事業者名称（事業者番号）：特別養護老人ホーム藤のれん（2572200828）

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

新施設長の着任に伴い、現場の実情に寄り添った対話と同法人施設との密接な連携のもと、理念・基本方針の周知と定着に向けた組織改革が推進されている。法人共通の指針である中江藤樹先生の「五事」の教えを施設運営から人材育成、職場環境整備、家族会連携、生産性向上に至るまで多角的に体現。理念を行動指針として現場へ浸透させ、経営層と現場が一体となって一貫した実践を重ねている。

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

施設長、相談員、介護主任が緊密に連携し、経営データのみならず各職種からの情報も共有しながら、利用者への直接的なサービス（睡眠の質のデータ化等）に至るまで、幅広い現場データを収集・活用している。福祉事業動向や地域ニーズ、コスト・利用率といった経営指標を定期的に分析・把握し、環境変化へ的確に対応する体制を構築している。

経営環境および現場の実態分析に基づき、取り組むべき明確な経営課題が法人で特定されている。改善課題や方針は役員間で深く共有されているだけでなく、会議・研修等の多角的な手段を用いて全職員へ漏れなく確実に周知・浸透させている。明確になった課題に対し、質の向上と負担軽減を両立する「ノーリフトケア」の定着や、口腔ケアのアセスメントを標準化する「OHAT」の導入・展開など、現場目線に立った具体的な解決策を着実に実行。職員全体の共通理解のもとで課題解決に向けた組織的取り組みが確実に機能している点が高く評価できる。

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	a	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

中・長期的な経営課題や将来像を見据えた事業計画が法人全体で確実に毎年策定されており、理念の実現に向けたビジョンや地域連携等の方向性は明確に確立されている。

単年度の事業計画においては、新設施設としての強みや最新の取り組みが極めて明確かつ体系的に落とし込まれている。中・長期的なビジョンに基づき、「外部機関と連携した口腔ケアの実践」「外国人職員に対する質の高い教育・指導体制」「ノーリフティングケアの定着」「睡眠データの収集・解析によるケア改善」といった独自性の高い施策を当年度の重点目標として設定。単なる行事スケジュールに留まらない実効性の高い事業計画として確立されており、経営層と現場が一体となって着実な遂行と成果創出に取り組んでいる。

介護主任、相談員の存在が事業計画の実施状況に大きな影響を与えている。職員の周知においても研修会の開催、全職員会議やユニットミーティング等の場を通じて事業計画の内容や進捗状況を丁寧に共有し、組織全体での共通理解を形成している。介護現場を熟知する介護主任や相談員が中心となって現場の声を集約し、計画策定や見直しプロセスへダイレクトに反映。評価結果に基づいた柔軟な計画修正や現場への教育・フィードバックが確実に機能しており、経営層から現場の末端まで一体となった計画推進体制が確立されている。

利用者や家族へは広報誌の配布・郵送や館内掲示を通じて事業計画を丁寧に周知している。館内には日頃の様々な取り組みを伝える掲示物が数多く配置されており、情報共有に対する組織的な意識の高さが窺える。広報誌や掲示物においては、専門用語を避けイラストや写真を効果的に取り入れるなど、視覚的に分かりやすく伝える工夫が徹底されている。さらに、利用者や家族が安心感を持って施設運営に関われるよう、双方向のコミュニケーションを大切にした説明・意見交換が行われており、事業計画に対する深い理解と関与を促す取り組みが高く評価できる。

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

本事業所の代表的な取り組みの一つが、外部専門機関と連携した口腔ケアにおける組織的なPDCAサイクルの実践である。アセスメント基準（OHAT）の可視化・標準化を進めることで、多職種（施設長・相談員・介護主任）が客観的な数値・データに基づきケアの質を組織的に評価（Check）できる体制を確立している。この一つの取り組みにおいてPDCAサイクルを確実に回す成功体験がモデルケースとなり、ノーリフティングケアの定着や睡眠データの活用など、他の取り組みや事業全体へ非常に良い波及効果をもたらしている。単一のケア改善にとどまらず、組織全体の福祉サービスの質的向上を牽引する優れた仕組みとして高く評価できる。

自己評価結果や施設長による日常的な巡視活動など、多角的な分析に基づき、取り組むべき課題が精緻に共有化されている。明確になった課題に対しては、現場のキーパーソン（相談員・介護主任等）をはじめとする職員の積極的な参画のもとで改善計画を立案。ケア基準の可視化や業務改善に向けた計画的な取り組みが全職員の共通理解のもとで推進されている。

