

## 福祉サービス第三者評価の結果



## 1 施設・事業所情報

## (1) 事業所概況

事業所名称 (施設名)	デイサービスセンターメープル		種別	デイサービスセンター		
代表者氏名 (管理者)	理事長 村上 一夫		開設年月日	平成28年4月1日		
設置主体 (法人名等)	社会福祉法人メープル		定員	30名	利用人数	22名 (H29.2月現在)
所在地	(〒039-2311) 青森県上北郡六戸町大字上吉田字長谷85番地11					
連絡先電話	0176-55-5355	FAX電話	0176-70-1110			
ホームページアドレス	<a href="http://meipuru.or.jp/">http://meipuru.or.jp/</a>					
第三者評価の受審状況	これまでの受審回数	受審履歴				
	0回	—				

## (2) 基本情報

理念・基本方針	【法人の運営理念】 1. 社会連帯と自立支援 2. 主体的生活ができる場の確立と環境の保護 3. 常に研鑽に励み、質の高いサービスの提供	
	【施設の理念】 地域に根ざした介護サービスを心がけ、可能な限り、自宅で自立した生活を送れるよう利用者及び家族を支援します。	
	サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
	送迎、健康チェック、入浴、食事、機能訓練、余暇活動	外出買物、ヨガ教室、生け花教室、おやつ作り、保育園園児訪問、もちつき会
その他、特徴的な取組	<p>町で最初のデイサービスセンターを開設以来、敷地内に在宅介護支援センター、特別養護老人ホーム、グループホームを開設して施設機能の充実を図り、町の高齢者福祉の拠点となっています。</p> <p>デイサービスセンターでは、体操や音楽、映画、ゲーム、手芸、知能リハビリ、園芸、季節行事、屋外外出行事など、多様な「趣味活動」と「機能訓練」のプログラムが用意され、心身機能の低下防止と向上を図る取り組みを実施しています。また、敷地内にある法人内の併設施設の行事に参加する機会を設けるなど、柔軟にサービスを提供しています。</p> <p>設備面では、温泉を利用した入浴設備があり、脱衣所には床暖房が設置されています。また、ホールにはテレビを2台設置して、好みの番組を選択できるよう配慮しています。</p>	

居室概要		居室以外の主な施設概要	
ホール、和室、休憩室		大浴場1ヶ所、機械浴1ヶ所	
職員の配置			
職種	人数	職種	人数
所長	常勤:1 非常勤:0	介護職員	常勤:6 非常勤:1
生活相談員(介護職:兼務1)	常勤:1 非常勤:0		
機能訓練指導員	常勤:1 非常勤:0		
看護職員	常勤:1 非常勤:1		

## 2 評価結果総評

<p>◎ 特に評価の高い点</p> <p><b>【積極的な地域との交流】</b></p> <p>①法人の基本目標に地域との結びつきを重視した運営を掲げ、「地域交流活動推進委員会」を設置し、地域行事への参加に向けた企画・運営や地域の小・中学校と定期的に交流する機会を設ける体制が整備されています。</p> <p>②法人のホームページにボランティア募集の呼びかけを掲載し、積極的にボランティアの受入を行っており、地域の小学生や中学生、専門学校生、ボランティア団体等が活動を行っています。</p> <p><b>【施設機能を活かした地域貢献】</b></p> <p>法人施設の温泉を活用し、敷地内に誰でも利用できる足湯コーナーを設けています。また、施設のホール内に子どもが遊べるキッズコーナーを設けている他、カラオケ設備を地域のカラオケ愛好会に開放しています。</p>
<p>◎ 改善を求められる点</p> <p>①理念、基本方針等の実現に向けた中長期の事業計画を策定することや、財政面での裏付けとなる中長期の収支計画を具体的に明文化すること。</p> <p>②中長期の事業計画、収支計画を策定した上で、計画の内容が反映された単年度の計画を策定すること。</p> <p>③自己評価や第三者評価等の評価結果を分析し、課題や問題点等を明確化して改善策や改善実施計画等を策定して実施すること。</p> <p>④理念や基本方針等の実現に向けて組織が必要とする福祉人材や人員体制の方針を明確化して、具体的な計画を策定し実施すること。</p> <p>⑤理念や基本方針、組織として期待する職員像等を踏まえ、職員一人ひとりの育成に向けて目標を設定することや進捗状況や目標達成度等の目標管理のための仕組みを整備すること。</p> <p>⑥利用者満足度を把握する仕組みを構築し、調査結果の評価・分析による利用者満足度の向上に向けた仕組みを整備すること。</p> <p>⑦第三者委員の設置やオンブズマンの導入、利用者等が理解しやすい掲示物の作成等、苦情解決における客観性の担保や苦情解決体制の周知や理解を促進すること。</p>

