

ユマニチュード認証 評価基準表 2024年

| コミットメント | | 到達目標 | 評価基準 | 事前添付資料 | 現場確認内容 | B | S | G | 病院は除く |
|---------------|----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------|---|---|---|-------|
| A 意志の表明と共有 | 事業計画書へのユマニチュード取り組み計画の記載・承認 | 0.1.1 | 組織の事業計画書の中にユマニチュードへの取り組み計画が盛り込まれ、承認 | 事業計画書に、ユマニチュードへ取り組む目的、意義、推進プロジェクトチームの活動計画が記載され、組織で取り組むことが正式に決定されている | 事業計画書（もしくはそれに代わる記録） | | ○ | ○ | ○ |
| | | 0.1.2 | | 事業計画書に、ユマニチュードの生活労働憲章の実現を目指すことが明記されている | 0-1-1に同じ | | ○ | ○ | ○ |
| | | 0.1.3 | | 事業計画書に、ユマニチュードの5原則が記載され、その実現を目指すことが明記されている | 0-1-2に同じ | | ○ | ○ | ○ |
| | | 0.1.4 | | 事業計画書は毎年1回など定期的に更新され、都度、ユマニチュードへの取り組みの進捗・評価・新たな計画が盛り込まれ承認されている | 更新された事業計画書 | | | ○ | ○ |
| | ユマニチュードへの取り組みの組織内外への共有 | 0.1.5 | ユマニチュードへ組織で取り組むことについて、組織内外に開示・共有 | 施設運営責任者は、ユマニチュードを通じた良いケア良い生活の場の実現やサービスの向上などに積極的に取り組むことを組織内外に表明している | 責任者名での組織内外へ意志表明している文書等 | | ○ | ○ | ○ |
| | | 0.1.6 | | 事業所案内（入居者・患者向けパンフレットやウェブサイトなど）に、ユマニチュードへの取り組みが明記されている | 対外的に公表している事業所案内の該当部分 | | ○ | ○ | ○ |
| | | 0.1.7 | | 組織の行動指針にユマニチュードに関する記述がある | 組織の行動指針の該当部分 | | ○ | ○ | ○ |
| | | 0.1.8 | | 職員の職務内容にユマニチュードへの取り組みが記述されている | 職務記述書等 | | ○ | ○ | ○ |
| | | 0.1.9 | | 職員個人の業務目標の中にユマニチュードへの取り組みが掲げられている | 個人の業務目標資料 | | ○ | ○ | ○ |
| | | 0.1.10 | | 事業所がユマニチュードに取り組んでいることを職員の雇用時に通知し、説明している | 雇用時の通知文書の該当部分 | | ○ | ○ | ○ |
| 生活労働憲章への取り組み | 0.1.11 | 組織に関わるあらゆる人々による生活労働憲章への理解と賛同 | 理事長（法人の責任者）が生活労働憲章に署名している | | 該当署名 | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.1.12 | | 施設運営責任者が生活労働憲章に署名している | | 該当署名 | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.1.13 | | 医療者（医師・看護師）が生活労働憲章に署名している | | 該当署名（全員分） | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.1.14 | | 関連する部門の全ての職員が生活労働憲章に署名している | | 該当署名（全員分） | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.1.15 | | 入居者・患者（もしくは代理人）が生活労働憲章に署名している | | 該当署名（全員分） | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.1.16 | 生活労働憲章の共有 | 生活労働憲章を事業所内の多くの人の目に留まる場所に掲示している | | 掲載場所確認（写真添付でもOK） | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.1.17 | | 生活労働憲章を入居者・患者（家族）向け案内（冊子やパンフレット、ウェブサイトなど）に記載している | 案内の該当部分 | | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.1.18 | | 生活労働憲章を入居時・入院時の説明資料一式の一つに加え、その他の説明資料（重要事項説明書）とともに説明し渡している | 渡している資料一式と該当部分 | | | ○ | ○ | ○ |
| 認証制度への取り組み開始 | 0.1.19 | 日本ユマニチュード学会入会と取組確認書への署名 | 施設運営責任者は日本ユマニチュード学会へ所定の入会手続きを行い、責任者が取組確認書に自署で署名する | | | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.1.20 | オンラインダッシュボードの活用 | 施設運営責任者やプロジェクトチームメンバーは、オンラインダッシュボードに定期的にアクセスして進捗を確認し、活用している | | | | ○ | ○ | ○ |
| 認証審査に向けた準備 | 0.1.21 | 自己評価をオンラインダッシュボードに入力完了し、審査のための手続き実行 | 認証取り組みの第1段階として、現状把握のための第1回自己評価を1ヶ月以内に完了する | | 初回自己評価の入力完了日が記載された入力結果の写し | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.1.22 | | 少なくとも年に1回（直近1年以内に）自己評価のアップデートを行なっている | | 自己評価の年次更新記録 | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.1.23 | | 審査を希望する時期の3ヶ月前までに、自己評価と全ての事前添付資料の添付を完了し、学会へ認証審査申込書を提出している | | | | ○ | ○ | ○ |

B 意志の共有

| | | | | | | | | | |
|------------|--------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------|--|---|---|---|
| 入居者・患者への対応 | 0.2.1 | 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尊重に配慮したサービス提供を行うことを組織内外に宣言している | 該当文書等 | | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.2.2 | | 権利擁護の規程・マニュアル等が整備され、研修等で職員に周知が図られている | 周知の実施を示すもの | 規程・マニュアル等 | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.2.3 | 苦情への対応 | 苦情解決のための仕組みが確立し、周知され、機能している | 周知の実施を示すもの | 規程・マニュアル等 | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.2.4 | | 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た入居者や家族等に配慮したうえで、組織内もしくは対外的に公表している | 公表資料 | | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.2.5 | 意志の尊重 | 入居者・患者は自分のことを任せる相手を指名し、何をやって欲しいかを選択できる | 該当文書等 | | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.2.6 | | 入居者・患者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成し、入居者・患者や家族等に説明している | 説明資料 | | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.2.7 | | 「良いケア・良い生活の場」を実現するための検討過程において「入居者・患者、家族、代理人など」が当事者として参加している（0-2-31アンケート以外の方法） | 該当文書等 | | | ○ | ○ | ○ |
| 職員への対応 | 0.2.8 | 労働環境の向上 | 働きやすい職場づくりに向けて、職員の意向の把握、ディスカッションの場の設定がなされている | 該当文書等 | | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.2.9 | | 職員のメンタルヘルスに関するプロジェクトが実施されている | 該当文書等 | | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.2.10 | | 職員の身体への影響を防ぐ（腰痛、関節痛、腱鞘炎等）プロジェクトが実施されている | 該当文書等 | | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.2.11 | | 職員の負担軽減を図るためのIT導入などの工夫がなされている | ITソフト等の活用状況がわかるもの | | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.2.12 | | 職員の意向を反映させた余暇活動などを実施している（ヨガ、ジム、ダンス、スポーツ、趣味など） | 該当文書等 | | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.2.13 | 職員の自己評価の実施 | 職員は自らの業務に対する目標設定と自己評価を実施し、定期的に所属長と話し合う機会を持っている | 目標設定・自己評価の書面、面談記録 | | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.2.14 | | 上記の中にユマニチュードに関する取り組みが含まれている | 0-2-13と同じ | | | ○ | ○ | ○ |
| 研修計画と実施 | 0.2.15 | 年次研修計画の立案と推進 | 最低年に1回は権利擁護（虐待、身体拘束等）に関する研修を計画し実施している | 権利擁護に関する年次研修の計画書と実施記録 | | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.2.16 | | 最低年に1回は高齢者の健康管理、病気、薬の効果や副作用等に関する研修を計画し実施している | 高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用等に関する年次研修の計画書と実施記録 | | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.2.17 | ユマニチュードに関する学びの機会の提供 | 職員に対してユマニチュードに関する継続的な学びの機会を提供している（計画書や実施記録など） | 5W1Hが明記された計画書（未来の計画）や実施記録（過去の履歴） | | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.2.18 | 新入職員オリエンテーションと研修の立案・推進 | 新入職員オリエンテーションにてユマニチュードへの取り組みについて説明するとともに、ユマニチュードの哲学・実践に関する学びの機会の提供について案内する | 新入職員オリエンテーションでの説明内容がわかるもの | | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.2.19 | | 新入職員の職務説明の中に、ユマニチュードの5原則、生活労働憲章への取り組みと遵守が盛り込まれており、いつでも振り返りができるように資料として渡している | ユマニチュードの5原則、生活労働憲章への取り組みと遵守が盛り込まれた職務説明資料 | | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.2.20 | | 新入職員にユマニチュードの哲学・実技に関する継続的な学びの機会を提供し実施している | 新入職員に対するユマニチュードに関する学びの機会の具体的な計画書や実施記録 | | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.2.21 | | 新入職員にユマニチュードの総合的な実践に関するシャドウイングの機会を提供して実施し、次につながる振り返りを行っている | 新入職員へのシャドウイングの計画と実施記録（振り返りやフィードバック内容が確認できるもの） | | | ○ | ○ | ○ |
| 定量データの把握 | 0.2.22 | 「良いケア良い生活の場」実現のために必要な定量データの把握 | 1苦情報告数 | 実績数を明記 | | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.2.23 | | 2ヒヤリハット報告数 | 実績数を明記 | | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.2.24 | | 3事故報告数 | 実績数を明記 | | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.2.25 | | 4身体拘束数 | 実績数を明記 | | | ○ | ○ | ○ |
| | 0.2.26 | | 5虐待報告数 | 実績数を明記 | | | ○ | ○ | ○ |

| | | | | | | | | | | | |
|----------------|----------------|-------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---|---|---|---|---|
| C 推進プロジェクト | 定量データを元にした取り組み | 0.2.27 | 上記の定量データに関する報告・対応 | 上記5つの定量データに関する報告書等を定期的に作成し、リスクの早期発見・予防に努めている | 報告書 | | ○ | ○ | ○ | | |
| | | 0.2.28 | | 上記の報告書では、個別事例の分析と再発防止策の策定と実施が含まれる | 0-2-27と同じ | | | ○ | ○ | | |
| | | 0.2.29 | | 上記の報告書では、累積データ・事例の定量的・定性的分析と再発防止策の策定と実施が含まれる | 0-2-28と同じ | | | ○ | ○ | | |
| | | 0.2.30 | | 上記の報告書では、累積事例の年次評価（実績、原因分析、対応策の検討など）を継続して行い、その内容を職員にも共有している | 0-2-29と同じ 職員への共有状況がわかるもの | | | | ○ | | |
| | 組織内外からの評価 | 0.2.31 | 職員・本人・家族へのアンケート | 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 | 報告書・記録など | | | ○ | ○ | ○ | |
| | | 0.2.32 | 外部評価機関からの評価 | 外部評価機関（例：LIFE、第三者評価、行政、病院機能評価など）の評価を受けており、所見、留保、勧告を含む報告書を、職員及び入居者・患者本人に開示している | 外部評価報告書を開示していることの写真 | | | ○ | ○ | | |
| | | 0.2.33 | 外部業者からのフィードバック | 外部業者からのフィードバックを受け、必要に応じて対応を図っている | 報告書・記録など | | | | ○ | | |
| | | 0.2.34 | 実習生受け入れ | 定期的の実習生を受け入れ、実習生からフィードバックを受け、必要に応じて対応を図っている | 報告書・記録など | | | | ○ | | |
| | 用具・資料の提供 | 0.2.35 | 良いケアに取り組むために必要な用具の提供 | 質の高いケアを実現するために必要な用具を整備し、用具の名称とその用途をリストにして適宜使いやすいよう管理している | 用具の名称とその用途を記載したリスト | | | ○ | ○ | ○ | |
| | | 0.2.36 | 入居者・患者に対する適切なコミュニケーションツールの活用 | 入居者・患者に対して適切なコミュニケーションツール（視覚・聴覚・音声の福祉機器など）を導入し、活用しやすい環境を整えている | 該当文書等 | | | | ○ | ○ | |
| | | 0.2.37 | 「よいケア」実現のための参考資料の活用体制整備 | ユマニチュードへの取り組みについて一元的に管理・保管されたリファレンスファイルを作成し、関係者間でいつでも容易に参照できるようになっている | 訪問時に確認 | | | ○ | ○ | ○ | |
| | | 0.2.38 | | ユマニチュードの実践のために組織内で作成した参考資料があり、職員間で必要に応じて参照されている | 作成された参考資料 | | | | ○ | ○ | |
| | | 0.2.39 | | 上記の参考資料は簡単に閲覧でき、いつでもアクセスできる | 訪問時に確認 | | | | ○ | ○ | |
| | | 0.2.40 | | 上記の参考資料は常に更新されている | 更新記録 | | | | | ○ | |
| | 有事への備えと地域との連携 | 0.2.41 | 事業継続計画の策定と地域社会との連携 | 事業継続計画を策定している | 事業継続計画書 | | | ○ | ○ | ○ | |
| | | 0.2.42 | | 災害時の事業継続計画には、地域社会との連携や共生について言及されている | 該当するページ | | | | | ○ | |
| | 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 | 0.3.1 | 推進プロジェクトチームの設置と位置づけの明確化 | 組織の中に、ユマニチュードを通じた良いケア・良い生活の場の実現をリードする推進プロジェクトチームを設置している | 会議の資料・議事録など | | ○ | ○ | ○ | |
| | | | 0.3.2 | | 組織図の中に、上記の推進プロジェクトチームを位置づけ、その役割を明確にするとともに、既存の組織内プロジェクトや委員会との連携体制について定め、組織内で承認を得ている | 事業所全体の組織図、承認を得た議事録 | | | ○ | ○ | ○ |
| | | | 0.3.3 | | 前項の組織内連携には、必ず入居者・患者の権利擁護に関する取り組みが含まれている | 権利擁護に関する取り組みについて組織内連携体制を示すもの | | | ○ | ○ | ○ |
| | | | 0.3.4 | | 推進プロジェクトチームは、良いケア良い生活の場の実現に向けた取り組み計画を策定し、実現したいビジョンとその実現に向けた具体的な行動とスケジュールの設定を行う | 推進プロジェクトによる取り組み計画書 | | | ○ | ○ | ○ |
| 推進プロジェクトチームの運営 | | 0.3.5 | 推進プロジェクトチーム会議の開催 | 推進プロジェクトチーム会議が開催条件（月1回、メンバー8割参加）を満たし、定期的開催されている | 議事録 | | | ○ | ○ | ○ | |
| | | 0.3.6 | 習熟度チェックの受講促進 | 対象者に習熟度チェックの受講を促進し、間違っ場合や不明な点なくなるまでフォローを行う | | どのようにフォローを行ったかについて職員から聞き取り | | ○ | ○ | ○ | |

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------|--|--|--|---|---|
| 推進プロジェクト内アクションチームの設置と活動 | 0.3.7 | アクションチームの設置 | 推進プロジェクトチームは、取り組み計画推進のために必要な行動（アクション）を選定し、それぞれにアクションチームを設置する（「ユマニチュードケア」に関するチーム以外は、既存の組織や委員会による兼務や連携でもOK） | 0-3-4, 0-3-16に同じ | | | | | | | |
| | 0.3.8 | | 「ユマニチュードケア」に関するアクションチームを設置している（活動の詳細については原則1の項目で確認） | 0-3-4, 0-3-16に同じ | | | | | | | |
| | 0.3.9 | 組織内連携体制の確立 | アクションチームは、推進プロジェクト内（他のアクションチームなど）、ならびに組織内の別のプロジェクトや委員会等と相互に協力しながら活動を行っている | 0-3-4, 0-3-16に同じ | 組織内連携体制について職員から聞き取り | | | | | | |
| | 0.3.10 | アクションプランの策定 | 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計画に従い、具体的なアクションプラン（行動計画）を策定する | 0-3-4に同じ | | | | | | | |
| | 0.3.11 | | アクションプランは、いつまでに誰が何をを行うか、求める成果・到達目標は何か、スケジュールを含めたゴールまでの道筋が明確に設定されている | 0-3-4に同じ | | | | | | | |
| | 0.3.12 | 進捗の分析と対応 | アクションチームが策定したアクションプランの実施に関する進捗の分析と対応を以下のような手法を用いて行ない、推進プロジェクト会議などで報告している ・課題の分析 ・KPIの設定と評価 ・モニタリングと再評価 ・再評価に基づくアクションプランの更新など | 報告書 | | | | | | | |
| | 0.3.13 | | アクションプラン毎に、それぞれが設定したスケジュール完了時に成果や評価を取りまとめ、今後の対応策・新たなアクションプランとともに推進プロジェクト会議で報告している | 会議の提案書・記録 | | | | | | | |
| メンバー任命と組織図 | 0.3.14 | 推進プロジェクトのメンバー任命 | 施設運営責任者は、推進プロジェクトチームのリーダーとメンバーを任命している | 議事録、任命書など | | | | | | | |
| | 0.3.15 | | 施設運営責任者は、アクションチーム毎にそれぞれリーダーとメンバーを任命している | 議事録、任命書など | | | | | | | |
| | 0.3.16 | 推進プロジェクト内の組織図作成 | ユマニチュード推進プロジェクト内の組織図（アクションチーム、リーダー、メンバー構成、それぞれの役割が明記されたもの）が作成され、事業所内で共有されている | 推進プロジェクト内の組織図 | | | | | | | |
| | 0.3.17 | メンバーの専従時間の確保 | 施設運営責任者は推進プロジェクトチームやアクションチームの活動のため、メンバーの専従時間を設定する | 該当文書等 | | | | | | | |
| D 個別支援計画・看護計画 | 入居前 | 0.4.1 | 入居希望者を対象にした手続きの整備 | 入居希望者には施設での本人の生活を想定した説明を行っている | 説明資料 | | | | | 1 | |
| | | 0.4.2 | | 入居希望者の施設見学を実施している | 実施状況が確認できるもの | | | | | 1 | |
| | | 0.4.3 | | 契約書を作成し、提供するサービス内容等（入居に関する契約書の記載内容）を口頭で説明し、理解を求める | | 契約書と説明実施状況の確認 | | | | | 1 |
| | | 0.4.4 | | 入居に関する契約書に本人もしくは代諾者の署名を得る | | 署名の確認 | | | | | 1 |
| | | 0.4.5 | | 入居の契約にあたっては本人の期待や要望を契約書に添付する | | 添付状況の確認 | | | | | 1 |
| | 入居判定会議 | 0.4.6 | 入居判定会議による実現可能性と適切性の検討 | 入居判定会議では、入居希望者の医学的、身体機能的、経済的な状況を踏まえて、入居契約で本人が期待している内容と実現可能性との差異について適切に検討し、実現可能性のある個別支援計画の策定につなげる | 議事録 | | | | | | 1 |
| | 担当者会議 | 0.4.7 | 個別支援計画/看護計画作成に向けての担当者会議の開催 | 個別支援計画/看護計画を作成するための担当者会議(例：サービス担当者会議、病棟カンファレンスなど)を開催している | 議事録 | | | | | | |
| | | 0.4.8 | | 担当者会議に本人・家族が参加している | 0-4-7と同じ | | | | | | |
| | 個別支援・看護計画の作成 | 0.4.9 | 人生レベルでの計画作成 | 本人が歩んできた人生の歴史や嗜好が十分に検討・反映され、個性を有する支援内容となるよう、本人（代理人）の合意のもとに作成されている：対象者の3割以上で完成しており、10割完成に向けての目処が立っている | 代表的な個別支援計画・看護計画2～3例 | 3割以上完成していることの確認 10割完成に向けての目処についてヒアリング | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|------------------|--------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--|--|--|--|--|
| | 0.4.10 | | 本人が歩んできた人生の歴史や嗜好が十分に検討・反映され、個性を有する支援内容となるよう、本人（代理人）の合意のもとに作成されている：入居者全員分が完成している | 全員分の個別支援計画ができて いることを口頭で確認 3事例提出 | 提出された事例以外の入居者 をランダムに選び内容を 確認する | | | | | |
| | 0.4.11 | | 本人が歩んできた人生の歴史や嗜好が十分に検討・反映され、個性を有する支援内容となるよう、本人（代理人）の合意のもとに作成されている：PDCA サイクル実施の結果、計画や実施状況の質が向上している | | 全員分の個別支援計画 PDCAの実施状況ヒアリング | | | | | |
| | 0.4.12 | 個別支援計画・看護計画の項目 | 本人や職員など関係者の具体的な行動が記載されている | 代表的な個別支援計画・看護計画 2～3例 | | | | | | |
| | 0.4.13 | | 施設・病院で提供されているすべてのサービスがカバーされている | 代表的な個別支援計画・看護計画 3事例 | | | | | | |
| | 0.4.14 | | 本人の望む生活（要望、希望等）が記載・検討され、計画に反映されている | 代表的な個別支援計画・看護計画 3事例 | | | | | | |
| | 0.4.15 | | 作成された個別支援計画・看護計画は、入居者・患者に説明され、同意を得て、署名を受けている | 代表的な個別支援計画・看護計画 3事例 | | | | | | |
| | 0.4.16 | | 新規入所者に対しては、入居から0ヶ月から6ヶ月の間に完成する | 代表的な個別支援計画・看護計画 3事例 | | | | | | |
| 個別支援・看護計画の実施体制 | 0.4.17 | 計画の理解と共有 | 作成された個別支援/看護計画は組織内で適切に共有され、ケアの際に活用されている | | 活用できる環境が整っているか、状況の確認 | | | | | |
| | 0.4.18 | | 職員は、個々の個別支援計画/看護計画に基づいた自分の役割を自覚し、実施している | | 職員からの聞き取り | | | | | |
| | 0.4.19 | | すべての職員(関係する部門)が個別支援計画/看護計画の目的と作成プロセスを理解し実践している | | 職員からの聞き取り | | | | | |
| | 0.4.20 | 計画実現のための巻き込み | 計画実現のために、入居者の同意があれば社会との接点を広げて組織内外の人に広く協力を要請する | 実施記録など | | | | | | |
| 個別支援計画・看護計画のPDCA | 0.4.21 | PDCAの仕組みの構築と実施 | 個別支援計画・看護計画のPDCAの仕組みが構築され、定期的に確実に実施されている | PDCAの仕組みがわかるもの 代表的な実施事例 | | | | | | |
| | 0.4.22 | | 対象者の3割以上で人生レベルで策定された計画のPDCAサイクルが実行され、内容が適宜、定期的に更新されている | 代表的なPDCA実施事例3事例 | 3割以上のPDCAの実施記録と更新状況 | | | | | |
| | 0.4.23 | | 対象者全員分の人生レベルで策定された計画のPDCAサイクルが実行され、内容が適宜、定期的に更新されている | 代表的なPDCA実施事例3事例 | 全員分のPDCAの実施記録と更新状況 | | | | | |

