

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関名

| | |
|---------------|----------------------|
| 株式会社 中部評価センター | 訪問調査日：平成30年 9月28日（金） |
|---------------|----------------------|

②施設・事業所情報

| | | |
|---|----------------------|----------------|
| 名称： 障害者支援施設あすか | 種別： 施設入所支援・生活介護・短期入所 | |
| 代表者氏名： 堀 徳太郎 | 定員（利用人数）： 40名（51名） | |
| 所在地： 愛知県一宮市千秋町一色字東出26番地 | | |
| TEL： 058675-4680 | | |
| ホームページ： https://138asuka.jimdo.com/ | | |
| 【施設・事業所の概要】 | | |
| 開設年月日 平成16年 4月 1日 | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人コスモス福祉会 | | |
| 職員数 | 常勤職員： 21名 | |
| 専門職員 | (管理者) 1名 | (サービス管理責任者) 2名 |
| | (生活支援員) 28名 | (看護師) 4名 |
| | (理学療法士) 2名 | (事務職員) 1名 |
| 施設・設備の概要 | (居室数) 31室 | (設備等) 作業室・多目的室 |
| | | 浴室・洗面台・便所・医務室 |
| | | 食堂・静養室 |

③理念・基本方針

| |
|--|
| <p>★理念 法人 その人らしく過ごすこと その人らしく幸せになること 当たり前の暮らしのために</p> <p>★基本方針</p> <p>①人としての尊厳と一人一人の個性を尊重し、常に利用者が主体であること。 ②家族や他の支援者と連携し、利用者にとって望ましい生活を利用者と共に考え続けること。 ③日常の支援を通して、利用者と支援者が互いに成長できること。</p> |
|--|

④施設・事業所の特徴的な取組

- ①旧法時代から「作業班」を設置し、給料を支払う等、「生活のメリハリ」を大切にし、平日は入所利用者と通所利用者が課題別に班を編成して一体的に活動をしている。
- ②「自立支援法」施行前から、入所利用者が法人内他事業所へ通所する取り組みや、地域移行への取り組みにも取り組んできた。現在、入所利用者のうち5名が平日に他事業所へ通所し連携を図っている。
- ③地域の自立支援協議会の各部会や、基幹相談支援センター等の相談支援やグループホーム他全国・東海北陸及び県身体障害者施設協議会等と、利用者の支援について連携を図っている。
- ④法人内通所事業所利用者の「いざという時」の拠り所として、また最近では「虐待時の緊急保護」の受け入れ先として、短期入所の充実を図っている。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|-------------------|---|
| 評価実施期間 | 平成30年 6月27日（契約日）～ 平成31年 1月26日（評価結果確定日） |
| 受審回数 （前回の受審時期） | 4 回 （平成27年度） |

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆福祉サービスの質の向上に向けた取り組み

提供する福祉サービスの向上に向けて各種委員会が設置され、それぞれの機能を十分に発揮している。また、毎月の学習会が“虐待防止”や“リスク管理”等の様々なテーマで開催され、福祉サービスの質の向上を図っている。この取り組みは事業計画にも明示され実践されている。

◆管理者が発揮するリーダーシップ

管理者は自身の役割や責任をよく理解しており、様々な機会を通して自らの考え方を職員に伝えている。事業所における課題を把握して改善に向けた取り組みに結び付けるため、職員のスキルを把握して適切に配置することで実効性を高めている。

◆適切な生活支援と自律・自立のための支援

様々な機会をとらえ、利用者の自己決定を尊重した個別支援が出来るよう取り組んでいる。職員は利用者とのコミュニケーションを大切にし、様々な場面でコミュニケーションを深めるように努め、利用者本人の自律・自立生活のための支援に繋げている。担当職員とリハビリテーションのPT（理学療法士）が中心となって、食事や更衣等を行いやすくするために、関節稼動域を広げる動作訓練を行っている。訓練時は本人のモチベーションを落とさないために、PT（理学療法士）や周囲の職員が本人に興味のある話をしている。また、飽きないように、いろいろな人が代わるがわる支援に関わるようにしている。支援の中で、あるいはプライベートの場面で、“本人がいい顔をしているか否か”を、職員が様子を確認しながら支援にあたり、その時々気づきを改善提案することもある。

