

事業所の概要・情報

記入年月日(自己評価年月日)	西暦	2025	年	3	月	1	日
事業所名	さくらの苑短期入所生活介護事業所						
事業所番号	4370102602						
管理者・担当者氏名	管理者	本山 禎久			担当者 職氏名	副施設長 永津 輝安	
所在地	〒 861-5281 熊本市西区松尾町近津1361番地						
電話番号・FAX番号	電話番号	096-311-4333					
	FAX番号	096-329-2772					
ホームページアドレス	https://ryowakai.com/						
事業所開設年月日	西暦	2001	年	7	月	23	日
事業所の特色・PR	当事業所のキーコンセプトである「日本人の心」をいつまでも忘れることなく、日本人としての快適な生活の場を提供できるように努め、「ありがとうの心を さりげない やさしさに」を理念として掲げている。事業所の特色として、日本人の生活環境に配慮した内装、基準以上のゆとりのあるスペースと全室南向きの日当たりのよさ、環境保全に配慮した設備、笑顔を大切にした介護サービスを提供している。令和4年度よりセンサー内蔵ベッドとナースコールとの連動システムを導入し、職員の身体的、心理的負担の軽減、ご利用者の安全を確保できる体制となっている。ICT機器も導入し、各種記録が電子化、自動化できる事で業務の効率化や情報共有、データ連携も促進され、ご利用者に対する科学的介護の実践により、心身の機能の維持並びにご利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図り、ご利用が可能な限り居宅において、能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう介護サービスを提供している。						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性					
		実施 できて いる	実施 できて いるが 不十分	実施 できて いない		既に改善 に着手	早急に改善 に着手	来年度以降改善 に着手	改善の必要性等に 向けた検討に着手	当面、改善に 着手しない	
I：事業所の運営と基本方針											
I－1：理念と職業倫理に関する取り組み											
(1) 事業の理念を明確に示している。	☒ a 事業の理念や方針を明文化し、適切な運営を図っている。	●	○	○	事業の理念を明文化し、事業所の中央に掲示。毎朝の朝礼時に全員で唱和をしている。	○	○	○	○	○	
	☒ b 事業理念や方針に従業者や入所者及び利用者(以下、「利用者」という。)、家族等の目につく場所に掲示する等、周知徹底するよう努めている。										
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。										
(2) 従業者が守るべき倫理・法令を周知している。	☒ a 従業者が守るべき倫理を明文化し、周知している。	●	○	○	従業者の入職時に明文化した倫理をオリエンテーションにて確認。	○	○	○	○	○	
	☒ b 従業者を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修の実施記録がある。										
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。										
I－1:2項目		2	0	0							
I－2：事業計画に関する取り組み											
(3) 事業計画を作成している。	☒ a 毎年度の経営、運営方針が記載されている事業計画又は年次計画がある。	●	○	○	毎年の事業計画、年次計画を作成経営会議において、各事業所の管理者と法人本部で確認を行い職員にも周知している。	○	○	○	○	○	
	☒ b 事業計画は事業の理念・方針に基づくとともに、中期・長期の運営方針、従業者の採用・研修計画、事業経営の方針及び計画等を網羅している。										
	☒ c 計画の作成にあたっては、従業者の参加を得て行っている。										
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。										
I－2:1項目		1	0	0							

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施できている	実施できていないが 不十分	実施できていない		既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向け の検討に着手	当面、改善に着手 しない
I-3:事業の透明性の確保に関する取り組み										
(4) 地域住民・利用者に対して、事業所情報を公開している。	☒ a 事業所のパンフレットや広報誌、インターネット等により事業所情報を公開している。	●	○	○	法人内事業所内の事業の情報をホームページ等により情報公開を行なっている。事業計画や財務内容に関する資料もホームページで一般開示できるようになっている。	○	○	○	○	○
	☒ b 事業計画及び財務内容に関する資料を利用者・家族等に開示しており、一般にも開示できる状態である。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
(5) 問い合わせや見学の受け入れに対応している。	☒ a 問合せ及び見学に対応できることについて、パンフレット、ホームページ等に明記している。	●	○	○	利用相談・施設見学の希望に応じ随時、対応している。	○	○	○	○	○
	☒ b 問合せ又は見学に対応した記録がある。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
(6) 利用者・家族等の求めに応じて、サービス提供記録等を開示する仕組みがある。	☒ a 利用者・家族等からサービス提供記録の開示を求められた場合に、開示に応じることが記載された文書がある。	●	○	○	利用契約時に個人情報の提供及び使用に係る同意書の説明、取り交わしを行なっている。家族の求めに応じ看介護の記録の報告を行なった記録はあるが、個人情報開示申請手続きによる開示は行なったケースはない。	○	○	○	○	○
	☒ b 介護及び看護の記録の開示方法についての記載がある文書がある。									
	☒ c 介護及び看護の記録について、利用者・家族等に対する報告又は開示を行った記録がある。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
(7) 利用料金請求の透明性を確保している。	☒ a 必要な利用料金の計算方法についての同意を得るための文書の同意欄に、利用者・家族等の署名若しくは記名捺印がある。	●	○	○	利用契約書に利用料金の内容及び記載されており、計算方法等について説明し利用者・家族に署名捺印を頂いている。また、ホームページ上でも利用料金を掲載し公表している。	○	○	○	○	○
	☒ b 利用者に対して、毎月、料金請求の根拠(サービス提供内容、介護保険給付以外の費用、請求金額)が明確に示され、その控えが適切に保管されている。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
(8) 金銭管理を適切に行っている。	☒ a 金銭管理は、利用者・家族等の依頼に基づいて行い、その取り扱い方法を文書で説明し、同意を得ている。	●	○	○	利用契約時に重要事項説明書に基づいて金銭管理について説明し、同意を得ている。現在、規定に基づいた金銭管理を希望されている方はいないが、過去に金銭管理を行っていた際は金銭管理台帳あり、定期的な取支及び残高報告及び写しの保管する体制は整っている。	○	○	○	○	○
	☒ b 利用者ごとの金銭管理台帳等がある。									
	☒ c 金銭管理について、責任の所在を明確にしている文書がある。									
	☒ d 利用者・家族等に対して、管理している金銭の取支及び残高について報告し、その写しを保管している。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
I-3:5項目		5	0	0						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性						
		実施 できて いる	実施 できて いるが 不十分	実施 できて いない		既に改 善に 着手	早急 に改 善に 着手	来年度 以降改 善に 着手	改善の 必要性 等に 向け た検 討に 着手	当面、 改善に 着手 しない		
