

千葉県袖ヶ浦福祉センター 更生園

千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果

1 評価機関

| | |
|--------|----------------------------|
| 名 称 | 特定非営利活動法人コミュニティケア研究所 |
| 所 在 地 | 千葉市中央区千葉港4-4千葉県労働者福祉センター5階 |
| 評価実施期間 | 平成20年10月8日，平成20年10月23日～24日 |

2 評価対象事業者

| | | |
|-------|------------------|------------------|
| 名 称 | 千葉県袖ヶ浦福祉センター 更生園 | 種別：知的障害者入所更生施設 |
| 代表者氏名 | 理事長 小川 延英 | 定員（利用者人数）： 120名 |
| 所 在 地 | 袖ヶ浦市蔵波3108-1 | TEL 0438-62-2722 |

3 評価結果総評（利用者調査結果を含む。）

特に評価の高い点

平成18年4月に、母体法人である千葉県社会福祉事業団は、千葉県袖ヶ浦福祉センターの指定管理者となり、3年目を迎えるところである。同事業所では、民間施設では対応が難しい強度行動障がい者、厚介護の知的障がい者の支援を中心に行っている。支援の第一目的である、利用者の地域移行については、平成15年から平成20年までに120人強を実現した。重度の知的障がいを持つ利用者に対し、職員は個別具体的な支援を行っている。コミュニケーションが取れず、自傷他害行為を行う利用者らに対し、職員は冷静かつ専門的な視点で対応しており、利用者の自立に結びついている。県立施設としての役割を自覚し、安定的な運営を行うべく、しっかりとした事業計画のもと、日々の運営を行っている。

特に改善を求められる点

千葉県の指定管理者となった際に、職員の大幅な入替わりがあり、新人職員、契約職員が増加した。慢性的な人材不足も発生しており、既存職員へのしわ寄せが大きい。支援の難しい、重度の知的障がい者の多い施設なので、現在育成中の新人・契約職員らが、なるべく早く、既存職員の域に達していくことが望まれる。施設が棟別に築30～40年余りの古い建物であり、安全性の懸念される部分がある。強度行動障がい者支援のためにダンボール・ベニヤ板等で補強している箇所については、漏電による火災、釘の引っ張りによる怪我等、安全対策をしっかりとする必要があり、利用者の多くはコミュニケーションが取れない。利用者の意向や満足度については、更なる検討が望まれる。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（受審事業者の意見）

初めて第三者評価を受審し、当事業所の課題を改めて認識することができました。主に、現在育成中の職員の早急な育成、理念や基本方針の全職員への徹底、安全性の懸念される生活環境の設備面の改善等です。

設備面については、可能な点から改修に着手しておりますが、その他の課題についても、これまでの仕組みの活用及び改善により、さらにサービスの質の向上を図ってまいります。

なお、民間施設では対応困難な利用者の方への支援と、地域生活移行の取り組みが評価されたことは、県立施設として、今後の方向性を再確認する機会となりました。また、特別のニーズを有する利用者の方への支援の方法・内容に対する評価は、サービス向上を目指している職員一人ひとりにとって、今後も大きな励みとなります。

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア研究所

5 事業者の特徴（受審事業者の意見）

更生園は、重度の知的障害であって、手厚い介護や日常的に医療的ケアを必要とする方、高齢の方、強度行動障がい及び行動障がいを有する方が利用されています。

そのため、医療との密な連携や専門家による助言のもと、利用者の方の健康、疾病、身体機能、障害特性、行動特徴等、一人ひとりの状況やニーズに合わせた日常生活の支援や、楽しみとなる時間や満足感の持てる活動を提供しております。また、利用者の方が安心して日々を過ごせるよう、安全を最優先した支援体制を組むとともに生活環境の整備に努めています。