◇改善を求められる点

◆中・長期計画の策定

法人・事業所の中・長期計画が策定されておらず、事業所の将来のビジョンが明確になっていない。事業所のビジョンを明確に示すことにより課題・問題点が明確に出来る。理念や方針が反映された中・長期計画を策定し、単年度の事業計画策定の拠りどころとすることが望まれる。

◆災害時での安全確保のための取り組み

事業所自体が福祉避難所になっていることから、事業所以外の他の避難所に避難することが想定されていない。事業所の施設に災害が及び、施設外への避難が必要となった場合を想定した避難訓練の実施が望まれる。また、利用者と職員についての安否確認の方法についても検討が必要であろう。さらに、職員の出勤基準等を盛り込んだBCP(災害時事業継続計画)を策定し、万が一の大規模災害発生時に、利用者の安全を確保し地域への貢献を果たされたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

全職員約40名中8人が30年度採用(一年目)という苦しい体制の中、組織として取り組んでいることを評価していただけて安心した。課題は「人材確保」よりもむしろ「人材育成」であると感じているため、より実効性のある取り組みとして成果を出し利用者へ還元していきたい。一方、今回も中長期的な視点に立ったビジョンや計画という点については、前回から改善できておらず、今後の重点課題としたい。また災害時での安全確保の取り組みについては31年4月までにBCP(災害時事業継続計画)を策定することとした。ただし、ご指摘の事業所以外の他の訓練所に避難することを想定した訓練については、実施実現には様々な課題があり、数年を要すると思われる。このことは中長期のビジョンに組み入れたいものである。

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。

(別添)

評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(64項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

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。 | | |
| 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。 | 障 1 (a) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 基本理念は事業所内に掲示され、いつでも確認できる。ホームページやパンフレットに明示されており、職員は始業前に唱和し日々の職務にあたっている。人事考課時や個別の面談を行う際に確認し、理解・周知を図っている。 | | |

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。 | | |
| 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。 | 障 2 (a) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 自立支援部会に参加し、地域の入所希望待機者の把握や改定される法令等の分析、検討をしている。市の障害者福祉計画を把握したうえで地域ニーズに対応できるように取り組んでいる。 | | |
| I-2-(1)-② | 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 | 障 3 (a) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 職員の処遇や福利厚生・人材育成といった経営課題を明確にとらえており、改善に向けた取り組みがある。全体会議を通じ職員へ課題を周知しており事業所として改善に取り組む姿勢は評価できる。今後も継続した取り組みに期待したい。 | | |

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。 | | |
| 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。 | 障 4 a ・ (b) ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 法人内では将来構想が話し合われており、管理者も将来に向けてのビジョンを持っている。しかし、明文化された法人、事業所の中・長期計画が策定されていない。計画的、具体的な単年度の事業計画を策定するためにも、中・長期計画がその枠組みを示す必要がある。早期に、中・長期計画を策定することを望む。 | | |

| | | | |
|---|---|-----|-----------|
| 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。 | 障 5 | a ・ ㉑ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 単年度の事業計画は策定されており、理念・方針に沿った内容となっている。事業所の経営状況や課題を明確にしており事業所の実情にあった計画となっている。 | | | |
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | | | |
| 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。 | 障 6 | a ・ ㉑ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 中・長期計画が策定されていないことから、それとの整合はないが、事業計画の策定・見直しについては手順が定められている。定められた事業計画は、運営会議で説明することで職員に周知している。しかし、職員が事業計画についての理解を深めるためには、職員に対して分かりやすく説明するための取り組みは必要であろう。 | | | |
| 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。 | 障 7 | a ・ ㉑ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 家族会での説明や事業所が毎月発行する機関誌への掲載があり、周知するための取り組みはある。利用者の中には合併障害による判断・理解力等にハンデキャップを持つ者もいる。それらの利用者にも理解を促すために、分かりやすい資料の作成等の工夫を期待したい。 | | | |

