

事業評価報告書（ベネッセケアハウス今川・平成19年度）

I 福祉サービス提供の基本方針

| 評価分類 | 評価項目 | 評価 | 着 眼 点 |
|-----------------|---|------|--|
| 1 福祉サービス提供の基本方針 | (1) 事業の理念や方針を明確にするとともに、職員に徹底していますか。 達成度 ①25%②50%③75%④100% | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 事業理念や方針は文書として明文化している。 ■② 職員の目につく場所に掲示するなど、職員に徹底している。 ■③ 趣旨・理念をすべての職員に浸透させて、運営に十分活かしている。 ■④ 趣旨・理念を実現可能なものに置き換え、具体化させ、計画→実施→評価するなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | | 100% | |
| | (2) 施設長の姿勢に利用者主体の考え方が貫かれていますか。 達成度 ①20%②40%③60%④80% ⑤100% | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① サービスに利用者の希望を反映するために、アンケートや懇談会を実施したりして利用者の意見を聞く努力をしている。 ■② 問題を抱えた利用者については随時報告を聞くようにしている。 ■③ サービスの提供についての会議等に、施設長もできるだけ出席することとしており、出席できない場合には会議録に必ず目を通してしている。 ■④ 事業運営の方針決定に当たって、職員の参加を得るようにしている。 ■⑤ 倫理規定を設けたり、苦情処理委員会を設置しているほか、定期的に研修を行って利用者主体のサービスを施設内に行き渡らせる努力をしている。 |
| | 100% | | |
| | (3) 利用者の人権やプライバシー保護に、適切な配慮を行っていますか。 達成度 ①14%②29%③43%④57% ⑤71%⑥86%⑦100% | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 利用者に関わる情報・資料に関して、取扱要領を定めるなど、取扱いに細心の注意を払い、守秘に努めるよう職員に徹底している。 ■② 利用者の個人情報を記録した紙、パソコン、電磁的記録（FD、CD、MD等）は、施錠できるキャビネット等に保管している。 ■③ パソコン等を使用する場合には、パスワード設定等のセキュリティ対策を講じている。 ■④ 利用者の個人情報を保管場所から持ち出す場合には、盗難・紛失防止対策を講じている。 ■⑤ 必要に応じ関係機関に利用者に関わる情報を提供する場合でも、必要に応じて本人や家族の了解を得ている。 ■⑥ 利用者を「1個人の人格」として尊重する教育を重視し、利用者の呼称等にも留意している。 ■⑦ 利用者の「権利」を成文化してパンフレットを作成し、機関・施設の目立つ場所に掲示するなど、利用者の人権への配慮について優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | 100% | | |

II 組織の運営管理

| 評価分類 | 評価項目 | 評価 | 着 眼 点 |
|--------------------------------------|--|----------------------------------|--|
| 1 サービス提供組織の運営 | (1) 個々のサービス提供に関して定期的又は随時に指導・助言が行われる体制がとられていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 管理者と担当者との間に十分な理解と疎通が図られた上で、サービス実施状況の定期的又は随時の報告、確認、検討が行われている。 ■② 必要に応じて管理者等から助言・指導が行われている。 ■③ 職員間においても互いに意見交換ができるように努めている。 ■④ 必要に応じて外部からの指示・指導が得られる体制が整備されている。 |
| | 達成度 ①25%②50%③75%④100% | 100% | |
| | (2) 市町村（地域ケア会議）、介護サービス提供事業者、居宅介護支援事業者等の機関との連携や協力を配慮していますか。 | B | <ul style="list-style-type: none"> ■① 担当者が決まっている。 □② 地域ケア会議等他機関との連絡会にほぼ参加している。 ■③ 関係機関からの情報の収集や提供に努めている。 □④ 日頃からこれら機関と連携をとるための会議などを自ら積極的に主催し、入退所（入退院）にあたっての必要な情報を交換したり、記録があるなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| 達成度 ①25%②50%③75%④100% | 50% | | |
| | (3) 広報紙を定期的に発行し、利用者、家族、地域住民、ボランティア等に配布したり、施設のPRに努めていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 担当者を決めて、定期的に発行している。 ■② 利用者、家族、ボランティア、施設を訪問した地域住民に広報紙等を配布している。 ■③ 随時見学の希望を受けている。 ■④ 外部の広報紙の取材等の申込みは、積極的に受け、施設のイメージアップに努めている。 ■⑤ 利用者、家族、地域住民、ボランティア等の声を広報誌に反映させるため、編集委員会を設けるなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | | 達成度 ①20%②40%③60%④80% ⑤100% | |
| 2 職員の資質向上 | (1) 職員の研修体系を整備し、研修を計画的かつ定期的に行っていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 職員採用時研修、職場内研修を実施したり、都道府県や団体の行う研修計画を把握して、参加計画を立てて、実施している。 ■② 研修計画は画一的なものでなく、職員の技能、技術に応じた内容で、適時再研修が可能な配慮がある。 ■③ 事例発表会等の職員研修・勉強会が定期的実施されているなど、職員に意欲を持たせる配慮がなされている。 ■④ 関係職員が誰でも参加できる内容となっている。 ■⑤ 外部研修等に職員が参加できる体制がとられているほか、外部研修に職員が参加した場合には、受講内容について他の職員に還元させるよう努めている。 ■⑥ 専門的な個別テーマについて、研修会や勉強会が継続的に実施されているなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| 達成度 ①16%②33%③50%④66% ⑤83%⑥100% | 100% | | |

