

住宅型有料老人ホームサービス第三者評価プログラム(Ver1.0)

令和3年3月31日
(公社)全国有料老人ホーム協会

①策定主旨

サービス第三者評価は、ホームが提供するサービスを自己評価し、第三者機関による客観的な評価を受けることで、サービスの質をより高めていくための手掛かりとなる。(公社)全国有料老人ホーム協会では、これまで介護付ホーム用の第三者評価プログラムを平成 15 年度以降運用してきた。

令和2年度は厚生労働省の補助金事業を活用して、住宅型有料老人ホームにおけるサービスの質の向上を目指してサービス第三者評価プログラムを策定した。

②策定結果

住宅型有料老人ホーム サービス第三者評価プログラム(Ver1.1)

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2年度、厚生労働省の補助金事業により、住宅型有料老人ホームが増加傾向にあることを踏まえ、消費者がホームを選択するうえで目安となる基準を設け、住宅型有料老人ホーム用の評価プログラムを策定した。

2. 評価プログラム

(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。

① 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

②自立支援

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

③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6領域・全56スケールである。

「介護サービス」について、住宅型ホームでは主として外部の居宅サービス提供を受けるため、本評価プログラムから除外した。

領域	評価スケール	数
第1群	設置者の経営方針・内部統制	12
第2群	職員の資質向上	10
第3群	入居契約	8
第4群	サービスの提供方針	12
第5群	生活支援・食事サービス	9
第6群	介護サービス利用支援	5

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。

なお、事業規制上で、任意で行うものについて実施していない場合などは「非該当」とする。

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

本協会の事業において、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、年度ごとの業務については、別途、「サービス第三者評価ガイドブック」に示す。

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。

3. 評価スケール

第1群 設置者の経営方針・内部統制

1-1 経営方針等の周知	□評価のポイント
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。	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。
□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	

1-2 経営における社会的責任	□評価のポイント
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。	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。
□確認資料例:「自主行動基準」、「職員研修実施記録」、等	

1-3 コンプライアンスへの組織的取り組み	□評価のポイント
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。	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。
□確認資料例:「自主行動基準」、「委員会等の実施記録」、等	

1-4 法人事業計画の策定	□評価のポイント
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。	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。
□確認資料例:「事業計画書」「計画修正に関する資料」、等	

1-5 ホーム事業計画の策定	□評価のポイント
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。	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。
□確認資料例:「事業計画書(予算込)」、等	

1-6 財務健全性の確保	□評価のポイント
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、直近期中で事業計画の目標を達成している場合を、A 評価とする。
□確認資料例:「直近決算書」、「事業報告書」、等	

1-7 適切な資金管理	□評価のポイント
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。
□確認資料例:「資産運用規程」、「運用方法の機関決定記録」、等	

1-8 経理業務の内部統制	□評価のポイント
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	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。

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。	
□確認資料例:「経理業務関係規程」、「内部統制に関する規程」、等	

1-9 事業会計の区分 有料老人ホーム事業とそれ以外の事業について、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 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。
□確認資料例:「事業活動計算書等の会計帳簿」、等	

1-10 入居者の権利擁護への取り組み 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 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。
□確認資料例:「権利擁護関係規程」、「職員研修の実施記録」、等	

1-11 個人情報保護への取り組み 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 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。
□確認資料例:「個人情報保護規程」、「職員研修実施記録」、等	

1-12 事業関連情報の共有	□評価のポイント
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。	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。
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

2-1 職員の能力向上	□評価のポイント
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。	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。
□確認資料例:「人材育成関係規程」、「キャリア・パス関係規程」、等	

2-2 職員の人事評価	□評価のポイント
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。	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。
□確認資料例:「人事評価規程」、「給与関係規程」、等	

2-3 職員の定着率向上への取り組み	□評価のポイント
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。	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。
□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」	

2-4 施設長の能力向上	□評価のポイント
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。	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。
□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	

2-5 資格取得への支援	□評価のポイント
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。	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。
□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	

