

(別紙)

# 評価細目の第三者評価結果

※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。

※評価細目毎に第三者評価機関の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。	
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・b・c
<p>〈コメント〉法人の理念・基本方針はホームページに掲載されているが、今年10月に変更した新たな理念にはまだ修正されていない。職員には、ユニット会議で理念研修を行うほか、「理念カード」を配布し周知を図っているが、理念の掲示がないユニットがある点や家族会はあるものの理念の説明が行われていない点は、改善の余地がある。新たに理念を作成したことから、これを機にホームページの変更や職員や家族への周知と理解促進に期待したい。</p>	

### 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。	
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・b・c
<p>〈コメント〉社会福祉事業を取り巻く状況は、三重県老人福祉施設協会等を通じて把握に努めている。また、県や市の福祉事業計画の情報収集と内容の把握に努めている。経営状況については、コスト面、特に人件費や水道光熱費、給食費等を分析し、見直し等の改善に取り組み始めたところであり、今後に期待したい。</p>	
I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a・b・c
<p>〈コメント〉経営環境や福祉サービスの内容等の現状を分析し、課題や問題点の明確化に取り組んでいる。課題や問題点は役員間で共有し、事業運営会議等で話し合われた内容は議事録等で職員に周知しているが、すべての職員に伝わっているか、理解しているかの確認は行われていない。経営課題の解決や改善に向けた組織的な取組として、職員の意見を聞いたり、職員同士が検討できるような体制が望まれる。</p>	

### 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。	
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・b・c
<p>〈コメント〉現状、法人および施設の中・長期事業計画は策定されていないが、来年度に向け策定している最中である。中・長期事業計画は、課題の解決に向けた具体的な方策や、数値目標を設定する等、評価・見直しを考慮した内容で策定することが望まれる。また、併せて収支計画の策定にも期待したい。</p>	

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・b・c
<p>〈コメント〉法人および施設の中・長期事業計画は策定されていないが、施設の単年度事業計画は策定されている。今後は、中・長期事業計画に基づいた単年度事業計画の策定が望まれる。また、数値目標や具体的な成果を設定し、評価・見直しが可能な計画の策定が望まれる。</p>	
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	
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・b・c
<p>〈コメント〉事業計画は、リーダー以上が参加する事業運営会議で毎年3月～4月に策定している。事業運営会議で計画の進捗状況を確認し、施設長会議で報告している。事業計画書をユニットに配布し、職員への周知を図っているが、すべての職員の理解に繋がるよう全体での説明会を実施したいと考えており、今後に期待したい。</p>	
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・b・c
<p>〈コメント〉現状は、家族への事業計画の配布や説明は行われておらず、家族会では、消費税増税への対応や事故報告、行事内容等、施設の取組の報告に留まっている。家族への資料配布や説明、認知症利用者への説明と理解を促すための方法を検討し、取り組む意向があり、今後に期待したい。</p>	

#### 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。	
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・b・c
<p>〈コメント〉事業運営会議やユニットケア推進会議で、サービスやユニットケアの質の向上に向けた内容を検討し実践に努めているが、PDCAサイクルを意識した継続的な取組に期待したい。第三者評価は2度目の受審であるが、評価結果を分析・検討し、組織的に改善に取り組める体制づくりに期待したい。</p>	
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・b・c
<p>〈コメント〉会議等で質の向上に向けた課題は検討しているが、自己評価等を活用した課題の把握や分析は行われていない。また、計画的に課題を解決するための仕組みがない。今後は、定期的な自己評価や第三者評価から課題を共有・明確化し、改善計画の策定と実施が組織的に行われることが望まれる。</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。	
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。	a・b・c
<p>〈コメント〉施設長は施設の運営方針等を事業計画で明らかにしている。施設長の役割については、入社時の説明のみでその後の継続した説明が行われておらず、不十分に感じる。職務分掌表は規程集でいつでも見ることができ、入職時に説明している。今後は、有事の際や施設長不在時の役割分担や責任の所在、権限移譲のフローチャート等を作り、職員が迷わず対応できるよう活用されたい。</p>	

