

### 第三者評価結果

事業所名：介護老人保健施設ハートケア横浜

#### 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では「地域の皆様に愛し愛される施設」を基に利用者・家族に寄り添ったサービス「尊重」、常に向上心を忘れず、介護サービスの質の向上に努める「向上」、利用者・家族・職員が笑顔となるよう「笑顔」を基本理念としています。基本理念はホームページやパンフレットに記載されている他、1階ロビー、事務室、各フロアのサービスステーションに掲示しています。職員に対しては入職時の研修で周知し、理念を記載したカードを渡し名札とともに常に携行することでいつでも確認できるようにしています。利用者・家族に対しては利用開始にパンフレット等を用いて説明していますが認知度は高くありません。施設としても利用者・家族に対して理念の周知方法を課題と考えています。</p>	

##### 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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉事業全体の動向や福祉計画の策定動向等については、法人内の経営管理本部が把握をし、各施設に情報提供を行っています。情報は毎月開催される管理職者会議で確認し各部門に周知されています。管理職者会議では利用者数や実績等目標達成状況の確認、コスト等についての情報をまとめて法人に伝えています。西区内唯一の老人保健施設としての役割を踏まえ、地域に還元できるサービス提供をめざしています。</p>	
【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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月開催される管理職会議にて稼働率やコスト等経営状況を分析し、課題の抽出解決策を検討しています。各部署の責任者と施設長も参加する運営委員会では部署毎の目標の達成状況を確認し、法人の理念の達成に向けた次の目標設定を検討しています。設定された目標は部署毎の会議で周知するとともに、目標に向けた進捗状況についてはフロア会議を通じて施設全体に周知しています。会議には非常勤職員の参加が難しいこともあり書面や口頭での伝達をしていますが、周知状況が十分ではないため、確実な伝達方法の検討が望まれます。</p>	

##### 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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中長期計画は施設のビジョン「良質で安全・安心・信頼の医療・介護を提供し、地域へ貢献する」を基に基本方針「突破」を掲げています。また、経営や運営についての具体的な目標を設定し「地域ニーズに応じられる事業規模への拡大と利用者・職員から選ばれる施設へ」の実現を目指した内容となっています。中・長期計画は管理職者会議で共有し、フロア会議で職員に周知しています。施設の立地による地域性に合わせた活動内容の検討が課題と考えています。</p>	

<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。</p>	b
---	---

<コメント>

単年度の事業計画は法人の方針に沿った中・長期計画を基に、前年度の計画の達成状況や課題を踏まえて、施設長・事務長、看護部長が分析の上原案をたてています。原案は管理者会議を通して各部署に提示し、意見を収集し、修正を行って最終的な事業計画としています。事業計画では各部署の具体的な数値目標(入所稼働率、在宅復帰・在宅療養支援等指標、職員の離職率等)をたて、年度末に達成状況を分析し「成果発表」にて職員に向け周知しています。「成果発表」は職員全員参加とはなっていないため、施設内での周知には至っていません。職員全員が目標の達成状況を確認し、次の目標に向けた取組に関わることができる体制構築が望まれます。

(2) 事業計画が適切に策定されている。

<p>【6】 I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。</p>	b
--	---

<コメント>

各部門での目標の達成度を、年度末に開催される成果発表の資料で確認し、施設長、各部門の主任からなる「運営委員会」で事業計画が策定されます。事業計画を基にし、主任を中心に各部門の職員で内容を検討して具体的な「目標」「目標達成のための具体的な施策」「数値目標」を定め、年度始めの「キックオフ大会」において施設全体に周知しています。目標に対しての進捗状況は毎月の運営委員会で確認し、評価し、必要があれば見直しを行っています。職員の意見を集約する機会は毎月実施されるフロア会議ですが、全員が集まることは難しいため、より多くの意見を集める方法の検討が望まれます。

