

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

| |
|-----------------|
| 一般社団法人静岡県社会福祉士会 |
|-----------------|

② 施設・事業所情報

| | | |
|---|-----------------------------|------------------|
| 名称：農協共済中伊豆リハビリテーションセンターあゆみ | 種別：就労継続支援事業B型 | |
| 代表者氏名：紅野利幸 | 定員（利用人数）：20名 | |
| 所在地：静岡県伊豆市冷川 1523-108 | | |
| TEL：0558-83-2111(代) | ホームページ：https://janrc.or.jp/ | |
| 【施設・事業所の概要】 | | |
| 開設年月日：平成23年9月1日 | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：（福）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：5名 非常勤職員：5名 | |
| 専門職員 | （専門職の名称） | |
| | サービス管理責任者 | 1名 目標達成指導員：2名 |
| | 職業指導員 | 5名 生活支援員：2名 |
| 施設・設備の概要 | （居室数） | （設備等） |
| | なし | 作業室・相談室・トイレ他 |

③ 理念・基本方針

| |
|---|
| 【経営理念】 想いに寄り添い、心と技術でささえ、地域と未来につなぐ |
| 【経営方針】 生活の充実と心の安らぎを支援します。 最高の技術と心でリハビリテーションを提供します。 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

| |
|---|
| 複数の事業を展開しており、障害特性や本人の能力・ニーズに応じた作業選択が可能。 作業の充実と工賃向上を目指している。 |
|---|

⑤ 第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|--------------------------------------|
| 評価実施期間 | 令和5年5月23日（契約日）～ 令和6年4月5日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 0回 |

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・ 中長期計画である「3か年計画アクション2023」が策定され、理念や基本方針の実現に向けた具体的な内容が重点取組事項として4項目記載されており、財務目標や平均利用率などの数値目標も設定されており、現場からの意見をもとに法人の経営企画課にてとりまとめ見直し修正も組織的に実施されるなど、中長期計画の骨組みがしっかりとしており、法人への信頼感につながっています。
- ・ 「人事考課制度実施要領」に、求める職員像として5項目が明記されています。人材確保に向け、法人全体で人材育成委員会、プロジェクト、新卒採用、福祉課を有する高校への訪問、福祉講座を請け負い、学校との連携を深めるよう務めています。また、インターンシップ、職場見学を開催することで、高卒の採用など成果も出ています。「キャリアラダー」を作成するなど、職員の採用・人材育成に工夫がされています。
- ・ 法人として、医師、看護師、セラピストの派遣による介護予防教室など各種行政支援や、無料健康相談を開催しています。JA支援共済、全国の介護事業所に専門職を派遣し、ノウハウや専門的な情報を提供するなど実地指導をしています。福祉避難所として、伊豆市（平成25年）と熱海市（平成26年2月）、伊東市（平成26年2月28日）と契約を結び、住民の安全・安心のための備えや支援の取組を行うなど、地域貢献活動に力を入れています。
- ・ 利用者の自律・自立生活のための支援では、個別支援計画書に詳細に作業準備・片付け・昼休み前の消毒意識の取り組みや作業前後の片づけの声掛け等支援内容等記載し、個別支援を行い、日々、利用者の特性を考慮し、心理的・身体的機能、体調の変化等利用状況を確認しています。通所時に身だしなみ（髭剃り）や衛生面の管理、健康面のチェックや血圧の管理を確認し、作業準備の自立の促し、片付けのマナーの意識づけ、自己管理ができるように支援しています。生活に関して必要に応じて関係機関に繋ぐ等の体制は整っています。
- ・ 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の、取組では、法人内に感染対策委員会を設け、感染症の予防として各職員に手洗いチェックシートを用いて、手洗いの状況を確認し、感染症の予防と対策のマニュアルを整備し、社会状況に合わせています。職員には年4回以上の研修を実施しており、感染症が発生した場合には法人内の対策方法に沿って実施しています。
- ・ 地域生活への移行と地域生活の支援については、法人の支援部会から情報や学習体験や新事業の紹介があり、近隣のからの情報交換内容を利用者に提供しています。職員は、利用者の希望、意欲や適性を見て、一般就労の支援をしています。また、一人暮らしで運転免許証を持たない買い物難民の対策として、地域の関係機関と連携し、具体的対応方法を紹介し、積極的に実施しています。

