

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	静岡市葵区駿府町1-70 県総合社会福祉会館シズウェル内4階
評価実施期間	平成24年 8月22日～ 25年1月10日
評価調査者番号	① H20-a001
	② H20-a002
	③ H20-b003

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称： 浜名 (施設名)	種別： 障害者支援施設
代表者氏名： 理事長 山本 たつ子 (管理者) 施設長 西 勇司	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	F A X 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
生活介護 施設入所支援	花まつり ミニ運動会 保護者の集い 納涼 花火大会 果物狩り 彼岸供養祭 豆まき 餅つき
居室概要	居室以外の施設設備の概要
個室 2人室 4人室	トイレ 洗面所 面接室兼相談室 医務室 理髪室 リネン室兼作業場 浴室・脱衣室 機能回復訓練室

職員の配置

施設長	1 名	介護職員	49名 うち非常勤 9 名
生活相談員	2 名	作業療法士	1 名
医師	2(嘱託) 名	管理栄養士	1 名
看護師	4 名		

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) 法人の基本理念、スローガン、経営方針、行動指針が明確に示されています。また、これらを記した身分証明書を全職員が携行して理解の共有を図っています。
- 2) 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施設に浸透しています。法人はISO9001の認証を取得し、規定に基づき品質目標を設定し、予算の裏付けのある中期経営計画を作成しています。施設は職員から出た意見を組織的に中長期計画に反映し、単年度の事業計画と達成目標を明示し、定期的に達成度を評価しています。
- 3) 管理者等は公認会計士による指導と経営コンサルタントによる経営戦略に関する研修を受け経営の効率化や提供サービスの向上取り組んでいます。
- 4) 職種・職域ごとの研修目標が定められ計画的な人材育成に努めています。法人の「人事制度要綱」に基づき、職員の人事考課が適切に実施されています。
- 5) 職員の心得、各業務マニュアル、危機管理、感染症予防、事故対応等のマニュアルは領域ごとに丁寧に作成され、また定期的な業務評価により法人の標準的な業務の実現とサービスの質の向上に取り組んでいます。
- 6) ヒヤリハット事例の積極的な収集に努め、事故防止に積極的に取り組んでいます。また、新築の建物は、利用者の状況を把握し、転倒防止の為に手すりや段差の解消、クッションフロアの採用等安全確保のための創意工夫がされ、安全で快適な生活環境を提供しています。

◆ 特に改善を求められる点

- 1) 法人の倫理規定はありますが、利用者に対する権利擁護・虐待防止の具体的対策、また不適切な援助業務や虐待が発生した場合の具体的対応策を示す要綱やマニュアルの整備、体制化が望まれます。
- 2) 利用者からの相談への対応について、利用者へわかりやすく提示するとともに、相談業務の標準的なマニュアルの設置が望まれます。
- 3) 地域生活を希望する利用者には地域移行支援の計画を実施し、新規の利用者には地域生活の実現を目標に掲げ、必要な支援を提供するなど、施設として地域の関係機関と連携して自立生活を促す取り組みが望まれます。

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より、現状のサービスの質について施設として改めて振り返り、確認することができました。その自己評価を踏まえ、第三者評価を受審しましたが、その過程の中ではサービスの質について新たな視点に気付くこともできました。今回の評価結果で終わるのではなく、改善すべき点を明確にし、サービスの質の向上に取り組んでいきたいと考えます。

4 評価分類別評価内容

<p>評価対象 I</p> <p>1 理念・基本方針</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 法人の理念や福祉事業に対する基本的姿勢が明確に示されています。 ・ 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しています。職員会議で配付し、職員に説明、周知をしています。職員は理念とスローガンが記載された身分証明を携行しています。 ・ 理念・基本方針は、保護者の集いでパンフレットの配付やスライドでわかりやすく説明しています。知的障害のある利用者にはルビ付きの文書を掲示していますが、分かりやすい説明としては不十分です。
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 法人全体で平成24年度～28年度の中期計画を策定し、年に2回の達成度の評価が行われています。半期に一度パフォーマンスレポートの作成や職員のアンケートや提言等を基に課題が整理されています。1月には管理者が全職員の聞き取り調査を行い、職員の意見を吸い上げ、計画に反映する仕組みになっています。 ・ 施設長によるヒアリングの結果をソーシャルワーカー職がとりまとめ、法人本部（事業部）に提供し、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、組織的計画的に策定や見直しをしています。 ・ 各計画は、職員会議、保護者の集いで資料を配付の上説明していますが、知的障害のある方への情報提示の方法については十分ではありません。
<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」の手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し整理していますが、職員への理解、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。

<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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、経営戦略会議に於いては経営コンサルタントから指導を受け、経営状況の把握をしています。
<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が、職員一人一人に対しての特性や力量に合わせた教育や研修計画は策定されていません。 ・法人独自の福利厚生を体制を確立し、育児支援やシニア雇用制度、サークル活動等職員の要望に基づいて積極的に行なっています。 ・実習生の受け入れには、法人として社会福祉専門職の育成や、職員の指導力の向上等実習生育成の目的を示し、各実習生の目的に応じた多様な個別プログラムを整備し、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が、一般的な水周りや、生活の場の日常の清掃方法のマニュアルがありません。 ・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。 ・新築の建物には、利用者の状況を把握し、転倒防止の為に手すりや段差の解消、クッションフロアの採用等を行い、安全確保のための工夫がされ、従来に比べ大幅に改善しています。

