

静岡県福祉サービス第三者評価の結果

◎ 評価機関

名 称	日本社会福祉士会静岡県支部
所 在 地	静岡市葵区中町24-2 若杉ビル3階
評価実施期間	平成20年10月6日～20年11月4日
評価調査者番号	① H18-a007
	② H18-b002
	③ H17-b031

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) 静岡市わらしな学園	種別： 知的障害者入所更生施設
代表者氏名： 高橋 昌弘 (管理者) 榎本 正和	開設年月日： 昭和56年4月1日
設置主体： 静岡市 指定管理者： 社会福祉法人 静岡市厚生事業協会	定員： 80人 (利用人数) 79人
所在地： 静岡市葵区飯間2263	
連絡先電話番号： 054-278-2511	FAX番号： 054-278-2512
ホームページアドレス	http://www.

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事		
知的障害者入所更生施設 併設事業として グループホーム 重度障害者生活訓練ホーム(通所施設)	希望帰省 スポーツ大会 日帰り旅行 七夕祭り見学 ふれあい盆踊り大会 ふれあい広場 一泊旅行 ふれあい運動会 中部地区社会福祉施設作品展 総合防災訓練 愛護ギャラリー展 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2室 2人部屋15室 4人部屋14室	食堂2 作業室 指導室 相談室2 浴室4 医務室2 静養室3 談話室2 プレイルーム		
職員の配置			
施設長	1	栄養士	1
生活支援員	33 (うち非常勤4)	事務員	3
看護師	1	医師	2 (うち非常勤2)

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	
<p>1) 管理者がサービスの質の向上や、経営・業務の効率化に指導力を発揮しています。</p> <p>2) 安全管理のためのマニュアルが整備され、特に事故防止のために可能な範囲の努力がなされています。</p> <p>3) 行事や日常活動においては、プログラムへの参加が困難な利用者に対して、個別のプログラムを用意する等、可能な限り利用者のニーズに沿うように努めています。</p> <p>4) 定められた方式により利用者のアセスメントが行われ、ニーズの抽出、目標設定がなされ、個別支援のためのサービス実施計画が作成されています。利用者や家族の意向も把握されています。</p> <p>5) サービス実施計画の評価・モニタリングによる見直しが定期的に行われています。</p>	
◆ 特に改善を求められる点	
<p>1) 理念・基本方針・事業計画等を職員や利用者にも周知し、共有していくことが求められます。</p> <p>2) 人材に関するプランの作成や、職員の研修・就労環境の計画的整備が望まれます。</p> <p>3) 利用者からの相談・苦情・意見への対応を手順化(マニュアルの作成)し、苦情公表については広報誌により不特定の方が閲覧できるような方法を探ることが望まれます。</p> <p>4) 施設の特性から当然のように実践してきたことについて、文書化による手順の明確化が求められます。</p> <p>5) 個別のサービス実施計画について、職員によって記載内容に格差が見られるので、バラツキのないよう均質化し、また他の計画や記録から転記・反映させ、職員間の共通認識を深めるなど、全体を統括して計画を充実させる責任体制が求められます。</p>	

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>知的障害者の入所更生施設として、学園の教育目標に笑顔・楽しく・健康を掲げ、昭和56年開園から既に27年余が経過しました。地道ながらも着実に実績を重ね、地域に根ざした施設として与えられた役割を果たしてきていると考えます。ただ現実を直視すると、利用者の重度化、高齢化が顕著に進み、規則正しい日常生活の支援、健康管理及び機能回復訓練の実施等が重要になり、早期老化や機能低下の防止が喫緊の課題となっており、その対策のため職員にも資質向上が求められております。今後の運営方針や支援策において過去の実績の踏襲や経験等に頼る方法では当然限界があると考えます。利用者や家族、地域の方々から信頼を得られる施設になるには、常に時代の要請に適応した見直しを実施することが必要不可欠な要素となります。そのため、サービスの質を向上させるための課題は何か、実際にサービスを利用している皆さんの意向や潜在化している声は何なのかなど、真の声を的確に把握し利用者本位の原点に立った、施設運営の全項目に及ぶ検証の実施が急務となっております。</p> <p>今回、静岡県社会福祉士会による福祉サービス第三者評価を受審した結果、学園の今後の取り組み課題や改善が必要な点などが明確となりました。学園としては今回の受審を「新生わらしな学園」のスタートラインに立つための絶好の機会と捉えております。</p> <p>今後、より一層多くの皆様から信頼の得られる学園が構築出来るよう職員一同全力で取り組み、新たな歴史を積み重ねて行きたいと考えております。</p>	
--	--

