

福祉サービス第三者評価の結果

平成29年3月22日 提出(評価機関→推進委員会)



1 施設・事業所情報

(1) 事業所概況

事業所名称 (施設名)	あかまつ園		種別	障害者支援施設	
代表者氏名 (管理者)	園長 森川 選子		開設年月日	平成3年4月1日	
設置主体 (法人名等)	社会福祉法人 新生会		定員	生60名 施50名	利用人数 生51名 施49名
所在地	〒034-0102 青森県十和田市大字大沢田字早坂194				
連絡先電話	0176-27-2126	FAX電話	0176-27-2127		
ホームページアドレス	http://sinsekai.jp				
第三者評価の受審状況	これまでの受審回数	受審履歴			
	1回	平成26年度			

(2) 基本情報 ※必要に応じて写真等追加可能

理念・基本方針	・社会福祉法人新生会は、公共性と透明性の確保された健全な経営管理に努めるとともに、利用者一人ひとりの思いを尊重し、利用者が地域社会の一員として、健康で自立的な生活のできる利用者本位の支援に努めます。				
	サービス内容 (事業内容)		施設の主な行事		
生活介護	常時介護を必要とする障害者に対し昼間において、食事・排泄・入浴等の介護を行うとともに創作的活動等、その他必要な日常生活上の相談・支援を行う。		<ul style="list-style-type: none"> ・4月～観桜会 ・5月～焼肉バーベキュー ・6月～買物外出 ・8月～夏祭り ・9月～秋祭り見学 ・10月～運動会 ・11月～買物外出 		
施設入所支援	常時介護を必要とする障害者に対し夜間及び休日において、食事・排泄・入浴等の介護を行うとともに、その他必要な日常生活上の相談・支援を行う。		<ul style="list-style-type: none"> ・12月～クリスマス会 ・2月～豆まき ・3月～衣類買物 		
その他、特徴的な取組					
	居室概要		居室以外の施設設備の概要		
・個室 6室			<ul style="list-style-type: none"> ・食堂(42インチテレビ、自動販売機、冷房設備) ・訓練室(ホットスパイク、マイクロ波照射器、腰掛練習台、昇降式平行棒、プラットホーム、滑車運動器等) ・浴室(特殊機械浴槽、入浴用リフト、大浴槽) ・相談室・会議室(利用者の余暇活動に利用) ・消火その他災害対策(スプリンクラー、AED) 		
・2人部屋 22室					
(全室、個人用ロッカー、加湿空気清浄器を設置)					
職員の配置					
	職種	人数		職種	人数
	施設長	常勤:1	非常勤:	看護師	常勤:3 非常勤:
	総務課長	常勤:1	非常勤:	機能訓練員	常勤:1 非常勤:
	施設支援課長	常勤:1	非常勤:	栄養士	常勤:1 非常勤:
	サービス管理責任者	常勤:1	非常勤:	調理員	常勤:3 非常勤:
	生活支援員	常勤:16	非常勤:	医師(嘱託)	常勤: 非常勤:1
	事務員	常勤:2	非常勤:		

