①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅰ：事業所の運営と基本方針											
Ⅰ－1：理念と職業倫理に関する取り組み											
(1)事業の理念を明確に示している。	☑	a　事業の理念や方針を明文化し、適切な運営を図っている。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　事業理念や方針を従業者や利用者・家族等の目につく場所に掲示する等、周知徹底するよう努めている。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
(2)従業者が守るべき倫理・法令を周知している。	☑	a　従業者が守るべき倫理を明文化し、周知している。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　従業者を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修の実施記録がある。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅰ－1：2項目			2	0	0						

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅰ－2:事業計画に関する取り組み											
(3)事業計画を作成している。	☑	a　毎年度の経営、運営方針等が記載されている事業計画又は年次計画がある。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　事業計画は、事業の理念・方針に基づくとともに、中期・長期の運営方針、従業者の採用・研修計画、事業経営の方針及び計画等を網羅している。									
	☑	c　計画の作成にあたっては、従業者の参加を得て行っている。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅰ－2:1項目			1	0	0						

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅰ－3：事業の透明性の確保に関する取り組み											
(4) 地域住民・利用者に対して、事業所情報を公開している。	☑	a　事業所のパンフレットや広報誌、インターネット等により事業所情報を公開している。	○	◉	○		○	○	○	○	○
	☐	b　事業計画及び財務内容に関する資料を利用者・家族等に開示しており、一般にも開示できる状態である。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
(5) 問い合わせや見学の受け入れに対応している。	☑	a　問合せ及び見学に対応できることについて、パンフレット、ホームページ等に明記している。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　問合せ又は見学に対応した記録がある。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(6)体験入居を受け入れる仕組みがある。 【有料老人ホームのみ記入】 軽費老人ホームは、こちらにチェックしてください。 ☐	☑	a　体験入居に対応できることについて、パンフレット、ホームページ等に明記している。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　体験希望者を受け入れた記録がある。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
(7)利用者の求めに応じて、サービス提供記録を開示する仕組みがある。	☑	a　利用者本人からサービス提供記録の開示を求められた場合に、開示し応じることが記載された文書がある。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(8)利用料金請求の透明性を確保している。	☑	a　必要な利用料金の計算方法についての同意を得るための文書の同意欄に、利用者・家族等の署名若しくは記名捺印がある。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　利用者・家族等に対して、毎月、料金請求の根拠(サービス提供内容、介護保険給付以外の費用、請求金額)が明確に示され、その控えが適切に保管されている。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(9) 金銭管理を適切に行っている。	☑	a　金銭管理は、利用者・家族等の依頼に基づいて行い、その取り扱い方法を文書で説明し、同意を得ている。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　利用者ごとの金銭管理台帳等がある。									
	☑	c　金銭管理について、責任の所在を明確にしている文書がある。									
	☑	d　利用者・家族等に対して、管理している金銭の収支及び残高について報告し、その写しを保管している。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅰ－3:有料老人ホーム6項目、軽費老人ホーム5項目			5	1	0						

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅱ:利用者本位のサービスの提供											
Ⅱ－1:利用者に関する情報の把握に関する取り組み											
(10)利用者・家族等の個別のニーズを把握している。	☑	a　利用者・家族等の希望、利用者の有する能力、その置かれている環境等の記録がある。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅱ－1:1項目			1	0	0						
Ⅱ－2:特定施設サービス計画に関する取り組み											
(11)特定施設サービス計画は、利用者・家族等の希望を踏まえて作成している。	☑	a　特定施設サービス計画は、利用者・家族等の意向を取り入れ、十分な説明を行い、書面によって同意を得ている。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　特定施設サービス計画、又は同計画の検討会議記録に、利用者・家族等の希望について検討した記録がある。									
	☑	c　特定施設サービス計画を作成した際には、利用者に交付している。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(12)計画作成担当者は、特定施設サービス計画の実施状況を把握している。	☑	a　特定施設サービス計画等に、サービスの実施状況の記録がある。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
(13)解決すべき課題の変化に留意し、必要に応じて、特定施設サービス計画の変更を行っている。	☑	a　利用者ごとの施設サービスも目標が明確に設定され、計画に記載している。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　目標の達成状況を踏まえて、目標や具体的な計画について検討され、計画の良し悪し等の分析を行った結果を記録している。									
	☑	c　サービス改善のため、時期を定め、特定施設サービス計画の見直しを行っている。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅱ－2:3項目			3	0	0						