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。	①・②・③
<p>〈コメント〉副施設長は、介護保険や衛生管理に関する法律等の理解に努め、施設運営に携わっている。行政関係者のほか、給食業者や衛生管理業者、ICT等のネットワーク業者等の利害関係者との適切な関係保持に努めている。全体研修にてコンプライアンスや人権に関する研修を行い、法令遵守の重要性の理解を図っている。</p>	
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	
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。	①・②・③
<p>〈コメント〉副施設長は定期的に現場に顔を出し、現場を観察しながら職員の対応や利用者の状態の把握に努めている。副施設長は、改善に向けやりたいことを職員に積極的に発信し、自らも率先して取り組んでいる。また、ユニットリーダーがユニットメンバーの意見を吸い上げ副施設長に報告する体制を構築し、管理者として指導力を発揮している様子が窺える。</p>	
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。	①・②・③
<p>〈コメント〉施設長は、人事・労務・財務等の経営分析に取り組み始めている。働きやすい環境整備として、時間有給制度を設け、ICTやインカムの導入を予定している。今までの事務局主導の体制から、職員が自ら考えて行動して発信する体制に改革途中であり、今後が期待される。</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。	
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。	①・②・③
<p>〈コメント〉人材確保や人員体制に関する方針は明文化されていない。ハローワークや地域情報誌の活用、福祉フェアへの参加や実習生への声かけによる採用活動を行っているが、計画的ではなく随時の採用で人材を確保している。人材育成として研修計画を作成し、その計画に沿った研修が行われている。今後は人材確保や育成、人員体制に関する方針を明文化と、それに基づいた具体的な採用計画や育成計画の策定、計画に基づいた取組の実施に期待したい。</p>	
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	①・②・③
<p>〈コメント〉人事基準を定め、職員に周知している。施設長は「職員は自分自身でどんな職員になりたいかを定めるべき」と考えており、「期待する職員像」を明確にしているが、職員が設定する「私のチャレンジ目標」に基づき、仕事への取組を評価する仕組みとなっている。今後は、理念の実現に向け、施設として「期待する職員像」の明確化を検討されたい。</p>	
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	
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。	①・②・③
<p>〈コメント〉各ユニットリーダーが各ユニットメンバーの就業状況や意向を把握し、施設長に報告する体制となっており、時間外労働や有休の取得状況は、事務局からの報告で把握している。年2回の健康診断やストレスチェックの実施により、職員の健康維持と健康状態の把握が行われている。職員互助会から、冠婚葬祭や年間行事、忘年会の補助金が出たり、福祉医療機構・県共済に加入し、1年以上勤務した場合に退職金が支給される制度がある。悩み相談窓口を設置したり、職員が相談しやすい環境づくりに取り組み始めており、今後期待したい。</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。	
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・b・c
<p>〈コメント〉年度初めに「私のチャレンジ目標」を職員が書き、目標設定を行う仕組みになっている。目標設定は、目標項目・水準・期限を一次考課者が本人と相談した上で決めている。9月～10月の中間面談で目標の進捗具合を確認し、年度末の面談で、目標の達成具合を確認している。職員一人ひとりの育成に力を入れている様子が目標シートから窺えた。</p>	
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・b・c
<p>〈コメント〉事業計画に職員の教育・研修に関する基本方針や職員に必要とされる専門性について明示しているが、具体的な目標や資格の明示は確認できなかった。研修計画に基づいた研修を実施し、研修計画や研修内容の評価・見直しを行い、さらなるスキルの向上を目指している。</p>	
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・b・c
<p>〈コメント〉施設長は、職員の知識や技量・取得資格の状況を把握し、職員の技量や経験に応じた研修の機会の確保と受講促進に努めている。外部研修にも積極的に参加を促し、受講しやすいよう勤務を調整している。研修受講費や交通費は法人負担とし、研修日は出勤扱いにするなど、職員の負担にならないよう配慮している。受講後は伝達研修で職員に研修内容を伝えている。</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。	
