

○評価細目の自己評価結果

<第三者評価結果:共通項目編(特別養護老人ホーム)>

I 福祉サービスの基本方針と組織

共通1

| (1) 理念・基本方針が確立されている    | 評価結果  | 判断理由等  |
|------------------------|-------|--|
| ① 理念が明文化されている          | a b・c | 「お客様の人格・人権・命を守る」という法人の経営理念が明確であり、事業団規則集・事業計画・パンフレットに明文化されている。また、理念は施設の入口に掲示されている。  |
| ② 理念に基づく基本方針が明文化されている  | a b・c | 法人の経営理念と整合性がとられた経営方針・使命が明確であり、「穏やかな生活、温かいサービス」という施設のスローガンを掲げ、5つの基本方針が明文化されている。また、それらの基本方針を基とした具体的な事業が当該年度の事業計画に掲げられており、職員の行動規範となっている。  |
| (2) 理念や基本方針が周知されている    | 評価結果  | 判断理由等  |
| ① 理念や基本方針が職員に周知されている   | a b・c | 法人の理念や基本方針は、全職員に配布されるファイル「事業計画書」の冒頭に綴られている。この「事業計画書」は、事業団の理念・方針の他に介護手順等のマニュアルや緊急時マニュアル、自己チェック表などが合冊されており、更新があれば差し替え可能なファイルとなっている。また、毎朝の申し送り時に行動規範が唱和されている。                                 |
| ② 理念や基本方針が利用者等に周知されている | a b・c | 法人理念はパンフレットに明記されているほか、入所時における重要事項説明の際に利用者等に伝えられる。加えて、利用者に対しては日常的な関わりの中において、家族に対しては家族交流会の場などにおいて説明がされている。また、広報誌の施設長挨拶の中でも法人理念について触れるとともに、理念および基本方針が施設入口脇に掲示されており、利用者や家族等が見ることができるよう配慮されている。 |

| (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている | 評価結果  | 判断理由等  |
|----------------------------|-------|--|
| ① 中・長期計画が策定されている           | a・b c | 中・長期計画は震災の影響もあり、現段階では策定されていない。しかし、各施設からの個別の事業計画をもとに中・長期計画の策定に向けた法人全体の合意が図られており、設備等の課題分析や問題解決への取り組みに向けた具体的な動きがあることが確認できている。                             |
| ② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている  | a・b c | 中・長期計画が策定されていないため、それらを踏まえた事業計画にはなっていない。しかし、事業計画は前年度の実施状況評価ならびに施設の特性に応じた内容となっている。今後の事業計画は、中・長期計画を踏まえた計画策定を期待するとともに、具体的な数値目標を掲げるなどして計画の評価ができるような工夫が望まれる。 |

| (2) 計画が適切に策定されている   | 評価結果  | 判断理由等  |
|---------------------|-------|--|
| ① 計画の策定が組織的に行われている  | a b・c | 事業計画は、全職員が参加する各委員会や棟内会議などにおいて検討され、各行事などを通して利用者からの意見も集約しながら策定している。これらをもとに、概ね委員会単位で年度末に実施状況を評価分析し、翌年の事業計画に反映させる取り組みが行われている。  |
| ② 計画が職員や利用者に周知されている | a b c | 全職員に配布される「事業計画書」の中に入っている各年度の事業計画を毎年更新していることから、職員への周知がされていることは確認できる。しかし、利用者に対する「お客様との懇談会」、家族に対する「家族交流会」においてなされる説明は、行事計画のみに留まっているため、今後は行事計画と共に事業計画の説明も積極的に行うことが望ましい。 |