| 原則1 強制ケアをゼロにする、ケアを放棄しない | | 到達目標 | 評価基準 | 事前添付資料 | 現場確認内容 | B | S | G | 病院は除く |
|-----------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---|---|---|-------|
| A 本人についての理解 入居者データファイルの作成と活用 | 基本情報の取得 | 入居者・患者の情報として収集する基本情報とその管理 | 入居者・患者の情報の集中管理ファイルがあり、以下の情報を取得している | 情報収集書類の書式 記入事例3名分 | | ○ | ○ | ○ | |
| | | | 生活歴 | | | ○ | ○ | ○ | |
| | | | 生活習慣(睡眠、食事、排泄、整容、入浴、服装、娯楽) | | | ○ | ○ | ○ | |
| | | | 慣習、価値観 | | | ○ | ○ | ○ | |
| | | | 宗教 | | | ○ | ○ | ○ | |
| | | | データファイルの作成期間 | | | ○ | ○ | ○ | |
| | | | 情報源：本人 | | 以下訪問時に担当者から聞き取り | ○ | ○ | ○ | |
| | | | 情報源：家族または代理人、後見人(本人に障害がある場合) | | | ○ | ○ | ○ | |
| | | | 情報源：生活相談員、生活指導員、介護支援専門員 | | | ○ | ○ | ○ | |
| | | | 情報収集責任者の存在 | | | ○ | ○ | ○ | |
| | 基本情報の活用 | 本人の情報の活用状況・閲覧のタイミング | 職員が以下の状況において本人の情報を閲覧している： | | 以下の項目が実践されているかどうか、訪問時に利用方法を職員に尋ねる | ○ | ○ | ○ | |
| | | | ケアを行う前は常に | | 以下の項目が実践されているかどうかについて訪問時に職員の行動を観察する | ○ | ○ | ○ | |
| | | | 緊急時(個別の問題) | | | ○ | ○ | ○ | |
| | | | 職員の職場復帰時(例：休暇後、産休後など) | | | ○ | ○ | ○ | |
| | | | 新たに知り得た本人の習慣や、状態の変化があったときには、職員は即時に情報を更新している。 | | | ○ | ○ | ○ | |
| | | | 職員は本人について理解するため以下の情報を知っている - 生活歴 - 習慣 - 価値観 | | | ○ | ○ | ○ | |
| | | | 本人について理解するための情報を必要な絆を作るための活用 | | | ○ | ○ | ○ | |
| | 在宅生活時と現状の生活に関する情報と評価 | 入居・入院前の生活に関する情報取得 | 入居者・患者データファイルには、下記をはじめとする多様な生活習慣の情報が含まれ、現状のケアに反映されている(在宅生活時と現状:各項目について、どのような方法で、どのくらい本人が行っているか、介助の内容、本人・家族の意向など) | 情報収集書類の書式 記入例3名分 | | ○ | ○ | ○ | |
| | | | 移動 - 移乗 (在宅生活時と現状) | | | ○ | ○ | ○ | |
| | | | 整容 (在宅生活時と現状) | | | ○ | ○ | ○ | |
| 食事 (在宅生活時と現状) | | | | | ○ | ○ | ○ | | |
| 排泄 (在宅生活時と現状) | | | | | ○ | ○ | ○ | | |
| 入浴 (在宅生活時と現状) | | | | | ○ | ○ | ○ | | |
| 睡眠 (在宅生活時と現状) | | | | | ○ | ○ | ○ | | |
| 家庭内での習慣の有無とその内容 | | | | | ○ | ○ | ○ | | |
| 人間・交友関係(相談したい人、大切に思っている人等今後どのように関係性を継続していきたいか) (在宅生活時と現状) | | | | | ○ | ○ | ○ | | |
| 趣味、レジャー (在宅生活時と現状) | | | | | ○ | ○ | ○ | | |
| 社会活動 (在宅生活時と現状) | | | | | ○ | ○ | ○ | | |
| 文化活動 (在宅生活時と現状) | | | | | ○ | ○ | ○ | | |
| ストレスの発散方法 (在宅生活時と現状) | | | | | ○ | ○ | ○ | | |
| 宗教的慣習 (在宅生活時と現状) | | | ○ | ○ | ○ | | | | |
| その他: | | | ○ | ○ | ○ | | | | |
| 個人情報活用のアップデートと活用 | 入居者データの参照・活用タイミング | 入居者データファイルは、以下のような場合に職員によって参照・活用される | | 以下の項目が実践されているかどうか、訪問時に利用方法を職員に尋ねる | ○ | ○ | ○ | | |
| | | 新しい職員が入職したとき | | | ○ | ○ | ○ | | |
| | | 何らかの問題が施設内で発生したとき | | | ○ | ○ | ○ | | |
| | | 委託業者との情報共有 | | | ○ | ○ | ○ | | |
| | | | | | ○ | ○ | ○ | | |
| 個人情報保護 | 入居者データの情報保護 | 入居者データファイルには医療データも一元的に含まれ、守秘義務に基づき適切に管理されている | 以下項目を含む個人情報保護に関する規定書類 | 情報の管理状態を現場で確認する | ○ | ○ | ○ | | |
| | | 個人情報保護規程等により、利用者記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている | | | ○ | ○ | ○ | | |
| | | 記録管理の責任者が設置されている | | | ○ | ○ | ○ | | |
| | | 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている | | | ○ | ○ | ○ | | |
| | | 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している | | | ○ | ○ | ○ | | |
| | | 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している | | | ○ | ○ | ○ | | |
| | | | | | ○ | ○ | ○ | | |

B 関係作りのテクニック、および関係性の柱の構築

| | | | | | | | | | |
|---------------------------|--------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 5つのステップ 総論（理解と導入、実施体制） | 1.2.1 | ケアの5つのステップ・4つの柱の意味の理解、組織内で導入、実践、評価 | 関係づくりの技術と知識を正しく理解し、ケアの5つのステップが常 に実践されている | | 職員の行動を観察する | | | | |
| | 1.2.2 | | 5つのステップに関するワークショップを実施している。 | 当日資料、参加者リスト、 実施報告書類等 | | | | | |
| | 1.2.3 | | 個人評価を実施するユマニチュードリーダーが選出され、活動してい る | ユマニチュードリーダーの 選出や活動状況がわかる会 議録や報告書 | 活動状況（ユマニチュード リーダーへの面談） | | | | |
| | 1.2.4 | | 5つのステップに関するユマニチュードリーダーによる個人評価が行 われ、結果が記録されている。 | 個人評価表の書式 | ・個人評価表の記録 ・評価の実施状況（ユマニ チュードリーダーへの面談） | | | | |
| 5つのステップ 出合いの準備 | 1.2.5 | 5つのステップの出合いの準備を理解して実践している | 職員が来訪を告げ、入室の許可を得るユマニチュードのドアのノック を行なっている | ユマニチュードリーダーに よる職員の個人評価表 | ・ユマニチュードのノック の意味を理解しているか （職員への面談） ・ケアの現場での実践（観 察） | | | | |
| | 1.2.6 | | 職員が来訪を告げ、入室の許可を得る方法を本人の状態や環境に応じ て選択し、本人の覚醒水準を徐々に上げている 例：-ベッドのフットボードのノック -ベッド柵のノック -床頭台のノック -車いすのアームレスト -テーブルのノック -両手を大きくふる -その他 | | ケアの現場での実践（観 察） | | | | |
| | 1.2.7 | | 職員が返事を待つ間に本人の表情（まばたき、口の動きなど）や手足 の動き（筋の緊張）を観察している | | ケアの現場での実践（観 察） | | | | |
| 5つのステップ ケアの準備 | 1.2.8 | 5つのステップのケアの準備を理解し | 見る：本人の視界に入りやすい位置、方向の選択、近づき方ができてい る | | ケアの現場での実践（観 察） | | | | |
| | 1.2.9 | | 話す：瞳と瞳があった後に、穏やかなトーンで3秒以内に話しかけて いる | | ケアの現場での実践（観 察） | | | | |
| | 1.2.10 | | 触れる：瞳と瞳があった後に広い面積で包み込むように触れている | | ケアの現場での実践（観 察） | | | | |
| | 1.2.11 | | マルチモーダルコミュニケーション：複数のコミュニケーション要素 を組み合わせている | | ケアの現場での実践（観 察） | | | | |
| | 1.2.12 | | 自己紹介：ケアの前にならず自己紹介をしている | | ケアの現場での実践（観 察） | | | | |
| | 1.2.13 | | ケアの話をすぐにしな（無償の時間をもつ）：相手の反応を言葉に 変え、肯定的に前向きな言葉を用いている | ユマニチュードリーダーに よる職員の個人評価表 | ケアの現場での実践（観 察） | | | | |
| | 1.2.14 | | 語彙の選択：業務のために関わっているのではなく、本人を気にか け、関心があって会いにきていてと感じてもらえるように言葉を選択 している | | ケアの現場での実践（観 察） | | | | |
| | 1.2.15 | | 提案と同意：ケアを提案し、本人の（言語的または非言語的）同意を 求めている | | ケアの現場での実践（観 察） | | | | |
| | 1.2.16 | | ケアを拒否された場合：ケアの提案が受け入れられないときにはいっ たん受け止め、再会の約束をして再訪している | | ケアの現場での実践（観 察） | | | | |
| | 1.2.17 | | 職員（ケア提供職員）が「ユマニチュード・5つのステップ：ケアの 準備」を遵守している | 実施チェック表など遵守状 況がわかる書類 | ケアの現場での実践（観 察） | | | | |
| 1.2.18 | | ケア提供職員にとどまらず、施設内のすべての職員が「ユマニチュー ド・5つのステップ：ケアの準備」を遵守している | 実施チェック表など遵守状 況がわかる書類 | ケアの現場での実践（観 察） | | | | | |
| 5つのステップ 知覚の連結 -見る | 1.2.19 | プロフェッショナルとしての「見る」を理解し実践できている | 「見る」ことの意味と技術：プロフェッショナルとしての「見る」こ との意味を理解し実践できている - 水平・正面・近く・長く - 適切な距離はケアを受ける相手が決める | | ケアの現場での実践（観 察） | | | | |
| | 1.2.20 | プロフェッショナルとしての「話す」を理解し実践できている | 「話す」ことの意味と技術：プロフェッショナルとしての「話す」こ との意味を理解し実践できている - 穏やかに・低めのトーンで・歌うように・ポジティブな表現を使う | | ケアの現場での実践（観 察） | | | | |
| 5つのステップ 知覚の連結 -話す | 1.2.21 | | オートフィードバック：オートフィードバックの必要性を評価し、相 手を選択して実践できている | 評価記録 | ケアの現場での実践（観 察） | | | | |
| | 1.2.22 | | 黒衣とマスターの技法：黒衣とマスターの技法の必要性を評価し、相 手を選択して実践できている | 評価記録 | ケアの現場での実践（観 察） | | | | |
| | 1.2.23 | | 語彙の選択：行動心理症状の引き金となる言葉が認識されていて、そ の使用が回避されている | 行動心理症状の引き金とな る言葉の認識と使用の回避 の実践がわかる資料や記録 | ケアの現場での実践（観 察） | | | | |
| | 1.2.24 | | 情報量の制御：複数の人が同時に話しかけることをしていない | | ケアの現場での実践（観 察） | | | | |
| | 1.2.25 | プロフェッショナルとしての「触れる」を理解し実践できている | 「触れる」ことの意味と技術：プロフェッショナルとしての「触れ る」ことの意味を理解し実践できている - 敏感でない場所から・広く・ゆっくりと・触れ続ける・つかまずに 下から支える | | ケアの現場での実践（観 察） | | | | |
| 5つのステップ 知覚の連結 -触れる | 1.2.26 | | 触れ方に注意が必要な部位に関する知識と実践：相手に害を与える可 能性のある部位があることを理解しており、正しい部位に正しく触れ るケアが実践できている | | ケアの現場での実践（観 察） | | | | |
| | 1.2.27 | | 害を与える触れ方に関する知識と実践：相手に害を与える触れ方があ ることを理解しており、正しい部位に正しく触れるケアが実践でき ている | | ケアの現場での実践（観 察） | | | | |
| | 1.2.28 | マルチモーダル・コミュニケーションを理解し実践できている | 見る・話す・触れるのうち2つ以上を常に用いており、与える情報に 矛盾がない | | ケアの現場での実践（観 察） | | | | |
| マルチモーダル・コミュニ ケーション | 1.2.29 | | 見る・話す・触れるが2つ未満になって関係性が途切れた場合には、 あらためてアプローチをやり直している | | ケアの現場での実践（観 察） | | | | |
| | 1.2.30 | 感情記憶の重要性を理解し実践でき ている | 感情記憶に残す：共に過ごした良い時間を振り返り感情記憶として残 し、次回のケアを成功させる伏線として意識して行われている | | ケアの現場での実践（観 察） | | | | |
| 5つのステップ 再会の約束 | 1.2.31 | 次のケアにつなげる技術を理解し実 践できている | 再会の約束をする：記憶障害の有無にかかわらず、本人にあった方法 で次回の予約を必ず行っている（言葉、文字、カレンダー等を書く） ケアの拒否があった場合にも必ずおこなっている。 ケアを放棄することなく必ず行い、ケアを延期する。 ケアの延期を本人に伝える | | ケアの現場での実践（観 察） | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--|--|---|---|
| 無償の時間 | 1.2.32 | 関係構築が困難な場合の解決手段として ケア以外のすべての場面でもコミュニケーションを図ることができている | 代償を求めない行為(無償の行為): ケアの目的としてだけでなく、生活場面すべてにおいて次のコミュニケーションを図っている -5つのステップにとらわれない、代償を求めない行為 -挨拶 -ケア以外の話を行う -ケアに関係なく -入居者を大切にすることに代償を求めない -ケアのために良い関係を築くことが目的ではないただ会うための日常的な行為 -入居者と良い関係を結ぶだけで満足している | | ・無償の行為の実践状況 (職員への面談) ・ケアの現場での実践(観察) | | | | | ○ |
| | 5つのステップ学習と実践の評価 | 1.2.33 | ユマニチュードリーダーによる5つのステップのシャドウイングやケアの実践への助言が行われ、職員が4つの柱を認識し実践している | 5つのステップのシャドウイングで、職員はユマニチュードリーダーの後ろを影のようについて同行し、リーダーの行動や言動、態度、現場の雰囲気などを学び実践している様子を広く観察している | シャドウイングを実施していることがわかる記録等 | ・シャドウイングの実践状況(ユマニチュードリーダーや職員への面談) ・ケアの現場での実践(観察) | | | | ○ |
| | | 1.2.34 | | ユマニチュードリーダーが職員を見守り、職員のケア実践の助言を行っている(半日~数日) | 見守りや助言の記録等 | ・見守りや助言の実践状況(ユマニチュードリーダーや職員への面談) ・ケアの現場での実践(観察) | | | | ○ |
| | | 1.2.35 | | 関係性を結ぶ柱(見る・話す・触れる)とアイデンティティの柱(立つ)の4つの柱をケア提供職員が知っていて、それを実践している | | ・4つの柱を知っているかどうか(ケア提供職員への面談) ・ケアの現場での実践(観察) | | | | ○ |
| | | 1.2.36 | | 関係性を結ぶ柱(見る・話す・触れる)とアイデンティティの柱(立つ)の4つの柱をケア提供職員にとどまらずすべての職員が知っていて、それを実践している | | ・4つの柱を知っているかどうか(ケア提供職員及びケア提供職員以外への面談) ・ケアの現場での実践(観察) | | | | ○ |
| C 関係性に裏打ちされた移動・ケアのテクニック | 移動:準備 | 1.3.1 | 評価と技術の選択 | 評価と技術の選択移動のテクニックを使う場合には必ず本人の評価を行い、適切な状況において安全に配慮した技術の選択を行う | 本人の立位能力の評価記録(例・評価保清など)3例 | 職員の行動を確認 選択した移動方法の根拠を尋ねる | | | | ○ |
| | | 1.3.2 | 移動のテクニックを行う前の注意点 | 移動の前に関係性を築く「出合いの準備」、「ケアの準備」が行われている | | 職員の行動を確認 | | | | ○ |
| | | 1.3.3 | ワークショップの記録 | ユマニチュードリーダーによるワークショップが実施されている | ワークショップ実施記録 | | | | | ○ |
| | | 1.3.4 | ユマニチュードリーダーによる個人評価の実施 | ユマニチュードリーダーによる個人評価が実施されている | 個人評価記録 | | | | | ○ |
| | 適切な移動の前提条件 | 1.3.5 | ベッドの高さ | ベッドの高さ移動・ケアの実施に際して、正しいベッドの高さを選択している | | 職員の行動を確認 | | | | ○ |
| | | 1.3.6 | 正しいシーツの利用 | シーツを必要とする対象者選択の説明ができる | | 職員に質問する | | | | ○ |
| | | 1.3.7 | 正しい「ユマニチュード・シーツの技術」が行われている | シーツ、シーツの用意 | | 現場で実物を確認する | | | | ○ |
| | | 1.3.8 | | 正しい「ユマニチュード・シーツの技術」が説明が出来る | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員に質問する | | | | ○ |
| | 「ユマニチュード・シーツの技術」を用いた移動 | 1.3.9 | 正しい「ユマニチュード・シーツの技術」が行われている | シーツ、シートとの正しい敷き込みと外し方 | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | | | ○ |
| | | 1.3.10 | | 頸部が不安定な人への対応 | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | | | ○ |
| | | 1.3.11 | | 「ユマニチュード・シーツ担架」 | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | | | ○ |
| | | 1.3.12 | | 介助シーツを使用する場合の評価 | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | | | ○ |
| | | 1.3.13 | 正しい「ユマニチュード・体位変換」ができる | 「ユマニチュード・体位変換」(寝返り介助) | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | | | ○ |
| | | 1.3.14 | 正しい「ユマニチュード・シーツの技術」が行われている | 介助シーツの持ち手の選択と保持 | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | | | ○ |
| | 横移動 | 1.3.15 | 正しい「ユマニチュード・ベッド/ストレッチャー間の横移動技術」が適切な状況において行われている | 「ベッド/ストレッチャー間の横移動」 | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | | | ○ |
| | 起き上がり | 1.3.16 | 「電動ベッドを使用した起き上がり」 | 「ユマニチュード・電動ベッドを使用した起き上がり技術」を安全性に配慮して正しく実践している | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | | | ○ |
| | 1.3.17 | 「ベッド上端座位にする技術」 | 「ユマニチュード・ベッド上端座位にする技術」を安全性に配慮して正しく実践している | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | | | ○ | |
| | 1.3.18 | 電動ベッドの活用 | 「ユマニチュード・電動ベッドを使用した起き上がり技術」を安全性に配慮して正しく実践している | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | | | ○ | |
| シーツを用いた移動技術の実践状況 | 1.3.19 | 適切な状況において正しい「ユマニチュード・シーツの移動技術」が安全性に配慮して実践されている | 正しくシーツを使用するための技術を実践している職員の割合 | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | | | ○ | |
| | 1.3.20 | 適切な状況において「ユマニチュード・座位で用いるシーツの技術」が安全性に配慮して正しく実践されている | 「ユマニチュード・座位で用いるシーツの技術」が正しく実践されている職員の割合 | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | | | ○ | |

| | | | | | | | | |
|--------------------|--------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------|-------------|----------|---|---|
| スライディングシートを用いた移動技術 | 1.3.21 | スライディングシートが備品として用意されている | スライディングシートの用意 | | 備品確認 | | ○ | ○ |
| | 1.3.22 | 適切な状況において「ユマニチュード・スライディングシートを使用した移動技術」の安全性に配慮して正しく実践されている | スライディングシートの説明 | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ |
| | 1.3.23 | | スライディングシートの使用方法 | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ |
| | 1.3.24 | | 「ユマニチュード・スライディングシートを使用した移動の技術」を実践して車椅子に移乗する入居者の数 | 実数記録 | | | ○ | ○ |
| | 1.3.25 | | 「ユマニチュード・スライディングシートを使用した移動の技術」を実践して仰臥位で移乗する入居者の数 | 実数記録 | | | ○ | ○ |
| | 1.3.26 | 「移動と安楽姿勢の技術」が正しく実践されている | 「移動と安楽姿勢の技術」 | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ |
| ベッド・椅子間の移動 | 1.3.27 | ベッド/椅子(車いす)の移動技術「ユマニチュード・長座位から滑らせる移動の技術」安全性に配慮して正しく実践されている | ベッド/椅子(車いす) 「ユマニチュード・長座位から滑らせる移動技術」(シート) | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ |
| | 1.3.28 | ベッド/椅子(車いす)の移動技術安全性に配慮して正しく実践されている | ベッド/椅子(車いす) 「ユマニチュード・長座位から滑らせる移動技術」(スライディングシート) | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ |
| | 1.3.29 | | ベッド/椅子(車いす) 「ユマニチュード・仰臥位での滑り台移動技術」(シート) | ワークショップ実施記録 | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ |
| | 1.3.30 | | ベッド/椅子(車いす) 「ユマニチュード・仰臥位での滑り台移動技術」(スライディングシート) | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ |
| | 1.3.31 | ベッド/椅子(車いす)のシートを使った持ち上げ技術安全性に配慮して正しく実践されている | ベッド/椅子(車いす) 「ユマニチュード・持ち上げ移動技術」(シート) | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ |
| | 立位介助 | 1.3.32 | 立位に関する解剖学的・運動学的説明が出来る | 立位の説明 | ワークショップ実施記録 | 職員の行動を確認 | | ○ |
| 1.3.33 | | 立位の支援安全性に配慮して正しく実践されている | 「ユマニチュード・立位介助技術」 | ワークショップ実施記録 シャドウイングなど実践記録 | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ |
| 歩行介助 | 1.3.34 | 歩行の支援を安全性に配慮して正しく実践されている | 「ユマニチュード歩行の技術」 | ワークショップ実施記録 シャドウイングなど実践記録 | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ |
| 転倒に関する知識と対応 | 1.3.35 | 転倒後の対応が安全性に配慮して正しく実践されている | 転倒後のアセスメント対応技術と手順書 | ワークショップ実施記録 | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ |
| | 1.3.36 | | 転倒後のアセスメント対応技術と手順書 | 転倒時の対応マニュアル | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ |
| | 1.3.37 | | 「ユマニチュード・転倒からの対応技術」(起き上がり)の知識 | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ |
| | 1.3.38 | | 「ユマニチュード・転倒からの対応技術」(起き上がり)である「ユマニチュード・亀の技術」 | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ |
| | 1.3.39 | | 「ユマニチュード・転倒からの対応技術」(起き上がり)である「ユマニチュード・振り子の技術」 | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ |
| | 1.3.40 | | 「ユマニチュード・転倒からの対応技術」(起き上がり)である3人で対応する方法 | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ |
| | 1.3.41 | | 「ユマニチュード・転倒からの対応技術」(起き上がり)である4人で対応する方法 | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ |
| | 1.3.42 | | 転倒の対応技術(起き上がり)リフトの利用 | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ |
| 移動補助器具の利用状況 | 1.3.43 | 移動補助器具を必要とする利用者の選定ができ、全体の人数を把握している | スライディングシート・ボード | 使用している入居者の記録 | | | ○ | ○ |
| | 1.3.44 | | 移乗回転盤 | 使用している入居者の記録 | | | ○ | ○ |
| | 1.3.45 | | 移動用バー | 使用している入居者の記録 | | | ○ | ○ |
| | 1.3.46 | | 座位保持装置 | 使用している入居者の記録 | | | ○ | ○ |
| | 1.3.47 | | 介助用リフト | 使用している入居者の記録 | | | ○ | ○ |
| | 1.3.48 | | 天井走行・床走行リフト | 使用している入居者の記録 | | | ○ | ○ |
| | 1.3.49 | | ストレッチャー | 使用している入居者の記録 | | | ○ | ○ |
| 移動補助用具活用のためのトレーニング | 1.3.50 | 安全性に配慮して移動補助器具活用正しく実践されるための訓練が行われている | リーダーの存在 | リーダー名簿とトレーニング記録 | | | ○ | ○ |
| | 1.3.51 | 安全性に配慮して移動補助器具活用正しく実践されるための訓練が行われている | 職員への伝達 | 実践記録 | | | ○ | ○ |

| | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------|---|---|---|---|
| 「ユマニ チュード・カ ヌーの技術」 | 1.3.52 | 正しいポジショニング技術の知識が あり、実践できている | 「ユマニチュード・カヌーの技術」の理解 | ワークショップ実施記録 | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ | | |
| | 1.3.53 | | 「ユマニチュード・カヌーの技術」 正しく実践されている職員の割合 | リーダーによる個人評価 | | | | ○ | ○ | |
| 「ユマニ チュード・お むつ装着の技 術」 | 1.3.54 | 「ユマニチュード・おむつ装着技 術」安全性に配慮して正しく実践さ れている | 「ユマニチュード・おむつ装着技術」の習得 | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ | | |
| | 1.3.55 | | 「ユマニチュード・おむつ装着技術」の習得 | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ | | |
| | 1.3.56 | | 「ユマニチュード・おむつ装着技術」の実践:立位 | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ | | |
| | 1.3.57 | | 「ユマニチュード・おむつ装着技術」の実践:臥位 | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ | | |
| 「ユマニ チュード・拘 縮を解く技 術」 | 1.3.58 | 「ユマニチュード・拘縮を解くため の技術」を用いて拘縮を優しく和ら げることができている | 「ユマニチュード・拘縮を解くための技術」の理解と実践 | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ | | |
| | 1.3.59 | 拘縮をもつ入居者の把握 | 拘縮をもつ入居者の把握 | 実践記録 | | | | ○ | ○ | |
| | 1.3.60 | 拘縮をもつ入居者の経時的変化を把 握している | 拘縮をもつ入居者の評価 | 実践記録 | | | | ○ | ○ | |
| | 1.3.61 | 拘縮をもつ入居者に対する個別的な 対応が行われている | 拘縮をもつ入居者に対する個別的な対応 | リーダーによる個人評価 | | | | ○ | ○ | |
| 正しい靴下の 脱着 | 1.3.62 | 靴下の着脱に関する基本技術が実践 できる | 靴下の履かせ方 | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ | | |
| 正しい靴の脱 着 | 1.3.63 | 靴の着脱に関する基本技術が実践で きる | 靴の脱着方法 | ワークショップ実施記録 リーダーによる個人評価 | 職員の行動を確認 | | ○ | ○ | | |
| 「ユマニ チュード・ベ ッド上シャ ワワーの技術」 | 1.3.64 | 「ユマニチュード・ベッド上シャ ワワーの技術」が実践できている | 「ユマニチュード・ベッド上シャワワーの技術」 | 実践記録 | 職員の行動を確認 | | | ○ | | |
| 移動に関する 学習と実践の 評価 | 1.3.65 | 移動の技術に関して、ユマニチュ ードリーダーの行動や言動、態度、技 術などを広く観察することで知識と 技術の学びを深めている。 | シャドウイング | 実施したワークショップ一 覧 | | | | ○ | ○ | |
| | 1.3.66 | ユマニチュードリーダーの見守りの もとで実践ができている | リーダーによる見守りと実践 | 実践一覧 | | | | ○ | ○ | |
| | 1.3.67 | 関係性に裏打ちされた移動・ケアの テクニック全体について正しく理解 し実践されている | 移動のテクニック全体について、正しく理解し実践されている職員割 合 | 個人評価一覧 | | | | ○ | ○ | |
| D 強 制 を し な い | 本人の自律を 守る事前指示 書 | 1.4.1 | 事前指示書 | 「現在から将来にわたってどのようなケアを受けたいか」を明記した 事前指示書がある | 事前指示書 3例 | | | ○ | ○ | |
| | | 1.4.2 | 代諾者 | 必要な場合の代諾者を選定 | 事前指示書 3例 | | | ○ | ○ | ○ |
| | 本人の同意 | 1.4.3 | 本人の意見の尊重 | 何事においても、家族の意見に先んじて入居者本人の意見を求める | | 取得方法を職員から聴取す る | | ○ | ○ | ○ |
| | | 1.4.4 | 本人の同意に基づいた決定 | 最終的には本人の同意に基づき決定される | | 決定方法を職員から聴取す る | | ○ | ○ | ○ |
| | 同意と協力 | 1.4.5 | 入居者の同意と協力 | 日常生活のすべての行為や、本人に関わるすべての決定について、入 居者の同意と協力を求める | リーダーによる個人の観察 記録 3例 | ケアの様子を観察する | | ○ | ○ | |
| | | 1.4.6 | すべての職員の実践の割合 | 本人について理解するための情報が収集されており、ケア提供時や施 設内生活を行う上で職員間で共有し活用されている | リーダーによる個人の観察 記録 3例 | | | | ○ | |
| | ルール違反の 場合 | 1.4.7 | | ルールに違反した行為の経緯とその記録 | ルール逸脱行為の記録 | | | ○ | ○ | |
| | ケアの拒否と その対応 | 1.4.8 | ケアの拒否の記録 | ケアの拒否について把握し、記録している | ケアの拒否の記録とその数 の記録 | | | | ○ | ○ |
| | | 1.4.9 | ケアの延期の重要性を理解している | ケアの拒否について対応策をとっている | | 職員に尋ねる 職員の行動を確認 | | ○ | ○ | |
| | | 1.4.10 | | 本人の同意を求める | | 職員に尋ねる 職員の行動を確認 | | ○ | ○ | |
| | | 1.4.11 | | 予約を取る | | 職員に尋ねる 職員の行動を確認 | | ○ | ○ | |
| | | 1.4.12 | | 同意がないことに関する分析、その経緯 | | 職員に尋ねる 職員の行動を確認 | | ○ | ○ | |
| | | 1.4.13 | | ケアの延期の対応策 | | 職員に尋ねる 職員の行動を確認 | | ○ | ○ | |
| | | 1.4.14 | | 手順の振り返り | 手順の個別支援計画への反 映 | 職員に尋ねる 職員の行動を確認 | | ○ | ○ | |
| | | 1.4.15 | | モニタリングと再評価 | ケアの拒否の記録 | | | | ○ | ○ |
| | | 1.4.16 | 強制ケアがもたらす結果について理 解し、回避策を検討している | 強制ケアを行わないための取り組みの経緯の記録 | 強制ケアを回避するための 取り組みの記録 | | | | ○ | ○ |
| | | 1.4.17 | | 経時的変化 | ケアの拒否の記録 | | | | ○ | ○ |

E 抑制ゼロを目指す

| | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|--|--|--|--|
| 身体拘束廃止に関する方針の策定 | 1.5.1 | 身体拘束廃止に関するシステムがある | 身体拘束廃止の周知・徹底 | 身体拘束廃止をめざす取り組みに関する記録 | 職員から実施状況の聞き取り | | | | | |
| | 1.5.2 | 身体拘束廃止の研修 | 身体拘束廃止の研修を全職員対象に年1回実施している | 研修実施記録 | | | | | | |
| | 1.5.3 | 身体拘束等の適正化のための研修 | 身体的拘束等の適正化のための定期的な研修を実施 | 研修実施記録 | | | | | | |
| | 1.5.4 | 身体拘束等の適正化のための組織 | 身体拘束等の適正化のための対策を検討する身体拘束廃止アクションチームまたは該当する既存の委員会（以下、身体拘束廃止委員会等）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図る | 組織活動の記録 | | | | | | |
| | 1.5.5 | 身体拘束等の適正化のための指針の整備 | 身体拘束等の適正化のための指針を整備すること | 指針 | | | | | | |
| | 1.5.6 | 身体拘束等の廃止のための継続的取り組み | 身体拘束（フィジカルロック）だけでなく、スピーチロックやドラッグロック等の廃止に向けて常に取り組んでいる | 取り組み一覧 | | | | | | |
| | 1.5.7 | 代替策 | 身体拘束が不可避な場合、その代替策を検討し、実施している数とその内容 | 実施している代替案 | | | | | | |
| 身体拘束廃止組織の役割と具体的な活動内容 | 1.5.8 | 身体拘束廃止の取り組みの明文化・説明・同意 | 利用者本人や家族、法定代理人に対して身体拘束の内容、目的、理由、時間帯、期間等事前に明文化し、説明を行い、同意を得る | 手順書・説明同意文書 | 職員からの聞き取り | | | | | |
| | 1.5.9 | 情報開示・共有 | 記録についての情報を開示し、職員間、施設全体、家族の間で情報を共有する。 | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | | | | |
| | 1.5.10 | 継続的な評価と再検討 | 漫然と拘束を行わない。常に観察、評価、再検討を行い、逐次その記録を追加する。 | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | | | | |
| | 1.5.11 | 拘束決定について通知手順 | やむを得ず拘束が決定してから速やかに、家族もしくは親族（又は、法定代理人）に、この決定について通知することが、手順書に明記されている | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | | | | |
| | 1.5.12 | 手順書の閲覧 | すべての専門職、および外部の関係者（家族等、行政、第三者評価機関、ボランティア、実習生など）がいつでもこの手順書に閲覧できるようになっている | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | | | | |
| | 1.5.13 | 身体拘束に関する取り組みの開示 | 身体拘束に関する取り組みの内容が入居/入院契約の付属書類として添付されている | 入居時に渡す取り組み紹介書類 | | | | | | |
| | 身体拘束禁止項目 | 1.5.14 | 身体拘束の具体的な行為を認識し、ケアにおいて行わない | 身体拘束の対象となる以下のような具体的な行為を認識し、行わない | 身体拘束に該当するもののリスト | 現場の観察 職員からの聞き取り | | | | |
| 1.5.15 | | | 自分で降りられなくするためにベッドを柵（サイドレール）や壁、テーブルで囲んでいない (正当な理由なく不用意なベッド柵を使わない。) | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | | | | |
| 1.5.16 | | | 徘徊しないように、車いすや椅子、ベッドに体幹や四肢を紐で縛っている状況がない | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | | | | |
| 1.5.17 | | | 転落しないように、ベッドに体幹や四肢を紐で縛る状況がない | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | | | | |
| 1.5.18 | | | 点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る状況がない | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | | | | |
| 1.5.19 | | | 点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、又は皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける状況がない | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | | | | |
| 1.5.20 | | | 車椅子やいすからずり落ちたり、立ちあがったりしないように、Y字型抑制帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける状況がない | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | | | | |
| 1.5.21 | | | 立ちあがる能力のある人の立ち上がり妨げる目的で、柔らかいソファや座面の低い椅子、座面やリクライニング付きいすなどを使用する状況がない | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | | | | |
| 1.5.22 | | | 脱衣やオムツはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる状況がない | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | | | | |
| 1.5.23 | | 他害回避のための拘束 | 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | | | | |
| 1.5.24 | | 薬物による拘束 | 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | | | | |
| 1.5.25 | | 隔離拘束 | 精神科医の指示なしに自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | | | | |
| 建築上の抑制への対応 | | 1.5.26 | 建築・環境上の抑制 | 建築上の抑制がない。 エレベータやフロアー、廊下が行政の指定する精神科医の指示なしにロックされている閉鎖区画は建築上の抑制とみなされる。 | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | | | |
| | | 1.5.27 | 倫理的考察 | 建築上の抑制に関する倫理的考察が身体拘束廃止委員会等でなされている | 議事録 | | | | | |
| | 1.5.28 | 対象者の決定 | リスクのある入居者を委員会で検討し、決定されている | 手続きに関する文書 | | | | | | |
| | 1.5.29 | 対象者への通知 | 入居者・患者、家族、法定代理人に決定が通知し説明がなされている | 前項に基づく決定通知文書の確認 | | | | | | |
| | 1.5.30 | 明文化と再評価 | 身体拘束廃止に関する規定に理由付けがあり、書面で明文化されており、再評価し漫然と行わない | 身体拘束に関する規定 | 現場の観察 職員からの聞き取り | | | | | |
| | 1.5.31 | 代替策の検討 | やむを得ず行う場合、代替する方法について一貫して検討されている | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | | | | |
| | 1.5.32 | 代替策の実施 | 安全確保のための代替手段が使用されている（GPS機能付き時計・靴・お守り、見守り介護ロボット等） | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | | | | |
| | 1.5.33 | 閉鎖フロア入居の要件「閉鎖」フロアの入居が指定される場合、決められたプロセス（書式提出）に則って正式に決定されている。 | 「閉鎖」フロアの入居が指定される場合、決められたプロセス（書式提出）に則って正式に決定されている。 | 手続きに関する文書 | | | | | | |
| | 1.5.34 | 説明と同意 | 入居者・患者、家族、法定代理人に通知がなされ説明と同意を行っている | 説明同意文書 | 現場の観察 職員からの聞き取り | | | | | |
| | 1.5.35 | 期間 | 閉鎖フロアへの入居時に、閉鎖フロアに滞在する見込み期間が含まれている | 説明・同意文書 | | | | | | |
| | 1.5.36 | 理由の記録 | 閉鎖フロアへの入居指定の理由が入居者・患者データファイルに記載されている | 記入例 3事例 | | | | | | |
| | 1.5.37 | 契約書内容 | 入居契約書の付属書類に閉鎖フロアへの入居指定について記載されている | 入居契約書 | | | | | | |
| | 1.5.38 | 代替策 | 代替策が綿密に探索・検討され詳細に記載されている | 代替策 3事例 | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|---|---|---|
| 身体拘束廃止に向けての具体的な対応策 | 1.5.39 | 規則・手順書の作成と研修 | 身体拘束廃止に向けての規則、手順書が作成され、研修が行われている | 手順書 | 現場の観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | |
| | 1.5.40 | 手順の遵守 | 身体拘束廃止に向けての規則に基づいて、手順が遵守されている | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | |
| | 1.5.41 | フローチャート | 身体拘束廃止のフローチャート（書式提出）に沿って取り組む | フローチャート | | | ○ | ○ | |
| | 1.5.42 | 原因分析 | 身体拘束を検討しなければいけない事項について、まず原因背景を分析し代替案を検討する | 身体拘束事例 3事例 | | | ○ | ○ | |
| | 1.5.43 | 代替案 | 代替案をケアプランに位置付けて実施 | 身体拘束事例 3事例 | | | ○ | ○ | |
| | 1.5.44 | モニタリング・再評価 | モニタリング、再評価する | 身体拘束事例 3事例 | | | ○ | ○ | |
| | 緊急やむを得ず行われる身体拘束の3つの要件とその対応 | 1.5.45 | 身体拘束3つの要件の検討 | 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会)で3つの要件（切迫性、非代替性、一時性）をすべて満たしているか検討 | 身体拘束に関する手順書 手順に沿って実施された3事例 | | | ○ | ○ |
| | | 1.5.46 | 説明書類 | 3つの要件を満たして緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、医師又は施設長名の説明書を作成 | 説明書 実施事例3例 | | | ○ | ○ |
| | | 1.5.47 | 説明と同意 | 入居者・患者、家族、または代理人に書面及び口頭で説明し、同意を得る | 同意書 実施事例3例 | 現場の観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ |
| | | 1.5.48 | モニタリング・再評価 | モニタリング、再評価し、身体拘束廃止に向けて常に取り組んでいる | 実施事例3例 | | | ○ | ○ |
| | | 1.5.49 | 身体拘束に関する根拠とその記録 | 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の入所者（利用者）の心身の状況、ならびに緊急やむを得ない理由を記録している | 実施事例3例 | | | ○ | ○ |
| | 身体拘束に関する現状 | 1.5.50 | 記録と保存 | 身体拘束に関する説明書、経過観察記録を用い、保存する（2年間保存） | | 現場で確認 | | ○ | ○ |
| | | 1.5.51 | 身体拘束に関する説明と同意 | 拘束ゼロを目指して：拘束が必要な場合の同意書の数 | 数値把握の記録 | 現場で確認 | | ○ | ○ |
| | | 1.5.52 | 拘束具の把握 | 規定に基づき使用された拘束具の数 | 実数記録 | 現場で確認 | | ○ | ○ |
| | | 1.5.53 | 自己希望による拘束の利用数 | 拘束（ベッド柵以外）を要望した入居者の数 | | | | ○ | ○ |
| | | 1.5.54 | 夜間帯の自己希望による拘束数 | 夜間にベッド柵を要望した入居者の数 | 実数記録 | 現場で確認 | | ○ | ○ |
| | | 1.5.55 | 身体拘束している人数 | やむを得ず身体拘束を行っている人数とその種類 | 実数記録 | 現場で確認 | | ○ | ○ |
| | | 1.5.56 | 取り組みの記録 | 組織としての取り組みの経緯がわかる記録がある | 取り組み経緯を示す書類 | 現場で確認 | | ○ | ○ |
| | | 1.5.57 | 経時的変化 | 個別の入居者・患者：身体抑制があった入居者・患者のうち、拘束が改善した人数及び経時的変化 | 実数記録 | 現場で確認 | | ○ | ○ |
| F 行動心理症状の改善 | 行動心理症状を持つ人の把握 | 1.6.1 | 行動心理症状を持つ人の把握 | 施設が行動心理症状のある人を把握している | 行動心理症状を持つ人のリスト書式 | 現場での確認 リーダーからの聞き取り | | ○ | ○ |
| | | 1.6.2 | LIFE項目に関する記録 | 介護施設の場合は、LIFEで求められている認知症任意項目および必須項目を全て記録している。 | 事例3例 | 現場の観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ |
| | | 1.6.3 | 対象者 | 職員が行動心理症状(BPSD)のある人を把握している | 研修記録 個人評価記録3名分 | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ |
| | 職員に求められる要素 1-ケアを行う職員 | 1.6.4 | 技術 | 職員が関係性を築くコミュニケーションの技術を知っている | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ |
| | | 1.6.5 | 実践 | 職員が行動心理症状(BPSD)に対応するための技術を実践している | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ |
| | | 1.6.6 | 対象者 | すべての職員が行動心理症状(BPSD)のある人を把握している | 研修記録 個人評価記録3名分 | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ |
| | 職員に求められる要素 2-施設の全職員 | 1.6.7 | 技術 | すべての職員が関係性を築くコミュニケーションの技術を知っている | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ |
| | | 1.6.8 | 実践 | すべての職員が行動心理症状(BPSD)に対応するための技術を実践している | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ |
| | | 1.6.9 | 情報の提供 | 行動心理症状を予防・対応するために必要な情報が、職員に提供されている | 事例3例 | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ |
| | 必要な情報・分析・対応 1-ケアを行う職員 | 1.6.10 | 本人の背景 | データを収集している(生活歴および生活習慣) | 事例3例 | 現場の観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ |
| | | 1.6.11 | 誘因 | 行動心理症状(BPSD)を誘因する事象を分析している | 事例3例 | 現場の観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ |
| | | 1.6.12 | 留意事項 | ケア提供・支援時の留意事項を挙げている | 事例3例 | 現場の観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ |
| | | 1.6.13 | 技術 | 使用すべきコミュニケーションの技術を知っている | 事例3例 | 現場の観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ |
| | | 1.6.14 | 情報の提供 | 行動心理症状を予防・対応するために必要な情報が、すべての職員（関係する部門：事務、ケアをする人、営繕、厨房、清掃担当...）に提供されている | 事例3例 | 現場の観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ |
| | 必要な情報・分析・対応 2-施設の全職員 | 1.6.15 | 本人の背景 | データを収集している(生活歴および生活習慣) | 事例3例 | 現場の観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ |
| | | 1.6.16 | 誘因 | 行動心理症状(BPSD)を誘因する事象を分析している | 事例3例 | 現場の観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ |
| | | 1.6.17 | 留意事項 | ケア提供・支援時の留意事項を挙げている | 事例3例 | 現場の観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ |
| | | 1.6.18 | 技術 | 使用すべきコミュニケーションの技術を知っている | 事例3例 | 現場の観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ |
| 1.6.19 | | 行動心理症状の引き金となるものの情報共有 | 行動心理症状の引き金を分析して対応を記録し、情報を共有する（時間、会話、場所、誰がケアを対応しているときか、ケアの場面、近くに誰がいたか） | 事例3例 | | | ○ | ○ | |
| 1.6.20 | 留意事項の理解と実践 | 職員は、行動心理症状に対応する際の留意事項を理解し支援している | 事例3例 | 現場の観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | | |
| 1.6.21 | 個別支援計画への反映 | 行動心理症状の引き金の原因背景を分析した対応策が個別支援計画に反映されている | 事例3例 | | | ○ | ○ | | |
| 1.6.22 | 行動心理症状への対応策の記載 | 対象となる入居者・患者の「コミュニケーションの評価保清」等に基づくケア計画に、行動心理症状の対応手法が記載されている | 事例3例 | | | ○ | ○ | | |

