

(公表用)

岩手県福祉サービス第三者評価の結果

① 第三者評価機関名

社会福祉法人 岩手県社会福祉協議会

② 施設・事業所情報

| | |
|--|--|
| 施設名称: あさあけの園 | 種別:多機能型事業所 |
| 代表者(職名)氏名:寺山 美紀(施設長) | 定員・利用人数:30名(生活10名 B型20名) |
| 所在地:岩手県紫波郡矢巾町大字又兵ヱ新田 6-17-2 | |
| TEL:019-697-6537 | ホームページ:http://www/i-shinseikai.jp |
| 【施設・事業所の概要】多機能型事業所(就労継続支援B型、生活介護) | |
| 開設年月日:昭和59年12月17日 | |
| 経営法人・設置主体(法人名・理事長名等):社会福祉法人新生会 理事長 阿部 肇男 | |
| 職員数 | 常勤職員: 10名 非常勤職員: 1名 |
| 専門職員 | 施設長 1名 看護師 1名 |
| | 総務支援課長 1名 |
| | 書記 1名 |
| | 職業指導員 3名 保育士 1 |
| | 生活支援員 4名 介護福祉士 3 |
| 施設・設備 の概要 | (居室名・定員: 室) (設備等) |
| | 食堂・プレイルーム、洋室2, 作業室 テーブル、椅子40、作業台4, 椅子12 |
| | 配膳室、トイレ2、多目的トイレ1 テレビ、音響設備、コンロ、配膳車 |
| | 浴室、脱衣室、更衣室2, 倉庫3 回転釜、作業台4、シンク5, 冷蔵庫1 |
| | 食品加工室、菓子製造室、保冷詰合室 冷凍冷蔵庫4, オープン、フライヤー |
| | 店舗(カフェ)、焙煎室、厨房 テーブル6、椅子12、焙煎機 |

③ 理念・基本方針

【理念】「輝く命」

【基本方針】

第1 人権の尊重

第2 四者一体での運営

第3 倫理の確立

第4 地域生活支援の活動強化

④ 施設・事業所の特徴的な取組（サービス内容）

当施設は平成 29 年に施設を改築し機能的な建物になり、立地条件がよく電車を利用しての通所が可能です。カフェの営業、菓子、パンの製造販売をやっていることから、利用者がいつでも自由にパンや菓子を購入できることも魅力です。食品加工作業やメール便など様々な受託作業があり、作業の選択肢が広く、幅広い年齢の方が利用されています。

⑤ 第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|--|
| 評価実施期間 | 令和 3 年 12 月 15 日（契約日） ～ 令和 5 年 2 月 2 日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 3 回（平成 30 年度） |

⑥ 総 評

◇ 特に評価の高い点

利用者の生活環境

事業所は新築 5 年の施設であり、冷暖房が行き届いた快適な空間が確保されている。食堂兼ブレイルームは主に生活介護事業の利用者スペースとして活用され、就労継続支援 B 型事業の利用者は、食堂に隣接する作業室、食品加工室、菓子製造室、厨房及びカフェ店舗等がある。多目的室は 2 階に整備されているが、作業室として使用されることもある。個室は 2 部屋あり、相談やクールダウンに使われているが、併設する相談支援事業所の相談室も個室として活用できる。男女別トイレ、男女別更衣室（ロッカー付き）があり、着替えや私物の保管ができる。建物は採光に配慮され、照明設備により十分な明るさが確保されている。パンや菓子等の製品はカフェで販売され、利用者も自由に購入、飲食が可能であり、利用者の楽しみでもあり、事業所の特徴ともなっている。

◇ 改善を要する点

中長期の収支計画の作成

中長期経営計画で、サービス向上、人材育成、地域福祉の推進等への方針が明確に示され取り組まれていることについては、特に高く評価できる点であるが、中長期の収支計画の策定が十分ではない。施設は平成 29 年に建て替えられた新しい建物であり、将来的な建て替えや大規模改修のほか、就労支援に係る製造機器をはじめとした設備更新や施設内の修繕等が年数の経過とともに発生していくことを見据え、計画的に収支差額を確保し積立等による資金の備えを行っていく必要がある。

また、就労継続支援 B 型事業が報酬算定構造の中で平均工賃額と連動した報酬体系となっており、売上額が直接的に報酬額へ影響を与える要因となってしまうため、売上額について計画的な視野を持って取り組んでいく必要がある。これらのことを念頭においたうえで、中長期的な視野を持った収支計画を作成し、それを単年度の事業計画、予算へと落とし込み、現行の施設運営概況などを活用して日々の事業運営の中で確認していくようなサイクルを作っていくことが重要である。

⑦ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

福祉サービス第三者評価受審は今回で3回目になりました。

前回の受審を経験した職員が少なく全職員初心に戻り、評価項目を全員で確認し合いながら自己評価し受審に臨みました。共通評価は、評価していただいたものと思っておりますが、内容評価については、課題改善に向けた取組みが不十分であったため、評価全体の底上げにならなかったと受け止めています。

また、特に評価の高い点として、新築5年の建物、室内設備の充実により利用者へ快適な生活環境が提供されていることや、カフェ店舗、菓子製造の設備、スペースが十分に確保されていることが、事業所の強みであることを再認識いたしました。快適な環境、設備を生かす工賃引上げに至っていないことが課題でもあります。パン、菓子製造は原材料高騰により苦境に立たされている状況ですが、評価者からのご助言を参考に、利用者の意欲向上に繋がる工賃向上を目指し努力するとともに、サービスの質の向上に向け課題改善に取り組んで参ります。

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

受審事業所名：

あさあけの園

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

| I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。 | | 第三者評価結果 |
|--|-----------------------------------|---------|
| 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 |
| <p><コメント1></p> <p>法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。</p> <p>法人の理念として「輝く命」を掲げ、法人の4つの基本方針として、人権の尊重、四者一体での運営、倫理の確立、地域生活支援の活動強化を明示している。また、施設の理念として、「明るく楽しく元気よく」「地域とともに歩む」「ひとりひとりがかけがえのない大切な存在」と掲げられており、法人理念と併せて、人権尊重の姿勢を示し、利用者・家族だけでなく、職員、地域に運営方針が明確にされている。理念及び基本方針は、施設内の入口付近に掲示し、ホームページ、あさあけだより等の印刷媒体をととして、利用者、家族、地域等に向けて広く発信を行っている。職員一人ひとりに理念・基本方針を印刷し配布を行い、毎月の職員会議で読み上げ、全員で確認するなど定期的な機会を確保している。</p> | | |

