

## 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
評価実施期間	平成 27 年 9 月 30 日～28 年 3 月 9 日
評価調査者番号	① H22 - c003
	② H21 - b003
	③ H24 - a006

### 1 福祉サービス事業者情報

#### (1) 事業者概要

事業所名称：赤石寮 (施設名)	種別：障害者支援施設
代表者氏名：太田 清文 (管理者)	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	<a href="http://www.tenryu-kohseikai.or.jp/">http://www.tenryu-kohseikai.or.jp/</a>

#### (2) 基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事
<p>○生活介護・施設入所支援 個別支援計画を作成し、個人が尊厳をもってその人らしい自立した生活を送れるよう支援します。</p> <p>○短期入所・日中一時支援事業 社会的・私的な理由により家庭生活が難しい障害者が一定期間施設にて生活し、個人の心身機能の向上、並びにその家族の具体的及び精神的負担の軽減を図ります。</p>	<p>○施設内行事 あゆみの会(利用者懇談会)、花まつり、春季行楽、七夕祭、納涼祭、節分、ひな祭り、グリーンマラソン、盆供養祭、彼岸供養祭、6施設合同運動会、厚生会まつり、保護者の集い</p> <p>○その他対外行事 県障害者スポーツ大会、オレンジマラソン(静岡)、愛護ギャラリー展、ヤマハ労連チャリティー観劇、清掃奉仕(障害者週間)</p>

居室概要		居室以外の施設設備の概要	
個室	52室	静養室、食堂、浴室、便所、医務室、作業室、相談室	
2人部屋	24室		
職員の配置			
職種	人数	職種	人数
施設長	1	栄養士	1
サービス管理責任者	2	生活支援員	69名(内33名は非常勤)
医師(非常勤)	2	調理員	4
看護師	2(内1名は非常勤)	事務員	2

## 2 評価結果総評

### ◆ 特に評価の高い点

- ・ 法人の理念等が書かれた携帯カードが職員一人ひとりに配布され、毎朝礼で唱和しています。
- ・ 理念・事業計画は、写真等を使った大変わかりやすいスライドを作成し、利用者や家族に説明しています。
- ・ 法人主体で経営分析がなされ、中・長期計画を策定しています。また事業計画は全職員から聴取した意見が反映されています。
- ・ 利用者の安全を確保するための各種マニュアルが整備されています。
- ・ 福祉教育を中心に、障がい者理解を進めています。また、施設機能を活用し、ショートステイ、日中一時支援事業も行い、施設が有する機能を地域に還元しています。
- ・ 自己評価、第三者評価を定期的に行い、サービスの質の向上に向けた取り組みが組織的に行われています。
- ・ 日々の利用者の状況とサービス実施状況が詳細に記録され、パソコンシステムにより職員間で情報が共有されています。
- ・ 利用者サービスに関する法人共通のマニュアルが整備されています。
- ・ ユニット制を導入し、利用者個々のニーズに合った支援を実施しています。

### ◆ 特に改善を求められる点

- ・ 契約を締結することが困難な利用者に対しての対応マニュアルがありません。
- ・ 家庭復帰が困難な利用者が多いことにも因りますが、地域移行に向けた取り組みが十分ではありません。
- ・ 利用者が一人になれる空間として行動観察室がありますが、ワーカー室から遠い場所にあり、また、壁は柔らかいクッションなどが施されていないため、利用者の安心、安全の面で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

