

総合評価

受診施設名	軽費老人ホームヴィラ城陽	施設種別	軽費老人ホーム
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会		

令和 8 年 3 月 6 日

総 評	<p>1) 軽費老人ホームとしての生活支援の事業の実施</p> <p>1982年に開設された軽費老人ホームヴィラ城陽は、1996年に武田病院グループの一員となり、特に医療面や管理面でグループの強みを活かした運営を行われています。建物は適宜改修が施され、また清掃が行き届いているため、清潔で古さを感じませんでした。特に窓は、支援学校の生徒が定期的に磨きに来られているためピカピカでした。城陽市郊外の雑木林に囲まれた自然豊かな場所にあり、どちらかといえば不便な環境ですが、週3回の送迎便の運行のほか、外食や買い物などの外出行事も多く取り入れるなど、生活に支障のないよう配慮されています。笑い声が聞こえる施設を目指し、入居者と職員との関係性も密で、アットホームな雰囲気が施設全体から感じられました。</p> <p>2) 地域の一員として暮らしを継続するための工夫</p> <p>城陽市観光協会主催の「きのこ観察会」や「星空観察会」に施設敷地を提供し、入居者も一緒に楽しまれています。施設周辺地域の高齢化が進んでいるとのことでしたが、神社の清掃作業を地域住民とともに実施したり、炊き出し訓練に入居者も参加したりするなど、地域での暮らしを継続するための様々な協力が行われています。入居者が育てた野菜を調理して食事に取り入れたり、毎週入居者全員で水拭き掃除をしたりと、役割と生きがいを持って暮らし続けられるような取り組みが行われています。グループ全体でセントラルキッチン化が進む中、自前調理を継続し、行事食をふんだんに取り入れ、季節ごとの食材を使った質の高い食事を提供されています。誕生日には手作りケーキが振る舞われ、一番風呂に入る権利が与えられるなど、年を重ねることが楽しく思える工夫が見られました。</p> <p>3) ISO認証に基づくPDCAサイクルの実施</p> <p>法人全体の中・長期計画に基づき、施設としての中・長期計画を策定し、方針と方向性を明確に定めて事業を実施されています。また、グループ全体でISO認証に取り組み、法人の課題は「方針展開表」に記載して、実施・評価・分析を行われています。「方針展開表」を見れば、一目瞭然に進捗状況が把握できるため、着実な計画達成に効果を発揮しています。また、半年に1回、内部監査を実施し、不備や不具合については都度修正する仕組みが整っています。このように、あらかじめ定められたシステムに則って事業全体のPDCAサイクルが回っており、不断の質の向上が図られています。</p>
特に良かった点(※)	<p>1) 人材育成への取り組み</p> <p>職種ごとに「ステップアップシート」を作成し、求められる力量・知識等を職員に明確に示しておられます。半年ごとに人事考課を実施し、成績・能力・執務態度等について個別にフィードバックされていますが、その際、「ステップアップシート」の施設長によるコメントは非常に細やかで、職員の反応も良いものでした。さらに、介護・福祉業界において、どの法人も中間管理職の育成に苦慮している中、動</p>

	<p>画研修をうまく活用して、充実した管理者研修を実施されてきました。このように、人材育成に関して質・量ともに充実しており、職員の成長を促す仕組みが整っていると感じました。</p> <p>2) 参加に関する支援</p> <p>地域の年末大掃除や、地域の集い「うたのゆりかご」、グランドゴルフなど、地域が主催する様々な活動に参加する機会を作られています。施設内でも毎日盛りだくさんのイベントを実施されており、月間予定表を掲示することで案内・周知されています。入居者と職員の意見交換の場として、毎月「考える会」を開催し、そこで出た意見の多くを実現されています。また、体操に参加するとポイントが付与され、貯めたポイントに応じて景品が出る「体操ポイント制度」を実施し、自発的な参加を促すなど、様々な角度から参加に関する支援が行われていました。</p> <p>3) 広報の充実</p> <p>ホームページはたいへん見やすく、内容も充実しています。InstagramやYouTubeも頻繁に更新されており、見学に行かなくても施設の雰囲気や十分伝わるクオリティがあります。実際にこれらを見て入居につながっている事例もあるとのことでした。航空写真等を活用してさらなる広報の質の向上を図るため、職員向けのドローンの研修も実施しているとのこと。一方で、入居前の本人による見学を必須とし、施設で提供している食事の体験会を開催するなどして、事前に生活の様子を知ってもらう取り組みも実施されており、双方向のやり取りを大切にしている姿勢が見えます。これらは、広報（＝public relations）のあり方として優れていると感じました。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>1) 情報の整理</p> <p>数々の規程や文書が整備されており、パソコン上の共有フォルダに格納されていますが、情報量が多く、現場の一般職員からすると、目当てのものを見つけるのに時間がかかるように思いました。インデックスを工夫するなどして、もう少し整理できれば良いのではないのでしょうか。</p>

