

# 認証取り組みプロセス表

コミットメント							
	title	element	action	具体的取り組み内容	評価基準表ブロンズ必須項目	評価基準表シルバー必須項目	評価基準表ゴールド必須項目
a)	意思の表明と共有	ユマニチュードへの取り組み開始	責任者の宣言と事業計画化	事業所の運営責任者が、ユマニチュードへの取り組みを通じて『良いケア・良い生活の場』を実現することを組織内外に宣言し、その実践に必要なリソースを施設内に配置することを計画書などを通じて明示する	0-1-1 事業計画 0-1-2 生活労働憲章 0-1-3 5原則 0-1-5 意思表明 0-1-6 施設案内 0-1-7 行動指針 0-1-8 職務記述書	0-1-4 事業計画書の定期的更新	
		生活労働憲章	理解と署名	ユマニチュード生活労働憲章の内容を責任者・職員・利用者/患者が理解し署名する	0-1-11~0-1-16 関係者全員の署名		
			周知	組織内外にユマニチュード生活労働憲章の周知を行う	0-1-17 事業所案内への記載 0-1-18 入所・入院時説明書への記載		
		手続き	入会時	認証準備会員として入会手続きを行う	0-1-19 入会手続き 0-1-20 オンラインダッシュボード活用		
			審査時	自己評価と証憑を入力し、完了後に認証の審査申し込みのための手続きを行う	0-1-21 入会1ヶ月以内の自己評価入力 0-1-22 年に1回の自己評価アップデート 0-1-23 3ヶ月前までに調査申し込み		
b)	組織としての基本の取り組み	入居者・患者	人権とプライバシーの尊重	入居者・患者の人権とプライバシーの尊重が宣言され、具体的取り組みがなされている	0-2-1 権利とプライバシー擁護の宣言	0-2-2 権利擁護マニュアル制定	
			苦情への対応	意見や苦情に対するプロセスを定め、適時適切に対応されている	0-2-3 苦情解決の仕組み構築	0-2-4 対応内容の共有	
			意思の尊重	入居者・患者の意思を尊重し、意見を取り入れている	0-2-5 相談する相手の選択	0-2-6 相談する方法の多様性 0-2-7 当事者としての参画	
		職員	労働環境の向上	職員の労働環境を改善・向上させるための取り組みを恒常的に行なっている	0-2-8 ディスカッションの場の設置 0-2-9 メンタルヘルス	0-2-10 身体の健康 0-2-11 メンタルヘルス	0-2-12 余暇活動
			自己評価	自らの業務に対する目標設定と自己評価を実施し、定期的に所属長との面談機会を持っている	0-2-13 自己評価と定期面談	0-2-14 ユマニチュードへの取り組み	
		研修	定期研修	事業所として取り組むべき様々なテーマについて、継続的かつ定期的な学びの機会を提供している	0-2-15 権利擁護の研修 0-2-17 ユマニチュードに関する学び	0-2-16 高齢者に関する研修	
			新入職員研修	新入職員に対して、ユマニチュードに関するオリエンテーションを実施し、継続的な学びの機会を提供している	0-2-18 新入職員オリエンテーション 0-2-19 新入職員向け5原則と生活労働憲章 0-2-20 新入職員向け継続的な学びの機会	0-2-21 新入職員向けシャドウイング	
		評価	定量項目の定期的調査と対応	5つの定量項目（苦情・ヒヤリハット・事故・身体拘束・虐待）について、定期的の実態を調べ、情報共有し、対応策を	0-2-22~0-2-26 5つの定量項目の実数記録 0-2-27 報告書の作成	0-2-28 個別データの分析報告書 0-2-29 累積データの分析報告書	0-2-30 個別・累積データ分析報告書の年次定例化と共有
			第三者からの評価	外部機関（例：LIFE、第三者評価、行政、病院機能評価など）からの評価、職員や入居者・患者・その家族向けのアンケートなどを実施し、得られた結果や対応策について開示している	0-2-31 当事者アンケート	0-2-32 外部評価機関の評価	0-2-33 外部業者からのフィードバック 0-2-34 実習生の受け入れ
			用具・資料	用具と参考資料の管理と活用	0-2-35 用具の提供・管理 0-2-37 レファレンスファイルの作成・管理	0-2-36 コミュニケーションツールの活用 0-2-38 組織内で独自に作成した資料 0-2-39 資料へのアクセスしやすさ	0-2-34 コミュニケーションツールの活用 0-2-40 資料の適宜更新
			リスク対応	有事への備えと地域との連携	0-2-41 事業継続計画書		0-2-42 地域社会との連携
		c)	推進プロジェクト	推進プロジェクトチームの定義と設置	組織作りとメンバー任命	ユマニチュード活動組織となる推進プロジェクトチームを編成し、リーダーとメンバーを任命する	0-3-1 推進プロジェクトチームの設置 0-3-14 プロジェクトチームメンバー任命 0-3-16 プロジェクト内の組織図・役割分担
組織内の連携	事業所や法人内の全体会議において、推進プロジェクトチームの発足と役割・位置付け・組織内での連携体制が共有され、承認される				0-3-2 組織図上の位置付け・役割・連携体制 0-3-3 連携体制に権利擁護が含まれること		
活動計画策定	推進プロジェクトチームの年次計画、中長期計画を策定し、組織内で共有する				0-3-4 ビジョンと目標、計画の設定		
推進プロジェクトチームの運営	会議の定期実施と進捗確認			推進プロジェクトチームはチーム会議の開催頻度、時間を決めて継続的に実施し、取り組みの進捗を確認し、議事録を作成する（目安は月に1回）	0-3-5 定例会議の運営		
	習熟度チェック			職員が習熟度チェックを受講し、間違った場合や不明な点がなくなるまでフォローを行う	0-3-6 習熟度チェックの受講促進		
