

福祉サービス第三評価結果の公表様式〔障害者・児福祉サービス〕

①第三者評価機関名

(福) 静岡県社会福祉協議会

②施設・事業所情報

名称：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：笹原 奈緒子	定員（利用人数）：40名（40名）		
所在地：静岡県伊東市岡 1349-3			
TEL：0557-36-6375	ホームページ： http://www.nrc-ito.com/		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日 平成 18 年 7 月			
経営法人・設置主体（法人名等）：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			
職員数	常勤職員：	32名	非常勤職員 2名
専門職員	医師	1名	栄養士 1名
	看護師	4名	理学療法士 1名
	生活支援員	25名	作業療法士 1名
	サービス管理責任者	2名	
施設・設備の概要	定員に対する個室の割合	100%	定員1人当たりの居室面積 16.18㎡
	食堂の数	2箇所	

③理念・基本方針

(1) 理念

1) 思いに寄り添い 心と技術で支え 地域と未来につなぐ

(2) 基本方針

- 1) 生活の充実と心の安らぎを支援します
- 2) 最高の技術と心でリハビリテーションを提供します
- 3) 自己研鑽と情報発信に努め社会に還元します

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・居室は全室個室で、施設全体に清掃が行き届いて、利用者のプライバシーが配慮されています。入浴設備として個浴槽・特殊浴槽などを設置して、身体状況に応じたより良い生活環境を提供しています。
- ・常に介護を必要とされる方を対象に、入浴・排泄・食事等のサービスのほかに、リハビリテーションを通じた身体機能の維持・向上や、行事・創作的活動を通じて日常生活の向上の支援を行っています。
- ・医師の指示のもと、リハビリスタッフの訓練計画に基づいた訓練を提供しています。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年4月22日（契約日）～ 令和7年2月14日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	1回（平成30年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・利用者満足度調査を年1回実施し、個別支援会議等で課題を分析・検討し、ラインワークスにてサービスの実施状況や改善案を確認できるような体制を整備しています。
- ・法人全体で各職種別に職員研修ラダーを策定し、サービスの質の向上に向けた研修を行っています。
- ・職員の希望にもとづき、「積立有給休暇」や「ノーリフティング推進プロジェクト」などを実施しています。
- ・利用者と地域との交流を広げるための取組及び関係機関等との連携を適切に行い、地域の福祉向上のために取り組むなど、地域との関係を適切に確保しています。
- ・利用者を尊重する姿勢を明示し、福祉サービスの提供に関する説明と同意を適切に行うなど、利用者本位の福祉サービスを提供しています。
- ・感染症の予防や発生時及び災害時における利用者の安全確保のための取組を、組織的に行っています。
- ・提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立され、適切なアセスメントにより実施計画を策定し、記録を適切に行っています。
- ・利用者の自律・自立生活のための支援、障がいの状況や心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援、相談等を適切に行っています。
- ・利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保され、個別支援計画に基づく日常生活支援を行っています。
- ・利用者の家族との連携・交流と家族支援を行っています。

◇改善を求められる点

- ・利用者や家族に対して、事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料等がなく、説明したことを示す文書等がありません。
- ・ホームページでの情報公開については、事業報告はあっても事業計画はなく、その情報自体が非常に探しづらい作りになっており、「適切に公開」していません。
- ・苦情解決体制における第三者委員への連絡方法が、明示されていません。
- ・利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っていますが実践状況を記録に残す取組が求められます。
- ・利用者の権利擁護に関する取組に努めていますが、全ての職員まで徹底することが求められます。
- ・利用者の希望と意向を尊重した社会参加や生涯学習・資格取得等への支援や地域生活への支援が求められます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

障害者福祉サービス第三者評価の受審に際して、職員への聞き取りや準備を行う上で、『評価を受ける者』の意識が芽生え、緊張感や改善する心を職員一人ひとり持つことができたように感じました。

評価内容を振り返ると、利用者及びご家族に対する情報提供や周知方法について情報量の不足や内容の薄さなど至らぬ点が多々ある事に気が付く事ができました。改善を行うに際し全職員が容易にそして確実に理解納得ができる情報周知方法の構築や、サービス提供に係るすべての指針やマニュアルを示す事の重要性も理解できました。

管理者や管理職のリーダーシップや法令の理解や職員の在り方を示す事が求められる事柄もあり方向性や役割を示す事の必要性がある事の理解ができました。

受審をする事で、立ち止まって自施設を振り返る良い機会になったと思います。評価項目に沿い根拠を示せるかどうかで明朗に施設の『今』を知ることができます。評価シートを使って適宜自施設を見直すツールとして活用したいと思います。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果〔障害者・児福祉サービス〕

