

## 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> 理念、基本方針は、パンフレットやホームページに掲載されています。法人の経営理念に沿って定められた施設理念と基本方針は、実施する福祉サービスの特性を踏まえた具体的な内容で、職員の行動規範となっています。玄関ホールに理念と基本方針を掲示し、利用者と家族には、入所時にパンフレットに沿って説明をしています。職員の個人面談やユニット会議において理念や基本方針が全職員に周知されているか確認しています。		

#### 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> 社会福祉事業全体の動向や、各種福祉計画の策定動向の把握・分析は法人が行っています。施設長は、横浜市社会福祉協議会の高齢福祉部会の会議等に出席し、地域の福祉サービスのニーズや経営課題などについての情報収集を行っています。把握した情報をもとに、施設の組織体制や職員体制、財務状況などの現状分析を行っています。		
【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> 経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析にもとづき、具体的な課題を明らかにしています。現状分析にあたっては、ユニットリーダーが各ユニットの状況や職員の意見を把握し、ユニットリーダー会議等で検討しています。役職者による主要会議やユニットリーダー会議での検討内容はユニットリーダーから各ユニットの職員に周知し、課題の解決のための組織的な取組を行っています。		

#### 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。	b
<コメント> 法人の中長期計画を踏まえて、施設の中長期計画を策定しています。中長期計画は理念や基本方針の実現に向け、「利用者処遇」「地域への貢献」「職員育成」などについての目標を掲げています。年度末の理事会において各施設の中長期計画についての検討を行い、各施設の計画を法人内で共有しています。計画の中に具体的な成果等を設定し、実施状況の評価を行える内容とすることが望まれます。		

【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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設としての単年度計画は、「経営の安定」「質の高いサービスの提供」「人材育成と定着」「地域貢献」「居住環境、設備環境の整備」について策定されています。中長期計画を踏まえた内容となっていますが、具体的な事業の策定が課題です。法人のホームページで、法人内の各施設の単年度計画が「単年度重点実施事項」として掲載されています。</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・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は、職員の意見の集約・反映のもとで策定されています。ユニット会議、ユニットリーダー会議で出された意見を集約して、役職者による主要会議で策定しています。計画の実施状況の把握や評価については、ユニットリーダー、介護主任が各ユニットの状況を把握し情報共有しています。各職員の「目標シート」に単年度の事業計画を貼付して周知していますが、事業計画についての職員の理解を促すための取組が課題です。</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>中長期計画、単年度計画を、施設基本方針や組織図と共にファイリングしてエントランスホールに置き、利用者や家族が閲覧できるようにしています。法人のホームページには、法人の事業計画と共に、各施設の事業計画が掲載されています。事業計画の主な内容について、利用者や家族に分かりやすく周知する工夫が課題です。</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>福祉サービスの内容や評価については、ユニット会議、ユニットリーダー会議で検討しています。各ユニットでは「共有ノート」を使って、利用者に関する情報や日常業務の課題についての情報共有と意見交換を行っています。ユニットリーダーは、各ユニットの情報や意見もとに、ユニットリーダー会議で福祉サービスの内容の評価を行っています。組織としての自己評価の実施や、評価結果を分析・検討する場の組織的な位置づけが課題です。</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>日常業務の中で職員が感じたサービスの課題については、定期的に行われるユニット会議、ユニットリーダー会議、主要会議等で、必要な改善策や改善計画を検討しています。単年度では解決できない課題については、中長期計画の中で取り組んでいくことにしています。職員参画のもとで、改善策の策定や評価をする仕組みづくりが課題です。</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
