

第三者評価結果報告書

事業所名：地域密着型特別養護老人ホームこむかい

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
<p><コメント></p> <p>・法人理念は「歩・実・心」（あゆみのところ）としており、入職時のオリエンテーションや研修、諸会議、法人内研修などにおいて説明し周知に努めている。全職員に法人で作成した「歩・実・心」を配布している。また、法人の理念を念頭に事業所としての各部署及び個人目標を作成をしている。また事業所の方針は、人事考課制度の上下期目標記入シートを通じて、職員への周知を図っている。また、利用者や家族などに対しては、利用開始時やカンファレンスなどで説明し、理解を促している。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>・利用者の意向などは、第三者評価の利用者調査によって情報を収集しニーズの把握に取り組んでいる。職員の意見は会議や面談などで把握に努めている。また、地域福祉の現状については地域との交流事業を通じて地域住民などから情報を収集している。運営状況については、月2回、施設長、事務長、統括介護主任、相談員などが出席する定例会議を行い、現状の報告と課題の共有、具体的な解決案の検討に取り組んでいる。さらに、南さいわい（特養）を含めて3か月毎に、理事長、施設長、事務長等で事業に進捗状況を検証する機会を設けている。</p>		
【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
<p><コメント></p> <p>・経営状況については、定期的に経営層（理事長や施設長）は参加する会議において課題分析を行って解決・改善策を検討している。さらに、稼働率や具体的施策項目の実施報告などの指標を明示し、毎月開催しているリーダー会議や各委員会などを活用して計画の進捗状況などの具体的な検証に努め、着実な計画の実行に取り組んでいる。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>・法人としての中長期事業計画をベースに、リーダー会議における協議検討を通じて施設の課題やニーズを抽出し、単年度事業計画を策定している。合わせて予算編成について前年度の収支状況を細かく分析し、施設が目指していることが的確に実施できるようにしている。また、単年度の目標は、職員の目標管理ともリンクさせることにしており、上期下期別の目標記入シートに明示し、職員一人ひとりの目標を促している。さらに、法人としての中長期事業計画の骨子を、単年度事業計画に具体的に反映させること目指している。</p>		
【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
<p><コメント></p> <p>・単年度事業計画には運営とサービスのそれぞれの基本方針を明示し、さらに具体的な施策項目に落とし込み達成を支援する手法を用いている。それらはリーダー会議などにおいて前年の達成状況の検証を踏まえて策定しており、未達成については次年度に継続して取り組むことにしている。また、事業計画上の目標は個人目標とリンクさせ、単年度事業を円滑に推進できるようにしている。事業所では単年度事業計画に、法人の中・長期的計画の骨子をさらに反映させることを目指している。</p>		

【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。	a
<コメント> ・事業計画書には単年度の事業目標分かりやすく明示することで、職員の理解を促進させ円滑に事業推進できるようにしている。職員個々に上期下期別に目標設定を行い、目標記入シートを作成して達成に取り組んで。また、事業の進捗状況についてはリーダー会議などで検証し、必要に応じて修正する仕組みが整っている。さらに、当初の予算設定数値との乖離があれば、その原因理由を分析し、補正予算を組むなどして必要な対策に取り組んでいる。年度末には事業計画の評価・見直しを各部署担当者で行い事業報告書を作成している。		
【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> ・単年度事業計画については、年初のリーダー会議において説明や配布によってリーダー職員への周知を図っている。さらに、リーダー職員より各フロア別に利用者に対して説明したり、ケアプランの更新や見直しの際にも合わせて説明し理解を促している。ただし、コロナ禍において、利用者をはじめ家族と関わる機会が制限されているために、事業計画を伝える機会を設けることを課題としている。		

