

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

②施設・事業所情報

| | | |
|---|--------------------|------------------|
| 名称： 東あけび苑 | 種別： 生活介護・就労継続支援B型 | |
| 代表者氏名： 後藤 洋介 | 定員（利用人数）： 40名（39名） | |
| 所在地： 愛知県大府市横根町名高山149番地1 | | |
| TEL： 0562-44-2522 | | |
| ホームページ： http://www.obufukushikai.com/ | | |
| 【施設・事業所の概要】 | | |
| 開設年月日： 平成 7年 4月 1日 | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人大府福祉会 | | |
| 職員数 | 常勤職員： 10名 | 非常勤職員： 7名 |
| 専門職員 | (管理者・サービス管理責任者) 1名 | (看護師) 1名 |
| | (生活支援員) 11名 | (調理員) 2名 |
| | (目標工賃達成指導員) 1名 | (職業指導員) 1名 |
| 施設・設備の概要 | (居室数) | (設備等) 作業室4部屋・食堂1 |
| | | 和室17.5畳・多目的室・厨房 |
| | | 医務室・多目的トイレ・事務室 |

③理念・基本方針

★理念

聴き、寄り添い、動く

★基本方針

利用者のニーズや個性を尊重し、一人ひとりが自己の力を発揮して自己実現できるように、様々な事業や相談援助を通して支援をします。

また、利用者が共生社会の一員として、人と関わり合いながら安心して暮らしていけるように、地域社会に働きかけをします。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・一人ひとりの個性を大切にして利用者に寄り添った支援をする。
- ・職員間の連携を大切にして各班のチーフを立て日々の横のつながりや2～3ヶ月程度で会議を行い調整を図っている。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|-------------------|---|
| 評価実施期間 | 令和 3年 6月 1日（契約日）～ 令和 3年 11月 24日（評価決定日） 【令和 3年10月21日(訪問調査日)】 |
| 受審回数 (前回の受審時期) | 0 回 (平成 年度) |

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆重層的なサービス評価

サービス提供に関しては、チェックリストによる職員評価、事業計画の中間・最終評価、第三者評価と自己評価、家族の満足度調査などを実施している。様々な角度からサービス評価を行うことで評価結果の信頼性を高め、それらを集計・分析することで支援の質の向上、改善を図っている。

◆働きやすい職場づくりへの取組み

法人は「はたらきやすい職場」を中・長期目標として取り上げ、行程表に沿って労働環境の改善を進めている。就業状況の把握や相談窓口の設置、福利厚生制度加入などの制度改革を行っている。さらに、職員意識調査による課題の改善実施などを通し、やりがいを持って安心して働け、また生活との両立を高い次元で実現するワーク・ライフ・バランスの向上を目指している。

◆権利擁護の姿勢

利用者の権利擁護に関する基本姿勢を「倫理綱領」と「行動規範」に記載し、全職員で取り組んでいる。権利擁護を中・長期計画の第1番目の項目として取り上げていることから、その取組みの重要性が十分に理解できる。緊急の対応を実施した際には、「身体拘束改善書」に詳細な内容を記録し、事業所内で情報共有を図っている。また苦情解決・虐待防止委員会では、外部の第三者委員も同席して共有と検討が実施されるなど、徹底した対策が取られている。

◇改善を求められる点

◆法人中・長期計画と事業所年度計画

単年度の事業計画には、事業内容の具体的な項目全般について網羅されている。しかし、この事業計画と法人の中・長期計画とがリンクしていない。法人の中・長期計画は経営の指針であることから、法人や事業所の方向性や達成度を長期的視点で捉える必要があり、事業所独自の中・長期計画の策定が望まれる。

◆利用者への説明責任

事業の方針や年度計画、契約内容や重要事項などについて、本来であれば支援の主体である利用者が理解し、同意を得て実施されるべきである。利用者が少しでも分かりやすく理解が促進できる配慮や工夫を以て、インフォームドコンセントを得る努力を求めたい。

◆利用者に関わる2つの計画の整合性

サービス等利用計画は、利用者が最適なサービスを受けるための方針とサービス内容を明記したものである。個別支援計画はそれを具体化し、事業所でのサービス提供の目的や方策を示している。両計画に関して、一部不一致が散見されたが、両者の整合性は必須であり、早急に再点検が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

