

福祉サービス等第三者評価結果

総合評価

受診施設名	養護老人ホーム長生園	施設種別	養護老人ホーム
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」		

令和3月11月17日

総 評	<p>社会福祉法人長生園は、旧船井郡仏教会の手により昭和28年に設立された養老院「光華園」の高齢者支援を引き継ぎ、昭和31年に社会福祉法人として設立認可されました。</p> <p>法人の基本理念に「和み」「尊厳」「安心」を掲げ、法人設立から60年以上が経過した現在では、時代のニーズに合わせて特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、ケアハウス等の施設サービスや、ショートステイ、デイサービス、居宅介護支援事業所等の在宅サービスを整備して、地域高齢者への支援を実施しています。また、法人設立60周年を迎えてからは、地域のさらなる福祉ニーズを聞き取り、あんしんサポートハウスの開設や第二デイサービスの開設等にも取組まれています。</p> <p>今回の調査事業所である養護老人ホームは、老人福祉法に基づいた生活困窮者への支援に加え、利用者の高齢化・重度化が進み、職員には多様な知識や技術の習得が必要不可欠になっています。また、虐待による緊急措置入所生活保護の方の入所など様々な対応が望まれています。こうした課題の解決に向けた時代のニーズに合わせて、以前は50名であった入所者定員を、2017年12月から定員32名（特定10名）に変更し、よりきめ細かな支援ができるようにしています。また、「長生園で人生を完結できるように」との思いから、利用者の要介護状態の進行に伴い、特定施設入居者生活介護サービスを利用することで、併設事業所の支援を受けられる体制が構築されており、継続した生活が可能となっています。また、利用者が重度化した場合は、同じ建物内にある特別養護老人ホームに転所して、長生園全体で看取りを実施する環境を整備されています。健康管理については、階下にある診療所で内科・整形外科・精神科等の診察を受けられる体制が整備されています。介護や医療体制が充実しており、最後まで長生園で暮らせるということで、理念にある利用者への「安心」を実現されています。</p> <p>法人の基本理念は施設内の各フロアに掲示され、利用者にも周知されています。毎月実施している「利用者会」では率直に思いを言えるように、一人ひとりの意見や希望を聞き取りしています。また、毎月実施されるお誕生日会では、お誕生日席をみんなの席の真ん中に設け、主役気分を満喫してもらえる配慮が行われていました。</p> <p>職員のための環境整備としては、平成27年には高齢者雇用開発における厚生労働大臣表彰を受ける等、雇用年齢の上限を取り除くと共に、法人として「職場風土改革促進事業実施事業主」指定、京都府「京の子育て応援企業」認証を受ける等、働く職員が支え合える職場環境の整備に取り組まれています。また、養護老人ホームの職員としては、他事業所にはないスキルを磨くべく、利用者の生活歴を理解する話し合いや人間学を学ぶための職員研修を実施しています。</p> <p>課題としては、具体的な中・長期計画の策定や福祉人材の確保・育成等が挙げられます。</p> <p>具体的なアドバイスは、特に改善が望まれる点の中で記していますので、ご参考にして下さい。</p>
--------	---

