評価基準項目(網掛け部分は推奨基準)	評価の際の判断基準	abc 評価	評価の根拠	評価の着眼点(チェック項目例)
評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織				
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知さ	されている。			
I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され 周知が図られている。	a) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。b) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。c) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されていない。			□理念、基本方針が文書(事業計画等の法人(福祉施設・事業所)内の文書や広報誌、パンフレット、ホームページ等)に記載されている。 □理念は、法人(福祉施設・事業所)が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人(福祉施設・事業所)の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 □基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。 □理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。 □理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。 □理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。
Ⅰ-2 経営状況の把握		1		<b>'</b>
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応	なしている。			
I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営 状況が的確に把握・分析されている。	(a) 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に 把握・分析されている。 b) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。 c) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。			□社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。 □地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。 □利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、 法人(福祉施設・事業所)が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。 □定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。
I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a)経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。 b)経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。 c)経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく 取組が行われていない。			□経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。 □経営状況や改善すべき課題について、役員(理事・監事等)間での共有がなされている。 □経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。 □経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。
 I-3 事業計画の策定				
	 「明確にされている。			
I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確に した計画が策定されている。	a)経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。b)経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・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・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。			□中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標(ビジョン)を明確にしている。 □中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。 □中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。 □中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。
I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	(a) 単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。 (b) 単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。 (c) 単年度の計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。			□単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。 □単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。 □単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。 □単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。

評価基準項目(網掛け部分は推奨基準)	評価の際の判断基準	a b c 評価	評価の根拠	評価の着眼点(チェック項目例)
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されてい	る。			<b>'</b>
握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が 理解している。	a) 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。b) 事業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、または、職員の理解が十分ではない。c) 事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。			□事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。 □計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。 □事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。 □評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。 □事業計画が、職員に周知(会議や研修会における説明等が)されており、理解を促すための取組を行っている。
れ、理解を促している。	a) 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。 b) 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。 c) 事業計画を利用者等に周知していない。			□事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知(配布、掲示、説明等)されている。 □事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。 □事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。 □事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・i	計画的な取組			•
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的	・計画的に行われている。			
た取組が組織的に行われ、機能している。	a) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。b) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われているが、十分に機能していない。c) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われていない。			□組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。 □福祉サービスの内容について組織的に評価(C:Check)を行う体制が整備されている。 □定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。 □評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。
