

## 静岡県福祉サービス第三者評価の結果

### ◎ 評価機関

名 称	静岡県社会福祉士会
所 在 地	静岡市葵区駿府町1番7号
評価実施期間	平成 29 年 7 月 12 日～ 30 年 3 月 26 日
評価調査者番号	① H20—a0062
	② H24—a006
	③ H28—b010

### 1 福祉サービス事業者情報

#### (1) 事業者概要

事業所名称：アクシア藤枝 (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 平成 25 年 9 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 (利用人数)
所在地：〒426-0133 静岡県藤枝市宮原 823-1	
連絡先電話番号： 054-639-0311	FAX番号 054-639-0395
ホームページアドレス	<a href="http://www.tenryu-kohseikai.or.jp/handicap/axia_fujieda/">http://www.tenryu-kohseikai.or.jp/handicap/axia_fujieda/</a>

#### (2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
支援を必要とする障がい者へ、自立した生活を営むことができるように ① 面の介護、創作・生産的な活動、その他必要な支援を提供する。 ② 地域との結びつきを大切にして、関係機関と密接な連携に努める。	母の日 社会見学 クリスマス会 新年会 節分 花見 その他、月ごとの行事
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要
全部屋に個室完備 スナースレンルーム	食堂 浴室 トイレ 洗面所 作業室

#### 職員の配置

職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	管理栄養士	1
サービス管理責任者	1	医師	1
生活支援員	34	看護師	2
事務員	1	アテンダント	1

## 2 評価結果総評

### ◆ 特に評価の高い点

- 法人の理念、基本方針をパンフレット、事業計画、ホームページなどで明確に示し、全職員に法人事業計画書、施設事業計画書を配付し、また、毎日の朝礼でも法人の理念、基本方針を読み合わせるなど、周知、理解を促す取り組みをしています。利用者用には事業計画や、行事計画、日課等、大きな文字にルビをつけ、イラストでより具体的なわかりやすい資料の作成（写真や動画等）を作成し、保護者にも配付物の他にパワーポイントでの説明により、分かりやすく、丁寧な配慮を行っています。
- 地域の福祉ニーズに応えるために短期入所 20 名、相談支援事業所を併設し、在宅障がい者の地域支援拠点としての役割を果たしています。
- 中長期計画は 3 年ごとに見直しが行われ、中長期計画から年度ごとの施設の重点目標を定め取り組んでいます。計画の進捗の検討や新たなニーズを把握する検討会が実施されています。
- 国の働き方改革に対応して、職員が安心して長期の休暇が取れる仕組みや、福利厚生を充実する取り組みが行われています。
- 「感染対策マニュアル」「看護師要請対応マニュアル」「観察項目マニュアル」「与薬マニュアル」など、利用者の日常の健康管理及び緊急時の対応が整備されています。
- 記録は、記録システムを活用して情報共有がされています。

### ◆ 特に改善を求められる点

- 管理者はその役割や責任について、会議で口頭での説明であり、文章で明確に職員に表明することが求められます。
- 利用者の主体的な活動について、選択肢を提示し、わかりやすい説明と丁寧な聞き取りにより利用者の状況に応じた活動に配慮していますが、利用者の満足度が得られていません。また、十分でなくても意思表示が可能な利用者の場合、家族の代弁のみでなく、利用者が直接ルール作りへ参加することが求められます。
- 日常的な支援は法人の作成した高齢者版の標準マニュアル「利用者の生活サポート帳」を準用しており、利用者の障がい特性に対応する標準マニュアルの整備が望まれます。
- 契約を締結することが困難な利用者に対して、分かりやすく説明は行われていますが、説明方法や手順のマニュアルの整備が求められます。他にも排泄用の用具に管理に対してのマニュアル整備も求められま

### 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

判断基準に基づき自己評価を行い、評価の着眼点の項目に沿って必要書類を揃えて調査に臨みました。結果は、自己評価での「A」の数と、第三者評価の「A」の数に大きな差異がなかったことに一安心しております。評価の着眼点の項目の読み込みが十分できておらず実施はしているが、それを証明する書類が提示できなかったことが残念です。現在の支援の継続とともに、書類の整備にも傾注していきたいと思っております。今回いただいた幾つかの指摘事項を改善の機会ととらえ、課題を明確化し、職員一丸となって検討を重ねていき、サービスの向上を目指していきたいと思っております。

