

### 第三者評価結果

事業所名：横浜市天神ホーム

#### 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
<コメント>	
法人の理念・基本方針はパンフレットやホームページに明記されており、利用者の幸福の追求を第一に考え、職員の幸福、未来の福祉の追求にも触れており法人の福祉に対する取り組みの姿勢が読み取れるものとなっています。職員に対しては入職時の面接や新人研修で説明しています。利用者や家族に対しては施設の見学時や利用契約時にパンフレット等を用いて説明しています。今後利用者や職員に対する周知状況の確認と、継続的に周知していくことが期待されます。	

##### 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
<コメント>	
社会福祉事業全体の動向については、法人からの情報や法人内の施設長会議等を通じて法人全体で把握することを心がけています。また、施設長は神奈川県・横浜市の社会福祉協議会の高齢者部会に参加し情報を収集しています。施設長は南区社会福祉協議会の監事を務めており、理事会や評議員会に参加し、地域のニーズ把握にも努めています。法人は入所施設6施設の他、地域ケアプラザ、障害施設等幅広く運営しており、幅広い情報の収集ができています。法人内入所施設の施設長会議を2ヶ月に1度開催し、各施設の利用状況やコスト等について情報交換をしています。	
【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
<コメント>	
法人内で年に4回理事長・事務長・経理課長・事業部長、コンサルティング会社の担当者を含めた「事業部会」を開催しています。「事業部会」では利用率やコストの分析等事業運営や経営状況の分析を行い、課題や問題点を明らかにしています。そこで抽出された課題については施設長から職員に対し職員会議等で説明し、課題があげられた各部署を中心に改善策を検討し、課題解決に向けて取り組んでいます。課題や改善策について法人内の施設でも共有し、他の施設の課題解決にも活かされています。	

##### 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
<コメント>	
施設は横浜市の指定管理者制度の公募により5年間の指定を受ける指定管理者施設(以下指定管理施設)となっており、行政と民間事業者が双方向のコミュニケーションを通じて、それぞれのノウハウや経営資源を最適な形で組み合わせることにより市民サービス向上と地域活性化を図るといった指定管理者による共創推進を目的としています。5年毎の指定管理者の選考の際に5年間の事業計画の策定が求められており、その内容は「サービスの質の向上による市民の健全で安らかな生活への寄与」「職員の定着」「ICTの導入」「BCP策定」等様々な課題の解決に向けた具体的な取り組み等となっています。その計画を中・長期計画とし、5年に1回見直し、再策定をしています。	

【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

<コメント>

法人の中・長期計画に基づいた法人としての事業計画が理事長より示され、その計画を踏まえた施設としての単年度の事業計画を施設長が中心となり策定しています。施設長は事業計画策定までに職員会議や日々の業務の中で各部署・職員に意見を聞き取り事業計画の内容に反映するよう努めています。事業計画の内容は職員体制や身体拘束廃止・認知症への取り組み・看取り介護への取り組み・近隣他機関との連携・地域団体との連携等となっています。職員に対しては事業計画の内容から「今年度の注力項目」を書面にまとめ分かりやすく周知する他、パソコンのシステムで確認できるようになっています。今後、数値目標の設定等により評価が行える内容の事業計画が期待されます。

(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。

b

<コメント>

毎年12月下旬に法人から法人の事業計画が発表され、施設毎の事業計画、収支予算書作成を指示されます。その際に作成期限、作成方法等の説明が行われます。施設長は各部署からの意見や次年度の予定(行事予定、必要物品等)等を確認し、1月には事業計画、2月には収支予算書の作成を行います。事業計画の職員への周知は職員会議で書面にて配布する他、施設内のパソコンのシステムで確認できるようにしています。事業計画の実施状況は職員会議等で確認し、変更の必要性があれば都度見直し・修正を行っていますが記録はしていません。今後事業計画策定にあたり、職員の参画や評価を実施した記録等の作成が期待されます。

