

第三者評価結果

事業所名：介護老人福祉施設わかたけ鶴見

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>「利用者の生活を第一に考え、誰もが幸せになる世の中を創る」という法人の理念や基本方針は、ホームページやパンフレットに記載されています。理念・基本方針は全職員に配布される「わかたけ鶴見スタッフハンドブック」にも記載され、入職時には研修で周知される他、事務所・施設内のホール・休憩室にも掲示しています。毎月職員全員が受ける「全体研修」でも繰り返し周知しています。利用者・家族に対しては入居契約時にパンフレットや重要事項説明書を用いて説明をしています。さらに、分かりやすい資料等を作成して周知し、利用者・家族が法人の理念・基本方針を理解できるよう工夫が望まれます。</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。	a
<p><コメント></p> <p>社会福祉全体の動向は法人が確認し、理事長・本部長・法人内施設の施設長等が参加する月次会議において周知されています。把握した内容を各施設の会議で共有しています。施設長は鶴見区社会福祉計画の確認を行い、地域の福祉ニーズ・潜在的利用者等について把握に努めています。施設長は毎日サービスの稼働率やコストを法人に報告し、法人本部長や会計事務所・施設長が参加する経営確認会議において、法人内施設の情報を共有し分析しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>毎月行われる法人本部長・会計事務所・施設長等による経営確認会議において経営環境を確認しています。その内容を施設長・各部門長等が参加する全部署会議で共有し、サービス内容・人事・人材育成・設備等についての課題や問題点を抽出しています。全部門会議で抽出された課題や問題点は部門毎の会議で解決策を検討し、実践しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>期間を3年から5年とした中・長期計画書としての明文化がされていませんが、理念や方針の実現に向けた方向性は示しています。法人が策定する「法人事業計画」は単年度のものとなっています。法人による単年度の事業計画は利用率の目標や設備・人材育成等々が掲げられています。今後理念や基本方針の実現に向け、3年～5年先を見据えた中・長期の事業計画・収支計画の策定が望まれます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>施設の事業計画は前年度の目標達成状況を踏まえ「運営」「財務」「人材」についての課題を抽出し、それらに対する数値目標や具体的な取組を示しています。内容は今年度の重点取組事項(施設目標)とし「昨年度の未達課題」「目標に対しての具体的な取り組み」「今年度の目標と、もたらされる効果」等が明記されています。目標毎に取組重要度が設定され、何から取り組むべきか、何をすべきかが分かりやすく示されています。</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。		a
<コメント> 法人の経営確認会議において収支・事業費・人件費等を確認し、施設に伝達しています。施設では各部門での目標達成状況を確認し事業計画の振り返りを行っています。各部門の振り返りは、職員個々の意見も確認し、部門毎に部門長がまとめ、次年度に向けた課題を抽出しています。各部門の課題は施設長を中心に全体でまとめ、事業計画の策定を行っています。事業計画は職員会議で全職員に周知する他、閲覧しやすい場所に設置しています。		
【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。		b
<コメント> 事業計画は1階ロビーに書面で設置しています。入居契約の際、事業計画はいつでも閲覧できることを説明していますが、配布や内容の説明等の周知はしていません。また、利用者・家族が理解しやすい資料の作成もしていません。施設は、利用者・家族に向けた事業計画内容の分かりやすい説明資料の作成や周知方法の検討が課題と考えています。		

4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

(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> 毎月各ユニットのリーダー・サブリーダーで構成されるユニット会議においてサービスの実施状況や目標の達成状況を確認しています。新たな課題があればその解決に向けた取組を各ユニット、各部門で話し合い、実施しています。第三者評価は今回初の受審となります。事業計画の達成状況は毎年確認しており、スタッフ個々の自己評価は実施されていますが、今後、定期的な施設全体での自己評価等の実施によりサービス内容等の評価を行い、さらなるサービスの質の向上に向けた取組が期待されます。		
【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
<コメント> 定期的な施設としての自己評価は実施していませんが、ユニット毎、部門毎の会議の中で抽出された課題について職員が意見を出し合い、目標を立て、改善に向けた取組について検討しています。定期的な会議以外にも必要があれば検討し、計画の見直しを行っています。評価や計画策定の組織的な仕組みの構築が期待されます。		

