

(公表用)

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 26 年 6 月 17 日～11 月 21 日

2 事業者情報

事業者名称：好地荘 (施設名)	種別：救護施設
代表者氏名：理事長 水野 和彦 (管理者) 施設長 細谷 優光	開設年月日 昭和 37 年 6 月 25 日
設置主体：社会福祉法人 岩手県社会福祉事業団 経営主体：社会福祉法人 岩手県社会福祉事業団	定員 (利用人員) 70 名
所在地： 岩手県花巻市石鳥谷町中寺林第 7 地割 46 番 3 号 TEL 0198-45-3024 FAX 0198-45-6621	

3 総評

<p>◇ 特に評価の高い点</p> <p>○ 地域福祉のセーフティネット拠点を旨とする多様な取組</p> <p>改正生活保護法や生活困窮者自立支援法（平成 27 年度施行）を受けて、地域生活を志向する利用者支援の推進と在宅被保護者、生活困窮者等の生活・相談支援などを通じて、地域福祉のセーフティネット拠点としての機能充実を図る多様な取組を進めている。中でも施設独自事業の「好地荘施設機能総合利用事業」=生活相談、日帰り利用、退所者短期宿泊、緊急一時的宿泊利用=は、救護施設の循環型セーフティネットの試みとして評価される。</p> <p>◇ 改善が求められる点</p> <p>○ 実習生・ボランティアの受入に当たっての「説明資料」の整備</p> <p>実習生・ボランティアの受入れマニュアルや要領が整備され、指導担当者を配置し積極的に受け入れているが、「救護施設」に特化したオリエンテーション資料（例えば、施設の概要、利用者の理解、生活支援上の留意点等）を整備することが求められる。特にボランティア向けには保育園児や小・中学生でも解り易い資料づくりを工夫されたい。</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>好地荘の福祉サービス第三者評価の受審は今回が 3 回目となりました。</p> <p>今回の受審では、地域福祉のセーフティネット拠点を旨とする多様な取組み、中でも施設独自事業「好地荘施設機能総合利用事業」について、高い評価をいただきました。</p> <p>一方、実習生・ボランティアの受け入れに当たっての「救護施設」に特化した誰にでも解り易いオリ</p>

エンターション資料の整備等について、改善が求められました。今回ご指導をいただいた点については、職員それぞれが知恵を出し合い、解り易い資料の作成に取り組んでまいります。

また、今回の受審により明確になった他の課題についても改善を図り、利用者本位の質の高いサービスの提供に努めてまいります。

(2) 法人本部のコメント

ア サービス提供の手引き「手にして未来」を活用した取組みについて

当事業団では、お客様の立場に立ったあるべき基本的姿勢、根拠法令等、日々の支援・活動を振り返り、基本的な知識・技術・価値を高めるためのツールとして、支援の基本、業務遂行上のルールを明示したサービス提供の手引き「手にして未来」を作成し、本年度4月から全職員に配布し、研修や自己学習等に活用しております。各施設で、「手引書を活用し、計画的に人材育成に取り組んでいる。」、「遵守すべき法令等の周知、理解が図られている。」との評価を受けました。今後も研修や自己学習等に活用し、職員一人ひとりの支援力を高め、より一層サービスの向上に努めてまいります。

イ 利用者の安全を確保するための取組みについて

より質の高い安全なサービスを提供するために、組織としてリスクマネジメントに関する体制を整備し、施設等においてインシデント・アクシデント等の発生を未然に予測し、予防するための取組みに努めていますが、「インシデント・アクシデントレポートは収集しているが、要因分析や対応策の検討、評価や見直しが不十分である。」との評価を受けた施設がありました。利用者の安全確保に対する意識を向上し、体制が十分に機能するよう、組織全体として取り組んでまいります。

ウ 利用者を尊重したサービスの提供について

施設ごとに職員行動基準や経営方針を定め、利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢を明示し、虐待防止マニュアルの整備、全職員での人権侵害自己チェックの取組みを行っていることについて高い評価を受けました。一方で、「苦情解決の仕組みは確立されているが、苦情と意見・相談の対応が整理されていない。」との評価を受けた施設がありました。苦情であっても意見であっても、組織の要綱・要領に沿って適正に対応できるよう、改善に取組み、利用者を尊重したサービスの提供に努めてまいります。

エ 地域との交流と連携について

地域との交流について、「利用者と地域との交流を広げるための働きかけ、施設の機能を地域に還元する取組みを積極的に行っているが、十分ではない」との評価を受けました。施設を開放するだけでなく、施設の人材を活用した講習会の開催等、地域住民が参加できる活動を積極的に行い、地域との交流、連携を強化してまいります。

(別紙) 各評価項目にかかる第三者評価結果【好地荘】

I 福祉サービスの基本方針と組織

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

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
------------------------	----------

評価調査者コメント
法人の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。
救護施設好地荘の経営主体である岩手県社会福祉事業団は、平成23年度から10年間を見通した「中長期経営基本計画」を策定し、経営理念の見直し改訂を行った。理念は利用者を第一のお客様(顧客)と位置付け、人間の尊厳・質の高いサービス提供・地域福祉推進等の使命を掲げている。理念は機関紙、各種文書に掲載されている。

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

評価調査者コメント
理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。
新経営理念の下に「経営基本方針」を定めている。基本方針は法人の理念を具体的に実践する4項目の行動指針として明示している。

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
-------------------------------	----------