アクションチームの設置と運営	組織作りとメンバー任命			推進プロジェクトチームが取り組むアクションとその年次計画を決定し、推進プロジェクト内にアクション毎のアクションチームを設置し、メンバーを任命する(アクションチームには、「ユマニチュードケア」に関するものが必ず含まれている)	0-3-7 アクションチームの設置 0-3-8 「ユマニチュードケア」アクションチームの設置 0-3-9 アクションチームの組織内連携 0-3-15 アクションチームメンバー任命		
	年次取組計画の実施			アクションチームは、推進プロジェクトチームが決定した年次計画に従って具体的な取り組みを行い、その活動記録を残している	0-3-10 アクションプランの策定 0-3-11 ゴールまでの道筋の明確化	0-3-12 アクションの進捗の分析と報告	0-3-13 ゴール後の成果の分析と新たなアクションプランの構築・推進
	メンバー専従時間の確保			推進プロジェクトとアクションチームのメンバーに対して、取り組みのための専従時間を確保する	0-3-17 専従時間の確保		

d)	個別支援計画・看護計画	個別支援計画・看護計画の立案・推進	<p>&lt;病院を除く項目&gt; 入居前の入居者への説明とヒアリング</p> <p>&lt;病院を除く項目&gt; 入居前には、事前に、入居後の生活を想定した説明やヒアリングを行う</p>	<p>0-4-1 生活を想定した事前説明 0-4-2 施設見学 0-4-3 契約書の作成と口頭説明 0-4-4 本人（代理人）の署名 0-4-5 契約書への本人の期待や要望添付</p>		
		入居判定会議	<p>入居判定会議で本人の希望とその実現可能性の差異を適切に検討し、実現可能性のある計画立案につなげる</p>	0-4-6 入居判定会議		
		担当者会議	<p>本人・家族の参加のもと、計画立案に向けた担当者会議を実施し、計画立案に向けた十分な情報収集と検討を行う</p>	<p>0-4-7 担当者会議 0-4-8 本人・代理人・家族の参加</p>		
		人生レベルの計画作成	<p>本人の歩んできた人生をベースに、人生レベルで支援する個別支援計画/看護計画を作成する</p>	<p>0-4-9 人生レベルでの計画作成（3割以上の人数分が達成されており、10割に向けた目処が明確に立っている） 0-4-11 全てのサービスを網羅 0-4-12 本人の望む生活記述 0-4-13 本人・代理人の合意による目標設定 0-4-14 本人・代理人・家族の署名 0-4-15 新入の際6ヶ月以内の作成</p>	<p>0-4-9 人生レベルでの計画作成（基準を満たす内容で全員分が完成している） 0-4-10 本人・職員など関係者の具体的行動記述</p>	<p>0-4-9 人生レベルでの計画作成（シルバーよりもプランの質・実施状況が向上している） 0-4-16 プラン作成のサポート体制</p>
		実施体制	<p>作成した計画を本人・家族と共有するとともに、組織内でも、ケアやその他の活動のために共有し活用できる環境を整える</p>	0-4-17 組織内での共有・活用	0-4-18 職員の役割の自覚	<p>0-4-19 職員の作成目的・プロセスへの理解 0-4-20 社会との接点と組織内外からの協力</p>
		PDCA	<p>個別支援計画・看護計画の策定後、PDCAのサイクルが確実に実行され、内容が適宜、定期的に更新されている</p>	0-4-21 PDCAの仕組みが構築され、定期的に確実に実施されている	0-4-22 3割以上の人数分で人生レベルで支援する計画のPDCAが実施されている	0-4-23 全員分で人生レベルで支援する計画のPDCAが実施されている

原則1 強制ケアをゼロにする、ケアを放棄しない							
	title	element	action	具体的取り組み内容	評価基準表ブロンズ必須項目	評価基準表シルバー必須項目	評価基準表ゴールド必須項目
a)	本人についての理解	本人についての情報	基本情報の取得	本人についての情報を組織として取得する	1-1-1~1-1-5 入居・入院前の本人に関する情報取得項目 1-1-18~1-1-32 在宅生活時と現在の生活状況に関する情報取得項目 1-1-6 個人情報ファイル作成期間 1-1-7~1-1-9 情報収集の対象者 1-1-10 情報収集の責任者		
			基本情報の活用	本人についての情報を組織として取得し、ケアの計画作成時やケア提供時には必ず参照している	1-1-11~1-1-14 基本情報を必ず確認するタイミング 1-1-15 基本情報のアップデート 1-1-33~1-1-136 活用のタイミング	1-1-16 職員が本人について必ず知っておくべき情報 1-1-17 情報活用の実践割合の把握	
			個人情報保護	本人についての情報は一元的に管理され、個人情報保護を遵守して運用している	1-1-37~1-1-42 個人情報保護のためのシステム確立と運用		
b)	関係づくりの技術と関係づくりの柱の構築	ケアの5つのステップと4つの柱	5つのステップ・4つの柱の理解と実践	ケアの5つのステップ・4つの柱の意味を理解し、組織内で導入、実践、評価する	1-2-3 ユマニチュードリーダーが選出され、活動を開始している。 1-2-4 5つのステップに関する個人評価の実施 1-2-5-1-2-7 出合いの準備 1-2-13 ケアの話をするにしない 1-2-33 リーダーの行動を職員がシャドウイング	1-2-1-1-2-2 5つのステップの正しい理解、ワークショップの実施、毎日のケアでの実践 1-2-8~1-2-12, 1-2-14~1-2-17 ケアの準備 1-2-17 ケア提供職員によるケアの準備の遵守 1-2-19~1-2-29 知覚の連結における4つの柱とマルチモーダル・コミュニケーション 1-2-30 感情の固定 1-2-31 再会の約束 1-2-34 リーダーによる職員の見守りと助言 1-2-35 ケア提供職員による実践	1-2-18 すべての職員によるケアの準備の遵守 1-2-32 無償の時間の実施 1-1-36 すべての職員による5つのステップの遵守
