

# 第三者評価結果表

施設名 アイユウの苑

評価対象 福祉サービスの基本方針と組織

| 【評価項目】                     |                          | a | b | c | Na | 判断の理由                                                                                                  |
|----------------------------|--------------------------|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 理念・基本方針                  |                          |   |   |   |    |                                                                                                        |
| (1)理念、基本方針が確立されている。        |                          |   |   |   |    |                                                                                                        |
| 1                          | 理念が明文化されている。             | ○ |   |   |    | 社会福祉法人松美会としての理念「私たちは地域の皆様の幸福(しあわせ)に貢献できる社会福祉法人を目指します」が明文化されていた。                                        |
| 2                          | 理念に基づく基本方針が明文化されている。     | ○ |   |   |    | 理念に基づく基本方針は、品質方針及び活動指針として明文化されていた。                                                                     |
| (2)理念や基本方針が周知されている。        |                          |   |   |   |    |                                                                                                        |
| 1                          | 理念や基本方針が職員に周知されている。      | ○ |   |   |    | 理念・基本方針の職員への周知は、施設内に掲示、全職員への配付、職員会議での説明などにより徹底を図っており、職員へのヒヤリングでも周知されていることが確認できた。                       |
| 2                          | 理念や基本方針が利用者等に周知されている。    |   | ○ |   |    | 利用者へは、玄関への掲示、ホームページ、家族会などで周知を図っている。入所者の高齢・重症化から周知徹底が難しい面があるが、利用者に対するヒヤリングにおいてより周知の工夫が必要と思われたので、b評価とした。 |
| 2 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。 |                          |   |   |   |    |                                                                                                        |
| 1                          | 中・長期計画が策定されている。          | ○ |   |   |    | 平成18年から22年までの中期計画が理事会において策定されている。                                                                      |
| 2                          | 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。 | ○ |   |   |    | 中・長期計画を反映した年度計画は、具体的な数値目標まで挙げられており、評価しやすいものである。                                                        |
| (2)計画が適切に策定されている。          |                          |   |   |   |    |                                                                                                        |
| 1                          | 計画の策定が組織的に行われている。        | ○ |   |   |    | 計画の策定は、各担当・各委員から挙がってきたものをとりまとめ、上部組織で検討承認という組織的流れであり、現場の意見を反映した計画であり、また評価も年2回行っている。                     |
| 2                          | 計画が職員や利用者等に周知されている。      | ○ |   |   |    | 策定した計画は、職員には職員会議で、利用者には施設内掲示で、家族には郵送で周知を図っている。職員へのヒヤリングでもよく周知されていると確認できた。                              |

| 【 評 価 項 目 】             |                                  | a | b | c | Na | 判断の理由                                                                                                       |
|-------------------------|----------------------------------|---|---|---|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 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。     |                                  |   |   |   |    |                                                                                                             |
| 1                       | 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。        | ○ |   |   |    | 管理者の役割と責任及び組織図を文書化して職員にも示し、それに基づく組織運営を行っている。                                                                |
| 2                       | 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。   | ○ |   |   |    | 法令のリスト化が行われており、ISO推進委員会や全体職員会で遵守すべき法令について説明を行うなどで周知を図っており、法令遵守への意識が高いと思料された。                                |
| (2)管理者のリーダーシップが発揮されている。 |                                  |   |   |   |    |                                                                                                             |
| 1                       | 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。     | ○ |   |   |    | 福祉施設でISO9001を全国で初めて取得し、品質管理(運営、介護サービス等の管理)をISOの規準に基づき継続的に分析・評価して、ケアの質の向上に向けて、意欲的に取り組んでいる。                   |
| 2                       | 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。 | ○ |   |   |    | 経営の効率化と改善は、全国老人福祉施設協議会(老人福祉施設の全国組織)の収支状況調査との比較検討で行っている。また、施設内においては、ISO推進委員会や施設サービス調整会議などで組織的に取り組む体制を構築している。 |

