

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23年11月29日（火）

②事業者情報

名称： 社会福祉法人あすなる会 岩井あすなる	種別： 介護老人福祉施設
代表者氏名： 施設長 大橋茂樹	定員（利用人数）： 82名
所在地： 岩美郡岩美町宇治1034	TEL 0857-72-3571

③総 評

◇特に評価の高い点

施設開設以来、地域との関係を大切にされ、地域行事への参加や職員のボランティアによる海岸清掃、施設行事への住民の参加・運営協力など、良好な関係が築かれています。

◇改善を求められる点

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向上等基本的姿勢を明示されることが望まれます。また、その内容を職員が十分理解しサービス提供されるよう、組織的な取り組みが行われ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（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。	Ⓐ・b・c	法人の理念は明文化され、パンフレット・法人ホームページに記載されています。 基本方針は「法人の目標」「行動基準」として明文化されていますが、利用者等に周知する文書には記載されていません。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a・Ⓑ・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・Ⓑ・c	理念、行動基準を記載したCIマニュアルを職員に配布されていますが、作成時以降に採用された職員には配布されていません。事務室、デイサービスセンター等に理念、目標が掲示されていますが、共通の資料配布、全体会や研修会における説明など、より職員の理解を深めるための取り組みが望まれます。 家族へは、利用開始前にパンフレットにより理念について説明がされていますが、基本方針は触れていません。利用者へもわかりやすい方法で周知されることが望まれます。
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・Ⓒ	

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・Ⓒ	法人として2011-2018の中長期ビジョンが示されていますが、具体的取り組みは示されていません。また、収支計画は作成されていません。 各年度の事業計画は、稼働率や収支の安定化等の目標も示されていますが、行事計画にとどまり、中長期ビジョンを反映したものとはなっていません。当該年度に取り組むべき方針や内容を含めた事業計画の策定が望まれます。
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・Ⓒ	
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行われている。	a・b・Ⓒ	年度末の代表者会において、当該年度の評価と次年度の目標設定が行われていますが、事業計画の評価・策定にはつながっていません。 職員の参画による事業計画の策定や評価が行われる仕組みづくりと、職員・利用者への周知に向けた取り組みが望まれます。
Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a・b・Ⓒ	
Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a・b・Ⓒ	

