

(別記)

公表基準

公表は次の様式により行うものとする。

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 1-70 県総合社会福祉会館シズウェル内 4階
評価実施期間	H25年11月 5日～H26年 3月 31日
評価調査者番号	①H20-a002
	②H18-b002
	③H17-003

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：あかいし学園 (施設名)	種別：障害者支援施設
代表者氏名：理事長 山本たつ子 (管理者) 施設長 鈴木 久美子	開設年月日 昭和45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名 (利用人数)
所在地：〒434-0015 浜松市浜北区於呂 4201-13	
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/handicap/akaishi

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事		
生活介護 施設入所支援 短期入所 日中一時支援	花まつり 開園記念祭(保護者の集い) 納涼祭 花火大会 厚生会まつり クリスマス会 新年娯楽会 果物狩り ひな祭り 豆まき		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
個室 50室	トイレ 洗面所 相談室 食堂 医務室 理髪室 多目的ホール 浴室・脱衣室 活動室A・B・C ふれあいルーム・スヌーズレンルーム		
職員の配置			
職種	人数	職種	人数

施設長	1	介護職員	32
生活相談員	2	管理栄養士	1
看護師	3		
医師	2(嘱託)		

2 評価結果総評

◆ 特に評価の高い点

- 1) 法人の基本理念、スローガン、経営方針、行動指針が明確に示され、これらを記した身分証明書を全職員が携行して理解の共有を図っています。
- 2) 法人はISO9001の認証を取得し、規定に基づき品質目標を設定し、予算の裏付けのある中期経営計画を作成しています。施設は職員からの意見や提案を組織的に中長期計画に反映し、単年度の事業計画と達成目標を明示し、定期的に達成度を評価しています。
- 3) 管理者等は公認会計士による指導と経営コンサルタントによる経営戦略に関する研修を受け経営の効率化や提供サービスの向上に取り組んでいます。
- 4) 職種・職域ごと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。
- 5) マニュアルは領域ごとに丁寧に作成され、ヒヤリハット事例の積極的収集、事故防止、感染症予防等の危機管理への取組には、職員の意識も高く、PDCAサイクルによるサービスの質の向上を図っています。
- 6) 改築された建物は全室個室となっていて、プライバシーが守られた生活空間を保障しています。スヌーズレンルームやリフレッシュルームを設置して、利用者の障がいの特性に合わせた設備を整備しています。
- 7) 短期入所、生活介護、日中一時支援を併設して、在宅障がい児・者の支援に積極的に取り組んでいます。特に障がい児のニーズに対応して、日中支援事業による特別支援学校生徒の放課後支援、土日等の休日の受入れ、長期休暇期間の受入れを行っています。生活介護は、特別支援学校卒業後の進路としての役割も担っています。
- 8) 記録管理システムを導入し、タブレットによる記録にすることにより、して、業務の効率化を図るとともに利用者の状況や必要な情報を共有できる体制ができています。

◆ 特に改善を求められる点

- 1) 法人としての基準化の体制は確立されていますが、「あかいし学園」としての独自性や施設の担う役割や基本方針が不明確になっています。施設長が施設の方針や役割と事業の方向性を具体的に職員に表明することが望めます。
- 2) 地域生活移行について、利用者や保護者への積極的な情報提供と地域生活を希望する利用者には地域移行支援の計画を実施し、新規の利用者には地域生活の実現を目標に掲げ必要な支援を提供するなど、施設として地域の関係機関と連携しての地域での自立生活を促す取り組みが望めます。
- 3) 利用者の主体的な活動の支援や個々の利用者のエンパワメントの視点を重視した支援計画とサービスの評価が望めます。
- 4) 改築に伴い全室を個室化しましたが、利用者の好みの調度品や家電等など1人ひとりの暮らしのスタイルが生まれるような配慮や支援が望めます。

