

【障害者・児施設版】 秋田県福祉サービス第三者評価 評価結果票

評価実施基準日	平成 29 年 4 月 25 日
評価確定公表日	平成 29 年 11 月 28 日
評価情報更新日	平成 年 月 日

◆ 評価を実施した機関

名称	(社会福祉法人) 秋田県社会福祉協議会
所在地	(〒 010 - 0922) 秋田市旭北栄町1番5号
TEL	(018) 864 - 2740
FAX	(018) 864 - 2742
E-mail	hyoka@akitakenshakyo.or.jp
ホームページURL	http://www.akitakenshakyo.or.jp

◆ 評価を受審した事業者

フリガナ 法人名称	(シヤカイフクシホウジン ハワフクシカイ) 社会福祉法人 花輪ふくし会
法人 所在地	(〒 018 - 5201) 秋田県鹿角市花輪字案内63-1
TEL	(0186) 22 - 4000
FAX	(0186) 22 - 4141
法人代表者	理事長 関 重 征
フリガナ 事業所名	ショウガイシヤンエンシセツ ヨウボウエン 障害者支援施設 更望園
サービス種別	知的障害者更生施設
管理者名	施設長 杉 江 幸 彦
開設年月日	昭和 59 年 4 月 1 日 定員数 30 名
TEL	(0186) 29 - 3740
FAX	(0186) 29 - 3741
E-mail	koubouen-hfk@hanawafukushikai.jp
ホームページURL	http://a-hanawafukushikai.jp/

◆ 評価の総評 (優れている点、改善を求められる点)

◇ 特に評価の高い点

◇ 法人は経営理念を「笑顔とありがとうの心で地域福祉を創造します」と定め、「地域性のある福祉の創造」などの経営方針を掲げ、更望園はこれを受けて「個人の尊厳を基本として、日々の暮らしが健康的で明るい生活の実現に努める」など施設方針・理念を明文化している。その実現のため中期計画と各年度事業計画が策定されており、「明るく豊かで潤いのある生活が出来る環境作りに努める」などを重点事項として課題を明確にし職員全体に周知徹底されている。また、利用者や家族にも法人理念・更望園運営方針や事業計画の内容を理解してもらえよう、写真やプロジェクターを使ってわかりやすく説明している。

◇ 事業所全体が一丸となって、積極的に業務改善の取組みを行っている。一人ひとりが研修目標シートを活用し、研修目標・研修後の実践目標・実践結果を記入することにより、人材育成とサービスの質の向上で効果が上がっている。人事考課制度も本格実施されて4年目になり、目標管理制度とともに効果が上がっている。メンタルヘルスチェックも引き続き行われ、職員の健康管理に配慮がなされている。平成29年度から外部監査が導入され、より透明性の高い運営の確保が図られている。事業所では、職員に対して、誕生日や記念日に休暇を取るよう推奨されており、年次休暇が取得しやすい環境になっている。

◇ 利用者支援業務標準を個々に作成し、利用者個々の状況に応じて、支援サービスの質の向上に努めている。QOL活動委員会で業務標準に沿った課題を設定し、検証している。居室を木製パネルで仕切り2名で使用するなど、多床室の解消を図り、住環境の改善を行っている。更に、プライバシーの確保のための整備費を予算化をしている。災害時における非常食の備蓄を行い、5日分のメニューを作成し備えている。また、その一部を地域住民にも提供できるよう、体制を整えている。

◇ 改善を求められる点

◇ 苦情解決の仕組みが整備され、隔月でサービス点検調整委員会が開かれている。利用者は、直接第三者委員に苦情や相談ができる体制になっている。しかし、具体的な事案の受付はない状態となっているため、日常の細かな苦情解決やサービス向上についても記録し、報告することで、この仕組みの活用を期待したい。