◇改善を求められる点

- ・提供する福祉サービスの標準的な実施方法について、利用者が製品を作成、作業、接客、就労等、働くための詳細なマニュアルや働きやすい体制について考慮はしていますが、作業に関する内容以外には標準的な実施方法が確立していないため、策定が求められます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

- ・評価結果を参考に、改善するところは改善し、よりサービスの質の向上に向けた取り組みを行っていきたい。
- ・当法人の経営理念である【想いに寄り添い、心と技術でささえ、地域と未来につなぐ】という役割を実行していくことで、障害があっても働きたい願いを叶えられる事業を展開していきたい。

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 |
| <コメント> 今年度の4月から新しい理念となり、広報誌パンフレットへの記載がされています。行動指針も具体的な内容となっています。また、理事長からの説明があるなど職員への周知は行われていますが、家族への周知は十分とはいえません。 | | |

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。 | a |
| <コメント> 法人内で社会福祉事業、医療事業と幅広く事業展開しており、社会福祉事業の動向や経営状況所の把握・分析は法人本部の経営企画課を中心に実施されており、業務報告書等にまとめられ、理事会・評議員会の議案として報告されています。 | | |
| 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。 | b |
| <コメント> 「3か年計画アクション2023」に重点取組事項として、現状分析に基づいた具体的な課題や問題点を具体的に明らかにしています。また、現場に意見を聞き、半期に一度見直しが行われています。経営状況は、年4回ずつ開催されている理事会・評議員会にて経過報告、監査結果が半期ごとに報告され共有がされていますが、一部の送迎や草刈り等の環境整備のみに従事している職員までは周知されておらず十分とは言えません。 | | |

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>「3か年計画アクション2023」に理念や基本方針の実現に向けた目標および、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容が重点取組事項として4項目記載されています。財務目標や平均利用率などの数値目標が設定されており、見直しの年には現場から主任以上のヒアリングを行い、経営企画課で取りまとめ修正を行っています。</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>「3か年計画アクション2023」にある重点取組事項4項目に沿った内容が、単年度の事業計画にも反映され策定され、行事計画だけでなく、年間延べ利用者数や平均工賃支給額など数値目標が明記され、実施状況の評価が行える具体的な内容のものとなっています。</p> | | |
| 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>事業計画は職員の参画の下で行われ、意見集約を行い策定されています。作成時期は、本部経営企画課から随時指示があり定められた時期、手順に基づき実施状況が把握されています。また、半期の事業報告書を作成し、評価結果をもとに見直しを図っています。職員の周知の面では、一部の送迎や草刈り等の環境整備のみに従事している職員までは周知されておらず、十分とはいえません。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>事業計画の主な内容は、利用者に対しては施設内掲示などで周知していますが、コロナ禍もあり、家族会は開催されておらず、家族等には周知、説明が実施されていません。事業計画の内容は、行事のアナウンスをポスターなどで広報し、工賃の実績表を掲示するなど、理解しやすい工夫をしています。</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>事業計画が半期ごとに達成状況を確認し評価を実施することで、福祉サービスの質の向上に向けて取り組んでいます。理事会、評議員会にて、上半期、決算期には職務執行状況、経過報告、監査報告など報告され確認されています。第三者評価の受審は今年度からのため、継</p> | | |