### 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>法人の理念、基本方針は事業計画書・パンフレットに記載して、全職員に配付し、周知を図っています。</li> <li>理念は法人の福祉事業の姿勢が表現されています。利用者にもルビを振る配慮をしています。保護者にも事業計画書を配付し、パワーポイントを使って説明しています。</li> </ul>
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>法人で中長期計画が策定され、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっています。</li> <li>中長期計画を踏まえた施設の事業計画が策定され、施設の自己評価の結果分析や現場からの意見を取り入れて、施設の年度の重点目標が掲げられています。</li> <li>利用者にもわかりやすく、イラストで事業計画と行事計画を説明しています。</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>施設長は関係する法律や運営基準情報を積極的に収集して、コンプライアンスに基づく経営に取り組んでいます。</li> <li>施設の自己評価、利用者満足度調査を毎年実施し、結果を基に改善に向けた取り組みを職種会議にて検討し、改善の指示をしています。</li> <li>施設長はサービスの質の向上に向け、日常的に職員からの意見を聞き、改善に努めています。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>法人の事業計画において施設長の役割は示されていますが、会議で口頭での説明であり、管理自らの責任と役割を表明することが求められます。</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>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。</li> <li>管理者は、積極的に福祉の動向の情報収集に努め、併設の相談事業所との連携により、地域のニーズの把握</li> </ul>

	<p>に努めています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。また、経営コンサルタントによる研修を実施しています。</li> </ul>
2 人材の確保・養成	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「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。</li> <li>・法人全体で、職員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。</li> <li>・職員一人一人に対しての個別の研修計画が策定されています。</li> <li>・職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいます。</li> <li>・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。</li> </ul>
3 安全管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・防災、衛生、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。</li> <li>・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。</li> <li>・手すりの設置や段差の解消など安全確保のための工夫に努めています。</li> </ul>
4 地域との交流と連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・地域の情報提供は行われていますが、利用者の個別にニーズに沿って、地域の行事や活動へ参加を希望する際の適時の支援では、ボランティアによるサービスを活用しています。</li> <li>・併設の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。施設として自立支援連絡会に参画しています。</li> <li>・地域の要望に基づいて 20 人定員の短期入所を実施しています。他にも生活介護、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。</li> </ul>
評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者を尊重する理念が法人のパンフレット及び事業所の事業計画書に明記され、内部研修を通して職員間で共有化されています。</li> <li>・虐待防止については、身体拘束廃止マニュアルを基に個室の施設、つなぎ服の使用など、止む無く拘束する場合の同意書、代替方法、解除への検討等が適切に行われています。</li> <li>・標準となる支援マニュアルが法人作成の高齢版を準用しており、障がいの特性に応じた支援マニュアルの整</li> </ul>

	<p>備が十分ではありません。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 利用者満足度調査は、調査後の分析・課題への取り組みなども詳細に検討されていますが、調査対象が家族のみとなっており、利用者自身の意見が反映されていません。利用者からの相談には「苦情受付マニュアル」の他「相談対応の流れ」に準じて対応していますが、自分の意見を表明することが困難な利用者に対しての取り組みが不十分です。</li> <li>• 敷地内の菜園で利用者が日中活動の一環として、育てた野菜を食材として食事に提供するなど、独自の取り組みをしています。</li> <li>• 「観察項目マニュアル」に沿って利用者の健康管理に努めており、インフルエンザの予防接種、健康診断、歯科検診が定期的実施され、体調不良や緊急時の対応が標準マニュアルとして整備されています。</li> </ul>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 「藤の会」という利用者の会を設け、毎月、意向調査を行い、利用者の食事や余暇活動等の要望を確認していますが、職員との協議の場は設けていません。</li> <li>• 日々の記録は記録システム「くれよん」を活用し、情報共有・周知を行い、適宜「くれよん委員会」を実施し、記録内容・方法の検討を行っています。</li> <li>• 月に一回、スヌーズレン室（アロマ・光・音楽）を余暇活動に活用しています。</li> </ul>
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HP・パンフレットは写真を多用して分かりやすく作成されており、市役所や地域行事の際には学習センター等へ掲示を行っています。</li> <li>• 契約を締結することが困難な利用者に対して、分かりやすいように説明は行われていますが、説明方法や手順はマニュアル化されていません。</li> </ul>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• サービス管理責任者の責任のもとで個別支援計画が作成されており、職員に対して年1回、個別支援計画についての勉強会を行っています。</li> <li>• 個別支援計画作成については、手順書に従って計画が作成されており、利用者及び家族へ内容を説明して同意を得ています。</li> <li>• 個別支援計画の見直しについては、定期的・組織的に行われており、支援会議の会議録・計画書は回覧して周知しています。</li> </ul>

## 5 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。	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。	A

##### 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。	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。	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。	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
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。	A
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。	B
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。	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
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。	A

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。	A
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。	B
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。	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
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。	B
	⑭ 外泊は利用者の希望に応じるように配慮されている。	B
	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。	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。	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 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。	A
	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。	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。	非該当
	④ 利用者の状態に合った訓練指導・支援を行っている。	非該当
	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。	非該当
	⑥ 技術研修や作業開拓、製品管理が適正に行われている。	非該当
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。	A
	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。	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 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。	B
	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。	B
	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。	B
	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
	⑦ 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
	⑨ 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。	A
	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。	B
	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