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

- a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
- b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態
- c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

障害者・児福祉サービス版共通評価基準

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・周知されている。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b
<p><コメント></p> <p>ホームページに理念と基本方針そのものの明瞭な形での掲示がなく、パンフレットには以前のバージョンの理念と基本方針を記載している。基本方針は、(以前のバージョンの基本方針と比して) 職員の行動規範となるような具体的な内容となっていない。又、利用者等へわかりやすく説明した資料の作成がなく、周知状況を確認する取組がない。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
<p><コメント></p> <p>業界誌の『福祉新聞』や各種研修に参加し情報を集め、経営企画課で分析したものを福祉事業推進会議で検討を行い、自立支援協議会等の会議に職員が出席しニーズや課題を把握しているが、地域の福祉サービスのニーズに関する具体的データや福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を示す文書がない。(利用者の推移等を示すデータは有)</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	a
<p><コメント></p> <p>福祉事業推進会議等を開催して検討及び分析を実施し、自立支援協議会等に参加しニーズや課題の把握を行ない、経営に関する課題は事業計画に提示し、福祉推進会議等で課題について検討し、職員には事業計画の他、事業計画進捗状況や福祉事業推進会議の議事録を回覧し、周知を図っている。</p>		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a
<p><コメント></p> <p>「中伊豆リハビリテーションセンター3か年計画」を策定し、目標数値を示した経営課題や問題点に対しての解決・改善に向けた具体的な内容となっていて、中長期計画の見直しも必要に応じて行っている。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a
<p><コメント></p> <p>事業計画は、中・長期計画の内容を反映した、目標数値も含めた具体的な内容になっており、福祉推進会議にて実施状況の評価もしている。</p>		

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画等はラインワークスにて閲覧でき、職員会議にて計画の見直しや変更があった場合、法人本部に報告し、職員会議の中でも満足度調査のその後の取組について検討しているが、手順書等がない。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c
<p><コメント></p> <p>「事業計画の利用者や家族への周知は、広報誌にて記載。月1回開催している利用者全体集会において事業計画の内容を説明している」ことを聴取したが、事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料等がなく、説明したことを示す文書等がない。「いずみのたより」「中リハ通信」のいずれからも、事業計画の主な内容を明示した文章を発見できなかった</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a
<p><コメント></p> <p>PDCA サイクルにもとづいた利用者満足度調査を年1回実施し、委員会や個別支援会議等で課題を分析・検討し、ラインワークスにてサービスの実施状況や改善案を確認できるような体制を整備し、年に1回「評価表」にて自己評価を行い、第三者評価を定期的に受審している。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a
<p><コメント></p> <p>「利用者満足度調査 結果と考察」で課題を文書化したものを、回覧により職員全体に周知して、評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行い、必要に応じて改善計画の見直しも行っている。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	b
<p><コメント></p> <p>「管理者自らの役割と責任を業務分掌表と職務権限規程に文書化し、ラインワークスや紙媒体で周知が図られている。有事の際の役割と責任は、業務継続計画や緊急連絡網の中で不在時の流れについて明文化している」ことを聴取したが、施設長の役割と責任の広報誌等での表明については、令和5年9月の「いずみのたより」<第1号>の施設長挨拶を読む限り、「自らの役割と責任について表明」になっていない。</p>		
11	Ⅱ-1-(1)-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
<p><コメント></p> <p>コンプライアンスマニュアルを策定し、利害関係者との適正な関係を保持し、職員研修に法令遵守の研修を実施し、eラーニングでも実施して管理者も同研修に参加しているが、把握していることを示す「遵守すべき法令等を列挙したリスト」や、公益通報相談窓口の設置等がない。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a
<p><コメント></p> <p>提供する福祉サービスの質について、定期的に利用者満足度調査を行い、その結果を分析している。分析により表出された課題について、委員会や個別支援会議等の中で改善策を検討し、管理者の承認の下に実施している。サービスの質の向上にかかる課題と、職員ヒアリングから出た意見も反映された改善策を事業計画案の中に明示している。法人全体で各職種別に職員研修ラダーを策定し、サービスの質の向上に向けた研修を行っている。</p>		

