

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20日(火)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称 わかば	種別：生活介護・就労継続支援B型	
代表者氏名：林 幸児	定員（利用人数）：40名（40名）	
所在地：愛知県春日井市廻間町字神屋洞703番2		
TEL：（0568）88-4611		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成 23年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 養楽福祉会		
職員数	常勤職員：16名	
専門職員	(管理者) 1名 (兼務)	(サービス管理責任者) 1名 (兼務)
	(生活支援員) 11名	(職業指導員) 1名
	(看護師) 1名 (兼務)	(事務員) 1名 (法人本部より出向)
	(医師) 1名 (嘱託)	(社会福祉士) 1名
		(介護福祉士) 2名
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等) 静養室・相談室
		ロッカー室・多目的室(食堂)
		作業室・シャワー室・各室冷暖房
		非常火災通報装置

③理念・基本方針

★理念	
法人	選ばれる施設・親しまれる施設
施設・事業所	就労:適切な作業量の調整を図ると共に、工賃の向上に努めます。 介護:充実した日々を送れるよう支援力向上に努めます。

★基本方針

◎就労継続支援B型事業(リネン班): 法人内事業所との取引を通し、適切な作業量確保に取り組みます。また、外部団体等との取引も積極的に実施し、収益向上を図ります。

◎就労継続支援B型事業(水耕班): 水耕野菜の梱包・出荷作業を実施する上において、月250ケースの納品を目標とします。また、折れた茎などの販売においては、地域のレストランと連携し、収益向上を図ります。

◎生活介護事業: 安心して楽しい一日を送れるよう様々な活動を実施します。また、作品展への出展に向けた準備において、皆が目標を持てるよう支援します。

④施設・事業所の特徴的な取組

・リネン班: クリーニング作業は、法人内取引に留まらず、外部企業や学校関係からも寝具類や作業着を受領し、工賃の向上を目指しています。また必要に応じて、プレスや梱包、ドライ機などを駆使しています。

・水耕班: 市内のビニールハウス会社から水耕栽培された野菜(主に水菜)を受領し、検品・出荷作業の一部を担っています。また最近では、近隣の飲食店と連携し、折れた茎の水菜を販売するなど、収益向上を図っています。

・生活介護班: 日替わりで、運動や散歩、創作活動、レクリエーションなど多岐にわたって活動しています。また、それ以外にもメダカの飼育を通して、生き物を育てる経験を通し、一日を楽しく過ごして頂いています。

・事業所全体の行事として、バーベキュー、クリスマス会、餅つき、慰労会の四大大行事を実施しています。それ以外にも、季節感を味わえるように、小行事も実施しています。

・給食について、誕生日を迎える方の希望メニューをその日の主菜とし、その方にはデザート1品を提供するなど、楽しめる工夫を取り入れています。

・各班毎に年1回の社会見学を通し、事業所内では実体験できないようなマナーやルールなどを楽しみながら経験できる機会を取り入れています。

・年1回の健康診断、インフルエンザ予防接種に加え、毎日、健康でわかばに通所していただくために、看護師による健康管理(体重・血圧測定など)を定期的実施しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 28年8月4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

◆働きやすい職場の実現

直近3年間で中途の退職者はおらず、法人内の定期異動や2名の定年退職者がいるのみである。この2名も、退職後ボランティアとして事業所に足を運んでいる。残業、サービス残業等はほとんどなく、役職者も含めて有給消化率が高い。ワーク・ライフ・バランスに配慮し、2名の女性職員が時短の変則勤務で就業している。働きやすい職場が実現し、職員雇用が安定していることから勤務シフトにも無理がなく、外部研修等へも積極的に参加することが可能である。

◆利用者や家族の高い満足度

定期的に利用者の満足度調査を行い、利用者や家族が望むサービスの提供に努めており、利用者や家族からの信頼を得ている。結果的に職員と利用者との関係が良好であり、利用者は毎日楽しみや喜びをもって通所している。利用者ヒアリングにおいても、職員に対する信頼度や事業所の支援に対する満足度の高さが証明された。

