

みえ福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

社会福祉法人 三重県社会福祉協議会

②事業者情報

名称：ラポール・ブルーミング	種別：生活介護・就労継続支援B型
代表者氏名：施設長 後藤 聖英	定員（利用人数）：生活介護 10名 就労継続支援B型：20名
所在地：四日市市大字羽津乙129-2	TEL 059-329-7531

③総評

垂坂山ブルーミングハウスをはじめとする障がい者福祉施設群を展開する四日市福祉会が、地域貢献と就労支援のさらなる充実を目指して生活介護、就労継続支援 B 型と放課後デイサービスを展開する施設として開所した新しい施設です。利用者の高齢化など、地域での障がい児・者福祉の課題に真摯に向き合い、先を見据えた支援をされています。

小規模な施設ということもあり、職員間の連携を強めながら専門性の高いケアをされています。一方で、せっかくの新しい施設の設備を活かしきっていない面が見受けられますので、サービスの質の向上について、さらなる取り組みを期待します。

◇特に評価の高い点

- ・支援のあり方を5か条挙げて、常に職員が携行するなど共通の目標を持って支援にあたっています。
- ・施設を一般住民に開放することによって、地域からの理解が得られるよう努力されています。
- ・職員紹介や苦情解決など、写真を併用し、親しみやすい施設であることをPRされています。
- ・自主製品については創意工夫が見られます。
- ・他者評価を導入し、人材育成に力を入れています。
- ・「こえの大きさカード」等、利用者への視覚的情報の充実に努め、効果を上げています。
- ・利用者の高齢化を見据え、長い目で捉えた支援をされています。

◇改善を求められる点

- ・更衣室が物置の代用として使用されていた点について、利用者がメリハリをつけられるよう、本来の用途で使用することが必要です。
- ・送迎のニーズに対して、工夫が求められます。
- ・計画等は策定はなされているものの、評価見直しの取り組みが後手に回っているところが散見されます。
- ・余暇活動について充実を図り、より楽しめる施設づくりが求められます。
- ・作業中にかけている音楽について、好む人とそうでない人がいますので、音量を少し下げるなど工夫が必要です。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回、管理者は入らず、現場の職員中心で第三者評価を行う。現場の職員からしてみると、事業計画・長中期計画・マニュアルなど作成はしてあるものの、どのようなものなのかなど伝わっていない部分も多々あった。また計画における、見直し、振り返りの部分も弱く、そのままとなっているものも多く見られた。

これらを踏まえ、職員への説明、計画等の見直しを定期的に行っていきたい。

反対に今回受審し、自主製品など評価されている点、保護者からのコメントなども伝えられ、職員一同励みになる部分も多かった。

これで終わりとするのではなく、評価された点・改善を求められる点を踏まえ事業所として更なる成長に結びつけることができたらと思う。

⑤評価細目の第三者評価結果（別添）

(別紙)

評価細目の第三者評価結果（障がい）

※すべての評価細目（55項目）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。

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、基本方針が確立されている。	
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	②・b・c
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	②・b・c
Ⅰ-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。	
Ⅰ-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	②・b・c
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	②・b・c

Ⅰ-2 計画の策定

	第三者評価結果
Ⅰ-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	
Ⅰ-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	②・b・c
Ⅰ-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	②・b・c
Ⅰ-2-(2) 計画が適切に策定されている。	
Ⅰ-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	a・②・c
Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a・②・c

Ⅰ-3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果
Ⅰ-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。	
Ⅰ-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	②・b・c
Ⅰ-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a・②・c
Ⅰ-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	
Ⅰ-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a・②・c
Ⅰ-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	②・b・c

【評価機関コメント欄】

『評価対象Ⅰ：福祉サービスの基本方針と組織』項目

- 法人の理念、基本指針の他、「職員の5か条」を施設独自で策定し、それに則った支援をされています。
- 中長期計画が策定され、見直しも定期的に行われています。
- 事業計画は策定年度の担当者によって書き方の変化が激しく、中長期計画と連動していくためにも、体系化されたものにしていく必要があります。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	㉠・b・c
Ⅱ-1-(1)-②	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a・㉠・c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	a・b・㉠

Ⅱ-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a・b・㉠
Ⅱ-2-(1)-②	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	㉠・b・c
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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	㉠・b・c
Ⅱ-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	㉠・b・c
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	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	㉠・b・c
Ⅱ-2-(3)-②	個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	a・b・㉠
Ⅱ-2-(3)-③	定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a・b・㉠
Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-(4)-①	実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a・㉠・c
Ⅱ-2-(4)-②	実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a・㉠・c

Ⅱ-3 安全管理

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
Ⅱ-3-(1)-①	緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a・㉠・c
Ⅱ-3-(1)-②	利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a・㉠・c

Ⅱ-4 地域との交流と連携

		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	利用者地域とのかかわりを大切にしている。	㊟・b・c
Ⅱ-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	a・㊟・c
Ⅱ-4-(1)-③	ボランティア受け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・㊟
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
Ⅱ-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	a・㊟・c
Ⅱ-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	a・㊟・c
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
Ⅱ-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	a・㊟・c
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。	a・㊟・c

