

## 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22年2月19日（金）

### ②事業者情報

名称：	社会福祉法人敬仁会 救護施設 よなご大平園	種別：	救護施設
代表者氏名：	理事長 藤井 啓子	定員（利用人数）：	70名（77名）
所在地：	鳥取県米子市二本木1690	TEL	0859-56-6226

### ③総 評

#### ◇特に評価の高い点

平成17年3月に新設された施設で、質の高いサービスを提供するため、理念・基本方針の周知と徹底が図られ、日々の支援に活かされています。自己評価・法人内評価・第三者評価・ISOサーベイランスを継続して受審されており、質の向上に向けた取り組みが組織的に行われています。利用者を尊重したサービス提供を組織的・継続的に行うため、施設内外での研修にも取り組まれています。

利用者の地域移行の促進においても、自立支援法に基づくグループホームを運営されており、ユニット数を増やして対応されています。移行後もご本人からの相談を受け、記録を残して対応されています。

利用者が意見を述べやすい環境が整備され、相談体制の強化が組織的に進められています。

#### ◇改善を求められる点

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（55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	法人の理念が明文化され、理念に基づく基本方針が明示されています。施設の理念・基本方針は法人の理念を受け、利用者本位のサービス提供が謳われており、ホームページをはじめ、広報紙や事業計画書にも記載されています。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	(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	法人理念の解釈とよなご大平園における法人理念のとらえ方が明文化されており、職員が共通理解できるよう取り組まれています。職員は名札裏に携行し毎朝の職員会では唱和されています。利用者には毎日のフロアミーティングでの説明や、施設内に掲示するなど周知に努められています。利用者・家族に対して、利用開始時には重要事項説明書による説明と家族会での説明が行われており、理念・基本方針が記載された広報紙の発送も行われています。
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 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) - c	中・長期計画は、利用者へのサービス提供・施設設備整備・施設管理・職員管理・経営管理・地域との連携・新規事業の7項目で策定されており、平成21年度から25年度までを上下半期に分けて取り組み内容が明示されています。事業計画は中・長期計画の重点項目に取り組むかたちで策定されており、部門目標に明示して取り組むこととされています。
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。	(a) - c	
Ⅰ-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	(a) b c	職員アンケートの実施や、係・委員会等の意見を基に運営委員会において検討し事業計画の立案に反映されています。職員は各部門で話し合いの場があり、事業計画についても達成度等が検討されています。職員・利用者への周知について全体会議や利用者全体朝会・フロアミーティングで説明されており、利用者家族については、事業計画が明示された広報紙の発送などが行われています。
Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や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	管理者の役割と責任は業務分掌に明示されています。今年度は法人が人事コンサルタントを導入し、施設長に対する職員の評価を活用した取り組みが行われています。 法令関係の文書はISO外部文書管理台帳として管理されており、法改正については職員会議で説明され、欠席者には会議録が供覧されています。
I-3-1-2) 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	(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	管理者は実施する福祉サービスの状況について、運営会議を通じて把握するとともに、法人内評価・ISOサーベイランス・法人による人事コンサルタントが出した結果などを基に、施設の改善に生かし指導力を発揮されています。 経営や業務の効率化と改善に向け、コスト削減への取り組みをはじめ、職員の個別面接やアンケートから、積極的に意見を取り入れサービスの質の向上に取り組まれています。
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	救護施設の利用希望状況については、年2回福祉事務所との連絡会の開催により把握されています。地域の民生委員協議会の見学受け入れが行われています。 予算執行状況や利用状況は運営会議にて報告・検討され、利用者とも話し合うなど課題に取り組まれています。 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、外部監査に取り組まれることが望まれます。
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	職員は法定配置基準を基本として法人と協議し配置されています。サービス管理者の有資格者が配置されるなど、プランに基づき資格取得が促進されています。 人事考課は法人が定めた「人事考課規定」により客観的な人事考課が行われています。職種別職務基準書、自己評価表により、直属の上司による面接年3回、施設長面接年2回が実施されています。職員個々の人事考課表を作成し、法人が調整し確定したものを施設長から職員にフィードバックされています。
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	就業状況については総務課で把握されており、職員アンケートや上司、施設長面談など意向を把握する仕組みがあります。メンタルヘルスに関して嘱託医への相談や、ストレスの勉強会に取り組むなど配慮されています。法人互助会による、旅行・運動会などの親睦、慶弔、健康診断等が実施されています。
II-2-(2)-② 福利厚生事業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	中・長期計画に職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されています。職員の研修計画について、本人の希望と施設側の希望により作成された、個別の教育・研修計画が一覧表となって作成されています。研修後は復命書が作成され、上司が評価する仕組みとなっており、伝達研修も行われています。研修計画と復命の状況を教育研修委員会で検討し、次年度の研修計画が立てられています。
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 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	(a) b c	実習生の受け入れにあたり、マニュアルや担当者が定められており、学校からの要望に応じ、施設の特徴を踏まえたカリキュラムを立てて対応されています。実習生にはオリエンテーションが行われ、個人情報保護の観点から念書も取られています。利用者にはミーティングでの事前説明や、施設長が当日紹介するなど配慮されています。
II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	(a) b c	

