

## 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><br>法人の理念や基本方針は法人パンフレット、施設のパフレット、ホームページ等に明文化され利用者に周知しています。職員に対しては入職時の研修時に配布される資料の中で詳細な説明を受けています。<br>毎年4月には理念や基本方針に沿った形で職業倫理、プライバシー保護、身体拘束等についての研修を実施しています。理念や基本方針は各フロアに掲示しており、職員は常に確認しています。 |                                   |         |

#### 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><br>横浜市内の76施設が参加する高齢福祉部会に加入し、実態調査等を通じて社会福祉事業全体の動向を把握しています。毎月法人が開催する経営会議に施設長が参加し施設の経営状況を分析・把握しています。<br>外部のコンサルティング会社にも経営状況の分析を依頼しています。分析した内容は事業報告・決算報告の他、定期的に施設長から口頭や回覧で周知されています。            |   |         |
| 【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。       | b       |
| <コメント><br>定期的に周知される経営環境や経営状況を分析し、稼働率、人員体制、研修等人材育成等についての課題を取り上げ、次年度の取り組みに活かしています。<br>経営状況や改善すべき課題については毎月の経営会議、年4回の理事会で検討し内容を共有しています。その内容は半期毎に理事会から各課へ伝達し、口頭や回覧等で全職員に周知されていますが、職員の理解を図る仕組みができていません。 |   |         |

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の理念や基本方針の実現に向け、平成31年度から3年間の中期計画が策定されています。単年度の計画の達成状況や達成されなかった部分等の分析を年度末に行い、次回の中長期計画の策定に活かしています。</p> <p>必要があれば中長期計画の変更も行う仕組みが確立しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>単年度の計画は、法人の理念や基本方針に基づき策定された中長期計画に沿って策定されています。</p> <p>単年度の計画の内容は前年度の目標達成状況や残された課題、経営面等を分析し、稼働率の向上や、施設での看取りなど具体的で実現可能なものとなっています。単年度の計画は年度末に発行される広報誌にて周知されています。</p>                                 |   |         |
| I-3-(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・見直しを組織的に行われ、職員が理解している。 | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月の業務会議や運営委員会において事業計画の内容について周知する他、各課の課長が資料を用いて説明をしています。経営会議では施設長のヒヤリングにより事業計画の実施状況も確認し、課題の抽出等も行い、必要時には事業計画の見直しや研修計画等にも活かしています。</p> <p>事業計画や評価内容は各課にて書面や口頭で周知を図っていますが、職員の理解度を図る仕組みは確立されていません。</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。                 | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は玄関に掲示されいつでも確認できるようになっています。また、年1回の家族会や年度始めの行事の後に事業計画の内容は家族を中心に説明しています。その際家族向けの資料は特に作成していません。</p> <p>介護度が高くなり計画策定への利用者の参画は難しいため、家族等の面会時に事業計画について説明したり意見を収集する等の工夫をしています。</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。 | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス内容については定期的に上司より評価を受け方法や内容の見直しを行っていますが、組織的な評価の体制は確立していません。職員の声を基に各種マニュアルの見直しを行っています。</p> <p>今年度より第三者評価を受審し、その際自己評価にも取り組んでいます。毎年4月には職員意向調査を実施し「研修」「異動」「自己啓発」等の希望を聴取し、その後の研修計画等人材育成に取り組んでいます。人事考課のための面談も年に2回行い、職員の質の向上とサービスの質の向上を目指しています。</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。 | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>評価結果を基に抽出した課題は文書化され職員間で共有する仕組みは確立されています。抽出された課題は運営委員会や業務改善委員会等で検討され、職員参画のもと改善策、改善計画が立てられています。</p> <p>改善策や改善計画についても職員に周知していますが、職員全員の理解には至っていません。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人規定の管理規定により管理者の役割と責任は明文化され、運営会議や各種研修、広報誌等にて職員に周知されています。</p> <p>管理規定は各部署にて保管され内容はいつでも確認できるようになっています。管理規定には有事の際の役割や責任、管理者不在時の権限委任についても明確化されています。</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。       | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>横浜市の高齢福祉部会や勉強会等に参加し、社会福祉関連法令は常に最新の情報を把握できるような体制をとっています。