福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

社会福祉法人　県央福祉会
あゆみの家

平成３０年 ８月 ２日

株式会社フィールズ

かながわ福祉サービス第三者評価推進機構　認証第6号

福祉サービス第三者評価結果報告書

〒	251-0024
所在地	神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7
評価機関名	株式会社フィールズ
認証評価機関番号	認証第6号
電話番号	0466-29-2-9430
代表者氏名	関野　保

評価者氏名	評価者氏名		修了者番号等
	①	山口　圭子	神機構-316
	②	佐藤　章	神機構-911
	③	山田　秀樹	神機構-260
	④		
	⑤		
	⑥		
福祉サービス種別	就労継続支援B型		
評価事業所名称	あゆみの家		
評価事業所連絡先	〒	242-0028	
	所在地	神奈川県大和市桜森1-8-2	
	TEL	046-262-6880	
評価事業所代表者	山蔭　安子		

契約日	2018	年	3	月	2	日	
利用者調査実施日	2018	年	4	月			
利用者調査報告日	2018	年	5	月	9	日	
自己評価の調査開始日	2018	年	3	月	10	日	
自己評価報告日	2018	年	5	月	7	日	
訪問調査日	2018	年	6	月	7	日	
評価合議日	2018	年	8	月	2	日	

コメント (評価の工夫点、第三者性確保のための措置など)	利用者調査におけるアンケートの回収方法は、回答者から直接評価機関に郵送してもらう方法により回答者が意見を言いやすくした。 第三者性を確保するため、評価機関内に第三者を含めた評価委員会を設けて相談できる体制を整えた。

〔事業者の理念・方針、期待する職員像：就労継続支援Ｂ型〕　平成30年度

《事業所名：あゆみの家》

1	**理念・方針 （関連　カテゴリー1　リーダーシップと意思決定）**
	事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、 特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連　カテゴリー1　リーダーシップと意思決定）
	1）法人の理念・基本方針・指名・職員行動指針を順守し。誰からも認められる活動をします。 2）利用者の人権と権利擁護を優先します。 3）働く満足度と職員、利用者家族とのコミュニケーションつくりに邁進します。 4）利用者も職員もチャレンジ精神をもって頑張ります。 5）利用者の暮らしの充実と地域生活移行を推進します。
2	**期待する職員像 （関連　カテゴリー5　職員と組織の能力向上）**
	（1）職員に求めている人材像や役割
	コミュニケーションを大切にする人、謙虚な人、感動の心を持つ人、感謝の心を持つ人、常に心を磨く人。
	（2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感）
	明るい雰囲気作りと安心して、満足できる居場所としての提供は、バイタリティのある元気な職員が必要。

〔利用者調査：就労継続支援Ｂ型〕　　平成30年度

《事業所名：あゆみの家》

調査対象	調査対象は、利用者（本人）で、利用者総数は19名となりました。有効回答人数は14名となりました
調査方法	利用者調査の方法は、アンケート方式で実施致しました。アンケートは無記名で返信用封筒に入れて機関に送付いただき、回答者が特定されないように配慮しました。

利用者総数　19

	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査対象者数	19	0	19
共通評価項目による調査の有効回答者数	14	0	14
利用者総数に対する回答者割合（%）	73.7	0.0	73.7

利用者調査全体のコメント

利用者（家族）からの「総合的な感想」では、「大変満足」「満足」が94%です。無回答が6%でした。

特に、満足度の高い項目は「あなたが困ったとき、職員は助けてくれていると思いますか」や「あなたの身の回りにある設備は安心して使えますか」では、94%が「はい」と回答して毎日の保育サービスに満足しています。

一方で、「あなたにとって、（事業所名）の他の利用者との交流など、仲間との関わりは楽しいですか」では、「はい」は63%に止まり、31%が「どちらとも言えない」となっています。
また、自由記入では「作業所の皆や職員の方には何かと迷惑をかけるかと思いますが、週４日通所にご了解ご協力をよろしくお願いいたします。」と言った感謝の意見がありました。

利用者調査結果

実数の合計が有効回答者数と一致しない共通評価項目があります

共通評価項目	実数			
コメント	はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当
1. 利用者は困ったときに支援を受けているか	15	1	0	0
回答割合は、「はい」が94%、「どちらともいえない」が6%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が0%という結果となっています。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	15	1	0	0
回答割合は、「はい」が94%、「どちらともいえない」が6%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が0%という結果となっています。				

3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか	10	5	0	1
回答割合は、「はい」が63%、「どちらともいえない」が31%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が6%という結果となっています。				
16.【就労継続支援B型】 事業所での活動が働くうえでの知識の習得や能力の向上に役立っているか	12	3	0	1
回答割合は、「はい」が75%、「どちらともいえない」が19%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が6%という結果となっています。				
17.【就労継続支援B型】 工賃等の支払いのしくみは、わかりやすく説明されているか	13	2	0	1
回答割合は、「はい」が81%、「どちらともいえない」が13%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が6%という結果となっています。				
18. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	13	1	0	2
回答割合は、「はい」が81%、「どちらともいえない」が6%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が13%という結果となっています。				
19. 職員の接遇・態度は適切か	14	0	0	2
回答割合は、「はい」が88%、「どちらともいえない」が0%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が12%という結果となっています。				
20. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	14	0	0	2
回答割合は、「はい」が88%、「どちらともいえない」が0%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が12%という結果となっています。				
21. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	14	0	0	2
回答割合は、「はい」が88%、「どちらともいえない」が0%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が12%という結果となっています。				

22. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	13	1	0	2
回答割合は、「はい」が81%、「どちらともいえない」が6%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が13%という結果となっています。				
23. 利用者のプライバシーは守られているか	14	0	0	2
回答割合は、「はい」が88%、「どちらともいえない」が0%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が12%という結果となっています。				
24. 個別の計画作成時に、利用者の状況や要望を聞かれているか	13	0	1	2
回答割合は、「はい」が81%、「どちらともいえない」が0%、「いいえ」が6%、「無回答・非該当」が13%という結果となっています。				
25. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	12	1	0	3
回答割合は、「はい」が75%、「どちらともいえない」が6%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が19%という結果となっています。				
26. 利用者の不満や要望は対応されているか	13	1	0	2
回答割合は、「はい」が81%、「どちらともいえない」が6%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が13%という結果となっています。				
27. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか	13	1	1	1
回答割合は、「はい」が81%、「どちらともいえない」が6%、「いいえ」が6%、「無回答・非該当」が7%という結果となっています。				

Ⅰ 組織マネジメント項目（カテゴリー1～5、7）

No.	共通評価項目
1	カテゴリー1
	リーダーシップと意思決定
	サブカテゴリー1（1-1）
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている　サブカテゴリー毎の標準項目実施状況　7／7

評価項目1
事業所が目指していること（理念・ビジョン、基本方針など）を周知している　評点（〇〇）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 事業所が目指していること（理念・ビジョン、基本方針など）について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 事業所が目指していること（理念・ビジョン、基本方針など）について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている	○ 非該当

評価項目2
経営層（運営管理者含む）は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている　評点（〇〇）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 経営層は、事業所が目指していること（理念・ビジョン、基本方針など）の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 経営層は、事業所が目指していること（理念・ビジョン、基本方針など）の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している	○ 非該当

評価項目3
重要な案件について、経営層（運営管理者含む）は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している　評点（〇〇〇）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている	○ 非該当

カテゴリー1の講評　#REF!

理念・ビジョン・基本方針は玄関に明示し、月１回会議で説明しています

法人理念・基本方針などは玄関や事務所入り口に明示し、職員と利用者及びその家族の目に入るようにしています。理念・ビジョン・基本方針は月１回開催される職員会議で職員に説明し、職員への徹底をはかっています。また毎年の事業計画書においても方針の欄に法人の３つのミッションを掲げ、理解とその実践を図っています。

法人が職員行動指針を作成し、毎朝の打ち合わせで実践を促しています

毎月１回法人で所長会議があり、重要な報告や案件が所長に伝達されます。所長はそれらを事業所の毎月１回の職員会議あるいは毎朝の打ち合わせで職員に伝達し、周知徹底を行っています。また、毎日の利用者会議で利用者には必要に応じて、その内容を伝えています。

法人が職員行動指針を作成し、毎朝の打ち合わせで実践を促しています

所長は毎朝の打ち合わせでで行うべきことの確認をし、事業所運営をリードしています。

2	カテゴリー2
	事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行
	サブカテゴリー1（2-1）
	事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している　サブカテゴリー毎の標準項目実施状況　6／6

評価項目1
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している

評点（〇〇〇〇〇〇）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	4. 福祉事業全体の動向（行政や業界などの動き）について情報を収集し、課題やニーズを把握している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している	○ 非該当

サブカテゴリー2（2-2）

実践的な計画策定に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況　5／5

評価項目1
事業所が目指していること（理念・ビジョン、基本方針など）の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している

評点（〇〇〇）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 課題をふまえ、事業所が目指していること（理念・ビジョン、基本方針など）の実現に向けた中・長期計画を策定している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている	○ 非該当

評価項目2
着実な計画の実行に取り組んでいる

評点（〇〇）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 事業所が目指していること（理念・ビジョン、基本方針など）の実現に向けた、計画の推進方法（体制、職員の役割や活動内容など）、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し（半期・月単位など）、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	○ 非該当

カテゴリー2の講評

利用者・職員の意向把握をアンケート、面談などで行っています

毎年3月利用者へア調査を行って利用者の意向把握をはかっています。また、職員に対しても事業所の運営に関して業務日誌への記入や毎朝打ち合わせで意向把握を行っています。職員の意向は面談が必要な場合は面談で行っています。毎年1回バス旅行を行っていますが、その行先なども利用者に意向を聞いています。

中・長期計画策定し、単年度計画で実施をはかっています

法人は多くの施設運営を行っており、中・長期計画策定のもと、事業展開をはかっています。事業所ベースでは単年度の事業計画を作成し、実施を行っています。収支や予算を作成し、法人に報告、調整の上決定され、毎月、その実施状況のチェックが行われています。単年度計画には法制改定による工賃変更なども反映して作成しています。

事業所経営状況は月単位で把握、報告を行っています

事業所の収支、職員などの経営状況は、月単位で所長が把握・確認し、法人へ定期報告を行っています。それらを通じて、所長は当事業課題を把握し、対応策の検討を行っています。法人の課題について、当事業所への実施要請もあり、検討を行っています。利用者の作業関係については毎朝、利用者と会議を行って把握し、変更可能なことはすぐ実施しています。

	カテゴリー3
3	経営における社会的責任

サブカテゴリー1（3-1）

社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 **2／2**

評価項目1

社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる

評点（〇〇）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理（個人の尊厳を含む）などを周知し、理解が深まるように取り組んでいる	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理（個人の尊厳を含む）などが遵守されるように取り組み、定期的に確認している。	○ 非該当

