

愛知県福祉サービス第三者評価事業 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

②施設・事業所情報

名称： 友国作業所	種別： 生活介護、就労継続支援B型、就労移行支援	
代表者氏名： 小嶋隆正	定員（利用人数）： 49名（57名）	
所在地： 愛知県西尾市吉良町友国新田4-2		
TEL： 0563-35-1891		
ホームページ： http://tomokuni.jpn.org/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成 2年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 幡豆福祉会		
職員数	常勤職員： 15名	
専門職員	(管理者) 1名	(サービス管理責任者) 2名
	(生活支援員) 22名	(職業指導員) 5名
	(就労支援員) 2名	(看護師) 1名
施設・設備の概要	(居室数) 室	(設備等) 作業室、食堂、相談室
		会議室、事務室(兼相談室)
		休憩室

③理念・基本方針

★理念

「人としての生命への限りない畏敬と尊崇の念」

★基本方針

針「ひとりみんなのためにみんなはひとりのために」

経営方針

1. 私達職員の使命は、友国作業所を利用するひとりひとりに「満足」を提供すること。
2. ひとりひとりが満足されることは、私達職員の最大の喜びである。
3. 地域の障害者と障害者を支えるご家族は、友国作業所の大切な「利用者」であり、「利用者」から信頼され続けること。
4. ひとりひとりの「満足」は、自立支援を目的として提供した事実(福祉サービス)の瞬間の積み重ねである。
5. 職員は常に担当する業務への「目的意識」を持ち、その目的達成に最大限の努力をする。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・生活介護
外出支援を充実させ、社会経験を豊かにする。
個々に応じた環境設定や適したプログラムを提供できるよう、ニーズを大切にしている。
- ・就労継続B型
下請
安心して出勤できる環境を利用者と相談しながら整える。
食品加工
利用者個々の特性に配慮した治工具を用意する。
- ・就労移行
年間就職者数、3名以上。
就職6ヶ月後の定着率、80%以上。
定員に対する月平均利用率、70%以上。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年 6月12日（契約日）～ 令和 元年 5月15日（評価結果確定日） 【平成30年12月12日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	2回 (平成24年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆家族との協力関係の構築

利用者の生活の質を高めるために、家族との連携・協力は重要になってくる。一度は解散した保護者を再開させ、家族とのコミュニケーションに力を入れている。年に2回意見交換会を開催し、約半数の家族が参加している。また、半年ごとのモニタリング時の支援会議にも同席してもらい、本人に関わる家庭のニーズなどを把握する良い機会となっている。

◆利用者の個人目標

作業においては利用者ごとに、個別にゴール設定をすることで、できるだけ主体的に取り組めるようにしている。また、作業目標や達成度については、日々の記録を確認することで職員間で情報共有ができており、統一した支援を行っている。

◆手厚い就労支援、定着支援

内職作業の取引先への就職や、近隣の企業への就職を実現させ、近隣のジョブコーチ資格者による定着支援により、離職者も出ていない。また、自立支援協議会としての連携によって、更なる就職先の開拓を進めている。定着支援事業が始まったことにより、更なる充実した支援体制を整備する計画である。

◇改善を求められる点

◆第三者評価受審の有効活用を

平成24年に第三者評価を受審している。しかし、その評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていることが確認できなかった。また、受審後、職員全員での自己評価が一度も行われておらず、サービスの質の向上を目指した取り組みがなされているとは言い難い。第三者評価の受審を“目的”と位置づけず、質の向上を目指すための“手段”と捉えられたい。

◆組織的なリスク管理を

リスクマネジメント委員会などの組織的な取り組みがなく、職員個々の対応に任せられている。そのためヒヤリハットの報告件数が少なく、本来の目的である“傾向分析”や“予防的な処置”も取ることができない。ヒヤリハットなどの報告書が閲覧しやすい状況ではなく、関係職員に周知できていないことがある。ヒヤリハットの分析もできておらず、組織的なリスク管理が十分ではない。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

高い評価をいただいた項目がある一方で、厳しい評価もいただきました。いただいた評価を踏まえて、サービスの質の向上を図り、より良い事業所にしていきたいと考えております。職員一同、事業を見直す良い機会となりました。

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。

(別添)

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(64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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
法人のホームページに法人の基本理念が明記され、事業計画や施設方針、経営方針が記載されている。また、利用者や家族への理念や基本方針の周知はパンフレットに記載はあるが、知的障害がある利用者にとっても分かりやすくする配慮を持って、説明文書を作成することを期待したい。		