【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>

事業計画は施設入り口にファイルし誰でも閲覧可能な状態となっており、利用者の家族には事業計画書が閲覧できることを説明していますが、利用者や家族に対し事業計画の説明をする機会はなく、分かりやすく説明するための資料の作成や配布も行われていません。今後利用者や家族の事業計画の策定への参加を促すため、分かりやすい資料の作成や事業計画の内容の説明・周知の機会をもつことが期待されます。

#### 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>

事業計画の実施状況は、事業計画を基に各部署・各委員会で立てた計画や目標の達成状況等の確認により評価しています。その評価を基に次年度の事業計画の策定や課題の抽出を行う仕組みとなっています。施設としての自己評価は実施されていませんが、指定管理施設であるため指定管理期間に1回第三者評価を受審し、その結果・内容を職員会議で共有・分析しています。今後更なる福祉サービスの質の向上に向けた定期的な施設としての自己評価を実施することが期待されます。

【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>

第三者評価の結果は職員会議の他、パソコンの情報共有システムや書面での回覧により職員に周知しています。第三者評価の結果から各部署・各委員会が課題を抽出し職員会議で共有化を図る仕組みとなっています。職員会議等で課題について改善策や改善計画を検討・実施していますが、内容は文書化されていません。今後評価結果を分析・検討し改善策や改善計画策定について文書化されることが期待されます。

## 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。	a
<コメント> 施設長は施設運営の責任者とされています。年度の事業運営の方針や取り組むべき課題等は年度はじめの職員会議にて施設長から職員に周知しています。施設長の役割や責任を含む職務分掌は法人の服務規程に明記されており、職員に対しては文書や職員会議等にて周知しています。服務規程には施設長不在時の権限委任等も明記され、職員はいつでも書面にて確認できるようになっています。	
【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。	a
<コメント> 施設長は介護保険法、個人情報保護、人事労務、財務、リスクマネジメント、ハラスメント等遵守すべき法令等の把握・理解のため、法人からの情報や横浜市からのメール配信情報の確認や関連法令についての研修に参加しています。また、横浜市社会福祉協議会の高齢福祉部会への参加等により新しい情報の把握に努めています。倫理や法令遵守については法人が実施する研修において職員にも周知しています。	
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	第三者評価結果
【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。	a
<コメント> 施設長は職員会議や各部署、各委員会からの報告、日々の業務の確認や職員との対話等によりサービス実施の現状について確認・評価・分析をしています。今年度は職員の業務負担軽減に注力し、職員の意見も参考に業務内容・方法の改善に取り組んでいます。介護記録等のICT化や利用者の行動・体調を確認するための支援システムを導入し業務負担の軽減が図られています。新入職員からキャリアに合わせた様々な研修を計画し、職員の知識や技術向上を図っています。職員が負担なく受講できるよう集合研修の他オンライン動画研修も導入しています。	
【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。	a
<コメント> 施設長は毎月財務諸表を作成し、事業活動収入、人件費、事務費、事業費等の確認・分析を行い法人へ報告をしています。業務遂行上の必要人数等を確認し、収支との兼ね合いを確認し職員配置を行っています。業務遂行にあたり職員の意見も積極的に取り入れ、ICT化や福祉機器の導入等により働きやすい環境整備に努めています。法人内の入所施設の施設長で構成される「入所施設部会」では理事長・各施設の施設長がそれぞれの施設の経営状況や課題を報告しています。他施設の取組を参考にし相互に業務改善を図っています。	

### 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
【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。	a
<コメント> 職員の配置に関する計画は事業計画に定めており、各年度の事業計画において専門職(有資格者)を含め配置の必要人数等を明記しています。人材育成については、等級や職種別に計画している「メディパスアカデミー研修計画」や施設内のOJT、施設内研修等において職員の育成が計画的に実施されています。人材の採用については必要な職種や人数等を施設長が法人に報告し、法人の人事課がハローワークや民間の求人媒体、法人のホームページやSNSを活用し行っています。	

