

アドバイス・レポート

2026年

5月

28日

令和 7年 5月 6日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 総合老人福祉施設 弥栄はごろも苑 につきましては、第三者評価結果に基づき、下記のとおりアドバイスをいたしますので、今後の事業所の運営及びサービスの提供に役立ててください。

記

特に良かった点とその理由
(※)

(通番16) 地域への貢献

弥栄はごろも苑は、地域とのつながりを大切にされており、さまざまな形で地域貢献に取り組まれている点がとても印象的でした。地域の高齢者サロン「ひまわりサロン」では、デイサービス職員が介護予防を目的としたレクリエーションを実施され、地域の方々が楽しみながら健康づくりに取り組める機会を提供されています。また、学校からの依頼に応じて車いす体験を行うなど、福祉教育にも積極的に協力されていました。さらに、地域の方からの相談には地域包括支援センター等を通じて丁寧に対応されており、京丹後市発行の冊子にも「安心介護の相談窓口」として掲載されるなど、地域住民の安心につながる役割を果たされています。法人として取り組まれている「農業と福祉の連携」も特徴的で、地域農家の高齢化という課題に寄り添いながら、米づくりを共同で行い、施設での食事や職員への販売につなげるなど、地域と共に歩む姿勢が感じられました。障がい者部門の就労継続支援B型事業所と連携しつつ、高齢部門の職員も参加されている点も温かい取組です。また、地域の清掃活動にも参加されており、地域の一員としての役割を丁寧に果たされていることが伝わってきました。

(通番19) アセスメントの実施

アセスメントについては、施設独自の書式と記録システム「ケアカルテ」を活用しながら、入苑時および定期的に利用者の生活に対する意向を丁寧に確認されていました。ユニット会議でニーズや課題を共有し、外部コンサルタントの助言も取り入れながら、「利用者が輝くことで自分たちも輝いていこう」という前向きな姿勢で取り組まれている点がとても印象的でした。

アセスメントの見直しは、基本的に年1回を必須とし、入苑後3か月経過時や担当変更、要介護度の変更時にも実施されており、「施設サービス計画書作成等の流れ」に明確に位置付けられています。特別養護老人ホームの介護支援専門員3名が分担し、相談員や副施設長も協力する体制が整えられており、利用者一人ひとりの状況を丁寧に把握しながら、きめ細やかな計画づくりが進められていることが伝わってきました。

(通番28) 利用者の家族等との情報交換

ご家族との情報共有については、電話や面会時に日頃の様子を丁寧に伝えられており、サービス担当者会議ではご家族の意見をしっかりと伺う姿勢が大切にされていました。また、日常の様子をまとめたお便りや広報誌を定期的に配布され、ご家族が安心して状況を把握できるよう工夫されています。必要に応じてオンラインでの連絡にも対応されており、柔軟なコミュニケーション体制が整っている点も良好でした。

特に、ユニットごとに発行されている「元気やっほお!」では、利用者一人ひとりの写真やメッセージを年2回ご家族へ届けており、ご家族にとって大きな安心と喜びにつながっていることがうかがえました。利用者だけでなく、ご家族とのつながりも大切にしながら支援を行われている点が印象的でした。

特に改善が望まれる点とその理由（※）	（通番15）地域との交流 中学校の体験学習や医学生の実習、ボランティアの受け入れなど、地域との交流に積極的に取り組まれています。一方で、ボランティア受け入れに関するマニュアルは整備されておらず、オリエンテーションの内容も担当者に委ねられている状況が見られました。今後は、受け入れ手順や説明内容を標準化し、マニュアルとして整理することで、より安定した受け入れ体制の構築が期待されます。 （通番41）第三者への相談機会の確保 第三者委員については京都経営者協会に委嘱されており、重要事項説明書への記載や施設内掲示により、利用者や家族への周知が図られています。一方で、市民オンブズマンや介護相談員、ボランティアなど、外部の第三者が利用者から直接相談を受ける機会については、感染症対策の影響もあり十分に確保できていない状況が見られました。利用者の権利擁護をより充実させるためにも、感染状況等を踏まえながら、第三者が利用者と直接関わる機会や相談できる環境の整備について、今後の取組が期待されます。 （通番44番）評価の実施地課題の明確化 一定の基準に基づく自己評価については、以前は法人全体の取組として実施されていましたが、法人方針の変更により現在は行われていない状況でした。サービスの質の向上を継続的に図るためには、組織として取組を振り返り、課題や改善点を明確にする機会が重要となります。今後は施設の実情に応じた自己評価の仕組みを検討し、その結果をサービス改善につなげていく取組が期待されます。
---------------------------	--

具体的なアドバイス

弥栄はごろも苑は、緑豊かな田園風景に包まれ、あたたかな光とやわらかな風を感じながら過ごせる、とても心地よい環境が整えられている施設です。完全個室のユニットケアを活かし、利用者一人ひとりの生活習慣や大切にされている思いを尊重しながら、丁寧に関わり添った支援が行われている様子が伝わってきました。また、弥栄病院をはじめとした医療機関との連携がしっかりと確立されており、看取りを含む医療的ケアにも安心して取り組める体制が整っていることも心強く感じられます。災害時の地域連携についても意識が高く、地域に根ざした福祉拠点としての役割を大切にされていることがうかがえました。

