

第三者評価結果報告書

事業所名：特別養護老人ホーム南さいわい(ユニット型)

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

|  |                                   | 第三者評価結果 |
|--|-----------------------------------|---------|
| I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。  |                                   |         |
| 【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><br>・法人の理念は重要事項説明書や法人ホームページ、パンフレットなどに記載している。また、全職員に配布する手帳や年2回実施する上下期目標シートには、法人の理念や基本方針を記載し、職員に施設全体の目標として共有化を図っている。<br>・法人本部の新人研修時には法人の理念や基本方針の説明を行っている。また、年度初めのリーダー会議において、施設長が事業計画の説明を行う際に法人理念の内容に触れている。 |                                   |         |

I-2 経営状況の把握

|   |   | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。   |   |         |
| 【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><br>・3年ごとの介護保険の見直しによってサービス内容や利用料金に変更が生じた際には、内容の確認を行うとともに利用者、家族、職員への周知に努めている。<br>・施設長、事務長、統括介護主任、相談員などをメンバーとする定例会議を月2回で開催し、事業経営に関する検証を行うことにしている。その際には現状の報告によって課題を把握し、具体的な解決案などを決定することにしている。今年度に関しては、コロナウイルスの影響により、利用稼働率が目標を下回っていることを踏まえ、利用促進に関する内容が課題となっている。 |   |         |
| 【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><br>・3か月に1回、理事長、施設長、事務長をメンバーとする運営会議を開催しており、事業所運営に関する各部署の細かな課題などを挙げて、対応策などを検討することになっている。<br>・運営会議で挙げた課題や対応策などの内容は、定例会議や毎月のフロアリーダーが参加するリーダー会議において報告され、事業所全体で共有するとともに実行に移すことにしている。   |   |         |

I-3 事業計画の策定

|  |                                       | 第三者評価結果 |
|--|---------------------------------------|---------|
| I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。  |                                       |         |
| 【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。 | b       |
| <コメント><br>・法人として中長期の事業計画を策定しており、リーダー会議などで共有を図るとともに事業所の単年度事業計画に骨子を反映させることにしている。また、人事考課制度に一環として実施している職員個々の目標記入シートにおいても、法人の中長期計画に沿った目標を設定することになっている。<br>・法人として中長期の事業計画においても重要施策として位置付けている「ノーリフティングケア」についても、内外研修によって事業所全体への浸透を目標にしている。 |                                       |         |
| 【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。  | b       |
| <コメント><br>・単年度事業計画は、法人の中長期事業計画の骨子を盛り込んで作成するとともに、利用人数や稼働率などの具体的な数値を記載した前年度の事業報告書をもとに作成し、各項目の具体的な目標を掲げて分かりやすい内容にまとめられている。<br>・年度初めの4月から5月で年間事業計画の作成を行い、3か月に1回の運営会議において進捗(達成)状況を検証して適切に実施できるようにしている。                                  |                                       |         |

|   |   |   |
|---|---|---|
| I-3-(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。 | b |
| <コメント><br>・単年度事業計画は、3か月毎に運営会議において進捗（達成）状況を検証し、必要に応じて見直しに取り組んでいる。また、年度末の2月から3月間で評価や理事会での報告を行い、次年度の事業計画に反映させるようにしている。<br>・単年度事業計画は各会議などで説明を行い、組織一丸となって取り組めるようにしている。また、リーダー会議では、単年度事業計画に基づいて、目標記入シートの作成を行うことにしている。 |   |   |
| 【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。                 | b |
| <コメント><br>・単年度事業計画は、リーダー会議において職員への配布を行い、職員を通じて各フロア利用者への説明を行うことにしている。また、利用者家族から事業計画の閲覧希望などの申し出があれば、閲覧を促し説明も合わせて行うことにしている。<br>・さらに、利用者家族に対しては、定期的に事業計画の配布や閲覧、説明などが行える場を設けることを検討されたい。                              |   |   |

#### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

|   |   |         |
|---|---|---------|
|   |   | 第三者評価結果 |
| 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。  |   |         |
| 【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。           | a       |
| <コメント><br>・3か月毎に各種の委員会を開催しており、各サービス内容についての検討を行って質の向上に取り組んでいる。また、各委員会において検討した内容は年度末に評価を行い、次年度のサービス内容に反映させるようにしている。<br>・年2回（上下期）目標記入シートを作成して職員一人ひとりが自己評価を行っていたり、第三者評価の結果を職員間で共有し、改善策を検討したりして改善に取り組んでいる。 |   |         |
| 【9】   | I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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       |
| <コメント><br>・各委員会や年度末には組織一丸となって事業評価に取り組んでおり、議事録を作成して回覧によって職員間で共有できるようにしている。<br>・経営層は定例会議やリーダー会議、各委員会において各種に課題に関して指導や助言を行い、計画的に実施できるように事業所運営をリードしている。  |   |         |

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

|  |  | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。   |  |         |
| 【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       |
| <コメント><br>・法人として業務分掌を設けており、役職者をはじめ職員個々の業務分担を明示している。管理者はそれらに沿って自らの役割と責任に基づいて行動することに努めている。具体的にはリーダー会議において管理者の役割と責任を表明し、職員間で共有できるようにしている。<br>・緊急時や災害時での管理者の役割を明確にし、管理者である施設長の不在時には、事務長が代役を行うような取り決めを設けている。  |  |         |
| 【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。       | b       |
| <コメント><br>・入職時のオリエンテーションや研修、現任者に対して実施している各種研修、リーダー会議などを通じて福祉サービスに従事する者として守るべき法・規程・倫理などの理解が深まるように取り組んでいる。また、法人のコンプライアンス委員会によって、施設内の法令順守への取り組みを定期的にチェックする仕組みを設けている。<br>・コロナ禍によってオンライン研修となっているが、法令遵守に関わる集団指導には施設長が出席して理解を深め、リーダー会議において報告したり、職員研修時にも内容を盛り込んだりして職員への周知に努めている。 |  |         |
| Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。   |  |         |
| 【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。 | a       |
| <コメント><br>・施設長は、リーダー会議においてフロアリーダーから課題の報告を受けて改善策などを提唱しており、その際には職員の意見なども反映させることにしている。定期的な職員面談においても現状把握に努め、年間研修計画に反映させることにしている。その際には職員が参加を希望する研修を確認して、相談員や統括介護主任で検討し決定することになっている。<br>・ノーリフティングケア研修では、施設長も参加し、施設として推進していることの理解を職員に促している。                                     |  |         |
| 【13】   | Ⅱ-1-(2)-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       |
| <コメント><br>・年2回（上半期と下半期）、理事長も参加する経営会議を開催しており、利用稼働率や人事に関する課題などを共有・分析するようにしている。職員配置については部署ごとで職員の希望を考慮し、施設長や事務長、統括介護主任で人事異動などを決めて適材適所な人員配置に取り組んでおる。<br>・ノートパソコンやタブレットの導入によってICT化による業務効率を図り、職員の働きやすい環境に配慮している。  |  |         |

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

|   |  | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| 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。   |  |         |
| 【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。 | a       |
| <コメント><br>・法人の人事部が新卒説明会などに出席して人材確保に努めるとともに、欠員などを考慮して人員配置などを検討している。中途採用に関しては主に紹介業者を中心に行うとともに、福祉求人媒体の掲載や既存職員からの紹介などの人材確保に取り組んでいる。<br>・新入職員は法人の研修終了後に配属を決定する流れとしており、施設内ではフロアリーダーを中心に3か月間のOJT研修を行っている。また、必要に応じてOJT期間は前後する場合がある。 |  |         |
| 【15】  | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。                         | a       |
| <コメント><br>・法人で統一した人事管理基準を設けており、施設もそれらの基準に沿って人事管理に取り組んでいる。職員用通用口の玄関には、処遇改善加算によるキャリアシートを掲示し、職員への周知に努めている。<br>・年2回の目標記入シートの作成によって職員の目標を明確にしており、年1回の人事希望聴取面談では職員の希望や働き方を把握し、資格取得に関してのサポート体制などを詳しく説明し支援することになっている。               |  |         |

