190701

有老協・サービス第三者評価プログラム
Ver7.1

(Copyright 有老協 2004- All Rights Reserved)

現　　行	改　定　版
有料老人ホームサービス第三者評価プログラム Ver6.4 1．事業のねらい 有料老人ホーム等の高齢者向け住まい事業者には、自立者、要支援者、要介護者等、様々な状態の入居者に対し、日々の生活支援から介護までのサービス提供について、常に自ら質の向上を図ることが求められる。他方で、平成12年度の介護保険制度施行を機に、有料老人ホームにおける介護サービスの一部は、“特定施設入居者生活介護”事業に位置づけられ、また平成18年度には“介護予防特定施設入居者生活介護”及び“地域密着型特定施設入居者生活介護”事業が創設された。ただし同年には地方公共団体がこれら特定施設事業の指定を拒否できる総量規制が開始されたことから、有料老人ホーム類型上では、こうした介護付ホームは相対的に減少している。 有料老人ホームが提供する各種サービスは、実際にサービスを受けてみなければ質の良否が見極めにくいことから、入居者が自分に合ったホームを選択する上で、サービスの質や内容を第三者が評価した情報の公開が不可欠である。 したがって本協会が実施するサービス評価事業は、会員事業者が提供するサービスの現状を第三者評価機関が適正に評価することによって、サービスの質の確保・向上を図り、ひいては入居希望者の選択に資することを目指している。	有老協 ・ サービス第三者評価プログラム Ver7.1 1．事業のねらい 有料老人ホーム等の高齢者向け住まい事業者は、入居者の状態（自立、要支援、要介護）に関わらずその安心と安全を確保しつつ、提供するサービスについては、常にその質の向上を図り、入居者の生活の質を高め続けなければならない。 しかしながら、有料老人ホーム等が提供する各種サービスは、実際にサービスを受けてみなければ質の良否が見極めにくいことから、入居者が自分に合ったホームを選択する上で、サービスの質や内容を第三者が評価した情報の公開が不可欠である。 このため本協会は、平成12年に厚生労働省の補助金事業で本評価プログラムを作成し、平成15年度から第三者評価事業に着手した。 本事業は、会員事業者が提供するサービスの現状を第三者評価機関が適正に評価することにより、サービスの質の向上を図り、ひいては入居希望者の選択に資することを目指している。 令和元年度は、事業環境の変化やサービスの質向上の観点で既存スケールの統合整理を行い、また既存スケールで従来A評価が高かった項目のグレードアップや新規スケールの設置を行った。なお、本プログラムに基づく第三者評価は、ホーム類型を問わず、ホームで直接介護職員を配置しているものに限定することとした。
2．評価プログラム(Ver.6.4) 事業に用いる評価プログラムは、平成13年度に社会福祉・医療事業団（現在の医療機構）の補助金を得て策定したもので、その後事業関係法令の改正等に伴って内容を改訂し続	2．評価プログラム(Ver7.1)

けている。

（1）プログラムの理念

評価プログラムは、次の3つの基本理念に基づき構成されている。

❶個人意思の尊重

すべて入居者は、個人としての尊厳を重んぜられ、その尊厳にふさわしいサービスを保障される権利を有すること

❷自立支援

介護を含むすべてのサービスが、入居者の自立支援という観点で提供されること。また、自己決定のできない入居者に対しては、家族等の連携のもとで適切なサービスが提供されること

❸サービスの質の向上

入居者への個別対応の方法を常に検討し、さらにサービス全体の質を高めるための努力が行われていること。また、入居者と社会との関わりについて、十分な配慮が行われること

（2）評価スケール

有料老人ホーム等は、それごとにサービスの特徴が異なっており、入居者においてもハード面を重視する方もいればサービス面を重視する方もいる。この、一元的な捉え方が難しい“サービス”の評価、ということを念頭に置けば、ホーム全体の評価については、価格や他の要素なども加味する必要がある。したがって、評価の結果として、Aスケールの合計数の多寡が必ずしも当該施設の優劣を判断するものとは限らないことに留意が必要である。

そのため、本評価事業では、特にスケーリングが簡易にできるよう評価スケールを設定し、総合評点制度や利用者調査（アウトカム）等は実施していない。

令和元年度、事業環境の変化やサービスの質向上の観点でスケールの統合や新規スケールの追加、軽微な文言修正を行ったものが、本 Ver7.1 である。

①全体構成

評価スケールは、以下の7つのグループのもと、全 108 項目から成っている。

大項目（7群）	小項目（108項目）
1. 事業主体の経営姿勢	21項目
2. ホームの運営方針	30項目
3. 建物・設備	7項目
4. 生活サービス	6項目
5. 食事サービス	7項目
6. ケアマネジメント	15項目
7. ケアサービス	22項目

（1）プログラムの理念

評価プログラムは、次の3つの基本理念に基づき構成されている。

❶個人意思の尊重

すべて入居者は、個人としての尊厳を重んぜられ、その尊厳にふさわしいサービスを保障される権利を有すること

❷自立支援

介護を含むすべてのサービスが、入居者の自立支援という観点で提供されること。また、自己決定のできない入居者に対しては、家族等の連携のもとで適切なサービスが提供されること

❸サービスの質の向上

入居者への個別対応の方法を常に検討し、さらにサービス全体の質を高めるための努力が行われていること。また、入居者と社会との関わりについて、十分な配慮が行われること

（2）評価スケール

有料老人ホーム等は、それぞれにサービスの特徴が異なっており、入居者においてもハード面を重視する方もいればサービス面を重視する方もいる。この、一元的な捉え方が難しい“サービス”の評価、ということを念頭に置けば、ホーム全体の評価については、価格や他の要素なども加味する必要がある。したがって、評価の結果として、Aスケールの合計数の多寡が必ずしも当該ホームの優劣を判断するものとは限らないことに留意が必要である。

そのため、本評価事業では、特にスケーリングが簡易にできるよう評価スケールを設定し、総合評点制度や利用者調査（アウトカム）等は実施していない。

①全体構成

評価スケールは、以下の7領域・全72スケールである。

	領　域	スケール数
1	設置者の経営方針・内部統制	12
2	職員の資質向上	8
3	入居契約	9
4	サービスの提供方針	12
5	生活支援、食事サービス	11
6	ケアマネジメント	6
7	介護サービス	14

※詳細は後掲 ②評価スケールの内容 　上記の小項目それぞれについて、A・B・Cの評価水準を設定している。 　例：1-1-2　経営における社会的責任 　有料老人ホーム事業者に求められる関係法令・規範等を遵守すべく、どのような取り組みを行っていますか。 A　遵守すべき法令・規範・倫理等を盛り込んだ自主行動基準を策定し、必要な職員研修を実施している。 B　法令・規範・倫理遵守等をテーマにした職員研修を行い、職員に啓発している。 C　上記の取り組みを行っていない。 　Bスケールを、法令等遵守又は本協会が考える基本水準としており、Aスケールはこれを満たした上でさらに優れた取り組みと認められる場合に設定している。ただし。第三者機関の評価に際し、Aスケールで定義づけられた取り組みと異なる独自の取り組みが行われている場合は、評価機関が判断することとなる。また、CはBの水準を満たしていない場合のスケールである。 　なお、評価スケールによってはホームが提供すべきサービスの範囲外であるものもある。例えば、住宅型ホームでは特定施設利用計画の作成に関するスケールなどで、この場合は「非該当」となる。ただし、ホームが自己評価上で非該当としたスケールでも対応すべきものである場合は、評価機関がA～Cのいずれかの評点を付すこととなる。 ③評価スケールの個別解釈 　評価スケールごとに、「評価のポイント」を設置してあるが、これは老人福祉法や有料老人ホーム設置運営標準指導指針、介護保険法令、消費者契約法、等において、事業者に求められるコンプライアンス上の要求事項を簡単に解説した内容や、評価スケールを解釈するためのポイントを示している。 ④評価スケールで使用する用語 ※後掲2.	②評価スケールの内容 　本評価スケールは、3つのレベルで構成している。 　まず、Bスケールを法令等遵守又は本協会が必要と考える水準とし、これを満たした上でさらに優れた取り組みと認められる取り組みをAと評価する。また、Bスケールの水準を満たさない場合をCとしている。 ③評価スケールの解釈 　評価スケールごとに、「評価のポイント」を設置し、関係法令等の要求事項や、A評価の意味等について説明している。 （3）評価機関の役割 　評価機関は2年に1回、成果入札で2～3機関を選定するが、その業務については、別途、「サービス第三者評価ガイドブック」に示している。 　評価の実施においては、事前に入居契約書等の文書を確認したうえで、受審ホームの自己評価結果を検討、さらに現地調査で自己評価の根拠資料を精査した上で、最終的に公正中立・専門的な見地での評価を行う。 　また、特に優れた取り組みやさらに取り組むことで質の向上が可能となる内容について、所見を作成する。

第１群　設置者の経営方針・内部統制

1.1.1　経営姿勢の周知	１－１　経営方針等の周知
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
事業主体の経営姿勢を、どのような形で周知していますか。 A　法令遵守等を含む自主行動基準を策定し、公表している。 B　関係法令等の遵守について、企業理念に盛り込んでいる。 C　上記の取り組みを行っていない。	法人の経営方針及びホームの運営方針を、どのような形で成文化し周知していますか。 A　経営方針とホームの運営方針を、自主行動基準に含めて公表している。 B　経営方針とホームの運営方針を文書化し、公表している。 C　上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
関係法令を遵守する姿勢を企業理念（経営理念）文書等に規定することをB（評価）とした。諸種の経営姿勢や方針について、自主行動基準（コンプライアンスルール。協会参考モデルもあり。）に基づき【法令遵守・企業理念・具体的な項目についての行動基準】等をとりまとめ、消費者に対し、インターネット等を通じて公表することで、経営の透明性を確保している場合をAとした。	法人の経営方針及びホームの運営方針について公表しているかどうか、を問うものである。単に文書化するだけでなく、これらを自主行動基準（法令遵守、各種行動基準、等。協会参考モデルあり。）に取り込んだ上で公表する経営姿勢について、A 評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「自主行動基準」、「経営・ホーム運営方針の公表文書」、等	

1.1.2　経営における社会的責任	１－２　経営における社会的責任
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
有料老人ホーム事業者に求められる関係法令・規範等を遵守すべく、どのような取り組みを行っていますか。 A　遵守すべき法令・規範・倫理等を盛り込んだ自主行動基準を策定し、必要な職員研修を実施している。 B　法令・規範・倫理遵守等をテーマにした職員研修を行い、職員に啓発している。 C　上記の取り組みを行っていない。	有料老人ホーム事業者に求められる倫理規範、関係法令等について、職員に周知していますか。 A　遵守すべき倫理規範、関係法令等を盛り込んだ自主行動基準を策定し、職員研修を行っている。 B　遵守すべき倫理規範、関係法令等をテーマにした職員研修を行っている。 C　上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
コンプライアンスについて、職員研修のカリキュラムに加えている場合をBとし、さらに自主行動基準を策定し、これに沿った職員研修を行っている場合をAとした。	高齢である入居者の安心・安全を守り抜く有料老人ホーム事業では、職員には高い倫理観が求められる。自主行動基準に必要な事項を規定した上で、職員研修を実施する取り組みを、A 評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「自主行動基準」、「職員研修実施記録」、等	

1.1.3 コンプライアンスへの取り組み	１－３　コンプライアンスへの組織的取り組み
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
全社的に自主行動基準の活用を図っていますか。 A 社内にコンプライアンス委員会を設置するなど、組織的に自主行動基準を運用している。 B 自主行動基準を策定し、職員に周知している。 C 自主行動基準の策定・運用を行っていない。	法人として自主行動基準の活用を図っていますか。 A 法人にコンプライアンス委員会を設置するなど、組織的に自主行動基準を運用している。 B 自主行動基準を策定し、職員に周知している。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
自主行動基準を策定規定するだけでなく、委員会や責任者を設置するなどして組織的に運用している場合をAとした。	自主行動基準を策定した上で、委員会や責任者を置くなどして組織的に運用する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例:「自主行動基準」、「委員会等の実施記録」、等	

