配りユニット毎に希望をまとめ、パイキング形式や主食について「ご飯」か「うどん」を選べる献立も取り入れている。自助具の使用状況や食事の姿勢、咀嚼力の低下している利用者には食材を柔らかくして提供する工夫も行っている。</p>
--

<p>V-7 整容</p>	
<p>(1) 整容の援助が適切に行われている。</p>	
<p>①</p> <p>c</p>	<p>評価結果</p> <p>●整容の援助が適切である。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 施設としての整容のあり方が明示されたマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識が図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設としての整容のあり方が明示されたマニュアルが整備されているが、職員の共通認識が図る場が設けられていない。</p> <p>c) 施設としての整容のあり方が明示されたマニュアルの整備が十分ではない。</p>
<p>②</p> <p>c</p>	<p>評価結果</p> <p>●整容に関する援助が必要な利用者に対して適切に実施されている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 整容に関して支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 整容に関して支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 整容に関して支援が必要な利用者について、それぞれのサービスサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制は十分ではない。</p>
<p>【V-7 整容の特記事項】</p> <p>(1)①『介護マニュアル』内には各種の支援のあり方等について具体的に記載されているが、整容に関する支援のあり方等については明文化したマニュアルが整備されていない。</p> <p>(1)②整容に関する支援が必要な利用者であってもケアプランには位置付けられていない。</p>	

<p>V-8 口腔ケア</p>	
<p>(1) 口腔ケアの援助が適切に行われている。</p>	
<p>①</p> <p>a</p>	<p>評価結果</p> <p>●口腔ケアの援助が適切である。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 施設としての口腔ケアのあり方を明示したマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設としての口腔ケアのあり方を明示したマニュアルが整備されているが、職員の共通認識</p>

	を図る場が設けられていない。 c) 施設としての口腔ケアのあり方を明示したマニュアルの整備が十分ではない。
<b>【V-8 口腔ケアの特記事項】</b> (1)①『介護マニュアル』内に「口腔ケアについて」の記載があり、栄養・食事委員会での会議やケアマネジャーとの担当者会議で話し合わせ、共通認識を図っている。	

<b>V-9 睡眠</b>	
(1) 睡眠の支援が適切に行われている。	
評価結果	●安眠できるような支援が行われている。
① a	<b>【判断基準】</b> a) 安眠できる環境のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられており、かつ個々の利用者の状況に配慮した支援が行われている。 b) 安眠できる環境のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられているが、個々の利用者の状況に配慮した支援は十分ではない。 c) 安眠できる環境のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。
<b>【V-9 睡眠の特記事項】</b> (1)①睡眠の妨げに考慮して、ドアを閉める音を小さくする為のクッションを使用し、照明の調節や足音等に気を付けている。又、眠れない人にはホットミルクやお茶の提供等、ユニット会議や申し送り時等でその都度対応内容を話し合っケアに繋げている。	

<b>V-10 外出・外泊</b>	
(1) 外出・外泊の支援が適切に行われている。	
評価結果	●外出・外泊は利用者の希望に応じた支援を行っている。
① a	<b>【判断基準】</b> a) 施設としての外出・外泊のあり方を明示したマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。 b) 施設としての外出・外泊のあり方を明示したマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。 c) 施設としての外出・外泊のあり方を明示したマニュアルの整備が十分ではない。
<b>【V-10 外出・外泊の特記事項】</b> (1)①『運営規程』内に「外出及び外泊について」条文を定めており、契約時に「外出・外泊届」の提出について家族等に説明している。希望者にはお花見の外出や日用品の買い物、パン屋さんの販売に付き添う等個別の支援を行っている。職員は「外出・外泊届」の届出書で確認している。	

V-11 行事・レクリエーション	
(1) 行事やレクリエーションの支援が適切に行われている。	
評価結果	●行事やレクリエーション等への参加は利用者の意思を尊重している。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者が参加しやすい行事やレクリエーションについて、職員の共通認識を図る場を設け、かつ参加しにくい人への配慮がなされている。</p> <p>b) 利用者が参加しやすい行事やレクリエーションについて、職員の共通認識を図る場を設けているが、参加しにくい人への配慮は十分ではない。</p> <p>c) 利用者が参加しやすい行事やレクリエーションについて、職員の共通認識を図る場を設けていない。</p>
(2) 趣味・娯楽等の活動への支援は適切に行われている。	
評価結果	●趣味・娯楽等の活動は利用者の意思を尊重している。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 趣味・娯楽等に関して、利用者が主体的に活動できるような支援についての指針が整備され、職員の共通認識を図る場を設けている。</p> <p>b) 趣味・娯楽等に関して、利用者が主体的に活動できるような支援についての指針が整備されているが、職員の共通認識を図る場を設けていない。</p> <p>c) 趣味・娯楽等に関して、利用者が主体的に活動できるような支援についての指針の整備が十分ではない。</p>
【V-11 行事・レクリエーションの特記事項】	
<p>(1)①『事業計画書』に季節の「行事予定表」を記載しており、利用者からの意見等を参考に企画し実施している。ユニット会議でユニット毎に話し合っって個別の活動支援も実施している。</p> <p>(2)①契約時に「重要事項説明書」でレクリエーションの実施について家族等へ説明を行い、『事業計画書』内に「レク委員会」の活動内容等が記されており、ユニット会議で共有しながら行事等実施している。</p>	