※ その他、特記事項

◇ 施設の方針は個人の尊厳を基本として、個々の有する能力を維持継続し、自己選択・自己決定を基に自立した日常生活を送ることができるよう日中活動を農産班・あゆみ班・内職班のグループに分けてきめ細かい支援を行っている。利用者の自治会である「四季の友」では、地域で生活する住民の一員として地域のクリーンアップ活動を行い、地域貢献に努めている。

◆ 細目の評価結果（基本評価45項目）

項 目	評価結果	優れている点・改善を求められる点	第三者評価に対する施設のコメント
I 福祉サービスの基本方針と組織			
1 理念・基本方針			
(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。			
①理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a	理念からは、使命や目指す方向を読み取ることができる。基本方針は、理念との整合性があり、具体的な内容となっている。施設内への掲示がされているほか、会議前の唱和で常に意識するよう図られている。利用者や家族には写真やプロジェクターを使い、わかりやすく説明している。	
2 経営状況の把握			
(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
①事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a	毎月の収支状況を、法人の施設長会で確認している。施設の運営会議では毎月予算執行状況を把握し分析している。社会福祉事業全体の動向についても法人本部が中心となって把握し、職員への周知を図っている。	
②経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a	職員会議・運営会議で、経営状況や改善すべき課題について協議している。利用者の高齢化に伴う課題への対応など具体的な取り組みを進めている。	
3 事業計画の策定			
(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
①中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a	平成30年度までの3か年の花輪ふくし会第三次基本計画が策定されている。更望園として3年間の収支計画を策定し、多床室の解消などに取組んでいる。	
②中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a	第三次基本計画の内容を反映した単年度計画が策定されている。また、年4回の職員会議で進捗状況を検証している。	
(2) 事業計画が適切に策定されている。			
①事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a	事業計画は、各担当毎に案を出し、それを集約し、策定している。9月の職員会議で上半期の進捗状況を振り返り下半期に臨むなど、実施状況の把握や評価を組織的に行っている。	

項	目	評価結果	優れている点・改善を求められる点	第三者評価に対する施設のコメント
	②事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a	事業計画は、利用者や家族にわかりやすいよう写真やプロジェクターを使用して説明し、周知を図っている。	
4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組				
(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。				
	①福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a	毎月のQOL活動委員会で、各部署毎に言葉遣いや整容などの課題を見つけ、サービスの質の向上に向けての取組み成果を上げている。	
	②評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a	前回の第三者評価受審結果及び自己評価結果を踏まえ、改善に向けて計画的に取り組んでおり、成果が上がっている。	
II 組織の運営管理				
1 管理者の責任とリーダーシップ				
(1) 管理者の責任が明確にされている。				
	①管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a	「更望園だより」に自らの役割と責任について掲載しているほか、会議の挨拶やコメント等でも表明している。	
	②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。	a	施設長は、法人本部での研究やメール等で遵守すべき法令を把握し、職員に周知するため施設内勉強会を行っている。	
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。				
	①福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。	a	施設長は、部下育成のため、コーチングで意識を高め、サービスの質の向上に指導力を発揮している。	
	②経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a	経営状況や予算執行状況をデータ化して職員に配布し、担当職員に説明させるなど、職員全体でコストに対する意識を深める取組に指導力を発揮している。	
2 福祉人材の確保・養成				
(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。				
	①必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a	花輪ふくし会人材育成計画に、期待される職員像が明記されており、職員はそれを目標としている。	

項 目	評価結果	優れている点・改善を求められる点	第三者評価に対する施設のコメント
②総合的な人事管理が行われている。	a	法人全体の人事管理基準の仕組みがあり、適切に実施されている。	
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
①職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a	誕生日や記念日に休暇をとるよう推奨し、年次休暇取得の促進に取り組んでいる。目標管理シートの中で年1回面談する仕組みが構築され、就業状況や意向を定期的に把握している。	
(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
①職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a	目標管理制度の中の研修部分とリンクした、一人ひとりの研修目標シートを平成28年度から作成している。研修目標・実践目標・実践結果に対するアドバイスも行われている。	
②職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a	平成27年に制定された花輪ふくし会人材育成計画に、研修体系が確立されており、それに基づいて実施されている。	
③職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a	一人ひとりの研修目標シートの活用により、適切に実施されている。	
(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。			
①実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	実習のマニュアルは整備されているが、受け入れ実績がないので今後は積極的な取組を期待したい。	29年度より、関係機関及び学校への呼びかけを積極的に行っている。
3 運営の透明性の確保			
(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。			
①運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a	事業や財務内容をホームページで公開している。地域に向けては、法人の広報誌を新聞折り込みで配布している。	
②公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a	内部監査を年3回実施しているほか、平成29年度からは外部監査を導入している。	

