

# みえ福祉サービス第三者評価結果

## ① 第三者評価機関名

社会福祉法人 三重県社会福祉協議会

## ② 事業者情報

名称：社会福祉法人 四日市福祉会 垂坂山ブルーミングハウス	種別： 障害者支援施設
代表者氏名：理事長 柏木 三穂	定員（利用人数）：40名（41人）
所在地：三重県四日市市別名3丁目3-10	TEL：059-331-8660

## ③ 総評

### ◇総合的意見

垂坂山ブルーミングハウスは、知的障害者の自立を目指し、就労移行、自立支援事業、グループホーム・ケアホームなどの事業を運営する社会福祉法人四日市福祉会の中核施設として、施設入所支援・生活介護を担っています。理事長を中心に限られた職員体制の中で、利用者が満足されるサービスの提供に努力されています。

タウンミーティングなどを通じて地域との交流を図り、多様な福祉ニーズに応え続けることで、地域から高い評価を受けています。利用者や家族の満足度も高く、安心して施設を利用されています。

一方で、利用者や家族の高齢化が進行していますので、これから発生する課題についても対応できるような取り組みを期待します。

### ◇特に評価の高い点

- ・利用者とのコミュニケーションについて、あらゆる手段を駆使して図られています。
- ・早期に個室化に踏み切ったことを含めて、プライバシーへの配慮がなされています。
- ・清掃が行き届き、気持ちの良い施設環境を維持しています。
- ・3年周期の法人の中長期計画について毎年見直しを行うなど、計画的な運営がされています。
- ・加点方式の人事考課を行い、職員のやる気を引き出しています。
- ・管理者は常に新しい福祉ニーズに目を向けてサービスを具現化し、効率的な施設運営に向けて努力されています。

### ◇改善を求められる点

- ・浴室の改修が望まれます。
- ・人材確保のプランや職員個人別の研修計画を策定するなど、より質の高いサービス提供ができる体制づくりを期待します。

## ④ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

平成20年度に続き、今回で2度目の受審になります。スケジュール通りなかなか進まず、苦労した点多かったですが、前回より改善されている点、改善不足の点などがはっきりとし、改善課題を明確にすることができました。今後は改善計画を定期的にチェックし、確実に改善計画を実施し、サービスの質の向上、働きやすい職場環境づくりに努めたいと思います。また、第三者評価は定期的に受審し、改善していく事に意味があると思いますので、今後も定期的に受審をしていきたいと思っております。最後になりますが、第三者評価機関の方には、大変お世話になりました。ありがとうございます。

## ⑤ 評価細目の第三者評価結果（別添）

(別紙)

# 評価細目の第三者評価結果

※すべての評価細目（55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、基本方針が確立されている。	
I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	Ⓐ・b・c
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	Ⓐ・b・c
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。	a・Ⓑ・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。	Ⓐ・b・c

### I-2 計画の策定

	第三者評価結果
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。	Ⓐ・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・c
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	Ⓐ・b・c

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果
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。	Ⓐ・b・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。	Ⓐ・b・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。	Ⓐ・b・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・c

### 【評価機関コメント欄】

『評価対象Ⅰ：福祉サービスの基本方針と組織』項目

- 理念については文書へのルビ付与に留まらず、イラストに落とし込まれた上で廊下等に掲示されるなど施設全体で共有していこうという姿勢が感じられます。
- 3年間を見据えた中期経営計画が策定され、毎年見直しが行われるなど、PDCAサイクルが機能しています。
- 施設長は経営や業務の効率化に向けて積極的に取り組まれています。各事業所の幹部職員等との連絡体制も確立され、法人として一体感のある運営をされています。

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
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・c
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・c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	a・b・Ⓒ

### Ⅱ-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
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。	a・Ⓒ・c
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。	a・Ⓒ・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。	a・Ⓒ・c
Ⅱ-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	Ⓐ・b・c
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・c
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。	a・b・Ⓒ
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・b・Ⓒ
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。	Ⓐ・b・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・c

### Ⅱ-3 安全管理

		第三者評価結果
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・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・c

## Ⅱ-4 地域との交流と連携

		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。		
Ⅱ-4-(1)-①	利用者地域とのかかわりを大切にしている。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	Ⓐ・b・c
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。	a Ⓑ・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・c
Ⅱ-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	Ⓐ・b・c
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・c
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。	Ⓐ・b・c

### 【評価機関コメント欄】

『評価対象Ⅱ：組織の運営管理』項目

- 人材育成を重視し、職員の意欲向上に配慮した人事考課が行われています。組織の求める人材像を明確にされ、個人別の研修計画まで踏み込まれることを期待します。
- 地域と共にあることを法人全体で共有し、地域での意見交換やボランティアの受入などにも積極的に取り組まれており、先を見据えた経営がされています。
- 安全管理は適切に行われ、ヒヤリハットのフィードバックにも積極的に取り組まれています。入所者の高齢化を見据え、想定されるリスクへの備えを万全にされることを期待します。

## 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。		
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・c
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。	Ⓐ・b・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。	Ⓐ・b・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。	Ⓐ・b・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。	Ⓐ・b・c
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・c
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・c

### Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
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。	a・Ⓐ・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。	a・Ⓐ・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。	a・Ⓐ・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・c
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・c
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。	Ⓐ・b・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。	a・Ⓐ・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・c

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
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。	Ⓐ・b・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。	Ⓐ・b・c
		第三者評価結果
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・c

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
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・c
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。	Ⓐ・b・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・c
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。	Ⓐ・b・c

