

第三者評価結果

事業所名：特別養護老人ホーム わかたけ青葉

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> 理念、基本方針、行動指針はホームページ上で公表し、手引書「わかたけブック・理念編」に10ページ以上にわたって理事長の解説を記載し、職員への浸透を図っています。ユニット会議や部署会議、全体研修では、利用者支援を振り返る原点となっています。各階ホールや職員休憩室に掲示することで職員の身近なものとしています。利用者や家族に対しては、見学や契約時にパンフレットと重要事項説明書を用いて説明しています。利用者家族へのわかりやすい資料作成や、職員の理解度を把握する仕組みが必要だと管理者は考えています。	

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。	a
<コメント> 法人には長年社会福祉事業を牽引してきた実績があり、福祉制度の動向や地域ニーズの分析は法人全体で取り組んでいます。法人事業計画を策定し、全29拠点管理者会議や特養管理者会議で共有しています。事業所では自治体の地域福祉保健計画、地域包括ケア計画などの内容把握と分析に努めています。事業所のサービス稼働率や収支結果については法人、特養管理者会議、事業所の施設経営確認会議に月次報告し、改善点を明らかにしています。毎月のコスト分析や財務状況の精査を経て年度事業報告にまとめ、次期事業計画につなげています。	
【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> 事業所の施設経営確認会議には管理者と各部門長が出席し、事業所運営における課題分析と解決策を検討しています。毎月のサービス提供状況、収支結果、職員体制などを報告し、事業計画と照らし合わせながら進捗状況を確認し、今後の取組について話し合っています。その内容を法人に報告することで、役員間へ共有されています。コロナ感染対策など法人全体での対応が迫られる場合には、メールで通知された法人決定事項を職員用掲示板に貼り出し周知しています。	

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。	b
<コメント> 社会情勢や福祉事業全体の動向分析をもとに、法人事業計画が3~5年の中・長期計画として策定されており、事業所の中期ビジョンに反映しています。事業所では中期ビジョンの具体化と当年度活動の振り返りを踏まえて、次年度の具体的な事業計画を策定しています。大規模修繕や設備投資についての計画をたてていますが、中・長期計画として収支計算書にまとめてはいません。現在、施設全体の空調設備工事の計画であるため、より具体的な費用対策とその文書化による情報共有が期待されます。	

<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。</p>	a
-----------------------------------------------------	---

<コメント>

単年度事業計画書の総論では、事業の中期ビジョンと次年度目標について明記しています。運営、財務、人材の項目ごとに、当年度の課題と次年度の具体的な取組内容を記しています。利用者数と稼働率をグラフで表し、収益や諸経費についても具体的な数字を列挙することで、実施状況の評価が容易に行える内容となっています。当年度の実践評価による課題分析の結果から、具体的な取組を列挙していくプロセスで策定すると共に、次年度の重点取組事項についての重要度合をつけて優先順位を明確にしています。

(2) 事業計画が適切に策定されている。

<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。</p>	b
--------------------------------------------------------------------	---

<コメント>

毎年1月に次年度予算を確定し、その後各部門長への聞き取りを経て、2月に事業計画書を策定します。事業報告書の作成期日は5月末日となっており、コロナ禍前は施設の全体研修において、事業報告と計画の内容を周知していました。コロナ禍においては全体会議や部門会議の場で事業内容の周知を図っています。計画の進捗状況を施設経営確認会議の中で確認し、年度末まで毎月継続的に微調整を重ねています。現在、全体研修は動画による説明もありますが、資料のみの項目も多く、今後は職員一人ひとりへの明確な意識づけが期待されます。

<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。</p>	b
----------------------------------------------------	---

<コメント>

事業計画書を事務所に置き、利用者家族などへいつでも閲覧可能である旨を伝えています。コロナ禍において家族会が中断している現状でもあり、広報紙面に事業計画のポイントを記載するなど、周知の場を検討しています。また、事業計画が身近なものとなるよう、わかりやすい説明や視覚に訴える工夫も必要だと、管理者は考えています。今後の取組が期待されます。