さらに、利用者の方の地域生活への移行も積極的に進めておりますが、御本人及び御家族の希望にそって、安心して地域での暮らしを営まれるよう取り組んでいます。

千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果

6 分野別特記事項

【施設共通項目】

| 大項目 | 分野別特記事項（特に優れている点・特に改善を求められる点） |
|----------------|---|
| 福祉サービスの基本方針と組織 | <p>特に優れている点</p> <p>1 管理者は、利用者一人ひとりの特性に合わせた支援を職員とともに考え、工夫しながら行っている。その結果として利用者が安定した生活ができるようになってきている。</p> <p>2 事業計画の中に、重点目標として重点課題を明確化し、全職員で共有化している。また、今年度より重点目標と連動した人事考課を取り入れた。地域移行を推進するためには建物、設備等の環境設定と人材の育成、人員配置などの条件整備が不可欠と位置付けている。</p> <p>特に改善が求められる点</p> <p>1 基本方針等は全ての職員に周知されているが、個々に理解の度合いの差があるように見受けられる。運営者と現場の意思疎通ができる仕組みがあるので、今後はその仕組みを更に利用していくことで、一層のサービスの質の向上が図れると思われる。</p> |
| 組織の運営管理 | <p>特に優れている点</p> <p>1 民間で対応困難な利用者の受け入れを行いながら、地域移行を進めていくために不可欠な情報を的確に把握している。利用者の地域移行については、平成15年から現在までに120名強、実現している。</p> <p>特に改善が求められる点：</p> <p>1 建物の耐震構造上の問題がある。また、日中活動における工夫や食事時における利用者を安定させるための間仕切り等の工夫が、防災上のリスクとなるものが見受けられた。</p> <p>2 千葉県の指定管理者となった際に、更生園を含む袖ヶ浦福祉センター全体で、職員の入替わりがあった。それに伴い、現在育成中の新人・契約職員らが、なるべく早く、既存職員の域に達していくことが望まれる。</p> |
| 適切な福祉サービスの実施 | <p>特に優れている点</p> <p>1 利用者の情報の伝達と共有のしくみができている。二日分の利用者の行動が書き込める大きなボードや連絡ノート等を活用し、利用者の様子が交代勤務者にも一目で把握できるしくみになっている。各種記録類は引継ぎ、ミーティングや班会議・職員会議等に活用されている。これらの記録は蓄積され、必要に応じて専門家の助言を得ながら利用者の行動を分析し、個別支援計画の作成に役立てている。</p> |

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア研究所

千葉県袖ヶ浦福祉センター 更生園

【施設共通項目】

| 大項目 | 分野別特記事項（特に優れている点・特に改善を求められる点） |
|---------|---|
| サービスの内容 | <p>特に優れている点</p> <p>1 強度行動障がい、厚介護等、様々な障がいの特性を持つ利用者に対し、職員は個別具体を旨に支援に努めている。意思の疎通が図れず、自傷他害を行う利用者に対し、特に強度行動障がいの分野においては外部の専門家の意見も取り入れながら、利用者本意の支援に近づけようとしている。利用者の生活にメリハリをつけるための日中活動は、職員のアイデアと工夫により、さまざまなものが提供されている。作業を続けることにより、利用者に達成感や自信が生まれている。</p> <p>特に改善が求められる点</p> <p>1 利用者に対する職員の態度は、尊厳に配慮した丁寧なものであり問題は感じられないが、人材不足は今後の課題である。職員確保及び新人職員の育成が待たれる。</p> |

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア研究所

千葉県袖ヶ浦福祉センター 更生園

| 福祉サービス第三者評価共通項目（施設系）の評価結果 | | | | | 評価結果 |
|---------------------------|----------------|--------------------|-------------------|---|--|
| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 項目 | | |
| 福祉サービスの基本方針と組織 | 理念・基本方針 | (1) 理念・基本方針の確立 | 1 | 理念が明文化されている。 | A |
| | | | 2 | 理念に基づく基本方針が明文化されている。 | A |
| | | (2) 理念・基本方針の周知 | 3 | 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。 | B |
| | | | 4 | 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | A |
| | 計画の策定 | (1) 中・長期的なビジョンの明確化 | 5 | 中・長期計画を踏まえた事業計画が作成されている。 | A |
| | | | 6 | 事業計画達成のための重要課題が明確化されている。 | A |
| | | (2) 計画の適正な策定 | 7 | 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが合議する仕組みがある。 | A |
| | 管理者の責任とリーダーシップ | (1) 管理者のリーダーシップ | 8 | 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 |
| | | | 9 | 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 |
| | 組織の運営管理 | 経営状況の把握 | (1) 経営環境の変化等への対応 | 10 | 事業経営を取り巻く環境が的確に把握されている。 |
| 11 | | | | 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 |
| 人材の確保・養成 | | (1) 人事管理体制の整備 | 12 | 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。 | A |
| | | | 13 | 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的にやっている。 | B |
| | | | 14 | 職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。 | A |
| | | (2) 職員の就業への配慮 | 15 | 事業所の就業関係の改善課題について、スタッフ（委託業者を含む）などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。 | A |
| | | | 16 | 福利厚生に積極的に取り組んでいる。 | B |
| | | | (3) 職員の質の向上への体制整備 | 17 | 職員の教育・研修に関する基本方針が明示されている。 |
| | | 18 | | 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 |
| | | 19 | | 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 |
| | | 安全管理 | (1) 利用者の安全確保 | 20 | 緊急時（事故、災害、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。 |
| 21 | | | | 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。 | C |
| 地域との交流と連携 | | (1) 地域との適切な関係 | 22 | 地域との交流・連携を図っている。 | A |
| | | | 23 | 利用者ニーズに応じて、施設外にある社会資源を活用している。 | A |

