

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26年11月7日（金）

②事業者情報

名称： 社会福祉法人鳥取県厚生事業団 鳥取県立皆生尚寿苑	種別： 養護老人ホーム (外部サービス利用型特定施設)
代表者氏名： 理事長 山本 光範	定員（利用人数）： 140（140）名
所在地： 鳥取県米子市皆生新開1丁目5番15号	TEL 0859-33-9310

③総 評

◇特に評価の高い点

1. PDC Aサイクルの構築について
単年度事業計画の作成や、各サービス内容・マニュアルの見直し等にあたっては、職員一人一人が参画し、運営委員会やサービス向上委員会等で定期的に検討を行う仕組みが整備されており、PDC Aサイクルに従って継続的な取り組みをしておられます。
2. 職員のメンタルヘルスへの取り組み
メンタルヘルス研修会の実施やストレスチェック、個人面談等により職員の心の健康維持に努めておられます。休職者に対する職場復帰プログラムへの取り組みなど、対人援助職者が抱えやすいメンタルヘルスの課題解決へ向けた体制を整備しておられます。

◇改善を求められる点

1. 外部監査の実施について
経営上の改善課題の客観的な情報を得るためにも、外部監査に取り組まれることが望まれます。
2. 職員の資質向上に向けた取り組みについて
人材の能力開発・育成の視点で、客観的な基準に基づいた人事考課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) 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。	㉑・b・c	①法人の基本理念が明文化され、玄関等へ掲示するとともに、施設のパンフレット・ホームページに掲載しております。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	㉑・b・c	②基本方針は法人の理念に基づいた内容となっています。基本理念と基本方針は、ホームページやパンフレットに掲載するとともに、施設内に掲示してしております。
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。	㉑・b・c	①理念及び基本方針は、部署ごとに掲示するとともに年度当初の職員全体会で配布し説明をしております。また、中途採用者に対しても、オリエンテーションの際に配布・説明を行い、周知に努めております。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	㉑・b・c	②施設内に拡大して掲示してあります。また、利用者が出席する月曜集会で施設長が説明するほか、館内放送でも周知しております。基本理念・基本方針を掲載した広報紙を家族に配布するとともに、近隣自治会の協力により、広報紙を回覧してあります。

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・㉑・c	①25年度～29年度の中・長期計画を策定し、年度途中に進捗状況の確認を行い、年度末には評価を行ったうえで計画の見直しを行っております。中・長期計画を実現するためには収支の裏付けも不可欠であるため、今後、中・長期の収支計画を整備されることが望まれます。
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。	㉑・b・c	②単年度の事業計画は中・長期計画を踏まえて策定し、稼働率や資格取得等数値化されているものは事業計画にも反映しております。
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。	㉑・b・c	①事業計画は、職員アンケートを実施し、全職員から聞き取った意見や要望を踏まえ、運営委員会で策定しております。各委員会において、年度途中に事業の進捗確認、年度末には総括を行い、次年度の計画につなげております。
Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	㉑・b・c	②事業計画は年度当初の職員全体会議で配布・説明し、周知しております。部署ごとの計画は、LANに掲載して周知するとともに、変更が生じた場合は各会議にて報告しております。
Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	㉑・b・c	③利用者へは、基本理念等とあわせて拡大掲示し、ルーペを設置するなど見やすいよう工夫しております。月曜集会等での説明や館内放送により周知するなど継続的な取り組みを行っております。家族等へは、年度当初に事業計画を掲載した広報紙を郵送してあります。

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(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。	㉑・b・c	①施設長の役割と責任については、事務分担表や防災計画に示しておられます。施設長としての責務や考え方を年度当初の職員全体会議、毎月の運営委員会で説明するとともに、広報紙でも表明しておられます。
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。	㉑・b・c	②施設長は、法令遵守や養護老人ホームを取り巻く現状の把握に努め、関係法令をリスト化されています。全国老協主催の研修等の外部研修に参加し、職員研修会等で周知しておられます。
I-3-1(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-1(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。	㉑・b・c	①施設長は全国老人福祉施設協議会の養護老人ホームブロック会議に参加し、得た情報を朝礼や職員会等で周知しておられます。全ての内部委員会に統括責任者として所属し、職員の意見を取り入れながら具体的な取り組みを明示し、指導力を発揮しておられます。
I-3-1(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。	㉑・b・c	②サービス向上委員会でまとめられた各部署の職員の意見等を踏まえ、施設長が参加する運営委員会において、経営分析が行われています。新しい勤務体系の提案を行うなど、業務の効率化や改善へ向けて指導力を発揮しておられます。

