

福祉サービス第三者評価の結果

平成20年1月21日

評価機関	名 称	(社)青森県社会福祉士会
	所 在 地	青森市中央3丁目20-30 県民福祉プラザ5階
	事業所との契約日	平成19年8月31日
	評価実施期間	平成19年8月23日～平成19年10月22日
	事業所への 評価結果の報告	平成19年11月20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)	知的障害者更生施設(通所)「みらいの里」	種別	障害者施設		
代表者氏名 (管理者)	理事長 永 井 三 雄	開設年月日	平成17年4月1日		
設置主体 (経営主体)	社会福祉法人 浪岡あすなろ会	定員	30名	利用人数	27名
所在地	〒038-1342 青森市浪岡大字樽沢字上野74-1				
連絡先電話	0172-69-1234	FAX電話	0172-69-1233		
ホームページアドレス	http://www.rin-dou.com				

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事			
日中活動	社会生活支援			
…機織り、リサイクル、就労支援、運動・健康維持活動	…ウォーキング・買物・ドライブ			
	余暇支援			
	…買物・室内余暇・入浴			
	健康支援			
居室概要	居室以外の施設設備の概要			
	・事務室・相談室・会議室・医務室・休憩室			
	・利用者玄関・トイレ・洗面所・食堂・調理室・倉庫			
	・更衣室(男女)・作業場			
職員の配置				
	職種	人数	職種	人数
	施設長	1名		
	支援スタッフ	6名		

2 評価結果総評

<p>◎特に評価の高い点</p> <p>「個人としての権利と自由を保障し、『その人らしく』地域で暮らし、健康で豊かな地域社会作りに貢献します」という理念に沿って、施設長を始め支援スタッフが丸となって、利用者本位のニーズに沿った利用者支援が提供されており、あたたかみのある、すがすがしい印象の気持ちのよい施設である。</p> <p>利用者それぞれのペースを大事にし、個人を尊重しており、利用者への言葉かけやさりげない支援の方法にも配慮が感じられ、障害者支援に対する考え方がしっかりとできており、施設内の雰囲気がとてもよい。利用者をかけがえのない存在として大切にしていることが感じられ、職員間の調和がとれており、安定したサービスが提供できている。</p>
<p>◎ 特に改善を求められる点</p> <p>職員間では理念が周知され、理念に沿った支援がされているが、家族や地域への理念の周知がされていないので、日常的に目につくように施設内に理念を張り出すとか広報に掲載するなど周知することが望ましい。利用者本位の支援がされており現職員には徹底されているが、異動や新任職員が配置になることもあるので、支援のマニュアルを整備し、一定の手順で同質のサービス提供ができるように体制を整えた方がよい。</p> <p>個別支援計画やモニタリングなどの記録は整備されているが、アセスメントの手順が明確になっておらず、今後の課題としたい。</p>

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>第三者評価を受審し自己評価を記入した段階で、いろいろな面で日常的に意識していなかったことが明確になり、自分たちの支援を振り返る意味で大変有意義であった。結果を踏まえ、今後どのように課題に取り組んでいくかということが大事な点だと思うので、少しずつでも改善をしていきたいと考えている。</p> <p>通所施設であるためスタッフの人数が少なく、送迎も行っているため、スタッフの休憩時間を十分に確保することができない状況にあるが、何とか対処できるように取り組みたい。</p>
--

4 評価分類別評価内容

評価対象 I	1 理念・基本方針	施設の理念・基本方針が明確に打ち出されており、施設の案内や事業計画にも記載されている。施設長はじめ支援スタッフも理念に基づいて利用者支援が行われている。
	2 計画策定	施設の5カ年計画が策定されており、事業計画に記載されており、利用者や家族、職員に周知されているが、事業計画の評価・見直しが十分ではなく、次の段階へ反映させる取り組みがなされていない。
	3 管理者の責任とリーダーシップ	施設長は障害者施策に関する情報を収集し、スタッフに伝達し、法令遵守に努めている。強いリーダーシップではなく、職員間の調和を大事して、利用者支援については他職員の模範になっている。