1.1.4　法人の事業計画策定	１－４　法人事業計画の策定
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
適切に事業計画を策定していますか。 A 中期以上の事業計画を策定し、必要な都度見直しを行っている。 B 単年度の事業計画を策定している。 C 上記の取り組みを行っていない。	有料老人ホーム事業についての事業計画を策定していますか。 A 中期事業計画を策定し、必要な都度見直しを行っている。 B 1年ごとに事業計画を策定している。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
法人としての事業計画（具体的な事業目標と収支予算が設定されているもの）について、単年度計画だけでなく中・長期計画（概ね3年以上）を立てた上で、当該事業計画が形骸化しないよう、適宜見直しを行っているか、を問うものである。 中長期計画を策定していても見直しを行っていない場合はBとする。	有料老人ホーム経営の安定性確保の観点で、事業計画（具体的な事業目標と収支予算）の作成は重要であるが、中期計画（3期以上）を立てた上で、形骸化しないよう適宜見直しを図る取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「事業計画書」「計画修正に関する資料」、等	

2.1.2　ホームの事業計画の策定・評価	１－５　ホーム事業計画の策定
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
事業計画を定め、これに沿った事業運営を行っていますか。 A 食事・生活・介護等の業務部門ごとに年間の事業計画を定めている。 B ホーム全体での年間事業計画（活動目標、サービス向上のための取り組み）を定めている。 C 上記の取り組みを行っていない。	ホームの事業計画をどのように定めていますか。 A 食事・生活・介護等の業務部門ごとに、事業計画を定めている。 B ホーム全体での事業計画を定めている。 C 上記の取り組みを行っていない。

□評価のポイント	□評価のポイント
運営の質を向上させるために、具体的な事業計画を定め、全職員が目標を持って取り組むことが重要である。事業部門ごとに計画を作成・実行し、結果を評価するまでの取り組みを行っている場合をAとした。なお、1-1-4 でいう法人の事業計画の中に、ホームとしての各事業部門の事業計画（予算収支がなくても可）が一体的に含まれている場合もAとする。	ホームの事業計画（活動内容、収支予算）について、業務部門ごとに作成する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「事業計画書（予算込）」、等	

1.2.1　財務健全性の確保	１－６　財務健全性の確保
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
法人の財務状況について、健全性確保への取り組みを行っていますか。 A　財務の健全性確保に向けた具体的な取り組みを行っており、事業計画の目標を達成している。 B　財務の健全性確保に向けて具体的な取り組みを行っている。 C　上記の取り組みを行っていない。	法人の財務状況について、健全性確保への取り組みを行っていますか。 A　財務の健全性確保に向けた具体的な取り組みを行っており、事業計画の目標を達成している。 B　財務の健全性確保に向けて具体的な取り組みを行っている。 C　上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
事業の安定経営を確保する上では、法人の財務状況を安定化させることは最も重要な要素である。現状で財務（決算）状況を維持、または必ずしも良好な状況でない場合は改善を図るなど、計画的に取り組んでいるかどうかを問うものである。	法人の財務状況の安定化は、経営の継続性の観点で最も重要な要素である。財務（決算）状況を維持、または必ずしも良好な状況でない場合は改善を図るなどの取り組みを行いつつ、直近期で事業計画の目標を達成している場合を、A 評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「直近決算書」、「事業報告書」、等	

1.2.2 資金管理	１－７　適切な資金管理
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
法人の保有資金について、透明性が確保された資金管理を行っていますか。 A　資金運用等のルールが定められており、運用等に当たっては役員会等の機関決定を行ない、結果が報告されるようになっている。 B　資金運用等のルールが定められている。 C　上記の取り組みを行っていない。	法人の保有資金について、透明性が確保された資金管理を行っていますか。 A　資金運用等のルールが定められており、運用等に当たっては役員会等の機関決定を行ない、結果が報告されるようになっている。 B　資金運用等のルールが定められている。 C　上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
入居一時金等の前払金を含め、社内資金の運用（投資、外部への貸付等）規程を定め、適切にマネジメントを実施しているかどうかを問うものである。	法人内の資金運用（投資、外部への貸付等）ルールを定め、適切に内部統制を行う取り組みを、A 評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「資産運用規程」、「運用方法の機関決定記録」、等	

1.2.3 経理業務の内部統制	１－８　経理業務の内部統制
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
法人の経理業務について、内部牽制等の内部統制体制を構築していますか。 A　経理業務に関する内部牽制を定めた規程等に基づいて、入出金担当者と会計事務担当者の役割分担、会計事務担当者の上長による銀行印等の管理が行われており、それら経理事務の実行状況について照合や突合等の監査が行われている。 B　入出金担当者と会計事務担当者との役割分担があり、会計事務担当者の上長が銀行印等を管理するなど、適切な経理管理の仕組みが構築されており、それらが経理規程等で明文化されている。 C　上記の取り組みを行っていない。	法人の経理業務について、内部統制を構築していますか。 A　経理業務に関する内部牽制を定めた規程等に基づいて、入出金担当者と会計事務担当者の役割分担、会計事務担当者の上長による銀行印等の管理が行われており、それら経理事務の実行状況について照合や突合等の監査が行われている。 B　入出金担当者と会計事務担当者との役割分担があり、会計事務担当者の上長が銀行印等を管理するなど、適切な経理管理の仕組みが構築されており、それらが経理規程等で明文化されている。 C　上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
社内資金を適切に管理し、本来の目的外の使用や横領などが行われないよう内部的な牽制の仕組みを取り入れているかどうかを問うものである。	社内資金を適切に管理し、本来の目的外の使用や横領などが行われないよう、内部的な牽制の規程に基づき経理業務を行う取り組みを、A 評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「経理業務関係規程」、「内部統制に関する規程」、等	

2-3-7 介護保険会計との区分	１－９　事業会計の区分
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
有料老人ホーム事業と介護保険指定事業について、会計の区分を行っていますか。 A　按分基準を定めて会計区分を行い、結果を公表している。 B　按分基準を定めて会計区分を行っている。 C　会計区分を行っていない。	有料老人ホーム事業と介護保険事業、その他の事業について、会計区分を行っていますか。 A　按分基準を定めて会計区分を行い、入居者や家族の求めに応じ内容を閲覧に供している。 B　按分基準を定めて会計区分を行っている。 C　上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
令では、介護保険指定事業（特定施設、訪問介護事業、等ごと）の会計と、その他の事業会計と区分しなければならない、と規定している。 会計区分を行うことは法律で定められている必須事項であり、さらに区分内容について、情報を公表する取り組みについてAとした。 ※法人が介護保険事業を一切行っていない場合は、【非該当】	有料老人ホーム事業、介護保険事業、その他法人が実施する事業については、指導指針（「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」。以下、指導指針という。）及び介護保険法令で義務付けられている。事業ごとに会計区分を行い、さらに入居者や家族の希望があれば閲覧に供する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「事業活動計算書等の会計帳簿」、等	

1.5.1 入居者の権利擁護	１－１０　入居者の権利擁護への取り組み
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入居者の権利擁護（プライバシー、サービスの選択権、苦情など）についてどのような取り組みを行っていますか。 A 入居者の権利擁護について成文化し、職員に徹底するとともに、入居者や家族等に周知するため、ホーム内への掲示や文書の配布などを行っている。 B 入居者の権利擁護について成文化し、職員への指導を行っている。 C 上記の取り組みを行っていない。	入居者の権利擁護（プライバシー、サービスの選択権、虐待防止、苦情対応等）についてどのような取り組みを行っていますか。 A 入居者の権利擁護についての文書を職員、入居者、家族へ周知し、必要な職員研修を実施している。 B 入居者の権利擁護について成文化し、職員、入居者、家族へ周知している。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
入居者の権利擁護に係る姿勢を明文化し、公表している場合をAとした。	入居者の権利擁護に関する規程等に基づき、職員研修等により周知徹底する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「権利擁護関係規程」、「職員研修の実施記録」、等	

1.3.2 個人情報保護義務	１－１１　個人情報保護への取り組み
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入居者等の個人情報保護に向け、どのような取り組みを行っていますか。 A 個人情報保護について規程を定め、職員研修等を通じて周知徹底を図っている。 B 個人情報保護について規程を定めている。 C 上記の取り組みを行っていない。	入居者等の個人情報保護について、どのように取り組んでいますか。 A 法令に基づく個人情報保護規程を定め、職員研修等を通じて周知徹底を図っている。 B 法令に基づく個人情報保護規程を定めている。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
指針では、入居者や身元引受人の連絡先名簿、また入居者の状況に関する帳簿を整備しておくこと、と規定している。 本項と次項では管理すべき情報を2つに分けており、本項では個人情報保護法、厚生労働省・等に基づく情報管理の取り組みについて問うものである。個人保護の規程に係る要素として最低限求められるものは、「保護方針、保護規程、公表事項文書」である。これらを周知するための方法としては、職員研修や各種ミーティング等がある。	個人情報保護法、厚生労働省のガイダンス等で求められる対応について、職員への周知徹底を具体的に図る取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「個人情報保護規程」、「職員研修実施記録」、等	

1.3.1 事業関連情報の共有	１－１２　事業関連情報の共有
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
有料老人ホーム事業に関連する法規や各種の情報について、社内共有が図られていますか。 A 必要な情報は一定の方法で社内に伝達し、職員が必要に応じていつでも利用できるよう管理が行われている。 B 必要な情報は、一定の方法で社内に伝達している。 C 上記の取り組みを行っていない。	有料老人ホーム事業の関係法令や各種の情報について、社内共有を図っていますか。 A 必要な情報を一定の方法で職員に伝達し、その実効性を確認している。 B 必要な情報を一定の方法で職員に伝達している。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
事業環境に適切に対応できるような情報共有と、当該情報の一元管理の実施状況について問うものである。	遵守すべき法令内容や事業に必要な情報が、適切な方法で職員に伝達されているかを確認している取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「外部情報の管理規程」、「職員の情報利用関係規程」、等	

第２群：職員の資質向上

1.4.1 職員の育成	２－１　職員の能力向上
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
職員の能力向上に関して、どのような取り組みを行っていますか。 A 職階ごとの人材育成計画に基づき、職員一人ひとりの育成計画を策定している。 B 職階ごとの人材育成計画を策定している。 C 上記の取り組みを行っていない。	職員の能力向上に関して、どのような取り組みを行っていますか。 A 職員一人ひとりについての育成計画（キャリア・パス）を策定している。 B 職階等ごとに人材育成計画を策定している。 C 上記の取り組みを行っていない。。
□評価のポイント	□評価のポイント
キャリア・パスの設置を推進する観点で、職階（入職時期、雇用年数、役職、等）によって人材育成の具体的計画を策定する場合を、Bとした。その上で、個人別に明確な育成計画を策定している場合をAとした。	職階（入職時期、雇用年数、役職、等）ごとの育成計画だけでなく、キャリア・パスへの取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「人材育成関係規程」、「キャリア・パス関係規程」、等	

1.4.2 職員の評価・報酬	２－２　職員の人事評価
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
職員の業務実施に対して、適切な評価や報酬上の反映を行っていますか。 A 個人の能力向上への意向を把握した上で人事管理を行い、評価結果を給与や待遇面で評価するためのルールを運用している。 B 評価結果を給与や待遇面で評価するためのルールがある。 C 上記の取り組みを行っていない。	職員への適切な人事評価を実施していますか。 A 人事評価基準に基づく評価を実施し、結果を本人に説明している。 B 人事評価基準を策定して、評価を実施している。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
キャリア・パス上で、職員を育成するとともに、結果を適切に評価することが重要である。その結果を給与面や昇格等の待遇面に反映させているかどうか、を問うものである。 業務に関する本人の意向を定期・不定期に把握する取り組みを行っている場合を、Aとした。	人事評価基準を策定し評価の実施結果を本人に説明することは、本人の気づきや改善すべき内容の理解につながる。こうした取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「人事評価規程」、「給与関係規程」、等	

1.4.5 職員の就業状況への配慮	２－３　職員の定着率向上への取り組み
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
職員の就業状況を把握し、改善につなげる取り組みを行っていますか。 A 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、改善を検討するための仕組みがある。 B 職員の就業状況や意向を定期的に把握している。 C 上記の取り組みを行っていない。	職員の離職防止のために、どのような取り組みを行っていますか。 A 職員の待遇改善を図るためのルールを定め、さらに職場環境や業務の改善に取り組んでいる。 B 職員の待遇改善を図るためのルールを定めている。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
職員の就業状況等を少なくとも年1回以上の頻度で定期的に把握した上で、就業条件の改善へつなげる取り組み（検討組織、労務管理制度等）を行っている場合をAとした。	職員の待遇改善に関するルール（就業規則、報酬規程、キャリア・パス等）を定め、さらに具体的に各種の改善活動を実施する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「待遇改善に関する規程」「職員面談記録」、「業務改善に関する規程」	

