

福祉サービス第三者評価

評価施設： ほのぼの苑（特別養護老人ホーム）

評価結果報告書

※評価結果確定日

令和5年7月20日

評価機関： 社会福祉法人 福井県社会福祉協議会〔福井福祉評価認証第1号〕

評価結果（総評）

施設・事業所名	： ほのぼの苑
種別	： 特別養護老人ホーム

特に評価の高い点	特に改善が求められる点
<p>【項目名】 I-3 事業計画の策定</p> <p>中・長期計画には、理念や基本方針の実現に向けた法人全体、各種委員会等の具体的な目標を掲載し、年間行動指針と単年度毎の達成度・数値等の評価および見直しを行っている。また、中・長期計画書やその概要版には、69項目の単語注釈（解説）が付され、役職員だけでなく利用者や家族にとっても理解しやすいよう工夫がなされている。</p>	<p>【項目名】 II-3 運営の透明性の確保</p> <p>第三者評価の受審結果や、苦情の対応・改善状況についてホームページ等による公表が望まれる。また、監査委員による内部監査を実施し、その結果に基づき経営改善がなされているが、外部の専門家による事業、財務に関する外部監査の活用等による経営改善に向けた取組みが望まれる。</p>
<p>【項目名】 III-1 利用者本位の福祉サービス</p> <p>福祉サービスに関する情報が掲載されたホームページやパンフレットは、写真や絵を使用し、誰にでもわかりやすい内容になっている。また、サービス開始時や変更時には、生活全般について丁寧に説明し、利用者および家族から同意書を得ている。また、退所マニュアルにそって退所時サマリー（引継ぎ書）を作成し、福祉サービスの継続性に配慮している。</p>	<p>【項目名】 III-1 利用者本位の福祉サービス</p> <p>施設運営全般に対する利用者の満足度調査を行っているが不定期であるため、定期的な調査の実施が望まれる。</p>
<p>【項目名】 A-1 生活支援の基本と権利擁護</p> <p>利用者の心身の状態や意向等について普段のコミュニケーションから丁寧に引き出し、聞き取った利用者の思いや希望をケアプランに反映させている。また、意思表示が困難な利用者には、筆談や手話などを使用して利用者の意向把握に努めている。</p>	<p>【項目名】</p>

評価まとめ【高齢者福祉サービス版】

I 福祉サービスの基本方針と組織

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。

良い点／工夫されている点：

理念等は事業所内の各所に掲示し、文書、広報誌、パンフレット、ホームページ等に記載している。また、理念・基本方針は新人職員研修時や朝礼、各種委員会、会議等で唱和し、職員への周知徹底を図っている。利用者や家族には、入所時にパンフレット等を用いて丁寧にわかりやすい説明を行っている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

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。

良い点／工夫されている点：

社会福祉事業全体の動向、地域の介護計画等の動向は、県老協の研修や新聞、インターネット等から把握し、運営会議等で分析を行っている。また、組織体制や設備、経営状況、待機入所予定者など、改善すべき課題について役職員間で共有し、解決・改善に向けた取組みを中長期計画や各年度の運営方針に反映している。

改善できる点／改善方法：

特になし。

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。

良い点／工夫されている点：

中・長期計画には、理念や基本方針の実現に向けた法人全体、各種委員会等の具体的な目標を掲載し、年間行動指針と単年度毎の達成度・数値等の評価および見直しを行っている。また、中・長期計画書やその概要版には、69項目の単語注釈（解説）が付され、役職員だけでなく利用者や家族にとっても理解しやすいよう工夫がなされている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

良い点／工夫されている点：

事業計画は、あらかじめ定められた時期と手順に基づき、全職員からの意見等を集約し、関係職員（11名）で構成される計画策定委員会において協議し策定している。また、中長期計画の全体版をホームページに掲載し、利用者家族には、それらを分かりやすく説明した概要版を送付し周知を行っている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

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。

良い点／工夫されている点：

評価結果から明確になった課題について職員間で共有化を図るとともに、福祉サービスの質の向上に関する取組むべき課題について、その内容に応じて各委員会やフロア会議において検討している。

改善できる点／改善方法：

第三者評価受審後、評価結果について協議する「計画策定委員会」を組織しているが、毎年の自己評価が行われていないため、年に1回以上の自己評価による改善の確認、取組みを計画的・継続的に行うことが望まれる。

II 組織の運営管理

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。

良い点／工夫されている点：

「管理職倫理要領」を策定し、防災・事故防止・苦情処理・その他マニュアルを含め職務分掌の文書化、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任、管理者不在時の権限委任等を明確化している。また、職員に対して、遵守すべき法令等に関する研修受講を計画的に行っている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

良い点／工夫されている点：

管理者は、福祉サービスの質と課題、経営の改善と業務（人事、労務、財務）等、定期的に評価・分析を行っている。また職員への「働きやすさ・働きがい」に関するアンケート等をふまえ、職員の教育・研修の充実に向けた具体的な取組につなげている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

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。

良い点／工夫されている点：

福祉人材の確保等に関する運営規程を定め、各種制度（人事評価、キャリアアップ、職務に対する自己申告書、資格取得奨励、嘱託職員・臨時職員等継続雇用）の運用、雇用パンフレットの作成や求人イベントへの参加など、総合的な人事管理の取組を行っている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成（続き）

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

良い点／工夫されている点：

施設長は、職務に関する自己申告書や個別面接を通して、職員の就業状況や意向等の把握に努めている。また、定期健康診断、医療助成制度の利用を図るとともに、職員の悩み相談への対応として衛生委員会の取組みの強化や産業医との相談体制を整えている。また、働きやすい職場づくりの一環として、セラピードッグを導入し、職員の心を癒やす工夫がなされている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

良い点／工夫されている点：

キャリアアップシステムを再構築し、職員の資格取得サポートに取り組んでいる。人事評価制度により、職員の自己申告書、年間目標をフロア主任と協議し、必要に応じて施設長との個人面談を経て、職員の能力と業績を評価するとともに、教育・研修の成果として、年度末に事例研究発表会で発表する機会を設けている。人材育成委員会は、新人研修、階層・職種・テーマ別研修の評価と見直しを常時行い、職員の質の向上に向けた体制を確立している。

改善できる点／改善方法：

特になし。

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。

良い点／工夫されている点：

実習受入れに関する基本マニュアルと各職種別のマニュアルを整備し、臨床指導者、介護福祉士実習指導者、認知症介護指導者等の有資格職員により、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。

改善できる点／改善方法：

特になし。

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。

良い点／工夫されている点：

特になし。

改善できる点／改善方法：

第三者評価の受審結果や、苦情の対応・改善状況についてホームページ等による公表が望まれる。また、監査委員による内部監査を実施し、その結果に基づき経営改善がなされているが、外部の専門家による事業、財務に関する外部監査の活用等による経営改善に向けた取組みが望まれる。

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。
良い点／工夫されている点： 基本方針に「地域貢献の推進と地域との連携促進」を明記し、活用できる社会資源について施設内に掲示している。また、利用者の外出・買物支援や「認知症カフェほのぼの」の開催、町文化祭や社協「ふれあいサロン」への出展を通じて地域との関係づくりに努めている。また、ボランティアの受入れにあたっては、ボランティア受入要綱、活動説明書をもとに基本姿勢や手続き等を説明し、活動に取組んでもらっている。
改善できる点／改善方法： 特になし。
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。
良い点／工夫されている点： 地域での公益的活動を推進するため、地域ケア会議やケアマネ連絡会を実施している。また、地域の関係機関・団体との協働した取組みとして、各集落公民館での「地域ふれあいサロン」への参加、県社会福祉法人連携事業推進協議会の「ふく福サポート事業」への参加、当苑デイサービスでの「認知症カフェ」の開催等に取組んでいる。
改善できる点／改善方法： 特になし。
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。
良い点／工夫されている点： 当苑デイサービスセンターを活用して、利用者家族を含む地域住民を対象とした「認知症カフェ」を開催している。また、生活困窮支援事業など福祉ニーズにもとづいた取組みの他に、町内の各集落で開催される「地域ふれあいサロン」に参加するなど、地域貢献に関わる活動を積極的に行っている。
改善できる点／改善方法： 特になし。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

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。

良い点／工夫されている点：

利用者を尊重したサービス提供等が明示された理念や基本方針を各フロアの壁面や職員のテーブルに掲示し、職員は朝礼時や会議前に唱和している。また、職員は「高齢者虐待防止のセルフチェック」を使用し、利用者の虐待防止等の権利擁護について理解を促している。施設内で虐待、不適切ケアが発生した場合のフローチャートを作成し、適切な対応および再発防止に努めている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

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。

良い点／工夫されている点：

福祉サービスに関する情報が掲載されたホームページやパンフレットは、写真や絵を使用し、誰にでもわかりやすい内容になっている。また、サービス開始時や変更時には、生活全般について丁寧に説明し、利用者および家族から同意書を得ている。また、退所マニュアルにそって退所時サマリー（引継ぎ書）を作成し、福祉サービスの継続性に配慮している。

改善できる点／改善方法：

特になし。

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。

良い点／工夫されている点：

特になし。

改善できる点／改善方法：

施設運営全般に対する利用者の満足度調査を行っているが不定期であるため、定期的な調査の実施が望まれる。

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。

良い点／工夫されている点：

苦情解決要綱、苦情解決フローチャートを整備し、苦情解決の責任者・窓口担当を設置し周知するなど、苦情対応や解決のしくみを確立している。また、利用者からの相談場所は、施設内の介護支援事業所、カンファレンスルームなどを活用し、相談対応チャートに沿って迅速に対応している。

改善できる点／改善方法：

特になし。

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。

良い点／工夫されている点：

毎月開催する事故防止・感染症対策に関する委員会で、安心・安全な福祉サービスの提供について協議を行っている。また、対応マニュアルの見直し時には職員アンケートを実施し、職員の意見が反映されるようにしている。災害対応に関しては、施設の立地環境から水害を中心に計画し、訓練時には町役場防災部局が参加している。

改善できる点／改善方法：

特になし。

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。
良い点／工夫されている点： サービス提供に関する標準的な実施方法は、基本となる倫理や業務全般を説明している「ほのぼの苑マニュアル」に明記している。また、職員を対象とした定期的な研修に加え、プリセプター制度により職員指導を実施している。
改善できる点／改善方法： 特になし。
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。
良い点／工夫されている点： アセスメントは確認項目が細かく設定された施設独自の様式により実施しており、栄養士、理学療法士、看護師、介護職など部門を横断し協議している。また、支援困難ケースへの対応は、毎月の委員会でケース検討を実施している。
改善できる点／改善方法： 特になし。
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。
良い点／工夫されている点： 福祉サービス実施の記録に関しては、各種「マニュアル」及び「記録の書き方例」が整備され、適切な記録がなされている。また、年1回、全職員対象に個人情報に関する研修を実施している。各フロアのパソコンはパスワードにより管理され、職員間で共有が必要な報告については、パソコン共有ソフトを活用し、各職員が随時確認できるよう工夫している。
改善できる点／改善方法： 特になし。

A 高齢者福祉サービス固有の内容評価基準

A-1 生活支援の基本と権利擁護

A-1-(1) 生活支援の基本
良い点／工夫されている点： 利用者の心身の状態や意向等について普段のコミュニケーションから丁寧に引き出し、聞き取った利用者の思いや希望をケアプランに反映させている。また、意思表示が困難な利用者には、筆談や手話などを使用して利用者の意向把握に努めている。
改善できる点／改善方法： 特になし。
A-1-(2) 権利擁護
良い点／工夫されている点： 身体拘束等適正化委員会が中心となり、対応困難な事例について職員間で検討する機会を設け、利用者支援につなげている。
改善できる点／改善方法： 特になし。

A-2 環境の整備

A-2-(1) 利用者の快適性への配慮
良い点／工夫されている点： 利用者居室には温度計、湿度計を設置し、各部屋ごとのエアコンで室温調整を行っている。各フロアには椅子、テーブル、ソファの設置し、金魚やメダカの飼育、季節ごとの飾り付けなど、利用者がくつろげる空間づくりを行っている。
改善できる点／改善方法： 特になし。

A-3 生活支援

A-3 (1) 利用者の状況に応じた支援

良い点／工夫されている点：

利用者ごとのリハビリメニュー（イラスト入り）が作成され、利用者の心身の状態に応じた支援を行っている。座位保持訓練や排泄コントロール、水分量や運動内容を見直し、自然排泄を目指している。また、全体リハビリを毎日行い、歩行訓練、立位訓練を行っており、排泄の状態に関するスクリーニング支援計画書を作成し、利用者支援につなげている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

