

様式 1：自己評価／第三者評価シート

①自己評価結果：受審ホーム ⇒ 評価機関

②第三者評価結果：評価機関 ⇒ 協会

ホームID	20	ホーム名	ローズヴィラ水戸	評価機関名	株式会社ぎょうせい総合研究所
訪問調査日	平成23年3月3日		機関評価終了日	平成23年3月30日	

No.	自己評価	機関評価	No.	自己評価	機関評価	No.	自己評価	機関評価
1.1.1	A	B	2.3.4	A	A	※ 6.1.3	A	A
1.1.2	A	B	2.3.5	A	A	※ 6.2.1	A	A
1.1.3	A	C	2.3.6	A	C	※ 6.2.2	A	A
1.1.4	A	A	※ 2.3.7	A	A	※ 6.2.3	A	A
1.2.1	A	B	2.3.8	非	非	※ 6.2.4	A	A
1.2.2	A	A	2.3.9	A	A	※ 6.2.5	A	A
1.3.1	A	A	2.3.10	A	A	※ 6.2.6	A	A
1.3.2	A	A	2.3.11	A	A	※ 6.2.7	A	A
1.3.3	A	A	2.4.1	A	A	6.2.8	B	C
1.4.1	A	A	2.4.2	A	B	6.2.9	A	A
1.4.2	B	B	2.4.3	A	A	※ 6.3.1	B	B
1.4.3	A	A	2.4.4	A	A	6.3.2	A	B
1.4.4	A	A	2.4.5	A	A	6.3.3	B	C
1.4.5	C	C	2.4.6	A	A	7.1.1	A	A
1.4.6	A	A	3.1.1	B	B	7.1.2	A	C
1.4.7	A	A	3.1.2	A	A	7.2.1	A	A
1.4.8	A	A	3.1.3	A	A	※ 7.3.1	A	B
1.5.1	A	A	3.1.4	A	A	※ 7.3.2	A	A
1.5.2	A	A	3.1.5	A	A	※ 7.3.3	A	A
1.5.3	A	A	3.1.6	A	A	※ 7.3.4	A	A
2.1.1	A	A	3.1.7	A	A	※ 7.4.1	A	A

	2.1.2	A	A		4.1.1	A	A	※	7.4.2	A	A
	2.2.1	A	A		4.1.2	C	B	※	7.4.3	A	A
	2.2.2	A	A		4.1.3	A	A	※	7.4.4	B	A
※	2.2.3	A	A		4.1.4	A	A		7.4.5	A	A
	2.2.4	A	A		4.2.1	A	A	※	7.5.1	A	A
	2.2.5	A	A		4.2.2	A	A	※	7.5.2	A	A
	2.2.6	A	A		5.1.1	C	C		7.5.3	A	A
	2.2.7	A	A		5.1.2	A	B	※	7.5.4	A	A
	2.2.8	A	A		5.2.1	A	A	※	7.5.5	B	A
※	2.2.9	A	A		5.2.2	A	A		7.5.6	A	A
	2.2.10	A	A		5.2.3	B	B		7.5.7	A	A
	2.2.11	A	C		5.2.4	A	A		7.6.1	A	A
※	2.3.1	A	A		5.2.5	B	B		7.6.2	A	A
※	2.3.2	A	A	※	6.1.1	A	A		7.6.3	A	A
	2.3.3	A	A		6.1.2	A	A				

○評価スケール番号の左に※印があるもののみ、住宅型ホームやシステムの有無によって評価を非該当とすることがありうるものを指す。

⇒自己評価上で非該当としても、第三者評価の結果、該当するものとして評価される場合があることに注意。

○ホームの自己評価、評価機関の機関評価、それぞれの枠内に「A・B・C・非」のいずれかを入力する。

有料老人ホームサービス評価プログラム

ver6.1

〈溶け込み版〉

平成22年8月
(社)全国有料老人ホーム協会

★本評価プログラムは、(社)全国有料老人ホーム協会が所有する知的財産として、著作権法をはじめとする国内・国際法令等で保護されています。

このため複写・複製・転用を始めとして、当協会が公式に承諾する場合を除き、いかなる利用も一切

認められませんのでご注意ください。 Copyright & copy 有老協 2003-2010

1. 有老協・評価スケール Ver6.1 による評価の目的

有料老人ホーム事業者には、自立者、要支援者、要介護者等、様々な状態の入居者に対し、日々の生活支援から介護までのサービス提供について、常に自ら質の向上を図ることが求められます。

他方、平成12年の介護保険制度施行を機に、有料老人ホームにおける介護サービスは“指定特定施設（入居者生活介護）”とされ、また平成18年には“指定介護予防特定施設（入居者生活介護）”事業が開始されました。さらに「介護サービス情報の公表制度」が義務付けられ、各種の取り組みの有無を都道府県が確認する体制が敷かれています。

有料老人ホーム事業者が提供する各種サービスは、実際にサービスを受けてみなければ質の良否が見極めにくいことから、入居者が自分に合ったホームを選択する上で、サービスの質や内容を第三者が評価した情報の公開が不可欠となります。

本サービス評価プログラムは、事業者が提供するサービスの現状を適正に評価することによって、入居者に対するサービスの質の確保・向上を図り、ひいては入居希望者の選択に資することを目的とするものです。

2. 本評価スケールの理念

本評価スケールは、次の3つの基本理念に基づき設定されています。

（1）個人意思の尊重

すべて入居者は、個人としての尊厳を重んぜられ、その尊厳にふさわしいサービスを保障される権利を有すること

（2）自立支援

介護を含むすべてのサービスが、入居者の自立支援という観点で提供されること。また、自己決定のできない入居者に対しては、家族等の連携のもとで適切なサービスが提供されること

（3）サービスの質の向上

入居者への個別対応の方法を常に検討し、さらにサービス全体の質を高めるための努力が行われていること。また、入居者と社会との関わりについて、十分な配慮が行われること

3. 「3段階スケール」の意味について

評価結果は3段階評価で表し、次の水準を意味しています。

Aスケール：Bスケールの内容を満たした上で、施設独自の工夫によってサービス向上の実現に努力している水準

Bスケール：老人福祉法、有料老人ホーム設置運営標準指導指針、及び介護保険関係法令等を踏まえ、施設として必要とされる水準

Cスケール：より一層の努力が求められる水準

なお、本評価スケールは、指定特定施設である介護付有料老人ホーム（一般型特定施設）を基調として策定したものです。したがって、評価項目によってはA～Cスケールを選択せず、【非該当】とする場合もあることに留意が必要です。（スケールの「評価のポイント」上に注記している項目についてのみ、【非該当】の選択があります）

4. 評価結果について

民間事業である有料老人ホームでは、事業者ごとにサービスの特徴が異なります。入居者においても、ハード面を重視する方もいればサービス面を重視する方もいらっしゃいます。

この、一元的な捉え方が難しい“サービス”の評価、ということを念頭に置けば、施設全体の評価については、価格や他の要素なども加味する必要があるとあり、本評価の結果として、Aスケールの合計数の多寡が、必ずしも当該施設の優劣を判断するものとは限らないことに留意が必要です。

5. 評価スケールの項目構成について

現在の評価プログラムは Ver6.1 です。これは平成19年12月に改定した Ver5.3 について、平成22年8月に、①職員の人材管理（キャリア・パス）の推進、②前払い金に係る短期解約特例における消費者保護、③ケアマネジメントの向上、の3点を柱に改定したものです。

（1）評価対象

経営理念やサービス提供の考え方、設備、具体的なサービスなど、有料老人ホーム事業が有して

いる機能を7つに大別しています。

(2) 評価スケール

各評価対象について、詳細の評価項目を設定する上での分類を行った上で、合計107項目の評価スケールを設けています。

①大項目

評価スケール ver6.1		1
07項目		
1. 事業主体の経営方針		20項目
2. ホームの運営方針		30項目
3. 建物・設備		7項目
4. 生活サービス		6項目
5. 食事サービス		7項目
6. ケアマネジメント		15項目
7. ケアサービス		22項目

