

# 介護保険サービス評価に関する 北海道基準（介護老人福祉施設）

この基準は、事業者が指定基準（厚生省令）を満たした上で、さらにより良いサービス水準を目指して自己評価を行い、サービスの質の向上を図るとともに、評価結果の公表により利用者の適切なサービス選択に資するためのものです。

なお、この基準はサービス評価の着眼点を整理したものであり、事業者の総合評価を行う際には、各項目の重要度に応じたウエイト付けが必要であることから、○の数の多寡が直ちにサービスの優劣を示すものではありません。

区 分	頁	判 定 の 基 準
1 基本的事項	3	それぞれの評価基準の内容について、注釈に書かれてある例示を参考にし、概ね達成できていると判断した場合は判定欄に○を、できていないと判断した場合は×を記入しています。（注釈の例示のすべてが達成できていなければ、○をつけられないものではありません。）
2 事業の管理・運営	4	
3 サービス提供体制	6	
4 サービス提供内容	7	<p>まず、評価基準の内容を前提に、チェック項目ごと（□）に判定を行い、達成できている項目に（<input checked="" type="checkbox"/>）を記入しています。一つの評価基準のチェック項目すべてに<input checked="" type="checkbox"/>がついた場合は、判定欄に○を、一つでも達成できていない場合は×を記入しています。（チェック項目の中に、実際に該当するケースがなくても、サービスが提供できる体制になっていれば、<input checked="" type="checkbox"/>をつけています。）</p> <p>なお、チェック項目が設定されていない評価基準については、それぞれの内容について○か×の判定を行っています。</p>
5 利用者評価	12	※利用者の内、回答能力のある方がいらっしゃらないので、検討の結果、省略しました。

(別紙1)

**介護保険サービス評価に関する北海道基準  
事業者の概要とコメント（介護老人福祉施設）**

## 1 事業者の基本情報

平成 30 年 3 月 7 日 現在

法人名	社会福祉法人函館幸成会
施設の名称	短期入所生活介護事業所 幸成園
施設の所在地	〒041-0801 函館市桔梗町435番地28
施設の電話番号	0138 - 47 - 1113
施設のFAX番号	0138 - 47 - 1114
ホームページURL	http://www.kouseien.jp
E-MAILアドレス	kouseien@cocoa.ocn.ne.jp
入所定員数	14人（内、ユニット型4人、既存型10人）
その他提供サービス※	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 その他（なし）

※ 同一所在地で提供される他のサービスに○をつける。

## 2 事業者のサービスの特徴（サービスに関するフリーコメント）

当施設においては、天理教の精神をもって入居されている方々の尊厳を第一とし、プライバシーの保護、人権の尊重はもとより、家族等との連携も深め、より家庭的な雰囲気を目指し、規則一辺倒ではなく、個々の事情、要望等にできるだけ応えられるよう、その運営方針を貫いています。

ハード面について、ユニット型施設の電気はソーラーパネルによる自然エネルギーである太陽光発電によって賄われています。その他、理美容室も設備しており、定期的に可能な限り理美容サービスも実施しております。入浴は天然温泉となっており、高齢者の皆様には大変、好評をいただいております。

