

## 静岡県福祉サービス第三者評価の結果

### ◎ 評価機関

名 称	社会福祉法人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	平成28年1月19日～平成28年3月22日
評価調査者番号	① H17-b014 (H25C 追認)
	② H17-b008
	③ H17-b002

### 1 福祉サービス事業者情報

#### (1) 事業者概要

事業所名称: 障害者支援施設 農協共済中伊豆リハビリテーションセンターわかば	種別: 障害者支援施設
代表者氏名: (管理者) 施設長 大川 英雄	開設年月日 平成4年4月1日
設置主体: 社会福祉法人農協共済中伊豆リハビリテーションセンター 経営主体: 社会福祉法人農協共済中伊豆リハビリテーションセンター	定員 60人 (利用人数) (60人)
所在地: 〒410-2507 静岡県伊豆市冷川1523-108	
連絡先電話番号: 0558-83-2111	FAX番号 0558-83-3920
ホームページアドレス	<a href="http://www.janrc.or.jp">http://www.janrc.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		
施設入所支援 生活介護 短期入所 (空床型)	[季節の行事] 端午の節句、七夕、夏祭り、収穫祭、ハロウィン、クリスマス、節分、雛祭 [その他の行事] 夏野菜の種まき、運動会、新年会		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
全個室 (61室) 居室面積平均 17.7 m <sup>2</sup>	コミュニティーホール、作業訓練室、職員室、医務室、宿直室、デールーム、相談室、面接室、浴室、特殊浴室、多目的室、トイレ、洗濯室、食堂、調理室、倉庫、エレベーター		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	看護師	6
サービス管理責任者	1	理学療法士	1
医師 (非常勤)	2	言語聴覚士 (非常勤)	1
介護職員	31	管理栄養士	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

- ・法人の理念を玄関等に掲示するほか、職員の使用するパソコンの待ち受け画面に表示し、毎朝職員で唱和することにより、更に理解を深めるように努めています。
- ・中長期計画と収支計画を策定し、それを踏まえた事業計画を職員参画の策定し、見直す仕組みがあり、次年度の事業計画に反映しています。
- ・施設長等の管理的職員の指導の下で、中堅職員と新人職員が課題をまとめ、毎年東海北陸身障職員大会で研究発表をするなど、職員の資質向上に努めています。
- ・業務記録やケース記録記入のため電算システムを導入や夜勤専門員を配置するなど、業務の効率化と改善に努めています。
- ・利用者の安全管理に関するマニュアルを整備し、リスクマネジメント委員会が収集、報告する仕組みがあり、職員に内容が周知されています。
- ・併設する支援センターと協力して、近隣市町の広報誌へ掲載し、介護相談等を行い、施設機能を積極的に地域に開放する他、複数地域の自立支援協議会に参加し、積極的にニーズの把握に努めています。
- ・居室面積平均が 17.7 m<sup>2</sup>と大変に広く、車椅子でもゆったりと生活できるよう作られています。また、真冬でも室内、トイレ、浴室などの空調が最適に管理されており、十分に暖かく保たれており、過ごしやすく配慮されています。
- ・標準的サービスのマニュアル（入浴・食事・排泄など）を整備し、見直しを定期的、組織的に取り組まれています。

### ◆ 特に改善を求められる点

- ・理念や基本方針、事業計画等について、ふりがなを使うなど、利用者等に読み易く、また分り易く説明した資料を作成することが望まれます。
- ・外部監査が実施されていませんので、定期的の実施し、指導、指摘事項に基づく改善計画の作成が必要です。
- ・地域生活を身近に感じられるよう利用者への情報提供や体制整備について検討することが期待されます。
- ・相談援助の困難な場合について、対応していますが、組織的な対応方法のマニュアル化が求められます。
- ・利用者の意見は、日常的、また、利用者全体集会等で定期的に聞いていますが、利用者の意見、提案への具体的な対応マニュアルの整備が必要です。

## 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の第三者評価受審により、現状のサービスの振り返りができ、職員全体で「施設」を今一度考える機会となりました。また、本来のサービス基準のあり方を再認識できました。利用者の権利についても、今までは、利用者個々に対応することで良しとしてきましたが、様々な利用者がいることを前提にマニュアル整備することの大切さを理解できました。自己評価より高評価となった項目もありましたが、今回の評価を最終とせず、利用者がより生活し易い支援ができるよう努めていきたいと思えます。また、職員にとっても、日々向上でき、働き甲斐のある職場となるよう努めていきます。