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>I-2-(1) 経営状況の把握 毎月の運営戦略会議で各部署の資金収支等の経営状況の確認や分析、各事業所の課題等を共有し、必要な改善の取組みを検討しています。法人からの代表職員が市の介護保険計画策定委員会や専門家会議に参加して、地域の福祉ニーズ等の情報を収集しています。毎月の管理職会議で社会福祉の動向、地域の福祉ニーズ等を話し合っています。また、入居者が多いため感染症対策にも力を入れ、緊急事態宣言の発令時には通所の新規利用を停止するなど、経営と感染対策の両立についても会議で話しあっています。</p> <p>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 事業所として定期的に第三者評価を受診し、自己評価を毎年実施して、質の向上に取り組んでいます。利用者のことは、職員会議やサービス担当者会議等の中で、支援の質の向上に取り組んでいます。第三者評価や自己評価の中で改善が必要な点を、職員会議等で話し合い、適宜改善を図っています。感染症対策や事故防止策等は委員会で対策等を協議し、必要な改善を図っています。</p> <p>II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。 法人全体の組織図と事業所内の組織図や役割図が策定され、職員会議でも説明する等して職員に周知しています。職務等級基準書を全職員に配布して職務内容等も周知しています。労務関係の法令遵守については、毎月開催の労働管理委員会で社会保険労務士から助言を受ける等して、職員全体会議で職員にも周知しています。運営戦略会議や管理職会議等で必要な関係法令の情報を収集し、職員会議で職員に周知しています。</p> <p>III-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のため組織的な取組が行われている 事故があれば毎朝の部署内のミーティングや毎月の職員会議で対応方法を検討しています。事故防止委員会を設置して各事業所の事故を施設全体で共有しています。事故発生時対応や緊急時対応のマニュアルを整備しています。感染症防止委員会を設置して、感染症対策マニュアルを整備し、定期的に更新しています。新型コロナウイルス感染症対策等、感染症に関する予防や対策の研修を行っています。災害対策として非常災害対策計画を作成し、防災教育の実施、災害時必要品の備蓄、地域住民との協力体制の構築等を行い、施設内での避難訓練も定期的に実施して、災害時に備えています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>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。 新聞折り込みや地元ケーブルテレビ文字放送への求人広告募集等、様々な媒体を活用して求人活動を実施しています。採用時研修や資格取得支援の勉強会や模試会を実施しています。人事考課制度を導入し、職能資格や格付基準を明確にして全職員に周知すると共に、一定の基準に基づき職員を評価しています。年2回の個人面談を実施し、職員の意向を聞き取っています。しかし、福祉人材の確保と育成に関する方針や、人員体制についての具体的な計画は策定されていませんでした。また、職</p>

	<p>員が自らの将来の姿を描くことが出来るような総合的な仕組みづくりも出来ていませんでした。 各部署の人員体制の具体的な計画策定や職員一人ひとりのキャリアパス目標設定等に取り組まれては如何でしょうか。</p> <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。 就業状況や意向確認の職員面談は実施していますが、個人目標の設定や目標達成状況確認等を行っていませんでした。研修委員会を中心に、マナー研修や感染予防研修等の施設内研修計画を策定・実施し、カリキュラムの評価や研修計画の見直し等も実施しています。しかし、組織としての「期待する職員像」の設定等を行っていませんでした。外部研修の情報を回覧し、それぞれのレベルに応じて参加させています。しかし、階層別の研修実施は出来ていませんでした。 それぞれの階層に応じた「期待する職員像」を設定し、職員一人ひとりの研修計画の策定や施設内における階層別研修の策定・実施等を行うことをされてはいかがでしょうか。職員一人ひとりが目標を持ち成長していくシステム構築に繋がると考えます。</p> <p>Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 地域交流や地域貢献について明文化し、コロナ禍でも可能な範囲で地域資源や地域行事の案内等を施設内の利用者の見やすい所に掲示しています。ボランティアの受け入れや地域の学校教育への協力（福祉体験教室開催や職場体験等受け入れ等）を実施しています。しかし、ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢を明文化や受け入れマニュアルの整備は出来ていませんでした。 ボランティア受け入れについての指針やマニュアルの策定をされることで、職員間で受け入れ意義や受け入れ手順、注意事項等の共有が図られると考えます。</p>
--	---

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

京都府福祉サービス等第三者評価事業

【様式 9-2】

【共通評価基準】
評価結果対比シート

受診施設名	養護老人ホーム 長生園
施設種別	養護老人ホーム
評価機関名	きょうとふくしネットワーク一期一会
訪問調査日	令和3年7月16日

I 福祉サービスの基本方針と組織

No.	評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
1	I-1 理念・基本方針	I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a	a
2	I-2 経営状況の把握	I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	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	a
3			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	a
4	I-3 事業計画の策定	I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	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	b
5			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
6		I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	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	a
7			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b	b
8	I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	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。	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	a
9			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。	a	a

