

令和3年度有老協・サービス第三者評価結果（公益社団法人 全国有料老人ホーム協会）

法人名	株式会社 長谷エシニアウェルデザイン	ホーム名	ライフハウス千種2	ID	0309
評価機関		特定非営利活動法人福祉経営ネットワーク	評価日	令和4年1月22日	

第1群 設置者の経営方針・内部統制

1-1 経営方針等の周知	自己評価	評価機関
法人の経営方針及びホームの運営方針を、どのような形で成文化し周知していますか。 A 経営方針とホームの運営方針を、自主行動基準に含めて公表している。 B 経営方針とホームの運営方針を文書化し、公表している。 C 上記の取り組みを行っていない。	B	B

1-2 経営における社会的責任	自己評価	評価機関
有料老人ホーム事業者に求められる倫理規範、関係法令等について、職員に周知していますか。 A 遵守すべき倫理規範、関係法令等を盛り込んだ自主行動基準を策定し、職員研修を行っている。 B 遵守すべき倫理規範、関係法令等をテーマにした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。	A	A

1-3 コンプライアンスへの組織的取り組み	自己評価	評価機関
法人として自主行動基準の活用を図っていますか。 A 法人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 上記の取り組みを行っていない。	A	A

1-4 法人事業計画の策定	自己評価	評価機関
有料老人ホーム事業についての事業計画を策定していますか。 A 中期事業計画を策定し、必要な都度見直しを行っている。 B 1年ごとに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。	A	A

1-5 ホーム事業計画の策定	自己評価	評価機関
ホームの事業計画をどのように定めていますか。 A 食事・生活・介護等の業務部門ごとに、事業計画を定めている。 B ホーム全体での事業計画を定めている。 C 上記の取り組みを行っていない。	A	A

1-6 財務健全性の確保	自己評価	評価機関
法人の財務状況について、健全性確保への取り組みを行っていますか。 A 財務の健全性確保に向けた具体的な取り組みを行っており、事業計画の目標を達成している。 B 財務の健全性確保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。	B	A

1-7 適切な資金管理	自己評価	評価機関
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。	B	A
1-8 経理業務の内部統制	自己評価	評価機関
法人の経理業務について、内部統制を構築していますか。 A 経理業務に関する内部牽制を定めた規程等に基づいて、入出金担当者と会計事務担当者の役割分担、会計事務担当者の上長による銀行印等の管理が行われており、それら経理事務の実行状況について照合や突合等の監査が行われている。 B 入出金担当者と会計事務担当者との役割分担があり、会計事務担当者の上長が銀行印等を管理するなど、適切な経理管理の仕組みが構築されており、それらが経理規程等で明文化されている。 C 上記の取り組みを行っていない。	B	A
1-9 事業会計の区分	自己評価	評価機関
有料老人ホーム事業とそれ以外の事業について、会計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、入居者や家族の求めに応じ内容を閲覧に供している。 B 按分基準を定めて会計区分を行っている。 C 上記の取り組みを行っていない。	非	A
1-10 入居者の権利擁護への取り組み	自己評価	評価機関
入居者の権利擁護（プライバシー、サービスの選択権、虐待防止、苦情対応等）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の文書を職員、入居者、家族へ周知し、必要な職員研修を実施している。 B 入居者の権利擁護について成文化し、職員、入居者、家族へ周知している。 C 上記の取り組みを行っていない。	B	A
1-11 個人情報保護への取り組み	自己評価	評価機関
入居者等の個人情報保護について、どのように取り組んでいますか。 A 法令に基づく個人情報保護規程を定め、職員研修等を通じて周知徹底を図っている。 B 法令に基づく個人情報保護規程を定めている。 C 上記の取り組みを行っていない。	A	A
1-12 事業関連情報の共有	自己評価	評価機関
有料老人ホーム事業の関係法令や各種の情報について、社内共有を図っていますか。 A 必要な情報を一定の方法で職員に伝達し、その実効性を確認している。 B 必要な情報を一定の方法で職員に伝達している。 C 上記の取り組みを行っていない。	B	A