第三者評価受審に当たり、当施設が提供している障がい者支援サービスを客観的に評価していただき、振り返りとなる良い機会となりました。

今回の結果で高い評価をいただいた点、改善が必要と指摘を受けた点を、しっかりと検証し、職員間で共有したいと思います。

ご利用者の意思決定支援、ご利用者主体の生活支援のため、上記の結果を改善につなげていけるように検討を重ねてまいります。

### 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"> <li>基本理念及び基本方針は法人のパンフレットや事業計画で公表されその内容も社会情勢に見合っています。</li> <li>また職員各自に理念等が書かれた携帯カードが個別に渡され、毎朝礼時に唱和しています。</li> <li>理念等は施設内に掲示され、保護者には家族会等で説明・配布しています。利用者には説明はしていますが、配布はしていません。</li> </ul>
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>法人主導ではありますが、施設別のレポートが作成され、事業分析をして中・長期計画を策定しています。中・長期計画は事業計画に反映されています。</li> <li>事業計画は全職員から意見を聴取し策定されています。</li> <li>事業計画は職員会議で説明していると同時に、進捗状況についても会議で話し合われています。</li> <li>計画は家族会で説明・資料配付しています。利用者には大変わかりやすいスライドで説明されています。</li> </ul>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>管理者の役割責任は事務分掌等に明記され、職員会議等でも様々な発言をしています。また今年度から管理者の指示で施設便りを発行し、情報提供をしています。</li> <li>全職員を対象に自己評価を実施し、利用者アンケートと共に職員会議等で検討されていますが、分析・評価までは至っていません。</li> </ul>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>種別の研修会等に積極的に参加し、法人内相談支援事業所と連携を図り、地域ニーズの把握に努めていますが、潜在的ニーズの把握までには至っていません。</li> <li>経営分析がなされ、課題把握・改善の検討がなされていますが、全職員への周知はしていません。</li> </ul>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>職制・事務分掌は法人及び施設で明確になっており、職員にも周知しています。</li> <li>人事考課制度は客観的な評価基準があり、考課後のフィードバックも全職員に行なっています。</li> <li>法人主体で人事制度要綱が整備され、施設で運用されています。資格取得については、特別休暇等の配慮がされています。</li> <li>研修報告にはすべて管理者のコメントが入り、事後に繋がっています。</li> <li>実習生受け入れは法人のマニュアルがあり、積極的に受け入れていますが、施設の実習担当者は明確ではありません。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>各種マニュアルが整備され、毎月避難訓練が行われています。</li> <li>ヒヤリハット・事故報告書が作成され、毎月のリスク会議で</li> </ul>

3 安全管理	<p>検討しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 便座背もたれの設置等、利用者の心身状況に合わせ設備を改修していますが、対応策については保護者の同意を得ていません。</li> </ul>
4 地域との交流と連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 法人主催の行事、施設主体の外部に開かれたイベントを開催し、地域と利用者の交流を図っています。</li> <li>・ グループホーム見学等も進められていますが、利用者が重度のため、全利用者が対象とはなっていません。</li> <li>・ 福祉教育を積極的に受け入れています。</li> <li>・ ボランティア受け入れマニュアルを整備し、積極的に受け入れています。受け入れ担当者が明確ではありません。</li> <li>・ 近隣の特別支援学校との連携も積極的に図っています。</li> </ul>
<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"> <li>・ 法人の障害者関係施設で共有しているマニュアルがあり、事業所でも法人の理念に基づいた支援を行っています。</li> <li>・ 利用者の誰もが参加できる「あゆみの会」があり、利用者の主体的な活動を尊重した取り組みをしています。</li> <li>・ 「苦情対応マニュアル」で利用者からの意見は概ね7日以内に、時間を要する場合はその旨説明をして苦情に対しては迅速に対応しています。</li> </ul>
2 サービスの質の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ タブレット端末を利用した記録入力システムで、支援上での出来事を速やかに記録し、情報を共有するしくみが整っています。</li> <li>・ 10年前に全面改築し、ユニット制を導入して利用者一人ひとりに合わせた支援を行っています。</li> <li>・ 情報を共有するために全職員を対象に職場内研修が行われています。</li> </ul>
3 サービスの開始、継続	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ インターネット、パンフレット、機関紙等を通じて施設情報を提供し、写真などを利用してわかりやすい説明に取り組んでいます</li> <li>・ 重要事項説明書」「利用契約書」については、施設の規程に基づいて説明していますが、利用者に対してわかりやすく説明する工夫はされていません。</li> </ul>
4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者満足度調査、利用者懇談会において利用者の希望を把握し、趣味のサークル活動への参加を促すなどの取り組みをしています。また、ボランティア受け入れマニュアルが整備され、社会資源を十分に活用しています。</li> <li>・ サービス内容の評価・見直しは1か月に1回実施されており、その内容についても全職員が周知できる体制が整えられています。</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。

### 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。	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。	B
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。	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。	B

## 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。	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	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。	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
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。	B
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。	A
	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
	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。	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
	② 利用者の主体的な活動を尊重している。	A
	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。	A
	⑫ 排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。	A
⑬ 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。	A
	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。	B
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。	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。	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	④ 利用者のアドボカシ(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。	A
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。	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。	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。	適用外
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。	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。	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。	B
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。	B

### 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
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