

静岡県福祉サービス第三者評価の結果

◎ 評価機関

名 称	(福)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18年8月18日～平成18年12月15日
評価調査者番号	① H16-a001
	② H17-b008
	③ H17-b009

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) あかいし学園	種別：知的障害者更生施設
代表者氏名： (管理者) 施設長 小菅 敏行	開設年月日 昭和56年4月1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 50人 (利用人数) 50人
所在地：〒431-3492 浜松市渡ヶ島217-3	
連絡先電話番号： 053-583-1136	FAX番号 053-580-4100
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		
施設支援 ショートステイ	花まつり、開園記念祭、七夕祭り、花火大会、納涼祭、旅行、合同運動会、グリーンマラソン、厚生会まつり、クリスマス会、新年娯楽会、節分		
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要		
居室 (計15室) 4人部屋12室 2人部屋2室 1人部屋1室	静養室、事務室、食堂、浴室、医務室、相談室、作業室、洗面所、便所、同一地域内にスーパー、診療所、運動場等		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	ケアワーカー	11
指導員	3	ケアワーカー (非常勤)	10
調理員	3	栄養士	1
調理員 (非常勤)	2	事務員	1
看護師	1	医師 (嘱託医)	1

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

法人の理念・基本方針などを事業計画書に明示し、保護者にも事業計画書を配布し、説明を行っています。

管理者は質の向上に意欲を持ち、ISO認証取得や業務の効率化に向け、手順書を作成する等職員等の連携のもと提供するサービスを改善する姿勢が見られます。経営において公認会計士等の専門家による指摘・アドバイス・課題・解決に向けています。

安全管理の取り組みでは、サービス提供マニュアル・感染症・衛生管理・防災・苦情解決・事故・ヒヤリマニュアル等施設として組織的に取り組み、事例の収集や事故マップ等作成し、職員に周知徹底する等管理者の責任とリーダーシップが発揮されています。

職員の質の向上に向けた体制が整備され、法人独自の自己評価を実施し、研修計画に対し研修機会も確保され、組織的に職員研修が行われています。実習生やボランティアを積極的に受け入れ、人材育成や地域との交流に力を入れています。

法人のホームページ・広報誌等、地域に向け情報を定期的に発信する等地域に根ざした事業を展開しています。

サービスの実施記録も整備されており、利用者の状況を職員間で共有する仕組みがあり、記録の管理体制も確立しています。

◆ 特に改善を求められる点

法人による全施設を視野に入れた中長期計画が作成されていますが、あかいし学園独自の福祉サービスの向上に向けて、人材育成等具体的プランの策定が求められます。

重度の利用者が多い為、サービス内容等説明はなかなか理解を得ることが難しいと考えられますが、本人に伝えなければならない事項についてできる限り時間や工夫を重ね、徐々に理解を図るよう努めることが求められます。

建物の老朽化・利用者の障害が重度なことなどの制約はありますが、利用者が生活する場所として、快適性・プライバシーの確保についての取り組みが求められます。

安全管理について各種マニュアルが整備されていますが、一部に十分でないところがあり、検討改善が求められます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

施設としてサービスの自己評価や利用者アンケート等を実施して、その都度支援の見直しを行うことにより、利用者様への提供サービスの向上に努めてきました。

今回第三者評価事業を受審し、新たな課題が明確になりました。今回の評価結果を職員全員の共通認識とし、評価結果をさらに分析することにより、業務内容及び提供サービスの改善を継続的に実施して、さらなる利用者様本位のサービス向上に努力していきたいと考えます。

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">* 理念・基本方針は事業計画書に記載され、施設内にも掲示されている。* 法人全体研修で職員に周知されている。保護者は保護者会、参加できない方は面談日や開園記念日に説明している。
2 計画の策定	<ul style="list-style-type: none">* 法人の中長期計画は策定されているが、施設としての計画策定がされていない。* 事業計画は職員が参画し、評価・見直しがされ組織的に策定されている。* 計画の周知について、職員は職員会議で周知しているが、利用者への取り組みは十分でない。
3 管理者の責任とリーダーシップ	<ul style="list-style-type: none">* 管理者自らの役割と責任を職員に対し、表明し経営や業務の効率化に向け取り組みが行われている。* ケース会議の開催、朝の連絡会やミーティングで職員の意見や相談を受け入れ、意見を把握、福祉サービスの質の向上に努めている。* 遵守すべき法令などの情報は、研修会・報告書・朝の会等で職員に周知しているが、法令と業務の関連等を整理したリスト化はされていない。* リーダーシップを発揮し、ISO認証を取得し、質の向上に積極的に取り組んでいる。