②小項目

1. 事業主体の経営方針

- 1.1.1 経営姿勢の周知
- 1.1.2 経営における社会的責任
- 1.1.3 コンプライアンスへの取り組み
- 1.1.4 法人の事業計画策定
- 1.2.1 財務状況の改善・向上
- 1.2.2 資金管理
- 1.3.1 事業関連情報の共有
- 1.3.2 個人情報保護義務
- 1.3.3 個人情報の管理
- 1.4.1 職員の育成
- 1.4.2 職員の評価・報酬
- 1.4.3 人事考課
- 1.4.4 職員のモチベーション維持
- 1.4.5 職員の就業状況への配慮
- 1.4.6 中間管理職の役割
- 1.4.7 資格取得への支援
- 1.4.8 入居募集に係る職員への指導
- 1.5.1 入居者の権利擁護
- 1.5.2 権利擁護に係る外部との連携
- 1.5.3 虐待防止への組織的対応

2. ホームの運営方針

- 2.1.1 運営理念の周知
- 2.1.2 ホームの事業計画の策定・評価
- 2.2.1 見学受け入れの姿勢
- 2.2.2 体験入居への取り組み
- 2.2.3 入居条件の緩和
- 2.2.4 契約書類内容の整合性
- 2.2.5 契約関係書類の開示時期
- 2.2.6 特定施設利用契約の説明時期
- 2.2.7 利用料改定方法
- 2.2.8 契約解除に係る入居者保護
- 2.2.9 保全措置
- 2.2.10 短期解約特例
- 2.2.11 原状回復取扱規程
- 2.3.1 要介護者等への職員配置
- 2.3.2 夜間の職員配置
- 2.3.3 サービスの質向上への取り組み
- 2.3.4 ニーズの把握
- 2.3.5 運営懇談会の開催
- 2.3.6 ホーム運営状況の報告方法
- 2.3.7 介護保険会計との区分
- 2.3.8 ホーム以外の事業会計との区分
- 2.3.9 社内の苦情処理体制
- 2.3.10 社外の苦情処理体制
- 2.3.11 損害賠償
- 2.4.1 金品授受の取扱い
- 2.4.2 業務マニュアルの策定・見直し
- 2.4.3 事故防止への取り組み
- 2.4.4 感染症予防の取り組み
- 2.4.5 災害対策マニュアルの整備
- 2.4.6 防災訓練の実施

3. 建物・設備

- 3.1.1 バリアフリー
- 3.1.2 緊急通報装置
- 3.1.3 安否確認の実施
- 3.1.4 車いすでの移動
- 3.1.5 相部屋でのプライバシー配慮
- 3.1.6 共用施設の設置
- 3.1.7 来訪者との談話スペース

4. 生活サービス

- 4.1.1 生活相談業務
- 4.1.2 小口現金の管理
- 4.1.3 生活利便サービスの実施
- 4.1.4 外部からの生活サービスの導入
- 4.2.1 コミュニケーション
- 4.2.2 アクティビティの計画的な実施

5. 食事サービス

- 5.1.1 バリエーション

- 5.1.2 入居者のニーズの反映
- 5.2.1 自立の観点での食事介助
- 5.2.2 疾病に対応した食事の提供
- 5.2.3 適温での提供
- 5.2.4 個別の食事管理
- 5.2.5 口腔ケアへの取り組み

6. ケアマネジメント

- 6.1.1 介護の提供方針
- 6.1.2 接遇上の配慮
- 6.1.3 介護保険の制度説明
- 6.2.1 ケアマネジメントの実施
- 6.2.2 個別アセスメントの実施
- 6.2.3 ケアプランの作成
- 6.2.4 暫定ケアプランの作成
- 6.2.5 ケアプランの見直し
- 6.2.6 ケース会議等の開催
- 6.2.7 ケース会議等の個人情報利用
- 6.2.8 家族等との連携
- 6.2.9 身体拘束廃止への取り組み
- 6.3.1 職員の技術向上
- 6.3.2 職員の認知症介護技術向上
- 6.3.3 サービス評価の実施

7. ケアサービス

- 7.1.1 健康管理
- 7.1.2 緊急通報装置への対応
- 7.2.1 閉じこもりの予防
- 7.3.1 個別ケア(入浴)の実施
- 7.3.2 入浴介助時のプライバシー配慮
- 7.3.3 入浴環境の整備
- 7.3.4 入浴介助中の事故防止対策
- 7.4.1 個別ケア(排泄)の実施
- 7.4.2 排泄介助時のプライバシー配慮
- 7.4.3 おむつ交換の実施
- 7.4.4 臭気への配慮
- 7.4.5 排泄介護用品の選定
- 7.5.1 褥瘡予防
- 7.5.2 寝・食分離への取り組み
- 7.5.3 福祉用具の選定
- 7.5.4 館外での介助
- 7.5.5 機能訓練の実施
- 7.5.6 居住環境の整備
- 7.5.7 他の入居者との関わりの支援
- 7.6.1 医療機関との協力
- 7.6.2 家族との医療面での連携
- 7.6.3 服薬管理の実施

(3)「設問のポイント」について

各評価項目ごとに、「設問のポイント」を付記してありますが、これは老人福祉法や有料老人ホ

ホーム設置運営標準指導指針、介護保険法令、消費者契約法、等において、事業者求められるコンプライアンス経営（法令等の遵守等）を簡単に解説したものであり、評価を行う上で、また日常のサービスを向上させる上で参考にさせていただくためのものです。

（４）用語の定義について

本評価スケールで使用する用語の定義については、概ね以下のとおりです。

- ①「指針」：厚生労働省・有料老人ホーム設置運営標準指導指針(H18.3.31 改正)を指す。
- ②「令３７」「令」：厚生省令第３７号（H11.3.31 介護保険サービス基準）を指す。
- ③「企２５」「令」：老企第２５号（H11.9.17 厚生省令第３７号の解釈通知）を指す。
- ④「指定特定施設」：介護保険の特定施設入所者生活介護事業者を指す。
- ⑤「入居者」：ホームの入居者全体、または特定施設等の入居者全体を指す。
- ⑥「入居者等」：入居者及びその家族等を指す。
- ⑦「要介護者等」：要支援者又は要介護者を指す。
- ⑧「職員」：常勤か非常勤かを問わず、指揮命令下にあるすべての役職員を指す。
- ⑨「定期的」：一定の期間を指す。
- ⑩「多床室」：２名以上の要介護者等が入居する居室を指す。
- ⑪「公表」：広く社会に発表すること。消費者の求めがあって交付する場合は含まない。ホームページ等への掲出などが含まれる。

上記以外の用語の定義については、設問のポイントにおいて記載しています。

6. 受審ホームについて

本協会の総会において、平成２２年度事業計画として、平成２４年度末までに協会登録ホームすべてに対し、第三者評価の受審を求めることが決議されました。これに基づき、単年度あたり約２００ホームを対象に本事業を実施します。

受審ホームの選定は、公募を行った上で、必要に応じ本協会において選定することとなります。（ホームの受審費用は協会予算に盛り込まれており、自己負担は生じません）

受審結果については、全体平均や受審ホーム名を本協会のホームページにおいて公表します。受審ホームにおいては、自社のＨＰ等で積極的に評価結果を公表するなどし、消費者の信頼確保のための

1 ツールとして活用してください。

7. 第三者評価の実施について

本評価プログラムに基づく第三者評価の流れとしては、まず、受審ホームにおいて組織的に自己評価を実施し、必要な書類を本協会の登録評価機関へ送付します。

これを受け、評価機関において内容を精査した上で、受審ホームの現地訪問を実施し、最終的な第三者評価結果を作成します。受審ホームには、「よい取り組み」「改善を要する点」「評価スケールの評価結果」等が送付されます。

また全受審ホーム対し、事業年度終了後に評価結果の全体平均を含む事業報告書を提供します。

＜サービス評価スケール ver6.1＞	
1. 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。	【評価のポイント】 関係法令を遵守する姿勢を企業理念（経営理念）文書等に規定することをB（評価）とし、諸種の経営姿勢や方針について、当協会が策定する自主行動基準モデル（コンプライアンスルール）に基づき【法令遵守・企業理念・具体的な項目についての行動基準】等を取りまとめ、消費者に対し、インターネット等を通じて公表（世間一般に対し発表すること）することで、経営の透明性を確保している場合をAとした。 【現地調査時、又は事前提出資料（例）】 1-a 企業理念 1-b 自主行動基準
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	コンプライアンスについて、職員研修のカリキュラムに加えている場合をBとし、さらに自主行動基準を策定し、これに沿った職員研修を行っている場合をAとした。

