

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わかば	種別：生活介護・施設入所支援・短期入所	
代表者氏名：紅野利幸	定員（利用人数）：	60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4年4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：52名	非常勤職員 3名
専門職員	(医師) 1名	(理学療法士) 1名
	(看護師) 7名	(作業療法士) 3名
	(生活支援員) 35名	(サービス管理責任者) 2名
施設・設備 の概要	(居室数) 個室 60	(設備等) 防災・防犯設備

③ 理念・基本方針

<p>【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</p> <p>【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。</p>
--

④ 施設・事業所の特徴的な取組

<ul style="list-style-type: none"> ・ 個別支援サービスの充実 ・ 日中活動(地域外出支援・季節行事・クラブ活動・創作活動・芸術活動・傾聴支援)

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）	1回（2015年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- キャリアラダーが導入され、レベル毎に職員に求められる能力等が明確となっています。
- 既存の有給休暇とは別に法人独自の仕組みとして、積立有給休暇や介護等特別休暇の制度が設けられており、職員の福利厚生が充実されています。
- 細かくマニュアルが整備され、職員が対応しやすい環境が整えられています。また定期的なマニュアルの変更の記録と一緒に綴じられており、変更点もその場で確認ができました。
- 施設全体に清掃が行き届いて、特に居室は個々人の好みを大切に家庭的な雰囲気大切に、レイアウトがなされていました。

◇改善を求められる点

- 実際には手順が検討され、マニュアルも整備されサービスの標準化も進められているにもかかわらず、明文化されていない項目があります。
- マニュアル、規定書等がセンターとして集約されていましたが、「わかば」としての実施に繋がっていません。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

サービス提供において利用者及びご家族に対し『丁寧な説明を確実にを行い、ご理解ご納得を得る』事を統一し確実に実施できる様に整備を行っていきたい。
利用者の自己決定や意思決定に対する支援を確実に行う事、またその他の事柄においても、指針整備やマニュアルの作成を行い実施に際してはそれらに則った確実な完遂ができる人材育成を実施していきたい。

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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の経営理念と基本方針が策定され、法人の使命や目指すべき方向を読み取ることができる内容となっています。経営理念と基本方針が明記されたポスターを施設内に掲示している他、パンフレットやホームページにも掲示しています。また、全職員に基本理念・経営方針を記した説明付きの文書を配布すると共に、法人内システム（ラインワークス）でいつでも閲覧できるようになっています。利用者や家族に向けて年3回広報誌（わかば）が配布され、その中で分かりやすい説明をしています。その他にも広報誌（中リハ通信）は、伊東市と伊豆市の世帯に回覧されています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人内で月1回開催される福祉部会や福祉事業推進会議において、サービスの提供状況や周辺地域の福祉ニーズについて検討をしています。福祉事業推進会議では、年度の資金収支計算書を資料として付帯し、経営企画課で分析したコストや利用率等の資料を基に検討を行っています。また、伊豆市や伊豆の国市等県域の会議に職員が出席しニーズや課題の把握を行なっています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>経営に関する課題は事業計画に提示すると共に、福祉推進会議で課題について検討しています。また、理事会や評議委員会で課題を提示し検討しています。法人の監事には月次で実績や運営状況を示しています。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、周知を図っています。経営課題の解決や改善に向けた取組みは、事</p>		

業計画案に具体的に示しています。

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・b・c
<p><コメント></p> <p>中長期計画として「中伊豆リハビリテーションセンター3か年計画」を策定しており、重点取組事項として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ます。3か年に掛かる目標数値が具体的に示されており、評価については上層部や施設長だけでなく、現場の主任職員も参加して評価を行っています。また、中長期計画は定期的に見直しが行われ、細かな修正点は単年度の事業計画に加えて実施しています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>法人全体の単年度事業計画を策定しており、その中にわかばの計画も策定しています。計画は目標数値等具体的な取組内を明示しており、福祉推進会議で評価がされています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>ラインワークスにて事業計画や3か年計画、諸規定を閲覧できるようにしています。月1回開催の職員会議にて計画の見直しや変更があった場合、都度法人本部に報告しています。職員会議の中でも満足度調査のその後の取り組みについて検討されています。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画の内容にかかる利用者や家族への周知は、広報誌「わかば」の中で要点を記載し、それを利用者や家族に配布することで図っています。広報誌は施設内にも掲示しています。他にも月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・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画で計画を明示し、福祉事業推進会議にて進捗状況の確認が行われ、次年度計画案の作成時に行われるヒアリングにて改善と提案といったPDCAサイクルに基づいたサービス</p>		