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア研究所

千葉県袖ヶ浦福祉センター 更生園

| | | | | | |
|---------------|------------------|---|-------------------------------|------------------------------------|---|
| | | (2) 地域福祉の向上 | 24 | 事業所が有する機能を地域に還元している。 | A |
| | | | 25 | 関係機関等との連携が適切に行なわれている。 | A |
| | | | 26 | 地域の福祉ニーズを把握している。 | A |
| | | | 27 | 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。 | A |
| 適切な福祉サービスの実施 | 利用者本位の福祉サービス | (1) 利用者尊重の明示 | 28 | 施設の全職員を対象としたプライバシーの保護に関する研修を行なっている | A |
| | | | 29 | プライバシーの保護の考え方の徹底を職員の間で図っている。 | A |
| | | (2) 利用者満足の向上 | 30 | 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。 | A |
| | | | 31 | 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている | B |
| | | (3) 利用者意見の表明 | 32 | 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある | A |
| | | | 33 | 寄せられた意見、要望やトラブルに対応するシステムがある。 | A |
| | 34 | | 利用者からの意見等に対して迅速に対応している | B | |
| | サービスの質の確保 | (1) サービスの質の向上への取り組み | 35 | 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 |
| | | | 36 | 課題発見のための組織的な取り組みをしている。 | A |
| | | | 37 | 常に改善すべき課題に取り組んでいる。 | A |
| | | (2) サービスの標準化 | 38 | 職員の対応について、マニュアル等を作成している。 | A |
| | | | 39 | 日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。 | B |
| (3) 実施サービスの記録 | | 40 | 利用者の日常の体調の変化を把握して、それを記録している。 | A | |
| | 41 | 利用者の状態変化などサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。 | A | | |
| サービスの開始・継続 | (1) サービス提供の適切な開始 | 42 | 施設利用に関する問合せや見学に対応している。 | A | |
| | | 43 | サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。 | A | |
| サービス実施計画の策定 | (1) 利用者へのアセスメント | 44 | 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 | |
| | | (2) 個別支援計画の策定 | 45 | 一人一人のニーズを把握して個別の支援計画を策定している。 | A |
| | (3) 情報の管理 | | 46 | 個別支援計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しを実施している。 | A |
| | | 47 | 個人情報保護に関する規定を公表している。 | B | |

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア研究所

評価調査票(入所系共通項目-組織)

事業者名 千葉県袖ヶ浦福祉センター 更生園

(種別: 知的障害者入所更生施設)

| 評価基準 | 項目番号 | 自己評価 | 評価コメント | 評点 |
|-------------------------------------|------|---|---|----|
| 福祉サービスの基本方針と組織 | | | | |
| - 1 理念・基本方針 | | | | |
| - 1 - (1) 理念、基本方針が確立されている。 | | | | |
| - 1 - (1) - 理念が明文化されている。 | 1 | (a) 理念は、職員倫理綱領として明文化されている。また、パンフレット等に記載され、法人の使命を反映している。 b c | 理念は職員倫理綱領として明文化されている。 | A |
| - 1 - (1) - 理念に基づく基本方針が明文化されている。 | 2 | (a) 職員行動規範として明文化されている。理念との整合性が確保され、利用者の人権擁護等内容は適切である。 b c | 基本方針は、理念と整合性がとれ、職員行動規範として明文化されている。年度方針は、事業団と各施設や各部署で明文化されている。 | A |
| - 1 - (2) 理念、基本方針が周知されている。 | | | | |
| - 1 - (2) - 理念や基本方針が職員に周知されている。 | 3 | (a) 倫理綱領は事務室内に掲示してある。倫理綱領・行動規範は、年度当初を始めとして機会を捉えて職員会議・班会議で説明し、周知徹底している。 b c | 職員倫理綱領、職員行動規範、経営の基本方針、年度基本方針、施設基本方針などいろいろ提供され、会議等で伝えてはいるが、契約職員を含める全職員には周知されてはいない。しかし、利用者本位のサービスを提供するという最も大切なことは全職員に周知されている。 | B |
| - 1 - (2) - 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | 4 | a (b) ほとんどの利用者が重度・最重度であるため、理解を求めるのが困難であるが、家族に対しては、家族会や個別面談で資料を配付して説明している。 c | ほとんどの利用者が重度・最重度であるため、理念や基本方針などの理解を求めるのは困難な状況である。しかし、職員の支援行動が、利用者本人のために行われているということは、利用者の表情から判断できる。また、家族に対しては家族会や個別面談を通して伝えている。 | A |
| - 2 計画の策定 | | | | |
| - 2 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | | | |

