

平成25年度 有老協／有料老人ホーム第三者評価結果

使用プログラム: 有料老人ホームサービス第三者評価プログラムver6.3

会員事業者名: 株式会社キューデン・グッドライフ熊本

任意受審ホーム名: グランガーデン熊本 (熊本県)

特定非営利活動法人京都府認知症グループホーム協議会

1. 第三者評価結果

《第1群》事業主体の経営姿勢

1-1-1 経営姿勢の周知

事業主体の経営姿勢を、どのような形で周知していますか。

A 法令遵守等を含む自主行動基準を策定し、公表している。	○
B 関係法令等の遵守について、企業理念に盛り込んでいる。	
C 上記の取り組みを行っていない。	

1.1.2 経営における社会的責任

有料老人ホーム事業者に求められる関係法令・規範等を遵守すべく、どのような取り組みを行っていますか。

A 遵守すべき法令・規範・倫理等を盛り込んだ自主行動基準を策定し、必要な職員研修を実施している。	○
B 法令・規範・倫理遵守等をテーマにした職員研修を行い、職員に啓発している。	
C 上記の取り組みを行っていない。	

1-1-3 コンプライアンスへの取り組み

全社的に自主行動基準の活用を図っていますか。

A 社内にコンプライアンス委員会を設置するなど、組織的に自主行動基準を運用している。	○
B 自主行動基準を策定し、職員に周知している。	
C 自主行動基準の策定・運用を行っていない。	

1-1-4 法人の事業計画

適切に事業計画を策定していますか。

A 中期以上の事業計画を策定し、必要な都度見直しを行っている。	○
B 単年度の事業計画を策定している。	
C 上記の取り組みを行っていない。	

1-2-1 財務状況の改善・向上

法人の財務状況について、改善や向上に向けた取り組みを行っていますか。

A 改善・向上に向けた具体的な取り組みを行っており、前年度との比較で成果が現れている。	○
B 改善・向上に向けて具体的な取り組みを行っている。	
C 上記の取り組みを行っていない。	

1-2-2 資金管理

法人の保有資金について、透明性が確保された資金管理を行っていますか。

A	資金運用等のルールが定められており、運用等に当たっては役員会等の機関決定を行ない、結果が報告されるようになっている。	○
B	資金運用等のルールが定められている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
1-3-1 事業関連情報の共有 有料老人ホーム事業に関連する法規や各種の情報について、社内共有が図られていますか。		
A	必要な情報は一定の方法で社内に伝達し、職員が必要に応じていつでも利用できるよう管理が行われている。	○
B	必要な情報は、一定の方法で社内に伝達している。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
1-3-2 個人情報保護義務 入居者等の個人情報保護に向け、どのような取り組みを行っていますか。		
A	個人情報保護について規程を定め、職員研修等を通じて周知徹底を図っている。	○
B	個人情報保護について規程を定めている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
1-3-3 個人情報の管理 入居者の個人情報(生活歴、介護情報など)について、どのように管理していますか。		
A	書類の保管場所と責任者を決めて入居者ごとに情報を管理し、個人情報保護規程を定めて情報へのアクセス権限・管理責任等を設定している。	○
B	書類の保管場所と責任者を決め、入居者ごとに情報を管理している。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
1-4-1 職員の育成 職員の能力向上に関して、どのような取り組みを行っていますか。		
A	職階ごとの人材育成計画に基づき、職員一人ひとりの育成計画を策定している。	○
B	職階ごとの人材育成計画を策定している。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
1-4-2 職員の評価・報酬 職員の業務実施に対して、適切な評価や報酬上の反映を行っていますか。		
A	個人の能力向上への意向を把握した上で人事管理を行い、評価結果を給与や待遇面で評価するためのルールを運用している。	○
B	評価結果を給与や待遇面で評価するためのルールがある。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
1-4-3 人事考課 職員の人事考課をどのように行っていますか。		
A	人事考課基準を策定した上で、これに沿って定期的な人事考課を行っている。	○
B	定期的な人事考課を行っている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	

1-4-4 職員のモチベーション維持

職員に求められる役割について、明確化していますか。

A	経験・能力等に応じた役割が、期待水準として明文化されている。	○
B	職員から業務提案を募ったり、意見聴取の場を設けたりしている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	

1-4-5 職員の就業状況への配慮

職員の就業状況を把握し、改善につなげる取り組みを行っていますか

A	職員の就業状況や意向を定期的に把握し、改善を検討するための仕組みがある。	○
B	職員の就業状況や意向を定期的に把握している。	
C	上記の取り組みを行っていない。	

1-4-6 中間管理職の役割

中間管理職がその役割を果たすための仕組みがありますか。

A	中間管理職としての職務分掌に基づく職員研修を行い、日常業務においては業務量が加重にならないよう配慮している。	○
B	中間管理職としての職務分掌に基づき、必要な職員研修を行っている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	

1-4-7 資格取得への支援

職員に対して、ホームが必要とする業務関連資格の取得支援を行っていますか。

A	資格取得に対する便宜を図り、業務上必要な資格を有している者には、必要に応じて給与待遇面で便宜を図っている。	○
B	資格取得を奨励し、何らかの便宜を図っている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	

1-4-8 入居募集に係る職員への指導

入居募集を担当する職員に対してどのような指導を行っていますか。

A	サービス内容や契約関係書類だけでなく、個人情報保護法、消費者契約法、及び景品表示法など、消費者保護に係る関係法規についても指導を行っている。	○
B	サービス内容や関係書類(パンフレット、契約関係書類など)等について指導を行っている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	

1-5-1 入居者の権利擁護

入居者の権利擁護(プライバシー、サービスの選択権、苦情など)についてどのような取り組みを行っていますか。

A	入居者の権利擁護について成文化し、職員に徹底するとともに、入居者や家族等に周知するため、ホーム内への掲示や文書の配布などを行っている	○
B	入居者の権利擁護について成文化し、職員への指導を行っている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	

