

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：障害福祉サービス事業所 すみれ | 種別：生活介護・日中一時支援 | |
| 代表者氏名：石黒 稔 | 定員（利用人数）：40名（46名） | |
| 所在地：愛知県豊橋市西幸町字東脇122-1 | | |
| TEL：0532-38-5077 | | |
| ホームページ：https://www.sawarabikai.or.jp | | |
| 【施設・事業所の概要】 | | |
| 開設年月日：令和 3年 5月 1日 | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 さわらび会 | | |
| 職員数 | 常勤職員：16名 | 非常勤職員：7名 |
| 専門職員 | （管理者兼サービス提供責任者）1名 | （社会福祉士）2名 |
| | （生活支援員）12名 | （介護福祉士）10名 |
| | （看護師）3名 | （理学療法士）3名 |
| | （理学療法士 兼務）3名 | （運転士、調理員）3名 |
| | （事務員）1名 | |
| 施設・設備の概要 | （居室数） | （設備等）特殊浴槽・ミスト浴槽 |
| | | リフター（設置型・移動型） |
| | | 滑車重鎮運動・メドマー・肋木 |
| | | 乾式ホットパット・平行棒 |

③理念・基本方針

★理念

- ・法人 「みんなの力でみんなの幸せを」を基本理念とする
- ・施設・事業所 法人の「みんなの力でみんなの幸せを」を基本理念とする

★基本方針

さわらび会の理念、「みんなの力で みんなの幸せを」に基づいて、地域で生活する一人ひとりの障がい者の人たちが個々のニーズに添った支援計画に基づいて、しろがね（生活介護・日中一時支援）、宅介護事業所しろがねと共同で、通所系、訪問系サービスを一体的に提供していくことによって、自己決定と居宅での継続的な活力のある充実した生活をおくっていただくための支援を行ってまいります。

④施設・事業所の特徴的な取組

1. 重度の医療的ケアが必要な方の受入
現在利用登録者の中で、半数近くの方が何らかの医療的支援が必要な方であり、常勤3名の看護職員がケアをしております。その他4名の生活支援員が特定行為業務従事者の認定を受け支援を行っております。
2. 機能訓練の実施
しろがねとの兼務で、3名の理学療法士が個々の訓練計画に基づいてリハビリを行っております。そのための専用のリハビリ室において、可動域の訓練、平行棒や肋木、滑車重鎮運動器、歩行器などの設備を使用しながら訓練を実施できます。また車イスや補装具などの支給、申請などの相談にも応じております。
3. 音楽、絵画、書道、リトミックなど専門的な講師やボランティアによる教室活動を行っております。
4. 居宅介護事業所しろがねに兼務している職員によって、居宅介護、通院介助、移動支援などの提供を行う事によって、通所、訪問の支援を提供することができます。
5. 寝浴、ミスト浴、一般浴槽などが設置され、個々にあった入浴支援を行うことができます。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|-------------------|--|
| 評価実施期間 | 令和 5年11月30日(契約日) ~ 令和 6年 4月15日(評価決定日) 【令和 6年 2月 2日(訪問調査日)】 |
| 受審回数 (前回の受審時期) | 初 回 (平成 年度) |

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆サービスの質の向上の把握

サービスの質の向上や低減を客観的に測る指標として、家族に対する満足度調査を年間2回実施している。固定化された20項目の設問に、半数近い家族が回答している。「すみれ通信」を使って集計結果をフィードバックしている。また、設問が毎回同じであることや、直近の数値だけでなく過去3回分の結果も載せていることから、容易に傾向を分析できる。「すみれ通信」には、家族からのコメントも記載しており、改善に向けての契機としている。

◆地域の福祉ニーズに応える

重度の障害者を受け入れる通所施設としては、東三河地域において数少ない存在であり、地域への貢献度は大きい。肢体不自由児者父母の会や法人内外の相談支援事業所と連携し、地域の在宅障害者を含む福祉ニーズの掘り起こしに努めている。

