

公表基準

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21年10月07日～22年 1月 29日
評価調査者番号	① H17-b031
	② H18-b017
	③ H18-a007

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称: 社会福祉法人 葵寮 (施設名) 救護施設 葵寮	種別: 救護施設
代表者氏名: (管理者) 今村 元次	開設年月日: 昭和 22 年 4月 10 日
設置主体: 社会福祉法人葵寮 経営主体: 社会福祉法人葵寮	定員: 80人 (利用人数) 84人
所在地: 〒420-0949 静岡県静岡市葵区与一六丁目17番3号	
連絡先電話番号: 054-255-0765	FAX番号: 054-255-0784
ホームページアドレス	http://www.17.ocn.ne.jp/~aoiryou/

(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保護施設で利用者の衣食住を確保し、健康管理を行うとともに、その他の必要な支援、介護を行う。	毎月の誕生会・外出・映画会・避難訓練 月別でお花見・健康診断(年2回)・春季・秋季レクリエーション・七夕祭り・慰霊祭・夏祭り・家族交流外泊(年2回)・遠足(年3回)・総合避難訓練・芋煮会・クリスマス会・節分				
居室概要	居室以外の施設設備の概要				
2人部屋36室・4人部屋2室・准個室8室・食堂2室・デイルーム4か所・集会室兼指導訓練室・会議室・ボランティア室・面接室・医務室・静養室・介護士室・宿直室・調理室	浴室3室・脱衣室3室・洗濯室2室・霊安室				
職員の配置					
職 種	人 数	職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1名	医師	2名(嘱託)	准看護師	1名
生活指導員	2名	看護師	2名	介護職員	16名(非常勤 2名)
介助員	1名	栄養士	1名	調理員	外部委託

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

- ・基本方針が常に利用者の目につくところにルビ付きの大きな文字で掲載されるとともに、毎月の誕生日会で利用者に説明されています。
- ・PCの採用とLANの活用により業務の効率化を図るとともに、利用者の日常生活に関する情報を関係職員が共有する業務の過程が浸透しています。
- ・避難訓練は日中、休日、夜間と職員体制ごとに実施され、避難に利用者同士の支援体制もあり、それぞれの持てる能力を生かす工夫がされています。
- ・服薬管理の必要な利用者が多く、服用時は職員の配置を厚くし、事故防止に努めています。
- ・隣接する図書館、体育館の活用や乗り合いバスを利用した外出の練習をしています。
- ・よそで起きた事故に関連して施設内の安全点検をし、危険と思われる場所には対策を講じています。
- ・所定書式に基づき一連の工程により個別支援計画が整備され、可能な利用者に対しては地域生活への移行を検討し、そこに至らなくても自由外出などの主体的な行動や、施設内での利用者の互助を促すなど、社会生活に適應するためのプログラムを導入した支援が行われています。

◆ 特に改善を求められる点。

- ・外部による監査と透明性のある絶対評価の人事考課基準が求められます。
- ・研修計画は策定されていますが、全職員の具体的人材養成の計画が望まれます。
- ・自己評価は実施されていますが3年に1度程度と単発的です。定められた評価基準に基づいて年1回以上の自己評価の実施と評価結果の分析・検討が組織的であることが求められます。
- ・利用者の高齢化に伴い、入浴や機能訓練など介護支援に関わる分野のさらなる強化が望まれます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

当施設は開設以来、生活保護施設として社会のセーフティーネットの役割を果たしています。福祉サービスの質の向上について常に努めているところですが、第三者評価の受審により客観的な視点での見直しを行うこととしました。

準備段階においても自己評価、書類の確認等、職員がそれぞれの仕事を見直すことにより各人のスキルアップにつながってゆくことが確認できました。又、施設運営に関する表明や日々の業務における記録の重要性を学ぶことができました。

評価結果を受け、良い点は自信を持って伸ばし、人事、利用者サービスなど改善が求められたことは今後の施設運営に活かし、社会の要請に応えられる施設運営を行って生きたいと思えます。

