

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28年12月 7日(水)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称 ワークセンター フレンズ星崎	種別：生活介護・就労移行支援・就労継続支援B型	
代表者氏名：山崎 利浩	定員（利用人数）：36名（41名）	
所在地：名古屋市南区石元町三丁目28番3		
TEL：052-824-4450		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成 19年 10月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 ゆたか福祉会		
職員数	常勤職員：22名	
専門職員	(管理者) 1名	(生活支援員) 11名
	(サービス管理責任者) 1名	(目標工賃達成指導員) 2名
	(事務員) 2名	(看護職員) 1名
	(調理員) 2名	(相談支援員) 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、訓練室、事務室
		多目的室、相談室、洗面所、便所
		自動火災報知設備、火災通報装置

③理念・基本方針

<p>★理念 法人</p> <p>■わたしたちのめざすもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 障害のある人たちの“いのちとねがい”を大切に、社会への参加とゆたかな暮らしの実現をめざします ・ 誰もが安心して暮らせる地域をつくるため、たくさんの“つながり”を築き上げていきます ・ ゆたかな笑顔と人間性を育み、関係者の創意を活かすとともに、社会から信頼される経営をめざします

★基本方針

(ひきつづき検討しているもので、確定はしていない)

- ・ だれもが自分らしく地域のなかであたりまえに暮らせるように、社会にはたらきかけます。
- ・ ひとりひとりが働く力を存分に発揮でき、可能性を広げることができる職場づくりをすすめます。
- ・ 技術をかため専門性を向上させ、多くの人とつながり、就労支援の仕組みを整え社会に貢献します。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・フレンズ星崎では1つの建物中で「就労継続B型」「生活介護」「就労移行支援」といった3つの日中活動事業をフロアごとに運営している。事業の目的を踏まえて、それぞれの日課や行事、作業内容や掲示方法には明確な違いを設けている。この3つの事業を実施する多機能型事業所という形態はフレンズ星崎の大きな特徴と言える。
- ・各事業が建物内にまとまっているため、他の事業と比較することでその事業の性格を把握しやすい。利用調整が容易で活動の見学や体験もしやすいので、障害のある人自身が自分に合った働き方を実感して選ぶことができるというメリットがある。
- ・就労継続B型ではダイレクトメールの封入封緘作業を仕事の柱としている。全国の先進事例に学んで障害に配慮した作業環境作りやライン工程の整備、利用者のアセスメント等を進めてきた。その成果は数字にも表れ年間加工高は1,200万円を超え、月の平均工賃は4万円になった。利用者の前向きな変化が見られ職員も自信を持ち、現場作りや営業活動にもいっそう力が入るようになった。
- ・生活介護では就労継続B型の現場と連携することで複数の作業を安定して確保し、品質や工期の課題も緩和されるように工夫している。障がいのある人にとって働く手ごたえを実感し意欲や自信を高めていける場になるように作業の内容や環境を整備している。
- ・就労移行支援は平成25年7月に開始した。法人内では唯一の事業である。訓練プログラムのメニュー化や職場実習の充実に取り組んできた。これまでに9名が就職を果たした。就職後も就業の継続を支援していくために企業や居宅に定期的に訪問している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年 9月 10日 (契約日) ~ 平成29年 3月 24日 (評価結果確定日)
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

◆事業計画への職員意見の反映

前年度の事業計画を期末に評価して事業報告書にまとめ、課題を整理して次年度の事業計画策定時に管理者が編成方針を示している。その方針に基づいて、それぞれの現場(事業ごと)が計画案を作成している。それを職員会議に諮り、意見交換の後に事業計画に練り上げている。事業計画の中に、職員の意見や要望が確実に反映される仕組みがある。期中で、定期的な見直し(中間総括)も実施されている。

◆「自立通所」の効用:地域の障害者理解

利用者の全員というわけではないが、「自立通所」を促すことで、公共交通機関を利用したり自転車や徒歩で地域を通ったりと、地域と接する機会が多い。コンビニに立ち寄った際に小さなトラブルがあったり迷惑を掛けたりすることもあるが、そこから利用者自身が社会のルールやマナーを学ぶこと、そして「地域の障害者理解」が進むきっかけにもなると捉えている。障害者に対する「誤解」や「偏見」を排除するために、障害者のありのままを見せることにも取り組んでいる。

◆利用者本位の作業(場所)決定

利用者の希望を考慮しつつ、本人の作業適性を見極め、最も適した作業に就かせる努力をしている。利用希望がある新規の応募者に対しては、事業所での見学や実習に留まらず、他の事業所への見学や実習をも勧めている。利用者から他の作業への変更希望が出た時にも、直ぐには移行や異動をせず、じっくりと時間をかけて訓練期間を設け、新たな作業や場所への変更が円滑に進むよう配慮している。この訓練期間が1年にも及ぶことがある。

