

第三者評価結果

※すべての評価細目(45項目)について、判断基準(a・b・cの3段階)に基づいた評価結果を表示する。
 ※評価項目毎に第三者評価機関判定理由等のコメントを記述する。

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
<コメント> 理念や基本方針は法人ホームページやパンフレット等に明記されています。職員に対しては入職時に配布される職員ハンドブックに明記され、新人研修で周知されます。その他職員会議等にて確認を行っています。理念や基本方針について、利用者や家族がわかりやすい資料を作成するなどの工夫はありません。利用者や家族に対してはパンフレットや毎月利用者・家族向けに送付するお便りの中で年に2回掲載して周知しています。		

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。	a
<コメント> 毎月行われる運営会議で生活支援(入居)、在宅支援(通所介護、居宅介護支援等)各部署より提出される収支差額報告書等を経理規定、経理規定施行細則に基づきコスト分析を行い利用者数の推移等経営状況を把握・課題の分析をしています。分析の内容は各部署の職員会議で周知されています。年間通して把握した内容は事業報告書にも記載しています。川崎市策定の地域包括ケア中期計画を参考に地域のニーズや特徴を把握する努力をしています。		
【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。	b
<コメント> 法人から提出される収支差額資料を施設内で毎月行われる運営会議にて分析し、経営状況の把握と課題の抽出を行っています。その内容を職員会議で検討し課題解決のための取り組み方法を検討し実施しています。年間を通しての利用率等は事業報告書に記載されています。経営課題である人材育成のための計画作成では、研修参加職員の人数把握をしていますが、事業計画に解決・改善に向けて具体的な取り組みが明確になっていません。		

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。	a
<コメント> 法人の理念や基本方針のもと、平成31年4月からの10年長期計画と同時期からの5年中期計画が法人により策定されています。施設の取り巻く環境の中での位置づけや役割、法人の理念や基本方針の実現に向けた具体的な内容となっています。中・長期計画の見直しは法人担当者が必要と判断した際に提案し法人にて検討する仕組みとなっています。		
【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
<コメント> 事業計画は法人の理念・基本方針を反映した施設としての方針を定め、前年度の課題等を踏まえた重点目標に向けた具体的な内容となっています。内容は利用者の在宅生活継続のための健康管理や機能の維持向上、地域とのつながり等の項目となっていますが、数値的に具体的な目標設定とはなっていません。		
I-3-(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・見直し組織的に行われ、職員が理解している。	a
<コメント> 法人の理念や基本方針実現のための中長期計画に基づいた事業計画について、各部署での目標、その中での職員の個人目標を設定しており、年度末に目標達成状況を確認し次年度の課題の提案をする仕組みとなっています。その課題や経営状況等を総合的に検討し事業計画の策定がおこなわれます。		
【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。	c
<コメント> 事業計画は施設玄関に掲示し訪問した家族等が閲覧できるようになっていますが利用者等への書面での配布は行っていません。家族会の開催はなく周知の機会はありません。施設見学の際には事業計画の説明も行いますが、利用者や家族に対しての説明は行っていません。		

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> 事業計画に基づき職員個人の目標を設定し、ホーム長、主任と面談を行いその達成状況を確認しています。また、事業全体のサービスの質については毎月の職員会議の他、年に1回利用者・家族に対して満足度調査を行い、課題の把握や改善に向けた取り組みについて検討しています。毎年の情報公表調査や第三者評価の受審結果を確認することにより福祉サービスの質の向上につなげています。		

【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。	a
<p><コメント></p> <p>利用者・家族に対する満足度アンケートや第三者評価の受審結果を分析し、職員会議や経営会議等で課題を抽出し改善計画を行うこととしています。改善計画の実施状況も職員会議等で確認し内容を検討する仕組みとなっています。会議に出席できない職員や非常勤職員等に対しては結果を文書で回覧し意見の聞き取りも行っています。</p>		