4 評価分類別評価内容

評価対象 I	<ul style="list-style-type: none"> 施設の設置目的や運営方針はパンフレットに明示していますが、利用者にも読みやすい文字の大きさや、ルビを付けるなどの工夫が十分ではありません。 理念や基本方針の周知については、職員は採用時に、利用者は入所時における配付と口頭説明にとどまっています。
1 理念・基本方針	

2 計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> ・中、長期計画については、静岡市の5年間の指定申請を受けるための申請書としての内容にとどまり、具体的な中・長期計画と、この計画を実現するための年度ごとの計画の策定にまでは至っていません。 ・事業計画の策定については、各担当職員から意見を聴き、毎年度、計画策定にあたる方法がとられています、意見取り込みのための仕組みが構築されていません。 ・事業報告書と事業計画書は全職員に配付され、説明がされていますが、利用者には説明されていません。
3 管理者の責任とリーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は職員に対し、毎月、支援員会議で自らの役割を表明し、責任を明確にしています。 ・施設長が重要と思われる法令等については、全職員に書面を配付し、支援員会議で内容を解説し、誰でも見やすい場所に法令等を保管していますが、特別な勉強会を設けてはいません。 ・サービスの質の向上については、障害の程度により、利用者の生活エリアを分けて、支援員会議で対応方法を具体的に検討し、事故発生の減少に取り組み、指導力を発揮しています。 ・経営改善のために経費の分析・検討・評価が行われ、効果を上げています。
評価対象Ⅱ 1 経営状況の把握	<ul style="list-style-type: none"> ・経営については、静岡市の指定事業所のため、市の障害福祉課と連動して環境を把握しています。いまは自立支援法に移行するため、細かな経営分析、シミュレーション等がなされています。 ・市からの交付金の執行のため、市の監査、改善計画にとどまり、外部の監査は行われていません。
2 人材の確保・養成	<ul style="list-style-type: none"> ・施設の組織については、明確な職制・職務分担表があり、専決事項の規定も作成されています。 ・職員の募集をしていますが、必要な人材に関する具体的プランが確立されていません。また人事考課の公正性、透明性の確保が十分ではありません。 ・職員は年度末に自己申告書を提出し、就業・研修・職場の改善案など自由に記入でき、直接法人に提出することも可能な仕組みになっていますが、就業状況の把握・分析、休暇の消化方法などの検討が行われていません。 ・福利厚生センターに加入しているほか、事業所独自でも福利厚生事業が行われています。 ・職員の質の向上に向けての基本姿勢は事業計画に明示されていますが、職員が個人的に自己啓発に取り組んでいるのみで、組織としての長期・具体的な職員研修計画や資格取得計画がありません。 ・実習生の受け入れについては、基本的考え方のもと、要綱が整備され、実施されています。
3 安全管理	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時、事故災害、防災、衛生管理、感染症に関する各マニュアルが毎年度初めに作成、整備され、特に防災については発生場所、発生時など様々な想定に対応できる内容で、訓練も毎月実施されています。 ・利用者の特性から、一人ひとりの安全上の課題を全職員が周知し、支援員会議の中で取り上げ、分析、事故予防、再発防止に取り組み、緊急性のある事案は、その日のうちに職員連絡会議を開き、事故防止を図っています。 ・利用者の行動の観察・分析から、利用者が食事を待つための場所や時機、職員の配置位置の変更等、安全に対する取り組みがなされています。 ・構造上または経費の制約はありますが、可能な範囲で施設内の危険箇所を把握し、自傷他害などの危険行為の防止のため、建物の死角など見えにくい場所にTVカメラの設置を試み、職員は家具の鋭利な部分を削り取る、部品を交換する、視線で不穏になる利用者の部屋の目隠し、その他、出来ることは実施に努めています。