#### 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>	<p>* 法人の理念を玄関やスタッフ室の壁に掲示するほかに、職員の使用するパソコンの待ち受け画面に表示し毎日職員が確認できるようにしている。 さらに、毎朝基本理念を唱和することで職員の理解を深めるように努めている。 * 理念や基本方針に振り仮名を振るなど、利用者等に読み易く、また分かり易く説明した資料は作成していない。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>* 内容や原案を施設が提示し、本部で平成27年～29年の中長期計画及び収支計画を作成している。 * 事業計画は、職員参画のもと、中長期計画と収支計画の内容を反映した内容となっている。 * 利用者に事業計画を分かりやすく説明した資料は作成していない。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>* 中堅職員と新人職員が2人1組となり1年間かけて課題をまとめ、毎年東海北陸身障職員大会で研究発表をするなど、職員の資質向上に努めている。 * 業務記録やケース記録記入のため電算システムを導入している。また、清掃業務と洗濯業務を外注し、夜勤専門員を配置するなど、業務の効率化と改善に努めている。 * 法人としての管理者の役割と責任は運営規定に記載しているが、会議等で表明はしていない。</p>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<p>* 利用者の推移や利用率が分かる分析表を作成し、経営状況の把握に取り組んでいる。 * 業界誌である「経営協」や「身障協」及び「福祉新聞」を定期購読するほか、所属する協会が開催する研修に参加し、情報を集めている。 * 外部監査は実施していない。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>* 事業計画に人材プランを載せている。職員の資格一覧を作成してあり、経験年数に沿って人材センターの生涯研修の受講予定やサービス管理責任者の受講予定を立てて実施している。 * 定期的に個別面接を実施している他に、自己申告制度があり、勤務の希望を出せるようになっている。 * 研修を修了した職員は報告レポートを作成しているが、研修の伝達はしておらず、研修の評価・分析としては十分ではない。</p>
<p>3 安全管理</p>	<p>* 安全管理マニュアルを策定し遂行している。同じ法人の病院が隣接しており、救急時や緊急時に対応できるようになっている。 * ヒヤリハット、事故報告をリスクマネジメント委員会が集めて、毎日の申し送りで報告している。パソコンの掲示板で誰もがみることが出来るようにしてある。</p>

	<p>*事故事例に対するリスクマネジメント委員会等の検討により、手すり、二重ロック、人感センサー、ビデオカメラの設置等を行った。</p>
4 地域との交流と連携	<p>*併設する支援センターと協力して、伊東・熱海・伊豆の3市と東伊豆町の広報誌へ掲載して、介護相談等を行い、施設機能を積極的に地域に開放する取り組みを行っている。</p> <p>*伊東・熱海、伊豆市、駿東・田方の自立支援協議会に参加し、相談部会、身障部会でニーズの把握に努めている。</p> <p>*人里から十数キロ離れた山中に設立しているため、地域生活への体制は整備していない。</p>
評価対象Ⅲ	
1 利用者本位の福祉サービス	<p>*個々の利用者のニーズを、アセスメントシートおよび個別支援計画書に反映し、対応している。</p> <p>*個室の利点を生かし、各人の居室が、それぞれの個性に合わせた生活空間になっている。</p> <p>*視察により、現場の支援において、プライバシー保護が守られていることが確認できたが、この支援体制を保持するための、プライバシー保護の基本姿勢を明示した文書がない。</p> <p>*利用者の意見は、日常的、また、利用者全体集会等で定期的に聞いていますが、利用者の意見、提案への具体的な対応マニュアルはない。</p> <p>*相談援助に関して、個々に対応はしているが、マニュアル化されていない。</p>
2 サービスの質の確保	<p>*職員全体が挨拶等のコミュニケーションを大切にしている。できるだけ利用者に寄り添うケアに努め、穏やかで優しい声かけをしながらケアが行っている。</p> <p>*利用者の医療ニーズ(リハビリ含む)に対応するため、サービス管理責任者及び相談支援専門員、生活支援員は、医師、看護師、言語聴覚士、理学療法士などの医療職員への積極的な報告・連絡、相談を行い、連携・協働に努めている。</p> <p>*1年に1回以上既存のマニュアルの定期的な見直しを行い改訂している</p> <p>*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ない。</p>
3 サービスの開始、継続	<p>*ホームページ及びパンフレットにて積極的にわかりやすく情報発信を行っている。随時見学など対応している。</p> <p>*サービスの開始にあたり、利用者及び家族、後見人等にわかりやすい説明を心掛け同意を得るなど適正に対応している。成年後見制度や日常生活自立支援事業が必要な人への情報提供や成年後見人との連携を積極的に行っている。</p> <p>*サービスの継続に配慮して取り組んでいるが、利用者</p>

	及び家族への説明方法、引継ぎの手順書等のマニュアルはない。
4 サービス実施 計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> <li>*利用者の個人の尊厳を大切に個々の日中活動、創作活動、地域参加に着目した支援を行っている。</li> <li>*利用者ひとりひとりへアセスメントを行い、個別支援計画書とケア計画書が作成され、定期的な評価を行っている。</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。

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。	C

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。	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。	A
③	外部監査が実施されている。	C

## 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。	B
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。	B
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。	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。	C
③	地域に開かれた事業所である。	B
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。	B
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。	B
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。	B
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。	A
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
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。	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。	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



	⑩ 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
	⑩ 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。	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。	C
	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。	C
	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。	B
	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。	C
	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。	C
	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。	A
	③ 作業能力の評価や工賃積算方法が定められている。	B
	④ 利用者の状態に合った訓練指導・支援を行っている。	A
	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。	A
	⑥ 技術研修や作業開拓、製品管理が適正に行われている。	A
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。	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。	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。	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。	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。	B