さが福祉サービス評価基準（福祉サービス別項目【特別養護老人ホーム版】）

評価分類	評価項目	評価細目	判断基準	着眼点
1　利用者の尊重	(1) 利用者の尊重	①利用者の主体的な活動を尊重している。	a) 利用者の主体的な活動が尊重されている。 b) 利用者の主体的な活動の尊重が十分でない。 c) 利用者の主体的な活動が尊重されていない。	□利用者の主体的な活動については、その意向を尊重しながら、その発展を促すように側面的な支援を行っている。 □利用者が、施設外の住民の方と自由に交流できるように様々な便宜を図っている。 □利用者による自治会ないし利用者の会等がある。 □必要に応じて、外部から協力者（ボランティア）を受け入れるなど、地域の社会資源を積極的に活用している。
		②利用者の尊重のための取組がある	a) 利用者の尊重のための取組があり、かつ、その内容が総合的である。 b) 利用者の尊重のための取組がある。 c) 利用者の尊重のための取組あるが、十分ではない。	□職員マナーマニュアルがあるか、または、マニュアル集の中に職員の基本的なマナーに関する記述がある。 □職員のマナーに関する研修実施記録がある。 □倫理規程があり、事業所の全職員が守るべき倫理が明文化されている。 □倫理規程に関する研修実施記録がある。 □介護が必要な利用者の尊厳の保持に関する研修実施記録がある。
		③利用者の「生活の質」の維持・向上を目指し、「利用者本位」の姿勢が貫かれている。	a) 利用者の「生活の質」の維持・向上を目指し、「利用者本位」の姿勢が貫かれている。 b) 利用者の「生活の質」の維持・向上を目指した「利用者本位」の姿勢が見られるが、十分ではない。 c) 利用者の「生活の質」の維持・向上を目指した「利用者本位」の姿勢がない。	□「高齢者の自立支援」の理念が、職員に周知徹底されている。 □「高齢者の自立支援」の理念が、個々のサービスの標準的な実施方法等に反映されている。 □利用者や家族のニーズに基づいた施設サービス計画書を作成している。
		④利用者の終末のケアについて配慮している。	a) 利用者の終末のケアについて十分配慮している。 b) 利用者の終末のケアについて配慮しているが、十分ではない。 c) 利用者の終末のケアについて配慮していない。	□利用者と終末のケアについて日頃から話し合いを行っている。 □本人の意向を最大限尊重することを基本に、身元引受人・相続関係者等と連絡を図っている。 □家族・身内縁者・職員の看取りに配慮している。 □利用者の希望に応じて、財産管理など相談する関係機関を紹介している。 □本人や家族が希望すれば、施設でお別れ会・告別式等を行っている。

評価分類	評価項目	評価細目	判断基準	着眼点
	(2) 利用者の権利擁護	①虐待防止のための取組みが行われている。	a) 虐待防止のための取組みが行われている。	□虐待が行われないよう守るべき規範･倫理等が、職員に周知徹底されている。
			b) 虐待防止のための取組みが行われているが、十分ではない。	□職員の意識啓発のため、虐待防止のための研修が定期的に実施されている。
			c) 虐待防止のための取組みが行われていない。	□虐待が発生した場合、それに対する対処･通報等が適切に行われている。
		②身体拘束廃止のための取組が行われている。	a) 身体拘束廃止のための取組が行われている。	□身体拘束廃止の取組についての、施設の理念･方針が記載された文書がある。 □身体拘束廃止に向けた委員会を立ち上げ、定期的に拘束等の状況について確認し、対応策を講じている。
			b) 身体拘束廃止のための取組が行われているが、十分ではない。	□身体拘束廃止に関する研修を開催するか又は参加しており、かつ、その記録が残されている。 □利用者とその家族について、身体拘束廃止に向けて積極的に説明し、了解を得ている。
			c) 身体拘束廃止のための取組が行われていない。	□身体拘束を行う場合には、必要性について十分な検討がなされており、かつ、その理由･経過についての記録がある。 □身体拘束を行う場合には、家族の同意を得ていることが、記録から確認できる。