職員に対しては、子育て世代を中心にライフステージに合わせた柔軟な働き方ができるよう配慮されており、働きやすさを実感されている声もうかがいました。「自分が支えてもらったから、次は自分が支える側になりたい」という言葉が自然と出てくるほど、あたたかい職場の雰囲気や育まれていることが印象的でした。法人として長い歴史の中で培われてきた児童・高齢・障がいの「ごちゃまぜの福祉」の取組も、弥栄はごろも苑の魅力の一つです。世代や障がいの有無を越えて関わり合うことで、日常の中に自然な支え合いが生まれ、利用者の皆さまの生活に彩りや楽しみが広がっていることが伝わってきました。

弥栄はごろも苑は、自然環境・地域連携・個別ケア・職員支援のいずれにおいても、あたたかさや丁寧さを大切にしながら取り組まれている施設だと感じました。これからも地域に関わり合いながら、利用者の皆さまが「自分らしく心地よく」過ごせる場所として、ますます発展されることを期待しております。以下、課題に対するアドバイスですが、ご参考になれば幸いです。

● ボランティアの受け入れについて

事業所が地域の専門的な社会資源としての役割をより明確に果たすためには、教育機関や関係機関との協力体制を整理し、連携を強化していくことが重要です。また、ボランティアを「地域と事業所をつなぐ大切な存在」として位置付け、受け入れ手順や説明内容を標準化したマニュアルを整備することで、誰が対応しても一貫した受け入れができる体制を構築することができます。これらを継続的に見直ししながら、積極的に安定した受け入れ体制を整備されることを期待します。

● 第三者への相談機会の確保について

現在、第三者委員の周知は丁寧に行われていますが、感染症対策の影響もあり、市民オンブズマンや介護相談員、ボランティアなど、外部の方が利用者の相談を直接受けられる機会が限られている状況がありました。今後は感染症対策と両立しながら、オンライン相談の活用や定期的な訪問日を設けるなど、利用者がより気軽に第三者へ相談できる仕組みを検討されると、安心感がさらに高まるものと考えられます。

● 自己評価の仕組みづくりについて

法人方針の変更により、以前実施されていた一定基準に基づく自己評価は、現在行われていないとのことでした。自己評価は、日々の取組を振り返り、課題を明確にし、改善につなげる大切な機会となります。そのため、施設独自の簡易的なチェックリストを作成することや、ユニットごとに振り返りの時間を設けることなど、無理のない形で継続できる仕組みを検討されると、サービスの質の向上に向けた取組がさらに進むものと思われます。

※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を「評価結果対比シート」に記載しています。

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2673300162
事業所名	総合老人福祉施設弥栄はごろも苑
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人福祉施設
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	地域密着型通所介護
訪問調査実施日	令和8年3月11日
評価機関名	きょうと福祉ネットワーク一期一会

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
Ⅰ 介護サービスの基本方針と組織						
	(1) 組織の理念・運営方針					
	理念の周知と実践	1	組織の理念及び運営方針を明確化・周知している。また、法人の経営責任者（運営管理者含む）及び事業所の職員全員が、理念及び運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A	
	組織体制	2	経営責任者（運営管理者含む）は、公正・適切なプロセスで意思決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	A	A	
	(評価機関コメント)	1) 理念や運営方針は、ホームページや施設案内チラシへの掲載、館内掲示などを通じて利用者や来訪者に分かりやすく周知している。職員に対しては、年度当初の職員会議において施設長が理念・運営方針・事業計画を説明し、共通理解を図っている。また、ご家族や地域に対しては、広報誌「YASAP0通信」（年3回発行）や、入居者の生活の様子を伝える「元気やつぽお」（年2回発行）を通じて継続的に発信している。理念や運営方針を日々の支援の基本として位置付け、サービス提供に反映する取組が行われている。 2) 理事会等の役員会を毎月定例開催しており、法人サポート部（本部）が運営を担い、議事録を作成・保管している。また、経営会議を設置し、高齢部門だけでなく各事業部門の代表者が参加して、法人全体の経営課題や今後の方向性について協議する機会を設けている。さらに、施設長会や介護保険プロジェクト会議を定期的に開催し、施設長が参加して情報共有や意思決定を行っている。職種ごとの役割については、「指定介護老人福祉施設運営規程」に明文化されているほか、「みねやま福祉会の組織の仕組みはこうなっている！」と題した社内報を活用し、法人の組織体制や意思決定の流れを職員に分かりやすく周知している。				

