

## 福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン

### ①第三者評価機関名

社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会
------------------

### ②施設・事業所情報

名称：よなご大平園	種別：救護施設
代表者氏名：施設長 松本 順子	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	ホームページ： <a href="http://www.med-wel.jp/keijin/">http://www.med-wel.jp/keijin/</a>
<b>【施設・事業所の概要】</b>	
開設年月日 昭和45年11月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 敬仁会	
職員数	常勤職員：27名 非常勤職員：5名
専門職員	（専門職の名称） 名 精神保健福祉士 2名
	介護福祉士 17名 看護師 2名
	社会福祉士 4名 管理栄養士 1名
施設・設備 の概要	（居室数） 個室42室 2人部屋18室
	（設備等） 食堂・浴室・医務室・喫煙室他

### ③理念・基本方針

<p>◇法人理念</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ テンダー ラビング ケア (tender loving care) 「愛」とは、誰かの心に希望の灯りをともすことです。自分に何が出来るかをまず考えることです。（日野原重明著 テンダーラブより）</li> <li>・ スローライフ 丁寧に考えること。誠実に対応すること。</li> </ul> <p>◇法人方針</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 顧客満足の追求 ～一人ひとりの創造力を活かしたサービスの向上～</li> <li>・ 安全管理の徹底 ～きめ細やかなリスク管理とコンプライアンスの徹底～</li> <li>・ 地域社会との共栄 ～時代と地域ニーズを踏まえた福祉の実践～</li> <li>・ 職場環境の充実 ～職員個々の人間力強化と働きがいのある職場づくり～</li> </ul> <p>◇施設理念</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ノーマライゼーションの実現及びセーフティネットの一翼を担う施設</li> <li>・ 地域の財産となる施設</li> </ul>
--

◇施設方針

- ・ ご利用者への懇切、丁寧、誠実な対応と徹底した安全管理
- ・ 健全経営とコンプライアンスの徹底
- ・ 人間力の強化による、組織的業務の推進
- ・ 誇りと働きがいのある、風通しの良い職場

◇施設テーマ

- ・ 『ご利用者の満足・ご家族の安心・地域の信頼・笑顔の職場』

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・ 総合的な人事管理の実施と職員一人ひとりの育成に向けた取組
- ・ 地域の子ども会との共催事業などの交流による事業所理解の輪を広げる取組
- ・ 職員参画による事業計画策定、経営改善、サービス向上の取組

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 9 月 5 日（契約日） ～平成 30 年 2 月 20 日
受審回数（前回の受審時期）	改築移転後 12 回（平成 28 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

1. 職員アンケートに事業所の強みや弱みなどを分析するSWOT分析の項目を追加して実施し、その集計結果を活用するなど、職員参画により、事業計画策定や経営改善、サービスの向上に取り組んでおられます。
2. 地域のこども会と共催で企画から進める「子ども会夏祭り」や、事業所主催の秋祭りのグッドフェスティバルや栄養士による食育クッキングを実施するなど、地域との交流に取り組まれています。
3. 利用者との対話を大事にし、生活相談室を毎日開設しておられます。意見箱等で訴えの多い利用者とは、その心情を汲み取って交換日記を実施するなど、思いを理解するように努めておられます。

◇改善を求められる点

1. 法人ホームページ内の事業所ページに、事業計画や第三者評価の結果へのリンクを掲載するなど、分かりやすい情報公開を望みます。
2. 中期計画、長期計画ともに数値目標の記載が少なく、具体的な数値目標の記載が望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

--

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

## 第三者評価結果

※すべての評価細目（45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。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