		③福祉サービス利用援助事業や成年後見制度の活用を推進している。	a) 福祉サービス利用援助事業や成年後見制度の活用が推進されている。	□福祉サービス利用援助事業の活用の推進について、運営マニュアル等に記載がある。
			b) 福祉サービス利用援助事業や成年後見制度の活用が推進されているが、十分ではない。	□成年後見制度の活用の推進について、運営マニュアル等に記載がある。
			c) 福祉サービス利用援助事業や成年後見制度の活用が推進されていない。	□社会福祉協議会やﾘｰｶﾞﾙｻﾎﾟｰﾄ等との連携を行っており、かつ、その記録が残されている。 □福祉サービス利用援助事業を活用した事例があり、その記録が残されている。 □成年後見制度を活用した事例があり、その記録が残されている。

評価分類	評価項目	評価細目	判断基準	着眼点
		④認知症高齢者への対応が適切に行われている。	a) 認知症高齢者への対応が適切に行われている。 b) 認知症高齢者への対応を行なっているが、十分ではない。 c) 認知症高齢者への対応が適切に行われていない。	□認知症利用者一人ひとりの生活歴等を十分に把握し、個々の状況に応じた対応が適切に行われている。 □認知症についての知識、認知症利用者の行動への対応方法等の研修を実施している。 □個々の利用者が持つ能力や意欲を探し、その能力等を発揮させるような取り組みがなされている。 □認知症利用者が安心して生活ができるよう、見やすく馴染みのある時計やカレンダーの掲示、行動障害のある方の危険防止など、過ごしやすい環境づくりに取り組んでいる。 □見当識障害を解消する訓練など認知症の症状を遅らせる療法を積極的に取り入れ、問題行動の緩和、改善に努めている。
2　日常生活支援	(1) 睡眠	①安眠について配慮している。	a) 安眠について十分に配慮している。 b) 安眠について配慮しているが、十分ではない。 c) 安眠について配慮していない。	□ 不眠者に対する対応等について、マニュアルを作成している。 □ 寝室やベッド周辺の光や音について、利用者の希望や状況に応じて適切に配慮している。 □ 寝具は、利用者の好みに基づいて用意され、又は私物使用も認められている。 □ 不眠等により同室者に影響を及ぼす場合、一時的に他の部屋を使用することができる。
	(2) 食事	①食事は利用者の要望や状態に応じて選択できるよう対応している。	a) 食事は利用者の要望や状態に応じて選択できるよう対応している。 b) 食事は利用者の要望や状態に応じて選択できるよう対応しているが、十分ではない。 c) 食事は利用者の要望や状態に応じて選択できるよう対応していない。	□食事は、利用者全員が一斉に摂るのではなく、幅のある時間帯の中で個人が好む時間に摂ることができ、かつ、そのことが文書で利用者に周知されている。 □食事の提供時間は、利用者の意見を聞き、家庭生活に近いものとなっている。 □定期的に、副食又は主食を選択できる日を設け、かつ、献立表などにより利用者に周知されている。 □定期的に、バイキング形式の食事を実施しており、かつ、献立表などにより利用者に周知されている。 □利用者の体調や身体状況（例：咀嚼・嚥下能力など）により、必要に応じて個別の食事（おかゆ食、流動食、刻み食など）を用意している。 □利用者の体調や身体状況に合わせてカロリーを計算した食事を提供している。

評価分類	評価項目	評価細目	判断基準	着眼点
		②食事を楽しむことができるような工夫を行なっている。	a) 食事を楽しむことができる工夫をしている。	□計画的に行事食及び選択食方式を実施している。 □四季折々の花を飾るなど季節感のある飾り付けや、音楽を流すなどの配慮をしている。 □家庭的な雰囲気が感じられるようなテーブルクロスや食器を使用している。 □必要な人に対しては、食事介助は職員が一対一で行っている。 □食事を美味しく、楽しく食べることができるよう、日常生活の中で利用者の状態に応じた運動や体を動かすなどの取り組みがなされている。
