

福祉サービス第三者評価結果

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会
-------	-------------------

1 事業所情報

フリガナ	アイジューエン
事業所名	愛寿苑
種別	特別養護老人ホーム
定員数	80人
事業所代表者	苑長 小川 弥仁
事業所所在地	福井市若杉2-601
事業所電話	0776-34-5100
事業所FAX	0776-34-5101
法人等名および代表者名・URL・e-mail	社会福祉法人 弥生福祉会
	理事長 小川 弥
	URL : http://www.aijuen.com/ e-mail : mail@aijuen.com

2 訪問調査日

平成24年9月11日（火）

3 総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>○福祉サービスの基本方針と組織について 年度事業計画は、現場職員による「フロア会議」、介護支援専門員、生活相談員等専門職による「施設運営会議」で協議し、策定する仕組みが整い、計画の進捗管理や見直しが定期的に行われている。また、施設長は、様々なサービスの質の向上のための委員会や会議等を設置し、自らも参加しサービスの質の評価・分析を行っている。</p> <p>○組織の運営管理について 緊急時や災害時に備えたマニュアルが整備されている。また、施設独自のリスクマネージャーを2名配置し、ヒヤリハットや事故への速やかな対応と改善・防止策を講じており、それらについて、1か月後に検証し、再発防止に努めている。</p> <p>○適切な福祉サービスの実施について 「ケアマネジメントのプロセス」という業務手順やそれぞれ職員の役割や留意事項を明示したものを作成しており、アセスメントから評価・見直しまでの一連の流れを施設全体で統一している。</p> <p>○高齢者福祉施設固有のサービスについて 利用者の身体状態に応じた移乗等のための福祉・介助用具の導入が進められており、移乗方法の写真付きマニュアルが常備されている。また、「ひもときシート」を活用し、利用者の問題行動に関する情報を生活歴も含めて共有するほか、誤薬防止のため利用者個々の顔写真付き服薬袋を使用するなどの工夫のほか、利用者の嚥下状態等に合わせた薬の態様が調整されている。</p>	<p>◇改善を求められる点</p> <p>○福祉サービスの基本方針と組織について 理念等の実現に向けた将来の法人・施設のビジョンを示し、その現状や課題を明らかにしたうえで、その具現のため数値目標を設定した中・長期計画および収支計画を策定することが望まれる。また、中・長期計画に基づき策定した単年度事業計画は、職員のみならず利用者や家族等に内容をわかりやすく記載した資料等を作成し、周知することが望まれる。</p> <p>○組織の運営管理について 法人・施設が求める具体的な人材の養成・確保のための基本姿勢およびプランを策定し、これに基づく職員個々の技術、経験、職責等に応じた個別の教育・研修プログラムを策定することが望まれる。また、地域との交流や関係機関との継続的な連携を図る取組に期待したい。</p> <p>○適切な福祉サービスの実施について サービスの標準的な提供方法について、マニュアルなど施設として定期的に確認（見直し含む）する仕組みおよびそのルール（規程等）の整備が望まれる。</p> <p>○高齢者福祉施設固有のサービスについて 古くなった食器を段階的に陶磁器に移行するなど、一層安らぎのある家庭的な温かい食事環境の整備について工夫されたい。また、限られた空間・設備・人員の中で利用者の快適な入浴環境の確保のための工夫はなされているが、利用者個別の入浴については設備面や人員体制についての検討が望まれる。</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の受審は、自分達の立ち位置を確認する上で大変意義のあるものでした。常日頃行っている業務の目的や自分達にどういった視点が不足しているのか、取り組みを通じあらためて実感すると共に職員間で共有する事が出来たと感じます。これをスタートとして、施設としての質の向上を図り、ご利用者並びに地域の皆様に還元出来るよう努めて行きたいと思えます。

