事業者名称(事業者番号):特別養護老人ホームなごみの家(2572200596)

提供サービス名:介護老人福祉施設

評価年月日:令和8年9月22日

# 評価結果整理表

## ○共通項目

### Ⅰ　福祉サービスの基本方針と組織

#### 1　理念・基本方針

(1)理念、基本方針が確立・周知されている。

| | | | 着眼点の数 |
|---|---|---|---|
| ① | a | 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | 6 項目/6項目 |

**総合評価・判断した理由等**

理事長および施設長が強いリーダーシップを発揮し、理念や基本方針の周知・徹底を率先して推進している。特に、中江藤樹先生の「五事」の教えを施設運営、職員教育(行動指針の明確化)、職場環境改善、家族会との連携、さらには生産性向上にまで落とし込んでおり、経営層と現場が一丸となった一貫性のある取り組みが展開されている。

#### 2　経営状況の把握

(1)経営環境の変化等に適切に対応している。

| | | | 着眼点の数 |
|---|---|---|---|
| ① | a | 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | 4 項目/4項目 |
| ② | a | 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 | 4 項目/4項目 |

**総合評価・判断した理由等**

法人および施設において、事業経営を取り巻く外部環境や経営状況の的確な把握・分析に組織的に取り組んでいる。社会福祉事業全体の動向や地域の福祉ニーズ(市、社協との連携)、利用者数・利用率等のデータを定期的に分析・把握するとともに、運営推進会議には係長以上の役職者が出席し、経営状況や地域の動きについての共有を行っている。地域特性や中長期的な見通し(中長期計画等)を踏まえ、自法人の足元を見据えた経営環境の把握・分析が適切に行われていると評価できる。

現状の経営環境や事業運営における分析に基づき、人材確保やサービス質の向上、効率的な業務運営といった組織の重要課題を明確に抽出している。把握された経営状況や課題については、役員会での報告・共有はもちろんのこと、運営推進会議やそれに続いて開催される会議においてユニットリーダー等へ周知が図られている。さらに、各種委員会活動等とも連携しながら課題解決に向けた具体的施策を推進しており、経営層と現場が一体となって経営課題の解決・改善に取り組んでいる。

#### 3　事業計画の策定

（1）中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

| | | | 着眼点の数 |
|---|---|---|---|
| ① | b | 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。 | 4 項目/4項目 |
| ② | a | 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。 | 4 項目/4項目 |

（2）事業計画が適切に策定されている。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① | a | 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。 | 5 項目/5項目 |
| ② | a | 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。 | 4 項目/4項目 |

**総合評価・判断した理由等**

法人理念の実現に向け、中・長期的な経営課題や問題点の改善を見据えた計画が策定されている。運営推進会議に続いて開催される各種会議を通じて共有や取り組みの協議が行われている。また、物品購入の検討手法の見直しや各種専門委員会のきめ細やかな活動など、課題解決に向けた具体的な工夫も見られる。

中・長期的なビジョンに基づき、「当年度で達成すべき目標と具体的施策」が明記された実行性の高い単年度事業計画が策定されている。事業運営の最重要課題である人材採用においては計画的な推進が見られるほか、施設設備の整備に向けた補助金情報の収集・活用など、経営環境に応じた適切な情報把握のもとで計画的な取り組みが進められている点が高く評価できる。

介護現場の経験を持つ理事長のもと、経営層と現場職員の距離が非常に近く、日頃の密接なコミュニケーションを軸とした一体感のある事業運営が行われている。現場の状況や苦労に深い理解があるからこそ、事業計画の策定においても現場からの意見や提案が経営側にダイレクトに届き、円滑に反映される環境が構築されている。

事業計画の主な内容について、広報誌や館内掲示、配付・定期送付などを丁寧に行っている。作成された広報誌（季刊誌）等の内容は、専門用語を避け、写真を交えるなど視覚的な工夫を凝らした資料を作成することで、専門知識を持たない利用者・家族であっても理解しやすい配慮が徹底されている。事業運営への積極的な参加と協力を促す観点から、双方向のコミュニケーションを大切にした周知・説明の取り組みが進められている。

## 4　福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

（1）質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。

| | | | 着眼点の数 |
|---|---|---|---|
| ① | a | 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。 | 4 項目/4項目 |
| ② | a | 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。 | 5 項目/5項目 |

**総合評価・判断した理由等**

年1回の自己評価にとどまらず、現場での日常的な評価・改善行動が仕組み化され、質の向上に向けたPDCAサイクルが高い水準で機能している。サービス向上委員会が軸となり、月1回の「サービス向上に向けた巡視」を部署横断型で実施。委員会前に担当者が巡回し、顔マークを活用した居室状況の客観的評価や、利用者目線での声掛け・環境改善に向けた多角的な視点での意見交換を行っている。また、推進中のノーリフトケアについても巡視時のラウンドで実施状況を把握し、必要に応じて研修や業務改善へ即座にフィードバックする体制が整えられており、組織的な質の確保・向上策が現場に深く定着している。

本法人の最大の強みは、現場経験を有し現場理解の深い理事長・事務局長をはじめとする経営層と現場職員が課題を深く共有し、一体となって取り組む組織風土にある。自己評価結果や日常的な巡視・各種委員会で把握された課題に対し、現場参画による改善策の立案と計画的な実行が定着している。事実、各種会議の議事録においても、進捗管理や評価・見直しといったPDCAサイクルが確実に実施されているプロセスが確認された。現場の実践と経営側のバックアップが強固に連動した、実効性の高い組織的改善体制が確立されている。