2 評価結果総評

<p>◎ 特に評価の高い点</p> <p>【利用者一人ひとりの状態に寄り添った支援】</p> <p>・「生活支援計画書等作成の流れ」のマニュアルを整備し、アセスメントから生活支援計画書及び生活支援実施書の作成、モニタリングの実施、アセスメントや計画書の見直しなどの時期や方法を定め、利用者の意向や状態に合わせた支援に取り組んでいます。</p> <p>・利用者一人ひとりの状態を把握するためのアセスメントシートは、生活環境、健康、日常生活、コミュニケーション、社会生活技能、余暇活動、家族とのつながりの領域について詳細な項目にわたっており、利用者の希望する生活や課題等を把握する体制となっています。</p> <p>【福祉サービスの質の向上に向けた取り組み】</p> <p>・自己評価(年2回)の実施や定期的な第三者評価の受審、利用者懇談会(月1回)の実施、サービス提供評価、運営管理評価、利用者調査を実施するなど、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みが組織的に行われています。また、業務改善委員会を整備し、職員の意見を反映させた業務改善に取り組んでいます。</p> <p>【職員の質の向上に向けた人事管理】</p> <p>・法人の基本方針に基づき、専門的な知識と技術の向上に努め、適切な価値観をもってサービスを提供するため、年2回人事考課に取り組んでいます。人事考課は、職種別に詳細な自己評価を実施し、業務が適切に実施されているかどうか確認するとともに、一人ひとりの目標管理を行い、職員の能力を伸ばすような体制を整備しています。</p>
<p>◎ 改善を求められる点</p> <p>【中長期計画の策定と単年度計画への反映】</p> <p>平成28年度から平成32年度までの中長期計画を策定していますが、計画の4つの柱の基となる目標(ビジョン)が明確にされていません。また、中長期の収支計画が策定されていません。中長期で目指す目標(ビジョン)を明確にした上で、経営課題の改善に向けたより具体的な内容を盛り込むとともに、実現に向けた収支計画を策定することが望まれます。また、中長期計画に基づいて、年度ごとに実施する具体的な内容を盛り込んだ単年度計画を策定することが期待されます。さらに、計画の実施にあたって、必要な人材や人員体制についての計画策定も期待されます。</p> <p>【マニュアルの整備】</p> <p>管理者のリーダーシップのもと、各種マニュアルが整備されていますが、ケアの統一や安全管理を図るためにも排泄介助に関するマニュアルや薬物の管理に関するマニュアルの整備が望まれます。また、人材育成に関して、実習生やボランティアの受入れに関する方針を明確化するとともに、実習生受入れマニュアル、ボランティア受入れマニュアルを整備することが望まれます。</p>

3 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

<p>今回、2回目の受審となりました。</p> <p>多くの調査項目1つ1つを丁寧に評価して頂くとともに、前回の指摘事項を1つでも多く改善できるよう意識し取り組んできた結果も適切に評価して頂けたと思います。</p> <p>今回の評価結果を活用し、更なるサービスの質の向上のため今後も取り組んで参りたいと思います。</p>
--

評価機関	名 称	社会福祉法人 八戸市社会福祉協議会
	所 在 地	青森県八戸市根城8丁目8番地155号
	事業所との契約日	平成 28年 8月 30日
	評価実施期間	平成 28年 10月 4日～平成 28年 10月 7日
	事業所への 評価結果の報告	平成 29年 2月 10日

第三者評価結果

※すべての評価細目(45項目)について、判断基準(a・b・cの3段階)に基づいた評価結果を表示する。
 ※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a ⓑ ・c
<コメント>・福祉サービスの内容や特性を踏まえた理念と基本方針を明文化し、ホームページ、施設の広報紙に掲載するとともに、玄関と支援員室に掲示しています。		

Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	Ⅰ-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a ⓑ ・c
<コメント>・全国社会福祉法人経営者協議会や身体障害者施設協議会に加盟し、社会福祉事業全体の動向の把握に努めています。また、県内の病院や事業所、行政等を訪問し利用者の情報収集を行っています。		
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a ⓑ ・c
<コメント>・福祉ホームの利用率向上、マンパワー不足による職員の待遇改善や業務マニュアルの改善、施設設備の老朽化への対応など、具体的な課題を明文化し、役員間、職員間での共有がされています。		

Ⅰ-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
Ⅰ-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	Ⅰ-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a ⓑ ・c
<コメント>・平成28年度から平成32年度までの中長期計画を策定していますが、計画の4つの柱の基となる目標(ビジョン)が明確にされていません。		
5	Ⅰ-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a ⓑ ・c
<コメント>・単年度計画には、業務内容や福祉サービスに関わる内容が具体的に示されていますが、中長期計画が十分に反映された内容とはなっていません。		
Ⅰ-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	Ⅰ-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a ⓑ ・c
<コメント>・事業計画は、各委員会ごとに意見を集約し、主任会議を経て策定しています。事業計画の実施状況は、職員会議や主任会議において把握され、事業全体の評価を行い課題を明確にしています。		
7	Ⅰ-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a ⓑ ・c
<コメント>・事業計画は、利用者懇談会で配布し、説明を行うとともに、デイルームにも設置し利用者が見られるようにしています。行事予定表は、毎月利用者に配布するとともに掲示しています。		