サブカテゴリー2（3-2）

利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 **4／4**

評価項目1

利用者の意向（意見・要望・苦情）を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている

評点（〇〇）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 利用者の意向（意見・要望・苦情）に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある	○ 非該当

評価項目2

虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている

評点（〇〇）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○ 非該当

サブカテゴリー3（3-3）

地域の福祉に役立つ取り組みを行っている

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 **5／5**

評価項目1

透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる

評点（〇〇）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 透明性を高めるために、事業所の活動内容を開示するなど開かれた組織となるよう取り組んでいる	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. ボランティア、実習生及び見学・体験する小・中学生などの受け入れ体制を整備している	○ 非該当

評価項目2

地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている

評点（〇〇〇）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク（事業者連絡会、施設長会など）に参画している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる	○ 非該当

カテゴリー3の講評

利用者苦情の収集と解決は口頭で実施しています。

利用者苦情の受付は苦情解決制度、苦情受付箱など公式な環境は整備しています。しかし、実際は苦情受付箱への投函はない状態です。利用者の特性に合わせて、当事業所では毎年1回の利用者アンケート調査を実施して、苦情や意向を把握するほか、日常的に口頭で利用者から苦情を受け付けています。それらは打ち合わせ記録に記入し、出来ることはすぐ行っています。

虐待防止のため、年2回利用者とのヒヤリングを行っています

利用者同士の虐待については、年2回のヒヤリングの際に虐待にあたる行為が他人からあったか、自分からおこなったか、などヒヤリングを行って防止に役立てています。職員による虐待については、虐待にあたる行為の内容を職員への徹底を職員会議などで行っています。また、新入の職員が入った場合は、虐待につい研修し、言葉遣いに気をつけるよう口酸っぱくなるほど注意しています。

地域との関係を重視し、コミュニケーションを積極的にとっています

事業所の入口の広場にはテーブルとイスを置き、犬の散歩などで通りがかりの人が休憩できるようにし、自動販売機も設置しています。事業所の田楽味噌を知っている近所の人は買いに来てくれます。自治会の祭りやバーベキュー大会は日曜日開催なので、利用者は参加できませんが、田楽味噌の出店を出しています。近隣のショッピングモールの障がい者イベントにも田楽味噌で参加しています。このように地域との関係づくりに注力しています。

4 カテゴリー4

リスクマネジメント

サブカテゴリー1（4-1）

リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 1／5

評価項目1
事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる

評点（○●●●●）

評価	標準項目	
○ あり ◉ なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク（事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など）を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	○ 非該当
○ あり ◉ なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	○ 非該当
○ あり ◉ なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画（BCP）を策定している	○ 非該当
○ あり ◉ なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	○ 非該当
◉ あり ○ なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	○ 非該当

サブカテゴリー2（4-2）

事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 3／4

評価項目1
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている

評点（○○○●）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員（実習生やボランティアを含む）が理解し遵守するための取り組みを行っている	○ 非該当
○ あり ◉ なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・管理している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	○ 非該当

カテゴリー4の講評

リスクマネジメントが体系的な観点からは、取り組まれていません。

従来からも感染症、自然災害、侵入などの犯罪などについて、個々に対策立案、実施が行われていましたが、それらリスクの優先順位付けやリスクに遭遇した時の事業継続計画（BCP＝Business Continuity Planninngの略）の策定なども行うリスクマネジメントについて理解を深め、法人ベースでの実施が期待されます。

インフルエンザ等の感染症に対して、その防止対策を実施しています。

通所事業所の特性を考え、インフルエンザ、ノロウイルスなど感染症の防止に注意を払っています。通所時での次亜塩素酸による消毒やマスク着用、トイレのふた閉めなどを励行しています。マニュアルは県の感染症マニュアルを活用し、職員会議でポイントの説明を行っています。

事務所の情報管理は法人研修で習得していますが、事務室の書類整理が必要です

情報の収集・利用・保管・管理・廃棄などについては法人で冊子にまとめて配布し、職員研修にて習得させています。情報漏えいについても法人研修などでその方法を習得し、事業所で実施しています。事務所の書類はファイルでまとめられていますが、ファイル自体がふるくなって破損している場合もありますので、新しいファイルにテーマ毎に移し替え、整然とした書類棚にされることが期待されます。

5 カテゴリー5

職員と組織の能力向上

サブカテゴリー1（5-1）

事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 12／12

評価項目1
事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている

評点（〇〇）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる	○ 非該当

評価項目2
事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している

評点（〇〇）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望（キャリアパス）が職員に分かりやすく周知されている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望（キャリアパス）と連動した事業所の人材育成計画を策定している	○ 非該当

評価項目3
事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる

評点（〇〇〇〇）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成（研修）計画を策定している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成（研修）計画へ反映している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている	○ 非該当

評価項目4
職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる

評点（○○○○）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇（賃金、昇進・昇格等）・称賛などを連動させている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 就業状況（勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど）を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる	○ 非該当
◉ あり ○ なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている	○ 非該当

サブカテゴリー2（5-2）

組織力の向上に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 3／3

評価項目1
組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる

評点（○○○）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる	○ 非該当

カテゴリー5の講評

職員の意向を定期的に把握し、育成を行っています

法人では毎年職員の意向調査を行い、調査の後、育成のためなどで随時個人面接を行っています。職員の資格取得を奨励しており、社会福祉士等、資格取得のための助成制度（貸付制度）を設けています。キャリアパスの基づいた職員の配員を行っています。