取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a) 評価結果を分析し、明確になった組織として 取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。 b) 評価結果を分析し、組織として取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 立て実施するまでには至っていない。 c) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしていない。			□評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。 □職員間で課題の共有化が図られている。 □評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。 □評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。 □改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。
評価対象Ⅱ 組織の運営管理				
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ				
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている	<b>3</b> .			
職員に対して表明し理解を図っている。	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。 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。			□管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。 □管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。 □管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。 □平常時のみならず、有事(災害、事故等)における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。
するための取組を行っている。	a) 管理者は、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) 管理者は、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) 管理者は、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。			□管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者(取引事業者、行政関係者等)との適正な関係を保持している。 □管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。 □管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。 □管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。

評価基準項目(網掛け部分は推奨基準)	評価の際の判断基準	a b c 評価	評価の根拠	評価の着眼点(チェック項目例)
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮	 軍されている。	1		•
Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意答をも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もち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。 b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、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。			□管理者は、実施する福祉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。 □管理者は、福祉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組を明示して指導力を発揮している。 □管理者は、福祉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。 □管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。 □管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。
Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	高 a)管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。 b)管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める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、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。			□管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。 □管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。 □管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。 □管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために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。
Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成	•			
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、	人事管理の体制が整備されている。			
Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	事 a)組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する取組が実施されている。 b)組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。 c)組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。			□必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。 □福祉サービスの提供に関わる専門職(有資格の職員)の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。 □計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。 □法人(福祉施設・事業所)として、効果的な福祉人材確保(採用活動等)を実施している。
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	・ a)総合的な人事管理を実施している。 b)総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。 c)総合的な人事管理を実施していない。			□法人(福祉施設・事業所)の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。 □人事基準(採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準)が明確に定められ、職員等に周知されている。 □一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。 □職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。 □把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。 □職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができている。
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされ	っている。			
Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	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、働きやすい職場づくりに積極的に取組んでいる。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。			□職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。 □職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。 □職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。 □定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。 □職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。 □ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。 □改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。 □福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。