◆家族との共感、協調

重度の障害者を持つ家族が、自宅でどのような困難な介護を強いられているかを、職員は理解した上で家族対応を行っている。そのため、利用者家族と職員との関係は良好で、日中活動の幅を広げるために、家族からボランティアの紹介などもある。家族の困りごとにも相談にのり、必要に応じて家族支援も行っている。事業所内で行われる研修に家族を誘い、一緒に受講する機会も設けており、家族と連携して支援をしていくことも大切にしている。家族と職員との間に、共感と協調の関係ができています。

◇改善を求められる点

◆ホームページによる情報の開示

法人、事業所ともにホームページで各種情報を公開しているが、必要な情報が網羅されているとはいえない。法人のホームページに関しては、苦情解決に関する情報がない。事業運営の透明性を担保するためにも、苦情解決に関する情報は外せない。また、事業所のホームページには、「最新情報」として3年前の竣工式の画像が載っている。それ以降の更新は行われていない。ホームページから情報をとる世代が増えている現状を理解し、ホームページを適時更新して最新の情報を開示することが望ましい。

◆地域参加の防災訓練

地域との交流・連携が、思い通りに進んでいない。「みんなの力でみんなの幸せを」の理念があるが、その理念に謳う「みんな」の中に地域が入って来ない。懸念されるのは、大規模災害が発生した際の避難である。手厚い職員配置があっても、重度の障害者を安全に避難・誘導するためには地域住民の援助が不可欠となる。車いすの利用者が多く、カスタム仕様の車いすの扱いに慣れておく必要もある。地域との関係を構築し、早期に地域参加の防災訓練が実施されることを期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

コロナ下に施設がオープンして3年。できたこと、できなかったこと、今回の第三者評価はこれからの新しい指標として考える機会を与えて下さったことに感謝します。利用者様やご家族にとって、生活の支えとなるような施設を、「みんなの力で みんなの幸せ」を目指して、4年目以降のすみれをみんなで育てて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 | ①・b・c |
| <コメント> 「みんなの力でみんなの幸せを」が、法人と事業所共通の理念であり、毎月発行される「すみれ通信」にも記載している。新規採用者には、導入時の研修で理念に沿った基本的な支援の姿勢を教えている。家族に対しても周知が図られている。 | | |

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 | ①・b・c |
| <コメント> 法人内の障害部会で最も新しい事業所であり、先発の事業所から様々な情報を得て事業運営を行っている。市の自立支援協議会や特別支援学校、法人内外の相談支援事業所等々からも情報を集め、福祉動向や地域の課題等を把握して運営にあたっている。法人内の横のつながりもあり、運営情報に関しての不足感はない。 | | |
| 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> 医療的なケアを必要とする重度障害者の受入れが多く、「専門的なサービスの提供」を課題として捉えている。そのために、看護師に加えてPT（理学療法士）やOT（作業療法士）、ST（言語聴覚士）等の専門職を揃えようとしている。日中の支援を担う職員の充足を図りながら、専門職の拡充に向けて計画的に取り組んでいる。 | | |

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 | a・①・c |
| <コメント> 管理者が描いた5年先までのビジョンが、法人への提案書の形で作成されている。管理者の思い描く「5年後のあるべき姿」がまとめられているが、あくまでも個人レベルとしての位置づけである。これを正規の中・長期計画として位置づけ、職員にも周知を図ることが求められる。 | | |
| 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・①・c |
| <コメント> 明確な中・長期計画が職員に示されていないことから、単年度の事業計画は、前年度の事業計画を評価・振り返り、事業報告書を作成した後、次年度の事業計画を作成している。事業計画に挙げた重点的な取組みの一部には、明確な数値目標が記載されている。他の項目に関しても、可能な範囲で数値目標や具体的な到達点を設定して取り組むことが望ましい。 | | |

| | | | |
|---|----|-----------|--|
| 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> 管理者が事業計画の素案を作成し、それを職員に回覧して意見や要望を収集している。集めた職員意見を会議で検討して事業計画（案）を作成し、理事会の承認を受けて成案となる。事業計画に、職員意見が反映される仕組みとなっている。 | | | |
| 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 ・ ② ・ c | |
| <コメント> 利用者自治会や家族会は組織されておらず、利用者、家族への周知は、毎月発行される「すみれ通信」が担うこととなる。また、送迎時や半年ごとのモニタリング時にも、ホームの取組みを報告したり、家族の意見を聞いたりしている。利用者の障害の軽重を判断の根拠とせず、また家族の不参加の意向に左右されることなく、利用者自治会、家族会の組織化を望みたい。 | | | |

