

第三者評価結果

事業所名：スマイルコート円蔵

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
<p><コメント></p> <p>経営理念を法人のホームページや施設のパンフレットに掲載しています。職員はネームカードの裏側に、理念及び理念の実行方法が記載されたクレドカードを入れ、常に携帯しています。会議や施設内での研修などで理念等を説明し、職員への周知を図っています。理念の唱和を以前は実施していましたが、コロナ禍の現在は中止しています。</p>	

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
<p><コメント></p> <p>地域の各種福祉活動の動向を「運営懇談会」や「茅ヶ崎介護サービス事業者連絡協議会」などで把握し、情報交換しています。施設見学会や、1階にある同法人のグループホームと共催で秋に「円縁祭」を開催し、地域の住民の参加を得て、潜在ニーズを収集して来ました。施設では情報を把握していますが分析までは至っていません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人で経営状況や改善すべき課題が検討され、エリア長を通じて施設長や相談員に内容が伝達されています。法人全体や施設の決算内容は毎年「運営懇談会」で利用者家族に報告されていますが、課題等を職員間で検討する機会はありません。経営状況や改善すべき課題について職員に周知し、改善に向けて具体的に取組ことが期待されます。</p>	

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
<p><コメント></p> <p>法人の中長期計画は今回の訪問調査時に確認することが出来ませんでした。ホームページ等での記載はなく、施設には周知されていません。施設では中長期計画の策定に取り組んでいません。法人が目指す中長期計画をベースに、施設においても中長期計画を策定し、数値目標や具体的な成果等を設定し、推進することが期待されます。</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。	c
<p><コメント></p> <p>法人の中長期計画は今回確認することが出来ませんでした。また、施設にも周知されていません。施設では中長期計画は策定されておらず、中長期計画をベースとした単年度計画も策定されていません。中長期計画をベースに、実行可能な具体的な内容の単年度計画を策定し取り組まれることが期待されます。</p>	

(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> 事業計画は、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて作成されています。計画書は法人が定めたフォーマットに従い策定されています。昨年度から成果と評価をそれぞれ施設長・エリア長が記入し、法人からフィードバックが記載されています。事業計画は作成されていますが、利用者支援の項目に数値目標等がなく、職員全体に周知がされていません。事業計画内容の職員への周知と実施状況の把握・確認の実施が期待されます。		
【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> 事業計画の主な内容は「運営懇談会」で家族に説明し、議事録は利用者全家族に送付されています。「運営懇談会」は施設長、本社運営事業本部、家族などが参加して例年2回開催されていますが、今年はコロナ禍の為11月だけの開催となりました。施設の現状報告や健康管理室、各委員会報告、決算報告などについて家族に説明しています。		

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
<コメント> 法人で定められた「介護職スキル評価シート」など各職種ごとにチェックシートが用意されています。職員は挑戦意欲・使命感・専門知識・技能などの取組項目に対して習得手段を申告し、達成度を自己評価して取り組んでいます。年間2回実施していますが、施設長との面談が実施されておらず、組織的な取組になっていません。第三者評価については、今回初めての受審ですが、結果を職員に周知して改善に向けた取組を始める意向です。職員面談の実施が期待されます。		
【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
<コメント> 委員会活動により、施設として取り組むべき課題を明確にして改善策や改善実施計画を立てて実施しています。委員会は、安全対策、身体拘束・虐待、苦情対策、感染・環境整備、行事、給食委員会の6委員会がそれぞれリーダーを決めて、3~4名のメンバーで活動しています。各委員会は開催後議事録を作成して回覧し、決定事項の周知徹底・声かけをして定着に努めていますが、委員会ごとの活動にばらつきが見られます。施設長の委員会への参画が期待されます。		

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
<コメント> 施設の運営規定に施設長の役割と責任が明記されています。防災や事故対応などの有事における施設長の役割と責任、不在時の権限委任等は避難訓練後の反省会の席上表明し、議事録に明記されています。昨年は、職員との中間と年度末の面談が実施出来ませんでした。職員一人ひとりとの面談を通して、今後リーダーシップを発揮し、職員の育成に取り組む機会を増やすことが期待されます。		

