

愛知県福祉サービス第三評価事業 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29年1月12日(木)
---------------	---------------------

②施設・事業所情報

名称 ワークス岩西（多機能型）	種別：就労移行支援、就労継続支援B型、生活介護	
代表者氏名：林 義典	定員（利用人数）：40名（41名）	
所在地：豊橋市高師町字北原1番地107		
TEL：0532-62-0118		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 昭和50年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人豊橋市福祉事業会		
職員数	常勤職員：21名	
専門職員	(施設長) 1名	(看護師) 1名
	(副施設長・事務職員兼務) 1名	(その他) 2名
	(生活支援員) 16名	
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等) 鉄筋造2階建
		鉄筋コンクリート造2階建

③理念・基本方針

<p>★理念</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人 地域の中でいきいきと生活するために ・施設・事業所 障害のある方の「働きたい」「地域の中で自立した生活がしたい」という要望をトータルに支援します。

★基本方針

多機能型事業所

(ア)就労移行支援事業

一般就労への移行に向け事業所内や企業における作業や実習、適性にあった職場開拓、就労後の職場定着のための支援等に向けて、必要なサービスを適切に行う。

(イ)就労継続支援B型事業

利用者の自立と社会経済活動への参加を促進するために、事業所内での生産活動の場の提供や、企業における実習と適性にあった職場開拓や就労後の職場定着のための就労支援等に向けて、必要なサービスを適切に行う。就労に必要な知識・能力の向上を図るとともに、一般就労への移行に向けた支援をする。

(ウ)生活介護事業

地域生活において安定した生活ができるように、日常生活上の支援及び軽作業等の生産活動や創作的活動の機会を提供し、日常生活能力の維持・向上に必要な支援を行う。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・生産活動、余暇支援等を通じて、利用者の持つ可能性を最大限に生かし、社会参加を促し社会自立に向けて支援していく。
- ・自治会組織を職員がサポートしながら運営し、旅行、忘年会などについては利用者の意見を最大限に尊重していく。
- ・通勤については原則として公共交通機関、自転車、徒歩等の自力通勤とする。送迎を行う利点は認めるものの、送迎をしないことで生まれる家庭から本所の間での社会参加を尊重する。
- ・就労移行支援事業については、隣接する施設の洗濯業務を中心に、決められた期間内で社会就労に向けて最大限の努力を行うように努める。
- ・就労継続支援B型事業において、縫製作業については、クリーンタオルの製作を中心に、できるだけ利用者が製作して完成させるようにしている。また、弁当事業については、衛生管理には細心の注意を図り、温かく、おいしく、お得な弁当作りに力を注いでいる。
- ・生活介護事業については、利用者個々のニーズに即した作業に心掛けたうえ、生産性も向上するように支援している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年 8月29日(契約日) ~ 平成29年 3月21日(評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	2回 (平成25年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆ 管理者の意気込み

今年度、新たに着任した管理者(所長)は事務畑出身である。管理者本人は自らを「障害者施設の素人」と評しているが、着任1年目から精力的に動き回っている。生活介護、就労継続B型、就労移行支援と、3事業を抱える多機能型事業所であり、それぞれの事業に目標とする工賃を定め、新規顧客の開拓や販路の拡大に余念がない。地域から苦情が入れば、率先垂範、謝罪や説明のために飛んで行く。管理者が外に出ても、副所長以下の職員が事業所を守っている。物静かな風貌の管理者であるが、改善意識が高く、内に秘めた熱い意気込みが感じられる。

◆自力通所の原則・ノーマライゼーション

自立度の高い利用者が多く、自力での通所が原則となっている。徒歩、自転車、公共交通機関の利用と、利用者ごとの都合や力量によって通所の手段が違うが、いずれも地域との係わりを無視することはできない。時として、利用者が地域でトラブルを起こしたり、あるいはトラブルに巻き込まれたりすることもある。その都度、管理者や職員が謝罪や説明のために地域と交わることとなるが、トラブルを忌み嫌わず、「地域の障害者理解の機会」として捉えている。利用者の持つ障害特性のありのままを地域に示し、地域が障害者の真の姿を知ることによって、今、ノーマライゼーションが動き出した。