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅱ－3:利用者を尊重したサービス提供に関する取り組み											
Ⅱ－3－①:サービス提供開始時の対応											
(14)サービスの提供開始時において、適切な対応をしている。	☑	a　パンフレット又は契約書に、入居の受入基準、資格等が記載されている。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　重要事項を記した文書を、利用予定者や利用希望者が自由に見られるようにしている。									
	☑	c　利用者・家族等に対して、サービスの選択に資する重要事項について説明し、サービスの提供開始について、書面によって同意を得ている。									
	☑	d　利用申込者の判断能力が不十分な場合において、利用者に代わってその家族、代理人、成年後見人等と交わした契約書又は第三者である立会人を求めたことがわかる文書がある。									
	☑	e　事業所が退居を求める場合の基準について、利用者・家族等に説明し、書面(契約書等)によって同意を得ている。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅱ－3－①:1項目			1	0	0						

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅱ－3－②:要介護認定の申請に係る援助											
(15)利用者が介護が必要になった場合、必要な支援を行っている。	☑	a　要介護認定申請の手続き支援や、手続き代行を行ったことが明示されている文書がある。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　利用者・家族等に対し、契約書及び重要事項について説明し、書面によって同意を得ている。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅱ－3－②:1項目			1	0	0						

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅱ－3－③:利用者とのコミュニケーション											
(16)利用者の心理面に配慮し、コミュニケーションをとるよう努めている。	☑	a　個々の従業者が気をつけるだけでなく、マニュアルの作成等により事業所全体に対して利用者を尊重した対応(言葉づかい等)が徹底されるよう仕組みがある。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　会話の不足している利用者には、声かけを多くしている。									
	☑	c　日常生活の各場面で、身体的介助にとらわれず、声かけの重要性を認識し、言葉かけを行っている。									
	☑	d　利用者からの話を引き出す努力をすると共に、利用者から話しかけがあった時は、できる限りゆっくりと話が聞けるようにしている。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅱ－3－③:1項目			1	0	0						

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅱ－3－④:認知症の利用者に対する配慮											
(17)認知症ケアの質を確保するための仕組みがあり、認知症の利用者の状態に配慮したケアに努めている。	☑	a　認知症の利用者への対応及び認知症ケアに関するマニュアル等があり、実務に活用している。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　従業者に対する認知症及び認知症ケアに関する研修の実施記録がある。									
	☑	c　周辺症状等の観察と分析を行い、受容的な態度で行動を受けとめている。									
	☑	d　夜間安眠できるように、日中できるだけ活動的な生活を支援している。									
	☑	e　安心して生活できるように、心の安らぎや潤いに通じるような環境整備の工夫をしている。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅱ－3－④:1項目			1	0	0						

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅱ－3－⑤：サービス内容											
(18)利用者の希望に応じた食事を提供する仕組みがある。	☑	a　食事の開始時間が選択できる。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　日常的な全食事(朝昼夕)について、複数献立や複数食品の中から、利用者の希望で選ぶことができる。									
	☑	c　希望に応じて、少人数テーブル、自室等希望する場所で、食事をすることができる。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(19)利用者の身体状況に合わせて食事を提供する仕組みがある。	☑	a　咀嚼能力や嚥下能力が低下している利用者に対して、流動食や刻み食等、その状況を考慮した食事を提供している記録がある。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　利用者の身体状況(糖尿病等)にあわせて、食事提供の際に適切なカロリーを計算した記録がある。									
	☑	c　利用者ごとの食事摂取量の記録がある。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
(20)食事がおいしく食べられる雰囲気づくりを行っている。	☑	a　採光、照明、いす・テーブル等の設備は、清潔で、明るい雰囲気で食事ができるよう配慮している。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　食器や盛りつけ等を工夫し、楽しめる食事ができるよう配慮している。									
	☑	c　定期的に行事食を設けるなど、季節感を醸しだすよう配慮している。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(21)食事介助は、利用者のペースに合わせている。	☑	a　いろいろな身体状況の利用者が自分のペースで食べられるように配慮し、食器や自助具についても工夫している。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　要介護者には、声かけをしながら、あせらず食べられるようにしている。									
	☑	c　1回に口に運ぶ量に気を配り、飲み込みを確認してから次の介助をしている。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
			実施できている	実施できているが不十分	実施できていない		既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(22)利用者の心身の状態に合わせた排せつ介助を行っている。	☑	a　排せつ介助についての記載があるマニュアル等があり、実務に活用している。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　排せつ介助についての記載があるマニュアル等があり、実務に活用している。									
	☑	c　排せつ介助時の利用者のプライバシーへの配慮についての記載があるマニュアル等があり、実務に活用している。									
	☑	d　認知機能の低下している利用者や、オムツ利用者もなるべくトイレで介助するように、言葉かけ等で誘導を行い、トイレでの排せつを支援している。									
	☑	e　オムツ、便器等は、タイプ別に何種類か用意し、利用者に適したものを使用している。									
	☑	f　オムツ交換は、利用者の排せつの状況をふまえて、定時及び随時を組み合わせて実施している。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(23) 入浴介助の質を確保するための仕組みがある。	☑	a　入浴前の体温及び血圧測定の結果が記録されている。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　入浴介助時の利用者のプライバシーの保護についての記載があるマニュアル等があり、実務に活用している。									
	☑	c　入浴介助は、利用者の身体の状態に応じた入浴方法(形態)をとっている。									
	☑	d　入浴後の健康チェックや水分補給をしている。									
	☑	e　利用者の希望にあわせた回数が希望に応じた時間に入浴できる。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅱ－3－⑤:6項目			6	0	0						