<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> 施設長は、毎年法人の施設長会議に参加し、遵守すべき法令等を把握し、利害関係者等との適正な関係を保持しています。法人からはエリアマネジャーが隔週に来所し、各種の最新情報を伝えています。職員に対しては、各種センサーの利用等で身体拘束に該当する事項について、正しい取組内容を伝え、合意文書を交わすなど指導しています。行政等が主催する法令遵守に関する外部研修への参加は今後の課題となっています。</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> 施設長は実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、相談員やケアマネジャーと相談して取り組んでいます。利用者への福祉サービスの提供内容は各フロア会議で話し合っていますが、職員の不足状態が続き、ゆとりあるサービス提供が困難な状況です。施設長は福祉サービスの向上に向け、自ら講師となり職員の教育・研修を実施していますが、参加者が少なく課題としています。</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>c</p>
<p><コメント> 施設長は、人員体制や有給取得の状況などを把握しています。現在は人員不足により、現場の仕事が多忙となり、人事、労務、財務や職員の働きやすい環境整備等についての取組が十分出来ていない状況にあります。相談員やケアマネジャーと連携し、業務を推進していますが、介護職員とのコミュニケーションが全体的に不足気味で、組織的な活動体制の構築には至っていません。</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>c</p>
<p><コメント> 法人は、求める人材についての考え方をホームページに掲載し、正社員や、準社員の基準を明示しています。採用は、法人が中心となって行っていますが、介護福祉士の資格を持っていないと基本的に正社員として採用されない基準があるため、施設では人材の採用が難しいのではないかと考えています。施設では、定着率の向上に向けた新人職員のOJT育成も見直しています。新規採用が難しく、人材不足の状態が続き、課題としています。</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> 職員は社員カード（名札）の裏側にクレドカードを入れ、常に携帯しています。クレドカードには理念の実行方法として7項目が記入され、「期待する職員像」が明確に示されています。人事基準等は法人が明確に定め基準にもとづき評価が行われていますが、職員との話し合いと周知が十分ではありません。職員の自己評価にもとづいた面談が施設長と実施されていない為、賞与査定と連動した勤務評価の内容も職員に周知されていません。</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り組んでいる。</p>	<p>b</p>
<p><コメント> 職員の有給休暇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ます。勤務シフトの作成にあたっては職員個々の要望を聞き、特に幼児や小学生などの子どもを持つ職員の要望に対応しています。現在は人員が不足し、施設長も現場に入らざるを得ない為、職員一人ひとりと向き合う時間が確保できない状況が続いています。</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> 法人として「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「介護職スキル評価シート」など各職種ごとにチェックシートが用意されています。職員は挑戦意欲・使命感・専門知識・技能などの項目ごとに習得手段を申告し、達成度を自己評価して取り組んでいます。自己評価は年間2回実施していますが、施設長との面談が実施されず提出のみとなっています。面談を通して職員育成に向けた組織的な取組が期待されます。	
【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> 施設では県や市主催の外部研修を案内していますが、数も少なく職員の利用も少ない状況です。内部研修は毎月計画され、施設長が講師となり実施していますが、参加者が少なく、また実施報告書が6月以降作成されていません。講師を職員の交代制で実施するなど、職員の専門知識・技能向上への意識づけの強化と、研修報告書の作成により欠席者への研修内容の周知が期待されます。	
【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。	c
<コメント> 施設長は、職員のスキルアップを願っていますが、職員の知識や技術水準など、個々の職員のスキルの把握が不十分と感じています。新入職員に対してリーダーが中心となって先輩職員によるOJT研修を3週間実施していますが、プリセプター（マンツーマン新人指導者）の役割なども見直しが必要と捉えています。実務者研修などは法人の費用負担で実施し支援しています。職員一人ひとりの研修計画の策定や研修履歴の管理が期待されます。	
(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> 法人としては、実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化して、マニュアルを作成し受け入れています。茅ヶ崎市地域においても同法人の他の介護付き有料老人ホームで実習生を受け入れ、研修を実施する予定となっています。施設ではまだ実習生の受け入れがありません。指導者に対する研修を実施するなど、受け入れに向けての体制整備を進める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。	b	
<コメント> ホームページに理念や方針、提供するサービスの内容を掲載しています。運営懇談会では法人の決算報告書と施設の収支報告書などで運営状況を家族に説明し、苦情・身体拘束・安全・防災の各委員会報告も実施しています。運営懇談会資料は欠席の家族にも送付されています。第三者評価は今回初めての受審であり、今後公表していく予定です。法人全体や施設の事業計画、事業報告、改善すべき課題について適切に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。	b	
<コメント> 施設での金銭の取り扱いは少なく、利用者との金銭のやり取りはありません。会計処理は法人が主体となり運営されています。施設ではパソコンの修理費用など1万円以上の出金は法人に稟議書を上げ、社長決裁の規定になっています。施設での支払いは全て立替金として計上し、法人に請求後、後日支払われます。施設の現金管理は毎月定期的に報告され管理されていますが、外部の専門家による監査支援等は実施されていません。		