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

当事業所は「防災・福祉避難所」を立ち上げコンセプトの一つとしており、平常時・有事の双方における管理者の役割と指揮命令系統が明確に定められている。管理者は法人の「事務分掌表」により自らの役割と責任を明確にし、広報誌および毎月初めの朝礼文で職員に表明している。有事の際の役割は消防計画・非常災害応急対策規程に明文化されている。9月の主任・副主任の異動を経て体制を再構築している段階にあり、管理者は現場に対してタイムリーな声かけと確認を行い、判断基準の周知・定着を図っている。役割分担と不在時の権限委任を職務権限表等として可視化し、新任職員も含めた周知を継続していくことが望ましい。

法令遵守を組織の基本姿勢として位置づけ、管理者自らが遵守すべき法令等を理解したうえで、取引事業者・行政関係者等との適正な関係を保持している。法人が主催または派遣する経営に関する研修にも参加している。職員に対しては、高齢者虐待防止・身体拘束廃止・感染症対策・業務継続計画等の法定研修を法人共通で実施し、会議を通じて周知が図られている。虐待防止規程は3事業所共通で整備され、虐待チェックリストを年2回、全職員で実施するなど、法令遵守が日常の点検行動として定着している。法改正等に合わせたマニュアル・指針の見直し時期をあらかじめ定めておくことが望ましい。

管理者はサービス向上委員会およびリーダー会議に自ら参画し、満足度調査や日々の面会記録を通じて質の現状を継続的に把握している。多様な経歴の職員が集まる事業所であることを踏まえ、開設前に他施設での合同実務研修を行い、基本ケアの標準的なやり方を固めてから着任させることで自己流を防いだ点は、質の確保に対する明確な指導力の発揮として高く評価できる。認知症介護実践者研修・リーダー研修への派遣も計画的に行われている。外部研修受講者による伝達研修の位置づけを明確にすることで、さらなる質の向上につながることが期待される。

業務の実効性を高める手段としてICTを早期に位置づけ、記録システム（SCOP）、LINE WORKS、インカム、見守りカメラの運用を開設段階から定着させている。若手職員が多くICT機器の運用がスムーズであるという事業所の特性を活かした取組であり、タイムテーブルの更新や写真による共有とあわせて職員間の連携が向上している。管理者は法人の運営推進会議において事業経過・人事・財務等の報告と見通しを確認し、経営の改善に向けた分析に参画している。介護ソフトの法人統一も今年度中に予定されており、業務の効率化に向けた指導力が発揮されている。

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。	8 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

人材の確保・定着を法人と事業所が役割を分けて担う体制が確立されている。法人としては就職説明会への参加、新聞折込、職員の紹介など幅広い方法で随時取り組み、当事業所では技能実習・特定技能・留学生など多様な在留資格の外国人職員を受け入れ、ビザ更新や各種書類の支援に加え、住宅・家賃・自転車・保険といった生活面の支援まで法人が幅広く実施することで定着を図っている。携帯端末への翻訳アプリの導入や写真・ルビ付きの手順資料の作成など、就労を支える環境整備も進んでおり、人材確保と定着に向けた具体的かつ実効性のある取組として高く評価できる。

法人の理念にもとづき、中江藤樹の「五事を正す（貌言視聴思）」を職員の基本姿勢＝「期待する職員像」として明示している。年1回の人事考課を実施し、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いる。一方、採用・配置・異動・昇進昇格に関する人事基準の明文化と職員への周知、職員処遇の水準を評価・分析する取組、および職員が将来の姿を描けるキャリアパスの提示については、体系的な整備が十分とはいえない。多様な経歴・在留資格の職員が在籍することを踏まえ、人事基準とキャリアパスを分かりやすく文書化して示していくことが求められる。

ストレスチェックを実施し、高ストレス者が産業医に相談できる機会を設けている。インカム・見守りカメラ・LINE WORKS等のICT導入により情報共有の負担を軽減し、リフトの導入によって身体的な介護負担の軽減も進めている。外国人職員に対する生活面の支援は手厚く、働きやすい環境づくりに寄与している。一方、労務管理の責任体制の明確化、有給休暇の取得状況や時間外労働のデータの定期的な確認、定期的な個別面談や悩み相談窓口の設置、総合的な福利厚生やワーク・ライフ・バランスに配慮した取組については、仕組みとしての整備と記録化に改善の余地がある。

「期待する職員像」を中江藤樹の「五事を正す」として明確にし、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いる。新任職員には現場でのOJTにより個別に指導を行い、記録の書き方等については役職者が事実確認を起点に指導するなど、日々の業務のなかで育成が進められている。目標項目・水準・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。

法人共通の法定研修を実施しており、法人のスケールメリットを活かした研修体制が確立している。認知症介護実践者研修（2名）・リーダー研修（1名）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、VRを活用した認知症研修など新しい手法も取り入れている。接遇・コミュニケーション研修は全職員を対象に昨年・一昨年に実施した。一方、法定研修以外の研修について、実施要綱と参加者名簿（実績）による記録・管理が体系的に整理されておらず、実施していても確認できない状態が生じている。認知症ケアに特化した研修についても記録が確認できない。研修全体を一つの要綱にまとめて参加実績を保管し、定期的に計画とカリキュラムの評価・見直しを行う仕組みの確立が求められる。