評価調査者コメント
理念や基本方針を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。
職員には理念・基本方針を含む「事業計画書」を基に、毎月の職員会議において項目別にピックアップし、職員間で発表・討議・確認し合う取組を行っている。また、定期的に「コンプライアンス自己チェック」(年2回)を通して継続的に確認・理解を促すようにしている。

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
---------------------------------	----------

評価調査者コメント
理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。
利用者の自治会(みんなの会)例会において資料を配布し、施設長より説明を行っている。さらに「好地荘の職員が利用者の皆さんをお世話する上で、心がけていること」の大判文書(重要事項を読みやすく工夫)を作成し、廊下に掲示して周知に努めている。

I-2 計画の策定

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
---------------------------	----------

評価調査者コメント
経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定している。
平成23年度策定の「中長期経営計画基本計画」(~32年度)に基づき、平成28年度以降の自主、自立の法人経営を展望し、適切な福祉サービス提供・施設機能強化・人材育成・組織運営と経営基盤の強化の4課題について具体化し、推進している。平成25年度は前期の中間年に当たり、「中間見直し」に取組み、計画の進捗状況を確認、評価し、前期の後半(26~27年度)の対応策を明確にする取組を行っている。

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
------------------------------------	----------

評価調査者コメント
各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映して策定されている。
法人の「中長期経営基本計画」及び「中間見直し」により、好地荘の「事業計画・運営計画」を策定し、四半期ごとに各事業・目標の具体的進捗状況の評価を行い、次期への課題を提示する取組を進めている。

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。	a
評価調査者コメント 各計画が、職員等の参画のもとで策定されるとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。 施設の事業計画は、各種委員会や各所管部門から提出された「業務反省」を基に職員会議において協議・確認のうえ、策定に取り組んでいる。 事業計画の実施状況の把握・評価については、「プロセスマネジメント」の様式を用い、3ヶ月毎に実施する体制を築いている。	
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。	b
評価調査者コメント 各計画を職員や利用者等に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。 職員には「事業計画・運営計画書」を配付し、職員会議において説明している。利用者には「みんなの会総会」議案資料として配付・説明を行っている。なお、利用者家族(身元引受者)へは施設広報紙「のぞみ」(年2回刊)へ掲載し、周知を図ることとしているが、今年度は前期号の発行が滞っている。今後は広報紙に限定せず、別途、家族宛通信など時宜に即した周知方法、工夫が望まれる。	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

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
評価調査者コメント 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。 管理者の職務・役割・責任について好地荘管理規程並びに事務分担当表に明示すると共に、毎月の職員会議において事業推進上の課題や対応策について文書で提示・説明を行っている。検証や評価については、定期的な職員との面談を通して確認に努め、また利用者自治会の例会や「利用者満足度調査」等により把握するよう努めている。	
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
評価調査者コメント 管理者自ら、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が、十分ではない。 救護施設や障害者福祉関係会議・研修へ出席し関係する法令等の把握に努め、職員会議や朝礼で説明すると共に、職員コンプライアンス自己チェックを定期的実施し、周知に努めている。しかし、遵守すべき法令等のリスト化については、改善を要する。救護施設運営において必要とされる幅広い分野の法令等について、改めて集約・リストの作成が望まれる。法令・通知等の閲覧用書棚なども工夫されたい。	

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
評価調査者コメント 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。 施設の運営方針に「一人ひとりの意志や選択を尊重した利用者本位の質の高いサービスの提供に努める」ことを掲げ、職員・利用者・外部(第三者)委員の参画による委員会(サービス改善委員会、虐待防止委員会、苦情解決委員会)を組織し、職員提案制度・利用者アンケート・サービス自己評価等を基に継続的に評価・分析に取り組んでいる。	
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
評価調査者コメント 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。 法人の中長期経営計画・施設事業計画に基づく「施設アクションプラン」を策定し、定期的に進捗状況管理を実施している。総合的な事業推進を図るために、業務改善委員会及び経営改善委員会を組織し、定期的な財務状況や事業進捗状況を把握し、業務改善に取り組んでいる。	

II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を積極的に行っている。 救護施設・障害者福祉関係の全国・ブロック・県段階の会議や研修へ管理者・職員を派遣し、生活保護法・生活困窮者自立支援法等の法制度をめぐる動向や対応策を把握している。地元の花巻地域自立支援協議会・福祉事務所・病院等との相談や協議を通してニーズ把握に努め、地域のセーフティネット拠点としての事業推進へ反映している。</p>	
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
<p>評価調査者コメント</p> <p>経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。 前項①の環境変化を受けて、「施設経営方針」に救護施設の循環型セーフティネット機能の充実を図るための課題を提示し、計画の具体化を進めている。施設経営検討委員会において財務状況や事業進捗状況の分析評価に取組み、さらに職員会議での説明と協議を通して経営状況の共通理解を図っている。特に在宅被保護者や生活困窮者を対象とする地域生活支援事業に取組む姿勢は評価される。</p>	
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	非該当
<p>評価調査者コメント</p>	

