

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：	社会福祉法人 鳥取県社会福祉協議会
訪問調査実施期間：	平成25年1月18日（金）

②事業者情報

名称： 社会福祉法人 鳥取県厚生事業団 三津白寿苑	種別： 特別養護老人ホーム
代表者氏名： 理事長 西原 昌彦	定員（利用人数）： 70名 （70名）
所在地： 鳥取県鳥取市三津869-7	TEL 0857-59-0108

③総 評

◇特に評価の高い点

基本理念で地域との連携を推進されているように、地域とのつながりを大切にされており、公民館での絵手紙・ペーパーフラワー教室を開催されたり、地域のボランティアが買い物に同行されるなど、利用者と地域の住民の関係作りにも務めておられます。
利用者や家族からの苦情や意見、要望を、アンケートや利用者懇談会、日頃の聞き取りなど多様な機会を通じて受け取り、その対応や回答を、申出者に配慮しながら、広報紙、施設内各所への掲示などで公開されています。対応途中でもその検討状況を伝えており、サービス向上に向けて真摯に取り組まれています。

◇改善を求められる点

①経営上の改善課題の発見とその解決のため客観的な情報を得るためにも、外部監査の実施が望まれます。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

--

⑤各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙のとおり

福祉サービス第三者評価結果

※すべての評価項目（53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	コメント
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。	Ⓐ・b・c	①法人理念と事業所理念には個人の尊重や地域との連携の推進が挙げられ、事業所としての目指す方向が示されており、パンフレットや広報紙に記載されています。理念を具体化するために職員がブレインストーミングの手法を用いて作成した介護理念も広報紙の各ページに記載されています。 ②基本方針は理念を具体化し、職員の行動規範となる内容となっており、パンフレットや広報紙に明示されています。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	Ⓐ・b・c	
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。	Ⓐ・b・c	①理念・基本方針は、月1回開催される代表者会議やユニット会議等で周知が図られています。また、名刺サイズの用紙に印刷し、いつでも参照できるように全職員に配布されています。 ②利用者懇談会や家族会総会でも理念や基本方針を示して説明されています。字を大きくして印刷するなどの配慮がされています。広報紙にも記載して周知されています。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	Ⓐ・b・c	

Ⅰ-2 事業計画の策定

評価項目	第三者評価結果	コメント
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。	Ⓐ・b・c	①理念や基本方針に基づき、職員によって構成される11種類の委員会の検討を経て、代表者会議で5か年の中・長期計画と収支計画が策定されています。専門委員会や代表者会議により毎年総括や見直しが行われています。 ②中・長期計画に基づき、各委員会での検討を重ね、単年度の事業計画が策定されています。
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c	①事業計画は分野ごとに各委員会で作成された原案を施設長が取りまとめ、最終的に代表者会議で策定されています。年2回の評価と見直しも各委員会で実施されています ②事業計画は、5月の職員会議で資料として提示し、職員に周知されています。 ③利用者や家族には利用者懇談会や家族会総会で資料として提示し、説明されています。施設内にも掲示されています。
Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	Ⓐ・b・c	
Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	Ⓐ・b・c	

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	コメント
I-3-1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-1-1) 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。	Ⓐ・b・c	①管理者は広報紙にて年1回、自らの責任と意気込みを文章化して示されています。職員会議や代表者会議、ユニット会議でも職員に表明されています。 ②法令等については、労働セミナーや経営研修会などに参加され学ばれています。法令順守マニュアルを整備し、各ユニットに設置されています
I-3-1-1) 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。	Ⓐ・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) 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。	Ⓐ・b・c	①管理者はサービス向上委員会に参加し、実施するサービスの質の現状について、継続的に評価・分析を実施されています。利用者や家族へのアンケートや、各ユニットごとに他部署職員を交えたサービス自己評価を実施するなど、質の向上に指導力を発揮されています。 ②管理者は経営改善・研修委員会に参加し、経営状況を把握し、他の委員会と協働して入院リスク回避に努めるなど、組織的な改善の取り組みに指導力を発揮されています。
I-3-2-1) 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。	Ⓐ・b・c	