1-5-2 権利擁護に係る外部との連携

入居者の判断能力が低下した場合、権利擁護に関してどのような取り組みを行っていますか。

A	家族等への情報提供を行い、必要に応じて成年後見制度の利用支援や、各種権利擁護機関と連携を図っている。	○
B	家族等に対し、権利擁護に関する情報を提供している。	
C	特に対応していない。	
1-5-3 虐待防止への組織的対応 入居者への虐待防止についての内部統制を行っていますか。		
A	法令に定めるルールを業務マニュアルや就業規則等に規定した上で、虐待防止に係る組織的な取り組みを行っている。	○
B	法令に定めるルールを業務マニュアルや就業規則等に規定している。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
《第2群》ホームの運営方針		
2-1-1 運営理念の周知 ホームの運営理念について、関係者に周知していますか。		
A	ホームの運営理念を職員に周知し、さらに入居者等に対しても文書等により周知している。	○
B	ホームの運営理念を職員に周知している。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
2-1-2 ホームの事業計画の策定・評価 事業計画を定め、これに沿った事業運営を行っていますか。		
A	食事・生活・介護等の業務部門ごとに年間の事業計画を定めている。	○
B	ホーム全体での年間事業計画(活動目標、サービス向上のための取り組み)を定めている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
2-2-1 見学受け入れの姿勢 入居希望者の見学を、どのように受け入れていますか。		
A	入居者へのサービス提供に支障がない限り、予約がなくても見学者を受け入れている。	○
B	通常は、予約を受けた上で見学者を受け入れている。	
C	受け入れている。	
2-2-2 体験入居への取り組み 入居希望者の選択に資する観点で、体験入居制度を実施していますか。		
A	専用居室(一般居室や介護居室)で実施している。	○
B	共用部分(体験入居室、和室など)で実施している	
C	実施していない。	
2-2-3 入居条件の緩和 入居希望者が身元引受人を立てられない場合、法律上の観点からどのような対応を行っていますか。		
A	弁護士や司法書士などの利用や、後見制度を利用するなど、第三者の関与により入居することができ、ホームとしてそのための支援を行っている。	○

B	入居希望者とホームとの間で、身元引受業務(身上監護、債務保証など)に関する事務管理委託契約等の仕組みを利用することで入居することができる。	
C	ホームの関係者が身元引受人となることで、入居することができる。	
※	非該当(身元引受人が必置、または身元引受人が不要)	
2-2-4 募集関係書類内容の整合性 入居募集に係る文書(入居契約書、重要事項説明書、パンフレット、の3種類)の記載事項について、表示と実態との乖離がないよう努めていますか。		
A	各文書の記載内容について、実態との乖離がないか確認を行い、かつ文書間の整合性を図っている。	○
B	各文書の記載内容について、実態との乖離がないか確認を行っている。	
C	特に確認を行っていない。	
2-2-5 契約関係書類の開示時期 入居希望者に対し、契約関係書類(入居契約書、重要事項説明書、管理規程)及び財務諸表(損益計算書、貸借対照表)について、どのように情報を開示していますか。		
A	入居希望者の求めがあれば、契約関係書類及び財務諸表の要旨を交付している。	○
B	入居希望者の求めがあれば、契約関係書類を交付し、財務諸表の要旨については事務所に常置して閲覧に供している。	
C	契約関係書類については、入居申込の段階で交付している。	
2-2-6 特定施設利用契約の説明時期 入居契約を締結する前の段階で、介護保険指定特定施設利用契約の内容について説明を行っていますか。		
A	入居契約締結前に特定施設利用契約内容の説明を行い、重要事項説明書を交付し、さらに利用契約を締結する段階であらためて説明を行っている。	○
B	入居契約締結前に特定施設利用契約内容の説明を行い、重要事項説明書を交付している。	
C	入居契約締結前の説明は行っていない。	
2-2-7 利用料改定方法 利用料改定のルール(改定の理由、根拠等)を、入居契約書又は管理規程に定めていますか。		
A	改定のルールを入居契約書又は管理規程に定め、改定の際には事前に入居者等へ説明を行うこととしている。	○
B	改定のルールを、入居契約書又は管理規程に定めている。	
C	上記の取り組みを行っていない、または、一方的に改定を行うことができる。	
2-2-8 契約解除に係る入居者保護 ホームからの入居契約解除要件について、入居契約書に規定していますか。		
A	入居契約書に、入居者に弁明の機会を与え、さらに解約予告期間を設けるなど、入居者保護に係る規定を設けている。	○
B	入居契約書に規定している。	
C	規定していない。	
2-2-9 保全措置		

入居希望者から何らかの前払い金を受領する場合、老人福祉法が定める保全措置を講じていますか。

A	入居者の入居期間中に係る、都道府県知事が認める保全措置を講じている。	○
B	前払い金の返還債務期間内に係る、都道府県知事が認める保全措置を講じている。	
C	平成18年4月1日以降にホームの設置届を行った義務対象の事業者ではなく、保全措置は講じていない。	
※	非該当(保全措置の対象となる前払金を受領しない)	

2-2-10 短期解約特例

入居後、3月の期間内に入居者が死亡又は生前解約した場合、消費者保護の観点で、どのように入居契約を定めていますか。

A	短期解約特例期間について、入居契約書に法令の定めに従った期間計算及び返還金計算を行うことを明記し、さらに、入居者の実際の入居日を事後に記載することで、事後のトラブル防止に対応できるようにしている。	○
B	短期解約特例期間について、入居契約書に法令の定めに従った期間計算及び返還金計算を行うことを明記している。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
※	非該当(特例の対象となる前払金を受領しない)	

2-2-11 原状回復取扱規程

入居契約の終了に伴う居室の原状回復内容・費用について、具体的な取扱規程がありますか。

A	入居契約書上の規定以外に具体的な取扱文書があり、「居室及び居室内設備・備品の自然損耗や通常の使用による損耗等の原状回復費用については入居者に請求しない」ことを規定している。または入居契約書上に一切の費用負担を入居者に求めない旨を規定している。	○
B	入居契約書上の規定以外に具体的な取扱文書がある。	
C	上記の取り組みを行っていない。	

2-3-1 要介護者等への職員配置

要支援者及び要介護者に対する介護・看護職員の配置は、どのようになっていますか。

A	要介護者等2名に対し、1名を超える配置である。	○
B	要介護者等2.1名から2.9名に対し、1名の配置である。	
C	要介護者等3名に対し、1名の配置である。	
※	非該当(住宅型ホームである)	