			b) 食事を楽しむことができる工夫をしているが、十分ではない。	
			c) 食事を楽しむことができる工夫をしていない。	
		③美味しく楽しい食事のための調査検討がなされている。	a) 美味しく楽しい食事のための調査検討がなされている。	□定期的に嗜好調査又は残菜調査を行っており、かつ、その記録が残されている。 □食事サービスの検討会議等に利用者も参加している。 □嗜好調査又は残菜調査又は検討会議の結果を献立に反映しており、かつ、その記録が残されている。 □施設サービス計画書等において、①栄養量、②食事形態、③水分補給、④介助の方法等、利用者の状態に応じた留意点や支援の内容が明記されている。 □食事の介助方法や支援方法に関してマニュアルが用意されている。 □摂取の自立に向けた自助具（食器類）を採用している。
			b) 美味しく楽しい食事のための調査検討がなされているが、十分ではない。	
			c) 美味しく楽しい食事のための調査検討がなされていない。	
	(3) 排泄	①排泄介助は適切に行われている。	a) 排泄介助は適切に行われている。	□排泄介助のマニュアル（安全、プライバシー、便意・尿意・失禁への対応を含む）が用意されている。 □排泄介助に際して、利用者の健康状態や注意事項について、個別チェックリスト等を活用している。 □体調を整えるために必要な水分補給を行っており、かつ、そのことがケース記録等に残されている。 □排泄用具（おむつ、移動式便器、集尿器、採尿器、ストマ用具等）の使用法について、衛生や防臭を考慮したマニュアルが用意されている。 □排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。
			b) ―	
			c) 排泄介助は適切に行われていない。	

評価分類	評価項目	評価細目	判断基準	着眼点
		②トイレは清潔で、利用者が安心して利用できるように配慮されている。	a)トイレは清潔で、利用者が安心して利用できるように配慮されている。 b)トイレ環境に、一定の配慮がある。 c)トイレは清潔でなく、利用者が安心して利用できるように配慮されていない。	□トイレ環境の点検･改善のための検討を定期的に行っており、かつ、その記録が残されている。 □換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。 □清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。 □採光･照明等は適切である。 □各居室にトイレがある。 □冷暖房設備がある。 □必要な利用者に配慮し、温水洗浄便座や手すりの設置などに配慮している。
	(4) 入浴	①入浴は、利用者の状態に応じて柔軟に対応できる仕組みがある。	a) 入浴について、利用者の状態に応じて柔軟に対応できる仕組みがある。 b) 入浴について、利用者の状態に応じて柔軟に対応できる仕組みがあるが、十分ではない。 c) 入浴について、利用者の状態に応じて柔軟に対応できる仕組みがない。	□安全やプライバシーの保護も含めて、入浴介助や支援･助言方法についてマニュアルが用意されている。 □入浴介助が必要な利用者及び病中病後等の理由で確認の必要がある利用者については、入浴前に体温･血圧測定を行っており、かつ、その記録が残されている。 □利用者の希望の入浴時間帯、週間回数を確認しており、かつ、その記録が残されている。 □利用者の希望により個人浴が選択できる。 □設定された入浴時間のほかに、失禁や汗をかいた場合等必要に応じて入浴が可能である。
		②浴室･脱衣場等の環境は適切である。	a) 浴室･脱衣場等の環境は適切である。 b) ー c) 浴室･脱衣場等の環境は適切ではない。	□浴室･脱衣場の設備や入浴器具の設備等については、検討会議を行っており、かつ、その記録が残されている。 □脱衣場の冷暖房設備は、気候や利用者の身体的状態に応じて調節できる。 □浴室や脱衣場は、プライバシーを保護する構造･設備上の工夫又は保護する環境を確保するための工夫が行われている。

