

## 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1月20日（水）

### ②事業者情報

名称：	社会福祉法人赤碕福祉会 介護老人福祉施設 百寿苑	種別：	特別養護老人ホーム
代表者氏名：	理事長 井木 久博	定員（利用人数）：	50名（50名）
所在地：	鳥取県東伯郡琴浦町赤碕1061番地3 TEL 0858-55-2051		

### ③総 評

#### ◇特に評価の高い点

当施設は、平成3年当時の赤碕町（合併により琴浦町）の篤志家の出資により設立した社会福祉法人赤碕福祉会の中核施設です。地域のニーズに基づく事業展開が進められており、介護サービス提供事業所として、大きな役割を担って運営されています。

利用者へのサービス内容の向上を求めて各委員会が設けられており、職員が縦横に情報交換できる組織体制で利用者本位の福祉サービスが実施されています。施設長は各委員会や役職会議に出席し、サービスの質の向上に意欲を持ち、リーダーシップを発揮されています。

#### ◇改善を求められる点

研修委員会が設けられ、職員研修に積極的に取り組まれています。職員個々の研修計画がありません。今後は職員個々の研修計画を策定し、計画に基づく実施状況の把握、それぞれの研修の評価と見直しを組織的に行われることを期待します。また、人材に対する具体的なプランの確立と人事管理が実施されることが望まれます。

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

ノーマライゼーションの精神を基本として、適切な介護事業をどう進めていくのか。利用者及びその家族の意見を聴きながら、また専門機関によるサービスについての評価（第三者評価）を受けながら、さらに介護サービスの質の向上を図り、真に地域社会に貢献し得る施設づくりに努力したい。

### 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	法人の信条を示す理念が明文化されており、理念に基づく基本方針は、利用者の基本的人権の尊重や、法人が地域社会に果たす役割、経営の安定と透明性などが明文化されたものとなっています。
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	施設内各所に理念・基本方針が明文化されたパネルが掲示されており、職員は毎朝のミーティング時に唱和されるとともに、施設長は施設内の職員研修会やミーティングにおいて、説明されています。 利用者には「百寿会」とよばれる利用者の会が開催された時に説明されており、家族には年2回の家族会のなかで説明されています。また、広報紙の発行のたびに家族へ発送されており、広報紙には理念・基本方針が記載されています。
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20年度から24年度までの5か年計画となっており、「施設整備」「人材確保」などの計画が立てられています。 中・長期計画に基づく単年度計画が、事業所ごとに策定されています。
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	計画の策定にあたって、各部署での話し合いの結果を係長会に持ち寄り、最終的には幹部会で決定する仕組みとなっています。 計画策定から職員が携わり、年度当初の職員全体研修で説明するなど、周知が図られています。利用者・家族に説明は行われていません。周知についての取り組みを期待します。
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	管理者はその役割について、事務分掌や「機構図」により明確にされ、毎朝のミーティングや法人内の職員研修、各委員会開催時には管理者としての考え方や役割について表明されています。
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	遵守すべき法令については、例規集や六法などを事務室に備えるとともに、最新の重要な通知などは供覧や職員会での説明により、周知されています。また、自らが県内外の研修会に参加するなど、法令遵守のための取り組みが積極的に行われています。
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) 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	身体拘束廃止検討委員会やリスクマネジメント委員会など各委員会に出席し、施設内の状況や職員の状況を把握し、質の向上に向け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	経営や業務の効率化と改善に向け、月次決算について幹部会において説明し分析されています。また、職員面接から得られた情報に関して、改善につながる取り組みには早期に決断し取り組まれています。

## 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) 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	事業経営を取り巻く環境について、老人福祉施設協議会、社会福祉施設経営者協議会への参画や、琴浦町介護保険計画策定委員として参画されるなどにより、把握に努められています。
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	施設長が把握された情報に加え、介護支援専門員からの情報などを持ち寄り、係長会や幹部会で報告・分析のうえ、各部署へ月次の数値と併せて報告し、各部署会でも検討されることとなっています。
II-1-1-3) 外部監査が実施されている。	a b (c)	監事監査を年3回実施されるとともに、月次の事業活動収支状況、利用者の推移、利用率を毎月把握され、幹部会で報告や検討が行われています。 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、外部監査の実施が望まれます。

### 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) 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	人材の育成・確保に関して、基本方針・中長期計画に記載があります。必要な人材に関する数値・資格・人数等が事業計画に記載されるなどの取り組みを期待します。
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	株)日本経営戦略人事コンサルティングの人事考課に関する判断基準や自己評価票を用いた人事考課が行われています。係長、施設長による面接が年2回行われており、職員個々の課題の把握や目標設定に生かされています。

