

静岡県福祉サービス第三者評価の結果

◎ 評価機関

名 称	一般社団法人静岡県社会福祉士会
所 在 地	静岡県静岡市葵区駿府町 1-70 静岡県総合福祉会館 4階
評価実施期間	H29年5月30日～H30年2月18日
評価調査者番号	① H26-c005
	② H18-c002
	③ H28-b012

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：わらしな学園 (施設名)	種別：障害者支援施設
代表者氏名：森 昭彦 (管理者)	開設年月日 昭和56年4月1日
設置主体：静岡市 経営主体：社会福祉法人 静岡市厚生事業協会	定員 80人 (利用人数)
所在地：〒421-1224 静岡市葵区飯間 2263 番地	
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://honbu.skjk.jp/index.html

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事		
施設入所事業、生活介護事業 短期入所事業、日中一時支援事業 共同生活援助事業 (グループホーム)	清水七夕見学、クリスマス会、節分、ひな祭り、盆踊り大会、運動会、旅行等		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
鉄筋コンクリート造 2階建 本館：4人部屋 (14室) 新館：2人部屋 (15室) 食堂 2、プレイルーム、作業棟	浴室 (男 2・女 2)、ホール、医務室 2、厨房、会議室、職員室 2、園長室		
職員の配置			
園長	1	次長兼指導課長	1
医師	0.1	育成課長	1
看護師	1	支援員	35.5
主任栄養士	1	事務員	2

2 評価結果総評

◆ 特に評価の高い点 ・管理者は年度当初に職員との個別面談を実施しており、意見聴取とともに、

目標設定や人事労務管理などに役立て、10月にもヒアリングを実施し、目標の達成度を確認するなど、継続的な取り組みを実施しています。また、毎月の職員会議にて来年度以降の経営移管など、重要な経営環境の変化について説明する機会を持っています。

- 地域交流については、就業規則第17条（服務規程）や、運営基本方針にて明文化されており、地域に根差した施設という意識が高く、盆踊り大会や運動会など地域との合同行事を開催したり、地元の懇話会に参加したりすることで情報共有を図り、信頼関係の構築に努めるなど力を入れています。
- 自治会「地球会」が定期的で開催され、自治会から意見を聞きながら事業所運営を行っています。
- 談話室には行事等の写真を大きく掲示してあり、楽しい雰囲気作りを図っています。その他、建物内の掲示物は、イラスト付きのウォーキングマップ（散歩コース）など、利用者にわかりやすく工夫してあり、全体的に利用者目線を意識して取り組んでいることがうかがわれます。

◆ 特に改善を求められる点

- 経営分析資料や各種マニュアルは策定されていますが、発効年月日や改訂履歴が明記されていないため、データの更新や定期的な見直しがされているとはいえません。組織的な質の向上のためには、PDCAサイクルに基づく評価（C）を行う体制が求められます。また、標準的なサービスの実施方法についても、組織的な検証と見直しの仕組みの構築が求められます。
- 職員の緊急連絡網には、改訂日の記載がありましたが、最新版の管理が行き届いていない面が見られました。更新の際は、必要な場所への掲示等も差し替え漏れのないよう留意することが必要です。
- プライバシー保護に関する個別な取り組みは積極的になされていますが、研修の実施記録が確認できないことと、職員への周知に関する記録も確認できないものがあります。
- 満足度調査アンケート結果については、利用者参画のもとで検討がなされ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

今回の受審は私共にとって2回目の試みとなりました。先回は平成20年、静岡市による施設の指定管理開始年に当たり、本法人が施設をお引き受けするにあたって、いわば来し方を省みて身じまいを正す機会として利用させていただきました。そして今年度は奇しくも指定管理最終年でありました。

いずれに際しても静岡県社会福祉士会様に手厚いご支援をいただきましたことを有り難く思っています。

さて、受審結果を拝見し、私共が力を入れている地域交流や利用者自治会の取り組み等に過分な高評価をいただいたことをたいへん嬉しく思いました。これらは人と人の心を結ぶ、時間のかかる地道な取り組みの成果であるだけに、先輩たちが長い年月かけて築き上げてきてくれた努力をも併せてお認め戴いたものと受け止め、私共だけの手柄とすることなく施設の「宝」として後人に受け継いでゆきたいと思えます。

一方、「特に改善が求められる点」と評価された項目の内、ことに、唯一「C」評価となった項番81（「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)は、マニュアルや諸規程の見直しが定期的、組織的に取り組まれる仕組みが未成熟であることを指摘されたものと解釈いたします。したがって、これを重く受け止め、過日職員会議を開催し検討をいたしました。会議においてはいわゆるPDCAサイクルを再確認することを主眼としましたが、「P」と「D」は語句の意味を「計画」、「実行」と、ほぼ員が正確に理解していた反面、「C」、「A」については「確認」、「行動」などと誤訳認識している者が多いことが判明しました。こうしたことが「甘い確認」と「拙速な行動」を招き、PDの堂々巡りを繰り返していたのだと考えます。

本年4月より、施設の本法人への譲渡移管が決定いたしました。これよりは市の庇護から離れ純然たる民間施設として新しいステージに歩みだすこととなります。たいへん喜ばしい榮譽です。しかし浮足立ってばかりはいられません。門出に際しては、この度の受審結果をしっかりと肝に銘じ「C」を「評価」という意味に、「A」を「改善」という意味に、職員全員が正しく書きあらため、よりよい支援を目指してスパイラルアップしていこうと誓い合いました。