## 3 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

管理者と職員の間認識の差がある事や自分たちでは気づきにくい課題が具体的になったため、第三者評価を受審して良かったと感じています。

評価機関	名 称	社会福祉法人青森県社会福祉協議会
	所 在 地	青森市中央三丁目20番30号
	事業所との契約日	平成27年9月18日(金)
	評価実施期間	平成28年10月6日(木)～平成28年10月12日(水)
	事業所への 評価結果の報告	平成29年4月11日(火)

## 第三評価結果

※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。

※評価細目毎に第三者評価機関の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・b・c
<コメント> 法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた理念や基本目標として作成し、事業計画やパンフレットに明示しています。法人の理念をホールに掲示するとともに、採用時研修において職員への周知を行っています。法人の理念は、利用者や家族により分かりやすい表現で「メープルの想い」としてホームページに掲載しています。		

#### 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・b・c
<コメント> 青森県老人福祉協会や上十三老人福祉協会に加盟し、社会福祉事業全体の動向の把握に努めています。施設長は、町の介護保険運営協議会委員を務め、高齢者福祉計画や介護保険事業計画の策定に携わっています。月1回開催される法人の経営会議や運営会議等において、利用者の推移やニーズの変化等を分析し、事業経営の維持や改善を図っています。		
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・b・c
<コメント> 経営状況や経営課題については、役員間において共有されていますが、職員への周知が十分とは言えません。月1回、施設長や各部署管理者等により開催される運営会議において、組織体制や設備の整備等についての課題や問題点を明らかにしています。		

### 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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画に中長期計画の記載がありますが、中長期的なビジョンや経営課題の改善に向けた具体的な内容、計画の期間設定が明示されていない他、財務面の裏付けとなる収支計画も策定されていません。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中長期計画が策定されていないため、単年度の事業計画に中長期計画が反映されていません。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は、部署会議で原案を作成し、法人の運営会議に諮った上で策定されており、部署会議において職員に説明されていますが、配布されず、施設内に設置しています。半期に1度、事業計画の実施状況について評価が行われていますが、職員への周知と理解を促すための取り組みが十分ではありません。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の周知と内容の理解を促すために事業計画の内容を分かりやすく説明した資料の作成や説明会の実施等が行われていませんが、利用者や家族に対して、事業計画を配布しています。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの質の向上に向けた定期的な自己評価は行われていませんが、法人内に介護サービス向上委員会を設置し、ケアの質の向上や新しい介護技術の導入等を目的に毎月1回会議を開催しています。法人全体の運営会議が月1回行われ、福祉サービスの提供状況について検討する機会があります。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内の介護サービス向上委員会やデイサービス部署会議が月1回開催され、福祉サービスの提供状況について確認し合う機会がありますが、改善の共有化や文書化、改善策や改善計画を作成して実施するまで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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、事業計画書にセンターの経営や管理に関する内容や理念、年度の目標、職務分担等を明示するなど、センターの方針と取り組み等を明確化し、全体会議や部署会議に出席していますが、自らの役割や責任について、広報誌等へ掲載し表明するなど、理解を促すための取り組みが十分ではありません。また、緊急時対応のフローチャートを作成していますが、施設長の役割や責任が明記されていません。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、関係機関や団体等が開催する会議や研修に参加し、遵守すべき法令や制度の理解に努めている他、内部研修において、高齢者虐待等をテーマとした研修を開催しています。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人において、研修委員会や介護サービス向上委員会を設置し、介護マニュアルの見直しなどに取り組んでいますが、施設長は各委員会に参画していません。施設長は、全体会議や部署会議に出席し、福祉サービスの質の向上について話し合う機会を設けています。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経理状況について、税理士から助言を得ることができる体制となっている他、部署ごとに職員の異動や人員配置の希望を把握し、法人全体の運営会議において検討しています。施設長は経営の改善や業務の実効性の向上、職員の働きやすい環境整備に向けて指導力を発揮しています。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人材の確保については、ハローワークや新聞広告、ホームページ等を通じて実施していますが、福祉人材や人員体制等に関する基本的な考え方や必要な人材や資格等についての具体的な計画が策定されていません。デイサービスセンターの運営については、必要な人材が確保されており、職員の定着率も高い状況にあります。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>就業規程に職員の服務について規定しており、採用時に職員に説明を行っています。人事考課を実施しており、施設長は職員との面談を通じて職員の希望や意向等の把握し、人事考課の結果に基づいて人事管理を行っています。</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組んでいる。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年1回、職員と面談を実施し、就業状況や配置等の意向を把握する体制があります。有給休暇の取得状況や時間外労働の状況については、法人本部において把握され、職員の希望を聞いた上で勤務シフトを作成するなど、家庭と仕事の両立に配慮しています。腰痛健診、インフルエンザの予防接種等を実施し、職員の健康管理に配慮している他、福利厚生については、忘新年会や職員旅行などへの補助を行っています。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員は随時、内部研修や外部研修に参加して知識や技術の習得に努めていますが、職員一人ひとりの目標が設定されていないことや、職員が自己の目指すべき職員像の実現に向けた体制が整備されていません。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の運営理念や基本目標から、「期待される職員像」を読み取ることができ、法人全体の研修委員会が設置され、月1回開催している内部研修の企画・運営、職員の参加状況等の管理を行っています。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>新任職員には、個別的なOJTが行われています。職員の専門資格の取得状況や知識・技</p>		