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> ・福祉サービスの質の向上については、各委員会において役割分担を明確にして取り組んでいる。個々のサービスの質については、部署毎のミーティングによって評価し改善に取り組んでいる。また、法人全体で取り組んでいるノーリフティングケアについては各事業所毎に評価し、職員全員の介護技術の向上に努めている。さらに、各委員会を通して、福祉サービスの質の向上について組織的に検討することに力を入れている。また、ノーリフティングケア研修を年間計画を策定し実施しており、組織的に学べる機会を充実させている。		
【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。	b
<コメント> ・施設長を中心に施設内の諸会議（リーダー会議や各種の委員会）、法人内会議（理事長にーティング・関東施設長会議）、地域の会議（市内施設長会議）などに参画し、取り組むべき課題を明確にしている。福祉サービスの質の向上に関する検証は部署ミーティングにおいて具体的な事例に沿って行うことにしている。さらに、経営層は組織の課題を明確にし、相談員と介護統括主任が参加する定例会議、各フロアの副主任・リーダーが参加するリーダー会議、各種委員会で、課題に対して計画的な改善策の検討に取り組んでいる。		

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。	a
<コメント> ・施設長は法人理念や基本方針の達成に向けて、リーダー会議、定例会議、各種委員会、朝礼などを通じて、経営管理に関する方針を伝えることで、自らの役割と責任を職員に伝えている。さらに、職員面談などを通じて、職員一人ひとりの取り組むべき業務内容を提示して、リーダーシップを発揮している。特にリーダー会議では、法人としての思い「あゆみのこころ」の浸透に取り組み、リーダー職員の役割と責任についても触れ、それぞれがリーダーシップを発揮できるように意識の高揚を促している。		
【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。	a
<コメント> ・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、社会人・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。集団指導などを通じて制度に係る情報を得て、リーダー会議などを通じて必要な事項は伝えることにしている。職員に対しては、ハラスメント防止についての意識調査や研修を実施したり、リーダー会議で遵守すべき事柄を共有したりして注意喚起を促している。		

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
<p><コメント></p> <p>・法人理念の実現に向けてリーダー会議や各種の委員会などを通じて、施設長の役割と責任を職員に伝えとともに、課題については各委員会で取り組めるような指導・助言に取り組んでいる。さらに、福祉サービスの質の現状について、現場職員との面談などを通して把握に努めている。また、現状に満足せず、新たな取り組みへのチャレンジを進めるため、リーダー会議での発言や定期的な職員面談を通して、意識統一を図っている。さらに、ノーリフティングケア研修には管理者も参加し、組織一丸となって取り組んでいることを示唆している。</p>			
【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
<p><コメント></p> <p>・事業所では地域密着型の小規模特養であることや、全室ユニット形式の個室であることなどの、特色生かした介護を実施するためにリーダー会議において方針を示唆し、組織一丸となって取り組めるようにしている。さらに、働きやすい職場環境整備を検討し、実践に取り組んでいる。ただし、例年に比べ、新型コロナウイルス感染防止対策として、職員同士交流がとれる場を作ることが難しく、現在の取り組みがすべて正しいとは考えず、新たな取り組みへのチャレンジを進めることで、経営の改善や業務の実効性を高めるよう努めている。</p>			