| 評価分類 | 評価項目 | 評価 | 着 眼 点 |
|---|--|--|--|
| 3 苦情対応体制の整備 | (1) 苦情を受け付ける窓口が設置されていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 利用者・家族等からの苦情があった場合、担当職員ができるだけ早く話を聞き、迅速な対応が行われている。 ■② 苦情内容が、業務の改善に反映されている。 ■③ 内容及び対応・改善内容が記録保管されている。 ■④ 日常的な不平・不満を吸い上げ、組織の中で検討する仕組みがつけられている。 ■⑤ 第三者による苦情処理委員会などの不服申し立てのできる制度を作ったり、自治会があり自治会を通してサービス内容等に対して指摘をする機会があったり、管理者又は生活相談員が毎日勤務しており、必要に応じて訴えを聞いているなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | 達成度 ①20%②40%③60%④80% ⑤100% | 100% | |
| | (2) 定期的又は必要に応じて、利用者・家族の相談や意見収集の機会を設けるなど、コミュニケーションを確保するよう努めていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 必要に応じて、職員・家族を対象とした調査等が行われている。 ■② 利用者との個別の話し合いの機会を計画的に持っている。 ■③ 利用者との個別の話し合い、相談の内容をケアプランに反映させている。 ■④ 利用者・家族からの意見や要望をアンケート調査等により定期的に把握しており、得られたデータはきちんと報告書としてまとめあげ、記録として整備しているなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | 達成度 ①25%②50%③75%④100% | 100% | |
| | (3) 利用者の個別的な要求に適切に応えていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 利用者から既存のサービスメニューにないサービスを求められたときも、できるだけ応えている。 ■② 利用者からの求めにすぐ応えられないときは、求められた内容を上司に相談するシステム（内容により相談するルートを決めている。）ができている。 ■③ すぐに応えることが難しい事柄でも、全体で話し合っただけで応える努力をしている。話し合っただけ、なお希望に応えられない事柄については、その理由を利用者に説明して、理解を求めている。 ■④ 利用者の個別的な要求に対応するための会議を随時開催している。 |
| 達成度 ①25%②50%③75%④100% | 100% | | |
| (4) 利用者の状況や変化について、家族に対して必要に応じた情報提供を行っていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 利用者の状況について、家族に対して、個別に定期的に報告している。 ■② 説明は医師、看護・介護職員等が的確に行い、家族の十分な理解を得る努力をしている。 ■③ 面会簿等が整備されている。 ■④ 家族支援の担当者を置き、利用者の状況に関して、家族が必要とする情報をいつでも提供できるようにしているなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 | |
| 達成度 ①25%②50%③75%④100% | 100% | | |
| (5) 利用者や家族からの経済的・社会的な相談、家族関係についての相談に応じたり、適切な調整を行っていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 利用者、家族との個別の話し合いや相談から、利用者、家族がかかえている経済的・社会的ニーズの把握に努めている。 ■② 利用者の直接担当職員（居室担当者など）と相談担当職員（生活指導員など）との連絡を密にして、問題や相談の課題があれば適切に対応できる体制をとっている。 ■③ 家族関係についての相談や調整を、利用者支援の重要な課題として、積極的に取り組んでいる。 | |
| 達成度 ①33%②66%③100% | 100% | | |

