

岩手県福祉サービス第三者評価の結果

1 第三者評価機関

名称	特定非営利活動法人 いわての保健福祉支援研究会	認証番号	第3号
所在地	〒020-0021 盛岡市中央通三丁目7番30号	評価実施期間	平成23年7月5日～ 平成24年3月3日

2 事業者情報

事業者名称：特別養護老人ホーム立生苑 (施設名)	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：理事長 吉田 信雄 (管理者)：施設長 千葉昭好	開設年月日 平成52年4月1日
設置主体：社会福祉法人寿水会 経営主体：社会福祉法人寿水会	定員 (利用人員) 55名 短期入所 5名
所在地：〒023-0874 岩手県奥州市水沢区字見分森16番地	TEL 0197-25-3131 FAX 0197-25-3051

3 総評

◆ 事業所の特徴

この度、実施した特別養護老人ホーム立生苑の福祉サービス第三者評価での特徴として次のことがあげられます。

○職員の意識の変化の兆し

・当苑は、福祉サービス第三者評価を平成22年度及び平成23年度と継続して実施しましたが、両年度において当評価機関独自の全職員に対する自己評価調査を実施したところ職員の意識に大きな変化が見られました。当初は評価項目に対する関心が低い傾向が見られたが、評価調査には多くの職員が参加した中で実施したことにより、職員は当苑の現状を知り、更には評価項目の趣旨や重要性を理解し、それと比較する機会を得たことで認識の変化の高まりが見られ、当苑の取り組みは十分でないと感じた職員が多くなっています。これが見直しや改善などに前向きに取り組むきっかけとなっています。

・早速、当苑では事業所の理念「笑顔であいさつ、話し合い、工夫し、実践しよう。」をつくり、その理念を名札の裏に明記し日常的に意識するよう取り組んでおり、職員一人ひとりが「これが私たちの理念です」と自信を持って答える表情がとても印象的でした。

しかし、一方ではその他の様々な課題について現場の職員がお互い意見を出し話し合う

場が少ないのではと思われます。若い職員の方々は課題解決に向けて行動したいとの意識を持っているので、その力を積極的かつ主体的に生かせる仕組みづくりに期待します。

○地域との交流

法人内の各部署と協力し合いながら地域に出向き家族介護教室を開催しています。参加者に役立つ介護教室とするため、アンケート調査を実施して参加者の意向を次回以降のテーマに反映するように工夫しているほか、地域住民の個別ニーズの把握や地域との交流を深めており大いに期待されます。

○利用者にとって身近な存在

当苑の職員は日頃から利用者とのコミュニケーションを深めています。さらに居室担当職員を決めて、その職員が定期的に利用者と一緒にゆっくりと話し合う機会を設けて、利用者の希望や要望を聞くように心がけています。これは利用者との心の交流、信頼が醸成される取組みであり、その希望や要望が職員の共通のものとなるように取り組んでいくことが望まれます。

○ 家族向けの「かわら版」の発行

当苑では家族会が設けられていないことから、法人の広報誌「ことぶき」を設けておりますが、このほか苑として利用者・家族にとって身近な情報を家族に提供するため、「かわら版」を発行して、苦情内容と解決対応を詳細に掲載するなど、新たな取り組みも行っています。

◆ 特に評価の高い点

1 職員の意識の変化の高まり

○昨年度の第三者評価を踏まえて、中期計画推進委員会で経営理念の見直しや各事業所ごとの理念の構築など、各施設・事業所の職員の参画のもとで取り組まれるようになったことを評価するとともに今後を期待します。

○昨年度、当評価機関が実施した評価項目に対する認識調査では、関心の薄い評価項目も見られましたが、訪問調査に職員も参加したり、職員会議や研修等を通じての理解の深まりから職員の意識に変化が見られ、改めて現状を振り返って見たことで、例えば、「基本方針が明文化しているが、その内容」が「不十分である」と認識する職員が5割以上あり、見直し、改善の余地がありとする職員の意識の高まりが生まれたことを評価します。この意識の変化が今後の当苑のサービスの質の向上につながることを期待します。なお、同様のことが他の項目にもみられ、職員は「関心を持つこと」、「現状を振り返り見直しや改善の必要性を認識すること」の意識の変化ができてきたことがとても素晴らしいことであります。

2 地域とのつながりを深める取り組み

法人内の各部署と話し合い、協力し合いながら地域に出向き年 5 回の家族介護教室を開催しており、地域の方々の多くの参加者があり評判となっています。また介護教室の実施にあたっては、アンケート調査を行い地域住民の福祉ニーズを把握しているほか、住民からの意見や要望を聞いて次回以降の介護教室のテーマに反映しているほか、地域との交流を深めており評価します。

3 利用者との心の交流

日頃から職員は利用者とのコミュニケーションを深めるよう努めています。更に当苑では居室担当職員を決めており、この職員は定期的に自分の担当する居室の利用者とゆっくりと話し合う機会を設けて、利用者の希望等を聞きながら要望に沿った支援に心がけ利用者との心の交流、信頼の醸成に取り組まれており高く評価されます。