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
<コメント> 施設長は年度初めの全体研修、全部署会議、経営確認会議等で、当年度の重点目標や取組の施設方針を周知しています。法人の運営規程や「わかたけ鶴見スタッフハンドブック」の中に職務権限表が記載され、施設運営の責任者は施設長と定められています。平常時・災害時等の責任者は施設長ですが、スタッフハンドブック、災害マニュアル等には施設長不在時の権限委任についても明記されています。組織内にも施設長の役割や責任について表明することが期待されます。		

<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。</p>	<p>a</p>
<p><コメント> 施設長は法人の管理者研修やコンプライアンス等に関する勉強会に参加し、遵守すべき法令等について理解に努めています。その上で法人の経理規定に則り、利害関係者との関係を適正に保っています。また、全国社会福祉協議会が実施する研修や、2ヶ月毎に開催される横浜市社会福祉協議会社会福祉部会に参加し、最新の情報収集を行っています。施設長が研修で把握した内容は、必要があれば内部研修で法令遵守について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>a</p>
<p><コメント> 管理者は施設サービスの質の向上のため、全部署会議、各ユニットのリーダーで行うリーダー会議、業務改善委員会、虐待防止委員会、拘束防止委員会等各種委員会での取組や課題について把握し、適切で具体的な改善策の提案や助言を行っています。職員のスキルアップやキャリアアップのための法人内研修や外部研修の受講を勧める等もしています。</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>	<p>a</p>
<p><コメント> 施設長は毎月の利用率や施設運営に関わるコストや利用率等を把握し、法人との経営確認会議等により分析し、法人の規定する人員基準を満たすための採用活動を行う他、経営改善等についての取組について検討、実行しています。各部門や委員会の目標到達状況や取組についても把握し、施設全体で共有できるよう周知しています。</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>a</p>
<p><コメント> 法人は「期待する職員像」についてホームページにも掲載しています。人材育成カリキュラムが計画され、入職時から段階的に研修を受講し、スキルアップや資格取得により法人の求める人材育成をしています。法人では適正な職員配置のため、毎年40名の新卒採用を計画的に行う他、不足しがちな介護支援専門員や看護師については中途採用も積極的に行い、人材確保に努めています。法人内の事業所から必要な職種・人数を法人の採用担当者に伝え、担当者がハローワークや各種媒体での募集や各種学校への呼びかけ等を行っています。</p>	
<p>【15】 II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。</p>	<p>a</p>
<p><コメント> 入職時職員全員に配布される「わかたけBOOK」「わかたけ鶴見スタッフハンドブック」には法人の理念実現に必要な「期待する職員像」や法人の使命、法人のあるべき姿が明記されており、入職時から段階的に計画されている研修でも周知しています。職員の処遇については人事考課の既定と、1年から3年の期間で個々に目標を設定し、半期毎に直属の上司と到達状況を確認する「キャリアデザイン」の分析により評価しています。処遇・評価・昇格・役職登用・グレードに関しては配布資料や動画での説明等により周知しています。</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組んでいる。</p>	<p>a</p>
<p><コメント> 労務管理の責任者は施設長としています。施設長は各部門長と情報を共有し、職員の勤務状況・有給取得状況・時間外労働等のデータを日々把握することにより、職員個々に過度の負担がかからないよう配慮しています。年2回の上司との面談により希望や家庭環境、職員の意向を把握し、勤務形態や勤務時間等について配慮をしています。定期的な健康診断やストレスチェックにより、職員の心身の状態を把握し、必要があれば相談できる法人内外の相談窓口、産業医を案内しています。</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。		a
<コメント> 法人の期待する職員像は「わかたけBOOK」「わかたけ鶴見スタッフハンドブック」に明記されています。職員個々が目標設定をするキャリアデザインシートの作成と半期毎の上司との面談で振り返り、職員の目指す目標に達しているか、新たな課題はないか確認しています。キャリアデザインシートには業務における目標の他、異動の希望やチャレンジしたいことを視覚化することで自らが目指す姿が描けるようになっています。		
【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。		a
<コメント> 入職時職員に配布される「わかたけBOOK」には期待する職員像が明記されています。職員が目標設定をするキャリアデザインシートには法人の定めたグレード毎に必要な専門知識や専門技術・専門資格等が記載されています。法人の「人材育成プログラム」に基づく段階的な研修やフォローアップ研修、専門資格取得のための研修が実施されています。研修後にはアンケートを行い、職員が受講したい研修や必要な内容等を次年度の研修計画に活かしています。		
【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。		a
<コメント> 入職時に職員の知識・経験・専門資格の取得状況を把握しています。新任職員に対しては法人の理念や就業規則、コミュニケーション、介護技術を学ぶファーストステップ研修受講後、施設でのOJTが行われます。その後も法人の人材育成プログラムにより中堅職員、役職者や役職向けの研修を計画し、段階的な学習を図っています。外部研修の情報も周知し、受講が必要と思われる職員には受講を勧めています。法人の研修は集合研修だけでなく動画視聴研修等オンラインでの研修も設定し、誰でも受講しやすい研修となっています。受講についてはシフトの調整や、施設長等が勧めた外部研修の受講については出勤扱いとする等の配慮をしています。		
(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。		a
<コメント> 近年では介護福祉士養成専門学校の実習は少なく、看護師、栄養士を目指す学校からの実習生を多く受入れています。介護の実習は介護福祉士実習指導者研修を受講した職員が、看護師や栄養士を目指す学生には施設の看護師や管理栄養士が指導にあたっています。実習受入れについてのマニュアルを整備し、学校の指導者・学生との実習前オリエンテーションで実習内容や目標について確認しています。実習中も学校の指導者と連絡をとり進捗状況等を確認しています。		

