

## 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	17年11月28日～18年2月21日
評価調査者番号	H17-b010
	H17-a003
	H16-b003

### 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) 赤松寮	種別：知的障害者更生施設
代表者氏名： (管理者) 日下部 きよ子	開設年月日 昭和63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 20-7	
連絡先電話番号： 053-583-1140	FAX番号 053-583-1243
ホームページアドレス	<a href="http://www.tenryu-kohseikai.or.jp/handicap/akamatsu/index.html">http://www.tenryu-kohseikai.or.jp/handicap/akamatsu/index.html</a>

#### (2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事		
ショートステイ(知的障害児・者)	花まつり、七夕祭り、花火大会、納涼祭、一泊旅行、スポーツ祭、オレンジマラソン大会、厚生会まつり、クリスマス会、あかまつ祭、節分、ひなまつり、映画会		
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 13室 1人部屋 2室  エアコン、ベッド、扇風機、換気扇等設置	静養室、事務室、会議室、厨房、食堂、浴室、医務室、ワーカー室、作業室、同一敷地内にスーパー、天竜福祉工場、運動場等		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	生活支援員(非常勤)	13
事務員	1	作業指導員	1
看護師	1	夜勤専門職員	1
生活支援員	8	ソーシャルワーカー	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、基本方針等を事業計画書に明示し、利用者や保護者等に事業計画書を配布し、説明をしています。

管理者はサービスの質の向上に意欲を持ち、ISO認証の取得や業務の効率化に向けて手順書を作成する等職員が連携しながら具体的な取り組みを行なっています。

実習生やボランティアを積極的に受入れ、人材育成や地域との交流に力を入れています。また、法人のホームページ、広報誌等で地域に向けた情報を定期的に発信し関係機関との定期的な連携の機会を設け地域に根ざした事業を展開しています。

利用者は法人内の福祉資源等を活用し、活動の幅を広げる支援に取り組んでいます。

事故防止のためにヒヤリ・ハットや事故事例を収集しマニュアルを整備し、施設内に衝突防止のミラーを設置する等工夫をしています。

利用者や家族の意向を尊重した個別支援計画を策定し、関係職員より定期的に評価、見直しを実施しています。また、必要に応じて機能訓練、作業療法を取り入れています。

### 特に改善を求められる点

法人の理念、基本方針等は利用者がわかりやすい文章に置き換え掲示することが望まれます。また、具体的な計画についても写真等を利用するなど工夫をしながら利用者にもわかりやすく周知することが求められます。

法人の障害支援事業部が大枠の中・長期計画を作成していますが、赤松寮独自の福祉サービスに向上に向けての職員の研修、人材育成等のより具体的な計画の策定が求められます。

各種マニュアルを整備していますが、防災マニュアルは一部対象となる災害等について不十分な面の整備が求められ、衛生管理マニュアルでは施設の設備の清潔保持についてより一層の整備が求められます。また、わかりやすい実践・標準的な支援マニュアルを整備していますが、今後は見直しを定期的に行なうことが期待されます。

通信は自由ですが、電話の設置場所や個別にくつろげる場所等の設置についてプライバシーの配慮の観点からより一層の工夫が期待されます。また、入浴、清拭時はプライバシーへの配慮を心がけ実践していますが、支援マニュアルに明示がなく整備が求められます。

毎月利用者懇談会を実施し利用者の意見を取り入れたり、満足度調査を実施していますが、今後はさらに、利用者からの意見等に対応するマニュアルの整備や把握した意見を活用できる具体的な取り組みが期待されます。

契約を締結することが困難な利用者の対応として成年後見制度の活用法を具体的に書面に明示することが求められます。

### 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

利用者への聞き取り、職員の自己評価、第三者の評価とそれぞれの視点で福祉サービスの質が問われたわけではありますが、第三者評価の調査結果の分析に対する着眼点の違いから、施設の抱える課題が明確化されました。

その主な課題として、標準化されたサービス提供の基本となるマニュアルの整備。またそのマニュアルが時代に即したものとして活用できるよう定期的な見直し。利用者、保護者からの要望などの調査から対応までのルールの確立。複合施設のなかの一施設での人材育成の中長期計画など、今後、取り組むべき具体的対策が明らかとなりました。