階層別・職種別・テーマ別の研修機会を確保し、外部研修の案内が届いた際は職員が受講できるよう調整して派遣している。外部研修を受けた職員は復命書を提出し、各部署へ配布して周知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いる。一方、外部研修受講者による伝達研修は実施できておらず、文書の回覧にとどまっている。年間研修計画のなかに、実践者研修・リーダー研修の修了時期に合わせて伝達研修をあらかじめ組み込み、前年度の受講者とセットで実施するなどの工夫が期待される。

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、法人として大学・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おり、当事業所も受入れ体制を整えている。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。今後は、専門職種の特性に配慮したプログラムの用意と、指導者に対する研修の実施をさらに充実させることが期待される。

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。当事業所ではInstagramを活用し、日々の暮らしや地域の取組を「藤のれん」として継続的に発信している点が特徴的である。一方、苦情・相談の体制や内容、およびそれにもとづく改善・対応の状況についての公表が行われていない。第三者評価は今回が初受審であり、今後は受審結果とあわせて、個人情報に配慮したうえで苦情・相談の内容と対応状況を公表する仕組みを整えることが求められる。

事務、経理、取引等に関するルールおよび職務分掌と権限・責任を法人の「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。なお、外部の専門家による監査支援等は実施した実績がないため、経営の透明性をさらに高める観点から、外部監査または専門家による監査支援の活用を検討することが期待される。

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

開所当時は十分でなかった地域とのつながりを段階的に拡充しており、地域との関係づくりが着実に前進している。地区社会福祉協議会を経由した地域のお知らせを掲示するなど、活用できる社会資源や地域情報を利用者に提供している。また、図書館や近くのスーパーへの外出支援や隣接する保育園との交流を行い、地域との接点を確保している。小規模ながら施設体験・地域交流事業を実施し、地域住民と利用者が交流する機会を設けている。今後は交流の機会を定期化していくことが期待される。

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・事前説明等を記載したボランティア活動マニュアルを法人共通で整備している。地域交流事業等への参加呼びかけを通じて、地域住民が施設に関わる機会を設けている。学校教育への協力についても基本姿勢を明らかにし、隣接する保育園との交流や実習生の受入れとあわせて対応しており、地域に開かれた事業所運営の基盤が整えられている。ボランティアに対する利用者との交流の視点からの研修・支援をさらに充実させることが期待される。

嘱託医・協力医療機関・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。若年者や進行性難病のある利用者への対応については相談員が中心となり、嘱託医・提携病院と連携して支援している。感染症対策では協力病院の医師・感染管理専門職を招いて実践的な研修を受けており、外部の専門機関との連携が実質的に機能している。避難訓練には地域自治会も参加し、職員だけで対応しきれない場合の支援・協力関係を地域と築いている点も特徴的である。地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成しておくことが望ましい。

地区社会福祉協議会や地域の各種会合との関わり、隣接する保育園との交流、地域交流事業等を通じて、地域の福祉ニーズや生活課題の把握に努めている。地域自治会が参加する避難訓練の場も、地域の実情を把握する機会となっている。法人全体としては施設サービス事業者協議会等への参加によりニーズ把握を行っており、当事業所もこれを共有する形で、法人と事業所の双方から地域の状況をとらえる体制が整えられている。

「防災・福祉避難所」を立ち上げコンセプトの一つとし、補助金により自家発電装置を整備して停電時の電源を確保するなど、地域の防災対策および被災時における福祉的支援の備えに取り組んでいる。地域自治会と合同の避難訓練を実施し、地域住民との顔の見える関係を構築している。隣接する保育園との交流は世代間交流の場として地域コミュニティに寄与している。法人としては令和6年度より安曇川地域を対象とした買い物送迎（孤立・孤独予防）を実施しており、これらの活動を計画等に明示していくことが望ましい。