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------|---|---|---|
| | 行動心理症状に対する具体的な技術 | 1.6.23 | 行動心理症状の対応の実践 | 行動心理症状に対応する以下のテクニックが適切に実践され、効果を評価し、職員間で共有されている - ①ケア行為の有効性の評価 - ②知覚の連結 - ③注意分散の技法 - ④マスター/黒衣 - ⑤オートフィードバック - ⑥感情の固定 | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | |
| | 行動心理症状の変化の把握と記録 | 1.6.24 | 変化の把握と記録 | 行動心理症状の経時的変化を把握し、記録している | 事例3例 | | | ○ | ○ | |
| | 行動心理症状への具体的な対応 | 延期 | 1.6.25 | | ケアの拒否があった時は、ケアを放棄することなくを放棄することなく延期して必ず行う | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ |
| | | 無償の行為 | 1.6.26 | | 無償の行為を行う | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ |
| | | 予定の変更 | 1.6.27 | | ケアや活動の予定を変更している | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ |
| | | 次回の約束 | 1.6.28 | | ケアや活動を延期し次回の約束を行う（ケアの延期を本人に伝える） | | 現場の観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ |
| | | 記録 | 1.6.29 | | ケアや活動の延期について記録されている | 事例3例 | | | ○ | ○ |
| | | 背景の分析と次回の計画 | 1.6.30 | | ケアの拒否、ケアや活動の延期があった場合の原因、背景を分析し具体的にいつ誰が何をどの様に対応し行うか、フォロープランを作成する | 事例3例 | | | | ○ |
| | | モニタリング・再評価 | 1.6.31 | | ケアプランに位置付け実践し、モニタリングし再評価する（トレーサビリティ） | 事例3例 | | | | ○ |
| | 行動心理症状に対する組織的な対応 | 1.6.32 | 行動心理症状に柔軟に対応する組織 | 行動心理症状をもつ入居者に対して、本人の期待と希望に応えるために、実践と個別ケアを適応させ、すべてのサービスが柔軟に対応できる組織となっている | 取り組み概要 | 現場の観察 職員からの聞き取り | | | ○ | |
| G サービス提供時のプロセス | 多職種協働体制 | 1.7.1 | 多職種協働の体制がある | 多職種、多部門での職員のミーティングを行う体制がある | 組織図 | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | |
| | | 1.7.2 | 多職種協働の組織 | 全ての分野において多職種専門職による会議が設置され、横断的な組織となっている（ケア、食事、訪問サービス、当番、社会活動、外出） | 組織図 | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | |
| | | 1.7.3 | 部門責任者の参画 | 会議にはすべてのサービス部門の責任者を含む | 組織図 | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | |
| | | 1.7.4 | 定期的な会議の開催 | 定期的な会議が予定されている | 議事録 | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | |
| | | 1.7.5 | 議事録の作成 | 会議の議事録が作成されている | 議事録 | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | |
| | | 1.7.6 | 参加者の発言責任 | ミーティングの目的を認識した上で、発言できている | 議事録 | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | |
| | | 1.7.7 | 民主的運営 | 参加者全員の意見が考慮されている | 議事録 | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | |
| | | 1.7.8 | 決定事項履行状況確認 | 会議の決定事項の履行状況を定期的に確認している | 該当する確認書類 | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | |
| | 伝達事項の共有 | 1.7.9 | 申し送りの項目 | 正式な申し送りの手順があり申し送り事項が整理され行っている（ケア、現状把握、課題解決の対応策） | 伝達に関する手順書 | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | |
| | | 1.7.10 | 時間 | 時間（時間帯、どれくらいの時間をかけているか） | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | |
| 1.7.11 | | 頻度 | 頻度 | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | | |
| 1.7.12 | | 内容 | 手順通りに申し送りが実施されている | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | | |
| 1.7.13 | | 共有 | 内容の共有 | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | | |
| 1.7.14 | | 方法 | 方法（口頭、書面、IT） | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | | |
| 伝達手法 | | 1.7.15 | 情報検索 | 情報を簡単に検索できる | | 現場での確認 | | ○ | ○ | |
| | 1.7.16 | 手順書のファイル | 手順書のファイルが作成されわかりやすい場所に保管されている | | 現場での確認 | | ○ | ○ | | |
| | 1.7.17 | コミュニケーションツール | 組織横断的なコミュニケーションツールが使用され、全員がそのツールを知っている | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | | |
| | 1.7.18 | サービスの手順書 | すべてのサービスの手順書は毎年再評価が行われている | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | | |
| | 1.7.19 | サービスの手順書 | 手順書は、新しい専門職に引き継がれている | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | | |
| H 個別支援計画 / 看護計画 | 人生レベルでの計画作成【コミットメントの再掲】 | 0.4.9 | 人生レベルでの計画作成 | 本人が歩んできた人生の歴史や嗜好が十分に検討・反映され、個性を有する支援内容となるよう、本人（代理人）の合意のもとに作成されている：対象者の3割以上で完成しており、10割完成に向けての目処が立っている | 代表的な個別支援計画・看護計画2～3例 | 3割以上完成していることの確認 10割完成に向けての目処についてヒアリング | | ○ | ○ | |
| | | 0.4.10 | | 本人が歩んできた人生の歴史や嗜好が十分に検討・反映され、個性を有する支援内容となるよう、本人（代理人）の合意のもとに作成されている：入居者全員分が完成している | 全員分の個別支援計画ができていないことを口頭で確認3事例提出 | 提出された事例以外の入居者をランダムに選び内容を確認する | | ○ | ○ | |
| | | 0.4.11 | | 本人が歩んできた人生の歴史や嗜好が十分に検討・反映され、個性を有する支援内容となるよう、本人（代理人）の合意のもとに作成されている：PDCAサイクル実施の結果、計画や実施状況の質が向上している | | 全員分の個別支援計画 PDCAの実施状況ヒアリング | | ○ | ○ | |
| | | 0.4.12 | 個別支援計画・看護計画の項目 | 本人や職員など関係者の具体的な行動が記載されている | 代表的な個別支援計画・看護計画2～3例 | | | ○ | ○ | |
| | 個別支援計画・看護計画の項目【コミットメントの再掲】 | 0.4.13 | | 施設・病院で提供されているすべてのサービスがカバーされている | 代表的な個別支援計画・看護計画3事例 | | | ○ | ○ | |
| | | 0.4.14 | | 本人の望む生活（要望、希望等）が記載・検討され、計画に反映されている | 代表的な個別支援計画・看護計画3事例 | | | ○ | ○ | |
| | | 0.4.15 | | 作成された個別支援計画・看護計画は、入居者・患者に説明され、同意を得て、署名を受けている | 代表的な個別支援計画・看護計画3事例 | | | ○ | ○ | |
| | | 0.4.16 | | 新規入所者に対しては、入居から0ヶ月から6ヶ月の間に完成する | 代表的な個別支援計画・看護計画3事例 | | | ○ | ○ | |
| | 計画の理解と共有【コミットメントの再掲】 | 0.4.17 | 計画の理解と共有 | 作成された個別支援/看護計画は組織内で適切に共有され、ケアの際に活用されている | | 活用できる環境が整っているか、状況の確認 | | ○ | ○ | |
| | | 0.4.18 | | 職員は、個々の個別支援計画/看護計画に基づいた自分の役割を自覚し、実施している | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | |
| 0.4.19 | | | すべての職員(関係する部門)が個別支援計画/看護計画の目的と作成プロセスを理解し実践している | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | | |
| 計画実現のための巻き込み【コミットメントの再掲】 | 0.4.20 | 計画実現のための巻き込み | 計画実現のために、入居者の同意があれば社会との接点を広げて組織内外の人に広く協力を要請する | 実施記録など | | | | ○ | | |

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------|-----------|---|---|---|---|
| PDCAの仕組みの構築と実施【コミットメントの再掲】 | 0.4.21 | PDCAの仕組みの構築と実施 | 個別支援計画・看護計画のPDCAの仕組みが構築され、定期的に確実に実施されている | PDCAの仕組みがわかるもの 代表的な実施事例 | | ○ | ○ | ○ | | |
| | 0.4.22 | | 対象者の3割以上で人生レベルで策定された計画のPDCAサイクルが実行され、内容が適宜、定期的に更新されている | 代表的なPDCA実施事例3事例 | 3割以上のPDCAの実施記録と更新状況 | | ○ | ○ | | |
| | 0.4.23 | | 対象者全員分の人生レベルで策定された計画のPDCAサイクルが実行され、内容が適宜、定期的に更新されている | 代表的なPDCA実施事例3事例 | 全員分のPDCAの実施記録と更新状況 | | ○ | ○ | | |
| 本人の要望の尊重 | 1.8.1 | 本人の要望の確認 | 本人の要望の確認 | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | ○ | |
| | 1.8.2 | チーム体制 | チーム体制 | 個別支援計画作成に関わる職員のチーム体制 | | | ○ | ○ | ○ | |
| 個別化されたスケジュールの作成 | 1.8.3 | 各個人にカスタマイズされたスケジュール作成 | 本人の要望を尊重した個別化されたスケジュールが作成され個別支援計画/看護計画に反映されていることを確認する | 3事例提出(1-8-3~1-8-14を満たす3事例) | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | ○ | |
| | 1.8.4 | 食事 | 本人の要望を尊重した個別化された食事(1日24時間いつでも、好きな時間に選べる食事)スケジュールが作成され個別支援計画/看護計画に反映されている | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | ○ | |
| | 1.8.5 | グループ活動 | グループ活動(社会生活に関係する活動)に関する記載がある | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | ○ | |
| | 1.8.6 | 休息時間 | 休息時間に関する記載がある | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | ○ | |
| | 1.8.7 | 睡眠 | 睡眠(就寝時間、起床時間)に関する記載がある | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | ○ | |
| | 1.8.8 | 入浴 | 入浴(1日24時間いつでも、好きな時間に選択し尊重したシャワー/シャワー、バス、洗面台、ベッドでシャワー)に関する記載がある | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | ○ | |
| | 1.8.9 | 排泄 | 排泄に関する記載がある | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | ○ | |
| | 1.8.10 | 整容 | 整容に関する記載がある | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | ○ | |
| | 1.8.11 | その他のケア | その他のケア | 施設での独自例 | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | ○ | |
| | 入浴・シャワー | 1.8.12 | 入浴の配慮 | 入浴の誘導や介助を行う際は、本人の尊厳や感情(羞恥心)に配慮している。 | 3事例提出(1-8-3~1-8-14を満たす3事例) | | | ○ | ○ | ○ |
| | | 1.8.13 | 入浴の可否の判断基準 | 入浴の可否の判断基準を明確にし、入浴前に健康チェックを行い、必要に応じて清拭等に代えるなどの対応をしている。 | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | ○ |
| 1.8.14 | | 入浴方法の選択 | 入浴方法の選択(体を拭く、ベッドでシャワー、シャワー(座位・立位・スタンディングリフト)、機械浴(寝る・座る)、リフト浴、家庭風呂、大風呂)を尊重し実践している | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | ○ | |
| 1.8.15 | | 入浴の頻度 | 希望すれば週2回以上 | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | ○ | |
| 1.8.16 | | 入浴の人数 | 本人の要望によって夜間入浴、シャワーまたは保清をしている人の数をリーダーが把握している | 事例数 | | | ○ | ○ | ○ | |
| 口腔ケア | 1.8.17 | 口腔ケア体制 | 口腔ケア:手順に基づく支援を行える体制を作っている | 体制を示す書類 | | | ○ | ○ | ○ | |
| | 1.8.18 | 口腔ケアが自立している | 口腔ケア:自立して自分で行える人を把握している | 実数把握に関する書類 | | | ○ | ○ | ○ | |
| | 1.8.19 | 口腔ケアの介助を必要とする人の数 | 口腔ケア:手順に基づく支援を必要としている人数を把握している | 実数把握に関する書類 | | | ○ | ○ | ○ | |
| | 1.8.20 | 口腔ケアが困難な人の数 | 口腔ケア:全く支援できていない人数を把握している(拒否、BPSD) | 実数把握に関する書類 | | | ○ | ○ | ○ | |
| | 1.8.21 | 口腔ケアの実践 | 本人の状況に応じた口腔ケアを職員が行っている。 | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | ○ | |
| | 1.8.22 | 口腔健康の評価 | 口腔内に異常が認められた場合には確実に歯科を受診している。 | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | ○ | |
| | 1.8.23 | リーダーの存在 | 口腔ケアの取り組みを推進するリーダーがいる | 1-8-17の体制を示す書類に記載がある | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | ○ | |
| | 1.8.24 | 口腔ケア研修 | 職員は口腔ケア研修を受けている | 研修記録 | | | ○ | ○ | ○ | |
| | 1.8.25 | 口腔内状態の評価 | 口腔内状態の評価方法を理解して実践している | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | ○ | |
| | 1.8.26 | 日常行うべき簡単な口腔ケア | 日常的な口腔ケアの実施 | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | ○ | |
| | 1.8.27 | 利用者の要望や状況に応じた口腔ケアが個別支援計画/看護計画に位置付けられている | 利用者の要望や状況に応じた口腔ケアを行い個別支援計画/看護計画に位置付けられている。 | 3事例提出 | | | ○ | ○ | ○ | |
| | 「ユマニチュードの評価保清と保清の処方」 | 1.8.28 | 「ユマニチュードの評価保清」の理解 | 正しいレベルのケアを行うために「ユマニチュードの評価保清・保清の処方」を理解している | 評価保清実施手順 | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | ○ |
| | | 1.8.29 | 評価保清・保清の処方の手順 | 手順は、決められたプロセスに則って正式に決定されている | 評価保清実施手順 | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | ○ |
| | | 1.8.30 | | 手順で各職員の役割と実践内容を説明している | 評価保清実施手順 | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | ○ |
| | | 1.8.31 | 担当責任者の関与 | 手順に、「ユマニチュードの評価保清・保清の処方」には、対応する看護師が署名しなければならないことを明記している | 評価保清実施手順 | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | ○ |
| | | 1.8.32 | 日常業務への適用 | 手順に、「ユマニチュードの評価保清・保清の処方」が日常業務にどのように適用するかが説明している。 | 評価保清実施手順 | | | ○ | ○ | ○ |
| | | 1.8.33 | 評価の頻度 | 手順に、30日以内に「ユマニチュードの評価保清・保清の処方」を再評価する方法を説明している | 評価保清実施手順 | | | ○ | ○ | ○ |
| 1.8.34 | | 評価のためのシートの作成 | 「ユマニチュードの評価保清・保清の処方」で利用するシート(紙・PCなど)を作成している | 評価保清を記録する書式 | | | ○ | ○ | ○ | |
| 1.8.35 | | 「ユマニチュードの評価保清・保清の処方」の作成 | 評価シートを用いて「ユマニチュードの評価保清・保清の処方」を作成している | 3事例提出 | | | ○ | ○ | ○ | |
| 1.8.36 | | 「ユマニチュードの評価保清・保清の処方」に基づいた「ユマニチュードの正しいケアのレベル」の決定 | 評価保清・保清の処方に基づいた「ユマニチュードの正しいケアのレベル」の決定 | 3事例提出 | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | ○ | |
| 1.8.37 | | 正しいレベルのケアを行うために評価保清・保清の処方を理解し実施している | 本人の立位能力と実行の評価 | 評価保清を記録する書式 以下の項目を含んだ保清方法が記述(処方)されていること | | | ○ | ○ | ○ | |
| 1.8.38 | | 一日のうちで保清を希望する時間帯 | | | | ○ | ○ | ○ | | |
| 1.8.39 | | 保清に必要な職員の数 | | | | ○ | ○ | ○ | | |
| 1.8.40 | | 測定可能な本人の個別・短期・具体的目標(例:立位時間、歩行距離など) | | | | ○ | ○ | ○ | | |
| 1.8.41 | | 目標達成のためにとるべき行動 | | | | ○ | ○ | ○ | | |
| 1.8.42 | | 目標達成に必要な条件(環境、器具等) | | | | ○ | ○ | ○ | | |

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--|--|---|---|---|
| 「ユマニ チュードの評 価保清・保清 の処方」の実 施 | 1.8.43 | | 使用する技法 | | | | | ○ | ○ | |
| | 1.8.44 | | 評価保清・保清の処方に基づいたケアの実施 | | | | | ○ | ○ | |
| | 1.8.45 | 評価保清・保清の処方に基づいたケ アの実施 | | 正しいレベルのケアを行うために評価保清・保清の処方を理解し実施 している | 3事例提出 | | | | ○ | ○ |
| | 1.8.46 | | | 正しいレベルのケアを行うために評価保清・保清の処方を理解し実施 している | 3事例提出 | | | | ○ | ○ |
| | 1.8.47 | 一貫した実施 | | 「ユマニチュードの正しいレベルのケア」を行うために「ユマニ チュードの評価保清・保清の処方」を行い、個別支援計画・看護計画 に位置付け一貫して実施している： | 3事例提出 | | | | | ○ |
| | 1.8.48 | モニタリング | モニタリング | 1か月毎日、評価保清に基づくケアを実施し、「ユマニチュードの評 価保清・保清の処方」または業務作業シートのカレンダーに実施の有 無を記入している。 | 3事例提出 | | | | | ○ |
| | 1.8.49 | 再評価 | 再評価 | 1か月後に「ユマニチュードの評価保清・保清の処方」の処方の再評 価を行い、課題があれば原因・背景の分析を行って、必要があれば変 更を加えている。 | 3事例提出 | | | | | ○ |
| | 1.8.50 | 定期的な更新 | 定期的な更新 | 「ユマニチュードの評価保清・保清の処方」業務／作業シートは毎月 更新している。 | 3事例提出 | | | | | ○ |
| | 1.8.51 | 「ユマニ チュードの評 価保清・保清 の処方」を受 けている入居 者・患者の 数 | 「ユマニチュードの評価保清・保清 の処方」を受けている入居者・患者 の数 | 利用者の要望や状況に応じた「ユマニチュードの評価保清・保清の処 方」を行い個別支援計画に位置付けケアプランに反映されている | 実数把握 | | | | | ○ |
| | 1.8.52 | 「ジネスト・ マレスコッ ティのケア分 類」に基づく 入居者・患者 のレベル分類 | 評価保清に基づくレベルにあったケ アを提供している | 「ジネスト・マレスコッティのケア分類」の評価に基づきすべての入 居者・対象者が以下の分類で評価されている | 以下の項目の人数を把握し た書類 | | | | | ○ |
| | 1.8.53 | | 評価保清に基づくレベルにあったケ アを提供している | - 立位可能な人 とその人数 | | | | | | ○ |
| | 1.8.54 | | | - 立位補助機器を利用すると立位可能な人 とその人数 | | | | | | ○ |
| | 1.8.55 | | | - 立位・座位の人 とその人数 (40秒以上立位可能) | | | | | | ○ |
| | 1.8.56 | | | - 座位・立位の人 とその人数 (立位可能時間40秒未満) | | | | | | ○ |
| | 1.8.57 | | | - 座位・横臥の人 とその人数 (座位可能) | | | | | | ○ |
| | 1.8.58 | | | - 横臥(寝たきり)の人 とその人数 | | | | | | ○ |
| | 1.8.59 | | | 「ジネスト・マレスコッティのケア分類」の評価に基づくケアに必要な 人数の評価 | | | | | | ○ |
| | 1.8.60 | | | | | | | | | ○ |
| | 1.8.61 | | | 「ジネスト・マレスコッティのケア分類」の定期的な評価 | 3事例提出 | | | | | ○ |
| | 1.8.62 | | | 「ジネスト・マレスコッティのケア分類」の評価の変化に関する検討 | 3事例提出 | | | | | ○ |
| | 1.8.63 | 拒否があると きのケアの延 期 | ケアの延期を管理している | ケアの延期を実施している | | | | | | ○ |
| | 1.8.64 | | | 無償の行為を行なっている | | | | | | ○ |
| | 1.8.65 | | | ケアの予定の変更がフレキシブルに行われている | | | | | | ○ |
| | 1.8.66 | | | 次回の約束が行われている | | | | | | ○ |
| | 1.8.67 | | | ケアの延期が記録されている | 3事例提出 | | | | | ○ |
| | 1.8.68 | | | ケアの拒否にあたり、背景の分析と次回の計画 | 3事例提出 | | | | | ○ |
| | 1.8.69 | | | ケアの拒否への対応に関するモニタリング・再評価が行われている | 3事例提出 | | | | | ○ |
| 1.8.70 | | | ケアの延期の総数が把握されている | 全数把握に関する書類 | | | | | ○ | |
| 「ケアとケ アのし かたの 質」 | 1.9.1 | 高齢者機能評 価 | 高齢者機能評価が実施されている | 評価実施の有無 | 評価の書式 実施数を示す書類 | | | | ○ | |
| | 1.9.2 | | | 標準化された医療評価ツールを使用している | 使用しているツール | | | | ○ | |
| | 1.9.3 | | | 認知機能が実施されている | 3事例提出 | | | | ○ | |
| | 1.9.4 | | | 痛み評価が実施されている | 3事例提出 | | | | ○ | |
| | 1.9.5 | | | 栄養評価が実施されている | 3事例提出 | | | | ○ | |
| | 1.9.6 | | | 嚥下評価が実施されている | 3事例提出 | | | | ○ | |
| | 1.9.7 | | | 褥瘡評価が実施されている | 3事例提出 | | | | ○ | |
| | 1.9.8 | | | 歩行評価が実施されている | 3事例提出 | | | | ○ | |
| | 1.9.9 | | | 関節拘縮評価が実施されている | 3事例提出 | | | | ○ | |
| | 1.9.10 | | | 日常生活動作評価が実施されている | 3事例提出 | | | | ○ | |
| | 1.9.11 | 入居者の背景 | 入居者・入院者の背景 | 施設からの入居/入院者数 | 年間の実数 | | | | | ○ |
| | 1.9.12 | | | 自宅からの入居/入院者数 | 年間の実数 | | | | | ○ |
| | 1.9.13 | 薬剤適正使用 | 薬剤の適正使用がなされている | 鎮痛剤 | 実数報告書 | | | | | ○ |
| | 1.9.14 | | | ベンゾジアゼピン系抗不安薬 | 実数報告書 | | | | | ○ |
| | 1.9.15 | | | 向精神薬 | 実数報告書 | | | | | ○ |
| | 1.9.16 | | | 抗うつ薬 | 実数報告書 | | | | | ○ |
| | 1.9.17 | | | 認知症治療薬 | 実数報告書 | | | | | ○ |
| | 1.9.18 | | | 睡眠薬 | 実数報告書 | | | | | ○ |
| | 1.9.19 | | | 処方薬のモニタリングの有無 | | | | | | ○ |
| | 1.9.20 | | | 定期的再評価 | | | | | | ○ |
| | 1.9.21 | | | 長期処方薬の評価 | | | | | | ○ |
| | 1.9.22 | | | 薬物相互作用 | | | | | | ○ |
| | 1.9.23 | | | 薬物相互作用 | | | | | | ○ |
| | 1.9.24 | 薬剤に関する リスクマネジ メント | 薬剤に関するリスクマネジメントが 実施されている | リスク防止プロジェクトのための制度を作っている | プロジェクト実施記録 | | | | | ○ |
| | 1.9.25 | | | リスク防止プロジェクトのためのアクショングループの設置 | 組織図 | | | | | ○ |
| | 1.9.26 | | | 看護師が作成した部門横断的なリスク防止の参考資料の存在 | 資料 | | | | | ○ |
| | 1.9.27 | | | 医師が作成したリスク防止指示書の存在 | 指示書 | | | | | ○ |

| | | | | | | | | | | |
|-------------|-------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------|--|---|---|---|---|
| | 1.9.28 | | リスク防止の手順の文書化 | 手順 | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.29 | | 部門横断的なリスク防止の対策の実施 | 実施記録 | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.30 | | 専門職向けの薬剤使用に関する研修の実施 | 研修記録 | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.31 | | 入居者・患者や家族向けの薬に関する啓発活動 | 実施記録・啓発用資材 | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.32 | | ユマニチュード実践の観点からの評価指標の設定 | 指標 | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.33 | | ユマニチュード実践の観点からの評価の実施 | 実施記録 | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.34 | | 配薬のリスクマネジメントに関する体制 | 体制の活動を示す書類 | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.35 | | 処方箋の転記ミスを防ぐくみ | 具体的な仕組み | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.36 | | 破砕できない薬のリスト | リスト | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.37 | | 薬剤ごとの注意事項のリスト | リスト | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.38 | | 薬剤吸収阻害 | | 職員からの聞き取り | | | ○ | ○ | |
| リスク防止プロジェクト | 1.9.39 | 入居者・患者が抱えるリスクの評価と対応 | 入居者・患者が抱えるリスクを防ぐプロジェクト | 以下の項目に関するプロジェクト実施記録 | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.40 | | うつ | | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.41 | | 低栄養 | | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.42 | | 痛み | | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.43 | | 転倒 | | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.44 | | 拘縮 | | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.45 | | 失禁 | | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.46 | | 褥瘡 | | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.47 | | 感染症 | | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.48 | | リスクマネジメント部門の有無 | | リスクマネジメント体制に関する文書 | | | | ○ | ○ |
| 感染対策 | 1.9.49 | 入居者・患者が抱えるリスクの評価と対応 | 感染症リスクに対する予防策を実施している | 以下の項目を含む感染管理に関するマニュアル | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.50 | | 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。 | | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.51 | | 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。 | | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.52 | | 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。 | | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.53 | | 感染症の予防策が適切に講じられている。 | | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.54 | | 伝染性感染症発生時の行動計画が作成されている | | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.55 | | 感染症が発生した場合には対応が適切に行われている | | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.56 | | 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。 | | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.57 | | 感染性廃棄物の処理に関するマニュアルがある | | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.58 | | HACCPに対応した衛生管理をしている | | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.59 | | 害虫駆除計画が作成されている | | | | | ○ | ○ | |
| 緊急時の対応 | 1.9.60 | 入居者・患者が抱えるリスクの評価と対応 | 緊急時のアクションプランが決められている。心肺停止などの急変時、施設内での暴力行為、火災、異常気象時など災害時における入居者の安全確保のための取組を組織的に行なわれている | 緊急時の対応策 | | | | ○ | ○ | |
| 災害時の対応 | 1.9.61 | 入居者・患者が抱えるリスクの評価と対応 | 災害時における入居者・患者の安全確保のための取組を組織的に行っている | 災害時の対応策 | | | | ○ | ○ | |
| 抑うつ対策プロジェクト | 1.9.62 | 抑うつ状態の予防、発見、モニタリングのためのプロジェクトがある | 抑うつ状態の予防、発見、モニタリングのためのプロジェクトがある | 抑うつに関するプロジェクト活動規定 | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.63 | | 入居・入院時に評価をしている | 評価手法 3事例提出 | 職員からの聞き取り | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.64 | | 個別にフォローアップをしている | 3事例提出 | 職員からの聞き取り | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.65 | | 部門横断的に措置をしている | 3事例提出 | 職員からの聞き取り | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.66 | | 社会生活プロジェクトを実施している | 3事例提出 | 職員からの聞き取り | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.67 | | 定期的に再評価している | 3事例提出 | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.68 | | 抑うつ状態の改善が認められた入居者の数 | 実数把握書類 | | | | ○ | ○ | |
| | 低栄養対策プロジェクト | 1.9.69 | 低栄養の予防と対策のためのプロジェクトがある | 低栄養の予防と対策のためのプロジェクトがある | プロジェクト内容 | | | | ○ | ○ |
| 1.9.70 | | | 全入居者・患者の食事と水分の摂取量を把握している | 記録 | | | | ○ | ○ | |
| 1.9.71 | | | 本人のこれまでの体重の推移を確認している | 記録 | | | | ○ | ○ | |
| 1.9.72 | | | 定期的な体重測定を行っている | 記録 | | | | ○ | ○ | |
| 1.9.73 | | | MNA(簡易栄養評価票)評価を行っている | 記録 | | | | ○ | ○ | |
| 1.9.74 | | | BMI評価を行っている | 記録 | | | | ○ | ○ | |
| 1.9.75 | | | 低栄養のリスクがある入居者の全数 | 実数把握書類 | | | | ○ | ○ | |
| 1.9.76 | | | 中程度の低栄養状態にある入居者・患者の数(MNA評価等の利用) | 実数把握書類 | | | | ○ | ○ | |
| 1.9.77 | | | MNA評価等で重度の低栄養の状態にある入居者・患者の数(MNA評価等の利用) | 実数把握書類 | | | | ○ | ○ | |
| 1.9.78 | | | NOC(経口栄養補助食品)を処方されている入居者・患者の数 | 実数把握書類 | | | | ○ | ○ | |
| 1.9.79 | | | 天然サプリメントで栄養補給している入居者・患者の数 | 実数把握書類 | | | | ○ | ○ | |
| 1.9.80 | | 低栄養の状態が改善した入居者・患者の数 | 実数把握書類 | | | | ○ | ○ | | |
| 口腔ケアプロジェクト | 1.9.81 | 適切な口腔ケアのプロジェクトがあり実践されている | 口腔ケアプロジェクトの有無 | プロジェクト内容 | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.82 | | 日常の口腔ケア | | ケアの観察 職員に聞き取り | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.83 | | 口腔健康状態 | 3事例提出 | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.84 | | 歯科医の介入 | | 職員に聞き取り | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.85 | | 入居前の口腔内健康状態 | 実数把握書類 | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.86 | | 入居後に口腔内のチェックを受けている | 実数把握書類 | | | | ○ | ○ | |
| 疼痛対策プロジェクト | 1.9.87 | 疼痛についてプロジェクトがある | 疼痛対応プロジェクトがある | プロジェクト内容 | | | | ○ | ○ | |
| | 1.9.88 | | 標準化された疼痛に対する治療効果の評価(尺度)を利用している | | | | | ○ | ○ | |