1.4.6 中間管理職の役割	２－４　施設長の能力向上
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
中間管理職がその役割を果たすための仕組みがありますか。 A 中間管理職としての職務分掌に基づく職員研修を行い、日常業務においては業務量が加重にならないよう配慮している。 B 中間管理職としての職務分掌に基づき、必要な職員研修を行っている。 C 上記の取り組みを行っていない。	施設長のスキルアップに取り組んでいますか。 A 施設長の業務マニュアルを作成して業務にあたり、外部研修の受講機会を確保してスキルの向上に取り組んでいる。 B 施設長の業務マニュアルを作成して業務にあたっている。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
中間管理職の位置付けが明確になっており、フォローアップが行われているかどうか、を問うものである。ここでいう「中間管理職」とは、小規模ホームの場合、例えば施設長と現場の一般職員をつなぐグループリーダー立場の者を指す。 必要な対応を図りつつ、過重な業務量とならないような配慮を行っている場合をAとした。	ホームで発生する事故や事件を予防し、入居者の安心・安全を守る上では、施設長の高いマネジメント能力は欠かせない要素であり、マニュアルに基づく業務実施のほかに、本協会の認定施設長となる、外部の施設長業務に関する研修を受講する、等の取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「施設長業務マニュアル」、「施設長の外部研修受講記録」、等	

1.4.7　資格取得への支援	２－５　資格取得への支援
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
職員に対して、ホームが必要とする業務関連資格の取得支援を行っていますか。 A 資格取得に対する便宜を図り、業務上必要な資格を有している者には、必要に応じて給与待遇面で便宜を図っている。 B 資格取得を奨励し、何らかの便宜を図っている。	職員に対して、ホームが必要とする業務関連資格の取得支援を行っていますか。 A 資格取得に対する便宜を図り、業務上必要な資格を有している職員には、必要に応じて給与待遇面で便宜を図っている。 B 資格取得を奨励し、何らかの便宜を図っている。

C 上記の取り組みを行っていない。	C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
ホームとしての、職員のスキルアップへの支援を評価する項目。職員が資格取得をする場合に、取得費用を負担したり、特別休暇を付与したり、平常勤務の取り扱いをしたりするなどの支援を行っている場合はB、さらに資格取得者に対して給与や待遇面での配慮を行う場合をAとした。 なお、ここでいう「職員」は、全社員の場合か、また正社員のみの場合かは問わない。	職員が業務上で必要な資格を取得するために、ホームには何らかの支援が求められるが、取得した資格について報酬等で評価する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「資格取得支援・報酬上の評価に関する規程、記録」、等	

6-3-1 職員の技術向上	２－６　職員の介護技術向上
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
介護職員の個別性に着目した、介護技術の向上への取り組みを行っていますか。 A 業務マニュアルに基づき職員研修を実施する上で、職員の経験や能力、職階を踏まえた職員研修計画を作成し、定期的に実施している。 B 標準的な介護方法を示した業務マニュアルに基づき、必要に応じて職員研修を実施している。 C 上記の取り組みを行っていない。	職員の介護技術向上に、どのように取り組んでいますか。 A. 認知症への専門的な対応方法を含む業務マニュアルに基づき、職員研修を実施している。 B. 業務マニュアルに基づき、職員研修を実施している。 C. 上記の対応を行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
指針では、職員の採用時及び採用後において定期的に職員研修を実施すること、とし、特に生活相談員及び直接処遇職員については、高齢者の心身の特性、実施するサービスのあり方及び内容、介護に関する知識及び技術、作業手順等について職員研修すること、と規定している。 令では、指定特定施設入所者生活介護事業者は、特定施設従業者の資質向上のために、その職員研修の機会を確保しなければならない、と規定している。 本項目の設問上の軸は、職員研修の計画性にある。スポットでの職員研修の実施なのか、ある程度職種ごとに計画性を持っているか、1 年間の（職種や職員ごとの）職員研修事業計画を定め、実施しているかどうか、が評価の分かれ目となる。 ※住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置しないものは【非該当】	指導指針では、職員の採用時及び採用後において定期的に職員研修を実施することとされている。業務マニュアルに認知症への対応方法を規定した上で研修を実施する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「業務マニュアル」、「職員研修計画表」、「職員研修実施記録」	

2.3.2　夜間の職員配置	２－７　夜間の職員配置
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
介護・看護職員の夜勤配置は、どのようになっていますか。 A 介護職員に加え、看護職員も常に配置している。 B 介護職員を常に配置している。 C 配置していない。	夜間の職員体制をどのようにしていますか。 A 夜間の急病や緊急事態に備え、介護職員又は看護職員を配置している。 B 夜間の緊急事態に備え、職員を配置している。 C 上記の対応を行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
指針では、入居者の実態に即して、夜間の介護や緊急時に対応できる数の職員を配置すること、としている。指針、介護保険指定基準では、夜間の職員配置については数を求める規定がない。実態として要介護者のいないホームでは、宿直専門員のみを配置しているホームもある。本項では、高齢者の身体特性を考えると、夜間の急変に初期的に対応するには、看護職員が配置されていることが望ましい、との考えに立っている。 併設する診療所の看護職員や、併設する訪問介護事業所など居宅サービス事業所としての夜勤職員は、ホームの夜勤職員としてはカウントできないことに注意が必要。 ※現に要介護者がいないホームは、【非該当】	指導指針では、ホームの類型を問わず夜間の緊急対応が可能なよう職員配置を義務付けている。特に、住宅型ホームでの夜間未配置による火災・急病時対応の必要性について、地方自治体の指導が強化されている状況に鑑み、介護・看護職員を夜間に配置（夜勤か宿直かは問わない。）する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「職員体制表」	

1.5.3 虐待防止への組織的対応	２－８　虐待防止・身体拘束廃止への組織的対応
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入居者への虐待を防止するための組織的な取り組みを行っていますか。 A 虐待防止指針の運用において、現場の職員が参画するチームを組織している。 B 職員研修の実施、苦情処理体制の整備を含む虐待防止指針を定めて運用している。 C 上記の取り組みを行っていない。	入居者へ虐待等を行わないために組織的な取り組みを行っていますか。 A 行動指針を整備し、委員会・職員研修を定期的に実施するとともに、事故や苦情等の発生事例内容を検証している。 B 行動指針を整備し、委員会・職員研修を定期的に実施している。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
高齢者虐待防止法に基づき、ホームが行うべき虐待防止への取り組みについて、具体的な行動指針を定め、さらに運用においては職員が参画する委員会等のチームを組織している場合をAとした。上記でいう「虐待防止指針」には、同法が求める「苦情処理体制の整備」「虐待防止のための措置」「職員の通報義務の周知」が含まれるものとする。	指導指針では、ホームの類型に関わらず、高齢者虐待防止法に基づき「苦情処理体制の整備」「虐待防止のための措置」「職員の通報義務の周知」などの行動指針を定め、職員研修を実施する義務を課しており、さらに発生する事故や苦情等の内容を分析し、不適切なケアがないかまで検証する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「虐待防止指針」、「委員会・職員研修実施記録」「事故・苦情検証記録」、等	

第３群　入居契約

2.2.4 募集関係書類内容の整合性	３－１　広告表示の適正化
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入居募集に係る文書（入居契約書、重要事項説明書、パンフレット、の3種類）の記載事項について、表示と実態との乖離がないよう努めていますか。 A 各文書の記載内容について、実態との乖離がないか確認を行い、かつ文書間の整合性を図っている。 B 各文書の記載内容について、実態との乖離がないか確認を行っている。 C 特に確認を行っていない。	景品表示法指定告示を遵守するために、どのような取り組みを行っていますか。 A 入居契約書等の表示方法について、広告表示基準を作成して取り組んでいる。 B 入居契約書等（入居契約書、重要事項説明書、パンフレット等）の表示内容について、指定告示への適合性を確認している。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
指針では、入居募集の際、誇大広告等により、入居者に不当に期待を抱かせたり、それによって損害を与えたりするようなことがないよう、実体と乖離のない正確な表示をすることが求められている。入居希望者に情報開示される文書については、契約内容と実態との乖離がない表示が求められている。内容についての確認を行い、さらに3種類の文書間で、次の項目に整合性が図られていることが確認できた場合をAとした。 確認する項目の例：ホームからの契約解除条件、費用及び使途、居室の住み替え、前払金がある場合の期間・返金、短期解約特例内容。	有料老人ホームの広告表示においては景品表示法指定告示の遵守が義務付けられており、表示の適正化に向けた表示基準による取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「告示適合表」、「広告表示基準」、等	

2.2.5 契約関係書類の開示時期	３－２　契約関係書類の開示
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入居希望者に対し、契約関係書類（入居契約書、重要事項説明書、管理規程）及び財務諸表（損益計算書、貸借対照表）について、どのように情報を開示していますか。 A 入居希望者の求めがあれば、契約関係書類及び財務諸表の要旨を交付している。 B 入居希望者の求めがあれば、契約関係書類を交付し、財務諸表の要旨については事務所に常置して閲覧に供している。 C 契約関係書類については、入居申込の段階で交付している。	入居希望者に対し、必要な文書をどのように開示していますか。 A 求めがあれば、契約関係書類及び財務諸表の要旨を交付している。 B 求めがあれば、契約関係書類を交付し、財務諸表の要旨については事務所に常置して閲覧に供している。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
指針では、入居希望者への契約関係書類の交付は必須となっている。入居一時金を受領する施設では、財務諸表（貸借対照表及び損益計算書又はそれらの要旨）を閲覧に供することが必要である。さらに財務諸表の写しを交付することが努力目標とされている。	指導指針では、前払金を受領するホームにのみ決算内容の閲覧を義務付けているが、本スケールでは前払金を受領しないホームでも、入居希望者に対する財務状況の開示への取り組みを、A評価とする。

本項目では、求めに応じて財務諸表を交付する場合をAとした。　※前払金を受領しないホームの場合は【非該当】	
□現地調査時の確認資料例：「資料交付案内」、「財務諸表常置状況」、等	

2.2.7 利用料改訂方法	３－３　利用料の改訂方法
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
利用料改訂のルール（改訂の理由、根拠等）を、入居契約書又は管理規程に定めていますか。 A 改訂のルールを入居契約書又は管理規程に定め、改訂の際には事前に入居者等へ説明を行うこととしている。 B 改訂のルールを、入居契約書又は管理規程に定めている。 C 上記の取り組みを行っていない、または、一方的に改訂を行うことができる。	利用料改訂のルール（改訂の理由、根拠等）を、入居契約書又は管理規程に定めていますか。 A 改訂のルールを入居契約書又は管理規程に定め、改訂の際には事前に地方自治体へ相談しつつ、運営懇談会で説明することとしている。 B 改訂のルールを、入居契約書又は管理規程に定めている。 C 上記の取り組みを行っていない、または、一方的に改訂を行うことができる。
□評価のポイント	□評価のポイント
指針では、管理費・食費等利用料の改訂ルールを「入居契約書」または「管理規程」に明示すること、及び実際に改訂を行う場合には改訂の理由・根拠等を入居者に明確にすること、と規定している。改訂のルールを明確にした上で、さらに改訂に際しては、根拠を文書で示すだけでなく、入居者の理解を得るための説明を行う場合をもってAとしている。	指導指針に従って利用料の改訂ルールを入居契約書等に明示しつつ、改訂に当たっては地方自治体の指導を踏まえ、運営懇談会で説明する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「入居契約書」、「過去の改定経緯」、「運営懇談会議事録」、等	

2.3.11 損害賠償	３－４　損害賠償
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入居者へのサービス提供に係る損害賠償（生命・身体・財産に係る賠償など）について、どのような取り組みを行っていますか。 A 損害賠償責任について入居契約関係書類に規定した上で、損害保険への加入や資金の確保を行っている。 B 損害賠償責任について、入居契約関係書類に規定している。 C 損害賠償責任について、入居契約関係書類に規定していない。	入居者へのサービス提供に係る損害賠償（生命・身体・財産に係る賠償など）について、どのような取り組みを行っていますか。 A 損害賠償に対応するため損害保険に加入し、入居契約書にホームの免責条項を規定していない。 B 損害賠償に対応するため、損害保険に加入している。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
指針では、サービス提供に伴う事故発生に対して必要に応じて損害賠償を速やかに行うこととしている。令でも同様の規定を設けている。 また企では、賠償すべき事態において速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入しておくか、または賠償資力を有することが望ましい、と規定している。 介護保険指定事業者は、事業申請時、自治体より老企 25 号への対応を求められる。ただし実態と	指導指針では、賠償すべき事故が発生した場合は速やかに損害賠償を行うこととしており、介護保険法令でも損害賠償保険への加入が規定されている。こうした取り組みを行いつつ、消費者契約法違反とならないよう、免責規定を設けない取り組みを、A評価とする。

