

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	26年12月5日～27年3月2日
評価調査者番号	① H16-a002
	② H17-b008
	③ H17-a013

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) 富士本学園	種別： 障害者支援施設
代表者氏名： (管理者) 施設長 大谷 喜三夫	開設年月日 昭和61年4月1日
設置主体：社会福祉法人 誠信会 経営主体：社会福祉法人 誠信会	定員 50人 (利用人数) 46人
所在地：〒417-0801 静岡県富士市大淵 4632-7	
連絡先電話番号： 0545-35-1405	FAX番号 0545-37-0038
ホームページアドレス	http://www.seishinkai.info

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
施設入所支援事業 生活介護事業 短期入所事業 日中一時支援事業	フライングディスク記録会、植花祭、 地域交流会、富士商店街清掃活動、岩 倉観音祭り、バス旅行、法人運動会、 カルチャー講座、「アート DE 富士」
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要
1人部屋 4室 2人部屋 2室 4人部屋 12室	食堂、ホール、浴室、医務室、作業室 静養室2、相談室、事務室

職員の配置

職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	栄養士	1
サービス管理責任者	1	事務員	1
生活支援員	18	介助員 (非常勤)	3
看護職員	1	運転手 (非常勤)	1
		医師 (兼務)	1

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

- ゆるぎない法人理念の「群生和楽」を最上位に位置づけ、各種計画に反映して、事業展開しています。
- 定例化された毎月の管理職による面接を受け、要望・希望・悩みを把握し、職員育成と、事業の改善に努めています。
- 利用者自治会を定期的開催し、利用者から「幸せにつながるメッセージ」という形で、要望を聞くなど、利用者満足の向上に努めています。
- IT の活用において、どの職員も困ることなくパソコン操作できるように、記録マニュアルが整備されています。
- 職員が常に「日常生活支援の基本、支援のマニュアル」を携帯し支援方法を確認できるよう工夫しています。

◆ 特に改善を求められる点

- 利用者、家族への各種取り組み、事業内容の周知徹底の改善に期待します。
- 質の向上に向け定期的に評価を実施しその結果、全体で取り組むべき課題を明確にし、改善策や改善実施計画を立て組織として取り組むことが求められます。
- 個別支援計画に個々の利用者に必要なより具体的な支援方法を明記し、職員間の共有化を図ることを期待します
- ハード面で制約が大きいですが、利用者の生活空間の配慮や利用者にくつろぎを与える工夫などに期待します。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

- 利用者のプライバシーの項目に課題を挙げて頂き、検討事項としてハード面での改善だけではなく権利擁護の視点で配慮すべきところがあることが再確認できた。
- 利用者の意見を聞く姿勢だけではなく、分析・検討段階の取り組み姿勢を充実させて、利用者に満足して頂けるように支援していきたい。
- 個別支援計画の内容をより具体的なプランにしていき、ご利用者様の生活の「楽しみ」の充実を図れる様に実践していく。
- 生活空間についてハード面で制約はあるが、「くつろぎ」をテーマに落ち着ける色合い・スペースを検討していく計画を立てている。
- 初めて第三者評価を受審して、富士本学園の現状を理解することが出来た。今後の支援に於いてサービスの質の向上につなげ5年後に再受審する計画を立てている。

