

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	静岡市葵区駿府町1番70号
評価実施期間	平成28年8月8日～平成29年3月13日
評価調査者番号	①H18-c003
	②H20-a002
	③H21-b009

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：みのり (施設名)	種別：就労継続支援B型
代表者氏名：鈴木 善道 (管理者)	開設年月日 平成 10年 1月 日
設置主体：社会福祉法人 天竜厚生会 経営主体：社会福祉法人 天竜厚生会	定員 60人 (利用人数)
所在地：〒431-3423 静岡県浜松市天竜区渡ヶ島6-2	
連絡先電話番号： 053 - 583 - 1191	FAX番号 053 - 926 - 2943
ホームページアドレス	http://www.tenryu-kohseikai.or.jp

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事		
クリーニング作業 清掃作業 草刈り作業 そうきん製作・販売 オリーブ栽培 原木しいたけ栽培・販売	厚生会まつり 花火大会 新年会 施設合同運動会		
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要		
	作業室 (洗濯室 入荷室 出荷室) 食堂 休憩室 トイレ 男女更衣室 作業指導員室 事務室		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
管理者	1	職業指導員	1
サービス管理責任者	1	生活支援員	7
看護師	1	目標工賃達成指導員	4
事務員	1		

2 評価結果総評

<p>◆ 特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念、経営方針はパンフレット、事業計画で明確にし、全職員に法人

事業計画・みのり事業計画を配付するなど、十分な理解を促す取り組みをしています。さらに、利用者に対してもイラストが入った分かりやすい資料を作成し、利用者の参加する懇話会で理念の説明をするなど、きめ細やかな実践をしています。

- みのり事業計画は現場主任がたたき台をつくり、職員会議で話し合われています。さらに、年度途中に計画達成率・中間評価などを実施し、事業計画の策定を組織的に行っています。
- 自主製品の販売のため毎週朝市を開催するなど、地域の人々と積極的に交流する機会を設けています。
- 利用者に分かりやすい重要事項説明書を作成して、サービス利用に関して利用者が複数の職員と定期的に相談できる体制を整えています。
- 利用者のエンパワメントを向上するための SST（社会生活スキルトレーニング）をプログラム化して実施しており、利用者の社会自立に向けた丁寧な支援を行っています。
- 多彩な作業を準備して個別ニーズに対応しています。今年度より作業療法士による太田ステージ（自閉症の認知発達）検査を導入し個別の対応に活かしています。

◆ 特に改善を求められる点

- 管理者はその役割と責任について職員には会議で表明していますが、利用者等に対しての広報紙等での表明は十分ではありません。
- 現在実施されている事業のニーズ、潜在的利用者に関するデータ等の収集など事業所として独自のニーズ把握の取り組みが十分ではありません。
- 職員研修の成果について評価を行っていますが、分析結果に基づいた研修計画の見直しは十分ではありません。
- アドボカシー（利用者の権利擁護・代弁）や生活上のプライバシー保護について、基本的な考え方を職員が共有し、具体的に実践していくための指針やマニュアルが十分ではありません。
- さまざまな法人内部研修において個人情報保護について職員に伝達していますが、教育・研修としては十分ではありません。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

この度はありがとうございました。

ご指摘いただいた点や自己評価等を通じて当事業所のp「特に評価の高い点」や「特に改善が求められる点」が明確になりましたので、職員に周知し、共有していきます。また、「特に評価の高い点」については、さらに高評価となるよう取り組んでいきます。併せて「特に改善を求められる点」については、職員が一丸となり、重点的に改善に取り組むことによって、より良いご利用者支援につなげていくよう努めていきたいと思っております。

4 評価分類別評価内容

評価対象Ⅰ	• 法人の理念・経営方針は事業計画・パンフレットに記載があり、全職員に配付しています。
-------	---

1 理念・基本方針	<ul style="list-style-type: none"> •利用者に対しては、イラストを作成し懇話会で説明するなど、きめ細やかな配慮をしています。
2 計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> •法人で中期経営計画が作成され、課題や問題点の解決に向けた具体的内容となっています。 •中期経営計画を踏まえてみのり事業計画を作成し、不採算部門を福祉工場の協力で採算がとれるようにするなど、具体的な内容となっています。 •利用者に対しては「みのり こんなことをします」でひらがなを使用した分かりやすい資料を作成し、今年度の計画を説明しています。
3 管理者の責任とリーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> •施設長の役割と責任について、みのり事業計画 職務分掌表を使い、4月の職員会議で表明しています。 •事故、有事の時は、防災計画書で管理責任者として、役割を明確化しています。
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> •施設長は、経営成績表、月次試算表、実績表、〇月期実績における考察を使用し、経営分析、利用率の把握、評価をし経営状況の分析・改善に取り組んでいます。 •法人は公認会計士による外部監査を実施、経営戦略会議等で経営改善に取り組んでいます。
2 人材の確保・養成	<ul style="list-style-type: none"> •施設長が各職員を個別面談し、考課基準を明示することによりフィードバックを図っています。 •法人として人員基準等の規定が整備されていますが、事業所として有資格者の配置等、具体的なプランの作成が十分ではありません。 •法人総務課が職員アンケートを実施、従業員意識調査結果報告にまとめ、これを元に仕事と生活のワークライフバランスのプロジェクトを作るなど具体的な取り組みにつながっています。 •職員一覧表で取得資格の把握及び今後取得すべき資格の把握をしています。
3 安全管理	<ul style="list-style-type: none"> •事故、感染症の発症などの担当者を決め、安全確保に関する感染対策委員会を設置しています。 •利用者の帰宅時の災害や事故に対して、連絡方法や支援体制の策定がされていません。 •事故・ヒヤリ報告書の要因を分析して具体的な対応策を講じ、さらに安全確保のための定期的な見直しをしています。
4 地域との交流と連携	<ul style="list-style-type: none"> •自主製品の販売を通して地域のイベントに参加をしています。さらに地域で朝市を毎週開催することにより、地域の人々と交流の機会を定期的に設けています。 •特別支援学校の保護者に対して事業所説明会を開催し、