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。 | | | |
| 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。 | 障 8 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 毎月行われる「支援学習会」にて虐待防止や口腔ケア等のテーマで研修が行われている。「事業報告書」には職員のスキルアップへの取り組みを行ったことが報告されており、積極的な取り組みがあることが確認できた。「虐待防止アンケート」や自己評価・個別面談を実施しており、職員一人ひとりを把握するための取り組みもある。 | | | |
| 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。 | 障 9 | a ・ ㉑ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 第三者評価の受審、利用者への給食アンケート等の実施があり、事業所としての課題の把握に積極的に取り組んでいる。把握した課題に対しては検討し改善に向けて取り組んでいるが、計画立てでの取り組み(改善計画の作成、実施)とはなっていない。改善計画の作成にあたっては、責任者(誰が?)、期限(いつまでに?)、実施方法(何を?)を明文化して取り組むことが望ましい。 | | | |

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。 | | |
| 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。 | 障 10 ㉓ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 管理者の役割や責任については「運営規定」に明記されており、運営会議や全体会議にて表明し明らかにしている。有事の際の対応マニュアル内にも明確に示しており、職員にも周知・理解が図られている。 | | |
| 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。 | 障 11 ㉓ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 県下21施設が参加する身障者施設長会議に参加しており、年間3回の施設長研修にも参加している。個人情報の取り扱い等を運営規定に記載し、職員への周知・理解への取り組みもある。 | | |
| Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | |
| 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。 | 障 12 ㉓ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 事業計画にサービスの質の向上への取り組みを明示しており、実現に向け日々取り組んでいる。「みんなの声」と名付けた意見箱を設置し、職員の声を聴く姿勢を示して改善に取り組んでいる。 | | |
| Ⅱ-1-(2)-② | 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。 | 障 13 a ・ ㉓ ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 管理者は職員の配置やスキルを把握した上での適正な配置に努め、理念や方針の実現に努めている。事業所の状況を把握しており、課題を明確にして改善に向け取り組んでいる。様々な改善が実施されて業務効率の向上につながっているが、改善の取り組みが計画的に実施されたとは言い難い。前述(障9)の事例と同様、改善のプロセスを記録に残されたい。 | | |

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。 | | |
| 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。 | 障 14 a ・ ㉓ ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 中・長期計画が策定されていないことから、将来にわたっての専門職の配置や人材の確保育成について、具体的な計画が策定されているとは言えない。職員の育成に関しては、法人や事業所により研修や勉強会等の機会が設けられている。 | | |
| Ⅱ-2-(1)-② | 総合的な人事管理が行われている。 | 障 15 a ・ ㉓ ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 人事考課制度があり、一定の基準により職員の評価を行っている。職員の意欲を高めるためのキャリアパスの明確化への取り組みも必要であろう。 | | |