|   |  |   |
|---|--|---|
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。   |  |   |
| 【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り組んでいる。              | a |
| <コメント><br>・常勤職員は最低でも年5日の有給休暇取得や、年3日のフレッシュアップ休暇を取得を促し、取得状況の把握に取り組んでいる。目標記入シートの作成時には、フロアリーダーの面談や中間面談として施設長の面談も行うことにしている。<br>・職員の希望休は月2日までとし、組織全体として希望休が取れるようにしている。またICT化により、業務効率を図って職員の負担を軽減している。ノーリフティングケアの推進によって、職員の身体への負担軽減に繋げている。 |  |   |
| II-2-(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。                         | a |
| <コメント><br>・上半期の目標記入シートの作成時にはフロアリーダーとの面談を行い、下半期開始時の9月から10月では、施設長による中間面談を行っている。その際には法人の資格取得制度などの説明も行い、職員のキャリアアップのサポート体制を充実させている。<br>・法人内表彰制度を設けており、施設長、事務長、相談員、統括介護主任とで、前例のない提案や工夫したサービスの提案をした職員に対して表彰し、職員のモチベーション向上に繋げている。           |  |   |
| 【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。         | a |
| <コメント><br>・年間研修計画を作成し、職員の参加したい研修の希望を考慮して、施設長と相談員、統括介護主任で検討し、職員の参加する研修を決定している。予定外の外部研修などがある場合には、年間研修計画とのバランスを考慮して参加する職員を決め、場合によっては翌月の研修予定などを変更し、年間研修計画の見直しをしている。<br>・内部研修では、各委員会が施設の現状のサービス内容や目標、課題をベースに研修テーマを作成し実施に取り組んでいる。         |  |   |
| 【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。                       | a |
| <コメント><br>・年間研修計画を作成する際には、職員の参加したい研修の希望を考慮しつつ、職員の現状のスキルなども把握して、不足分などが補えるようにしている。<br>・新入職員には3か月、OJT研修をフロアリーダーが中心となって行っている。予定外の外部研修についても、職員の希望をもとに参加できるようにしている。   |  |   |
| 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。  |  |   |
| 【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><br>・実習生の受け入れは、福祉系大学や専門学校で社会福祉士を中心に受け入れている。施設長も実習生と話す機会を設け、将来目指している職種を聞き取り、それに合うような実習内容を設けるように努めている。<br>・各学校プログラムに合うように考慮するとともに、学校や実習生には、実習時での留意点などの説明を行って周知に努めている。コロナ禍での実習になるため、PCR検査を受けてもらい感染予防を徹底して実施している。                 |  |   |

### II-3 運営の透明性の確保

|  |   |         |
|--|---|---------|
|  |   | 第三者評価結果 |
| 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。  |   |         |
| 【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。       | b       |
| <コメント><br>・事業内容の報告や変更等、ホームページの活用や書面で家族への郵送を行っている。施設案内、重要事項説明書や運営規定の玄関エントランスへの掲示などにより、施設の活動を開示し活動内容を地域社会に対して情報発信している。さらに、社会福祉施設としての機能・専門性を活かしつつ関係機関と連携して、地域の一員としての役割を果たすことに力を入れている。ただし、コロナ禍による感染症予防対策の観点から、地域交流スペースは閉鎖している。 |   |         |
| 【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><br>・施設の事務や経理などは、主に事務長が権限と責任をもって管理している。また、法人として事務に関する研修を行い、関東ブロック施設の事務担当が連携を図り、。お互いに内容のチェックを行っている。<br>・施設の会計に関しては外部委託による税理士で行っている。毎年、行政の集団指導に出席をしている。また、3年前には実地指導も受けている。   |   |         |