## Ⅱ　組織の運営管理

### 1　管理者の責任とリーダーシップ

（1）管理者の責任が明確にされている。

| | | | 着眼点の数 |
|---|---|---|---|
| ① | a | 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。 | 4 項目/4項目 |
| ② | a | 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。 | 4 項目/4項目 |

（2）管理者のリーダーシップが発揮されている。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① | a | 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。 | 5 項目/5項目 |
| ② | a | 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。 | 4 項目/4項目 |

**総合評価・判断した理由等**

管理に関する方針については、職務分掌、BCPの策定、連絡網などの文書化・体系化を進め、管理者自らの役割と責任を定例会議や研修を通じて職員へ明確に表明している。管理者の経営方針や重点取り組みについては広報誌や各種書面を通じて内外へ積極的に発信。職務権限の明確化を図るとともに、災害や急変等の有事における管理者の責任範囲や不在時の権限委任ルール、緊急連絡体制をBCPに組み込み、確実に周知・運用している。平時・有事の双方において管理者の指揮命令系統と役割が浸透しており、安心安全な施設運営を支えるリーダーシップが十分に発揮されている。

この項目については、法令遵守の研修の機会はもちろんであるが、中江藤樹先生の「五事」の教えを施設運営、職員教育（高い倫理観に基づく行動規範の形成）へ深く落とし込み、組織全体でコンプライアンスを推進する基盤を構築している。管理者は経営・管理に関する法令遵守研修へ定期的に参加して最新の法制度やリスクを把握し、公正かつ適正な法人運営を徹底。環境保護や労働法規など幅広い領域の遵守事項を網羅的に捉え、朝礼や会議、各種研修を通じて職員への周知徹底を図っている。理念に基づく規範意識と制度的知識の両輪による誠実な事業運営が確実に行われている。

理事長が介護現場を隅々までよく理解しており、ノーリフトケア、施設設備の補助金活用（経営とサービスの質向上）、入浴の効率化など様々な先進的な取り組みを率先して導入・推進している。経営層自らが質の現状を継続的に分析・把握し、現場の負担軽減とケア品質の向上を両立させる具体的な解決策を力強く提示。自らも各種会議や改善活動の場に積極的にコミットすることで、組織全体の推進力を高めている。また、現場職員の声や課題感を吸い上げる取り組みを徹底し、事業計画や業務改善計画へ即座に反映。体系的な教育・研修計画に基づく人材育成の充実を図るなど、管理者としての高い意欲と優れた指導力が現場の末端まで浸透している。

介護現場と経営の双方に精通した経営陣のもと、人事・労務・財務のデータを多角的に分析し、経営改善と業務の実効性向上に向けた強力な指導力を発揮している。補助金等を計画的に活用した施設設備・機械浴の更新やノーリフトケアの推進により、利用者の安全・快適性と職員の身体的負担軽減を両立する環境整備を実施している。

## 2　福祉人材の確保・育成

（1）福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

| | | | 着眼点の数 |
|---|---|---|---|
| ① | a | 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。 | 4 項目/4項目 |
| ② | b | 総合的な人事管理が行われている。 | 6 項目/6項目 |

（2）職員の就業状況に配慮がなされている。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① | b | 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。 | 7 項目/8項目 |

（3）職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① | a | 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 | 5 項目/5項目 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ② | b | 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。 | 5 項目/5項目 |
| ③ | a | 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。 | 5 項目/5項目 |
| （4）実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。 | | | |
| ① | a | 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | 5 項目/5項目 |

**総合評価・判断した理由等**

効果的な人材採用の取り組みとして新たに、高島市社会福祉協議会、地域の事業所との連携を図りながら人材採用、育成を進めている。地域社会との強固なネットワークを活用した採用活動に加え、外国人職員の計画的な受け入れと手厚い指導・教育体制を構築するなど、多様で持続可能な人材確保策を展開している。

期待する職員像については、中江藤樹先生の「五事」の教えを施設運営、職員教育（高い倫理観に基づく行動規範の形成）へ深く落とし込み、全職員が共通して目指す規範として浸透させている。処遇改善等の分析・活用を通じて適切な処遇水準を確保するとともに、定期的な面談や意見聴取（人事考課制度に基づくシート活用）により把握した課題に対する改善策を着実に実行している。人材育成計画やキャリアパスと評価制度が緊密に連動しており、職員が段階的なステップアップや将来像を具体的に描くことができる人事管理が展開されている。

職員が働きやすい職場づくりに向け、労務管理を行い、ストレスチェックの実施と高ストレス者が産業医へ相談できる機会の確保、衛生委員会への産業医の巡回とその指摘を踏まえた環境改善など、職員の心身の健康と安全を組織として支える体制が整えられている。定期的な個別面談や悩み相談の窓口を通じて、職員が率直に相談できる関係が築かれている点も特徴的である。さらに、介護ソフトの統一やインカム・見守り機器等のICT活用による情報共有の効率化、リフトの積極的な導入による身体的負担の軽減など、現場の負担そのものに手を入れる取り組みが着実に進められている。総合的な福利厚生やワーク・ライフ・バランスへの配慮とあわせ、人材の確保・定着に直結する働きやすい職場づくりが組織的に展開されている。

「期待する職員像」を中江藤樹の「五事を正す」として明確に打ち出し、これを職員育成の共通の物差しとしている点に本法人の特徴がある。研修受講後には職員各自が感想と当年度の行動目標を個人目標シートに記述して可視化し、日々の実践へと結びつけている。年1回の人事考課の機会には目標の達成度を確認しており、新人介護職員に対しては個別の職員教育プログラムを実施するなど、経験段階に応じた育成の道筋が整えられている。今後は、目標項目・目標水準・目標期限をより明確にし、中間面接等による進捗確認を加えることで、目標管理の仕組みがさらに実効性を高めると考えられる。