◆業務マニュアルに基づいた支援

作業手順や活動手順等の業務マニュアルを文書化して整備しており、業務マニュアルに基づいて統一した支援が行われている。特に、クリーニング作業を行っているリネン班では、効率的で間違いのない作業を行うため、作業の流れを細かく定めた作業手順書を作成しており、作業場内にも写真や色分けをする等で作業工程を分かりやすく掲示している。

◇改善を求められる点

◆コミュニケーション手段の開発

コミュニケーション手段が限られている利用者については、アセスメントシートの中にコミュニケーション方法を記載し、コミュニケーション手段を確保するための支援を工夫することが望まれる。手話を使える職員の養成や、PECS(視覚効果を活用した療育)等の手法を活用した支援の充実を図ることも有効な方法と思われる。さらに、事業所外においても、社会一般とのコミュニケーションを図るための訓練プログラムの開発が求められる。

◆所持金・預り金の適正管理

保護者からジュース代を預かり、事務所の金庫にて保管している利用者については、現金の取り扱いについての取扱い規定等を定め、責任の所在を明確にしておくことが望まれる。自己管理できる利用者については、自分のロッカーにて管理・保管しているが、ルールを定めて適正管理を徹底することを望みたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

わかばは開所6年目で、今回第三者評価を受審しました。訪問調査の約4か月前から勉強会を開催し、自己評価を全職員が連携しながら取組んだことで、新たな気付きを得ることができました。また、現在取り組んでいる内容についても、効果が表れているのか、将来にわたって継続できる仕組みとなっているのかといった点についても再確認でき、この時点で改善できることは改善できたのではないかと思います。

訪問調査においては、自己評価した結果をもとに、現場確認の上で評価していただきましたが、客観的に、かつ的確に評価していただいた上に、より良い事業所に成長していくための助言も受けることができました。なお、今回改善点として2点挙げられていますが、今後見直していくと共に、今回の結果を受けて、わかばに関わる利用者・保護者・職員等の満足度を今以上に高められる事業所を目指していきたいと考えています。

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者や利用希望者から『選ばれる施設』となり、地域や関係者から『親しまれる施設』となることを法人の理念とし、事業所理念は生活介護事業と就労継続支援B型事業とに分けて策定されている。事業所の基本方針も、事業ごと、班ごとに策定されており、具体的で分かりやすい。利用者に対しては、ルビを振ったり太文字にしたりと、理解しやすくする工夫がある。			

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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
収益を伴う2つの大きな事業(リネン事業、水耕事業)の日々の業務に関する課題や先行きの不透明感があることから、直近の問題を解決する必要性に迫られている。それ故、事業運営に係わる環境や情報を収集・分析し、事業経営全般について将来的に見据えることがしづらくなっている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
就労継続支援B型事業のリネン班(受注量と工賃のバランス)と水耕班(天候や提携先企業の影響)についても、生活介護事業(利用者の年齢差と高齢化対策)についても、課題は明確になっている。これらをつつひとつ解決していくため、法人内交渉を行ったり、作業効率を高めるための分場建設を計画する等の具体的な取り組みを始めている。			

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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
法人の中期計画に沿って事業展開を図っているが、事業所としての最大案件である「分場建設」が最終決定されておらず、事業所としての具体性のある中期計画の策定はない。理事長、事務局長に4名の施設長を加えた経営会議で、中・長期的なビジョンが検討されている。			

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			
<p>単年度の事業計画策定の拠り所となる事業所の中期計画を持たないことから、事業計画はそれぞれの事業の積み上げ方式で作成されている。事業計画の主要なものについては可能な範囲で数値目標が設定されており、事業の方向性を示すだけでなく、中間や年度末の評価が確実に実施できるようになっている。</p>			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>各事業について、それぞれの担当部門(班等)が重点課題を設定し、主要なものには数値目標を設定している。毎月の職員会議で評価を加え、現状把握をしたうえでそれぞれの事業の収益状況をチェックしている。</p>			
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			
<p>毎年度の期初に保護者会総会が開かれ、その席上で事業計画に関する資料を配布して説明している。その他にも6、9、12、3月に保護者会(懇談会)が開かれ、事業計画の進捗を報告したり説明したりしている。利用者に対しては、主要な事項(利用者の関心が深い行事計画等)を口頭で説明するに留まっており、改善の余地を残す。</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

