

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。
 ※評価項目毎に第三者評価機関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。		
【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。	a
<コメント> 「充実したサービスの提供」「地域に根ざした施設運用」など4項目を基本理念に掲げている。基本理念の項目ごとに基本理念の実践に向けた基本方針を明確にしてホームページに掲載している。また、事業計画に基本理念及び「寄り添いと思いやり」を施設の信条として利用者のこれまでの人生、個性、尊厳を大切にすることをうたい、「利用者主体のサービスの実践と職員育成」を重点目標として取り組むことを明記している。年度始めの運営会議及び生活支援係会議で事業計画について職員に周知し、また、ホーム長・係長は年2回実施の職員面談で職員の理念の理解と実践に向けた意識の強化を図っている。		

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。		
【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> 川崎市の福祉制度改正や施設を取り巻く経営環境の変化、福祉ニーズの変化に適切に対応するために、法人内施設の代表が参加し平成31年度4月に法人の中長期計画(平成31年度～令和10年度)を策定している。「地域貢献の充実」「災害対策」「利用者本位の確立(権利擁護)」等16項目を設定し、今後5年間の取り組み課題を明確にしている。 毎月の法人全体の施設長会議で稼働率や収支状況など事業計画の推進状況を報告し環境条件の変化による福祉ニーズを把握し、また、川崎市の指定管理者としての5か年計画に沿った運営目標を設定し事業の運営に努めている。		
【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> 法人の中長期計画の実現に向けて、また、施設運営の課題の解決に向けて事業計画の重点目標を設定している。平成31年度は、重度化の中で利用者主体のサービスを行う日常業務の見直しとチームとしての職員の育成を重点目標に掲げている。運営会議で主任以上の職員に経営状況について説明し意見を交わし、生活支援係会議で事業計画の達成に向けて職員に周知している。 また、現場の取り組みとしては、介護ロボット事業のモニターを実施し利用者の主体的行動を見守り、また、新規採用の職員に対し即戦力として業務遂行ができるように指導者の育成を図り、チームとしての職員のスキルアップを図っている。		

