

山形県福祉サービス第三者評価結果公表基準

① 第三者評価機関

社会福祉法人 山形県社会福祉協議会

② 事業者情報

名称：社会福祉法人豊寿会 特別養護老人ホーム紅梅荘	種別：介護老人福祉施設
代表者氏名：結城 和雄（荘長）	定員：80名（短期入所16名）
所在地：山形県最上郡最上町大字向町683番地	電話：0233-43-3661

③ 総評

法人として、本施設の代替施設として平成24年度開設を目指し移転新築計画が進められている。

今回の受審は、昭和55年開設の古い施設をさらにレベルアップし、将来に備えるべく「各職場に課せられた課題を明確にし、施設サービス向上に向け職員の意欲を高める」ことを目的としている。

受審は、平成21年度当初から事業計画に生まれ、荘長以下各職場が自己評価作成に加わって進められている。このことを特に評価したい。

結城荘長は県老協の副会長として、最新の知見と蓄積された経験を基に、強いリーダーシップを発揮されている。

そのことは豊かな介護技術に生かされ、利用者に対しても真摯な姿勢で取り組まれていることを理解出来た。

自己評価は、「更なる質の高い利用者へのサービスを目指したい」という期待から、結果として「B」の項目が多かった。これは各職員自身の強い意志であることも確認された。

事業は総体的に「P・D・C・A」の業務サイクルがよく回っているが、「A：見直し（改善）」の部分のより一層の充実が望まれる。

作業のミス防止には「3S：整理・整頓・清掃」が重要と言われている。施設が古く、職員は経験豊かで仕事に慣れていることから、特に「整理・整頓」がより必要と感じられた。特段に取り組んでいただきたい。

施設運営に必要と思われる事を、「委員会形式」や「システム導入」で鋭意活動されている。職員の努力に敬意を表すが介護業務を行いながら考えると「少し整理し、深みのある取組へ」が必要ではないかと感じられた。

◇ 特に評価の高い点

(1) 働いている職員・利用者の表情が良い・・・下記(3)の要因を含む。これは、下記の取組の結果と考える。

○「介護の心得5条」を玄関先、会議室に掲示し、毎日申し送り時に全員で唱和し介護に対する心構えをしっかりと持っている。

○各部門の職員のチームワークがよい。

(2) 各職場・職員が参画し、年度毎に「事業報告書」・「事業計画書」が作成され、事業実績・決算書、事業計画・予算書が編集されている。

また、職員に配布され、周知が図られ、利用されている。

(3) 利用者は職員を信頼し、日常生活、食事等に安心感を持っている。

要因として

①退職職員が少ないためベテランの職員が多い。

②利用者一人ひとりの実施計画策定のための体制が確立し、各部署毎の定期的なモニタリングやカンファレンスを行い、組織として十分に機能している。

③利用者のプライバシー保護に関する規程やマニュアルも整備されている。

④食事は、利用者にとって最大の楽しみであるが、直営で行事食も非常に多く企画され、喜ばれている。

⑤利用者満足の向上のため、利用者の会（友の会懇談会）や家族アンケート等を実施している。

(4) 職員の資質向上を目指し、各種研修の実施・派遣を行っている。その成果を各職員に波及させるシステムがあり、努力されている。

危機管理意識が徹底されており、「ヒヤリ・ハットの事例研究」・「火災・災害を想定した訓練」等が行われている。

(5) 地域との交流と連携を積極的に図っている。

- ・「紅梅荘合同避難訓練」の計画・実施に対する学地区防災協力員の協力（委嘱）
- ・各種行事へ職員の派遣

(6) 利用者本位の福祉サービスを目指した取組がよく行われている。

①サービス提供に関する基本姿勢が明示されており、研修会、委員会等で十分に話し合い、課題と改善の取組を行い、情報の共用化がなされている。

②利用者のための情報開示・広報紙の配布、利用に際しての契約書や重要事項の説明などのサービス提供が適切に行われている。

③県介護サービス情報公表・ホームページ等で自己評価を行い、情報開示をしている。

◇ 改善を求められる点

(1) 事業所の「理念」を明文化し、職員への周知および利用者へわかりやすい場所に掲示していただきたい。

理念から基本方針へと一つの流れとなるよう工夫されることを期待したい。

(2) 玄関先に利用者向けの情報が表示されているが、「字」が小さく形式的に掲示している感がある。現掲示の他に、その場に「ファイル」で置くようにすれば見ていただけるかもしれません。工夫をお願いしたい。

(3) 整理・整頓に努めていただきたい。特に、利用者の毎日服用する医薬品の管理、各種掲示されている書類・事務机上の書類の整理・整頓はミス防止上重要です。

自力歩行できる利用者は少なくなっていますが、万が一を考慮し危険な品（例：消毒薬・転倒したら危ない備品等）を、現位置に置いて本当に良いのか再検討をして下さい（今まで事故がなかったから良いとはならない）

(4) 安全管理について、「ヒヤリ・ハット運動」・「火災・災害を想定した訓練」等が進められています。先進的な取り組みです。

より一歩踏み込んで、「ヒヤリ・ハット運動」本来の目的である重大事故を防ぐことを意識したマニュアルづくりに取り込むことを検討していただきたい。

(5) マニュアルは多く作成されている。定期的な改訂は勿論ですが、必要時には随時改訂を行って下さい。その場合、「改訂年月日」を明記していただきたい。

また、マニュアルの記載で「手順」のほかに「留意点」があります。

ミス防止上「留意点」は「定性的」でなく「定量：数字」で明記することが重要です。

(6) 研修に関する基本姿勢は明示され、研修は多く実施されていますが、一人ひとりの研修計画が策定されていない。

報告書、復命書の提出で終わらず、次の計画に反映されるように工夫されることを期待したい。

例えば、復命書の表紙に「受講の成果大」「次年度の受講も必要」などを明記する欄を設ける。

(7) 利用者は職員を信頼していますが、利用者と職員が「名前」で呼び合った会話が望ましいと考えられます。

廊下に職員の顔写真が掲示されていますが、各職員の服装には名札がありません。カード式では介護時不都合なのは理解していますが、工夫されることを期待します。

④ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

これまで施設では措置制度下での自己評価事業や実地指導など、数多くの第三者の視点をもって施設運営に取り組んできたところと自負しておりました。

しかしながら今回の第三者評価事業の受審にあたって、改めて第三者の視点イコール利用者の視点と真摯に受け止めた次第です。いかに職員個々の姿勢や言動の隅々にまで、その意義を浸透させるかは、職員各人の自己責任でもあり、正に施設長の役割とも改めて認識させていただきました。

これを機に一層施設全体の自己研鑽に取り組むたいと思っております

⑤ 各評価項目にかかる第三者評価結果

(別紙)

評価細目の第三者評価結果

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

		第三者評価結果
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
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
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 計画の策定

		第三者評価結果
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
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) 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・C
I-2-(2)-②	計画が職員や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

		第三者評価結果
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・C
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・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・B・C
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・B・C

評価細目の第三者評価結果

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
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・B・C
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・B・C
Ⅱ-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

		第三者評価結果
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・B・C
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・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
Ⅱ-2-(2)-②	福利厚生事業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
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・C
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・C

評価細目の第三者評価結果

Ⅱ-3 安全管理

		第三者評価結果
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
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

		第三者評価結果
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
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
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
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

		第三者評価結果
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もつための取り組みを行っている。	(A) B・C
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
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
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)

評価細目の第三者評価結果

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
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
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・C
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
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

		第三者評価結果
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
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

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
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
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・C
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
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