c)	関係性に裏打ちされた移動・ケアの技術	移動技術	移動技術の学習と実践	本人とケア提供者双方が負担なく移動を行う技術を実践する		1-3-1 状況の把握と適切な技術の選択 1-3-2 移動の前の出合いの準備・ケアの準備 1-3-3~1-3-4 ユマニチュードリーダーの役割 1-3-5~1-3-15 適切な用具の選択と基本技術 1-3-16~1-3-18 電動ベッドの利用 1-3-19~1-3-20 シーツの利用 1-3-21~1-3-25 スライディングシートの利用 1-3-26 安全の確認 1-3-27~1-3-31 ベッド/椅子間の移動	
			立位/歩行介助の学習と実践	立位/歩行介助の理論を理解し、安全な立位介助を実践と評価を行う		1-3-32 立位に関する解剖学的運動学的理論の理解 1-3-33 「ユマニチュードの立位介助技術」 1-3-34 「ユマニチュードの歩行介助技術」 1-3-35~1-3-42 転倒時の対応 1-3-43~1-3-49 移動用補助具 1-3-50~1-3-51 補助具利用の指導者と指導 1-3-65~1-3-67 移動技術の評価	
		ポジショニング	ポジショニング	褥瘡を防止、安楽なポジショニング技術を実践する		1-3-52~1-3-53 「ユマニチュード・カーヌの技術」	
		おむつ	おむつ装着	快適で効果の高いオムツ装着方法を実践する		1-3-54-57 おむつ装着技術と実践	
		拘縮	拘縮ケア	拘縮の予防と拘縮に対する効果的なケアを実践する		1-3-58 拘縮の解剖学的・生理学的理解 1-3-59~1-3-60 拘縮のある人の把握 1-3-61 拘縮に対するケアの実践	
		靴・靴下	靴と靴下の着脱	正しい靴と靴下の着脱ができる		1-3-62 正しい靴下の着脱 1-3-63 正しい靴の着脱	
		ベッド上シャワー	ベッド上シャワー	ベッド上で実施するシャワーの技術を有し実践する			1-3-64 ベッド上シャワーによる保清の実践
		移動技術の評価	移動技術の評価のまとめ	技術習得と実践の記録を一覧にまとめる		1-3-65~1-3-67 学習と実践の評価	
d)	強制をしない	自律	本人の自律を守る	事前指示書を作成する	1-4-1~1-4-2 事前指示書の作成		
			本人の同意	本人の同意を得る	1-4-3 家族の意見に先立ち本人に意見を求める	1-4-4 本人の同意に基づく決定 1-4-5 本人に関わるすべてのことに関する同意と協力	1-4-6 すべての職員が本人の同意と協力を求める
			ルールからの逸脱の把握	ルールを逸脱した行為を把握する		1-4-7 ルールを逸脱した行為の記録と対応	
			ケアの拒否への対応	ケアの拒否を把握しケアの同意が得られなかった場合、ケアの放棄をしないために、ケアの延期について具体的な段取りが検討されて実施されている		1-4-8~1-4-18 ケアの拒否への対応	
			強制ケアを回避する	強制ケアを回避するための取り組みと検討を行っている		1-4-16~1-4-18 強制ケアの回避	
e)	抑制ゼロを目指す	抑制	身体拘束廃止	身体拘束廃止に取り組む	1-5-1~1-5-6 身体拘束廃止方針の策定 1-5-8~1-5-13 手順書・説明同意文書 1-5-14 身体拘束に該当するもののリスト 1-5-15 家具等による物理的な身体拘束	1-5-7代替案 1-5-15~1-5-24 身体拘束廃止指針整備と実践 1-5-25~1-5-37 建築物による抑制 1-5-38~1-5-43 具体的対応策 1-5-44~1-5-49 身体拘束の原則 1-5-50~1-5-56 身体拘束に関する量的把握	
f)	行動心理症状への対応	行動心理症状	行動心理症状	行動心理症状を理解し適切な対応を行う	1-6-1~1-6-3 行動心理症状をもつ人の把握	1-6-4~1-6-5 ケアを行う職員が行動心理症状に対して対応可能 1-6-9-13 ケアを行う職員が行動心理症状に関連する情報を把握 1-6-19~1-6-20 行動心理症状に関する記録と分析 1-6-21 記録と分析に基づく個別支援計画への反映 1-6-22~1-6-24 個別の対応の評価と共有、経時的変化の確認 1-6-25~1-6-31 ケアの拒否に対する具体的な対応	1-6-6-1-6-8 すべての職員が行動心理症状に対して対応可能 1-6-14~1-6-18 すべての職員が行動心理症状に関連する情報を把握 1-6-32 ケアの拒否に対する組織としての対応
g)	サービス提供プロセス	ケア提供のシステム	ケアを提供するにあたって有効なシステム構築と稼働	ケアを提供するにあたって有効なシステムが構築され実際に稼働している	1-7-1~1-7-8 多職種協働体制の構築と運営 1-7-9~1-7-19 サービス提供に関する情報共有		
h)	個別支援計画/看護計画に基づくケア	個別支援計画	個別支援計画を作成と実施	本人の要望に基づく個別支援計画を作成し実践する	1-8-1~1-8-2 本人の要望を本人から聴取し計画を立てる 1-8-9 排泄に関する本人の要望が実現されたケアが実施されている	1-8-3 各人にカスタマイズされたスケジュールが作成されている 1-8-5~1-8-7, 1-8-10 各項目に関する個別支援計画に基づきケアが実践されている	1-8-4 本人の要望を尊重したスケジュールが24時間作成され実践されている 1-8-8 入浴/シャワーがいつでも(24時間)できる 1-8-11 その他本人が望む計画が実現している
			入浴・シャワー	本人の状態に合わせた入浴計画	1-8-12~1-8-13 入浴の配慮と可否	1-8-14~1-8-15 方法の選択と頻度	1-8-16 本人の要望を尊重した入浴(24時間)