Ⅲ 地域等との関係

| 評価分類 | 評価項目 | 評価 | 着 眼 点 |
|------------|---|------|---|
| 1 地域社会との連携 | (1) ボランティアや地域住民を受け入れる機会をつくっていますか。 達成度 ①14%②29%③43%④57% ⑤71%⑥86%⑦100% | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① ボランティアや地域住民の受入れ方針を対外的に明らかにし、実際に受け入れているか、受け入れた経験があり、研修等を行っている。 ■② 受入れの記録を取りまとめている。 ■③ 職員、利用者、家族に対して受入れの趣旨等を徹底し、適切に対応している。 ■④ 専任の担当者を配置したり、具体的な受入れ計画、研修・指導内容等のマニュアルを作成するなど、継続的な対応を行っている。 ■⑤ 施設で盆踊りなどの行事を行い、その際、家族や地域への参加を呼びかけている。 ■⑥ 利用者が施設外行事への参加を希望した場合は、参加できるよう、できるだけ配慮している。 ■⑦ 地域の町内会、老人会、婦人会などと連絡をとり、お互いに協力して行事を行うなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | | 100% | |
| 2 協力医療機関 | (1) 協力医療機関と十分な連携がとれ、必要なときに適切な措置を講じるようにしていますか。 達成度 ①20%②40%③60%④80% ⑤100% | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 内科、外科、精神科等必要な診療科とは、少なくとも協力契約を交わしている。 □② 歯科とは必ず協力契約を交わしている。 ■③ 契約書がある。 ■④ 夜間・休日であっても適切に対応できる。 ■⑤ 歯科その他の往診も可能であるなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | | 80% | |
| | (2) 入院に関して利用者や家族等と相談していますか。 達成度 ①33%②66%③100% | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 入院に関しては、状況を利用者、家族などに説明し、合意のもとに行っている。 ■② その際の記録がある。 ■③ 入院後も利用者、家族のフォローを行い、治療後の療養計画を立てるなどのサービスを提供しているなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| 100% | | | |

IV 対等なサービス利用関係の構築

| 評価分類 | 評価項目 | 評価 | 着 眼 点 |
|----------------|--|------|---|
| 1 サービス提供開始時の対応 | (1) 利用希望者に対して、サービスの概要を利用申込み前十分知らせていますか。 達成度 ①20%②40%③60%④80% ⑤100% | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 説明のためのパンフレット（内容、料金、手続等）を作成しており、施設、行政機関等にも置かれている。 ■② 施設の趣旨が十分に説明され、質問にもすぐに対応できる職員を配置している。 ■③ 施設見学を自由に行える。 ■④ 利用者・家族に十分な事前面接が実施され、その聴取、管理内容が適切に記録されている。 ■⑤ 利用者や家族に分かりやすく説明し、十分な納得が得られるように、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | | 100% | |
| | (2) 入所にあたり、利用者の状態などの説明を本人、家族にわかりやすく行い、同意を得ていますか。 達成度 ①25%②50%③75%④100% | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 利用者の状態については、必要に応じて担当以外の専門職員からの確な説明がされている。 ■② 入所については、利用者の状態と施設機能の関係を利用者、家族が理解できるよう説明するとともに、同意を得る努力が十分なされている。 ■③ 入所について説明した際の記録がある。 ■④ 将来に向けての支援計画を利用者、家族とともに話し合うなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | | 100% | |
| | (3) 退所にあたり、退所先へ利用者の状態に関する情報提供は、適切に行われていますか。 達成度 ①33%②66%③100% | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 情報提供は、文書により適切に行われている。 ■② 記録が整備されている ■③ 退所先に対しケアプラン等の情報が提供されているなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | | 100% | |
| 2 利用者の意向の尊重 | (1) サービスの提供にあたって、利用者・家族の意向をできる限り尊重するよう努めていますか。 達成度 ①33%②66%③100% | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 酒、たばこ、コーヒーなどの嗜好品について、心身等に問題のある人でも、個別的な対応をしている。 ■② その他の利用者には、個々の嗜好を考慮し、集団生活を営んでいることを考慮の上、飲酒時間や喫煙場所、喫茶時間の設定などで対応している。 ■③ テレビ、新聞、雑誌、図書、ビデオを自由に活用できるような配慮がなされている。(各フロアに視聴・閲覧コーナーを設置したり、自分で読むことが困難な利用者には、朗読のサービスを行うなど) |
| | | 100% | |
| | (2) 一人で外出することが困難な利用者に対して、希望を聞き、計画的に外出の機会を確保していますか。 達成度 ①33%②66%③100% | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 生活場面や面接等を通して利用者の希望を把握し、年間の行事計画やケアプランに反映させることにより外出の機会を多く設定している。 ■② 日常の中で、居室担当が個別に散歩の機会を設けるなどの配慮をしている。 ■③ 利用者が自由に希望を述べられる機会づくりに配慮したり、社会資源等も活用し、必要に応じて1対1での外出もできるなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | | 100% | |

