

## 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6月2日～10月5日

### 2 事業者情報

事業者名称（施設名）：好地荘	種別：救護施設
代表者氏名：理事長 千葉 弘 管理者：院長 見目 和夫	開設年月日 昭和37年6月25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） 70名
法人所在地：盛岡市高松3丁目7-33 事業所：花巻市石鳥谷町中寺林7地割46-3	TEL：019-662-6851 FAX：019-662-8044 TEL：0198-45-3024 FAX：0198-45-6621

### 3 総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p><b>○利用者地域との積極的なかわり</b></p> <p>利用者を施設利用から地域生活移行へと促進するため、地域住民との交流が重要との方針のもとに、地域行事等の情報を施設内に掲示して利用者に情報を提供し、希望する利用者には職員が対応する体制がとられている。</p> <p>また、地域と共催による夏祭りの開催や町の協会の後援を得て地域交流グランドゴルフ大会の開催や地域の住民への施設の公開講座など、地域を巻き込んだ特筆すべき取組がされている。</p> <p>素朴と安心をモットーに利用者の生産物や手芸、及び地域の農産物の販売とお茶飲み会などの催しもあるアンテナショップの運営、さらに職員が町内会の役員を受けるなど積極的な地域交流に取り組まれており、評価できる。</p> <p>◇改善が求められる点</p> <p><b>○利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等の整備</b></p> <p>利用者が他人から見られたくない、聞かれたくない、知られたくない等の個人を保護する取組について、「事業団職員倫理綱領」や「支援に関わる職員のこころがまえ～好地荘職員行動基準～」、「人権への配慮」が掲げられ、職員による利用者プライバシー保護の基本姿勢は明示されていますが、生活全般にわたるプライバシーを保護する規程やマニュアルが十分に整備されていない。</p> <p>今後は、面会や通信、電話の取次ぎ、入浴や排泄等の生活場面におけるプライバシー保護や、設備面での配慮等を対象とする生活全般にわたるプライバシーを保護する規程やマニュアルを整備することが望まれる。</p>
--

### 4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

## (1) 施設のコメント

個人面談を通して職員とのコミュニケーションを深めていること、コンプライアンスの推進を通して職員が安心して働ける職場環境作りに努めていること、公開講座や地域との共催行事を通して地域と積極的に関わっていること、日常のケアカンファレンスを通して利用者の異変等に素早く対応していること等が評価され、管理者として嬉しく思います。

一方、職員個々の人材育成計画や中長期経営計画が未策定なこと、プライバシー保護や緊急時に対応した個別マニュアルが不十分なこと、さらには、生活支援マニュアルをよりきめ細かいものにする必要があること等が指摘されました。

全体的に厳しい評価をいただきましたが、当荘は自立している利用者が殆どであることから、生活支援マニュアルもきめ細かいものではありませんし、自分の意思も直接伝えることができるので、要望等にはその都度対応しています。その意味では利用者の実態に合わない評価項目もある訳ですが、高齢者が増加傾向にあるのも事実ですので、生活支援マニュアルはより細かいものに見直したいと思います。また、個々の職員の人材育成計画や中長期経営計画については、法人本部と連携しながら整備を進めているところです。いずれ、A 評価に至らなかった評価項目について具体策を講じ、改善に努めているところです。

## (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、「個別人材育成計画」の作成に至っていないことから、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: 好地荘

## 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。	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

		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。	a
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>b</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>b</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。	<b>a</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>a</b>
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。	<b>b</b>
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>a</b>
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	<b>a</b>
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>a</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>a</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。	c
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。	b
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。	b
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。	c

#### 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。	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。	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。	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。	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。	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。	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。	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。	b
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。	b
A-2(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	c
A-2(2)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a
2-(3) 排泄		
A-2(3)-①	排泄介助は快適に行われている。	c
A-2(3)-②	トイレは清潔で快適である。	c
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。	c
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