

## 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12月25日（火）

### ②事業者情報

名称： 社会福祉法人あすなろ会 高草あすなろ	種別： 介護老人福祉施設
代表者氏名： 理事長 相澤 英之	定員（利用人数）： 90（内86床） 名
所在地： 鳥取県鳥取市大楠330番地	TEL 0857-39-1800

### ③総 評

#### ◇特に評価の高い点

平成10年10月に開設以来、法人理念にある地域との関係を大切にされ、地域のニーズに応じて新しい施設を立ち上げ、現在では複合施設として8つの施設を運営されています。地域の清掃作業や草刈り、神社の清掃、除雪などをはじめ、施設の納涼祭や敬老祭への地域ボランティアの参加や運営協力など、地域との良好な関係を築こうとされています。

#### ◇改善を求められる点

①理念、基本方針は職員の行動規範となるものです。利用者尊重や職員の質の向上などの基本的姿勢について明示されることを期待します。

②中長期ビジョンや事業計画は、福祉サービスや人材育成等の具体的な内容を盛り込み、組織的に利用者本位の福祉サービス提供並びに福祉サービスの質の向上を目指すものとされるよう期待します。

### 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。	a・b・c	①法人理念は、「愛情」と「使命感」を持って地域福祉に取り組むことが明文化されています。 ②理念に基づく基本方針は行動基準として明文化されていますが、職員の行動規範となる具体的内容とはなっていません。理念・基本方針はパンフレット、法人のホームページに記載されるとともに事務室・各部署に掲示されています。
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	①理念は名札ケースに挟み込まれいつでも確認できるようになっています。職員への周知については、法人の新人研修、施設の運営検討会議等で責任者に対してその都度説明されていますが、一部の職員に限られているため、組織的な取り組みに期待します。 ②利用者や家族には、法人広報紙やパンフレット等が配布されていますが、説明等理解を促すための取り組みは行われていません。
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 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・c	①法人として中長期ビジョンが示されていますが、福祉サービスや設備整備、人材育成等具体的な取り組みは示されていません。収支計画も策定されていません。 ②各年度の事業計画は、年度事業方針目標をもとに稼働率や経営安定化のため収支等の目標が示されていますが、中長期計画を反映したのものとはなっていません。当該年度に取り組むべき具体的な事業内容が明示されることを期待します。
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・b・c	
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されている。	a・b・c	①事業計画の策定は、年度末の運営検討会議において当該年度の評価と次年度の目標設定が示され、策定が行われていますが、各部門を総括したものはなっていません。 ②事業計画は、各部署に配布され回覧に留まっています。職員全体の理解を促す取り組みが必要です。 ③事業計画は利用者等には配布されていません。利用者等への周知に向けた取り組みが必要です。
Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a・b・c	
Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が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	①事務分掌、災害マニュアル等に管理者としての役割と責任が明記されています。4月の運営検討会議や年初めの広報紙において管理者としての役割を表明されています。 ②施設長は関連する研修会等へ参加され、遵守すべき法令の理解に取り組まれています。運営検討会議で各部署の責任者へ周知するほか全職員へ復命書を回覧して周知されています。遵守すべき法令等は事務室の書棚に置かれていますが、一覧にまとめられるなどの工夫が求められます。
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	①施設長は質の向上について運営検討会議や安全衛生委員会でも様々な問題を討議されていますが、福祉サービスの質向上への組織的な取り組みに指導力を発揮されるよう期待します。 ②施設長は経費削減に向けて人員配置の見直しや、施設内の改築や修繕等に取り組まれています。福祉サービスの質の向上に取り組める職員の働きやすい職場環境整備に努められることを期待します。
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	①経営を取り巻く環境については老人福祉施設協議会からの情報、行政、医療機関との日常的な連絡により、情報収集に努められています。 ②毎月の運営検討会議において、稼働率について分析、改善、エコラーム・節水システムなど水道高熱費等のコスト削減に向けて検討が行われ、その内容は職員へ周知されています。 ③平成22年度において、公認会計士による外部監査が実施され、指摘内容について改善が行われています。
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	①法人の職員定数検討委員会において人員配置等が検討されていますが、具体的な方針は示されておらず、具体的なプラン作りが必要です。 ②職務基準書に基づき、年2回人事考課が行われ、施設長の面談により全職員へのフィードバックが行われています。
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	①出退勤時間、時間外勤務、有給休暇取得状況等を毎月確認されています。また、年2回個人面談が行われ、職員の意向や希望を聞く機会が設けられています。 ②ソウェルクラブに加入し、定期的に親睦行事が行われています。職員が相談しやすいよう、産業医との連携が図られ、法人が専門相談機関と契約されています。また、健康診断のほか年に1回腰痛検査が行われています。
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	
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法人内及び施設内での研修は行われていますが、職員の教育・研修に関する基本姿勢は、明示されていません。 ②③個別の研修計画は、策定されていません。中・長期計画への明示とともに個別の研修計画を策定しての計画的な取り組みに期待します。
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	①実習受け入れの担当者が配置され、マニュアルが整備されています。実習受け入れに際しては、学校等と契約書を締結するとともに、プログラムについて調整が行われています。