大府福祉会では、各事業所で自己評価を行い、順番で相互評価を行ってサービスの質の向上に務めています。そして今年度は更なる取り組みとして第三者評価を東あけび苑で受審しました。今回の評価では、外部の方の目で客観的に東あけび苑の「できていること」「改善点」等を整理してわかりやすくまとめてくださいました。ありがとうございます。
この評価結果をこれで終わりではなく、始まりとして捉え、これからどう改善していくのかが重要だと思います。これからの東あけび苑のサービスの質の向上の道しるべにして、全職員共通の意識を持って改善に取り組んでいきたいと思えます。

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

※すべての評価細目（64項目）について、判断基準（a・b・cの三段階）に基づいた評価結果を表示する。

※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

【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。 | | | |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| <コメント> 理念に関しては、パンフレットやホームページに記載され、また中・長期計画や事業計画にも掲げられている。「倫理綱領」と「行動規範」とともに職員会議で読み合わせが行われ周知されている。家族への周知に関しては家族会にて説明がなされる。一方、利用者に対しては十分な説明がなされているとは言い難い。分かりやすい資料などの工夫や周知への配慮を望みたい。 | | | |

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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 法人の管理者会議にて経営状況や福祉動向などを、また自立支援協議会にて地域状況などを把握している。利用率や待機者ニーズなどは相談支援を通じて把握、分析している。法人本部へは、毎月財務報告と利用状況などを報告している。 | | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 法人の経営計画と中・長期計画に沿った運営を基本に、月2回の管理者会議にて主に事業運営・人材・地域の3つの視点から、経営状況の確認と課題の抽出を行っている。この中で事業所の関係事項や事業所固有の事項に関しては、チーフ会議にて検討し改善に向けて取り組んでいる。取り組み状況に関しては、職員会議で周知されている。 | | | |

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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 6年スパンの中・長期総合計画が策定され、ホームページでも公表されている。項目に沿って年度ごとの取り組み展開が明記され、PDCAサイクルを意識して毎年評価、修正されている。3年での中間総括も実施している。サービス、人材、地域、の3つの項目に沿って専門部会が組織され、取り組みの基軸となっている。 | | | |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| <コメント> 単年度計画は、項目ごとに事業の全般が網羅されてはいるものの、具体的な数値目標などが曖昧な部分もあり、成果測定が正確性に欠ける面がある。また項目が必ずしも中・長期計画とリンクしていないため、計画の達成が中・長期計画にどのように反映されるかが判断しづらい点は否めない。事業所固有の中・長期的視点が必要と思われる。 | | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 半期で計画の評価を実施し、必要な修正をかけている。また、年度末に各リーダーを中心に職員会議で全体の評価を行い、次年度案を作成する形をとっている。 | | | |

| | | |
|--|----|-----------|
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| <コメント> 家族に対しては、年度初めに事業計画を説明して周知を図っている。また、事業所からのお便りにも月間予定などが掲載されている。一方、利用者に対しては、各班ごとに関係部分の説明がなされているが、利用者用に分かりやすくした資料などは用意されておらず、周知方法の配慮と工夫が望まれる。 | | |

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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 事業全般に関しては、第三者評価の項目を使用し毎年自己評価を行うとともに、職員は「支援チェックリスト」、管理者とリーダーは「事業所チェックリスト」を用いた運営全般の評価を実施している。事業計画のプランニングの部分は、これらを総合的に集約して行っている。事業計画は中間評価と年度評価を実施し、次年度計画につなげている。 | | |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| <コメント> 自己評価結果を集約し、必要な項目を会議で改善策を話し合っている。進捗状況の確認が可能な改善計画の策定と、柔軟な計画見直しができる仕組みが求められる。 | | |

