

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30年1月29日～H30年7月25日
評価調査者番号	① H19-b002 (H25 c 追認)
	② H17-b008
	③ H17-b015

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：社会福祉法人遠州仏教積善会 (施設名) 慈照園	種別：救護施設
代表者氏名：会長 左右田 泰丈 (管理者) 施設長 左右田 雅子	開設年月日 昭和27年 5月17日
設置主体：社会福祉法人遠州仏教積善会 経営主体：社会福祉法人遠州仏教積善会	定員 (利用人数) 48人
所在地：〒432-8023 浜松市中区鴨江3丁目4番3号	
連絡先電話番号： 053-452-3069	FAX番号 053-452-3074
ホームページアドレス	http://jishoen.jp

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事		
<ul style="list-style-type: none"> 救護施設自立生活援助事業 救護施設通所事業 保護施設通所事業 居宅生活訓練事業 生活困窮者就労訓練事業 	<ul style="list-style-type: none"> 観音供養 盆踊り大会 地元保育園との交流会 ふれあいまつり 他施設との交流会(ソフトボール、スポーツ大会、カラオケ大会等) 		
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要		
2人部屋の和室20部屋、洋室5部屋	<ul style="list-style-type: none"> 食堂 作業訓練室 地域交流室 会議室 医務室 		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	看護師	1
事務員	1	准看護師	1
生活指導員	8	栄養士	1
介護職員	8	調理員	委託
医師(嘱託)	2		

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

- 毎年度の事業計画については、指導員会議等での年度の振り返りの中で成果と改善点について話し合いを行い、それを基に全職員が担当して次年度事業計画の作成を行っています。
- サービスの質を高めるために職員全員が参画して、第三者評価事業の自己評価を実施するほか、「サービス改善会議」においてサービスの質の向上に取り組んでいます。
- 福祉サービスの質を確保するために「期待する職員像」を明文化し、必要な人材や人員体制を構築しています。また、救護施設には有資格者の配置基準はありませんが、独自に職員個々の職種に必要な社会福祉士等の資格取得を促す仕組み(資格取得助成や資格手当等)も構築しています。
- 事故、災害、感染症等あらゆるリスクに向けた対策を図るために、施設長を責任者としたリスクマネジメントシステムを組織し、各部署の職員からなるリスクマネジメント委員会を設置し、年4回以上取組の確認や見直し等必要事項について協議しています。
- 法人(施設)として「地域交流計画」を策定し、地元自治会、子供会、保育園との交流機会の他、他施設とのスポーツ交流、施設内のクラブ活動への地域ボランティアの関わりなどで施設利用者と多様な地域住民の交流を図り、地域生活が身近なものとして感じられるよう配慮しています。
- 第三者委員による「生活相談会(毎月)」実施等、利用者の意見を聞く取組みを積極的に行っています。
- 利用者の余暇活動や生きがいづくりなどに対する希望や必要性を把握した上で、利用者一人ひとりに対してサービス実施計画が策定され、個別、具体的な支援方法が明示されているとともに、定期的見直しの時期と手順を定め、職員への技能習得への取組も行われています。

◆ 特に改善を求められる点

- 理念やそれを踏まえた基本方針が、実施する福祉サービスの内容や使命、考え方等の反映が不十分で、わかりづらいものとなっています。
- 中長期計画において「人事考課の導入」が盛り込まれていますが、現状では客観的な人事考課の基準が定められておらず、定期的な実施がされている状況ではありません。
- 権利擁護の姿勢は明文化していますが、利用者のアドボカシーについての職員教育がなく、組織的な対応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

法人・施設が長年マニュアルの整備や体制の構築などに取り組む、サービスの改善を重ねてきた点について高く評価していただき、ありがとうございます。

今後は、特に改善を求められる点としてご指摘いただいた事項に関しては、優先的に改善してまいります。また、B評価やA評価をいただいた事項に関しても、さらにサービス内容の吟味をし、サービスの質の向上に努めてまいります。