V-12 預り金	
(1) 預かり金の管理・運用が適切である。	
評価結果	●預かり金について、管理体制が適切である。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 預かり金に関する契約（規程や細則）について、職員の共通認識を図る場を設け、かつ利用者及び家族に説明する体制が整備されている。</p> <p>b) 預かり金に関する契約（規程や細則）について、職員の共通認識を図る場が設けられているが、利用者及び家族に対する説明する体制が十分ではない。</p> <p>c) 預かり金に関する契約（規程や細則）について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
【V-12 預り金の特記事項】	
<p>(1)①契約締結時に「重要事項説明書」内に預り金管理規定（「入所者預り金取り扱い要領」を独自に作成）の記載内容についての説明し同意を得ている。</p>	

V-13 相談支援	
(1) 利用者・家族の相談に適切に対応している。	
評価結果	●利用者・家族からの多様な相談に対応する体制がある。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者・家族からの相談に対応する指針・体制が整備され、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者・家族からの相談に対応する指針・体制が整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者・家族からの相談に対応する指針・体制が整備されていない。</p>
【V-13 相談支援の特記事項】	
(1)①契約締結時に「重要事項説明書」内に記載の苦情や相談については生活相談員が窓口となって受け付けている旨を家族等に説明している。ユニット会議で報告等行って共有化している。	

V-14 寝たきり防止	
(1) 寝たきり防止が徹底されている。	
評価結果	●寝たきり防止のため、離床が徹底されている。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 寝食分離や日中活動等のあり方について、職員の共通認識を図る場を設け、離床が徹底されている。</p> <p>b) 寝食分離や日中活動等のあり方について、職員の共通認識を図る場を設けているが、離床の徹底が十分ではない。</p> <p>c) 寝食分離や日中活動等のあり方について、職員の共通認識を図る場を設けていない。</p>
評価結果	●日常の着替えが徹底されている。
② b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 生活する上でのリズムを整えることの意義について、職員の共通認識を図る場を設け、着替えが十分行われている。</p> <p>b) 生活する上でのリズムを整えることの意義について、職員の共通認識を図る場を設けているが、着替えが十分ではない。</p> <p>c) 生活する上でのリズムを整えることの意義について、職員の共通認識を図る場を設けられていない。</p>
【V-14 寝たきり防止の特記事項】	
(1)①「重要事項説明書」内に提供するサービスの主な内容で自立支援について「寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮する」等の記載があり、ユニット会議で話し合っている。	
(1)②『介護マニュアル』内に「着替えについて」として、着替えの意義の記載はあるが、日常の着替えは完全ではなく、カーディガンやひざ掛け等で対応している利用者もいる。	

V-15 認知症高齢者	
(1) 認知症高齢者への支援が適切に行われている。	
評価結果	●認知症高齢者に対応する支援体制が整備されている。
①	<p>【判断基準】</p> <p>a) 認知症高齢者が安定した生活ができることについて、職員の共通認識を図る場が設けられ、具体的な工夫がなされている。</p> <p>b) 認知症高齢者が安定した生活ができることについて、職員の共通認識を図る場が設けられているが、具体的な工夫は十分ではない。</p> <p>c) 認知症高齢者が安定した生活ができることについて、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
評価結果	●認知症の利用者に対して支援が適切に実施されている。
②	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設における認知症の利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設における認知症の利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 施設における認知症の利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制は十分ではない。</p>
<p>【V-15 認知症高齢者の特記事項】</p> <p>(1)①『介護マニュアル』内に「認知症について」の記載があり、勉強会を行った。ユニット内での対応については個別にケアプランに位置付けてユニット会議で共通認識を図っている。</p> <p>(1)②認知症のある利用者について、食事の場面等についてケアプランに位置付け、ユニット会議で話し合い定期的にモニタリングを実施している。</p>	

V-16 家族との連携	
(1) 利用者の家族との連携が図られている。	
評価結果	●利用者の家族との共通理解を図っている。
①	<p>【判断基準】</p> <p>a) 家族と介護の共通理解を図ることの意味について、職員の共通認識を図る場を設け、定期的に懇談会等を開催して家族の意向を把握している。</p> <p>b) 家族と介護の共通理解を図ることの意味について、職員の共通認識を図る場を設け、定期的に懇談会等を開催して家族の意向を把握は十分ではない。</p> <p>c) 家族と介護の共通理解を図ることの意味について、職員の共通認識を図る場を設けていない。</p>
②	●家族との協力関係が適切に図られている。



