

第三者評価結果

事業所名：シニアフォレスト横浜港北

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>経営理念をパンフレット、ホームページに掲載すると共に、理念、行動規範が記載されたクレドカードを全職員に配付しています。入社時の法人研修で理念や目指す方向性について説明するほか、会議等で取り上げ周知しています。また、事務室、各階ステーションに企業理念を掲示し、朝礼時に唱和しています。利用者・家族に対しては、ホームページへの掲載のみとなっていますので、入居時に説明するなど周知に向けたさらなる取組が期待されます。</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>社会福祉事業の動向や地域の各種福祉計画などについての情報は、法人統括本部で収集・分析しています。施設として地域のニーズを把握することはしていませんが、法人エリアマネージャーが自治体主催の各種会議に参加し、地域の福祉ニーズを把握しています。また、各事業所からの報告をもとに、法人統括本部でコスト分析や利用率等の経営分析を行っています。施設長は、法人の毎月の施設長会議で、福祉サービス全般の情報や指示を得ています。</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>法人統括本部は、組織体制や職員体制、財務状況等の現状を分析して経営課題を抽出し、施設長会議で報告しています。介護現場の課題については、施設長、施設長補佐、介護リーダー、サブリーダーによる業務改善会議で、課題の抽出と分析をし、改善策を検討しています。施設長は、課題を全職員が参加する毎月の全体会議で報告し、行動規範の見直しのために職員意見の聴取をするなどの取組を始めており、今後期待されます。</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>法人統括本部では、企業理念の実現に向けて中長期的な計画を作成し、課題の解決に向けて計画的に取り組んでいます。ただし、計画の内容について事業所への周知は行われておらず、訪問調査時に確認することができませんでした。目指す中長期的な方向性を、法人と事業所で共有していく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>法人統括本部作成の中長期計画は事業所と共有されておらず、事業所としての単年度の事業計画の作成もなされていません。今後は、業務改善会議等で抽出された課題とその改善策を文書化し、事業所としての単年度の事業計画としてまとめていく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。	c
<p><コメント></p> <p>事業計画は策定されていませんが、全体会議や業務改善会議で、事業所が目指す方向性や理念の実現に向けた課題について話し合い、改善に向けて取り組んでいます。業務改善会議では、改善策の評価、見直しもされています。今後は、事業計画として文書化し、評価・見直しをしていくことが期待されます。</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>事業計画を策定していないため、利用者への周知の取組もなされていません。施設長、法人統括本部、家族などが参加する年1回の運営懇談会では、法人の目指す方向性や経営状況について家族等に説明しています。</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>全体会議、業務改善会議、看護会議で話し合い、実施されたサービスについて評価・見直し・結果の検証をしています。ただし、文書としてまとめることはしていません。また、評価基準を定め、定期的に自己評価するまでには至っていませんので、今後の取組が期待されます。第三者評価については、今回初めての受審ですが、アンケート結果を受けて家族への情報発信の仕組みを見直すなど、改善に向けた取組を始めています。</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>全体会議や業務改善会議で職員間で話し合い、課題の改善に向けた取組をしています。離職率改善に向けて新人職員の育成方法を見直したり、クレドカードの見直しに向けてグループワークをするなど、具体的な取組を進めています。ただし、自己評価や改善計画として文書化することはしていません。文書化して職員間で共有し、進捗状況を確認していくことが期待されます。</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促している。	b	