## 3 今回の自己評価結果を含めた今後の課題と取り組み

全般に渡り概ね達成できておりますが、専門性の向上等に係る職員の調査研究等についてさらなる努力が必要であるものと認識しております。

## 1 基本的事項

評価基準	注 釈	判定
1 利用申込者又はその家族に対し重要事項の説明を行う際、重要事項説明書の他にパンフレットを用意するなど、わかりやすい説明に配慮していますか。		○
2 施設見学やわかりやすい資料による説明など、利用申込者の利用決定の判断に役立つ配慮をしていますか。		○
3 利用者との契約は契約書を作成して行っていますか。	<p>あらかじめ、契約書（約款）により契約を結ぶことにより、契約関係の適正化を図るとともにサービスの利用に伴うトラブルを未然に防止することができるので、契約書を交わすことが望ましいです。</p> <p>特に、痴呆性高齢者の場合、本人が意思表示できないこともあるので、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業などを活用し、適正な契約を結ぶよう配慮することが必要です。</p>	○
4 利用者から契約を解除するための手続が契約書等に規定されていますか。	<p>不当に長い解約申出期間を設定して、事実上、利用者が契約を解約できないことのないようにしてください。</p>	○
5 利用者又は事業者から契約を解除することができる事由を定めていますか。	<p>利用者から契約を解除することができる事由としては次のようなものがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○事業者が正当な理由なくサービスを実施しない場合</li> <li>○事業者が守秘義務に違反した場合</li> <li>○事業者が利用者又は家族の生命・身体・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行う場合</li> </ul> <p>事業者から契約を解除することができる事由としては次のようなものがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○利用者が一定期間以上利用料を滞納し、相当期間を定めた催告後も滞納している場合</li> <li>○利用者が事業者へ著しい不信行為を行う場合</li> </ul>	○
6 利用終了に際して、必要な情報の提供やアドバイスを利用者・家族にわかりやすく説明するとともに、次の事業者が選定された際には必要に応じ情報の提供等の連携・調整を図っていますか。	<p>必要な情報やアドバイスには以下のものを含みます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○利用者の身体面・心理面の状態</li> <li>○生活上の留意点</li> <li>○介護の方法・留意点</li> <li>○サービスの再利用に関する情報</li> </ul> <p>他の事業者への情報提供時には利用者・家族の同意を得るなどプライバシーに配慮してください。</p>	○
7 利用者・家族の苦情を受ける窓口があり、速やかに対応するシステムがありますか。 また、その苦情を迅速にサービスの改善につなげていますか。	<p>以下に例示されるような工夫を行ってください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○利用者との懇談（話し合い）の機会を定期的に持ち、苦情・訴えを聞く。</li> <li>○トラブル等があった場合、担当職員ができるだけ早く話を聞くと共に、不満・訴えのある人と個別に話を聞く機会をもつ。</li> <li>○第三者に対する苦情の申立てができる体制になっている。</li> <li>○苦情に応じて、担当職員を交替させるなどの仕組みを持つ。</li> </ul>	○
8 利用者に関する情報を、適切に記録していますか。	<p>以下に示すような工夫を行ってください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○利用者へのサービス提供を行う際に効率的な記録様式を事業者独自で作成する。</li> <li>○記入方法について統一的な指示を行う。</li> <li>○サービス提供記録、相談・情報提供に関する記録が、統一的に整理されるようにする。</li> <li>○データベース化などにより効率的かつ統一的な記録の整理がなされている。</li> </ul>	○
9 利用者の記録の保管方法を定めて、それを基に適切な記録を保管していますか。	<p>記録の保管方法については、以下の点を定めてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○記録の管理責任者</li> <li>○記録の保管期間</li> <li>○記録の保管場所</li> <li>○記録の開示ルール</li> </ul>	○
10 利用者の人権への配慮を行っていますか。	<p>以下で示す項目等に留意して工夫を行ってください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○「権利」を成文化してパンフレットを作成し配布したり、機関・施設の利用者に目立つ場所に掲示する。</li> <li>○利用者に関わる情報の取扱いについて、細心の注意を払い、守秘に努めるよう職員に徹底されている。</li> <li>○利用者を「一人の人格」として尊重する教育を重視し、利用者の呼称等にも留意している。</li> <li>○痴呆性高齢者等の権利に関しても十分な配慮を行う。</li> </ul>	○

