

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	19年7月23日~19年11月2日
評価調査者番号	① H17-a013
	② H17-b008
	③ H16-b001

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) あまぎ学園	種別：知的障害者更生施設 (入所)
代表者氏名： (管理者) 野田 寛治	開設年月日 昭和53年5月1日
設置主体：社会福祉法人あしたか太陽の丘 経営主体：社会福祉法人あしたか太陽の丘	定員 80人 (利用人数) 80人
所在地：〒410-0301 沼津市宮本5-2	
連絡先電話番号： 055-923-7909	FAX番号 055-923-7918
ホームページアドレス	http://www.a-taiyou.jp

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
入所事業 通所事業 短期入所事業(ショートステイ) 体験入所事業 地域生活支援事業	新利用者歓迎会、スポーツ大会、作業 参観・家族研修会、収穫祭・野外会食、 成人者を祝う会、雑煮会、作業見学会・ 三者面談、社会見学、お別れ会、
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要
居室部屋	作業棟、サービス棟、食堂、体育館、 プール、運動場

職員の配置

職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1人	主任	7人
参事・科長	1人	支援員	10人
科長	1人	看護師	1人
係長	4人	非常勤嘱託医	1人

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

知的障害者の自立した生活を目指し、基礎的生活習慣を確立するため、自活訓練・調理訓練・外出訓練・保健衛生などの「生活自立支援」や企業就労・福祉的就労に必要な意欲・能力を身につけるための「職業自立支援」、学習指導・クラブ活動・体育活動を通して社会生活での基礎能力を養成する「文化・教養・体力向上支援」等を行っています。

利用者のほとんどは3年間の訓練のうえ、併設されている授産施設での2～3年間の訓練を経て地域に帰り就労して自立することを目指しています。そのため、入所初年度に徹底したアセスメントを行い個別支援計画をたて実践的な訓練・支援を行っており、サービスの継続性にも配慮した対応をされています。理念・方針も、社会的動向等を的確に捉え「障害者」を「障がい者」と表現するなど利用者の尊厳と主体性を重んじた姿勢を明確にして取り組んでいます。

安全管理面では、各種マニュアルが整備され、特に事故等に対しては法人にリスクマネジメント委員会、施設にはヒヤリ・ハット対策委員会を設置し安全確保のための体制を整備しています。

サービス提供の開始において、情報の提供や内容説明が的確に行われ、利用者や家族の意向に配慮した支援計画をたて、さらに中長期の目標を盛り込むなど適切に開始されています。

ボランティアの受け入れに関しては積極的に取り組まれています。

◆ 特に改善を求められる点

実習生の受け入れに関して、積極的に取り組まれています。受入れに当たり利用者に対し事前説明を行ったり意向を聞くことが求められます。

全員4人部屋ですが、居室に仕切りのカーテンも無く、防音もされていないなど利用者のプライバシーに関して設備上の工夫が求められます。

食事に関して、意向を聞いたりして選択メニューなど取り入れています。構造上大食堂で食堂全体に潤いがなく食事を楽しむ視点での工夫や配慮が求められます。

苦情に関する仕組みは整備されていますが、利用者からの相談や意見・提案に対する対応方法の整備が求められます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

昭和53年の開所以来、利用者それぞれが自ら望む地域で自立した生活（就労）を実現することを目標に支援を行ってきた。

今回、専門的な第三者機関の評価を受けて、私達の施設運営や支援の内容が独善的なものでなく透明性があり、利用者一人ひとりのニーズに基づいた客観的で普遍的な支援の内容になっているか、また、サービス内容や運営面での良い点、改善点を明らかにする事とその改善に努める事で、利用者からの一層の信頼を獲得したいとの思いから第三者評価を受審した。

自己評価の判断基準の理解不足から不本意な第三者結果となった項目も幾つかあったが、特に改善を求められる事柄として、プライバシーの尊重を大切にする設備上の課題や、食事を楽しむとの視点での工夫、また、苦情の対応方法については、利用者満足の視点から課題解決に努めたいと考えている。この他、