【15】 II-2-(1)-②  
総合的な人事管理が行われている。

a

<コメント>

法人の設定する「目標支援制度」・キャリアパスにより、職種や等級毎に求められる役割や知識・技術等「期待する職員像」が明記されています。法人の服務規程に採用・配置・異動・昇進・給与・賞与等が定められ、職員には入職時に書面を配布し説明しています。人事考課については「考課制度」と職員個人が課題を定め目標を設定し、上司・施設長と定期的な面談で達成度を確認する「目標支援制度」により実施しています。定期的な面談においては職員の業務に対する意向確認も行い、意向に沿った業務にあたることのできるよう配慮しています。また、キャリアパス制度により、職員が目指すキャリアに達するためにどのような知識や技術が必要かが明確になっています。

(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。

a

<コメント>

労務管理に関する責任者は施設長としています。職員の就業状況の確認や意向については施設長や上司との面談において確認をしています。施設長と主任は有給の取得や時間外労働についても把握し、職員の意向に沿ったシフト作成をしています。毎年職員には健康診断やメンタルヘルスチェックを行うほか、施設長や上司との定期的な面談や日々の会話の中で心身の状況について把握しています。法人内には相談窓口の設置をしており職員にも周知しています。職場のICT化や福祉機器の導入、日勤専従での正職員制度等働きやすい環境作りにも努めています。

(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>

法人の定めるキャリアパスには職種や等級ごとに必要な知識・技術・資格等が明記されています。職員は前年度の振り返りから目標を決定し、年度の間・年度末に目標評価シートにて自己評価を行った後、直属の上司と目標の達成状況を確認しています。その後上司の直属の上司が評価内容を精査し人事考課も踏まえ法人の調整会議で判定を行います。目標の達成状況や年末に周知される次年度の法人の目標設定を踏まえ、職員は次年度の目標設定をしています。

【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>

法人の「目標支援制度マニュアル」に期待する職員像や職員に必要なとされる専門技術や専門資格が明記されています。法人の年間研修計画の他、施設内研修等により教育・研修が実施されています。集合研修の他、オンライン研修や動画視聴研修等様々な形態の研修を実施しています。研修受講者は研修報告書を提出し、他の職員に周知の必要があれば伝達研修や資料の回覧も行っています。研修計画は職員の受けたい内容や研修に対する意見を収集し毎年見直しをしています。

【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。

b

<コメント>

職員の経験や専門資格の取得状況については入職時に確認し、入職後の資格取得についても把握しています。新入職員に対しては同じ部署の先輩が3ヶ月を基本としたOJTにあたり業務の指導にあっています。各実務を経験した半年後にはフォローアップ研修にて振り返りを行いモチベーションの向上を図っています。法人の年間研修や施設内研修では階層別・職種別・各テーマに沿った研修等を計画し、集合研修・オンライン研修・動画視聴研修等にて職員が受講しやすい体制としています。今後外部研修の情報の周知、受講をすすめることにより更なる職員の知識・技術向上が期待されます。

(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。

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。	a
--	---

<コメント>

「実習生受け入れマニュアル」を整備し、介護福祉士指導者研修の受講をした職員が指導にあたっています。現在介護専門学校が減少し、実習生も少なくなっており、看護学校・大学等からの実習生や横浜市の教員の研修が主となっています。高齢者施設のため看護学生に対しても基本的には介護に関する実習を実施し、実習期間の中で1日は施設の看護師が指導にあたる体制となっています。実習内容やプログラムについては受け入れ時に学校の指導者・実習生とオリエンテーションを行いプログラムを構成しています。実習期間中にも学校の指導者と連絡をとり、実習の進捗状況を伝える等連携しています。

### 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

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。	b
---	---

<コメント>

ホームページには法人の理念や基本方針、事業計画・事業報告・個人情報保護に対する取り組み・入退所指針等が公開されています。横浜市の指定管理者として市のホームページに事業計画と予算書が公開されていますが、今年度分を含めた数年分は掲載されていません。苦情・相談の体制については利用者家族に対しては重要事項説明書にて説明するとともに施設玄関に施設の苦情受付担当者・苦情解決責任者・第三者委員の指名・連絡先を明示しています。現在地域に向けた広報誌等の発行はしていないため、今後は施設が行っている活動等を説明した広報誌の発行や、毎年度の事業計画・事業報告・予算決算情報、第三者評価の受審結果の公表等、地域の福祉ニーズに向けての情報発信等が期待されます。

