

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12月12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）： 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

1. 利用者の自立支援の取り組みについて
救護施設としてのセーフティネットの機能を果たすとともに、居宅生活訓練事業による地域移行の推進や就労訓練を通じての一般就労支援に積極的に取り組まれており、生活保護からの自立などその成果を挙げられています。
2. 地域との連携の取り組みについて
現在地への新築移転時から、利用者と地域住民とのふれあいを高める活動（めぐみの湯フリーマーケット、感謝祭、地域清掃奉仕活動等）や地域活動への施設機能の提供などを通じて地域との交流を深め、地域との関係を丁寧に築いておられます。
3. リスクマネジメント管理について
利用者への安心安全なサービスの提供のために、「利用者リスク」「防災リスク」「コンプライアンスリスク」「事故リスク」など経営リスクも含めたリスクマネジメントを具体的に推進しておられます。

◇改善を求められる点

--

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法人理念と施設理念を明文化しておられます。施設理念は、利用者の自己実現を中心におき、時代環境に即した施設づくりを目指す姿勢を読み取ることができます。 ②施設理念を達成するための施設方針がそれぞれ明文化され、職員の行動規範となっています。理念と方針は、玄関に掲示されるとともに、広報誌、施設パンフレットなどに記載しておられます。
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毎年、全職員を対象とした「年間政策運営計画勉強会」で、施設長が理念と方針について説明しておられます。理念と方針は、職員朝礼で週2回唱和されるとともに全職員が方針を明示した名札を携帯しておられます。 ②利用者へは、自治会（役員会・全体会）での説明の他、施設内の各談話室に小冊子「見てみてファイル」を設置して周知しておられます。利用者家族への周知として、理念と基本方針が記載された機関紙の配布の他、年1回の家族会で説明しておられます。
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理念や基本方針の実現に向けた5年を1期とする中長期計画と収支計画を策定しておられます。中長期計画については、目標を実現するために、②経営戦略、③サービス戦略、④人材戦略ごとに作成されています。中長期期画は3年を目途として見直しておられます。今後は、各項目ごとのより具体的な年次計画の策定が望まれます。 ②事業計画は、中長期計画の内容を踏まえて、施設の事業計画と各部門毎の事業計画を作成しておられます。
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。	Ⓐ・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事業計画は、全職員による事業計画遂行評価を実施した後、各部署会議で原案を作成し、運営会議（施設長と部署長が参加）で最終案を検討し策定しておられます。 ②事業計画は、全職員を対象とした「年間政策運営計画勉強会」で説明し周知しておられます。 ③利用者へは、自治会での説明の他、小冊子「見てみてファイル」に事業計画に関する資料を掲載して周知しておられます。利用者家族への周知として、年1回の家族会で状況報告を含め説明しておられます。説明では、資料の他パワーポイントを活用してわかりやすい説明に工夫しておられます。また、法人のホームページにグループ内の全施設の事業計画を掲載して周知に努めておられます。
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法人の「組織規程」「決裁規程」に施設長の業務と権限が明記されています。施設長は、職員全体会議で「施設組織表」「業務分担表」を職員に配布し、自らの役割と責任について説明しておられます。また、「災害マニュアル」にもその役割が記載されています。 ②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。また、施設長が講師を勤め、職員に対して生活保護法、コンプライアンス研修を実施しておられます。
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。	(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、サービスの質の向上に向けた各部門目標の達成状況を把握し、運営会議等において問題点を検討して改善策について助言・指導しておられます。 ②施設長は、毎月職員全体会議において施設の収支状況や稼働状況について説明を行っておられます。また、業務の効率化に向けた改善策を運営会議等において検討し実施されています。
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事業経営を取り巻く環境は、全国救護施設協議会の情報誌や福祉新聞等で把握される他、福祉事務所連絡調整会議や病院の地域連携室等からの情報により状況把握しておられます。 ②経営状況は、各費目の執行状況を確認し、毎月開催の「運営会議」において、経営状況を分析した資料をもとに検討し、方針を「職員全体会議」で周知しておられます。 ③本年度、法人として公認会計士による外部監査を実施し、経営改善に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。	(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法人において求められる職員像や職種・職階ごとの資格要件についての基本的な考え方が示されています。施設においては全職員の資格取得状況をリスト化し、個々の職員が取得すべき資格を示すとともに、受講すべき研修を計画しておられます。 ②法人の「人事考課規程」に規定された評価基準により、評価しておられます。また、法人本部が考課者向けの研修を実施しておられます。
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・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職員個々の時間外労働、年休取得状況を把握し管理しておられます。また、年3回上席職員による定期面談が実施され、職員の状況や意向を確認しておられます。施設長への面談、理事長への直接意見提案できるメール交換システムも整備しておられます。
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。	(a)・b・c	②「法人互助会」と施設の「職員福利委員会」により、各種親睦事業を実施しておられます。また、健康診断、予防接種、身体やメンタルケアの相談を協力病院を通じて実施できる体制や法人の顧問弁護士へ個別の相談ができる仕組みがとられています。
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。	(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、ISO品質マニュアルにより教育訓練の手順が示されています。
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	②個別の職員の自己目標と意向をもとに、上席職員と協議して年度計画を策定しておられます。また、参加すべき研修を「教育・研修委員会」が検討し職員への研修参加奨励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。	(a)・b・c	③年3回の上席職員との定期面談時に年度計画の中間評価と見直しを行い、年度末に「教育・研修委員会」で総括が行われています。委員会では、実施した研修結果を検証して次年度の研修計画作成に役立てておられます。
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「実習受入手順書」に基づいて、実習受入担当職員を配置し積極的に実習を受け入れておられます。実習受け入れに際し、必ず利用者へ話をを行い利用者の意向を受けてから実習受入を行っておられます。