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-c 職員研修カリキュラム表(又は実施記録) (1-b) 自主行動基準
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。	自主行動基準を策定規定するだけでなく、委員会や責任者類を設置するなどして組織的に運用している場合をAとした。 (1-b)自主行動基準 1-d 自主行動基準の運用体制が確認できる文書
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 中長期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。	法人としての事業計画（具体的な事業目標と収支予算が設定されているもの）について、単年度計画だけでなく中・長期計画を立て、当該事業計画が形骸化しないよう、適宜見直しを行っているか、を問うものである。 中長期計画を策定していても見直しを行っていない場合はBとする。 1-e 法人の事業計画書
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。	事業の安定経営を確保する上では、法人の財務状況を安定化させることは最も重要な要素である。 現状で財務（決算）状況が安定している場合でも向上を図り、また必ずしも良好な状況でない場合は改善を図るなど、計画的に取り組んでいるかどうかを問うものである。

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。	〇〇 財務状況改善（向上）計画書 〇〇 法人決算書
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。	入居一時金等の前払い金を含め、社内資金の運用（投資、外部への貸付等）規程を定め、適切にマネジメントを実施しているかどうかを問うものである。 経理規程 役員会規程（決議内容） 役員会議事録
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、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。	事業環境に適切に対応できるような情報共有と、当該情報の一元管理の実施状況について問うものである。 1-g 情報管理に係る社内規程 1-h 情報伝達に係る規程 1-i 情報共有に係る規程

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 個人情報保護に係る関係規程を定め、職員研修等を通じて周知徹底を図っている。 B 個人情報保護に係る関係規程を定めている。 C 上記の取り組みを行っていない。	指針では、入居者や身元引受人の連絡先名簿、また入居者の状況に関する帳簿を整備しておくこと、と規定している。 本項と次項では管理すべき情報を2つに分けており、本項では個人情報保護法等に基づく情報管理の取り組みについて問うものである。 個人保護の関係規程に係る要素として最低限求められるものは、「保護方針、保護規程、公表事項文書」である。 これらを周知するための方法としては、職員研修や各種ミーティング等がある。 1-j 個人情報保護関係規程 (1-c) 職員研修カリキュラム表（又は実施記録）
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。	指針では、介護記録を作成し保管することと、と規定している。 令では、指定特定施設は入居者に対する介護サービスの提供に関する諸記録を整備し、その完結の日から2年間保存しなければならない、としている。 さらに、指定特定施設は入居者や家族から求められた場合は、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明を行う義務を負う、と規定している。 個人情報保護規程を文書化し、個人情報管理を適切に行っている場合を、Aとした。 (1-j) 個人情報保護関係規程 1-k 個人情報へのアクセス権限・管理責任に係る規程
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。	キャリア・パスの設置を推進する観点で、職階（入職時期、雇用年数、役職、等）によって人材育成の具体的計画を策定する場合を、Bとした。その上で、個人別に明確な育成計画を策定している場合をAとした。 人材育成計画書
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。	キャリア・パス上で、職員を育成するとともに、結果を適切に評価することが重要である。その結果を給与面や昇格等の待遇面に反映させているかどうか、を問うものである。 勤務に対する個人の意向を定期・不定期に把握する取り組みを行っている場合を、Aとした。

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。	人材育成計画書 人事考課基準
1-4-3 人事考課 職員の人事考課が客観的な基準に基づき行われていますか。 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。	職員のスキルアップや、やりがい醸成する上で、人事考課を適切に行うことは、有料老人ホーム事業において重要である。 人事考課の方法は様々であり、その方法は問わないが、実施の定期性をBで評価し、さらに一定の基準をもって人事考課を実施している場合をAとした。 1-l 人事考課基準 41-m 人事考課の実施結果を確認できる文書
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。	有料老人ホームの急増に伴い、職員の離職率も高まっている。各ホームにおいて求められる職員の役割を文書化し、勤務意欲の向上や個人の自己啓発につながる取り組みを行っているかどうかを問うものである。 職種ごとの業務範囲を職務分掌等で示すだけでなく、ホームが求める職員の役割像を明確に示しているものをAとした。 1-n 職員の役割、期待水準が確認できる文書 1-o 業務提案、意見聴取の記録文書
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。	職員の就業状況等を少なくとも年1回以上の頻度で定期的に把握した上で、就業条件の改善へつなげる取り組み（検討組織、労務管理制度等）を行っている場合をAとした。

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-p 面談記録等 1-q 就業規則 1-r 就業条件の改善結果が確認できる文書
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。	中間管理職の位置付けが明確になっており、フォローアップが行われているかどうか、を問うものである。 ここでいう「中間管理職」とは、小規模ホームの場合、例えば施設長と現場の一般職員をつなぐグループリーダー立場の者を指す。 必要な対応を図りつつ、過重な業務量とならないような配慮を行っている場合をAとした。 (1-c) 職員研修カリキュラム表(中間管理職向け) 1-s 中間管理職向けの職務分掌規程 1-t 勤務表
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。	ホームとしての、職員のスキルアップへの支援を評価する項目。 職員が自己負担で資格取得をする場合に、特別休暇の付与や平常勤務の取り扱いを行うなどしている場合はB、さらに資格取得者に対して給与や待遇面での配慮を行う場合をAとした。 なお、ここでいう「職員」は、全社員の場合、また正社員のみの場合、かを問わない。 1-u 給与関係規則 (1-q) 就業規則

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。	指針では、入居募集の際、誇大広告等により、入居者に不当に期待を抱かせたり、それによって損害を与えたりすることがないように、実態と乖離のない正確な表示をすることとしている。 募集担当職員に対して、自社の商品内容を正確に理解させる努力が行われているかどうかをBとした。その上で、募集対象が高齢の消費者であることに留意し、不当な募集活動とならないような関係法規の理解を義務づけ、消費者保護のための具体的方策を実施しているものを、Aとした。 1-v 業務マニュアル (1-c) 職員研修カリキュラム表(募集関係職員向け)
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。	入居者の権利擁護に係る姿勢を明文化し、公表している場合をAとした。 1-w 権利擁護に係る文書 1-x ホーム内掲示、家族への配布記録

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人等や地域の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。	指針では、ホームに対し、入居者の生活に必要な場合には身元引受人等への連絡等必要な措置を講じることを求めており、さらに関連諸制度の活用についても迅速かつ適切な措置をとることと規定している。 本項では、特に認知症等により入居者の判断能力が低下し、ホームでの日常生活に支障をきたした場合の対応を問うものである。 家族等に各種制度の情報提供を行うだけでなく、入居者保護の観点から、ホームの考え方だけではなく、後見人や権利擁護機関等（自治体の地域福祉権利擁護機関(社会福祉協議会など)）の外部と、適切な連携を図ることができる仕組みになっている場合をAとした。 1-y 情報提供が確認できる文書（提供書類、業務記録等）
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いますか。 A 法律が求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 法律が求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。	H18.4 月施行の高齢者虐待防止法に基づき、職員研修など虐待防止に関する職員の意識向上を図る取り組みを行っている場合をAとした。 (1-u) 業務マニュアル (1-q) 就業規則 (1-c) 職員研修カリキュラム表
2 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。	ホームの運営理念等について、誰を対象に周知しているかを問うものである。 2-a ホーム運営理念 2-b 関係者への周知の記録

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。	運営の質を向上させるために、具体的な事業計画を定め、全職員が目標を持って取り組むことが重要である。 事業部門ごとに計画を作成・実行し、結果を評価するまでの取り組みを行っている場合をAとした。 なお、1-1-4 という法人の事業計画の中に、ホームとしての各事業部門の事業計画（予算収支がなくても可）が一体的含まれている場合もAとする。 2-c 事業計画書（ホーム関連）
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。	消費者による選択の便宜の観点で、特定の見学日を設けるだけでなく、予約がなくても入居者の生活に影響を与えない範囲において、見学できるような取り組みについて、Aとした。 2-d 見学記録表 2-e 見学者募集に係る文書
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。	指針では、「契約締結前に体験入居の途を設けることと規定している。 本項でいう「共用部分」とは、入居契約上、入居者誰もが共用できる施設を指す（標準契約の「表題部」参照）。体験入居を行って自分の住む居室の住み心地を確認するには、専用居室－自立者であれば一般居室、要介護者であれば介護居室－を利用できることが望ましいため、このような対応を図る場合をAとした。 なお、「体験入居室」と称する施設が専用居室と同じ構造・仕様で確保されている場合はAとした。 2-f 体験入居制度に関する資料