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 ㉒ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
管理者は厚生労働省、全国社会福祉法人経営協、全国セルフ協、日本知的障害者福祉協会等の資料を得て、事業所内に回覧している。職員会議や施設移転会議で、社会福祉事業全体の動向について議論をしている。また、管理者は自立支援協議会に委員として参加し、地域の福祉計画等について把握し、分析した資料を職員会議で配布し、職員にも周知を図っている。		
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
法人の施設長会議、会計担当者会議、労務担当者会議で経営状況や改善すべき課題について検討し、その内容を職員会議等で正規職員、嘱託職員に周知をしている。パート職員への周知については不十分である。		

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
法人として中期5か年計画(平成27年から平成32年)を策定している。経営課題や問題点の解決に向けた取り組みが記載され、見直しも実施されているが、年度毎、事業所毎にはなっておらず、友国作業所の計画として明確になっているとはいえない。また、職員に対して職員会議で周知を図っているが、パート職員は会議には参加しておらず、職員への周知が不十分な状態である。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
単年度の事業計画は事業内容が具体的に示され、数値目標や具体的な成果等を設定し、実施状況の評価を行える内容となっている。しかし、中・長期計画(中期5か年計画)との連動が見られず、中・長期計画を踏まえたものとはなっていない。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
部署ごとの意見聴取を行い、職員会議で意見集約をし、事業計画の策定に取り組んでいる。また、理事会で決定された事業計画を職員に職員会議で周知している。しかし、計画の実施状況の評価や見直しについては行われていない。事業計画策定、評価・見直しの手順を確立させることを望みたい。			
I-3-(2)-②	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	障 7	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
保護者会で、保護者に対して事業計画の主な内容を説明しており、保護者懇談会議事録に記載されている。しかし、利用者に対しては、分かりやすい資料を配布して、内容を説明しているとは言えない。保護者や利用者が、事業計画策定に参画できるような取り組みに期待したい。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの質の向上に関する取り組みが、PDCAサイクルに基づいた取り組みになっていることが確認できなかった。今回の第三者評価の受審に向けて、自己評価を正規職員全員で行ったが、非正規職員(パート職員)を含めた全職員でできておらず、組織的に行われるまでに至っていない。			
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 ・ b ・ ㉔
評価機関のコメント			
平成24年に第三者評価を受審している。しかし、その評価結果を分析し、組織として取り組み課題を明確にしていることは確認できなかった。また、受審後、職員全員での自己評価が一度も行われておらず、サービスの質の向上を目指した取り組みがなされているとは言えない。			