II-2 人材の確保・養成

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。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しており、それに基づいた人事管理が実施されている。 法人中長期計画において「期待する職員像」を明示し、「人材育成と働きがいある職場づくり」を重点目標に掲げ、①教育・研修制度、②人事考課制度、③目標管理制度の三つを連携したトータルな人材マネジメント体制を整備している。特に、法人事務局に人材育成室を設置(平成25年度)し、中長期の人材育成プランの実現に向けて各施設及び職員への助言・援助に取組んでいることは素晴らしい。</p>	
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
<p>評価調査者コメント</p> <p>客観的な基準に基づき、定期的な人事考課を実施している。 法人の理念と「期待する職員像」を踏まえ、人材育成と主体的な能力開発を促すことを目的に人事考課実施要領を定め、職務定義書・職務基準書を基に自己評価、上司評価、施設長によるフィードバック面接を実施している。課題であった非正規職員に対しても要領を定め、対象職員に対する説明会を経て、平成25年度より実施している。</p>	

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。</p> <p>働きがいのある職場づくりを念頭に、職員提案を募り、時間外勤務削減(ノー残業デイ)、有給休暇取得の工夫、効果的業務分担、職員体制の整備など改善への取組を進めている。管理者による定期的な個別面接やメンタルヘルスクア推進体制を整備し、希望に応じて事業所外の専門機関・専門医の活用を促している。</p>	
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>福利厚生センターへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。</p> <p>全国社会福祉事業団協議会、県社会福祉協議会の職員共済に加入すると共に、法人の職員互助会により実施している。事業所単独では「好地荘親睦会」による職員交流行事や慶弔を行っている。職員の健康管理・感染症予防・メンタルヘルスクア対策に積極的に取り組んでいる。なお、地域職専門員(従来の非正規職員)の共済加入に関しては改めて検討が望まれる。</p>	

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。</p> <p>基本姿勢は中長期計画の「人材育成と働きがいのある職場づくり」期待する職員像」に示し、教育研修制度を定め個人人材育成計画の具体化を進めている。専門資格取得や将来の管理職を担う職員育成研修等の受講に当たっては、奨励助成、職務専念義務免除、資格手当等により支援、配慮している。</p>	
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
<p>評価調査者コメント</p> <p>職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定され、計画に基づいた具体的な取組が行われている。</p> <p>法人は「個人人材育成計画の手引」を作成(平成24年度)し、管理者と職員の面接を基に計画づくりを進めている。計画票は、①本人の希望・所属長が期待すること、②個別計画(短期・中期)、③年度別総合評価、の三項を具体的に記入する様式であり、この取組に対し、法人は人材育成室に業務アドバイザーを配置して(2名)、現場に対し巡回による相談・支援を行っている。さらに職場研修・自己学習のツールとなるテキスト(サービス提供の手引～基本的視点・視座～「手にして未来」)の編集・発行に取組み、今年度4月から全職員の必携書として活用され始めていることは、注目に値する。</p>	
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。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>研修成果の評価が定期的に行われるとともに、次の研修計画に反映されている。</p> <p>個々の目標管理の見直し、及び個人人材育成計画の年度末総合評価において、本人評価と所属長評価を踏まえ、次の計画に反映する取組を行っている。研修報告は「研修受講評価書」により、復命、回覧に供すると共に、年度末の職員会議において「報告会」を開催している。なお、成果を業務等へ反映するためには、年1回をせめて受講の翌月か四半期の職員会議等で報告されるよう工夫されたい。</p>	

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>実習生の受け入れに対する基本姿勢が明示されており、受け入れについての体制が整備されている。</p> <p>施設の運営計画及び「実習生・研修生の受け入れマニュアル」に将来の利用者を取り巻く人的福祉環境の向上に寄与し、福祉人材育成の一助に努めることを明記している。実習指導者は、専門別(介護福祉士、社会福祉士、教員養成等)に配置し、受け入れ態勢を整備している。25年度は大学5名、専門学校3名を受け入れている。</p>	
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
<p>評価調査者コメント</p> <p>実習生の受け入れの際には、効果的なプログラムを用意する等、育成について積極的に取り組んでいるが、十分ではない。</p> <p>受け入れマニュアルの他に「実習生の一日の流れ」「実習心得」を用意しているが、「救護施設」に特化したオリエンテーション資料(例えば、施設の概要、利用者の理解、生活支援上の留意点等)を整備し、効果的な実習が行われるよう期待する。</p>	

II-3 安全管理

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。

<p>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。</p>	<p>a</p>
<p>評価調査者コメント 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能している。 施設長は法人のリスクマネジメント実施要綱に基づき、リスクマネジメント委員会を組織し、職員研修、緊急時対応マニュアルの策定(事故・災害・感染症・所在不明者捜索・救急救命等)と見直しを定期的に行っている。地域消防署、地域防災協力員との連携による訓練や救急救命講習を実施する等、協力体制を築いている。</p>	
<p>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。</p>	<p>a</p>
<p>評価調査者コメント 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。 リスクマネジメント委員会を核にインシデントレポート・アクシデントレポートを収集し、報告事例の要因分析を行い、対応策を検討している。さらに寮棟会議においてもリスク事例を基に個別支援の評価・見直しの検討に取り組んでいる。リスクマネジメント研修は法人が所管し、各職員が毎年度、計画的に受講し、利用者の安全確保への共通認識を高めている。</p>	