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 入居希望者とホームとの事務管理委託契約等以外に、弁護士などを身元引受人に立てたり、成年後見制度を利用したりするなど、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。	有料老人ホームの入居契約では、一般的に身元引受人が、身上監護（医療や介護が必要となった場合の相談・意見申述）や債務保証（利用料の支払遅滞・不払い時の連帯保証）などの義務を負うが、近年では、身元引受人が立てられない、又は入居中に不在となる事例が散見されている。 これらの場合への対応方法を問うものである。 ホーム自身が身元引受人を兼ねる場合は、自己契約・利益相反的な性格が強いことからCとし、保証金等の金銭を予め預かることにより身元引受人を免除する契約形態をとる場合をB（金銭保証はヘッジできるが、身上監護の面では依然として自己契約の問題が残ることに注意が必要）とした。 さらに法律上の観点から第三者性を確保し、ホームとしてはその支援を行っているものについてAとした。（本項は、Bを満たした上でのAかどうか、は問わない）。また、A・B・Cが混在する場合はCとする。 ※身元引受人を立てなければ入居できない、また身元引受人を不要とするホームについては、【非該当】とする。 2-g 身元引受人に係る取扱規程
2-2-4 契約書類内容の整合性 入居募集に係る文書（入居契約書、重要事項説明書、管理規程、パンフレット等）における「サービス」及び「費用」の内容について、表示と実態との乖離がないよう努めていますか。 A 各文書の表示内容について、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 各文書の表示内容について、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。	指針では、入居募集の際、誇大広告等により、入居者に不当に期待を抱かせたり、それによって損害を与えたりするようなことがないよう、実体と乖離のない正確な表示をすることが求められている。 入居希望者に情報開示される文書については、契約内容の実態との乖離がない表示が求められている。内容についての確認を行い、さらに各文書（契約書とパンフレットの間の記載内容の違いなど）における表示内容に整合性を持たせるための取り組みを行っている場合をAとした。 2-h 入居契約書、管理規程 2-i 重要事項説明書 2-j 募集パンフレット

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。	指針では、入居希望者への契約関係書類の交付は必須となっている。入居一時金を受領する施設では、財務諸表（貸借対照表及び損益計算書又はそれらの要旨）を閲覧に供することが必要である。さらに財務諸表の写しを交付することが努力目標とされている。 本項目では、求めに応じて財務諸表を交付する場合をAとした。 2-k 申込みから入居までの配布書類が確認できる文書
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。	指針では、契約締結に際し、特定施設利用契約の内容について、十分に説明するよう求めている。 令では、入居申込者に対し特定施設利用契約の重説を交付して説明する旨規定している。 要介護者の入居の場合は、ホームの入居契約締結と同時に特定施設利用契約の締結が同時に行われることが一般的である。しかし、自立者の場合は、入居時点では特定施設の締結時期は未定である。 関係法令が求めるのは、そうした場合でも契約内容の重要性に鑑み、入居契約締結時に正確な情報提供を求めるものである。そのため、単に説明を行うだけでなく、入居者の理解に資するため特定施設利用契約の重要事項説明書の交付を行っている場合をAとした。（重要事項説明書には、入居契約に係るものと、特定施設利用契約に係るものの2種類がある。ちなみに国の標準様式はこれらを兼用できる様式となっており、その場合は表題に両契約の兼用であることを明示する必要がある。） 特定施設でないホームの場合は、「外部の居宅サービス」と読み替えて評価する。 (2-k) 申込みから入居までの配布書類が確認できる文書 (1-u) 業務マニュアル

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。	指針では、管理費・食費等利用料の改定ルールを「入居契約書」または「管理規程」に明示すること、及び実際に改定を行う場合には改定の理由・根拠等を入居者に明確にすること、と規定している。 改定のルールを明確にした上で、さらに改定に際しては、根拠を文書で示すだけでなく、入居者の理解を得るための説明を行う場合をもってAとしている。 2-l 改定手続きを定めた文書 2-m 改定実施記録
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、解約通知前に弁明の機会を与え、解約予告期間を設けるなど、入居者の権利擁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。	指針では、契約解除に係る要件について、少なくとも入居契約書に入居一時金の場合の返還金の有無、算定式、及び支払時期を明記すること、また、契約解除の条件は契約当事者の「信頼関係を著しく害する場合」に限るなど、入居者の権利を不当に狭めるものとし、さらに、ホーム・入居者双方からの契約解除条項を規定すること、としている。 特にホーム側から契約解除を申し出る場合、理由は相当であっても、入居者に対し、「弁明の機会」を与え、なおかつ「退去までの相当の予告期間」をおくなど、入居者を保護する取り組みを行っているかどうか、がAとBの分かれ目となる。 (2-h) 入居契約書
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。	指針では、H18.4.1以降に自治体に届出が受理された新規ホームにおいて、前払い金を受領する場合は返還債務に対する保全措置を義務付けている。 より消費者を保護する観点で、返還期間を超えてなお、入居期間中における保全措置を講じている場合をAとした。 ※保全措置の対象となる前払い金を受領しないホームについては【非該当】とする。

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け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。	(2-i) 重要事項説明書
2-2-10 短期解約特例 前払い金に関する概ね90日以内を期日とする短期解約特例について、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 入居日又は償却起算日を始期として、期日までの解約申し入れを対象とし、かつ受領する1日当たりの利用料は受領総額を全償却日数で割り返した額を超えないよう合理的に設定、さらに死亡終了の場合も短期解約特例の対象としている。 B 入居日又は償却起算日を始期として、期日までの解約申し入れを対象とし、かつ受領する1日当たり利用料は受領総額を全償却日数で割り返した額を超えないように設定している。 C 上記の取り組みを行っていない。	指針では、すべての有料老人ホームに対し、H18.7.1以降に契約した入居者について、入居一時金等の前払い金を受領する場合の短期解約規定を定めている。 指針上は入居契約締結日を起算日としているが、契約締結日から入居日まで相当期間を要する場合もあるため、より消費者を保護する観点で、書面に日付が明示された入居日（鍵の引き渡し日）又は入居一時金の償却起算日等を始期として短期解約特例を設けている場合であって、受領する1日当たりの利用料の適切な設定方法をもってBとした。（ここでいう1日当たり利用とは、月額利用料の日割り相当分や原状回復費用を含まない） なお、入居者の自己都合で入居日が遅れる場合もあるが、これはホーム側の責任範囲外であるので、評価上の判断には影響しない。 その上で、生前解約だけでなく死亡終了も対称とする場合を、Aとした。 Cは、Bスケールの2条件すべてを満たしていないもの。 (2-h) 入居契約書

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。	入居契約終了時の原状回復について、修繕内容や費用など、具体的な取扱規程（内規でなく、入居者の手に渡る規程）を設けている場合をBとした。 その上で、国土交通省の原状回復ガイドラインを踏まえて、「通常の使用に伴う損・摩耗について原状回復の対象外（入居者負担としない）」としている場合をAとした。 ※国土交通省：「賃借人の居住、使用により発生した建物価値の減少のうち、賃借人の故意・過失、善管注意義務違反、その他通常の使用を超えるような使用による損耗等を復旧すること」（原状回復の定義） 協会の標準入居契約書では、平成15年度の改正版からこの考え方を取り入れているため、これ以前の版を使用する事業者には規定の変更ができていないところもあると思われる。 (2-h) 入居契約書 2-n 原状回復規程
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。	令では、指定特定施設の場合、介護職員の基準配置は要介護者3名に対して看護・介護職員の合計が1名。このうち特に看護職員は、要介護者30名までは1名配置で、以降、50またはその端数を増すごとに1名ずつ追加することと規定されている。なお、要支援1に対してはその数が10又はその端数を増すごとに1以上となる。 特定施設の基準配置は3：1であるが、本項では、介護・看護職員の過配置によるサービスの手厚さを問うため、3：1配置の場合はCとする。 また、本項では自立入居者に対する職員数は除外している。 ※特定施設でないホームについては、【非該当】とする。 (2-i) 重要事項説明書 2-o 勤務体制表