第2群：職員の資質向上

2-1 職員の能力向上	自己評価	評価機関
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 職員一人ひとりについての育成計画(キャリアパス)を策定している。 B 職階等ごとに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。	B	A
2-2 職員の人事評価	自己評価	評価機関
職員への適切な人事評価を実施していますか。 A 人事評価基準に基づく評価を実施し、結果を本人に説明している。 B 人事評価基準を策定して、評価を実施している。 C 上記の取り組みを行っていない。	B	A
2-3 職員の定着率向上への取り組み	自己評価	評価機関
職員の離職防止のために、どのような取り組みを行っていますか。 A 職員の待遇改善を図るためのルールを定め、さらに職場環境や業務の改善に取り組んでいる。 B 職員の待遇改善を図るためのルールを定めている。 C 上記の取り組みを行っていない。	B	B
2-4 施設長の能力向上	自己評価	評価機関
施設長のスキルアップに取り組んでいますか。 A 施設長の業務マニュアルを作成して業務にあたり、外部研修の受講機会を確保してスキルの向上に取り組んでいる。 B 施設長の業務マニュアルを作成して業務にあたっている。 C 上記の取り組みを行っていない。	A	A
2-5 資格取得への支援	自己評価	評価機関
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職員には、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。	B	A
2-6 職員の介護技術向上	自己評価	評価機関
職員の介護技術向上に、どのように取り組んでいますか。 A 認知症への専門的な対応方法を含む業務マニュアルに基づき、職員研修を実施している。 B 業務マニュアルに基づき、職員研修を実施している。 C 上記の対応を行っていない。	B	A

2-7 夜間の職員配置	自己評価	評価機関
夜間の職員体制をどのようにしていますか。 A 夜間の急病や緊急事態に備え、介護職員又は看護職員を配置している。 B 夜間の緊急事態に備え、職員を配置している。 C 上記の対応を行っていない。	B	B

2-8 虐待防止・身体拘束廃止への組織的対応	自己評価	評価機関
入居者へ虐待等を行わないために組織的な取り組みを行っていますか。 A 行動指針を整備し、委員会・職員研修を定期的実施するとともに、事故や苦情等の発生事例内容を検証している。 B 行動指針を整備し、委員会・職員研修を定期的実施している。 C 上記の取り組みを行っていない。	B	A

2-9 接遇上の配慮	自己評価	評価機関
入居者に対する態度や言葉使いなど、適切な接遇へ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、必要な職員研修を実施している。 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。	A	A

2-10 入居者とのコミュニケーション強化	自己評価	評価機関
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、必要な入居者には居室訪問などコミュニケーションを図る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。	B	A

第3群：入居契約

3-1 広告表示の適正化	自己評価	評価機関
景品表示法指定告示を遵守するために、どのような取り組みを行っていますか。 A 入居契約書等の表示方法について、広告表示基準を作成して取り組んでいる。 B 入居契約書等（入居契約書、重要事項説明書、パンフレット等）の表示内容について、指定告示への適合性を確認している。 C 上記の取り組みを行っていない。	B	A

3-2 契約関係書類の開示	自己評価	評価機関
入居希望者に対し、必要な文書をどのように開示していますか。 A 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 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 上記の取り組みを行っていない。	A	A

3-3 利用料の改訂方法	自己評価	評価機関
利用料改訂のルール(改訂の理由、根拠等)を、入居契約書又は管理規程に定めていますか。 A 改訂のルールを入居契約書又は管理規程に定め、改訂の際には事前に地方自治体へ相談しつつ、運営懇談会で説明することとしている。 B 改訂のルールを、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、一方的に改訂を行うことができる。	A	A

3-4 損害賠償	自己評価	評価機関
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 損害賠償に対応するため損害保険に加入し、入居契約書にホームの免責条項を規定していない。 B 損害賠償に対応するため、損害保険に加入している。 C 上記の取り組みを行っていない。	A	A

3-5 契約解除に係る入居者保護	自己評価	評価機関
ホームからの入居契約解除要件について、入居契約書へどのように規定していますか。 A 入居者の権利を不当に狭めないよう留意した解除要件、及び解除予告期間や弁明機会の付与を規定している。 B 解除予告期間や弁明機会の付与を含む解除要件を規定している。 C 上記の取り組みを行っていない。	A	A

3-6 短期解約時の前払金返還	自己評価	評価機関
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対応するよう入居契約に規定していますか。 A 前払金の返還金計算期間について法令に従い入居契約書に規定し、契約締結時に予定した入居日が変更される場合に備えて変更日の確認欄を設けている。 B 前払金の返還金計算期間について、法令の定めに従い入居契約書に規定している。 C 上記の取り組みを行っていない。	B	A