2-3-2 夜間の職員配置

介護・看護職員の夜勤配置は、どのようになっていますか。

A	介護職員に加え、看護職員も常に配置している。	○
B	介護職員を常に配置している。	
C	配置していない。	
※	非該当(現在要介護者がいない)	

2-3-3 サービスの質向上への取り組み

サービスの質を向上するため、どのような取り組みを行っていますか。

A	サービスの質向上に向けた検討組織を設置して、活動している。	○
B	職員から個別の提案を受け、サービスに反映するよう努めている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
2-3-4 ニーズの把握		
入居者のサービス等への希望や満足度を把握するための取り組みを行っていますか。		
A	必要に応じて各種の調査を行い、結果については関係者に開示している。	○
B	必要に応じて各種の調査を行っている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
2-3-5 運営懇談会の開催		
運営懇談会を、設置運営規則に基づき定期的を開催していますか。		
A	規則に基づき収支内容の説明を議題とする場合を含め定期的を開催しており、会議の結果について入居者等に報告している。	○
B	規則に基づき定期的を開催し、会議の結果については入居者等に報告している。	
C	規則がない、または定期的に開催していない。	
2-3-6 ホーム運営状況の報告方法		
入居者等に対して、ホームの収支状況、及び運営状況の報告をどのように行っていますか。		
A	定期的な文書配布に加え、入居者等に直接説明する機会を設けている。	○
B	文書の配布などにより、定期的に報告を行っている。	
C	定期的な報告を行っていない。	
2-3-7 介護保険会計との区分		
有料老人ホーム事業と介護保険指定事業について、会計の区分を行っていますか。		
A	按分基準を定めて会計区分を行い、結果を公表している。	○
B	按分基準を定めて会計区分を行っている。	
C	会計区分を行っていない。	
	※非該当(法人が介護保険事業を行っていない)	
2-3-8 ホーム以外の事業会計との区分		
有料老人ホーム事業とその他の事業の経理について、会計の区分を行っていますか。		
A	ホーム事業とその他の事業会計を区分するとともに、決算の結果を入居者等に開示している。	
B	ホーム事業とその他の事業会計を区分している。	
C	会計区分を行っていない。	
	※非該当(法人が有料老人ホーム以外の事業を実施していない)	○
2-3-9 社内の苦情処理体制		
入居者保護の観点で、ホーム内の苦情処理体制を整備していますか。		
A	社内の苦情処理体制を整備し、ホーム内の掲示や文書の配布などにより入居者等に周知した上で、苦情を申し出たことによる不当差別を行わない旨を周知している。	○
B	経営者や施設長を柱とした社内の苦情処理体制を整備し、ホーム内の掲示や文書の配布などにより入居者等に周知している。	

	C 上記の取り組みを行っていない。	
2-3-10 社外の苦情処理体制 入居者等が外部の苦情処理機関を利用することへの配慮を行っていますか。		
A	外部の苦情処理機関について入居者等に周知を行うとともに、苦情を申し出たことによる不当な差別を行わない旨についても同様に周知している。	○
B	外部の苦情処理機関について、文書の交付やホーム内の掲示など、入居者等が利用しやすいように周知を行っている。	
	C 上記の取り組みを行っていない。	
2-3-11 損害賠償 入居者へのサービス提供に係る損害賠償(生命・身体・財産に係る賠償など)について、どのような取り組みを行っていますか。		
A	損害賠償責任について入居契約関係書類に規定した上で、損害保険への加入や資金の確保を行っている。	○
	B 損害賠償責任について、入居契約関係書類に規定している。	
	C 損害賠償責任について、入居契約関係書類に規定していない。	
2-4-1 金品授受の取り扱い 入居者や家族等からの金品の授受について、どのように職員のモラル向上に努めていますか。		
A	入居者や家族等並びに取引業者からの金品等の授受について、マニュアル等で取扱いを定め、職員研修などでモラルの向上に努めている。	○
B	入居者や家族等並びに取引業者からの金品の授受について、職員研修等でモラルの保持に努めている。	
	C 特に取り組んでいない。	
2-4-2 業務マニュアルの策定・見直し 必要な業務手順を文書で定め、見直しを行っていますか。		
	A 個別業務の実施方法について文書で定め、定期的、かつ必要な都度見直しを行っている。	○
	B 個別業務の実施方法について文書で定め、必要な都度見直しを行っている。	
	C 特に文書で定めていない。	
2-4-3 事故防止への取り組み ホーム内で想定される事故(食中毒、転倒・設備に起因する事故など)防止のために、具体的な取り組みを行っていますか。		
A	事故防止のためのマニュアルを定め、事故事例の記録・保存と評価を行い、再発防止策の検討などを組織的に実施している。	○
	B 事故防止のためのマニュアルを定め、事故事例の記録・保存と評価を行っている。	
	C 上記の取り組みを行っていない。	
2-4-4 感染症予防の取り組み 感染症予防への具体的な取り組みを行っていますか。		
	A 感染症予防マニュアルを策定し、必要に応じ医療機関等との連携を図っている。	○

