

## 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 社会就労センター なかぎりワークス	種別：就労継続支援B型	
代表者氏名：豊留賢二郎	定員（利用人数）：40名（50名）	
所在地：愛知県春日井市中切町3-3-17		
TEL：0568-87-6557		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成15年 7月15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：17名	
専門職員	(管理者) 1名	(事務員) 1名
	(支援員) 14名	(社会福祉士) 2名
	(看護師) 1名	(介護福祉士) 3名
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等) 静養室・相談室・食堂
		ロッカー室・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	<p>法人 「選ばれる事業所・親しまれる事業所」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域社会における福祉の充実に貢献する為、一貫性のある処遇・支援を具現する。</li> <li>・各事業所は、利用者が快適な生活ができる環境を提供するとともに、地域の拠点事業所としての負託にこたえる資質の充実を図り、選ばれる事業所、親しまれる事業所作りを目指す。</li> <li>・思いやりの心を持つ、忍耐と奉仕の精神を養う、専門家としての資質の向上に努めることを職員の心構えとする。</li> <li>・この方針に則り、年度目標を定め、継続的な改善活動を実施する。</li> </ul>
-----	---

#### 施設・事業所

「利用者が快適な生活をできる環境を提供する為、工賃向上・利用者への作業、生活支援を追求する。」

#### ★基本方針

生産活動の安心安全な環境や利用者への支援体制を整え、生産活動の機会を提供する。また、利用者自らが知識や技術の向上が出来、働く喜びや達成感を得ることが出来るとともに工賃の向上に努める。併せて、健康管理、給食提供、通所支援、行事、本人会等を通して快適な生活を送ることが出来るようサービス提供を行う。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

3つの生産活動を行う中で、利用者の障害適正に応じて作業配置し取り組んでいる。

##### 【農作物事業】

水耕ハウス管理に留意し安定したサラダ水菜の生産・出荷作業と外部農場からの委託出荷作業を行う。

##### 【パン製菓事業】

パンと外部業者と提携しお菓子の製造・販売を行う。利用者のお菓子製造技術向上とパンの外部販売以外にも独自の販売方法を模索している。

【製品受注事業】複数の協力会社からの受注作業を行っている。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年 8月 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

##### ◆利用者主体の事業所運営

利用者主体の支援を目指すことが「職員行動規範」にも明記しており、利用者会（「せいかつ集会」）は、施設生活の様々な分野に利用者の主体性と独自性を担保するシステムとして機能している。利用者会での意見や要望は、事業所運営の最適なモニターとしての役割を果たしている。事業所（職員）は間接支援により、これを事業活動に反映させている。

##### ◆働きやすい職場づくり

有休、産休・育休の取得のしやすさ、残業の減少、努力勤勉が報われる考課制度、ワーク・ライフ・バランスに配慮した勤務シフト等々、公平な労務対応がなされる誰もが働きやすい職場環境が実現している。これによって職員の安定的な雇用が継続しており、利用者や保護者との良好な関係構築の基ともなっている。

◆利用者によるボランティア活動

地域貢献活動の一環として利用者のボランティア活動が実施されている。普段はボランティアの支援を受ける側の利用者が、庄内川清掃や地域の清掃活動に主体的に関わり、奉仕活動を展開している。利用者によるボランティア活動は、地域交流として、また地域の障害者理解や事業所の存在価値向上にも貢献している。

◇改善を求められる点

◆ヒヤリハット事例の分析による事故の未然防止

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、事故の未然防止や再発防止を図っている。しかし、提出件数が少ない(3件)こともあり、十分な検討が行われていない。ヒヤリハットの取り組みは、事例の量(件数)を集めることが第一の要件となる。積極的にヒヤリハット事例を収集して、事故につながる要因を分析し、事故の未然防止に役立てられたい。