| | | |
|---|---|---|
| <p>続的な取り組みとはいえませんが、今後は定期的に受審する予定です。法人の経営企画課が、財務状況、稼働率など各種経営指標を取りまとめ、評価結果を分析しています。</p> | | |
| 9 | I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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> 法人の経営企画課が、財務状況、稼働率など各種経営指標を取りまとめ、評価結果を分析し課題が文書化されています。分析結果等の報告書は職員間で供覧され、情報共有がされています。事業計画書策定にあたり、職員の参画のもとで改善策や改善計画が事業所内ミーティングにて検討され、前年度の課題を評価、見直しを行い次年度の事業計画に反映しています。</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 |
|---|--|---------|
| <p>Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p> | | |
| 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> 管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしており、事業継続計画（BCP）令和5年4月でも権限委任等を明確に記載しています。管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化はされていますが、広報誌等には掲載がなく、会議や研修における表明もされておらず、周知の点では十分とはいえません。</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。 | a |
| <p><コメント> 制度の変更、運営規程の整備、安全衛生、法令順守など、法人として各種マニュアルが整備され、幅広い分野についての情報収集や把握を行っています。法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加し、研修資料等は供覧しています。また、遵守すべき法令については、法令集をまとめたファイルを作成し、職員がいつでも確認できるよう備えています。</p> | | |
| <p>Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p> | | |
| 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> 半期に一度の事業報告書、監査結果などから、福祉サービスの質に関する課題を把握し、新規事業の展開など、新たな就労機会の創出に取り組んでいます。個人別の「目標チャレンジシート」に記載された内容をもとに、期首と期末の2回職員面談を実施するとともに、「介護職員キャリアラダー」にてレベルを4段階に分け、それぞれのレベルに応じた研修内容を明記し、職員教育の充実を図っています。</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>法人本部が中心となり、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っています。「自己申告制度」にて職員個々の就労希望を確認し、人事異動、昇進の資料としています。また、職員満足度調査を実施し、職員の働きやすい環境整備に役立てています。「目標チャレンジシート」を活用し、年2回職員面談を実施し、意識形成に取り組むとともに、風通しの良い関係構築に努めています。</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」に、求める職員像として5項目が明記されています。人材確保に向け、法人全体で人材育成委員会、プロジェクト、新卒採用、福祉課を有する高校への訪問、福祉講座を請け負い、学校との連携を深めるよう務めています。また、インターンシップ、職場見学を開催することで、高卒の採用など成果も出ています。「介護職員キャリアラダー」を作成し、採用・育成をしています。</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>法人として「人事考課制度実施要領（令和4年度版）」に、求める職員像として5項目が明記されており、「人事考課制度実施要領（令和4年度版）」に「実績表定基準」が明記され、個人と部門の2段階で評価を実施しています。「自己申告制度」により職員の意向が反映されるなど、総合的な人事管理が行われています。</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>管理者は、時間外勤務命令、有給休暇取得の管理、勤怠管理など月次で勤務実績を管理し、ワーク・ライフ・バランスにも配慮しています。ストレスチェックを年1回実施しており、産業医に確認し職員の心身の健康と安全の確保に努め、ハラスメントやメンタルヘルスの相談窓口も設置されています。福利厚生も充実しており、法人として採用計画を策定し、適正人数・適正職種を各事業に振り分けています。また、新卒採用プロジェクトにて、新たな試みとして動画を使った職場紹介をするなど組織の魅力を高める取り組みがされています。</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。 | b |

| | | |
|--|---|---|
| <p><コメント></p> <p>「目標チャレンジシート」を活用し、目標管理が組織として構築されています。「目標チャレンジシート」は期首と期末の年2回面談が行われ、具体的な行動計画や実施スケジュールが明記され、適切な目標管理がされています。進捗状況の確認も期末面接で実施されていますが、期中面接にて年度途中の進捗状況の確認は行われておらず、十分とはいえません。</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>「人事考課制度実施要領（令和4年度版）」に法人が求める職員像が明記され、「介護職員キャリアラダー」にてレベルを4段階に分け、それぞれのレベルに応じた研修内容を明記し、充実を図っています。福祉部内の人材育成委員会にて部内研修が企画運営され、外部研修も内容の評価を踏まえ年間計画が立案されています。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等は、法人総務課にて把握しており、各種職種別にラダーがあり、レベルを4段階に分け、それぞれの知識・技術水準に応じた教育・研修を実施しています。静岡県人材センター主催の研修を案内し、各種研修の参加を勧奨し、研修参加ができるよう勤務上の配慮もされています。個別的なOJTが適切に実施されている記録が残されていません。</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>「実習生受け入れマニュアル（2022年作成）」が整備されていますが、基本姿勢は明文化されていません。実習プログラム作成に関してマニュアルには記載がなく、専門職種の特性に配慮したプログラムを用意しているとはいえません。実習指導者研修修了者（社会福祉士2名、介護福祉士4名）がおり、指導者研修を実施しています。学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備し、実習期間中においても継続的な連携を維持しています。</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>法人理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、決算情報がホームページに公開されていますが、事業計画、事業報告、予算については公開されていません。また、事業所単体の決算書ではなく、法人全体、部門ごとの決算書となっています。苦情相談窓口に関しては、エントランスホールに掲示され、苦情内容と回答が掲示されていますが、第三者評価の受審は今回が初めてであり、苦情相談体制・内容についてホームページには掲載されていま</p> | | |

