

静岡県福祉サービス第三者評価の結果

◎ 評価機関

名 称	日本社会福祉士会静岡県支部
所 在 地	静岡市葵区中町24-2 若杉ビル3階
評価実施期間	平成20年11月28日～ 20年12月18日
評価調査者番号	① H17-a031
	② H16-b013
	③ H18-b001

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) 赤石寮	種別: 障害者支援施設 (評価種別は知的障害者入所更生施設)
代表者氏名: 河合 晴夫 (管理者) 日下部 きよ子	開設年月日: 昭和46年 5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: 生活介護 100人 (利用人数) 施設入所支援 90人
所在地: 〒431-3423 静岡県浜松市天竜区渡ヶ島 324	
連絡先電話番号: 053(583)1137	FAX番号: 053(583)1451
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			
知的障害者を主たる対象者とする ・生活介護・施設入所支援 ・短期入所事業 ・日中一時支援	(法人全体)・厚生会まつり、施設合同作品展、花火大会、施設合同運動会等 (施設行事)社会参加活動、七夕、納涼祭、クリスマス会、新年会、節分、ひな祭り、毎月の誕生会等			
居室概要	居室以外の施設設備の概要			
・個室 52室 ・二人部屋 24室	・食堂・配膳室・便所・浴室・談話コーナー…各ユニットごと ・医務室、静養室、行動改善室、おむつ交換室…各階 ・中間浴室…3階 ・作業室、相談室2室…1階			
職員の配置				
	職 種	人 数	職 種	人 数
	施設長	1	サービス管理責任者	3
	事務員	1	生活支援員	57 (うち非常勤21)
	看護師	3 (うち非常勤2)	医師(嘱託)	2
	栄養士	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
1) 法人本部と施設との連携により、法人の理念や基本方針、経営状況の把握など共通の部分と、施設独自の部分とが明確にされています。 2) ISOの認証を取得し、経営、提供サービスの質の向上に法人全体で取り組んでいます。 3) 「人事制度要綱」が定められ、法人本部と調整の上、人員体制プランを作成しています。また、個人別の研修目標が定められ、計画的な人材育成に努めています。 4) 「人事制度要綱」に基づき、法人全体で年1回職員の人事考課が実施されています。 5) 外部コンサルタント会社を導入して年1回法人全職員の意向アンケート調査を実施し、経営層を含めた改善協議が実施されています。 6) 障害福祉サービスの提供に必要な書式に基づいた個別支援計画が立てられています。
◆ 特に改善を求められる点
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

<p>受審にあたり、自己評価項目の内容の説明をすることにより、サービス提供者としての方向性が見えてきた。</p> <p>重度障害者に対する人権意識・専門性を踏えたサービス、地域との交流・連携、各種マニュアル化の不備が確認され、事業所としての弱点が明確となった。</p> <p>特にマニュアル化については、第三者が一目見て理解できるものでなければ意味がないという意識が薄く、マニュアル化本来の意味をなしていない文書が多く存在していることを痛感した。</p> <p>しかし、地域との交流においては、地理的な制約があり、難しい課題となった。</p> <p>今回の受審により浮き彫りとなった事業所の弱点を受け止め、今後改善に向けて取り組み、弱点を長所としていけるよう取り組んでいきたい。</p>

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"> 法人の理念及び基本方針は施設概要、事業計画書等に記載され、施設の各ユニットにも掲示されています。また、職員会議で文書を配布の上、説明されています。 理念・基本方針を保護者会で説明したり施設内に掲示したりしていますが、利用者に分かりやすい説明という点での取り組みは十分ではありません。
2 計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> 法人の指示書により施設の当該施設の中長期計画(H19～H22 年度)が策定されています。中長期計画を基に単年度の事業計画が作成され、年2回目標達成度を評価しています。 法人の基本方針から事業所ごとの事業計画作成まで手順に基づき、各計画も主任・リーダー会議で検討された上で作成されています。 各計画を職員会議、家族会等で資料配布の上説明していますが、利用者に対しては掲示しているものの、理解を促進するための分かりやすい資料の作成や説明の工夫等は特に行われていません。
3 管理者の責任とリーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> 事業計画書内の業務分掌表により管理者の役割を明確化し、職員会議等で事業計画書をもとに表明しています。 法令・通知等の最新情報について、法人でリストアップした資料を施設で職員に回覧し周知に努めています。 サービスの質の向上に向けて、全職員で毎年提供サービスの自己評価を実施しています。管理者は職員会議、主任・リーダー会議で、改善への取組みを指示し、リーダーシップを発揮しています。

