

静岡県福祉サービス第三者評価の結果

◎ 評価機関

名 称	一般社団法人静岡県社会福祉士会
所 在 地	静岡市葵区中町24-2 若杉ビル3階
評価実施期間	平成21年9月30日～21年11月5日
評価調査者番号	① H20-a002
	② H17-b031
	③ H18-b003

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称： 障害者支援施設 浜名寮 (施設名)	種別： 身体障害者療護施設 (評価項目種別による分類)
代表者氏名： 河合 晴夫 (管理者) 中村 哲	開設年月日： 昭和50年 4月 1日
設置主体： 社会福祉法人 天竜厚生会 経営主体： 社会福祉法人 天竜厚生会	定員： 100人 (利用人数) 100人
所在地： 浜松市浜北区於呂4201-12	
連絡先電話番号： 053-583-1128	FAX番号： 053-583-1246
ホームページアドレス	http://www.tenryu-kohseikai.or.jp

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事		
身体障害者の生活介護・施設入所支援	花見 花まつり 春期行楽 外食 ドライブ 一泊旅行 一日ショッピング 納涼花火大会 セタ 喫茶 衣類・本販売 季節の散策 スポーツ大会 マラソン大会 クリスマス会 忘年会 初詣 いちご狩り オセロ大会 豆まき など		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
1人部屋 7室 8人部屋12室	静養室4 食堂2 浴室2 洗面所4 便所4 医務室2 訓練室1 相談室1		
職員の配置			
施設長	1	栄養士	1
サービス管理責任者	2	調理員	3
看護師	6 (うち非常勤2)	事務員	1 (うち派遣職員1)
作業療法士	1	アテンダント	1 (うち非常勤1)
生活支援員(ケアワーカー)	53(うち非常勤11)	夜勤専門員	1 (うち非常勤1)

2 評価結果総評(利用者調査結果を含む。)

◆ 特に評価の高い点	
1)	法人本部の統括力が発揮され、法人の理念や基本方針、経営戦略などが当該事業所に浸透しています。中期経営計画により、単年度の達成目標が明確にされ、定期的に達成度が評価されています。
2)	ISOの認証を取得し、経営の効率化や提供サービスの向上に、法人の他施設と協働して取り組んでいます。
3)	職域、個人ごとの研修目標が定められ、計画的な人材育成に努めており、また法人の「人事制度要綱」に基づき、年に1回職員の人事考課が実施されています。
4)	職員の心得、各業務マニュアル、危機管理、感染症予防等のマニュアルは完成度が高く、内容が分かりやすいものになっています。
5)	法人内の他施設と歩調を合わせてサービスの標準化を進めています。
6)	利用者のアセスメントから個別支援計画の作成、評価、見直しまで、所定の書式に基づいて整理され、職員が情報を共有しながら支援を展開しています。
◆ 特に改善を求められる点	
1)	現施設では生活空間の快適性やプライバシーの保護に限界が見られるので、新築後の施設において改善が望めます。
2)	利用者の障害特性による制約もあると思いますが、将来的には地域生活への移行の可能性を検証し、利用者の自立を促していく支援が望めます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の第三者評価事業の受審に職員一人ひとりが関わることができ、提供しているサービスを客観的な指標に基づいて評価することで、サービスの質に関して考えるきっかけとなりました。受審に向けてのプロセスは、各職員の意識の向上につながり、大きな成果であったと考えます。

これまでも施設自己評価や利用者アンケート等を実施し、その都度支援の見直しを行うことにより、提供しているサービスの向上に努めてきました。今回の受審により、施設として充分できていると思われた項目も第三者評価からは改善すべき点があり、異なる視点から評価することで新たな課題が明確となりました。今回の評価結果を真摯に受け止め、更なるサービスの向上に努めていきたいと考えます。

