

静岡県福祉サービス第三者評価の結果

◎ 評価機関

名 称	(福)静岡県社会福祉協議会
所 在 地	静岡市葵区駿府町1-70
評価実施期間	平成18年8月18日～ 平成18年12月15日
評価調査者番号	①H17-a002
	②H17-a005
	③H17-b011

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称： (施設名) 厚生寮	種別：身体障害者療護施設
代表者氏名： (管理者) 施設長 鈴木 明	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 100名 (利用人数) 99名
所在地：〒432-3492 浜松市渡ヶ島217-3	
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		
施設生活支援 ショートステイ	グリーンボール大会 生活懇談会 クリスマス会 大根旨煮会 花見 食事会 一泊旅行 いちご狩り オセロ大会 七夕 盆供養祭 節分 彼岸供養祭 ひな祭り		
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要		
4人部屋 21 3人部屋 2 2人部屋 7	静養室2 理髪室1 相談室1 医務室1 食堂1 事務室1 浴室1 会議室1 訓練室1 ケアワーカー室2 トイレ11		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1名	マッサージ師	1名
看護師 (内非常勤)	5名 (2名)	調理員 (内非常勤)	5名 (2名)
ソーシャルワーカー	2名	介護職員 (内非常勤)	43名 (3名)
事務員	1名	栄養士	1名
作業療法士	1名	医師 (嘱託)	1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

法人の理念や基本方針を明示し、法人の中・長期計画をもとにし、施設の中長期計画を策定しています。

管理者は質の向上に意欲を持ち、会議等に積極的に出席し、リーダーシップを発揮しています。

発生した事故やヒヤリハット事例の収集を行い分析して事故防止に向けた取り組みを実施しています。

ボランティア受け入れの基本方針を明示し、マニュアルに基づき、受け入れ体制を整備し、記録等が適切になされています。

サービスの質の向上を図るため、自己評価がなされ、次年度に課題を設定し解決する仕組みがあります。

利用者満足度調査や懇談会を実施し、利用者満足の向上に向けた取り組みを実施しています。また、苦情申立、解決のしくみを整備しています。

標準的なサービスの実施方法をまとめ、定期的に見直ししています。

法人や施設の情報を、広報誌やホームページを開設するなどして積極的に発信しています。

◆ 特に改善を求められる点

研修計画はあるも職員一人ひとりの研修ニーズに応じたものではない
実習生を積極的に受け入れ種別に応じたプログラムを作成していますが、受け入れの基本となる、考え方の明示が求められます。

安全管理について、マニュアルを整備していますが、さらに自然災害等への対応や、施設、設備の清潔保持に関するマニュアル等の整備が求められます。

地域と交流をはかっていますが、地域が利用者により身近に感じられるような取り組みが期待されます。また、関係機関と連携していますが、具体的事例の検討なども求められます。

利用者の中には就労の可能性がある人もいます。今後は就労に向けた支援の実施についても検討が必要です。

手順に基づきアセスメントを実施し、課題や目標を明示していますが、今後は実施するサービスの優先順位を明確にすることが求められます。

地域生活への移行について、定期的な確認をして、利用者及び関係者と十分な話し合いをし、支援プログラムを用意することが期待されます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回第三者評価事業を受審し、今まで施設自己評価や利用者アンケートを通じて施設として充分できていると思っていた項目も、第三者評価の視点から見ると改善すべき点がいくつかあり、施設の提供しているサービスについての課題が明確になりました。

今後は評価結果をさらに分析し、利用者様の地域移行の可能性を視野に入れ、地域の関係機関との連携をさらに進めることや業務内容の改善を継続的に行い、利用者様の満足度が高められるよう努力して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"> * 基本理念、基本方針を明文化している。 * 配布や掲示を行い、職員や利用者にも周知する取り組みはみられるものの、周知状況の確認はされていない。
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 中・長期計画が策定されている。 * 計画の策定が組織的に行われている。 * 利用者自治会の代表者も参加して行事計画が策定されている。 * 事業計画には中長期計画が反映されていない。
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 施設長自らの役割と責任が役割基準書で明確になっている。 * 施設長は、様々な検討委員会に出席して指導力を発揮している。 * 施設長は経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに積極的に取り組んでいる。 * 遵守すべき法令等について、資料をストックし、職員へ説明しているが、法令と業務を関連付けたリストの整理は十分でない。
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 事業経営を取り巻く環境を的確に把握している。 * 経営面について外部監査が実施されている。 * 経営状況の分析は行われているが、改善すべき課題に対する取り組みは十分ではない。
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 職務分掌については、管理職のみ明確化されていて、一般職員の分掌が明示がなく十分でない。 * 職員の就業状況や意向について把握し、必要があれば改善する仕組みがある。 * 職員に対して福利厚生事業が積極的に行われている。 * 研修計画はあるも職員一人ひとりの研修ニーズに応じたものではない。 * 人事考課を実施しているが、職員への結果のフィードバックのしくみは十分でない。 * 実習生をマニュアルに基づき受け入れ、実習種別に合ったプログラムを作成している。 * 実習生受け入れに関する基本姿勢の明示はない。
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 事故やヒヤリハット事例を収集し分析され、事故防止に対して必要な取り組みがなされている。 * 事故補償を行うための方策を講じている。 * 感染症防止に関するマニュアルを整備している。 * 防災に関して、火災や地震のマニュアルはあるが、その他自然災害等のマニュアルは整備していない。 * 衛生管理マニュアルに関して、調理についてのマニュアルはあるが、施設内の清潔保持等に関するマニュアルの整備は十分でない。