<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・本部組織で毎月当該施設に関する「経営成績表」「試算表」「月次報告」が出され、経営状況の分析がされています。 ・毎月財務分析が行われ、管理者は指標に基づき業務の効率化と改善に取り組んでいます。人員配置等人事面での検討も行っています。 ・公認会計士の指導を受け経営改善に取り組んでいます。また、年2回「財務研修」が実施されています。
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「人事制度要綱」が定められ、法人本部と調整の上、人員体制プランを作成しています。またこの要綱に基づき、法人全体で年1回人事考課が実施されています。 ・外部コンサルタント会社を導入して年1回法人全職員の意向アンケート調査を実施し、本部総務課が担当して経営層を含めた改善協議が実施されていることが確認できました。 ・年度ごとに研修の到達目標に対する評価がなされ、それに基づき次年度の個人別研修計画を作成し、人材育成に努めています。 ・実習生の受け入れ体制が整備され、個別プログラムを用意するなど、育成に積極的に取り組んでいます。
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・法人として防災管理委員会が組織され、施設内では災害時の避難誘導マニュアルを整備し、マニュアルに基づき月1回の避難訓練を実施しています。 ・感染症対策マニュアル・衛生管理マニュアルを策定し、職員に説明・配布しています。感染対策委員会を組織し、月1回委員会を開催し、必要な見直しを検討しています。 ・事故・ヒヤリハット対応マニュアルに基づき是正・予防処置を作成し、職員会議で効果の確認、是正処置の再確認を行い再発防止に努めています。事故・ヒヤリハット担当者を組織し、年2回集計分析を行っています。
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・相談支援事業所との連携により、具体的な地域の福祉ニーズを把握しています。 ・地域の福祉ニーズに対応する短期入所事業、日中一時支援事業を行い、法人としては地域移行促進のためグループホーム・ケアホームの設置に取り組んでいます。 ・夏祭りや厚生会祭りなどで地域交流を行っていますが、イベント中心の取組みとなっており、地理的な制約により日常的なコミュニケーションを図るという取組みに限界が生じています。 ・相談援助の困難な場合に対処する方法は定められていますが、定期的な会議の中で地域の関係機関と連携しての課題検討は十分ではなく、現在地域レベルで整備途上の段階です。
<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"> ・利用者の障害程度区分が重く、サービス提供に関して、現時点でできる限り利用者を尊重する配慮と努力がなされています。 ・利用者の生活空間や食事・入浴・排泄の快適性に関する配慮がなされており、障害の重度な利用者の排泄動作に対応する工夫も進められています。 ・利用者が苦情や意見を述べやすい体制が整備されていますが、相談への対応手順が文書化されていません。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスの質の確保のために自己評価を実施し、課題を抽出して改善策を検討する一連の作業が実施されています。 ・サービスの標準的な実施方法については、経営法人による支援マニュアルを活用しています。 ・利用者の障害の状態などの特性を考慮した、独自の特徴を持つサービスが考案、展開されています。 ・個人情報管理の管理体制に基づき、サービス実施の記録が整備されています。

3 サービスの開始、 継続	<ul style="list-style-type: none"> ・施設見学時等に概略を説明したものを交付し、また入所時には契約書と重要事項説明書とを使用して詳細にサービス内容を説明して、同意を得て契約しています。 ・契約の内容を理解することが難しい人が多いためパンフレット等を使い説明、手続上の難しい事は支援をしていますが、分かりやすい説明文書やマニュアルは作成されていません。 ・地域生活への移行計画は過去に例がありませんが、利用者のエンパワメントに基づいたプログラムは作成されています。
4 サービス実施計画の 策定	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントのマニュアルに優先順位の考え方が記載されており、ケア会議を開催し、合議により決定されています。 ・個別支援計画書に個人個人の行動特徴にもとづく支援内容が具体的に明示されています。移動・移乗に関する支援内容の部分が十分ではありませんが、他の多くの項目の支援内容については整った記載がなされています。 ・サービス実施計画は、施設サービス計画書のプロセス(マニュアル)に基づき、利用者の意向を踏まえて定まった責任者により作成され、ケア会議で確認されています。6 か月に一回の定期的なモニタリングと見直しが行われています。

評価細目の第三者評価結果〔身体・知的障害者更生施設（入所）、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。	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) 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。	A
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。	A
	② 施設の経営状況に関する経営分析を行っている。	A
	③ 外部による評価・監査が実施され経営改善に取り組んでいる。	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 施設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。	A
	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 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。	A
	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。	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対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	A
	② 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	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）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。	A
	③ 衛生管理に関するマニュアルを整備している。	A
	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組を行っている。	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。	A
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が目的とした地域への働きかけを積極的に行っている。	A
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	施設が有する機能を地域に還元している。	A
⑤	ボランティア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。	A
②	関係機関等との連携が適切に行われている。	B
③	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
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。	A

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。	A
②	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
③	利用者の尊厳が守られている。	A
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。	B
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。	A
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。	B
⑧	入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	A
⑨	排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。	A
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組を行っている。	B
③	利用者の生活空間への配慮がなされている。	A

	④ 利用者にくつろぎを与えるための工夫がされている。	A
	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。	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。	A
	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
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組を行っている。	A
	② 利用者からの多様な相談に積極的に対応している。	B
	③ 利用者のアドボカシー（利用者の権利擁護や代弁機能）に心掛けている。	A
	④ 苦情申立、解決の仕組みが整備され機能している。	A
	⑤ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	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。	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。	A

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 施設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
	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。	A
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が共有化している。	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 施設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。	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 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應できるものである。	C
	③ 利用者に対するエンパワメントの理念に基づいたプログラムが作成されている。	A
	④ 退所後に必要な支援をしている。	A

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
	⑤ 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
	⑥ 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
	⑦ 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。	A
	⑧ 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・具体的な支援方法が明示されている。	A
	⑨ 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
	⑩ 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。	A
	⑪ 利用者の心理面に着目した支援を行っている。	A
	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。	A
	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。	A
	⑭ 必要に応じて利用者の就労に向けた支援に関する個別・具体的な方法が示されている。	B
	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。	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	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。	A
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。	A
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。	A
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。	A