

第三者評価結果

事業所名：横浜市浦舟園

共通評価基準（45項目）

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> 法人は基本理念・基本方針・行動基準を定め、利用者の立場に立った福祉サービスを提供し、自立に向けた支援に努めています。基本理念等は法人ホームページや利用者向けパンフレット、職員の名刺に掲載し、利用者を含め外部の関係者等にも周知しています。利用者への周知が低く、課題があります。職員に基本理念等を記載した「神奈川県匡済会職員ハンドブック」、「携帯用カード」、「職員マニュアル」等を配布するとともに、職員・調整会議において基本理念を読み上げ、浸透に努めています。パソコンの職員共有フォルダーに基本理念、基本方針等が収納されており、職員はいつでも閲覧できます。	

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> 社会福祉事業動向については法人の施設長会議のほか、全国救護施設協議会や関東地区救護施設研究協議会、救護施設長研修会等への参加を通じて情報収集を行い、把握しています。横浜市健康福祉局の「保護施設入所待機者数調査」の集計結果等により地域のニーズを把握するとともに、年度・月別入所依頼数を作成し、入所者数の推移等の分析を行っています。経営状況等重要な事項については幹部職員で検討し、内容を職員に報告しています。	
【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> 事業所の具体的な課題や問題点について、重要課題報告書や業務報告書を作成し、毎月理事長・常務理事へ報告しています。課題の取組としては、利用者の入所受け入れ促進に向けて区役所、病院の精神科部署へ働きかけたり、光熱費削減策として一般浴槽の給水へのタイマー導入や浴室カランをボタン式に変更して節水に取り組んでいます。また、照明のLED化やエアコンの効率的な運用を進め、省エネを図っています。施設内研修の中で、予算・決算の報告を行い、職員間で経営課題等を共有しています。	

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> 法人は2030年に向けてあるべき姿について、コンサルティング会社をアドバイザーとして、法人の理念等に基づき、未来志向のKKF2030（カナガワケン・キョウサイカイ・フューチャー2030デザイン）の事業計画を策定しています。価値向上好循環サイクルを通じて、法人の資源であるブランド、ヒト、カネ、システム面での改革を行い、「その人らしさをつなげる。」の実現に取り組んでいます。進捗状況や事業所の振り返りを毎年実施して取り組むべき重点項目について確認しています。	
【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。	a
<コメント> 年度の事業計画は長期計画（KKF2030）の実現に向けて重点課題を反映した内容となっています。今年度の計画では、地域の力を借りて職員の負担を削減し、サービス向上を図ること、日中活動を充実させるための新規レクリエーション企画委員の設置、災害時・感染症対応BCPの訓練、働きやすい職場環境づくりを目的とした職員の採用、第三者評価受審等を掲げて取り組んでいます。	

(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>

昨年11月に施設長の交代がありましたが、事業計画については、支援員会議にて園のビジョンや課題を話し合い、その結果を踏まえて施設長が策定しています。さらに来年度の事業計画には、職員の意見をより反映させ、組織風土改革や働き方改革による職場環境の改善等に注力していく方針です。事業計画の策定から評価については職員の理解に課題があります。法人の経営状況や事業計画の実施状況については、職員・調整会議で毎月確認し、情報共有しています。

【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>

事業計画の主な内容については、利用者に対して「全体会」を通じて説明しています。年間行事計画についてはホームページに掲載したり、事業所内にも掲示し、利用者や面会者がいつでも見られるようになっていました。家族には年2回発行している広報誌「うららか日和」に掲載し周知しています。利用者等がより理解しやすいよう、さらなる工夫を行い、事業計画の浸透を図る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。	a
--	---

<コメント>

サービスの質の向上を図るため、利用者意見をできる限り聞くことを大切にしています。利用者への支援サービスや事業所全体で提供するサービス内容の振り返りについては、職員会議、生活支援員会議やフロアカンファレンスにおいて実施し、改善につなげています。定期的な第三者評価も受審しています。毎月行われるリスクマネジメント委員会において、事故報告書およびヒヤリハット報告書の事例を検証し、事故の再発防止や安全対策の見直しを実施しています。