I-2 経営状況の把握

| I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | 第三者評価結果 |
|--|---|---------|
| 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 |
| <p><コメント2></p> <p>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。</p> <p>国の福祉施策の動向、法改正等の外部環境変化を踏まえ、法人全体の中長期経営計画を策定し、中長期的な施設の取組み内容を明確にしている。施設の利用者数の推移等については、「施設運営概況」にまとめ、毎月の動向を確認するとともに、職員間での共有を図っている。法人全体での多様な福祉サービスを運営している特徴を活かし、法人内で毎月開催される経営企画会議の中で、外部環境等について定期的な情報共有を行っているほか、施設内に併設されている相談支援事業所から情報収集を行っている。</p> | | |
| 3 | 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。 | a |
| <p><コメント3></p> <p>経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。</p> <p>法人の中長期経営計画の中で「重点課題」を定め、課題に対する中長期的な施設の取組み内容を明確にし、理事会・評議員会をつうじた役員への説明、職員会議等での職員への情報共有を行っている。中長期的な取組み内容を反映した事業計画を策定することで単年度の行動を明確にし、実施している。進捗状況について職員会議の際に施設長が作成・配布する「施設長ワンペーパー」と呼ばれる資料の中で進捗状況を数値とともに明記し共有、意見交換を図ることで、施設全体での進捗管理と実行に結び付ける工夫がされている。</p> | | |

I-3 事業計画の策定

| I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | 第三者評価結果 |
|--|---------------------------------------|---------|
| 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。 | b |
| <p><コメント4></p> <p>経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定しては、十分ではない。</p> <p>前回の中長期経営計画の取組みを踏まえ、令和3年度～令和8年度の中長期経営計画を策定し重点課題、重点目標を明らかにし、令和3年度～令和5年度までの施設別行動計画に具体的な取組を明確にまとめ、事業運営に取り組んでいる。</p> <p>しかし、計画の見直しの方針について明らかとなっていない。また、中長期的な見通しを持った収支についての計画は策定されていない。施設は平成29年に新設された建物であるが、将来の大規模修繕や建替え等を視野に入れた積立金計画の必要性が高いため、長期的収支計画を策定し、収支も含めた計画の進捗管理と見直しの仕組みづくりが期待される。</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。 | b |
| <p><コメント5> 単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。 中長期経営計画にもとづいた内容が施設の事業計画に反映されており、「具体的取組事項と目標」として項目ごとに具体的な目標数値を掲げ、取組を明記しまとめられている。施設の予算は事業計画の内容を勘案し、法人本部と協力しながら策定されている。 しかし、中長期の収支計画がまとめられていないため、収支について中長期的な視野を持った内容を事業計画に反映することが十分とはいえない。中長期の収支計画にもとづき単年度の事業計画を策定したうえで、現行の「施設運営概況」の取組などを活用し、収支も含め計画の進捗管理と見直しの仕組みづくり、計画的な単年度収支差額の確保に向けた取組が期待される。</p> | | |

| | | |
|---------------------------------|--|---------|
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | | 第三者評価結果 |
|---------------------------------|--|---------|

| | | |
|---|--|----------|
| 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6> 事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、または、職員の理解が十分ではない。 職員会議で意見交換を行ったうえで、次年度の事業計画策定に取り組み、策定した事業計画は職員全員で閲覧し理解を促している。また、事業計画に掲げられている具体的な取組や目標数値等については、職員会議の資料、「施設運営概況」等を活用し、職員で進捗状況の把握を行い、事業計画の評価については、毎年度策定する事業報告書にまとめられている。 しかし、それらの評価・見直しの取組は、手順、時期等の明確化が十分とはいえない。単年度の実施状況の把握と評価・見直しを次年度の計画に着実に反映させるための仕組みが求められる。</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7> 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。 事業計画は、利用者自治会で説明を行うほか、利用者・家族へ配布し、あさあげ便り等をつづじて意見の呼びかけを行う等、新型コロナウイルス感染症の影響を考慮した可能な方法での周知に努めている。 しかし、利用者が事業計画をより理解しやすいような分かりやすい資料作成の工夫については、ルビ付きの事業計画を作成することに留まっており、十分とはいえない。利用者の参加や家族への理解をさらに促していくために分かりやすい資料作成や周知に向けた工夫についての具体的な取組が望まれる。</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

| | | |
|---|--|---------|
| 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。 | | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|

| | | |
|---|--|----------|
| 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。 | b |
| <p><コメント8> 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ているが、十分に機能していない。 福祉サービス第三者評価の受審は、中長期経営計画の中で計画されているものであり、平成26年度に初めて受審してから今回で3回目で、定期的な受審が行われている。事業計画の中では、「良質かつ安心・安全な福祉サービスの提供」として具体的な取組事項を複数掲げ、計画的に改善に取り組んでいる。また、職員が「業務改善提案」を行うことができる仕組みから、具体的なサービス提供の改善を行っている。 しかし、定められた評価基準にもとづいて年1回以上の自己評価を行う取組が十分ではないため、サービスの質の向上の定期的な機会確保、組織としての自己評価の具体的な仕組みづくりが望まれる。</p> | | |

| | | |
|---|---|----------|
| 9 | 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。 | b |
| <p><コメント9> 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。 平成30年度の第三者評価受審後、その結果を踏まえ、人材育成、研修、職能面接、リスクマネジメント等について重点的に改善に取り組んでいる。また、中長期経営計画の中でも課題についての取組が示されている。 しかし、評価結果にもとづき、計画的に改善に取り組むことが十分とはいえない。今後は、定期的な第三者評価の受審や自己評価実施の結果から改善実施計画を明確にし改善に取り組む、評価、見直しを組織的かつ継続的に進めていくことが期待される。</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