【評価機関コメント欄】

『評価対象Ⅱ：組織の運営管理』項目

- タウンミーティングを開催し、地域住民から意見を集め、福祉ニーズの把握に向けて取り組まれています。
- 法人での人事考課の他、他者評価を実施し、職員が相互に高めあう取り組みをされています。
- 有資格者の育成について、積極的な展開を期待します。

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。	㉑・b・c
Ⅲ-1-(1)-②	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。	a・㉑・c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a・㉑・c
Ⅲ-1-(2)-②	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a・㉑・c
Ⅲ-1-(3) 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-(3)-①	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a・㉑・c
Ⅲ-1-(3)-②	苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a・㉑・c
Ⅲ-1-(3)-③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a・㉑・c

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-①	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a・b・㉑
Ⅲ-2-(1)-②	評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	a・b・㉑
Ⅲ-2-(1)-③	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a・b・㉑
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-①	個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a・㉑・c
Ⅲ-2-(2)-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・㉑
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a・㉑・c
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・㉑・c
Ⅲ-2-(3)-③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a・㉑・c

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
	Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	㉗・b・c
	Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	㉗・b・c
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		第三者評価結果
	Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a・b・㉘

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
	Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a・㉗・c
	Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	㉗・b・c
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
	Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	㉗・b・c
	Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a・㉗・c

【評価機関コメント欄】
『評価対象Ⅲ：適切な福祉サービスの実施』項目
<ul style="list-style-type: none"> ● 利用者の状況把握がどの職員にもわかりやすい仕組みができています。 ● 個別支援計画について、ポジティブな目標設定を行い、利用者の満足度の向上に努めています。 ● 個別支援計画の見直しが遅れがちなところについては改善が必要です。

(様式b) 改善計画書

施設名 ラポール・ブルーミング

(担当者: 伊藤 正通)

(作成年月日 平成 28年 4月 20日作成)

(施設)として やり続けて 続けるに 優れて いて	1	職員全員の話し合いのもと、共通した目標を設定し支援にあたっている。						
	2	施設を一般開放すると同時に、写真や絵を利用して掲示物を工夫することで、地域から親しみやすい場所として認識していただけるようPRしていく。						
	3	プリザーブドフラワーやパン耳ラスクなどの自主製品の作成をこれからも続けていき、ニーズに合わせた質の向上、販売環境の工夫に努めていく。						
	4	利用者の方の高齢化を見据えて、利用者の方に対して理学療法による運動やバイタルチェックを継続して実施し健康維持・健康管理に努める。						
	5							
		課題・改善点	達成目標	期間	開始時期	達成時期	改善スケジュール(人・予算・情報)・手順等)	担当
すぐに できる こと	1	作業場にて流している音楽の調整	利用者の方が集中できる空間作り	3ヶ月	2016/5/1	2016/8/1	音楽の音量を少し抑える。また、利用者の方に好みの音楽を教えてもらい、ニーズに合わせた選曲を行う。	全職員
	2	サービス内容の質の確保に向けた取り組み	各種サービスにおけるマニュアルの整備	1年	2016/5/1	2017/3/31	各種サービスに対するマニュアルを作成し、職員会議にて適宜見直しを行う。	全職員
	3	更衣室内の整理整頓	更衣室として充分使用できる空間の確保	3ヶ月	2016/5/1	2016/8/1	更衣室内に置かれている物が移せる場所を検討し、移動させる。	全職員
	4	利用者の方にも理解しやすい書類の作成	各種書類の表記方法や表現方法を見直す	1年	2016/5/1	2017/3/31	個別支援計画書やそれに連なる書類にルビをふる。また、できる限り理解しやすい表現に変更する。	全職員
	5							
工夫 すれば できる こと	1	余暇活動の充実	生活介護に適した日課を組み込む(日課の定着)	1年	2016/5/1	2017/3/31	曜日別にレクリエーションや物づくりの時間を設け、計画し実施する。作業以外の活動を充実させ、より楽しめる施設づくりを行っていく。	全職員
	2	支援計画の見直し・評価が後手に回ってしまう	サービス管理業務の徹底	1年	2016/5/1	2017/3/31	サービス管理における年間スケジュールや作成期日を整理し、全職員に明確に示していく。また、各職員が事務作業を行える時間を確保する。	サビ管
	3	事業計画の様式がなく、作成者によって書き方が変化してしまう	事業計画の様式を作成・統一する	1年	2016/5/1	2017/3/31	幹部職員が会議にて統一した様式を検討・作成する。	幹部職員
	4							
	5							
予算 化し ない と でき ない こ と	1	送迎のニーズに応える	送迎(迎え)の実施	3年	2016/5/1	2019/3/31	送迎(迎え)に使用する車を確保し、送迎方法を検討する。また、送迎に要する職員の人員体制を整える。	全職員
	2	余暇活動の充実	外出の機会を増やす	1年	2016/5/1	2017/3/31	利用者の方に出来る限り負担がかからないよう予算を組み、昼食外食等の機会を増やす。	全職員
	3							
	4							
	5							