

静岡県福祉サービス第三者評価の結果

◎ 評価機関

名 称	日本社会福祉士会静岡県支部
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19年12月12日～20年1月23日
評価調査者番号	① H17-a031
	② H18-b001
	③ H18-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) 清風寮	種別： 救護施設
代表者氏名：河合 晴夫 (管理者) 田坂 成生	開設年月日： 昭和37年11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) 107名
所在地：〒431-3492 静岡県浜松市天竜区渡ヶ島217-3	
連絡先電話番号：053-583-1133	FAX番号：053-583-1196
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		
生活保護法に基づく救護施設	花まつり 親睦ソフトボール大会 納涼花火大会 一泊旅行 合同運動会 厚生会まつり クリスマス会 新年娯楽会 親睦カラオケ大会 各種趣味の会 誕生会 利用者自治会		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
4人室 28室 3人室 2室	浴室 トイレ 食堂 作業室 医務室 静養室 会議室 面接室 洗濯室 洗濯物干場 喫煙所		
職員の配置			
施設長	1	看護師	1 (うち非常勤1)
事務員	5 (うち非常勤2)	栄養士	1
指導員	3	調理員	3 (うち非常勤1)
介護職員	18 (うち非常勤2)	嘱託医師	2

2 評価結果総評(利用者調査結果を含む。)

<p>◆ 特に評価の高い点</p> <ol style="list-style-type: none">1) 法人全体としての基本理念を実現させようと各施設が年度毎の基本方針(品質方針)を掲げて、質の高い福祉サービスの提供に努めています。2) ホームページの開設やパンフレット等により、積極的に施設の情報提供を行っています。3) 管理者は、救護施設の役割の遂行と質の向上に意欲をもち、指導力を発揮しています。4) 事故・ヒヤリハット報告を積極的に行うことにより、事故を未然に防ぎ、安全なサービスを提供するために必要な改善への取り組みを行っています。5) 公衆電話や郵便ポストが近い距離にあり、随時利用が可能な状態になっています。6) 食事に関しては、毎年嗜好調査を実施し、その結果をメニュー等に反映させる取り組みを行っています。7) 個別支援計画の作成にあたっては、利用者の意向を聴き取り、個別・具体的な支援法を明示しています。
<p>◆ 特に改善を求められる点</p> <ol style="list-style-type: none">1) 法人として集約されている業務については、施設側からもそれを確実に実施するための標準的な対応が求められます。2) 施設種別・立地条件等の制約はありますが、必要な利用者については地域生活移行に関する支援プログラムの作成が求められます。3) 施設機能の地域への開放やボランティアの受入れに関して、施設の専門的機能を地域に還元する方法の検討が望まれます。4) 利用者の尊厳を守ることについて、さらなる配慮が求められます。5) 多床室が多い施設の構造上の制約はありますが、利用者の快適性を高める観点から、設備や器具等の改善への取り組みや、個人の生活空間におけるプライバシーの確保に関する取り組みが求められます。6) コミュニケーション支援が必要な利用者も在籍していることから、説明文書等は利用者に分かりやすい様式を作成し、理解を深める工夫が求められます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

昭和37年開設から46年目を迎える当施設は、社会の変遷の中で生活保護施設としてのあり方を模索し、あらゆる障害を抱えた利用者の生活支援を担ってまいりました。

サービスの質の向上を目指し ISO9001認証を取得するとともに、利用者の要望に沿った個別支援計画に基づいた支援を目指し、生活自立および地域就労による社会的自立に向けて力を注いでおります。

今回、施設の自己改善機能の更なる強化に資するため、救護施設の評価基準が整ったこの機に第三者評価受審に臨みました。その結果、当施設の運営面における弱点が明確になり、施設方針の職員・利用者への理解、業務基準のマニュアル・文書化、支援方針の明確化、利用者満足度の追求、地域社会との関わり等に改善の重点が見出されました。