II-4 地域との交流と連携

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

<p>II-4-(1)-① 利用者地域との関わりを大切にしている。</p>	<p>a</p>
<p>評価調査者コメント 利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。 事業計画の重点目標に「地域との交流促進」を掲げ、利用者の日中活動の充実と地域の一員としての意識醸成を図るための諸活動(自治会活動、地域交流グランドゴルフ大会、地域共催夏まつり、幼稚園児との交流、地域行事の運動会や文化祭・歳末芸能大会への参加等)を行っている。また、商店・理美容・図書館・公共施設等の社会資源の利用や散歩道でのゴミ拾い等を通して地域との関わりを築いている。</p>	
<p>II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。</p>	<p>a</p>
<p>評価調査者コメント 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。 施設開放事業としてグランド(少年野球、グランドゴルフ)、地域交流室(地域行事、集会等)を住民へ提供(平成25年度は34回)する他、災害等の非常時に避難場所を提供することとしている。施設独自に生活相談・緊急一時宿泊等の「施設機能総合利用事業」や施設公開講座、救命救急講座に取組み、地域に開かれた施設運営を進めている。</p>	
<p>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。</p>	<p>b</p>
<p>評価調査者コメント ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されているが、受け入れについての体制が十分に整備されていない。 前掲①に記した「地域との交流」を目標に「ボランティア受入要領」を定め、夏まつりやふれあい交流行事へ受入れている。しかし、受け入れにあたっての説明資料(救護施設の概要、利用者の理解、ボランティア活動上の留意事項等)が整備されていない。特に保育園や小・中学校との交流を進めるうえで、児童・生徒を対象とした解り易い説明資料づくりが望まれる。</p>	

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示し、その情報が職員間で共有されている。</p> <p>措置機関(福祉事務所等)別のケース担当者一覧をはじめ、地域の関係機関・団体・個人等のリスト(広報紙配布先一覧も兼ね)を作成、明示している。利用者向きに「社会資源マップ」を作成し、地域生活に役立つ情報を提供している。</p>	
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。</p> <p>県社協障がい福祉協議会、地域の福祉施設連絡協議会、地域自立支援協議会(就労、情報部会)等へ参加し、課題の協議や情報収集を行っている。措置機関・病院関係者と連携し、ケア会議を開催し事例検討を行っている。施設長は地元自治会理事として参加している。</p>	

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている。</p> <p>前項(2)-②に記す取組の他、独自に「運営協議会」を開催し、利用者、家族会をはじめ幅広い関係者と協議の機会を設け、地域の課題やニーズの把握に努めている。また、「障がい者地域生活サポーター養成」を目的に施設公開講座を企画し、障がい福祉への理解を広め、地域生活の支え手育成に取組んでいる。</p>	
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
<p>評価調査者コメント</p> <p>把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動が実施されている。</p> <p>地域生活を志向する利用者支援の推進と在宅被保護者、生活困窮者等の生活・相談支援などを通じて地域福祉のセーフティネット拠点としての機能充実を経営方針に掲げている。中でも施設独自事業の「好地荘施設機能総合利用事業」－生活相談、日帰り利用、退所者短期宿泊、緊急一時的宿泊利用－は、救護施設の循環型セーフティネットの試みとして評価される。</p>	

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

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
評価調査者コメント 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内での共通の理解を持つための取組が行われている。 法人の職員倫理綱領や職員行動規範において、利用者の尊厳の重視や基本的な人権の尊重、自己決定権の擁護の姿勢が明示されている。また、施設として「好地荘人権侵害防止マニュアル」を整備し、職員会議において職員間の周知・理解の深化に努めており、その記録も整備されている。法人として「人権侵害に関する自己チェック」に取組み、組織的に利用者尊重のサービス提供の意識化に努めている。更に自己チェックの仕組みとして「人権侵害に関する申出書」も整備している。利用者の権利擁護や虐待防止に関する外部研修に積極的に職員を参加させ、復命により職員間の意識の共有化に努めている。	
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
評価調査者コメント 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が、職員に周知する取組が十分ではない。 「プライバシー保護マニュアル」が整備されているとともに、各種支援・介助マニュアルにおいてプライバシーの保護に配慮することに関する記載がある。これらについては、法人が作成した「サービス提供の手引き」である「手にして未来」にも「個人情報、プライバシーの保護」として記載され、職員研修等によって職員間に周知が図られているが、個人情報の保護とプライバシー保護の分別が曖昧で、新任職員や非正規職員に対しての研修についても十分な取組とは言えない。	

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ている。	a
評価調査者コメント 利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示され、利用者満足を把握する具体的な仕組みを整備している。 「好地荘サービス改善事業実施要綱」に基づき、年2回、利用者満足度調査を実施している。アンケート結果については統計的に集計され、自由意見を添えて、掲示により利用者に公表されている。その他、ケース担当者による日常的な個別対応の他、外部委員の協力も得ながら「なんでも相談」を実施し、利用者満足の上昇に努めている。これらの取組については、自治会である「みんなの会」例会において全利用者にフィードバックされている。	
III-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	b
評価調査者コメント 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されているが、その向上に向けた取組が十分でない。 「好地荘サービス評価・改善システム」を図示し、利用者満足の上昇を含むサービス改善の取り組みを他の業務と関連付けて実施しているが、その中に利用者満足度調査についての記載が欠けている。また、利用者満足度調査について、集計結果の公表は行われているが、その結果を分析・検討し、全体の利用者満足度の上昇に向けた仕組みは明示されておらず、利用者参画による検討という視点においても十分とはいえない。実際には、苦情解決委員会が中心となり、調査によって希望の多いものについて重点事項として改善するように努めている状況ではあるが、今後、サービス評価・改善システムの中にこの仕組みを明確に示し、標準化された取組として確立することが望まれる。	

