

第三者評価結果

事業所名：しなの森のさと

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。	a
<p><コメント></p> <p>法人の基本理念は、玄関ホールや1階の廊下に掲示するとともに、年度当初の施設長研修で、研修資料に記載して職員に周知している。施設長研修は年2～3回開催し、施設長を講師に、感染症や認知症、防災などの研修を行っている。施設長研修は、非常勤職員を含め全職員を対象とし、参加できない職員はZOOMで確認し、勤務中の職員には研修会資料を配布している。また、基本理念に沿って各部署が部署目標を立て、事業計画書に記載している。ご家族には、入居の契約の前に、施設長と面談し、施設の方針などを説明している。基本理念は、契約書にも記載している。</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>2ヶ月に1回、市の社会福祉協議会の高齢福祉部会に、事務長もしくは施設長が出席して、社会福祉事業全体の動向を把握している。世の中のニーズに着目し、施設でできること、できないことを確認している。施設の経営状況は厳しく、これまでは外部業者に委託していた清掃業務などを、直接雇用職員で行うなど工夫している。また、人材の確保、人材の不足は高齢施設全体の問題としてあげられ、派遣職員の活用などで補っているが問題の解決までには至っていない。働き方改革に取り組んでいるが、さらに工夫が必要と捉えている。</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>理事長・施設長が交替して1年が経過する中、リーダー会議や部署会議、フロア会議を中心に意識の統一を図り、委員会活動を活発化するなど、改善に向けた取り組みを行っている。人員の確保や質の向上に努め、施設長と職員の個人面談も定期的実施して、職員の声を把握するよう取り組んでいる。施設を開所して20年を超え、施設整備の問題があげられている。まずは施設内のエアコンの取り換えを行う予定である。</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。	a
<p><コメント></p> <p>5年ごとに策定される、市や区の「地域福祉保健計画」を踏まえ、中期計画を作成している。中期計画は、施設整備に関するものが中心になるが、リーダー会議を経て、予算と一緒に理事会や評議員会に諮っている。中期計画に沿って、問題に取り組み、改善に向けて計画を立てている。施設長研修などで、目標の明確化を図っている。施設長は、就任前には介護職員・介護センター長として介護現場で働いていたこともあり、現場の状況を把握していることから、働き方改革にも着手している。</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。	a
---------------------------------------------	---

<コメント>

中期計画を基にして、年度ごとの事業計画を作成して実行に移している。事業計画は、4月の施設長研修で、全体に周知している。また、全体の目標に対し、部署ごとも目標を立て、月及び半期ごとに計画の進捗状況をチェックしている。施設開所時より、品質マネジメントシステムのISO9001に取り組み、10年を超えた頃より、ISOのマネジメントシステムと施設の流れが一体になっていると感じている。

(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。	a
------------------------------------------------------------	---

<コメント>

事業計画の実施状況の把握や評価、見直しは、「品質行動計画書兼報告書」で、各部署が毎月状況をチェックし、半期に1回実施している。リーダー会議では、ISOの時間を設け、計画の進捗状況を確認している。各部署による、空きベッドなどの稼働率や収支状況の確認で、取り組むべき課題も見えていることから、把握箇所の見直しを検討している。また、現在は看取りの介護を行っていないため、実施に向けて検討を進めている。3名の介護スタッフが、喀痰吸引の研修に参加することが決まっている。

【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。	a
--------------------------------------------	---

<コメント>

ご家族には、毎月、利用料の請求書を送付する際に、「施設長のお手紙」と、介護スタッフからの報告、写真を一緒に送り、計画の取り組み状況やお客様の様子を伝えている。年度当初には、事業計画書を抜粋した書面も送付している。コロナ禍により、各フロアや居室での面会はできないが、面会の希望は断らず、1階のデイルームにて、透明のガラス越しで対話してもらっている。個別の対応となるため、1日3回、面会時間を決めて予約してもらっている。