さらに積極的な取り組みや工夫が課題です。</p> <p>法人の理念・基本方針や倫理規定等も把握し法令遵守についての規定を作成し、研修等で職員にも周知しています。倫理については損保会社の開催するコンプライアンス研修にて理解を深める努力をしています。施設内では環境への取り組みとして、印刷物の裏紙の使用やペットボトルキャップリサイクル、夢の貯金箱等を行っています。</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。 | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年2回サービスの質の現状を把握するための評価と分析を行っています。その結果から改善すべき課題を抽出し、運営会議等で検討した具体的な取り組みを年間計画等に反映しサービスの質の向上を目指していますが、その目的が職員全体に完全に伝わっていない状況です。</p> <p>サービスの質の向上に向け幅広い内容の年間研修計画を立てる他、行政や民間企業が開催する外部研修の情報も職員に周知し学びやすい体制としています。</p>                                   |  |         |
| 【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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月開催される経営会議や外部コンサルティング会社の支援により、経営の改善に向けた分析を行っています。分析結果や職員の意向を基に法人の理念や基本方針の実現、業務の実効性の向上に向けた職員配置を行っています。</p> <p>各部署で定期的にミーティングを行い職員間のコミュニケーションを取りやすくすることで、業務意識や目標等を組織として同様の意識の形成を図っています。</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。   |   |         |
| 【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。 | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人材の確保については採用選考要綱に規定された採用計画、採用方法、採用基準、給与等を基に行われています。職員の採用については専門学校や大学の実習生からも行い、ハローワークやホームページ、施設の掲示板でも募集しています。</p> <p>サービスの質の向上に向けて理学療法士等リハビリ職や看護師も採用し配置しています。採用職員に対しては法人の理念や基本方針の実現に向け取り組めるよう、採用時研修の他、年間研修計画により知識や技術の習得が可能な体制となっています。人材確保等に関する計画が職員に伝わりやすく、効果的な周知方法の工夫が課題です。</p> |   |         |
| 【15】   | II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。                         | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の理念や基本方針の実現に向け、入職時や4月に開催される全体会にて施設長より職員としての心構えを周知しています。経営の改善等のため処遇改善加算や特定処遇改善加算の積極的な取得や、人材確保のための採用計画をたて実施しています。</p> <p>職員配置や異動昇給等は人事考課や意向調査、給与規定を基に適切な対応を心がけていますが、職員に評価基準等が伝わっていないことがあります。今後更なる業務の実効性を高めるため、次年度からは職員個人が行う自己評価と管理者との面談も予定しています。</p>                            |   |         |
| 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の就業状況や意向は各課の主任を通し事務長が把握しています。勤怠管理はPCやタブレットによる勤怠管理システムを利用してデータ化し管理されています。</p> <p>健康診断や夜勤勤務者は年に2回、それ以外の職員は年1回行っています。がん検診も行っています。年に1回ストレスチェックも実施し、極度のストレスがあると判断された職員には産業医のカウンセリングを受ける仕組みがあります。それらの取り組みは横浜市の健康経営認証を受けています。</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。  |   |         |
| 【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。                  | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の個別面談時に法人の理念、基本方針に沿った目標設定を行っています。期待する職員像については職員倫理規定に示され毎年4月に施設長より資料を配布、周知されていますが職員の個別の目標設定については部署により不足している部分があります。中間期の面談では目標の達成過程や職員の不安・不満等を確認しその後の業務に活かしています。年度末の面接では目標達成度の確認を行い、次年度の目標を設定しています。</p>   |   |         |
| 【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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>期待する職員像については職員倫理規程に明文化されています。さらに職員全体が理解を深めるように進めています。認知症看護認定看護師や喀痰吸引の資格取得等キャリアパス制度により、専門技術や専門知識の習得、資格の取得、それに向けた研修等の年間計画が立てられています。</p> <p>外部研修の情報も周知し、希望があれば参加できる体制をとっています。研修内容等については研修委員会が評価し、次年度の計画に活かしています。</p>   |   |         |

|   |   |   |
|---|---|---|
