

岩手県福祉サービス第三者評価の結果

1 第三者評価機関

名 称	社会福祉法人 岩手県社会福祉協議会	認証番号	第 2 号
所在地	盛岡市三本柳 8-1-3	評価実施期間	平成 22 年 10 月 20 日～ 平成 22 年 3 月 25 日

2 事業者情報

事業者名称： (施設名) 自立生活支援センターウイリー	種別：自立訓練（生活訓練） 就労移行支援 短期入所
代表者氏名：理事長 及川 穰 (管理者) 所長 山崎 実	開設年月日 平成 11 年 10 月 1 日
設置主体：社会福祉法人若竹会 経営主体：社会福祉法人若竹会	定員（利用人員） 宿泊型自立訓練 10 名 短期滞在型自立訓練 10 名 通所自立訓練 14 名 就労移行 6 名 短期入所 2 名
所在地： 宮古市崎鍬ヶ崎第 4 地割 1-1	Tel 0193-64-7855 FAX 0193-64-7898

3 総評

◇ 特に評価の高い点 <u>○サービス開始・継続に係る工夫と実践</u> 宮古圏域のレインボーネットを活用した公共施設等への配布、また、入院中の患者の体験入所等の実施においても、サービス開始に対する職員の工夫、努力が伺える。 組織独自の情報提供は法人のホームページの公開が 22 年 4 月以降に予定されていることから、積極的な紹介に期待したい。 サービスの継続性については、宮古圏域障がい者地域移行プロセスに基づく充実した体制の一環として、関係機関とのケア会議を行い、利用者の意思尊重のもとに意向サービスに向けた取り組みが行われていることも評価できる取り組みである。
◇ 改善を求められる点 <u>○理念・基本方針に関する職員共通理解を高めるための工夫</u> 利用者を尊重したサービス提供は、理念や基本方針に示されているが、組織の基本姿勢を踏まえた取り組みが具体化されていない。 今後は、利用者尊重や基本的人権への配慮についての職員意識向上に向けた研修など、職員の共通理解を進めるための研修実施や、利用者尊重の基本方針を具体化させるための取り組みを期待したい。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回、社会福祉法人若竹会の経営する障害福祉サービス事業所として、はじめて当事業所が第三者評価を受審しました。 当事業所は、平成 11 年 10 月に精神障害者生活訓練及び社会復帰施設として設立され、平成 19 年 4 月から障害者自立支援法に基づく現行事業体系へ移行したところですが、契約制
--

度への移行から3年が経過する中で、利用者本位のサービスが提供できているか、ともすれば事業所の独善的サービスに陥っていないか、検証も含め受審に踏みきりました。

従前から事業・利用者の特性を踏まえ、自立心や社会経験を尊重し、生活上の規制や過剰な支援に配慮してきましたが、今回の評価結果として安全管理面での取り組み不足を再認識したところです。

今回の評価結果を踏まえ、今後とも事業所一丸となって安心して利用できる事業所であり、微力ながら地域に貢献できる事業所を目指し、邁進していきたいと思っています。

5 各評価項目にかかる第三者評価結果
(別紙)

施設名: 自立生活支援センターウイリー

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

	21年度評価結果
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) 理念や基本方針が周知されている。	
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。	c

I-2 計画の策定

	21年度評価結果
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。	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。	a
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

	21年度評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確化されている。	
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。	c
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	c
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。	c
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

II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

	21年度評価結果
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。	非該当

Ⅱ－２ 人材の確保・養成

		21年度評価結果
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。	c
	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

		21年度評価結果
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。	b
	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 地域との交流と連携

		21年度評価結果
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。	b
	Ⅱ-4-(1)-③ ボランティアを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。	a
	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

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

		21年度評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
	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。	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。	c
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。	c
	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。	c

Ⅲ－２ サービスの質の確保

		21年度評価結果
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。	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
	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している。	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施状況の記録が適切に行われている。	c
	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。	c
	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。	b

Ⅲ－３ サービスの開始・継続

		21年度評価結果
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。	c
	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。	a

Ⅲ－４ サービス実施計画の策定

		21年度評価結果
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。	b
	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。	c
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 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	c

付加基準(障害者・児施設版)

A－１ 利用者の尊重

		21年度評価結果
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。	b
	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。	a

A－２ 日常生活支援

		21年度評価結果
2-(1) 食事		
	A-2-(1)-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-2-(1)-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-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	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。	c
	A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a
	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a
2-(3) 排泄		
	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	c
	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	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。	a
	A-2-(4)-② 衣服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。	b
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。	a
	A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a

2－（６） 睡眠		
	A-1-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a
2－（７） 健康管理		
	A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	c
	A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	b
	A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	c
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
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。	a
	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。	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。	b
	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。	a
	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。	a