| II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。 | | 第三者評価結果 |
|--|---|---------|
| 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。 | a |
| <p><コメント10> 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。 自らの施設の経営・管理に関する方針について、事業計画をとおして職員へ周知し、毎月開催される職員会議では、「施設長ワンペーパー」と呼ばれる資料に事業計画に掲げている具体的な取組について記載し、繰り返し職員と共有を図っている。施設長としての決意、考えを法人ホームページ及びあさあけ便り等の印刷媒体に掲載し表明しているほか、事業計画の取組み状況等も家族へ周知している。平時の役割分担等については職務分掌に明示しているほか、事故や災害等の有事の対応については、防災マニュアルの中で自らの不在時に対応するための代行者も含めて明確にされている。</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11> 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。 法人として法令遵守規定を整備し、コンプライアンス責任者と各施設長等からなるコンプライアンス委員会を構成し、法人全体として法令遵守に努める体制を整備している。施設内では、定期的に虐待防止、ハラスメントに関するセルフチェックリストを用いた自己チェックを実施しているほか、職員会議ではコンプライアンスについての情報提供や指導、研修実施等を施設長から職員に対して毎月継続して取り組み、定期的な法令遵守についての知識補充と意識啓発の機会を設けている。</p> | | |
| II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | 第三者評価結果 |
| 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。 | b |
| <p><コメント12> 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。 中長期計画にもとづいた事業計画において、サービスの質の向上に係る課題に対する取組を明示して事業運営に臨んでいる。職員会議でサービスの質の向上について職員と共有するとともに、職員からの業務改善提案を年間複数採用し、サービスの質の向上を図っている。職員の専門性向上のため、研修計画にもとづいた研修受講のほか、利用者の特性を学ぶための内部研修を実施している。 今後は、福祉サービスの質の現状を定期的、継続的に自己評価を行い分析し、改善の具体的な取組に繋げていくための組織的な仕組みづくりが期待される。</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。 | b |
| <p><コメント13> 管理者は、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が、十分ではない。 毎月の職員会議で「施設運営概況」を職員と共有し、利用率、就労支援事業収益、支払工賃、時間外勤務の現状を確認している。職員と意見交換を行いサービスの質の向上や業務の改善等に結びつける取組を行っている。中長期経営計画にもとづいた事業計画の中では、職場づくりや人材育成の具体的な取組事項を目標値とともに掲げ、取り組んでいる。 しかし、収支計画等にもとづく中長期的な経営の視点を持った財務管理、定期的な評価・分析のあり方の体制整備が十分ではないため、それに対する組織的な仕組みづくりと具体的な取組が望まれる。</p> | | |

II-2 福祉人材の確保・育成

| 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。 | | 第三者評価結果 |
|--|---|---------|
| 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。 | b |
| <p><コメント14> 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。 中長期経営計画に福祉人材や人員体制に関する具体的な取組や方針について明確にしたうえで、採用等に関する取組を行っている。人事考課制度により本人の将来に対する意向を把握し、教育研修制度や職能面接等をおして職員の育成を行っている。 今後は、法人本部と一体となった人材の確保、定着の計画的な取組を十分なものとしていくことが期待される。</p> | | |

| | | |
|---|--|---------|
| 15 | II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | b |
| <p><コメント15> 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。 期待する職員像、人材育成基本方針等を明確に定め、人材育成に取り組んでいる。法人として人事考課制度を運用しており、身上調書、面談等とおして職員の意向を把握し、人事管理に反映している。法人全体の人材育成委員会を設置し、人材育成の情報共有、改善策立案等に向けた取組をしている。 今後は、人事異動等の人事基準について明確に示すことをはじめとして、職員自らが将来像を描くことができるような総合的な人事管理の仕組みづくりを行うことが期待される。</p> | | |
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | 第三者評価結果 |
| 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り組んでいる。 | b |
| <p><コメント16> 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。 ワークライフバランスを考慮した働きやすい職場環境づくり、時間外労働時間の削減、有給休暇の取得等の具体的な目標を事業計画に掲げ、事業運営に取り組んでいる。計画した取組は、職員会議等で職員とともに進捗状況を定期的に確認している。職員のメンタルヘルスケア等を図るため、専門家による「心の健康相談」を毎月開催するほか、ハラスメントに対する職員向けの相談窓口については性別ごとに複数の担当者を設置、複数の連絡方法を用意する等、職員に配慮して行っている。 今後は、それらの取組から改善策を立案し、計画的な改善に取り組んでいく体制整備が望まれる。</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。 | | 第三者評価結果 |
| 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 |
| <p><コメント17> 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。 一般的な目標管理制度と同様に職員個人が目標設定・達成について上司と面談を行いながら年間業務にあたっていく仕組みとして「職能面接」に取り組んでいる。目標項目、達成水準、期限等を定め自主的に目標設定を行い、目標の達成度を年間3回の面接をとおして上司とともに確認している。上司が助言等を行い目標への取組内容の見直しの機会として、職員一人ひとりの育成に向けた取組が図られている。</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。 | b |
| <p><コメント18> 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。 法人としての「期待する職員像」「職制別到達目標」を明確に示し、「人材育成基本方針」「教育研修制度」にもとづいて、職員の教育・研修が実施されている。法人として設置された人材育成委員会に支援課長が施設代表として参画し、委員会の中で研修の実施状況の把握に取り組むほか、委員間での意見交換等とおして、研修計画の評価、見直しを図っている。 しかし、計画どおり実施されていない研修があり十分ではないため、確実に研修を実施することが求められる。</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19> 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分ではない。 研修計画にもとづき新任研修や職員の研修受講機会の確保に努めている。「職員の資格取得及び自主研修参加等承認に関する要領」にもとづいて、自主研修の受講、資格取得等の奨励が行われている。人事考課、身上調書、研修履歴カード等とおして、各職員の研修受講履歴や適性を把握し、職能面接等で職員の業務に対する習熟状況の確認等が行われている。 しかし、令和3年度においては、施設内研修の実施が十分ではなく、一人ひとりの研修機会の確保が十分であるとは言えないため、施設内研修の着実な実施が望まれる。</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。 | | 第三者評価結果 |
| 20 | 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。 | b |
| <p><コメント20> 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てはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。 地域福祉の推進を目的として事業計画等に明示し、高校生インターンシップ等の実習生の受入れ、有資格者の職員による実習生の指導が行われている。 しかし、実習生の受入れについて、施設としての受入マニュアルの整備、実習プログラムの明確化、指導者に対する研修等については十分ではない。今後は、実習生受入れに対し、組織的仕組みづくりに取り組むことが期待される。</p> | | |