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。	b
<p><コメント></p> <p>法人の運営要綱や職員配置図、職務分担表に管理者の役割や責任について明記されています。管理者の役割と責任は年度初めにデイサービス会議でホーム長が表明していますが、組織内の広報誌等への掲載はありません。平常時、有事における管理者不在時の権限移譲の仕組みはありますが、職務分掌等の書類での明確化はありません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>管理者は法人作成のコンプライアンスに関する取り扱い要綱の内容を理解し、関連法律に関する研修や川崎市が行う集団指導講習に出席し常に新しい情報を確認しています。コンプライアンスに関する取り扱い要綱は全職員にも配布しホーム長による内容説明や職員会議での読み合わせを行うなど周知と理解を促しています。環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行うことが課題となっています。</p>		
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>法人の理念・基本方針実現に向けた事業計画に沿い、チーム目標、個人目標を立て目標管理シートを作成します。目標達成状況を職員会議や面談により確認し、新たな課題の把握等に努めています。事業計画では内部・外部の研修について定めており、職員の技術や福祉サービスの質の向上を行っています。</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>経営や事業の状況については四半期毎に開催される経営会議、毎月開催される運営会議等において分析しています。職員との面談にて個人の就業状況、職場内の状況について確認し、職場環境の整備や職員配置について検討しています。職員の業務を担当制とし、各職員に役割を持たせることで法人の理念・基本方針実現に向け意欲的に業務にあたるできるよう取り組んでいます。</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>法人は年間通して月毎に職員採用スケジュールを立て、介護職員や看護師、言語聴覚士等の採用を行っています。正職員は法人での面接・採用、非常勤職員は施設での面談の上法人が採用を決定しています。労働基準監督署が開催する就職相談会、フォーラム等に講師として参加し人材確保への取り組みを行っています。研修計画により内外部の研修参加をすすめ職員の育成も行っています。</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>期待する職員像については職員に配布される職員ハンドブックに明確化されている他、法人内研修にて周知しています。目標管理制度により具体的な将来の展望を検討する機会をもち、その際に職員の意向や意見も確認しています。人事基準については人事考課ガイドブックに詳細を明記し職員への周知をしています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>就業状況、時間外労働、休暇の取得等については勤務表にてホーム長、主任が確認し把握しています。年1回健康診断、毎月衛生委員会による書類での健康状態の確認メンタルヘルスチェックを行い心身状況の把握をしています。検査結果は本人にのみ伝えられるため、日頃の就業時に気になる職員にはホーム長等が声をかけ状態確認、改善に向けての取り組みを行っています。必要があれば産業医に相談できる仕組みもあります。改善策を福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映することが課題となっています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>期待する職員像については職員に配布される職員ハンドブックに明確化されている他、法人内研修にて周知しています。年2回ホーム長との面談を通して行う目標管理制度により職員個人の目標設定、職場内でのチーム目標を設定し、自己評価や職員会議を通して目標達成度の確認をしています。</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>運営要綱、人事考課ガイドブックに必要な専門職等に明記されています。研修委員会の研修計画により階層別研修を実施し職員の資質向上を図り期待する職員像の実現に向けて取り組んでいます。研修に参加した職員は研修報告書を提出し、研修報告会を行う等参加できなかった職員の教育も行っています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>職員名簿には取得資格を記載しています。階層別研修、職種別研修等を実施しています。また、外部研修の情報も周知し、必要と思われる職員への参加を促し技術や知識の習得により質の向上を図っています。研修参加のためシフトの調整等にも対応していますが、勤務の都合上外部研修への参加は多くありません。</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。	a