(2) 計画の策定

事業計画等の策定	3	組織として介護サービスの質の向上に向けた計画を策定するとともに着実に実行している。また計画策定には多角的な視点から課題を把握している。	A	A
業務レベルにおける課題の把握と目標の設定	4	各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標の達成に取り組んでいる。	A	A
(評価機関コメント)		3) 法人では、中長期計画として「社会福祉法人みねやま福祉会 NEXT VISION 2030」を策定している。また、法人計画に基づき、「NEXT VISION 2030 弥栄はごも苑での展開」として事業所ごとの中長期ビジョンを策定し、その内容を踏まえて単年度の「弥栄はごも苑事業計画」を作成している。ビジョンの策定にあたっては、ユニット会議で出された意見や課題をリーダー会議で集約・検討し、さらに主任会議で協議したうえで法人の会議へ提案する仕組みとなっている。現場職員の意見を段階的に反映することで、多角的な視点から課題を把握し、計画策定につなげている。また、事業計画は1階ホールに設置し、利用者や家族がいつでも閲覧できるようにするなど、計画内容の周知にも努めている。 4) 各ユニットや委員会において、日常業務の中から課題を把握し、その解決に向けた取組や計画の策定を行っている。ユニット会議は毎月開催されており、目標の進捗状況や取組内容について振り返りを行っている。また、年度末の3月には1年間の取組について総括的な振り返りを実施している。年間事業計画を具体化した「年間行動計画」を3か月ごとに作成し、定期的に進捗状況の確認と評価を行う仕組みを整備している。計画や目標についてはユニットごとに職員へ配布し、いつでも閲覧できるようにすることで、職員が共通認識を持ちながら組織的に目標達成に取り組めるようにしている。		

(3) 管理者等の責任とリーダーシップ

法令遵守の取り組み	5	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
管理者等によるリーダーシップの発揮	6	経営責任者又は運営管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため事業運営をリードしている。	A	A
管理者等による状況把握	7	経営責任者又は運営管理者は、事業の実施状況等を把握し、いつでも職員に対して具体的な指示を行うことができる。	A	A
(評価機関コメント)		5) 事業運営に関係する法令や制度については、一覧表として整理し、職員が必要に応じて確認できる体制を整備している。法令の詳細を確認する際には、職員自らが一覧を活用してパソコンで検索し、内容を確認する仕組みとしている。また、法令改正や制度変更があった場合には、その都度職員へ周知するとともに、研修等の機会を活用して内容の理解を深めている。遵守すべき法令等を適切に把握し、日々の業務に反映できるよう継続的な取組を行っている。 6) 「キャリアパスBOOK」において、「等級別職能基準書」を整備し、職員に求められる役割や責任を等級ごとに明文化して周知している。また、施設長は毎月開催される施設長会に参加し、法人方針や事業運営に関する情報共有、課題の検討を行っている。施設長会には理事長も参加しており、法人の経営方針や重点課題について直接伝達する機会となっている。経営責任者と運営管理者がそれぞれの役割と責任を明確にしながら組織運営をリードし、サービスの質の向上や経営改善に向けた取組を推進している。 7) 施設長は常に携帯電話を所持し、緊急時や有事の際に速やかに連絡が取れる体制を整えている。また、副施設長は人員不足時に現場支援を行うなど、日常的に現場の状況を把握している。職員間ではLINEグループを活用して業務に関する情報共有を行っており、より適切な運用に向けてLINE WORKSの導入も検討している。さらに、「ケアカルテ」の掲示板機能を活用し、その日に必要な情報や現場責任者を明示することで、職員間の情報共有と迅速な対応につなげている。緊急時の責任体制も明確にされており、経営責任者や運営管理者が事業の実施状況を把握しながら、必要に応じて具体的な指示を行うことができる体制を整備している。		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果		
					自己評価	第三者評価	
Ⅱ 組織の運営管理							
(1) 人材の確保・育成							
		総合的な人事管理	8	人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。	A	A	
		質の高い人材の確保	9	質の高い介護サービスを提供できる人材の確保のために、必要な人材や人員体制についての管理・整備を行っている。	A	A	
		計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施	10	採用時研修・フォローアップ研修等を実施し、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。また業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパービジョンを行う体制がある。	A	A	
		実習の受け入れ	11	実習の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	A	A	
		(評価機関コメント)		8) 「キャリアパスBOOK」において、「求められる行動規範」として期待する職員像を明文化し、職員に周知している。また、「SmarthR」を活用して、キャリアパスBOOKや就業規則等をいつでも閲覧できる環境を整備している。キャリアパス制度では、マネジメントコースとスペシャリストコースを設け、職員の適性や希望に応じた成長を支援している。さらに、専門職種ごとの研修を実施するなど、人材育成にも取り組み、採用・育成・評価・処遇を総合的に推進する仕組みを構築している。 9) 法人では、人事部を中心に「リクルーターチーム」を設置し、計画的な人材確保に取り組んでいる。職員の採用にあたっては、各事業所で面接を実施するとともに、本部と連携して採用活動を行っている。また、本部が実施する採用面接に施設長が参加することもあり、現場の視点を反映した人材確保に努めている。さらに、資格取得者については、その専門性を活かせる部署へ配置するなど、人材の適切な活用を図っている。必要な人材や人員体制の整備を通じて、質の高い介護サービスの提供に努めている。 10) 法人では「2025年度法人研修計画」を策定し、採用時研修や介護士育成プログラムをはじめ、専門性の向上に向けた研修を体系的に実施している。研修計画は人事課が定期的に見直しを行い、内容の充実を図っている。研修に関する意見や要望は社内イントラネット「サイボウズ」を通じて収集し、人材育成に反映している。また、外部研修や資格取得を支援しており、介護福祉士受験に係る宿泊費や受験料を法人が負担している。さらに、人事考課シートを活用して職員が年度目標を設定し、上席者との定期面談を通じて助言や評価を受ける仕組みを整備するなど、日常的な人材育成とスーパービジョンの体制を構築している。 11) 今年度は実習生の受入実績はないが、「実習生等受入事務取扱規程」を整備し、受入れに関する基本姿勢や手続きを明確にしている。また、実習指導者養成研修への参加や、実習生受入れに関する外部研修の受講を通じて、受入体制の整備と指導力の向上に努めている。さらに、中学生の職場体験を受け入れるなど、地域における福祉人材の育成や福祉への理解促進にも取り組んでいる。実習生等を適切に受け入れるための体制を整備している。			

