

(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 20 日
評価調査者番号	①H16-b013
	②H19-b019
	③H24-a006

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：天竜厚生会 (施設名) 清風寮	種別：救護施設
代表者氏名：田坂成生 (管理者)	開設年月日 昭和 37 年 11 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 名 (利用人数) 102 名
所在地：〒431-3492 浜松市天竜区渡ヶ島 217-3	
連絡先電話番号： 053-583-1133	FAX番号 053-583-1196
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
<p>障がいや疾病、その他様々な理由による生活上の困難を抱え、地域生活が困難な方々を受入れ、施設での生活支援・就労支援・自立支援等を通じて能力に応じた最適な生活環境への移行を支援します。</p> <p>地域移行した方が、体調を崩す等地域生活が不安定になった際に一時的に入所し、心身の回復を図り再び社会生活を継続できるよう支援する「一時入所事業」、地域生活移行が可能な利用者の社会復帰を生活・就労・社会的自立訓練を行い支援する「居宅生活支援事業」、施設退所後の地域生活を継続的に支援する「保護施設通所事業」を展開している。</p>	<p>七夕まつり 一泊旅行 日帰り旅行 クリスマス会 新年娯楽会 初詣 節分 食事会 グループ活動</p>

居室概要		居室以外の施設設備の概要	
4人部屋 28室 3人部屋（トイレ付）2室		食堂 配膳室 娯楽コーナー 作業室 医務室 静養室（2） 浴室 脱衣室 トイレ（5）理髪室 ケアワーカー室 休憩室 事務室 会議室 倉庫	
職員の配置			
職種	人数	職種	人数
施設長	1	生活指導員	4
医師（嘱託）	（2）	介護職員	22
看護師	2	事務員	3
栄養士	1	調理員	5

2 評価結果総評

◆ 特に評価の高い点

- 法人の理念に基づいて施設の基本方針が事業計画書において具体的に明示され、職員各自に理念・方針が記載された携帯用カードを配布し、毎月の職員会議において周知への取り組みをしています。
- 法人で毎月行われている経営分析が職員会議で報告されています。また、地域のニーズに合わせた新事業を積極的に導入するなど、中・長期計画に反映された取り組みがされています。
- 人事考課は法人だけでなく施設においても組織的に取り組み、フィードバックがされています。
- 緊急時及び災害時における利用者の安全確保については、リスクの種類別に管理体制と対応マニュアルが整備されています。
- 利用者を尊重する姿勢が明示され、支援の心得を明文化し、利用者の尊厳を守る取り組みをしています。
- 個別支援計画策定にあたり、救護施設版個別支援計画作成手順書に従ってアセスメントを実施しています。見直しの時期についても手順書に明記されています。
- 利用者に対するサービス実施計画が、利用者の意向に配慮し、関係職員の連携のもと策定されています。また、サービス実施計画の評価や見直しの仕組みは、救護施設版個別支援計画作成手順書に明記されています。

◆ 特に改善を求められる点

- 事業計画など利用者にとって必要な資料は配布されていますが、理念・基本方針、事業計画が利用者にさらに分かりやすく説明をすることが求められます。
- 相談援助の困難な場合には、ハンドブックや相談対応の流れに基づき、話しやすい雰囲気やプライバシーに配慮しながら対応していますが、対応方法はルール化されていません。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

平成 19 年度に続き二度目の第三者評価ですが、その間施設機能も強化・拡張され、利用者支援も地域移行を推進する等、地域との関わりも大きくなっており、市街地にサテライト型の通所支援事業所（保護施設通所事業）を開設して、社会復帰後のフォローと地域在住の生活困窮者支援も実施する中、新たな改善点を確認することができました。