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅱ－3－⑥：自由選択											
(24)嗜好品について、適切な支援を行っている。	☑	a　嗜好品(たばこ・酒・ジュース類等)は、他人に迷惑にならない範囲であれば自由である。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　施設内で嗜好品が購入できるように、購入の機会も設けている。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(25)髪型や服装は、利用者の好みで自由に選ぶことができる。	☑	a　身だしなみの介助が必要な利用者には希望を聞き好みにあわせている。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　服装についても着脱しやすい型・素材にとらわれるのではなく、利用者好みの柄、デザイン等を重視し、選べるように支援している。									
	☑	c　理美容の利用についての便宜や理美容師の施設受け入れ等に配慮している。									
	☑	d　衣類購入等については、計画的に業者を受け入れ、利用者が自分で選べる等の工夫をしている。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅱ－3－⑥:2項目			2	0	0						

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅱ－3－⑦:健康管理・身体ケア											
(26)利用者の健康を管理するための仕組みがある。	☑	a　利用者の日常の体調の変化を把握するため、利用者ごとの血圧、体温及び脈拍について定期的に記録している。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　看護職員が、服薬管理を行っていることが確認できる文書がある。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
(27)利用者の心身の状況に応じて、計画的に機能訓練を行っている。	☐	a　利用者ごとの機能訓練計画がある。	○	○	◉		○	○	○	◉	○
	☐	b　利用者ごとの機能訓練の実施記録を整備し、成果と改善点を明確にしている。									
	☐	c　成果と改善点は特定施設サービス計画に反映し、利用者の生活機能の維持・回復に努めている。									
	☑	z　上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(28) 口腔ケアを行う仕組みがある。	☑	a　食後の口腔ケアを徹底し、口腔清掃を日常的に支援している。(歯みがき、うがい等の支援、出血等のチェックなど)	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　義歯の適合具合や残歯の状態などを随時確認している。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅱ－3－⑦:3項目			2	0	1						

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅱ－3－⑧:利用者の状態、状況に応じたサービス											
(29)趣味や楽しみ等のイベントが行われ、利用者が自分の嗜好に合わせて、参加を選択できる。	☑	a　年間行事予定表又は活動報告書等に、アクティビティ(日常生活を豊かにする活動)についての記録がある。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　利用者の意向を十分に把握し、趣味や興味を重視したグループ活動(クラブ)の設置やレクリエーションを実施している。									
	☑	c　個々の身体状況や日課等を考慮し、活動しやすい時間を設定している。									
	☑	d　多くの利用者が楽しめるように、複数の活動メニューを用意している。									
	☑	e　利用者が交流しやすい共用空間を設けている。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(30) 日常生活の全てに手を貸すのではなく、利用者ができるだけ自分で取り組めるよう配慮している。	☑	a　利用者の能力をきちんと評価し、できるところは手を貸さずに見守るようにしている。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　入浴・食事等のあわただしい場面でも、利用者ができるだけ自分で取り組めるように配慮している。									
	☑	c　できる可能性のある所は、設備や環境を整える等により、利用者ができるだけ、自分で取り組めるよう配慮している。									
	☑	d　ADL調査票の見直しや他職種との連携により、調査やデータを分析するなどして、正確な評価に努め、自立への働きかけをしている。									
	☑	e　利用者の能力を正確に把握し、個々のレベルに応じて車椅子、杖、歩行器、自助具等を用意し、それぞれのレベルでの自立生活ができるよう配慮している。									
	☑	f　必要に応じて、他職種との連携を図り、個別の対応、適した自助具の選択に努めている。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅱ－3－⑧:2項目			2	0	0						
Ⅱ－3:17項目			16	0	1						

