

(別記)

(公表様式1)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準  
(共通版)

◎ 評価機関

名 称	NPO 法人 九州評価機構
所 在 地	熊本市上通町 3-15 4 F
評価実施期間	24年1月13日～24年4月10日
評価調査者番号	①06-014
	②07-018
	③11-002

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称： (施設名) 特別養護老人ホームあいさと	種別： 介護老人福祉施設
代表者氏名： (管理者) 施設長 有働千春	開設年月日： 平成13年6月1日
設置主体：社会福祉法人千草会 経営主体：社会福祉法人千草会	定員： (利用人数) 50名
所在地：〒861-0565 熊本県山鹿市鹿央町合里1039番地	
連絡先電話番号： 0968-36-2333	FAX番号： 0968-36-2337
ホームページアドレス	<a href="http://www.aisato@chigusakai.jp">http://www.aisato@chigusakai.jp</a>

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
一部ユニット型介護老人福祉施設	5月 ふれあい交流会、8月 夏祭り 9月 敬老会、12月 忘年会 1月 初詣、3月 花まつり
居室概要	居室以外の施設設備の概要
ユニット型個室 20室 従来型個室 6室 2人部屋 11室 4人部屋 2室	食堂 1 機能訓練回復室 1 共同生活室 2 (各ユニット) ダイニング 3 浴室 1 (従来型：機械浴等) 1 (ユニット：個別リフト浴) 静養室 1 医務室 1 トイレ (従来型) 14 (居室内10、他4) (ユニット部) 8 (居室内6、他2) 地域交流スペース 1

職員の配置

職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
管理者 (施設長)	1		施設士	1	

医師		1	医師		1
介護支援専門員	1		介護支援専門員	2	
生活相談員	1		社会福祉士	2	
介護職員	2 3	3	介護福祉士	1 2	
看護職員	4	1	社会福祉主事	2	
機能訓練指導員	1		看護師	4	
栄養士	2		准看護師	2	1
事務員	2		管理栄養士	1	
厨房職員		7	栄養士	1	
合 計	3 5	1 2	合 計	2 7	2

資格の種別は、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

複数の資格を持ち重複計上している場合があるため、職種と資格の数は必ずしも一致しません。

## 2 評価結果総評

### ◆ 特に評価の高い点

1. 管理者から職員までが目標を共有し、協働する体制として、委員会活動が積極的に行われています。
2. サービスの質の向上や安心安全な事業運営のための各種マニュアルも整備され、施設内パソコンネットワークによる業務の効率化や職員間での情報共有も確実に進められています
3. 地域の福祉ニーズを積極的に把握するばかりでなく、地域の福祉拠点として施設の主催行事を地域を取り込んだ形での交流が行われています。

### ◆ 改善を求められる点

1. 実施しているサービス内容、設備整備、職員体制、人材育成等の問題点を明確にしたうえで、それらを解決するための具体的な中・長期計画の作成が期待されます。
2. 人事考課については、実施されているとはいえ未だ十分とはいえず、目標管理制度の仕組みや結果のフィードバックについて検討が望まれます。職員の育成やモチベーション向上といった観点を取り入れることが必要と思われる。
3. 事業の運営状況や利用希望者及び利用家族への広報手段としては、パンフレットや独自の広報誌がありますが、遠方の家族や利用希望者に対するサービス選択情報を発信するためにもホームページの開設も望まれます。

## 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H 2 4. 4. 1 6 )職員の計画的な研修や人事考課を行い、レベルアップ及びモチベーションに繋がりたい。評価を受け出来ていないところが浮彫され、今後の計画に生かしていきたい。

(H . . )

(H . . )