| | | |
|--|--|---|
| せん。「中リハ通信」を年4回発行し、配付しています。あゆみ単独の広報誌は発行していませんが、事業内容を写真つきでホームページで公開しています。 | | |
| 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>法人として諸規程が整備されており、職員にも規程集ファイルが供えられ周知されています。内部監査が定期的実施されており、また会計監査（5月・3月）・期中監査（10月）を外部の会計事務所に委託し実施しています。監査指摘事項に基づき経営改善が行われていることを、内部監査指摘事項の回答一覧にて確認しました。</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>「3か年計画アクション2023」の重点取組事項1に地域社会貢献への取り組みとして明文化されています。伊豆市社会福祉大会など地域のイベントの開催情報などを掲示し情報提供されています。ボランティアが支援を行う体制はマニュアルに記載されています。高校の総菜販売、市役所への販売、伊豆市福祉大会では自主制作作品、縫製品などクラフト製品、メモ帳などの販売を通して地域交流を行っています。衣料品販売、体調不良時の外来受診の案内などニーズに応じ地域の社会資源を活用するようリハビリ職員が助言しています。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>「ボランティア活動規程（令和4年12月末日現在）」第1条に目的は明記されていますが、基本姿勢や必要な研修、支援に関しては記載がありません。新卒採用プロジェクトで高校生向けの課外授業を実施しており、職場体験の受け入れ、インターンシップを実施し学校教育への協力をしています。</p> | | |
| Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | |
| 25 | 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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>関係機関一覧表が作成され、職員間で共有されています。また2か月に1回、5事業所が集まる就労支援部会に参加しています。</p> | | |
| Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | |
| 26 | 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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>自立支援協議会（7月25日）、に出席、在宅医療連携推進協議会（7月11日）、伊豆市社会福祉法人等連絡会（8月10日）に参加し福祉ニーズや生活課題等の把握に努めています。</p> | | |