| | | | |
|--|---|------|-----------|
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | | |
| 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り組んでいる。 | 障 16 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>職員の有給休暇の取得状況や時間外労働等は把握している。しかし、職位や職種、職階等によって有給休暇の取りづらさがあり、改善の余地を残している。福利厚生についてもソウェルクラブへの入会があり、事業所としての配慮がある。管理者は職員からの相談などについても話を聞く用意があり意見箱の設置もされている。</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。 | | | |
| 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。 | 障 17 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>人事考課時の個別面接にて個人目標を設定し、目標達成へ向けての支援をしている。法人内で研修計画があり、必要な研修受講の機会も設けている。事業所として「必要な職員像」を明確にしていくことも必要であろう。</p> | | | |
| 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。 | 障 18 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>事業所の支援学習会が毎月開催され、職員のスキルアップに対しての取り組みはある。必要な研修については受講する機会を設けている。中・長期計画や単年度の事業計画の中に、職員研修の方針や方向性を明確に示すことが求められる。</p> | | | |
| 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。 | 障 19 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>職員に対してスキルアップに必要な研修への参加を促し、勤務上の配慮もある。職員の経験などにより日常の業務の中でのOJTにも管理者は配慮している。</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。 | | | |
| II-2-(4)-① | 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | 障 20 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>実習生の受け入れについては基本姿勢が明確にされ、実習生の受け入れマニュアルが整備されている。受け入れ担当者が決まっており、受け入れ実績もある。</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。 | | | |
| 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。 | 障 21 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| <p>法人のホームページで「事業報告・決算書」として事業報告や財務内容が公開されている。事業所の機関誌が発行されており、関係者に配布されている。相談や苦情に関しての対応等の状況についても公表を検討して頂きたい。</p> | | | |

| | | | |
|---|----------------------------------|------|-----------|
| 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。 | 障 22 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 事業所は外部監査を受けており、事業の適正運営に努めている。経営に関する情報も決算書がホームページにて公開されており、真摯な取り組みがなされている。 | | | |

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。 | | | |
| 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。 | 障 23 | a ・ ㉒ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 事業所は利用者と地域との係わり方について明確にしておき、地域の行事への参加や買い物・散歩等の外出機会を設けている。身体に障害があつてほとんどの利用者が車椅子を使用していることから、事業所として出来ることは限られてくるが、前向きな取り組みに期待したい。特に、法人を挙げての一大イベントである「コスモス祭り」へは、ひとりでも多くの利用者の参加を期待したい。 | | | |
| 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。 | 障 24 | a ・ ㉒ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| ボランティアの受け入れに関しては、対応するマニュアルが整備されている。社会福祉協議会との連携により、中・高生のボランティアの受け入れが毎年行われている。利用者の生活の幅を広くするためにも、ボランティアの新規開拓をも視野にいった取り組みに期待したい。 | | | |
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | | |
| 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。 | 障 25 | a ・ ㉒ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 利用者が安心・安全な生活を送り、物心ともに豊かな暮らしを保障するために、事業所として必要な機関や団体等に関して職員に対して情報提供している。職員が情報を共有する上で、間違いなく確実に行うための取り組みも必要であろう。 | | | |
| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | | |
| II-4-(3)-① | 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。 | 障 26 | a ・ ㉒ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 地域交流を目指す活動として、「日曜喫茶」を行っている。地域住民からの相談にもその場で対応可能であり、さらに多くの地域住民への広報を行って来場者が増加することを期待したい。また、事業所の専門性を活かした取り組みとして地域の認知を受け、地域の社会資源としての役割を担うことが望まれる。 | | | |
| II-4-(3)-② | 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。 | 障 27 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 地域の福祉ニーズの把握に努めており、緊急時の受け入れ等に対応している。同一法人が設置する相談支援事業所からの様々な相談にも、その都度対応する用意がある。 | | | |