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 ㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>管理者は、職員会議で自らの事業所の経営・管理に関する方針と取り組みの文書「所長からのお願い」を配布している。また、自らの役割と責任についても表明し、職員に周知を図っている。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>管理者は、法人の「法令遵守規程」に基づく法令遵守責任者として、取引業者、行政関係者等との適切な関係を保持し、必要な研修等を受講している。また、職員に対しては遵守すべき法令等を、その都度職員会議で示している。しかし、管理者が職員に求めるコンプライアンス意識と、実際の職員のコンプライアンス意識とのギャップについては、測定・検証等を行っていない。</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 ㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について、その都度、評価・分析を行い、改善のための具体的な取り組みを明示している。事業所内の人材育成プロジェクトに参加する等、職員の意見を反映させるための取り組みを行っている。</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 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っており、職員会議では文書で課題と取り組みの方向性を明示している。しかし、自らが示した課題や事業運営の方向性が、職員と共有できているか否かの検証は行っていない。業務改善や有効性のある取り組みの実施に向け、事業所一丸の運営体制を構築されたい。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>事業計画に職員配置が記載されているが、必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方、また福祉人材の確保と育成に関する方針は、明確に記載されていない。効果的な人材確保については、ハローワークとコンサルタントを活用して人材確保の取り組みを開始している。福祉人材の確保は、福祉業界の多くが抱える共通の課題であり、抜本的な改善策が必要となる。</p>		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>法人としてキャリアパスの基準を定めて年2回の考課を行っているが、人事考課基準が設定されておらず、現在、見直しが進められている。また、役職任用基準等が法人内の介護事業を基準として作成されており、障害福祉サービスの実態に合わせる等の改善の余地がある。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>嘱託医へのメンタル相談や介護休暇、介護時間、身分変更等、働きやすい職場づくりを目指した取り組みを行っている。正規職員は年2回の人事考課の際に個別面談を行い、嘱託職員・パート職員は年1回の個別面談を行って相談等に応じている。職員の意向を定期的に把握する仕組みはあるが、職員の就業状況を定期的に把握する仕組みづくりを含め、働きやすい職場づくりという点では改善の余地を残す。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>現在、法人主導で人事評価制度の見直しを行っているが、現時点では個人目標を設定して職員の育成を図ろうとの「目標管理制度」の運用はない。例えば、正規職員であれば年に2回の個別面談の機会を活用し、個人目標設定・評価の場とする等、職員一人ひとりの育成に向けた目標管理の仕組み作りに期待したい。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>キャリアパスの構築はされているが、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」や職員に必要とされる専門技術・専門資格が明示されていない。事業計画の中に研修計画が盛り込まれているが、組織が必要とする職員の知識や技術や専門資格について、具体的な目標やそれとの整合性が確保された体系的な計画として欲しい。さらに、パート職員も含めた全ての職員についての教育・研修となるように計画されたい。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員の資格取得状況について個別に把握している。外部研修に関する情報を提供し参加を推奨している。また、外部研修に多くの職員が参加をすることが難しいため、事業所内で行えるオンライン研修を模索しており、より多くの職員が研修に参加できるよう工夫をしている。しかし、個別的なOJT、階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の体系的な教育・研修体制は構築されていない。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化してしており、マニュアルが整備されている。実習生の受け入れ実績がある学校とは協議の機会を設け、連携を図っている。しかし、実習生の指導を担当する職員の育成の一環としての制度運用はなく、効果的な実習生受け入れのための工夫について改善の余地がある。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人の理念についてはホームページに記載されており、WAMNETで現況報告書、計算書類を公開している。しかし、事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容についても公表できるよう改善を望みたい。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>事務、経理、取引等に関する規程を整備し、関係職員に周知している。また、税理士法人と契約を結び、定期的に訪問してもらい、相談や助言を得ている。しかし、事業所における事務、経理、取引等についての内部監査や外部の専門家による外部監査は確認できなかった。公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取り組みを期待したい。</p>			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>地域との関り方について、基本的な考え方を文書にしたものは確認できなかった。しかし、地域のイベントや地域の企業、店舗で、就労継続支援B型事業所で製造した食品を販売したり、ショッピングセンターでのダンスパフォーマンスの披露等、利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけは積極的に行われている。</p>			
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			
<p>ボランティアは民生委員、若桐会、ほかし(肥料)製造、書道講師、陶芸講師等、個人を含めて多くを受け入れている。福祉体験学習の受け入れ等、学校の福祉教育への協力も行っている。これら様々な種別のボランティアの受入れに対する基本姿勢を明文化されたい。</p>			
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			
<p>社会資源の情報提供は、利用者の必要性に合わせて個別に行っている。関係機関・団体との連携は、必要があれば、相談支援事業所と協力し、ケース会議を開催している。しかし、地域の社会資源を明示したリストや資料は作成されておらず、職員の共有化のためにもリスト化が待たれる。また、関係機関等との連携については、定期的な取り組みに発展させることが望ましい。</p>			
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			
<p>平成27年から、災害時の市の福祉避難所の指定をうけ、寝具や食料の備蓄を行っている。また、管理者が地区公共交通会議の委員として参画する等、まちづくりにも貢献している。しかし、事業所周辺には民家が少なく、地域との交流や連携にはハンデとなっている。事業所イベントへの地域住民の参加を促し、事業所への理解者を増やし、地域の障害者理解が進むよう望みたい。</p>			
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。	障 27	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>市の自立支援協議会の構成団体として関係機関・団体と協力し、福祉ニーズの把握に取り組んでいる。事業所として独自の取り組みができておらず、民生委員等との会議も開催していない。家族等へのヒアリングやアンケートの実施により、地域の福祉ニーズを事業所独自で把握する試みに期待したい。</p>			