なお、これらの取り組みを通じて利用者一人ひとりの満足度を把握し職員の自信につなげることを期待します。

4 苑独自の家族とのつながり

○当苑では家族会が設けられていないため法人の広報誌「ことぶき」を通じて情報を提供していますが、苑として利用者・家族の身近な情報を家族に提供するため、新たに情報紙「かわら版」を発行し、身近な問題である苦情内容と解決対応を掲載したところ家族から好評を得ており新たな取り組みとして継続していくことが望まれます。

○なお、利用者からの意見等に対し迅速に対応するため、新たにマニュアルを整備しており利用者の声に耳を傾けようとする積極的な姿勢がうかがわれます。今後はその内容を全職員に周知し、適切な対応を図ることができるよう取り組みに期待します。

◆ 改善が求められる点

1 中長期計画と事業計画

平成 19 年作成した「社会福祉法人寿水会経営理念」と平成 22 年作成した「社会福祉法人寿水会中期計画」の関連性が薄く、それぞれ当時の諸事情により策定されたものと思います。

また、「中期計画」に掲げる実施項目の殆どは平成 23 年度で終了することから早急に現在の中長期計画の進捗・達成確認と未達成の原因を把握するとともに、次期中長期計画の策定について取り組むことを期待します。

その際において、一般的に中長期計画は主に方向性を示す内容のため概念的、努力目標的な表現になりがちであります。目標達成状況を評価する際の具体的な要素となるとともに、各事業年度単位で行う評価の基礎ともなることから定性的な表現であっても、可能な限り定量的な視点をも取り入れて具体的な目標等を示すことが望まれます。

加えて、中長期計画は、職員一人ひとりの取り組み目標の起点になるものであり、職員にとって理解と納得のいくものであることが求められます。その意味から職員参加のもとでの具体的な事業内容等の検討が必要でしょう。

2 マニュアルの見直し

マニュアルの見直しは当苑にとって大きな課題であり、早急に見直しと改善が必要です。中期計画では平成23年度中に見直す予定でありましたが、まだ実施されていません。見直しにあたっては、実際の業務にあったマニュアルとし、利用しやすい、分かりやすいマニュアルであることが求められます。

3 職員会議等の運営のあり方の検討

定期的開催されている職員会議は、業務報告が中心で課題の検討や話し合いが行われていないために、現場職員からなかなか意見を話しにくく、また意見を反映する機会が薄くなっているように見受けられます。管理職は、第三者評価等で明確になった諸課題解決について職員が主体的に検討する場づくりの環境を整えることが求められます。

同様に、外部研修に参加した職員が伝講会として行う伝達研修では研修で学んだことを報告すると共に、当該研修を踏まえ当苑にとって見直しや改善が必要と認められる部分を報告し共有する仕組みをつくと共に、「簡潔に報告」という考え方を見直すことも必要でしょう。

◆ 利用者のヒアリング調査結果

利用者から当苑での住み心地や日々の過ごし方、不自由な事、要望などについて聞きましたが、普段から職員は利用者に「遠慮なく何でも話して」との呼び掛けをしているほか、利用者の願い事を把握するよう心がけているため、利用者は安心して生活できる安堵感が見られます。また、苑で行われる行事には職員と利用者と一緒に楽しむように工夫され、利用者が行事に自分達も参加できてとても楽しいとしています。その中で利用者は「これ以上の家族負担はかけられない」「もう年だから」「何も願い事はない」「今は要望がない」など、家族や職員に負担や迷惑をかけたくないとする方がいる一方で、「ドライブに行きたい」「歩行訓練したい」、「家族に会いたい」など、といった方もいることを踏まえ、今後も現在も行っているように丁寧なお話の聞き方を継続されることを期待します。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

「福祉サービス第三者評価受審3カ年計画」の2年目を終えることになりましたが、初年度に受けとめた様々な気づきはなお山積み状態であります。

しかし、目に見える具体の成果品は少ないけれども、課題の認識や整理を行うことを通して、課題解決に向けて取り組もうとする意識が芽生えつつあることは大きな変化であり、収穫です。

評価結果の内容を職場全体に行きわたらせ、3年目には一つでも多く改善に結び付けられるよう取り組んでいきたい。

5 各評価項目にかかる第三者評価結果

(別紙)

各評価項目にかかる第三者評価結果

施設名：特別養護老人ホーム立生苑

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

	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
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	b
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
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

I-2 事業計画の策定

	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
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
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。	
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	b
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	b
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者に周知されている。	c

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

	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
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
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
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

II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

	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
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
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	非該当

II-2 人材の確保・養成

	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
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
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。	c
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a
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
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。	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
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 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にし体制を整備し、積極的な取組をしている。	b

II-3 安全管理

	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）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	b
II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	a
II-3-(1)-③ 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

II-4 地域との交流と連携

	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
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b
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。	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。	c
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	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
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

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

	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
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
III-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。	
III-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている。	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。	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。	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

III-2 サービスの質の確保

	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

	る。	
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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	b
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	提供する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
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
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
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。	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

III-3 サービスの開始・継続

		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
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
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。	c

III-4 サービス実施計画の策定

		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
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
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。	c