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。	3 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	b	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。	4 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
外部講師を招いた研修や他施設への訪問研修を実施し、利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組が積極的に進められている。開設にあたっては、未経験者、他施設での介護経験者、法人内他施設からの異動者など多様な経歴の職員が集まってスタートしており、そうした構成のもとで基本姿勢を共有していく努力が重ねられている。改善したいという思いが組織として明確にあり、それが可視化されている点は高く評価できる。標準的な実施方法への反映を継続的に進めていくことが望まれる。 個人情報保護に関する方針を定め、プライバシーポリシーとして文書化している。見守りカメラ（全居室40台設置）および防犯カメラの活用については、入所・利用契約時に、24時間監視するものではなく安全対策や事故防止・状況把握のために用いる旨を説明し、同意書により署名を得ている。運用開始にあたっては行政の基準や指導に沿って確認・協議を重ねてきた経緯があり、丁寧な事前説明により、利用者・家族から安全対策として理解を得ている。説明を受けたうえで利用を見合わせた事例もあるが、施設の方針を提示したうえで本人・家族が納得して選択された結果である。現場で説明と同意取得の取組が確実に行われている点は高く評価できる。 利用相談があった際にはパンフレット等を用いて事業所の説明・情報提供を行っている。パンフレットだけでは伝わりにくい日常の暮らしや雰囲気、地域の取組・イベントについては、Instagramを活用し「藤のれん」として定期的に発信・可視化している。小規模でスタッフ数に限りがあるなかでも、地域の方々に事業所を知ってもらうための施設体験や地域交流事業を実施しており、地域で暮らす高齢者や車椅子を押して参加する家族もあって、実際の生活や雰囲気を直接確認してもらう機会となっている。企業から車椅子を借りるなどのフォローを行いながら体験・交流の場を提供し、体験をきっかけに相談・入居につながった事例もある。利用希望や相談があった際にはまず見学や体験を実施しており、資料の交付にとどまらない具体的な情報提供が実践されている点は高く評価できる。 サービス開始時には、見学や各種パンフレット、重要事項説明等を用いて丁寧な説明を行っている。加算の変更などが生じた際には、利用者・家族に説明書類を配布・提示し、変更内容に関する同意書を取得する運用を徹底している。一方、認知症状等により自ら意思決定を行うことが困難な利用者本人に対する、より分かりやすい説明や意向確認のあり方には課題が残る。変更時の説明や意思決定支援に関する事業所内の一元的なルールについても、マニュアル等としての明文化が定まりきっていない。意思決定が困難な利用者への配慮をルール化し、適正な説明・運用につなげていくことが望まれる。

状態変化により長期療養が必要となった場合の医療機関への入院が、主な移行場面となっている。入院・退所時には、介護支援専門員が直近の経過等を反映した「退所時情報提供書」を作成し、事業所内の全職種で回覧・内容確認を行ったうえで移行先の病院等へ提供している。病院での退院カンファレンス等にも参加し、他機関との連携を継続している。長期療養等でいったん契約解除・退所となった場合でも、状態が安定した際には優先的に再入所を受け入れる体制を整えており、部屋の確保や再入所条件について事前に説明・合意を行ったうえで、実際に再入所に至った事例もある。自宅への退所実績は現時点では少ないものの、サービスの継続性に配慮したプロセスが確実に運用されている。

定期的な満足度調査の実施に加え、家族が参加できるイベントや交流の機会を積極的に設けている。感染対策を兼ねた毎月の面会・来訪記録を窓口で集計して把握し、荷物の受け渡しのみで帰る家族など来訪頻度が低い方に対しては、介護支援専門員やスタッフが意識して声をかけ、状況確認や面会を促す工夫を行っている。寄せられた声は具体策につながっており、外出・行事の機会を増やしてほしいという要望に対しては車椅子の方も含めた月1回のイベントや外出機会を企画・実施し、衣類や靴の傷み・サイズに関する気づきについてはスタッフ間・家族間で情報を共有して迅速に買い替えや調整を依頼している。サービス向上委員会が満足度調査や日々の意見を整理・分析して改善案を検討し、リーダー会議・全体ミーティングで現場へ共有・周知して実行するという役割分担が明確に整理されており、結果や改善対応は家族へも報告・回答されている。意見の収集から改善、フィードバックまでの流れが組織として確立している点は高く評価できる。

苦情解決責任者を施設長、苦情受付担当者を生活相談員とし、第三者委員は法人共通の体制を構築して適切に運用している。利用者の携帯電話の使用や連絡状況をめぐって家族から強い申し出があった際には、事実確認を迅速に行い、直接の面談や報告を通じて丁寧な説明を実施し、その内容を第三者委員へも報告している。意見箱や家族会等を通じた個別・直接の対応と報告は行えている。受け付けた意見・苦情とその改善策については、個人情報に配慮したうえで館内掲示やホームページ等で公表する仕組みを整備し、どのような意見があり、どのように改善したかを可視化することで、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。あわせて、家族会等で意見を伝える際には、単なる苦情の報告ではなく利用者のより良い生活につなげるための大切な意見であるという本来の目的を丁寧に伝えることで、前向きな意見交換と信頼関係の構築につながることが期待される。

個室や相談室などプライバシーが守られるスペースを活用して相談や意向の聞き取りを行い、他者に気兼ねなく話せる対話の場を工夫している。相談員だけでなく、居室担当者や日頃関わる介護スタッフなど、利用者が話しやすい職員を選んで意見や要望を伝えられる環境がある。食事や野菜の食感に関する要望をきっかけに施設で家庭菜園を企画・開始し、利用者と一緒に野菜を育てて採れたてのものを食事やアクティビティで提供する取組へと展開した事例は、意見を生活の充実へ結びつけた好例である。意見箱への匿名の手紙についても、内容から背景や思いを汲み取って個別に話を聞き、取組へ反映している。受け取った意見をどう活かすかを朝のミーティングで話し合い、一般スタッフや担当者が受けた意見はリーダー、介護支援専門員、相談員へ速やかに報告・共有される体制が整えられている。