職員必須研修、スキルアップ研修、フォローアップ研修、リーダー研修を年間事業計画に位置づけて実施し、認知症介護実践者研修等の外部研修についても計画的に対象者を選定して予算を確保している。

職員一人ひとりに研修の機会が行き渡るよう、階層別研修・職種別研修・テーマ別研修を体系的に確保している。外部研修の案内が届いた際には職員が満遍なく受講できるよう調整して派遣しており、受講した職員は復命書を提出し、これを各部署へ配布して組織全体へ共有する流れが定着している。新任職員には現場でのOJTにより経験・習熟度に配慮した個別指導を行っており、機会の確保と実地での育成が両輪で機能している。

実習生等の研修・育成に関する基本姿勢を明文化し、受入れマニュアルを整備したうえで、大学・専門学校・関係機関からの実習依頼を積極的に受け入れている。受入れにあたっては事前のオリエンテーションを設け、実習内容に基づいて各部署へ配置する運用が確立されている。福祉人材の育成を地域における自らの役割として引き受ける姿勢がうかがえる。

### 3　運営の透明性の確保

（1）運営の透明性を確保するための取組が行われている。

| | | | 着眼点の数 |
|---|---|---|---|
| ① | b | 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。 | 5 項目/5項目 |
| ② | a | 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。 | 4 項目/4項目 |

**総合評価・判断した理由等**

広報誌（年2回発行）およびホームページにより、法人の基本理念・基本方針、提供するサービスの内容を公開している。広報誌には事業報告と次年度事業計画を掲載している。年1回のふれまち地域交流事業等を通じて、地域に対して施設の取組を説明する機会も設けている。

事務、経理、取引等に関するルールおよび職務分掌と権限・責任を「事務分掌表」等により明確にし、職員への周知が図られている。事務・経理・取引等については内部監査を実施して定期的に確認しており、公正かつ適正な経営・運営を担保する体制が整えられている。

### 4　地域との交流、地域貢献

（1）地域との関係が適切に確保されている。

| | | | 着眼点の数 |
|---|---|---|---|
| ① | a | 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。 | 5 項目/5項目 |
| ② | a | ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。 | 5 項目/5項目 |

（2）関係機関との連携が確保されている。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① | a | 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。 | 5 項目/5項目 |

（3）地域の福祉向上のための取組を行っている。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① | a | 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。 | 1 項目/1項目 |
| ② | a | 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | 5 項目/5項目 |

**総合評価・判断した理由等**

地域とのつながりを利用者の生活の一部として位置づけ、活用できる社会資源をパンフレットの設置やポスター掲示により広く情報提供している。年1回のふれまち地域交流事業では、地域住民に施設を身近に感じてもらう地域還元の取組を継続している。令和6年度からは安曇川地域を対象に週1回、法人の福祉車両を活用して近隣のスーパーまでの送迎を行い、人と社会をつなぐ（孤立・孤独予防）活動へと発展させている。買い物や通院等の日常的な活動についても、定型的な対応にとどめず個々のニーズに応じて地域の社会資源を利用できるよう配慮しており、地域との関係づくりが具体的な支援として根づいている。

ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化し、登録手続・配置・事前説明等の項目を記載したボランティア活動マニュアルを整備している。施設への理解を深めていただくため記念行事等への参加を呼びかけており、学校教育への協力についても基本姿勢を明らかにしたうえで、実習生の受入れとあわせて対応している。地域に開かれた施設運営の基盤が整えられている。

高島市民病院を協力医療機関とし、嘱託医・提携病院・歯科医院・薬局・居宅介護支援事業所等との日常的な連携が確立されている。施設サービス事業者協議会等への参加を通じて関係機関との定期的な連絡・情報交換を行い、その内容は職員会議で共有され、現場まで届く形になっている。

施設サービス事業者協議会等への参加、地域の各種会合への出席、地域住民との交流活動を通じて、地域の福祉ニーズや生活課題の把握に努めている。年1回のふれまち地域交流事業では総合相談ブースを設けるなど、地域の相談窓口としての役割を実質的に担っている点は高く評価できる。

把握した福祉ニーズにもとづき、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献の事業・活動が展開されている。令和6年度からは安曇川地域を対象に週1回、法人の福祉車両で近隣スーパーへの送迎を行い、買い物支援を糸口として孤立・孤独の予防と、困りごとの聞き取りおよび課題解決への取組につなげている。年1回のふれまち地域交流事業では施設の防災備蓄品や非常時スペースを公開・説明し、地域住民と合同の避難訓練も実施するなど、地域住民との顔の見える関係づくりが着実に進められている。

## Ⅲ　適切な福祉サービスの実施

### 1　利用者本位の福祉サービス

（1）利用者を尊重する姿勢が明示されている。

| | | | 着眼点の数 |
|---|---|---|---|
| ① | a | 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。 | 5 項目/5項目 |
| ② | a | 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 | 4 項目/4項目 |

（2）福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① | a | 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。 | 5 項目/5項目 |
| ② | a | 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。 | 5 項目/5項目 |
| ③ | a | 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | 4 項目/4項目 |

（3）利用者満足の向上に努めている。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① | a | 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | 5 項目/5項目 |

（4）利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① | a | 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 | 6 項目/7項目 |
| ② | a | 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。 | 3 項目/3項目 |
| ③ | b | 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。 | 4 項目/6項目 |

（5）安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① | a | 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。 | 6 項目/6項目 |
| ② | a | 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。 | 6 項目/6項目 |
| ③ | a | 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。 | 5 項目/5項目 |