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
評価調査者コメント 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。 外部相談員の協力も得て毎週火曜日の午後、定期的に「なんでも相談」を実施するとともに、施設内数カ所に意見箱を常設し、いつでも利用者からの意見をくみ取る複数の仕組みを作っている。実際に利用者からの意見は毎月10数件から20数件挙がってきており、利用者にとって相談や意見を述べやすい環境となっていることがうかがわれる。	

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。</p> <p>苦情解決の仕組み・体制については「好地荘苦情解決実施要領」に規定されている。特筆すべきは、第三者委員の他に、外部相談員を配置し、利用者の苦情を定期的に受け付ける窓口として機能させていることがある。これらの仕組み・体制については、「好地荘 苦情や相談についてのご案内」として利用者や家族等に配布し、周知に努めている。しかし、これら仕組み・体制を整備し、周知にも努めている一方で、文書の使用について規定通りに取り扱われていない部分がある。「なんでも相談」の仕組みと混同されて運用されている中において、意見要望と苦情の分別が明確でなく、受付票の様式をみてもそのことが明らかである。迅速な対応を重視する中で、要領自体が実態に合っていない部分もあるとすれば、今後の見直しによって修正することが望まれる。</p>	
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
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備しているが、迅速に対応していない。</p> <p>意見や提案のあった際には「なんでも相談受付票」にて記録し、好地荘サービス評価・改善システムに基づいて改善案や意見に対する回答を該当する利用者に提示することとなっているが、これらの仕組みが苦情解決の仕組みと混同されており整理されていない。実際には、利用者から挙げられた意見等に対しては、苦情受付担当者によってその緊急性を判断し、迅速に対応すべき案件については関係する職員との連携のもとに取り組みられているが、標準化されたものとなっているとは言えない。今後は、苦情と意見の対応マニュアルを再度精査し、苦情であっても意見であっても適正に対応される仕組みを再構築されることが望まれる。</p>	

III-2 サービスの質の確保

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備され機能している。</p> <p>法人が規定する「福祉サービス第三者評価受審等要領」に則り整備された「好地荘サービス評価・改善システム事業実施要綱」により、毎年自己評価を行うとともに、法人によって定められたスケジュールによって定期的に第三者評価を受審している。評価について担当する委員会としてサービス改善委員会が設置され、「好地荘サービス改善マニュアル」によってその業務を規定している。</p>	
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
<p>評価調査者コメント</p> <p>実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしている。</p> <p>「好地荘サービス評価・改善システム事業実施要綱」及び「『第三者評価の課題に対する改善』の手順書」を整備し、自己評価に対しては評価結果対策会議、第三者評価に対してはサービス評価・改善委員会にて分析することとされている。評価結果の分析またはサービス改善実施計画の策定にあたっては、担当者任せにせず全職員で協力して対応する旨職員会議等で意識共有が図られている。分析した結果や課題については、文書回覧及び職員会議時における議案化によって職員間での共有化が図られるよう努めている。</p>	
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
<p>評価調査者コメント</p> <p>評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施している。</p> <p>平成23年度に実施した第三者評価にて指摘された個人別人財育成計画の策定の不備に対して、担当となる副施設長を中心に取組がなされて、翌年度中に改善が図られる等、サービス改善実施計画に基づいて実施されている。サービス改善実施計画の策定は毎年度実施され、同時に見直しも行われている。このことにより改善に結びついた項目については、サービス改善実施結果として、法人事務局に報告が行われている。</p>	

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>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、それに基づいたサービスが実施されている。</p> <p>食事支援、入浴、排泄介助、被服購入等、支援場面毎のサービスについてマニュアルが整備され、サービスの基本事項について標準化され取り組まれている。これらマニュアルは、担当職員によって定期的に見直されながら、その周知については職員回覧の方法と特に確認すべき事項については職員会議において職員の共有化に努めている。これらマニュアルに基づいてサービスが提供されているかどうかを確認する方法として、日々の業務日誌への記録、支援時毎のチェック表の活用及び寮棟会議における相互確認に取組んでいる。</p>	

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>標準的な実施方法について定期的に検証しているが、必要な見直しを行っていない。</p> <p>おおよ各マニュアルについては3年毎に見直すこととされているが、毎年度末の反省・振り返りにおいて必要に応じて早急に見直した方が良く判断される物については見直しの時期ではなくとも柔軟に対応されている。基本的には、サービス評価への取り組みと連動して、自己評価のみの年度においては職員会議において、第三者評価を受審する予定となっている年度においてはサービス改善委員会においてそれぞれ見直し事務に取り組みされている。見直しにあたって利用者の参画を得る取組が十分ではなく、今後の工夫・改善が望まれる。</p>	

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。</p> <p>個別支援計画に基づき日々のケース記録が同じ視点で記録できるように、引継ぎメモや朝の打ち合わせの際にポイントの確認を行っている。</p> <p>また、記録する職員で記録内容にばらつきが生じないよう、短期的には寮棟会議で、中長期的にはモニタリング会議で個別支援計画の重点支援項目を確認するとともに、日々の記録についてはインデックスとして項目(キーワード)を全体で統一している。情報の共有化にあたっては、前述の職員朝礼及び寮棟毎の引継ぎの他、寮棟会議及び職員会議、文書回覧で行い、緊急時には非常通報連絡系統図の活用や緊急対策会議の招集により迅速な対応を行うこととしている。</p>	