A-3 (2) 食生活

良い点／工夫されている点：

食事口腔ケア委員会が、職員からの意見も参考にしながら、月1回、利用者の食事形態を見直し献立づくりを行っている。また、常食、ミキサー食、刻み食、糖尿食の他に、個人の希望に沿った食事メニューにも対応している。また、口腔内の状態を写真付でファイルし、利用者ごとの口腔目標をたて指導内容を分かりやすく行えるよう工夫している。

改善できる点／改善方法：

特になし。

A-3- (3) 褥瘡発生予防・ケア

良い点／工夫されている点：

褥瘡発生予防指針および褥瘡予防マニュアルを整備し、それらにもとづく標準的な実施方法により支援を行っている。また、褥瘡対策委員会が褥瘡経過、エアマット・予防マットの使用状況等を把握し、対応の評価と今後の対策を検討している。

改善できる点／改善方法：

特になし。

A-3- (4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

良い点／工夫されている点：

喀痰吸引・経管栄養の実施については、対応マニュアル、業務方法書、経管・喀痰吸引が必要な利用者一覧表を作成し、有資格者職員が医師の指示のもと行っている。介護職員全員の資格取得を奨励しており、有資格者職員を対象とした研修を定期的に行っている。また、3か月ごとに安全委員会を開催し、利用者の状態変化等の情報共有を行っている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

A-3 生活支援（続き）

A-3-(5) 機能訓練、介護予防
良い点／工夫されている点： リハビリについては、3か月ごとにモニタリングを行い、利用者の身体的状態に応じて見直しを行っている。施設の長い廊下を利用して歩行訓練を実施するなど、日常生活の中にもリハビリを取り入れている。
改善できる点／改善方法： 特になし。
A-3-(6) 認知症ケア
良い点／工夫されている点： 認知症ケア委員会が中心となり困難事例の対応について検討する場を設け、その支援内容について職員間で情報共有している。また、職員を対象に、認知症に関する基本的な理解や対応の仕方に関する研修等を定期的実施している。
改善できる点／改善方法： 特になし。
A-3-(7) 急変時の対応
良い点／工夫されている点： 利用者の診察は、毎週4回（月・火・水・金曜の午後）から嘱託医の往診を受けることができる体制を取っている。また、職員を対象に、高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用に関する研修、各種救命講習の受講やAEDの使い方に関する研修を定期的実施している。
改善できる点／改善方法： 特になし。
A-3-(8) 終末期の対応
良い点／工夫されている点： 全職員を対象とした看取り委員会による看取りに関する研修の実施や終末期ケアマニュアル等を作成し、終末期を迎える場合の利用者支援に取り組んでいる。また、新人職員が看取りの対応を行う際にはベテラン職員がつき、不安なく対応できるようフォロー体制をとっている。
改善できる点／改善方法： 特になし。

A-4 家族等との連携

A-4-(1) 家族等との連携

良い点／工夫されている点：

施設内に設置している公衆電話や利用者が所有する携帯電話により、家族等への連絡手段を確保している。また、面会時には職員が同席し利用者の現状をわかりやすく家族に伝えたり、年2回のカンファレンスの際には、家族に同席を促し、家族からの要望や意見等の聴き取りをふまえ、ケアプラン内容の見直しを行っている。

改善できる点／改善方法：

特になし。

高齢者福祉サービス版自己評価シート（兼調査台帳）【共通評価基準】

B票

I 福祉サービスの基本方針と組織

I 福祉サービスの基本方針と組織

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。		自己評価	<input checked="" type="checkbox"/>	評価の着眼点（該当する場合は口にチェック）	評価結果	
1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a	<input checked="" type="checkbox"/>	ア	<input checked="" type="checkbox"/>	a
	<p>判断した理由・改善方法等：</p> <p>法人の理念は、職員や利用者等への周知を前提として明文化してあり、法人の使命・役割を具体的に反映している。</p> <p>この理念については、法人内文書や広報誌、パンフレット等に記載されている。</p> <p>基本方針は理念に基づき、5項目に整理し明文化してあり、さらに4項目の行動指針を定め職員に配布している。これらの理念等については、毎年度開催される理事会において、当該年度の事業運営方針にも記載され、理事会承認後には運営会議で説明、配布している。</p> <p>また、職員への理解促進のため、入職時の新人研修で施設長とともに唱和したり、朝礼や委員会、会議等の冒頭で参加者全員が唱和している。</p> <p>ご利用者ご家族には、入所説明の際、パンフレットを用いて説明するほか、施設内各所に理念・基本方針をわかりやすく掲示している。</p>		<input checked="" type="checkbox"/>	イ	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	ウ	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	エ	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	オ	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	カ	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	<p>良い点／工夫されている点：</p> <p>理念等は事業所内の各所に掲示し、文書、広報誌、パンフレット、ホームページ等に記載している。また、理念・基本方針は新人職員研修時や朝礼、各種委員会、会議等で唱和し、職員への周知徹底を図っている。利用者や家族には、入所時にパンフレット等を用いて丁寧にわかりやすい説明を行っている。</p>					
	<p>改善できる点／改善方法：</p> <p>特になし。</p>					

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。		自己評価	<input checked="" type="checkbox"/>		評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
2	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	<input checked="" type="checkbox"/>	ア	社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・改善方法等： 社会福祉制度の動向については、県老協の研修や新聞、インターネット等から把握している。地域の情報は、町の介護保険事業計画で把握・検討している。町の指定管理受託法人であることから、随時町の担当部署との協議を重ねるほか、社会福祉協議会の役員を受託し、地域の福祉ニーズ等情報交換を積極的に行っている。また、把握した福祉ニーズ等の情報については、中長期計画に反映している。利用率の推移に関しては、新型コロナウイルスの感染拡大防止による利用制限（ショート）を2年にわたり実施したことで、その影響は大きい。苑では平成12年の施設開設以降施設利用料は据え置いていたものの、令和4年4月に利用料の5パーセント相当額の増額改定を行っている。		a	<input checked="" type="checkbox"/>	イ	地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	ウ	利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人(福祉施設・事業所)が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	エ	定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
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	<input checked="" type="checkbox"/>	ア	経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・改善方法等： 定期的にコストや利用者の推移、利用率の向上を図るため、改善に向けた取り組みを中長期計画や各年度の運営方針に反映するとともに、運営会議等において職員に周知説明している。また社会福祉充実残額の推移に傾注したうえで、新たな国の施策に基づく介護職員の処遇改善や認知症ケアなどの報酬加算等について積極的に取り組んでいる。また、利用率の向上を図るため、特養の入所予定候補者の選定方法を再構築し、選定期間を短縮している。また、職員で実施が可能な業務については、管理職による運営会議などで理解を得たうえで、直接職員で対応している。		a	<input checked="" type="checkbox"/>	イ	経営状況や改善すべき課題について、役員(理事・監事等)間での共有がなされている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	ウ	経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	エ	経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： 社会福祉事業全体の動向、地域の介護計画等の動向は、県老協の研修や新聞、インターネット等から把握し、運営会議等で分析を行っている。また、組織体制や設備、経営状況、待機入所予定者など、改善すべき課題について役職員間で共有し、解決・改善に向けた取組みを中長期計画や各年度の運営方針に反映している。						
	改善できる点／改善方法： 特になし。						

I-3 事業計画の策定 (1)

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		自己評価		評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
4	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	☑	ア 中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標(ビジョン)を明確にしている。	☑	a
	判断した理由・改善方法等： 各グループの副主任を中心とした計画策定委員会を組織し、令和3年度に今後5年間の計画素案を策定し、令和4年6月に理事会の承認を得ている。 計画の柱には、「ご利用者の人格の尊重と自立支援」「経営基盤の確立」「人材の確保と育成」「地域貢献の推進と地域連携」「透明性の高い事業運営」の5本柱で構成している。 また、中長期計画はPDCAサイクルにより毎年度内容を見直し、項目ごとの達成度評価についても、計画策定委員会で行っていく。		☑	イ 中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。	☑	
			☑	ウ 中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	☑	
			☑	エ 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	☑	
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	☑	ア 単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。	☑	a
	判断した理由・改善方法等： 例年理事会に提出する単年度の事業計画には、苑の全体目標のほか、各グループ・フロア・委員会の目標を具体的に掲げてあり、職員の年間の行動指針となっている。中長期計画の内容には、経営や福祉サービス等の多様な観点に対して、到達目標と具体的な取り組みを示し、また年度ごとの工程についても掲載して、数値目標が設定できる項目には具体的に掲載している。 単年度の実施状況の評価は達成度について数値的な評価を計画策定委員会で年度末ごとに実施する予定になっている。		☑	イ 単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。	☑	
			☑	ウ 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	☑	
			☑	エ 単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	☑	
コメント	良い点/工夫されている点： 中・長期計画には、理念や基本方針の実現に向けた法人全体、各種委員会等の具体的な目標を掲載し、年間行動指針と単年度毎の達成度・数値等の評価および見直しを行っている。また、中・長期計画書やその概要版には、69項目の単語注釈（解説）が付され、役職員だけでなく利用者や家族にとっても理解しやすいよう工夫がなされている。					
	改善できる点/改善方法： 特になし。					

I-3 事業計画の策定 (2)

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		自己評価	<input checked="" type="checkbox"/>	評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
6	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	<input checked="" type="checkbox"/>	ア 事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
<p>判断した理由・改善方法等：</p> <p>計画策定については、事業所職員11名による計画策定委員会を組織して9か月にわたり議論を重ね、令和4年1月に素案を策定した。策定した素案については、3月の理事会で説明し、役員意見を募集したのち6月理事会で承認を受けた。</p> <p>策定のプロセスでは、全職員対象とした意見照会を行い、今後取り組むべき具体的な提案を募集した結果、114件の提案があり、優秀な提案については表彰している。</p> <p>また、進捗に合わせ課題となっている施策については、南越前町関係部局と事前協議するほか、外部事業所に依頼し、当苑のイメージについてアンケートを行っている。職員の理解促進については、各主任や計画策定委員に配布しているほか、A I P Oに掲載し、いつでもだれでも閲覧ができています。</p>		<input checked="" type="checkbox"/>	イ 計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	ウ 事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	エ 評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	オ 事業計画が、職員に周知(会議や研修会における説明等)されており、理解を促すための取組を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
7	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b	<input checked="" type="checkbox"/>	ア 事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知(配布、掲示、説明等)されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
<p>判断した理由・改善方法等：</p> <p>コロナ禍で家族会などの開催が困難なことから、中長期計画の概要版を作成し、全利用者ご家族に送付している。また、案内には施設のホームページで中長期計画の全体版が閲覧できることを記載している。</p>		<input type="checkbox"/>	イ 事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	ウ 事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	エ 事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
コメント	<p>良い点/工夫されている点：</p> <p>事業計画は、あらかじめ定められた時期と手順に基づき、全職員からの意見等を集約し、関係職員(11名)で構成される計画策定委員会において協議し策定している。また、中長期計画の全体版をホームページに掲載し、利用者家族には、それらを分かりやすく説明した概要版を送付し周知を行っている。</p>					
	<p>改善できる点/改善方法：</p> <p>特になし。</p>					

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。		自己評価		評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果		
8	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	☑	ア	組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。	☑	b
判断した理由・改善方法等： コロナ禍のもと、地域や家族等との交流が制限されるなか、利用者や家族にとって必要なサービスを主眼において、今できる行事等を見直し・拡充している。特に利用者が参加する行事については、職員提案を募ってその内容や規模、費用等についても計画策定委員会で協議し、実施が決まった取り組みについては、各フロアで日程調整し、支援に取り組んでいる。 また、職員の働きがいに関するアンケート結果により人事評価制度を導入している。また主任級による人材育成会議において、当苑の福祉人材の確保・育成等に関するSWOT分析を実施し、中長期計画の施策構築と資格奨励制度の改定に繋げている。		a	☑	イ	福祉サービスの内容について組織的に評価(C:Check)を行う体制が整備されている。	☑	
			☑	ウ	定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的受審している。	□	
			☑	エ	評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。	☑	
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	☑	ア	評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。	☑	a
判断した理由・改善方法等： 働きがい働きのアンケート結果については、その結果を集約し、グラフ化して一定期間職員玄関に掲示し、職員間で共有していた。また、令和2年度には魅力ある職場づくりに向けた雇用管理改善サポーターの派遣を受け、社労士による相談・指導を受け処遇改善加算に繋げている。 福祉サービスの質の向上に関しての課題解決については、その内容に応じて各委員会やフロア会議において随時検討している。 第三者評価の結果や中長期計画の進捗管理を担う体制として、副主任級の職員による計画策定委員会を令和3年度に組織し、定期的に協議できる体制がある。また前回の第三者評価において、評価点の低かった項目（人事評価等）について改善している。		a	☑	イ	職員間で課題の共有化が図られている。	☑	
			☑	ウ	評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。	☑	
			☑	エ	評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。	☑	
			☑	オ	改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。	☑	
コメント	良い点／工夫されている点： 評価結果から明確になった課題について職員間で共有化を図るとともに、福祉サービスの質の向上に関する取組むべき課題について、その内容に応じて各委員会やフロア会議において検討している。						
	改善できる点／改善方法： 第三者評価受審後、評価結果について協議する「計画策定委員会」を組織しているが、毎年の自己評価が行われていないため、年に1回以上の自己評価による改善の確認、取組みを計画的・継続的に行うことが望まれる。						

