

# 福祉サービス第三者評価の結果

平成26年2月17日 提出(評価機関→推進委員会)



## 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)	障害者支援施設 金浜療護園		種別	障害者支援施設		
代表者氏名 (管理者)	今 勝代志		開設年月日	昭和53年4月1日		
設置主体 (経営主体)	社会福祉法人心和会		定員	85名	利用人数	85名
所在地	(〒030-0144) 青森市大字大別内字葛野180番地					
連絡先電話	(017)739-7208	FAX電話	(017)739-4077			
ホームページアドレス	<a href="http://www4.ocn.ne.jp/~kanehama/">http://www4.ocn.ne.jp/~kanehama/</a>					

### (2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事		
デイサービスセンターかねはま	外出支援・誕生会・ふれあい広場・防災訓練(以上毎月)		
居宅介護支援事業所「かねはま」	花見会、運動会、金浜王将戦、浅虫花火大会・		
指定特定相談支援事業所かねはま	ねぶた祭観覧、療護園祭、文化祭、もちつき大会、		
認知症グループホームあんしんハウス(2ユニット)	忘年バイキングパーティー 他		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
個室(16室)	特殊浴槽、普通浴槽、暖房、床暖房、		
2人室(15室)	非常通報装置、屋内消火栓、火災煙感知器、		
3人室(14室)	火災報知器、スプリンクラー設備、給湯、		
冷蔵庫、床頭台、タンス(定員数設置)	全自動洗濯機、乾燥機、ジェットタオル 他		
職員の配置			
職種	人数	職種	人数
園長	1人	生活支援員	42人
医師	1人	理学療法士	1人
事務員	5人	マッサージ師	1人
看護師	8人	管理栄養士	1人
サービス管理責任者	5人	調理員	6人

## 2 評価結果総評

### ◎ 特に評価の高い点

高く評価できる点には以下の5点が上げられる。

第1に、「敬愛・互譲・正義・信奉」という園是が職員証の裏面に記載され、引継ぎ時に朝の心得5か条を唱和するなど職員の行動規範となっている。第2に、金浜療護園地域総合防災支援対策協議会を主宰し、11町内会や消防団、民生委員との情報交換を図っていること、ダイレクトメールを使用し、金浜王将戦、療護園祭、文化祭などを地域の住民に案内していること、災害時に地域住民が園に避難できる体制を整備していることなど、地域の福祉力向上に努めていること。第3に、医療の充実や安全確保のために常勤医師や看護師8人の配置、ハセツパー(除菌システム)を県内で唯一導入するなど、施設の特色を活かすための体制を確保していること。第4に、インシデントやアクシデント事案に対し、すぐに会議を開催し、これまでの事例をもとに対策を立てていること。第5に、ピアカウンセラー(月2回)、オンブズマン(月1回)等を導入し、積極的に利用者の声を運営に反映させていること、また、定期的に第三者評価を受審し、利用者主体の施設運営がなされていること。

### ◎ 改善を求められる点

第1に、施設の果たすべき役割や入所率の向上、入居者の障害区分の見通し、具体的な修繕計画に至るまで、経営やサービス向上に関する中期的な展望が、管理者のビジョンとして描かれているものの、利用者及び職員の安心の視点から施設が理想とするサービス提供に向けて思い描いているビジョンの明文化が望まれる。第2に、実習生の受け入れが年間40人以上で積極的であり、窓口及び実習担当者については「業務内容一覧表」に明記されていることから、実習内容についても施設の決まりに沿って受け入れていることの明文化が望まれる。

第3に、研修修了者の発表は、職員会議や引継ぎ時における軽易な報告にとどまらず、もう少し時間をかけた報告会等の機会を設けることが望まれる。

## 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

評価結果は、好評を頂き誠にありがとうございました。今回の評価結果の内容以外でも施設の利用者やその家族の皆様がより満足できる様に、鋭意努力を重ね、利用者の皆様に「施設を利用して良かった。」と云われる施設づくりに努力してまいりますので、今後ともご支援ご協力の程宜しくお願い申し上げます。

評価機関	名 称	社会福祉法人青森県社会福祉協議会
	所 在 地	青森市中央三丁目20番30号
	事業所との契約日	平成25年7月25日
	評価実施期間	平成25年9月10日、平成25年9月17日
	事業所への 評価結果の報告	平成26年2月12日

## 4 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	評価結果講評
<b>I-1 理念・基本方針</b> 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。 I-1-1-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。 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。 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	「敬愛・互譲・正義・信奉」という園是が法人の理念として位置づけられ、制度改正やサービスの変化など社会情勢や現状を踏まえた年度毎のテーマや方針も明文化されている。それらは、職員や利用者(家族)向けに噛み砕いた表現によってパンフレット、事業計画及び広報誌等に掲載している他、園内掲示等により周知が図られている。また、職員証の裏面への記載や朝礼での唱和、会議等による理解を促す取り組みがなされ、職員の行動規範となっている。
<b>I-2 計画の策定</b> 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。 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。 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。 I-2-2-② 計画が職員や利用者に周知されている。	b	経営やサービス向上に関する中期的な展望が、管理者として描かれており、そのビジョンに基づいた上で、近年の福祉情勢や施設の現状を踏まえた具体的事業が明記されている。事業計画は「支援会議」「主任会議」「職員会議」を柱に、数ヶ月間を費やして評価・検討を重ね、次年度の事業計画が成案されるという職員参画による園の手順が確立している。また、利用者の趣向調査の結果や利用者の意向についても職員会議で集約され、事業計画に反映されている。
<b>I-3 管理者の責任とリーダーシップ</b> 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。 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。 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。 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	事業計画や広報誌に、管理者の姿勢や方針を明記するとともに、各種研修会や会議へ積極的に参加している。また、職員会議、主任会議、リスクマネジメント会議に積極的に出席し、苦情処理委員会を設けるなど管理者としての職責を果たしている。経営に関する現状を分析し、理事会で検討されている他、業務の効率化に向けて取り組んでいる。また、利用者の安全確保や健康維持を重視し、常勤医師や看護師を配置するなど職場環境を整備している。

