

第三者評価結果

事業所名：イリーゼ横浜旭

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> 「事業理念」、「事業スローガン」、「介護十訓」がパンフレット、ホームページに記載されています。プラスワンのサービス提供、あらゆるお客様のQOL向上をめざすこと、「あなたに会えてよかった」と言われるケアサービスをめざす」という理念から、法人のめざす方向性が読み取れます。「介護十訓」は、「自分の家族にされたい介護を行います」など、めざすべき援助の基本姿勢を示すもので、職員の行動規範になっています。職員は朝礼時にこれらを唱和し、毎日再確認しています。社内アプリでマニュアルや通達が全職員に配信され、理念を共有していますが、利用者の理念等の周知は38%にとどまっています。	

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> 社会福祉事業全体の動向については、法人が把握、分析し、経営状況報告をホーム長宛に行い、周知しています。エリア内のホームの入退去者数など詳細な情報はオンラインで会社が把握しています。毎月、予算実績資料が更新されてホームに送られ、事業所の経営状況の確認ができるようになっています。毎月、エリア長、グループ長レベルでPL（損益）会議を開き、経営状況を確認しています。	
【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> 売り上げ、サービス内容、組織体制、リスクマネジメントの現状については、データを法人とホーム長が共有しており、毎週話し合いながら現状分析を行い、課題を明らかにしています。半期ごとに、「課題・目標・達成」をまとめ、更新しています。経営課題は役員と定期的に共有しています。職員に対しては、サービスの質、コンプライアンス、研修などの現状と課題についてアウトラインを伝えています。	

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> 中・長期的なビジョンについては、書面になっていませんが、社内会議での社長の発言から、社員は今後の方向性を理解しています。中期目標は、コロナ禍前までは立てていました。現在、法人としては、半期ごとの実績と課題、達成を繰り返していくことが大切と考えており、数値目標と具体的な成果を設定して、実施状況の評価を行うようにしています。	

<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
<p><コメント></p>	
<p>半期ごとの事業計画が更新される仕組みとなっています。売上、利用率、顧客単価、リスクマネジメント、研修、サービスの品質、従業員の満足度、退職率などを「業務目標シート」にデータ化し、法人とホームが情報と課題を共有しています。数値目標や具体的な成果等を設定することにより、実施状況の評価を行える内容になっています。</p>	
<p>(2) 事業計画が適切に策定されている。</p>	
<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
<p><コメント></p>	
<p>「従業員満足度調査」を半年に1回実施し、その内容を反映して半期の事業計画が立てられています。計画期間中の事業計画の実施状況は、「業務目標シート」のデータの共有により法人とホームの双方が把握できています。事業計画の内容は半期ごとにホームとエリア長と協議を行いながら評価され、次期の課題が設定されています。事業計画はホーム長以上の管理者は理解していますが、職員への周知はできていないので、課題と考えています。</p>	
<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>	a
<p><コメント></p>	
<p>事業計画の主な内容は、コロナ禍以前は運営懇談会（家族会）で直接面談して説明していましたが、現在は入館制限のため、書面にて状況報告を郵送しています。主に業績結果、新規の施設計画などを説明しています。報告書はグラフや画像を駆使し、なるべくわかりやすいように工夫しています。</p>	