| | | |
|---|---|---|
| す。 | | |
| 27 | 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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>法人として、医師、看護師、セラピストの派遣による介護予防教室など各種行政支援や、無料健康相談を開催しています。JA 支援共済、全国の介護事業所に専門職を派遣し、ノウハウや専門的な情報を提供するなど実地指導をしています。福祉避難所として、伊豆市（平成 25 年）と熱海市（平成 26 年 2 月）、伊東市（平成 26 年 2 月 28 日）と契約を結び、住民の安全・安心のための備えや支援の取組を行っています。</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>理念や基本方針を唱和したり、名刺の裏に記載し常に目に触れるようにすることで意識化しています。就業規則の服務心得、運営規程、重要事項説明書、虐待防止マニュアルに利用者の尊重や基本的人権への配慮について記載されています。福祉サービス提供に関する基本姿勢が運営規程第 2 条、運営の方針に明記され、個別支援計画書に反映されています。6 か月に 1 回、もしくは状況の変化に応じて随時見直しを実施しています。</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>着替えの際は、利用者が困らないように着替え用のカーテンで仕切っていますが、個人情報保護法以外の規定・マニュアルは整備されていないため、これに基づいての実施はできていません。また、利用者や家族に対し、プライバシー保護と権利擁護に関する取組の周知には至っていません。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>法人のパンフレットには基本方針が記載してありますが、福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料は、誰にでもわかるような内容にはなっておらず、公共施設等の多くの人が入手できる場所には設置していません。また、資料や情報提供については適宜見直しをしているとのことで、定期的見直しにはなっていませんが、利用希望者や見学、体験入所希望者に対しては現場で見学の際に丁寧な説明を行い、希望に対応しています。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>サービス開始・変更時には、利用者の自己決定を尊重し、利用者や家族等に丁寧にわかりやすく説明し、同意を得て書面に残していますが、資料はわかりやすく工夫した内容にはなっていません。また、意思決定が困難な利用者への配慮について説明や、運用についてのルール化まではしていません。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>利用者の前機関でのサービス利用時の様子の見学、面談記録等の入所資料の提供を受け、関係者間と情報の交換をし、受任時に計画書を作成しています。利用者や家族には施設内に利用者が相談できる案内を掲示し、福祉サービスの利用が終了時にはその後の相談方法や担当者について説明を行っています。しかし、他の施設への移行や終了にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書の定めや、利用者が相談でき担当者や窓口の記載がなく、その内容を記載した文書は渡していません。</p> | | |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。 | | |
| 33 | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上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></p> <p>利用者満足度調査結果報告書を把握・分析し、ここから支援計画書で支援内容のニーズの書き方（支援内容に本人がやることと職員がやること）の記載方法を改善し、わかりやすくしました。第1回目の利用者満足度調査を秋に実施しましたが、まだ定期にはなっていません。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>苦情解決の体制を整備し、苦情受付はフローチャート図とともにホールに掲示してあり、利用者や家族には開始前に苦情の対応、虐待の防止等も含め説明をしています。意見箱（みんなの声）は適切な位置に設置し、職員は毎週、投函の有無を確認しています。苦情内容は委員会から必要部署に回り、検討・対策と情報の共有、再発の防止を検討し、利用者や家族等に必ずフィードバックし、解決記録は適切に保管しています。苦情の公表については法人全体であり、事業所として該当の記載はありません。</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>ホールの掲示物に「ご相談をお待ちしています」があります。相談室を事務所内に設け、扉付きで声が漏れにくくなっています。利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を配付しています。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>把握した相談や意見について、利用日の調整は1週間以内を目指し、解決しています。利用者の要望に応え、工賃の向上に向けて検討中で、来年4月の目標金額に向けて実施できるように取り組み、給食委員会では「給食の意見箱」を設けて満足度調査をしています。職員は利用者の意見の把握のために積極的に声をかけ、ケアカルテに入力して対応していますが、記録としてのまとめがなく、相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順・要望の対応マニュアルは作成や、定期的な見直しはしていません。</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>法人に安全管理室があり、責任者を決めて毎月、各事業所を巡回して確認しています。通所系事業所に安全対策委員会があり、ヒヤリハットや事故対応のほかには不審者対策、防犯対策マニュアルを整備し、全職員にリスクマネジメントの研修があり、今年度は福祉用具を安全に使用する研修がありました。毎月、委員会ではヒヤリ・ハット、事故事例を基に積極的に検討・予防策を話し合い、服薬のエラー対策を見直しています。</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>法人内に感染対策委員会を設けています。感染症の予防として各職員に手洗いチェッカーを用いて、手洗いの状況を確認し、感染症の予防と対策のマニュアルを整備し、社会状況に合わせています。職員には年4回以上の研修を実施しており、感染症が発生した場合には法人内の対策方法に沿って実施しています。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>法人内の委員会により、災害時の対応体制が決められてBCPも定めています。火災対応マニュアルに「地震発生時における福祉部職員の初動対応について」の記載があり、確認方法の基本は電話でその他にラインワークスを利用し、食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄も整備しています。防災訓練は伊豆市防災メールを使用して毎月、実施していますが、大規模では実施していません。</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。 | c |
| <p><コメント></p> <p>支援員が利用者に関わるための標準的実施方法については送迎用以外のマニュアルはありません。利用者が製品を作成、作業、接客、就労等働くための詳細なマニュアルや働きやすい体制について考慮はしています。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>利用者の送迎に関する標準的実施方法以外には利用者の作業に関する内容以外には、検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定めはありません。職員や利用者等からの意見や提案を反映して利用者の作業中の姿勢について身体的な負荷を下げ工夫や作業内容を変更する、経験のある作業に戻すなど、作業の実施方法については個別支援計画で見直しをしていますが、定期ではありません。</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>サービス管理者・職業指導員・生活支援員・目標工賃達成指導員を標準メンバーとして利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定め、アセスメントでは評価表とモニタリング表を参考に実施しています。利用者一人ひとりが「こうしたい」という希望を聞き取って明示し、モニタリング表に達成度合いと計画の見直しを記載して確認しています。就労以外の過ごし方が適切と思われる利用者に対しては、相談員も含めて検討し、家族に介護保険サービスの提案をして必要な情報提供をしています。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>個別支援計画の見直しは組織で手順を定め、6か月に1度課内会議を開き、計画書の内容や課題について話し合い、見直しによって変更した個別支援計画の内容を周知する手順を定め、関係職員は内容を記録システムにより確認しています。しかし、個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みは整備しておらず、個別支援計画の評価・見直しにあたり、標準的な実施方法の定めが部分的なため、福祉サービスの質の向上に関わる課題等は明確になっていません。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>記録システムを採用し、統一した様式により、情報の流れが明確になり、情報の分別や必要</p> | | |