<p><コメント></p> <p>職務分掌規程に施設長の役割と責任が明記されています。施設長は、毎月の全体会議で理念の実現に向け、目指す方向性を示しています。また、業務改善会議を組織するなどの取組も始めており、今後リーダーシップを発揮する素地ができつつあります。ホームページの施設長挨拶で自らの役割と責任について表明しています。防災や事故対応などのマニュアルには、有事における施設長の役割と責任、不在時の権限委任が明記されています。</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> 施設長は、法人のトップマネジメント研修に参加し、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。法令遵守等に関する最新情報は法人統括本部が収集し、施設長会議で報告し、施設長が全体会議で職員に伝えています。行政等が主催する法令遵守に関する外部研修への職員の出席には至っておらず、今後の課題となっています。「倫理要綱」があり、内部研修等で取り上げ職員に周知しています。</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> 施設長は各フロアを定期的に見て回り、利用者や職員の動きを確認し、現場の声を聞いています。各フロアリーダー、サブリーダーは現場に入って一緒に仕事をし、課題を把握しています。把握した課題は、業務改善会議で改善策について話し合っています。感染症、事故・身体拘束・虐待防止、5Sなどの職員が参画する委員会には施設長も参加し、課題の抽出と解決策を検討しています。介護職の経験が浅い職員が多いこともあり、人材育成に課題があると捉え、研修の見直しなどを始めています。</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>b</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分析しています。財務については法人統括本部が把握・分析しています。施設長は、法人統括本部と連携し、人員配置や職場環境の改善に向けて取組をしています。職員が自分達がやりたいことや気づいたことを実現できる働きやすい環境作りを目指しています。リーダー、サブリーダーと連携し、意見を言いやすい風通しの良い職場作りに取り組んでいますが、組織内の具体的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>b</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載せ、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、人材紹介会社経由が主になっています。採用時には、法人人事部の担当だけでなく施設長も関わり、事業所が求める人材を確保できるようにしています。事業所では、定着率の向上に向けた新人職員の育成方法の見直しもしています。ただし、計画に基づいた人材を確保することは難しく、課題と捉えています。</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> クレドカードに法人理念にもとづく「期待する職員像」を明記し、職員に周知しています。職員の配置や昇進・昇格の基準等の人事基準を給与規程に記載し、事務所に設置しています。人事考課は目標達成度や貢献度ではなく、年数や資格に応じたものとなっていて、基本給の配分については、職員面談で職員に説明しています。職員が将来の姿を描けるようなキャリアパスの仕組み作りは今後の課題となっています。</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> 施設長は、定期的な面談のほか、随時職員とコミュニケーションを取り、職員の心身の状態や家庭の事情を把握し、職員がモチベーションを持って働けるよう、相談やアドバイスをしています。職員は法人のメンタルヘルス窓口にも相談することもできます。施設長は、職員のライフワークバランスに配慮し、希望する日に休みを取れるようシフトの調整をしています。ただし、職員の希望を聞いて総合的に福利厚生を整えるまでには至っていません。</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。	c
<コメント> 施設長は定期的に面談を実施し、職員が目指したいことを聞いて、自己実現に向けてアドバイスをしたり、研修への参加を勧めるなどしています。ただし、職員一人ひとりの育成に向けた目標管理の仕組みはなく、今後の課題となっています。	
【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> 法人の階層別研修計画や年間内部研修スケジュールは作成されています。ただし、職員の経験や職務に応じた知識、技術の内容・水準、専門資格などを明らかにし、組織としてスキルアップを図るための研修計画を作成するまでには至っておらず、今後の課題となっています。現在、新人職員育成方法の見直しをし、新人指導行程や指導計画表などの研修計画の作成に取り組んでいます。	
【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> 施設長は、職員の知識や技術水準、専門資格の取得状況を把握し、個々の職員のスキルアップを図っています。法人統括部主催の基本研修や実務者研修、マネジメント研修などに該当する職員が参加しています。新入職員に対して先輩職員によるOJT研修をしていますが、さらなる見直しが必要と捉えています。リーダーが中心となって先輩職員によるOJT研修を実施しています。認知症、接遇マナーなどの内部研修を各委員会と連携して全職員を対象に実施し、欠席者には資料を配付してリーダーが説明しています。介護福祉士等の資格取得も奨励しています。	
(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> 法人が中心となり、海外からの特定技能者実習生の受け入れをしています。開所後2年間、事業所としての受け入れ実績は現在までありませんが、実習生受け入れマニュアルやプログラムなど、受け入れのための仕組みを整えています。また、いつでも対応できるようリーダー、サブリーダーの育成を進めています。	