	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 介護について、家族と施設が相互に協力し合うことの意味に関して、職員の共通認識を図る場が設けられ、家族と連携する体制が整備されている。</p> <p>b) 介護について、家族と施設が相互に協力し合うことの意味に関して、職員の共通認識を図る場が設けられているが、家族と連携する体制の整備は十分ではない。</p> <p>c) 介護について、家族と施設が相互に協力し合うことの意味に関して、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
	<p><b>【V-16 家族との連携の特記事項】</b></p> <p>(1)①面会時や行事の際及び預り金等を通して家族との連絡をとっているが、サービス担当者会議に家族等は参加しておらず、定期的な懇談会等も開催されていない。</p> <p>(1)②外出支援等の情報提供や家族の協力について個別のケアプランに位置付けている利用者もいる。アセスメントやケアプラン見直しの説明は生活相談員が行っている。</p>

<b>V-17 機能訓練等への支援</b>	
(1) 利用者の機能の回復等に向けた支援が適切に行われている。	
評価結果	●利用者の機能訓練について支援が適切に実施されている。
①	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 機能訓練が必要な利用者について、それぞれのリハビリテーション計画書等を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 機能訓練が必要な利用者について、それぞれのリハビリテーション計画書等を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 機能訓練が必要な利用者について、それぞれのリハビリテーション計画書等を検討する体制の整備は十分ではない。</p>
<p><b>【V-17 機能訓練等への支援の特記事項】</b></p> <p>(1)①月2回理学療法士が訪問しており、リハビリ委員会が中心になって指導を受け、ケアプランに位置付けている。内容についてはユニット会議で伝え、個別のケアに活かせるように共有化している。</p>	

<b>V-18 ターミナルケア</b>	
(1) ターミナルケアの支援が適切に行われている。	
評価結果	●ターミナルケアを実施する体制が整えられている。
①	<p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) その人が望む「安らかな死」に対する支援についてのマニュアルが整備され、利用者の希望や必要性を把握し、支援の創意工夫について職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) その人が望む「安らかな死」に対する支援を行うためのマニュアルが整備されているが、利用者の希望や必要性を把握し、支援の創意工夫について職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>

		c) その人が望む「安らかな死」に対する支援を行うためのマニュアルの整備が十分ではない。
	評価結果	●ターミナルケアが適切に行われている。
②	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) ターミナル期にある利用者について、それぞれのターミナルケアプランを検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) ターミナル期にある利用者について、それぞれのターミナルケアプランを検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) ターミナル期にある利用者について、それぞれのターミナルケアプランを検討する体制の整備は十分ではない。</p>
	評価結果	●ターミナル期にある利用者の家族との協力関係が適切に図られている。
③	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) ターミナル期にある利用者の尊厳や意向にそった援助について、家族と施設が相互に協力し合うことの意味に関して、職員の共通認識を図る場が設けられ、家族と連携する体制が整備されている。</p> <p>b) ターミナル期にある利用者の尊厳や意向にそった援助について、家族と施設が相互に協力し合うことの意味に関して、職員の共通認識を図る場が設けられているが、家族と連携する体制の整備は十分ではない。</p> <p>c) ターミナル期にある利用者の尊厳や意向にそった援助について、家族と施設が相互に協力し合うことの意味に関して、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
	評価結果	●ターミナル期にある利用者の家族に対する支援体制が整えられている。
④	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) ターミナル期にある利用者の家族に対する支援マニュアルが整備され、利用者の死のプロセスを家族が受けとめることについて、職員の共通認識をはかる場が設けられている。</p> <p>b) ターミナル期にある利用者の家族に対する支援マニュアルが整備されているが、利用者の死のプロセスを家族が受けとめることについて、職員の共通認識をはかる場が設けられていない。</p> <p>c) ターミナル期にある利用者の家族に対する支援マニュアルの整備が十分ではない。</p>
<p>【V-18 ターミナルケアの特記事項】</p> <p>(1)①独自の「看取りに関する指針」を作成しており、家族等の意向は入居時に「終末期の事前確認書」で確認している。その後、状態の変化に応じて「看取り介護についての同意書」を基に意向を把握している。ユニット会議等で確認し合い、共通認識を図っている。</p> <p>(1)②担当国会議やユニット会議時に状態変化等について看護職が介護職に随時説明し、看取りの際は看取りのケアプランを作成し、家族等に状況説明を行っている。</p> <p>(1)③看護職員が家族に状態を説明し、家族の意向を段階的に確認している。看取りに当たっては家族が施設に泊まれる体制も整えている。</p> <p>(1)④「看取りに関する指針」には家族に対する支援内容が記載され、看護職員が家族に看取り介護についての説明・同意を得て実践している。ユニット会議に看護職員も参加して話し合いの機会を持っている。</p>		