評価対象 組織の運営管理

|                       |                                  |   |  |   |  |                                                                                   |
|-----------------------|----------------------------------|---|--|---|--|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 1 経営状況の把握             |                                  |   |  |   |  |                                                                                   |
| (1)経営環境の変化等適切に対応している。 |                                  |   |  |   |  |                                                                                   |
| 1                     | 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。          | ○ |  |   |  | 福祉事業の動向を的確に把握するため、雑誌の購読、経営に関するセミナーや研究会に参加・加入し、適宜的確な把握に努めている。                      |
| 2                     | 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。 | ○ |  |   |  | 経営状況の分析したものをISO推進委員会が月次報告書として提出、職員にも回覧し、経営の透明性を図っている。ヒヤリングでも職員の経営への参画意識の高さが確認できた。 |
| 3                     | 外部監査が実施されている。                    |   |  | ○ |  | ISO取得により、外部監査と同等の意義・意味があるとの経営方針から、外部監査は行われていない。                                   |
| 2 人材の確保・養成            |                                  |   |  |   |  |                                                                                   |
| (1)人事管理の体制が整備されている。   |                                  |   |  |   |  |                                                                                   |
| 1                     | 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。         | ○ |  |   |  | 必要な人材について品質管理マニュアルに明確化し、日々の職員の配置も具体的に示している。また、専門職の資格取得に向けても積極的に支援し、施設で費用負担をしている。  |
| 2                     | 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。          |   |  | ○ |  | 将来的には「がんばる人」をボーナスで評価したいと考えているが、適切な考課をするにはどうしたらよいのか検討中であり、現在は人事考課を行うまでには至っていない。    |

| 【 評 価 項 目 】                          |                                                    | a | b | c | Na | 判断の理由                                                                                                                                |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>(2)職員の就業状況に配慮がなされている。</b>         |                                                    |   |   |   |    |                                                                                                                                      |
| 1                                    | 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。               | ○ |   |   |    | 職員の就業状況や意向は、個人目標カードを用いて個別面接を行うなど組織的に把握する仕組みが構築され、機能している。しかし、職員のヒヤリングからは、個別の職員への面接などにより、心情的な面への関わりの強化が求められると思料された。今回は、a評価の中での課題と判断した。 |
| 2                                    | 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。                                | ○ |   |   |    | 社会福祉施設職員退職共済、山口県健康福祉財団退職共済に加入している。職員の希望する場所に、年1回、1泊旅行と日帰り旅行を交互に企画し、費用の半額を施設が負担している。                                                  |
| <b>(3)職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>     |                                                    |   |   |   |    |                                                                                                                                      |
| 1                                    | 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。                          | ○ |   |   |    | 施設の求める人材の基本姿勢、資格それに伴う教育研修を中・長期計画や各種マニュアルに明示している。                                                                                     |
| 2                                    | 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。 | ○ |   |   |    | 職員の経験年数に応じて計画的、具体的かつ緻密に研修が実施されている。                                                                                                   |
| 3                                    | 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。                       | ○ |   |   |    | 研修参加者はレポートや報告会で報告を行っている。個別の教育・研修計画の実施結果は、自己点検チェック表で評価を行い見直しを行うなど質の向上に向けた活動が積極的である。                                                   |
| <b>(4)実習生の受け入れが適切に行われている。</b>        |                                                    |   |   |   |    |                                                                                                                                      |
| 1                                    | 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。                  | ○ |   |   |    | 実習生の受け入れに対する基本姿勢が明示されており、受け入れ体制が整備されている。                                                                                             |
| 2                                    | 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。                          | ○ |   |   |    | ホームヘルパー、介護福祉士、社会福祉士、理学療法士、栄養士の実習生を積極的に受け入れをしており、実習受け入れ履歴も整備され、人材育成に積極的に取り組んでいる。                                                      |
| <b>3 安全管理</b>                        |                                                    |   |   |   |    |                                                                                                                                      |
| <b>(1)利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。</b> |                                                    |   |   |   |    |                                                                                                                                      |
| 1                                    | 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。      | ○ |   |   |    | リスクマネジメント委員会を組織し、事故発生時の対応の連絡体制も整備されていた。また、食中毒や感染症の発生時のマニュアルも確認でき、マニュアルの定期的見直しも行われている。                                                |
| 2                                    | 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。                      | ○ |   |   |    | 利用者の安全確保のため、危険予知トレーニングを2ヶ月に1回行っている。また、事故に至りそうな事例を報告書(ファインド報告書)として提出するシステムを組んでおり、事故のみの対応ではなく、事故予防の取り組みを行っている点が特に評価できる。                |

