

福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン

①第三者評価機関名

社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会

②施設・事業所情報

名称：養護老人ホーム シルバー倉吉	種別：養護老人ホーム (外部サービス利用型特定施設)
代表者氏名：理事長 藤井 啓子 施設長 渡邊 壽賀子	定員(利用人数)： 50名(50名)
所在地：鳥取県倉吉市福庭町2丁目145番地	
TEL：(0858)26-0821	ホームページ： http://www.keijin.jp
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 昭和23年11月1日	
経営法人・設置主体(法人名等)：社会福祉法人 敬仁会	
職員数	常勤職員： 23名 非常勤職員 名
専門職員	(専門職の名称) 名
施設・設備 の概要	(居室数) 28室 (設備等) 居室：2人部屋

③理念・基本方針

施設理念 お一人おひとりを大切にしたいその人らしい生活を支援します。
施設方針 (1) 利用者の願いを尊重し、尊厳ある暮らしを提供します。
(2) 地域と協力・連携を図り、共生社会の構築に努めます。

④施設・事業所の特徴的な取組

◆予防対策事業

- ・脳機能活性化事業(認知症予防対策)
- ・大腰筋トレーニング(機能低下予防対策)

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年7月17日(契約日) ~ 平成28年5月23日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	8回(平成26年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

①利用者満足の上を目的とする仕組みづくりについて

年2回の満足度調査や個別聞き取りにより、利用者満足を調査・把握し、サービス向上委員会で検討・改善計画を作成するなど組織的な取り組みとなっています。また、月1回の栄養相談などを利用し、定期的に利用者満足に関する調査を実施し、サービスの改善に結びつけておられます。

②業務の効率化・改善について

各種マニュアル・手順書が整備され、それに基づいた組織的な取り組みをしておられます。職員が業務の改善を意識し、サービス向上委員会や運営会議等を通じて積極的に提案して改善する体制を整備しておられます。

◇改善を求められる点

①中・長期計画について

経営状況、環境の把握・分析等を踏まえた中・長期計画を実践するために、収支計画の策定が望まれます。

②地域のニーズ把握について

地域の福祉ニーズを把握するための取り組みを期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

なし

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人と施設の理念、基本方針が明文化され、ホームページやパンフレットに記載するとともに、施設内に掲示しておられます。 ・施設理念は、職員に3月末の職員会議で説明し、月1回の職員会議で確認するなど周知を図っておられます。また、利用者にはパンフレットを配布し、週1回の全体集会の際に繰り返し説明しておられます。利用者の家族には、機関紙を送付し周知を図っておられます。 		

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対処している。		
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 Ⓑ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉事業の動向は、県老人福祉施設協議会主催の会議に出席し、把握しておられます。また、系列法人のコンサルタントからの情報提供や制度改正等に関する研修受講により、社会福祉事業全体の動向を把握しておられます。 ・県内の養護老人ホームの情報交換会が年に2～3回開催され、看護・介護・生活相談における経営環境や課題を把握・分析しておられます。 ・施設が位置する地域の福祉ニーズについて、特徴や変化等を把握し、経営環境や課題を分析していくことが求められます。 		

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 <input checked="" type="radio"/> b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・半年に1回、中間・期末品質方針達成度自己評価表をもとに、実施する福祉サービスの現状分析を行っておられます。実施する福祉サービスは数値目標を設定し、具体的な課題把握を行っておられます。 ・法人で毎月行われる月次決算審査会において、経営状況や課題を報告しておられます。報告した内容は毎月の職員会議で職員に説明しておられます。 		

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 <input checked="" type="radio"/> b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念や施設の基本方針の実現に向け、平成26年度～平成29年度までの経営や福祉サービスに関する中・長期計画を策定しておられます。 ・中・長期計画の内容を踏まえた収支計画が策定されることを期待します。 		
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 <input checked="" type="radio"/> b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した事業内容を示しておられます。 ・年度ごとに重点目標を掲げ、実行可能な具体的な内容となっています。 		
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 <input checked="" type="radio"/> b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・計画策定にあたっては、重点目標である6項目に対し、全職員アンケートから集約された意見を運営会議で検討し、計画を策定しておられます。策定された事業計画は、3月の職員会議で説明するとともに、新人職員に対しては、4月の新任研修で説明しておられます。 ・事業計画をもとに4月に数値目標（施設目標・課目標、個人目標）が作成され、中間・期末に評価を行い、サービス向上委員会で評価・見直しをしておられます。 ・評価した内容を収支計画を含めた中・長期計画に反映されることを期待します。 		

