

<取り組み状況> : ○できている △どちらともいえない ×できていない

1. 利用者の権利擁護のための取組		
(1) サービス提供開始時のサービス内容の説明及び同意の取得状況	取り組み状況	内容
・利用を希望する者が自由に見られるようサービス提供契約前に、重要事項を記した文書のひな形を交付する仕組み等がある。	○	重要事項を記した文書の雛形を要望があれば、契約事前に交付している。
・サービス提供契約前の問い合わせ及び見学に対応する仕組みがある。	○	問合せや事前の見学について、パンフレット、ホームページに掲載している。
・利用申込者に対し、サービスの重要事項について説明し、サービス提供開始について同意を得ている。	○	重要事項に基づき説明し、同意の署名を頂いている。
・サービス利用契約の際、利用申込者の判断能力に応じて、代理人等との契約を行ったり、立会人を求めている。	○	利用者の家族、代理人等と交わした契約書等がある。
・利用の受入にかかる基準や資格等があり、利用前に提示する仕組みがある。	△	利用の受入にかかる基準や資格等について、口頭で説明している。
・退居を求める場合の基準について、利用者等に説明し、同意を得ている。	○	退居の基準について契約書や管理規定に基づき説明し、同意を得ている。
(2) 利用者等の情報の把握及び課題分析の実施状況	取り組み状況	内容
・利用者等の希望、利用者の能力、環境等を把握している。	○	利用者等の希望や有する能力等を個別支援計画に記載している。
(3) 利用者に応じた支援計画の作成、同意の取得状況	取り組み状況	内容
・支援計画は利用者やその家族の希望を踏まえて作成している。	○	利用者やご家族の希望を踏まえて支援計画を作成している。
・支援計画には、利用者ごとのサービスの目標が記載されている。	○	支援計画に利用者ごとの目標を記載している。
・支援計画について、利用者等に説明し、同意を得ている。	○	支援計画をご家族や後見人へ説明し、同意を得ている。
(4) 成年後見制度等の活用支援にかかる取組状況	取り組み状況	内容
・利用者の権利擁護のために、成年後見制度及び日常生活自立支援事業の活用を推進している。	○	成年後見制度又は日常生活自立支援事業を活用した事例がある。
(5) 利用料に関する説明の実施状況	取り組み状況	内容
・ご家族等に対して、利用明細を交付している。	○	サービス提供内容を記載した請求書（写）を交付している。
・ご家族等に対して、利用料の計算方法について説明し、同意を得ている。	○	重要事項説明書に基づき、利用料金、支払い方法について説明し、同意を得ている。
・利用者ごとに金銭管理の記録を行いご家族等への報告を行っている。	△	利用者ごとに金銭管理を行い、収支や残高を報告しているが、確認書類は求めていない。
2. 利用者本位のサービスの提供		
(6) 利用者のプライバシー保護のための取組	取り組み状況	内容
・職員に対して、利用者のプライバシー保護について周知している。	○	令和7年度は個人情報保護管理委員会の開催、並びに研修を実施した。
(7) 身体的拘束等の廃止のための取組状況	取り組み状況	内容
・身体的拘束等の廃止のための取組を行っている。	○	虐待防止・身体的拘束委員会を開催し、適正化のための指針の作成、研修を実施した。
・やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、ご家族等に説明し、同意を得ている。	○	身体的拘束等を行う場合は、ご家族へ説明し、同意を得ている。
・やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その実施経過及び理由を記録している。	○	身体的拘束等の実施経過及び理由を記録している。

(8) 計画的な機能訓練の実施状況	取り組み状況	内容
・利用者ごとに、リハビリテーションの目標及び実施計画を定めている。	○	医師指示書にリハビリテーションの目標、実施計画を記載している。
・利用者ごとに、実施計画に基づくリハビリテーションを行っている。	○	リハビリテーションのカルテに実施記録を記載している。
・利用者の心身の状況等に応じて、計画的に機能訓練を行っている。	○	半年毎の経過及び変化に応じて、実施計画を立てている。
(9) 利用者の家族等との連携、交流等のための取組の状況	取り組み状況	内容
・利用者の健康状態、生活状況等について、定期的及び変化があった時に、ご家族に連絡している。	○	ご家族に対して、定期的及び随時の状況の報告又は連絡を行っている。
・利用者のご家族との意見交換等を行う機会を設けている。	○	ご家族の会に定期的に出席し、苑内の報告や意見の交換を行っている。