## 2 事業の管理・運営

評価基準	注 釈	判定
1 事業の理念や方針を明確にするとともに、職員に徹底していますか。	事業理念や方針は文書として明文化し、職員の目につく場所に掲示する等、職員に周知徹底するよう努めてください。	○
2 事業の理念・方針に基づいた事業の達成目標・計画（中・長期）を定めていますか。	事業計画は、事業の理念・方針に基づくとともに、 ①中期・長期の運営の方針、 ②職員採用・研修計画、 ③施設・設備計画、 ④事業経営の方針及び計画、 ⑤部門別計画（処遇の方針及び計画、行事計画、防災訓練計画等）等を網羅してください。 計画の策定にあたっては、職員の参加を得て行ってください。また、目標や計画は職員に徹底するとともに、定期的にその達成度を測り必要に応じて見直してください。	○
3 当該事業の予算・決算が適正に策定、公開され、また、運用されていますか。	以下の点に留意してください。 ○当該事業予算は、事業計画と調整をとり、具体的計画に基づいて積算されている。 ○当該事業予算は、適切な時期に、会計責任者、管理者において策定されるとともに、適切な機関（理事会等）において承認を受けている。 ○決算書の作成及び監査が適切に行われている。 ○当該事業予算について、閲覧の要請がある場合には、対応できる体制になっている。	○
4 職員の人事管理を適正に行っていますか。	以下の点に留意してください。 ○職員の資質向上を図るための人事方針が定められている。 ○人事考課が明確かつ客観的な基準により行われている。 ○職員の安全を確保するなど、各種の配慮がなされている。	○
5 非常勤職員の処遇を適正に行っていますか。	非常勤職員の雇用にあたっては、労働基準法など他の関係法令を遵守し、適切に行ってください。	○
6 職員研修について、研修体系を整備し、研修を計画的かつ定期的に行っていますか。	職員の資質向上を図るための研修は、専門性の付与、使命感の自覚、士気高揚といった面で効果があり、計画性を持って実施することが必要です。以下に例示される点に留意し、工夫を行ってください。 ○職員採用時研修、職場内研修を実施したり、都道府県や団体の行う研修計画を把握して、参加計画を立てている。 ○外部研修に職員が参加した場合には、報告会を行う等、他の職員に還元させるよう努めている。 ○外部研修だけでなく、事例研究会等の職員研修や勉強会が企画され、計画的に行われている。 ○職場内訓練（OJT）を、職場の状況に応じ、適切な方法で実施している。 ○痴呆性高齢者に対応するケア職員に専門教育をしている。（痴呆介護実務者研修、社会福祉関係職員研修等を受講する。）	○

評 価 基 準	注 釈	判定
7 職員の調査研究の指導や研究発表を推進していますか。	<p>職員の調査研究の推進は、研修の推進と同様に、専門性の向上、士気高揚、使命感の自覚といった面で効果があります。以下に例示される点に留意して工夫を行ってください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○外部の学会、研究会等への参加を促進する。</li> <li>○調査研究の推進・指導体制を整備する。(研究会の定期的開催、外部講師・スーパーバイザーへの依頼等)</li> <li>○施設内研究報告書、研究レポートを定期的に作成する。</li> <li>○外部との共同研究や各種研究費申請を促進する。</li> </ul>	○
8 職員の専門資格取得を積極的に進めていますか。	<p>資格取得のために、研修時の出張扱い、資格手当の支給の厚遇などの支援をしてください。</p>	○
9 ボランティアや地域住民を受け入れる機会を作っていますか。	<p>以下に示すこと等を行い、工夫してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○専任の担当者を配置し、具体的な受入計画・研修・指導内容等のマニュアルを作成し、継続的な対応を行う。</li> <li>○地域のボランティアグループや住民組織とも連絡・連携を持ち、その実施状況を記録に取りまとめる。</li> </ul>	○

