

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} 濟生会支部山形濟生会 財団 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: 峯田幸悦 荘長	定員(利用人数): 長期入所 80名 短期入所 20名 通所介護 30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

本施設は山形県済生会の老人施設として平成2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。

平成19年度に初回第三者評価を受審し、その結果をもって、施設における課題の明確化と改善の取り組みを行ってきた。初回受審時に指摘された中長期計画の策定をはじめ、安全管理への取り組みなどに関して、荘長が先頭となり職員全員で改善を図ってきた成果が現れてきている。又、同時にサービスの質の改善にも積極的に取り組んでおり、各種委員会により個々のテーマの改善を図っている。

一方まだ、事業計画は抽象的表現になっており具体的な数値目標となっていない等いくつかの今後の改善すべきテーマは残っている。

本施設は公式ワナゲに積極的に取り組んでおり、ワナゲを通して、利用者の介護度の改善、及び地域との連携を図っている。それ以外にも園芸療法等の療法も取り組むなど、独自に利用者に対するサービスの改善や、地域との連携のために積極的な活動を行っている。

◇特に評価の高い点

1. 管理者のリーダーシップが発揮されている

荘長は施設内における福祉サービスの質の改善に対する取り組みとして、具体的に「日中おむつの使用率」「褥そう」「下剤の使用」「拘束」を掲げこれらをそれぞれ0にすることを目標としている。実施状況を毎週確認し、介護力向上委員会や、衛生委員会を組織し、課題が発生した場合の改善に取り組んでいる。

経営上の課題に関して経営指標は定期的に作成され、各部門における課題は主任者会議に

て話し合いが行われ、課題の解決に取り組まれている。

2. 経営環境の変化等に適切に対応

施設を取り巻く環境に関しては、荘長が老施協の副会長につき、社会福祉事業全体、地域におけるニーズの把握に努めている。

又、包括支援センターや民生委員、福祉協議会との打ち合わせを定期的に行っており、適切な情報の把握が行われている。又、これらの情報をもとに中長期計画の策定が行われている。

経営状況の把握は定期的に行われており毎月決算も定期的に作成提出される仕組みとなっている。

各種データは主に前年対比でなされており、職員会議で説明もなされ、職員への周知も行われている。

一方、予算対比は行われておらず、予算に対する達成率は不明確となっている。

公認会計士による指導が定期的に行われていると同時に、19年度には初回の第三者評価を受審、今年年度目標においても再度第三者評価を予定するなど、外部からの意見をもとにした改善に意欲は熱心に取り組まれている。

3. 利用者の安全を確保するための取り組み

災害発生に関するマニュアルは整備されており、職員の災害時における行動手順や体制も整備されている。

8月と9月に防災訓練も実施されているほか各種訓練が事業計画に基づき実施されている。

消防署へは連絡はしているものの、参加はされていないが、地域の交番や消防団の参加を得て、緊急の場合の地域との連携も考えられている。

防災面に限らず衛生面、感染症に関してのマニュアルも整備され体制も整っている。

リスクマネジメント委員会も組織され発生した事故やヒヤリハットの情報の収集と予防策の検討を行っている。

4. 地域との交流

地域とのかかわりについては基本理念にもうたわれており地域福祉拠点としての役割を目指している。地域における学校の体育祭、輪投げ大会への参加を通しての地域との交流や、ながまち荘だよりを地域へ配布するなど地域との交流の深化を図っている。

特に、「公式ワナゲ」に関しては本施設が利用者の介護予防の目的で取り入れたサービスであるが、これを地域の介護予防や、世代間の交流のツールとしても推進しており、地域と施設を結び付ける大きなツールとなっている。

又、包括支援センターと連携し介護予防の講習会を地域の人向けに開催するなど、施設の持つ機能を地域のために活用している。

ボランティア受入も積極的に行われており、平成21年度は延429名の参加があった。

又、年1回ボランティア懇談会を開催し、この中においても勉強会も開催している。

5. サービスの質の向上に向けた取り組み

自己評価委員会、第三者評価事業受審結果改善プロジェクト（H19年度受審）で改善計画、実施している。

6. サービス実施計画

ホームページ、インターネット、パンフレットで地域にも情報を発信している。写真入で図、絵が多く判りやすい、又人材養成講座の為「笑ってつくる仕事人」(介護編)のビデオを作成し施設のPRにもなっている。