4 評価分類別評価内容

評価対象 I	
1 理念・基本方針	<ul style="list-style-type: none"> 法人の理念及び基本方針は、施設概要、事業計画書に記載され、施設の分かりやすい場所に掲示されています。また、職員会議で配付し、職員に説明、周知をしています。 理念・基本方針は、保護者の集いで説明やパンフレットの配付をしていますが、利用者には掲示をしているのみで、分かりやすい説明を行う工夫はされていません。
2 計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> 法人全体の中期経営計画が、平成21年度～25年度まで示され、中期計画に基づいて単年度の事業計画が策定されています。また、年に2回達成度の評価が行われています。 法人の基本方針から各事業所の事業計画作成までの手順に基づいて、施設内の討議により各計画が策定されています。施設の検討課題は施設長から法人に提言されています。 各計画は、職員会議、保護者の集いで資料を配付の上説明されていますが、利用者には掲示をしているのみで、分かりやすい説明を行う工夫はされていません。

<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・事業計画書の中で管理者による年間目標と管理者の果たすべき責任とが明示され、職員に配付した上で、年二回は「品質目標」の順に従って職員側から妥当性を評価しています。 ・法令・通知等の情報については、法人でリストアップされた資料を職員に配付していますが、理解、周知には十分ではありません。 ・サービスの質の向上に向けて、全職員で毎年サービスの自己評価を実施し、職員会議で改善への取り組みをしています。 ・管理者は毎月財務分析や、人員配置の検討を行い、リーダーシップを発揮しています。
<p>評価対象Ⅱ 1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、積極的に福祉の動向の情報収集に努め、法人内の相談事業所との連携により地域のニーズの把握に努めています。 ・法人本部にて、毎月施設に関する「経営成績表」「試算表」「月次報告」により、経営分析が行われています。 ・公認会計士の指導で経営改善に努め、経営コンサルタントによる経営戦略の研修を実施しています。
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「人事制度要綱」に基づいて、法人全体で年に一回、客観的な基準に基づいた人事考課が行われています。 ・法人全体で、職域ごとに研修計画が定められ、計画的に研修、人材育成が行われています。 ・法人独自に幅広い福利厚生事業が実施され、アンケートをもとに職員が働きやすい職場作りが行われています。 ・実習生の受け入れには、実習生の目的に応じた多様な個別プログラムが整備され、教育、養成に積極的に取り組んでいます。
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・防災、衛生、感染症予防等のマニュアルは完成度が高く、職員にも周知されています。 ・ヒヤリハット事例の積極的な収集に努め、職員会議や打ち合わせ会で情報を共有し、事故防止に積極的に取り組んでいます。 ・利用者が安心して暮らせるため、施設設備の安全確保の工夫に努めています。
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・障害の重い利用者が多いため、地域生活へ溶け込む体制には限界がありますが、施設の開放・機能提供、ボランティアの受け入れ等は積極的に行われています。 ・関連する社会資源との連携が進み、他機関・施設との検討会議により困難ケースへの対応がなされています。 ・地域の福祉ニーズの把握・分析が行われ、それに基づく活動計画などの取り組みがなされています。
<p>評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の意思を尊重するための職員の心得・介護マニュアル等は、新人職員でもわかりやすく工夫されており、プライバシー保護に関する記載も整備されています。身体拘束・体罰・尊厳を傷つける不適切事例が明示され、組織的な対応はマニュアルに基づきなされています。 ・プライバシー保護に関しては、施設が築三十数年経っていることもあり、ハード面で十分でない部分があります。施設の新築によりこれらの面を改善すべく準備中です。 ・利用者満足度調査・懇話会・嗜好調査等により、満足度の向上へ向けた取り組みを行っていますが、生活空間の快適性については現施設の設備の限界があります。施設の新築によりこれらの面を改善すべく準備中です。 ・利用者の意見や苦情を取り入れるための機能は整備されていますが、多様な相談や意見に対処する方法が文書化されていません。