II-3 運営の透明性の確保

| | | |
|--|--|----------|
| 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。 | | 第三者評価結果 |
| 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21> 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。 法人ホームページや広報紙「HIKARE」等の印刷物をとおして、理念、基本方針、中長期経営計画、決算、第三者評価結果等の情報公開が行われている。苦情、要望への対応は、年度ごとに法人全体でまとめられたものをホームページ上で公表している。あさあけの園ブログは定期的に更新が行われ、提供しているサービス内容や活動のほか、法人としての人材育成等について掲載されており、利用者や家族、関係機関、地域住民、学生等、多くの方々が情報を得られやすいよう工夫している。 今後は、事業計画、事業報告、予算の情報についてもホームページ等に掲載し、広く公表していくことが望まれる。</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 |
| <p><コメント22> 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。 法人の事務、会計、取引等に関するルールは、処務規程、経理規程等に定め事業運営を行い、施設では業務分担表に分掌事務を明確にし、職員に周知している。法人の監事による内部監査を定期的に行うほか、外部の会計事務所による定期的な確認と指導を受け、指摘があった事項は是正改善報告書等により記録を残し、改善が行われている。</p> | | |

II-4 地域との交流、地域貢献

| | | |
|---|--|----------|
| II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | 第三者評価結果 |
| 23 | II-4-(1)-① 利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。 | b |
| <p><コメント23> 利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。 中長期経営計画及び事業計画の中で、地域福祉の推進方針について明確に示されている。新型コロナウイルス感染症の影響も考慮しながら、「矢巾町ふれあい広場」等のイベントへ参加するほか、工賃向上と併せて地域交流の視点も含め、矢巾町、紫波町、盛岡市の販売会へ参加している。地域行事や社会資源活用の推奨のため、施設内掲示、文書配布等による周知に取り組んでいる。 今後は、利用者の個別状況に配慮しながら地域の行事等に参加できるよう職員体制の整備やボランティアの活用に取り組んでいくことが望まれる。</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 |
| <p><コメント24> ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。 ボランティアの受入れ、学校教育への協力等について、中長期経営計画及び事業計画の中で「地域福祉の推進」として方針が明示されている。ボランティアの受入手順等については施設としてのマニュアル整備が行われている。マニュアルにもとづき、受入初日にはオリエンテーションを行い、障がい特性や関係法令等について職員から説明を行い、施設や利用者への理解、関わり方について、学生やボランティアが事前に学ぶことができるよう取り組んでいる。</p> | | |

| | | |
|---|--|----------|
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | 第三者評価結果 |
| 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。 | b |
| <p><コメント25> 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。 施設内に併設され、基本相談も広く受け付けている相談支援事業所「しんせい」と連携し、情報交換、ケース会議を行っている。法人内人材育成委員会では、定期的に困難事例検討会を開催し、法人内各施設との意見交換、情報交換に取り組んでいる。社会資源や関係機関について得られた情報は、職員会議をととして職員に共有を図っている。 今後は、関係機関・団体の機能や連絡先など社会資源についてリスト化を行い、職員が活用できるよう共有化が図られることを期待する。</p> | | |

| | | |
|--|---|----------|
| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | 第三者評価結果 |
| 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。 | b |
| <p><コメント26> 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っているが、十分ではない。 地域の団体が行っている地域貢献事業イベントに施設として参加している。施設内に併設された相談支援事業所や、法人内他施設から、定期的な会議をととして情報収集することで、ニーズの把握に役立っている。 今後は、施設として地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動の企画等を積極的にいき、地域の福祉ニーズ、生活課題の把握に取り組んでいくことが望まれる。</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。 | b |
| <p><コメント27> 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。 法人として「矢巾生活支援ネットワーク事業」に参画し、地域の高齢者の買い物支援等の地域貢献事業を行っている。併設する相談支援事業所「しんせい」では、基本相談事業を行っており、行政の災害対策など情報提供を必要に応じて利用者に案内している。 今後は、施設が有するノウハウや専門的な情報を、地域に還元する取組を積極的に行っていくこと、地域の防災対策や被災時における地域住民の安全・安心のための備えや支援の取組を行っていくことなどが期待される。</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