2-3-2 夜間の職員配置 夜間の直接処遇職員の配置は、どのようになっていますか。 A 要介護者数に応じて配置し、その中には看護職員が含まれている。 B 必要に応じて直接処遇職員を配置している。 C 配置していない。	指針では、入居者の実態に即して、夜間の介護や緊急時に対応できる数の職員を配置すること、としている。 指針、介護保険指定基準では、夜間の職員配置については数を求める規定がない。実態として要介護者のいないホームでは、宿直専門員のみを配置しているホームもある。 本項では、「直接処遇職員」＝介護・看護職員の夜間配置を問うものであり、高齢者の身体特性を考えると、夜間の急変に初期的に対応するには、看護職員が配置されることがやはり望ましい、との考えである。したがって、要介護者がいないホームは【非該当】となる。 なお、併設する診療所の看護職員等は、ホームの職員配置人数からは除外される。 (2-i) 重要事項説明書
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 職員から会議の場や個別の提案を受け、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。	サービスの質向上の観点で、職務部門を超えホーム内に検討するための組織を設置している場合をAとした。 2-p 組織・活動内容が確認できる文書
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。	サービスの質向上の一環として、定期か不定期かを問わず、入居者（介護専用型においては家族等も含む）の希望やCS（満足度）を把握するための各種調査を行っているかどうか。 その上で、これらの調査結果について入居者や家族等に関示する取り組みについてAとした。 2-q 調査結果が確認できる文書 2-r 調査結果を開示状況が確認できる文書

2-3-5 運営懇談会の開催 運営懇談会を、規則に基づき定期的に開催していますか。 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に開催しており、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に開催し、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。	指針では、ホームと入居者代表で構成する運営懇談会を、入居者の状況やサービス提供の状況、収支内容等の報告・説明の場とし、入居者の要望や意見を運営に反映させるよう求められている。 当協会では、運営懇談会の設置・運営に際しその手続きを定めた「運営懇談会規則」を作成するよう求めている。また、開設年数の長いホームなどでは、入居者の加齢に伴い、入居者委員を立てられない、といった理由から運営内容を、文書配布にのみとどめているようなケースも見られる。しかし、ホームが適切な運営を行う上では、入居者の意見や要望を的確に取り入れること、運営内容について定期的に協議を行う場を設けることは必須である。 上記の理由で懇談会を設置できない場合、入居者全体を対象とした意見聴取・意見交換の場を定期的・計画的に持つ場合も、本項目では運営懇談会の体裁を整えていると評価する。 これらを前提として、開催していない、または会則等がなく開催している、といったケースはCとなる。会則に基づいた開催を行い、さらに検討結果を議事録配布や説明会開催等で報告する取り組みをAとした。 2-s 運営懇談会会則 2-t 運営懇談会への報告実施記録 2-u 入居者への報告文書
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。	ホームの運営状況について、文書を配布するだけでなく、直接、全入居者に対して報告する機会を設けているか、という積極的な取り組みを問う。 (2-h) 入居契約書 2-v ホーム運営状況の報告文書 2-w 運営状況に係る説明会の実施記録
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の経理について、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、決算の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。	令では、介護保険指定事業の会計と、その他の事業会計と区分しなければならない、と規定している。 会計区分を行うことは法律で定められている必須事項であり、さらに区分内容について、情報を公表する取り組みについてAとした。 特定施設でないが、その他の介護保険事業を行っている場合は読み替える。 ※介護保険事業を一切行っていない場合は、【非該当】とする。 2-x 財務諸表

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。	適切なホーム経営の観点で、法人が他事業（介護保険指定事業を除く）を営んでいても、ホームに係る損益・資金収支を会計区分している場合をAとした。 (2-x) 財務諸表
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。	指針では、入居者の苦情に対して、迅速かつ円滑な解決を図るため、窓口を置くなど入居者の利便に配慮してその苦情解決に努めるものとする、と規定している。 令では、提供した介護に係る入居者からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、必要な措置を講じなければならない、と規定している。 また、企で、「必要な措置」とは、具体的には、①相談窓口、苦情処理の体制及び手順等、当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにする、②利用申込者にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する措置の概要についても併せて記載する、③これらを事業所に掲示すること、等としている。 本項と次項は、苦情解決へのホームの取り組みについて、社内・社外で書き分けたものである。 苦情処理体制を定めた上で、入居者が苦情を申し出たことによる不安（生活しにくくなる、ホームとの関係がこじれる、等の心配や不安）を解消するための規定を文書に設けている場合をAとした。 (2-h) 入居契約書 2-y 苦情処理方法の規定文書
	同上

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。	同上
2-3-10 損害賠償処理体制 入居者等が外部の苦情処理機関損害賠償を身体へ財物に与える賠償を請求について、どのような取り組みを行っているか。 A 行損害賠償責任苦情を申し居契約関係書類に規定差別を行わ損害賠償への加入状況を確認している。 B 損害賠償処理機関について入居契約関係書類に規定以内の掲示など、入居者等が利用しやすいように周知を行っている。 C 入居者等が外部の苦情処理機関損害賠償を請求について、入居契約関係書類に規定以上記載されている。 C 定上記の取り組みを行っていない。	(2)指入居契約書サービス提供に伴う事故発生に対しては、外部の苦情処理機関の苦情賠償係速周知文書を行うこととしている。令でも同様の規定を設けている。 また企では、賠償すべき事態において速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入しておくか、または賠償資力を有することが望ましい、と規定している。 介護保険指定事業者は、事業申請時、自治体より老企 25 号への対応を求められる。ただし実態として自治体では「賠償資力」を評価できないため、損害賠償保険への加入書のコピーを提出させるケースが多い。評価に当たっては、ホームに対し、自治体が求めた方法がどちらかを確認する必要がある。 入居契約書等の関係書類に損害賠償についての記載がある場合をBとする。ただし、規定事項の中に不当な事業者側の免責事項がある場合には当該規定は無効である（規定されていないものとみなし、Cとする）。 2-aa 損害賠償保険への加入が確認できる文書
	入居者や家族等からの金品の授受については、一定の歯止めがないと、職場のモラルの低下や入居者の差別につながる可能性がある。 本項目では、マニュアル等に具体的な取扱い方法を規定してモラルの向上に取り組んでいる場合をAとした。

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-ab 金品授受に係る取扱規程 (1-c) 職員研修カリキュラム表
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。	ホームが提供する諸種のサービス（食事、生活、介護サービス）については、必要業務についてマニュアル（業務手順）を定めることで、職員の業務の標準化を図り、事故防止につなげ、サービスの質の向上を図る、など組織的に実施する必要がある。 本項目では、業務手順を文書化している場合をBとし、さらに実態に即して柔軟に当該文書を改定する取り組みを行っている場合をAとした。 (1-v) 業務マニュアル 2-ac 業務マニュアルの見直しが確認できる文書
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。	事故防止の観点でのマニュアルだけでなく、事故発生後の事故記録書作成から原因分析など、リスクヘッジのための具体的な取り組み(ケアリスクマネジメントを行っている場合をAとした。 開設後まもなく事故発生事例がない場合でも、事故に備えたこれらの取り組みを行っているかどうかを評価する。 2-ad 事故防止マニュアル 2-ae 事故報告書 2-af 事故防止に係る会議記録

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。	各種の感染症について、予防のためのマニュアルを策定した上で、医療機関や自治体からの情報収集・関係者間の協議等を行っている場合をAとした。 2-ag 感染症予防マニュアル 2-ah 医療機関との連携業務が確認できる文書
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。	想定される自然災害に対して、必要なマニュアルを定め、さらにホームの実態に即した物資の備蓄まで行っている場合をAとした。 2-ai 災害対策マニュアル 2-aj 物資備蓄表
2-4-6 防災訓練の実施 防災訓練を定期的を実施していますか。 A ホームの防災計画に基づく防災訓練を定期的の実施し、さらに夜間を想定した訓練を行っている。 B ホームの防災計画に基づく防災訓練を、定期的に実施している。 C 防災訓練を実施していない。	指針では、事故・災害・急病・負傷に対応すべく具体的な計画を立て、避難等必要な訓練を定期的に行うことと、としている。ホームがビルのテナントとなっている場合など、ビルそのものの防災計画に係わらずあくまでホーム事業としての防災計画・訓練が求められる。 ホームでは、所轄消防署との協議の上で、定期的に防災訓練を実施しているところが多いが、中には、ここ数年まったく実施していない、といったケースも考えられる。BとCの区分はここで行う。 その上で、定期的な訓練を実施しつつ、さらに職員が手薄になる夜間を想定した防災訓練を定期的に（数年に1回でも）計画・実施している場合をAとした。 2-ak 防災訓練実施記録（日中、夜間）
3. 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。	ここでいう「バリアフリー」とは、段差の解消・廊下の幅員確保・手すりの設置を指す。 ホームの建築当時はバリアフリー構造でなかったが、開設後、必要に応じた改修等によりバリアフリー化に取り組んでいるものについてもBとし、さらに、水回りにおいてもバリアフリー対応を図っているものをAとした。