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・b・c
<p>〈コメント〉実習生に関するマニュアルは作成されているが、実習生の受入れに関する基本的な考え方を明示した文書は確認できなかった。実習は、実習指導者研修を受けた職員が担当し、実習プログラムに基づき指導している。また、学校との連携を密にし、効果的な実習になるよう努めている。今後は実習生の受入れに関する方針を明文化し、職員への周知が望まれる。</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。	
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。	a・b・c
<p>〈コメント〉ホームページで施設の理念やサービス内容は確認できるが、情報量はそれほど多くない。広報誌の「なばとく通信」は家族向けの内容が主であり、地域へは配布されていない。ホームページのリニューアルを検討していることから、理念・基本方針のみならず、事業計画や事業報告、収支予算や決算報告、苦情・相談体制や第三者評価結果等様々な情報を公開し、運営の透明性の確保に努められたい。</p>	
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。	a・b・c
<p>〈コメント〉物品の購入の際は、まずは購入伺い書を副施設長へ申請し施設長が決済している流れとなっており、規則集に購入時のルールが明記されている。また、法人事務局は税理士等の外部の専門家の指導を受け、指摘事項の改善に努めている。購入時のルールや指摘事項、改善内容等の職員への周知には改善の余地がある。</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。		
Ⅱ-4-(1)-①	利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。	a・b・c
<p>〈コメント〉地域との関わりの方針は、事業計画に明記されている。家族向けにイベント案内等を掲示し、参加を促している。また、地域の夏祭りやイベントに利用者や家族が参加する機会を設け、地域住民と利用者の交流を図っている。今後は、地域との関わりの方針を地域に広く周知し、より一層利用者地域との交流が深まることに期待したい。</p>		
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。	a・b・c
<p>〈コメント〉多種多様なボランティアを多く受入れており、ボランティアの受入れに関する方針を事業計画に明記している。ボランティア受入れに関するマニュアルも整備され、ボランティア保険への加入を促している。今後は、学校教育への協力に関する方針の明文化と職員や教育機関への周知、より積極的な受入れを行い介護福祉に興味を持たせるような取組に期待したい。</p>		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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。	a・b・c
<p>〈コメント〉関係団体の会議に施設長や副施設長が参加し、情報収集や情報交換に努めている。人手不足が地域の共通課題と認識し、福祉フェスタやポスター制作に携わっている。また、処遇困難事例（権利擁護事業や生活保護の申請など）は、関係機関と連携しながら取り組んでいる。今後は、関係機関や団体、関係業者などのリスト化で職員がいつでも誰でも把握できるようにし、連携内容について担当職員のみならず他の職員にも周知されることが望まれる。</p>		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
Ⅱ-4-(3)-①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a・b・c
<p>〈コメント〉地域交流の一環として、美旗夏祭りに参加したり、地域住民向けの介護技術や認知症サポーター養成講座等の出前講座を行い、高齢者福祉への理解促進に努めている。また、非常時の地域要援護者の避難場所として福祉避難所に指定され、体制を整えている。今後は、施設のスペースを活用した地域交流や、地域のイベントに多くの職員が参加することを検討されたい。</p>		
Ⅱ-4-(3)-②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a・b・c
<p>〈コメント〉地域の行事やお祭りに参加したり、地域住民向けに認知症や特別養護老人ホームでの暮らしに関する出前講座を行っている。また、まちづくり協議会で課題となっている防犯・防災対策として、下校時の青パト隊に参加する等の地域活動を通じて、地域の福祉ニーズの把握と活動に努めている。今後は、より地域の福祉ニーズを把握するため、民生委員等との連携に努められたい。</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。	
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。	①・b・c