Ⅱ：利用者本位のサービスの提供												
Ⅱ－１：利用者に関する情報の把握に関する取り組み												
(9) 利用者・家族等の個別ニーズを把握している。	☒ a 利用者・家族等の希望、利用者の有する能力、その置かれている環境等の記録がある。	●	○	○	包括的自立支援プログラムを活用したアセスメントの実施、及び家族への生活歴等の情報収集などによる情報書の作成	○	○	○	○	○		
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。											
Ⅱ－１：１項目		1	0	0								
Ⅱ－２：施設サービス計画に関する取り組み												
(10) 施設サービス計画は、利用者・家族等の希望を踏まえて作成している。	☒ a 施設サービス計画は、利用者・家族等の意向を取り入れ、十分な説明を行い、書面によって同意を得ている。	●	○	○	ケアプラン作成時の意向聴取。ケアプランの手渡しに難しい方や意思疎通の難しい方等へは、家族へ説明・同意の上、書面を交付している。	○	○	○	○	○		
	☒ b 施設サービス計画、又は同計画の検討会議記録に、利用者・家族等の希望について検討した記録がある。											
	☒ c 施設サービス計画を作成した際には、利用者に交付している。											
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。											
(11) 解決すべき課題の変化に留意し、必要に応じて、施設サービス計画の変更を行っている。	☒ a 利用者ごとの施設サービスの目標が明確に設定され、計画に記載されている。	●	○	○	短期目標期間の更新時に評価を行ない、必要であればサービス内容の見直しを行ない、ケアプランを更新している。ケアプランについては、利用者及び家族へ説明・同意を得ている。	○	○	○	○	○		
	☒ b 目標の達成状況を踏まえて、目標や具体的な計画について検討され、計画の良し悪し等の分析を行った結果を記録している。											
	☒ c サービス改善のため、時期を定め、施設サービス計画の見直しを行っている。											
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。											
Ⅱ－２：２項目		2	0	0								

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性						
		実施できている	実施できているが 不十分	実施できていない		既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に 向けた検討に着手	当面、改善に着手 しない		
Ⅱ-3:利用者を尊重したサービスの提供に関する取り組み												
Ⅱ-3-①:サービス提供開始時の対応												
(12) サービスの提供開始時において、適切な対応をしている。	☒ a パンフレット又は契約書等に、利用の受入基準、資格等が記載されている。 ☒ b 重要事項を記した文書を、利用予定者や利用希望者が自由に見られるようにしている。 ☒ c サービスの選択に資する重要事項について説明し、サービス提供開始について書面によって同意を得ている。 ☒ d 利用申込者の判断能力が不十分な場合において、利用者に代わってその家族、代理人、成年後見人等と交わした契約書又は第三者である立会人を求めたことがわかる文書がある。 ☒ e 事業所等が退所を求める場合の基準について、利用者・家族等に説明し、書面(契約書等)によって同意を得ている。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	利用契約及び重要事項に関する内容を丁寧にわかりやすく説明するよう心がけている。説明の途中又は説明後に利用者・家族に理解や不明な点等の確認を行ない、同意を得ている。	○	○	○	○	○		
Ⅱ-3-①:1項目		1	0	0								
Ⅱ-3-②:利用者とのコミュニケーション												
(13) 利用者の心理面に配慮し、コミュニケーションをとるよう努めている。	☒ a 個々の従業者が気をつけるだけでなく、マニュアルの作成等により事業所等全体に対して利用者を尊重した対応(言葉づかい等)が徹底されるような仕組みがある。 ☒ b 会話の不足している利用者には、声かけを多くしている。 ☒ c 日常生活の各場面で、身体的介助にとらわれず、声かけの重要性を認識し、言葉かけを行っている。 ☒ d 利用者からの話を引き出す努力をすると共に、利用者から話しかけがあった時は、できる限りゆっくりと話が聞けるようにしている。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	職員勉強会(全体)やスキルアップ研修会等を通して、接遇に関して学び実践している。食事やレクリエーション・生活リハビリ、タオル畳等の共同作業を取り入れ、日常生活の中で自然なコミュニケーションを増やす機会を工夫している。	○	○	○	○	○		
Ⅱ-3-②:1項目		1	0	0								
Ⅱ-3-③:認知症の利用者に対する配慮												
(14) 認知症ケアの質を確保するための仕組みがあり、認知症の利用者の状態に配慮したケアに努めている。	☒ a 認知症の利用者への対応及び認知症ケアに関するマニュアル等があり、実務に活用している。 ☒ b 従業者に対する認知症及び認知症ケアに関する研修の実施記録がある。 ☒ c 周辺症状等の観察と分析を行い、受容的な態度で行動を受けとめている。 ☒ d 夜間安眠できるように、日中できるだけ活動的な生活を支援している。 ☒ e 安心して生活できるように、心の安らぎや潤いに通じるような環境整備の工夫をしている。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	職員勉強会(全体)を通して、認知症に関して学び実践している。日中の活動についても利用者一人一人に合わせ個人あるいはグループで活動できる様工夫している。	○	○	○	○	○		
Ⅱ-3-③:1項目		1	0	0								

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できている	実施 できて いるが 不十分	実施 できていない		既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向け ての検討に着手	当面、改善に着手 しない
Ⅱ-3-④: サービス内容										
(15) 利用者の希望に応じた食事を提供する仕組みがある。	☐ a 食事の開始時間が選択できる。 ☐ b 日常的な全食事(朝昼夕)について、複数献立や複数食品の中から、利用者の希望で選ぶことができる。 ☒ c 希望に応じて、少人数テーブル、自室等希望する場所で、食事をすることができる。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	○	○	●	食事時間に関しては利用者個々の食事摂取状況により早出し提供を行っている方もいらっしゃるが、食事時間の選択にまでは至っていない。	○	○	○	○	○
(16) 利用者ごと栄養管理を行っている。	☒ a 利用者ごとの栄養状態に関して、アセスメント(解決すべき課題の把握)の記録がある。 ☐ b 利用者ごとの栄養ケア計画についての同意を得るための文書の同意欄に、利用者・家族等の署名若しくは記名捺印がある。 ☒ c 栄養に配慮したサービス(食形態、食事時間の工夫、補食等)を行った記録がある。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	○	●	○	毎日の食事時のラウンドにて利用者の食事摂取状況の確認をしている。	○	○	○	○	○
(17) 食事をおいしく食べられる雰囲気づくりを行っている。	☒ a 採光、照明、いす・テーブル等の設備は、清潔で、明るい雰囲気でき食事ができるよう配慮している。 ☒ b 食器や盛りつけ等を工夫し、楽しめる食事ができるよう配慮している。 ☒ c 定期的に行事食を設けるなど季節感を醸しだすよう工夫している。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	行事の際は行事食を提供し、季節の食材など提供できる物などで季節を感じていただいている。食事時はテレビなどはなるべく消し、静かな環境にて召し上がっていただいている。	○	○	○	○	○