意見受領に特化した単体のマニュアルは作成していないが、既存の業務マニュアルや苦情対応マニュアルのフロー内に一体的に組み込んで運用している。入所相談、問い合わせ電話対応、見学、申し込み、当日の受け入れに至るまでの業務プロセスの手順が整理されており、4月の異動や新入職の時期に合わせて2月から3月頃にマニュアルの見直しを実施している。誰が担当しても同じ対応ができるよう標準化を図り、属人化を防ぐ運用を意識している。介護記録システムの事故・トラブル・要望報告機能を活用して職員間で情報共有を行っており、「本人意向」のカテゴリーがあることで利用者の思いや家族からの要望を抽出しやすく、多職種連携に活かされている。ただし、相談・意見への対応手順そのものの明文化は完了しておらず、定期的な見直し・改訂のプロセスも定まっていないため、手順の明文化と見直し体制の定着が望まれる。なお、記録内の表現については、将来的に家族等へ開示・共有された際にも不快感を与えないよう、言葉選びや記録の運用方法への配慮が検討されている。

月1回のリスクマネジメント会議を開催し、施設長や主任・副主任、各職種のリーダー等が参加して多職種で体制を構築している。マニュアルは法人共通のものを活用している。事故報告書は紙ベースで各ユニットの副主任等を通じてリスクマネジャーへ集約され、一般スタッフは介護記録システムにも概要を入力することで、多職種間で状況を把握できる仕組みとなっている。ヒヤリハットについては、各ユニットで月ごとの目標枚数を設定して気づきの意識づけを行い、今月は何枚だったかという振り返りとフィードバックが行われており、事例の収集が積極的に進められている。若手スタッフが多い特性を活かし、スマートフォン等から簡単に入力・収集できる仕組みも視野に入れて検討しており、日々の気づきやリスク感度を高める運用が図られている。
法人共通の「感染症・食中毒予防及び蔓延防止マニュアル」を整備し、感染症対策委員会を原則2か月に1回開催して発生状況の共有や対策を行っている。看護師が中心となり、流行している感染症の状況や注意点をまとめた資料を作成・掲示するほか、朝のミーティング等でスタッフへ注意喚起を行っている。協力病院から医師や感染管理の専門スタッフを招き、施設内の設備や実情に合わせたガウンの着脱方法など実践的な指導・研修を受けており、実際の設備でどう対応すればよいかを専門職に直接見てもらえる環境がある点は特徴的である。感染症訓練にあたっては、リーダー層だけでなく新人層を含む一般スタッフへの周知や危機感の共有に課題を感じており、新人研修時等を含めて全スタッフへの浸透・教育体制をさらに整えていく方針が示されている。

施設立ち上げ時のコンセプトの一つに「防災・福祉避難所」としての位置づけがあり、災害時の安全確保に力を入れている。補助金を活用して自家発電装置を整備し、災害による停電時にも施設内の電源が確保できる体制を整えている。避難訓練は、実際の建物の構造や動線に合わせて、ユニット・職員ごとに実態に即した内容で実施している。訓練の際には地域の方にも参加してもらい、施設の状況を見てもらうとともに、職員だけでは対応しきれない場合の支援・協力体制を地域と築いている点は高く評価できる。

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

標準的な実施方法について、法人のベースとなる形をもとに文書化・カード化を行い、尊厳の保持やプライバシー保護（入浴・排泄時の配慮など）に関する事項も含めて、自施設のやり方に合わせた手順を整備・更新している。開設前の準備期間を活用して他施設での実務研修を実施し、入浴・排泄・食事などの基本ケアについて目指すべきケアの考え方と標準的なやり方をあらかじめ固めてから着任したことで、個々の自己流に陥ることなくスムーズな標準化を実現した点は、質の確保に向けた特徴的な取組として高く評価できる。相談員・看護師・栄養士などの多職種が参加する定期会議・委員会を設置し、気になる点が生じた際には勉強会や委員会を開いて業務手順・マニュアルの周知徹底を図っている。経験者が途中入職した際に前職の流儀に流れ、標準化された手順が崩れそうになることが課題として認識されており、引き続き周知と確認を重ねていくことが望まれる。

入浴・排泄・食事・アクティビティなどの各種委員会が中心となって、標準的な実施方法の見直しを行っている。年2～3回程度を基本方針として計画し、施設イベント等のスケジュールとの兼ね合いを考慮しながら、状況に応じて柔軟に時期を調整して実施している。委員会に介護支援専門員が必ず参加または密に連携している点が大きな強みとなっており、委員会での協議において個別のケア内容に関する課題や変更点が出た場合には、即座に共有されてケアプランの変更・反映へつながる仕組みができている。標準的な実施方法の見直しと個別計画とが連動している点は高く評価できる。