| 評価基準 | | 自己評価 | 評価コメント | 評点 |
|---|---|---|--|----|
| - 2 - (1) - 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。 | 5 | (a) 指定管理制度や自立支援法移行時期を含め、事業団としての中・長期計画が策定されている。各年度の事業計画は、可能なものについては数値目標が設定されている。 c | 中長期計画を策定し、各年度の事業計画は方針に基づき数値化されている。重点目標として優先順位を明らかにしている。 | A |
| - 2 - (2) 重要課題の明確化 | | | | |
| - 2 - (2) - 事業計画達成のための重要課題が明確化されている。 | 6 | (a) 重点課題は計画の中に明確にされている。 b c | 事業計画の中に、重点目標として明らかにしている。また、今年度より重点目標と連動した人事考課を取り入れた。地域移行を推進するためには建物、設備等の環境設定と人材の育成、人員配置などの条件整備が不可欠と位置付けている。 | A |
| - 2 - (3) 計画が適切に策定されている。 | | | | |
| - 3 - (1) - 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが合議する仕組みがある。 | 7 | (a) 年度末に事業報告・次年度の事業計画を全職員で合議して決定している。また、年度途中においての実施状況は、会議にて全職員に報告している。 b c | 事業計画は、全職員の合議のもとでつくられている。また、その進捗状況は会議などで全職員で共有している。 | A |
| - 3 管理者の責任とリーダーシップ | | | | |
| - 3 - (1) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | | | |
| - 3 - (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。 | 8 | (a) 支援サービスの質の向上を図るため、会議等での提案や取り組み方法を明示している。事業団内外の研修への派遣や職場内研修会を実施し、外部研修の内容を職場内研修会の開催により現場にフィードバックする体制を取っている。 b c | 千葉県の指定管理者として、民間では受け入れが困難な利用者（強度行動障がい・厚介護・医療的ケアが必要な方）を受け入れ、障がいの特性に合わせた支援を職員とともに考え、工夫しながら利用者に安定をもたらしている。また、管理者は民間では受け入れ困難な利用者のために施設が存在する意義を理解し、職員とともに質の向上を図っている。 | A |
| - 3 - (1) - 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。 | 9 | (a) 経営会議での経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みについて、職員会議等により全職員に周知している。また、職員数不足の状況の中で、職員の負担を軽減できるよう効率的な取り組みを行っている。 b c | 経営や業務の効率化の取り組みは事務局と協議の上、会議等で職員に周知している。また、職員の負担や支援の質の維持、向上のために、管理者は率先して利用者一人ひとりの特性を把握し、個別の支援方法等マニュアル化を進めている。利用者の生活が充実するように、日中活動等で「達成感」を体感できるような工夫を凝らしている。 | A |