・利用者の家族との交流を行っている。	○	令和7年度はご家族が参加される行事（令和7年9月）を実施。
・利用者に、外出又は外泊の機会を多く持つてもらうように、家族との連携を図る仕組みがある。	×	令和7年度は感染対策のため、外出や外泊について実施できなかった。
(10) サービスの質の確保にかかる取組状況	取り組み状況	内容
・利用者の希望に応じた食事を提供する仕組みがある。	○	定期的に嗜好調査を行い、選択メニューや行事食を提供している。
・利用者ごとの栄養マネジメントを行っている。	○	利用者の栄養状態に関し、栄養アセスメント、栄養スクリーニングを実施している。
・利用者の健康を維持するための支援を行う仕組みがある。	○	医療・看護・リハビリ・栄養課等関連部署が協働で利用者の健康維持に関する取組みを行っている。
・衣類は、毎日、起床時及び就寝時に着替える支援を行っている。	○	毎日9時、その他利用者の状況に応じて、必要時に着替えの支援を行っている。
・利用者ごとの利用前の生活環境、習慣等が継続できるような環境作りを行っている。	○	ご家族の意見を取り入れながら利用者個人の特性に応じた生活環境を提供している。
・介護及び看護の記録について、利用者等に対して開示している。	○	ご家族への開示、報告は要望があった場合等に実施している。
・排せつ介助の質を確保するための仕組みがある。	○	プライバシーに配慮し、利用者にあったオムツや介助方法等、工夫をして行っている。
・入浴介助の質を確保するための仕組みがある。	○	プライバシーに配慮し、拘縮や変形等、利用者の状態にあった入浴方法等、工夫をして行っている。
(11) 医学的管理下における支援の質の確保	取り組み状況	内容
・利用者ごとの病状に対応する仕組みがある。	○	医師の指示のもと苑内での検査治療又は、他科受診や一時退所での入院治療を受けられる仕組みを整備している。
・利用者のADL（日常生活における基本的な行動）、心身の状況等について、定期的に評価している。	○	褥瘡対策に関する診療計画作成時と評価見直しの時期に合わせて、6ヶ月に1度評価を行っている。
・服薬管理の質を確保するための仕組みがある。／・利用者の健康を維持するための支援を行う仕組みがある。	○	服薬は看護師が準備から予約まで行う。日々の健康観察と年2回の健康診断を実施・評価し内服薬の調整を行っている。
・褥瘡（床ずれ）予防対策を行っている。	○	対策チームを設置し、皮膚の保清に努め、体位変換と耐圧分散寝具の使用、褥瘡対策に関する診療計画及び栄養計画を作成している。
・口内の清潔確保等の口腔ケアを行う仕組みがある。	○	個々の口腔内の状況に合わせたケア用品を準備し、歯科検診や平日は歯科衛生士による口腔ケアを実施している。
・摂食・嚥下（食事をとり飲み込む機能）の障害に関するケアを行うための仕組みがある。	○	作業療法士から摂食・嚥下機能の研修を受けた職員が食事介助にあたり、個々に合わせた食形態の提供・観察・評価を実施している。
(12) 利用者の生きがい確保のための取組	取り組み状況	内容
・利用者ごとの趣味、生きがい、役割等をサービスに反映させる仕組みがある。	○	複数のクラブ活動、レクリエーション活動等のプログラムを実施している。
・利用者の自立支援の実施に当たり、利用者の希望及び能力を把握する仕組みがある。	○	利用者ごとに希望や能力を記録している。
・利用者ごとの外出又は外泊を支援する仕組みがある。	×	令和7年度は感染対策のため、利用者の外出や外泊がほとんどできなかった。
(13) 利用者の身体の状態等に応じたサービスの提供	取り組み状況	内容
・利用者の身体の状態に応じた選択ができるよう、福祉用具を整備している。	○	拘縮や変形等、利用者の状態に応じ、ベッドや車いす等の福祉用具を整備している。
(14) レクリエーションの取組状況	取り組み状況	内容
・多様なクラブ活動、レクリエーション活動等のプログラムを行っている。	○	計画を立て、クラブ活動、レクリエーション活動等を実施している。
(15) 退所後における介護サービスの質の確保	取り組み状況	内容
・施設退所の相談及び判定は、医師、看護師、支援相談員等関係するスタッフによって行われている。	○	退所相談及び退所判定は、医師、看護師、支援相談員等関係するスタッフによって行っている。

(16) 在宅療養介護に対する支援の実施の状況		
・在宅で療養している要介護者の緊急時等に、相談又は対応する仕組みがある。	<input type="radio"/>	在宅で療養している要介護者の相談又は対応の仕組みについての記載がある支援相談員業務マニュアル等がある。
3. 相談、苦情等の対応のために講じている措置		
