

## 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10月5日（金）

### ②事業者情報

名称：	社会福祉法人 鳥取県厚生事業団 皆生みどり苑	種別：	特別養護老人ホーム
代表者氏名：	理事長 西原昌彦	定員（利用人数）：	100名（100名）
所在地：	米子市皆生新田2丁目3番1号	TEL	0859-32-2500

### ③総 評

#### ◇特に評価の高い点

平成23年度に施設建て替えに伴いユニットケアに移行され、個別ケアの充実に向けて、介護・看護職など多職種の協働と連携が図られています。  
施設の建て替えに合わせ、喫茶厨房を備えた交流ホールを整備し、地域との日常的な交流の場、障がい者の活動の場として活用されています。地域の実情や課題、希望に応じた利用方法を地域と一緒に検討されるなど、地域との連携強化に取り組んでおられます。

#### ◇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。

### 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(1) 理念、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-1(1)-① 理念が明文化されている。	Ⓐ・b・c	①「利用者の尊厳の保持」と「地域における自立した生活の支援」を基本とし、地域福祉の向上への寄与などを含んだ法人の理念が明確であり、施設の使命や目指す方向を読み取ることができます ②法人理念に基づく基本方針が明文化され、職員の行動規範となる内容となっています。また事業計画の基本となっています。
Ⅰ-1-1(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	Ⓐ・b・c	
Ⅰ-1-1(2) 理念や基本方針が周知されている。		
Ⅰ-1-1(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	Ⓐ・b・c	①理念や方針は、苑長が年度当初のユニット会議や各部署会議等で配布し説明されると共に、職員掲示板に掲示、また各会議や研修で周知を図るなど継続的に取り組みが行われています。また、新任職員にはオリエンテーション時に説明されています。 ②ホームページや地域に配布する機関誌に掲載されるとともに、玄関、廊下、交流スペースなど掲示位置を低くしてわかりやすいように工夫され利用者等へ周知されています。読みやすいように文字の大きさの工夫が求められます
Ⅰ-1-1(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	Ⓐ・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(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)-① 中・長期計画が策定されている。	Ⓐ・b・c	①施設整備、収支、人材育成などの項目を盛り込んだ計画が平成20年度から24年度まで策定されています。「将来検討委員会」において毎年度進捗状況の把握と評価と見直しが行われています。 ②事業計画は、中・長期計画を反映し、稼働率や職員育成等可能な項目は数値化し具体的に策定され実行可能なものとなっています。
Ⅰ-2-1(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	Ⓐ・b・c	
Ⅰ-2-1(2) 事業計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-1(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	Ⓐ・b・c	①事業計画は策定要項に基づき、年度末に各ユニット、部署、委員会から出た意見を運営委員会で集約し総括され翌年度の事業計画が策定されています。 ②年度当初のユニット会議や各部署会議等において、理念・基本方針とともに文書を配布、説明され周知が行われています。 ③利用者へは「皆生みどり苑からのお知らせ」というファイルに綴じ各ユニット内で閲覧できるようにされています。家族や地域へは事業計画概要や行事の案内が掲載された機関紙が配布されています。
Ⅰ-2-1(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	Ⓐ・b・c	
Ⅰ-2-1(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	Ⓐ・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苑長の役割と責任については、事務分担や自衛防災組織表に明記され、年度当初の各会議において取り組むべき課題や運営方針とともに説明され周知されています。また、機関紙にも具体的に掲載されています。 ②労務管理や人権等に関する研修会に参加し、各委員会等で報告され、職員に周知されています。福祉関係法令をはじめ必要な法令に関する資料が一覧にまとめられ、職員がいつでも閲覧できるように設置されています。
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苑長は「サービス向上委員会」をはじめ全ての委員会に所属し、サービスや事業の実施状況、課題等を把握し、改善が必要な事項については主幹を通じて指導されています。 ②鳥取県版環境管理システム（TEAS II）の認証を受け、環境負荷の軽減に向けた取り組みが行なわれるとともに、経費節減、コスト意識の向上が図られています。また、業務改善については、各ユニットや委員会等からの意見の他、「業務改善工夫提案書」により職員からの意見も集約し、運営委員会で検討されています。
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	①鳥取県介護保険事業支援計画及び米子市介護保険事業計画書から需要の動向やニーズを把握されています。また、2か月に1回米子市社会福祉審議会委員を招いて意見交換が行なわれる他、民生児童委員、自治会長、公民館長との意見交換により地域の状況等把握されています。 ②毎月開催される運営委員会において、稼働率や経営状況が把握・分析されるとともに、水道光熱費等経費削減に向けてユニット会議で報告周知されています。 ③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-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中・長期計画において、介護福祉士等の有資格者の確保やユニットリーダー養成等の目標が明示され、職員の資格取得に向けた取り組みが行なわれています。 ②非正規職員については「職務遂行能力評価」が行なわれています。正規職員については、施設内での評価は行なわれていますが、人事考課は行なわれていません。
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	①有給休暇取得状況、出勤状況、時間外勤務状況が担当者により毎月確認されています。確認された課題については、定期的開催されている衛生委員会で検討され就労環境改善の取り組みが行われています。 ②鳥取県公社・事業団職員互助会に加入するとともに、施設内に親睦会を設置し福利厚生が図られています。毎年、ストレスチェックを行ない、衛生委員会において検討されるとともに、産業医による相談日を設け、職員の健康維持増進に努められています。
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基本姿勢は「法人基本方針」「事業計画」に明示され、中・長期計画の「人材育成」の項目の中で必要な知識・技術や資格について明記されています。 ②アンケートによって聞き取った職員の研修受講希望と、施設の意向に基づき、研修委員会で職員個別の研修計画が策定され実施されています。 ③研修終了後には「研修事業個人管理表」（復命書）を提出するとともに、施設内で復命研修を実施し研修委員会に置いて研修結果の評価・見直しが行われています。
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基本的姿勢や方針は「重要事項説明書」「実習生受け入れマニュアル」に明記されています。学校と協定書を取り交わし、責任体制を明確にするるとともに、資格種別等に配慮したプログラムで実施されています。