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。	a
---	---

<コメント>

法人の経理規程に事務・経理・取引に関する内容が規定されています。法人の服務規程に職務分掌と権限・責任が明記され、どちらも入職時や職員会議等で職員には周知されています。法人内の施設には定期的に事務長・経理課長・事務部長による内部監査を実施しています。また、法人には毎年、法人内施設には不定期に監査法人による監査が実施されています。内部監査・外部監査とも受審後には財務管理・経理管理・組織運営等に関する助言を受け、経営改善に向けた取り組みを行っています。

### 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>

地域との関わり方について、法人の理念「地域貢献の追及」として「地域に開き、地域に赴き、地域の声を聴く。私たちは常に地域に寄り添い、真の地域貢献を追求します。」と明記してしています。近隣の学校の運動会や保育園のお茶会、大鷲神社の酉の市や夏祭りなどに参加していましたがコロナ禍で地域交流が行えない状況になりました。今年度は浦舟納涼祭が再開され、地域の人々と施設の利用者が参加しました。また、利用者の外出も難しい状況が続いていますが、今年度から面会に来た家族と共に外出し、近隣の散歩や大岡川の花見などに出かけています。

II-4-(1)-② 【24】 ボランティア等の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。	b
--	---

<コメント>

「ボランティア活動運営マニュアル」「ボランティアの皆さんへ」「～活動にあたってのお願い～」 「職員向けボランティア受け入れに関するマニュアル」を整備して、目的や活動内容、手続き、登録、事前説明などを詳細に記し、ボランティアと職員が協力し合って地域と交流を深め、利用者のQOLや生活を豊かにするために努めるとしています。クラブ活動の指導や各種レクリエーションの実施等のボランティアを受け入れていましたが、コロナ禍で途絶えていて、再開を検討しています。学校教育への協力として、中学生の職業体験の受け入れや福祉委員会などと交流をしています。また、事業計画に学校教育への協力を明文化しています。状況によりますが、ボランティア受け入れが再開されることを期待します。

(2) 関係機関との連携が確保されている。

II-4-(2)-① 【25】 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。	b
---	---

<コメント>

施設として必要な社会資源として、地域の関係機関等（行政や地域関係機関、病院、警察署、消防署、医療・福祉施設、地域ケアプラザなど）のリストや資料を作成して事務室に常備し、職員に周知して活用しています。施設長は南区社会福祉協議会に出席して地域の問題について話し合い、また、生活相談員や看護師など各職種の職員もそれぞれ関係機関と連携を図って取り組んでいます。

(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

II-4-(3)-① 【26】 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。	a
--	---

<コメント>

施設は、南区社会福祉協議会や浦舟地域ケアプラザ、各種福祉団体に構成されている複合福祉施設にあり、それらの団体と必要に応じて交流や連携、団体主催の会合等に参加して地域の福祉ニーズ等の把握に努めています。法人は4つの地域ケアプラザを運営していて、地域の情報等を収集しています。また、生活相談員は地域の居宅介護支援事業所の介護支援専門員等と日常的に関わりを持ち、在宅サービスの提供等を通して、地域の課題の把握に努めています。

II-4-(3)-② 【27】 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>

コロナ禍で地域の活動ができない状況ですが、生活相談員と居宅の介護支援専門員とで情報交換をして連携を図っています。また、地域ケアプラザ主催の福祉保健研修センターで実施された介護体験の講座で職員が体験を話したり、職業訓練校で介護の講師を務めるなど貢献しています。同一施設内、他の法人施設と一緒に「納涼祭」を実施して地域の人々の参加を募っています。大規模災害時の地域の要援護者のうち、体育館などでの避難に支障がある方の避難場所として「福祉避難場所」の役割を果たすことになっていて、その場合の必要物品や食料、水などの備蓄をしています。

