

第三者評価結果

事業所名：シニアフォレスト横浜戸塚

I 福祉サービスの基本方針と組織

1 理念・基本方針

(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	第三者評価結果
【1】 I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b
<コメント> 利用者、その家族、スタッフ、地域など事業所に関わる方々の幸福を祈り、共に生きていくという企業理念のもと、施設の理念を「笑顔の追求」としています。スタッフ全員に理念が記載されたカード（クレドカード）を配付し、スタッフはいつでも理念を確認できる状況です。今後、理念「笑顔の追求」を、具体的にどう行動に結びつけていくのかを明確にする取組が期待されます。	

2 経営状況の把握

(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	第三者評価結果
【2】 I-2-(1)-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。	b
<コメント> 法人内の他の施設の状況について共有していますが、社会福祉事業全体の動向や地域の各種福祉計画の策定動向の内容などの把握分析までには至っていません。法人で行っているコスト分析や利用率などの分析は定期的に共有されています。コスト面では使える経費のなかで、共有された情報をどう活用していくかを課題と捉えています。施設を取り巻く環境を社会福祉事業全体などの大きな視点で見つめ、施設でなにができるか考えるといった取組が期待されます。	
【3】 I-2(1)-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
<コメント> 設備の問題点は情報共有システムで報告しており、管理職が速やかに法人と連絡をとって対応しています。1階のエアコン、玄関のライトなど10年以上使用しているため、改善が指摘されています。職員体制などの変動もPC上で動くスプレッドシートにより把握して、勤務スケジュールを柔軟に変更しています。身近の問題に対しては課題を明確にして取組を進めています。	

3 事業計画の策定

(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	第三者評価結果
【4】 I-3-(1)-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。	c
<コメント> 中・長期計画作成は法人で行っており、今年度や過去の計画・報告書を施設で確認することができませんでした。計画の管理についても法人で実施していますが、事業所運営を進める上で計画の確認は不可欠です。中・長期計画を策定し、法人と事業所で共有して計画に基づく運営が望まれます。	
【5】 I-3-(1)-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。	c
<コメント> 通常、単年度計画は中・長期計画に基づいて事業所において作成されています。しかし、単年度計画も法人が作成しているため、事業所としての課題や目標の抽出はされておらず、現場の意見や工夫が単年度計画に反映されていないため、サービスの向上に繋がりにくい状況があります。事業所管理者、職員も参画しての単年度計画の作成が望まれます。	

(2) 事業計画が適切に策定されている。	
【6】 I-3-(2)-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。	c
<p><コメント></p> <p>単年度計画を確認することができません。福祉サービス向上のために、PDCAサイクル（計画－実行－検証－改善アクション）を遂行するには、計画が不可欠です。法人が作成した計画を事業所と共有することが望まれます。計画プロセスの確立を行い、PDCAサイクルが的確に働く仕組みを構築することが望まれます。</p>	
【7】 I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c
<p><コメント></p> <p>事業計画書作成、管理は法人で行っており、事業所との共有が十分ではない状況です。より良いサービスを提供するために、法人と事業所が事業計画を共有し、利用者等へどのように周知を図るか協議することが望まれます。事業所ではアセスメントに基づいた福祉サービス実施計画を立案し、実施しています。法人の事業計画は財務とも結びついているなど、利用者へのサービス提供について法人の方針と事業所での実際の利用者支援の両面から事業計画を策定し、利用者等に周知していくことが望まれます。</p>	