実際の施設運営に役立つ研修を実施しています

法人保有施設（100施設以上あります）うを回遊するバスツアーを年２～３回法人が実施しています。当事業所では所長他が参加し、他施設を見学することで、現施設の改善点が発見できることがあり、大変役立っています。法人では自閉症の連続研修など精神障がい関係の研修を計画的に行って、職員育成にとりくんでいます。また、職員のメンタルチェックも実施しています。

職員の朝の打ち合わせと職員会議で職員の横のつながりを大切にしています

利用者が20名以下の小規模事業所であるという特性と、利用者が精神障がいを持っているという特性に基づいた施設運営を行っています。職員間の連携と協力が不可欠なため、毎朝、打ち合わせを行い、職員会議を週１回開催し、常勤、非常勤の別なく職員の横のつながりを大切にしています。

7	カテゴリー7
	事業所の重要課題に対する組織的な活動
	サブカテゴリー1（7-1）
	事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている
	評価項目1 事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている（その1）
	前年度の重要課題に対する組織的な活動（評価機関によるまとめ）
	開設初年度にあたり、通所利用者を定員限度20名を確保することを目標としています。その目標に対しては本年度3月末で19名の利用者を確保できました。自立して通所できる利用者は医療機関あるいは既存のグループホームや他福祉施設にいる場合が多く、例えば総合病院精神科作業療法センターを退院した人を病院の相談員の方が紹介する、などでこの1年間でほぼ目標を達成することができています。

目標の設定と取り組み	◉ 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った ○ 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった ○ 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	◉ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った ○ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった（目標設定を行っていなかった場合も含む） ○ 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	◉ 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた ○ 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない ○ 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目１で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

開所1年目ということで、利用者の受け入れのための軽作業依頼先の開拓・確保、作業環境の整備、職員の配置・研修など所長はじめ法人、エリアマネジャーの多大の努力が行われています。当事業所では、単なる軽作業の受託製造ばかりでなく、自主企画製品も開発し、市場へ提供を始めたほか、地域との関係・連携にも意を払った事業所運営を行っています。

評価項目2
事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている（その2）

前年度の重要課題に対する組織的な活動（評価機関によるまとめ）

工賃は、平成28年度3800円から1000円アップの４８００円の目標を平成29年度は立て、達成しています。

目標の設定と取り組み	◉ 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った ○ 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった ○ 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	◉ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った ○ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった（目標設定を行っていなかった場合も含む） ○ 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	◉ 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた ○ 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない ○ 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目２で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

工賃アップのため、職員と利用者が連携して作業努力を行いました。利用者のスキルアップのため、職員が作業指導をマンツーマンで実施し、本人がやり方を理解するまで支援しました。その結果作業効率が上昇し、工賃のアップに寄与しました。当事業所では受託生産の他に工賃アップのために「田楽味噌」を自主生産始めました。その製品を自治会や市のイベントに出品し、収入をあげています。次期には工賃を5000円にすることを目標にし、現在受託先増大、自主製品の販売先拡大などの努力を行っています。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目（カテゴリー6-1～3、6-5～6）

No.	共通評価項目

1 サブカテゴリー1

サービス情報の提供

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4／4

評価項目1
利用希望者等に対してサービスの情報を提供している

評点（○○○○）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものにしている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	○ 非該当

サブカテゴリー1の講評

三つ折りカラーのパンフレットを作成しています

三つ折りカラーのパンフレットには、家の概要・s業内容・定員・契約までの流れの他、一日のスケジュール、法人の理念、あゆみの家の平面図、地図、住所、開所日・時間、閉所日など利用者などが知りたい情報が記載されています。また外観写真と当所が販売している「田楽味噌」の写真が表紙に掲載されている他、室内のカラー写真4葉とロッカーの写真が1葉あり、わかりやすい内容にまとめられています。、

パンフレットは地域の行政機関に置いています

パンフレットは地域の自立支援センターに常備し、一般人がいつでも入手できる状態にしています。また事業所でも希望する人がいる場合は配っています。

医療機関などからの問い合わせにも対応しています

利用希望者やその家族の方からの問い合わせや見学には所長が対応し、丁寧に説明を行っています。また、入所者の大半は医療機関から入所しており、医療機関からの問い合わせにも対応しています。法人では数多くの施設を運営しているので希望があれば見学や説明会を開催しています。

2 サブカテゴリー2

サービスの開始・終了時の対応

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7／7

評価項目1
サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている

評点（○○○）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○ 非該当

評価項目2
サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている

評点（〇〇〇〇）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	○ 非該当

サブカテゴリー2の講評

重要事項説明書、契約書などサービス開始時に丁寧に説明し、同意を得ています

サービスの提供に必要な書類、契約書、重要事項説明書については内容を逐次口頭で詳しく当人や家族に説明し、同意の上、署名。印鑑捺印を得ています。その他当事業所の運営規定も説明しています。

サービス開始時には、個人別の支援計画を作成しています

サービスの開始時には、利用者の気持ちや状態を出来るだけ早く把握して、記録しています。一人ひとり個別の支援計画を入所時の状態のアセスメントにもとづいて作成しています。当施設利用前の生活を医療機関などの情報で把握して支援を行っていますが、消極的な利用者もいるため、どう対応していくのがいいのか課題もあります。日々の利用者の様子は業務日誌に記録しています。何か相談事がある場合は、相談室に来ていただいて個別に相談に乗り、支援を行っています。

