

福祉サービス第三者評価結果表

① 第三者評価機関名

特定非営利活動法人エール・フォーユー

② 施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホームみはらしの丘	種別：介護老人福祉施設
代表者氏名：青山 美紀	定員（利用人数）：80名
所在地：山形市みはらしの丘四丁目15番地3	
TEL：023-688-3854	ホームページ： http://www.yuuai-kai.or.jp/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：平成24年4月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人友愛会	
職員数	常勤職員：56名 非常勤職員：7名
専門職員	介護福祉士 33名 看護師 4名
	社会福祉士 5名 管理栄養士 1名
	介護支援専門員 5名 作業療法士 1名
施設・設備の概要	居室（80室）1075.20㎡ 談話・食堂等 1558.81㎡

③ 理念・基本方針

<p>【理念】 ともいき 立場が違えば 思いが違う 違う思いを 話し合い 違う立場で 手を握る</p> <p>【基本方針】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の立場に立った質の高いサービスを提供し、信頼を得る 2. 施設運営の柔軟性と透明性を確保し、常に向上を目指す 3. 利用者、家族、地域との共生を中心に考え、地域福祉の拠点となるべく総合的支援を実現する
--

④ 施設・事業所の特徴的な取組

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> ① 24時間シートを作成し、入居者の日々の暮らしを支えるツールとしている。 ② 事故報告・ヒヤリハット報告の他に、ゼロリスクの報告書を作成し、事故の未然防止やサービスの質の向上に努めている。 |
|--|

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 30 年 8 月 10 日（契約日） ～ 平成 30 年 12 月 5 日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	0 回（平成 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

1. 「ゼロリスク」の取組について

利用者の動きを考慮し生活上の危険性を感じられた場合や職員の不適切な対応などがあった場合、ゼロリスクの報告書でユニット毎に提出し、毎月施設内で公表する仕組みが構築されておりゼロになっているユニットもあります。事故の未然防止のため職員が一丸となってリスクをゼロにする取組みで利用者の安全安心なサービスに努めています。さらにヒヤリハット報告や事故報告をもとに安全衛生委員会による検証を行い改善を図っています。

2. 多職種連携について

事業計画の施設運営の基本方針や基本目標に基づき、事務・栄養・相談・看護・リハビリ・介護の部門別の目標や処遇の具体策を明示しています。職員は理念【「ともいき」立場が違えば思いが違う・違う思いを話し合い・違う立場で手を握る】を目指して、多職種連携で施設内の透明性と共有を図り、迅速な対応と利用者の尊厳を守り職員の質の向上に取り組んでいます。

◇改善を求められる点

1. 中・長期計画について

中・長期計画の構想はありますが、具体的な策定に至っておらず、今後は中・長期計画と事業計画を実現するため財務面での収支計画の策定が望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

1. 中・長期計画の作成がなされていない為、将来に向けたビジョンを明確に示すことができないことから、早急に取組んで参る所存です。
2. 組織運営管理事項の設問 25 番「関係機関との連携が確保されている」については、内容及び意図するところが明らかでない為疑問の残るところではある。
3. 食生活上における口腔ケアについては、対処方法が万全ではなく、今後利用者の生活に支障なきよう改善に努めていきたい。
4. 地域の貢献について、社会福祉法人の使命の一つととらまえている。買物支援の実施や、地域に求められる講師の要請には応えてはいるも、より多くの人々を対象にした活動にも視野を広げていきたい。

【共通評価項目】

評価細目の第三者評価結果

※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。	a
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針は施設ホール内に掲示し、ホームページや法人広報誌にも掲載している。利用者や家族等には、入居時に契約書や重要事項説明書をもとに丁寧な説明を行い、入居後も家族等の来訪時に利用者と共に周知を図っている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>社会福祉事業や地域の福祉計画等の動向・内容の把握はできているが、分析までは行われていないので検討されることが望まれる。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者に対する職員定数は基準を満たしており、研修・休暇等により不足が生じた場合は職員の協力調整で対応している。ハローワーク・福祉人材センター・学校等へ説明や人材募集を行っているが、厳しい現状で困難をきたしている。</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。	c
<p><コメント></p> <p>中・長期計画の構想は持っているが策定まで至っておらず、今後の中・長期計画の策定に期待したい。</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
<p><コメント></p> <p>単年度の事業計画や行事計画は、職員の意見を部門別で取りまとめたうえ運営会議の場で検討され、理事会で承認を得る体制の中でしっかりと計画の策定を行っている。</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
<p><コメント></p> <p>事業計画の策定は、利用者等や職員の意見・要望等をくみ上げる仕組みができており、施設長会議の中で理事長から意見や指示が出されている。各計画の実施状況については、冊子の業務概要で職員や家族等・行政機関・コミュニティセンター・社会福祉協議会・学校等に配布し説明・周知を図っている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者には、主に行事関係をフロアや廊下に掲示して職員から説明を行っている。家族等には、冊子の業務概要の配布と共に来訪時に都度職員から説明と周知を図っている。</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
<p><コメント></p> <p>質の向上に向けた取組については、月1回内部研修の部門別ミーティングでざっくばらんな話し合いを行い、多職種会議の場で検討しPDCA（計画・実行・評価・見直し）サイクルに基づいて実施している。この度初めての第三者評価の受審に繋がっている。</p>		