評価分類	評価項目	評価細目	判断基準	着眼点
	(5) 整容	①利用者の理･美容について、支援が必要な利用者の施設サービス計画書に基づく個別･具体的な実施方法が明示されている。	a) 理･美容について利用者一人ひとりの好みや意向を把握し、それらを反映した個別･具体的な実施方法を明示している。 b) 理･美容について利用者一人ひとりの好みや意向を把握しているが、個別･具体的なサービス実施方法が明示されていない。 c) 理･美容について利用者一人ひとりの好みや意向を把握していない。	□髪型や化粧の仕方等は利用者の意思で決めている。 □職員は、必要があれば、整髪や化粧を手伝ったり、又は相談に応じたりしている。 □理･美容に関する資料や情報を用意している。 □地域の理髪店や美容院の利用について、必要に応じて職員が同行するなどの配慮を行っている。 □利用する理髪店や美容院に対しては、必要に応じて、理解と協力を得られるように職員が連絡･調整を行っている。
		②衣服の着替え等について適切に支援している。	a) 衣類の着替等について総合的な支援がなされている。 b) 衣類の着替え等について一定の支援がなされている。 c) 衣類の着替え等について支援がなされていない。	□着衣に介助を要する利用者の毎日の着衣については、その選択は利用者の意思を確認して行っている。 □衣類の購入の際には、必要があれば、職員が相談、情報提供、買い物支援等に応じている。 □介助が必要な人に対しては、衣類を毎日、起床時と就寝時に着替える支援をしており、かつ、その記録が残されている。 □利用者が着替えを希望した場合、特別な場合を除き、その意思を尊重している。 □介助に頼らず自ら着替えをしたいという希望のある利用者に対しては、その意思を尊重して対応している。 □汚れや破損が生じた場合に、速やかに対処するための業務手順が用意されている。
	(6) 移動	①移動 (移乗を含む) について、支援が必要な利用者の施設サービス計画書に基づき個別･具体的な支援方法が明示されている。	a) 移動について支援が必要な利用者一人ひとりに対して、実施するサービスの個別、具体的な方法が明示されていて、必要となる器具等について配慮されている。 b) 移動について支援が必要な利用者一人ひとりに対して、実施するサービスの方法の個別化や具体化が十分ではなく、必要となる器具等の配慮が足りない。 c) 移動について支援が必要な利用者一人ひとりに対して、実施するサービスの個別、具体的な方法が明示されてなく、必要となる器具等について配慮されていない。	□移動について支援が必要な利用者一人ひとりに対して、施設サービス計画書に記載している。 □記載している場合、より具体的に記載している。 □支援が必要な利用者について、必要となる器具等の配慮がなされている。 □移動時の危険防止についての対策がとられている。

評価分類	評価項目	評価細目	判断基準	着眼点
	(7) 居室等	①居室についてその人の生活習慣を尊重した雰囲気づくりを支援している。	a) 居室について、その人の生活習慣を尊重した雰囲気づくりについて総合的な支援がなされている。	□個室でない居室については、仕切り等をしている。 □居室内に、自己保有の絵や写真等を飾ることができるスペースを設けている。
			b) 居室について、その人の生活習慣を尊重した雰囲気づくりについて一定の支援がなされている。	□各人が個別に見ることができるテレビがある。 □入所前の生活環境を把握した記録（課題分析票など）がある。
			c) 居室について、その人の生活習慣を尊重した雰囲気づくりについての支援がなされていない。	□施設サービス計画書書等に、継続した環境づくりを行っている記載がある。 □利用者と職員との掃除が実施されている。
	(8) 健康管理	①利用者の健康を維持するための支援をしている。	a) 利用者の健康を維持するための支援の仕組みが整備されており、かつ、支援が行われている。	□利用者の健康管理票が組織として定められ、かつ、必要な記録がなされている。 □利用者の健康管理マニュアルが用意されている。
