

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11月15日（木）

②事業者情報

名称：	社会福祉法人 鳥取県厚生事業団 皆生尚寿苑	種別：	養護老人ホーム（外部サービス利用型特定施設）
代表者氏名：	理事長 西原昌彦	定員（利用人数）：	140（140）名
所在地：	鳥取県米子市皆生新開1丁目5番15号	TEL	0859-33-9310

③総 評

◇特に評価の高い点

①利用者主体を理念に地域福祉の拠点施設とし、苑長をはじめ全職員が一丸となって、福祉サービスの質の確保と改善に向けた取り組みが行われています。全ての職員が参画する各種委員会が設置され、現場の意見の吸い上げや利用者の意見を反映されるなど、サービスに活かす仕組みの構築や各種マニュアルの適宜見直しがされ、サービスの向上に向けた取り組みが行われています。

②地域に開かれた施設として、年間延べ約600人程度のボランティアや実習生の受け入れの拡大や、地域へ出かけ健康講座を開催されるなど、事業所の有する機能を地域へ還元されています。

◇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。

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法人の基本理念・経営方針は施設のパンフレットやホームページに記載されています。内容は、個人の尊厳の保持、地域社会での自立した生活の支援を基本に、福祉サービスの質の向上を図り地域福祉の推進に貢献することが謳われており、法人の使命や目指す方向を読み取ることができます。 ②法人の基本理念に基づく施設の基本理念・基本方針が明文化され、職員の行動規範となる具体的な内容となっています。
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年度当初、年度中途の職員全体会議で文書を配付し説明され、周知に努められています。また、年度中途採用職員にもその都度説明され、周知のための継続的な取り組みが行われています。 ②利用者へは、文書を拡大し苑内の各所に理念や基本方針を掲示したり、利用者会で説明されたり、全館放送されるなど周知に努められています。家族や地域の方へは、苑の広報紙「すまいる」に理念・基本方針を掲載し、配布されています。
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	①20年度から24年度の中・長期計画の最終年度を迎え、目標に対して残された課題と今後の展望について総括が行われています。施設運営の稼働率、施設改修、人材育成について数値目標が可能なものは数値で示されています。現在、多職種が参画する運営委員会において、24年度の評価を踏まえ、25年度～29年度の中・長期計画及び収支計画を策定されているところです。 ②中・長期計画の内容を反映した事業計画が策定され、稼働率や資格取得目標が具体的に示されています。
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、前年2月に職員一人ひとりから意見や要望を吸い上げ、それを基に運営委員会で策定されています。また、年度途中に実施状況の把握もされています。各種委員会の計画は、前年度末に各担当委員で評価見直しを行い、年度初めに計画が立てられています。 ②年度当初の職員会議において文書で説明周知が図られています。また、全職員がLANで確認し、実施状況の把握ができる仕組みとなっています。年度途中の計画の見直しは各担当職員で行われ、運営委員会で協議し、内容は職員に周知されています。 ③苑内に拡大文字の事業計画を掲示し、さらに見やすいようルーペが置かれています。併せて全館放送するなど周知が図られています。家族へは年度当初に事業計画を掲載した広報紙を郵送されています。苑の行事は都度、葉書で案内されています。
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苑長は、自らの役割と責任について、事務分担表や防災計画、年度当初の広報紙に載せておられます。年度当初の職員全体会議や、毎月の運営委員会、職員会議、朝礼等で表明されています。 ②養護老人ホームを取り巻く福祉情勢や、倫理・法令遵守に関する研修会等へ参加され、持ち帰って職員へ伝達研修が行われています。福祉分野の関係法令に留まらず消費者基本法、景品表示法などの消費者関連法令もリスト化され、職員がいつでも見やすい場所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苑長は、サービス向上委員会、サービス評価委員会、事故発生防止委員会、業務改善委員会などの各種委員会に、全職員をいずれかの委員会に所属させ、職員の意見を取り入れるようにされています。また、自ら全ての委員会に所属させ、全体責任者として統括され指導力を発揮しておられます。 ②米子市や地域包括支援センター等との意見交換会で苑の情報提供を行い、その結果、地域包括支援センターから短期入所の依頼を受け空床を少なくしたり、迅速な対応ができるよう携帯電話を導入されるなど、業務の改善に向けた取り組みが行われています。
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地域包括支援センターの会議や、市町村との意見交換会に出席され、福祉ニーズ等について情報収集が行われています。高齢者虐待等の緊急時や災害時の受け入れ先として事業計画に反映し機能を発揮されています。 ②毎月の運営委員会で稼働率、入退所状況、待機者などの把握分析が一覧表で示され、職員会議で周知され改善に向けての意識向上が図られています。また、年1回TEAS（鳥取県版環境管理システム）の調査も実施され環境改善に努められています。 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-1-1-1) 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法人並びに苑の基本理念に、専門性を備えた人材の育成について謳われています。中・長期計画や事業計画に介護支援専門員、介護福祉士、療吸引の取得者数のプランが立てられ、それを実現するための研修の参加や義務免制度の導入など支援体制がとられています。 ②人事考課は行われていません。人材育成と職員の公正な処遇の実現と更なる組織の活性化に繋げるためにも、客観的な基準に基づいた人事考課の取り組みを期待します。
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担当部署で月1回、有給休暇の取得率や時間外労働のデータがチェックされています。職員の意向や意見は、苑長が個人面談により聞き取りを行い、改善が必要な場合は、運営委員会で検討されています。今年から夏季休（特別休暇）の取得月の見直しが行われ、通年で取得できるようになったり、男性職員の育児休暇の取得など積極的な取り組みが行われています。 ②セクハラ・パワハラ相談窓口を設置し、法人本部に直接相談する体制が整備されています。健康診断、予防接種の励行をはじめ本年度は外部機関（産業心理相談室）を利用したアンケートによるセルフチェックが行われ健康増進につなげておられます。県公社・事業団職員等互助会に加入され各種助成金の利用を推進されています。
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	
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、職員に求められる基本姿勢が明示されるとともに、法人の職員研修実施要綱に基づき研修が実施されています。 ②職員個別の研修計画は「個人研修計画・評価シート」を用いて年度当初に苑長と面談した上で、研修委員会で施設方針・個人の技量・キャリア形成の希望など踏まえ策定され、計画に沿った研修が実施されています。 ③研修受講後は、復命書を作成され苑長の評価がされています。復命研修も定期的に開催されています。年度途中で研修の進捗状況の確認と年度末の評価がなされ、次年度の個別研修計画策定につなげておられます。研修の情報は、LANや掲示により職員への周知が図られています。
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	
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) 実習生の受け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を整備され実習担当者が配置され、社会福祉士、ホームヘルパーの実習生の受け入れが行われています。学校側と連携し、実習目的に応じたカリキュラムを用意されるなど積極的な取り組みが行われています。

