

## 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	平成29年12月7日～平成30年4月16日
評価調査者 番号	① H17-a002
	② H28-a001
	③ H24-b009

### 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) 静岡市桜の園	種別： 障害者支援施設
代表者氏名： (管理者) 内山雅之	開設年月日 平成 6年 5月 10日
設置主体：静岡市 経営主体：社会福祉法人 恩賜財団済生会支部静岡県済生会	定員 50名 (利用人数) 49名
所在地：〒421-2118 静岡県静岡市葵区内牧 1560-6	
連絡先電話番号： 054-296-2000	FAX番号 054-296-1110
ホームページアドレス	<a href="http://www.sakurano-sono.jp/">http://www.sakurano-sono.jp/</a>

#### (2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事		
障害者支援 生活介護 短期入所 日中一時支援	小グループ外出 セタまつり 花火大会 秋桜祭 餅つき 新年会 防災訓練 体重測定		
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要		
二人部屋居室 21 四人部屋居室 2 ショートステイ用居室 4	多目的ホール 訓練室 支援員室 静養室 会議室 医務室 洗濯室 浴室 特別浴室 更衣室 脱衣室 事務室 厨房 ボランティア室 便所 9 リネン室		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
医師	1	栄養士	1
看護師	4	サービス管理責任者	1
介護職員	21.7	施設長	1
作業療法士	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

- 様々な会議や委員会等の会議記録が適切に記録されています。
- 利用者に健康面に変調があった場合の対応が、詳細にマニュアルで示され、法人が経営している医療機関及び地域の協力的な医療機関が確保され、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されています。また、内服薬等の管理も適切に行われています。
- 利用者会及び家族会を定期的を開催するほか、嗜好などのアンケート調査を行い、利用者等の意見を積極的に把握し、利用者の希望に沿った対応を検討し、実施しています。
- 作業療法士が常駐しており、機能訓練を積極的に取り組んでいます。また、個別支援計画とは別に利用者ごとに、リハビリテーション実施計画書を作成しており、関係職員が参画のもと3ヶ月に1回、見直しを行っています。
- 組織で定めたアセスメントシートにて、利用者の状況を把握しており、見直しの時期、手順については個別支援計画の手順で定めています。また、個別支援計画策定会議にて、様々な職種からの情報収集がされています。

### ◆ 特に改善を求められる点

- 事業計画が職員に配布されていません。
- 人材確保のための具体的なプランが策定されていません。
- 人事考課が適切に実施されていません。
- 職員一人ひとりの教育・研修計画が策定されていません。
- 安全確保に関するマニュアルの内容が手順書として活用できる内容ではありません。
- 地域の福祉ニーズの把握がされていません。
- 利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムを整備し、必要に応じた自己実現への支援が必要です。
- プライバシー保護及び相談援助が困難な場合への対応、並びに利用者からの意見に対応するためのマニュアルの整備が必要です。
- 自己評価、第三者評価など定期的に評価を行う体制が整備されていません。
- 利用者の心理面に着目して、支援が必要な利用者一人ひとりに対して、実施するサービスの個別・具体的な方法が明示されていません。

## 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回、第三者評価の受審により、施設の基本理念を改めて共有し、受審過程において現状のサービスの質を振り返る機会となり、今後取り組まなければいけない課題が明確化されました。

取り組みは行っているが見直しや確認がされていない、明文化されていても周知されていない、取組が不十分である等の評価をいただいたものについては真摯に受け止め、課題に取り組めます。そして、地域に開かれた施設・利用者に質の高いサービスの提供を実現するために、職員の質の向上、環境・経営基盤の整備等取り組んでまいります。

今回の受審結果を第一歩として、利用者・ご家族・地域に必要とされる施設を目指し、全職員で取り組んでいきたいと思っております。

#### 4 評価分類別評価内容

評価対象Ⅰ  1 理念・基本方針	＊理念・基本方針は明文化されているが、職員や利用者への周知のための取組が不十分である。
2 計画の策定	＊中期計画が策定されているが、各年度ごとに落とし込んだ計画ではなく、事業ごとの収支計画もない。 ＊各年度毎の事業計画に中長期計画が反映されていることが確認できない。 ＊事業計画が職員参画の元に組織的に策定されていることが確認できない。 ＊職員や利用者へ事業計画を配布しておらず周知のための取組が不十分である。
3 管理者の責任とリーダーシップ	＊管理者が、提供しているサービスの質の向上のために、改善のための取組をしており意欲はあるが、具体的な体制整備までには至っていない。
評価対象Ⅱ  1 経営状況の把握	＊社会福祉事業全体の動向については把握しているが、地域の福祉ニーズについて具体的なデータ等は確認できない。 ＊経営分析は実施されているが、具体的な改善に向けた取組がされていない。 ＊公認会計士による外部監査を実施している。
2 人材の確保・養成	＊必要な人材に関する具体的なプランが確立されていない。 ＊職員の福利厚生に関しては法人の医療共済に加入しているが、内容が総合的なものではなく不十分である。 ＊職員の教育・研修に関する基本姿勢は明示されているが、具体的な資格名等はなく、取組が不十分である。 ＊職員一人ひとりの研修計画が策定されていない。
3 安全管理	＊安全確保に関するマニュアルの内容が、留意点の列記に留まり、手順書として活用できるものではない。 ＊不審者対応に関するマニュアルがない。 ＊傷害保険と損害賠償保険に加入している。

