

福祉サービス第三者評価の結果

平成21年 2月 3日 提出

| | | |
|------|------------------|-------------------------|
| 評価機関 | 名 称 | 社会福祉法人平川市社会福祉協議会 |
| | 所 在 地 | 平川市柏木町藤山16-1 平川市健康センター内 |
| | 事業所との契約日 | 平成20年 7月 8日 |
| | 評価実施期間 | 平成20年 7月 8日～平成20年10月14日 |
| | 事業所への 評価結果の報告 | 平成20年12月25日 |

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概況

| | | | | | |
|----------------|---------------------------|-------|-------------------------|------|----------------|
| 事業所名称 (施設名) | 旭光園 | 種別 | 身体障害者授産施設 | | |
| 代表者氏名 (管理者) | 園長 外崎淑民 | 開設年月日 | 昭和55年4月1日 | | |
| 設置主体 (経営主体) | 社会福祉法人 七峰会 | 定員 | 入所40人 通所19人 短期 4人 | 利用人数 | 入所40人 通所19人 |
| 所在地 | (〒036-0242) 青森県平川市猿賀明堂255 | | | | |
| 連絡先電話 | 0172-57-5155 | FAX電話 | 0172-57-5156 | | |
| ホームページ | | | | | |

(2) 基本情報

| サービス内容 (事業内容) | 施設の主な行事 | | |
|---------------------|-------------------------------|-------|----|
| 指定(身体・知的共通)授産施設サービス | 夏祭り、消防総合訓練、健康診断、ねぷた祭り、宿泊旅行、 | | |
| 福祉ホーム(さわら) | レクリエーション大会、自治会クリスマス会、ふれあい陶芸教室 | | |
| | | | |
| | | | |
| 居室概要 | 居室以外の施設設備の概要 | | |
| 25室(二人部屋) | 事務室、相談室、医務室、食堂、厨房、宿直室、浴室、トイレ | | |
| | 洗面所、作業室 | | |
| | | | |
| | | | |
| 職員の配置 | | | |
| 職種 | 人数 | 職種 | 人数 |
| 園長 | 1 | 生活支援員 | 4 |
| 次長 | 1 | 事務員 | 2 |
| 総括主任職業指導員 | 1 | 看護師 | 1 |
| 主任職業指導員 | 1 | 調理員 | 3 |
| 職業指導員 | 6 | | |

2 評価結果総評

| |
|--|
| <p>◎ 特に評価の高い点</p> <p>障害者、高齢者を中心に多数の福祉サービス事業所を運営している法人であるが、利用者の尊重や共生を盛り込んだ法人の基本理念・経営理念、事業所の基本理念・基本方針を体系的に整理・策定しており、法人・事業所の目標や存在意義を明確にしている。また、内部研修のテーマに「法人理念の理解」を取り上げるなど、職員に理念等の周知を図りながら福祉サービスに反映している。</p> <p>管理者は、障害者が地域で暮らすことの意義を大切にしており、利用者に対して交通機関の利用や行政手続きの指導を行う等、社会生活力の向上に向けて取り組んでいるほか、地域生活につなげていきたいという思いから福祉ホームを設置する等、利用者支援に取り組んでいる。</p> <p>実施する福祉サービスや機材の取り扱い等に関する業務分類を行い、業務マニュアルを策定している。業務マニュアルは職員参画の「マニュアル策定委員会」で策定・検証・見直しを行っており、職員によく理解が図られ、業務に反映されていることは評価できる点である。</p> |
| <p>◎ 特に改善を求められる点</p> <p>内部監事には経営に明るい方を登用し事業所の内部監査を実施しているが、より透明性の高い事業運営のためにも、会計の専門家等に相談や助言を仰ぎながら、外部監査を検討してみてもどうか。</p> <p>障害者が地域で暮らすことの意義を大切に、利用者の社会生活力を高めるための取り組みを行っている。それらをまとめながら利用者の地域生活移行に向けた支援プログラムとして体系的に整備し、取り組んでいくことに期待したい。</p> <p>障害者自立支援法への対応を表記した平成23年度までの計画を明確にしている。その計画を基に運営するサービスや授産活動、職員体制や人材育成等の内容を盛り込んだ中・長期計画を策定することに期待したい。</p> |

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

| |
|--|
| <p>当事業所の現状を的確に評価して頂いたと思います。今回の結果を真摯に受け止め、高い評価を頂いた項目については更にステップアップを目指し、ご指摘を受けた項目に関しては改善を図ることで、今後の事業につなげていきたいと思っております。</p> |
|--|