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>

ISOの品質マニュアルを各部署に置き、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを計画的に行っている。これまで委員会の集りはリーダー会議の中で行っていたが、活発な活動には至っていなかったため、今年度より、リーダー会議とは別にして個々に活動している。現在、「リスクマネジメント・事故発生防止委員会」、「感染症対策委員会・褥瘡対策委員会」、「身体的・精神的拘束廃止及び倫理委員会」の3委員会があり、積極的に活動し、委員会が企画した内部研修も開催している。委員会の集りには、施設長もできるだけ出席している。

【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。	b
--------------------------------------------------------------	---

<コメント>

課題を明確にし、改善に向けて協議しているが、人員不足の問題が改善できていない。働き方改革を行い、職員にきちんと休みを取ってほしいことから公休日を増やしたり、退職金に代わるものを検討したりしている。求人についても、新聞の折り込みチラシは止めて、介護専門の求人媒体サイトを活用しているが、改善には至っていない。今後も継続して、人員の確保、定着に向けて、取り組みを進めていく必要があると捉えている。

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> 「組織体制図」や規程に、施設長を含めた職員の役割表を入れ、役割や責任を明確にしている。施設長の役割や責任は、施設長研修で職員に周知し、取り組みの状況は理事会でも報告している。災害発生時の役割についても、マニュアルに明記している。施設長不在時は、事務長と介護センター長に権限を委譲することを明確化している。</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>	a
<p><コメント> 市社会福祉協議会やかながわ福祉サービス振興会、他団体が開催する管理者向けの研修会や災害時対応の研修会に、施設長が積極的に参加して、遵守すべき法令などの理解に努めている。全国社会福祉協議会の社会福祉施設長資格認定講習においても、基礎を学んでいる。施設長だからよしとせず、自分の不足する部分を補う研修会に参加している。現在、施設では広報誌を発行していないため、発行に向け広報関係の研修会にも参加している。</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>	a
<p><コメント> 年2～3回、施設長が講師を担い、施設長研修を行い、職員に話をしている。また、毎日、2～4階のフロアに行き、写真を貼り換えたり、お客様や職員の声を聴いている。施設長就任前は、介護職員・介護センター長であったことから、みずから入浴の介助に携わることもある。職員とは定期的に個人面談の機会を作る他、日常の場面でもよく話を聴くよう心がけている。介護現場の状況をよく把握しているため、職員からいろいろな意見が出てくるとのことであった。</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> 業務の見直しや向上に向け、体制を整備している。今年度より、委員会活動の活性化を図り、各委員会が積極的に活動している。委員会では研修会を企画、開催し、研修の参加率も高い。介護技術などの直接介護の研修に、厨房の職員も参加している。経営の改善や業務の実効性を高める取り組みは行っているが、人員確保、定着の問題は続いているため、今後も検討していく予定である。</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> ISOの品質管理要領の中にある、新人教育育成システムを活用して、力量の見極めを行っている。また毎年、人材育成要領の「力量評価記入シート」に、職員が「個人目標」を立て、半期ごとに自己評価とチームリーダーの評価や再評価を行っている。「力量評価記入シート」は、年2回の施設長と介護センター長との個人面談につなげている。「力量評価記入シート」の活用では、リーダー評価が低く、自己評価は高い職員にどのように対応していくか課題もある。また、求人広告掲載事業者の選定を行い、積極的に人員確保を行っている。</p>	

【15】 Ⅱ-2-(1)-②
総合的な人事管理が行われている。

b

<コメント>

職員との個人面談は年2回行い、施設長と介護センター長が、前期、後期のどちらかを担当している。今年度は前期の面談を介護センター長が対応している。個人面談は、非常勤の職員を含め、全職員を対象にしている。面談では「個人目標」を評価する他、職員の声をできるだけ聴くようにしている。今年度、昇給基準を見直し、職員に提示している。期待する職員像としては、①皆とコミュニケーションが取れること、②介助の際にきちんと声かけすること、③挨拶がきちんとできることなど、基本的なことをあげ、職員に伝えている。

