

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22年10月7日～22年12月15日
評価調査者番号	① H20-a001
	② H17-b031
	③ H21-b002

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 美浜 (施設名)	種別：知的障害者更生施設 (評価基準の施設種別による)
代表者氏名： 山本 たつ子 (管理者) 高柳 弘	開設年月日： 昭和52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： 50名 (利用人数) 50名
所在地：静岡県浜松市天竜区渡ヶ島215-6	
連絡先電話番号： 053-583-1139	FAX番号：053-583-1182
ホームページアドレス	http://www.tenryu-kohseikai.or.jp/handicap/mihama/

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事		
障害者支援施設 (施設入所支援 生活介護) 短期入所事業 浜松市日中一時支援事業	家族の集い 納涼祭 スポーツ交流会(県障害者大会等) 合同運動会 厚生会まつり 利用者忘年会 映画会 食事会		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
3階建て 31室(個室9・2人部屋22)	浴室2 洗面所31 便所21 作業室2 食堂 相談室 医務室 談話コーナー 多目的室		
職員の配置			
施設長	1	医師	2(うち非常勤2)
ソーシャルワーカー	2	栄養士	1(うち兼務1)
生活支援員	24(うち非常勤8)	看護師	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	
<ol style="list-style-type: none"> 1) 事業計画等に現場職員の意見を盛り込む工夫をしています。 2) 管理者は、常に社会福祉法人の役割や施設のあり方等に関して敏速な情報収集を心掛け、施設の課題解決に向けて指導力を発揮しています。 3) 制約された設備・環境の中にあっても、利用者の満足度を高めるため、満足度調査を実施し、利用者・家族の会から利用者の意見や要望を汲み取っています。意見や要望は支援会議で検討され、実現に向けて前向きに取り組んでいます。 4) 職域・個人ごとに目標を定めた計画的な研修により、相談援助技術の向上に向け組織的に取り組んでおり、人材育成についても積極的です。 5) 安全管理面においては、ヒヤリハット事例などを丁寧に積み重ねて活用しています。 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	
<ol style="list-style-type: none"> 1) 支援マニュアルは整備・活用されていますが、定期的な見直しがされていません。また見直し時期も定められていません。 2) 法人総体としての地域とのかかわりが強く、施設の現状を地域に周知させるなど、施設独自の働きかけが十分ではありません。 3) 利用者による主体的な施設運営が十分ではありません。 	

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>当施設は平成21年度から新法に基づく移行と法人敷地内の別の建物への移転を行い、障害者支援施設として事業を開始しました。移行から2年目となる今年、福祉サービス第三者評価を受審して、評価項目に基づいて現状のサービス内容を全職員で見直しを行なう機会としました。また、これからの制度変遷への対応を考える機会ともなりました。今回の評価結果から、高い評価については、より質を向上させ、改善を求められる項目については、現状よりも前進するよう常にサービス向上に努めたいと考えております。</p> <p>今後も、障害者支援施設として、ご利用者、ご家族、地域社会の方々よりいっそう信頼を得られる施設を構築し、職員の資質向上を図り、職員一同全力で日々取り組んでいきます。</p>	
---	--

4 評価分類別評価内容

評価対象 I	<ul style="list-style-type: none"> ・法人全体としての理念が継承され、基本方針から各施設への事業展開へと連動しています。
1 理念・基本方針	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念や基本方針は明文化されており、事業計画書やパンフレット等に掲載されています。 ・理念・基本方針は利用者、家族、職員等にも配付されていますが、一人一人の周知状況の確認を継続していく取り組みが十分ではありません。
2 計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の中・長期計画に基づいて施設の計画策定が行われています。 ・事業計画は現場の声を取り入れて組織的に策定され、利用者の会や家族の会で周知され、また職員が品質目標の達成度を評価する機会に計画の周知状況を確認する取り組みを継続しています。

