

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24年1月17日（火）

②事業者情報

名称： 社会福祉法人鳥取県厚生事業団 いこいの社	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）：定員（利用人数） 80人
所在地 鳥取県鳥取市湖山町西3-113-1	TEL 0857-32-0151

③総 評

◇特に評価の高い点

- ①要介護度の高い高齢者が入所される特別養護老人ホームです。10名を1つの生活単位（ユニット）として8ユニットあり、小規模生活単位型の恵まれた施設環境の下、ユニットケアの理念が職員に浸透し、一人ひとりがその人らしい暮らしができる支援を実践しておられます。
- ②開設4年目の新しい施設で、先回の調査（平成21年11月）では、地域連携等の課題がありましたが、地域住民、ボランティア、教育機関等の交流の場として「いこい丸祭」の開催など、施設と地域の相互理解に向けた積極的な取り組みが始まっています。
- ③「湖山ケアネット」への関わりを通じて、地域包括支援センター、大学、社協、病院、民生委員等と連携し、地域福祉について協議する場面づくりや福祉マップづくり等も積極的に行われています。こうしたネットワークを通じて地域の福祉ニーズの把握に努めておられます。

◇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の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。
- ②人材の能力開発・育成、公正な職員処遇、職員意欲を喚起する等の目的を達成するためにも、法人として人事考課に取り組まれることを期待します。
- ③独居高齢者の増加など、地域ニーズ・福祉課題等の把握は行われていますが、施設としての具体的な事業・活動の展開までには至っていません。今後、積極的に地域ニーズに基づく活動が実施されることを期待します。
- ④個別の教育・研修計画を定期的に事業所と職員とですり合わせを行い、協働して個別の育成計画を作成し、これに基づく定期的な評価・見直しが行われることが望まれます。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

--

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。	(a) b・c	①法人の基本理念及び経営方針(基本方針)が明文化され、これに基づき事業所の理念が明文化されています。 ②事業所の理念は、「利用者一人ひとりの尊厳を大切に、その人らしい暮らしを送るための支援を行うこと」とされています。この理念に基づき基本方針として「利用者が安心して過ごせる環境づくり」「専門職としての倫理と技術の向上」「地域に開かれた施設づくり」一を目指すとされ、法人の基本理念、経営方針との整合性が保たれています。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	(a) 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。	(a) b・c	①事業所の理念・基本方針は、年度当初の職員全体会議で配布・説明されるとともに、日常的に施設長や指導的職員から再確認の場が設けられ、実践に活かされています。 ②利用者には懇談会で、家族には家族会総会で説明されています。総会に欠席された家族には郵送されています。また、事業所理念・基本方針は、ホームページ、パンフレット、広報紙等に盛り込まれています。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	(a) 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。	a (b) c	①施設が設立された平成20年度から向こう5年間の中・長期計画が策定されています。施設経営、福祉サービス、人材育成について具体的な目標が定められ、各年度ごとの年次計画と総括がなされています。ユニットリーダーの育成計画など具体的な数値目標も定められています。 ②単年度の事業計画は中・長期計画に沿った内容となっています。中・長期計画を実現するための収支計画の策定が求められます。
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。	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	①事業計画の策定は、各ユニット・リーダー会で練られ、ユニットリーダー・フロアリーダーから成る代表者会議で集約され、原案作成される仕組みになっています。中・長期計画は、中間にあたる3年目の平成22年度に代表者会議で評価・見直しが行われています。単年度計画は、実施状況について年度中途に代表者会議で評価・見直しが行われています。 ②職員には年度当初の職員全体会議で周知されるほか、施設長や指導的職員から再確認の場が設けられ、実践に活かされています。 ③事業計画は、利用者には懇談会で、家族には家族会総会で説明されています。総会に欠席された家族には郵送されています。わかりやすい文書が用意され、説明が行われています。
Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	(a) b・c	
Ⅰ-2-(2)-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

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 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	①事務分掌で、管理者としての役割が明記され、年度当初の職員全体会議や職員研修で自らの責任と役割を「運営所感」として明確にされています。自らが各種委員会に所属され、その中でリーダーシップを発揮されています。 ②法人の「業務管理体制要綱」を基に平成23年4月には法令遵守マニュアルが策定されました。福祉関連法令をはじめ、労働関係法令、施設管理に必要な法令等がリスト化され、職員が閲覧可能となっています。
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り組みに指導力を発揮している。	(a) b・c	①サービスの質を高めるために、職員の資質向上を重点課題と捉え、資格取得の奨励やOJTに積極的な取り組みが見られます。 ②また、TEASⅡ種（鳥取県版環境管理システム）の認証を受け、環境負荷の軽減に向けた取り組みがなされるとともに、経費節減、コスト意識の向上に努めておられます。
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) 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 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	①福祉施設経営者協議会等の研修を通じた情報収集により高齢者福祉施設を取り巻く状況が把握されるとともに、地域とのネットワークや関係機関との連携により待機者数の状況や地域の中での福祉課題・ニーズが把握されています。 ②事業計画の中に「経営改善・基盤の確立」が盛り込まれ、具体的な入所稼働率が設定されています。経営改善委員会が設置され、光熱水費等の経費の現状・課題の把握や分析、改善方策等が月1回検討されています。経営改善委員会での検討内容はユニット会に報告され、全職員に周知される仕組みがあります。 ③外部監査は実施されていません。経営上の改善課題の発見とその解決のための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。
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) 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

