

福祉サービス第三者評価の結果

平成21年5月29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19年10月12日
	評価実施期間	平成20年4月16日／平成20年4月30日
	事業所への 評価結果の報告	平成21年5月29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)	ゆきあいの里	種別	知的障害者授産施設(通所)		
代表者氏名 (管理者)	施設長 高橋 義信	開設年月日	平成15年4月1日		
設置主体 (経営主体)	社会福祉法人愛和会	定員	20名	利用人数	12名
所在地	(〒038-2321)深浦町大字広戸字家野上101-284				
連絡先電話	0173(74)9170	FAX電話	0173(74)9171		
ホームページアドレス	http://www.7-dj.com/yukiainosato/index.html				

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事		
・対人関係に関する支援／・通院、服薬に関する支援	4月:お花見 5月:食事外出 6月:体験学習(山菜採り)		
・金銭の使途に関する支援／・作業訓練に関する支援	7月:レクリエーション 8月:海水浴 9月:遠足		
・余暇活動に関する支援／・生活技術取得に関する支援	10月:体験学習(稲刈り) 11月:食事外出 12月:クリスマス会		
・就労に関する支援等	1月:食事外出 2月:豆まき 3月:慰労会・旅行		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
・作業室(2)・医務室(1)・相談室(1)	・食堂(1)・洗面所(2)・トイレ(2)・浴室(1)		
	・更衣室(2)		
職員の配置			
職種	人数	職種	人数
施設長	1名		
事務長	1名		
生活指導員	1名		
作業指導員	3名		
調理員	2名		

2 評価結果総評

<p>◎ 特に評価の高い点</p> <p>法人の基本理念である「(1)個人の尊重(2)地域社会とのふれあい(3)仲間意識の確立」は誰にでも分かりやすい表現になっており、利用者主体の考え方を踏まえた法人の理念・施設目標となっている。また、この理念・施設目標が職員の行動規範となっている。その一つとして、利用者が事業所内で自由に寛げる場を確保していることは評価が高い。</p> <p>さらに、理念に基づき、利用者主体に心掛けたサービスが提供されるよう、職員間の情報や意見交換、話し合いが活発に行われ、日々、業務の改善に取り組んでいる。</p> <p>利用者と家族との連携を密にするため、苦情箱を設置し利用者等からの意見や要望を汲み上げるよう努めているほか、送迎時や連絡帳などでも、家族との連絡・相談に対応している。</p> <p>セクシャルハラスメント規程、人権擁護、プライバシー保護、職員行動規範など職員の取るべき行動について、利用者の主体性尊重が貫かれている。</p>
<p>◎ 特に改善を求められる点</p> <p>特に改善が求められることは、日常業務や事業所運営上、実質的に出来ていることや行われていることがマニュアルや規程で明確にされていない点である。地域の福祉ニーズ把握されている課題と方向性を明確にした中・長期計画を策定されることを期待したい。</p> <p>また、特に急務とされるものは、具体的な役割と責任・業務内容を明示した職務分掌の明確化、職員の就業の意向や意見を把握する具体的な仕組みと一人ひとりの研修計画の策定、利用者の安全確保のためのリスクマネジメント体制の確立と明文化、事業所変更や家庭移行時の引継ぎ事項等の規程の整備が望まれる。</p> <p>これらを整備し、次に必要となる規程を検討し、人事考課やボランティア受入れのための規程等を整備してはどうか。</p>

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

--

4 評価分類別評価内容

評価対象 I	1 理念・基本方針	利用者主体の考え方を踏まえた法人の理念・施設目標が分かりやすく明文化され職員の行動規範となっており、利用者・家族等に配布されている。理念・施設目標は職員会議等で周知されている。
	2 計画の策定	事業計画は、職員会議による事業報告を受けて策定され、地域性や社会状況の激変にあわせて策定されており、職員の意見が反映されたものになっている。 事業計画は職員及び利用者家族に配布されると共に事業所に掲示され周知が図られている。
	3 管理者の責任とリーダーシップ	施設長の役割と責任については、職務分担図から読み取れ、職員会議など全ての会議に参画し、職員との信頼関係を築いている。 管理者研修等に参加し、職員に必要な通知文書、法令等の情報は、職員会議で説明し、職員からの意見や要望を取り入れている。 また、職員の就業状況や経営等についても、管理者側に偏りがなく、施設長を含め職員会議で検討している。