◇改善を求められる点

◆ボランティアの活用を

ボランティアの活用が図られていない。治具製作の無償ボランティア、リトミックの有償ボランティア等が数少ないボランティアとして来訪している。かつては小・中学生の体験学習を受入れていたが、現在は中断している。職員配置には限界があり、利用者の事業所での生活に潤いを持たせたり、作業効率を向上させる等のためにも、ボランティアの有効活用が期待される。

◆マニュアルの整備を

生産活動に関連する手順は確立しているが、その他の管理や支援の手順の整備が遅れている。生活の場で必要となる食事や排泄、健康管理をはじめとする多くの支援について標準的な実施方法が確立しておらず、文書化されていなかった。高いレベルで且つ均一的な支援を実践するためにも、早急なマニュアルの整備が求められる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

フレンズ星崎が整備され10年が経とうとするなかで、今回はじめて第三者評価を受審した。一つひとつの項目内容について職員間で話し合っ深め、自己評価していく過程も大変有意義であった。今回の取り組みをふり返りながら支援の向上につなげていきたい。

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			
数年前、職員参画の下で法人の経営理念が構築された。しかし、法人の多角的な事業展開の中で、経営理念をいかに支援の現場へ浸透させるかが大きな課題として持ち上がってきた。今、その経営理念を基に事業所ごとの方針へと展開しようとする取り組みが始まった。			

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	④ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
同じ法人、同じ事業所でありながら、「生活介護」「就労継続支援B型」「就労移行支援」と、事業目的の異なる事業展開であり、きめ細かな情報収集を心掛けている。管理者が、法人理事会の事務局員として経営の中核に係わることから、全国レベルの情報も入手が可能となっている。			
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			
事業展開する3つの事業ごとに課題を明確にして取り組んでいる。生活介護事業では不穩に陥った利用者のクールダウンのためのスペースの確保、就労継続B型事業では効率がよく高収入の期待できる仕事の継続的な受注、就労移行支援事業では新たな利用者の確保、等々を課題として抽出している。建物のハード面での制約や人材不足等が取り組みの阻害要因となっている。			

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	④ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人の「第5期総合計画」(2015. 4~2020. 3)があり、前期(「第4期総合計画」)の成果と課題を盛り込んで策定されている。この「第5期総合計画」は、各事業所において単年度の事業計画を策定するうえで、十分な枠組みを示している。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
法人の「第5期総合計画」に整合させた単年度の事業計画を策定している。展開する3事業ごとの方向性も見えるが、さらに支援の充実を図るために、可能なものについては重点課題ごとに数値目標の設定が求められる。併せて、スケジュール管理(期限の設定)も期待したい。		
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	㉒ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
前年度の事業計画を期末に評価して事業報告書にまとめ、課題を整理して次年度の事業計画策定時に管理者が編成方針を示している。その方針に基づいて、それぞれの現場(事業ごと)が計画案を作成している。それを職員会議に諮り、意見交換の後に事業計画に練り上げている。期中で、定期的な見直し(中間総括)も実施されている。		
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
2ヶ月に1度家族会が開かれており、管理者がビデオを活用して事業計画や日ごろの支援の様子を伝えている。障害支援区分の重い利用者の家族ほど出席率が高く、約半数の家族が参加している。事業計画の説明には、法人用(事業所用)のものを加工した分かりやすい資料を用意されたい。		

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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
法人内には既に複数回の第三者評価を受審した事業所があるが、当事業所に関しては今回が初めての第三者評価受審である。事業所内には、PDCAサイクルを活用してサービスの質を向上させようとの意識が芽生えている。		
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
事業計画を振り返り、中間総括や年度末の総括で課題を明確にしており、自己評価の結果からも課題を抽出している。それらの課題を改善の“種”として改善活動につなげているが、組織的な改善計画(文書化)としての取り組みには至っていない。改善計画には、取り組みの内容に加え、責任者(担当者)の明示、改善までのスケジュール(期限)管理を含めることが望ましい。		

