

# 福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン

## ① 第三者評価機関情報

評価機関名：有限会社 保健情報サービス

訪問実施期間 平成 19年 12月 11日

## ② 事業者情報

名称： 松江赤十字乳児院

種別： 乳児院

代表者氏名： 石坂 尚人

定員（利用人数）： 40 名

所在地： 島根県松江市母衣町83-1

TEL 0852-24-6417

## ③ 総 評

### ◇ 特に評価の高い点

理念は明文化され院内数箇所に掲げられている。組織的に計画が策定されていて6委員会（防災安全、養育、環境衛生、栄養、地域交流、事業企画）が設置されている。その中で計画、活動、報告がされている。質の向上に向けても、研修会の機会は多くあり、その度、報告レポートが作成されている。地域との連携も、子育て支援事業、ボランティアの受け入れなど体制が確立されている。利用者アンケート、意見箱なども実施されていて、サービス向上委員会規則があり、苦情等にも迅速に対応する仕組みが構築されている。子ども達は安心して暮らしていて手作りの温かい食事やおやつが提供されている。集団生活から家庭に戻り戸惑わぬよう、また虐待等に手厚く対応する為に小規模のケアが行われている。全体に目配りの行き届いた運営、ケアが実践されている。

### ◇ 改善を求められる点

- ・プライバシー保護については、個人情報の保護同様、理解を持って取り組まれているが、プライバシーに関する規程・マニュアル等の作成段階ということもあり、十分ではなかった事から、規程・マニュアル等の作成を急がれる事を希望する。
- ・面会、外泊等のない児に「親子入浴」が行われているが、保育士1人で児4人というのは少し多すぎると思われる。補助者が付くか、せめて半数での入浴をされるほうが良いと思われる。
- ・措置制度の中、毎年定員が変化する中、職員体制、人材育成等に対する中長期計画、事業計画の策定は困難とは思われるが、理念や基本方針の実現に向けたビジョン、更なる課題や問題点の発掘・解決に向けた取り組みが求められる。

## ④ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回初めて第三者評価を受審しましたが、本院が目指してきたことが概ね評価された事を大変喜んでおります。改善を指摘いただいた点については早急に対応したいと思っております。今後とも職員一丸となって、子供達が「愛されていたことが心の底に残るように」必要な支援を行うとともに、地域の皆様に愛され必要とされる施設になるよう一層努力して参ります。

## ⑤ 各評価項目に係る第三者評価結果 別紙のとおり

# 福祉サービス第三者評価結果報告書

※すべての評価項目（55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

| 評価項目                            | 第三者評価結果 | 留意事項  |
|---------------------------------|---------|---|
| 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       | 明文化されており、パンフレット、ホームページにも理念が記載されている。院内にも数箇所掲示されていた。              |
| I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。  | a       | 基本方針と理念と一緒に明文化され掲載されている。  |
| I-1-(2) 理念や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       | 毎月の職員会議等において説明がなされており、中途採用職員についても周知と理解を促しており、職員も理念・基本方針を周知している。 |
| 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       | 利用者等に対してもパンフレットにて説明されている。                                       |

### I-2 計画の策定

| 評価項目                               | 第三者評価結果 | 留意事項  |
|------------------------------------|---------|---|
| 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       | 新院舎建設計画に基づく向こう5年間の収支計画書の作成はされている。これに基づき職員の採用人数なども計画されている。   |
| 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       | 収支計画書は作成されている。それに基づいた法人全体の中長期計画が作成されており、当該乳児院も参加メンバーとなっている。また、この中・長期計画に基づき、年間の目標を挙げ、予算立案・養育計画・事業計画が策定されていることが確認できた。 |
| I-2-(2) 計画が適切に策定されている。             |         |   |
| I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。        | a       | 6委員会に全職員が各自所属しており、その役割分担の中で活動されている。各委員会で策定された年次計画が6委員会委員長を含む運営会議で話し合われた結果を基に、管理会の承認を得るといった組織的な計画策定がなされている事が確認できた。   |
| I-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。      | b       | 組織的に計画策定がなされ、職員への周知は確認できたが、利用者への説明・周知は準備段階という事であり、これから利用者への計画の説明・周知されることを望みます。                                      |

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

| 評価項目                                       | 第三者評価結果 | 留意事項  |
|--|---------|---|
| 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       | 職員会議、運営会議等の会議で表明、説明されている。                   |
| I-3-(1)-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。   | a       | 会議や研修において説明し周知されている。                        |
| 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り組みに指導力を発揮している。     | a       | 質の向上に向けた意識を高める体制・業務の効率化、改善に継続的、更なる努力を期待したい。 |
| I-3-(2)-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。 | a       | 職員は管理者と共に積極的に参画している。                        |

