

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25年1月22日

②事業者情報

名称： 社会福祉法人 敬仁会 ゆりはま大平園	種別： 救護施設
代表者氏名： 理事長 藤井啓子	定員（利用人数）： 80（88）名
所在地： 鳥取県東伯郡湯梨浜町長和田1835-1	TEL 0858-32-0780

③総 評

◇特に評価の高い点

「利用者の自己実現」を理念に掲げ、地域移行、就労移行等の自立支援に積極的に取り組まれておられます。中でも、現在地に新築移転時から、施設の特徴や役割等について地域住民の理解を得ながら、地域との関係を丁寧につとめてこられています。地域の活動への参加やイベントによる交流はもちろん、地域活動への施設機能の提供等により、地域づくりの拠点として地域に根付きつつあります。

◇改善を求められる点

①経営上の改善課題の発見とその解決のため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) 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	①施設理念は、利用者の自己実現を中心におき、柔軟で迅速な対応を目指す姿勢が明文化されています。 ②施設の基本方針は、理念に基づき、職員の行動規範となる内容となっています。
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	①全職員を対象とした研修会で施設長が法人の理念・方針及び施設の理念・方針を説明されています。施設の理念・方針は週2回朝礼で唱和されるとともに、職員名札の裏に入れて携帯されています。 ②利用者へは、自治会（役員会・全体会）で説明され、理解度に応じて繰り返しの説明や個別の対応がされています。ホームページや機関紙への掲載、施設内各所に掲示されるとともに、年1回の家族会で説明されています。
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 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・c	①救護施設と就労支援B型を合わせた5年を1期とする中・長期計画が策定され、施設の基本方針の見直しと合わせ2～3年で評価見直しが行われています。 ②中・長期計画を踏まえた事業計画・予算が作成され、それに基づき部門ごとの具体的取り組み計画が作成されています。
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)・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。	(a)・b・c	①事業計画は、利用者の満足度、全職員による事業計画遂行の評価、各部門での達成度評価を踏まえ、係長以上によって組織される運営会議で検討、策定されています。 ②理念・基本方針と合わせて全職員に配布され、研修会で説明されています。部門の計画（目標）は部署会議で職員に説明されています。 ③利用者へは、自治会において施設長が説明されています。資料にはルビをふったり、理解度に応じて個別に対応されるなど工夫されています。家族や地域へは、広報紙に掲載して配布されるとともに家族会で説明されています。
Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	(a)・b・c	
Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が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) 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「組織規程」「決裁規程」「災害マニュアル」に施設長の業務と権限が明記されています。施設長は全体会議等で職員に説明されています。 ②社会福祉法、生活保護法をはじめ福祉関係法令、労働や環境に関する法令など遵守すべき法令はISO「外部文書管理台帳」にまとめられています。職員に対するコンプライアンス研修も行われています。
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。	(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、職員アンケートや各部署会議でサービスの質向上に向けた職員からの意見を聴取し、業務改善委員会において問題点の確認や改善策について検討されています。 ②施設長は、毎月職員全体会議で収支状況、労働分散状況等について説明され、運営会議・業務改善委員会で改善策を検討し、全職員に周知し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。	(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情報誌購読や福祉事務所連絡会、民生委員の見学の際の情報交換、地域定着支援センター、法務局等との連携の中で生活保護の動向等事業所経営を取り巻く状況把握に努められています。 ②経営状況については、毎月の試算表で確認と分析が行われ、改善すべき事項は運営会議で検討の上、職員全体会議や部署会議で職員へ周知されています。複数施設に関連する内容については、法人本部へ報告し、関連施設で協議し、改善策等検討されています。 ③法人内監査の他、年2回、法人のサービス評価委員会による審査が行われていますが、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法人において職種・職階ごとに資格要件が設けられ、施設において有資格者の配置目標が定められています。職員の資格取得状況や希望を把握し、資格取得が推進されています。 ②法人の「人事考課規程」に規定された職務基準に基づき、評価が行なわれています。結果は面接によりフィードバックされています。考課者に対する研修が年2回行なわれています。
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。	(a)・b・c	