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

京都府福祉サービス等第三者評価事業

【様式 9-2】

【共通評価基準】
評価結果対比シート

受診施設名	軽費老人ホームヴィラ城陽
施設種別	軽費老人ホーム
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会
訪問調査日	2025年12月8日

I 福祉サービスの基本方針と組織

No.	評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
1	I-1 理念・基本方針	I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a	a
2	I-2 経営状況の把握	I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 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。	a	a
3			② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a	a
4	I-3 事業計画の策定	I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	① 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。	a	a
5			② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a	a
6		I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	① 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。	a	a
7			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a	a
8	I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	I-4-(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。	① 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。	a	a
9			② 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。	a	a

【自由記述欄】

- 1) 理念はホームページ、パンフレット、機関誌に示されており、事務所にも掲示されています。また、職員個々に理念が掲載されたものを携行しておられます。基本方針は理念に沿って作成されており、職員には毎年4月の会議において周知し、利用者及び家族には5月に開催される家族懇談会において周知されています。
- 2) 奇数月に法人全体の事務管理者会議、偶数月に医療法人を含めたグループ全体の拡大福祉介護部会を開催し行政の情報を把握・分析するとともに法人の課題を集約し、「方針展開表」にまとめ実施・評価・分析を行っておられます。また、稼働の状況や収支の状況についても毎月分析されています。
- 3) 「方針展開表」に基づき、当該年度に取り組むべき課題を明確にし、中・長期の事業計画を策定されています。また、理事である施設長も参画される理事会において現状報告を行い、課題については事業所内の運営会議において周知されています。
- 4) 3年毎の中期計画（令和5年度～令和8年度）、5年毎の長期計画（令和3年度～令和8年度）を立て、目指すべきビジョンを明確にされています。事業計画は経営課題や問題点の改善に向けた具体的な内容となっていました。
- 5) 中・長期計画を反映した単年度の事業計画を作成されています。事業計画の内容を基に「方針展開表」を作成し、

毎月の目標を数値化することで進捗状況を確認し、半年ごとに見直しが行われています。

6) 毎月の実績を年度末に年度活動報告書にまとめ、そこから抽出された課題については翌年度の事業計画に反映されています。半年毎に事業計画の見直しが行われ、見直し時期や手順は「品質方針管理規程」に定められています。

7) 事業計画は毎月発行されている機関誌の4月号に掲載され、ホームページにも機関誌がアップされています。また、5月に開催される家族懇談会においても利用者及び家族に説明されています。

8) ISO 認証の QMS (クオリティマネジメントシステム) に基づき、福祉サービスの質の向上に取り組まれています。また、法人内の他の事業所の職員による内部監査と ISO 日本能率協会の更新審査を年に1回受審されるなど、組織的に評価を行う体制がありました。

9) 内部監査後には是正要求書が交付され、これに基づき対策を検討する仕組みがあります。それ以外にも様々な評価結果を分析し、協議を行い、課題や指摘事項については職員間で共有し、改善が図られています。

II 組織の運営管理

No.	評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
10	II-1 管理者の責任とリーダーシップ	II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。	① 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。	a	a
11			② 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。	a	a
12		II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 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。	a	a
13			② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a	a
14	II-2 福祉人材の確保・育成	II-2-(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。	① 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。	a	a
15			② 総合的な人事管理が行われている。	a	a
16		II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	① 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。	a	a
17		II-2-(3) 職員の質の向上に向けた	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a	a