<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。</p>	b
--	---

<コメント>

事業計画は施設内に設置して閲覧できるようにしていますが、コロナ禍により面会も制限されていたため利用者や家族に対しての周知は十分ではありません。今後事業計画についてはその内容、施設全体の取組、各部署の取組等を家族会で分かりやすい資料の配付や、年3回発行されている広報誌「ハートケア横浜だより」への掲載等で周知に努める計画をしています。家族会不参加の家族に対しても資料の郵送等を検討しています。

#### 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

<p>(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。</p>	第三者評価結果
---------------------------------------	---------

<p>【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。</p>	a
--	---

<コメント>

毎年各部門の主任が「運営状況点検書」で自己評価を、法人により「介護・看護の質調査」を実施し、施設のあり方、生活支援の基本・権利擁護・環境整備・生活支援・家族との連携・感染症や安全対策等について調査しています。利用者・家族に対して2年に1度「満足度調査」を実施することで外部からの意見も取り入れています。第三者評価の定期的な受審や「優良介護サービスかながわ認証」に応募することで福祉サービスの質の確認をしています。それらの結果は各部門の職員から構成される「介護の質向上委員会」で分析・検討し、更なる質の向上に努めています。

<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。</p>	b
---	---

<コメント>

法人が実施している「介護・看護の質調査」の結果を施設内の介護主任会・看護師会で分析・検討し、施設として取り組むべき課題の抽出を行っています。今年度は胃瘻に対する理解が低いとの結果から、看護師会メンバーで検討し、施設内勉強会の年間計画の中で研修を実施しています。昨年度はコロナ禍のため集合研修や会議を控えていたため、十分な話し合いや研修が実施できていませんでしたが、今年度からは課題に対して職員全体の意見を踏まえた改善計画を策定していく予定です。

## 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。	b
<コメント> 法人策定の職務分掌の中に施設長の職務や役割が明確にされ、職務分掌は各フロアに設置しています。しかし、その役割や方針を会議や研修等で施設内に表明する機会はありません。平常時、災害発生時の責任者は施設長と定め、施設長不在時の権限委譲についても職務分掌には明記されています。今後職務分掌で明確化されている施設長の権限・役割・方針などについて施設内に表明する機会や方法の検討が望まれます。	
【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> 施設長は施設として遵守すべき法令について横浜市が作成している運営の手引きの理解や、行政からの情報、法人からのメール等での情報提供により介護保険関連法のみならず、安全、衛生、虐待防止、経営、経理、雇用、環境等幅広い法令の理解に努めています。法改正についても早い段階で情報を得て理解するよう努めています。遵守すべき法令については年間計画の中で職員にも理解を促す取組を行っています。研修に参加できなかった職員に対しては伝達研修や動画視聴等にて周知に努めています。	
(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> 法人が実施する介護・看護の質調査や2年ごとに利用者・家族の満足度調査を実施し、その結果を施設の各部門の職員から構成される「介護の質向上委員会」で分析し、課題の抽出等を行っています。各部門の職員で構成される「教育・研修委員会」にて課題解決に必要な知識や技術の向上のための研修を含めた年間研修計画をたて月2回の研修を実施しています。また、各部門毎の課題を研究し、その成果を施設内で発表する機会を持ち、優秀な研究演題は全国老健大会、横浜市介護老人保健施設研究大会等にて演題発表もしています。	
【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。	b
<コメント> 施設長・事務長・看護部長による幹部会の中で、経営や施設運営、業務の実効性等について検討し、その向上に必要な解決すべき課題把握に努めています。各職種ごとの会議、フロア会議、看護・介護リーダー会を通じて報告を受けた課題についても職員から出される意見や提案を尊重し、課題解決に向けた取組を運営委員会を中心に施設全体で検討・実行できるよう指導しています。	

### 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> 施設に必要な人材については法人のキャリアシステム「職種別クリニカルラダーシステム」により、職種や勤務年数ごとに必要な知識・技術・資格等が設定されています。「クリニカルラダーシステム」の中に細かく階級が設定され、システムに基づいた研修や教育が行われています。人材の確保については年間の採用人数、職種等の見通しをたて計画的に実施していますが、状況により中途での採用もしています。また、介護管理者候補の獲得に向け、法人の「介護ケアマネジメント職採用プロジェクト」へ参加をしています。実習生からの採用や無資格者の採用もし、資格取得の支援体制も確保しています。	