<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<p>* 法人で公認会計士による指導を受けている。又、ISO関係では年一回監査を実施し、その結果に基づき経営改善に取り組んでいる。</p> <p>* 経営環境の変化などに適切に対応する為の取り組みを実施し、サービスの質の向上をさせることを目的とした経営分析を行っているが、改善すべき課題について職員への周知は十分でない。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>* 職員の職務分掌は、事業計画に明確に定められている。</p> <p>* 客観的な基準に基づく人事考課については、コンサルタント会社による導入が進められており、考課者訓練研修予定されている。また、職員アンケート調査も実施し就業状況や、意向を把握し改善する仕組みが、構築されている。</p> <p>* 法人の基本方針に人材育成を掲げ研修の機会等確保されているが、職員一人ひとりに必要な研修計画の策定が十分でない。</p> <p>* 実習生受け入れマニュアルを整備し積極的に取り組んでいるが、実習種別のプログラムの作成等が十分でない。</p>
<p>3 安全管理</p>	<p>* 事故・ヒヤリハット・行方不明・感染症マニュアルを整備している。防災マニュアルを整備しているが、一部対象となる災害などについては、十分でない。(火災時のみ整備)</p> <p>* 衛生管理については大量調理施設衛生管理マニュアルを整備されているが、配膳室以外の衛生管理マニュアルについては十分でない。</p> <p>* 事例の収集や事故マップを作成し、事故を組織的に把握し、職員会議などで発生要因を分析し、未然防止策を検討している。</p>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<p>* ボランティアを積極的に受け入れ、受け入れ体制も適切に整備されている。</p> <p>* 関係機関と定期的な、連携の機会を確保し、検討を行っている。地域療育センターを通して福祉ニーズを把握しているが、施設として地域の具体的なニーズ把握は十分でない。</p>
<p>評価対象Ⅲ</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>* プライバシーに関して、サービス場面ごとに作成された規定・マニュアルが整備されていない。また、建物の構造上の制約もありますが、居室の利用者一人ひとりの生活空間におけるプライバシーの確保のための工夫がされていない。</p>

	<ul style="list-style-type: none"> *利用者満足の向上を意図して利用者懇談会や保護者会を開催し、満足度調査を実施しているが、利用者の快適な生活空間やくつろぎへの配慮や設備上の工夫など十分でない。 *苦情に関する取り組みは仕組みが整備されているが、利用者からの多様な相談や意見に対する対応方法の整備が十分でない。
2 サービスの質の確保	<ul style="list-style-type: none"> *毎年自己評価を実施し、その結果に基づき課題を明確にするなど、質の向上に向けた取組が行われている。 *サービスの実施記録も整備されており、利用者の状況を職員間で共有する仕組みがあり、記録の管理体制も確立している。 *支援マニュアルを整備し、実際のサービスに活かしているが、見直しの時期は定められていない。
3 サービスの開始、継続	<ul style="list-style-type: none"> *施設の情報をホームページで公開して、広報誌を公共機関に配布し情報を提供している。 *サービスの実施にあたり、重要事項説明書に基づき内容、利用料金について利用者や家族に説明し、同意を得て契約を適切に取り交わしている。 *児童から継続した施設生活のため個別移行計画は策定されていない。
4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> *知的障害者用のアセスメント様式を使用して利用者の課題を明確にしている。 *支援サービス計画書は利用者の担当者が責任者となり作成している。計画書の内容は看護師、指導員と施設長まで把握されているが、利用者や家族の意向が十分配慮されていない。 *利用者とのコミュニケーション、利用者の心理面に対しての具体的な支援方法が明示されていない。