### 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

III-1-(1)-① 【28】 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>

法人理念の第1項目に「ご利用者幸福の追求」として「私たちはご利用者を尊重し、生命、自由、プライバシー、個々人の人格権を守ります。そしてQOLの向上に根差した、真の満足を追求します」と明示し、各部署に掲示して職員に周知を図っています。サービス規程や施設運営規程においても利用者を尊重した福祉サービスの提供に努めることを職員の基本に定めています。職員には、倫理及び法令遵守に関する研修、高齢者虐待予防研修、拘束廃止研修等の様々な研修の機会を得て、利用者の尊重や基本的人権への配慮について理解できるよう取り組んでいます。また、利用者本人調査などで、直接利用者から聴取したり、主任が把握した内容などを基に常に会議で話し合うように努めています。

III-1-(1)-② 【29】 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>

「プライバシー保護に関するマニュアル」を整備しています。また、「入浴介助・清拭マニュアル」「排泄介助マニュアル」には、羞恥心への配慮やそれぞれの場面で利用者の思いに配慮し、プライバシーを尊重して介助を行うよう、職員の行動手順等を示しています。職員には、研修等を通じて理解が図られるよう取り組んでいます。居室の入り口や浴室の出入り口にカーテンをするなどプライバシーを守るよう設備等の工夫をしています。利用者や家族には、契約時に契約書・重要事項説明書に基づいて説明を行っています。

(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。	a
---	---

<コメント>

理念や基本方針、施設の特性を記載したパンフレットを入所申し込みセンターに据え置いています。居宅の介護支援専門員から情報提供の依頼もあります。パンフレットは、理念の他、事業内容、くらしの設備、施設案内等を写真や図を用いて誰でもわかるような内容にしています。現在、入所希望は230名ほどで、毎月4～5名の利用希望者が来所しています。入所希望者にはおよそ40分かけて生活相談員がパンフレットを用いて説明し、相談にも対応しています。また、施設パンフレットの送付を希望した場合、料金表や概要をまとめたものを一緒に送付しています。ショートステイを利用することで体験入所を可能としています。情報提供は適宜見直しをしています。

【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。	a
--	---

<コメント>

サービスの開始時の前に生活相談員が訪問して、利用契約書及び重要事項説明書、料金表等を用いてサービス内容を丁寧に分かりやすく説明し、書面で同意を得ています。サービス内容の変更時は家族に書面を送付して説明を行い、同意を得ています。サービス内容は利用者や家族関係者の意見を聴取して、希望が反映できるケアプランを作成して同意を得ています。意思決定が困難な利用者に関しては、医師や看護師の意見を参考に、家族の意向に沿って対応するようにしています。

【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。	a
---	---

<コメント>

利用者の状態の変化が生じた場合など、福祉サービスの内容の変更は、継続性を考慮しながら、変化にあったサービスへと変更を行っています。変更の際は、利用者、家族、関係者への説明、同意を得たうえでを行っています。コロナ禍で面会制限等が続いたためか、在宅介護に移行するケースもあり、円滑に在宅復帰できるように、次に担当する居宅介護支援専門員や訪問看護に情報とサマリーを提供し、家族には、介護や看護指導、環境整備に協力しています。また、病状の悪化で長期入院や医療対応のための療養型への入院などでの退所は、書面や口頭で情報提供しています。

(3) 利用者満足の上昇に努めている。

【33】 Ⅲ-1-(3)-① 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>

利用者満足度調査を年1回実施しています。施設の快適さ、食事、入浴、排泄、余暇・生活の自由度、健康管理・機能回復、職員の対応、施設への要望等の項目に関して、生活相談員が利用者一人ひとりから聞き取りを行っています。利用者からの意見を集約し、課題や検討項目を抽出して会議等で話し合いをして、業務改善につなげています。また、管理栄養士も、年1回嗜好調査を実施して、より良い食事提供に役立てています。利用者会や家族会は設置していません。

