

## 福祉サービス第三者評価の結果

平成23年1月14日 提出

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 県民福祉プラザ2階
	事業所との契約日	平成20年5月28日
	評価実施期間	平成22年9月3日 / 9月10日
	事業所への 評価結果の報告	平成22年10月25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)	障害福祉サービス事業所ホープフルのぎく園	種別	障害者支援施設		
代表者氏名 (管理者)	施設長 吉田京子	開設年月日	平成9年4月1日		
設置主体 (経営主体)	社会福祉法人養正会	定員	40名	利用人数	36名
所在地	〒039-1207 三戸郡階上町大字金山沢字道合3-4				
連絡先電話	0178(88)1580	FAX電話	0178(88)1751		
ホームページアドレス					

## (2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事		
知的障害者授産施設【定員30名・就労継続支援B、 就労移行、生活機能(多機能型)】	のぎく園フェスタ、自治会行事、宿泊旅行、 ソフトボール・レクリエーション大会、スポーツ大会、		
児童ディサービス 型(定員10名)			
日中一時支援事業			
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
作業室5室、食堂、休憩室	相談室(2室)、事務室、更衣室		
職員の配置			
職種	人数	職種	人数
施設長	1名	事務員	1名
サービス管理責任者	2名	運転手	3名
就労支援員	1名	支援員	3名
生活支援員(栄養士兼務1名)	4名	調理員	1名
作業指導員	4名	嘱託医	1名
看護職員	1名		

## 2 評価結果総評

<p>特に評価の高い点</p> <p>中・長期計画を策定し、理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にしているとともに、将来像のイメージがなされており、課題の分析なども行っている。業界団体に加入し、外部研修に参加するなど、福祉の動向と地域の特徴に応じた利用者のニーズを把握する取り組みに積極的である。</p> <p>青森・岩手県境に位置することから、将来的には通勤のためのグループホームやケアホームの必要性を感じ、中長期計画に盛り込んでいる。施設のイベントを開催し、地域に対して施設及び障がい者への理解を促すことを目的に、在宅障がい者への相談支援を行うとともに、広報誌を作成し、町内会や飲食店に配布することで啓発活動を行っている。苦情受付担当者や責任者、3人の第三者委員で受け付ける体制を整備し、相談室を設け利用者からの相談を受けており、廊下に第三者委員の顔写真を掲載して周知を図っている。</p>
<p>特に改善を求められる点</p> <p>理念や基本方針の利用者及び家族の理解を促すための資料づくりに取り組むとともに、職員にも配布し、年度始めの会議、研修などで説明する場を設けたり、内容の検討を行う等、継続的に確認し合う仕組みづくりに期待したい。職員の目標管理、職責の反映のためにも、職員の意見を反映させた事業計画を策定するとともに、職員会議等で、事業計画に対する実施状況の評価を行い、次年度計画に反映させる仕組みづくりに期待したい。</p> <p>また、客観的な人事考課に積極的に取り組み、法人の目標の達成と職員の専門知識のさらなる向上を目指し、評価内容についての研修、具体的な評価の組織化をすすめるための取り組みに期待したい。</p> <p>利用者や家族からの信頼性を高めるためにも、プライバシー保護規程などを職員の参画により定めるとともに、利用者・家族からの意見・提案への対応についても、第三者委員と協議し、その内容を職員間で共有できる仕組みづくりに取り組むことに期待したい。</p>

## 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>評価・細目の評価結果については、福祉サービスの理念や基本方針、計画の策定及びリーダーシップについて、まず、方向付けを示していただきました。組織の形成方策では、経営状況、人材育成、地域との交流等で関心を持つべき評価をいただいたと思います。また、利用者さんの福祉サービスについては、利用者の満足度調査に近い評価であり、サービスの質の面で、なお、改善する方向付けを評価いただきました。当施設は、将来に向かって発展的に充実を図るべき基本計画を立てており、特に、当施設の立地は岩手県北に接し、県境を越えてのサービス提供も求められるのではと理解しております。現在、多角的な福祉サービスに応えるための方策をたて検討を進めており、今後ともその実現のため、更なるご指導を賜りますようお願い申し上げます。</p>
---