| | | | | | | | | |
|------------|--------------|--------------------|-----------------------------------------|-----------------------|------------------|--|---|---|
| | 1.9.89 | | 疼痛に対してユマニチュードの技法を使用している | | ケアの観察 職員に聞き取り | | ○ | ○ |
| | 1.9.90 | | 痛みの治療を行った後にその効果を評価している | | 職員に聞き取り | | ○ | ○ |
| | 1.9.91 | | 定期的に痛みの評価を行っている入居者・患者の把握 | 実数把握書類 | | | ○ | ○ |
| 転倒対策プロジェクト | 1.9.92 | 転倒予防プロジェクトを実施している | 転倒予防プロジェクト | プロジェクト内容 | | | ○ | ○ |
| | 1.9.93 | | 転倒リスク評価を行なっている | 利用している評価法 | | | ○ | ○ |
| | 1.9.94 | | 転倒の状況分析と報告制度がある | 転倒記録とその分析 | | | ○ | ○ |
| | 1.9.95 | | 転倒リスクのある人の把握ができています | 実数把握書類 | | | ○ | ○ |
| | 1.9.96 | | 転倒の年間総数を把握している | 実数把握書類 | | | ○ | ○ |
| | 1.9.97 | | 頻回に転倒した人の数を把握している | 実数把握書類 | | | ○ | ○ |
| | 1.9.98 | | 転倒した後に骨折した人の数を把握している | 実数把握書類 | | | ○ | ○ |
| | 1.9.99 | | 転倒のリスクを予防し、歩行を支援するための個人プログラムを実施している | 3事例提出 | | | ○ | ○ |
| | 1.9.100 | | 転倒のリスクを予防し、歩行を支援するためのワークショップを実施している | 実施記録 | | | ○ | ○ |
| | 拘縮対策プロジェクト | 1.9.101 | 拘縮予防・改善に関するプロジェクトがある | 拘縮予防・改善プロジェクト | プロジェクト内容 | | | ○ |
| 1.9.102 | | | 拘縮の評価をしている | 評価方法 3事例 | | | ○ | ○ |
| 1.9.103 | | | 拘縮のある人に対して1日数回、拘縮を和らげる技術を実践している | | ケアの観察 職員に聞き取り | | ○ | ○ |
| 1.9.104 | | | 拘縮予防のためのポジショニングを行っている | | ケアの観察 職員に聞き取り | | ○ | ○ |
| 1.9.105 | | | ケアの専門職を対象とした拘縮を防ぐためのワークショップが行われている | | ケアの観察 職員に聞き取り | | ○ | ○ |
| 1.9.106 | | | 姿勢が原因となり生活に影響が出ている人、拘縮のある人の数 | 実数把握書類 | | | ○ | ○ |
| 失禁対策プロジェクト | 1.9.107 | 失禁の予防と管理のプロジェクトがある | 失禁の予防と管理のプロジェクトがある | プロジェクト内容 | | | ○ | ○ |
| | 1.9.108 | | 排泄に関する専門家によるトレーニングを実施している | 実数把握書類 | | | ○ | ○ |
| | 1.9.109 | | 排泄に課題のある人についての排泄習慣のデータを収集している | 3事例提出 | | | ○ | ○ |
| | 1.9.110 | | 排せつ用品を選択する基準があり、実施している | 選択基準 | | | ○ | ○ |
| | 1.9.111 | | おむつの消費量を把握している | 実数把握書類 | | | ○ | ○ |
| | 1.9.112 | | 「ユマニチュードの評価保清(TE/TP)」と連携した個別支援プロジェクトがある | 該当する個別支援計画 | | | ○ | ○ |
| | 1.9.113 | | 失禁の予防と管理が行われている | | ケアの観察 職員に聞き取り | | ○ | ○ |
| | 1.9.114 | | 排泄用品選択基準に基づいて適切な排泄用品を使用している | | ケアの観察 職員に聞き取り | | ○ | ○ |
| | 1.9.115 | | 本人による排泄用品の要望が反映されている | | ケアの観察 職員に聞き取り | | ○ | ○ |
| | 1.9.116 | | トイレへの介助を要する人の評価を適切に行っている | | ケアの観察 職員に聞き取り | | ○ | ○ |
| | 1.9.117 | | トイレへの介助を要する人に排せつの支援を昼夜を問わず実施する | | ケアの観察 職員に聞き取り | | ○ | ○ |
| | 1.9.118 | | トイレへの介助を要する人の数を把握している | 実数把握書類 | | | ○ | ○ |
| | 1.9.119 | | 定時交換前でも必要に応じておむつ交換を実施する | | ケアの観察 職員に聞き取り | | ○ | ○ |
| | 1.9.120 | | おむつの定時交換を行なっている | | ケアの観察 職員に聞き取り | | ○ | ○ |
| | 1.9.121 | | 失禁している人の数を把握している | 実数把握書類 | | | ○ | ○ |
| 褥瘡対策プロジェクト | 1.9.122 | 褥瘡予防プロジェクトを実施している | 褥瘡予防プロジェクトのしくみがある | プロジェクト内容 | | | ○ | ○ |
| | 1.9.123 | | 施設入居時に褥瘡が発生するリスクのある入居者の評価をしている | 評価方法 | | | ○ | ○ |
| | 1.9.124 | | 褥瘡治療を受けている人に対して定期的な再評価をしている | 3事例提出 | | | ○ | ○ |
| | 1.9.125 | | 段階に応じた予防・治療器具の導入（マットレス、クッションなど）をしている | | 実践状況の観察 | | ○ | ○ |
| | 1.9.126 | | 食事と水分の代替計画を作成し実施している | 3事例提出 | | | ○ | ○ |
| | 1.9.127 | | NOC（経口栄養補助食品）を処方している | | 職員に聞き取り | | ○ | ○ |
| | 1.9.128 | | 経口補給プログラムを作成し実施している | | 職員に聞き取り | | ○ | ○ |
| | 1.9.129 | | 個々人にあわせて体を動かすプログラムを作成し実施している | 3事例提出 | | | ○ | ○ |
| | 1.9.130 | | 摩擦やずれを生じさせない技術を用いたケアを実施している | | ケアの確認 | | ○ | ○ |
| | 1.9.131 | | 施設入居時に褥瘡が発生している入居者の数 | 実数把握書類 | | | ○ | ○ |
| | 1.9.132 | | 施設内で褥瘡を発生している入居者・患者の数の把握 | 実数把握書類 | | | ○ | ○ |
| | 1.9.133 | | 他の医療施設へ入院し、退院時に褥瘡が発生していた数の把握 | 実数把握書類 | | | ○ | ○ |
| | 感染予防対策プロジェクト | 1.9.134 | 感染症リスク防止プロジェクトがある | 感染症リスク防止プロジェクトのしくみがある | 以下の項目を含むプロジェクト内容 | | | ○ |
| 1.9.135 | | | 感染症リスクに対する標準的な予防策を実施している | | | | ○ | ○ |
| 1.9.136 | | 適切な衛生対応が行われている | 手指の衛生対応が行われている | | | | ○ | ○ |
| 1.9.137 | | | 衣服の衛生対応が行われている | | | | ○ | ○ |
| 1.9.138 | | | 医療材料の衛生対応が行われている | | | | ○ | ○ |
| 1.9.139 | | | 環境の衛生（てすり、テーブル、床頭台など）対応が行われている | | | | ○ | ○ |
| 1.9.140 | | | リネン類の衛生対応が行われている | | | | ○ | ○ |
| 1.9.141 | | | 呼吸器系に関する衛生注意事項（咳エチケットやマスク）がある | | | | ○ | ○ |
| 1.9.142 | | | 体液（尿・痰・唾液・血液）などに関する衛生対応が行われている | | | | ○ | ○ |
| 1.9.143 | | | 特別な注意事項（疥癬、シラミ、ナンキンムシ）への対策がある | | | | ○ | ○ |
| 1.9.144 | | | 害虫駆除対応が行われている | | | | ○ | ○ |
| 予防接種プロジェクト | 1.9.145 | 感染症リスク防止プロジェクトがある | 予防接種キャンペーンを行なわれている | 以下の項目を含むプロジェクト内容 | | | ○ | ○ |
| | 1.9.146 | | 最新の予防接種に関する情報を収集している | | | | ○ | ○ |
| | 1.9.147 | | 感染管理対応の責任者がいる | | | | ○ | ○ |

| | | | | | | | | | | |
|----------------------|------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------|--------------------|---|---|---|---|
| | 1.9.148 | | 保健所・行政との連携がある | | | | ○ | ○ | | |
| | 1.9.149 | | 予防接種の手続きを正式に文書化している | 手続き文書 | | | ○ | ○ | | |
| | 1.9.150 | | 職員のインフルエンザ予防接種者数 | 実数把握書類 | | | ○ | ○ | | |
| | 1.9.151 | | 同意を得てインフルエンザ予防接種をした入居者・患者数 | 実数把握書類 | | | ○ | ○ | | |
| | 1.9.152 | | 自己選択としてインフルエンザ予防接種を受けなかった入居者・患者数 | 実数把握書類 | | | ○ | ○ | | |
| | 1.9.153 | 終末期に関するプロジェクトがある | プロジェクトの有無 | 以下の項目を含むプロジェクト内容 | | | ○ | ○ | | |
| | 1.9.154 | | 在宅/院内の緩和ケアチームと協定を結んでいる | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | | |
| | 1.9.155 | | 施設内での緩和ケア行為について本人の同意がある | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | | |
| | 1.9.156 | | 本人の事前指示を得ている | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | | |
| | 1.9.157 | | 本人の事前指示を得ている | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | | |
| | 1.9.158 | | 家族への支援をしている | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | | |
| | 1.9.159 | | ケアの専門職への支援をしている | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | | |
| | 1.9.160 | | 他の入居者への支援をしている | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | | |
| 健康に害を及ぼさない | 職員の健康な職場づくりのシステム | 1.10.1 | 職員の職場での生活の質を高めるために、以下のプロジェクトを実施している | 職員が経営陣と意見交換をする機会を持つ | 左記の項目を含むプロジェクトの内容 | | ○ | ○ | | |
| | | 1.10.2 | | 職員のグループ間で意見交換の機会を持つ | 左記の項目を含むプロジェクトの内容 | | ○ | ○ | | |
| | | 1.10.3 | | 職員間でケアの実践に関して分析を行う | 左記の項目を含むプロジェクトの内容 | | ○ | ○ | | |
| | | 1.10.4 | | 健康な職場づくり | 左記の項目を含むプロジェクトの内容 | | ○ | ○ | | |
| | | 1.10.5 | | 職員向けイベント | 左記の項目を含むプロジェクトの内容 | | ○ | ○ | | |
| | | 1.10.6 | | 透明性のある職員の昇進の機会の提供 | 左記の項目を含むプロジェクトの内容 | | ○ | ○ | | |
| | | 1.10.7 | | 施設の質を高める取り組み | 左記の項目を含むプロジェクトの内容 | | ○ | ○ | | |
| | | 1.10.8 | | 設備の質を高める取り組み | 左記の項目を含むプロジェクトの内容 | | ○ | ○ | | |
| | 職員の勤務体制 | 1.10.9 | 職員の職場での生活の質を高めるためのプロジェクトを実施している | 多様性のある勤務体制がある | | 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | |
| | 職員の欠勤率 | 1.10.10 | | 職員の欠勤率を把握している | 実数把握 | | | ○ | ○ | |
| | 職員の労災 | 1.10.11 | | 業務中にケア関連で起きたケガ等の発生数を把握している | 実数把握 | | | ○ | ○ | |
| | | 1.10.12 | | 業務中に腰痛や筋骨格系の障害を起こした職員の数把握している | 実数把握 | | | ○ | ○ | |
| | 職員の病気休暇 | 1.10.13 | 職員の短期病気休暇の総日数を把握している | 短期病気休暇 | 実数把握 | | | ○ | ○ | |
| | | 1.10.14 | | 長期病気休暇 | 実数把握 | | | ○ | ○ | |
| | 職員のストレス評価 | 1.10.15 | 職員のストレス評価をおこなっている | 心理的リスクの評価を行なっている | ストレスチェックの実施記録 | | | ○ | ○ | |
| | 職員の離職率 | 1.10.16 | 職員の離職率を把握している | 離職 | 実数把握 | | | ○ | ○ | |
| | 職員のバーンアウト | 1.10.17 | | 職員のバーンアウトを把握している | 実数把握 | | | ○ | ○ | |
| | 職業人の定義 | 1.10.18 | 自律の尊重 | 職員は「本人に代わってするということを決してしない」という原則を遵守している | | ケアの観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | |
| | 正しいケアのレベル | 1.10.19 | 職員は正しいケアのレベルを理解している | 正しいケアのレベルの理解 | | ケアの観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | |
| | | 1.10.20 | | 正しいケアのレベルの設定 | | ケアの観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | |
| | | 1.10.21 | | 正しいレベルのケアの実践 | | ケアの観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | |
| | | 1.10.22 | | 害を与えるケアの回避 | | ケアの観察 職員からの聞き取り | | ○ | ○ | |
| | | 正しいレベルのケアを行うためのツールの利用 | 1.10.23 | 正しいレベルのケアを行うためのツールを利用している | 正しいレベルのケアを行うための資料 | 以下のツールを添付 | | | ○ | ○ |
| | | 1.10.24 | | 「ユマニチュードの評価保清」シート | ツールを添付 | シート利用状況の確認 | | ○ | ○ | |
| | | 1.10.25 | | 介護対象者のジネスト・マレスコッティ分類（立位プロフィール（DADA）） | ツールを添付 | シート利用状況の確認 | | ○ | ○ | |
| | 1.10.26 | | ケア中の興奮状態評価スケール | ツールを添付 | シート利用状況の確認 | | ○ | ○ | | |
| | 1.10.27 | 正しいレベルのケアを行うためのプロフィールシートを利用している | 食事のプロフィールシート | ツールを添付 | シート利用状況の確認 | | ○ | ○ | | |
| | 1.10.28 | | 社会・文化的プロフィールシート | ツールを添付 | シート利用状況の確認 | | ○ | ○ | | |
| | 1.10.29 | 正しいレベルのケアを行うための取り組みを行っている | ポスター（関係性の柱、5つの原則、ケアの5つのステップ等） | ツールを添付 | 実施状況の確認 | | ○ | ○ | | |
| 正しいレベルのケアを行うための計画と実施 | 1.10.30 | 正しいレベルのケアを行うためのプランがある | 個別のナイトプラン | 事例添付 | | | ○ | ○ | | |
| | 1.10.31 | | 個別の食事プラン | 事例添付 | | | ○ | ○ | | |
| ケアに関する個別のツールの使い方 | 1.10.32 | 各ケアの個別ツールを使って、ケア前の確認やケア内容を常に検討している | ケアプラン、評価保清シート、食事シート、アクティビティシートについての対応 | | ツールを用いて以下の対応をしていることを訪問時に確認する | | ○ | ○ | | |
| | 1.10.33 | | ケアプラン、評価保清（TE/TP）シート、食事シート、アクティビティシートについてケアが行われる前に閲覧、確認している | | | | ○ | ○ | | |
| | 1.10.34 | | ケアプラン、評価保清シート、食事シート、アクティビティシートについて内容の変更があった場合、速やかに修正している | | | | ○ | ○ | | |
| | 1.10.35 | | ケアプラン、評価保清シート、食事シート、アクティビティシートの変更内容を、対象者の入居者データファイルに記録している | | | | ○ | ○ | | |

| | | | | | | | | | | |
|--------------------|---------|----------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------|--|--|--|--|--|
| | 1.10.36 | | ケアプラン、評価保清シート、食事シート、アクティビティシートの定期的な再評価を行う | | | | | | | |
| 組織内での継続的研修・支援の実施 | 1.10.37 | ユマニチュードの哲学、技術、優れたケアの実践について組織内に浸透を図っている | ユマニチュードの哲学、技術、優れたケアの実践について、次の方法によって組織内に浸透を図っている | ユマニチュード浸透のために以下のプロジェクトを実施している | | | | | | |
| | 1.10.38 | | シャドウイングの実施 | 実施記録(1-10-45-1-10-52と共通) | | | | | | |
| | 1.10.39 | | 実践のためのワークショップ | 実施記録(1-10-45-1-10-52と共通) | | | | | | |
| | 1.10.40 | | テーマを掲げたポスターキャンペーン | ポスターpdf | | | | | | |
| | 1.10.41 | | 啓発活動（意欲向上） | 活動記録 | | | | | | |
| | 1.10.42 | | ユマニチュードへの取組みを長期に継続させるための仕組み・工夫 | 取り組み例 | | | | | | |
| | 1.10.43 | | 新入職員の指導 | 指導実績 | | | | | | |
| | 1.10.44 | | その他（具体的支援） | 実施記録 | | | | | | |
| 組織内での継続的研修・支援の記録 | 1.10.45 | ユマニチュードの優れた実践を組織内に浸透を図る活動を記録している | 組織内への浸透活動の記録 | ワークショップに関する以下の事項の記録 | | | | | | |
| | 1.10.46 | | 実施した時間数 | | | | | | | |
| | 1.10.47 | | 対象となるテーマや技法 | | | | | | | |
| | 1.10.48 | | 参加した職員数 | | | | | | | |
| | 1.10.49 | | 影響の評価 | | | | | | | |
| | 1.10.50 | | 困難事例の分析 | 分析例3事例を提出 | | | | | | |
| | 1.10.51 | | ワークショップの時間数 | 実数報告 | | | | | | |
| | 1.10.52 | | シャドウイングの年間時間数 | 実数報告 | | | | | | |
| 啓発活動の対象者 | 1.10.53 | ユマニチュードの優れた実践を組織内に浸透を図る活動を記録している | ケア職員に対する啓発活動実施 | 啓発活動の対象に以下の対象者を含んでいることを示す書類 | 職員からの聞き取り | | | | | |
| | 1.10.54 | | 入居者・患者に対する啓発活動実施 | | | | | | | |
| | 1.10.55 | | 家族または親族に対する啓発活動実施 | | | | | | | |
| | 1.10.56 | | 実習生に対する啓発活動実施 | | | | | | | |
| | 1.10.57 | | すべての職員に対する啓発活動実施 | | | | | | | |
| | 1.10.58 | | ボランティアに対する啓発活動実施 | | | | | | | |
| | 1.10.59 | | 外部のサービス提供者に対する啓発活動実施 | | | | | | | |
| | 1.10.60 | | その他の組織に対する啓発活動実施 | | | | | | | |
| | 1.10.61 | | 職員代表に対する啓発活動実施 | | | | | | | |
| | 1.10.62 | | 啓発活動を行っている対象者 | | | | | | | |
| ユマニチュード活動の質と継続性の担保 | 1.10.63 | ユマニチュード活動の質と継続性が確保されている | 1日の単位の中で質と継続性が確保されている | | 訪問時の観察 職員からの聞き取り | | | | | |
| | 1.10.64 | | 曜日によらず質と継続性が確保されている | | 訪問時の観察 職員からの聞き取り | | | | | |
| | 1.10.65 | | 祝日も含めて質と継続性が確保されている | | 訪問時の観察 職員からの聞き取り | | | | | |
| | 1.10.66 | | 人的継続性 | | 訪問時の観察 職員からの聞き取り | | | | | |
| ユマニチュードの技術の評価 | 1.10.67 | 技術の質的評価をおこなっている | 技術の質的評価の実施 | 実施記録 | | | | | | |
| | 1.10.68 | | 定期的な技術の質的評価の実施 | 実施記録 | | | | | | |
| | 1.10.69 | | ケア職員の技術の質的評価 | 実施記録 | | | | | | |
| | 1.10.70 | | 各シフトの技術の質的評価 | 実施記録 | | | | | | |
| | 1.10.71 | | 職員の個人目標の設定 | 実施記録 | | | | | | |
| | 1.10.72 | | 職種別の技術の質的評価 | 実施記録 | | | | | | |
| 各法令の遵守 | 1.10.73 | 各分野の法令を遵守している | 各分野の法令を遵守している - 介護（介護保険法、高齢者虐待防止法、個人情報保護法など） | | 法令に関する情報がまとめたことの確認 | | | | | |
| | 1.10.74 | | - 調理場/食堂（食品衛生法、HACCPなど） | | 職員からの聞き取り | | | | | |
| | 1.10.75 | | 清掃管理（建築物衛生法など） | | 職員からの聞き取り | | | | | |
| | 1.10.76 | | リネン洗濯 | | 職員からの聞き取り | | | | | |
| | 1.10.77 | | 建物管理（安全確保や避難に関するマニュアル、メンテナンス計画、リノベーション計画など） | 建物管理に関する書類 | 職員からの聞き取り | | | | | |
| | 1.10.78 | | - 投棄管理 | 投棄管理マニュアル | | | | | | |
| | 1.10.79 | | - 避難経路の確保 | 避難経路図 | | | | | | |
| | 1.10.80 | | - 危険な物品に対するセーフガード | | 実物確認 | | | | | |
| 1.10.81 | | 防災用品の管理 | | 実物確認 | | | | | | |
| 事故防止マネジメント | 1.10.82 | 事故防止マネジメント：事故、ヒヤリハットの報告に関して整備されている | 報告書の作成 | | 以下の項目を含む報告書 | | | | | |
| | 1.10.83 | | 報告対象事象のリストの作成 | | | | | | | |
| | 1.10.84 | | 事故防止委員会の設置 | | | | | | | |
| | 1.10.85 | | データの集計 | | | | | | | |
| | 1.10.86 | | 改善策の記録 | | | | | | | |
| | 1.10.87 | | 経過観察記録 | | | | | | | |
| ユマニチュードに関する用語の理解 | 1.10.88 | ユマニチュードの正確な用語を用いている | ユマニチュードの正確な用語が、全ての職員に認識され、使用され、伝達されている | | 職員からの聞き取り | | | | | |
| 入居者・患者の呼称 | 1.10.89 | 職員は、入居者・患者を本人が希望する名前で呼んでいる | 本人の希望による呼称の選択 | | 職員からの聞き取り | | | | | |
| | 1.10.90 | 職員は入居者・患者に馴れ馴れしい扱いをしない | 本人が希望する呼称の記録 | | 職員からの聞き取り 記録の確認 | | | | | |
| | 1.10.91 | | 本人が希望する呼称を共有している | | 職員からの聞き取り | | | | | |