II-4 地域との交流、地域貢献

|   |   | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。   |   |         |
| 【23】  | II-4-(1)-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。                   | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域のお祭りに利用者と参加することにより、地域との交流に努めている。また、施設の秋祭りには地域住民の参加などがあり、敬老会やクリスマスなどのイベント時には法人内や近隣保育園の園児に参加してもらっている。</li> <li>・ 施設の地域交流スペースを地域の団体や個人へ無料貸し出しを行っている。ただし、それらの取り組みはコロナ禍による感染予防対策のため中止となっている。</li> </ul>   |   |         |
| 【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。           | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ボランティア受入れ時には、事前に打ち合わせを行い、施設での留意点などの説明を行っており、同意書を交わしている。</li> <li>・ 地域の中学校からのボランティア受入れも行き、職業体験や社会科見学によって、学校教育などへの協力を繋げている。</li> <li>・ 新型コロナウイルスの感染予防対策のために、コロナ禍においては、ボランティアの受入れは控えている。</li> </ul>   |   |         |
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。  |   |         |
| 【25】  | II-4-(2)-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。 | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 法人の理念・基本方針の実現を図るための重要課題として「地域連携および地域貢献」を挙げている。地域のネットワークづくり、ニーズ把握に努め、病院等の関係機関とも密に連絡を取り連携をとっている。また、併設する居宅介護支援事業所では、地域の医療機関の情報を収集し、必要時には連携できるように取り組んでいる。</li> <li>・ 例年であれば、地域の団体などからの依頼によって、地域交流スペースの貸し出しなどを行って連携を図っている。</li> </ul>                         |   |         |
| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。   |   |         |
| 【26】  | II-4-(3)-① 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。                  | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 内外の居宅介護支援事業所や町内会などと日頃より連携を図っており、地域のニーズや課題の把握することを計画している。</li> <li>・ コロナ収束後や感染数減少のタイミングなどを通じて、地域交流スペースの貸し出しによって、地域のニーズや課題の把握に努めることを計画している。</li> </ul>   |   |         |
| 【27】  | II-4-(3)-② 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。              | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 社会福祉協議会、地域の連絡会議などに参加し、地域の福祉ニーズを把握するとともに、施設の認識度を向上させることに取り組んでいる。例年であれば、行事への参加などを促しているが、令和2年以降は新型コロナウイルス感染防止対策の一環として、地域交流活動が自粛傾向となっている。地域のニーズによって、地域交流スペースの無料開放を行っているが、施設が主体的に活動しているわけではないので、今後は検討していきたい。また、コロナ禍においては、感染予防対策のため中止となっているのが現状である。</li> </ul> |   |         |