4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

<p>(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。</p>	第三者評価結果
<p>【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。</p>	b

<コメント>

毎年度の重点取組事項について、「計画策定→具体的な取組→評価→課題の見直し→次期計画策定」のPDCAサイクルを継続して実行しています。人材育成の取組についても、年度ごとに活動の成果と振り返りを行い、評価→見直しの一連の流れが定着しており、PDCAサイクルの流れに沿って事業所の取組が実施されています。今回初めての第三者評価受審であり、これまでに事業所の自己評価は行っていません。客観的に網羅された評価基準に基づく自己評価の実施により、今まで気付かずにいた事業所評価の視点が得られる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。</p>	c
---------------------------------------------------------------------	---

<コメント>

これまで自己評価や第三者評価は行っていません。定期的に内部監査を受けてはいますが、監査はあくまでも法令や規程に照らし合わせて適正運営となっているかの確認であり、評価とは意味合いが異なります。自己評価や第三者評価の結果に基づいた課題分析や改善計画を推進し、福祉サービスの質的向上を目指すことが期待されます。

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
<p><コメント></p> <p>組織図から、事業所管理は施設長として施設全体を統括する立場にあります。施設長は介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)と短期入所生活介護(ショートステイ)の管理者を兼務しています。災害対策マニュアルと感染症発生時対応フローでは管理者の役割と責任を明文化し、管理者不在時の権限委任についても明確に記載しています。職務権限表や運営規程、重要事項説明書でも施設長の役割について記載し、利用契約時に利用者や家族に周知しています。広報紙や伝達文書に、発行責任者たる管理者名を記載する必要性を考えています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>介護保険法を始め、虐待防止法、労働基準法、食品安全法など業務に直結する多岐にわたる法令について、月次管理者会議にて共通認識を形成し、コンプライアンス(法令遵守)の徹底を目指しています。その内容を事業所に持ち帰り、管理者と部門長が出席する全部署会議で共有し、各部署ごとに内容を周知しています。全体研修でも業務上の関連法令はもとより、社会的ルールや倫理規範についても学びを深めています。また業者との適正な関係保持に努めるべく、経理規定に則った契約方法を選択しています。</p>	
(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>防災、リスクマネジメント、褥瘡、認知症予防、業務改善などの委員会では継続的にサービス内容の評価と課題分析を行い、管理者はその結果や取組の進捗状況を確認しています。リーダー会議で報告された現場の課題についても、職員意見を汲み上げ、事業所全体で共有する体制ができています。直近では、コロナ禍での夜勤のストレス軽減に向けて、フォロー体制を話し合っています。業務改善活動と各種研修の充実を図り、サービスの質的向上を目指しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>単年度事業計画には運営、財務、人材の項目別に課題を挙げ、毎月開催の施設経営確認会議で具体的取組の進捗状況を確認しています。会議参加者である管理者と各部門長が経営課題や解決策を共に話し合う中で業務取組への共通認識を形成し、事業運営の効率性、実効性を高めています。また人員配置や就業環境の整備に取り組むことで、法人理念「人が大切にされる世の中」の実現に向けて実践を重ねています。「スタッフを思うことは、利用者を思うこと」のスタッフファーストの法人姿勢を具体化しています。</p>	

2 福祉人材の確保・育成

(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。	第三者評価結果
【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>職員の手引書「わかたけブック」やホームページの中で期待する人物像を示し、職業人としての人間形成を重視しています。介護専門職の配置確保を目指して新卒採用を積極的に行うとともに、看護師や介護支援専門員の専門職中途採用にも力を入れています。ホームページの採用情報、求人媒体への掲載、ハローワークや養成校との連携、検索エンジンの上位表示掲載などの採用広報を推し進めています。また将来の介護人材不足を見据えてEPA(経済連携協定)、特定技能資格などの経路から、ベトナムやフィリピンの外国人職員を採用しています。</p>	