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 経営状況の把握

| 評価項目                                       | 第三者評価結果 | 留意事項   |
|--|---------|--|
| 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       | 全体的な動向については、日赤本社、全国乳児院協議会の会議等で把握されている。                             |
| 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り組みを行っている。 | a       | 措置制度における経営面の困難さ等もあるが、毎年経営分析されている。公認会計士による指導もあり、改善に向けての取り組みもなされている。 |
| Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。                    | a       | 日赤本社、県等の監査を受けている   |

### Ⅱ-2 人材の確保・養成

| 評価項目   | 第三者評価結果 | 留意事項  |
|--|---------|---|
| 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       | 新院舎建設計画に基づく向こう5年間の収支計画書に基づき職員の採用人数なども計画されている。 |
| 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。 | a       | いつも院長室をオープンにし職員が相談しやすいような組織内の工夫が行われている。       |
| Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。                  | a       | 職員定期健診・職員旅行・慶弔・研修など取り組まれている。                  |

|   |   |   |
|---|---|---|
| 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 | 会議、研修会等には、全員公平に参加できるよう支援されていた。  |
| 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り組みが行われている。 | a | 職員研修は、計画、実行、報告がなされ記録されていた。また、未受講者を優先的に受講出来るよう具体的な取り組みがなされており、研修後の報告、伝達講習・資料の回覧も行われている。専門職の研修への参加派遣も積極的にされている。 |
| 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 | 内部研修会議は話し合いで計画の見直しがなされている。  |
|   |   |   |
| II-2-(4)-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。                  | a | 実習生、体験学習等の受け入れに対する基本姿勢や体制が明確に示され、整備されている。   |
| II-2-(4)-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。                          | a | 乳幼児各組の実習プログラムに沿って、指導されている。  |

### II-3 安全管理

| 評価項目   | 第三者評価結果 | 留意事項   |
|--|---------|--|
| II-3-(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。                      |         |  |
| II-3-(1)-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。 | a       | 緊急時連絡体制が作成され、非常呼び出し訓練・毎月実施されている避難訓練、感染症に対してはマニュアル作成対応するなど、院長も先頭に立って利用者の安全確保に取り組んでいる。 |
| II-3-(1)-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。                 | a       | ヒヤリハット報告により、発生原因分析、再発防止に取り組んでおられるのが、確認できた。   |

### II-4 地域との交流と連携

| 評価項目   | 第三者評価結果 | 留意事項  |
|--|---------|---|
| II-4-(1) 地域との連携が適切に確保されている。                  |         |   |
| II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。             | a       | 業務要綱・マニュアル等に基本的姿勢を示し地域活動に参加している。            |
| II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。              | a       | 子育て支援事業を展開し、乳児院の持つ専門機能や施設を地域に提供している。        |
| II-4-(1)-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。 | a       | ボランティア受け入れ姿勢も明確になされ、積極的に受け入れ、体制整備も十分なされている。 |
| 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       | 県内児童相談所、市役所、福祉事務所等との連携を取っている。               |
| II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。              | a       | 地域の関係機関との連携が取られ、職員間でも情報の共有化が図られている。         |

|                                     |   |  |
|-------------------------------------|---|--|
| Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。      |   |  |
| Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。          | a | 関係機関・団体等との会議などにより、福祉ニーズを把握している。また、アンケート調査によってもニーズ把握に努めている。 |
| 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。 | a | 地域交流委員会が実施する事業報告書の中でも地域福祉ニーズに基づく事業活動が行われていることが確認できた。       |

## 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

| 評価項目   | 第三者評価結果 | 留意事項   |
|--|---------|--|
| 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持つための取り組みを行っている。 | a       | 養育委員会で話し合い、職員全員で子ども達の気持ちを汲み取り、沿えるよう取り組んでいる。  |
| 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       | プライバシー保護に関する規定は法人の個人情報の保護規程マニュアルの中で触れられており、日々の各ケアの場面や家族も含めたプライバシーへの配慮が実践でなされている。規程・マニュアル等の整備に関しては十分ではないが評価受審後準備に取り掛かっている事が確認できた。 |
| Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。                            |         |  |
| Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。                 | a       | 入退所時にアンケートを実施している。   |
| Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。                  | a       | アンケート調査結果より、利用者の満足度を分析し改善すべき点の検討し、職員へも周知を図っている。  |
| 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。                | a       | 意見箱は玄関に設置してある。また、サービス向上委員会規則も定められている。  |
| 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。               | a       | 苦情は、直接電話や口頭でのことが多い。苦情解決はサービス向上委員会、第3者委員に相談する体制がある。   |
| 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。                  | a       | 苦情があれば、2週間以内に委員会を開催する仕組みがある。その結果は職員より、回答、院内の掲示板で、親、親族に伝えていることが確認できた。   |