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	①ISOによる各種マニュアル（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）が整備され、職員へは研修を通じて周知しておられます。
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	②被災防止及び被災時対応マニュアルを整備し、防災訓練、緊急連絡訓練を実施しておられます。施設が湖畔に立地しているため、町のハザードマップをもとに図上訓練や水害対策用備品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。	(a)・b・c	③毎週木曜を全職員からのヒヤリ報告書提出日とし、それを毎月リスク委員会で分析・検討しておられます。リスク委員会で纏めた情報は、法人のリスクマネジメント委員会に報告され、法人を通じてグループ内全施設のリスク情報が共有されています。リスク委員会で纏められた是正方針は、全体会議等で職員に周知しておられます。

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) 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、施設の事業計画に地域との関わりを大切にす る姿勢を示しておられます。施設と地域団体が構成される 「地域と福祉を高める会」が主催する「ゆりはま105 (トーゴ)感謝祭」の開催や近くのコンビニ店舗での福 祉商品の販売などを通じて、地域との関わりを深めておら れます。 ②栄養士と看護師による地域健康教室の開催、施設や地域 での陶芸教室の開催、地域住民のスポーツ活動のための体 育館開放など施設が有する機能を地域に還元しておられま す。 ③単年度事業計画で地域との連携として、ボランティア受 入について記載し、ボランティア受入マニュアルを整備し て担当職員を配置し受け入れておられます。
II-4-1-1) ② 事業所が有する機能を地域に還元している。	(a)・b・c	
II-4-1-1) 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) ① 必要な社会資源を明確にしている。	(a)・b・c	①関係機関連絡先や社会資源のリスト化し、場所を地図上 にも示されています。利用者にも活用できるよう「見てみ てファイル」に掲載して各フロアに設置しておられます。 ②関係機関との連携として、県東部と中部の全ての福祉事 務所及び県西部と県外の福祉事務所の内、入所者の出身地 に該当する福祉事務所を対象に、年1回「福祉事務所連絡会 議」を開催しておられます。また、地域団体との連携とし て、花見地区公民館運営協議会、めぐみの湯連絡協議会、 湯梨浜町虐待防止ネットワークの活動に参画し連携が図ら れています。
II-4-2-1) 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) 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や病院の地域連携室からの情報、関 係機関・団体の委員会への参画、就労支援B型事業の移動販 売などを通じて福祉ニーズを把握しておられます。 ②地域移行、就労移行のニーズに応じて、社会適応訓練や 居宅生活訓練事業を実施するとともに、緊急一時入所の受 入れも行っておられます。また、生活困窮者自立支援法の 施行に向けて、施設として果たす役割と責務を再確認し て、今後の事業展開を検討しておられます。
II-4-3-1) 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) 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利用者の尊重を施設方針に掲げ、毎週2回唱和しておら れます。職員への周知として、コンプライアンス研修、接 遇研修、虐待・人権研修を開催しておられます。 ②プライバシー保護については、プライバシーポリシー実 施要領、利用者虐待防止要項で明記するとともに、重要事 項説明書において利用者のプライバシーを配慮する旨の記 載を行っておられます。
Ⅲ-1-1-1) 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-1-1-2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-1-2-1) 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施設内に満足度委員会を設置し、利用者顧客満足度調査 (年2回)、意見箱の設置、家族会での意見聴取を実施 し、聴取した意見を分析・検討しておられます。利用者自 治会が毎月開催され、意見交換や改善結果の報告をしてお 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。	(a)・b・c	①相談や意見については、重要事項説明書で明記して説明するとともに、自治会を通じた相談、意見箱や個室の相談室の設置など相談しやすい環境を整備しておられます。利用者からの意見・要望については、自治会調整会議で改善策を検討しておられます。
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。	(a)・b・c	②ISO「苦情解決処理要領」により、責任者・担当者の配置と解決手順を整備し施設内に掲示しておられます。家族に対しては、機関誌や家族会で周知しておられます。
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。	(a)・b・c	③利用者意見の内、即対応可能なものは迅速に対応方針を伝達し、相談者への説明も行っておられます。時間を要するものは、相談者へ時間がかかることを説明し、自治会調整会議や運営会議において対応方針を検討しておられます。