(18) 食事介助は利用者のペースに合わせている。	☒ a いろいろな身体状況の利用者が自分のペースで食べられるように配慮し、食器や自助具についても工夫している。 ☒ b 要介助者には、声かけをしながら、あせらず食べられるようにしている。 ☒ c 1回に口に運ぶ量に気を配り、飲み込みを確認してから次の介助をしている。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	利用者一人一人に合った食事形態で提供を行っている。食事形態の変更をする時は、専門職での嚥下・咀嚼状況の評価、体調の変化を考慮し、本人・家族へ現状説明を行ない希望確認後、変更の必要があれば変更し状態確認を行っていく。食事介助も利用者に合ったペースで無理なく行っている。	○	○	○	○	○
(19) 寝たきり防止に努めるため、寝・食分離をしている。	☒ a 日中のベッド使用は、休養程度としている。 ☒ b 長時間の離床が困難な利用者に対しては、必要に応じてベッドと車いすの移乗介助を行い、寝たきりにならないようにしている。 ☒ c 食事はベッド以外の場所で摂るように努めている。 ☒ d 日中にグループ活動や行事を設定し、離床する機会・時間が増えるようにしている。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	利用者の身体状況に合わせて、無理のないようにしている。長時間離床可能の方、短時間しか耐えられない方もおられる為、QOL向上にむけたアクティビティの提供等により他者との交流、活動促進を行なっている。	○	○	○	○	○

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施できている	実施できていないが 不十分	実施できていない		既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に方向性 の検討に着手	当面、改善に着手 しない
(20) 利用者の心身の状態に合わせた排泄介助を行っている。	☒ a 排泄介助についての記載があるマニュアル等があり、実務に活用している。 ☒ b 利用者ごとの排泄リズムを把握するため、排泄チェック表等へ記録している。 ☒ c 排泄介助時の利用者のプライバシーへの配慮についての記載があるマニュアル等があり、実務に活用している。 ☒ d 認知機能の低下している利用者や、オムツ利用者もなるべくトイレで介助するように、言葉かけ等で誘導を行い、トイレでの排泄を支援している。 ☒ e オムツ、便器等は、タイプ別に何種類か用意し、利用者に適したものを使用している。 ☒ f オムツ交換は、利用者の排泄の状況をふまえて、定時及び随時を組み合わせ実施している。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	・排泄マニュアルを活用し、運用を行っている。 ・利用者の方のADLにあった排泄形態の評価を行い実践し、随時記録を行っている。 ・排泄介助及びオムツ交換時はカーテンにてプライバシー確保に努めている。 ・可能な限り利用者の方の残存機能を維持する排泄支援を行い、随時評価を行っている。	●	○	○	○	○
(21) 入浴に関して、利用者の意向に沿った適切な支援を行っている。	☒ a 入浴介助時の利用者のプライバシーの保護についての記載があるマニュアル等があり、実務に活用している。 ☒ b 利用者の身体の状態に応じた、または、利用者が希望する入浴方法(一般浴、特殊浴、リフト浴等)を把握し記録している。 ☒ c 利用者の状態に応じた入浴方法等についての記載があるマニュアル等があり、実務に活用している。 ☒ d 入浴前後の健康チェックや入浴後の水分補給をしている。 ☒ e 入浴日以外の日でも、希望があれば、入浴あるいは清拭ができる。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	・入浴前後には毎回バイタル測定や体調観察などの健康チェックを実施している。 ・脱衣所内はエアコン使用にて温度管理を行ない、冬場の浴室内では入浴前に早めにシャワーを出し室内を温める事でヒートショック防止に努めている。 ・利用者の身体状態に合わせた機械浴を使用し、安全に入浴介助を実施できている。 ・無線やPHS(インカム)を活用し浴室から看護へと連携がとれる体制を整えている。 ・一週間に2回以上(本氏や家族希望に沿う)の入浴、又は清拭の実施ができている。	○	○	○	○	○
Ⅱ-3-④:7項目		5	1	1						
Ⅱ-3-⑤:自由選択										
(22) 嗜好品について、適切な支援を行っている。	☒ a 嗜好品(たばこ・酒・ジュース類等)は他人に迷惑にならない範囲であれば自由である。 ☒ b 施設内で嗜好品が購入できるように、購入の機会も設けている。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	施設内に日用品販売の売店を設け、いつでも購入出来るような環境を整えている。不足品に関しては連絡帳などを活用し次回の利用時に持参して頂いている。	○	○	○	○	○
(23) テレビ・新聞・雑誌・図書・ビデオ等が自由に利用できる。	☒ a 閲覧コーナーを設けて新聞・雑誌・図書を皆で自由にできるようにしている。 ☒ b 新聞・雑誌等は数種類用意している。又、個人での購読もできる。 ☒ c テレビは複数設置し、番組が選べるようになっている。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	居住区に雑誌やTVを設置している。又、希望があれば本人様の居室にもテレビを設置(有料)している。新聞に関してはサービスデーに保管し、自由に閲覧できる環境を整えている。	○	○	○	○	○

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できて いる	実施 できて いない が 不十分	実施 できて いない		既に 改善に 着手	早急 に改善 に着手	来年度 以降改善 に着手	改善の 必要性等 に向けて の検討に 着手	当面、 改善に 着手 しない
(24) 髪型や服装は、利用者の好みで自由に選ぶことができる。	☒ a 身だしなみの介助が必要な利用者には希望を聞き、好みに合わせている。 ☒ b 服装についても着脱しやすい型・素材にとらわれるのではなく、利用者の好みの柄、デザイン等を重視し、選べるように支援している。 ☒ c 理・美容室の利用についての便宜や、理・美容師の施設への受け入れ等に配慮している。 ☒ d 衣類の購入等については、計画的に業者を受け入れ、利用者が自分で選べる等の工夫をしている。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	理美容に関しては月に2回来苑して頂き、希望に応じて散髪してもらっている(髪染め、パーマも可)。服装については、着脱しやすく、かつ利用者の意向に沿った物を選べるようにしている。	○	○	○	○	○
(25) 外部と自由に連絡(電話・ファクシミリ・手紙)することができる。	☒ a 電話等を設置し、自由に利用できるよう配慮している。 ☒ b 施設内で、便箋・封筒・切手等が入手でき、また投函できるように工夫している。 ☒ c 電話・手紙が自分で使えない利用者には、信頼関係がある従業者がプライバシーに配慮しながら代行し、外部との連絡に努めている。 ☒ d 個人の電話・ファクシミリの設置が可能であり、利用者のプライバシーを守るために、連絡内容が他人に聞こえないようにする等の工夫をしている。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	利用者からの希望に応じ、職員が家族へ連絡をかけたり、オンライン面会やTV電話等を活用し、家族との交流が図れるよう支援している。本人様の携帯電話からも自由に連絡されている。	○	○	○	○	○
(26) 金銭等の自己管理ができるよう配慮している。	☒ a 自己管理ができる利用者には、金銭等を保管する場所と設備を提供している。 ☒ b 全面的に従業者が管理してしまうのではなく、日常の小遣い程度は、利用者が自己管理できるよう配慮している。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	各自室に鍵付きのダンスがあり、そこで少額程度の金銭を保管している。お金が必要な場合は職員に声をかけてもらい鍵付きのダンスから出している。	○	○	○	○	○