| 評価分類 | 評価項目 | 評価 | 着 眼 点 |
|--|--|---|---|
| 2 利用者の意向の尊重 | (3) 自己管理が困難な人の金銭等を預かる場合、本人又は家族等から、書面での依頼を受けるようにしていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 預かり金の管理規程が整備されており、施設内部で出納取扱者を複数にするなど、チェック体制が作られている。 ■② 金銭等の管理を施設でするときは、必ず、本人、家族又は代理人と書面で契約を結ぶとともに、預り証を発行している。 |
| | 達成度 ①50%②100% | 100% | |
| 3 利用者の安心と安全の確保 | (1) サービス提供時における事故防止及び事故発生時の留意点・注意事項をマニュアルとして示していますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 骨折や誤嚥等の緊急事故防止及び事故が発生した際の留意点、注意事項をマニュアルとして示している。 ■② マニュアルは、職員に周知されており、すぐに対応できるようになっている。 ■③ チェックリストを作成し、定期的に個別事項の点検を行ったり、定期的に訓練を行うなど、優れた取組み、独自の工夫している。 |
| | 達成度 ①33%②66%③100% | 100% | |
| | (2) 賠償責任等に備えて、保険に加入していますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 社会福祉施設総合賠償補償共済制度（これに類するものを含む。）に加入している。 □② ボランティア保険に加入している。 ■③ 食品事故に対する保険に加入している。 ■④ 個人賠償責任保険など、その他の補償に備えて必要と考えられる補償制度に加入し、その給付内容も常に検討されている。 |
| | 達成度 ①25%②50%③75%④100% | 75% | |
| (3) 災害（火災、震災等）時における適切な対策が立てられていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 緊急時発生時の連絡体制、緊急体制が確立されている。 ■② 非常災害時に備えるため、避難訓練を行ったり、避難経路、施設外緊急避難先等の周知徹底等が行われている。 ■③ 消防法令に基づいた適切な施設、設備整備や割れにくいガラス、防災加工寝具等、非常時を想定した施設、設備整備がなされている。 ■④ 災害（火災、震災等）における緊急対応のマニュアルが作成されている。 | |
| 達成度 ①25%②50%③75%④100% | 100% | | |
| (4) 感染症予防のための必要な対策、感染者に対しての適切な対応がなされていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 感染対策マニュアルが作成され、適切に励行されている。 ■② 感染者に対する適切な対応法に関する研修を行っている。 ■③ 利用者・家族に対して感染予防に対する啓発普及を行っている。 ■④ 必要な手洗器等の設備機器等が設置されている。 ■⑤ みだりに感染者のサービス利用を拒まない。 ■⑥ 感染者（例：かいせん、MRSA等）に対しての適切な処遇のためにマニュアルや事例集を作成したり、計画的研修を行うなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 | |
| 達成度 ①16%②33%③50%④66% ⑤83%⑥100% | 100% | | |

V 福祉サービス提供過程の確立

| 評価分類 | 評価項目 | 評価 | 着 眼 点 |
|---------------|---|------|---|
| 1 サービス提供計画の管理 | (1) 各種の記録は適切に記入され、管理され、活用されていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 業務報告、日報等は、施設長にまで報告されるよう統一している。 ■② 施設療養の提供にあたって、必要な記録（管理に係る事業日誌等、入所検討（判定）に関するもの、施設サービスに関わるもの等）が適切に整備され、関係職員が経過的变化や対応状況等について明瞭に記入している。 ■③ 記入方法、管理方法について、統一的な指示がなされ、全職員に周知徹底されている。 ■④ 記録の秘密保持に努め、入所者のQOL向上の一環になるよう、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | 達成度 ①25%②50%③75%④100% | 100% | |
| 2 サービス提供計画の策定 | (1) 日常生活のすべてに手を貸すのではなく、利用者ができるだけ自分で取り組むように配慮していますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 残存機能と現在の能力をきちんと評価し、できるところは手を貸さずに見守るようにしている。 ■② できる可能性のあるところは、設備や環境を整えるなど、利用者が自分で取り組めるようにしている。 ■③ 入浴、食事等のあわただしい場面でも、その原則が守られている。 ■④ 定期的なケアカンファレンスにより利用者個々の正確な評価を行い、できる動作については自ら取り組む意欲を持たせるよう働きかけるなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | 達成度 ①25%②50%③75%④100% | 100% | |
| | (2) 自立生活を支援するため、利用者の障害形態に応じた自助具や介護機器などが用意されていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 利用者の障害を正確に把握し、個々のレベルに応じた自助具や介護機器等を用意し、それぞれの障害レベルで自立が可能となるよう配慮している。 ■② OT、PT等のリハビリ担当スタッフその他、他職種と協議し、個々の状態に最も適した自助具や介護機器等を選択するよう努めている。 ■③ 心身機能、理解力が低下した利用者であっても使いこなすことができる自助具であるよう配慮している。 ■④ 既存の福祉用具だけでなく利用者を観察したり、話合いの中で、福祉用具を改良・改造するなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | 達成度 ①25%②50%③75%④100% | 100% | |
| 3 サービス提供 | (1) ケアプラン（個別の看護・介護計画）は、利用者の意見を取り入れて作成されていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 利用者のケア目標・計画を立案する際に、利用者・家族の意見を必ず取り入れて、文書で示して同意を得ている。 ■② すべての入所者について、入所後2週間以内にケアプランを立案し、以後、定期的に見直しされている。 ■③ 入所当日からケアは始まるので、入所前と入所当日に得た情報から暫定ケアプランを作成して対応している。 ■④ その他の優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | 達成度 ①25%②50%③75%④100% | 100% | |