評価基準項目(網掛け部分は推奨基準)	評価の際の判断基準	a b c 評価	評価の根拠	評価の着眼点(チェック項目例)
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が		1		•
Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けれ 取組を行っている。	a)職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。b)職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。c)職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。			□組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。 □個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。 □職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。 □職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。 □職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末(期末)面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。
Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	* a)組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。 b)組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。 c)組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。			□組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。 □現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。 □策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。 □定期的に計画の評価と見直しを行っている。 □定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。
Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	の a) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。 b) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。 c) 職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。			□個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。 □新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。 □階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。 □外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。 □職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関オ	っる専門職の研修・育成が適切に行われている	0		
II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関する専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	2 a) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、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。 b) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備してはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。 c) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備しておらず、教育・研修が行われていない。			□実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化している。 □実習生等の福祉サービスの専門職の教育・育成についてのマニュアルが整備されている。 □専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。 □指導者に対する研修を実施している。 □実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。
Ⅱ-3 運営の透明性の確保				
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための				
Ⅱ-3-(1)-(1) 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	D a) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。 b) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。 c) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。			□ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。 □福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。 □第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。 □法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人(福祉施設・事業所)の存在意義や役割を明確にするように努めている。 □地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。

評価基準項目(網掛け部分は推奨基準)	評価の際の判断基準	a b c 評価	評価の根拠	評価の着眼点(チェック項目例)
Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	▼ a) 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。 b) 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われているが、十分ではない。 c) 公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。	рт ја		□福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルールが明確にされ、職員等に周知している。 □福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、財員等に周知している。 □福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について、必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を得ている。 □福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。 □外部監査の活用等により、事業、財務に関する外部の専門家によるチェックを行っている。 □外部監査の結果や公認会計士等による指導や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。
⊥ -4 地域との交流、地域貢献				
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保され				
	6 a) 利用者と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) 利用者と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) 利用者と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。			□地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。 □活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。 □利用者の個別的状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。 □福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。 □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。