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者に関する記録管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。</p> <p>利用者の記録は、法人による「文書の整理、保管及び保存に関する取扱い要領」に則り事務室内キャビネットにて管理され、保管、保存、廃棄の時期、方法についても対応されているが、一部実務に要領の規定が必ずしもそぐわない状況が出て来ている。電子データは基本的にハードディスクの利用に止めて、USB等持ち出し可能な媒体は極力避けるように職員間で共有化されている。個人情報保護及び情報開示に関する取扱いは「社会福祉法人岩手県社会福祉事業団における個人情報の保護に関する規程」及び「社会福祉法人岩手県社会福祉事業団が保有する個人情報の保護に関する要領」に基づいているが、情報開示については利用者への周知もほとんどなされていないこともあり請求の実績はなく、この対応に関する職員の研修も十分とはいえない。</p>	

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われている。</p> <p>利用者の状況については、基本事項は朝の打ち合わせにおいて各寮棟・職員間にて伝達され、業務日誌の連絡事項欄にも記載されて全職員が閲覧できる状況になっている。またその他詳細の状況については、各寮棟にて記録される引継ぎメモをコピーして各部署に配布され、全体の状況について遅滞なく共有するように取組まれている。パソコンの活用について、電子掲示板等は導入されていないが、各ケースの記録については、共有フォルダにてリアルタイムに確認、必要に応じて書き足しや上書きができるようになっている。</p>	

III-3 サービスの開始・継続

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供している。</p> <p>措置施設であるということもあり、一般に対しての情報公開は必要な範囲内に限られているが、法人のホームページや近隣公共施設へのパンフレット配置等について取り組まれている。利用希望者に対しては、「好地荘見学者対応マニュアル」によって提供すべき情報を適切に伝達する仕組みが整備され、「好地荘利用者 社会資源マップ」も活用しつつ具体的な生活をイメージしやすいように配慮されている。生活困窮者自立支援法に基づく制度施行や改正精神保健福祉法による一時保護対応等、今後も施設機能の活用に対する社会的ニーズが増加していく見込みであることを認識した情報提供のあり方について検討されている。</p>	

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。</p> <p>共同生活ホームの利用にあたって契約書を作成し、同意を得ている。本体施設については措置施設であるため契約書を取り交わしていないが、重要事項説明書にて利用者利用の際の留意点について説明し確認の署名を得ている。この際、「入所の手引き」や「好地荘利用者 社会資源マップ」も活用しながら利用者が入所後の生活をイメージしやすいように配慮されている。成年後見人が選任されている利用者もいるが、その場合には財産状況や身上監護面での状況について成年後見人との情報共有を図り、選任後も連携に努めている。</p>	

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>サービスの内容や施設の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮している。「好地荘退所利用者のアフターケアマニュアル」が整備され、退所後の支援内容・体制について説明されている。この際、他施設へ移行する場合には退所利用者本人に対してサービス終了後の支援内容が記載された文書を手渡し、移行先の施設に対しては「好地荘 退所利用者の情報提供資料」を発行することにより支援の継続性に配慮している。施設の性質から退所者の会のような組織はなく、その必要性についても現在のところ認識していない。</p>	

III-4 サービス実施計画の策定

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するために、手順を定めて計画的なアセスメントを行っている。個別支援計画は「個別支援計画策定・実施マニュアル」に則り、定められた手順・様式にて作成・実施されている。アセスメントは、「日常生活動作」「基本的な生活」「社会的な生活」「社会参加」「コミュニケーション・対人関係」「健康」の6領域を更にキーワードによって45項目に分類し整理され、アセスメント総括表にはそれらのデータが比較した図表として表示されている。また、ケアマネジメント委員会による「個別支援計画の手引き」によりその目的、活用方法等について整理され、職員に共有されている。アセスメントの見直しについては「個別支援会議月別対象者一覧表」によってその時期が明示され、年に一度は必ず実施している。</p>	
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
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を具体的に明示している。6領域45項目のアセスメントに基づき、「行動面・生活支援の留意事項一覧表」によって個別のサービス場面ごとに具体的支援内容が記載されている。これらについては、寮棟会議や業務日誌への記録によって職員間で共有化され、個別ニーズに対応した支援の実施が意識づけられている。</p>	

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。基本的には障害者自立支援の手順を参考に、「個別支援計画策定・実施マニュアル」及び「個別支援計画の手引き」に基づいて個別支援計画を策定している。計画策定にあたっては、本人の意向確認とともに、看護師の参画を得る等、総合的な計画となるように配慮されている。個別支援計画に基づいて日常支援がなされているか確認する仕組みとして、業務日誌の記録に統一のインデックスを設定している。個別支援計画書についても、常に閲覧できる状況にあり、職員間で共有化している。</p>	
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
<p>評価調査者コメント</p> <p>サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。「個別支援計画策定・実施マニュアル」及び「個別支援計画の手引き」に基づいて、個別支援計画の進捗を管理している。モニタリング時期についてもこれらに明示され、個別の見直しについては「個別支援会議月別対象者一覧表」に整理されている他、必要によっては臨時的モニタリング会議を実施し、それらを寮棟会議や職員会議で共有化している。モニタリングにあたっては、寮棟間で協力し合い、可能な限り関係する職員の会議への参加に努めている。</p>	