			口腔ケア	口腔ケアに関する体制があり、実践、評価している	1-8-17 口腔ケアに関する支援体制	1-8-18~1-8-21 ケアのレベルの把握 1-8-22 口腔健康の評価 1-8-23~1-8-26 口腔ケアに関するリーダーの存在と活動 1-8-27 口腔ケアに関する個別支援計画の存在	

			評価保清	適切な評価保清を行い、保清を処方する		1-8-28~1-8-35 評価保清作成手順 1-8-38 評価保清に基づくケアレベルの設定 1-8-37~1-8-44 評価保清に記入すべき要素 1-8-45~1-8-46, 1-8-48~1-8-49 評価保清の記録と再評価 1-8-50 評価保清の定期的な更新 1-8-51 評価保清を受けている入居者・患者数の把握	1-8-47 評価保清に基づく正しいレベルのケアと個別支援計画の一致
			正しいレベルのケア	評価保清に基づき正しいレベルのケアを実施する		1-8-52~1-8-60 本人の立位能力に基づくジネスト・マレスコッティのケア分類 1-8-52~1-8-62 保清に必要な人数の把握 1-8-63~1-8-64 定期的なケアのレベルの評価と検討	
			ケアの延期	状況に応じた適切なケアの延期を行なっている		1-8-65~1-8-69 ケアの延期の実践	1-8-68~1-8-70 ケアの延期のフォローアッププランとモニタリングの把握
i)	リスク管理	本人のリスクの把握と対策	高齢者機能評価	高齢者機能評価を実施し、生活のリスクを評価する	1-9-1~1-9-10 高齢者機能評価 1-9-11~1-9-12 入居の経路		
			薬剤適正使用	服用している薬剤が適正に処方されているか評価する	1-9-13~1-9-18 認知機能に作用する薬剤の把握 1-9-19~1-9-23 処方薬のモニタリング	1-9-24~1-9-38 薬剤に関するリスクマネジメント	
			リスク防止の評価と対応	入居者・患者が抱えるリスクの評価と対応を行う		1-9-39~1-9-48 リスクの評価と対応の実践	
			感染管理	適切な感染管理を実施している	1-9-49~1-9-59 感染管理制度 1-9-134~1-9-144 感染管理各論		
			緊急時	緊急時・災害時の対応策がある	1-9-60 緊急時のアクションプラン 1-9-61 災害時のアクションプラン		
			抑うつ	抑うつに対する対策を実施している			1-9-62~1-9-68 抑うつ対策プロジェクト
			低栄養	低栄養に対する対策を実施している	1-9-70~1-9-75 食事・水分量・体重・栄養評価の把握	1-9-69 低栄養に取り組むプロジェクト 1-9-76~1-9-80 低栄養リスクをもつ人の抽出・対応・効果	
			口腔ケア	口腔ケアに対する対策を実施している	1-9-81 プロジェクト策定 1-9-82, 1-9-83 日常の適切なケアの実施とモニタリング 1-9-84 歯科専門職の介入 1-9-85, 1-9-86 入居前の口腔健康の把握と、入居後の定期的検診		
			疼痛	疼痛に対する対策を実施している		1-9-87~1-9-91 疼痛対策プロジェクト	
			転倒	転倒とその予防に対する対策を実施している		1-9-93~1-9-100 転倒予防・対策プロジェクト	
			拘縮	拘縮とその予防に対する対策を実施している		1-9-102~1-9-106 拘縮予防・対策プロジェクト	
			失禁	失禁の予防と対策を実施している		1-9-108~1-9-121 失禁予防・対策プロジェクト	
			褥瘡	褥瘡の予防と対策を実施している		1-9-122~1-9-129, 1-9-131~1-9-133 褥瘡予防・対策プロジェクト	1-9-130 褥瘡を防ぐケア技術
			予防接種	適切な予防接種を実施している		1-9-145~1-9-152 予防接種プロジェクト	
			終末期	終末期における適切なケアを実施している		1-9-153~1-9-157 終末期対応プロジェクト	1-9-161 家族・職員・他の入居者への支援
j)	健康に害を及ぼさない	職員の健康	職場	健康な職場をつくる	1-10-1~1-10-8 健康な職場づくりプロジェクト 1-10-9 柔軟な勤務体制 1-10-10 欠勤率の把握 1-10-11~1-10-12 労災の把握 1-10-13~1-10-14 病気休暇の把握 1-10-15 職員のストレス評価 1-10-16 離職率の把握 1-10-17 パーンアウトの把握		
		職業人	プロフェッショナリズム	職業人としてのプロフェッショナリズムを有している	1-10-18 ユマニチュードの職業人の定義に基づく行動 1-10-29 正しいレベルのケアに関するポスター掲示	1-10-19 正しいレベルのケアに関する理解 1-10-20~1-10-22 正しいレベルのケアの実践 1-10-23~1-10-28 正しいレベルのケアの実践ツールの活用	1-10-30 個別の夜間計画 1-10-31 個別の食事計画
			ケアに関するツール	本人のケアのレベルに応じたケアを実施できる(ケアの実施者によってケアの内容が変化しない)	1-10-32~1-10-36 ケアの手順のシート作成と実施時の確認		
			組織内で実施する継続的研修と支援	各職員がプロフェッショナリズムを発揮できる環境を作る	1-10-37~1-10-49, 1-10-51~1-10-52 プロフェッショナリズムを育む計画とその実践	1-10-50 困難事例の分析	
			啓発活動	ユマニチュードに関する啓発活動を各対象者に行い、その内容を記録する	1-10-53 ケア実施職員 1-10-54 入居者・患者 1-10-55 家族・親族 1-10-56 美習生	1-10-57 全ての職員 1-10-58 ボランティア 1-10-59 外部のサービス提供者	1-10-60~1-10-62 職員・入居者代表（意見交換を行う会議体が存在する場合）