| 【 評 価 項 目 】               |                                   | a | b | c | Na | 判断の理由                                                                                                                                          |
|---------------------------|-----------------------------------|---|---|---|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 地域との交流と連携               |                                   |   |   |   |    |                                                                                                                                                |
| (1)地域との関係が適切に確保されている。     |                                   |   |   |   |    |                                                                                                                                                |
| 1                         | 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。             | ○ |   |   |    | 地域に開かれた施設を目指し、広報誌の配布、訪問授業、見学者の受け入れなど地域との関わりを重視した取り組みを行っている。                                                                                    |
| 2                         | 事業所が有する機能を地域に還元している。              | ○ |   |   |    | 介護予防教室、認知症サポーター養成などを定期的に行っており、文化祭には利用者の作品を発表しているなど地域に施設の機能を還元する活動に取り組んでいる。                                                                     |
| 3                         | ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。 | ○ |   |   |    | ボランティアの登録者数約180名で、ボランティアネットワークが組まれている。ボランティア勉強会とボランティア感謝祭をいずれも年1回開催しており、ボランティアの活動状況も整理されている。行事参加のボランティアだけではなく喫茶、着脱、配膳、傾聴など様々な活動が組織され、十分機能している。 |
| (2)関係機関との連携が確保されている。      |                                   |   |   |   |    |                                                                                                                                                |
| 1                         | 必要な社会資源を明確にしている。                  | ○ |   |   |    | 必要な社会資源は業務マニュアルに整理して職員にも周知を図っている。民生委員などの関係機関との連携も図れている。                                                                                        |
| 2                         | 関係機関等との連携が適切に行われている。              | ○ |   |   |    | 地域の年初めの名刺交換会やボランティア総会に出席している。また、特に事務長は関係機関における各種委員等を積極的に担い、関係機関との連携を図るとともに地域貢献している。                                                            |
| (3)地域の福祉向上のための取り組みを行っている。 |                                   |   |   |   |    |                                                                                                                                                |
| 1                         | 地域の福祉ニーズを把握している。                  | ○ |   |   |    | ボランティア、民生委員等の地域住民との意見交換会を開催する等、ニーズを把握するシステムが構築されている。                                                                                           |
| 2                         | 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。         | ○ |   |   |    | 法人は、中・長期計画に基づき多くの福祉サービス事業を展開しており、配食サービス等も実施している。                                                                                               |

### 評価対象 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         |                                          |   |  |  |  |                                                                                              |
| (1)利用者を尊重する姿勢が明示されている。 |                                          |   |  |  |  |                                                                                              |
| 1                      | 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。 | ○ |  |  |  | 利用者を尊重した取り組みとして、拘束ゼロの取り組みや虐待防止などがある。利用者を尊重した態度、言葉かけの方法は具体的に対応マニュアルに示されており、それに基づいた実践活動ができていた。 |
| 2                      | 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。        | ○ |  |  |  | カーテンの使用など業務場面ごとにプライバシーに配慮した規程、マニュアルを整備し、規程、マニュアルに基づき実践している。                                  |