3-7 契約終了後の原状回復	自己評価	評価機関
入居契約の終了に伴う居室の原状回復方法について、どのように取り扱っていますか。 A 国土交通省の原状回復ガイドラインに従った原状回復方法を入居契約書に規定し、さらに詳細の取扱規程を作成している。 B 国土交通省の原状回復ガイドラインに従った原状回復方法を、入居契約書に規定している。 C 上記の取り組みを行っていない。	B	A

3-8 苦情解決への取り組み	自己評価	評価機関
入居者保護の観点で、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、社外の苦情処理機関、また苦情を申し出たことで差別的な取り扱いを行うことのない旨を入居者や家族に周知している。 B 社内の苦情処理体制、社外の苦情処理機関について、入居者や家族に周知している。 C 上記の取り組みを行っていない。	A	A

第4群 サービスの提供方針

4-1 業務マニュアルの策定・見直し	自己評価	評価機関
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 上記の取り組みを行っていない。	B	A
4-2 入居者の ニーズ把握	自己評価	評価機関
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、結果については入居者等に開示している。 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。	A	A
4-3 サービスの質向上への取り組み	自己評価	評価機関
サービスの質向上に向けて、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、定期的に外部のサービス評価を受審している。 B サービスの質向上に向けた検討組織を設置している。 C 上記の取り組みを行っていない。	A	A
4-4 家族等との連携	自己評価	評価機関
入居者の生活や心身状況について、家族等への報告や連絡を行うこととしていますか。 A 入居者と家族との交流の機会を確保した上で、入居者の状況について家族等へ定期的に報告し、緊急時の連絡体制を敷いている。 B 入居者の状況について家族等へ定期的に報告し、かつ緊急時の連絡体制を敷いている。 C 上記の対応を行っていない。	B	B
4-5 運営懇談会の適切な運営	自己評価	評価機関
ホーム運営の透明性確保の観点で、運営懇談会をどのように実施していますか。 A 規程に基づき収支内容の報告を含む定期的な開催結果を入居者や家族に報告し、開催においては必要に応じ第三者が参画している。 B 規程に基づき収支内容の報告を含め定期的に開催し、会議結果については入居者や家族に報告している。 C 上記の取り組みを行っていない。	B	B
4-6 金品授受の取扱い	自己評価	評価機関
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 上記の取り組みを行っていない。	B	A

4-7 事故防止の取り組み	自己評価	評価機関
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 事故発生防止の指針に基づく委員会の設置、職員研修を実施し、さらに事故事例を分析した改善策を作成している。 B 事故発生防止の指針を定め、委員会を設置し、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。	B	A
4-8 感染症予防の取り組み	自己評価	評価機関
感染症予防の具体的な取り組みを行っていますか。 A 対策委員会を設置して感染症予防マニュアルに基づく職員研修等を実施し、必要に応じ医療機関と連携している。 B 感染症予防マニュアルを策定し、研修等で職員に周知・啓発しつつ、必要に応じて医療機関と連携している。 C 上記の取り組みを行っていない。	B	A
4-9 自然災害への対応	自己評価	評価機関
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 災害時に必要とされる物品を備蓄し、災害発生時の行動を盛り込んだ事業継続計画(BCP)を整備している。 B 災害時に必要とされる物品を備蓄している。 C 上記の取り組みを行っていない。	A	A
4-10 防災訓練の実施	自己評価	評価機関
防災訓練を定期的に実施していますか。 A ホームの防災計画に基づき、夜間想定訓練を含む防災訓練を定期的に実施している。 B ホームの防災計画に基づき、防災訓練を定期的に実施している。 C 上記の取り組みを行っていない。	A	B
4-11 緊急通報への対応	自己評価	評価機関
緊急通報への対応をどのように行っていますか。 A 居室内の必要な箇所に緊急通報装置を設置し、発報した場合は必ず居室を訪問して状況を確認している。 B 居室内の必要な箇所に、緊急通報装置を設置している。 C 上記の取り組みを行っていない。	A	A
4-12 入居者の安否確認	自己評価	評価機関
入居者のニーズを踏まえた安否確認を実施していますか。 A 入居契約上で安否確認の実施について同意を取り付けたうえで、入居者の希望を踏まえた安否確認を実施している。 B 入居者の希望を踏まえた安否確認を実施している。 C 上記の対応を行っていない。	B	A