| 評価分類 | 評価項目 | 評価 | 着 眼 点 | |
|----------------------------------|--|------|---|--|
| 4 評価・変更 | (1) 定期的又は必要に応じて、 個々の利用者のサービス内容 が見直されていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 利用者・家族の意見・要望が反映されるようにしている。 ■② 内容の見直しの検討が行われている。 ■③ 利用者に関わる問題について様々な観点からケアの再検討が行われている。 ■④ 問題を共有化するシステムがとられている。(報告がケース記録に記載され、会議録、研究会録等に保存され、さらに管理者まで報告が行く仕組みとなっている。) ■⑤ サービスの運営主体として積極的な提言を行うなど、主体的に関わっている。 | |
| | | 100% | | |
| | (2) ケアカンファレンスを定期的に行っていますか。 | A | | <ul style="list-style-type: none"> ■① 必要に応じて、利用者や家族、施設外の関係者も参加している。 ■② 司会・記録などの役割、進行の仕方が決められており、発言が偏ったり、トップダウンの進め方にならないように配慮されている。 ■③ ケアカンファレンスの結果が、参加していない職員全員に伝達される仕組みにしてある。 ■④ その他の優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | | 100% | | |
| 達成度 ①20%②40%③60%④80% ⑤100% | | | | |
| 達成度 ①25%②50%③75%④100% | | | | |

VI 福祉サービスの適切な提供

| 評価分類 | 評価項目 | 評価 | 着 眼 点 |
|--------------------------------------|---|------|---|
| 1 生活環境 | (1) 施設全体の雰囲気は、利用者の快適性に配慮していますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 快適に時間を過ごせるように、各所に絵を飾ったり、本を置いたり、廊下にソファを置いたりしている。 ■② 床面、通路、階段等の整理に心がけ、安全で自由に移動できる空間を確保し、不慮の事故を防ぐよう配慮している。 ■③ 換気を十分に行っている。 ■④ 椅子、テーブル、床などに工夫し、居室も木製の仕上げ材を使用するなど、雰囲気が家庭に近くなるように配慮されているなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | | 100% | |
| | 達成度 ①25%②50%③75%④100% | | |
| | (2) 利用者がくつろげるダイニングや談話室がありますか。 | A | |
| 100% | | | |
| 達成度 ①20%②40%③60%④80% ⑤100% | | | |
| 2 環境衛生 | (1) 施設は清潔ですか。異臭がありませんか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 清掃に関する責任者がいる。 ■② 定期的に清掃を実施している。特に水回りは入念に清掃されている。 ■③ 清掃業務専任の職員や専門業者への外注等により、介護職員に支障を生じないよう配慮されている。 ■④ 施設は、医療・介護を行う場として、清潔保持に特に配慮がされており、職員、利用者には十分徹底されている。 ■⑤ 通常は施設内に異臭はなく、おむつ交換等で異臭が発生しても、換気によりすぐにおさまる。 ■⑥ フロアごとにも清掃に関する責任者を配置し、各所を毎日チェックしたり、専門の清掃業者から清掃業務に関する指導を受け、日常の清掃に活かすなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | | 100% | |
| | 達成度 ①16%②33%③50%④66% ⑤83%⑥100% | | |
| | (2) 事故防止のために、常に床や段差、照明など環境の安全性に気を配っていますか。 | A | |
| 83% | | | |
| 達成度 ①16%②33%③50%④66% ⑤83%⑥100% | | | |

| 評価分類 | 評価項目 | 評価 | 着 眼 点 |
|-------------|--|------|---|
| 3 コミュニケーション | (1) 利用者の心理面に配慮し、コミュニケーションをとるよう努めていますか。 達成度 ①14%②29%③43%④57% ⑤71%⑥86%⑦100% | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 会話の不足している利用者には特に気を配っている。 ■② 日常生活の各場面でも言葉かけをよく行っている。 ■③ 利用者同士が会話を楽しむプログラムや場所を用意している。 ■④ 利用者からの話を引き出す努力をするとともに、利用者から話があったときは、ゆっくり対応している。 ■⑤ 失語症等により、会話が不可能な利用者には、個別にコミュニケーションの方法を考え、本人との話し合いでサイン等を活用するなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 ■⑥ 入所（入院）の際に本人の入所の目的や嗜好、希望について、本人又は家族から聞き取って記録し、援助方針の策定に活かしている。 ■⑦ 施設独自に意見箱を設置したり、介護相談員を受け入れるなど、利用者の意思や希望を引き出す取組みを行っている。 |
| | | 100% | |
| | (2) 利用者への言葉づかいに対する配慮がなされていますか。 達成度 ①16%②33%③50%④66% ⑤83%⑥100% | A | |
| | | 100% | |
| 4 食 事 | (1) 利用者の心身の状況に配慮した適切な内容の食事が提供されていますか。 達成度 ①12%②25%③37%④50% ⑤62%⑥75%⑧100% | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 利用者の身体状況、咀嚼力、嚥下力、消化力、排泄状況に合わせた調理方法、栄養バランス、好み、味加減、持続性を総合的に考え、食事内容を考えている。 ■② 利用者の食習慣を尊重し、好みの物なども踏まえた献立を考えている。 ■③ 粥、パン、麺類等主食も多彩に用意するなど、代替食の用意ができています。 ■④ 食事摂取量のチェックができています。 ■⑤ 検食記録が整理されており、味付け等について率直な意見が記載されている。 ■⑥ 歯痛、発熱などの一時的、突発的な状況にも即応できる配慮がある。 ■⑦ 必要に応じて補食を行っている。 ■⑧ 栄養士や保健・医療スタッフとの連絡調整を図ることにより、個別の状態に対応した食事が用意できる。 |
| | | 100% | |