◆利用者のエンパワーメントの理念に基づくプログラムの充実

利用者がA型事業所や一般就労できるよう支援することが事業所の役割であると職員は考えており、そのためには社会生活力を高める支援が重要なものと位置付けている。日常生活での時間の管理や身辺整理等の訓練が必要であると考え、個別支援計画に組み込んで支援している。訓練プログラムとして十分に機能させるため、施設外の社会資源を活用した学習や体験の機会の提供を含めて、利用者のエンパワーメントの理念に基づく学習・訓練プログラムの充実を図り、実効性のある支援を行うことが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審するにあたり、事前の勉強会から始まり、職員が項目ごとの自己評価を行なう際に議論したことにより、現状のサービス内容をフィードバックし事業所の福祉サービスの優れている点、改善の必要な部分に気づき、見直しをする機会となりました。今後も、定期的にフィードバックすることで、目先の必要なサービス提供に着目することだけでなく、長期的かつ段階的にサービス内容を検討することで、利用者満足につながるサービスを追求して支援に取り組んでいきたいと思っております。

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。

# 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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業所の運営方針、法人の基本理念は所内の随所に掲示され、周知されている。利用者へは生活集会で説明、保護者へは年度当初の保護者会にて配布、説明がなされている。			

### 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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
福祉業界の状況に関しては、施設長が様々なメディアを通じて情報収集し、スタッフ会議にて職員周知している。コスト分析として、利用率、収支状況を算出して法人運営会議にて検討されている。			
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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
経営状況については、経営分析データを運営会議で共有し対応している。今年度作業収益の減益に関しては、収入減の事由を分析し、工賃の見直し等、改善策を利用者・保護者に提示して了承を得ている。			

### 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	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
収支計画を伴う具体的な中期計画を策定し、それに沿って事業運営がなされている。法人本部との連携により進められる。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
中期計画を受け、具体的な年度目標を設定し、それに向けた事業展開がなされている。明確に見えてきた作業室増設、GH(グループホーム)設置に向けた準備が開始されている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
各職員から意見収集した副主任の情報を基に幹部会が持たれ、具体的な計画が策定される手順となっている。計画はスタッフ会議で職員への周知が図られる。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
利用者に対しては、作業や行事計画を中心とした計画の中身について生活集会時に説明されるが、分かりやすく理解できるよう更なる工夫を望みたい。保護者へは年度当初の保護者会にて周知し、変更時には文書で通知する他、年4回の保護者にて説明が行われている。			

#### 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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
ISOで認証を得た品質マニュアル、業務マニュアルが活かされ、計画・実施・見直しが実施されている。作業支援の部分については手厚いマネジメントが実施されるが、それ以外の生活支援や健康支援、その他のプログラム内容等、共通部分でのPDCAサイクルについても定期的に検討されたい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
作業支援に関しては、目標実行計画書を毎月作成し、現状から検討課題を分析して次月に繋げている。これをスタッフ会議で検討し、全職員が情報を共有している。			

## 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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
施設長は年度当初のスタッフ会議にて、法人方針と事業所方針を述べて職員に周知している。さらに毎月の会議では、事業所の現状を把握して今後の方向性を示している。施設長不在時の権限委任に関しては、次席の副主任が複数のため責任関係が不明瞭な点がある。筆頭者の選任等を検討されたい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
施設長自らが様々な会議や研修に参加し、そこで得た必要な情報はスタッフ会議等で周知される。利害関係については、「懲戒手続規程」が定められており厳しい制限が課せられている。各職員のコンプライアンスの意識の程度や、各種法令に対する理解度を検証するシステムの構築が望まれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
施設長は毎月のスタッフ会議で、必ず時間を取って今後の方針や目標を示している。職員との意思疎通、意見聴取として年3回の面談を行っている他、職員自己チェック表を毎月確認し、各職員の職務状況を把握する等、管理者として指導的職責を果たしている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
施設長は法人経営委員会での検討事項を基に、人事、労務、財務の分析を行い、法人及び事業所の経営状況を確認している。事業所内においても同様のシステムを構築し、経営改善や業務向上の具体性を図ることが望まれる。			

### 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
新規人材の確保に関しては、法人本部が採用計画を基に実施し、新任研修や人事考課等により育成に努めている。有休や産休・育休の確保、また残業縮小等、定着へ向けての環境も整っている。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
人事考課は、評価基準・職務職階・自己評価・昇格要件・考課面接等々の総合的なシステムで実施される。しかしながら、法人の期待する職員像が示されず、職員の将来イメージが掴みづらい点に課題が残る。			