## 4 評価分類別評価内容

評価対象	1 理念・基本方針	<p>事業計画書に運営方針を明文化しており、理念に基づいて運営方針を策定し、具体的な内容となっているが、利用者・家族に解り易い表現となっていない。理念や基本方針が事務所に誰でも閲覧できるようにしているが、内部の会議や研修等の場でも説明がなされていないため、職員の理念や基本方針についての理解が十分とは言えない。事業計画書をより理解しやすいような資料を作成し、利用者や家族へ配布してみてもどうか。</p>
	2 計画の策定	<p>中・長期計画が策定されており、理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にしているとともに将来像がイメージされて、課題の分析なども行われている。計画の中では、将来のイメージ像が示されているものの問題点の解決に向けた具体的な内容にはなっていない。利用者・家族の意見を計画に反映させてはいないが、ニーズに応える計画となっている。計画の策定には、職員が参画しておらず、事業計画に対する評価や見直し手順も定められていない。計画を分かりやすく説明した資料は作成していないため、職員は事業が目指している方向についての理解が薄い。</p>

評価対象	3 管理者の責任とリーダーシップ	施設長は、広報誌にあいさつ文を掲載しているとともに、組織図や役割分担表を作成されているが、職員に配布はされていないため、管理者の果たす役割等に対して職員の理解が薄い。管理者は、経営状況の把握に努め、利用率も把握しており、課題の把握もされている。新たに児童デイサービスを導入するなど、収益アップと地域のニーズに対応した具体的な取り組みを行われているものの、職員への周知が十分とは言えない。
評価対象	1 経営状況の把握	業界団体に加入するとともに、外部研修に参加したりして、福祉の動向の把握に努めている。また、地域の特徴に応じた利用者のニーズを把握し、青森・岩手県境に位置することから、県外の利用者もあり、将来的には、通勤のためのグループホームやケアホームの必要性を感じ、中長期計画に盛り込んでいる。 外部監査は行っていないが、法人監事の会計事務所より、経営状態への助言を受け、経営改善に努めている。
	2 人材の確保・養成	事業計画書に従業者の職種、人数、常勤・非常勤、勤務時間が記載され計画に基づいた人事管理がなされている。客観的な人事考課基準が策定されておらず、人事考課が実施されていない。有給休暇届けや時間外勤務簿を整備しているが、消化率や時間外労働データの把握まではされていない。 年1回の定期健診を行っているとともに、退職共済・福利厚生センターに加入するとともに、職員一人ひとりについての研修計画が策定され職員の経験年数や経歴などを考慮した計画の策定がなされている。
	3 安全管理	緊急連絡網、電話連絡網の作成を行うとともに、生活介護事業に看護師を配置し、事業所全体で安全のため活用しているが、内部で管理者を交えての安全対策検討会検討会は開催されていない。 安全管理マニュアルなどの整理がなされていないため、職員への周知も十分とは言えない。ヒヤリハットの報告様式を定めているが、事故について、職員が参画して要因分析するしくみが作られておらず、内部研修も行われていない。
	4 地域との交流と連携	地域に開かれた事業所として、積極的に交流を図ることが明記され、チラシ等により施設行事に地域の方々を招待し、施設及び障がい者への理解を促している。また、在宅障がい者への相談支援を行うとともに、広報誌を作成し、町内会や飲食店に配布している。ボランティア受入れに関する意義や方針は事業計画に明示されていないが、イベント等でのボランティアの受入れは行なっている。行政・養護学校・飲食店などにパンフレットや広報誌を送付し、障がいや施設の情報を提供している。
評価対象	1 利用者本位の福祉サービス	基本理念・各事業計画に利用者の基本的人権の尊重が盛り込まれて、職員は身体拘束についても理解がされ、外部から訪れる方に対しても掲示板に掲示するなどして周知徹底している。排泄介助マニュアルには、人権尊重に関する記述があり、倫理綱領を職員が目に入る事務室に掲示している。重要事項説明書や契約書に、苦情解決の項目を設け、利用者の苦情や不満を受ける体制の明示を行い、月1回、3人の第三者委員が施設を訪問し、利用者とは個別に面談を行い利用者からの要望等を聞き、第三者委員から口頭で報告をしてもらっている。
	2 サービスの質の確保	第三者評価を受審するにあたり、自己評価に取り組んだが、これまでに定期的な自己評価は行っておらず、課題等に対し改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。排泄・服薬・健康管理のマニュアルは作成されており、標準的な実施方法に基づいて実施されている。利用者の記録保管について、管理規定に記載されており、管理責任者として、施設長が書棚の鍵を管理している。
	3 サービスの開始、継続	サービスの標準的な実施方法について、検証・見直しの方法が定められておらず、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みにもなっていない。 サービスの開始にあたっては、重要事項説明書や契約書の文字を大きくしたり、ひらがなで記載するなど、分かりやすいように工夫がされ、説明書に基づき説明を行っている。他のサービスや施設等の利用が望ましいと考えられる場合には、利用者や家族と話し合っており、他施設を紹介している。
	4 サービス計画の策定	統一したアセスメントシートを使用し、アセスメントに関する実施方法や見直し時期等を定めて実践し、利用者の具体的なニーズや課題の明示を行っている。また、職員は、アセスメント手法について理解しており、担当職員は利用者一人ひとりのニーズを把握し、課題解決に向けた計画の策定を行っている。定期的にモニタリングを行い、一人ひとりの意向が記載されているが、サービス実施計画の見直しに向けた検討会議への職員の参加など、組織的な仕組みを定めていない。契約書に、必要に応じて計画の変更を行う旨、記載されている。