入所時の面接・聞き取り段階でフェイスシートやアセスメントシートを用いて情報を収集・把握し、判明した情報は付箋等を活用して速やかに記録し、現場職員へ周知している。介護ソフトを導入しつつ、現在は使い勝手に合わせてExcel形式の様式を加工・併用しながら、アセスメント・計画書・モニタリングの一連の運用を行っている。サービス担当者会議は入所時および3か月ごとの定期見直し時に開催し、会議に先立って介護職員が日常の観察・モニタリングを行い、当日は介護支援専門員のほか介護職員・看護師・栄養士などの各専門職がそれぞれの観察記録や専門評価を持ち寄って現状認識を共有している。毎月のモニタリングや会議には居室担当者などの現場介護職員が参加し、若手職員が日頃の気づきを気軽に発言できるミニカンファレンスの機会を設けて現場の視点を計画へ反映させている点は特徴的である。計画書には「30m歩いてほしい」といった生活上の目標や、口腔ケア・口腔体操などの具体的なニーズを明記し、前回プランの達成状況や日々の評価を全職員がモニタリング用紙に記入して多職種で共有・評価することで、継続的な見直しと個別ケアの向上につなげている。

3か月ごとのモニタリング・カンファレンスを基本の節目として、施設サービス計画の評価・見直しを実施している。介護職・看護職・栄養士・介護支援専門員等の多職種がそれぞれの専門的記録を持ち寄り、カンファレンスを通じて総合的な評価を行っている。利用者本人の意向は、居室担当職員が日頃の関わりや聞き取りを通じて最も近くで把握する体制をとっている。面会で来訪する家族が多いことから、来訪時の直接対話を通じてこまめにコミュニケーションを図り、面会時以外の必要事項についても電話連絡を活用して丁寧な状況説明を行っている。状態の変化や急な計画変更が必要となった場合は、まず電話で迅速に家族へ連絡・説明し、今後想定されるリスクや状態の変化についても事前に伝えて理解と同意を得る形をとっている。主治医との連携については、状況に応じて先に主治医へ相談する場合と先に家族の意向を確認する場合とを柔軟に判断し、医療と家族の間の調整を行ったうえで受診や計画変更の判断をしている。

ケアの実施状況やモニタリング評価の記録は、記録ソフトを活用してタブレット等で入力・管理している。バイタル数値などのデータはシステムへ直接入力することで表記の不統一を防ぎ、記録内に他の利用者が関わる場合はイニシャルや部屋番号等の工夫により、プライバシー保護を徹底している。会議資料は回覧により周知し、日々のスケジュール変更や重要な伝達事項はタイムテーブルの更新、写真による共有、LINE WORKS等を活用して漏れなく伝達している。補助金等を活用してインカムを全職員分導入し、チャンネルを分けずに全職員が同じ音声を共有する運用としたことで、毎朝の朝礼・申し送りを各ユニット・階の現場スタッフも同時に把握でき、面会者の来訪通知、処置の応援要請、手薄な時間帯のヘルプ呼びかけが即座に可能となり、階層間・部署間の情報共有と現場連携が大きく向上している。組織的な情報共有の体制が確立している点は高く評価できる。文章記録についての詳細な手引きは設けていないが、記録内容に不備や差が見られた場合には管理者・役職者が察知し、客観的な事実確認を起点として修正・再指導を行うことで平準化を図っている。

法人の個人情報保護規程にもとづき、利用者の記録および個人情報を適切に管理している。記録管理に関する責任者は施設長が務め、個人情報保護や倫理に関する研修等を通じて、職員に対し記録や個人データの取扱いの徹底を図っている。見守りカメラ等の導入にあたっては、利用者側だけでなく現場で働く職員側からも同意を取得したうえで運用している点が特徴的である。カメラの設置・運用については、入所申込み・事前面談の段階で相談員から家族・本人へ必ず説明を行い、安全な支援・見守りのために活用していること、個人情報の取扱いに十分配慮していることを事前に周知し、理解と同意を得たうえで入所を進める運用を徹底している。これにより入所後のトラブルを防ぐとともに、現場職員が安心して適切な支援を提供できる環境が確保されている。

○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

利用者本人の個別プラン（ホットプラン）を作成し、令和6年12月には利用者・家族への聞き取りアンケートを年1回のペースで実施して意向を把握している。活動計画は年間よりも月間ベースの計画表で作成し、部会において利用者の希望や個別意見を出し合ったうえで、運動会等のイベントは担当を割り振って担当者が計画書を作成し、職員のタイムテーブルに挟んで周知している。図書館への外出等の外出支援を行い、隣接する保育園との交流も実施している。日常生活のなかで役割をもてるよう配慮している。一方、複数の活動メニューや社会参加に配慮したプログラム、地域情報を活かした活動などを事業所全体としての取組・定期的なプラン計画として位置づけ、一人ひとりに応じた生活となっているかを検討・改善する取組を組織的に継続していくことが求められる。