### 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

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○法人理念と基本方針を反映した『施設理念』と、『施設方針』を策定しておられます。今年度は法人の基本方針の変更を受け、施設方針に安全管理の文言を追加しておられます。施設方針は、事業所内への掲示や広報紙の掲載により周知に努めておられます。</p> <p>○職員には、毎年3月の全体会議で説明し、『施設理念』『施設方針』を記載した名札の携行や、朝礼での唱和を通じて周知に努めておられます。</p> <p>○法人がISO9001認証を取得しており、ISOに定められた「品質方針・品質管理手順」に基づき、周知活動に継続的に取り組む仕組みを確立しておられます。</p> <p>○利用者や家族向けには、ふりがなを振った掲示物や、自治会役員会や利用者全体集会、年1回の家族懇話会での資料配布やかみくだいた説明などで周知を図っておられますが、利用者や家族への周知方法について、さらに工夫されることが望まれます。</p> <p>○今後、『施設理念』についてもホームページと広報紙へ掲載されることが望まれます。</p>		

#### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に対処している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○社会福祉事業の動向は、関係連絡会・委員会へ施設長や職員が参加して把握に努めておられます。また、地域の動向を把握するため、各市町村の障害福祉計画の内容確認を行っておられます。</p> <p>○経営環境や課題の把握・分析に向けた取組として、主な措置権者である県西部地区福祉事務所連絡会議への参加、生活保護担当者からの福祉ニーズ情報の聞き取りなどに取り組んでおられます。今後、措置に関わる機関以外にも多様な関係機関との連携を深め、社会</p>		

<p>福祉施設としてさらに幅広い情報把握に努められることを期待します。</p> <p>○毎月2回、運営会議（施設長、課長、係長、各部署の主任、担当主事で構成）を開催し、稼働率や施設の固定費などを資料化して経営状況の分析に取り組んでおられます。</p> <p>○職員アンケートに事業所の強みや弱みなどを分析するSWOT分析の項目を追加し、職員の意見も踏まえながら運営会議で分析しておられます。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○経営状況の現状と評価、課題、各種コストの数値データなどを、毎月の報告書類にまとめておられます。報告書は、毎月開催する法人内の施設長会のほか、法人の理事会・評議員会に提出され、役員間での情報共有につなげておられます。</p> <p>○具体化された課題は、毎月2回の運営会議で改善策を検討しておられます。その結果は、2ヶ月毎の職員全体会で周知を図られている他、特に周知が急がれる場合は職員朝礼での伝達なども行っておられます。</p> <p>○コスト分析に基づき、利用者自治会にも協力を呼びかけ、共に節水・節電に努めておられます。</p>		

### I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○5カ年の長期計画と収支計画、及び3カ年の中期計画を策定しておられます。</p> <p>計画の中には、6つの項目（利用者へのサービス提供、施設・整備、施設管理、職員管理、経営管理、地域貢献）が盛り込まれています。</p> <p>○長期計画は、3年目で見直しを行い策定される中期計画の変更内容を反映することで、評価を行う仕組みをとっておられます。</p> <p>○中期計画の中間評価や見直しの仕組みの構築が望まれます。また、中・長期計画とも可能な限り数値化し、具体的な目標を策定されることが望まれます。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○中・長期計画で掲げた6項目の内容に沿って、単年度事業計画を策定しておられます。</p> <p>○数値化可能な項目については、達成評価しやすいよう具体的な目標を策定されることが望まれます。</p>		

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○事業計画の策定にあたっては職員アンケートを実施し、収集した意見を運営会議で検討して事業計画へ反映しておられます。本年度は次年度の事業計画に職員の意見がより反映できるように、職員アンケートにSWOT分析の要素を追加しておられます。</p> <p>○事業実施の管理・評価はISO9001の「品質方針・品質目標管理手順書」に基づいて実施されています。見直しについても、マネジメントレビューの手順に基づいて運営会議で検討しておられます。</p> <p>○策定された事業計画は、次年度の事業実施に向けての職員全体会議で、資料をもとに説明し理解を促しておられます。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○年度当初の利用者全体朝会や家族懇話会などで配布して説明している他、施設内に掲示して周知に努められています。それぞれの資料・掲示物にはふりがなが振られ、利用者等への理解しやすさに配慮されています。</p> <p>○年度途中の計画変更や補足説明が必要となった事項は、利用者全体朝会・自治会役員会・毎朝のフロアミーティングの場で説明し、利用者の理解を促しておられます。</p> <p>○多様な障がいレベル等の利用者に合わせて、周知方法を工夫されることが望まれます。また、家族懇話会を欠席した家族への周知方法についても工夫されることが望まれます。</p>		

#### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○福祉サービスの向上については、ISO9001を活用して評価・見直しの仕組みがあり、提供サービスの評価・見直しが定期的に行われています。また、職員で構成するサービス評価委員会で分析・検討し、運営会議へ改善案を提出する組織的な取組をしておられます。</p> <p>○提供するサービスの評価は、ISOの基準に基づく施設評価と、福祉サービス第三者評価基準と同じ項目を用いた自己評価を全職員にシートを配布して実施し、その結果にもとづきPDCAサイクルでの評価・見直しを行っておられます。</p> <p>○第三者評価を毎年受審することで、サービスの質の向上に向けた客観的評価の収集に努めておられます。</p>		

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○課題の分析・明確化や計画的な改善は、ISO9001の「是正予防処置手順」に基づき、改善計画シートや是正予防処置報告書など、文書化して実施しておられます。</p> <p>また、評価結果は、職員全体会議で資料を基に説明しておられます。前回の評価結果については、今年度に分析や改善計画を策定することとしておられます。</p> <p>○改善計画は、各項目について担当部署の検討・協議の結果をもとに、サービス評価委員会が改善計画案を作成し、最終的に運営会議で決定しておられます。</p> <p>○決定された改善計画は、職員全体会議で説明され、その進捗管理・評価・見直しは是正予防処置手順に沿って、課題解決まで繰返し取り組んでおられます。</p> <p>○継続して第三者評価の受審に取り組んでおられます。自己評価結果も含め、今後も事業所の継続的な改善に活用されていくことを期待します。</p>		

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○施設長は自らの役割や方針について、次年度の事業実施に向けての職員全体会議で資料を基に説明しておられます。それ以外にも、年間を通じて職場内研修会等でも説明し、年度当初の広報紙で意思表示しておられます。</p> <p>○施設長の役割と責任については業務分掌により文書化され、災害など非常時における施設長の役割や権限委任の仕組みは、事業継続計画ガイドラインにより文書化して示しておられます。</p> <p>○施設長の方針については、現施設長の考えの表明についても取り入れながら作成されることが望まれます。</p>		
11	Ⅱ-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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○遵守すべき福祉関連法令を種類別に整理したリストを作成し、福祉関連法令以外の法令については、ISOで定められたリストに明記して事務室に設置しておられます。職員にさらに周知され、必要なとき確実に活用されるための働きかけを期待します。</p> <p>○施設長は法令遵守の観点から、外部研修に参加されています。</p>		

○コンプライアンス研修、生活保護研修、人権研修等を実施し、職員へ参加を推奨しておられます。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○施設長は、運営会議の責任者として定期的・継続的に福祉サービスの評価・分析を実施し、改善に向けて提言し指導力を発揮しておられます。</p> <p>また、職員アンケートを早期に実施して意見を報告書にまとめ、運営会議を通じて事業計画へ反映させておられます。</p> <p>○内部コミュニケーションが図れるように、一人ひとりの職員に目を配り、相談等の面談を実施しておられます。</p>		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○施設長は、業務効率の向上においてチーム体制づくりを重視し、職員全体会議・職場内研修会の場で説明しておられます。</p> <p>○施設長は、職員アンケートを例年よりも早期に実施し、収集した経営改善・業務効率化に向けた職員の意見をまとめ、自らが責任者である運営会議において分析・検討を行っておられます。</p>		

## Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a・Ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○明文化された「法人の求める職員像」に基づき、人材確保・育成は、法人全体で計画的に取り組んでおられます。</p> <p>○法人本部と調整し、施設の実情に応じて法定配置基準にかかわらず専門職を配置するなどの取組みを行っておられます。職員の資格取得を促進するために、外部研修参加を促すなど取り組んでおられます。</p> <p>○事業所に求められる状況に対応するため、事業所として必要とする人員配置や職員像について明確にし、具体的な計画の策定に取り組まれることが望まれます。</p>		