家族引っ越しによる退所以外でのサービス終了はない状態です。

家族引っ越しにより、利用者が退所した場合がありますが、その他で退所は今のところございません。他所への転出などのサービス終了の場合は、他所での支援の継続性に配慮し、情報提供などを行っています。

サブカテゴリー3

3 個別状況に応じた計画策定・記録

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 10／10

評価項目1
定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している

評点（〇〇〇）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	○ 非該当

評価項目2
利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の支援計画を作成している

評点（〇〇〇）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○ 非該当

評価項目3
利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している

評点（〇〇）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	○ 非該当

評価項目4
利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している

評点（〇〇）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	○ 非該当

サブカテゴリー3の講評

利用者の状態はチェックリスト記入で把握しています

利用者の日常生活（規則正しい生活リズムがある、他9項目）、対人関係（あいさつができる、他7項目）、行動・態度（作業意欲がある、他14項目）の3つの状態についてのチャックリスト記入によって利用者の状態を定期的に把握し、年2回アセスメントを行っています。

個別支援計画を利用者の意向などを盛り込んで作成しています

個別支援計画に、就労に対する本人の意向を聞いて記入しています。計画にはアセスメントに基づいて長期、短期の目標を定め、就労支援と生活支援について具体的支援目標を設定し、実施状況の評価時期を定めています。年1回見直しを行います。見直しはそれぞれの支援目標について達成度を記入し、達成されない原因の分析・理由を探り、次年度支援目標の設定につなげています。

個別支援計画と業務日誌などは職員が内容を共有し、活用を行っています

個別支援計画、業務日誌はすべての職員が閲覧でき、情報共有を行っています。また、朝の打ち合わせや職員会議でも利用者の状態変化について報告や引き継ぎを行っています。

サブカテゴリー5

5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5／5

評価項目1
利用者のプライバシー保護を徹底している

評点（〇〇〇）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 利用者に関する情報（事項）を外部とやりとりする必要が生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○ 非該当

評価項目2
サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している

評点（〇〇）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している（利用者が「ノー」と言える機会を設けている）	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	○ 非該当

サブカテゴリー5の講評

利用契約時に個人情報使用同意書の同意を得ています

関係機関や医療機関などとの情報のやり取りが生じた場合の同意は、利用契約時に個人情報使用同意書で得ています。写真を広報などに掲載する際は、その都度同意を得るか、写真にモザイクして個人が特定できないような配慮をしています。健康診断結果や受給者書など、個人あての書類は開封しないでそのまま本人に渡しています。

個人の所有物は更衣室の中にある鍵付きのロッカーに保管しています

男性と女性に分かれた更衣室があり、作業着の着替えなどを行い、更衣室に入る時はノックをするなどの配慮をしています。個人の持ち物は鍵付きのロッカーに入れ、鍵は利用者本人が管理しています。利用者に関する書類は事務所の鍵のかかる書棚に保管しています。利用者の個人情報に関する内容の話は，皆の前でしないようにプライバシーに配慮しています。

利用者の意思を尊重し、利用者が意思を正しく伝えられるような働きかけをしています

利用者が意思を伝えやすいように一対一で面談室で話を聞くようにしています。計画相談などの意向も個別に聞いています。利用者の趣味、宗教、成年後見人などの生活習慣にも配慮して支援を行っています。精神障がい者である利用者は、全員意思は伝えられますが、遠慮しないで自分の意思を正しく伝えられるような環境づくりに努めています。法人では倫理行動マニュアルを作成し、利用者支援の基準にするよう職員に周知しています。

サブカテゴリー6

6 事業所業務の標準化

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5／5

評価項目1
手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている

評点（〇〇〇）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうかを定期的に点検・見直しをしている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	○ 非該当

評価項目2
サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている

評点（〇〇）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○ 非該当

	サブカテゴリー6の講評
	入職時には、職員に業務マニュアルを冊子で配布し説明しています 職員の入職時には、業務マニュアルを配布し説明していますが、直ぐに理解するのは難しいようなので、質問に答えられる体制になっています。非常勤の職員には契約時に非常勤の業務内容についてのマニュアルを渡しています。法人が作成した、倫理行動マニュアルが記載されている職員ハンドブックを入職時に配布しています。日々の職員の打ち合わせで、マニュアルの内容を説明し、作業の手順書は作業毎に受注先の会社が作成した写真入りのものを使用し、職員が利用者に説明しています。 利用者の意見を取り入れた休憩時間を設定しています 作業の合間の休憩時間は利用者の意見を取り入れて、午前は10時25分～10時50分、午後は13時50分～14時15分迄に決めています。今までの休憩時間は15分だったのが、25分になり、長くなっています。業務マニュアルは法人で作成していますので、法人のマニュアル委員会が定期的に見直しを行っています。夏休みには、2～3回行動指針マニュアルや接遇マニュアルなどのDVDを、職員や利用者で見て理解を深めています。

Ⅲ サービスの実施項目（カテゴリー6-4）

	サブカテゴリー4		
	サービスの実施項目	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	21／22

1 評価項目1
個別の支援計画等に基づいて、利用者の望む自立した生活を送れるよう支援を行っている

評点（○○○○）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 利用者一人ひとりに合わせて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 自立した生活を送るために、利用者一人ひとりが必要とする情報を、提供している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	4. 周囲の人との関係づくりについての支援を行っている	○ 非該当