(2) 労働環境の整備				
労働環境への配慮 (働きやすい職場づくり)	12	質の高い介護サービスを提供することができるよう、職員の労働環境に配慮している。	A	A
ストレス管理	13	職員の業務上の悩みやストレスを解消するために、具体的な取り組みを行い業務の効率を高めている。また、職員が充分にくつろげ、心身を休めることができる休憩場所を確保し必要な環境を整備している。	A	A
(評価機関コメント)	12) 法人では、各事業所の有給休暇取得状況を本部で把握・管理し、計画的な取得を促進している。有給休暇の取得にあたっては、職員が部署内の人員体制を確認しながら希望を申し出る仕組みを整えている。また、育児休業や介護休業の取得実績があり、小学校3年生まで利用できる短時間勤務制度を設けるなど、仕事と家庭生活の両立を支援している。さらに、高齢の職員に対しては勤務内容等に配慮を行っている。ICTの活用による業務効率化にも取り組み、継続的な見直しを行いながら、働きやすい職場環境づくりとサービスの質の向上に努めている。 13) 法人では産業医と契約し、職員の心身の健康維持に配慮している。また、厚生労働省の相談窓口等に関する情報を職員へ周知している。日常的な相談については、各ユニットの指導職が窓口となり、必要に応じて上席者へつなぐ体制を整えている。さらに、「ハラスメント防止に関する規程」を整備するとともに、毎年4月に施設長が職員へハラスメント防止の重要性を周知し、働きやすい職場環境づくりに取り組んでいる。休憩室も施設内に複数設置されており、職員が心身を休めながらリフレッシュできる環境を確保している。			
(3) 地域との交流				
地域との連携・情報発信	14	事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。	A	A
地域との交流 (入所系・通所系サービスのみ)	15	ボランティアの受入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。	B	B
地域への貢献	16	事業所が有する機能を地域に還元している。 事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。	A	A
(評価機関コメント)	14) 「弥栄はごろも苑長期入所事業計画」において、「地域への貢献」の項目を設け、地域との関わりや地域貢献の方針を明文化している。また、法人理念にも地域とのつながりを重視する考え方を位置付けている。広報誌を活用して事業所の取組や活動内容を地域へ発信するとともに、毎月開催される地域主催の高齢者サロン「ひまわり倶楽部」に職員が参加し、地域の情報収集や交流に努めている。コロナ禍以前は入居者も参加しており、今後の再開を検討している。さらに、地域ネットワークや関係機関との連携を通じて、地域のニーズ把握やサービスの充実につなげている。 15) 中学生の職場体験学習や医学生の実習を受け入れるなど、地域の学校教育への協力を積極的に行っている。また、地域住民等のボランティアも受け入れ、施設での活動や利用者との交流の機会を設けている。受入れにあたっては、施設の概要や留意事項についてオリエンテーションを実施し、円滑な活動につなげている。こうした取組を通じて、地域との交流や福祉への理解促進に努めている。なお、ボランティア受入れに関するマニュアルは未整備であり、今後さらなる受入体制の充実が期待される。 16) 事業所では、地域で開催される「ひまわりサロン」において、デイサービス職員がレクリエーションを実施するなど、介護に関する専門性を地域へ還元している。また、学校からの依頼を受けて車いす体験学習に協力し、福祉への理解促進に取り組んでいる。さらに、法人では農福連携事業を推進し、高齢化が進む地域農家と協力して米づくりを行うなど、地域課題の解決にも貢献している。収穫した米は事業所の食事や職員販売に活用されており、高齢部門の職員も活動に参加している。事業所の特性や法人資源を活かした地域貢献活動を継続的に実施している。			