II 組織の運営管理

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ (1)

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		自己評価	☑		評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
10	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	☑	ア	管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。	☑	a
判断した理由・改善方法等： 施設長は、基本理念のもと地域の皆様に愛され、地域に根付いた信頼できる施設と評価いただけることを目指し、会議や研修において表明している。 施設長の役割と責任については、管理職倫理要領で明文化され、会議や研修の機会に適宜表明している。また平常時のみならず災害時における各部署の役割と責任を明確にしたマニュアルを作成して訓練に役立てている。また職員で組織する委員会などに参加し、課題解決のための手順等職員と随時協議している。 職務の分担については、事務決裁規定や災害マニュアル等で文書化され、不在時の権限委任等を含め明確にしている。			☑	イ	管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。	☑	
			☑	ウ	管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。	☑	
			☑	エ	平常時のみならず、有事(災害、事故等)における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。	☑	
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	☑	ア	管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者(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。	☑	a
判断した理由・改善方法等： 施設が定める管理職倫理要領に遵守すべき法令等を明記するほか、社会福祉施設長認定講習の受講や、Webでの研修の受講など、コロナ禍の中で可能な限りの情報収集に努めている。 施設が指定管理者としての立場であることから、行政関係者との連携はきめ細かく実施している。 職員に対しては、コンプライアンスを含む様々な内部研修会を月1回定期的に実施している。			☑	イ	管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。	☑	
			☑	ウ	管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。	☑	
			☑	エ	管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。	☑	
コメント	良い点／工夫されている点： 「管理職倫理要領」を策定し、防災・事故防止・苦情処理・その他マニュアルを含め職務分掌の文書化、有事(災害、事故等)における管理者の役割と責任、管理者不在時の権限委任等を明確化している。また、職員に対して、遵守すべき法令等に関する研修受講を計画的に行っている。						
	改善できる点／改善方法： 特になし。						

II-1 管理者の責任とリーダーシップ (2)

II-1-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている		自己評価		評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
12	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	☑	ア 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。	☑	a
	判断した理由・改善方法等 職員で組織する委員会などに参加し、課題解決のための手順等職員と随時協議している。職員のキャリアアップ制度の見直しや処遇改善加算についても、積極的に取り入れている。また組織として職員から年間研修目標の提出を求めている。教育・研修計画に基づく取り組みの成果を、年1回、施設で行う事例研究発表会で発表しており、施設長が自ら講評を行うなど、取り組みに対しての役員からの評価は高い。 また、令和2年度に全職員を対象とした「働きやすさ・働きがい」に関するアンケートを行い、評価点の低かった人事考査・処遇改善については、年度内に手順を確立し環境整備を図っている。		☑	イ 管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。	☑	
			☑	ウ 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	☑	
			☑	エ 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。	☑	
			☑	オ 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。	☑	
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	☑	ア 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。	☑	a
	判断した理由・改善方法等： 福祉サービスの問題点の改善や教育体制等具体的な組織内体制の構築に取り組んでいる。また、毎月の運営会議を主宰して経営の改善や業務の実効性の向上について取り組んでいる。 特に職員の研修の奨励や有給休暇の取得、育児休暇の取得等働きやすい環境整備を行っており、令和2年度と令和3年度には厚生労働省が定める「ユースエール企業」として認定を受けている。		☑	イ 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。	☑	
			☑	ウ 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。	☑	
			☑	エ 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	☑	
コメント	良い点／工夫されている点： 管理者は、福祉サービスの質と課題、経営の改善と業務（人事、労務、財務）等、定期的に評価・分析を行っている。また職員への「働きやすさ・働きがい」に関するアンケート等をふまえ、職員の教育・研修の充実に向けた具体的な取組につなげている。					
	改善できる点／改善方法： 特になし。					

II-2 福祉人材の確保・育成 (1)

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。		自己評価		評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
14	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	☑	ア 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。	☑	a
	判断した理由・改善方法等： 施設が目標とするサービスの質の確保に必要な人材や人員確保については運営規程で定めているが、特に人材が不足ぎみの介護職員については、規定で定める39名以上の員数（51名）を目標として、欠員が発生した場合は直ちにハローワークを経由して募集をしている。また、高卒新人の採用についても、各学校に情報共有するとともに、サマー求人会場に出席して採用活動を行っている。また、職員の養成・確保のため、資格取得奨励制度を拡充している。		☑	イ 福祉サービスの提供に関わる専門職(有資格の職員)の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。	☑	
			☑	ウ 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。	☑	
			☑	エ 法人(福祉施設・事業所)として、効果的な福祉人材確保(採用活動等)を実施している。	☑	
15	② 総合的な人事管理が行われている。	a	☑	ア 法人(福祉施設・事業所)の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。	☑	a
	判断した理由・改善方法等： 法人が期待する職員像については、客観的な基準に基づき職務職階ごとの人事評価制度（評価25項目）を、令和2年度に構築し、毎年度人事評価研修（評価者・被評価者）を実施して職員に浸透を図っている。その評価は年2回（10月、3月）に所属ごとの個人面談を基本とし、結果を昇給に反映している。 給与規定については、令和2年4月より町の給料表と一致するように改定し、賞与、昇給共町の基準に準じている。 また、介護職員の処遇改善については、令和3年2月より加算（I）の承認を受けたほか、全職員を対象に毎年12月に実施する「職務に対する自己申告書」より求めた意向をもとに、人事異動に反映する取り組みを行っている。働きやすい職場環境づくりが確保できるよう、余裕のある人員配置に心がけている。 定年は60歳としているが、就業を希望する職員全員を、65歳までは嘱託職員で、66歳以上は臨時職員として雇用継続している。また障がい者雇用についても、2名の雇用を継続できている。		☑	イ 人事基準(採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準)が明確に定められ、職員等に周知されている。	☑	
			☑	ウ 一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。	☑	
			☑	エ 職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。	☑	
			☑	オ 把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。	☑	
			☑	カ 職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができている。	☑	
コメント	良い点／工夫されている点： 福祉人材の確保等に関する運営規程を定め、各種制度（人事評価、キャリアアップ、職務に対する自己申告書、資格取得奨励、嘱託職員・臨時職員等継続雇用）の運用、雇用パンフレットの作成や求人イベントへの参加など、総合的な人事管理の取組を行っている。					
	改善できる点／改善方法： 特になし。					

II-2 福祉人材の確保・育成 (2)

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		自己評価		評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
16	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り組んでいる。	a	☑	ア 職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。	☑	a
<p>判断した理由・改善方法等： 施設長は職員の有給休暇の取得状況や時間外勤務のデータを毎月確認し、就業状況を把握している。 職員の就業意向については、年1回全職員を対象とした職務に関する自己申告書等の提出を求めて把握に努めるほか、必要に応じて個別面談も実施している。また、効率的な有給休暇の取得に向けての取り組みのほか、育児休業や短時間勤務を導入することで、厚生労働省が認定するユースエール企業にも令和2、3年度の認証を受けている。 職員の定期健康診断の実施はもとより、人間ドッグ助成制度を構築し、健康を維持するための取組やコロナの検査キット無料配布や陽性検査、インフルエンザの予防接種の費用の助成を拡充している。また、職員の悩み相談に適切に応えられるように、衛生委員会での取り組みの強化や産業医との相談体制を整えている。 職員が育児休業や介護休業が必要とする場合には、所定外労働の免除、時間外労働や深夜業の制限、短時間勤務に等に関する取扱いも定めている。 また、職員の労働条件の向上を図るため、当苑には労働組合が組織されているほか、職員の懇親を目的とした全職員が参加する「睦会」が組織されている。</p>			☑	イ 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。	☑	
			☑	ウ 職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。	☑	
			☑	エ 定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。	☑	
			☑	オ 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。	☑	
			☑	カ ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。	☑	
			☑	キ 改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。	☑	
			☑	ク 福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。	☑	
コメント	<p>良い点／工夫されている点： 施設長は、職務に関する自己申告書や個別面接を通して、職員の就業状況や意向等の把握に努めている。また、定期健康診断、医療助成制度の利用を図るとともに、職員の悩み相談への対応として衛生委員会の取り組みの強化や産業医との相談体制を整えている。また、働きやすい職場づくりの一環として、セラピードッグを導入し、職員の心を癒やす工夫がなされている。</p>					
	<p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>					

II-2 福祉人材の確保・育成 (3)

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		自己評価	<input checked="" type="checkbox"/>		評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
17	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a	<input checked="" type="checkbox"/>	ア	組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
	判断した理由・改善方法等： キャリアアップシステムを再構築し、法人が求める職員像に基づき、資格取得の奨励や職務能力の開発を推進しているほか、プリセプター制度による新人教育にもあたっている。また、職員の年間研修目標を作成し、フロア主任と面談により決定している。 また、人事評価には能力評価と業績評価の2項目で評価され、能力評価は年2回（3月末、9月末）、業績評価は年1回（9月末）に個人面談を基本に実施している。		<input checked="" type="checkbox"/>	イ	個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	ウ	職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	エ	職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	オ	職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末(期末)面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
18	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	<input checked="" type="checkbox"/>	ア	組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
	判断した理由・改善方法等： 苑が定めたキャリアアップシステムには、人材育成に関する基本方針及び目標、期待する職員像を明記し、専門性を高め、より良い介護を目指し日々取り組んでいる。 また、主任級で構成される人材育成委員会を月1回開催し、職員に必要とされる研修内容を協議している。また組織として職員から年間研修目標の提出を求めている。また策定した教育・研修計画に基づく取り組みの成果を、施設で行う事例研究発表会で発表しており、役員からの評価は高い。また施設外研修の案内は、委員会において随時紹介し、参加者を募っているほか、職員玄関に案内を掲示し、受講を促している。研修終了後には、研修受講レポートの提出を求めており、職員の習熟度の把握に努めている。		<input checked="" type="checkbox"/>	イ	現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	ウ	策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	エ	定期的に計画の評価と見直しを行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	オ	定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	

(前頁の続き)

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	<input checked="" type="checkbox"/>	ア	個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
<p>判断した理由・改善方法等： 施設長は、個別の職員の専門資格の取得状況を把握している。新人職員に対してはプリセプター制度によるOJT研修を取り込むほか、職員の経験に応じた研修の参加を奨励している。施設外研修はあらかじめ参加者を募り、受講者は研修修了後復命書を作成するとともに、受講後には他の職員に、フロア会議等を通じて伝達研修を行っている。 内部研修はあらかじめ研修内容を周知したうえで毎月25日を基準に開催し、参加意欲のある職員の機会を確保している。 特に国家資格である介護福祉士、正看護師、管理栄養士、調理士、介護支援専門員及び外部研修による喀痰吸引の資格取得等については、積極的に推奨している。</p>							
<p>良い点／工夫されている点： キャリアアップシステムを再構築し、職員の資格取得サポートに取り組んでいる。人事評価制度により、職員の自己申告書、年間目標をフロア主任と協議し、必要に応じて施設長との個人面談を経て、職員の能力と業績を評価するとともに、教育・研修の成果として、年度末に事例研究発表会で発表する機会を設けている。人材育成委員会は、新人研修、階層・職種・テーマ別研修の評価と見直しを常時行い、職員の質の向上に向けた体制を確立している。</p>							
<p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>							

コメント

II-2 福祉人材の確保・育成 (4)