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅱ－4:利用者・家族等の個人情報及びプライバシー保護に関する取り組み											
(31)個人情報は適切に取り扱っている。	☑	a　利用者・家族等の個人情報の利用目的及び保護を明記した文書について、事業所等内に掲示するとともに、利用者・家族等に対して配布するための文書がある。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　利用者・家族等の個人情報の利用目的の変更時には、利用者に対する通知又は公表を行い、その写しを保管している。									
	☑	c　個人情報の保護に関する方針について、ホームページ、パンフレット等への記載がある。									
	☑	d　利用者に係わる情報の取り扱いについて、細心の注意を払い、守秘に努めるよう従業者に徹底している。									
	☑	e　必要に応じ関係機関に利用者に係わる情報を提供する場合には、利用者・家族等の同意を書面によって得ている。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(32)利用者の人権やプライバシー保護について配慮している。	☑	a　利用者のプライバシーの保護の取組に関するマニュアル等があり、実務に活用している。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　利用者のプライバシーの保護の取組に関する研修の実施記録がある。									
	☑	c　利用者への言葉づかいに注意し、そのための配慮を行っている。									
	☑	d　利用者の権利に関して、充分な配慮を行っている。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(33)利用者の権利を守るため、成年後見制度の活用または情報提供を行っている。	☑	a　成年後見制度及び日常生活自立支援事業について、パンフレット、説明会資料、マニュアル等の資料を通じて情報提供を行っている。	○	◉	○		◉	○	○	○	○
	☑	b　成年後見センター・リーガルサポート、社会福祉協議会等成年後見制度等の実施者の連絡先を備え付けている。									
	☐	c　成年後見制度又は日常生活自立支援事業を活用した記録がある。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
(34)身体的拘束等の排除のための取組を行っている。	☑	a　身体的拘束等の排除のための取組に関する事業所の理念、方針等が記載された文書がある。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　身体的拘束等の排除のための取組に関するマニュアル等があり、実務に活用している。									
	☑	c　身体的拘束等の排除のための取組に関する研修の実施記録がある。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(35)やむを得ず身体的拘束を行う場合の明確な仕組みがある。	☑	a　身体的拘束をやむを得ず行わざるを得ないと判断した時点で、利用者・家族等に個別に説明し、書面によって同意を得ている。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　身体的拘束等の実施経過及び理由の記録がある。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅱ－4:5項目			4	1	0						

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅱ－5:利用者・家族等の満足の向上に関する取り組み											
(36)利用者・家族等からの相談、苦情等に対応する仕組みがあり、サービスの改善につなげている。	☑	a　重要事項を記した文書等利用者に交付する文書に、相談、苦情等対応窓口及び担当者が明記されている。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　相談、苦情等対応に関するマニュアル等があり、実務に活用している。									
	☑	c　利用者・家族等からの相談を定期及び随時に受けらる体制を整えている。 (相談日、場所を記入している。)									
	☑	d　相談、苦情等対応の経過を記録している。									
	☑	e　相談、苦情対応についての結果について、利用者・家族等に対して説明し、理解を得た記録がある。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(37)利用者の意向等を踏まえて、サービスの提供内容を改善している。	☑	a　アンケートやヒアリング調査を通じて、利用者の意向や満足度等を把握し、改善に努めている。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　アンケートやヒアリング調査等、各種の収集方法で把握された利用者の意向や満足度等について検討された記録がある。									
	☑	c　利用者の意向等を踏まえて、事業所等全体のサービス内容を検討する会議の設置規程又は会議録がある。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
(38)利用者の自主性及び意思が尊重されるような機会を設けている。 **【軽費老人ホームのみ記入】** **有料老人ホームは、こちらにチェックしてください。** ☑	☑	a　利用者又はその家族と事業所との間での意見交換の記録がある。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅱ－5:有料老人ホーム2項目、軽費老人ホーム3項目			3	0	0						