第5群 生活支援・食事サービス

5-1 健康管理の実施	自己評価	評価機関
看護職員による、日常的な健康管理を行っていますか。 A 健康管理マニュアルに基づき、日常的に健康相談やバイタルチェックを行い、必要に応じて主治医との連携を図っている。 B 健康管理マニュアルに基づき、日常的に健康相談やバイタルチェック(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	A	A
5-2 生活相談業務	自己評価	評価機関
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 生活相談員を定めて対応し、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 生活相談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。	B	A
5-3 小口現金の管理	自己評価	評価機関
やむを得ず入居者の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 管理方法を定めて収支状況を入居者や家族へ報告するが、現金は居室で保管しないこととしている。 B 管理方法を定め、収支状況を入居者や家族へ報告している。 C 上記の対応を行っていない。	非	C
5-4 生活利便サービスの実施	自己評価	評価機関
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 生活支援サービスを管理規程に定めて実施し、運営懇談会等で入居者の要望を聴き、その結果を入居者や家族に開示している。 B 生活支援サービスを管理規程に定めて実施し、運営懇談会等で入居者の要望を聞いている。 C 上記のような対応を行っていない。	B	A
5-5 外部からの生活サービスの導入	自己評価	評価機関
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。	B	A
5-6 アクティビティの計画的な実施	自己評価	評価機関
各種のアクティビティ(行事・レクリエーション)を、計画的に実施していますか。 A 年間計画を定めて実施し、実施結果の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、計画・実施している。 C 上記の取り組みを行っていない。	A	A

5-7 個別栄養管理の実施	自己評価	評価機関
栄養管理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 健康状態や咀嚼・嚥下能力に応じた食事を提供し、栄養士の個別栄養管理において医療機関の支援によるPEMリスク等の管理も行っている。 B 栄養士が個別栄養管理を行い、健康状態や咀嚼・嚥下能力に応じた食事を提供している。 C 上記の対応を行っていない。	B	B

5-8 食事ニーズの把握	自己評価	評価機関
入居者の嗜好や希望をサービスに反映す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、選択メニューを実施している。 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。	A	A

5-9 多剤服用解消への取り組み	自己評価	評価機関
入居者の多剤服用解消に向けて、どのように取り組んでいますか。 A 多剤服用の問題について職員研修等を実施し、必要な入居者については薬局や医療機関と減薬に向けた支援を実施している。 B 多剤服用の問題について、職員研修等で理解を深めている。 C 上記の対応を行っていない。	非	C

第6群 介護サービス利用支援

6-1 居宅サービス事業所の選定支援	自己評価	評価機関
入居者が介護保険居宅サービスを利用する場合、どのような取り組みを行っていますか。 A 近隣等の居宅介護サービスに関する情報提供を行った上で、必要に応じ両者の関係調整を行っている。 B 近隣等の居宅サービス事業所について、情報提供している。 C 上記の取り組みを行っていない。	B	B

6-2 居宅介護支援事業所との連携	自己評価	評価機関
入居者が居宅介護支援事業所を利用する場合、どのような支援の取り組みを行っていますか。 A 近隣等の居宅介護支援事業所の情報提供を行った上で、必要に応じ、入居者の同意を得て身体状況等の情報提供を行っている。 B 近隣等の居宅介護支援事業所の情報提供を行っている。 C 上記の取り組みを行っていない。	B	A

6-3 併設事業所等の適切な利用	自己評価	評価機関
ホーム併設または自法人内で居宅サービスを運営している場合、入居者が適切にサービスを利用できるよう取り組んでいますか。 A 入居者や家族の同意に基づく居宅サービス計画の作成支援を行い、自法人の居宅サービスのみでサービスが完結しないよう取り組んでいる。 B 入居者や家族の希望と同意に基づく居宅サービス計画の作成支援を行っている。 C 上記の取り組みを行っていない、または入居契約上で自法人の居宅サービス利用を義務付けている。	非	非

6-4 個別アセスメント結果のサービスへの反映	自己評価	評価機関
介護保険居宅サービス以外に、ホーム独自で職員を配置して介護サービスを提供する場合、入居者のアセスメントをどのように行っていますか。 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、提供する介護サービスを介護保険訪問介護計画書に併記している。 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介護サービスを実施している。 C 上記の取り組みを行っていない。	非	非

6-5 ケアマネジメントの実施	自己評価	評価機関
介護保険居宅サービス以外に、ホーム独自で職員を配置して介護サービスを提供する場合、適切なマネジメントを行っていますか。 A ホームが提供する介護サービスについて、定期的に変更・中止の必要性の判断を行った上で、居宅介護支援事業所と調整している。 B ホームが提供する介護サービスについて、定期的に変更・中止の必要性の判断を行っている。 C 上記の取り組みを行っていない。	非	非

