

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	静岡市葵区中町24-2 若杉ビル3階
評価実施期間	平成21年10月7日～21年12月9日
評価調査者番号	① H20-a001
	② H18-b018
	③ H18-b001

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） 障害者支援施設 浜松協働学舎根洗寮	種別： 知的障害者更生施設 （評価項目種別による分類）
代表者氏名： 川島 順三 （管理者） 高木 誠一	開設年月日： 平成9年10月1日
設置主体： 社会福祉法人ひかりの園 経営主体： 社会福祉法人ひかりの園	定員：（利用人数）施設入所支援40人(40人) 生活介護30人(30人)
所在地：〒433-8108 浜松市北区根洗町681番地の5	
連絡先電話番号： 053-430-0596	FAX番号： 053-430-0597
ホームページアドレス	http://www.hikarinosono.or.jp/

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事		
施設入所支援 生活介護 短期入所 日中一時支援	花見 ウォークラリー 夏祭り スポーツフェスタ りょうさい(文化祭) クリスマス会 成人を祝う会 旅行		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
全室個室(約六畳) ユニットケア(五ヶ所)	喫茶室、茶室、集会室、理容室 医務室、作業場(生活介護事業所) 洗濯室、相談室、浴室、トイレ		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	生活支援員	32(非常勤17)
医師	2(嘱託)	栄養士	1
サービス責任者	2	看護師	2

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
<ol style="list-style-type: none"> 1) 理念・基本方針が確立され明文化されています。 2) 安全管理面における危機管理や事故対策等が積極的になされています。 3) 民生児童委員、知的障害者相談員との連携や、自法人での相談事業所設置等により、地域の福祉ニーズを把握しています。 4) 生活空間や援助の各場面において利用者満足のための工夫がなされています。 5) 記録類が整備されています。 6) 利用者および保護者へのアセスメントが丁寧に、かつ工夫して行われています。
◆ 特に改善を求められる点
<ol style="list-style-type: none"> 1) 理念・基本方針の利用者等への周知に一層の工夫が望まれます。 2) 運営側と職員との協働による事業計画策定や、職員の積極的な参画が望まれます。 3) 利用者の施設内におけるプライバシー確保への配慮、利用者がくつろぎやすい設備の工夫が望まれます。 4) 会議録の記載が問題点と結果のみになっていますので、利用者の心理面に対する支援に関する話し合いの経過や、利用者の地域生活移行へ向けて保護者から出された意見等についても、記録に明記しておくことが望まれます。 5) 情報の共有化について、各職員が確実に情報を把握していることを確認する手順が望まれます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回初めての受審でした。第三者評価対策委員会を施設に設置して、全職員一丸になって評価項目それぞれを分析し、不十分な点をクリアすることを目標に半年をかけて準備をすすめ、そのうえで評価を受けました。改善すべき課題は多く指摘されましたが、施設の達成すべき水準が明確になり、受審して本当によかったと思います。

克服すべき点として指摘されたことは、施設の理念や方針を利用者に周知すること、利用者の意向を汲み取ってケアに反映する仕組み、利用者に対する適切な情報提供等の実現でした。知的障がいのある当事者とのコミュニケーションの方法の開発や、当事者の声なき声にいかに応えるかは難しい課題ですが、施設の重要課題として研究していきたいと思えます。

4 評価分類別評価内容

評価対象 I	<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、パンフレット、ホームページ等に掲載され、一般に広報されています。
1 理念・基本方針	<ul style="list-style-type: none"> ・理念や基本方針を配布物等で職員、利用者、保護者等に周知されていますが、一人ひとりの理解と認識を得る工夫が十分ではありません。
2 計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> ・理念や基本方針の実現に向け、中・長期計画が策定されています。 ・事業計画の策定過程においては、現場からの意見よりは、運営側による計画作成が中心となっており、組織的な策定体制や職員、利用者、保護者への周知が十分ではありません。
3 管理者の責任とリーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者自らの役割と責任について、書面化及び掲示されており、今後のビジョン等も明確にされています。 ・管理者のリーダーシップ・指導力が発揮されています。

<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・事業経営状況に関する把握は、会計報告等で、随時、状況を確認しながら運営されています。 ・資金の運用等に関して、外部監査は受けていますが、具体的な指摘がないので、現時点ではそれに基づいた経営改善に至っていません。
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・施設内で、資格取得に向けての取り組み等が積極的に行なわれていますが、人事考課は施設として研究した上で、検討課題として留保している状況です。 ・職員の就業状況の把握や、計画的な研修については、組織的に行われています。 ・実習生受け入れマニュアルに基づき、実習生の受け入れが積極的に行なわれています。
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・事故・防災・衛生管理・感染症防止等のマニュアルが整備され、危機管理や事故対策等が積極的に実行されています。 ・事故報告やヒヤリハットについては、組織内メール等で情報が迅速に流れ、職員の提案により改善が行われています。
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の生活の範囲を広げることを目的とする社会経験を広げる支援方法等が事業計画に明示されています。 ・利用者への地域での体験利用は、一部の利用者にとどまっておらず十分ではありません。 ・見学、実習、福祉体験の受け入れを積極的に行っており、地域に広報誌を配布し、地域に開かれた施設としての取り組みがなされています。
<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"> ・利用者の意思を尊重してサービスを提供するために、マニュアルの整備や勉強会での取り組みがなされています。 ・利用者のプライバシー保護に関しては、全室個室や喫茶室などの利用で配慮されていますが、電話利用についてプライバシーの配慮が十分ではありません。 ・利用者満足の上に向けて、設備の物理的な制約はありますが、生活空間も含め、くつろぎを与える工夫など配慮がされています。 ・利用者からの相談や苦情に対応する体制を整えています。意見への迅速な対応が十分ではありません。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・年一回の自己評価により課題が抽出され、改善に向けての取り組みが行われています。 ・個々のサービスの標準的な実施方法がマニュアル化されており、その見直しをする仕組みも確立しています。 ・職住分離の実施など、独自の特徴を有するサービスを提供しています。 ・記録等は丁寧に整えられており、職員の間で情報が共有化されています。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・施設利用に関する契約書および重要事項説明書と同意書等の書面は整備され、サービス提供の開始が適切に行われています。 ・保護者に対する成年後見制度の研修会を開催し、申し立て支援を行い、利用者の地域生活移行についても説明を行っています。
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者や保護者へのアセスメントを丁寧に行い、個別支援計画に反映させています。 ・利用者ごとの移乗、食事、排泄・入浴、コミュニケーション、身だしなみや清潔保持等について、自立支援法におけるニーズ抽出に基づく個別支援計画と、日常生活に必要な部分の援助をまとめた個別支援マニュアルとを併用する形の書式を用い、具体的に明示しています。 ・サービス実施計画が所定の手順に基づき策定されています。

5 評価項目の第三者評価結果〔知的障害者入所更生施設〕

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。	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。	B

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。	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 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。	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、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。	A
	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。	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。	A
	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。	B

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。	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。	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。	A
	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。	A
	③ 利用者に対するエンパワメントの理念に基づいた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。	A

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。	A
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。	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	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
⑮	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