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 | ① ・ b ・ c | |
| <コメント> 開設3年目にして初めての第三者評価の受審であるが、今後も定期的に継続した受審を考えている。自己評価としては、法人本部が主導するGoogleアンケートを行っており、職員全員がアンケートに答えている。アンケートは法人本部で集計、分析され、結果が事業所に知らされる。 | | | |
| 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 ・ ② ・ c | |
| <コメント> Googleアンケートから、また利用者家族に対する満足度調査の結果から、事業所として取り組むべき課題を明確にしている。しかし、改善の取組みが計画的に行われているとは言い難い。改善の難易度や必要とする資金や期間を考慮し、すぐに着手する課題、次期事業計画に挙げる課題、中・長期計画に委ねる課題等に分類し、責任者、期限、実施方法等を明確にして取組みを進められたい。 | | | |

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 | a ・ ⑥ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>管理者の職責が「運営規程」に明記されており、自らの所信を毎月発行される法人機関誌「さわらび」の新年号で表明している。事業所内の会議でも、常に自らの方針や方向性を職員に示している。ただ、管理者不在時の権限委任先が「運営規程」上では明確になっていない。全国各地で予想を超える規模の災害が発生しており、万一に備えて指揮命令系統を明確にしておくことは避けられない。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>事業運営に関する法令の改廃情報は、インターネットを利用したり、法人の会議、研修等から収集している。法人の実施するコンプライアンス研修や虐待防止研修、管理者向けのリスクマネジメント研修に参加し、必要に応じてラインワークス等を使って職員周知を図っている。管理者はハラスメントの重要性を認識しており、コンプライアンス意識は強い。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>サービスの質の向上や低減を客観的に測る指標として、利用者家族に対する満足度調査を年間2回実施している。固定化された20項目の設問に、半数近い家族が回答している。「すみれ通信」を使って集計結果をフィードバックしているが、直近の数値だけでなく過去3回分の結果も載せ、容易に傾向を分析できる。家族からのコメントも記載しており、改善への契機としている。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>要支援度の高い重度の障害者が多く、法定の職員配置の基準では、通常の業務で手いっぱい状態であり、職員からも増員を求める声が出ている。医療的ケアを必要とする利用者も多く、専門職である看護師や理学療法士等が孤軍奮闘の働きである。ただ、忙しさとやりがいと共存する形となっており、職員の定着もよく、忙しい中にも働きやすい職場の雰囲気はある。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>事業所が立地する場所は離れているが、先発事業所「しろがね」と拠点を組み、親（しろがね）と子（すみれ）の関係である。採用計画は「しろがね」で作成し、採用活動も「しろがね」主導で行われている。法人内の人事異動は少ないが、拠点間では必要に応じて異動があり、専門職（理学療法士等）は兼務の形をとっている。アンケートの結果から見て、職員満足度は高い。</p> | | |
| Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | 障15 | a ・ ⑥ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>キャリアパスは構築されているが、人事考課や目標管理制度との連動が薄い。人事考課は「しろがね」に席を置く施設長が行い、現場主体の制度とは言い難い。「個人目標シート」を使用して目標管理を行っているが、目標の達成度や成果を人事考課制度の中の成績考課として評価する仕組みがない。昇進、昇格等の人事基準も職員には明確に示されていない。</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組んでいる。 | 障16 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>多忙な業務を、職員全体でカバーしながらこなしているといった印象である。そのため、職種や職階による有給休暇の取りづらさはなく、時間外勤務が特定の職員に偏っていることもない。職員は、重度の障害者を支援するという業務に誇りと使命感を持ち、多忙な業務に邁進している。職員アンケートの結果や離職の少なさから、働きやすい職場づくりは実現に近づいていると言える。</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 |