## 4 評価分類別評価内容

<p>評価対象Ⅰ</p> <p>1 理念・基本方針</p>	<p>「その人らしい生活を支援します」を理念とし、事業所内での掲示や事業計画書、パンフレットに掲載し周知に努めている。職員に対しては入所者一人ひとりに合った支援が必要である事を、会議やミーティングで常に意識付けを図っている。基本理念を基に運営基本方針を定められており、毎年度の事業計画の中でも介護理念（目標）が定められている。職員会議や施設内研修においても、理念・基本方針に基づいた業務の遂行を指導しているものの、個々の職員への定着には課題が残る。</p> <p>また、申し込み時や入所時の配布物で家族に対しても周知に努めているものの、入所者本人への周知には困難な事情がある場合が多く、今後の検討されることが期待される。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>毎年、事業計画は策定され具体的な年間の方向性が示されているが、中・長期計画の存在を知らない職員が見られる。入所待機者の増大に合わせ、施設の増設及び新しいサービスの新設、防災やエコの考えも取り入れ、具体的な中・長期計画として明文化し、内外に公表することが期待される。</p> <p>年次計画については、各部署や各委員会ごとで職員が話し合い、それを取りまとめた形で事業計画が策定されているが、職員の認識が薄いことから十分とはいえない職員がみられる。各部署への配布や、職員会議や各委員会・施設内研修において更に徹底するよう望まれる。</p> <p>利用者等に対する周知にも、施設内での掲示や施設だよりを利用する等、検討が期待される。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>施設内で起きた全ての責任は管理者にある事を常々表明しているが、職務分担責任内容を明記するなど、組織内文書として職員に周知することが必要である。各委員会や職員会議などを通じて、法令改正などの情報提供や説明をしているが、コンプライアンスマニュアル等を整備するなど、常時からの取り組みも期待される。</p> <p>日常的には管理者は各委員会に出席し、施設内外の現状把握に努め、日頃の職員行動や利用者の反応や様子を観察することで、その都度職員に対し指導し、管理者としてのリーダーシップが発揮されている。また、パソコンネットワークの活用によって、記録の簡素化や効率化が図られ、管理者にとっても現場の情報を多方面から入手することが可能となっており、現場との情報共有化もできている。</p>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<p>研修会や行政からは社会福祉の動向を、介護保険制度等についてはインターネットを通じて情報収集を行って、地域の福祉ニーズへの対応が検討されている。また、毎月現状分析を行い合同会議で発表し、全国規模でのデータ比較も実施することで、客観的な課題分析もされている。今後は職員からの利用者情報や地域ニーズを事業計画へ反映させる仕組みを構築することで、職員の経営への関心を醸成していくことも期待される。</p> <p>経営に関する専門監査の実施や、監査結果の公表も期待される。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>介護士、看護師等の適切な人員配置体制の構築を行っていますが、職員が働きやすい職場環境への取組は更に求められる。特に人事考課については、直属の上司、課長、施設長とが評価するようになっていますが、自己目標管理を活用した制度の導入が望まれる。</p> <p>職員の就業体制については、休暇取得のための勤務調整も職員の合議で行なうなど配慮されており、健康管理面や社宅制度、互助会も設けられ、</p>

	<p>福利厚生センターへ加入するなど充実した福利厚生事業に取り組んでいる。</p> <p>研修計画に基づいた階層別研修への派遣や勉強会などの体制を整えてあるが、個別の職員の教育・研修計画は策定されておらず、職員のモチベーション向上のためにも年数による研修のシステム化を職員に明示する必要があると思われる。</p>
3 安全管理	<p>感染症予防対策委員会、安全管理委員会の設置や、マニュアルの整備等で、緊急時の利用者の安全確保に努めている。全職員に対しては、非常時の訓練を年に複数回実施するだけでなく、地震や風・水害による停電や破損を考え、職員も含めた人数の3日分の食品備蓄、薬剤の備蓄、発電機、水の準備がなされている。さらには立地条件や建物構造などについても十分検討されている。また、事故防止対策委員会により定期的にマニュアルの見直しや事故の分析・対応策の検討を行う仕組みが整備されている。</p>
4 地域との交流と連携	<p>地域行事への積極的な参加だけでなく、地域との触れ合いを重要視して施設の主催行事を開催している。年3回「あいさと」新聞も発行し、区長・老人会・婦人会等へ配布したり、地区ごとの老人会を招待し、交流を図っている。ボランティアについては、花まつりで多くを受け入れて施設の運営に対する理解を深めてもらう機会を提供しているものの、今後は定期的な受け入れ体制の構築も求められる。</p> <p>地域の福祉ニーズの把握にも努めることで、ショートステイ、ユニットケア創設、デイサービス、居宅介護支援事業所の設置などの事業を展開しており、地域の福祉貢献活動にも積極的に取り組んでいる。</p>
評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス	<p>委員会活動として法律や制度を含め、利用者を尊厳する取り組みを実施している。また、プライバシー保護に関するマニュアルを整備し、研修を行うなどの取り組みもされている。</p> <p>年2回は食事や入浴、生活などに関する利用者の意向を聞きとり、それらを尊重したプラン策定は行なわれているが、組織全体としてのサービスを検討する仕組みは構築されていない。</p> <p>苦情に関しては、意見箱や第三者委員の設置等で、苦情がスムーズに解決できるような取り組みと仕組みがあり、苦情対応マニュアルも整備されている。苦情や意見を受けた場合にも迅速に対応出来ている。</p>
2 サービスの質の確保	<p>毎月のサービス内容については適切に記録されており、ケアプランの更新時には達成度評価も行っている。評価から得た課題や問題点を共有し、改善の取り組みも行っているが、担当者だけでなく組織的に取り組む体制も望まれる。</p> <p>提供するサービス内容については、サービス毎のマニュアルがあり、それに基づき一人ひとりに適切なケアが行われている。マニュアルの見直しは行われているが、標準的な見直し手順や実施方法については仕組みを確立されることが期待される。</p> <p>施設内パソコンのネットワークにより、合理的なケア記録の共有化が図られており、利用者の情報を共有することに役立てられている。記録の保管・保存・廃棄に関する規程によって、個人情報に関しても厳重に管理されている。</p>
3 サービスの開始継続	<p>パンフレットや広報誌によって、施設の情報は公表されている。今後は、ホームページ等の活用によって、遠方の家族や利用希望者に対してサービス選択のための情報発信をされることが期待される。</p> <p>サービスの開始にあたっては、入居前の見学時、入居時の説明時に、契約書や重要事項説明書を用いて詳細に説明しており、病院等に入院される場合にも、家族の同意を得て移行先へ情報提供を行うなど、サービスの継続性に配慮している。</p>

