

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	27年12月18日~28年3月8日
評価調査者番号	① H16-a002
	② H17-b014
	③ H21-b001

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：富士市立そびな寮 (施設名) そびな寮	種別：指定共同生活援助事業所
代表者氏名： (管理者) 寮長 大谷 喜三夫	開設年月日 平成 2年 4月 1日
設置主体： 経営主体：社会福祉法人 誠信会	定員 20名 (利用人数) 18名
所在地：〒 417-0801 富士市大淵2075-3	
連絡先電話番号： 0545-35-1148	FAX番号 0545-35-1196
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																				
共同生活援助事業(介護サービス包括型) 一定の生活習慣を獲得し、地域での生活を希望する知的障害者に対して、社会性を培い、单身生活等独立した生活を営めるよう、支援を行う。	4月さくら祭、5月植花祭、7月納涼祭、8月岩倉観音まつり、10月利用者研修旅行、11月自治会スポーツ大会、12月クリスマス会、忘年会等毎月自治会、調理実習など																				
居室概要	居室以外の施設設備の概要																				
一人部屋個室 9.75㎡ 20室 男性 16室 女性 4室 押入れ、照明器具あり	食堂 35.75㎡ 娯楽室と兼用 相談室 9.75㎡ 1室 浴室 3.6㎡ 男女別風呂																				
職員の配置																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>職 種</th> <th>人 数</th> <th>職 種</th> <th>人 数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>管理者</td> <td>1名 兼務</td> <td>事務員</td> <td>1名 兼任</td> </tr> <tr> <td>サービス管理責任者</td> <td>1名</td> <td>調理員</td> <td>1名 非常勤</td> </tr> <tr> <td>生活支援員</td> <td>2名内1名兼任</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>世話人</td> <td>3名内1名兼任</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	職 種	人 数	職 種	人 数	管理者	1名 兼務	事務員	1名 兼任	サービス管理責任者	1名	調理員	1名 非常勤	生活支援員	2名内1名兼任			世話人	3名内1名兼任		
職 種	人 数	職 種	人 数																		
管理者	1名 兼務	事務員	1名 兼任																		
サービス管理責任者	1名	調理員	1名 非常勤																		
生活支援員	2名内1名兼任																				
世話人	3名内1名兼任																				

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」を中核に、中・長期計画、年度別事業計画、各種新規事業に取り入れ、事業展開しています。
- 定例化した、管理職による職員面談で、管理職・職員間で、要望・希望・悩み等を把握確認し、業務改善や、職員の労務管理に反映されています。
- 基本理念と基本方針に利用者を尊重した福祉サービスの提供について明示しており、利用者自治会を組織し、利用者の主体性を尊重した支援に努めています。
- 職員の配置を基準より厚くしています。その上で、寮内での生活上の制約を極力小さくして、本人の力に合わせた助言を行うことにより、利用者の主体的な活動の範囲が広がるように支援をしています。
- 手厚い職員配置を活かして、就労や余暇活動などの支援が細やかに行われています。利用者が自分で選択できるように工夫されており、過度に介入せず個別に合わせた支援計画が実施されています。

◆ 特に改善を求められる点

- 利用者と地域との交流を広げるため、積極的に事業所から働きかけていくことが必要です。
- 外部評価が実施されていませんので、定期的な実施や、指導、指摘事項に基づく改善計画の作成が必要です。
- 実習生の受け入れについて、法人全体で位置づけ、取り組む姿勢を明示する必要があります。
- ボランティアの受け入れについて、取り組む姿勢を明示し、受け入れ体制を整備し、利用者にボランティアさん利用の支援をおこなう必要があります。
- 利用者の居室は全員が個室で、鍵は自己管理しており、プライバシーをしっかりと守れるようになっていますが、プライバシー保護に関するマニュアルの整備やその周知について更に取り組むことが期待されます。
- システムとしてはありますが、口頭での引き継ぎで終わってしまっているものもあるため、組織としての取り決めは、明文化し共有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