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。		
【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
<p><コメント></p> <p>法人としての中長期計画を策定している。法人内の施設の代表が集まり、高齢化や障害の重度化、人権擁護や人材確保の問題等、施設環境の変化や地域の福祉ニーズへの対応に向けた具体的課題を設定している。中期方針としては川崎市が最重要施策としている地域包括ケアシステム構築に向けた取組みや災害対策、利用者本位の良好なサービスの提供に向けて福祉人材の確保及び定着、人材育成について明記している。</p> <p>平成31年度から10年間の長期計画は、法人の魅力と強味を活かした質の高いサービスの提供と地域包括ケア構築に向けた取組の推進を基本的な方向性として明示している。</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。	a
<p><コメント></p> <p>中長期計画に今後5年間の取り組みとしての地域貢献の充実、地域の防災拠点としての災害対策、利用者本位の確立(権利擁護、コンプライアンス強化)、利用者サービスの向上(利用者満足度向上、障害者の高齢化・重度化対応)、人材の確保・定着・育成など16項目の課題を掲げ項目ごとに具体的施策を明記している。平成31年度施設の事業計画に、利用者主体のサービスの実践と職員育成を重点目標に掲げている。利用者がいつまでもその人らしい生活が送れるように、尊厳と個性、自立を尊重した支援をおこなうことを事業計画に明記し、職員に周知している。</p>		
【6】	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しを組織的に行われ、職員が理解している。	a
<p><コメント></p> <p>業務分掌一覧を作成し、施設長の責任と業務について明記し、また、生活支援係等の部門ごとに業務分掌の責任者、担当職員を明示している。毎月開催の生活支援係会議では係長、フロア主任、相談員、ショート担当、看護師、栄養士等が出席し分掌ごとの課題と対策について話し合っている。年度末に部門ごとに事業計画の達成状況を評価し次年度の事業計画の重点目標を策定し、毎月実施の主任以上の運営会議で検討し法人に報告している。法人にて事業計画のとりまとめを実施し、各施設のヒアリングを通して最終的に決定している。</p>		
【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。	a
<p><コメント></p> <p>年1回家族会を開催している。3月に開催の家族会定期総会で当年度事業報告を行い、次年度事業計画、予算案等について家族に説明している。また、利用者満足度調査の分析の結果について報告している。事業計画は家族に分かりやすいように説明資料を工夫し重点目標と具体的事業内容について説明している。平成31年3月3日家族会総会に37家族が参加し施設の事業計画等について説明したことが議事録に明記されている。</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。		
【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。	a
<p><コメント></p> <p>毎年定期的に川崎市の運営状況点検書を用いて、人員基準、運営基準、介護報酬算定基準等介護保険サービス指定基準に沿った施設運営であることを自己評価している。福祉サービスの質の向上については、運営基準の中で福祉サービス計画作成、食事や機能訓練、緊急時の対応、苦情対応や身体拘束等の項目について評価している。</p> <p>また、毎年利用者満足度調査を実施している。満足度調査の結果を分析し、課題と対策を明確にして利用者・家族に開示している。サービス改善に向けた課題を整備し対策を「サービス向上に対する取り組み実施結果報告」に明記している。</p>		
【9】	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
<p><コメント></p> <p>自己評価や利用者満足度結果をもとに施設のサービス課題を整備している。運営会議、生活支援係会議で課題とその対策を検討し職員間の情報共有を図っている。また、課題の対策を「サービス向上に対する取り組み実施結果報告」の表にまとめて、課題ごとの実施計画と担当、対策実施の結果を明記している。平成30年度の利用者満足度調査の指摘を受けて、入館時のセキュリティの強化やレクリエーションプログラムの追加等の対策を講じたことが明記されている。</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。		
【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
<p><コメント></p> <p>施設長は業務分掌を整備し自らの役割と責任を明記し、また、部門別係の業務毎に責任者及び担当者を定め事業計画の目標達成に向けた事業運営に努めている。職員会議や各種委員会の活動を整備し、また、施設運営の環境の変化とニーズを把握し、課題を整理し運営会議等で対策を検討し職員に周知している。</p> <p>災害発生時のBCP(事業継続計画)を策定し有事の災害に備えている。職員の目標管理シートを用いて、担当業務のチームとしての推進や職員自身の能力開発に関する情報を共有し、職員の自己統制の目標管理を指導している。</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。	a
<p><コメント></p> <p>中長期計画にコンプライアンスの強化をうたい、職種ごとの役割及び法令等の研修を通してコンプライアンスの徹底を図ることを明記している。また、事業計画に事業及び労務関係法令の理解を深め、コンプライアンスに基づく事業運営を徹底することを明記し職員に周知している。</p> <p>平成30年度川崎市の集団指導講習会を受講し介護保険の制度改正や労務管理・安全衛生等について習得している。所内研修で「法令遵守」を取り上げ、年10回開催の全体職員研修で権利擁護や虐待・身体拘束問題を取り上げ、コンプライアンスの職員意識の徹底を図っている。</p>		

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
【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> 管理者はサービス検討会議で、部署ごとの福祉サービスの質の向上に関する課題の把握に努めている。今年度全職員を対象にサービス改善に関するアイデア募集を実施し、清掃やゴミ処理など20件の改善提案があった。また、年10回実施の所内全体研修で、権利擁護や危機管理、身体拘束防止等の知識や技術面での職員の育成を図っている。全体研修で職員の目標管理をとりあげ、チーム目標や目標達成に向けたチームワークについて職員を指導している。		
【13】	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。	a
<コメント> 今年度5月1日時点のショートステイを含めた特別養護老人ホームの職員数は49名である。昨年度の退職者は1人のみで今年度1人の新任職員が配属されている。ホーム長は職員の適材適所配置を心がけ、有給休暇の取得を促し働きやすい職場環境の維持に努めている。退職者が極めて少ないことが施設の特徴といえる。目標管理制度を推進し業務の実行性を高めるチーム目標を活かした取り組みを推進している。目標管理シートに共通業務の重点チーム目標を設定し、達成レベルと達成に向けたスケジュールを明確にしている。		