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>施設は鉄筋コンクリート造3階建てです。周りに高い建物がいないため、近隣の津波災害時の一時避難場所になっています。屋上からは富士山を眺めることもでき、茅ヶ崎花火大会の際は屋上を開放するなど、1階のグループホームと共に近隣と交流しています。避難訓練時は近隣住民が車いすの移動を手伝うなど協力体制が構築されています。コロナ禍の本年は実施できていませんが、自治会の敬老会で祝ってもらうなどの交流もありました。今後は近隣住民を施設へ招くなど双方向の定例的交流が期待されます。</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>	b
<p><コメント></p>	
<p>コロナ禍の為ボランティアの受け入れは実施していません。以前はフラダンスや合唱サークルが来所し、クリスマス会では年末恒例の第九の合唱を披露するなど交流をしていました。近隣の小学校とは、運動会の見学などで交流し、地域の運動会なども自治会がテント席を準備してくれるなどの協力を得て参加していました。施設ではボランティア受け入れに対する文章やマニュアルが未整備のため、今後の策定が期待されます。</p>	
<p>(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>	
<p>【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。</p>	b
<p><コメント></p>	
<p>地域包括支援センターや民生委員と連携しています。職員にはフロア会議等で内容を周知しています。関係医療機関との連携では、定期的な訪問診療を実施しています。各種福祉活動の動向を「運営懇談会」や「茅ヶ崎介護サービス事業者連絡協議会」などから把握し、情報交換していますが関係機関・団体のまとまったリストの作成や掲示は出来ていません。課題解決のために関係機関と協同して取組を実施することが期待されます。</p>	
<p>(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>	
<p>【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。</p>	b
<p><コメント></p>	
<p>施設は、「茅ヶ崎介護サービス事業者連絡協議会」や「運営懇談会」などで、地域の福祉ニーズや生活課題を収集しています。コロナ禍の現在は介護保険の更新などで市役所高齢福祉課を訪問した際に、運営懇談会の議事録などで情報交換し、相談をしています。地域住民との交流を実施していますが、地域の福祉ニーズを把握するまでには至っていません。</p>	
<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。</p>	b
<p><コメント></p>	
<p>施設は鉄筋コンクリート造3階建てで、近隣の津波災害時の一時避難場所になっています。茅ヶ崎花火大会の際に屋上を開放するなど、1階のグループホームと共に近隣と交流しています。新型コロナウイルスが終息した後には再び地域住民を施設のお祭りに招待し、交流の機会を作るなどの取組を検討しています。防災については、地域の防災訓練に参加し、非常食などの備蓄に協力する等の連携が期待されます。</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
<p>【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。</p>	b
<p><コメント> 法人の理念・理念の実行方法に利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されています。施設では企業理念等を入職時に説明し、クレドカードを配布し、周知徹底しています。理念等は日常的に会議等で伝え、内部研修も行っていきます。ケアカンファレンスの会議を定期的開催して、介護職員、看護職員、機能訓練士等様々な職種による関係職員の合議で策定しています。一部職員の参加ができていないことがあり、課題としています。</p>	
<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。</p>	b
<p><コメント> 利用者のプライバシー保護について、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務などを明記した規定・プライバシー保護マニュアルなどが整備され、職員への研修により理解が図られています。写真の掲載については書面で確認し、掲載不可の利用者に配慮しています。利用者のファイルは事務室の鍵付きロッカーで管理されています。プライバシーに配慮した福祉サービスの均質な実施に向けて、職員への研修の充実が期待されます。</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。	
<p>【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。</p>	b
<p><コメント> 施設の福祉サービスの内容や特性、入居条件や利用料金等の施設概要はホームページで紹介しています。施設のパンフレットは理念や特徴などを写真付きで分かりやすく紹介し、また、徳洲会グループとして看護・医療体制についても細かく記載しています。パンフレットは病院や紹介会社等に置いて情報提供しています。利用希望者には電話予約の上、個別で丁寧に対応しています。パンフレット等の資料は公共施設等多くの人が入手出来る場所に置き、広く情報提供する事が望まれます。</p>	
<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。</p>	b
<p><コメント> サービス開始前には、自宅等を訪問し事前面接をしています。契約時には、重要事項説明書や契約書を用いて利用者や家族などに説明し、書面で同意を得ています。その際は、納得のいく丁寧で理解しやすい説明を心掛けています。サービス内容については、利用者、家族の意向を反映したケアプランを作成し同意を得ています。ケアマネジャーや生活相談員は定期的に家族に連絡しています。意思決定が困難な利用者へは家族などに確認をしていますが、配慮についてルール化には至っていません。</p>	
<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。</p>	b
<p><コメント> 福祉サービス内容の変更については、以前の内容を踏まえて利用者の現状に即した内容になるように配慮しています。急変時にも即対応しています。他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行については福祉サービスの継続性に配慮し、情報提供しています。利用終了後も職員に相談できる旨の説明はしていますが、その内容を記載した文書は渡していません。</p>	
(3) 利用者満足の上昇に努めている。	
<p>【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。</p>	b
<p><コメント> 利用者満足を把握するために家族アンケートを年1回行っています。アンケートは家族から直接運営法人に返信される仕組みで、法人で分析し施設に返されるようになってきました。また、年2回の運営懇談会や併設のグループホームと合同の運営推進会議を開催し、活動報告や事故報告の後、家族の意見等を聞く機会としています。利用者会や家族会はありません。</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。