		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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>ISO9001(品質マネジメントシステム)の取り組みの形骸化を原因として、第三者評価受審によるサービスの質の向上を図ろうとの方向転換がなされた。毎年、利用者の満足度調査を実施し、ISO9001で構築したPDCAサイクルを使った改善活動を行うことでサービスの質の向上(利用者の満足度の上昇)を図っている。</p>			
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			
<p>業務マニュアルの改訂、利用者・保護者への情報の提供やフィードバック等、計画的に改善活動が行われたものもあるが、利用者の年齢差に対応すべき適切な支援の検討や高齢化対策、工賃安定のための取り組み等において、組織的な計画を立てての取り組みとなっていないものがある。</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

		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		
管理者の役割と責任に関しては職務分掌に記載されており、ISO9001においても責任と権限が明確化されている。		
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		
就労継続支援B型事業を展開していることから、障害者施設の運営に関する法令だけでなく、関連法規は多岐に亘る。管理者自らは、研修に参加したりインターネットで情報を得たりと、コンプライアンスに対する意識は高い。平成28年4月施行の「障害者差別解消法」に関する知識を有し、利用者に対する合理的配慮として、絵・図や写真、色別等を駆使して作業工程を分かりやすく伝える工夫がある。課題は、職員のコンプライアンス意識の醸成のための取り組みである。		
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		
サービスの質の向上の要素の一つに、「工賃のアップ」を挙げており、市場の拡大のために先頭に立って取り組んでいる。廃棄していた水耕野菜を再商品化して7カ所の得意先を確保したり、理念事業に関しては法人内の顧客（他事業所）と契約金額の改定（値上げ）を交渉したりして、「工賃のアップ」のために奮闘している。		
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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
事業規模の拡大に伴って、分場の建設に意欲を燃やしている。マニュアルの整備も十分であり、質の高い均一したサービス提供ができています。職員の満足度も高く、就労関係での問題は見られない。		

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 ㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
職員雇用が安定しており、育成面では研修体系も構築されている。サービス管理責任者やリスクマネージャー、専門性のあるクリーニング師も計画通りに養成が進んでおり、必要人材は揃っている。		
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		
法人主導の人事管理体制が整っており、「勤務評価実施要綱」に従って年に2回の人事考課が行われている。職員の自己査定の後で面談を実施し、一次考課、二次考課を経て結果を出し、主として賞与に反映されている。この人事考課の制度を、職員育成につながる仕組みとして再構築することが望まれる。		

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		
直近3年間で中途の退職者はおらず、2名の定年退職者のみである。この2名も、退職後ボランティアとして事業所に足を運んでいる。残業、サービス残業等はほとんどなく、役職者も含めて有休消化率が高い。ワーク・ライフ・バランスに配慮し、2名の女性職員が時短の変則勤務で就業している。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
賞与査定と並行して、管理者と職員との個別面談が実施されており、職員個々の目標設定やその進捗等が話し合われている。人事考課の結果が職員育成の枠組みを示していないことや、職員個々に設定した目標の妥当性、進捗管理等に課題を残している。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
毎年、研修計画を作成し、計画表には職員個々の氏名が記載されている。外部研修に参加した場合には、受講後に復命書を提出している。ISO9001の取り組みとしては、研修実施後の効果の検証システムがあったが、現在では研修の効果測定が行われておらず、個々の研修についての必要性評価が未実施である。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
年度の初めに研修計画を作成しており、計画表に職員の氏名を記載している。さらに、期中に外部から研修の案内が届いた時には、履修の必要度を勘案し、管理者が指名して研修を受けさせている。職員雇用が安定して勤務シフトにもゆとりがあり、外部研修に参加しやすい環境である。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
実習生の受け入れマニュアルに、受け入れの意義や目的が記載されておらず、PDCAサイクルは“D”で止まっている。受け入れの目的を明確に文書化し、その目的に沿った評価(“C”)の実施を望みたい。受け入れ実習生も、社会福祉士実習生1名、保育実習生1名と内容が希薄である。		