Ⅰ-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
Ⅰ-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	Ⅰ-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	Ⓐ ・b・c
<コメント>・3月にサービス提供評価、運営管理評価、利用者調査を実施し、組織的に評価を行う体制があります。評価の結果、事業所の良い点、改善を要する点について明確にし、文書化しています。		
9	Ⅰ-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a ⓑ ・c
<コメント>・3月にサービス提供評価、運営管理評価、利用者調査を実施し、事業所の良い点、改善を要する点について明確にし、改善に取り組んでいます。		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-①	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。 a・b・c
<コメント>・法人の組織図や園の職務分担表により園長の役割と責任を明らかにし、職員会議などで表明し周知を図っています。毎年4月の広報紙には園長挨拶を掲載しています。		
11	Ⅱ-1-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。 a b・c
<コメント>・園長は、社会福祉法人改革に関する研修や施設長研修に参加しています。4月に施行された障害者差別解消法について、職員会議や広報紙に掲載して周知を図っています。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-①	福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。 a・b・c
<コメント>・週課表の見直しに取り組みました。職員の研修は、内部研修を年6回、外部研修に随時職員を参加させ、職員の質の向上を図っています。		
13	Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。 a・b・c
<コメント>・園長は、業務の実行性の向上に向けて、業務改善委員会を組織し、効果的な運営に取り組んでいます。また、人員配置や勤務体制の見直しについては、主任会議において検討しています。		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	Ⅱ-2-(1)-①	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。 a b・c
<コメント>・人材確保・人材育成の方針について、中長期計画に示していますが、必要な福祉人材や人員体制についての具体的な計画はありません。		
15	Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。 a・b・c
<コメント>・就業規則、職員倫理規程に、期待する職員像を明示しています。また、人事考課規程に定めた基準により、人事管理を行っています。		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	Ⅱ-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。 a・b・c
<コメント>・職員との面談を年2回実施し、意向を把握する仕組みがあります。有給休暇の取得状況や時間外勤務については、総務課長が把握しています。		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	Ⅱ-2-(3)-①	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 a・b・c
<コメント>・人事考課を年2回実施しており、評価結果を面談でフィードバックし、職員一人ひとりの今後の目標を設定しています。		
18	Ⅱ-2-(3)-②	職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。 a b・c
<コメント>・職員倫理規程、就業規程、人事考課の評価項目等に、求める職員像を明記していますが、組織が職員に求める専門技術や専門資格は明示されていません。		
19	Ⅱ-2-(3)-③	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。 a b・c
<コメント>・一人ひとりの職員の専門資格の取得状況や知識、技術水準を把握しています。新採用の職員に対して、新人研修プログラムを作成し、個別的なOJTが行われています。		
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	Ⅱ-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 a・b c
<コメント>・実習の依頼があれば受け入れる体制はありますが、実習生の教育・育成に関する基本姿勢やマニュアルは作成されていません。		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	II-3-(1)-①	運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。 a <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>・ホームページや広報誌に理念や基本方針、業務内容、決算書、苦情相談の体制を掲載していますが、苦情相談の体制や内容についての公表は行われていません。		
22	II-3-(1)-②	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。 a <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>・事務や経理については、職務分担表に権限や責任が明記されています。平成27年度より、税理士からの助言・指導を得られる体制となっています。		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-①	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。 a <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>・夏祭りには、高校生がボランティアとして参加するほか、保育園児のお遊戯、よさこいの披露などにより交流を図っています。		
24	II-4-(1)-②	ボランティア等の受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 <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>・小学校の町探検、高校生の施設見学実習を受け入れています。ボランティアの受け入れや学校教育等への協力についての基本姿勢が明文化されておらず、受入マニュアルも作成されていません。		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。 a <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>・個々の利用者の状況に合わせて利用できる医療機関や相談支援事業所、行政窓口、法人系列事業所を把握し、職員間で情報共有されています。		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	II-4-(3)-①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。 a <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>・十和田市と福祉避難所の協定を結んでおり、常時70人3日分の食糧を備蓄しています。高校生の施設見学実習を受け入れ、障害者施設への理解を深める機会を提供しています。		
27	II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。 a <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>・十和田市の自立支援協議会に参加、八戸第一養護学校と事業所等との情報交換会に参加し、地域の福祉ニーズの把握を行っています。入所体験の希望があれば、1日体験利用に対応しています。		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-①	利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。 <input checked="" type="radio"/> a・b・c
<コメント>・利用者を尊重した福祉サービスの実施について、介護マニュアルやプライバシー保護マニュアルを作成し、内部研修を行っています。		
29	Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 a <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>・利用者のプライバシーを守るよう、居室にはプライベートカーテンを設置し、トイレ出入口にもカーテンを設置しています。虐待防止のパンフレットをホールに設置し利用者に周知しています。		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-①	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。 a <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>・園を紹介する資料としてパンフレットやホームページを作成しています。園の利用希望者には、希望に応じて見学、一日体験や宿泊体験にも応じています。		