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。	a b ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画を記載した機関紙を利用者及び家族に配布するとともに、施設内に掲示しておられます。 ・利用者には、週1回の全体集会や棟ごと（3棟）の集会の際に繰り返し説明しておられます。 		

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 ① ・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ISO9001 及び第三者評価を毎年受審し、定められた手順に沿って評価し、検討されています。 ・自己評価については、全職員で取り組み、サービス評価委員会でまとめ、運営会議で検討する仕組みとなっています。 		
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 ① ・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・評価結果は是正予防処置手順に沿って、是正予防処置報告書が作成され、是正の予定期限、是正方法を決め、是正実施状況の検証が行われています。また、是正予防処置報告書は職員に回覧され、課題の共有が図られています。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、職員会議や機関紙で自らの施設の経営等の考え方や取り組み方針を表明しておられます。また、組織図、業務分掌の中で役割と責任を文書化し、有事（災害等）における役割と責任についても、不在時の権限委任等を含め明確にしておられます。 		

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・ b ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長は法人の法令遵守部会に参画し、必要な関係法令の情報を得ておられます。遵守すべき法令（福祉分野に限らず）は外部文書管理台帳に整理し、改正等の動きを把握しておられます。 ・施設長は法人研修に参加し、研修内容（コンプライアンス等）について施設内研修を行い、職員に周知しておられます。 		
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・ b ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、毎月の職員会議で6つの重点目標の中から、翌月に取り組むべき重点事項を明示し、サービスの質の向上に向け指導力を発揮しておられます。 ・施設長は、介護現場でも役立つ医学ミニ講座を行い、看護に関する知識等をワンポイントで説明、資料を掲示し、職員の専門性向上に取り組んでおられます。 ・毎月の苦情解決委員会で出た内容をサービス向上委員会に報告し、改善に向け職員に具体的な取組みを指導しておられます。 		
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・ b ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、毎月の職員会議で利用状況、収支状況を説明しておられます。 ・年4回職員面談が行われ、職員の要望を聞き取る機会を設けておられます。また、福祉サービスの目標達成状況の聞き取りをもとに指導し、目標の達成状況の確認を行っておられます。 		

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・ b ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人が配置基準を示し、施設に必要な人員配置については、中・長期計画に明示しておられます。 ・法人の教育研修委員会計画の中に「人材育成の基本理念」が明記されており、計画に基づいた人材の確保や育成を実施しておられます。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ・教育研修委員会計画の中に法人が求める職員像が明確にされています。 ・人事考課制度は法人で整備され、就業規則の中に役割等級表を示し、等級定義や昇格基準が明確にされています。また、評価者を対象とした人事考課勉強会が行われ、一定の基準が確保されています。 ・職務基準書により職務ごとの基準を示し、年度当初、中間、期末に自己評価及び面談による人事考課が行われています。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ・運営委員会で、有給休暇の年間取得目標を決め、前年度比較で分析をし、未取得者に対し、取得の推進をしておられます。 ・職員は半年に1回疲労蓄積度自己診断チェックリストでチェックを行い、衛生委員会で結果を分析・検討しておられます。 ・ワーク・ライフ・バランスに配慮した雇用形態基準表に基づき、夜勤、異動の有無等、 職員の希望に沿った勤務形態が選択できる仕組みがあります。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ・職員一人ひとりの目標管理は、職員育成計画書で管理しておられます。 ・年度当初に個別面談を行い、年度目標を設定し、研修を実施しておられます。中間・期末面談で評価を行い、目標の達成度等の確認が行われ、次年度の計画につなげておられます。 		
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 b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の教育研修委員会計画が立てられ、それをもとに施設内研修計画を策定し、研修が実施されています。 ・職種や職階に応じて施設が職員に求める必須研修を体系化して明確にしておられます。 ・研修体系の定期的な評価・見直しが求められます。 		