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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
これまでのISO9001の取り組みに替えて、今回より第三者評価を受審することとなった。苦情解決の仕組みは構築され、苦情を受け付けた件数を公表しているが、その内容や改善状況についても公表することが望ましい。		

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人監事による監事監査や行政の監査を受けているが、加えて税理士事務所による延べ5日間の税務・会計監査を受けた。それらの監査による指摘事項に関しては、直ちに改善や修正を行うこととしている。		

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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
生活介護事業、就労継続支援B型事業共に、地域との交流・連携を重点課題として捉えて支援している。県の障害者文化祭に生活介護事業の利用者の作品展示を行い、見学にはB型事業の利用者も同行した。B型事業では、水耕栽培の再生品の納品に、販売先まで利用者が同行している。立地的にハンデはあるが、地域住民が日常的に事業所に足を運べる体制作りが期待される。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
定年退職した職員が引き続きボランティアとして支援しており、就労継続B型の利用者の母親が毎日ボランティアとして通っている。近隣の警察学校からも定期的にボランティアが来る。ボランティアの受け入れマニュアルを整備し(P)、受付簿も設置しており(D)、年度ごとのまとめとして振り返りを行い(C)、その結果を次年度の計画につなげている(A)。ボランティアの受け入れ体制(PCDAサイクル)が構築され、機能している。		
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
関係機関一覧表が作成されており、公的機関(障害者生活支援センター、市・障害福祉課、生活支援課、特別支援学校等)や医療機関、B型事業の取引先や顧客等がリストアップされている。事故報告書等に、関係機関との連携に支障をきたした事例は報告されていない。		
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
厚労省(老健局)の進める「非常災害対策計画」を策定し、大規模災害時の被災者受け入れを明記している。BCP(事業継続計画)を策定して、さらに地域の安心感や地域への貢献度を高めることを望みたい。		
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント		
「コロナー解体」の受け皿として、法人レベルでの貢献度は大きい。事業所としては、10名定員の生活介護事業の利用者の自立訓練を図り、B型事業に組み入れていく構想を持っている。将来的には分場建設によるB型事業の定員増(事業拡大)を予定しているが、確定的な計画とはなっていない。		

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			
理念や基本方針に利用者を尊重した福祉サービスの提供について記載しており、職員は全員で行動規範の読み合わせをして共通の理解を持つように努力している。しかし、福祉サービスの実施状況を、定期的に評価する仕組みがなく、その構築が望まれる。			
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			
利用者の権利擁護に関しては、プライバシー保護や虐待防止に関するマニュアル、行動規範に文書化されており、職員はスタッフ会議にて配布された文書の読み合わせを行い、定期的にチェックリストによる自己点検を行っている。不適切な事案が発生した場合の対応を、具体的に明示しておくことが望まれる。			
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 ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ホームページやパンフレット等で事業所の情報を公開しており、公開している資料には写真に説明を付ける等で分かりやすい内容にしている。事業所独自のパンフレットを作成し、見学時や実習時に使用したり、地域の公共施設等に配布している。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
重要事項説明書により分かりやすく説明し、同意を得たうえでその内容を契約書で残している。重要事項説明書や契約書は、誰が見ても分かりやすいようにすべてにルビをふり、フォントを大きくしている。意思決定が困難な利用者への配慮がみられる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事業所の変更や家庭への移行実績が少ないこともあり、引継ぎ文書を始めとした手順を定めていない。福祉サービスの継続性に配慮した手順等を定めておくことが望まれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者満足の向上を図るために、定期的に利用者の満足度調査を行ったり、保護者会や利用者会に職員が参加して要望を聞き取るようにしている。満足度調査の結果や保護者会からの要望で、今年度はユニホームの素材の変更や保護者会の回数の変更を行った。			