15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○人事基準として「人事考課規程」「昇格降格等運用基準」を定めておられます。</p> <p>○職務遂行能力・貢献度などは「個人目標設定及び達成度評価管理手順」に沿って、職務評価・行動評価・目標達成度評価で評価・分析され、「教育訓練手順」に従い改善を図る取り組みが実施されています。</p> <p>○人事考課規程に基づき年3回の面談を行うほか、身上報告書、教育訓練手順に基づく個人研修計画などにより、職員が自ら目標を持って業務に取り組める仕組みを整備しておられます。</p>		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○総務部門において職員の就労状況を把握し、年3回の面談・身上報告書により職員の意見を把握しておられます。時間外が多い部署には他部署の職員の応援などにより改善を図っておられます。</p> <p>○産業医と衛生管理者が参画して毎月衛生委員会を開催されている他、ストレスチェック実施規程を定めて職員のストレスチェックを実施されています。</p> <p>○職員のワーク・ライフ・バランスに配慮し、職員の希望に応じて、働き方を選択できるように就業規則で定めておられます。</p> <p>○法人互助会・組織互助会が組織されており、職員の懇親や法定外検診に対する経費助成などを行い福利厚生に取り組んでおられます。</p>		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	㉑・b・c
<p>○IS09001に基づく職務基準書や「個人目標設定及び達成度評価管理手順」に沿って、個々の職員の目標・研修計画の管理を行っておられます。職務基準書には達成基準やスケジュールが定められ、年3回の面談で目標設定・確認・達成評価を行っておられます。</p> <p>○期末面談で得られた課題は次年度の目標に反映しておられます。</p>		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a・㉑・c
<p>○教育研修委員会要綱において組織が期待する職員像が明記され、その上で教育・研修の基本姿勢を定めておられます。</p> <p>○職員毎の研修計画は、IS09001に基づく教育訓練手順に沿って実施されています。受講が完了した研修については、教育研修委員会で成果確認や評価を行っておられます。</p>		

<p>○教育研修委員会は、年度末に全体評価を行い、職員の次年度の個人計画に反映しております。</p> <p>○組織が求める資格・技術を明示されることが望まれます。また、それに向けた研修計画を事業計画及び中長期計画に明記される取組に期待します。</p>		
19	<p>Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p>○法人の「職務基準書」や資格取得状況の一覧表により、個々の資格取得状況や業務遂行能力や経験などを把握して、階層別・職種別の適性に合った内部研修の機会を確保しております。</p> <p>○外部研修に関しては、年間計画を作成し、面接を通じた職員の希望に応じて参加できるよう配慮しております。</p> <p>○新規採用職員等の育成支援実施要領を定め、先輩職員による支援（サポーター制度）や○J Tを実施しております。</p>		
<p>Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。</p>		
20	<p>Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。</p>	<p>a・㉒・c</p>
<p>○実習生の教育・育成に関する基本姿勢は、種別毎の受入計画書に目的欄を設け明示しております。</p> <p>○受入れは実習生・ボランティア受け入れ手順に沿って行われ、実習目的に沿ったプログラムを整備し、見学実習等を受け入れております。</p> <p>○学校と、実習内容や学生の状況について情報交換し連携を図っております。</p>		

### Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		<p>第三者評価結果</p>
<p>Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。</p>		
21	<p>Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。</p>	<p>a・㉓・c</p>
<p>○施設の事業報告及び事業計画を、法人ホームページに掲載しております。</p> <p>また、毎年受審されている第三者評価の結果についても掲載しております。</p> <p>○法人・施設のビジョンは、ホームページと広報紙に明示されています。</p> <p>○法人ホームページ内の事業所ページから事業計画・報告、収支予算・決算、第三者評価結果を直接閲覧することができないため、リンク等により情報を得やすくする工夫に期待します。</p>		

22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	㉑・b・c
<p>○施設における事務、経理、取引等のルールは経理規程や手順書で明確にしておられます。</p> <p>○業務分担表により会計責任者や現金管理の担当者や責任者を定めておられます。</p> <p>○法人による内部での監事監査・経理監査を実施しておられます。</p> <p>また、外部の会計監査人による監査も受けておられます。</p> <p>指摘事項については是正予防処置手順を作成し、改善計画の策定・実施・評価に取り組んでおられます。</p>		

## Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○地域とのかかわりを法人の基本方針や施設理念に掲げ、事業計画に項目を挙げて示しておられます。</p> <p>○社会資源の情報を種類別にリスト化して事務所に設置し、利用者に提供しておられます。また、地域イベント情報を利用者全体朝会、利用者の自治会、利用者ミーティングで提供しておられます。</p> <p>○地域との交流として、地元の子ども会と共催して企画から進める「子ども会夏祭り」や、施設主催の秋祭り「グッドフェスティバル」を実施し、淀江公民館文化祭や地域の一斉清掃などにも参加しておられます。</p> <p>○個別のニーズに応じて、ミュージカル等催し物の同行などの支援に取り組んでおられます。</p>		
24	Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○ボランティア受入に関する基本姿勢は、ボランティア受入手順書に明示しておられます。</p> <p>○ボランティア向けに、事前説明事項をまとめた説明資料を整備しておられます。</p> <p>○新規のボランティアを受入れる際は、事前に施設見学を実施して利用者の状況を説明し、理解を促しておられます。利用者と交流するにあたって「大切にしたい10の心がけ」を資料にまとめ、ボランティアに示しておられます。</p> <p>○養護学校・中学校の職場体験及びボランティア体験事業の受入を行っておられます。</p>		

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○関係機関・団体を種類別でリスト化し整備して事務所に設置し、職員が日常業務で活用しておられます。</p> <p>○主な措置権者である県西部地区福祉事務所連絡会議への参加、生活保護受給者の入所者と定期面談を行う際の保護担当者からの福祉ニーズ情報の間取りなど、連携を図っておられます。</p> <p>○地域生活定着支援センターとの定期的な面接を実施しておられます。</p> <p>○緊急時の対応等の協力や利用者の社会復帰・就労支援のため、警察・消防・ハローワーク等と連携しておられます。</p>		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○事業所内の会議室を「地域交流ホール」として、地元の自治会会議開催時に提供する他、地元の子ども会と共同で夏祭りを企画するなどしておられます。</p> <p>○住民を対象に、栄養士の食育クッキング、施設看護師による健康教室を実施しておられます。</p> <p>○災害時の地域住民一時避難先として、米子市と覚書を締結している他、日野川水系の大規模氾濫時のタイムライン（防災行動計画）検討会への参加や淀江地区消防団の事業所見学などを実施し、有事の際の連携強化に努めておられます。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a・㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○子ども会とのイベント共催や、住民向けの健康教室などを通じて地域の福祉ニーズ把握に努めておられます。</p> <p>○福祉事務所や精神科病院の担当者との情報交換し福祉ニーズの把握と連携に努めておられます。</p> <p>○特別支援学校から下校後の子どもの過ごし方について相談を受けたことから、日中一時支援事業に継続して取組んでおられます。</p> <p>○制度の枠にとらわれない、地域貢献事業・活動の実施に期待します。</p>		

## 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

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○利用者尊重の基本姿勢は倫理要領・法人理念に明示され、毎日朝礼時に復唱しておられます。</p> <p>○倫理要領・虐待防止対応規程・コンプライアンス規程・服務規範を策定し、職員に虐待防止研修・人権研修・コンプライアンス研修を実施して理解を促しておられます。</p> <p>○服務規範では職員が利用者に接する際の態度や呼称、自主的な選択の尊重など、個々のサービス提供時の基本的な姿勢を明記しておられます。</p> <p>○利用者尊重と人権配慮に関し、職員が年2回、虐待セルフチェック（あいさつ、声かけ、言葉使い、利用者への態度）を実施しておられます。結果は運営会議で分析・評価した後、法人のリスクマネジメント委員会での検討や、職員間でのグループ討議の資料として用いておられます。</p> <p>○施設独自の取組として、日々の気付きや改善を目的として「おや？それって不適切な対応？」というシートを昨年度から作成し、投函があった際には運営会議にて検討し、その結果をフィードバックしています。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a・㉒・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○重要事項説明書に人権の擁護及び虐待防止について記載され、プライバシー配慮については口頭で説明しておられます。</p> <p>○服務規範に職員の基本姿勢として、利用者のプライバシーを侵す言動はしないことを明記し、職員の理解を図っておられます。「入浴支援手順」にもプライバシー保護を明記し、同性による介護・遮蔽カーテン設置など、配慮のための手順を定めて、職員への周知徹底を図っておられます。</p> <p>○「虐待防止対応規程」「虐待防止対応手順」を定めて、利用者の虐待防止等について職員への周知徹底を図っておられます。</p> <p>○プライバシー保護に関する説明は、利用者に伝わるような取組みが望まれます。</p>		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a・㉒・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○事業所概要、実施する福祉サービスを、施設ホームページに掲載しておられます。</p>		