(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

<コメント>

有給休暇の取得は、年5日以上はクリアしているが、特に介護職はその月により取得状況にばらつきがある。フロアのリーダーがシフト表を作成していることから、取得状況に配慮しながら、シフト表を作成するようにしている。職員の高齢化や体調不良などもあり、どれだけの人員の確保が望ましいか、リーダーに聴取している。働きやすい職場作りとして、産休や育休の制度を取り入れ、復職した職員も多い。日勤での勤務や時短勤務も取り入れている。コロナ禍で、職員に対する福利厚生も充分にはできていないことから、これまで行ってきた暑気払いや忘年会に代わるものを検討している。

(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

<コメント>

ISOの人材育成要領の「力量評価記入シート」に、職員が「個人目標」を立て、半期ごとに自己評価とチームリーダーの評価や再評価を行っている。「力量評価記入シート」は、年2回の施設長と介護センター長との個人面談につなげ、職員一人ひとりの育成に取り組んでいる。職員とは積極的にコミュニケーションを図り、風通しの良い職場作りを目指している。事務職もフロアに行き、介護スタッフとコミュニケーションを積極的に図っている。相談しやすい環境を目指し、いつでも話を聴く体制を整え、普段と様子が異なる職員には、声をかけるようにしている。訪問調査時、職員からも、あたたかく、アットホーム、信頼関係がある職場との声があがっていた。

【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>

施設長研修や各委員会主催の内部研修を開催している。外部研修は、介護センター長が内容を確認して、派遣者を決めているが、コロナ禍や人員不足で、業務内の参加が難しい現実がある。オンライン研修も取り入れ、フロア会議の中で活用している。コロナ禍前は、毎月数名が外部研修に参加している。専門資格の取得に向け、研修参加の声かけや、取得後の方針を明確化している。今年度は、喀痰吸引の研修に取り組む他、認知症研修は段階を踏んだ研修になるため、職員に内容を説明している。

【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>

職員の教育体制の構築や、外部研修の参加への配慮を行っているが、人員不足により断念せざるを得ない状況も多くある。今後も職員のスキル向上が図れる体制の維持ができるよう努めていく。外部研修に参加した職員は、「外部研修・会議報告書」を提出し、フロア会議やフロアの勉強会の場で、研修報告を行っている。内容によって、研修資料を職員に配布している。

(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。	b
<コメント> 現在はコロナ禍で受け入れを中止しているが、コロナ禍前は介護センター長を受け入れの窓口として、教員免許取得の実習生を受け入れている。教員免許取得の実習は、毎年、夏から秋に、7～8名受け入れを行っている。高齢福祉の知識がない実習生の受け入れは、担当する職員も難しさを感じているが、積極的に関わっている。担当する職員にとってもプラスになることが多いことから、今後も受け入れは継続する予定である。介護専門学校の受け入れについては、指導者資格を保有する職員を置いて、体制を整えている。	

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。	a	
<コメント> ホームページに、基本理念や基本方針、事業計画書、事業報告書、予算書、決算書を掲載し、運営の透明性を確保する情報公開を行っている。ご家族には、月1回のお知らせの中で、事業計画や事業報告を行っている。地域とは、できるだけこちらから顔を出す機会を作り、施設主催の大きな行事の案内や参加の声かけを行い、施設内の樹木の薬剤散布のお知らせをしたり、施設で採れたタケノコを配ったりして、顔を知ってもらう機会を設けている。町内会の会長とも定期的にコンタクトを取り、施設を知ってもらう機会を作っている。		
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> 経理規程に、取引のルールや職務分掌、権限を定め、規程は3階の会議室にも置いている。施設開所時より、品質マネジメントシステムのISO9001に取り組み、外部の指導を受けている。ISOの内部監査員の資格は、15～16人の職員が取得している。		