5) 利用者からの相談への対応について、利用者へわかりやすく提示するとともに、相談業務の標準的なマニュアルの策定が望まれます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価を受審し、管理者として施設の独自性・施設の担う役割や基本方針が職員へ年度当初に明確に表明されていないこと、ご利用者の主体的な活動支援やご利用者のエンパワメントの視点を重視した個別支援計画の作成の重要性、ご利用者の暮らしの中での個々の想いを汲み取った支援が具体的な支援に反映されていないこと、環境面や安全面などの職員側の管理面や事故等の懸念から利用者への配慮が欠如していることを管理者として気づかせて頂きました。1人ひとりの想いを汲み取り、暮らしに反映するために利用者が視覚的に理解しやすいよう日課や行事等を絵やひらがなで表示するよう努めます。事業計画についてもわかりやすい方法で伝える工夫をし、行事を楽しみと思えるようサービスの向上に施設全体で取り組みたいと考えます。平成26年4月より月1回利用者の会を開催し、ご利用者の要望や声を傾聴し、生活や行事に反映するよう取り組んでいきます。

また、日常の生活の暮らしの衛生保持に関するマニュアルや相談業務の標準的なマニュアルの策定などが整備されていないことを気づかせて頂きました。相談業務の手引書の作成については事業部にて検討中です。今後、手引書が整った際は当事業所においても導入したいと考えております。

衛生マニュアルに関しては、ワーキングを立ち上げ検討し整備していきます。未整備の内容については平成26年度の事業計画に反映し施設サービスの充実にも努める所存でございます。

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>	<ul style="list-style-type: none"> 法人の理念や福祉事業に対する基本的姿勢が明確に示されています。 法人の理念及び基本方針は、施設概要、事業計画書に記載され、施設の分かりやすい場所に掲示しています。職員会議で配付し、職員に説明、周知をしています。職員は理念とスローガンが記載された身分証明を携帯しています。 理念・基本方針は、保護者の集いでパンフレットの配付やスライドでわかりやすく説明していますが、言葉の理解が苦手な利用者に、理解できるような工夫が求められます。
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> 法人全体で中期計画を策定し、年に2回の達成度の評価が行われています。 業務改善アンケートを実施して、職員から施設運営についての提言や改善提案を求め、それを職員会議で検討しながら組織的に事業計画を策定しています 各計画は、職員会議、保護者の集いで資料を配付の上説明していますが、分かりやすい方法で利用者に施設の事業計画について伝える工夫が必要です。
	<ul style="list-style-type: none"> 職務分掌で施設長の役割は示されていますが、管理自

<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>らの責任と役割の表明は具体的ではありません。</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設長の指揮のもとに、職員が積極的に改善提言を行い、課題を明確にして質の向上に取り組んでいます。 法令、通知等の情報については、法人でリストアップし整理していますが、職員への理解、周知は十分ではありません。 サービスの質の向上に向けて、全職員で毎年サービスの自己評価を実施し、職員会議で改善への取り組みをしています。 毎月の財務分析による評価と検討を行い、業務効率化等の改善に努めています。
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> 管理者は毎月財務分析や、人員配置の検討を行い、リーダーシップを発揮しています。 管理者は、積極的に福祉の動向の情報収集に努め、法人内の相談事業所との連携により地域のニーズの把握に努めています。 法人本部にて、毎月施設に関する「経営成績表」「試算表」「月次報告」により、経営分析が行われています。 コスト削減や節約の励行について職員と相談して積極的に取り組んでいます。 公認会計士による指導を受け、経営改善に取り組んでいます。経営コンサルタントによる経営戦略に関する研修や指導を受けて、経営状況の把握をしています。
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> 「人事制度要綱」に基づいて、法人全体で年に一回、客観的な基準に基づいた人事考課が行われていますが、正規採用の職員に限定されています。 法人全体で、新任・3年・6年目・主任・係長・管理職等の階層別に研修計画が立てられ、人材育成が行われていますが、職員特性や力量に合わせた教育や研修計画は策定されていません。 法人独自の福利厚生を体制を確立し、人間ドッグ、育児支援やシニア雇用制度等、職員の要望に基づいて積極的に行なっています。 実習生の受け入れには、法人として社会福祉専門職の育成や、職員の指導力の向上等実習生育成の目的を示し、各実習生の目的に応じた多様な個別プログラムを整備し、教育、養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"> 防災、感染症予防等のマニュアルは完成度が高く、職員にも周知されていますが、日常的な衛生保持のためのマニュアルが不足しています。 ヒヤリハット事例の積極的な収集に努め、職員会議や打ち合わせ会で情報を共有し、事故防止に積極的に取り組んでいます。 転倒時怪我等の軽減のために軟らかいクッションフロアや転倒防止のための手すりの設置や段差の解消

