

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	： 鳥取県社会福祉協議会
訪問調査実施期間	： 平成18年 5月18日

②事業者情報

名称：社会福祉法人宏平会 鳥取県立福原荘	種別	： 軽費老人ホーム（A型）	
代表者氏名	： 理事長 富田昌宏	定員（利用人数）	： 50名（44名）
所在地	： 鳥取県米子市皆生温泉4丁目17番2号	TEL	（0859）34-5731

③総 評

◇特に評価の高い点

昭和57年4月開設の鳥取県立の施設を本年4月に指定管理者制度の指定を受け、老朽化した建物の管理をはじめとして、組織体制の整備、人材育成、サービスの質の向上等、多くの課題が予測されます。

その中において、福祉サービス第三者評価事業について、鳥取県内事業所で先駆的に受審され、自らでは気づきにくい問題点の発見、それを改善することでの利用者の適切なサービスの選択や、質の向上を図って行こうという積極的な取り組み姿勢と、利用者にとってサービスの低下を招くことなく、不安の払拭に配慮しつつ徐々に信頼関係の構築に努める等、職員一同一丸となつての取り組みはともに高く評価できます。

入所者の年齢上昇（平均年齢80.2歳）とともに、元気で過して頂く方策として、病院との連携、ユニークな音楽体操、味の名店街、社会見学、買物外出・代行、趣味の会（うたの集い、句会、手芸の会、グラウンドゴルフ、法話、喫茶かたらい）等々、多彩な週別行事、月別行事を取り入れる工夫・アイデアなども評価できます。

利用者やその家族、地域の皆様に安心、信頼が得られる施設として、積極的に取り組みが行なわれようとしております。

◇改善を求められる点

評価の結果では必ずしも高いものではなく、相当の改善が望まれます。施設の外観は塩害による建物の傷みが見られ、内部の設備等についても相当の補修（費用）が見込まれ、課題であるといえます。

ソフト面ではマニュアルの未整備が目立つことと、また、作成されているものの未だ周知されていないものが多く、何よりも大切な記録をすることから始められ、情報の共有化を図り、利用者本位のサービスの質の向上を図ら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

今回の第三者評価の結果について、評価については大変厳しいものでしたが、現在の各サービスを振り返る事が出来たこと、そして今後改善しなければいけない点についてたくさんの課題を明らかにして戴いたと思います。

当施設は、設立24年が経過した施設ではありますが、今年の4月より指定管理者制度導入により社会福祉法人宏平会が管理運営させていただくことになり、新たなスタートをきったところです。

この度の第三者評価の受審を機に、今回の評価結果をもとにしてケアの質の向上等に取り組ん行きたいと思ひます。

来年受審させていただく際には、少しでも前進した福原荘になっているように職員一同頑張つて参りたいと思ひます。

福祉サービス第三者評価結果

※すべての評価項目（55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	法人としての「理念及び基本方針」は明文化されていますが、福原荘としての法人理念に基づく基本方針の確立は確認できませんでした。 わかり易い文言で、職員の行動規範となるような（具体化された）ものを作成することが望まれます。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a・b・Ⓒ	
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・Ⓒ	法人の理念及び基本方針についての印刷物を配布していないことから、周知不足は否めません。 前述の基本方針の明文化が急がれるとともに、誰でも良く判る場所へ掲示する方法等が望まれます。
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 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・-・Ⓒ	指定管理者制度における次期更新（指定）の問題がありますが、ハード面での老朽化した施設（特に塩害対策）や設備整備の3～5年先の見通しや、ソフト面でのサービス内容、職員体制、人材育成等、その方向性を示すことは必要かと考えます。 指定管理者申請時の事業計画は確認されましたが、作成にあたってはそのプロセスも大切であり、全職員の意見集約を行なったうえでの作成が望まれます。
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・-・Ⓒ	