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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>法人の各種規程類の中で、管理者の責任と権限が定められている。「フレンズ星崎 職員体制」や「職員全体業務分掌」からも、管理者の役割や責任の所在が明確になっている。3事業を統括する事業所のトップとして、自覚、責任感共に十分である。</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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
<p>理事会事務局に籍を置く立場から、管理者自身のコンプライアンス重視の意識は高い。課題は職員への周知、理解の取り組みである。職員会議や各種研修に参加機会の少ない短時間パート職員に対しては、具体的かつ効果的なコンプライアンスの意識醸成のための取り組みが希薄である。</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 a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
<p>目的の異なる3事業について、それぞれの部門(事業)での質の向上を目指しているが、「サービスの質」が上がったか、下がったか、を客観的に判定する“指標”を持ちえていない。それぞれの部門(事業)について、継続的に追い求める“指標”を定めることを望みたい。</p>		
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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>職員不足の中ではあるが、経営改善や合理化を図って職員の働きやすい職場作りを推し進めている。自主製品の不良品や納期遅れの撲滅を図り、子育て世代の勤務シフトを柔軟に組み替えたり、男性職員に「保育休暇」を認めたりと、職員の働きやすい職場づくりが着々と進行している。</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 a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
<p>法人全体として人材不足が課題となっており、職員の育成より職員の確保に力点が置かれている現状である。「第5期総合計画」においても人材確保と人材育成の方向性を示しているが、決定的な打開策を見出すには至っていない。</p>		
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		
<p>法人の姿勢として、「人事考課」の制度が導入されていない。「人事考課」の目的を「処遇」に求めず、「人材育成」面への活用を可能とする制度構築を期待したい。人事考課の結果分析から、職員個々の不足力量や事業所全体の教育ニーズが浮き上がり上がってくる。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
職員不足の状態は続いているが、事業所一丸となつての「働きやすい職場づくり」が推進されている。全職員対象の「自己申告書」で職員の希望を聞き、定期的な管理職による面談も実施されている。ワークライフバランスに配慮した柔軟な勤務体制を敷き、メンタル面に問題があつて「休職」や「退職」につながつた例はない。		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
人事考課や、それに基づく職員個々の目標管理の仕組みはないが、事業別方針書の中に「目標」が設定されている。法人の研修部が作成する年間研修計画は、階層別研修を柱として体系化されている。階層別研修は、「新人」「3年目職員」「5年目職員」「主任」「副所長」「所長」とに分かれており、それぞれの研修が明確な研修目的を持っている。		
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 ・ ③ ・ c
評価機関のコメント		
「個人別研修計画」(一覧表)が作成されており、それに沿つた研修実施がある。研修実施後には「報告書」の提出を求め、必要なものについては職員への伝達研修も実施されている。しかし、「報告書」で研修参加者が抱いた思いや意向(職場での有効活用)が、その後叶えられたか否かを検証する仕組みはなかった。		
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 ・ ④ ・ c
評価機関のコメント		
法人・研修部が綿密な研修計画を組んでいるが、短時間パート職員が研修に組み込まれていない。支援の質の高さの要素の一つは、「支援の均一性」であり、それを担保するものが「マニュアル」や「教育訓練・研修」である。正規職員と同一の時間や内容を求めることは困難ではあるが、短時間パート職員の教育・研修機会の創出に期待したい。		
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 ・ ⑤ ・ c
評価機関のコメント		
年間に4名の社会福祉士実習生を受け入れた。PDCAサイクルに則つた実習生の受け入れを行うためにも、実習生の受け入れに関するマニュアルの整備が求められる。		