**総合評価・判断した理由等**

法人理念・基本方針および行動指針をカード化して全職員が常時携帯し、毎月1日には全員で唱和するなど、利用者を尊重する姿勢を日常の行動レベルで確認し続ける仕組みが定着している。研修や集会の場では設立者である中江藤樹の言葉を掲示し、組織の軸として繰り返し共有している。人権尊重・権利擁護については、法人全体の人権研修に加え、権利擁護のアドバイザー等の外部講師を招いた専門研修を実施し、高齢者虐待防止・身体拘束廃止を含む法定研修を計画的に行っている。シフトの都合で参加できない職員には研修資料を共有し、全員が講義内容を実践にどう活かすかを振り返るレポートを提出・確認する運用まで徹底されている。職員同士が散策等を行いながら設立者の想いや理念について語り合う機会を年度ごとに設けている点は、理念の共通理解とチームワークの醸成を同時に図る独自の取組として高く評価できる。

個人情報保護に関する規程・マニュアルを整備し、これにもとづく職員研修を実施している。入所契約時には重要事項説明書・契約書とともに個人情報保護・開示に関する同意書を用いて説明し、ICT機器や外部ネットワーク（あさがおネット等）を用いた医療・健康情報の連携についても、利用目的を明確にしたうえで同意を得ている。施設内にも方針を掲示して周知を図っている。現場では、サービス提供時にカーテンやドアを閉めるなど、生活の場にふさわしい配慮が実践されている。氏名や生年月日等の個人特定情報の保護管理と、尊厳や生活様式に関わるプライバシーへの配慮とを、施設としての考え方のうえで棲み分けて整理している点は特徴的である。

利用希望者が施設を選択するために必要な情報を、多様な経路で届けている。ホームページやInstagramによる発信に加え、パンフレット等を高島市民病院など地域の提携医療機関へ配架し、地域住民や家族が施設を知る機会を確保している。年1回の地域交流事業では施設の取組や内部を見学できる機会を設けるとともに、総合相談ブースを開設して地域の相談窓口として機能させている。居宅の介護支援専門員との日頃の関係や地域での評判をきっかけとした問い合わせ・相談も多い。見学・相談は随時受け入れ、施設側からも積極的に見学を提案して、実際の雰囲気を確認したうえで選択できるよう配慮している。単独での入所希望や強い入所意向をもつ利用者・家族に対しても丁寧な見学・説明を重ねており、選択を支える情報提供の体制が確立されている。

入所時には契約書、重要事項説明書、介護ソフト・ICT機器での情報取扱いや写真・動画の使用に関する各種同意書を用いて説明を行っている。重要事項説明書は抜粋版も活用し、家族に負担がかからないよう時には複数回に分けて時間をかけ、確実に理解と納得が得られるよう配慮している点が特徴的である。料金表や加算内容、第三者委員を含む相談窓口についても明確に説明している。加算算定や料金改定、関係法令等の変更が生じた際にはお知らせを作成して変更点を説明し、ホームページ等でも告知している。施設サービス計画は初回作成時および原則3か月ごとの定期見直しに加え、状態変化時にも再作成し、サービス担当者会議に家族が参加する場合は直接意見を聴取して反映している。参加できない場合も事前に電話等で内容を説明し、了解を得たうえで会議や計画決定を進める体制が整えられている。入所時に利用者・家族の記念撮影を行うなど、安心感につながる関わりも工夫されている。

医療機関への入院という主な移行場面において、身体状況・ADLの状況・家族情報等を記載した「退所時情報提供書」等を速やかに病院へ送付し、切れ目のないケアと情報の引き継ぎを行っている。過去の情報提供・退所援助の実績や書類管理体制についても、適切に運用されていることが確認された。退所・移行にあたっては、具体的な援助内容と今後の見通しを利用者・家族へ丁寧に説明している。退院の目途が立った場合には優先的に再入所の調整を行う旨をあらかじめ伝えることで不安の軽減に努めており、サービスの継続性への配慮が利用者・家族の安心に直結している。居住地の変更など稀なケースについても、必要な引き継ぎ書類の作成と連携体制を整えて対応している。

サービス向上委員会等が主導し、毎年、利用者および家族を対象とした利用者満足度調査を実施している。家族向けには紙媒体に加えGoogleフォームによるWeb回答を導入して回答しやすさに配慮し、直接回答が難しい利用者に対しては職員が丁寧に聞き取りを行って回収している。集計は相談員や介護支援専門員、現場の委員会・主任職が中心となって行い、結果は職員間・施設内で公表・共有されている。肯定的な評価は職員のモチベーション向上につなげ、改善を求める意見は主任会議や各種会議体において具体的に話し合い、改善策を検討・実施する流れが機能している。

苦情解決の規程を整備し、苦情受付担当者（生活相談員・介護支援専門員等）、苦情解決責任者（施設長）、および第三者委員2名（法人合同で年2回設置・開催）を定めた体制が確立されている。重要事項説明書等を用いて契約時に苦情解決窓口や受付担当者・責任者、第三者委員について説明・周知している。施設内には匿名で投函できる意見箱を設置し、気軽に意見や要望を出せる環境を整えている。近年、大きな苦情の発生件数は極めて少なく、これは職員が日頃から利用者・家族と丁寧なコミュニケーションを取り、皮膚の出血の状況説明といった軽微な意見や不安に対しても迅速に対応・説明を重ねてきた成果といえる。寄せられた意見・苦情とその対応・改善の状況については、個人情報に配慮したうえで掲示板やホームページ等で公表する仕組みを整備し、苦情の有無にかかわらず可視化することで、運営の透明性の確保と、利用者が安心して意見を出せる環境づくりに努めている。

