

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26年2月19日（水）

②事業者情報

名称： 社会福祉法人 敬仁会 養護老人ホーム シルバー倉吉	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 藤井 啓子	定員（利用人数）： 50名（50名）
所在地： 倉吉市福庭町2丁目145	TEL 0858-26-0821

③総 評

◇特に評価の高い点

<p>1 安全管理への対応について 職員からの事故ヒヤリハット報告が、迅速にリスクマネジメント委員会で検討され、改善に繋がっております。最近では、利用者同士の衝突のリスク回避のため、廊下の交差点に広角ミラーを設置するなど改善策が取られました。重大事故につながる恐れのあるものについて迅速かつ有効な手立てを職員間で話し合い、実現する取り組みが行われています。</p> <p>2. マニュアル・手順書による業務管理の徹底について 各種のマニュアルが整備され、職員に徹底されるとともに、職員参画による会議を開催し、職員意識の共有が図られています。法人として全般的に各種の書類整備をはじめ、手順書に添った運営がなされています。</p> <p>3 サービス評価への取り組み サービスの質の向上に向けて、年1回の自己評価が行われ、これを基に法人のサービス評価が実施されています。この評価結果において、改善が必要とされる事項は、施設内に組織されたサービス評価委員会で改善計画が立てられ、法人として再評価されており、組織として評価のしくみが整備されています。</p>

◇改善を求められる点

<p>1 中長期計画について 中・長期計画として中・長期の目標は立てられていますが、目標実現に向けた年次的な計画には至っていません。今後、法人本部と連携により具体的な年次計画を盛り込んだ中・長期計画を策定されることを期待します。</p>
--

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(1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-1(1)-① 理念が明文化されている。	(a) b・c	①法人理念、方針及び施設運営方針は、ISO品質マニュアルに明示されています。施設の理念は法人理念に基づき「お一人おひとりを大切に、その人らしい生活を支援します」として明文化しておられます。
I-1-1(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	(a) b・c	②施設理念に基づき、施設の基本方針として「利用者の願いを尊重し、尊厳ある暮らしを提供する」「地域と協力・連携を図り、共助社会の構築に努める」を定めておられます。
I-1-1(2) 理念や基本方針が周知されている。		
I-1-1(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	(a) b・c	①職員には、職員会議で確認が行われるほか、職員各自が名札裏に携帯することで周知を図っておられます。
I-1-1(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	②理念、基本方針は、施設内（食堂前等）への表示、法人ホームページ、施設広報紙への掲載などで利用者、家族をはじめ誰もが確認できる環境となっています。 また、利用者の重度化に伴い、大きな字で掲載するなど周知方法に工夫がみられます。

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(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)-① 中・長期計画が策定されている。	a (b) c	①中・長期計画として中・長期の目標は立てられていますが、目標実現に向けた年次の計画には至っていません。今後、法人本部と連携により具体的な年次計画を盛り込んだ中・長期計画を策定されることを期待します。
I-2-1(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	②計画は、重点目標として「利用者へのサービスの提供」の他6項目の目標を掲げておられます。しかし、中・長期計画に年次計画が盛り込まれていないため、中・長期計画の内容が単年度の計画に反映したものになっていません。
I-2-1(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-2-1(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	(a) b・c	①事業計画は、ISO手順書を基に職員の意見を反映させながら組織的に策定しておられます。計画の策定に際しては、職員及び利用者アンケートを運営会議で検討し、意見を反映する仕組みがあります。
I-2-1(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	(a) b・c	②事業計画は、職員会議で全職員に配布して周知が図られています。事業計画サービス向上委員会で評価・見直しが行われ、次年度に繋げるなど継続的な取り組みとなっています。
I-2-1(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	(a) b・c	③利用者へは、全体集会で事業計画の内容を説明されています。また、広報紙でも利用者、家族に向けた発信を行っておられます。利用者の重度化に伴う、周知方法の工夫を期待します。