| 評価分類 | 評価項目 | 評価 | 着 眼 点 |
|-------|--|------|---|
| 4 食 事 | (2) 食事介助は利用者のペース及び心身の状態に合わせていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① できるだけ座位をとらせ、ベッドから離れるよう努めている。 ■② 嚥下しやすい姿勢をとらせ、利き手の自由を確保するようにしている。 ■③ 心身状況に合わせて、自分のペースで食べられるよう福祉用具や食器を工夫している。 ■④ 利用者に言葉かけやトーキングサービスを交えながら、あせらずに食べられるようにしている。 ■⑤ 汁物にとろみをつけるなど、無理なく自分のペースで摂取できるように工夫している。 |
| | 達成度 ①11%②22%③33%④44% ⑤56%⑥67%⑦78%⑧89% ⑨100% | 89% | <ul style="list-style-type: none"> ■⑥ 1回に口に運ぶ量にも気を配り、飲み込んだものを確認してから次の介助をしている。 ■⑦ すべて介助するのではなく、自立支援が行えるよう介助をしている。 ■⑧ 配膳の順番を工夫するなど、時間差をつけて、食べるペースの違いに配慮している。 □⑨ 例えばボランティアの協力を得るなど、食事介助にゆとりをもてるようにするなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | (3) 食事をおいしく、楽しく食べられる雰囲気づくりを行っていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 食堂の採光、通風、温度、湿度に気を配っている。 ■② 照明設備に工夫している。 ■③ 利用者の状態に合った椅子、テーブル（高さや形等）を工夫している。 ■④ 料理に合う食器を使い、盛り付け等を工夫して、見て楽しめるようになっている。 ■⑤ 季節感をかもしだすような工夫をしている。 ■⑥ 例えば観葉植物を置いたり、音楽を流したり、定期的にイベントメニューを設けるなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | 達成度 ①16%②33%③50%④66% ⑤83%⑥100% | 100% | |
| | (4) 食事の選択が可能になっていますか。温かいものは温かく、冷たいものは冷たく提供されていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> □① 週のうち何度かは複式献立にし、選択できるようにしている。 ■② わかりやすい献立予定表が、よく見える場所に掲示されている。 ■③ 利用者が食事をとる場所に、利用者が自分で温めたり、冷やしたりできる設備が工夫されている。 ■④ 食事をとる直前に配膳（盛りつけ）をしたり、保温食器等を使用するなどして、適温に配慮している。 ■⑤ 毎日複式献立にしたり、行事日にはバイキング方式をとったり、常設喫茶等を設け、さらに献立を増やし選択できるなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | 達成度 ①20%②40%③60%④80% ⑤100% | 80% | |
| | (5) 食前、食後の衛生面の配慮を行っていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 食前に利用者に手洗いをさせるなど、衛生面に配慮している。 ■② 歯みがきの励行など、食後に口腔内を清潔にしている。 ■③ 食前に換気を行うなど快適で衛生的な食事環境をつくるように努めている。 ■④ 食前、食後の衛生面に関するマニュアルを作成するなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | 達成度 ①25%②50%③75%④100% | 100% | |