<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*地域との関わりについて、基本的な考え方を明示している。</li> <li>*利用者が、地域生活を身近に感じられるよう、様々な機会や情報を積極的に収集して提供していない。</li> <li>*地域の福祉ニーズを把握して対応する取組がされていない。</li> </ul>
<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"> <li>*利用者が有する能力に応じた、エンパワメントの理念に基づくプログラムが整備されていない。</li> <li>*プライバシー保護に関する規程・マニュアルが整備されていない。</li> <li>*利用者の嗜好調査を実施し、給食委員会において対応を検討するほか、お好み給食により利用者が選択できる配慮も行われている。</li> <li>*入浴・清拭は週に2回を基本としているが、事情によって回数を増やすなど、利用者の希望に沿って行われている。</li> <li>*健康面で変調があった場合については、マニュアルで詳細に示され、経営法人が経営している医療機関及び地域の医療機関が確保され、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されている。また、内服薬等の管理も適切に行われている。</li> <li>*利用者からの要望に沿った、家族との面会や通信及び外泊に配慮している。</li> <li>*利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択や購入に配慮し、支援している。また、新聞や雑誌の購入及びパソコンやテレビ等の所有が、利用者の希望に沿って行われている。</li> <li>*利用者や家族会を定期的に関くほか、意見箱やアンケート調査を実施するなど、利用者の意見を聞くための取組を積極的に行っている。</li> <li>*相談援助が困難な場合の対応及び利用者からの意見等に対応するためのマニュアルが整備されていない。</li> </ul>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*作業療法士が常駐しており、機能訓練を積極的に取り組んでいる。個別支援計画とは別に利用者ごとにリハビリテーション実施計画書を作成しており、関係職員が参画のもと3ヶ月に1回、見直しを行っている。また、栄養管理の取組についても、管理栄養士の指導を受け、利用者ごとに栄養のケアプランを作成し、3ヶ月に1回、見直しを行っている。</li> <li>*管理マニュアルにて利用者の尊厳やプライバシー保護、食事や入浴などの各場面におけるサービス提供の記載があるが、研修や個別指導の取組が十分でない。</li> <li>*自己評価、第三者評価など定期的に評価を行う体制が整備されていない。</li> </ul>

<p>3 サービスの開始、 継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 組織を紹介したホームページを開設しており、施設見学も受け入れている。また、施設や活動風景の写真を掲載したパンフレットも作成しているが、公共施設等へは配架しておらず情報提供が十分でない。</li> <li>* 署名、捺印とサービス内容や料金が記載されている重要事項説明書、利用契約書を取り交わしているが、利用者にもわかりやすいような記載内容の工夫については取組が十分でない。</li> <li>* 個別移行計画や実際に移行する場合の支援プログラムが策定されていない。</li> </ul>
<p>4 サービス実施 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 組織で定めたアセスメントシートにて利用者の状況を把握しており、見直しの時期、手順については個別支援計画の手順で定めている。また、個別支援計画策定会議にて様々な職種からの情報収集がされている。</li> <li>* 個別支援計画では利用者の署名、捺印がされている。また、管理マニュアルや「個別支援計画の手順」を定めている。</li> <li>* 文字盤やペチャラ(会話補助装置)のコミュニケーション機器を導入しており、利用者固有のコミュニケーションの確保に心がけているが、サービスの個別化や具体化が十分でない。</li> <li>* 利用者の心理面に着目して、支援が必要な利用者一人ひとりに対して、実施するサービスの個別・具体的な方法が明示されていない。</li> </ul>

## 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。	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。	B
	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) 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。	C
	③ 事業計画が職員に周知されている。	C
	④ 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。	B
	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。	A

## 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。	C
	③ 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	C
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。	C
	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。	B
	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。	B
	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。	C
	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。	C
	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かわりを広げる働きかけを大切にしている。	B
	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。	B
	③ 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。	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

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。	C
②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	C

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。	B
②	利用者の主体的な活動を尊重している。	B
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。	B
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。	C
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。	B
⑥	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。	C
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。	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。	C
⑫	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。	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。	A
⑩	日常の健康管理は適切である。	B
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。	A
⑮	預かり金について、適切な管理体制が作られている。	B

	⑩ 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
	⑩ 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。	C
	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。	C
	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。	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。	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、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。	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。	B
	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。	B
	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間で共有化している。	B

### 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。	B
	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。	B
	③ 利用契約に関する契約書が取り交わされている。	B
	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。	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。	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
⑧	利用者の心理面に着目した支援を行っている。	C
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。	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。	非該当
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。	非該当
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。	B
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。	A
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