## 3 サービス提供体制

評価基準	注 釈	判定
1 施設サービス計画の作成に当たっては、利用者を事前に訪問し、本人や家族のニーズ、生活環境等を十分に把握していますか。	実施状況を評価し、必要に応じて、適切に変更を行ってください。また、可能な限り、居宅における生活への復帰についても念頭に置いてください。	○
2 施設サービス計画を作成する際に、必要に応じ各種専門職の参加を得て行っていますか。	○必要に応じて介護職、看護職、医師（主治医）、理学療法士、作業療法士等の参加を得てください。	○
3 定期的又は必要に応じて利用者や家族から相談を受けたり、意見を聞く機会を設けていますか。	○面接によるほか、利用者等からの意見を連絡帳やアンケートなどを活用して収集している。 ○担当職員以外に、利用者等から意見を聞く担当者が定められている。	○
4 家族に対する支援体制ができていますか。	以下に示すような工夫を行ってください。 ○利用者の状況について、家族に対して個別に報告する。 ○家族支援の担当者を置き、利用者の状況に関して、家族が必要とする情報を必要に応じていつでも提供できるようにする。 ○個々の利用者家族との連絡帳を作り活用する。 ○家族への介護技術指導を定期的、又は必要に応じて行っている。	○
5 サービスに関するマニュアル等を用意し、職員に徹底していますか。	マニュアル等の内容には、次の事項を盛り込んでください。 ○サービス利用者・家族へのサービスの説明と同意 ○職種ごとの業務分担（医療法上の禁止事項の遵守） ○サービス内容の検討、決定、見直し ○個々のサービスの具体的な事前準備、作業手順、留意事項等 ○衛生管理、危険予防、非常時対応（利用者に事故や異常があった場合） ○記録の作成と保管	○
6 定期的または必要に応じて、ケアカンファレンスを行っていますか。	報告がケース記録に記載され、会議録・研究会録等に保存され、さらに管理者まで報告がなされるしくみなどが重要となります。 また、ケアカンファレンスの際には、必要に応じて、スーパーバイザーをおいたり、利用者や家族の参加についても工夫してください。	○
7 利用者等から収集した情報を、よりよいサービスに結びつけるための工夫を行っていますか。	本人の同意を得た上でケアカンファレンスにかけたり、居宅介護支援事業者へ情報提供を行うなどの工夫をしてください。	○
8 感染症予防のための必要な対策を講じていますか。	以下に例示されるような点に留意し、工夫を行ってください。 ○感染対策マニュアル（手洗いの励行、エプロン等の使用・着替え等）を作成したり、職員に対して研修を行っている。 ○サービス提供前に職員の健康状態をチェックし、必要な対応を行うとともに記録している。 ○感染予防に関する研修を行っている。 ○利用者・家族に対して感染予防に関する啓発普及を行っている。	○
9 感染者に対して適切な対応がなされていますか。	以下に例示されるような点に留意し、工夫を行ってください。 ○感染者（例：かいせん・MRSA、結核、インフルエンザ等）に対しての適切な処遇のために、マニュアルや対応事例集を作成している。 ○感染者に対する適切な対応法に関する研修を行っている。 ○入院治療の必要がある場合などを除き、感染者のサービス利用を拒まない。	○

## 4 サービス提供内容

区分	評価基準	チェック項目	判定
利用者の生活自立への支援	1 利用者に対して排泄自立のための働きかけをしていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 尿意や便意のある利用者には、おむつをあてていても、ポータブルトイレやトイレで介助している。 <input checked="" type="checkbox"/> 精神機能の低下している利用者には、声かけ誘導し、トイレでの排泄をうながしている。 <input checked="" type="checkbox"/> おむつの種類も数多く準備し、無理なく段階をおって排泄自立の働きかけができるようにしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 日中はできるだけおむつを使用しない配慮をしている。	○
	2 寝たきり防止が徹底されていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 食事のときにはベット以外のところで食事をとるなど、寝・食分離が行われている。 <input checked="" type="checkbox"/> 日中は寝間着から日常着に着替えるようにしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 本人の離床意欲をかきたてる工夫をしている。	○
	3 一日の総臥床時間を減少させる努力がされていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 日中は休養程度の臥床にとどめている。 <input checked="" type="checkbox"/> 長時間の離床が困難な利用者でも、何度もベットと車椅子の移乗介助を行い、寝たきりにならないようにしている。	○
	4 利用者の障害の形態により、自立生活のための自助具や補装具などが準備されていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者の障害を正確に把握し、個々のレベルに応じた自助具や補装具を用意し、それぞれのレベルでの自立生活ができるように配慮している。 <input checked="" type="checkbox"/> 必要に応じてOTやPT等、専門職種との連携を図り、個別の対応、適した自助具・補装具の選択に努めている。 <input checked="" type="checkbox"/> 心身機能が低下した利用者にも使いこなすことができる自助具であるよう配慮している。 <input checked="" type="checkbox"/> 自助具等が使いこなせるよう、取り扱いについて、わかりやすく説明している。	○
	5 金銭や貴重品は自己管理できるように配慮していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 個々の状態に応じた自己管理が可能なような工夫がされている。 <input checked="" type="checkbox"/> 自己管理のできない人であっても、金銭管理に対する機能維持に努めている。	○
	6 利用者が居室以外でくつろげる場所がありますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 家庭的な雰囲気のダイニングや談話室がある。 <input checked="" type="checkbox"/> 食事以外でも気軽に使えるような食堂の雰囲気に配慮している。 <input checked="" type="checkbox"/> ダイニングは多目的に利用することができるようになっている。 <input checked="" type="checkbox"/> 静かな雰囲気で書籍等を読むことができる。	○
	7 気軽に買い物ができるようになっていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 施設内に売店や販売コーナーがある。 <input checked="" type="checkbox"/> 希望に応じて買い物に出かけることができる。	○

