

## 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	26年12月16日~27年3月31日
評価調査者番号	①H17-a002
	②H17-b009
	③H17-a008

### 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) かがやき	種別： 生活介護事業
代表者氏名： (管理者) 施設長 稲垣 俊幸	開設年月日 1992年 7月 1日
設置主体：社会福祉法人浜松市社会福祉事業団 経営主体：社会福祉法人浜松市社会福祉事業団	定員 40 名 (利用人数) 48 名
所在地：〒434-0023 静岡県浜松市浜北区高蘭 775-1	
連絡先電話番号： 053-586-8805	FAX番号 053-586-7909
ホームページアドレス	<a href="http://www.h-hattatsu.com">http://www.h-hattatsu.com</a>

#### (2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
<ul style="list-style-type: none"> <li>・日中生活介護</li> <li>・就労継続支援(B型)</li> </ul>	スポーツ交流会 友愛のさと祭り 成人式 作品展
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要
なし	事務室1 医務室1 会議室1 職員トイレ1 倉庫1 更衣室(男女各1) トイレ(男女各1) 作業指導室1 指導室4

#### 職員の配置

職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1		
主任	1		
支援員	11		

## 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

- 地域との関係を大切にしている姿勢がみられ、地域に開かれた施設となっています。
- 通所施設の入所率が低く、積極的に第三者評価を受審することで、利用者サービスの質を向上させようとする姿勢があります。
- 身体拘束も含め、対応方針や手順がマニュアル化され、不適切事例への対応も組織的に定まっています。
- 面会しやすい雰囲気づくりやスペースを確保しています。また、利用者が望んだ場合、一人になれる空間、場面も確保されており、利用者を尊重する取り組みが行われています。
- 利用希望者に対し、体験、実習として1週間程度受け入れるなど積極的に情報を提供しています。
- 利用者の心理面に着目し、利用者、家族との面談や、職員間の情報共有の会議を開催し、一人ひとりに応じた支援を実施しています。

### ◆ 特に改善を求められる点

- 基本理念や基本方針に基づく中長期計画、事業計画を策定し、職員や利用者へ説明していますが、さらに、継続した周知状況の確認が求められます。
- 管理者の責任や役割は職務分掌表で明確にしていますが、組織内の広報誌等での表明などさらなる取り組みが求められます。
- 外部評価が実施されていないので、定期的な実施や、指導、指摘事項に基づく改善計画の作成が必要です。
- 人事考課は実施していませんが、人材育成、組織の活性化につながることから検討が求められます。
- 全体の研修計画は策定されていますが、職員一人ひとりについて研修計画の作成、評価見直しを行うことが求められます。
- 利用者の個別支援計画書にエンパワメントに着目した支援として、利用者・家族の意向の配慮や、移動など具体的に示されていない支援についての明示が求められます。
- サービスマニュアルに利用者のプライバシー保護に関する規程はありますが、具体的な取り組みについて職員間の情報共有が必要です。
- 利用者からの意見等への対応マニュアルを整備し、組織的な取り組みが求められます。

## 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回、第三者評価を受けるにあたって自己評価をした段階では、通所施設という立場では回答が難しい項目がいくつかありましたが、概ね必要な基準は満たしていると考えていました。しかし、聞き取り調査を受けたり評価結果を見たりすると、これまでの取り組み方や考え方にはまだまだ改善の余地があるということがわかりました。どんな事においても、最後に「確認をする」ということが必要であるということは、言われてみれば当然の事ですが、十分に出来ていない項目が予想よりも多くあったという印象です。