<p>4 地域との交流と連携</p>	<p>*施設の位置する地理的条件から、地域との交流は困難な点もあるが、行事やイベントを通して交流に心がけている。</p> <p>*ボランティア受け入れの基本方針を明示し、マニュアルに基づき、受け入れ体制を整備し、記録等整備している。</p> <p>*関係機関との連携はあるが、具体的な事例検討が十分でない。また必要な社会資源の明確化が十分でない。</p> <p>*地域療育支援センターを通して福祉ニーズの把握に努めているが、施設として積極的な把握は十分でない。</p>
<p>評価対象Ⅲ</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>*行事打ち合わせ会、懇談会や満足度調査等、利用者の意見を尊重する取り組みがなされている。</p> <p>*食事に対する嗜好調査の実施や選択食等メニューの工夫や行事等に食事を楽しむ工夫がされている。</p> <p>*利用者の尊厳を守るための研修等の取り組みはされているが、プライバシーの確保は十分でないところもある。</p> <p>*利用者がくつろげるよう談話室を設けたり、音楽を流すなどしているが、スペースが狭く十分でない。</p>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>*質の向上をはかるために、自己評価がなされ、次年度に課題を設定し、解決する仕組みがある。</p> <p>*個々のサービスについて、介護マニュアルが定められ、適切なサービス実施が行われ年1回見直しをするしくみがある。</p> <p>*サービスの実施の記録を適切に行い、記録の保管や廃棄等の規定に基づき実施している。</p> <p>*相談援助の組織的な流れはあるが、組織として標準的な方法の明示は十分でない。</p>
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<p>*法人、園の情報をホームページや広報紙など積極的に発信している。</p> <p>*サービス提供開始及び継続時には、契約締結、重要事項説明及び利用にあたり、利用者及び家族に適切に説明を行い、同意を得る方法で行われている。</p> <p>*地域生活への移行計画の策定はない。</p> <p>*退所後は訪問面接を行っているが、不定期である。</p>

<p>4 サービス実施 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> *定められた手順に基づき、利用者のアセスメントが行われ、課題、目標を明示し具体的な個別支援計画を策定している。 *利用者に対する個別支援計画の実施については、定期的にモニタリングがなされている。 *理美容について、利用者の好みや意向を把握しているが、具体的支援方法の明示は十分でない。 *利用者の心理面に着目して、音楽療法をおこなっているが、カウンセリングなど行う専門職による対応ではない。 *就労に向けた支援は実施していない。 *実施するサービスについて優先順位がつけられていない。
---------------------------	---

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。

5 評価細目の第三者評価結果

〔知的障害者更生施設・身体障害者更生施設・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。	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。	C
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。	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り組み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り組み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 機関の経営状況に関する経営分析を行っている。	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	機関内の組織について職制・職務分掌を明確にしている。	B
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。	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	研修を推進していくための担当者を設置している。	A
③	職員の研修ニーズに基づく研修計画を策定している。	B
④	研修計画に基づく研修機会を確保している。	A
⑤	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	実習生の受け入れに関する基本的な考え方を明示している。	C
②	実習生を受け入れるための体制を整備している。	A
③	実習生の受け入れにあたり、利用者の意向を尊重している。	A
④	実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	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。	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り組みを行っている。	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。	B
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。	B
④	事業所が有する機能を地域に還元している。	B

	⑤ ボランティアの受け入れに関する基本的な考え方を明示している。	A
	⑥ ボランティアを受け入れるための体制を整備している。	A
	⑦ ボランティアの受け入れに関する記録等整備している。	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。	B
	③ 相談援助の困難な場合について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。	B
	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

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り組みが行われている。	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。	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り組みを行っている。	A
	③ 利用者の生活空間への配慮がなされている。	B
	④ 利用者にくつろぎを与えるための工夫がなされている。	B
	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。	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。	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り組みを行っている。	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）に心掛けています。	A
④	苦情申立、解決の仕組みが整備されている。	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。	B
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	機関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。	A
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	機関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	退所後に必要な支援をしている。	C
④	利用者の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。	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の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の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の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の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の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のサービス実施計画に基づく個別・具体的な支援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のサービス実施計画に基づく個別・具体的な支援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。	B
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	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となる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。	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。	C
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

