

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 | 25年8月12日～26年3月25日 |
| 評価調査者番号 | ① H17-a013 |
| | ② H17-b008 |
| | ③ H17-b014 |

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) 清 松 園 | 種別： 障害者支援施設 |
| 代表者氏名： (管理者) 園長 大 塚 さおり | 開設年月日 昭和 58年 5月 1日 |
| 設置主体：社会福祉法人 和松会 経営主体：社会福祉法人 和松会 | 定員 50人 (利用人数) 50人 |
| 所在地：〒437-1513 静岡県菊川市棚草1284 | |
| 連絡先電話番号： 0537-73-2662 | FAX番号 0537-73-3915 |
| ホームページアドレス | http://www1.sphere.ne.jp/washokai |

(2) 基本情報

| サービス内容 (事業内容) | 施設の主な行事 | | |
|---|--|-------------|-----|
| 生活介護事業 施設入所支援事業 ショートステイ 相談支援事業 | お花見、開園祭、小遠足、七夕、夏祭り、お月見、地区祭典、文化祭、障碍者の日、クリスマス会、初詣、節分豆まき、ひな祭り、誕生会 (毎月)、避難訓練 (毎月)、 | | |
| 居 室 概 要 | 居室以外の施設設備の概要 | | |
| 2人部屋 5室 4人部屋 12室 | 食堂、医務室、静養室、歯科診療室、浴室、相談室 | | |
| 職員の配置 | | | |
| 職 種 | 人 数 | 職 種 | 人 数 |
| 施設長 (管理者) | 1人 | 生活支援員 | 18人 |
| サービス管理責任者 | 1人 | 生活支援員 (非常勤) | 11人 |
| サービス管理責任者 (非常勤) | | 事務員 | 2人 |
| 看護師 (非常勤) | 1人 | 事務員 (非常勤) | 1人 |
| 生活支援員 | 29人 | 医師 (嘱託) | 3人 |
| 管理栄養士 | 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

- 昭和 58 年に身体障害者療護施設として開設され、開園 30 周年を迎えられ、利用者も開設当時からの方も多く、一人ひとりがそれぞれの歴史をもっておられることを尊重し、施設の老朽化が進む中で、誰もが幸せに…自分らしく生きることへの支援を職員一丸となって取り込んでいます。
- 以前から福祉教育等に取り組みされており、実習生の受け入れを事業所全体で取り組んでいます。
- 業務記録、ケース記録、個別支援計画を総合的にサポートする「記録システム」を導入しています。このシステムを使って利用者サービスに関するアセスメント、サービス計画立案、サービスの実施及びモニタリング等について記録しています。また、同システムの中にある『施設評価システム』により、毎年自己評価を行い、その結果を分析して改善策を職員がチームを組んで検討しています。
- 施設の利用に際しては、重要事項説明書を用いて、サービス内容と利用料について、全ての利用者と家族に説明しています。
- なお、サービスの実施にあたっては、サービス管理責任者と支援員が連携して個別支援計画を作成し、本人及び家族に説明し、同意の書面を受け取っています。また、6ヶ月毎にモニタリングとアセスメントを行い、課題を確認して個別支援計画を修正し、作成しています。

◆ 特に改善を求められる点

- 施設設備の老朽化の面で中期資金収支計画を作成されていますが、サービスの実施面での中期計画の作成が求められます。
- 質の向上には職員の研修の充実は欠かせません。職員一人一人についての研修計画をもとに研修結果の分析評価が求められます。
- サービス提供のマニュアルは支援業務の中で随時見直していますが、改正等の日付や記録がないため、見直しの手続きを適切に行うことが求められます。
- 心理面への支援については、毎月1回傾聴ボランティアを導入し、希望する利用者や必要な利用者に寄り添い、その思いを傾聴するようにしていますが、専門家による支援とはなっていないため、専門家の配置が望まれます。
- マニュアルにプライバシー保護に関する記載がありますが、より具体的な事例を含めた記載が望まれます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

