

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)	特別養護老人ホームメープル		種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名 (管理者)	理事長 村上 一夫		開設年月日	平成15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	長期70名、短期20名	利用人数 長期70名、短期12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	0176-70-1115	FAX電話	0176-70-1113		
ホームページアドレス	http://meipuru.or.jp/				
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】 「老後の安心と輝きの創造」 ・「家」と思えるような、時間の過ごし方としつらえ作り ・個人を尊重し、自己決定が出来る関わり ・地域社会との交流	
	サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
	9ユニット(長期70人・短期20人)	おやつ作り、忘年会、新年会、節分、パレンタインデー、雛祭り、クリスマス会、夕食会、七草粥、小正月&新年会、豆まき、たこ焼きづくり、昼食会、誕生会、餅つき、ホワイトデー等
その他、特徴的な取組	<p>ユニットケアリーダー研修実施施設として、一般社団法人日本ユニットケア推進センターの指導のもと、ユニットケアを学びやすい環境の整備に尽力しており、ユニットケアの実施により、利用者の意志や人格を尊重した個別ケアサービスを提供しています。</p> <p>柔道整復師を配置して入所者の身体機能の向上を目指した取り組みに力を入れており、入所者の残像機能の維持や向上に努め、充実した生活を送ることができるよう取り組まれています。</p> <p>地域との交流活動やつながりに積極的に取り組んでおり、地域の祭りや敬老会、学校行事等へ入所者が出掛ける機会を設けることで施設の理解や利用者との交流に力を入れていきます。地元のカラオケ愛好会に施設内のホールを自由に使用できるように提供している他、敷地内には誰でも自由に利用することができる足湯があり、地域に開かれた施設となっています。</p>	

居室概要		居室以外の主な施設概要			
9ユニット(全室個室、冷暖房完備、エアコン、トイレ、洗面台、家具や電化製品)		個浴5ヶ所(うち臥卧式浴1ヶ所、座立式浴1ヶ所、温泉大浴室1ヶ所)			
		ホール、カフェテリア、キッズスペース、談話コーナー			
職員の配置					
職種	人数		職種	人数	
施設長	常勤:1	非常勤:0	看護職員	常勤:6	非常勤:1
統括課長	常勤:1	非常勤:0	介護職員	常勤:49	非常勤:5
介護支援専門員	常勤:1	非常勤:0	介護業務員	常勤:1	非常勤:11
生活相談員	常勤:2	非常勤:0	嘱託医	常勤:0	非常勤:1

2 評価結果総評

<p>◎ 特に評価の高い点</p> <p>ユニットケアを推進していることにより、入所者の意思や人格を尊重した支援やプライバシーに配慮した支援が行き届いています。入所者の日常生活は、自宅で生活しているような環境の中で、職員は入所者に寄り添い、入所者のペースに合わせたサービスの提供に心掛けています。</p> <p>柔道整復師が配置されており、入所者の残存機能の保持や生活全般についてのアドバイスにより、個々の入所者が有する能力を最大限に引き出し、生活の質の向上に努めています。</p> <p>研修委員会やリスクマネジメント委員会、地域交流活動推委員会等の各種委員会が組織されており、提供されている各種のサービス内容や状況等について評価・検討しており、福祉サービスの質の向上につながっています。</p> <p>施設長は、地域において開催される関係機関や団体等の会議に出席して、福祉に関する情報収集に努めており、収集した内容を職員会議等において職員へ周知し、職員が施設の担う役割を常に確認できるよう取り組んでいます。</p> <p>施設の敷地内には、地域住民が利用できる足湯があり、利用に訪れた地域住民と利用者の交流の場になっている他、地元のカラオケ愛好会に施設内にあるホールを自由に使用できるように提供しており、入所者もカラオケを利用することができるなど、地域に開かれた開放的な施設となっています。</p>
<p>◎ 改善を求められる点</p> <p>①施設の現状や課題等を考慮し、数値目標や具体的な成果等を盛り込んだ実行可能で具体的な中・長期の事業計画及び収支計画の策定すること。</p> <p>②数値目標や具体的な成果等を盛り込んだ実行可能で具体的な中・長期の事業計画及び収支計画を策定した上で、その内容を反映した単年度の事業計画を策定すること。</p> <p>③事業計画の内容を簡潔にまとめた資料を作成して利用者や家族等へ説明し、施設の掲げる目標や方針等の理解の促進に取り組むこと。</p> <p>④会議や委員会等で評価・検討した結果等を職員へ周知し、内容を共有するなど、組織的に課題の改善に向けた計画の策定や実施に向けて取り組むこと。</p> <p>⑤利用者や家族等のニーズを把握するために利用者満足調査や懇談会等を実施し、把握した内容を分析・検討した上で、福祉サービスの質の向上に努めること。</p> <p>⑥客観的な立場から苦情相談や要望等に対応することができる第三者委員やオンブズマン等の設置や苦情相談・要望等の相談先として、複数の相手や方法等を選択できる体制を整備すること。</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26日(水)～平成28年10月31日(月)
	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
<p><コメント></p> <p>法人の理念や基本目標等の周知については、利用者や家族等へ分かりやすく説明した資料等が作成されていません。法人の理念や基本目標が明文化され、パンフレットやホームページ等に記載されており、全体集会や会議等において職員に説明されている他、理念カードも携帯しています。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>青森県老人福祉協会や上十三老人福祉協会に加盟しており、高齢者福祉にとどまらず、社会福祉全体の動向の把握に努めています。施設長は、町の福祉計画の策定に携わっており、町の社会福祉の施策や動向等も理解しています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>経営課題の分析結果について、職員への周知や説明は十分とは言えませんが、月1回、リーダー等が参画する運営会議において、サービス内容や組織体制、施設設備等の課題を分析しており、役員間における情報の共有が行われています。</p>		