	B 感染症予防マニュアルを定めている。	
	C 上記の取り組みを行っていない。	
2-4-5 災害対策マニュアルの整備		
自然災害(火災・風水害・地震等)への具体的な対策を講じていますか。		
	A 災害対策マニュアルを定め、必要と想定される備品・消耗品の備蓄などを行っている。	○
	B 災害対策マニュアルを定めている。	
	C 上記の取り組みを行っていない。	
2-4-6 防災訓練の実施		
スケール内容防災訓練を定期的実施していますか。		
A	ホームの防災計画に基づく防災訓練を定期的実施しており、必要に応じ夜間を想定した訓練が含まれている。	○
B	ホームの防災計画に基づく防災訓練を、定期的実施している。	
C	防災訓練を実施していない。	
《第3群》建物・設備		
3-1-1 バリアフリー		
居室内は、バリアフリー構造となっていますか。		
A	居室全体(浴室、トイレを含む)がバリアフリー構造で建築されている、または、開設後に必要な箇所についての改修を行っている。	○
B	居室のうち、浴室・トイレを除く箇所について、バリアフリー構造で建築されている。または、開設後に必要な箇所についての改修を行っている。	
C	居室内はバリアフリー構造で建築されておらず、また開設後の改修なども行っていない。	
3-1-2 緊急通報装置		
緊急通報装置を、居室内のどこに設置していますか。		
A	居間や寝室のほか、トイレや浴室にも設置している。	○
B	居間や寝室に設置している。	
C	上記の箇所に設置していない。	
3-1-3 安否確認の実施		
入居者の安否確認を、どのように行っていますか。		
A	職員による安否確認を行い、さらに居室内に安否確認のための機器(リズムセンサーやドアチェッカー等)を設置している。	○
B	職員による安否確認を行っている。	
C	特に行っていない。	
3-1-4 車いすでの移動		
介護居室内は、車いすで支障なく移動ができますか。		
A	居室内はトイレを含め支障なく移動でき、さらに、洗面台は車いすのまま利用できる。	○
B	ドアの開閉、段差の解消、幅員の確保が行われ、居室内はトイレを含め支障なく移動できる。	

C 車いすでは移動できない場所がある。		
3-1-5 相部屋でのプライバシー配慮 相部屋について、プライバシーへの配慮を行っていますか。		
A	壁またはパーテーション等での間仕切りを行い、さらにベッド間の距離を十分に保つよう工夫している。 またはすべて個室で対応している。	○
B	必要に応じ、カーテンでの間仕切りをできるようにしている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
※非該当(縁故者以外に相部屋の設定がない)		
3-1-6 共用施設の設置 入居者の機能維持や自立支援、生きがい支援の観点で利用する専用の施設(レクリエーション施設、図書室、要介護者向けデイルーム、専用機器を設置した機能訓練室、等)を設置していますか。		
A	専用の施設を設置するだけでなく、入居者の積極的な利用に供するための支援を行っている。	○
B	専用の施設を設置している。	
C	専用の施設は設置していない。	
3-1-7 来訪者との談話スペース 入居者がくつろいだり、来訪者と談話したりするためのスペースを設けていますか。		
A	独立したスペースや部屋を設置し、費用の有無を問わず給茶などのサービスを行っている。	○
B	独立したスペースや部屋を設置している。	
C	設置していない。	
《第4群》生活サービス		
4-1-1 生活相談業務 入居者や家族等からの生活上の相談について、どのような対応を行っていますか。		
A	相談担当職員を定めて対応し、必要に応じて外部の専門家の紹介を行うなど、社会資源の活用を支援している。	○
B	相談担当職員を定めて対応している。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
4-1-2 小口現金の管理 生活必需品や嗜好品などの購入に係わる便宜を供するため、やむを得ず入居者の小口現金を管理する場合、どのような方法で行っていますか。		
A	預り金や立替金等で処理する場合の管理方法を規定した上で処理し、収支状況を入居者等へ報告している。	○
B	預り金や立替金等で処理し、収支状況を入居者等へ報告している。	
C	小口現金の管理は行わない。	
4-1-3 生活利便サービスの実施 入居者の利便に供するための生活サービス(各種手続、代行等)を提供していますか。		

A	管理規程に定めるサービスを提供するとともに、運営懇談会など常に入居者の要望を聴く場を設けている。	○
B	サービスの詳細を管理規程に定めて提供している。	
C	生活利便サービスを提供していない。	

4-1-4 外部からの生活サービスの導入

ホームが提供するサービスのほか、外部のサービスを取り入れていますか。

A	入居者のニーズを把握・調査した上で、外部サービスを導入している。	○
B	外部サービスを導入している。	
C	上記の取り組みを行っていない。	

4-2-1 コミュニケーション

入居者とのコミュニケーションに配慮していますか。

A	職員に対し、入居者とのコミュニケーション技術の向上を図るための職員研修を行い、さらに必要に応じて居室訪問などの具体的な取り組みを行っている。	○
B	職員に対し、入居者への声かけや傾聴など、コミュニケーション技術の向上を図るための職員研修を行っている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	

4-2-2 アクティビティの計画的な実施

各種のアクティビティ(行事・レクリエーション)が、計画的に実施されていますか。

A	計画書を作成して計画的に実施し、結果について評価を行い、課題が次の計画に反映されるよう取り組んでいる。	○
B	入居者の要望を踏まえて、職員が役割分担し、計画・実施している。	
C	計画的に実施していない。	

《第5群》食事サービス

5-1-1 バリエーション

入居者に食事を楽しんでいただくため、メニューに変化をつけていますか。

A	季節・祝祭日ごとのメニューのほかに、日常の食事においては毎日、朝・昼・夕食のいずれかで選択メニューを実施している。	○
B	季節・祝祭日ごとのメニューのほかに、日常の食事においては週に1食以上の選択メニューを実施している。	
C	上記の取り組みを行っていない。	

5-1-2 入居者のニーズの反映

入居者の嗜好や希望をサービスに反映させるための取り組みを行っていますか。

A	日常的な残量チェックと必要に応じた各種の嗜好調査を行い、さらに食事サービスについて入居者と職員が話し合える機会を設けている。	○
B	日常的な残量チェックと、必要に応じた各種の嗜好調査を実施している。	
C	上記の取り組みを行っていない。	

5-2-1 摂食支援

食事をとることが不自由な入居者に対する支援をどのように行っていますか。

A	個別プランで改善目標を立てた上で、自助具を活用するなど、入居者が自力で食事をとれるような工夫を行っている。	○
B	自助具を活用するなどし、自力で食事がとれるような工夫を行っている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	

5-2-2 疾病に対応した食事の提供

スケール内容機能障害・疾病等により、栄養管理や調理に配慮が必要な入居者に対して、どのような対応を行っていますか。

A	一時的な疾病の場合に調理上の工夫を行うほか、入居者の慢性的な機能障害や疾患に対して、医師の指示等に基づく治療食(カロリー・塩分制限食など)を提供している。	○
B	一時的な疾病等の場合、調理上の工夫を行っている。	
C	上記の対応は行っていない。	