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	職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的に確認されており、年2回施設長との面接により就労に関する意向確認が行われています。面接により得られた意向を基に、改善策を検討する仕組みを作られることが望まれます。 互助会が組織されており、職員旅行や親睦会が活発に行われています。
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	教育・研修に関する基本姿勢が基本方針と中・長期計画に明示されています。 研修には本人の希望や係長の希望を出し合い、それぞれの研修を受けるようにされており、研修後は復命書が作成され、組織内で確認されています。部署ごとの伝達研修も行われており、研修の受講状況は個々の研修履歴として作成されています。 施設としての人材育成の方針に基づく職員個々の教育・研修計画が組織的に策定された上で、計画に基づく研修が行われ、研修の評価・見直しが組織的に行われることを期待します。
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	実習生受け入れマニュアルが作成されており、学校との間で「覚書」が交わされています。介護福祉士・栄養士の実習は担当者を決めて受け入れられています。 各校のプログラムに従って、実習指導が行われており、学校からの依頼に応じて、積極的に取り組まれています。
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	事故発生時の対応について「事故発生防止の指針」が定められ事故発生時に対応する取り組みが行われています。感染症には「衛生管理規程」「感染症予防マニュアル」で対応されています。 ヒヤリハット事例、事故事例に対しては「出来事報告書」が作成され、部署で検討し、分析シートを作成してリスクマネジメント委員会に提出されます。委員会では検討と助言を加え、部署に帰されています。年1回報告書を統計化し、時間・場所などを数値化し、傾向の分析が行われています。特定した「リスク点検箇所」は毎月点検されています。
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>利用者が地域の資源を活用できるよう、掲示板に地域の情報を掲示するとともに、外出時には職員が援助されています。外出や買い物、外食にも対応されています。</p> <p>施設主催の夏祭りに地域住民の方を招いたり、中学生の職業体験や高校生のボランティア体験にも積極的に取り組まれています。また、介護支援専門員が中心となって介護教室や福祉用具の紹介が行われており、広報紙を配布し地域に情報が提供されています。</p> <p>ボランティアの受け入れについて、事業計画の中に施設の方針が明示されており、ボランティアとして登録していただいた後、マニュアルによって受け入れられています。今後はボランティアの研修等を実施されることが望まれます。</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>地域の関係機関や団体のリストをファイル化し、ユニットごとに設置されています。</p> <p>消防署との連携により避難訓練・消火訓練・救急救命法の勉強会が行われるとともに、包括支援センター、診療所との連携が図られています。利用者が外出して利用する図書館などとの連携を課題とされています。これら関係機関のネットワーク化が望まれます。</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>施設長が琴浦町介護保険計画策定委員として参画することによるニーズの把握や、居宅介護支援事業所が開催する介護者相談会、民生委員を通じての情報からもニーズが把握されています。</p> <p>認知症対応型グループホーム、ヘルパーセンター、デイサービスセンター等の事業が、把握したニーズに基づき実施されています。</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>基本方針に利用者尊重が掲げられ、施設内外の研修を通じて利用者を尊重したサービス提供に努められています。身体拘束廃止検討委員会において、拘束につながる言葉かけの事例を持ち寄り検討される取り組みもあります。</p> <p>プライバシー保護については、各場面毎にマニュアル化され明示されています。</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>利用者満足の向上を目指し、利用者及び家族へのアンケート調査の実施、利用者懇談会を隔月で開催し意見を聞くなどされるほか、生活相談員が利用者個々に面接し、利用者の希望を聞く取り組みが行われています。</p> <p>これらの取り組みを通して得られた情報から、「サービス向上委員会」で入浴・排泄・食事に分けて検討され、それ以外のサービスに関する意見は内容に応じたメンバー構成にし、検討されています。日常的に出される意見に対しても様式を定めて報告され、出された意見についてサービス向上委員会で協議し、協議結果は施設内に掲示されています。</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	相談窓口となる職員や第三者委員を複数名設定し、ポスターに明示されています。 苦情解決実施要綱を定め、第三者委員を3名依頼されています。利用者・家族には入所契約時に説明されています。
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	利用者からの意見は「入苑者意見対応マニュアル」により対応されており、意見を受けてサービス向上委員会でサービスの見直し及び作成がされています。出された苦情や意見に関して、迅速に対応されています。
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	第三者評価は今回が初めての受審となりますが、「第三者評価受審準備委員会」を施設長・職員参画のもとで立ち上げ、月2回の会議を持たれました。自己評価・勉強会を重ねられ、取り組むべき課題の明確化を図られました。
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	今後は、第三者評価の取り組みや内部でのチェック体制を確立され、評価が継続的に行われることを期待します。そのうえで、評価から得られた、組織として取り組むべき課題の明確化と課題に対する改善策・改善計画を確立し、継続的に改善に取り組まれることを期待します。
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	標準的な実施方法について、排泄、入浴、食事のマニュアルなどが整備され、研修会を開催し実施方法の確認が行われています。 各マニュアルはサービス向上委員会のそれぞれの部門で定期的に見直されています。
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	利用者個々のサービス実施状況が記録され、整備されています。「ケア内容のチェック表」による日々の記録も取られています。職員個々の記録内容のばらつきを防ぐ取り組みの弱さを課題ととらえられています。
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	記録の保管・保存・廃棄の規程が整備され、責任者が決められています。 職員間の情報共有は引き継ぎノートの活用や申し送り、カンファレンス、ユニット会、部署会、との複数の機会を設け、確実に伝わるよう努められています。
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	<p>広報紙を役場・診療所・公民館・銀行等に置くようにされています。在宅サービスやショートステイを通して入所前に利用体験をすすめることにより、契約前にサービス内容の紹介が可能となっています。</p> <p>契約時には重要事項説明書により、サービス内容や料金等を説明されており、利用契約書と重要事項説明書には署名・押印のうえ保管されています。</p>
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	<p>事業所の変更先は主に病院であるため、看護師がサマリリーを作成し引き継ぎされています。また、入院中には利用者の状況を定期的に確認し、病院との連携が図られています。</p>

### 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	<p>施設ケアマネジメントマニュアルに基づき、「包括的自立支援プログラム」を用いて、アセスメントが行われています。また、アセスメントの定期的見直しの時期と手順が定められています。</p> <p>利用者の状況により、アセスメントに基づく課題が具体的に明示されています。アセスメントは6カ月に1回行われることとなっています。</p>
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	<p>課題の明確化と、サービス提供の実際が明示されたサービス実施計画を担当・ケアマネージャーにより策定されています。「サービス実施計画策定責任者」を設置され、看護・栄養・介護・生活相談員・利用者等で構成するケアカンファレンスを月1回開催し、評価・見直しが行われています。</p> <p>施設ケアマネジメントマニュアルに、見直しを行う時期や検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得る手順等が盛り込まれています。</p>
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	