<p>【15】 II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>「わかたけブック(ルール編)」に明確な人事基準を定め、昇進昇格の基準、賃金水準、必要なスキル、そのスキル獲得するための研修などの仕組みについて記載しています。新給与制度は「年功序列からグレード給へ」を標榜し、ホームページにアップした解説動画やネット上の法人プラットフォームにQ&Aコーナーを設けて情報の一元化を図り、スムーズな制度運用につなげています。また今年度から職員のキャリア形成の取組としてキャリアデザインシートを取り入れ、育成、配置、報酬などの視覚化を実施し、総合的な人事管理を行っています。</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>	b
<p><コメント></p>	
<p>部門長が労務管理の担当として、時間外労働や有給取得状況を把握し、過重労働や業務負担の偏向の抑止に努めています。面談により職員の就労についての希望等を聴取し、離職防止に向けて個別支援を行っていますが、管理者はさらに職員のメンタルフォローを強化していきたいと考えています。また定期的な健康診断と産業医による健康相談の実施により、職員の心身両面の健康維持を図るとともに、退職後の復帰支援にも取り組んでいます。出産休暇、育児休暇、時短勤務などの福利厚生を充実させ、職員が自分の力を発揮し続けられる職場づくりに取り組んでいます。</p>	
<p>(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>キャリアデザインシートを活用し、理念や基本方針に基づいて個別目標を設定後、目標到達に向けての具体的な取組や進行過程について上長との面談で話し合っています。半期ごとに達成状況を確認し、自己評価としてまとめ、再度上長との面談を経て、次期の目標を設定しています。計画→実行→評価→見直し→計画のPDCAサイクルに則った一連の育成取組は、職員の主体性ある行動を促し、法人の「期待する職員像」との合致が図られています。</p>	
<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。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>法人理念と「期待する職員像」を事業所内に掲示し、周知しています。「わかたけブック(理念編・ルール編)」でも資格取得支援の方針を明記しています。法人作成の人材育成カリキュラムでは、新任職員、中途採用者、中堅職員、役職者と管理職の階層別に、法人理念、コミュニケーション、課題解決の手法について継続的に学んでいます。研修終了時に実施するアンケートや研修報告書による振り返りを次年度の研修計画策定へ反映する仕組みとしています。オンラインでの外部研修を積極的に取り入れ、継続的な学びをサポートしています。</p>	
<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。</p>	b
<p><コメント></p>	
<p>業務上の必須資格や法定研修の受講履歴をキャリアデザインシートに記入し、年2回の人事考課の際に処遇に反映する仕組みとなっています。法人策定の人材育成カリキュラムはファーストステップ研修、フォローアップ研修と段階を踏んだ内容となっています。新任職員は1ヶ月の新人研修後、配属施設での現場研修(OJT)が始まり、先輩職員から指導を受けています。また介護福祉士、EPA職員向け介護福祉士、介護支援専門員などの資格取得受験に向けた受講料補助の支援体制も整えています。「いきいき研修シート」の活用が期待されます。</p>	

(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。	
II-2-(4)-① 【20】 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。	a
<コメント> 実習生受け入れマニュアルを整備し、介護職の専門性に特化した実習プログラムを用意しています。終了時には評価表に記入し、学校側との連携を図っています。事業所の指導者に対しても、受け入れの心構えや説明方法、学生への対応方法などの研修を実施しています。コロナ感染拡大により受け入れを中断していましたが、ウィズコロナの時代を見据えて、今年度は福祉専門学校や県立の看護福祉高校など3校からの受け入れを再開しています。	