評価項目1の講評

個別支援計画について職員会議で話し合い、職員間で支援方針を共有しています

個別支援計画はサービス管理責任者が作成し、日常生活や対人関係、行動や態度などをアセスメントし、具体的な就労支援や生活支援内容を把握し記載しています。事前に一人ひとりに面談をし、本人の要望を聞き安心して利用できる支援計画を作成しています。職員会議で、個別支援計画の内容について話し合いを行い、職員間で内容を共有し支援に活かしています。個別支援計画の内容は、本人や家族に同意を得て事務室にファイルしてあり、職員はいつでも内容を確認できるようになっています。

利用者の一人ひとりの思いや状態を理解し、コミュニケーションの図っています

対象が精神障がいの利用者なので、一人ひとりの状態を把握し利用者に合わせた話し方をしています。例えば、テンションが高めな方が良い利用者、大きな声を嫌う利用者、明るい感じの方が心を開く利用者などを理解し、一人ひとりに合わせたコミュニケーションをとっています。また利用者のバイオリズムもあり、顔の表情なども観察しながら、休憩をとったり無理をしないような対応をしています。職員は、はじめの１年間は利用者との信頼関係を築くことを大切にし、信頼関係が築けたところで伝えたいことや指示などをするように努めています。

利用者からの相談等があった場合は、必要な情報を知らせています

利用者から銀行や税金関係、NHKの受診料などには、相談に応じ、必要な情報提供をしています。生活保護受給利用者の借家の更新などは、情報提供の他に関係者への連絡をするなど、利用者が安心して自立した生活が出来るよう支援しています。障害者関係の講演会、就労関係、市の広報などの情報は棚に置いて置き、利用者がいつでも見られるようになっています。

2 評価項目2
利用者が主体性を持って、充実した時間を過ごせる場になるような取り組みを行っている

評点（○○○●）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 利用者一人ひとりの意向をもとに、その人らしさが発揮できる場を用意している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 事業所内のきまりごとについては、利用者等の意向を反映させて作成・見直しをしている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 室内は、採光、換気、清潔性等に配慮して、過ごしやすい環境となるようにしている	○ 非該当
○ あり ◉ なし	4.【食事の提供を行っている事業所のみ】 利用者の希望を反映し、食事時間が楽しいひとときになるよう工夫している	○ 非該当

評価項目2の講評

利用者会議を毎朝開催し、利用者が主体的に意見を述べています

毎朝9時30分から利用者主体の利用者会議を開いています。利用者全員と職員が参加し、最初のきっかけは職員が行いますが、後は利用者が自由に意見を出し合い話し合いを行っています。特にテーマは決めず、「何かないですか？」と職員が問いかけ、利用者からの希望や意見を聞いています。食事会の意見や旅行の意見なども、職員会議で出た意見を取り入れて計画しています。休憩時間は利用者から出た意見を反映して、150分だった時間を25分に変更しています。

毎日利用者と一緒に掃除をし、利用者が帰宅後職員が消毒を励行しています

毎日作業終了後3時15分位から利用者と職員で掃除を行っています。利用者は箒で掃き掃除、テーブル拭きなどを行い、職員は掃除機掛けをししています。利用者が帰った後で、職員が次亜塩素酸消毒液でドアノブやトイレなどの水回りを拭き、アルコール除菌スプレーでも消毒し清潔な環境を保っています。定期的換気の他換気扇による換気を行っています、施設内では、ノロウイルスやインフルエンザなどの感染症は発生していません。

昼食は、同法人の他事業所から毎日届きます

昼食は朝注文すると同法人の他施設から調理済みが届きます。そのためメニューなどに利用者の希望を反映することは出来ません。1ヶ月分のメニューの中で、利用者は毎日メニューを見て、注文するかどうか決めています。また3ヶ月毎に土曜日に外食をする機会があります。外食については、利用者会議などで利用者の希望を聞き、出来るだけ行きたいところに出掛けています。昼食は利用者と職員は一緒に食事をします。食事中の誤嚥などがないかを職員が気配りをしています。

3 評価項目3

利用者が健康を維持できるよう支援を行っている

評点（○○○○）・非該当1

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 利用者の健康状態に注意するとともに、利用者の相談に応じている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 健康状態についての情報を、必要に応じて家族や医療機関等から得ている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 通院、服薬、バランスの良い食事の摂取等についての助言や支援を行っている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	4. 利用者の体調変化（発作等の急変を含む）に速やかに対応できる体制を整えている	○ 非該当
○ あり ○ なし	5.【利用者の薬を預ることのある事業所のみ】 服薬の誤りがないようチェック体制を整えている	◉ 非該当

評価項目3の講評

大和市の保健師が来所し、健康に関する話と相談をしています

大和市の保健師が3～4ヶ月に1回來所し、感染症や風邪、腰痛予防など健康に関する話をしてくれます。利用者の健康に関する相談にも乗ってもらっています。施設には看護師はいませんが、昼休みなどには、管理者が体重コントロールなどの相談を受けています。糖尿病の利用者もいますので、通院状況の確認などをしています。

定期健康診断を実施し、結果を利用者に渡しています

毎年定期健康診断を大和市保健福祉センターで受けています。血液検査、血圧、胸部レントゲン、心電図などを受けています。診結果は個人別に届きますので、利用者本人に渡し、再検査は本人に受診してもらっています。協力医療機関の「大和さくらクリニック」の医師が、定期的に利用者の相談に来所し状態を把握しています。利用者の病状などで病院の医療相談員から連絡があった場合は、ケース会議に管理者が参加し、医療機関と連携を図っています。