18		体制が確立されている。	②	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。	a	a
19			③	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a	a
20		Ⅱ-2-(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	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a	a
21	Ⅱ-3 運営の透明性の確保	Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	①	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。	a	a
22			②	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。	a	a
23	Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献	Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	①	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。	a	a
24			②	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。	a	a
25		Ⅱ-4-(2)関係機関との連携が確保されている。	①	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。	a	a
26		Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている	①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a	a
27		②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a	a	

【自由記述欄】

- 10) 職務分掌規程等に管理者の役割が明文化されています。図表を用いて管理者不在の代行権限について分かりやすく示されていました。管理者は機関誌にあいさつ文を掲載するとともに、運営会議に毎回参加し、施設長の役割を伝達、周知しているとのことでした。
- 11) コンプライアンス管理規程に遵守すべき法令一覧をリスト化し、各パソコンからいつでもアクセスできるようになっています。管理者用WEB研修を活用し、法令遵守のための研鑽受講を義務付けられています。
- 12) 管理者は運営会議に参加し、施設全体の状況を把握するとともに、職員の意向を汲み取り、改善のための具体的なアドバイスが行われています。面談等の機会を通じて職員からの外部研修参加の希望を把握し、1人1回は外部研修に参加できるよう、計画的な派遣を進められています。
- 13) 偶数月に拡大福祉介護部会議、奇数月に福祉法人事務管理者会議を開催し、経営や人事配置に関する分析が行われています。タイムカードをもとに事務員が超過勤務をデータ管理されています。管理栄養士の超過勤務が課題となっていました。職員体制の強化や業務整理によって改善を図っておられます。
- 14) 事業計画に必要な専門職人材や体制について具体的な計画が明示されていました。法人として人材採用担当部門が設置されており、採用活動を実施されていました。職員は可能な限り希望する部署に配属されるよう人事異動を行うなど、定着に向けた取り組みを実施されていました。

15) 職種ごとにステップアップシートを作成し、求められる力量・知識等を職員に明確に示しておられました。半年ごとに人事考課を実施し、成績・能力・執務態度等について個別にフィードバックされていました。昇格基準を文書化し、クリアすべき項目を段階別に明示することで、職員の理解と意欲向上に繋げておられました。

16) 超過勤務については月5時間未満との具体的な目標を掲げ、一覧表にまとめて把握されていました。法人として「こころの健康づくり」という専門部署を設置し、男女別の相談窓口を設けておられました。少人数での職員体制の長所を生かし、日常的に相談しあえる職場風土を作っておられます。

17) 目指すべき職員像として「B r i d g e (かけ橋)」をキーワードに、利用者・家族・地域を繋ぐ役割を明示されています。職員が個別目標と達成状況を記入するステップアップシートは、業務内容を振り返りながら自らの成長を実感できる様式となっており、施設長からのコメントもきめ細やかで、職員のモチベーションを向上させる内容になっていました。

18) 年間研修計画に基づき教育・研修が行われ、月1回の研修委員会で定期的な見直しが行われていました。

19) キャリアパス管理台帳等で職員の資格や研修受講状況を把握・管理されています。新採用職員のOJTに対しては介護業務手順書を用いた段階的な指導が行われ、業務種別ごとに習熟を把握する仕組みがあります。

20) 実習受け入れマニュアル等に、専門職の教育育成に関する基本姿勢を明文化されています。今年度より城陽支援学校からの清掃作業体験実習を受け入れるなど、教育機関との連携を更に深めておられました。年1回の法人内プリセプター研修にて、実習指導者に対する定期的な研修を実施されていました。

21) ホームページに、理念・基本方針・外部評価受診状況等必要な情報が公表されています。こまめな更新に加え、冒頭に動画を取り入れる等、見る人の興味を惹く工夫がされていました。利用者の要望については日常的に受け入れられているため苦情は少ないとのことでしたが、苦情が発生した場合はコールバック連絡書で内容を検討、共有し、アンケート結果の一部として施設内に掲示するとのことでした。

22) 経理規程、職務分掌規程にて、事務経理に関するルールが明確化されていました。税理士による指導を月1回、監査法人による監査を年1回受審されており、透明性ある適切な運営経営につながっています。