(27) 施設外部の団体へ自由に参加することができる。	☐ a 利用前から所属していた団体(趣味・老人クラブ等)とは、つながりを大切にし自由に参加できるようにしている。 ☐ b 自分で外出できない利用者には、従業者やボランティアが付き添って行ったり団体の人に訪問してもらう等の配慮をしている。 ☐ c 利用後もなかなか適したグループ活動の見つからない利用者には、積極的に外部の団体を活用する等の工夫をしている。 ☒ z 上記にチェックできる項目が全くない。	○	○	●	積極的な取り組みは行っていない。現在、利用者からそのような希望もない。	○	○	○	○	○
Ⅱ-3-⑤:6項目		5	0	1						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できている	実施 できて いるが 不十分	実施 できて いない		既に 改善に 着手	早急 に改善 に着手	来年度 以降改善 に着手	改善の 必要性等 に 向ける 検討に 着手	当面、 改善に 着手 しない
Ⅱ-3-⑥:健康管理・身体ケア										
(28) 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。	☒ a 利用者の体調の変化の発見及び対応方法についての記載があるマニュアル等があり、実務に活用している。 ☒ b 従業者に対する医療に関する教育、研修等の実施記録がある。 ☒ c 服薬管理についてのマニュアル等があり、実務に活用している。 ☒ d 業務分掌、業務マニュアル等に、看護職員が服薬管理を行うことが明記されている。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	・職員勉強会(全体)やスキルアップ研修会等を通して、医療に関して学び実践している。業務マニュアルで看・介護間の業務内容を明確にし、看護職員が服薬管理を行っている。	○	○	○	○	○
(29) 利用者・家族等に健康状態等を分かりやすく説明している。	☒ a 必要に応じて、医師・看護師・介護職員により利用者の病状等について説明をしている。 ☒ b 療養内容等の変更にあつては、事前に充分説明を行い同意を得ている。 ☒ c 利用者・家族等が理解しやすいように、健康記録などを利用して説明する機会を持つ等の工夫をしている。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	体調面で状態の変化等みられた場合には家族へ連絡するとともに、必要な場合はかかりつけ医に受診して頂いている。利用中の状態についても送迎時での説明や連絡帳内に記載し経過報告を行っている。	○	○	○	○	○
(30) 生活リズムを維持するため、毎日着替える支援を行っている。	☒ a 毎日、起床時及び就寝時に着替えの支援を行い、実施記録等に記録している。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	利用者様の生活スタイルに合わせて対応を行っている。(日常着、パジャマなど)	○	○	○	○	○
(31) 口腔ケアを行う仕組みがある。	☒ a 自分で歯磨きができない利用者について、口腔ケアを毎日の標準的なサービスとして行うことについての記載がある文書がある。 ☒ b 義歯の適合具合や残歯の状態などを随時確認している。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	ケアプランにより、毎日の日課としてサービスを計画し、食後に口腔ケアを実施している。口腔ケアにより口腔内環境に不具合がある場合は、家族・居宅ケアマネージャーへの報告・連絡を行っている。本人や家族の希望次第では、当事業所の協力歯科医院の定期往診時に相談・治療を依頼している。	○	○	○	○	○
(32) 摂食又は嚥下障害に関するケアを行うための仕組みがある。	☒ a 摂食、嚥下障害に対するケアの仕組みとして、マニュアル等を整備している。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	食事ケアマニュアルに沿ってケアを提供している。マニュアルは定期的に見直しを行っている。	○	○	○	○	○
(33) 褥瘡予防対策を行っている。	☒ a 褥瘡予防についての記載があるマニュアル等があり、実務に活用している。 ☒ b 利用者ごとに体位変換等を行っている記録がある。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	褥瘡ケアマニュアルに沿って、日常生活の多様なシーンにおける褥瘡予防対策を行っている。ケアプランにおける日課計画表およびサービス内容に体位交換を計画するとともに、ICT機器を活用した介護ソフトにおいて実施記録を残している。	○	○	○	○	○
(34) 利用者の心身の状況に応じて、計画的に機能訓練を行っている。	☐ a 利用者ごとの機能訓練計画がある。 ☐ b 利用者ごとの機能訓練の実施記録がある。 ☐ c 訓練室のプログラムだけでなく、利用者の生活の場においても実際に役立つよう支援している。 ☒ z 上記にチェックできる項目が全くない。	○	○	●	常駐している機能回復訓練士がいないため、生活の中で実施可能な運動を介護士が実施し機能低下に努めている。	○	○	○	○	○

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 でき て い る	実 施 で き て い る が 不 十 分	実 施 で き て い な い		既 に 改 善 に 着 手	早 急 に 改 善 に 着 手	来 年 度 以 降 改 善 に 着 手	改 善 の 必 要 性 等 に 向 け た 検 討 に 着 手	当 面、 改 善 に 着 手 し な い
(35) 利用者・家族等の希望に基づいたターミナルケアを行っている。	☐ a ターミナルケアの対応についての記載があるマニュアル等があり、実務に活用している。	○	○	●	・職員勉強会(全体)やスキルアップ研修会等を通して、看取りに関して学び実践している。短期入所利用者の看取り介護の受け入れは行っていない。	○	○	○	○	○
	☒ b ターミナルケアに関する従業者に対する研修の実施記録がある。									
	☐ c ターミナルケアの実施に関する医療方針が確認できる書類がある。									
	☐ d 重篤な状態になった時の対応について、あらかじめ利用者・家族等と話し合い、対応方針の共有を図っている。									
	☐ e ターミナルケアの実施に関する同意を得るための文書の同意欄に、利用者・家族等の署名若しくは記名捺印がある。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
(36) ターミナルケアの実施にあたっては、特に精神的ケアへの取組を行っている。	☒ a 精神的ケアの対応についての記載があるマニュアル等があり、実務に活用している。	●	○	○	特養の看取りケアマニュアル・研修会を実施している。	○	○	○	○	○
	☒ b 精神的ケアに関する従業者に対する研修の実施記録がある。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅱ-3-⑥:9項目		7	0	2						
Ⅱ-3-⑦:利用者の生きがい確保										
(37) 利用前(在宅時)の生活が継続できるような環境づくりを行っている。	☒ a 利用者ごとの利用前の生活環境、習慣等の記録がある。	●	○	○	利用前に自宅訪問し、情報書を作成、職員間での情報を共有している。(利用前の生活環境を写真で確認する事もある)利用中に日常生活の一環として、洗濯物干しやタオル畳みなどの軽作業を職員と一緒にこなされている。	○	○	○	○	○
	☒ b 利用者ごとの利用前の生活環境、習慣等の継続に配慮した環境作りを行った記録がある。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
(38) 趣味や楽しみ等のイベントが行われ、利用者が自分の嗜好に合わせて、参加を選べる。	☒ a 利用者ごとの趣味、生きがい、役割等についての意向を把握し記録している。	●	○	○	レクリエーション委員会で、年間の行事を計画している。又、利用者一人一人に生活の中で実施可能な運動を実施している。月に1回の料理クラブへも希望に応じて参加されている。	○	○	○	○	○
	☒ b 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がある。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