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・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員育成計画に基づき、年度当初の面談時に職員の意向を踏まえながら、個別の研修計画が立てられ、研修が実施されています。 ・全ての職員が研修に参加できるよう、研修計画に沿い勤務の調整を行っておられます。 ・実施した研修は、職員研修実績一覧表にて管理しておられます。 		
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><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本姿勢は実習受け入れに関するマニュアルに明記され、担当者を決め、学校側と調整を行いながら受け入れをしておられます。 ・実習受け入れ計画を作成し、看護学校のコミュニケーション実習、介護等体験などの実習を受け入れておられます。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ・法人のホームページに、理念、基本方針、事業計画、事業報告、予算、決算状況、第三者評価結果について公開しておられます。 ・施設の機関紙を公民館、地域の小学校、高等学校に配布し、施設の取組内容、活動を紹介しておられます。 		
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・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ISOの手順書により、事務、経理、取引等に関するルールを明確にしておられます。 ・内部監査実施手順に従い、年2回内部監査を実施しておられます。また、法人の会計課が公認会計士とともに年1回経理監査を行うなど、事業経営・運営の適正性を確保する取組を行っておられます。 ・5年に1回法人として外部監査を受審するしくみがあり、前回は2年前に受審されています。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画に「地域と協力・連携を図り、共生社会の構築に努めます」と掲げられ、地域の納涼祭、グランドゴルフ大会で地域住民との交流を図っておられます。 ・保育園と月2回体操交流を行うほか、地域の子供会のリサイクル活動に協力するなどの交流が行われています。 ・地元公民館の機関紙を施設内に掲示し、地域の様子を利用者に伝えておられます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア受入マニュアルに、受入に関する基本姿勢を明示しておられます。受入計画書を作成し、担当者が受入時はオリエンテーション、終了時はアンケートをとり反省会を行っておられます。 ・中学校の体験学習、高校の介護実習等の受入をしておられます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ・関係機関等リストを作成し、事務所、スタッフルーム等施設内に設置しておられます。 ・市や成年後見支援センターと定期的に連絡会が開催され、共通の問題に対して連携を図っておられます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センター主催の認知症絵本教室に職員が参画し、地域の支援者として小学校での福祉教育に協力しておられます。 ・施設の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催するなど施設の主体的な取り組みに期待します。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ・ショートステイ事業では、緊急に保護が必要な方の受入をしておられます。 ・行政からの情報は把握されていますが、地域の具体的な福祉ニーズの把握に努められるよう期待します。 		

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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設の理念・基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員会議で周知しておられます。 ・年間の研修計画に、虐待防止や人権に関する研修が生まれ、組織として共通の理解を持つための研修が行われています。 ・新人職員は、配属時、配属から1か月後及び3か月後に接遇マナーに関するチェックリストを使って日頃の支援方法について確認が行われています。 		
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 Ⓑ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・プライバシー保護に関するガイドラインが整備され、研修等で職員へ周知しておられます。 ・入浴・排泄手順の中に、プライバシー保護に関する内容が整備されています。 ・法人の法令遵守部会でプライバシーに関する研修が実施されています。また、不適切な事案が発生した場合に対する不適切ケア研修が実施され、職員の理解を図るよう努めておられます。 ・事業所が実施しているプライバシー保護と権利擁護に関する取り組みを利用者や家族にも周知されることを期待します。 		
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。	a Ⓑ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームページやパンフレット、機関紙等で情報提供しておられます。 ・入所受付対応手順が定められ、相談員が対応しておられます。また、利用希望があった場合には、随時見学を受け入れておられます。 ・利用希望者には、パンフレット、重要事項説明書を抜粋したもので説明しておられます。 		
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 Ⓑ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス開始にあたっては、重要事項説明書で説明を行い、同意を得ておられます。 ・説明では、週間表（サービス内容、日課等）の提示を行い、丁寧に説明しておられます。 ・利用者への説明資料は、利用者の自己決定に十分に配慮し、言葉遣いや、写真、図、絵を使用するなど誰にでも分かりやすい資料となるよう工夫が求められます。 		

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。	a (b)・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・退所時対応手順が定められています。 ・施設・事業所の変更時には、移行先の手順書（様式）に沿い、必要事項の提供をし、連携を図っておられます。 ・退所後の対応は、介護支援専門員が担当し、対応しておられます。医療的、栄養面の相談については、各担当が対応しておられます。 		
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、取り組んでいる。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者に対して、年2回、サービス内容についての満足度調査を実施しておられます。調査結果は、前年度比較を行い、項目ごとにサービス向上委員会で検討し、改善計画を立てておられます。調査結果は、機関紙に掲載するとともに、施設内に掲示し、周知しておられます。 ・嗜好調査は年1回、栄養士又は厨房職員によって利用者への聞き取りが行われています。また、月1回の栄養相談時に利用者の意向を聞き取り、献立に反映しておられます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービス苦情解決処理要領に基づき、苦情解決の体制が整備されています。 ・苦情、意見は月1回の苦情解決委員会で報告、検討され、法人の第三者委員会に報告しておられます。また、苦情解決委員会の内容は運営会議、サービス向上委員会に報告され、改善が図られています。 ・苦情、意見は受付から解決までの経過が記録されています。 ・利用者に対しては、結果を施設内に掲示し公表しておられます。 		
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。	a (b)・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設内に意見箱を設置するとともに、週1回生活相談日を設け、日程を施設内に掲示し、館内放送で相談日を周知しておられます。担当者は順番で交代しておられ、利用者が相談しやすい人を選べるようにしておられます。 ・自治会集会を週1回開催し、意見や要望を聞く機会を確保しておられます。 		