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 | a | ⓑ・c |
| <p><コメント></p> <p>管理者は、主に職員会議の場で自らの意見と方向性を表明している。職責に関しては、「業務一覧表」に明示されている。災害時などの職務権限については明確にされており、管理者不在時は主任が権限を代行することになっている。万全を期すためには、管理者不在を想定した訓練などの実施も検討の余地がある。</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。 | 障11 | a | ⓑ・c |
| <p><コメント></p> <p>法令遵守に関しては、所内の掲示板に基本方針や管理体制、またサービス規律などが明示されている。管理者はセミナーに参加して必要情報をパソコンで共有し、また職員会議で周知を行っている。職員全員への周知という点で、パート職員へは議事録の回覧に止まり、周知状況は定かでない。</p> | | | |
| Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | | |
| 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 | ⓐ | ・b・c |
| <p><コメント></p> <p>サービス評価に関しては、「支援チェックリスト」及び「事業所チェックリスト」による年1回の評価、また第三者評価基準による自己評価の実施、家族に対する満足度調査の実施等々を集計し、分析、対応している。第三者評価基準ではサービス評価会議を設け、評価を行っている。また、職員面談を年間2回実施し、意向や提案を取り入れている。</p> | | | |
| 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。 | 障13 | a | ・ⓑ・c |
| <p><コメント></p> <p>管理者は殆どの会議、委員会に参加し、経営改善とサービス向上へ向けて職員の意見を調整し、より実効性の高い業務の改善と向上を目指している。時間外労働の削減や有給休暇取得への環境整備などの労務対策を始め、効率良い運営としての財務分析などに取り組んでいる。このような取組みを体制として整えるためには、経営改善委員会のような専任組織の立ち上げも一考の余地がある。</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。 | | | |
| 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 | ⓐ | ・b・c |
| <p><コメント></p> <p>中・長期総合計画の中に人材の確保、育成に関する実施計画が記載され、年度目標に沿って対応がなされている。求人に関しては様々な媒体を通じたPRと求人活動を展開している。育成に関しては、キャリアパスによる人事制度と研修・教育制度を導入し、計画に沿った取組みを実施している。</p> | | | |
| Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | 障15 | a | ・ⓑ・c |
| <p><コメント></p> <p>「職員一人ひとりが自信とやりがいを持って働くための」人事制度として、「評価制度」と「教育制度」、「給与制度」の3つを連動させ、様々な基準の基に効果的に運用している。「人事制度ガイドブック」を用い、職員の理解を得ながら進めている。中・長期計画でも効果的な制度に向けて見直しも視野に入れていることから、今後の改善と発展に期待したい。</p> | | | |
| 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 | ⓐ | ・b・c |
| <p><コメント></p> <p>中・長期総合計画では「はたらきやすい職場」を目標として取り上げ、労働環境の改善に向けての年度行程が示されている。就業状況の把握、相談窓口の設置、福利厚生制度加入、職員意識調査の実施など、様々な取組みを通してワーク・ライフ・バランスの向上を目指している。</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。 | | |
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>目標管理制度として、「業務習得チェックリスト」を用いた方式を採用している。目標項目に対して自己評価を行い、上司（リーダー）が面談を通しアドバイスして評価する形をとっている。目標内容や水準の適正化のためには、さらなる制度の充実が望まれる。</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 | ㉑ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>中・長期目標や事業計画の育成方針に則り、法人の年間研修計画および事業所の研修計画に沿った教育と研修が実施されている。計画には専門資格取得についても盛り込まれている。研修計画は年度ごとにアンケートを実施し、改善・見直しを行っている。</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 | a ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>計画に沿った階層別、職種別、テーマ別の研修が生まれ、また外部研修への参加、事業所内研修の実施など様々な研修機会を設けている。OJTに関しては、各担当リーダーが新任職員に指導する形で行われている。目標設定した上で面談、評価といったようにレベルに応じ、段階を踏んで組織的に行う形がより効果的であり、現状の方法をさらに充実させていただきたい。</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 | a ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>社会福祉士や教員、インターン研修などを受け入れ、実習指導者資格を持つ職員が実習プログラムを作成して対応している。ただ、実習生研修に関する基本姿勢や受入れ手順などが不明瞭であり、受入れ環境の整備の点で課題を残す。</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。 | | |
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>ホームページには、法人理念やサービス内容、財務をはじめ様々な情報が公開されている。しかし、事業所の活動内容の記載が乏しく、また苦情内容は掲載されていない。一方、法人広報誌は重点事項を含む事業内容や今後の計画などが詳細に記載され、事業所広報は活動状況が分かりやすく掲載されている。地域の配布先などの拡充を図りたい。</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 | a ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>事務、契約等の執行は「経理規程」に則って行われている。事務分掌は、人事制度の運用とともに職員理解が進んでいる。財務関係は内部監査により定期的にチェックされ、決算状況は公開されており、一定の透明性は担保されている。監査法人など、外部機関による監査は今後の課題である。</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。 | | |
| 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>中・長期計画にも重点項目として挙げ、事業計画には地域との関係の重要性が明示されている。例年、地区の行事に参加し、一方では事業所のお祭りに住民を招いて交流を図ってきた。地区行事（運動会、夏まつり、公民館祭り）の会合には職員も参加し、地域の一員として活動している。利用者の買い物や外食などでは、外部ヘルパーや地域店舗などの資源を利用している。</p> | | |