## 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	福祉サービスの基本方針と組織	第三者評価結果
	<b>- 1 理念・基本方針</b>	
	- 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。	b
	I - 1 - (1) - ② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	b
	- 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。	c
	I - 1 - (2) - ② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	c
	<b>- 2 計画の策定</b>	
	- 2 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	
	- 2 - (1) - 中・長期計画が策定されている。	a
	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。	c
	- 2 - (2) 計画が適切に策定されている。	
	- 2 - (2) - 計画の策定が組織的に行われている。	c
	I - 2 - (2) - ② 計画が職員や利用者等に周知されている。	c
	<b>- 3 管理者の責任とリーダーシップ</b>	
	- 3 - (1) 管理者の責任が明確にされている。	
	- 3 - (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。	b
	I - 3 - (1) - 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
	- 3 - (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	
	- 3 - (2) - 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
	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。	b
評価対象	組織の運営管理	第三者評価結果
	<b>- 1 経営状況の把握</b>	
	- 1 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	
	- 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。	b
	- 1 - (1) - 外部監査が実施されている。	c

- 2 人材の確保・養成		第三者評価結果
- 2 - (1) 人事管理の体制が整備されている。		
- 2 - (1) -	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	b
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。	c
- 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
- 2 - (2) -	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。	c
II-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a
- 2 - (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
- 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。	b
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。	b
- 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。	c
- 2 - (4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
- 2 - (4) -	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。	c
- 2 - (4) -	実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	c
- 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。		
- 3 - (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。	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。	c
- 4 地域との交流		
- 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている。		
- 4 - (1) -	利用者と地域とのかか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
- 4 - (1) -	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。	c
- 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている。		
- 4 - (2) -	必要な社会資源を明確にしている。	b
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	a
- 4 - (3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
- 4 - (3) -	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

評価対象	適切な福祉サービス	第三者評価結果
	<b>- 1 利用者本位の福祉サービス</b>	
	- 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	
	- 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。	b
	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
	- 1 - (2) 利用者満足の向上に努めている。	
	- 1 - (2) - 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている。	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。	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) - 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
	- 1 - (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>- 2 サービスの質の確保</b>	
	- 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。	
	- 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。	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。	c
	- 2 - (1) - 課題に対する改善策・改善計画を建て実施している。	c
	- 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) - 提供する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。	b
	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。	c
	- 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。	b
	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
	- 2 - (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>- 3 サービスの開始・継続</b>	
	- 3 - (1) サービス提供の開始が適切に行われている。	
	- 3 - (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
	- 3 - (2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	
	- 3 - (2) - 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。	b

- 4 サービス実施計画の策定		第三者評価結果
- 4 - (1) 利用者のアセスメントが行われている。		
- 4 - (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
- 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。	a
- 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。		
- 4 - (2) -	サービス実施計画を適切に策定している。	b
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。	b