4 評価分類別評価内容

評価対象Ⅰ	
1 理念・基本方針	<ul style="list-style-type: none"> 法人の理念や基本方針は事業計画書に明文化され、施設の運営方針に反映されています。 職員へは、理念が記載された携帯用カードの配布、また内部研修及び職員会議等の機会を通じて周知を図る取り組みはしていますが、理解が困難な利用者に対する周知への具体的な取り組み、また周知されているかを確認する取り組みは不十分です。
2 計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> 法人の理念に基づいて施設の中・長期計画が策定され、その方針に伴って新事業の展開を行うなど、計画が有機的に機能しています。 各計画の職員への周知は徹底していますが、理解が困難な利用者に対する周知の取り組みは不足しています。
3 管理者の責任とリーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> 事業計画書の「業務・職務権限と責任」及び職務分掌において管理者の役割が明示され、職員会議等においてもその責任を表明しています。 関連法令等についての外部研修への参加、情報収集に積極的に取り組んでおり、経営改善にも取り組んでいます。
評価対象Ⅱ	
1 経営状況の把握	<ul style="list-style-type: none"> 本部において毎月の稼働率など経営状況が分析され、それが月次報告として職員会議等で報告・周知されています。 地域のニーズに合わせた事業の推進が図られるなど事業と経営が一体化されています。
2 人材の確保・養成	<ul style="list-style-type: none"> 事業計画書において職務分掌が明示されています。 法人の「人事制度要綱」を基に業務評価シートを活用して職員の資質向上を図っています。 役割基準書において業務に必要な資格を明記し、人材確保も2年後を目途に計画的に行われています。
3 安全管理	<ul style="list-style-type: none"> 安全確保の取組は、防災・緊急時など種々のマニュアルにおいて実施され、発生した事故の集約・分析及びその後の対応も会議等で討議された上、必要に応じて改訂も行われています。 感染症対策などは充実していますが、水回りを含む設備に関する衛生マニュアルが整備されていません。

4 地域との交流と連携	<ul style="list-style-type: none"> ・地域移行を前提とした居宅生活訓練事業の実施など利用者の自立に向けた具体的な取り組みが行われていますが、施設として地域との関わりを明示されたものはありません。 ・行事等の各場面でボランティアは導入されていますが、受け入れのためのマニュアルが整備されていません。
<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"> ・利用者本位でのサービスの提供はされていますが、施設の内容に即したマニュアルが整備されていません。 ・投書箱や自治会が機能しており、利用者の意見の反映が来ています。 ・マニュアルは整備されていますが、施設内の設備についての工夫は不十分です。
2 サービスの質の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・提供するサービスの標準的実施体制を整備していますが、実施を確認する仕組みや定期的見直しの仕組みは整備されていません。 ・提供するサービスに、幅広い就労支援体制がみられます。 ・サービス実施の記録は適切に管理されています。
3 サービスの開始、継続	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページの開設やパンフレットの作成、見学、一時預かり等を通し、情報提供が図られています。 ・サービス開始にあたり、書面による説明と同意が図られています。 ・事業所変更や地域移行への継続的な支援への対応の計画書等が整備されていません。
4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス実施計画の策定にあたり手順書が整備され、策定されています。 ・計画書については、定期的な見直しであるため、会議での支援方法の検討は確認できますが、状態変化に伴う計画書の変更がされていません。 ・個別の対応の検討はなされていますが、職員への研修等による幅広い技能習得への取り組みが不足しています。

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〔救護施設〕

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 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。	B
	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。	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 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。	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。	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、積極的な取り組みをしている。	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り組みを行っている	A
	③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している	A
	④ 事故防止のための具体的な取組を行っている	A
	⑤ 安全を確保するための施設・設備上の工夫がされている	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	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。	B
	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	A
	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。	B
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。	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。	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みを行っている。	A
②	利用者の意思を尊重している。	A
③	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
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
⑥	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
⑦	家族や友人の面会に対する配慮がなされている。	A
⑧	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、取組みを行っている。	A
②	利用者の生活空間への配慮がなされている。	B
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。	A
⑥	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
⑦	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	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。	B
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、組織的に対応している。	A
④	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
⑤	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。	C
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。	B
	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間で共有している。	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、利用者又はその家族等に説明し、同意を得ている。	A
	③ 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

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
	③ 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
	④ 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
	⑤ 食事（栄養管理）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 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
	⑦ 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
	⑧ 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
	⑨ 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。	B

	⑩ 利用者の心理面に着目した支援を行っている。	A
	⑪ 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
	⑫ 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
	⑬ 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
	⑭ 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。	A
	⑮ 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 サービス実施計画を適切に策定している。	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 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
	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