施設長宛ての投函箱（施設長への手紙）を設置し、匿名でも投稿できる環境を整えることで、利用者や家族が心理的なハードルを感じずに意見を出せるよう工夫している。生活相談員や介護支援専門員に限らず、面会時や日常の関わりのなかで介護職員も含めて誰にでもいつでも相談してよいという体制と雰囲気が組織で共有されている。相談の場については、気軽に話せるオープンな談話コーナーと、個別の相談やプライバシーへの配慮が必要な話に用いるユニット内の個室・別室とを柔軟に使い分けており、内容に応じた環境が確保されている。

相談や意見への対応手順を既存の苦情対応マニュアルと一体的に運用し、苦情に至らない日常的な相談・要望であっても全職種が同一の手順で迅速に対応できる仕組みを整えている。誰が受け付けても、聞き取りから報告、改善策の実施、家族等への連絡へと組織的な対応につなげられるよう、対応ルールと基本姿勢の共有を進めている。意見箱の近くに投函用紙や手紙を常時設置し、職員に声をかけずとも直接記入・投函できる環境を確保している。ユニット間の連絡ノートを廃止して介護ソフト内の事務連絡・通知機能に統一し、寄せられた意見や改善方針、個別の支援方法をシステム上に登録して、職員が出勤時に必ず確認できる連絡・情報共有体制を確立している。

施設長をリスクマネジメントの責任者とし、リスクマネジャー研修を受講した担当者を統括・推進役として、各部署のリーダー等と連携する実務体制を構築している。月1回のリスクマネジメント会議を定期開催し、事故予防や再発防止策について検討している。事故報告書・ヒヤリハット報告書を活用して、発生状況の把握から原因分析、再発防止対策までを一元的に整理・運用しており、分析結果はケアプランの見直しや業務手順の更新に反映され、改訂内容は介護ソフト等を通じて職員間で確実に共有されている。収集・分析・対策のサイクルが毎月確実に回っている点は高く評価できる。ベースとなる事故発生時・安全確保等のマニュアル類については、改訂時期が滞っている状態が確認された。

担当責任者を配置して感染症対策委員会を設置し、体制を整備している。感染予防指針・マニュアルは直近で定期的な見直し・更新を行っており、インフルエンザや疥癬など病気別の具体的な対応手順、業務継続計画における感染症発生時の動線・動き方まで盛り込み、法人の共通基準を基盤としながら自施設の構造・環境に合わせた整備を進めている。研修は、法定研修やBCP研修、手洗い実技の勉強会を計画的に実施し、動画視聴とレポート提出、実技確認を組み合わせて、講義を聞くだけでなく実際の場面で動けるようプログラムを工夫している。委員会は2か月に1回の定期開催に加え、感染症の流行状況や変更事項が生じた際には臨時開催を行い、迅速な情報共有と対応にあたっている。

災害発生時の対応体制として、施設長をトップとした指揮命令系統や連絡順位・役割分担を明確に定めている。感染症とは別に災害用BCPを策定・整備し、年1回、見直しを目的とした会議を招集・開催して改訂を行うほか、備蓄品リストの作成や月1回の体制確認も併せて実施している。避難訓練は年3回、うち1回は消防・地域住民等と連携した大規模訓練として実施している。職員の安否確認には自動送信機能等を備えた安否確認メールを活用し、実際に送信・返信を行う実動訓練まで取り入れて、迅速な参集と安否把握の体制を整えている。発災時には、ユニットごとに配置職員が利用者の人数や状態・安全を迅速に確認・報告する手順が共有されている。下小川区長・副区長等や地域住民と合同で避難訓練を実施し、地域交流事業等の機会には防災備蓄品や非常時スペースを公開・説明するなど、地域との顔の見える関係が構築されている点も特徴的である。

## 2　福祉サービスの質の確保

（1）提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

| | | | 着眼点の数 |
|---|---|---|---|
| ① | a | 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。 | 4 項目/4項目 |
| ② | a | 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。 | 4 項目/4項目 |

（2）適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① | a | アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。 | 7 項目/7項目 |
| ② | a | 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。 | 4 項目/4項目 |

（3）福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① | a | 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。 | 6 項目/6項目 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ② | a | 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | 6 項目/6項目 |

**総合評価・判断した理由等**

共通の災害・安全マニュアルのほか、食事・入浴・排泄等の三大介護をはじめとする介護業務全般を網羅した業務マニュアル集を整備している。マニュアルには作業手順だけでなく、利用者の尊厳やプライバシーへの配慮、ケアの目的・基本方針が明記されており、標準的な実施方法が理念と結びついた形で文書化されている。入職・異動時にはマニュアルを活用し、見せる・やって見せる・実施してもらうという段階を踏んだ指導を行っている。業務の習得状況については職員の自己評価と指導担当者による確認をすり合わせ、理解と実践のズレがある場合には再指導・フォローアップを実施している。介護サービス専門ケア委員会の各チームが中心となり、マニュアルにもとづく三大介護の実技・技術研修を年1回実施しており、標準的な実施方法が現場に定着する仕組みが確立されている。

介護サービス専門ケア委員会の各チームやリーダー会議において検討を行い、必要に応じてマニュアルの改訂を実施している。新しい入浴機器や洗浄技術の導入に伴う手順の改訂はその一例であり、現場職員やリーダーが参画する形で見直しが進められている。全体共通の標準手順を基盤としつつ、拘縮への対応やシャンプーの使用といった利用者固有のこだわりについては施設サービス計画書に落とし込んで柔軟に対応・共有しており、標準化と個別対応の使い分けが明確である。