| (1) 管理者の責任が明確にされている               | 評価結果  | 判断理由等  |
|-----------------------------------|-------|--|
| ① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している        | a b・c | 明確な事務分掌が職員全員に配布されており、管理者の果たすべき役割について全職員が理解できるようになっている。また、管理者自らも職員会議等の場面において職員の要望を聞きながら、今後の事業展開への考えを示すなどして、職員に対するリーダーシップを発揮している。  |
| ② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている   | a b・c | 管理者自らが外部研修等に積極的に参加している。また、法人の施設長会議などで周知された法令等については、法人内あるいは施設内の職員研修を通し、遵守すべき事項について職員へ周知している。特に初任者に対しては、必ず施設長から説明を行うことが確立している。   |
| (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている           | 評価結果  | 判断理由等  |
| ① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している     | a b・c | 施設内に設置されたサービス評価委員会に管理者自らが参画し、職員との情報共有を行い、課題改善に向けた取り組みの推進役を果たしている。また、サービス評価委員会が中心となり、全国老人福祉施設協議会の基準を用いた自己評価の実施や外部モニター制度(年2回)の導入、第三者委員研修等の実施を通して、サービスの質の向上を目指し、業務の改善にも取り組んでいる。 |
| ② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している | a b・c | 管理者は、法人本部において毎月開催される施設長会議において、経営・業務の効率化や人員配置等に関する提案・検討を行っている。施設内においては、法人本部と協議を行いながら、職員が働きやすい環境を整えるなど、労働環境改善に向けた取り組みを行っている。   |

II 組織の運営管理

共通3

| (1) 経営環境の変化等に適切に対応している            | 評価結果                                     | 判断理由等  |
|-----------------------------------|--|--|
| ① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている          | a <input checked="" type="radio"/> b · c | 管理者は県の特別養護老人ホーム連絡協議会に参加しており、法・制度改正の動向に関する情報を適切に把握し、施設内での研修も実施するなど、事業経営を取り巻く社会的環境の変化に対する取り組みを行っている。また、管理者は行政の設置する各種委員会の委員も務めるなど、地域の福祉の動向を把握できる立場にある。今後は、ショートステイ希望者や潜在的利用者等の動向を積極的に把握し、事業経営につなげていくことが期待される。  |
| ② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている | a <input checked="" type="radio"/> b · c | 平成23年度から法人経営改革委員会が組織され、経営状況の分析・課題を発見する取り組みが行われている。施設長は経営状況の分析結果等を施設に持ち帰り、係長以上の役職者による「スタッフ会議」の場で情報共有するとともに、職員全員が参加する「職員会議」の場でも説明をしている。しかし、中・長期計画が策定されていないために、発見された課題改善に向けた具体的な取り組みがどのように位置づけられているのかが明確ではない。 |
| ③ 外部監査が実施されている                    | a <input checked="" type="radio"/> b · c | 法人全体の経営状況について公認会計士による指導を受けている。各施設に対する改善の指導があった場合には、改善に向けた公正に取り組んでいる。   |

| (1) 人事管理の体制が整備されている                   | 評価結果                                     | 判断理由等  |
|---------------------------------------|--|--|
| ① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している             | a <input checked="" type="radio"/> b · c | 法人全体で必要な人員体制を整えるために、職員の定着化を目指した正職員採用8割維持の方針が経営計画の中に示されている。また職員の介護福祉士資格取得の際は、事業計画の中に示された資格手当の設定、外部対策講座への参加などにおける職務専念義務の免除や、法人全体での実技対策講座の開催など、資格取得における様々な支援が行われている。  |
| ② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている              | a <input checked="" type="radio"/> b · c | 法人における人事考課要領が定められ、考課基準が明確であり、職員にも周知されている。人事考課にあたっては、本人が行う評価が一次評価者に提出され、それを基に一次評価者が面談する仕組みになっている。面談時には助言や指導も行われ、職員の意欲喚起にもつなげている。また、透明性・公平性を確保するために、二次評価も行われている。   |
| (2) 職員の就業状況に配慮がなされている                 | 評価結果                                     | 判断理由等  |
| ① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている | a <input checked="" type="radio"/> b · c | 施設では「年次有給休暇管理票」「時間外労働管理票」が作成され、管理者が適切に管理している。休暇管理については職員1名につき有給休暇と特別休暇の2つで把握されている。職員の有給休暇取得状況や残業状況等を適切に把握しているだけでなく、職員に対しては計画的な休暇取得について指導が行われている。法人全体でも残業をしない取り組みを推進しているとともに、管理者自ら休暇取得率改善が課題であることを自覚し取り組んでいる。 |
| ② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる                  | a <input checked="" type="radio"/> b · c | 法人全体で職員共助会が組織され、医療費補助、慶弔見舞金等の支給などが適切に行われている。また福利厚生センター(ソウェルクラブ)にも加入して、福利厚生に積極的に取り組んでいる。  |