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> 今年度はコロナ禍で交流の機会がないが、施設の納涼祭には、中学生のボランティアや地域の方が多く参加している。また、保育園児や小学4年生の施設訪問があり、お客様と交流している。地域の保育園や小学校、中学校の運動会や合唱コンクールなどの招待を受け、お客様が出かけている。保育園の入・卒園式や、小学校の入学・卒業式には、職員が参加している。		

<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> 現在はコロナ禍で受け入れを中止しているが、行事の担当者や介護スタッフが窓口となり、ボランティアの受け入れを行っている。行事の手伝いや生け花クラブの指導、麻雀や将棋の相手、お話しボラ、洗濯物たたみなどに、ボランティアが活動している。また、フラダンスや和太鼓のグループ、落語、演歌歌手などが施設を訪れている。コロナ感染症が落ち着いたら、以前のようにボランティアを受け入れていきたいと考えている。</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> 市や区の行政機関、市社会福祉協議会、区社会福祉協議会、協力病院、地域ケアプラザなどの関係機関とは、常に連携し、コミュニケーションを取って情報を共有している。玄関ホールには、介護タクシーなどのパンフレットを置いている。消防署とは年間の消防訓練の協力を仰ぎ、施設内の避難経路などについても、指導を受けている。</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> 地域の福祉ニーズを把握するため、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、町内会の集りに積極的に参加している。また、民生委員児童委員とも連携している。今後も地域の会合などがあれば、積極的に参加して、地域のニーズの把握に努めていきたいと考えている。地域には一人暮らしの高齢者が多く生活しており、孤立する可能性が高い。高齢者のネグレクト（介護の放棄、放任）にも注意していく必要があると捉えている。</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> BCP（事業継続計画）の外部研修に職員が参加し、研修で学んだ内容を、内部研修（2回開催）で職員全体に周知している。区から福祉避難所の指定を受けており、区主催の福祉避難所の訓練やWEB上の情報提供訓練に参加して、災害発生に備えている。施設内には3ヶ所、備蓄倉庫があり、お客様用や福祉避難所用に3日分の非常食などを備蓄する他、コロナ対策用のマスクや消毒液、衝立なども備え、地域の福祉避難所として活動できるよう取り組んでいる。</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

<p>(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>	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>	a
<p><コメント> 基本理念や基本方針は、契約書への記載や、玄関ホールや1階の廊下など、目につきやすい場所に掲示している。また、年2～3回開催している施設長研修では、研修資料に基本理念や基本方針を記載するとともに、どのようにすれば理念に基づいた行動となるか、職員一人ひとりが考える機会としている。人権の尊重について、職員は委員会や研修会で学んでいる。</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。

b

<コメント>

服薬後の薬の空き袋は、氏名や薬名が他の人の目につかないよう、黒い袋に入れて破棄している。また、入浴時の脱衣については、下半身の下着はシャワーチェアに移動するまでは脱がないよう配慮している。外部への書類の送付時は、氏名など個人情報に関する箇所は隠すよう配慮している。多床室の居室に職員が入る時も、室内全員に聞こえるよう「失礼します」と声をかけている。入居時に、個人情報に関する取り扱いについて説明し、同意を得ている。今後の改善点としては、居室内の仕切りのカーテンを、自分自身で閉めることが困難なお客様への支援方法があげられている。

(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>

基本理念や必要な情報は、パンフレットやホームページに掲載している。ご家族や入院先の相談や介護支援専門員が施設の見学を希望して来所する時がある。コロナ禍のため、居住フロアへの案内はできないが、電子機器（iPad）による動画で、施設内を紹介している。一時期、コロナ感染症が下火になった時は、フロアまで案内し、ドア越しに見学してもらっていた。見学者からは、特に認知症のフロアを実際に見ることで、マイナスのイメージがなくなったとの感想をもらっている。今後は、段階別の料金表が分かりにくいいため、改善していく予定である。

