

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	平成29年11月29日～平成30年3月22日
評価調査者番号	① H16-a002
	② B15068
	③ H17-b001

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：さつき学園 (施設名)	種別：障害者支援施設
代表者氏名：小林不二也 (管理者)	開設年月日 平成8年12月1日
設置主体：社会福祉法人 ふじの郷 経営主体：社会福祉法人 ふじの郷	定員 46 人 (利用人数) 45 人
所在地：〒412-0033 静岡県御殿場市神山1925-322	
連絡先電話番号： 0550 - 87 - 1747	FAX番号 0550 - 87 - 1749
ホームページアドレス	http://www3.tokai.or.jp/satukigakuen/

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
生活介護 施設入所支援 ショートステイ 日中一時支援	花見 七夕 海水浴・遠足 一泊旅行 さつき学園祭 クリスマス会 もちつき大会 新年会 どんど焼き 節分 イチゴ狩り 自閉症啓発デー企画
居室概要	居室以外の施設設備の概要
一人部屋 6室 二人部屋 24室	食堂 1 作業室 1 生活指導室 3 浴室・脱衣室 男女各 1 便所 6 医務室 1 静養室 1 会議室 1 事務室 1 園長室 1

職員の配置

職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	看護師	1
サービス管理	1	事務員	2
生活支援員	31	栄養士	1
医師	1	調理員	

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

- 利用者の方々を良く理解され、接遇や対応に対する職員のあり方など独自の倫理規程などを作成され、職員のみなさんで共有されています。
- 日中活動では、様々な作業が用意され、利用者の方々の日々の状態や気持ちに沿った支援が行われています。
- 自閉症拠点事業所としての自覚の元、自閉症啓発のため、各種団体・組織機関との連携に努め、各種講師等積極的に派遣しています。
- リスク管理は個別支援計画に位置付けて、組織的に支援しています。
- 多くの利用者はコミュニケーションが難しい方が多い中、個々の利用者に沿ったプログラムの支援が行われています。また、施設内の環境は清潔に整えられています
- 家族との連携が図られており、家族会の開催が多く、施設長も出席し、家族の意向が利用者の支援に反映されています。また、外泊支援として静岡市までの送迎の協力が行われています。
- 温かい食事を提供する体制が整えられており、献立も利用者が飽きないメニューが工夫されています。

◆ 特に改善を求められる点

- 記録の管理について、職員への研修・教育が望まれます。
- 利用者特性を踏まえた各種情報提供に工夫が望まれます。
- 実習生やボランティアの受け入れに際しての、事業所としての基本的な方針の明示が望まれます。
- 利用者の個別支援計画に沿った支援が行われているが、相談援助や日常生活の支援に関するマニュアルやルールを文書化していく必要があります。
- 家族との連携が図られている一方、利用者の意向を聞き取る工夫が不十分であり、プログラムを選択できる仕組みが必要です。
- 施設の整備的な問題になりますが、利用者のプライバシーが守られる環境づくりが不十分です。
- 地域の自治会や他の福祉施設等の社会資源の連携や把握が不十分です。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

評価結果をいただき、自らのサービスがどのような状態にあるかを客観的に知ることができ、参考になりました。率直に結果を受け止め、予想以上に高い評価をいただいたこと、同時に改善を求められる点が、現在事業所内で課題として取り組んでいる内容が多く含まれていたことで、事業運営の視点に間違いがないことを確認することができました。計画通り改善に向けて努力してまいります。