| | | |
|---|---|----------|
| III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | | 第三者評価結果 |
| 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。 | b |
| <p><コメント28> 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。 利用者を尊重した基本姿勢は、法人の理念「輝く命」、基本方針、あさあけの園の理念、職業倫理、行動規範等に明示されている。 毎月の職員会議(全員参加)において、法人の理念、基本方針を唱和するとともに、障がい者虐待防止セルフチェックリストを活用し、自己啓発に努めるとともに、利用者の安全確保等について確認を行っている。 また、法人主催の虐待防止研修会では支援の基本姿勢について共通理解を図っているが、施設独自の研修が今年度は実施されていないことから、セルフチェックリストだけでなく、それを踏まえての施設研修の実施が望まれる。</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29> 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が十分ではない。 プライバシーマニュアルを作成し、更衣や排泄などそれぞれの場面において、プライバシーの対応方法について定めている。また、女子トイレの収納棚の設置や更衣室前のプライバシーを守るポスター掲示など取組を行っている。 しかし、マニュアルの中には個人情報保護の取扱いと混在している箇所が見受けられる。確認書面及び施設コメントでも個人情報保護に関する取組み記載があったが、評価ガイドライン記述のとおり項目45が該当項目であり、もう一度、プライバシー保護と個人情報保護について施設として認識を整理し、利用者や家族に取組を周知するなど支援拡充に努められたい。</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。 | | 第三者評価結果 |
|--|---|---------|
| 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30></p> <p>利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。 法人内各施設を紹介している広報紙「HIKARE」やあさあけの園パンフレットを関係機関や町役場に置き、広く周知している。また、法人ホームページの各施設紹介ページ及びブログでは、施設の日常の様子や行事などを随時発信している。 利用希望者、見学者に対しては、施設紹介資料を使用しながら、個々に説明し対応している。カラー刷りの広報紙やブログで写真を活用しているが、利用希望者をはじめ誰にでもわかりやすいルビや絵、図などを取入れた情報提供の見直しに取り組まれない。</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31></p> <p>福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。 福祉サービスの利用開始時には、ルビ付きのあさあけの園契約書及び重要事項説明書を利用者本人、家族に説明し、手続きが行われている。また、サービス変更が生じた場合は、利用者、家族に説明を行い、同意を得たうえで変更している。 今後は、意思決定が困難な利用者への配慮について、絵や写真、動画などを活用し、わかりやすくするための取組が求められる。</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32></p> <p>福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ているが、十分ではない。 福祉施設、事業所変更の希望があった場合は、事業所と本人及び家族とで支援会議を行い、本人の意思を尊重したうえで、変更手続きを行っている。サービス終了後に相談等があれば、支援課長(サービス管理責任者)が相談窓口として対応し、相談内容により関係機関につなぐ仕組みとなっている。変更先の事業所には生活歴や服薬状況のサマリーを提供しているが、引継ぎ文書の様式が定められていないことから、様式を作成し、サービスの継続性が担保される十分な引継ぎがなされるようにすることが求められる。</p> | | |
| III-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。 | | 第三者評価結果 |
| 33 | 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。 | b |
| <p><コメント33></p> <p>利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。 食事に関する嗜好調査を年2回実施、利用者代表が参加する給食会議を隔月開催し、直接意見を聞いている。コロナ禍で実現が難しい点もあるが、バイキングや外食など要望に沿うための検討と工夫を行っている。また、毎月1回利用者自治会を開催し、意見や要望を聞き、改善できることは速やかに実施している。 今年度、利用者満足度調査を実施し35名中31名から回答があった。(利用者が回答できない場合は家族が回答。)結果は公表したが、分析と具体的な改善に取り組むとともに、今後は継続した取組に期待したい。</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。 | | 第三者評価結果 |
| 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。 | b |
| <p><コメント34></p> <p>苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。 法人苦情解決規程にもとづき、苦情解決責任者(施設長)、苦情受付担当(支援課長、サービス管理責任者)、第三者委員会(3名)を設置、「苦情や相談について」において流れをフローチャート化し提示している。苦情受付書に内容、経過、結果等を記録している。 令和3年度は5月と6月に2件を受け付け、経過観察により翌年3月に短い内容のみ保護者向けの「あさあけ便り」に掲載された程度であった。申出人への配慮は必要であるが、解決結果を含めた速やかな公表に取り組まれない。併せて、苦情、意見、相談対応の区分け、様式・マニュアルの整理が求められる。</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。 | b |
| <p><コメント35> 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。 利用者がどの職員とも気軽に相談できるように、職員から声をかけたり、朝礼や終礼などで職員で情報共有を図るようにしている。家族とは連絡帳や電話で連絡を取り、内容によっては面談のうえ、対応している。個別に相談や意見を聞く場所は2階になるが、普段過ごす場所が1階で2階に上がる機会が少なく、1階も作業スペースで余裕がないことから、2階への誘導や1階の相談場所確保が課題となっている。</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36> 利用者からの相談や意見を把握しているが、対応が十分ではない。 自治会例会(月始めの週開催)において、自治会役員が中心となり自由に意見を述べ、利用者の意向把握に努めている。また、利用者満足度調査も実施し意見の把握を行ったが、定期的な実施と分析、検討は今後の取組みとなっている。意見箱は玄関ホールに設置し、記名、無記名で意見を述べられるようになっている。書くことが困難な利用者への対応を含め、意見箱マニュアルの定期的な見直しが求められる。</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。 | | 第三者評価結果 |
| 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。 | b |
| <p><コメント37> リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。 毎月職員会議でリスクマネジメント委員会を開催し、事例の分析、今後の対応策を明らかにし、再発防止に努めている。また、日々の業務でインシデント、アクシデントが発生した場合は、報告用紙やケースに記録し、リスクマネジメント対応手順書にもとづいて速やかに対処し、終礼で情報共有している。 月ごとに報告をまとめているが、発生時間や原因、対応後の変化など、より詳細に要因分析を行い、記録に残すことや再発防止への取組評価を行うなど、更なる取組が求められる。</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。 | b |
| <p><コメント38> 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。 今年5月に感染対策マニュアルを改訂、看護師が中心となり、感染症予防に努めている。コロナ感染対策等は、資料を回覧・掲示し、朝礼や終礼、職員会議にて情報提供・共有を図りながら対策について検討している。また、法人内のみちのく療育園からアドバイスを受けるとともに、法人主催の感染対策の研修会に担当職員が参加し全職員に周知している。新型コロナウイルスに限らず、定期的な感染対策マニュアルの見直し、継続した感染予防対策が求められる。</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39> 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。 法人作成の防災マニュアル及びマニュアルにもとづく新生会災害等初動班により、早期に対応できる体制を構築している。今年度から法人全職員が災害時に緊急メール受信で情報収集を行う「RAIDEN」を導入するなど法人全体の取組が進められている。施設においても消防計画により、水害、地震、火災を想定し、消防署立ち会いで避難訓練を実施している。 今後は、地域の町内会と連携、協力した訓練の実施が望まれる。また、備蓄リストに食品の種類、水を含め消費期限の記載など、より実用的なリスト作成に努められたい。</p> | | |