【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
--	---

<コメント>

職員会議、生活支援員会議、フロアカンファレンス等において支援サービス等の振り返りをし、話し合った結果は、それぞれの議事録に記録されています。フロアカンファレンスでは利用者本人の意向を踏まえたサービス内容について話し合い、個別支援計画に反映しています。また、入浴対応表や夜勤業務のチェック表などの見直しをしています。新型コロナウイルスによるクラスター発生の経験から、感染拡大再発防止するため、職員から改善策をヒアリングし、振り返りシートに記録し、感染症対策準備委員会を発足させて体制を整備しています。

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>

施設長の職務分掌については、定款・規則等に規定されています。事業所の運営組織図を作成し、指示命令系統（有事・不在時を含む）や人事に関する評価者について明確にしています。施設長は職員会議において事業計画の説明・進捗状況を確認し、職員と情報共有しています。法人のKKF2030計画の一環として園のビジョンづくりに取り組み、作業過程には全職員が関わり、KJ法を活用しながら職員間で活発な議論を重ねて策定し、「笑顔あふれる施設を創る」ことを掲げています。事務室内には人事制度の等級別要件表を掲示し、管理者、熟練職、中堅職等の求められる役割を明示しています。

<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。</p>	a
<p><コメント> 施設長は遵守すべき法令等を理解しており、事業所の運営を行っています。国の職種別職員配置基準や各事業の加算等の基準が満たされていることをチェックしています。行政からの通知や法人の研修をはじめ各種研修等を通じて、フロンガス規制など環境への配慮を含めて幅広い法令関係の情報収集を行い、ウィルス感染法令遵守にも取り組んでいます。職員全員が個人情報保護に関する事例や動画によるハラスメント研修等を毎年受講して、法令遵守に対する意識を高めています。</p>	
<p>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p><コメント> 施設長は法人からの通知やコロナウィルス感染発生時の連絡について、メールで全職員に配信し、情報共有を円滑に行っています。福祉サービスの向上を図るため、法人研修、外部研修、所内研修等について年間研修計画を作成し、職員の支援のスキルアップに取り組んでいます。福祉サービスの課題を把握し、その対応についてなどを盛り込んだ幅広いマニュアルを作り、職員全員で取り組む体制を整備しています。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p><コメント> 施設長は法人の理念や事業所のビジョン等の実現に向けて取り組んでいます。職員に対しては賞与面談時において個別に法人の経営状況や事業所として取り組むべき課題等について説明し、経営改善に向けて職員一人ひとりが主体的に行動し取り組むよう話し合っています。また、事業所で策定したビジョンについては、職員が語っていくことが大切であり、掘り下げて考えて取り組むよう促しています。課題の一つである利用者数の増加に向けた取組について相談員部署でどのように園の宣伝活動を続けていくか話し合っています。</p>	