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(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。	㉑・b・c	①各市町村・地域包括支援センターとの連携、米子市民生児童委員協議会長会議への参加により行政機関等との意見交換・情報収集を行うとともに、施設の情報提供をしておられます。DVや虐待等による緊急時の受け入れにも取り組んでおられます。
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。	㉑・b・c	②毎月の運営委員会で、データ化した入退所状況・待機者・稼働率状況を分析・検討しておられます。職員会議等で出た課題は運営委員会で検討し、検討結果をもとに課題解決へ繋げる体制を整備しておられます。
II-1-1(1)-③ 外部監査が実施されている。	a・b・㉑	③外部監査は実施しておられません。経営上の改善点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(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。	㉑・b・c	①中・長期計画に資格取得の具体的な数値をあげ、研修受講等の支援体制を整備しておられます。また、中・長期計画及び事業計画にはサービスの専門性を高めるための具体的な研修テーマをあげ、職員の資質向上につながるよう配慮して取り組んでおられます。
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。	a・b・㉑	②人事考課は実施しておられません。人材の能力開発・育成、公正な職員処遇、職員意欲を喚起するなどの目的を達成するためにも、客観的な基準に基づき人事考課に取り組まることが望まれます。

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。	Ⓐ・b・c	①時間外勤務や有給休暇取得状況等の就業状況の把握や、施設長の個別面談による職員の意向聞き取りを行い、運営委員会により、育児や介護等の事情に合わせ夜勤・早番業務の免除など業務調整をする仕組みがあります。次世代育成支援対策推進法等を職員へ周知し、積極的な利用を促しておられます。
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。	Ⓐ・b・c	②施設内のセクハラ・パワハラ相談窓口の設置や、看護師による相談体制があるほか、法人本部へ直接相談する体制も整備しておられます。メンタルヘルスに関しては、衛生委員会が職員へのストレスチェックを実施し、業務改善について検討をする仕組みがあるほか、休職者に対する職場復帰プログラムによる支援体制があります。公社事業団互助会に加入し、各種助成金の積極的な利用を推進しておられます。
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。	Ⓐ・b・c	①法人の職員研修事業実施要綱に基づき、施設の中・長期計画、事業計画に職員の育成と資質向上に取り組む姿勢を明示し、年間の法人の研修体系の立案・実施につなげておられます。
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。	Ⓐ・b・c	②個別職員の研修計画は「個人研修計画・評価シート」をもとに施設長が職員と面談し、職員の希望・力量・施設の方針等を踏まえ策定する仕組みがあります。計画に基づき、研修参加や資格取得に向けて勤務調整や情報提供を行っておられます。
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。	Ⓐ・b・c	③研修終了後は復命書提出と復命研修が実施され、復命書には施設長が確認コメントを記入しておられます。個人の研修に関する書類は個々のファイルに管理し、年度末に「研修事業個人実績表」により評価を行い、次年度の計画へつなげておられます。
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。	Ⓐ・b・c	①実習生受け入れマニュアルに基づき、担当者が実習目的に応じたカリキュラムを作成し、オリエンテーションを実施しておられます。介護福祉士等の実習受け入れ施設として職員を実習指導者研修に派遣し、継続的な受け入れ体制整備に取り組んでおられます。

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。	Ⓐ・b・c	①緊急時対応のマニュアル及び感染対策マニュアルを作成しておられます。事故発生防止委員会・感染症対策委員会を設置し、リスク種別ごとに各委員会で役割分担し、管理者が統括をしておられます。年3回感染症研修会を実施し、手順等の確認が行われています。
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。	Ⓐ・b・c	②毎年想定を変えながら、年2回利用者参加による避難訓練を行っておられます。また、全職員に対し救急救命研修を行っておられます。災害時に備え、食糧やマスク等の日用品の備蓄リストを作成し、備蓄を整備しておられます。
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。	Ⓐ・b・c	③ヒヤリハット用紙に状況及び再発防止策を記入し、出勤時に全職員が確認できるところに掲示するほか、伝達ノート等で周知する仕組みがあります。ヒヤリハットの内容は事故発生防止委員会で集計・分析・検討し、職員会議等で周知し、安全確保に努めておられます。利用者が使用する車いすやポータブルトイレ、履物等は点検の重点期間を設定し、設備点検を実施しておられます。

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 利用者との関係が大切になっている。	㉠・b・c	①施設の基本方針に地域住民との連携強化を明記しておられます。公民館行事や地域のイベント情報は掲示し、利用者の参加を促しておられます。施設の運動会・秋祭りでは地域住民やボランティアの参加を得るとともに、日常の買い物等でも多くのボランティア協力を得て、利用者との交流の機会を提供しておられます。
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	②施設の基本理念や活動を記載した広報紙や月報を公民館へ配布しておられます。介護等の相談窓口を設置するとともに、職員による出前健康講座に出かけるなど施設の機能を地域に還元しておられます。
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。	㉠・b・c	③ボランティアの積極的受け入れを重点事業目標に明示し、年間700人以上の受け入れをしておられます。ボランティア受け入れマニュアルを作成し、担当者による受け入れ調整・説明をしておられます。
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	①県・市町村・病院・福祉施設・地域包括支援センター等の関係機関がリスト化され、事務所内への掲示やLANを活用し、職員間で共有しておられます。
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	②各市町村とは年1回ケース会議を開催するほか、必要に応じて随時カンファレンス会議を開催しておられます。病院の地域連携室や地域包括支援センターと連携し、見学や電話相談を受け入れておられます。また、入所者の生活状況に応じて、地域生活定着支援センターや警察等の関係機関と連携しておられます。
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。	㉠・b・c	①各市町村、地域包括支援センター、医療ソーシャルワーカー等との情報交換により福祉ニーズの把握に努めておられます。また、民生委員や自治会関係者、近隣住民等の日々の関わりの中から、一人暮らし高齢者の情報を得るなど、地域の福祉ニーズにつながる情報の把握に努めておられます。
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	②在宅高齢者の相談窓口を設置し相談対応をしておられます。緊急性の高い、DVや生活困窮等による一時避難先として迅速に対応しておられます。

