

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 21 年 8 月 28 日～ 平成 21 年 12 月 1 日

2 事業者情報

事業者名称： (施設名) やさわの園	種別： 障がい者支援施設
代表者氏名：理事長 千葉 弘 (管理者) 施設長 加藤 佳男	開設年月日 昭和 49 年 6 月 1 日 やさわ学園 平成 14 年 4 月 1 日 やさわの園へ
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) 100 名 (100 名)
所在地：岩手県花巻市高松 7-143	Tel 0198-31-2020 FAX 0198-31-2036

3 総評

<p>◇ 特に評価の高い点</p> <p><u>○地域との交流の積極性</u></p> <p>近隣・地域各種団体・学校等が中心となった交流が積極的に行われており、高校生ボランティアの受け入れや 20 年度 AED の設置を広報誌で周知している。</p> <p>毎夜、地域消防団による施設周囲の巡回が実施されていることは、地域との関係が良好であることを示しており、評価できる。</p> <p>また、やさわの園における共同生活事業所「オリザ」の開設は、利用者の地域生活の実践であり、重度の障がい者が、周辺住民の支援を得ながら、住民の一人として、心から満足を抱いて地域で生きる先駆的取り組みとして評価できる。</p> <p>◇ 改善を求められる点</p> <p><u>○理念、基本方針の利用者、職員に対する周知の工夫</u></p> <p>法人による理念や基本方針は確立されているが、これらの理念や、基本方針が職員や利用者等に周知する仕組みが十分でない。</p> <p>今後は、毎年度発行される施設運営計画書に「理念や基本方針」を明記し、これを職員全員に配布することや、諸会議や朝礼の際は全員による読み合わせ、唱和など、理解を徹底させるための取り組みを進められることを期待したい。</p> <p>また、利用者や家族に対する周知の方法については分かりやすい文面を工夫するなどより積極的な取り組みを、その他、施設広報誌、パンフレット・家族会資料等にも定期的・継続的に掲載するなどの取り組みを期待したい。</p>
--

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>◇施設からのコメント</p> <p>やさわの園は、平成 18 年度、平成 19 年度に引き続いての 3 回目の受審でした。</p> <p>今回の受審では、当園が長年行っている地域の各種団体・学校等との積極的な交流や、昨年 4 月に開設した共同生活事業所「オリザ」による知的障がい者の地域生活支援が高い評価をいただきました。特に、ケアホーム「ぼらん」における生活支援については、重度の知的</p>
--

障がい者が地域で心豊かに潤いのある生活を送るための先駆的な取り組みとして高く評価していただきました。

一方、法人の理念を施設職員、利用者やご家族に周知する仕組みが不十分であるとのこと指摘をいただきました。ご指摘を真摯に受け止め、今後は、施設の運営方針・事業計画書に法人の理念を明記するとともに、分かりやすい文面を工夫しながら、諸会議等を通じて一層の周知に努めてまいりたいと思います。

平成 19 年度の共通基準の基準充足率については、高い評価をいただきましたが、今回の評価結果は、日々改善に努めている施設現場にとっては、厳しい内容の部分もありました。

現場の説明不足も当然あったものと反省する半面、評価委員によってガイドラインの解釈に違いがあり、困惑したことも事実であります。

第三者評価に当たっては、前回の評価結果との連続性に十分配慮されるとともに、建設的な助言、事前及び事後の施設訪問調査等による精査についてもご検討くださいますようお願いいたします。

◇岩手県社会福祉事業団事務局からのコメント

岩手県社会福祉事業団では、平成 18 年度から岩手県社会福祉協議会に評価を依頼し、延べ 34 の施設が、福祉サービス第三者評価を受審してまいりました。

この 4 年間の受審や研修会の受講等を通して、職員のガイドラインの理解も徐々に進んできたところですが、十分な周知にまでは至っていないことから、今後も研修会の受講や内部での学習など、受審の意義も含めた評価基準の理解等が課題と捉えております。

当事業団の各施設では、サービスの改善を効果的かつ効率的に進めるため、過去の受審結果に基づいた改善計画を作成しています。その計画に基づく改善活動を実施した上で、改善状況を自己評価、あるいは改めて福祉サービス第三者評価を受審し、その結果をさらに次の改善計画に反映させるというサイクルによって、継続性のある取り組みを行っております。

平成 21 年度においても、これまでの受審における評価結果を踏まえ、改善を積み重ねながら、8 施設が受審いたしました。

今回の受審においては、次のような課題があったと捉えています。

①評価機関（評価調査者）と受審施設（説明者）の間でガイドラインの理解や認識にズレがあった、②評価調査者によって、ガイドラインの解釈が異なる場合があった、③過去に受審した時点と比較して、運営状況に大きな変化がないと思われる項目について、評価が大きく変化する場合があった、④評価機関からの評価結果の報告が、次年度の当初予算・事業計画に反映できる時期に間に合わなかった。

これらの課題については、サービス改善活動を進める上で支障となるものもあると思われることから、評価機関と受審施設（法人）が、それぞれの役割を果たしながら連携を深め、改善に努めていく必要があると考えています。

5 各評価項目にかかる第三者評価結果 (別紙)

施設名: やさわの園

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

	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。	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 計画の策定

	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) 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。	b
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	b

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確化されている。	
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

	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。	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

		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。	b
	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。	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

		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。	a
	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。	a

Ⅱ－４ 地域との交流と連携

		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。	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。	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。	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

		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。	b
	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

		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。	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。	b
	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

		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。	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。	b

Ⅲ－４ サービス実施計画の策定

	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-(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。	b

付加基準(障害者・児施設版)

A－１ 利用者の尊重

	第三者評価結果
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。	a
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。	a

A－２ 日常生活支援

	第三者評価結果
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。	a
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。	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。	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。	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。	b
	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