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅲ：サービスの質の確保											
Ⅲ－1：従業者の質の確保に向けた体制に関する取り組み											
(39)従業者に対する研修体系を整備し、研修を計画的かつ定期的に行っている。	☑	a　常勤及び非常勤の全ての従業者(新任・現任)を対象とする当該サービスに関する研修計画がある。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　常勤及び非常勤の全ての従業者(新任・現任)を対象とする当該サービスに関する研修の実施記録がある。									
	☑	c　職場内研修(OJT)を、従業者の状況に応じ、適切な方法で実施している。									
	☑	d　県や団体の行う研修計画を把握して、参加計画を立て、参加を促している。									
	☑	e　外部研修に従業者が参加した場合には、他の従業者に伝達するよう努めている。									
	☑	f　事例研究会等の従業者研修や勉強会を企画し、計画的に行っている。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(40)従業者に対して、介護予防及び要介護度進行予防の取組に関する正しい理解を促している。	☑	a　介護予防及び要介護度進行予防に関するマニュアルがあり、実務に活用している。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　介護予防及び要介護度進行予防に関する研修を行なっている記録がある。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
(41)従業者の接遇やマナーに関する研修を実施している。	☑	a　定期的かつ計画的に接遇・マナーの研修を実施している。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　接遇・マナーに関するマニュアルを作成し従業者に徹底している。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(42)従業者の専門資格取得を積極的に進めている。	☑	a　研修や勉強会において、資格取得の重要性について理解を促している。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　資格取得のための研修会への参加については、勤務面等への配慮をしている。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅲ－1:4項目			4	0	0						

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅲ－2:定期的なサービスの評価の実施に関する取り組み											
(43) 自ら提供するサービスの質について、定期的に自己評価を行っている。	☑	a　自ら提供するサービスの質についての自己評価の実施記録がある。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　評価することを目的にした評価作業ではなく、一定期間ごとに評価作業を繰り返し、確実に業務改善に結びつけている。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
(44) 第三者評価を積極的に受け入れて、必要な業務改善を行っている。	☑	a　サービスの質の向上のため、一層の効果が得られるよう、第三者評価機関による客観的な評価を受けている。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(45)「介護サービス情報の公表」を行っている。	☑	a　公表の対象である場合は、年に1回、基本・調査情報を報告し、調査情報については事実確認調査を受け、その結果を含めた介護サービス情報を公開している。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☐	b　公表の対象になっていない。 (県が策定する「報告・調査・公表計画」の策定基準日前1年間の介護報酬支払い実績が、100万円を超える事業所が対象となります。)									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅲ－2:3項目			3	0	0						

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅲ－3:サービスの標準化に関する取り組み											
(46)サービスの標準化を図るため、マニュアル等を整備し、活用している。	☑	a　サービスに関するマニュアル等を整備し、従業者が自由に閲覧できる場所に設置している。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　マニュアル等の内容には、個々のサービスの留意点や具体的手順、その他重要事項を盛り込んでいる。									
	☑	c　マニュアル等は、現場の実情や変化に応じて、定期的かつ不断に見直しについて検討し、記録している。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅲ－3:1項目			1	0	0						

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅲ－4：適切な記録に関する取り組み											
(47)各種の記録は、適切に管理し活用している。	☑	a　業務報告日報等は、施設長まで報告するよう統一している。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　サービス提供にあたっては、必要な記録類を適切に整備し関係する従業者が経過的変化や対応状況等について明確に記入している。									
	☑	c　記録の記入方法・管理方法についてマニュアル化している。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅲ－4：1項目			1	0	0						

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅲ－5:組織的なサービス提供体制に関する取り組み											
(48) 事業所における役割分担を明確にしている。	☑	a　組織体制、従業者の権限、業務分担及び協力体制に関する規程等がある。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
(49) サービス提供のために必要な情報について、従業者間で共有する仕組みがある。	☑	a　サービス担当者会議、ケース検討会議、申し送り、回覧等の記録がある。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
(50) 事業所の改善課題について、現場の従業者と幹部従業者とが合同で検討する仕組みがある。	☑	a　現場の従業者と幹部従業者が参加する業務改善に関する会議又はミーティング等の記録がある。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅲ－5:3項目			3	0	0						