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者のモニタリングは3ヶ月に1回、カンファレンスは6ヶ月に1回行い課題等の把握に努め、職員への周知と共有化を図り改善に向けて取り組んでいる。</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
<p><コメント></p> <p>職員へ冊子の業務概要を配布し周知と理解が得られており、職務分掌等でも示されている。施設長不在時や災害時等における権限委任が明確にされ周知も行っている。施設長は毎日ユニットを回って利用者の顔を観たり、職員の働いている様子を見て声掛けを行っている。</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
<p><コメント></p> <p>施設長は法令遵守等や経営に関する観点から、市内の特別養護老人ホーム施設長連絡会や特養部会施設長研修会に参加している。法令遵守について、職員へ毎年4月開催の内部研修で周知を図っている。</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
<p><コメント></p> <p>職員に対して危機管理意識を高めるために、防災・防犯研修を行い利用者の安全・安心に向けた取組を実施している。</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
<p><コメント></p> <p>施設長は職員からの意見を運営会議で図り、その結果について部門長を通して職員へ周知し、経営や業務の改善において毎月の試算表の分析や稼働率状況を踏まえ、改善に向けた取組を行っている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>人材の採用に関しては、ハローワークや学校関係などに募集をだしているが応募が少なく苦慮している為、「職員紹介報奨金」制度を設けている。また外国人の介護士就労等の検討もなされている。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>人事管理として職務等級資格制度規程を整備し、昇格試験にともない昇給にも繋がる仕組みで、職員は将来の目標が描けて意欲にも繋がっている。また国家資格を持つ正職員は法人内事業所の人事異動がある。</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組んでいる。	b
<p><コメント></p> <p>年2回、部門長による職員の個別面談があり、就業に関する意向の把握を行っている。育児・介護・有給等の休暇の取得は行われ、ワーク・ライフ・バランスに配慮しているが人員補充の面で現場に負担がかかる場合がある。全職員に健康診断を実施し、同時にストレスチェックも行い職員の健康管理を行っている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>職員より短期・長期の目標を提出してもらい、上期・下期の2回に個人面談を行い進捗状況や達成度を確認して質の向上に向けた取組を行っている。</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
<p><コメント></p> <p>年度始めに研修委員会が計画を策定し、外部研修は仕事の状況をみながら参加してもらい費用は法人が負担している。資格取得に関しては個人の責任で負担している。内部研修は毎月一回、専門分野からの外部講師等を招き勉強会を行っている。</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
<p><コメント></p> <p>法人全体の採用内定者には入職前研修、新任職員には3か月・6か月・1年研修等で実務に向けた研修を実施している。また階層別（中間管理職）研修、職務等級別研修など、それぞれの機会を確保して質向上を目指している。</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。	b
<p><コメント></p> <p>実習生受入れに関しては、研修で学んだ職員を配置し担当はできる仕組みを整えているが、マニュアルや受入れ実績はない。</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
<p><コメント></p> <p>ホームページや年3回発行している機関誌「ともいき」の中に明らかにし、運営の透明性を図っている。また法人全体の各施設の事業計画や運営規定等、利用状況の分析等を載せたものと収支予算書の2冊を行政機関・コミュニティセンター・学校・社会福祉協議会等に、また全利用者家族等に配布して周知を図り理解を得ている。</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
<p><コメント></p> <p>法人の規程に従い、事務専門の職員が会計を行っている。更に外部の会計士による外部監査を実施し、会計と業務にアドバイスとチェックを受け適正な経営と運営に努め透明性を図っている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>地域貢献として交通手段を持たない高齢者向けに買い物支援としてスーパーなどへ施設の車で送迎や見守りをして喜ばれている。地域の夏祭りにはゲームやヨーヨーを提供し人気に</p>		