			ユマニチュード活動の質と持続性の担保	ユマニチュードに関する活動の質と持続性を担保する	1-10-66 人的継続性 1-10-67 技術評価（技術の質的評価）	1-10-68~1-10-71 技術評価	1-10-63~1-10-65 ユマニチュードの恒常的な質の担保の実現 1-10-72 技術評価（職種別の技術の質的評価）
			法令遵守	関係法令を遵守している	1-10-73~1-10-81 関係法令の遵守		
			事故防止マネジメント	事故・ヒヤリハット事例の記録・報告・対策を実施する	1-10-82~1-10-89 事故・ヒヤリハット事例の記録と対応		
			用語の理解	ユマニチュードに関する用語を全ての職員が理解し、活用、伝達されている			1-10-89 すべての職員によるユマニチュードの用語の認識活用
			入居者・患者の呼称	相手の嗜好に基づく、尊厳を尊重する呼称を使用する	1-10-89~1-10-91 呼称の選択・記録・共有		

原則2 各人の唯一性の尊重						
title	element	action	具体的取り組み内容	評価基準表ブロンズ必須項目	評価基準表シルバー必須項目	評価基準表ゴールド必須項目
a) 生活空間、市民権の尊重	生活空間	プライバシーの尊重	プライバシー尊重のためのシステムがあり運用されている		2-1-1～2-1-2 居室の表示 2-1-3～5 本人によるプライバシーの管理	
		快適な生活空間の整備およびカスタマイズ	快適な生活空間が整備され、居室には本人の意向やこれまでの生活を尊重され安全上の基準にも配慮されている		2-1-6 快適な居住空間の整備	2-1-7～2-1-8 居室のカスタマイズ
	市民権	選挙権の行使	本人の選挙権の行使を支援している	2-1-9 選挙権の行使		
		思想の自由の尊重	本人の信仰、政治思想等が尊重されている	2-1-10 信仰・思想の自由の尊重		
		重要書類の自己管理	重要書類は本人が自己管理している		2-1-11～2-1-13 重要書類の自己管理	
		服装選択の自由の尊重	アイデンティティ、個人の尊厳の尊重として服装の自由な選択ができる	2-1-14 品位のある服装	2-1-15 抑制的な要素をもつ服装に関する手続きと評価 2-1-16 服装選択の自由	
b) プライバシー、性生活の尊重	プライバシー	過ごす場の選択の自由の尊重	日常生活の中で過ごす場を自由に選択できる		2-2-1 居室で過ごす選択	
		外部とのコミュニケーションの選択の自由の尊重	来客を迎える選択と24時間外部とのコミュニケーションが担保される		2-2-2 来客を迎える選択 2-2-3 外部との24時間連絡の自由	2-2-4 外部から24時間訪問の自由
		居室内およびケアのプライバシーの保障	本人が主体的に居室内およびケアのプライバシーに関することを選択できる	2-2-5～2-2-6 居室のドア、カーテン 2-2-7 週間予定の居室内掲示		
	メンタルケア・性生活	外部と同様の生活の尊重	メンタルおよび性に関する要望が聞き届けられて、外部と同様の生活が保障される		2-2-8 2人部屋の有無 2-2-9 2人部屋の数 2-2-10 ダブル/セミダブルベッド 2-2-11 メンタルおよび性に関する要望に耳を傾ける機会	
c) 睡眠の尊重	夜間の睡眠	個別の夜間計画実施による夜間の睡眠の尊重	本人の要望や合理的な理由がある場合以外は、誰も起こされることはなく一人ひとりの生活リズムに応じた睡眠が尊重されている		2-3-1～2-3-2 個別の夜間計画作成とその実施 2-3-3 夜間の睡眠に関する要望とその人数	2-3-4 起こされた理由とその人数
	昼寝	本人の要望に基づく計画的な昼寝	本人の要望に基づく計画的な昼寝が尊重されている		2-3-5 本人の希望に基づく昼寝 2-3-6 昼寝をする利用者の人数	2-3-7 計画に基づく昼寝 2-3-8 昼寝時間帯のアクティビティ
	夜間の徘徊	夜間の徘徊への対応による睡眠の質の改善	原因の分析・対応・対応の再評価を行い、夜間の徘徊・夜間抑制と代替プランに関する量的把握と睡眠の質を改善する取り組みを記録している		2-3-9 原因の分析 2-3-10 対応、代替プラン	2-3-11 対応のモニタリング再評価 2-3-12 夜間の徘徊、夜間抑制、代替プランの量的把握 2-3-13 取り組み記録

原則3 最期の日まで自分の足で立って生きる

	title	element	action	具体的取り組み内容	評価基準表ブロンズ必須項目	評価基準表シルバー必須項目	評価基準表ゴールド必須項目
a)	1日20分の立位	立位の意味	目的と知識と実践	1日20分間の立位がなぜ必要かを理解する	3-1-1 目的・生理学的・解剖学的理解 3-1-2 立てない場合の代替案の理解	3-1-3 立位に関するワークショップ実施 3-1-4 立位・座位の実践 3-1-5ケア多職種との情報共有 3-1-7~3-1-9.立位に関する個別支援計画策定 3-1-10 正確な立位介助 3-1-11正確な歩行介助 3-1-12~3-1-14立位に関する個別支援計画の実施とモニタリング 3-1-15~3-1-23立位に関する個別支援計画の必要項目 3-1-24 立位の前の評価 3-1-26~3-1-27 立位介助のシャドウイング 3-1-28~3-1-31 立位と歩行介助に関する量的把握	3-1-6 すべての職員との情報共有 3-1-25 すべての職員による立つ技術の実践と共有
			車椅子	車椅子を漫然と使わないための取り組みを行なっている		3-1-32~3-1-33車椅子利用状況の把握 3-1-34~3-1-36 立位に関する個別支援計画との関連	
