

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	H27年12月8日～H28年3月2日
評価調査者番号	① H17-b002
	② H17-b007
	③ H17-b008

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：百花園 (施設名)	種別：障害者支援施設
代表者氏名：施設長 林 靖隆 (管理者)	開設年月日 昭和52年4月1日
設置主体：社会福祉法人 花園会 経営主体：社会福祉法人 花園会	定員 132名 (利用人数) 141名
所在地：〒424-0401 静岡市清水区中河内2780番地	
連絡先電話番号： 054-395-2621	FAX番号 054-396-3362
ホームページアドレス	http://www.hanazonokai.com

(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、七夕、クリスマス会、初詣、 節分、ひな祭り			
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要			
1人部屋 65室 2人部屋 5室 4人部屋 17室	食堂 4、医務室 2、静養室、 洗面所 3、便所 5、相談室 2 浴室 1棟、機能回復訓練室 1			
職員の配置				
	職 種	人 数	職 種	人 数
	施設長	1	支援員	96
	副施設長	1	看護師	11
	サービス管理責任者	4	機能訓練担当員	2
	相談支援専門員	1	事務職員	6

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

- 管理者は、福祉サービスの質の向上のため、組織として、毎月のセルフチェックや、年 1 回の自己申告書を活用し、指導力を発揮する仕組みを構築しています。
- 安全を確保するための各種マニュアルを整備し、事故やヒヤリハット事例を収集、分析し改善に向けた具体的な取組を実施している。
- 地域との関わりを大切にしており、施設の有する機能を地域に還元しています。
- 利用者を尊重する姿勢を明示し、ケアに対する基本マニュアル等を整備され、職員への周知に努めています。定期的なマニュアルの見直しも組織的に取り組まれています。
- 利用希望者の体験の受入を行い、面談時は、利用者及びその家族にわかりやすく丁寧に説明できるよう配慮しています。
- 相談支援専門員やサービス管理責任者など利用者、家族との面談や、職員間の情報共有の会議を開催し、一人ひとりに応じた支援を実施しています。

◆ 特に改善を求められる点

- 理念や基本方針を明文化していますが、職員や利用者等に周知するための取り組み、また周知状況の確認が求められます。
- 外部監査が実施されていませんので、定期的の実施し、指導、指摘事項に基づく改善計画の作成が必要です。
- 地域との関わりを大切にしていますが、利用者が地域と交流ができるような情報や資料の収集を積極的に行うことが期待されます。
- 必要な社会資源を明確にしていますが、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示し、職員が情報共有できる仕組みが必要です。
- 利用者の意向は、個別に把握しているが、利用者満足に関する調査やアンケートの実施等の工夫が期待されます。
- 相談支援専門員が作成しているサービス実施計画とサービス管理責任者が作成している個別支援計画とのすみ分けが必要となっています。
利用者個々への個別支援計画の具体的な支援方法を明記し、利用者・家族の要望への配慮や、移動、入浴、清拭など具体的に示されていない支援についての明示を行い職員間の共有化を図ることが必要です。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

「これは、監査や実地指導とは違い、あくまでご自身の気づきを促すためのものです。」

の言葉どおり、視野を広げていろいろと気づかせて頂きました。

制度こそ毎年のように変わるものの、実際の運営は、大きく変わることなく日常が過ぎていくのが現状でした。

本年 4 月より障害者差別解消法が施行され「差別的取り扱いの禁止」「合理的配慮不提供の禁止」が差別解消の措置として取り上げられ、今までにも増して地域生活に根差した支援づくりが求められます。これらを見据えながら、改善点にもあげて頂いた「地域との交流機会、情報収集体系、社会資源」を作り、そして何より「利用者の満足度」の把握、向上に努めたいと思います。

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>	<ul style="list-style-type: none"> * 理念や基本方針を明文化している。 * 職員や利用者等に周知するための取組は実施されているが、継続した周知状況の確認がされておらず十分でない。
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 中長期計画は策定されているが、収支計画は策定されていない。 * 事業計画の策定過程が、一部の職員だけで行われている。 * 職員や利用者等に対する事業計画の周知については、十分な取り組みがなされておらず、周知状況の確認が実施されておらず十分でない。
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 福祉サービスの質の向上のため、組織として、毎月のセルフチェックや、年1回の自己申告書を活用して、指導力を発揮する仕組みを構築している。 * 組織規程に「管理者自らの役割と責任」が明らかにしているが、管理者が職員に対して、自らの役割と責任を表明する取り組みとしては十分でない。 * 新入職員研修で、法令や就業規則等を説明しているが、体系的にリスト化する等の整理は十分でない。
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 事業を取り巻く環境について潜在的利用者に関するデータ等の把握は十分でない。 * 経営状況については、企画経営合同会議で分析されているが、課題解決に向けた職員全体での取り組みは十分でない。 * 外部監査は実施していない。
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 必要な人材に関するプランを书面化している。 * 職務、職制に基づく職務分掌は明確に书面化しているが、職員が理解する取り組みは十分でない。 * 人事考課については、考課者としての研修や、客観的な基準に基づく取り組みは十分でない。 * 働きやすい職場環境の構築のため、レストラン・託児所・職員寮はあるが、福利厚生センターの加入、健康・悩みの相談窓口設置などの、総合的な福利厚生は十分でない。 * 個々の職員に対する研修計画が明確ではなく、研修成果の確認が十分でない。
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 緊急時における利用者の安全確保のための体制整備している。 * 想定される事故に対応するよう保険に加入している * 安全確保の取り組みに対するマニュアル等を整備しているが、被災時におけるBCPの策定は十分でない。