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
【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> 法人のホームページには法人の理念・基本方針や法人内の事業や施設の情報が公開されています。苦情・相談の体制や内容、相談方法等も掲載しています。事業計画・事業報告、予算・決算情報については施設内に書面で整備され、閲覧も可能ですが、ホームページでの公開はされていません。今後はホームページ等の活用により施設の事業の説明や事業計画・事業報告、予算・決算情報等の公開が期待されます。自治会に加入し、コロナ禍前は施設のスペースを開放する等の交流をしていました。コロナ5類移行で再開を計画しています。		

<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>	a
<p><コメント></p>	
<p>法人の経理規程や職員倫理規程に事務・経理・取引等に関するルールが定められ、規程に則り事業の運営を実施しています。施設の責任者を施設長とし、その権限・責任、職務分掌は「わかたけBOOK」「わかたけ鶴見スタッフハンドブック」に明記され、入職時の研修や全体会議等で周知されています。施設長は毎月の利用率、人件費、コスト、収支を法人に報告し、年2回法人による内部監査を受けています。施設は数年に一度監査法人による外部監査を受け、毎月開催される経営確認会議では会計事務所のアドバイスを受けています。</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>	b
<p><コメント></p>	
<p>コロナ禍で中断していたボランティアによるフラダンスや楽器演奏等ボランティアの受入れや地域の保育園との交流イベント等を再開しています。地域の行事等への参加も実施していく予定ですが、事業計画等への文書化はされていません。利用者が活用できる社会資源についてのパンフレット等を設置し、必要があれば家族への周知もしています。地域との関わりについての姿勢や計画の文書化が期待されます。</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>	b
<p><コメント></p>	
<p>ボランティア受入れマニュアルを整備し、受付時には担当者である介護主任がオリエンテーションを行っています。その際、個人情報やプライバシー保護についても説明し、書面で同意を得ています。かながわ福祉人材センターからの依頼で近隣の高校に出向き、介護についての講義を実施した実績があります。今後も近隣の学校からの福祉施設体験や高校生インターンシップの受入れ等の計画が期待されます。</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></p>	
<p>施設のある地域の行政窓口、病院、警察所、消防署、地域ケアプラザ等のリストを作成して事務室に設置し、会議や研修で職員に周知しています。今後さらに、利用者や家族にも周知することが期待されます。鶴見区社会福祉協議会、地域ケアプラザ、地域の入所施設、医師、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等で構成される「川のまちエリア会議」や「地域をつなぐ連携会議」等に参加し、地域課題の抽出や解決に向けた取組を行っています。</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>	a
<p><コメント></p>	
<p>地域で定期的に行われる「川のまちエリア会議」や「地域をつなぐ連携会議」に参加し、鶴見区社会福祉協議会や地域ケアプラザ、地域の特別養護老人ホーム、有料ホーム、サービス付き高齢者住宅等の入所施設、医師、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等と情報共有し、地域の福祉ニーズや生活課題の把握に努めています。</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。

b

<コメント>

施設は、鶴見区役所と協定を結び、災害時に高齢者等地域防災拠点での避難生活が難しいと判断された人を受け入れるための二次的な避難所「福祉避難所(特別避難場所)」となっています。行政も含め定期的実施される情報共有システム訓練に参加し、災害発生時に備えています。災害時に備え、施設入居者・職員に加えて受け入れ住民に対しての水・食料・衛生材料等の備蓄もしています。施設では地震や火災を想定した避難訓練を実施していますが、今後は地域の防災訓練への参加や、施設の避難訓練への住民の参加等協力体制等の構築が期待されます。

