

静岡県福祉サービス第三者評価の結果

◎ 評価機関

名 称	一般財団法人静岡県社会福祉士会
所 在 地	静岡県静岡市駿府町 1-70
評価実施期間	平成 29 年 7 月 12 日～ 平成 30 年 3 月 16 日
評価調査者番号	① H22-c003
	② H21-b003
	③ H28-b012

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：浜名 (施設名)	種別：障がい者支援施設
代表者氏名：宮司 貴光 (管理者)	開設年月日 昭和 50 年 4 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 人 (利用人数)
所在地：〒434- 0015 浜松市浜北区於呂 4201-12	
連絡先電話番号： 053- 583- 1128	FAX番号 053- 583- 1246
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		
施設入所支援事業 生活介護事業 短期入所事業	花祭り、グリーンマラソン大会、グループ旅行、納涼花火大会、身障スポーツ大会、新年会、豆まき 等		
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要		
1 人部屋 24 室 4 人部屋 20 室	静養室 2、食堂 4、浴室 4、洗面所 4、 トイレ 27、医務室 2、訓練室 1、相談室 2		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
管理者	1	サービス管理者 責任者	2 (1 兼務)
看護師	6	生活支援員	52
栄養士	1	他嘱託医等	8

2 評価結果総評

<p>◆ 特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人内の障害者関連施設共通のマニュアルが各種整備されています。マニユ

アルに基づいた勉強会や研修会を実施し、共通理解のうえ支援が行われています。

- 法人及び施設で中長期計画が策定されています。また10年スパンの施設・物品整備等の計画があり、毎年見直しがされています。
 - 事業計画は中長期計画を踏まえて策定されており、ユニット会議、リーダー会議等で全職員からの意見を聴取し、反映しています。また年2回、目標達成度を評価しています。
 - 職員の満足度調査を年1回行い、評価分析を行っています。毎月法人にISOレポートを提出し、法人内の他事業所との比較を行い、課題を明確にし改善に努めています。職員の働きやすい環境整備にも努めています。
 - サービスの向上のため、年1回の自己評価と定期的な第三者評価の受審をしています。また組織的な分析・検討を行うための部署と担当者が決められています。
 - 利用契約時の重要事項説明書の内容は、仮名や絵を使用し、利用者にも分かりやすいように工夫されています。
 - 食事の選択メニューが月に6~7回あり、メニューは写真で提示されています。また、ひとりにつき年に4回、出前をとることができます。
- ◆ 特に改善を求められる点
- 理念および事業計画等について、利用者家族には説明されていますが、利用者には資料の配付や説明がありません。
 - 契約の締結が困難な利用者への説明や手順の方法のマニュアルがありません。
 - 利用者の他事業所への移行は確実に引き継ぎ、継続的に支援するため支援会議を開催し、相談支援事業所との連携も行ってはいますが、手順書は整備されていません。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

これまでも毎年、評価項目を用いて自己評価を行い、継続的に改善に努めてまいりました。今回の第三者評価を受審したことにより、これまでは「できている」と判断していた項目も、第三者の視点から判断すると異なる判断をいただくことがあり、新たな気づきや改善のヒントを得ることが出来ました。

現状を良しとせず、職員一丸となってサービスの質の向上に努め、ご利用者やご家族、地域のニーズに添えていくことのできる事業所づくりを行っていきます。

4 評価分類別評価内容

評価対象Ⅰ

1 理念・基本方針

- 理念や基本方針は事業計画やパンフレット、ホームページに掲載されています。
- 事業計画に理念が記載され、年度当初の職員会議で全職員に配付し説明しています。また年度途中の職員会議、法人内研修でも説明しています。理念等は施設入