◆トイレも利用者本位に

利用者が自力で排泄できるよう、トイレの位置や数、広さ、便器や便座の機能・形状等を、建物の新築時に職員が知恵を出し合って検討した。多くの職員の考えが採用され、利用者にとっては使いやすい、職員にとっては支援しやすいトイレが完成した。トイレ一つについても、利用者本位の考え方が徹底されている。自立度の高い利用者が多いことから、職員の排泄支援はほとんどないが、トイレは常に清潔に保たれ、異臭もない。

◇改善を求められる点

◆社会福祉法人の使命《地域貢献活動》

社会福祉法が示唆する「地域貢献」は、社会福祉法人の使命でもある。当該事業所に関しても様々な取り組みが見られる。事業所主催の「わくわくフェスタ」(バザー)への参加を地域に呼びかけたり、法人の「福祉まつり」で地域住民と交流したりと、地域との交流・連携が継続している。地域のライオンズクラブの例会に会場を提供することもある。しかし、地域からの協力や支援の大きさに比較すると、地域貢献活動は質・量両面で劣っており、さらなる積極的な貢献策が期待される。

◆文書(規程、マニュアル類)の見直しを

管理や支援の標準的な実施方法として、各種の規程やマニュアル類が作成されている。しかし、多くの規程やマニュアルにおいて、必要と思われる改訂や見直しを実施されていなかった。文書(規程、マニュアル類)の定義は、「適切な状態を維持するために必要な“改訂”をする」である。その“改訂”が必要であるか否かを検証するのが“見直し”である。見直しの機会は、定期的なもの、状況・状態が変化した時(適宜)、上位文書(法令等)の変更等が挙げられる。見直しのルールを定め、規程やマニュアルに則った均一的な管理や支援の実践が、質の高いサービス提供を担保することとなる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

事業所としては、3回目の受審となりましたが、施設長としての初めての受審でしたので、業務の見直しを行うのに大変参考になりました。

我々社会福祉法人が経営する事業所は、長年にわたり地域の方の協力や支援を受けるという言わば受動的なスタイルに慣れ過ぎているようです。社会福祉法の一部改正による「地域貢献」が形だけに終わらないために、こちらから積極的に福祉サービスを発信できるようにしていきたい。

マニュアル類の整備については、現在見直しについて検討し、新年度から新しいマニュアルにて運営していきます。

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。

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(72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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
理念や基本方針は確立しており、職員への周知は十分である。保護者に対しては、年間4回開催される保護者会の機会を使って管理者が法人や事業所の考え方を説明している。理解力や判断能力に差がある利用者個々について、分かりやすい説明資料を作成する等、一人でも多くの利用者の理解が進むような工夫が望まれる。			

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
評価機関のコメント			
法人では事務局としての経験が長く、管理者として現場支援に直接携わるのは初めてである。生活介護、就労継続B型、就労移行支援と、目的の異なる3事業を併設する多機能型事業所ではあるが、東三河セルフ協や法人内の施設長会議等から適切な情報を取得し、円滑な事業運営を継続している。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
それぞれの事業ごとに重要課題を抽出しており、生活介護事業では、現行の「干支製品」の先行きの不透明感が課題となっている。就労継続B型事業では、縫製製品の売上げ減や専門性を持った作業従事者(利用者)の育成が課題となっており、就労移行支援事業に関しては、就労を果たした利用者の穴を埋める定員の確保が課題となっている。先を見据え、中・長期的な視野に立つての取り組みを期待したい。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
平成26年度～32年度をカバーする中・長期計画を策定しており、さらに30年に及ぶ超長期計画も作られている。中・長期計画の中身は設備計画と収支計画が中心となっており、それぞれの事業(3事業)に関する具体的な方向性は見えない。			