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。		
【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> 正規職員の採用は法人が行い非正規職員は施設で採用している。ホーム長は業務分掌を整備し職員一人ひとりの職務と責任を明確にしている。また、職員の適材適所配置に努め職員の定着化に力を入れている。入職後5年経過で法人内の異動の対象となるが異動する職員は少ない状況である。法人の人事考課制度が整備されており、職務基準に職員の階層別の職員像を明示している。職員は、福祉サービスの提供に関わる専門職を目指して人事考課制度の目標管理に取り組んでいる。		
【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> 法人の人事考課制度が整備されている。組織の理念・価値観・方針を共有し、目標管理に取り組み人事考課表を整備し、職員の人事管理トータルシステムを構築している。職員は、目標管理シートに重点業務目標や能力開発目標を明記している。「人事管理トータルシステム実施計画」を策定し、目標管理と人事考課の年間の予定を明確にしている。目標管理は正規社員及び契約社員の双方を対象にしている。目標管理の達成度を本人が評価し、ホーム長が年に2回職員面接を実施し、目標管理の達成度を評価している。		
II-2-(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>		

ホーム長は職員が有給休暇を取りやすい雰囲気づくりにつとめ、全職員が年間5日以上の有給休暇を取得している。職員は出退勤カードを使用し有給休暇の取得や時間外労働のデータをパソコンの就業システムに入力し状況を管理している。年1回職員のストレスチェックを行い、産業医が職員のメンタルヘルスの相談に応じている。職員は生活支援係会議やフロアごとのチーム会議で利用者支援の状況を確認し、また、パソコンの申し送り事項で職員間の情報共有を図っている。職員間でなんでも相談できる雰囲気があり働きやすい職場につながっている。

II-2-(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>

目標管理シートに職員は自身の能力開発目標を明記し、年2回上司との面接を行い達成度を評価し目標達成に向けた課題を共有している。目標管理シートを用いて職員のチームの一人としての業務に対する組織的対応の育成を図り、また、職員一人ひとりの自己統制によるスキルアップを図っている。施設内全体職員研修で目標管理を取り上げ、ホーム長はチーム目標や職員自身の能力開発の目標管理に対する心構え等について指導している。

【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>

研修委員会を設置し年度ごとに研修計画を策定し外部研修を受講し、また、施設内全体研修を実施している。平成30年度外部研修受講一覧に認知症介護やケアプラン点検研修等27件の受講が記録されている。施設内全体研修は年間10回を予定し、権利擁護、身体拘束、感染症対策、事故防止、緊急時救急対策等の研修計画を作成している。また、法人主催の階層別研修(新人、5年、10年、主任、係長等)制度を整備している。職員の目標管理の業務目標や能力開発目標の達成にむけて、職員と管理者が面接し情報の共有を図り、目標達成に必要な研修受講につなげている。

【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>

職員は目標管理シートに担当業務の遂行に関する係やグループのチームとしての達成目標と個々の職員の能力開発目標を明記し、管理者面談で話し合い目標を共有している。目標達成に向けた研修等受講案内を個々の職員に通知している。法人主催の研修は正規職員が対象である。その他の契約職員は年間10回実施の施設内全体研修や年3回実施の理学療法士によるリハビリ勉強会等内部研修の受講が可能である。

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。

【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>

実習生受け入れ委員会を設置し積極的に実習生を受け入れている。平成30年度は、近隣の高校生の職業体験や小学生の福祉体験、大学の教員資格実習、社会福祉士実習、養護学校インターンシップ等延べ205人の実習生を受け入れている。実習生受け入れマニュアルを整備し利用者のプライバシー保護に関する注意を喚起し、また、担当教員と事前にオリエンテーションを実施し実習生の目的に配慮した実習プログラムを整備している。

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。		
【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