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。	障 28	a ・ b ・ ㉔
評価機関のコメント			
理念について、法人の理念が事業所にも適用されるかどうかという点において職員間で共通認識がない。また、複数ある分場とのコミュニケーションが十分ではなく、施設全体としてサービスの基本姿勢についての共通理解がなされていない。			
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 ・ b ・ ㉔
評価機関のコメント			
対人関係を苦手とする利用者それぞれに、プライバシーを確保できるような一人で落ち着けるブースを用意している。一方、トイレ介助の環境においてはプライバシーへの配慮に工夫が求められる。権利擁護、虐待防止などは組織的な取り組みが活発ではなく、職員に対する研修や啓発が十分なされていない。			
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 ・ ㉕ ・ c
評価機関のコメント			
事業所の提供するサービスを紹介するパンフレットを用意し、見学や体験の受け入れ態勢はある。しかし、地域の過疎化や事業所の立地条件等の要因から問い合わせが少ない。ホームページの開設はあるものの、事業所からの積極的な情報提供は最低限に留まっている。			
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 ・ ㉕ ・ c
評価機関のコメント			
利用者に対するサービス提供の詳細を、利用者および家族が参加する支援会議において説明している。また、利用開始前に事業所本体の作業所及び分場を案内し、双方の作業を体験したうえで本人の適性にあった職場に配置している。しかし、説明については口頭のみ対応であり、分かりやすくしたり自己決定を促すような工夫が十分ではない。			
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	a ・ ㉕ ・ c
評価機関のコメント			
本人の状態の変化や家庭の事情などで、他法人の入所施設やグループホームへの移行などがある。いずれの場合も相談支援事業所と連携し、また、移行までにケア会議を繰り返すことで利用者の希望に沿えるように配慮するとともに、移行先に必要な情報を提供することもできた。しかし、引き継ぎ文書等は定めておらず、その都度の対応に留まっている。			
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	a ・ b ・ ㉔
評価機関のコメント			
満足度調査等のアンケートは実施しておらず、満足度を測ったり、それによる新たな課題を抽出することが難しい状況である。年に2回保護者懇談会を開催し、約半数の保護者が出席して意見交換をしている。その都度出された要望について対応してはいるものの、組織的にニーズを分析し、満足度向上につなげる仕組みとはなっていない。			

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		
苦情解決の体制はあるものの、苦情を言いやすい環境が整っておらず、実際苦情がでてきていない。また、マニュアルが整備されていないため、聞き取る側の体制が十分ではなく、機能しているとは言い難い。		
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		
個別の活動ブースを多く設置し、プライバシーに配慮された状態で相談できる環境が整っている。利用者はその都度声をかけやすい職員に相談をしている。しかし、相談受付についての文書等は作られておらず、仕組みとしては確立していない。現在の体制では、隠れたニーズを拾えていない可能性がある。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
利用者からの相談に対しては口頭で伝達し、情報共有しているが、記録には残していない。相談内容については適宜改善につなげているが、組織的な取り組みをするほど大きな相談が上がってこないのが現状である。利用者の満足度を上げるためにも、利用者の声を深く聞き取るための取り組みが求められる。		
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 ・ b ・ ㉔
評価機関のコメント		
リスクマネジメント委員会などの組織的な取り組みがなく、職員個々の対応に任せられている。そのためヒヤリハットの報告件数が少なく、本来の目的である“傾向分析”や“予防的な処置”も取ることができない。ヒヤリハットなどの報告書が閲覧しやすい状況ではなく、関係職員に周知できていないことがある。ヒヤリハットなどの分析もできておらず、組織的なリスク管理が十分ではない。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
感染症発生時の対策キットや対応マニュアルは整備されている。しかし、研修などが行われず、周知も十分ではないため、実際に事業所内で発生した時にマニュアル通り適切に対応できるか否かは定かではない。利用者個々の予防についての意識が高いためか、事業所内での感染症の発生はない。しかし、日々の予防策として消毒などもなされず、組織的な取り組みとしては不十分である。		
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		
防災計画や災害時の対応体制は整っている。また、定期的な避難訓練も実施している。立地条件から予測される土砂災害について、砂防ダム建設予定などの計画も把握している。一方、備蓄など具体的な対策は進んでおらず、福祉避難所としての地域との連携や、利用者の安否確認体制など、今後整備を進めていくことが課題となっている。		

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		
利用者個々の支援について「支援実施書」を整備しているため、標準的な実施方法が明確になっている。しかし、回覧などによる周知徹底が十分ではない。また、マニュアルについても整備されていなかったり、周知が十分ではない面があり、標準的な実施方法に基づくサービスがなされているとは言い難い。		