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
Ⅲ 適切な介護サービスの実施						
(1) 情報提供						
事業所情報等の提供		17	利用者（希望者含む）に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	A	A	
(評価機関コメント)		17) 利用者や利用希望者に対しては、ホームページやパンフレットを活用し、サービス内容や利用方法等について分かりやすい情報提供に努めている。また、見学希望者には担当者が個別に対応し、施設の概要や利用料金、サービス内容等について資料を用いて説明している。さらに、胃ろうなど医療的ケアが必要な方の受入れにも対応しており、多様なニーズに応じたサービス提供を行っている。利用者が適切にサービスを選択できるよう、必要な情報を丁寧に提供する体制を整えている。なお、特別養護老人ホームについては待機者が多く、地域からのニーズの高さがうかがえる。				
(2) 利用契約						
内容・料金の明示と説明		18	介護サービスの利用に際して必要となる内容や料金について、利用者に分かりやすく説明し同意を得ている。	A	A	
(評価機関コメント)		18) 利用契約時には、入所契約書や重要事項説明書を用いてサービス内容や利用条件について説明しており、文字を大きくするなど分かりやすい資料づくりに努めている。また、事業所ごとに異なる加算や利用料金については、1か月当たりの概算費用が分かる早見表を作成し、利用者や家族に丁寧に説明している。負担段階による料金の違いについても分かりやすく説明し、十分な理解と同意を得るよう努めている。さらに、金銭管理に不安のある利用者や家族に対しては、成年後見制度に関するパンフレットを提示するなど必要な情報提供を行い、適切な支援につなげている。				

(3) 個別状況に応じた計画策定

アセスメントの実施	19	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況を踏まえたうえでアセスメントを行っている。	A	A
利用者・家族の希望尊重	20	個別援助計画等の策定及びサービスの提供内容の決定に際して、利用者及びその家族の希望を尊重している。	A	A
専門職種を含めた意見集約	21	個別援助計画等の策定に当たり、必要に応じて利用者の主治医・リハビリ職（OT/PT/ST等）・介護支援専門員・他のサービス事業所等に意見を照会している。	A	A
個別援助計画等の見直し	22	定期的及び必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	A	A
(評価機関コメント)		19)利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況を把握するため、記録システム「ケアカルテ」の「基本フェースシート」を活用してアセスメントを実施している。アセスメントでは、利用者本人や家族の意向を把握するよう努めており、本人希望については別欄を活用して記録している。見直しは原則として年1回実施するほか、入所後3か月経過時や担当者の変更、要介護度の変更時にも実施している。これらの手順は「施設サービス計画書作成等の流れ」に明記されている。また、3名の介護支援専門員を中心に、相談員や副施設長も連携しながら、多職種でアセスメントを行う体制を整備している。 20)個別援助計画（施設サービス計画）の策定にあたっては、利用者本人や家族の意向を確認するとともに、サービス担当者会議を開催し、多職種による検討を行っている。会議には介護支援専門員をはじめ、看護職員、介護職員、相談員等が参加し、利用者の心身の状況や生活状況に関する情報を共有している。また、必要に応じて主治医や医療機関、関係するサービス事業所等と連携し、専門的な意見や情報を計画に反映している。多職種や関係機関との協働を通じて、利用者一人ひとりの状況に応じた適切な支援計画の策定に努めている。 21)個別援助計画（施設サービス計画）の策定にあたっては、「サービス担当者に関する照会」を活用し、主治医や介護支援専門員、関係するサービス事業所等から必要な情報や意見を収集している。また、利用者の状態や支援内容に応じて、多職種や関係機関と情報共有を行い、計画に反映している。さらに、精神科医によるオンライン相談を月2回実施し、利用者の精神面に関する専門的な助言を受けながら支援の充実を図っている。関係機関や専門職との連携を通じて、利用者一人ひとりの状況に応じた支援計画の策定に努めている。 22)個別援助計画（施設サービス計画）については、毎月モニタリングを実施し、利用者の心身の状況や支援の実施状況を継続的に確認している。また、定められた手順に基づいて計画の策定および見直しを行っている。見直しの時期には、事前に利用者に関する情報を関係職員間で共有し、その内容を踏まえて会議を開催している。会議では多職種の意見を反映しながら計画内容を検討し、利用者の状況変化やニーズに応じた支援につなげている。定期的かつ組織的な見直しの仕組みを整備し、適切なサービス提供に努めている。		

(4) 関係者との連携

多職種協働	23	利用者のかかっている医師をはじめ、関係機関との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	A	A
サービス移行時の連携・相談対応	24	利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。	A	A
(評価機関コメント)		23)近隣病院の医師が嘱託医であり、必要に応じて意見を伺うとともに、入院時には書面で、退院時にはカンファレンスに出席いただく等、密な連携ができています。「関係機関リスト」にて迅速な連絡が可能なように準備している。権利擁護事業活用の利用者もあり、で社会福祉協議会との連携や、区長や民生委員、組長さん等、デイサービス運営推進会議に参加するなど、地域との情報共有を行える機会を積極的に行っている。 24)利用者の状況変化等により他の介護施設等へ移行する場合には、利用者や家族の意向を確認しながら、必要な情報を引き継ぎ、円滑な移行が行えるよう努めている。特別養護老人ホームから在宅生活へ移行した事例は現在のところないが、他施設へ移行するケースには対応している。同一法人内の事業所間で移行する場合には、利用者の心身の状況や支援経過等の情報共有が円滑に行われており、継続性のある支援につなげている。利用者が安心してサービスを移行できるよう、関係者間の連携体制を整備している。		