<コメント> 施設長は、自らの施設経営・管理に関する方針と取組を明確にしています。施設長の職務は「運営規程」に明記されており、会議や研修等で自らの役割と責任について表明し、職員に周知を図っています。有事における施設長の役割と責任についての権限委任についても、「運営規程」に規定されています。		
【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、遵守すべき法令等を理解し、利害関係者との適正な関係を保持しており、職員に対して遵守すべき法令等を周知しています。定期的に行われるユニット会議、ユニット長会議、主要会議等を通して、「就業規則」「服務規程」「運営規程」「接遇マニュアル」等の周知徹底を図っています。施設内研修で幅広い関係法令について職員が理解し遵守できるように配慮しており、必要に応じて外部講師による研修を行っています。		
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> 施設長は、福祉サービスの質の現状について、定期的、継続的に評価・分析を行い課題を把握しています。感染症予防・給食・事故対策・褥瘡予防・排泄の各委員会を設置し、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための取組を行っています。各委員会には、各ユニットの介護職員、相談員、看護師、栄養士等が出席し、意見交換を定期的に行っています。事故対策、感染症対策、身体拘束等の施設内研修を計画的に行っています。		
【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> 施設長は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務を踏まえた分析を行っており、職員の働きやすい環境整備等に具体的に取り組んでいます。ユニット会議、ユニットリーダー会議の内容や職員用意見箱に寄せられた意見を主要会議で検討し、具体的な取組みに繋げています。各委員会の設置や、各ユニットで必要に応じて使えるユニット費など、職員が主体的に業務に取り組む体制を構築しています。		

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉人材の確保と育成に関する方針が確立しています。法人が人材確保の計画に沿って採用活動を行っており、法人のホームページには、理念や基本方針、求める人物像を掲載しています。次世代育成支援対策推進法にもとづいて法人が作成した「行動計画」の中で、出産育児で退職した職員の再雇用を促進することを目標の一つに掲げています。施設の主要会議において、職員配置の見直しや必要な人材確保についての検討を行っています。</p>		
【15】	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「福祉の追求」という法人理念にもとづき、求める人物像を「人のために何かをしたいという志のある方」として法人のホームページに明示しています。「目標支援制度」により、職員一人ひとりの目標設定や目標達成の確認を行い、職務遂行能力や職務に関する貢献度を評価しています。人事基準が明確化されており、自分がどの段階にいるか、何を求められているのかが分かり、職員が自ら将来の姿を描くことができるようになっています。</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>施設長は、職員の就業状況や心身の健康状態を把握し、ワーク・ライフ・バランスに配慮した働きやすい職場環境づくりの取組を行っています。職員用意見箱を設置し、セクシャルハラスメント等の相談窓口となる担当を決めて職員に周知しています。家賃補助などの福利厚生制度があり、法人の「子育て支援ハンドブック」には、法律で定められた制度の外に、シフト・業務内容の調整などの配慮や支援についての説明が掲載されています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念にもとづき、求める人物像を「人のために何かをしたいという志のある方」としています。法人のキャリアパスにより職員の段階に応じた育成計画が設定されています。目標支援制度により「目標シート」に職員が記入した内容をもとに個人面談を行っています。目標設定時の個人面談では、期待されるレベルや内容にふさわしい目標となっているかを判断しています。進捗状況の確認や、目標達成の評価を行う面接も行っていきます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設の基本方針で、研修等により人材育成に積極的に取り組む姿勢を表明しています。新任職員研修、フォローアップ研修、OJT研修、施設内研修、外部研修などが、法人の研修プログラムになっています。法人の「発表大会」では、法人内の全施設が業務の工夫や成果についての発表を行っており、職員の見識を広げる場となっています。施設内研修、外部研修について、研修内容の定期的な評価と見直しが課題です。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員一人ひとりの知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握し、習熟度に配慮した個別的なOJTを実施しています。