| 評価基準 | | 自己評価 | | 評価コメント | 評点 |
|---|----|-------------|---|---|----|
| 組織の運営管理 | | | | | |
| - 1 経営状況の把握 | | | | | |
| - 1 - (1) 経営環境の変化等への対応 | | | | | |
| - 1 - (1) - 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。 | 10 | a b c | 経営会議や各種委員会により、組織的に経営改善や支援サービスの質の向上の取り組みを行っている。特に、社会的な状況から職員の欠員が補充できず、効率化の取り組みが大きな課題である。 | 事業経営の環境変化については、事務局を中心に常に情報の収集を行っている。民間で対抗困難な利用者の受け入れを行いながら、地域移行を進めていくために、不可欠な情報は的確に把握されている。 | A |
| - 1 - (1) - 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。 | 11 | a b c | 福祉情勢の動向やニーズ等については、常に情報に収集を行っている。しかし、情勢が変動するさなかであり、また方向性が不明確のため、情勢に合わせて取り組み方法を検討しながら行っている。 | 経営状況は運営者及び事務局が中心に把握している。特に事業所が特化する経営課題としては、年度の事業計画に重点目標を上げ、その進捗管理によって課題を発見する仕組みとなっている。環境の変化に適応しながら、利用者の地域移行については平成15年から現段階で120名強、行っている。 | A |
| - 2 人材の確保・養成 | | | | | |
| - 2 - (1) 人事管理の体制が整備されている。 | | | | | |
| - 3 - (1) - 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している | 12 | a b c | 倫理綱領を職員室に掲示している。また、全職員に倫理綱領と行動規範を配布し、職員会議・班会議で説明し、周知徹底している。 | 職員倫理綱領を定め、前文には理念となる根本的な考えを明文化し、具体的な行動規範も千葉県社会福祉事業団行動規範として明文化している。 | A |
| - 2 - (1) - 人事方針を策定し、これに基づく職員採用、人材育成を計画的・組織的に行っている。 | 13 | a b c | 人事に関しては、配置数や異動等の各施設長の要望を基に、事務局が全体を統括している。 | 人事方針については、母体である千葉県社会福祉事業団の事業計画書に、全体及び各事業所・部門ごとに策定されている。対応の難しい行動障がい・厚介護の利用者へのサービスの質の維持・向上のため、方針を着実に実現していくことが期待される。 | B |
| - 2 - (1) - 職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。 | 14 | a b c | 人事考課制度を導入している。目標管理シートを基に上司との面接により評価結果をフィードバックしている。 | 目標管理・人事考課制度を導入して客観的な基準に基づいた職員評価を始めている。目標管理シートで自己評価も行い、上司との面接による評価結果のフィードバックなど、納得のいく仕組みが出来ている。今後は、契約職員などにも評価の基準ができると、更によいと思われる。 | A |

| 評価基準 | | 自己評価 | 評価コメント | 評点 |
|--|----|-------------|---|----|
| - 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | | | |
| - 2 - (2) - 事業所の改善課題について、スタッフ(委託業者を含む)などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。 | 15 | a b c | 勤務状況はマネージャーが毎月チェックしている。課題への改善については、幹部職員が状況に応じて現場職員の意見を聴取、把握し、事務局との協議も含め、対応している。 | A |
| - 2 - (2) - 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。 | 16 | a b c | 育児休暇やフレッシュ休暇の制度は活用しているが、カウンセラーや専門家は配置されていない。 | B |
| - 2 - (3) 職員の質の向上への体制整備 | | | | |
| - 2 - (3) - 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。 | 17 | a b c | 事業団の方針や計画に明示されており、該当する分野の研修に積極的に参加させているが、資格取得の支援を積極的に行っているとは言い難い。 | A |
| - 2 - (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。 | 18 | a b c | 研修終了後に復命書の作成・提出を義務づけている。重要な研修内容については、職場内研修会で報告しているが、十分な共有化が難しい。また、各職員の研修状況を基に、次年度の研修計画をたてている。 | A |
| - 2 - (3) - 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。 | 19 | a b c | 実習生を積極的に受け入れ、プログラムを整備して計画的に学べるよう実施している。しかし、種別に配慮したプログラムは用意していない。 | A |
| - 3 安全管理 | | | | |
| - 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。 | | | | |