<p>【15】 Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt;</p>	
<p>法人のキャリアシステム「職種別キャリアラダーシステム」に必要な資格・知識・技術が明記され、入職後は職員個々のレベルや希望に応じた育成を計画的に行っています。法人の人事考課制度に基づき年に3回自己評価、主任の評価、係長の二次評価を実施し賞与や昇格に繋がる仕組みが規程されています。また、法人が実施する「職員満足度調査」において職員の意向等を把握・分析しています。希望する職員は法人のキャリアサポートセンターで面談を受け、将来の方向性を見いだせるよう助言や必要な研修が受講ができる等の支援体制があります。</p>	
<p>(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt;</p>	
<p>出退勤時間、時間外労働、有給取得状況等職員の就業状況は法人の勤怠管理システムにより適正な管理をしています。有給取得については各部門の主任が希望を確認し、シフト作成をしています。各フロアの責任者が年に3回職員と面談を行い、業務や職場環境、仕事と生活のバランス等についての相談やアドバイスをすることで職員が心身の不調なく働けるよう配慮しています。子育てや介護をしながらも働けるよう時短勤務を行う仕組みがあります。職員の急な欠勤等に他の職員の負担を最小限に抑えるための「ヘルプ体制」の構築もしています。宿泊や食事、靴の購入が割引で利用できる等の福利厚生システムも充実しています。</p>	
<p>(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt;</p>	
<p>法人が職員に期待する職員像は「職種別クリニカルラダー」のレベルごとに知識や技術等の到達目標が設定され明記されています。レベルはⅠ～Ⅱ新人、Ⅲ独り立ちした職員、Ⅳチームリーダー候補・主任職候補、さらに管理職を目指すマネジメントラダーⅠ～Ⅲが設定され、フロアの先輩のOJTにより目標達成に向けた指導をしています。各フロアの責任者は職員の目標達成度を年3回の面談やテストにより確認し、達成者はレベルごとのバッジを名札につけることで現在認定されているレベルが確認できるようになっています。新人職員にはフロアの先輩がプリセプターとして付き、1年間業務や接遇等を丁寧に指導しています。</p>	
<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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt;</p>	
<p>「期待する職員像」については法人の「職種別クリニカルラダー」の中に職種や勤務年数等により必要な資格・知識・技術等が明記されています。それぞれの知識や技術の習得のために教育・研修委員会による年間研修計画がたてられており、目標を目指して段階的に成長できる仕組みとなっています。研修の内容を研修ごとに振り返り、年度末には教育・研修委員会で受講職員の意見を踏まえた評価と見直しを行い、次年度の研修計画に活かしています。</p>	
<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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt;</p>	
<p>職員個々の資格取得状況については入職時やその後取得した情報を法人の総務部により把握しています。新入職員に対しては1年間プリセプターによる指導を、クリニカルラダーシステムによるレベル別の指導は各部門の主任や先輩が職員個人に合わせた指導をしています。また、法人のキャリアサポートセンターに職種や働き方、必要な研修について相談できる仕組みがあります。外部研修の情報は職員の更衣室前に掲示し周知しています。職員から受講したい研修の申し出があった場合は、必要に応じて費用負担をする等、職員の資質向上を図っています。</p>	

(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> 介護・看護・リハビリテーション等の大学・専門学校等からの実習生を受け入れています。「実習生受け入れマニュアル」が整備され、専門職ごとに実習指導者研修を受けた職員が実習生の指導にあたっています。実習前に学びたい内容や目標を実習生・学校の指導者と設定し、実習の途中でも進捗状況を報告する等学校と連携を取り、目標・目的に応じた指導をしています。実習生の育成や教育体制が評価され、実習から卒業後に就職することも多くみられています。	