(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。	b
--	---

<コメント>

「苦情解決に関する規程」が定められ、苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員を設置して苦情解決の仕組みを整備しています。苦情解決の仕組みとして「『苦情申出窓口』の設置について」を玄関ホールに掲示し、受付担当者は相談員、解決責任者は施設長、第三者委員の氏名と連絡先を示していますが、重要事項説明書には、第三者委員の氏名・連絡先の明記がありません。苦情内容について、受付と解決を図った案件についての苦情対応経過は記録に残しており、個人情報に配慮したうえで事業報告書で公表しています。また、法人内の他施設の苦情等を各施設で共有できる仕組みになっていて、サービスの質の向上に向けた取組が行われています。

【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。	b
--	---

<コメント>

利用者や家族が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を選べることを重要事項説明書（苦情相談窓口、行政機関その他の苦情・相談窓口の氏名・連絡先）で周知していますが、第三者委員の氏名・連絡先の記載がありません。利用者・家族等とは日頃から関係性を構築しており、何かあった時は直接職員に意見を伝えることができるよう配慮しています。また、相談室を使用して利用者や家族等が意見を述べやすい環境を整備して意見の聴取に努めています。

<p>【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。</p>	<p>b</p>
---	----------

<コメント>

生活相談員は、日頃から居室やフロアをまわり、利用者からの意見の聴取に努めています。また、他の職員が受けた意見で解決が難しい場合などは、生活相談員に報告され、改めて利用者と話を聴くように配慮しています。事務室前に「御意見・苦情受付箱」をメモと共に設置しています。利用者満足度調査を年1回実施し、施設への要望等の項目に関して、生活相談員が利用者一人ひとりから聞き取りを行っています。相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等は「苦情解決に関する規程」に基づいて対応しています。検討に時間がかかる場合は、その都度経過を報告して、迅速な対応を行っています。定期的な見直しはこれからとなっています。

(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。

<p>【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。</p>	<p>b</p>
---	----------

<コメント>

介護事故発生防止の指針を定め、それに基づく「介護事故防止・対応マニュアル」を定めています。マニュアルは、介護事故防止の基本事項や体制を規程し、管理者や管理者補佐、リスクマネージャー等を明確にして、事故発生時の対応や報告手順を定めています。新人及び全職員に向けて、安全確保・事故防止に関する研修を実施しています。2か月に1回、施設長、相談員、介護員、看護師、栄養士などの各職種の職員が参加する事故防止対策委員会を設置し、マニュアルの見直し、事故事例の収集、事故分析、改善策などの検討を行っています。また、過去の介護事故を検証して、環境要因を考え、以後の介護事故防止に役立てるよう取り組んでいます。ヒヤリハットの事例収集は、職員の危険への気付きを促す意味でも必要です。今後は、事故が起きる前のヒヤリハット収集の取組を期待します。

<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>	<p>a</p>
--	----------

<コメント>

「感染症及び食中毒の予防及び蔓延防止マニュアル」を整備し、マニュアルに沿って感染対策に取り組んでいます。感染症・食中毒予防や安全確保に関する施設内研修を行っています。新型コロナの影響により施設運営に様々な面で大幅な支障が生じ、現在もコロナ禍前の運営には戻っていない状況です。施設は、これを教訓に、専門家と一緒に感染症への対応のBCP（事業継続計画）を作成し、平常時の対応や感染症発生後の様々な感染拡大レベルに応じての対応ができるよう取り組んでいます。また、各職種の職員が参加する感染症対策委員会を3か月に1回開催して、感染症の予防に努めています。マニュアルは、法改正などに合わせてその都度見直しています。

<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>	<p>a</p>
--	----------

<コメント>

地震・風水害・新型感染症発生時の業務継続計画（BCP計画）を専門家と協議しながら作成しています。それを基に様々な災害が発生した場合の職員の行動マニュアルが示されており、利用者・職員の安全を確認したうえで業務を復旧し地域の要望に応える介護サービスの提供を続ける取組を実施しています。様々な災害や感染症にあわせたシミュレーション訓練を実施し、実施結果を記録して、訓練の振り返りを行っています。また、職員には、一斉通報システムを導入して、地震時の職員の安否確認・参集確認の訓練も実施し、「大規模災害発生時の初期行動マニュアル」を配布しています。栄養士は担当者として、食料や備品類等のリストを作成し、備蓄を整備しています。防災訓練は、複合ビルの防災センターが全体の統括として、自衛消防組織が設置され、他団体と共同で消防訓練等を実施しています。