今回、第三者評価を初めて受審させていただき、調査項目が施設種別に十分な配慮がされていないところもあり、書きにくいという声も聴かれました。

しかし、それ以上に調査者の作業の大変さに驚かされました。

これらの結果については、法人役員・全職員・全利用者及びご家族にお知らせして、今後の事業サービスの向上に生かして参ります。

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"> • 法人の時代に合った使命・役割を反映させた理念を明文化しています。 • 理念は障害者福祉の基本的な考えを踏まえています。 • 理念に基づく基本方針が明文化され、職員の行動規範となるよう具体的に示しています。 • 利用者特性を踏まえた周知の工夫が必要です。
2 計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> • 中期計画が策定され、3 期に区分し、具体的な計画が進行中です。 • 計画は各種職員会議で協議され、管理職会議で決定されます。 • 利用者特性を踏まえた周知の工夫が必要です。
3 管理者の責任とリーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> • 管理者の役割と責任を明文化し、会議や研修時自ら表明し、職員理解を深めています。 • 支援の質の向上の取り組みに第三者評価や業務改善、設備改善を行い、業務の効率化も図っています。
評価対象Ⅱ 1 経営状況の把握	<ul style="list-style-type: none"> • 中期計画に基づく基本方針の進捗状況や月々の経営分析を行い、課題の発見に努めています。 • 把握した課題を、職員に提起し改善策を協議し、具体的な改善を図っています。 • 外部監査の導入が望まれます。
2 人材の確保・養成	<ul style="list-style-type: none"> • 事業計画に位置付け、具体的な取り組みを進めています。 • 職能要件書を整備し、求められる要件が明確化され、定期的な人事考課が行われています。 • 個々人の希望や指示による研修はありますが、組織としての全体研修制度の構築が望まれます。
3 安全管理	<ul style="list-style-type: none"> • 各種マニュアル作成が整備されて、各自の役割と責任を明示しています。 • リスク管理は、個別支援計画に取り入れ組織的に取り組まれています。 • 役職員一体となり改善策の検討を行い、具体的な行動に取り組んでいます。
4 地域との交流と連携	<ul style="list-style-type: none"> • 事業計画に取り入れ、基本的な考え方の元、お祭り参加、公園整備、学園祭への招待等取り組んでいます。 • 自閉症啓発事業所として、各種団体・組織機関との連携強化を図っています。 • 実習生受け入れやボランティア受け入れに際し基本姿勢の明示が望まれます。

<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"> • 利用者を無理強いすることではなく、主体性を尊重し、寄り添ったサービス提供が行われています。また、施設内の各委員会や棟別会議にて、利用者への支援を向上させるべき検討が行われています。 • 家族会との連携が図られており、アンケート聴取によりサービスの向上に向けて取り組まれています。利用者のニーズを把握する工夫が不十分です。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 利用者の方々に寄り添い、一人一人の日々の変化にもきめ細かく対応できるように朝礼・夕礼・パソコンの利用等で引継ぎや共有がスムーズにできています。標準に当てはめることが難しい中、個別支援について棟別、作業別に具体的に「ながれ」というマニュアルなどで対応されています。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> • サービスは、利用者・家族の希望を確認し、同意・契約を得て実施されています。重要事項説明書やサービス利用契約書は、締結に困難が生じる利用者への配慮がありませんが、家族の代理で行っています。また、「後見法人 御殿場さつき」を立ち上げ、現在8名の方が利用されており、サービスの開始がスムーズに実施できるように配慮されています。継続については、現在までに移行された方が少なく、手順書等はありません。
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 入所時のアセスメントから利用者・家族の希望や状況を確認し、日々の生活での具体的な支援方法が場面ごとに具体的に示されています。個別面談・中間評価が行われ、関係職員参加で、協議されています。定期的な見直し以外に、必要に応じて、随時、支援計画の手直しが行われ、利用者の今に合うサービス計画が策定されています。

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 〔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。	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。	B

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。	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。	B

	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。	B
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。	B
	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。	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）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。	A
	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。	A
	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。	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。	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。	C
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

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。	B
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。	B
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。	C
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。	B
⑪	入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	C
⑫	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、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。	B
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・清拭は、利用者の希望に沿って行われている。	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。	B
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。	B
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。	B
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。	B
⑰	送迎支援を必要に応じ行っている。	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	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。	B
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。	B
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。	B

⑤	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	B
---	-------------------------	---

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。	B
	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。	B
	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。	B
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。	B
	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。	A
	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。	A
	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	A
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。	B
	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。	B
	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。	C
	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。	C

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。	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。	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。	C
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。	非該当
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。	A
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