緊急時は協力医療機関と連絡が取れる体制が築かれています

緊急時に連絡が取れるように家族などの緊急時連絡が整備してあり、いつでも連絡できる体制になっています。緊急時に協力医療機関の大和さくらクリニックに連絡を取り、指示を仰いだり、状態により往診をしてもらうこともあります。看護師が勤務していないので、事業所が薬の預かりは行っていません。薬を服用している利用者はいますが自己管理しています。薬を自宅に忘れた時などは、取りに行くなどの支援は行っています。

4 評価項目4
利用者の意向を尊重しつつ、個別状況に応じて家族等と協力して利用者の支援を行っている

評点（○○○）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 家族等との協力については、利用者本人の意向を尊重した対応をしている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 必要に応じて、利用者の日常の様子や施設の現況等を、家族等に知らせている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 必要に応じて家族等から利用者・家族についての情報を得て、利用者への支援に活かしている	○ 非該当

評価項目4の講評

利用者の様子がいつもと違うときは家族に電話連絡しています

精神障がいの利用者で、幻聴などの症状がみられるなどいつもと様子が変わっている時は家族に電話連絡し、家庭での様子などを聞いています。家族の状態に変化がある時などは、事業所での利用者の状態もいつもと違うことがあります。大和市民祭りなど大きなイベントがある場合は、本人だけでなく家族にも連絡し、参加するか聞いています。来所が出来ていない利用者には、家族に電話連絡し家での過ごし方などを聞いて状況を把握しています。

家族に就労継続支援B型事業所について理解してもらうように努めています

開所当初は家族会が運営して地域作業所として、カラオケやビデオ鑑賞、菓子作りなどを主に行っていました。現在の作業をしている事業所に理解を得られない家族からの問い合わせもあります。その都度就労継続支援B型事業所の説明をし、理解が得られるように努めています。家族会が運営していた時のように理解や協力が得られなくなっています。

5 評価項目5
利用者が地域社会の一員として生活するための支援を行っている

評点（○○）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 利用者が地域の情報を得られるよう支援を行っている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 利用者が地域の資源を利用し、多様な社会参加ができるよう支援を行っている	○ 非該当

評価項目5の講評

自治会に加入し。回覧板で地域の情報を得て、利用者に知らせています

自治会に加入しているので、回覧板で地域の情報が得られます。地域のお祭りやイベント、グリーン活動などの情報は朝の利用者会議で利用者に知らせています。大和市民まつりは毎年参加し、自主製品の田楽みそを付けたこんにゃくや田楽みその販売を利用者も一緒に行っています。受注品の納品にも、利用者が交替で一緒に行き、地域に出掛ける機会を作っています。

毎月公園のゴミ袋拾いを実施し、地域貢献を行っています

大和市の依頼で、毎月地域の公園で、利用者がゴミ拾いを実施し、集めたごみをお願い致します。大和市ボランティア用ごみ袋にいれ、所定の場所に出しています。事業所の玄関を出た所に椅子とテーブルが置いてあるので、近隣の人達の犬の散歩の休憩場所になっています。利用者や職員は挨拶をしたり、近隣住民との交流の場所になっています。

12 評価項目12
【就労継続支援B型】就労の機会の提供や、知識の習得及び能力向上のための支援を行っている

評点（〇〇〇〇〇）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 自発的に働きたいと思えるような取り組みを行っている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 働くうえで、利用者一人ひとりが十分に力を発揮できるよう支援を行っている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 工賃等のしくみについて、利用者に公表し、わかりやすく説明している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	4. 受注先の開拓等を行い、安定した作業の機会を確保できるよう工夫している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	5. 商品開発、販路拡大、設備投資等、工賃アップの取り組みを行っている	○ 非該当

評価項目12の講評

利用者の得意なことを把握し、役割・分担を決めています

作業内容には、封筒加工、リサイクルのためのシール剥がし、化粧品のサンプルはさみ、キャラメルの袋詰め、メール便のパンフレット入れ、、季節により、バレンタインのチョコレート詰めなど多種類を行っています。利用者の得意なことを把握し、役割分担を決めています。出来るだけ褒めて、注意はしないよにしています。自信喪失をしないように精神的な面を配慮して、状況により作業内容を変更するなどで、得意な作業を落ち着いて出来るような環境づくりに努めています。

作業の工程を最後迄責任をもってできるように支援しています

作業の点検、箱詰め、報告まで利用者にしてもらい、作業の工程をはじめから最後まで責任をもって出来るように支援しています。また作業の発注先まで、納品に一緒に行ってもらい、作業全般を理解できるようにしています。毎週大和市保健福祉ｾﾝﾀｰの中の福祉ｼｮｯﾌﾟ「スプーンティーノ」で田楽みその販売や洗い物などを行い、現場での就労も体験しています。