			b) 利用者の健康を維持するための支援の仕組みが整備されている。	□介護予防を目的として、利用者の「口腔機能向上（口腔ケア）」「栄養改善」「運動器の向上（筋トレ）」などに自主的に取り組んでいる。 □医師又は看護師による健康相談を受けることができる。
			c) 利用者の健康を維持するための支援の仕組みが整備されていない。	□体調が変化した場合の発見・対応方法について記載したマニュアル（介護・看護関係マニュアル）がある。 □地域内に協力的な医療機関（診療所又は病院で概ね20分以内でアクセスできるもの）を確保している。 □確保している医療機関では、迅速かつ適切な医療が受けられるように、日常的な連携を図っている。 □医療機関から利用者が退院した場合の情報を引き継ぐ連絡箋やサマリー記録などがある。 □入退院前後の利用者のための観察室が整備されている。
		②服薬管理に配慮している。	a) 服薬管理についての配慮がある。	□服薬管理に対応するマニュアルがある。
			b) 服薬管理についての配慮があるが、十分ではない。	□服薬管理に対応する責任者がいることを示す文書がある。
			c) 服薬管理についての配慮がなされていない。	

評価分類	評価項目	評価細目	判断基準	着眼点
	(9)リハビリテーション等	①機能訓練を計画的に行っている。	a)機能訓練が計画的になされている。	□リハビリテーション計画書などの個々の利用者の機能訓練に関する計画書がある。 □機能訓練は計画書に基づいて計画的に実施されており、かつ、その記録が残されている。 □リハビリテーション支援を担当する専従職員(専任の機能訓練指導員)が配置されており、かつ、記録から配置が確認できる。 □機能訓練室以外の場所で機能訓練を実施することがあり、かつ、実施内容が記録から確認できる。 □施設サービス計画書等において、利用者の状態に応じた機能訓練の留意点や支援の内容が明示されている。
			b)機能訓練が計画的になされているが、十分ではない。	
			c)機能訓練が計画的になされていない。	
		②廃用症候群(寝たきり等)防止・離床のための取り組みを適切に実施している。	a)廃用症候群(寝たきり等)防止・離床のための取り組みが実施されている。	□どうしても困難な利用者以外は、食事はベッドから離れて食堂やリビングでとるようになっている。 □生活のリズムを作るため、どうしても困難な利用者以外は、身の回りの動作は自分で行うようになっている。 □趣味の活動など、できることは積極的に参加するようになっている。 □個々の利用者に応じて残存機能を落とさない、あるいは向上させるような取り組みがなされている。
			b)廃用症候群(寝たきり等)防止・離床のための取り組みが実施されているが、十分ではない。	
			c)廃用症候群(寝たきり等)防止・離床のための取り組みがなされていない。	
		③行事やレクレーション等は、利用者の意思を尊重して実施している。	a)行事やレクレーション等は、利用者の意思が尊重され、希望に沿って行われている。	□話し合いやアンケート等を通して、入所者の意思を把握している。 □利用者には、行事やレクレーション等に関する情報を提供している。 □利用者の身体的、精神的条件に応じた内容となっており、日常生活動作の維持・向上及び認知症の進行防止に配慮したものとなっている。
			b)行事やレクレーション等は、利用者の意思が尊重されているが、十分ではない。	
			c)行事やレクレーション等は、利用者の意思が尊重されていない。	
	(10)家族との連携	①家族との連携・交流を適切に支援している。	a)家族との連携・交流のための積極的な取組がなされている。	□報告書等による家族への情報開示を行っており、かつ、記録からそのことが確認できる。 □施設の福祉サービス内容や行事を記載した機関誌、広報誌を家族に送付している。 □家族懇談会等の連携・交流の場を設けており、かつ、その記録が残されている。 □施設で行われる行事へ家族の参加を求めており、かつ、その実績記録がある。 □利用者の家族の宿泊施設が併設されている。