5-2-3 適温での提供

温かいものは温かく、冷たいものは冷たい状態で提供していますか。

A	食事時間内であれば、いつでも適温で食事を提供している。	○
B	調理はすべて食事開始時点までに終了しているが、保温食器等の工夫をしている。	
C	適温への配慮は行っていない。	

5-2-4 個別の食事管理

要介護者ごとに、個別栄養管理に基づく食事が提供されていますか。

A	栄養士の栄養管理により、個々の入居者に合った食事が提供されており、必要に応じケース会議等において看護・介護部門等、他職種との連携を図っている。	○
B	栄養士が栄養管理を行い、要介護者の健康状態や咀嚼・嚥下能力に応じた食事が提供されている。	
C	栄養管理に基づく食事は提供していない。	

5-2-5 口腔ケアへの取り組み

口腔ケアが必要な入居者に対し、どのような取り組みを行っていますか。

A	職員による口腔ケアを行うほか、協力歯科医によって入居者の口腔管理や口腔指導が行われている。	○
B	食後や就寝前の歯磨き、技師の管理などの口腔ケアを行っている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
※	非該当(住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置していない)	

《第6群》ケアマネジメント

6-1-1 介護の提供方針

介護サービスを提供する上で、入居者の自立支援の観点での取り組みを行っていますか。

A	入居者の残存機能を高めるための介護方法をケース会議等で組織的に検討して、ケアプランを作成している。	○
---	---	---

	B ケアプランを作成する際に、入居者の残存機能を維持する観点での介護方法を検討している。	
	C 上記の取り組みを行っていない。	
	※非該当(住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置していない)	
6-1-2 待遇上の配慮		
入居者に対する態度や言葉使いなど、待遇についての取り組みを行っていますか。		
A	待遇に関するマニュアルに基づき職員研修を実施し、さらに必要に応じて外部の職員研修へ参加するよう努めている。	○
B	自尊心を傷つけたり幼児語を使用したりしないよう、待遇についてのマニュアルを作成している。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
6-1-3 介護保険の制度説明		
入居者や家族等に対し、介護保険制度についての説明を行っていますか。		
A	制度全般の説明や指定特定施設についての具体的な説明を行い、さらに介護保険の利用におけるサービスの選択権についても説明を行っている。	○
B	制度全般の説明に加え、指定特定施設のサービス・費用に関する具体的な説明を行っている。	
C	特に行っていない。	
6-2-1 ケアマネジメントの実施		
ケアマネジメントを適切に行っていますか。		
A	責任者を決めて入居者ごとにケアマネジメントを実施し、サービス提供結果を評価した上で、利用者合った介護方法の見直し等の検討を行っている。	○
B	責任者を決めて入居者ごとにケアマネジメントを実施している。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
	※非該当(住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置していない)	
6-2-2 個別アセスメントの実施		
ケアプランの作成に当たり、入居者毎のアセスメントが適切に行っていますか。		
A	入居者の身体状況や生活状況を把握するために、手順を定めた上で個別アセスメントを行い、必要な課題をケアプランに明示している。	○
B	入居者の身体状況や生活状況を把握するために、手順を定めて個別アセスメントを行っている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
	※非該当(住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置していない)	
6-2-3 ケアプランの作成		
入居者のケアプランにおける目標設定と評価は、どのようになっていますか。		
A	アセスメントに基づくケアプランの短・中期目標について、到達、未到達の評価と計画の見直しを行っている。	○
B	アセスメントに基づくケアプランに、短・中期目標を記載している。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
	※非該当(住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置していない)	
6-2-4 暫定ケアプランの作成		

ホームへの入居日から介護サービスを提供する場合は、どのように対応していますか。

A	入居前に暫定ケアプランによりサービスを提供し、入居者の不安やストレスを軽減するための配慮を行っている。	○
B	入居前に暫定ケアプランを作成してサービスを提供している。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
※	非該当(住宅型ホーム、又は入居時自立者のみ受け入れる)	

6-2-5 ケアプランの見直し

ケアプランの見直し時において、現行プランの評価を踏まえた見直し案の、入居者等への説明が行われていますか。

A	入居者等の希望を踏まえ、サービス提供結果の評価を反映して変更案を策定している。	○
B	入居者等の希望を踏まえ、変更案を策定している。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
※	非該当(住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置していない)	

6-2-6 ケース会議等の開催

多職種の職員が参加するケース会議等を、どのような頻度で開催していますか。

A	要介護認定の変更・更新時などのほか、入居者ごとの必要性に応じて開催している。	○
B	要介護認定の変更・更新時などに開催している。	
C	上記の取り組みを行っていない。またはケース会議に多職種が参画できることとされていない。	
※	非該当(住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置していない)	

6-2-7 ケース会議等の個人情報利用

ケース会議等において入居者の個人情報を用いる場合に備え、あらかじめ本人等の同意を得ていますか。

A	入居者または家族等からあらかじめ文書での同意を得た上で、必要に応じ検討結果について、当該入居者及び家族等へ報告している。	○
B	入居者または家族等からあらかじめ文書での同意を得ている。	
C	特に合意を得ていない。	
※	非該当(住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置していない)	

6-2-8 家族等との連携

入居者の生活や心身状況について、家族等への報告を行っていますか。

A	入居者の状況について、家族等へ1月に1回以上、及び必要な都度、報告を行うとともに、施設内行事の案内を行うなど、積極的にホームの情報を発信し、入居者と家族等との交流の機会を確保するよう努めている。	○
B	入居者の状況について、家族等へ1月に1回以上、及び必要な都度、報告を行っている。	
C	ホームが必要と判断した場合にのみ、報告を行っている。	

6-2-9 身体拘束廃止への取り組み

身体拘束や抑制の廃止に向けた取り組みを、どのように行っていますか。

A	事故防止等、緊急やむを得ない場合を除く、拘束・抑制の廃止に向けたマニュアルを定め、これに基づく取り組みを行っている。	○
---	--	---

B	事故防止等、緊急やむを得ない場合には、時間を限定して車いすのベルトを使用することなどもあるが、その理由や結果を記録し、家族の承認を受けている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	