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
<p><コメント></p> <p>・必要な福祉人材に関しては、法人の方針に準じて様々な媒体を活用し、福祉人材の確保を行っている。人材募集・確保に取り組んでいる。経営層は就業状況・勤務態度を定期的に把握して適材適所な人員配置になるようにしている。また、職員の育成や本人の希望を踏まえて異動や人員配置に取り組み理念達成に努めている。さらに、法人として職種や施設を越えた新任研修や年次ごとの研修を行い、人材育成に努めている。事業所においては新規採用職員に対して、各分野での研修を行い育成に取り組んでいる。</p>			
【15】	II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>・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。法人として実施している新任研修において人事管理基準の周知を図り、事業所においては各部署長による評価制度を導入して、個人の育成状態を適切に把握できるようにしている。また、年度毎に上期下期の目標管理を実施しており、半年毎の上長面談、年1回の施設長面談などを通じて適切な人事管理が行えるように取り組んでいる。面談の際には、体調管理など就業に関する幅広い内容についても聞き取ることにしている。</p>			
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
<p><コメント></p> <p>・法人内で統一された人事考課制度によって、定期的や随時管理者と職員が面談する機会を設け、就業状況や意向を確認することになっている。定期的には年3回（上長2回・施設長1回）の個人面談において職員の意向・ニーズを把握し、人材育成計画の策定などを職員に明示している。また、個人別、経験別に職員一人ひとりに必要な研修計画を策定し、育成に取り組んでいる。個人で作成した自己目標を管理者及び部署長が共有することで、職員の目指している方向性を確認している。</p>			
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。	b
<p><コメント></p> <p>・新任職員研修は法人として開催し、事業所では現任者も含めて各種の研修を実施している。また、人事に関する希望聴取用紙を職員に配布し、個人が取得を希望する資格などを把握して、それらに合った役割を担ってもらい成長を促している。法人の資格取得制度などで職員のキャリアアップの支援を行っている。また、法人内表彰制度（ベストサービスアワード）を開催し、事業所での取り組みを発表する場を経験することで、モチベーションの向上に努めている。</p>			

【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
<p><コメント></p> <p>・法人として新任研修、フォローアップ研修、リーダー研修など、入職年次、職域、職制に沿った研修計画を策定して、職員の参加を促している。事業所においても年間研修計画を作成して、身体拘束や感染症対策などをテーマとした外部研修に参加を促したり、スキルアップをテーマとした内部研修を開催したりして資質の向上に取り組んでいる。また、年間の研修計画の策定及び、各種委員会で研修を実施している。法人内外の研修参加も積極的に推進している。</p>			
【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
<p><コメント></p> <p>・法人として各種の研修を実施しており、毎年スケジュールを取り決めて参加を促している。事業所においても年間の研修計画の策定し、各種委員会を中心に研修を実施している。また、法人内外の研修への参加も積極的に取り組んでおり、勤務シフトなどを調整して参加を支援している。事業所では重点的に取り組んでいるノーリフティングを学ぶ機会を設けたり、少人数の勉強会なども開催している。外部研修へは、本人希望に加え、学んでもらい内容の研修にも積極的に参加を出来るよう支援している。</p>			
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
<p><コメント></p> <p>・実習生の受け入れに関する基準を設けており、オリエンテーションをはじめ指導担当者を選出して、適切に指導できるようにしている。受け入れ時のオリエンテーションでは、個人情報の取扱いについても説明し、注意喚起を促している。南さいわい、こむかい共に社会福祉士を配置しているため、実習生の受入をは南さいわいで行い、見学や委員会等でこむかいにも参加してもらえるようにしている。実習の主旨にあった体験ができるようにプログラムを設定していることがうかがえる。</p>			

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。	a
<p><コメント></p> <p>・事業の内容の報告や変更等、ホームページの活用や書面での家族郵送を行っている。ホームページ、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。また、実習生などの受入体制を整備して、地域との関係づくりに取り組んでおり、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人としての役割を果たすことに力を入れている。さらに、地域に向けて理念や基本方針を説明した印刷物の配布を検討している。</p>			
【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
<p><コメント></p> <p>・事務、経理、取引について内部監査を実施し、外部の専門家による監査も行っている。監査指摘事項にもとづき改善に取り組んでいる。事業所の情報や個人情報の取り扱いについては、運営規程・就業規則などの規程・体制を整備し、利用開始時の説明、施設内の掲示、同意書などによって利用者や家族への周知に努めている。また、各種の研修を通じて職員への理解が深まるようにしており、各種の情報は必要に応じて利用できるように、法人として公正かつ透明性の高い運営のルールに沿って管理している。</p>			