| | | |
|--|-----|-----------|
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| <コメント> 「ボランティア登録のお願い」に、ボランティア受入れの基本的な姿勢を文書化している。学校からの要請に応じ、職員が出前授業を実施している。ボランティアの受入れに関しては、事前講習を実施して万全を期している。社会福祉協議会を通しての受入れがほとんどだが、ボランティアは地域との重要な接点と捉え、より対象範囲を広げ、受入れを強化していくことを望みたい。 | | |
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| <コメント> 社会資源リストを事務所に掲示し、職員間での共有がなされているが、利用者一人ひとりに対応する個別のリストは整理されていない。自立支援協議会では、共通課題の共有や検討がなされている。個別ケースのケア会議に参加することで、関係機関と協働する機会も一定数ある。 | | |
| 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 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。 | 障26 | ㉕ ・ b ・ c |
| <コメント> 法人内の管理者会議や自立支援協議会、市の福祉連絡会、地区の懇談会等々で、地域の福祉ニーズを随時把握している。自立支援協議会ではアンケートを実施し、障害者雇用に関する課題やニーズを検討している。 | | |
| 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。 | 障27 | a ・ ㉔ ・ c |
| <コメント> 市内の在宅者ニーズに対応すべく、法人独自の「居室確保」事業を市との契約で実施している。また、福祉避難所として登録し、災害時の地域支援に手を挙げているが、受入れマニュアルや計画など具体的な方策に欠けるため、喫緊の課題として取り組むことが求められる。地域貢献に関しては、中・長期計画の一環として課題分析の上、年度毎に順次取り組んでいる。 | | |

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。 | 障28 | a | ⓑ | c |
| <p><コメント></p> <p>「倫理綱領」とそれをより具体化した「行動規範」が法人として策定されている。毎月初めに全職員で読み返すことでサービス提供への共通理解を深めるとともに、年に1回自己評価を実施することで振り返りの機会を設けている。しかし、正規職員と非正規職員とで機会や頻度に差がある。その格差を解消もしくは低減することで、組織全体の共通理解を高めることが望まれる。</p> | | | | |
| 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。 | 障29 | a | ⓑ | c |
| <p><コメント></p> <p>トイレの入り口にカーテンを取り付けるなど、廊下からの視界を遮断する取組みがある。職員の姿勢については「倫理綱領」や「行動規範」に記載され、それに基づいて支援が実施されている。その理解や認識を確認する機会が、年に1回研修として実施されている。しかし、正規職員と非正規職員とで機会や頻度に差があるため、非正規職員にも同等の機会を提供することが望ましい。</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。 | | | | |
| 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 | a | ⓑ | c |
| <p><コメント></p> <p>見学や実習の対応、説明は実施しているが、法人のパンフレットのみで事業所独自のパンフレットや施設概要はない。ホームページも事業所の情報が少なく、利用者が適切なサービスを選択するためには、十分な情報提供とは言い難い。ホームページの充実と事業所単独の資料の作成、並びに公共施設等への設置等、積極的な情報の提供が望まれる。</p> | | | | |
| 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 | ⓑ | c |
| <p><コメント></p> <p>サービス開始や変更時には、「重要事項説明書」を用いてサービス内容を説明して同意を得ている。利用者用「重要事項説明書」にはルビが振ってあり、理解しやすいように工夫している。しかし、資料は文字のみであり、意思決定が困難な利用者への配慮は不十分である。写真やイラスト等を活用し、より理解しやすい資料の作成が望まれる。</p> | | | | |
| 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 | ⓑ | c |
| <p><コメント></p> <p>直近5年間では法人内の他事業所への異動のみであり、その際には実習の実施や移動前後の担当職員による情報の共有がされている。一方で、手順やルールが明文化されておらず、引継ぎの記録は見られない。仕組みとして手順等を明文化するとともに相談窓口を設置するなど、事業所を退所した後のサービスの継続性と安心確保のための取組みが望まれる。</p> | | | | |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。 | | | | |
| 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。 | 障33 | a | ⓑ | c |
| <p><コメント></p> <p>日々の送迎時や家族会に職員が参加することで、利用者満足を把握する機会を設けているが、満足度調査は4～5年に1度の実施（直近は昨年度）であり、利用者満足の向上を目指す取組みとしては不十分である。継続した満足度調査の実施と、その結果の分析や検討をする手順、それを改善し事業計画に反映させる仕組みの構築が望まれる。</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。 | | | | |
| 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 | Ⓐ | b | c |
| <p><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みについて、「重要事項説明書」への記載や掲示物で明示されている。定期的に第三者委員同席の苦情解決・虐待委員会が開催されており、法人内各事業所の担当者と第三者委員とが情報を共有している。さらには、第三者委員に直接相談できる機会を定期的に設けており、苦情解決のための仕組みは確立しており、十分に機能している。</p> | | | | |