I-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	a・b・ <input checked="" type="radio"/> c	<p>計画書は、全般的に管理（者）的立場から策定された印象が強く感じられました。</p> <p>各計画の策定にあたっては、職員の参画や利用者等の意見の集約・反映の仕組みづくりが望まれます。</p> <p>また、計画書は職員や利用者等に配布し、会議・研修、利用者・家族会等で説明の上、計画達成のための周知が望まれます。</p>
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。	a・b・ <input checked="" type="radio"/> 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 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・ <input checked="" type="radio"/> c	<p>口頭での個々の役割分担は話している（楽しんでやることが大切と話している）ものの、改まったの表明が明記されていません。文書化して誰でもわかる様に、お互いの役割を知り、理解することが望まれます。</p> <p>改正法令は社会保険労務士より指導を、その他に個人情報や人権に関すること等の取り組みに努力されていることは評価できます。</p> <p>軽費老人ホームが遵守すべき法令等をリストアップし、より具体化されることが望まれます。</p>
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a・ <input checked="" type="radio"/> 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 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・ <input checked="" type="radio"/> b・c	<p>毎朝晩のミーティングを実施し、その日の気付きを話し合っているとのことでは一定の評価はできますが、その場限りで終わっている感じです。記録として残すことが望まれます。</p> <p>（マニュアルの作成、緊急時対応の定期的な点検、AED（救急法）等実践の大切さ＝訓練の実施、伝達講習会の開催等が望まれます。）</p>
I-3-(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。	a・ <input checked="" type="radio"/> 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 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a・ <input checked="" type="radio"/> b・c	<p>4月から自治会の加入とともに総会に出席し、利用者ニーズの把握に努めています。（現在の入所者の大半は米子市内出身の方。）</p> <p>ケアハウスに比し利用料金は安い、施設が古いというデメリットがあることや、市民からの「施設が何処にあるのか」の問いに対する広報の必要性についての認識等評価できます。</p> <p>毎月1回税理士の指導を受けていることでも評価できます。</p> <p>地域情報をデータ化し、中・長期ビジョン等への反映が望まれます。</p>
Ⅱ-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・ <input checked="" type="radio"/> b・c	
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a・b・ <input checked="" type="radio"/> 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 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a・ ② ・c	事業計画書での人員の取り組みの方向性は示されていますが、具体的なプランにはなっていません。取り組みの具体的なものとして、介護福祉士受験、介護職員基礎研修受講を進めようとする姿勢がみられました。 人事考課については逆効果も懸念されるなか、現時点では自己評価によっているので客観的な基準の作成が望まれます。
Ⅱ-2-(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・ ③	
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・ ② ・c	指定管理者指定直後の4月は、職員の超過勤務は相当に多く、なかでも栄養士は食事の外部委託移行での負担が大きいものでした。5月に入ってから徐々に落ち着きを見せているといえます。 福利厚生面では、米子市勤労福祉サービスセンターへの加入をしているほか、職員互助会の充実を図っています。
Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	① ・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・ ② ・c	基本的な教育・研修計画は法人としての策定はされていますが、それに基づく4月以降の福原荘職員2名の参加の確認もできました。今後も引き続き順に行ける様に努力して行こうとする気持ちは評価できます。 復命書は作成されているものの、簡単なもの(別添資料のとおり)程度であり、実務(体験)講習等の場合は伝達・発表する機会を持たれること等が望まれます。
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・ ② ・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・ ③	
Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。		
Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a・b・ ③	実習生を受け入れたという実績の確認は出来ませんでした。
Ⅱ-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a・b・ ③	