13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a
<p><コメント></p> <p>管理者は、福祉事業推進会議に参加し事業運営の実績や分析を把握している。事業計画に事業所が取り組むべき具体的な内容を示し、予算も計上している。職員に対しては、自己申告制度を用いて職員個人の人事希望聴取を行い、福祉事業推進会議等の議事録をラインワークスや紙媒体での閲覧や回覧するなど、経営への意識づけの取組をし、目標チャレンジシートを用いて職員一人ひとりと面談している。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a
<p><コメント></p> <p>人事考課制度実施要領の中に「求められる職員像」を明記し、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。人材の育成については、法人の「研修ラダー」に示しており、各種評価により次のステップに移行する仕組みとなっている。職員の資格取得状況を一覧で管理し、国家資格未取得の職員に対しては、人事考課の面談時に取得を勧めている。人材確保については、新卒採用プロジェクトとして、地元高校への「インスタライブによる広報活動」などを実施し、令和6年度より人事課が発足した。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>人事考課制度実施要領の中に、求められる職員像、人事基準、実績評価基準が定められ、評価を行っている。人事考課制度実施要領は、ラインワークスや紙媒体で職員はいつでも閲覧することができる。職員処遇の水準は3か年計画の部門ヒアリングの中で検討していて、職員の意向については、自己申告制度を活用し、改善が図られているとともに、職員が自らの将来の姿を描くことができるよう、「職員キャリアラダー」にて仕組みを整備している。</p>		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	a
<p><コメント></p> <p>職員の就業状況や労務管理は、職務権限表にて責任体制を明確にしている。「有給休暇取得状況」や「勤務実施表」にて休暇等を管理し、時間外勤務については事前承認の他、時間外勤務が多い職員に対しては部署の責任者に通達し改善を図っている。ストレスチェックや健康診断を定期的実施し、要受診者へ受診を勧めたり、メンタルヘルスにかかる相談窓口を設置し、職員に周知を図っている。職員の希望にもとづき「積立有給休暇」や「ノーリフティング推進プロジェクト」などを実施している。インスタライブの実施や介護機器の導入等で、働きやすい職場を作る取組をしている</p>		

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>人事考課制度実施要領内に求められる職員像を明記している。職員一人ひとりの育成については、キャリアラダーを導入し、「目標チャレンジシート」で職員一人ひとりの目標を管理し、目標の他、具体的な行動計画や実施スケジュールを明確にして、個別面談において目標を設定している。面談は年3回実施し、中間では目標に対しての進捗状況、期末では目標に対しての評価を行っている。そのシートには、職員自身と上司のコメントが記載され、それを基に次年度への目標設定が行われている。</p>		
18	II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a
<p><コメント></p> <p>介護職員キャリアラダーの中で、レベルが1～Ⅳまで振り分けられており、レベル毎に期待される職員像を明示し、事業計画の「人員配置計画」で、必要な資格や職種、それらの人数を記載している。研修については、職員一人ひとりの希望を確認し、年度毎の研修計画を策定して実施している他、福祉部全体の勉強会が月1回行われている。評価と見直しについては、人材育成委員会活動計画及び活動報告書にて、評価及び次年度に向けた見直しが図られている。</p>		
19	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a
<p><コメント></p> <p>職員個々の知識・資格等の把握について、資格は職員資格取得一覧表、知識及び技術水準は介護職員キャリアラダーにて把握している。新人職員教育は、介護職員キャリアラダーの他、業務マニュアルに沿ったエルダー制度によるOJTが行われ、エルダー職員による熟練度の確認が行われる仕組みとなっている。研修への参加については、キャリアラダーに明示されている研修や階層別研修の機会が確保され実施されている他、社協や各種団体が開催する研修情報を回覧している。</p>		
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
<p><コメント></p> <p>「実習に対する基本姿勢を明記した実習受け入れマニュアルを整備し、実習期間中の巡回指導時に実習生の様子を学校側に伝えるなど連携が図られている。実習指導者には指導者講習会に参加させ、指導者としての研鑽が行われている」ことを聴取したが、プログラムは施設の「業務マニュアル」の活用であり、実習生の立場に配慮したプログラムを用意していない。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>第三者評価の受審結果や、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況をホームページ・広報誌で公表し、広報誌（中リハ通信）やInstagramにて、事業所で行っている活動等を説明しているが、ホームページでの情報公開については、事業報告はあっても事業計画はなく、その情報自体が非常に探しづらい作りになっており、「適切に公開」とはなっていない。苦情についても、掲示物・ホームページともに「第三者委員の連絡方法」が明示されていない。地域に「中リハ通信」を配布しているが、そこでは「活動の紹介」とどまり、法人・施設の存在意義や役割を明確にするための文章や文言は見当たらない。</p>		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>経理規程及び経理規程細則、契約事務処理細則を定め、職務分掌及び権限や責任は、業務分掌表と職務権限規程に定めている。これらの規程及び細則はラインワークスや紙媒体でどの職員も閲覧できるようになっている。内部監査については、内部監査室職員が実施計画を策定し、それに基づいて実施している。年1回会計監査人より参加報告書、監査役から監査報告書が提出され、指摘や改善点の明記があり改善が図られている。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		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。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>経営理念に地域との関りを、経営方針に社会への還元を載せている。また、地域の資源情報マップを用い、行事の案内を利用者集会で報告している。さらに、ふれあい祭りや花火大会への夜間外出、買い物には市内の店舗を利用するなど、利用者と地域との交流を広げるための取組を積極的に行っている。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受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
<p><コメント></p> <p>社会への還元は基本方針に定め、ボランティアの受入れ要綱により、希望者の登録手続き等を定め、事前研修を行っている。また、職員が高校へ出向いて課外授業に協力し、車いす体</p>		