| | | |
|--|-----|-----------|
| 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 | a ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>利用者からの相談や意見については、日々の活動時に接する職員による対応と、第三者委員による定期的な相談会での対応がある。しかし、相談内容に応じて複数の相談方法や相談相手が選択できるような環境はない。日常的に接している職員以外も含め、相談相手を選択できるような仕組みの確立と、利用者への分かりやすい周知が望まれる。</p> | | |
| 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 | a ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>相談や意見については苦情解決体制と同等に対応しており、個別の仕組みは確立していない。相談等を受けた後の手順や検討方法など、具体的に示したマニュアル等は確認できなかった。福祉サービスの改善や質の向上に向けて、苦情解決とは別に仕組みを構築するとともに、適切な運用マニュアルの作成が望まれる。</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。 | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>事故等は事業所内での共有と検討が行われており、法人にも2ヶ月に1度、共有と検討する機会がある。事故発生時の対応手順等のフローチャートが作成され、職員周知もできている。しかし、ヒヤリハットの認識が不明確で、積極的な活動ができていない。職員間の正しい理解と積極的なリスクマネジメント活動により、事故等の予防に取り組むことが望まれる。</p> | | |
| 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 | a ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「感染症予防対策マニュアル」が策定され、直近では嘔吐物処理キットを実際に使用しての実施研修を実施するなど、定期的に看護師による研修が実施されている。しかし、管理体制は責任と役割が明確でなく、有事の際に迅速かつ円滑に対応するには不十分である。管理体制を含めたマニュアルの充実と、現状実施している看護師による研修会の継続を推奨する。</p> | | |
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>災害時の役割分担が毎年見直され、一覧表が職員室に掲示されている。消防計画に基づく訓練時には、実際に消火器を持って初期消火に向かったり、建物内の残存者確認ルートを明確にし、効果的な訓練が実施されている。備蓄リストも、年2回在庫確認をして適切に管理できている。災害発生時の家族等との連絡手段も明文化され、家族等への周知ができています。</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。 | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>「行動規範」によりある程度の具体性を持たせた支援方法が明文化され、プライバシーの保護等に係る姿勢が示されている。定期的に読む機会があり、職員への周知はできている。しかし、その支援方法等に基づき実施されていることを確認する仕組みはなく、職員個々の判断に委ねられている。客観的に判断できる仕組みの構築と、「行動規範」のさらなる充実が望まれる。</p> | | |
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「行動規範」の策定当初は定期的に見直しや改定がされていたが、昨今は法令が改正される都度に見直すのみである。法制度の改定のみならず、新たな知識や情報、さらには職員や利用者からの意見や提案に基づき、定期的に見直しをする機会を設け、改定に至らなくても見直した機会（日付）を記載しておくことが求められる。</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。 | | |
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>入所時から3年目までの個別支援計画作成の流れが明文化され、仕組みは構築されている。しかし、アセスメントの具体的な手順は確認できず、また、サービス等利用計画に沿っていないものもあった。アセスメントの手順を定め、組織として同じ水準で実施できるようにするとともに、サービス等利用計画の内容を踏まえた個別支援計画とすることが望ましい。</p> | | |
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>個別支援計画作成の流れとしてモニタリングや面談の時期、報告の範囲や同意の有無など、具体的に定められたマニュアルがある。原則として9月と2月にモニタリングを実施しており、利用者の状況に大きく変更が生じた際には、その都度個別支援計画の見直しをしている。</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。 | | |
| Ⅲ-2-(3)-② 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 | a ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>支援の記録方法のマニュアルがあり、ファイルに綴じる際の順番も決められている。記録には利用者の活動状況や身体状況などが記載されているものの、個別支援計画に沿ったサービスが実施されていることは記録として確認できなかった。計画に沿ってサービスを実施し、それにより利用者の状態がどのように推移したかを具体的に記録することが望まれる。</p> | | |
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>個人情報の取り扱いについての管理や、開示を求められた際の姿勢が法人として明文化されており、保存や廃棄に関する年限表も具体的な一覧表としてまとめられている。また、日々における利用者に関する記録の管理方法については、書類ごとに具体的に定められている。</p> | | |