【自由記述欄】

- 1) 玄関や職員室等に理念を掲示し、パンフレットやホームページ等にも理念を掲載している。毎朝のミーティングでも理念を唱和している。掲示等で利用者にも周知している。
- 2) 理事会や運営戦略会議で各部署の資金収支等の経営状況の把握や分析をしている。法人からの代表職員が市の介護保険計画策定委員会や専門家会議に参加して、地域の福祉ニーズ等の情報を収集している。毎月の管理職会議で社会福祉の動向、地域の福祉ニーズ等を話し合っている。
- 3) 毎月の経営戦略会議等で、各事業所の課題を共有し、改善の取組みを検討している。会議録を各部署に配布し職員が確認できるようにしている。入居者が多いため感染症対策にも力を入れ、通所の新規利用を停止するなど、経営と感染対策の両立についても運営戦略会議で話しあっている。
- 4) 中長期計画を策定して、毎年の取り組み状況を確認し、年度末に見直ししている。中長期計画は策定されているが、具体的な内容や具体的な数値目標が示されていない。
- 5) 毎年の事業計画を策定し、具体的な取組や行動を明示している。単年度の事業計画はあるが、中長期の内容を反映した計画にはなっていなかった。

- 6) 職員会議での職員の意見を聞き取りながら事業計画を策定し、決定した計画を職員会議で職員に周知している。評価や見直しについても年度末の職員会議で確認し、次年度の計画を策定している。
- 7) 毎年の事業計画を利用者会で声掛けし、掲示場に掲示して周知している。計画内容を利用者が理解しやすいようにする工夫は出来ていない。
- 8) 事業所として定期的に第三者評価を受診し、自己評価も毎年実施して、質の向上に取り組んでいる。利用者のことは、職員会議やサービス担当者会議等を開催し、支援の質の向上に取り組んでいる。
- 9) 第三者評価や自己評価の中で改善が必要な点は、職員会議等で話し合い、改善を図っている。感染症対策や事故防止策等は委員会では対策等を協議し、必要な改善を図っている。

II 組織の運営管理

No.	評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
10	II-1 管理者の責任と リーダーシップ	II-1-(1) 管理者の責任が明確に されている。	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	a
11			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。	a	a
12		II-1-(2) 管理者のリーダーシップ が発揮されている。	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	a
13			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	a
14	II-2 福祉人材 の確保・育成	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。	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。	b	b
15			② 総合的な人事管理が行われている。	b	b
16		II-2-(2) 職員の就業状 況に配慮がなされている。	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。	a	a
17		II-2-(3) 職員の質の向上に向けた 体制が確立されている。	① 職員一人ひとりの育成に向けた取 組を行っている。	c	c
18			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	b
19			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
20		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。	① 実習生等の福祉サービスに関わる 専門職の教育・育成について体制を 整備し、積極的な取組をしている。	b	b

21	Ⅱ-3 運営の透明性の確保	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。	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	b
22			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	a
23	Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献	Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	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。	b	a
24			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	b

Ⅱ 組織の運営管理

No.	評価分類	評価項目	評価細目	評価結果		
				自己評価	第三者評価	
25	Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献	Ⅱ-4-(2)関係機関との連携が確保されている。 Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	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	a
26			①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b	a
27			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。	b	b

【自由記述欄】

- 10) 法人全体の組織図と事業所内の組織図や役割図が策定され、職員会議でも説明する等して職員に周知している。職務等級基準書を全職員に配布し、職務内容等も周知している。
- 11) 労務関係の法令遵守については、毎月開催の労働管理委員会で社会保険労務士から助言を受けて、職員全体会議で職員に周知している。運営戦略会議や管理職会議等で必要な関係法令の情報を収集し、職員会議で職員に周知している。
- 12) 管理者は毎月実施している職員会議や利用者会等でコミュニケーションを取り、質の向上についての意見を伝えている。職員の意見を聞き、事故対策や看取り等の場面で具体的な指示をしている。
- 13) 顧問税理士が各施設の経営状況を毎月分析し、毎月の運営戦略会議で各施設の経営状況や人事配置等について話っている。管理者は運営戦略会議等で助言を受けながら、職員会議等で現場の業務内容の見直しを行っている。
- 14) 新聞折り込みや地元ケーブルテレビ文字放送への求人広告、ハローワークとの連携等、様々な媒体を活用して求人活動を実施している。採用時研修や資格（介護福祉士や介護支援専門員等）の取得支援の勉強会や模試会を実施している。福祉人材の確保と育成に関する方針や、人員体制についての具体的な計画は策定されていない。
- 15) 人事考課制度を導入し、職能資格や格付基準を明確にして全職員に周知すると共に、一定の基準に基づき職員を評価している。年2回の個人面談を実施し、職員の意向を聞き取っている。職員が自らの将来の姿を描くことが出来るような総合的な仕組みづくりは出来ていない。