【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>

入居前の本人面接は、突然の訪問で気持ちが動揺しないよう、ご家族から事前に伝えてもらうよう調整している。病院から直接入居する場合も、本人の気持ちに寄り添うよう配慮している。聴力などに障害のあるお客様の場合には、手話や筆談、口話など、状況に応じたコミュニケーション手段を用いて説明している。面接後は、お客様の自己決定を尊重し、事前面談表を作成し各フロアに配布するとともに、暫定の計画書を作成して、サービスの提供→評価→見直しにつなげている。

【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>

施設を退居する場合には、施設サービス計画書や基本情報シートに、本人の趣味などを書き入れて情報を提供している。また、医療的なケアが必要な場合は、看護師から情報を提供している。福祉サービスの継続性については特にマニュアルはないが、手順的な文書を用意している。短期入所生活介護（ショートステイ）の場合は、担当介護支援専門員とサービスの内容について、情報を交換している。虐待ケースなど、隔離目的の短期入所生活介護の依頼には、警察や行政機関も介入し、サービスの継続を協議する場合がある。

(3) 利用者満足の向上に努めている。

【33】 Ⅲ-1-(3)-①
利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。

a

<コメント>

年1回、アンケート調査を実施している。ご家族へは郵送で依頼し、お客様からはフロア担当が一人ひとり聴き取りを行っている。家族懇談会は、コロナ禍で密な状況を避けるため開催していないが、施設サービス計画書の作成時には、お客様やご家族の意向を確認し、計画に反映している。お客様やご家族からの意見は、集計、分析し、書面で回答して取り組みの内容を具体的に示している。

(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>

苦情解決責任者や苦情受付担当者、第三者委員を置き、苦情申出窓口の書面に記載するとともに、それぞれの氏名を1階の廊下に掲示して周知している。同じく掲示している施設運営目的の概要の中でも、相談及び苦情の扱いについて案内している。受け付けた苦情は、改善した内容を書面にして、ご家族全員へ郵送している。また、フロアに改善内容を掲示する他、お客様に直接口頭で伝えている。

【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

<コメント>

廊下に「苦情申出窓口」の案内や、施設内2ヶ所に「意見箱」を設置し、年1回、「アンケート調査」を行う他、面会時に気軽に意見を述べやすい雰囲気を作るよう努めている。また、会議室を使用したり、フロア内の廊下の椅子を活用して、個別の相談に対応している。相談はいつでも受け付ける体制を整えている。

【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

<コメント>

お客様やご家族の相談や意見は、フロアの職員や介護支援専門員で共有している。月1回のリーダー会議で対応を協議していたが、お客様の生活を一番把握しているフロア職員の意見を取り入れるため、リーダー会議と部署会議を合同で開催する体制に改善している。施設全体に関わる大きな課題については、施設長や事務長、介護センター長で話し合い、職員にも意見を求めて対応している。回答まで時間を要する場合は、途中経過を報告している。また、現在施設では看取り介護を実施していないが、地域のニーズや国の方針に添い、今後は看取り介護を実施していく方向で検討を始めている。

(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>

リスクマネジメントの責任者を置き、月1回、「リスクマネジメント・事故発生防止委員会」を開催している。年2回、事故防止に関する研修会を開催している。内容は、事例集や要因の分析結果、職員のアンケートから抽出している。直近では、移乗や排泄介護と、報告書の記入方法をテーマとしている。また、ZOOMで参加できる研修を取り入れ、職員は自分の個人目標に沿った動画を視聴し、レポートを提出している。事故発生時の対応マニュアルを作成して、「受診の手順」などを職員に周知している。事故が発生した時は、些細なものでもご家族に報告し、対応の経緯を伝えている。日頃から事故の再発防止に努めているが、どの時点でリスクと捉えるか、事故発生率が下げられるかを課題としている。