術水準を把握し、必要に応じて内部研修、外部研修に職員を派遣しています。外部研修に参加した職員は、職員会議において報告しています。		
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教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生を積極的に受入れています。実習生等の育成に関するマニュアルは作成されていません。実習プログラムについては、学校と連携し、専門職種の特性に配慮したプログラムを作成しており、法人の特性を生かして、デイサービスだけではなく、敷地内にある特別養護老人ホーム等と連携した実習プログラムになるよう工夫されています。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の理念や基本方針、提供するサービス内容、決算報告等をホームページに公開している他、法人の広報紙を関係機関や町内に配布しています。苦情・相談の体制や対応の状況等については公表されていません。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経理規程に内部監査が規定されていますが、実施されておらず、外部監査も実施されていません。経理や契約については経理規程に明記されている他、経理については、税理士に相談する体制があります。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画に地域連携の強化を明記し、地域交流活動推進委員会を設置しており、職員は地域の祭りへの参加や年1回、地域のゴミ拾いに参加している他、買い物をする際には、地域における地域の商店や訪問販売業者等の社会資源を利用しており、地域住民と利用者が交流する機会を設けるなど、積極的に推進を図っています。</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・b・c

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティアの受入れについては、地域交流活動推進委員会を設置し、推進しています。ホームページを通じてボランティア募集をしており、受入担当者を配置し、地域の社会福祉協議会や農業協同組合等からのボランティアの受入れ行っている他、小中学生のボランティアの受入れを通じて学校教育への協力を行っています。</p>		
<p>Ⅱ-4-(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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、地区の老人福祉協会等の会合に定期的に参加して関係機関・団体等との連携や情報収集に努めています。個々の利用者の状況に対応できる社会資源の機能や連絡先等の資料を事務所に設置し、必要に応じて職員が活用できる体制が整備されています。</p>		
<p>Ⅱ-4-(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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設にある温泉を活用して、誰でも利用できる足湯コーナーを敷地内に設け、憩いの場を提供しており、施設のホール内に子どもが遊ぶことができるキッズコーナーを設けている他、カラオケ設備を地域のカラオケ愛好会に開放するなど、施設が有する資源を地域に還元しています。施設は、町と福祉避難所の協定を締結しており、災害時における社会資源のひとつとして地域に貢献しています。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>町における最初のデイサービスセンターとして開設されて以来、在宅介護支援センターや特別養護老人ホーム、グループホームを開設し、地域における高齢者福祉の拠点として、施設機能の充実や資源の還元に努めています。</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
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の基本目標として、利用者の意思及び人権を尊重したサービスの提供について明示し、職員会議を通じて職員に周知している他、職員倫理規程を策定し、職員の採用時に説明を行っています。利用者を尊重した福祉サービスの提供について、組織の考えを反映させた介護</p>		