また、第三者評価を受審する過程で、職員に多くの気づきがあり、課題の共有化が図られる機会を得ることができました。

今後更にこの手法を積極的に取り入れ、施設の自己改善に努めるとともに社会的要請に即応できる施設機能の強化充実に取り組んでまいります。

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"> ・法人の理念や基本方針は明文化されており、事業計画書に記載され、施設内の見やすい所に掲示されています。また、ホームページでも一般に広報されています。 ・理念や基本方針は施設内に掲示され、職員に周知させる取り組みはなされていますが、利用者には直接説明をする機会が設けられていないため、周知状況や理解の程度についての把握が十分ではありません。
<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ます。 ・事業計画の策定を組織的に行うための、計画等の策定手順の作成や策定過程の記録が十分ではありません。 ・各計画が利用者に理解されるよう、分かりやすく説明した資料等を作成する等の工夫が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"> ・管理者は、会議に積極的に参加し、方針決定等自らの役割と責任を表明しています。 ・ISO認証取得しており、管理者がサービスの質の向上へ向けた継続的取り組みを行っています。 ・経営や業務の分析については、法人が集中管理していますが、施設としての評価・改善の仕組みの確立が十分ではありません。
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・救護施設関係の諸会議に参加し、事業を取り巻く動向や環境把握に努めています。 ・毎月経営分析データが作成され、法人経営層を含む協議により経営状況が把握されています。改善事項については、職員会議で周知されています。
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・職務分掌が作成され、事業計画書に記載されています。 ・人材養成に関する研修プランを設け、初任者、中堅職員、リーダー研修等により、知識・技術養成に努めています。また、人材養成のため、職員の個人別研修計画表が作成されています。 ・法人の定める人事考課制度により、年1回の人事考課を実施しています。 ・法人として全職員の意向アンケート調査や、多様な福利厚生制度を実施しています。 ・職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示され、計画が策定されていますが、研修成果の評価・分析が十分ではありません。 ・実習マニュアルに基づき、適切な実習生の受け入れが行われています。
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の安全確保に関する体制の整備については、リスクマネジメントの責任体制が法人内で明確になっています。 ・事故・災害、感染症等の各種マニュアルが整備され実行されています。 ・衛生管理に関し、法人としての集中管理体制は整備されていますが、施設側での配膳等のマニュアル整備が十分ではありません。
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の地域生活移行を進める上で地域住民・組織の理解を得るための具体的取り組みが十分ではありません。 ・施設と地域を結ぶ役割を果たすボランティアの受け入れに関する基本姿勢や体制が十分ではありません。 ・関係機関等との連携は積極的に行われていますが、利用者が地域生活を身近に感じられるよう、地域の社会資源をマップ化する等の工夫が十分ではありません。

<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"> ・利用者の意向や意思を尊重して、行事計画や行事への参加等を実施しています。 ・行動制限にいたる手順について、基本的な対応は定まっていますが、職員への周知が十分ではありません。 ・職員業務の基本的心得と個別的要望や配慮について組織的な対処方法が明文化されています。 ・利用者満足の上昇について、定期的な利用者調査を実施する等の取り組みを進めていますが、食事や排せつなどの工夫が十分ではありません。 ・利用者が意見等をのべやすい体制作りを進めていますが、記録の整理が今後の課題となっています。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス内容について定期的に評価を行う体制を、法人として整備しています。 ・課題に対する改善策や改善計画の策定、見直しに取り組む仕組みの整備や、職員の参画がなされています。 ・自立支援のための訓練を独自の特徴を持つサービスとして提供しています。 ・サービスの実施の記録は適切に管理されています。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページの開設やパンフレットの作成、また見学者の受入れ等により積極的に情報提供を行っています。 ・サービスの開始にあたり、利用者や家族等に分かりやすい書面による説明と、十分な意向を把握して同意を得る方法については、現在整備途上の段階です。 ・利用者の合意に基づき地域生活へ移行するための個別の移行計画が策定されていません。
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・定められた様式と手順に従って計画的なアセスメントを行い、利用者個々のニーズや課題を明示し、優先順位を付けて個別支援計画が作成されています。 ・移動・移乗、食事、入浴、排せつ及び保清、理美容について、個別・具体的な支援方法が記載されています。 ・コミュニケーション、機能訓練、就労、社会生活に必要な技術・知識の習得について、個別・具体的な支援方法の明示が十分ではありません。 ・サービス実施計画の作成・実施にあたり、担当ソーシャルワーカーが定められており、利用者の意向を聴き取りながら実施計画に反映させています。 ・サービス実施計画の作成にあたり、利用者及び家族等に説明して同意を得るためのマニュアルの整備が十分ではありません。 ・サービス実施計画の評価と見直しについては、利用者の意向に配慮しながら実施されています。

5 評価項目の第三者評価結果

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。	B
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り組みを行っている。	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。	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。	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り組みが行われている。	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。	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り組みが行われている。		
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。	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、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関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	C
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り組みを行っている。		
	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。	C

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。	B
	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。	C
	⑨排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。	C
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。	B
	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。	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。	B

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。	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。	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り組み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。	C	
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応できるものである。	C	
③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	
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。	B
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に対する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に対する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
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。	B
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。	B
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。	B
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