4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

<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>	<p>第三者評価結果</p>
<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
<p><コメント></p>	
<p>ケアカンファレンスを毎月行い、それにもとづいてケアプランを作成します。ケアプランの内容は、アプリに反映しており、介護の現場で実施状況をタブレットに入力し、情報はケアマネジャーやホーム長に共有されています。ケアマネジャーはモニタリングを行い、サービス内容を評価する仕組みになっています。ケアの質の向上に向けて組織的なPDCAサイクルができています。また、ホームの運営について「業績目標シート」にサービスの品質向上の課題を明らかにしていますが、職員には周知されていません。「業績目標シート」は半期ごとに振り返るようにしています。</p>	
<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>	b
<p><コメント></p>	
<p>自己評価は、半期ごとに「業務実績シート」で項目ごとに評価し、課題が設定されたものがデジタル文書化され、ホームと邦人が共有しています。職員には、サービスの質向上の課題について、毎月の全体会議で共有しています。職員は各種の委員会活動を通じて改善課題の取組を行っていますが、職員への周知が課題となっています。</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
<p>【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。</p>	b
<p><コメント> 「運営規程」には、「管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、従事者に事業に関する法令等を遵守させるため必要な指揮命令を行う」と、ホーム長の管理者としての役割と責任が明記されています。有事においては、ホーム長に事故があった場合、エリア長ほか法人の担当者に連絡をとることになっています。消防計画書にはホーム長が責任者であることが明記されています。管理者の役割と権限について職員への周知は十分ではないと考えています。また、職員の組織図がホーム内に掲示されていないので、課題としています。</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>	b
<p><コメント> ホーム長は、遵守すべき法令に基づいた運営を心がけており、法人の研修にも参加して新たな情報を収集しています。職員に対しては、介護職員の倫理研修、コンプライアンス研修、身体拘束排除のための取組の研修、個人情報保護に関する研修など、年間研修計画を立てて周知を図っています。これまでは主に介護分野コンプライアンスへの取組だったので、より幅広い分野についての取組は今後の課題です。</p>	
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	
<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>	b
<p><コメント> 半期ごとに、「業績目標シート」を使って、福祉サービスの品質についての評価・分析を継続しています。「従業員満足度調査」も同様に半期ごとに実施し、職員のモチベーション状況を把握して評価する仕組みがありますが、職員に十分理解されていません。年に1回、「お客様アンケート」を実施しています。20項目の質問を用意し、顧客満足度を把握しています。毎年、研修計画を立てており、法定研修以外の新任、リーダー、看護師、ケアマネジャーなどの階層別研修、実技のスキルアップ研修も充実しています。</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>	b
<p><コメント> ホーム長は、職員体制、人事労務、財務状況を把握し、エリア長とも協議しながら、業務の実効性を高めるための分析を行っています。半年に1回の「従業員満足度調査」を実施しています。これは労働条件、人間関係、給与、ホーム長との関係など36項目について、社員用アプリを通じて全職員が入力できます。この結果を分析して、働きやすい職場環境づくりに役立てています。残業減少の成功事例を各ホームに共有したり、有給消化率を高めることにも力を入れています。職員に理解されていません。社長による永年勤続表彰も実施しています。</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
<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>	b
<p><コメント> 法人は、「すべての従業員に学ぶ機会を提供し、チャレンジと成長を後押しする」と人材育成の基本的考えを明記し、具体的な方針をホームページに公開しています。介護分野では20種類以上の研修カリキュラムを設け、新任、一般、リーダー、主任、管理職向けの職階別研修、着任時、OJT、ステップアップ研修、介護福祉士などの資格取得支援などを用意していますが、職員への浸透が難しく定着につながっていません。人材募集は、新卒に関しては法人人事部が一括採用、中途採用はホーム単位で行います。ホームページに採用された職員の経験談を掲載するなど、効果的な募集方法をとっています。</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>半期に一度の人事考課では、職員は法人が求める行動基準に込んでいるかどうかの自己評価を行い、一次評価をリーダーなどの役職者が、二次評価をホーム長が行うことになっています。点数によって評価が決まり、昇給基準が明確にされています。昇進は、ホーム長が検討し、エリア長から人事部に上申する仕組みになっています。半期に一度、「従業員満足度調査」を実施し、処遇改善の効果や課題を分析して改善策を検討、実施しています。</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り組んでいる。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>労務管理の直接の責任者はホーム長ですが、エリア長、法人人事部を含めて組織的に労務管理の責任体制をとっています。法人は、職員ごとの「就業週報・月報」で、出勤数、有給消化率、残業時間数などを詳細に把握しています。法人としてワーク・ライフ・バランスの向上に力を入れており、希望休暇、育児休暇、介護休暇を気持ちよく取得できるよう配慮しています。セクハラ、マタハラ、パワハラの禁止、通報制度が就業規則に明記されています。人員の余裕が大切と考えており、多少のコストがかかっても人材確保をするようにしています。</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>	b
<p><コメント></p>	
<p>人事考課のなかで、法人が求める行動基準が具体的に定められています。受容性、接遇、信頼性、積極性、柔軟性、収益性、チームケア、先見性、革新性、継続性という項目に具体的な質問があり、職員が半年に一回、自己評価を行い、ホーム長と面談を行います。効果をホーム長と評価しながら、次期へ課題を設定しています。人事考課としての目標管理は実施していますが、職員一人ひとりの将来への展望など、さらに具体的な目標管理まで実施されていないので、今後の課題と考えています。</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>	b
<p><コメント></p>	
<p>法人として人材育成を最重要の事業と考えており、ホームページにも、人材育成方針を具体的に公開しています。介護事業における研修プログラムでは、ケアスタッフのカリキュラム、看護職、ケアマネジャー、サービス管理責任者、生活相談員、OJTトレーナー等の着任時研修、ステップアップ研修などが実施されています。ホームでは毎月の全体会議で各種の研修を実施しています。法人の研修の参加率向上が課題と考えています。</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>ホーム長は、研修や面談、又は日常の業務を通して職員の知識、技術水準、専門資格の把握を行っています。職員の研修機会は法人の研修課が行う職能別研修、職種別研修と、事業所で行う年度研修計画に沿ったテーマ別研修があり、法人研修は資格や職種に応じて対象者を指定し、事業所研修には出席必須の研修と任意の研修があります。任意研修において、参加率向上が課題となっています。新任職員に対してはリーダーが付き、OJTを通じた教育を行っています。外部研修は、コロナ感染症予防対策のため法人にて外部講師を招き、オンラインにて研修を実施しています。</p>	
<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。</p>	
<p>【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。</p>	c
<p><コメント></p>	
<p>これまで法人を通じて実習の依頼があった際に、個別に受け入れてきました。現在、実習生の受け入れマニュアル、プログラムなどはありません。実習生の受け入れは、将来の人材確保、育成につながるものと考えており、今後は取り組んでいきたいと考えています。</p>	

