

福祉サービス第三者評価の結果

平成28年3月23日 提出(評価機関→推進委員会)



1 施設・事業所情報

(1) 事業所概況

事業所名称 (施設名)	いちい寮		種別	障害者支援施設	
代表者氏名 (管理者)	寮長 川村 謙一		開設年月日	平成20年4月1日	
設置主体 (法人名等)	社会福祉法人 八戸市社会福祉事業団	定員	52	利用人数	51
所在地	(〒031-0815) 青森県八戸市大字松館字在家山谷19-3				
連絡先電話	0178-96-4891	FAX電話	0178-96-4903		
ホームページアドレス	https://www.hi-net.ne.jp/~ichii/				
第三者評価の受審状況	これまでの受審回数	受審履歴			
	回				

(2) 基本情報 ※必要に応じて写真等追加可能

理念・基本方針	わたしたち八戸市社会福祉事業団は、社会福祉の専門性と情熱をもって、誰もが生き生きと暮らせる心豊かな地域社会の創造を目指します。																																								
	サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事																																							
	日中、夜間を通じて、食事・排泄・入浴など介護や生活等に関する	4月 花見会 5月 親子レクリエーション 6月 食事会 7月 夏祭り																																							
	相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援を行っています。	8月 夏季家庭実習 9月 旅行 10月 健康診断 11月 文化祭																																							
		12月 忘年会 1月 愛の輪レクリエーション 2月 えんぶり見学会 3月 自由外出																																							
その他、特徴的な取組	<ul style="list-style-type: none"> 毎月利用者自治会を開催し、利用者の声を施設運営に反映させている。 福祉オンブズマンを導入し、利用者の要望を施設運営に反映させている。 																																								
	居室概要	居室以外の施設設備の概要																																							
	第1棟 男子・女子居室 各4人部屋(和室、洋室)	・男女トイレ及び洗面所 ・男女被服室 ・浴室及び脱衣場																																							
	第2棟 男子・女子居室 各4人部屋(和室、洋室) 女子2人部屋(和室、洋室)	・相談室及び家庭科室 ・体育館及び作業棟 ・医務室及び静養室																																							
	※障害の特性により、1人部屋で対応している利用者もいます。	・食堂及び調理室 ・洗濯室及びリネン室																																							
職員の配置	<table border="1"> <thead> <tr> <th>職種</th> <th colspan="2">人数</th> <th>職種</th> <th colspan="2">人数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>施設長</td> <td>常勤:1</td> <td>非常勤:</td> <td>栄養士</td> <td>常勤:1</td> <td>非常勤:</td> </tr> <tr> <td>サービス管理責任者</td> <td>常勤:1</td> <td>非常勤:</td> <td>用務員</td> <td>常勤:1</td> <td>非常勤:2</td> </tr> <tr> <td>生活支援員</td> <td>常勤:29</td> <td>非常勤:</td> <td>調理員</td> <td>常勤:</td> <td>非常勤:</td> </tr> <tr> <td>事務員</td> <td>常勤:1</td> <td>非常勤:</td> <td></td> <td>常勤:</td> <td>非常勤:</td> </tr> <tr> <td>看護師</td> <td>常勤:1</td> <td>非常勤:</td> <td></td> <td>常勤:</td> <td>非常勤:</td> </tr> </tbody> </table>					職種	人数		職種	人数		施設長	常勤:1	非常勤:	栄養士	常勤:1	非常勤:	サービス管理責任者	常勤:1	非常勤:	用務員	常勤:1	非常勤:2	生活支援員	常勤:29	非常勤:	調理員	常勤:	非常勤:	事務員	常勤:1	非常勤:		常勤:	非常勤:	看護師	常勤:1	非常勤:		常勤:	非常勤:
職種	人数		職種	人数																																					
施設長	常勤:1	非常勤:	栄養士	常勤:1	非常勤:																																				
サービス管理責任者	常勤:1	非常勤:	用務員	常勤:1	非常勤:2																																				
生活支援員	常勤:29	非常勤:	調理員	常勤:	非常勤:																																				
事務員	常勤:1	非常勤:		常勤:	非常勤:																																				
看護師	常勤:1	非常勤:		常勤:	非常勤:																																				

2 評価結果総評

◎ 特に評価の高い点

基本方針として利用者の意思及び人格を最大限に尊重した福祉サービスを提供し、充実した自立生活の実現を掲げています。

職員が福祉・介護に関する専門資格を積極的に取得し、業務遂行能力の向上を図り、自己啓発の意欲を喚起することを目的として、資格取得者に報奨金を支給する仕組みを新たに創設するなど、人材の育成に向けて積極的に取り組んでいます。

