

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	社会福祉法人 岩手県社会福祉協議会	認証番号	第 2 号
所在地	盛岡市三本柳 8-1-3	評価実施期間	平成 24 年 1 月 18 日～3 月 28 日

2 事業者情報

事業者名称（施設名）：長寿の森 吉祥園	種別：養護老人ホーム
代表者氏名：理事長 川上 淳 管 理 者：施設長 芳賀 陽二	開設年月日 平成 16 年 4 月 1 日
設置主体：社会福祉法人とおの松寿会 経営主体：社会福祉法人とおの松寿会	定員（利用人員） 50 名
法人所在地：遠野市松崎白岩 18-7	TEL：0198-63-1770 FAX：0198-63-1815
事業所：遠野市青笹町糠前 9-7-67	TEL：0198-62-2028 FAX：0198-62-0759

3 総評

<p>◇ 特に評価の高い点</p> <p>○「東日本大震災」被災地支援、被災施設入居者の緊急受入れにおける組織をあげての献身的取組</p> <p>法人及び吉祥園（長寿の森グループ）は、「3.11 東日本大震災」発生後、入居者と在宅サービス利用者の安全確保と施設内での一時避難生活を支えると共に、被災地出身の園長の現地活動（家族や関係者の安全確認、被災状況調査、福祉関係者とのつながりを生かした援助）を数カ月にわたって支え続けてきた。中でも、10 日余にわたる避難生活を送り、利用者、職員ともに身体的精神的に限界に達していた釜石市・養護老人ホーム五葉寮関係者の救援にあたっては、大きな役割を果たした。県社協高齢者福祉協議会の養護老人ホーム部会との連携によって、3 月 22 日（午前）吉祥園に五葉寮入居者（45 名）を受入れ、午後には内陸の養護老人ホーム 9 施設へ、5 名程度ずつ緊急受入れ（施設替え）を行うという取組みは、法人と吉祥園スタッフの組織をあげての献身なくして成し得なかったと考える。</p> <p>吉祥園の平成 23 年度事業計画では、「被災高齢者を積極的に受入れ支援を行う」ことを実践目標に、被災地に心を寄せ引き続き社会的使命を果たすために取組んでいることは、高く評価されるものである。</p> <p>◇ 改善が求められる点</p> <p>○利用者個々の「願い」や「想い」を実現する取組について</p> <p>一貫して養護イコール生活支援が重要課題であるとして取組んでいるが、個人の隠れたニーズの掘り起こしも含めて個人の意向・希望や想いの実現に関わるような具体的な取組が少ないような印象がある。</p> <p>生活の安心・安定が基本になりますが、その次に気持ちや心の奥にアプローチして個々人の想いを実現し、達成感を喜び合うような取組を期待したい。</p> <p>既に、何人かに取組まれているが、社会資源の活用や地域の様々な行事等への参加も大切である。そこに主体的に利用者が参加する姿が重要である。まだまだ、広がり可能性はある訳で、職員の創意工夫で、利用者個々の願いや想いが実現され、達成され、共に喜びを共有するような取組を望みたい。</p>
--

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は、平成 19 年度、20 年度、21 年度と 3 年連続で受審、そして 4 度目の 23 年度の受審となりました。

前回 21 年度の受審では、特にも第Ⅲ領域【適切な福祉サービスの実施】の基準充足率が低く、職員が利用者に支援する仕組みやケアマネジメントに大きな課題がありました。また全領域の取り組みが不安定であり、かつ中身や内容が薄い状況でありました。

その大きな 2 つの課題を全職員で受け止め、共有し、改善できるように単年度計画の実践目標に掲げ取り組みました。その成果として課題であった第Ⅲ領域の評価が高まり、21 年度と同等の評価結果を維持することができました。

この成果を全職員で喜び、新たな課題に向け心ひとつに取り組んでいきたいと思えます。評価者の皆様ありがとうございました。

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:長寿の森 吉祥園

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

			23年度第三者 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。	a
	I-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
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
	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

I-2 事業計画の策定

			23年度第三者 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
	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
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。	a
	I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	a
	I-2-(2)-③	事業計画が利用者等に周知されている。	a

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

			23年度第三者 評価結果
I-3-(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。			
	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
	I-3-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	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。	a
	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

II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

		23年度第三者 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
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組を行っている。	a
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	

II-2 人材の確保・養成

		23年度第三者 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
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。	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
II-2-(2)-②	職員の福利厚生や健康の維持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。	a
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組が行われている。	b
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た体制を整備し、積極的な取組をしている。	a

II-3 安全管理

		23年度第三者 評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		
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。	a
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。	a

II-4 地域との交流と連携

		23年度第三者 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
II-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	a
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
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
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	a
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
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

		23年度第三者 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組を行っている。	a
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
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、取組を行っている。	a
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。	a
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
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

III-2 サービスの質の確保

		23年度第三者 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
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。	a
III-2-(2) 提供する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。	a
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
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
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
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

III-3 サービスの開始・継続

		23年度第三者 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。	a
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
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

III-4 サービス実施計画の策定

		23年度第三者 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
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。	a
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。	a