計画策定の責任者を明確にし、介護支援専門員が中心となってアセスメントと施設サービス計画の策定にあたっている。ケアチェック等のアセスメントツールを活用し、定期（年1～2回）に加え、入所時や入院後などの状態変化時にも実施している。定量的なデータや体調の変化には医師の指示と看護職員の意見を反映し、歯科衛生士や理学療法士等の外部専門職とも連携して総合的に課題を抽出している。計画書には「機能を維持したい」「買い物等を取り入れた生活リハビリ」といった利用者ごとの生活課題や意向を明確にし、日課やケア内容へ落とし込んで明文化している。計画の策定・更新時には介護・看護・相談員・リハビリ・栄養士等の全職種および家族が参加するサービス担当者会議を開催し、システムを共有しながら多職種で合意形成を行っている。

施設サービス計画については、原則3か月ごとに定期的なモニタリング・評価および見直しを実施している。不眠が続く、状態の変動があるといった課題が生じた際には、定期のサイクルを待たずに臨時のサービス担当者会議等を開催し、状況に応じて柔軟にプランを再作成・評価する運用が定着している。計画変更時には新旧の変更点がひと目で分かるよう変更箇所にマーカーを付す工夫を行い、職員間および家族への説明・周知を確実にしている。

介護ソフトを導入し、バイタル・食事量・排泄等の状態や日々の様子、具体的なケアの実施状況を、定められた様式に沿って記録している。申し送りや周知が必要な事項については介護ソフト内の通知・事務連絡機能を活用し、出勤した全職員が迅速かつ確実に把握できる情報共有体制を確立している。新任職員への記録方法の指導は現場でのOJTを通じて行い、入力手順や記録の書き方の定着を図っている。

個人情報保護規程等を整備し、記録の収集・利用・保管・廃棄のルールを定めるとともに、記録や個人情報の紛失・漏洩が発生した際の対応フローと連絡・報告体制をあらかじめ策定している。施設長を記録管理および個人情報保護の責任者として位置づけ、組織的な管理体制を構築している。入所時の契約書・同意書において個人情報の利用目的や第三者提供に関する説明を行い、利用者・家族から適切な同意を得ている。ICT機器の導入に伴い、ID・パスワード管理や情報の持ち出し禁止といった安全管理基準を現場職員へ周知徹底している。全職種を対象とした年間研修計画にもとづき、個人情報の取扱いやプライバシー保護・人権に関する研修・勉強会を定期的に実施し、職員の意識向上と理解の定着を図っている。

## ○内容評価項目

### A-1　生活支援の基本と権利擁護

（1）生活支援の基本

| | | | 着眼点の数 |
|---|---|---|---|
| ① | a | 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。 | 8 項目/8項目 |
| ② | a | 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。 | 7 項目/7項目 |

（2）権利擁護

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① | a | 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 | 7 項目/7項目 |

**総合評価・判断した理由等**

入所前の自宅や病院での生活情報を聞き取り、起床・就寝や食事の好み、排泄の習慣等をアセスメントに反映して個別支援計画に位置づけている。起床時間等は基本的に施設の生活リズムに合わせつつ、体調に応じて個別に調整している。タオルたたみや食事前の準備など、日常生活のなかで役割をもてる場面を設けている。

平均要介護度は重度化が進み、認知症等により意思疎通が難しい利用者も多いなか、目元を見て声をかけ、反応がなければ聞こえていない可能性も含めて確認するなどの工夫を行っている。コミュニケーションがとりにくい利用者には、入所前の情報をもとに関わり方を計画に反映している。接遇・言葉遣いについては、全職員が意識し、入職時（年度途中の入職を含む）に接遇研修を実施している。利用者アンケートでは「職員の言葉遣い」の評価が最も高く、回答者の96%が最高評価であり、次いで「担当者の状況理解」の評価が高かった。自由記述にも職員の親切さ・笑顔・温かい雰囲気への感謝が多数寄せられており、これまでの取組の成果が表れている。

権利擁護に関する規程・マニュアルを整備し、外部講師（権利擁護アドバイザー）による人権研修、高齢者虐待防止・身体拘束廃止等の法定研修を毎年実施している。身体拘束は施設内で実施しておらず、緊急やむを得ない場合の手続と実施方法を明確に定めるとともに、夜間の本人希望による施錠等についても身体拘束に該当するかを会議で確認している。虐待チェックリストを年2回、全職員で実施している。所管行政への届出・報告の手順も明確にしている。市の介護相談員が月1回来所して利用者と直接話す機会を確保しており、権利侵害の早期発見にも寄与している。規程の整備、外部講師による研修、年2回の全職員チェック、外部の目の確保という複数の層で権利擁護が担保されており、取組の徹底が図られている。

### A-2　環境の整備

（1）利用者の快適性への配慮

| | | | 着眼点の数 |
|---|---|---|---|
| ① | a | 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。 | 4 項目/4項目 |

| 総合評価・判断した理由等 |
|---|
| 居室担当の職員を定め、担当者が居室の環境を日常的に確認している。居室の環境整備については顔マークの掲示により基準を視覚化し、職員が意識できるよう工夫している。誕生日の色紙も職員が担当して毎年更新しており、利用者一人ひとりに応じた居室づくりに配慮している。滋賀県の補助事業により琵琶湖材を使用した椅子やテーブルを配置し、廊下や談話室にも利用者の移動に支障のない範囲で椅子・テーブルを配置している。全館バリアフリーで玄関にはスロープを設け、老朽化箇所は速やかに修理対応している。これまでの生活を把握し利用者の意向を環境づくりに反映している点は評価できる。 |

## A-3　生活支援

### （1）利用者の状況に応じた支援

| | | | 着眼点の数 |
|---|---|---|---|
| ① | a | 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | 11 項目/11項目 |
| ② | a | 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | 9 項目/9項目 |
| ③ | a | 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | 7 項目/7項目 |

### （2）食生活

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① | a | 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 | 4 項目/4項目 |
| ② | b | 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | 7 項目/8項目 |
| ② | a | 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | 6 項目/6項目 |