項 目	評価結果	優れている点・改善を求められる点	第三者評価に対する施設のコメント
4 地域との交流、地域貢献			
(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
①利用者との交流を広げるための取組を行っている。	a	地域の催し物の情報を掲示して利用者に周知しているほか、利用者は、近くのスーパーや隣の市へ買い物に出かけている。また、コンビニが来園し、買い物の機会を増やしている。	
②ボランティア等の受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	ボランティア受け入れマニュアルを整備し、受け入れの体制は整えているが、実績がない状況なので、今後は中学校の職場体験、高校のインターンシップ等への協力も視野に入れて実績の積み重ねを期待する。	前述の通り、29年度より関係機関及び学校への呼びかけを積極的に行っている。
(2) 関係機関との連携が確保されている。			
①福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a	地域の関係機関や団体を把握して一覧表を掲示している。また、年2回他の事業所や育成会等と連絡会を行っている。	
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
①福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a	施設の建物が地域の避難所として指定を受けているほか、地域住民用に提供する非常食も備蓄している。また、認知症や食事等について広報誌で情報提供している。	
②地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b	法人事業推進委員会で在宅の人も含めて高齢者や障害者に対して調査を行っている。地域における公益的取組については、法人として家賃軽減措置など社会生活上の支援を必要とする方へ福祉サービスを提供している。今後は更望園が所在する地域への貢献活動にも期待したい。	第三者評価の公益的取組の捉え方の基準と、制度との相違があり、制度に沿った評価を望みたい。29年度については、施設職員が地域行事へ参加している。今後、居住地域が求める事業を、地域住民と模索していく。
Ⅲ 適切な福祉サービスの実施			
1 利用者本位の福祉サービス			
(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
①利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a	利用者を尊重したサービス提供に向けて権利擁護や虐待防止の研修を行っている。平成28年度からは、利用者支援業務標準を基にした支援を行い、毎月振り返りを行っている。	
②利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a	プライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアルが整備されているほか、各種会議で職員に周知が図られ、権利擁護に配慮したサービス提供に努めている。	

項 目	評価結果	優れている点・改善を求められる点	第三者評価に対する施設のコメント
(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。			
①利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a	サービス内容がわかりやすいように写真入りの事業計画を作成し掲示しているほか、ホームページやパンフレットでも情報提供している。	
②福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a	サービスの開始・変更の際には、ふりがなをふるなど、わかりやすい資料で説明している。また、説明の時には利用者の笑顔が見られたか表情も確認している。	
③福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	事業所の変更の場合はサービスの継続に配慮してもらえるように、引き継ぎ書を作成し渡している。	
(3) 利用者満足の向上に努めている。			
①利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a	平成28年度、全利用者の生活状況や住まい等のアンケートを実施し、結果を踏まえて居室改修を行った。	
(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。			
①苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b	苦情解決の仕組みが整備されており、第三者委員が2か月に1度訪問し、利用者の苦情を直接受付する機会を設けている。しかし、具体的な事案の受付はない状態となっているため、日常の細かな苦情解決やサービス向上についても記録し、報告することで、この仕組みの活用を期待したい。	苦情相談受付簿(様式)を作成し、些細な事についても記載する体制を整え、29年度は1件の受付実績があり、対応している。
②利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	b	利用者が相談や意見を述べられるよう、廊下に相談窓口等を掲示している。しかし、具体的な事案の受付はない状態となっているため、利用者や家族が仕組みを活用しやすくなるよう工夫を期待したい。	同 上
③利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a	日々の生活上の相談や意見は、申し送りや連絡ノートを活用し、早急に対応できるよう努めている。また、利用者自治会からの意見に対しては自治会担当職員や利用者担当の職員で話し合い、申し送り等で共有している。	
(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。			
①安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a	隔月でリスクマネジメント委員会を開催し、事故・ヒヤリハット事例の検証を行い、再発防止に努めている。	

