

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28年7月12日~28年11月14日
評価調査者番号	① H17-a002
	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： (施設名) アンティーク布花工房・沙羅	種別：日中生活介護事業所
代表者氏名： (管理者) 施設長 池谷 千尋	開設年月日 平成22年 11月 1日
設置主体：特定非営利活動法人インクルージョン志太 経営主体：特定非営利活動法人インクルージョン志太	定員 20人 (利用人数) 22人
所在地：〒425-0077 焼津市五ヶ堀之内 530-3	
連絡先電話番号： 054-626-2116	FAX番号 054-620-5524
ホームページアドレス	http://ikechanchi.jp/topics/NOD15/

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事		
日中生活介護 短期入所 日中一時支援 相談支援事業所	花見 苺狩り 春の遠足 プール開き 外食ツアー バーベキュー 長寿の会 尺八の会 サマーキャンプ 日帰り旅行 クリスマス会 初詣 節分 ひな祭り		
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要		
居室2 調理室 浴室 事務所 (2階)	アートフラワー作品展示 庭 等		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
医師	1	栄養士	1
看護師	1	調理員	1
介護職員	12(非常勤8)		

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

- ・草花がたくさん育てられた庭のある民家を再利用し、家庭的な雰囲気を出し、手作りのアートフラワーに囲まれた、癒しの施設になっています。
- ・食器はすべて陶磁器を使い、ソファなど自宅にあるような家具が揃えられており、温かみのある空間づくりに配慮しています。
- ・障がい者通所事業所では、あまり実施していない、入浴サービスを、利用者や保護者の要望に応え実施しています。
- ・公認会計士による外部監査を実施しており、その結果に基づく経営改善を実施しています。
- ・健康管理マニュアルや感染症予防マニュアル等を整備し、毎日勤務する看護師等がマニュアルに基づき適切にサービスを実施しています。
- ・緊急時対応マニュアルを整備し、近くには協力病院があり、迅速かつ適切な医療が受けられるよう体制を整備しています。
- ・個別支援計画に基づき提供されるサービスについて、その記録方針が明確に示されています。

◆ 特に改善を求められる点

- ・理念や基本方針に基づく、経営や福祉サービスを継続的に実施していくために、中長期計画の収支計画を策定し、それに基づく事業計画を職員が参画し策定する仕組み作りが必要です。
- ・事業計画を職員や利用者へ周知することが求められます。
- ・管理者は、自らの役割と責任を会議等で伝えていますが、明確な書面での明示が必要です。
- ・経営環境の把握や業務の効率化に向けた取り組みが必要です。
- ・必要な人材や人員体制に関する具体的なプランの確立が求められます。
- ・利用者や、保護者等の意見に沿ったサービスを展開していますが、定期的な評価のしくみや、相談援助の組織的な技量、サービスの継続性への配慮等々、手順や内容を明確にしたマニュアルや既定の整備が必要です。
- ・苦情内容及び解決結果等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

この度第1回目の第三者評価を行うことができ、日々行っている介護現場で、中でも、記録等の重要性を改めて感じた。これはスタッフの間で出てきた言葉なので、やった意味は大きかったと感じた。評価をされるのが第三者となれば、県の指導と同等の緊張感の中にスタッフはあったが、指導とは違う内容にうなずいていたのも効果は十分だと感じた。

○以下は職員の素直な気持ちを書かれていると思うので記した。

*ただ言うのではなく、根拠を基に話されているので、できないことも多かったができないことは、解ればできるようになる事が多いことを教えてもらえて良かった。

*記録というのを今までもさんざん言われてきたが、今回の評価で記録を残さないことの方が自分たちを守れないこと、「やっています」という言葉では意味がないことが解った。