| 【 評 価 項 目 】                 |                                        | a | b | c | Na | 判断の理由                                                                                                                               |
|-----------------------------|----------------------------------------|---|---|---|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (2)利用者満足の向上に努めている。          |                                        |   |   |   |    |                                                                                                                                     |
| 1                           | 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。               | ○ |   |   |    | 4ヶ月に1回、家族へ葉書でのアンケートを行い、また、1年に1回、家族総会での満足度調査を継続的に行っており、その結果を評価分析し、掲示により公表している。                                                       |
| 2                           | 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。                | ○ |   |   |    | 利用者や家族との意見交換会で意見を吸い上げ、意見に基づいて取り組んだ改善事例もある。                                                                                          |
| (3)利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。 |                                        |   |   |   |    |                                                                                                                                     |
| 1                           | 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。              | ○ |   |   |    | 相談窓口を設定し、相談のスペースも確保して広報している。利用者ごとに、担当者を決めて日常的に意見を述べやすいようにしている。高齢者、介護度の高い利用者が多いことから、意見が出にくいと考えられることからアンケートなどにより家族からの意見を吸い上げるようにしている。 |
| 2                           | 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。             |   | ○ |   |    | 第三者委員も設置し、苦情解決の仕組みができており、苦情内容のフィードバックは施設内への掲示やホームページで行っている。ただし、掲示あるいは重要事項説明書に記載されてある苦情受付担当者について、職員の周知に不十分な点が見られたので、b評価とした。          |
| 3                           | 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。                | ○ |   |   |    | リスクマネジメントマニュアルに苦情の対応を明記し、マニュアルに沿った対応がなされている。                                                                                        |
| 2 サービスの質の確保                 |                                        |   |   |   |    |                                                                                                                                     |
| (1)質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。 |                                        |   |   |   |    |                                                                                                                                     |
| 1                           | サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。          | ○ |   |   |    | サービス内容について、自己評価、定期的な内部監査等の実施により評価を行う体制が整備されている。                                                                                     |
| 2                           | 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。        | ○ |   |   |    | サービス内容の評価は各担当、各委員が行い、職員間で取り組むべき課題を明確にしている。                                                                                          |
| 3                           | 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。               | ○ |   |   |    | 計画の評価、修正は組織的かつ計画的に職員参画のもとで行われており、改善計画の実施において、職員個々が課題を明確にして活動している。                                                                   |
| (2)個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。 |                                        |   |   |   |    |                                                                                                                                     |
| 1                           | 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。 | ○ |   |   |    | 個々のサービスにおいて、標準の実施方法が文書化され、それに基づいたサービスの提供が行われている。                                                                                    |
| 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。          | ○ |   |   |    | 見直しについては、施設サービス調整会議等において、年1回以上見直しがなされている。                                                                                           |