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。	指針では、緊急通報装置を設置することを規定している。 居間や寝室への装置の設置をBとし、さらにトイレや浴室にも設置している場合をAとした。
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。	指針では、入居者の安否確認について、安全・安心の確保の観点で実施することが求められているが、実施に当たっては入居者のプライバシーの確保を十分に考慮する必要があることから、安否確認の方法等については、運営懇談会その他の機会を通じて入居者の意向の確認、意見交換等を行い、できる限りそれを尊重して実施すること、と規定している。 入居者の安否確認を実施する場合において、①サービス提供上の工夫により何らかの安否確認が行われているもの、例えば、食堂にいられたかどうかの確認、フロントでの目視による在館確認など、を行っている場合をBとした。その上で、②ハード面での安否確認（リズムセンサー、赤外線センサー、水道メーターによるチェック、ドアチェッカー、等）を設置している場合を、Aとした。

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。	令では、指定特定施設は、入居者が車椅子で円滑に移動することが可能な空間と構造を有するものでなければならない、と規定している。 車いすでの生活の利便性という観点で、Bでは、車いすに乗った状態で居室内がどこでも移動できるかどうか、ドアを開閉できるか、がポイントとなる。 さらに、特に車いすに対応した洗面台（前面が車いすを引き込めるようになっているもの）を設置している場合をAとした。
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。	居室や一時介護室が相部屋の場合、医療機関の多床室のように必要に応じてカーテンを閉めるような簡易的な間仕切りの場合、本項目ではBとした。 指針では、新築ホームに対し建築基準法上の界壁（天井裏まで達する遮音性能を有する壁）により区分することで、一定の音、におい、光を遮断することを求めている。これは既存ホームにまで求められたものではないが、Aというパーテーションは、天井面まで仕切られたものをいう。 相部屋であっても日常的なプライバシーが保てるよう間仕切りがしてあり、かつ、ベッドのどちらか一方の面での、車いすへの移乗が十分可能な空間が確保されている場合をAとした。（間仕切り・空間、の2条件を満足した場合のみAとした。）
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。	指針では、入居者が健康で生きがいをもって生活することを支援する施設（スポーツ、レクリエーション施設、図書室等）を設置することが望ましい、と規定している。 自立者が要介護者かを問わず、専用の施設を有する場合をBとし、さらに入居者の利用を促進するような取り組みを行っている場合、例えば、ホームが主催するレクリエーション、サークル活動など、を実施している場合をAとした。 3-1 当該施設を利用して実施する行事等の計画表
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	ここでいう「独立したスペース」には、広いロビーを利用した談話スペースなども含む。廊下の一角に応接ソファを置いているようなものは除く。

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。	
4 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。	指針では、入居者に対する各種の相談へ応じ、適切な助言に努めることが求められている。 入居者からの生活相談に対応する職員として生活相談員(専任、他職種との兼務どちらでも可)を定めて業務を行っている場合をBとした。(ただし、特定施設事業上は兼務不可) 入居者の相談の中には、税務相談や法律相談など、専門性の高いものも多く、このニーズに対応するため、定期的に顧問税理士による税務相談会を開催したり、外部の弁護士を紹介したりするなど、入居者が外部資源を利用しやすいような具体的支援を行っている場合をAとした。 (2-h) 管理規程
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。	指針では、入居者の金銭、預金等は入居者自身が行うことを原則としている。ただし、入居者の判断能力に問題がある場合や、入居者から特に依頼があった場合などについては、身元引受人等の書面による承諾を得て、金銭管理方法や定期的報告などについて管理規程等に定めた上で実施することを規定している。 4-a 金銭取扱規程
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	サービスの質の向上、という観点から提供するサービスに対する改善要望や意見などを協議する場（運営懇談会、サービス向上委員会、など）を設けている場合をAとした。

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-b 運営懇談会議事録 (2-h) 管理規程
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。	外部からの生活サービス：移動販売車や訪問理美容など、ホームが提供するサービス以外の便宜。 ホームが提供するサービスだけで完結させず、入居者の生活を支援する外部サービスがあれば積極的に取り組んでいる例があればB、さらに外部サービスの導入について運営懇談会での検討を行うなどし、ニーズを把握する取り組みまで行っている場合をAとした。 (2-h) 入居契約書や管理規程 4-c ニーズ調査実施記録
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。	指針では、高齢者の心身特性、介護の知識・技術について職員研修を行うことが規定されている。 本項目では、具体的なコミュニケーション技術（援助技術、コミュニケーション技術等）について、専門性をもった職員研修を行っている場合をBとした。 さらに、これらを業務上で実践する努力（閉じこもりがちな入居者に対する居室訪問・入居者個別のアプローチ等を行っている、など）を行っている場合をAとした。 (1-u) 業務マニュアル (1-c) 職員研修カリキュラム表(又は実施記録)

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に取り組んでいる。 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。	指針では、入居者の要望に応え、運動、娯楽等のレクリエーションを実施することが求められている。 本項目では、レクリエーションが漫然と行われるのではなく、①入居者のニーズを反映し、②計画性を持って行われ、③実施結果を評価、課題を抽出して次の行事に反映する、といった、計画的な実施が行われているか、を評価するものである。 4-d アクティビティ計画書 4-e アクティビティ実施記録書
5 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食、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1回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。	日常の食事以外に行事メニューや季節ごとのメニューを立て、食事の楽しさを演出しているホームは多いと考えられる。 本項目では、これらの取り組みを行った上で、毎食において選択メニューを実施している場合をAとした。 5-a 実施献立表
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	入居者の最大の楽しみは、食事にあるが、全員の嗜好を満足する食事の提供は困難である。ホームがアンケート等の調査を実施して、食事サービスの質の向上を図る取り組みをBとした。 さらに、運営懇談会等以外の場を設け、入居者と職員が話し合える場を設置している場合についてAとした。

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-b 嗜好調査結果 (4-b) 運営懇談会議事録
5-2-1 自立の観点での食事介助 食事をとることが不自由な入居者に対する食事サービスの質の向上について、どのような取り組みを行っていますか。 A 個別ケアプラン上に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。	食器の把持が困難な入居者に対する食事サービス提供について、入居者に食べさせることだけでサービスを提供する場合はCとなる。 個別ケア計画に基づき必要な食事サービスを提供する場合をAとした。 5-c 介護サービス計画書 (1-v) 業務マニュアル
5-2-2 疾病に対応した食事の提供 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。	調理上の工夫とは、「きざみ食やミキサー食、とろみ食」などを指す。 Aという治療食は、心臓病食、高血圧食、肝臓病食、糖尿食、等、恒常的な内疾患等に対応した食事の提供を指す。 5-d 疾病に対応した食事の提供記録、又は提供に係る規程

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。	本項目では、適温食への対応の度合いによる評価である。 保温食器については、厚生労働省の通知に「保温食器は名称・材質の如何を問わず、保温機能を有する食器であれば差し支えないこと」との規定がある。 B は、適温食用の保温食器等の工夫をしながら、適温食の提供に努めている場合。 A という、いつでも適温食に対応するには、調理職員が、①食事時間内に入居者が来る都度調理する、若しくは②設備・機器面（保温・保冷配膳車、保冷配膳車、保温トレイ、等）の取り組みが必要となる。
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。	要介護者に対して栄養士が個人に合った栄養管理を実施している場合を B とし、さらに、ケース会議等には多職種が参画できることとされ、入居者の栄養状態や適切な食事提供について検討している（できる）状況を A とした。 5-e 栄養管理実施記録 5-f ケース会議（カンファレンス）実施記録
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 職員により口腔ケアを行うほか、協力契約を締結する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。	令では、指定特定施設は一般の医療協力機関のほかに、歯科医療機関との協力契約を努力義務としている。 一般的な口腔ケアへの取り組みを行っている場合を B とし、さらに、外部の歯科医療機関による口腔管理・指導を行っている場合を A とした。 （外部の歯科医療機関については、介護保険で求められる協力機関のほかに、介護保険指定事業としての「居宅療養管理指導」によるものも含む）