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。	㉠・b・c	①尊厳の保持を基本理念に掲げ、一人一人の人格と人権の尊重に基づいた身体拘束・虐待防止マニュアルを整備し、職員会議等で周知しておられます。本年度は職員に対し虐待防止チェックシートによる個人評価を行い、意識の向上を図られました。
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	②入浴・排泄等の場面ごとの介護マニュアルの中に、プライバシー保護に関する留意事項を記載し、職員会議・ケア会議等で周知しておられます。
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。	㉠・b・c	①利用者一人一人に聞き取りによる利用者アンケートを行い、調査結果はサービス検討委員会で検討する仕組みがあります。また、嗜好調査の実施や、月曜集会・利用者自治会の役員会等で意見聴取を行うとともに、改善案の報告をしておられます。

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	①相談方法を利用者へ説明するとともに、わかりやすく文書化したものを掲示しておられます。意見箱を設置し毎週確認を行うほか、月曜集会にて簡取りをしておられます。ケアプラン見直しの際、生活相談員や担当職員が利用者へ個別面談を行い、定期的に意向の確認をしておられます。
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。	Ⓐ・b・c	②苦情検討委員会を設置し、苦情の連絡先等を掲示して利用者へ周知しておられます。受け付けた苦情は速やかに対応協議し申し出者に報告するとともに、月曜集会での報告や掲示により利用者へも報告をしておられます。第三者委員を交えた苦情検討委員会を年2回開催し、苦情内容や対応について確認されています。
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。	Ⓐ・b・c	③苦情・意見・要望・相談対応マニュアルを整備し、全職員が随時受付できるようにしておられます。苦情や意見等については、利用者本人へ迅速に対応し、検討に時間を要する場合は、その旨を速やかに報告しておられます。

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。	Ⓐ・b・c	①毎年、自己評価・法人内評価・第三者評価を実施し、結果を基にサービス評価委員会で結果の分析・検討を行っておられます。
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。	Ⓐ・b・c	②第三者評価等の評価結果について運営委員会で改善策を検討しておられます。各サービスについては、部署ごとに改善へ向けての計画を立て、さらにサービス向上委員会で検討する仕組みがあります。検討内容・結果については職員会議等で全職員に周知しておられます。
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	①入浴・排泄等の生活場面ごとに介護マニュアルを整備し、着任時の新任研修や職員研修において周知し、サービス提供しておられます。
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。	Ⓐ・b・c	②標準的な実施方法については、現場の各担当部署や、行事の担当ごとで検討し、サービス向上委員会やケア会議で年1回全体を総括して見直し・検証をしておられます。
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	①サービス実施計画に基づくサービス実施状況は利用者ごとのファイルに記録しておられます。外部講師を招き記録に関する研修を開催し、統一した方法で記録するよう共通理解を深めておられます。
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	②法人の文書管理規定、個人情報保護規定に基づき、介護・事務の分野ごとに管理責任者を設置して管理しておられます。
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。	Ⓐ・b・c	③利用者の状況や共有すべき情報はLANを活用し、職員間での情報共有の仕組みを作っておられます。日々の連絡ノート等により出勤時に確認できるほか、朝・夕礼や職員会・運営会議にて各部署の職員へ周知する仕組みを整備しておられます。

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法人のホームページで施設の情報を公開しておられます。施設のパフレットを市町村・地域包括支援センター・公民館等に配置し、見学希望があれば受け入れ、情報提供しておられます。
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	②入所前の面接時に本人へ説明を行い、入所時は措置権者立会いのもとで、重要事項説明書により再度説明しておられます。介護サービスの利用にあたっては契約内容や重要事項等をわかりやすく説明し、同意のもとに契約を行っておられます。
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他施設への移行の際は市町村と連絡協議を行い、利用者・家族の意向に沿った支援継続のため、面接及び介護・看護連絡票により引き継ぎをしておられます。また、退所後も相談できるよう配慮し、継続的な支援をしておられます。

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計画の作成及び見直しにあたっては、処遇計画ケアプランのフローチャートに基づいてアセスメントを行い、利用者・家族のニーズを明示して計画を作成しておられます。
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。	㉠・b・c	①介護支援専門員をサービス実施計画責任者として配置し、介護職員、看護師、外部サービス担当者、本人、家族により、定期的な見直しとサービス実施計画内容を協議しておられます。
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。	㉠・b・c	②計画書の評価・見直しは、ケアプランフローチャートに基づいて、外部サービス事業所等の関係機関の合議のもと、サービス評価・見直しをしておられます。