*いくら頑張っても、頑張るとこは、きちんと記録に残すことだとわかって少し反省した。

*できていないとは思ったが、こんなに沢山あったのかとがっかりした。

以上です。この度は大変勉強になりました。ありがとうございました m()m

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>	<p>*理念、基本方針は、事業計画書等に明文化している。</p> <p>*理念、基本方針を、職員は、朝礼時に唱和し、利用者等へは、掲示板に張り出し示しているが、職員及び利用者の周知状況の確認がなされておらず十分でない。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>*中・長期計画が策定されていない。</p> <p>*事業計画の策定手順や策定方法が明確になっていない。</p> <p>*事業計画は、職員や利用者に配布されておらず周知の取組がない。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>*管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に向けて意欲を持っているが、組織的な取組は十分でない。</p> <p>*管理者自らの役割と責任を職員に対して明確な文書で表明していない。</p> <p>*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ない。</p>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<p>*公認会計士による外部監査を実施し、その結果に基づく経営改善を実施している。</p> <p>*事業経営を取り巻く環境が的確に把握するための積極的な取組はされていない。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>*職員一人ひとりについて研修計画があるが、計画にそった具体的な取組は十分でない。</p> <p>*実習生の受け入れマニュアルはあるが、具体的な責任体制等の整備は十分でない。</p> <p>*必要な人材や人員体制に関する具体的なプランは明確になっていない。</p> <p>*人事考課が客観的な基準に基づいて実施されていない。</p> <p>*定期的な職員教育・研修計画の評価・見直しの仕組みは確立されていない。</p>
<p>3 安全管理</p>	<p>*想定される事故補償については、損害賠償保険に加入している。</p> <p>*緊急時の対応マニュアルはあるが、研修会や事故防止のための具体的な取組については十分でない。</p> <p>*発生した事故を把握し、転倒予防マニュアルに留意点を記載しているが、ヒヤリハット事例を把握する組織的な取組はみられない。</p>

4 地域との交流と連携	<ul style="list-style-type: none"> * 地域との関わりについて基本的な姿勢が明確ではない。 * ボランティアの受け入れについて、基本姿勢はうかがえるが、受け入れ体制の整備は十分でない。 * 必要な社会資源の把握が十分でない。 * 関係機関との連携は、記録がない。 * 地域の具体的なニーズ把握は実施していない。
評価対象Ⅲ	
1 利用者本位の福祉サービス	<ul style="list-style-type: none"> * 民家を再利用し、家庭的な雰囲気を出し、アートフラワーに囲まれた癒しの施設になっている。食器はすべて陶磁器を利用している。障がい者通所施設でありながら、入浴サービスも実施している。 * プライバシーの配慮を具体的に明示した文書がない。 * 苦情対応マニュアルはあるが、公表をしていない。
2 サービスの質の確保	<ul style="list-style-type: none"> * 個別支援計画に基づき提供されるサービスについて、その記録方針が明確に示されている。 * ソファなど家具は、一般家庭によくあるもので、施設によく見られる機能的で無機質なものではない。壁面の飾りなども、利用者が作ったアートフラワー作品等が、至る所で飾られ、癒しの空間になっている。 * サービスの内容を、定期的に評価する体制を整備していない。 * 相談援助の技量向上を組織的に図っていない。
3 サービスの開始、継続	<ul style="list-style-type: none"> * サービスの提供については、ホームページで組織を紹介し、わかりやすいパンフレットも作成している。 * 契約締結が困難な利用者への、組織的対応の整備がない。 * サービスの継続性に配慮した手順と引継文書を定めていない。
4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> * 定められた手順に基づき、「アセスメント票」「個別支援計画書」「行動記録」に、利用者のニーズが実施計画に反映され、そのことが、しっかり記録されている。 * 心理面や機能訓練の支援において個別に支援を行っているが、専門職員によるものではない。 * 個別支援計画の策定において、「説明」と「同意」のマニュアルは定められていない。

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。	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。	C

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。	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
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。	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。	B
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。	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
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。	C
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。	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
③	地域に開かれた事業所である。	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。	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。	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。		B
⑧ 家族や友人の面会に対する配慮がなされている。		B
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。		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。		C
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。		C
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。		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。		B
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。		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。		C
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。		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。	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。	B
	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。	C
	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。	C
	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。	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。	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。	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。	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。	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。	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。	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。	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。	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。	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。	C
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。	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。	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。	C
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。	A