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅲ－6：必要な情報の収集											
(51)保健、医療、福祉サービスに関する情報を収集し、事業運営やサービス提供に役立てている。		次に例示される情報を収集し、共有を図っている。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	a　行政の施策動向の情報									
	☑	b　行政(市町村・県)の保健、医療、福祉関連予算の情報									
	☑	c　先進的な事業者や事業運営を行っている市町村、機関、施設の情報									
	☑	d　介護保険制度にとどまらず、その他の公的、民間の社会資源に関する情報									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅲ－6：1項目			1	0	0						

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅳ：安全・安心の確保											
Ⅳ－1：事故・災害対策に関する取り組み											
(52)事故の発生又はその再発を防止するための仕組みがある。	☑	a　事故の発生又はその再発の防止に関するマニュアル等があり、実務に活用している。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　事故事例、ヒヤリ・ハット事例等事故防止につながる事例の検討記録がある。									
	☑	c　事故の発生又はその再発の防止に関する研修の実施記録がある。									
	☑	d　マニュアル(チェックリスト)を作成するだけでなく、それをもとに定期的に点検を行っている。									
	☑	e　事故に至らなかったがヒヤリ・ハットした事象について、記録様式を作成し、記録として残し、今後の事故防止に努めている。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
			実施できている	実施できているが不十分	実施できていない		既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(53)事故の発生、非常災害時等、緊急時に対応するための仕組みがある。	☑	a　事故の発生等緊急時の対応に関するマニュアル等及び緊急時の連絡体制を記載した文書があり、周知徹底している。	○	◉	○		○	○	○	○	○
	☑	b　事故の発生等緊急時の対応に関する研修の実施記録がある。									
	☑	c　非常災害時の対応に関する研修の実施記録がある。									
	☑	d　非常災害時の対応手順、役割分担等について定められたマニュアル等がある。									
	☐	e　非常災害時に通報する関係機関の一覧表等がある。									
	☑	f　非常災害時の避難、救出等に関する訓練の実施記録がある。									
	☐	g　地域の消防団、自治体等との防災協定書がある。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(53)事故の発生、非常災害時等、緊急時に対応するための仕組みがある。	☑	h　非常災害時のために、非常袋(ヘルメット、非常食品、水等)やラジオ、懐中電灯、救急箱、紙おむつ等の備蓄をしている。									
	☑	i　利用者ごとの主治医及び家族、その他の緊急連絡先の一覧表等がある。									
	☐	j　各ベッドやトイレ及び浴室のナースコールの点検・対応の記録がある。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅳ－1:2項目			1	1	0						

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅳ－2:衛生管理に関する取り組み											
(54)感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延を防止するための仕組みがある。	☑	a　感染症及び食中毒の発生事例、ヒヤリ・ハット事例等の検討記録がある。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関するマニュアル等がある。									
	☑	c　感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関する研修実施記録がある。									
	☑	d　緊急時の対応が従業者に周知徹底されている。									
	☑	e　緊急時の関係機関への連絡体制が確立されている。									
	☑	f　利用者・家族等に対しては、パンフレット等を用い、感染予防の必要性と具体策を説明している。									
	☑	g　従業者が感染源とならないよう、必要な措置を講じている。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(54)感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延を防止するための仕組みがある。	☑	h　必要な手洗い等の設備機器を設置し、食前に利用者に手洗いを促す等、衛生面に配慮している。									
	☑	i　感染者のサービス利用を拒まず、そのための厳重な衛生管理を行っている。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅳ－2:1項目			1	0	0						

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅳ－3：快適性・安全性に関する取り組み											
(55)利用者の快適性に配慮している。	☑	a　空調設備等により施設内の適温の確保に努めている。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　匂いや採光の快適さ(アメニティ)の確保に努めている。									
	☑	c　快適に過ごせるために、絵や季節の花などを飾ったり、本を置いたり、ソファーを置くなど家庭的な雰囲気づくりを行っている。									
	☑	d　利用者がくつろげるスペースを確保している。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
			実施できている	実施できているが不十分	実施できていない		既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(56)安全性に配慮している。	☑	a　段差の解消や危険個所を改修している。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　施設及び施設周辺の点検整備を定期的に行っている。									
	☑	c　利用者が生活しやすい明るさを確保している。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(57)施設は常に清潔にしている。	☑	a　居室、廊下、トイレ、食堂は1日1回以上、丁寧に清掃している。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　ネズミ、衛生害虫の駆除を定期的に実施している。									
	☑	c　清掃マニュアルを整備し、責任者が清掃箇所を毎日チェックしている。									
	☑	d　異臭が発生した場合、こまめに窓を開け換気している。									
	☑	e　悪臭を発する汚れ物などは、速やかに屋外に出し処理している。									
	☑	f　脱臭装置付きの空気清浄器を設置する等、消臭、脱臭の解消の工夫をしている。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅳ－3:3項目			3	0	0						