な情報の共有化、的確に届くよう仕組みができています。記録ファイルの回覧等を実施し、個別支援計画にもとづくサービスの実施を目指しています。しかし、記録の書き方に対する指導・研修はなく、情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取り組みは充分ではありません。

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

<コメント>

法人に「職員個人情報取扱規程」があり利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供、個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定され、職員には採用時に説明があり、遵守しています。また、人材育成、記録情報委員会を設置し、年に1回、職員に対して勉強会を開催しています。利用者・家族には契約時に説明し、同意を得ています。

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>人材育成委員会を設け、全職員が利用者の自己決定を尊重した個別支援計画書に反映しています。タバコ臭の利用者にはマナーとして入室の際の着替えの声掛け、利用時間、休憩時間等の声掛けをし、作業を継続する上での課題の確認をしています。職員は虐待防止委員会、人権擁護委員会での議事録を回覧で閲覧し、確認印は課長が書面で管理しています。福祉部が補講を実施し、職員はビデオで学べるようになっていきます。「あゆみ作業所」としてのミーティングはありますが、利用者同士の話し合いは少ないです。</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>法人で虐待対応と身体拘束対応マニュアルはフローチャートを整備し（虐待の届出・報告も含む）毎月、人権擁護委員会を開き、権利侵害が発生した場合に再発防止策等マニュアルに沿って、担当相談員と一緒に考える仕組みになっています。「虐待防止と身体拘束」についての研修会を持ち、虐待防止セルフチェックシート〈あゆみ〉を年2回、全職員に実施し、委員会では個々へフィードバックしています。県の年1回虐待防止の研修には法人から2.3名が出席して伝達研修しています。利用者や家族には重要事項説明書や契約書で説明はしていますが、利用者の権利擁護のための具体的な取組を周知するまでには至っていません。</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>個別支援計画書に本人ニーズ、支援目標、作業準備・片付け・昼休み前の消毒意識の取り組みや作業前後の片づけの声掛け等支援内容等記載し、個別支援を行っています。心理的・身体的機能、体調の変化等利用状況を確認しています。他者に依存し易い人には自立を促し、片付けのマナーの意識づけ、作業準備の自立等計画書に記載しています。身だしなみ（髭剃り）や衛生面の管理、飲酒のチェックや血圧の管理は通所時に確認し、自己管理ができるように支援しています。生活に関して必要に応じて関係機関に繋ぐ等の体制は整っています。</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>利用者に筆談、見本を見せ、ゼスチャーで作業場工程を説明し、障害の内容に応じて様々な方法を模索しています。理解力不足や失語症、半盲等に対応し、時刻は指で示し、行動パターンを把握し、高次脳機能障がい者や意思表示が困難な利用者には家族から情報取得と確認をしながら計画書に記載し、定期面談を実施の他、日頃の声掛けを大切にし、事業所で内容を共有しています。指文字の一覧の利用や手話のできる利用者の手を借りて他の利用者とコミュニケーションを取ることもありますが、コミュニケーション機器は使用していません。</p> | | |
| 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>定期のモニタリングの他、個人の申し出による面談に対応し、事業所内にポスターの掲示で情報の提供をしています。利用者が作業時間内で通常と様子が違うときは、相談員が声をかけ、事業所に言いにくい内容はサービス管理責任者に伝えています。また本人の希望を組み入れ、担当者、サービス管理者、地域の機関との情報交換を行い、職員間で情報を共有しています。利用者の申し出による、利用日の調整や増収入の要望、送迎車の変更希望、曜日による作業量の変更調整等に組織的に対応をしていますが、手順等の書面は整備していません。</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>「あゆみ事業」の5種類の事業から、身体状況と本人の希望により選択・評価をして利用者に適した事業を勧めています。職員の声掛けで利用者の身体・精神状況を確認して支援しています。利用者には地域のお祭り、市主催の販売会等イベントの案内を掲示し、朝礼時に利用者に紹介しています。また、モニタリングから勤務回数の変更の希望や、通所での利用者が在宅ワークの併用を希望、行政の許可を取り、支援計画書を変更しています。しかし、余暇やレクリエーションや一部の地域の日中活動の情報の提供は行えていません。</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>全職員に対し、医務課や法人内の育成委員会がオンラインシステムで様々な内容で月1回開催し、言語聴覚士による研修もあります。支援方法では職員は易姓疲労、疲労感覚の鈍麻、作業中断後、再開不能者等の利用者に休憩を適宜挟み、立ち仕事から座り仕事への変更や作業場所の変更などの配慮をし、作業にバリエーションを付け職員間で共有を図り、面談記録に残しています。現在行動障害の利用者はいませんが、受入れができる体制は整っています。また、支援記録にもとづき、支援方法を見直し、在宅ワークを取り入れる等環境整備も行っています。</p> | | |
| <p>A-2-(2) 日常的な生活支援</p> | | |
| 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>昼食はお弁当持参、給食はメニューには意見箱を設置し、選択食、誕生会メニューがあり、「あゆみ」で作っている惣菜の利用等様々で、席は自由、個食も自由です。給食は（できる</p> | | |