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			
「支援実施書」の見直しはモニタリングの時期に行われており、個別支援計画とも連動している。一方、その他の業務マニュアルについては見直しをする仕組みがない。標準的な実施方法の作成、見直しのルール化(いつ?誰が?どのような方法で?)が求められる。			
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支援計画を適切に策定している。	障 42	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントは始めたばかりで、今後個別支援計画につながる流れを作っていく必要がある。これまでは「支援実施書」がアセスメントの役割を担ってきたが、アセスメント導入によってニーズがより細かく反映された適切な個別支援計画となることを期待したい。また、関係職員によるサービス検討会の実施が求められる。			
Ⅲ-2-(2)-②	定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	障 43	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
定期的に実施しているモニタリングによって、個別支援計画の見直しは図られている。関係職員による協議は行われているものの、見直された計画の周知徹底が十分ではない。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
連絡事項等は回覧や会議の場など周知の機会はあるものの、個別支援計画に基づく日々の支援記録については十分共有されていない。また、記録の内容については職員間で個人差があり、個別支援計画を意識した内容となるような仕組みづくりや教育が必要である。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
個人情報保護について、規程類は整備されているものの、周知が十分ではなく、職員への教育の機会もない。ホームページや法人機関誌等への、利用者の写真や記事・記録の掲載については「重要事項説明書」にて明記し、同意を得ている。			

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果	
A-1-(1) 自己決定の尊重			
A①	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	障 46	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の希望に応じて作業を選べるようにするなど、自己決定の場を設けている。また、支援会議などで利用者の希望や意向を共有している。エンパワメントについての理解が十分ではなく、個別支援に活かすところまでには到っていない。			

A-1-(2) 権利侵害の防止等			
A② A-1-(2)-①	利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	障 47	a ・ b ・ ㉔
評価機関のコメント			
虐待防止に関する研修などがなく、職員間での権利擁護についての共通理解がなされていない。虐待の報告はないものの、発生した場合の対応について、職員の役割等が明確になっていない。身体拘束については個別支援計画に記載しているほか、口頭でも確認するようにしている。しかし、言葉による拘束(スピーチロック)に対する職員の意識は低い。			

A-2 生活支援

			第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本			
A③ A-2-(1)-①	利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	障 48	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
作業においては利用者ごとに、個別にゴール設定をすることで、できるだけ主体的に取り組めるようにしている。また、作業目標や達成度については、日々の記録を確認することで職員間で情報共有ができており、統一した支援を行っている。			
A④ A-2-(1)-②	利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	障 49	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
一日の予定などはホワイトボードを活用して分かりやすくしている。コミュニケーションの機会は多く取っているものの、言葉の理解が困難な利用者に対して絵カードなどの工夫が乏しく、意思確認が十分なされていない可能性がある。			
A⑤ A-2-(1)-③	利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	障 50	a ・ ㉓ ・ c
評価機関のコメント			
個別に相談しやすい環境が整っていることもあり、相談の機会は多くとれている。利用者本人だけでなく、家族の相談にも対応し、利用日数を増やしたいなどの希望に対応している。しかし、具体的な意思表示が難しい利用者に対して、選択肢を設けるなどの工夫や配慮が十分ではない。			
A⑥ A-2-(1)-④	個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	障 51	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
生活介護のサービスを使う利用者に対しては、ポッチャなどの運動や工作、お菓子作りなど、多様な活動を提供できている。また、利用者の希望や個別支援計画の内容も反映されている。定期的に外出も行っており、DVDを借りてきて映画鑑賞会を開くこともある。一方、B型事業は、利用者の仕事に対する意識が高いこともあるが、リフレッシュのための余暇活動が少ない。			
A⑦ A-2-(1)-⑤	利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	障 52	a ・ ㉕ ・ c
評価機関のコメント			
コロニーから発達障害の専門医を招いて研修を行ったり、青い鳥医療療育センターから専門医の巡回指導を受けている。困難事例の支援について、定期的に助言を受け、支援の向上につなげている。一方、多動で走り回る利用者に対しては安全に配慮した支援が難しいなど、課題もある。			
A-2-(2) 日常的な生活支援			
A⑧ A-2-(2)-①	個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	障 53	a ・ ㉖ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の障害特性に配慮して、食堂以外でも食事を摂れるようにしている。また、通所施設でありながら、入浴をしたがらない一人暮らしの利用者に対し、外部の施設を使用して入浴支援をするなど、利用者のニーズに対して柔軟に対応している。			