区分	評価基準	チェック項目	判定
利用者の心身の状況や生活習慣等個別性に配慮	8 食事は美味しくたべられる工夫がされていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 食事の選択が可能になっている。 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者に食事の内容についてアンケートを実施したり嗜好調査を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 家庭の食事時間に近い時間に提供するとともに、本人の希望する時間にも配慮している。 <input checked="" type="checkbox"/> 個人に合った適温・形態（とろみ、きざみ食等）で提供している。 <input checked="" type="checkbox"/> 食欲をそそるような盛りつけや色彩などに配慮している。 <input checked="" type="checkbox"/> 落ち着いて食べることのできる雰囲気作りを行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 食器に配慮している。 <input checked="" type="checkbox"/> 旬のものや地域の食材を利用している。	○
	9 食事介助は利用者の障害に応じた配慮がされていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者のペースに合わせるのに十分な介助の人員が確保されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 食事介助の時の人員を確保するように努めている。 <input checked="" type="checkbox"/> 障害に応じた自助具等を用意している。	○
	10 希望があれば入浴あるいはシャワー浴ができますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴日以外でも、週に何度かは希望により入浴またはシャワー浴ができる。	○
	11 浴室の環境が整えられた中で、入浴が行われていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 複数のタイプの浴槽が用意されている。 <input checked="" type="checkbox"/> ゆったり落ち着いて入浴ができるような雰囲気作りになっている。	○
	12 入浴時の安全が確保されていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒防止に配慮されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴介助に必要な人員を確保している。	○
	13 深夜早朝のおむつ交換を工夫していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 深夜、早朝の交換では、安眠を妨げない配慮をしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄量が多く交換が必要な利用者や、訴えのある利用者には、いつでも実施している。	○
	14 排泄記録が作成され、健康管理その他の面で活用されていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 個別の排泄記録が作成され、排尿・排便の状況が把握できる。 <input checked="" type="checkbox"/> 必要があれば医療スタッフと連携し、排尿・排便を促す方法をとっている。 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄物に異常がないか確認し記録している。	○
	15 便秘の人に対して配慮していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 活動的な生活に配慮している。 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養士とも連携し、食事面の配慮にもつなげている。	○
	16 レクリエーション等のプログラムが用意されていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> グループで行えるプログラムが複数ある。 <input checked="" type="checkbox"/> 個人にあったプログラムを用意して、自由に選択できるようにしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 廃用防止のためのプログラムが用意されている。	○
	17 利用者がレクリエーション等に、積極的に参加できる工夫をしていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 趣味や興味に合った組み合わせで提供している。 <input checked="" type="checkbox"/> 個々の身体状況に合わせた場所や時間を設定している。 <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活の中で、レクリエーションへの関心が高まるような働きかけをしている。 <input checked="" type="checkbox"/> レクリエーション活動を行う技術がある担当職員がいる。	○
18 個々人に合った整容が行われていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 髪型は一律ではなく、常に利用者の好みや希望を聞き、個性に配慮している。 <input checked="" type="checkbox"/> 希望に応じて理美容室を利用することができる。 <input checked="" type="checkbox"/> 爪や耳の手入れだけでなく、フットケアにも配慮している。	○	