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><コメント></p> <p>事業計画には、中・長期の事業計画についての記載はありますが、数値目標や具体的な成果等を盛り込むなど、経営の課題や問題点等の解決や改善に向けた具体的な内容となっておらず、財務状況の裏付けとなる収支計画が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><コメント></p> <p>単年度の計画は策定されていますが、中・長期計画が策定されていないため、その内容を反映した事業計画が策定されていません。</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><コメント></p> <p>事業計画の策定については、職員の意見を集約した上で、リーダー等が参画する運営会議で評価・見直しを行い策定しています。施設長は事業計画を全体集会において職員へ周知している他、各ユニットへ配布していますが、職員一人ひとりに対して配布されていません。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画の内容を、利用者や家族等へ周知や理解を促すための取り組みが行われていません。</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><コメント></p> <p>リーダー等が参画する運営会議で自己評価結果の分析・検討を実施し、PDCAサイクルにもとづき、福祉サービスの質の向上に向けて取り組んでいますが、組織的な取り組みとしては十分ではありません。3年に1度、一部の職員ではあるがユニットリーダー研修実地研修施設チェックシートにより自己評価を実施しています。</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><コメント></p> <p>法人内に設置されているリスクマネジメント委員会やサービス向上委員会等において、提供している福祉サービスを確認する機会がありますが、評価の分析や結果を職員へ周知することや改善策・改善実施計画等の策定がなされていません。</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><コメント></p> <p>施設長の役割や責任については、組織内の広報誌等へ掲載されていません。職務分掌等は文書化されており、施設長は全体集会等において、自らの役割や責任について職員へ表明し、有事の際の役割や責任、不在時の権限委任等について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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、法令遵守の研修等へ積極的に参加し、遵守すべき法令等を理解しています。利害関係者との適正な関係保持については、法人職員倫理規程を定めており、適正に実施されている他、職員に対して施設内研修等を通して遵守すべき法令等の周知や説明を行っています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、サービスの質の向上について、運営会議のメンバーとともに、定期的に評価や分析を行っていますが、課題の改善に向けた具体的な取り組みについては明示されていません。法人内には、福祉サービスの向上に向けて各種委員会が組織されている他、職員の意見を福祉サービスの質の向上に反映させる取り組みや、職員の教育・研修等の充実を図っています。</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><コメント></p> <p>施設長は、経営の改善や業務、実効性等の向上に向けて、人事、労務、財務等の検証・分析が十分ではありませんが、人員配置や職員の働きやすい環境の整備など、経営の改善や業務の実効性を高めるための取り組みを行っています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人が必要とする人材や人員体制に関する基本方針や具体的な計画等が確立されていませんが、企業説明会や福祉分野の教育機関等へ積極的な採用活動は実施しています。</p>		