### （3）褥瘡発生予防・ケア

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① | a | 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。 | 6 項目/6項目 |

### （4）介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① | a | 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。 | 5 項目/5項目 |

### （5）機能訓練、介護予防

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① | a | 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。 | 5 項目/5項目 |

### （6）認知症ケア

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① | a | 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | 7 項目/7項目 |

### （7）急変時の対応

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① | a | 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。 | 5 項目/6項目 |

### （8）終末期の対応

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① | a | 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。 | 6 項目/6項目 |

| 総合評価・判断した理由等 |
| --- |
| 入浴マニュアルを整備し、利用者の心身の状況や意向を踏まえて入浴形態・方法を検討している。機械浴等の設備を備え、リフトの活用により安全性と職員の負担軽減を図っている。入浴を拒否される利用者には時間をずらすなど個別に対応し、褥瘡のある利用者など個別の注意点を共有している。入浴の可否は健康チェックにより判断し、必要に応じて清拭等に代えている。誘導・介助時には利用者の尊厳と羞恥心への配慮を徹底している。心身の状況に応じた入浴形態の選択と尊厳への配慮が両立して実践されている。<br><br>排泄マニュアルおよび排泄チェック表を整備し、1日1回でもトイレでの排泄ができるよう移乗を伴う誘導の取組を進めている。排泄に関する研修を実施し、無資格者向けの勉強会やおむつ体験を含む指導プログラムも設けている。声かけのタイミングは利用者ごとに聞き取りを行い、少しずつずらしながら自然な排泄を促している。皮膚・排泄ケア認定看護師と連携し、白癬等への対応や爪切りを含めて対応しているほか、管理栄養士も加わって栄養状態の面からも支援している。認定看護師による実技研修も実施しており、多職種が連携した専門性の高い排泄支援が行われている点は特に評価できる。<br><br>移動・移乗マニュアルを整備し、利用者の心身の状況に適した福祉用具を用いてできるだけ自力で移動できるよう支援している。リフトを導入して100%活用し、全職員が複数日に分けてリフト研修を受講している。ノーリフトケア委員会を設置して安全な移乗方法の定着を図っており、巡視で持ち上げ動作等が見られた際は研修・技術指導へ即座に反映している。令和5年1月よりリハビリテーション専門職（理学療法士）のコンサルテーションを導入し、月2回来所し、ポジショニングとシーティングについて専門的な助言を受けている。車椅子が身体に合っていない場合は変更を助言してもらい、姿勢が安定した事例もある。指導場面は動画・写真で撮影して職員間に共有しており、職員が姿勢の不安定さに気づける視点をもてるようになってきている。リフトの全面活用と専門職の継続的な助言、動画・写真による共有が結びつき、安全な移動・移乗支援が組織的に定着している点は高く評価できる。<br><br>献立・栄養に関する会議を実施し、施設長・相談員・介護支援専門員・調理員・介護職員に加えて各ユニット1名程度の利用者代表が参加して、意見や希望を献立に反映している。行事食のチラシを作成し、郷土料理・誕生月祝膳を月1回ずつ提供している。誕生月祝膳は事前の聞き取りにより、年に1回は全員が好きなものを食べられるようにしている。従来型では肉と魚の選択を可能としている。アンケートでは食事の満足度について約80%が肯定的な回答であった。<br><br>利用者一人ひとりの栄養状態を把握して栄養ケア計画を作成し、栄養ケアマネジメントを実施している。嚥下能力や栄養面に配慮した食事形態を提供し、食事形態はカードでわかりやすく表示している。食事・水分の摂取量を記録して把握し、夏季には補水飲料の見直しを行うなど水分補給に配慮している。食事のペースや心身の負担に配慮し、自分でできることは自分で行えるよう支援している。一方、誤嚥・窒息など食事中の事故発生時の対応方法については、応急対応の手順は定められているものの周知が十分でなく、全職員が確実に対応できる状態には至っていない。命に関わる項目であるため、新任職員研修への組み込みやAEDの使用方法とあわせた研修の実施など、日頃からの確認・徹底を図る取組が求められる。<br>口腔ケアマニュアルを整備し、歯科衛生士の助言・指導を受けて口腔状態および咀嚼嚥下機能を定期的に確認している。職員に対する口腔ケア研修は年1回、各部署（各ユニット）単位で対面により実施し、口腔ケアの方法・重要性・留意点を内容としている。口腔ケアの実施状況は記録に残している。 |

褥瘡対策のための指針を整備し、予防についての標準的な実施方法を確立している。法定研修のなかで褥瘡予防の研修を年2回、認定看護師により実施している。褥瘡の発生予防が必要な利用者については、ポジショニングやクッションの当て方を写真に撮り、介護ソフトに入力して全職員に周知している。看護師が定期的に状態を確認し、気になる箇所はかかりつけの皮膚科を受診している。栄養面からの予防についても管理栄養士が関与し、食事摂取状況の確認と栄養管理を行っている。写真による共有と多職種の関与により、褥瘡予防が標準的な手順として現場に定着している。

喀痰吸引・経管栄養についての体制など明確にされている。夜間等はオンコール体制により看護師が対応している。介護職員が吸引を必要とする利用者のケアに入る場面はあるため、看護師と連携し、必要が生じた際にはその都度きちんと指導を行っている。説明が難しい部分は看護師が直接対応している。