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
評価機関のコメント		
第三者評価を受審することによって、サービスの質の客観的なレベル確認と事業運営の透明性を担保しようとしている。苦情等の対応に関して、苦情解決の規程やホームページでの広報はあるが、受け付けた苦情等を公表する仕組みがない。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人監事による監事監査、県、市による行政監査は実施されており、一定水準の財務・会計の透明性は担保出来ている。しかし、外部専門家による外部監査の実施はない。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の「自立通所」を基本としており、公共交通機関を利用したり自転車や徒歩で地域を通ったりと、地域と接する機会が多い。コンビニに立ち寄った際に小さなトラブルがあったり迷惑を掛けたりすることもあるが、それも「地域の障害者理解」を促すための機会としてとらえている。区・社協が主催する「福祉まつり」に積極的に参加し、施設行事の一環として位置付けている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
かつては小・中学生の体験学習を受入れていたが、現在は中断している。治具製作の無償ボランティア、リトミックの有償ボランティア等が数少ないボランティアとして来訪している。利用者の事業所での生活に潤いを持たせたり、作業効率を向上させる等のためにも、ボランティアの有効活用が期待される。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事業所の主たる事業である「就労継続B型」では、設定した目標賃金を賄い出すために、継続した(安定した)取引先との関係構築が図られている。20社以上に及ぶ取引先とは常に連携を図り、切れ目のない就労体制を作っている。職員の業務に専門性が要求される部分もあり、職員間の情報や技術の共有部分では課題を残している。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「社会福祉法」の改正を受け、事業所の社会貢献についての「項目の洗い出し」作業を開始している。社会福祉士実習生の積極的な受け入れ、小・中学生の職場体験の受け入れ再開、地域の“ひきこもり”の人の社会復帰の支援、生活保護受給者の就労支援等々、事業所のノウハウを活かした貢献活動が考えられている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
地域の福祉ニーズは、併設している相談支援事業所から得ている。高齢障害者の生活支援やグループホームのニーズの高まりがあり、法人レベルでの対応を迫られている。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
研修と学習会を中心に共通理解を進めている。職員研修は正規職員を中心に法人研修や法人主体の外部研修を積極的に活用している。学習会を行っているものの、頻度が少ない。非常勤職員に向けた学習会に関しても、積極的な開催を期待したい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
個人情報保護法に基づく保護規程はあるが、権利擁護については明文化されていない。新人職員の入職時には基本事項をレクチャーしている。事業所内、法人内での実際にあったケースについて、その都度会議にて検討・学習しているが、特にそのためだけの学習する機会は設けていない。現場はフロアを見通せるように工夫し、利用者一人ひとりの状態(体調等)を常に観察できる体制を敷いている。			
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	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
パンフレットだけでなく、必ず、希望者に実習機会を提供している。本人の適性や希望を重視し、他の事業所の見学や実習を促している。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
分かりやすい説明に加え、1年くらい異動のための実習体験を行った上で、本人の気持ちや事業とのマッチングを確認しながら、変更している。ただ、特別な資料やマニュアルでの明文化はない。			
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	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
現在の業務の継続以上に、更に上を目指したサービスや事業所変更を心がけている。一例では、就労継続B型利用で事業所変更し、工賃が2.5万円から8万円にまでアップした例もある。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
満足度についての普遍的指標こそないものの、モニタリングでは十分な時間をとってヒアリングを行っている。希望や意思表示を苦手とする知的障害や精神障害の利用者の意見記述も多くされており、利用者の希望を充足させる努力を最大限行っている。聞き取り調査主体の利用者目線の満足度の把握であるが、客観的な裏付けとなる普遍的な指標を用いた調査との併用が望まれる。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
法人規程を利用した仕組みができていますが、苦情内容の理解等、現場に向けた具体性に富んだ苦情ケース資料を整備中である。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
本人の活動をビデオ撮影しての保護者への説明や、作業内容を映像化して家族会での説明に使用したり、積極的に映像を活用している。連絡帳よりは電話等で保護者と直接会話し、認識のずれ違いなどを回避している。しかし、意思伝達に障害を持つ利用者に対する周知活動に関しては課題を残している。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
利用者や家族からの意見・相談には、日誌で毎日対応している。職員の勤務形態に応じて、非常勤は新人を含め、簡易の記録様式で記録の練習も兼ねて日誌を記録している。意見や相談を受けた時に対応する手順書、マニュアルはない。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
明文化されたマニュアルがあり、朝の申し送りを活用し、ケース検討もされている。手順を図式化する等して、より分かりやすく周知する工夫が望まれる。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
基本的マニュアルには、インフルエンザと食中毒とを取り上げている。更に専門的見地からのマニュアルを作成の予定である。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
各種の災害を想定した防災訓練(避難訓練)等、基本的取り組みは行われている。消防計画をはじめ、地震、火災、台風ともに対応するマニュアルが作成されており、食糧備蓄もされている。BCP(事業継続計画)が策定されておらず、利用者が利用してない時の安否確認の手順が定まっていない。		

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
作業手順やその指導方法は確立されているが、それらが標準化された文書は少ない。均一したサービスの提供を担保するためにも、早急なマニュアル整備が求められる。		

	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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者への作業指導は、何度も検証・見直しが図られているが、介助等のその他の標準的な実施方法の検証・見直しがされておらず、見直しのルール化が望まれる。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントから利用計画相談、サービス実施計画、実施記録、モニタリングへと記録や流れは確立している。しかし、作業面とそれに伴う生活面に重点が置かれており、その他の医療やメンタルケア、リハビリ等のケアについて課題が残る。			
	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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
就労継続B型の作業の専門性が高くなっても、作業面ではサービス実施計画の評価・見直し等を適切に実施している。さらに、非常勤職員まで作業内容や変更点を周知させる仕組みを構築してほしい。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ケース記録をLANIにより共有しており、新規職員や非常勤職員向けにはケース記録の初期的記入様式を実施し、ステップアップを行っている。そのような中、利用者の個別ケースについて職員間の意見を総合した改善が行われている。			
	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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
「個人情報保護規程」はできている。デジタルデータの管理について、記録メディアの取り扱いに不十分性がある。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
施設利用前に利用希望者には、グループホームや通勤寮を使って、積極的に宿泊体験等の機会を提供している。これは従前の小規模事業所当時から実施しており、当事業所の積極的に行っている特徴ある取り組みとなっている。就労継続B型事業から就労移行支援事業へ移行して、一般就労を目指す仕組みもできている。			