<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 地域との関わりを大切にしており、事業計画書にも明示している。 * 地域の福祉人材を発掘するような研修を行うなど、施設の有する機能を地域に還元している。 * 利用者が地域との交流に積極的に参加できるような情報や資料の収集については、受容的であり十分でない。 * ボランティア受け入れマニュアルには、活動の際の注意点はあがるが、詳しい受け入れ手順の明文化は十分でない。
<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"> * 運営方針は、利用者を尊重する姿勢を明示しており、パンフレットにも記載がある。 * 利用者が主体的に活動できるよう、個々に応じて対応している。 * 虐待防止マニュアルを整備し、研修等で職員に周知し対応している。 * 排泄や入浴などプライバシーへの配慮を明示し、同性介助などできるだけ配慮している。 * 利用者の生活空間は、利用者の希望に応じくつろげる工夫がある。 * 健康管理マニュアルに基づき、日常の健康管理は適切で、迅速かつ適切な医療が受けられる体制がある。 * 苦情解決のしくみが整備され、結果は施設内に掲示し公表している。 * 利用者の意向を個々に聞いているが、満足度調査やアンケートは実施していない。 * 利用者の意見は、日常的に利用者と接する場面で要望を聞いているが、利用者、家族との意見交換の取り組みはない。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 生活支援員、サービス管理責任者、相談支援専門員等、利用者へのわかりやすく、和やかで優しい声かけができるようにコミュニケーションの工夫に努めている。 * 利用者個々へマッサージ師が居室や訓練室にて機能訓練を行っている。 * 利用者とのコミュニケーションの促進のため、コミュニケーションボードの活用や、ユニバーサルデザインの福祉用具を積極的に活用し、利用者の日中活動や参加を支援している。 * 職員全員には「支援のマニュアル」が配布されている。マニュアルの見直しを定期的に行われている。 * 作業能力の評価や工賃積算方法が定められ、適切に管理されている。 * 質の向上に向けて自己評価を実施しているが、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"> *相談支援専門員、サービス管理責任者が利用者及び家族に対するわかりやすい説明を意識して実践している。 *ホームページ及びパンフレットにて積極的にわかりやすく情報発信を行っている。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。成年後見制度や日常生活自立支援事業が必要な人への情報提供や成年後見人との連携を積極的に行っている。 *サービスの継続に配慮して取り組んでいるが、利用者及び家族への説明方法、引継ぎの手順書等のマニュアルの整備は十分でない。
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> *利用者の個人の尊厳を大切に個々の生活上での楽しむ日中活動、創作活動、地域参加に着目した支援を行っている。 *利用者の身体、精神の支援を重視し、医療との連携につとめ支援を行っている。 *利用者が地域活動参加できるように施設より、地域に積極的に働きかける拠点づくりとイベント開催、施設の利用提供など積極的に行っている。 *施設生活におけ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。 *移動、入浴、清拭などについて個別支援計画におけるアセスメント過程での課題分析が十分でなく、個別具体的な支援方法の明示は十分でない。

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。	B
②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	C

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。	B
②	事業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。	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。	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を発見する取組を行っている。	B
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。	A
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
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。	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
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。	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。	B

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。	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	利用者と地域との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。	C
②	地域に開かれた事業所である。	A
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。	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。	C
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。		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。		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。		A
⑤ 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。		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。		A
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。		A
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。		C
② 利用者の生活空間への配慮がなされている。		A
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。		A
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
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。		A
⑦ 入浴・清拭は、利用者の希望に沿って行われている。		A
⑧ 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。		A
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。		A
⑭ 外泊は利用者の希望に応じるように配慮されている。		A
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。		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。	C
	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
	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。	A
	⑤ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	A

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。	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。	A
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。	A
	④ 利用者の状態に合った訓練指導・支援を行っている。	A
	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。	B
	⑥ 技術研修や作業開拓、製品管理が適正に行われている。	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	B
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応できるものである。	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。	B
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。	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。	B
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。	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。	A
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。	B
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。	A
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。	B
⑬	利用者の余暇活動（アクティビティ）や生きがいつくりなどに対する支援が行われている。	A
⑭	サービス実施計画を適切に策定している。	B
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