サービスの質の向上に向けた取組みとして、福祉オンブズマン(月1回来訪)という外部からの目を導入し、利用者の声(要望)の聞き取りや環境面などの改善提案を受けて、順次改善に向けて取り組んでいます。

職員間の人間関係が良好で、話しやすい雰囲気づくりに努めており、勤務表を作成する際には、前もって職員の予定を聞き、有給休暇の取得状況なども確認して作成しています。

このように、福祉オンブズマンの受入れ、上司や職員間の良好な人間関係、いずれも風通しの良い開かれた組織運営により、結果として利用者への質の高いサービスの提供と職員の定着を実現しています。

利用者の自治会や福祉オンブズマンの受入で、利用者の声や思いを吸い上げる体制ができており、出された意見等は検討され次年度の計画や経営に活かすという流れが定着しています。

「障害者虐待チェックリスト」に全職員で取り組み、虐待への理解を深めるとともに、日常支援の気づきにつなげ、利用者本位のサービスを図っています。また、オリジナルの自己評価に全職員で取り組み、その結果は数値で表して検討・分析され、利用者が安心して生活できるよう支援に活かされています。

◎ 改善を求められる点

中・長期計画は、「職員体制」と「施設整備」のための積立計画にとどまり、ビジョン(目標)が明確になっておらず、収支計画も策定されていません。

中・長期計画は、社会の情勢や動向・ニーズ等の変化に対応するために策定し、施設の方向性(3~5年後のあるべき姿)を示すものです。現在の中・長期計画として捉えている「職員体制」「施設整備」に加え、「組織体制」「人材育成」「財務(資金)状況」「サービス内容」などに関して、可能な限り数値目標や具体的な成果目標を設定した計画づくりが望まれます。

3 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

訪問調査や評価結果においては、新たな着眼点や確認事項に、真剣かつ精力的に評価していただきありがとうございました。評価結果を受け、総表に示された「特に評価の高い点」については、培われた伝統の上にさらに伸展させていきたいと思えます。また、新たな視点や改善を要する点につきましては、今後の検討課題と考えております。

今回、初めての第三者評価の受審となりましたが、訪問調査日の限られた時間の中で、当施設の提供しているサービス内容を十分に理解していただけるようできる限り努力しました。今後もより良い障害福祉サービスの向上を目指し、これまでどおり風通しの良い職員関係を継続させながら、生活支援に努めてまいりたいと思えます。本当に、ありがとうございました。

評価機関	名 称	社会福祉法人 八戸市社会福祉協議会
	所 在 地	青森県八戸市根城8丁目8番地155号
	事業所との契約日	平成 27年 8月 28日
	評価実施期間	平成 27年 12月 4日~平成 27年 12月 11 日
	事業所への 評価結果の報告	平成 28 年 2 月 18 日