| 【 評価項目 】                    |                                           | a | b | c | Na | 判断の理由                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------|-------------------------------------------|---|---|---|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (3)サービス実施の記録が適切に行われている。     |                                           |   |   |   |    |                                                                                                                                                                              |
| 1                           | 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。             | ○ |   |   |    | 記録方法をマニュアルとして整備し、記録の平準化を図っている。利用者個々のサービスの実施結果は、看護、介護の面から記録され、利用者のケアニーズの違いが記録から把握できた。しかし、記録の切り貼り等、非効率な面については、OA化の導入等、業務の効率化の検討が望まれる。                                          |
| 2                           | 利用者に関する記録の管理体制が確立している。                    |   | ○ |   |    | 記録の管理体制として保管場所、保管期間、保管責任者等は明確にされているが、利用者個々の記録に鉛筆書きの書類がファイルされているものが見立った。最終的にはパソコンで書き込みをして保管することであったが、タイムラグが生じることは、記録の改ざんにも結びつく要因になるので、初期段階からボールペンで記録するなど何らかの改善が求められるのでb評価とした。 |
| 3                           | 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。                | ○ |   |   |    | 記録、朝礼、カンファレンスなどで利用者の情報を共有する体制が整備されている。                                                                                                                                       |
| 3 サービスの開始・継続                |                                           |   |   |   |    |                                                                                                                                                                              |
| (1)サービス提供の開始が適切に行われている。     |                                           |   |   |   |    |                                                                                                                                                                              |
| 1                           | 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。             | ○ |   |   |    | ホームページ、パンフレット等により情報提供がなされている。なお、今後は文字ポイント数を大きくする等、高齢者にもわかりやすい工夫が望まれる。                                                                                                        |
| 2                           | サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。               | ○ |   |   |    | 入所における説明内容や同意契約書の取り扱いなどは入所契約手順に文書化され、それに基づき実施されている。                                                                                                                          |
| (2)サービスの継続性に配慮した対応が行われている。  |                                           |   |   |   |    |                                                                                                                                                                              |
| 1                           | 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | ○ |   |   |    | 死亡退所がほとんどで家庭への移行はほとんどない。病院への入院などで他施設へ変わる場合は、看護師が文書で情報提供を行っている。                                                                                                               |
| 4 サービス実施計画の策定               |                                           |   |   |   |    |                                                                                                                                                                              |
| (1)利用者のアセスメントが行われている。       |                                           |   |   |   |    |                                                                                                                                                                              |
| 1                           | 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。                  | ○ |   |   |    | ICF(国際生活機能分類)を応用し、オリジナルのアセスメントシートを開発し、利用者のケアニーズの的確な把握に努めている。                                                                                                                 |
| 2                           | 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。                | ○ |   |   |    | アセスメントに基づき個々のサービス計画を立案している。                                                                                                                                                  |
| (2)利用者に対するサービス実施計画が策定されている。 |                                           |   |   |   |    |                                                                                                                                                                              |
| 1                           | サービス実施計画を適切に策定している。                       | ○ |   |   |    | サービス実施計画が適切に策定され、責任者が設置されている。                                                                                                                                                |
| 2                           | 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。                | ○ |   |   |    | サービス計画の評価・見直し時期を明確に示し、評価・見直しが実施されていた。                                                                                                                                        |

| 【 評 価 項 目 】                   |                            | a | b | c | Na | 判断の理由                                                                                                             |
|-------------------------------|----------------------------|---|---|---|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 利用者の安心の確保                   |                            |   |   |   |    |                                                                                                                   |
| (1)健康管理が適切に行われている。            |                            |   |   |   |    |                                                                                                                   |
| 1                             | 健康管理が適切に行われている。            | ○ |   |   |    | 日勤帯では、土日を除いて医師が常駐して回診を行っている。利用者の食事量、睡眠状態、便通など健康管理の項目が明示され、身体の変化は迅速に医師に報告され、記録にも残されている。また、必要に応じ歯科医や精神科医の診察も行われている。 |
| (2)心身の変化に対する対応が適切に行われている。     |                            |   |   |   |    |                                                                                                                   |
| 2                             | 心身の変化に対する対応が適切に行われている。     | ○ |   |   |    | 看護師を中心に、身体の変化に適切に対応できる体制が整備されている。                                                                                 |
| (3)心身の変化に対する情報について適切に記録されている。 |                            |   |   |   |    |                                                                                                                   |
| 3                             | 心身の変化に対する情報について適切に記録されている。 | ○ |   |   |    | 身体変化の情報が看護日誌、介護日誌に適切に記録されているのを確認できた。                                                                              |
| (4)運営内容が整備され、開示が適切に行われている。    |                            |   |   |   |    |                                                                                                                   |
| 4                             | 運営内容が整備され、開示が適切に行われている。    | ○ |   |   |    | 事業計画に基づいて実施した内容の決算を含む運営内容が広報誌、ホームページなどに開示されている。                                                                   |