### Ⅲ-2 サービスの質の確保

| 評価項目                                      | 第三者評価結果 | 留意事項                           |
|---|---------|--------------------------------|
| Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組み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。   | a       | 本社の自己評価受審、また第3者評価の受審体制を整備している。 |
| 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ている。 | a       | 受審結果に基づき改善策を検討している。            |
| Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。        | a       | 課題に対する改善策、改善計画、見直しについて実施している。  |

|  |   |   |
|--|---|---|
| Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。                 |   |   |
| Ⅲ-2-(2)-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。 | a | 入所時アセスメントシート、養育シート、退所時シート等標準的な実施方法が文書化されている。                        |
| 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 | 事業計画にも見直し・検討を掲げていることが確認できる。またマニュアルも見直しされていて、新しいマニュアルファイルは各自で所持している。 |
| 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 | 利用者毎の個別担当者が個人指導案を作成し、養育を実施し、その記録があり、引継ぎ、カンファレンスなどで情報の共有化を図っている。     |
| 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 | 記録類の管理体制については本社規定に基づいて行われている。                                       |
| 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。             | a | 個人ファイルが詳しく記録され、連絡ノートも徹底されている。情報の共有化も図られている。                         |

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

| 評価項目  | 第三者評価結果 | 留意事項  |
|---|---------|---|
| 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       | ホームページ、ビデオ等で公開し、パンフレット、チラシ等を用いて説明、同意を得るようにしている。見学、体験学習等の希望対応も行っている。 |
| 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。               | a       | ホームページ、ビデオ等で公開し、パンフレット、チラシ等を用いて説明、同意を得るようにしている。                     |
| 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。 | a       | 措置変更、家庭引き取り、里親委託等、退所時記録を渡し、移行がスムーズに行われるように配慮している。                   |

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

| 評価項目                                 | 第三者評価結果 | 留意事項                                  |
|--------------------------------------|---------|---------------------------------------|
| 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。   | a       | 個別指導計画が詳しく記録されている。情報の共有化も図られている。      |
| Ⅲ-4-(1)-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。 | a       | 毎月の個人指導票、養育シートに明示されている。               |
| 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。        | a       | 計画は担当者が行い、グループ会議を開催し保育士長、看護師長が確認している。 |
| 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。 | a       | 見直しが必要な時はケースカンファレンスを開催し記録を張り出している。    |

# 福祉サービス第三者評価結果報告書 (付加基準－乳児院版－)

※すべての評価項目（19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。

## A-1 日常生活支援サービス

| 評価項目   | 第三者評価結果 | コメント   |
|--|---------|--|
| A-1-(1) 援助の基本                                  |         |  |
| A-1-(1)-① 乳幼児と愛着関係を築くように努めている。                 | a       | 個別担当制をしき、個別的な関わりを重視している。また、スキンシップにも十分心掛けられている。   |
| A-1-(2) 健康管理                                   |         |  |
| A-1-(2)-① 一人ひとりの乳幼児の健康を管理し、異常がある場合には適切に対応している。 | a       | 健康状態の変化が一目で把握できる個別カルテにより適切に対応されている。また、定期健診、予防接種は計画的に実施されている。                           |
| A-1-(2)-② 病・虚弱児等の健康管理について、日常生活上で適切な対応策をとっている。  | a       | 専門医の指導を受けている。  |
| A-1-(2)-③ 乳幼児突然死症候群(SIDS)や窒息の予防策を講じている。        | a       | 夜間の見回りは1時間おきで記録されていた。ベビーセンサーがベビーベッドに取り付けられていた。   |
| A-1-(3)-④ 感染症等の集団発生に対して適切な防止等を講じている。           | a       | 隔離方法シートがあり、感染が拡大しないよう速やかな対応がされている。隔離室に移す等、対策が採られている。予防の為に消毒、手洗いは実行されている。               |
| A-1-(3) 睡眠環境等                                  |         |  |
| A-1-(3)-① 乳幼児が十分な睡眠をとれるように工夫している。              | a       | 安心して心地よい眠りにつけるように子守唄や軽くたたいたり等工夫しておられた。   |
| A-1-(3)-② 快適な睡眠環境を整えるように工夫している。                | a       | 温度、湿度等、快適な睡眠環境を整える工夫がみられた。加湿器等も使用している。   |
| A-1-(3)-③ 気候や場面、発達に応じた適切な衣類管理を行っている。           | a       | 気候や場面、発達に応じた適切な衣類が個別の衣類ボックスに収納されていた。マークもつけられていた。なお乳幼児は衣類を汚す場面が多いことも考慮し、着替えも十分に準備されていた。 |
| A-1-(3)-④ 快適な入浴・沐浴ができるようにしている。                 | a       | 入浴は毎日行われ、面会、外泊等の無い児には「親子入浴」を行い家庭的雰囲気近づけるよう工夫されている。                                     |