項	目	評価結果	優れている点・改善を求められる点	第三者評価に対する施設のコメント
	②感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a	感染症対策マニュアルを整備し、リスクマネジメント委員会で対応協議するとともにマニュアルの見直しも行っている。保健所主催の研修に参加し、復命研修により職員全員に周知徹底している。	
	③災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b	非常食の備蓄と5日間のメニューが準備されているほか、台風・豪雨・人災も含めた災害対応マニュアルを整備している。平成28年度は居室改修のため夜間想定避難訓練が実施されていないので、平成29年度は早期に実施することが望まれる。	平成29年7月25日夜間想定避難訓練実施済み。
2 福祉サービスの質の確保				
(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。				
	①提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a	利用者支援業務標準が文書化されており、これに基づいたサービスを提供するため、毎月の生活支援会議で目標設定するとともに評価も行っている。	
	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	利用者支援業務標準は毎月の生活支援会議において見直しを行っているほか、インフルエンザ発生後に感染症対応マニュアルの見直しを職員会議で行った。	
(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。				
	①アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a	アセスメントに基づき、サービス管理責任者を中心としてサービス管理部と担当支援員・看護師・栄養士の関係職員の合議で、個別支援計画が策定されている。また、支援困難ケースの対応のため強度行動障害に関する研修を受講し、受講後対応策の検討も行っている。	
	②定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	計画の評価と見直しは、サービス管理責任者が中心となってサービス管理部・担当支援員・看護師・栄養士の4人がチームを組んで行っている。	
(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。				
	①利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a	支援計画に基づくサービスの実施状況の記録は、支援ソフトで行われ共有されているほか、書き方に差異がでないよう、「記録の書き方」を職員に配布するとともに書き方の基本をパソコンに貼り、職員の共有化に取り組んでいる。	
	②利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	個人情報に関する基本方針・利用に関する基本規程・個人情報開示規程が定められている。また、管理の責任者も設置され、管理は適切に行われている。	

◆ 細目の評価結果（内容評価26項目）

項 目	評価結果	優れている点・改善を求められる点	第三者評価に対する施設のコメント
1 利用者の尊重			
(1) 利用者の尊重			
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	言葉での意思伝達が困難な人には視覚的コミュニケーション（筆談や表示板）を用いている。	
②利用者の主体的な活動を尊重している。	a	利用者の会である「四季の友」開催には、職員がサポートしながら主体的な活動を支援しているほか、月1回の職員と語る会で定期的に協議する場も設けている。また、利用者のクリーンアップ活動で地域の人々との交流も図っている。	
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	利用者の日課表を作成し、農産班・あゆみ班・内職班とグループ別に見守りと支援を行っている。	
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	利用者個人の持つ強さやできることを高めるため、調理実習・洗濯・町営バスでの外出等を支援計画に盛り込んで学習・訓練を行っている。	
2 日常生活支援			
(1) 食事			
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	支援計画に基づき、きざみ食・減塩食・マンナンご飯が用意されている。	
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	メニューは管理センターで作成しているが、月1回は利用者の意見を取り入れ、誕生日にはスーパーで好きなものを購入し食べることができる。年1回嗜好調査を行い、食べられないものは代替食を提供している。	
③喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a	明るい色のテーブルクロスを使用し、喫食環境に配慮している。希望者は居室で食事がとれるほか、ある程度の幅で好きな時間に食べられる体制となっている。	