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> 法人やホームの理念、基本方針、サービスの内容は、ホームページに詳細に公開されています。苦情・相談先として法人の担当部、第三者機関が重要事項説明書に明記され、館内にも掲示されています。法人、ホームの考え方や取組を記載したパンフレットを、病院、居宅介護支援事業所、町内会等に届けています。また、運営状況報告書を入居者家族に配布しています。事業計画、事業報告、予算、決算情報、苦情相談の改善、対応などの情報の公開が確認できませんでしたので、今後の取組に期待します。	
【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> 経理マニュアルに社内の決裁権限、取引相手との契約審査のルールなどが定められています。ホーム内の各職種の職務分掌が運営規程に定められていますが、職員へは十分周知されていません。グループ会社の監査室が経理、契約書、労務など法令遵守に関して内部監査をしています。また、法人運営部が介護保険関連法令に関する法令遵守についての内部実施指導を、順番に全国のホームに実施しています。	

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
【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
<コメント> 「介護十訓」に「地域に愛される存在となります」と掲げています。ホーム長の目標は、「地域に根差した運営の強化」「自治会や行政との一層の連携をする」となっています。現在のところ、介護タクシーや訪問マッサージなど、外部サービス利用の提案はしていますが、地域の行事などへの参加は今後の課題と考えています。	
【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。	c
<コメント> これまでボランティアの受け入れ実績はなく、参加・協力もありません。地域に愛される存在となるために、ホームと地域の架け橋となるボランティアの存在についての認識を深め、ホームとして具体的な取組に期待します。	
(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
<コメント> 法人の担当連絡先、地域の医療施設、行政機関、居宅介護支援事業所など、運営に必要な社会資源について把握をしています。緊急時の連絡先が各フロアに掲示されています。重要事項説明書に、連携医療機関を記載しています。地域のケアマネジャーの連絡会に参加しています。地域の共通課題への協同しての取組やネットワーク化など、地域に対する積極的な取組は今後の課題です。	

(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。		c
<コメント> 自治会には加入していますが、会合への参加、地域住民との交流活動などはできていません。今後は自治会に参加しながら、地域の福祉ニーズや生活課題を把握していきたいと考えています。		
[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。		c
<コメント> 現在のところ、地域福祉への参加はできていません。「介護十訓」にあるように、地域に愛される存在になっていくためには、ホームの側から積極的にアプローチしていくことが大切だと考えています。系列の他のホームでは、地域のお年寄りの憩いの場を提供したり、ケアマネジャーとの相談会を開いたりしているところもあります。今後は、こうした取組を参考にしながら、地域福祉に具体的に取組んでいくことに期待します。		