## 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>	<p>第三者評価結果</p>
--	----------------

<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>	<p>a</p>
---	----------

<コメント>

標準的な実施方法は、各種マニュアルに記載しています。介護職員の業務マニュアルは様々な場面に応じた20種類のマニュアルに分かれ、具体的な内容となっていて、職員の業務の標準化を図ってサービスを提供しています。また、入浴・排泄介助、食事、居室などそれぞれの場面で、利用者の尊重、プライバシー保護や権利擁護に関わる姿勢を具体的に明示しています。職員には、各委員会の議事録を回覧して状況を周知し、研修を実施して周知徹底を図っています。施設サービス計画に沿った適切なサービスが提供されているかについては、モニタリングを実施して確認しています。



【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。

a

<コメント>

標準的な業務マニュアルの変更は、必要が生じた場合にその該当部署で見直し、修正をしたマニュアルを職員会議や各種の委員会開催時に提案して決定しています。各種の委員会では、マニュアルの見直しを定期的に検討しています。その際には、委員会職員は他の職員から広く意見を求め多くの職員の意見を反映するよう努めています。また、感染症など法令の改正や新たな発生でサービスの提供を見直しをする際には、職員はすぐに集まって各部署間で連携を図って対応しています。

(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。

【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。

a

<コメント>

入所時の利用者の状況を確認し、利用者や家族の意向を把握・分析し、必要なサービスを明確にするアセスメントを実施しています。介護支援専門員は施設サービス計画の責任者として、プランの原案を作成し、サービス担当者会議を開催して介護職員、看護師、生活相談員、管理栄養士等の多職種が連携して施設サービス計画を策定しています。また、必要に応じて嘱託医や歯科医師、歯科衛生士などから意見や助言を参考にしています。施設サービス計画の作成にあたっては、利用者や家族の希望を事前に聴取して反映するように努めています。「モニタリング総括表」では、短期目標の実施状況と達成度などを記載して、目標に対する評価を行っています。モニタリングを用いて施設サービス計画の見直しを行っています。

【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。

a

<コメント>

施設サービス計画書作成にあたって、アセスメントの課題分析を行い、ニーズを抽出して目標を設定し、原案を担当者会議で検討して利用者・家族の同意を得て計画を交付する手順を定めています。また、交付後は、モニタリングをし、アセスメントにつなげるPDCAサイクルになっています。施設サービス計画は、6か月に1回、定期的に見直していますが、初回は3か月で見直しをする丁寧な対応をしています。入院など状況の変化があった場合や変化が生じた場合はその都度見直しを行っています。介護記録ソフトを使用して施設サービス計画を作成していて、長期目標、短期目標、サービスニーズ、サービス内容を記載しています。各部署の職員は閲覧、確認できるようになっており、各職員には周知しています。

【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>

介護員の記録、看護師の記録などと分かれていた様式を介護記録ソフトを使用して実施情報を記録することで、それぞれの記録が一元化され、サービスの実施状況の確認が容易になっています。職員は出勤したらソフトを確認することになっていて、各職員が利用者の情報を把握しやすく、確認したい項目を容易に抽出でき、必要な情報を得ることができています。記録の記入はタブレットもしくはPCで行っています。タブレットを使用することで、持ち歩き、その場で記入でき業務の削減に役立っています。また、ケアカルテなどの記録の研修を実施し、文章の表現方法、文言の使い方などを施設長や相談員が会議で伝え、理解を図っています。

【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>

個人情報取扱指針（特定個人情報以外）等で利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定め、個人情報の不適切な利用や漏えいに対する対策と対応方法などを規定する管理体制になっています。個人情報に対する基本方針や利用者の個人情報の利用目的等は玄関の掲示板に掲示して利用者等に周知しています。また、入所契約時に契約書及び重要事項説明書で説明し同意を得ています。指定管理施設ということで横浜市から個人情報取扱実地調査も実施しています。全職員には、職員研修を実施し、個人情報保護に関して理解と遵守を図っています。