4 サービス実施 計画の策定	<p>アセスメントシートによって、利用者の生活歴が適切に把握され、課題やニーズも職員間で共有できるような仕組みがある。</p> <p>担当の専門職や利用者本人・家族から得た情報によって、ケアプランを作成し、職員間での共有を図ったうえでサービス提供を開始している。毎月担当職員間で評価も行い、大きな変化があった場合にはサービス計画の見直しを随時行っている。</p>
-------------------	---

(参考) 利用者調査の手法等

調査の手法	対 象 者	対 象 数(人)	基準数に満たない場合の理由
アンケート調査	利用者本人	24人	
	家族・保護者		
聞き取り調査	利用者本人	5人	
	家族・保護者		
観 察 調 査	利用者本人		

# 評価細目の第三者評価結果 【 共通版 】

## 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、基本方針が確立されている。		
	I-1- (1) -① 理念が明文化されている。	a・b・c
	I-1- (1) -② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a・b・c
I-1- (2) 理念、基本方針が周知されている。		
	I-1- (2) -① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a・b・c
	I-1- (2) -② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a・b・c

### I-2 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-2- (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
	I-2- (1) -① 中・長期計画が策定されている。	a・b・c
	I-2- (1) -② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a・b・c
I-2- (2) 事業計画が適切に策定されている。		
	I-2- (2) -① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a・b・c
	I-2- (2) -② 事業計画が職員に周知されている。	a・b・c
	I-2- (3) -③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a・b・c

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
I-3- (1) 管理者の責任が明確にされている。		
	I-3- (1) -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。	a・b・c
	I-3- (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
I-3- (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
	I-3- (2) -① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	a・b・c
	I-3- (2) -② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a・b・c

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### II-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
II-1- (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
	II-1- (1) -① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a・b・c
	II-1- (1) -② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	a・b・c
	II-1- (1) -③ 外部監査が実施されている。	a・b・c

II-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
	II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a <input checked="" type="radio"/> b · c
	II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a <input checked="" type="radio"/> b · c
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
	II-2-(2)-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。	<input checked="" type="radio"/> a · b · c
	II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	<input checked="" type="radio"/> a · b · c
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
	II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a <input checked="" type="radio"/> b · c
	II-2-(3)-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組が行われている。	a <input checked="" type="radio"/> b · c
	II-2-(3)-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。	a · <input checked="" type="radio"/> b · c
II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
	II-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	<input checked="" type="radio"/> a · b · c

II-3 安全管理

		第三者評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		
	II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	<input checked="" type="radio"/> a · b · c
	II-3-(2)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	<input checked="" type="radio"/> a · b · c
	II-3-(1)-③ 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。	<input checked="" type="radio"/> a · b · c

II-4 地域との交流と連携

		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。		
	II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	<input checked="" type="radio"/> a · b · c
	II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a <input checked="" type="radio"/> b · c
	II-4-(1)-③ ボランティア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 <input checked="" type="radio"/> b · c
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
	II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a <input checked="" type="radio"/> b · c
	II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a <input checked="" type="radio"/> b · c
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
	II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a · <input checked="" type="radio"/> b · c
	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	<input checked="" type="radio"/> a · b · c

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。		
	Ⅲ－１－（１）－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組を行っている。	Ⓐ・b・c
	Ⅲ－１－（１）－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。	Ⓐ・b・c
Ⅲ－１－（２） 利用者満足の向上に務めている。		
	Ⅲ－１－（２）－① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	Ⓐ・b・c
Ⅲ－１－（３） 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
	Ⅲ－１－（３）－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。	Ⓐ・b・c
	Ⅲ－１－（３）－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。	Ⓐ・b・c
	Ⅲ－１－（３）－③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	Ⓐ・b・c

Ⅲ－２ サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ－２－（１） 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
	Ⅲ－２－（１）－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。	Ⓐ・b・c
	Ⅲ－２－（１）－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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a・Ⓒ・c
Ⅲ－２－（２） 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
	Ⅲ－２－（２）－① 提供する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。	Ⓐ・b・c
	Ⅲ－２－（２）－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・Ⓒ・c
Ⅲ－２－（３） サービス実施の記録が適切に行われている。		
	Ⅲ－２－（３）－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。	a・Ⓒ・c
	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。	Ⓐ・b・c
	Ⅲ－２－（３）－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。	Ⓐ・b・c

Ⅲ－３ サービスの開始・継続

		第三者評価結果
Ⅲ－３－（１） サービス提供の開始が適切に行われている。		
	Ⅲ－３－（１）－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。	a・Ⓒ・c
	Ⅲ－３－（１）－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。	Ⓐ・b・c

Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
	Ⅲ-3-(2)-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。	Ⓐ・b・c

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
	Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
	Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	Ⓐ・b・c
	Ⅲ-4-(2)-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。	Ⓐ・b・c

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準 (評価対象Ⅰ～Ⅲ)	28	25	
合 計			