6-3-1 職員の技術向上

介護職員の個別性に着目した、介護技術の向上への取り組みを行っていますか。

A	業務マニュアルに基づき職員研修を実施する上で、職員の経験や能力、職階を踏まえた職員研修計画を作成し、定期的を実施している。	○
B	標準的な介護方法を示した業務マニュアルに基づき、必要に応じて職員研修を実施している。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
※非該当(住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置していない)		

6-3-2 職員の認知症対応技術向上

認知症の入居者の行動への対応について、専門性を高めるための取り組みを行っていますか。

A	認知症の入居者の行動や専門的な対応方法について、必要な職員研修を行い、さらに精神科医等の専門医と連携し、具体的事例の検討などを行っている	○
B	認知症の入居者の行動や専門的な対応方法について、必要な職員研修を行っている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	

6-3-3 サービス評価の実施

ホームが提供する各種のサービスについて、評価事業に取り組んでいますか。

A	2年に1回以上、第三者評価を受審することとし、評価結果を公表している。	○
B	2年に1回以上、第三者評価を受審することとしている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	

《第7群》ケアサービスの提供

7-1-1 健康管理

看護職員による、日常的な健康管理が行われていますか。

A	日常的に健康相談業務やバイタルのチェックを行い、さらに入居者ごとの情報管理を行っている。	○
B	日常的に健康相談業務を実施し、必要に応じバイタルのチェック(血圧、体温、脈拍の測定)を行っている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
※非該当(住宅型ホームで、看護職員の配置がない)		

7-1-2 緊急通報への対応

緊急通報には、適切かつ迅速に対応していますか。

A	夜間を含め緊急通報への対応方法を定め、通報があった際には職員が必ず居室訪問している。	○
B	夜間を含め緊急通報への対応方法を定めている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	

7-2-1 閉じこもりの予防

閉じこもりを予防するための取り組みを行っていますか。

A	対応が必要な入居者ごとに簡易なケアプラン等を作成し、組織的に対応している。	○
B	入居者の生活意欲向上のための対策を講じている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	

7-3-1 個別ケア(入浴)の実施

入浴方法について、入居者の心身状態に対応していますか。

A	入居者の心身状態に応じて、入浴をシャワー浴や清拭などの代替手段にしたり、入浴日を変更したりするなどし、さらに必要に応じて朝・夜など所定時間外の入浴も実施している。	○
B	入居者の心身状態に応じて、入浴をシャワー浴や清拭など代替手段にしたり、入浴日を変更したりするなどしている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
※非該当(住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置していない)		

7-3-2 入浴介助時のプライバシー配慮

介護浴室での入浴介助を行う際、衣服の着脱時などに、プライバシーに配慮するための取り組みを行っていますか。

A	脱衣室をドアやカーテンで仕切り、入居者にタオルを掛けるなど、衣服の着脱時に他人に裸体を見られないような配慮を行っている。	○
B	脱衣室はドアやカーテンで仕切り、入居者ごとに衣服の着脱介助を行っている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
※非該当(住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置していない)		

7-3-3 入浴環境の整備

入居者の身体状況に応じた、入浴環境を整備していますか。

A	複数種類の介護浴槽のうち、入居者に合ったものを選択できる。	○
B	1種類の介護浴槽で対応している。	
C	入居者が利用できるのは、一般的な浴槽のみである。	

7-3-4 入浴介助中の事故防止対策

入浴中の事故防止への取り組みを行っていますか。

A	事故防止への設備・備品上の工夫を行った上で、必要に応じて複数の職員が介助を行っている。	○
B	事故防止への設備・備品上の工夫を行っている。	
C	上記のような取り組みは行っていない。	
※非該当(住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置していない)		

7-4-1 個別ケア(排泄)の実施

入居者の、排泄の自立に向けた取り組みを行っていますか。

A	自立に向けて入居者個別の排泄ケア計画を策定・実施している。	○
B	おむつを使用しているも、トイレやポータブルトイレなどへ誘導している。	
C	特に取り組んでいない	
※非該当(住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置していない)		

7-4-2 排泄介助時のプライバシー配慮

ベッド上で排泄介助を行う場合、入居者のプライバシーの配慮などの取り組みを行っていますか。

A	排泄介助の際は、入居者にタオルを掛けるなどプライバシーへの配慮を行い、さらに排泄についての入居者等の要望を尊重して排泄介助を行っている。	○
B	排泄介助の際は入居者にタオルを掛けるなどし、プライバシーに配慮している。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
※	非該当(住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置していない)	

7-4-3 おむつ交換の実施

おむつを使用する場合、おむつ交換については入居者個別の取り組みを行っていますか。

A	日中及び夜間のおむつ交換は、時間を問わず入居者ごとに随時行っている。	○
B	日中は定時及び随時交換を行い、夜間帯は定時交換を行っている。	
C	おむつ交換は日中か夜間かを問わず定時でのみ交換する。	
※	非該当(住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置していない)	

7-4-4 臭気への配慮

臭気を取り除くことに配慮した排泄介助を行っていますか。

A	排泄介助は速やかに行い、必要に応じ寝具・衣服の交換、洗濯などを行い、臭気を早急に取り除くよう努めるとともに、専用の脱臭機器等を使用するなどして臭気を取り除いている。	○
B	排泄介助は速やかに行い、寝具・衣服の交換、洗濯などにより、臭気を早急に取り除くよう努めている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
※	非該当(住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置していない)	

7-4-5 排泄介護用具の選定

入居者の身体に合った排泄介護用具の選定を支援していますか。

A	排泄介護用具について、入居者の身体に合わせるための工夫や用具の見直しの検討を行った上で、選定の支援を行っている。	○
B	排泄介護用具の選定について支援を行っている。	
C	排泄介護用具の選定は入居者等に任せている。	

7-5-1 褥瘡予防

褥瘡の予防や対応について、具体的な取り組みを行っていますか。

A	必要な業務方法をマニュアルに定め、体位交換やエアマットの使用など具体的な予防・対応に取り組むとともに、医療機関との連携を図っている。	○
B	必要な業務方法をマニュアルに定め、体位交換の実施やエアマットの使用など、具体的な予防・対応に取り組んでいる。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
※	非該当(住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置していない)	