<p><コメント></p> <p>大学(教職課程)、看護学生、福祉系高校、新人消防署員等の実習受け入れを積極的に行っています。事前に受け入れる学校の指導者等とプログラムの相談を行いそれぞれに合った実習を行っています。実習期間中も指導者と連絡をとり状況確認等を行っています。指導にあたる職員は介護福祉士、社会福祉士指導のための研修等を受講しています。他にも高校生の福祉就労体験や中学生の福祉職場体験等も行っています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人ホームページにて法人の理念、基本方針、事業計画、事業報告、収支予算、決算報告等を公表しています。地域に対してはポスターの掲示や講演会等の際に法人の理念、基本方針に基づいて実施している事業活動等について説明しています。苦情・相談の体制についてはホームページや介護情報サービスかながわ等に明記していますが、対応の状況の公表はありません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人の経理規定・経理規定施行詳細に基づき毎月収支管理をしていますが、その責任者を定めた職務分掌等はありません。また、内部監査は実施していませんが、年に1回法人が契約している外部の会計事務所による外部監査を受け経営改善等について助言を受けています。また、予算や会計、事業の報告はホームページで公表しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>地域交流に関しては事業計画に明記されています。近隣の小学生、保育園児が敬老週間等に施設に訪問し歌や劇を披露、高齢者が外部と交流を持てる機会をもっています。施設での夏祭りや敬老行事については町内の掲示板にポスターを貼り近隣住民へ参加を呼び掛けています。施設の避難訓練の際も近隣のボランティアを募り協力を得ています。</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。	c
<p><コメント></p> <p>ボランティアの受け入れは事業計画に明記されていますがマニュアル等明文化はされていません。受け入れにあたってはホーム長が面談やオリエンテーションを行い希望や適性を確認し内容を決めています。学校教育についても事業計画に明記され、資格取得のための実習の他、小中学校や高校の職場体験やボランティア体験の受け入れもしています。小学校には認知症や介護についての講演を行う等、高齢福祉の知識について周知しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>当該地域の居宅介護支援事業所や配食サービス事業所、送迎事業所等のリストを作成、またはパンフレット等を備えています。必要な情報は朝礼や職員会議、書類の回覧等で周知しています。地域の通所介護における連絡会はありませんが、行政が開催する研修や地域会議には施設として参加しています。同施設内の地域包括支援センターや居宅介護支援事業所との連携、サービス担当者会議等で問題を共有し解決に向けての取り組みを行っています。</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>行政が開催する地域課題の把握や取り組みについての会議への出席や、民生委員の連絡会や食事会に職員が出席し地域の福祉ニーズや生活課題の把握を行っています。また、施設内の地域包括支援センターとも必要時には情報共有をしています。民生委員の連絡会においては施設職員が消費者詐欺についての寸劇を行う等の取り組みも行っていきます。</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。	a
<p><コメント></p> <p>施設職員が地域の小学校に出向き認知症や高齢者介護、施設の内容等についての講演を行う他、体験ボランティアの受け入れも積極的に行っています。地元企業の開催する祭りに参加し認知症の啓発等も行っています。施設の避難訓練にボランティアを募集をし施設の内容や避難時の支援の方法等を伝えています。施設は災害時の第二次避難場所に指定されています。</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
<コメント> 法人の理念・基本方針、施設の運営方針に利用者を尊重した福祉サービスの提供について明示されています。法人作成のコンプライアンスに関する取り扱い要綱や職員の手引きを全職員に配布するとともに内部研修や職員会議等で周知を図っています。サービスの標準的な実施方法にも反映されており、利用者の尊厳と個別性を重視した内容となっています。法人内では毎年2回権利擁護に関する研修を行っています。		
【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> 法人作成のコンプライアンスに関する取り扱いに関する要綱のなかでプライバシー保護について明記され、職員の新人研修や職員会議内においても周知されています。標準的なサービス実施内容にも反映され、入浴や排泄等の介護方法や環境等介護現場においても徹底されています。利用者や家族へ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。ホームページ等への写真の掲載は書面で承諾を得ています。		
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。	a
<コメント> 施設のサービス内容や施設・事業所の特性等はホームページに記載する他、パンフレットの配布、ホームページへの掲載により多くの人が確認できるようになっています。利用希望者に対しては、サービス内容を深く理解してもらうために体験利用を勧めています。見学も随時受け付けており、施設の案内やサービス内容・料金の説明を丁寧にしています。		
【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。	b
<コメント> サービスの開始前には利用者宅にて重要事項説明書、契約書を用いサービスの流れや料金等について利用者・家族に説明し書面で同意を得ています。サービス内容については介護支援専門員作成の居宅サービス計画書に基づき、利用者の意見を反映した通所介護計画書を作成し同意を得ています。意思決定が困難な利用者については家族を中心に説明していますがルール化には至っていません。		
【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。	b
<コメント> 福祉サービス内容の変更については利用者・家族・介護支援専門員・利用している他事業所参加にてサービス担当者会議を開催し、従前の内容を踏まえさらに利用者の自立に向けた内容となるよう配慮しています。他事業所への意向についても介護支援専門員を通し情報の伝達を行っています。手順や文書は定めていません。利用終了後も担当者に相談できる旨を口頭で説明していますが、その内容を利用者や家族には文書等で説明はしていません。		