<p>験や介護職の魅力伝える活動を行っている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
25	<p>Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。</p>	a
<p><コメント> 当該地域の関係機関・団体の一覧表を作成して職員室に置いて、共有化できている。また、自立支援施設協議会及び重症心身部の会議に一年に各4回出席するなど、関係機関等との連携が適切に行われている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
26	<p>Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。</p>	a
<p><コメント> 自立支援協議会及び重症心身部会に出席して、訪問サービスにおける駐車場問題など、地域の福祉ニーズ等の把握に努めている。</p>		
27	<p>Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。</p>	a
<p><コメント> 地域貢献活動の強化を中長期計画に掲げ、中・高校生向けのリハビリ体験を実施するほか、近隣市町が行う介護予防教室や地域の寿大学等へ職員を講師として派遣するなど、地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。</p>		

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。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉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
<p><コメント></p> <p>利用者を尊重した福祉サービスの提供を施設運営の理念及び基本方針に掲げ、職員室に掲示し、毎朝の朝礼で唱和している。また、職員の理解を深めるための研修を実施し、年に2回のセルフチェックを行い、実情を確認している。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護マニュアルを作成するとともに、全室個室で対応し、セルフチェックで確認するなど、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービスを提供している。しかし、家族に対する周知の取組が行われていない。</p>		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a
<p><コメント></p> <p>ホームページで写真を多く用いて、理念や基本方針、福祉サービスの内容等を発信するとともに、パンフレットは農協に置いて、誰もが入手できる体制を取っている。また、中リハ通信を近隣の市を含め、新聞折り込みで配布して施設の紹介を行っている。さらに、見学等に対してはサービス管理責任者が窓口となって対応している。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの開始に当たって、重要事項については拡大して、ボードを用いて施設内にルビを付けた大きな文字で掲示している。また、同意書の作成手順を定めるなど、利用者や家族に分かりやすい説明が行われている。さらに、コロナ関連でサービスの変更についても、開始と同様に説明書を用いて行われている。</p>		

32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a
<p><コメント> 家庭への移行等に当たっては、関係職員が連携して対応している。また、退所後の窓口はサービス管理責任者が当たり、通所サービス及びショートステイの利用等について、文書を手渡している。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p><コメント> 利用者集会を毎月開催し、利用者アンケートを年に1度行って分析し、今年から改善策等の募集を行っている。しかし、家族会は開催されておらず、十分ではない。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	c
<p><コメント> 意見箱を職員から見られない位置に移し、家族や利用者が苦情等を出しやすく改善された。また、施設の人権擁護委員会で寄せられた苦情等の対応を検討し、結果については匿名で広報誌とホームページに載せている。しかし、第三者委員について連絡方法が表示されていない。</p>		