リハビリテーション専門職（理学療法士）が定期的に来所し、対象者をあらかじめピックアップして専門的な助言・指導を受ける体制を整えている。導入の動機は、リハビリテーションを強く希望する利用者への対応に加え、ポジショニングの適正化により不適切なケアを防ぐことにあり、明確な問題意識にもとづくものである。指導場面は動画で撮影して職員間に共有し、クッションの当て方等も写真で共有している。シーティングの見直しにより姿勢が安定した事例もあり、職員が座位の不安定さに気づける視点をもてるようになってきている。日々の生活動作のなかで生活リハビリを行い、機能訓練に関する取組を個別のサービス計画に位置づけている。

認知症に関する研修を法定研修として実施し、認知症介護実践者研修に職員を派遣している。夜間の睡眠状況を把握し、日中に傾眠傾向のある利用者について睡眠と離床の状況を確認している。あらゆる場面で支持的・受容的な関わりを重視した援助を行い、行動・心理症状（BPSD）については個別支援計画のアセスメント段階で留意点を書き込み、非常に細かく計画に落とし込んでいる。医師・看護師等と連携して分析し支援内容を検討している。

利用者の体調変化に気づいた場合の対応手順を定め、嘱託医・協力医療機関（高島市民病院）との連携体制を確立している。日々の健康確認と健康状態の記録を行い、状態変動があった場合は看護職員と連携して家族連絡や医療機関への受診等、早めの対応を心がけている。急変時のマニュアルを整備し、救助訓練やAEDの使用方法に関する研修を実施している。服薬管理は基本的に看護師が担当し、高齢者の健康管理や薬の効果・副作用に関する研修も行っている。一方、評価の着眼点は「マニュアルがある」ことではなく対応方法を確立し日頃から確認・徹底していることであるため、新任職員が入職したタイミングの研修に急変時対応を組み込み、誤嚥・窒息への対応もあわせて内容に含めることで、全職員が確実に対応できる状態を目指すことが望ましい。

終末期の看取り体制を確立し、看取り介護を実施している。看取りに関する指針を整備し、状態変化があった際の対応の流れを明らかにしている。医師・医療機関との連携体制を確立し、24時間の対応体制を定めている。意向確認については、まずカンファレンスを家族同席のもとで実施し、医師が加わったカンファレンスの後にサービス担当者と確認を行ったうえで、家族と看取りに関する話し合いを行う手順としている。入所時等には急変時の対応方針についても確認を取っている。

**A-4　家族等との連携**

（1）家族等との連携

| | | | 着眼点の数 |
|---|---|---|---|
| ① | a | 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。 | 5 項目/5項目 |

**総合評価・判断した理由等**

満足度調査を実施し、家族からも評価・意見を得ている。相談は随時受け付け、利用中に状態変化等があれば随時家族に連絡している。訪問時の状態報告は個人情報保護の観点から事前の確認のうえ家族のみに行っている。ホームページ等で行事などの案内をしている。今回の利用者・家族アンケートでも回収率が高く、自由記述欄には回答者の半数以上が記入していた。職員の親切さ・笑顔・温かい雰囲気への感謝が最も多く、「若い方も多いが意欲的に仕事をしてくれる」といった具体的な記載も、自由記述の3分の2にあたる家族から寄せられており、日頃の家族との関係性が良好であることを示している。

**利用者の要介護状態の改善のためのサービス評価基準（滋賀県独自項目）**

1．プロセス（過程）の評価

| | | | 着眼点の数 |
|---|---|---|---|
| ① | a | 運動器の機能向上に資する取組を計画的・組織的に行っている。 | 7 項目/8項目 |
| ② | a | 日常的な介護サービスにおいて要介護状態の改善に資する取組を行っている。 | 8 項目/8項目 |
| ② | a | 要介護状態の改善に資する生活環境等の整備の取組を行っている。 | 8 項目/8項目 |

**総合評価・判断した理由等**

①
リハビリテーション専門職（理学療法士）が定期的に来所し、対象者をあらかじめピックアップして専門的な助言・指導を受ける体制を整えている。日々の生活動作のなかで生活リハビリを行い、機能訓練に関する取組を個別のサービス計画に位置づけている。
②
利用者一人ひとりの栄養状態を把握して栄養ケア計画を作成し、栄養ケアマネジメントを実施している。排泄マニュアルおよび排泄チェック表を整備し、1日1回でもトイレでの排泄ができるよう移乗を伴う誘導の取組を進めている。
③
滋賀県の補助事業により琵琶湖材を使用した椅子やテーブルを配置し、廊下や談話室にも利用者の移動に支障のない範囲で椅子・テーブルを配置している。入所前の自宅や病院での生活情報を聞き取り、起床・就寝や食事の好み、排泄の習慣等をアセスメントに反映して個別支援計画に位置づけている。

事業者名称(事業者番号):特別養護老人ホームなごみの家(2572200596)

提供サービス名:介護老人福祉施設

評価年月日:令和8年9月22日

## ☆サービスの質の向上に向けて、取り組む課題と優先順位、達成度評価の計画

評 価 年 月 日:令和8年9月22日

前回評価年月日:　　年　　月　　日

| サービスの質の向上に向け取り組む課題 | | | 取り組み期間(〇年〇月～〇年〇月まで) | 改善に向けた具体的な行動 | 達成度評価 | 次期評価実施時期 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価項目番号 | 優先順位 | 内　容 | | | | |
| III-1-(4)-③ | 1 | 相談・意見への対応手順の明文化と、定期的な見直し・改訂プロセスの定着 | 令和8年10月～令和9年3月まで | 相談シートの再整備及び報告手順・対応策の検討等について定めたマニュアルの整備。 | | 令和9年3月 |
| A-3-(2)-② | 2 | 食事中の誤嚥・窒息時の応急対応の周知徹底(全職員が対応できる状態にする) | 令和8年10月～令和9年3月まで | 誤嚥・窒息時の対応マニュアルの整備をし、全員に周知する。 | | 令和9年3月 |