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。		自己評価	<input checked="" type="checkbox"/>	評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
20	① 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。	a	<input checked="" type="checkbox"/>	ア 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
	<p>判断した理由・改善方法等：</p> <p>実習受け入れに関するマニュアルには、実習の意義として受け入れに関する基本姿勢を明記しており、コロナ禍においても、積極的に実習生を受け入れている。</p> <p>実習プログラムは職種ごとに作成されており、必要に応じて学校側と実習期間中においても継続的な連携を図っている。</p> <p>実習生には、実習期間を通して毎日カンファレンスを実施し、成果や反省点等については実習先に随時報告している。</p> <p>職員には臨床指導者、介護福祉士実習指導者、認知症介護指導者等の資格を有する職員も実習に参画している。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	イ 実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	ウ 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	エ 指導者に対する研修を実施している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	オ 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
コメント	<p>良い点／工夫されている点：</p> <p>実習受け入れに関する基本マニュアルと各職種別のマニュアルを整備し、臨床指導者、介護福祉士実習指導者、認知症介護指導者等の有資格職員により、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。</p>					
	<p>改善できる点／改善方法：</p> <p>特になし。</p>					

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。		自己評価		評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
21	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	☑	ア ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。	☑	b
	<p>判断した理由・改善方法等： 運営の透明性を確保するため、ホームページには理念や基本方針、福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、苦情案件等を適切に情報公開している。また、施設の指定管理受託法人であることから、運営に関する書類等は南越前町担当部局に毎年提出するとともに、担当課長には評議委員の役職就任を依頼している。 また、年4回発行する広報誌は、利用者ご家族はもとより、周辺自治体、周辺事業者、地域の各種団体、各小中学校、ボランティア団体、法人役員等に定期的に配布し、事業所等で行っている活動等を紹介して理解を深めている。</p>		☑	イ 福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。	☑	
			□	ウ 第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。	□	
			☑	エ 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人(福祉施設・事業所)の存在意義や役割を明確にするように努めている。	☑	
			☑	オ 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。	☑	
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。	b	☑	ア 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルールが明確にされ、職員等に周知している。	☑	b
	<p>判断した理由・改善方法等： 事業所における経理事務等のルールについては、経理規程に定めている。監査委員2名については、税理士の資格を有する町の代表監査委員と福祉行政経験を有する町のOB(保健福祉課長)に就任いただくとともに、内部監査は年2回(11月・5月)開催し、その結果に基づいた経営改善を実施している。 また、判断に迷う案件があった場合の相談先との専門員派遣について相手方を選定している。</p>		☑	イ 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。	☑	
			☑	ウ 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について、必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を得ている。	☑	
			☑	エ 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。	☑	
			□	オ 外部監査の活用等により、事業、財務に関する外部の専門家によるチェックを行っている。	□	
			□	カ 外部監査の結果や公認会計士等による指導や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。	□	
コメント	<p>良い点/工夫されている点： 特になし。</p>					
	<p>改善できる点/改善方法： 第三者評価の受審結果や、苦情の対応・改善状況についてホームページ等による公表が望まれる。また、監査委員による内部監査を実施し、その結果に基づき経営改善がなされているが、外部の専門家による事業、財務に関する外部監査の活用等による経営改善に向けた取組みが望まれる。</p>					

II-4 地域との交流、地域貢献 (1)

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		自己評価	<input checked="" type="checkbox"/>		評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
23	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	<input checked="" type="checkbox"/>	ア	地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
<p>判断した理由・改善方法等： 基本方針に地域との関わりを明記しているが、コロナ渦の中で、直接的な交流は長く制限されてはいるものの、南越前町文化祭の作品展や社協主催のふれあいサロンへの参画、苑独自の認知症カフェほのほのの開催を拡充している。感染の終息を機にこれまで行ってきた小中学校生との交流やそば打ち体験、文化的団体の発表など地域との交流を再開していきたい。 活用できる社会資源についても施設内で掲示はしてあるものの、感染予防のため、個別対応ができにくい時期であることから、苑全体での活動として利用者の要望を募り、外出支援や買物支援を行っている状況である。</p>			<input checked="" type="checkbox"/>	イ	活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	ウ	利用者の個別の状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	エ	福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	オ	利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
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	<input checked="" type="checkbox"/>	ア	ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
<p>判断した理由・改善方法等： ボランティア受入要綱・活動説明書を作成し、受け入れに係る基本姿勢及び手続等を明示し、希望者に説明している。コロナ渦の中で、施設内の立ち入りを制限していることから、直接的な交流は減少しているが、周辺の草刈りや樹木選定などのボランティア受け入れは継続している。 また、福井県社協が実施しているボランティア体験2022に参加し、体験施設としての登録を行っている。 例年、町内中学校で実施している「キャリアチャレンジ14」については、受け入れ意思は示しているものの中止となっている。</p>			<input checked="" type="checkbox"/>	イ	地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	ウ	ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	エ	ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	オ	学校教育への協力を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	<p>良い点/工夫されている点： 基本方針に「地域貢献の推進と地域との連携促進」を明記し、活用できる社会資源について施設内に掲示している。また、利用者の外出・買物支援や「認知症カフェほのほの」の開催、町文化祭や社協「ふれあいサロン」への出展を通じて地域との関係づくりに努めている。また、ボランティアの受入れにあたっては、ボランティア受入要綱、活動説明書をもとに基本姿勢や手続等を説明し、活動に取り組んでもらっている。</p>						
	<p>改善できる点/改善方法： 特になし。</p>						

II-4 地域との交流、地域貢献 (2)

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		自己評価	<input checked="" type="checkbox"/>		評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
25	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	<input checked="" type="checkbox"/>	ア	当該地域の関係機関・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いる。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
<p>判断した理由・改善方法等： 施設長は、町の社会福祉協議会の役員を受任し、社会福祉に関する活動内容や情報を共有し、地域社会の一員として関係機関との連携を図っている。担当者は地域包括支援センターが主催の南越前町地域ケア会議やケアマネ連絡会に参加し、地域でのネットワーク化の役割を担っている。 また、施設独自の取組として認知症を抱える高齢者や家族の集いの場としての認知症カフェを令和3年度より開催しているとともに、各集落の集会場に出向いてのふれあいサロンに以前から取り組んでいる。 行政から相談があれば、虐待案件等についても早期の入所対応を図っている。 また当施設は、災害時の福祉避難所として町から指定を受けている。</p>		<input checked="" type="checkbox"/>	イ	職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	ウ	関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	エ	地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	オ	地域に適切な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。	<input checked="" type="checkbox"/>		
コメント	<p>良い点／工夫されている点： 地域での公益的活動を推進するため、地域ケア会議やケアマネ連絡会を実施している。また、地域の関係機関・団体との協働した取組みとして、各集落公民館での「地域ふれあいサロン」への参加、県社会福祉法人連携事業推進協議会の「ふく福サポート事業」への参加、当苑デイサービスでの「認知症カフェ」の開催等に取り組んでいる。</p>						
	<p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>						

II-4 地域との交流、地域貢献 (3)

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		自己評価		評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
26	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	☑	ア 福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。	☑	a
<p>判断した理由・改善方法等：</p> <p>認知症を抱える高齢者や家族の集いの場として認知症カフェを令和3年度より開催している。また、各集落に出向いての地域ふれあいサロンに月1回前後のペースで参画している。</p> <p>施設は災害時の福祉避難所としても指定されているほか、生活困窮者総合相談・生活支援事業の会員に加盟しており、支援実績も有している。</p> <p>今後は、介護技術研修を行うにあたり、デイサービス・ショートステイ利用者ご家族等に参加を呼び掛けたり、地域包括支援センター等の共催による介護相談の実施も検討していきたい。</p>			☑	イ 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。	☑	
			☑	ウ 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。	☑	
			☑	エ 災害時の地域における役割等について確認がなされている。	☑	
			☑	オ 多様な機関等と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。	☑	
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	☑	ア 福祉施設・事業所の機能を地域に還元することなどを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。	☑	a
<p>判断した理由・改善方法等：</p> <p>施設に併設するデイサービスセンター等事業を通じて家族等の要望を収集するほか、地域ケア連絡会をはじめ行政、福祉関係者による様々な会議等に出席し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>施設は災害時の福祉避難所としても指定されているほか、生活困窮者総合相談・生活支援事業の会員に加盟しており、支援実績も有している。</p> <p>これまで培ってきた介護・福祉の専門性を地域に還元する取り組みとして、関係機関と協働してのふれあいサロンや認知症カフェの継続、講師派遣、介護教室の開催、福祉避難所の受託継続等中長期計画に定めている。</p>			☑	イ 民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。	☑	
			☑	ウ 地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。	☑	
			☑	エ 関係機関・団体との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。	☑	
			☑	オ 把握した福祉ニーズにもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。	☑	
			☑	カ 把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。	☑	
コメント	<p>良い点／工夫されている点：</p> <p>当苑デイサービスセンターを活用して、利用者家族を含む地域住民を対象とした「認知症カフェ」を開催している。また、生活困窮支援事業など福祉ニーズにもとづいた取組みの他に、町内の各集落で開催される「地域ふれあいサロン」に参加するなど、地域貢献に関わる活動を積極的に行っている。</p>					
	<p>改善できる点／改善方法：</p> <p>特になし。</p>					

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス (1)

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		自己評価	評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
28	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	ア	理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。	ア
	判断した理由・改善方法等： 理念や基本方針に利用者を尊重したサービス提供が示されており、利用者尊重についての業務標準書やプライバシー保護・身体拘束適正化・虐待防止・介護マニュアル等にも基本姿勢が反映されている。各種マニュアルは各フロアに配布されており、研修会で確認するなど周知徹底を図っている。介護職員を対象に高齢者虐待防止のセルフチェックを各グループごとに話し合う機会を持ち、組織全体で助け合う必要性を再認識している。さらに不適切ケアの研修や人権擁護の研修を開催しているほか、年1回の事例研究発表会では利用者を尊重した事例の発表が多い。個人情報保護や身体拘束を禁止している旨は、入所時の重要事項説明書において契約している。		イ	利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。	
			ウ	利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。	
			エ	利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。	
			オ	利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。	
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	ア	利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。	a
	判断した理由・改善方法等： 利用者のプライバシー保護については、入職時の新人研修の際に行うほか、介護職員には介護マニュアルを配布して理解を図るほか、トイレの前などにドアは閉めましょう等の張り紙を掲示したり、多床室はカーテンを利用してプライベート空間を確保するなど、日々の介護の場面で常に職員が意識できる工夫をしている。 また、苑内研修の目標は、専門職としての知識、社会性、倫理を備え、利用者本位のサービスができることを心がけており、プライバシー・個人情報保護や虐待の予防に関する研修を年1回以上開催している。 不適切な事案が発生した場合のフローチャートは、虐待の防止に関する指針に定め、対応することになっている。		イ	利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。	
			ウ	利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。	
			エ	一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。	
			オ	利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。	
			カ	規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスが実施されている。	
			キ	不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。	
コメント	<p>良い点／工夫されている点： 利用者を尊重したサービス提供等が明示された理念や基本方針を各フロアの壁面や職員のテーブルに掲示し、職員は朝礼時や会議前に唱和している。また、職員は「高齢者虐待防止のセルフチェック」を使用し、利用者の虐待防止等の権利擁護について理解を促している。施設内で虐待、不適切ケアが発生した場合のフローチャートを作成し、適切な対応および再発防止に努めている。</p> <p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>				

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス (2)

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。		自己 評価	<input checked="" type="checkbox"/>		評価の着眼点(該当する場合は口にチェック)	評価結果	
30	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	<input type="checkbox"/>	ア	理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
	判断した理由・改善方法等： サービス選択に必要な情報は、ホームページを作成し施設の紹介を行っている。理念や実施するサービスの内容を記載したパンフレットについても作成し、利用希望者や行政・社協・各種団体等に配布している。施設申し込みには、相談員が個別に対応し、質問や不安の解消のための説明を丁寧に行っている。コロナ禍で特養の体験入所は出来ていないが、デイサービスの体験利用には応じている。 また、入所申し込みをされたご家族については、定期的に電話連絡し、入所希望者の生活状況や病状の確認、苑の空き状況など説明している。		<input checked="" type="checkbox"/>	イ	組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	ウ	福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	エ	見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	オ	利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
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	<input checked="" type="checkbox"/>	ア	サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
	判断した理由・改善方法等： 施設長はサービス利用に際し、入所時の苑の方針や現状について、パンフレットや資料に基づき丁寧に説明をするほか、相談員よりサービスの具体的内容や料金等が記載された重要事項を説明している。 ご家族にさせていただく手続きについては、資料を用意し、利用者によりわかりやすいように居住地別に説明し、介護度にあわせた料金等や看取りに関する事項等説明している。 国の制度改定等による料金の変更等がある場合については、変更点を詳細に記載した書面を送付し、ご同意をいただいている。 また、病状説明が必要なご利用者については、ご家族に連絡し、来訪していただいたうえで嘱託医とともに分かりやすく説明している。 契約時には家族や代理人、後見人と契約を行っている。		<input checked="" type="checkbox"/>	イ	サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	ウ	説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	エ	サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	オ	意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。	<input checked="" type="checkbox"/>	