して自治体では「賠償資力」を評価できないため、損害賠償保険への加入書のコピーを提出させるケースが多い。評価に当たっては、ホームに対し、自治体が求めた方法がどちらかを確認する必要がある。 入居契約書等の関係書類に損害賠償についての記載がある場合をBとする。ただし、規定事項の中に不当な事業者側の免責事項がある場合には当該規定は無効である（規定されていないものとみなし、Cとする）。	
□現地調査時の確認資料例：「入居契約書」、「損害保険加入書類」、等	

2.2.8 契約解除に係る入居者保護	３－５　契約解除に係る入居者保護
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
ホームからの入居契約解除要件について、入居契約書に規定していますか。 A 入居契約書に解除要件を定め、入居者に弁明の機会を与え、さらに解約予告期間を設けるなど、入居者保護に係る規定も設けている。 B 入居契約書に解除要件を規定している。 C 規定していない。	ホームからの入居契約解除要件について、入居契約書へどのように規定していますか。 A 入居者の権利を不当に狭めないよう留意した解除要件、及び解除予告期間や弁明機会の付与を規定している。 B 解除予告期間や弁明機会の付与を含む解除要件を規定している。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
指針では、事業者、入居者双方からの契約解除条項を入居契約書に明記すること、また、契約解除の条件は契約当事者の「信頼関係を著しく害する場合」に限るなど、入居者の権利を不当に狭めるものとしないこと、と規定している。 特にホーム側から契約解除を申し出る場合、理由は相当であっても、入居者に対し、「弁明の機会」を与え、なおかつ「退去までの相当の予告期間」をおくなど、入居者を保護する取り組みを行っているかどうか、がAとBの分かれ目となる。	指導指針では、設置者は入居契約に規定する契約解除条項において、入居者の権利を不当に狭めないよう求めている。個別の契約解除要件における適正な取り組みを、A 評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「入居契約書」	

2.2.6 特定施設利用契約の説明時期	３－６　医療・介護サービスの選択支援
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入居契約を締結する前の段階で、介護保険指定特定施設利用契約の内容について説明を行っていますか。 A 入居契約締結前に特定施設利用契約内容の説明を行い、重要事項説明書を交付し、さらに利用契約を締結する段階であらためて説明を行っている。 B 入居契約締結前に特定施設利用契約内容の説明を行い、重要事項説明書を交付している。 C 入居契約締結前の説明は行っていない。	入居者が医療機関や介護保険事業所を利用する上での支援を行っていますか。 A 入居者に対し近在する医療機関と介護保険居宅サービス事業所の情報を提供し、利用において何らかの支援を行っている。 B 入居者に対し、近在する医療機関と介護保険居宅サービス事業所の情報提供を行っている。 C 上記の取り組みを行っていない。

□評価のポイント	□評価のポイント
指針では、契約締結に際し、特定施設利用契約の内容について、十分に説明するよう求めている。また令では、入居申込者に対し特定施設利用契約の重説を交付して説明する旨規定している。 要介護者の入居の場合は、ホームの入居契約締結と同時に特定施設利用契約の締結が同時に行われることが一般的である。しかし、自立者の場合は、入居時点では特定施設の締結時期は未定である。 関係法令が求めるのは、そうした場合でも契約内容の重要性に鑑み、入居契約締結時に正確な情報提供を求めるものである。そのため、単に説明を行うだけでなく、入居者の理解に資するため特定施設利用契約の重要事項説明書の交付を行っている場合をAとした。（重要事項説明書には、入居契約に係るものと、特定施設利用契約に係るものの2種類がある。ちなみに国の標準様式はこれらを兼用できる様式となっており、その場合は表題に両契約の兼用であることを明示する必要がある。） 住宅型ホームの場合、「特定施設利用契約内容の説明を行い、重要事項説明書を交付し」を「外部の居宅介護サービスの情報提供を行い」と、また「さらに利用契約を締結する段階であらためて説明を」を「さらに介護保険給付が必要になった時点でも外部の居宅介護サービスの情報提供を」と、それぞれ読み替える。	指導指針では、入居者が医療・介護サービスを適切に自己選択できるよう、近隣事業所の情報提供を義務付けている。その上で、当該事業所との関係調整や付き添いサービス等の利用支援を行う取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「医療・介護サービスの情報提供内容」、等	

2.2.10 短期解約特例	３－７　短期解約時の前払金返還
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入居後、3月の期間内に入居者が死亡又は生前解約した場合、消費者保護の観点で、どのように入居契約を定めていますか。 A 短期解約特例期間について、入居契約書に法令の定めに従った期間計算及び返還金計算を行うことを明記し、さらに、入居者の実際の入居日を事後に記載することで、事後のトラブル防止に対応できるようにしている。 B 短期解約特例期間について、入居契約書に法令の定めに従った期間計算及び返還金計算を行うことを明記している。 C 上記の取り組みを行っていない。	入居後、3月の期間内に入居者が死亡又は生前解約した場合、消費者保護の観点でどのように対応するよう入居契約に規定していますか。 A 前払金の返還金計算期間について法令に従い入居契約書に規定し、契約締結時に予定した入居日が変更される場合に備えて変更日の確認欄を設けている。 B 前払金の返還金計算期間について、法令の定めに従い入居契約書に規定している。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
H24.4 月改正の老人福祉法施行規則では、H24.4.1 以降の新規入居契約における、短期解約特例が明定された。 【短期解約特例の法定ルール（老人福祉法施行規則）】	前払金の返還金計算では計算の始期がもっとも重要となるが、入居契約締結時に予定した入居日が変更される場合に備えて、契約書上で変更の確認が行える取り組みを、A評価とする。 【前払金を受領しないホームは、「非該当」とする。】

①「3月の期間」とは －入居日の翌日を起算日として、その3月後の応答日の前日まで。ただし、民法ルールが適用されるため、入居日によって期間が変わる。 ア. 月途中が入居日⇒翌日が起算日で、3月が経過する月の応答日の前日まで ※最終月に応答日がない場合は3月が経過する月の末日とする(うるう年)。 イ. 月末日が入居日⇒翌月初日が起算日で、3月が経過する月の末日 ②「返還金計算」は －想定居住期間を超えて受領する額(いわゆる「初期償却〇〇%」と称する費用)は、全額返金すること。 －返還金計算は、以下により行う。 入居一時金－（入居一時金－ 初期償却額）÷想定居住月数÷ 30 ×（入居日から契約終了日までの日数） ◎「3月」という期間の考え方と、受領できる家賃相当額の期間とでは、取扱いが異なることに注意が必要。なお、入居者の自己都合で入居日が遅れる場合もあるが、これはホーム側の責任範囲外であるので、評価上の判断には影響しない。 ※短期解約特例の対象となる前払い金を受領しないホームは【非該当】とする	
□現地調査時の確認資料例：「入居契約書」	

2.2.11　原状回復取扱規程	３－８　契約終了後の原状回復
現行規定	**改　定　版**
□評価スケール	**□評価スケール**
入居契約の終了に伴う居室の原状回復内容・費用について、具体的な取扱規程がありますか。 **A 入居契約書上の規定以外に具体的な取扱文書があり、「居室及び居室内設備・備品の自然損耗や通常の使用による損耗等の原状回復費用については入居者に請求しない」ことを規定している。または入居契約書上に一切の費用負担を入居者に求めない旨を規定している。** **B 入居契約書上の規定以外に具体的な取扱文書がある。** **C 上記の取り組みを行っていない。**	**入居契約の終了に伴う居室の原状回復方法について、どのように取り扱っていますか。** **A 国土交通省の原状回復ガイドラインに従った原状回復方法を入居契約書に規定し、さらに詳細の取扱規程を作成している。** **B 国土交通省の原状回復ガイドラインに従った原状回復方法を、入居契約書に規定している。** **C 上記の取り組みを行っていない。**
□評価のポイント	**□評価のポイント**
入居契約終了時の原状回復について、修繕内容や費用など、具体的な取扱規程(内規でなく、入居者の手に渡る規程)を設けている場合をBとした。 その上で、国土交通省の原状回復ガイドラインを踏まえて、「通常の使用に伴う損・摩耗について原状回復の対象外(入居者負担としない)」としている場合をAとした。 国土交通省:「賃借人の居住、使用により発生した建物価値の減少のうち、賃借人の故意・過失、善管注意義務違反、その他通常の使用を超えるような使用による損耗等を復旧すること」(原状回	入居者の居住・使用により発生した建物価値の減少のうち、「賃借人の故意・過失、善管注意義務違反、その他通常の使用を超えるような使用による損耗等」以外の復旧を求めず、さらに原状回復内容の詳細について規定を置く取り組みを、A評価とする。

復の定義）	
□現地調査時の確認資料例：「入居契約書」、「取扱規程」、等	

2-3-9 社内の苦情処理体制	３－９　苦情解決への取り組み
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入居者保護の観点で、ホーム内の苦情処理体制を整備していますか。 A 社内の苦情処理体制を整備し、ホーム内の掲示や文書の配布などにより入居者等に周知した上で、苦情を申し出たことによる不当差別を行わない旨を周知している。 B 経営者や施設長を柱とした社内の苦情処理体制を整備し、ホーム内の掲示や文書の配布などにより入居者等に周知している。 C 上記の取り組みを行っていない。	入居者保護の観点で、苦情処理体制を整備していますか。 A 社内の苦情処理体制、社外の苦情処理機関、また苦情を申し出たことで差別的な取り扱いを行うことのない旨を入居者や家族に周知している。 B 社内の苦情処理体制、社外の苦情処理機関について、入居者や家族に周知している。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
指針では、入居者の苦情に対して、迅速かつ円滑な解決を図るため、窓口を置くなど入居者の利便に配慮してその苦情解決に努めるものとする、と規定している。 令では、提供した介護に係る入居者からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、必要な措置を講じなければならない、と規定している。 また、企で、「必要な措置」とは、具体的には、①相談窓口、苦情処理の体制及び手順等、当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにする、②利用申込者にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する措置の概要についても併せて記載する、③これらを事業所に掲示すること、等としている。 本項と次項は、苦情解決へのホームの取り組みについて、社内・社外で書き分けたものである。 苦情処理体制を定めた上で、入居者が苦情を申し出たことによる不安（生活しにくくなる、ホームとの関係がこじれる、等の心配や不安）を解消するための規定を文書に設けている場合をAとした。	苦情対応窓口の設置、苦情解決の体制・手順、等の苦情処理体制を敷いた上で、苦情申し立て等における入居者保護を行う取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「入居契約書」、「苦情処理体制表」、「入居者への周知方法が確認できる文書」、等	

第４群　サービスの提供方針

2-4-2 業務マニュアルの策定・見直し	４－１　業務マニュアルの策定・見直し
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
必要な業務手順を文書で定め、見直しを行っていますか。 A 個別業務の実施方法について文書で定め、定期的、かつ必要な都度見直しを行っている。 B 個別業務の実施方法について文書で定め、必要な都度見直しを行っている。 C 特に文書で定めていない。	必要な業務手順を文書で定め、見直しを行っていますか。 A 個別業務の実施方法について文書で定め、定期的、かつ必要な都度見直しを行っている。 B 個別業務の実施方法について文書で定め、必要な都度見直しを行っている。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
ホームが提供する諸種のサービス（食事、生活、介護サービス）については、必要業務についてマニュアル（業務手順）を定めることで、職員の業務の標準化を図り、事故防止につなげ、サービスの質の向上を図る、など組織的に実施する必要がある。 本項目では、業務手順を文書化している場合をBとし、さらに定期性をもって改訂する取り組みを行っている場合をAとした。	ホームが提供する各種サービスの実施においては、業務マニュアル（業務手順）を定めて業務を標準化することが必要であり、さらにこれを定期的に見直す取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「業務マニュアル」、「マニュアル改定記録」、等	

2.3.4　ニーズの把握	４－２　入居者の ニーズ把握
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入居者のサービス等への希望や満足度を把握するための取り組みを行っていますか。 A 必要に応じて各種の調査を行い、結果については関係者に開示している。 B 必要に応じて各種の調査を行っている。 C 上記の取り組みを行っていない。	入居者のサービス等への希望や満足度を把握するための取り組みを行っていますか。 A 必要に応じて各種の調査を行い、結果については入居者等に開示している。 B 必要に応じて各種の調査を行っている。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
サービスの質向上の一環として、定期か不定期かを問わず、入居者（介護専用型においては家族等も含む）の希望やCS（満足度）を把握するための各種調査を行っているかどうか。 その上で、これらの調査結果について入居者や家族等に開示する取り組みについてAとした。	入居者や家族のサービスへの希望や満足度を把握するための調査を行っており、さらに調査結果を開示する取り組みを、A評価とする。なお、評価に当たっては、直近2年以内に取り組んだ実績があるかどうかで判断する。
□現地調査時の確認資料例：「直近２年以内の調査結果」、等	