評価対象Ⅱ	1 経営状況の把握	<p>養護学校、他施設、関係機関との連携、さらには、就労支援サポートセンターや生活支援センターとの提携のもと事業運営・経営をとりまく環境を的確に把握するための情報収集に努めている。</p> <p>また、具体的な利用者数の推移や経営状況は職員会議で示し、対策を検討している。</p>
	2 人材の確保・養成	<p>必要な人員体制を明示するほか、就業状況や意向を把握し、共済事業加入、健康診断、余暇活動も行っている。職員の基本姿勢・職務規程があり、必要な研修計画が作成され、報告書のほかに伝達講習会で報告されている。</p> <p>実習生の受入は事業所全般の業務を体験できるように工夫している。</p>
	3 安全管理	<p>緊急時対応について、職員会議で検討・見直しが行われ、家族との「連絡帳」を用いて利用者の情報を共有している。事故や怪我などの発生した場合や予測できる場合は、必ず職員会議で取り上げ検討されている。</p> <p>作業場面では、職員の勉強会や安全性の確保と利用者への説明が行われている。</p>
	4 地域との交流と連携	<p>地域とのかかわりを明文化し地域情報を利用者へ提供し、交流支援を行っている。関係機関への広報誌等配布、社会福祉協議会との連携、地域からの相談に対応している。</p> <p>利用者個々の社会資源の整理や社会福祉協議会、福祉事務所、養護学校、他事業所等との連携によるニーズの把握を行っている。</p>
評価対象Ⅲ	1 利用者本位の福祉サービス	<p>「利用者支援」「虐待防止」「職員行動規範」やプライバシー保護と情報開示規程等を規定し、問題があれば職員会議で話し合われている。作業活動中の会話や家庭訪問、家族との「連絡帳」などを通して利用者満足度の把握に努め、職員会議で検討が行われている。</p> <p>利用者が自由に相談出来る体制になっており、相談室・休憩室・更衣室などを活用し利用者のペースにあわせて行っている。</p> <p>苦情解決体制を整備し、利用者からの意見は職員間でその場で情報共有を行い、会議で検討されている。</p>
	2 サービスの質の確保	<p>福祉サービスの内容を明示し、サービス評価から職員会議での分析・検討へ、そして改善策の実施、適時見直しという一連の流れで実施されている。個々のサービスについて規程が文書化され職員会議で、周知と内容の検討が行われている。個別ケース記録を作成し、ケース会議を全職員参加のもとサービス実施計画を策定し、業務日誌、作業日誌等で状況確認が図られている。朝礼時や週1回の職員会議で必要に応じケースに対する検討会議がもたれている。</p> <p>セクシャルハラスメント規程、人権擁護、プライバシー保護、職員行動規範など職員の取るべき行動について利用者の主体性尊重が貫かれている。</p>
	3 サービスの開始、継続	<p>パンフレットやホームページを作成し情報を公開すると共に、パンフレットや広報誌は、図や写真などを活用し、わかりやすいものになっている。また、関係機関に設置している。</p> <p>利用希望者には見学や体験等を行っている。サービスの利用の開始に当たっては重要事項説明書を用い契約書を取り交わしている。</p> <p>事業所変更や家庭への移行では家族への説明や話し合いを行って継続性の確保に努め、関係機関への連絡等を行っている。</p>
	4 サービス計画の策定	<p>一般的なアセスメント表の他に事業所独自の「個別作業能力・生活態度評価表」を用いてアセスメントを実施し、評価会議で分析・検討が行われている。利用者・家族の要望等は職員会議で話し合い、サービス提供に結び付けている。</p> <p>アセスメントから評価会議、アセスメント表の修正、サービス実施計画書の作成という一連の流れで実施され、全職員が評価、検討会議、計画の策定を実施することができる。</p> <p>また、業務日誌や作業日誌によって、実施状況の確認がなされている。</p>

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
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
I-1-2 理念、基本方針が周知されている。	
I-1-2-1 ① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a
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。	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 ① 中・長期計画が策定されている。	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。	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
I-2-2-2 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 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 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 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 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 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 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
II-1-1-3 ③ 外部監査が実施されている。	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。	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
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。	b
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。	a
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。	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。	b
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
II-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	b
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。	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。	b
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	b
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。	b
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。	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
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。	b
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。	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
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。	b
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。	b
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
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
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。	b
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
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
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
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。	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
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。	a
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