評価点の低い項目についても支援会議等で全職員の共通した認識とすることで課題解決や改善に努めたいと考えている。

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>	<ul style="list-style-type: none"> * 理念・運営方針（基本方針）が明文化され、玄関等に掲示されている。 * 理念・方針等は職員には周知されているが、利用者への周知についての配慮工夫が十分でない。
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 中長期計画として「あしたか太陽の丘アクションプラン」（16年度～20年度）が策定され、各年度に反映している。 * 事業計画策定に関し職員会議等を経ているが、評価見直しの組織的な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"> * 業務の効率化や経営に関して、法人の管理者会議等を受け改善に向けた取り組みをしている。 * 遵守すべき法令等積極的に把握に努めているが、リスト化し職員等への周知についての取り組みが十分でない。
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 施設を取り巻く環境が変化している中で外的動向を把握し、経営状況に関しても経営状況管理者会議等で分析している。 * 19年度から公認会計士が法人の監事に就任するなど取り組みがされているが、外部監査としては実施されていない。
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 法人組織規定、あまぎ学園運営規程・事務分掌表が定められ人事管理体制は整備されている。 * 職員の就業について意向のある職員に対して話し合いの場はあるが、定期的な面接の機会や職員が相談できるカウンセラーや専門家の確保はない。 * 職員の研修に関しては、基本姿勢を明示し、法人事務局の研修担当課と連携の上実施しているが、職員一人ひとりの研修計画や個々の研修に対する評価等は十分でない。 * 実習生の受入れは、積極的に取り組まれているが、受入れに当たって利用者の意向を聞いたり事前説明は行われていない。
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 利用者の安全を確保するために、事故等に対し法人にリスクマネジメント委員会を、各施設にヒヤリ・ハット対策委員会を設置し安全確保のための体制が整備されている。 * 防災、感染症防止、衛生管理等に関する各種マニュアルが整備されている。 * 事故防止のためには重なる事故に対して対策委員会で検討しマニュアル等見直しをするなど具体的な取り組みをしているが、職員等への周知のための研修の実施などは十分でない。

4 地域との交流と連携	<ul style="list-style-type: none"> * 文化祭や納涼祭を実施し地域との交流を図るほかグラウンドや体育館等貸し出しなど行っているが、施設の立地条件等もあるものの地域における施設の役割等の働きかけなどは十分ではない。 * ボランティアの受け入れに関しては、積極的に取り組んでいる。
<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"> * 人権に関しては、マニュアルに体罰行為の禁止についての記載があり、不適切事例への対応もマニュアルに定められており、職員教育も適切になされている。 * 利用者満足の上を目指す姿勢を明示した文書がなく、調査も実施していない。 * プライバシー保護に関しては、全員4人部屋であるが、居室に仕切りのカーテンがなく、防音もされていないなど、設備上の工夫がなされていない。 * 食事については、選択メニューなどとりいれているが、大食堂で食堂全体に潤いがなく、全般に教育的配慮の方が先行していて、食事を楽しむという視点からの工夫や配慮が不十分である。
2 サービスの質の確保	<ul style="list-style-type: none"> * 一般就労に向けての支援が充実している。性教育、メンタルサポート、体育関係の支援もしっかりなされているなどの点で、独自の特徴を有したサービスを提供しているが、メンタルサポートについては、実施しているものの、対応する方法が定められている書面が作られていない。 * 自己評価は実施しているが、その評価結果を分析・検討する場が、組織として定められていない。 * 苦情に関する取組みは仕組みが整備されているが、利用者からの多様な相談や意見に対する対応方法の整備が十分でない。
3 サービスの開始、継続	<ul style="list-style-type: none"> * 機関が行っているサービスに関する情報を積極的に公表し、しっかり説明をしたうえで契約をするなど、サービスの提供の開始が適切に行われている。 * 地域で自活するための支援であるため、サービスの継続性に配慮した対応が大変よくなされている。
4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> * 情報収集をし、ニーズの把握はされている。 * 個別支援方法について具体的な表示が十分ではない。 * 実施計画の策定に当たって、入所時には本人家族の意向に配慮しているが、見直し時は配慮されていない。 * 個別支援計画が策定され、見直し更新などプロセス等の記録などの整備もなされている。 * 機関として、利用者や、家族に対して説明と同意に関する手順等を明文化したものが定まっていない。

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 〔知的障害者更生施設〕

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。	B
	② 計画が職員や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。	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。	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り組み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り組み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 機関の経営状況に関する経営分析を行っている。	A
	③ 外部監査が実施されている。	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 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
	② 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	C
	③ 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	B
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 職員に対する福利厚生事業が積極的に行われている。	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。	A
	② 研修を推進していくための担当者を設置している。	A
	③ 職員の研修ニーズに基づく研修計画を策定している。	B
	④ 研修計画に基づく研修機会を確保している。	A
	⑤ 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 実習生の受け入れに関する基本的な考え方を明示している。	A
	② 実習生を受け入れるための体制を整備している。	A
	③ 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。	C
	④ 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	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）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り組みを行っている。	B
	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。	B
	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、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。	B
	④ 事業所が有する機能を地域に還元している。	B

	⑤ 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
	⑥ 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
	⑦ ボランティアの受け入れに関する記録等整備している。	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。	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 利用者の意思を尊重している。	B
	② 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
	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。	C
	⑧ 入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	C
	⑨ 排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。	C
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り組みを行っている。	C
	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なされている。	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。	C
	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
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り組みを行っている。	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）に心掛けています。	C
④	苦情申立、解決の仕組みが整備されている。	A
⑤	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	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ている。	C
③	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	C
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。	B
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	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
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	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。	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	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
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。	C
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	退所後に必要な支援をしている。	A
④	利用者の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

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	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。	B
⑤	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。	B
⑥	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。	B
⑦	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。	B
⑧	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。	B
⑨	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。	B
⑩	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。	B
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。	C
⑭	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
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。	B
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。	B
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。	C