(39) 利用者の意向及び能力を把握し、自立支援の実施に当たっている。	☒ a 利用者の自立に向けた意向を確認し記録している。	●	○	○	日常生活の中で、利用者の意向および状況をアセスメントし、能力の確認を行いながら、他職種と情報共有し、自助具等の選定を行っている。(例:移動手段について、手引き歩行困難なら歩行器歩行へ変更など) 利用者の意向に沿って、平行棒などを活用した歩行訓練や起立訓練などの自立支援を行なっている。	○	○	○	○	○
	☒ b 利用者の能力を確認し記録している。									
	☒ c 利用者の能力を正確に把握し、個々のレベルに応じて車椅子、杖、歩行器、自助具等を用意し、それぞれのレベルでの自立生活ができるように配慮している。									
	☒ d 必要に応じて、他職種との連携を図り、個別の対応、適した自助具等の選択に努めている。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できている	実施 できて いないが 不十分	実施 できていない		既に改善 に着手	早急に改善 に着手	来年度以降改善 に着手	改善の必要性等に 向けた検討に着手	当面、改善に 着手しない
(40) 日常生活の全てに手を貸すのではなく、利用者ができるだけ自分で取り組めるように配慮している。	☒ a 利用者の能力をきちんと評価し、できるところは手を貸さずに見守るようにしている。 ☒ b できる可能性のある所は、設備や環境を整える等により利用者ができるだけ自分で取り組めるように配慮している。 ☒ c 利用者の自立への動機づけに配慮している。 ☒ d 入浴・食事等のあわただしい場面でも、利用者ができるだけ自分で取り組めるように配慮している。 ☒ e ADL調査票の見直しや他職種との連携により、調査やデータを分析するなどして、正確な評価に努め自立への働きかけをしている。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	どうすれば、利用者が自立して生活できるかを考え、どんなに小さなことでもできる事を大切にしながら継続できる様に支援している。出来る事を取り上げてしまわないようにしながらも、利用者に疲労感が出たら介助をしたり目安を決め職員間で情報を共有して対応を行っている。自分で出来る事を面倒臭がる利用者に対しても、出来た時に一緒に喜び、継続していけるよう声掛けを行い本人への動機付けにしている。 適宜、サービス内容と状態にずれがないか、評価・確認行なっている。	○	○	○	○	○
(41) 利用者が外出又は外泊の機会を多く持てるように支援している。	☒ a 利用者の外出又は外泊の支援についての記載があるマニュアル若しくは外出又は外泊の支援の実施記録がある。 ☒ b 外出又は外泊について、利用者の家族へ連絡した(働きかけを行った)記録がある。 ☒ c 生活場面等を通じ利用者の希望を把握し、年間の行事計画で外出の機会を設ける等の配慮をしている。 ☒ d 日常の中で、従業者が個別に散歩の機会を設ける等の配慮をしている。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	利用者・家族の希望を踏まえ、外出の支援・対応を行なっている。また、施設周囲の散歩についても、意向および気候・天候に応じて調整・対応している。	○	○	○	○	○
Ⅱ-3-⑦:5項目		5	0	0						
Ⅱ-3:30項目		25	1	4						
Ⅱ-4:利用者・家族等の個人情報及びプライバシー保護に関する取り組み										
(42) 個人情報は適切に取り扱っている。	☒ a 利用者及びその家族の個人情報の利用目的及び保護を明記した文書について、事業所等内に掲示するとともに、利用者又はその家族に対して配布するための文書がある。 ☒ b 利用者・家族等の個人情報の利用目的の変更時には、利用者に対する通知又は公表を行い、その写しを保管している。 ☒ c 個人情報の保護に関する方針について、ホームページ、パンフレット等への掲載がある。 ☒ d 利用者に係わる情報の取り扱いについて、細心の注意を払い、守秘に努めるよう従業者に徹底している。 ☒ e 必要に応じて関係機関に利用者に係わる情報を提供する場合には、利用者・家族等の同意を書面によって得ている。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	利用契約時に「個人情報の提供及び使用に係る同意書」を説明、同意書を交わしている。ホームページにも個人情報に関する基本方針を掲載している。従業者に対しては個人情報保護に関する研修を実施している。	○	○	○	○	○
(43) 利用者の人権やプライバシー保護について配慮している。	☒ a 利用者のプライバシーの保護の取組に関するマニュアル等があり、実務に活用している。 ☒ b 利用者のプライバシーの保護の取組に関する研修の実施記録がある。 ☒ c 利用者への言葉づかいに注意し、そのための配慮を行っている。 ☒ d 利用者の権利に関して、十分な配慮を行っている。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	研修を通じてプライバシーについて周知している。接遇マナー・言葉遣いについては、研修会実施・朝礼での伝達、状況によっては、個別指導等を実施している。	○	○	○	○	○

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できている	実施 できて いるが 不十分	実施 できていない		既に改善 に着手	早急に改善 に着手	来年度以降改善 に着手	改善の必要性等に 向けた検討に着手	当面、改善に 着手しない
(44) 利用者の権利を守るため、成年後見制度等の活用または情報提供を行っている。	☒ a 成年後見制度及び日常生活自立支援事業について、パンフレット、説明会資料、マニュアル等の資料を通じて情報提供を行っている。 ☒ b 成年後見センター・リーガルサポート、社会福祉協議会等成年後見制度等の実施者の連絡先を備え付けている。 ☐ c 成年後見制度又は日常生活自立支援事業を活用した記録がある。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	○	●	○	短期入所利用者の成年後見制度等を活用されている方はいらっしゃらない。	○	○	○	○	○
(45) 身体的拘束等の排除のための取組を行っている。	☒ a 身体的拘束等の排除のための取組に関する事業所等の理念、方針等が記載された文書がある。 ☒ b 身体的拘束等の排除のための取組に関するマニュアル等があり、実務に活用している。 ☒ c 身体的拘束等の排除のための取組に関する研修の実施記録がある。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	身体拘束は一切行っていない。	○	○	○	○	○
(46) やむを得ず身体的拘束を行う場合の明確な仕組みがある。	☒ a 身体的拘束をやむを得ず行わざるを得ないと判断した時点で、利用者・家族等に個別に説明し、書面によって同意を得ている。 ☒ b 身体的拘束等の実施経過及び理由の記録がある。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	身体拘束は一切行っていない為、記録はないが、「身体拘束」に関する記録様式はある。	○	○	○	○	○
II-4:5項目		4	1	0						
II-5:利用者・家族等の満足の向上に関する取り組み										
(47) 利用者・家族等からの相談、苦情等に対応する仕組みがあり、サービスの改善につなげている。	☒ a 重要事項を記した文書等利用者へ交付する文書に、相談、苦情等対応窓口及び担当者が明記されている。 ☒ b 相談、苦情等対応に関するマニュアル等があり、実務に活用している。 ☒ c 利用者・家族等からの相談を定期及び随時に受けられる体制を整えている。(相談日、場所を記録している。) ☒ d 相談、苦情等対応の経過を記録している。 ☒ e 相談、苦情等対応の結果について、利用者・家族等に対して説明し、理解を得た記録がある。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	重要事項説明書に記載があり、説明して 交付している。又施設内に掲示している。体調不良時や事故報告、物品購入、持参依頼等で家族へ適宜、連絡にて報告、相談、要望確認等を行なっている。	○	○	○	○	○