5 各評価項目にかかる第三者評価結果（別紙）

〔別紙〕

評価細目の第三者評価結果

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ-1 理念・基本方針

Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。

評価細目・判断基準	評価結果
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	
a) 法人の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。	a
b) 法人の理念を明文化しているが、法人の使命・役割の反映が十分ではない。	
c) 法人の理念を明文化していない。	
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	
a) 理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。	a
b) 理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。	
c) 理念に基づく基本方針を明文化していない。	

Ⅰ-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。

評価細目・判断基準	評価結果
Ⅰ-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	
a) 理念や基本方針を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。	a
b) 理念や基本方針を職員に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。	
c) 理念や基本方針を職員に配付していない。	
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	
a) 理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。	b
b) 理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。	
c) 理念や基本方針を利用者等に配布していない。	

Ⅰ-2 事業計画の策定

Ⅰ-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

評価細目・判断基準	評価結果
Ⅰ-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	
a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画及び中・長期の収支計画を策定している。	b
b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。	
c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。	
Ⅰ-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	
a) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容及び中・長期の収支計画の内容を反映して策定されている。	b
b) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容または中・長期の収支計画の内容のどちらかのみを反映させている。	
c) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容も中・長期の収支計画の内容も反映していない。	

I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。

評価細目・判断基準	評価結果
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	
a) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されるとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。	a
b) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。	
c) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	
a) 各計画を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。	a
b) 各計画を職員に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。	
c) 各計画を職員に配付していない。	
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	
a) 各計画を利用者等に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。	c
b) 各計画を利用者等に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。	
c) 各計画を利用者等に配付していない。	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。

評価細目・判断基準	評価結果
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	
a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。	a
b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。	
c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。	
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	
a) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。	b
b) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。	
c) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。	

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

評価細目・判断基準	評価結果
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	
a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	a
b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	

評価細目・判断基準	評価結果
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	b
a) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。	
b) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
c) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組について指導力を発揮していない。	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

評価細目・判断基準	評価結果
Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	b
a) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を積極的に行っている。	
b) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。	
c) 事業経営をとりまく環境を把握するための取組を行っていない。	
Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	b
a) 経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。	
b) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っているが、改善に向けた取組を行っていない。	
c) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っていない。	
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	c
a) 外部監査を実施しており、その結果に基づいた経営改善を実施している。	
b) 外部監査を実施しているが、その結果に基づいた経営改善が十分ではない。	
c) 外部監査を実施していない。	

Ⅱ-2 人材の確保・養成

Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。

評価細目・判断基準	評価結果
Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	c
a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しており、それに基づいた人事管理が実施されている。	
b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しているが、それに基づいた人事管理が十分ではない。	
c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していない。	
Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	c
a) 客観的な基準に基づき、定期的な人事考課を実施している。	
b) 定期的な人事考課を実施しているが、客観的な基準に基づいて行われていない。	
c) 定期的な人事考課を実施していない。	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

評価細目・判断基準	評価結果
II-2-(2)-① 職員の就業状況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。	
a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。	b
b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。	
c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	
II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	
a) 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施している。	b
b) 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施しているが、十分ではない。	
c) 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施していない。	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

評価細目・判断基準	評価結果
II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	
a) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	b
b) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されているが、十分ではない。	
c) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されていない。	
II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	
a) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定され、計画に基づいた具体的な取組が行われている。	c
b) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されているが、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。	
c) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。	
II-2-(3)-③ 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。	
a) 研修成果の評価が定期的に行われるとともに、次の研修計画に反映されている。	c
b) 研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。	
c) 研修成果の評価が定期的に行われていない。	

II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。

評価細目・判断基準	評価結果
II-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にし体制を整備し、積極的な取組をしている。	
a) 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	a
b) 実習生の受入れと育成について体制を整備しているが、基本的な姿勢の明確化や効果的な育成プログラムの用意等について積極的な取組には至っていない。	
c) 実習生の受入れと育成について体制を整備しておらず、実習生を受け入れていない。	

