

## 福祉サービス第三者評価結果報告書

### ①第三者評価機関名

一般社団法人 和歌山県認知症支援協会 地域生活支援部門

### ②評価対象事業所

名称 : 介護付 有料老人ホーム あい向		種別 : 特定施設	
代表者氏名 : 中江 聡		定員(利用人数) : 60 名	
所在地 : 和歌山市向143番地			
TEL : 073-452-8739		<a href="http://nakae.or.jp/contents/ai_mukai/index.html">http://nakae.or.jp/contents/ai_mukai/index.html</a>	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日 : 平成23年 10月 1日			
経営法人・設置主体(法人名等) : 医療法人 愛晋会			
職員数	常勤職員	31 名	非常勤職員 9 名
専門職員	(専門職の名称) 介護福祉:	21 名	看護師 5 名
	理学療法士	1 名	介護支援専門 2 名
	作業療法士	1 名	
施設・設備	(居室数)	60 室	(設備等) 理容洗髪コーナー・機能訓練室
の概要	スタンダードタイプ(8.5畳) 47室 トイレキッチン(12畳)9室 2人使用(19畳)9.5畳+9.5畳 4室		大浴場 (個浴,機械浴あり)

### ③理念・基本方針

理念	「向かい合う愛のある家」
基本方針	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 感謝の気持ちで向かいあう</li> <li>2. いつも笑顔で向かい合う</li> <li>3. 生活環境に向かい合い、安全で安心できる家づくり</li> <li>4. スタッフ同士がお互いを思いやり、助け合い、向かい合う</li> </ol>

### ④施設・事業所の特徴的な取組

より高いサービスを目指し、手厚い介護・看護・リハビリ体制を整えています。

#### [介護]

お一人おひとりの生活スタイルに合わせて、温かくきめ細やかな心配りで日常生活のお手伝いをさせて頂いています。また、外食、クッキング、小学校との交流会などリクリエーションや地域交流にも力を入れ「看護」協力医療機関との24時間緊急連絡体制を整備しています。希望される方には、当施設の協力医療機関への送迎サービスを行っています。「リハビリ」日常生活の向上を目指し、身体状況に合わせた機能訓練を専門のリハビリスタッフがを行います。

### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施機関	平成 26 年 10 月 31 日 (契約日) ~
一般社団法人 和歌山県認知症支援協会	平成 27 年 6 月 18 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

・利用者本位のより良いサービスの提供できる施設を目指して、できてないところを改善していけるよう、施設長はじめ職員が前向きに取り組んでいる。

・ケアマネジメント手順書が作成されていて計画作成が適切に行われている。

・母体法人が運営する病院との連携で、終末期ケアや緊急時対策・安全対策に取り組み、利用者の医療面への安心が得られている。

#### ◇改善を求められる点

・職員間のチームワークを向上して共通意識を持って業務に挑めるよう、互いに話し合える機会を多く持

ち、職員の相談窓口など、メンタル面へのサポートも行っていくことが望まれる。

### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業者のコメント

介護付き有料老人ホームあい向は、平成27年10月に開設5年目を迎えます。開設当初から施設の運営・業務改善について日々取り組んできました。今回5年目を迎えるに当たり、実際に私たちがどこまで出来ていて何に気づいていないのか見直しを行う良い機会とし、第三者評価を受けることにしました。実際に第三者評価を受け、取り組めていた部分(A評価)と、取り組めていなかった部分(B・C評価)が明確になりました。1回目の評価でB・C評価を受けた事項に関しては見直しを行い、2回目の評価でAやBを得ることができました。今回、第三者評価を受けて職員全員が足りない部分に気づくことが出来ました。また、改善していく事の大切さを改めて痛感させられました。これからは定期的に評価を受け、私たちが目標とする施設創りに取り組んでいきたいと思えます。

### 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。

## 各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由【共通項目】

施設名：介護付有料老人ホーム あい 向

### 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	評価の理由
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・b・c	使命、役割、姿勢について職員が案を出し合って作成した施設理念、基本方針は、職員が常に使命を持って役割を確認できるようスタッフルームに掲示し、また、玄関には利用者の書による額を掲げ利用者や家族への周知も図られている。

#### I-2 経営状況の把握

評価項目	第三者評価結果	評価の理由
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。  a・b・c	法人における医療・介護の事業経営をとりまく環境と経営状況を把握し、事業経営の維持改善に活かそうとしているが、定期的な分析のための具体的な資料が確認しにくい面もある。
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・b・c	経営課題の解決については役員を中心に行われており、具体的な取り組みについての職員間での共有ができていない。