評価対象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

|   |   | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。   |   |         |
| 【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。        | a       |
| <コメント><br>・年2回、全職員に対して身体拘束廃止委員会が中心となり、身体拘束廃止研修の開催を行い、その際には利用者の尊重や基本的な人権、権利擁護についての内容も学んでいる。OJTなどの新人研修時でも実施しており、職員間での意識づけを図っている。<br>・身体拘束マニュアルや接遇マニュアルを整備し、職員間での共有化に努めている。  |   |         |
| 【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       |
| <コメント><br>・利用者のプライバシーの配慮を特に必要とする排泄介助では、ほかの利用者に排泄だと分からないような声かけ、トイレのドアを開めることの徹底、換気をするなどの配慮に努めている。また入浴介助では、脱衣室や浴室では利用者の肌の露出がないように身体をバスタオルで覆ったり、廊下から脱衣室が覗けないように長いのれんを設置するなどに取り組んでいる。<br>・入所時の契約では、個人情報の秘密保持と使用内容などを重要事項説明書を用いて、利用者や家族に説明し、同意書を交わしている。 |   |         |
| Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。   |   |         |
| 【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       |
| <コメント><br>・利用希望者やその家族に対しては、ホームページやパンフレットによって施設の情報を提供している。法人の理念や基本方針をはじめ、施設の特色などの説明や外観、施設内の写真も掲載している。<br>・コロナ禍での施設見学は、感染予防対策の観点から、相談室で施設の写真やパンフレット、資料を用いて説明を行っている。   |   |         |
| 【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       |
| <コメント><br>・サービスの開始前までには、面接時に行ったアセスメントや利用者・家族の意向をもとに施設サービス計画書を作成している。施設サービス計画書は利用開始時には利用者・家族への説明を行い、同意を得ている。<br>・施設サービス計画書は6か月毎での更新や利用者の心身状況の変化時で都度の変更を行っており、その際にも利用者や家族への説明を行って同意を得ている。   |   |         |
| 【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       |
| <コメント><br>・利用者の入院時などには入院先の病院との連携を図るために利用者の情報提供を行っている。利用者がほかの施設への移行などがある場合には、支援が継続的に行えるように連携して、移行先の施設への情報提供を行う方針となっている。<br>・在宅に戻る際でも同様となっており、在宅での居宅介護支援事業所の担当ケアマネジャーとの連携に努める方針となっている。利用終了後でも、相談窓口で利用者や家族の相談をいつでも受けられる体制を整えている。                     |   |         |
| Ⅲ-1-(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。                 | b       |
| <コメント><br>・利用者の満足度や計画の達成（進捗状況）を把握することを目的に、6か月毎にモニタリングを行っている。また、施設サービス計画書の更新時には再アセスメントを行い、その際には、利用者や家族の意向も確認している。<br>・コミュニケーションが難しい利用者には、24時間シートを活用し、日々の生活の様子や利用者の言動などから意向を汲み取るように努めている。第三者評価受審時の利用者アンケートなどを参考に満足度の把握を行い、課題を挙げて改善策などの検討をしている。      |   |         |

|   |  |   |
|---|--|---|
| 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。  |  |   |
| 【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><br>・苦情に対する窓口を設けており、重要事項説明書にて利用者や家族に説明を行っている。苦情窓口としては、施設の相談員、法人、行政機関の窓口とし、それぞれの連絡先を重要事項説明書に記載している。<br>・苦情があった場合には苦情マニュアルに沿った手順での対応を行っている。また、苦情報告書の記載を行い、苦情内容、原因分析、再発防止の対応などの記入をし、今後の対応に反映させるように努めている。                                   |  |   |
| 【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。         | a |
| <コメント><br>・利用者が相談事などがある場合には、個別での相談が行えるように、面談室などを活用して個別面談が行えるように配慮している。1階受付前には意見箱を設置して、いつでも意見を述べられるようにしている。<br>・重要事項説明書には苦情窓口とは別に相談窓口の記載もあり、気軽に問い合わせができる旨も説明している。  |  |   |
| 【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。            | a |
| <コメント><br>・相談や意見に対しては、できる限り迅速な返答を行うようにしているが、時間がかかるようならば、その旨を伝えるように取り組んでいる。相談や意見に対し、直ぐに返答ができないことについては報告書を作成し、情報共有と対応策を検討している。<br>・相談内容によっては、必要に応じて施設長が対応し、法人本部への報告を行う場合もある。意見箱の設置を行っているが、特に投函されていないことがあると報告されている。                              |  |   |
| Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている  |  |   |
| 【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。  | a |
| <コメント><br>・3か月に1回、事故防止対策委員会を開催して、事例をもとに検討している。また、事故防止対策委員会を中心に、定期的な研修を行っている。緊急時対応マニュアルを整備し、各ステーションに設置して、職員間で共有化を図り、いつでも確認ができるようになっている。<br>・緊急時対応マニュアル内には、事故発生時での対応方法がフローチャートとして記載され、状況に応じて対応ができるように努めている。また、事故が発生した場合には事故報告書を作成して、再発防止に努めている。 |  |   |
| 【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。 | a |
| <コメント><br>・感染症・食中毒予防対策委員会が中心となって、感染予防研修を年2回で行っている。感染症予防マニュアルを整備し、職員間での共有化を図っている。感染症予防マニュアルは毎年、感染症・食中毒予防対策委員会が年度初めに見直しを行い、必要時には改定を行っている。   |  |   |
| 【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。           | a |
| <コメント><br>・消防計画にもとづいて、年2回の避難訓練を実施している。その際には、消防設備会社の参加などもある。災害時対応マニュアルは整備しており、災害時での対応方法や利用者や職員の安否確認の方法などが記載され、職員間での共有化を図っている。<br>・BCPとしては、コロナウイルスに関しての内容までとなっているので、災害時でのBCPの策定を早急に行うことを検討している。食料や備品などについては厨房にて備蓄しており、管理栄養士による管理を行っている。         |  |   |