<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、地域の社会資源を有効に活用した生活を支援する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っています。更に積極的に行う事によって、職員、利用者も含め施設中心の生活から地域を意識した生活を視野に入れる事が望めます。 ・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をしています。 ・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を実施しています。特に送迎支援を伴う日中一時支援、短期入所等在宅障害者への支援について強化充実を図っています。
<p>評価対象Ⅲ</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の意思の尊重については、意思の表出が困難な利用者が多いため、職員の資質や努力が問われることを意識して、基本方針に主体的権利を明示し、ワーキングでのテーマとしての取上げなどの研修を実施し、職員間での共有に努めています。 ・利用者の尊厳を守るために、各種提供サービスのマニュアルが整備され、設備面や職員体制から安全性を高めることで行動制限の軽減に努め、同性介護の推奨やプライバシー確保の取り組みをしています。 ・利用者の主体性の尊重について、本人からの要望に対しては対応する体制で臨んでいます。 ・一人一人に合わせた支援計画を作成しており、個別の対応をしていますが、利用者のニーズは、様々な体験の中から生まれて来るため、利用者の地域生活を意識した発想にまでは至っていません。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・計画書の整備等、毎日のミーティング等でどの職員でも対応できる状態には不十分です。 ・利用者担当者制を行い、引き継ぎ簿等も整備され、3年位を目処に異動を行っています。 ・利用者のコミュニケーション手段や理解度に合わせた支援の工夫にまでには至っていません。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスの利用開始、継続に当たっては、重要事項の説明、契約等行われており、毎月1回のモニタリングも行っていますが、知的障害の利用者の理解に関しての工夫にまでは至っていません。

4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> ・施設独自のアセスメントシートの活用等で職員間での共有が図られており、計画へ反映しています。 ・職員の研修等も内部では計画的に行っていますが、法人内で完結しやすい為、外部との関わりが薄くなっています。 ・職員自身による利用者の地域生活のイメージ作りが必要であり、今後の計画策定へ反映には不十分です。
---------------	---

5 評価項目の第三者評価結果

評価細目の第三者評価結果

〔障害者支援施設・障害福祉サービス事業所版〕

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 事業計画の策定

		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) 事業計画が適切に策定されている。		
①	事業計画の策定が組織的に行われている。	A
②	事業計画が職員に周知されている。	A
③	事業計画が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。	B
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。	B
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。	B

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。	B
②	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	B
③	外部監査が実施されている。	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	事業所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。	B
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	職員の福利厚生や健康の維持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。		
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。	C
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	実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	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）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	A
②	災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	A
③	利用者の安全確保のためにリスクを把握している。	A
④	事故防止のための具体的な取組を行っている。	A
⑤	安全を確保するための施設・設備上の工夫がなされている。	A
⑥	安全確保の取組は、マニュアルに基づいて適切に実施されている。	B
⑦	事故補償（賠償）を行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	利用者地域とのかかわりを広げる働きかけを大切にしている。	B

	② 地域生活を身近なものに感じられるよう、利用者に対して様々な機会や情報を提供している。	B
	③ 地域に関かれた事業所である。	A
	④ 事業所が有する機能を地域に還元している。	A
	⑤ ボランティアの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

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組を行っている。	A
	② 利用者の主体的な活動を尊重している。	A
	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
	④ 利用者に対するエンパワメントの理念に基づくプログラムが作成されている。	A
	⑤ 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
	⑥ 利用者の尊厳が守られている。	A
	⑦ 利用者のプライバシー保護に関する規定・マニュアル等を整備している。	A
	⑧ 家族や友人の面会に対する配慮がなされている。	A
	⑨ 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
	⑩ 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
	⑪ 入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	A
	⑫ 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、取組を行っている。	A
	② 利用者の生活空間への配慮がなされている。	A
	③ 利用者にくつろぎを与えるための工夫がなされている。	A
	④ 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
	⑤ 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。	A

	⑥ 入浴・清拭は、利用者の希望に沿って行われている。	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
	⑨ 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。	B
	⑩ 日常の健康管理は適切である。	B
	⑪ 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	A
	⑫ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	B
	⑬ 外出は利用者の希望に応じて行われている。	A
	⑭ 外泊は利用者の希望に応じるように配慮されている。	A
	⑮ 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	A
	⑯ 新聞・雑誌の講読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	A
	⑰ 送迎支援を必要に応じ行っている。	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 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
	② 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
	③ 事業所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
	④ 利用者のアドボカシー(利用者の権利擁護や代弁機能)に心掛け組織的に対応している。	B
	⑤ 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	A
	⑥ 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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	A
	③ 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。	B
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
	① 提供する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。	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。	A
	③ 作業能力の評価や工賃積算方法が定められている。	適用外
	④ 利用者の状態に合った訓練指導・支援を行っている。	適用外
	⑤ 働きやすい作業環境が用意され、安全衛生面でも配慮されている。	適用外
	⑥ 技術研修や作業開拓、製品管理が適正に行われている。	適用外
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	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。	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間で共有化している。	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	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。	A
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
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。	B
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	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。	C
②	必要に応じて地域生活への個別移行計画が策定され、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

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	課題（ニーズ）解決の目標を明らかにしている。	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	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
②	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
③	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
④	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
⑤	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・具体的な実施方法が明示されている。	A
⑥	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
⑦	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。	A
⑧	利用者の心理面に着目した支援を行っている。	A
⑨	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
⑩	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
⑪	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。	B

⑫	利用者の社会生活に必要な技術や知識の修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。	B
⑬	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
⑭	サービス実施計画を適切に策定している。	A
⑮	サービス実施計画の作成において、「説明」と「同意」をマニュアルを定めて実施している。	A
⑯	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	A