| 【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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>新人職員に対し半年間は主任が中心となり職員全体で業務内容や技術、知識を指導しています。夜勤は日勤を半年経験した後に入る仕組みとなっています。</p> <p>職員に必要な知識や技術、経験年数に合わせた研修をすすめたり、職員の希望の研修を受けやすいよう勤務の調整も行っています。外部研修の情報も周知し知識や技術の習得によりサービスの質の向上を目指しています。</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。   |   |   |
| 【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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎年専門学校、看護学校、大学、社会福祉士養成学校等からの実習生を年間20名以上受け入れています。</p> <p>実習生受け入れマニュアルに基づき、それぞれの学校と検討し実習内容を決定しています。実習中も学校側と連携し、効率的な実習となるよう取り組んでいます。介護士や社会福祉士等の実習生指導にあたる職員はそれぞれの実習指導者講習を受講をし、指導に関する知識と技術を習得しています。</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。   |  |         |
| 【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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の理念や基本方針、サービスの内容、事業計画、決算報告等はホームページにて公開しています。基本方針は重要事項説明書やパンフレットにも記載され利用者にも周知されています。第三者評価の受審や苦情対応の方法についてはホームページ等で公表していますが苦情の内容について公表の取り決めはありません。</p> <p>法人の理念や基本方針、事業内容等は年2回発行の恒春ノ郷便りに示し、近隣の自治会、地域ケアプラザ、区役所等に配布し公表しています。</p> |  |         |
| 【22】   | 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設における事務・経理・取引等については法人経理規定に基づき行われています。中間期と決算期には法人内部の監事による内部監査と外部の公認会計士により監査が実施され、経理、財務状況の確認をしています。その結果を基に外部コンサルタントと検討し、改善が必要な点があれば改善計画を作成し、次年度の取り組みとしています。</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。   |   |         |
| 【23】  | 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。                   | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域との関わりについては事業計画に地域貢献や地域との連携等が示されています。施設内には自治会からのお知らせや介護タクシーのパンフレットを置くなど社会資源の周知をしています。施設が主催する講演会のお知らせを地域にも案内しています。</p> <p>地域の夏祭りに施設のホールを開放したり、利用者の外出レクリエーションの支援も呼び掛けて居ます。施設の避難訓練への協力を依頼したり、地域の防災訓練に職員が参加する等の交流も図っています。</p>   |   |         |
| 【24】  | 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティアの受付についてのマニュアルがあり、相談員が窓口となっています。施設に直接、泉区社協を通して等にて申込みができます。受け入れの際には「ボランティアの心構え」を資料として渡し、相談員が利用者との接し方や個人情報保護等について説明しています。</p> <p>学校教育として近隣の小学校より年に3回歌や寸劇を披露してもらい高齢者とふれあったり、中学生の職業体験をデイサービスにて行っています。</p>   |   |         |
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。  |   |         |
| 【25】  | 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。 | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設のある地域の地域ケアプラザ、区役所、医療機関、社会福祉協議会、警察署、消防署等の連絡先はあり、月1回の運営委員会等で周知はされていますが、リストの管理体制は確立していません。</p> <p>泉区内の施設が主体的に開催している研究会で地域やそれぞれの施設間の情報共有や、課題や問題点等の解決に向けて検討していますが、職員全員にはその取り組みが周知されていません。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等の把握のため、防災訓練や催し等を通し自治会と連携をしています。近隣の学校の卒業式への参加、泉区社会福祉協議会との情報交換や横浜市の高齢福祉部会、相談員の研究会等への参加を積極的に行っています。</p> <p>認知症看護認定看護師が地域に出向き認知症についての講座の開催や相談を受け、そこでも地域のニーズや課題の把握ができるよう心がけています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>把握した地域ニーズから、給食課が地域の高齢者に食事の提供の計画をし、実行に向けた取り組みを行っています。</p> <p>認知症看護認定看護師が地域に出向き認知症についての講座を開催しています。把握した地域ニーズから、給食課が地域の高齢者に食事の提供サービスを計画し、実行に向け準備しています。</p> <p>地域の夏祭りの会場としてホールを貸し出したり、地域ケアプラザが主体の催しや食事会の送迎を支援しています。