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。	(a)・b・c	①法人本部の「法人サービス内部評価委員会」による年2回の施設巡回審査、毎月開催のリスク委員会、年1回の第三者評価の受審により、定期的な評価を実施しておられます。 ②評価結果や課題は全職員に周知され、課題に応じた担当部署の職員協議により是正予防処置報告書の原案が作成され、運営会議で改善策を検討しておられます。
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。	(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手順書により文書化し運用しておられます。職員への指導として、職務基準書による職員自己評価と上席職員による相互評価を行い、それに応じてOJT、フォローアップ研修を実施しておられます。 ②全ての手順書は年1回の定期的見直しを実施しておられます。また、運営会議、自治会調整会議、利用者・家族の要望から改訂の必要が生じた場合、随時見直ししておられます。
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。	(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利用者毎に担当職員を配置して記録の整備が行われています。記録内容は、記録担当職員が内容を確認し担当者への指導助言をしておられます。また、職員へ記録の書き方研修を実施し質の向上を図っておられます。 ②個人情報保護方針により、個人情報保護を徹底するとともに、個人情報保護に関する研修を実施しておられます。ISO「品質記録リスト」により、責任部署、保存、廃棄について規定しておられます。 ③利用者状況は朝礼での口頭伝達の他、フロア毎の連絡ノートと利用者毎の個別ファイルが整備され、日々の状況や個別支援計画の情報を共有をしておられます。
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。	(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パンフレットや重要事項説明書を福祉事務所に配布し、希望者に提供をしておられます。見学や作業体験にも随時対応し、パワーポイントによるわかりやすい施設紹介などの工夫もしておられます。 ②ISO「利用受入手順」に従い、重要事項説明書による説明と支援内容についての同意を得た上で、利用契約の取り交わしをしておられます。
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。	○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	①他施設移行時に「看護連絡表」などの情報提供書を作成し情報を提供しておられます。また、地域移行後も自宅を訪問されるなどのアフターフォローも実施しておられます。

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。	○a・b・c	①利用者毎の担当職員がISO「個別支援計画・作成変更手順」に基づいてアセスメントを行っておられます。
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。	○a・b・c	①担当職員が利用者と家族の意向を聞き取ったうえで、ISO「個別支援計画・作成変更手順」に基づいて計画を策定しておられます。 ②担当職員とサービス管理責任者により月1回のモニタリングが行われ、3か月に1回施設内の各職種によるカンファレンスを実施し、必要に応じて計画の見直しをしておられます。
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。	○a・b・c	