III-2 福祉サービスの質の確保

| 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。 | | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| 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。 | b |
| <p><コメント40> 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ているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。 施設として各種基本マニュアルを作成し、標準的なサービス実施について明文化している。支援の共通理解を図るため、個別支援マニュアルの様式を整備し、食事、排泄など個々に合わせた支援に取り組んでいる。また、職能面接を年3回実施し、支援方法について、個別指導を行っている。 自閉症の利用者が7人いることから、職員の提案で自閉症に関する職場研修を開催し、継続した支援方法を確認する仕組みづくりが求められる。</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41> 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。 各種マニュアルは職員会議等で確認を行い、変更や追加がある場合は認識を共有したうえで修正を行っている。個別支援マニュアルは担当職員が中心となり、急変時や個別支援計画の見直しに合わせて実施している。見直しにあたっては、利用者自治会や満足度調査、意見箱等による意見や提案が反映している。 しかし、意思表示が困難な利用者への配慮について、組織的に取り組むことが求められる。</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。 | | 第三者評価結果 |
| 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。 | b |
| <p><コメント42> 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。 支援課長がサービス管理責任者として個別支援計画策定の責任者となっている。「利用後のアセスメント・支援計画・モニタリング手順」により、作成時にはアセスメントを行い具体的ニーズを把握し、ケース担当者が中心となり作成している。6か月ごとにモニタリングを行い、職員間でモニタリング会議を行っている。計画の達成度の確認、変更、追記の希望がないか、本人や家族に説明を行いながら同意を得ている。 なお、今年度からアセスメント票の様式を改訂し、利用者支援にいっそう努めているところである。新しい様式に移行し、本人のニーズに合った支援の実施を図りたい。</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43> 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。 個別支援計画の見直しは、モニタリング手順書にもとづき、6か月ごとに実施している。利用者、家族と面接しサービス提供の確認、サービス内容の満足度、目標の達成度について聞き取りをしてモニタリングシートを作成し、全職員参加によるモニタリング会議を行い、新たな計画の内容確認や周知を図るための取組を行っている。 なお、今年度はマニュアルの改訂やアセスメント票、個別支援マニュアル様式の変更など、利用者支援の充実を図っていることから、施設として効果を検証し、継続した支援に取り組まれない。</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。 | | 第三者評価結果 |
| 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 |
| <p><コメント44> 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。 利用者一人ひとりの個別支援計画にもとづき、日々のサービス状況をパソコンのネットワークシステムに記録し、情報共有する仕組みが整備されている。記録の内容や書き方は「ケース記録手順書」で目的や入力する具体的な項目を明示している。また、昨年度から記録する内容や書き方について統一するように職員会議で注意喚起を行うなど取組を進めている。すぐ伝達すべき事柄は、連絡簿に記載するとともに、朝礼や終礼で情報共有を図るなどの対応をしている。</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。 | b |
| <p><コメント45> 利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。 法人の個人情報管理規程及び特定個人情報取扱規程等により、利用者記録の取扱いを定めている。写真を広報紙やブログに掲載する等個人情報の使用にあたり、毎年、利用者や家族に説明を行い、個人情報に関する承諾書により同意を書面に残し、情報を出す際は留意しながら同意している利用者のみ掲載している。 しかし、プライバシー保護と混在している(項目29)様子がうかがえることから、個人情報保護や記録の管理体制の基本的な考え方や違いについて教育や研修の充実を図られたい。</p> | | |

A-1 利用者の尊重と権利擁護

| | | |
|--|---------------------------------------|---------|
| A-1-(1) 自己決定の尊重 | | 第三者評価結果 |
| 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が、十分ではない。 個別支援計画に意思決定支援欄を設け、長期目標や短期目標の妥当性が検討されている。毎月初めに利用者自治会が15分程度で開催されており、利用者の希望が尊重され遊園地での行事が行われた。集団行動になじめない利用者については、状況に応じて個室や静かな場所の椅子に案内するなどの配慮が行われている。昼休みには自身の携帯ゲームで遊んだり、許可を得て外出し、買い物をすることもできる。また、利用者一人ひとりの特性を11分野で把握する個別支援マニュアルの取組は、利用者を深く理解する支援に有効である。 しかし、支援を行う根拠や目的に関して、権利の意義を踏まえた検討や学習機会が十分とはいえないので、今後の充実が望まれる。</p> | | |

| | | |
|--|-----------------------------------|---------|
| A-1-(2) 権利擁護 | | 第三者評価結果 |
| A2 | 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。 | C |
| <p><コメント2> 利用者の権利擁護に関する取組が十分ではない。 虐待防止規程と虐待が疑われる場合の対応フロー図が定められている。法人主催の虐待防止研修は年1回開催され、グループディスカッションの結果をレポートにまとめて提出する内容で全員参加した。虐待防止に関する外部研修には1名が参加し、参加レポートが施設内で共有されている。20項目からなる虐待防止チェックリストを毎月実施し、自覚を促す取組が行われている。施設長が虐待事例を毎月の職員会議に提示し職員と共有する取組が令和3年度に実施されていたが4年度は一時中断している。一時的に行う身体拘束の対象者12名から同意書が得られている。 しかし、身体拘束は、拘束の解除やそれを行わない支援方法の見直しが重要であることから、事前同意があるとはいえ、安易な身体拘束が行われないよう、組織内部において、個別支援計画にその実施用法と解除基準を位置づけて検討し、外部機関とも方針を共有することが求められる。</p> | | |