工賃表を利用者皆に渡し、自分で作業時間を書き込み、それを基に工賃を決定しています

利用者一人ひとりに工賃表を作成し、自分で通所した日の來所時間、退所時間を記入しています。工賃の時給は皆同じで、本人が書いた時間を基に計算しています。毎月本人が書いた工賃表を工賃と一緒に工賃袋に入れて、渡していますので、分かりやすくなっています。工賃については朝の利用者会議でも説明しています。今年度から平均工賃を上げました。今後は受注先を増やし、複雑な作業も取り入れ、工賃アップを目指したいと管理者は考えています。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	3-3-2	地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている
タイトル①	地域との関係を重視し、コミュニケーションを積極的にとっています	
内容①	事業所の入口の広場にはテーブルとイスを置き、犬の散歩などで通りがかりの人が休憩できるようにし、自動販売機も設置しています。事業所の田楽味噌を知っている近所の人は買いに来てくれます。自治会の祭りやバーベキュー大会は日曜日開催なので、利用者は参加できませんが、田楽味噌の出店を出しています。近隣のショッピングモールの障がい者イベントにも田楽味噌で参加しています。このように地域との関係づくりに注力しています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-2	利用者が主体性を持って、充実した時間を過ごせる場になるような取り組みを行っている
タイトル②	毎朝利用者会議を30分位実施し、利用者が主体的に意見を述べる機会を作っています	
内容②	毎朝9時30分から30分位利用者全員と職員が参加し、利用者会議を実施しています。利用者が主体的に作業内容や工賃アップなどについての意見を述べています。特にテーマは決めないで、利用者に自由に意見を出してもらっています。利用者から出た意見を反映して休憩時間の変更をしたことがあります。今まで午前、午後の休憩時間が15分だったのを25分に変更しました。利用者の主体性を尊重し、意見を反映できるように取り組んでいます。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-12	【就労継続支援B型】就労の機会の提供や、知識の習得及び能力向上のための支援を行っている
タイトル③	工賃表を利用者皆に渡し、自分で作業時間を書き込み、それを基に工賃を決定しています	
内容③	利用者一人ひとりに工賃表を作成し、自分で通所した日の来所時間、退所時間を記入しています。工賃の時給は皆同じで、本人が書いた時間を基に計算しています。毎月本人が書いた工賃表を工賃と一緒に工賃袋に入れて、渡していますので、分かりやすくなっています。工賃については朝の利用者会議でも説明しています。今年度から平均工賃を引き上げました。利用者一人ひとりが自立して作業ができるよう事業所職員が作業指導に力を注いでいます。	

〔全体の評価講評：就労継続支援Ｂ型〕　　平成30年度

《事業所名：あゆみの家》

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	利用者の特性に合わせた就労支援を職員の緊密な連携のもとで実践しています
	内容	利用者が精神障がいという特性を持っているため支援の苦労がありますが、事業所では、所長と全職員が、毎朝の打ち合わせや利用者の毎日の会議、利用者アンケートの実施など、意欲をもって働いてもらえるよう、職員同士で緊密な連携体制をとり法人の行動指針にもとづいて努力を重ねています。
2	タイトル	精神障がい者の特性に配慮して、一人ひとりの状態に合わせたコミュニケーションをとっています
	内容	利用者の状態により、大きな声を嫌う人、明るい感じの方が心を開く人などいますので、一人ひとりに合わせたコミュニケーションを図っています。しゃべり続ける利用者には止めないで、ポイントを聞くようにしています。顔の表情で調子が悪いことを把握し休憩を促したり、幻聴聴がある場合は通院を勧めたりしています。利用者に注意をする場合は、お互いに人間関係が築かれている職員が行い、1年間位は利用者の状況を把握し、人間関係作りを大切にしています。利用者の思いを共に理解しながら意思伝達が円滑に　出来るように支援しています。
3	タイトル	工賃表を作成し、利用者自身で記録した作業時間を基に工賃を計算し、工賃内容が分かりやすくなっています
	内容	工賃表を作成し、利用者自身に出勤時間、退所時間を記録してもらい、それを基に工賃の計算をしています。毎月工賃支払い時に工賃袋に、工賃表も一緒に入れていますので、利用者にとっては工賃の支払い内容が分かりやすくなっています。また利用者会議でも工賃のしくみについて説明し、利用者の理解を得るように努めています。

No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	事業所の作業環境の更なる改善が期待されます
	内容	作業室、休憩室、食堂、男女トイレ・更衣室、事務室・面談室など必要なスペースは整っていますが、利用者男女数に比べ、女性トイレ・更衣室の面積が多いこと、休憩室（畳敷き）が作業室面積に比べ大きいこと、収納スペースが少ないことなどスペースの効率的利用のために改善できる余地があります。今後、通所者増が起きた時の作業スペースの増が必要にもなり、休憩室の一部作業空間化や女性トイレ・更衣室のスペース利用など更なる検討・改善が期待されます。そうした改善によって現状やや雑然とした作業環境が整理されることが期待されます。
2	タイトル	リスクマネジメントへの計画的対応が期待されます
	内容	事業所が目指していることの実現を阻害するリスクを洗い出し、対応の優先順位などの対策を立て、実行するリスクマネジメントについて理解を深め、必要な対策を講じることが法人レベル及び事業所レベルで期待されます。特にリスクの優先順位づけとリスクにあった時の事業継続計画については、理解した上で第三者評価に対応されることを今後期待されます。
3	タイトル	利用者の通所の日数が少ないので、通所日の増加が期待されます
	内容	利用者の中には地域作業所時代から20年以上も通所している人が何名かいますので、高齢の利用者が多いことや、精神障がい者が対象なので、毎日の通所は難しくなっていて、全体の通所日数が少なくなっています。訪問調査時も定員の約1/3の通所人数でした。利用者が通所できない理由を把握して、受注先の開拓などで作業内容を増やしたり、作業環境の改善などを行い、利用者の通所日数を増やしていくことが期待されます。

株式会社フィールズ

〒251-0024　藤沢市鵠沼橋1-2-7　藤沢トーセイビル3F

TEL：0466-29-9430　FAX：0466-29-2323