

静岡県福祉サービス第三者評価の結果

評価機関

名 称	(福)静岡県社会福祉協議会
所 在 地	静岡市葵区駿府町1-70
評価実施期間	H17年11月28日 ～ H18年2月21日
評価調査者番号	H17-b008
	H17-a002
	H16-b002

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) 浜北学苑	種別：身体障害者更生施設
代表者氏名： (管理者) 安達 進	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：〒434-0015 浜松市於呂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	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		
生活支援 機能訓練 専門訓練 サークル活動 教養講座	花祭り ひな祭り 運動会 小学校との交流会 七夕まつり 他 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(1) 3人部屋(2) 4人部屋(14)	食堂、浴室、訓練室、相談室、学習室 デイルーム、他		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	看護師	3
作業指導員	1	栄養士	1
生活支援員	14		
作業療法士	1		

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

管理者は質の向上に意欲を持ち、業務の効率化に向けて指導力を発揮しています。また、外部評価も積極的に受け入れて、職員の連携のもと、提供するサービスを改善する姿勢がみられます。

さらに、利用者満足の向上のため、アンケートや懇談会を実施し、利用者の声を大切にし、苦情解決のしくみも適切に機能しています。

安全管理に関しては、様々なマニュアル等を整備し、施設として組織的に取り組み、ヒヤリハット事例の収集や事故マップを作成するなどして、事故防止に積極的に取り組んでいます。

実習生やボランティアを積極的に受入れ、人材育成にも力をいれています。

個々のサービスの標準的な実施方法が定められ、見直しの仕組みも確立しています。また、ニーズに応じて独自の特徴を有したサービスが提供されています。

サービス実施計画について、個別、具体的に作成され、実施するサービス順位が明確になっています。

特に改善を求められる点

利用者満足の向上やサービスの質の向上に向けて自己評価に取り組んでいますが、今後はその課題に向けた具体的な取り組みが求められます。また、利用者にもわかりやすく周知できるよう、さらなる工夫が求められます。

利用者に対するサービス実施計画は、適切に策定され実施していますが、利用者の就労に向けた具体的な取り組みや、社会復帰に備えた社会的スキルに対する支援については、社会性活力のプログラムがスタートしたばかりであり、今後の積極的な取り組みが期待されます。

衛生管理マニュアルについて、配膳室に関するマニュアルは整備しているが、その他の衛生管理マニュアルの整備が期待されます。

利用者のプライバシー保護に関して心がけていますが、今後規定・マニュアル等の整備が求められます。

契約を締結することが困難な利用者に対する配慮として、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の活用を勧めていくことが期待されます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

I S O 9001:2000 の認証を受けていることと、以前に障害者施設全般の評価項目で自己評価を2回ほど実施していたので、今回の受審は比較的スムーズに行えました。受審の中で身体障害者厚生施設版に基づく自己評価を行い、職員間で話し合うことにより、施設の現状や課題がわかりました。

指摘された項目の中で、人事考課や個人情報保護等受審後すぐ改善し実施しているものもあります。一方、マニュアル等の整備はしているものの、目的や内容等が不十分で見直しが必要なものもあります。

この度の障害者自立支援法によって、障害者施設は大きく変わっていかねばなりません。地域移行の促進や就労支援等に主眼を置き、今回指摘された施設の弱点を職員で共有し、且つ克服して利用者本位のサービス向上に努めたいと思います。