区分	評価基準	チェック項目	判定
心身の状況や生活習慣等個別性に配慮	19 利用者の着衣に配慮していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者の好みや習慣に応じ、自由に衣類の選択をしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 意思の確認がとれない利用者にも、個性を尊重した着衣に配慮している。 <input checked="" type="checkbox"/> 障害に応じた衣類のリフォームを行っている。	○
	20 酒や煙草を楽しめる環境に配慮していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 飲酒は、本人の健康状態を勘案し、他人の迷惑にならないように時間や場所を決めるなどして、楽しむようにしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 煙草は、他人の迷惑にならないよう喫煙場所を設ける等している。 <input checked="" type="checkbox"/> 煙草の吸い殻を異食することがないように配慮している。	○
	21 家族が宿泊したり利用したりできる部屋がありますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 家族等と宿泊したり、一緒に過ごすことのできる部屋が用意されている。	○
利用者の人権・意思等の尊重	22 居室やダイルームは、快適な生活を送ることのできる環境になっていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 家具の配置などに注意している。 <input checked="" type="checkbox"/> なじみの深いものを持ち込めるよう配慮している。 <input checked="" type="checkbox"/> 採光や照明に配慮している。	○
	23 私物収納スペースは用意されていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 私物収納は、利用者のある程度の希望に添える広さがある。 <input checked="" type="checkbox"/> 金銭を保管する施錠できる棚などがベットサイドなど身近にある。	○
	24 匂いの問題をなくすために工夫をしていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 脱臭設備が整っている。 <input checked="" type="checkbox"/> こまめに空気の入換えをするなど配慮している。	○
	25 外部と通信しやすい工夫をしていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 公衆電話やベットサイドの電話の設備等について配慮している。	○
	26 テレビや新聞、雑誌等から知りたい情報を自由に得ることができますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 居室だけでなく、自由に見ることのできるテレビをロビー等に複数配置している。 <input checked="" type="checkbox"/> 自由に閲覧できる新聞や雑誌を多く取り揃えている。 <input checked="" type="checkbox"/> 視覚障害の利用者には、朗読や代読等で情報を提供している。	○
	27 プライバシーが守られていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 個室以外の居室でも、プライバシーに配慮している。 <input checked="" type="checkbox"/> トイレや脱衣所を使用しているも、廊下から見えないように配慮している。 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄介助時にカーテンを引く等、プライバシーに気を配っている。 <input checked="" type="checkbox"/> おむつ交換等の匂いに気を配っている。	○
	28 利用者とのコミュニケーションに配慮していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 日常会話の不足している利用者に対しても配慮している。 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の話に耳を傾けるようにしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 障害に応じたコミュニケーションの手法を用いている。	○
29 言葉使いは適切ですか。	<input checked="" type="checkbox"/> 自尊心を傷つける言葉を使用しないよう、常に配慮している。 <input checked="" type="checkbox"/> 職員がお互いに言葉使いを確認し合っている。	○	
30 会話等を行う場合、利用者のペースが守られていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 適切な声量、言葉の速度に注意している。 <input checked="" type="checkbox"/> いつでも手紙の代筆や代読を行っている。	○	