(5) サービスの提供				
業務マニュアルの作成	25	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル）が整備され、スタッフに活用されている。標準的な実施方法は自立支援につながり、事故防止や安全確保を踏まえたものになっている。	A	A
サービス提供に係る記録と情報の保護	26	利用者の状況及びサービスの提供状況等が適切に記録されており、管理体制が確立している。	A	A
職員間の情報共有	27	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	28	事業者はサービスの提供にあたって、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		25) 食事、排せつ、入浴、服薬介助等に関する「各種マニュアル」を整備し、ファイル化して職員がいつでも確認できるようにしている。マニュアルには、利用者の自立支援や事故防止、安全確保の視点を取り入れ、適切なサービス提供につなげている。また、人事考課制度において、等級ごとに求められる知識や技術、役割を明確にし、その評価項目に基づいて標準的な支援が実践できているかを確認している。さらに、「各種マニュアル見直しチェックシート一覧」を活用し、見直し時期や実施状況を管理することで、継続的な改善と内容の更新に努めている。 26) 利用者の状況やサービスの提供内容については、記録システム「ケアカルテ」を活用して適切に記録・管理している。介護支援専門員が計画作成に関与するとともに、システム上で個別援助計画を確認できる仕組みがあり、計画に基づいた記録の作成に努めている。また、外国人職員についても翻訳機能を活用しながら記録業務を行っている。個人情報の取扱いについては、個人情報保護に関する各種規程や「文書規程」を整備し、管理体制を明確にしている。さらに、苑内研修を通じて職員への周知・徹底を図り、適切な記録管理と情報保護に努めている。 27) 利用者の状況や支援方針については、ユニットごとの個人ケースファイルに個別援助計画の写しを保管し、職員がいつでも確認できるようにしている。また、記録システム「ケアカルテ」を活用した情報共有に加え、日誌、連絡ノート、申し送り表を用いて必要な情報を職員間で共有している。さらに、LINEや口頭による引継ぎも併用し、利用者の状況変化や支援上の留意点について迅速な情報伝達に努めている。複数の情報共有手段を活用することで、職員間で利用者に関する情報を共有し、継続性のある支援につなげている。 28) 利用者の家族に対しては、電話や面会時に日頃の生活の様子や健康状態、支援内容等について丁寧に説明し、情報共有を行っている。また、サービス担当者会議において家族の意見や要望を確認し、支援内容の検討に反映している。さらに、利用者の日常の様子を記載したお便りや広報誌を配布し、施設での生活状況を継続的に伝えている。必要に応じて電話連絡を行うほか、家族の希望に応じてオンラインでの面談や情報共有にも対応している。家族との情報交換を積極的に行い、信頼関係の構築と適切なサービス提供につなげている。		
(6) 衛生管理				
感染症の対策及び予防	29	感染症の対策及び予防に関するマニュアルの作成等により、職員全員が感染症に関する知識をもってサービスの提供を行っている。	A	A
事業所内の衛生管理等	30	施設（事業所）内における物品等の整理・整頓及び衛生管理を行い、効率的かつ安全なサービスの提供を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		29) 感染症対策に関する各種マニュアルや業務継続計画（BCP）を整備し、感染症発生時の対応手順や管理体制を明確にしている。また、有事における指揮命令系統や対応方法を職員が確認できるよう、見やすい場所に掲示して周知を図っている。さらに、弥栄病院の専門資格を有する看護師を講師として招き、感染症対策に関する実践的な研修を実施している。訓練では、ゾーニングの実施や避難時のベッド配置、居室の割り振り等についてシミュレーションを行い、実践的な対応力の向上に努めている。職員が感染症に関する知識と対応技術を習得できる体制を整備している。 30) 施設内の衛生環境の維持・向上に向けて、4S活動（整理・整頓・清潔・清掃）に取り組んでおり、一部のユニットでは今年度の目標として位置付けて継続的な改善を進めている。また、施設内の清掃体制を整備し、1階部分はシルバー人材センターへ委託するとともに、2階部分は介護助手が担当することで、清潔で安全な環境の維持に努めている。物品の整理整頓や衛生管理を組織的に実施することで、利用者が安心して生活できる環境づくりと、職員が効率的に業務を行える環境整備につなげている。		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	31	事故や緊急時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	A	A
事故の再発防止等	32	発生した事故等に係る報告書や記録を作成し、事故の再発の防止のために活用している。	A	A
災害発生時の対応	33	災害発生時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	A	A
事業の維持・継続の取り組み	34	大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。	A	A
(評価機関コメント)	指針」や「事故発生時マニュアル」を整備し、各ユニットへ配布して職員への周知を図っている。また、「介護事故防止マニュアル」や「交通事故対応体制」において指揮命令系統や責任体制を明確にしている。事故防止に関する苑内研修を毎年実施するほか、救急救命研修や危険予知訓練にも職員を参加させ、対応力の向上に努めている。さらに、「事故防止検討・安全対策委員会」を設置し、事故の分析や再発防止策の検討を行っている。毎年、上級救命講習の受講者を配置するなど、緊急時に適切に対応できる体制を整備している。 32) 事故やヒヤリハットが発生した際には、報告書を作成し、内容に応じて家族への連絡や行政への報告を適切に行っている。骨折事故等の重大事故については、関係機関への報告記録が適切に整備されている。また、「事故防止検討委員会」を毎月開催し、副施設長をはじめとする職員が参加して、事故やヒヤリハット事例の共有と原因分析、再発防止策の検討を行っている。検討内容はユニット会議でも共有し、具体的な再発防止策の実践につなげている。さらに、関連マニュアルについては年1回の定期見直しに加え、必要に応じて随時更新を行い、事故防止対策の継続的な改善に努めている。 33) 災害発生時の対応については、「火災時マニュアル」「地震時マニュアル」「浸水時マニュアル」「停電時対応マニュアル」を整備し、責任者や指揮命令系統を明確にしている。また、「災害対策マニュアル」には組織体制や連絡体制を定め、職員が迅速に対応できる仕組みを構築している。訓練は年3回実施しており、地震、浸水、夜間災害など様々な状況を想定した実践的な内容となっている。さらに、京丹後市と災害協定を締結するとともに、市の防災訓練にも参加し、地域への被害状況の報告訓練を行うなど、地域との連携強化にも取り組んでいる。マニュアルには地域の自主防災組織の連絡先も記載されており、地域と連携した防災体制を整備している。 34) 大規模災害や感染症のまん延等に備え、業務継続計画（BCP）を策定し、緊急時における対応手順や役割分担を明確にしている。BCPには職員の安否確認についても定められており、出勤していない職員については連絡用のグループLINEを活用して状況を確認する体制を整えている。また、非常時に必要となる備蓄品を確保するとともに、消防署立会いのもとで訓練を毎年実施し、実効性の向上に努めている。平常時から災害や感染症への備えを進めることで、被害の軽減と事業継続が図れる体制を整備している。			