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 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	(a) b・c	①中・長期計画の中に人材育成計画があり、介護福祉士等の資格者の確保やユニットリーダーの養成等の目標記載があります。この計画に基づき、法人への人員要望が行われる仕組みとなっています。 ②人事考課は行われていません。人材の能力開発・育成、公正な職員処遇、職員意欲を喚起する等の目的を達成するためにも、法人として人事考課に取り組まれることを期待します。
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・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。	(a)・b・c	①職員就業状況は管理職により定期的に有給休暇の消化率や時間外労働の把握がなされています。改善が必要な場合には、月1回ある安全衛生委員会等で検討される仕組みがあります。 ②福利厚生については、鳥取県公社・事業団等職員互助会に加入されています。また、安全衛生管理体制（健康管理体制）があり、産業医、衛生管理者等への相談体制が確立しています。さらに、外部組織の中央労働災害防止協会の「事業場の心の健康づくり」を活用し、職業性ストレス簡易調査を定期実施し、前回調査との比較検討が行われるなど、積極的な取り組みが見られます。
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	
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基本方針には専門性を高める方針が示され、事業計画に「研修体制整備と人材育成」の記載があり、研修体制の強化が明示されています。 ②年度ごとに職員の希望に合わせ、所属委員会や職種、資格取得の意向等に基づき、個人ごとの研修計画が策定され、年度末には職員により個人ごとの振り返りが記入されています。 ③研修後には報告書（復命書）が提出され、復命研修を行う仕組みがありますが、定期的に事業所と職員とのすり合わせが行われていませので、協働して個別の育成計画を作成し、これに基づく定期的な評価・見直しが行われることが望まれます。
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	
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)	
II-2-4) 実習生の受け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。	(a)・b・c	①実習生受け入れマニュアルがあり、担当者が決められ、マニュアルに沿って受入れがなされています。指導者養成については、介護福祉士実習指導者育成研修を受講し、年間1名ずつ（累計3名）の育成がなされています。

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リスク管理のマニュアルが整備され、定期的にリスクマネジメントや感染症予防対策の委員会が開催されています。 ②平成22年度には、災害対策マニュアルが策定され、地震・水害等への備えをされています。 ③利用者の安全確保のために、利用者個々のリスクカードが作成されています。職員でヒヤリ事象があった場合には、指定様式により報告され、緊急・重大の度合いにより「A・B・C」にランク付けがなされています。ヒヤリハット事象は個別に分析され、対応策が検討されています。緊急・重大度に合わせて整理され、研修場面等で職員に周知され、再発防止につなげる仕組みがあります。
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	
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	

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。	(a) b・c	①基本方針の一つに「地域に開かれた信頼される施設づくり」を挙げられ、開設して4年経過した現在、利用者と地域との関係性を重視している姿勢が随所に見られます。 ②日常的には「地域交流室」を利用者、家族のほか、地域住民やボランティア等に開放しており、交流の場となっています。事業計画にもコミュニケーションの場として位置付けがなされています。また、イベント時に行う介護相談や介護職研修も地域住民を対象に実施されています。地域交流事業として平成22年度から「いこい丸祭」の開催を始め、施設と地域の相互理解に向けた取り組みもされています。 ③絵手紙、お茶、お花、音楽等の趣味の会に幅広く関わってもらえるようなボランティア受け入れを、「地域との関係づくり」、「施設を理解してもらうための取り組み」と位置付け、事業計画に盛り込まれています。マニュアルが整備され、担当者も決められています。担当者から高校や地域への呼びかけが積極的に行われています。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	(a) 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) 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) b・c	①関係機関等の社会資源は一覧にして各ユニットに置かれ、職員・利用者及び家族の共有が図られています。 ②地域包括支援センターとは、「湖山ケアネット」のなかで月1回の連絡会が持たれ、事例検討等が行われています。医療機関、公民館等関係機関との連携も日常的に行われています。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	(a) 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) b・c	①「湖山ケアネット」との関わりの中から、地域包括支援センター、大学、社協、病院、民生委員等と連携し、地域福祉について協議する場面づくりができました。福祉マップづくり等、地域の福祉ニーズの把握に努めておられます。 ②独居高齢者の増加等、地域のニーズ・課題把握はできていますが、施設としての具体的な事業・活動の展開までには至っていません。開設して4年が経過し、今後積極的に地域ニーズに基づく活動を実施されることを期待します。
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・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