新任職員は法人の「新任研修」を受けた後、ユニットケアの業務についての個別的なOJTを行っています。階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識に応じた教育・研修を実施しています。外部研修についての職員への情報提供、参加の勧奨についての工夫が課題です。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「実習生受入れのガイドライン」や実習オリエンテーション資料を作成しており、実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化しています。実習生の研修・受入れについては介護係長、ユニットリーダーが担当することになっており、受入れの体制は整備されていますが、今まで受入れの実績が無く、指導者への研修や学校との連携方法については確認できません。</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>理念、法人概要、現況報告、決算報告、事業計画、事業報告等をホームページで公開しており、施設のエントランスホールには、事業計画や運営規程等のファイルを置いて、来園者が閲覧できるようにしてあります。苦情解決の仕組みは整備されており、開園から4年目にあたる今年度に第三者評価を受審し、結果を公表する予定です。地域へ向けて、理念や基本方針、地域の福祉向上のための取組等を、積極的に発信することが課題です。</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>施設長は、事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任を明確にして、職員に周知しています。法人の事業・財務については、定期的に会計監査人による監査を実施しています。事業所の事務・経理・取引に関しては、経理規程に沿って法人の担当者が定期的に確認しており、適正な経営・運営のための取組が行われています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中長期計画には、地域に開かれた施設として世代を超えた交流の場を提供することが明記されています。コンビニの買い物や、地域の夏祭りに行く利用者には職員が付き添っています。近くの小学校の児童が、学校だよりを届けてくれたり、地域交流室を地域の自治会の会合のために開放しています。自治会長を通じて施設の納涼祭のお知らせを地域に配布しています。地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けるなどの取組が課題です。</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>中長期計画で、「ボランティアの導入と支援を積極的に行う」と明示し、受入れのためのガイドラインやオリエンテーション資料を作成しています。毎年、県立養護学校高等部の職業体験実習を受け入れており、事前面談と施設見学、オリエンテーションを行い、資料に沿って人権尊重や守秘義務等について説明しています。訪問マッサージ業者や神輿保存団体により、体操やお囃子などのボランティア活動も行われています。</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>地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示した資料を作成し、職員間で情報の共有化が図られています。地域の社会福祉協議会や福祉施設等連絡会の研修会等に参加し、連携を図っています。地域の関係機関・団体の共通の問題の解決に向けて、さらに積極的な協働の取組が課題です。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の関係機関・団体との情報交換や、地域交流室を利用している自治会との交流を通じて、地域の福祉ニーズや生活課題の把握に努めています。地域ケアプラザや関係機関からの施設見学を受け入れており、参加者からの情報も把握しています。地域の具体的な福祉ニーズの把握のために、施設の専門性を活かした事業や運営委員会の開催など、さらに積極的な取組が課題です。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画に、地域に開かれた施設として、地域交流室を町内会議、サークル活動、ボランティア活動などの世代を超えた交流の場として提供することが明示されており、地域のニーズにもとづいた活動に取り組んでいます。保土ヶ谷区と福祉避難場所としての協定を締結し、地震や災害等が発生した場合の受け入れ体制を整えているところです。施設が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を、地域に還元する取組が課題です。</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
<コメント> 理念や基本方針に、個人の尊厳を重視することを明示しており、「高齢者虐待防止マニュアル」が整備されています。「運営規程」や「接遇マニュアル」には、人権に配慮した支援を行うことが掲載されており、サービス提供に関する基本姿勢が各種の業務マニュアルに反映されています。職員は施設内研修やユニット会議等で、利用者の尊重や基本的人権への配慮についての共通理解を図っています。		