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>25項目にわたる利用者満足度アンケートを毎年実施しています。利用者会や家族会は設けておらず、家族からの連絡ノートや利用者から直接情報を収集しています。利用者の要望やアンケート結果は会議で検討し、可能な限り速やかに改善に取り組んだり、次期事業計画に取り入れる等しています。今回のアンケート結果より、お便りに基本方針を記載し周知を図ったり、余暇活動のゲームのリストを作成しています。個別に送迎サービスの対応方法を調整し個別のサービス計画書に追加し取り組んでいます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人は苦情解決・相談実施要綱を定め、苦情解決責任者(ホーム長)・苦情受け担当者(在宅支援係長)・第三者委員会の設置など記載しています。苦情・相談対応フローチャートを明示し苦情解決の体制を整備しています。利用者や家族には契約書と重要事項説明書で相談窓口・苦情対応を説明し同意を得ています。ご意見箱は無記名の用紙とともにエレベーター横に設置しています。今まで苦情解決の事例はないため、公表もしていませんが、公表についての明示はありません。相談内容は必要に応じ会議で検討し、改善に取り組んでいます。</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>利用者や家族には契約書と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適切に対応することを明記し説明しています。事業所内には苦情解決、介護支援合い相談、社協の専門相談などいろいろな相談窓口のチラシを掲示しています。また「人と人とで話し合い」のフレーズを貼り出し、話し合いの大切さを伝えています。相談を受ける時は、面接室や会議室を利用し、ゆっくりと落ち着いて対応するよう環境にも配慮しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>利用者に寄り添う姿勢を基本に声掛けに留意し、常に話せる環境と信頼関係を大切に心掛けています。「接遇マニュアル」には話し方のポイント、聞き方のポイント、言葉遣いの留意点など具体例を記載し、職員は勉強をしています。日々の連絡ノートでの相談にも迅速に対応するよう心掛けています。相談内容は個別のケース記録や申し送りノート、日誌などに記録し、内容に応じ居宅のケアマネジャーや看護師、医師など関係機関に相談・連携しています。入院中で今後の老人ホームなど入居相談や食事の相談など取り組んでいます。</p>		
Ⅲ-1-(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。	a
<p><コメント></p> <p>法人にはコンプライアンス委員会を設置しリスクマネジメント体制を行っています。事故防止委員会はホーム係長が主催し毎月開催しています。提出された事故報告書の事故の内容の再検証と対策案の再検討を行い、他部署での事故もデイサービスでも同様な事故が起こりうるとして情報を共有し再発防止を図っています。バーセルインデックス(基本的生活動作)で身体機能を評価し転倒等のリスクの予測に活用したり、危険予知訓練の研修を行う等事故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。	a
<p><コメント></p> <p>感染症対策委員会を設置し感染症予防マニュアルの作成や、年4回、施設内部や外部の感染症の情報交換・収集に取り組み、職員に伝達・周知しています。今回の新型コロナウイルス感染症予防については利用者・家族・職員に対応方法など情報を通達し、職員にはガウンテクニックの勉強会を実施しています。食中毒やインフルエンザ、ノロウイルスが発症しやすい時期は感染源を持ち込まない・持ち出さないために対応の強化に十分配慮しています。ノロウイルスの発生時の実技研修や対応用具一式をバケツに保管し予防策を講じています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>防災委員会を設置し、災害マニュアルに緊急時の役割と対応(統括責任者はホーム長)を明示し、職員の危機管理意識の醸成に努めています。