<p><コメント></p> <p>ホームページに法人の基本理念や理念の実践に向けた基本方針、年度ごとの事業報告、収支報告等を開示している。また、施設の事業計画や事業報告、毎年実施している利用者・家族満足度調査の結果などについて家族会で説明している。また、第三者評価結果はホームページに公表し苦情解決、相談受付窓口や苦情対応体制について掲示し利用者・家族に周知している。しかし、施設独自の利用者の生活の状況、各種のイベントの開催など施設の日々の活動を紹介した資料が少ないといえる。ホームページや広報紙に詳しい紹介資料を掲載するなどの取組が期待される。</p>		
<p>【22】</p>	<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。</p>	<p>a</p>
<p><コメント></p> <p>毎年定期的に内部監査を実施し、また、年2回会計監査を受審し施設運営に問題のないことを確認している。また、川崎市の指定管理者として施設運営に関する市の評価をうけており、施設の運営状況、収支状況、サービス・組織管理体制などの評価結果が毎年川崎市のホームページに公開されている。</p>		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		<p>第三者評価結果</p>
<p>Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p>		
<p>【23】</p>	<p>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>	<p>a</p>
<p><コメント></p> <p>40人ほどの近隣の小学生が福祉体験で施設を訪れ、20人程の保育園児が毎月施設を訪問し利用者と一緒に楽しいひと時を過ごしている。ボランティアを積極的に受け入れることで利用者や地域の人達との交流を図っている。90歳の男性が10年も毎日のように施設を訪問し利用者の話し相手になってくれている。職員は、地域の人達が気軽に施設を訪問できる雰囲気づくりを心がけている。また、毎年11月に開催の多摩川の里フェスティバルは地域の人やボランティア、地域の関係機関が協力し模擬店や各種の出し物で600人ほどの人達が集まりにぎわっている。</p>		
<p>【24】</p>	<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。</p>	<p>a</p>
<p><コメント></p> <p>ボランティア委員会を設置し積極的にボランティアの受け入れを図っている。平成30年度のボランティアは施設全体で延べ2159人である。福祉体験の小・中学生、高校生を数多く受け入れている。年1回、ボランティア交流会を開催し、ボランティア同士の意見の交流を図り横のつながりが深まるように支援している。生け花、ガーデニング、歌う会、民謡、体操、カフェ、洗濯物たたみやシーツ交換ボランティアなど多くのボランティアが継続し活動している。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
<p>【25】</p>	<p>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>	<p>a</p>
<p><コメント></p> <p>近隣の保育園、小学校、高校などと連携し交流を図り、子ども達に福祉教育の現場を提供している。施設がこれまで育んできた地域の人たちとの関係をもとに、世代を超えて交流できる機会を創出している。保育園児が定期的に施設を訪問し、小学生とのふれあい交流を行い、中学生の施設での職業体験を推進している。地域の機関がイベントの開催等で困ったときの相談に応じている。地域の関係機関の要望に応じ、車椅子やプロジェクター、スクリーン等の貸出を行っている。また、川崎市の災害発生時の二次避難所施設連絡会に参加し、台風の被害等災害時の緊急事態に備えている。</p>		

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
【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。	a
<p><コメント></p> <p>施設が運営する事業の一つである地域包括支援センターと連携し、町会との共催で認知症予防講座を開催している。また、川崎市の地域包括ケアシステム推進のためのモデル事業として多世代交流を行い、認知症カフェなど地域カフェの開催のため地域のボランティア活動を支援している。令和元年の台風19号の災害対応の経験から水害対策の重要性と二次避難場所としての施設の役割について地域ニーズに応える対策を推進している。</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。	a
<p><コメント></p> <p>地域包括支援センターと連携し地域住民に対する認知症予防講座を開催し、男性むけの介護講座を開催している。また、川崎市の地域包括ケアシステム推進のためのモデル事業を推進するなど、関係機関と連携し地域の福祉ニーズへの具体的活動の拡大を図っている。</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。		
【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
<p><コメント></p> <p>当ホームは「寄り添いと思いやり」を信条に、利用者のこれまでの人生、個性、尊厳を大切に、これからの生き方を尊重する支援方針を打ち出しており、この基本姿勢は、入浴・排泄・食事介助に関する各マニュアルにも反映されている。またホーム長は、毎日フロアや居室を巡回し、職員の支援が適切に行われているか、利用者の状況確認に努めている。</p> <p>研修委員会では、職員が日頃の言動を振り返り、虐待防止への意識を高めるため、権利擁護に係る「自己点検シート」を配布し、集計結果を基に、ホーム長を講師とした研修を計20回に亘り実施している。</p>		
【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を提供が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護に配慮した支援方法については、入浴・排泄介助に関する各マニュアルに明記している。具体的には、オムツ交換時や居室トイレでの排泄時には、ベッド周りやトイレのカーテンを閉めること、トイレ誘導に際しては、羞恥心に配慮した声掛けを行うこと、入浴支援の際には、脱衣後の利用者の肩にタオルをかけること等を記載している。この内容はOJTやマニュアルの伝達等により、周知を図っている。こうしたプライバシー保護の取組みについては、事業計画に明記し利用者・家族に説明し周知している。</p>		
【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
<p><コメント></p> <p>法人のホームページには、基本理念・方針、当ホームのパンフレット等が掲載されている。ホームの利用希望者に対しては、パンフレットや「入所のしおり」等を用いて面談し、各自の事情を聞きながら、丁寧な説明を心がけている。また満床により入所が見込めない場合は、近隣エリアの施設の紹介や、同時に複数の施設への申し込みが可能であることなど、制度上の情報提供も行っている。</p> <p>今後、ホームのパンフレットについては改訂を予定としているが、理念や方針の明記や、誰にでも分かりやすい内容の工夫を期待したい。</p>		