導が行われている。 B 食後や就寝前の歯磨き、義歯の管理などの個別ケアを行っている。 C 上記の取り組みを行っていない。	5-g 歯科医療機関との協力契約書 5-h 口腔ケア実施記録
6 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。	指針では、入居者の自立支援の観点に立った介護の提供が求められている。 令では、介護は入居者の心身の状況に応じ、入居者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行わなければならない、と規定している。 自立支援の観点に立ち、介護を提供する場合に入居者の残存機能に着目し、これを維持するための方針を持って介護方法を検討している場合を B とし、残存機能を高めるための組織的な取り組みを行っている場合を A とした。 ※特定施設でないホームについては、【非該当】とする。 (5-f) ケース会議（カンファレンス）実施記録 (1-u) 業務マニュアル
6-1-2 接遇上の配慮 入居者に対する態度や言葉使いなど、接遇についての取り組みを行っていますか。 A 接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、接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。	標準的な接遇の方法が定められ、職員研修を実施している場合を A とした。 (1-u) 業務マニュアル (1-c) 職員研修カリキュラム表(又は実施記録)

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。	令では、①入居者に対する特定施設サービスの提供拒否を禁止する一方で、②入居者が特定施設サービスに代えて他のサービスを選択することを妨げてはならない、と規定している。 ホームは入居希望者に対し、入居契約前に特定施設利用契約についても説明を行う義務がある（1-1-2）が、入居後、相当の経過期間を経て要介護状態になる際にも、あらためて特定施設利用契約内容を締結前に説明する必要がある。 本項目のAでいう、「入居者や家族等の意思の尊重」とは、有料老人ホームの入居者であっても、入居者の判断で、指定特定施設又はその他の居宅系サービスを受給する選択権があることを保護しているかどうか、という点を評価している。 仮に、入居契約書等の契約文書において、介護サービスはホームが指定特定施設として提供するサービスしか受けられない、といった記載があれば法律違反であり、Cとなる。 ※特定施設でないホームについては、【非該当】とする。
6-2-1 ケアマネジメントの実施 ケアマネジメントを実施していますか。 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、利用者に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。	(1-u) 業務マニュアル 個別のケアマネジメントが、PDCAのサイクルに則って実施され、なおかつサービス改善の取り組みを行っているか、を問うものである。 ※特定施設でないホームについては、【非該当】とする。 (1-u) 業務マニュアル 6-a 介護サービス実施記録 (5-f) ケース会議（カンファレンス）実施記録
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われていますか。	入居者に必要なサービスが、適切な個別アセスメントに基づきケアプランに反映されているかどうか、を問うものである。 ※特定施設でないホームについては、【非該当】とする。

トが適切に行われていますか。 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。	6-b アセスメント表 6-c 介護サービス計画表
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、どのようなになっていますか。 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。	入居者への介護サービスが中・長期的な観点で（介護予防・悪化防止の観点で）計画・評価されているかどうかを問うものである。 ※特定施設でないホームについては、【非該当】とする。 (6-b) アセスメント表 (6-c) 介護サービス計画書
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。	ホームへの入居日から介護サービスが必要な入居者の場合でも、事前に居宅介護支援事業所や医療機関との連携により、提供する介護サービスのための暫定的なケアプランを作成する必要がある。 本項目では、こうした取り組みに加え、サービス提供開始後の入居者の不安感の除去等に努める取り組みについて、Aとした。 ※入居時から介護サービスを必要とする者を受け入れていない場合は【非該当】とする。

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。	令では、ケアプラン変更などの際にも、入居者等の意見を勧案することとしている。 ここではさらに、提供した介護サービスの実施結果を適切に評価し見直し案に反映させているものをAとした。 現行プランの評価を行わずに見直し案を策定している場合はCとなる。 ※特定施設でないホームについては、【非該当】とする。 6-d 変更前後の比較・確認ができる介護サービス計画書 6-e 介護サービス計画の変更同意書
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。	令では、サービス計画作成後においても、他の従業者（栄養士、フロント、事務職、等）との連絡を継続的に行うことにより、特定施設サービス計画の実施状況の把握を行うとともに、入居者についての解決すべき課題の把握を行い、必要に応じて計画の変更を行うものとするとしている。 Bは、要介護認定の申請時や変更・更新時など、ケース会議を行うべきタイミングが固定されている場合である。 ケース会議の開催に計画性が見られない場合は、Cとなる。 ※特定施設でないホームについては、【非該当】とする。 (5-f) ケース会議（カンファレンス）実施記録
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。	令 33 では、指定事業者に対し、ケース会議等において入居者・家族の個人情報を用いる場合には、事前に文書にて同意を得ることを事業者 に義務付けている。 他方、企第 3-3(21)ではこの入居者等の同意について、サービス提供開始時に入居者及びその家族から包括的な同意を得ておくことで足りるものである、としており、指定特定施設利用契約締結時に包括同意を行うことも認めている。 入居者情報の保護の観点から、情報を使用した結果についても適切に当事者へ報告を行う方法が採られている場合をAとした。 ※特定施設でないホームについては、【非該当】とする。 6-f 個人情報使用に係る同意規定 6-g 会議結果の報告文書

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、定期的及び必要な都度、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、家族等へ定期的及び必要な都度、報告を行っている。 C ホームが必要と判断した場合に、報告を行っている。	指針では、身元引受人等への連絡について、①必要な場合の連絡とサービス提供況の定期報告、を規定している。 令では、指定特定施設事業者は、常に入居者の家族との連携を図るとともに、入居者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない、と規定している。 本項目では、 「定期的な報告」：1ヶ月に1回以上の頻度で、文書・電話等により家族等に入居者の状況を報告する場合を指す。 「必要な都度」：介護方法を変更する場合や要介護認定の変更申請を行う必要があると判断した場合、入院の必要が生じた場合など。 連絡が定期的に行われ、さらに必要に応じて報告されている場合をBとした。 その上で家族等の来館の機会を増やす取り組みなど、入居者と家族との交流を促進している場合をAとした。 6-h 報告文書
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。	令では、入居者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入居者の行動を制限する行為を行ってはならない、と規定している。 さらに企では、緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録しなければならないものとする、としている。 車いすの安全ベルトや、ベッドを柵で囲むなど、代替策を検討せず、ホームのみの判断で日常的に拘束・抑制を行っている場合を、Cとした。 Aは、ホームが組織的に身体拘束廃止に向けた組織的活動を行っている（マニュアル作成、職員への理念の周知、委員会の設置、拘束の代替方法の検討、等）場合となる。 (1-u) 業務マニュアル (1-c) 職員研修カリキュラム(又は実施記録)

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、定期的の実施している。 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。	指針では、職員の採用時及び採用後において定期的に職員研修を実施すること、とし、特に生活相談員及び直接処遇職員については、高齢者の心身の特性、実施するサービスのあり方及び内容、介護に関する知識及び技術、作業手順等について職員研修すること、と規定している。 令では、指定特定施設入所者生活介護事業者は、特定施設従業者の資質向上のために、その職員研修の機会を確保しなければならない、と規定している。 本項目の設問上の軸は、職員研修の計画性にある。スポットでの職員研修の実施なのか、ある程度職種ごとに計画性を持っているか、1年間の（職種や職員ごとの）職員研修事業計画を定め、実施しているかどうか、が評価の分かれ目となる。 ※特定施設でないホームについては、【非該当】とする。 (1-u)業務マニュアル 6-i 職員研修計画書
6-3-2 職員の認知症介護技術向上 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。	職員研修活動を行う上で、協力医療機関その他の、精神科医や神経内科医等、認知に関する専門医と連携し、具体的な事例検討を行っている場合をAとした。 (1-c) 職員研修カリキュラム 6-j 個別事例検討記録
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、第三者評価を受審し、評価結果を公表することとしている。	令では、指定特定施設は自らその提供する指定特定施設の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない、と規定している。 本項目では、第三者評価の受審に最低2年に1回以上との定期性を求め、さらに評価結果について公表している場合を、Aとした。 第三者評価の実施にこの定期性が見られない場合はCとする。 H18 年度より施行された「介護サービス情報の公表制度」は、第三者評価には当たらない。