2-6 職員の介護技術向上	□評価のポイント
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。	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。
□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」	

2-7 夜間の職員配置	□評価のポイント
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。	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。
□確認資料例：「職員体制表」	

2-8 虐待防止・身体拘束廃止への組織的対応	□評価のポイント
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・職員研修を定期的実施している。 C 上記の取り組みを行っていない。	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。
□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	

2-9 接遇上の配慮	□評価のポイント
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。	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。
□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」	

2-10 入居者とのコミュニケーション強化	□評価のポイント
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。	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。
□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」	

第3群 入居契約

3-1 広告表示の適正化	□評価のポイント
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。	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。
□確認資料例:「告示適合表」、「広告表示基準」、等	

3-2 契約関係書類の開示	□評価のポイント
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。	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。
□確認資料例:「資料交付案内」、「財務諸表常置状況」、等	

3-3 利用料の改訂方法	□評価のポイント
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。	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。
□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	

3-4 損害賠償	□評価のポイント
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。	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。
□確認資料例:「入居契約書」、「損害保険加入書類」、等	

3-5 契約解除に係る入居者保護	□評価のポイント
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。	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
□確認資料例:「入居契約書」	

3-6 短期解約時の前払金返還	□評価のポイント
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。	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。】
□確認資料例:「入居契約書」	

3-7 契約終了後の原状回復	□評価のポイント
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	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

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。	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。
□確認資料例:「入居契約書」、「取扱規程」、等	

3-8 苦情解決への取り組み 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 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。
□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

4-1 業務マニュアルの策定・見直し 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 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。
□確認資料例:「業務マニュアル」、「マニュアル改定記録」、等	

4-2 入居者のニーズ把握 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 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。
□確認資料例:「直近2年以内の調査結果」、等	

4-3 サービスの質向上への取り組み	□評価のポイント
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。	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。
□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	

4-4 家族等との連携	□評価のポイント
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。	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。
□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」	

4-5 運営懇談会の適切な運営	□評価のポイント
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。	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。
□確認資料例:「入居契約書」、「運営規則」、「運営懇談会議事録」、等	

4-6 金品授受の取扱い 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 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。
□確認資料例:「金品受領に関する規定」、「職員研修実施記録」、等	

4-7 事故防止の取り組み 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 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。
□確認資料例:「事故防止マニュアル」、「事故分析・改善策」、等	

4-8 感染症予防の取り組み 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 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評価とする。
□確認資料例:「感染予防マニュアル」、等	

4-9 自然災害への対応 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(BCP)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。	□評価のポイント 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いる。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。
--	---

C 上記の取り組みを行っていない。	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。
□確認資料例:「物品備蓄記録(状況の視認)」、「BCP」、等	

4-10 防災訓練の実施	□評価のポイント
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。	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。
□確認資料例:「防災計画書」、「防災訓練実施記録」、等	

4-11 緊急通報への対応	□評価のポイント
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。	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。
□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	

4-12 入居者の安否確認	□評価のポイント
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。	指導指針では、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。
□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

5-1 健康管理の実施	□評価のポイント
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	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。
□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」	

5-2 生活相談業務	□評価のポイント
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。	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。
□確認資料例:「入居契約書」、「管理規程」	

5-3 小口現金の管理	□評価のポイント
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。	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。
□確認資料例:「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」	

5-4 生活利便サービスの実施	□評価のポイント
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	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。

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。	
□確認資料例:「管理規程」、「運営懇談会細則」、「議事録開示状況が分かる文書」	

5-5 外部からの生活サービスの導入 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。	□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を、入居者のニーズを把握しながら取り入れる取り組みを、A評価とする。
□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」	

5-6 アクティビティの計画的な実施 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 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。
□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」	

5-7 個別栄養管理の実施 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。	□評価のポイント 指導指針では、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。
□確認資料例:「業務マニュアル」、「個別栄養管理実施記録」	

5-8 食事ニーズの把握	□評価のポイント
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。	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。
□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」	