【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
<p><コメント></p> <p>サービス開始にあたり、「重要事項説明書」により利用料金、身体拘束、個人情報保護、苦情相談窓口などの説明を行うと共に「契約書」についても説明し、利用者・家族等より同意のサインを収受している。看取りについては「看取り介護指針」に基づき、終末期の方針を説明し、終末期ケア、延命処置に関する各書面により利用者・家族の意向確認も行っている。その他健康診断等の実施など入所に至る段取りについても文書にて説明を行っている。</p> <p>尚、上記内容に変更が生じた場合でも、説明と同意の手続きは同様である。</p>		

【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
<p><コメント></p> <p>特別養護老人ホームという施設の特性から、退所理由の多くは、入院か、病院を経て療養型病院への転院、施設内での看取りなどであり、グループホームなど地域への移行や家庭への移行は近年取り扱っていない。一方、毎年住職を呼んで執り行う慰霊祭では、利用者の遺影を飾り、家族を招くと共に、入居者も参加して家族懇談会を行っている。また利用者が死去の後にも洗濯ボランティアとして来所を継続している家族もあり、様々な形で家族とのつながりが保たれている。</p>		
Ⅲ-1-(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。	a
<p><コメント></p> <p>毎年、年1回「利用者満足度調査」を実施し、明らかになった課題については組織的検討と改善の取組を行っている。昨年度末には、家族会総会で調査結果や課題への対策について報告し家族の意見を確認している。衣類の取扱い、身だしなみ、日中活動、セキュリティーの課題と改善案について説明を行った。また個々の利用者からも、希望に応じて随時意見聴取し、利用者満足度の把握に努めている。</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。		
【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
<p><コメント></p> <p>「苦情解決・相談マニュアル」に基づき、苦情解決責任者・苦情解決委員会・苦情受付担当者を設置し苦情解決の体制を整備している。また「重要事項説明書」には、法人の第三者委員会、公的機関の連絡先も併記し、利用者・家族に説明している。ホーム内で受理した苦情内容は「苦情相談記録表」に記録し、必要に応じて記録ソフトにより申送り事項として職員に周知を図っている。</p> <p>今後に向けては、法人との連携の下、顔の見える第三者委員のあり方や、苦情内容及び解決結果の公表のあり方についても検討が望まれる。</p>		
【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。	a
<p><コメント></p> <p>相談・苦情対応の窓口については「重要事項説明書」に複数箇所を明記し説明を行っている。ホーム内では、生活支援係主任・生活相談員を窓口としている。法人の第三者委員会事務局には2名の受付担当者があり、電話・来所による相談を受けけるほか、第三者委員会のメールアドレスあての相談も可能である。更に区や市、神奈川県国民保険団体連合会も苦情の申し出先として明記している。</p> <p>利用者・家族との相談はホーム内の相談室や会議室などを利用しており、プライバシーに配慮した環境で相談を行っている。</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。	a
<p><コメント></p>		

利用者満足度調査の実施や正面玄関ホールの意見箱の設置など、利用者の意見を把握し、改善に向けた取組みを行っている。セキュリティ面が不安、との家族の意見を契機に、面会者の受付方法を見直し、各階での面会簿記入の周知・徹底など、安全強化を図ると共に、利用者家族との積極的なコミュニケーションに努めている。