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。	a ㉑・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者からの相談・意見は、福祉サービス苦情解決処理要領に沿って、迅速に対応しておられます。施設全体に関する内容の場合は、対応結果を施設内に掲示し公表しておられます。 ・生活相談日の案内時に、前回の相談件数等を掲載しておられます。 		
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・リスクマネジメント委員会（月2回）を設置し、事故・ヒヤリハットの検証が行われています。検証内容は運営会議で報告され、職員には回覧や申し送り簿に記載し周知しておられます。 ・事故・ヒヤリハット報告分析手順が定められ、手順に沿って要因分析、改善策等の検討が行われています。 ・事故・ヒヤリハット報告書の中に対策結果の確認日、効果を記載し、対応状況の評価・見直しが行われています。 		
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染対策委員会が設置され、部門ごと（総務、介護、看護）のプロセス監視測定をもとに予防を検証しておられます。 ・感染症ごとに対応手順を定めた感染対策マニュアルが作成され、法人の看護部会の内容を踏まえ、年1回見直しが行われています。 ・毎年、感染症の予防や処理手順について職員研修を実施しておられます。利用者へは自治会で予防策について説明しておられます。 		
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 ㉑・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・災害時の対応体制（被災に備えた体制の構築）が定められています。 ・消防署、地域の消防団の協力のもと、年3回想定を変えた避難訓練が実施されています。施設の立地条件等から雪害、津波を想定した図上訓練も実施しておられます。 ・利用者の安否確認については、居室前に避難確認の札が設置され、効率的に避難誘導を行う工夫をしておられます。 ・食料の備蓄リストを作成し、管理者（栄養士）を決め備蓄の管理をしておられます。 ・夜間体制の強化に向け更なる取り組みが求められます。 		

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・c
<コメント> ・食事、入浴等場面ごとに手順書が定められ、標準的な実施方法が文書化されています。手順書の改定時には、新旧比較表とともに職員に回覧し周知するとともに、職員会議で説明しておられます。 ・職務基準表により、定められた手順に沿って福祉サービスが実施されているか定期的に確認しておられます。新規の職員に対しては、配属時、1か月後、3か月後に確認しておられます。		
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・c
<コメント> ・各手順書は、文書管理手順により毎年4月に確認・見直しが行われています。また、内部監査、ISO本審査の内容を踏まえ、随時見直しが行われています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> ・利用者の意向を把握したうえで、処遇計画・ケアプラン作成・変更手順に基づきアセスメントを行い、介護職員によるミニカンファレンスを実施後、多職種参加のもとカンファレンスを実施し、サービス実施計画を策定しておられます。		
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・c
<コメント> ・新規利用者のサービス実施計画は、包括的自立支援プログラムで設定された項目をもとに、1か月後に評価・見直しが行われています。 ・サービス実施状況は、3か月ごとにモニタリングを行い、6か月ごとに実施計画の評価・見直しをしておられます。また、必要に応じて随時見直しが行われています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> ・サービスの実施状況は、経過記録に記載しておられます。記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、処遇記録手順を定め、書き方の例示等を示しておられます。また、記録の書き方について職員研修を実施しておられます。 ・利用者の日々の状況は、申し送り簿に記載するとともに、朝礼、引継時に職員間で共有しておられます。		

＜コメント＞

- ・品質記録リストに、記録の保管責任者、保管場所、保存年限等を明確にし、管理しておられます。
- ・個人情報保護規程に基づき、職員へは、入社時、配属時に説明しておられます。また、評価シートの中で自己点検が行われ、個人情報の取扱いに関して理解を深めておられます。
- ・個人情報の開示については、契約書に記載され、利用者、家族に説明しておられます。