また、福祉避難場所となっており、食事や水、排泄用品等が備蓄されておりリストにて管理されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の尊重については、法人の理念、基本方針が運営規定や職員に配布される職員倫理規程に明文化されています。</p> <p>法人が損保会社に依頼して行うモラル・コンプライアンス研修に職員は参加しています。毎年4月には施設長がプライバシー保護や身体拘束の禁止等について研修を行い職員全員が繰り返し学んでいます。各サービス等におけるマニュアルは法人の理念や基本方針に基づき、利用者を尊重した内容となっています。</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提供が行われている。               | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎年4月にはプライバシー保護についての研修が行われています。職員倫理規程やプライバシー保護マニュアルがあり、職員は常に振り返り徹底しています。</p> <p>利用者や家族には契約時に口頭で説明をしています。各種サービスに関するマニュアルは法人理念・基本方針やプライバシー保護に沿って作成されています。金銭や郵便物等私物の管理についてもマニュアルに沿い工夫をしています。</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。   |   |         |
| 【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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念や基本方針が記載されているパンフレットを近隣の地域ケアプラザ、泉区社会福祉協議会等に置いています。パンフレットは写真や図を使い分かりやすい内容となっています。</p> <p>利用希望者には相談員が対応し、施設見学やサービス説明の他、希望があれば施設の食事を提供しています。利用希望者に対するパンフレットや説明資料はサービス内容や料金等の変更時に見直しています。</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。              | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの開始時・変更時には利用者・家族にパンフレットや重要事項説明書、契約書にてサービス内容を説明し、利用者・家族の署名をもらい書面で残しています。</p> <p>施設での生活や施設での看取りについて写真や図を用いた分かりやすい資料を用い説明しています。意思決定が困難な利用者の配慮については利用者個々の状況により方法を職員間で統一していますがルール化、マニュアル化はされていません。</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。 | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設の変更や在宅生活に戻る際には生活やサービスの極端な変更とならないよう、移行先の施設や居宅介護支援事業所等との連携、情報共有を行うこととしています。その旨は重要事項説明書に記載され入所時に説明しています。サービス終了後も相談員が窓口となり相談できる仕組みとなっていますが文書での提示はありません。</p>  |   |         |

|  |   |   |
|--|---|---|
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。   |   |   |
| 【33】   | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。          | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者2～4名に対し職員1人が担当者となっており、家族会に参加しサービスに対する満足度や要望等の聴取を行っています。</p> <p>利用者の満足度把握を目的にしたアンケートは定期的には実施していませんが、利用者に対して日々のサービスの中で満足度や要望を確認しています。聴取した内容は運営会議等で検討し、サービスの質の上向上に活かしています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>安全管理マニュアルの中に苦情対応についても示されており、苦情解決の仕組みが確立しています。利用者に対しては契約時に契約書、重要事項説明書にて説明をし同意を得ています。施設内に意見箱を設置し、いつでも苦情や要望を申し出やすい工夫をしています。これまで苦情はありませんが、受け付けた内容は所定の書式に記入し運営会議等で検討し対応策を速やかにフィードバックをする仕組みがあります。個人情報等に配慮し苦情内容や対応策の公表の仕組みはありません。</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。        | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>どの職員に対しても相談や意見を述べることができる旨を入居時に口頭で説明していますが、文書での周知はしていません。意見箱の設置についても説明しています。面会時に職員は家族に積極的に声をかけ、困りごとや相談がないか確認しています。他者に聞かれたくない内容の場合は電話や相談室での対応を心がけています。</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。           | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員は利用者が相談や意見を述べやすいよう積極的に声をかけています。相談を受けた職員は相談員に伝え記録として残し、運営会議等で検討し対応する仕組みとなっています。相談の内容や対応について利用者個人のケース記録として残し、職員に周知しています。相談についてすぐ対応できる内容は迅速に対応し、その場での判断が困難な場合には、運営会議等で検討し速やかにフィードバックするよう心がけています。相談の対応方法に問題がある場合にはその都度対応方法を見直しています。</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。  |   |   |