| | | |
|--|---|------------|
| <p>範囲で) カロリー調整食も必要な利用者には提供しています。移乗・移動に関して心理的に不安がある利用者に対しては理学療法士に相談の上、見守りを行い、必要に応じて車椅子を貸し出しています。</p> | | |
| <p>A-2-(3) 生活環境</p> | | |
| <p>A⑨</p> | <p>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。</p> | <p>b</p> |
| <p><コメント></p> <p>利用者の居室・作業空間は広さ、明るさ、視覚的、動線の安全面を配慮した環境です。利用者は毎朝、生活空間を自分たちで掃除をしてから作業に就きます。利用者が暴言を吐いた場合は、職員は相談室で利用者から話を聞き、落ち着いてから現場に戻しています。作業テーブルの配置は利用者の意見を尊重し、職員からの死角を無くし、窓際では人の動きで気が散らないように配慮しています。1日平均22名が利用し、昼休みは3人掛けソファでの休息や、外出や敷地内での散歩をしていますが、休息が取れるのは相談室のみで、スペースとして十分ではありません。</p> | | |
| <p>A-2-(4) 機能訓練・生活訓練</p> | | |
| <p>A⑩</p> | <p>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。</p> | <p>評価外</p> |
| <p><コメント></p> <p>評価外 機能訓練・生活訓練は実施していません。</p> | | |
| <p>A-2-(5) 健康管理・医療的な支援</p> | | |
| <p>A⑪</p> | <p>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。</p> | <p>b</p> |
| <p><コメント></p> <p>職員は利用者の来所時に声掛けをしてから、バイタルチェックを行い、朝礼時、血圧が高めな利用者には、職員に作業中の血圧に注意するように伝えていきます。様子によっては看護師が受診を進め、体重の増加や、肥満傾向の利用者には栄養指導を行うと共に外作業を中心に配置しています。しかし、定期的な健康相談などの実施や、健康管理等について職員研修や職員の個別指導等は定期的には行っていません。</p> | | |
| <p>A⑫</p> | <p>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。</p> | <p>非該当</p> |
| <p><コメント></p> <p>非該当 医療的な支援は行っていません。</p> | | |
| <p>A-2-(6) 社会参加、学習支援</p> | | |
| <p>A⑬</p> | <p>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。</p> | <p>b</p> |
| <p><コメント></p> <p>社会参加に関する情報は壁面に掲示し、利用者の支援計画を作成し、外部への販売(地域内の高校へ)や、接客・店内の整備・商品管理を目的に施設外のコンビニエンスストアでの作業支援や、商品販売店では2名まで就労の了解を得ており、一般就労を目指している利用者の場合は、意向と適性を見ての作業や収穫作業等、体験による支援をしています。利用者は自宅からの通所で、学習支援は行っていません。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>法人の支援部会から情報や学習体験の紹介、新事業の紹介があり、近隣の就労B事業所とも情報の交換をし、情報は利用者に提供しています。職員は、利用者からの相談・希望に応じた支援を心がけ、利用者の意欲や適性を見て、一般の商品販売店や、ワイナリーでの就労体験を通して一般就労の支援をしています。一人暮らしで運転免許証が無く、買い物に不自由している利用者からの相談を担当相談員につなぎ、地域の関係機関と連携し、具体的に移動販売車両の紹介を受けた例があります。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>家族への連絡や助言は必要に応じて相談員が担当しています。静岡県福祉サービス第三者評価を受審するにあたり、利用者に説明し、家族に連絡を取り、了解を得て実施に至りました。施設内の緊急コールの運用については医務室が事故発生直後の対応マニュアルとフローチャートを発行し、掲示もしていますが、報告・連絡ルールが明確ではありません。利用者の生活支援について、必要に応じて担当者会議を開いていますが、家族との意見交換は無く、定期的ではありません。家族支援についても関係機関と情報提供を行っていますが、工夫とまでは言えません。</p> | | |