マニュアルを作成している他、接遇や高齢者虐待に関する内部研修を行っています。		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の権利擁護については、身体拘束排除マニュアルを整備して取り組んでいますが周知や理解を図るための研修が行われていません。利用者のプライバシー保護については、風呂場の脱衣所にカーテンを設置するなど、設備面での配慮や工夫を行っています。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>パンフレットを作成しており、施設が提供する福祉サービスの理念や内容、施設見学や1日体験ができる旨記載されています。ホームページには、デイサービスセンターにおける利用者の活動内容の写真や1日の流れ、料金等について分かりやすく掲載されています。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの開始や変更については、パンフレットや重要事項説明書等により利用者やご家族等へ説明し、同意を得たうえでを行い、内容を書面で残している他、意思決定が困難な利用者については、家族から代理署名を得たうえで実施しています。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対して、その後の相談方法や相談担当者等について説明した文書が作成されていませんが、福祉サービスを変更する場合には、介護支援専門員が同席し、利用者にも不利益が生じないように説明しています。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者満足を把握するために、施設で提供している食事の嗜好調査を年2回、行っていますが、提供している福祉サービス全体についての満足度調査が行われていません。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決責任者、苦情受付担当者を設置しており、苦情等への対応状況について、毎週1回、リスクマネジメント委員会において情報共有されています。苦情受付窓口として青森県国民健康保険団体連合会のポスターを掲示していますが、施設における苦情解決の仕組みを分かりやすく説明した掲示物等が掲示されていない他、第三者委員が設置されていません。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書に複数の苦情相談窓口を明記して、説明をしており、玄関に意見箱を設置しています。職員は、利用者と一緒に昼食をとるなど、日常的に利用者の様子を観察しながら、声かけを行うとともに、利用者一人ひとりの連絡ノートを作成し、相談や意見を述べやすい雰囲気づくりに配慮しています。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>嗜好調査の実施や施設の玄関に意見箱を設置している他、相談・苦情・事故対応マニュアルを整備して、寄せられた相談・苦情等に迅速に対応しています。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内にリスクマネジメント委員会を設置してヒヤリハットや事故等の情報を共有し、職員の参画により再発防止について要因の分析・検討を行っている他、事故発生時の対応マニュアルを作成してリスクマネジメントに取り組んでいます。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内に、感染予防対策委員会を設置している他、感染症予防マニュアルの確認・見直しが行われており、感染症の予防や安全確保のために、定期的に手洗いやノロウィルス等に対する内部研修が行われています。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害発生時の参集計画を含めた災害時対応マニュアルを作成しています。地域のハザードマップにより周辺の土砂災害のリスクについて把握しており、施設は鉄筋建となっています。職員の災害時の安否確認の手段として、ホームページに災害緊急連絡のページを設けています。施設内には、3日分の食糧、発電機、石油ストーブなどが備蓄されています。火災を想定した避難訓練を年2回、入居者を含めた総合避難訓練を年1回実施しています。</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。	a・b・c

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>マニュアルには利用者の尊重やプライバシー保護や権利擁護等に関わる姿勢の明示が十分ではないものがありますが、標準的な実施方法が文書化され、食事、入浴、排泄、服薬、送迎などのマニュアルを整備し、職員が閲覧できるよう施設内に設置しています。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護サービス向上委員会において、統一したケアと、新しい介護技術の導入に向けて、法人全体のマニュアルの見直しを行っています。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービス実施計画策定の責任者が設置されており、アセスメントの手法が確立され、利用者の希望やニーズが反映された福祉サービス実施計画となっています。利用者一人ひとりの状況を日誌に記録し、計画にもとづいた福祉サービスの実施状況を確認する仕組みがあり、支援が困難なケースについては、様々な職種が参加したカンファレンスにより、対応を検討し適切な福祉サービスが提供されています。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービス実施計画については、利用者や家族等の意向や関係職員などの意見を聞きながら、3ヶ月ごとにモニタリングと再アセスメントを行い、見直しをしています。利用者の心身の状況や意向などの変化により、緊急に計画を変更する場合の仕組みが整備され、計画が変更になった場合は、朝夕のミーティングや月1回の部署会議を通して職員間で情報を共有しています。</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、職員間で共有化している。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画により、身体状況や生活状況等を把握し、実施状況や目標の達成度等を記録している他、朝夕のミーティングや月1回の部署会議において、利用者の状況について情報共有が行われています。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の記録については、保管や廃棄、情報の提供等に関する規定が定められていませんが、個人情報保護については、記録管理の責任者や漏洩対策等について、個人情報保護に関する規程を定め、取り組んでいます。</p>		