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
II-3-(1)-① 【21】 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> ホームページでは理念、基本方針、サービス内容が公開されていますが、事業計画や事業報告、決算情報などは公開していません。財務状況について利用者家族には、事務所前に決算書類を設置し閲覧可能な旨を伝えています。コロナ禍前は自治会のミーティングルームや子育て広場など施設を開放する機会がありましたが、コロナ禍の現在は制限せざるを得ない状況です。法人のパンフレットをケアプラザやケアマネジャー事業所に配布し、地域へ事業所の理念、基本方針、取組内容などを発信しています。今後は各種計画や決算状況、第三者評価結果等の公表が期待されます。		
II-3-(1)-② 【22】 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> 事務や経理については事務部門が担当し、職務権限表や経理規程に定めた内容に従って業務を進めています。内部監査を定期的に受けて、適正運営となっているかを基準に照らし合わせて確認しています。内部監査報告書で助言や指摘を受けた課題は施設全体で共有し、改善策を立案、実行に移し、フォローアップ表に記録しています。実施頻度は、事業所規模や重要性により法人が判断していますが、コロナ禍が続き実施を延長している現状です。法人においては監査法人による外部監査を実施し、指摘事項を経営改善に反映させています。		

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
II-4-(1)-① 【23】 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	
<コメント> コロナ禍で現在は中断していますが、施設主催の夏祭りではボランティアや地域住民の協力を得て地域交流が行われていました。また施設独自の「Waカフェ」では、認知症の方に限らず子どもから大人まで参加できる地域貢献が行われていました。利用者や家族に対しての情報提供として「成年後見制度のパンフレット」「ハートページ」などが準備されており、また介護タクシーなどについての情報も掲示されて、地域の社会資源にアクセスできるような配慮が行われています。		
II-4-(1)-② 【24】 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	
<コメント> ボランティアには施設内のレクリエーション活動補助や傾聴、お祭りの出し物披露などを依頼して、相互交流が図られていました。近隣の中学生の職業体験の受け入れも定期的に行っていましたが、コロナ禍により継続が困難となっています。現在、施設ボランティアの受け入れについては、事務職が窓口となっています。今後の状況をみながらの取組の再開が期待されます。		

(2) 関係機関との連携が確保されている。	
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。	b
<コメント> 自治会とは施設内ボランティアや夏まつりなどの協力、区社会福祉協議会とはあんしんセンターとの連携、消防署とは防災訓練などの協力など、関連機関と連携しています。施設の相談員を中心とした「ソーシャルルック青葉連絡会」では、地域の情報を共有したり、様々な課題の共有や検討を通して、施設と地域のソーシャルアクションにつながっています。	
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	
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。	b
<コメント> 地域に福祉施設を知ってもらうことを目的に、地域向けカフェを定期的に企画、開催し、住民からの相談を受けるなど、地域の求めるニーズの把握に努めていました。地域貢献の取組の一環として、地域住民との交流を大切にしています。このカフェは高齢者だけでなく、すべての地域住民の参加を仰ぎ、相談を受けています。同様に毎年、自治会のお食事会を施設で開催し、その際に地域の抱える課題について意見交換を行ってきましたが現在はコロナ禍で開催できていません。	
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。	b
<コメント> サッカークラブを所有する地域の民間企業から、施設と連携して、地域貢献をしたいという問い合わせがくるなど、新しい形で地域の福祉向上にも取り組んでいます。福祉避難所として定期実施する情報共有システム訓練に参加したり、地域住民分も含めた非常食を備蓄したり、災害時に備えて地域への福祉的な支援に取り組んでいます。現在はコロナ禍のため開催されていません。	