| A-1-(4) 食事  |   |  |
|---|---|--|
| A-1-(4)-① 乳幼児に対して適切な授乳を行っている。                                   | a | 原則、授乳は抱きながら目を合わせながらなされていた。   |
| A-1-(4)-② 離乳食を進める際には十分な配慮をしている。                                 | a | 担当者を中心に、児の月齢、個々の体調に合わせた授乳、離乳食開始、進行についてグループ会議で検討し、栄養士とも相談しながら実施されている。                     |
| A-1-(4)-③ 食事がおいしく楽しく食べられるよう工夫している。                              | a | 食べやすいテーブル、椅子の高さで、皆がお行儀良く食事をされていた。楽しく、おいしそうに食事ができるように工夫されていることが確認できた。                     |
| A-1-(4)-④ 栄養管理に十分な注意が払われている。                                    | a | 栄養バランスのよい献立が準備されていた。乳幼児の体調、疾病、アレルギー等に配慮した食事の提供、養育と栄養との連絡表も活用されている。                       |
| A-1-(5) 発達段階に応じた支援  |   |  |
| A-1-(5)-① 幼児が排泄への意識を持てるように工夫している。                               | a | 発達段階に応じてしつけをしておられた。排泄行動についても意欲を育て、無理をさせないよう、個人差を考慮されている。排泄のリズムについても記録が取られている。            |
| A-1-(5)-② 発達段階に応じて乳幼児が楽しく遊べるように工夫している。                          | a | 発達段階に応じた玩具・手作りの玩具などが用意されていた。お散歩マップも作られていて、天気の良い日は院外にも出かけるように工夫されている。                     |
| A-1-(6) 家族とのつながり  |   |  |
| A-1-(6)-① 児童相談所等と連携し、乳幼児と家族との関係調整を図ったり、家族からの相談に応じる体制づくりができています。 | a | 児童相談所等との、連携・関係調整を図ったり、家族からの相談に応じる体制づくりができています。   |
| A-1-(6)-② 保護者と子の愛着関係、養育意欲の形成を援助するように努力している。                     | a | 面会、外出、外泊等協議しながら無理の無いよう推奨している。  |
| A-1-(6)-③ 乳幼児と保護者に必要な心理的支援を行っている。                               | a | 自立支援計画を立てて、心理的な支援も配慮されている。   |
| A-1-(6)-④ 虐待を受けた子ども等、保護者から強引な引き取りの可能性がある場合、施設内で安全が確保されるよう努めている。 | a | 児童相談所との連携を密にし、緊急時には協力を依頼しながら家族からの相談に応じる体制づくりができています。虐待対策に対しても、強制引き取りに対しては、ケース毎に規定を設けている。 |
| A-1-(6)-⑤ 家庭復帰の困難な乳幼児への対応を適切に行っている。                             | a | 児童相談所との連携を図りながら自立支援計画を作成し、必要に応じて里親委託、養子縁組を検討するなど、対策を立てておられる。                             |
| A-1-(6)-⑥ 退所後の家庭生活を考慮した援助を行っている。                                | a | 退所後対応についても、家庭支援専門員を専任するなど、十分援助体制ができています。   |



## A-2 利用者の尊重

| 評価項目   | 第三者評価結果 | コメント   |
|--|---------|--|
| A-2-(1) 乳幼児の権利擁護                                       |         |  |
| A-2-(1)-① 体罰が行われないよう徹底されている。                           | a       | 業務要覧にも体罰禁止が明文化されており、周知徹底されている。   |
| A-2-(1)-② 乳幼児に対する暴力、言葉による脅かし等の不適切な関わりの防止と早期発見に取り組んでいる。 | a       | 体罰や不適切な関わりに迅速に対応できるように乳幼児からの訴えやサインを見逃さないよう留意されている。   |
| A-2-(1)-③ 体罰等不適切な処遇が発生した場合、組織としての対処を整備している。            | a       | 体罰や不適切な関わりを発見した場合には、関係機関、保護者に報告、説明書作成され、厳正な対応するように明文化されている。全職員には再発防止に向けた取り組みを行う体制も構築されている。 |