A-2-(3) 生活環境			
A ^⑨ A-2-(3)-①	利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	障 54	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>個人専用のブースを多く設け、集団生活を苦手とする利用者でも安心して過ごすことができている。しかし、建物が老朽化している中で手作りによって設けられたものもあり、耐震性など安全面では十分とは言い難い。設備の改善計画が明確にされておらず、今後安全性が損なわれる恐れもある。</p>			
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
A ^⑩ A-2-(4)-①	利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	障 55	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>青い鳥医療療育センターの専門医からマッサージのやり方など、助言をもらいながら実践している。しかし、一部の利用者に限られ、十分な機能訓練をしているとは言い難い。専門医の指導によって機能訓練を行っている利用者については、個別支援計画の中に訓練目標を設定して取り組んでいる。</p>			
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
A ^⑪ A-2-(5)-①	利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	障 56	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>毎日のバイタルは個人ファイルで管理している。利用者の様子が普段と違う場合は、看護師に連絡して指示を受けて対応している。必要に応じて家庭にも連絡するが、嫌がったり、暴れるなどして家族が通院に付き添えない場合は、職員が通院に付き添うこともある。利用者の体調の変化を最も早く察することができるのは、支援現場の職員である。早期発見のために、健康や医療に関する必要最低限の知識の習得を期待したい。</p>			
A ^⑫ A-2-(5)-②	医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	障 57	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>インスリン注射を必要とする利用者があるが、自己管理できている。また、服薬についても自己管理ができる利用者がほとんどで、見守りが中心となっている。しかし、不測の事態に対応できるように、必要な医療支援を研修等で学ぶ機会を作っていない。</p>			
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
A ^⑬ A-2-(6)-①	利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	障 58	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>外出時に公共交通機関を利用したり、食品の販売に参加するなど、社会参加の機会を多く持っている。また、誕生会では利用者の希望に沿って買い物を行っている。就労移行では金銭管理について学習する機会を作っているが、障害特性に応じた学習支援は十分ではない。</p>			
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
A ^⑭ A-2-(7)-①	利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	障 59	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>相談支援事業所と連携し、本人と家族のニーズを把握し、グループホームへの移行を進めた。現在一人暮らしをしているが、自立生活が困難になった利用者に対してもグループホームへの移行を検討するなど、ニーズに対応した取り組みがある。一方、家族の高齢化のために家庭での生活が難しくなるなど、家庭環境や家族の意向で他法人の入所施設に移行したケースもあり、家庭における地域生活維持のための支援にも力を注ぐ必要が出てきた。</p>			
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
A ^⑮ A-2-(8)-①	利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	障 60	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>一度は解散した保護者会を再開させ、家族とのコミュニケーションに力を入れている。年に2回意見交換会を開催し、約半数の家族が参加している。また、半年ごとのモニタリング時の支援会議にも同席してもらい、本人に関わる家族のニーズなどを把握する良い機会となっている。</p>			

A-3 発達支援

		第三者評価結果	
A-3-(1) 発達支援			
A ¹⁶ A-3-(1)-①	子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	障 61	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			

A-4 就労支援

		第三者評価結果	
A-4-(1) 就労支援			
A ¹⁷ A-4-(1)-①	利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	障 62	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>個別支援計画に基づいて一人ひとりの障害特性に合わせた就労支援を行っている。治具を活用したり、作業しやすい環境を整えるなどの配慮もされている。しかし、食品製造や内職作業に限られ、作業の幅は広くはない。農福連携を進める中で、今後の作業の多様化に期待したい。</p>			
A ¹⁸ A-4-(1)-②	利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	障 63	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>機械操作についてなど、利用者の適性を十分鑑みながら最低限の安全性には配慮しているものの、労働安全衛生についてはマニュアルもなく、十分な配慮とは言い難い。工賃向上計画に基づき、高い水準の工賃支払いができています。</p>			
A ¹⁹ A-4-(1)-③	職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	障 64	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>内職作業の取引先への就職や、近隣の企業への就職を実現させ、近隣のジョブコーチ資格者による定着支援により、離職者も出ていない。また、自立支援協議会としての連携によって、更なる就職先の開拓を進めている。定着支援事業が始まったことにより、更なる充実した支援体制を整備する計画である。</p>			