(48) 利用者の意向等を踏まえて、サービスの提供内容を改善している。	☒ a アンケートやヒヤリング調査を通じて、利用者の意向や満足度等を把握し改善に努めている。 ☒ b アンケートやヒヤリング調査等、各種の収集方法で把握された利用者の意向や満足度等について検討された記録がある。 ☒ c 利用者の意向等を踏まえて、事業所等全体のサービス内容を検討する会議の設置規程又は会議録がある。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	利用者及び家族へ利用者満足度調査を実施し、アンケート結果に基づき、サービスの質の向上にむけて業務改善に活かしている。	○	○	○	○	○
II-5:2項目		2	0	0						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性						
		実施 でき ている	実 施 で き て い な い が 不 十 分	実 施 で き て い な い		既 に 改 善 に 着 手	早 急 に 改 善 に 着 手	来 年 度 以 降 改 善 に 着 手	改 善 の 必 要 性 等 に 向 け て の 検 査 に 着 手	当 面、 改 善 に 着 手 し な い		
Ⅲ:サービスの質の確保												
Ⅲ-1:従業員の質の確保に向けた体制に関する取り組み												
(49) 従業者に対する研修体系を整備し、研修を計画的かつ定期的に行っている。	☒ a 常勤及び非常勤の全ての従業者(新任・現任)を対象とする研修計画がある。 ☒ b 常勤及び非常勤の全ての従業者(新任・現任)を対象とする研修の実施記録がある。 ☒ c 職場内研修(OJT)を、従業者の状況に応じ適切な方法で実施している。 ☒ d 県や団体の行う研修計画を把握して、参加計画を立て、参加を促している。 ☒ e 外部研修に従業者が参加した場合には、他の従業者に伝達するよう努めている。 ☒ f 外部研修だけでなく、事例研究会等の従業者研修や勉強会を企画し計画的に行っている。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	年間計画を立て、月に1回は法定で定められた勉強会を実施している。外部研修後は、フィードバックを行ない、人材育成やスキルアップに繋げている。	○	○	○	○	○		
(50) 従業者の接遇やマナーに関する研修を実施している。	☒ a 定期的かつ計画的に接遇・マナーの研修を実施している。 ☒ b 接遇・マナーに関するマニュアルを作成し、従業者に徹底している。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	年に1回は言葉遣いや態度について勉強会の内容の中に取り入れている。	○	○	○	○	○		
(51) 従業者の専門資格取得を積極的に進めている。	☒ a 職員研修や勉強会において、資格取得の重要性について理解を促している。 ☒ b 資格取得のための研修会への参加については、勤務面等への配慮をしている。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	研修会へ参加する際は、勤務扱いで参加をしている。	○	○	○	○	○		
Ⅲ-1:3項目		3	0	0								
Ⅲ-2:定期的なサービスの評価の実施に関する取り組み												
(52) 自ら提供するサービスの質について、定期的に自己評価を行っている。	☒ a 自ら提供するサービスの質についての自己評価の実施記録がある。 ☒ b 評価することを目的とした評価作業ではなく、一定期間ごとに評価作業を繰り返し、確実に業務改善に結びつけている。 ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	処遇及び法定委員会による業務評価・改善についての委員会を定期的に開催している。必要時は各マニュアルの見直しによりサービスの統一、質の向上、業務の効率化、リスク管理等の評価を行なっている。	○	○	○	○	○		
(53) 第三者評価を積極的に受け入れて、必要な業務改善を行っている。	☐ a サービスの質の向上のため、一層の効果が得られるよう自己評価だけでなく、第三者評価機関による客観的な評価を受けている。 ☒ z 上記にチェックできる項目が全くない。	○	○	●	現在は第三者評価は受け入れていない。	○	○	○	○	○		
(54) 「介護サービス情報の公表」を行っている。	☒ a 公表の対象である場合は、年に1回、基本調査情報を報告し、調査情報については事実確認調査を受け、その結果を含めた介護サービス情報を公開している。 ☐ b 公表の対象になっていない。 (県が策定する「報告・調査・公表計画」の策定基準日前1年間の介護報酬支払い実績が、100万円を超える事業所が対象となります。) ☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。	●	○	○	2024年度介護サービス情報公表は提出済	○	○	○	○	○		
Ⅲ-2:3項目		2	0	1								

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できて いる	実施 できて いるが 不十分	実施 できて いない		既に 改善に 着手	早急 に改善 に着手	来年度 以降改善 に着手	改善の 必要性等 に向け ての検討 に着手	当面、 改善に 着手 しない
Ⅲ-3:サービスの標準化に関する取り組み										
(55) サービスの標準化を図るため、マニュアル等を整備し活用している。	☒ a サービスに関するマニュアルを整備し、従業者が自由に閲覧できる場所に設置している。	●	○	○	業務内容や手順を適切な内容にする為、定期的に各委員会でマニュアルの整備を行ない変更箇所は追記にて記載している。各フロアでの業務マニュアルは個々のケアプランを基にして随時、見直し、意見を出し合い変更を行っている。内容については回覧している。	○	○	○	○	○
	☒ b マニュアル等の内容には、個々のサービスの留意点や具体的手順、その他重要事項を盛り込んでいる。									
	☒ c マニュアル等は、現場の実情や変化に応じて、定期的かつ不断に見直しについて検討し、内容を記録している。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅲ-3:1項目		1	0	0						
Ⅲ-4:利用者の情報の適切な記録に関する取り組み										
(56) 各種の記録は適切に管理し活用している。	☒ a 業務報告日報等は、施設長まで報告するよう統一している。	●	○	○	・各種記録はPCにて管理しており、業務報告日報(管理日誌)は施設長まで報告する流れになっている。 ・看護・介護記録はPCやタブレットにて入力可能。各サービス毎に整備されている。 ・記録(入力・管理)についてのマニュアルがある。	○	○	○	○	○
	☒ b サービスの提供にあたっては、必要な記録類を適切に整備し、関係する従業者が経過的变化や対応状況等について明確に記入している。									
	☒ c 記録の記入方法・管理方法についてマニュアル化している。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅲ-4:1項目		1	0	0						
Ⅲ-5:組織的なサービス提供体制に関する取り組み										
(57) 事業所等における役割分担等を明確にしている。	☒ a 現場の従業者に権限を委譲した職務権限規程等がある。	●	○	○	組織図にて職種・職責・委員会の役割を明確化し、職員へ周知し、活動を行なっている。	○	○	○	○	○
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
(58) サービスの提供のために必要な情報について、従業者間で共有する仕組みがある。	☒ a サービス担当者会議、ケース検討会議、申し送り、回覧等の記録がある。	●	○	○	・サービス担当者会議については、担当の居宅介護支援事業所からの紹介で、自宅等で行なわれた場合に参加。 ・ICT機器における介護ソフト内へのカンファレンス等議事録の入力 ・申し送り・回覧の実施 (ICT活用)	○	○	○	○	○
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
(59) 事業所等の改善課題について、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。	☒ a 現場の従業者と幹部従業者が参加する業務改善会議等の記録がある。	●	○	○	定期的(月1回)に処遇委員会開催し(食事・排泄・入浴・レク・研修等)、業務内容や介護の方法の評価・改善・見直し等を行なっている。毎回委員会開催時に議事録を作成し、職員内で回覧し、情報共有している。	○	○	○	○	○