Ⅱ-3 安全管理

Ⅱ-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。

評価細目・判断基準	評価結果
Ⅱ-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	
a) 事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能している。	a
b) 事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。	
c) 事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備していない。	
Ⅱ-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	
a) 地震、津波、大雨、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を積極的に行っている。	a
b) 地震、津波、大雨、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。	
c) 地震、津波、大雨、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。	
Ⅱ-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	
a) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。	a
b) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。	
c) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集していない。	

Ⅱ-4 地域との交流と連携

Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

評価細目・判断基準	評価結果
Ⅱ-4-(1)-① 利用者地域とのかかわりを大切にしている。	
a) 利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。	b
b) 利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。	
c) 利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。	
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	
a) 事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。	b
b) 事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。	
c) 事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。	
Ⅱ-4-(1)-③ ボランティア受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	
a) ボランティア受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。	b
b) ボランティア受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。	
c) ボランティア受入れに対する基本姿勢が明示されていない。	

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

評価細目・判断基準		評価結果
Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。		
a) 事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示し、その情報が職員間で共有されている。	b	
b) 事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示しているが、その情報が職員間で共有されていない。		
c) 事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。		
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。		
a) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。	c	
b) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保しているが、具体的な課題や事例検討は行っていない。		
c) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保していない。		

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

評価細目・判断基準		評価結果
Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。		
a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている。	b	
b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っているが、十分ではない。		
c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。		
Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。		
a) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があり、実施されている。	b	
b) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があるが、実施されていない。		
c) 把握した福祉ニーズに基づいた、事業・活動の計画がない。		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

評価細目・判断基準		評価結果
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。		
a) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解を持つための取組が行われている。	a	
b) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない。		
c) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示されていない。		
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。		
a) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、職員に周知するための取組を行っている。	a	
b) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、職員に周知する取組が十分ではない。		
c) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備していない。		

Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。

評価細目・判断基準	評価結果
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	
a) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	b
b) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。	
c) 利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。	

Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

評価細目・判断基準	評価結果
Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	
a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。	a
b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。	
c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、相談方法や相談相手を選択できない。	
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	
a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。	a
b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。	
c) 苦情解決の仕組みが確立していない。	
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	
a) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備し、迅速に対応している。	a
b) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備しているが、迅速に対応していない。	
c) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。	

Ⅲ-2 サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。

評価細目・判断基準	評価結果
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	
a) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備され機能している。	c
b) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。	
c) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されていない。	
Ⅲ-2-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	
a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。	c
b) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでは至っていない。	
c) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。	

Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。

評価細目・判断基準		評価結果
Ⅲ-2-(2)-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。		
a) 提供するサービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それに基づいたサービスが実施されている。		a
b) 提供するサービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それに基づいたサービスの実施が十分ではない。		
c) 提供するサービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。		
Ⅲ-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。		
a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みに従って検証・見直しを行っている。		c
b) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。		
c) 標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。		

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。

評価細目・判断基準		評価結果
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。		
a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。		a
b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されているが、十分ではない。		
c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されていない。		
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		
a) 利用者に関する記録管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。		b
b) 利用者に関する記録管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。		
c) 利用者に関する記録管理について規程が定められていない。		
Ⅲ-2-(3)-③ 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。		
a) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われている。		a
b) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分ではない。		
c) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われていない。		

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。

評価細目・判断基準		評価結果
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。		
a) 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。		a
b) 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。		
c) 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を提供していない。		

評価細目・判断基準	評価結果
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	
a) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	a
b) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。	
c) サービス開始時の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っていない。	

Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。

評価細目・判断基準	評価結果
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	
a) サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮している。	b
b) サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。	
c) サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮していない。	

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。

評価細目・判断基準	評価結果
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	
a) 利用者の身体状況や生活状況等を正確に把握しており、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題（ニーズ）を具体的に明示している。	a
b) 利用者の身体状況や生活状況等を正確に把握しているが、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題（ニーズ）を十分には明示していない。	
c) 利用者の身体状況や生活状況等を正確に把握しておらず、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題（ニーズ）を明示していない。	

Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。

評価細目・判断基準	評価結果
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	
a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。	a
b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しているが、十分に機能していない。	
c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立していない。	
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	
a) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。	a
b) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。	
c) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。	

評価対象Ⅳ 高齢者福祉施設の固有のサービス内容

Ⅳ-1 利用者の尊重

Ⅳ-1-(1) 利用者の尊重

評価細目・判断基準		評価結果
Ⅳ-1-(1)-① 利用者の「生活の質」の維持・向上を目指し、「利用者本位」の姿勢が貫かれている。		
a) 利用者の「生活の質」の維持・向上を目指し、「利用者本位」の姿勢が貫かれている。		a
b) 利用者の「生活の質」の維持・向上を目指した「利用者本位」の姿勢が見られるが、十分ではない。		
c) 利用者の「生活の質」の維持・向上を目指した「利用者本位」の姿勢がない。		
Ⅳ-1-(1)-② 利用者・家族とのコミュニケーションを図るための工夫がなされている。		
a) 利用者・家族とのコミュニケーションを図るための工夫がなされている。		a
b) 利用者・家族とのコミュニケーションを図るための工夫がなされているが、十分ではない。		
c) 利用者・家族とのコミュニケーションを図られるための工夫がなされていない。		

Ⅳ-2 介護サービス

Ⅳ-2-(1) 食事

評価細目・判断基準		評価結果
Ⅳ-2-(1)-① 快適な食事環境が提供されている。		
a) 快適な食事環境が提供されている。		b
b) 快適な食事環境が提供されているが、十分ではない。		
c) 快適な食事環境が提供されていない。		

Ⅳ-2-(2) 入浴

評価細目・判断基準		評価結果
Ⅳ-2-(2)-① 快適な入浴が提供されている。		
a) 快適な入浴が提供されている。		b
b) 快適な入浴が提供されているが、十分ではない。		
c) 快適な入浴が提供されていない。		

Ⅳ-2-(3) 排泄介護

評価細目・判断基準		評価結果
Ⅳ-2-(3)-① 排泄介護が適切に行われている。		
a) 排泄介護が適切に行われている。		a
b) 利用者一人ひとりの状態に応じた排泄介護が行われているが、十分ではない。		
c) 排泄介護が適切に行われていない。		

IV-2-(4) 行動制限への配慮

評価細目・判断基準	評価結果
IV-2-(4)-① 行動制限への配慮がなされている。	a
a) 行動制限への配慮がなされている。	
b) 行動制限への配慮がなされているが、十分ではない。	
c) 行動制限への配慮がなされていない。	

IV-2-(5) 移乗・移動介護

評価細目・判断基準	評価結果
IV-2-(5)-① 移乗・移動介護が適切に行われている。	a
a) 移乗・移動介護が適切に行われている。	
b) 利用者一人ひとりの状態に応じた移乗・移動介護が行われているが、十分ではない。	
c) 移乗・移動介護が適切に行われていない	

IV-2-(6) 機能訓練〔養護老人ホーム非該当〕

評価細目・判断基準	評価結果
IV-2-(6)-① 機能訓練が適切に行われている。	a
a) 機能訓練が適切に行われている。	
b) 機能訓練が計画的に行われているが、十分ではない。	
c) 機能訓練が適切に行われていない。	

IV-2-(7) 認知症利用者への対応

評価細目・判断基準	評価結果
IV-2-(7)-① 認知症利用者への対応が適切になされている。	a
a) 認知症利用者への対応が適切になされている。	
b) 認知症利用者への対応に取り組んでいるが、十分ではない。	
c) 認知症利用者への対応が適切になされていない。	

IV-2-(8) 整容・清潔への配慮

評価細目・判断基準	評価結果
IV-2-(8)-① 整容・清潔への配慮が適切になされている。	a
a) 整容・清潔への配慮が適切になされている。	
b) 整容・清潔への配慮がなされているが、十分ではない。	
c) 整容・清潔への配慮が適切になされていない。	

