

## 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9月13日（木）

### ②事業者情報

名称： 社会福祉法人 ふれあい 軽費老人ホーム 岩井長者寮	種別： 軽費老人ホームA型
代表者氏名： 理事長 彌登 章	定員（利用人数）：50名（42名）
所在地： 鳥取県岩美郡岩美町岩井250	TEL (0857) 73-1886

### ③総 評

#### ◇特に評価の高い点

①利用者が地域資源を活用しやすいよう、送迎の支援や買い物ツアーを行うなどの取り組みがあります。安全対策においても、地域災害協力会と連携し避難訓練が実施されています。  
②利用者が相談や意見を述べやすい環境を整えるため、懇話会の開催を、今年度から小グループでの開催に取り組みられています。個別に意見が述べられるよう、生活相談員の相談対応や、居室点検時に職員が話を聞くようにするなどの取り組みも見られます。

#### ◇改善を求められる点

①理念や基本方針の実現に向けた中・長期計画と中・長期の収支計画の策定及びこれらを踏まえた事業計画の策定を期待します。  
②利用者のプライバシー保護に関して、規定・マニュアルの整備や施設・設備での工夫が必要です。利用者尊重の施設運営実現に向けての、組織としての取り組みを期待します。  
③サービスの質の向上に向けて、評価に基づく課題の明確化、改善策・改善実施計画の策定と実行が組織として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

--

### 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	基本理念、運営方針、行動指針が策定されており、事業計画書、機関紙「ゆかむりの郷」に記載されています。 理念は利用者個人の尊厳と地域とともに施設作りをしていくことが明示されており、運営方針は理念に基づき職員の行動規範となる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) 理念や基本方針が職員等に周知されている。		
Ⅰ-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	Ⓐ・b・c	基本理念、運営方針、行動指針は事務室に掲示され、職員はいつでも確認できるようになっています。年度始めには事業計画と共に配布され説明されています。 利用者と職員は隔月程度の頻度で、理事長からの説明を受けています。機関紙にも記載され、利用者や家族に手渡すなどされています。 利用者には入所時に説明されていますが、より分かりやすい資料の作成など、周知に向けた一層の取り組みと周知状況の確認が継続して行われることを期待します。
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・Ⓑ・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・Ⓒ	経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画及び中・長期の収支計画を策定されることが必要です。
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・Ⓒ	
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・Ⓒ	中・長期計画を策定し、中・長期計画に基づく事業計画が、職員等参画のもとで策定され、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われることが求められます。 職員・利用者への周知は、事業計画に基づく行事計画について、月ごとに行事の資料を作成、配布し説明されています。 毎月の行事に関する振り返りは介護部会で実行されています。行事に限らず、事業全般の評価と見直しが定期的に行われ、年間の振り返りが次年度の計画に生かされることを期待します。
Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a・Ⓑ・c	
Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a・Ⓑ・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	管理者の役割と責任は、組織図に示され、施設長として機関紙にあいさつ文を寄せるなどされています。管理者の役割をより明確に記載した、「職務権限規定」「職務分掌表」は作成途上です。 労務管理に関する研修会や法律関係の研修会への参加、鳥取県から届く公文書の職員への供覧は行われています。利用者支援のために必要な法令を把握し、リスト化するなどの取り組みと、職員への周知が求められます。
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	各部会への参加を通して職員の意向を踏まえ、質の向上は意識されています。サービスの質の現状について評価・分析を行う仕組みの構築や、サービスの質に関する課題の把握と改善のための具体的な取り組みに指導力を発揮されることを期待します。 経営や業務の効率化や人員の配置はすでに構築された体制が維持されています。さらなる効率化と改善に向け、指導力の発揮を期待します。
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	病院、地域包括支援センターなどの関係機関を定期的に訪問され、利用希望者の把握が行われています。 経営状況の分析は毎月の光熱費等グラフ化され、前年度との比較が行われ、運営委員会で確認されています。 社会福祉事業全体の動向の把握や利用者・潜在的利用者のニーズの把握と分析、利用者数の推移や利用率の分析などの結果を中長期計画や単年度の事業計画に反映させることが必要です。 外部監査は実施されていません。
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)	必要な人材に関する具体的なプランはありません。 人事考課は管理者により実施されています。人事考課は客観的な基準に基づき、考課基準を職員に明確に示すなど、客観性や透明性の確保が図られることが必要です。
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	就業状況はデータ化され、日常の職員間のコミュニケーションを円滑にして意向の把握ができるよう配慮されています。管理者による面談が定期的実施されることを期待します。 「職員厚生クラブ」による親睦会の実施と慶弔などの福利厚生に取り組み、予防接種や健康診断、「こころの相談室」のパンフレットが配布されるなど、メンタル面への配慮が見られます。
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	組織として職員の研修・教育に関する基本姿勢の明示が必要です。 職員は施設内で示された研修等を希望により受講しており、研修後は報告書を作成し、内容によっては復命研修も実施されています。 組織として職員個々の研修計画はなく、職員が出かけた研修の評価の仕組みがありません。
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	実習生の受け入れ実績はなく、受入の体制もありません。