	<p>など安全確保のための工夫に努めています。</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設の開放・機能提供、ボランティアの受け入れ等は積極的に行っています。 地域の情報提供は行われていますが、地域の行事や活動への参加は特定の利用者に限られています。地域生活移行のための情報摘要や地域生活の体験は入所者の状況から行われていません。 法人内相談支援事業所を中心に地域の福祉機関、医療機関等との連携の体制を構築しています。浜北区の自立支援連絡会に参画しています。 短期入所、生活介護、日中一時支援事業等在宅障がい児・者のニーズに積極的に応えるサービスを提供しています。
4 地域との交流と連携	
評価対象Ⅲ	
1 利用者本位の福祉サービス	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の日常活動の環境設備では安全面の配慮がされ、個室があり、面会、通信、入浴や排せつの直接の介助面でもプライバシーが尊重され、尊厳についての勉強会があり、課題の改善に努めています。 生活空間や設備上の工夫、快適性を確保し、日常生活面衣類や医療、外出面で配慮され、支援がなされていますが、個室に TV を配置することは支援の関係上行っていません。 利用者の主体的活動やエンパワメントに基づくプログラムやアドボカシーへの対応が不十分で、相談援助が困難な場合や、意見を述べやすい環境の整備は十分とは言えません。
2 サービスの質の確保	<ul style="list-style-type: none"> 自己評価の分析を細かく行っています。 標準的な実施方法(手順書、マニュアル)については、整備されています。ただし、介護マニュアルの改訂については、事業所の実情に合わせた改訂が必要です。 サービス実施の記録は整理されています。記録管理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くなっていますが、システム活用後間もないということで今後の活用が期待されます。
3 サービスの開始、継続	<ul style="list-style-type: none"> サービス利用開始時、契約書は比較的大きな文字で作成された契約書を用いて説明し、利用者が署名していますが、重要事項説明書は家族の同意に留まっています。 サービスの終了(退所)後の対応について、その後の方法や窓口等については文書で確認できませんでしたので、書面の作成が求められます。
4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> アセスメントは、記録管理システムを活用することで、職員間で共有が図られています。 アセスメントで抽出された課題は、サービス実施計画へ反映され、課題と目標の整合性が取れています。 毎月、利用者の状況を確認し、計画の見直しができる体制を整えています。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメントからモニタリングまでの一連の業務は、規程（手順書）に基づき実施され、作成された書面や記録も整理されています。
--	--

5 評価細目の第三者評価結果

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 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。	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。	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。	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	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
③	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
②	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。	A
③	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
④	利用者の安全確保のためにリスクを把握している。	A
⑤	事故防止のための具体的な取組を行っている。	A
⑥	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。	A
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。	B

	② 地域に開かれた事業所である。	A
	③ 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。	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

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
	③ 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。	B
	④ 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
	⑤ 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
	⑨ 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。	A
	⑩ 入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	A
	⑪ 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、取組を行っている。	A
	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。	A
	⑥ 入浴・清拭は、利用者の希望に沿って行われている。	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。	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
	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。	A
	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行われている。	A
	⑬ 外出は利用者の希望に応じて行われている。	A
	⑭ 外泊は利用者の希望に応じるように配慮されている。	A
	⑮ 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	A
	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。	B
	⑰ 送迎支援を必要に応じ行っている。	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 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。	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
	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。	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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	A
	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。	B
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。	B
	③ 作業能力の評価や工賃積算方法が定められている。	適用除外
	④ 利用者の状態に合った訓練指導・支援を行っている。	適用除外
	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。	適用除外
	⑥ 技術研修や作業開拓、製品管理が適正に行われている。	適用除外
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。	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	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。	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。	B
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。	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。	A
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。	A
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。	A
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。	A
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。	A
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。	A
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。	A
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。	A
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
⑰	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