

## 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21年12月8日（火）

### ②事業者情報

名称： 社会福祉法人 鳥取県厚生事業団 母来寮	種別： 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）：130名（130名）
所在地：鳥取県東伯郡湯梨浜町上浅津70-1	TEL 0858-35-2019

### ③総 評

#### ◇特に評価の高い点

平成20年4月に鳥取県厚生事業団が県立施設を取得して、以来、人権尊重と地域に開かれた施設づくりを基本理念とした施設運営がなされています。特に、サービス提供に関することは職員によるケア会議で諮られ利用者のサービス向上に向けた議論が交わされ、月1回開かれる運営委員会で集約され、職員全体が共有できる体制が整っています。また、地域交流の担当が配置され、近隣の保育所、幼稚園、小中学校等との交流が積極的に行われています。

さらに、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員等、職員の福祉専門資格取得の目標があり、資格取得に取り組む職員の業務面への配慮がなされ、職員の資質向上に積極的な取り組みがみられます。

#### ◇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。

各種のマニュアルは整備され、見直しも行われていますが、見直し時期の規定がありません。定期的に見直す時期を文書で明記されることを期待します。

研修計画は、職員自身で目標設定され、施設長のコメントにより職員への期待が示されています。事業所と職員が協働しての職員個別の育成計画等を年間、中・長期を通じて策定し、職員の指標とな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（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	法人理念・基本方針は明文化され、これに基づく施設の運営方針も明確にされています。施設理念は法人理念に沿ったものとなっており、施設長が原案を作成し、全職員に諮って決定されたものになっています。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	○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	年度当初の職員全体集会で周知が図られ、毎日の朝礼での確認が行われます。その他、職員トイレの入り口に掲示されているほか、職員名札の裏に携行されています。利用者へは、棟ごとに組織される自治組織である町内会議で伝達されるほか、廊下や施設内掲示板に掲示され、周知が図られています。
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	法人の平成21年度から平成24年度までの中・長期経営計画が策定されており、これに沿って施設の中・長期計画も策定されています。単年度計画は、法人並びに施設の中・長期計画に基づき策定されており、稼働率や資格取得等に具体的な数値目標も設定されています。
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	運営委員会では、職員の意見も取り入れながら計画に修正が必要な場合は、次年度並びに中・長期計画に反映されています。中・長期事業計画の進捗状況の内部評価が行われ、運営委員会で諮る仕組みとなっています。重点目標は、食堂前に掲示され、字を大きくし見やすくするなど利用者への配慮がなされています。
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	施設の事務分担で施設長の役割が明確にされています。面接室のキャビネットに所定の関係法令、参考図書等が収納され、職員誰もが閲覧できる環境にあります。各種規程、マニュアルが各部署ごとにファイルされ、職員が閲覧できます。 法人倫理綱領も職員に配布され、法令遵守への取り組みがなされています。また、法人が行う法令遵守等労務管理研修会に参加し、朝礼等で職員周知がなされています。
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	施設内に設置された各種委員会、運営委員会で利用者が安全で安心な福祉サービスの提供が受けられるよう施設理念に基づく職員としての姿勢等について、施設長自らが職員に周知・説明され、管理者としてのリーダーシップが発揮されています。 県内外の当該市町にパンフレットを配布し、稼働率の向上に向けた取り組みもなされています。稼働率向上については、事業計画に数値目標が掲げられています。 今年度は特に、厨房の衛生面の改善にも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	事業計画に稼働率目標が明記され、関係各処へのPRや市町村行政との連携が積極的に行われ、潜在的利用者の把握に努めています。 各部署の主幹による運営委員会で、養護老人ホームと外部利用型特定施設の役割に関する勉強会や毎月の稼働率、収支状況の把握がされ、職員間で共有されています。 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	複数施設を運営している法人であることから、人事は本部で行われます。法人及び施設として必要な資格者を確保するため、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員等の専門資格の取得を年次計画及び中・長期計画で目標数値を明記し、専門性を高める取り組みがなされています。 人事考課は実施されていません。
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	<p>半月ごとに出勤簿、時間外勤務、出張、勤務交代等を担当職員がチェックする体制があります。また、資格取得、検診等に対する業務上の配慮がなされています。</p> <p>ケア会議での職員意見を取り入れ、時間外勤務を減らすため早出の勤務を試行的に導入したり、巡回時間を見直すなどの業務改善見直しにも着手されています。</p> <p>福利・厚生面は鳥取県公社・事業団等職員互助会に加入されています。</p>
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	<p>職場の研修計画が全職員に配布され、基本方針が示されています。事業計画にも「職員資質の向上と人材育成」の項目があり、研修体制の強化が謳われています。</p> <p>研修計画は、職員自身が個別に年間目標・研修計画を立て、各自の希望・職種に応じた研修参加となっています。各自の評価も行われ、施設長による個人ごとのコメントがあります。</p> <p>研修終了後は、職員自身が自己評価と次年度の課題を明確にした上で、施設長や研修担当者による評価が行われており、次年度に向けて見直しについての取り組みが始められたところです。</p>
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	<p>実習生受け入れマニュアルがあり、基本姿勢が明示されています。</p> <p>実習内容を考慮したオリエンテーション、プログラムが用意されています。</p>
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	<p>リスク管理のマニュアルが整備され、定期的にリスク検討委員会でヒヤリハット事案を収集・分析・検討する仕組みがあります。その結果は、諸会議を通じて職員に周知され、再発防止につなげる仕組みがあります。</p>
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	地域連携は、基本理念、事業計画にも明示され、担当者（生活相談員）の配置もあります。 近隣の保育所、幼稚園、小中学校等との交流が積極的に行われています。交流の記録は、広報誌に掲載されるほか、施設内に子どもの手紙が掲示されるなど利用者の気持ちに配慮したものとなっています。施設の畑で、利用者と地域のグループと一緒に、花、さつまいも、大根づくりなども行われています。
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	タクシー事業者に対し、車いす操作、移乗・移動の講習等を行い施設機能を活かした取り組みも行われています。
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	ボランティアマニュアルが整備され、各種行事、喫茶、障子張りなどが行われています。また、利用者による花、ちぎり絵、俳句等のボランティア指導者の開拓も積極的に行われています。
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	関係機関はリスト化され、一覧表が職員間で共有されています。情報の伝達は朝会で行われるほか、回覧文書で周知が図られています。
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	措置施設であることから定期的な市町村行政との連絡会議が開催されています。また、ボランティア受け入れ時の社会福祉協議会との連携や地域包括支援センターとの連携も随時行われています。
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	近隣市町村の待機状況を行政機関を通じて定期的に把握されています。
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。	(a)・b・c	近隣の町の高齢者虐待ネットワークのメンバーとして職員が参加参画し、虐待等の緊急受け入れが行われています。