A-2 生活支援

| | | |
|---|------------------------------------|---------|
| A-2-(1) 支援の基本 | | 第三者評価結果 |
| 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3> 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。 就労継続支援B型事業の利用者は、生産作業への通所参加をつうじて、就労や地域社会との交流が図られている。作業は種類が多く、例えばフルーツキャップ成形、書類の封入、桑茶の計量、パッケージへのラベル貼り、豆の選別、ケーキとパンの製造、パン等の出張販売、コーヒー豆の焙煎、カフェの運営、運送会社のメール便の仕分け配達などである。利用者ごとに作業の難易度と習熟、意欲を確かめながら、作業と社会生活の自立が図られるよう助言がなされている。生活介護事業の利用者は、体力づくりの散歩を中心にゲームなどへの参加、生産品の納入同行、軽作業への参加が図られている。新規利用者の例であるが、相談支援事業所のサービス等利用計画書により週の生活リズムを把握し、通所作業への適応を短期目標にしながら、将来的には親元を離れたグループホームでの生活を目指すための情報収集を長期目標にするなど、自立に向けた動機付けへの配慮も行われている。</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。 | b |
| <p><コメント4> 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が、十分ではない。 生活介護事業利用者については、食べ物の写真を用いた用紙や行動のイラストなどで希望を伝えるコミュニケーションが行われている。また、小型のホワイトボードを用いた筆談で希望や発語のオウム返しなどで意思を把握するコミュニケーションが行われている。また、不安や不穏のサインやその引き金になるキーワードを把握するために日常の支援場面で利用者の言動が観察されており、これら記録の分析によりコミュニケーション方法が検討されている。就労継続支援B型事業の利用者については、豆の選別や箱折り、フルーツキャップ形成などの作業マニュアルを写真やイラスト、大きな文字で説明する工夫がなされている。 しかし、利用者一人ひとりについて、コミュニケーションに関する課題分析が十分にされているとは言えないことから、コミュニケーション方法の改善を意図した検討や機器の活用も望まれる。</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5> 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が、十分ではない。 利用者の長所の把握や課題分析、個別支援計画の作成や経過観察、計画の見直しは担当職員とサービス管理責任者の協働によって行われているが、利用者に対する相談支援も苦情の受付を除いては担当職員に分担され年2回の聞き取りが行われている。また、利用者個人の意思、要望は全体の取組に反映するよう工夫されており、例えば余暇支援としての音楽タイム(カラオケ)や運動タイムを余暇支援として実施した。利用者同士の相性や個人的な悩みは、サービス管理責任者や担当職員が時間を取って随時対応している。相談内容は、支援記録に記載され、時系列や職員の対応別に職員間で共有することも可能なシステムが機能している。 しかし、意思表示が消極的な利用者については、見逃される心配があるので、定期的な相談日の設定やテーマを決めた相談を行うなどの検討も望まれる。</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6> 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が、十分ではない。 個別支援計画の日中活動は、二つの支援ニーズで計画化されている。一つは就労支援、二つ目は生活支援となっている。それぞれのニーズに対する対応は比較的抽象的に記述されているので、就労支援では具体的な作業の内容が明示されていない計画も散見され、作業の段階的習熟に向けた計画的な支援が具体化されていないことが課題である。生活支援ニーズは、余暇支援や健康管理が支援内容となっている。 しかし、行事等への参加は申込制となっており、家族の都合や意向も反映されることから、本人が望む参加支援にならない場合があり得る。行事は毎月企画され利用者の楽しみになっている。一方、お昼休みの過ごし方については、基本的には自由だが、余暇支援としての音楽タイム、運動タイムは月にそれぞれ1回の開催であることから、メニューの充実も課題と思われる。</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。 | b |
| <p><コメント7> 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っているが、十分ではない。 就労支援B型事業の利用者は、支援区分に該当しない利用者が半数程度在籍している。自閉症の利用者に対する対応は、職員がその特性を解説する資料を作成して職員間で共有されている。支援困難な利用者については、リスクマネジメントの観点から安全重視で対応し、随時のクールダウンの支援や無断外出、飛び出しを警戒する見守り支援が行われている。支援困難な利用者については、検討会も行っているものの効果的な対応策が見いだせない場合もあり、苦慮する状況が続いている。 今後は障がい特性に起因する利用者間トラブルや不慮の事故を想定した被害軽減策、関係機関との課題共有等の取組が望まれる。</p> | | |

| A-2-(2) 日常的な生活支援 | | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| 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。 | a |
| <p><コメント8> 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。 食事に関する利用者の意向は年2回の嗜好調査によって把握されている。食事は法人が運営する厨房から提供され、メニューは豊富である。食事に関する課題は法人の給食委員会で検討され、改善を図る仕組みがある。利用者個々の事情により嚥下や咀嚼に課題がある場合は、麺類やキノコ類を刻むなどの対応もしている。このような課題がある利用者については、個別支援計画にうがいや食事の際の姿勢への支援が計画にもとづいて行われている。食事は電子レンジで温めることが可能であり、食事時刻に遅れが生じた利用者が利用できる。個別支援計画の見直しは年2回の機会があるが、毎月末の支援のまとめにより支援の効果や課題が認識され、柔軟な支援の変更や改善が行われている。排せつ支援は生活介護事業利用者については計画化された支援が行われている。事業所にはシャワー設備があるが、失禁等への支援を要する場面がないことから使われていない。筋力低下がある利用者については、横について支援するなど、必要な生活支援が行われている。</p> | | |
| A-2-(3) 生活環境 | | 第三者評価結果 |
| A9 | 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。 | a |
| <p><コメント9> 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。 事業所は新築5年の施設であり、冷暖房が行き届いた快適な空間が確保されている。食堂兼ブレイルームは主に生活介護事業の利用者スペースとして活用され、就労継続支援B型事業の利用者は、食堂に隣接する作業室、食品加工室、菓子製造室、厨房及びカフェ店舗等を利用している。多目的室は2階に整備されているが、作業室として使用されることもある。個室は2部屋あり、相談やクールダウンに使われているが、併設する相談支援事業所の相談室も個室として活用できる。男女別トイレ、男女別更衣室(ロッカー付き)があり、着替えや私物の保管ができる。建物は採光に配慮され、照明設備により十分な明るさが確保されている。パンや菓子等の製品はカフェで販売され、利用者も自由に購入、飲食が可能であり、利用者の楽しみとなっている。</p> | | |
| A-2-(4) 機能訓練・生活訓練 | | 第三者評価結果 |
| 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。 | 非該当 |
| <p><コメント10></p> | | |
| A-2-(5) 健康管理・医療的な支援 | | 第三者評価結果 |
| 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。 | b |
| <p><コメント11> 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行っているが、十分ではない。 法人が経営する医療型障害児支援施設の診療部門が協力病院兼嘱託医となっており、健康管理に関する日常的な連携が構築されている。具体的には年6回の内科検診によって、健康状態を把握するとともに、看護師が利用者から処方薬等の情報提供を受けて、健康状態が把握されている。生活介護事業における健康増進の取組は毎日の散歩の支援が中心となっている。コロナ禍の折、検温は自宅で1回、事業所でお昼に1回の計2回実施し、体調の変動に注意が払われている。健康診断の受診は年1回の希望制であるが、結果を提供してもらい、嘱託医と看護師間で情報が共有されている。急変時やケガ等の緊急対応は、フローチャートが定められている。 しかし、非常勤看護師の配置を2名としていたが、本年度に入り1名が急な退職となり、支援体制が弱まった。コミュニケーションに配慮を要する利用者の状態把握や体調の急変に対応できるベッドの配備も課題の一つである。早期体制整備が望まれる。</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。 | b |
| <p><コメント12> 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が、十分ではない。 医療的支援を要するのは主に生活介護の利用者であるが、協力病院の嘱託医と連携して看護師が支援にあたっている。現状では痰吸引、経管栄養、インスリン注射等の医療的支援を必要とする利用者はいない。昼食時に服薬が必要な利用者は数名いるが、連絡帳で家族との情報交換が行われ、服薬後の経過や薬を拒んだときの対応や事業所での様子が共有されている。看護師の支援記録は、ネットワークシステムによって職員間で共有できる仕組みがあり、利用者が通院する医療機関や服薬、水分補給等の状況が把握されている。医療的な支援は医療マニュアルにもとづいて実施されているほか、服薬支援マニュアルを作成して、看護師以外の職員の支援も行われている。 一方、非常勤看護師が2名配置されていたが、1名の急な退職後の補充が進んでいないことから、体制の充実が望まれる。</p> | | |

