

## 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

株式会社 福祉工房

### ②事業者情報

名称:社会福祉法人 <sup>恩賜</sup> 財団 済生会支部山形済生会 特別養護老人ホーム ながまち荘	種別: 特別養護老人ホーム
代表者氏名: 施設長 峯田 幸悦	定員(利用人数): 長期入所 80名 短期入所 20名 通所介護 35名
所在地:山形県山形市長町 751 番地	電話:023-684-2391

### ③総評

#### 評価概要

#### ◇特に評価の高い点

##### 1. 管理者のリーダーシップ

管理者のリーダーシップに関して、施設における利用者の生活の質を向上させるべく、ながまち荘「ゼロゼロセブンの誓い」と称する自立支援、人間尊重、地域福祉のための7つの取り組み、「オムツゼロ」「胃腸ゼロ」「骨折ゼロ」「褥瘡ゼロ」「拘束ゼロ」「下剤ゼロ」「タバコゼロ」を施設全体で取り組むことを宣言し、実行に移している。本年2月にはオムツゼロを達成するにいたっている。又、定期的な福祉サービス第三者評価を受審し、事業計画にもオールAを目標にした取り組みを行い、前回の受審時に課題となっていた部分の大半を改善しており、管理者が先頭に立ってサービスの質の改善に取り組んでいる姿勢は高く評価できるものと思われる。

##### 2. 地域との連携

本施設は理念にも地域の福祉拠点となることがうたわれており、実際の取り組みとしても、地域での医療、教育、研究、福祉の向上の為、山形県立保健医療大学との連携協定を締結、山形市と災害時における福祉避難所指定の協定の締結、地域貢献活動として保護観察者2名(25年度は7名)の受入れ、地域のイベント(老人会での輪投げ大会等)への職員の派遣等、地域の福祉向上のための取り組みが積極的に行われている。

##### 3. 利用者満足の上

上述「ゼロゼロセブンの誓い」により利用者の尊厳、生活の質の向上に加え、利用者満足への取り組みとして、利用者の意向調査、嗜好調査を定期的に行い、又、利用者のアセスメントをもとに食事に関しても利用者の好みに応じた選択可能な制度を実施、朝食には利用者の希望により

パン食を用意する等、利用者個々の要望に対応し、食事面においても利用者満足の向上を図っている。

#### 4. 質の向上に向けた取り組み

各サービスに関するマニュアルが整備され定期的な見直しも行われているが、さらに、より職員に周知を図るため、写真を使用し、明確に手順が理解できるようにするなど一歩進んだ取り組みが行われている。

#### ◇改善を要する点

実習生、ボランティアに対する受入に関する基本的姿勢、意義等に関して事業計画書等に明記されておらず、職員に対してその意義を知らしめる為にも記載が望まれる。但し、これらはすでに改善されており、サービスの質の向上に対する積極的な姿勢がうかがえた。

#### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

平成19年度、22年度とこれまで2回、第三者評価を受審し、あらためて自施設の優れている点、課題を知る良い機会となりました。優れていると評価して頂いた点は、更に良いものになるように、明らかになった課題、問題点については改善を図ってまいりました。

その過程において、職員の意識の統一や意欲の向上、職員個々のスキルアップ等々に良い相乗効果を生むことにも繋がりました。この度の受審において大変良い評価を頂きましたが、これからも職員一丸となり、利用者本位の質の高いサービス提供を図っていきたいと考えております。

#### 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。		Ⓐ・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。		Ⓐ・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
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 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。		Ⓐ・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。		Ⓐ・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。		Ⓐ・B・C
Ⅰ-2-(2)-②	計画が職員や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

			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。		Ⓐ・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。		Ⓐ・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。		Ⓐ・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。		Ⓐ・B・C

## 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。		Ⓐ・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。		Ⓐ・B・C
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。		Ⓐ・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。		Ⓐ・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。		Ⓐ・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。	Ⓐ・B・C
II-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	Ⓐ・B・C
<b>II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>		
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・B・C
<b>II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。</b>		
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・Ⓑ・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	Ⓐ・B・C

### II-3 安全管理

		第三者評価結果
<b>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。</b>		
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・B・C

### II-4 地域との交流と連携

		第三者評価結果
<b>II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</b>		
II-4-(1)-①	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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・Ⓑ・C
<b>II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>		
II-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	Ⓐ・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。	Ⓐ・B・C
<b>II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。</b>		
II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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
<b>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</b>		
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。	Ⓐ・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	Ⓐ・B・C
<b>Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。</b>		
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・B・C
<b>Ⅲ-1-(3) 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている。</b>		
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・B・C

### 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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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

### 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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・B・C