

静岡県福祉サービス第三者評価の結果

◎ 評価機関

名 称	(福)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	19年12月4日～20年2月26日
評価調査者番号	① H17-a002
	② H17-b001
	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：望末園 (施設名)	種別：知的障害者入所更生施設
代表者氏名：施設長 川口 好則 (管理者)	開設年月日 平成17年 1月 6日
設置主体：社会福祉法人 愛誠会 経営主体：社会福祉法人 愛誠会	定員 50人 (利用人数) 52人
所在地：〒420-0905 静岡市葵区南沼上 1815 番 1	
連絡先電話番号： 054 - 655 - 3030	FAX番号 054 - 655 - 3056
ホームページアドレス	http://www.aiseikai-nozomien.jp/

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
入所 (50名) 短期入所 (10名) 日中一時支援	遠足 歓迎会 七夕祭り 夏祭り スポーツ記録会 忘年会 節分 ひな祭り 班別遠足 班別旅行
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要
居室 (50) ショートステイ居室(10)	浴室・シャワー室・トイレ・食堂 キッチン・指導員室・調理室・医務室 事務室・相談室・応接室・会議室・静 養室・エレベータ

職員の配置

職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	看護師	1
事務長	1	支援員	26
事務員	1	医師(嘱託)	1
栄養士	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

全室個室で、常勤職員を多く配置し、手厚い利用者対応が可能になっています。

事故防止のためのマニュアルが整備され、発生した事故を把握し、検討し、事故予防に努めています。

サービスに関する情報は、ホームページの開設やパンフレットを区役所に置き、市内の養護学校等で説明会を開催するなど積極的に提供しています。また、成年後見制度の利用等を積極的に進め、契約締結が困難な利用者に対する支援を行っています。

アセスメントからサービス実施計画までは、利用者・家族の意向調査をはじめ、具体的に実施されています。

サービス実施計画について、家族に必ず来所していただき、施設での様子を確認していただきながら、意向・説明・同意を行っています。

◆ 特に改善を求められる点

中長期計画が策定されていませんが、職員体制やサービス内容等の具体的な計画内容を明確にしていくことが求められます。

職員の福利厚生 of 仕組みを作り、さらなる職員処遇の充実について検討が必要です。

研修マニュアルに基づき新任職員研修を実施していますが、組織としての研修に関する基本姿勢を明示し、職員一人ひとりの目標に沿った研修計画の策定が求められます。

関係機関との連携について、必要な社会資源の情報の共有化や事例検討会等を実施することが求められます。

サービス実施計画（個別支援計画）の課題について、すべての課題を明示した上で優先順位に基づく実施計画を立て、課題解決方法について、もう少し具体的な支援方法の明示が必要です。

個別の情報が、個別記録として整理されず、会議録等様々な場所に記録されている部分もあり、整理が必要です。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

平成 17 年 1 月開所以来 3 年が経ちました。職員の自覚や知識のもとに、また毎年の行政監査の指摘を参考にしながら、よりよいサービスとよりよい運営を実現すべく努めてきました。19 年度の県及び市の行政監査では特段の文書指摘事項もありませんでしたが、今後のレベルアップを考え、第三者評価を受審しました。

結果、これからの課題及び目標が明確になりました。今後は、従来手法以外に、民間手法を取り入れた対応やフォローアップ事業の力をお借りして、20 年度及び 21 年度にすべての項目に対応していく予定です。

結果内容につきましては、経営効率の面からは理解に苦しむ点もありました

が、社会福祉法人の事業所として理解するものと考えております。第三者評価は事業所のレベルアップに繋がるものであり、事業所の高度標準化を目指すものと思います。教育で言う「参考書」があれば助かります。優秀なモデルを紹介してほしいと感じます。

4 評価分類別評価内容

評価対象Ⅰ	
1 理念・基本方針	<ul style="list-style-type: none"> * 基本理念や行動指針としての基本方針を明示している。 * 理念や方針を職員や利用者へ周知させる取り組みが十分でなく、周知状況の確認も行っていない。
2 計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> * 中長期計画が策定されていない。 * 計画の策定が、全職員が参加して組織的に行われていない。 * 計画の全体が、職員や利用者へ十分周知されていない。
3 管理者の責任とリーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> * 管理者自らの役割や責任を広報誌等に掲載しているが、職員に対して具体的な内容としての表明は十分でない。 * 経営や業務の改善・向上に、管理者が指導力を発揮している資料等を確認できない。
評価対象Ⅱ	
1 経営状況の把握	<ul style="list-style-type: none"> * 福祉サービスのニーズや潜在的利用者に関するデータ等の収集はしておらず十分でない。 * 予算執行状況の確認は行っているが、改善すべき課題について職員周知は行っていない。 * 経営者協議会の経営指導相談事業を利用しているが、指導事項などの記録はない。
2 人材の確保・養成	<ul style="list-style-type: none"> * 職制に基づく職務分掌が部分的で十分ではない。 * 人事考課には取り組んでいるが、職員にフィードバックされておらず、客観的な基準に基づいたものではない。 * 職員に対する福利厚生（福利厚生）の仕組みがない。 * 職員教育や研修に関して、基本的な考え方の明示がなく、研修計画も策定されていない。 * 定期的に職員教育や研修の見直しが実施されていない。 * 実習生の受け入れについては、基本姿勢を明示している。