<p>〈コメント〉職員は理念カードを常に携帯し、理念を意識したサービスの提供に努めている。新人研修ではマニュアルだけでなく利用者の尊重や人権について説明したり、研修等の内容は事業運営会議で職員に伝達するなどして、共通理解のもとサービスが提供できるよう努めている。年度初めには「施設の目標」「個人の目標」を新たに作成し、年度途中で振り返りを行うことで、目標達成を目指している。</p>	
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	①・b・c
<p>〈コメント〉利用者のプライバシー保護や権利擁護について、弁護士による研修を実施している。また、毎月のユニット会議で、利用者を尊重した介護を目指すユニットケア推進委員会からの指導及び伝達で職員への周知を図っている。居室は個室対応となっており、入浴や排泄などはプライバシーに配慮した環境を整備し支援が行われている。</p>	
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。	
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・②・c
<p>〈コメント〉施設紹介の資料は、市役所や美旗市民センター等の公共施設に設置し、ホームページで施設の理念やサービス内容を明示しているが、情報量や更新が少なく改善が望まれる。今年度は、新型コロナウイルス感染防止のため見学は自粛しているが、書類の説明だけでなく普段の困りごとや入所以外の相談に応じるなど、丁寧な対応に努めている。また、利用希望者に施設情報が伝わるよう地域包括支援センターや介護支援専門員からの問い合わせだけでなく、施設からも情報提供を積極的に行っている。</p>	
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。	①・b・c
<p>〈コメント〉入所時は、施設利用に関する資料や重要事項説明書を用いて説明し、同意を得ている。利用者や家族、近親者への説明の際は、コミュニケーション能力に応じた方法で、わかりやすい説明を心がけている。利用開始前にショートステイを利用する等の段階を踏むことで、入所に対して不安がないよう配慮している。</p>	
Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所等の変更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。	①・b・c
<p>〈コメント〉利用開始後状況に変化が生じた際は、今後の生活への希望を伺い、できるだけ希望に沿えるよう対応に努めている。看取り期で医療依存度の高い利用者家族には、施設でできることとできない範囲を説明し移行した事例があり、移行先と連携を図り、情報共有・情報提供に努めている。</p>	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。	
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・②・c
<p>〈コメント〉今年度は新型コロナウイルス感染防止のため、家族会は実施できていない。日々の利用者の要望や意見を記録しており、日誌等の対応記録から、利用者の思いを聴く姿勢が窺える。また、コロナ禍により家族とは電話での対応が増え、会えない分、コミュニケーションが増えていると感じている。嗜好調査はデータ化していることから、そのノウハウを活かし、利用者や家族の満足度調査の定期的な実施と、結果を分析した後の満足度を高める取組の実施に期待したい。</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。		
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・b・c
<p>〈コメント〉苦情解決体制が整備され、重要事項説明書に明記している。また、相談苦情記録、苦情解決実施要項、苦情処理体制が整備されている。現状は口頭での苦情申し出が多く、直接または話し合いのもと解決していることが日誌から確認できる。今後は、苦情を申し出た方の了解のもと苦情内容や解決結果、苦情解決体制などの公表と、苦情の共有に向けた取組に期待したい。</p>		
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・b・c
<p>〈コメント〉利用者からの相談のみならず、様子を見たり職員同士や周囲の情報から職員が話しかけて相談に対応するよう心がけている。また、利用者は相談しやすい職員に話すことも多く、複数の職員で対応できるように努めている。プライバシーに配慮が必要な内容の相談は、面談室よりも居室で話す方が緊張せず話せることもあるため、利用者に応じ対応している。家族からは面談時に相談されることが多いが、新型コロナウイルス感染症対策から環境整備などを見直ししたいと考えており今後に期待したい。</p>		
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・b・c
<p>〈コメント〉相談に関するマニュアルが整備され、ユニットの記録に対応記録が確認できた。相談は口頭でされることが多く、改善が必要な場合は随時対応した内容が利用者一人ひとりの記録に記されているが、職員全体で共有できるような仕組みには至っていない。施設全体で共有し、相談や意見が質の改善に活用されることに期待したい。</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。		