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		
有休の月次票を作成し、職員一人当たり月1休程度の取得が確認される。また、残業を減らす取り組みも行われている他、産休・育休の取得も可能となっている等、働きやすい職場を目指した取り組みがなされている。		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
研修等の職員資質の向上に力が注がれるが、組織が期待する職員像は具体的に示されていない。また、目標管理も実施されていない等、職務上の目標が曖昧となる危惧がある。		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
研修に関しては、事業所としての研修計画に加え職員個々の研修計画も示され、それに沿って計画的に研修が実施されている。計画の見直しや、個々の研修に関する評価が実施されていない点に課題を残す。		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
経験年数や力量に応じた研修計画が策定され、実施されている。また、法人では職種や階層別の研修、テーマ別研修も行われている。OJTに関して、担当を決めて具体的且つ計画的に行う等、更なる人材育成を検討されたい。		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
実習マニュアルに沿って保育、介護等の実習生を受け入れている。実習指導者養成やプログラム管理等、事業所の機能を生かした更なる実習対応が望まれる。		

### 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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
ホームページやフェイスブック等、担当職員を決めて情報公開を行っている。事業内容や苦情等の公表を含め、地域へ向けての更なる広報活動が望まれる。		

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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
事務・経理・取引等に関することや職務分掌は規程化され周知されている。また、公認会計士による監査が実施され、透明性を確保している。		

## 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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
春日井まつり等のイベントに参加する他、各種販売を通しての地域行事に参加している。特筆すべきは、庄内川の清掃活動や地域のゴミゼロ活動等々、地域との接点を数多く持つことである。また、地域行事は利用者に都度情報を提供し、参加を促している。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
マニュアルに沿ってボランティアの受け入れがなされている。また、市のボランティアセンターに登録し、広く募集活動をしている。ボランティア説明会や研修会等、さらなるボランティア対応を深めることで、地域の障害者理解を進めると共に事業の一層の透明性確保を目指したい。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
行政機関や関係機関とは必要な連携は図られている。しかし、定期での連絡会の開催や協働の取り組み等、ネットワーク化に至っていない。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
各種の販売の機会や清掃等の活動を通して地域と係わり、事業所の存在価値を高めている。一方で、例えば事業所のスペース提供や地域向けの研修会、災害時の機能提供等、地域資源としての役割を一つでも多くするための取り組みを検討されたい。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
在宅者のニーズに応え、定員枠を超えた利用受け入れを行っている。ニーズ把握は法人の相談支援事業所が担当が、事業所としても常に地域ニーズの把握に努められたい。		