2 福祉人材の確保・育成

<p>(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。</p>	第三者評価結果
<p>【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。</p>	a
<p><コメント> 人材育成方針に基づき年間の採用および研修計画を作成しています。法人では人材育成プロジェクトとして階層別研修を実施していますが、園独自に「スーパーバイザー担当職員」「中堅職員」「新人職員」の育成プログラムを用意して人材育成に取り組んでいます。また法人では「資格取得支援制度」を設けて職員の国家資格取得を支援しており、働きながら国家資格を取得する職員も多いです。</p>	
<p>【15】 II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。</p>	b
<p><コメント> 法人の人事制度に基づいて総合的な人事管理を行っています。職員は目標管理シートに年間の目標や中長期目標を設定して達成に向けて取り組んでいます。人事評価制度について等級ごとの求められる役割が異なることを職員に周知していますが、さらに人事評価基準について職員の理解を深めていくことが期待されます。人事配置、異動や職種変更等の希望についてはアンケートを実施し、法人と連携を取って対応に努めています。</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><コメント> 「笑顔があふれる施設を創る」取組として働きやすい職場環境づくりに注力しています。職員の有給休暇取得・時間外労働時間等に関する就業状況について把握し、法人に報告しています。有給休暇については取得するよう職員に勧奨し、取得実績が少ない職員にはシフト作成担当者に配慮するよう伝えたり、前月の時間外労働が多かった職員について所属部署のリーダーへ報告して状況を共有しています。職員の個別の悩み・体調・ワークライフバランスに関する相談は各部署のリーダーや役職者がいつでも受ける体制となっています。行事や委員会等への業務分担については個々の職員の希望や意見を聞きながら、体制作りに努めています。職員会議・支援員会議において常に無理や無駄の見直しを行い、職員の負担軽減を図るよう努めています。</p>	

(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> 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等を設定しています。職員は「研修自己評価及び目標管理シート」を作成し、本人の目標、組織として期待される役割などを明確にしています。年度末において研修の成果や目標の達成について施設長との面談を通じて検証しています。新人職員に対しては定期的に振り返り面談を実施し、課題や目標について共有しています。フォローアップが必要と思われる職員に対して随時振り返り面談を実施し、課題や取組の改善策について一緒に考え、モチベーションの維持を図っています。	
【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> 期待する職員像については法人で策定している等級別評価要件表に明記しています。法人研修計画表、施設内研修計画書等に基づき職員は各種研修に参加し、専門知識の習得やスキルアップに取り組んでいます。外部研修については希望する研修のヒアリングを行い、職員の個別研修計画を作成し、目標管理シートに組み入れて、年度末に参加した研修の振り返りや評価をしています。入職1~2年目の職員については個別育成チェック計画表を作成し、各フロアの新人OJT委員が指導係として業務指導を行っています。	
【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。	a
<コメント> 職員一人ひとりについて幅広い研修の機会を確保し、人材育成に取り組んでいます。職員は「スキルアップシート」を作成し、受講した研修成果を検証し、研修復命書や所内研修で報告を行い、職員間で研修内容について共有しています。所内研修については勤務時間の制約があるものの、できる限り研修に参加できるよう配慮しています。eラーニング方式の動画コンテンツが提供されており、非常勤職員を含めて全職員が興味のある項目をいつでも学習することができます。	
(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。	
【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> 実習生等の受け入れについては、実習指導要綱や相談援助実習プログラム、生活支援業務説明プログラム、実習生のための基礎・専門実習用マニュアルを整備しています。実習期間に入る前にオリエンテーションを行い、実習生等の希望を取り入れた実習プログラムを作成し、実施しています。実習プログラムには個別支援計画書の作成を組み込んだり、同一法人の他事業所での実習も可能であれば取り入れて、広い視点での実習成果があるよう取り組んでいます。	

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
【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。		a
<コメント> 法人ホームページの中で事業所の活動理念・活動方針、事業の目的、施設概要、パンフレットについて情報公開をしています。法人の財務状況も掲載しています。「全国救護施設協議会便覧」および「全国救護施設協議会」のホームページに施設データを掲載しています。第三者評価の受審結果や苦情の体制、苦情の受付実績件数について公表し、透明性の確保に努めています。		
【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
<コメント> 事務、経理、取引等に関するルールに関する職務分掌と権限・責任については定款に定めています。事業所では、法人の内部検査を定期的に受け、適正な運営に努めています。法人では外部の監査支援を含めて顧問弁護士やコンサルティング会社と契約しており、事業所では経営・運営に関する相談がいつでもできる体制となっています。また、横浜市の指定管理者でもあるため、横浜市の指導を受けながら事業を実施しています。		