また、施設としての評価をまとめる職員との共同作業は、大変ではありましたが、福祉サービスの質を再確認する良い機会を得たことも意義ある受審であったと思います。

### 4 評価分類別評価内容

<p>評価対象</p> <p>1 理念・基本方針</p>	<p>* 理念・基本方針は事業計画書に記載され、施設内に掲示されている。</p> <p>* 法人の全体研修で職員に周知されている。保護者には保護者会で事業計画書を配布し説明しているがわかりやすい説明や明示等が十分でない。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>* 中・長期計画は、職員の研修、人材育成等、具体的な計画が策定されていない。</p> <p>* 事業計画は職員等が参画し、評価・見直しがされ組織的に策定している。</p> <p>* 計画の周知について、職員へは会議等で周知しているが、利用者へ周知する取り組みは十分でない。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>* 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明し、経営や業務の効率化に向けた取り組みが行なわれている。</p> <p>* 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を把握し、福祉サービスの質の向上に勤めている。</p> <p>* 関連法等に関する情報は、研修会、報告書、朝の会等で職員に周知している。</p>
<p>評価対象</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<p>* 法人で公認会計士より指導を受けている。また、ISO認証を取得し、年1回の監査を実施し、その結果に基づいた経営改善を実施している。</p> <p>* 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取り組みを行い、福祉サービスの質の向上をさせることを目的とした経営状況の分析を行なっているが、経営状況や改善すべきか課題について職員への周知は十分でない。</p>

2 人材の確保・養成	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 職務分掌を事業計画書に明確に定められており、必要な人材や職員配置を確保している。</li> <li>* 客観的な基準に基づく人事考課については、今後実施予定である。</li> <li>* 第三者のコンサルタント会社を利用し、職員アンケートを実施し、職員の就業状況や意向を把握し、改善する仕組みを構築している。</li> <li>* 実習生受け入れマニュアルを整備し、機関として、基本的な考え方や方針を明示している。</li> <li>* 組織としての職員の教育・研修に関する基本姿勢を基本方針に人材育成として掲げているが具体的な明示としては十分でない。</li> </ul>
3 安全管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 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。</li> <li>* 防災マニュアルを整備しているが、一部対象となる災害等については不十分な面がある。(火災時のみ整備)</li> <li>* 衛生管理マニュアルが整備されているが、施設、設備の清潔保持等については不十分な面がある。</li> <li>* 事故報告書・ヒヤリ・ハット報告書等、事故を組織的に把握し、職員会議等で発生要因を分析し、未然防止策を検討している。</li> </ul>
4 地域との交流と連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 関係機関、団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討が行なわれている。</li> <li>* 地域療育支援センターを通して地域の具体的な福祉ニーズを把握し、取り組みを積極的に行なっている。</li> </ul>
1 利用者本位の福祉サービス	<p>評価対象</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 利用者の意思を尊重しクラブ活動等選択できるよう配慮している。</li> <li>* 入浴は毎日(休日除く)でき、個々の利用者に応じて安全性、快適性に配慮している。</li> <li>* 利用者の尊厳について研修等を実施しているが、不適切事例への対応等の定めが十分でない。</li> <li>* プライバシー保護に関して配慮しているが、電話の設置場所が職員がいる事務室であることや、入浴・清拭時のプライバシーへの配慮について支援マニュアルに明示がなく十分でない。</li> <li>* 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、その結果を活用できる取り組みには至っていない。</li> <li>* 利用者がくつろげる空間を確保しているが、スペースが少なく十分でない。</li> </ul>

<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* サービス内容について自己評価を実施し、その結果に基づき課題を明確にし、改善策をたて、事業計画にも明示し取り組んでいる。</li> <li>* 利用者の状況等は連絡ノート等を整備し、職員間で共有できる仕組みを整備している。</li> <li>* 同一敷地内に気軽に買い物ができるスーパーがあり、敷地内の他の関連施設を活用し自立支援を実施している。</li> <li>* 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。</li> </ul>
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* サービスの情報をホームページで公開し、広報誌や赤松寮のパフレットを公共機関の窓口置き、積極的に情報を提供している。</li> <li>* サービス開始時にサービス内容や料金等について利用者や家族に説明し、意向を把握した上で同意と契約を定められた様式で書面に残している。しかし、退所後も情報提供の支援をしているが不定期である。</li> </ul>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 利用者一人ひとりのアセスメントを定期的実施し、意向を尊重し課題達成に向けて個別支援計画を作成している。</li> <li>* 支援が必要な利用者には機能訓練、音楽療法、生活スキルのための社会参加、体験、寮外活動等希望を組み入れた個別支援計画を作成している。</li> <li>* 個別支援計画を作成し、関係職員が参画し評価、見直しを実施されている。</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。

