

## 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10月25日～平成30年3月3日
評価調査者番号	① H17-b014
	② 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：日本平学園 (施設名)	種別：生活介護事業 就労継続支援B型事業
代表者氏名：八木克典 (管理者)	開設年月日 平成4年4月
設置主体：社会福祉法人青い鳥 経営主体：社会福祉法人青い鳥	定員 40人 (利用人数)
所在地：〒422-8004 静岡市駿河区国吉田6-7-24	
連絡先電話番号： 054-265-3534	FAX番号 054-265-3540
ホームページアドレス	<a href="http://www.n-aoitori.com">http://www.n-aoitori.com</a>

#### (2) 基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事			
生活介護事業 就労継続支援B型事業	入園式・身体測定・親子交流会・音楽療法、保護者参加大掃除、利用者レントゲン撮影・遠足・自主製品発表会・蕎麦パーティー・スポーツ大会 企業現場実習・企業見学・利用者健康診断・体重測定・施設防災訓練・音楽療法 成人式・地域交流会			
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要			
第一訓練室・第二訓練室	相談室・男子更衣室・女子更衣室・シャワー室・食堂・職員室・玄関・医務室・男子トイレ・女子トイレ・職員トイレ			
職員の配置				
	職 種	人 数	職 種	人 数
	介護職員（常勤）	15人		
	〃（パート）	1人		

## 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

- \* 緑豊かな日本平の閑静な住宅街の中に立地し、大変利便性の良い地域に開設された事業所です。
- \* 事業所の玄関、事務室、廊下及び食堂等は清掃が行き届き、大変清楚に整えられています。
- \* 小規模作業所連合会「わ」の自己評価ツールを利用して、職員による事業所評価を毎年行っています。
- \* 事業所内でのヒヤリハットを収集し、全職員に回覧しています。また、事業所内の設備で利用者に怪我や事故が発生しないように配慮をしています。具体的には、手を挟まないような引き戸の工夫、ガラスに飛散防止フィルムの貼り付け、ロッカーの転倒防止などの対策を講じています。
- \* 事業所としてA I U保険に加入しているほかに、家族会を通して利用者全員がA I U保険に加入し、万一の事故に備えています。
- \* 事業所内に開設した日本平支援センターが計画相談を実施しています。また、毎年2月に地域交流会を実施する他に、地元の桃源台学区の地区社協に、「地域の福祉課題に取り組みたい」と申し入れをしてあります。  
なお、地域の福祉ニーズに基づき共同生活援助事業と短期入所事業を実施しています。
- \* 全国社会就労センター協議会、小規模作業所連合会「わ」及びオールしずおかベストコミュニティーに加盟し、情報交換や研修・会議への参加をしています。
- \* 積極的に作業開拓し、管理は厳正に行われています。

### ◆ 特に改善を求められる点

- \* 法人経営の根幹となる理念とそれに基づく基本方針を作成していません。また、事業運営のための中・長期計画も作成していません。早急に検討を行い、策定することが望まれます。
- \* 必要な人材に関する具体的なプランを作成していません。また、職員の教育・研修に関する基本姿勢も明示してありません。障害者の福祉事業の成否はそれに携わる人にあることを十分に理解し、適切な人材プランを作成することが期待されます。
- \* 基本方針等に、利用者尊重の姿勢を明示していなく、プライバシー保護の規程なども整備していませんので、改善が必要です。
- \* 玄関・廊下や食堂などに、掲示物や装飾品がほとんどないため、利用者にとって、くつろぎを与える建物空間になっていませんので、工夫が必要です。
- \* 苦情の公表が求められます。

## 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

日本平学園は、無認可の作業所から出発し、社会福祉法人青い鳥を設立し、福祉向上に寄与することを趣旨とし、平成4年4月より福祉事業を開始いたしました。それから25年が経過し、現施設長が障がい者の現在とこれからの社会における在り方を鑑み、今後さらに利用者に寄り添える支援の向上のためという思いから、この度、初めて第三者評価事業を受けることになりました。

第三者評価事業の評価内容は、職員間の自己評価、調査員による評価、評

価委員会による評価がありました。評価基準のもと、支援員間の自己評価を「評価会」という名のもとに約4か月週2回程度、討論してきたことで、普段共通認識されていると思ってきたことがそれぞれの支援員ごと、微妙なズレがあることに気付き、これを機に更なる共通認識を持つことができました。また、25年という日本平学園の歴史の中で、当たり前になってしまっていたことが、第三者の目から観ていただいたお陰で、新しい視点に気付かせていただけました。現在の評価はこれからの発展のためにあると真摯に受け止めております。これからも利用者の方々生活を第一に、より充実した支援を行っていけるよう精進して参ります。

