

## 静岡県福祉サービス第三者評価の結果

### ◎ 評価機関

名 称	社会福祉法人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	21年9月1日～22年1月29日
評価調査者番号	① H16-a002
	② H17-b008
	③ H19-b001

### 1 福祉サービス事業者情報

#### (1) 事業者概要

事業所名称：穴原荘 (施設名)	種別：知的障害者更生施設
代表者氏名：施設長 吉田 良一 (管理者)	開設年月日 昭和50年12月1日
設置主体：社会福祉法人 玉柏会 経営主体：社会福祉法人 玉柏会	定員 96人 (利用人数) 96人
所在地：〒424-0301 静岡市清水区穴原362	
連絡先電話番号： 0543-94-0311	FAX番号 0543-94-0312
ホームページアドレス	<a href="http://tamagashikai.com/">http://tamagashikai.com/</a>

#### (2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
知的障害者更生施設サービス 心身障害者「生活寮」 指定相談支援事業 指定居宅支援事業「短期入所」	6月面会日 7月納涼大会 9月面会日 10月運動会、穴原村祭り 11月利用者旅行、面会日 12月クリスマスイベント
居室概要	居室以外の施設設備の概要
2～4人部屋 全室テレビ設置	広い作業所や平屋建ての居住区 自由に行動できる敷地 レベルに合わせて4食堂用意

#### 職員の配置

職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	支援員(非常勤)	10
支援員	33	支援補助員補助員(非常勤)	4
看護師	2		
医師(嘱託)	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

- \* 法人理念の周知を図るよう、玄関・ネット上に掲示しています。
- \* 職員への周知は各種会議時全員で唱和している。さらに共有のパソコンでいつでも閲覧できる状態を整備しています。
- \* 職員参画のもと、中・長期計画が策定され、年次ごとの事業計画に反映されています。
- \* 利用者は自由な環境の中で、ゆったり見守られていて明るい環境が用意されています。
- \* 新型インフルエンザへの対応についても危機管理対応がなされています。
- \* 平成 21 年度より職員の人事管理制度を導入し公平な人事管理に努めています。
- \* 2 回目の受審のため、ソフト面（サービス支援等）への対応は改善がなされつつあります。
- \* 障害者の雇用促進という観点から、卒寮生を人材派遣会社へ登録し事業所補助職員として採用を行っています。
- \* 21 年度、利用者情報記録システムの導入により、業務の合理化及び情報の共有化を進めています。
- \* 利用者の居住等の新築を平成 25 年度竣工に向け準備を進めています。

### ◆ 特に改善を求められる点

- \* 今後、地域移行について保護者をはじめ、関係諸機関と連携を深め協議していくことが望まれます。
- \* 実習生の受け入れについて、職員を実習指導者養成研修に出すなどして、個別職種別のプログラム作成等整備することが望まれます。
- \* 職員へのマネージメントはなされているが、管理者において細部に亘っての状況を把握されることが望まれます。
- \* 建物の老朽化に伴い、建物の耐震、トイレの異臭・利用者の部屋の窓ガラスの破損等安全面へ十分な対応が求められます。
- \* マニュアルは各方面において整備されていますが、一部フローチャート化が十分ではありませんので対応が望まれます。

## 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回、二度目の受審で前回の受審よりは、利用者も落ち着いて受けることが出来ていたように思う。また、前回よりも向上していたことは素直に喜ぶべき部分である。しかし、当施設で実施しながらも文書などの不備な点が多く、今後の整備が必要な部分も多い。

今後、さらに評価を活かして、移行事業や新居住棟の建設など、利用者の「住まい」と「日中活動」の場としての提供を行い、利用者の方が満足していただける支援を心がけていきます。

#### 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>	<p>*法人理念を玄関、ネット等に掲示し周知を図っている。 *職員会議等で全員で唱和するなど、理念の理解周知を図っている。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>*中・長期計画が職員参画のもと策定され、年次計画に反映されている。 *策定された、計画等職員の周知を図るため、いつでも閲覧できるようパソコン上で公開されている。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>*先頭に立って、各種研修や資格取得を図り、職員に奨励している。 *各種会合に参加し、環境状況の把握を行い、経営状況に生かしている。</p>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<p>*職員会議等で経営状況の分析をもとに、職員に周知している。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>*人事考課制度が整備され、今後の職員育成、適正な待遇改善に取り組んでいる。 *職員研修・資格取得を奨励しサービス向上を図る人材の育成に取り組んでいる。</p>
<p>3 安全管理</p>	<p>*各種マニュアルが整備され、組織として積極的に取り組んでいる。 *事故報告等はいち早くトップに報告され、その指示のもと迅速に解決・改善策が図られている。</p>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<p>*中・長期計画の中で地域ニーズを実現する計画が策定されている。 *できる範囲で、地域交流が図られているが、更に福祉の専門機関として地域の人たちとの相互研修等を通じた交流が十分ではない。</p>
<p>評価対象Ⅲ</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>*施設の老朽化が進み、生活空間の貧しさ、トイレの換気の悪さ等による臭いなど、ハード面からくる問題に対して、それなりの工夫・配慮はしているが、それには、限界があり、現在根本的な解決策として、新居住棟建設のプランが進行中である。</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>*利用者満足の向上を目指す姿勢が明示されていない。</li> <li>*苦情解決に関する書類の「参考様式7」の「苦情結果の公表」では、「事業報告書」や「広報誌」等実績を掲載し公表するとあるが、未だそれらに公表はなされていない。</li> <li>*利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。</li> </ul>
2 サービスの質の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>*ランでつないだパソコンで、データを一元管理することで、職員間の情報の共有化は強化されている。</li> <li>*毎年欠かさず自己評価を実施し、第三者評価も二回に亘り受審するなど、組織的にサービスの質の確保に努めている。</li> <li>*現在、マニュアルの見直しは進行中でしたが、見直しに関する時期やその方法が組織で定められていない。</li> </ul>
3 サービスの開始、継続	<ul style="list-style-type: none"> <li>*契約の締結に当たっては、重要事項の説明と同意、契約書の取り交わしについて適切に行なわれている。</li> <li>*広報誌を廃し、代わりにインターネットによる情報提供を目指すということであるが、肝心のホームページが情報提供の場として、十分ではない。</li> <li>*契約困難者への具体的な対応としての、手順等の整備が十分でない。</li> </ul>
4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> <li>*利用者及び家族の意向を大切にし、細部に亘って利用者の状況を把握し個別支援計画表に反映し利用者一人ひとりにあったサービス提供計画の作成に努めている。</li> <li>*支援計画の見直しについても、個別支援計画モニタリング表を基に個別支援計画表を作成し実施している。</li> <li>*利用者情報記録システムの導入により、業務の合理化及び情報の共有化を進めている。</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〔身体・知的障害者更生施設  
（入所）、身体障害者療護施設〕

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。	A
	② 計画が職員や利用者等に周知されている。	A

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。	B
	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。	B

	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。	C
	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。	B

### 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。	B
	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。	B
	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。	B
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。	B
	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。	B
③	利用者の尊厳が守られている。	B
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。	B
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。	A
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。	B
⑨	排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。	B
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。	C
②	利用者満足の向上に向けた取組を行っている。	B
③	利用者の生活空間への配慮がなされている。	B
④	利用者にくつろぎを与えるための工夫がされている。	B
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。	B
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。	B
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
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。	C
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。	B
④	苦情申立、解決の仕組みが整備され機能している。	C
⑤	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	C

### 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。	B
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 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。	B
	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。	B
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	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。	C
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。	B
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。	C
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