7-5-2 寝・食分離への取り組み

入居者を寝たきりにさせないための取り組みを行っていますか。

A	食事は極力離床してとるか、ギャッジベッド等により確保してとるほか、入居者が参加できる施設内・外でのアクティビティを計画して実施している。	○
B	食事は極力離床してとるか、ギャッジベッド等により座位を確保してとるようにしている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
※非該当(住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置していない)		
7-5-3 福祉用具の選定		
入居者が車いすや杖などを必要とする場合、どのような対応を行っていますか。		
A	車いすや杖の選定についての相談に対応し、選定後は身体に適しているかどうかのモニタリングを行っている。	○
B	車いすや杖の選定について、相談に対応している。	
C	特に対応していない。	
7-5-4 館外での介助		
1人で外出することが困難な入居者について、散歩・外出介助等に取り組んでいますか。		
A	散歩や外出時の介助について、ケアプランに組み込んで実施し、外出を拒否する入居者に対しても、計画性をもって働きかけを行っている。	○
B	散歩や外出時の介助について、ケアプランに組み込んで実施している。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
※非該当(住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置していない)		
7-5-5 機能訓練の実施		
入居者の個別性を重視した機能訓練を実施していますか。		
A	入居者ごとに機能訓練計画書を作成し、個別ケアを行っている。	○
B	日常のアクティビティに、ADL向上のためのメニューを取り入れている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
※非該当(住宅型ホームで、介護(生活支援)職員を配置していない)		
7-5-6 居住環境の整備		
認知症の入居者のための、環境整備を行っていますか。		
A	居室内の安全性を確保し、穏やかに生活するための環境整備を行い、さらに共用部分に認知症の入居者だけでくつろげる場所を確保している。	○
B	居室内の安全性を確保し、入居者の思い出の品を置くなど、穏やかに生活するための環境整備を行っている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	
7-5-7 他の入居者との関わりの支援		
認知症の入居者の行動特性について、他の入居者に理解を求めるための働きかけを行っていますか。		
A	認知症の入居者の行動について他の入居者に説明を行い、交流の機会を持つような取り組みを行っている。	○
B	認知症の入居者の行動について、他の入居者に説明を行っている。	
C	上記の取り組みを行っていない。	

7-6-1 医療機関との協力

どのような医療機関との間で、協力関係を確保していますか。

A	医療機関及び歯科医療機関との間で、訪問診療や入院、夜間対応などについての協力契約を締結している。	○
B	医療機関との間で、訪問診療や入院、夜間対応などについて、協力契約を締結している。	
C	上記の取り組みを行っていない。	

7-6-2 家族との医療面での連携

入居者の入退院時に、必要に応じて家族との連携を図っていますか。

A	緊急時を除き事前に家族へ連絡を行い、必要に応じ担当医と家族との連携の支援を行っている。	○
B	緊急時を除き、家族へ事前に連絡を行っている。	
C	家族への事後報告で対応している。	

7-6-3 服薬支援

入居者の服薬支援を、どのように行っていますか。

A	誤薬防止のための業務手順をマニュアルに定めた上で、看護職員による服薬支援を行っている。	○
B	看護職員により、服薬支援が行われている。	
C	服薬管理を行っていない。	

2. 評価機関所見〔特に優れた取り組みであると思われる点〕

1-1-2	キューデン・グッドライフグループとして、「コンプライアンス行動指針」を作成し、社員へ徹底するとともに、ホームページでも公表しています。内部のコンプライアンス研修はもとより、県主催の人権研修への参加を促すなど、法人としての法令順守や、倫理意識向上への取り組みが行われています。最近では、職員へのソーシャルメディアへの書き込みについても研修を行うなど、時代に即した取り組みも行っています。コンプライアンス委員会は、推進体制や各委員が明確になっており、委員会が中心となり、研修体制の強化や職員からの相談窓口となっています。このような取り組みから、グループ全体のコンプライアンス意識を高め、職員一人ひとりの行動に落とし込まれているものと思われます。
1-1-4	中期事業計画として、5ヶ年の事業計画を作成し、毎年ローリング（見直し）を行っています。事業計画は、法人全体の収支から、各事業会社の収支まで作成されており、四半期毎にレビューを行い、実施状況の確認が行われています。また収支だけでなく、業務計画を策定し、サービス向上への取り組みや各事業会社の取り組むべき課題を明確にしたうえで、計画の遂行をしています。
1-4-1	年度毎に管理者も含めた全職員の研修計画（内部・外部）を立て、計画的に研修が実施されています。研修内容は、職位や職階ごとに要件が定められており、どのようなスキルを身に着けるのか、不足を補うのかが明示されています。

1-4-2	<p>毎年、職員は自己申告書を提出し、年度毎に取り組むべき課題や、身に付けるべきスキルなどを明確にしています。この自己申告書に基づき、年一回の面談が実施され、顕在化した行動評価の内容と上司からの指導が面談表で確認することができました。業績評価は賞与に、能力評価は昇給や昇格に反映されていることが確認できました。評価にあたっての面談表は、自己評価や上司からのアドバイスが丁寧に記載されており、翌年度に向けての取り組みが意欲的に実施されていることがうかがえました。</p>
1-4-3	<p>職能等級別能力要件表に基づき、人事考課が実施され、各職位に求められるスキル項目や役割が明確になっています。各等級別に求められる能力要件が明確になっていることで、毎年の自己申告書における取り組むべき課題や目標が明確にできることから、職員がやる気をもって日々の業務を遂行できていることがうかがえます。</p>
1-4-7	<p>自己啓発支援規定により、各種の資格取得給への支援体制が明確になっています。資格の種類は多岐におよび、直接的に介護・看護に生かされるものから、世間一般で広く取得を目指されているものまでが規定化されています。この資格は上長承認のもと、取得の申請により認められるようになっています。取得にかかる研修日などは、通常の勤務扱いとし、通信講座の受講料についても上限を定め補助をしています。最近では、営業や事務方にも介護職員初任者研修を法人全額負担で取得させるなど、意欲的に必要な資格取得支援しています。</p>
2-3-3	<p>統括会社に「お客様サービス向上委員会」を設置し、各事業会社から上がってくる、入居者からの様々な意見や要望を検討・実施し、フィードバックする仕組みが構築されています。またサービス向上に関する様々な会議体が設けられ、参加対象となる職員と役割が明確になっています。お客様サービス向上委員会での検討内容や結果は、運営懇談会で報告され、全入居者へ情報提供されています。サービス向上への取り組みの一環として、社内公募のコンテストがあり、優秀なアイデア等には金一封と表彰が行われており、職員が意欲的にサービス向上の取り組みや、入居者からの要望収集に努めています。オリジナルのエンディングノートの作成は、ホーム内での取り組みにとどまらず、他のホームでも利用されるなど、職員発信の取り組みがグループとしてのサービス向上につながっています。また、本当にお客様に喜ばれた事例として『ホントにコンテスト』を実施し、来館される親戚の方のアレルギー食対応を行うなど、本当に入居者に喜んでもらえた取り組みも確認できました。</p>
2-3-4	<p>法人としては2年に1回の入居者アンケートを実施し、満足度の把握やハード面、ソフト面問わず、様々な意見・要望を収集しています。ホーム内には『なんでんBOX』（「なんでも言ってください」のご意見箱）が設置されており、入居者からの要望を随時組み上げる仕組みを作っています。この『なんでんBOX』には、毎月数十の投函があり、すべてのご意見を検討し、その結果を直近の運営懇談会で報告をしています。</p>