| 評価基準 | | 自己評価 | 評価コメント | 評点 |
|--|----|--|--|----|
| - 4 - (1) - 緊急時(事故、災害、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。 | 20 | a 事業団全体として防災委員会・リスクマネジメント委員会が組織され、定期的開催されている。緊急時のマニュアルによる利用者の安全確保の体制も取られているが、夜間の災害時の避難体制等は課題があり、検討中である。 b c | 事業団全体として防災委員会、リスクマネジメント委員会などが組織され機能している。またヒヤリハットや事故事例などを職員間で共有する仕組みもできている。緊急時対応体制、マニュアル整備などもされているが、夜間における防災訓練の実施、避難体制、避難方法の徹底がなされていないのが課題であり、その改善を現在検討している。 | B |
| - 4 - (1) - 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。 | 21 | a b c 事故防止を最優先するため、組織全体でヒヤリハットや事故の事例の情報を職員間で共有し、対策を立てている。さらに、班会議・職員会議で報告・検討し、周知徹底を図っている。 | 利用者の事故防止を最優先するための仕組みや取り組みは組織的に行われているが、建物の耐震構造上の問題(耐震壁がない、コンクリート等使用部材が粗悪等)がある。また、日中活動における工夫や、食事時における利用者を安定させるための間仕切り(ダンボール・ベニヤ等)の工夫が、防災上ではリスク(火災原因になりやすい、倒れやすい等)となるものが見受けられた。釘が出っ張っていたり、不安定だったり、手作り・応急処置的な修理も防災上のリスクを高めている。 | C |
| - 4 地域との交流と連携 | | | | |
| - 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | | | |
| - 4 - (1) - 地域との交流・連携を図っている。 | 22 | a b c 常に地域との交流・連携を視野に入れているが、利用者の障害程度・障害特性・行動特徴を考慮すると、ボランティアの援助も困難であり、交流も買い物や外出等に限定されている現状である。 | 強度行動障がい者、介護や日常的に医療的管理が必要な利用者を受け入れ、地域生活移行の推進を図ることは様々な地域交流、連携が不可欠である。近隣地域との交流は不十分ではあるが、地域生活がイメージできるように利用者、家族、関連機関、地域との交流を深めて、地域移行を実現している。 | A |
| - 4 - (1) - 利用者ニーズに応じて、施設外にある社会資源を活用することを支援している。 | 23 | a b c 利用者の状況から利用施設は限定されるが、ニーズにそって計画的に活用している。 | 利用者の特性や状況に応じて社会資源を活用している。利用施設は限られるが、行事などで施設外に行くときには活用している。 | A |
| - 4 - (1) - 事業所が有する機能を地域に還元している。 | 24 | a b c 事業団が有する多様な機能を、ホームページ・広報誌・研修会等を利用して提供しているが、提供方法や内容の改善に向けて検討中である。 | 事業団が有する機能は積極的に地域に還元している。今後も利用者本位のサービスが提供できるように、地域に施設機能を還元していく方向である。 | A |

| 評価基準 | | 自己評価 | 評価コメント | 評点 |
|---|----|--|--|----|
| - 4 - (1) - 関係機関との連携を図っている。 | 25 | a b c 関係機関・団体との定期的な連絡会には参加している。連携としては、一部の利用者の定期的な報告は実施しているが、必要に応じて連絡や協議を行っている。ネットワーク化の取り組みは全体として不十分である。 | 地域移行が目標の利用者にとっては、県や関係機関はもとより、県内の民間施設や千葉県知的障害者福祉協会との連携は不可欠である。利用者と家族が安心して新たな生活を選択できるよう連携を強化し、利用者本位に地域移行を慎重に進めていく方針である。また地域移行以外を目標に持つ利用者については、施設内において、より自分らしく生活していくための社会資源を利用し、地域とさまざまな繋がりを結べるよう、支援している。 | A |
| - 4 - (2) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。 | | | | |
| - 4 - (2) - 地域の福祉ニーズを把握している。 | 26 | a b c 連携を図って、福祉ニーズの把握に努めてはいるが、民生委員等のレベルとの定期的な会議の開催は実施していない。 | 地域の福祉ニーズを把握している。特に障害者自立支援法に対応した福祉ニーズを把握している。 | A |
| - 4 - (2) - 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。 | 27 | a b c 事業団の存在意義として、県内全体の福祉ニーズに基づいて事業展開しているが、部門によっては地域のニーズに対応した事業を実施している。 | 障害者自立支援法に対応する事業展開を図っている。強度行動障がい者、介護や日常的に医療的管理が必要な利用者を受け入れ、地域移行と地域生活支援という千葉県の福祉ニーズに基づく事業を指定管理者として行っている。 | A |

評価調査票(入所系共通項目 サービス)

事業者名 千葉県袖ヶ浦福祉センター更生園

(種別: 知的障害者入所更生施設)