23) 事業計画の中で地域との交流を明文化し、掲示などで地域行事の案内をされています。週3回外出送迎を行い、利用者の社会参加を促されています。畑での野菜の栽培やグランドゴルフチームへの参加など、自主的な地域参加の実績がありました。

24) ボランティア受け入れマニュアルを整備し、ボランティア受け入れに対する基本姿勢・諸手続きについて明示されていました。学校教育への協力については事業計画に明文化されていました。

25) 地域の関係機関・団体についてリスト化されています。法人内部の「軽費部会会議」や、城陽市主催の「京都府南部相談員部会」等に積極的に参加し、連携に努めておられます。市の介護保険課や圏域の地域包括支援センターとの連携も密で、信頼関係が構築できているとのことでした。

26) 城陽市観光協会主催の「きのこ観察会」や「星空観察会」に施設敷地を提供し、利用者も一緒に楽しまれているとのことでした。地域の認知症講座などに職員を派遣されています。神社の清掃作業を地域住民とともに実施されています。近隣地域にも防災訓練の案内を行い、参加を促されています。

27) 城陽市社協役員の見学を受け入れるなど、軽費老人ホームの役割についての普及啓発に努めておられます。施設周辺地域の高齢化が進んでいるとのことでしたが、町内の民生委員が第三者委員を務められており、地域住民の福祉ニーズに対し日常的に連携を図られているとのことでした。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

No.	評価分類	評価項目	評価細目	評価結果		
				自己評価	第三者評価	
28	Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス	Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	① 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。	a	a	
29			② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a	a	
30	Ⅲ-1-(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。	Ⅲ-1-(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 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。	a	a	
31			② 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。	a	a	
32			③ 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。	a	a	
33	Ⅲ-1-(3) 利用者満足 の向上に努めている。	Ⅲ-1-(3) 利用者満足 の向上に努めている。	① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a	a	
34			Ⅲ-1-(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 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a	a
35				② 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。	a	a
36				③ 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。	a	a
37	Ⅲ-1-(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	Ⅲ-1-(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 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。	a	a	
38			② 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。	a	a	

39			③	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。	a	a
40	Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保	Ⅲ-2-(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。	①	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。	a	a
41	Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保		②	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。	a	a
42		Ⅲ-2-(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	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。	a	a
43			②	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。	a	a
44			①	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。	a	a
45		Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	a

【自由記述欄】

28) 就業規則に理念や基本方針が明記されています。倫理綱領が策定され、運営規程や重要事項説明書にもその内容が記載されています。職員必修の動画研修の中に個人情報やプライバシー保護、基本的人権への配慮等にかかる研修も含まれています。これらの内容についての習熟度は、ステップアップシートを用いて評価されます。

29) 「プライバシー及び個人情報保護について」というマニュアルが整備されており、定期的に研修を実施されています。全室個室であり、ソフト面でもハード面でもプライバシーの保護に努められています。権利擁護に関するリーフレットを玄関に配架されています。不適切な行為に対しては、「賞罰委員会運営要領」に基づき対応されています。アンガーマネジメント研修を全職員に実施し、不用意な権利侵害が発生しないようにされています。

30) 理念や基本方針を明記したパンフレットを地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、役所等に届けられています。見学希望者には丁寧に対応し、食事体験会なども実施されています。ホームページ、インスタグラム、ユーチューブなどを頻繁に更新し、施設の情報を積極的に発信されています。SNSで待機者情報を発信されています。

31) 入居時の説明には重要事項説明書を用いるとともに、日々の様子は写真や動画を見て頂くなど、わかりやすいよう工夫されています。意思決定が困難な方については、身元引受人に連絡したり、成年後見制度の利用を勧めるなど、権利擁護と意思決定に配慮した取り組みが行われています。

32) 施設での生活が難しくなった場合は、本人・家族の意向を十分尊重した上で、案を提示されています。サービスの移行に当たっては、定められた様式を用いて適切に次の機関に情報を提供されています。退去される際にはパンフレットと名刺を渡し、いつでも相談に乗る旨を伝えられています。この一連の流れは生活相談員業務手順書に明記されています。