【内容評価基準】

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 | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 日々の活動については、利用者の意向を尊重し自己選択・決定できるような仕組みとなっている。利用者自治会は組織されていないが、成人式や新入利用者歓迎会などには利用者の意見を取り入れ、利用者が司会を務める等の機会を設けている。選択の機会には、利用者一人ひとりの障害特性や理解力に合わせ、イラストや画像を用いるなどの合理的配慮もされている。 | | |

A-1-(2) 権利擁護

| | | |
|---|-----|-----------|
| A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 | 障47 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 利用者の権利擁護に関する姿勢が「倫理綱領」と「行動規範」に記載され、全職員が共有している。緊急の対応を実施した際には「身体拘束改善書」に詳細な記録が記載され、事業所内で共有できている。年に1回の苦情解決・虐待防止委員会では、法人職員のみならず第三者委員も同席し、法人全体での共有と検討が実施されている。 | | |

A-2 生活支援

| | | 第三者評価結果 |
|---|-----|-----------|
| A-2-(1) 支援の基本 | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 自力通所する利用者の様子を定期的に確認し、必要に応じて交通ルールの理解と定着を高める支援をしている。工賃支払時（現金支払）には金銭の計算の練習を行い、手元にある現金で買えるものやできることを確認する機会を設け、金銭感覚の向上を図っている。 | | |
| 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 ・ ② ・ c |
| <コメント> 意思疎通が困難な利用者が3割程度在籍し、コミュニケーションは絵カードや写真を用いたり、筆談で対応するなど、個別的な配慮がある。しかし、個別支援計画との連動やコミュニケーション能力を高めるための取組みは確認できなかった。定期的なアセスメントの実施により利用者の実情を把握し、適切なコミュニケーション手段を検討する仕組みの構築が望まれる。 | | |

| | | |
|---|-----|-----------|
| 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。 | 障50 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> アセスメント時に限らず、日々の活動時に気軽に相談できるよう心掛け、必要に応じて相談や話し合いの機会を設けている。保護者を代弁者として捉え、送迎時にも聞き取っている。相談内容については、内容に応じて職員会議での周知や管理者等への報告が実施されており、個別支援計画と支援に反映させている。 | | |
| 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 ・ ④ ・ c |
| <コメント> 活動の内容に応じて班を編成し、利用者が選択できるようになっている。班内の活動についても、ある程度選択が可能となっている。しかし、選択肢は事業所側が定める範囲であり、利用者個々のニーズに合わせた新たな活動やプログラムを取り入れた見直しをするなど、一人ひとりの意向を尊重したサービス利用ができるような取組みが期待される。 | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 法人主催の研修が定期的実施され、知識や技術の習得や支援の向上を図る仕組みがある。事例検討会を定期的開催し、職員間で支援方法の検討と共有がされている。個別の配慮が必要な利用者に対してはパーティションを用いるなど、環境的な工夫も見られた。経験が浅い職員が多いため結果が出ていないものもあるが、仕組みや取組みとしては十分である。 | | |