<p>の質の向上に向けた取組をしています。また、福祉事業推進会議や理事長報告にて、サービスの実施状況の報告を行っています。その他にも、利用者の満足度調査を年1回実施し、その分析結果と改善案は職員に回覧している他、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にしています。</p>		
9	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者満足度調査を定期的実施し、その結果に基づいて明確となった課題を事業計画案に明文化し、センター全体で開催している委員会にて課題に対しての改善策を策定しています。事業計画案には課題とそれに対する改善策を明示し、その実施状況と評価を行っていると共に、必要に応じて福祉推進会議やヒアリングにて改善計画の見直しを行っています。また、これらは回覧により職員全体に周知しています。</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	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者の経営・管理に関する方針と取組は事業計画案の中で明示しています。また、定期的に発行している広報紙の施設長挨拶の中で自らの役割と責任について表明しています。管理者自らの役割と責任について業務分掌表と職務権限規程に文書化しており、ラインワークスや紙媒体で周知と閲覧ができるようにしています。有事の際の役割と責任については、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ます。</p>		
11	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人のコンプライアンスマニュアルが策定され、全職員に配布しています。また、職員は遵守する法令について、ラインワークスや紙媒体でいつでも閲覧できるようになっており周知が図られています。産業廃棄物や医療廃棄物の廃棄については、専門業者が発出する manifests・実施報告書より法令に則った処分が行われています。法令遵守については、職員の研修ラダーに法令遵守の研修が位置付けられ、内部研修の他に eラーニングにて開催されており、管理者も研修に参加し研鑽に努めています。</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	<p>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。</p>	a・b・c

<コメント>			
<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ます。分析により表出された課題について、福祉部に設置されている委員会の中で改善策を検討し、管理者の承認のもと実施しています。また、サービスの質の向上にかかる課題と、職員のヒアリングから出てき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ます。職員への教育・研修については、法人全体で各職種別に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。</p>			
13	Ⅱ-1-(2)-②	<p>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。</p>	a・b・c
<コメント>			
<p>管理者は福祉事業推進会議から挙げられた事業運営に係る実績や分析について把握しています。事業計画に法人が掲げる4つの重点取組事項に対して、事業所が取り組むべき具体的な内容が示されていると共に、予算も計上しています。職員に対しては、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閲覧や回覧を行い、周知しています。また、法人内組織に福祉部委員会活動が設置され、そこで検討された改善案を承認しています。</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	<p>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。</p>	a・b・c
<コメント>			
<p>必要な福祉人材について、人事考課制度実施要領の中に「求められる職員像」として明記しています。人材の育成については、法人内職員の研修ラダーに示しており、自己評価・他己評価・施設長評価により次のステップに移行する仕組みとなっています。また、職員の資格取得状況を一覧で管理しており、資格の取得や更新が進められています。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ます。人材確保については、新卒採用プロジェクトとして、地元高校への課外授業やインターンシップの受け入れを行っています。</p>			
15	Ⅱ-2-(1)-②	<p>総合的な人事管理が行われている。</p>	a・b・c
<コメント>			
<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、実績評定基準が定められ、評価を行っています。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ます。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ます。また、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共に、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よりその仕組みを整備されています。</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	<p>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り組んでいる。</p>	a・b・c

<コメント>		
<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ます。職員の有給休暇取得状況は休暇等管理台帳で管理し、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、改善を図っています。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ます。既存の有給休暇とは別に積立有給休暇や介護等特別休暇の制度を設けています。インスタライブの実施や介護機器の導入等魅力を高めたり、働きやすい職場を作る取組がされています。</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。	a・b・c
<コメント>		
<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ます。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ていると共に、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ています。目標チャレンジシートでは目標の他、具体的な行動計画や実施スケジュールが明確となっており、当初に行われる個別面談において目標を設定しています。面談は年3回実施し、当初の他に中間・期末で行われ、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が行われています。また、職員自身のコメント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ます。</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・b・c
<コメント>		
<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ています。事業計画案の人員配置計画で、必要な資格や職種、それらの人数が記載されています。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回行われています。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。	a・b・c
<コメント>		
<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ます。新人職員教育については、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ます。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している研修情報を回覧しています。研修への参加については、業務が滞らないよう勤務の調整が図られています。</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。	a・b・c
<コメント>		
<p>実習受け入れマニュアルを整備しています。実績として、介護福祉士の実習生を受け入れ</p>		