4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

(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。	第三者評価結果
【8】 I-4-(1)-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。	b
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの向上に向けて計画を立て、取り組んでいますが、実施結果の評価が十分できていない状況です。カンファレンスを通じて実施内容を確認する仕組みはできており、事故報告のケースでは、事故の原因追及、対策までは行われていても、対策の有効性の確認を行っていないケースが見られます。対策の計画・実行の後、効果の測定まで徹底して行うことが期待されます。</p>	
【9】 I-4-(1)-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。	b
<p><コメント></p> <p>個人記録から課題を見つけ、情報共有システムの個人ページに記載することで、職員間の課題共有が図られています。課題に対してカンファレンスで対策を検討し、改善策を実施していますが、改善策への評価や改善状況の評価が十分ではない状況です。歩行機使用での転倒ケースの場合は、車いすの使用を促すといった取組が実施され、情報共有システムの個人に記録し、共有されていますが、改善策の評価までは触れられていません。車いすの使用を始めて何日間事故が再発しなかった、といったデータに基づく効果の測定が望まれます。</p>	

II 組織の運営管理

1 管理者の責任とリーダーシップ

(1) 管理者の責任が明確にされている。	第三者評価結果
【10】 II-1-(1)-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。	b
<p><コメント></p> <p>ケア業務マニュアルに管理者の責任と役割が記載されています。ケア業務マニュアルは職員閲覧が可能ですが、書庫に保管されており、すぐに確認できる状態になっていません。職員がすぐに手にとることができる場所に保管することが期待されます。管理者としての役割や責任について表明はしていますが、施設長に着任して間もないこともあり、職員の周知、理解には課題があります。また、有事の際の施設長の役割と責任および不在時の権限委任についても明確化されることが望まれます。</p>	

<p>【11】 Ⅱ-1-(1)-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。</p>	<p>b</p>
<p><コメント> 職員に対して法人のコンプライアンス研修により、遵守する法令について学んでいます。施設長は利害関係者とは適正な関係を保持することを理解し、業務にあたっていますが、幅広い分野について配慮することや、施設内部で職員への遵守すべき法令等の周知や具体的な取組を行うまでに至っていません。管理者としてコンプライアンスについて再確認の上、職員に対して法令遵守についての理解を図る具体的な取組が期待されます。</p>	
<p>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>	
<p>【12】 Ⅱ-1-(2)-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。</p>	<p>b</p>
<p><コメント> サービス担当者会議などで上がった課題を情報共有システムを通じて職員で共有するなど、福祉サービスの向上に取り組める環境を作っています。また、施設長はフロアミーティングに参加し、意見の聞き取りを通して支援内容の改善に取り組むように努めています。しかし、具体的な改善提案について確認できず、課題となっています。管理者として指導力を発揮した具体的な取組が期待されます。</p>	
<p>【13】 Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。</p>	<p>b</p>
<p><コメント> 毎日職員人数を業務分担表により確認し、常勤職員と確認しながら業務の振り分けを行っています。現状として、事務職員、看護師、介護士それぞれに職務分担表が分かれています。施設長はそれぞれの業務分担表により調節を行っていますが、組織としての効率の向上を図る仕組みづくりが望まれます。</p>	

2 福祉人材の確保・育成

<p>(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。</p>	<p>第三者評価結果</p>
<p>【14】 Ⅱ-2-(1)-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。</p>	<p>b</p>
<p><コメント> 人材確保は法人主導で組織的に行われていますが、職員への理解につながる周知が期待されます。オンラインで共同で使えるスプレッドシートにより事業所の人員体制を法人に毎日報告しており、スプレッドシートを参照しながら法人は専門職の配置等を計画しています。福祉人材確保は人材紹介会社を活用しています。資格がない人でも、入職後に資格支援制度を使い資格を取得できる仕組みがあります。</p>	
<p>【15】 Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。</p>	<p>b</p>
<p><コメント> 戸塚理念という形で事業所の理念や期待する職員像を明確にしています。人事基準はあるものの、職員の専門性や職務能力よりも勤務年数により横並びで昇進して行く状況です。施設長は職員と一対一の面談を行い、業務で困っていることなど、職員の意向・意見を聞き取っていますが、短期的な対応に留まっており、職員の処遇に応じた人事的な管理には至っていません。キャリアマップを明確にして、職員が将来の姿を自ら描いていくことができる体制づくりが望まれます。</p>	
<p>(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>	
<p>【16】 Ⅱ-2-(2)-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。</p>	<p>b</p>
<p><コメント> 個人面談により職員の心身の健康、意向や意見を聞き取っています。勤怠管理システムにより職員の有給や残業の取得状況を確認し、過剰に時間外労働が増えないように確認しています。施設の人員体制については、法人での管理となっており、事業所として必要な職員数が確保できていない状況にあります。法人と連携し、引き続き人員体制の充実を図っていくことが望まれます。</p>	