II-2-2(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
II-2-2(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時間外勤務、休暇取得の状況が把握され内容についても分析が行なわれています。年1回身上報告書の提出と、年3回の上席者との定期面談により職員の状況や意向が確認されています。必要に応じて施設長との面談もでき、直接理事長へ意見提案できるメール交換システムが整備されています。 ②健康診断や予防接種、協力病院の利用等、健康やメンタルケアのための配慮がなされています。法人互助会、施設の職員福利委員会において、慶弔事業、各種親睦事業が行なわれています。また、法人が窓口になり、契約弁護士へ個別の相談ができる仕組みが作られています。
II-2-2(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-2-2(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
II-2-2(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中長期計画に「人材戦略」、事業計画に「職員管理」として基本姿勢が明記されています。 ②職員の研修希望と施設の意向に基づき、研修委員会で個別の研修計画が策定され、研修に取り組みられています。 ③研修受講後は「研修事業個人管理表」（復命書）を提出するとともに、施設内で復命研修が実施されています。年3回上席者との面談により、計画の進捗状況の確認と評価が行われ、これらを基に研修委員会において研修計画の評価・見直しが行われています。
II-2-2(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-2-2(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-2-2(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
II-2-2(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事業計画に実習受入の基本姿勢が明示され、担当職員が配置されています。「実習受入手順書」に基づき、学校と協定書を取り交わし、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(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)-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「緊急時急変時処置手順」「緊急時対応マニュアル」「感染症対策マニュアル」等が作成され、研修会等で職員に周知されています。マニュアルは年1回及び必要に応じて見直しが行われています。 ②年2回避難訓練が行われ、利用者1人あたり2日分の食糧や水が備蓄されています。湖畔という立地から、町のハザードマップをもとに、水害への対策も検討され、図上訓練が行われています。また、地域の協力が得られるよう自治会福祉部と申し合わせがされています。 ③利用者個々に想定されるリスクと対応策を把握し、個別の書類が作成されています。事故ヒヤリハット報告はその都度対応されるとともに、委員会ですべて毎月集計し、分析されています。法人マネジメントレビューによりリスク情報を全施設で共有されています。
II-3-1(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(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法人方針、事業計画に地域との連携を大切にする姿勢が記載されています。利用者による地域のフリーマーケットへの出店や、「ゆりはま105感謝祭」を開催するなど地域との交流が図られています。利用者は、買い物など日常的に自由に外出され、付き添いが必要な方もできるだけ希望に沿うよう努められています。 ②施設開設以来、栄養士・看護師等による地域健康教室を継続的に開催されています。社会適応訓練の受け入れ、体育館や農地の開放、陶芸教室など様々な取り組みが行われています。機関紙に内容を掲載し、全戸配布されています。 ③事業計画にボランティア受入の基本姿勢が明示されています。ボランティア受け入れマニュアルが整備され、ボランティア担当職員も配置されています。
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職員や利用者が利用できるよう、福祉事務所、地区公民館、近隣の病院、交番などの情報を一覧にして公衆電話のそばや事務所に掲示されています。 ②湯梨浜町自立支援協議会、地区公民館運営委員会、めぐみの湯運営委員会等地域団体に参画し、地域との連携が図られています。県外も含め福祉事務所との連絡会議が開催されています。
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福祉事務所連絡会議、虐待防止ネットワークや障害者自立支援協議会への参画等により情報収集がされています。また、民生委員の視察研修時の情報交換、病院の地域連携室等からの相談によりニーズが把握されています。 ②精神障がい者の社会復帰支援のための社会適応訓練の受け入れや、無店舗集落への移動販売などに取り組まれています。
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組を行っている。	(a)・b・c	①施設の基本方針に「一人ひとりの個人としての尊厳の尊重」が明示され、週2回朝礼で復唱されるとともに名札の裏に入れて携帯されています。接遇、人権擁護や虐待防止に関する研修が実施され、利用者への配慮や支援方法について学習されています。 ②プライバシー保護については、プライバシーポリシー及び実施要領、利用者虐待防止要綱が整備され、職員へ配布され、勉強会で周知されています。各種手順書の中にもプライバシー保護について記載されています。居室は個室を中心に2人部屋はカーテンで仕切り、電話室を設置するなど、施設設備面での工夫もされています。
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。	(a)・b・c	
Ⅲ-1-(2) 利用者満足度の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足度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生活面・作業面・設備・給食・職員マナーなどについて、毎年利用者の満足度調査が実施されています。自治会調整会議が毎月開催され、意見交換や改善結果の報告が行われています。

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苦情受付担当者や第三者委員の氏名を施設内に掲示するとともに、家族へは重要事項説明書や機関紙で周知されています。自治会を通しての相談や、意見箱の設置、個室の相談室の設置など、相談しやすい環境の整備にも取り組まれています。 ②「苦情解決処理要領」が整備され、苦情解決委員会（運営会議）で解決に向けた検討が行われています。また、利用者からの意見・要望に対しては、自治会調整会議において改善策等が検討されています。 ③運営会議、自治会調整会議で検討されるなど、早期対応に努められています。その内容は、朝礼で職員へ報告されるとともに、自治会で利用者へも報告されています。
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回の第三者評価の受審の他、法人のサービス評価委員会による年2回の審査が行われ、自己評価→評価・指導→改善の取り組み→改善状況の確認が行われています。 ②評価結果は全職員に報告され、運営会議や業務改善委員会で改善計画が検討され、改善に向けて取り組みが行われています。
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サービスの実施方法については、ISO手順書にまとめられています。職務基準書による自己評価と上席者評価及び指導が行われています。 ②手順書は法人において定期的に見直しが行われるとともに、施設の運営会議、自治会調整会議、アンケート結果等を基に必要に応じて随時見直しが行われています。
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記録の内容について職員によるばらつきをなくすため、研修を実施するとともに、上席者による記録の確認と指導が行われています。 ②記録の管理については、ISO「品質記録リスト」で責任部署、保存、廃棄等について規定されています。情報開示については「情報開示規程」が整備されています。 ③利用者の状況等については、ケースファイルに記録され、朝礼及び終礼で引継が行われています。その内容は連絡ノートに記載され、全職員が確認する仕組みとなっています。
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施設を紹介したホームページ、パンフレットが作成されています。パンフレットと重要事項説明書は福祉事務所に配布され、希望者に提供されています。見学や作業体験の希望にも随時対応されています。 ②サービス開始にあたっては、ISO「利用受入手順」に従い、重要事項説明書に基づきサービス内容や料金等について説明され、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	他施設への移行時には、「看護連絡表」など情報提供書が作成されています。移行後も、移行先の施設や関係機関と連携し、相談対応が行われています。

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	①ISO「個別支援計画・作成変更手順」に従い、入所前及び入所1ヶ月後に利用者の身体状況や生活状況等についてアセスメントが行われ、個別支援計画に課題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	①ISO「個別支援計画・作成変更手順」に従い、担当職員が中心となり、本人・家族の意向を踏まえ計画が策定されています。 ②毎月モニタリング、3ヶ月ごとのミニカンファレンスと6ヶ月ごとのカンファレンスにより、計画の評価・見直しが行われています。
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	