記録システム用いて利用者の思いを抽出し、多職種で共有している。居室担当を定め、日々の関わりのなかで意向を把握している。接遇・コミュニケーション研修は全職員を対象に昨年・一昨年に実施し、尊厳に配慮した接し方や言葉遣いの徹底を図っている。

虐待防止規程を3事業所共通で整備し、権利擁護に関する規程・マニュアルは多職種メンバーで構成する委員会が管理している。身体拘束は施設内で実施しておらず（過去にも実施なし）、緊急やむを得ない場合の手続や、夜間の本人希望による施錠等が身体拘束に該当するかについても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。法定研修は主任クラス・役職者を中心に行うほか、現場向けの虐待研修も実施している。所管行政への届出・報告の手順も明確にしている。規程の共通整備、委員会による管理、年2回の全職員チェック、役職者と現場の双方に向けた研修という重層的な体制により、権利擁護の取組が徹底されている。

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
全居室に睡眠センサー(眠りスキャン)を配備し、状態変化の早期発見を目的として運用している。監視を目的とするものではないことを明確にしたうえで、立ち上がり等の動きを職員のスマートフォンに通知し、呼吸量・心拍数・睡眠サイクルも把握して離床時間の調整に活用している。新規入所時は標準的な配置から始め、利用者・家族と相談しながら順次調整している。拘縮のある利用者への入浴時の配慮や、廊下への作品展示など、快適でくつろげる環境づくりの工夫を行っている。これまでの生活を把握し、利用者の意向を居室の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

			着眼点の数
(1)利用者の状況に応じた支援			
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。	4 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。機器を使用し、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。外国人職員への配慮として、マニュアルに加えて職員の携帯端末全台に翻訳アプリを導入し、写真とルビ付きの手順資料を作成して現場に掲示している。またインカムを介護職員が装着し（相談員・看護師は業務状況に応じて）、分からない場合はすぐに呼べる体制を整えている。多様な背景をもつ職員が安全に入浴支援を行えるよう工夫している点は評価できる。 排泄マニュアルおよび排泄チェック表を3事業所共通で整備している。トイレでの排泄（自立支援）を目指し、1日1回はトイレ誘導を行う取組を進めている。おむつに関する研修を職員全員が受講し、関連資格を全員が取得している。スタンディングリフトを使用して安全な移乗を行い、尊厳・羞恥心に配慮した介助を行っている。尿・便の観察により健康状態を確認している。自然な排泄を促す取組と自立に向けた働きかけが組織的に行われている点は評価できる。 移動・移乗マニュアルを整備し、利用者ごとの個別の留意点を全員分作成してExcel・タブレット・紙で共有している。インカムなどのICT機器を活用して現場での連携を図っている。ポジショニングは全員分を写真で共有し、外部委託の理学療法士と連携するとともに、皮膚に関わる部分は認定看護師にも確認を依頼している。リフトは本年4月から導入し、業者による研修を全職員が受講したうえで定期的に実施している。指導できる職員が中心となって1人ずつ安全に指導し、不安がある場合は2人で対応する運用としている。福祉用具はレンタルを中心とし、車椅子の清掃・点検を実施して不具合は業者に連絡・交換している。インカムは開設当初からICT補助金事業により導入している。個別の留意点を全員分作成して共有すること、外部専門職と連携すること、導入時に全職員が研修を受けることが結びつき、開設から間もないなかで安全な移動・移乗支援の体制が着実に築かれている。 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、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するほか、郷土料理・薬膳・誕生日メニューを月1回ずつ提供している（調理員に薬膳を得意とする職員がおり、委託業者がこれをサポートしている）。利用者の要望が強かった外食については8月から実施する方向で調整している。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。一方、利用者が日常的に食事を選択できる仕組みや、意見が献立に反映された経緯を利用者に示す取組については、なお工夫の余地がある。 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、食事のペースや心身の負担に配慮している。食事・水分の摂取量を記録して把握し、水分補給に配慮している。経口摂取を継続するための取組として、後述の誤嚥性肺炎ゼロプロジェクトが機能している。一方、誤嚥・窒息など食事中の事故発生時の応急対応マニュアルは開所当初に作成されているものの、職員への周知ができていない部分があるため、全職員が対応できる状態にすることが求められる。