## 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	㉖ ・ b ・ 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いる。スタッフ会議において「職員行動規範」を基に自分の意見を発表する機会を作ったり、毎月「自己チェック表」にて振り返りを行っており、共通の理解を持って支援が出来るよう取り組んでいる。			
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 ・ ㉗ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の権利擁護に配慮した支援を行うため、「職員行動規範」という形で職員の行動指針を文書化し、プライバシー保護や虐待防止の取り組みを行っている。しかし、虐待防止に関するマニュアルがない。文書化したマニュアルとして整備し、職員の共通理解を図ることが望まれる。			
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	a ・ ㉘ ・ c
評価機関のコメント			
ホームページやパンフレット等に写真を載せる等で事業所情報を公表しており、見学や実習を随時受け入れて利用希望者の要望に応じている。しかし、定員数の利用者がおり、新規受け入れができない状況であるため、積極的な情報提供は行っていない。			
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	㉙ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
重要事項説明書や個別支援計画書によりサービスの内容を詳細に伝えており、利用者や家族の同意を得たうえでその内容を書面(契約書)で残している。意思決定が困難な利用者への配慮については、利用者のほとんどが自分の意思を表明できるため、特別な配慮をしていないのが現状である。			
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 ・ ㉚ ・ c
評価機関のコメント			
事業所の変更や在宅への移行のケースが少ないため、その都度事例に応じた対応をしている。福祉サービスの継続性に配慮した対応をするため、引継ぎ文書を始めた移行の手順を整備しておくことが望まれる。			
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	㉛ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の満足度向上を目的としたアンケート調査を定期的実施しており、利用者や家族の意見・要望を把握するように努めている。個別支援計画の作成時やモニタリング時の利用者や家族との面談を通して、意見や要望等を把握するようにしている。また、家族会や利用者会へ職員が参加することで、意見・要望等を的確に把握するように努めている。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
法人で「苦情解決規程」を定めており、事業所としては「苦情受付マニュアル」を作成して対応している。マニュアルに基づいて、苦情の受付から対応を図った結果やフィードバックの結果を記録として残している。引き続き、苦情記入カードの配布や「連絡ノート」を有効活用することで、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
利用者会（「せいかつ集会」）を通して利用者からの意見等を聴取しており、家族からの意見等については「連絡ノート」を通して把握するようにしている。利用者のプライバシーに配慮して、相談を受けやすいスペースの確保に努めている。引き続き、意見や相談を述べやすい環境を整備するとともに、利用者や家族にその情報を伝えていくことが望まれる。		
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 ・ 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には「苦情受付マニュアル」に準拠して、受付から対応を図った結果等を記録として残している。意見箱の設置をしているが十分に活用できておらず、活用方法の検討が望まれる。		
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	a ・ ㉔ ・ 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の再発防止や未然防止を図っている。リスクマネジメント委員会は設置していない。交通事故防止については、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法人全体の取り組みとして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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
感染症の予防や対応についてのマニュアルが整備されており、法人全体で定期的に衛生講習会等の研修が行われている。パン作業班では毎月1回、その他の作業班では3ヶ月に1回、看護師による手洗い講習を行い、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行っている。	障 39	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
「非常災害対策計画」を作成して災害時の対応方法を定めており、定期的に避難訓練等を行っている。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。風水害に対する対応マニュアルが未整備であり、早急に作成する予定である。		

### 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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
個別支援計画書に基づいて福祉サービスを提供するとともに、生産活動を行っている各作業班毎に「作業指導マニュアル」という形で標準的な実施方法を文書化している。「作業指導マニュアル」にはサービス提供時の留意事項が記載しており、マニュアル通りに実施されていることが確認できるようにしている。		

	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			
<p>個別的な支援計画の見直しはできているが、標準的な実施方法である「作業指導マニュアル」の定期的な検証・見直しを行うことが望まれる。検証・見直しにあたっては、個別支援計画を見直した内容が必要に応じて反映されることが望まれる。</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。			
	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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>個別支援計画の策定時にアセスメントシートを使用してアセスメントを行っており、利用者の具体的なニーズを明示して支援計画を策定している。しかし、アセスメントシートが更新されておらず、十分な活用が図られていないため、様式等を検討して適切なアセスメントを行うことが望まれる。</p>			
	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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>個別支援計画チェック表により毎日支援計画の実施状況をチェック・確認しており、半年に一度定期的に評価・見直しを行っている。評価・見直しにあたっては、ニーズに対して改善されていない内容を整理し、福祉サービスの質の向上に係わる課題を明確にしているが、標準的な実施方法に反映すべき事柄を整理しておくことが望まれる。</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。			
	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			
<p>「文書・記録業務手順」に個人記録の記入方法や個別支援計画の記入方法が明示しており、統一した方法で記録用紙に記入している。記録した職員によって記録内容や書き方に差異が生じないよう職員の指導を徹底することや、各作業班が独立しているため、会議等で十分な情報共有を図ることが課題となっている。</p>			
	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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>「文書管理規程」や「文書保存規程」があり、規程に基づいて記録の管理・保存を行っている。「個人情報保護法」に基づいて「運営規程」に個人情報の保護が規定されており、職員からは業務上知り得た情報の秘密保持の誓約書を、保護者からは個人情報の取り扱い同意書を受領している。個人情報保護を徹底する観点から、職員に対し教育や研修を行うことが望まれる。</p>			
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 ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ほとんどの利用者が何らかの方法でコミュニケーションを取ることができており、特別な支援を必要としていない。意思伝達に制限のある利用者もいるが、筆談やジェスチャー等、その人固有のコミュニケーション手段やサインが確認できており、必要に応じて個別支援計画に支援内容を掲載している。			
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			
定期的に利用者集会である「せいかつ集会」を開催しており、利用者が主体的に行事・給食・生活全般に関することを検討するとともに、会の進行や各委員としての役割を自主的にこなせるように支援している。利用者集会では事業所からの連絡や行事予定が伝えられており、給食のケータリングサービスの職員からも話題が提供されている。			
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			
「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、個別支援計画の作成時の留意事項としている。スタッフ会議にて事例報告を行い、スタッフ間での共通理解に努めており、見守り支援体制が確かなものとなっている。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
利用者がA型事業所や一般就労できるよう支援することが事業所の役割であると職員は考えており、そのためには社会生活力を高める支援が重要なものとなっている。日常生活での時間の管理や身辺整理等の訓練が必要であり、個別支援計画に組み込んで支援している。訓練プログラムとして十分に機能させるため、施設外の社会資源を活用した学習や体験の機会を提供し、利用者のエンパワメントを引き出す支援を行うことが望まれる。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
サービス提供時の留意事項に食事サービスについての支援方法を記載しており、必要に応じて個別支援計画に支援内容を記載しているが、基本的に食事介助を必要とする利用者はいないため、食事介助マニュアルとしては作成していない。今後、食事介助の必要となる利用者の受け入れがあることを想定し、標準的な実施方法を文書化しておくことが望まれる。			
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「せいかつ集会」で利用者の意見を聞く等して嗜好調査を行っており、その結果を外部の委託業者に報告し、献立に反映させている。献立表は事前に保護者にも伝えており、事業所内にも掲示している。複数の調味料・香辛料を用意しており、美味しく楽しく食べられるよう工夫している。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
利用者の望む時間に喫食できるように配慮しており、食堂が混み合うことのないようにしている。食堂の設備や雰囲気については、パン作業の場所としても使うため大幅な変更ができないところもあるが、可能な範囲での改善を図ることが望まれる。			