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・b・c
<p>〈コメント〉リスクマネジメント体制を整備し、委員会にてヒヤリ・ハットの積極的な収集や事故防止に向けた勉強会に取り組んでいる。ヒヤリ・ハットはいつでも目を通せるよう日誌にまとめ、共有を図っている。事故報告書はユニット会議で検討し、情報共有に努めている。改善策や再発防止策の実効性を高めるため、定期的に評価・見直しを実施している。</p>		
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・b・c
<p>〈コメント〉感染症対策は、看護師や介護職員、栄養士等で構成されたまん延防止対策委員会が中心となり、多角的なチームケアに努めている。新型コロナウイルスやインフルエンザ、ノロウイルス等の好発時期には、対応策をチラシや回覧で周知し、感染症対応キットの扱い方など職員会議で通達している。動画配信を使った周知は、わかりやすく伝える方法として評価できる。</p>		
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・b・c
<p>〈コメント〉非常時及び災害時の対応マニュアルや通報システムが整備されている。また、年2回、火災や震災に備えた避難訓練と振り返りを行い、利用者の安全確保に努めている。福祉避難所にも指定されており、屋外には災害時の対策用の備蓄倉庫を設置し、備蓄食や備品が管理されている。</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方法が確立している。		
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・b・c
<p>〈コメント〉基本的なマニュアルのほか、それに基づいた24時間シートの作成に取り組み始めている。担当職員が利用者の日常を把握して、特別に配慮が必要な部分や利用者一人ひとりに合わせた時間配分などを考慮したシートの活用で、サービスの標準化を目指している。合理的配慮が必要な利用者への対応も含めて、さらにブラッシュアップした24時間シートになることに期待したい。</p>		
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。	a・b・c
<p>〈コメント〉標準的な実施方法に基づいた個別支援に向け、ユニット会議で利用者の情報を収集し24時間シートの作成に努めている。24時間シートは、短期又は必要に応じて月1回のチェックを予定しており、振り返りやケアプランとの連動を検討しており、今後を期待したい。</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。		
Ⅲ-2-(2)-①	アセスメントにもとづく福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a・b・c
<p>〈コメント〉介護支援専門員を作成責任者として、アセスメントに基づいた福祉サービス実施計画を策定している。詳細なアセスメントにより、利用者一人ひとりのニーズに応じた計画の策定に努めている。担当者会議では、必要に応じて後見人の立合いや視覚障害者や会話が伝わりにくい家族に配慮しながら対応している。ベッドよりも畳に布団の方が残存機能を活かせるなど、できるだけ多くの情報や意見を計画に反映させ、サービスの提供に努めている。</p>		
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・b・c
<p>〈コメント〉福祉サービス実施計画書は、職員全員に回覧して周知を図っている。担当者会議には必要に応じて家族も参加し、介護支援専門員や介護職員、看護師や栄養士等によるモニタリングから支援の継続の有無や改善点を検討し、評価・見直し後、次の計画策定を行う仕組みとなっている。また、看取り計画の策定の機会が増えており、状況に応じて評価・振り返りを行い、利用者や家族に配慮したケアに努めている。</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。		
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・b・c
<p>〈コメント〉各ユニットで記録の統一化と共有化に努めている。記録をテーマにした勉強会を行ったり、毎月、リーダー職員が記録の書き方をチェックし、スペルチェックや不適切な表現にはアンダーラインを引くなどして職員のレベルアップを図っている。サービス開始時には特に情報共有に力を入れており、できるだけ多くの情報を記録するようにしている。</p>		
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・b・c
<p>〈コメント〉個人情報保護規程を整備し、記録の保管や保存、廃棄は規程に準じて管理されている。利用者および家族には、入居契約書で守秘義務について説明している。USBメモリは、外への持ち出しは禁止、必要時の使用のみとなっている。情報開示には、いつでも応じられるよう記録の記載や表現など配慮している。今後は、記録管理責任者の設置と、職員への個人情報保護の重要性に関する研修の実施に期待したい。</p>		