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"> ・理念、基本方針とも平易な言葉で表現され、職員には職員会議で、利用者にはルビ付きの大きな文字でデイルームに掲示されているとともに毎月の誕生日会で職員が説明をし、周知に努めています。
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・現場職員の声反映され、中長期計画に園芸用地購入計画が策定され、かなり長期にわたる施設整備計画があります。 ・組織の見直し計画もあり、来年度から実施予定です。 ・職員には計画が理解され、また、いつでも寮母室のPCで計画を自由に見ることが可能ですが、利用者に説明がされていません。
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は施設の社会的使命を職員会議や連絡会議で伝え、今後予想される重複障害を持つ利用者の増加に対しても可能な限りの受け入れの意思を表明し、遵守すべき法令に対しては自ら学ぶとともに、職員にも日常職務に必要な内容のものは研修を実施し、リーダーシップを発揮しています。 ・関連機関から先進事例を取り入れ、ケース記録、サービス計画の電子化とLANの導入を図り、業務の効率と情報の伝達スピードのUPを図っています。
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・全救協からのデータを入手し、ニーズや経営環境を把握の上、経営分析を行い、長期計画の実現を目指し、職員にも常に意識付けを図っています。 ・外部による監査は未実施です。
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・組織の職制職務分掌があり、人事考課もされていますが、絶対評価の考課基準がありません。 ・近年の採用は有資格者に限定されていますが、未資格者に対して目標はあるものの、具体的計画はこれからです。 ・個別研修計画は中長期にわたり策定され、実施されていますが、評価・見直しはされていません。
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬管理の必要な利用者が多いことから、事故の再発防止のため、職員の勤務時間体制を変更し、更に試行中です。 ・関係マニュアルは整い、寮母室には印字されたものと、常時、電源の入ったPCで即、内容が見られる状態になっています。 ・トップライトからの転落事故のように、よそで起きている事故にも注意をはらい、直ちに施設内の関連した場所に目を向け、安全対策を講じています。
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・隣接する体育館・図書館を活用や、先払いのバスのカードを使用した外出訓練など、利用者が外出するための支援を実施しています。 ・町内会に加入し、会長と民生委員には法人の理事にも就任していただき、情報の発信役もお願いしていますが、相談や、支援についての案内が不足しています。 ・福祉事務所や医療機関との連携は適切に取れています。 ・ニーズの把握もできていますが、敷地の事情から建物の面積に限界があり、独自の事業は将来の予定にとどまっています。

<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"> ・プライバシーの保護については面会室も整い・入浴や排せつはマニュアルに明示され実施されていますが、通信面で電話の位置に工夫がされていません。 ・個室の仕切りの一部がカーテンの部屋が多く、家具間仕切り等が採用された部屋もありますが十分ではありません。 ・対話会、面接会を定期的で開催し、利用者の意向の把握に積極的に取り組んでいます。 ・階段の二重手摺や浴槽の角の解消、トップライト部の柵の設置等利用者の安全確保を積極的に実施しています。 ・栄養管理面から日々の食事制限は避けられない状況を考慮し、イベント食、選択食に季節感や利用者の希望を盛り込む取組がなされています。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスの内容についての自己評価がなされてはいるものの毎年でなく適宜性を欠く懸念があります。年に一度以上の実施が望まれます。 ・利用者の意向を尊重し、希望によってクラブ活動と位置づけ実施している対応が独自のサービスとなっています。 ・カンファレンスも適に実施されコンピューター管理された記録も各部署で供覧でき詳細に記録されています。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページの更新をおもな手段として、実施するサービスに関する情報を提供していますが、施設種別の特性から市町の福祉担当課を経由しての形が一般的です。 ・入所が内定した利用者にはルビ付きの大きな文字の「紹介書」が渡され、施設での生活を説明し同意を得ていますが、契約として取り交わす形式ではありません。 ・社会生活への移行が可能な利用者に対しては、エンパワメントに基づいたプログラムを用意し、段階的に調整しながら社会生活に結びつけています。 ・退所後の支援については事例も少なく、現在は定期的な状況確認をする該当者がいませんが、自立支援の詳細マニュアルを作成中です。
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・全救協の所定書式に基づき、利用者のアセスメント→意向確認→ニーズの抽出と評価→目標の設定、という個別支援に至る一連の工程が緻密に記載されています。 ・コミュニケーション、移動・移乗、食事・栄養管理、排せつ、身だしなみ・清潔保持などの支援が必要な利用者について、個別具体的な支援方法が明示されています。 ・入浴介助や就労支援など、対象者が希少である部分については、ニーズ評価の中で記載しても、個別具体的な支援の明示までに至っていません。また、機能訓練はおおむね施設側が準備できる体制での支援実施にとどまっており、より踏み込んだニーズへの対応は不十分です。 ・精神科の通院先を三か所確保し、利用者の状態によって分別するなど、心理面の支援には配慮をしています。 ・家族・友人関係の調整、社会生活に必要な技術・知識の習得、余暇活動や生きがい作りなど、利用者の自立へ向けての環境整備に関しては、個別支援の中で対応しています。 ・利用者の意向を踏まえたサービス実施計画が関係職員のカンファレンスのもとに作成され、年2回のモニタリング会議において必要

	と判断された場合は、サービス計画の変更が行われています。 ・サービス実施計画は主任指導員を責任者として一元管理され、情報・記録はケアに携わる全職員がコンピューターの画面と介護士長の伝達ノートとを閲覧して共有できる仕組みになっています。
--	--

5 評価項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用を明記し、評価分類ごとに区分する。

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。	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。	C

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。	C
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	B
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。	C
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。	A
③	衛生管理に関するマニュアルを整備している。	A
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・設備上の工夫がなされている。	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、利用者に対して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。	B
	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。	A
	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。	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組が行われている。	A
	③ 利用者の尊厳が守られている。	A
	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なされている。	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。	B
	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なされている。	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。	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
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）に心掛けてしている。	A
	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。	B
	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。	B
	③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	B
	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。	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が共有している。	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
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応できるものである。	A
	③ 利用者に対するエンパワメントの理念に基づいて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。	B
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。	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。	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