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	コメント
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) ① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	Ⓐ・b・c	①平成24年4月の介護保険法一部改正や地域包括ケアシステム推進の流れを受け、地域包括支援センターや社協、民生委員、高齢者施設によって構成される「こやま地域ケアネットワーク」へ参画され、周辺地域のニーズの把握にも努めておられます。 ②経営改善・研修委員会で、毎月の利用者推移や利用率を分析し、経営状況を把握されています。利用状況に影響する入院リスクを減少させるため、感染症対策委員会やリスクマネジメント委員会などと連携し、改善に取り組まれています。 ③外部監査は実施されていません。
Ⅱ-1-1-1) 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。	Ⓐ・b・c	
Ⅱ-1-1-1) ③ 外部監査が実施されている。	a・b・Ⓒ	

Ⅱ-2 人材の確保・養成

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-1-1) ① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	Ⓐ・b・c	①人事は法人本部で行われています。人材育成の方針は中・長期計画や事業計画に示されており、介護福祉士や介護支援専門員、認定特定行為業務従事者などについて、具体的な人数を挙げて育成プランが立てられています。 ②人事考課は実施されていません。
Ⅱ-2-1-1) ② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a・b・Ⓒ	

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)・b・c	①有給休暇やリフレッシュ休暇の取得、時間外労働の状況は一覧にして定期的に把握され、衛生委員会で結果を分析し改善を図るようにされています。希望者はいつでも管理者と個別面談ができることを職員に周知されています。
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。	(a)・b・c	②福利厚生については鳥取県公社・事業団職員等互助会への加入や、事業所内での親睦会の実施が行われています。メンタルヘルスの推進と労働環境の整備は事業計画の重点事業目標にも挙げられ、腰痛予防などの健康診断が実施されています。衛生委員会での検討を経て、職員の休憩室を新たに設置されています。
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)・b・c	①職員の教育・研修に関する基本姿勢は、基本方針や中・長期計画に明示されています。
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)・b・c	②年度ごとに「職場研修計画・評価表」を用いて、各職員の研修参加や資格取得の意向などを踏まえて、個別の研修計画が立案されています。管理者と職員の面談や経営改善・研修委員会で検討した上で、実施されています。
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)・b・c	③研修終了後に職員は復命報告書を提出し、管理者や研修担当者がコメントを記入するようにされています。また、「職場研修計画・評価表」に基づいて、個別に今年度の成果の確認や振り返りが実施され、次年度の研修計画に反映されています。
めいs		
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。	(a)・b・c	①介護実習マニュアルがあり、基本姿勢や受入体制が明文化されています。受入にあたっては、学校と実習契約書を結び、責任体制を明確にされています。実習終了後には実習生にアンケートをとり、ニーズの把握や改善に繋がられています。

II-3 安全管理

評価項目	第三者評価結果	コメント
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）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。	(a)・b・c	①管理者は、リスクマネジメント委員会や感染症対策委員会に参加されています。事故や感染症に対応したマニュアルが作成され、職員に周知されています。
II-3-1-2) 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。	(a)・b・c	②災害に対しては防火管理者と防災・環境美化委員会により防災訓練や環境整備が検討されています。防災訓練は火事想定で昼夜に分けて年2回、地震想定で年1回実施されています。消防設備についても業者による点検を実施し、スプリンクラーや誘導灯などを整備されています。
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。	(a)・b・c	③ヒヤリハットや事故報告書は収集し、緊急度を設定して整理しています。各ユニットでの供覧や、リスクマネジメント委員会での分析・検証結果のフィードバックなどを行い、リスクの把握や危機予知力の向上に努められています。

Ⅱ-4 地域との交流と連携

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	Ⓐ・b・c	①地域との連携の推進は理念や基本方針にも明文化されています。2カ月に1回、地域の公民館で、利用者と地域住民が参加する絵手紙やペーパーフラワーの教室を開催されたり、買い物外出時に地域のボランティアの方に利用者を支援する取り組みを実施されています。
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	Ⓐ・b・c	②地域における災害時の受入施設として登録されています。また、理学療法士によるハンドケアの説明などを掲載した広報紙を公民館などに置かれています。
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。	Ⓐ・b・c	③ボランティアの受け入れについては、基本姿勢が明文化され、マニュアルが作成されています。認知症についての事前研修を実施されるなど、受け入れ体制を確立されています。
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。	Ⓐ・b・c	①鳥取市の広報紙や、地域の関係機関、団体、多目的トイレなどの位置が掲載された湖山マップを各ユニットに設置し、職員、利用者に周知されています。
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	Ⓐ・b・c	②地域包括支援センターとの連絡会議やケアマネージャーの連絡会議に参加しているほか、短期入所利用者の担当者会議を主催されています。
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。	Ⓐ・b・c	①地域住民との交流、意見交換、相談を通じて地域の高齢者の状況や課題の把握に努められています。
Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づき事業・活動が行われている。	Ⓐ・b・c	②地域の福祉ニーズにも基づき短期入所生活介護事業をや居宅介護支援事業を実施されています。

