

(別記)

公表基準

公表は次の様式により行うものとする。

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
評価実施期間	25年10月9日～ 25年11月20日
評価調査者番号	①H22-a003
	②H24-a006
	③H18-b001

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：厚生寮 (施設名)	種別：障害者支援施設
代表者氏名：鈴木 明 (管理者)	開設年月日 昭和47年 7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：施設支援サービス100名 (利用人数) ショートステイ5名
所在地：〒434-0015 静岡県浜松市浜北区於呂 4201-12	
連絡先電話番号： 053 - 583 - 1127	FAX番号 053 - 583 - 1202
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 短期入所 施設利用入浴サービス 日中一時支援	外出行楽 花まつり ミニ運動会 家族の集い 納涼花火大会 納涼祭 スポーツ大会 クリスマス会 新年娯楽会		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
個室 89 多床室 (4人) 4	食堂 4 浴室 6 事務室 1 トイレ 27 配膳室 1 会議室 1 訓練室 1 交流スペース 1		
職員の配置			
職種	人数	職種	人数
医師	1 (非常勤)	看護師	3
サービス管理責任者	2	介護職員	48
管理栄養士	1	作業療法士	1

2 評価結果総評

◆ 特に評価の高い点

- ・法人の理念と基本方針が明文化され、職員に周知されています。
- ・事業計画の策定が組織的に行われ、職員に周知されています。
- ・管理者は自らの役割と責任を表明し、サービスの質の向上や業務改善に向けた取り組みに指導力を発揮しています。
- ・事業経営を取り巻く環境を的確に把握し、経営状況を分析して改善に努めています。
- ・人事管理の体制を配備し、職員の就業状況に配慮しています。
- ・実習生受入れマニュアルを作成し、効果的な実習プログラムを用意しています。また、実習指導者は実習指導者研修を受講しています。
- ・利用者の安全を確保するための各種マニュアルを整備し、マニュアルに基づいて利用者の安全確保を適切に実施しています。
- ・事故補償を行うために十分な保険に加入しています。
- ・ボランティアの活動受入れマニュアルを整備し、担当者を決めて受入れをしています。
- ・たんの吸引実技研修の場として、施設外部の人たちに協力しています。
- ・地域の福祉ニーズを把握し、ニーズに基づく事業や活動を行っています。
- ・施設における最優先課題として身体拘束や体罰防止に向けた取り組みをしています。
- ・利用者を尊重する姿勢を明示し、利用者個々のプライバシーを守る配慮をしています。
- ・利用者の満足の向上への取り組みをしています。
- ・「厚生寮介護マニュアル」は職員で作成し、毎年見直しがされています。
- ・苦情解決の仕組みは苦情対応マニュアルとして整備され、受付けた苦情の内容や改善策は広報紙等で公開しています。
- ・提供するサービスについての標準的な実施方法が文書化され、見直しをする仕組みが確立している。
- ・利用者へのアセスメントの手順を定め、手順に沿って見直しを行い、利用者個々の課題と目標を設定しています。
- ・利用者に対するサービス実施計画を策定し、個別の支援方法を明示しています。

◆ 特に改善を求められる点

- ・研修は行われていますが、職員一人ひとりについての研修計画を策定していません。
- ・介護マニュアルには「プライバシーに配慮する」との記載があり、職員に周知していますが、プライバシー保護の規程がありません。
- ・事業所の変更や家庭への移行等に当たっては、ここ10年ほど実績がないことから手順書が整備されていません。

・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は、社会復帰を目指している利用者の実績がないことから、個別、具体的な方法が明示されていません。