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		
苦情解決の仕組みを整備し、その内容を説明した掲示物を玄関に掲示している。苦情内容の受け付けと解決を図った記録を保管し、苦情を申し出た人には必ずフィードバックしている。苦情内容や解決結果については、苦情を申し出た人に配慮したうえで、公表することが望まれる。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者会である「おつかれさま会」を定期的に関開き、利用者が自由に意見を述べられる環境としている。利用者への周知については、重要事項説明書等により説明するとともに、玄関に掲示している。「声のポスト」の設置もある。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者から相談や意見を受けた際の対応手順を記載したマニュアルを作成し、積極的に相談や意見を聞く体制としている。利用者や保護者にむけたアンケートを定期的に行っている。		
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
評価機関のコメント		
ヒヤリハット報告書や事故報告書の提出を受けて、是正処理報告書を作成し、事故につながる要因を分析して対策を検討することで事故防止を図っている。特に、交通事故に対しては、ドライブレコーダーによるモニタリングを行い、事故を予見する研修や運転実技を研修する安全運転講習会を定期的に行っている。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
「感染症予防・蔓延防止についての指針」を定めており、定期的に専門業者に講師を依頼して衛生講習会を実施している。有効な手洗い方法等を手洗い場に掲示して感染症の予防に努めている。		
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している。	障 39	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非常災害対策計画を作成し、それに基づいて非常時の対応体制を整備している。建物の立地条件から、土砂災害を想定した訓練を行っている。災害伝言板を利用した訓練等、職員コール訓練を定期的に行っている。食料品等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄している。災害マップ、ハザードマップを掲示している。防災計画を整備し、消防署等と連携して定期的に訓練を行っている。		

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		
業務マニュアル(作業手順書・活動手順書)により、標準的な実施方法を文書化している。業務マニュアルは写真を用いる等の工夫をしており、新人スタッフのOJTにも利用している。新人スタッフを始めパート職員を含む全ての職員が、マニュアルに基づいて実施しているかどうか確認する仕組みの整備が望まれる。		

	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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
業務マニュアルは適宜検証し、見直しを行っている。見直しに際しては、利用者や職員の意見をできる限り反映できるような仕組みの整備が望まれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントシートを使用してアセスメントを行い、利用者のニーズを把握したうえで個別支援計画を作成している。個別支援計画はスタッフ会議において協議しており、変更する場合も同様に対応している。支援困難ケースへの対応は、朝礼や終礼にて事例検討して適切な支援を行うようにしている。			
	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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画は必ず半年に一度、意見調整表を用いて職員から意見を聴取して意見交換を行い、評価・見直しを行っている。見直された個別支援計画はスタッフ会議に報告して周知を図っている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
個人記録の記入の方法や個別支援計画書の記入の方法、記録時の留意事項を定めた文書・記録業務手順を作成し、統一した様式にて適切に記録している。記録ファイルを職員間で回覧して、情報共有する仕組みの整備が望まれる。			
	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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「文書管理規定」と「文書保存規程」に基づいて、記録の管理・保存をしている。「個人情報保護法」に従って、職員から誓約書、保護者からは個人情報取り扱い同意書を受領している。引き続き、個人情報保護の観点から、職員に対する教育や研修の充実が望まれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域生活への移行希望については、アンケートや保護者との懇談会、送迎時の会話等により常時把握しており、相談があれば随時相談に乗れる体制となっている。移行に際しては、地域の支援センターと連携し、事前見学や体験利用を通して、無理なく地域生活に適應できるよう配慮している。利用者や保護者から地域生活移行の相談が少ないため、今後はグループホーム等の情報提供を積極的に行っていく予定をしている。			