	☒ b 事業所等全体の介護方法を検討する会議の記録がある。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅲ-5:3項目		3	0	0						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できて いる	実施 できて いるが 不十分	実施 できて いない		既に 改善に 着手	早急 に改善 に着手	来年度 以降改善 に着手	改善の 必要性等 に向けて の検討に 着手	当面、 改善に 着手 しない
Ⅲ-6:必要な情報の収集										
(60) 保健・医療・福祉サービスに関する情報を収集し、事業運営やサービス提供に役立てている。	次に例示される情報を収集し、共有を図っている。	●	○	○	厚生労働省や地方自治体の公式ウェブサイトからの情報や業界団体や学会等が提供する最新情報の収集を行なっている。地域包括支援センターとの連携による地域の社会資源に関する情報共有を行なっている。	○	○	○	○	○
	☒ a 行政の施策動向の情報									
	☒ b 行政(市町村・県)の保健・医療・福祉関連予算の情報									
	☒ c 先進的な事業者や事業運営を行っている市町村、機関・施設の情報									
	☒ d 介護保険制度にとどまらず、その他の公的・民間の社会資源に関する情報									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
Ⅲ-6:1項目		1	0	0						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性						
		実施 できて いる	実施 できて いるが 不十分	実施 できて いない		既に 改善に 着手	早急 に改善 に着手	来年度 以降改善 に着手	改善の 必要性等 に向け ての検討 に着手	当面、 改善に 着手 しない		
IV:安全・安心の確保												
IV-1:事故対策に関する取り組み												
(61) 事故の発生又はその再発を防止するための仕組みがある。	☒ a 事故の発生又はその再発の防止に関するマニュアル等があり、実務に活用している。	●	○	○	事故発生時の対応とその再発防止に関する手順(マニュアル)等を明確にし、職員に周知している。リスクマネジメントに関しての学びや施設内で発生した事故・ヒヤリハットをもとに事故防止委員会(3か月に1回以上)及び職員勉強会(年2回以上)を開催し、サービスの評価・マニュアル等の見直しを実践している。 事故又はヒヤリハットが発生した場合には報告書を作成している。	○	○	○	○	○		
	☒ b 事故事例、ヒヤリ・ハット事例等事故防止につながる事例の検討記録がある。											
	☒ c 事故の発生又はその再発の防止に関する研修の実施記録がある。											
	☒ d マニュアル(チェックリスト)を作成するだけでなく、それをもとに定期的に点検を行っている。											
	☒ e 事故に至らなかったが、ヒヤリ・ハットした事象について、記録様式を作成し、記録として残し、今後の事故防止に努めている。											
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。											
(62) 事故の発生、非常災害時や利用者の症状の急変等、緊急時に対応するための仕組みがある。	☒ a 事故の発生等緊急時の対応に関するマニュアル等及び緊急時の連絡体制を記載した文書があり、周知徹底している。	○	●	○	事故・急変時対応マニュアルに基づき対応を行なっている。 施設内の年間研修計画については、事故発生時の対応及び非常災害対策等の定期的な職員研修会を実施している。机上訓練、実地訓練(シミュレーション)を行ない、マニュアル内容の評価・見直しを行なっている。	○	○	○	○	○		
	☒ b 事故の発生や非常災害時等の緊急時の対応に関する研修の実施記録がある。											
	☒ c 非常災害時の対応手順、役割分担等について定められたマニュアル等がある。											
	☒ d 非常災害時に通報する関係機関の一覧表等がある。											
	☒ e 非常災害時の避難、救出等に関する訓練の実施記録がある。											
	☐ f 地域の消防団、自治体等との防災協定書がある。											
	☒ g 非常災害時のために、非常袋(ヘルメット、非常食品、水等)やラジオ、懐中電灯、救急箱、紙おむつ等の備蓄をしている。											
	☒ h 利用者ごとの主治医及び家族、その他の緊急連絡先の一覧表等がある。											
(62) 事故の発生、非常災害時や利用者の症状の急変等、緊急時に対応するための仕組みがある。	☒ i 各ベッドやトイレ及び浴室のナースコールの点検・対応の記録がある。				毎日、フロア対応の職員が点検し、不具合があれば営繕担当者に報告、修理を行って記録に残している。							
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。											
IV-1:2項目		1	1	0								

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できて いる	実施 できて いない が 十分	実施 できて いない		既に改 善に 着手	早急 に改 善に 着手	来年 度以 降改 善に 着手	改 善の 必要 性等 に向 け ての 検討 に 着手	当面、 改善に 着手 しない
IV-2: 衛生管理に関する取り組み										
(63) 感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延を防止するための仕組みがある。	☒ a 感染症及び食中毒の発生事例、ヒヤリ・ハット事例等の検討記録がある。	●	○	○	感染症委員会を定期的に開始している(6か月に1回以上)。今年度は新型コロナウイルス感染症クラスター発生あり、感染委員会で感染情報の報告・対策等の検討を行ない、毎回議事録を作成し、職員へ周知を行なっている。施設内の年間研修計画に基づき、定期的な職員研修会を実施している。実地訓練(シミュレーション)を行ない、マニュアル内容の評価・見直しを行ない、予防・管理対策ができるよう体制整備を行なっている。	○	○	○	○	○
	☒ b 感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関するマニュアル等があり、実務に活用している。									
	☒ c 感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関する研修実施記録がある。									
	☒ d 緊急時の対応が従業者に周知徹底されている。									
	☒ e 緊急時の関係機関への連絡体制が確立されている。									
	☒ f 利用者・家族等に対しては、パンフレット等を用い、感染予防の必要性と具体策を説明している。									
	☒ g 従業者が感染源とならないよう、必要な措置を講じている。									
	☒ h 必要な手洗い等の設備機器を設置し、食前に利用者に手洗いを促す等、衛生面に配慮している。									
(63) 感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延を防止するための仕組みがある。	☒ i 感染者のサービス利用を拒まず、そのための厳重な衛生管理を行っている。				感染マニュアルをもとに対応を行っており、適宜、マニュアルの見直しも行っている。感染委員会を定期的に開始している(6か月に1回以上)。					
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
IV-2: 1項目		1	0	0						
IV-3: 快適性・安全性に関する取り組み										