評価対象Ⅱ	1 経営状況の把握	法人に経営コンサルタントが入っており、経営状況の把握に努めているので、経営状況は分析して課題は発見できるが、改善に向けた取り組みはしていない。外部監査も実施していない。
	2 人材の確保・養成	障害者自立支援法の新体系に移行するため、人員配置の見直しが必要であることは理解しているが、具体化されていない。 人事考課の導入を考えているが、客観性をどうもつのかという課題があり、今後法人と共に取り組んでいく。
	3 安全管理	利用者の安全を確保するために、緊急時対応マニュアルや感染症に 応じたマニュアルを整備している。防災訓練と救命講習も受講し、安全管理に努めている。
	4 地域との交流と連携	法人の他施設と一緒に行事に参加している。家族会を定期的 に開催し、家族との交流はある。ボランティアの受け入れや地域の福祉ニ ーズ把握には積極的に取り組んではいない。
評価対象Ⅲ	1 利用者本位の福祉サービス	利用者個々の個別支援計画が作成されており、課題と結果がきちん とまとめられている。オンブズマンを入れ、苦情解決制度の整備に取り 組んでいるが、プライバシー保護等のマニュアルが整備されていない。
	2 サービスの質の確保	今回第三者評価を受審し、課題を明確にして取り組んでいく予定であ る。利用者支援の記録はよいが、サービス提供におけるマニュアルが 整備されていない。
	3 サービスの開始、継続	サービス提供に際し、相談・重要事項の説明、適正な契約を行ってい る。また都合により利用を中断したり、他の施設へ移行になる時は本人 又は家族の同意を得て、支援が途切れないように情報提供している。
	4 サービス計画の策定	個別支援計画が策定されており、課題が明確になっており、支援がわ かりやすく記録されている。が、一定のアセスメントの手法が確立され ておらず、今後の課題としたい。
福祉サービス 内容評価(障 害版A)	1 利用者の尊重	利用者支援においては自立の視点で取り組んでおり、職員の支援 の姿勢は評価できる。ただ事業所として統一した支援の方法について マニュアル化されていない。一定の手順がわかるようにした方がよい。
	2 日常生活支援	食事や余暇等の取組についてプログラムを準備して実施しているが、 今後利用者の要望を取り入れ、自己選択・自己決定ができる支援を していくと利用者がさらに満足するサービス提供ができると思う。

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 ① 理念が明文化されている。	a · b · c
I-1-1-2 ② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a · b · c
I-1-2 理念、基本方針が確立されている。	
I-1-2-1 ① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a · b · c
I-1-2-2 ② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a · b · c
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 ① 中・長期計画が策定されている。	a · b · c
I-2-1-2 ② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a · b · c
I-2-2 計画が適切に策定されている。	
I-2-2-1 ① 計画の策定が組織的に行われている。	a · b · c
I-2-2-2 ② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a · b · c
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 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 · b · c
I-3-1-2 ② 遵守すべき法令等を正しく理化するための取り組みを行っている。	a · b · c
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 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 · b · c
I-3-2-2 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 · b · c

評価対象 II 組織の運営管理		第三者評価結果
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・b・c
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・b・c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	a・b・c
II-2 人材の確保・養成		
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・b・c
II-2-(1)-②	人事考察が客観的な基準に基づいて行われている。	a・b・c
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・b・c
II-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a・b・c
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・b・c
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・b・c
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・b・c
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・b・c
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・b・c
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・b・c
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・c

(評価対象 II 組織の運営管理)		第三者評価結果
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 ・ (b) ・ c
II-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	a ・ (b) ・ c
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 ・ b ・ (c)
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 ・ (b) ・ c
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	a ・ (b) ・ c
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 ・ (b) ・ c
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) ・ c

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) ・ b ・ c
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 ・ b ・ (c)
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 ・ (b) ・ c
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 ・ (b) ・ c
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 ・ (b) ・ c
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 ・ (b) ・ c
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 ・ (c)

(評価対象 Ⅲ 適切な福祉サービス)		第三者評価結果
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・(b)・c
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・(b)・c
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・(b)・c
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・b・(c)
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・(b)・c
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)・b・c
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・(b)・c
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・c
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)・b・c
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)・b・c
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・c
Ⅲ-4 サービス実施計画の策定		
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)・b・c
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・(b)・c
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)・b・c
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)・b・c

評価対象 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。	Ⓐ・b・c
A-1-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	a・Ⓑ・c
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・c
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。	Ⓐ・b・c
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・Ⓑ・c
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・Ⓑ・c
A-2-(1)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	Ⓐ・b・c
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・b・c
A-2-(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a・b・c
A-2-(2)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a・b・c
2-(3) 排泄		
A-2-(3)-①	排泄介助は快適に行われている。	Ⓐ・b・c
A-2-(3)-②	トイレは清潔で快適である。	Ⓐ・b・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・b・c
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。	Ⓐ・b・c
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・b・c
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・b・c
2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-①	安眠できるように配慮している。	a・b・c

2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-①	日常の健康管理は適切である。	Ⓐ・b・c
A-2-(7)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	Ⓐ・b・c
A-2-(7)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	Ⓐ・b・c
2-(8) 余暇・レクリエーション		第三者評価結果
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・Ⓑ・c
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・Ⓑ・c
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・b・c
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・b・c
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添って利用できる。	Ⓐ・b・c
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。	Ⓐ・b・c