### 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> 法人のホームページには理念や方針、施設のホームページには施設の理念や概要、サービス内容、料金、個人情報保護方針等を掲載しています。年に3回発行している施設の広報誌は施設での活動を掲載し、配布しています。定期的に第三者評価やかながわ認証等の評価を受審し、結果のリンク先を掲載していますが、リンク切れとなっている部分があります。事業計画や事業報告、予算、決算情報等は作成されていますがホームページや広報誌等への掲載はありません。今後事業計画・事業報告、予算・決算情報、第三者評価受審結果等の公表により、運営状況の透明性の確保が望まれます。		
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。	b	
<コメント> 法人策定の経理規定により事務、経理、取引等に関するルールが明確に定められ、入職時や会議等で職員には周知しています。職務分掌も策定され権限・責任も明確にされています。適正な取引が実行されているかは月次試算表を法人の会計責任者に提出する他、「介護の質向上委員会」による定期的な内部監査を実施し確認しています。外部の専門家の直接的な監査支援はありませんが、法人全体の監査を行う監査法人から施設の運営について指導やアドバイスをもらい、経営改善に努めています。		

### 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。	c	
<コメント> 施設の理念を「地域の皆さまに愛し愛される施設を目標に活動を行っています」としていますが、施設の立地は商業施設等が多く、コロナ禍だったこともあるため地域との交流等の機会は多くもっていません。施設利用者を地域と捉え、利用者と山下公園に散歩をしたり買い物をする等してきました。コロナ禍前には地域から情報提供があり、近隣で開催されたジャパンフィッシングショーに職員付き添いで参加しています。今後、施設の立地地域の特性を踏まえた社会資源の利用や、地域との交流の機会に向けた取組が期待されます。		

<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。</p>	b
---	---

<コメント>

ボランティア受け入れに関し「ボランティア受け入れマニュアル」が整備されています。ボランティアの受付は事務員が行い、受付時オリエンテーションで注意事項や守秘義務等について説明し、誓約書を交わしています。活動前にはボランティアの内容確認、職員・利用者への説明や挨拶を行ってから活動することとしています。コロナ禍前には腹話術、紙芝居、話し相手、ドッグセラピー、近隣の小学校の福祉体験で利用者と小学生がコミュニケーションをとる等様々なボランティアを受け入れてきました。コロナ禍では受け入れが縮小していましたが、今年は近隣の中学校の和太鼓部を招き交流しました。今後は職業体験等教育に向けた取組への発展が期待されます。

(2) 関係機関との連携が確保されている。

<p>【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。</p>	b
---	---

<コメント>

近隣の区役所、地域ケアプラザ、医療機関、消防署等との連携は図られていますが、関係機関の連絡先等のリスト化や職員への周知が充分ではありません。災害時に迅速で確実な連携が図れるよう、区、消防署、施設の看護師による連絡会に参加しています。また、職員は消防署で開催される消火栓操法の練習や、消防操法技術訓練会にも参加し、消防・防災の技術や知識の向上を図っています。「訪問リハビリテーション会議」では区役所や地域ケアプラザと協力し、地域での介護予防に取り組んでいます。認知症疾患医療センター地域連携会議にも参加し、近隣のクリニック、区役所等関係機関と地域の認知症高齢者の状況について話し合っています。今後関係機関のリスト化、職員への周知が望まれます。

(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

<p>【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。</p>	b
--	---

<コメント>

施設の職員で構成される「地域交流委員会」にて、地域のニーズの収集や、ニーズに対して施設が実施できる地域交流・地域への貢献等について検討しています。リハビリテーションの知識や技術を施設の強みとし、地域ケアプラザ、区役所、自治会等と連携して地域住民に対し介護予防に向けた体力測定や体操教室、リハビリテーションについての講義・研修等を行っています。地域のニーズを収集するにあたり、より積極的に地域と関わる方法を検討することが望まれます。