| 評価分類 | 評価項目 | 評価 | 着 眼 点 |
|---|---------------------------------------|---|--|
| 5 入浴・清拭 | (1) 利用者の身体状況に合わせた入浴及び入浴介助・清拭を行っていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 入浴マニュアルがあり、利用者個々の入浴前後の健康状態チェックを行い、入浴介助時にもそれが活用されている。 ■② 入浴者の安全の確保や態勢や注意が十分に行われている。 ■③ 機械浴、リフト浴、一般浴など浴槽機器等が数種類用意されている。 ■④ シャワーチェアその他の介護用品も利用者の状況に応じて準備されている。 ■⑤ 入浴後の水分摂取が十分になされている。 ■⑥ 必要に応じて職員間で入浴方法や形態について検討を行ったり、個別入浴を実施するなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | 達成度 ①16%②33%③50%④66% ⑤83%⑥100% | 100% | |
| | (2) 利用者の心理面及び安全性に配慮した入浴介助を行っていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 裸体を他人に見せない工夫をし（介護者は除く）、プライバシー保護に努めている。 ■② 入浴の際には、できる限り同性介助を行っており、異性介助になる場合には、利用者の同意を得るとともに、タオルを用意するなどの配慮をしている。 ■③ 安全確認、感染症罹患者の入浴順の配慮をしている。 ■④ 個々の利用者の心理面に配慮し、画一的な介助にならないよう、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| 達成度 ①25%②50%③75%④100% | 100% | | |
| (3) 入浴日以外の日や入浴時間以外の時間でも希望があれば入浴あるいはシャワー浴ができますか。 | B | <ul style="list-style-type: none"> ■① 入浴日以外でも、週に何度かは希望により入浴できる日を設けて実施している。 ■② 設定した入浴時間に入浴できない場合、利用者の希望により夜間の時間帯などで入浴できるようにしている。 □③ 要介助者等であっても、希望があれば、毎日でも入浴やシャワー浴ができたり、夜間の入浴日を設けるなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 | |
| 達成度 ①33%②66%③100% | 66% | | |
| 6 排泄 | (1) 心身の状態に合わせた排泄介助を行っていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 利用者に対し、どのような介護が必要であるのか把握し、徹底できている。 ■② トイレ（ポータブルトイレ）まで自分で行けるように環境が整備されている。（ナースコールが鳴ったらすぐに対応できる態勢がとれている。） ■③ 尿意や便意のある利用者は、おむつを使用しているも、できるだけ声かけなどの誘導により、トイレやポータブルトイレでの排泄を促している。 ■④ 利用者と十分協議の上、脱着しやすい衣服やトレーニングパンツ、パットなどを使用している。 ■⑤ ケアカンファレンス等において排泄自立支援の個別計画が検討される態勢にあり、センサー等の活用を試みるなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 ■⑥ 可能な限り、利用者との話し合いによって、個々の要望に応じ、状態に適したものが使用できるよう努めている。 |
| | | 達成度 ①16%②33%③50%④66% ⑤83%⑥100% | |

| 評価分類 | 評価項目 | 評価 | 着 眼 点 |
|----------------------------------|-------------------------------------|------|--|
| 6 排泄 | (2) 利用者の心理面に配慮した排泄介助を行っていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 気兼ねしないよう手際よく、励ましの言葉かけをしている。 ■② 不必要な皮膚の露出を避けている。 ■③ 介助中の利用者氏名を大声で言わないようにしている。 ■④ 排泄の際には、できる限り同性介助を行っており、異性介助になる場合には、利用者の同意を得るなどの配慮をしている。 ■⑤ 換気や消臭スプレーなどの手際よい処理で臭いを残さないようにしている。 |
| | | 100% | |
| | (3) 排泄記録表が作成され、健康管理その他の面で活用されていますか。 | A | |
| | | 100% | |
| 達成度 ①20%②40%③60%④80% ⑤100% | 達成度 ①20%②40%③60%④80% ⑤100% | | |
| 7 寝たきり防止 | (1) 寝たきり防止が徹底され、寝・食分離に努めていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 長時間離床が困難な利用者でも、食事の時間はベッドと車椅子の移乗介助を行い（食堂誘導以外の場合も）、病状により困難な場合を除き、寝・食分離を徹底している。 ■② 車椅子へ移乗できない利用者は、ギャッジベッド等を利用し、少しでも座位を保つよう努めている。 ■③ 利用者個々の状態に応じた補助具等を利用し、少しでもベッドから離れることができるよう配慮している。 ■④ 日中、グループ活動や行事等を設定し、離床する機会、時間が増えるようにしたり、食堂や食堂のないところでも談話室等の共有スペースを食事の場所として使用することで、居室以外の場所で食事をとることができるなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | | 100% | |
| | (2) 日中は、寝間着から日常着に着替えるようにしていますか。 | A | |
| | | 100% | |
| 達成度 ①25%②50%③75%④100% | 達成度 ①33%②66%③100% | | |