(前頁の続き)

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	<input checked="" type="checkbox"/>	ア	福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
<p>判断した理由・改善方法等：</p> <p>他事業者や家庭への移行についてはあまり例はないが、令和2年9月に在宅での看取り希望者の意向に応じて、看護師、介護士、相談員、居宅ケアマネが連携し、スムーズなサービス移行に向けた配慮を行った事例がある。ご家族への病状説明や在宅サービスに向けた居宅選定サービス検討、タイミングの見極め、搬送、介護申し送りなど、ご家族からの相談にきめ細かく応えることができた。</p> <p>病院等へ移行する場合には、病院受診・入退院時対応マニュアルに基づき、経過やADL、身体状況について直ちに看護サマリーを作成し、文書で引き継いでいる。また看取りが必要となった場合は、嘱託医とともに病状説明を行い、担当相談員がご家族の支援を行っている。</p> <p>利用者がお亡くなりになった場合は、おおむね3か月後に担当介護職から利用者を偲ぶお手紙の送付を継続している。</p>							
<p><input checked="" type="checkbox"/> イ</p> <p>他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。</p>							
<p><input checked="" type="checkbox"/> ウ</p> <p>福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。</p>							
<p><input checked="" type="checkbox"/> エ</p> <p>福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。</p>							
コメント	<p>良い点／工夫されている点： 福祉サービスに関する情報が掲載されたホームページやパンフレットは、写真や絵を使用し、誰にでもわかりやすい内容になっている。また、サービス開始時や変更時には、生活全般について丁寧に説明し、利用者および家族から同意書を得ている。また、退所マニュアルにそって退所時サマリー（引継ぎ書）を作成し、福祉サービスの継続性に配慮している。</p>						
	<p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>						

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス (3)

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		自己評価	<input checked="" type="checkbox"/>		評価の着眼点 (該当する場合は□にチェック)	評価結果	
33	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	<input checked="" type="checkbox"/>	ア	利用者満足に関する調査が定期的に行われている。	<input type="checkbox"/>	b
<p>判断した理由・改善方法等 コロナ禍が継続する中、家族会等は開催できていないことから、外出や外泊が困難な利用者の希望を叶えるための生活満足度アンケートを実施し、個別対応や課題について委員会で検討している。ご家族にはケアカンファレンス時に聞き取りしている。また職員提案で出された利用者の満足度の上昇に資する提案を積極的に実現し、その費用についても苑で負担している。 利用者の食事については、嗜好調査を利用者や職員を対象として定期的に行い、参加職員から答えることができない利用者さんの喜ぶ食べものを記入してもらうなど、その意向にできるだけ添えるよう実施している。</p>		<input checked="" type="checkbox"/>	イ	利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足度を把握する目的で定期的に行われている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	ウ	職員等が、利用者満足度を把握する目的で、利用者会や家族会等に参加している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	エ	利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	オ	分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
コメント	<p>良い点／工夫されている点： 特になし。</p>						
	<p>改善できる点／改善方法： 施設運営全般に対する利用者の満足度調査を行っているが不定期であるため、定期的な調査の実施が望まれる。</p>						

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス (4)

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。		自己評価		評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
34	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	☑	ア 苦情解決の体制(苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置)が整備されている。	☑	a
	判断した理由・改善方法等： 苦情解決要綱に基づき、苦情解決責任者、フロアごとの苦情受付担当者を設置し、苦情解決フローチャートに基づき対応している。ご家族に対しては入所時に仕組みや連絡先などを重要事項説明書や苦情解決体制のご案内にて説明している。 苦情内容は、事実関係を確認した後、その対応策を含めて申し出者のご了解を得られるよう真摯に対応している。 また、苦情解決第三者委員には書面でもって報告を行うほか、申し出者のご了解を得て公表している		☑	イ 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。	☑	
			☑	ウ 苦情記入カードの配布やアンケート(匿名)を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。	☑	
			☑	エ 苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。	☑	
			☑	オ 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。	☑	
			☑	カ 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。	☑	
			☑	キ 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	☑	
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	☑	ア 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。	☑
	判断した理由・改善方法等： 苦情記入カードは施設内と正面玄関に投函箱を設置し、申し出しやすい工夫を行っている。また利用者や家族が複数の相談相手を選べることや相談担当者を各フロアごとにわかりやすく説明した掲示物を掲示している。申し出はメールや電話でも受け付け可能であり、申し出者の負担とならないよう努めている。また秘匿性を保てるよう相談ルームとして3か所のスペースを用意している。		☑	イ 利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。	☑	
			☑	ウ 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。	☑	

(前頁の続き)

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	<input checked="" type="checkbox"/>	ア	相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
<p>判断した理由・改善方法等： 利用者や家族からの意見や提案を含め、報告の手順や対応策の検討については苦情解決要綱に規定されており、迅速に対応している。また、フロア会議録には、個々の利用者から出された意見や要望については検討・対応結果を記載し、必要があれば共通理解を促すため大きく掲示する等の対応を図っている。 また、ご家族の面会時には担当介護職がしばらく同席し、ご家族の意向を確認したり、カンファレンスのご案内時にご意見・ご提案の記入欄を設け、出された意見等に対しては面談時に説明し、ご理解をいただくなど積極的なコミュニケーションの機会を図っている。</p>							
<p><input checked="" type="checkbox"/> イ 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。</p>							
<p><input checked="" type="checkbox"/> ウ 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。</p>							
<p><input checked="" type="checkbox"/> エ 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。</p>							
<p><input checked="" type="checkbox"/> オ 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。</p>							
<p><input checked="" type="checkbox"/> カ 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。</p>							
コメント	<p>良い点／工夫されている点： 苦情解決要綱、苦情解決フローチャートを整備し、苦情解決の責任者・窓口担当を設置し周知するなど、苦情対応や解決のしくみを確立している。また、利用者からの相談場所は、施設内の介護支援事業所、カンファレンスルームなどを活用し、相談対応チャートに沿って迅速に対応している。</p>						
	<p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>						

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス (5)

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。		自己評価	☑	評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
37	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	☑	ア リスクマネジメントに関する責任者の明確化(リスクマネージャーの選任・配置)、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。	☑	a
	<p>判断した理由・改善方法等： 事故防止委員会では、対策マニュアル作成して、研修会等で周知を図っている。事故事例やヒヤリハットを収集・分析し、その対策を月1回のペースで評価・検証している。 緊急時における対応マニュアルをはじめ、職員の役割りを明確にした体制を整えており、委員会には施設長が参画し、定期的に安全確保に関する検討を行っている。 事故が発生した場合は、職員から程度を問わず施設内共有サイトA I P Oを活用しての迅速な報告を徹底しており、職員全体での情報共有はもとより、報告された事例は原因を究明し、改善措置を講ずるとともにモニタリング評価をしている。 また、施設独自のリスク防止策として、個別注意書きを作成し、事故が予測される場所に掲示してある。</p>	☑	イ 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順(マニュアル)等を明確にし、職員に周知している。	☑		
		☑	ウ 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。	☑		
		☑	エ 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。	☑		
		☑	オ 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。	☑		
		☑	カ 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。	☑		
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	☑	ア 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。	☑	a
	<p>判断した理由・改善方法等： 感染症対策委員会で感染予防及び蔓延防止に関するマニュアルを整備し、随時見直しを行っている。インフルエンザの予防については、苑独自の助成制度により、全職員に予防接種を義務付けている。また食中毒予防については、調理員は徹底した感染予防対策を実施するほか、必要な検便検査を全職員に義務付けするとともに、ノロウイルスの発生時期には、検便検査を追加して食中毒を予防している。また新型コロナ感染対策においては、直ちにマニュアルを整備し、県の基準に基づいた手指消毒やマスク、フェースシールドの着用など感染対策を徹底するとともに、ショートステイにおいては約2年間、デイサービスにおいては1か月間のサービス停止期間を設けて施設改修を行い、感染防止に繋げている。また、発熱者や家庭内感染者が判明したときは、嘱託医と相談しながら、関係する利用者や職員の一斉PCR検査や抗原検査を適宜行い、感染の拡大防止に努めている。</p>	☑	イ 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。	☑		
		☑	ウ 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。	☑		
		☑	エ 感染症の予防策が適切に講じられている。	☑		
		☑	オ 感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。	☑		
		☑	カ 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。	☑		

(前頁の続き)

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	<input checked="" type="checkbox"/>	ア	災害時の対応体制が決められている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
<p>判断した理由・改善方法等： 施設の立地条件は、洪水に関してはレッドゾーン、土砂災害についてはイエローゾーンに指定されていることから、苑独自の防災マニュアルを定めているほか、大雨災害に関するマニュアルなど、職員の役割等を明確にした体制を整えている。 また火災・洪水等想定した訓練を定期的に行い、消防、行政等から頂いた講評を参考にして次回訓練に反映している。 感染症対策については、地域の状況の把握に努め、状況にあった対応・制限を迅速に行っている。 食料や防災機器などの備蓄品リストも作成している。</p>							
<p>良い点／工夫されている点： 毎月開催する事故防止・感染症対策に関する委員会で、安心・安全な福祉サービスの提供について協議を行っている。また、対応マニュアルの見直し時には職員アンケートを実施し、職員の意見が反映されるようにしている。災害対応に関しては、施設の立地環境から水害を中心に計画し、訓練時には町役場防災部局が参加している。</p>							
コメント	<p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>						

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保 (1)

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。		自己評価	評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
40	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	ア 標準的な実施方法が適切に文書化されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・改善方法等： 標準的な実施方法については、介護マニュアルとして整理し、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されており、フロアに配布した各種マニュアル集とともに、各介護職員一人ひとりに配布した介護マニュアルを参考にサービスの提供を行っている。 また居室には個別注意書きやリハビリ方法をベットサイトに掲示し、ケアの方法について誰もが確認できるようにしている。 職員への指導はフロアリーダーが随時標準的な実施方法に基づいて指導を行っている。		<input checked="" type="checkbox"/>	イ 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>	ウ 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>	エ 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。	<input checked="" type="checkbox"/>	
41	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	ア 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
判断した理由・改善方法等： マニュアルの改正については、介護に関する法令の改正時や施設の規定変更時に応じて、施設長、総括主任、事務主任の協議により、遅滞なく改正事務を行っている。特にサービスの標準的な実施方法については、介護マニュアルに定め、介護状況変化や介護事故の検証の結果により変更する必要がある箇所については、事故防止委員会などで検証した結果により年度末に改正している。 その他のマニュアルの変更を要する場合は、人材育成委員会に素案を提出し、検証した後、再配布している。		<input checked="" type="checkbox"/>	イ 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的の実施されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>	ウ 検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>	エ 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	良い点／工夫されている点： サービス提供に関する標準的な実施方法は、基本となる倫理や業務全般を説明している「ほのぼの苑マニュアル」に明記している。また、職員を対象とした定期的な研修に加え、プリセプター制度により職員指導を実施している。				
	改善できる点／改善方法： 特になし。				

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保 (2)

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。		自己評価	☑	評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
42	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	☑	ア 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。	☑	a
	<p>判断した理由・改善方法等： 施設独自のアセスメント様式を用いて、細かくアセスメントを行い、記録している。施設のケアマネジメントマニュアルに定期的な見直しの時期と手順を定められており、部門を超えてアセスメントを行っている。また、利用者一人ひとり、家族の具体的なニーズが明記されている。</p> <p>サービス実施計画策定の責任者を定めるとともに、サービス担当者会議を担当介護士、理学療法士、管理栄養士、看護師など部門を超えて定期的に行っている。個別の介助方法や手順はサービス実施計画書に示されており、記載のとおりに行われているか担当職員及び介護支援専門員が3か月ごとにモニタリングを実施している。また利用者個々のリハビリやポジショニングに関しては、ベットサイトやファイルに写真入りで作成し活用している。</p>	☑	イ アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。	☑		
		☑	ウ 部門を横断したさまざまな職種の関係職員(種別によっては組織以外の関係者も)が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。	☑		
		☑	エ 福祉サービス実施計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。	☑		
		☑	オ 福祉サービス実施計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員(種別によっては組織以外の関係者も)の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。	☑		
		☑	カ 福祉サービス実施計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。	☑		
		☑	キ 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。	☑		
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	☑	ア 福祉サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。	☑	a
	<p>判断した理由・改善方法等： サービス実施計画の見直しについては、ケアマネジメントマニュアルに基づき、各フロアにその月のカンファレンス日程と参加者を掲示しており、介護記録に内容を含め記載される。また変更したサービス実施計画は、関係するフロア職員に回覧している。利用者の入院等により変更の必要があるときは、手順に従いケアカンファレンスを実施している。</p>	☑	イ 見直しによって変更した福祉サービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。	☑		
		☑	ウ 福祉サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。	☑		
		☑	エ 福祉サービス実施計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容(ニーズ)等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。	☑		
コメント	<p>良い点/工夫されている点： アセスメントは確認項目が細かく設定された施設独自の様式により実施しており、栄養士、理学療法士、看護師、介護職など部門を横断し協議している。また、支援困難ケースへの対応は、毎月の委員会でもケース検討を実施している。</p> <p>改善できる点/改善方法： 特になし。</p>					