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			
平成28年度の事業計画の中に、各事業ごとの重点施策が盛り込まれているが、それぞれの施策に対する実行計画の作成には至っていない。それぞれの施策を推進するための業務の責任体制を細分化し、責任者(担当者)や取り組みの期限(スケジュール)を明確にすることが望ましい。それぞれの事業に対する目標工賃が明示されているが、他の施策についても可能なものに関しては数値目標の設定が望まれる。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
管理者の異動(交代)があった影響もあり、今年度の事業計画は管理者(所長)と副所長の合議によって策定され、会議で職員に周知が図られた。			
I-3-(2)-②	事業計画は、利用者や家族等に周知され、理解を促している。	障 7	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者への事業説明は利用者自治会の席で説明されており、保護者へは保護者会を使って説明されている。利用者の最大の関心事は「行事計画」であり、利用者自治会で行事予定表を配布して詳細を説明している。			

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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
サービスの質の向上を意図して、定期的に(3年に1度)第三者評価を受審している。「利用者が事業所に通所して来たい気持ち」が高まることを「サービスの質の向上」と捉えているが、それを測る“指標”が定まっていない。“指標”を定めて継続的に情報を集め、事業所自らがサービスの質を検証する仕組みづくりを期待したい。			
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			
それぞれの事業ごとに大きな課題を抽出しているが、実行計画に落とし込む等、計画的な改善策の策定には至っていない。事業計画の重要施策の取り組みと同様に、責任者(担当者)や取り組みの期限(スケジュール)を明確にして取り組むことが求められる。			

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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人の「職務・職階に求められる定義」や「人事制度・実施要領」によって、管理者の役割や責任の所在が明確になっている。さらに、「処務規程」によって管理者の専決事項や権限が定められている。また、「ワークス岩西組織図」によって、管理者以下職員全員の担当業務が明確になっている。		
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 a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
コンプライアンス重視の方針を持ち、自らも関係する研修に参加する等、自己啓発に努めている。新たな法令の施行や制度改正に際しては、月に2回の職員会議を利用して職員への周知・理解を図っている。会議に出席しない非正規職員には、「職員会議ノート」を閲覧させて共通認識が持てるように配慮している。課題は、職員や非正規職員の理解度を検証する仕組みがないことである。		
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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者の満足度を上げることが「サービスの質の向上」につながると考え、利用者満足の上昇のために工賃のアップに取り組んでいる。3事業それぞれに目標とする工賃の金額を設定し、管理者自らも営業担当として新規顧客の開拓や販路の拡大に奔走している。		
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
職員に対する意識教育を実施し、目的を明確にした少数精鋭の職員集団を創ろうとしている。中途の退職がなく、職員の意識としては「働きやすい職場づくり」が実現しているが、残業の多さや有給休暇の取りづらさが残っており、さらなる業務改善が必要となっている。		

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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
当該事業所においては必要人材が揃っているが、法人として見ると人材が不足気味の事業所もある。法人の方針として、入職2年目の職員を出身学校(大学、専門学校等)に出向かせ、法人や事業所のPR活動を実施している。人材の需給バランスが整っていない業種だけに、人材の確保から育成に至る具体的な計画は策定しづらい。		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
処遇への反映はなく、職員の育成を目的とした「人事考課制度」が運用されている。自己査定の後、一次考課と二次考課の上司査定があり、その後で育成面談が実施されている。しかし、この面談の記録が残されておらず、継続した職員育成のシステムは構築されていなかった。		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>残業が多く、職種や職位によっては有給休暇の取りづらさが残ってはいるものの、中途退職者が出ていないことを考慮すれば、「職員の働きやすい職場づくり」が成功したと言える。特に女性の働きやすさを重視し、育児休暇明けの女性職員に対して短時間勤務を認める等、ワーク・ライフ・バランスを視野に入れた制度運用を図っている。</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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>職務職階による「期待される職員像」を明示し、「目標管理シート」を使ってその実現を目指している。「目標管理シート」の運用について、比較的勤務年数の短い1～3級に組み込まれた職員は自由に目標設定ができるが、4級職以上については上司との合議(面談)で目標を設定している。</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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人内に研修委員会が組織されており、法人全体の階層別研修を計画している。その計画を職員個々へ落とし込み、計画に沿った研修が実施されている。研修実施後には復命書の提出を求めているが、復命書の提出をもって研修が完結しており、研修で得た気づきや知識、技術等が支援の現場に反映されたか否かを検証する仕組みはない。</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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人作成の研修計画の一つひとつに、参加する職員の名前を当て込み、教育・研修の機会の均等化を図っている。外部研修への参加についても、職員間で不公平感が出ないように全職員が参加できるように配慮している。</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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>今年度、社会福祉士実習生1名、「教員免許特別法」による実習生11名の受け入れがあり、「実習生受け入れに関する要綱」に従って実習を実施している。しかし、この「実習生受け入れに関する要綱」には、実習生を受け入れることの事業所側の意義や目的が載せられておらず、実習終了後に評価・振り返りも行われていなかった。</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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>ホームページを有効に活用している。理念や方針をはじめ事業内容や財務諸表を公開し、取り扱っている商品紹介も行っている。法人のページには、苦情受付から解決までの具体的な取り組みの実例を公表している。さらに、事業運営の透明性を担保すべく、3年ごとに第三者評価を受審している。</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
評価機関のコメント		
法人監事による監事監査や税理士事務所による財務・会計のチェックと指導が行われている。社会福祉法が求める会計監査人による外部監査は実施されていない。		