| (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている                           | 評価結果  | 判断理由等  |
|---|-------|--|
| ① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている                          | a・b・c | 事業計画に掲げられている「サービスの質の向上」のために、法人の職員研修基本方針に基づいて、施設の職員の研修計画書が作成されている。また、専門資格取得への配慮も行われている。   |
| ② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている | a・b・c | 当該年度に実施される外部研修への職員派遣にあたっては、研修目的や職員の職種に合わせて管理者が職員を選定し、受講させている。今後は年度計画にとどまらず、中・長期計画の策定にあわせて、中・長期的視野での研修計画の策定に取り組むことが望まれる。  |
| ③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている                       | a・b・c | 法人全体において全職員の「研修履歴カード(個票)」を活用し、研修受講状況を把握している。外部研修を受講した職員は復命書などによる文書報告や他の職員との情報共有のための伝達研修での口頭報告が求められている。しかし、受講する研修の重複がないよう管理者が配慮するだけではなく、次年度の研修計画に反映させられるよう、適切に評価される体制が望まれる。 |
| (4) 実習生の受け入れが適切に行われている                              | 評価結果  | 判断理由等  |
| ① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している                  | a・b・c | 法人全体で実習要領を定め、実習生の受け入れは法人事務局が窓口となって調整することによって、実習目的に合った適切な施設で実習が行える仕組みが整備されている。また、施設で実習生を受け入れる場合は、受け入れマニュアルに基づいて適切なオリエンテーションならびに指導が実施されている。                                  |
| ② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている                          | a・b・c | 法人が窓口となって学校との調整が行われ、実習の具体的内容確定後に各施設で実習する仕組みが構築されているほか、指導者マニュアル策定調整会議を開催し、マニュアル策定の準備が進められている。また、平成21年度から介護福祉士実習施設の要件となった実習指導者の指導者研修受講についても、計画的に職員派遣を行っている。                  |

| (1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている                  | 評価結果  | 判断理由等  |
|--|-------|--|
| ① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている | a・b・c | 法人のリスクマネジメント実施要綱に基づいて、法人全体で隔月にリスクマネジメント会議が開催され、外部リスクアドバイザーによる助言が行われている。施設にはリスクマネジメント委員会があり、毎月および随時会議を開催し、事件事例やヒヤリハット事例(重大な災害や事故には至らないものの、直結してもおかしくない一歩手前の事例)の課題検討を行っている。また、感染症対策や共通性の高い事故対策等に関しては、法人の会議において明確化され、全職員に周知されている。緊急時対応マニュアルなどについても整備され周知されている。 |
| ② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している                 | a・b・c | 事故やヒヤリハットの報告があった場合、早急に棟内会議で検討された後、最終的にはリスクマネジメント委員会が中心となり検証・分析を行う仕組みが構築されている。施設内では事故・ヒヤリハット事例に基づいたロールプレイ体験(利用者の役割を演じることで異なる側面から理解を深める方法)を職員が行うなど、安全意識の喚起が図られている。また、感染症委員会も定期的に実施され、感染症に関する通知等を即時に各部署に配布したり、インフルエンザ予防や手洗い励行による食中毒防止などのほか、施設内消毒等も行われている。     |