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) 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。	Ⓐ・b・c	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月の全体会や毎月の代表者会において管理者としての役割を表明されています。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。研修会等の資料の全職員への回覧や代表者会を通じての説明など、職員への周知に取り組まれています。
I-3-1-1) 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。	Ⓐ・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) 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・Ⓑ・c	毎朝各ユニットを回り、利用者や職員からの聞き取りや申し送りなどから状況を確認し、新たな取り組みの提案や指導が行われています。理念や基本方針に沿ったサービスの質に関する課題の把握や改善に向けた取り組みが組織的に行われるよう、リーダーシップが発揮されることが望まれます。毎月の代表者会で稼働率について分析、改善に向けた検討が行われています。施設内に設置されている自動販売機を変更するなどコスト削減に取り組まれています。
I-3-2-1) 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。	Ⓐ・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) ① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	Ⓐ・b・c	老人福祉施設協議会からの情報、地元の福祉計画策定委員会や社会福祉協議会の会議、サービス事業者連絡会等への出席、行政、医療機関との日常的な連絡により、ニーズの把握に努められています。毎月の代表者会において、稼働率について分析、改善策の検討が行われ、その内容は、代表者から職員へ周知されています。光熱水費、サービスコスト等についても組織的な分析・改善に向けた取り組みが望まれます。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、指摘内容についても改善が行われています。
Ⅱ-1-1-1) 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・Ⓑ・c	
Ⅱ-1-1-1) ③ 外部監査が実施されている。	Ⓐ・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) 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・Ⓒ	法人の職員定数検討委員会において人員配置等検討されていますが、具体的な方針が示されていません。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職員へのフィードバックが行われています。
Ⅱ-2-1-1) ② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	Ⓐ・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	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。 ソウエルクラブに加入し、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、健康診断のほかに年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)	外部研修への参加や法人内での研修は行われていますが、組織が職員に求める基本姿勢や求められる資格等は明示されていません。個別の研修計画は策定されていません。 中・長期計画への明示や個々の職員の教育・研修計画が策定され、計画的な取り組みが行われることが望まれます。
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	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、学校等と協定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	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への周知されています。施設独自で停電時の対応マニュアルが作成され、自家発電機が設置されています。また、施設が川に近く台風時などに浸水があったため、地元と相談し、増水時には水門を開き施設への浸水を防ぐなど対応されています。 ひやりハット検討委員会・身体拘束廃止委員会が設置され、事例の分析と対策検討が行われています。実施状況や実効性について定期的に評価・見直しを行い、職員へ徹底されることが望まれます。
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。	Ⓐ・b・c	「法人の目標」に地域とのかかわりについて明示されています。職員全体会で方針について資料を配布するとともに施設長から説明されています。施設の納涼祭等には地域住民の参加、運営協力も多く、公民館行事に利用者が参加するなど、利用者と地域との関わりが大切にされています。また、職員が地域の海岸清掃のボランティアを行っておられます。岩美高校福祉コースへ継続的に講師派遣や実習受け入れが行われています。また、併設の地域交流センターを地域の活動のために提供されています。 ボランティア受け入れに関するマニュアルが整備され、活動内容等は連絡ノートに記入されています。長年にわたる活動団体もあり、必要な事項については団体内で引継ぎが行われるなど、スムーズな活動受け入れが行われています。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c	地域の社会資源一覧を作成し、各ユニットに配布・活用できるようにされています。 岩美町高齢者等SOSネットワークやボランティアセンター活動推進協議会などの会議に出席し、地域との関係づくりと高齢者等の見守り・支援等活動の広がりが図られています。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	Ⓐ・b・c	
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	Ⓐ・b・c	町や医療機関との日常的な連携や地域ケア会議等を通じて地域のニーズ把握に努められています。 ひとり暮らし高齢者が多いこと、介護保険をはじめ、各種制度やサービスがわかりにくいとの声があることから、地域のひとり暮らし高齢者を中心に新年会を開催し、様々な疑問や相談に応じるなどの取り組みが行われています。
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。	Ⓐ・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・Ⓒ	理念等に基本姿勢の明示がありません。各種サービスマニュアルには利用者の人権を尊重したサービス提供について記載され、毎年1回外部講師を招き、人権学習が行われています。 プライバシー保護マニュアルが整備されています。
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。	Ⓐ・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・Ⓑ・c	毎年、全利用者の希望を聞く機会として「よろず相談」が実施されています。また、9月の敬老会にあわせて全家族、3月に退所者家族を対象にアンケート調査を行ない、その結果は代表者会で分析・検討されています。検討結果を踏まえ、より向上にむけた取り組みが望まれます。

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。	Ⓐ・b・c	第三者委員と岩美町介護相談員の毎月の訪問があり、利用者が直接意見等と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。 第三者委員の記録を基に、その都度必要なメンバーで検討され、できるだけ早い対応に努められています。
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。	Ⓐ・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・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・Ⓒ	各委員会（食事、排泄、入浴、トランスファー）においてサービス内容の確認、評価が行われ、年2回、全職員の自身についての評価が行われていますが、サービス全体の評価とはなっていません。現在、法人に「内部監査評価委員会」を設置し、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、組織的に行われることが望まれます。
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・Ⓒ	
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・c	法人でマニュアルが作成され、新任職員には各部門で説明されています。年2回実施される職員の自己評価表の内容がマニュアルの内容と連動しており、面談により個別の指導が継続的に行われています。 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、定期的な見直しとはなっていません。
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・Ⓑ・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。	Ⓐ・b・c	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と充実を図るため、記録に関する研修が行われています。 記録管理者は事務分掌で定められ、文書の保管、保存、廃棄については、文書取扱規定が整備されています。 利用者の状況等に関する情報は、朝礼や各ユニットでの申し送り、連絡ノート、施設内のパソコンシステムにより共有されています。
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・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・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	法人のホームページに施設に関する情報が公開されています。施設のパンフレットが作成され、地元の役場窓口を設置されています。また、希望に応じ見学への対応がされています。各種広報の内容が、より利用者の選択に資するものとなるよう充実されることが望まれます。 サービス開始にあたっては、重要事項説明書により説明が行われ、同意を得て契約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。	Ⓐ・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	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・Ⓑ・c	包括支援プログラムを使用してアセスメントが行われ、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されています。 アセスメントに関する手順が組織として定められることが望まれます。
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・Ⓒ	計画策定、モニタリングは、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、利用者本人の意向を基本としたものが求められます。 計画に利用者、家族の意向を十分に反映できるよう、ケア会議が利用者、家族の参加により実施されることが望まれます。
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・Ⓒ	