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>

採用時研修(新人、中途)職員は入職時に法人共通の「わかたけブック」を基に、職員倫理規程や接遇の研修を受講しています。「職員全員が一丸となって人を幸せにする」という理念を実行するため接遇を基本としており、職員が「接遇チェック表」で常にセルフチェックを行えるようにしています。入職後は各施設で管理者による全体研修が行われ、倫理・接遇・虐待防止・身体拘束・プライバシーなどの研修や職員の意識向上の取組をしています。

【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>

「わかたけブック」に利用者のプライバシーを守る事が明示されており、運営規程においても、「入居者のプライバシーの確保に配慮する」と記載されています。居室に入る時はノックをする事としており、特に個室で一对一の支援を行う入浴、排泄時においてはできるだけ同性介助を行うようにしています。本人を支援する時も接遇の気持ちや本人の様子に応じた落ち着いた声かけ、周囲の人への配慮も忘れないようにしています。

(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>

施設を「利用したい」や「内容を知りたい」などの希望者のため、受付にA4サイズカラー8ページの説明や写真を掲載したパンフレットを用意しています。見学は予約制となっており、相談員が館内見学と説明をしますが、パンフレットの郵送や職員に余裕がある時は当日見学にも対応しています。インターネット環境を利用して施設内を見られる体制とはなっていません。公共施設等へのパンフレットの設置はしておらず、直接問い合わせをしてもらっています。ホームページについてわかりやすい内容を検討中です。

【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>

入居が決まった場合は事前に利用契約書を郵送し、契約内容を一読してもらっています。契約時には契約内容に関してゆっくり説明しながら、不明な点やわかりにくい点がないかを確認しています。契約時に「延命処置についての同意書」と「看取りについての同意書」も説明をして同意を得ていますが、看取りの状態になった時は再度看取りの確認を取る事も説明しています。契約時の本人の状態にもよりますが、なるべく利用する本人にもわかるように説明しています。

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。

b

<コメント>

利用者が他の施設や病院へ移行する場合は、支援の継続のため、フェイスシート、ADL表、医療情報などの書面で情報提供を行い、できる限り本人に直面してもらうようにしています。退所後も移行先や家族からの問い合わせに対応しています。在宅への移行も同様の対応をしています。施設サービスと在宅サービスという点でケアマネジャーとの連携が取り切れていないとし、今後に向けて連携方法の検討をしています。

(3) 利用者満足の上昇に努めている。

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。

b

<コメント>

法人は食事を大切に考えており、年1回管理栄養士を中心に嗜好調査を行っています。毎月施設長や管理栄養士なども参加する給食委員会で、給食会議を行っています。利用者の、揚げ物が食べたいという意見も積極的に受け入れ、メニューの見直しもしています。施設として嗜好調査は行っていますが、食事以外の部分においても利用者本人、家族の意向を反映させる取組の定期的な実施が望まれます。

(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

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。

b

<コメント>

玄関受付前に苦情解決の仕組みを掲示し、苦情受付から公表、再発防止策、実施の確認までの「苦情対応手順書」を作成しています。職員は家族の面会時などに家族から意見を聞くようにしています。「面会時間を長くしてほしい」などの意見は要望と認識しており、個別の公表はしていません。申し出に苦情か要望なのかの確認をし、検討、改善をした場合の結果は、お便り等で知らせる他、申し出人に対しても内容を公表する事が期待されます。

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。

a

<コメント>

家族や利用者の意見は面会時、電話、メールなどで聞き取る環境があり、職員も利用者の意向を積極的に確認するようにしています。利用者や家族などは苦情や要望を聞く姿勢などを理解しています。ユニットフロアとは別のフロアに相談のための静かな環境の相談室がありますが、相談受付体制の周知が不十分でいる状況です。

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。

b

<コメント>

職員が利用者家族等の面会時に本人、家族の意向を確認して対応していますが、施設サービスに関する内容が主となっています。家族からの苦情を受け付ける体制も構築されていますが活用されていません。利用者や家族からの意見を積極的に把握する方法の検討・構築が期待されます。