			立位・歩行時間	1日の立位・歩行時間を把握し、合計20分間を目指す		3-1-40 1日の立位・歩行時間の把握	
			立位補助用具	立位補助用具を活用する		3-1-41~3-1-46 補助器具の活用 3-1-47~3-1-49 補助器具の付属品等の管理	
			立位補助用具の選択	適切な補助用具を適切に使用する		3-1-50 適切な補助用具の選択 3-1-51適切な使用方法の実践	
			立位能力の把握	本人の立位能力を正しく把握する		3-1-52~3-1-54 評価保清に基づいた正しい立位能力の評価とその実数把握	
			車椅子の選択	車椅子の適切な選択とメンテナンスが行われている		3-1-55~3-1-59 車椅子の適切な選択とその評価 3-1-60~3-1-64 車椅子のメンテナンス	

原則 4 外部に対して開かれている（閉鎖的でない）					評価基準表ブロンズ必須項目	評価基準表シルバー必須項目	評価基準表ゴールド必須項目
title	element	action	具体的取り組み内容				
a) 地域に開かれた施設である	外部に対して開かれている	外部の受け入れ	外部からの視線が尊重される（家族、ボランティア、実習生、報道など）		4-1-1 家族の参加 4-1-2~4-1-5 ボランティアの受入れ 4-1-7~4-1-11 実習生の受入れ		4-1-6 ボランティアからのフィードバック 4-1-12~4-1-13 実習生のシャドウイングと評価 4-1-14 実習生の量的変化の把握
		情報発信	自発的/対外的評価によって取材を受けた情報発信をする		4-1-15 情報発信 4-1-16 外部からの取材		
b) 家族との絆の維持	家族支援	支援の実施	家族への支援、情報共有、イベントなどが行われる	4-2-1 家族への情報提供（ユマニチュードの案内）	4-2-2 家族への情報提供（ユマニチュードの認知を高める活動） 4-2-3 身元保証人の情報共有 4-2-4 本人同意を得た家族支援		4-2-5 家族の社会生活活動への参加 4-2-6 受け入れる自由とプライバシーの尊重
	メンタルヘルスと性生活	支援の実施	入居者の要望に応じた支援がある		4-2-7 メンタル及び性生活の支援の提供		
	終末期	支援の実施	終末期ケアの支援がある				4-2-8 終末期ケアの提供
c) 社会的、文化的な絆の維持	社会的なつながり	支援の実施	社会的なつながりのための支援がある		4-3-1 社会的なつながりのための取り組みの実施 4-3-2 個別支援計画への位置づけ 4-3-3~4-3-4 外出・旅行の支援の提供		
	対外的コミュニケーション	支援の実施	対外的コミュニケーションのための支援がある		4-3-5 施設内イベントへの外部参加 4-3-6~4-3-7 情報アクセス・コミュニケーションの支援の提供 4-3-8 対外的なコミュニケーションの実施 4-3-9 社会生活担当者の地域ネットワークへの参加 4-3-10 施設内新聞やお知らせの発行		4-3-11 施設内新聞やお知らせの企画制作へ関係者の参加 4-3-12 施設内新聞やお知らせの関係者への配布

原則5 生活の場・やりたいことが実現する場を作る							
	title	element	action	具体的取り組み内容	評価基準表ブロンズ必須項目	評価基準表シルバー必須項目	評価基準表ゴールド必須項目
a)	社会生活活動 (さまざまなアクティビティ)	社会生活活動実施の体制	社会生活活動(さまざまなアクティビティ)を行う組織づくり	社会生活活動(さまざまなアクティビティ)を実践するために、基盤となる価値観と体制を整える	5-1-1社会生活活動を行うアクションチームとリーダー 5-1-2ユマニチュードの価値観を含んだ活動 5-1-3アクションチームリーダーの役割 5-1-4社会生活活動(アクティビティ)毎のリーダーと必要なメンバーの配置 5-1-5活動時間の確保		
		社会生活活動計画	計画の作成	入居者が事業所内だけではなく社会とつながることができて、目的、場所、手段、流れ、具体的な指示、ターゲットの社会的プロフィール、パートナーなどを明確にした社会生活活動計画を作成する	5-1-6社会生活活動計画の立案	5-1-7社会とつながりながら楽しめる計画 5-1-8社会生活活動計画の必要項目	5-1-9個別支援計画に反映 5-1-10地域の方々へ向けての社会生活活動計画の作成
		プログラム	多様性のあるプログラム	多様性のあるなプログラムには自律的な活動、社会文化活動、市民的な活動、祭的な活動、地域に向けた活動、世代間交流活動が含まれている	5-1-11多様性のあるプログラム	5-1-12社会生活活動に含まれる内容	
		予定表	社会生活活動予定表の作成	活動予定表には活動の頻度が書かれている各活動の日程が決められている		5-1-13頻度と日程を含んだ予定表	
		社会生活活動動計画の実践	予定を明確に示した実践	社会生活活動計画に沿った実践は、施設内のすべての場所、参加状況を評価するツールを活用、頻度を決め、日程を決め、年間プログラム、毎日および毎週の計画日程表を公式化している			5-1-14社会生活活動計画に沿った実践
		職員の役割	社会生活活動実践時の職員の役割	職員は連帯活動の概念を大切に、参加者相互のかかわり、構築された絆、関係作りのサポート、認知症行動心理症状の管理と予防、参加したい気持ちを育む手段と技術で、考慮すべき事項に則り、社会生活活動に取り組んでいる		5-1-15関係作りのサポート	5-1-16認知症行動心理症状の管理と予防 5-1-17参加したい気持ちを育む手段と技術 5-1-18考慮すべき事項
		社会生活活動報告書	社会生活活動後の報告書の作成	活動日時、場所、活動内容、実施状況、参加者、担当者、取り組みの評価(参加、関心、構築された絆、社会生活)を含んだ活動報告書を作成している		5-1-19社会生活活動後の報告書の作成	