| (1) 地域との関係が適切に確保されている              | 評価結果  | 判断理由等  |
|------------------------------------|-------|--|
| ① 利用者と地域との関わりを大切にしている              | a b・c | 西郷村と法人の共催で行われる西郷さくら祭や村主催の敬老会への参加を通して、利用者と地域の交流に努めている。また、盆踊りや花火大会などを地区行政区との共催で実施している。地域住民との懇談会ではイベント開催に関する打ち合わせを行うだけでなく、施設への要望などの聞き取りも行われている。また、小中学校の生徒による慰問を受け入れ、幅広い年齢層の住民との交流が図られるよう努めている。  |
| ② 施設が有する機能を地域に還元している               | a b・c | 法人全体で実施する「地域福祉支援プロジェクトチーム」では、地域の要請を受けて専門職員を派遣する取り組みを行っている。特にさつき荘では、外部の介護技術講習やミュージック・ケア(音楽の特性を生かし対象者の心身に快い刺激を与え、対人的な関係の質を向上させ、情緒の回復や安定を図る)等の際に施設職員を派遣している。また、施設の広報誌は家族だけではなく地域の区長や行政等にも郵送で送付され、このような施設の取り組みについての地域への情報発信が適切に行われている。 |
| ③ ボランティア受け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 | 法人の定める実習ボランティア受け入れ要領に基づき、法人本部が窓口となった受け入れが行われ、ボランティアの希望・目的を確認した上で受け入れ施設が決定されている。ボランティア募集においては、保険加入も含めた適切な活動内容等の説明がなされている。   |
| (2) 関係機関との連携が確保されている               | 評価結果  | 判断理由等  |
| ① 必要な社会資源を明確にしている                  | a b・c | 保健、医療、福祉関係機関・団体等の連絡先一覧が整備され、職員会議等で職員に周知されている。また、関係機関との対応窓口が係長に一本化されている。しかし、職員個々において社会資源の情報が共有され、他機関との連携の必要性を十分に理解しているとは言い難い。今後は職員全体で、利用者の生活にとって必要な資源を分析・活用できるような取り組みが望まれる。   |
| ② 関係機関等との連携が適切に行われている              | a b・c | 県南保健福祉事務所が開催する地域連絡会や特別養護老人ホーム連絡協議会等への参加を通して、定期的に他機関・団体との連携が取られている。また、西郷村の介護保険運営協議会の委員に職員が任命されており、地域の課題に対する共通理解を図る機会がある。  |
| (3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている          | 評価結果  | 判断理由等  |
| ① 地域の福祉ニーズを把握している                  | a b・c | 法人が主催する地域との懇談会に施設長が参加しているが、施設が独自に地域ニーズを把握する仕組みが十分であると言い難い。地域の区長会との懇談等の機会も限られていることもあるが、今後は、村および地域のニーズの把握とその充足に向けた具体的な取り組みが行われることが望ましい。  |
| ② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている         | a b・c | 地域のショートステイ利用等のニーズがあり、空床利用の制限がある中で、可能な限り受け入れを実施している。法人としてもショートステイ機能強化を図る意向ではあるが、中・長期計画が策定されていないこともあり、今後は法人本部と連携しながらより一層地域のニーズへの対応を検討してほしい。  |