<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・年一回、ISOの内部監査と連動してサービスの自己評価を行い、課題の発見→パフォーマンスレポート→指示書→改善策の実施、という一連の流れが確立しています。 ・相談援助に必要な知識や技術については、障害者施設のソーシャルワーカーが2か月に一回会議を持って各施設の課題を持ち寄ることで、組織的な技量の向上が図られています。 ・施設として介護マニュアルに基づくサービスの標準的な実施方法が定められていますが、定期的な見直しについては体制を準備している段階です。 ・小行楽、花見、紅葉狩りなどの地域性を生かした外出行事の実施、法人内の喫茶店の活用など、独自の特徴を有するサービスを展開しています。 ・法人の個人情報管理規程のもとに個別支援に関する記録が整理され、その情報がケア日誌とケース記録とにより職員間で共有されています。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページによりサービスについての情報提供がなされ、地区の相談支援事業所にもパンフレットを常に供給しています。 ・重要事項説明書に基づく説明により利用者・家族の同意を得て契約が締結され、また契約締結が困難で成年後見を受けている利用者については、後見人と契約を締結しています。 ・日中活動計画に利用者のエンパワメントを指向したプログラムは作成されていますが、地域生活へ移行できる利用者が現実になかったため、そこまでの計画が立てられたことはありません。
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・身障協の書式により、利用者の情報整理、意向の把握、課題の抽出、支援目標の設定、個別支援計画の作成という一連のアセスメントの工程がなされています。 ・コミュニケーション、移動・移乗、食事、入浴・清拭、排せつ、清潔保持、アクティビティなどについては、個別支援計画に支援方法を明示して実施しています。 ・家族・友人との関係を把握して必要な支援を行い、また心理面の支援や機能維持については、精神科医や作業療法士の指導により個別支援を実施しています。 ・理・美容については個別支援計画への明示はなく随時の意向把握にとどまっており、また就労支援や社会生活を指向した支援については、対象者がいなかったこともあり、実施されていません。 ・個別支援計画は、施設長およびサービス管理責任者の統括のもと、関係職員のカンファレンスを経て作成されています。その際、利用者の意向を尊重して同意を得ていますが、説明と同意に関する手順は定められていません。 ・個別支援経過はサービス管理責任者のもとで集約され、四半期に一回の評価を経て、利用者の意向を尊重しながら見直しが行われています。

5 評価項目の第三者評価結果〔身体障害者療護施設〕

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。		
	① 理念が明文化されている。	A
	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。		
	① 理念や基本方針が職員に周知されている。	A
	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

		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。		
	① 中・長期計画が策定されている。	A
	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。		
	① 計画の策定が組織的に行われている。	A
	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

		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。		
	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
	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。	B
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
	① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	A
	② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	A

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。		
	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	A
	② 施設の経営状況に関する経営分析を行っている。	A
	③ 外部による評価・監査が実施され経営改善に取り組んでいる。	A

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。		

	① 施設内の組織について職制・職務分掌を明確にしている。	A
	② 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	A
	③ 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	A
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
	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
	② 職員に対する福利厚生事業が積極的に行われている。	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。		
	① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている	A
	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組が行われている。	A
	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。		
	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。	A
	② 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	A

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組が行われている。		
	① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応等利用者の安全確保のための体制が整備されている。	A
	② 防災に関するマニュアルを整備している。	A
	③ 衛生管理に関するマニュアルを整備している。	A
	④ 感染症防止に関するマニュアルを整備している。	A
	⑤ 発生した事故を把握している。	A
	⑥ 事故防止のための具体的な取組を行っている。	A
	⑦ 安全を確保するための施設・設備上の工夫がされている。	A
	⑧ 事故補償（賠償）を行なうための方策を講じている。	A

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。		
	① 利用者の生活の範囲を広げることを目的とした地域への働きかけを積極的に行っている。	A
	② 地域生活を身近なものに感じられるよう、様々な機会や情報を提供している。	B
	③ 地域に開かれた施設である。	A
	④ 施設が有する機能を地域に還元している。	A
	⑤ 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
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
	① 必要な社会資源を明確にしている。	B
	② 関係機関等との連携が適切に行われている。	A

