

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：特別養護老人ホームしおん荘	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：(施設長) 進 藤 正 則	定員 (利用人数)：80名
所在地：鶴岡市湯野浜1-17-35	電話：0235 (76) 3735

③総評

◇ 特に評価の高い点

- 創始者である五十嵐喜廣氏が昭和4年に掲げた「愛の精神」を基本理念として、職員会議等でも繰り返し理念の浸透が図られているほか、年度事業計画に明記されている。
- 法人広報紙「ふれあい」の湯野浜・加茂・西郷各地区の全戸配布、地域住民に呼びかけての嚙下検査の実施、地域の要望を受けての配食サービスの実施など、施設が地域の社会資源として機能している。
- 介護福祉士資格取得のための実習生をはじめ、訪問介護員(2級)養成のための実習生、インターンシップ体験実習生の受け入れ、そして年間延べ1千名を越すボランティアを受け入れるなど、福祉人材の育成や福祉教育に熱意をもって取り組んでいる。
- 調理食材は地元業者から旬のものを調達し、また代替食を提供するなど食育を大切にしており、利用者からも「食事が美味しくメニューが豊富」との声が聞かれた。
- 介護度が重度の方にはドビ織りの布オムツを使用し、定時(2時間ごと)及び随時の交換を行いながら、利用者の見守りとコミュニケーションを重視している。
- 地の利を活かした温泉入浴(個浴)が利用者の楽しみになっている(特殊浴は除く)。
- 生活環境委員会をはじめ拘束ゼロ委員会、食生活委員会、保健衛生委員会が設置され、その情報は重層的に共有されるよう努めている。また、事故未然防止委員会を新たに設置するなど、状況に応じた利用者の生活の質を向上・維持するための取り組みがなされている。
- 利用者満足の向上を図るために、日常的なニーズ把握のほか、自治会総会(月1回)や家族会(年3回程度)に施設長及び職員が出席し、積極的に意見・要望を聴取している。
- 職員全員が自己評価に参加し、主任による自己評価検討会議もつくられたことから、継続してサービスの質の向上をめざした自己評価に取り組むことが期待される。

◇ 改善が求められる点

- 基本理念は法人・施設の根本であるので、職員も利用者も日常的に目にするようなところに掲示していただきたい。
- 苦情申出用紙は公共スペースの随所に置かれているが、利用者の半数以上が認知症高齢者とな

っていることから、大きい文字での掲示案内はもとより利用者本人への日常的な案内、家族への反復的な周知や広報紙でのわかりやすい説明など、必要に応じて苦情解決の仕組みが活用されるよう、一層の工夫をお願いしたい。

- 「外出したいが忙しそうで頼めない」との声もあった。このようなニーズへの対応方法を工夫されてはどうか。
- 法令順守による経営が強く求められてきている。福祉関係法令の変更点は朝礼や職員会議で施設長が説明をしているが、消費者契約法など生活全般に関係する法令についても研修されてはどうか。また、研修会に参加した職員は復命書を提出しているが、内容によっては全職員に周知されるよう工夫をいただきたい。
- 年間を通して相当数の実習生やボランティアを多様なプログラムを準備し受け入れているが、マニュアルを整備しより円滑な養成や体験を支援していただきたい。
- 利用者の要介護度の高度化等、利用者をめぐる状況は刻々変化していることから、今後も質の高い安定したサービスを提供できるよう、間断なく各種マニュアルの実効性を検証し、見直した際にはその経過も記録に残るよう工夫していただきたい。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

福祉サービスのあり方に対し、第三者の視点で評価されたことは、事業者・職員の意識改革も含め、今後のサービス向上への取り組み、自己啓発に大変参考になりました。

この機会に未整備な部分を見直し、評価の高い福祉サービスの向上を目指し、利用者・家族・地域の方々と共に取組んでいきたいと存じます。

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。	A・Ⓑ・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・Ⓑ・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。	A・Ⓑ・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。	Ⓐ・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。	A・B・Ⓒ

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・Ⓐ・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・Ⓒ
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・Ⓐ・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
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。	Ⓐ・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・Ⓐ・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・Ⓐ・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・Ⓒ
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

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。	Ⓐ・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
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。	Ⓐ・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
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。	Ⓐ・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
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。	Ⓐ・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
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。	Ⓐ・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
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。	Ⓐ・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
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。	Ⓐ・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。	A・B・Ⓒ

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。	Ⓐ・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。	A・Ⓑ・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・Ⓒ
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