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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者の自力通所を原則とし、徒歩、自転車、公共交通機関等を利用して利用者が通所してくる。必然的に、自力通所によって利用者が地域とトラブルを起こしたり、あるいはトラブルに巻き込まれたりするケースが出ている。管理者はこのトラブルを、「地域の障害者理解の機会」と捉え、謝罪や説明に向くことを忌避していない。障害者の真の姿を地域に示すことで、地域の障害者理解は加速度的に進んでいる。		
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
評価機関のコメント		
「利用者支援マニュアル」にボランティア受け入れの手順が記載されており、それに沿って積極的な受け入れが行われている。課題は、ボランティアの受け入れに関して、評価・振り返りのプロセス(PDCAサイクルの“C”)がないこと。マニュアルに示された“ボランティア受け入れの目的”に照らし、評価・振り返りを実施してその結果を記録に残すことを望みたい。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
市が作成した福祉ガイドブック「くらたあ」があり、社会資源のリストとして使用している。自力通所が災いして、利用者と地域とがトラブルを起こすこともあるが、「地域の障害者理解の機会」と前向きに考えている。		
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 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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
事業所主催の「わくわくフェスタ」(バザー)への参加を地域に呼びかけたり、法人の「福祉まつり」で地域住民と交流したりと、地域への貢献活動を実施している。地域のライオンズクラブの例会に会場を提供することもある。しかし、地域からの協力や支援の大きさに比較すると、地域貢献活動は質・量両面で劣っており、さらなる積極的な貢献策が期待される。		
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ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
評価機関のコメント		
地域の福祉ニーズは法人の相談支援事業所から取っており、自宅待機者等の把握もしている。利用者の確保が難しい就労移行支援事業に関しては、“事業廃止”の選択肢もあるが、市との関係や社会福祉法人としての使命感から事業継続を余儀なくされている。		

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>新入職員向けに4月1日の午後半日を使って、「利用者尊重」の教育をしている。この他に法人のサービス向上・苦情解決委員会が開催され、担当職員が一人参加している。これを施設に持ち帰って周知している。概ね周知していると思われるが、理解度を確認する仕組みの構築が望まれる。</p>			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>各職員のマニュアルや規程の理解や認識に違いはあるものの、相談支援事業を有効活用し、外部研修の成果も必ず他の職員へレクチャーする機会を設け、適切な努力を重ねている。</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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用希望者に対しては見学や体験利用を勧めており、そのためのパンフレットを用意している。しかし、パンフレットは一般用のものだけであり、理解力や判断能力に障害を有する人を対象とした分かりやすい資料の用意はない。</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	㉒ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者への十分な説明や資料が用意され、画像を利用したコミュニケーション手段等も使われている。</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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>相談支援事業と連携して適切な説明を行い、個人記録で相談内容を記録している。しかしながら、引継ぎに特化した書面等の様式はない。</p>			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>毎年利用者・保護者向けに満足度調査を行っているが、第三者評価を受審する年は実施していない。アンケート結果も統計データとしてまとめている。利用者に、面と向かっての聞き取り調査等はほとんど行われていない。</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。		
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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人主導のサービス向上・苦情解決委員会には担当職員が参加している。委員会での審議・検討の結果を持ち帰り、事業所内でも公表され、事業運営や利用者の支援に活かされている。法人のホームページを使って、受け付けた苦情の内容や解決に至った状況等を公表している。		
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
評価機関のコメント		
相談室を設け、自治会において意見を吸い上げている。ただし、利用者側からすると、自ら意見を述べるという実感が持てるものか、検証が必要であろう。		
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
評価機関のコメント		
利用者から相談や意見を受けた場合、記録に残し、その記録をもって検討会を開き、改善に努めている。ただ、一連の手順を明文化もしくは図式化するところまでは至っていない。		
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		
サービス向上・苦情解決委員会にて改善策を立てているが、その後の評価・分析が不足している。PDCAサイクルを意識した取り組みの習慣化を望みたい。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
感染症に関しては、マニュアル類を整備し、安全確保の体制を構築し、予防策を実施している。新しい感染の危機が訪れるのを待つことなく、定期的に訓練やテストを実施することが望ましい。		
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		
避難訓練を毎月行い、身体保護のヘルメットの導入等、万が一に備えて積極的に取り組んでいる。唯一、利用者や職員の安否確認の方法が決まっていない。		