### 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月1回の事故発生防止委員会、3か月に1回感染症対策委員会を開催し、発生防止や対応について検討が行われています。緊急時対応及び連絡体制マニュアルを作成し、各部署に配布するとともに研修が行われ職員への周知が図られています。マニュアルは委員会で年1回また必要に応じて見直しが行われています。 ②地震を想定した防災訓練や夜間想定訓練が実施されています。地域の協力が得られるよう自治会の福祉部と申し合わせがされています。また、備蓄は3日間の食糧がメニューとともに管理されています。 ③利用者個々に想定されるリスクと対応策を把握し、個別のリスクカードが作成されています。ヒヤリハット報告は毎月集計され、委員会で分析評価が行われています。
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基本方針に「地域住民との連携強化」「地域に信頼される施設」を目指す明記され、中・長期計画、事業計画にも記載されています。子ども会の資源回収への協力、機関紙の配布、敬老週間の作品展、交流ホールを自治会や子ども会へ提供するなど、日常的なかかわりができるよう取り組まれています。また、外出ボランティアの協力等により、買い物や喫茶など個々の利用者のニーズに応じて地域へ出かける機会も作られています。 ②介護相談窓口を開設し、機関紙やチラシ等で公民館を通じ地域へ周知されています。また、地域交流ホームを開放し、地域住民の寄合や活動の場所にもなっています。 ③事業計画、ボランティア受け入れマニュアルに基本姿勢が明記され、書道、ぬり絵、外出、音楽やボイスカウトによる清掃等、ボランティアを積極的に受け入れられています。
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	①関係機関等を一覧にし、利用者や職員がいつでも利用できるよう、各ユニット、交流ホール、玄関等に配置されています。 ②自治会、民生児童委員、公民館等と3か月に1回程度情報交換が行われ、課題の発見や共有などが行われています。
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	
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自治会、公民館、民生児童委員、居宅介護支援事業所等との情報交換や介護相談により、地域の福祉ニーズの把握に努められています。 ②施設新築の際、低所得者の利用希望に応じるための多床室が整備されています。集会所がない地域のため、地域交流ホールを整備し、地域住民の寄合や活動の場所として開放するとともに、喫茶厨房を設置し、障害者の活動の場として提供されています。また、共働き世帯の児童の放課後の居場所としても活用され、地域の方のかかわりが検討されています。
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	