<p>○施設のパンフレット・広報紙を、鳥取県西部の福祉事務所へ設置しておられます。</p> <p>○担当職員を設置し、施設見学・作業体験・一日利用（お試し利用）に対応しておられます。受入時は、パンフレットと重要事項説明書をもとに、分かりやすい言葉使いに注意しながら説明を行っておられます。</p> <p>○利用希望者等への提供情報の見直しについては、広報委員会が協議・変更を実施しておられます。複雑な支援ニーズをもつ人への対応が社会的な課題となっている中、今後多くの機関との情報共有・連携を図り、積極的に施設の情報を地域社会に提供していかれる取組みに期待します。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a・㉓・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○サービス開始・変更時の手順として利用受入手順が定められています。 サービス開始時には重要事項説明書を用いて利用者と家族に説明し、同意を得ておられます。変更時には希望や要望を聞いた上で行うこととし、本人の個別支援計画書に反映させて利用者に説明し同意を得ておられます。</p> <p>○利用者と家族にサービス内容を理解してもらうため、施設での生活のルールや様子などを説明し、同意を得ておられます。</p> <p>○意思決定が困難な利用者には、サービスの開始・変更にあたって分かりやすく説明しておられますが、配慮に関するルール等は策定されていません。</p> <p>○入所後に判断能力低下が生じた場合は福祉事務所へ連絡し、成年後見制度の利用支援を行っておられます。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	㉓・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○他施設・家庭への移行にあたっては、福祉事務所・家族との早期連携に努めておられます。</p> <p>○退所する利用者には、退所後も相談が可能なことを説明する他、連絡先を渡しておられます。</p> <p>○施設退所時は、利用受入手順に基づいて連絡表を作成し、家族情報・病名・既往歴・ケアプラン内容・日常生活状況・要介護度といった基礎情報の引継ぎを実施しておられます。</p> <p>○退所後の相談は、入所時の担当者が対応し継続性に配慮しておられます。</p>		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○顧客満足度調査手順を定めて、年1回、各部署で利用者満足に関するアンケートを実施し、「職員について（あいさつや言葉づかい、相談対応）」や「施設について」、「日常生活について」などの項目について意見を集約しておられます。また、利用者懇談会・家族懇話会に施設職員が出席し、意見の把握に努めておられます。これらのアンケート等を通じて集約された情報は、各部署で検討後、運営会議で協議し、サービスの充実に反映されています。</p> <p>○特に利用者の関心が高い食事に関しては食事サービス向上委員会を設置し、嗜好調査を実施しておられます。調査に際しては栄養士・調理員が利用者一人ずつに聞き取りを行い、献立への反映に努めておられます。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○福祉サービス苦情解決実施要領を定め、苦情解決の責任者（施設長）・担当者（課長）を設置し、また、外部の機関として第三者委員が設置されています。</p> <p>苦情対応の流れはフローチャートにまとめ、重要事項説明書に掲載して入所時に利用者と家族へ説明されている他、館内にも掲示しておられます。</p> <p>○苦情受付時の対応記録は、意見の内容・受付時の対応・今後の対応事項などを記載する様式を整備し、記録されています。</p> <p>また、対応経過についても所定の様式を整備し、解決までの経過を記録しておられます。</p> <p>○受付けた苦情は、個人が特定できるケースを除き、施設内に意見受付状況として掲示しておられます。</p> <p>○受付けた苦情は、職員全体会議等で全員へ周知し、各部署で検討されています。</p> <p>○苦情内容に応じた内部研修（接遇研修、人権研修、障がい特性の理解研修等）を開催し、職員の福祉サービス向上に努めておられます。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○意見箱の設置、生活相談室の毎日開設を実施しておられます。生活相談室については、開設時間・場所・相談受付者を掲示し、館内放送でアナウンスしておられます。</p> <p>○意見箱の利用が多い利用者については、内容や状況により交換日記を用いて、本人が安心できるように配慮しておられます。</p>		