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。	6-k サービス評価実施記録 6-l サービス評価結果の公表文書
7 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るか。 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。	ホームにおける看護職員の役割は、日常的な健康管理、初期的処置、バイタルのチェックなどであるが、入居者別に健康管理を実施している場合をAとした。 7-a 健康管理台帳(現地視認)
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、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。	夜間の居室からの緊急通報には誤報も多い、その原因には、枕元に端末がある場合の押し間違いや、認知症の入居者の行動による場合、などがある。 こうした入居者の特性などを把握した上でなお、居室訪問により対応を行っている場合をAとした。 (1-v) 業務マニュアル 7-b 夜間ケアコール対応記録(現地視認可)
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。	閉じこもりには「身体的要因」「心理・精神的要因」「社会・環境的要因」が挙げられるが、アセスメントを行い、必要なサービス提供を計画・実施しているものをAとした。 この場合の「入居者」は、自立者化要支援、要介護者であるかを問わない。

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。	(6-b) アセスメント表 (6-d) 介護サービス計画書
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。	令では、自ら入浴が困難な入居者について、1週間に2回以上、適切な方法により、入浴させ、又は清しきしなければならない、と規定している。 ホームでは、入浴時間を対象者全員に対し曜日や時間を定めて実施しているのが一般的だが、入居者の状況を踏まえ、入浴を清拭に切り替えたり、曜日変更で対応したりするなどに配慮した取り組みを行っている場合をBとした。その上で、所定入浴時間外でも入浴介助を実施する取り組み（オムツ交換に伴うシャワー洗浄を除く）についてAとした。 ※特定施設でないホームについては、【非該当】とする。 (6-d) 介護サービス計画書
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。	企では、介護サービス等の実施に当たって、入居者の人権を十分に尊重して実施するものと規定している。 脱衣室で衣服の着脱介助を行う場合、裸体を他人の目に触れないような配慮を行っている場合をAとした。 ※特定施設でないホームについては、【非該当】とする。

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。	企では、入浴の実施に当たって、自ら入浴が困難な入居者の心身の状況や自立支援を踏まえて、特別浴槽を用いた入浴や介助浴等適切な方法により実施するものとする、と規定している。 介護浴槽を設置しているが、一般浴槽（大浴場等）で介助入浴を行う場合は、Cとはならない。
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 転倒防止への設備・備品上の工夫を行った上で、複数の職員が介助を行っている。 B 複数の職員が介助を行っている。 C 入浴介助は1人の職員が行っている。	滑り止め（滑りにくい床材を含む）、段差解消、浴槽内の手すり設置、などの対応により、事故防止を図っている場合をAとした。 ※特定施設でないホームについては、【非該当】とする。 (1-u) 業務マニュアル
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、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。	令では、入居者の心身の状況に応じ、適切な方法により、排泄の自立について必要な援助を行うことを義務付けている。 トイレ誘導を行う程度の取り組みの場合はB、個別に専門的な失禁ケア（排泄記録表、排泄のタイミングや日中の水分補給、排泄方法（おむつ、トイレ誘導、Pトイレなど）の検討を行い、排泄の自立に向け取り組んでいる場合をAとした。 ※特定施設でないホームについては、【非該当】とする。 (6-d) 介護サービス計画書
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。	「入居者等の要望」：排泄方法や時間など、排泄に関する本人又は家族の要望を指す。 入居者等の要望を尊重しながら排泄介助を検討・実施している場合をAとした。 ※特定施設でないホームについては、【非該当】とする。

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。	(1-u) 業務マニュアル
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。	入居者個別の自立支援という観点から、おむつの随時交換を、職員配置が多い日中だけでなく、夜間についても実施している取り組みについてAとした。 ※特定施設でないホームについては、【非該当】とする。 (1-u) 業務マニュアル 7-c 実施記録(現地視認も可)
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。	居室の臭気を取り除き、快適に過ごしていただくための取り組みとして、人の手による努力をBとし、さらに専用の脱臭機器・換気システム上の脱臭装置など（人の手によるスプレースの散布等の都度対応は除く）まで設置している場合をAとした。 ※特定施設でないホームについては、【非該当】とする。 (1-u) 業務マニュアル

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。	令では、消耗品であるオムツは実費徴収のできる排泄用品とされているが、備品として使用されるもの(Ｐトイレ等)については、ホームが備えるか入居者の自己負担がどうかの線引きが明確になっていない。 ここでは、排泄介護用品について、入居者のフィッティングを含めて支援している場合をＡとした。 (1-u) 業務マニュアル (7-c) 実施記録(現地視認も可)
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。	個別性の高い褥瘡の予防・対応などについて、個別・具体的な取り組みを行っている場合をＢとし、さらに医師の指導を受けるなどして介護の専門性を高める取り組みを行っているものについてＡとした。 ※特定施設でないホームについては、【非該当】とする。 (6-d) 介護サービス計画書 (1-c) 職員研修カリキュラム表（又は実施記録）
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。	総臥床時間を減らす努力について、寝・食分離への取り組みを行っている場合をＢとし、さらに、離床してのアクティビティ実施に取り組んでいる場合をＡとした。 ※特定施設でないホームについては、【非該当】とする。

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。	(1-u) 業務マニュアル
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。	本項目では、福祉用具を使用する入居者の身体へのフィッティングまでを行っている場合をAとした。 なお、ここでいう「福祉用具」とは、介護保険法に定める一般的な福祉用具を指す（車いす、褥瘡予防用具、歩行器、歩行補助杖、等）。 (7-c) 実施記録(現地視認も可)
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、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。	特に身体・精神的な理由から、引きこもりがちになる入居者に対し、ケアプラン上での目標設定を行い、外出等への働きかけを実施している場合をAとした。 ※特定施設でないホームについては、【非該当】とする。 (6-d) 介護サービス計画書 (1-u) 業務マニュアル

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。	令では、機能訓練指導員は、「日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者」により実施され、当該職員は他の職務に従事できる（兼務）、と規定されている。 企では、この「能力を有する者」について、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あんまマッサージ指圧師等、と規定している。 ホーム内での機能訓練については、①看護職員等が機能訓練指導員を兼任し、医師の指示の元で機能訓練を実施している場合、②介護保険給付上の機能訓練体制加算を受け、企に定める職員を「専任」で配置する場合、等があるが、いずれの場合においても、個別に計画を立てて実施している場合をＡとした。 介護予防体操など、入居者一律に実施する取り組みは、Ｂとする。 ※特定施設でないホームについては、【非該当】とする。 7-d 個別機能訓練計画書 7-e アクティビティ実施計画書
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。	「居室内の安全性の確保」は、火元の管理や刃物類の管理、窓からの転落防止等の取り組みを指し、「穏やかに生活するための取り組み」は、写真や思い出の品々などを置いたり、生き物を飼ったりするなど、情緒の安定につながるような取り組みを指す。 さらに、日中を居室以外の場所で過ごしていただくため、共用部分に認知症の入居者だけでなくつろげる、区画されたデイルーム等のスペースを設置している場合についてＡとした。
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。	認知症の入居者を完全に分離して介護するだけでなく、認知症でない入居者との間で交流が持てるよう理解を求め、レクリエーションを実施したり、サークル活動を共にしたりするなどに取り組んでいる場合を、Ａとした。

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 歯科医療機関を含む医療機関との間で、往診や入院、夜間対応などについての医療協力を締結している。 B 医療機関との間で、往診や入院、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。	指針では、医療機関と協力契約を結び、当該協力医療機関との協力内容、当該協力医療機関の診療科目等について入居者に周知しておくこと。また、協力内容に医師の訪問による健康相談、健康診断が含まれていない場合には嘱託医を確保しておくこと、と規定されている。 令では、指定特定施設は、入居者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならないとし、さらに協力歯科医療機関とも協力関係にあるよう求めている。 歯科を含む医療機関との間で具体的な協力契約を締結している場合をAとした。 なお、医療協力契約を文書で締結していない場合は、すべてCとした。 7-f 医療協力契約書 (2-i) 重要事項説明書
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。	家族が遠方にいる場合でも、入居者の病状や手術の実施など、家族が知っておくべき内容などについて、医師と家族のコミュニケーションを支援している場合を、Aとした。 (1-u) 業務マニュアル

7-6-3 服薬管理の実施 入居者の服薬管理を、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管理を行っている。 B 看護職員により、服薬管理が行われている。 C 服薬管理を行っていない。	「服薬管理」：入居者への与薬・服薬の確認を指す。 誤薬防止方法（与薬時の二重チェック、服薬チェック表の使用、服薬後の容器回収による確認等）の業務手順をマニュアルに定めた上で服薬管理が実施されている場合を、Aとした。 ここでは、入居者への配薬と、服薬時の立会いのいずれかを介護職員が担う場合も可とする。 (1-u) 業務マニュアル
--	--