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			
連絡帳のみならず、パネルでの写真掲示や写真と動画を積極的に使用して、利用者の希望を引き出している。利用者個々に、より適切なコミュニケーション手段を探るための認知科学専門家との連携はない。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者自治会を2週間に1回行い、法人への要望の提出を行っている。全体行事でも選択肢を用意し、利用者の選択権を尊重する工夫がなされている。今後は、地域との交流・連携を考慮し、施設外との交流を積極的に推進することで、利用者の社会性や独立心の醸成を図りたい。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の自立を促進する見守り支援を心がけ、生活部会を開催し、防災避難訓練等に関しても話し合う機会を設けている。障害の重さにかかわらず、整理整頓もできるよう工夫を凝らしている。ADLの変化(機能の回復・退行、症状・病状の好転・悪化等)に合わせ、日常生活上のどこまで支援が必要なのかを、適宜本人や家族と話し合うルール作りを期待したい。			
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			
作業能力が上がったり、適切な作業が見つければ、それに見合った事業所を紹介して異動を勧めたり、宿泊訓練が必要とあらばGHや通勤寮の利用を勧めたり、その都度必要に応じて利用者の力を更に引き出せるよう努力している。課題は、障害者を受け入れる社会の理解度を向上させるための取り組みである。			
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			
汎用マニュアルはないが、個別対応の支援管理は行っている。「むせ」が目立つ利用者は、医師による嚥下検査を行っている。			
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			
同法人内の献立作成や食事配送を受けつつも、暖かい食事を提供するためにハードウェアを整備している。利用者の食事サービス検討への参加まではない。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
座席配置を利用者自治会の生活部会を通して検討している。食事時の安全に配慮し、見守り職員を配している。食事時間にも十分な時間が設定されている。			

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 ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
汎用マニュアルはないが、個別対応の支援管理は行っている。特段の配慮を要する利用者に関しては、「個別支援計画書」に盛り込んで支援している。			
	Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
空調こそ完備されていないが、トイレの床面がシート張りのため、清潔に保たれている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
衣服についてこだわりの強い利用者に関しては家族と相談して対応しており、着替えを利用者本人が持参しているケースもある。汚れ等が無く、着替えの必要がない場合であっても、本人の希望があれば意思を尊重して着替えてもらっている。			

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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
社会通念上で許される範囲であれば、髪形や化粧は本人の意思に任されている。爪や髭が伸びている場合には家族に連絡することもあるが、特段問題となるような事例はなく、化粧品の持ち込みもない。通所事業所であることから、理・美容に関する情報提供はしていない。		
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
発作のある利用者や排便に難のある利用者等は、家庭と連携(情報共有)して健康管理を行っている。単調な作業の繰り返し日課になっている利用者もいることから、1Fフロアでは朝と昼食後にラジオ体操を、2Fフロアではストレッチを行って極力体を動かすようにしている。包括的な「健康管理マニュアル」の作成が待たれる。		
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
体調の急変(てんかん発作等)を想定できる利用者については、「個別支援計画書」によって個別に支援の方法を決めている。それ以外の標準的な対応手順は文書化されておらず、早急な作成を期待したい。		
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
昼食後に内服薬を服用する利用者があるが、管理は利用者が行っており、職員は見守りと服薬の確認を行っている。服薬管理、誤薬対応、記録の作成・管理等、必要な手順を定めて文書化することが望ましい。		
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
余暇やレクリエーションに関しては、利用者が自主的に企画・立案するケースは少なく、事業所があらかじめ用意した選択肢の中から選んでもらうケースが多い。旅行のプランに関しては、利用者の意見や希望を参考にして行先等を決めている。		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
旅行等の事業所イベントとして外出する時は「しおり」を作成し、必要な注意事項等が記載されている。外出時に携行する利用者個々の情報を記載した「カード」は作成されていない。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
テレビ、カラオケ等は、利用者自治会(ゆいの会)で利用方法を決めている。カラオケは使用する利用者が限定されており、利用者間で順番が決まっている。		
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 ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		