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
[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> 倫理綱領の策定、基本的人権の尊重、身体拘束排除や虐待防止についての研修を実施しています。事業理念であるプラスワンのサービス提供として、利用者の爪切りや耳掃除など職員一人ひとりの気づきを大切にサービスを行っています。毎日朝礼で介護十訓を唱和し、職員に浸透するよう努めています。介護十訓が各職員に浸透していると自然に利用者を敬う気持ちになり、ケアにつながってくると考えられています。		
[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> プライバシー保護・権利擁護に関するマニュアルが整備されており、入居契約書に明記されています。年1回プライバシー保護の取組に関する研修が行われています。排泄時に居室トイレのドアが閉められない場合は居室ドアを閉めて廊下から見えないよう配慮しています。黙って居室のドアを開けないこと、ノック後に間を置いてからドアを開けることなど指導されており、利用者のプライバシーに配慮されたケアが行われています。		
(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> 多くの利用者が紹介会社からの紹介で入所しており、ホームのパンフレット等を公共施設等に置くことはしていません。パンフレットは写真や図を多く取り入れて見やすく、わかりやすい内容となっています。見学に人数制限を設けていませんが、現在はコロナ禍のため応接室で動画を見ながら個々に説明しています。ホームページ作成・更新や見学対応は主にホーム長が行っています。居室に空きが出た場合、本社営業チームと連携して過去の見学希望者を精査し案内しています。		
[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> 入居契約は7割ほどが家族との契約となっています。ケアプランの説明は家族が中心になってはいますが、利用者本人にも説明しています。多職種の提案がある場合は本人や家族に説明し、意思決定が可能な利用者には利用者本人に、本人の決定が困難な場合は家族に選択してもらっています。利用者本人や家族の意向は支援計画に記録しています。		

<p>Ⅲ-1-(2)-③ 【32】 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> 過去に利用者本人が施設退去を希望し、家族も在宅介護に再チャレンジしたいと自宅へ戻られたケースがありました。その際、施設ケアマネジャーより居宅ケアマネジャーへアセスメントシート等の利用者情報の提供がされ、サービスの継続性に繋がりました。利用者が退去後に相談に来るようなこともなく、ホームへの相談方法の説明を行っていません。担当者や窓口は設置していません。内容を記載した文書も作成していません。</p>	
<p>(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>	
<p>Ⅲ-1-(3)-① 【33】 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>	a
<p><コメント> 個別の聴取としては計画作成担当者がケアプラン更新時にモニタリング・アセスメントを行っています。年1回、家族が利用者の意見を代弁する形でのアンケートを実施しています。アンケートは法人でまとめられ、その結果はエリアやホームへと降りてくる仕組みとなっています。ホームではリーダー会議で結果を分析・検討し、改善へと繋げています。</p>	
<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。</p>	
<p>Ⅲ-1-(4)-① 【34】 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。</p>	b
<p><コメント> 苦情解決の体制は重要事項説明書、苦情・相談マニュアルに明記されています。契約時に重要事項説明書を配布していますが、苦情解決の仕組みについての掲示はしていません。苦情や要望は電話が多く、苦情を受け付けた場合は対策を記載し、法人、エリア、ホームが共有できる仕組みとなっています。家族へ対策を返答してからホーム職員へ申し送りをしています。運営懇談会でも名前を伏せて公表しています。</p>	
<p>Ⅲ-1-(4)-② 【35】 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。</p>	b
<p><コメント> 重要事項説明書に苦情解決責任者、苦情受付担当者等が明記されており、入居契約時に説明し配布しています。苦情解決の仕組みの掲示はありませんが、正面玄関ホールに資料があり、閲覧できるようになっています。正面玄関前に意見箱が設置されており、誰でも投函できるようになっています。利用者自らホーム事務所へ携帯電話で苦情を申し出てくることもあります。込み入った話は相談室にて対応しています。</p>	
<p>Ⅲ-1-(4)-③ 【36】 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
<p><コメント> 正面玄関前に意見箱が設置され、誰でも投函できるようになっています。苦情や相談がある利用者は事務所へ直接話に来たり、携帯電話で申し出て来ることもあり、傾聴に努めています。受け付けた苦情は支援経過に記録するとともに『苦情受付対応票』フォーマットに記載し、ホーム長へ提出するよう体制が確立されています。また受け付けた苦情や相談について検討に時間を要す場合は、申し出者に状況を説明しています。過去の苦情からサービスが改善された取組が行われています。マニュアルは法人主体で見直しが図られています。</p>	
<p>(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>	
<p>Ⅲ-1-(5)-① 【37】 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>	b
<p><コメント> 事故防止委員会を設置しています。毎月のヒヤリハットや事故の件数を集計し、事故内容の改善策や再発防止策を検討しています。個々の利用者については定期的に多職種で評価・見直しを行っています。委員会開催後は議事録を申し送りし、職員に回覧して周知に努めていますが、回覧のサインが確認できませんでした。今後の取組が望まれます。行政報告は計画作成担当者、看護師、生活相談員、介護職員、機能訓練指導員が検討し、提出しています。</p>	