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><コメント></p> <p>・地域の社会資源を利用者に還元する取り組みとしては、地域交流スペースを活用し、多様な主体へ無料貸し出しを行っている。また、例年であれば、2か月毎に運営推進会議を開催し、町内会長、民生委員、地域包括職員、家族等と交流を図っている。また、現在は新型コロナウイルス感染防止対策の一環として、運営推進会議は中止している。ただし、令和2年より新型コロナウイルス蔓延防止のため、積極的な地域交流が難しい状況となっている。尚、地域住民の参加を促して七夕飾りは実施したが、集まっていた行事は中止としている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>・利用者に還元できる地域の社会資源の活用の一環として、ボランティアの受け入れにも積極的に取り組んでおり、ボランティアの問い合わせに積極的に応じ、交流を図るよう努めている。例年であれば、利用者が職員以外の地域の人々と触れ合う機会を創出している。ただし、令和2年以降は新型コロナウイルス蔓延防止のため、ボランティアの受入れを中止している。コロナ収束の際には再開することになっている。</p>			
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。	a
<p><コメント></p> <p>・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、実習生やボランティアなどの受入体制を整備して、地域との関係づくりに取り組んでいる。従前より対外的な情報発信と地域の福祉ニーズ把握に努めている。さらに、地域のニーズや関係機関との情報共有を充実させることを目指している。</p>			
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。	a
<p><コメント></p> <p>・施設長を中心に地域で開催されている各種の会議や連絡会に参画しており、情報収集や課題の把握に努めている。また、例年であれば施設で開催する行事に地域の人々を招待するなどによって交流を図ることにも取り組んでいる。コロナ収束の際には再開することを計画している。法人内外の居宅介護支援事業所、関係機関からの情報提供や、町内会長等と情報共有を行っているが、地域のニーズや関係機関等との情報共有をフィードバックする仕組みを構築することを検討している。</p>			
【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><コメント></p> <p>・社会福祉協議会、地域包括ケア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。コロナ収束の際には再開することを計画している。地域の福祉ニーズにもとづき、地域交流スペースを無料開放をしているが、さらに事業所が主体となるような活動を開催することを目指している。</p>			

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
<p><コメント></p> <p>・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などを通じて、社会人・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取り組んでいる。さらに、利用者を尊重した福祉サービスが実施できるように、目標を設定して職員の理解を促している。身体拘束禁止、虐待防止等に関する委員会や研修を通じて、職員に基本的人権の配慮について考える機会を設けている。また、個人情報の使用に関しては、利用者及びその家族に説明後、署名捺印を得ている。利用者ごとに担当者を決め、個人の意思を尊重できる体制をとっている。</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>・個人情報保護の扱いについては法人として規定を設けており、利用開始時に「個人情報の使用に係る同意書」を契約時に説明し、同意を得ている。職員については入職時に「個人情報保護の取り扱い」を説明し同意書を交わし、ボランティアや実習生については、活動開始時のオリエンテーションで説明し周知を図っている。また、施設行事風景の写真を広報誌などに掲載する際は、改めて許可を得るようにしている。また、事業所は全室ユニット個室であり、プライバシー保護に努め、顔なじみの関係で生活できるように配慮している。</p>			