(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。

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。

b

<コメント>

毎月リスクマネジメント委員会を開催して事故の分析を行い、是正策を検討し、職員間で共有しています。施設長は法定研修や「危険予知トレーニング」等も行ってはいますが、職員それぞれの事故に対する考え方にばらつきがあり、リスク管理に対して全職員の質の担保の底上げが必要と施設では考えています。重大な事故、過失を未然に防ぐ為、職員の事故に対する意識向上が期待されます。

<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
<p><コメント> 感染対応マニュアルを整備しています。新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、新たに法人でコロナ対策を含めたマニュアル作成をし、随時見直しを行っています。ゾーニング研修を行い、研修に基づく対応を実施しています。施設の構造上対応が難しい部分や、感染者であっても隔離を理解できない場面も把握し、対応に取り組んでいます。</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> 災害マニュアルがあり、年2回夜間想定と地震、火災想定避難訓練を消防署立ち会いのもとに行っています。施設としては緊急連絡網もあり、法人から全職員への連絡網もできていますが、大災害時の施設としての職員の安否確認や応援要請体制がとれる連絡方法を構築する必要があると考えています。どの職員にもわかりやすい災害時用の備品、備蓄品リストの作成と、福祉避難所としての役割についても職員間で周知する事が期待されます。</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>	a
<p><コメント> 提供するサービスや実施方法について「わかたけBOOK」「わかたけ鶴見スタッフハンドブック」に明記され、法人の研修や施設内研修等で周知しています。サービスの実施方法はプライバシー保護や利用者の権利を尊重した内容となっています。新入職員に対しては研修の他、施設内でのOJTにより丁寧な指導がされています。キャリアデザインシートを用いた上司との面談や接遇チェック表により、実施状況を定期的に確認して職員への意識付けに努めています。</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>	a
<p><コメント> サービスの提供内容や実施状況については毎月全部署会議で共有される他、必要時には会議を開催し確認しています。利用者本人の要望や、制度改正等による変更・改善について随時検討をしています。また、職員から出される意見等も日々確認し、集約した上でマニュアルの改訂を行っています。改訂したマニュアルは職員全員に配布し説明をしています。利用者の個別対応については記録システムを用いて心身状況を全部門で共有し、対応方法の変更についてはその都度検討し、実施しています。</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> 入居前には主に介護支援専門相談員、生活相談員が自宅を訪問し、法人の書式でのアセスメントを実施しています。アセスメント内容は介護スタッフ・看護師・栄養師・医師とも共有し、サービス実施計画(ケアプラン)作成を行っています。アセスメント実施時には利用者や家族の意向を確認し、ケアプランに反映しています。ケアプランは基本的には6ヶ月ごとに見直しを行っています。生活保護受給者や支援困難ケースについては行政等必要機関と連携し適切に対応しています。</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> ケアプランは基本的には6ヶ月毎に見直し更新しています。更新にあたっては利用者・家族の意向を確認し、ケアプランに反映しています。介護支援専門員による毎月のモニタリングや、介護スタッフ・看護師・栄養士・機能訓練指導員等によるカンファレンスによりサービスの実施状況や変更の必要性を都度確認しています。必要があれば速やかにケアプランを変更し、全部門に共有しています。終末期となった利用者に対しては、医療を中心とした24時間体制の支援とし、医師・病院とも連携して支援にあたっています。</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>

利用者の身体状況・生活状況等は施設内のネットワークシステムへの入力で、全部門で確認できるようになっています。早急に伝達が必要な内容についてはシステムでの共有の他、ミーティング等でも伝達を行っています。記録の書き方については、接遇研修等で指導し、職員毎に差がないようにしています。また、ユニットのリーダーや部門長が個別に指導することもあります。使用しているパソコンやシステムはIDやPWで保護されており、情報漏洩がないよう配慮しています。

【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>

法人の個人情報保護規程により利用者の記録の保管・保存・廃棄・情報提供に関するルールが定められ、毎年研修も行われています。職員には入職時に規程の説明をし誓約書を交わしています。本人・家族に対しては契約時に重要事項説明書を用いて個人情報保護について説明し、ホームページ等への写真の掲載や、必要時最小限の範囲で個人情報を使用する場合のため、個人情報使用同意書を交わしています。記録管理の責任者は施設長としています。