## 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利用者の人権と尊厳の保持について法人理念、基本方針、事業計画に明示され、人権、虐待防止、接遇等各種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を整備し、職員がいつでも見られるよう施設内に配置するとともに、新任職員に対する研修が行われています。利用者アンケートにプライバシーに関する項目を盛り込み、課題があればサービス向上委員会で検討される仕組みとなっています。
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利用者、家族アンケート、嗜好調査を実施し、サービス向上委員会、給食委員会で改善策等の検討が行われています。また、毎月相談員がすべての利用者に対し訪問相談を行い、サービス向上委員会で対応が検討され、全職員に供覧されています。

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	①生活相談員による利用者個別の面接相談の実施や相談室の複数設置等、話しやすい環境整備に配慮されています。また、アンケートの実施、エレベーター付近や玄関等への意見箱の設置、権利擁護を目的とした外部相談員による相談の機会も作られています。重要事項説明書や施設内の掲示に、複数の相談窓口が記載され、いつでも相談対応ができる体制を整備されています。 ②苦情解決検討委員会を設置し、第三者委員を交えて苦情や要望に対する改善策等について検討する苦情解決の仕組みが掲示などで周知されています。 ③意見や苦情への対応は、マニュアルにそって概ね1週間以内には検討した内容、改善策等を施設内に掲示し入所者に周知するとともに、家族へも配布されるなどサービスの改善につなげておられます。記録も整備されています。
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	
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	①年1回、全職員による自己評価が実施され、3年に1回、第三者評価を受審されています。 ②サービス向上委員会において、評価結果を分析し、課題の明確化、改善策が検討されています。改善策の実施状況についても委員会で評価、見直しが行われています。
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・c	
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。	(a)・b・c	①各サービスの種類ごとにマニュアルが整備され、各ユニットで個別に指導、徹底されています。 ②介護マニュアルは年1回、医療マニュアルは年2回委員会で見直しが行われるとともに、現場から課題提起があった際には随時見直し、変更が行われています。
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	①各計画に沿ったサービスが提供され、記録されています。また、記録の書き方について差異が生じないように、研修が実施されています。 ②法人の文書管理規定、個人情報保護規定に基づき、記録管理の責任者を配置し管理が行われています。 ③多職種参加によるカンファレンスが定期的開催され、利用者に関する情報が共有されています。また、ネットワークシステムにより各担当でまとめた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。	Ⓐ・b・c	①パンフレットや機関紙を、公民館や居宅介護支援事業所、地域包括支援センターなど関係先に常設し、また、ホームページ、ブログにより設備やサービスの内容がわかる情報が提供されています。また、見学希望者には土曜日・日曜日も含め対応されています。 ②サービス開始にあたっては、契約書、重要事項説明書、料金表により、利用者や家族に説明し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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c	①入退所相談手順書、介護・看護連絡票が定められ、次の事業所へ引継が行われています。また、家族に対して相談方法等を記載した文書を渡し、説明がされています。

### 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。	Ⓐ・b・c	①ケアプラン策定のフロー図と手順書に基づき、包括支援プログラムを使用したアセスメントが行われ、一人ひとりのニーズが明示されています。
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。	Ⓐ・b・c	①責任者とユニットごとに介護支援専門員が配置されています。計画策定にあたっては、利用者、家族の意向を確認したうえで、可能な限り利用者、家族が参加し、各部署（他職種）で構成するサービス担当者会議が開催されています。 ②3ヶ月毎のモニタリングと、6ヶ月毎の見直しが行われています。毎月のユニット会議でもサービス内容について話し合わせ、必要に応じてサービス担当者会議で見直しが行われ職員に周知されています。
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。	Ⓐ・b・c	