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
Ⅳ利用者保護の観点						
	(1) 利用者保護					
	人権等の尊重	35	利用者本位のサービス提供及び高齢者の尊厳の保持に配慮したサービス提供を行っている。	A	A	
	利用者の権利擁護	36	虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護に配慮したサービス提供を行っている。	A	A	
	プライバシー等の保護	37	利用者のプライバシーや羞恥心について、常に問題意識をもってサービスの提供を行っている。	A	A	
	利用者の決定方法	38	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	A	A	
	(評価機関コメント)	35) 法人では「職員倫理綱領」を整備し、利用者本位のサービス提供や高齢者の尊厳の保持に関する基本的な考え方を明確にしている。また、事業計画において権利擁護やその人らしい生活の実現を重点事項として位置付けるとともに、「虐待防止のための指針」にも権利擁護の考え方を明記している。利用者の意向把握にあたっては、嗜好調査の実施や衣類選択の機会を設けるなど、日常生活の中で本人の意思を尊重している。さらに、独自に作成したアセスメント様式を活用し、「どのように暮らしたいか」といった本人の希望を聞き取り、施設サービス計画に反映している。加えて、期日前投票を希望する利用者への支援を行うなど、利用者の権利を尊重したサービス提供に努めている。 36) 利用者の権利擁護を推進するため、「虐待防止のための指針」及び「身体拘束適正化に関する指針」を整備し、虐待防止や身体拘束の適正化に関する基本方針、責任体制、不適切な対応が発生した場合の対応手順を明確にしている。また、重要事項説明書にも責任者を明記し、利用者や家族に対して周知を図っている。さらに、虐待防止委員会を2か月に1回開催し、虐待防止に関する課題の検討や情報共有を行うとともに、職員を対象とした虐待防止研修を年2回実施している。組織的な取組を通じて利用者の権利擁護と適切なサービス提供の徹底に努めている。 37) 利用者のプライバシー保護については、「職員倫理綱領」に明記し、職員会議や各種研修を通じて継続的な周知を行っている。特別養護老人ホーム及びショートステイでは、入浴時に個浴によるマンツーマン対応を実施し、利用者の羞恥心やプライバシーに配慮した支援を行っている。居室へ入室する際にはノックを徹底するなど、日常的な支援場面においても利用者の尊厳やプライバシーを尊重することを意識している。利用者が安心して生活できるよう、職員一人ひとりがプライバシーや羞恥心への配慮を心掛けたサービス提供に努めている。 38) サービス利用者の受入れにあたっては、利用希望者の状況やニーズを踏まえながら、公平・公正な対応に努めている。特別養護老人ホームの入居申込みについては、医療的ニーズの高い方についても看護体制等を勘案しながら受入れを行っている。また、ショートステイについては、定員超過等により受入れが困難な場合には、他のサービス事業所を紹介するなど、必要な支援につなげるよう配慮している。さらに、利用料の支払いに課題がある場合には、地域包括支援センター等の関係機関と連携して対応しているほか、精神科受診についてはオンライン診療を活用するなど、多様なニーズに応じた支援に努めている。				