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
<p><コメント></p> <p>・利用希望者、その家族、地域への情報提供としては事業内容全体が把握できるパンフレットやホームページなどを設けている。ホームページは法人として作成されており、施設情報を掲載して利用希望者などが概要を確認できるように整えている。入所前のアセスメントを通して情報共有を行うとともに、入所後の面会時等で聞き取りを行いケアプランに反映させている。現在は、新型コロナウイルス影響の為、施設見学は実施できていない。ただし、令和2年からは新型コロナウイルス感染防止対策の一環として、館内の見学範囲の制限をしており、画像などで説明をしている。体験入所などは行っていない。</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>・入所前に見学や概要説明を行い、入所時にも重要事項説明書をもとに説明し理解を促している。入所後サービス内容の変更が生じた際には、家族面会時の説明や書類を郵送することによって、分かりやすい説明を心がけている。また、事前面談が初回アセスメントになることを踏まえ、決められた書式を用いて生活歴などを詳しく聞き取り、現場の職員に伝え、さまざまなケアに活かせるようにしている。また、利用者・家族の気持ちを大切にして、関係づくりに配慮している。面会時等にケアプランをもとに説明し、同意を得ている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>・事業所では出来る限り地域での生活を継続してもらうための支援に取り組んでいるが、常時医療行為が必要になった際などの退去基準を設けて、利用開始時に説明し理解を促している。医療機関などに転所が決まった場合は継続した支援提供のため、家族の同意のもとに利用者の様子を伝えたり、必要に応じてケース記録や看護記録をもとに説明を行うことで、支援の継続性に取り組んでいる。さらに、転所後のフォローを行うなど、支援の継続性に配慮している。変更が必要な場合は、家族を含む多職種で今後の方針を話す場を設けている。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
【33】	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>・例年であれば、利用者の生活の様子は、面会時に伝えるようにしている。利用者の生活が充実したものとなるように、面会などに訪れることが出来ない家族へは、郵便や電話で相談員や各部門担当者が情報提供している。また定期的にモニタリングによってケアプランの進捗状況などを把握して、利用者から聞き取りを行い支援に反映させることにしている。個別支援が行えるよう、利用者ごとに担当者を決めている。また、ユニットごとに個別行事や季節の行事を行っている。第三者評価の利用者調査によっても意向や要望の把握に取り組んでいる。</p>		
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。	a
<p><コメント></p> <p>・「重要事項説明書 利用約款」によって、利用者や家族には利用開始時に苦情解決制度や外部の苦情相談窓口を利用できることを説明し周知に努めている。また、施設1階の玄関エントランスには、苦情解決制度（受付）を掲示して、対応する体制を整えている。また、実際に苦情をはじめ意向や要望などの相談を受けた際には迅速に対処し、利用者や家族等に適宜フィードバックすることになっている。法人及び事業所内で苦情解決に向けた体制が確保されている。</p>		
【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
<p><コメント></p> <p>・苦情解決制度については玄関エントランスへの掲示をはじめ、各フロアの介護ステーションも職員に声がかけやすいような環境（カウンター）を整えている。また、1階受付前に意見箱に設置している。令和元年までは職員以外の相談先として市の介護相談員が定期的に事業所内を訪問する機会を設けており、利用者と面談して話し合った結果を施設にフィードバックする体制が整っていた。ただし、令和2年からは新型コロナウイルス感染防止対策の一環として停止となっている。</p>		

【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
<p><コメント></p> <p>・ケアプランは3か月毎に作成（見直し）に取り組んでおり、利用者・家族の生活に関する意向や援助方針を分かりやすく表現することに努めている。例年であれば、家族へのケアプランの説明・同意はサービス担当者会議や、来所が無理な場合には郵送して確認してもらうようにしている。また、相談や意見に対してその場で解決できない事柄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。また、必要に応じて管理者が対応する、法人本部へ報告する場合等もある。</p>		
【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
<p><コメント></p> <p>・各リスクに対してはリスクマネジメント委員会を中心に検討改善に取り組んでいる。また、委員会活動と共にリーダー会議においても対応方法を検討する機会としている。事故や感染症などが発生した際にはリスクマネジメント関連の委員会がそのリスク発生の要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに努め、計画的にリスクマネジメントに取り組んでいる。利用者の安全確保に向けて各フロアのヒヤリハット報告書や事故報告書の集計結果を確認するとともに、再発防止策を講じている。事故防止対策委員会の指針に基づき、定期的な委員会の開催及び研修体制がある。</p>		
【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
<p><コメント></p> <p>・感染対策委員会による感染マニュアルの更新を適時行っている。委員会では全職員対象の感染対策研修を計画し、感染症の予防及び発生時の対応について具体的な情報提供に取り組んでいる。感染症などが発生した際には同委員会がそのリスク発生の要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに努め、リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる。新型コロナウイルス感染症に関するBCPについては、現在感染対策委員会にて作成している。感染症・食中毒予防対策委員会の指針に基づき、定期的な委員会の開催及び研修体制がある。</p>		
【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
<p><コメント></p> <p>・消防・防災訓練を定期的実施し、備蓄を3日分用意している。緊急時には迅速に職員に連絡が行きわたるように連絡網を都度更新して、自動参集の仕組みも策定している。自然災害など大規模な災害に対処するため、施設では、今後予想される地震や大規模災害に対するリスクマネジメントの必要性を考え、早急なる事業継続計画の策定に着手・取組みをに努め早期に完成させることを目指している。消防計画に基づき、2回/年の避難訓練を実施している。しかし、BCP（事業継続計画）の策定が未実施のため、早急に策定する必要がある。</p>		