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保 (3)

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		自己評価		評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
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、職員間で共有化している。	a	ア	利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
	<p>判断した理由・改善方法等：</p> <p>利用者の身体状況や生活状況は、個別のアセスメントシートで把握し、記録している。ケアプランに基づいた経過記録については、ほぼ毎日記録されている。記録内容や書き方に差異が生じないようにファイルにサービス内容や書き方の例を挟み込んでいる。サービス実施計画に基づいたデイサービス利用日誌や診療日誌等は、毎日記録をグループごとに作成しており、施設長に提出し確認を得ている。特に診療日誌は電子データ化されており、利用者の身体状況についていつでも閲覧が可能となっている。組織の情報共有のため、各フロアで申し送りノートにより確認するほか、パソコンによるネットワークを構築し、入退院、受診、夜勤時の状態、事故報告、ショートステイの利用、行事等全フロアで確認できるようにしている。またケアカンファレンスは定期的に担当介護士、理学療法士、管理栄養士、看護師、介護支援専門員等が出席し部門を横断して行われている。</p>		イ	サービス実施計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			ウ	記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			エ	組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			オ	情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			カ	パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	ア	個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
	<p>判断した理由・改善方法等：</p> <p>個人情報保護規定等により利用者の記録の保管、保存、廃棄等の規定を定めてあり、情報開示に関する規定は、契約書にも記載されている。</p> <p>記録管理の責任者は施設長としている。</p> <p>個人情報やプライバシー保護に関する職員研修会を開催し理解を深めるほか、その重要性から、入社時に誓約書に署名している。</p> <p>入所の際には家族等に丁寧に説明し、同意書に記名捺印いただいている。</p>		イ	個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			ウ	記録管理の責任者が設置されている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			エ	記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			オ	職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			カ	個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
コメント	<p>良い点／工夫されている点：</p> <p>福祉サービス実施の記録に関しては、各種「マニュアル」及び「記録の書き方例」が整備され、適切な記録がなされている。また、年1回、全職員対象に個人情報に関する研修を実施している。各フロアのパソコンはパスワードにより管理され、職員間で共有が必要な報告については、パソコン共有ソフトを活用し、各職員が随時確認できるよう工夫している。</p>					
	<p>改善できる点／改善方法：</p> <p>特になし。</p>					

高齢者福祉サービス版自己評価シート（兼調査台帳）【内容評価基準】

A-1 生活支援の基本と権利擁護（1）

A-1-（1） 生活支援の基本		自己評価	<input checked="" type="checkbox"/>		評価の着眼点（該当する場合は口々にチェック）	評価結果	
46	①（特養・通所のみ）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。	a	<input checked="" type="checkbox"/>	ア	利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握・理解し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
<p>判断した理由・特記事項等</p> <p>利用者の心身状況やADL、睡眠、食事、排泄、暮らしの意向、これまでの環境（物的・人的）、生活習慣を把握し、利用者一人ひとりの意向を理解して支援が行えるよう、利用者ごとの情報をファイルにまとめ、職員が把握できるようにしている。</p> <p>また、コロナ禍で外出支援が制限される中でも、フロアごとのレクリエーションを職員提案で拡充し、BBQ大会や昼食バイキング、キッチンカー、出前、鍋パーティー等々を開催し、季節を感じ取っていただく工夫を重ねている。また、誕生会をグループごとに毎月開催し、利用者の長寿を祝っている。また、セラピードッグやカラオケ、映画鑑賞などのプログラムはあらかじめ分かりやすくカレンダーにして施設内に掲示している。</p> <p>希望する利用者には新聞折やタオルたたみ、日替りレク、習字や塗り絵の活動等を随時参加できることとし、その作品は苑内に掲示している。</p> <p>令和3年度には、介護職員7名が参画し、他施設の講師を招聘しての自立支援型実践員育成研修を通年的に企画し、受講後は各フロアでリーダーとして支援を行っている。</p>		<input checked="" type="checkbox"/>	イ	日々の支援において利用者の自立に配慮して援助を行うとともに、自立や活動参加への動機づけを行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	ウ	利用者の希望等を把握し、日中活動に反映するとともに、複数の活動メニューと社会参加に配慮したプログラムが実施されている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	エ	利用者一人ひとりの生活と心身の状況に配慮し、日中活動に参加できるよう工夫している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	オ	利用者が日常生活の中で、役割が持てるように工夫している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	カ	利用者一人ひとりに応じた生活となっているかを検討し、改善する取組が組織的に継続して行われている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	キ	（特養）利用者の心身の状況に合わせ、快適な生活のリズムが整えられるよう支援している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	ク	（特養）利用者の生活の楽しみについて配慮と工夫を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		

(前頁の続き)

47	② 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。	a	<input checked="" type="checkbox"/>	ア	利用者の思いや希望を十分に把握できるよう、日々の支援場面などさまざまな機会、方法によりコミュニケーションを行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
<p>判断した理由・特記事項等： 利用者の考えや希望を十分に聞き入れるよう、普段から回想法や文字を使うなど様々な機会や方法によりコミュニケーションを図っており、聞き取った思いや希望をケアプランに反映させている。また、意思表示が困難な配慮が必要な利用者には、筆談や手話をはじめ、視線や相槌などによる非言語的なコミュニケーションをとっている。水分補給や食事介助の時などは、できるだけ介護職が介助にあたり、利用者が話したいことを話せるよう配慮している。 また、職員には利用者の言葉かけに対する研修を実施し、言葉かけNG集を作成配布している。</p>							
<p>良い点／工夫されている点： 利用者の心身の状態や意向等について普段のコミュニケーションから丁寧に引き出し、聞き取った利用者の思いや希望をケアプランに反映させている。また、意思表示が困難な利用者には、筆談や手話などを使用して利用者の意向把握に努めている。</p>							
<p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>							
コメント							
<p><input checked="" type="checkbox"/> イ 利用者の思いや希望を把握し、その内容を支援に活かしている。</p>			<p><input checked="" type="checkbox"/> ウ 利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいが徹底されている。</p>			<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	
<p><input checked="" type="checkbox"/> エ コミュニケーションの方法や支援について、検討・見直しが定期的に行われている。</p>			<p><input checked="" type="checkbox"/> オ 話すことや意思表示が困難であるなど配慮が必要な利用者には、個別の方法でコミュニケーションを行っている。</p>			<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	
<p><input checked="" type="checkbox"/> カ (特養、通所介護、養護、軽費)利用者が話したいことを話せる機会をつくっている。</p>			<p><input checked="" type="checkbox"/> キ (特養、通所介護、養護、軽費)会話の不足している利用者には特に気を配り、日常生活の各場面でも話をしてもらえるようにしている。</p>			<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	

A-1 生活支援の基本と権利擁護 (2)

A-1-(2) 権利擁護		自己評価	<input checked="" type="checkbox"/>		評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
48	① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a	<input checked="" type="checkbox"/>	ア	権利侵害の防止等のために具体的な内容・事例を収集・提示して利用者に周知している。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
	<p>判断した理由・特記事項等： 理念や基本方針に利用者を尊重したサービス提供が示されており、身体拘束適正化・虐待防止・介護マニュアル等にも基本姿勢が反映されている。身体拘束が緊急やむ負えない場合には、一時的に実施する場合の具体的な手続きと実施方法を明確に定め、研修会を通して確認している。 各種マニュアルは各フロアごとに配布されており、周知徹底を図っている。職員からは虐待に関するアンケートを実施し、年1回のペースで評価を行っている。さらに不適切ケアの研修や人権擁護の研修を開催しているほか、年1回の事例研究発表会では利用者を尊重した事例の発表が多い。 権利侵害が発生した場合は、フローチャートに基づき、虐待防止委員会で今後の対応、再発防止策を検討していく。</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	イ	権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	ウ	原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法を明確に定め、職員に徹底している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	エ	所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にしている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	オ	権利侵害の防止等について職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	カ	権利侵害が発生した場合に再発防止策等を検討し理解・実践する仕組みが明確化されている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
コメント	<p>良い点／工夫されている点： 身体拘束等適正化委員会が中心となり、対応困難な事例について職員間で検討する機会を設け、利用者支援につなげている。</p>						
	<p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>						

A-2 環境の整備

A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		自己評価	<input checked="" type="checkbox"/>		評価の着眼点(該当する場合は口にチェック)	評価結果	
49	① (特養・通所・養護・軽費のみ) 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。	a	<input checked="" type="checkbox"/>	ア	福祉施設の環境は清潔で、適温と明るい雰囲気が保たれている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
<p>判断した理由・特記事項等： 利用者が安心・安全で落ち着けるよう在宅での生活環境に近づけるよう家族の写真を飾ったり、自宅で使用していた日常生活用具も持ち込まれている。 フロア内では行動を制限しておらず自由に行動できる。不眠者や徘徊者に対しては、職員の見守りの中でくつろげるようソファを置くなど配慮している。危険物や異食の事故につながる可能性のある消毒剤やティッシュ等については、利用者の目の届かないところに整理している。トイレに目印つけたり、居室ドアに利用者名を大きく掲示したりして、認知しやすい工夫をしている。 椅子・テーブル・ソファを各フロアに適宜配置し、利用者が休憩しながら施設内を歩行できるよう工夫をしている。利用者の憩い空間として、金魚やメダカの飼育、図書コーナー設置、プランター設置や野菜作りなど新たな取り組みも進めている。</p>			<input checked="" type="checkbox"/>	イ	利用者にとって快適で、くつろいで過ごせる環境づくりの工夫を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	ウ	環境について、利用者の意向等を把握する取組と改善の工夫を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/>	エ	(特養、養護、軽費)利用者の意向やこれまでの生活を尊重した過ごし方ができるよう、居室の環境等に配慮し支援している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
				オ	(通所介護)休息に適した環境づくりを行っている。		
コメント	<p>良い点/工夫されている点： 利用者居室には温度計、湿度計を設置し、各部屋ごとのエアコンで室温調整を行っている。各フロアには椅子、テーブル、ソファの設置し、金魚やメダカの飼育、季節ごとの飾り付けなど、利用者がくつろげる空間づくりを行っている。</p>						
	<p>改善できる点/改善方法： 特になし。</p>						

A-3 生活支援 (1)

A-3 (1) 利用者の状況に応じた支援		自己評価	☑	評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
50	① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	☑	ア 利用者の心身の状況や意向を踏まえ、入浴形態や方法を検討・確認し、入浴支援(入浴介助、清拭、見守り、声かけ等)を行っている。	☑	a
<p>判断した理由・特記事項等： 利用者の心身の状態や意向に合わせ、臥床浴、チェア浴、一般浴、個浴で対応している。利用者の羞恥心や尊厳への配慮に関しては、利用者が男性介護者の入浴介助を嫌がる場合は、同性介護で対応したり、カーテンやバスタオル等で工夫をしている。入浴を拒否する人には間を置いたり曜日を変えたりして対応している。入浴の可否や順番は、体温や感染症の有無等を看護師と相談のうえ、判断している。入浴ができない場合は、マニュアルに基づき看護師と相談のうえ、シャワーや清拭等に変更している。 利用者にはできることはできるだけ自分で行っていただくよう、入浴の場面であっても自立に向けた支援を行っている。また、便失禁の時などは、必要に応じてその都度入浴やシャワー浴などで対応している。 また季節感を味わっていただくために、ゆず湯やしょうぶ湯などの取組も行っている。</p>		☑	イ	安全・快適に入浴するための取組を行っている。	☑	
		☑	ウ	入浴の誘導や介助を行う際は、利用者の尊厳や感情(羞恥心)に配慮している。	☑	
		☑	エ	入浴を拒否する利用者については、利用者の状況に合わせて対応を工夫している。	☑	
		☑	オ	入浴方法等について利用者の心身の状況に合わせ、検討と見直しを行っている。	☑	
		☑	カ	入浴の可否の判断基準を明確にし、入浴前に健康チェックを行い、必要に応じて清拭等に代えるなどの対応をしている。	☑	
		☑	キ	(特養、通所介護、養護、軽費)心身の状況や感染症、意向等を踏まえて入浴順の配慮を行っている。	☑	
		☑	ク	(特養、通所介護)利用者が自力で入浴できる場合でも、安全のための見守りを行っている。	☑	
		☑	ケ	(養護、軽費)利用者の安全及び健康管理のため、利用者の入浴状況を把握している。	☑	
		☑	コ	(特養、通所介護、養護、軽費)利用者の心身の状況や意向に合わせた入浴形態・方法を実施するための浴槽、福祉用具等が用意されている。	☑	
		☑	サ	(特養、養護、軽費)利用者の健康状態等、必要に応じて、入浴日以外の日でも、入浴あるいはシャワー浴等ができる。	☑	
		☑	シ	(特養、養護、軽費)利用者の意向に応じて、入浴日を変更したり、入浴日以外の日でも、入浴あるいはシャワー浴等ができる。	☑	
			ス	(通所介護、訪問介護)家庭での入浴について利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。		