	<p>所時及び年1回の家族会で資料を配付し説明していますが、利用者には配付や説明がありません。</p>
2 計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> 法人及び施設で中長期計画が策定されています。また10年スパンの施設・物品整備等の計画があり、毎年見直しがされています。 事業計画は中長期計画を踏まえて策定されており、ユニット会議、リーダー会議等で全職員からの意見を聴取し、反映しています。また年2回、目標達成度を評価しています。事業計画の資料は家族には配付していますが、利用者には配付していません。
3 管理者の責任とリーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> 事業計画に事務分掌が掲載され、法人キャリアパス制度の中で、管理者の役割が明示されています。 満足度調査等を行い、評価・分析を行っています。毎月法人にレポートを提出し、他事業所との比較を行い、課題を明確にして改善に努めています。 職員の有給休暇等の消化を把握し、勤務表上に記載しています。また働きやすい環境整備にも努めています。
評価対象Ⅱ 1 経営状況の把握	<ul style="list-style-type: none"> 法人内で情報交換がなされ、事業の動向を把握しています。自施設と法人内の他事業所との入所状況等を把握し、情報を共有しています。 経営内容について法人にデータを送り、法人事業所の中で比較等が行われ、課題分析がされています。その課題は職員会議等で説明しています。
2 人材の確保・養成	<ul style="list-style-type: none"> 法人として人事考課制度があり、施設でも運用しています。パート職員は雇用期間が6ヶ月であり、更新時に意見を聴取しています。 法人としてキャリアパス制度あり、施設でもこれをもとに運用しています。 中期計画に人材に関する事柄が盛り込まれ、事業計画で研修計画が示されています。また法人で各種研修が職制により決められています。
3 安全管理	<ul style="list-style-type: none"> 緊急時の対応マニュアル（事故・感染等）があり、内容は必要時に改定されています。 安全確保に関するマニュアルが整備され、職員に対して勉強会を実施し、振り返りシートで周知しています。 緊急時の対応マニュアル整備がされています。
4 地域との交流と連携	<ul style="list-style-type: none"> 中期計画に「地域に関すること」の項目があり、事業計画重点事項でも「地域活動への参加」が明示されています。 地域のサービスのパンフレットが整備されており、地域への買い物や障がい者スポーツ大会等への参加も積極的に行っていますが、地域移行への働きかけは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"> 法人で策定した各種マニュアルだけでなく、障害者関連施設での共通マニュアルもあり、それらに基づいて支援が行われています。 毎月利用者懇談会を実施していますが、利用者の主体的な活動としては十分ではありません。 苦情解決に対する利用者に向けた分かりやすい文書がありません。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> 年1回の自己評価と定期的な第三者評価の受審を実施しています。組織的な分析・検討を行うための部署と担当者を設置しています。 評価結果は分析し、職員間で課題を共有して改善策を年度計画に反映させ実施しています。 家族懇談会と個別面談にてニーズの把握や定期的な見直しを行っています。居宅支援サービスでは送迎と入浴サービスを実施しており、パンフレットにも明記されています。 利用者からの要望を受け、電動車いすサッカーやボッチャ等のスポーツレクリエーションを実施しています。 文書管理規定と個人情報保護規定を定めています。施設自己評価でのチェックや新任研修や異動職員の研修等、組織的に研修が行われています。 支援者会議が定期的に行われ、電子データシステムにより、異職種間の情報の共有が図られています。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> ホームページやパンフレットを作成して施設の紹介をしています。また、パンフレットは写真を多く取り入れるなど分かりやすく工夫し、関係機関や事業所へ配布しています。見学等も随時行われています。 重要事項説明書や契約書は、仮名や絵を使用し、利用者にも分かりやすいように工夫されています。 契約締結が困難な利用者に対応する場合の説明の手順や方法がマニュアル化されていません。
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> 個別支援計画マニュアルに沿って電子システムを活用しています。また、異職種の関係職員による支援会議を開催し、アセスメントが行われています。 関係職員による会議等、サービスの提供はマニュアルに沿って行われており、計画の優先順位が定められています。 計画の見直しや同意を得るための手順等をマニュアル化し、実施しています。個別支援計画書を必用に応じて変更する場合、支援会議録を開催し、支援会議録で周知が図られています。 整容介助マニュアルがあり、個別支援計画書と生活支援実施書にて支援方法が明示され、支援の心得に利用

	者の意思を尊重することが明記されています。
--	-----------------------

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

	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。	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。	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。	B
	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応できるものである。	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 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。	A
	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。	B
	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。	A
	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。	A
	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