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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者支援の各内容について明文化され、記録もとられている。ケース会議・面談等ももれなく行って記録に残している。問題や課題については、朝礼や支援業務後の時間を使って情報共有と検討を積み重ねている。		

	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			
各個別課題のケース検討等は適宜行われており、明文化されたマニュアルに従って支援が行われている。これらを研修での知見等を通して見直しているが、定期的に見直すための手順を決めておくことを望みたい。			
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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	障 42	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人の相談支援事業所の利用計画相談と適切に連携し、また所内での個別支援計画の作成、見直し、確認、修正の流れも副施設長を中心に適切に行われている。			
	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	障 43	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画の見直しは、職員の意見だけでなく、利用者や保護者の意見・要望をも考慮している。定期的な見直しだけに留まらず、利用者の状態に変化があった時にも評価・見直しを行っている。			
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、職員間で共有化している。	障 44	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
文書での確認ができています。が、より正確かつスピーディーに行うために、電子データの共有方法を活用していくためのシステムを開発中である。			
	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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人における文書管理の規程は確立されており、適切に実施されている。個人情報の保護に関しても、明文化された規程がある。			
Ⅲ-2-(4) 利用者の地域生活への移行支援を行っている。			
	Ⅲ-2-(4)-① 利用者の地域生活への移行支援を積極的に行っている。	障 46	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
東三河地域で障害者施設間の共通検討会等を実施しており、情報共有を行いながら、余暇支援やグループホームの見学会等も行っている。利用者の地域移行へのステップアップがスムーズになるよう努力している。退所者に対応すべく、支援組織の立ち上げを検討している。			

Ⅲ-3 障害福祉施設の固有サービス

		第三者評価結果	
Ⅲ-3-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-3-(1)-①	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	障 47	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者自治会にて、行事等の選択機会を設けている。その際、口頭で説明するだけでなく画像等を利用し、利用者が希望を伝えやすい工夫を行っている。職員間で、新たなコミュニケーションツールについての学習機会を持つことを期待したい。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
原則、自力通所が行われており、徒歩、自転車、公共交通機関等を利用して利用者は自主的に通所している。また、利用者自治会の活動の中で、利用者が発言する機会が設けられている。			
Ⅲ-3-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が、整備されている。	障 49	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
日々の援助や見守りに関し、利用者のアセスメントによる個別支援計画は適切に作成されている。「利用者自身の能力をどこまで発揮してもらうか」、「どこから職員が援助するのか」等を、三者面談等で本人・保護者の希望や意向を聞き取り、援助と見守りの境界線についての共通認識を持って支援している。			
Ⅲ-3-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	障 50	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
自己表現とコミュニケーション能力の向上のために、他の利用者の良いところを誉める練習等を行っている。社会性を養う学習機会として社会見学を行っているが、開催回数は年間1回のみである。多少のトラブルには目をつむって利用者の自主的な通所が行われているが、利用者の社会進出をさらに可能とするような学習プログラムの用意が望まれる。			
Ⅲ-3-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(2)-①	個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。	障 51	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
日々の食事は、利用者の好みや障害の程度等に配慮して、分量・形態・食材等が適切に用意されている。時々の体調に応じた個別食までの用意は難しい。			
Ⅲ-3-(2)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	障 52	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
昼食は、法人内(同事業所の別事業)の弁当事業からの配食である。適温とまでは行かないが、同じ食堂でそれぞれの利用者が思い思いの席に着いて喫食している。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
食堂の設備更新を検討中である。決まった作業時間(午後の作業開始が13時)のため、昼食時間が12時から13時までと決まっている。その限られた時間の中ではあるが、個々の利用者が希望時間を伝えて喫食している。			