第三者評価結果

※すべての評価細目(45項目)について、判断基準(a・b・cの3段階)に基づいた評価結果を表示する。
 ※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象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・周知されている。		
1	I-1-(1)-①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。
		a <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>・法人の理念として、誰もが生き活きと暮らせる心豊かな地域社会の創造を目指す姿勢を謳い、基本方針は職員の行動規範となるようなものになっています。		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-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 <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>・施設経営者協議会等の研修会に参加し、社会福祉の動向等の把握に努めています。		
3	I-2-(1)-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 <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>・経営上の課題は法人本部へ連絡され、役員間での共有されています。また、経営課題は、職員会議で説明するなどして職員間で共有されています。		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-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・b <input checked="" type="radio"/> c
<コメント>・中・長期の視点での計画は、「職員体制」と「施設整備」のための積立計画が立てられています。		
5	I-3-(1)-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・b <input checked="" type="radio"/> c
<コメント>・収支を伴う中・長期計画は策定されておらず、単年度計画に反映されていません。		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-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 <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>・事業計画の策定は、一般職員の意見を集約し、主任、施設長が参加する会議を経て策定しています。また、事務管理を含め改善提案を全職員に募り、事業計画に反映しています。		
7	I-3-(2)-②	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。
		a <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>・利用者に対する事業計画の周知は、毎月開催されている利用者自治会において周知し、家族には「親の会」の会議開催時に説明しています。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(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。		
8	I-4-(1)-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。
		<input checked="" type="radio"/> a・b・c
<コメント>・サービスの質の向上に向けた体制として、半期毎に開催するモニタリング会議を開催しています。また、毎年で自己評価を実施しています。		
9	I-4-(1)-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。
		<input checked="" type="radio"/> a・b・c
<コメント>・自己評価は4点満点方式となっており、評価結果から、平均点が3点を下廻った項目を課題として捉え、改善策を検討し、次年度の計画に反映しています。		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-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 <input checked="" type="radio"/> b c
＜コメント＞・管理者は、自らの役割と責任を年度ごとに業務分担表に明記するとともに、職員会議や内部研修において表明し、管理者の役割を理解されるように取り組んでいます。		
11	Ⅱ-1-(1)-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 <input checked="" type="radio"/> b c
＜コメント＞・管理者は、法令遵守の観点での研修や勉強会に参加しています。また、最新の法制度の情報収集にも心掛け、自ら法令や倫理を正しく理解する取り組みを行っています。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-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。 <input checked="" type="radio"/> a b c
＜コメント＞・管理者は、サービスの質の現状について、定期的かつ継続的に自ら確認し、支援内容の評価・分析を行っています。		
13	Ⅱ-1-(2)-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。 <input checked="" type="radio"/> a b c
＜コメント＞・管理者は、夜間の人員配置を厚くし利用者への支援の充実を図ると同時に、職員の腰痛予防や心の健康に配慮する取り組みを行い、職員が働きやすい環境整備にも指導力を発揮しています。		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(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。		
14	Ⅱ-2-(1)-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。 <input checked="" type="radio"/> a b c
＜コメント＞・施設として必要な社会福祉士や介護福祉士が確保され、募集時には専門資格を明示しています。		
15	Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。 a <input checked="" type="radio"/> b c
＜コメント＞・採用、異動、昇給等の人事基準があり、人事考課については、職員に基準を公表しています。		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	Ⅱ-2-(2)-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。 <input checked="" type="radio"/> a b c
＜コメント＞・職員間の関係が良好で、話しやすい雰囲気づくりに努めており、家庭事情により夜勤等に配慮しています。		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	Ⅱ-2-(3)-①	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 <input checked="" type="radio"/> a b c
＜コメント＞・職員が福祉・介護に関する専門資格を積極的に取得し、業務遂行能力の向上を図り、自己啓発の意欲を喚起することを目的として、資格取得者に報奨金を支給しています。		
18	Ⅱ-2-(3)-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 <input checked="" type="radio"/> b c
＜コメント＞・教育、研修計画は、年間で内部研修と外部研修の計画が策定され実施されています。また、随時入ってくる研修については、職種やテーマに応じて参加させています。		
19	Ⅱ-2-(3)-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 <input checked="" type="radio"/> b c
＜コメント＞・新任職員には、辞令交付時に3日間の新人研修を実施しています。また、職員の専門資格の取得状況等を把握し、職種別研修やテーマ別研修等の機会を確保しています。		
Ⅱ-2-(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。		
20	Ⅱ-2-(4)-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。 <input checked="" type="radio"/> a b c
＜コメント＞・実習生の受入れに備え、実習指導者研修を修了した職員を配置し、専門職の育成に積極的に取り組んでいます。		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	Ⅱ-3-(1)-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・b・c
＜コメント＞・ホームページなどを活用して、提供するサービス内容や決算情報を公開しています。		
22	Ⅱ-3-(1)-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 ①・c
＜コメント＞・事務・経理に関する規程が整備され、規程に基づいた執行、管理体制が確立しています。また、会議等を通じて、職員には管理体制や事務の流れなどが周知されています。		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		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。		
23	Ⅱ-4-(1)-①	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。 a ①・c
＜コメント＞・利用者と地域との交流を広げるため、活用できる地域の情報を収集し、掲示板を設けて利用者に提供しています。また、夏祭り等には地域の方を招待し、交流の機会を設けています。		
24	Ⅱ-4-(1)-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。 a・b・c
＜コメント＞・ボランティア受入れについての基本姿勢を明文化し、マニュアルを作成しています。受入時には、活動内容や利用者との接し方など担当職員から事前に説明をして受入れています。		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	Ⅱ-4-(2)-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・b・c
＜コメント＞・利用者の状況に対応できる関係機関・団体を明確にし、支援員室に掲示するなど職員間で情報の共有化が図られています。		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-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・b・c
＜コメント＞・家族へのレスパイトケアや多様な相談・助言を行っています。また、ショートステイは週末に受入れている施設が少ないことから、週末の受入れに努めています。		
27	Ⅱ-4-(3)-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。 a ①・c
＜コメント＞・利用者本人と家族の多様なニーズを解決・緩和する事業として、日中一時支援事業を行っています。		