(17) 相談、苦情等の対応のための取組		
・利用者等からの相談、苦情等に対応する仕組みがある。	<input type="radio"/>	重要事項を記した文書等に、相談、苦情等対応窓口が明記されている。
・相談、苦情等対応の経過を記録している。	<input type="radio"/>	相談、苦情等があった場合は、その内容を記録している。
・相談、苦情等対応の結果について、利用者等に説明している。	<input type="radio"/>	相談、苦情等があった場合は、その結果をご家族に説明している。
4. サービスの内容の評価や改善等		
(18) サービスの提供状況の把握のための取組		
・定期的及び隨時に、利用者等からの相談に応じている。	<input type="radio"/>	定期的及び隨時に利用者等との相談に応じている。
・サービスの改善のために、支援計画、支援内容等の評価を行っている。	<input type="radio"/>	サービス改善のため、関連部署による検討会議を実施している。
(19) サービスの提供状況の把握のための取組		
・計画担当の支援相談員等は、支援計画の実施状況を把握している。	<input type="radio"/>	支援相談員等は支援計画の実施状況を把握し、記録している。
・支援計画の評価を行っている。	<input type="radio"/>	定期的に支援計画の評価を行っている。
(20) サービス計画等の見直しの実施状況		
・サービスの改善のために、支援計画の見直しを行っている。	<input type="radio"/>	定期的に支援計画の見直しを行っている。
5. サービスの質の確保、透明性の確保等のための外部機関等との連携		
(21) 協力医療機関との連携		
・医療上の緊急時における対応の仕組みがある。	<input type="radio"/>	緊急時対応マニュアルに基づき、協力医療機関及び家族へ連絡を行い、対応している。
(22) 協力医療機関との連携		
・医療について、事業所等で対応できない状態になった場合に、他の医療機関等と連携し、対応する仕組みがある。	<input type="radio"/>	協力医療機関との協力に関する契約書がある。
(23) 地域との連携、交流等の取組状況		
・地域との連携、交流等を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	令和7年度は感染対策のため、地域の行事への参加や交流がほとんどできなかった。
・利用者の権利侵害を防ぐため、事業所等が開放的になるような取組を行っている。	<input type="radio"/>	必要に応じ、支援相談員やオンブズマン等、第三者と相談や苦情等対応をしている。
・ボランティアを受け入れる仕組みがある。	<input checked="" type="checkbox"/>	令和7年度は感染対策のため、ボランティアの受け入れができなかった。
・利用者ごとに、その関係する機関との連携を図っている。	<input type="radio"/>	退所時に、関係機関と十分に連携し、必要な書類を提出している。
・利用者のニーズに応じて、外部の社会資源の活用を支援している。	<input type="radio"/>	必要に応じ、他科受診等、外部の社会資源を活用している。
6. 適切な事業運営の確保		
(24) 従業者等に対する倫理、法令等の周知等		
・従業者が守るべき倫理を明文化している。	<input type="radio"/>	倫理規程がある。
・従業員に対して、倫理及び法令遵守に関する研修を実施している。	<input type="radio"/>	令和7年12月にコンプライアンス研修を実施予定である。
(25) 計画的な事業運営のための取組		
・事業計画を毎年度作成している。	<input type="radio"/>	毎年度作成し、経営、運営方針、各種委員会の活動内容を記載している。
(26) 事業運営の透明性の確保のための取組		
・事業計画や財務内容に関する資料を閲覧できるようにしてある。	<input checked="" type="checkbox"/>	財務内容は広報紙に掲載しているが、事業計画は閲覧できるようにしてない。

(27) サービス改善のための取組		
・事業所が抱える改善課題について、現場の従業者と幹部従業者とが合同で検討する仕組みがある。	<input type="radio"/>	経営会議等で、課題や問題点等を検討している。
7. 事業所の運営管理、業務分担、情報の共有等		
(28) 職員の役割分担等の明確化のための取組		