評価対象 II 組織の運営管理	第三者評価結果	評価結果講評
<b>II-1 経営状況の把握</b>		県社協、市社協、経営協、県身障施設協など関連する各種団体に加盟し、会議や研修への参加を通して、業界全体の経営状況の把握に努めている。また、金浜療護園地域総合防災支援対策協議会を主宰し、11町内会や消防団、民生委員との情報交換を図りながら、地域の特徴や変化、福祉サービスに対する住民の潜在的なニーズの収集に努めている。その他、税理士による月1回の経理指導が行われている。
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。	a	医療の充実や安全確保のために常勤医師や看護師8人を配置するなど、施設の特徴を活かすための人材確保や人員に対する基本的な考え方や園独自のプランが確立されている。システム導入による人事考課を実施、職員とのコミュニケーションを積極的に図り、休暇取得や時間外労働についても調整が図られている。また、労働時間の短縮、常勤医師によるメンタルヘルスなど就業環境について管理者側の配慮がなされている。
<b>II-2 人材の確保・養成</b>		
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。		
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 職員の福利厚生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。	b	
II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みをしている。	a	
<b>II-3 安全管理</b>		各種マニュアルに基づき体制を整備し、毎年12月に救急法講習を実施している。また、消防荒川分団との協力による毎月の避難訓練などを実施しているほか、金浜療護園地域総合防災支援対策協議会を主宰して年3回開催し、地域を巻き込み安全管理に努めていることは高く評価できる。インシデント事案に対し、すぐリスクマネジメント会議を開催し、過去のデータを含め検討され改善が図られている。なお、ハセツパー(除菌システム)を県内で唯一導入していることは高く評価できる。
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	

<b>Ⅱ-4 地域との交流と連携</b>			金浜王将戦、療護園祭、文化祭などは、ダイレクトメールで地域に案内し、多くの人に参加している。福祉避難所として対応しているほか、地域住民が避難できる体制を整備していることは高く評価できる。資源台帳を各セクションに整備し、市役所を始めボランティア団体との定期的な協議や市ボランティアセンターとの協力体制ができています。
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
Ⅱ-4-(1)-①	利用者と地域との関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	
<b>評価対象 Ⅲ 適切な福祉サービスの実施</b>		第三者評価結果	評価結果講評
<b>Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス</b>			園是、職務内容一覧、介護マニュアル・医務マニュアルなどの各種マニュアル、個人情報保護規程、プライバシー保護、人事考課等に利用者尊重が明記され職員の行動指針となっている。個別支援計画作成も手順や担当等が詳細に決められ実施している。利用者からの意見や要望は、職員・班長・主任、管理者と共有され、すぐ対応されることに加え、「ふれあい広場」、ピアカウンセラー、オンブズマンの導入など多様な方法を取り入れ利用者の相談に応じている。
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	

<b>Ⅲ-2 サービスの質の確保</b>			職員会議(月1回)、支援会議(週1回)の場で、サービスの内容について自己評価を行うと共にマニュアルの見直しを行っている。また、サービスに対する課題の検討を行い、分析・改善が図られている。詳細なアセスメントに基づき、個別支援実施計画、モニタリング、再評価という個別支援計画の策定のプロセスと実施が標準化され、利用者の意見が反映されるようになっており、実施状況は朝夕の申し送り、引きつぎ、毎週の支援会議などで検証し、半年ごとに見直しされている。定期的に第三者評価調査を受審していることは高く評価できる。
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	
<b>Ⅲ-3 サービスの開始・継続</b>			パンフレット、ホームページに情報を公開しているほか、見学や体験入所ができる体制を整備し、重要事項説明書に基づき支援副主任が丁寧に説明を行い、契約に基づきサービスを開始する体制になっている。他機関や在宅等に移行が望ましい利用者に対し、必要な資料は最大限提供する体制になっている。
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。	a	
<b>Ⅲ-4 サービス実施計画の策定</b>			身体状況、生活状況等を詳細に把握できるアセスメント表を用いているほか利用者・保護者の意見等をもとにサービス実施計画を作成している。この中に利用者へサービス提供際の留意点や手順等が明示されており、細やかな点はコルクボードや職員連絡ノートで周知が図られ、ケース記録にも記載される体制になっている。支援計画の見直しは利用者の意見、家族の要望を取り入れ、毎週の支援会議で検討され策定する体制となっている。利用者の状況を全職員が把握し、利用者主体の運営が図られていることは高く評価できる。
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	