

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 ^{恩賜} 済生会支部山形済生会 財団	種別: 特別養護老人ホーム
指定介護老人福祉施設 やまのべ荘	
代表者氏名: 山崎 薫 荘長	定員(利用人数): 長期入所 80名 短期入所 8名 通所介護 35名
所在地: 山形県山形市東村山郡山辺町大字大塚814番地の2 電話: 023-665-781	

③総評

評価概要

本施設は山形県済生会の老人施設として平成元年に開設された老人施設で、現在、介護老人福祉施設以外に短期入所生活介護、通所介護、訪問介護、居宅介護支援の各事業を行っている。

法人理念のもとに施設としての独自の理念を掲げ、その目標のもとに中長期計画、年度の計画を策定し、日常の活動に結び付けている。施設内は地域の花などをもちいた装飾を施し、落ち着いた雰囲気の中に利用者が安心して生活できる様子がうかがえる。位置する町が小規模でもあるが、地域との連携は良好に確立されている。マニュアル類、体制も整備されており基本的な組織運営は確立できている。反面中長期計画における目標が抽象的であり、やや具体性がかけたり、組織されている各種委員会が、本来期待される活動とは離れたものとなっていたりといった面も見受けられ、今後の改善に期待される。

特に評価の良い点

1. 理念の明文化

法人の理念のもとに施設の理念「人間の尊厳」「人権の尊重」「生き甲斐の確保」が作成され事業所内に掲示されている。

理念に基づき施設の基本方針「地域福祉への貢献」「顧客満足度の向上」「効率・効果を重視した経営改善」は制定されている。

理念・基本方針はともに中長期計画に明記され、事業計画書には基本方針を分かりやすく具体性を持たせた形で記載してある。

2. 経営状況の把握

荘長は介護保険運営協議会の委員や社会福祉協議会の評議委員に就いており、これらを通して地域の社会福祉事業の現状を適確に把握している。

具体的にも、得られた情報をもとに現在増床計画を組み、中期計画にも反映させている。

月次ベースでの経営状況は定期的に把握できる仕組みを持っており前年との対比、予算との対比を行い現状の課題を明確にしている。課題に関しては経営改善会議に報告と同時に改善に取り組んでいる。

外部監査に関しては年一回公認会計士による監査及び指導を受けている。平成 22 年度に関しては社会保険労務士による指導を受け、人材育成、経営改善移管する取り組みを行っている。又、この指導に基づき、業務の棚卸しを計画している。中長期計画にも外部評価を受けることを明記するなど、外部機関による業務改善に対する取り組みは熱心である。

3. 職員の就業状況に配慮がなされている

タイムカードによる職員の出勤管理がなされており、管理部門において職員ここの残業や有休の管理がなされ、一覧表でチェックできる体制となっている。職員のメンタル的な相談には同一法人の医療機関において専門の臨床心理士の相談が受けることが出来る対制が整っている。

又、同時に職員に対する年一回のメンタルヘルスに関する研修も行われている。

福利厚生施設は国家公務員の保養施設を利用することが出来、医療互助会による医療面での補助、健康診断時での診断項目の増加、職員互助会の組織化と補助の実施など、福利厚生面での取り組みに関しては充実している。

4. 地域との関係

地域との関係についての基本姿勢は理念にも明記され、重要視されている。

地域の介護力を高めるための講演会を 3 箇所の公民館で開催、又、「認知症」、「介護の方法」、「虐待」に関する講演会なども地域に対し行われている。

地域の方の介護相談に関しても、同施設内にある、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が担当している。

4. 利用者に対するサービス実施計画が策定されている

ケアスタッフカンファレンスが年 1 回行われている。ケアスタッフリーダー会議が毎月行われている。見直しによって変更したサービス実施計画の内容を関係職員に周知する手順を定めて実施されている

改善を求められる点

1. 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組み

日常のサービスに関しては各種委員会を設置し、その活動の中で質の評価と、改善を行う努力がなされている。

委員会は現状のサービスの質に対する具体的な分析評価、及び改善のための指導まではおこなっていない。又権限も持たされていない。ある面サークル的な委員会活動となっている。

今後は、この委員会をより実質的な活動を行う組織として活用し、サービスの質の向上や経営の改善に役立てるような作業部会としていくことが強く望まれる。

2. 中長期的なビジョンと計画が明確にされている

中長期計画は平成21年度に策定され、平成25年度までの目標が掲げられている。理念、基本方針のほか、サービスの向上、リスクマネジメント、人材育成、経営の安定化に関してのそれぞれの目標が掲げられている。

経営の安定化の項目は数値目標が明確となっているがそれ以外の項目については抽象的な表現の記載であり最終到達目標が不明確。

事業計画は中長期計画をもとに策定されているが、定量的目標の設定が無い。

中長期計画の設定と事業計画の設定に際しては、現状の施設における問題点や課題を整理し、この解決の為に具体的な取り組みや、目標設定を行い、単年度の事業計画に結び付けられる取り組みを行うことが望まれる。

3. 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている

中長期計画において研修に関しても取り上げられている。職員全員のアンケートにより前期の研修の実績と今期の目標を提出し、研修担当が分析を行い、研修計画の参考としている。

研修を終了した職員は研修レポートを作成し、年2回行われる報告会での報告を行っている。同時に受けた研修の評価も行っている。

研修計画は全体としての計画となっており、職員個々のスキルに関しての分析は行われておらず、従って個別研修計画とはなっていない。現在個別研修計画の策定が予定されているところではあるが、より効果的な育成が行われるためにも、早めに個別研修計画の体制を組まれることが望まれる。

4. サービスの質の向上に向けた取り組み

自己評価は行っているが、サービス内容でなく運営基準の自己評価となっている。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

姉妹施設の受審がきっかけとなり、この度、ありのままの姿を診ていただきました。沢山の課題が抽出され眩暈が生じるような診断ですが、事業所全体で出来るところから改善に着手していき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)

特別養護老人ホーム

評価細目の第三者評価結果

やまのべ荘

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。	A・Ⓑ・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・Ⓑ・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・Ⓑ・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。	A・Ⓑ・C	
Ⅰ-2-(2)-②	計画が職員や利用者等に周知されている。	A・Ⓑ・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・Ⓑ・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。	A・Ⓑ・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・Ⓑ・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。	A・Ⓑ・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。	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 ・ ② ・ C
II - 2- (2)- ②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	④ ・ 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 ・ ③
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 ・ ③
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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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	④ ・ B ・ C

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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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	④ ・ 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 ・ ③
II - 4- (2)- ②	関係機関等との連携が適切に行われている。	④ ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ C
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。		
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 ・ ③
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 ・ ② ・ 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・㊸・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。	A・㊸・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・㊸
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・㊸
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・㊸
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・㊸
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。	㊸・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・㊸・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・㊸・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。	㊸・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・㊸・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・㊸

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。	㊸・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。	㊸・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。	㊸・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。	㊸・B・C