4 評価分類別評価内容

| | | |
|--------|------------------|--|
| 評価対象 I | 1 理念・基本方針 | 法人の基本理念・経営理念、事業所の基本理念、基本方針を明文化しており、事業計画等に明文化している。理念は利用者の尊重や共生を、基本方針は職員に求められる知識・能力の維持・向上を盛り込んでおり、いずれも具体的な職員、利用者等にも分かりやすい内容となっている。 |
| | 2 計画の策定 | 自立支援法の移行に向けた平成23年度までの中・長期計画を策定しており、現状分析を行い、利用者の意向も盛り込んだ形で方向性を明確にしている。各年度の事業計画は中・長期計画に基づいたものとなっており、策定にあたっては各部門職員が素案を基に全体でまとめながら策定している。 |
| | 3 管理者の責任とリーダーシップ | 管理者は障害者福祉や地域生活への移行等について明確な考え方を有しており、福祉ホームの設置等、障害者が地域で暮らす意義を大切に事業展開を行っている。また、職員の人材育成を常に意識しており、日常的な関わりや職員調書等を通じて職員の意向を把握しながら、目標や役割意識の持てる職場環境づくりに努めている。 |

| | | |
|----------|----------------|--|
| 評価対象Ⅱ | 1 経営状況の把握 | 待機者の把握のほか、養護学校からの実習生受入れ、医療機関や法人内の就労支援センター等との連携により、潜在的利用者の把握に努めている。また、授産会議で収支状況の確認を行うほか、お米や納豆などの新製品の開発にもつなげている。 |
| | 2 人材の確保・養成 | 法人として人事管理に関するプランを有しており、採用計画等に反映している。また、授産活動等で専門の技術者などが必要な場合は事業所単位での採用も行うことができる。職員調書で職員一人ひとりの研修に関する目標設定を行っており、研修履歴の管理、個別面談等を行いながら、人材育成に努めている。 |
| | 3 安全管理 | 利用者の安全確保に関する担当者を配置した上で、交通事故、施設離園事故、自然災害防災、衛生、安全、感染症など様々なケースを想定した対応マニュアルを策定し、職員に周知を図りながら体制を整備している。また、職員への救急法やAEDに関する講習、避難訓練、地元消防団の協力による夜間や災害を想定した訓練も実施している。 |
| | 4 地域との交流と連携 | 理念に地域との共生を盛り込んでおり、利用者と地域とのかかわりについて方針を明確にしている。また、ボランティア受入れの意義を業務マニュアルに明記しており、研修等を通じて職員に周知し受入れを行っている。内部研修で社会資源の理解と活用を取り上げたり、市の自立支援協議会で事例検討を行う等、関係機関・団体等との連携の機会を確保している。 |
| 評価対象Ⅲ | 1 利用者本位の福祉サービス | 利用者の尊重について理念に明示しており、業務マニュアルに虐待の防止やプライバシーの保護等を盛り込み、職員に周知・理解を図っている。また、利用者満足度調査の実施や苦情解決第三者委員の設置、意見対応マニュアルを整備し利用者の意見等に速やかに対応できる体制づくりに取り組む等、利用者本位のサービス提供に努めている。 |
| | 2 サービスの質の確保 | マニュアル検討委員会を設置し職員間で協議しながら、各種介助や日常業務、授産活動や利用者の人権保護等に関する業務分類を行った上で、各種マニュアルを整備している。また、実施するサービスの自己評価、第三者評価を定期的に行い、質の確保に努めている。 |
| | 3 サービスの開始、継続 | 各障害者支援センター等へのパンフレットの配置や青森県のホームページを活用しての事業の情報提供を行うほか、体験入所や一日利用等に対応している。サービス開始にあたっては契約書・重要事項説明書によって説明を行っており、利用者及び家族等の同意の上で行っている。また、サービス終了後も相談対応を行う等、継続支援も行っている。 |
| | 4 サービス計画の策定 | 利用者の身体状況や生活状況、将来への要望等を詳細に把握することのできるアセスメント様式を用いてアセスメントを実施している。また、アセスメントの結果により利用者一人ひとり支援計画を策定しており、毎年度定期的に見直しを行うほか、必要時にはその都度見直しを行っている。 |
| 障害者・児施設A | 1 利用者の尊重 | 利用者の友人・知人との交流、外出・外泊等は自由に行えるほか、利用者自治会を設置し、利用者が自ら企画した行事を実施する等、主体的な活動を行っている。また、利用者の自立の尊重を基本とし「できる」というプライドを大切にしながら、重作業は段階的な取り組みを、難しい場合は別な活動を促すなど、利用者に合わせて対応している。 |
| | 2 日常生活支援 | 食事・入浴・排泄等の目的や介助方法を業務マニュアルに盛り込んでいる。マニュアルは職員参画の「マニュアル検討委員会」で策定・検閲・見直し等を行っており、職員に理解され業務に反映されている。利用者の好みの理・美容院の利用を推奨しており、必要に応じて送迎等の支援を行うなど、利用者の主体性を尊重した対応に努めている。 |

5 評価細目の第三者評価結果

評価細目の第三者評価結果

| 評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織 | 第三者評価結果 |
|---|---------|
| 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 |
| 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、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 | |
| 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。 | b |
| 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。 | a |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 評価対象 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 |
| 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。 | c |

| 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。 | 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。 | 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 | 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。 | 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り組みが行われている。 | a |
| 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 |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 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。 | a |

| 評価対象 Ⅲ 適切な福祉サービス | | 第三者評価結果 |
|----------------------------------|---|---------|
| 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 |
| 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 | | |
| 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されている。 | 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践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 | | |
| 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 | | 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 | 定期的にサービス計画の評価・見直しを行っている。 | a |
| 評価対象 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 |
| 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。 | a |
| A-1-(1)-④ | 利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。 | b |
| 評価対象 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 |
| 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。 | 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。 | a |
| A-2-(2)-③ | 浴室・脱衣場当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。 | 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。 | 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 | | 第三者評価結果 |
|---------------------|--|---------|
| A-2-(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・雑誌の講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 |