Ⅲ-3-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-3-(3)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	障 54	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
	Ⅲ-3-(3)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 55	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
	Ⅲ-3-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
自立訓練用に用意された和室があり、排泄時に着衣が汚れた場合等の着替えにも使用している。			
Ⅲ-3-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-3-(4)-① 排泄介助は快適に行われている。	障 57	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
身辺自立している利用者が多く、介助の頻度は極めて少ない。排泄支援のマニュアルはあるが、対象となる利用者がいないことから見直し・改訂は行われていない。			
	Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者が自力で排泄できるよう、トイレの位置や数、広さ、便器や便座の機能・形状等を、建物の新築時に職員が知恵を出し合って検討した。トイレは清潔に保たれ、異臭もない。			
Ⅲ-3-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-3-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	障 59	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
	Ⅲ-3-(5)-② 衣服の着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である。	障 60	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
本人の意思を尊重した衣服の着替えを心がけており、着替えに関する業務手順もできている。しかし、定期的な見直しを実施するには至っていない。			

Ⅲ-3-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(6)-①	利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	障 61 a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		
Ⅲ-3-(6)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 62 a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		
Ⅲ-3-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(7)-①	安眠できるように配慮している。	障 63 a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		
Ⅲ-3-(8) 健康管理が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(8)-①	日常の健康管理は適切である。	障 64 a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
健康管理マニュアルがあり、それに沿って健康管理は定期的かつ適切に行われている。定期的に歯磨き指導も受けている。課題は、健康管理マニュアルが見直されていないことや、健康の維持・増進のためのプログラムが用意されていないことである。		
Ⅲ-3-(8)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 65 a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
指定協力医が車で20分ほどの所におり、緊急時にも適切に対応してきている。連携も十分図られているが、緊急時に対応するマニュアルの見直しがなされていない。		
Ⅲ-3-(8)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 66 a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
誤使用等のない様に見守りが行われているが、服薬マニュアルに内服薬・外用薬とも誤使用時の対処法の記述が不足している。		
Ⅲ-3-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。		
Ⅲ-3-(9)-①	余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	障 67 a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
利用者自治会での話し合いや利用者アンケートで利用者の意向を把握し、公園や小学校校庭等の外部資源も活用して利用者の希望するレクリエーションを行っている。その際のメニューは職員(事業所)から提供されることが多く、利用者主体の企画についてはこれからの課題である。		

Ⅲ-3-(10) 外出、外泊が適切に行われている。			
	Ⅲ-3-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 68	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
	Ⅲ-3-(10)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	障 69	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
Ⅲ-3-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。			
	Ⅲ-3-(11)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	障 70	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
	Ⅲ-3-(11)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	障 71	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
共用のテレビ視聴は昼休み中の余暇として位置付けられており、最大公約数的に一つの番組の放映となり、利用者の意思を汲んだ個別の対応までは難しい。新聞等は主なものを事業所負担で購読しており、個人購読の要望は出ていない。			
	Ⅲ-3-(11)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	障 72	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
喫煙希望者は一人だけであることから、喫煙ルールは利用者本人と事業所間の話し合いで決められている。本人の最大の楽しみであることに配慮し、喫煙場所のみ定めている。特別な時を除いてアルコールの提供はない。利用者を対象として、たばこの副流煙による受動喫煙の弊害や、飲酒による弊害(アルコール中毒や依存症)を学ぶ機会の提供を望みたい。			