15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の職員倫理規程を定めており、その内容が「期待する職員像」となっています。年2回、人事考課を実施し、その結果を賞与へ反映させている他、年1回、施設長との個人面談により、職員の意向や意見を把握し、評価・分析した上で改善策等を検討しています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長と職員が行う年1回の個人面談や、その他の機会にも施設長へ相談できる体制となっていますが、組織内に職員の悩み相談窓口を設置するまでには至っていません。施設長は、職員の有給休暇の取得状況や就業状況を把握し、ワーク・ライフ・バランスへの配慮や職員の意向を反映した勤務シフト、腰痛健診やインフルエンザの予防接種等、職員の健康管理など、働きやすい職場づくりへの十分な配慮がなされています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>職員一人ひとりの目標管理シートの作成や研修計画が策定されていないなど、職員の育成に向けた目標管理が行われていません。施設長との年1回の面談や年2回の人事考課を通じて、職員一人ひとりの目標については確認し、把握しています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の方針や計画の中に、組織が必要とする職員の知識や技術、専門資格等が具体的に明示されていません。研修委員会の設置や内部研修の実施など、研修の必要性や重要性を認識している他、職員の外部研修への参加を促しています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>新任職員に対して、採用時の研修を実施している他、職員の経験年数や習熟度に応じて外部研修等に関する情報提供を行い、職員が研修に参加できる機会を確保しています。</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><コメント></p> <p>現在は、介護福祉士以外の専門職種の実習生の受入れは行われておらず、実習指導者に対する研修の実施も行われていません。介護福祉士の資格取得のための実習生の受け入れについては、毎年のように行われており、受入てのプログラムも整備されています。</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><コメント></p> <p>受付した苦情については広報紙で公表していますが、苦情や相談体制等の仕組みが周知されていません。法人の理念や提供している福祉サービスの内容、決算情報等がホームページや広報紙等を通して公開されている他、地域の自治会へ広報紙を配布しています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の事務、経理、取引等に関する事務分掌と権限・責任が明確にされており、職員にも周知されています。内部監査は年1回、外部の専門家（税理士）による財務チェックを行っており、指導や指摘を受け、経営改善に取り組んでいます。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画に地域との関わりや地域貢献について記載されている他、地域とのつながりを重視して地域のお祭りや敬老会、学校行事等へ入所者が参加するなど、地域住民と入所者の交流の機会を設けています。地域の情報については、廊下にチラシを掲示して積極的に情報提供を行っています。</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><コメント></p> <p>ボランティアの受入マニュアルが整備されていませんが、ボランティアの受入れ、学校等の教育機関への協力を積極的に行っており、ホームページを通じてボランティアの募集を行っています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>近隣施設や必要な関係機関・団体等の社会資源を明示したリストが作成されていますが、職員への情報の共有化が図られていません。</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 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><コメント></p> <p>施設の有する技術や知識等を還元するような講習会や研修会等が開催されていません。地域のカラオケ愛好会が施設のホールを利用しており、入所者がカラオケの機器を使用することもできる他、敷地内にある足湯を、地域住民が自由に利用できるようになっています。施設は町と提携し、災害時における福祉避難所となっており、町の広報紙で周知されています。</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><コメント></p> <p>既存の制度では対応することが困難な生活困窮者等への支援や地域における貢献活動等の公益的な事業・活動が十分ではありません。地域の高齢者福祉の拠点として施設機能の充実を図っている他、各種サービスの提供を通じて、地域の福祉ニーズを把握しています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者を尊重した福祉サービスの実施については、事業計画の基本目標に明示されており、年1回以上、利用者の尊重や基本的人権への配慮についての内部研修会を開催し、全職員で理解を深め、それに基づいた支援を行っています。</p>		
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><コメント></p> <p>排泄や入浴等、特に利用者のプライバシー保護に配慮が必要な支援に関しては、マニュアルが作成されており、配慮すべき点が記載されています。排泄介助は、オムツカート等は使用せず、必要物品を居室に置き、交換したオムツ等はバックに入れて汚物処理室へ片付けており、利用者のプライバシー保護や権利擁護に十分に配慮しています。居室は全室個室となっており、日常生活のプライバシーも確保されています。</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><コメント></p> <p>法人の提供するサービス内容が分かりやすく記載されたパンフレットやホームページが作</p>		