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
<p>【23】 II-4-(1)-① 利用者との交流を広げるための取組を行っている。</p>	a
<p><コメント> 事業所が入居している建物にある他の福祉施設と共同で「複合施設納涼祭」を開催し、地域住民を招き交流を通じて事業所の活動について理解を図っています。横浜市南区社会福祉協議会との連携を深め、車いすの清掃、七夕飾りの制作などボランティア活動として取り組んだり、公園の清掃に参加し、社会との接点を広げています。コロナウィルス感染症が5類移行になったことから、利用者の個別状況に配慮しつつ、地域の学校やボランティア等との連携も含め、利用者の地域生活への移行や社会奉仕活動などを旨とした支援を充実させ、利用者和社会とのつながりが更に拡充されることを期待します。</p>	
<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
<p><コメント> ボランティア受け入れマニュアルを整備し、受け入れへの基本姿勢、利用者との関わりに関する注意事項（傾聴や個人情報の取り扱い等）、その他ボランティア活動に係る基本事項について定めています。事業所ではボランティアの担当者を決めて、ボランティアの受け入れ対応やスケジュール調整を行っています。実際のボランティアの開始前には施設見学を行い、活動のイメージが出来るように取り組んでいます。また、ボランティアには個人情報保護や人権尊重等に関する同意書の提出を義務付けています。事業所で開催している納涼祭やクラブ活動でボランティアを受け入れています。さらに、日中の活動についてボランティアの受け入れを行っていく方針です。今後に向けて、利用者がボランティアとして、ベルマーク活動に協力している小学校との関わりを広げていくことを予定しています。学校教育への協力についても基本姿勢を示すことが期待されます。</p>	
(2) 関係機関との連携が確保されている。	
<p>【25】 II-4-(2)-① 施設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>	a
<p><コメント> 地域の関係機関・団体について利用者に必要な社会資源を明示したリストを作成し、情報は利用者、職員共に共有しています。南区地域自立支援協議会等を通じて地域の関係機関とのネットワークの開拓・構築に取り組み、地域福祉のニーズ把握に努めています。通所事業では、地域移行後の利用者が心身ともに安定的な生活の維持継続をするために必要な支援を提供し、関係機関とのネットワーク化を図り、退所後のアフターケアに取り組んでいます。</p>	
(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 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
<p><コメント> 地域の関係機関・団体との交流、各種会合への参加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。生活医療福祉部会や横浜市就労訓練事業交流会、サザン・ワーク地域連絡会、南区自立支援協議会等の会合や研修に参加し、生活困窮者就労訓練事業（中間的就労）、保護施設通所事業等に関する地域ニーズ等の情報収集を行っています。施設では情報収集などに取り組んでいますが、職員は課題把握に未だ課題があると認識しています。</p>	
<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>	a
<p><コメント> 地域貢献への取組の一環として福祉避難所としての準備を進めています。福祉避難所として米飯、飲料水、簡易トイレ等の災害用備蓄品を保管しています。地域の防災対策として南消防署の協力を得ながら、近隣の救護施設と連携して屋内消火栓訓練を実施しています。また、コロナ禍でまだ実施には至っていませんが、事業所では生活困窮者自立支援法に基づく生活困窮者就労訓練事業の認定事業所として就労訓練を自主事業として実施する体制を整備しています。</p>	