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>	<p>*理念、基本方針は、毎朝朝礼時、参加職員で唱和し業務の基本にしている。</p> <p>*理念が各種書類、各場所に掲示され職員に周知徹底を図っているが、利用者、家族へ理解を促すための取り組みは十分でない。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>*中長期計画を策定している。</p> <p>*事業計画は職員参画の下行われ、策定された計画は、職員全員に配布され、各種会議体で周知されているが、中長期計画の反映は十分でない。</p> <p>*利用者・家族等への周知に対する取り組みは十分でない。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>*会議や広報紙、掲示物等で役割や使命を明示している。</p> <p>*定例化された毎月の職員面談で把握した情報を踏まえて、リーダーシップを発揮し、サービスの質の向上に常に取り組んでいる。</p>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<p>*毎月の定例会や各種外部会議参加等で得た情報を職場に持ち帰り、職員会議で情報共有している。</p> <p>*把握した情報を、分析し、課題の発見、取り組みを行っている。</p> <p>*外部の会計事務所の会計監査を受けているが、その結果に基づく経営改善に向けた取り組みは十分でない。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>*法人全体で、階層別研修が行われ、サービス向上のための人材の育成、次代を担う職員の育成に努めている。</p> <p>*人事考課制度により職員育成と処遇改善が図られている。</p> <p>*職員の基本姿勢を明示し、現在キャリアパスを作成中であるが、個々の職員の具体的な目標の明示等は十分でない。</p>
<p>3 安全管理</p>	<p>*担当者が各種マニュアルに基づき取り組んでいる。</p> <p>*事故等の予防に努め、必要個所の改善を行っている。</p> <p>*想定された事故に対応するよう保険に加入している。</p> <p>*定期的なマニュアルの見直しは十分でない。</p>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<p>*不十分な立地条件を改善するため、居場所「くろーばー」等を開設し、地域福祉ニーズの把握・取り組みを行っている。</p> <p>*出前福祉講座等学校との連携、自治会等協力体制の確保に努めている。</p> <p>*ボランティアの受け入れについて、マニュアルを整備し、受け入れ体制を整備し、適切に受け入れている。</p> <p>*利用者に対し、地域の情報を提供しているが、利用者が地域へ出ていきやすい具体的な支援は十分でない。</p>

<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"> * 第三者評価を受審する姿勢があり、権利擁護ガイドブックも活用している。また、支援マニュアルは、職員が常時携帯できる形にしている。 * 利用者自治会を定期的を開催し、利用者から「幸せにつながるメッセージ」という形で、要望を聞くなど、利用者満足の向上に努めている。 * ITの活用において、どの職員も困ることなくパソコン操作できるように、記録マニュアルが整備されている。 * 利用者に関する各種記録は、しっかり記載されている。 * 法人で苦情報告検討会があり、またホームページにて苦情解決の仕組みが明示され、苦情内容が掲載されている。 * ハード面で制約が大きく、利用者の生活空間の配慮や、利用者にくつろぎを与える工夫がない。 * ガイドブックにプライバシーに関する基本的な考え方は示されているが、サービス場面ごとに、具体的事例を記載したマニュアルの整備は十分でない。 * 利用者の意見を聞く姿勢はあるが、分析・検討段階の取り組みが十分でない。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 職員は「日常生活支援の基本、支援のマニュアル」を名刺判の首かけ用に作成し、常に必要なページを開けて支援方法を確認する取組を行っている。 * 利用者とのコミュニケーションの促進のため、パステルアート、カラーセラピーを取り入れるなど提供するサービスに独自の特徴を有している。 * サービスの実施記録は適切に行われている。 * 質の向上に向けて自己評価を実施しているが、課題解決に向けた改善計画の立案や実施するまでには至っていない。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> * ホームページにサービスの情報を公開し、パンフレットを公共施設に配置し、利用希望者には、随時見学など対応している。 * サービスの開始にあたり、利用者や家族に説明し同意を得るなど適正に対応している。 * 事業所等の移行に関してサービスの継続に配慮して取り組んでいるが、引継ぎの手順や文書内容等の定めがない。
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> * アセスメントや課題解決の目標等は定められた手順や様式により適切に行われている。 * サービス実施計画は手順に基づき策定され、実施状況の評価、見直しも定期的に行っているが、個々の支援が必要な利用者への具体的な支援方法の明記は十分ではない。

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。

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。	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。	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。	A
	③ 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。	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。	A
	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。	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
	③ 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
	④ 利用者の安全確保のためにリスクを把握している。	A
	⑤ 事故防止のための具体的な取組を行っている。	A
	⑥ 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

	② 地域に開かれた事業所である。	B
	③ 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。	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

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。	A
	③ 利用者の主体的な活動を尊重している。	A
	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。	B
	⑤ 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。	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
	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。	C
	⑩ 入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	C
	⑪ 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。	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。	B
	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。	A
	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。	A
	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行われている。	A
	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。	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
	③ 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
	④ 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。	B
	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。	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。	C
	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。	—
	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。	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。	B
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。	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。	B
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。	B
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。	B
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。	B
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。	B
⑦	利用者の心理面に着目した支援を行っている。	B
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。	—
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。	C
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