31	Ⅲ-1-(2)-②	福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	㉑・b・c
<コメント>・サービスの開始時には、パンフレットや重要事項説明書により利用者・家族に説明し、同意を得た上で署名捺印を得ています。			
32	Ⅲ-1-(2)-③	福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a ㉒・c
<コメント>・施設変更の相談があった場合は、変更先の情報収集をしたり、見学に同行したりして対応しています。また、利用者に不利益が生じないよう、園での生活状況等を変更施設に情報提供しています。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
33	Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	㉑・b・c
<コメント>・意見・要望を聞き取るために利用者懇談会を開催しています。また、園長をはじめ、担当職員、主任支援員、サービス管理責任者等、利用者が話しやすい職員を選んで相談できる体制があります。			
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。			
34	Ⅲ-1-(4)-①	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a ㉒・c
<コメント>・利用者懇談会を開催したり、園長室のドアを開放したりして、意見・要望を伝えやすいよう工夫しています。苦情の内容は記録に残し、検討結果について利用者にフィードバックされています。			
35	Ⅲ-1-(4)-②	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	㉑・b・c
<コメント>・園長はじめ、様々な職種の職員が日頃から利用者の声を聴く体制があるほか、利用者懇談会を月1回開催して積極的に意見を聴く機会を設けています。			
36	Ⅲ-1-(4)-③	利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	㉑・b・c
<コメント>・月1回、利用者懇談会を開催し、積極的に意見の把握に努めています。懇談会において即答できない場合は、主任会議等で検討し、検討結果は利用者説明しています。			
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。			
37	Ⅲ-1-(5)-①	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a ㉒・c
<コメント>・「事故防止委員会」を設置し、委員長に施設長、副委員長に施設支援課長、リスクマネージャーにサービス提供責任者が就任し、概ね月1回会議を開催しています。			
38	Ⅲ-1-(5)-②	感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	㉑・b・c
<コメント>・感染症発生時の各職種の役割を明記した役割分担が整備され、嘱託医及び協力医療機関との連携体制を整備しています。年に1回嘱託医による感染症予防の内部研修を行っています。			
39	Ⅲ-1-(5)-③	災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a ㉒・c
<コメント>・地震、災害、火災等緊急事態の発生時は、緊急連絡網により全職員に連絡する体制ができています。食料や備品等の備蓄については、70人3日分の食料を備蓄しています。			

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

			第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。			
40	Ⅲ-2-(1)-①	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	㉑・b・c
<コメント>・サービスの実施方法について、業務マニュアル、介護マニュアル、健康管理マニュアル、プライバシー保護マニュアル、感染症対策マニュアルなどを整備し、職員に周知しています。			
41	Ⅲ-2-(1)-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。	㉑・b・c
<コメント>・業務改善委員会を設置し、概ね3ヶ月に1回会議を開催し、業務マニュアルの見直しに組織的に取り組んでいます。見直しにあたっては、職員・利用者懇談会での意見を反映させています。			
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。			
42	Ⅲ-2-(2)-①	アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	㉑・b・c
<コメント>・「生活支援計画等作成の流れ」を整備し、アセスメントから計画の作成、実施、評価、見直しに至るプロセスを明確にし、利用者、家族の参加を得て、会議を年1回開催し見直しを行っています。			

43	Ⅲ-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	㉑・b・c
<p><コメント>・生活支援計画書の評価・見直しにあたっては、6ヶ月に1回、利用者と面接を行い、計画が適切であるかどうか確認したうえで、見直しをしています。</p>			
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
44	Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。	㉑・b・c
<p><コメント>・利用者一人ひとりのサービス実施状況はPCの記録管理システムに記録し、常に職員間で情報共有できる体制を整備するとともに、朝夕のミーティングや月1回の職員会議で情報を共有しています</p>			
45	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 ㉒・c
<p><コメント>・個人情報に関する方針等が整備され、責任者も明記されていますが、個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応策、記録の保存年限についての規定がありません。</p>			