- 16) 職員面談や総務部で就業意向を把握する等して職員配置している。社会保険労務士も交えた労働管理委員会を実施して、就業環境の改善に努めている。リフレッシュ休暇制度を設ける等、有休休暇を取得しやすいようにしている。
- 17) 組織としての「期待する職員像」の設定等を行っていない。就業状況や意向確認の職員面談は実施しているが、個人目標の設定や目標達成状況確認等を行っていない。
- 18) 組織としての「期待する職員像」の設定等を行っていない。研修委員会を中心に、マナー研修や感染予防研修等の研修計画を策定、カリキュラムの評価や研修計画の見直し等も実施している。
- 19) 研修委員会を中心に施設内研修等を計画的に実施している。外部研修の情報を回覧し、それぞれのレベルに応じて参加させている。階層別の研修は実施出来ていない。
- 20) 実習生の受入れマニュアルを整備し、施設全体で看護師養成校等の実習生を受入れている。実習内容やプログラム等については学校と連携している。実習指導者に対しての研修は出来ていない。
- 21) ホームページに各施設の情報、事業報告、財務諸表等を公開している。地域にむけて事業所の活動内容等を記載して広報誌を配布している。苦情、相談の内容の公表は出来ていない。
- 22) 顧問税理士事務所の職員が毎月来園し、経営分析を実施している。運営戦略会議等で収支状況を毎月確認している。監査法人による外部評価も実施している。
- 23) 地域交流や地域貢献についての基本的な考え方を明文化し、事業計画・中長期計画に記載している。コロナ禍であるが、可能な範囲で地域資源や地域行事の案内等を施設内の利用者の見やすい所に掲示している。
- 24) ボランティアの受け入れや地域の学校教育への協力（福祉体験教室開催や職場体験等受け入れ等）を実施しているが、基本姿勢を明文化や受け入れマニュアルの整備は出来ていない。
- 25) 各福祉事務所、協力医療機関等の連絡先リストを作成し、個々の利用者の状況に対応できるよう連携を図っている。南丹市・亀岡市協同の虐待防止ネットワークや地域の関連協議会、定期的な事例検討会等に参加して、連携や情報共有を図っている。
- 26) 「高齢者涼やかスポット」（現在はコロナ禍で休止）に施設内スペースを提供する他、災害時の福祉避難所となっている。地域の希望に応じて施設の部屋を開放する等し、場所の提供を行っている。
- 27) 「お気軽相談室」を設置して困りごとや地域ニーズの把握に努めている。地域包括支援センターをはじめ関係諸機関との連携を図っているが、民生委員・児童委員等との定期的な会議は開催出来ていない。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

No.	評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
28	Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス	Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	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	a
29			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。	b	a
30		Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関	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	a

31		する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。	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	a
32			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。	a	a
33		Ⅲ-1-(3) 利用者満足 の向上に努めている。	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。	b	a
34		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。	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	a
35			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	a
36			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	a
37		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	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	a
38			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	a
39			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	a
40	Ⅲ-2 福祉サービスの 質の確保	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。	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。	b	b
41			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	a
42		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。	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	a
43			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	a
44	Ⅲ-2 福祉サービスの 質の確保	Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	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、職員間で共有化している。	a	a
45			②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	a

【自由記述欄】

28) 理念・基本方針に利用者尊重を明記し、毎日の朝礼で基本理念を唱和して周知徹底に努めている。接遇研修を月1回の職員会議で実施する他、虐待防止の施設内研修を定期的に行っている。

29) プライバシー保護や虐待防止等、利用者の権利擁護についてのマニュアルを整備し、研修を定期的に行っている。契約時には本人・家族に詳細を説明している。利用者との面談は個室を使用し、4人部屋にはプライバシーカーテンを設置し、トイレは引き戸とカーテンを併用する等工夫している。