(前頁の続き)

52	③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	<input checked="" type="checkbox"/>	ア	利用者の心身の状況、意向を踏まえ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
<p>判断した理由・特記事項等： 利用者の心身の状態や意向を踏まえ、理学療法士と相談のうえ、自立に向けた働きかけや移動方法をケアプランに記載している。記載のプランに関しては、3ヶ月毎のモニタリング実施の際に評価・見直ししている。 また、PTは利用者の入所の際、直ちに車いすの移乗や移動の方法について、アセスメント情報をもとに利用者の状況进行评估している。自立レベル、見守りレベル、介助レベルの状態を評価し、フロアスタッフに移動方法等を伝達している。伝達した内容はフロアごとにノートに記録し、共有している。また、必要があればポジショニング写真を作成し、ベットサイトに掲示している。状態の変化があった場合は、その都度再評価し、職員間で情報共有している。 施設内は利用者が周回できる構造となっており、手すりも設置されている。また転倒時の衝撃を緩和するために、全フロアの床マットを令和3年度に更新している。館内はバリアフリー化され、エレベーターを利用して他階への移動も可能である。</p>							
<p>良い点／工夫されている点： 利用者ごとのリハビリメニュー（イラスト入り）が作成され、利用者の心身の状態に応じた支援を行っている。座位保持訓練や排泄コントロール、水分量や運動内容を見直し、自然排泄を目指している。また、全体リハビリを毎日行い、歩行訓練、立位訓練を行っており、排泄の状態に関するスクリーニング支援計画書を作成し、利用者支援につなげている。</p>							
<p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>							

A-3 生活支援 (2)

A-3 (2) 食生活		自己評価	評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果
53	① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a	<input checked="" type="checkbox"/> ア 食事をおいしく、楽しく食べられるよう献立や提供方法を工夫している。 <input checked="" type="checkbox"/> イ (特養、通所介護、養護、軽費) 食事の環境と雰囲気づくりに配慮している。 <input checked="" type="checkbox"/> ウ (特養、通所介護、養護、軽費) 衛生管理の体制を確立し、マニュアルにもとづき衛生管理が適切に行われている。 <input checked="" type="checkbox"/> エ (特養、養護、軽費) 食事を選択できるよう工夫している。 <input type="checkbox"/> オ (訪問介護) 訪問介護員に対して調理に関する研修を行っている。 <input type="checkbox"/> カ (訪問介護) 利用者の意向を確認し、調理している。 <input type="checkbox"/> キ (訪問介護、軽費) 調理器具・台所等の衛生に留意し対応している。	<input checked="" type="checkbox"/> a
判断した理由・特記事項等： 利用者の希望や好みを嗜好調査等により把握し、個別なメニュー提供や献立に生かしている。保温ができる配膳車の使用により適温での食事を提供している。食堂のテーブル間隔を広くし、ゆったりとした雰囲気となっている。発熱等体調不良時のみ居室で配膳することとし、できる限り食堂への誘導を行っている。 給食は自苑方式であるため個別な対応が可能であり、利用者のADLやご希望に応じて、食事の変則的な提供にも対応している。例えば朝食のみパンの方、昼のみ常食の方、副菜のみ常食の方、川魚がダメな方は海の魚を、酢がダメな方には味付けを変えて提供している。また季節を感じていただけるよう、栗ご飯やたけのこご飯、バイキングや行事食を提供し食事を楽しんでいただきながら、無理のない食事形態の見直しを行い、レベルアップに繋げている。				
54	② 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。	a	<input checked="" type="checkbox"/> ア 利用者の心身の状況、嚥下能力や栄養面に配慮した食事づくりと提供方法を工夫している。 <input checked="" type="checkbox"/> イ 利用者の食事のペースと心身の負担に配慮している。 <input checked="" type="checkbox"/> ウ 利用者の心身の状況を適切に把握し、自分でできることは自分で行えるよう支援している。 <input checked="" type="checkbox"/> エ 経口での食事摂取を継続するための取組を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> オ 誤嚥、窒息など食事中の事故発生の対応方法を確立し、日頃から確認、徹底している。 <input checked="" type="checkbox"/> カ 食事提供、支援・介助方法等について利用者の心身の状況に合わせて、検討と見直しを行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> キ (特養、通所介護、訪問介護) 食事、水分の摂取量を把握し、食事への配慮、水分補給を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> ク (特養) 利用者一人ひとりの栄養状態を把握し、栄養ケア計画を作成し、それに基づく栄養ケアマネジメントを実施している。 <input type="checkbox"/> ケ (訪問介護、通所介護) 家庭での食事や水分摂取について、利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。 <input type="checkbox"/> コ (訪問介護) サービス提供時のみならず、利用者の食事全体の聴き取りや確認をしている。	<input checked="" type="checkbox"/> a
判断した理由・特記事項等： 食事箋に基づき嚥下能力に合わせて、常食、刻み食、トロミ食、ミキサー食を提供している。利用者が自力で食べられるようスプーンや自助食器等を使用するなど自力摂取を支援している。座位が可能な利用者には、リハビリチェアや足台、クッションを使用して姿勢を正しく介助している。食事摂取量や水分量は一覧表に記入され、摂取量が少ない利用者に対しては好みのものを提供している。 また、食事口腔ケア委員会において利用者ごとの食事形態アップへの取組も実施している。管理栄養士による栄養ケアマネジメントを行い、利用者が体調不良時には、粥、刻み食に変更するなど介護士から看護師、管理栄養士へと情報を共有している。				

(前頁の続き)

55	③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a	<input checked="" type="checkbox"/>	ア	利用者が口腔機能の保持・改善に主体的に取り組むための支援を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
<p>判断した理由・特記事項等： 毎食後、口腔ケアができない利用者にはできない部分を介助し、口腔チェックをしている。口腔機能を維持・改善するために昼食前に口腔体操を実施している。 義歯の脱着・手入れができない利用者には介助を行っている。各フロアに1か所ずつ車イスで対応できる洗ロスペースを確保するとともに、各テーブルでも食後の口腔ケアを行っている。 週1回、義歯洗浄剤での除菌を行うほか、食事をおいしく食べていただけるよう目標を掲示し、口腔ケアの徹底に努めている。また口腔内に不良があった場合、その都度歯科医による往診で治療・助言を受けている。 利用者一人ひとりの口腔ケアについては、ケアプランに記載し、3ヶ月毎のモニタリング時に評価・見直しを行っている。</p>							
<p>良い点／工夫されている点： 食事口腔ケア委員会が、職員からの意見も参考にしながら、月1回、利用者の食事形態を見直し献立づくりを行っている。また、常食、ミキサー食、刻み食、糖尿食の他に、個人の希望に沿った食事メニューにも対応している。また、口腔内の状態を写真付でファイルし、利用者ごとの口腔目標をたて指導内容を分かりやすく行えるよう工夫している。</p>							
<p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>							
コメント							

A-3 生活支援 (3)

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		自己評価	<input checked="" type="checkbox"/>	評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
56	① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a	<input checked="" type="checkbox"/>	ア 褥瘡対策のための指針を整備し、褥瘡の予防についての標準的な実施方法を確立し取組んでいる。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
<p>判断した理由・特記事項等： 褥瘡予防マニュアルを作成し標準的な実施方法を確立している。職員には年1回程度の研修を開催し、標準的な実施方法の取得を促すとともに、入浴時には体全体のチェックを行い、発赤の発見段階より計画を作成している。福祉用具の選択、体位変換、スキンケア、栄養状態等のチェック、医師や看護師による観察を継続し、2週間おきに評価している。 また、褥瘡の恐れのある利用者のベットのそばにポジショニング写真を掲示し、適切なケアを確実に実施するよう工夫している。また褥瘡改善のため、低反発マットやクッションを合わせて使用し、これらの取組を毎月介護士・看護師・管理栄養士・生活相談員等で構成する褥瘡対策委員会で協議し、対応の評価と今後の対策を検討している。必要があれば嘱託医（外科）の外科的な処置も行っている。</p>		<input checked="" type="checkbox"/>	イ 標準的な実施方法について職員に周知徹底するための方策を講じている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	ウ 褥瘡予防対策の関係職員が連携して取組んでいる。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	エ 褥瘡発生後の治癒に向けたケアが行われている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	オ 褥瘡ケアの最新の情報を収集し、日常のケアに取り入れている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	カ (特養)褥瘡を食事面から予防するために、利用者一人ひとりの食事の摂取状況の確認、栄養管理を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
			キ (通所介護、訪問介護)家庭での褥瘡予防について、利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。			
コメント	良い点／工夫されている点 褥瘡発生予防指針および褥瘡予防マニュアルを整備し、それらにもとづく標準的な実施方法により支援を行っている。また、褥瘡対策委員会が褥瘡経過、エアマット・予防マットの使用状況等を把握し、対応の評価と今後の対策を検討している。					
	改善できる点／改善方法： 特になし。					

A-3 生活支援 (4)

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		自己評価	☑	評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
57	① 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。	a	☑	ア 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養の実施についての考え方(方針)と管理者の責任が明確であり、実施手順や個別の計画が策定されている。	☑	a
判断した理由・特記事項等： 経管栄養・喀痰・吸引マニュアルや業務方法書に基づき、医師の指示のもと適正に実施している。介護職が吸引した場合は利用者ごとの記録を整理し看護師が確認している。また、指導者は頻回に吸引が必要な方や抵抗の強い方、出血しやすい方の吸引方法や手技の確認等について従事する介護職員の個別指導を定期的に行っている。また、3か月ごとに安全委員会を開催し、利用者の状態変化等の情報共有を行っている。 現在、有資格の職員は看護師6名と介護職員33名が在籍しているが、今後3か年で介護職員全員の資格取得を奨励している。		☑	イ	喀痰吸引・経管栄養は、医師の指示にもとづく適切かつ安全な方法により行っている。	☑	
		☑	ウ	医師や看護師の指導・助言のもと安全管理体制が構築されている。	☑	
		☑	エ	介護職員等の喀痰吸引・経管栄養に関する職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。	☑	
		☑	オ	介護職員等の喀痰吸引・経管栄養の研修の機会を確保し、実施体制の充実・強化をはかっている。	☑	
コメント	良い点／工夫されている点： 喀痰吸引・経管栄養の実施については、対応マニュアル、業務方法書、経管・喀痰吸引が必要な利用者一覧表を作成し、有資格者職員が医師の指示のもと行っている。介護職員全員の資格取得を奨励しており、有資格者職員を対象とした研修を定期的に行っている。また、3か月ごとに安全委員会を開催し、利用者の状態変化等の情報共有を行っている。					
	改善できる点／改善方法： 特になし。					

A-3 生活支援 (5)