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。	(a) b・c	①利用者の人権を尊重する姿勢を、法人・施設の理念、運営方針、事業計画等で表明されています。 ②プライバシー保護マニュアルが整備され、プライバシーへの配慮義務について職員に説明されています。利用者アンケートの中にプライバシーに関する項目を入れ、課題、配慮について職員会議で検討され、職員間で共有されています。
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。	(a) b・c	
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。	(a) b・c	①サービス向上委員会が設置され、利用者、家族を対象としたアンケートが定期的に行われています。食事の嗜好アンケートでは、個別に栄養士の所感が記録され、改善する仕組みとなっています。

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施設内に相談窓口等の苦情解決の仕組みが掲示され、担当者が設置されています。定例の懇談会やアンケートなど複数の方法で利用者意見を聞く仕組みがあります。各ユニットの共有フロアに意見箱も設置されています。 ②施設内には、苦情解決検討会が設置され、受け付けた苦情・要望等を検討し、改善策が協議されています。改善策を含め、対応や回答は、施設内に掲示されるとともに、利用者との懇談会で報告する仕組みとなっています。 ③利用者や家族からの意見に迅速に対応するために苦情解決検討会実施要綱を制定し、それに従い迅速に対応しておられます。
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	
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	

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が設置され、定期的に評価計画が立てられます。評価は、ユニットごとに自己評価が行われ、ユニット間の相互評価としてユニットリーダーが別のユニットのサービス評価をする方法を取り入れています。 ②ユニット会議で課題の分析・検討が行われ、課題として取り上げられたものについては、改善計画が立てられています。改善計画に基づき、質の向上に向けた取り組みがなされています。
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	
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食事・排泄等の個々のサービスの標準的な実施方法は、個別にマニュアルがあり、各ユニットに設置されています。 ②マニュアルについては、施設内に設置されたサービス向上委員会等の各種委員会でサービス内容の検証がなされ、必要な事項は見直されています。
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	
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) b・c	①所定様式によるサービス実施計画（施設サービス、個別機能訓練、栄養ケアマネジメント等）が作成されています。この計画に基づくサービスが組織的に実施され、実施状況が記録されています。定期的な評価・見直しも利用者の意見を入れながら実施されています。 ②記録管理の責任者はユニットごとに設置され、法人の文書管理規程に基づき管理が行われています。個人情報保護規程があり、これに基づく個人情報の管理が行われています。 ③各部署参画のもと、定期的にケアカンファレンスが実施され、各職種間において利用者情報が共有できる環境があります。また、利用者状況等の情報は、パソコン上で職員間の情報共有がなされています。
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	
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	

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。	(a) b・c	①パンフレット、機関誌、ホームページ、ブログ等でサービスの具体的な紹介があり、利用希望者等にサービス選択に必要な情報が提供されています。 ②サービス開始時には、重要事項説明書の他、料金体系やサービス内容をわかりやすく整理した資料で家族等に対する説明が行われています。また、サービスの開始に当たっては、重要事項説明書の書面で本人、代理人等の同意が得られています。
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。	(a) 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。	(a) b・c	①入退所手順書があり、事業所の変更や家庭への移行などにあたり、引継ぎ書が用意されサービスの継続に配慮した仕組みとなっています。

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。	(a) b・c	①サービス実施計画作成にあたっては、マニュアルがあり、手順に沿ったアセスメントが行われています。所定様式により身体状況、生活状況等の記載があります。年2回、定期的にあセスメントが行われ、利用者の状況をまとめて家族に伝達されています。 新規の利用者には、生活の継続性を配慮し、8領域にわたるアセスメントシートが用意され、面接後、1か月間の暫定的なケアプランが策定され、カンファレンス、モニタリングを経て本プランに移行する仕組みとなっています。
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。	(a) b・c	①フロア（2ユニット）ごとにケアマネージャーが配置され、マニュアルに基づいたサービス実施計画の策定が適切にされています。事業計画の重点事業目標には「ユニットケアを支えるケアマネジメントの充実」が挙げられています。
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。	(a) b・c	②ケアプランは、6か月に1度の定期的な評価・見直しが行われ、その内容は次のプランに反映されるとともに、職員で共有する仕組みとなっています。その他、入院等の身体状況の変化が生じた場合は再度アセスメントが行われ、その都度見直しが行われています。