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。事業計画や事業報告、予算・決算情報などの公表はしていませんが、運営懇談会で事業収支など法人の運営状況を説明しています。運営懇談会ではヒヤリハット・事故と対応策、苦情・相談の対応についても家族などに報告しています。第三者評価は今回初めての受審で、今後公表していく予定です。地域に対しては、事業所パンフレットを病院や居宅介護事業所、地域ケアプラザなどに置いています。		

<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。</p>	b
<p><コメント> 経理規定、職務分掌を整備し、事務所に設置しています。内部監査は実施していませんが、小口現金や事務などについて法人統括本部によるチェックを受けています。法人は公認会計士等の外部の専門家による指導やアドバイスを受け、経営改善に取り組んでいます。</p>	

4 地域との交流、地域貢献

<p>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p>	<p>第三者評価結果</p>
<p>【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。</p>	c
<p><コメント> 開所後の2年間、稼働率などの体制整備に力を入れてきたため、利用者が活用できる地域情報を発信したり、利用者と地域住民が交流する機会を設けるなど、地域交流を広げるための働きかけは今後の課題となっています。コロナ禍のため外出が難しくなっていますが、利用者が入居前に利用していた病院や商店を継続して利用できるよう家族などに働きかけています。</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> ボランティア受け入れに関する基本姿勢、手続き、事前説明等を記載したマニュアルを用意するなど、ボランティア受け入れのための体制の整備はなされていません。コロナ禍前には、家族の紹介による楽器演奏などのレクリエーションのボランティア受け入れ事例があり、その際には個人情報などの配慮事項を口頭で伝えています。</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> 警察や消防、区役所、地域ケアプラザ、医療機関などの地域の関係機関のリストがあり、必要な職員がいつでも確認することができるよう事務所に設置しています。地域の連絡会などへの出席は法人統括本部で行っています。医療機関や地域ケアプラザとは、困難事例の相談や受け入れなどで連携していますが、職員間の情報共有に課題があります。</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>	c
<p><コメント> 法人統括本部は、地域の連絡会や各種会合等へ出席し、地域の福祉ニーズや生活課題を収集していますが、事業所として、連絡会に出席したり、地域住民との交流を通して地域の福祉ニーズを把握するまでには至っていません。地主との交流を通して、地域の生活課題を把握するなど今後の取組が期待されます。</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>	c
<p><コメント> 現在は具体的な関わりは少ないですが、事業所として地域貢献を目指しており、新型コロナウイルスが終息した後には地域住民を施設のお祭りに招待したり、利用者が土いじりをする機会を作るなどの取組をしていきたいと検討しています。防災については、地域の防災訓練に参加するなどにはしていませんが、オムツや非常食などを多めに備蓄し、災害時には地域住民に提供する準備をしています。</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> 法人や事業所の理念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。法人の企業理念、事業所の介護理念、具体的な行動規範はクレドカードにして全職員に配布し、周知徹底しています。職員はクレドカードを常に携帯しています。利用者の尊重や基本的人権への配慮については、勉強会や研修を実施し、ケアカンファレンスにおいて、定期的に利用者の状況把握・評価を行い、適切な対応を図っています。利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理要綱」や規定等を策定していますが、職員への配布はしていません。</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、研修などで職員への理解が図られています。標準的なサービス実施内容にも反映され、入浴や排泄などの介護方法や配慮など介護現場においても徹底されています。利用者や家族などには重要事項説明書や契約書にて説明し周知を図っています。ホームページなどへの写真掲載については事前に確認しています。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> 事業所の福祉サービスの内容や特性などはホームページで紹介しています。理念や事業所で行っている活動などを印刷したパンフレットは病院や地域ケアプラザなどに置いて情報提供しています。利用希望者の見学は随時受け付け、体験入所、一日利用などの希望に対応しています。利用希望者によって欲しい情報が違うので、生活相談員が中心となり、利用希望者に対する情報提供については適宜見直しを実施しています。パンフレットをもう少し色々な場所に置き、広く情報提供することも検討の余地があります。</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> サービスの開始前には、重要事項説明書や契約書を用いて、サービスの内容や料金などについて利用者、家族などに分かり易く説明し書面で同意を得ています。利用者や家族などとの信頼関係を重視しており、納得のいく丁寧な説明を心掛けています。サービス内容については、利用者、家族などの意見を反映したケアプランを作成し同意を得ています。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、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サービス担当者会議を開催し、以前の内容を踏まえて利用者の現状に即した内容となるように配慮しています。他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたっては、福祉サービスの継続性に配慮した手順を定め、引継ぎ文書を送っています。利用終了後も職員に相談できる旨の説明は行っていますが、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。

【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

<コメント>

年に2回、運営懇談会を実施しています。参加者は家族、法人のエリアマネジャー、施設長、施設長補佐などで、内容は事業所の経営状況、サービス提供状況、苦情・相談報告、事業所から家族などへのお願い等々です。家族等がグループになって話し合う時間が設けられていて、その内容を発表しています。事業所としては家族などの意見を聞く大切な時間と捉えています。アンケートなど利用者満足度を把握するための仕組みは整備されていません。

(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>

苦情解決の体制として施設長が相談窓口、責任者となっていますが、第三者委員の設置がありません。施設及び本社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明記し説明しています。玄関には、意見箱を設置していますが、苦情解決の仕組みを分かりやすく説明した掲示物はありません。出された苦情は法人本社統括本部と連携して迅速な対応を実施しています。家族なども参加する運営懇談会で苦情や相談の報告をしています。

【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書や重要事項説明書の中で、相談について複数の方法と迅速かつ誠実に対応することを明記し説明しています。しかし、事業所内に掲示はしていません。掲示して利用者などに分かりやすく周知することが期待されます。利用者との信頼関係の構築に力を入れており、利用者が相談し易い環境を整えています。相談を受ける時は面接室などを利用し、ゆっくりと落ち着いて対応できるよう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>