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			
日々の支援の中で利用者固有のコミュニケーション手段やサインの発見に心掛けている。コミュニケーション手段が限られている利用者については、アセスメントシートの中にコミュニケーション方法を記載し、コミュニケーション手段を確保するための支援を工夫することが望まれる。また、手話を使える職員の養成や、PECS(視覚効果を活用した療育)等の手法を活用した支援の充実を図ることが望まれる。			
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			
定期的開催している利用者会(おつかれさま会)等にて、利用者の意向を確認しながら、主体性を持って取り組めるプログラムを提供している。引き続き、利用者の意向を尊重して、主体的に活動できるプログラムの開発が望まれる。			
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			
職員行動規範に、「利用者が自力で行える行為は見守り、必要に応じて支援する」と記載しており、支援計画作成時の留意事項としている。利用者が自力で行う行為による生活や活動の範囲が広がるように、業容の拡大や分場建設等、支援の内容や設備の工夫を検討している。			
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			
利用者の長所を生かした作業を提供しており、作業の中で自己表現の技能や話し方等について支援をしている。利用者の社会生活力を高めるための学習や訓練プログラムの開発が望まれる。			
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			
個別支援計画に基づいて食事支援を行っているが、実際の支援とリンクしていない利用者があるため、サービス提供時の留意点を随時変更していけるような仕組み作りを予定している。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
定期的に嗜好調査を行い、その結果を献立に反映している。献立表は事前に保護者にも配布し、事業所内にも掲示している。適温の食事を提供し、季節感のある食材を使って盛り付けにも工夫している。誕生日メニューを取り入れ、当日は玄関のボードにメッセージカードを掲示している。カウンターに調味料や香辛料を用意している。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食堂の環境は、必要に応じてその都度話し合って改善している。食事時間は、幅のある時間帯で摂ることができる。			

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	㉖ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
浴槽等の入浴設備はなく、必要に応じてシャワー浴が行われている。男女別のシャワー室があり、マニュアルには、プライバシーの保護や障害の状況に合わせて介助するよう記載されている。		
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	㉖ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
排泄介助に際しては、同性介助を徹底し、マニュアルに従った支援に心掛けている。定期的にトイレへの声掛けをして誘導し、排泄時の見守りや一部介助を行っている。		
Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	㉖ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
毎日清掃しており、汚れた場合は直ぐに対応している。尿漏れ対策として、マットを足元に置いている。換気や照明は適切である。		
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	㉖ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
衣類は利用者の意思で選択したものを着用しており、事業所内で着用する作業用のユニホームを支給している。ユニホームは働く意欲の向上に繋がっており、今年度は保護者からの要望により、素材の変更をした。		
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	㉖ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
衣類の汚れや破損した時は声掛けをして、着替えしてもらっている。利用者とのコミュニケーションを取ることもなり、体調の確認にもなっている。		

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 ・ 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 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
健康管理マニュアルにより、月に一度血圧・体重測定を看護師が行っており、利用者毎の健康管理記録に記入している。高血圧の利用者や、一人暮らし、医師から指示のある利用者については、週1回測定している。測定結果については、家庭やグループホームに報告している。定期的に健康診断や、歯科医師による診察を行っており、インフルエンザ等の予防接種も行っている。		
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 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
看護師が定期的に来所し、必要な対応をしている。嘱託医も必要に応じて来所し、診察している。利用者は、地域内にかかりつけの担当医がいる。		
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 ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
薬の管理を徹底し、決められた箱に入れて管理している。服用の際には、取り違えや服用忘れが無いよう注意している。服用後は、所定の様式に従って記録している。処方箋のコピー等を活用して、薬の効用や副作用等の情報を共有しておくことが望まれる。		
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 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
季節に合った各種の行事を企画・実施しており、利用者の要望に沿った社会見学等の外出支援をしている。作業の休憩時には、利用者に応じて自由に余暇を活用しており、散歩、スマホゲーム、カードゲーム、テレビ鑑賞、音楽鑑賞、カラオケ等で余暇を過ごしている。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
生活介護事業の利用者で、外出可能な利用者については、週1回午前と午後に分けてドライブ外出している。B型事業の利用者に関しては、業務に関連して顧客への納品時に同行する等の外出機会がある。利用者の意見や要望を汲み取り、外出の種類を増やして利用者の選択肢を増やす工夫が望まれる。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
保護者からジュース代を預かることがあり、事務所の金庫にて保管している。自己管理できる利用者については、自身のロッカーにて保管・管理している。現金の取り扱いについては、取扱いの規定等を定め、責任の所在を明確にしておくことが望まれる。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
就業時間以外は、テレビや雑誌等を自由に見ることができる。自宅から雑誌や新聞を持ってこることも制限していない。		
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		
現在、一人の利用者が喫煙しており、健康上の適切な情報提供をしたうえで、休憩時間に喫煙場所を決めて喫煙している。喫煙場所への灰皿の設置や、吸わない人への配慮(副流煙による受動喫煙の弊害)等を検討する必要がある。		