(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	
【17】 II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b
<コメント> 年度当初に施設目標の『笑顔の追求』の実現に向けて、個人別にレクリエーションや季節行事の計画案について聞き取りを行っています。しかし、目標水準、目標期限などについて明確な内容になっていないため、適切な進捗状況の確認や年度末の評価が十分できていません。具体的で、評価可能、期限が明確な目標設定が期待されます。	
【18】 II-2-(3)-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。	b
<コメント> 職員に必要とされる専門技術や専門資格がキャリアプラン等により明示されていません。年間職員研修計画に基づき、研修を実施しています。新人職員、外国人技能実習生それぞれに適した勉強会を行っています。特に外国人技能実習性に対しては、日本語の研修も行っていきます。職員のスキル獲得目標が明確にわかるように、キャリアプランの提示が望まれます。	
【19】 II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b
<コメント> スプレッドシートにより、資格取得者の状況、研修参加者の記録が行われています。資格未取得の職員に対しては、資格取得の意思を確認したうえで、法人主催の介護福祉士取得研修に派遣しています。その他施設内で研修、勉強会の実施計画をしていますが、人員不足により計画どおりに開催ができていない状況にあります。フロアミーティング内などで時間を確保し、職員への教育・研修の場を設けることが望まれます。	
(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。	
【20】 II-2-(4)-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。	b
<コメント> 外国人技能実習生の受入れを行っています。技能実習生には面談を行い、研修、実技の内容を調整しながら業務にあたってもらい、課題の把握も行っていきます。しかし、技能実習生の研修育成の指針やマニュアルは確認できませんでした。従来の実習生も含めて、教育・育成の基本姿勢を明確にし、必要な体制を整備していくことが期待されます。	

3 運営の透明性の確保

(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		第三者評価結果
【21】 II-3-(1)-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。		c
<コメント> 施設の理念や基本方針はホームページで確認できます。パンフレットでは、「2：1以上の介護体制」や医療連携の充実など5つのコンセプトを紹介しています。重要事項説明書に苦情に対応する窓口、第三者評価の実施状況を記載しています。事業計画や事業報告、予算、決算についても情報公開されることが期待されます。		
【22】 II-3-(1)-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
<コメント> 業務マニュアル内で経理、取引等に関するルールが示されており、担当職員は確認することができます。事務、経理、取引等の監査は年4回行われています。行政による監査も行われており、公正な経営・運営のための取組を行っています。監査の指摘事項により改善を行う仕組みがありますが、今年度の指摘事項はありませんでした。		