30) パンフレットや入所案内に写真を使い、必要な情報をわかりやすく記載している。ホームページにも同様

に掲載している。利用希望者にはさらに詳しく説明を行い、実際に見学を勧めて確認してもらっている。

31) サービスの開始・変更の際してわかりやすく詳しく説明し、利用者からも丁寧に聞き取りをして同意を得ている。利用料金の変更、設備・対応の違い等は表や写真等を使ってわかりやすく工夫し、意思決定が困難な利用者には成年後見制度の利用を提案する等、必要な対応を実施している。

32) 施設の移行等には、利用者がスムーズに移行できるように、施設独自の介護状況票、看護サマリー等を用いて引き継ぎを行っている。移動先への送迎も実施し、現地でも口頭等で必要な引継ぎを行っている。

33) 年1回、利用者満足度調査のアンケートを実施している。月1回の利用者会では、施設長、相談員、各担当職員が相談を受付ける旨を説明し、担当職員名をそれぞれの利用者居室に掲示している。

34) 苦情対応マニュアルを設置し、組織としての苦情解決の仕組みを記載している。苦情解決の体制の内容、施設の苦情相談窓口、公的な相談窓口、第三者委員の紹介を施設内に掲示し、入居時にも説明をしている。

35) 施設内に意見箱を設置している。施設長、相談員、利用者の各担当職員に常に相談できる旨を伝えている。日頃から話しやすい雰囲気を作るよう意識し、施設内を巡回して利用者に声掛けしている。

36) 意見等が提出された場合は、マニュアルの手順に則って施設長、相談員、職員で情報共有し、分析や検討の上、連携して対応し、その流れを記録している。意見・相談等の対応マニュアルを定期的に見直している。

37) 事故があれば事故報告書やヒヤリハット記録に残し、毎朝の部署内のミーティングや毎月の職員会議で対応方法を検討している。事故防止委員会を設置して各事業所の事故を施設全体で共有している。事故発生時対応や緊急時対応のマニュアルを整備している。

38) 感染症防止委員会を設置して感染症対策マニュアルを整備し、定期的に更新している。新型コロナウイルス感染症対策等、感染症に関する予防や対策の研修を行っている。施設内の診療所と情報共有したり、施設内研修を実施して職員にも情報提供している。

39) 非常災害対策計画を作成し、防災教育の実施、災害時必要品の備蓄、地域住民との協力体制の構築等を行い、災害時に備えている。避難訓練を定期的の実施し、毎回の様子を訓練記録に残している。

40) 食事・入浴・排泄介助、生活支援等の各種介護技術マニュアルを策定し、マニュアルにはプライバシーや羞恥心への配慮等も明記している。マニュアルに基づいて支援しているかを確認する仕組みはない。

41) サービス担当者会議を定期的の実施して、年1回以上、サービス実施計画書を見直している。援助計画の見直しにあたり、職員や利用者からの意見を聞き取り、計画に反映させている。

42) 利用者の状態を定期的にあセスメントし、利用者の意向に沿ったサービス実施計画を策定している。施設長、看護職員、管理栄養士、介護職員、介護支援専門員等の多職種が参加するサービス担当者会議を実施して、多職種からの意見を踏まえた計画を策定し、計画に基づくサービスを提供している。

43) サービス実施計画書を毎年見直し、身体状況の変化や退院時等に応じて随時見直しを実施している。支援内容を変更する場合は、職員会議やサービス担当者会議で話し合い、ミーティング等で周知している。

44) 利用者一人ひとりの日々の支援内容を個別に記録し、その内容を毎日のミーティング、毎月の職員会議、サービス担当者会議等で情報共有している。特定施設入居者生活介護サービスの記録もヘルパー活動記録やデイサービス記録等に記録している。

45) 文書規程を策定し、記録の保管・保存・廃棄等の方法を明記すると共に、記録の管理責任者を施設長と定めている。職員にも年間研修計画等で個人情報保護の研修を実施し、個人情報の取り扱いについても契約時に利用者・家族に説明している。