2-3-3 サービスの質向上への取り組み	４－３　サービスの質向上への取り組み
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
サービスの質を向上するため、どのような取り組みを行っていますか。 A サービスの質向上に向けた検討組織を設置して、活動している。 B 職員から個別の提案を受け、サービスに反映するよう努めている。 C 上記の取り組みを行っていない。	サービスの質向上に向けて、どのような取り組みを行っていますか。 A サービスの質向上に向けた検討組織を設置し、定期的に外部のサービス評価を受審している。 B サービスの質向上に向けた検討組織を設置している。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
サービスの質向上の観点で、職務部門を超えホーム内に検討するための組織を設置している場合をAとした。	組織的にサービスの質向上への取り組みを行っており、さらに提供するサービスを客観的に評価する取り組みを、A評価とする。なお、「定期的」とは少なくとも3年に1回を上限とする。
□現地調査時の確認資料例：「サービス向上・改善検討組織に関する資料」、「外部評価受審記録」、等	

6-2-8 家族等との連携	４－４　家族等との連携
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入居者の生活や心身状況について、家族等への報告を行っていますか。 A 入居者の状況について、家族等へ１月に1回以上、及び必要な都度、報告を行うとともに、施設内行事の案内を行うなど、積極的にホームの情報を発信し、入居者と家族等との交流の機会を確保するよう努めている。 B 入居者の状況について、家族等へ１月に1回以上、及び必要な都度、報告を行っている。 C ホームが必要と判断した場合にのみ、報告を行っている。	入居者の生活や心身状況について、家族等への報告や連絡を行うこととしていますか。 A 入居者と家族との交流の機会を確保した上で、入居者の状況について家族等へ定期的に報告し、緊急時の連絡体制を敷いている。 B 入居者の状況について家族等へ定期的に報告し、かつ緊急時の連絡体制を敷いている。 C 上記の対応を行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
指針では、身元引受人等への連絡について、①必要な場合の連絡と、サービス提供状況の定期報告、を規定している。 令では、指定特定施設事業者は、常に入居者の家族との連携を図るとともに、入居者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない、と規定している。 本項目では、「定期的な報告」：1ヶ月に1回以上の頻度で、文書・電話等により家族等に入居者の状況を報告する場合を指す。 「　必要な都度」：介護方法を変更する場合や要介護認定の変更申請を行う必要があると判断した場合、入院の必要が生じた場合など。連絡が定期的に行われ、さらに必要に応じて報告されている場合をBとした。 その上で家族等の来館の機会を増やす取り組みなど、入居者と家族との交流を促進している場合をAとした。	指導指針では、家族等へサービス提供状況等の報告を求めている。さらに各種イベントの実施等により家族がホームを訪問できるような取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「業務マニュアル」、「緊急時連絡表」、「行事・イベント案内」	

2-3-5 運営懇談会の開催	４－５　運営懇談会の適切な運営
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
運営懇談会を、設置運営規則に基づき定期的に開催していますか。 A 規則に基づき収支内容の説明を議題とする場合を含め定期的に開催しており、会議の結果について入居者等に報告している。 B 規則に基づき定期的に開催し、会議の結果については入居者等に報告している。 C 規則がない、または定期的に開催していない。	ホーム運営の透明性確保の観点で、運営懇談会をどのように実施していますか。 A 規程に基づき収支内容の報告を含む定期的な開催結果を入居者や家族に報告し、開催においては必要に応じ第三者が参画している。 B 規程に基づき収支内容の報告を含め定期的に開催し、会議結果については入居者や家族に報告している。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
当協会では、運営懇談会の設置・運営に際しその手続きを定めた「運営懇談会規則」を作成するよう求めている。また、開設年数の長いホームなどでは、入居者の加齢に伴い、入居者委員を立てられない、といった理由から運営内容を、文書配布にのみとどめているようなケースも見られる。しかし、ホームが適切な運営を行う上では、入居者の意見や要望を的確に取り入れること、 運営内容について定期的に協議を行う場を設けることは必須である。 上記の理由で懇談会を設置できない場合、入居者全体を対象とした意見聴取・意見交換の場を定期的・計画的に持つ場合も、本項目では運営懇談会の体裁を整えていると評価する。 これらを前提として、開催していない、または会則等がなく開催している、といったケースはCとなる。会則に基づいた開催を行い、さらに検討結果を議事録配布や説明会開催等で報告する取り組みをAとした。 ※ホームが小規模の場合などで、地方公共団体から運営懇談会の設置を免除されている場合は【非該当】	指導指針では、ホームと入居者等で構成する運営懇談会をルールに基づき設置することを求めている。さらに近年のホーム内での事故・事件の多発化や入居者とのトラブル等を踏まえ、入居者のプライバシーに配慮しつつ、テーマに応じて利害関係者以外の第三者が参画する取り組みを、A評価とする。 なお、小規模なホームで地方自治体から運営懇談会の設置を免除されている場合でも、収支報告を行っているものはB評価、さらにホーム運営に第三者が関与している場合はA評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「入居契約書」、「運営規則」、「運営懇談会議事録」、等	

2-4-1 金品授受の取扱い	４－６　金品授受の取扱い
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入居者や家族等からの金品の授受について、どのように職員のモラル向上に努めていますか。 A 入居者や家族等並びに取引業者からの金品等の授受について、マニュアル等で取扱いを定め、職員研修などでモラルの向上に努めている。 B 入居者や家族等並びに取引業者からの金品の授受について、職員研修等でモラルの保持に努めている。 C 特に取り組んでいない。	入居者や家族等からの金品の授受について、どのように職員のモラル向上に努めていますか。 A 入居者や家族等並びに取引業者からの金品等の授受について、マニュアル等で取扱いを定め、職員研修などでモラルの向上に努めている。 B 入居者や家族等並びに取引業者からの金品の授受について、職員研修等でモラルの保持に努めている。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント

入居者や家族等からの金品の授受については、一定の歯止めがないと、職場のモラルの低下や入居者の差別につながる可能性がある。 本項目では、マニュアル等に具体的な取扱い方法を規定してモラルの向上に取り組んでいる場合をAとした。	入居者や家族等からの金品の授受については、一定の歯止めがないと、職場のモラルの低下や入居者の差別につながる可能性がある。取扱いについて研修等で職員に注意喚起し、さらに業務マニュアル等に取扱方法を規定する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「金品受領に関する規定」、「職員研修実施記録」、等	

2-4-3 事故防止への取り組み	４－７　事故防止の取り組み
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
ホーム内で想定される事故（食中毒、転倒・設備に起因する事故など）防止のために、具体的な取り組みを行っていますか。 A　事故防止のためのマニュアルを定め、事故事例の記録・保存と評価を行い、再発防止策の検討などを組織的に実施している。 B　事故防止のためのマニュアルを定め、事故事例の記録・保存と評価を行っている。 C　上記の取り組みを行っていない。	ホーム内で想定される事故（食中毒、転倒・設備に起因する事故など）防止のために、具体的な取り組みを行っていますか。 A　事故発生防止の指針に基づく委員会の設置、職員研修を実施し、さらに事故事例を分析した改善策を作成している。 B　事故発生防止の指針を定め、委員会を設置し、職員研修を実施している。 C　上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
事故防止の観点でのマニュアルだけでなく、事故発生後の事故記録書作成から原因分析など、リスクヘッジのための具体的な取り組み ケアリスクマネジメントを行っている場合をＡとした。 開設後まもなく事故発生事例がない場合でも、事故に備えたこれらの取り組みを行っているかどうかを評価する。	指導指針では、事故発生防止の指針を作成し、組織的に対応するよう規定している。発生した事故を分析し、改善策を講じる取り組みを、Ａ評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「事故防止マニュアル」、「事故分析・改善策」、等	

2-4-4 感染症予防の取り組み	４－８　感染症予防の取り組み
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
感染症予防への具体的な取り組みを行っていますか。 A 感染症予防マニュアルを策定し、必要に応じ医療機関等との連携を図っている。 B 感染症予防マニュアルを定めている。 C 上記の取り組みを行っていない。	感染症予防の具体的な取り組みを行っていますか。 A 対策委員会を設置して感染症予防マニュアルに基づく職員研修等を実施し、必要に応じ医療機関と連携している。 B 感染症予防マニュアルを策定し、研修等で職員に周知・啓発しつつ、必要に応じて医療機関と連携している。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
各種の感染症について、予防のためのマニュアルを策定した上で、医療機関や自治体からの情	感染症予防マニュアルに基づく、委員会等の検討組織による感染症予防への取り組みを、A評

報収集・関係者間の協議等を行っている場合をAとした。	価とする。
□現地調査時の確認資料例：「感染症予防マニュアル」、「医療機関連携記録」、等	
2-4-5 災害対策マニュアルの整備	４－９　自然災害への対応
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
自然災害（火災・風水害・地震等）への具体的な対策を講じていますか。 A 災害対策マニュアルを定め、必要と想定される備品・消耗品の備蓄などを行っている。 B 災害対策マニュアルを定めている。 C 上記の取り組みを行っていない。	自然災害（火災・風水害・地震等）への具体的な対策を講じていますか。 A 災害時に必要とされる物品を備蓄し、災害発生時の行動を盛り込んだ事業継続計画を整備している。 B 災害時に必要とされる物品を備蓄している。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
想定される自然災害に対して、必要なマニュアルを定め、さらにホームの実態に即した物資の備蓄まで行っている場合をAとした。	指導指針では、災害時に迅速かつ適切に対応できるよう具体的な計画の策定を求めており、また平成 30 年 10 月の厚生労働省通知では、必要な物資の備蓄を求めるとともに、災害時事業継続計画の策定に努めることとされている。 ホームで想定される自然災害に対し、物品の備蓄を行い、さらに事業継続計画（BCP）を策定する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「物品備蓄記録（状況の視認）」、「ＢＣＰ」、等	

2-4-6 防災訓練の実施	４－１０　防災訓練の実施
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
防災訓練を定期的に実施していますか。 A ホームの防災計画に基づく防災訓練を定期的に実施しており、必要に応じ夜間を想定した訓練が含まれている。 B ホームの防災計画に基づく防災訓練を、定期的に実施している。 C 防災訓練を実施していない。	防災訓練を定期的に実施していますか。 A ホームの防災計画に基づき、夜間想定訓練を含む防災訓練を定期的に実施している。 B ホームの防災計画に基づき、防災訓練を定期的に実施している。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
指針では、事故・災害・急病・負傷に対応すべく具体的な計画を立て、避難等必要な訓練を定期的に行うことと、としている。ホームがビルのテナントとなっている場合など、ビルそのものの防災計画に係わらずあくまでホーム事業としての防災計画・訓練が求められる。 ホームでは、所轄消防署との協議の上で、定期的に防災訓練を実施しているところが多いが、中には、ここ数年まったく実施していない、といったケースも考えられる。BとCの区分はここで行う。その上で、職員が手薄になる夜間を想定した防災訓練を（数年に1回でも）実施している場合をAとした。	指導指針では、防災計画の策定と避難等の必要な訓練の定期実施を規定している。消防法に基づく防災訓練において、夜間想定訓練を定期的に実施する取り組みを、A評価とする。

□現地調査時の確認資料例：「防災計画書」、「防災訓練実施記録」、等

3-1-2 緊急通報装置	４－１１　緊急通報への対応
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
緊急通報装置を、居室内のどこに設置していますか。 A 居間や寝室のほか、トイレや浴室にも設置している。 B 居間や寝室に設置している。 C 上記の箇所に設置していない。	緊急通報への対応をどのように行っていますか。 A 居室内の必要な箇所に緊急通報装置を設置し、発報した場合は必ず居室を訪問して状況を確認している。 B 居室内の必要な箇所に、緊急通報装置を設置している。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
指針では、緊急通報装置を設置することを規定している。 居間や寝室への装置の設置をBとし、さらにトイレや浴室にも設置している場合をAとした。	居室内に緊急通報装置を設置するとともに、発報した際は必ず職員が訪問する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「（居室の視認）」、「業務マニュアル」、「コール対応記録」、等	