| <p><コメント></p> <p>「個人目標シート」を使った目標管理を行っている。しかし、設定された目標に関しては、数値目標や具体的な到達点が設定されておらず、努力目標的な表現になっている。これでは、期中の進捗評価や期末の最終評価が曖昧にならざるを得ない。管理者もしくは主任との目標設定面接では、数値目標や具体的な到達点を明確に定めることが望ましい。</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 |
| <p><コメント></p> <p>法人の研修計画があり、職員は必要な研修に参加している。研修を履修した職員は、法人本部に「研修報告書」を提出している。その中に研修で得た気づきや所感（アクションプラン）が記されているが、研修がそこで完結してしまっている。支援の現場で、「研修報告書」に記述したアクションプランが実践されたか否かを検証する仕組みがない。</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 ・ ⑥ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>コロナ感染症の5類への移行により、法人主体の研修が、Web（Zoom）研修から対面研修へと変わりつつある。研修による資格取得を奨励しており、嘱託職員を除けば、ほぼ全員の職員が介護福祉士等の専門資格を取得している。今後、キャリアパスに資格要件や研修要件が設定されることを想定し、職員個々の保有資格と研修履歴の管理を検討されたい。</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 ・ ⑥ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>実習生を受け入れるためのマニュアルはあるが、実際に受入れた実績はない。マニュアルに関しても、「しろがね」で使用されているマニュアルを準用している。事業所の特性や特徴を考慮し、独自のマニュアルと実習カリキュラム、プログラム等を作成して積極的な受入れを期待したい。</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。 | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>法人、事業所ともにホームページで各種情報を公開しているが、必要な情報が網羅されているとは言い難い。法人のホームページに関しては、苦情解決に関する情報がない。事業所のホームページには、「最新情報」として、3年前の竣工式の画像が載っている。ホームページから情報をとる世代が増えている状況を認識し、ホームページの充実を図られたい。</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 | ④ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>事業所における現金出納は、5万円を限度とする小口現金制をとっている。購買等の決裁権は管理者が有し、現金出納の責任者は事務員が務めている。決裁権者と出納責任者を2名に分かつことにより、内部牽制が働く仕組みとなっている。行政の監査においても、特段の指摘事項はない。</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 | a ・ ⑥ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「みんなの力でみんなの幸せを」の理念があるが、その理念に謳う「みんな」の中に地域が入って来ない。事業所設立から3年が経過するが、地域との関わりの糸口が作れないまま、現在に至っている。事業所としては、障害福祉に地域理解を求めようとの思いはあるが、間を取り持ってもらいたい民生委員児童委員の反応は鈍い。</p> | | |