A-3-(5) 機能訓練、介護予防		自己評価	<input checked="" type="checkbox"/>	評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
58	① 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。	a	<input checked="" type="checkbox"/>	ア 利用者が生活の維持や介護予防に主体的に取り組むための支援を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
<p>判断した理由・特記事項等： 令和3年9月より常勤の理学療法士を採用し、日常的に機能訓練等の支援が可能となる体制をとっている。PTは利用者の入所の際、直ちに身体評価や動作確認を行い、移動手段や介護方法など運動プログラムをを提案し伝達している。また、必要があればポジショニング写真を作成し、情報を共有している。状態の変化があった場合は、その都度評価しなおし、職員間で情報共有している。 リハビリについては、ケアプランに記載し、3ヶ月毎のモニタリング時に評価・見直しを行っている。 利用者の日々の生活動作の中に、ラジオ体操や口腔体操、集団体操やスポーツレクリエーション、カラオケ、ミニ運動会等を取り入れている。生活の中にもリハビリを取り入れ、居室から食堂、食堂からトイレ等への歩行訓練やトイレ誘導時の立位保持、車いすでの自走を行っている。 また、拘縮部位のある利用者については、定期的なマッサージを継続している。</p>		<input checked="" type="checkbox"/>	イ 利用者の状況に応じて、機能訓練や介護予防活動について、専門職の助言・指導を受けている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	ウ (特養、通所介護、訪問介護)日々の生活動作の中で、意図的な機能訓練や介護予防活動を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	エ (特養、通所介護、養護、軽費)一人ひとりに応じた機能訓練や介護予防活動を計画的に行い、評価・見直しをしている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	オ (特養、養護、軽費)判断能力の低下や認知症の症状の変化を早期発見し、医師・医療機関との連携など必要な対応を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
			カ (通所介護、訪問介護)認知症の症状の早期発見に努め、介護支援専門員を通して医療機関等につないでいる。			
			キ (訪問介護)自宅や地域での介護予防活動やメニューについて助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。			
コメント	<p>良い点／工夫されている点： リハビリについては、3か月ごとにモニタリングを行い、利用者の身体的状態に応じて見直しを行っている。施設の長い廊下を利用して歩行訓練を実施するなど、日常生活の中にもリハビリを取り入れている。</p>					
	<p>改善できる点／改善方法： 特になし。</p>					

A-3 生活支援 (6)

A-3- (6) 認知症ケア		自己評価	<input checked="" type="checkbox"/>	評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
59	① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a	<input checked="" type="checkbox"/>	ア 利用者一人ひとりの日常生活能力や機能、生活歴について適切にアセスメントを行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
<p>判断した理由・特記事項等： 独自のアセスメントシートにより日常生活能力や残存機能の評価を行っている。認知症状のある利用者の観察を記録し、看護師等の助言を得てケアを行っている。また軽作業ができる利用者に対しては、新聞折やタオルたたみ、下膳の手伝い等職員と一緒にを行い、生活の中でできることを支援している。また書道や貼り絵、野菜切りなどのレクリエーションを随時開催したり、計算ドリル、ぬり絵、脳トレや毛糸網みなど生活の中に楽しみを取り入れている。 認知症ケア委員会は月1回程度開催し、困難な事例に対する対応について検討し、その支援内容について職員間で情報を共有している。 職員には定期的に認知症に関する基本的な理解についての内部研修を行っているほか、認知症介護を遂行する上で、必要な知識や技術、考え方を身につけるため、認知症介護実践者研修の受講を奨励し、現在28名が受講しており、認知症の人にとっての適切なケアの理解を深めている。 抑制や身体拘束は行っておらず、やむを得ない場合に限り必要な手順を定めている。</p>		<input checked="" type="checkbox"/>	イ あらゆる場面で、職員等は利用者配慮して、支持的、受容的な関わり・態度を重視した援助を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	ウ 行動・心理症状(BPSD)がある利用者には、一定期間の観察と記録を行い、症状の改善に向けたケアや生活上の配慮を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	エ 職員に対して、認知症の医療・ケア等について最新の知識・情報を得られるよう研修を実施している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	オ (特養・通所介護、養護、軽費)認知症の利用者が安心して落ち着ける環境づくりの工夫を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	カ (特養、通所介護、養護、軽費)利用者一人ひとりの症状に合わせて、個人あるいはグループで継続的に活動できるよう工夫している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	キ (特養、通所介護、養護、軽費)医師及び看護師等の関係職員との連携のもと、行動・心理症状(BPSD)について分析を行い、支援内容を検討している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
			ク (通所介護・訪問介護)サービス利用時の様子を家族に伝えるなどして、よりよいケアの方法を家族と共有するようにしている。			
			ケ (通所介護・訪問介護)家族の悩みや相談を受けとめ、よりよいケアの方法を家族と共有するようにしている。			
	コ (通所介護、訪問介護)認知症の理解やケアに関して、利用者・家族に助言したり、家族会などの社会資源について情報提供を行っている。また、助言した内容については、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。					
コメント	<p>良い点/工夫されている点： 認知症ケア委員会が中心となり困難事例の対応について検討する場を設け、その支援内容について職員間で情報共有している。また、職員を対象に、認知症に関する基本的な理解や対応の仕方に関する研修等を定期的実施している。</p>					
	<p>改善できる点/改善方法： 特になし。</p>					

A-3 生活支援 (7)

A-3-(7) 急変時の対応		自己評価	評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
60	① 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。	a	ア 利用者の体調変化に気づいた場合の対応手順、医師・医療機関との連携体制を確立し、取組んでいる。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
<p>判断した理由・特記事項等：</p> <p>利用者の体調の変化があった場合、担当介護士から看護士にピッチを利用して迅速に報告し、看護師が状態を観察したうえで、嘱託医に報告、処置の指導を受けている。コロナ感染禍の昨今では、利用者には1日数回（地域の感染状況による）の検温を継続して体調変化の早期発見に努めているほか、必要があれば医師の指示により抗原検査を実施する体制をとっている。</p> <p>利用者の診察については、毎週月曜・火曜・水曜・金曜の午後から嘱託医の往診を受ける体制がとられている。夜間等往診以外の時間においても、嘱託医との電話による指示をいただくことも可能である。嘱託医の判断で大きな病院の受診の必要があるときは、ご家族が希望する病院への搬送も随時行っている。</p> <p>夜間看護師はオンコール体制をとっているため、利用者の急な体調変化や異変の兆候が見られた場合は、看護・医療体制マニュアルに基づき、夜勤者から看護師に状態を報告し、医師の指導を受け、家族に連絡、協力病院等と協議するなど迅速に対応している。日頃より介護職と看護師がミーティングに参加するなど情報を共有している。</p> <p>また、高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用に関する研修を実施しているほか、各種救命講習の受講やAEDの使い方研修も定期的実施している。</p>		<input checked="" type="checkbox"/>	イ 日々の利用者の健康確認と健康状態の記録を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>	ウ 利用者の体調変化や異変の兆候に早く気づくための工夫をしている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>	エ 職員に対して、高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用等に関する研修を実施している。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>	オ 体調変化時の対応について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>	カ (特養、通所介護、養護、軽費)利用者の状況に応じて、職員が適切に服薬管理または服薬確認をしている。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	キ (通所介護)その日の体調について、迎え時に家族から情報を得て、さらに利用開始時・終了時には必ず健康チェックを行っている。		
		<input type="checkbox"/>	ク (通所介護)異変があった場合には、家族、医師、介護支援専門員等に連絡する体制を確立している。		
<input type="checkbox"/>	ケ (訪問介護)訪問時に健康チェックを行い、異変があった場合には、家族、医師、訪問看護事業所、介護支援専門員等に連絡する体制を確立している。				
コメント	<p>良い点/工夫されている点：</p> <p>利用者の診察は、毎週4回（月・火・水・金曜の午後）から嘱託医の往診を受けることができる体制を取っている。また、職員を対象に、高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用に関する研修、各種救命講習の受講やAEDの使い方に関する研修を定期的実施している。</p>				
	<p>改善できる点/改善方法：</p> <p>特になし。</p>				

A-3 生活支援 (8)

A-3- (8) 終末期の対応		自己評価	<input checked="" type="checkbox"/>		評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
61	① (特養・訪問・養護・軽費のみ) 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。	a	<input checked="" type="checkbox"/>	ア	利用者が終末期を迎えた場合の対応について方針と手順が明らかになっている。	<input checked="" type="checkbox"/>	a
<p>判断した理由・特記事項等：</p> <p>看取り委員会で看取りに関する研修を行うほか、終末期ケアマニュアルを作成し、時間を追っての対応や支援方法を確立している。利用者ご家族には終末期を迎えた場合の施設の対応について嘱託医とともに説明し、看取りに関する同意を得ている。</p> <p>様態の変化により看取りが必要となった場合には、看護師は24時間連絡体制を取り、夜間の介護職も看取り経験者1名は入るよう人員配置している。看取りは特別なことではなく、日常ケアの充実を基本に、これまで住み慣れた環境で過ごしてもらう方針であり、担当する介護職員に対しては偲びのカンファレンスの開催のほか、精神的ケアの研修を実施している。</p> <p>コロナ禍の中、付き添いが制限された家族に対して、居室の窓越しの面会も可能であり、看取り介護後のアンケートの内容を参考にして、ケアの質の向上に努めている。</p> <p>利用者がお亡くなりになった場合には、施設長はご家族に週末期の生活状況について説明するとともに、嘱託医からの死亡診断についても適正に行っている。</p>		<input checked="" type="checkbox"/>	イ	医師・医療機関等との必要な連携体制を確立している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	ウ	利用者及び家族に終末期を迎えた場合の意向の確認と福祉施設・事業所での対応・ケアについて説明し、対応している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	エ	職員に対して、終末期のケアに関する研修を実施している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	オ	終末期のケアに携わる職員や利用者の担当職員等に対して、精神的なケアを実施している。	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	カ	(特養、養護、軽費)利用者・家族から希望があった場合に、利用者の状況に応じてできる限り施設での終末期のケアを行う体制を整え取組を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/>		
コメント	<p>良い点／工夫されている点：</p> <p>全職員を対象とした看取り委員会による看取りに関する研修の実施や終末期ケアマニュアル等を作成し、終末期を迎える場合の利用者支援に取組んでいる。また、新人職員が看取りの対応を行う際にはベテラン職員が付き、不安なく対応できるようフォロー体制をとっている。</p>						
	<p>改善できる点／改善方法：</p> <p>特になし。</p>						

A-4 家族等との連携

A-4-(1) 家族等との連携		自己評価		評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)	評価結果	
62	① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a	☑	ア 家族に対し、定期的及び変化があった時に利用者の状況を報告している。	☑	a
	<p>判断した理由・特記事項等：</p> <p>新型コロナ感染拡大の状況下において、居室への立ち入り制限をやむなく継続しているが、ご家族との打ち合わせコーナーやガラス越し面会場所を整備し、面会時には担当介護士が同席して近況報告を行うなど情報交換を継続している。ご家族が遠方で直接面会ができにくい場合には、タブレットによる面会も可能な体制にしている。また、コロナ感染が落ち着いていた期間は、相談室での対面面会も取り組んでいた。</p> <p>病院受診が必要となった場合のご家族への伝達については、連絡順序を示していただき、キーパーソンとつながらない場合は次の指定された方に連絡している。利用者の様態が変化の兆候があるご家族には、あらかじめ看護師が電話連絡にて状況を説明したり、ご家族からの相談等については、フロアのノートに記載し、職員間で共有している。</p> <p>利用者の生活状況などは、正面玄関に行事ごとの写真を掲載したり、年4回の広報誌発行時に、ご利用者の生活状況や様子を記した手紙や個別写真を送付している。また、6か月ごとのケアプラン更新時のカンファレンスにおいては、少なくとも1年に1回以上はご家族に参加をお願いし、現状報告や要望、意見等を伺い、それらの内容をケアプランに追加し、職員間で共有している。</p> <p>これまで長年開催してきた家族交流会や納涼祭については、感染の終息後再開を予定している。</p>	☑	イ 利用者の状況など報告すべき事項は、必ず家族に伝わるよう伝達方法を工夫している。	☑		
		☑	ウ 家族に対し、サービスの説明をしたり、要望を聞く機会を設けている。	☑		
		☑	エ 家族との相談を定期的及び必要時に行っている。また、その内容を記録している。	☑		
		☑	オ (特養、養護、軽費)利用者ご家族がつながりをもてるよう、取組や工夫をしている。	☑		
			カ (通所介護・訪問介護)家族が必要とする情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員など専門職、関係機関につないでいる。			
			キ (通所介護・訪問介護)家族(介護者)に対し、必要に応じ介護に関する助言や介護研修を行っている。			
			ク (通所介護・訪問介護)家族(主たる介護者)の心身の状況や家族による介護・介助方法にも気を配り、必要に応じて介護支援専門員に報告している。			
コメント	<p>良い点/工夫されている点： 施設内に設置している公衆電話や利用者が所有する携帯電話により、家族等への連絡手段を確保している。また、面会時には職員が同席し利用者の現状をわかりやすく家族に伝えたり、年2回のカンファレンスの際には、家族に同席を促し、家族からの要望や意見等の聴き取りをふまえ、ケアプラン内容の見直しを行っている。</p>					
	<p>改善できる点/改善方法： 特になし。</p>					