| 評価基準 | 項目番号 | 自己評価 | 訪問調査等による確認状況 | 評点 |
|--|------|-------------|--|----|
| 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 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されて | | | | |
| - 1 - (1) - 施設の全職員を対象としたプライバシーの保護に関する研修を行なっている | 28 | a b c | プライバシー保護に関する研修は、支援の質のサービス向上に向けた研修の中で取り組んでいる。 | A |
| - 1 - (1) - プライバシーの保護の考え方の徹底を職員の間で図っている。 | 29 | a b c | 倫理綱領・行動規範・支援マニュアルにプライバシーの保護について明記している。特に行動規範には、異性職員による排泄介助の禁止等、具体的に示しており、日々の支援において徹底を図っている。一方で、障がいの特性により衣服を着けずに過ごしている利用者もあり、羞恥心配慮が困難なケースもある。 | A |
| - 1 - (2) 利用者満足の向上に務めている。 | | | | |
| - 1 - (2) - 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。 | 30 | a b c | 事業団の理念・方針、事業計画において、利用者満足の向上を目指すことを明示しているが、仕組みはない。現状の利用者状況では、利用者本人からの意見の聴取等が困難であるため、家族会や個別支援計画の面談等において、家族中心に意見を伺っている。 | A |
| - 1 - (2) - 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。 | 31 | a b c | 利用者が安心して生活できることを支援の基本としているが、満足度の評価と直結していない。利用者満足に関する組織や検討会議の設置はない。 | B |
| - 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。 | | | | |
| - 1 - (3) - 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。 | 32 | a b c | 苦情解決の制度は整っている。家族へは家族会等を通して説明しているが、利用者に対しては障害程度等の状況からわかりやすい説明が困難である。 | A |

| 評価基準 | | 自己評価 | 訪問調査等による確認状況 | 評点 |
|---|----|--|---|----|
| - 1 - (3) - 寄せられた意見、要望やトラブルに対応するシステムがある。 | 33 | ① b 苦情解決の制度は整備されている。現在、インターネットやメールでの申し出は行っていない。 c | 苦情受付については、マニュアルが整備され、対応結果については利用者、家族にフィードバックしている。また職員会議などにより、事業所全体に周知している。 | A |
| - 1 - (3) - 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。 | 34 | a b 対応マニュアルは整備していないが、現場で意見（主に家族から）を受けた場合、上司への報告を行い、組織として迅速に対応している。 ③ | 利用者が気軽に意見や要望をだせるよう、管理者は職員を指導している。また強度行動障がい利用者については、専門家による行動分析により意向を掴む努力をしている。他の利用者についても、表情、しぐさ等、様子観察により気持ちを把握するよう努めている。把握した意向には、迅速に対応している。コミュニケーションの取れない利用者が多いので、意向の把握については、引き続き配慮と工夫が望まれる。 | B |
| - 2 サービスの質の確保 | | | | |
| - 2 - (1) 質の向上に向けた組織的な取り組みが組織的に行われている。 | | | | |
| - 2 - (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。 | 35 | a ② 昨年度までは、事業団内でのサービス評価の体制をとっていたが、評価の分析・検討は不十分であった。 c | 現場の職員二人一組、3グループでの自己評価を実施していたが、結果の分析・活用が不十分であった。このため、今年度第三者評価を受審することになった。この調査について職員に周知徹底され、評価について積極的に受け止める姿勢が感じられる。 | A |
| - 2 - (1) - 課題発見のための組織的な取り組みをしている。 | 36 | a ② 評価結果からの取り組みは行っていないが、班会議・職員会議等で支援サービスの質の向上に向けた課題の発見・共有化を図っている。 c | 自己評価結果を活用した取り組みはない。利用者の日常生活の見守り、支援を通じて発見した課題、問題点などは、班会議や職員会議には図り、課題・解決策を共有している。 | A |
| - 2 - (1) - 常に改善すべき課題に取り組んでいる。 | 37 | a b 着眼点の形態の取り組みは行っていないが、班会議・職員会議で明らかになった課題の検討を行い、支援サービスの質の向上に努めている。 ③ | 班会議・職員会議で課題を検討し、その結果を共有し、サービスの質の向上に努めている。 | A |
| - 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。 | | | | |
| - 2 - (2) - 職員の対応について、マニュアル等を作成している。 | 38 | ① b 利用者の安全を最優先するとともに支援の質の向上を目的として、支援マニュアルや業務の手順書を作成している。新規採用職員や新しい契約職員に対しては、一定期間、個別に付き添って指導・助言を実施し、徹底を図っている。 c | 意思表示が困難な利用者もあり、新人職員が読んでもわかりやすく、具体的な支援マニュアルができている。新人職員にはベテラン職員が一定期間一緒に行動をして、支援の仕方等を教えている。 | A |