(2) 意見・要望・苦情への対応

意見・要望・苦情の受付	39	利用者の意向（意見・要望・苦情）を広く拾い上げ、収集する仕組みが整備され、利用者等に周知されている。	A	A
意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善	40	利用者の意向（意見・要望・苦情）に迅速に対応するとともに、サービスの向上に役立っている。	A	A
第三者への相談機会の確保	41	公的機関等の窓口相談や苦情を訴えるための方法を、利用者及びその家族に周知している。	B	B
(評価機関コメント)		39) 利用者の意向や要望を把握するため、「生活に対する意向及び身体状況シート（アセスメント）」を活用し、利用者本人の希望や思いの確認に努めている。また、管理栄養士によるミールラウンドや厨房職員による嗜好調査を実施し、食事に関する意向の把握にも取り組んでいる。さらに、家族に対しては、センター方式「暮らしの情報（私の暮らし方シート）」を活用し、これまでの生活歴や仕事、趣味、好み、暮らし方に関する情報を聞き取っている。認知症実践者研修修了者が中心となり、認知症のある利用者の思いや意向を丁寧に引き出す工夫も行っている。多様な方法を用いて利用者や家族の意向を把握し、サービス提供に活かしている。 40) 利用者や家族からの意見・要望・苦情に適切に対応するため、「苦情解決実施要領」を整備している。意見や苦情を受け付けた際には受付簿に記録し、職員間で情報共有を行うとともに、内容に応じて迅速な対応に努めている。また、苦情への対応結果については、ホームページや理事会等を通じて公表し、組織としての透明性の確保を図っている。さらに、顧客満足度調査を実施し、その結果を施設内に掲示することで利用者や家族へフィードバックしている。収集した意見や苦情、満足度調査の結果をサービス改善に活かし、継続的なサービスの質の向上に取り組んでいる。 41) 利用者や家族が苦情や相談を申し立てることができるよう、第三者委員を設置し、その連絡先等を重要事項説明書に記載するとともに、施設玄関への掲示により周知している。また、公的機関等の相談窓口についても情報提供を行い、利用者や家族が相談しやすい環境づくりに努めている。一方で、市民オンブズマンや介護相談員、ボランティア等が利用者から直接相談を受ける機会については、感染症対策の影響により十分に確保できていない状況がある。今後は感染状況を踏まえながら、外部の第三者による相談機会の充実が期待される。		

利用者満足度の向上の取組み	42	利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立てている	A	A
質の向上に対する検討体制	43	サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、運営管理者を含む各部門の全職種の職員が積極的に参加している。	A	A
評価の実施と課題の明確化	44	サービス提供状況の質の向上のため、定期的に評価を実施するとともに、評価結果に基づいて課題の明確化を図っている	B	B
(評価機関コメント)		42) 利用者や家族の満足度を把握するため、顧客満足度調査を毎年実施している。調査結果については、「CS委員会」において分析・検討を行い、サービスの改善につなげている。また、調査結果は広報誌に掲載して利用者や家族へ配布するとともに、施設内にも掲示し、結果の周知を図っている。さらに、調査で寄せられた意見や要望に対しては、「CS委員会」で対応策を検討し、その内容を掲示等によりフィードバックしている。利用者や家族の声を積極的に収集し、サービスの質の向上に活かす仕組みを整備している。 43) サービスの質の向上に向けて、「生産性向上委員会」を3か月に1回開催し、運営管理者を含む多職種の職員が参加して業務改善やサービス向上について検討している。委員会では、AIの活用やICT導入による業務効率化を進めることで、利用者に関わる時間を増やし、サービスの質の向上につなげることを目指している。また、検討内容はユニット会議とも連動させ、現場の意見を反映しながら改善を進めている。具体的には、入浴業務の見直しの中でミラバスの導入を検討するなど、利用者の快適性向上に取り組んでいる。さらに、法人の実践研究発表会において各事業所の取組を共有し、職員相互の学びやサービス向上につなげている。 44) サービスの質の向上に向けた評価については、以前は法人の取組として一定の評価基準に基づく自己評価を実施していたが、法人方針の変更により現在は実施していない。なお、各種委員会や会議においてサービス提供上の課題や改善点について検討する機会は設けられているが、組織全体として定期的な自己評価を実施し、その結果に基づいて課題を整理・分析する仕組みについては、今後の取組が期待される。		