

福祉サービス第三者評価の結果

平成21年2月23日 提出

評価機関	名 称	八戸市社会福祉協議会
	所 在 地	八戸市根城8-8-155
	事業所との契約日	平成20年 7月 8日
	評価実施期間	平成20年 7月 8日～平成21年 2月12日
	事業所への 評価結果の報告	平成21年 2月12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)	青森県立はまなす医療療育センター	種別	肢体不自由児施設 通園部		
代表者氏名 (管理者)	園長 盛島利文	開設年月日	昭和56年 4月 1日		
設置主体 (経営主体)	日本赤十字社	定員	40人	利用人数	7.8人/1日
所在地	(〒031-0833) 八戸市大字大久保字大塚17-729				
連絡先電話	0178 - 31 - 5005	FAX電話	0178 - 31 - 4144		
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		
肢体不自由児・重症心身障害児施設 入所部82床	誕生会・キャップハンディー体験・夏祭り・野球大会		
通所部40名	遠足・クリスマス会ほか		
青森県重症心身障害児(者)通園事業			
外来診療・療育相談			
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
	訓練室、児童ホール、図書・学習室、デイルーム、		
	理容室、食堂、浴室ほか		
職員の配置			
職種	人数	職種	人数
園長(医師)	1	看護部(看護師等)	38
部長(医師・事務員)	2	事務部(事務員等)	15
課長(看護師・作業療法士・事務員等)	4(1)		
整形外科部(医師・理学療法士等)	17(10)		
小児科部(医師・薬剤師・保育士等)	16(3)	計	93

() 当該部署従事者数

2 評価結果総評

<p>◎ 特に評価の高い点</p> <p>日本赤十字社の基本原則に基づいた理念を明文化し、その理念に基づいた基本方針が事業計画やパンフレットにわかりやすい表現で掲載されている。</p> <p>当施設は、医療施設でもあることから、施設内の小児科や整形外科との連携が十分に図られ、利用者の状況に応じ迅速かつ確に医療が受けられる体制が構築されている。</p> <p>管理者は、平成19年度に新たに個人情報保護委員会やセクシュアル・ハラスメント対策委員会を立ち上げ、現在、管理運営のための12の委員会を設置しており、その中でサービスの現状把握に努め、職員とともにサービスの質の向上を図る取り組みを行っている。</p> <p>利用者・家族に対しては、定期的に満足度アンケートを実施し、その結果を分析してサービス向上に活かしている。また、施設運営の透明性や信頼性を高めるために、毎月1回福祉オンブズマンを受け入れ、利用者及び保護者の意向や要望が反映される体制が整っている。</p>
<p>◎ 特に改善を求められる点</p> <p>事業計画は職員参画のもとで作成しているが、中・長期的なビジョンがない状態で、単年度の計画を策定している。今後は、実施する福祉サービスの内容や人材育成の現状分析をしながら、中・長期計画を策定し、その計画に基づいた年度毎の事業計画の策定に期待したい。</p> <p>プライバシーの保護を優先することにより、ボランティアの受入が赤十字奉仕団のみとなっている。地域との連携や、開かれた施設を目指し、赤十字奉仕団以外のボランティアの受け入れを検討してはどうか。</p>

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>昨年度の入所部門に続いての受審でしたが、今回は利用児童家族等アンケート調査も併せて実施されて、外部の視点による評価だけでなく、当事者のより率直な意見に接することもでき、有意義な取り組みでした。</p> <p>受審して特に感じたことは、私たちの日々の活動の目的や意味が外から見た場合はもちろん、当事者家族にも必ずしも理解されやすいようには行われていないのではないかとということでした。アセスメントの結果、あるいは個別支援計画の内容とその進行状況、それらが十分に伝わっていなければ、本当の満足は得られず、また次のステップに向けたニーズも共有されにくいと考えます。</p> <p>福祉制度見直しの中、法令により様々な影響を受けますが、利用者のニーズに応える、また子どもたちの将来を支えるよう事業運営していきたいと思えます。</p> <p>評価いただいて、低かった項目について、完全な改善は難しいことであっても、少しでも向上できるよう今後とも検討します。</p>
--

4 評価分類別評価内容

評価対象 I	1 理念・基本方針	日本赤十字社の基本原則に基づいた理念を明文化し、施設内に掲示している。また、理念に基づいた基本方針がパンフレットにわかりやすく掲載されている。
	2 計画策定	年度毎の事業計画は、利用者の意見を聞きながら、全職員参加のもとで策定される。
	3 管理者の責任とリーダーシップ	日本赤十字社社会福祉施設規則に基づき管理者の役割、責任が明確にされている。管理者は、管理運営のための12の各委員会を設置し、自ら委員会へ参加して職員との意思疎通を図り、現状把握に努めている。