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。	(a)・b・c	①管理者の責務は、業務分掌に明示され、管理者は、自らの役割と責任を広報紙に掲載しておられます。職員会議、利用者と職員による全体集会の場で自らの責務を表明しておられます。
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。	(a)・b・c	②「ISO外部文章管理台帳」にて福祉関係法令等が管理され、安全・労務、職場環境改善、人事考課に関する研修にも積極的に参加し、職員会議等で職員へ周知しておられます。
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。	(a)・b・c	①定期的に職員会議や幹部職員による運営会議が開催されており、施設長がそのリーダーとしてサービスの質の向上にリーダーシップを発揮しておられます。
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。	(a)・b・c	②「健全経営とコンプライアンスの徹底」など法人として4つの方針が示され、経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みが事業所まで浸透している他、職員会議等で、職員の意見を踏まえ業務改善に向けた積極的な検討が行われています。

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。	(a)・b・c	①市との利用者状況報告会が年2、3回開催され、市町村の高齢者担当のほか保健師等と幅広く連携することにより、利用者の状況を把握しておられます。
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。	(a)・b・c	②利用状況の推移等の状況把握が行われるとともに、光熱水費等の分析が行われています。情報は職員会議等で職員間で共有しておられます。
II-1-1-1) ③ 外部監査が実施されている。	(a)・b・c	③税理士法人による外部監査が実施され、客観的な立場で経営上の改善課題を把握する仕組みが整っています。

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。	(a)・b・c	①ISO手順による人事管理が確立しており、年1回法人本部とのヒアリングが行われ、人事の方針を決定する仕組みがあります。事業所として必要な人員、専門職の配置等を予算ヒアリングで要望する仕組みになっています。
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・c	②ISO教育訓練手順に基づき、職務基準書、行動評価基準表により自己評価及び面接による勤務評価が行われています。

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就業に関わる職員意向は施設長による面談等で把握するしくみになっています。職員出勤状況や時間外勤務はタイムカードで管理され、定期的にチェックされています。
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法人内に互助会があり、職員の福利厚生事業を実施しております。また、親睦会・職員旅行等を開催し職員間のコミュニケーションを図る機会とされています。産業医も法人に配置しております。
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事業計画に研修への基本姿勢は明示され、「ISO教育訓練手順」に基づく一人一人の職員の資質及び専門性の向上など具体的な研修体制が整備されています。
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職員の経験年数、立場、技術、本人意向に沿って年間研修計画を策定し、職員個別の研修計画があります。職種別研修会や階層別研修などを活用しているほか、法人内の研修と併せ計画的に実施しております。
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年間の研修計画が策定され、「職員個別の職員育成計画表」を定められ、管理者が確認・評価が行われ、次に繋がるような組織的な取り組みとなっています。
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	①ISO実習生受け入れ手順をもとに、担当職員を配置して、計画的な学習プログラムを作成するなど、職員の共通理解のもと実習内容の充実を図っております。

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感染症マニュアルに基づき毎月1回感染症対策委員会とリスクマネジメント委員会が開催され、職員間で情報共有されています。
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事務所内にハザードマップ、市内地図を掲示し、緊急時への備えをしております。地震、竜巻、堤防決壊等を想定した図上訓練や夜間緊急時を想定した研修などを組織的に実施しております。
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ヒヤリハット手順書があり、職員からの事故ヒヤリハット報告がリスクマネジメント委員会で検討され、改善に繋げる仕組みがあります。例えば利用者同士の衝突のリスク回避のため、廊下の交差点に広角ミラーを設置するなど改善策が取られました。また、重大事故につながる恐れのあるものについては、法人全体で検討される仕組みになっています。