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
V：地域住民・関係者等との連携											
V－1：地域住民との連携に関する取り組み											
(58) 地域との連携、交流等を行っている。	☑	a　介護予防教室、地域との交流行事等に関する計画書、開催案内等の文書がある。	○	◉	○		○	○	○	◉	○
	☐	b　地域の研修会に対する講師派遣の記録がある。									
	☑	c　地域の行事への参加の記録がある。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
(59) 地域と連携して、利用者の権利侵害を防ぐ取り組みを行っている。	☑	a　介護相談員又はオンブズマンとの相談、苦情等対応の記録がある。	○	◉	○		○	○	○	○	○
	☐	b　第三者委員との会議記録がある。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(60)ボランティアの受入を積極的に行っている。	☑	a　具体的な受け入れ計画等を作成し、継続的な対応を行っている。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　利用者、従業者に対して、受け入れの趣旨等を徹底し理解を得ている。									
	☑	c　ボランティア申込または登録票、受入票等がある。									
	☑	d　ボランティア活動プログラム、ボランティア活動記録等がある。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(61)地域住民やボランティアが積極的に各種行事に参加しやすいように、計画し実行している。	☑	a　定期的に行事の企画段階から地域住民やボランティアに参加してもらい、利用者と一緒に楽しめるような工夫をしている。	○	◉	○		○	○	◉	○	○
	☑	b　月単位の活動でも常に地域住民のボランティア、家族等に参加を呼びかけている。									
	☑	c　施設に対する地域住民のボランティア活動や地域の学校等の実習生の受け入れを積極的に行っている。									
	☐	d　施設周辺の地域行事の情報を利用者に周知し積極的な参加を呼びかけている。									
	☑	e　利用者が地域行事に参加する際は必要に応じて介助するなど積極的に支援している。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ｖ－1:4項目			1	3	0						

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
Ⅴ－2：関係者・機関との連携に関する取り組み											
(62)家族等と連携、交流するよう努めている。	☑	a　利用者の家族と連絡をした記録がある。	○	◉	○		○	○	○	○	◉
	☑	b　利用者の家族の参加が確認できる意見交換会、懇談会等の記録がある。									
	☑	c　利用者の健康状態、生活状況等について、定期的及び変化があった時に、利用者の家族に連絡している。									
	☑	d　利用者の家族への行事案内又は利用者の家族の参加が確認できる行事の実施記録がある。									
	☐	e　家族用の宿泊設備(室)がある。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
(63)地域包括支援センターと連携して、支援を行っている。	☐	a　地域包括支援センターから入手した、事業所内の特定高齢者の介護予防サービス計画書の写しがある。	○	○	◉		○	○	○	◉	○
	☑	z　上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)		②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度 実施できている	実施できているが不十分	実施できていない	④具体的な実施状況	⑤改善の必要性 既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向けての検討に着手	当面、改善に着手しない
(64) 協力医療機関及び協力歯科医療機関との連携がはかれる体制が構築されている。	☑	a　協力医療機関及び協力歯科医療機関との協力に関する契約書がある。	◉	○	○		○	○	○	○	○
	☑	b　連絡方法をマニュアル化している。									
	☑	c　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せんやサマリー記録を整備している。									
	☑	d　利用者が、受診・検査・入院などを利用する場合、医療機関を紹介するなどの相談支援を行っている。									
	☑	e　入院が必要な場合は、利用者又はその家族に状況を説明し、その経過を記録している。									
	☑	f　医療機関へ緊急連絡する際の責任者を定めている。									
	☐	z　上記にチェックできる項目が全くない。									
Ｖ－2:3項目			1	1	1						
合計			55	7	2						