【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
<コメント> 運営規程に、「施設サービスは入居者のプライバシーの確保に配慮して行うものとする」と明示し、接遇マニュアルで具体的な対応が規定されています。入浴や排泄などの福祉サービスの場面ごとに作成されている業務マニュアルには、プライバシー保護に関する留意事項が記載されています。ユニット会議や各委員会でプライバシーに配慮した福祉サービスや設備等の工夫について話し合っており、利用者や家族に取組みを周知しています。		
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。	b
<コメント> パンフレットは事務所に設置し、地域包括支援センターや居宅事業所に提供しています。パンフレットは2種類作成し、内容は大きな活字で、詳細な料金表やわかり易い案内図にしています。より多くの方が施設情報を入手できるようにパンフレットの設置場所の検討を望まれます。ホームページは理念・方針を記載し、活動風景を随時更新し日常生活を紹介しています。見学者は相談員が昼食風景や活動風景と希望の見学内容に合わせ日時を調整、案内、説明しています。		
【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> サービスの開始時は契約書、重要事項説明書、ご入居のしおりを、家族等に説明し、同意を得て、記録しています。重要事項説明書は契約書とリンクした表示で、内容を詳細に説明しています。入居のしおりはイラストで居室の案内図や必要な持ち物、また入居者の居場所、暮らしの継続が図れるよう持ち込みの奨励などわかり易く説明しています。契約時は意思決定が困難な利用者に代わり家族等身元引受人が応じています。		
【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。	b
<コメント> 昨年は12名の退所者の内、2名が他施設(療養型施設)、6名が長期入院で退所しています。契約書に契約終了に伴う援助を行うことを記載しています。退所時は嘱託医、家族、施設長、相談員が話し合い、了解を得て対応しています。相談員は退所先により、医療情報や身体状況、生活状況の書類を提供し、連携を図っています。また家族には退所時に再入居の希望など相談するよう伝えていますが、文書化し手渡しには至っていません。		

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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者懇談会や利用者会、家族会の開催はしていませんが、介護員は日常生活の会話で困りごとや要望を聞き、個別の相談にも応じています。行事開催後は利用者からアンケートを取り、満足度や意見を聞いています。管理栄養士は毎日昼食時各ユニットを巡回し、食事の様子を見たり、食事に関して意見を聞き改善に繋げています。支援専門員は担当者会議を開催し、参加可能な利用者や家族からサービス内容の適正や要望を聞き、検討し改善を図っています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の体制は、契約書と重要事項に記載し家族に説明しています。第三者委員や行政機関の連絡先を玄関ロビーに掲示しています。昨年度は2件の苦情申し出(職員の言動と居室環境について)があり、事業報告で内容と改善を記載し、ホームページにも公表しています。ご意見箱を玄関、各ユニットに設置し、記入用紙にはご意見欄とフィードバック欄を設けています。家族から職員が覚えられないとの意見に、名前と写真を掲示し、改善策を掲示しました。</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>運営規程に生活相談員が入居者の相談及び援助を行うことを記載し、契約時に家族等には運営規程の遵守として説明しています。また苦情相談窓口として複数の方法、自由に選び相談できることを説明し、連絡先等をロビーに掲示しています。ご意見箱の活用方法も説明しています。相談時は相談室の利用や周囲に配慮して相談に対応しています。家族への相談窓口等の周知が図れていない意見が聞かれ、より周知できる工夫が課題です。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護員は日々の生活で積極的に会話をし、管理栄養士は毎食巡回し意見徴集をし、相談員はトラブルや不満が聞ける利用者に声掛けをしています。利用者や家族からの相談や意見は、各ユニット毎の「共有ノート」に記録し、申し送り時やユニット会議で話し合っています。相談を受けた際の報告の手順等は整備していませんが、必要に応じ上司に繋げ、職員の異動を行った事例もあります。声掛けの大切さ、聞き上手・話し上手の要点、事例など記載した「接遇マニュアル」を活用し、対応しています。</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>事故対策委員会は、毎月介護員、相談員、栄養士、看護師が参加し、事故・ヒヤリの発生原因、再発防止策を記入し提出された報告書を、ユニットごとに日時・場所・種別・状況・内容・分析を集計・検証し再発防止に取り組んでいます。