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><コメント></p> <p>・各種マニュアルが整備されており、法人が求めるサービスの質の標準化が新入職員研修や日々のOJTにて活用されている。</p> <p>・接遇マニュアルの中に、権利擁護・プライバシーの保護に関する内容が盛り込まれており、職員全体に共有することができている。ユニットごとにマニュアルを使用しながらOJTを行っており、各ユニットのリーダーがマニュアルに基づいたサービス提供を行えているかチェックしている。</p>		
【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。	b
<p><コメント></p> <p>・マニュアル内容の見直しに関してはユニットごとに取り決めており、基本は必要時に見直し訂正を加えている。スタッフミーティング内でマニュアル内容を確認し、相談をしながら項目の振り返りを行っている。</p> <p>・現在はマニュアルの見直し時期を設定しておらず、必要時に話し合いのもとに更新しているが、年に1回は必ず見直し更新するという取り組みを行うことが望まれる。</p>		

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
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーを計画作成担当責任者に設置し、多職種連携のうえアセスメントシートとケアプランの作成にあたっている。 ・アセスメントシートはPCにて作成しており、栄養士、看護師、介護士、機能訓練士それぞれが割り当てられた項目ごとに情報を入力して管理を行っている。 ・また、アセスメントシートやカンファレンス記録・サービス担当者会議要点に関してもPC上にて管理しており、相談員から各職員へ共有の声かけを実施している。 		
【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
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランは6か月に1回の頻度にて見直しを実施している。更新時は、担当者会議、ケースカンファレンスにて多職種の意見を吸い上げ、より利用者にあったプランが作成ができるよう取り組んでいる。 ・退院時やADL低下の影響により、提供するサービス内容の変更が見込まれた場合は、適切なアセスメントを行い緊急でプランを変更している。 ・作成されたケアプランには、利用者の課題・ニーズがわかりやすく明記されており、解決するために必要なサービス内容が記載されている。 		
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
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメント・ケアプラン・モニタリングなどの計画書関係から、利用者の生活記録、カンファレンス記録などすべての情報がPCの介護ソフトに入力されており、関わる職員に共有されている。また、ミーティング内で情報共有について発信している。 ・記録関係は、全てPCにて管理・共有しているが、すぐに共有したい情報に関しては、各ユニットごとに申し送りノートを作成して記入している。多職種間での申し送りにも使用しており、確認した職員は印鑑もしくはサインをすることになっており、申し送り漏れがないような仕組みとなっている。 		
【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
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> ・情報を管理しているPCは職員ごとに個人ID及びパスワードが設定されており、厳重なセキュリティーをかけている。書類関係は鍵付きのキャビネットに保管する取り決めとなっており、キャンパス長もしくは相談員が記録管理責任者に着任している。 ・利用者・利用者家族には個人情報使用同意書の説明を必ず行い、同意のサインをもらっている。また、職員は入職時に個人情報に関する誓約書の記入を義務付けられており、法人が定める個人情報保護規定を遵守している。 		