## VI 利用者本位のサービス実施

VI-1 利用者の意向の尊重	
(1) 利用者の自立支援が適切に行われている。	
評価結果	●その人に合った生きがいづくり等に対する支援が適切に行われている。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) その人に合った「生きがいのある生活を送る」という支援についての指針が整備され、利用者の希望や必要性を把握し、支援の創意工夫について職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) その人に合った「生きがいのある生活を送る」という支援を行うための指針が整備されているが、利用者の希望や必要性を把握し、支援の創意工夫について職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) その人に合った「生きがいのある生活を送る」という支援を行うための指針が整備されていない。</p>
評価結果	●「自立」を維持増進する支援を行うための取り組みを行っている。
② c	<p>【判断基準】</p> <p>a) 「自立」を維持増進する支援を行うためのマニュアルが整備され、利用者の意思を尊重し、できる限り可能な範囲で自分で取り組むような支援について職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 「自立」を維持増進する支援を行うためのマニュアルが整備され、利用者の意思を尊重しているが、できる限り可能な範囲で自分で取り組むような支援について職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 「自立」を維持増進する支援を行うためのマニュアルが整備されていない。</p>
(2) 利用者の信仰の自由が保障されている。	
評価結果	●利用者の信仰の自由が保障されている。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の信仰について、施設の考え方が明示され、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者の信仰について、施設の考え方が明示されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者の信仰について、施設の考え方が明示されていない。</p>
<p>【VI-1 利用者の意向の尊重の特記事項】</p> <p>(1)①『権利擁護マニュアル』内にニーズを尊重、生活の質の向上に努める事等が記載されており、利用者の希望をケアプランに位置付けユニット会議等で話し合いながら支援に当たっている。</p> <p>(1)②マニュアルが整備されていない。</p> <p>(2)①利用時に行うアセスメントシートに「信仰」について記入欄を設けて把握している。利用契約時に「要事項説明書」でサービス利用にあたっての留意事項を説明し、同意を得ている。</p>	

## VII 健康管理・安全管理

VII-1 健康管理	
(1) 健康管理が適切に行われている。	
評価結果	●健康管理の実施体制が整備されている。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 健康管理マニュアルを整備し、かつ利用者一人一人の健康状態を把握することについて、職員が共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 健康管理マニュアルを整備しているが、利用者一人一人の健康状態を把握することについて、職員が共通認識を図るための場は設けられていない。</p> <p>c) 健康管理マニュアルの整備が十分ではない。</p>
【VII-1 健康管理の特記事項】	
(1)①『運営規程』内に健康管理の条項で6ヵ月に1回健康診断の実施や協力病院との連携について記載している。ユニット会議にて利用者の健康状態について情報共有を図っている。	

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

		<p>b) 利用者の事故補償等について、説明書類等を職員及び家族等に配布しているが、説明会等を開催しておらず、周知徹底していない。</p> <p>c) 利用者の事故補償等について、説明書類等を職員及び家族等に配布していない。</p>
	評価結果	●事故（けが、急病等）や災害に適切に対応できる体制が整備されている。
②	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 事故や災害に対するマニュアルを整備し、職員の共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 事故や災害に対するマニュアルを整備しているが、職員の共通認識を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 事故や災害に適切に対応するマニュアルは整備されていない。</p>
(3) 与薬が適切である。		
	評価結果	●与薬について、適切に行われるような体制が整備されている。
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 与薬に関するマニュアルを整備し、かつ利用者一人一人に確実に実施することについて、職員の共通理解を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 与薬に関するマニュアルを整備しているが、利用者一人一人に確実に実施することについて、職員の共通理解を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 与薬に関するマニュアルの整備は十分ではない。</p>
<p>【VII-2 安全管理の特記事項】</p> <p>(1)①「事故報告書」を施設長に提出して、改善策等のコメントが記載されている。事例は3日間申し送りで伝え、ユニット会議やリスクマネジメント委員会で話し合い、再発防止を検討している。</p> <p>(1)②ヒヤリハットや報告書の様式には原因や対策等を記入し当事者が分析内容を記載する欄があり、施設長がコメントする等の取り組みがなされている。</p> <p>(2)①「入居契約書」には損害賠償について記載されており、その内容を家族等に説明しているが、保険の内容に関する説明資料の配布は行っていない。</p> <p>(2)②「消防計画」を作成し年2回消防署の立会いを得て消防訓練を実施している。利用者の急変等に備え「緊急時マニュアル（看護）」を作成しフローチャートで手順を明記している。</p> <p>(3)①「与薬マニュアル」を作成しており、服薬介助時は2度確認している。与薬等については看護会議で話し合い共有している。</p>		

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