成されています。パンフレットには、行政や地域包括支援センター、嘱託医の病院等に設置を依頼している他、広報紙を利用者家族や近隣施設、地域の自治会へ配布し、情報提供を行っています。パンフレットの内容は、職員の意見をもとに、適宜、見直しが行われています。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>意思疎通が困難な利用者や家族への説明については、分かりやすいように工夫した資料の作成や組織として配慮すべき事柄の整備、ルール化が十分ではありません。サービス開始にあたっては、施設の重要事項説明書により説明し、同意を得ています。説明する際には、専門用語の使用を避け、分かりやすい表現を使用して説明を行っています。</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><コメント></p> <p>他の施設や事業所、在宅への移行によるサービス終了後の利用者や家族が相談を希望した場合の対応については、組織としての手順が定められていません。サービス終了後については、サービスの継続性に配慮し、利用者・家族の同意のもと、移行先との連絡を密にして、フェースシート等に詳しく記載して情報提供を行い、利用者に不利益が生じないように配慮しています。</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、取り組んでいる。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>ユニットケアによる支援を行っているため、利用者や家族との関係性が強く、日々の支援から利用者との相談面接や意向聴取は実施していますが、利用者満足に関する調査等は実施されておらず、利用者会や家族会等の組織もされていません。利用者満足度調査の実施やニーズ把握、把握した結果を分析や検討する機会も少なく、体制が整備されていません。</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><コメント></p> <p>第三者委員が設置されておらず、苦情解決体制の周知と理解の促進に向けた取り組み、苦情や意見の出しやすい配慮や工夫等の体制が整備されていません。苦情解決責任者と受付担当者は設置され、利用者や家族に対して苦情解決の体制について説明を行っています。</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><コメント></p> <p>相談室等や第三者委員等が設置されておらず、苦情や要望等の相談先として複数の方法や相手を自由に選択できる体制が整備されていません。施設はユニットケアによる支援を行っているため、日常的に利用者や家族との話し合いできる環境や相談できる機会を設けている他、ホールには意見箱が設置されています。</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><コメント></p> <p>相談・苦情対応マニュアルの見直しが行われていませんが、マニュアルを整備しており、相談や要望等を受付けた際には、指定の様式に記載して、マニュアルに沿って対応しています。</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><コメント></p> <p>ヒヤリハットが記録され、職員間で周知、共有されている他、リスクマネジメント委員会において、事故対策会議を実施しており、発生要因の分析や改善策、発生防止策について検討しています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>感染症等に関する指針が定められており、全職員が指針を理解し、発生予防と発生した際のまん延防止に努めています。感染症対策委員会を定期的に開催し、指針の見直しや発生時の対応策の周知の他、内部研修を行っています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>災害時の避難等に関して、地域の自治会等の連携体制が定められていません。災害時対策マニュアルが整備されており、3ヶ月に1回、様々な災害を想定し訓練を実施しています。食料等の備蓄については、3日分が確保されている他、備蓄リストが作成され、全職員に周知しています。災害時における職員の安否確認については、職員専用の災害時緊急ページを作成し、職員の安否、安全を把握できる体制が整備されています。</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><コメント></p> <p>提供する福祉サービスについては、利用者の尊重、プライバシー保護や権利擁護等に関するマニュアルが整備され、ユニット毎に配置されているため職員はいつでも手に取り確認することができ、日常的に活用されています。マニュアルの見直しについても、サービス向上委員会において、年1回、内容の検証や見直しが行われています。</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	a・b・c

	立している。	
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法については、サービス向上委員会において、年1回、職員や利用者の意見や要望等を参考にしながら、実施方法の検証や見直しが行われています。</p>		
<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。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービス実施計画の策定については、入所者や家族の意向、アセスメントによる入所者の身体や生活状況を把握した上で、多職種の意見が反映された内容となっています。特に、柔道整復師を配置し、入所者の有する機能の維持・向上、更には生活の質の向上を目指した計画策定や支援体制は、特筆すべきところです。</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><コメント></p> <p>利用者の定期的なモニタリングを実施している他、必要に応じてその都度モニタリングを実施しています。6ヶ月に1回、他職種による担当者会議を開催し、計画の評価や見直しを行っている他、看取りや退院等の対応について検討されています。</p>		
<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。</p>		
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><コメント></p> <p>福祉サービス実施計画や記録に関しては、専用のソフトウェアを使用し、ネットワークシステムにより、多職種間で情報を共有できる体制となっています。記録の方法等についても、職員により差異が生じないように、記録要領が作成されており、各ユニットに配置されています。</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><コメント></p> <p>利用者に関する記録の保管や保存、廃棄等については、手順や保存年限等が定められていません。個人情報の取扱いについては、入所時に重要事項説明書により説明をしている他、ホームページに個人情報保護についての方針を掲載し、周知を図っています。個人情報保護規程等に関する職員研修を開催して、規程の理解や遵守に取り組んでいます。</p>		