

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	H30年1月26日～H30年5月18日
評価調査者番号	① H17-b014
	② H17-b008
	③ H20-b002

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：農協共済中伊豆リハビリテーションセンター障害者支援施設伊東の丘いずみ	種別：障害者支援施設
代表者氏名：大川英雄 (管理者)	開設年月日 平成24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 40人 (利用人数)
所在地：〒414-0055 静岡県伊東市岡1349-3	
連絡先電話番号： 0557-36-6375	FAX番号 0557-36-6396
ホームページアドレス	http://www.nrc-ito.com/

(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	新年会 節分の日 春の宴・ひな祭り 夏祭り 十五夜		
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要		
個室（トイレ付）16室 個室（トイレ無）24室	リビングルーム4室 食堂2室 浴室2室 洗面所4箇所、便所18箇所 スプリンクラー、消火器、散水栓		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1人	看護師	4人
サービス管理責任者	1人		
生活支援員	21人		
リハビリ職員	1人		

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

- 法人の理念と基本方針を明文化しており、事業所内に掲示する他に、パンフレット、ホームページなどに掲示しています。
- 法人の経営企画課が各部門の事業実績と聞き取りを基に、法人全体で3か年計画と収支計画を策定しています。また、中・長期計画をもとに、各年度の事業計画を作成しています。
また、担当職員がそれぞれの事業に関わり、年間の事業計画を策定しており、半期および年度末に評価・検証を行い、次年度の計画に反映しています。
- 職員の福利厚生や健康維持のために、健康診断、メンタルヘルス調査、予防接種の補助などに法人が取り組んでいます。また苦情窓口やセクハラ対策などの取組みや、有給休暇の取得にも積極的に取り組んでいます。なお、農林健保組合の事業には家族も利用できる制度が用意されています。
- 研修委員会を設置し、研修計画の作成等に取り組んでいます。毎年1人1研修に参加できるようにしており、人事異動で移ってきた職員や新採職員に対して研修計画を作成して、職員の資質向上に取り組んでいます。なお、研修参加後には研修報告書を提出し、職員会議で研修内容を伝達できる機会を作っています。
- 安全管理委員会を設置し、事故報告やヒヤリハットの集計・分析を定期的に行い、職員に周知しています。事故の際には検討会を即時に開催するほか、必要な場合には会議で再検討を行っています。また、事故報告書を基に職員で要因分析を行い、対策を検討し実行するようにしています。これまでに、安全確保のために段差の解消、必要箇所への手すりの設置、無断外出防止のためのセンサーマットやアクセスコールを設置しています。また、施設内各所にリフターを配置し、移乗の際の事故防止に努めています。
- 重度身体障害者施設として施設内の設備を整備しており、障害の部位や障害の重さに関わらず大変利用しやすい施設となっています。また、居室は全て個室となっており、トイレ付きの部屋を全体の4割有しています。
- 利用者尊重の姿勢を理念等に明示し、その姿勢を「介護業務マニュアル集」に反映しています。
- 利用者の健康管理及び身体機能の維持・向上のため、常設の医務室の設置や作業療法士・理学療法士等専門職と協働した活動メニューの創出・実施に取り組んでいます。
- 利用者の機能訓練の支援において、専門職員を配置し、介護職員と連携した個別・具体的な支援計画が策定されています。

◆ 特に改善を求められる点

- コンプライアンス等に関して規程で明確にし、必要の都度、情報を書面で配布し共有し、研修等に参加させ理解を深めていますが、遵守すべき法令等のリスト化が十分ではありません。遵守すべき法令を把握し明確にすることが求められます。
- 外部監査を実施していないため、外部監査の実施について検討することが求められます。
- 意見箱の横に投書用紙を置き、意見を述べやすい環境整備の努力は認められますが、設置場所が他者から目撃されやすい場所にあるために、投函者のプライバシーを守る配慮が不十分です。
- 相談援助に関わる技術や知識の向上に対し、組織的な対応が不十分です。

- 契約締結が困難な利用者に配慮するための方法や手順を明示した文書がなく、組織的対応の整備が不十分です。
- 利用者の心理面への支援において、個別・具体的な支援方法の定期的な見直しが不十分です。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

理念や事業計画に基づいた施設経営、利用者の安全管理対策や生活環境の整備、専門職間の連携、また、職員の研修体制や働きやすい職場環境づくりなど日々意識していることを評価していただきました。今後の課題は、利用者の立場に立ったより細かな配慮ができる施設経営、支援内容がより標準化・統一化できる具体的な対応マニュアルの整備、そして、地域の中での積極的な活動などであることを気づかされました。

ご指摘いただいたことにつき、職員にフィードバックし、利用者支援の質の向上、職員の育成に努めてまいります。

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>	<p>* 法人の理念と基本方針を明文化しており、事業所内に掲示する他に、パンフレット、ホームページなどに掲示している。</p> <p>* 理念と基本方針を事業所内に掲示してあるが、漢字にルビを振るなど利用者に分かりやすく伝える取組みが不十分である。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>* 法人の経営企画課が各部門の事業実績と聞き取りを基に、法人全体で3か年計画と収支計画を策定しています。また、中・長期計画をもとに、各年度の事業計画を作成している。</p> <p>* 担当職員がそれぞれの事業に関わり、年間の事業計画を策定している。半期および年度末に評価・検証を行ない、次年度の計画に反映している。</p> <p>* 事業計画を利用者に配布してない。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>* 事業計画の進捗状況を年度の間で確認している。利用者の現況と及び支援状況については定期的に関くフロア会議で報告検討し継続した支援を行っている。研修への参加は職員の希望も取り入れ、内部の研究チームも組織化している。</p> <p>* コンプライアンス等に関して規程で明確になっている。その都度、情報を書面で配布し共有している。研修等に参加させ理解を深めているが、遵守すべき法令等のリスト化をしていない。</p>