a

<コメント>

苦情解決担当者は施設長で、法人も連絡先を載せています。施設及び法人での解決が難しい場合は、第三者機関や行政に相談できるとして、その連絡先を重要事項説明書に載せています。施設長や生活相談員は家族が面会に来たら必ず少しでも話をできるように心掛けています。委員会では苦情前シートを作成し、苦情になる前に対応するよう努めています。今後は苦情受付窓口、苦情解決担当者、第三者委員を設置し、苦情解決の仕組みを分かりやすく説明したものを施設内に掲示することが期待されます。

【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>

利用者や家族などには契約時に、相談について複数の方法と迅速に誠実に対応することを伝えていますが、分かりやすく説明した文書はありません。コロナ禍前は、月2回介護相談員2名の訪問があり、利用者の話を聞いて相談にも乗っていました。相談員の顔写真入りポスターをリビングに掲示しています。職員は利用者との信頼関係の構築を大切にしており、相談しやすい環境を整えています。相談を受ける時は相談室などを利用し、ゆっくりと落ち着いて対応できる様に環境にも配慮しています。

【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>

職員は日々の生活の中で、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ます。利用者との信頼関係の構築に務め、日々の会話から意見等を積極的に把握しています。相談や意見を受けた際は、記録に残し報告して検討しています。しかしながら、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はありません。早急にマニュアルを整備し、利用者からの相談や意見に対して組織的に迅速に対応する事が期待されます。