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。 | | | |
| Ⅲ-1-(1)-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り組みを行っている。 | 障 28 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 基本理念を唱和し、理念に沿った支援の実践ができるよう全体会議でも確認を行っている。権利擁護委員会はあるが、全ての職員への勉強会の実施にまでは及んでいない。 | | | |
| Ⅲ-1-(1)-② | 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 | 障 29 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 権利擁護委員会を設置・開催し、法人としての「倫理綱領」や「虐待防止マニュアル」も規定している。利用契約時には個人情報の取り扱いに関する同意書を取り交わしている。 | | | |
| 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。 | | | |
| 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。 | 障 30 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 法人のホームページには、法人の概要や沿革、事業案内、利用案内、施設紹介、事業報告・決算報告等を公開し、それぞれの施設を紹介するコーナーもある。また、ホームページには年間3回発行される機関紙「コスモスだより」も掲載されている。電話での問い合わせや利用希望者の見学等には、丁寧・適切に応じている。 | | | |
| 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。 | 障 31 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 利用入所者の高齢化の状況もあり、希望者は少ないが、利用変更の可能性のある利用者には担当職員が分かりやすく説明をする努力をしている。サービスの開始や変更時に、利用者説明する決められた方法等は特に無い。 | | | |
| 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。 | 障 32 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 地域移行等の具体的事例は少ないが、他事業所とも連携し、また独自にも提案し、本人に不都合が生じないよう援助することとしている。今後、利用者の高齢化や重度化によって、医療機関や高齢者施設、他のサービス事業所への移行が増えることが予想される。様々なケースを想定し、対応の手順を作成しておくことが望ましい。 | | | |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。 | | | |
| 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。 | 障 33 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 利用者の満足度調査を行い、集計・分析も行っている。支援に対しての利用者が参加しての検討会は実施がなく、満足度調査の結果を計画的に改善につなげるための仕組みも構築されていない。 | | | |

| | | |
|--|------|-----------|
| 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。 | | |
| 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。 | 障 34 | a ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 苦情解決に関する規程に関しては、古いものしか確認できず、それが最新版であるか否かも判然としなかった。しかし実際には、苦情の受付を事細かに行き、都度適切に対応し、会議でも検討を重ね、改善に向けて取り組んでいる。法人のホームページでは、苦情の受付に関する情報の公開はされていない。 | | |
| 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。 | 障 35 | ㉔ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 話しやすい雰囲気重視し、ロビーに設けたテーブル席等で利用者と気軽に話ができるようにしている。職員は、気軽な話から利用者の意見を吸い上げるよう努力している。 | | |
| 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。 | 障 36 | ㉔ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 投函される意見の数は少ないが、意見箱を1階と2階に設置している。1ヶ月に1度の全体会議で、吸い上げた意見について検討し、可能な限りの改善を行っている。 | | |
| 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。 | | |
| 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。 | 障 37 | a ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| ヒヤリハットから安全管理委員会、全体会議へと、事故を未然に防止するための手順が流れよく実行されている。が、運用組織図や事故時の対応マニュアルが確認できなかった。リスクマネジメントとしては、流れが誰にでもすぐ分かるよう明文化し、即座に行動できるような仕組みの構築を望みたい。 | | |
| 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。 | 障 38 | ㉔ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 感染症の予防や対策のための学習会等が開かれている。感染症が発生した場合の医療機関との連携も、適切な仕組みが構築されている。 | | |
| 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。 | 障 39 | a ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 事業所の施設そのものが福祉避難所として登録されており、施設から避難しなければいけない場合までは想定していない。利用者及び職員の安否確認の方法が未定である。 | | |

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。 | | |
| 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。 | 障 40 | a ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 各種規程の他に、「支援業務マニュアル」が作成されており、それらを基に標準的な支援が実施されている。利用者の権利擁護に関しては、法人の「倫理綱領」に始まり、「職員行動指針」、虐待防止の手順書へと、一連の流れができています。今回の受審時に、支援の現場に備え付けてあると思っていたマニュアルが確認できなかったり、差し替えが実施されていない古いマニュアルが見つかったりした。マニュアルの総点検を願いたい。 | | |