<p>3 安全管理</p>	<p>*安全に関する様々なマニュアルが整備されているが、その内容が留意点の羅列にとどまっているものが多く、手順書となっていない。 *衛生管理に関するマニュアルがない。 *発生した事故に関しては報告書で把握され、再発防止の検討も行われている。 *事故賠償を行うための保険に加入している。</p>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<p>*地域との関わりについて、基本的な考え方を文書化していない。 *地域との交流は行われているが、行事等への招待が主であり、日常的なコミュニケーションは十分ではない。 *必要な社会資源を明示して連携する仕組みが構築されていない。</p>
<p>評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>*すべて個室であることで、利用者個人の生活空間におけるプライバシーは保護されているが、プライバシー保護の規程が整備されていない。 *利用者満足の向上を意図した仕組みが整備されていない。 *苦情解決・処理マニュアルがあり、広報誌における周知もされ、仕組みが整備され、適切に機能している。 *アドボカシーに関しては、組織的な対応がされていない。</p>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>*独自の特徴として、全室個室、多い職員配置、ほとんどが常勤職員であるため、手厚い利用者対応が可能であり、リスクマネジメントもしっかりしている。 *個々のサービスの標準的な実施方法は定められているが、見直しの仕組みは確立していない。 *記録管理についての規程や、実際の管理が十分でない。</p>
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<p>*施設の情報提供は、ホームページや養護学校等を通しての説明会の実施など積極的に行われている。 *サービスの開始にあたり、アセスメントと利用者の入所一ヶ月間の状況を確認し、個別支援計画を作成するとともに、家族との連携も積極的に行われている。 *地域生活移行に関する取り組みについて、法人内のケアホーム（百夏寮）との連携もあり、必要に応じた対応が可能であるが、具体的な支援プログラムは設定していない。</p>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<p>*積極的なアセスメントと評価・計画が立てられている。 *生活全般に援助が必要な利用者が多いため、個々人の課題は非常に多岐に渡るが、目標達成が必要な項目を絞り、計画が立てられている。 *課題の達成について、具体的な内容・方法の明示が十分でない。 *支援計画は、関係職員が参画して立てられており、利用者・家族の意向も取り込んで、見直しも行われている。</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。

5 評価細目の第三者評価結果 〔知的障害者更生施設〕

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。	B
	② 計画が職員や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り組み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り組み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 機関の経営状況に関する経営分析を行っている。	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	機関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。	B
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。	C
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。	C
②	研修を推進していくための担当者を設置している。	A
③	職員の研修ニーズに基づく研修計画を策定している。	C
④	研修計画に基づく研修機会を確保している。	C
⑤	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。	C
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関する基本的な考え方を明示している。	A
②	実習生を受け入れるための体制を整備している。	B
③	実習生の受け入れにあたり、利用者の意向を尊重している。	A
④	実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	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）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。	C
④	感染症防止に関するマニュアルを整備している。	B
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り組みを行っている。	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。	B
③	地域に開かれた施設である。	B
④	事業所が有する機能を地域に還元している。	B

	⑤ ボランティアの受け入れに関する基本的な考え方を明示している。	A
	⑥ ボランティアを受け入れるための体制を整備している。	B
	⑦ ボランティアの受け入れに関する記録等整備している。	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。	C
	② 関係機関等との連携が適切に行われている。	C
	③ 相談援助の困難な場合について対応方法がルール化されている。	C
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 利用者の意思を尊重している。	B
	② 身体拘束廃止や体罰等の防止に向けた取り組みが行われている。	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。	C
	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。	A
	⑧ 入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	C
	⑨ 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ている。	C
	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。	A
	④ 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
	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。	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
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）に心掛けています。	C
④ 苦情申立、解決の仕組みが整備されている。	A
⑤ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	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。		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ている。		B
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。		A
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 機関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。		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
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 計画の実施に関わる記録が整備されている。		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。		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 機関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。		A
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。		A
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。		C
② 個別移行計画の内容は、無理なく地域生活に適応できるものである。		C
③ 退所後に必要な支援をしている。		C
④ 利用者の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

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の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の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
⑥	食事（栄養管理を含む）について、支援が必要な利用者の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の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の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
⑨	身だしなみや清潔保持について、支援が必要な利用者のサービス実施計画に基づく個別・具体的な支援方法が明示されている。	C
⑩	利用者の理・美容について、支援が必要な利用者のサービス実施計画に基づく個別・具体的な支援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。	C
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。	A
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	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。	C
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。	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	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。	A
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。	A
⑥	実施するサービスの順位が明確である。	A
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