	a) ボランティア等の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) ボランティア等の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) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。			□ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。 □地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。 □ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している □ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。 □学校教育への協力を行っている。
	」 こいる。	<b>-</b>		
Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な	a)利用者によりよい福祉サービスを提供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把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。 b)利用者によりよい福祉サービスを提供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把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。 c)利用者によりよい福祉サービスを提供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。			□当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。 □職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。 □関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 □地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。 □地域に適当な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組	 を行っている。			
Ⅱ-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	E a) 福祉施設・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) 福祉施設・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) 福祉施設・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。			□福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。 □福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。 □福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、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。 □災害時の地域における役割等について確認がなされている。 □多様な機関等と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。

評価基準項目(網掛け部分は推奨基準)	評価の際の判断基準	a b c 評価	評価の根拠	評価の着眼点(チェック項目例)
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	(a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握し、これにもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。 (b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握しているが、これにもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。 (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。	N I II		□福祉施設・事業所の機能を地域に還元することなどを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。 □民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 □地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。 □関係機関・団体との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 □把握した福祉ニーズにもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。 □把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。
 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施		<b>,</b>		
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	られている。			
	(a)利用者を尊重した福祉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もっための取組が行われている。 b)利用者を尊重した福祉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もつための取組は行っていない。 c)利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。			□理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。 □利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。 □利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。 □利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。 □利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。
	a) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 b) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。 c) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備していない。			□利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。 □利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。 □利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。 □一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守れるよう設備等の工夫を行っている。 □利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。 □規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスが実施されている。 □不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する訪	- 治明と同意(自己決定)が適切に行われている	0		•
	(a) 利用希望者が福祉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。 b) 利用希望者が福祉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) 利用希望者が福祉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。			□理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。 □組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。 □福祉施設・事業所の利用希望者については、個別にていねいな説明を実施している。 □見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 □利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。