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

共通6

| (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている                    | 評価結果  | 判断理由等  |
|---|-------|--|
| ① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている | a・b・c | 理念や基本方針には利用者を尊重したサービスを提供することが明記されている。全職員は、職員倫理綱領の遵守や権利擁護に関する誓約書に署名・捺印し、その誓約書を施設内に掲示することで利用者や家族に対して表明するとともに、利用者本位のサービス提供姿勢を職員間で共有している。また、法人規則として年に1回倫理綱領の職員の自己チェックが行われ、個別の改善点があれば施設長面談による指導が行われている。加えて、施設においても虐待に関する事項について職員の自己チェックが年2回実施され、利用者本位の支援を実践できているかを確認する仕組みがある。 |
| ② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している        | a・b・c | プライバシーに配慮した支援を行うことがマニュアル等に明記され、全職員へ周知されている。施設では、居室やトイレの広さや浴室の位置など設備面の課題を認識し、カーテン等を配して職員全体で細やかな工夫がなされている。   |
| (2) 利用者満足の上昇に努めている                        | 評価結果  | 判断理由等  |
| ① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している                 | a・b・c | サービス評価委員会と業務改善委員会が中心になり、利用者本位のケアが行えるように職員の目指す姿勢を示した「サービスの柱」という指針を掲げ、業務評価等が行われている。しかし、利用者や家族の意向を直接確認する取り組みはケアカンファレンスの場面などに限られているので、新たに利用者満足度を把握する仕組みを作ることが望まれる。   |
| ② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている                  | a・b・c | 月1回、利用者の誕生会を兼ねた家族との懇談会の場で意見を聴取したり、食事提供委員会と施設の食事を作る給食センターの職員が合同で毎月利用者2名から献立についての意見を聴取する取り組みがある。今後は、サービス評価委員会が中心になって、サービス全体の利用者満足度を高めるための意向確認やサービス評価を行い、職員全体で共有していくことが望ましい。  |
| (3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている               | 評価結果  | 判断理由等  |
| ① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している                | a・b・c | 利用者との懇談会の機会を活用して、「相談コーナー」を設け、第三者委員も含めて利用者や直接対話を行うことで意見・要望を吸い上げを図るなど、具体的な取り組みを試みた点は評価できる。今後は、定期的な利用者満足調査などの機会を作るなどにより一層利用者が意見を述べやすい環境の充実に努めてほしい。  |
| ② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している               | a・b・c | 苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員が適切に配置され、第三者委員は年1回の報告を受けるだけでなく、敬老会の参加、利用者との懇談会における直接対話の機会を得られている。今後は利用者や家族が直接第三者委員へのアクセスがとりやすい工夫をすることで、より一層苦情解決の仕組みが機能されると思われる。   |
| ③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している                  | a・b・c | 利用者からの意見や要望は、権利擁護推進委員会が担当となって対応を検討する仕組みが整えられている。近隣住民等を通して間接的にサービス内容に関する話題が入った場合であっても、苦情として積極的に取り上げ、組織的に解決するなど、迅速な取り組みがみられる。  |

| (1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている             | 評価結果  | 判断理由等  |
|---|-------|--|
| ① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している          | a b・c | サービス評価委員会が組織され、全職員による年1回の自己評価を実施している。また、法人が委嘱している外部モニター調査員が年2回施設サービスを評価する仕組みがある。さらに、法人の方針として、各施設が第三者評価を積極的に受審していくこととなっている。   |
| ② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている        | a b・c | 全職員が義務付けられている年1回の自己評価結果や施設サービス外部モニターによる評価結果は、サービス評価委員会によって取りまとめられ、分析結果を明確にし、職員会議で周知されている。また、それらの結果は法人へも報告が行われている。  |
| ③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している               | a b・c | 管理者はサービス評価委員会の分析・評価結果をもとに業務改善委員会で改善計画を策定し、法人に報告の上で、必要な改善を組織的に行っている。  |
| (2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している             | 評価結果  | 判断理由等  |
| ① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている | a b・c | 各サービスの標準マニュアルが整備されており、一冊のファイルにまとめられたうえで全職員に配布されている。実施方法は、採用時やエルダー制度(年間を通して先輩職員が新任職員に指導を行う)で周知を図っている。また、個々のサービスはケアプランに基づき提供され、モニタリングで実施状況を確認している。   |
| 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 | リスクマネジメント委員会や感染症対策委員会などマニュアル改訂に関係する委員会が定期的に開催され、事故やリスク状況の把握を行っている。その中でマニュアルの見直しが行われ、必要に応じてマニュアルの一部改訂がなされ、改訂年月日も明記し、全職員に配布、周知している。また、必要とされる場合にはその都度委員会が開催されている。今後は、定期的にマニュアル全体を見直す体制が作られることが望ましい。 |
| (3) サービス実施の記録が適切に行われている                 | 評価結果  | 判断理由等  |
| ① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている          | a b・c | 介護計画の目標に沿って、日々の行動記録や健康記録と共に実施状況を担当者が入力し、パソコンのシステムで情報を共有している。記録については、心身状態や日常的な特記事項などの記載を明示し、内容にばらつきがないよう工夫している。さらに、各棟やグループの責任者が1ヶ月毎に記録をチェックし、管理者が確認を行っている。  |
| 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 | 利用者の記録については、各棟や医務室のロッカーで施錠し管理・保管されている。また、職員の守秘義務については、内規で定められており、職員会議で周知を図るなど情報の保護が適切に行われている。  |
| ③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している             | a b・c | 利用者の日々の状況の変化は、適切に介護経過記録に記載されており、毎朝のミーティング、各棟申し送り、棟内会議、担当者会議において情報の共有化を図っている。また、服薬や食事等の変更については、業務日誌や申し送りノートに記載され、さらにパソコンのネットワークシステムにより確認が行えるなど職員全員の情報の共有化を徹底している。                                 |