| 原則2 各人の唯一性の尊重 | | 到達目標 | 評価基準 | 事前添付資料 | 現場確認内容 | B | S | G | 病院は除く | |
|---------------------|-------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---|-------|---|
| A 居住空間 市民権の尊重 | 本人の意向やこれまでの生活を尊重した居室の表示 | 2.1.1 | 居室に関する表示をする際に本人の意向やこれまでの生活を尊重 | 必要人には、居室の入口に ・本人が選んだ入居者を表す目印（名前、写真、イラストなど） ・姓+名前（状況によっては本人、家族の了解のもと旧姓、愛称）等の表示がある | | ・対象者（担当者への面談） ・なぜその表示内容となっているのか（担当者への面談） ・本人の意向を尊重しているかどうか（担当者への面談） ・実際の表示（観察） | | | | |
| | | 2.1.2 | | 必要人には、本人の部屋への案内表示がある | | ・対象者（担当者への面談） ・なぜその表示内容となっているのか（担当者への面談） ・本人の意向を尊重しているかどうか（担当者への面談） ・実際の表示（観察） | | | | |
| | 本人によるプライバシーの管理 | 2.1.3 | 本人による生活空間や郵便物等のプライバシー管理により本人の意向やこれまでの生活を尊重 | 居室のドアに入居者・患者の活動状況やプライバシーの要望が同意のもと掲示されている（ケア中、居室外で活動中、居室内で来客中、居室内で休憩中等） | | 実際の表示（観察） | | | | |
| | | 2.1.4 | | 本人・家族の許可を得た上で、必要ときに職員が居室のスペアキーを利用することができる | ・手順の標準化についてマニュアル等 ・実施記録 | 実施状況（観察） | | | | 1 |
| | | 2.1.5 | | 本人によるプライバシー管理の維持向上のために、次の対象者や数を把握している ・本人が居室の鍵を持っている入居者の数 ・呼び鈴のある居室の数 ・郵便受けのある居室の数 | 数がわかる管理記録等 | 事前提出書類の記載数と齟齬がないか（観察） | | | | 1 |
| | 快適な生活空間の整備およびカスタマイズ | 2.1.6 | 快適な生活空間が整備され、居室内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 | 入居者・患者・利用者の快適性（明るさ、換気、匂い、湿度、音、多床室はカーテン）が配慮されている | | 快適性への配慮（観察、および、基準を満たしていない場合は、本人の希望等の理由があるか職員に確認する） | | | | |
| | | 2.1.7 | | 入居者の選択を尊重して、本人の思い入れのある家具を含めた私物を持ち込み何をどこに置くかなど、本人の選好に応じた居室のレイアウトやしつらえがカスタマイズされている | | ・本人の選択の尊重、選好の反映の状況（本人および担当者の面談） ・居室のカスタマイズ状況（観察） | | | | |
| | | 2.1.8 | | 安全上の基準を配慮して居室の家具やインテリア、移動補助用具、医療器具が配置されている | | ・検討、モニタリング、再検証の状況（担当者の面談） ・居室での配置状況（観察） | | | | |
| | | 市民としての権利保持 | 2.1.9 | 選挙権の行使、信仰・政治思想等の尊重、重要書類等の管理など市民としての権利の継続保持を保障 | 入居者・患者の投票の意思確認を行い、入居者・患者の選挙権行使の支援ができています | | どのように支援しているか（担当者への面談：案内等の補足資料を用いて説明可） | | | |
| | 2.1.10 | | | 入居者・患者・利用者は信仰、政治思想等を尊重されている | | ・尊重されている状況（担当者の面談） ・居室に神棚や仏壇を設置している場合は、実際の設置状況（観察） | | | | |
| | 2.1.11 | | | 入居者・患者は社会保障のための身分証明書（健康保険証、介護保険証、身体障害者手帳等）を自分で保持するかどうかを選択できる | | 実施状況（担当者への面談） | | | | |
| | 2.1.12 | | | 入居者・患者は支払い手段（現金、カード、通帳など）を自分で保持するかどうかを選択できる | | 実施状況（担当者への面談） | | | | |
| | 2.1.13 | | | 入居者・患者は印鑑等を自分で保持するかどうかを選択できる | | 実施状況（担当者への面談） | | | | |
| | 品位のある服装 | 2.1.14 | 服装において本人の品位をおとしめず尊厳を尊重 | 「本人の品位をおとしめる」ような服装（透ける服、穴が開いたりくたびれた服、汚れた服、行事の仮装用の服）や抑制とみなされる服装（つなぎ服、ロンパース、本人が上げた下げたり手を入れたりできないズボン）を使用しない | | 品位のある服装をしているかどうか（観察、および、基準を満たしていない場合は、理由を職員に確認する） | | | | |
| | 抑制的な服装の手續きと評価 | 2.1.15 | 抑制的な要素をもつ服装に関する手續きと評価 | 抑制とみなされる服装を使用する場合は、原因を分析し、身体拘束実施の3つの要件(切迫性・非代替性・一時性)を満たして、必要な手續きを経た上で使用し、モニタリング、再評価されている | 身体拘束廃止委員会などの会議録等 | ・原因背景の分析を行っているか、3要件を満たしているか、手續きを経ているか、モニタリング及び再評価を行っているか（担当者の面談） ・本人の状況（観察） ・尊重しているかどうか（担当者への面談および観察）、本人が選んでいるかどうか（観察） | | | | |
| 服装選択の自由 | 2.1.16 | 本人のアイデンティティと個人の尊厳の尊重、それぞれの個性にあわせた服装選択の自由の尊重 | 服装について、 ・生活歴、習慣、好みを尊重して、本人が自由に選んでいる ・本人が意思表示をできない場合は、本人の習慣を尊重しながら本人に見合った服装を説明し、選択肢を提示して本人が選ぶ ・本人が選ぶことができない場合は、本人の習慣を尊重しながら本人に見合った服装を家族や代理人へ説明同意のプロセスを経て家族や代理人が選び、本人に確認する | | 選択肢を提示する対象者とみなされる場合は、該当者であるかどうか職員に確認の上、以下を観察 ・本人の習慣を尊重しているかどうか ・説明提案プロセスがあるか ・本人が選んでいるかどうか 本人が選ぶことができないとみなされる場合は、該当者であるかどうか職員に確認の上、 ・本人の習慣を尊重しているかどうか（担当者への面談） ・家族や代理人への説明同意プロセスがあるか（説明記録や同意書等） ・本人に確認しているかどうか（観察） | | | | | |
| B プライバシー 性 | 居室で過ごす選択 | 2.2.1 | 居室で過ごす本人の選択を尊重 | 本人の意志で居室で過ごすことを入居者が選択できる | | 実施状況（観察、担当者への面談） | | | | 1 |
| | 外部とのコミュニケーションの選択 | 2.2.2 | 24時間来客を迎えたり連絡を受けたりする外部とのコミュニケーションについて本人の選択を尊重 | 来客を迎えるかどうか、本人が選択できる | | 実施状況（観察、担当者への面談） | | | | |
| | | 2.2.3 | | 本人が24時間外部から連絡を受けることができる | | 実施状況（観察、担当者への面談） | | | | |
| | | 2.2.4 | | 家族、友人、知り合いの訪問が24時間自由である仕組みがあり、実施されている | 訪問が24時間自由である仕組みがわかる文書（規則、説明文書等） | 実施状況（観察、担当者への面談） | | | | |
| | 居室内およびケア中のプライバシーの保障 | 2.2.5 | 居室ドアの開閉について本人の選択を尊重、必ずケア中のドアやカーテンは閉めた状態であり本人のプライバシーを保障 | 居室のドアを開けておくか閉めておくか、入居者・患者が選択できる（ケア提供中はドアを閉めておく） | | 実施状況（観察、担当者への面談） | | | | |
| | | 2.2.6 | | かならずドアやカーテンを閉めた状態でケアを行っている平均値（%） | 実施割合の平均値 | 実施状況（観察） | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---------------------|--------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 生活の尊重 | 2.2.7 | | 居室のパネルや張り紙に、個人の週間の予定表が掲示されている（ケア、ワークショップ、アクティビティ、面会や訪問） | | 実施状況（観察） | ○ | ○ | ○ | | |
| | 2.2.8 | メンタル・性生活の保障 | 要望を聞く機会の設置や支援等により本人のメンタルおよび性生活を尊重 | 人間関係、性生活等に関連した本人や家族の要望を聞き、2人部屋希望の入居者がペアで入ることができる部屋がある（同一家族のメンバー2人、またはカップルで入居・宿泊が可能である） | | 部屋の確認（観察） | | ○ | 1 | |
| | 2.2.9 | | 要望または要望がある場合への受入れキャパシティの把握として2人部屋希望の入居者がペアで入ることができる部屋の数を把握している | 入居案内等の部屋数がわかる資料 | | | ○ | 1 | | |
| | 2.2.10 | | ダブル（幅140cm）またはセミダブル（幅120cm）のベッドの利用が可能である | ベッド利用状況を把握している資料 | | 利用状況（担当者の面談） | | ○ | 1 | |
| | 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を設けており、よりよい要望対応検討に向けて次の数により実施状況を把握している ・メンタルおよび性に関する要望の数 ・メンタルおよび性に関してアドバイスを実施した数 ・メンタルおよび性に関して具体的に支援を実施した数 | 要望数、アドバイス実施数、支援数がわかる資料（集計期間は直近1年以内で少なくとも3ヵ月分程度が望ましい） | | どのように要望を把握し、アドバイス、支援しているか一連の流れと事例（担当者の面談） | | ○ | | |
| C睡眠の尊重 | 2.3.1 | 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なく一人ひとりの生活リズムに応じた睡眠を尊重 | 本人のために個別に夜間計画を実施している | 個人情報をマスキングした夜間計画（2～3例） | 事前添付資料以外の夜間計画（書類閲覧） 夜間計画の目的の確認、実施内容、実施状況（担当者の面談） | | ○ | ○ | |
| | 2.3.2 | | 入居者・患者の個別の夜間計画のリストには、以下の項目が含まれている ・希望する就寝時間 ・夜間の習慣・儀礼 ・特定の設備 ・希望する面会時間または面会なし ・夜間の治療、または特定の時間帯の治療 ・立位の方法 ・おむつやパッド類の種類（ある場合） ・着替えにかかる時間 ・危険防止柵の設置に関する希望 ・その他： | 2-3-1に同じ | 2-3-1に同じ | | ○ | ○ | | |
| | 2.3.3 | | ひとり一人の生活リズムに応じた睡眠を尊重するため、次の夜間の睡眠に関する本人の要望とその対象者数を把握している ・睡眠の質の確保のため、就寝前に常にトイレを使用する人の数 ・消灯後である21時以降の、就寝希望の意向を尊重されている人の数 | 各対象者数がわかる資料（評価時点） | | | ○ | ○ | | |
| | 2.3.4 | | ひとり一人の生活リズムに応じた睡眠を尊重するため、次の起こされた理由とその対象者数を把握している（時間帯の区切り方は国際基準のフランスと同等） ・治療（睡眠薬、鎮痛薬等）のため、職員に起こされた入居者の数 ・着替えのため、職員に起こされた入居者の数 ・体位変換などのために、職員に起こされた入居者の数（21時から深夜0時までの間） ・体位変換などのために、職員に起こされた入居者の数（深夜0時から4時までの間） ・体位変換などのために、職員に起こされた入居者の数（4時から7時までの間） ・体位変換などのために、職員に起こされた入居者の数（日中） | 各対象者数がわかる資料（評価時点） | | | | ○ | | |
| | 2.3.5 | 本人の要望に基づく計画的な昼寝 | 本人の要望に基づき計画的な昼寝により一人ひとりの生活リズムに応じた睡眠を尊重 | 昼寝は、本人の要望に基づいて行なっている | 本人の要望がわかる記録等 | 実施状況（担当者の面談） | | ○ | ○ | 1 |
| | 2.3.6 | | 本人の要望に基づく昼寝の対象者を把握している（昼寝をしている人の数） | 人数がわかる資料（評価時点） | | | | ○ | ○ | |
| | 2.3.7 | | 昼寝は、本人の希望に基づいてあらかじめ計画され、決まった時間に起床していることが確認されている | 個人情報をマスキングした個別支援計画、実施記録等 | 事前添付資料以外の個別支援計画、実施記録等（書類閲覧） 実施状況（担当者の面談） | | ○ | ○ | 1 | |
| | 2.3.8 | | 昼寝が日中のアクティビティと重なる場合、施設は本人と相談してアクティビティ計画を立てて実践している | 2-3-7に同じ | 2-3-7に同じ | | ○ | ○ | 1 | |
| 夜間の徘徊への対応による睡眠の質の改善 | 2.3.9 | 夜間の徘徊について原因の分析・対応・再評価等により睡眠の質を改善 | 夜間の徘徊の原因の分析が行われている | 原因分析の記録 | 分析内容（担当者の面談） | | ○ | ○ | | |
| | 2.3.10 | | 夜間の徘徊を避けるために、安易に薬剤に依存したり拘束することなく、本人に見合った代替プランがある | 代替プラン | 事前添付資料以外の代替プラン（書類閲覧） 実施状況（担当者の面談） | | ○ | ○ | | |
| | 2.3.11 | | 夜間の徘徊への対策を個別支援計画に位置付け、実施し、モニタリング、再評価をする | 個人情報をマスキングした個別支援計画、実施記録等 | 事前添付資料以外の個別支援計画、実施記録等（書類閲覧） 実施状況（担当者の面談） | | ○ | ○ | | |
| | 2.3.12 | | 睡眠の質の改善に向けて次の対象者および件数を把握している ・夜間の徘徊が把握されている入居者の数 ・代替プランで夜間の徘徊が確認された入居者の数 ・夜間の徘徊が把握されている人のうち行動心理症状がある入居者の数 ・夜間抑制の件数 ・夜間抑制を希望した入居者の数 ・代替プランの件数 | 各対象者および件数がわかる資料（評価時点） | | | ○ | ○ | | |
| | 2.3.13 | | 睡眠の質を改善する取り組みの経緯がわかる記録がある | アクションチーム等での議事録や取り組み記録 | | | | ○ | | |

| 原則3 最期の日まで 自分の足で立って生きる | | 到達目標 | 評価基準 | 事前添付資料 | 現場確認内容 | B | S | G | 病院 は除 く | |
|-------------------------------------------|--------------------|---------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------|---|---|---------------|---|
| A 1 日 2 0 分 の 立 位 | 立位の目的と 知識の理解 | 3.1.1 | 立位に関する理解 | 立位の目的を理解している | | ランダムに選んだ職員に質問 | ○ | ○ | | |
| | | 3.1.2 | | 立てない人であっても、体幹を起こすことで部分的な効果を上げることが可能であることを理解している。（廃用症候群の予防、認知機能の改善など） | | ランダムに選んだ職員に質問 | ○ | ○ | | |
| | 3.1.3 | 立位介助の技術 | 立位介助の技術の理解と習得を行なっている | 実施記録 | | | ○ | ○ | | |
| | 立位または体幹を起こす実践 | 3.1.4 | 立位の実践 | 医学的・安全的観点から評価した上で、適切な対象者に対して1日20分の立位が実践されている。実施が難しい場合には、体幹を起こす取り組みがある | 必要な対象者に対して立位時間を計測した記録事例 | | | ○ | ○ | |
| | 情報の共有 | 3.1.5 | 情報の共有 | 立位に関する情報がケアの専門職に共有されている | | 情報共有状況を職員に尋ねる | | ○ | ○ | |
| | | 3.1.6 | | 立位に関する情報がすべての職員（関係する部門）で共有されている | | 情報共有状況を職員に尋ねる | | ○ | ○ | |
| | 「立位に関する個別計画」の立案、実行 | 3.1.7 | 「立位に関する個別計画」の立案、実行 | 「立位に関する個別計画」を立案し、実行している | | 情報共有状況を職員に尋ねる | | ○ | ○ | |
| | | 3.1.8 | 「立位に関する個別計画」の立案者 | 「立位に関する個別計画」の立案を責任者が行っている | | 情報共有状況を職員に尋ねる | | ○ | ○ | |
| | | 3.1.9 | 「立位に関する個別計画」と対象者のジネスト・マレスコッチェ分類との関連 | 「立位に関する個別計画」の立案は対象者のジネスト・マレスコッチェのケア分類と関連性をもって作成されている | 個別支援計画に反映されている事例を3事例提出 | | | ○ | ○ | |
| | 正確な技術の実施 | 3.1.10 | 正確な立位介助 | 正確な立位介助を行っている | | ケアの観察 | | ○ | ○ | |
| | | 3.1.11 | 正確な歩行介助 | 正確な歩行介助を行っている | | ケアの観察 | | ○ | ○ | |
| | 個別支援計画/看護計画と連携 | 3.1.12 | 個別支援計画/看護計画との連携 | 個別支援計画/看護計画と連携している | 個別支援計画に反映されている事例を3事例提出 | | | ○ | ○ | |
| | | 3.1.13 | | 個別支援計画/看護計画と共有している | | 情報共有状況を職員に尋ねる | | ○ | ○ | |
| | | 3.1.14 | | 個別支援計画/看護計画をモニタリングしている | | 実施状況を職員に尋ねる | | ○ | ○ | |
| | 「立位に関する個別計画」 | 3.1.15 | 「立位に関する個別計画」の作成を行っている | 立位に関する個別援助計画の内容に以下の項目が含まれている | 以下の項目を含む書式と3事例提出 | | | ○ | ○ | |
| | | 3.1.16 | | 本人の立位に関する評価 | | | | ○ | ○ | |
| | | 3.1.17 | | 立位に関する設定目標 | | | | ○ | ○ | |
| | | 3.1.18 | | 必要な介助者の数 | | | | ○ | ○ | |
| | | 3.1.19 | | 入居者が希望する時間帯 | | | | ○ | ○ | |
| | | 3.1.20 | | 計画を実行するための条件（設備を含む） | | | | ○ | ○ | |
| | | 3.1.21 | | ケアや社会生活活動の際にも立位に関するアクションプランが盛り込まれている | | | | ○ | ○ | |
| | | 3.1.22 | | 立位の合計時間の記録 | | | | ○ | ○ | |
| | | 3.1.23 | | 目標の評価 | | | | ○ | ○ | |
| | | 3.1.24 | 立位のための身体能力の評価 | 立位の前に必ず身体能力の評価ができています | 立つ前の入居者・患者の状態（疲労度、支える力、体力など）を必ず体系的に評価している | 評価記録例3事例を提出 | | | ○ | ○ |
| | 職員間での技術共有 | 3.1.25 | 職員の技術評価 | すべての職員は立つ技術の実践と共有が行われている | ワークショップ記録 | ケアの観察 | | | ○ | |
| | 立位介助のトレーニング | 3.1.26 | シャドウイング | 立位技術のシャドウイングで、リーダーの行動や言動、態度、現場の雰囲気などの実践を広く観察する。 | 実施記録提出 | 職員からの聞き取り | | | ○ | ○ |
| | | 3.1.27 | | リーダーの見守り、指導のもと、実施している（半日～数日） | 実施記録提出 | | | | ○ | ○ |
| | 立位と歩行介助に関する現状把握 | 3.1.28 | 1日合計20分立つプログラムを実践している人の数 | 1日合計20分立つプログラムを実践している人の数を把握している | 対象者把握の記録 | | | | ○ | ○ |
| | | 3.1.29 | 各ケア場面における歩行歩行を介助・見守りした入居者・患者の数が把握出来ている | ケアにかかわる全職員が歩行を介助・見守りした入居者・患者の数の把握 | 実数把握 | | | | ○ | ○ |
| | | 3.1.30 | | 社会生活ケアにかかわる職員が歩行を介助・見守りした入居者・患者の数の把握 | 実数把握 | | | | ○ | ○ |
| | | 3.1.31 | | 食事ケアにかかわる職員が歩行を介助・見守りして、椅子に座って食事をした入居者・患者の数の把握 | 実数把握 | | | | ○ | ○ |
| | 車椅子を漫然と使わないための取り組み | 3.1.32 | 車椅子に関する状況把握 | 食堂で車いすを使用している人数 | 実数把握 | | | | ○ | ○ |
| | | 3.1.33 | | 食堂で車いすを使用している正当な根拠がある | | ランダムに選んだ職員に尋ねる | | | ○ | ○ |
| | | 3.1.34 | | 車椅子の利用を「立位に関する個別計画」と関連づける | | ランダムに選んだ利用者について尋ねる | | | ○ | ○ |