		モニタリング	社会生活活動後のモニタリング実施と記録	望ましい活動の尊重、年間を通じて計画に位置付けた頻度で一貫性を持った実践、12ヶ月ごとの更新、参加活動状況の評価(積極的、要求、感想)を含んだモニタリングを実施し、記録を作成している		5-1-20社会生活活動後のモニタリング実施と記録	
b)	生活環境	社会生活のためのスペース	スペースの確保	入居者本人、家族、来訪者にとって、したいことのできる場所、開かれていて、温かく迎え入れてくれる、懇親に適した場所がある		5-2-1社会生活のためのスペースの確保	

	障がいを持つ入居者、家族、来訪者などに合わせた社会生活のための生活環境	障がいを持つ入居者、家族、来訪者などにとって、したいことのできる場所、開かれていて、温かく迎え入れてくれる、懇親に適した場所	社会生活のためのレイアウトでは、様々な障がい特性、入居者、患者の特性に配慮した案内表示やホームオートメーション、レイアウト変更時の利用者などや職員の関与を実践している	5-2-2様々な障がい特性にあわせたレイアウト	5-2-3案内表示	5-2-4ホームオートメーション 5-2-5レイアウトの改善や改装、改修、建替え時の職員の役割 5-2-6レイアウトの改善や改装、改修、建替え時の入居者・患者の参加
	お金が使える場	私的にお金を使うことができるサービスと場所	入居者、患者が私的にお金を使うことができるサービスと場所がある			5-2-7私的にお金を使うことができるサービスと場所
	入居者の服装	本人による衣服の選択・選択とその支援	入居者が自分の服を選び、若しくは選択が困難な場合はサポートしている	5-2-8本人による衣服の嗜好・選択とその支援		
	職員の服装	入居者も職員も好みの私服	入居者も職員も好みの私服を選択でき、業務時に着用した私服は、職員の意向で洗濯することができる環境を整えている	5-2-10職員の業務時の服の洗濯		5-2-9すべての職員は私服で勤務
c)	食事	食事の提供手段	食事の提供方法	事業所内で調理をし、ケータリングなどにも対応している	5-3-1事業所内で調理	5-3-2ケータリング・出前（利用者の希望に応じた選択）
	HACCPに沿った衛生管理の取り組み	法令に則った衛生管理	集団給食施設のHACCPに沿った衛生管理を実践している	5-3-3集団給食施設のHACCPに沿った衛生管理		
	衛生的な環境整備の実施	事業所内での衛生環境の整備	職員利用者が行う衛生的な環境の整備をしている	5-3-4清掃や手指衛生の環境 5-3-5入所者・患者と職員は手指衛生を実施		
	適切な食事の提供（外部提供事業所の場合）	適切な食事の提供	委託外部提供事業所が適切な食事提供につなげられる対応を実施している	5-3-6仕様書の取り交わし 5-3-7外部との連携		
	質の高い食事の提供するアクションチーム	アクションチームリーダーの配置	食事のアクションチームリーダーを配置している	5-3-8アクションチームリーダーの配置		
		アクションチームリーダーの役割	アクションチームリーダーは質の高い食事を提供するために、事業所内外の方々との連携を取り、職員の入居者・患者へのケアの質の向上を図っている	5-3-9メンテナンス、ケア、アクティビティ、事務などとの連携 5-3-10質の高い食事の提供を定着	5-3-11料理長などと入居者・患者と交流 5-3-12食堂にいる全員になどしく注意を払う	5-3-13コンサルタントなどの専門家が関与と連携
	質の高い食事の提供するアクションチームが設置するメニュー委員会	メニュー委員会の役割	アクションチームが設置したメニュー委員会を中心となり、調理方法や形状などに配慮・工夫した、質の高いメニューを作成している	5-3-14メニュー委員会の開催 5-3-15メニューの作成 5-3-19メニュー委員会が行う質の高いメニュー作りのためのアンケート参加への支援 5-3-24アレルギーを起こす食べ物の回避 5-3-25嫌いなもの、要望の反映の定期的評価 5-3-26食形態が多様性のある食事の提供 5-3-27料理ごとに分けられたミキサー食 5-3-28ソフト食の導入の提案 5-3-35メニューを知らせる 5-3-36食べる際のメニューの口頭説明 5-3-37見やすい、読みやすい、分かりやすいメニューが表示 5-3-38メニュー、献立表の掲示時の配慮	5-3-16嗜好や食べ方に見合ったメニュー形態の工夫 5-3-20質の高いメニュー作りのために、入居者・患者、職員、家族などから意見を収集 5-3-21メニュー委員会が開催する試食会 5-3-22メニュー委員会への入居者・患者の参加	5-3-17入居者・患者の好みや状況に合わせたメニューの作成 5-3-18すべての料理（前菜、主菜、デザート）のメニュー選択の多様性 5-3-23メニュー委員会への家族の参加 5-3-29見た目も味も本物に近づけている柔らかい食事（ソフト食）の提供 5-3-30指でつまめる形態に対応した作り方の技術がある 5-3-31個々の配慮に合わせた手で食べる形態の食事（フィンガーフード）の提供 5-3-32柔らかくする工夫した調理方法 5-3-33外見を工夫した料理 5-3-34特殊な形態の食事が、普通食と比較して遜色ない見栄えと多様性
	質の高い食事の提供するアクションチームの役割	個別栄養ケア計画作成	ユマニチュードの価値観と原則が含まれた、質の高い食事を提供するための個別栄養ケア計画作成している	5-3-39治療のための特別な注意事項を含めた計画	5-3-40必要なプログラムや配慮を含む計画 5-3-41立位能力の改善に関連付けた計画	

			個別栄養ケア計画に沿った以下の食事に関するケア内容が記載された個人別の食事カードの作成している		5-3-42個人別食事カードを作成 5-3-43個人別食事カードを活用	
		研修の実施	質の高い食事に関する研修を実施している	5-3-44食事に関する研修の実施		