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）の対応など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	5年前の記録がありましたが、その記録は不十分であります。 事例の収集も確認できませんでした。また、マニュアルの確認はできましたが、作成年月日や担当者の記載はなく、早急な見直し、リスク対策の重要性の認識とともに新たな作成が望まれます。
Ⅱ-3-(1)-② 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) 地域との連携が適切に確保されている。		
Ⅱ-4-(1)-① 利用者地域とのかわりを大切にしている。	a・b・c	4月からは自治会に加入（会費納入）し、また、近くの保育所・自衛隊との交流を図っている等については評価できます。 地域還元については、法人としての取り組みは窺えるものの、現況での福原荘としての取り組みは限られた人員の中からして困難かと思われます。今後の積極的な取り組みに期待いたします。 ボランティアの受け入れは以前の申込締りはありますが、体制確立までには至っていません。積極的な受け入れ体制整備が望まれます。
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	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	サービス担当者会議に参加していますが、その記録（物的証拠）の確認ができませんでした。関係機関との密接な連携が望まれます。
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a・b・c	
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a・b・c	地域における役割を果たす為、民生・児童委員等との意見交換を図り、事業所を取り巻く福祉ニーズの把握とともに、可能な限りのサービス提供の取り組みが望まれます。
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。	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	利用者は自立度の高い方が多いという理由にて、生活日誌は各棟ごとのものとなっていました。個人にかかるとカンファレンス（生活目標）記録は必要かと考えます。 プライバシー保護に関して、部分的な規程はありましたが、再考されることを望みます。
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ている。	a・b・c	管理栄養士による食事に関する嗜好調査や工夫については一定の評価はできますが、全般的な利用者満足の向上に向けた仕組みづくりや取り組みということでは、なお一層の整備が望まれます。
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a・b・c	
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	入居者参加による月1回の懇談会や毎日の個別巡回を実施する等、相談や意見、苦情解決の仕組みはあり、聞き出す努力はされていますが、日常的な相談に応じる相談日の設定や相談窓口（室）等の体制整備は不十分であります。ポスターは単に掲示してあるに留まっている感が致しました。 訪問調査時における意見箱等の確認では、多目的（クイズの受付、アンケート回収等）に使用されており、アンケートも生活に関するものになっていませんでした。各々専用箱を設置されることを望みます。また、設置場所が食堂前となっていることについて、特に意見箱の設置個所は投函者のプライバシー保護の観点からも、その配慮が望まれます。 また、利用者の意見を反映させるため、相談や意見についての経過と結果の記録、併せてフィードバックについて、必要の都度、プライバシー保護に配慮しつつ公表されることが望まれます。
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	未だ定期的な評価・分析までは至っておらず、今後に向けた取り組み（整備）が必要であります。
Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	a・b・c	
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a・b・c	

Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-① 個々の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・ <input checked="" type="radio"/> c	Ⅲ-1（利用者本位の福祉サービス）での記述に関連し、標準的な個別サービスマニュアルの確認はできませんでした。
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・ <input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> b・c	ミーティングでの個別サービスの見直し（聞き取り）は行われているとはいえ、その記録については各棟ごとの生活日誌であり、情報を共有しているとはいえないと思います。
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・ <input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> c	希望者があればパンフレットを配布し見学等を随時実施することにはなっているとはいえ、見学、体験入所の記録は確認出来ませんでした。パンフレットも古いものを取り繕い使用されており、「生活の心得」も文字も小さく、見にくいものとなっています。なるべく新規に作成されることが望まれます。 サービス開始にあたっての契約書締結の体制は整備されていますが、きめ細やかな説明が求められます。
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・ <input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> c	退所の場合は、施設長、看護師、寮母主任等が説明を行いサービスの継続に努めているとはいえ、記録は退所年月日程度であり、マニュアルも確認できませんでした。きちんとした情報提供が望まれます。

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・ ② ・c	生活日誌により、アセスメントを行なっているとはいえ、それに基づく個人（給食・健康・生活一経過・現況・処遇）のケアプラン作成とまでは至っておらず課題が残ります。
Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	a・b・ ③	
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・ ④	ケアプラン策定のためのカンファレンスは実施しているとはいえ、その記録の確認が出来ませんでした。看護、介護記録が分断されており連携が不十分であります。その体制整備が望まれます。
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・ ⑤	