<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域との関わりについては方針が示されていますが、利用者への情報提供を含めた地域とのつながりが十分ではありません。 ・畑の作業等により、地域の人々に利用者のことを理解してもらうよう努めています。 ・ボランティアの受け入れについてはたいへん積極的であり、受け入れ方針も示されていますが、担当者レベルでの受け入れの手順化が十分ではありません。 ・意見箱を設置し、町内会や関係機関との交流の中でニーズ把握に努め、必要なサービス提供に繋げています。
<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"> ・行事や趣味活動において、複数のプログラムを用意することで、できる限り利用者のニーズに沿うように努めています。 ・身体拘束や体罰については、規則を整備し、職員教育がなされ、記録が整理されていますが、やむを得ない行動制限をする場合の対応方法が文書化されていません。 ・プライバシーの保護については、設備上の限界、職員教育等が十分ではありません。ただし、個々のサービス内容におけるプライバシーの保護については、マニュアルの中で規定する等、前向きに取り組んでいます。 ・面会時間に制限を設けず、また、親族がなるべく面談を行うよう積極的な面談日を設定する等、利用者との親族の接点を増やす取り組みを行っています。 ・入浴・排泄について設備上の工夫を行っていますが、個別のサービス計画内には明示されていません。 ・意見箱の設置や利用者・家族アンケートの実施等、積極的に意見を聞く取り組みを行っています。 ・相談対応の手順については具体的に文書化されていません。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスの自己評価は個人的な取り組みの段階で、組織的な取り組みには至っておらず、具体的な課題抽出や具体的取組につながっていません。 ・個々のサービスについてはマニュアルを作成し、必要があれば随時業務内容を修正していますが、マニュアルの定期的な検証と見直し(書き換え)は実施していません。 ・毎日の入浴やグループ旅行等、サービス内容向上への取り組みを行っています。 ・サービスの実施に関する記録は整備され、毎日職員間の伝達が行われており、支援員会議による情報の共有化がなされています。 ・個人情報管理規程が整備されていますが、利用者・家族への情報開示の規定が十分ではありません。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスの情報提供は、見学者や利用希望者へのパンフレット交付程度にとどまっています。 ・契約書と重要事項説明書とが整備され、利用者・家族への説明と同意がなされていますが、権利擁護等の制度利用については静岡市へ活用を提案している段階です。 ・地域生活への移行を希望する利用者に対しては、個別に計画を作成して実現に結び付けていますが、退所後の支援体制の構築が十分ではありません。

4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> ・一人ひとりの利用者のアセスメント・課題分析を定められた書式に基づいて実施し、職員側が対応すべきレベルが導き出され、ニーズに基づいた目標が設定されています。ただし利用者によっては、長期目標と短期目標とが分けられずに記載されている場合があります。 ・移動支援・摂食支援・栄養管理・排泄動作支援・心理面の支援等については、サービス実施計画等に個別・具体的な支援方法が明示されています。 ・コミュニケーションや入浴など、施設の特性上大部分の利用者に対して当たり前のこととして実践してきた支援については、個別・具体的な支援方法が明示されていません。 ・身だしなみ・保清・整容等については、担当する支援員により個別支援に関する記述の密度に差が見られ、記載内容についての組織的な均質化が十分ではありません。 ・家族・友人の状況把握や、社会生活・就労の可能性に関する状況把握は実践していますが、個別・具体的な支援計画への反映が十分ではありません。 ・利用者の余暇活動については、絵画制作や旅行等、可能な範囲で個別の希望に沿った支援が行われ、一連の支援過程に記載されています。 ・個別支援計画については作成責任者が定められていますが、個別の栄養ケア計画等を含めた取りまとめについて、明確な職務分担上の責任者が定められていません。 ・一人ひとりのサービス実施計画が作成され、評価、モニタリング、見直しを利用者・家族の意向を踏まえて実践されています。 ・サービス実施計画に関しては必要に応じて関係職員が支援員会議等で随時協議しています。
---------------	--