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。

5 評価細目の第三者評価結果

〔知的障害者更生施設・身体障害者更生施設・身体障害者療護施設〕

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 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) 計画が適切に策定されている。		
	① 計画の策定が組織的に行われている。	A
	② 計画が職員や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。	A
	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り組み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り組み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	機関の経営状況に関する経営分析を行っている。	B
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	機関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。	A
②	職員に対する福利厚生事業が積極的に行われている。	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	研修を推進していくための担当者を設置している。	A
③	職員の研修ニーズに基づく研修計画を策定している。	B
④	研修計画に基づく研修機会を確保している。	A
⑤	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	実習生の受け入れに関する基本的な考え方を明示している。	A
②	実習生を受け入れるための体制を整備している。	A
③	実習生の受け入れにあたり、利用者の意向を尊重している。	C
④	実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	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）の対応等利用者の安全確保のための体制が整備されている。	A
②	防災に関するマニュアルを整備している。	B
③	衛生管理に関するマニュアルを整備している。	B
④	感染症防止に関するマニュアルを整備している。	A

⑤ 発生した事故を把握している。	A
⑥ 事故防止のための具体的な取り組みを行っている。	A
⑦ 安全を確保するための施設・設備上の工夫がされている。	B
⑧ 事故補償（賠償）を行な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 利用者の生活の範囲を広げることを目的とした地域への働きかけを積極的に行っている。	B	
② 地域生活を身近なものに感じられるよう、様々な機会や情報を提供している。	B	
③ 地域に開かれた施設である。	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関する基本的な考え方を明示している。	A	
⑥ ボランティアを受け入れるための体制を整備している。	A	
⑦ ボランティアの受け入れに関する記録等整備している。	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	
③ 相談援助の困難な場合について対応方法がルール化されている。	B	
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 利用者の意思を尊重している。	B	
② 身体拘束廃止や体罰等の防止に向けた取り組みが行われている。	A	
③ 利用者の尊厳が守られている。	B	
④ 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	C	
⑤ 家族や友人の面会に対する配慮がされている。	A	
⑥ 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	

	⑦ 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。	C
	⑧ 入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	C
	⑨ 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ている。	A
	② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	A
	③ 利用者の生活空間への配慮がなされている。	B
	④ 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
	⑤ 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
	⑥ 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
	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。	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 施設等の運営に関して利用者の意見を聞くための取り組みを行っている。	A
	② 利用者からの多様な相談に積極的に対応している。	C
	③ 利用者のアドボカシー（利用者の権利擁護や代弁機能）に心掛けてしている。	B
	④ 苦情申立、解決の仕組みが整備されている。	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ている。	A
	③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	A
	④ 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) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
	① 機関における個々のサービスについての標準的な実施方法が定められている。	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。	C

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 計画の実施に関わる記録が整備されている。	A
	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	A
	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 機関が行っているサービスに関する情報の提供を行っている。	A
	② サービスの実施にあたり、利用者又はその家族等に説明し、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 必要に応じて、地域生活への個別移行計画が策定されている。	C
	② 個別移行計画の内容は、無理なく地域生活に適応できるものである。	C
	③ 退所後に必要な支援をしている。	C
	④ 利用者の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

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 利用者の課題（ニーズ）が明示されている。	A
	③ 課題解決の目標を明らかにしている	A
	④ コミュニケーションについて、支援が必要な利用者の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 移動（移乗を含む）について、支援が必要な利用者の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
	⑥ 食事（栄養管理を含む）について、支援が必要な利用者の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
	⑦ 入浴・清拭について、支援が必要な利用者の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

⑧	排泄について、支援が必要な利用者の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
⑨	身だしなみや清潔保持について、支援が必要な利用者のサービス実施計画に基づく個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
⑩	利用者の理・美容について、支援が必要な利用者のサービス実施計画に基づく個別・具体的な支援方法が明示されている。	B
⑪	利用者の心理面に着目した支援を行っている。	C
⑫	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
⑬	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
⑭	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
⑮	利用者の社会生活に必要な技術や知識の習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
⑯	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
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	サービス実施計画の作成、実施において責任者が定められている。	A
②	サービス実施計画の作成において利用者の意向に配慮している。	C
③	サービス実施計画の作成において「説明」と「同意」を徹底している。	B
④	目標に対するサービス実施計画が作成されている。	A
⑤	サービス実施計画は関係職員の連携のもとに作成されている。	A
⑥	実施するサービスの順位が明確である。	C
⑦	利用者の情報がサービス実施計画の責任者に確実に伝わる仕組みがある。	A
⑧	実施計画書に基づく実施状況に関する評価（振り返り）がなされている。	A
⑨	実施計画の見直しが行われている。	A
⑩	実施計画の見直しにあたり、利用者等の意向に配慮している。	C