<p>なっている。毎月一回、コミュニティセンターで行われている百歳体操の場に看護師・作業療法士・栄養士等が参加要請を受けて様々なアドバイスや相談に応じ好評を得ている。</p>		
24	<p>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。</p>	b
<p><コメント></p> <p>ボランティアの受入れは相談部門が担当になっており、訪問に際しては登録してもらい面接も行っている。来訪者には活動内容や感想を記録してもらう事になっている。車椅子清掃や草とりにグループや個人で来てくれる方もおり、環境美化に繋がり施設の力となっている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
25	<p>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。</p>	c
<p><コメント></p> <p>施設として必要な関係機関と定期的な連絡はとっているが、職員に向けての明示はしていない。関係機関との連絡方法など職員や家族等にも周知されるような工夫が望まれる。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
26	<p>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。</p>	b
<p><コメント></p> <p>自治会主催の福祉道場・いきいきサロン・健康講座に職員が参加し、健康に関する運動や食事、介護などについて資料を持参して質問や相談に応じ貢献している。災害時における協力を得るには近隣住民との繋がりが大切との認識をもって、今後の課題として取組んでいきたいとしている。</p>		
27	<p>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。</p>	b
<p><コメント></p> <p>現在、直接民生委員とは個人的な関わりはあるが全体会議等に行っていない。その他さまざまな機会を捉えてニーズの把握に努めていきたいとしている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>職員一人ひとりに理念や基本方針等が記載されたカードを配布し常に携行して、確認と共通の施設サービスができるようにしている。利用者の人権の尊重については、法人・内部・外部研修を通して理解し、サービスの向上に繋げている。</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
<p><コメント></p> <p>利用者のトイレ誘導時はマニュアルに基づき個別対応をとり、トイレの戸は必ず閉めるなどプライバシー保護を図っている。不適切な事案が生じた場合は、罰則規程や法人の各施設長が委員を務める制裁委員会を設けている。</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
<p><コメント></p> <p>ホームページの開設や施設紹介パンフレット等を地域のコミュニティセンターや市などにも配置し、誰でも見られるようにしている。見学や入所希望の際には、入所に関する相談票を用いて相談部門が聞き取りを行い施設紹介資料等で説明を行っている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>利用開始や変更時は、利用者や家族等に重要事項説明書や各種資料等で説明し理解と同意を得て書面でも残している。意思決定の困難な方には、身元引受人から同意を得るようにし、成年後見人制度の利用も行っている。</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
<p><コメント></p> <p>利用者が入院した時は1ヶ月を目途に病院と相談を行い、3ヶ月を待ってから他施設への移動や退所を検討している。退所される場合は、利用者や家族等にいつでも相談できるような窓口を設けていることを説明している。</p>		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>利用者満足調査は、モニタリング票の中に利用者の要望等を記載する項目のところ把握して、分析・検討のうえ改善を図っている。また職員が利用者会や家族会等に参加して意見や要望等の把握を行い改善に向けた取組を行っている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>問題が生じた場合は苦情解決規程によって、半期ごとに法人主催で全事業所の施設長、第三者外部委員、理事長による第三者苦情解決報告会を実施している。受付から解決までの仕組みを職員は周知し、家族等からも理解を得ている。施設の目標にゼロリスクを掲げ取組んでいる。</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
<p><コメント></p> <p>ユニット制で職員も担当制なので利用者との関わりも密にでき、相談や意見がすぐに聞ける環境になっている。玄関口に意見箱を設置し相談部門が管理して、出された意見等はユニット会議・部門会議において検討し利用者・家族等に周知を図っている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>意見や要望は苦情解決の仕組みに従い対応している。内容によってはそれぞれの専門職や部門別に、時間を要するものは進捗状況を明らかにし報告している。</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。	b
<p><コメント></p> <p>ヒヤリハットについては決められた書式に都度記録し、毎月のユニットミーティングで聴取・検証・要因分析を行い、全ユニットで情報を共有しゼロリスクを目指している。</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
<p><コメント></p> <p>感染症対策としてマニュアルを整備し、安全衛生委員会で対策を協議している。職員は看護師による研修や実技の学習で予防対策や発生時の手順等を学んでいる。利用者・職員全員がインフルエンザの予防接種を行い、ここ数年発生していない。</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やっている。	b
<p><コメント></p> <p>「災害対策組織」に基づいて、基本方針・発生時の処置（昼間・夜間別）・災害訓練・災害防止対策等を明記し、総合避難訓練や地震想定訓練など年7回実施している。自治会側の受入態勢が整っておらず協定には至っていないが、近隣住民との協力関係の構築を目指している。市内各施設との協力協定を結んでおり調達訓練を行っている。</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
<p><コメント></p> <p>介護サービスに関する手順書を定めており、職員が確認できるように各部署ごとに設置して、統一した対応ができるようにしている。利用者一人ひとりの暮らし方を知るために24時間シートを作成し生活リズムを把握して、その人らしい生活ができるよう取組んでいる。</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立している。	a
<p><コメント></p> <p>最初のアセスメントから6か月目に家族等も入り全職員でカンファレンスを行っている。3ヶ月ごとにモニタリングを実施し利用者・家族等の意向を聞いて、プランに繋げている。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>サービス変更に関しては、施設の記録様式を用いてユニットの全職員・看護師・作業療法士・管理栄養士・多職種連携のもと計画作成担当者により施設サービス計画を作成している。カンファレンスにおいては食事・排泄・転倒防止などに留意し反映させている。</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
<p><コメント></p> <p>施設サービス計画に関して、利用者の区分変更や看取りになった場合は、新たな計画書を作成し多職種連携を図り詳細なモニタリングを実施している。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>ケース記録・部門ごとの記録は、パソコンで入力を行っており、確認は施設内ネットワークを利用している。業務日誌や朝・夕の全体の申し送りで情報の共有を図っている。急を要するものは口頭で伝えることもあり迅速な対応に努めている。</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
<p><コメント></p> <p>秘密保持や個人情報保護については規程に基づき、職員に入職時に説明している。電子データは職員一人ひとりのパスワードで保護され、USBメモリの使用は禁止となっている。居室の名札や写真の掲載は家族等の同意を得ている。</p>		