<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<p>*協会の研修会等に参加して、常に情報収集を行っている。事業の動向を踏まえて事業計画を策定している。待機者名簿は常に確認しており、県に毎年提出している。</p> <p>*経営状況や改善すべき課題については、常に管理者会議で伝えている。また課題を職員間で共有していない。</p> <p>*外部監査を実施していない。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>*職員の福利厚生や健康維持のために、健康診断、メンタルヘルス調査、予防接種の補助などに法人が取り組んでいる。また苦情窓口、セクハラ対策など取り組んでいる。</p> <p>*有給休暇の取得に積極的である。また、農林健保組合の事業には家族も利用できる制度がある。</p> <p>*研修委員会を設置し、研修計画の作成等に取り組んでおり、毎年1人1研修に参加できるようにしている。人事異動で移ってきた職員や新採職員に対して研修計画を作成している。研修参加後には研修報告書を提出することにしており、職員会議で研修内容を伝達できる機会を作っている。</p> <p>*施設長と課長による職員面談を年2回実施し、人事考課を年1回行っているが、効果の基準が不明確である。</p>
<p>3 安全管理</p>	<p>*院内感染防止マニュアル、緊急時の対応マニュアルを整備している。救急対応については伊東市民病院と契約している。</p> <p>*安全管理委員会を設置し、事故報告やヒヤリハットの集計・分析を定期的に行い、職員に周知している。事故の際には検討会を即時に開催している。必要な場合は会議で再検討を行っている。</p> <p>*事故報告書を基に職員で要因分析を行い、対策を検討し実行している。安全確保のために段差の解消、必要箇所への手すりの設置、無断外出防止のためのセンサーマットやアクセスコールを設置している。また、施設内各所にリフターを配置し、移乗の際の事故防止に努めている。</p> <p>*損害保険ジャパン日本興亜（株）に加入し、施設の事故に対応できるようにしている。</p>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<p>*施設の夏祭りや忘年会に熱海高校のボランティア部や地域住民でボランティア登録している方が来訪している。地域の秋祭りのシャギリが施設を訪れたり、また、伊東市のふれあい広場に参加している。地域とのかわり方についての文書はない。</p> <p>*病院関係者や自立支援協議会などへの参加を通して連携している。身体障害者施設協会に加盟し会議等に参加している。また、他施設と勉強会を開催して情報の共有等を図っている。</p> <p>*施設所在地区の民生委員と伊東市社協の事務局長が施</p>

	<p>設の第三者委員であり、要望等を聞く機会を作っているが、細かな福祉ニーズまでは把握していない。</p>
<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"> *利用者尊重の姿勢を理念等に明示し、その姿勢を「介護業務マニュアル集」に反映している。 *外部と交流ができるよう、インターネットや携帯電話を利用するための配慮や介護タクシー手配などで便宜を図っている。 *意見箱の横に投書用紙を置き、意見を述べやすい環境整備の努力は認められるが、設置場所が他者から目撃されやすい場所にあるために、投函者のプライバシーを守る配慮が不十分である。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> *利用者の健康管理及び身体機能の維持・向上のため、常設の医務室の設置や作業療法士・理学療法士等専門職と協働した活動メニューの創出・実施に取り組んでいる。 *利用者に関するサービス実施状況の記録等を適切に管理・共有する体制を整備している。 *相談援助に関わる技術や知識の向上に対し、組織的な対応が十分ではない。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> *サービスの提供にあたり、ホームページやパンフレットで紹介しているが、わかりやすさへの工夫が十分とはいえない。 *契約締結が困難な利用者に配慮するための方法や手順を明示した文書がなく、組織的対応の整備が十分ではない。
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> *サービス管理責任者を中心に各担当がアセスメントを行い、6か月毎に支援計画を作成（リハビリ計画書は3か月毎）している。グループ会議において、サービスの実施状況や優先順位の検討が協議されている。 *理学療法士・作業療法士によるリハビリや集団リハビリなどが提供されており、その他、リハビリ等の専門家によるマニュアルに基づき、介護職員が日々リハビリやグループ活動を提供している。個々の訓練については支援計画に明記し、計画の見直しが定期的に行われている。 *利用者の心理面への支援において、個別・具体的な支援方法の定期的な見直しが十分ではない。

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。	B
	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。	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。	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。	B
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。	B
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。	B

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。	B
③	事業所が有する機能を地域に還元している。	B
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。	B
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。	B
	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。	B
	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。	B
	⑥ 利用者の尊厳が守られている。	B
	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。	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。	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。	B
	⑫ 排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。	B
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。	C
	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。	B
	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。	B
	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行われている。	B
	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。	B
	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。	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。	B
	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。	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。	B
	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。	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
	③ 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	C
	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。	B
	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。	B
	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 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。	B
	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。	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。	B
	⑦ 利用者の心理面に着目した支援を行っている。	B
	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。	B
	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。	非該当
	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。	非該当
	⑬ 利用者の余暇活動（アクティビティ）や生きがいつ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。	B
	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