正直なところ、厳しいと感じる点もありますが、様々な視点から施設を評価していただくことで、施設の弱点及び、課題が明確になりました。

福祉サービスの標準化には、マニュアルを作成することが大切であり、それがゴールのように思われますが、この第三者評価を受審して、マニュアルの作成を含め、施設内の体制整備をしっかりと行うことが、利用者主体のサービスの提供及び利用者の安全の確保に結びつくのだということを感じました。

今回の評価結果を真摯に受け止め、サービスの向上に繋げていきます。

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>*理念や基本方針が明文化されており、毎年発行する「わだち」に掲載され、職員や利用者等に配布説明しているが、利用者に対する分かりやすい資料や工夫は十分でない。</p> |
| <p>2 計画の策定</p> | <p>*中長期ビジョンは持っているが、具体的には中期資金収支計画は策定されているが中期計画が策定されていない。</p> <p>*毎年度の事業計画は各パートで検討したものを全体で策定しており職員参加のもとに策定して、周知が図られている。</p> <p>*利用者には話はされているが、分かりやすい資料や工夫は十分ではない。</p> |
| <p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p> | <p>*管理者は常にサービスの質の現状について把握し、職員の意見を聞き業務改善に向け OJT を活用して指導力を発揮している。</p> <p>*管理者としての役割と責任について職員等に周知しているが、明文化が十分ではない。</p> <p>*順守すべき法令等について会議や研修等に参加し職員に周知しているが、リスト等の作成が十分ではない。</p> |
| <p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p> | <p>*福祉の動向等は積極的に会議等に参加し把握しているが、地域や潜在的利用者等のニーズ把握は十分ではない。</p> <p>*経営状況に基づく職員配置や区分認定結果を把握分析し、改善すべく課題等があれば職員会議で周知し取り組んでいる。</p> <p>*公認会計士等の外部監査は実施していない。</p> |
| <p>2 人材の確保・養成</p> | <p>*事務分担表が策定され周知されているが、組織としての職制・職務分掌等の整備が十分ではない。</p> <p>*職員配置基準に基づき人材や人員体制を整備しているが、事業所が目標とするサービスの質を確保するための具体的なプランとしては十分ではない。</p> <p>*職員の教育・研修については、新任・異動職員教育マニュアルが策定されているが、全体の教育・研修についての基本姿勢の明示が十分でなく、職員一人一人についての研修計画の策定は十分ではない。</p> <p>*実習生の受け入れについては、事業計画に明示され、受け入れ、オリエンテーション、次週プログラム等のマニュアルをもとに学校との連携を密にして充実に努めている。</p> |
| <p>3 安全管理</p> | <p>*毎月安全管理委員会を開催し、ヒヤリハット・事故報告が行われ事故防止のための検討が行われているが、その手順や予防に関するマニュアルの整備が十分ではない。</p> <p>*安全確保のためのスロープや手すり等工夫はされているが、老朽化の現状を見ると十分とは言えない。</p> |