	a) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。 b) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもと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) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っていない。			□サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。 □サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。 □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。 □サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。 □意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。

評価基準項目(網掛け部分は推奨基準)	評価の際の判断基準	a b c 評価	評価の根拠	評価の着眼点(チェック項目例)
Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭 への移行等にあたり福祉サービスの継続性に 配慮した対応を行っている。	(a) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮している。(b) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。(c) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮していない。			□福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。 □他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。 □福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。 □福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。
 Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている	) <sub>0</sub>	L L		
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする 仕組みを整備し、取組を行っている。	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)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。			□利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 □利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。 □職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。 □利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。 □分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。
 Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい(	 体制が確保されている。			
Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、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。 (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。			□苦情解決の体制(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)が整備されている。 □苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。 □苦情記入カードの配布やアンケート(匿名)を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。 □苦情内容については、受付と解決を図った記録が適切に保管している。 □苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。 □苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。 □苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。
	a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や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。b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や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、方法や相手を選択できない。			□利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に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。 □利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。 □相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。
Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	・a)利用者からの相談や意見を積極的に把握し、 組織的かつ迅速に対応している。 b)利用者からの意見や意見を把握しているが、 組織的かつ迅速に対応していない。 c)利用者からの相談や意見の把握、対応が十分 ではない。			□相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。 □対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 □職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。 □意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。 □職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。 □意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。

評価基準項目(網掛け部分は推奨基準)	評価の際の判断基準	a b c 評価	評価の根拠	評価の着眼点(チェック項目例)
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提	提供のための組織的な取組が行われている。			
Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a) リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。b) リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。c) リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。			□リスクマネジメントに関する責任者の明確化(リスクマネジャーの選任・配置)、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。 □事故発生時の対応と安全確保について責任、手順(マニュアル)等を明確にし、職員に周知している。 □利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。 □収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。 □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。 □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。
Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。b) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。c) 感染症の予防策が講じられていない。			□感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。 □感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。 □担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。 □感染症の予防策が適切に講じられている。 □感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。 □感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。
Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。 b) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、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、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。			□災害時の対応体制が決められている。 □立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。 □利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。 □食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。 □防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保				
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準	的な実施方法が確立している。			
	a)提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。b)提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。c)提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。			□標準的な実施方法が適切に文書化されている。 □標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。 □標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。 □標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。
Ⅲ-2-(1)-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、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。(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。			□福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。 □福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に実施されている。 □検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されている。 □検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。

評価基準項目 (網掛け部分は推奨基準)	評価の際の判断基準	a b c 評価	評価の根拠	評価の着眼点(チェック項目例)
I-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉	サービス実施計画が策定されている。	•		•
	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を 策定するための体制が確立しており、取組を行っ ている。 b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を 策定するための体制が確立しているが、取組が十 分ではない。 c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を 策定するための体制が確立していない。			□福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。 □アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。 □部門を横断したさまざまな職種の関係職員(種別によっては組織以外の関係者も)が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。 □福祉サービス実施計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。 □福祉サービス実施計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員(種別によっては組織以外の関係者も)の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。 □福祉サービス実施計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。 □支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。
Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a)福祉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。b)福祉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)福祉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。			□福祉サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の向担握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。 □見直しによって変更した福祉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。 □福祉サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。 □福祉サービス実施計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容(ニーズ)等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等に明確にされている。
	ーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーー			·
	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されていない。			□利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。 □サービス実施計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。 □記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等で工夫をしている。 □組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが関備されている。 □情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。 □パソコンのネットワークシステムを利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。
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の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) 利用者に関する記録の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の管理について規程が定められていない。			□個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定ている。 □個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。 □記録管理の責任者が設置されている。 □記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。 □職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 □個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。

平価基準項目(網掛け部分は推奨基準)	評価の際の判断基準	a b c 評価	評価の根拠	評価の着眼点(チェック項目例)
その他分野(婦人保護施設)	内容評価基準			
- 1 利用者の尊重				
A - 1 - (1)利用者の尊重				
A-1-(1)-① 施設生活全般について、利用者が自由に意見を表明する機会を設け、それに応えている。	a)施設生活全般について、利用者が自由に意を表明する機会を設け、それに応えている。 b)施設生活全般について、利用者が自由に意を表明する機会を設けているが、十分にそれにえていない。 c)施設生活全般について、利用者が自由に意を表明する機会を設けていない。	式見 に応		□利用者の個性を尊重し、利用者の希望や意見に可能な限り応えている。 □利用者が自由に意見を表明できるよう、利用者と職員の信頼関係づくりに取り組んでいる。 □日常生活の場面で、生活場面面接を実施するなど、利用者から意見を引き出せるよう取り組んでいる。 □能力や状況によって充分に意思を表明できにくい利用者に対して、職員が本人の意思を確認したうえで社会的な代弁者としての役割を果たすように努めている。 □普段の利用者の表情や態度からも意見を読み取るよう取り組んでいる。 □すぐに応えることが難しい事柄でも、職員会議で話し合う等の取り組みで対応している。 □利用者の希望に応えられない事柄については、その理由をその都度利用者に説明して、理解を求めている。