## 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	利用者の人権を尊重する姿勢を、法人・施設理念、運営方針、事業計画等で表明されています。
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	入所時には、利用者からプライバシーに関する配慮事項等の聞き取りを行い、職員間で共有されます。 新規採用職員には、法人研修で介護マニュアルに基づくプライバシーへの配慮義務について説明されます。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	(a)・b・c	利用者が参加する自治会組織や給食委員会で食事の嗜好等を直接聞き取る仕組みがあります。また、サービス向上委員会を設置し、利用者からのアンケートを徴し、食事等のサービス内容について改善する取り組みが行われています。
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	(a)・b・c	利用者ごとの個別面接等、個々に着目した取り組みに期待します。

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	苦情申出・解決のしくみは重要事項説明書に明記されているほか、施設内の複数個所に表示され周知が図られています。苦情解決に関するマニュアルも整備されています。自治会組織で意見を聞く場を設定したり、意見箱の設置もあり利用者が意見を出しやすい工夫がされています。第三者委員が直接意見を聞くこともあります。出された意見は掲示等により迅速に回答されます。
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	サービス評価実施要領が定められ、自己評価が実施されています。職員個々も自己評価を行い、集計しサービス評価委員会等で検討されます。自己評価結果は、法人内で課題分析され、改善計画が策定されるなど、改善につなげる仕組みになっています。また、次年度事業計画へ反映させることになっています。職員には、朝礼等の場で周知徹底が図られます。県から施設移管されて2年足らずですが、PDCAサイクルを確立し、取り組むべき課題に対する改善計画を立て、それを評価・見直す仕組みが継続していくことを期待します。
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	個々のサービスに関するマニュアルが整備され、職員に周知されています。マニュアルは、運営委員会で評価見直しがされることとなっています。今後、マニュアルの見直し時期を明文化することが望まれます。
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	パッケージプラン・ケアプラン作成マニュアルがあり、所定様式によるサービス実施計画が作成されています。この計画に基づくサービスが実施され、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。記録管理の責任者が設置され、法人の文書管理規程に基づき管理が行われています。パソコン上で 職員間の情報共有がされています。
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	パンフレット等が作成され、近隣の市町等に配布されます。 サービス開始時には、入退所マニュアルに基づき利用者、家族に対し説明が行われています。重要事項説明書は、施設内に掲示してあります。
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	施設移管や家庭移行に際しては、文書で情報提供が行われます。施設移管では、入院経過等を記した個別連絡票・看護・介護連絡票によりサービスの継続性に配慮した取り組みが行われます。 また、退所後の利用者・家族からの相談にも応じています。

### 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	フローチャートがあり、手順に従って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（8月、2月）に定期的にア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ます。 また、利用者ごとに個別のサービスの場面ごとに課題明示がされています。
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	養護版ケアプラン（パッケージプラン）様式を活用し、責任者を設置し計画策定されています。 年に2回の評価・見直しは、手順に従い本人参加による検討会を経て行われます。また、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になっています。 事業計画の基本事項として「サービス提供と向上」にプラン策定が盛り込まれています。
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	