区分	評価基準	チェック項目	判定
3 利用者の 人権・ 意思等 の尊重	31 痴呆性高齢者が落ち着いて暮らせる環境に配慮していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 小グループによるユニットケアを行う等、スペースを有効に活用している。	○
	32 「行動の障害」とされる行動の観察と原因の分析を行い、適切な対応が行われていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 障害となっている行動の記録が整理されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 記録を基に、分析や対応方法を検討している。 <input checked="" type="checkbox"/> その行動そのものをなくそうとするのではなく、環境を整備したり受容的な態度で行動を受け止めている。 <input checked="" type="checkbox"/> 見当識障害に対する環境の配慮がされている。	○
	33 痴呆性高齢者に対する、生活障害に配慮したプログラムがありますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 痴呆性高齢者の能力を評価し、その利用者の生活に活かされるよう配慮している。 <input checked="" type="checkbox"/> 身体機能だけではなく、情緒などの精神安定に働きかけるプログラムがある。 <input checked="" type="checkbox"/> 痴呆性高齢者への援助指針と各種（個別・集団）介護プログラムが確立されている。	○
	34 抑制や拘束の禁止の原則が徹底されていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 常に、抑制を行わなくても済むような工夫に努めている。 <input checked="" type="checkbox"/> 切迫性、非代替性、一時性の3つの要件を満たした上で、最低限の抑制や拘束を行わなければならない場合には、次の点を厳守している。 ( ・施設サービス計画に明記し、家族等の同意を得た上で行われている。 ・内容についての詳細な記録を残している。 ・なぜ、抑制を行わなければならないかについて、明確に説明することができる。 )	○
4 医学的 管理	35 健康上の必要から、食事に配慮が必要な人に対して、適切な食事が提供されていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 栄養士が医療スタッフと連携・調整を行い、個別の疾病に対応している。 <input checked="" type="checkbox"/> 歯痛・発熱等の一時的・突発的な状況にも、すぐに応えられるような配慮がされている。 <input checked="" type="checkbox"/> 食欲不振時には、本人の嗜好を最大限考慮した献立を提供している。 <input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡等のある利用者には栄養面からの治療に向けた配慮をしている。	○
	36 利用者の健康状態に関して、利用者や家族にわかりやすく説明し理解を得ていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者の家族へ記録の送付を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 必要な人には健康状態の説明の機会を設けている。	○
	37 感染症（かいせん、MRSA、結核、インフルエンザなど）に対する対策は検討されていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 施設内感染マニュアルが備えられ、適切に励行されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 必要な手洗器等が設置されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 入院治療の必要がある場合などを除き、感染者の回避や追い出しがない。	○
	38 十分な体位変換は定期的に行われていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 体位変換が必要な人が日々確認されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 時間を決めた体位変換（概ね2時間を基準）を行うようにしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 個人の日課表に基づいた体位交換とその実施記録が整理されている。	○
	39 利用者の睡眠状況、食事摂取の状況、排泄等の状況を把握していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者ごとに状況が適切に記録され、看護介護職員等の情報伝達が適時実施されている。	○
40 服薬者に対する与薬管理は適切ですか。	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者ごとに服薬のチェック、薬歴管理を行い、一括手渡しではなく、服用毎に配布するなど、配慮している。	○	

区分	評価基準	チェック項目	判定
4 医学的 管理	41 個別援助プログラムの中に、機能訓練を位置づけ、ケースごとに立案（評価・目標設定・実施計画）を行っていますか。 また、定期的にケース検討を行い、計画の見直しを行っていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> ケースごとに、日常生活の中での機能訓練の課題や方法が明らかにされている。 <input checked="" type="checkbox"/> 計画を作るに当たって、関連ある複数の担当者（専門職を含む。）でケース検討を行っている。	○
	42 口腔ケアは適切に行われていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 起床、就寝時だけではなく食後など、必要に応じて <input checked="" type="checkbox"/> 口腔清潔が保たれている。 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の手入れなど管理が適切に行われている。 <input checked="" type="checkbox"/> 唇の乾燥を防ぐ配慮をしている。	○
	43 内科・外科・精神科・歯科等、協力医療機関と十分な連携がとれ必要な時に適切な措置を講ずるようにしていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 内科・外科・精神科等必要な医療機関と、協力契約を交わしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科と協力契約を交わしている。	○
	44 医療機関への入院に関して利用者や家族と相談していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 入院に関しては、状況を利用者・家族などに説明し、合意のもとに行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 緊急の場合は、事後に担当の専門職員が家族に経過、状況について連絡をしている。	○