評価細目の第三者評価結果

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。	B

I-2 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。	C
②	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	C
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。		

① 計画の策定が組織的に行われている。	C
② 計画が職員や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。	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 施設の経営状況に関する経営分析を行っている。	A	
③ 外部による評価・監査が実施され経営改善に取り組んでいる。	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 施設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。	C	
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	
② 職員に対する福利厚生事業が積極的に行われている。	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。	C	
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 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	A	
② 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	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）の対応等利用者の安全確保のための体制が整備されている。	A
②	防災に関するマニュアルを整備している。	A
③	衛生管理に関するマニュアルを整備している。	A
④	感染症防止に関するマニュアルを整備している。	A
⑤	発生した事故を把握している。	A
⑥	事故防止のための具体的な取組を行っている。	A
⑦	安全を確保するための施設・設備上の工夫がされている。	B
⑧	事故補償（賠償）を行な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	利用者の生活の範囲を広げることを目的とした地域への働きかけを積極的に行っている。	B
②	地域生活を身近なものに感じられるよう、様々な機会や情報を提供している。	C
③	地域に開かれた施設である。	B
④	施設が有する機能を地域に還元している。	B
⑤	ボランティア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。	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
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	利用者の意思を尊重している。	A
②	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
③	利用者の尊厳が守られている。	B
④	利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	B
⑤	家族や友人の面会に対する配慮がされている。	A
⑥	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

	⑦ 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
	⑧ 入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	A
	⑨ 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ている。	A
	② 利用者満足の向上に向けた取組を行っている。	B
	③ 利用者の生活空間への配慮がなされている。	B
	④ 利用者にくつろぎを与えるための工夫がされている。	A
	⑤ 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。	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。	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
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 施設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
	② 利用者からの多様な相談に積極的に対応している。	C
	③ 利用者のアドボカシー（利用者の権利擁護や代弁機能）に心掛けている。	B
	④ 苦情申立、解決の仕組みが整備され機能している。	C
	⑤ 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。	C
	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ている。	C
	③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	C
	④ 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) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
	① 施設における個々のサービスについての標準的な実施方法が定められている。	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
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 計画の実施に関わる記録が整備されている。	A
	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	B

③ 利用者の状況等に関する情報を職員が共有化している。	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	施設が行っているサービスに関する情報の提供を行っている。	B
②	サービスの実施にあたり、利用者又はその家族等に説明し、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。	C
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	必要に応じて、地域生活への個別移行計画が策定されている。	A
②	個別移行計画の内容は、無理なく地域生活に適應できるものである。	A
③	利用者に対するエンパワメントの理念に基づいたプログラムが作成されている。	C
④	退所後に必要な支援をしている。	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	利用者の課題（ニーズ）が明示されている。	A
③	課題解決の目標を明らかにしている	A
④	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。	C
⑤	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
⑥	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
⑦	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。	C
⑧	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・具体的な支援方法が明示されている。	A
⑨	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
⑩	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
⑪	利用者の心理面に着目した支援を行っている。	A

	⑫ 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
	⑬ 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。	C
	⑭ 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。	B
	⑮ 利用者の社会生活に必要な技術や知識の習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
	⑯ 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。	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 サービス実施計画の作成、実施において責任者が定められている。	C
	② サービス実施計画の作成において利用者の意向に配慮している。	A
	③ サービス実施計画の作成において「説明」と「同意」を徹底している。	B
	④ 目標に対するサービス実施計画が作成されている。	A
	⑤ サービス実施計画は関係職員の連携のもとに作成されている。	C
	⑥ 実施するサービスの順位が明確である。	C
	⑦ 利用者の情報がサービス実施計画の責任者に確実に伝わる仕組みがある。	A
	⑧ 実施計画書に基づく実施状況に関する評価（振り返り）がなされている。	A
	⑨ 実施計画の見直しが行われている。	A
	⑩ 実施計画の見直しにあたり、利用者等の意向に配慮している。	A