4 地域との交流、地域貢献

(1) 地域との関係が適切に確保されている。	第三者評価結果
<p>【23】 II-4-(1)-① 利用者との交流を広げるための取組を行っている。</p>	b
<p><コメント></p>	
<p>事業所理念である「笑顔の追求」の為に地域との関わりを持つとしています。地域のお囃子保存会の演奏をボランティアでお祝い事の際に披露してもらうなど、利用者との交流を広める取組をしています。利用者の買い物支援も希望があれば行っています。より多く地域情報を収集して地域への働きかけを拡大し、利用者との関わり合いの機会を提供していくことが期待されます。</p>	
<p>【24】 II-4-(1)-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。</p>	c
<p><コメント></p>	
<p>ボランティアの受入れをしていますが、受入れの手順や事前説明内容などを文書化したマニュアル整備がされていません。地域の中学校の職場体験の受入れでは、教員と事前に話し合い、体験日の流れを決め、学校側と施設側の意見を取り入れて、介護業務からレクリエーションまでの支援に参加できるよう上手に工夫しています。今後はボランティア等の受入れの基本姿勢を示し、受入れ手順や説明をまとめたマニュアル整備など体制を整えていくことが期待されます。</p>	
<p>(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>	
<p>II-4-(2)-① 【25】 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。</p>	b
<p><コメント></p>	
<p>関係機関や緊急時連絡先はリスト化して掲示されており、職員は確認できるようになっています。関係機関とは日常的に情報交換を行って連携を図っています。より良い福祉サービスを提供するため、関係機関等と協働し、地域の共通課題に対して解決に向け取り組む姿勢が望まれます。</p>	
<p>(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>	
<p>II-4-(3)-① 【26】 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。</p>	b
<p><コメント></p>	
<p>地域中学校や幼稚園のボランティア活動の受入れ等を実施していますが、地域の福祉ニーズ把握のための取組としては十分ではありません。関係機関・団体を明確にして、各種会合に参加したうえで、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握を行っていくことが期待されます。</p>	
<p>II-4-(3)-② 【27】 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。</p>	c
<p><コメント></p>	
<p>関係機関・団体等の地域コミュニティが明確になっていない状態で、具体的な事業・活動計画を提示することができていません。地域の福祉ニーズを把握できていないため、地域ニーズを意識した活動には繋がっていません。戸塚理念において地域の笑顔の追求を掲げています。具体的にどう行動することで理念を実現していけるか、事業所全体で話し合い、実行可能な計画をたてて、理念を実現する活動を推進していくことが期待されます。</p>	

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施
1 利用者本位の福祉サービス

(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		第三者評価結果
【28】 Ⅲ-1-(1)-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。		b
<p><コメント></p> <p>職員に対して入職時に行う研修の中で、法人作成の資料「介護職員の倫理研修」を用いて、倫理の基本や社会人・介護職員として人を尊重し接すること、価値観や生活歴の違いによる対応等を学ぶ機会をもっています。倫理研修については毎年研修も行ってはいますが、職員全員に行き届いていないことが課題と考えています。今後は計画的な倫理研修を行い、さらに職員全員で倫理を意識したサービスにあたることを期待されます。</p>		
【29】 Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。		a
<p><コメント></p> <p>入浴や排泄等介助にあたる際の手順書を作成しています。それぞれの手順書は利用者の尊重、プライバシーに配慮した内容となっており、手順書に基づいた介助を実施しています。掃除やごみ捨て等で利用者の居室に入る際には必ず声をかけ、望まない場合には時間や日にちをずらす等の対応をしています。また、やむを得ず手順書の内容からはずれた支援を行う際には関係者でカンファレンスを開催し支援の方法の見直しをしています。プライバシー保護の内容や取組について利用者や家族に周知しており、評価を得ています。</p>		
(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。		
【30】 Ⅲ-1-(2)-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。		b
<p><コメント></p> <p>見学希望者に対しては随時受け付け、パンフレット等を用いて会社の概要や理念、施設のサービス内容や利用者本位の姿勢等を説明した上で、施設内の見学をしています。パンフレットについては変更の必要がある際には見直し、法人により修正しています。パンフレットは見やすい色彩で写真も多く使用されていますが、施設の平面図等の掲載はありません。入居希望者に施設全体の様子が分かるような内容となることが期待されます。</p>		
【31】 Ⅲ-1-(2)-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
<p><コメント></p> <p>施設入居契約時にはパンフレットや重要事項説明書、契約書でサービス内容や利用料金を説明し、書面で同意を得ています。入居前の事前面談に施設長・ケアマネジャーが自宅等を訪問し、利用者や家族の意向を踏まえてケアプランを作成しています。介護認定の更新やケアプランの変更時には、可能な限り家族に施設でのサービス担当者会議に参加してもらい、意見を聞き取っています。来所が難しい場合には電話で意見や希望を聞き取る等をして、意向の確認をしています。利用者の意向確認が難しい場合には表情や態度、家族からの話を聞いて判断しています。</p>		
【32】 Ⅲ-1-(2)-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。		b
<p><コメント></p> <p>施設の移行があった場合は、個人情報保護に配慮し、利用者・家族の同意を得た上でアセスメントシートや法人で定めている情報提供書や支援内容・留意事項等の書面を家族から移行先の施設に渡すようにしています。施設の移行等でサービスが終了した後も施設長・相談員・ケアマネジャーに相談できる体制としていますが、明確な規程はなく、家族に対して文書での周知はしていません。今後サービス終了後も相談できる窓口を家族に周知することが望まれます。</p>		
(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
【33】 Ⅲ-1-(3)-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。		c
<p><コメント></p> <p>利用者や家族の意向、要望については、日々の支援や家族の面談時、電話等の連絡で確認しています。年2回家族や施設職員が話し合う運営懇談会も実施し、その際にもサービスについての意見等を確認しています。利用者満足を確認するためのアンケート等は実施していないため、利用者満足についての分析や検討も実施されていません。今後はサービスの質の向上に向け、定期的な満足度調査等を実施し、把握した結果について検討し具体的な改善をしていくことが期待されます。</p>		