35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a
<p><コメント></p> <p>利用者へはポスターを用いて相談できることを案内し、全体会で報告するとともに、サービス管理責任者を核に職員を選べる体制を整えている。また、各階に相談室を設けるなど、意見を述べやすい環境に配慮している。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a
<p><コメント></p> <p>アセスメントシートを用いて利用者の意見を聞くとともに、意見箱を設置して利用者の意見を積極的に把握する取組が行われている。また、苦情相談対処法マニュアルを整備し、人権擁護委員会を毎月開催し、対応等を検討している。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメントについては安全管理委員会が対応し、ヒヤリハットの分析・対応を検討し職員に周知している。また、事故発生時の連絡体制マニュアルを定め、事故のレベルによって対応を定め、職員の申し送りでの対応等について職員間の共有を図っている。さらに、月に2回のフロア会議で事故発生時に立てた予防策等の評価を行っている。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>感染症対策については感染防止対策委員会を設置し、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。また、マニュアルにより対応等を定め、職員に周知している。さらに、今年度は嘔吐処理の対応についての研修会を開催している。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a
<p><コメント></p> <p>火災発生時と地震発生時に対応するマニュアルを設け、職員には閲覧により周知を図っている。また、災害が終息後に福祉サービス提供を継続するため、災害時事業継続計画により対策を講じている。さらに、利用者と職員の安否確認についてもチェック表を整備している。食料等の備蓄についてはリストにより管理者が確認している。また、防災訓練を毎月実施し、消防署及び警察署と連携した訓練を実施している。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a
<p><コメント></p> <p>標準的な福祉サービスの実施方法は、個別支援計画書、リハビリテーション実施計画書、栄養マネージメント計画書に分けて整備し、作成及び説明手順も整備している。個別支援においては、入浴時におけるプライバシー保護など権利擁護に関わる姿勢を明示していた。また、毎年見直しを行い、職員室内に整備するとともに研修で職員への周知を図っている。さらに、改正時には係ごとに伝言板を用いて周知を図り、実施しているかの否かはチェック表を用いて確認している。</p>		
41	Ⅲ-2-(1)-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
<p><コメント></p> <p>毎年、年度末までに標準的な実施方法の見直しを行っている。また、各種会議における話し合いの中で出された意見は、サービス担当者会議で専門的な視点で検討、調整が図られている。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	a
<p><コメント></p> <p>サービス管理責任者を中心として、介護職および看護師、リハビリ関係職員等で構成される支援会議を3か月に1度開催し、日中活動への参加の呼びかけなど、利用者一人ひとりのニーズを基に個別支援計画を検討している。また、現場ではチェック表を用いて、行っているサービスを確認している。</p>		

43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a
<p><コメント></p> <p>個別支援計画書の見直しについては、3か月ごとに支援会議を開催し、パソコンのケアカルテを用いて、職員に周知している。また、体調の変化に合わせて介護内容を変更が必要な場合には、課長の判断で適切に対応し、申し送り等で周知している。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a
<p><コメント></p> <p>利用者に関するサービスの実施状況は、パソコンを用いたケアカルテシステムで管理し、職員への周知が図られている。また、記録システムのマニュアルを作成し、勉強会を開催して職員への指導を行っている。</p>		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
<p><コメント></p> <p>利用者の個人情報取扱規定により範囲、管理、利用、提供などについて定めている。また、個人情報保護マニュアルに基づいて、利用者や家族に説明し、写真・映像等の掲載については利用者の同意を得ている。</p>		

障害者・児福祉サービス版内容評価基準

評価対象 A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A①	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>趣味活動ではクラブ活動アンケートから希望を把握して支援していた。移動美容室の予約では希望のスタイルを表現しやすくするために写真やプロマイドを数枚用意して選択できるような支援をしていた。利用者同士が話し合う機会として全体会議を開催したが、利用者全体会議記録には担当職員名のみで、利用者の参加状態が不明であった。利用者個別の対応について支援したことは記述されていたが配慮ができていたか改善できたかの記録は表現されていないため確認できなかった。</p>		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	c
<p><コメント></p> <p>権利擁護に関する規程・マニュアルが有り、年1回内容の確認を行っているが、各職員の理解度及び習熟度の確認まではしていない。職員には人権擁護委員会が主体となり毎月標語を使って周知を図っている。職員個別には虐待防止セルフチェック表を活用して振り返りをしたのち、権利擁護委員会で集計をし委員長から指導をすることになっているが、集計結果及び指導記録等は存在していない。</p>		

評価対象 A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A③	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>生活介護 個別支援計画・リハビリテーション実施計画・栄養マネジメント計画書(1)(2)(3)には、利用者の意向、支援内容が共有できるように記述されていた。本人の要望である自宅復帰を目指し、支援計画にその内容を取り入れて支援がされていた。行政手続き等の実施はサービス管理責任者の業務日誌に記録されていることが確認できた。</p>		
A④	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>個別支援計画書の実施記録からコミュニケーション能力を高めるために写真カード・コミュニケーションボード・職員からの閉ざされた質問に対して瞬きで返答する方法・スマホを活</p>		