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

	第三者評価結果
<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>	a
<p><コメント> 利用者の尊厳を守り、自立に向けた支援に取り組んでいます。法人の理念・基本方針・行動基準が記載された「神奈川県匡済会職員ハンドブック」、「携帯用カード」、「職員マニュアル」等を職員に配布しています。事業所内に法人理念ポスターを掲示したり、パソコンの職員共有フォルダー内にも法人や事業所の理念・方針を記載しています。職員会議や支援員会議の冒頭に参加職員で理念を読み上げ、職員に周知徹底しています。人権擁護については、人権研修担当職員を配置し、年一回「人権研修」を実施しています。</p>	
<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>	a
<p><コメント> プライバシー保護については接遇マニュアルの中で定めています。利用者の2人部屋の居室は各自のベッドスペースをカーテンで仕切ることが出来、プライバシーに配慮されています。音の出る機器を使用する場合は、イヤホンやヘッドフォンを使用しています。面会者がある場合は、面会室や作業室を提供しています。ブログに掲載する写真については、利用者より「法人のホームページ・SNS・ブログ等における写真掲載」の同意について書面で承諾を得ています。親族や関係機関の職員が利用者の部屋の様子を見たいと申し出があった場合は、同室者の許可を得て、職員立ち合いの下で実施しています。</p>	
<p>(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> <p>【30】 Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス利用に必要な情報を積極的に提供している。</p>	a
<p><コメント> 利用者に配布している「利用の手引き」に事業所の基本理念、運営方針や支援内容を記載しています。文字を大きくしたり、ひらがなを用いたわかりやすい「利用の手引き・簡易版」も作成しています。入所する際は必ず本人の意思確認を行っています。法人ホームページの「みんなのブログ」は最新の行事やイベント情報を掲載しています。事業所への問い合わせ窓口は生活相談員が担当しており、入所に関する相談に対応しています。入所の申し込みについては実施機関が窓口となっており、担当のケースワーカーに連絡調整をしてもらうよう利用者に説明しています。通所事業について希望があった場合には体験通所を実施しています。</p>	
<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>	a
<p><コメント> 個別支援計画書は必ず利用者との面談し、要望・希望を聞いて作成しており、利用者に説明し、同意を得ています。ケースにより個別支援計画作成や見直しの前に、利用者を交えて関係各機関（ケースワーカー、主治医、作業所職員など）とのカンファレンスを実施し、その結果を踏まえて個別支援計画書を作成しています。サービス提供の実施状況に関する評価は年1回見直しており、支援内容に変更が生じた場合は随時見直しています。日常生活サービス（衣食住、服薬、排泄、外出支援等）の改善については、担当者間、フロア間、部署間・他部署間で、また、支援内容によっては、実施機関・主治医・作業所職員等と合同カンファレンスで検討し、利用者へ改善内容を説明して同意を得ています。</p>	
<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>	a
<p><コメント> 事業所の変更については「退所者相談マニュアル」を作成しており、相談窓口は生活相談員となっています。他施設や医療機関へ居所が移る利用者の場合は看護サマリーを作成し、基本情報から日常の支援内容、栄養面、医療面、社会面など総合的に継続した支援が受けられるよう引き継ぎをしています。居宅訓練事業を終了して退所した利用者および地域の生活保護受給者が地域で安心・安全な生活を継続していく支援として、事業所の食事提供、安否確認、訪問・面談を行う保護施設通所事業を実施しています。養護老人ホームやグループホームへ移った退所者を毎年施設の納涼祭に招待して、利用者や職員との交流の機会を作っています。</p>	