| | | |
|--|-----|-----------|
| <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。</p> | 障24 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント> 「ボランティアの受入について」に示された手順に沿い、ボランティアの受入れを行っている。コロナ感染症の期間中（5類に移行する以前）も、絵画や書道のボランティアを継続して受け入れていた。音楽やリトミックのボランティアは、コロナ期間中、Webによるリモートでの受入れを行っていた。様々なチャネルを使い、ボランティアの募集活動を行っている。</p> | | |
| <p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p> | | |
| <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> | 障25 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント> ほとんどの車いす利用者が、個人仕様（カスタム仕様）の車いすを利用していることから、車いす業者が重要な社会資源となっている。関係機関として、情報源である肢体不自由児者父母の会や相談支援事業所、利用希望者を持つ特別支援学校等があるが、いずれとも良好な連携関係を構築している。</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> | | |
| <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> | 障26 | a ・ ② ・ c |
| <p><コメント> 通所施設であるため、カバーできるエリアが豊橋市と静岡県西部地域に限定されている。その地域の福祉ニーズを、肢体不自由児者父母の会や法人内外の相談支援事業所から得ている。地域の自治会や民生委員児童委員からも地域の福祉ニーズや在宅障害者の情報を得たいが、現時点では連携が図られていない。</p> | | |
| <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> | 障27 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント> 法人グループは「福祉村」とも呼ばれ、医療機関を始め、数多くの障害者施設、高齢者施設を有している。「福祉村」として様々な地域貢献活動を実施しているが、当事業所は「福祉村」からは離れた地であり、独自の活動を展開している。重度の障害者を受け入れる数少ない施設であり、地域への貢献度は大きい。日中一次事業の受入れは、将来的な利用者確保の一策でもある。</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。 | | | |
| 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 . b . c | |
| <p><コメント></p> <p>法人全体で理念や基本的人権に対する考えを大切にしており、理念や基本方針、倫理綱領が業務用パソコンや携帯電話にアプリとして組み込まれ、いつでも閲覧できるようになっている。研修や朝・夕礼でも確認する機会があり、職員が理解し、実践するための取組を行っている。</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 . b . c | |
| <p><コメント></p> <p>規程やマニュアルにプライバシー保護に関する項目があり、利用者や家族にも周知している。ホームページ等で利用者の写真を掲載する場合や、利用者が作成した作品を外部の展示会に出展する際には同意を得ている。同性介助を原則とし、静養室は男女どちらが使用しているのかを表示し、同意が得られていない場合には異性介助を行わないことを徹底している。</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 . b . c | |
| <p><コメント></p> <p>事業所が発行している「すみれ通信」を特別支援学校や相談支援事業所にも配布し、身近に感じてもらえるような広報活動を行っている。日中一時支援を利用してもらい、実際に体験してもらうことも大切にしている。様々な日中活動を知ってもらい、選んでもらえる事業所になるよう工夫している。</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 . b . c | |
| <p><コメント></p> <p>契約書など利用者に説明する書類にはルビを振り、口頭で説明するときには言葉を言い換えたりして、伝わりやすいよう工夫している。事業所の特徴でもある教室活動の「やりたいことがある日」を選んで通所する利用者もいるため、利用者の意向を確認しながら、サービスについての説明を丁寧に行っている。</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 . b . c | |
| <p><コメント></p> <p>他事業所へ移行する場合には、家族や相談支援事業所と連携し、サービスが途切れないようにしている。移行先にはこれまでの支援内容を情報提供し、利用者にとって事業所変更が負担にならない配慮をしている。移行後も必要に応じ、家族や移行先事業所からの相談に応じている。</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 . b . c | |
| <p><コメント></p> <p>家族の協力を得て、年2回、満足度調査のアンケートを実施している。アンケートは紙とWeb回答を選択でき、回答しやすいように工夫している。選択形式と自由記述の項目があり、集計結果を「すみれ通信」を使って公表している。職員でその内容を共有し、出された意見を検討して改善に努めている。</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 | a . b . c | |