| | |
|------------------------------------|--|
| 4 地域との交流と連携 | <ul style="list-style-type: none"> * 地域とのかかわりを大切にしているが、地域的な条件があるとしても積極的な取り組みとしては十分ではない。 * ボランティアの受け入れをしているが、マニュアルの整備が十分ではない。 * 関係機関との定期的な連絡会が開催され事例等の検討がされている。 |
| <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"> * このような第三者評価を受審する姿勢や、保護者アンケートを取り、集計結果を広報に載せている。 * ハード面で厳しい中、利用者のために工夫・環境改善の努力をしている。 * 職員が利用者を「ちゃん呼び」している実態があり、利用者接遇マニュアル等の整備や職員への周知が十分ではない。 * マニュアルにプライバシー保護に関する記載があるが、具体的な事例を述べた記載が十分ではない。 |
| 2 サービスの質の確保 | <ul style="list-style-type: none"> * 業務記録、ケース記録、個別支援計画を総合的にサポートする「記録システム」を導入している。このシステムを使って利用者サービスに関するアセスメント、サービス計画立案、サービスの実施及びモニタリング等について記録している。また、同システムの中にある『施設評価システム』により、毎年自己評価を行い、その結果を分析して改善策を検討している。 * 旧法の身体障害者療護施設として、食事ケア、入浴ケア、排泄ケアは重要なサービスであり、プライバシーの保護を含めた標準的なサービス提供のマニュアルを整備している。 * サービス提供のマニュアルは支援業務の中で随時見直しているが、改正等の日付や記録がないため、見直しの手続きとしては十分でない。 |
| 3 サービスの開始、継続 | <ul style="list-style-type: none"> * 施設見学は随時受け付けている。また、日中一時支援事業を活用して、施設のサービスを体験し、利用を検討できるようにしている。 * 施設の利用に際し、重要事項説明書を用いて、サービス内容と利用料について、全ての利用者と家族に説明している。 * 施設から病院に移った利用者はいたが、家庭や他施設に移る利用者がここ数年いないため、地域移行計画は策定していない。 |
| 4 サービス実施計画の策定 | <ul style="list-style-type: none"> * サービスの実施にあたり、サービス管理責任者と支援員が連携して個別支援計画を作成し、本人及び家族に説明し、同意の書面を受け取っている。 * 6ヶ月毎にモニタリングとアセスメントを行い、課題を確認して個別支援計画を修正し、作成している。 * 個別、具体的なサービスの実施について、個別支援計画に記述している。理美容及び機能訓練は本人の希望により計画を立て、外部から専門家を呼んで実施して |

| | |
|--|---|
| | <p>いる。</p> <p>*心理面への支援については、毎月1回傾聴ボランティアを導入し、希望する利用者や必要な利用者に寄り添い、その思いを傾聴しているが、専門家による支援とはなっていない。</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

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。 | 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) 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。 | 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。 | B |
| 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。 | 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 | 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。 | 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。 | 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 |
| 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。 | 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。 | 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。 | B |
| 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。 | B |
| ③ | 利用者の安全確保のためにリスクを把握している。 | B |
| 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。 | 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。 | 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。 | 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。 | B |
| ③ | 地域に開かれた事業所である。 | 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。 | 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。 | A |
| 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。 | B |
| 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 |
| ⑤ | 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 |
| ⑥ | 利用者の尊厳が守られている。 | B |
| 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。 | C |
| 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。 | A |
| 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。 | C |
| 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。 | 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、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。 | C |
| 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。 | C |

| | | |
|----------------------------------|--|---|
| | 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・清拭は、利用者の希望に沿って行われている。 | |
| | 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。 | B |
| | ⑩ 日常の健康管理は適切である。 | A |
| | 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。 | B |
| | ⑭ 外泊は利用者の希望に応じるように配慮されている。 | B |
| | ⑮ 預かり金について、適切な管理体制が作られている。 | A |
| | 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。 | A |
| | 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。 | C |
| | 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。 | B |
| | 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。 | C |
| | ⑤ 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 |
| | ⑥ 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、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。 | 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。 | C |
| | ③ 作業能力の評価や工賃積算方法が定められている。 | — |
| | ④ 利用者の状態に合った訓練指導・支援を行っている。 | — |
| | 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。 | — |
| | ⑥ 技術研修や作業開拓、製品管理が適正に行われている。 | — |
| 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。 | A |
| 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。 | A |
| 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。 | 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 | 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。 | A |
| 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。 | 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 |
| 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。 | B |
| 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。 | A |
| 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。 | C |
| 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。 | B |
| 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。 | A |
| 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。 | — |
| 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。 | — |

| | | |
|---|--|---|
| 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。 | B |
| 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。 | B |
| 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 |