評価対象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。		
28	Ⅲ-1-(1)-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・b・c
＜コメント＞・基本理念や事業計画には、利用者を尊重する姿勢が明示され、利用者との接し方の指針、マニュアルが作成されており、利用者の権利と義務、職員の倫理要領が謳われています。		
29	Ⅲ-1-(1)-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・b・c
＜コメント＞「いちい寮マニュアル集」行動規範に、利用者のプライバシー保護に関する具体例を記載し、職員へ周知し生活支援にあたっています。		
Ⅲ-1-(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。		
30	Ⅲ-1-(2)-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 ①・c
＜コメント＞・利用希望者への情報提供は、パンフレットやホームページで提供し、来所者には写真や絵の入った資料で説明しています。また、施設のパンフレットは関係機関に配布しています。		

31	Ⅲ-1-(2)-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。	㉑・b・c
<p><コメント>・モニタリングは6か月に1回定期的に行い、また、計画の説明は、利用者や家族に支援の経過が分かるように丁寧に行い、同意を得ています。</p>			
32	Ⅲ-1-(2)-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。	㉑・b・c
<p><コメント>・利用者がグループホームに移行したり、家庭に戻る場合にはアフターケアに重点を置き、移行先の事業所や家族と密接な連携が図られています。</p>			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
33	Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	㉑・b・c
<p><コメント>・利用者自治会からのヒアリング、オンブズマンからの報告により、意見等は管理者がまとめ、職員会議で分析・話し合わせ、次年度の事業計画等に反映されています。</p>			
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。			
34	Ⅲ-1-(4)-①	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	㉑・b・c
<p><コメント>・施設の玄関には苦情受付責任者や第三者委員等が掲示されており、意見箱は、職員から見えない場所に設置され、利用しやすいよう配慮されています。</p>			
35	Ⅲ-1-(4)-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。	a ㉑・c
<p><コメント>・利用者ごとの担当者は決まっていますが、どの職員でも利用者からの相談ができる体制を整えています。</p>			
36	Ⅲ-1-(4)-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 ㉑・c
<p><コメント>・相談や意見等受けた時の記録や報告の方法はマニュアルが作成されており、業務日誌やケース記録に記入され、職員間で共有されています。</p>			
Ⅲ-1-(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。			
37	Ⅲ-1-(5)-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。	㉑・b・c
<p><コメント>・ヒヤリハットや事故があった場合には、報告書を作成し、月1回の職員会議で報告・共有し、事故の未然防止や再発防止に取り組む体制ができています。</p>			
38	Ⅲ-1-(5)-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。	㉑・b・c
<p><コメント>・「健康管理マニュアル」や「ノロウイルス対応マニュアル」「インフルエンザ対応マニュアル」が作成されており、感染症の予防や発生時の対応に備えています。</p>			
39	Ⅲ-1-(5)-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。	㉑・b・c
<p><コメント>・マニュアルを作成し、消防署の協力の元、年に3回、隣接する施設と一緒に火災や地震を想定した訓練を実施しています。</p>			

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

			第三者評価結果
Ⅲ-2-(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。			
40	Ⅲ-2-(1)-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。	㉑・b・c
<p><コメント>・利用者に提供するサービスのマニュアル(食事介助・入浴介助・排せつ介助等)を作成し、職員が同じ支援ができるよう全職員へ配布し周知しています。</p>			
41	Ⅲ-2-(1)-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。	㉑・b・c
<p><コメント>・職員会議後に支援会議を開催し、支援方法について検証を行っています。利用者の高齢化により、高齢化への対応に向けたマニュアルの見直しが行われています。</p>			
Ⅲ-2-(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。			
42	Ⅲ-2-(2)-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 ㉑・c
<p><コメント>・利用者の個別支援計画は、標準的なアセスメントに基づき、部門を横断した職員が参加し策定されています。</p>			

43	Ⅲ-2-(2)-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 ㊀・c
<p><コメント>・実施計画は、マニュアルに基づき、定期的の実施状況の評価し、必要な場合には会議で検討し、保護者に説明した上で行っています。</p>			
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
44	Ⅲ-2-(3)-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、職員間で共有化している。	a ㊀・c
<p><コメント>・利用者の日々の出来事は、統一された書式で記録され、その日の夜勤職員が翌日の朝礼で報告する仕組みができており、職員間での情報共有が図られています。</p>			
45	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。	㊀・b・c
<p><コメント>・個人情報保護要綱に基づき適正に管理され、運営規程にも「個人情報の保護」に関する規定を明示し、職員へ周知しています。</p>			