ており、指導用のプログラムとして業務マニュアルを活用しています。また、実習内容や使用するプログラムはあらかじめ実習元の学校と連絡・確認・調整して行われており、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ている等連携が図られています。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ます。しかし、受け入れマニュアル内に実習に対する基本姿勢については明記されておらず、内容の確認ができません。

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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の理念や基本方針の他、事業計画等の情報がホームページ上の他、広報誌（中リハ通信）、インスタグラムにて公開されています。また、苦情・相談の体制については、重要事項説明書に明示しています。地域に向けても中リハ通信（年4回）とわかばの広報誌（年3回）を配布しており、法人の理念や基本方針を、地域に向けて明示しています。ただし、第三者評価の結果や苦情内容について、一部で掲示による公開をしていますが、ホームページ上での公開はしていません。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>法人全体での経理規程及び経理規程細則、契約事務処理細則が定められており、職務分掌及び権限や責任については、業務分掌表と職務権限規程に定められています。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ます。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ます。また、会計監査人を任意で設置しており、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ます。そこに指摘や改善点が明記されており、その改善が図られています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者と地域との交流を図るため、情報の提供が行われたり、実際に利用者を引率して参加していることは確認ができましたが、コロナ禍により地域との直接的な交流は現在できていません。</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・b・c

<p><コメント></p> <p>ボランティア等の受け入れに対してはマニュアルを整備し、地域の学校教育のための福祉教育や職場体験についてもマニュアルを整備し積極的に受け入れが行われていることが、ボランティアの受け入れ簿や学校からの依頼文で確認することができました。受け入れ時の研修については、口頭での説明で行われている事は相談・受け入れ記録から確認できましたが、研修の内容に関する文書は確認できません。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>関係機関や団体については、ファイルを作成し、共有スペースに置かれることでいつでも閲覧が可能となっています。地域でのネットワーク化へも取り組んでいます。関係機関・団体との定期的な会議は行われていることは案内文や会議資料で確認できましたが、具体的な取り組みについては確認することが出来ません。</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	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・b・c
<p><コメント></p> <p>医療連携協議会の中で、地域の福祉ニーズなどの話し合いが行われています。またその結果を伊豆市福祉3カ年計画作成の際ヒアリングを受け、その中で提案をしています。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>法人として地域貢献への取り組みを3カ年計画の中に位置付け、全国のJA関連団体とも交流し、公益的な事業・活動が積極的に行われています。行政とも連携し、地域コミュニティの活性化についても貢献を行っています。また地域の人向けの講演会や地域リハビリでの実技指導など、定期的に行われています。また福祉避難所としての協定を行政と結ぶなど、被災時に福祉的な支援を行う準備や取り組みも行われています。</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
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者を尊重する理念や基本方針については、施設内に掲示がされており、毎朝の朝礼で理念の唱和が実施されています。コンプライアンスマニュアルも整備されており、職員研修の中でも取り組みが確認できました。提供している福祉サービスについても、業務マニユア</p>		

<p>ルの中に標準的な実施方法が記載され、それに基づく研修の実施も研修記録で確認ができました。虐待防止やプライバシー保護を含むセルフチェックを実施し、対応状況については職員会議等の中で検討や周知がされています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する事は業務マニュアルの中に示され、法令遵守についても職員研修の中で実施されています。生活環境もプライバシーに配慮されており、一人ひとりが快適に生活できる環境や設備が整備されています。また重要事項説明書によりプライバシー保護と権利擁護については説明が実施されており、利用者やその家族の説明を受けていることについて署名で確認ができました。</p>		
<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。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針は掲示されています。施設を紹介した資料は、多くの方が自由に手に入れられるよう、併設の病院や施設の玄関に置くと共に、行政機関や他の関連施設へも配布され、ホームページ上でも掲載されています。紹介資料は写真の掲載や文字を大きくするなどわかりやすい工夫がされています。利用希望者には個別に丁寧に対応し、対応記録はその都度作成されています。また見学や体験入所、一日利用なども希望により受け入れを行っています。利用希望者に提供する情報については、常に新しい情報が提供されるよう、検討がされています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの開始や変更の際には、契約書や重要事項説明書で丁寧に説明されており、書面も文字を大きくしルビを振るなど、利用者や家族がより理解が出来る様工夫されています。意思決定が困難な利用者については、利用者に適した配慮が実施されていることは支援経過などの記録で確認できますが、明文化したルールについては確認できません。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>現在実施している福祉サービスの内容の変更については、利用者にとって著しい変更や不利益が生じないよう多職種が参加する会議の中で検討されています。地域・家庭への移行については数が少ないため形式は特に定めませんが、個人個人に対し必要な情報は提供されています。サービス終了後も相談に応じることが出来る事は口頭で説明されていることを支援経過に記録されていますが、利用者や家族に対し相談方法について文書での提供は確認できません。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>		
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。	a・b・c

