

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3日~27年2月24日
評価調査者番号	① H16-a002
	② H17-b014
	③ H19-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) 富士和光学園	種別：障害者支援施設
代表者氏名： (管理者) 施設長 深澤 健一	開設年月日 昭和54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名 (利用人数) 50名
所在地：〒417-0801 富士市大淵4632-6	
連絡先電話番号： 0545-35-0384	FAX番号 0545-37-0037
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
生活介護事業 施設入所支援事業 日中一時支援事業 短期入所支援事業	花祭、施設提供外出、七夕、お盆、スポーツ交歓会、クリスマス会、餅つき初詣、どんど焼き、節分、福祉まつり大淵文化祭、
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要
一人部屋 2室 二人部屋 2室 四人部屋 12室	食堂、日中活動棟、ホール、相談室、浴室、医務室、静養室

職員の配置

職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	事務員	1
サービス管理責任者	1	介助員 (非常勤)	4
生活支援員	18	運転手	1
看護職員	1	運転手 (非常勤)	1
栄養士	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

- 法人理念「群生和楽」を中心に中・長期計画、事業計画、新規事業開設が一貫として行われています。
- 毎月全職員が管理職面談を受け、希望や悩み、要望を把握し改善の取り組みを行っています。
- 権利擁護の自己チェックリストを作成して、毎月一人ひとりの職員が自己チェックを行っています。その結果を施設内の権利擁護委員が確認し、必要な改善を行うことにより、適切な態度と言葉がけで利用者に関わることができるよう努めています。
- 法人内にCS委員会を組織し、施設に期日の通知をしないで、委員によるCS巡回を実施し、顧客満足度チェックを行っています。そこから施設の課題を抽出して、サービス等の改善活動を行っています。

◆ 特に改善を求められる点

- 利用者が家庭や社会と関わるための通信機会の確保や外出、外泊の機会について、保護者や家族の都合が優先されています。利用者の希望に対して、どのように実現を図ったらよいか検討することが期待されます。各種事業の内容や取り組みについて、利用者や家族へも周知することが求められます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回初めて、第三者評価を受審し、総評を含めての結果を頂きました。

施設運営から日々の生活環境、支援に至るまで外部から公正な目線での指摘を受けたことは有意義かつ得るものも多かったと思えます。

課題や問題点が具体的にあげられ、改善を求められる点を職員全員で再確認・検討して直していくよう努めていきたいです。地理的、構造的に迅速な対応が難しいこともありますが、対策を十分に練って行っていきたいと思えます。

また、自己評価よりも高く評価を受けた点については、それに驕らずに自身が「不十分ではないか、まだできることはあるのでは」と思ったことを大切に、維持・向上していけるように律していければと思います。

入所者の安心と満足のいく生活のため、質の高い支援を行える様に成長していけるように努力していきます。

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>*理念が各所に明示し掲示され、周知を図っている。</p> <p>*職員は、毎日朝礼時、唱和し業務の基本に置かれているが、家族や利用者への周知の取り組みは十分でない。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>*中・長期計画が策定され、各事業計画に反映している。</p> <p>*計画策定は職員参画の下、行われており、内容についても職員への周知の取り組みはあるが、利用者へは、掲示のみで、計画の配布がない。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>*管理者は、法人全体の障害者部門の統括責任者として各分野に責任を持っており、取り組みを通じて役割と責任を果たしている。</p> <p>*研修会や毎月の面談を通じて、サービスの質の向上に取り組んでいる。</p>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<p>*毎月の定例会の分析を通じて、施設の課題を明確にし、職員から解決策を提案してもらうなどの取り組みを行っている。</p> <p>*会計事務所やコンサル会社と契約しているが、その結果に基づく経営改善は十分でない。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>*社会福祉士実習等専門職育成は、マニュアルを整備し研修担当資格のある職員が担当している。</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>*法人全体で、階層別研修が行われ、サービスの向上のための人材教育に取り組んでいる。</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>*各種マニュアルが整備され、担当者を決めて取り組んでいる。</p> <p>*事故等の予防のための設備の改善も行われている。</p> <p>*定期的なマニュアル等の見直しは十分でない。</p>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<p>*学区の子どもの夏休みの宿題支援等、極力交流を図るよう取り組んでいる。</p> <p>*地域福祉充実のため、地域生活支援事業所を開設しサービスの向上を図っている。</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"> * 権利擁護の自己チェックリストを作成し、毎月一人ひとりの職員が自己チェックを行っている。その結果を施設内の権利擁護委員が確認し、必要が改善を行うことにより、適切な態度と言葉がけで利用者に関わることができるよう努めている。 * 利用者会を組織し、その活動の中で要望を聴くほか、個別支援計画のモニタリングの中で要望に応じた支援が提供できているかチェックしている。また、利用者代表1名が職員会議に出席している。 * 法人内にCS委員会を組織し、委員によるCS巡回を実施し、顧客満足度チェックを行っている。そこから課題を抽出してサービス等の改善活動を行っている。 * 通信機会の確保や外出、外泊の機会について、家族等の都合が優先されており、利用者の希望に対する提供は十分でない。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 第三者評価は、今回が初めての受審だが、今後継続的に5年に1回受審する計画となっている。また、毎年第三者評価票を活用した自己評価を実施している。 * 4月に会議の中で支援要綱を読み合わせ、配布している。支援要綱には、提供するサービスの標準的なマニュアルも含まれている。 * 独自の特徴としては、感覚刺激空間を用いたリラクゼーション活動を提供するスヌーズレンや手浴等のプログラムを実施している。 * 自己評価の内容は、自己評価と評価結果を比較したものを文章化し改善点等の話し合いを行っているが、計画的に見直す仕組みとしては十分でない。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> * ホームページ・パンフレット・ホール掲示板などで職員の事や行事・活動について写真や漢字に「かな」を付ける等利用者や利用希望者にわかりやすく情報提供している。 * 成年後見制度受け入れ担当者を配置し、情報提供を行ない、利用者の中には、成年後見制度を利用している者もいるが、利用者が理解しやすいような工夫された書面はなく十分でない。 * 移行先への情報提供は、サービス管理責任者がサービス担当者会議等に出席するなどして行っている。また、利用者が帰宅する際、3日以上の場合は各担当者より手紙で情報提供を行なっているが、手順等のマニュアルはなく十分でない。
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 半年に1回モニタリング、再アセスメント、個別援助計画を作成しているが、社会生活に必要な技術や知識の習得に向けた支援や余暇活動など項目によっては、具体的な明示はなく十分とは言えない。 * 定期的なサービス実施計画の見直しは、月に1回のケース会議で行っているが、記録は統一されたものがなく、組織としての取り組みは十分でない。

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。	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
	④ 事業計画が利用者等に周知されている。	C

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
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。	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
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。	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
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
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
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。	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
②	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
⑧	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
⑨	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。	A
⑧	家族や友人の面会に対する配慮がなされている。	A
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。	B
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。	A
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) 利用者満足の上昇に努めている。		
①	利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	A
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。	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。	A
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。	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。	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。	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。	B
④	利用者のアドボカシ-(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。	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。	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。	—
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。	B

⑤	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	B
⑥	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応できるものである。	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。	A
②	課題（ニーズ）解決の目標を明らかにしている。	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	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。	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。	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。	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。	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。	B