### 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	消防管理計画に、火災時の対応マニュアルや役割分担の明示、地震・土砂災害に関する記載があります。地元の災害協力会との連携による避難訓練が行われ、夜間を想定した訓練も実施されています。事故防止や感染症の対策委員会が設けられ、「感染症及び食中毒予防対策マニュアル」が整備されています。 災害発生時、関係機関と職員の連絡網が事務室に掲示されています。災害時の利用者の安全確保や安否確認、利用者の生活の継続を想定した組織的取り組みを期待します。 利用者のリスク等の把握は居室点検を毎月行い、危険箇所の確認が行われています。ヒヤリハットは、担当が書式に記載し、翌朝の介護部会で対策を講じ、全職員供覧で情報共有されています。収集した事例の要因分析など、さらに組織的な取り組みによる安全対策の実行を期待します。
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	施設内で行われる行事に、地域の方々がボランティアとして参画されています。買い物ツアーやドライブに出かけるなど、利用者が地域とのかかわりが持てるよう支援されています。地域内の就労支援事業所への通いを個別に対応されています。 事業所機能がどのように地域に還元できるのか検討中です。 ボランティアの受入について、検討中の受入マニュアルに沿って、夏休みに高校生のボランティアを受け入れられました。見直しの仕組みが明示された、マニュアルの確立を期待します。
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	利用者に必要な社会資源は、事務所に一覧表として掲示されています。 岩美町高齢者等SOSネットワーク連絡会に参加し、町内の関係機関との連携が図られています。定期的に町内及びニーズのある兵庫県の一部地域の病院や地域包括支援センター、社会福祉協議会に出向き、連携に努められています。
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	地域の福祉ニーズを把握するための積極的取り組みを期待するとともに、把握したニーズに基づく具体的な事業・活動をされることが必要です。
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	人権への配慮について、利用者と共に学ぶための研修会を年1回実施されています。 身体拘束や虐待防止に関する職員への周知徹底と利用者のプライバシー保護について、規定マニュアルの整備や施設・設備面での工夫など、組織としての取り組みが求められます。
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	利用者アンケートや、栄養士が行う食事の調査などの取り組みを通して、利用者満足を把握する取り組みが見られます。アンケートの結果や個別の聞き取り等を分析・検討し、具体的な改善につなげられるよう、組織としての取り組みを期待します。

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	利用者懇話会が継続して行われ、今年8月からは、4つのグループに分けて実施され、意見が出やすいよう工夫されています。毎月の居室点検時に個別に話を聞くように努めてもられます。 苦情や利用者からの意見について、解決後の当事者への報告や利用者や家族に配慮した上での解決結果の公表などの取り組みを期待します。 苦情解決第三者委員会が設けられ、年2回開催されています。苦情に対応するためのマニュアルが作成されており、記録を残して解決に当たられています。 苦情対応マニュアルの定期的な見直しの仕組みが必要です。
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	第三者評価は今回で連続3回の受審となります。 第三者評価以外に自己評価に定期的に取り組み、各評価結果を分析・検討する場を組織として定められ、実行されることが望まれます。また、分析結果が文書化され、改善実施計画の策定や職員間での課題の共有化が必要です。
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	標準的な実施方法の文書化は準備中であり、見直しの仕組みも構築途上です。
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	利用者の日々の記録はパソコンで管理され、翌日には情報が共有できることとなっています。PC内のデータは月1回プリントアウトされ、各個人のファイルに保存されています。 個人情報の保護規程は現在策定中であり、記録管理の責任者の明確化や記録の管理についての職員教育などの取り組みが求められます。
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。	Ⓐ・b・c	施設のパンフレットを関係機関に配布され、ホームページでも紹介されています。利用希望者には見学や1週間程度の体験入居が行われています。サービスの開始にあたっては、重要事項説明書に基づき説明がなされ、利用者の同意を得ておられます。
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	定められた様式による引継ぎ書が作成され、移行先での利用者の生活に配慮した取り組みがあります。移行後も希望に応じて相談に当たられています。

### 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。	a・Ⓑ・c	アセスメントの様式は定められており、見直しが必要かどうかは介護部会で話し合われています。アセスメントの定期的見直しの時期と手順が定められることが必要です。
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・Ⓑ・c	サービス実施計画は半年に1回見直すようにされています。そのほかにも必要に応じてカンファレンスの結果を踏まえ、見直されることもあります。サービス実施計画の策定と見直しについて、一定の取り決めや手順書の策定が必要です。
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・Ⓑ・c	