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---|---|---|--|
| | 3.1.35 | | 車椅子の利用を個別支援計画と関連づける | | ランダムに選んだ利用者について尋ねる | ○ | ○ | 1 | |
| | 3.1.36 | | 車椅子をできるだけ使用しなくてもすむようにするための取組みプランの作成がおこなわれている | | ランダムに選んだ利用者について尋ねる | ○ | ○ | 1 | |
| 歩行の機会の把握 | 3.1.37 | 各ケア場面における歩行歩行を介助・見守りした入居者・患者の数が把握出来ている | トイレや手洗いなどで職員が歩行を介助・見守りした入居者・患者の数が把握されている | 実数把握 | | ○ | ○ | | |
| | 3.1.38 | | リハビリテーション専門職が歩行を介助・見守りした入居者・患者の数が把握されている | 実数把握 | | ○ | ○ | | |
| | 3.1.39 | | 他の人々（家族、ボランティアなど）が歩行を介助・見守りした入居者・患者の数が把握されている | 実数把握 | | ○ | ○ | | |
| 一人ひとりの1日の累計歩行時間の把握 | 3.1.40 | 一人ひとりの1日の累計歩行時間 | 一人ひとりの1日の累計歩行時間を記録している（全専門職の合算） | | 立位に問題がある対象者に対して実施している立位・歩行時間の計測記録 | ○ | ○ | | |
| 立位補助用具活用 | 3.1.41 | リーダーの存在 | 立位補助用具活用のための人材がいる | | 以下の活動の記録 | ○ | ○ | | |
| | 3.1.42 | リーダー研修 | リーダーは立位補助用具の活用の訓練を受けている | | | ○ | ○ | | |
| | 3.1.43 | 職員向け研修 | リーダーが職員に指導する | | | ○ | ○ | | |
| | 3.1.44 | 研修の記録 | 指導の記録がある | | | ○ | ○ | | |
| | 3.1.45 | 立位補助用具の管理 | 立位補助用具の管理ができています | | | ○ | ○ | | |
| | 3.1.46 | | 立位補助用具の付属品の管理ができています | | | ○ | ○ | | |
| 立位補助用具の付属品の管理 | 3.1.47 | 立位補助用具の付属品の保守、清掃、調整、管理ができています | 用具・機材マニュアル | | マニュアル保管状況・閲覧状況・管理状況について職員に尋ねる | ○ | ○ | | |
| | 3.1.48 | | マニュアル閲覧 | | | ○ | ○ | | |
| | 3.1.49 | | 用具・機材の管理 | | | ○ | ○ | | |
| 「ジネスト・マレスコッティの分類」に基づいた補助器具の適切な選択と使用 | 3.1.50 | 「ジネスト・マレスコッティの分類」に基づいた立位補助用具の適切な選択 | 「ジネスト・マレスコッティの分類」に基づいて立位補助用具の選択が適切に行われている | | 職員からの聞き取り | ○ | ○ | | |
| | 3.1.51 | 用具の選択と使用方法の習得ができています | 器具の選択と使用方法を習得している： - 本人に見合ったものである 移乗（介助）パー 移乗用ボード 立位補助器 立位サポートチェア、座位から立位への補助器具 - 立位のテクニックをマスターしている | | ケアの観察 | ○ | ○ | | |
| 正しい立位能力の把握 | 3.1.52 | 評価保清に基づく立位能力の把握 | 評価保清で横臥と判断される入居者のうち、ベッドの背もたれを上げることができる人の数を把握している | 実数把握報告 | | ○ | ○ | | |
| | 3.1.53 | | 医学的診断で立位をとれない人の数把握している | 実数把握報告 | | ○ | ○ | | |
| | 3.1.54 | | 能力はあるが立位をとっていない人の数を把握している | 実数把握報告 | | ○ | ○ | | |
| 車椅子の適切な選択 | 3.1.55 | 車いすおよび付属品の使用に関する研修がおこなわれている | すべての専門職に対して車いすおよび付属品の使用に関する研修を行っている 販売業者による/ユマニチュードリーダーによるワークショップ/リハビリ専門職のいずれかで開催されている | 実践報告 | | ○ | ○ | | |
| | 3.1.56 | | 車椅子の適切な選択の評価 | 車いすの選択、快適性、フィッティングは、一日を通じて本人が適切な姿勢でいられるかどうかを左右する重要な要素であることを認識して評価している | 定期的に評価をしていることを示す書類 | | ○ | ○ | |
| | 3.1.57 | | | 器材としての車椅子の適切な選択に関する評価 | 定期的に評価をしていることを示す書類 | | ○ | ○ | |
| | 3.1.58 | | | 姿勢やフィッティングに関する評価 | 定期的に評価をしていることを示す書類 | | ○ | ○ | |
| | 3.1.59 | | | 疾患特異性の観点からの車椅子の利用に関する評価 | 定期的に評価をしていることを示す書類 | | ○ | ○ | |
| | 3.1.60 | | 車いすの清掃・メンテナンスがおこなわれている | 車いすの清掃・メンテナンス | メンテナンス記録の書類 | | ○ | ○ | |
| 車椅子のメンテナンス | 3.1.61 | | 標準的な手動車いす | 実数報告 | | ○ | ○ | | |
| | 3.1.62 | | リクライニング機能付きの車いす | 実数報告 | | ○ | ○ | | |
| | 3.1.63 | | コンフォートタイプの車いす | 実数報告 | | ○ | ○ | | |
| | 3.1.64 | | シェル型車いす | 実数報告 | | ○ | ○ | | |

| 原則4 外部に対して開かれている（閉鎖的でない） | | 到達目標 | 評価基準 | 事前添付資料 | 現場確認内容 | B | S | G | 病院は除く | | | | |
|--------------------------|-------------------------|----------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---|---|-------|---|---|---|---|
| A 地域に開かれた施設である | 家族の参加 | 4.1.1 | 個別支援計画・看護計画の作成およびアクティビティ等の各場面における家族参加、地域に開かれた外部の視線を尊重 | 個別支援計画・看護計画を作成するとき、及び、次のいずれかの場面で家族の参加を促すための取り組みがある ・アクティビティ（社会生活活動、外出、旅行など）のとき ・食事のとき ・ケアへの参加 ・社会生活委員会を開催するとき | 実施報告、会議録など | | | ○ | ○ | | | | |
| | ボランティアの受け入れ | 4.1.2 | 組織的なボランティアの受け入れにより、地域に開かれた施設として外部の視線を尊重 | ボランティアは一般的なボランティアの研修を受けている | 研修実施記録等 | | | | ○ | ○ | | | |
| | | 4.1.3 | | 施設はボランティアと誓約書など必要な書面を交わしている | 誓約書等 | | | | ○ | ○ | | | |
| | | 4.1.4 | | ボランティアはユマニチュードについて認識している | 研修実施記録等 | どのように認識を把握しているか（受入れ担当者への面談） | | | | ○ | ○ | | |
| | | 4.1.5 | | ボランティアは、施設の担当責任者の監督下にある | 担当責任者による受入れ記録や管理表等 | | | | | ○ | ○ | | |
| | | 4.1.6 | | 施設はボランティアによる気付きや提案に耳を傾ける | 気付きや提案の検討・反映状況がわかるアンケートや会議録等 | | | | | ○ | ○ | | |
| | | 実習生の受け入れ | 4.1.7 | 組織的な実習生の受け入れにより、地域に開かれた施設として外部の視線を尊重 | 施設は地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している | 事業計画等 | | | | | ○ | ○ | |
| | 4.1.8 | | | 施設は実習生の受け入れと指導または研修について学校と協定を締結し、必要な場合は個人と契約を結んでいる | 協定（必要な場合は個人情報やマスキングした契約書） | | | | | ○ | ○ | | |
| | 4.1.9 | | | 施設は実習生向け活動の手引きを作成している | 手引き | | | | | ○ | ○ | | |
| | 4.1.10 | | | 施設は実習生のチューターを任命している | 任命書や役割表等 | | | | | ○ | ○ | | |
| | 4.1.11 | | | 施設は実習生にユマニチュードの取り組みについて伝えている | 実習スケジュールや実施記録等 | どのように取り組みについて伝えているか（担当者への面談） | | | | | ○ | ○ | |
| | 4.1.12 | | | 実習生はシャドウイング（リーダー等と一緒にケア）を行っている | 実習スケジュールやシャドウイング評価記録等 | どのようにシャドウイングを行っているか（担当者への面談） | | | | | ○ | ○ | |
| | 4.1.13 | | | 施設は実習生に対して評価を行う | 評価記録等 | どのように評価を行っているか（担当者への面談） | | | | | ○ | ○ | |
| | 4.1.14 | | | 地域に開かれた施設として受け入れ状況を把握するため年間受入実習生の合計人数複数の手段によって、施設がユマニチュードの取組みについて対外的に自ら情報を発信している件数を把握している（例えば、各種活動、講義、会議、シンポジウム、審査委員会、交流行事、講演、ウェブサイト、SNSなど） | 年間の実習生受入れ人数集計表等 | | | | | | ○ | ○ | |
| | 自発的/対外的評価によって取材を受けた情報発信 | 4.1.15 | 施設でのユマニチュードの取組みについて情報発信により、地域に開かれた施設として外部の視線を尊重 | 施設がユマニチュードの取組みについて取材等に対応し、ユマニチュードを推進する取り組みが複数のメディア、新聞、動画で伝えられている件数を把握している（例えば、テレビ、新聞、ラジオ、雑誌、日本ユマニチュード学会ウェブサイトなど） | 種類別の発信件数の集計表等 | | | | | | ○ | ○ | |
| | | 4.1.16 | | 施設がユマニチュードの取組みについて取材等に対応し、ユマニチュードを推進する取り組みが複数のメディア、新聞、動画で伝えられている件数を把握している（例えば、テレビ、新聞、ラジオ、雑誌、日本ユマニチュード学会ウェブサイトなど） | 種類別の報道件数の集計表等 | | | | | | ○ | ○ | |
| B 家族との絆の維持 | 家族へユマニチュードの情報提供 | 4.2.1 | 家族へ施設で取り組んでいるユマニチュードに関する情報を提供 | 本人・家族・親族向けのユマニチュードの小冊子がある | 小冊子 | | | | | ○ | ○ | ○ | |
| | | 4.2.2 | | 施設は家族・親族のユマニチュードへの認知を高める活動を行っている | | 活動内容（担当者への面談） | | | | | ○ | ○ | ○ |
| | 身元保証人の情報共有 | 4.2.3 | 身元保証人に関する情報を施設と共有 | 身元保証人に関する情報が施設と共有されている | | 共有状況（現場の書類閲覧） | | | | | ○ | ○ | ○ |
| | 家族への支援 | 4.2.4 | 本人同意の上、家族への支援を提供 | 入居する本人の同意の上、本人の家族への支援が行われている | | 本人の同意の取得状況、家族への支援の内容（担当者への面談） | | | | | ○ | ○ | ○ |
| | 社会生活活動への参加 | 4.2.5 | 家族・親族が施設の社会生活活動に参加 | 家族・親族が施設の社会生活活動に参加している | | 参加状況（担当者への面談） | | | | | ○ | ○ | 1 |
| | 家族や親戚を受け入れる自由とプライバシーの尊重 | 4.2.6 | 特別なイベントのために家族や親戚を受け入れる自由があり、プライバシーを尊重 | 以下の条件を全て満たして特別なイベントのために家族や親戚を受け入れる自由があり、プライバシーが尊重されている - 適切な場所で - 時間を限定せず - 特別な演出も可能で - 家族、近親者の訪問に制約がない | 実施記録等 | 実施状況（担当者への面談） | | | | | ○ | ○ | 1 |

| 原則5 生活の場・やりたいことが実現する場を作る | | 到達目標 | 評価基準 | 事前添付資料 | 現場確認内容 | B | S | G | 病院は除く | |
|----------------------------|--------------------------------------|--------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------|---|---|-------|---|
| 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（さまざまなアクティビティ）を実施するアクションチームの設置 | 5.1.1 | 社会生活活動（さまざまなアクティビティ）を行うために、アクションチームとリーダーの配置 | 社会生活活動（さまざまなアクティビティ）を行うために、アクションチームを組織し、リーダーを配置している | 活動記録 組織図 | | | | 1 | |
| | | 5.1.2 | ユマニチュードの価値観を含んだ社会生活活動 | 社会生活活動（さまざまなアクティビティ）には、ユマニチュードの価値観（市民権、家庭の尊重、選択の自由）、5つの原則を満たした活動が含まれている | 社会生活活動例一覧 | | | | 1 | |
| | | 5.1.3 | アクションチームリーダーの役割 | 社会生活活動（個人・団体のさまざまなアクティビティ）が連携して円滑に運営できるように統括する責任者を配置している | 社会生活活動アクションチームの組織図 社会生活活動の計画書 | | | | 1 | |
| | | 5.1.4 | 社会生活活動毎のチームづくり | 社会生活活動（アクティビティ）毎にリーダーと必要なメンバーが配置されている | 社会生活活動（アクティビティ）毎のメンバー名簿 | | | | 1 | |
| | | 5.1.5 | 活動時間の確保 | メンバーの職務記述書に活動について記載があり、活動のための時間が勤務時間内に確保されている | 職務記述書の確認 | 職員への聞き取り | | | | |
| | 社会生活活動計画 | 5.1.6 | 社会生活活動計画の作成 | 社会生活活動（さまざまなアクティビティ）を統括する責任者は必要なメンバーと実施している社会生活毎の社会生活活動計画を作成している。 | 複数の社会生活活動計画事例3例提出 | | | | | 1 |
| | | 5.1.7 | 社会とつながりながら楽しめる計画 | 入居者が施設内にとどまらず社会とつながりながら楽しめる以下を含む社会生活活動計画を作成している - 施設全体で楽しめる娯楽 - 地域に開かれた施設としての活動 - 社会的な楽しめる娯楽 - 広く連帯感のある活動 - そのほか、これらに関連した活動 | 以下が含まれた社会生活活動計画事例3例提出 | | | | | 1 |
| | | 5.1.8 | 社会生活活動計画に明記する内容 | 社会生活活動計画には以下の内容が明記されている - 主な目的 - 副次的な目的 - 場所 - 手段 - イベントの一般的な流れ - 具体的な指示 - ターゲットの社会的プロフィール(対象となる方の社会的プロフィール(生活歴、教育歴、職業歴、趣味歴など) - パートナー | 以下の内容が明記され社会生活活動計画事例3例提出 | | | | | 1 |
| | | 5.1.9 | 個別支援計画への反映 | 社会生活活動計画は、一人ひとりの特性に合わせて個別支援計画に反映されている | 個別支援計画との関連がわかる事例を3事例提出 | | | | | 1 |
| | | 5.1.10 | 地域の方々へ向けての社会生活活動計画の作成 | 地域の方々へ向けての社会生活活動計画には以下が含まれている - 一般的なプロセス - 具体的な指示 - 他職種連携(分野横断) - 所要時間 - 日程 - タイムスケジュール - 場所 | 事例を提出 | | | | | 1 |
| | プログラム | 5.1.11 | 多様性のあるプログラム | できるだけ多くの人が楽しめるように活動プログラムが多様化されている | 多様化されたプログラムの実践記録 | | | | | 1 |
| | | 5.1.12 | 多様性のある活動内容 | 社会生活活動に以下の活動が含まれている 自律的な活動(入居者が活動プロジェクトを計画・運営し、自己選択自己決定で参加する) 社会文化活動(講演会、美術館訪問、映画、カルチャー教室の参加など) 市民的な活動(清掃活動、選挙、ボランティアなどに参加する) 祝祭的な活動(お祭り、誕生日、敬老会、お正月やクリスマスなどのカレンダーにある祝日行事に参加する) 地域に向けた活動(外部に対してバザー、夏祭りなどを行う) 世代間交流活動(地域の子どもたち、幼稚園、保育園、小中学校学生などとの交流) | 以下の要素を含むプログラムの実践記録 | | | | | 1 |
| | 予定表 | 5.1.13 | 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 | 活動予定表 | | | | | 1 |
| | 実践 | 5.1.14 | 社会生活活動計画に沿った実践 | 以下の内容を含んだ社会生活活動を実践している - 活動は施設内のすべての場所で行っている - 参加状況を評価するツールがある - 活動の頻度を決めている - 各活動の日程が決められている - 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 | 社会生活活動計画実践の記録 | 訪問時に確認する | | | | 1 |
| | 職員の役割 | 5.1.15 | 連帯活動の概念を大切に、参加者相互のかわり、構築された絆、関係作りのサポート | 連帯活動の概念を大切に、参加者相互のかわり、構築された絆、関係作りをサポートしている | | 職員への聞き取り | | | | 1 |