A-1 利用者の尊重

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。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>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。 好地荘入所者のコミュニケーションに関する領域調査状況(言語・筆記・手紙・電話・パソコン・携帯電話所持・補聴器使用)・個別支援状況書を作成し、コミュニケーション手段を確保するため、SST活動を計画的に実施し、利用者のコミュニケーションスキルを高める取り組みや、個々の障がいに応じてイラスト・絵カード・マカトンの使用等工夫がなされている。</p>	
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者の主体的な活動が尊重されている。 主に余暇活動を通して、利用者主体的活動マニュアルを作成し、「みんなの会」を側面的に支援する事をマニュアルで明記している。また、利用者自治会役員会議録からも利用者の主体的な活動が読み取れる。また、平成26年度から「いこいの時間」として、利用者が主体となり、余暇活動の計画を立てている。職員は側面的支援に回り、一緒に楽しめる環境づくりに努める等独自の取組が見られる。</p>	
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。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>見守りと支援の体制が整備されている。 取組みが職員会議録・寮会議録・ケアカンファレンス資料・好地荘職員行動基準等で確認できた。また、日常の見守り支援の状況説明からも、利用者が自力で結論を出せるよう支援していることも確認できた。SST活動が前回の評価時より利用者の状態に合わせ、小集団グループ制にし、利用者から問題提起をしてもらう方法や、利用者が悩んでいる内容を職員から問題提起したりして、自力で日常生活が送れる範囲が広がることを目指し支援していることを記録にも残しており、改善が見られる。</p>	
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
<p>評価調査者コメント</p> <p>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十分ではない。 エンパワメントマニュアルにもとづき小集団活動・SST活動・いこいの時間は、個々の自助力の向上を目的として実施しているが、自立生活訓練・いこいの時間は今年度からの取り組みであり、活動出来ない利用者に対しての取り組みがまだ不十分ことから支援方法の内容充実が望まれる。</p>	

A-2 日常生活支援

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>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。 利用者食事名簿一覧・食事支援マニュアル・個別支援マニュアル・給食関係マニュアル・栄養アセスメント・ケアカンファレンス記録等関係書類はすべて整っており、マニュアルに乗っ取り実施している。更に満足度調査の集計結果においては、献立内容・食事時間の満足度・セレクトメニューの満足度の項目は85%・90%・94%と高い満足度となっている。</p>	
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。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>食事は美味しく、楽しく食べられるように工夫をしている。 栄養士が利用者からの要望・嗜好調査・残食状況・利用者の感想等をもとに、委託業者と連携を密に図り、利用者一人ひとりの健康状況に合わせ、食に対して満足感を味わえるよう、盛り付けやデザートバイキング等独自の取り組みにも工夫が見られる。また調味料・香辛料については、塩分制限がある利用者も多い事から、食卓に用意することができないため、一人分ずつ容器に入れ、自分でかける方法をとっており、利用者の心理面に配慮した独自の取組を実施している。</p>	
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>喫食環境の配慮が十分ではない。 満足度調査から食事時間については、90%の利用者が満足しているという結果ではあるが、訪問時の様子から、一斉に食堂で利用者が食事を取っている状況が見受けられた。職員体制や委託業者との契約内容等運営側の事情もあるが、利用者視点から、幅のある時間帯の中で個人が選んだ時間帯に取ることでできる環境が望まれる。</p>	

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>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。 具体的な支援方法や注意点がマニュアル・記録等で確認できるとともに、個別支援マニュアルからも安全管理にも配慮されていることが確認できる。プライバシーの保護に関しても入浴支援マニュアルや個別支援マニュアルが整備されている。</p>	
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者の希望に沿って行われているが、十分ではない。 前回の評価から改善を図り、シャワーの時間を設けるなど取組を行っている。しかし、安全性を確保することを第一に考慮していることから、毎日の入浴が不可能な状況であり、利用者の希望時間も考慮できない状況であった。利用者の満足度調査からも入浴時間・回数についての満足度は、22項目の中でも低い結果(79%)となっていることから、今後の検討が望まれる。</p>	
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	c
<p>評価調査者コメント</p> <p>環境は適切ではない。 転倒防止に留意し、脱衣室から浴室はバリアフリー床となっている。また浴室の床は滑り止め仕様となっている。しかし、エアコン設置が難しい状況のなか、脱衣室の温度管理等、現状の中で創意工夫はされていたが、梅雨時や夏場の除湿の面からもエアコンの設置等が望まれる。</p>	

2-(3) 排泄

A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>介助は快適に行われている。 個別介助は体調等に合わせたり、排便チェック等で必要に応じて対応している。安全面・プライバシー保護に関することは、マニュアルに明記されている。具体的な取り組みとして、危機管理の面からトイレ使用者確認の有無が瞬時に把握できるよう、独自の表示の工夫がなされている。</p>	
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	c
<p>評価調査者コメント</p> <p>清潔かつ快適ではない。 前回の評価で指摘された快適な環境の面で、23年度からプライバシーに配慮してスクリーンやカーテンを設置している。また、全トイレに便座ヒーター、洗浄便座を設置し、改善に努めている様子も伺われたが、異臭が感じられることから、換気、冷暖房設備を含めた、衛生面の対応が望まれる。</p>	

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。 利用者の状態に合わせ、外部購入・内部購入で利用者が実際に手にしたり、利用者自身が確認し、購入する方法をとっている。予算の関係もあることから年に2回の実施だが、購入するお店を利用者が選択できるなど利用者が満足できるよう支援を行っている。</p>	
A-2-(4)-② 衣類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。	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切に行われているが、十分ではない。 こだわりを持つ利用者に対しては、職員一人の対応ではなく、数人で利用者が納得したうえで対応するよう配慮されている。また、ボタン付け、簡単な繕いは利用者とのコミュニケーションの中で行っているが、利用者の中には、シャツやTシャツの着衣の乱れ、靴下の組合せが相違である方も見受けられたことから、日常の身だしなみについて、より細やかな支援と配慮が必要である。</p>	