消防訓練計画、避難確認表に基づき通報、誘導、安否確認などの訓練を地域住民も参加し実施しています。マニュアルの見直しも定期的に行っています。また防災機器事業所による消火器や避難袋を使用し訓練も行っています。台風時ホーム長は川の水位を確かめるなど水害の防止にも取り組んでいます。法人でBCPガイドラインを作成し福祉サービスの継続を図る対策を講じると共に防災委員会で備蓄品の管理をしています。</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>排泄・移動介助・食事・口腔ケア・入浴・認知症・接遇など各マニュアルを作成し、職員が適切なサービスの実施ができるように努めています。各マニュアルには利用者のプライバシーや利用者の尊重に関わる内容が明示されています。職員規範には利用者の尊厳・信条・倫理などを明記し、職員会議の中で利用者のケアが規範に基づき実施できているかも検討しています。職員は排泄・口腔ケア・認知症・個人情報保護・人権等の研修を受講すると共に各自目標管理シートでサービスの実施について振り返りを行い、次の目標設定にも活かしています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>各種マニュアルは、サービス内容に変化が生じた際はマニュアルに付け加え、主任が年1回見直し改訂をしています。職員は目標管理シートや声掛けチェックシートなどで自己のサービスの実施方法について振り返りを行っています。ホーム長や主任は職員の不適切なサービスの実施場面が見られた時は、その場で指摘したり、個人面談で話し方指導をしています。検証や見直しが組織的に定められている書面等はありません。今後組織的な検証・見直し方法の明文化が期待されます。</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
<p><コメント></p> <p>デイサービス生活相談員(主任)は、利用開始時に、「利用者基本情報」を用い身体状況・医療関連・今までの生活・本人と家族の主訴や意向を聞き取っています。「生活状況を把握するためのアセスメントシート」で運動・移動、日常生活・家庭生活、社会参加・対人関係・コミュニケーション、健康管理などをアセスメントしています。アセスメントは主任のみならず他の複数の職員とで確認すると共に関係機関の情報も活用しています。通所介護計画書を作成し、サービスを提供しています。サービス実施状況は毎月確認し、居宅介護支援事業所等と共有しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>通所介護計画書の作成を行っていますが見直しの手順等は定めていません。相談員が6ヶ月毎に他職員や利用者、家族の意見を聞き、通所介護計画書③でサービス内容、具体的対応・留意点の評価・変更など見直しています。定期的、また大きな変化が見られた時は利用者、家族、相談員、介護支援専門員、関係機関参加者が参加するサービス担当者会議で見直しを図っています。計画書は居宅サービス計画書に沿ってサービスの質の向上の課題を明示しています。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況は「利用者基本情報」に記録し把握しています。日々の実施状況はパソコン内の個別の支援記録で管理しています。毎月開催する職員会議で利用者の状況を検討し情報の共有を図っています。パソコンは別室で管理しているためパソコン内の情報は、デイサービス実施時間職員は見られない状況です。重要な事項は連絡ノートに記載し、朝、昼の申し送りにて口頭で確認をし共有を図っています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>記録の保存期間と閲覧は契約書に記載し利用者・家族に説明しています。個人情報保護要綱には、情報の利用目的と制限、責務など不正な漏えいの対策が規定されています。記録の管理責任者はホーム長で、パソコンはパスワードを設定し、記録書類は鍵の掛かる書庫に保管し適切に管理しています。行政の手続きなど社外へ情報等を持ち出すときは、必要最低限の情報とし「持ち出しチェック表」で管理しています。職員は個人情報保護の研修受講や守秘義務の誓約を交わしています。家族には契約書で秘密保持、重要事項説明書で個人情報の保護を説明し同意を得ています。</p>		