4 評価分類別評価内容

<p>評価対象</p> <p>1 理念・基本方針</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 理念や基本方針は文書化されてきちんと明示されている。 * 職員や利用者に説明を行っているが、全職員への周知や利用者への周知方法などの工夫がされてはならず不十分である。
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 職員からの提案書を受けて計画に反映するなど、組織的に計画が策定されている。 * 中長期計画は策定されているが、事業計画に具体的に反映がされていない。 * 利用者への周知ための取り組みが十分でない。
<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、質の向上に意欲をもって指導力を発揮している。 * 経営や業務の効率化と改善に向けての取り組みに指導力を発揮している。
<p>評価対象</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 経営状況を分析し、事業経営を取り巻く環境を把握している。 * ISO9001 の認証を受け取り、かつ公認会計士による外部監査も実施している。
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 職員の職務分掌は明確になっている。 * 実習生を積極的に受け入れ、受け入れ体制も適切に整備されている。 * 有資格者の確保に努めてはいるが、必要な人材の具体的な確保及びそれに基づく人事管理が十分ではない。 * 人事考課に基づく客観的な評価については、現在導入に向けて準備中であり、実施には至っていない。 * 法人の基本方針に人材育成を掲げているが、職員の教育・研修に関する基本姿勢の明示としては十分でない。 * 研修計画はあるが、職員一人ひとりの研修ニーズに基づく研修計画としては十分でない。
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> * マニュアル等を整備し、積極的に安全管理に取り組んでいるが、配膳室以外の衛生管理マニュアルについては十分ではない。 * ヒヤリハット事例の収集や事故マップの作成を行い、事故防止に向けた具体的な取り組みを行っている。
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> * ボランティアを積極的に受け入れ、受け入れ体制も適切に整備されている。 * 利用者の施設以外における活動の範囲を広げるための地域との関わりについては文書化が成されておらず対応が不十分である。 * 関係機関等との関わりについては適切に行われているが、地域の福祉ニーズの把握やそれに基づき活動への取り組みは十分とはいえない。

<p>評価対象</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<ul style="list-style-type: none"> * プライバシーに関する事項は個別指導において配慮されているが、規定、マニュアルが整備されていない。 * 利用者満足度調査の結果や個別の聴取・懇談での聴取などで、向上を意図した仕組みは整備されている。日常生活において設備上改善されたものもあるなど向上に努めているが、利用者の生活空間への配慮など十分でない面がある。 * 利用者の意見は、調査やアンケート、会議、意見箱により、提案・意見・苦情を述べやすい体制を確保し、提出された意見には対応しているが、利用者の参画した取り組みとしては十分でない。
<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し、質の向上に向けた取り組みが行われているが、課題の明確化や改善計画の実施が十分ではない。 * 個々のサービスの標準的な実施方法は定められており、見直しの仕組みも確立している。またニーズに応じて独自の特徴を有したサービスが提供されている。 * サービスの実施記録も整備されており、利用者の状況を職員間で共有する仕組みがあり、記録の管理体制も確立している。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 施設が実施しているサービスに関する情報を提供し、利用者や家族に説明して同意を得ている。利用契約に関する契約書も取り交わされている。 * 契約を締結することが困難な利用者に対する配慮はされているが、援助の手順等書面化がされていない。 * 利用者の状況の変化等による施設の利用の変更において（同一法人内）は、サービス内容の継続性に配慮した対応を行っているが、家庭への移行やその他の施設への移行についての明確な引継ぎ方法等の明示は十分でない。
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 個別支援計画が分かりやすく作成されている。 * 重点支援計画書が作成され、実施するサービス順位が明確である。 * 利用者の心理面への支援については、職員が相談を受けているが、臨床心理士等が設置されておらず、専門スタッフによる支援は行われていない。 * 利用者の就労に向けて支援は実施していない。社会復帰に備えた社会的スキルに対する支援については、社会生活力のプログラムがスタートしたばかりであり、十分とはいえない。

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。

5 評価細目の第三者評価結果〔身体障害者更生施設〕

評価対象 福祉サービスの基本方針と組織

- 1 理念・基本方針

		第三者評価結果
- 1 -(1)	理念、基本方針が確立されている。	
	理念が明文化されている。	A
	理念に基づく基本方針が明文化されている。	A
- 1 -(2)	理念や基本方針が周知されている。	
	理念や基本方針が職員に周知されている。	B
	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	B

- 2 計画の策定

		第三者評価結果
- 2 -(1)	中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	
	中・長期計画が策定されている。	A
	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	C
- 2 -(2)	計画が適切に策定されている。	
	計画の策定が組織的に行われている。	A
	計画が職員や利用者等に周知されている。	B

- 3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
- 3 -(1)	管理者の責任が明確にされている。	
	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
	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
- 3 -(2)	管理者のリーダーシップが発揮されている。	
	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
	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。	A