| 【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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメント委員会を設置し、リスク発生の予防対策を検討しています。リスクマネジメントについての研修も実施しています。</p> <p>事故対応マニュアルを整備し、事故発生時の対応手順が確立されています。毎月各課で発生した事故・ヒヤリハット等と対応について報告し合い対応等についての意見を交換しています。その内容をリスクマネジメント委員会で検討し施設全体に再発防止に向けての取組を行っています。</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。 | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症対応マニュアルを整備して、全職員に配布しています。医師・看護師を中心に感染症についての研修が開催され感染症の種類や予防策について学ぶ機会があります。食事・排泄・入浴介助等についてのマニュアルの中で消毒、手袋の使用、ガウンテクニック等について示され感染症の予防を行っています。感染症発生時には対象者を隔離する等感染拡大の防止をしています。感染症の種類等により新たな対応策が必要な場合にはマニュアルの見直しを行っています。</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。           | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害時マニュアルが整備され、火災・地震等災害の種類に応じた対応手順やサービス提供継続等について定められています。緊急時の連絡や安否確認の方法もマニュアルに示されており、緊急連絡体制は職員がいつでも見られる所に掲示しています。食料・水分・衛生用品等備蓄品はリストを作成し管理されています。年に2回消防署と連携し避難訓練を行い、内1回は夜間想定の実演として行っています。地域の自治会の防災訓練にも参加し災害時の協力体制ができています。</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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護手順マニュアルや個人情報保護規程、職員倫理規定などがあります。職員倫理規定には基本的人権の擁護、利用者の権利擁護、プライバシーの尊重、職員の倫理行動基準など明示しています。毎年4月に施設長が全職員に資料を配布しています。福祉サービスについては新入職員は入職時研修やOJTで指導し、全職員に研修計画に基づき実施しています。研修に不参加者は資料を読み押し、全員への周知徹底が図られています。毎月区からの派遣で介護相談員が利用者からサービスについて声を聞き、確認しています。</p>           |   |         |
| 【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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月開催する業務改善委員会(各課の課長参加)で日々提供しているサービス内容の見直しを図り、フロア会議で報告しています。日常的なケアで個別に必要な内容はサービス計画書に反映しています。疥癬の発生時に看護師中心に感染症予防のマニュアルを見直し、また会議等の意見で展示物の掲示方法を安全面から画びょうを使用しない、目の高さに展示するなど改善に取り組んでいます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護支援専門員は施設サービス計画書を作成し3か月ごとに進捗状況をモニタリングし、基本年1回評価し作成しています。居室担当者が記入した「ケアチェック表」やケース記録、介護員からの聞き取りのアセスメントチェック表に基づき、プランを作成しています。担当者会議を開催し、各専門職員の意見と利用者、家族の要望を聞き本プランを作成し家族等の同意を得ています。プランの実施状況はパソコン内や各表に記録し確認できます。認知症の行動障害等の困難支援は、認知症介護認定看護師を中心に適切な支援提供を行っています。</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。              | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>生活相談員がケアプランの作成手順や同意などを定めたマニュアルを保管しています。作成したプランは、関係職員に回覧し周知後、相談室の個別のファイルと各フロアのケアプランファイルに保管しています。職員からは周知の不徹底の意見も聞かれます。状態の変化時は、緊急にケアプランを見直す手順は明文化していないが、担当者会議の開催や医師と連携し見直しを図っています。評価時は課題と実施状況、推移をみて、より適切なサービス内容を検討しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の身体状況や生活状況は「ケアチェック表」「アセスメント表」で把握しています。サービスの実施状況はケース記録や各表(排泄・入浴・食事など)、各日誌(介護・医務・給食・相談員・栄養士・ワーカー・朝の申し送りなど)に記録しています。記録類はパソコンのネットワークシステムに入力し、各部署、職員間で情報共有をしています。フロア会議や運営会議、各委員会会議で情報の横断を図っています。排泄量の表示方法や日誌の特記をアイウエオ順・時系列に記録するなど記録の仕方を指導し、記録の書き方の外部研修も受講しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報保護規程で記録等2年の保管など情報に関する規定を定め、家族にも退所時に説明しています。個人情報(施設)は施錠の書庫での保管やパスワードを設定し管理しています。文書管理者は職務規程で事務長としています。個人情報保護委員会では「個人情報に関するマニュアル」を作成し、基本方針、利用目的、取り扱い規則などを記載しています。職員にはプライバシー保護等の研修の実施行い、守秘義務の誓約書を取り交しています。身元引受人には契約時に施設としての基本方針を説明し、「個人情報の利用目的の通知および第三者への提供に関する同意書」を取り交しています。管理体制についての職員への周知が徹底されていません。</p> |   |   |