#### 4 評価分類別評価内容

評価対象Ⅰ	
1 理念・基本方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 理念とそれに基づく基本方針を作成していない。</li> <li>* 倫理綱領とそれに基づく職員行動規範を作成しており、職員には採用時に配布しているが、事業所内への掲示や利用者等への周知をしていない。</li> </ul>
2 計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 中・長期計画を作成していない。</li> <li>* 理事会用に事業計画は作成してあるが、職員や利用者等に配布せず、周知をしていない。</li> </ul>
3 管理者の責任とリーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 施設長の事務分掌はあるが、組織運営をする上での自らの役割と責任について、それを明示した文書の作成や会議等での表明をしていない。自らの役割と責任を文書化するとともに、表明することが望まれる。</li> <li>* 作業所連合会「わ」の自己評価ツールで事業所の自己評価を行っている。評価結果に対する課題改善等への取り組みが十分でない。</li> </ul>
評価対象Ⅱ	
1 経営状況の把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 毎月1回、職員有志により、障害福祉サービス事業に関係する勉強会をしているが、経営分析や外部監査を実施していない。</li> </ul>
2 人材の確保・養成	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 平成28年度から、施設長及び課長による人事考課を導入し、昇給に反映するようにしたが、考課結果について職員へのフィードバックが十分でない。</li> <li>* 職員の教育・研修に関する基本姿勢を明示せず、研修計画を策定していない。職員の教育・研修に関する方策の立案が期待される。</li> </ul>
3 安全管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 事業所内でのヒヤリハットを収集し、全職員に回覧している。また、事業所内の設備で利用者に怪我や事故が発生しないように、手を挟まないような引き戸の工夫、ガラスに飛散防止フィルムの貼り付け、ロッカーの転倒防止などの対策を講じている。定期的に見直しを行うことが望まれる。</li> <li>* 事業所としてA I U保険に加入しているほかに、家族会を通して利用者全員がA I U保険に加入し、万一の事故に備えている。</li> </ul>

4 地域との交流と連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>*事業所内に開設した日本平支援センターが計画相談を実施している。また、毎年2月に地域交流会を実施する他に、地元の桃源台学区の地区社協に、「地域の福祉課題に取り組みたい」と申し入れてある。</li> <li>なお、地域の福祉ニーズに基づき共同生活援助事業と短期入所事業を実施している。</li> <li>*全国社会就労センター協議会、小規模作業所連合会「わ」及びオールしずおかベストコミュニティーに加盟し、情報交換や研修・会議への参加をしている。</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>*「倫理綱領及び職員行動規範」はあるが、活用されておらず、基本方針等にも、利用者尊重の姿勢を明示していない。不適切事例への対応も定めていない。</li> <li>*プライバシー保護の規程等を整備していない。</li> <li>*利用者満足に関する調査を実施し、結果を分析・検討する仕組みを整備していない。</li> <li>*玄関・廊下や食堂等には、掲示物や装飾品がほとんどなく、利用者にくつろぎを与える工夫がない。</li> <li>*「苦情解決制度」の文書には、公表が明記されているにも関わらず、苦情の公表がない。</li> </ul>
2 サービスの質の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>*積極的に作業開拓し、管理は厳正に行われている。</li> <li>*自己評価は年に一度実施し集計しているが、その結果を分析・検討していない。</li> <li>*「利用者支援方法」には、利用者尊重やプライバシー保護の明示がなく、標準的な実施方法を文書化したものとはいえず、実施を確認する仕組みもない。</li> </ul>
3 サービスの開始、継続	<ul style="list-style-type: none"> <li>*契約を締結することが困難な利用者への配慮がない。</li> <li>*サービスの継続性に配慮した対応が行われていない。</li> </ul>
4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> <li>*アセスメントの定められた手順がない。</li> <li>*個別支援計画策定の責任者を設置し、ニーズに対する順位も明確にしているが、利用者の意向把握と同意の手順を定めていない。</li> <li>*利用者の余暇活動や生きがいづくりなどに対する支援がない。</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。	C
②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	C
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。	C
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。	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) 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
②	事業計画が職員に周知されている。	C
③	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。	C
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。	C
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。	C
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。	C
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。	C
	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。	C
	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。	C
	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。	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。	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。	B
	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。	C
	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。	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。	C
	② 関係機関等との連携が適切に行われている。	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。	B

### 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。	C
	② 利用者の主体的な活動を尊重している。	C
	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。	C
	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。	C
	⑥ 利用者の尊厳が守られている。	C
	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。	B
	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。	非該当
	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。	C
	② 利用者の生活空間への配慮がなされている。	非該当
	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。	C
	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。	B
	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。	C
	⑥ 入浴・清拭は、利用者の希望に沿って行われている。	非該当
	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。	非該当
	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。	非該当
	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。	B
	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。	C
	⑭ 外泊は利用者の希望に応じるように配慮されている。	非該当
	⑮ 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	非該当
	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。	C

	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。	C
	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。	C
	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。	C
	⑥ 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。	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、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。	C
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。	C
	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。	B
	④ 利用者の状態に合った訓練指導・支援を行っている。	B
	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。	B
	⑥ 技術研修や作業開拓、製品管理が適正に行われている。	A
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。	C
	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。	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 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。	C



	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。	C
	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。	C
	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。	B
	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。	非該当
	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。	C
	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。	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
	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。	C
	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。	C
	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。	C
	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。	B
	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。	C