	③ 相談援助の困難な場合についての対応方法がルール化されている。	B
Ⅱ-4-(3)	地域の福祉向上のための取組を行っている。	
	① 地域の福祉ニーズを把握している。	A
	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。		
	① 利用者の意思を尊重している。	A
	② 身体拘束廃止や体罰等の防止に向けた取組が行われている。	A
	③ 利用者の尊厳が守られている。	A
	④ 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
	⑤ 家族や友人の面会に対する配慮がされている。	A
	⑥ 郵便や電話などの通信機会を確保し、プライバシーへの配慮がなされている。	A
	⑦ 利用者のプライバシーを保護するような設備上の工夫がなされている。	B
	⑧ 入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	A
	⑨ 排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。	A
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
	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
	② 利用者満足の向上に向けた取組を行っている。	A
	③ 利用者の生活空間への配慮がなされている。	A
	④ 利用者にくつろぎを与えるための工夫がされている。	A
	⑤ 利用者の嗜好を把握し、それに応じたメニューが提供されている。	A
	⑥ 利用者が食事を楽しむことができるような工夫をしている。	C
	⑦ 入浴・清拭時の快適性に配慮した設備上の工夫がなされている。	A
	⑧ 排泄時の快適性に配慮した設備上の工夫がなされている。	B
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。		
	① 施設等の運営に関して利用者の意見を聞くための取組を行っている。	A
	② 利用者からの多様な相談に積極的に対応している。	C
	③ 利用者のアドボカシー（利用者の権利擁護や代弁機能）に心掛けている。	B
	④ 苦情申立、解決の仕組みが整備され機能している。	A
	⑤ 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

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
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
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
③	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	A
④	相談援助に関わる必要な技術や知識が整理され、その技量向上が組織的に図られている。	A

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。		
①	施設における個々のサービスについての標準的な実施方法が定められている。	A
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。	C
Ⅲ-2-(3) 提供するサービスに独自の特徴を有している。		
①	提供するサービスに独自の特徴を有している。	A
Ⅲ-2-(4) サービス実施の記録が適切に行われている。		
①	計画の実施に関わる記録が整備されている。	A
②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	A
③	利用者の状況等に関する情報を職員が共有化している。	A

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。		
①	施設が行っているサービスに関する情報の提供を行っている。	A
②	サービスの実施にあたり、利用者又はその家族等に説明し、同意を得ている。	A
③	利用契約に関する契約書が取り交わされている。	A
④	契約を締結することが困難な利用者に対する配慮がなされている。	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。		
①	必要に応じて、地域生活への個別移行計画が策定されている。	C
②	個別移行計画の内容は、無理なく地域生活に適應できるものである。	C
③	利用者に対するエンパワメントの理念に基づいたプログラムが作成されている。	A
④	退所後に必要な支援をしている。	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。		
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
②	利用者の課題（ニーズ）が明示されている。	A
③	課題解決の目標を明らかにしている	A

④	コミュニケーションについて、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
⑤	移動（移乗を含む）について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
⑥	食事（栄養管理を含む）について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
⑦	入浴・清拭について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
⑧	排泄について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
⑨	身だしなみや清潔保持について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づく個別・具体的な実施方法が明示されている。	A
⑩	利用者の理・美容について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づく個別・具体的な実施方法が明示されている。	B
⑪	利用者の心理面に着目した支援を行っている。	A
⑫	家族、友人等との関係を把握しているとともに必要な支援を行っている。	A
⑬	利用者の機能訓練に関する個別、具体的な実施方法が明示されている。	A
⑭	必要に応じて利用者の就労に向けた支援に関する個別、具体的な方法が明示されている。	C
⑮	利用者の社会生活に必要な技術や知識の習得に向けた支援について個別、具体的な方法が明示されている。	C
⑯	利用者の余暇活動（アクティビティ）や生きがいづくりなどに対する支援が行われている。	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。		
①	サービス実施計画の作成、実施において責任者が定められている。	A
②	サービス実施計画の作成において利用者の意向に配慮している。	A
③	サービス実施計画の作成において「説明」と「同意」を徹底している。	B
④	目標に対するサービス実施計画が作成されている。	A
⑤	サービス実施計画は関係職員の連携のもとに作成されている。	A
⑥	実施するサービスの順位が明確である。	A
⑦	利用者の情報がサービス実施計画の責任者に確実に伝わる仕組みがある。	A
⑧	実施計画書に基づく実施状況に関する評価（振り返り）がなされている。	A
⑨	実施計画の見直しが行われている。	A
⑩	実施計画の見直しにあたり、利用者等の意向に配慮している。	A