厳正な福祉サービス第三者評価に衷心より感謝申し上げます。

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"> • 基本理念や基本方針は、事業計画書に明記され、施設内に掲示されています。 • 施設パンフレットに基本方針及び行動規範が記載されていますが、事業計画書の用語、及び内容の整合性という点で、若干わかりにくさが見受けられます。 • 職員への周知は、管理者が年度当初に個別面談を実施しており、周知状況などが確認されています。 • 家族、利用者に対しては事業説明会や利用者自治会にて説明を行っていますが、わかりやすい工夫や周知状況の確認等、継続的な取り組みという点では十分とはいえません。
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 指定管理者として設置主体である静岡市の福祉計画に基づき事業展開をする立場であり、施設独自の中・長期計画は立案しにくい状況ではありますが、施設独自の大規模修繕計画や施設の建替え計画など、来年度以降の経営移管を見据えた準備を行っています。
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 各マニュアルに管理者の責任や役割が明記されており、法令の理解や質の向上に努めています。 • 年度当初に職員との個別面談を実施しており、意見聴取とともに、目標設定や人事労務管理などに役立てています。 • 毎月の職員会議にて来年度以降の経営移管など、重要な経営環境の変化について説明する機会を持っています。
<p>評価対象Ⅱ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 障害者福祉計画策定懇話会に参加し、市民アンケートをとるなど動向把握を行っています。施設独自の

<p>1 経営状況の把握</p>	<p>中・長期計画や事業計画に十分に反映されているとはいえません。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 法人が作成した H25 年の経営分析資料には策定年月日が記載されておらず、経営分析は毎年の実施が求められます。また、これらの資料は一般職員へ周知されていません。 • 外部監査は実施されていません。
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 職員人事に関する内規はありますが、昇進等は経験年数の目安が主であり、人事考課が客観的基準に基づき実施されているとはいえません。 • 年度替わりなど役割が変更される際は、次年度担当者へ反省点や改善案等を文書にて、きちんと引継ぎがされています。 • 職員教育の一環として、資格取得のための助成や日程等の配慮がされています。
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 各種マニュアルは整備されていますが、発効年月日の記載がなく、改訂履歴も付記されていないため、定期的な見直しの実施という点で十分とはいえません。また、新規作成されたものもありましたが、職員への周知状況として十分ではありません。 • インシデントレポートは活用され、建物の修繕や設備備品の購入などにも反映されています。
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 地域交流については、就業規則第 17 条（服務規程）や、運営基本方針にて明文化されているなど、施設運営において力を入れています。 • 盆踊り大会や運動会など地域との合同行事を開催したり、地元の懇話会に参加したりすることで情報共有を図り、信頼関係の構築に努めています。また、ボランティアの受入れ等も実施しています。
<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"> • 自治会「地球会」が組織され、定期的に行われ、自治会から意見を聞きながら事業所運営を行っています。 • 身体拘束や虐待等の不適切事例に対する対応が明確に定められています。 • 利用者の希望により、個別に机に鍵を設置するなどプライバシーに配慮した対応を行っています。 • 毎日入浴することができ、利用者の希望に配慮がなされています。 • 外泊に関する制限を設けず、家族や利用者に希望に沿った帰省対応を行っています。 • 利用者が意見を述べやすい体制のためのマニュアルは整備されていますが、わかりやすく説明している文書はありません。

2 サービスの質の確保	<ul style="list-style-type: none"> 自己評価は年2回行われ、第三者評価も定期的に受審し、結果の分析と検討が組織として行われています。 評価結果を分析し、職員間で課題を共有し、改善策を年度計画に反映させ、実施しています。 「意見・相談・苦情」についてのマニュアルがあります。支援員に対し、ケース会議等の実施により、職員間の意思の疎通と対応の統一が図られています。 サービス実施記録は、電子データシステムで管理されています。記録内容や書き方に差異が生じないようにサービス管理責任者と支援員の責任者が点検・指導を行っています。 ケース会議が定期的に行われ、電子データシステムにより、異職種間の情報の共有が図られています。
3 サービスの開始、継続	<ul style="list-style-type: none"> 他事業所へ移行する場合は、サービスの継続性に配慮した情報提供手順と書式を定めています。 重要事項説明書や契約書は、家族や後見人の同意を得ていますが、利用者に分かりやすくするような特段の工夫はされていません。また、契約を締結することが困難な利用者には家族や成年後見人に代筆を依頼していますが、マニュアルはありません。
4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> 個別支援計画マニュアルに沿ってシステムを活用し、アセスメントが行われ、定期的な見直しも行われています。 アセスメントシート、個別支援計画書、モニタリングシートが適正に作成され、定期的見直しの時期と手順を定めています。 食事支援のマニュアルがあり、一人ひとりの状態に合わせた栄養管理も行われ、3ヵ月毎の定期的な見直しが行われています。 排泄、入浴、身だしなみ等、生活支援マニュアルがあり、アセスメントシートと個別支援計画で具体化され、定期的な見直しが行われています。

5 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。	A
	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。	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。	A
	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。	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。	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。	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。	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
	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。	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。	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。	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。	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）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。	B
	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。	A
	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。	B
	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。	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。	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。	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。	B
③ 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。	B
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。	B
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
⑨ 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
⑩ 入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	B
⑪ 排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。	B
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
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
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。	A
⑥ 入浴・清拭は、利用者の希望に沿って行われている。	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
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
⑯ 送迎支援を必要に応じ行っている。	非該当
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。	A
④	利用者のアドボカシ-(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。	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。	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。	A
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。	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	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。	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	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。	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。	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。	A
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。	A
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
⑦ 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
⑨ 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。	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）や生きがいづ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。	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。	A
⑰ 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