口腔ケアマニュアルを整備し、外部提携の歯科衛生士が月1～2回関与し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。特筆すべき取組として「誤嚥性肺炎ゼロプロジェクト」があり、看護師がイラスト入りの詳細な実施計画書を作成し、規格テストの受講等を含めて体系的に運用している。全利用者の口腔ケアチェックを実施し、口腔スクリーニングにも取り組んでいる。資料の完成度が高く、当事業所の独自性として高く評価できる。

褥瘡対策のための指針を3事業所共通で整備し、褥瘡ケア計画書を作成して予防についての標準的な実施方法を確立している。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。認定看護師が関与して褥瘡予防に関する研修を実施し、法人内で研修を受けた職員が現場に還元する体制をとっている。ケアの内容はオーダー／プランとして全職員に周知している。栄養面からの予防についても、食事摂取状況の確認と栄養管理を行っている。関係職員が連携して取り組んでいる点は評価できる。

喀痰吸引・経管栄養については、介護職員は実施せず看護師が全て対応する方針としており、その考え方と管理者の責任は明確である。職員2名が指導者研修を受講しており、看護師が現場でアドバイス・対応を行っている。ギャッチアップの角度等の留意点については委員会で共有している。一方、介護職員等による実施を前提とした実施手順・個別の計画、定期的な職員研修や研修機会の確保については該当がない。

個別機能訓練計画書を作成し、個別リハビリテーションではなく生活リハビリを中心とした取組を行っている。ポジショニングについては全員分を写真で共有し、外部の理学療法士および認定看護師の助言・指導を受けている。家族の意向を介護支援専門員が受け取り、調整のうえ指導員・リハビリ職の評価につなげる仕組みが成り立っている。日々の生活動作のなかで意図的な機能訓練を行い、リフトを活用してトイレへ移乗する、口から食べるといった取組が自立支援につながっている。

認知症の状態に配慮したケアについて、法定研修として認知症研修を実施している。認知症介護実践者研修に2名、認知症介護リーダー研修に1名を派遣しており、リーダー研修は第1回が始まったばかりである。県の取組であるVRを活用した認知症研修も活用している。あらゆる場面で支持的・受容的な関わりを重視し、認知症の利用者が安心して落ち着ける環境づくりに配慮している。医師・看護師等と連携して行動・心理症状（BPSD）について検討している。

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、急変時のフローチャート（夜間・呼吸なし等の場面別）を作成している。フローチャートは多言語に対応させ、インドネシア出身の職員等が確実に理解できるよう配慮しており、外国人職員が多く在籍する当事業所の実情に即した実効性の高い工夫として評価できる。服薬については看護師が服薬マニュアルを作成している。以前は内服が一包化されておらず過誤のリスクがあったが、看護師が手分けして内服の見直しを行った結果、服薬に関する事故はゼロとなっている。

終末期の対応について、看取りマニュアルを3事業所共通で整備し、方針と手順を明らかにしている。嘱託医は事業所ごとに異なるため、当事業所の嘱託医および協力医療機関と必要な連携体制を確立している。利用者・家族に対しては、カンファレンスの場で終末期の意向を確認し、施設での対応・ケアについて説明している。看取りを希望される場合には、利用者の状況に応じてできる限り施設で対応する体制を整えており、終末期を迎えた利用者と家族の意向に応えられる体制が確立されている。

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

家族に対しては、定期的および状態変化時に利用者の状況を報告している。面会の多い家族とは面会・電話を通じて丁寧に意向を確認し、毎月の面会記録を把握して来訪の少ない家族には職員から声かけを行っている。昨年、開所2周年を機に家族会（交流会）を初めて開催し、約31名の家族が参加した。利用者・家族アンケートは回収率が高く、自由記述にも回答者の半数以上が記入している。肯定的なコメントが多数を占める一方、居室の尿臭、おやつの提供、全介助の利用者への対応、外出許可等の要望が寄せられた。外出については、その後、コロナ感染症が鎮静化したこともあり、実施対応している。第三者評価は家族の声を代弁する機会にもなるため、家族会・交流会を定期的に開催し、利用者と家族がつながりをもてる取組をさらに進めていくことが期待される。

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。	7 項目/8項目

総合評価・判断した理由等

①
個別機能訓練計画書を作成し、個別リハビリテーションではなく生活リハビリを中心とした取組を行っている。日々の生活動作のなかで意図的な機能訓練を行い、リフトを活用してトイレへ移乗する、口から食べるといった取組が自立支援につながっている。
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。トイレでの排泄（自立支援）を目指し、1日1回はトイレ誘導を行う取組を進めている。
③
全居室に睡眠センサー（眠りスキャン）を配備し、状態変化の早期発見を目的として運用している。図書館への外出等の外出支援を行い、隣接する保育園との交流も実施している。

事業者名称(事業者番号):特別養護老人ホーム藤のれん(2572200828)

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				
A-3-(2)-②	1	食事中の誤嚥・窒息時の応急対応マニュアルの職員への周知徹底(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
III-1-(4)-③	2	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