

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11日（火）

②事業者情報

名称：	社会福祉法人 敬仁会 救護施設 よなご大平園	種別：	救護施設
代表者氏名：	理事長 藤井 啓子	定員（利用人数）：	70名（77名）
所在地：	米子市二本木1690	TEL	0859-56-6226

③総 評

◇特に評価の高い点

「セーフティネットの役割とノーマライゼーション実現」の一翼を担う地域に開かれた施設、また、利用者の生活と権利を守るとともに、利用者の状況に応じた質の高いサービスを提供することにより一層の自立を図ることのできる施設を目指し努力されています。
また、就労継続支援B型事業、生活介護事業、日中一時支援事業、共同生活援助事業（グループホーム）が併設され、利用者の状況に応じた支援に取り組まれています。

◇改善を求められる点

経営上の改善課題の発見と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について検討さ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	①法人の理念に基づき、施設の理念が策定され、明文化されています。理念は、ISO品質マニュアルに明示されています。 ②施設の理念に基づき、運営方針が策定され、明文化されています。運営方針は、ISO品質マニュアル、施設機関紙、施設パンフレット、重要事項説明書に明示されています。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c	①理念や運営方針は、毎朝の職員会で復唱され、また、名札の裏面に記載して携帯するなど、職員への周知に努められています。 ②利用者の方には、ふりがなをふったものを各階に掲示するとともに、利用者全体朝会・自治会・家族懇話会等で説明されています。また、個々の利用者の方に応じた説明ができるよう配慮しておられます。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c	①中・長期計画は、5年を単位として、利用者へのサービスの提供、施設・設備整備、職員管理、施設管理、経営管理、地域との連携、新規事業の7つの項目ごとに策定され、それに沿った収支計画も作成されています。 ②事業計画は、上記に挙げた中・長期計画の項目に沿って策定されています。
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。	Ⓐ・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行われている。	Ⓐ・b・c	①事業計画の策定においては、職員アンケートや提案書の意見、自治会等からの意見を取り込み、それに対して施設長がコメントしたものが運営会議で検討されています。また検討会議では、中間、期末の年2回、達成度等の評価や見直しが行われるなど、組織的に取り組まれています。 ②策定された事業計画は、全体会議で報告の他、職員会議やフロアミーティングを通して、全職員への周知が図られています。 ③利用者へは、全体朝会にて資料を配布して説明されています。また、個々の利用者の方に応じた説明ができるよう配慮しておられます。家族の方には、家族懇話会で説明されるとともに、施設機関紙を送付するなどして周知が図られています。
Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	Ⓐ・b・c	
Ⅰ-2-(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) 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施設長の役割と責任については、「業務分掌」で文書化され、職員会議等で表明されています。 ②遵守すべき法令等については、ISO外部文書管理台帳、遵守すべき法令等のリストに基づき整備されています。また、法人内外の研修会にも積極的に参加され、特に施設内では、生活保護法・精神保健福祉法・障害者虐待防止法等に関する勉強会を実施するなど、率先して取り組んでおられます。
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。	○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) 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、個々の利用者にとって適切で有効な自立支援プログラム策定のあり方等、福祉サービスの質の向上に向けた種々の課題を把握し、その改善に取り組んでおられます。運営会議、全体会議においては、その都度文書化して明示するなど、丁寧に職員を指導されています。 ②施設経営や業務改善は、主に運営会議において検討されていますが、収支状況については、毎月の全体会議の場でも報告され、職員全体での取り組みとなるよう指導されています。
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。	○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) 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社会福祉事業、救護施設事業全体の動向を把握するとともに、県内の福祉事務所や精神科病院と連携を図りながら、待機者情報等の把握に努めておられます。 ②予算執行状況や利用者状況等については、適時運営会議等に報告して検討するとともに、定期的なISOサーベイランス受審・監事監査・会計事務点検や福祉サービス第三者評価等の受審を通して、経営改善に取り組んでおられます。 ③公認会計士等による外部監査は実施されていません。
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・b・c	
Ⅱ-1-1-1) 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) 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施設での有資格者の配置については、法人の配置基準に基づいて適正に配置されています。また、基準外である送迎専門職員の配置の他、サービス管理責任者の資格取得など必要な人材の確保や人員体制整備は、中・長期計画や事業計画に掲げられています。 ②法人の人事考課規定により評価が行われています。また、評価の客観性や公平性の確保を目的とした評価者の研修も実施されています。
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。	○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身上報告書や施設独自の職員提案制度により職員の意向等を把握されています。職員の負担軽減を図るために、提案された送迎専門の運転手が配置がされるなど、具体的に対応する仕組みが構築されています。 ②法人互助会とは別に施設の互助会も設けられています。慶弔や親睦会の実施に加え、安全衛生委員会の設置、メンタルヘルス研修を行うなど、職員の健康維持に向けた取り組みがなされています。
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職員研修に関する基本姿勢は、中・長期計画や事業計画に明示されています。 ②経験年数や知識技術等に基づいて個別の職員の研修計画が作成され、それらは法人で組織する研修委員会で規定された階層別の研修制度の他、施設内外の研修計画に沿って実施されています。また、施設独自で規定した育成支援実施要綱に基づく新人サポーター制度（6か月）により、新規採用職員の育成に努めておられます。 ③研修参加後は、復命書の提出、伝達研修を行うほか、研修成果を評価するとともに、次の研修計画や予算化に反映させる取り組みが行われています。
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	実習生の受入マニュアルが策定され、受入責任者の配置や実習指導者研修の実施、見学実習の受入、実習依頼元の目的に沿った実習計画を作成するなど、実習生を受け入れておられます。