### I-3 事業計画の策定

評価項目	第三者評価結果	評価の理由
<b>I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。</b>		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンと計画が策定されている。	a (b)・c 中長期計画の収支計画は策定されているが、理念や基本方針の実現に向けたビジョンを明確にした事業計画は策定されていない。
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 (b)・c 単年度の計画の中に、目標を明確にして課題や問題点を解決していくための具体的な内容は示されていない。
<b>I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。</b>		
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 (b)・c 設置されている各委員会での職員意見を踏まえて各事業計画を策定し、各計画を職員に配布し理解を促す取り組みを進めている。
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 「行事計画」については印刷物を配布し周知・説明をしているが、福祉サービスの提供、施設設備を含む住環境の整備等の事項について、事業計画をわかりやすい内容で伝える取り組みは十分ではない。

### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取り組み

評価項目	第三者評価結果	評価の理由
<b>I-4-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的・計画的に行われている。</b>		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取り組みが組織的に行われ、機能している。	a (b)・c 自己評価を定期的に行ない、福祉サービスの質の向上に取り組んでいるが、総合的、継続的に実施されるPDCAサイクルにもとづいた組織的な体制の整備には至っていない。
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。	a (b)・c 福祉サービスの質の向上に向けて課題を明確にした取り組みが進められているが、職員の参画のもとで課題を文書化し計画的に継続して実施する仕組みは作り上げられていない。

## 組織の運営管理

### Ⅱ－１ 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	評価の理由
<b>Ⅱ－１－（１） 管理者の責任が明確にされている。</b>			
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。	Ⓐ・b・c	管理者・施設長は、事業経営、災害、事故等における自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修、個別面談で時に表明し、理解を図っている
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 Ⓑ・c	法令遵守についての勉強会を実施して職員に遵守すべき法令等を周知しているが、内容や意味を正しく理解するための具体的な取り組みには至っていない。
<b>Ⅱ－１－（２） 管理者のリーダーシップが発揮されている。</b>			
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。	Ⓐ・b・c	管理者・施設長は、ケアの質の向上に向けて、現状の課題を把握し、円滑な個別支援の提供に向けて担当制や職員のグループ分けを行うなどの体制を作り、意欲的に取り組んでいる。
13	Ⅱ－１－（２）－② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c	職員が自発的、意欲的に業務を実践できるよう、業務の実効性の向上に向けて職員の人員を加配したり、保育所の設置など、働きやすい環境整備等に取り組んでいる。

## Ⅱ－２ 福祉人材の確保・育成

評価項目	第三者評価結果	評価の理由
<b>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。</b>		
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、取り組みが実施されている。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c 有資格の職員の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画にもとづいて、人員体制に加配するなどして人材の確保ができています。託児所など、働きやすい環境が整備されている
15	Ⅱ－２－(１)－② 総合的な人事管理が行われている。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c 処遇改善計画を策定し、人材確保のためのプランを確立している。事業所独自の評価用紙を用いて、1年に2回定期的に人事考課を実施している。
<b>Ⅱ－２－(２) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c 個別面談の機会を設け職員の意向を確認している。勤務表作成時には休暇や時間の希望等にも配慮している。健康診断の実施や職員旅行・親睦会・忘年会・ソフトボール大会等、職員が心身ともに健康を維持できるような取り組みを行っている。
<b>Ⅱ－２－(３) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>		
17	Ⅱ－２－(３)－① 職員一人ひとりの育成に向けた取り組みを行っている	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c 新人職員に関しては個別の教育計画を作成し、1ヶ月後と3ヶ月後に評価を行ない次の研修に繋げている。中堅の職員に対しても研修実施後の評価を行ない、次年度の研修計画に反映している。

評価項目		第三者評価結果	評価の理由
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。	Ⓐ・b・c	採用時研修や移動時の研修、中堅職員のステップアップ研修等計画的に実施されている。
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。	Ⓐ・b・c	施設内に教育委員を置いて年間教育計画を作成し、職員に明示している。職員は必要とされる外部研修を受講しており、伝達研修も行なわれている。
<b>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。</b>			
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、積極的な取り組みをしている。	a Ⓑ c	実習生受け入れに対する態勢を示しているが、具体的な実習受け入れプログラムや実習時プログラムの整備は行っていない。

### Ⅱ-3 運営の透明性の確保

評価項目		第三者評価結果	評価の理由
<b>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。</b>			
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 Ⓑ c	パンフレットやホームページ、広報誌等で理念や事業所で行っている活動等の情報は公表されているが、事業計画、事業報告、予算、決算情報の明示はない。
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 Ⓑ c	透明性の確保のための取り組みは特にみられないが、事業所における事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、各種規程に沿った業務の実施や財務管理が行われている。