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>*理念やそれを踏まえた基本方針が、実施する福祉サービスの内容や使命、考え方等の反映が不十分で、わかりづらいものとなっている。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>*毎年度の事業計画については、指導員会議等での年度の振り返りの中で成果と改善点について話し合いを行いそれを基に、全職員が担当して次年度事業計画の作成を行っている。</p> <p>*サービス内容、職員体制や質の向上等の問題課題を明らかにして計画に反映させ、具体的な内容になっている。</p> <p>*利用者や家族に対して、理解を促す工夫が不十分である。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>*事業計画書に「園長の役割」が明示され、事故予防対応マニュアルや災害対応計画にも園長の役割等が明記されている。</p> <p>*サービスの質を高めるために職員全員が参画して、第三者評価事業の自己評価を実施するほか、「サービス改善会議」においてサービスの質の向上に取り組んでいる。</p> <p>*遵守すべき法令等の職員への周知や遵守するための具体的な取組が十分ではない。</p>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<p>*事業経営を取り巻く環境把握を行っているが、経営改善に向けた人事、労務、財務等の分析が十分ではない。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>*福祉サービスの質を確保するために「期待する職員像」を明文化し、必要な人材や人員体制を構築している。また、救護施設には有資格者の配置基準はないが、独自に職員個々の職種に必要な社会福祉士等の資格取得を促す仕組み(資格取得助成や資格手当等)も構築している。</p> <p>*毎月の園内研修や個々の職員に必要な知識・技術を得るための福祉人材センター等外部研修に、計画的に職員を参加している。</p> <p>*中長期計画において「人事考課の導入」が盛り込まれているが、現状では客観的な人事考課の基準が定められていない。</p>
<p>3 安全管理</p>	<p>*事故、災害、感染症等あらゆるリスクに向けた対策を図るために、施設長を責任者としたリスクマネジメントシステムを組織し、各部署の職員からなるリスクマネジメント委員会を設置し、年4回以上取組の確認や見直し等必要事項について協議している。</p>

<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 法人(施設)として「地域交流計画」を策定し、地元自治会、子供会、保育園との交流機会の他、他施設とのスポーツ交流、施設内のクラブ活動への地域ボランティアの関わりなどで施設利用者と多様な地域住民の交流を図り、地域生活が身近なものとして感じられるよう配慮している。 * デイサービス・通所事業に関して、措置外の施設独自のサービス利用者の受入を毎月3～6名程度行い、精神保健ボランティアの体験受け入れも行っている。 * 事務室内の一角に他機関の資料コーナーがあり、他事業所、医療機関のパンフレット等のファイルや名簿を職員がいつでも閲覧できるようになっているが、職員間での共有化が十分でない。
<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"> * 各種学習・訓練プログラムを用意し、自己表現向上の支援をするなど、利用者の社会生活力を高めるための取組みを実施している。 * 意見箱、アンケート実施、あすなろ自治会、家族会や、第三者委員による「生活相談会(毎月)」実施等、利用者の意見を聞く取組を積極的に行っている。 * 苦情解決の体制を整備しているが、掲示物等に第三者委員の連絡先が明記されていない。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 利用者の「社会人としての活動支援」及び退所後支援等を実施している。 * ボランティアを活用した各種クラブ活動を実施している。 * 情報共有を目指し、平成27年「IT導入のためのロードマップ」を策定している。 * マニュアルの実施を確認する仕組みが十分に出来ていない。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> * サービス実施計画の中で、個々の課題と目標が明確に確認でき、整合も取れている。また、定期的な見直しの時期と手順を定めている。
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 心理面に着目した支援が必要なサービス実施計画が策定され、個別、具体的な支援方法が明示されるとともに、定期的見直しの時期と手順を定め、職員への技能習得への取組みも行われている。 * 家族や友人等との関係について、状況を把握した上で、利用者一人ひとりに対して、サービス実施計画が策定され、個別、具体的な支援方法が明示されるとともに、定期的見直しの時期と手順を定め、職員への技能習得への取組みも行われている。 * 利用者の余暇活動や生きがいづくりなどに対する希望や必要性を把握した上で、利用者一人ひとりに対して、サービス実施計画が策定され、個別、具体的な支援方法が明示されるとともに、定期的見直しの時期と手順を定め、職員への技能習得への取組みも行わ

	<p>れている。</p> <p>*理美容支援マニュアルがあり、利用者は園外・園内の理美容室の利用も選択できる。著しく頭髪が伸びている利用者には散髪をすすめるなど、清潔感がある身だしなみを保持するための適切な理美容サービスを利用できるように、一人ひとりの好みや意向に沿った支援をしているが個別・具体的な実施方法を明示していない。</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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。	B
	② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	B
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。	B
	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。	B
	② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	B
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 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。	B
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。	B
--	----------------------------------	---

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。	B
	② 経営状況を分析して改善すべき課題発見する取組を行っている。	C
	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。	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。	C
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。	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
	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。	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、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。	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。	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。	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。	B
	② 利用者の意思を尊重している。	B
	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。	B
	⑤ 利用者の尊厳が守られている。	B
	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。	B
	⑦ 家族や友人の面会に対する配慮がされている。	B
	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。	B
	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。	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。	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。	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。	B
	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・清拭時の快適性に配慮した設備上の工夫がなされている。	B
	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。	C
	③ 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
	④ 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。	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
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。	B
	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。	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。	B
	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。	B
	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。	B
	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。	B
	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。	B

⑤	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
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。	B
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。	B
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。	B
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。	B
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。	B
⑭	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。	B
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。	B
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。	B
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。	B
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。	B
⑥	実施するサービスの順位が明確である。	B
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。	B
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。	B
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。	B