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			
基本的に排泄介助を必要とする利用者がいないため、排泄介助マニュアルは用意していない。利用者が便失禁することが稀にあるが、その場合には適切に対応し、「連絡ノート」に内容を記録して保護者に連絡している。今後、排泄介助の必要となる利用者の受け入れがあることをも想定し、標準的な実施方法を文書化しておくことが望まれる。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	㉕ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎日清掃して清潔が保たれており、汚れた場合にはすぐに対応している。車椅子専用のトイレ、シャワー付き暖房便座を設置している。			
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	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、必要に応じて衣類の選択や購入についても相談に応じている。			
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	㉗ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者からの希望があった場合や、スタッフが汚れや破損に気付いた際には速やかに更衣するように対応している。必要に応じて利用者個人の衣類をストックしているが、事業所としても着替え用の衣類を用意している。			

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		
健康管理に関するマニュアルとして「医務マニュアル」が整備されており、利用者毎に「健康管理シート」を作成して健康管理を行っている。「健康管理シート」には内科健診・歯科検診の結果や、看護師が月に一度測定している体重・血圧を記入している。		
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		
利用者の病状の急変等に備え、協力医療機関を定めている。定期的に看護師が来所している。利用者は地域内にかかりつけの担当医がおり、適切な医療が受けられる環境となっている。		
Ⅲ-3-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	障 66	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者が使用している薬物の管理については、「医務マニュアル」の中に管理の方法が定められており、マニュアルに従って薬物の取り扱いをしている。利用者毎に作成している「健康管理シート」に薬物の内容や効果等について記載しており、服薬状況についても所定の様式に記録している。		
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 ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
「げんきまつり」「お楽しみ旅行」「わくわくホリデー」「クリスマス会」「新年会」等の行事を行っており、地域の祭りのパレードには希望する利用者が多数参加している。作業の休憩時には、利用者思い思いの内容で余暇を活用している。レクリエーションに関する利用者の要望に対しては、予算の関係から全ての要望が取り入れられてはいない。		

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
新聞・雑誌は個人でも持ち込みができるが、事業所で購入して閲覧できるようにしている。テレビは食堂に設置しており、休憩時間に自由に観賞できるようにしている。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
現状では喫煙者はいないが、喫煙者が出た場合には喫煙のルールが決められており、ルールに従って喫煙できる。飲酒については、事業所での提供はなく、該当しない。		