| | | | | | | | | | | |
|-----------|-----------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--|--|---|---|---|
| | 5.1.16 | 認知症行動心理症状の管理と予防 | 認知症行動心理症状の管理と予防：行動心理症状を発症するリスクのある入居者に対して「ユマニチュードのフェードイン・フェードアウトの技術」やその他の技術を用いて、活動に参加してもらえるように支援している | | ケア技術の確認 職員への聞き取り | | | ○ | 1 | |
| | 5.1.17 | 参加したい気持ちを育む手段と技術 | 担当が無理強いせず、本人が参加したいと思わせる手段と技術がある | | 現場の観察 ケア技術の確認 | | | ○ | 1 | |
| | 5.1.18 | 考慮すべき項目の実施 | 社会生活活動を実施する担当者は以下の事項などを考慮する -活動の目的の設定 -横断的な参加 -柔軟な対応 -参加のうながし -グループでの活動 -他の専門家との協働 -社会的活動をより深めるための試み 以下が含まれている活動報告書を作成している -①活動日時、場所 -②活動内容、実施状況 -③参加者 -④担当者 -⑤取り組みの評価（参加、関心、構築された絆、社会生活） | | 職員への聞き取り | | | ○ | 1 | |
| | 社会生活活動報告書 | 5.1.19 | 社会生活活動報告書の作成 | 以下を含んだモニタリングを実施し、記録を作成している -①活動日時、場所 -②活動内容、実施状況 -③参加者 -④担当者 -⑤取り組みの評価（参加、関心、構築された絆、社会生活） | 活動報告書 | | | ○ | ○ | 1 |
| | モニタリング | 5.1.20 | モニタリングの実施と記録の作成 | 以下を含んだモニタリングを実施し、記録を作成している -①望ましい活動が尊重されている -②年間を通じて計画に位置付けた頻度で一貫性をもって行われている -③シートは12ヶ月ごとに更新されている -④参加者の参加活動状況が評価されている（積極的、要求、感想） | 活動記録 モニタリング記録 | | | ○ | ○ | 1 |
| B 生活環境 | 5.2.1 | 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、懇親に適した場所の確保 | 入居者本人、家族、来訪者にとって、開かれていて温かく迎え入れてくれる独立した中心となる生活の場（例えば、入居者みんなで集まれる場所、したいことのできる場所（例えば活動ごとに分かれて集まれる場所など）、近親者を迎えて懇親ができる場所（個室、サロン、テラス、庭、食堂など）、社交・文化活動の場所（活動、応接、映画や演劇観賞のための部屋）が確保され活用されている | 議事録 | 面談及び観察でも確認する | | | ○ | ○ | 1 |
| | 5.2.2 | レイアウト | 様々な障害特性にあわせて、したいことのできる、開かれている、温かく迎え入れている、懇親に適した場所があるように生活環境を整えている | | 面談及び観察で確認 | | | ○ | ○ | |
| | 5.2.3 | 案内表示 | 案内表示は、入居者、患者の特性（視覚、聴覚、触覚など）に配慮し、適応できる環境を整えている | | 訪問時確認 | | | ○ | ○ | |
| | 5.2.4 | ホームオートメーション化 | 入居者、患者の特性（障がいなど）に合わせた照明や空調の管理、オートロック、自動ドアなどのホームオートメーションを取り入れ環境を整えている | 管理表など | 訪問時確認 | | | ○ | | |
| | 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 | 受付、共用エリア、外部スペース、居室、廊下、装飾、照明、空調、環境、臭いについて、レイアウトの改善や改装、改修、建替えをする際には職員によるアクションチームが作られ検討し、運営責任者に提案している | 打合せ記録など | 面談及び観察で確認 | | | ○ | | |
| | 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 | レイアウトやリノベーションの改善や建設、装飾や家具購入などに関与し検討する場合には、入居者・患者が参加し意見や要望、提案ができるように働きかけている | 検討会の議事録など | 面談及び観察で確認 | | | ○ | | |
| | 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・患者が私的にお金を使うことができるサービス（ショップ、お酒が飲める場、カフェ、移動式食料品店、美容院、エステなど）を提供している（自動販売機を除く） | | 訪問時確認 | | | ○ | | |
| | 5.2.8 | 本人による衣服の選好・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もできる限り本人の好みに合わせた服で過ごせるように支援している | アセスメント 個別支援計画 支援記録など | ケア実践の確認 | | | ○ | ○ | 1 |
| | 5.2.9 | 職員の業務時の服装 | 利用者と同じように、生活の場ではすべての職員が私服で過ごしている | | 訪問時確認 | | | ○ | | 1 |
| | 5.2.10 | 職員の業務時の服の洗濯 | 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 | | 訪問時確認 | | | ○ | | 1 |
| C 食事 | 5.3.1 | 事業所内で調理 | 食事は事業所内で調理して提供している | 施設外で調理の場合の報告 食事の提供記録 | 訪問時に確認 | | | ○ | ○ | |
| | 5.3.2 | ケータリング・出前（利用者の希望に応じた選択） | ケータリング・出前（利用者の希望に応じた選択）などが可能である | 個別支援計画、個別栄養ケア計画など | 訪問時に確認 | | | ○ | | 1 |
| | 5.3.3 | 法令に則ったHACCPに沿った衛生管理 | 集団給食施設のHACCPに沿った衛生管理を実践している | HACCP認証を取得している場合はその書類 衛生管理に取り組んでいることを確認できる書類 | | | | ○ | ○ | |
| | 5.3.4 | 衛生的な環境整備の実施整備 | 衛生的な環境で食事がとれるように、清掃や手指衛生の環境が整えられている | | 訪問時に観察 | | | ○ | ○ | |
| | 5.3.5 | 衛生的な環境整備の実施整備 | 衛生的な環境で食事がとれるように、入所者・患者と職員は手指衛生を実施している | | 訪問時に観察 | | | ○ | ○ | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------|--|--|--|---|
| 適切な食事の提供 | 5.3.6 | 体制 | <p>事業所は外部提供事業所と、事業所が実践する質の高い食事提供を実践できる以下を含んだ仕様書を作成して、取り交わしを行っている</p> <ul style="list-style-type: none"> - 質の高い食事提供に配慮できる管理栄養士を配置する - 特別なリクエストに配慮する - 変更要求に対する柔軟性に対応する - 入居者・患者に適した量と質が提供できる - HACCPや配食事業の栄養管理に関するガイドラインの尊重（厚労省）などの法令を遵守する - 適温・適時の配食をする - 高品質な食材、オーガニック食品などを選ぶ | 評価項目を実践していることを示す書類 | | | | | |
| | 5.3.7 | | <p>外部の食事提供事業所と連携を図り、質の高い食事を提供している</p> | | 訪問時に聞き取り | | | | |
| 質の高い食事の提供するアクションチーム | 5.3.8 | アクションチームリーダーの配置 | <p>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にアクションチームリーダーを配置している</p> | アクションチームリーダーを含む組織図 | | | | | |
| | 5.3.9 | アクションチームリーダーの役割 | <p>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に調理（外部提供事業所を含む）、メンテナンス、ケア、アクティビティ、事務などとの連携を図っている</p> | チーム活動記録 | | | | | |
| | 5.3.10 | | <p>ユマニチュードの価値観と原則が含まれた、質の高い食事の提供を定着させるために行動している</p> | アクションチームリーダーの活動記録 | | | | | |
| | 5.3.11 | | <p>質の高い食事の提供を定着させるために、食堂に料理長・料理担当者が外向いて入居者・患者と交流ができるように環境を整えている</p> | <p>料理長・料理担当者の活動記録 打ち合わせや会議録、実践の記録</p> | 訪問時に確認 | | | | |
| | 5.3.12 | | <p>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に質の高い食事の提供を定着させるために、職員が食堂にいる全員になどしく注意を払えるように働きかけている</p> | <p>アクションチームリーダーの活動記録 打ち合わせや会議録、実践の記録、研修実施記録</p> | 訪問時に確認 | | | | |
| | 5.3.13 | | <p>質の高い食事を提供するために、レストラン・コンサルタントなどの専門家に関与や連携している</p> | <p>アクションチームリーダーの活動記録 打ち合わせや会議録、実践の記録</p> | 訪問時に確認 | | | | |
| | 5.3.14 | メニュー委員会の開催 | <p>質の高いメニュー作りのために、メニュー委員会を組織して、定期的な話し合いを行っている</p> | 会議録 | | | | | |
| 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の役割 | 5.3.15 | メニューの作成 | <p>メニュー委員会が作成するメニューには以下のすべてが含まれている</p> <ul style="list-style-type: none"> - 定期的な献立の更新 - 季節に応じた献立 - 栄養バランス | メニュー | | | | | |
| | 5.3.16 | | <p>嗜好や食べ方に見合った食事形態のメニューが存在する：手で食べる、立ったまま食べることができる形態</p> | 個別栄養計画やアセスメントなどの記録 メニュー | 訪問時に確認 | | | | |
| | 5.3.17 | | <p>入居者・患者の好みや状況に合わせたメニューを作成している</p> | 個別栄養計画やアセスメントなどの記録 メニュー | | | | | |
| | 5.3.18 | | <p>メニューは、すべての料理（前菜、主菜、デザート）で食べたいものを選ぶことができる多様性がある</p> | メニュー | | | | | |
| | 5.3.19 | メニュー委員会への入居者・患者の参加 | <p>質の高いメニュー作りのために、入居者・患者が満足度アンケートで意見をだせるように支援している</p> | アンケート実施状況とその結果 | | | | | |
| | 5.3.20 | | <p>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している</p> | 会議録確認 | | | | | |
| | 5.3.21 | | <p>質の高い食事、メニュー作りのために、試食会を開催している</p> | 実施記録確認 | | | | | 1 |
| | 5.3.22 | | <p>質の高いメニュー作りのために、メニュー委員会に入居者・患者が参加できる機会を作っている</p> | 会議録確認 | | | | | |
| | 5.3.23 | | <p>質の高いメニュー作りのために、メニュー委員会に家族が参加できる機会を作っている</p> | 会議録確認 | | | | | |
| | 5.3.24 | 嗜好とアレルギー対応 | <p>アレルギーを起こす食べ物を回避できるように評価している</p> | アレルギーに関する記録と対応のある書類 | | | | | |
| | 5.3.25 | | <p>嫌いなもの、要望の反映ができていないか、定期的に評価している</p> | 個人の嗜好に関する情報のある書類 | | | | | |
| | 5.3.26 | 食形態と調理方法 | <p>普通食、刻み食、ミキサー食などさまざまな形態の食事すべてに毎食異なった多様性がある</p> | 提供している食形態の一覧 | | | | | |
| | 5.3.27 | | <p>ミキサー食は料理ごとに分けられている</p> | | 訪問時に確認 | | | | |
| | 5.3.28 | | <p>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）の導入を提案している</p> | | 訪問時に確認 | | | | |
| | 5.3.29 | | <p>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）を提供している</p> | | 訪問時に確認 | | | | |
| 5.3.30 | | <p>指でつまめる形態に対応した作り方の技術がある（フィンガーフード）</p> | | 訪問時に確認 | | | | | |
| 5.3.31 | | <p>配慮の必要性がある方に手で食べる形態の食事を提供している（フィンガーフード）</p> | | 訪問時に確認 | | | | | |
| 5.3.32 | | <p>食材を柔らかく調理する方法（例：低温調理法など）の工夫をしている</p> | | 訪問時に確認 | | | | | |
| 5.3.33 | | <p>食欲が出るように外見を工夫した料理（ゼリー食など）を提供している</p> | | 訪問時に確認 | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------|--|--|--|-------|
| | 5.3.34 | | 特殊形態の食事が、普通食と比較して遜色ない見栄えと多様性をもつ工夫が行われている（多様性） | | 訪問時に確認 | | | | ○ |
| | 5.3.35 | メニューの開示 | メニューを知らせている | 当日の周知方法、事前の周知方法がわかる書類 | | | | | ○ ○ ○ |
| | 5.3.36 | | 食べる際のメニューの口頭説明を職員が毎食実施できるように働きかけている | | 訪問時に確認 | | | | ○ ○ ○ |
| | 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されている | | 訪問時に確認 | | | | ○ ○ ○ |
| | 5.3.38 | | メニューは、以下などの配慮で掲示している ・利用者本人と同じ高さなど個人へ配慮 ・表示場所の工夫 ・メニューを知らせる媒体の工夫 ・テーブル上でのメニュー表示 ・代替メニューの表示 | | 訪問時に確認 | | | | ○ ○ ○ |
| 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) | 5.3.39 | 個別栄養ケア計画作成 | 治療のための特別な注意事項が必要な場合の記載が含まれたそれぞれの個別栄養ケア計画を作成している | 該当事例を3事例提出 | | | | | ○ ○ ○ |
| | 5.3.40 | | 以下の内容が含まれた個別栄養ケア計画を作成している ・具象的な低栄養・脱水予防プログラム ・具体的な誤嚥防止・改善プログラム ・食べものの順序を検討して必要な場合は一皿ずつ提供 ・食事のベースの配慮 ・介助の種類：全介助、簡単な介助（言葉、ジェスチャー） | 該当事例を3事例提出 | | | | | ○ ○ |
| | 5.3.41 | | 個別栄養ケア計画に、「ユマニチュードの評価保清」による本人の立位能力が食事のケアに関連づけられている (食卓まで歩いてくる、車椅子で食事をする、自分で下膳する、本人の要望があれば立ったままで食べる) | 該当事例を3事例提出 | 訪問時に観察 | | | | ○ ○ |
| | 5.3.42 | | 個別栄養ケア計画に沿った食事に関するケアの内容が記載された個人別の食事カードを作成し、以下の項目を記載している -入居者の名前 -食事に関するケアの内容を決定した職員（担当の責任者が存在する） -作成日および再評価の日付 -食事に必要な特別な道具（左利き用、右利き用、自助具（スプーン、フォーク、はし）） -テーブルセッティング -身につける補助用具（義歯、補聴器、眼鏡、酸素） -本人の食事に関する目標 | 書式を提出 事例を3例提出 | | | | | ○ ○ |
| | 5.3.43 | | 個人別食事カードを食事の際に使用し、記載された内容を用いている | | 訪問時に確認 | | | | ○ ○ |
| | 食事に関するアクションチームの役割 (研修の実施) | 5.3.44 | 食事に関する研修の実施 | 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に、食事に関する研修を実施している | 研修実践記録 | | | | |
| 食事に関するアクションチームの役割 (ユマニチュードケアの実施) | 5.3.45 | ユマニチュードケアの実施 | 食事の介助では、介助者が本人の視線と同じ高さになるように座っている | | 訪問時に観察 | | | | ○ ○ ○ |
| | 5.3.46 | | 職員は「ユマニチュードの技術」を用いた食卓までの歩行介助の技術を習得している | 研修などの実践記録 | 訪問時に観察 | | | | ○ ○ |
| | 5.3.47 | | 食事は一度に一人だけでゆっくりと、落ち着いて介助している | | 訪問時に観察 | | | | ○ ○ |
| | 5.3.48 | | 食べることを急がさない介助をしている | | 訪問時に観察 | | | | ○ ○ |
| | 5.3.49 | | 本人の能力を奪わないように、本人に代わってすることはない介助をしている | | 訪問時に観察 | | | | ○ ○ |
| | 5.3.50 | | 本人に見合った食べ方に合わせて介助している（手で食べる、立ったままで食べる） | | 訪問時に観察 | | | | ○ ○ |
| | 5.3.51 | | 立って食べることも妨げないなど、強制はしない介助をしている | | 訪問時に観察 | | | | ○ ○ |
| 食事に関するアクションチームの役割 (「ユマニチュード・評価保清」に基づいた口腔ケア) | 5.3.52 | 「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 | 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に、ユマニチュード・評価保清に基づいて口腔ケアを実施している | 事例を3例提出 | 訪問時に観察 ランダムに入居者を選定して担当者に質問する | | | | ○ ○ |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------|---|---|---|---|
| 食事に関するアクションチームの役割 (本人の自己選択の尊重) | 5.3.53 | 本人の自己選択の尊重 | 食事時の本人の意向や状況を踏まえた配慮を行っている | 事例を3例提出 | | ○ | ○ | ○ | |
| | 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、一人で食べる選択ができる | 事例を3例提出 | 訪問時に確認 | | ○ | ○ | 1 |
| | 5.3.55 | | 家族の同席、ボランティアの同席を選択できる | | 訪問時に確認 | | ○ | ○ | |
| | 5.3.56 | | 本人の意向で職員と一緒に食事ができる | | 訪問時に確認 | | ○ | ○ | 1 |
| 食事に関するアクションチームの役割 (本人に合わせた物的環境整備) | 5.3.57 | 本人に合わせた物的環境整備の実施 | 身につける補助用具や自助具が適切に装着されている | | 訪問時に観察 | ○ | ○ | ○ | |
| | 5.3.58 | | 身につける補助用具、義歯、メガネ、補聴器が適切に使われている | 事例を3例提出 | 訪問時に観察 | ○ | ○ | ○ | |
| | 5.3.59 | | 食事ごとの食事環境(テーブルの高さ、姿勢など)の検証が行われている | 事例を3例提出 | 訪問時に観察 職員への聞き取り | | ○ | ○ | |
| | 5.3.60 | | 人間工学に基づいたテーブルや椅子を適切に使用している | 事例を3例提出 | 訪問時に観察 | | | ○ | |
| 食事に関するアクションチームの役割 (食事の環境・雰囲気) | 5.3.61 | 食事の環境・雰囲気 | 食事の環境や雰囲気作りのためのワークショップの実施して、環境を改善している | ワークショップ実践記録 | | ○ | ○ | ○ | |
| | 5.3.62 | | 食事の雰囲気プロジェクトで以下などを実施している ・少人数で歓談の機会 ・イベントに合わせた食堂の装飾 ・祝祭日の食事の企画 ・テーマ食 | 議事録 | | | ○ | ○ | |
| | 5.3.63 | | 食事の環境プロジェクトで以下を検討している ・食事のたびに食事環境(テーブルの高さ、姿勢など)の検討 ・音に関する環境の検討 ・照明に関する検討 ・室温・空調に関する検討 | 議事録 | | | | ○ | ○ |
| | 5.3.64 | | 社会生活活動チームとの連携で様々な食事のさまざまなアクティビティを実施している | 実践報告 | | | | ○ | ○ |
| | 5.3.65 | | 雰囲気作りで以下を実践している ・盛装を楽しむ機会の企画 ・配膳をする人がホテル給仕の服装 | 実践報告 | | | | | ○ |
| | 5.3.66 | 個別栄養ケア計画に明記されたテーブルセッティングの実践 | 個別栄養ケア計画に明記されたテーブルのセッティングを行っている | 事例を3例提出 | 訪問時観察 | ○ | ○ | ○ | |
| 食事に関するアクションチームの役割 (テーブルセッティング) | 5.3.67 | | 食器用エプロンの着用をしていない | | 訪問時観察 | ○ | ○ | ○ | |
| | 5.3.68 | | 清潔、欠けがない、必要な数が揃っている、出される料理にマッチしている、障害に対応しているなど、提供する皿などに配慮している | | 訪問時観察 | ○ | ○ | ○ | |
| | 5.3.69 | | テーブル上に自分の好みで使える調味料、水などがセッティングされている | | 訪問時観察 | ○ | ○ | ○ | |
| | 5.3.70 | | 食器、箸、フォーク、スプーンなどの適切な選択(理由がある場合には割れない素材を選択)している | 事例を3例提出 | | ○ | ○ | ○ | |
| | 5.3.71 | | 本人はテーブルリネン(ナプキン・ランチョンマット・テーブルクロス)が選択できる | | 訪問時観察 | | ○ | ○ | |
| | 5.3.72 | | 食事の際にアルコールなどの嗜好品が提供されている | | 訪問時観察 | | | ○ | |
| | 5.3.73 | | 人間工学に基づいた食器と卓上の物品を利用している(水差しやビンの高さと材質が使う人に見合ったものになっているなど) | | 訪問時観察 | | | ○ | |
| 食事に関するアクションチームの役割 (自動販売機などの設置) | 5.3.74 | 誰もが利用し購入できる自動販売機などの設置 | 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が設置されている | | 訪問時観察 | | ○ | ○ | |
| 食事に関するアクションチームの役割 (柔軟な食事体制) | 5.3.75 | 柔軟な食事体制 | 3食決められた基本の時間帯がある | 食事提供のスケジュール | | ○ | ○ | ○ | |
| | 5.3.76 | | 食事の延期が可能である | 個別栄養ケア計画や個別支援計画、支援記録など | 訪問時に確認 | | ○ | ○ | |
| | 5.3.77 | | 軽食・おやつを提供が可能である | 個別栄養ケア計画や個別支援計画、支援記録など | 訪問時に確認 | | ○ | ○ | |
| | 5.3.78 | | 安全な設備(ホットプレート、ケトル、コーヒーメーカー、冷蔵庫など)を備えた部屋での食事が可能である | 個別栄養ケア計画や個別支援計画、支援記録など | 訪問時に確認 | | | ○ | |
| | 5.3.79 | | 夜間遅くまで起きている人に向けた食事の準備と対応がある | 個別栄養ケア計画や個別支援計画、支援記録など | 訪問時に確認 | | | ○ | |
| 食事に関するアクションチームの役割 (低栄養と脱水症状の予防) | 5.3.80 | 低栄養と脱水症状の予防のプロジェクトチームを編成とチームリーダーの指名 | 低栄養と脱水症状の予防のプロジェクトチームを編成し、チームリーダーを指名している | 組織図 | | ○ | ○ | ○ | |
| | 5.3.81 | 低栄養と脱水予防のモニタリングを実施し、低栄養と脱水のリスクのある人を注出 | 低栄養と脱水予防のモニタリングを実施し、低栄養と脱水のリスクのある人を抽出している(食事・水分の摂取状況を把握する食事と水分のフォロー用のシートの活用、健康管理などの様々な方法) | 活動報告書 | | ○ | ○ | ○ | |
| | 5.3.82 | 低栄養と脱水症状のリスクがあると確認された入居者・患者のための個別の取り組み | 低栄養と脱水症状のリスクがあると確認された入居者・患者のための個別の取り組みを行っている | 事例3例提出 | | ○ | ○ | ○ | |

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|--------|--|---|---|---|---|
| 食事に 関する ア ク シ ョ ン チ ー ム の 役 割 (誤 嚥 防 止) | 5.3.83 | すべての入居者・患者の状態に合わせた、具体的な栄養改善と脱水防止のためのプログラムを明記した個別栄養ケア計画の作成 | 食事のアクションチームは、すべての入居者・患者の状態に合わせた、具体的な栄養改善と脱水防止のためのプログラムを明記した個別栄養ケア計画を作成している | 事例3例提出 | | | | ○ | ○ | ○ | |
| | 5.3.84 | 個人に合わせた栄養改善のためのプログラムを実施(栄養不足、歩行、抑制など.....) | 個人に合わせた栄養改善のためのプログラムを実施し(栄養不足、歩行、抑制など.....) 低栄養のスクリーニングを行っている(本人のこれまでの体重の推移、定期的な体重測定、BMIおよび簡易栄養状態評価表(MNA)の測定) | 事例3例提出 | | | | ○ | ○ | ○ | |
| | 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 | 処方に基づく経管栄養剤の使用とフォローアップを行なっている | 使用者のリストなど | 訪問時に確認 | | | | ○ | ○ | ○ |
| | 5.3.86 | 決められた食事、経口栄養補助食品、経口補食の有無と内容について、定期的に評価 | 決められた食事、経口栄養補助食品、経口補食の有無と内容について、定期的に評価している | 評価の記録 | | | | | ○ | ○ | ○ |
| | 5.3.87 | 低栄養と脱水予防の食事量の把握と定期的に評価 | 低栄養と脱水予防の食事量の把握と定期的に評価している | 全体評価 個人事例3例提出 | | | | | ○ | ○ | ○ |
| | 5.3.88 | 経管栄養を減らす方針を掲げ「口から食べる楽しみ」実現するための取り組み | 経管栄養を減らす方針を掲げ「口から食べる楽しみ」実現するための取り組みがある | 事例3例提出 | 訪問時に確認 | | | | | | ○ |
| | 5.3.89 | 天然のサプリメント使用している場合は個人栄養ケア計画に記録し、の投与量のモニタリング、フォローアップを実施 | 天然のサプリメント使用している場合は個人栄養ケア計画に記録し、の投与量のモニタリング、フォローアップを実施している | 個別栄養ケア計画 個別支援計画 支援記録 モニタリング記録など | | | | | | | ○ |
| | 5.3.90 | 家族、ボランティアに、低栄養と脱水予防の意識向上のための活動 | 家族、ボランティアに、低栄養と脱水予防の意識向上のための活動をしている | 実践報告 | | | | | | | ○ |
| | 5.3.91 | 食事のアクションチームは、誤嚥防止のプロジェクトチームを編成しチームとリーダーの指名 | 食事のアクションチームは、誤嚥防止のプロジェクトチームを編成し、チームリーダーを指名している | 議事録 | | | | | ○ | ○ | ○ |
| | 食事に 関する ア ク シ ョ ン チ ー ム の 役 割 (食 事 会) | 5.3.92 | 誤嚥リスクのある人の把握 | 誤嚥リスクのある人を把握している | リスト書式 | リストの確認 | | | | ○ | ○ |
| 5.3.93 | | 食べ物や飲み物のとろみ、刻みなどの形態について定期的に評価 | 食べ物や飲み物のとろみ、刻みなどの形態について定期的に評価している | 評価記録 | | | | | ○ | ○ | ○ |
| 5.3.94 | | ベッド上、テーブルでの適切な姿勢での食事 | ベッド上、テーブルのどちらでも食事の姿勢が適切になるように整えている | 評価記録 | | | | | ○ | ○ | ○ |
| 5.3.95 | | 誤嚥のリスクがあると確認された入居者・患者のための個別の取り組み | 誤嚥のリスクがあると確認された入居者・患者のための個別の取り組みをしている | リスト書式 事例3例提出 | リスト確認 | | | | | ○ | ○ |
| 5.3.96 | | 職員を対象とした誤嚥防止に関するトレーニングの実施 | 職員を対象とした誤嚥防止に関するトレーニングの実施している | 実施記録 | | | | | | ○ | ○ |
| 5.3.97 | | 言語聴覚士との協働 | 言語聴覚士と協働して、誤嚥防止に取り組んでいる | 実施記録 事例3例提出 | | | | | | ○ | ○ |
| 5.3.98 | | 家族、ボランティアに、誤嚥に関する意識向上のための活動 | 家族、ボランティアなどに、誤嚥に関する意識向上のための活動を行っている | 実施記録 | | | | | | | ○ |
| 5.3.99 | | 入居者・患者が誰かを招く食事会の開催 | 入居者・患者が誰かを招く食事会を開催できるように支援している | 実施記録 | | | | | | ○ | ○ |
| 質の高い食事の 提供するア ク シ ョ ン チ ー ム の 役 割 (現 状 把 握 と 満 足 度 調 査 の 実 施 ・ 課 題 分 析) | 5.3.100 | 食事の際の現状把握の人数管理の実施 | 食事の際の現状把握で以下の人数管理を行っている - 自分で食事がとれる - 食事の際に見守りが必要 - 要食事介助者 - ベッドで食事 - 車椅子で食事 - 人間工学的に体に合った椅子で食事 - 誤嚥の危険性 - 規定の食事提供 - 経管栄養 - 低栄養またはそのリスク - 個人別食事カード - 食事を介助を担当する職員 | 実数把握 | | | | | ○ | ○ | ○ |
| | 5.3.101 | 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に、満足度調査などの実施 | 生活歴、慣習、習慣と関連性のある食事に関するアンケート(満足度調査など)を実施している | アンケート内容 | | | | | | ○ | ○ |
| | 5.3.102 | 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のために、食事に関する満足度調査の結果分析 | 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のために、食事に関する満足度調査などでデータを収集・分析し、食事の質の向上につなげている | アンケートなど データ収集内容 分析と質向上の取り組み内容 | | | | | | | ○ |
| 食事に 関する ア ク シ ョ ン チ ー ム の 役 割 (食 物 廃 棄 シ ョ ン チ ー ム の 役 割 (食 物 廃 棄 の 取 り 組 み) | 5.3.103 | ごみの削減に向けた食べ残しに関する検討 | ごみの削減に向けた食べ残しに関する検討を行っている | 議事録 | 訪問時に職員へ聞き取り | | | | ○ | ○ | ○ |
| | 5.3.104 | ごみの削減に向けた取り組みの実施 | ごみの削減に向けた以下の取り組みを行なっている - 資源ごみ回収 - 分別 - 食べ残した食品の計量 | 取り組み内容 | 訪問時に職員へ聞き取り | | | | | ○ | ○ |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------|--------|--|--|---|---|---|---|---|
| | | 5.3.105 | ごみ削減に向けた積極的な取組み | ごみ削減に向けた以下などの具体的な取組みを実践している ・堆肥化 ・ごみのバイオエコノミー利用（さまざまな再生手段：エネルギー・原料化による再利用など） | 取組み内容 | 訪問時に職員へ聞き取り | | | | | ○ | | | |
| | 食事に関するアク食物廃棄シヨ ンチームの役割 (水と食料の備 蓄) | 5.3.106 | 災害に備えた水と食料の備蓄 | 入居者・患者・職員数や状況などに応じた、災害に備えた水と食料の備蓄をしている | 備蓄一覧表 | 訪問時に確認 | | | | ○ | ○ | ○ | | |
| D 往 来 の 自 由 来 客 を 迎 え る | 施設外へ外出支 援体制 | 5.4.1 | 入居者の意向・要望、状態に合わせた、 外出支援体制がある | 入居者の意向や状態に応じて、施設外への外出支援（市街地に出かける、映画館、散歩など）は、様々な可能性（手段、頻度、多様性）を考慮して対応している | 実践事例3例提出 | 職員への聞き取り | | | | ○ | ○ | ○ | 1 | |
| | 迷子になる可能 性のある入居者 の対応 | 5.4.2 | 迷子になる可能性のある入居者の人数把握 | 入居者が迷子になる可能性を評価し、人数を把握できる仕組みを整えている | 評価方法の書式 リストなど人数の把握書類 評価事例3例提出 | | | | | | ○ | ○ | ○ | 1 |
| | | 5.4.3 | 迷子になる可能性のある一般棟（施錠さ れていない棟）の入居者に対してのリス ク評価と通知 | 迷子になる可能性のある一般棟（施錠されていない棟）の入居者に対して、本人にとってのメリットとリスクの評価を行い、結果を本人、家族、代理人に通知している | 評価方法の書式 通知事例3例提出 | | | | | | ○ | ○ | ○ | 1 |
| | | 5.4.4 | 迷子になる可能性のある一般棟（施錠さ れていない棟）の入居者に対しての対応 | 迷子になる可能性のある一般棟（施錠されていない棟）の入居者に対して、リスク評価に基づいて、安全確保の手段（GPS機能付きの時計・靴・お守り、見守り介護ロボット、セキュリティデバイスなど）を利用しているそれぞれの対応と人数把握を行っている | 実施状況の記録 実施人数の把握書類 | | | | | | ○ | ○ | ○ | 1 |
| | | 5.4.5 | 往来が自由にできる環境 | 家族や友人が施設に24時間アクセス可能な環境と仕組みを整えている | | | 訪問時に確認 | | | | | | ○ | 1 |
| | 5.4.6 | 往来が自由にできるサポート | 家族や友人がいつでも自由に入出りできるサポート体制を整えている | | | 訪問時に確認 | | | | | | ○ | 1 | |