評価対象 A-3 発達支援

| | | |
|-------------------------------|--|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| A-3-(1) 発達支援 | | |
| A16 | A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。 | 削除 |
| <p><コメント></p> <p>削除</p> | | |

評価対象 A-4 就労支援

| | | |
|---|---------------------------------------|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| A-4-(1) 就労支援 | | |
| A17 | A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。 | b |
| <p><コメント></p> <p>家族への連絡や助言は必要に応じて相談員が担当しています。静岡県福祉サービス第三者評価を受審するにあたり、利用者に説明し、家族に連絡を取り、了解を得て実施に至りました。施設内の緊急コールの運用については医務室が事故発生直後の対応マニュアルとフロー</p> | | |

チャートを発行し、掲示もしていますが、報告・連絡ルールが明確ではありません。利用者の生活支援について、必要に応じて担当者会議を開いていますが、家族との意見交換は無く、定期的ではありません。家族支援についても関係機関と情報提供を行っていますが、工夫とまでは言えません。

| | | |
|-----|---|---|
| A18 | A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。 | b |
|-----|---|---|

<コメント>
利用者の意向や障害の状況に応じた仕事時間、内容・工程等となっており、利用者ができそうな作業をいくつか揃えて希望を聞き、受注量をこなせるように工夫をしています。工賃の規程は「あゆみ」の利用開始時に契約書に記載して説明の上、同意を得ています。職員は工賃引き上げのため、作業の拡大、販路の拡大の営業に出かけています。あゆみの運営規定に基づき、労働安全衛生の関係法令に従っています。仕事内容や工程の計画は職員が提案することの方が多くなっています。

| | | |
|-----|---|---|
| A19 | A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。 | b |
|-----|---|---|

<コメント>
職場や受注先の開拓等により仕事の機会の拡大（職場開拓）に努めています。脊髄損傷の車いす利用者では行政からの配慮もあり、移動手段について企業の受け入れでマッチングによる体制がとれ、適切に支援できた例があります。見学実習を踏まえて受け入れの支援を行い、相談者があれば誰でも受け入れ、利用者の特性を見て「合理的配慮」の促進の取り組みを行っていますが、他機関や企業との連携、障害者就業のための機関との定期的な連携や必要に応じての職場定着等の支援が充分ではありません。