A-1-(1)-② 利用者自身が自分たちの生活 全般について自主的に考える活動(施設内の 自治会活動等)を推進し、自立に向けて積極 的に取り組めるよう支援している。	a) 利用者自身が自主的に考える活動を推進し自立に向けて積極的に取り組めるよう支援してる。 b) 利用者自身が自主的に考える活動の推進にめ、自立に向けて積極的に取り組めるよう支援ているが、十分ではない。 c) 自立に向けて積極的に取り組めるような支をしていない。	19年1日 - 191日 -		□利用者自身が自分たちの生活全般について、自主的・主体的な取り組みができるような活動(施設内の自治会活動等)を実施している。また、施設がそのような活動を阻害していない。□利用者が問題や課題について主体的に検討し、その上で取り組み、実行、管理するといった内容を含んだ活動をしている。□活動における目標実現に向かって発展していくように支援している。□活動を通して、利用者の自己表現力、自律性、責任感などが育つように支援をしている。□活動で決定した要望等については、可能な限り応えている。
者に対して適切な情報提供を行い、利用者が	a)施設の行う援助について利用者に対して通な情報提供を行い、利用者が自らの意思を決定きるように支援している。 b)施設の行う援助について利用者に対して通な情報提供を行っているが、利用者が自らの意を決定できるような支援が十分ではない。 c)施設の行う援助について利用者に対して通な情報提供を行っていない。	近切に対している。		□施設の提供する援助の内容・方法について事前に利用者に十分説明している。 □利用者の自己決定の重要性について職員全員が十分認識している。 □必要な情報を提供し主体的な選択ができるようにしている。
A-1-(1)-④ 職員が利用者に対して二次的被害に及ぶ言動等を行わないよう徹底している。	a)職員が利用者に対して二次的被害に及ぶ言			□「就業規則」等の規程に二次的被害に及ぶ言動等の禁止を明記している。 □具体的な例を示して二次的被害に及ぶ言動等を禁止している。 □二次的被害に及ぶ言動等の起こりやすい状況や場面について、研修や話し合いを行い、それらを伴わない援助技術を習得できるようにしている。 □二次的被害に及ぶ言動等の禁止を職員に徹底するため、日常的に会議等でそれらを取り上げ、行われていないことを確認している。 □二次的被害に及ぶ言動等があった場合を想定して、施設長が職員と利用者の双方にその原因や事実の確認をし、「就業規則」等の規程に基づいて厳正に処分を行うしくみがつくられている。 □職員による二次的被害に及ぶ言動等の禁止について、利用者に周知している。

評価基準項目(網掛け部分は推奨基準)	評価の際の判断基準	a b c 評価	評価の根拠	評価の着眼点(チェック項目例)
ント行為等により、利用者の生活環境が害さ	a)職員は、セクシャルハラスメント行為等により、利用者の生活環境が害されることを防ぐ取り組みを行っている。 b)職員は、セクシャルハラスメント行為等により、利用者の生活環境が害されることを防ぐ取り組みを行っているが、十分ではない。 c)職員は、セクシャルハラスメント行為等により、利用者の生活環境が害されることを防ぐ取り組みを行っていない。			□セクシャルハラスメント行為等の防止に関する要綱を作成して職員に徹底している。 □セクシャルハラスメント行為等について、具体的な例を示して、利用者に周知している。 □セクシャルハラスメント行為等に迅速に対応できるように、利用者からの訴えやサインを見逃さないよう留意している。 □セクシャルハラスメント行為等の防止を徹底するため、日常的に会議等で取り上げ、行われていないことを確認するとともに、女性性の侵害について認識を深めるための研修を行っている。 □セクシャルハラスメント行為等を発見した場合には、記録し、必ず管理職等に報告することが明文化されている。 □セクシャルハラスメント行為等があった場合を想定して、施設長が職員と利用者の双方にその原因や方法・程度等事実確認をし、「就業規則」等の規程に基づいて厳正に処分を行うようなしくみがつくられている。 □利用者が自分自身を守るための知識を学習したり、嫌がらせなど性的な侵害を受けたときは、自らが訴えるスキルを身につけるような機会やシステムを設けている。
A-1-(1)-⑥ 利用者個人の思想や信教の自由は、他の利用者の権利を妨げない範囲で保障されている。	a)利用者個人の思想や信教の自由は保障されている。 b)一 c)利用者個人の思想や信教の自由が尊重されていない。			□施設において宗教的活動を強要していない。 □個別的な宗教活動の自由は他の利用者の権利を妨げない範囲で保障されている。 □利用者の宗教的活動において他の利用者の権利を妨げないように配慮している。
A-2 日常生活支援サービス				
A—2 — (1) 食生活	- ) 魚声たわい」ノ遊」ノ魚 ごさわ フトミエナ	Г		口魚東担託は、夢に海海が但ももでいて
A-2-(1)-① 良事をおいしく楽しく良べられるよう工夫し、栄養管理にも十分な配慮を払っている。	a) 食事をおいしく楽しく食べられるよう工夫し、栄養管理にも十分な配慮を払っている。 b) 食事をおいしく楽しく食べられるよう工夫し、栄養管理にも配慮を払っているが、十分ではない。 c) 食事をおいしく楽しく食べられるような工夫や配慮を払っていない。			□食事場所は、常に清潔が保たれている。 □食事場所は、安心できる環境として配慮している。 □温かいものは温かく、冷たいものは冷たくという食事の適温提供に配慮している。 □陶器の食器等を使用したり、盛りつけやテーブルの飾りつけを工夫したりするなど、食事をおいしく食べられるように工夫している。 □利用者の体調、疾病、アレルギー等に配慮した食事を提供している。 □バランスのとれた食生活の習得については、無理がないよう配慮し実施している。 □定例的に利用者の嗜好や栄養摂取量を把握し、献立に反映させている。 □生活指導担当職員と給食担当職員との定例的な連絡会議を開催し、食生活の向上などに努めている。 □研修会や講習会に参加し、技術の向上に努めている。 □がイキング方式や屋外での食事、レストランでの外食等、多様な食事の機会を設けている。
A-2-(1)-② 利用者の状況や希望に応じて食事の時間が設定されている。	a) 利用者の状況や希望に応じて食事の時間が設定されている。 b) - c) 利用者の状況や希望に応じて食事の時間が設定されていない。			□朝食、昼食、夕食それぞれの食事時間が、利用者の基本的生活習慣の確立につながるよう設定されている。例:夕食時間は午後6時以降にしている。□就労活動等利用者の状況に応じて、食事時間以外の時間でも個別の食事を提供している。□電子レンジや保温庫、保冷庫等を用意し、食事時間以外にもおいしく食べられるよう配慮している。□無理なく楽しみながら食事ができるように、個人差に応じた食事時間に配慮をしている。

評価基準項目(網掛け部分は推奨基準)	評価の際の判断基準	a b c 評価	評価の根拠	評価の着眼点(チェック項目例)
	a) 利用者の状況に応じて食習慣を習得するための支援を適切に行っている。 b) 利用者の状況に応じて食習慣を習得するための支援を行っているが、十分ではない。 c) 利用者の状況に応じて食習慣を習得するための支援を行っていない。			□食器の使い方や食事のマナーが習得できるよう支援している。 □食習慣の習得を、無理なく楽しみながら身に付けられるよう工夫している。 □テーブル拭き、食器洗い、食器消毒、残飯処理など食後の後片づけの習慣が習得できるよう支援している。 □食品分類やおやつの摂り方等、栄養についての正しい知識を教えている。
 A - 2 - (2)住生活				
A-2-(2)-① 居室等施設全体が、生活の場としての快適さに配慮したものになっている。	a) 居室等施設全体が、生活の場としての快適さに配慮したものになっている。 b) 居室等施設全体が、生活の場としての快適さに配慮されているが、十分ではない。 c) 居室等施設全体が、生活の場としての快適さに配慮していない。			□居室は利用者が個々の生活を演出できる空間が確保されている。 □居室はプライバシーに配慮した構造になっている。 □トイレは利用者の快適さに配慮して設置している。 □浴室は利用者の快適さに配慮して設置している。 □談話室など、憩いの空間を確保している。 □共用部分には行き届いた清掃が行われ、軽度な修繕は迅速に行っている。 □身体に障がいのある利用者がいる場合には、安全に行動ができるように配慮している。
A-2-(3)入浴				
A-2-(3)-① 入浴の支援は、利用者の状況や希望を反映して行われている。	a)入浴の支援は、利用者の状況や希望を反映して行われている。 b)入浴の支援は、利用者の状況や希望を反映して行われているが、十分ではない。 c)入浴の支援が、利用者の状況や希望を反映して行われていない。			□利用者の身体的状況(例:性感染症、刺青、暴力による痣、妊娠)に対して配慮している。 □設定された時間のほかに、利用者の個別の状況に応じて入浴できるよう配慮している。 □入浴の時間帯や回数について、利用者との話し合いで決めている。 □入浴のマナーに関する話合いの機会が持たれている。
 A – 2 – (4) 他者との関係調整				
A-2-(4)-① 利用者と家族との関係再構築のための支援を行っている。	a)利用者と、同居していない子どもや家族等との家族関係の再構築のための支援を行っている。 b)利用者と、同居していない子どもや家族等との家族関係の再構築のための支援を行っているが、十分でない。 c)利用者と、同居していない子どもや家族等との家族関係の再構築のための支援を行っていない。			□施設内で、家族関係に関する相談ができる体制が整えられている。 □子ども、両親、きょうだい等との関係再構築のための具体的な支援を行っている。 □とりわけ、子どもとの関係再構築については、施設として支援の計画を持つとともに、他の関係 機関等とのケースカンファレンス等で、子どもを取り巻く総合的な問題解決方法等の手段を持ち、 具体的に取り組んでいる。 □必要な場合には、医師、弁護士等の専門家や関係機関等との連携を行っている。

評価基準項目(網掛け部分は推奨基準)	評価の際の判断基準	a b c 評価	評価の根拠	評価の着眼点(チェック項目例)