| (1) サービス提供の開始が適切に行われている                   |   | 評価結果 | 判断理由等   |
|---|---|------|---|
| ① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している            | a | b・c  | インターネットで法人及び施設のホームページを作成し公開している。また、介護サービス情報の公表制度に基づく情報開示が適切に行われている。西郷村・白河市の行政関係機関との連携により入所希望者の情報を得るとともに、入所希望者には随時見学の対応を行い、パンフレットを配布し情報提供に努めている。 |
| ② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている              | a | b・c  | サービスの開始時には、重要事項説明書や契約書でサービス内容や利用料などが説明され利用者等の同意を得ている。また、利用者、家族に応じた個別のサービス内容や事務的手続きなど、文書でわかりやすく説明し同意を得ている。                                       |
| (2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている                |   | 評価結果 | 判断理由等   |
| ① 施設の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている | a | b・c  | 特別養護老人ホームという特質上、他施設利用や家庭移行は殆どないが、ショートステイ(空床利用型)利用者の利用期間中の状況を、家族や担当している地域包括支援センターへ文書で情報提供している。今後はサービス終了後も相談対応できることを書面等で伝え、サービスの継続性を図ることが望ましい。    |

| (1) 利用者のアセスメントが行われている       |   | 評価結果 | 判断理由等   |
|-----------------------------|---|------|---|
| ① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている   | a | b・c  | アセスメント(事前評価)様式は「包括的自立支援プログラム」を活用し、入所前の実態調査時や、入所決定後の暫定介護計画作成の際にアセスメントを実施している。さらに入所1ヵ月後の本プラン作成の際にもモニタリング(途中評価)やアセスメントを実施している。また、状態変化時などにも実施し、利用者の状態に合わせたサービス提供が行われるようになっている。  |
| ② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している | a | b・c  | アセスメントに基づき、利用者の課題を施設のケア会議で検討し、生活場面ごとに適切な支援方針が示されている。また、施設サービス計画書はケース記録とともに保管され、職員全体で情報が共有されている。   |
| (2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている |   | 評価結果 | 判断理由等   |
| ① サービス実施計画を適切に策定している        | a | b・c  | サービス実施計画は、担当ケアマネージャーを中心に関係職員が連携し、利用者及び家族同席のもとで意向を確認しながらケア会議において策定するよう定められている。利用者や家族が同席できない場合は、電話等で家族の意向を確認している。ケア会議の結果を受け、課題やニーズが明確化され、サービス実施内容、実施担当者を明記したプランが作成されている。また、毎月介護経過記録をとりまとめ、ケアマネージャーによるプランの実施状況を確認する仕組みが機能している。 |
| ② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている | a | b・c  | プラン策定マニュアルに基づき認定有効期間の管理を行い、6ヶ月ごとの見直しが定められている。また、状態変化時などにも見直しが行われている。プラン変更時は申し送り等で職員に周知されるほか、各棟のケース記録に変更されたプランが保管され、閲覧できる仕組みが整備されている。  |