

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 <small>恩賜 財団</small> 済生会支部山形県済生会 特別養護老人ホーム やまのべ荘	種別: 特別養護老人ホーム
代表者氏名: 施設長 山 崎 薫	定員(利用人数): 長期入所 80名
所在地: 山形県東村山郡山辺町大字大塚814番地の2	電話:023-665-7891

③総評

評価概要

◇特に評価の高い点

1. 地域との交流と連携

施設の基本方針に「山辺町の高齢者福祉の核として地域福祉の増進に寄与する」と地域福祉への取り組み姿勢は明確となっている。日常的な利用者の買い物や理美容院への外出、地域の介護教育に関し地域包括と共同し「介護力講座」等へ職員を派遣、又、地区で行われる防災訓練への参加、地域の文化祭への参加等を通して、地域との連携を深めている。地域における介護相談に関しては施設内にある居宅介護支援事業所が対応。施設の方針や現状についての発信のため広報誌を地区の公民館、民生委員を通して地区の方々へ配布している。ボランティア受け入れに関しての考え方、マニュアルも整備されており、昨年度は歌、踊り、懇談等のボランティアが総延人数837名もの来所があった。

2. 防災活動への取り組み

防災に関して、地域の防災拠点となるべく取組が行われており、職員の防災士養成が積極的に取り組まれており、昨年度は11名の職員が防災士としての研修を受講。施設での防災訓練には地域の消防団等地域の参加及び地域における防災訓練にも施設としての積極的な参加が行われている。

3. 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている

利用者からの相談は相談員が対応している。相談窓口、意見箱は設置され、家族の面会場所も用意されている。重要事項説明書には相談窓口として、指定居宅事業所、山辺町介護保険係、山形県国民健康保険団体連合会が明記され、苦情の公表は利用者、家族にはフィードバックされていると同時に公表している、広報誌「やまのべ荘」に苦情受付数と内容が公表されている。

◇改善を要する点

1. 人事考課

人事制度は法人の制度に基づき行われており、現状人事考課は取り入れられていない。昇給は職種及び年功により行われており、昇給、賞与に関する事業所での裁量は少ない。

人材の育成に関する面からも事業所として何らかの考課の仕組みを検討されることが望まれる。

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。

プライバシー保護についてのマニュアルの整備はなく、重要事項説明書、契約書等には明記されていない、プライバシー保護を職員に周知する為にも規程、マニュアルを整備して、研修等で周知していくことが望まれる。

3. サービスの継続性に配慮した対応が行われている。

他所への移行に関し、引継ぎ書、申し送りの手順書等が整備されておらず、移行は病院が大半であるが、サービスの継続性を損なわないような配慮の為には引継ぎ、申し送りの手順等の文書を作成される事が望まれる。サービス終了後相談窓口は設置されて、担当者もいるが、この件に関しても重要事項説明書、契約書第9条（退所時の援助）に明記されることが望まれる。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

初回の受審でご指摘いただいた内容について、この三年間改善を目指してきました。今回の審査で、改善が認められた点と認められない事項について明確なご指摘をいただきました。事業の基本である理念、計画、法令遵守について職員個々人への理解の浸透が不十分である事、サービス提供に係わる基本的な部分での要改善事項について、今後職場全体で意見を集約し具体的な改善に繋がるよう取り組んで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)

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。		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。		Ⓐ・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。		Ⓐ・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。		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	必要の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。	Ⓐ・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	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	A・Ⓑ・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・Ⓒ
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。	Ⓐ・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。	A・Ⓑ・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。	Ⓐ・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。	A・Ⓑ・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・Ⓒ

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