- 利用者の生活が広がるように主体性を尊重した支援に努めている評価を頂き、改めて、権利擁護の大切さを認識できた。
- 地域交流に対して、近隣の方々に施設機能の理解をしていただける取り組みや伝え方を検討する必要がある。また利用者に合わせた支援の手順書を作成するなど、よりよい生活の質の向上に努めた体制作りが今後の課題として理解できた。
- 今回、初めて第三者評価を受審して、そびな寮の現状が理解できた。今後も定期的にマニュアル確認や支援の見直しなどに取り組み、数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・基本方針を毎朝礼時、出席職員で唱和し、業務の基本として、周知している。</p> <p>*理念、基本方針が各所・各書類に掲示、記載しているが、利用者・家族へは配布していない。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>*法人としての中・長期事業計画を策定し、各事業に反映している。</p> <p>*各種計画は、職員参画の下策定しており、職員個々人に配布され、各種会議体で周知している。</p> <p>*各計画は、掲示物や自治会で説明はするが、理解度の違いもあり、利用者・家族の計画は配布していない。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>*各種会議体、掲示物等で役割や使命を明示し、外部研修・会議等で得た知見を積極的に職員に還元している。</p> <p>*毎月の、職員等の面談で得た情報をもとに、各種改善を行い、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>*毎月の収支の把握、分析は常に行い、職員に還元し、共有化している。</p> <p>*指定管理としての運営のため、設備関係の改善等自由に取り組めない面がある。</p> <p>*外部監査は実施していない。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>*職制・職務分掌を明確にし、職員が理解するため会議を行い、責任をもって対応している。</p> <p>*法人全体での、階層別研修体制を整備し、計画的な研修制度がとられている。</p> <p>*人事考課が客観的な基準に基づき実施されている。</p> <p>*サービス質向上のための人材育成、次代を担う人材育成に取り組んでいる。</p> <p>*実習生への受入れ体制は整備していない。</p>
<p>3 安全管理</p>	<p>*各種マニュアルを整備し、担当者間で取り組んでいる。</p> <p>*各種マニュアルは、定期的な見直しを行い、改定の記録も整備している。</p> <p>*想定される事故等の補償のため、各種保険に加入している。</p> <p>*事故が発生した場合、検証を行い再発防止に努めているが、設備面での改善は十分でない。</p>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<p>*地域清掃活動、お祭り等には参加しているが、町内会等の定期的な参画はない。</p> <p>*ボランティアの受け入れ実績がない。</p> <p>*関係機関との連携は、組織的に対応し、具体的な課題や事例検討を行うなど十分情報共有できている。</p>

評価対象Ⅲ	
1 利用者本位の福祉サービス	<ul style="list-style-type: none"> * 基本理念と基本方針に利用者を尊重した福祉サービスについて明示しており、利用者の主体性を尊重した支援に努めている。 * 利用者のほとんどが就労または就労継続A型事業所に通っているため、外泊を希望に応じて行えるなど、生活上の制約をなるべく小さくして、自立した生活が送れるように支援している。 * 職員の配置を基準より厚くしており、本人の力に合わせた助言を行うことで、活動の範囲が広がるように支援をしている。 * 権利擁護マニュアル、ガイドブックを整備し、利用者の権利擁護や代弁機能に配慮し、適切に対応している。 * 苦情解決制度を整備し、周知する仕組みがあり、各年度の苦情内容はホームページで公表している。 * 利用者の居室は全員が個室で、鍵は自己管理しており、プライバシーをしっかりと守れるようにしている。 * プライバシーを保護できる建物構造であるが、プライバシー保護に関するマニュアルの整備やその周知は十分でない。
2 サービスの質の確保	<ul style="list-style-type: none"> * 年1回以上自己評価を実施。自己評価は、全職員が評価したものを、担当職員が集計し職員会議で報告している。 * 就労支援、余暇活動支援（利用者の希望に合わせた旅行の付き添いも行っている）や通院支援、退所後のアフターフォローなど手厚い人員配置を活かし、きめ細やかな支援を行っている。 * サービスの実施記録は適切に行われている。 * 第三者評価は、定期的に受審していく事が計画されており、質の向上に向けて活用しているが、組織として計画的な取り組みとしては十分でない。 * 標準的な実施方法のマニュアルを随時見直しているが、定期的な見直し時期は定めていない。
3 サービスの開始、継続	<ul style="list-style-type: none"> * サービスの選択は、利用者自身が行う事を基本としており、パンフレットやホームページ、地域資源について一覧表を用意する等利用内容が理解しやすいよう配慮している。 * 施設の見学や体験利用は随時対応しており、体験利用を経て入所へと段階的にサービスの利用ができる仕組みとなっている。 * 地域生活に向けての支援として施設見学、不動産を探す、など関係機関との連絡調整なども行っている。 * 契約書は、仮名がふられており、利用者が理解できるまで説明を行っている。 * 契約締結が困難な場合は、対象者がいないこともあり、説明の手順について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>	<p>*年2回アセスメントを実施している。抽出された課題から個別に目標を立てており、支援計画に明示している。</p> <p>*サービス実施計画の作成は、責任者を中心に他職種が連携して策定している。</p> <p>*グループホームという性質上身体面での支援を必要とする利用者は殆どいないが、社会生活に向けた支援や心理面に対する支援は、個別の課題にあわせ細やかに行われている。</p> <p>*サービス実施計画は、個別に策定し同意を得ているが、説明に関する一連の流れのマニュアルは定めておらず十分でない。</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。	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。	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。	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。	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。	A
	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。	C

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。	B
	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。	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。	C
	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。	C
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。	A
	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。	A
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。	A
⑥	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。	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。	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。	B
②	利用者の生活空間への配慮がなされている。	A
②	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
③	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
④	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。	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。	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。	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行われている。	B
⑬	外出は利用者の希望に応じて行われている。	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。	A
	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。	A
	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。	A
	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。	A
	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。	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。	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。	B
	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。	非該当
	④ 利用者の状態に合った訓練指導・支援を行っている。	非該当
	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。	非該当
	⑥ 技術研修や作業開拓、製品管理が適正に行われている。	非該当
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。	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。	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。	C
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。	C
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。	C
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。	B
⑧	利用者の心理面に着目した支援を行っている。	A
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。	非該当
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。	A
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。	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