(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

【34】 Ⅲ-1-(4)-①
苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。

b

<コメント>

苦情解決の仕組みについては、入居契約時に重要事項説明書記載の苦情解決について説明しています。重要事項説明書には施設、神奈川県国民健康保険団体連合会介護苦情相談課、横浜市健康福祉局高齢施設課、社団法人全国有料老人ホーム協会の連絡先が記載されています。施設担当者の氏名等を施設内に掲示しています。重要事項説明書の施設連絡先には担当者の記載はなく、第三者委員についても触れていません。今後施設の担当者の氏名や第三者委員について、書面で周知することが望まれます。

【35】 Ⅲ-1-(4)-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。

b

<コメント>

施設内には苦情相談担当者の掲示をしていますが、介護職員や看護師等施設の職員の中から相手を自由に選べること等は周知していません。個別に相談があった場合にはロビーや居室等他者から目につきにくい場所を設定し、相談しやすい環境として配慮しています。利用者や家族がより相談や意見を述べやすいよう、複数の中から相手を自由に選択できること等を周知することが望まれます。

【36】 Ⅲ-1-(4)-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。

b

<コメント>

利用者の意見は、介護職・事務職を問わず、日々傾聴することを心がけており、法人作成の「苦情・相談対応マニュアル」に沿って対応しています。言語化することが難しい利用者については表情や行動から汲み取るようにしています。意見は施設のシステムで職員全員に周知し、職員個々に確認したかが分かる仕組みとなっています。意見によりサービスや共有環境の整備が必要な場合には、施設内でカンファレンスを実施して決定しています。家族の意見は電話や面会時等に確認し、利用者の意見と同様に対応しています。利用者・家族に対して定期的なアンケートを実施する等、積極的に意見を把握する取組が望まれます。

(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。

【37】 Ⅲ-1-(5)-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。

b

<コメント>

月に1回事故防止委員会を開催し、施設内での事故やヒヤリハット等危険に対する内容を報告・検討しています。事故発生時やヒヤリハットがあった場合は、委員会の開催の他に職員内でカンファレンスを実施し、事故の原因や危険の要因について検討・対応しています。これまでもリビング等共用部分での車いすやシルバーカーの置き場所、居室内でのシルバーカーの保管位置等迅速に対応しています。対応の内容は施設のシステムで共有し、職員は把握できるようになっています。