3 管理者の責任とリーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は自らの役割と責任とを明確にしており、広報紙での積極的な表明や、職員からの評価による妥当性の検証を行っています。また必要な法制度を全職員に遵守させるための取り組みをしています。 ・管理者は責任意識と人材育成を大切に考える発想とがあり、現場からの改善提案に基づいて改善策を採るなどのリーダーシップを発揮しています。
評価対象Ⅱ 1 経営状況の把握	<ul style="list-style-type: none"> ・法人全体として経営の研修会を開催する等、施設をめぐる現状把握のため積極的に動いています。 ・外部監査(顧問の公認会計士による助言)に基づき、毎月の試算表の分析がなされています。
2 人材の確保・養成	<ul style="list-style-type: none"> ・職制・職務分掌や客観的な人事考課の体制が整えられています。 ・法人の方針に基づき、計画的な研修プログラムにより人材育成が図られており、評価と見直しが次年度の研修計画に反映されています。 ・福利厚生面の充実により、安定した就業状況を作り出していますが、連休が取得しやすい体制は十分ではありません。 ・実習生の受け入れに関して体制を整備し、積極的に取り組んでいます。
3 安全管理	<ul style="list-style-type: none"> ・安全衛生面においては各種のマニュアルが整備され、それに基づいて定期的なチェックがなされていますが、各マニュアルは随時に改定されており、定期的な見直しの時期が定まっていません。 ・事故・ヒヤリハット報告書等の書類が整備され、事例を丁寧に積み重ねることにより、予防対策が強化されています。
4 地域との交流と連携	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の文化祭などの行事に参加し、利用者が個別ニーズに基づいて地域生活を身近なものに感じられるよう努めていますが、法人全体としての取り組みの部分が大きく、施設単独での取り組みは限定的です。 ・施設職員が地域向けの研修で講師を務めるなど、施設が有する機能を地域に還元しています。 ・ボランティア受け入れの基本姿勢と手順が明確化されています。 ・行政や地域の他施設との連携により、共通課題を対象とした研修会が実施されていますが、社会資源情報の職員への周知が十分ではありません。 ・相談援助の困難な場合における対応が明文化されています。 ・施設と事業部との連携により地域の福祉ニーズを整理し、それに基づいた活動を展開しています。
評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者を尊重する基本姿勢に基づいて職員に心得を示し、身体拘束や尊厳を損なう不適切事例に対しては、研修に参加させるなどの施設としての取り組みが行われていますが、明文化はされていません。 ・業務マニュアルの中にプライバシーの保護がうたわれており、家族や友人の面会、郵便、電話等に関するプライバシーが守られています。 ・入浴・清拭・排泄などの場面におけるプライバシーは守られていますが、2人室における仕切りはカーテンによるものとどまっています。 ・満足度調査で利用者の希望を把握し、満足度向上に向けて組織全体で取り組んでいます。特に利用者の食に対する関心が強く、楽しみの一つになっているため、自らの意思で選択できるメニューが提供されています。ただし食事を楽しめる環境作りには職員が努力するも、利用者の特性もあって効果を示していません。 ・トイレや浴室などは既存の施設を再利用しており、障害や性別など利用者の状況にあわせて対応できるよう改修されています。 ・月1回の利用者の会を計画し、相談や苦情に対して個別対応ができるような仕組みが作られていますが、アドボカシー・権利擁護に関する不適切事例への組織的な取り組みは明文化されていません。

<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス内容の自己評価や、ISOなどの外部評価にも積極的に取り組み、評価結果から事業部と連携して課題を抽出し、計画的に改善に取り組んでいます。またソーシャル・スキルズ・トレーニング研修により、専門的援助技術の向上が図られています。 ・法人の支援マニュアルをベースに施設での対応マニュアルを作成していますが、マニュアルの定期的見直しがされておらず、見直しの時期も定められていません。 ・他事業所と協働して法人内の作業棟を活用、利用者の個別の能力に合わせて複数の作業プログラムが展開されています。 ・個人情報管理規程、情報開示規程が整備され、フロア掲示板に掲示されており、それに基づいて記録管理がなされています。 ・ケア日誌やケース記録の確認サインをルール化するなど、支援員と生活相談員との間で、相互の情報が共有化されています。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページや公的な場で施設が行っているサービスの情報を提供しており、利用を開始する際には利用者・家族に説明して同意を得、契約書を取り交わしています。また行政からの要請など個別の判断に基づき、成年後見制度の利用に結びつけています。 ・利用者から希望が出された場合、ケアホームなどの地域生活への個別移行計画が作成され、エンパワメントの視点に基づいたプログラムにより、段階的な移行が図られています。 ・施設退所後の定期的なモニタリングはなされていません。
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の独自書式によって利用者のアセスメントを実施、領域別の課題が導き出され、課題ごとの支援目標が立てられています。 ・コミュニケーション、移動や移乗、食事、入浴や清拭、排泄、整容や衛生について、必要な利用者に対する支援方法が個別支援計画の中に明示されています。他方で理美容については、個人ごとの希望把握にとどまっています。 ・家族の協力維持やアクティビティについて、アセスメント・意向把握から連絡調整、希望の実現まで、一連の過程により支援がなされています。 ・機能訓練や心理面での支援について、専門職員の関与のもとに個別支援が図られています。 ・サービス実施計画は、定められた責任者のもとに、関係職種が参画して作成されています。利用者や家族の意向を踏まえ、利用者には計画作成に参加してもらうことを原則として、説明と同意を経て、目標へ向けて実施されています。 ・サービスの実施過程においては、利用者の情報が責任者のもとに伝えられ、その経過に基づいて少なくとも6か月に一回のモニタリングによる評価が行われ、見直しがされています。

5 評価項目の第三者評価結果〔知的障害者更生施設〕

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。	B
	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。	A

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。	A
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。	B
	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。	B
	③ 衛生管理に関するマニュアルを整備している。	B
	④ 感染症防止に関するマニュアルを整備している。	B
	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。	A
	③ 地域に開かれた施設である。	B
	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。	A
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。	B
	③ 利用者の尊厳が守られている。	B
	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。	C
	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。	B
	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。	A
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。	A
	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。	A

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。	A
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。	A
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。	A
	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。	A
	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。	A
	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