【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>

感染症の対策について、発生時の指示系統などを明記し、管理体制を整備している。施設長研修や委員会主催（感染症・食中毒など）の研修会を開催し、パソコン内に発生時の対応の動画を入れ、いつでも職員が確認できる環境を整えている。対応マニュアルは、状況に合わせて評価、修正している。感染症発生時の特別な部屋は用意していないが、発生時には、離れた部屋で罹患の疑いのある人に2週間程、利用してもらっている。職員はコロナのPCR検査を、施設内で定期的に受けている。今後は、施設での対応が可能な範囲や限界などを明確にしていく必要があると捉えている。

<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>	a
<p><コメント> 夜間や昼間の災害を想定した訓練を実施している。手順の見直しを繰り返し行い、マニュアルを精査している。災害発生時の避難経路として、建物が斜面に沿っていることから、屋上からの避難経路も作っている。また、地域の福祉避難所として指定を受け、介護が必要な高齢者10名程度は受け入れる体制を整えている。震度によって職員の要請基準を定め、状況に応じて職員が直ちに駆けつける体制を作っている。また、BCPについて、令和3年度から重点的に取り組んでいる。</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>	a	
<p><コメント> お客様の施設サービス計画書に、一人ひとりの特性やニーズに応じた介護の方法を記載している。職員はそれぞれが、自分用のノートを使用し、お客様それぞれの特性を記入して、統一したサービスを提供できるよう取り組んでいる。施設サービス計画書には、長期目標や短期目標を記載しているが、半年毎にモニタリングを行い、適切なケアをタイムリーに提供できるよう取り組んでいる。</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>		a
<p><コメント> 施設サービス計画の内容は、生活記録にも記入し、日々の生活の中で改善点や気が付いたことがあれば、職員が追加して書き入れている。施設サービス計画書はPDCA（計画・実行・評価・改善）のサイクルで検証し、見直しを行っている。サービス担当者会議の議事録には、前回の評価と改善策を記載している。</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> 介護支援専門員やフロアリーダーを、施設サービス計画策定の責任者としている。担当者会議には、リハビリテーションの職員や看護職、栄養士、フロア職員、施設長など、多職種が参加している。食に関しては、栄養士が食事の場面に赴き、食事量や嚥下状況をチェックしている。週1回、歯科医師の受診の機会もある。</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> 施設サービス計画書に、長期目標や短期目標を記載し、モニタリングの時期を半年としているが、実施状況は毎月確認している。お客様本人ができることは声かけや見守りを行い、お客様の自立を支援するよう取り組んでいる。ご家族の理解もあり、職員のモチベーションも上がっている。一方、退院時に、夜間の吸引が必要なケースや意識レベルが弱く医療処置が必要なケースなど、現在の受け入れ体制では困難な場合もあり、課題として捉えている。</p>		

(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>

個別のファイル（日常生活記録）に、「本人のニーズ」「前回の評価」などを記載し、それを基に日常のサービスを提供している。お客様個々のやり取りや相談などもファイルして、連絡漏れや行き違いを防ぎながら、職員間で共有している。ファイルは各フロアの「介護センター」の鍵のかかる書棚に収納している。職員がそれぞれ鍵を所持して、必要に応じて閲覧している。現状では、記録に時間を要しており、令和4年2月からパソコンのソフトを導入する予定があり、現在準備中である。導入後のセキュリティは、ID番号で管理することとしている。

【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>

入居時に「個人情報取り扱い事項」をお客様に説明して、同意をもらっている。職員には、施設長研修で周知している。個人情報記載の書類は、鍵のかかる書庫で保管し、年度を過ぎた書類は年度別にまとめ、5年を経過したら、専門の業者に処分を依頼している。日常のケアの中では、薬袋の破棄に対する配慮や、フロア内でのコミュニケーション、また、玄関先でのご家族や関係者との情報交換などは、居合わせた人に漏れないよう配慮している。令和4年2月から記録の電子化で情報を共有する予定である。