相談や意見を受けた際の記録の方法、報告の手順、対応策の検討については、「苦情解決・相談対応マニュアル」に定め、対応を図っている。

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。		
【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。	a
<コメント> 「事故発生防止のための指針」に基づき「介護事故防止のための委員会」及び、「事故検証会議」を設置し、ホーム長を安全対策担当者としている。委員会は、事故の再発防止に向け、ヒヤリハット・事故報告書の分析・検討、マニュアルの整備・見直し、マニュアルの周知徹底などの役割を担い、生活支援係会議における「事故検証会議」の開催により、必要な事項を検討している。 介護事故防止のための職員研修は年2回以上と定め、今年度は介護場面を描いた1枚の絵から危険箇所を探し、話し合う「危険予知研修」の実施が計画されている。		
【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。	a
<コメント> 「感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針」に基づき、「感染症対策委員会」を設置している。3か月に1回の定例開催で、感染対策の検討・確認、本指針や「感染症対策マニュアル」の作成・見直し、感染症発生時の対応と報告等を行っている。 今年度は感染症対策委員会が中心となり「感染症理解度アンケート」を実施し、感染症に有効な消毒薬への知識や手指消毒の実施状況などを把握・確認の上、必要な対策の強化を図った。具体的な取組みとしては、手洗い講習会の実施や出勤時の手洗い励行、職員の体調管理の注意喚起等を行っている。		
【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。	b
<コメント> 防火管理委員会を中心に、災害時の安全確保に向けた体制整備を図っている。「自衛消防組織の編成及び任務」を定め、BCP(事業継続計画)も立案済みである。職員の安否確認の方法は、正確な情報伝達のため、緊急連絡網による電話連絡に替えて、今年度よりホーム長・生活支援係長からのメール送信に変更した。備蓄リストについては、今年度の大型台風後に職員アンケートを実施した結果、不足物品などの課題が明らかになったため、緊急性の高いものから順次整える方針である。 災害時の地域との連携のあり方については、行政や自治会等と更なる検討が期待される。		

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実施方法が確立している。		
【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。	a
<コメント> 業務マニュアルを整備している。マニュアルは、勤務形態による一日の業務の流れを示したものや食事、入浴、排泄等の支援内容と注意事項等を明記したものがある。生活支援係会議で利用者支援に関する課題の確認を行っている。業務改善チームを編成し、職員がマニュアルに沿った利用者支援ができていることを把握している。特に新人職員についてはマニュアルベースの業務の流れをOJT担当職員が評価シートを作成し指導の徹底を図っている。		

【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。	b
<p><コメント></p> <p>業務改善チームが毎年定期的に業務マニュアルの見直しを実施している。業務ごとに改定の期日が明記されている。食事マニュアルは今年度は3月に見直しを行い、6月にも見直しの必要性をチェックしている。業務マニュアルの見直しの仕組みは整備されているが、今後は利用者の個別ケアの視点のマニュアルの作成に一層の工夫が期待される。</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。		
【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
<p><コメント></p> <p>施設サービス計画(ケアプラン)の見直しに合わせて年1回アセスメントを実施し、利用者の支援ニーズの把握に努めている。アセスメントは所定の書式により、日常生活動作(入浴、食事、排泄等)、日常関連動作(食事機能、生活機能、自己管理、社会機能等)、認知・気分と行動などの項目について実施している。ケース担当職員が本人と面談し具体的な支援ニーズを把握し所定のシートに記入している。ケアマネージャーがアセスメントとモニタリング評価記録の結果を受けて課題分析を行い、ケアプランの見直しを行っている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>ケース担当職員がケアプランの目標に沿って3か月ごとにモニタリングを実施している。モニタリングは所定の書式により実施し、ケアプランの課題ごとに支援内容が実践されていることを評価し、評価課題と今後に向けての目標を記入している。モニタリングの結果はパソコンの記録ソフトに入力し職員間の情報共有を図っている。</p> <p>ケアマネージャーがケース担当職員にケアプランの評価結果の提出をもとめ、アセスメントの結果とともに課題を分析しケアプラン会議で検討し、年1回ケアプランの見直しを実施している。ケアプランをフロア内職員に回覧し情報共有を図り、利用者・家族に説明し同意を得て決定している。</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。		
【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
<p><コメント></p> <p>職員は日々のサービス支援の状況をケース記録に書きとめ、パソコンの記録ソフトに入力している。職員はケース記録の記述はケアプランの目標を意識して利用者支援が実践されていることを記述するようにしている。職員はケース記録の特記事項をピックアップしケアプランに沿った支援を明記している。また、申し送りに朱文字で記述し職員間の情報共有を図り、支援の統一性を図っている。</p>		
【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。	b
<p><コメント></p> <p>業務分掌一覧に個人情報保護に関する事及び文書の処理・保存に関する責任者を明記している。</p> <p>パソコンの情報はパスワード管理による不正利用の防止を徹底しているが、加えてパソコンの情報廃棄の管理規定等を整備し、情報の種別による管理責任者を定め、個人情報の安全性に関する管理の意識の徹底を図る取り組みが望まれる。</p>		