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。	○a・b・c	①基本方針、事業計画に地域連携の重要性が明記されています。地域のお祭りなど地域行事に参加され、事業所敷地内で行う敬老月間中のイベントでは、毎年多数の地域住民・関係機関職員が参加し、恒例行事として定着しています。隣接する保育園児、小学校の児童との交流の機会も持っておられます。広報紙の配布エリアを広げ施設の理解に向けた取り組みにも積極的な姿勢が見られます。 ②地域包括支援センターが主催する介護予防教室に参加され、大腰筋体操を紹介する取り組みが行われています。施設機能を地域に還元する取り組みとして、福祉介護相談も実施しておられます。 ③高校生ボランティアの受入など、継続的に取り組まれています。受入のためのマニュアルも整備されています。
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	○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、民生委員等の関係者の名簿がリスト化され、スタッフルームにおかれ、職員間で共有し活用しておられます。 ②市の福祉事務所との日常的な連絡調整等が適宜なされ、カンファレンスが組織的に行われています。医療機関とは、看護連絡表により利用者の身体状況を迅速に伝える仕組みがあります。
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市町村や医療機関、地域包括支援センターとの会議に参画し、情報を収集しておられます。また、外来者にアンケートを行い、ニーズ把握に努めておられます。 ②短期宿泊事業では、虐待ケースなどの緊急対応が行われています。また、ホームヘルプサービス事業を併設して実施しています。
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。	○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利用者の人権尊重については、理念・基本方針に明示されているとともに職員会議、研修会等を通じ職員に周知されています。 ②利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等は整備されています。マニュアルには、入浴時や排泄時等におけるプライバシー保護について明記され、職員に周知徹底されています。
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	①ISO顧客満足度調査実施手順により年2回の調査が行われているほか、生活相談員による個別要望の聞き取りや利用者による全体集会、各棟集会での意見要望の聞き取りが行われています。要望内容については、職員間で共有し、サービス向上委員会で検討、改善する仕組みがあります。

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相談窓口の設置について掲示し、週1回の相談日を設定しておられます。利用者、家族に対し個別アンケートを行ない、利用者本位の福祉サービスを行うために、生活相談員等による日常的な相談が行われ、利用者からの要望を積極的に汲み取る体制が整っています。 ②「福祉サービス苦情解決実施要綱」及び「苦情解決対応マニュアル」に基づき苦情解決の仕組みが整備され、第三者委員が設置されています。重要事項説明書に「サービス内容に関する相談、要望、苦情について」を明記しておられます。 ③週1回全体集会が開催され、施設長を始め職員が参加し、定期的に利用者の意見を聞く機会を設けるなど、利用者の意向を尊重し、出された意見等に対して、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。	Ⓐ・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法人の評価シートにより、年2回自己評価が行われ、これを基に法人のサービス評価が実施されるとともに、第三者評価も受審しておられます。また、サービスの質の向上に向けて、ISOのサーベランス調査が年1回行われ、見直しが定期的に行われています。 ②評価結果において、改善が必要とされる事項は、施設内に組織されたサービス評価委員会で改善計画が立てられ、法人として再評価されており、組織として評価するしくみが整備されています。
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。	Ⓐ・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標準的な実施方法は、ISO手順書で文書化し、実施しておられます。実施状況は、職務基準書で確認しておられます。 ②標準的な実施方法は、「文書管理手順」により各部会において定期的な見直しが行われています。
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利用者に関するサービス実施状況の記録は、サービス実施計画に基づきサービス経過記録として整備されています。 ②ISO文書管理台帳があり、記録の保管、責任者、廃棄の手順が示され、これに従い管理しておられます。情報開示については、契約書に明示されています。記録管理は、スタッフルームの所定の場所に適切に保管されています。 ③利用者の状況等に関する情報の職員間の共有は、職員会議等により行われています。日々の引継ぎや引継ぎノートにより適切に業務の引継ぎが行われています。会議録はパソコンで職員が閲覧できる環境が整備されています。
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。	Ⓐ・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ホームページで施設のサービス内容等が閲覧できるようになっています。8地区の公民館に広報紙を配布し、広く情報を提供しておられます。施設見学は、随時受け入れしておられます。
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	②サービス開始に際しては、重要事項説明書により相談員が利用者や家族に対し説明し、同意が得られています。
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	退所時は、「ISO退所時対応手順書」に基づき事業所の変更や家庭への移行など必要に応じた説明が行われています。また、医療機関の場合は、看護連絡表により引き継ぎが行われています。

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アセスメントは、「ISOケアプラン作成・変更手順書」に基づき、チェックシートにより行われています。シートには、個人ごとにニーズや課題を明示しておられます。
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サービス実施計画は、ISO手順書に基づき利用者意向をもとにカンファレンスが行われ、策定される仕組みとなっています。職員会議などが定期的に行われ、評価・見直しが組織的に行われています。評価・見直しに際しては利用者意向を取り入れる体制が整備されています。
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	②3ヶ月に1回カンファレンスを行い、6ヶ月に1回定期的にモニタリングを行い、ケアプランを見直しおられます。