(実施要綱・様式8)

評価対象Ⅱ	1 経営状況の把握	経営状況は、総務課が中心となって分析を行い、事業計画に反映させている。また、各種関係団体に加入し、その会議や研修会に参加することにより、地域の福祉課題等の把握に努め、職員会議を通じて職員へ周知している。
	2 人材の確保・養成	職員の有給休暇の取得状況や時間外労働等のデータを定期的に把握し、人事管理に活かしている。また、職員の希望に沿った形で研修会に積極的に参加させている。
	3 安全管理	利用者や保護者が安心して利用できるよう医療安全管理委員会(リスクマネジメント委員会)を組織し、定期的にヒヤリハット事例や発生事故の要因分析と対応策についての検討会を開催している。
	4 地域との交流と連携	施設の専門的機能を活かし、小学校へ出向いての側わん検診や保健所と連携した療育相談事業を実施している。また、幼稚園や保育園等の関係機関とのカンファレンス等を行っており、地域との連携が図られている。
評価対象Ⅲ	1 利用者本位の福祉サービス	利用者を尊重したサービスが基本理念や事業計画に明示され、また、プライバシーや個人情報の保護に関して重要事項説明書に記載され、マニュアルも整備されている。さらには、定期的に満足度調査を実施したり、毎月福祉オンブズマンを受け入れ、サービスの質の向上に努めている。
	2 サービスの質の確保	サービス改善向上委員会を中心に自己評価を実施し、評価の分析を職員参画のもとで検討している。検討された結果は、次年度の事業計画に反映されている。個々のサービスについては、ケアカンファレンスを定期的に開催し、職員間での情報共有が図られている。
	3 サービスの開始、継続	利用希望者に対して施設見学や体験入所等を実施し、随時、柔軟に対応している。また、サービス内容や利用料の内訳等についても重要事項説明書やパンフレットの中でわかりやすく説明している。なお、退所後についても継続して相談できる体制を整えている。
	4 サービス計画の策定	利用者一人ひとりのアセスメントを行い、サービス実施計画に基づいたサービスを提供している。サービス実施計画は各部門(整形外科・小児科・訓練・保育)を横断した職員で検討され、利用者の意向を汲み取って策定されており、見直しについても年1回実施している。
福祉サービス内容評価(障害者・児施設A)	1 利用者の尊重	日常業務のかかわりから、利用者の状況や興味・関心の情報を収集し、コミュニケーションをとりながら利用者を尊重し、自己実現できるよう支援している。また、職員は利用者が主体的に参加・活動できるプログラムを用意している。
	2 日常生活支援	医療施設でもあるため小児科・整形外科との連携が図られ、利用者の状況に応じ迅速かつ的確に医療が受けられる体制が構築されている。喫食環境は利用者個々の状況に合わせ、絨毯や個別の椅子を準備するなどの配慮をしている。

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 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	理念が明文化されている。	a
I-1-1-2	理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
I-1-2 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-2-1	理念や基本方針が職員に周知されている。	b
I-1-2-2	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b
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	中・長期計画が策定されている。	c
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
I-2-2 計画が適切に策定されている。		
I-2-2-1	計画の策定が組織的に行われている。	b
I-2-2-2	計画が職員や利用者等に周知されている。	b
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	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
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
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	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 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。	b
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。	c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	b
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。	b
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。	b
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。	b
II-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a
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。	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。	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。	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。	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。	b
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
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

(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。	b
II-4-1-2	事業所が有する機能を地域に還元している。	a
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。	b
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。	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
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
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 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
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
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
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
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
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
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。	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。	b
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。	b
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。	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。	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されている。	b
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。	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
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
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。	b
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
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。	b
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
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
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。	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。	a

障害者・児施設A 福祉サービス内容評価		第三者評価結果
A-1 利用者の尊重		
A-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。	a
A-1-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	a
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。	a
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
A-2 日常生活支援		
A-2-(1) 食事		
A-1-(2)-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
A-1-(2)-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
A-1-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a
A-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。	未実施
A-2-(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	未実施
A-2-(2)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	未実施
A-2-(3) 排泄		
A-2-(3)-①	排泄介助は快適に行われている。	未実施
A-2-(3)-②	トイレは清潔で快適である。	a
A-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。	未実施
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。	a

(実施要綱・様式8)

A-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。	未実施
A-2-(5)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	未実施
A-2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-①	安眠できるように配慮している。	a
A-2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-①	日常の健康管理は適切である。	a
A-2-(7)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
A-2-(7)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	未実施
A-2-(8) 余暇・レクリエーション		
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
A-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。	未実施
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。	未実施
A-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。	未実施
A-2-(10)-②	新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	未実施
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。	未実施