	<p>進路相談も近隣施設と協力して実施しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> 行政団体、関係機関との定期的な連絡会を開催しています。生産活動就労支援として工賃向上に向けて、地域と共同した取組があります。さらに、近隣施設と共同で、草刈り受注活動をするなど地域のネットワーク化にも取り組んでいます。
<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"> 利用者にわかりやすい重要事項説明書を作成し、サービス利用に関して利用者が複数の職員と定期的に相談できる体制を整えています。 利用者のエンパワメントを向上するための SST（社会生活スキルトレーニング）をプログラム化し実施していて、利用者の社会自立に向けた丁寧な支援を行っています。 法人本部で策定した「支援の心得」に加え、「みのり支援の心得」を策定して職員の基本姿勢を明確にしています。 毎月相談日を決めて、利用者が複数の職員と相談ができるよう、環境を整備しています。 相談の対応方法をマニュアル化し、相談支援専門員と連携して利用者の意向確認をしています。 サービス実施の記録が整理されています。パソコンシステムの活用によって、職員が必要な情報を確認しやすい環境となっています。 利用者、家族への満足度調査の実施、結果報告が行われていますが、調査後の利用者が参しての検討会の開催等は十分ではありません。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> サービス内容について定期的な評価を行う体制を整備しています。評価の結果を次年度の計画に反映させる点は十分ではありません。相談援助にかかわる必要な技術や知識を学ぶ研修会に積極的に参加し、技術向上に努めています。 提供するサービスの標準的な実施方法をマニュアル化し、定期的に見直す機会を設けています。利用者の状態に応じた訓練指導を行っており、作業環境の安全衛生面でも配慮しています。工賃規定に基づき年 1 回作業を評価し賃金に反映する仕組みがあります。 多彩な作業を準備して個別ニーズに対応しています。今年度より作業療法士による太田ステージ検査を導入し個別の対応に生かしています。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> わかりやすい内容のホームページを開設しています。英語版パンフレットを準備しています。見学や体験も積極的に行っています。契約書、重要事項説明書は分かりやすい簡易版説明書を準備し活用しています。 事業所の変更等の場合の手順、文書が定められています。

	す。就労支援 A 型や一般就労に向けた支援で、相談支援事業所へ繋ぐなど継続性に配慮しています。
4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> • 定められた手順に従いケース担当職員が多職種のアドバイスを活かしながらアセスメントを行っています。課題解決の目標を明らかにして支援しています。 • サービス実施計画を適切に策定し、説明と同意のプロセスを経ています。定期的に計画の評価見直しを行っています。 • 作業療法士の太田ステージ検査をサービス実施計画に生かしています。SST(社会生活スキルトレーニング)の研修を通じて社会生活に必要な技術や知識を身に着けることができるような支援を行っています。SST 訓練を、個別具体的な支援へつなげる取り組みが十分ではありません。

5 評価細目の第三者評価結果

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。	A
	② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	A

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。	A
	② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	A
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。	A
	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。	A

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。	A
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。	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。	A
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。	A
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。	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
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。	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。	A
③	利用者の安全確保のためにリスクを把握している。	A
④	事故防止のための具体的な取組を行っている。	A
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。	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。	A
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。	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。	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。	A
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。	A
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。	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
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。	A
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。	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。	非該当
⑬	Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。	
	① 利用者満足の上昇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。	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。	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。	B
	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。	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。	非該当
	⑬ 外出は利用者の希望に応じて行われている。	非該当
	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。	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。	A
	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。	A
	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。	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。	A
	⑥ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	A

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。	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。	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。	A
③	作業能力の評価や工賃積算方法が定められている。	A
④	利用者の状態に合った訓練指導・支援を行っている。	A
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。	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	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。	A
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応できるものである。	非該当

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。	A
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。	非該当
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。	非該当
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。	非該当
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。	非該当
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。	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。	A
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。	非該当
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
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