2-3-5	<p>運営懇談会は毎月実施されており、運営懇談会細則に則った運営がなされています。また毎月実施されることで、食事や、日々のサービス、レクリエーション、など様々な意見収集ができています。また意見・要望の検討状況や実施状況の報告が期間を置かずに行われていることが議事録により確認することができました。先の項目にもあったように、『なんでんBOX』への投函が多いのも、運営懇談会で検討・実施状況がこまめに報告されていることで、入居者が意見を言いやすく、それを聞き入れ、サービス向上につなげてくれるという安心感になっているということが推察できます。</p>
2-4-1	<p>原則として、入居者や家族からの寄贈品はお断りすることが規定されています。しかし、実態として断り切れない事や、強く受け取りを希望される事もあるため、その際の判断基準と受け取りの手順などを定め、マニュアル化しています。</p>
2-4-2	<p>マニュアル検討委員会により、月次でマニュアルの見直し項目についての必要性を検討しています。業務に必要なマニュアルは各種定められており、業務の標準化が図られています。各種マニュアルは制定日や改定日が管理されており、最低でも年一回の見直しを行うこととしています。</p>
4-1-4	<p>入居者のニーズから、各種の配達を居室単位で行っています（コープ・牛乳・ヤクルトなど）。またリフレクソロジーやネイルサロンも定期的に館内で実施しています。建物一階のテナントに花屋がありますが、若者向けで入居者のニーズに合う花が無い場合、別の花屋に依頼し、仏壇への献花用の花を2週間ごとに館内で販売をしています。</p>
5-1-2	<p>レストラン専用の意見箱が設置されており、投函された意見・要望に基づいて、介護・看護職員と委託業者を含めてレストラン会議を毎月実施し、入居者のニーズに応えるための検討を行っています。食についての意見要望は意見箱だけに頼らず、日々の関わりの中での意見収集や、料理長自らがテーブルを回り、感想を聞くなどの取り組みを行っています。日常的な残量チェックは下膳時に厨房で行っています。</p>
5-2-2	<p>塩分やタンパクなどの制限のある入居者へは、かかりつけ医相談のもと、個別にウイークリーメニューを作成し、疾病に対応した食事提供を行っています。介護居室の方全員の、入居者個別栄養カンファレンスを開催し、医師の指示書に基づく“食事連絡票”から、食事提供が行われています。</p>
6-2-1	<p>定型のアセスメント様式を利用し、入居者個別にアセスメントを行っています。このアセスメントをもとにケアプランが作成され、短期・中期の目標設定から週間サービス計画書まで落とし込まれています。サービス担当者会議は最低でも3ヵ月に一回は開催されており、状態変化時や退院時などは適時実施され、必要な見直しの検討が行われています。ケアプランが見直された際には、モニタリングを行い、経過観察表にその内容が記載されていることが確認できました。責任者を生活サービス部長とし、入居者一人ひとりに合ったケアマネジメントが検討され、サービス提供が行われています。入居者一人ひとりの情報が部門をまたいで共有され、ケアのPDCAが機能していることがうかがえます。</p>
7-4-1	<p>原則として日中のおむつは使用せず、トイレ誘導による排泄を促進しています。介護居室の方全員のケア記録一覧に、排泄状態が逐一記録され、ここで把握されたパターンに基づき声掛けやトイレ誘導を行っています。夜間の対応も個別に入居者の意向を汲み、トイレ誘導を優先するか、就寝を優先するかを決め、その日の状態に合わせて対応しています。</p>

7-5-3	福祉用具の選定は、選定使用マニュアルに基づいて利用する用具を職員が考え、用具業者にアドバイスを仰ぎながら、適切な用具の提供を行っています。用具のいくつかはホームで在庫を持っており、各種点検についても点検シートをもとに実施されていることが確認できました。実際に用具の利用を始めるまでに1週間程度のデモ期間を設け、その間にモニタリングを行い、利用状況や身体への適合具合を観察し、決定しています。
7-6-3	誤薬防止のための手順をマニュアルに定めて、服薬支援を行っています。原則として、3回チェック（「個人投薬箱への配薬時」「ナースによるチェック」「与薬時のチェック」）を行い、誤薬防止に努めています。

3. 評価機関所見〔さらに取り組むことで、より質の向上が可能と考えられる点〕

2-4-3	事故やヒヤリハットは、アクシデント報告書によってリアルタイムに報告され、関係者に回覧されています。年一回の集計を行い、事故対策委員会で事例や対策の検討がされ、職員に周知されています。各種事故を題材としたビデオライブラリーも用意され、職員研修に活用されています。更に一步踏み込んで、時間帯別・場所別・入居者別・職員別・要因別といった項目で集計・グラフ化するなどの傾向分析や把握をされると、より職員のリスク意識が高まると考えられます。
-------	---