5-9 多剤服用解消への取り組み	□評価のポイント
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。	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。
□確認資料例:「業務マニュアル」、「サービス提供記録」	

第6群 介護サービス利用支援

6-1 居宅サービス事業所の選定支援	□評価のポイント
入居者が介護保険居宅サービスを利用する場合、どのような取り組みを行っていますか。 A 近隣等の居宅介護サービスに関する情報提供を行った上で、必要に応じ両者の関係調整を行っている。 B 近隣等の居宅サービス事業所について、情報提供している。 C 上記の取り組みを行っていない。	指導指針では、入居者が希望する介護サービスの利用を妨げないために、近隣に設置されている介護サービス事業所について、入居者に情報提供することを求めている。この情報提供への取り組みをB評価とした上で、さらに入居者の希望に応じて当該事業所との関係調整を行う取り組みを、A評価とした。
□確認資料例:「情報提供ツール」、「業務マニュアル」、「実施記録」	

6-2 居宅介護支援事業所との連携	□評価のポイント
入居者が居宅介護支援事業所を利用する場合、どのような支援の取り組みを行っていますか。 A 近隣等の居宅介護支援事業所の情報提供を行った上で、必要に応じ、入居者の同意を得て身体状況等の情報提供を行っている。 B 近隣等の居宅介護支援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。	居宅介護支援事業所の適切な選択に資するよう、情報提供を行ったうえで、ケアマネジャーによるアセスメントやケアプラン作成の支援を行うものを、A評価とした。
□確認資料例:「情報提供ツール」、「業務マニュアル」、「実施記録」	

6-3 併設事業所等の適切な利用	□評価のポイント
ホーム併設または自法人内で居宅サービスを運営している場合、入居者が適切にサービスを利用できるよう取り組んでいますか。 A 入居者や家族の同意に基づく居宅サービス計画の作成支援を行い、自法人の居宅サービスのみでサービスが完結しないよう取り組んでいる。 B 入居者や家族の希望と同意に基づく居宅サービス計画の作成支援を行っている。 C 上記の取り組みを行っていない、または入居契約上で自法人の居宅サービス利用を義務付けている。	設置者が居宅サービス事業所を運営している場合に、入居者等の希望を踏まえたケアプラン作成の支援を行う取り組みをB評価とし、さらに他社の居宅サービスも組み合わせたケアプランの作成を支援する取り組みを、A評価とした。 ※併設等の居宅サービス事業所を持たない場合は、【非該当】。
□確認資料例:「居宅サービス計画書」	

6-4 個別アセスメント結果のサービスへの反映	□評価のポイント
介護保険居宅サービス以外に、ホーム独自で職員を配置して介護サービスを提供する場合、入居者のアセスメントをどのように行っていますか。 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、提供する介護サービスを介護保険訪問介護計画書に併記している。 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介護サービスを実施している。 C 上記の取り組みを行っていない。	入居者のアセスメントに基づき、必要な介護サービスを行う場合をB評価とし、さらに当該サービス内容を訪問介護計画書に併記する場合を、A評価とした。 ※ホームが独自に職員を配置して介護サービスを行っていない場合、【非該当】。
□確認資料例:「業務マニュアル」、「アセスメント記録」、「訪問介護計画書」	

6-5 ケアマネジメントの実施	□評価のポイント
介護保険居宅サービス以外に、ホーム独自で職員を配置して介護サービスを提供する場合、適切なマネジメントを行っていますか。 A ホームが提供する介護サービスについて、定期的に変更・中止の必要性の判断を行った上で、居宅介護支援事業所と調整している。 B ホームが提供する介護サービスについて、定期的に変更・中止の必要性の判断を行っている。 C 上記の取り組みを行っていない。	ホームが独自で介護サービスを提供する場合でも、居宅サービス計画書との整合性が必要である。 実施するサービスの必要性の有無を確認し、さらにこうした状況をケアマネジャーに報告して、必要に応じて調整を図る取り組みを、A評価とした。 ※ホームが独自に職員を配置して介護サービスを行っていない場合、【非該当】。
□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)変更記録」。	