利用者との信頼関係を大切に心掛けて、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ます。意見箱を設置し、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っています。苦情・相談マニュアルを整備し、相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討などについて定めています。利用者の意見には事業所内で連携し対処する仕組みになっています。マニュアルの定期的な見直しが期待されます。

(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>

事故防止委員会を設置し、勉強会を開催しています。落葉事故防止や転倒予防などについての講習会や危険予知トレーニングなどの勉強や話し合いをしています。事故対応マニュアルはありますが、事故発生時の対応と安全確保について責任、手順等が職員に周知出来ていません。事故防止策などの安全確保策実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しが期待されます。

【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。

b

<コメント>

感染症委員会は設置されていますが、今年度、勉強会は開催していません。感染症及びまん延防止マニュアルを整備し、感染症の予防と発生時の対応について職員に周知徹底しています。感染症の予防策が講じられ、感染症が発生した場合には対応が適切に行われています。感染症及びまん延防止マニュアルの定期的な見直しが期待されます。

<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。</p>	b
--	---

<コメント>
地震、津波、豪雨、大雪等災害時の対応体制が定められています。利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、全職員に周知しています。管理者を決め、外の倉庫に食料や水、備品類の備蓄品を備蓄し、リストを作成して賞味期限等の管理をしています。年2回防災訓練を実施していますが、今後は地域住民の参加が期待されます。

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>【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。</p>	b

<コメント>
救急対応、嘔吐処理などの各種マニュアルが整備されています。マニュアルには、入浴や排泄など具体的な事例を挙げて利用者の尊重やプライバシー保護に関する事業所の姿勢が明記されています。定期的な読み合わせなどは行っていませんが、マニュアルを事務所に設置するとともに、必要に応じて内部研修や勉強会で配付し読み合わせをしています。今後、年に1回は読み合わせをすることが期待されます。マニュアルの変更があった時には、朝礼や会議で報告し、全職員に通達しています。

<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。</p>	b
---	---

<コメント>
職員の気づきがあった時など、必要に応じてマニュアルの見直しをし、全職員に周知しています。清掃員からの意見から5S委員会が中心となって検討を重ね、清掃方法の見直しをしたなど、職員や利用者からの意見や提案を反映する仕組みができています。今後は、各委員会が中心となり、年に1回はマニュアルの見直しをしていくことが期待されます。作成日・改定日を記載することで、より確認しやすくなると思われれます。

(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>【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。</p>	b

<コメント>
アセスメントシートを基に、ケアマネジャー、介護リーダー、看護師、機能訓練指導員、生活相談員によるケアカンファレンスで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、利用者・家族などの同意を得ています。策定にあたっては、家族等の意向や医師の意見も反映しています。ケアプランは回覧するとともに、リーダーが具体的なケア内容を連絡ノートに記載して職員に周知し、職員がケアプランの内容を理解してケアプランに基づいた統一した支援ができるようにしています。生活相談員、ケアマネジャーが中心となってアセスメント会議を実施していますが、他の専門職の参加も検討することが課題です。

<p>【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。</p>	b
--	---

<コメント>
ケアプランは6ヶ月ごとにモニタリングをし、見直しています。利用者に変化がある場合には、臨時にケアカンファレンスを開き、ケアプランの評価・見直しをしています。2週間に1回開催されるケアカンファレンスは、介護現場からあがってきた全利用者の日々の様子を多職種間で共有する場ともなっています。該当する利用者でなくとも日々の変化に応じて柔軟にケアプランや環境の見直しをしています。改善点を体制の変更にも反映する仕組みまでには至っていません。

(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。

b

<コメント>

個人ファイルにアセスメントシートやケアプラン、ケアカンファレンス記録、介護記録などを綴じ込み、ステーションに置いています。ケアプランと介護記録を見開きでファイルし、確認しながら記録できるよう工夫しています。記録の書き方に差異があるため、リーダーを中心に指導をしています。ケアプランや個別機能訓練計画などは、パソコン上でも共有しています。全体会議、ケアカンファレンス、朝礼、夕礼、回覧、連絡ノート、日誌などで情報共有を図っています。

【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。

b

<コメント>

個人情報の保管、保存、破棄、漏洩時の対策などを定めた個人情報保護規程があります。管理責任者は施設長で、外部に出る個人が特定されないようにするなど、定期的にチェック・修正しています。個人情報に関する書類は、事務所やステーションの施錠できる書庫に保管されています。職員に対しては、服務規律に記載し、入職時に誓約書を取っていますが、定期的に確認していくことが期待されます。利用者に対しては、入居時に説明し同意書を取っています。