・職務に応じた権限の付与及び責任を明確化し、利用者に対応できる仕組みがある。	<input type="radio"/>	「管理規定」に職員の職務分掌を規定している。
(29) 職員の役割分担等の明確化のための取組		
・事業所等の組織体制、従業者の権限、業務分担及び協力体制を定めている。	<input type="radio"/>	「組織図」「管理規定」「就業規則」に職員の職務分掌を規定している。
(30) サービス提供のため、従業者間での情報共有の取組		
・利用者の状態の変化などサービス提供に必要な情報について、従業者が共有する仕組みがある。	<input type="radio"/>	支援担当者会議、ケース検討会議、申し送り等により、情報を共有している。
(31) サービス提供のため、従業者間での情報共有の取組		
・サービス提供に関する重要な事項について、従業者が共有するための仕組みを設けて、チームケアを行っている。	<input type="radio"/>	支援担当者会議、ケース検討会議、申し送り等により、情報を共有している。
8. 安全管理及び衛生管理		
(32) 安全管理及び衛生管理のための取組		
・事故の発生予防やその再発を防止するための仕組みがある。	<input type="radio"/>	事故の発生予防等に関するマニュアル等を整備している。
・事故の発生など緊急時に対応するための仕組みがある。	<input type="radio"/>	事故の発生等緊急時の対応に関するマニュアル等を整備している。
・非常災害時に対応するための仕組みがある。	<input type="radio"/>	非常災害時の対応手順やBCP対応について定めたマニュアル等を整備している。
・利用者ごとの主治医及び家族等の緊急連絡先が把握されている。	<input type="radio"/>	利用者ごとの緊急連絡先を把握している。
・感染症及び食中毒の発生の予防やまん延を防止するための仕組みがある。	<input type="radio"/>	感染症及び食中毒の発生予防、発生後の対応に関するマニュアル等を整備している。
9. 情報の管理、個人情報保護等		
(33) 個人情報保護の取組／(26) 個人情報保護の取組		
・業務上必要とされる利用者やその家族の個人情報を利用する場合は、利用目的を公表している。	<input type="triangle"/>	個人情報の利用目的を明記した文書を掲示しているが、配布していない。
・個人情報の保護について、事業所の方針を公表している。	<input type="radio"/>	個人情報の保護に関する事業所の方針を定めており、掲示している。
(34) サービスの提供記録の開示状況		
・利用者の求めに応じて、サービス提供記録を開示する仕組みがある。	<input type="radio"/>	重要事項説明書に個人情報を開示することを明記している。
10. その他、サービスの質の確保のために行っていること		
(35) 職員等の計画的な教育、研修等の実施状況		
・全ての「新任」の職員を対象とする研修を計画的に行っている。	<input type="radio"/>	「新任」の職員の採用時に新人研修を実施している。
・全ての「現任」の職員を対象とする研修を計画的に行っている。	<input type="radio"/>	「現任」の職員に対して、必要な研修を実施している。
(36) 利用者の意向等を踏まえた介護サービスの提供内容の改善状況		
・利用者の意向、満足度等を、経営改善に反映する仕組みがある。	<input type="triangle"/>	支援計画会議等で個別に把握・改善し、必要があれば、経営会議等で、検討している。
・自ら提供するサービスの質について、定期的に事業所の自己評価を行っている。	<input type="triangle"/>	令和4年度より自己評価を開始したが、今後、内容や頻度、組織づくり等について検討していく。
・事業所全体のサービスの質の確保について検討する仕組みがある。	<input type="triangle"/>	令和4年度より自己評価を開始したが、今後、内容や頻度、組織づくり等について検討していく。
(37) 介護サービスの提供のためのマニュアル等の活用及び見直しの実施状況		
・マニュアル等は、いつでも従業員に閲覧できる場所に備え付けている。	<input type="radio"/>	必要部署に設置し、職員は自由に閲覧している。
・マニュアル等の見直しについて検討している。	<input type="triangle"/>	定期定期に見直しをかける検討会はなく、改正等必要に応じて対応している。