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	①BCP（業務継続計画）が作成され、災害時の対応体制がとられています。月1回、事故発生防止委員会、感染症対策委員会で安全確保のための検討が行われるとともに、年1回それぞれの委員会でマニュアルの見直しの検討が行われています。今年度は食中毒発生を想定し、利用者へ食中毒の情報発信等がなされました。 ②利用者の安全確保のため、年2回消防署と連携し利用者参加のもと、夜間を想定した避難訓練や、津波を想定した避難訓練も実施されました。災害に備えて140人3日分の飲食物やマスクの備蓄と管理が行われています。 ③リスク発生時には、ヒヤリハットを記入し再発防止策を立て職員が出勤時に確認できる場所に掲示し周知が図られています。未然防止対策は事故発生防止委員会で検討されケア会議・職員会議などで周知されるなどの対策が実行されています。苑内、居室内の設備と車椅子などの点検が定期的に行われています。
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	
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。	Ⓐ・b・c	①基本理念・方針・事業計画に、地域との連携強化が謳われています。地域の催し物の情報は、苑内に掲示し利用者個々の意向に応じて参加を促しておられます。また、苑の運動会や夏祭り、苑でのクラブ活動に地域の方が参加されるなど定期的に交流が行われています。今年も利用者がトリアスロンのボランティアに参加されました。 ②苑便りを毎月公民館に配付され活動の紹介をされるとともに、介護等の相談窓口を設置され地域での電話相談に対応されています。大山町の「ふれあい・いきいきサロン」に理学療法士の資格のある職員がリハビリの出前講座に出かけられるなど、苑の有する機能を地域に還元されています。 ③ボランティア受入れマニュアルが整備され、担当者が配置されています。年間延べ600人程度のボランティアの受入れがなされ、施設行事、クラブ活動、傾聴ボランティアなどの活動が行われています。
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c	①県、市町村、病院、保健所、福祉施設、地域包括支援センターなどの関係機関がリスト化され、LANにて職員が情報共有できるようになっています。 ②年に1回、各市町村とケース連絡会が開催され、必要に応じてカンファレンスが開催されています。高齢の精神障がい者等の病院退院後の受入れやDVの保護等、関係機関との連携が適切に行われています。
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c	①病院の地域連携室、地域包括支援センターとの情報交換や地域住民との交流、民生委員とのかかわりの中で福祉ニーズの把握に努められています。 ②把握した福祉ニーズに基づいて、在宅高齢者の電話相談窓口の設置や、DVなど緊急性の高いケースの受入れがなされています。
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。	Ⓐ・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組を行っている。	Ⓐ・b・c	①基本方針に、利用者を尊重した支援に努めるよう明示されています。また、身体拘束廃止マニュアル等も整備され職員に周知が図られています。人権・高齢者虐待・権利擁護に関する研修も年間の研修スケジュールに組み込まれ、組織内で共通の理解と周知のための取組が行われています。 ②入浴・排泄等の生活場面ごとのマニュアルが整備され、プライバシー保護に関する留意事項が記載され、職員がいつでも見られるようになっています。
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	
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年1回、施設サービスに関する利用者アンケートと嗜好調査が実施されています。月曜集会（利用者全員）、なかよし役員会（自治会世話人と棟代表）、棟別会（棟ごと）を開催し、利用者からの意見を吸い上げ、サービス向上委員会で改善策を検討し結果を苑内に掲示されています。