			b)家族との連携・交流のための取組がなされているが、十分ではない。	
			c)家族との連携・交流のための積極的な取組がなされていない。	

評価分類	評価項目	評価細目	判断基準	着眼点
	(11) 外出･外泊	①利用者の外出･外泊を適切に支援している。	a) 外出･外泊を支援するための積極的な取組がなされている。	□家族との外出･外泊･面会時間についての制限がないことを示す文書がある。 □外出を支援することを示す文書がある。
			b) 外出･外泊を支援するのための取組がなされているが、十分ではない。	□必要なときには、職員･ガイドヘルパー･地域のボランティア等、いずれかの人からの介助や支援･助言を受けられる体制が整っている。
			c) 外出･外泊を支援するための積極的な取組がなされていない。	□外出に伴う安全確保や不測の事態に備えて、利用者に必要な事前説明を行うとともに、連絡先を明示したカード等を準備し、利用している。 □外出･外泊は、施設側の都合で決めるのではなく、利用者及び家族の立場に立って、担当職員がその調整を行うようにしている。
	(12) サービスの提供	①利用者一人ひとりに対するサービスの提供が、適切に行われている。	a) 利用者一人ひとりに対するサービスの提供が、適切に行われている。	□睡眠、食事、排泄、入浴、整容、移動等について、支援が必要な利用者に対して、計画に基づいた適切なサービスの提供が行われている。 □計画の目標を達成するための個別的な支援方法が明確にされ、実施されている。
			b) 利用者一人ひとりに対するサービスの提供が、行われているが、十分ではない。	
			c) 利用者一人ひとりに対するサービスの提供が、適切に行われていない。	
3 安全･救急対応	(1) 安全･救急対応	①感染症対策に配慮している。	a) 感染症対策についての配慮がある。	□感染症に対応するマニュアルがある。 □感染症に対応する責任者がいることを示す文書がある。 □日常的な手指消毒･うがい･口腔ケアを実施しており、かつ、その記録が残されている。 □リスクマネジメント委員会等の中で、感染症対策や発生時の対応について検討がなされており、かつ、その記録がある。 □本人の意向を尊重しながら、インフルエンザなど予防接種の機会を提供している。
			b) 感染症対策についての配慮があるが、十分ではない。	
			c) 感染症対策についての配慮がなされていない。	
		②食中毒対策に配慮している。	a) 食中毒対策についての配慮がある。	□食中毒に対応するマニュアルがある。 □食中毒に対応する責任者がいることを示す文書がある。 □日常的な手指消毒･うがい･口腔ケアを実施しており、かつ、その記録が残されている。 □消毒機器が整備されており、かつ、適切に使用されている。 □リスクマネジメント委員会等の中で、食中毒対策や発生時の対応について検討がなされており、かつ、その記録がある。
			b) 食中毒対策についての配慮があるが、十分ではない。	
			c) 食中毒対策についての配慮がなされていない。	

評価分類	評価項目	評価細目	判断基準	着眼点
		③救急対応に配慮している。	a) 救急対応についての配慮がある。	□利用者の発作や怪我等に対応するマニュアル（救急マニュアル）がある。 □利用者の発作や怪我等の救急事例に対応する責任者がいることを示す文書がある。
			b) 救急対応についての配慮があるが、十分ではない。	□協力先ﾘｽﾄ（予防･緊急時の対応のための医療の協力体制を示した文書）が作成されている。 □休日･夜間に救急事例が発生したときの職員間の緊急連絡システムが定められている。
			c) 救急対応についての配慮がなされていない。	□休日･夜間に救急事例が発生したときの医療機関との間の緊急連絡方法が定められている。 □休日･夜間に救急事例が発生したときの対応責任者がいることを示す文書がある。