## 5 評価細目の第三者評価結果〔知的障害者更生施設〕

評価対象 福祉サービスの基本方針と組織

### - 1 理念・基本方針

		第三者評価結果
- 1 -(1) 理念、基本方針が確立されている。		
	理念が明文化されている。	A
	理念に基づく基本方針が明文化されている。	A
- 1 -(2) 理念や基本方針が周知されている。		
	理念や基本方針が職員に周知されている。	A
	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	B

### - 2 計画の策定

		第三者評価結果
- 2 -(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
	中・長期計画が策定されている。	C
	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	C
- 2 -(2) 計画が適切に策定されている。		
	計画の策定が組織的に行われている。	A
	計画が職員や利用者等に周知されている。	B

### - 3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
- 3 -(1) 管理者の責任が明確にされている。		
	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
	遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	A
- 3 -(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
	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
	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 組織の運営管理

### - 1 経営状況の把握

		第三者評価結果
- 1 -(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	A
	機関の経営状況に関する経営分析を行っている。	B
	外部監査が実施されている。	A

- 2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
- 2 -(1) 人事管理の体制が整備されている。		
	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
	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	B
	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	C
- 2 -(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
	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
	職員に対する福利厚生事業が積極的に行われている。	A
- 2 -(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	B
	研修を推進していくための担当者を設置している。	A
	職員の研修ニーズに基づく研修計画を策定している。	B
	研修計画に基づく研修機会を確保している。	A
	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
	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
- 2 -(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
	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
	実習生を受け入れるための体制を整備している。	A
	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。	A
	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

- 3 安全管理

		第三者評価結果
- 3 -(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
	緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	A
	防災に関するマニュアルを整備している。	B
	衛生管理に関するマニュアルを整備している。	B
	感染症防止に関するマニュアルを整備している。	A
	発生した事故を把握している。	A
	事故防止のための具体的な取り組みを行っている。	A
	安全確保するための施設・設備上の工夫がされている。	A

- 4 地域との交流と連携

		第三者評価結果
- 4 -(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
	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。	A
	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
	地域に開かれた施設である。	A
	事業所が有する機能を地域に還元している。	A

	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
	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
	ボランティアの受け入れに関する記録等を整備している。	A
-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
	必要な社会資源を明確にしている。	A
	関係機関等との連携が適切に行われている。	A
-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
	地域の福祉ニーズを把握している。	A
	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	A

評価対象 適切な福祉サービスの実施

-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
	利用者の意思を尊重している。	A
	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
	利用者の尊厳が守られている。	B
	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。	B
	家族や友人の面会に対する配慮がされている。	A
	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
	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
	入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	C
	排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。	A
-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	A
	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	B
	利用者の生活空間への配慮がなされている。	B
	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
	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
	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
	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。	A
	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
-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。		
	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
	利用者からの多様な相談に積極的に対応している。	B
	利用者のアドボカシー（利用者の権利擁護や代弁機能）に心掛けている。	B



	苦情申立、解決の仕組みが整備されている。	A
	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	C

## - 2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
- 2 -(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		
	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
	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
	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	A
- 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。		
	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。	A
	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
- 2 -(3) 提供するサービスに独自の特徴を有している。		
	提供するサービスに独自の特徴を有している。	A
- 2 -(4) サービス実施の記録が適切に行われている。		
	計画の実施に関わる記録が整備されている。	A
	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	A
	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

## - 3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
- 3 -(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
	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
	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
	利用契約に関する契約書が取り交わされている。	A
	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
- 3 -(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
	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。	A
	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。	A
	退所後に必要な支援をしている。	C
	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。	A

- 4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
- 4 -(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	A
	利用者の課題（ニーズ）が明示されている。	A
	課題解決の目標を明らかにしている	A
	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。	A
	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
	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
	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
	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。	A
	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。	B
	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。	A
	利用者の心理面に着目した支援を行っている。	B
	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。	A
	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。	A
	利用者の就労に向けた支援に関する個別、具体的な実施方法が明示されている。	A
	利用者の社会生活に必要となる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。	A
	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。	A
- 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。		
	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
	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。	A
	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。	A
	目標に対するサービス実施計画が作成されている。	A
	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
	実施するサービスの順位が明確である。	A
	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
	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
	実施計画の見直しが行われている。	A
	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。	A