33) 利用者満足度調査を年1回実施されています。毎月、入居者と「考える会」を開催し、意見交換のほか、来月の行事の確認やお願い事項、ルールの再確認、栄養指導、勉強会などを行われています。体操に参加するとポイントが貯まる「体操ポイント制度」の副賞として、行きたいところに行けたり景品がもらえるといった特典が用意されています。「考える会」で出た意見は検討し、次月の会で結果を公表されています。「考える会」以外にも、個別に居室で面談し、適宜意向を聞き取られています。

34) 第三者委員を設置し、氏名や連絡先を重要事項説明書や施設内掲示で周知されています。入居者に対しては意見箱の設置、家族に対しては機関誌にQRコードを掲載して意見が言いやすい環境を作られています。要望はあるが苦情はないとのことですが、出た意見に対してはコールバック連絡書に記録を残し、どのように改善したかは改善提案実施書で報告・周知されています。

35) 相談・苦情の受付担当者を2名配置し、入居者が選択できるよう体制を整えていることを入居時の契約書や施設内の掲示で周知されています。入居者からの相談は、居室に出向くか会議室に来てもらうなどして、必ず1対1で対応するようにされています。食堂に意見箱を設置して、直接言いにくい意見も拾い上げるよう努められています。

36) 苦情に対しては相談解決実施要領書に沿って対応されています。文書管理規程に要領書の年1回の見直しが明記されており、そのとおり見直しを実施されています。「考える会」での意見交換のほか、意見箱の設置や満足度調査アンケートの実施など、さまざまな方法を用いて入居者の意向を聞き取られています。頂いた意見は会議で検討し、改善した内容は機関誌等に掲載し、周知されています。

37) 「不具合管理規程」等のリスクマネジメント関連の規程を整備し、対応手順はフローチャートで示すなどして、わかりやすい形で職員に周知されています。事故についてはコールバック連絡書等各種様式に基づいて適宜報告されています。収集した事例をもとに軽費会議で検討し、対策を講じられています。対策の実効性については年1回マネジメントレビューで見直しを行われています。リスクマネジメントの研修を実施されています。

38) 必要な事項が定められた感染対策マニュアルを整備し、職員に周知されています。マニュアルは年1回見直されています。感染症にかかるBCP（事業継続計画）も整備されています。感染症研修を実施されており、手洗いの励行、アルコール消毒など基本を徹底して行われています。

39) 災害時の対応体制は防災計画に定められています。立地的にとくに土砂災害を想定した災害BCPを整備し、具体的な体制を明記されています。防災関連のアプリを活用して、グループ全体で安否確認訓練を実施されています。

40) 介護職員業務手順書を整備し、毎年度末の部会で見直しを図るとともに、実践との間に齟齬がないか、内部監査でチェックする仕組みが整っています。手順書の内容は、尊厳の保持やプライバシーの尊重を基盤にしたものになっています。プリセプター制度を導入し、個別指導によって手順書の内容についての教育を徹底して行われています。

41) 手順書の見直しは年1回、年度末に実施することが示されており、また、内容に不具合が生じた場合も適宜見直しを行われています。見直しはグループ全体の各部会で実施されています。

42) 所定のケアチェック表をもとにアセスメントを実施し、年1回更新しています。ワーカー会議での多職種間の協議を経て、支援計画が策定されています。記録画面のトップに支援計画が表示される仕様になっており、日々計画を意識しながら業務に当たられています。入居期間が長くなり要介護度が重くなっても、外部サービスと連携しながら生活を支えられています。

43) 施設サービス計画作成業務手順書に記載された手順に基づき、計画の見直しや説明と同意、情報共有などを実施されています。ケアチェック表をもとに多職種で計画の見直しの必要性を確認されています。施設の特性上、支援できる内容に限られますが、介護予防や自立支援に力を入れ、自発性を高めるための工夫を常に行われています。

44) 支援計画に基づいて提供したサービスは、介護ソフトを用いて記録されています。記録方法は各手順書に示されており、各職員は客観的な記録が書けるようになるための研修を受講されています。各種会議を通じて適切に情報が共有されています。記録は全職員が自由に見ることができます。

45) 個人情報取扱規則等を整備し、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規程を定められています。動画研修を活用して個人情報保護にかかる研修を実施されています。利用者・家族に対しては重要事項説明書を用いて説明されています。