| <p><コメント></p> <p>苦情解決の体制はルビ付きで掲示されており、利用者も確認ができる。意見箱の設置やメールでの意見も受け付けており、苦情の申し出の方法も選ぶことができる。苦情等の受付から解決までの流れは明確になっているが、苦情解決に関する規程やマニュアルは確認できなかった。また、苦情に関する受付の状況や解決を図った内容について、どこにも公表した跡が残っていない。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>相談室が2ヶ所あり、個室で話を聞けるように配慮している。利用者ごとに担当職員がついているが、どの職員も平等に利用者と接しているため、相談や意見は利用者が言いやすい職員に話ができるような環境となっている。直接言いつらいことはメールで伝えることも可能である。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>職員が所持している業務用携帯電話には、「すみれ業務連絡」や「すみれごかぞくからの連絡」などの情報共有ツールが入っており、利用者や家族からの相談や意見が出た時には、すぐに共有して対応できる体制を整えている。すぐに対応することで利用者からの信頼を得ており、相談してもらいやすい環境を作ることが大切に行っている。</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。 | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>介護事故防止や対応マニュアルがあり、リスクマネジメントに関する責任者として管理者と主任が担当することが明確化されている。事故報告・ヒヤリハットの報告だけでなく、ヒヤリハットに繋がりそうな気になることも積極的に挙げてもらうことで、早い段階で事故の芽を摘むことを重要と考えている。</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 ・ ② ・ c |
| <p><コメント></p> <p>重度障害のある利用者が多いことから、感染症に対しては慎重に対応している。看護師、管理者、主任が中心となって感染症に関する会議を組織し、研修の実施や適切な感染症対策を行えているかどうかを検証している。マニュアルの定期的な見直しが行われた記録が確認できないため、改善が望まれる。</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 | a ・ ② ・ c |
| <p><コメント></p> <p>年度初めに伝言ダイヤルの案内や「災害時特集：保存版」を発行し、利用者・家族とも災害時の対応方法を共有している。災害時の医療的ケアの必要な利用者への対応も、考慮している。緊急時には、同法人内での連携が図れるような体制となっている。地域の自治会との協力体制が弱く、今後の課題となっている。</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。 | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「介護技術マニュアル」があり、法人内で統一した支援を行うため、介護技術研修にて基礎的な介護技術を学ぶ機会がある。年に1度、介護技術評価を行い、自己評価と主任による評価を行い、標準的な実施方法が適切に実施されているかどうかを確認している。評価は振返りの機会となっており、理解が十分でない職員については必要に応じ再研修を行っている。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>標準的な実施方法の基礎となる「介護技術マニュアル」を基本とし、個別対応に関わる支援マニュアルを作成している。支援会議で挙がる改善点や利用者からの要望を踏まえ、その都度変更している。看護師や理学療法士の助言をもらい、個別支援計画にも反映させ、手を出し過ぎない介助を意識して支援している。</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。 | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>サービス管理責任者の指導の下、個別担当職員が利用者・家族からの意向を確認して、看護師や理学療法士とも協議しながら個別支援計画を作成している。「アセスメント～個別支援計画の策定～モニタリング」の流れは明確になっており、支援困難ケースがあるときには、法人内の会議にて検討する仕組みがある。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>誕生月とその半年後にモニタリングを設定し、定期的に見直しを行っているが、利用者からの要望があったときには、その都度見直しを行っている。見直しの結果、計画が変更になった個所にはマーカーで色を付け、支援内容だけでなく評価が変わったところも示し、利用者と家族に分かりやすいよう工夫している。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>日ごとに利用者のその日の活動内容のチェックする表があり、手書きでその都度記入している。排泄、食事、水分、入浴等は記録入力システムに入力し、個別支援計画と連動した支援内容も記録しているので、必要があればいつでも閲覧できる。記録の書き方に関しては、職員間の統一化を図るため、職員に対して個別に指導する仕組みがある。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「文書管理規程」があり、利用者に関する記録の保管、保存等は、その規程に従って適切に行っている。導入している入力記録システムは、法人内で共有することが可能となっているが、利用者に同意を得てから行っている。電子化された記録内容及び入力する業務用の携帯電話の管理は、管理者と法人のIT担当者が責任者となっている。</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> 利用者の意向を尊重し、絵画や書道などの定例の活動以外にも、カラオケやパソコンなど、希望するものがあれば個別活動として取り入れている。リハビリも医師の指示書や理学療法士の判断で行っているが、利用者が自ら進んで取り組めるような働きかけもしている。活動の中に外出も取り入れ、日常とは違う刺激のある活動も提供している。 | | |