IV-2-(9) 終末期の介護〔養護老人ホーム非該当〕

評価細目・判断基準	評価結果
IV-2-(9)-① 終末の場所の選択に配慮がなされている。	a
a) 終末の場所の選択に配慮がなされている。	
b) 終末の場所の選択に配慮しているが、十分ではない。	
c) 終末の場所の選択に配慮がなされていない。	

IV-3 看護・医療サービス

IV-3-(1) 看護・医療体制

評価細目・判断基準		評価結果
IV-3-(1)-① 看護・医療体制が整備されている。		
a) 看護・医療体制が整備されている。		a
b) 看護・医療体制が整備されているが、取り組みが十分ではない。		
c) 看護・医療体制が整備されていない。		

IV-3-(2) 利用者の健康管理

評価細目・判断基準		評価結果
IV-3-(2)-① 利用者の健康管理が適切に行われている。		
a) 利用者の健康管理が適切に行われている。		a
b) 利用者の健康管理について配慮しているが、十分ではない。		
c) 利用者の健康管理が適切に行われていない。		

IV-3-(3) 服薬管理

評価細目・判断基準		評価結果
IV-3-(3)-① 服薬管理が適切に行われている。		
a) 服薬管理が適切に行われている。		a
b) 服薬管理について配慮しているが、十分ではない。		
c) 服薬管理が適切に行われていない。		

IV-3-(4) 褥瘡の予防・治療〔養護老人ホーム非該当〕

評価細目・判断基準		評価結果
IV-3-(4)-① 褥瘡の予防・治療が適切に行われている。		
a) 褥瘡の予防・治療が適切に行われている。		a
b) 褥瘡の予防・治療について配慮しているが、十分ではない。		
c) 褥瘡の予防・治療が適切に行われていない。		

IV-3-(5) 入院時の対応

評価細目・判断基準		評価結果
IV-3-(5)-① 入院時の対応が適切に行われている。		
a) 入院時の対応が適切に行われている。		a
b) 入院時の対応について配慮しているが、十分ではない。		
c) 入院時の対応が適切に行われていない。		

IV-4 生活支援サービス

評価細目・判断基準		評価結果
IV-4-(1)-① 外出の機会が確保されている。		
a) 外出の機会が確保されている。		a
b) 外出の機会の確保について配慮しているが、十分ではない。		
c) 外出の機会が確保されていない。		

IV-4-(2) 購買の機会

評価細目・判断基準		評価結果
IV-4-(2)-① 購買の機会が確保されている。		
a) 購買の機会が確保されている。		a
b) 購買の機会の確保について配慮しているが、十分ではない。		
c) 購買の機会が確保されていない。		

IV-4-(3) 嗜好品の自由

評価細目・判断基準		評価結果
IV-4-(3)-① 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。		
a) 嗜好品については利用者の意思や希望が尊重されている。		a
b) 嗜好品については利用者の意思や希望が尊重されているが、十分ではない。		
c) 嗜好品については利用者の意思や希望に十分に応じていない。		

IV-4-(4) 新聞・雑誌の閲覧等

評価細目・判断基準		評価結果
IV-4-(4)-① 新聞・雑誌等が自由に閲覧できるように配慮がなされている。		
a) 新聞・雑誌等が自由に閲覧できるように配慮がなされている。		a
b) 新聞・雑誌等が自由に閲覧できるように配慮がなされているが、十分ではない。		
c) 新聞・雑誌等が自由に閲覧できるように配慮がなされていない。		

IV-4-(5) 金銭等の管理

評価細目・判断基準		評価結果
IV-4-(5)-① 金銭等の管理が適切に行われている。		
a) 金銭等の管理が適切に行われている。		a
b) 金銭等の管理について配慮しているが、十分ではない。		
c) 金銭等の管理が適切に行われていない。		