<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>	b
<p><コメント> 感染症対策について、メンバー構成や役割が感染症マニュアルや予防・発生時の指針に明記されています。新型コロナウイルス勤怠対応フローには職員の勤怠について明記されています。6月、2月には感染症・食中毒の予防及び蔓延防止に関する研修が動画の視聴で行われています。マニュアルは法人が不定期で見直しています。</p>	
<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
<p><コメント> 災害対策BCP（事業継続計画）が策定されています。火事・地震・風水害の職員行動チャートがあり、体制が整備されています。備蓄品等は法人が管理しており、期限になると回収・手配を行っています。自治会から災害時の相談がありましたが、合同訓練など地域と連携しての体制作りは今後の課題です。ホーム内では10月12日に避難訓練を行っています。</p>	

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>	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
<p><コメント> 利用者への標準的なサービス実施方法として、アセスメント、ケアプラン、モニタリングを適切に実施、運用しています。ケアプランは介護現場のタブレットに反映されており、日課計画表で予定されたサービス内容、実施状況が職種間で共有化されています。排泄介助、食事介助などを実施して、ボタンをクリックすると実施済と共有できる仕組みです。職員への周知徹底が課題となっています。感染症予防、非常時対応、虐待防止、食事、移動、移乗、排泄介助、入浴介助等の各種マニュアルが整備されています。</p>	
<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
<p><コメント> ケアプランの実施状況については、ケアマネジャーが定期的にモニタリングを行い、目標がどこまで実施されているかなど検証を行っています。また日々の申し送りや、年1回の介護職員、看護師、ケアマネジャーによるサービス担当者会議を行い、サービス実施方法の検証、見直しを行っています。各種マニュアルは法人運営部が作成し、ホームに周知されます。見直し等の仕組みは職員に周知されていません。マニュアルは管理者会議で事例検証を行い、必要に応じて運営部が見直しをしています。</p>	
<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>	
<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>	a
<p><コメント> ケアプランの計画策定担当者は運営規程で定められています。アセスメントは、利用者の生年月日、住所、身長、体重などの基本情報のほか、課題分析においては、バーセルインデックス手法やFIM手法を利用したADL分析、認知症診断基準、認知症行動障害尺度DBD13、食事、排尿、社会性、皮膚、居住環境基準など多様なツールを活用して、利用者像を明らかにしています。アセスメントを基本に一人ひとりの施設サービス計画書が作られています。ケアマネジャーは定期的に利用者モニタリングして、実施状況を確認しています。年1回、複数の職種でサービス担当者会議を開いています。</p>	

<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>	a
<p><コメント></p>	
<p>ケアプランは、短期目標の更新時期、介護認定の認定更新の時期、利用者の状態が変化した時など、適切に見直しを行っています。年1回、介護職員、看護師、ケアマネジャーなどのメンバーでサービス担当者会議が開かれ、計画の見直しを行うことになっています。ケアプランは変更するとタブレットに変更内容が反映され、介護現場と情報共有されて、介護職員に周知されるようになっています。</p>	
<p>(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</p>	
<p>【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。</p>	b
<p><コメント></p>	
<p>各階の「介護日誌」には、当日の入居者数、体調不良者、水分チェック、排便状況、レクリエーションの参加状況、各利用者の状態と対応などを記載し、職員間で情報共有できる仕組みになっています。記録の書き方については、事実と所見を分けること、箇条書きにすることなどを主に指導しています。介護現場での情報は各部門ごとに集約され、ホーム長に届くようになっています。ケアプランの内容は、タブレットのアプリを通じて介護職員、ケアマネジャー、ホーム長と共有しています。情報共有できる仕組みのもとに職員に徹底する工夫が望まれます。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>「個人情報保護マニュアル」で、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報開示に関するルールが定められています。職員は採用時に、個人情報の不正利用や在職時も退職後も漏洩しないように誓約書を提出します。電子データへのアクセスは、職員一人ひとりにアカウントがあり、パソコン使用時には使用履歴が特定されるようになっています。USBは使用禁止で、パソコンで業務以外の情報をアクセスしようとするとアラートがつくようになっています。個人情報の取り扱いについては入居契約時に説明し、情報取得の際は個人情報使用同意書を記入してもらっています。</p>	