| | | | |
|--|---|------|-----------|
| 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。 | 障 41 | a ・ ㉑ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 全体の「支援業務マニュアル」を、全て毎年見直している。支援に関する職員や利用者からの意見の吸い上げや反映については、定期的に行っている安全管理委員会や権利擁護委員会、全体会議等を通して検討している。見直しの仕組みは確立されているが、その仕組みが職員全員に周知されていない。 | | | |
| 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。 | | | |
| 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。 | 障 42 | a ・ ㉑ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 利用開始時にアセスメントを行い、その後は特別なことがない限り3年に1回以上行っている。アセスメント変更記録表をつけて、変更の履歴が分かるようにしている。アセスメントの実施手順と確認が曖昧であり、手順の明文化が望まれる。 | | | |
| 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。 | 障 43 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 個別支援計画のモニタリングは、半年に1回、計画的に実施されている。モニタリング前の準備を2ヶ月前に行うようにスケジュールされており、効率的なモニタリングの実施が可能となっている。平成30年から新しい様式に変えられ、ケース記録表への記入はなくなった。 | | | |
| Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | | | |
| 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。 | 障 44 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 様々な状況の報告等は、全体会議で職員間の共有を図っている。全体会議は正規職員のみ参加が原則となっており、その後非常勤職員には会議内容を書面に落とし、全員に配布して周知を図っている。 | | | |
| 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。 | 障 45 | a ・ ㉑ ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 利用者の個人情報やその記録は、「特定個人情報保護規程」によって取扱いの方法が定められている。その中で、漏洩時の対応策も規定されている。しかし、職員への教育と周知について曖昧さが残る。また、規程に定められている利用契約時の個人情報の利用に関しては、同意書を取り交わしている。 | | | |

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。 | 障 46 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 施設1階のロビーで日常的に利用者の声を拾い、そこで出てきた利用者からの意見や要望を聞いている。会議を部門ごとに男女別れて雑談形式で行い、利用者の自由な意見を導き出し、自己決定を尊重する機会を設けている。 | | | |

| | | |
|---|-----------------------------|------------------|
| 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。 | 障 47 (a) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 利用者に対する虐待やルールを逸脱した身体拘束がないよう、権利擁護委員会を毎月開いて検討している。委員会に出していない職員にも会議録を配布し、周知を図っている。 | | |

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。 | 障 48 (a) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 利用者本人の担当職員とリハビリのPT(理学療法士)が中心となって、食事や更衣等を行いやすくするために、関節稼動域を広げる動作訓練を行っている。訓練時は本人のモチベーションを落とさないために、PT(理学療法士)や周囲の職員が本人に興味のある話をしている。また、飽きないように、いろいろな人が代わるがわる関わるようにしている。 | | |
| 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。 | 障 49 a ・ (b) ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 利用者本人の担当職員を中心に、本人とのコミュニケーションに慣れて、職員との関係性が深まるようにしている。文字盤等も活用している。さらなる良好な関係性の構築のため、新しいコミュニケーション・ツールの検討や開発に取り組むことを期待したい。 | | |
| 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適切に行っている。 | 障 50 a ・ (b) ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 基本的にリハビリ室が個室になるので、利用者本人としてもリハビリ中に色々な話題に発展することが多い。また、夜間就寝介助が一段落した後に、スタッフの時間に都合がつけば居室に行き、話を聞いたりもしている。しかし、これらのプライベートな機会に聞き取った内容は、記録に残されない場合が多い。貴重な利用者の意思や意向が表出されることもあり、必要に応じて記録に残すことを望みたい。 | | |
| 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。 | 障 51 (a) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 個別支援計画の見直しと共に、新しいことにチャレンジできるように計画を作成している。 | | |
| 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。 | 障 52 a ・ (b) ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 学習会によるスキルアップと共に、全体会議で情報共有し、改善や見直しに繋げている。しかし、利用者の障害の程度に大きな差異があり、また、知的障害との合併障害を持つ利用者も多く、全ての利用者に適切な支援を提供できるだけのプログラムの用意はない。 | | |
| 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。 | 障 53 (a) ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | |
| 提供する食事については、利用者の障害特性を考慮して給食会議で食事の仕方を検討している。丼物やカレーライス等は、ご飯とかけ物を別々にする等、詳細に検討している。その他、本人がいい顔をしているか否かを、職員が様子を確認しながら支援にあたり、その時々のお気付きを改善提案することもある。 | | |