		ユマニチュードケアの実施	食事介助時のユマニチュード技術を実践している	5-3-45介助者が本人の視線と同じ高さになるように着席	5-3-46食卓までの歩行介助の技術を習得 5-3-47一度に一人だけでゆっくりと、落ち着いて介助 5-3-48食べることを急がさない介助 5-3-49本人の能力を奪わない介助 5-3-50本人に見合った食べ方に合わせて介助 5-3-51立って食べることも強制はしない介助	
		「ユマニチュード・評価保清」に基づいた口腔ケアの実施	「ユマニチュード・評価保清」に基づいた口腔ケアを実施している		5-3-52「ユマニチュード・評価保清」に基づいた口腔ケア	
		本人の自己選択の尊重	意向や状況を踏まえて、本人の自己選択の尊重したケアを行っている	5-3-53意向や状況を踏まえた配慮	5-3-54誰と座るかテーブルの隣人の選択、-本人が食事をするテーブルを選択、一人で食べる選択" 5-3-55家族の同席、ボランティアの同席の選択	5-3-56本人の意向で職員と一緒に食事を選択
		本人に合わせた物的環境整備の実施	本人に合わせた物的環境整備を行っている	5-3-57補助用具や自助具が適切な装着 5-3-58補助用具、義歯、メガネ、補聴器が適切	5-3-59食事ごとの食事環境の検証	5-3-60人間工学に基づいたテーブルや椅子の適切な使用
		食事の環境・雰囲気についてプロジェクト	食事の環境・雰囲気で検討し、改善を図っている	5-3-61ワークショップの実施	5-3-62食事雰囲気のプロジェクの実施 5-3-63食事の環境のプロジェクの実施 5-3-64社会生活活動チームとの連携	5-3-65雰囲気作りの実践
		テーブルセッティング	アクションチームが設置したメニュー委員会が中心となり、調理方法や形状などに配慮・工夫した、質の高いメニューを作成している	5-3-66個別栄養ケア計画に明記したテーブルのセッティング 5-3-67食食用エプロンの適正利用 5-3-68皿の配慮 5-3-69テーブル上に調味料、水などの設置 5-3-70食器、箸、フォーク、スプーンなどの適切な選択	5-3-71テーブルリネンの自己選択	5-3-72アルコールなどの嗜好品の提供 5-3-73人間工学に基づいた食器と卓上の物品を利用
		食に関する購買環境整備	誰もが利用し冷たい飲み物、温かい飲み物、お菓子などが購入できる、自動販売機などの食に関する購買環境整備を行っている		5-3-74誰もが利用し購入できる自動販売機などの設置	
		柔軟な食事体制	夜間の食事の提供を含めた、柔軟な食事体制が整っている	5-3-75三食決められた基本の時間帯	5-3-76食事の延期が可能 5-3-77軽食・おやつを提供	5-3-78安全な設備を備えた部屋での食事 5-3-79夜間の食事の準備と対応
		低栄養と脱水症状の予防	低栄養と脱水症状の予防のプロジェクトを設置し、個別ケア計画に応じた夫々の低栄養と脱水症状の予防を行っている	5-3-80プロジェクトチームの編成とチームリーダーの指名 5-3-81モニタリングでリスクのある人の注出 5-3-82リスクに対する個別の取り組み 5-3-83個別栄養ケア計画の作成 5-3-84栄養改善のためのプログラム 5-3-85処方に基づく経管栄養剤の使用とフォローアップ 5-3-86食事、経口栄養補助食品、経口補食の定期的に評価 5-3-87食事量の把握と定期的に評価		5-3-88経管栄養を減らす取り組み 5-3-89天然のサプリメント使用への対応 5-3-90家族、ボランティアへの意識向上活動

		誤嚥防止	誤嚥防止のプロジェクトを設置し、個別ケア計画に応じた夫々の誤嚥の予防を行っている	5-3-91誤嚥防止のプロジェクトチームの編成とチームリーダーの指名 5-3-92リスクのある人の抽出 5-3-93形態について定期的に評価 5-3-94ベッド上、テーブルでの適切な姿勢での食事	5-3-95リスクに対する個別の取り組み 5-3-96誤嚥防止に関するトレーニングの実施 5-3-97言語聴覚士との協働	5-3-98家族、ボランティアを対象に誤嚥に関する意識向上のための活動
		食事会	入居者・患者の意向で食事会を開催している		5-3-99入居者・患者が誰かを招く食事会の開催	
		現状把握と満足度調査の実施・課題分析	食事の現状把握と満足度調査を実施し、課題分析で質の向上を図っている	5-3-100食事の際の現状把握での人数管理 5-3-101満足度調査などの実施	5-3-102食事に関する満足度調査の結果分析、質の向上	
		食物廃棄の取り組み	食物廃棄の取り組みについて検討し、段階を踏んで取り組んでいる	5-3-103ごみの削減に向けた食べ残しに関する検討	5-3-104ごみの削減に向けた取り組みの実施	5-3-105ごみ削減に向けた積極的な取り組みの実施
		水と食料の備蓄	災害時などに入居者・患者・職員などが必要な量の水と食料を備蓄している	5-3-106災害に備えた水と食料の備蓄		
d)	往來の自由、来客を迎える自由	施設外へ外出支援の対応	入居者の意向・要望、状態に合わせた外出支援を行っている	5-4-1施設外へ外出支援の対応		
	迷子になる可能性の把握と対応	迷子になる可能性を把握し個々の状態に合わせた評価と対応	迷子になる可能性のある入居者の数を把握し、リスク評価と通知を行い、入居者に合わせた対応と人数を把握している	5-4-2数 5-4-3リスク評価と通知 5-4-4個別対応と数		
	往來が自由にできる環境とサポート体制	環境設定	利用者の家族や友人などが自由に出入りできる、24時間アクセス可能な環境を整えている			5-4-5往來が自由にできる環境設定
		サポート体制	利用者の家族や友人などが、いつでも自由に出入りができるサポート体制を作っている			5-4-6往來が自由にできる環境とサポート体制