| | | |
|--|-----|-----------|
| A-2-(2) 日常的な生活支援 | | |
| 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 ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>食事は事業所内で調理して適温で提供しており、利用者個々の状況に合わせて支援している。また、定期的に嗜好調査を行い、誕生日にはリクエストメニューを提供している。しかし、清拭や排せつに関しては技術や知識を習得する機会が乏しく、適切かつ迅速な対応ができていない。研修等の機会を設け、適切な支援を継続して実施できるよう期待したい。</p> | | |
| A-2-(3) 生活環境 | | |
| 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 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>設備面の老朽化によって快適さが確保できない面はやむを得ないが、温水水洗便座を導入したり、作業室では利用者特性によりパーティションの活用などの取組みがある。情緒面が不安定時に、利用者が一時的に過ごせる部屋もある。しかし、清掃が不十分な箇所があるため、清掃の頻度や手段を見直すなど、できる限り快適な環境を確保することが望ましい。</p> | | |
| A-2-(4) 機能訓練・生活訓練 | | |
| 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 | ㉒ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の状況に応じて、PT（理学療法士）の協力の下に機能訓練を実施している。定期的に訪問があり、適宜訓練内容の検討や見直しを行っている。3B体操も取り入れ、講師の指導の下に実施している。日常の活動時には階段の昇降の機会を設けるなど、生活動作の中にも訓練的要素を取り入れる工夫がある。</p> | | |
| A-2-(5) 健康管理・医療的な支援 | | |
| 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 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>年1回の健康診断と2ヶ月に1回の嘱託医訪問により、健康状態の把握をしている。常勤の看護師が配置され、日々の健康管理や有事の際の医療機関との連携を図っている。看護師による他職員への研修は定期的実施されているが、頻度が低くて知識を習得する機会が少ないため、研修の実施頻度を高め、適切な健康管理のための知識習得が望まれる。</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。 | 障57 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>医療的ケアが必要な利用者はおらず、服薬の管理が主な支援となっている。服薬管理は、マニュアルに沿って服用する薬を袋に入れて利用者の首から下げるなど、誤薬や誤飲防止に努めている。しかし、薬が落ちているなど服用漏れもあり、マニュアルが適切に活用されているとは言い難い。マニュアルの効果的な活用と、服用終了までの見守り徹底などの適切な支援が望まれる。</p> | | |
| A-2-(6) 社会参加、学習支援 | | |
| 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 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>地域で活動している太鼓や踊りの団体の紹介をするなどの取組みはあるが、利用者個々のニーズの把握や活用できる社会資源の収集並びに提供はされていない。利用者の希望と意向を把握し、一人ひとりに合わせた積極的な情報の提供により、社会参加への機会の提供と意欲の向上につながる取組みを期待したい。</p> | | |
| A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援 | | |
| 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 ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の希望により地域生活に移行する際には、関係機関との連絡・調整を行って必要な支援を実施している。しかし、地域生活に移行するための意欲を高める取組みはない。実際に地域生活に移行した利用者による談話や事例の紹介など、地域生活に対する意欲向上を図るための積極的な取組みが望まれる。</p> | | |

| | | | |
|--|--|-----|-----------|
| A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援 | | | |
| | 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 ・ ⑥ ・ c |
| <コメント> 月1回の家族会に職員が参加したり、日々の送迎時に情報共有や相談に応じるなどの取組みがある。コミュニケーションが困難な利用者へは、連絡帳を用いて日々の様子を家族に報告している。しかし、体調不良時や急変時の家族等への連絡ルールが確立しておらず、マニュアルを作成して適切に報告・連絡ができるようルールの共有と適切な運用が望まれる。 | | | |
| A-3 発達支援 | | | 第三者評価結果 |
| A-3-(1) 発達支援 | | | |
| | A-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 |
| <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-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 ・ ⑥ ・ c |
| <コメント> 工賃支払時に工賃額算定の労働時間を知らせ、時間と金額との関係性でお金の価値を理解してもらう取組みを実施している。工賃額で買えるものやできることを確認し、働く意欲に繋がる取組みも実施している。しかし、労働がどのような自己実現に繋がるかの把握が不十分なため、各自の自己実現内容の把握と、個々の意向に沿った個別支援が望まれる。 | | | |
| | 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 ・ ⑥ ・ c |
| <コメント> 利用者の希望で、班選択や作業内容を選ぶことができる配慮をしている。取引先との単価交渉や新規開拓などにより、工賃向上への取組みも実施している。しかし、工賃計算は従事作業に応じて諸手当が加算されるものの一律の時給であるため、生産量や正確性、取り組む姿勢など、あらゆる角度からの評価を用いて利用者のモチベーション向上を目指されたい。 | | | |
| | 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 ・ ⑥ ・ c |
| <コメント> 近年一般就労を希望する利用者がおらず、積極的な職場開拓や就職支援は実施していない。法人の意向として就労継続B型事業所「あけびの実」への異動（移行）が次のステップとなっており、その意識が色濃くなっている。施設外就労を実施している取引先への働きかけや、一般就労した利用者の談話や事例紹介など、就労意欲向上への積極的な取組みが望まれる。 | | | |