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> 「虐待防止セルフチェック」を定期的実施し、法人内に設置されている虐待防止委員会では他事業所の事例も確認し、職員に周知している。安全のために車いすのベルトなどを使用する場合には、個別支援計画にも載せ、利用者と家族の同意を得た上でやっている。1日の中でずっと同じ状態にならないよう、必要な時のみ実施することを徹底している。 | | |

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> 利用者の自立を促すために、手を出し過ぎない介助を徹底し、支援会議等で支援の在り方を検証している。グループホームへの入所、短期入所の利用など、利用者個々の状況に応じて自立に向けた個別支援を行っている。排泄の自立のために器具を作製し、職員のサポートを最小限の1人にしたという事例がある。 | | |
| 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 | ①・b・c |
| <コメント> 目を見ながらゆっくり話しかけることを、どの利用者に対しても通じる基本的なコミュニケーション手段として用いている。発声に障害がある利用者は、職員を呼ぶときには呼出し用のコールボタンを使用するなど、個々の身体状況に合わせた方法を取り入れている。利用者一人ひとりに合ったコミュニケーション手段を検討して対応している。 | | |

| | | |
|--|-----|-------|
| 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> 利用者から相談したいことがあるという申し出があったときには、相談室などの個室で、周囲に聞かれないよう配慮している、日常の関わりの中で意向を確認し、可能な限り活動の中に取り入れ、個別支援計画にも反映させている。利用者同士のトラブルがあるときには、職員がそれぞれの意見を聞き、仲を取り持つこともある。 | | |
| 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 | ①・b・c |
| <コメント> 「活動予定表」で日中活動のメニューは決められているが、職員の側から強要はせず、利用者自身の意思で決めてもらうことを基本としている。ある利用者の提案から始まったアイロンビーズでは、自分で材料を買ってきて作り上げるという目標を持つことに繋がっている。市や地域の行事など、様々な活動の情報提供も行い、日中活動の選択肢を広げている。 | | |
| 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> 職員は、喀痰吸引や強度行動障害の研修などを受講し、利用者の状況に応じた支援ができるよう努めている。医療的ケアが必要な利用者には、看護師が職員に適切な支援方法を伝え、個別支援計画にも盛り込んで対応している。外部の専門家を招き、食事介助や重度障害者の支援を具体的に学んで支援の向上を図っている。 | | |

| | | | |
|--|-----|-----------|--|
| 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 | ① ・ b ・ c | |
| <p><コメント></p> <p>日常的な生活支援に特別な配慮が必要な場合には、個別支援計画や「個別支援マニュアル」に記し、適切な支援が行えるようにしている。入浴や排泄は原則として同性介助で行っている。自宅で入浴ができない人もいるため、3タイプの浴槽を設置し、身体状態に合わせて選択できるようになっている。</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 | ① ・ b ・ c | |
| <p><コメント></p> <p>多目的ホールは清潔に保たれ、車いすの移動にも十分な広さがある。不穩になった時に落ち着いて過ごせる場所もあり、職員の見守りの下で静かに過ごせる環境となっている。日当たりの良いテラスがあり、気分転換に日光浴をしたり、屋外での活動の場所として活用している。発熱者があるときには、相談室を隔離部屋として使っている。</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 | ① ・ b ・ c | |
| <p><コメント></p> <p>リハビリ室には様々な機器を備え、理学療法士が作成したりハビリーテンション実施計画書に基づいて機能訓練を実施している。機能訓練の内容は個別支援計画にも反映させており、職員も把握することで、理学療法士に相談しながら生活の中でできる訓練を行っている。理学療法士3名は他事業所との兼務であるが、連携して計画的に支援にあたっている。</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 | ① ・ b ・ c | |
| <p><コメント></p> <p>健康管理は看護師を中心に行っており、朝の送迎の際に家族から聞いた情報や連絡ノートに書かれた内容を共有し、健康状態を把握している。血圧測定や酸素濃度の確認など、利用者ごとに必要な健康管理が異なるため、個別に対応している。緊急搬送時には「個別カルテ」による情報提供を行い、適切な医療が受けられるようにしている。</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 | ① ・ b ・ c | |
| <p><コメント></p> <p>医療に関する「個別カルテ」があり、薬や医療機関の情報、個別対応が必要な事項などが記載されている。薬の管理は看護師が行っており、顔写真付きの個別の袋で管理し、飲み間違いが無いよう工夫している。服薬時には顔写真と薬の内容、包装の表示を確認し、飲み込むまで見届けている。服薬後に空袋を戻し、看護師がチェックをする手順を徹底している。</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 | ① ・ b ・ c | |
| <p><コメント></p> <p>社会参加の一つとして、法人内の事業所交流会や運動会などに参加し、様々な人との交流が持てるような機会を提供している。職員が市の広報誌などから得た情報を持ち寄り、利用者が参加できそうなものがあれば情報提供し、利用者が多種多様な情報を得ることで、社会参加の意欲を高めるよう働きかけている。</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 ・ ① ・ c | |
| <p><コメント></p> <p>他法人のグループホームとも交流を持ち、利用者が将来の選択肢の一つとして考えられるよう、経験の機会を提供している。現在は、自宅から通所している利用者が多く、将来を見据えてグループホームへの移行を検討している利用者もいるが、医療的ケアが必要な利用者の受入れ先が少ないという障壁もあり、今後の課題として残っている。</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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 利用者家族と職員との関係は良好で、日中活動の幅を広げるために、家族からボランティアの紹介などもある。家族の困りごとにも相談にのり、必要に応じて家族支援も行っている。事業所内で行われる研修に家族を誘い、一緒に受講する機会も設けており、家族と連携して支援をしていくことも大切にしている。 | | |
| 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 ・ b ・ c |
| <コメント> 非該当 | | |
| 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 |
| <コメント> 非該当 | | |
| 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 |
| <コメント> 非該当 | | |