評価機関所見

◆優れた取り組みと思われる点	
スケール No.	所 見
2-2	職員は年度当初に、自己目標設定シートに年間目標を設定、記述した上で、所長の面談を受け、自身の年間目標および課題を明確にして業務を遂行している。所長は、年間最低3回以上の職員面談を実施し、第一次評価を行うとともに、本社評価を経て考課の確定がなされている。人事考課の結果を本人にフィードバックする際には、評価の内容と理由を伝え次年度の目標設定に繋いでいる。キャリアアップ制度に基づき、評価と処遇および育成が連動した総合的な人事制度となっている。
2-8	事業所では、3ヵ月毎に虐待防止委員会を実施し、虐待防止及び身体拘束廃止への組織的対応に取り組んでいる。委員会では「虐待予防・防止マニュアル」を定め、これに基づいた研修・事例検討なども行い、職員の知識や意識の向上に努めている。また、ヒヤリハット記録や事故報告書を集計・分析して、不適切な言動やケアがないか振り返りをしている。さらに、セルフチェック表を活用し、職員は自身の見直しを行い、苦情処理、虐待、身体拘束防止など入居者の人権尊重や権利擁護に努めている。
4-8	感染症予防の具体的な取り組みとしては、「感染症予防・対策委員会」を設置して、食中毒・インフルエンザ・ノロウイルスなどの予防マニュアルを策定した上で職員研修を実施し、必要に応じて医療機関と連携する体制を構築している。さらに、「不要不急の外出の自粛・マスク・うがい・手洗い・外出後のチェックの励行」などのポスターや文書を、掲示板やエレベーター内に掲示する他、居室へポスティングする等、入居者にも注意喚起している。
5-6	季節の行事やレクリエーションは、年間スケジュールと責任者・担当者を定め、計画的に実施し、起案書と報告書の記録により、次の開催に反映されるような取り組みを行っている。また、屋上菜園・サークル室・多目的室等を利用し、入居者一人ひとりのライフスタイルや要望を取り入れた、ガーデニング・麻雀・囲碁・ピンポン・グラウンドゴルフ・己書・フラワーアレンジメント等のサークル活動が多様であり、入居者の生き甲斐とともに仲間との楽しみにつなげている。

◆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	
スケール No.	所 見
2-7	現在事業所の夜間業務の職員体制は、3名の職員が当番制で勤務している。3名は介護・看護関係の資格などを持っておらず、宿直業務マニュアルに従って勤務している。会社および事業所の運営方針をはじめとする諸事情もある他、「夜間に介護・看護職員を配置」していなくても配置基準的に問題はないが、入居者の年齢や身体状況を考え、入居者の安心・安全に加え、サービスの質向上のためにも、介護・看護職員を夜間に配置することが望まれる。
4-10	「中部BCP訓練記録」を見ると、2016年11月25日に夜間を想定した防災訓練を実施している。また、昨年には2回の防災訓練を実施しているが、訓練内容は災害時避難訓練計画に基づき、主として職員による安否確認メール発信訓練および避難訓練であり、2016年以降、夜間想定での防災訓練の実施はない状況であった。防災訓練は消防法に基づき適正に実施しており、今後は、2回のうち1回は夜間を想定した防災訓練とすることが望ましい。
5-7	個別栄養管理については、栄養士と看護職員が、入居者の健康状態や歯の状態などを常に確認するとともに、栄養士による献立表に基づき、個々の健康状態や咀嚼・嚥下能力に応じた食事を、提供している。一方、低栄養状態にあると、免疫力が低下し、傷病は直りにくく、感染症などの合併症も起こりやすくなるため、今後は、入居者の栄養リスクを踏まえ、医療機関の支援による低栄養（PEM）リスクなどの管理に取り組んでいくことに期待したい。

5－9	入居者がさまざまな疾患がある場合、複数の医療機関にかかることから、重複調剤・多剤併用・過剰服薬により、薬自体が飲めなくなる他、副作用等が考えられている。その問題を解消するために、薬物療法・多剤服用の問題について業務マニュアルを整備するとともに、職員研修を実施し、理解を深めることが必要となってくる。入居者の薬剤服用歴や複数の調剤薬局の利用などの確認を行い、必要な入居者については、薬局や医療機関と具体的な減薬に向けた支援を検討されたい。
-----	--