## Ⅱ－４ 地域との交流、地域貢献

評価項目	第三者評価結果	評価の理由	
<b>Ⅱ－４－(１) 地域との関係が適切に確保されている。</b>			
23	Ⅱ－４－(１)－① 利用者との交流を広げるための取組を行なっている。	a b・c	夏祭りの開催で地域住民との交流を図っている。地域での買い物や外食、また地域のふれあい作品展に利用者の作品を出展し見に行くなど、地域に出る機会を設けて交流を広げようとしている。
24	Ⅱ－４－(１)－③ 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	ボランティアの受け入れに対する基本姿勢は十分持っており、受け入れ体制は整っているが受け入れ計画は明示されていない。
<b>Ⅱ－４－(２) 関係機関との連携が確保されている。</b>			
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	同法人・系列法人内の機関との連絡・連携はとれているが、その他の関係機関や団体等との連携への具体的な取り組みはみられない。
<b>Ⅱ－４－(３) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。</b>			
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	が、施設は災害時における地域住民の避難場所となっているが、専門性や特性を活かして地域に還元する取り組みはできていない。
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	自治会や関係機関との連携で地域の福祉ニーズの把握に努めているが、地域貢献に関わる事業・活動の実施には至っていない。



### 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	評価の理由
<b>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</b>		
28	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り組みを行っている。	① a・b・c 利用者を尊重したサービス提供を示した理念と指針を職員に明示している。研修の実施等、組織内で共通理解を持って利用者を尊重したサービスが実践できる取り組みを行なっている。
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。	① a・b・c プライバシー保護に関する規程・マニュアルを整備し、ひとりひとりの利用者のプライバシーが保護され安心して自由に生活できるよう取り組んでいる。
<b>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。</b>		
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。	① a・b・c パンフレットやホームページで情報提供するとともに、見学、体験入所の希望に対応している。
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。	① a・b・c 福祉サービス内容、料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料とともに、組織と利用者の権利義務関係を明確にした契約書が整備されている。
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応をおこなっている。	① a・b・c 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、引き継ぎに必要な利用者の情報を提供している。同法人や系列法人の事業所への移行においてはサービスの継続性に配慮した連携が取られている。

評価項目	第三者評価結果	評価の理由
<b>Ⅲ－１－（３） 利用者満足の上昇に努めている。</b>		
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、取り組みを行っている。	a ● b ● c 満足度調査を実施し、担当者を決めて利用者が要望を伝えやすくするなど利用者満足の上昇に向けて取り組んでいるが、定期的な調査の実施やそれをもとにした検討会議の設置等の仕組みは整備されていない。
<b>Ⅲ－１－（４） 利用者満足の上昇に努めている。</b>		
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 苦情解決委員会を設置し苦情解決の仕組みが確立されているが、わかりやすい掲示物や資料の配布等による説明が行き届いておらず、仕組みが十分機能できていない。
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 担当制の導入により、利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。苦情窓口を文書に記しているが、知らない利用者が多い。
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 ● b ● c マニュアルが整備されており、家族、利用者からの相談や苦情、意見に迅速に対応できるよう取り組んでいる。

評価項目	第三者評価結果	評価の理由
<b>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り組みが行われている</b>		
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	a・b・c
		事故委員会を設置し、ヒヤリハット報告や事故報告書の確認を行っている。また、毎月のスタッフ会議で事例検討や事故の要因の分析を行うなどして、利用者の安全確保に取り組んでいる。
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、取り組みを行っている。	a・b・c
		事故や感染症に関する委員会を設置し、マニュアル及びフローチャートが作成され、体制を確立して緊急時の利用者の安全確保に備えている。
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り組みを組織的に行っている。	a・b・c
		委員会を設置し災害時のマニュアルを作成し、避難訓練を定期的に行っているが、立地条件に合わせた取り組みや、訓練実施後の問題点を検討し、事前に対策を講じるなどの具体的な取り組みはみられない。

### Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

評価項目	第三者評価結果	評価の理由	
<b>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。</b>			
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・b・c	サービスに関するマニュアルが整備され標準的な実施方法が文書化されている。また職員体制を変え、チェックシートを設けたことで職員のサービス内容が統一された。
41	Ⅲ－２－（１）－② 見直しをする仕組みが確立している。	○a・b・c	サービス内容について月１回のリーダー会議で定期的な検証、見直しを行っている。
<b>Ⅲ－２－（２） 適切なアセス面とにより福祉サービス実施計画が策定されている。</b>			
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・b・c	利用者の心身状況や生活状況等を正確に把握している。また、サービスを実施するための一人ひとりの課題を把握し具体的な実施計画が策定されている
43	Ⅲ－２－（２）－② 定期的に福祉サービス実施計画の策定を行っている	○a・b・c	サービス実施計画の見直しや評価に関する手順を定めたマニュアルを作成し、その手順に基づき、半年に一回計画書の見直しを行っている。
<b>Ⅲ－２－（３） サービス実施の記録が適切に行われている。</b>			
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、職員間で共有化されている。	a・○b・c	ケアチェック表を作成しサービス実施時に記入し、詳細は支援記録に残している。アセスメントや介護計画に記入された身体状況や生活状況について、重複する項目を見直し、より記入・閲覧しやすい様式への変更を検討し、共有化を図っている。
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・○b・c	記録管理についての記録規定を定め、記録の管理体制の確立に向けて取り組んでいる。カルテは鍵のかかる場所に保管している。