

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23年10月4日～23年12月24日

2 事業者情報

事業者名称（施設名）： 松山荘	種別： 救護施設
代表者氏名： 理事長 千葉 弘 管理者： 院長 中村 寿	開設年月日 昭和48年4月1日
設置主体： 岩手県社会福祉事業団 経営主体： 岩手県社会福祉事業団	定員（利用人員） 100名
法人所在地： 盛岡市高松3丁目7-33 事業所： 宮古市松山第8地割19-1	TEL： 019-662-6851 FAX： 019-662-8044 TEL： 0193-62-7921 FAX： 0193-64-3530

3 総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>○利用者満足向上への積極的な取組</p> <p>利用者満足向上に向けた仕組みは毎月1回利用者常会（つばさの会）を通じた聞き取りと嗜好調査、満足度調査（アンケート）を年2回（5月、11月）、継続的に実施されている。また「サービス改善委員会」も設置して実施された結果を分析し、不満事項については各寮棟会議で検討して、改善策は常会（つばさの会）で公表、説明を行っている。各寮棟廊下には改善した内容を拡大して約1ヶ月間掲示しており、また機関紙等でも公表して家族、行政等に配布して、利用者参画のもとでの積極的な取組となっている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>中・長期計画の策定と事業計画への反映の必要性</p> <p>平成20年度から平成22年度までの中・長期計画が終了したが、平成23年3月11日に発生した「東日本大震災」の影響によって、平成23年度から平成27年度までの県出資法人にかかる中期計画が遅れたために、それと整合性を図る必要性から法人の中・長期計画の策定の着手も遅れ、調査時には策定完了にいたっていないので、速やかな策定が必要である。さらに、中・長期計画のうち平成23年度分の計画を、すでに作成されてある平成23年度事業計画に反映されるように見直しが必要である。自主自立の経営が求められている昨今、自施設における事業計画の策定は非常時こそ必要と認識し、その取組に期待する。</p>

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>(1) 施設のコメント</p> <p>松山荘では平成19年度、平成21年度と2年毎に受審し、今回が3度目の受審となりました。</p> <p>計画策定の評価において、中・長期計画の策定が遅れ明確化されていないことから、事業計画の中身を評価していただけませんでした。施設として前年度の計画を検証し、取組を進めてきました。今後は大震災を教訓に、非常時こそ速やかに策定し、取り組むこととします。</p>

また、人材の確保・養成について、職員の教育、研修に関する体制が確立していないとの評価を受けましたが、人事考課及び目標管理の取組を通して、職員の育成と主体的な能力開発、特に自己啓発活動を重視し、施設として計画的に遂行しました。平成 24 年度からは組織としての研修制度を取り入れ、研修を含めて計画的に人材育成を実施するところです。

業務においては、特に緊急時のマニュアル整備やリスク管理について、「業務改善活動」のテーマに位置づけ、職員が一丸となって、取組んでいくところです。

なお、ボランティアの受入れについては、当荘は福祉施設ではありますが、生活保護施設という特殊性があることから、受け入れ目的を利用者のニーズ等に合わせて、明文化してまいります。

最後に、利用者満足度の評価が高いことは支援している職員の励みになり、一定レベルの支援技術があると評価を受けたものと感謝し、更に傾聴技術や介護技術の向上を図るべく取組んでまいります。

(2) 法人本部のコメント

ア 中長期計画について

法人の中長期計画の策定について、平成 23 年度から 5 年間の計画が、平成 23 年度末の策定となったことは事実であり、結果的に中長期計画が策定されていないと評価されたことについては、異論はありません。

かねてより、当事業団では、次期中長期計画について、いわて県民計画「第 2 期アクションプラン」、「県出資等法人中期経営計画書」に沿った内容としたうえで、11 月策定を目標としておりました。しかし、東日本大震災の影響等で、県のアクションプラン等の策定が遅れ、平成 24 年 2 月の策定となったことなどから、当事業団の「中長期経営基本計画」については、この間、さらに検討を重ね、この 3 月に策定したものです。

今後は、各施設においても、この計画に沿った経営を進めることにより、お客様本位の質の高いサービスを提供できるよう、必要な改善を進めてまいります。

イ 苦情解決について

苦情解決については、苦情解決責任者、受付担当者、第三者委員の役割が、不明確との評価を受けた施設もありました。今後、法人本部においても、それぞれの役割を明確に規定した要綱のモデルを示すほか、会議、研修等での職員への周知、内部指導監査での確認、助言を進めてまいります。

ウ 職員の人材育成について

本年度、「教育研修制度実施要綱」を新たに策定しましたが、「個别人材育成計画」の作成に至っていなかったことから、職員の質の向上に向けた体制は、まだ不十分との評価を受けました。今後は、施設長と職員との面談を踏まえ、中期的な職員の人材育成計画を作成してまいります。

エ 評価結果の通知時期について

当事業団では、福祉サービス第三者評価の受審結果を、翌年度の事業計画の検討に活かすため、当初から、12 月中旬には受審結果をいただけるよう、評価機関と調整をしてきました。今回、中長期計画の策定について、予定外の調査があったものの、評価結果の通知が 1 カ月近く遅くなったことは、大変遺憾であります。今後の改善をお願いいたします。

施設名: 松山荘

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 計画の策定

		23年度結果
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。	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。	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。	c
I-2-(2)-②	計画が職員や利用者等に周知されている。	c

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		23年度結果
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
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
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
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。	a
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

		23年度結果
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。		
I-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
I-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。	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
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。	a

Ⅱ-3 安全管理

		23年度結果
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
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

Ⅱ-4 地域との交流と連携

		23年度結果
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	ボランティアを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。	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。	a

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
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
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
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ている。	a
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
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
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。	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。	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。	b

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		23年度結果
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-(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。	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

付加基準(障害者・児施設版)

A-1 利用者の尊重

		23年度結果
1-(1) 利用者の尊重		
A-1(1)-①	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	b
A-1(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	a
A-1(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	b
A-1(1)-④	利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	b

A-2 日常生活支援

		23年度結果
2-(1) 食事		
A-2(1)-①	サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a
A-2(1)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	b
A-2(1)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a
2-(2) 入浴		
A-2(2)-①	入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a
A-2(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b
A-2(2)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	c
2-(3) 排泄		
A-2(3)-①	排泄介助は快適に行われている。	a
A-2(3)-②	トイレは清潔で快適である。	a
2-(4) 衣服		
A-2(4)-①	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	a
A-2(4)-②	衣服の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	a
2-(5) 理容・美容		
A-2(5)-①	利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	a
A-2(5)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	a
2-(6) 睡眠		
A-1(6)-①	安眠できるように配慮している。	a
2-(7) 健康管理		
A-2(7)-①	日常の健康管理は適切である。	a
A-2(7)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
A-2(7)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a
2-(8) 余暇・レクリエーション		
A-2(8)-①	余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	a
2-(9) 外出・外泊		
A-2(9)-①	外出は利用者の希望に応じて行われている。	a
A-2(9)-②	外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a
2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
A-2(10)-①	預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a
A-2(10)-②	新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	a
A-2(10)-③	嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	a