<p><コメント></p> <p>利用者満足を把握するため、利用者満足度調査を年に1回実施し、その結果は利用者・職員に公表されています。家族会はコロナ禍により現在は開催されていませんが、以前から利用者満足を把握する目的では実施されていませんでした。利用者会については、月1回開催され、職員も出席して、意見や意向の把握を行っています。出された意見や意向はプロジェクトチームにおいて改善の検討がなされています。</p>		
<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。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みについては、手順や第三者委員などが苦情解決マニュアルに記載され、利用者に対しては分かりやすい文書を作成し、掲示されています。利用者に意見を自由に出示してもらうため、中央のデイルームに「みんなの声ボックス」を設置してあり、横には記入するための紙や筆記用具を置き、利用しやすくしています。苦情や意見はすべてファイルに保存し、いつでも閲覧出来るようになっています。苦情等については利用者や家族に必ずフィードバックされていますが、家族からの苦情に対しては口頭で説明することも多い様です。苦情相談については苦情解決委員会で検討され、内容は共有されています。結果の公表については、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮し、今後ホームページなどで公表する予定で準備されています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者が相談をしたり意見を述べる際の方法について、施設内の目につきやすい玄関ホール等複数個所に内容を分かりやすく記載したポスターが掲示されており、担当者も明示されています。相談室など施設内にプライバシーが守られ話をしやすいスペースが数カ所設けられており、急な対応も可能となっています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>「みんなの声ボックス」が中央デイルームに設置され、満足度調査も年1回実施されています。また相談方法などはポスターで掲示し、担当者の記載も行っています。対応方法については、苦情解決マニュアルに基づいて実施され、苦情受付票に対応記録を記載されています。対応に時間がかかる場合は、本人に状況を説明し、承諾を得、経過とともに苦情受付票に記載されています。対応結果については、職員会議などを通じて全員に伝える場合と、個々に対応する場合がありますが、会議内容は会議録を供覧することで共有されています。</p>		
<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。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>法人に安全管理課、福祉部に安全対策委員会があり、体制が要綱で明文化され、体制の整備が行われています。事故発生時の対応や安全確保についてはマニュアルを作成し、対応に</p>		

<p>についてはフローチャート化されています。ヒヤリハットや事故報告書が提出され、安全対策委員会で検討や分析が行われ、再発防止や改善策が提示されています。マニュアルについては定期的に見直しを行い、見直された結果や見直した日付がマニュアルと一緒に保存されています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>感染症については、院内感染症対策委員会が設置されており、院内感染防止マニュアルで管理体制、責任者も記載されています。またマニュアルの内容については研修等で周知されており、ロールプレイを行うことで実際に発生した場合に適切な対応が出来る様、訓練も行われています。マニュアルは定期的に見直しがされており、見直された内容と見直しの日付がマニュアルと一緒に保管されています。</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している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>地震対策、火災対応等の防災マニュアルが作成されており、その中で責任者や体制が定められています。自然災害発生時における事業継続計画も作成されており、食料などの備品リストや管理者についても定められています。利用者及び職員の安否確認の方法については、マニュアルで定められています。防災訓練については、消防署の職員等にも来てもらい、消防計画に基づき定期的の実施されています。地域の人を交えた訓練として情報伝達訓練も実施しており、消防署への報告書で確認できました。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>提供されるサービスについては、標準的な実施方法が「わかば業務マニュアル」に規定されており、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に係る内容についても、排泄や入浴等それぞれの項目ごとに記載されています。標準的な実施方法を確認するために、マニュアルの内容に沿ったチェックリストを作成し、職員に記入してもらい、主任等が確認しています。弱い部分などは職員研修の中でフォローアップを行っています。実施方法の確認については、キャリアラダーのチェックシート、自己評価、他己評価、所属長の評価を年1回実施しています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法の見直しは、年1回各委員会で定めた時期に行っています。また、必要時には見直しを行うことを組織として定めています。業務マニュアルの見直しは、見直された内容や日付がマニュアルと一緒に保管されており、確認することができました。個別支援</p>		