<p>(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>	<p>第三者評価結果</p>
<p>【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。</p>	<p>a</p>
<p><コメント> 利用者の事業所に対する意見や要望は、意見箱や月1回の利用者全体会、臨時の利用者会で把握しています。その他、日常的に直接職員に意見等を伝えてもらうよう声かけなどを行い、出された意見に対しては、月1回の職員会議で検討し、具体的な改善につなげています。結果について個別的事案は各個人に、全体にかかる内容については食事の時間に利用者に伝達しています。定期的に、食事に関する嗜好調査やレクリエーション後のアンケートで評価を得ています。嗜好調査の結果は食堂に掲示し、利用者に報告しています。</p>	
<p>(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</p>	
<p>【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。</p>	<p>b</p>
<p><コメント> 法人の「福祉サービスに関する苦情解決取扱規則」に基づき、事業所で「苦情解決体制要領」を策定しています。事務室前に苦情解決制度の案内を掲示するほか、意見箱を設置し、日常的に意見や苦情を受け付けています。苦情解決の仕組みとして、第三者委員の利用者への周知に課題があります。苦情や意見は、申し出者と面談をして内容を確認し、記録をした上で対応を協議し、職員会議で周知するほか、申し出者には対応の内容を伝えています。また、個人情報等プライバシーに支障がない範囲で、四半期ごとに苦情や要望への対応について事業所内に掲示し、利用者全体にも知らせています。</p>	
<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。</p>	<p>a</p>
<p><コメント> 入所時に「浦舟園利用の手引き」を全員に配布し、施設への意見や要望・苦情等について、提出の方法を説明しています。各利用者の担当職員を2名ずつ配置するとともに、担当職員以外にもいつでも相談ができることを伝え、より相談しやすい環境を作っています。また、月1回利用者の全体会を開催していますが、必要に応じて臨時の利用者会も開催し、意見等を聞いています。その他、意見箱の設置、食事の嗜好調査の実施、レクリエーションや購入図書希望アンケートの実施、イベント後のアンケート実施などで、利用者の意見を聞く機会を作っています。</p>	
<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>
<p><コメント> 利用者の相談や要望は、直接利用者が話しやすい職員に個別に伝える環境を作り、全体としては意見箱への投書や利用者の全体会等で把握しています。提出された意見等については、マニュアルに基づき本人に内容の確認をしたうえで記録し、職員間で対応を協議した結果をフィードバックしています。利用者からの意見への対応については、利用者十分に認識されておらず、課題です。日々の相談については、その都度記録し、朝夕の引き継ぎで職員間の共有を図っています。常勤職員は全員各委員会に所属しており、課題に関連した委員会が中心となって課題解決に向けた取組をしています。対応マニュアルは各委員会でも毎年6月に見直しし、アップデートしています。</p>	
<p>(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>	<p>第三者評価結果</p>
<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>a</p>
<p><コメント> 事業所として「事故防止マニュアル」を策定しています。事故やヒヤリハット事例は記録し、施設長・次長・主任の段階で協議して該当のフロアで内容についての再検証を行ったうえで、毎月行っているリスクマネジメント委員会に提出します。委員会では改めて原因分析と改善策を検討し、改善結果についての検証を行っています。これまでの事故防止対策としては、誤嚥防止のための口腔体操、転倒防止のポスター掲示や衝突防止のミラー設置、床の注意喚起用テープ設置等を実施しています。また、毎日0時の巡回時に、消防設備や障害物の点検を行う他、年2回リスクの再評価を行っています。</p>	
<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>
<p><コメント> 「感染症対策マニュアル」を策定し、感染症対策用倉庫に保管するとともに、パソコンの共有フォルダに保存し、必要に応じて閲覧をしています。職員に対しては、年2回ガウンテクニック訓練を看護師の指導で行っており、今後はゾーニングシミュレーションの実施を予定しています。また、嘔吐物処理、手洗い、コロナ・インフルエンザ研修を実施し、感染状況について全職員が毎日把握しています。感染時期には利用者にも情報提供し、手洗い等呼びかけています。毎日ドアノブ等の消毒をし、トイレの水や電気は人感センサーを設置して感染予防を図っています。マニュアルは毎年6月に見直ししています。</p>	

<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>	a
--	---

<コメント>
火災、水害、地震災害を想定し、複合施設ビル内の他の機関と共同して、年2回避難訓練を実施しています。利用者の安否確認は、職員が各居室を回りドアを開放して直接確認し、職員については、年1回法人の一斉メールでの安否確認と参集の情報伝達訓練を実施しています。地域の消防署や福祉施設、自衛消防隊などと連携した訓練研修会にも参加しています。災害に備えて事業所と地域住民のための備蓄品がリスト化され、米飯やパン、飲料水、簡易トイレなどを防災倉庫に保管し、定期的に内容をチェックしています。消防設備点検は毎日実施しています。