| | | |
|--|--|---------|
| A-2-(6) 社会参加、学習支援 | | 第三者評価結果 |
| 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。 | C |
| <p><コメント13> 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ない。 障がい者スポーツ大会や映画上映会、防災体験に関する情報提供を行い、希望者の参加を支援してきたが、令和4年度における新型コロナウイルスの感染増加に伴って、対外的なイベントへの参加支援が控えられている。これらに代わる取組もみられなかった。 もとより、就労継続支援事業への通所が、社会参加の一環といえるのだが、個別支援計画では、利用者の学習支援や学習への意欲の増進を支援内容に取上げる具体例が少ないことから、学習支援ニーズを把握するアセスメントの工夫が求められる。</p> | | |

| | | |
|---|--|---------|
| A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援 | | 第三者評価結果 |
| 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。 | b |
| <p><コメント14> 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が、十分ではない。 利用者の80% (24人)は自宅から通所し、家族とともに地域生活を営んでいる。また、地域における共同生活の場であるグループホームで生活する利用者は20% (6名)である。親の高齢化に伴って、自宅での生活からグループホームに居住の場を移すことを目標としている利用者については個別支援計画の長期目標に位置付けて情報収集や見学などの支援が行われている。徒歩で通所する利用者については、危険個所の点検や安全な迂回コースの利用など、地域生活と通所が円滑に行われるように配慮されている。B型事業利用者が、加齢や体力低下に伴い生活介護事業の利用に移行できる点は多機能事業所の良さ、強みであり、地域生活の継続に大きな意義がある。 しかし、A型事業所就労または一般就労への移行を目標としている利用者は2名にとどまるなど、社会生活の力を身につける支援、意欲を高める動機付けの取組は限られている。A型就労支援事業所やグループホームの資源が地域において不足している状況も否めないが、利用者の希望をとらえた支援の充実が望まれる。</p> | | |

| | | |
|---|--------------------------------------|---------|
| A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援 | | 第三者評価結果 |
| 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15> 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っているが、十分ではない。 親の会を母体として事業所が設立された歴史もあり、家族会が結成され、利用者行事への支援や家族会の学習が行われている。家族会の事務局は職員が支援しており、事業所の業務の一環として家族会支援が行われている。日常的な家族との連携には連絡ノートの取組がある。利用者に関する相談や送迎の調整、利用者の通院への配慮なども連絡ノートが活用されている。緊急時の対応等もマニュアルを整備して対応がなされている。年2回行われる個別支援計画の見直しにあたっては利用者本人と家族が参加することを原則としているほか、アンケートによる家族の意向の把握にも努めている。 しかし、コロナ禍の折、やむを得ない事情ではあるが、家族会の総会が書面で行われるなど、連携・交流に陰りがみられる。家族からの相談の受止めや意見交換の工夫(オンライン会議など)が望まれる。</p> | | |

A-3 発達支援

| A-3-(1) 発達支援 | | 第三者評価結果 |
|------------------|--|---------|
| 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。 | 非該当 |
| <コメント16> | | |

A-4 就労支援

| A-4-(1) 就労支援 | | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| 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 |
| <コメント17> 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が、十分でない。 比較的習熟が早い軽作業などには多くの利用者が参加できるが、宅配メール便の作業は地図やあて名の読解が必要な高度な作業種目であり参加者は限定されている。食品製造は各種パンや菓子、コーヒー豆等の製造販売であるが、これも高度な習熟を要する作業種目である。職員は個別支援計画に利用者が希望する作業種目を位置づけ、それぞれの作業の習熟を支援している。作業室には実績グラフが表示され目標達成の意欲を高めている。また、作業を効率的に行うことができるよう道具(治具)が活用されている。訪問販売先も10か所程度確保されており、ほぼ毎日利用者が同行して販売にあっている。作業内容は写真を用いたマニュアルで説明するなどの工夫がある。 一方、作業は多くの利用者が一斉に取組む内容も多く、集団作業への適応が求められるため、個々の利用者の能力が必ずしも活かされていない懸念もある。作業工程の細分化、利用者の特長に着目したチームづくりなども工夫の一つとなろう。 | | |
| 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18> 利用者に応じて適切な仕事内容になるように取組と配慮を行っているが、十分ではない。 就労継続支援B型事業の仕事は、宅配メール便、豆の選別、シール貼りなどの軽作業、食品製造、カフェ運営、出張販売などであり、明るく楽しく元気に参加しているのは当事業所の長所と言える。自家焙煎コーヒーの味も良い。 一方、一人あたりの工賃平均月額が令和3年度10,272円と県の平均19,713円を下回っているなど利用者の潜在能力が十分に発揮されているとは言えない。なお、生活介護事業の利用者についても月額1,000円が支給されている。年2回作業評価が実施され、工賃に反映されている。 軽作業の収益に対する工賃反映率は89%(翌年度工賃への反映を見越した収支差額を含む)であるが、食品製造収益から工賃に支払われる割合は20%である。原材料費や光熱水費が利益を圧迫している。売上の軸となる看板商品の開発がカギとなることから、味や食感、見栄え、材料の選択等については専門家のアドバイスが有効と思われる。また、販路拡大、作業受注の研究を図り、工賃の向上が利用者の意欲となるような取組に期待したい。 | | |
| 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。 | 非該当 |
| <コメント19> | | |