項 目	評価結果	優れている点・改善を求められる点	第三者評価に対する施設のコメント
(2) 入浴			
①入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事項に配慮している。	a	利用者毎の入浴支援業務標準により、一人ひとりの事情に配慮して行われている。	
②入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	自力で入浴可能な人は毎日入浴ができるが、介助が必要な人は男女に分けて1日置きとなっている。作業後の入浴や夜間の入浴など希望に沿って行われている。	
③浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	浴室・脱衣場には暖房設備があり、中間浴の導入や手すり・段差解消など環境は適切である。	
(3) 排泄			
①排泄介助は快適に行われている。	a	排泄介助は健康状態や注意事項について利用者支援業務標準で明示され行われているほか、マニュアルによりプライバシーに配慮し支援されている。	
②トイレは清潔で快適である。	a	トイレは改修工事が行われており、臭いも無く清潔に保たれている。	
(4) 衣服			
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	好みを自己表現できる人は、職員が付き添い、隣接市の店舗まで買物に出かけている。また、自己表現が苦手な人には家族の意向を確認して職員が対応している。さらに、通販も活用し、自己選択・自己決定を支援している。	
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	着替え等の支援が適切に行われている。QOL活動でも整容を目標に掲げて着替えの支援に取り組み、汚れた衣類は速やかに対応している。	
(5) 理容・美容			
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	髪型は、それぞれの好みを尊重したものとなっている。	
②理髪店や美容院の利用について配慮している。	a	職員の付き添い支援により、希望の理髪店や美容院を利用することができている。	

項 目	評価結果	優れている点・改善を求められる点	第三者評価に対する施設のコメント
(6) 睡眠			
①安眠できるように配慮している。	a	平成28年度の居室改修工事により多床室の解消を図り、1室を中心に仕切って2名で利用できるようになった。また、ベッド・畳の利用は希望に沿い安眠に配慮がされている。	
(7) 健康管理			
①日常の健康管理は適切である。	a	健康診断は年2回実施。月1回嘱託医が来園し診察を行っているほか、歯科は町立歯科医院を定期的に受診している。インフルエンザ等の予防注射は家族の同意を得て実施している。	
②必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	嘱託医である町立診療所には入院設備がないため、かつの厚生病院の協力を得ている。	
③内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a	薬は看護師が管理している。平成27年度にあった誤薬事故後に再発防止対策として利用者の顔写真入りの服薬ケースとマニュアルを整備し、看護師がその日の分を男女に分け、支援員2名で確認してケースに納め、間違いのないよう扱っており、その後1年以上誤薬事故がない。	
昭和			
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	アカシア祭りなど町の行事を掲示して知らせており、希望者は、職員の付き添いで参加している。その他にも季節行事・買い物・外食・旅行など、希望を取って支援している。	
(9) 外出・外泊			
①外出は利用者の希望に応じて行われている。	a	外出・旅行は、事前に希望を調査し、計画的に支援している。旅行はグループ毎に職員が支援している。また、職員の支援がなくても外出ができるよう、福祉タクシーなどの情報の提供もしている。	
②外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a	盆や正月、連休や週末などの帰省は、本人と家族の希望に応じて行われている。	

項 目	評価結果	優れている点・改善を求められる点	第三者評価に対する施設のコメント
(10) 所持金・預かり金の管理等			
①預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a	施設の預かり金管理規程に基づき適切に管理されている。施設においては、施設長が毎月チェックを行っているほか、年3回の法人の内部監査の際にもチェックを受けている。また、本人や家族には3か月に一度報告している。自己管理できる方は鍵付きロッカー等で管理している。	
②新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	a	個人で好みのものを購入して楽しんでいるほか、施設としても食堂や各ホールにテレビを設置し、新聞も提供している。	
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、利用者の意思や希望が尊重されている。	a	飲酒・喫煙は健康等に留意した上で自由であり、喫煙は喫煙所を定めている。喫煙者は、短期入所者のみである。	