<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。</p>	b
--	---

<コメント>

把握した地域のニーズに対し地域に向けた公益的な事業として、地域ケアプラザで開催されるリハビリテーションの研修や講座にリハビリテーション科から講師を派遣し、様々な疾患やリハビリテーションに関する知識を伝える等しています。災害時には地域の高齢者等の要援護者のうち、地域防災拠点での避難生活が難しいと判断された方を受け入れるための二次的な「福祉避難所」として横浜市と協定を結び、受け入れ体制をとっています。災害時利用者・職員、福祉避難所受け入れ人数に対し、必要な水・食料3日分程度を備蓄しています。地域の特性もあり地域コミュニティの活性化等への活動を今後の課題と捉えています。

### 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

<p>(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p> <p>【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。</p>	<p>第三者評価結果</p> <p style="background-color: yellow;">b</p>
---	---

<コメント>

基本理念を展開したプリンシプルに「尊重、向上、笑顔」の文言が並び、「尊重」とは利用者と家族に寄り添ったサービス提供に努めることだと明記しています。倫理規程と行動指針にも人権の尊重を謳い、「利用者の権利章典」の第一節に個人の尊重を書き表しています。これらの重要性を毎年施設内勉強会で職員に周知し、学びを継続しています。

<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。</p>	b
---	---

<コメント>

利用者のプライバシー保護についても倫理規定に明記しています。行動指針では「プライバシーの保障」の項を設けて記載し、毎年施設内勉強会で職員の理解を図っています。各フロアに掲示する介護基準・手順とケアマニュアルでは、入浴介助や排泄介助など利用者支援の随所にプライバシーへの配慮の重要性を記載しています。カーテン、パーテーション、ドアの使用、多床室での排泄介助など、実際のケア場面で先輩職員が指導しています。利用者や家族には入所契約時に説明して周知を図っています。

(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。

<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。</p>	b
---	---

<コメント>

施設理念を明記したA4型パンフレットを近隣の医療機関や居宅介護支援(ケアマネジャー)事業所に持参、ホームページや動画では多職種連携や在宅復帰の取組を紹介しています。パンフレットやホームページにはみなとみらい地区の風景を載せ、利用詳細や料金についてわかりやすく説明しています。利用希望者への電話相談や見学にも丁寧に対応しています。料金改定など内容変更の都度見直しを行い、ホームページでは広報誌「ハートケア横浜だより」を季節ごとに更新する他、コロナ禍での面会や外出外泊の変更についても報告しています。

<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。</p>	b
--	---

<コメント>

契約時には重要事項説明書と入所契約書を取り交わすとともに、別紙「ハートケア横浜のご案内」「介護保険施設サービスについて」「個人情報の利用目的」を説明し、利用者と身元引受人の十分な理解の上で同意の署名押印をもらっています。これらの書面は平易な言葉を用いて、簡潔な文章で表現しています。留意点にマーカーを引き、1ヶ月の利用料計算方法に当てはめて金額を伝えるなどの工夫をしています。意思決定が困難な利用者に対しては、家族、身元引受人、代理人などに説明し、利用者にとっての最善を確認しつつ支援を開始しています。

<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。</p>	b
---	---

<コメント>

入所時は医療機関や在宅時の担当ケアマネジャーと連携をとり、利用者状態と従前のサービス内容の把握に努めながら利用者支援にあたっています。退所して他の施設や事業所に移る際は、診療情報提供書や看護サマリー、退所時指導報告書、退所情報提供書などの提出文書を定めて、引き継ぎを行っています。退所時家族にケアマネ連絡書を渡し、再入所の希望や帰宅後の困りごとには支援相談員が窓口となり対応する旨を伝えています。

(3) 利用者満足の向上に努めている。

<p>【33】 Ⅲ-1-(3)-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。</p>	b
---	---