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
Ⅲ-1-(1)-① 【28】 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> 「わかたけブック」に則って職員倫理や接遇を具体化しています。セルフチェックシートを活用し、利用者を尊重するために重要な職員としての姿勢、身体拘束の適正化、虐待防止について随時話し合っています。現在、研修は動画を用いて進めています。各ユニットではユニットリーダーが面談を行い、職員が日々のケアを振り返り、気づきを得られるようにしています。利用者のプライバシー保護としては、個室に入る時にはノックをすること、羞恥心に配慮した介助方法などを明文化したり、希望に応じてできる限り同性介助の対応としています。		
Ⅲ-1-(1)-② 【29】 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> 「わかたけブック(ルール編)」のなかで利用者のプライバシーを守ることを明示しています。それらに従い、職員にはOJTの期間を中心に理解を深め、実践できるようにしています。ユニットケアは各居室にトイレを設置、個浴対応であり、プライバシーの確保が容易になっています。また個人情報保護に関しては、利用開始時に利用者や家族に書面で説明をしています。		

(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>

利用希望者に必要な情報として、常時受付に施設パンフレットを置き、施設に問い合わせの電話があった際には郵送するなど対応していますが、公共施設等への設置はしていません。利用希望者やその家族が直接施設に来所の際は、生活相談員から詳しく説明を行っています。感染症対策で施設の館内見学を停止しなければならなくなった時には、グーグルストリートビューを用いて見る事ができる取組をしています。

【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>

利用契約書類は、利用前に送付し、施設の体制やサービス内容を理解してもらった上で利用してもらうようにしています。意思決定が困難な利用者への配慮としては、家族やケアマネジャーと話し合い、提案する選択肢を用意して、わかりやすくしています。また看取りについても入所の際にまず希望を聞き、そしてケアプラン更新時、実際その場面になった際に、確認するなど利用者や家族が自分の気持ちを伝えられるよう配慮をしながら行っています。

【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

<コメント>

他の施設や在宅に移行する方には、その後の支援に必要な情報提供として、フェイスシートや看護サマリーを送付しています。施設ではコロナ禍における外出や面会を制限しているため、有料老人ホームに移行した利用者でしたが、その際にも書面や電話で必要な情報提供をしています。

(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>

法人では食を大切にしており、年1回栄養嗜好調査として聞き取りを行っています。その調査をもとに全体会議の場で共有、検討し、食事メニューの見直しなど様々な改善を行っています。また本調査における利用者や家族へのアンケートでは、面会実施の要望が多くあり、面会時間を10分から20分に変更するなど、満足度向上に向けた取組を行っています。今後は嗜好調査だけに留まらず、施設利用全般について定期的に満足度を把握する調査の実施が期待されます。

(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>

施設玄関の受付前に苦情解決の仕組みを掲示して、苦情を申し出やすいようにしています。苦情があった際には、その日のうちに苦情解決責任者を中心として、その内容を検討し、対応策を立てています。また苦情の内容の公表については、法人の判断となりますが、苦情についての改善策は「お便り」に載せて、施設に関係する方たちと共有するようにしています。

【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>

意見を出しやすくする配慮として、「意見箱」を設置しています。また、コロナ禍では、対面、電話、メールを利用しながら、随時、利用者や家族が、相談や意見を述べやすい仕組みや環境を用意しています。対面式の面会の場合には静かな雰囲気の中で落ち着いて相談できるよう相談室で対応しています。利用者や家族が意見を述べやすい環境整備に努めていますが、要望、苦情についての体制について周知状況が十分ではない状況です。より利用者や家族にわかりやすい周知方法の検討が期待されます。

<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。</p>	a
-----------------------------------------------------------	---

<コメント>

意見箱を設置していますが、ほとんど使われることはありません。関係性が構築されていることもあり、家族が職員に直接的に伝えることが多い状況となっています。また、利用者が直接意見を述べなくても、日々コミュニケーションの時間を確保しており、共感できています。言語的コミュニケーションをとることが難しい利用者も、職員が非言語コミュニケーションを通じて能動的に把握することができるように努めています。利用者からの相談や意見に対しては「わかたけブック」で対応や手順を定めています。

(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。

<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。</p>	a
---------------------------------------------------------------------	---