重要説明書にはサービスの内容、料金等が記入されているが、詳細な料金項目(加算料等)については別紙で添付したほうが、より理解できると思われる。(アンケートより・・・38%は理解してない)

◇改善を求められる点

1. 個別の職員に対する教育・研修計画の策定と実施

職員は自己診断書を作成し、自己の目標とするスキルについて記載し、荘長との間で個別面談を行いそれにもとづき研修を立て、必要な研修を受けている。

職員の資格取得状況は施設として把握されており、施設としての目標も明示され、県社会福祉協議会が定期的に行っている研修会に参加させるようにしている。

人材育成委員会も組織され、新人を中心に教育活動を行っている。

研修を受けた職員は、職員会議の場で伝達研修を行い、研修内容に関しての評価分析をレポートしている。委員会での見直しも行われている。

個別研修計画については現在検討されているが、今後近日中に具体的に推進されることが望まれる。

2. 事業計画の策定

前回第三者評価をきっかけとし職員との話し合いを元に中長期計画の策定を行った。

中長期計画には施設としての課題や目標が整理されその解決のための具体的計画が明示されている。

事業計画は主な施策が列挙されているだけであり、具体的な目標や、達成のための方策等の記載が無い。

中長期計画は年度毎の目標等が記載されており、事業計画はそれらを達成するための具体的行動計画としての指針であり、より具体的な記載が望まれる。

事業計画に具体的な目標の記載が無いため、事業実績に関しても年度の実績を記載しているのみであり、目標に対しての達成度合いが不明となっている。

事業計画は単年度の事業内容に関し、具体的に出来るだけ数値目標として設定することが望まれる。

3. 人事考課

人事考課に関しては一般的な考課による、給与面での査定は行われていない。

職員個々の自己診断により、満足度や達成度、悩み、今後の目標が申告され、荘長との間で個別面談が行われている。面談の結果は中間の管理職等に開示はされていない。

別途、職場の主任との間でも個人面談が行われており、これにより研修計画等が話し合われている。

職員には職種別等級が付与され、普段の業務実績により昇任試験への推薦等がなされている。

考課に関しては今後、透明性や中間管理職の参加などを検討し、より効果的な仕組みとな

るよう検討されることが望まれる。

4. 利用者のプライバシー保護

プライバシーの保護に関しては、「職員の倫理」「職員の行動基準」に明示されている。又、介護員会議、(花笠、なでしこ棟)担当会議、その他の会議に於いて読み合わせをしている。が、アンケートから・・・居室に入る前の了解は半数(47%)が守られていないという回答である。マニュアルを作成し(居室にはいる時は利用者にわかるように挨拶する、見学者がある時は事前に入居者への断りがある等)、研修で周知されているが、徹底が必要である。

5. 利用者からの意見等に対する対応

苦情対応は玄関に意見箱を設置、第三者委員の掲示、施設内でも委員会等を設置し体制はあるフィードバックは「ながまち荘だより」で公表されているが、具体性がない。

6. 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している

サービスの種類毎のマニュアルが明文化されているが見直しは行われていない。事故防止という観点からも利用者尊重、プライバシー保護の姿勢等を明示したマニュアルの作成が必要である。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

平成19年度に第1回目の第三者評価受審から3年を経過し、どの程度改善できているかを確認するために今回の受審となった。前回受審から計画的に改善を進めていった為、前回不十分であった項目について改善がみられる傾向があり、適切な施設運営に向けて前進している傾向が見られた。しかし、なかなか改善できない項目もあり、特に評価と見直しのサイクルの不十分さ、利用者本位のサービスの質の確保と計画的な満足度調査については今後改善が必要な点として認識することができた。

前回と今回の調査を通じ、今後も継続して第三者評価を受審し適切な施設運営と利用者本位のサービスの確立に向けて努力していきたいと思っている。また3年後の受審を目標に改善と見直しを図っていきたい。

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

ながまち荘

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

		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・Ⓑ・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・Ⓑ・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・Ⓑ・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。	A・Ⓑ・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