| | | | |
|--|--|------|-----------|
| A-2-(3) 生活環境 | | | |
| A ^⑨ 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。 | 障 54 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 清潔感のある施設の使用状況である。浴室では水質検査を行っている。毎日の清掃に加え、家族会で半年に一度清掃ボランティアを行ってもらい、家族との交流の場にもつつも、衛生面での一助にもなっている。睡眠に関しては、居室作りの一環として、ガラスを薄暗くする等の配慮も行っている。 | | | |
| A-2-(4) 機能訓練・生活訓練 | | | |
| A ^⑩ 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。 | 障 55 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 個別支援計画とは別に、「リハ実施計画表」が活用されている。、PT(理学療法士)の実施した内容が看護師や生活支援員にも伝わるよう、「リハ実施計画表」に従って実施した記録を詳細につけている。 | | | |
| A-2-(5) 健康管理・医療的な支援 | | | |
| A ^⑪ 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。 | 障 56 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 今年度の途中から、食事嚥下指導にきてもらっている医療機関のST(言語聴覚士)に、報酬を支払って一層の責任をもってもらおうこととなった。職員は、入浴や排泄、リハビリ時にこまめに観察をしている。冬には男性のみ、乾布摩擦を行っている。また、体を暖めることが必要な利用者には、ホットタオルを使って足を暖めている。 | | | |
| A ^⑫ 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。 | 障 57 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 看護師を中心に医療に関する管理体制が整っており、PT(理学療法士)も協力して歯磨きやリハビリテーションの学習会を行った。体調に変化のない利用者も、4週に1回、近隣の医師(提携医)の往診を受けている。 | | | |
| A-2-(6) 社会参加、学習支援 | | | |
| A ^⑬ 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。 | 障 58 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 地域の盆踊り、ポッチャ、車椅子カローリング、名フィルコンサート、車椅子ダンス交流会、選挙等、様々な形で社会参加をしている。日々の支援の中で、“利用者本人が何を楽しく感じるか”をよく観察して、楽しくなることを提供するようにしている。本人の希望による外泊は、家庭への帰宅が多い。 | | | |
| A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援 | | | |
| A ^⑭ 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。 | 障 59 | a ・ ① ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 他施設へ移行するケースは少ないが、法人の日中活動の通所施設を利用することからはじめて、GH利用へ移行しようとしている利用者がいる。今後、利用者の高齢化や重度化に伴って、医療機関への移行、高齢者施設への移行、他法人事業所への移行、施設での看取り等、様々な対応が考えられる。それらの様々なケースについて、対応の手順を構築されたい。今以上に、相談支援事業所との連携の強化が必要となろう。 | | | |
| A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援 | | | |
| A ^⑮ 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。 | 障 60 | a ・ ① ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 通所利用者向けに施設入所の見学会を行い、家族との情報共有の場にもしている。体調についての変化はケース記録・アセスメントで明確にし、必要な情報は家族にも伝えている。家族の都合や家庭環境の変化等で、利用者が思い通りの帰省が叶わないケースが増えている。利用者が思い通りに帰省ができるような方策と、帰省に代わる代替案の検討が望まれる。 | | | |

A-3 発達支援

| | | | |
|------------------------------|--------------------------------|---------|-----------|
| | | 第三者評価結果 | |
| A-3-(1) 発達支援 | | | |
| A ¹⁶ 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。 | 障 61 | a ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 非該当 | | | |

A-4 就労支援

| | | | |
|------------------------------|-----------------------------------|---------|-----------|
| | | 第三者評価結果 | |
| A-4-(1) 就労支援 | | | |
| A ¹⁷ 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。 | 障 62 | a ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 非該当 | | | |
| A ¹⁸ 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。 | 障 63 | a ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 非該当 | | | |
| A ¹⁹ 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。 | 障 64 | a ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント | | | |
| 非該当 | | | |