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。	(a)・b・c	①法人及び施設内にリスクマネジメント委員会が設置され、感染症や緊急時対応等のマニュアル等の作成のほか、緊急時の対応体制の確立など、利用者の安全確保のための体制が整備されています。 ②警察・消防との連携、救命講習会の実施、防火避難訓練の実施のほか、地震・津波・洪水等に係る避難訓練実施要綱を策定し、避難訓練を実施されたり、飲料水や食料を備蓄するなどの取り組みもされています。 ③施設内や外出時の事故やヒヤリハット事例を収集し、要因分析に基づく未然防止や緊急対応策を検討し、実践しておられます。
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。	○ a ・ b ・ c	①地域の方に施設や利用者への理解を深めてもらうために、自治会企画の地域の環境美化活動への参加や施設主催の地域交流行事が実施されています。 ②子ども会との合同企画行事の夏祭りや、その中で看護師・栄養士の専門職による健康教室・料理教室などが実施されています。また、会議室の開放や備品の貸し出しを行うなど、施設の有する機能を地域に還元しておられます。 ③ボランティア受け入れに対する基本姿勢は、理念や運営計画等に明示されています。ボランティア受け入れ担当者が決められ、オリエンテーション用資料の作成を始め手順書に基づいた取り組みが行われています。
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	①施設の役割や機能を達成し、サービスの向上を図るために必要となる関係機関・事業所等の連絡先の一覧表が作成され、その活用が図られています。 ②福祉事務所との個別ケース会議の他、消防・警察・障害者就労事業振興センター・障害者生活支援センター・ハローワーク等と連携しながら社会復帰や就労等の支援が行われています。
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福祉事務所との連携、地域交流行事の際に地域住民へのアンケートを実施するなど、ニーズの把握に努められています。 ②障害福祉サービス事業所における日中一時支援事業や職場体験学習の受け入れ、地域の子ども会との合同クッキング活動などに取り組みられています。また、地域の防災拠点を目指した取り組みも行われています。
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。	○ 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理念や基本方針に基づき、職員会で毎朝復唱しておられます。また、人権研修・接遇研修を実施し、共通理解のもとにサービスを提供するよう取り組まれています。また施設内で障害者虐待防止法についての勉強会を実施するとともに、虐待防止マニュアル・委員会の立ち上げ等が検討されています。 ②個人情報保護対策委員会が設置され、法人の個人情報保護指針（プライバシーポリシー）、施設内での取扱、職員服務規範に規定のうえ、職員への周知が図られています。
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	年1回利用者満足度調査を実施されています。自治会からの意見集約と相談室の設置、訴えのできない方に対してはカード表示などにより、個別のケースにも迅速に対応するよう努められています。

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自治会・相談室・ご意見箱・アンケート・家族懇話会・カンファレンス・ミーティング等、複数の機会を設け、利用者が相談や意見を述べやすい環境づくりをされています。 ②施設内の苦情解決の仕組みについては、契約時に重要事項説明書に基づいて説明され周知が図られています。さらに、施設で対応できないものについては、法人の苦情解決委員会によって対応される仕組みが構築されています。 ③各階の相談室へ寄せられた利用者からの要望等に対しては、対応マニュアルに従って必ず翌朝の職員会に報告し、迅速に対応するよう努めておられます。
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・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顧客満足度調査実施手順に基づき、利用者の満足向上に努められています。県指導監査、ISOサーベイランス、第三者評価、サービスの内部評価等を受審し、定期的に評価を行う体制が整備されています。 ②サービス内部評価については、改善計画シートにより検討し、課題への取り組みと改善計画が策定され実施されています。
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標準的なサービスの提供の実施方法については、各マニュアルが整備され、それらに基づきサービスが提供されています。 ②年1回、サービス評価委員会等において、マニュアルの見直し、検討が行われています。
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個別支援計画書が作成され、それに基づいてサービスが実施されています。記録に関する勉強会の実施や職員間のさらなる連携を期待します。 ②記録の管理体制については、管理者を設定し、プライバシーポリシー、施設での取扱、品質記録リストの規定に基づき適切に管理されています。 ③利用者の情報は職員間で共有化が図られ、引継ぎ等については、連絡ノートや会議録の回覧等により、職員間での情報共有が図られています。
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。	○ a ・ b ・ c	①法人のホームページや施設パンフレットが作成されています。事前面談や施設見学を行い施設の情報を提供されています。 ②サービス開始時には、利用受入手順に基づき、利用者、家族に契約書・重要事項説明書の説明を行い、同意を得ておられます。
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。	○ 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	施設間等の引き継ぎは「看護連絡表」等により関係機関との連携が行われています。地域移行された退所者のアフターケアは、難しい課題ですが、いつでも相談に応じられるよう努めておられます。

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。	○ a ・ b ・ c	個別支援計画作成・変更手順が定められています。個別の利用者に関わる多様な情報に基づいてアセスメントが行われています。
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。	○ a ・ b ・ c	①個別支援計画作成・変更手順により、アセスメントの結果をもとにして、具体的なサービス実施計画が策定されています。 ②実施計画に基づくサービスの提供後は、定期的に評価・見直し(モニタリング)のためのケース検討会議が開催され、結果は職員間で共有するとともに、家族、福祉事務所へも送付されるなど連携が図られています。半年ごとに見直しがされています。
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。	○ a ・ b ・ c	