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。	Ⓐ・b・c	①日常的に利用者との対話を重視され、意見を述べやすい環境にあります。利用者と個別面談を行い意向の聞き取りや生活相談員を各階に配置され、いつでも相談できる体制が整備されています。また、各所に意見箱の設置、第三者委員名、電話番号を記載した相談方法について掲示されるなど、相談方法や相談相手を選択できるような環境が整備されています。 ②苦情解決責任者、受付担当者、第三者委員を設置され、苦情解決の仕組みが苑内に掲示され周知が図られています。苦情対応の結果は申し出者に報告され、内容によっては月曜集会で報告され掲示もされています。また、苦情検討委員会を設置し、年2回第三者委員を交えて改善に向けた検討が行われています。 ③苦情、意見等対応マニュアルが整備され、すぐ改善できることは迅速に利用者へフィードバックされサービスの改善に繋がられています。
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c	①自己評価、第三者評価、法人内評価が毎年行われ、サービス評価委員会で結果について改善のための検討が行われています。 ②評価結果についてサービス評価委員会や運営委員会で検討を行い、課題解決に向けた取り組み（各種マニュアルの改訂、職員研修に関する事など）が行われています。
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c	①サービス内容毎に、実施時の留意点等が記載されたマニュアルがあり、新人研修、現任研修で実技講習会が実施されるなど職員への周知が図られ、サービスの質の向上に努められています。 ②月1回、サービス向上委員会で検証が行われ、マニュアルの改訂につなげられています。
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c	①入所予定者訪問面接調査により課題分析が行われ、サービス実施計画が策定されています。記録方法についての手順書に基づき、経過記録の際、赤字は医療に関する事、黒字は生活面に関する事等の取決めもあります。また、新任研修で記録についての研修も行われています。 ②法人の文書管理規程、個人情報保護規程に基づき、文書管理の責任者が配置され、記録の保管保存廃棄、情報開示について対応されています。個人情報保護に関する誓約書を全職員が苑と交わされています。 ③利用者の状況は、LANで職員が共有する仕組みがあり、日々の状況は、朝礼や夕礼で確認され出張や休暇の職員には連絡ノートで確認できるようになっています。
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c	①苑の紹介は、法人と苑独自のホームページで公開されています。苑のパンフレットは、各市町村、地域包括支援センター、公民館に配置され、利用を希望する方が情報を入手できるようになっています。随時見学にも対応されています。 ②サービスの開始にあたっては、措置権者同席のもと、重要事項説明書により説明が行われ、同意を得られた上で利用契約書が交わされています。
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c	①他施設への移行については、市町村と連絡協議が行われ、利用者や家族の意向に沿って円滑な支援が行われています。「看護・介護引き継ぎ書」を定め、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処遇計画ケアプラン作成のフローチャートに沿ってアセスメントが行われ、利用者個々のニーズが明示されています。
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サービス実施計画の策定にあたり、生活相談員・介護支援専門員が責任者として設置されています。通所介護・福祉用具貸与等の外部サービス利用についても、介護職員・当該職員と協議し、利用者の意向を汲み取りサービス実施計画が策定されています。 ②ケアプランフローチャートに基づき、毎月のモニタリングと半年に1回の外部サービス事業所関係職員との合議によるプランの見直しが行われ、関係職員に周知されています。
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	