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	コメント
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。	Ⓐ・b・c	①理念には利用者一人ひとりを主体性をもった個人として尊重することが明示されています。職員を対象とした人権研修や身体拘束排除に関する研修も実施されています。
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	②プライバシー保護マニュアルが整備され、「プライバシー保護に関する研修」も実施されています。
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、取組を行っている。	Ⓐ・b・c	①サービス向上委員会で利用者や家族にサービスに関するアンケートを実施し、回答を分析、検討され、サービスの向上に繋がられています。

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)・b・c	①重要事項説明書に苦情受付担当者や苦情解決委員会、社会福祉協議会など複数の窓口が明記されているほか、施設内にも相談窓口のポスターが掲示され、意見箱が設置されています。利用者懇談会でも利用者の意見や要望を聞きとり、検討されています。
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)・b・c	②苦情や意見は毎月開催する苦情解決検討会で検討されます。苦情解決検討会には第三者委員も、4カ月に1回、参加されます。検討した結果は申出者に配慮した上で、広報紙や施設内掲示等で公開されています。
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)・b・c	③利用者や家族からの意見や苦情については、苦情解決検討会実施要綱に従って対応されます。すぐに対応できず検討中となった場合でも、検討状況を報告されています。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

評価項目	第三者評価結果	コメント
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)・b・c	①サービス向上委員会において、毎年1回、ユニットごとに他部署職員を交えた自己評価を実施されています。第三者評価は平成21年度に続いて受審されています。
Ⅲ-2-(1)-② 評価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行している。	(a)・b・c	②評価結果についてはサービス向上委員会や代表者会議で話し合い課題を明確化し、関係部署や係で改善策を講じています。
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。	(a)・b・c	①個々のサービスにかかる標準的な実施方法はマニュアルとして文書化し、施設内研修や新人研修で周知され、サービスが提供されています。
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)・b・c	②それぞれのマニュアルは、サービス向上委員会で協議、検討され、年1回、見直しが行われています。
7		
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)・b・c	①ケアマネジメントマニュアルに沿って、サービス計画が作成されています。この計画に基づいてサービスが実施され、実施状況が記録されています。
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	②利用者の記録については各階の介護主幹が管理責任者となっており、法人の文書管理規定に基づいて管理されています。
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)・b・c	③毎日の朝礼や、引継ぎノート、記録の供覧、各部署参加の定期的なケアカンファレンスにより職員間での情報の共有が図られています。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

評価項目	第三者評価結果	コメント
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。	Ⓐ・b・c	①パンフレットや広報紙、ホームページでサービス選択に必要な情報を提供されています。施設内見学もいつでもできる状態にあります。
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	②サービス開始にあたってはパンフレットや重要事項説明書でサービス内容を説明されています。重要事項説明書は図表を用いて分かりやすくしており、サービスの提供開始にあたっては、利用者や家族の同意を得ておられます。
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	①他の事業所への移行等については入退所手順書に沿って手続きが行われます。情報提供票による移行後の施設への情報提供や退所後の相談窓口の設置など、サービスの継続性に配慮されています。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

評価項目	第三者評価結果	コメント
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	①ケアマネジメントマニュアルに沿って、統一した書式によりアセスメントが実施されています。
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	①責任者を設置し、ケアマネジメントマニュアルに沿って、生活相談員、看護師長、理学療法士、管理栄養士、介護士支援専門員などが参加するカンファレンスにより計画策定されています。カンファレンスには、利用者や家族参加の呼びかけも実施され、利用者参加により新たなニーズを発見されています。
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	②サービス担当者会議を長期1年、短期6カ月、入退院前後1カ月と定期的開催し、評価・見直しを実施されています。