| 評価基準 | | 自己評価 | 訪問調査等による確認状況 | 評点 | |
|---|----|-------------|---|--|---|
| - 2 - (2) - 日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。 | 39 | a b c | 常に適切な支援サービスを提供できるように、マニュアルの見直しを行っているが、利用者の意見の反映できる仕組みはない。 | 日常の支援活動の中で職員の意見を反映させながら、日々マニュアルの見直しを行っている。職員は利用者や家族の意向を汲み取るよう心がけているが、法人として委員会を設置するなどの組織的な取り組みはない。 | B |
| - 2 - (3) サービス実施の記録が適切に行われている。 | | | | | |
| - 2 - (3) - 利用者の日常の体調の変化を把握して、それを記録している。 | 40 | a b c | 個人記録や健康管理関係の記録等、各々の書式は決まっており、記載内容の標準化を図っている。利用者状況に応じて様々の記録をとり、個別支援計画に反映させている。 | 利用者一人ひとりの毎日の行動記録を細かくとり、行動分析し排泄パターンなど把握している。各種様式は標準化され、記録されて、個別支援計画に反映されている。 | A |
| - 2 - (3) - 利用者の状態変化などサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。 | 41 | a b c | 利用者の状況に関する情報の伝達・共有化の仕組みがある。具体的な方法としては、会議、文書、口頭、パソコンの活用により、情報の漏れがないように配慮している。 | ひまわり棟では事務室には大きなボードがあり、二日分の利用者の動きが書き込める。他の棟でも、日々の連絡ノートに利用者の状況変化を記録し、最新情報を伝達している。班会議・職員会議・ミーティング・申し送りノート・パソコンなどをうまく利用し、利用者情報の共有化の仕組みができています。 | A |
| - 3 サービスの開始・継続 | | | | | |
| - 3 - (1) サービス提供の開始が適切に行われている。 | | | | | |
| - 3 - (1) - 施設利用に関する問合せや見学に対応している。 | 42 | a b c | 問い合わせや見学には、相手の要望に応じて適切に対応している。ホームページはあるが、見やすいようにリニューアル予定、紹介ビデオはついぶん前に作成したもののみ。 | ホームページを作成し、写真も掲載した親しみやすいページになっている。平成20年12月以降リニューアル予定である。問い合わせや見学にも応じている。 | A |
| - 3 - (1) - 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。 | 43 | a b c | サービス開始時は、決められた様式の文書をもとに手順に則って説明している。なお、利用者状況から、利用者の理解を得ることが困難なため、現状では家族に対する説明が中心となっている。 | サービス開始時には、サービス内容や料金が具体的に記載された重要事項説明書・契約書などを利用者や家族に渡し、わかりやすく説明している。説明文書の内容に依存が無ければ、同意書に記名捺印を貰っている。 | A |
| - 4 サービス実施計画の策定 | | | | | |
| - 4 - (1) 利用者のアセスメントが行われている。 | | | | | |
| - 4 - (1) - 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。 | 44 | a b c | 利用者全てについて、アセスメントを踏まえてニーズや課題を明示している。 | 利用者個々の健康状況、日常生活能力、コミュニケーション能力など詳細なアセスメント記録があり、これに基づき個別具体的な支援計画が作成されている。障がいの重い強度行動障がい者には更に詳細な計画書も用意され、きめ細かく対応している。 | A |

| 評価基準 | 自己評価 | | 訪問調査等による確認状況 | 評点 |
|---|------|--|--|----|
| - 4 - (2) 個別支援計画の策定 | | | | |
| - 4 - (2) - 一人一人のニーズを把握して個別の支援計画を策定している。 | 45 | ① ② ③ 個別支援計画策定のための手続きや体制は確立している。なお、個別支援計画は、6か月ごととなっている。 | 利用者個々に、支援計画作成の担当者が決まっている。計画を作成するにあたっての手順や体制は確立しており、計画は6ヶ月ごとに見直しを行っている。 | A |
| - 4 - (2) - 個別支援計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しを実施している。 | 46 | ① ② ③ 評価・見直しの仕組みを定めて実施している。 | 支援計画の評価・見直しについては、日々の支援の中から職員の意見を集め、会議での話し合いを通して行う。新たな課題がでた場合は職員全員で共有する。利用者の意向把握については、障がいの重い利用者もあり、確認が困難な場合も多い。 | A |
| - 4 - (3) 情報の管理 | | | | |
| - 4 - (3) - 個人情報保護に関する規程を公表している。 | 47 | ① ② ③ 規定の掲示はない。情報の管理について、個人情報の保護やセキュリティ面への対応は不十分と考えられる。 | 事業計画書、職員行動規範などに、利用者の個人情報保護についての方針を明記している。事業所としての個人情報保護方針や利用目的を外部に向けて掲示したり、パンフレットやホームページに掲載することまではしていない。 | B |