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。 利用者の希望に合わせ、自ら外出して地域の理美容室を利用している。髪型等については、施設購入の雑誌や利用者が購入したもので、利用者自身が選んだり、職員も相談を受けて、アドバイスをを行い、決めている。施設内で理髪する利用者は、個別支援で希望を尊重し、内部理髪マニュアルも整備され、内部理髪実施予定表、実施記録等も整備されている。化粧については、メイクアップ講座等を設け、利用者がモデルになり、生活に張り合いがもてるひと時となっている。</p>	
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
<p>評価調査者コメント</p> <p>配慮している。 地域の理美容室との連携も取れて定期的な利用がなされており、地域と利用者が触れ合う場としても社会性を身に着ける良い体験の場となっている。自力でお店に行ける利用者、送迎が必要な利用者と個々の状態に合わせ対応を行っている。</p>	

2-(6) 睡眠

A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>配慮している。 睡眠に関する支援マニュアルを策定し、個別支援マニュアルで一人ひとりが安眠できるよう配慮されている。施設の構造上個室とはできず3人部屋となっているが、プライバシーの保護の面でカーテンで仕切られている。安眠出来ない状態の利用者については、静養室・特室を利用してもらい、安眠できるよう配慮されている。また睡眠導入剤については医師との連携も密に図られ、看護師の指示の下、適切に対応している。</p>	

2-(7) 健康管理

A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>適切である。 8月より看護師2名体制となり、更に細やかな配慮の下、利用者個々の健康管理を毎日の朝礼で上司と看護師に報告する体制が整備されている。また、夜間・休日の対応方法もマニュアル化され、近隣の病院との連携も図られ、健康管理票等が整備されている。また、誤薬服用した際の対応も細かく定めている。口腔ケアについても職員研修が実施され、日常の支援に活かされている。</p>	
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されている。 緊急時フローチャート(夜間・休日)、疥癬罹患者対応マニュアル、熱中症対応マニュアル、外泊・帰省等緊急時の対応マニュアルが整備されている。地域医療機関・近隣在住職員・看護師との連携体制も整備され、必要時に迅速かつ適切に医療が受けられるよう整備されている。</p>	
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
<p>評価調査者コメント</p> <p>確実に行われている。 リスクマネジメント報告に、与薬ミス・配薬ミスが報告されているが、対応策として職員はミスを隠さず報告できる環境づくりに努めるとともに、前向きに対応策を検討できる体制づくりに努めている。また、服薬忘れ・誤薬の改善策として薬の袋を捨てないで集める方法を取ることでミス減らす取り組みを独自に行っている。その他、服薬管理マニュアル・服薬確認表で確実に行われていることが確認できた。</p>	

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。	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映されているが、十分ではない。 利用者の希望に沿ってできるだけ対応しているが、職員体制等の関係で、希望が多い場合の対応が不十分となり、利用者の希望に沿って行うことができない事もある。ボランティアの活用など、今後人的環境の面で工夫・改善が求められる。</p>	

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者の希望に応じて行われている。 外出希望者には外出・外泊取扱い要領に沿って、確約を取り対応している。旅行等についても個人の予算で計画し、できるだけ希望を受け入れ実施している。利用者の希望で職員が補助として同行することもある。また緊急時に備え、外出携帯用カードも備えている。できるだけ利用者の希望を尊重するが、体調不良と認められた場合は、説明のうえ、納得してもらえるよう努めている。</p>	
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
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者の希望に応じて行われている。 外泊要領を整備し、利用者の希望に応じるよう配慮されているが、現状として利用者の高齢化に伴い、身元引受人の高齢化、家族関係破綻の生活困窮者、アルコール依存等の精神障がいによる生活困窮者の入所が増加しており、お盆・年末年始の帰省も減少してきている。このことから、独自の取り組みとして利用者自治会主催で1泊での忘年会等実施している。</p>	

2-(10) 所持金・預り金の管理等

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>適切な管理体制が整備され、確実な取り組みが行われている。 岩手県社会福祉事業団施設等利用者預かり金管理要領を受けて好地荘利用者所持金等管理要領を定めている。年度当初に管理要領に基づく担当者を位置づけ、好地荘利用者所持金管理マニュアルを策定するとともに、利用者所持金一部自己管理マニュアルに沿って、利用者と小口現金一部管理誓約書を交わし、受領書を発行している。必要に応じて金庫の貸出を行い、個人別現金出納帳にて、ケース担当者が管理している。また、ケース記録で個人の金銭管理面を記録に残し、自立生活訓練計画に反映させている。</p>	
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
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者の意志や希望が尊重されている。 新聞や雑誌等については外出時に個人で購入している。テレビについては各居室にアンテナ工事を実施している。現在は、テレビよりCDラジカセ等での音楽を聴くことの方が主流となっており、利用者の希望に沿い、便宜が図られている。</p>	
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
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者の意志や希望が尊重されている。 たばこは、喫煙時間が決められ、室内の清掃管理等は利用者が積極的に行うなどのルールを設けている。飲酒については、飲酒が禁じられている利用者もいることから、入所前に好地荘の方針を説明し、飲酒の機会は設けていない。外出・外泊時には、飲酒禁止者に指導・助言を実施している。</p>	