身体拘束適正化委員会は、センサーマットやL字柵の使用者の管理や施設内見回りなど安全な環境に取り組んでいます。病院受診の事故は行政に報告しています。年2回事故防止マニュアルに基づき事故発生時の手順や報告書の作成の研修をしています。</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>感染症委員会は、毎月係長・介護員・相談員・看護師・栄養士が参加し、環境整備や器具器械の管理に取り組んでいます。「感染症対策ガイドライン&amp;マニュアル」を作成し、予防のチラシや注意事項をロビーなどに掲示しています。看護師はインフルエンザやノロウイルスなどの感染症の研修の実施や病院や市主催の外部研修に参加しています。職員は「職員体調チェック表」を記入し勤務につき、また体調の悪い人用のトイレを別に設けるなど感染予防に努めています。</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>災害時マニュアルを作成し、地域災害リスクのある土砂崩れ時の具体的対策も明示しています。緊急連絡網の掲示や勤務外の職員の参集条件を作成しています。定期的に屋外と屋内の避難経路や防災体制、安否などの確認、避難誘導の訓練を実施しています。BCP策定に向け取り組み中です。区と地域防災協定で施設が地域の避難者の受入れ先となるよう取り組み中です。10日間の自家発電、3日分の災害備蓄品を準備し定期的に賞味期限などの確認し整備しています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事介助・入浴介助・排泄ケア・接遇など各サービスマニュアルを作成し、利用者の尊重、プライバシーの保護等も明示しています。入職時はマニュアルに基づき福祉サービスの研修とOJTで個別に介助を指導しています。身体拘束、事故対策、感染症対策・口腔ケア、褥瘡対策は年2回施設内研修や外部講師による研修も実施しています。職員が適切なサービスの実施を行っているか確認する仕組みは定めていませんが、上司が直接職員の状況を確認し、指導しています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各マニュアルは定期的に検証・見直す時期や方法など仕組みとして確立はしていませんが、ユニット会議では常に個別のサービスの適正、自立に向けてや安全で安心のある介助方法などについて話し合いを行っています。会議では、実際に行われている個別のサービス内容を各マニュアルに照らし合わせたり、良い介助方法などの話し合いから、必要に応じ各委員会に繋げ、各委員会でマニュアルの見直しや改訂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>入所後、24時間支援した内容を詳細に記録します。ユニットリーダーがその記録を基に暫定的に24時間シートを作成し、サービスを実施します。支援専門員は利用者や家族の要望を踏まえ、実施した24時間シート記録をアセスメントし施設サービス計画書(1)(2)に作成し、各専門職員とサービスの内容の適性を調整し、サービス提供を開始しています。徘徊者など支援困難ケースも落ちついた生活できるよう、合議の上サービスの提供を図っています。</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>支援専門員は6か月ごとに、24時間シートと各担当者からサービス内容の意見を聞きサービス計画書のモニタリングをします。モニタリング統括表にサービス内容の実施状況から課題に対し達成度を○×△と評価し、サービスの適正や向上に向け、課題やサービス内容を再検討し、計画書を作成します。退院など緊急時は必要に応じ病院など訪問し状況を事前に把握し、サービス内容の変更をしていますが仕組みの整備には至っていません。</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>身体や生活状況はアセスメントシートに記録しています。サービスの実施はパソコン内の24時間シートに記録・管理し、情報は誰でも確認することができます。記録の仕方やパソコン入力方法の研修を実施し、記録内容や書き方に差異が生じないよう、また情報の流れや情報の分別を理解をし、情報が的確に活用できるよう取り組んでいます。ユニット会議や各委員会議、申し送り、共有ノートでも各職員間、専門職員間で情報の共有を図り、閲覧欄を設け情報の漏れが無いようにしています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者に関する情報の保管期間、開示等は契約書に記載し、個人情報取り扱い規程を作成しています。守秘義務は職員は入職時に誓約書を取り交し、接遇マニュアルにも記載し周知をしています。個人情報保護規程の研修を実施し、支援時は遵守するように指導しています。各種個人記録は施錠の掛かる書庫やパスワードを設定したパソコン内で保管し、施設長が記録管理の責任者です。家族等には、利用契約時に守秘義務と個人情報の利用目的及び第三者への提供、電話対応や問い合わせの方法等の説明をし、同意を得ています。</p>		