<コメント>

利用者満足度調査を隔年継続実施し、結果を踏まえて介護の質向上委員会で話し合っています。その後各部署で改善への取組を行うとともに、調査結果や意見、要望を利用者家族に郵送し、フィードバックしています。エアコンの設定温度の調整、リハビリ状況の報告、自立に向けた見守り時間の拡大など、細やかに対応しています。また面会やサービス担当者会議など来所の折に家族の意見を聞き取り、ケアに反映しています。家族交流会はコロナ禍で中止していましたが、今年度11月に再開予定となっています。

(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>

苦情対応体制基準とマニュアルの整備により、苦情解決の仕組みを確立しています。苦情解決体制として苦情解決責任者と苦情受付担当者、第三者委員を設置し掲示物で周知を図るとともに、重要事項説明書に担当窓口や申出先公的機関を明記し、契約時に利用者や家族に伝えています。苦情を受け付けた際は相談・苦情受付報告書に記入の上、フローチャートに沿って迅速な対応を心掛けています。相談苦情接遇対策委員会やフロア会議での共有を経た後、1ヶ月後にも経過確認を実施しています。苦情の公表方法を検討課題としています。

【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>

相談対応体制について各サービスごとに常設窓口と担当者を設置し、氏名と連絡先を明記の上、周知しています。重要事項説明書には相談窓口として介護看護部長と支援相談員が名前を連ね、ケアに関する相談は主にケアマネジャーが受け付けるなど、複数の相談方法や相談相手の対応体制があることを説明しています。1階ロビーには相談窓口などについて掲示し、傾聴の場として1階に相談室を設置しています。

【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

<コメント>

各フロア担当のケアマネジャーが相談窓口となっていますが、フロアには介護職員、看護師、リハビリ職員が常駐しており、利用者とのコミュニケーションの中から相談や意見を聞き取っています。入所時に意見箱設置について説明しています。昼食時には管理栄養士が食事についての意見を聴取、年2回利用者対象にて食事満足度調査を実施しています。相談や意見に対しては迅速な対応に努め、責任者不在時に解決を急ぐ場合は次席に判断を任せる事案もあります。相談苦情対応マニュアルを整備し、年度末に見直しを行っています。

(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。

【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>

安全管理委員会と安全対策部会の委員長には介護老人保健施設リスクマネジャー資格者がその任にあたっています。安全管理委員会ではヒヤリハット収集などからインシデント発生の傾向を分析し、周知を図っています。事故発生時には各部署で分析シートを使用して原因究明と再発防止を話し合い、1週間後の評価・見直しにつなげています。困難事例は安全対策部会で、ヒューマンファクター工学の手法を用い、アクシデントの要因を分析して再発防止に向けて取り組んでいます。施設内勉強会には清掃・厨房・ドライバーを含む全職員が参加し、施設全体でリスク管理に取り組んでいます。

【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>

施設長を災害発生時の責任者とする管理体制を整えています。毎月開催の感染予防委員会では感染拡大情報を伝達し、マニュアルや感染症対策BCP(業務継続計画)の見直しと改訂を行い、職員に周知徹底しています。施設内勉強会を設けるとともに「三次感染を起こさない」との目標を掲げ、標準予防策として手洗いや防護服着用のシミュレーションを実施しています。感染症発生時には迅速周知をモットーに、報告書を全部署へ配布しています。また臨時感染予防委員会を開催し、対応の確認と見直しを図り、感染が疑われる場合は早期の隔離をしています。



<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>	b
<p>&lt;コメント&gt; 現在、災害対策委員会にて策定中の自然災害発生時のBCPに対応体制を明記しています。防災訓練を年2回実施し、火災、地震、風水害の避難方法を実地で訓練しています。施設内勉強会でも災害時対応方法について周知し、新入職員や中途入職者対象に災害対策講習を行っています。災害時には一斉メール配信により職員の安否確認を可能にしていますが、家族との連絡方法は課題となっています。利用者150人3日分と職員50人3日分の食料と飲水を備蓄している他、福祉避難所として区役所と協定を締結し、横浜市の備蓄を預かっています。</p>	