用する等それぞれの状態に合わせた工夫をしていた。職員間では「職員伝言板」を活用して情報共有している。		
A⑤	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	a
<p><コメント></p> <p>サービス管理責任者が利用者の意思を尊重する相談等を受け、検討をしたことはフロア会議記録や支援実施記録に記述している。これらを用いて情報を共有して支援がされていることを確認した。</p>		
A⑥	A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>各自のタイムスケジュールを作成し居室内に掲示していた。施設内での行事に関する情報提供は廊下のホワイトボードに掲示して有り、利用者全体集会の場でも伝えている。地域の様々な日中活動の情報提供の記録と、見直しのための検討項目について支援会議等での記録が確認できなかった。</p>		
A⑦	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>高次機能障害についての研修会記録が有った。支援会議では理学療法士に評価をしてもらい、対応方法の助言を受けていたことが確認できた。 本人の行動分析をして、配慮すべき事項を個別支援計画書に記入すると共に「伝言板」で職員間の共有を図っている。</p>		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>支援計画書に基づき、おかゆ、麺を1センチ長さにして提供する等の工夫をしている。入浴可能な場合は心身の状況に応じて一般浴、シャワー浴、機械浴（チェア浴、ストレッチャー浴のいずれか）で支援していることが「日毎入浴一覧表」から確認できた。入浴不可の場合は、清拭対応または着替えのみにしている。排泄はおむつ、安楽尿器、座敷トイレ等で支援している。移動・移乗は個別マニュアルに応じて、車椅子、電動車椅子自走、リフトを使った移乗介助のみ等の支援をしている。</p>		
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	a
<p><コメント></p> <p>個室対応を実施し、プライバシー等にも配慮している。 居室の出入り口は開き戸または厚手のカーテンが有り、居室対応満足度調査の項目にて配慮されていることを確認した。業務委託の清掃スタッフを配置し、清潔が保たれている。 夜間の空調やテレビのリモコン操作など自由に行え、希望があれば、職員がタイマーセットを手伝うなどの支援をしている。</p>		

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>リハビリテーション実施計画を作成し、個別リハビリスケジュールを居室に掲示している。職員用リハビリテーションのチーム分け一覧表は中央リビングに掲示している。生き生き活動に参加したことが参加名簿で確認できた。理学療法士や作業療法士が活動メニューを考えている。自主訓練に繋がる体操を支援している。定期的にモニタリングをして支援計画の見直しをしているプロセスは記録が無く確認できなかった</p>		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A⑪	A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	b
<p><コメント></p> <p>ケアが必要と予想される項目（クレヨンタイトル一覧）に沿って健康状態が記録され管理していた。口腔ケアでは歯科衛生士の助言をまとめた表を作成した後、職員室内に掲示して指示に沿った介助をしている。利用者の体調変化時の迅速な対応のためにフローチャートが作成され、オンコールについての職員研修も実施されていた。職員に対しては月ごとに内容を変えた研修は実施しているが、職員の個別指導を定期的に行っていることが記録で確認できなかった。</p>		
A⑫	A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	b
<p><コメント></p> <p>医療的な支援が必要な利用者に対する管理者の責任・方針・情報収集はできているが、計画に直結していない。支援実施記録に介護職と看護職が重複記載した箇所があり、支援者が不明確な記録になっていた。金属アレルギーの対応として医師の指示でプラスチック製品を使用することにしたが、その記録がないために確認できなかった。医療的支援に対する職員研修は実施されているが、職員の個別指導を定期的に行っている記録が確認できなかった</p>		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A⑬	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>芸術祭に絵画作品や手芸作品の出展や販売などの支援を行った。外泊や外出への希望に沿うための仕組みがある。利用者や家族の希望と意向に沿った生涯学習の支援は有るが資格取得を目的とした体験等の支援はない。</p>		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		

A14	A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	b
<p><コメント> 会資源一覧をフロア毎にいつでも閲覧できる場所に配置している。地域生活への移行に関しては、希望の申し出によってのみ計画を立てて支援している。</p>		
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A15	A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	a
<p><コメント> 家族との交流は面会やラインで可能であり、さらに居室からスマホやパソコンでも対応している。家族への報告はお便り送付や居室に連絡ノートを備えておき、面会時に意向の確認や意見交換に活用している。急ぎの報告ではメールでのやりとりをしている。家族が来訪され、今後の対応などの相談に対し、サービス管理責任者が助言等対応をしていることが実施記録で確認できた。利用者の体調不良や急変時における家族への連絡方法と連絡者がフローチャート表で確認できた。</p>		