### 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法人において事故発生及び非常災害対策、感染予防対策のマニュアルが整備され、各部署に設置し職員に周知されています。 ②避難計画に沿って火災、地震、土砂災害などの災害を想定して訓練が行われています。地域の消防団との夜間防災訓練が実施されています。災害時の備蓄と年1回点検が行われています。 ③ヒヤリハット状況報告書が作成され、毎月のヒヤリハット検討委員会で評価・分析が行われています。事故防止のため、職員へのフィードバックとともに職員研修会で周知が行われています。
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	
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	①法人の中長期ビジョン及び施設の事業方針目標に地域とのかかわりについて明示されています。施設の納涼祭や敬老祭に地域のボランティアの参加、運営協力があります。 ②職員が地域の清掃ボランティアや公民館行事へ参加したり、広報紙を公民館や自治会、小学校、保育所などへ配布して施設理解を進めておられますが、施設の専門的機能を活かされることを期待します。 ③ボランティア受入に対する基本姿勢が施設の事業方針目標に明示されています。ボランティア受入に関するマニュアルが整備され、受入が行われています。
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	
II-4-(1)-③ ボランティア受入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社会資源一覧は情報誌の活用に残っています。施設全体としての社会資源一覧表の作成はありません。 ②入所選考委員会、グループホームの運営推進会議、居宅介護支援センターなど各施設部門ごとで連携が図られていますが、それをもとにした具体的な課題検討が必要です。
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市や医療機関との日常的な連携や民生委員などとの定期的な連携、グループホームの運営推進会議など各施設部門ごとでの定期的な会議が開催されていますが、具体的なニーズ把握には至っていません。 ②地域の清掃作業、草刈り、神社の清掃、地域の除雪などの活動が行われていますが、具体的な事業には至っていません。
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利用者尊重の基本姿勢は、施設の事業方針目標に記載がありますが、理念や基本方針には明示がありません。職員全体会では人権研修が実施されています。 ②プライバシー保護マニュアルが整備されるとともに、入浴や排せつ等のマニュアルについても作成され、職員研修で周知に努められています。
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	①年1回の利用者満足度アンケート、年度初めに家族との意見交換会が開催されていますが、家族に対する取り組みに留まっています。利用者本人に対する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>(b)</b> ・c	①鳥取市のあんしん介護相談員の毎月の訪問や第三者委員の訪問など利用者が直接意見を言える環境があります。重要事項説明書に苦情受付担当者、法人窓口、外部相談窓口の連絡先が明記され、説明されていますが、十分とはいえません。利用者に対する取り組みに期待します。 ②責任者、苦情受付担当者、第三者委員を設置され、苦情解決の仕組みが玄関に掲示されていますが、利用者や家族が苦情を申し出やすい環境整備が必要です。 ③マニュアルの解決手順に従って迅速に対応がなされ、利用者に周知することでサービス改善につなげておられます。
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。	a・ <b>(b)</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>(a)</b> ・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・ <b>(c)</b>	①各委員会（食事、排泄、入浴等）ごとでサービス内容等の確認、評価、検討が行われていますが、組織として分析・検討を行う体制整備が必要です。 ②法人に「内部監査評価委員会」が設置され、各事業所のサービス評価実施に向けた検討が行われています。今回の受審を活かし、サービス向上に向けて、組織的な取り組みに期待します。
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。	a・b・ <b>(c)</b>	
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>(a)</b> ・b・c	①法人でマニュアルが作成され、各部署に設置されています。 ②マニュアルの見直しは各事業所の意見を持ち寄り、法人の各委員会で検討されていますが、組織として定期的な見直しの仕組みとはなっていません。福祉サービスの質の向上への取り組みに期待します。
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・ <b>(c)</b>	
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>(a)</b> ・b・c	①サービス実施状況は、所定の様式によりサービス計画に沿った実施状況が記録されています。内容や書き方の統一を図るため、記録に関する研修が行われています。 ②個人情報保護規定、文書管理規定に基づき、文書管理の責任者を配置して、記録の管理が行われています。 ③利用者の状況等に関する情報は、定期的なカンファレンスの開催や介護日誌や口頭など日々の連絡のほか、施設内のパソコンシステムにより利用者のプライバシー保護に留意され、職員で共有する仕組みとされています。
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>(a)</b> ・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>(a)</b> ・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	①施設紹介は法人のホームページで公開されています。施設のパフレットが作成され、公民館に配布されているほか、施設見学や入所手続き時に随時対応がされています。 ②サービス開始にあたっては、重要事項説明書により本人、代理人等に説明が行われ、同意が得られた上で契約書が締結されています。
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	①看護連絡表、介護連絡表の様式を定め、変更先への引継ぎが行われています。退所後も、生活相談員が各種手続き等家族からの相談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	①サービス実施計画作成時はマニュアルに沿ってアセスメントが行われています。アセスメントは家族だけではなく、利用者に対して行われることを期待します。
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。	a • b • c	①計画策定は、家族の意向をふまえ、多職種によるケア会議において行われていますが、利用者の意向を踏まえたサービス計画を策定されることを期待します。 ②サービス実施計画の見直しは家族だけではなく、利用者の意向と同意をもとに実施されることを期待します。
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	