<p>○施設・法人・第三者の3つの苦情受付窓口の連絡先を記載した資料を、重要事項説明書に添付している他、館内にも掲示しておられます。また、家族に対しては、入所時の説明の他、利用者の帰省時、支援計画変更時の状況報告等の機会を利用して、口頭・手紙で周知しておられます。</p> <p>○意見を述べやすい環境への取組として、1階は会議室、2階と3階はサービスステーションを相談受付の場とし、個室で意見を聞取るよう配慮しておられます。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a・ <b>㉔</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○相談受付時の対応マニュアルとして、「生活相談室の開設運営について」を整備し、手順に沿って記録と報告が行われています。マニュアルは最低年1回の見直し点検を行い、変更内容は必要に応じて運営会議の決定を経て適用されています。</p> <p>○施設内に設置した意見箱は毎週確認しておられます。対応は速やかに行う事を原則とし、即対応が困難なケースについては投函者へ事情を説明しておられます。</p> <p>利用者の気持ちに寄り添う上で即時性は重要であり、意見箱はより頻回に確認されることを期待します。</p> <p>○職員はいつでもどこでも相談を受け付ける姿勢で業務に従事しておられ、利用者との日常会話の中で相談を聞取っておられます。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	<b>㉕</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○リスクマネジメント委員会設置要綱を定め、施設長を責任者とした委員会を組織しておられます。委員会内には5つの部会（衛生管理・安全運転管理・事故防止・災害対策・法令遵守）を設け、分野毎に協議・検討を行う体制を整備しておられます。</p> <p>○事故発生時の対応は、「事故ヒヤリハット報告分析手順」「感染症対策マニュアル」「緊急時対応マニュアル」を定め、責任者を明確にして対応しておられます。</p> <p>各マニュアルは、常時閲覧できるよう事務所に設置されています。</p> <p>○事故ヒヤリハット報告様式を定め、事例の収集・分析に努めておられます。</p> <p>様式には、状況・その場での対応・利用者の反応・事故要因・今後必要な対応が記録され、担当部署の確認、事故防止委員会での分析・検討、運営会議での確認、法人の事故防止委員会への報告が行われています。</p> <p>また、蓄積された事例は年度単位で資料化され、リスクマネジメント研修会で職員に共有されています。</p> <p>○安全対策の実施状況と実効性は、リスクマネジメント委員会の5部会で分野ごとに毎年評価・見直しされています。</p>		



38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○感染症予防と発生時の対応について、「感染対策マニュアル」を定め、事務所に備付けておられます。内容については、職員採用時の説明の他、発生時期には全体研修として感染症研修会を年2回開催しておられます。</p> <p>また、マニュアルは施設の看護部会で毎年見直しを行い、法人の看護部会で決定後に適用されています。</p> <p>○感染症予防のため、マスク着用・消毒液の使い分けを行い、発生時には施設間閉鎖してまん延防止に努めておられます。</p> <p>○「感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針」を定め、施設長を責任者とした感染対策委員会を組織しておられます</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○地震を含めた多様な災害発生を想定しての「被災防止及び災害時対応手順」を定め、職員体制・避難先・避難方法・避難ルートを定めておられます。サービス提供の継続について定めた「事業継続計画ガイドライン」を見直し、新たに水害を盛り込んでおられます。</p> <p>○毎日、利用者名簿とその日の在籍数・入院者数をホワイトボードで示し、安否確認に役立てるよう準備しておられます。</p> <p>○防災計画を整備している他、火災・地震・津波・洪水の避難訓練と図上訓練を実施しておられます。避難訓練は、同法人の近隣施設、淀江消防団と連携を図って実施されています。</p> <p>○災害に備えた食料・備品類は災害対策委員会で備蓄リストを作成し、2か所に分散するなど配慮されています。備蓄食料については、献立を準備した上で3日分を確保しておられます。また、法人内の近隣（県西部）施設間で備蓄品情報が共有され、相互に支援できる体制を構築しておられます。</p>		