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、新たな課題が明確となりました。評価を受けて終わりにするのではなく、計画的に改善に取り組み、今後ともご利用者・ご家族・地域からの評価を大切に考え、更なるサービスの向上を目指し、職員一同努力し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"> ・理念・基本方針が明文化されています。 ・家族会には毎年理念や基本方針を配布していますが、利用者自身には入所時にのみしか渡していません。
2 計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は中長期計画を反映していますが、収支計画は確認できません。 ・事業計画は年度当初の職員会議で配布されていますが、周知状況の確認を行っていることは確認できません。また事業の中間評価がシステム化されていません。
3 管理者の責任とリーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> ・遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを積極的に行っています。 ・職務分掌で管理者の役割と責任が明記され職員会議でも説明がされていますが、周知状況の確認は行われていません。
評価対象Ⅱ	
1 経営状況の把握	<ul style="list-style-type: none"> ・法人本部からの資料で経営分析がされ、改善すべき課題を職員会議で共有し、改善に努めています。 ・ISO9001の認証を取得し、基準に合致させています。
	<ul style="list-style-type: none"> ・人材育成計画が確立され、人材確保のためのプランも書面化されています。

<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・人事考課は法人として統一された評価基準により実施されていますが、評価のフィードバックは一部の職員のみになっています。 ・職員の福利厚生は、法人で職員互助会が組織されています。 ・職員研修については、職員一人ひとりの研修ニーズが明確にされていません。 ・実習生の受け入れについては、受け入れ体制が整備され、適切な受け入れがされています。
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・法人で整備された安全管理のための各種マニュアルを施設での防災・保安の構築に活用されています。 ・発生したヒヤリハット事例や事故は報告書で把握し、事故防止委員会で検討され、全職員に周知しています。 ・損害賠償保険は、管理財産だけでなく、人格権侵害等にも対応できるものに加入しています。
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域との交流や地域でのニーズは、法人としての活動が多く、法人主体で検討されています。 ・必要な社会資源のリストアップはできていますが、全職員での共有はできていません。
<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"> ・法人及び施設として虐待防止を今年度の最重点課題に掲げ、施設内においても権利擁護研修が活発に行われるなど、職員間において利用者尊重の理念の共有化が図られています。 ・建物の新築に伴い個室化が実現し、居室のみならずトイレ・浴室等の設備面、生活場面においてもプライバシーの保護が保障される環境となっています。 ・利用者の重度化・高齢化に伴い、地域移行を希望する利用者が減少しているため、移行に関する個別の支援への取り組みが整備されていません。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ISO 教育マニュアル、介護マニュアル、支援の心得等、提供するサービスについての標準的な実施方法は文書化がされていますが、実施方法を職員に周知徹底するための方策は不十分です。 ・職員間の利用者の状況等を共有する方策が連絡ノートや申し送りノートで、確実に把握できているか確認する策が講じられていません。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページやパンフレットを作成しており、パンフレットはイベント時や県下の役所に配布されています。 ・法人が定める様式に基づいた重要事項説明書及び同意書は整備されていますが、利用者に分かりやすいような工夫がされていません。

<p>4 サービス実施 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者のアセスメントは定められた手順に沿って行われ、見直しの時期や、利用者個々の課題と目標選定についても適切に行われています。 ・利用者の余暇活動については、クラブ活動に参加している利用者への支援は確認できましたが、意思表示が困難な利用者の生きがいづくりの取り組みが確認できません。
---------------------------	---

5 評価細目の第三者評価結果

注：評価結果については、判断基準に基づいて評価した結果を3段階（A、B、C）で評価細目ごとに表す。

なお、表には評価項目の番号や評価細目の基準内容を明記し、評価分類ごとに区分する。

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。	B
②	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	B
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。	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	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。	A
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。	A
	③ 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	B
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。	B
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。	A
	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 利用者と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 地域に開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。	B
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。	C
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。	B
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。	A
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。	A
⑩	日常の健康管理は適切である。	A
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されている。	A
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。	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	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。	A

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。	該当なし
④ 利用者の状態に合った訓練指導・支援を行っている。	該当なし
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。	該当なし
⑥ 技術研修や作業開拓、製品管理が適正に行われている。	該当なし
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	B
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。	B
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。	

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。	B
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
③ 利用契約に関する契約書が取り交わされている。	B
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。	B
	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。	A
	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。	C
	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。	B
	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。	B
	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