

(別記)

## 公表基準

公表は次の様式により行うものとする。

### 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	静岡市葵区駿府町 1-70
評価実施期間	平成 26 年 6 月 20 日～平成 27 年 3 月 19 日
評価調査者番号	①H22-a003
	②H24-a006
	③H18-b001

#### 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 天竜厚生会 (施設名) 浜北学苑	種別：障害者支援施設
代表者氏名：施設長 大角加津良 (管理者)	開設年月日 昭和 58 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 60 人 (利用人数) 60 人
所在地：〒 浜松市浜北区於呂 4201-6	
連絡先電話番号： 053-583 - 1129	FAX番号 053 - 583 - 1211
ホームページアドレス	<a href="http://www.tenryu-kohseikai.or.jp">http://www.tenryu-kohseikai.or.jp</a>

##### (2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事		
施設入所事業 生活介護事業 (通所枠あり) 短期入所事業 日中一時支援事業	春季・夏季行楽 ミニ運動会 一泊旅行七夕花火大会 施設合同運動会 納涼祭 いちご狩り		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
多床室 17 室 定員 1 人あたり居室面積 9.5 m <sup>2</sup>	作業訓練室 機能訓練室 食堂 浴室 配膳室 学習室 相談室 洗濯室 ケア ワーカー室 洗濯室 静養室 2 医務室 事務室 デイルーム 休憩室 トイレ 4		
職員の配置			
職種	人数	職種	人数
施設長	1	サービス管理者	1
医師 (嘱託)	(2)	看護師	2
生活支援員	20	作業療法士	2
栄養士	1		

## 2 評価結果総評

### ◆ 特に評価の高い点

- 利用者尊重の法人の理念が職員に理解されています。
- 提供するサービスの標準的な実施方法のマニュアルが定められ、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明記されています。また、見直しの時期や方法も定められています。
- 地域との交流を積極的に行い、地域のニーズを把握しています。
- 職員の福利厚生は法人として互助会が組織され、健康診断、予防接種、メンタルケア等も含めて行われています。
- 利用者へのアセスメントは法人で定められた手順にそって行われ、利用者一人ひとりのニーズが具体的に明示されています。

### ◆ 特に改善を求められる点

- 法人の理念の利用者個々への説明が不足しています。
- 職員一人ひとりの研修計画が策定されていません。
- サービスの開始や個別支援計画作成における説明をし同意を得ていますが、説明すべき内容は文書化されていません。また、利用者に分かりやすいような配慮が十分ではありません。

## 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

静岡県福祉サービス第三者評価をして頂きありがとうございました。この評価結果総評により現状での「浜北学苑」として評価の高い点、特に改善が求められる点が分かりました。この結果を職員に周知し、取り組むべき課題を共有化し、今後改善に向け、よりよい施設となるよう努力していきます。

## 4 評価分類別評価内容

評価対象 I	
1 理念・基本方針	• 法人・施設の理念が事業報告等に明記され、職員に理解されています。利用者に関しては、家族会等では配布説明されていますが、利用者個々への説明は十分ではありません。
2 計画の策定	• 法人全体で取り組みがなされていますが、施設での将来計画に人事計画まで踏み込んでいません。また事業計画について、行事等は利用者まで周知されていますが、それ以外は不十分です。

<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 事業計画にもその責務が明記され、職員会議等で問題点の指摘等がなされています。また苦情解決・虐待防止の責任者としてその責務を全うしています。</li> </ul>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 毎月実績を把握し、運営に生かされています。ただ、状況は全職員には伝えられていません。</li> <li>• ISO9001 の認証を受け、定期的な見直しはされていますが、財務、経営管理については法人で対応しており、施設の具体的な評価が見られません。</li> </ul>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 人材育成は法人のシステムで十分機能できていますが人事考課のフィードバックは一部職員のみとなっています。</li> <li>• 職員研修は、役割等に関わる個々の研修計画はありますが、職員一人ひとりの研修計画までは踏み込んでいません。</li> <li>• 職員の福利厚生は、法人で互助会が組織され活動しています。</li> </ul>
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• マニュアルが整備され、見直しもされています。また施設の特性に合わせた、安全対策もなされています。損害賠償保険は十分対応できるものに加わっています。</li> </ul>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 地域との交流が盛んで、地域移行への取り組みもなされています。</li> <li>• 地域のニーズを把握し、在宅支援サービスの利用率が増加しています。</li> </ul>
<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"> <li>• 事業計画書、マニュアル等に利用者尊重の理念が謳われ、内部研修においても法人をあげてこの課題に取り組んでおり、職員間で確認・共有されています。</li> <li>• 築 30 年、居室が多床室という物理的制約の多い中、個人のプライバシーを確保する様々な工夫は評価されますが、十分ではありません。</li> <li>• 利用者満足度調査を利用者・家族を対象に毎年実施しており、その結果を分析し、また改善事項への取り組みも実施しています。</li> </ul>

<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 提供するサービスについて標準的な実施方法のマニュアルが定められ、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されています。また、見直しに関する時期やその方法も定められています。</li> <li>• 記録システムを導入して個別支援計画を管理しています。法人内の他の事業所に通所している場合は、関連施設で情報の共有ができています。</li> <li>• 利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理がされています。</li> <li>• 事業所内で情報を共有するシステムが構築されていますが、情報の分別に関しては仕組み等の文書化がされていません。</li> </ul>
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ホームページの公開や公共施設にパンフレットを置いて情報提供を行っています。</li> <li>• サービスの開始にあたり、利用者等に説明をして同意を得て利用契約を締結していますが、利用者に分かり易い内容ではありません。</li> <li>• 契約を締結することが困難な利用者に対応する場合の説明の手順や方法はマニュアル化がされていません。</li> </ul>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 地域生活への移行希望者には、必要な情報や資料を用意したり、生活訓練等の学習や体験を個別支援計画に基づき支援しています。</li> <li>• 利用者のアセスメントは法人で定めた手順に沿って行われ、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されています。</li> <li>• 食事・移動・入浴等細目について必要な場合はそれぞれの個別支援計画に明示し、具体的な支援方法が明示されています。</li> <li>• 個別支援計画の作成にあたり、説明と同意は得ていますが、説明すべき内容はマニュアル化されていません。</li> </ul>

## 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。

評価細目の第三者評価結果  
〔障害者支援施設・障害福祉サービス事業所版〕

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 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。	B
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。	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	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。	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
③	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。	C
②	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
③	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。	A
④	利用者の安全確保のためにリスクを把握している。	A
⑤	事故防止のための具体的な取組を行っている。	A
⑥	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
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。	A
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
②	地域に開かれた事業所である。	A
③	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
③	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。	B
④	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
⑤	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。	B
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
⑨	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
⑩	入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	A
⑪	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。	A
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。	A
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。	A
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

	⑩ 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
	⑪ 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。	B
	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
	② 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(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
	⑥ 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	A
	⑦ 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。	B
	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。	B
	③ 作業能力の評価や工賃積算方法が定められている。	C
	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。	B

### 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。	B
	③ 利用契約に関する契約書が取り交わされている。	B
	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應できるものである。	B

### 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。	B
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。	B
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。	B
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。	B
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。	B
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。	B
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。	B
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。	B
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。	B
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。	B