(64) 利用者の快適性に配慮している。	☒ a 空調設備等により施設内の適温の確保に努めている。	●	○	○	・温度計設置し適温が確認、必要時換気、エアコンを使用している。 ・サンルームが2か所あり常に光が降り注いでいる。匂い対策として消臭剤の使用、空気清浄機、換気を行っている。 ・利用者によりタンス上に昔の写真や飾り、お花、手作りの物を飾り、少しでも自宅と同じ空間を提供。 ・食堂、フロアーにソファ設置、居心地の良いスペースを提供している。壁には利用者の作品掲示。 ・魚好きの方の為に熱帯魚を飼育している。	○	○	○	○	○
	☒ b 匂いや採光の快適さ(アメニティ)の確保に努めている。									
	☒ c 快適に過ごせるために、絵や季節の花などを飾ったり、本を置いたり、ソファを置くなど家庭的な雰囲気づくりを行っている。									
	☒ d 利用者がくつろげるスペースを確保している。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
(65) 安全性に配慮している。	☒ a 段差の解消や危険箇所を改修している。	●	○	○	・床面の危険箇所などの修復工事実施済み。随時対応していく。 ・設備点検チェック表を作製・活用し、安全の維持に努めている。 ・環境面では、LED蛍光灯を導入し、動線の安全確保及び、生活面で安全に過ごせる環境を確保している。	●	○	○	○	○
	☒ b 施設及び施設周辺の点検整備を定期的に行っている。									
	☒ c 利用者が生活しやすい明るさを確保している。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施 できて いる	実施 できて いるが 不十分	実施 できて いない		既に 改善に 着手	早急 に改善 に着手	来年度 以降改善 に着手	改善の 必要性等 に向けた 検討に 着手	当面、 改善に 着手 しない
(66) 清潔にしている。	☒ a 居室・廊下・トイレ・食堂は1日1回以上、 ていねいに清掃している。	●	○	○	外部委託業者に清掃業務を行 なっている。	○	○	○	○	○
	☒ b ネズミ、衛生害虫の駆除を定期的に実 施している。									
	☒ c 清掃マニュアルを整備し、責任者が清掃 箇所を毎日チェックしている。									
	☒ d 異臭が発生した場合、こまめに窓を開け 換気している。									
	☒ e 悪臭を発する汚れ物などは、速やかに 屋外に出し処理をしている。									
	☒ f 脱臭装置付きの空気清浄器を設置する 等、消臭・脱臭の解消の工夫をしている。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
IV-2:3項目		3	0	0						

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性						
		実施 できて いる	実施 できて いるが 不十分	実施 できて いない		既に 改善に 着手	早急 に改善 に着手	来年度 以降改善 に着手	改善の 必要性等 に向け ての検討 に着手	当面、 改善に 着手 しない		
V:地域住民・関係者等との連携												
V-1:地域住民との連携に関する取り組み												
(67) 地域との連携、交流等を行っている。	☒ a 介護予防教室、地域との交流行事等に関する計画書、開催案内等の文書がある。	●	○	○	地域包括支援センターの協力による地域サロンなどに参加させていただき、地域住民との交流や必要な介護保険や医療・栄養等に関する情報提供を行なっている。	○	○	○	○	○		
	☒ b 地域の研修会に対する講師派遣の記録がある。											
	☒ c 地域の行事への参加の記録がある。											
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。											
(68) 地域と連携して、利用者の権利侵害を防ぐ取り組みを行っている。	☐ a 介護相談員又はオンブズマンとの相談、苦情等対応の記録がある。	○	○	●	苦情等の対応記録はあるが、申出人の第三者委員への報告や助言、立ち合いまでの要望はなかった為、会議記録はない。	○	○	○	○	○		
	☐ b 第三者委員との会議記録がある。											
	☒ z 上記にチェックできる項目が全くない。											
(69) 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。	☒ a 外部の社会資源を活用した記録がある。	●	○	○	協力医療機関や近隣の病院との連携、地域包括支援センターや行政機関等からの地域資源の紹介や介護保険制度の情報収集、地域ケア会議への専門職の参加、地域住民主催のサロン等への参加をさせていただいている。	○	○	○	○	○		
	☒ b 活用できる外部の社会資源の一覧表等がある。											
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。											
(70) ボランティアや実習生の受け入れを積極的に行っている。	☒ a 具体的な受け入れ計画・指導内容等のマニュアルを作成し、継続的な対応を行っている。	○	●	○	実習生の受け入れ申請毎年しており、特に学生の受け入れは毎年実績がある。ボランティア活動プログラムはあるが、近年新型コロナウイルス感染症等の影響によりボランティア受け入れまでに至っていない。	○	○	○	○	○		
	☒ b 利用者・従業者等に対して受け入れの趣旨等を徹底し理解を得ている。											
	☒ c ボランティア申込または登録票、受入票等がある。											
	☐ d ボランティア活動プログラム、ボランティア活動記録等がある。											
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。											
V-1:4項目		2	1	1								

①評価項目 (確認事項)	②判断基準 (確認のための材料)	③評価達成度			④具体的な実施状況	⑤改善の必要性				
		実施できている	実施できているが 不十分	実施できていない		既に改善に着手	早急に改善に着手	来年度以降改善に着手	改善の必要性等に向け ての検討に着手	当面、改善に着手 しない
V-2: 関係者・機関等との連携に関する取り組み										
(71) 家族と連携、交流するよう努めている。	☒ a 利用者の家族と連絡をした記録がある。	○	●	○	毎月行事予定表や行事時の写真等を請求書へ同封し発送している。体調不良時には医療機関受診、物品購入、持参依頼等で家族へ適宜、連絡にて報告、相談を行なっている。	○	○	○	○	○
	☐ b 利用者の家族の参加が確認できる意見交換会、懇談会等の記録がある。									
	☒ c 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、利用者の家族に連絡している。									
	☒ d 利用者の家族への行事案内又は利用者の家族の参加が確認できる行事の実施記録がある。									
	☒ e 家族用の宿泊設備(室)がある。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
(72) 急変時や休日・夜間に速やかに医療との連携が図られる体制が構築されている。	☒ a 医療に関する緊急対応についての記載があるマニュアル等がある。	●	○	○	家族へ連絡しかかりつけ医との連携が図られる体制が構築されている。緊急時対応マニュアルをもとに対応を行っており、適宜、マニュアルの見直しも行なっている。	○	○	○	○	○
	☒ b 医療に関する緊急時における協力医療機関及び家族への緊急連絡体制についての記載がある文書がある。									
	☒ c 医療に関する緊急時の責任者を明記した文書がある。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
(73) 県・市町村及び関係機関等と連携を図っている。	☒ a 連絡のため窓口(担当者)を置き、関係機関と連携している。	●	○	○	県・市からの通知や報告等はメールで随時行っており、平日は必ず事務職でチェックを行っている。また、県・市の老協や社協、その他関連団の会合や研修会にも積極的に参加し情報を得ている。	○	○	○	○	○
	☒ b 県・市町村と密接に連携している。									
	☒ c 関係機関(団体)等の連絡会に参加し、情報交換を行っている。									
	☐ z 上記にチェックできる項目が全くない。									
V-2: 3項目		2	1	0						
合計		62	5	6						