2 福祉サービスの質の確保

(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。	第三者評価結果
<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

<コメント>
事業所では、取り組むべき業務ごとに細かくマニュアルを作成し、常時必要に応じて確認できるようパソコンの共有フォルダで保存しています。また、服用薬の内容等、個別の支援で変更がある場合は朝礼等で申し送りをするとともに、記録して即共有しながら支援をしています。特に食事場面での窒息や誤薬防止のための食堂テーブル上の表示には細かい配慮をしています。マニュアル類は利用者の尊重やプライバシー保護を明記している「浦舟園職員行動規範」を遵守しながら、毎年1回、全常勤職員が分担して実際の支援と照らし合わせ、見直しをしています。

<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。</p>	a
---	---

<コメント>
事業所では、多くのマニュアルを策定し、それに則ってサービスを提供しています。基本的には、全常勤職員が分担して、毎年6月一斉にマニュアルの見直し作業を行っています。マニュアルの内容が周知徹底されているか、また、毎月実施している生活支援員会議で、業務全般、及び利用者に対する個別支援の内容について検討しています。早急に変更または改善の必要がある場合には、マニュアルや個別支援計画の変更を行う前に職員全員が情報を周知したうえでサービス方法等の変更をしています。利用者からの意見は、日常的に様々な方法で出されており、受け止めてマニュアルに反映しています。

(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。	
<p>【42】 Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的支援計画を適切に策定している。</p>	a

<コメント>
個別支援計画は、担当の生活支援員が個別支援計画作成手順に基づき、所定のアセスメント様式によりアセスメントを行って年1回作成しています。作成時には、利用者との面談し、本人の要望等を聞くとともに、医師や理学療法士等の意見や福祉事務所、作業所等関係機関の意見も取り入れてケースカンファレンスを開催し、案としています。支援計画案は全職員に周知され、最終的に本人の確認のもとに決定しています。計画に基づく支援が提供されているかどうか、日々の利用者の様子や支援内容の記録で確認しています。家族には、必要に応じて相談し、合意を得ています。

<p>【43】 Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。</p>	a
--	---

<コメント>
個別支援計画は、年1回見直しをしていますが、病状や身体機能の変化等で支援方法や内容の変更が必要になった場合、また、機能改善による生活のレベルアップが図れる状態になった場合には、福祉事務所のケースワーカーや主治医、作業所職員などと相談し、または合同カンファレンスを開催して提供する支援内容を変更しています。その際、個別支援計画の変更は行わず、記録やカンファレンス等により全職員に支援内容の変更を周知し、変更後のサービスを提供しています。支援の実施の評価は日常的に行われ、支援は利用者の変化に合わせて柔軟に行っています。

(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

<コメント>

所定のアセスメント表に利用者の詳細の状況を記録し、個別支援計画に基づいた支援を提供しています。日々の支援内容はパソコン上の記録システムで職員間で共有されています。また、頻繁に開催されている内外の会議もしっかり記録し、パソコン上と紙ベースで整理されています。職員は日勤リーダーとして行う朝夕の業務日誌の記録を通じて、記録の技術を訓練しています。書かれた支援記録は、「記録の書き方マニュアル」を参考に他の職員と一緒に見直し、作業を積み重ねながら、記録技術の向上を図っています。

【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>

法人として情報セキュリティルールを定めています。個人情報保護について、人権研修委員会主催で所内研修を実施し、個別記録は鍵付きの場所で保管しています。また、横浜市長宛に「個人情報保護に関する誓約書」を提出しています。警察署等関係機関からの利用者情報提供依頼については、問い合わせ対応表を作成して対応しています。通院等でやむなく個人情報を持ち出す場合は、個人情報持ち出し管理表に記載し、複数の職員が確認し専用のケースに保管、専用のリュックで持ち出しますが、戻り次第シュレッダーで廃棄する等、細心の注意を払って管理しています。