(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>

安全対策委員会を設置し、リスクマネジメント体制を構築しています。事故発生時の対応と安全確保について事故発生マニュアルに明記し、職員に周知しています。職員に対しては、安全確保・事故防止に関する研修を年1回開催して注意喚起及び周知をしています。しかし、利用者の安心と安全を脅かす様々な事例の収集は行われていません。今後は事例を収集し、発生要因を分析し、対応策の検討等が期待されます。

【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。

a

<コメント>

看護師が常駐しており、感染症対策については、看護師を責任者として管理体制を整備しています。感染症の予防と発生時の対応マニュアルを整備し、職員に周知しています。感染対策委員会を設置し、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会を開催しています。手洗い、消毒、換気、加湿等の感染症の対策は適切に講じています。感染症対応マニュアルの見直しは法人で行っています。

【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、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための対応体制が定められています。施設は3階建ての耐久性のある構造となっており、地域の津波避難場所に指定されています。防災計画を整備し、避難訓練を年2回、併設のグループホームと共に行っています。備蓄として、3~4日分の食料や備品類を用意していますが、備蓄リストがありません。今後は備蓄リストを作成して賞味期限等の管理体制を整備することが期待されます。

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>「ケアの基準書」(対応・姿勢・知識の基礎)を整備しています。この中には、利用者への接し方や守秘義務(個人情報の保護)、人権、ケアの方法等々が具体的に非常に分かりやすく書かれています。ケアの基準書は職員に配布され、サービスの実施方法について周知しています。個人記録の最初にケアプランを入れて、プラン実施表に毎日職員が記入する事で、ケアプランが確実に実施されているか分かるように工夫しています。ケアの基準書の活用でさらなるサービスの向上が期待されます。</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>福祉サービスの標準的な実施にあたり、モニタリングは3ヶ月に1回行い、現状を検証しています。ケアプランは6ヶ月に1回現状に即して作成しています。職員や利用者、家族からの意見を反映したケアプランとなるようにしています。状態が変化した時や急変時には、その都度利用者の状況に合わせてケアプランの見直しをしています。</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>アセスメント用紙をもとに、フロア会議を開き、利用者のニーズを検討し、ケアマネジャーがケアプランを策定しています。ケアプランは介護職員、看護職員、機能訓練士等様々な職種による関係職員の合議で策定され、家族や医師の意見も反映し、利用者・家族の同意を得ています。利用者の意思表示が難しい場合は家族に聞いています。</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>ケアプランは原則として6ヶ月に1回ケアマネジャーが作成しています。モニタリングは3ヶ月に1回行っています。毎月のフロア会議では介護現場から上がってきた全利用者の日々の様子について、介護職員や看護職員、機能訓練士等多職種間で共有し、検討する場となっています。ケアプランは利用者の急変時には緊急に変更する仕組みとなっており、見直しにより変更したサービスは直ぐに関係職員に周知しています。</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>	b
<p><コメント></p> <p>個人記録の最初にケアプランを入れることによって、職員が個人のケアプランを確認しやすくなっています。さらにプラン実施表にはケアプランを実施したかどうかを毎日記載するようになっており、ケアプランによるサービスの実施状況が一目で分かるようになっていました。記録の書き方に差異が出ないように、リーダーが記録の書き方を指導しています。日誌の最初に「書き方の例」を載せて記載の平準化を図っています。パソコンのネットワークシステムの利用はまだ実施していません。</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>	a
<p><コメント></p> <p>施設の運営規定に秘密の保持を明記し、職員に対しては入職時に説明して誓約書を交わしています。施設長が利用者に関する記録の管理者となっています。個人情報に関する書類は、事務所の施錠できる書庫に保管しています。職員は個人情報保護規定等を理解し、遵守しています。個人情報の取り扱いについて、利用者、家族に説明し、同意書ももらっています。</p>	