3-1-3 安否確認の実施	４－１２　入居者の安否確認
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入居者の安否確認を、どのように行っていますか。 A 職員による安否確認を行い、さらに居室内に安否確認のための機器（リズムセンサーやドアチェッカー等）を設置している。 B 職員による安否確認を行っている。 C 特に行っていない。	入居者のニーズを踏まえた安否確認を実施していますか。 A 入居契約上で安否確認の実施について同意を取り付けたうえで、入居者の希望を踏まえた安否確認を実施している。 B 入居者の希望を踏まえた安否確認を実施している。 C 上記の対応を行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
指針では、入居者の安否確認について、安全・安心の確保の観点で実施することが求められているが、実施に当たっては入居者のプライバシーの確保を十分に考慮する必要があることから、安否確認の方法等については、運営懇談会その他の機会を通じて入居者の意向の確認、意見交換等を行い、できる限りそれを尊重して実施すること、と規定している。 入居者の安否確認を実施する場合において、①サービス提供上の工夫により何らかの安否確認が行われているもの、例えば、食堂に来られたかどうかの確認、フロントでの目視による在館確認など、を行っている場合をBとした。その上で、②ハード面での安否確認（リズムセンサー、赤外線センサー、水道メーターによるチェック、ドアチェッカー、等）を設置している場合を、Aとした。	指針では、入居者の安否確認について、入居者のプライバシーを確保し、その意向を確認した上での実施を規定している。入居契約書に安否確認の実施を規定する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「入居契約書」、「管理規程」、「業務マニュアル」、「安否確認実施記録」、等	

第５群　生活支援・食事サービス

6-1-2 接遇上の配慮	５－１　接遇上の配慮
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入居者に対する態度や言葉使いなど、接遇についての取り組みを行っていますか。 A 接遇に関するマニュアルに基づき職員研修を実施し、さらに必要に応じて外部の職員研修へ参加するよう努めている。 B 自尊心を傷つけたり幼児語を使用したりしないよう、接遇についてのマニュアルを作成している。 C 上記の取り組みを行っていない。	入居者に対する態度や言葉使いなど、適切な接遇への取り組みを行っていますか。 A 接遇に関するマニュアルに基づき、必要な職員研修を実施している。 B 自尊心を傷つけたり幼児語を使用したりしないよう、接遇についてのマニュアルを作成している。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
標準的な接遇の方法が定められ、職員研修を実施している場合をAとした。	標準的な接遇の方法がマニュアル化されており、さらに職員研修を実施する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「業務マニュアル」、「職員研修実施記録」	

4-2-1 コミュニケーション	５－２　入居者とのコミュニケーション強化
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入居者とのコミュニケーションに配慮していますか。 A 職員に対し、入居者とのコミュニケーション技術の向上を図るための職員研修を行い、さらに必要に応じて居室訪問などの具体的な取り組みを行っている。 B 職員に対し、入居者への声かけや傾聴など、コミュニケーション技術の向上を図るための職員研修を行っている。 C 上記の取り組みを行っていない。	入居者とのコミュニケーションに配慮していますか。 A 職員に対し、入居者とのコミュニケーション技術の向上を図るための職員研修を行い、必要な入居者には居室訪問などコミュニケーションを図る取り組みを行っている。 B 職員に対し、入居者への声かけや傾聴など、コミュニケーション技術の向上を図るための職員研修を行っている。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
指針では、高齢者の心身特性、介護の知識・技術について職員研修を行うことが規定されている。 本項目では、具体的なコミュニケーション技術（援助技術、コミュニケーション技術等）について、専門性をもった職員研修を行っている場合をBとした。 さらに、これらを業務上で実践する努力（閉じこもりがちな入居者に対する居室訪問・入居者個別のアプローチ等を行っている、など）を行っている場合をAとした。	入居者の個別性を踏まえたコミュニケーション技術（援助技術、コミュニケーション技術等）の研修を行い、閉じこもりがちな入居者に対して行う居室訪問や声掛けなどの取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「業務マニュアル」、「職員研修実施記録」、「居室訪問記録」、「サービス提供記録」	

7-1-1 健康管理	５－３　健康管理の実施
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
看護職員による、日常的な健康管理が行われていますか。 A 日常的な健康相談やバイタルチェックを行い、さらに必要に応じて主治医との連携を図っている。 B 日常的に健康相談業務を実施し、必要に応じバイタルのチェック（血圧、体温、脈拍の測定）を行っている。 C 上記の取り組みを行っていない。	看護職員による、日常的な健康管理を行っていますか。 A 健康管理マニュアルに基づき、日常的に健康相談やバイタルチェックを行い、必要に応じて主治医との連携を図っている。 B 健康管理マニュアルに基づき、日常的に健康相談業務やバイタルチェック（血圧、体温、脈拍の測定）を行っている。 C 上記の取り組みを行っていない
□評価のポイント	□評価のポイント
ホームにおける看護職員の役割は、日常的な健康管理、初期的処置、バイタルのチェックなどであるが、入居者別に健康管理を実施している場合をAとした。 住宅型ホームで看護職員の配置がない場合、非該当ではなくCとする。	指導指針では、常に入居者の健康の状況に注意し、必要に応じ健康保持のための適切な措置の実施が規定されている。健康管理マニュアルに基づく業務を実施しつつ、必要に応じて主治医との連携を図っている取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「業務マニュアル」、「健康管理マニュアル」、「健康管理記録」、「医師との連携記録」	

4-1-1 生活相談業務	５－４　生活相談業務
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入居者や家族等からの生活上の相談について、どのような対応を行っていますか。 A 相談担当職員を定めて対応し、必要に応じて外部の専門家の紹介を行うなど、社会資源の活用を支援している。 B 相談担当職員を定めて対応している。 C 上記の取り組みを行っていない。	入居者や家族等からの生活上の相談について、どのような対応を行っていますか。 A 生活相談員を定めて対応し、必要に応じて外部の専門家の紹介を行うなど、社会資源の活用を支援している。 B 生活相談員を定めて対応している。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
指針では、入居者に対する各種の相談へ応じ、適切な助言に努めることが求められている。 入居者からの生活相談に対応する職員として生活相談員(専任、他職種との兼務どちらでも可)を定めて業務を行っている場合をBとした。（ただし、特定施設事業上は兼務不可） 入居者の相談の中には、税務相談や法律相談など、専門性の高いものも多く、このニーズに対応するため、定期的に顧問税理士による税務相談会を開催したり、外部の弁護士を紹介したりするなど、入居者が外部資源を利用しやすいような具体的支援を行っている場合をAとした。	指導指針では、入居者に対する各種の相談へ応じ、適切な助言に努めることが規定されている。 ホーム内での生活相談員による対応にとどまらず、外部の税務相談や法律相談など、専門性の高い相談ニーズの支援への取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料等：「入居契約書」、「管理規程」	

4-1-2 小口現金の管理	５－５　小口現金の管理
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
生活必需品や嗜好品などの購入に係わる便宜を供するため、やむを得ず入居者の小口現金を管理する場合、どのような方法で行っていますか。 A 預り金や立替金等で処理する場合の管理方法を規定した上で処理し、収支状況を入居者等へ報告している。 B 預り金や立替金等で処理し、収支状況を入居者等へ報告している。 C 小口現金の管理は行わない。	やむを得ず入居者の現金を管理する場合、どのような方法で行っていますか。 A 管理方法を定めて収支状況を入居者や家族へ報告するが、現金は居室で保管しないこととしている。 B 管理方法を定め、収支状況を入居者や家族へ報告している。 C 上記の対応を行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
指針では、入居者の金銭、預金等は入居者自身が行うことを原則としている。ただし、入居者の判断能力に問題がある場合や、入居者から特に依頼があった場合などについては、身元引受人等の書面による承諾を得て、金銭管理方法や定期的報告などについて管理規程等に定めた上で実施することを規定している。	指導指針では、入居者等の依頼で小口現金をやむを得ず預かる場合、管理方法や報告方法を規定することとしている。盗難防止等の観点で現金をフロント等で保管する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料等：「現場の視認」、「管理規程」、「小口現金管理規程」、「収支状況表」、「収支報告記録」	

4-1-3 生活利便サービスの実施	５－６　生活利便サービスの実施
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入居者の利便に供するための生活サービス（各種手続、代行等）を提供していますか。 A 管理規程に定めるサービスを提供するとともに、運営懇談会など常に入居者の要望を聴く場を設けている。 B サービスの詳細を管理規程に定めて提供している。 C 生活利便サービスを提供していない。	入居者の利便に供するための生活サービス（各種手続、代行等）を提供していますか。 A 生活支援サービスを管理規程に定めて実施し、運営懇談会等で入居者の要望を聴き、その結果を入居者や家族に開示している。 B 生活支援サービスを管理規程に定めて実施し、運営懇談会等で入居者の要望を聞いている。 C 上記のような対応を行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
サービスの質の向上、という観点から提供するサービスに対する改善要望や意見などを協議する場（運営懇談会、サービス向上委員会、など）を設けている場合をAとした。	生活支援サービスに対する入居者の要望を受けて、対応結果を開示する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料等：「管理規程」、「運営懇談会細則」、「議事録開示状況が分かる文書」	

4-1-4 外部からの生活サービスの導入	５－７　外部からの生活サービスの導入
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
ホームが提供するサービスのほか、外部のサービスを取り入れていますか。 A 入居者のニーズを把握・調査した上で、外部サービスを導入している。	ホームが提供するサービスのほか、外部のサービスを取り入れていますか。 A 入居者のニーズを把握・調査した上で、外部サービスを導入している。

B 外部サービスを導入している。 C 上記の取り組みを行っていない。	B 外部サービスを導入している。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
外部からの生活サービス:移動販売車や訪問理美容など、ホームが提供するサービス以外の便宜。 ホームが提供するサービスだけで完結させず、入居者の生活を支援する外部サービスがあれば積極的に取り組んでいる例があればB、さらに外部サービスの導入について運営懇談会での検討を行うなどし、ニーズを把握する取り組みまで行っている場合をAとした。	外部からの生活サービス:移動販売車や訪問理美容など、ホームが提供するサービス以外の便宜を、入居者のニーズを把握しながら取り入れるる取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例 :「業務マニュアル」、「ニーズ調査結果」、「運営懇談会議事録」	

4-2-2 アクティビティの計画的な実施	５－８　アクティビティの計画的な実施
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
各種のアクティビティ(行事・レクリエーション)が、計画的に実施されていますか。 A 計画書を作成して計画的に実施し、結果について評価を行い、課題が次の計画に反映されるように取り組んでいる。 B 入居者の要望を踏まえて、職員が役割分担し、計画・実施している。 C 計画的に実施していない。	各種のアクティビティ(行事・レクリエーション)を、計画的に実施していますか。 A 年間計画を定めて実施し、実施結果の課題が次の計画に反映されるように取り組んでいる。 B 入居者の要望を踏まえて、計画・実施している。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
指針では、入居者の要望に応え、運動、娯楽等のレクリエーションを実施することが求められている。 本項目では、レクリエーションが漫然と行われるのではなく、①入居者のニーズを反映し、②計画性を持って行われ、③実施結果を評価、課題を抽出して次の行事に反映する、といった、計画的な実施が行われているか、を評価するものである。	指導指針では、入居者の要望に応え、運動、娯楽等のレクリエーションを実施することが求められている。計画的に実施したアクティビティについて、実施結果のフォローアップを行う取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例 :「事業計画書」、「年間行事表」「アクティビティ実施記録」	

5-2-4 個別の食事管理	５－９　個別栄養管理の実施
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
要介護者ごとに、個別栄養管理に基づく食事が提供されていますか。 A 栄養士の栄養管理により、個々の入居者に合った食事が提供されており、必要に応じケース会議等において看護・介護部門等、他職種との連携を図っている。 B 栄養士が栄養管理を行い、要介護者の健康状態や咀嚼・嚥下能力に応じた食事が提供されている。	栄養管理が必要な入居者に対し、どのような取り組みを行っていますか。 A 健康状態や咀嚼・嚥下能力に応じた食事を提供し、栄養士の個別栄養管理において医療機関の支援によるPEMリスク等の管理も行っている。 B 栄養士が個別栄養管理を行い、健康状態や咀嚼・嚥下能力に応じた食事を提供している。 C 上記の対応を行っていない。

C 栄養管理に基づく食事は提供していない。	
□評価のポイント	□評価のポイント
要介護者に対して栄養士が個人に合った栄養管理を実施している場合をBとし、さらに、ケース会議等には多職種が参画できることとされ、入居者の栄養状態や適切な食事提供について検討している(できる)状況をAとした。	指針では、高齢者に適した食事を、栄養士による献立表に基づき提供することと規定している。さらに、入居者の栄養リスクを踏まえ個別的に栄養管理を行う取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例:「業務マニュアル」、「個別栄養管理実施記録」	