| 評価分類 | 評価項目 | 評価 | 着 眼 点 |
|--|---|--|---|
| 8 機能回復等への支援 | (1) 定期的にケース会議を行い、計画の見直しを行っていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 必要な人ごとにリハビリテーションの計画を作っている。 ■② 計画を作るにあたって関連ある担当者（複数）でケース検討を行っている。 ■③ 計画に従ってリハビリテーションを実施している。 ■④ 実施状況に応じた計画・課題の見直しを行っている。 ■⑤ ケースのQOL向上効果につながる優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | 達成度 ①20%②40%③60%④80% ⑤100% | 100% | |
| | (2) レクリエーション活動（クラブ活動等）は、趣味、娯楽などを活かした小グループで行われ、自由に選択できる多彩なメニューをそろえていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 継続性のあるクラブ活動から、単発的なレクリエーションまで利用者の特性を配慮した、小グループの活動が設けられている。 ■② 利用者個々の趣味や興味に応じ、それぞれが選択できるように多くの活動が用意されている。 ■③ それぞれの活動が利用者個々に明らかにされ、選択するための個別の働きかけに配慮している。 ■④ 常に利用者の趣味、興味、そして希望を把握することに努め、必要があれば、新たな活動を設定したり、社会資源を活用するなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | 達成度 ①25%②50%③75%④100% | 100% | |
| (3) 利用者が積極的に参加しやすいように、レクリエーションプログラムが配慮されていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 活動的なプログラムだけでなく、機能の低下している人に配慮したものを用意している。 ■② 参加のしやすさ、楽しさ、仲間づくりという視点に配慮している。 ■③ 部分的でも、全員がプログラムに何らかの形で関わるよう配慮している。 ■④ プログラム選択には、今までの生活歴等も考慮している。 ■⑤ 個々の身体状況や日課等を考慮し、活動しやすい時間を設定し、実施している。 ■⑥ 日常生活援助の中でも、活動に対する動機づけが十分配慮されている。 ■⑦ メンバーの主体的な参加・活動を促したり、メンバーが企画、運営できるなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 | |
| 達成度 ①14%②28%③43%④57% ⑤71%⑥86%⑦100% | 100% | | |
| (4) 抑制、拘束は行わないようにしていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① ベッド、車いす等からの転落の危険性が予測される場合や骨折後の体重負荷が禁止されているにもかかわらず、その指示が守れない場合、また、再骨折の危険性が極めて高い場合などに限って、安全ベルトを活用するなどしているが、そのような場合であっても、できる限り見守るなどして拘束時間を極力限定している。また、そのような対象者には、なるべく職員との接触時間を長くとり、情緒的な安定が得られるよう努めている。 ■② 大量の向精神薬の投与は、結果として利用者の行動制限になるため、行わないようにしている。 ■③ 生活場面の確保のため、施設的环境・設備に十分な工夫をし、利用者の行動が抑制されたり、拘束されたりすることのないようにしている。 ■④ 他職種との連携やボランティアの活用等で、個別の対応を行うなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 | |
| 達成度 ①25%②50%③75%④100% | 100% | | |

| 評価分類 | 評価項目 | 評価 | 着 眼 点 |
|--|---|---|---|
| 9 介護・看護 | (1) 利用者の健康状態等に関して、利用者や家族に分かりやすく説明し、理解を得ていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 必要に応じて利用者や家族への記録の送付を行っている。 ■② 必要に応じて健康状態の説明の機会を持っている。 ■③ 利用者や家族に記録が渡され、その上で健康状態の説明の機会を持つなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | 達成度 ①33%②66%③100% | 100% | |
| | (2) 重篤な状態や終末期に入った場合、家族との連携が密にとれていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 重篤の状態になったときの対応について、あらかじめ家族と話し合っている。 ■② 重篤の状態になったときの連絡方法をあらかじめ確認している。 ■③ 重篤の状態の説明をしている（連絡をしている）。 ■④ 誰が付き添うかを確認しているとともに、付き添いの人への施設の対応（休む場所、食事等）ができていなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 |
| | 達成度 ①25%②50%③75%④100% | 100% | |
| (3) 看護職員、介護職員その他の職員の情報交換や伝達はスムーズにできるような体制になっていますか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 看護・介護の業務分担、責任者が明確にされており、入所（入院）者ごとの記録が適確に記載され、適切に申し送りされている。 ■② 各利用者の状況が適切に記録され、看護・介護職員等の情報伝達が適時実施されている。 ■③ 各職種の情報交換も適時実施できるように配慮されている。 ■④ 各職種の情報交換や伝達が常時適切に行われるとともに、各利用者の看護・介護に適切に反映できるなど、優れた取組み、独自の工夫をしている。 | |
| 達成度 ①25%②50%③75%④100% | 100% | | |
| (4) 服薬者に対する与薬管理は適切ですか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ■① 各利用者の服薬のチェック、薬歴管理を行い、一括手渡しでなく、服用ごとに配布するなどして、与薬管理をしっかりと行っている。 ■② 定期的なチェック、医師との協議等を十分に行っている。 ■③ その他与薬管理について、優れた取組み、独自の工夫をしている。 | |
| 達成度 ①33%②66%③100% | 100% | | |