経過についても、必要に応じて見直しがされています。職員や利用者等からの意見や提案については、職員会議で検討されています。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の策定にあたり、多職種での対応を行っていることは会議録で確認できましたが、関係職員の参加について手順を記載した文書は確認できませんでした。アセスメントについては、関係した多職種の職員の視点から実施されています。個別支援計画には一人ひとりの計画が具体的に記載されており、計画の実施については支援経過、モニタリング記録、ケース会議、リハビリのカンファレンスの中で確認されています。支援困難ケースについては、ケース会議等で検討され、支援計画で対応方法について共有がされ、支援経過に提供内容が記録され、定期的な見直しがされています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画書について、実施状況と計画の見直しについて、支援経過やモニタリング、変更した計画の周知を朝礼等で行うなど、実際には手順として職員が認識し実施されていますが、細かな部分で手順を明文化したものが確認できませんでした。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>記録は電子カルテで様式を統一しています。個別支援計画の記録は赤色は新規、青色は3か月評価、黒色は定着と色別の記録を採用しています。記録情報委員会が中心となり、介護記録の書き方、読み方、活かし方の勉強会を行っています。パスワードを利用し、情報の漏洩に注意し、ケアカルテの閲覧ができるようになっています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>個人情報の保護については文書管理規定で定められ、職員は遵守しています。記録情報委員会が中心となり、部内で研修会を行っています。職員の理解や遵守を高めるために個人情報に関するチェックを定期的実施し意識化を図っています。利用者、家族への説明は入所時に重要事項説明書で説明をしています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>日常生活、外出、クラブ活動等アンケートを実施する等により、利用者の意向を大切にしています。これらを個別の支援計画に反映させて支援に当たっています。利用者、職員、課長が参加の下話し合いの場を持ち、利用者からの要望を受けています。職員会議で報告し、共有しています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>権利擁護に関するマニュアルに沿って対応しています。年に2回チェックシートを活用し、職員の自己意識を高めています。身体拘束についてはマニュアルに沿った対応を行い、職員にわかりやすく説明し徹底を図っています。行政等への届け出は通報、対応の手順が図式化しています。月に1回虐待防止委員会を開き、アンケートの実施や接遇としての見直し、再構築を図っています。身体拘束に関しては、本人及び保護者から同意書を交わし、理解を得ています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者個々がその人らしい生活ができるよう個別支援計画に沿った支援を行っています。自己導尿、薬の管理においては利用者本人ができることは見守りの姿勢で支援しています。また動機付けについては利用者からの要望を受け入れることで次のステップアップに繋がるよう、モチベーションを大切にしています。生活の自己管理については支援が必要な部分は支援に入りますが、自立できている部分は見守りの姿勢で支援に入っています。行政手続等はサービス管理責任者、相談支援事業所の協力を得ています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>傾聴支援を大切にし、プチ外出、個別外出、散歩時に話しのできる機会を持っています。必要時にはSTの協力を得ています。利用者の必要に応じて絵カード、トークン、視線、ま</p>		

<p>なごしを大切にし、家族、後見人を通して意思確認をしています。介護職員、リハ職員と利用者で口腔体操、首の運動、歌を歌う、「あいうえお」表を活用して、発語を促すこともあります。</p>			
A⑤	A-2-(1)-③	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>傾聴支援を大切にし、散歩外出、ミニ外出、小グループ等を利用して相談のできる機会を設け、ポスター掲示をしています。サービス管理責任者、ケアスタッフ、リハ職員、医務、施設長が入り検討の場を持ち、情報の共有を図っています。利用者からの要望は伝言板、申し送りマニュアルに沿って要望を確認し、個別支援計画に反映させ、個別対応に繋がっています。しかし、利用者の意思決定については記録が確認できませんでした。</p>			
A⑥	A-2-(1)-④	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者からの希望やアンケートを取り、活動のメニューを決めています。活動への参加は声かけで実施し、場合によってはグループの再編成を行っていますが入浴時間もあり、それらを含めてプログラム等への参加を促しています。余暇時間は利用者の意向を大切にしそれぞれの時間になっています。地域との関係については、現在はユニクロ、キッチンカーの来所に留まっています。活動の見直しは年2回のアンケート取り個別支援計画に反映させ、日常の支援に繋がっています。</p>			
A⑦	A-2-(1)-⑤	<p>利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>年間の研修計画の中に一人1研修が義務つけられています。部内研修で障がいや行動についての勉強会を実施、障害等の理解、支援の方法を学ぶ機会としています。また利用者の様子観察をする中で環境を整えたり、特別に配慮を必要とする場合は職員が横断的に関わり、支援の方法を検討し医務との連携を図り、場合によっては他科受診、専門機関に繋げることもあります。</p>			
<p>A-2-(2) 日常的な生活支援</p>			
A⑧	A-2-(2)-①	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>個々人の嗜好や食形態を考慮したメニューを用意すると共に、おしながきを用意した選択食も導入しています。雰囲気を大切にし、4人でワンテーブル、介助を必要とする場合は十分なスペースを用意しています。食事をチェックしています。入浴は利用者の状況に合わせ、機械浴と普通浴で実施しています。排泄に関しては排便チェック表を実施しています。プライバシーの保護を大切にし、コール対応を実施しています。利用者の殆どが車椅子を利用しているため、1階は介助を必要とし、2階は自走できる利用者とに分かれ、安全を第一に介助に入っています。</p>			
<p>A-2-(3) 生活環境</p>			
A⑨	A-2-(3)-①	<p>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>	a・b・c