今後は、すべての項目においてA評価をいただくためにはどのようにしたらいいのかを考えて、施設を基盤から再構築していきたいと考えています。

最後に、この度の受審に際しましてお世話になりました皆様に、お礼申し上げます。

#### 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"> <li>* 基本理念や基本方針は明文化している。</li> <li>* 職員や利用者等に周知するための取り組みは実施しているが、継続した周知状況の確認はされておらず十分でない。</li> </ul>
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 中長期計画は策定しているが、利用者数の増加や利用料収入を除いて、年度ごとの計画は策定しておらず具体性に欠け十分でない。</li> <li>* 中長期計画の内容が事業計画に反映されておらず十分でない。</li> <li>* 事業計画の策定手順が明確になっていない。</li> <li>* 職員や利用者等に対する事業計画の周知については十分な取り組みがなされておらず、周知状況の確認も実施されていない。</li> </ul>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 管理者自らの責任と役割について、職務分掌表には明示しているが、その他広報誌等での表明はない。</li> <li>* 個別面談で、各職員の意見を聴く取り組みはあるが、組織内に具体的な体制の構築はなく十分でない。</li> </ul>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 関係機関との連絡会に参加し、情報収集を行っているが、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等、事業環境の適切な把握は十分でない。</li> <li>* 外部監査は実施していない。</li> </ul>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 職制に基づく職務分掌は明確にしている。</li> <li>* 職員の福利厚生は、検診の補助等実施しているが、総合的な福利厚生としては十分でない。</li> <li>* 客観的な基準に基づく、定期的な人事考課を実施していない。</li> <li>* 個々の職員に対して組織としての研修計画の策定していない。</li> </ul>
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 緊急時における利用者の安全確保のための体制は整備している。</li> <li>* 事故補償を行うための方策は講じている。</li> <li>* 安全確保の取り組みに対するマニュアル等は整備しているが、さらに、不審者対応への努力が求められる。</li> </ul>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 地域との関わりを広げる取り組みを実施している。</li> <li>* 関係機関との連絡会では、具体的な事例検討を行い、課題について検討している。</li> <li>* 法人としての施設開放を行ったり、ペアレントトレーニングを実施するなど、施設の有する機能を地域に還元している。</li> <li>* ボランティアの受け入れに対して積極的であり、マニュアルを整備している。</li> <li>* 地域で行われる活動やイベントに関する情報収集や地域の社会資源の情報収集は十分でない。</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>*通所施設の受審率が低い中、積極的に第三者評価を受審することで、利用者サービスの質を向上させようとする姿勢がある。</li> <li>*身体拘束も含め、対応方針や手順がマニュアル化され、不適切事例への対応も組織的に定まっている。</li> <li>*年1回利用者満足度調査を実施しているが、分析、検討結果に基づく具体的な改善の取り組みは十分でない。</li> <li>*利用者の嗜好調査を実施しているが、メニューへの反映や、食事を楽しむ工夫は十分でない。</li> <li>*個別支援計画書に利用者・家族の意向が明記されていない点で、エンパワメントに着目した支援としては十分でない。</li> <li>*サービスマニュアルに利用者のプライバシー保護に関する規程はあるが、具体的な取り組みについて、職員への周知は十分でない。</li> </ul>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*利用者の作業状況は就労継続支援B型の利用者と合同で作業を行うため指導等の環境を整備している。</li> <li>*サービス実施の記録、利用者の情報は職員間で共有されて状態の変化等に速やかに対応ができています。</li> <li>*サービス内容について、自己評価を実施しているが、分析、検討は十分でない。</li> <li>*標準的なサービスの実施方法のマニュアルはあるが、検証、見直しは十分でない。</li> </ul>
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*パンフレットやHPにわかりやすくサービス内容等を記載している。また、施設体験や見学を受け入れて、施設の利用希望者に対応している。</li> <li>*契約書、重要事項説明書にはふりがなをつけて利用者にも分かりやすく工夫をしている。</li> <li>*契約締結が困難な利用者に対し、支援しているが、説明の手順や方法のマニュアル化は十分でない。</li> <li>*サービスの継続性に配慮し、移行先との面談を行っているが、手順や引継ぎ文書の作成はしておらず十分でない。</li> <li>*地域生活への個別移行計画は作成していない。</li> </ul>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*利用者の心理面に着目した支援を行っている。</li> <li>*食事について、支援が必要な利用者に対する実施計画は、個別具体的に作成されている。</li> <li>*アセスメント様式を定め、利用者の状況を把握しているが、手順の定めはなく、定期的な見直しは十分でない。</li> <li>*サービス実施計画の作成において、説明し同意を得ているが、その手順はさだめておらず十分でない。</li> <li>*移動について、計画には明示していない。</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。	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。	B
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。	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。	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。	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
②	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
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。	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。	A
②	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
③	利用者の安全確保のためにリスクを把握している。	B
④	事故防止のための具体的な取組を行っている。	B
⑤	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。	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。	B
③	地域に開かれた事業所である。	A
④	事業所が有する機能を地域に還元している。	A
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。	B
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。	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。	B
②	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。	B
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。	A
⑥	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
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。	A
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。	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。	C
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。	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。	B

	⑥ 入浴・清拭は、利用者の希望に沿って行われている。	C
	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。	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行われている。	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。	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。	A
	⑰ 送迎支援を必要に応じ行っている。	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 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
	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。	B
	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。	B
	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。	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。	A
	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	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。	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。	A
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。	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。	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。	B
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。	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。	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。	C
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。	C
⑧	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。	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。	B
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。	B
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。	B
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