## 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>	a
<p>&lt;コメント&gt; 各職種別業務手順書が整備され、各フロアのステーションに設置されています。職種手順書には看護や介護等の実施方法や手順だけでなく、利用者の尊重、プライバシー保護や権利擁護についての姿勢が明示され、職員はその内容に沿ったケアを実践しています。職員個々の標準的な実施方法の実践状況は、法人の「クリニカルラダーシステム」内の「クリニカルラダーレベル別評価チェックリスト」、「接遇チェック表」、「基本技術評価チェック表」、「ラダーレベル別到達目標」を基に自己評価や主任との面談、評価で確認し、適切な指導を行っています。</p>	
<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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt; 各部門の年間目標の中に「マニュアル・手順書の見直し」が設定されています。標準的な実施方法の実践や検証・見直しについては「部門別年度品質目標実施計画兼進捗管理表」を利用して管理しています。見直しや更新にあたり、各部門や委員会で見られる職員の意見だけでなく、利用者からの意見や要望を「満足度調査」や家族会や面談等で収集し、取り入れ反映できる仕組みとしています。部門により更新が定期的にできず遅れている現状があります。今後、施設全体として定期的な検証・見直しが実施できることが望まれます。</p>	
<p>(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。</p>	
<p>【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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt; 入所者に対しては入所申込み時の情報を入所判定会に向けて各職種で共有し、入所日に本人、家族、ケアマネジャー、看護師、リハビリ職、介護職、管理栄養士等による入所カンファレンスを実施しています。利用者・家族の施設生活や今後の方向性等の意向を聞き取り、職種間で共通の情報共有、意向の把握をし、ケアマネジャーが施設サービス計画書を作成しています。退所が近い利用者に対しては退所前カンファレンスも開催し、施設での生活・リハビリでの改善状況等を確認し、退所後の生活について利用者・家族の意向が実現できるよう支援しています。毎月ケースカンファレンスを開催し、支援困難事例についても対応策等を検討しています。</p>	
<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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 施設サービス計画書作成の際にそれぞれの課題に対して目標達成の時期を定め、その時期ごとにケアマネジャーを中心に利用者・家族・各職種が参加するサービス担当者会議で達成状況の確認や次期の目標設定等が検討されています。急な体調変化がある場合は医師が行うインフォームドコンセントにケアマネジャーも同席し状況を確認し、計画の変更を行っています。施設の性質上ターミナル期の利用者を積極的に受け入れてはませんが、ターミナルケアとなった場合にはターミナルケアカンファレンスを毎週実施し、計画の変更等を検討しています。施設サービス計画書は各フロアに保管され、多職種がいつでも確認できるようにしています。</p>	

(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。

b

<コメント>

利用者の身体状況や、生活状況(食事・排泄・水分補給・保清など)は施設で統一した様式を使用して記録しています。記録の書き方については「介護看護記録基準」が設定され、各フロアに設置し常時確認できるようにしています。ケアマネジャー、看護師、介護職、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士が参加し毎週開催のサービス担当者会議にて利用者の状態を確認し、サービス提供内容の確認、見直しを行っています。サービス利用状況や記録ファイル等の情報は、施設内の共有サーバーを通じて共有されています。記録は紙面を使用している部分もありますが、今後施設内では全ての記録を一括で管理する新しい共有システムが整備される予定です。

【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。

b

<コメント>

個人情報保護法に基づく厚生労働省の「医療・介護事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」に沿って法人の個人情報保護規定が策定され、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定が定められています。施設には個人情報管理責任者の設置や情報セキュリティ対策を行う等、個人情報の紛失、破壊、改ざん、漏洩の防止に努めています。職員に対し入職時に誓約書を交わし、研修を行う等個人情報保護規定の理解の徹底を図っています。利用者・家族に対しては契約時に重要事項説明書、契約書を用い個人情報保護について説明し、個人情報使用同意書にて同意を得ています。規程や利用者・家族に説明する書類の中で個人情報漏洩時の対応についての説明が不十分です。個人情報管理責任者と対応策の明確化が望まれます。