<p><コメント></p> <p>居室以外にデイルームを活用し、利用者の居場所になっています。各部屋の清掃・清潔・採光は整っており、室温は全館空調で調整する等環境整備に務めています。居室内は利用者の意向を大切にし、レイアウト等を行っています。医務室の隣に防音室を用意し、利用者の安全と安心を第一に考えて対応しています。</p>		
<p>A-2-(4) 機能訓練・生活訓練</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>日常生活の中でリハスタッフが中心となり個別のリハビリを組み入れています。デイルームを利用し、午前の機能訓練や生活訓練を実施しています。利用者の意向により自主トレーニングの実施もあります。必要に応じ、ST・OT・PTによる機能訓練を実施しています。サービス管理責任者とリハ職員の連携の中でリハビリテーション実施計画書に基づき、個別支援計画に反映させ、日常の支援に繋げています。</p>		
<p>A-2-(5) 健康管理・医療的な支援</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>必要に応じてバイタルチェックを実施しています。夜間の様子は夜間医務より毎朝申し送りを受けています。医務による健康相談やケアスタッフによる相談ができる体制はとっていますが定期的ではありません。センター内に歯科が併設、口腔ケアにも積極的に取り組んでいますが、職員研修や職員の個別指導等は定期的には実施していません。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>医療対応マニュアルに沿った対応を図っています。服薬に関しては服薬管理マニュアルに沿った対応を図り、安全管理委員会が勉強会を開催し、職員の意識を高めています。(手順を定めています。)アレルギー対策は入所時に確認をとり、個別支援計画に記載し、食札等で確認をとっています。医療的ケアについては、研修を受けた介護職員が対応していますが、口腔吸引、口の周りだけの吸引になっています。医療安全マニュアルに沿った勉強会がありますが、定期的には実施していません。</p>		
<p>A-2-(6) 社会参加、学習支援</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>コロナ前には地域との交流はありましたが、現在はユニクロ、キッチンカーの来所に留まっています。外出は利用者2名程度のプチ外出程度の実施、利用者の希望により学習支援は行っていますが、十分ではありません。コロナ前には3施設交流会の機会を持っていました。社会参加に向けての支援については十分とは言えません。ボランティアの受け入れも買い物代行ボランティア等の受け入れに留まっています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス管理責任者が情報を得て、相談支援事業所と連携し、サービス検討委員会にかけ、体験や学習の場を経て地域移行計画を策定しています。センターの中に単身生活を想定した体験の場を用意しています。地域との連携は相談支援事業所、訪問看護ステーション、ヘルパー事業所、市町行政と連携し、話し合いの機会を持っています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>家族との交流は個別支援計画に組み込み、場合によっては、後見人の協力を得ています。年に3回広報紙を発行、3か月に1回個別面談を実施、写真を送っています。家族会を開き、面会時にも相談、話し合いの場を持っています。利用者の体調の変化、急変時の対応は手順がルール化しています。保護者が高齢化にむかっている場合は面会等は柔軟に対応していますが十分とは言えません。</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。	a・b・c
<コメント>		

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。	a・b・c
<コメント>		
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。	a・b・c
<コメント>		
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。	a・b・c
<コメント>		