#### 【評価機関コメント欄】

『評価対象Ⅲ：適切な福祉サービスの実施』項目

- 座談会や利用者の自治会活動など、利用者を尊重したサービスの提供に尽力されています。一部屋を除いて個室化されており、プライバシーへの配慮もされています。
- ヒヤリハットと共に苦情解決についても公表されるなど、透明性の高い施設運営がされています。さらなる質の向上に向けて、自己評価の毎年実施を何らかの形でされることを期待します。
- 新たに採用された職員には「教育ファイル」が配布されるなど業務標準を重視した施設運営がされており、個々のサービス場面についても基本を重視されています。

(様式b) 改善計画書

施設名 垂坂山ブルーミングハウス (担当者:逢阪)

(作成年月日 平成 26 年 3 月 8 日作成)

（施設として続けるに優れている点）	1	ショートステイ、日中一時、見学者など多くの人を受け入れるように努力をしている。また学校などとの連携も取れている。						
	2	家族となかなか会えない方に対しての定期的に保護者さんとの面談の機会を設けたり、家族がいない方に対しての墓参りなど家族支援を行っている。						
	3	施設美化に努めており、地域の掃除等にも積極的に取り組んでいる。						
	4	職員の出来る最大限での外出等の余暇支援を行っている。						
	5	日中活動の種類を多く作っており、利用者の適性を見ることが出来る環境が整っている。また日中活動での個別のリハビリなど積極的に行っている。						
		課題・改善点	達成目標	期間	開始時期	達成時期	改善スケジュール(人・予算・情報)・手順等)	担当
すぐにできること	1	利用者からの意見の汲み取りが不十分	意見箱を設置する。	3ヶ月	H26.4.1	H26.6.30	施設内、地域内に設置	管理者 自治会職員
	2	改善計画の見直し・評価が十分ではない	進捗度合いを確認し、調整する	3ヶ月	H26.4.1	H26.6.30	3ヶ月に1回、会議を開催し、進捗状況を確認し、検討を行う。	自己評価リーダー
	3	指導員室には鍵がかかっているが、記録を管理する棚に鍵がかかっていない	管理できる鍵のかかる棚に買い換える	3ヶ月	H26.4.1	H26.6.30	①業者と打ち合わせ②予算化③導入	管理者 幹部会
	4	利用者への理念や基本方針が不十分	利用者主体で理念・基本方針を作ってもらう	3ヶ月	H26.4.1	H26.6.30	職員と利用者が協同してイラストを作成し、理解できるようにする	全職員
	5	利用者満足の向上にむけた改善・分析・聞き取りの充実	利用者参加型の会議の開催	6ヶ月	H26.4.1	H26.9.30	自治会の利用者参加の検討会議を行う。月1回以上利用者個別の聞き取りの時間を設ける。	全職員
工夫すればできること	1	利用者向けのプログラムのマニュアルが足りない	プログラムを作成する	1年	H26.4.1	H27.3.31	買い物、洗濯、掃除、公共交通機関の利用、作業等プログラムを作成し、マニュアルを作る	全職員
	2	レクリエーションが利用者主体の内容になっていない	利用者主体のレクリエーションを実施する	1年	H26.4.1	H27.3.31	利用者からやりたいことを聞き出し、その内容を実施する(年2回休日稼働日に行う)	自治会職員
	3	職員への理念や基本方針の周知が不十分	職員への周知徹底	1年	H26.4.1	H27.3.31	朝礼で理念・基本方針を復唱する	当日リーダー職員
	4	職員の個人別の研修計画が無い	個人別の研修計画の作成	6ヶ月	H26.4.1	H26.9.30	個人別の研修計画の作成、実施	管理者 幹部会
	5	利用者の健康管理の充実	健康管理マニュアルやより良い薬管理体制確立	1年	H26.4.1	H27.3.31	健康管理については、歯科衛生士の指導を仰いだり、利用者の個々に応じたマニュアルの作成、薬については、管理の検討会議を行う	全職員
	6	サービスの質向上に向けた取り組みが組織化	サービスの質の確保に向けた計画を作成	3年	H27.4.1	H30.3.31	基準に基づいたサービス内容の自己評価を行い、職員参加の結果分析をして、課題を文書化する。次年度の改善計画を作成する。(1年後開始)	全職員
	7	ボランティアの施設としての受け入れの基本的方針が明確になっていない。育成も不十分	施設としてボランティアの明確な基本方針を作成し、ボランティア向けの講習を実施	3年	H26.4.1	H29.3.31	明確な基本方針を作成した上で、態勢を整えてボランティア向け講習を実施	幹部会 ボランティア担当者
予算化しないとできないこと	1	共有スペース(居間)が食堂と兼用されている。	共有スペース(居間)と食堂を分け、ゆっくり過ごせる環境を整える。	2年	H26.4.1	H28.3.31	見学を行い、職員の意見集約をするため話し合い、予算化・幹部会で見積・入札・導入を検討する。その後実施する。	全職員
	2	居室のベニヤの上が空いており、音、光がもれやすい部屋がある。	完全個室化を行い、利用者のプライバシーをより守る。	2年	H26.4.1	H28.3.31	予算化・幹部会で見積・入札・導入を検討する。	全職員
	3	入浴環境が現状の利用者状況に適合していない。	高齢化・重度化に対応した入浴環境を整える。	1年	H26.4.1	H27.3.31	見学を行い、職員の意見集約をするため話し合い、予算化・幹部会で見積・入札・導入を検討する。その後実施する。	全職員
	4	食事が適温で提供できない時がある。また個別に応じた食事提供をできない時がある。	適温、個別化されたタイミングでの食事提供を行う。	2年	H26.4.1	H28.3.31	職員や利用者の意見集約を行い、予算化・幹部会で見積・入札・導入を検討する。	全職員