評価対象 組織の運営管理

- 1 経営状況の把握

		第三者評価結果
- 1 -(1)	経営環境の変化等に対処している。	
	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	A
	機関の経営状況に関する経営分析を行っている。	A
	外部監査が実施されている。	A

- 2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
- 2 -(1) 人事管理の体制が整備されている。		
	機関内の組織について職制・職務分掌を明確にしている。	A
	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	B
	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	C
- 2 -(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
	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。	B
	職員に対する福利厚生事業が積極的に行われている。	A
- 2 -(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている	B
	研修を推進していくための担当者を設置している。	A
	職員の研修ニーズに基づく研修計画を策定している。	B
	研修計画に基づく研修機会を確保している。	A
	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
	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
- 2 -(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
	実習生の受け入れに関する基本的な考え方を明示している。	A
	実習生を受け入れるための体制を整備している。	A
	実習生の受け入れにあたり、利用者の意向を尊重している。	A
	実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	B

- 3 安全管理

		第三者評価結果
- 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。		
	緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	A
	防災に関するマニュアルを整備している。	A
	衛生管理に関するマニュアルを整備している。	B
	感染症防止に関するマニュアルを整備している。	A
	発生した事故を把握している。	A
	事故防止のための具体的な取り組みを行っている。	A
	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

- 4 地域との交流と連携

		第三者評価結果
- 4 -(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
	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。	C
	地域に開かれた施設である。	B
	事業所が有する機能を地域に還元している。	B
	ボランティアの受け入れに関する基本的な考え方を明示している。	A
	ボランティアを受け入れるための体制を整備している。	A

	ボランティアの受け入れに関する記録等を整備している。	A
-4-(2)	関係機関との連携が確保されている。	
	必要な社会資源を明確にしている。	A
	関係機関等との連携が適切に行われている。	A
-4-(3)	地域の福祉向上のための取り組みを行っている。	
	地域の福祉ニーズを把握している。	B
	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 適切な福祉サービスの実施

-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
-1-(1)	利用者を尊重する姿勢が明示されている。	
	利用者の意思を尊重している。	A
	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。	A
	利用者の尊厳が守られている。	B
	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。	C
	家族や友人の面会に対する配慮がされている。	A
	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
	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
	入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	A
	排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。	A
-1-(2)	利用者満足の向上に努めている。	
	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	A
	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	B
	利用者の生活空間への配慮がなされている。	B
	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
	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。	B
	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
	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
	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
-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。	
	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
	利用者からの多様な相談に積極的に対応している。	A
	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
	苦情申立、解決の仕組みが整備されている。	A
	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	A

- 2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
- 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。		
	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
	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
	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	B
- 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。		
	機関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
	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
- 2 -(3) 提供するサービスに独自の特徴を有している。		
	提供するサービスに独自の特徴を有している。	A
- 2 -(4) サービス実施の記録が適切に行われている。		
	計画の実施に関わる記録が整備されている。	A
	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	A
	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

- 3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
- 3 -(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
	機関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
	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
	利用契約に関する契約書が取り交わされている。	A
	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。	C
- 3 -(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
	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

- 4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
- 4 -(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	A
	利用者の課題（ニーズ）が明示されている。	A
	課題解決の目標を明らかにしている	A
	コミュニケーションについて、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
	移動（移乗を含む）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
	食事（栄養管理を含む）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
	入浴・清拭について、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
	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
	身だしなみや清潔保持について、支援が必要な利用者のサービス実施計画に基づく個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
	利用者の理・美容について、支援が必要な利用者のサービス実施計画に基づく個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
	利用者の心理面に着目した支援を行っている。	C
	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
	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
	利用者の就労に向けた支援に関する個別、具体的な実施方法が明示されている。	C
	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
	利用者の余暇活動（アクティビティ）や生きがいがづくりなどに対する支援が行われている。	A
- 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。		
	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
	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
	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
	目標に対するサービス実施計画が作成されている。	A
	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。	C
	実施するサービスの順位が明確である。	A
	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
	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
	実施計画の見直しが行われている。	A
	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