5-1-2 入居者のニーズの反映	5－１０　食事ニーズの把握
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入居者の嗜好や希望をサービスに反映させるための取り組みを行っていますか。 A 日常的な残量チェックと必要に応じた各種の嗜好調査を行い、さらに食事サービスについて入居者と職員が話し合える機会を設けている。 B 日常的な残量チェックと、必要に応じた各種の嗜好調査を実施している。 C 上記の取り組みを行っていない。	入居者の嗜好や希望をサービスに反映するための取り組みを行っていますか。 A 日常的な残量チェックと必要に応じた各種の嗜好調査を行い、選択メニューを実施している。 B 日常的な残量チェックと、必要に応じた各種の嗜好調査を実施している。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
入居者の最大の楽しみは、食事にあるが、全員の嗜好を満足する食事の提供は困難である。ホームがアンケート等の調査を実施して、食事サービスの質の向上を図る取り組みをBとした。 さらに、運営懇談会等以外の場を設け、入居者と職員が話し合える場を設置している場合についてAとした。	入居者の食事に対する嗜好調査を実施するなどニーズの把握を行い、さらに、主食や副食などで入居者の選択(毎日3食でなくても定期性があれば可)を可能とする取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例:「業務マニュアル」、「嗜好調査実施記録」、「選択メニュー表」	

5-2-5 口腔ケアへの取り組み	５－１１　口腔ケアへの取り組み
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
口腔ケアが必要な入居者に対し、どのような取り組みを行っていますか。 A 職員による口腔ケアを行うほか、協力歯科医によって入居者の口腔管理や口腔指導が行われている。 B 食後や就寝前の歯磨き、義歯の管理などの口腔ケアを行っている。 C 上記の取り組みを行っていない。	口腔ケアが必要な入居者に対し、どのような取り組みを行っていますか。 A 職員による口腔ケアを行うほか、協力歯科医によって入居者の口腔管理や口腔指導が行われている。 B 食後や就寝前の歯磨き、義歯の管理などの口腔ケアを行っている。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
令では、指定特定施設は一般の医療協力機関のほかに、歯科医療機関との協力契約を努力義務としている。 一般的な口腔ケアへの取り組みを行っている場合をBとし、さらに、外部の歯科医療機関による	ホームの職員により口腔ケアの実施を行い、歯科医との連携で口腔管理や指導を行う取り組みを、A評価とする。

口腔管理・指導を行っている場合をAとした。（外部の歯科医療機関については、介護保険で求められる協力機関のほかに、介護保険指定事業としての「居宅療養管理指導」によるものも含む） ※住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置しないものは、【非該当】	
□現地調査時の確認資料例：「業務マニュアル」、「医師の管理指導記録」	

第６群　ケアマネジメント

6-1-1 介護の提供方針	６－１　介護の提供方針
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
介護サービスを提供する上で、入居者の自立支援の観点での取り組みを行っていますか。 A 入居者の残存機能を高めるための介護方法をケース会議等で組織的に検討して、ケアプランを作成している。 B ケアプランを作成する際に、入居者の残存機能を維持する観点での介護方法を検討している。 C 上記の取り組みを行っていない。	介護サービスを提供する上で、入居者の自立支援の観点での取り組みを行っていますか。 A 介護サービス計画に自立支援を促す観点でのサービスを位置付け、ケース会議等においても検討を行っている。 B 介護サービス計画に自立支援を促す観点での介護サービスを位置付けている。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
指針では、入居者の自立支援の観点に立った介護の提供が求められている。 令では、介護は入居者の心身の状況に応じ、入居者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行わなければならない、と規定している。 自立支援の観点に立ち、介護を提供する場合に入居者の残存機能に着目し、これを維持するための方針を持って介護方法を検討している場合をＢ とし、残存機能を高めるための組織的な取り組みを行っている場合をAとした。 ※住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置しないものは【非該当】	介護サービス計画（「特定施設サービス計画、及び住宅型ホームの介護計画」。以下同じ。）を作成する際、入居者の自立支援に着目したサービスを位置付ける取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「介護サービス計画書（介護付・住宅型）」	

6-2-1 ケアマネジメントの実施	６－２　ケアマネジメントの実施
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
ケアマネジメントを適切に行っていますか。 A 責任者を決めて入居者ごとにケアマネジメントを実施し、サービス提供結果を評価した上で、利用者に合った介護方法の見直し等の検討を行っている。 B 責任者を決めて入居者ごとにケアマネジメントを実施している C 上記の取り組みを行っていない。	ケアマネジメントを適切に行っていますか。 A 入居者ごとにケアマネジメントを実施し、サービス提供結果を評価した上で適切に介護サービス計画の見直しを行っている。 B 入居者ごとにケアマネジメントを実施している C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
個別のケアマネジメントが、PDCAのサイクルに則って実施され、なおかつサービス改善の取り組みを行っているか、を問うものである。 ※住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置しないものは【非該当】	ケアマネジメントをPDCA（PLAN-DO-CHECK-ACTION）のサイクルに則って実施し、必要に応じて介護サービス計画の見直しを図る取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「業務マニュアル」「ケース会議記録」「介護サービス計画書）改定記録」	

6-2-2 個別アセスメントの実施	６－３　個別アセスメントの実施
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
ケアプランの作成に当たり、入居者毎のアセスメントを適切に行っていますか。 A 入居者の身体状況や生活状況を把握するために、手順を定めた上で個別アセスメントを行い、必要な課題をケアプランに明示している。 B 入居者の身体状況や生活状況を把握するために、手順を定めて個別アセスメントを行っている。 C 上記の取り組みを行っていない。	介護サービス計画の作成に当たり、入居者のアセスメントを適切に行っていますか。 A 入居者の身体状況や生活状況を把握するために、手順を定めた上で個別アセスメントを行い、必要な課題を解決するための介護サービスとして介護サービス計画に明示している。 B 入居者の身体状況や生活状況を把握するために、手順を定めて個別アセスメントを行っている。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
入居者に必要なサービスが、適切な個別アセスメントに基づきケアプランに反映されているかどうか、を問うものである。 ※住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置しないものは【非該当】	入居者の個別アセスメントに基づき、必要なサービスを介護サービス計画に反映する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「業務マニュアル」、「アセスメント記録」、「介護サービス計画書」	

6-2-3 ケアプランの作成	６－４　介護サービス計画の作成
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入居者のケアプランにおける目標設定と評価は、どのようになっていますか。 A アセスメントに基づくケアプランの短・中期目標について、到達、未到達の評価と計画の見直しを行っている。 B アセスメントに基づくケアプランに、短・中期目標を記載している。 C 上記の取り組みを行っていない。	入居者の介護サービス計画における目標設定と評価は、どのようになっていますか。 A 介護サービス計画の短・中期目標について、サービス提供の結果を踏まえ、関係職員による組織的な検討を行った上で、目標の見直しを行っている。 B 介護サービス計画上で短・中期目標を設定し、サービス提供の結果を踏まえ、目標の見直しを行っている。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
入居者への介護サービスが短・中期（概ね6か月～2年など、保険者ごとに定める期間に従う）的な観点で（介護予防・悪化防止の観点で）計画・評価されているかどうかを問うものである。 ※住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置しないものは【非該当】	入居者への介護サービスが短・中期（概ね6か月以上）で規定され、目標の修正においては担当者だけでなくホーム内の関係職員が組織的に検討する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「アセスメント表」、「介護サービス計画書」	

6-2-5 ケアプランの見直し	６－５　介護サービス計画の見直し
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
ケアプランの見直し時において、現行プランの評価を踏まえた取り組みを行っていますか。 A　過去の介護記録を検証してケアプランの原案を作成した上で、入居者等との協議の場を設けて決定している。 B　変更プランについて、入居者等との協議の場を設けて決定している。 C　上記の取り組みを行っていない。	介護サービス計画の見直し時において、サービス提供結果を踏まえた取り組みを行っていますか。 A　介護サービス計画を見直す際、過去のサービス提供結果に基づく変更の必要性を含め、変更内容を入居者や家族に説明している。 B　介護サービス計画を見直す際、変更内容を入居者や家族に説明している。 C　上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
令では、ケアプラン変更などの際にも、入居者等の意見を勘案することとしている。 ここではPDCAサイクルの一環として、ケアプランを振り返るうえで適切にサービスの実施記録を検証、活用しているものをAとした。 現行プランの評価を行なわずに見直し案を策定している場合はCとなる。 ※住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置しないものは【非該当】	介護サービス計画を変更する際、なぜ変更が必要かエビデンスを用いて入居者等に説明し理解を得ようとする取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「介護サービス計画書」「計画変更の協議記録」	

6-2-6 ケース会議等の開催	６－６　ケース会議等の開催
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
多職種の職員が参加するケース会議等を、どのような頻度で開催していますか。 A　要介護認定の変更・更新時などのほか、入居者ごとの必要性に応じて開催している。 B　要介護認定の変更・更新時などに開催している。 C　上記の取り組みを行っていない。またはケース会議に多職種が参画できることとされていない。	入居者にとって必要な場面でケース会議等を開催していますか。 A　要介護認定の変更・更新時のほか、入居者の必要性に応じて開催している。 B　要介護認定の変更・更新時に開催している。 C　上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
令では、サービス計画作成後においても、他の従業者（栄養士、フロント、事務職、等）との連絡を継続的に行うことにより、特定施設サービス計画の実施状況の把握を行うとともに、入居者についての解決すべき課題の把握を行い、必要に応じて計画の変更を行うものとすることとしている。 Bは、要介護認定の申請時や変更・更新時など、ケース会議を行うべきタイミングが固定されている場合である。 ケース会議の開催に計画性が見られない場合は、Cとなる。 ※住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置しないものは【非該当】	サービス内容の変更のために開催するケース会議等を、入居者にとって必要な時期に開催する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「業務マニュアル」、「ケース会議記録」	

第７群　介護サービス

7-3-3 入浴環境の整備	７－１　介助入浴環境の整備
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入居者の身体状況に応じた、入浴環境を整備していますか。 A 複数種類の介護浴槽のうち、入居者に合ったものを選択できる。 B 1種類の介護浴槽で対応している。 C 入居者が利用できるのは、一般的な浴槽のみである。	入居者の身体状況に応じた、入浴環境を整備していますか。 A 複数種類の介護浴槽のうち、入居者に合ったものを選択できる。 B 1種類の介護浴槽で対応している。 C 入居者が利用できるのは、一般的な浴槽のみである。
□評価のポイント	□評価のポイント
企では、入浴の実施に当たって、自ら入浴が困難な入居者の心身の状況や自立支援を踏まえて、特別浴槽を用いた入浴や介助浴等適切な方法により実施するものとする、と規定している。 介護浴槽を設置しているが、一般浴槽（大浴場等）で介助入浴を行う場合は、Cとはならない。	介助浴槽については、入居者の身体状況に適した専用の浴槽を用いることが望ましく、複数の介護浴槽を設置する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「（現地視認）」、「業務マニュアル」	

7-3-1 個別ケア（入浴）の実施	７－２　入浴方法のニーズ対応
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入浴方法について、入居者の心身状態に対応していますか。 A 入居者の心身状態に応じて、入浴をシャワー浴や清拭などの代替手段にしたり、入浴日を変更したりするなどし、さらに必要に応じて朝・夜など所定時間外の入浴も実施している。 B 入居者の心身状態に応じて、入浴をシャワー浴や清拭など代替手段にしたり、入浴日を変更したりするなどしている。 C 上記の取り組みを行っていない。	入浴方法について、入居者の希望に対応していますか。 A 入居者の心身状態に応じて、入浴をシャワー浴や清拭などの代替手段にしたり、入浴日を変更したりするなどし、さらに必要に応じて朝・夜など所定時間外の入浴も実施している。 B 入居者の心身状態に応じて、入浴をシャワー浴や清拭など代替手段にしたり、入浴日を変更したりするなどしている。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
令では、自ら入浴が困難な入居者について、1週間に2回以上、適切な方法により、入浴させ、又は清拭しなければならない、と規定している。 ホームでは、入浴時間を対象者全員に対し曜日や時間を定めて実施しているのが一般的だが、入居者の状況を踏まえ、入浴を清拭に切り替えたり、曜日変更で対応したりするなどに配慮した取り組みを行っている場合をBとした。その上で、所定入浴時間外でも入浴介助を実施する取り組み（オムツ交換に伴うシャワー洗浄を除く）についてAとした。	ホームでは、入浴時間を対象者全員に対し曜日や時間を定めて実施しているのが一般的だが、入居者の状況を踏まえ、入浴を清拭に切り替えたり、曜日変更で対応したりするなど配慮しつつ、さらに、所定入浴時間外でも入浴介助を実施する取り組み（オムツ交換に伴うシャワー洗浄を除く）を、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「業務マニュアル、「サービス提供記録」	