### 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）の対応など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	法人の介護部会で定められたマニュアルや、施設のリスクマネジメント委員会で設けられた施設独自のマニュアルが整備されています。施設独自のマニュアルとしては「無断外出・外泊対応手順」があります。救命講習会の実施や警察・消防との連携により、利用者のリスクに対応されています。ヒヤリハット事例を収集し、分析されています。
II-3-(1)-② 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) 地域との連携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	<p>地域交流行事を開催し地域住民を施設に招き、利用者との交流が図られています。利用者の作品を公民館まつりに出品するなどの取り組みのほか、地域の清掃活動にも参加されています。</p> <p>地域住民を招いて健康教室の開催、会議室や施設の備品貸出が行われ、施設の機能が地域に還元されています。</p> <p>ボランティアの受け入れについて、事業計画に基本姿勢が明示され、担当者が定められています。音楽や書の教室などの講師をボランティアとして受け入れられ、利用者との交流が行われています。</p>
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 ボランティア受け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	<p>社会資源は一覧表が作成されています。</p> <p>年2回の福祉事務所との連絡会や、利用者の地域社会への移行を目指し、ハローワークや西部県民局、障害者就業・生活支援センターと連携を図るなどされています。</p> <p>利用者の実情に配慮し、警察や消防署との連携も図られています。</p>
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り組みを行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	(a) b c	<p>福祉事務所との連絡会、学校、警察、消防署などと連携を図りニーズが把握されています。</p> <p>障がい者の通所関係事業や児童デイサービスの事業所が運営されており、利用者を通じたニーズの把握や養護学校との連携が図られています。</p>
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	<p>利用者を尊重したサービス提供について法人の方針や施設理念に明示されており、人権研修・接遇研修が行われています。</p> <p>基本態度、身体拘束について職員服務規範に明示されており、プライバシーを侵す言動をしないことが謳われています。職員には誓約書、実習生・ボランティアには念書の提出を求めています。入浴や生活相談室の利用についての手順書を見直し、プライバシー保護に取り組まれています。</p>
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ている。	(a) b c	<p>ISO顧客満足度調査実施手順に基づき、満足度調査が行われています。自治会・相談室・ご意見箱・カンファレンス・ミーティングなどにより、利用者が意見を述べやすいよう配慮されています。</p> <p>就労についてのアンケートや勉強会に取り組まれています。個別の相談に対応するため、勤務時間の調整も図られています。</p>
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	(a) b c	

Ⅲ-1-(3) 利用者が意見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	利用者が相談しやすいよう、自治会・アンケート・カンファレンス・相談室の利用など複数の機会が設けられています。相談室の利用について手順書の見直しや対応を改善するなど、環境の整備に努められています。 苦情解決のしくみが確立しており、重要事項説明書にフローチャートが示され、利用者に説明されています。施設での対応が困難な苦情については、法人の苦情解決委員会に諮る仕組みになっています。 利用者からの相談を翌朝職員会で報告し、迅速な対応に努められています。
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。	(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	顧客満足度実施手順に基づき、利用者の満足向上に努められています。 ISOサーベイランス・監事監査・第三者評価・法人内評価の結果、改善の必要があると判断されたものについて、サービス評価検討委員会により改善計画シートが作成され、改善に取り組まれています。 課題に対する改善策・改善計画は、2カ月に1回のサービス評価委員会で検討する仕組みとなっています。
Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	(a) b c	
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	(a) b c	
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-① 個々の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	個々のサービスについては入浴、食事介助などのマニュアルが整備され、サービスが提供されています。 マニュアルの見直しについて、法人内評価や監事監査等の結果に基づき、運営会議において文書改善の必要性の有無が検討されています。運営会議で改善が必要と判断されたものについて、各委員会において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。	(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	サービスの実施状況は各個人のファイルに記録されており、医療に関する事項は赤字で表記するなど、一定のルールで記録が行われるよう配慮されています。 記録の管理について、管理者が決められており、保存や廃棄に関してISO文書管理台帳の明示に従って処理されています。情報開示については「個人情報開示規定」に基づき対応する仕組みとなっています。 利用者の状況について、フロア日誌や申し送りによる引き継ぎ、連絡ノートによる情報の共有化が図られています。
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	ホームページやパンフレットの作成により施設の紹介が行われており、施設見学にも対応され、情報提供されています。 利用受付手順に基づき、重要事項説明書による説明が行われるとともに入所利用契約書の説明が行われ、署名・押印により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	移行先の状況に応じた引き継ぎ書や連絡票の作成が行われ、家族や地域への移行についてはアフターケアにも努めておられます。電話での相談についても記録に残して丁寧に対応されています。

### 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。	(a) b c	法人内障害部会で統一したアセスメント票が用いられ、個別支援計画作成・変更手順によりアセスメントが行われています。 利用者の課題は社会資源の利用や身辺自立などが挙げられサービス場面ごとに明示されています。
Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	(a) b c	
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	個別支援計画書作成・変更手順により、個別支援計画が作成され、定期的なモニタリングやカンファレンスを実施し、個別支援計画の変更・修正が行われています。 計画の評価・見直しは6カ月に1回ですが、利用者の状況によっては、必要に応じて見直しが行われています。個別支援計画は、職員に周知されるとともに、年2回家族・福祉事務所へも発送されています。
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。	(a) b c	