A-2-(4)-② 利用者と、他者との 関係調整のための支援を行っている。	a) 利用者と、他者との関係調整のための支援を行っている。 b) 利用者と、他者との関係調整のための支援を行っているが、十分でない。 c) 利用者と、他者との関係調整のための支援を行っていない。			□施設内で、他の利用者や以前の知人・友人との関係等について相談ができる体制が整えられている。 □必要に応じ、他の利用者との関係づくりのため支援を行っている。 □利用者同士のトラブルについて適切に解決を図っている。 □施設外の人たちとの関係調整のため、訪問や調整会議等の機会を設けている。 □以前の知人・友人との関係調整を図るため関係機関との連携体制が作られている。 □必要な場合には、弁護士等の専門家や婦人相談員、民生委員等との連携を行っている。
<u>  </u> A-2-(5) 自主性・自律性を尊重し	 ルた日常生活支援			
A-2-(5)-① 行事などのプログラ	a) 行事などのプログラムは、利用者が主体的に関わることができるように計画・実行されている。 b) 行事などのプログラムは、利用者が主体的に関わることができるように計画・実行されているが、十分ではない。 c) 行事などのプログラムが、利用者が主体的に関わることができるように計画・実行されていない。			□利用者の趣味や興味にあったプログラムになるよう利用者の要望を反映している。 □利用者の自発的な参画を促すように支援している。 □利用者が施設での生活を楽しめるような企画を利用者と共に行えるように工夫している。 □利用者の状況を考慮し、参加しやすいように内容、時間等を工夫している。 □行事等の参画について、利用者の選択を尊重している。
A-2-(5)-② 利用者が自らの健康について理解を深めるような支援を行っている。	a) 利用者が自らの健康について理解を深めるような支援をしている。 b) 利用者が自らの健康について理解を深めるような支援をしているが、十分ではない。 c) 利用者が自らの健康について理解を深めるような支援を行っていない。			□利用者自らが、健康に留意できる意識を育てている。 □必要な場合には利用者の看病を行っている。 □必要な場合は受診、通院等についての相談・助言、介助、同行等を行っている。 □利用者の意向を尊重しながら、医療の専門家又は医療機関との連携を行っている。 □受診や服薬が必要な場合、利用者にその必要性を説明・助言している。 □誤薬を防ぐシステムが確立している。 □職員間で病状経過、服薬などの情報がきちんと引き継げるシステムができている。 □静養室が確保されている。
A-2-(5)-③ 個別に応じ、利用者への衣食住に関する生活スキル向上の支援を行っている。	a) 個別に応じ、利用者への衣食住に関する生活スキル向上の支援を行っている。 b) 個別に応じ、利用者への衣食住に関する生活スキル向上の支援を行っているが、十分ではない。 c) 利用者への衣食住に関する生活スキル向上の支援を行っていない。			□衣服の清潔保持等、衣生活のスキル向上の支援を行っている。 □入浴等、衛生管理のスキル向上の支援を行っている。 □栄養管理等、食生活のスキル向上の支援を行っている。 □調理等のスキルを学ぶための設備が整っている。 □基礎的な調理技術を習得できるよう、食事やおやつを作る機会を設けている。 □部屋の清掃等、住生活のスキル向上の支援を行っている。

評価基準項目(網掛け部分は推奨基準)	評価の際の判断基準	a b c 評価	評価の根拠	評価の着眼点(チェック項目例)
A-2-(5)-④ 利用者が新しく生活を立て直すために、十分な相談体制をとっている。	a) 利用者が新しく生活を立て直すために、十分な相談体制をとっている。 b) 利用者が新しく生活を立て直すために相談体制をとっているが、十分ではない。 c) 利用者が新しく生活を立て直すための相談体制をとっていない。			□利用者が今後の生活を立て直すための相談にあたり、多様な選択肢を用意している。 □夜間・休日でも利用者の相談に応じられる体制をとっている。 □必要に応じて、専門の相談機関を紹介している。 □個別相談に応じるためのスペースが確保されている。 □健康相談、将来の生活設計等に対する支援を行う職員との信頼関係が構築されている。
者の特性により生じる心理的な課題をもつ利	a)婦人保護施設の利用者の特性により生じる心理的な課題をもつ利用者に対して、心理的な支援を行っている。 b)婦人保護施設の利用者の特性により生じる心理的な課題をもつ利用者に対して心理的な支援を行っているが、十分ではない。 c)婦人保護施設の利用者の特性により生じる心理的な課題をもつ利用者に対して、心理的な支援を行っていない。			□婦人保護施設の利用者の特性により生じる心理的な課題をもつ利用者については、個別支援 (サービス実施) 計画に基づき、心理療法担当職員によりその解決に向けた心理支援プログラムが 策定されている。 □精神的な疾病・障がい、知的障がいを持っている利用者が抱えている精神的な不安を十分に理解 し受け止めたうえで支援が行われている。 □心理支援プログラムにおいて個別・具体的方法が明示されており、その方法により心理的支援が 実施されている。 □日常生活の中で、心理的な援助が行える体制ができている。 □以要に応じて心理の専門家から直接的支援を受ける体制が整っている。 □心要に応じて心理の専門家から直接的支援を受ける体制が整っている。 □心理的なケアが必要な利用者への対応に関する職員研修やスーパービジョンが行われている。 □必要に応じ、医療機関との連携が図られている。
A-2-(5)-⑥ 利用者の職業能力開発や就労支援を行っている。	a) 利用者の職業能力開発や就労支援を行っている。 b) 利用者の職業能力開発や就労支援を行っているが、十分ではない。 c) 利用者の職業能力開発や就労支援を行っていない。			□公共職業安定所の活用や就職先の開拓など、利用者の心身状態や意向に配慮した就労支援を行っている。 □職業能力や適性について、婦人相談所と充分に共通理解がされる等、連携が図られている。 □利用者の適性や経験・希望に配慮した職場探し、能力開発についての相談や情報提供等の支援を行っている。 □就労に不安を持つ利用者については、事情や背景を十分考慮しながら相談・助言を行っている。 □施設内で、就労支援のための講座・勉強会等を行っている。 □施設内で、就労支援のための講座・勉強会等を行っている。 □職場環境に関する相談・助言を行っている。 □職場環境に関する相談・助言を行っている。 □職場での権利侵害等の訴えに対して適切な対応をしている。 □障がい者手帳の交付を受けて就労をめざす利用者には、障がい者雇用の枠を利用し、就労がスムー ズに行えるよう支援している。 □希望に応じて、定期的な職場訪問を実施するとともに、その結果を利用者に伝え、よりよい就
A-2-(5)-⑦ 利用者が必要に応じて社会資源を有効に利用できるように支援を行っている。	a) 利用者が必要に応じて社会資源を有効に利用できるように支援を行っている。 b) 利用者が必要に応じて社会資源を有効に利用できるように支援を行っているが、十分ではない。 c) 利用者が必要に応じて社会資源を有効に利用できるような支援を行っていない。			労の継続ができるよう支援している。 □利用者が、自身に関わる社会資源の正確な名称や機能を理解できるよう努めている。 □掲示板等を活用し、諸制度に関して常に新しい情報提供に努めている。 □関係機関や施設等へ同行している。 □書類記入などの申請手続きの側面的支援を行っている。 □専門機関・自助グループ等についての相談・紹介を行っている。

評価基準項目(網掛け部分は推奨基準)	評価の際の判断基準	a b c 評価	評価の根拠	評価の着眼点(チェック項目例)
	a) 利用者が性について理解を深めるための取り組みを行っている。 b) 利用者が性について理解を深めるための取り組みを行っているが、十分ではない。 c) 利用者が性について理解を深めるための取り組みを行っていない。			□利用者の状況に応じた性教育のカリキュラムを用意し、性知識などを学ぶ機会を設けている。 □性教育について、職員の学習会を実施している。 □性について、職員と利用者が率直に話し合う機会を設けている。
A-2-(5)-⑨ 金銭の管理や使い方など経済観念が身につくよう支援している。	a) 金銭の管理や使い方など経済観念が身につくよう支援している。 b) 金銭の管理や使い方など経済観念が身につくよう支援しているが、十分ではない。 c) 金銭の管理や使い方など経済観念が身につくような支援を行っていない。			□施設が金銭管理を行う場合は、利用者と協議のうえ、その範囲や方法等について決定している。また、このことを文書にして確認している。 □計画的な小遣いの使用等、金銭の自己管理ができるよう支援している。 □無駄遣いをやめ、節約したことによる効果が実感できるようなお金の使い方を体験できるように工夫している。 □小遣いの使途については、利用者の自主性を尊重し、不必要な制約を加えていない。 □一定の生活費の範囲で生活することを学ぶプログラムを実施している。
A-2-(5)-⑩ 利用者に対する債務整理のための支援を行っている。	a) 利用者に対する債務整理のための支援を行っている。 b) 利用者に対する債務整理のための支援を行っているが、十分でない。 c) 利用者に対する債務整理のための支援を行っていない。			□債務があった場合の相談ができる体制が整えられている。 □消費者金融の制度や債務返済についての研修に施設として取り組んでいる。 □必要な場合には、弁護士、警察等と相談できる体制を施設として作っている。 □必要な場合には、弁護士、警察、裁判所調査員等の専門家や民生委員等との連携を行っている。 □一時的に身を隠す場所や手段等をあらかじめ準備している。
 2-(6) 利用者の安全の確保				
A-2-(6)-① 夫等の暴力により保護を必要とする利用者の安全確保を適切に行っている。	a) 夫等の暴力により保護を必要とする利用者の安全確保を適切に行っている。 b) - c) 夫等の暴力により保護を必要とする利用者の安全確保を行っているが、十分ではない。			□安全確保と精神的ケアを目的とした相談・支援を行っている。 □本人の所在の秘匿について関係機関と協議し、理解と協力を得ている。 □夫等から発見される等の怯えがみられる利用者について、外部との連絡のとり方、日常生活の代行等、きめ細かい対応ができる体制がとられている。 □安全確保のための方法についてマニュアルを作成し、常に職員や利用者に周知を図っている。 □夫等から発見される等おそれが出てきた場合には、婦人相談所、福祉事務所や警察等と連携して他施設へ移動できる体制が整っている。