	７－３　入居者の尊厳の確保
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
	身体介護を行う場合、入居者の尊厳に配慮した取り組みを行っていますか。 A ドアやカーテン等で仕切り、他の入居者に見られないよう配慮し、また介護する職員の視線にも配慮している。 B ドアやカーテン等で仕切り、他の入居者に見られないよう配慮した介護を行っている。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
	身体介護を実施する上で、他者に見られないような工夫だけでなく、タオルをかけるなど介護職員自身の配慮を行う取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「業務マニュアル」	

7-3-4 入浴介助中の事故防止対策	７－４　入浴介助中の事故防止対策
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入浴中の事故防止への取り組みを行っていますか。 A 事故防止への設備・備品上の工夫を行った上で、必要に応じて複数の職員が介助を行っている。 B 事故防止への設備・備品上の工夫を行っている。 C 上記のような取り組みは行っていない。	入浴中介助の事故防止への取り組みをどのように行っていますか。 A 事故防止への設備・備品上の工夫を行った上で、入浴介助中に介護職員が持ち場を離れないことを業務マニュアルに定めている。 B 事故防止への設備・備品上の工夫を行っている。 C 上記のような取り組みは行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
滑り止め（滑りにくい床材を含む）、段差解消、浴槽内の手すり設置、などの対応により、事故防止を図っている取り組みを行った上で、入居者の状況によっては複数の職員が介助を行う場合をAとした。 ※住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置しないものは【非該当】	滑り止め（滑りにくい床材を含む）、段差解消、浴槽内の手すり設置、などの対応により、事故防止を図っている上で、いったん介助を始めた職員がその持ち場を離れることを禁止することをマニュアルに規定する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「（現地視認）」、「業務マニュアル」	

7-4-1 個別ケア（排泄）の実施	７－５　適切な排泄介助の実施
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入居者の、排泄の自立に向けた取り組みを行っていますか。 A 自立に向けて入居者個別の排泄ケア計画を策定・実施している。 B おむつを使用していても、トイレやポータブルトイレなどへ誘導している。 C 特に取り組んでいない。	入居者の、排泄の自立に向けた取り組みを行っていますか。 A 自立に向けて入居者個別の排泄ケア計画を策定・実施している。 B おむつを使用していても、トイレやポータブルトイレなどへ誘導している。 C 上記の対応を行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
令では、入居者の心身の状況に応じ、適切な方法により、排泄の自立について必要な援助を行うことを義務付けている。 トイレ誘導を行う程度の取り組みの場合はB、個別に専門的な失禁ケア（排泄記録表、排泄のタイミングや日中の水分補給、排泄方法（おむつ、トイレ誘導、Pトイレなど）の検討を行い、排泄の自立に向け取り組んでいる場合をAとした。 ※住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置しないものは【非該当】	入居者の心身の状況に応じ、適切な方法により、排泄の自立について必要な援助を行うことが求められており、失禁ケア（排泄記録表、排泄のタイミングや日中の水分補給、排泄方法（おむつ、トイレ誘導、Pトイレなど）への取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「業務マニュアル」、「排泄ケア計画書」「サービス提供記録」	

7-4-3 おむつ交換の実施	７－６　おむつ交換の実施
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
おむつを使用する場合、おむつ交換については入居者個別の取り組みを行っていますか。 A 日中及び夜間のおむつ交換は、時間を問わず入居者ごとに随時行っている。 B 日中は定時及び随時交換を行い、夜間帯は定時交換を行っている。 C おむつ交換は日中か夜間かを問わず定時でのみ交換する。	おむつ交換について入居者個別の取り組みを行っていますか。 A 日中及び夜間のおむつ交換は、時間を問わず入居者ごとに随時行っている。 B 日中は定時及び随時交換を行い、夜間帯は定時交換を行っている。 C おむつ交換は日中か夜間かを問わず定時でのみ交換する。
□評価のポイント	□評価のポイント
入居者個別の自立支援という観点から、おむつの随時交換を、職員配置が多い日中だけでなく、夜間についても実施している取り組みについてAとした。 ※住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置しないものは【非該当】	おむつ交換の実施頻度について、昼夜を問わず随時交換を実施する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「業務マニュアル」、「管理規程」、「介護サービス一覧表」、「サービス提供記録」	

	７－７　排泄介助時の事故防止対策
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
	トイレ誘導による排泄介助中の事故防止への取り組みを、どのように行っていますか。 A トイレまでの動線を検討してトイレ誘導を実施し、排泄介助中に職員が持ち場を離れないことを業務マニュアルに定めている。 B トイレまでの動線を検討してトイレ誘導を実施している。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
	トイレ誘導における介護事故の多くは移動時、便器への移乗時にあり、入居者が支障なくトイレへ移動できるようにした上で、排泄中に職員が持ち場を離れないようにする取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「（現地視認）」、「業務マニュアル」	

7-5-1 褥瘡予防	７－８　褥瘡予防
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
褥瘡の予防や対応について、具体的な取り組みを行っていますか。 A 必要な業務方法をマニュアルに定め、体位交換やエアマットの使用など具体的な予防・対応に取り組むとともに、医療機関との連携を図っている。 B 必要な業務方法をマニュアルに定め、体位交換の実施やエアマットの使用など、具体的な予防・対応に取り組んでいる。 C 上記の取り組みを行っていない。	褥瘡の予防や対応について、具体的な取り組みを行っていますか。 A 必要な業務方法をマニュアルに定め、体位交換やエアマットの使用など具体的な予防・対応に取り組むとともに、医療機関との連携を図っている。 B 必要な業務方法をマニュアルに定め、体位交換の実施やエアマットの使用など、具体的な予防・対応に取り組んでいる。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
個別性の高い褥瘡の予防・対応などについて、個別・具体的な取り組みを行っている場合をBとし、さらに医師の指導を受けるなどして介護の専門性を高める取り組みを行っているものについてAとした。 ※住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置しないものは【非該当】	入居者の褥瘡予防・対応などについて具体的な取り組みを行い、さらに医師の指導を受ける取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「業務マニュアル」、「医師との連携記録」	

7-5-3 福祉用具の選定	７－９　福祉用具等の対応
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入居者が車いすや杖などを必要とする場合、どのような対応を行っていますか。 A 車いすや杖の選定についての相談に対応し、選定後は身体に適しているかどうかのモニタリングを行っている。 B 車いすや杖の選定について、相談に対応している。 C 特に対応していない。	入居者が福祉用具等を必要とする場合、どのような対応を行っていますか。 A 車いすや杖、食事の自助具等の選定について相談に応じ、選定後は身体に適しているかどうかのモニタリングを行っている。 B 車いすや杖、食事の自助具等の選定について、相談に応じている。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
本項目では、福祉用具を使用する入居者の身体へのフィッティングまで行っている場合をAとした。 なお、ここでいう「福祉用具」とは、介護保険法に定める一般的な福祉用具を指す（車いす、褥瘡予防用具、歩行器、歩行補助杖、等）。	車いす、褥瘡予防用具、歩行器、歩行補助杖、食事介助用具、等について、入居者の相談に対応し、使用にあたっては身体に合っているかを確認する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「業務マニュアル」、「モニタリング表」	

7-5-5 機能訓練の実施	７－１０　身体機能の維持向上への取り組み
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入居者の個別性を重視した機能訓練を実施していますか。 A 入居者ごとに機能訓練計画書を作成し、個別ケアを行っている。 B 日常のアクティビティに、ADL向上のためのメニューを取り入れている。 C 上記の取り組みを行っていない。	入居者の個別性を重視した機能訓練を実施していますか。 A 入居者ごとに機能訓練計画書を作成し、個別ケアを行っている。 B 日常のアクティビティに、機能性の維持向上のためのメニューを取り入れている。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
令では、機能訓練指導員は、「日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者」により実施され、当該職員は他の職務に従事できる（兼務）、と規定されている。また、この「能力を有する者」について、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あんまマッサージ指圧師等、と規定している。 ホーム内での機能訓練については、①看護職員等が機能訓練指導員を兼任し、医師の指示の元で機能訓練を実施している場合、②介護保険給付上の機能訓練体制加算を受け、企に定める職員を「専任」で配置する場合、等があるが、いずれの場合においても、個別に計画を立てて実施している場合をAとした。介護予防体操など、入居者一律に実施する取り組みは、Bとする。 ※住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置しないものは【非該当】	入居者の個別性に着目し、具体的な計画に基づき機能訓練を実施する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「業務マニュアル」、「アクティビティ実施記録」、「個別機能訓練計画書」	

	７－１１　入居者の看取りの支援
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
	入居者に対する看取りケアについて、事後評価を含めて取り組んでいますか。 A ホームの介護・看護職員と医師が連携して看取りケアを行い、事後に職員間で業務の振り返りを行っている。 B ホームの介護・看護職員と医師が連携して看取りケアを行っている。 C 上記の対応を行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
	入居者のニーズに対応し、ホームでの看取りを推進しつつ、職員のフォローのためにデスカンファレンス等を実施する取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「業務マニュアル」、「看取りケアプラン」、「デスカンファレンス実施記録」	

7-6-1 医療受診環境の確保	７－１２　医療支援の取り組み
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入居者の医療受診環境の確保についてどのように取り組んでいますか。 A 医療機関との間で協力契約を締結し、ホーム近隣の医療機関について情報提供を行った上で、必要に応じて入居者の受診への支援を行っている。 B 医療機関との間で協力契約を締結し、ホーム近隣の医療機関について情報提供を行っている。 C 上記の取り組みを行っていない。	入居者の医療受診環境の確保についてどのように取り組んでいますか。 A 医療機関との間で協力契約を締結し、夜間を含め必要に応じて入居者の受診支援を行っている。 B 医療機関との間で協力契約を締結し、必要に応じて入居者の受診支援を行っている。 C 上記の取り組みを行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
外部の医療機関と協力契約を締結しつつ、近隣の医療機関情報を提供することで入居者が自己選択できるようにしている場合をBとした。 その上で、医療支援サービス（医療機関との調整、通院介助など）を行う場合についてAとした。	医療機関と協力契約を締結した上で、夜間の入居者の急病等においても具体的なサービス提供（医療機関との連絡調整、通院介助等）を行う取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例：「医療協力契約書」、「業務マニュアル」、「介護サービス一覧表」、「サービス提供記録」	

7-6-3 服薬支援	７－１３　服薬支援
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
入居者の服薬支援を、どのように行っていますか。 A 誤薬防止のための業務手順をマニュアルに定めた上で、看護職員による服薬支援を行っている。 B 看護職員により、服薬支援が行われている。 C 服薬管理を行っていない。	入居者の服薬支援を、どのように行っていますか。 A 誤薬防止を含む業務手順をマニュアルに定め、看護職員による服薬支援を行っている。 B 看護職員により、服薬支援を行っている。 C 上記の対応を行っていない。

□評価のポイント	□評価のポイント
「服薬支援」:入居者への与薬・服薬の支援を指す。誤薬防止方法(与薬時の二重チェック、服薬チェック表の使用、服薬後の容器回収による確認等)の業務手順をマニュアルに定めた上で服薬支援が実施されている場合を、Aとした。ここでは、入居者への配薬と、服薬時の立会いのいずれかを介護職員が担う場合も可とする。	誤薬による事故の増加に鑑み、入居者への与薬・服薬の支援を看護職員が直接行い、さらに誤薬防止方法(与薬時の二重チェック、服薬チェック表の使用、服薬後の容器回収による確認等)の業務手順をマニュアルに定める取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例 :「業務マニュアル」、「サービス提供記録」	

	７－１４　多剤服用解消への取り組み
現行規定	改　定　版
□評価スケール	□評価スケール
	入居者の多剤服用解消に向けて、どのように取り組んでいますか。 A 多剤服用の問題について職員研修等を実施し、必要な入居者については薬局や医療機関と減薬に向けた支援を実施している。 B 多剤服用の問題について、職員研修等で理解を深めている。 C 上記の対応を行っていない。
□評価のポイント	□評価のポイント
	昨今問題となっている高齢者の多剤服用の解消に向けて、薬物療法や多剤服用の問題について職員の理解を深めるだけでなく、具体的な減薬に向けた取り組みを、A評価とする。
□現地調査時の確認資料例 :「業務マニュアル」、「サービス提供記録」	