<コメント>

リスクマネジメント委員会を毎月開催し、事故やヒヤリハット報告書の内容の分析を行い、対応策について検討しています。有効性が高いものについては施設全体の予防対策として共有しています。また誤薬などの類似事故については手順書の読み合わせをしたり、動画を用いて研修を実施し、再発防止に努めています。同様の要因で発生する類似事故については研修を実施し、再発防止に努めています。

<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。</p>	a
----------------------------------------------------------------------	---

<コメント>

法人では感染症対策、特に新型コロナウイルス感染症に対する対策について手順書を作成し、随時見直しを行いながら、現場職員が適切な対応を行えるよう、定期的な研修を行っています。施設内では上長クラス→リーダー長という管理体制が整備されていて役割が明確になっており、感染症が発生した場合には定められた手順に沿って、施設内で感染拡大への対策をとっています。

<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>

災害マニュアルには災害発生時の責任者及び対応手順を記載しています。年2回、消防署の協力のもと、施設内避難訓練を実施しています。責任体制が整備されており、組織的に災害対策が行えています。職員への緊急メールについては法人が管理しており、必要時には一斉メールが送信されるシステムになっています。地域住民や自治会などとの協力体制は現段階では整備されていません。

2 福祉サービスの質の確保

<p>(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。</p>	<p>第三者評価結果</p>
----------------------------------------	----------------

<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>	a
-----------------------------------------------------------------------	---

<コメント>

「わかたけハンドブック」に則り、標準的なサービスが具体化され取り組めるようになっています。すべての職員は専門に分化されたいずれかの研修に参加しています。そして職員は自分自身の研修内容について自己管理シートに記録するなど自己管理しています。新人職員の権利擁護研修についても「わかたけハンドブック」の項目に沿ってOJTを通じて研修を行っています。法人の資格取得支援として介護福祉士と介護支援専門員の補助があります。

<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>	a
---------------------------------------------------------	---

<コメント>

3ヶ月に1回、スタッフカンファレンスを実施しています。介護、医務、栄養、機能訓練、ケアマネジャーで情報共有し、利用者の課題について話し合い、個別ケアの見直しを実施しています。一般の介護職員には記録システムを回覧し、利用者状況を網羅できるシステムがあり、日々の記録から個別ケアマニュアルの見直しにつなげています。また状態の変化があった場合には、多職種による個別カンファレンスを開催し、話し合いの結果をケアプラン作成につなげています。

(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。

【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>

ケアプランは、6ヶ月ごとに見直しをしています。身体の状態に変化があれば、多職種連携で会議を行い、ケアプランの変更を行います。会議出席者は介護、医務、栄養、機能訓練、ケアマネジャーとなっています。訪問歯科医には、訪問時に適宜相談し、口腔内の状況や嚥下機能の評価を依頼しています。モニタリングは基本的に月1回実施し、変化があった場合には随時ケアプランを変更しています。

【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>

各部署が参加のもと、定期的にカンファレンスを実施し、ケアプランの実施状況及び生活課題について共有、検討を行っています。またケアプランは定期的な更新以外でも、状態の変化が大きい状況などでは、その都度更新を行っています。例えば、終末期の看取り支援の内容を盛り込んだプランを作成するなど、各部署が共通認識をもって支援にあたることができている。

(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>

利用者の身体状況や生活については記録アプリを使用しています。文書で伝えるのが難しい、身体面の具体的な状況は写真を撮り、情報を共有しています。これらの記録システムについては、マニュアルをもとに使用方法を周知し、また適宜見直しながら運用方法を共有しています。各委員会やユニットごとに部署横断でスタッフカンファレンスを行い、情報共有して取組を検討し記録しています。記録を残すことで、記録が活かされていくという好循環が実現しています。

【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。

a

<コメント>

職員の入職時には誓約書をもとに個人情報に関する諸規則について説明を行い、理解につなげています。また毎年の全体研修において個人情報保護に関する研修を全職員に実施しています。利用者や家族に対しては初回利用時に個人情報使用同意書をもとに、サービス利用にあたり個人情報を使用する目的を明らかにしています。