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○福祉サービスの標準的な実施方法は、ISO9001に基づいて手順書化されています。</p> <p>○実施方法の徹底については、新人職員には先輩職員のOJTを通じた指導、それ以外の職員へは内部研修会や職員全体集会の場で図っておられます。</p> <p>○毎年4月に運営会議で文書レビューにより実施方法を確認しておられます。</p>		

41	Ⅲ-2-(1)-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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○「文書管理手順」に従い、各手順書に担当者を定めて見直しを実施する仕組みを整えておられます。</p> <p>各担当者は、年間の日常業務を検証した上で改善案を作成しておられ、見直し内容は運営会議の文書レビューによる検討後、各部署へ報告、伝達されています。</p> <p>○利用者からの意見は、各担当者が聴き取り、改善案の作成に反映させて運営会議に報告する仕組みを取られています。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○「個別支援計画作成・変更手順」により、責任者を設置して福祉サービス実施計画の策定が行われています。</p> <p>○アセスメント票作成時には、本人の意向を確認して計画作成されている他、アセスメントを経て作成されるサービス支援計画書も、利用者本人の同意を得てから実施されています。</p> <p>○アセスメントは、施設内の福祉・医療・栄養の各部門横断で実施されています。また、支援困難事例の場合は、措置権限者である市町村福祉事務所職員も招集されています。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○「個別支援計画作成・変更手順」に基づき、毎月モニタリングを実施しておられます。また、初回アセスメントから2ヶ月後には見直しカンファレンスを実施し、その後は3ヶ月毎にミニカンファレンスと見直しカンファレンスを交互に実施しておられます。</p> <p>○モニタリング・カンファレンスにあたっては、担当者が本人意向を聴取って計画変更反映させておられ、変更後の計画書においても本人の同意を確認しておられます。</p> <p>○計画変更時は、職員会で報告・回覧して情報共有を図る他、家族及び福祉事務所にも変更内容を文書で通知しておられます。また、緊急に計画変更が必要となった場合は、「個別支援計画作成・変更手順」に従い、見直しカンファレンスを経て変更されています。</p> <p>○各種カンファレンスの協議内容は、個別支援計画担当者会議録に記録されています。会議録は職員間で回覧された後、保管されています。</p>		

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○経過記録の統一様式を定め、フォーカスチャータリング方式で記録しておられます。</p> <p>○情報共有が必要な事項については、利用者の状況や連絡事項を記載する引継ノートを作成し、チェック名簿を付して職員内の確実な情報伝達に努めておられます。</p> <p>また、職員全体集会や朝夕の職員会でも伝達されています。</p> <p>○記録技術の均一化を図るため、新人職員向け研修の中にフォーカスチャータリングに関する研修項目を設けている他、内部研修として新人職員・希望職員に研修を開催しておられます。</p>		
45	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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○「個人情報保護規程」により、利用者の記録の保護と開示について定めておられます。</p> <p>○文書毎の保存場所・責任者・保存期間・廃棄については、IS09001に基づく品質記録リストで定めておられます。</p> <p>○職員の入職時の誓約書に、守秘義務を含む服務規範の順守を明記しておられます。</p> <p>○法人は個人情報保護に関する方針（プライバシーポリシー）を明示し、個人情報保護の仕組みを構築しておられます。このプライバシーポリシーは、重要事項説明書の中に綴じておられます。</p>		