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

|  |   | 第三者評価結果 |
|--|---|---------|
| 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。  |   |         |
| 【40】   | Ⅲ-2-(1)-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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各種マニュアルが整備され、法人が提供するサービス内容の質の標準化が図れるように取り組みがなされている。排泄ケア、感染症予防、ノーリフティングケアフォロー、身体拘束防止など、様々な法人内研修を充実させ、技術・知識向上に努めている。</li> <li>・マニュアルに沿った介護サービスが提供されているか、日頃のOJTの中で確認して指導している。また、6か月ごとに行われる個人面談の中で業務内容についてフィードバックを行っている。</li> </ul>    |   |         |
| 【41】   | Ⅲ-2-(1)-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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・スタッフミーティング内でマニュアルの検証・見直しを行い、多職種からの意見や提案を吸い上げられるように取り組まれている。</li> <li>・月1回開催のリーダー会議の中で、スタッフミーティングであげられたマニュアル見直しに関しての提案について検討している。多職種の意見をもとにマニュアル見直し・改定が行われる為、各種専門職のサービス実施計画内容を反映することができている。</li> </ul>                              |   |         |
| 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。  |   |         |
| 【42】   | Ⅲ-2-(2)-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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネジャーが計画策定の中心となり、6か月ごとにケアプランの見直しを行っている。その際はケアカンファレンスを開催し、サービス提供に関わる多職種とニーズやアセスメントを共有している。</li> <li>・アセスメントは、食事、排泄などの7項目からなるケアチェック表をもとに行われ、初回及びプラン更新時に活用されている。アセスメント、プラン作成、モニタリングの一連の流れがマニュアル化されており、法人として作成手順を明確にしている。</li> </ul> |   |         |
| 【43】   | Ⅲ-2-(2)-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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・6か月ごとのモニタリング、アセスメントを行い、ケアプランに対しての評価を実施している。使用する書式は、法人作成の決まった書類で統一している。</li> <li>・新たなケアプラン内容は、ケアカンファレンスの中で共有化されている。担当者会議の要点はミーティングにて周知徹底している。食事形態変更や、ADLの低下に伴うケアプラン変更が生じた際の手順が統一されており、迅速に対応できるように取り組まれている。</li> </ul>               |   |         |
| Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。   |   |         |
| 【44】   | Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。   | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・必要な記録は介護ソフトに集約され、各部署全てのPCにて必要な情報が取り出せるようになっている。また、必要に応じて書類での記録も活用している。</li> <li>・入職者研修にて各種帳票類への記録の書き方・入力方法を生活相談員から指導してもらうことで、法人の中で定めた記録の質を保てるように取り組まれている。会議録の閲覧や、介護ソフト情報の閲覧などは必要に応じてICTも導入し、迅速に情報共有が図れるように工夫している。</li> </ul>       |   |         |
| 【45】   | Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。                      | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個人情報の取り扱いに関する誓約書を全職員からもらい、事業所や利用者に関する情報を適切に管理できるよう努めている。記録管理に関する責任者の設置が望まれる。個人情報保護に関する研修を年に数回開催しており、グループワークやロールプレイを交えて行うことで、より深い知識習得に努めている。</li> <li>・個人情報使用同意書を作成しており、利用者本人、利用者家族それぞれから同意を得ている。</li> </ul>                        |   |         |