【38】 Ⅲ-1-(5)-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。

b

<コメント>

介護・看護・相談員・ケアマネジャーから構成される感染予防委員会を設置し、定期的には開催しています。感染症や食中毒等の予防、発生時の対応について「感染予防委員会運用マニュアル」「衛生管理マニュアル」を作成し、毎年研修も実施しています。感染症発生等の行政からの情報も確認し、迅速に対応しています。感染症の発生や疑いがある場合には検査や対応する職員の防護服の着用等、マニュアルに沿った対応をし、拡大防止に努めています。

【39】 Ⅲ-1-(5)-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。

b

<コメント>

地震・火災等に対応するためのマニュアルを作成しています。年2回防災訓練を計画し、1回は夜間想定での訓練を日中に実施しています。AEDの使用方法についても確認しています。年1回は地域の消防署の協力により緊急通報訓練を行っています。食料・水・おむつ等の生活用品を備蓄品として管理・保管し、リストを作成しています。施設外への避難訓練は行っていません。以前は水消火器を使用して消火訓練も実施していました。地域との連携は進んでいないため、災害発生時には地域との連携を図り、避難等について協力を得られる体制構築が望まれます。

2 福祉サービスの質の確保

(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。	第三者評価結果
<p>Ⅲ-2-(1)-①</p> <p>【40】 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。</p>	b
<p><コメント></p> <p>提供する福祉サービスは業務マニュアル等により文書化されています。内容は講習会、勉強会により周知徹底する仕組みになっています。また、基本介助については常勤職員から非常勤職員への指導により教育されています。指導後の基本介護の実践にあたっての確認は仕組みとしては定められていません。PDCAのCheckについて改善が望まれます。</p>	
<p>Ⅲ-2-(1)-②</p> <p>【41】 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。</p>	a
<p><コメント></p> <p>利用者の状態に変化が見られた際には速やかに他の部署を集め、カンファレンスを開催し、サービス内容を検討する仕組みとなっています。変更内容は情報共有システムにより職員間で共有しています。観察期間が設定されており、問題があれば再度カンファレンスを開催して、支援内容の再調整をします。標準的な実施方法についてのPDCAサイクルが回る仕組みがあります。</p>	
(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。	
<p>Ⅲ-2-(2)-①</p> <p>【42】 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。</p>	a
<p><コメント></p> <p>福祉サービス実施計画策定はケアマネジャーにより行われています。入居時にアセスメントを行い、入居後の生活を観察しています。生活状況に変化がみられた場合にはケアカルテによりアセスメントの変更について検討し、必要があれば変更しています。変更については多職種の職員合議により行われています。変更が計画どおり実施されているか確認する仕組みが構築されています。</p>	
<p>Ⅲ-2-(2)-②</p> <p>【43】 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。</p>	a
<p><コメント></p> <p>定期的な福祉サービス実施計画の見直しを行うほか、利用者の状態変化に応じてカンファレンスを開き、計画の変更をしています。状態の変化についての記録を確認したうえで、ケアマネジャーを中心として、他部署の職員も召集してカンファレンスを開催し、支援内容の見直しを実施します。変更された計画は利用者家族の確認を得る仕組みとなっています。</p>	
(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	
<p>Ⅲ-2-(3)-①</p> <p>【44】 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。</p>	a
<p><コメント></p> <p>個別支援内容は情報共有システムで確認できるようになっており、ケアプランに沿った支援が実施されています。定期的にモニタリング評価が行われ、決定事項は全職員が常に確認できる仕組みとなっています。サービスの実施状況は記録され、全員が共有できています。</p>	
<p>Ⅲ-2-(3)-②</p> <p>【45】 利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p>	b
<p><コメント></p> <p>施設長が記録管理の責任者となっており、利用者の記録が適切に管理される体制があります。職員に対しては勉強会や個人情報保護研修を実施し、記録の外部への漏洩が発生しないように徹底しています。写真撮影などにも注意を払い、施設外に持ち出さないことを徹底しています。利用者家族には契約時に情報管理規定の読み合わせをし、個人情報の取扱いについて説明しています。引き続き、研修等により、職員が個人情報保護管理規定を理解、遵守していくことが期待されます。</p>	